



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Третий Московский
межсекторальный учебный курс по
НИЗ: «Употребление алкоголя как
общий фактор риска дорожно-
транспортного травматизма и
неинфекционных заболеваний»**

**12–15 марта 2018 г.
Москва, Российская Федерация**

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ УЧЕБНОГО КУРСА

РЕФЕРАТ

Третий Московский межсекторальный учебный курс по НИЗ: «Употребление алкоголя как общий фактор риска дорожно-транспортного травматизма и неинфекционных заболеваний» был проведен в Москве (Российская Федерация) 12–15 марта 2018 г. Учебный курс был организован Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве с Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М. Сеченова, Российская Федерация, (сотрудничающим центром ВОЗ) и международными экспертами. Этот четырехдневный курс был направлен на оказание содействия государствам-членам в совершенствовании национальных мероприятий и совместной работы по популяризации взаимовыгодного сочетания практик в области законодательства, правоприменения и социального маркетинга в области предупреждения неинфекционных заболеваний и случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, а также на изучение взаимных выгод своевременного оказания экстренной медицинской помощи и развития устойчивого транспорта. В курсе приняли участие сорок пять представителей девяти стран: Азербайджана, Армении, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Таджикистана и Узбекистана. Этот отчет содержит краткое изложение основных материалов лекций, обсуждений за круглым столом и работы групп в течение указанных четырех дней.

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, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Список сокращенийError! Bookmark not defined.
Исходная информация и введениеError! Bookmark not defined.
День 1 5
День 2 10
День 3 17
День 4 21

Список сокращений

ДТП	дорожно-транспортное происшествие
ДТТ	дорожно-транспортный травматизм
ЕАЭС	Евразийское экономическое сообщество
ЕС	Европейский союз
НИЗ	неинфекционные заболевания
ННГ	Новые Независимые Государства
НПО	неправительственная организация
ОПТОСОЗ	Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья
СКПК	скрининг и краткое профилактическое консультирование
СНГ	Содружество Независимых Государств
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
УСАВВ	уровень содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе
УСАК	уровень содержания алкоголя в крови
ЦУР	Цели (Организации Объединенных Наций) в области устойчивого развития
GAPPA	Глобальный план действий ВОЗ по повышению уровня физической активности (Global Action Plan on Physical Activity)
PEN	Пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний для первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов (Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions for Primary Health Care in Low-resource Settings)

Исходная информация и введение

В *Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.*, принятом на шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 г., признается роль употребления алкоголя в качестве одного из ведущих факторов риска развития таких неинфекционных заболеваний (НИЗ), как рак, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), болезни печени и цереброваскулярные заболевания. Важность рассмотрения комплексных мер по устранению этой предотвратимой причины преждевременной смертности также отражена в соответствующих европейских региональных стратегиях и планах действий. К числу таких подходов относятся меры в области налогово-бюджетной политики, законодательства и оказания медицинской помощи. Десятилетие действий Организации Объединенных Наций по обеспечению безопасности дорожного движения и соответствующая резолюция Организации Объединенных Наций также признают, что вождение в состоянии алкогольного опьянения является одним из ключевых факторов риска, приводящих к смерти и инвалидности на дорогах. Данные свидетельствуют о том, что среди вмешательств, необходимых для борьбы, приоритетными будут принятие всеобъемлющего законодательства, правоприменение и мероприятия, осуществляемые службами здравоохранения.

Налицо недостаток общих подходов к реализации мер в двух указанных областях. Имеются, однако, общие подходы с позиций здравоохранения, включающие стратегии, эпидемиологический надзор, риски и меры вмешательства. С целью удовлетворения этой потребности Европейским региональным бюро ВОЗ был организован третий, направленный на укрепление институционально-кадрового потенциала, межсекторальный учебный курс по НИЗ для небольшой группы государств-членов из Европейского региона ВОЗ. Основное внимание в рамках курса было уделено употреблению алкоголя как общему фактору риска дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и НИЗ. Борьба с вождением в состоянии алкогольного опьянения требует использования мер законодательного и правоприменительного характера. Общеизвестно, однако, что во многих государствах-членах институционально-кадровый потенциал, необходимый для разработки и осуществления таких законов и нормативно-правовых актов, может быть ограничен. В целях содействия странам, предвзято проведение семинара, был проведен анализ законодательства, институционального потенциала и практик правоприменения в отношении вождения в состоянии алкогольного опьянения. Существуют общие выгоды с позиций законодательства, правоприменения и практик социального маркетинга. Были также проанализированы прочие общие риски, общие выгоды и общие подходы, включая общие выгоды эффективных услуг экстренной медицинской помощи и решений в области устойчивого транспорта. Также анализу было подвергнуто бремя связанных с алкоголем НИЗ и травм, в частности, бремя ССЗ и дорожно-транспортного травматизма (ДТТ).

Введение в учебный курс

Третий Московский межсекторальный учебный курс по НИЗ: «Употребление алкоголя как общий фактор риска дорожно-транспортного травматизма и неинфекционных заболеваний» был проведен в Москве (Российская Федерация) 12-15 марта 2018 г. Учебный курс был организован Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве с Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М. Сеченова, Российская Федерация, (сотрудничающим центром ВОЗ) и международными экспертами. Курс проводился в рамках Проекта по профилактике НИЗ и борьбе с ними,

финансируемого за счет средств добровольного взноса Министерства здравоохранения (Российской Федерации).

Этот четырехдневный курс был направлен на оказание содействия государствам-членам в совершенствовании национальных мероприятий и совместной работы по популяризации взаимовыгодного сочетания практик в области законодательства, правоприменения и социального маркетинга в области предупреждения неинфекционных заболеваний и случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, а также на изучение взаимных выгод своевременного оказания экстренной медицинской помощи и развития устойчивого транспорта.

В курсе приняли участие сорок пять представителей девяти стран Центральной Азии и Восточной Европы: Азербайджана, Армении, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Таджикистана и Узбекистана. Полный список участников приводится в Приложении 1.

Курс начался с церемонии открытия под председательством Р.А. Хальфина, директора Высшей школы управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета. С приветственным словом к участникам обратились также Т.М. Литвинова, проректор по учебной работе Первого Московского государственного медицинского университета, И.Н. Каграманян, первый заместитель председателя Комитета по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Н.Ф. Герасименко, представитель Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, С.М. Муравьев, директор Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Министерства здравоохранения Российской Федерации, А.И. Тарасенко, заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения Российской Федерации; В.Д. Кондратьев, главный специалист Главного управления по обеспечению безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел Российской Федерации, а также д-р Melita Vujnovic, официальный представитель ВОЗ и руководитель Странового офиса ВОЗ в Российской Федерации. Д-р Joao Breda, руководитель Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, и д-р Dinesh Sethi, руководитель программы по предупреждению насилия и травматизма Европейского регионального бюро ВОЗ, познакомили участников с содержанием и программой курса.

Всеми выступающими была подчеркнута важность курса, многосекторальный характер которого послужит дальнейшему развитию общих подходов к предупреждению НИЗ и ДТТ. Было указано на то, что курс создаст возможность для совместных действий, которые позволят добиться синергетического прогресса в обеих указанных областях охраны здоровья. Налицо общие факторы риска и общие меры реагирования со стороны общества и здравоохранения, что благотворно скажется на обоих приоритетных направлениях действий. В их числе ключевую роль играет борьба с вредным употреблением алкоголя и действия медико-санитарных служб в ответ на этот чрезвычайно значимый фактор риска.

За церемонией открытия последовала экскурсия по Музею истории медицины Сеченовского университета.

О курсе

Учебный курс был разработан как семинар, направленный на укрепление институционально-кадрового потенциала посредством проведения анализа бремени НИЗ, обсуждения бремени ССЗ и ДТТ, связанных с алкоголем, а также примеров анализа законодательства в отношении вождения в состоянии алкогольного опьянения, который был проведен в основных Новых Независимых Государствах (ННГ), рассмотрения эффективных вариантов политики, законодательства и правоприменения в отношении вождения в состоянии алкогольного опьянения, а также того, каким образом возможно совершенствование практик в области здравоохранения, законодательства и правоприменения в странах ННГ. Обсуждались также общие выгоды эффективных услуг экстренной медицинской помощи и решений в области устойчивого транспорта применительно к предупреждению НИЗ и ДТТ. Курс был направлен на поиск путей эффективного межсекторального взаимодействия и повышения согласованности политики в области предупреждения НИЗ и ДТТ, в частности между секторами здравоохранения и внутренних дел.

Структура и задачи курса

Курс был разработан как четырехдневная учебная программа, включающая лекции, круглые столы, модерлируемые дискуссии и шесть мероприятий по работе в группах с целью подготовки “дорожных карт”, отражающих единые подходы в области профилактики и борьбы с фактами вождения в состоянии алкогольного опьянения, НИЗ, а также в области сокращения вредного воздействия алкоголя.

Курс призван был решать следующие задачи:

- дать общее представление о бремени НИЗ и ДТТ;
- рассмотреть перекрестные ассоциации с рисками и выгодами применительно к НИЗ и управлению транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, а также проанализировать бремя НИЗ и ДТТ в связи с употреблением алкоголя;
- проанализировать практические примеры законодательства в отношении управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, анализ которого был проведен в странах Европейского экономического сообщества (ЕАЭС);
- рассмотреть эффективные варианты политики и нормативно-правовых подходов в отношении управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, а также того, каким образом возможно совершенствование практик здравоохранения, законодательства и правоприменения;
- проанализировать перекрестные выгоды общих подходов, таких как развитие устойчивого транспорта и совершенствование оказания экстренной медицинской помощи;
- сформировать и укрепить профессиональный потенциал и сетевое взаимодействие с целью достижения прогресса в деле сокращения бремени НИЗ и ДТТ, связанных с употреблением алкоголя.

Курс включал несколько презентаций, подготовленных представителями стран ННГ, а также обсуждение примеров передовой практики различных стран Региона. Обсуждались

Третий Московский межсекторальный учебный курс по НИЗ:
«Употребление алкоголя как общий фактор риска дорожно-транспортного травматизма и неинфекционных заболеваний»
Стр. 4

перекрестные выгоды и анализировались общие подходы в отношении борьбы с ДТТ и НИЗ, связанными с употреблением алкоголя.

Программа курса представлена в Приложении 2. Материалы курса размещены на вебсайте Сеченовского университета.¹

¹ Вебсайт Сеченовского университета доступен по адресу: <http://hsha.ru/materialyi-4/> с использованием пароля WHO2018.

День 1

Лекция «Бремя и факторы риска НИЗ и ССЗ». Докладчик – Joao Breda (40 минут)

Лекция «Проблемы и риски, связанные с употреблением алкоголя». Докладчик – Carina Ferreira-Borges (40 минут)

Лекция «Дорожно-транспортный травматизм, связанный с употреблением алкоголя». Докладчик – Dinesh Sethi (40 минут)

В ходе данной сессии был проведен обзор общемирового и европейского бремени НИЗ и заболеваний, связанных с ДТТ. Докладчики также остановились на теме повышенного внимания, которое уделяется этим состояниям. Состоялась дискуссия о важности учета употребления алкоголя в качестве фактора риска возникновения НИЗ, ДТТ и других травм – как случайных, так и связанных с насилием. Был проведен обзор существующих взаимосвязей между ССЗ, употреблением алкоголя и дорожно-транспортными происшествиями (ДТП).

