



ЕВРОПА
Европейский региональный комитет
Пятьдесят пятая сессия

Бухарест, Румыния, 12–15 сентября 2005 г.

Пункт 6(с) предварительной повестки дня

EUR/RC55/BD/1

19 августа 2005 г.

54104

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ
Исходный документ к Основам политики в отношении алкоголя в
Европейском регионе ВОЗ

В настоящем исходном документе рассматривается ситуация в отношении употребления алкоголя и связанного с ним вреда в Европейском регионе ВОЗ; он содержит также краткую информацию о результатах оценки хода реализации Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 гг.

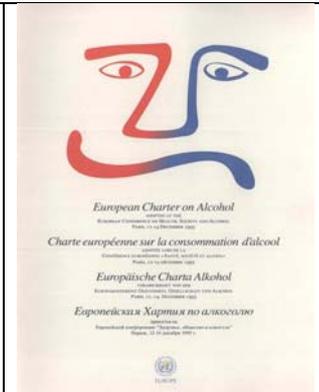
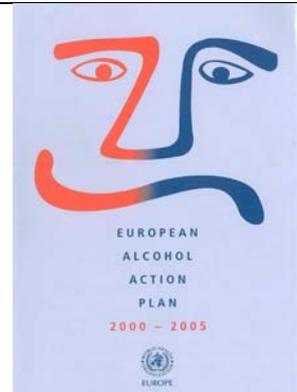
Этот документ следует читать совместно с документом EUR/RC55/11 “Основа политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ”.

Содержание

| | <i>Стр.</i> |
|--|-------------|
| Введение – десятилетний опыт разработки политики в отношении алкоголя..... | 1 |
| Потребление алкоголя в Европе | 2 |
| Потребление на душу населения | 2 |
| Алкоголь среди молодежи | 3 |
| Влияние алкоголя на бремя болезней | 6 |
| Социальное бремя алкоголя..... | 8 |
| Ответные меры в области политики..... | 8 |
| Оценка хода работ по реализации Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 гг. | 9 |
| Предстоящие задачи | 10 |
| Использованная литература | 11 |

Введение – десятилетний опыт разработки политики в отношении алкоголя

1. В 1992 г. Европейское региональное бюро ВОЗ первым из всех региональных бюро ВОЗ взяло на себя инициативу по принятию плана действий в отношении алкоголя в масштабах всего Региона. С этого момента ЕРБ играет существенную роль, оказывая содействие в разработке политики в данной области и ведении информационно-пропагандистской деятельности по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, связанного с алкоголем, в государствах-членах. В 1994 г. была создана сеть национальных координаторов по плану действий, назначенных государствами-членами, в целях обмена опытом, планирования деятельности, оценки предпринимаемых действий и обеспечения международной поддержки мер, осуществляемых на национальном и региональном уровнях.

| | | | |
|--|--|---|--|
|  |  |  |  |
| <p>1992 г.: Первый европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя</p> | <p>1995 г.: Европейская хартия по алкоголю</p> | <p>1999 г.: Второй европейский план по борьбе с потреблением алкоголя</p> | <p>2001 г.: Декларация “Молодежь и алкоголь”</p> |

2. Важной вехой на пути реализации Плана действий явилось проведение в 1995 г. в Париже европейской конференции “Здоровье, общество и алкоголь”. Это была первая общеевропейская конференция, организованная ВОЗ, на которой министры здравоохранения и другие официальные представители почти всех государств-членов рассмотрели вопросы политики в отношении алкоголя – одной из наиболее сложных проблем в области общественного здравоохранения. Какие реальные, эффективные и приемлемые подходы к решению проблем здравоохранения, связанных с алкоголем, могли найти страны Европы? Результатом работы этой конференции явилось единодушное принятие Европейской хартии по алкоголю (1). Эта Хартия содержит пять этических принципов и десять стратегий для разработки государствами-членами комплексных программ и политики в отношении алкоголя. Она также заложила основы для следующего этапа Плана действий. В 1999 г. Европейский региональный комитет рассмотрел необходимость продолжения деятельности по борьбе с потреблением алкоголя и единогласно утвердил следующий этап Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 гг. (2).

3. В 2001 г. была проведена европейская конференция ВОЗ на уровне министров “Молодежь и алкоголь” для разработки конкретных задач, мер в области политики и действий, направленных на поддержку молодежи. В присутствии Ее Величества королевы Швеции Сильвии 37 министров здравоохранения, заместитель премьер-министра, несколько заместителей министров и государственных секретарей и более 100 представителей молодежи, а также более 600 участников из всех государств-членов обсудили пути улучшения качества жизни молодежи в Европе путем снижения вреда, наносимого алкоголем. Конференция приняла Декларацию “Молодежь и алкоголь” (3), которая затем была утверждена Региональным комитетом в