НИЗ и безопасность дорожного движения были определены в качестве одной из основных проблем, стоящих на пути устойчивого развития. В связи с этим на Всемирной встрече на высшем уровне по устойчивому развитию Организации Объединенных Наций были приняты Цели в области устойчивого развития (ЦУР), включающие в себя сокращение смертности вследствие НИЗ на одну треть к 2030 г. (задача ЦУР 3.4) и сокращение смертности и травматизма, связанного с ДТП, на 50% к 2020 г. (задача ЦУР 3.6). Употребление алкоголя как распространенный фактор риска, связанный с НИЗ, ДТТ и другими травмами, также упоминается в задаче ЦУР 3.4. В большинстве стран Европейского региона ВОЗ и всего мира разработаны национальные стратегии борьбы с НИЗ, ДТП и вредным употреблением алкоголя. Кроме того, существуют общемировые и региональные европейские стратегии. Выявление связей между этими разрозненными стратегиями, однако, позволяет добиться гораздо большего. Особое внимание было уделено неравенствам, наблюдающимся в рамках Региона.

Лекция «Алкоголь как сопутствующий фактор риска возникновения НИЗ, травм, ССЗ и ДТТ». Докладчик – Jürgen Rehm (40 минут)

Были рассмотрены взаимосвязи между обусловленными употреблением алкоголя НИЗ, в особенности ССЗ, и травматизмом, в особенности ДТТ. Смертность от обусловленных алкоголем НИЗ и травм, в частности от ССЗ и ДТТ, высока в Регионе, в особенности в ННГ. Налицо четкая взаимосвязь между смертностью от ССЗ и ДТТ. Различия в распределении этого бремени невозможно объяснить ни совокупным потреблением алкоголя, ни характером его употребления (так, чрезмерное употребление алкоголя предполагает употребление более пяти стандартных порций за один раз). Налицо потребность в более тщательно собранных данных опросных исследований и более дательной информации в отношении характера употребления алкоголя.

Обсуждение за круглым столом 1 «Опыт различных стран в области бремени заболеваний, неравенств и различий». Координаторы – Jürgen Rehm и Артем Гиль (40 минут)

Участников просили ответить на вопросы о том:

- какие заболевания/группы заболеваний в наибольшей степени обуславливают бремя неинфекционных заболеваний в их стране;
- какие факторы риска НИЗ являются ведущими в их стране в формировании бремени НИЗ;
- равномерно ли распределено бремя болезней среди разных групп населения в их стране и, если да, то что это за группы населения;
- имеются ли различия в распределении факторов риска между различными группами населения в их стране, и какие факторы риска наиболее неравномерно распределены среди населения в их стране.

Что касается *Армении*, было подчеркнуто, что основными заболеваниями являются ССЗ, онкологические заболевания и сахарный диабет, но распространенность травматизма растет по ряду причин, включая автомобилизацию. Изучение факторов риска ведется с 2007 г., и опросное исследование факторов риска НИЗ (STEPS) показывает относительно высокую распространенность курения, ожирения, недостаточной физической активности, гипертензии, высоких уровней холестерина и глюкозы, а также высокого уровня употребления соли. Проблема курения стоит более остро, чем проблема употребления алкоголя. Особую озабоченность вызывает распространенность ожирения. Группой риска применительно к употреблению алкоголя являются люди в возрасте 30–55 лет, причем налицо корреляция между употреблением алкоголя и уровнем дохода (более низкий уровень дохода коррелирует с более высоким употреблением алкоголя) и образования (группы с более низким образовательным уровнем пьют больше). Уровень смертности от ДТТ относительно невысок. Выборочные проверки на алкоголь проводятся только в случае совершения других правонарушений. Потребление алкоголя выше среди мужчин.

В *Казахстане*, как было сообщено, ведущей причиной смерти являются НИЗ, однако потребление алкоголя и табака снижается. Проведение исследования STEPS пока лишь планируется, поэтому данных по употреблению алкоголя пока нет. Данные национальных опросных исследований в отношении изменений поведенческого характера показывают, что больше всего алкоголя потреблялось в Алматинской области и Северном Казахстане в 2015 г., а также в Северном Казахстане и Костанайской области в 2012 г. Представляется, что корреляции между характером употребления алкоголя и социально-экономическим положением не наблюдается, в отличие от Российской Федерации, где бедное население пьет суррогатный алкоголь.

Было указано, что в *Таджикистане* ведущими заболеваниями в 2017 г. были ССЗ, онкологические заболевания, травмы и отравления. Более 30% населения употребляет алкоголь, и исследование STEPS показало, что более 15% населения употребляют алкоголь ежедневно. В числе факторов риска были названы употребление табака, высокое потребление соли и животных жиров, употребление алкоголя и недостаточная физическая активность. Употребление алкоголя более распространено среди городского населения. В последнее время большое внимание уделяется вопросам снижения ДТТ, но проблема ДТП стоит очень остро, так же как и проблема вождения в состоянии алкогольного опьянения.

Согласно данным Росстата, 81,4% общей смертности в *Российской Федерации* вызвано НИЗ.² Ведущими причинами смерти являются ССЗ, онкологические заболевания и заболевания органов пищеварения. Смертность от внешних причин в 2016 г. составляла

² См.: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf

8,8%, включая смертность в результате несчастных случаев, травм и самоубийств. Дорожно-транспортная смертность часто связана с алкоголем. По данным Министерства внутренних дел Российской Федерации, число ДТП, связанных с употреблением алкоголя в последние семь лет увеличилось, в то время как число ДТП, не связанных с употреблением алкоголя, снижается. Начиная с 2012–2014 гг. налицо тенденция к сокращению показателей дорожно-транспортной смертности, но ДТП, связанный с употреблением алкоголя, требует более жестких мер профилактики.

Представители *Беларуси* сообщили о том, что ССЗ обуславливают 56% смертности, а онкологические заболевания – 19-20%. На третьем месте – внешние причины смерти. Употребление алкоголя является одним из наиболее значимых факторов риска, поскольку 37% мужского и 17% женского населения употребляют алкоголь регулярно. Алкогольная фракция смертности трудоспособного населения среди мужчин составляет 28% (большинство случаев смерти обусловлено ССЗ). Разница между мужской и женской смертностью в малообеспеченных районах составляет до 20 раз. Коэффициент смертности среди мужчин в 5 раз выше аналогичного коэффициента среди женщин. Исследование STEPS показало, что 53% опрошенных употребляли алкоголь в течение последних 30 дней. Отвечая на вопрос о географических различиях, представитель *Беларуси* указал на то, что таких различий не наблюдается в силу небольшого размера страны, но что возраст является существенным сопутствующим фактором. В *Беларуси* введены ограничения на употребление алкоголя, включая часы продаж и виды торговых точек, имеющих право на продажу алкоголя.

В *Узбекистане*, как было указано, поскольку это исламская страна, алкоголь не является существенным фактором риска, и число связанных с алкоголем ДТП очень невелико. Вождение в состоянии алкогольного опьянения является уголовно наказуемым деянием независимо от уровня концентрации алкоголя в крови (УСАК). К числу ведущих НИЗ относятся ССЗ, онкологические заболевания, сахарный диабет и травмы (с преобладанием бытового травматизма).

В *Азербайджане* 50% смертности и 80% заболеваемости связаны с ССЗ. Основным фактором риска является употребление табака. Исследование STEPS 2017 г. показало, что в настоящее время курит 50% мужского населения. Для решения этой проблемы в 2017 г. было введено новое законодательство в отношении курения. ДТП, связанные с употреблением алкоголя, в настоящее время составляют 1,4% от общего числа ДТП, а ранее составляли 2,1%. Соответствующее законодательство является весьма жестким, штраф составляет 8000–9000 долл. США. Кроме того, такого рода правонарушение влечет за собой до 12 лет лишения свободы.

Ведущими НИЗ в *Республике Молдова* являются ССЗ, онкологические заболевания и хронические заболевания органов пищеварения. Много случаев цирроза печени, вызванного употреблением алкоголя. Среди трудоспособного населения смертность выше у мужчин. Четвертой ведущей причиной смерти являются травмы и отравления. ДТП, связанные с употреблением алкоголя, составляют порядка 6% от общего числа ДТП. Соответствующее законодательство было ужесточено. Поскольку страна является производителем вина, потребление алкоголя в *Республике Молдова* остается высоким: исследование STEPS 2015 г. показало, что 60% респондентов употребляли алкоголь в предшествующие 30 дней.

Проф. Rehm заключил, что ситуация в области НИЗ в странах весьма различна, но еще заметнее различия в распределении травматизма. Распространенность травматизма в ряде стран увеличивается, и, как признают сами страны, ключевую роль играет правоприменение. Некоторые из стран назвали ведущим фактором риска возникновения НИЗ употребление табака, некоторые – употребление алкоголя. Таким образом, решения потребуют адаптации по 2-3 группам стран. Были упомянуты различия между городом и селом, географическими регионами, а также дифференциация по религиозной принадлежности, возрасту, полу (Российская Федерация и Беларусь) и уровню образования (Армения).

В ходе последующей дискуссии была подтверждена необходимость жесткого правоприменения сурового законодательства, благодаря чему наказание за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения будет восприниматься водителями как неотвратимое. Выборочные проверки на употребление алкоголя способствуют сокращению употребления алкоголя в целом. Некоторые страны отдают предпочтение ограничительным мерам, подобным ограничению продажи алкоголя по времени суток. В некоторых странах упор делается на запретительные меры, подобные лишению водительских прав. Сокращения совокупного употребления алкоголя, тем не менее, может быть недостаточно для снижения травматизма, связанного с употреблением алкоголя.

Проф. Rehm предложил участникам учитывать страновой контекст при обсуждении соответствующих мер. В числе рекомендованных относительно недорогих, но эффективных мероприятий были названы:

- обеспечение неукоснительного соблюдения законодательства в отношении вождения в состоянии алкогольного опьянения;
- введение порогового ограничения на употребление алкоголя в 0,05 г/дл для всех водителей и 0,02 г/дл для молодых/начинающих водителей;
- повышение акцизов на алкогольную продукцию;
- введение и обеспечение соблюдения запретов на рекламу алкогольной продукции;
- введение и обеспечение соблюдения запретов на розничную продажу алкоголя путем сокращения времени продаж.

Лекция «Преимущества использования общих подходов к решению проблем употребления алкоголя, НИЗ и ДТТ». Докладчик - Carina Ferreira-Borges (40 минут)

Были рассмотрены эффективные варианты стратегий и правовых подходов к вождению в состоянии алкогольного опьянения, а также способы укрепления практической деятельности в сферах здравоохранения, законотворчества и охраны правопорядка. Были определены пути к эффективному межсекторальному сотрудничеству, в особенности между сферами здравоохранения и охраны правопорядка, в целях повышения согласованности стратегий в отношении НИЗ и безопасности на дорогах.

Групповая работа 1 «Опыт стран в отношении употребления алкоголя как общего фактора риска ССЗ и ДТТ». Координаторы – Андрей Демин, Виктория Мадьянова, Артем Гиль и Елена Юрасова (40 минут)

Групповая работа имела целью анализ эпидемиологической ситуации применительно к проблеме заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя, ССЗ и ДТТ. Эта работа дала возможность каждому из участников обсудить и обдумать многосекторальный характер стратегий, относящихся к употреблению алкоголя. Была подчеркнута важность межведомственного взаимодействия и необходимость своевременного обмена актуальной информацией. К концу сессии участники более остро осознали, что предупреждение ДТТ и связанных с ним заболеваний требует систематического, коллективного подхода.

День 2

Проф. Хальфин и проф. Кондратьев рассказали о том, как в 1990-е гг. в Российской Федерации разворачивалась антиалкогольная кампания. Хотя ее эффект был лишь временным, кампания позволила добиться значительного сокращения смертности от травм, в том числе от ДТТ. Ограничение доступности алкоголя является доказанно эффективной мерой снижения вреда, связанного с употреблением алкоголя. Эти аспекты было рекомендовано учесть.

Лекция «Чего мы ждем от законов, правоприменительной практики и технологий?»

Докладчик – Evelyn Murphy (40 минут)

Лекция «Обзор законодательной и правоприменительной практики в области вождения в состоянии алкогольного опьянения в Российской Федерации».

Докладчик – Дмитрий Митрошин (30 минут)

Обсуждение (10 минут)

Были рассмотрены наиболее передовые меры борьбы с вождением в состоянии алкогольного опьянения, включая законодательную и правоприменительную практику, социальный маркетинг и информационно-разъяснительную работу. В частности, были рассмотрены конкретные задачи законодательства, ключевые элементы, которые должны присутствовать в законе о вождении в состоянии алкогольного опьянения, а также факты, которые необходимо учитывать при установлении предельного уровня содержания алкоголя в крови. Обсуждались проблемы, возникающие в ходе разработки закона о вождении в состоянии алкогольного опьянения и в процессе его внедрения в правоприменительную практику и назначения наказаний, соответствующих тяжести нарушения. Дискуссия коснулась вопроса о важности тематических кампаний в области социального маркетинга для вовлечения общественности. Особое внимание было уделено контролю за соблюдением законов.

Отвечая на вопрос о введении более жестких санкций за вождение в состоянии алкогольного опьянения, таких как пожизненное лишение водительских прав и пожизненное лишение транспортного средства, г-жа Murphy рекомендовала следовать требованиям правовой системы конкретной страны. Чем тяжелее правонарушение, тем тяжелее должны быть последствия, но еще более важно предупреждение. Обсуждая возможность оснащения каждого автомобиля противоалкогольные блокиратором замка зажигания, г-жа Murphy отметила, что пока ни в одной страны мира такие устройства не используются в каждом автомобиле. Страны, внедрившие эти замки на коммерческом транспорте, такие как Швеция, выяснили, что возникают сложности административного (решение о том, когда их применение следует считать обязательным) и правоприменительного характера. В ряде случаев это привело к отмене закона и применения таких устройств.

Был также задан вопрос о размере штрафа за вождение в состоянии алкогольного опьянения, который потенциально мог бы в 2-3 раза превышать размер заработной платы нарушителя. Г-жа Murphy напомнила участникам о том, что штраф является мерой наказания, и одних лишь высоких штрафов для того, чтобы успешно предотвращать вождение в состоянии алкогольного опьянения, недостаточно. В отсутствие выборочных

проверок, например, такие штрафы едва ли будут служить эффективным средством сдерживания. Ключом к успеху является эффективное правоприменение.

Представители Армении высказали предложение о введении предельного УСАК в 0 г/дл. Г-жа Murphy обозначила проблемы, могущие возникать в связи с нулевым уровнем УСАК; возможно наличие целого ряда причин, не связанных с употреблением алкоголя, для того, чтобы УСАК оказался выше нуля; кроме того, для многих стран проблемой может быть наличие предельно точного оборудования и ресурсов для администрирования закона о нулевом УСАК. Был приведен пример ряда штатов Австралии, где для некоторых групп населения применяется нулевой УСАК, но ресурсы для борьбы с вождением в состоянии алкогольного опьянения там включают специальные автобусы с оборудованием для тестирования на употребление алкоголя и наркотиков, и затронут вопрос о различии скрининга и доказательного тестирования. Было подчеркнуто, что более эффективной является «нулевая терпимость», когда каждый нарушитель знает, что его ждет неотвратимое наказание за превышение допустимого УСАК в 0,05 г/дл для населения в целом и 0,02 г/дл для молодых и начинающих водителей.

Были представлены данные в отношении связанных с употреблением алкоголя ДТП в Российской Федерации, а также сообщено о мероприятиях, направленных на сокращение вождения в состоянии алкогольного опьянения. В числе этих мероприятий: ужесточение административной ответственности; введение уголовной ответственности за повторное управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения; медицинское освидетельствование всех водителей-участников ДТП, повлекших легкий или средней тяжести вред здоровью; возврат водительского удостоверения после проверки знания правил дорожного движения и прохождения медицинского освидетельствования; реализация практики проведения «сплошных» проверок.

Ряд мероприятий с целью снижения количества случаев управления транспортным средством в состоянии опьянения планируется. В их числе: введение залога за задержанное транспортное средство; определение содержания алкоголя по крови водителя (в дополнение к освидетельствованию на уровень содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе (УСАВВ)); ужесточение санкций за отказ от прохождения медицинского освидетельствования на состояние опьянения; упрощение процедуры оформления правонарушений, связанных с управлением в состоянии опьянения; мероприятия в рамках стратегии обеспечения безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018–2024 гг.

Далее обсуждался вопрос о том, может ли использование беспилотных автомобилей способствовать сокращению аварийности и, соответственно, уменьшению ДТП. Автомобили с автопилотом уже выпускаются, но этот процесс может затянуться на десятилетия.

Также обсуждался вопрос о рисках коррупции в связи с выборочными проверками на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе. Таких рисков невозможно полностью избежать в рамках любой правоприменительной деятельности, но конечное решение принимается не сотрудником полиции, а судом. Еще одним способом решения этой проблемы является оснащение всех сотрудников полиции «видеожетонами».

Групповая работа 2 «Обзор законодательства о вождении в состоянии алкогольного опьянения и дальнейшие действия». Координаторы – Андрей Демин, Виктория Мадьянова, Артем Гиль и Evelyn Murphy (120 минут)

На этой сессии была проведена групповая работа по странам: представители каждой страны-участницы получили возможность обсудить национальное законодательство о дорожной безопасности и правоприменительную практику в отношении вождения в состоянии алкогольного опьянения. Участники сессии обсудили рекомендации, содержащиеся в документе «Предварительная институциональная и правовая оценка в странах Евразийского экономического союза». Перед учебным практикумом представители каждой страны получили краткий проект обзора законодательства о вождении в состоянии алкогольного опьянения.

В ходе сессии состоялось обсуждение оптимальных требований к безопасности в отношении вождения в состоянии алкогольного опьянения, а также практики правоприменения и контроля за соблюдением законов. Каждая группа назначила докладчика, которому предстояло представить основные выводы состоявшегося в группе обсуждения. Страны, входящие в Евразийский экономический союз (ЕАЭС) (Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан и Российская Федерация), сформировали отдельные страновые группы. Участники из других стран СНГ, не входящих в Таможенный союз (Азербайджан, Республика Молдова, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан), обсуждали этот вопрос коллективно.

Комментарии стран по итогам групповой работы и обсуждение (80 минут, 7 минут на страну)

Представитель *Азербайджана* сообщил о том, в 2017 г. число ДТП, связанных с употреблением алкоголя, составило 1,4% (2,1% в 2014 г.). Законодательство не содержит установленного лимита. Соответствующие санкции строги, включая лишение права управления транспортными средствами сроком на 3-5 лет, штрафы в размере 3500-4700 долл. США и лишение свободы на срок от 3 до 12 лет (статья 263.1 Уголовного кодекса) или лишение права управления транспортными средствами сроком от 6 месяцев до 2 лет, штрафы в размере 60-8800 долл. США и административный арест на срок от 15 дней до 3 месяцев (статьи 333, 334, 336 и 337 Административного кодекса). Полиция имеет право остановить и проверить любого водителя, в том числе произвести выборочную проверку. Закон гласит, что, если сотрудник полиции подозревает, что водитель употреблял алкоголь, водитель может быть отправлен на медицинское освидетельствование; если водитель отказывается пройти освидетельствование, от него могут потребовать пройти освидетельствование в принудительном порядке. Такая же процедура применяется к участникам ДТП. У полицейских машин есть оборудование, позволяющее отслеживать историю нарушений.

Закон о вождении в состоянии алкогольного опьянения основан на УСАК/УСАВВ, но освидетельствование на УСАК может быть проведено лишь в медицинском учреждении. В презентации Азербайджана был упомянут УСАК в 0,03 г/дл. Для выявления пьяных водителей проводятся регулярные рейды (около ресторанов, вдоль дорог и в очагах повышенной аварийности). Автопарк полиции обновлен, в том числе используются

мотоциклы. Все дороги в стране обновлены и оснащены средствами фотовидеофиксации нарушений.

В числе других мероприятий были названы мероприятия по мониторингу и оценке, осуществляемые Бакинским Транспортным Агентством, получение сотрудниками полиции процента от штрафов (антикоррупционная мера) и наличие двух горячих линий (112 и 103). Национальное законодательство в области обеспечения безопасности дорожного движения учитывает как сильные, так и слабые стороны. Существует необходимость повышения розничных цен на алкогольную продукцию и увеличения штрафных санкций за нарушение правил продажи алкоголя. Эффективными были бы также ограничения на продажу алкоголя в зависимости от времени суток. Было указано на то, что будут разрабатываться дальнейшие мероприятия в рамках реализации национальной стратегии по НИЗ, включая меры по ограничению доступности алкоголя, что позволит усилить контроль за ситуацией в области вождения в состоянии алкогольного опьянения.

Как было сообщено, национальное законодательство *Казахстана* уже позволяет эффективно предотвращать случаи вождения в состоянии алкогольного опьянения. Учтены практически все аспекты, включая минимально допустимый возраст для продажи алкоголя, ограничения на продажу в ночное время и в определенных местах. Фактические данные свидетельствуют об эффективности мер, принятых в 2014 и 2015 гг., поскольку число связанных с алкоголем ДТП снизилось с 947 в 2013 г. до 509 в 2015 г. Вождение в состоянии алкогольного опьянения влечет за собой лишение права управления транспортным средством на срок от 3 до 5 лет. Иногда это приводит к фактам управления транспортным средством без прав, что является уголовным правонарушением. Такие жесткие меры поддерживаются населением, поскольку ужесточение наказания ведет к снижению числа повторных правонарушений.

Отвечая на вопрос о том, может ли наличие альтернативных санкций спровоцировать взяточничество, представитель страны указал на то, что законы *Казахстана* не предусматривают альтернативных санкций, и штрафов за вождение в состоянии опьянения больше нет. Наказанием является исключительно лишение водительских прав и задержание транспортного средства. Нарушитель должен предстать перед судом. Дальнейшие меры политического характера должны быть направлены на ограничение продажи алкоголя в вечерние часы и в соответствии с возрастом.

Представитель *Кыргыстана* сообщил о том, что сильной стороной национального законодательства является наличие всех видов санкций за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения: фиксированные штрафы, административный арест, предшествующий рассмотрению дела судом, лишение свободы и общественные работы. Закон основан на УСАВВ, но правоприменение не является оптимальным по причинам недостатка кадровых ресурсов и оборудования. УСАК составляет 0,03 г/дл для всех водителей. Выборочные проверки не проводятся. В случае ДТП освидетельствованию на состояние опьянения подлежат все водители-участники. Штрафы недостаточно высоки. Курсов для переобучения водителей не имеется. В дальнейшем необходимо оснастить всех сотрудников полиции алкотестерами, обеспечить повсеместное наличие комплексов фотовидеофиксации и принять национальную стратегию по обеспечению безопасности дорожного движения.

Законодательство *Таджикистана* схоже с законодательством Кыргызстана, но штрафы существенно выше. В случае ДТП медицинское освидетельствование является обязательным. ДТП, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, наказываются в уголовном порядке и влекут за собой до 8 лет лишения свободы. Внедрена технология «Безопасный город». Есть пункты проверки на трезвость, и есть право выборочных проверок. Законодательство претерпело изменения менее года назад, поэтому данных о собираемости штрафов пока не имеется.

В *Узбекистане* вождение в состоянии алкогольного опьянения жестко карается законом, и штрафы высоки. Минимальная заработная плата составляет 173 000 сом, а штраф за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения равен 3 млн сом и может влечь за собой лишение свободы. Полиция проводит рейды в утренние часы, в учебное время, а также около ресторанов и кафе. Все перекрестки оснащены видеокамерами. Начиная с 2017 г. ведется пересмотр законодательства с целью использования международного опыта и экспертных знаний. Начата реализация проекта «Безопасный город».

В 2017 г. 135 000 водителей было направлено на медицинское освидетельствование, но только 75 000 случаев вождения в состоянии алкогольного опьянения подтвердились. Проблема состоит в том, что не все машины полиции оснащены алкотестерами, поэтому на медицинское освидетельствование направляют всех водителей, заподозренных в управлении транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Необходимо обучить сотрудников полиции распознаванию признаков опьянения.

Было сообщено, что в *Армении* законодательство о вождении в состоянии алкогольного опьянения основано на УСАВВ, и пороговое ограничение составляет 0,04 г/дл для всех водителей. Иной порог для молодых и начинающих водителей будет прорабатываться. Проверки проводятся постоянно, как регулярные, так и выборочные. На всех перекрестках установлены видеокамеры. Это камеры двух типов: камеры контроля скорости движения и камеры, фиксирующие все виды правонарушений. Нетрезвого водителя можно определить, в том числе, по манере езды. Штрафы составляют от 300 до 827 долл. США. Есть также вариант с лишением водительских прав или, в случае повторного правонарушения, с лишением свободы (на срок от 6 до 12 месяцев). Отвечая на вопрос д-ра Sethi об УСАВВ (0,08 г/дл или 0,04 г/дл), представитель страны разъяснил, что ужесточение произошло относительно недавно.

В *Республике Молдова* в 2012 г. была принята национальная стратегия по обеспечению безопасности дорожного движения, в которой оговорено все. Целью является снижение дорожно-транспортной смертности на 50% (в соответствии с задачами Десятилетия действий); в настоящее время достигнуто снижение примерно на 20%. После ужесточения правоприменения и внедрения ряда сдерживающих мер сократилось общее число ДТП и смертность, но сокращение не высокое (5–7% среди различных групп). В числе сильных сторон было названо то, что дорожная полиция оснащена техникой для освидетельствования на месте. Проводятся рейды, как запланированные, так и незапланированные, в разное время суток. Закон предусматривает проведение выборочных проверок. В числе слабых сторон представляющие страну участники назвали необходимость пересмотра размера санкций в зависимости от тяжести совершенного

правонарушения. Налицо необходимость в повторах национальных кампаний социального маркетинга. Было также предложено проведение соответствующих просветительских мероприятий в школах.

Закон о вождении в состоянии алкогольного опьянения в *Беларуси* учитывает и УСАК, и УСАВВ. УСАК составляет 0,029 мг/дл, а 0,03 мг/дл уже является нарушением. В настоящее время обсуждается возможность введения отдельного ограничения для молодых и начинающих водителей, а также пожизненного лишения водительских прав за вождение в состоянии алкогольного опьянения. Снижается смертность в ДТП, связанных с употреблением алкоголя. Число ДТТ, связанных с употреблением алкоголя, снизилось за прошедший год на 5,8%. Повторное управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения влечет за собой уголовную ответственность и конфискацию автомобиля. Освидетельствование проводится сотрудником полиции, хотя может быть привлечен медицинский работник. Окончательное решение принимает сотрудник полиции.

Необходимо четче прописать случаи забора биологических сред; это позволит избежать множества судебных споров. Постановлением правительства разрешено принудительное освидетельствование; на практике, инспектор полиции может вывести заключение на основании внешних признаков. В случае конфискации транспортного средства есть возможность приобретения нового автомобиля. Конфискованные автомобили реализуются в доход государства. В будущем водитель не сможет вернуть право управления транспортными средствами в течение 5 лет. Есть предложение бессрочно лишать водительских прав за нарушение существующего закона или временно лишать водительских прав на срок от 15 дней до 6 месяцев, если ДТП, совершенное в состоянии алкогольного опьянения, не повлекло причинения тяжелых травм. Фактором риска для вождения в состоянии алкогольного опьянения являются национальные праздники. На них следует обращать особое внимание в работе полиции.

Представитель *Российской Федерации* сообщил о том, что число погибших в ДТП из-за нарушений правил дорожного движения водителями в состоянии опьянения за последние 10 лет увеличилось в 1,8 раза (увеличение на 78,8% в 2016 г. к 2007 г.), в то время как общее число погибших на дорогах страны сократилось на 39% за рассматриваемый период. Данная тенденция в том числе обусловлена повышением качества регистрации такой информации и введением в 2013 г. обязательного направления на освидетельствование всех водителей-участников ДТП. Вождение в состоянии опьянения сурово наказывается, включая уголовную ответственность за ДТП, совершенные в состоянии алкогольного опьянения. Повторное управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения влечет за собой наложение штрафа в размере 3000–5000 долл. США, но, когда речь идет о возможности альтернативных санкций, применяется, как правило, наименее жесткая санкция из возможных; таким образом, санкции служат недостаточно эффективным средством сдерживания. УСАВВ составляет 0,16 г/л; УСАК – 0,3 г/л. Нет различий в ограничениях для молодых и начинающих водителей, поскольку такая столь незначительная разница концентраций не обеспечена соответствующими достижениями наркологии (методиками выявления) и поглощается возможной погрешностью. Лица, отказывающиеся от освидетельствования на состояние опьянения, могут находиться под воздействием наркотиков, поэтому необходимо ввести освидетельствование на состояние наркотического опьянения. Управление транспортным

средством в состоянии опьянения наказывается как штрафом, так и лишением водительских прав.

Обсуждение за круглым столом 2 «Дальнейшие действия по совершенствованию законодательства и правоприменительной практики в области вождения в состоянии алкогольного опьянения».

Обсуждение было преимущественно посвящено вопросу проведения выборочных проверок на употребление алкоголя. Проф. Кондратьев призвал участников обсудить правовые основания для проведения выборочных проверок. Если вопрос о том, какой автомобиль остановить, находится в компетенции сотрудника полиции, то каковы критерии для остановки, и являются ли эти критерии абсолютно объективными? Если траектория движения автомобиля выглядит странной, подозрение о том, что с водителем не все в порядке, обосновано. Если выборочное тестирование означает, что группа сотрудников полиции останавливает все автомобили подряд, то эти автомобили остановлены без какой-либо очевидной причины, и это должно быть прописано в законе.

В Российской Федерации сотрудники полиции обычно проверяют признаки опьянения, останавливая автомобиль по другим причинам или проводя сплошные проверки, а также при получении информации от третьих лиц, например, от сотрудников автозаправочных станций, кафе и ресторанов. По информации граждан выявляется 18% всех нарушений в стране.

Еще одной мерой могут служить целенаправленные массовые проверки, когда въезды и выезды на определенном участке перекрываются сотрудниками полиции, и водители с признаками опьянения должны пройти освидетельствование на присутствие алкоголя в выдыхаемом воздухе. Сложности вызывает эффективное освидетельствование на употребление наркотиков. В любом случае, для того, чтобы просить водителя пройти освидетельствование, в Российской Федерации должны быть объективные причины (внешние признаки опьянения).

Некоторые страны (Таджикистан, Казахстан) сообщили о том, что их правительствам пришлось запретить проведение выборочных проверок по причине многочисленных жалоб водителей на вымогательство со стороны сотрудников полиции. Массовые проверки узаконены и позволяют эффективно выявлять пьяных водителей. В Беларуси, однако, ведутся дискуссии о том, являются ли массовые проверки эффективным видом расходования ресурсов полиции. Там упор делается на регулярные и выборочные проверки водителей коммерческого транспорта в течение рабочего дня. В Армении полиция имеет право остановить любого водителя в любом месте в любое время при наличии подозрений. Полиция в Армении и Узбекистане проводит рейды, приуроченные к таким событиям, как начало учебного года и период уборки урожая.

Г-жа Murphy напомнила участникам о том, что выборочные проверки на употребление алкоголя зарекомендовали себя как эффективная профилактическая мера, поскольку позволяют донести до населения мысль о том, что наказание неотвратимо. Участники выразили согласие с тем, что жесткие санкции могут быть эффективным средством сдерживания только при условии строгого правоприменения. Профилактика очень важна. Каждый участник дорожного движения должен осознавать риски вождения в

состоянии алкогольного опьянения. Необходима всеобщая нетерпимость по отношению к водителям, позволяющим себе сесть за руль в нетрезвом состоянии. Постоянное ужесточение законодательства при отсутствии правоприменения и просвещения не продуктивно. Необходимо постоянное проведение мероприятий в области социальной профилактики. Узбекистан и Армения сообщили о высокой эффективности применения очков, показывающих, как меняется восприятие водителя в зависимости от опьянения. В Российской Федерации планируется использование таких очков на уровне автошкол.

День 3

Д-р Руссович подвел итоги Дня 2, а затем участники в течение 20 минут завершали неоконченную накануне групповую работу.

Лекция «Роль Евразийского экономического союза (ЕАЭС): проведение параллелей с инициативами по борьбе с употреблением табака и другими инициативами в странах ЕАЭС и ЕС». Докладчик – Андрей Демин (40 минут)

Обсуждение за круглым столом 3 (40 минут)

Обсуждались цели и экономический потенциал ЕАЭС, а также роль, которую может сыграть ЕАЭС в ужесточении законов о вождении в состоянии алкогольного опьянения в Регионе. Были подробно описаны успешные примеры реализации в ЕАЭС стратегий в области общественного здравоохранения, например, касающихся борьбы с табаком и нездоровым питанием. Часть лекции была посвящена вопросам разработки единой транспортной политики.

Были высказаны следующие рекомендации.

- В структуре и функционировании ЕАЭС необходимо обеспечить приоритет интересов общественного здоровья перед торговыми и бизнес интересами, а также защиту прав потребителей и вовлечение гражданского общества.
- Назрела активизация сотрудничества между ЕАЭС и ВОЗ с учетом опыта участия наднациональных организаций, в том числе ЕС, а также сотрудничества ЕС и ЕАЭС в сфере общественного здоровья.
- Необходим анализ и распространение лучших практик наднациональных организаций, в частности ЕАЭС и ЕС, для максимального использования их потенциала в плане профилактики НИЗ и борьбы с ними, в частности, в области проблемы алкоголя и ДТП.

В ходе последовавшего обсуждения за круглым столом было высказано одобрение предстоящего подписания меморандума о взаимопонимании между ВОЗ и ЕАЭС. Была подчеркнута важность поддержки, оказываемой ВОЗ государствам-членам. ЕАЭС будет расширяться. В перспективе речь может идти о едином валютном союзе, едином гражданстве и социальной защите.

Наднациональное нормативно-правовое регулирование – это хороший рычаг для решения вопросов общественного здравоохранения. Было бы полезно иметь единый парламент, но

в настоящий момент ЕАЭС – это экономический союз, а не политический. Д-р Sethi призвал страны к поиску новых вариантов выявления политических сторонников в парламентах, включая Глобальную сеть Законодателей по вопросам безопасности дорожного движения. В предстоящей сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций примут участие парламентарии из таких стран, как Армения и Республика Молдова. Это прекрасная возможность для совместной работы над решением глобальных нормативно-правовых вопросов.

Обсуждался вопрос единого транспортного законодательства для стран ЕАЭС. Участники согласились с необходимостью гармонизации законодательства с уделением особого внимания вопросам употребления алкоголя.

Социальный маркетинг: преимущества социального маркетинга и укрепления правоприменительной практики на примере борьбы с табаком

Лекции

«Введение. Базовые принципы и теория социального маркетинга». Докладчик – Елена Юрасова (15 минут)

«Успешные примеры антитабачных кампаний социального маркетинга».

Докладчик – Ольга Манухина (15 минут)

«Российский опыт участия в проекте RS10.» Докладчик – Елена Юрасова (15 минут)

«Примеры рекламы, направленной против вождения в состоянии алкогольного опьянения». Докладчик – Yongjie Yon (15 минут)

Эта сессия состояла из четырех частей. В первой части был проведен обзор базовых принципов и теории социального маркетинга и разъяснены преимущества социального маркетинга как инструмента мобилизации общественности для изменения моделей поведения в области здоровья. Также обсуждался вопрос о важности единого стратегического подхода, включающего укрепление правоприменительной практики. Основной темой второй части сессии стало использование социального маркетинга, законодательной и правоприменительной практики для усиления борьбы с табаком и снижения распространенности курения в России. В третьей части были приведены выдержки из проекта «Безопасность дорожного движения в 10 странах (RS-10)», иллюстрирующие применение социального маркетинга в России на примерах использования ремней безопасности и удерживающих устройств для детей, а также борьбы с превышением скорости. В четвертой части сессии были рассмотрены примеры кампаний по борьбе с вождением в состоянии алкогольного опьянения в различных странах Региона (показаны видеоролики). Было подчеркнуто, что кампании социального маркетинга должны проводиться параллельно с правоприменительными мероприятиями.

Групповая работа 3. «Проект и стратегия развития социального маркетинга»

Эта групповая работа дала участникам возможность продумать разработку кампании социального маркетинга применительно к вождению в состоянии алкогольного опьянения. Был показан видеоролик, разработанный в Республике Молдова в рамках национальной кампании по противодействию вождению в состоянии алкогольного опьянения. Было подготовлено три видеоролика: ролик, выбранный методом фокус-групп, первоначально демонстрировался на всех телевизионных каналах на протяжении двух лет,

но в настоящее время демонстрируется на канале, ориентированном на молодую аудиторию.

Беседы об изменении моделей поведения в учреждениях травматологической и неотложной помощи

Лекция «Скрининг и краткие профилактические консультации в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и травматологической помощи: часть 1».

Докладчик – Niamh Fitzgerald (60 минут)

Выступление в прениях «Примеры из опыта работы первичной медико-санитарной помощи и срочной травматологической помощи». Докладчик – Константин Вышинский (10 минут)

Модерируемая дискуссия 1 «Беседы об изменении моделей поведения в учреждениях травматологической помощи и первичной медико-санитарной помощи: часть 2».
(Niamh Fitzgerald) (40 минут)

Были приведены примеры того, каким образом и зачем работники здравоохранения могут повлиять на поведение пациентов посредством скрининга и краткого профилактического консультирования (СКПК) об употреблении алкоголя в учреждениях здравоохранения, включая учреждения первичной медико-санитарной помощи и службы травматологической помощи. Обзор кратких профилактических консультаций включал детальное описание того, что они собой представляют, и того, как они могут быть адаптированы для использования в учреждениях различного профиля. Были представлены учебные материалы для работников здравоохранения, разработанные ВОЗ, и рассмотрены возможности использования материалов по СКПК в учреждениях травматологической помощи. Для успешного внедрения СКПК необходимы политическая воля, институциональная поддержка и изменения в поведении специалистов-практиков.

Комплексный подход к предупреждению вреда, обусловленного употреблением алкоголя, требует:

1. лидерства
2. ответных мер со стороны служб здравоохранения, в том числе СКПК
3. специализированного лечения
4. мероприятий на уровне сообществ и на рабочих местах (при поддержке СМИ)
5. эффективных мер по борьбе с вождением в состоянии алкогольного опьянения
6. сокращения доступности алкоголя
7. ограничений рекламы
8. ценовой политики, направленной на повышение цен на алкогольную продукцию
9. сокращения роли незаконного алкоголя
10. мониторинга и эпиднадзора

Было представлено руководство по использованию СКПК по вопросам употребления алкоголя для учреждений первичной медико-санитарной помощи в переводе на русский язык. Руководство по использованию СКПК по вопросам употребления алкоголя для учреждений травматологической помощи готовится к публикации.

Групповая работа 4. Внедрение скрининга и краткого профилактического консультирования по вопросам употребления алкоголя на уровне стран

Участники продолжили работу над своими дорожными картами, имея целью учет компонента СКПК.

День 4

Лекция «Службы неотложной помощи и их преимущества в лечении ССЗ и дорожно-транспортного-травматизма». Докладчик – Teri Reynolds (40 минут)

Была представлена разработанная ВОЗ рамочная основа для системы оказания неотложной помощи, призванная обеспечить единство подхода к ранней диагностике и лечению травм и других неотложных состояний, таких как острые ССЗ и дорожно-транспортный травматизм. В лекции были освещены основные элементы медицинской помощи после ДТП, включая разработку организованных и всесторонних систем неотложной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, а также обучение базовым приемам неотложной помощи всех сотрудников по работе с пациентами и волонтеров неотложной помощи. Был также проведен обзор стандартизированных инструментов для проведения оценки национальных систем неотложной помощи.

Докладчику был задан ряд вопросов. Обсуждались несколько моделей бригады скорой помощи, в том числе расширенный вариант (врач, фельдшер и водитель), распространенный в ННГ, а также бригады, укомплектованные исключительно парамедиками, – модель, более распространенная в странах Западной Европы. Д-р Reynolds пояснила, что состав бригад скорой помощи зависит от особенностей страны, но наличие в бригаде врача – это очень дорогостоящий вариант, поскольку слишком много вызовов оказываются не требующими врачебного присутствия. Лишь небольшая доля вызовов – это действительно экстренные ситуации, а со многими вызовами лучше справились бы в первичном звене медико-санитарной помощи. Решением следует считать надлежащую медицинскую сортировку.

Представитель Армении поинтересовался, доступно ли пособие ВОЗ по вопросам сортировки на русском языке. Его переводят в Казахстане, и в течение месяца перевод будет готов, после чего инструмент пройдет пилотирование.

Отвечая на вопрос о путях возможной адаптации схемы транспортировки и сортировки к национальным особенностям Казахстана, где плотность населения очень мала, а территория велика, и не хватает врачей на уровне районов, д-р Reynolds напомнила присутствующим о том, что эта модель и эти функции были реализованы, в частности, в странах Африки к югу от Сахара, где условия гораздо хуже. Целью является раннее распознавание, реанимация, направление к специалистам. Инструмент сортировки разрабатывался специально для первичного уровня медико-санитарной помощи. Проф. Хальфин высоко отозвался о предлагаемой рамочной основе, подчеркнув важность своевременного и правильного направления пострадавших. Лица первого контакта зачастую не в состоянии оказать первую помощь и пытаются транспортировать пострадавшего в ближайшую больницу, не учитывая тяжесть полученных травм и возможности лечебного учреждения. Необходимы надлежащее обучение схемам сортировки и надлежащая организация услуг.

Лекция «Российский опыт работы служб неотложной помощи». Докладчик – Михаил Быстров (15 минут)

Был представлен краткий обзор систем неотложной травматологической помощи в Российской Федерации, охарактеризована их организационная структура, включая определение составляющих таких систем (таких, как травмоцентры).

Последовавшее затем обсуждение преимуществ эффективной системы экстренной медицинской помощи как применительно к ССЗ, так и к ДТТ, позволило подчеркнуть важность межсекторального взаимодействия между законодателями и секторами охраны правопорядка и здравоохранения с целью обеспечить прибытие бригад скорой помощи на вызов в максимально короткое время.

Лекции

«ЦУР, сокращение загрязнения воздуха и физически активные виды передвижения». Докладчик – Нино Шарашидзе (40 минут)

«Популяризация езды на велосипедах в городах Российской Федерации: роль массовых мероприятий». Докладчик – Владимир Кумов (10 минут)

«Здоровые города. Клин, Московская область». Докладчики – Екатерина Иванова и Елена Чинкова (10 минут)

«Национальная политика Казахстана в отношении физически активных видов передвижения». Докладчик – Султанат Мукашева (10 минут)

Субнациональная политика в отношении физически активных видов передвижения, Республика Молдова. Докладчик – Елена Боляк (10 минут)

Модерируемая дискуссия «Устойчивый транспорт» Модератор – Нино Шарашидзе (30 минут)

В ходе этой сессии был представлен обзор значительного бремени, налагаемого транспортным сектором на окружающую среду, здоровье, национальные экономики и благосостояние в Регионе в силу выбросов в атмосферу загрязняющих веществ, парниковых газов и шума, неоптимального землепользования, травматизма и сокращения возможностей для физической активности. Была подчеркнута важность учета вопросов охраны здоровья, защиты окружающей среды и социального благополучия при разработке транспортной политики с целью формирования более эффективных, справедливых и устойчивых транспортных систем.

Обсуждалась роль регулярной физической активности в целях профилактики и лечения основных НИЗ. Был рассмотрен вопрос активной мобильности (ходьбы пешком, езды на велосипеде и использования общественного транспорта) в качестве весьма перспективного подхода к решению проблемы интеграции физической активности в повседневную жизнь и следования глобальным рекомендациям ВОЗ о 150 минутах физической активности умеренной или высокой интенсивности в неделю. Было также подчеркнуто, что инвестирование в меры политического характера, направленные на популяризацию активной мобильности, позволяют добиться существенных социально-экономических выгод и могут прямо способствовать достижению ЦУР.

Обсуждались рамочные основы и вспомогательные инструменты для содействия

устойчивому транспорту, а также разработки в области политики, такие как Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ), совместно управляемая Европейской экономической комиссией Организации Объединенных Наций и Европейским региональным бюро ВОЗ, и Глобальный план действий ВОЗ по повышению уровня физической активности на 2018-2030 гг. (GAPPA). Обсуждались взаимосвязанные выгоды обеспечения безопасности дорожного движения и популяризации физически активных видов передвижения как части подхода, реализуемого в рамках инициативы Здоровые города, по сокращению ДТТ, загрязнения воздуха, дорожных пробок и НИЗ. Для расширения возможностей велосипедной езды необходимы инфраструктурные изменения. Были представлены примеры успешной популяризации велосипедной езды в Москве и других городах с привлечением гражданского общества.

Были рассмотрены примеры, представленные Российской Федерацией (популяризация велосипедной езды в городах и здоровое городское планирование), Казахстаном и Республикой Молдова (политика в отношении активных видов передвижения). Дальнейшая дискуссия была посвящена вопросам финансирования, и в качестве одного из источников финансирования устойчивого транспорта было предложено использование государственно-частных партнерств. Обеспечение более безопасной и более низкой скорости движения в городах также было названо в качестве средства сокращения загрязненности атмосферы и повышения безопасности. Участники согласились с необходимостью сокращения скорости движения в городах до по крайней мере 50 км/ч.

Групповая работа 5 «Завершение разработки страновых дорожных карт действий»

Состоялась дискуссия о преимуществах включения в страновые дорожные карты действий единого подхода и мер обеспечения синергии между борьбой с НИЗ, употреблением алкоголя и вождением в состоянии алкогольного опьянения, устойчивым транспортом и службами неотложной медицинской помощи. Каждая группа назначила докладчика, который представит страновую дорожную карту.

Дорожные карты действий и дальнейшие шаги стран

Армения

Доля смертности от НИЗ в общей смертности составляет 80%, причем ССЗ обуславливают 48% смертности, онкологические заболевания – 20% и травматизм – 4,6%.

У страны имеется национальный стратегический план действий по борьбе с НИЗ, национальная стратегия и план действий по популяризации здорового образа жизни, а также национальная стратегия и план действий по предупреждению травматизма. Употребление алкоголя следует считать одним из серьезных факторов риска для здоровья. Соответствующие нормативно-правовые документы включают кодекс об административных правонарушениях, закон о безопасности дорожного движения и правила дорожного движения. Возраст, начиная с которого можно покупать алкогольные напитки, составляет 18 лет. Реклама алкоголя запрещена. УСАК – 0,04 г/дл.

Изложенные в дорожной карте рекомендации, которые были представлены страновой группой, включали следующие изменения нормативно-правового и оперативного характера:

- введение более низкого порога УСАК для молодых и профессиональных водителей;
- временное лишение водительских прав за первичное правонарушение/УСАК выше 1 г/дл;
- укрепление межсекторального сотрудничества между, например, министерствами транспорта, здравоохранения, чрезвычайных ситуаций и полицией;
- распространение и обмен информацией;
- осуществление совместных мероприятий по повышению осведомленности и профилактических мер;
- совершенствование оценки и мониторинга;
- включение основных законодательных компонентов в программы по мониторингу;
- продвижение популяционного и целевого социального маркетинга/информационно-пропагандистской деятельности;
- проведение консультаций СКПК;
- совершенствование культуры употребления алкоголя/политики в отношении алкоголя на рабочих местах;
- использование предложенного ВОЗ инструмента оценки служб скорой помощи с целью проведения оценки и разработки протоколов для экстренной медицинской сортировки;
- популяризация безопасной инфраструктуры и безопасного транспорта в рамках реализации инициативы «Здоровые города».

Азербайджан

Целью страны является стабилизация и дальнейшее сокращение прогнозируемого уровня случаев смерти в результате ДТП, связанных с вождением в состоянии алкогольного опьянения, к 2030 г. с акцентом на меры общественного здравоохранения в области НИЗ.

Задачи включают: дальнейшее осуществление принятой Мультисекторальной Национальной Стратегии НИЗ 2015-2020 гг. и Концепции развития «Азербайджан – 2020: взгляд в будущее» и разработку последующих устойчивых стратегий и программ; установку целевого ориентира для сокращения к 2030 г. количества несчастных случаев, заболеваний и смертности связанных с алкоголем; дальнейшее укрепление инфраструктуры управления и повышение потенциала для технического осуществления мероприятий в вопросах связанной дорожной безопасностью, НИЗ и алкоголем; повышение качества сбора данных связанных с дорожной безопасностью, НИЗ и алкоголем; мониторинг прогресса и результатов деятельности по показателям, связанным с дорожной безопасностью, НИЗ и алкоголем; улучшение использования существующих ресурсов и стимулирование финансирования, направленного на предотвращение ДТП, связанных с алкогольным опьянением.

Рекомендуемые мероприятия:

- совершенствование системы сбора и анализа данных, необходимых для мониторинга прогресса в сокращении травматизма и смертности в результате ДТП, связанных с алкогольным опьянением;

- совершенствование системы мониторинга и оценки подверженности дорожно-транспортному травматизму, связанному с алкогольным опьянением, а также НИЗ;
- установление реалистичных и долгосрочных целевых показателей на основе анализа национальных данных по ДТП, связанным с алкогольным опьянением;
- усиление партнерства между учреждениями (государственными учреждениями, НПО, бизнес-структурами и т.д.);
- разработка и осуществление инновационных проектов в области профилактики ДТП, связанных с алкоголем, а также НИЗ;
- содействие росту приверженности к обеспечению безопасности дорожного движения среди работников дорожной полиции и водителей;
- содействие введению систем градуированной выдачи водительских прав начинающим водителям;
- содействие внедрению мотивационного консультирования в учреждениях травматологической и первичной медицинской помощи;
- внедрение инновационных подходов, демонстрирующих опасность вождения в состоянии алкогольного опьянения, в подготовку и тестирование лиц, получающих права на вождение;
- содействие техническим инновациям в транспортных средствах, содействующих предотвращению вождения в состоянии алкогольного опьянения;
- определение опасных мест, на которые приходится большинство аварий в состоянии алкогольного опьянения и принятие соответствующих коррективных мер;
- проведение просветительских мероприятий и кампаний социального маркетинга среди целевых групп населения и их учет в рамках новых государственных программ, в том числе здравоохранения;
- совершенствование законодательной базы, основанной на УСАК/УСАВВ;
- повышение оперативности реагирования систем здравоохранения и МЧС на аварии и улучшение их способности обеспечивать надлежащую помощь и реабилитацию для жертв аварий;
- совершенствование работы горячих линий – 112 и 103;
- развитие целенаправленных проверок на дорогах, опасных местах;
- усиление контроля над продажей алкоголя несовершеннолетним;
- увеличение налогов на алкоголь и совершенствование ценовой политики;
- расширение проведения регулярных социально-маркетинговых мероприятий.

Необходимо иметь в виду целевые показатели на 2030 г., но в результате более активного правоприменения ДТТ уже снизился с 31% в 2015 г. до 15% в 2017 г.

Республика Молдова

Основная цель настоящей Дорожной карты состоит в постепенном сокращении числа погибших и тяжелораненых, через совмещение мероприятий пассивной и активной дорожной безопасности, а также улучшение дорожной инфраструктуры, поведения участников дорожного движения путем обучения, повышения уровня осознания, соблюдения регламентаций дорожного движения.

Задачи включают: снижение употребления алкоголя на 30% до 2030 г.; снижение уровня травматизма и смертности среди участников ДТП; повышение уровня

информированности населения об опасности и негативных последствиях употребления алкоголя, в том числе для участников ДТП; создание условий для безопасного движения.

В числе вовлеченных сторон должны быть такие сектора, как МВД и ПДИ, Министерство здравоохранения и Министерство труда (мобильная парамедицинская ургентная служба, первичная медицинская помощь, травматологическая служба, наркологическая служба), Министерство образования, Министерство экономики и инфраструктуры, Министерство сельского хозяйства, регионального развития и окружающей среды, СМИ, местные органы власти, НПО (АвтоКлуб Молдова) и другие профессиональные организации. Необходимо организовать рабочую группу со всеми вышеуказанными вовлеченными сторонами.

Существующие политики включают: национальную политику здравоохранения; национальную стратегию по безопасности дорожного движения; национальную стратегию по профилактике и контролю НИЗ; национальную программу по контролю за алкоголем; а также регламент о правилах дорожного движения.

Приоритетные направления:

1. Пересмотр законодательства относительно вождения под воздействием алкоголя:
 - а) повышение эффективности законных санкций за вождение под воздействием алкоголя с их дифференциацией в зависимости от степени опьянения и повторного нарушения в течение 2 лет;
 - б) введение нулевого порога УСАК для начинающих водителей;
 - в) внесение изменений в законодательство в части дублирования штрафов в период официальных праздников и в нерабочее время;
 - г) улучшение законодательных мер относительно потребления алкоголя пешеходами, водителями и велосипедистами, когда они передвигаются по публичным дорогам.
2. Улучшение дорожного просвещения через кампании по информированию и предупреждению о роли потребления алкоголя в возникновении ДТП:
 - а) воспитание негативного отношения к вождению под воздействием алкоголя как часть системы образования;
 - б) внедрение «вождения без воздействия алкоголя» в качестве тематики в школах водителей;
 - в) систематическое проведение кампаний против потребления алкоголя во время управления автомобилем;
 - г) проведение кампаний по воспитанию и предупреждению для велосипедистов, возчиков и пешеходов, которые передвигаются под воздействием алкоголя;
 - д) ограничение доступа к алкоголю (по времени, возрасту и месту) и запрет на продажу алкоголя на автозаправочных станциях;
 - е) запрет на все виды рекламы алкогольных напитков.
3. Мониторинг внедрения изменений:
 - а) оснащение дорожной полиции алкотестерами;
 - б) внедрение выборочных проверок на алкоголь на регулярной основе;
 - в) увеличение числа проверок дорожной полицией всех категорий участников движения, находящихся под воздействием алкоголя.

Барьерами являются национальные традиции, доступность (неучтенный алкоголь и алкоголь, произведенный в домашних условиях), алкогольное лобби (Ассоциация производителей алкоголя), недостаточное межотраслевое сотрудничество, а также нестабильная экономическая, политическая и социальная ситуация.

Узбекистан

Цели и задачи включают обеспечение строгого соблюдения закона о вождении в состоянии алкогольного опьянения, а также сокращение смертности в результате ДТП.

Важные индикаторы и составляющие включают:

- снижение предельной скорости в населенных пунктах с 70 км/ч до 60 км/ч;
- обеспечение алкотестерами машин ДПС;
- внедрение Пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний для первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов (PEN) во всех регионах республики;
- усиление ответственности пешеходов;
- повсеместное внедрение примеров социальной рекламы применительно к вождению в состоянии алкогольного опьянения (о последствиях автоаварий, травм);
- профилактические меры, вовлечение общественности.

Основные сферы деятельности включают улучшение координации и активизацию межсекторального и межведомственного сотрудничества (в том числе парламента, правительства и всех заинтересованных министерств). Особое внимание необходимо уделить экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП на единой платформе оказания услуг; для этого потребуется оснастить центры семейной медицины так, чтобы там тоже могла оказываться экстренная медицинская помощь.

Беларусь

Цель состоит в снижении связанной с употреблением алкоголя смертности от ДТП и НИЗ.

Задачи включают: снижение уровня потребления алкоголя; совершенствование нормативной базы и правоприменения; разработку механизма и внедрение социального маркетинга (алкоголь); совершенствование медицинской помощи (краткие вмешательства, экстренная помощь).

Для того чтобы снизить потребление алкоголя на 10% к 2020 г., необходимо:

- увеличение возрастного порога для продажи алкоголя (Скандинавская модель);
- ограничение времени и мест продажи алкоголя (включая запрет на продажу крепкого алкоголя на автозаправочных станциях);
- повышение акцизов на алкоголь (крепкие напитки);
- внедрение СКПК (первичная помощь, травматология, приемные отделения).

Совершенствование нормативной базы и правоприменения должно включать:

- введение предельно допустимой концентрации в 0,19 г/мл для молодых и профессиональных водителей;
- обеспечение беспрепятственного проезда оперативных служб по обочине автомагистралей;

- конкретизацию случаев обязательного забора биоматериала при ДТП;
- стимулирование инвестиций в общественный транспорт (снижение платы за проезд, чтобы стимулировать водителей к пользованию общественным транспортом, а также отделение пешеходных и велосипедных дорожек);
- ограничение скорости в городах до 50 км/ч.

Внедрение механизмов социального маркетинга потребует определения целевых групп (молодые водители, члены семьи, профессиональные водители) и будет иметь целью изменение модели потребления алкоголя.

Совершенствование медицинской помощи пострадавшим должно включать: обучение лиц первого контакта первой помощи; совершенствование медицинской помощи (СКПК и экстренная помощь); дальнейшее развитие экстренной медицинской помощи (районные центры экстренной медицинской помощи, совершенствование транспортировки, реформирование приемных отделений и подготовка кадров).

Российская Федерация

Цель состоит в снижении смертности от ДТП до 4 на 100 000 населения к 2024 г., а также в снижении потребления алкогольной продукции до 10 л на душу населения в год к 2020 г.

Существующие законодательные документы включают Концепцию государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г., стратегию безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018-2024 гг., Государственную программу развития здравоохранения Российской Федерации.

Направления дальнейшей деятельности включают:

- упрощение процедуры подтверждения состояния опьянения водителей;
- дальнейшее совершенствование законодательства в отношении управления ТС в состоянии опьянения;
- укрепление эффективного межведомственного взаимодействия;
- развитие механизмов экономического стимулирования при соблюдении требований по безопасности дорожного движения (налогообложение, лицензирование, страхование);
- формирование устойчивого негативного отношения граждан к управлению в состоянии опьянения с привлечением общественности и СМИ;
- совершенствование института оказания первой помощи пострадавшим в ДТП;
- организация специальных образовательных программ для правонарушителей (первичных и повторных), кандидатов в водители (профилактика употребления алкоголя за рулем).

Факторы, влияющие на дорожно-транспортную безопасность, включают снижение предельно допустимой разрешенной скорости в черте города, безопасность пассажиров задних сидений легковых автомобилей, соотнесение стандартов безопасности новых транспортных средств со стандартами ЕС, социальный маркетинг.

Соответствующие индикаторы должны включать число лиц, получивших травмы в результате ДТП; число лиц, погибших в результате «пьяных ДТП»; распространенность

управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения; сокращение смертности от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя.

Будут предприняты шаги по дальнейшему внедрению СКПК, включая дальнейшее сотрудничество с Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М.Сеченова, где в прошлом году были обучены 40 инструкторов, и Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и наркологии им В.П. Сербского (также подготовившим 40 инструкторов), завершение работы над информационно-опросными карточками и обучающими видео и выработку способов обратной связи, обмена опытом и методической поддержки для специалистов, применяющих методики СКПК в своей практике.

Кыргызстан и Таджикистан

Обе страновые группы считают необходимым пересмотр и внесение поправок в законодательство с тем, чтобы исключить альтернативные санкции и ужесточить штрафы. Признается также необходимость улучшения технической оснащённости службы и постов алкотестерами и нагрудными видеожетонами в целях проведения выборочных проверок на алкоголь.

Основные направления деятельности должны включать социальный маркетинг с сопровождением эффективного правоприменения. В медиакампаниях должны принимать участие лица, имеющие общественное влияние (религиозные лидеры). Разъяснительная работа должна включать СКПК, для чего необходимо определить организации в столице и регионах, ответственные за обучение и мониторинг, а также за оказание услуг по организации оказания экстренной помощи.

Необходимо развитие физически активных способов передвижения в рамках проекта «Здоровые города»: в настоящее время три города в Кыргызстане готовы стать членами этой сети.

Казахстан

Цели включают обеспечение безопасности дорожного движения и снижение бремени ДТТ в состоянии алкогольного опьянения.

Предлагается осуществление следующих мероприятий:

- увеличение акцизных сборов на алкогольную продукцию;
- наличие предупреждения о негативном влиянии алкоголя на здоровье человека на контейнерах и бутылках, в местах продажи;
- ужесточение мер контроля за производством и реализацией алкогольной продукции, изготовленной незаконно и в неорганизованном секторе;
- установление единого УСАК в 0,05 г/дл для всех водителей и 0,02 г/дл для молодых водителей;
- обязательное прохождение водителем, совершившим правонарушение в состоянии алкогольного опьянения, освидетельствования, а при необходимости – профилактических мер, лечения и/или медицинской и социальной реабилитации;
- утверждение законодательным актом внедрение блокировки включения зажигания в состоянии алкогольного опьянения;

- апробация современных технологий социального маркетинга на основе лучших практик для определения наиболее эффективных методик изменения поведения и среды с учетом клиент-ориентированного подхода и существующих барьеров;
- законодательное утверждение регулярного проведения кампаний социального маркетинга;
- подготовка национальных инструкторов по СКПК;
- адаптация к национальным условиям и внедрение руководства ВОЗ по СКПК;
- мониторинг и анализ внедрения руководства ВОЗ по СКПК.

Индикаторы будут включать снижение уровня потребляемого алкоголя на душу населения, снижение количества ДТП в состоянии алкогольного опьянения и их последствий для всех участников движения и повышение уровня информированности о негативных последствиях употребления алкоголя.

Церемония закрытия

Заключительное слово произнес д-р Migliorini, оценивший учебный курс как высоко продуктивный и выразивший признательность всем участникам и организаторам. Курс был оценен учащимися, и получил высокую характеристику с точки зрения содержания, материалов, проведения и методов работы (см. Приложение 2). Д-р Светлана Аксельрод выразила удовлетворение проведенным курсом.

Министерству внутренних дел было вручено благодарственное письмо Министерства здравоохранения. Участникам были вручены сертификаты.

Приложение 1

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Армения

Карине Габриелян
Национальный координатор по профилактике травматизма
Главный специалист
Отдел общественного здоровья
Министерство здравоохранения Республики Армения

Диана Андреасян
Директор
Национальный информационно-аналитический центр здравоохранения НИЗ
Министерство здравоохранения Республики Армения

Ромелла Абовян
Начальник
Отдел эпидемиологии неинфекционных заболеваний и внутрибольничных инфекций
Национальный центр по контролю и профилактике заболеваний
Министерство здравоохранения Республики Армения

Асмик Аветисян
Старший инспектор
Отдел планирования, учета и анализа
Служба «Дорожная полиция»
Полиция Республики Армения

Сероп Мхчян
Врач травматолог-ортопед
Медицинский центр «Сурб Григор Лусаворич»

Азербайджан

Тофик Мусаев
Начальник отдела здоровья населения
Центр общественного здравоохранения и реформ

Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики

Айтан Маммадова

Заведующая

Отдел коммуникации в здравоохранении и связи с общественностью

Центр общественного здравоохранения и реформ

Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики

Беларусь

Жанна Вячеславовна Истомина

Заместитель главного врача

Городской клинический наркологический диспансер

Алексей Аркадьевич Кралько

Заведующий

Республиканский центр наркологического мониторинга и превентологии

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Александр Владимирович Пацеев

Заместитель директора по оргметодработе

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

Леонид Николаевич Ломать

Заместитель директора по оргметодработе

ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»

Казахстан

Нурлан Джумагулович Батпенев

Директор

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Галина Кубаевна Жаксыбекова

Ведущий научный сотрудник

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Алия Сарсенбаевна Кошкарбаева

Главный эксперт

Управление эпидемиологического надзора

Комитет охраны общественного здоровья

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Карлыгаш Бегановна Кулманова

Прокурор отдела по учету лиц, совершивших административные и коррупционные правонарушения

Управление формирования правовой информации в гражданской и административной сферах комитета Генеральной прокуратуры
Республики Казахстан

Салтанат Болатовна Мукашева

Заместитель директора

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Марат Шаяхметович Туякбаев

Начальник Управления

Комитет административной полиции

Министерство внутренних дел Республики Казахстан

Кыргызстан

Атыргул Бекмурзаева

Заместитель руководителя

Пресс-служба

Главное управление по обеспечению безопасности дорожного движения
Министерство внутренних дел Кыргызской Республики

Абдыхалил Шадманович Мамаюсупов

Эксперт отдела

Комитет Жогорку Кенеша Кыргызской Республики по социальным вопросам, образования, науки, культуры и здравоохранения

Саматбек Шакеевич Тойматов

Начальник

Управление организации медицинской помощи и лекарственной политики
Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Марат Таалайбекович Акимканов

Эксперт отдела

Комитет Жогорку Кенеша Кыргызской Республики

Советник по правовым вопросам депутата

Жогорку Кенеша Кыргызской Республики

Республика Молдова

Елена Боляк

Начальник
Отдел контроля за детерминантами здоровья
Национальное агентство общественного здоровья

Неля Табунчик
Начальник отдела контроля неинфекционных заболеваний
Национальное агентство общественного здоровья

Российская Федерация

Алексей Юрьевич Евдокимов
Начальник
Отдел организации оказания наркологической помощи населению, медицинского освидетельствования
Департамент организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности
Министерство здравоохранения Российской Федерации

Юлия Бронюсовна Шевцова
Ведущий научный сотрудник
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии»
Департамент здравоохранения г. Москвы

Александр Александрович Бурцев
Руководитель
Референс-центр по мониторингу потребления психоактивных веществ
Филиал ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии»
Департамент здравоохранения города Москвы

Галина Александровна Корчагина
Заместитель директора по науке
Национальный научно-исследовательский центр наркологии
Филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Министерство здравоохранения Российской Федерации

Светлана Вячеславовна Шпорт
Ученый секретарь
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии»

им. В.П. Сербского»
Министерство здравоохранения Российской Федерации

Евгения Владимировна Фадеева
Заведующая

Отделение организации профилактической помощи в наркологии
Национальный научно-исследовательский центр наркологии
Филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Министерство здравоохранения Российской Федерации

Антон Сергеевич Князев
Заместитель начальника

Отдел изучения проблем нормативного правового и аналитического обеспечения
Научно-исследовательский центр Безопасности дорожного движения
Министерство внутренних дел Российской Федерации

Кирилл Сергеевич Баканов
Помощник начальника по правовой работе
Научно-исследовательский центр БДД
Министерство внутренних дел Российской Федерации

Таджикистан

Абдували Разаков
Главный внештатный специалист
по травматологии и ортопедии
Министерство здравоохранения и социальной защиты
Республики Таджикистан

Махмадрахим Малахов
Главный нарколог
Министерство здравоохранения и социальной защиты
Республики Таджикистан

Узбекистан

Мирхаким Азизов
Директор
Специализированный Республиканский научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Фаррух Шарипов

Начальник

Главное управление организации лечебно-профилактической помощи

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Преподаватели курса и приглашенные спикеры

Niamh Fitzgerald

Старший преподаватель по изучению алкоголя

Института социального маркетинга Факультета здоровья и спорта

Университет Стирлинга

Приглашенный преподаватель

Британский центр по изучению табака и алкоголя

Институт психиатрии, психологии и нейронауки

Королевский колледж в Лондоне, Великобритания

Jürgen Rehm

Профессор

Старший директор

Институт изучения политики в области психического здоровья

Центр аддиктивных расстройств и психического здоровья (САМН)

Председатель по политике изучения зависимости

Школа общественного здравоохранения Далла Лана,

Университет Торонто, Канада

Руслан Альбертович Хальфин

Профессор

Директор

Высшая школа управления здравоохранением

Институт лидерства и управления здравоохранением

Сеченовского Университета

Виктория Вячеславовна Мадьянова

Профессор

Директор

Департамент международных проектов в здравоохранении

Институт лидерства и управления здравоохранением

Сотрудничающий центра ВОЗ по подготовке и обучению специалистов в сфере

профилактики и борьбы с НИЗ

Андрей Константинович Демин

Профессор

Высшая школа управления здравоохранением
Институт лидерства и управления здравоохранением
Сеченовского Университета

Артем Юрьевич Гиль

Доцент

Высшая школа управления здравоохранением
Института лидерства и управления здравоохранением
Сеченовского Университета

Константин Витальевич Вышинский

Ведущий научный сотрудник

Отделение эпидемиологии

Национальный научно-исследовательский центр наркологии
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского»

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Вадим Валерианович Донченко

Научный руководитель

ОАО «Научно-исследовательский институт автомобильного транспорта»

Екатерина Сергеевна Иванова

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике
Центральный Федеральный округ Российской Федерации и
Министерство здравоохранения Московской области

Елена Алексеевна Чинкова

Координатор

Ассоциация ВОЗ: Здоровые города, районы и поселки в г. Клин,
Московская область

Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации

Игорь Николаевич Каграманян

Первый заместитель Председателя
Комитет по социальной политике

Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации

Николай Федорович Герасименко
Депутат
Комитет по охране здоровья

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Олег Олегович Салагай
Директор
Департамент общественного здоровья и коммуникаций

Сергей Михайлович Муравьев
Директор
Департамент международного сотрудничества и связей с общественностью

Артем Игоревич Тарасенко
Заместитель директора
Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении

Михаил Валентинович Быстров
Первый Заместитель
ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»

Министерство внутренних дел Российской Федерации

Дмитрий Викторович Митрошин
Начальник
Отдел выработки государственной политики и управленческих решений в области безопасности движения
ГУОБДД
Министерство внутренних дел Российской Федерации

Виктор Дмитриевич Кондратьев
Главный специалист
Профессор ГУОБДД
Министерство внутренних дел Российской Федерации

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Петр Витальевич Глыбочко
Ректор

Виктор Викторович Фомин
Проректор по лечебной работе

Татьяна Михайловна Литвинова
Проректор по учебной работе

Наблюдатели

Владимир Кумов
Проект «Let's bike it!»

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Dinesh Sethi
Руководитель программы по предотвращению насилия и травматизма

Nino Sharashidze
Специалист по транспорту и здоровью

Yongjie Yon
Специалист программ по предупреждению насилия и травматизма, и по здоровому долголетию

Nina Blinkenberg
Программный ассистент

Thomas Anderson
Интерн

Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

Carina Ferreira-Borges
Руководитель программы по алкоголю наркотикам

Joao Joaquim Rodrigues da Silva Breda
Руководитель
Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними
И.о. руководителя программы по вопросам питания физической активности и ожирения
Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни
Европейское региональное бюро ВОЗ

Павел Есин
Специалист

Enrique Gerado Loyola Elizondo
Координатор по эпиднадзору

Анна Мезенцева
Программный ассистент

Ivo Rakovac
Технический сотрудник

Представительство ВОЗ в Российской Федерации

Никита Афанасьев
Медицинский специалист
Программа по борьбе с туберкулезом

Ольга Манухина
Специалист программы по борьбе с табаком

Luigi Migliorini
Старший советник

Melita Vujnovic
Представитель ВОЗ в Российской Федерации

Elena Yurasova
Координатор по неинфекционным заболеваниям

Представительство ВОЗ в Армении

Генрик Хачатрян
Национальный технический сотрудник

Представительство ВОЗ в Беларуси

Валентин Руссович
Национальный технический сотрудник

Представительство ВОЗ в Республике Молдова

Larisa Boderscova
Национальный технический сотрудник

Представительство ВОЗ в Казахстане

Салтанат Егеубаева
Технический сотрудник по общественному здоровью

Представительство ВОЗ в Кыргызстане

Осконбек Молдокулов
Национальный технический сотрудник

Штаб-квартира ВОЗ

Evelyn Murphy
Старший специалист
Предупреждение непреднамеренного травматизма

Teri Reynolds
Научный сотрудник
Инвалидность, предупреждение насилия и травматизма

Переводчики/секретарь

Людмила Юрастова
Переводчик-синхронист

Татьяна Полунина
Переводчик синхронист

Елена Лабцова
Секретарь и письменный переводчик

Приложение 2

ФОРМА ОЦЕНКИ КУРСА

План и содержание курса

Пожалуйста, дайте общую оценку курса по пятибалльной шкале

Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо	Отлично
0	0	3 (9%)	13 (38%)	18 (53%)

Смогли ли Вы решить поставленные в рамках курса задачи?

Нет	Не полностью	Да
0	0	34 (100%)

В целом, понравился ли Вам подход к обучению в рамках курса?





Нет	Не вполне	Да	Очень понравился
0	0	16 (47%)	18 (53%)

Как бы Вы оценили программу курса? Пожалуйста, выберите один из вариантов ответа на каждый вопрос:

Содержание курса	Легко	Оптимально	Сложно
Число лекций	1 (3%) Недостаточно	32 (94%) Оптимально	1 (3%) Избыточно
Число круглых столов/модерируемых дискуссий	3 (9%) Недостаточно	30 (88%) Оптимально	1 (3%) Избыточно
Число групповых заданий	2 (6%) Недостаточно	31 (91%) Оптимально	1 (3%) Избыточно
Число/продолжительность перерывов	2 (6%) мало/короткие	29 (85%) нормально/ оптимально	3 (9%) много/длинные
В целом, продолжительность курса (5 дней)	0 Не достаточно	33 (97%) Оптимально	1 (3%) Слишком долго
	3 (9%)	29 (85%)	2 (6%)

Насколько полезным для Вас было участие в групповой работе?	Бесполезно	Довольно полезно	Очень полезно
	0	5 (15%)	29 (85%)
Насколько полезным для Вас было участие в круглых столах/модерируемых дискуссиях, посвященных опыту стран?	Бесполезно	Довольно полезно	Очень полезно
	0	12 (35%)	22 (65%)

Порекомендовали бы Вы пройти этот курс своим коллегам, друзьям?

			
Нет	Не уверен	Да	Обязательно порекомендую
		11 (31%)	23 (69%)

Пожалуйста, укажите три элемента программы, которые понравились Вам больше всего:

Примечание: Элементы программы, указанные участниками как наиболее понравившиеся:

- Лекции и круглые столы, а также модерируемые дискуссии 13 (38%)
- Участие в групповой работе 9 (26%)
- Анализ нормативно-правовых аспектов 9 (26%)
- Роль употребления алкоголя применительно к НИЗ 4 (12%)
- Анализ бремени НИЗ и факторов риска 1 (3%)
- Алкоголь как общий фактор риска 1 (3%)
- Роль Евразийского экономического союза (в параллели с мероприятиями по борьбе с табаком) 1 (3%)
- Здоровые города, районы и поселки 1 (3%)
- Краткие профилактические консультации 1 (3%)
- Опыт стран по сокращению смертности в результате ДТП 1 (3%)
- Межсекторальный подход 2 (6%)
- Элементы стратегии по обеспечению безопасности дорожного движения 1 (3%)
- Социальный маркетинг 4 (12%)
- Борьба с потреблением алкоголя 1 (3%)
- Эффективные меры противодействия 1 (3%)
- Бремя НИЗ и факторы риска ССЗ 1 (3%)
- Бремя употребления алкоголя как фактор развития НИЗ и улучшение ситуации в области ДТТ 1 (3%)
- Мотивационное консультирование 1 (3%)

Пожалуйста, укажите три элемента программы, которые понравились Вам меньше всего:

Примечание: Элементы программы, указанные участниками как наименее понравившиеся:

23 участника не указали элементов программы, которые им не понравились. Было получено 11 ответов следующего содержания:

- Мотивационное консультирование 1 (3%)
- Устойчивый транспорт 1 (3%)
- Общие подходы 1 (3%)
- Плохой синхронный перевод 2 (6%)
- Здоровые города 1 (3%)
- Некоторые презентации были слишком длинными 1 (3%)
- Инструкции для рабочих группы недостаточно подробны 1 (3%)
- Слишком много времени было отведено на работу в группах 1 (3%)
- Слишком мало времени было уделено обсуждению вопроса вреда, который употребление алкоголя наносит здоровью в целом 1 (3%)
- Слишком много времени отведено вопросу кратких профилактических консультаций в отношении употребления алкоголя (по этой теме можно организовать отдельное мероприятие) 1 (3%)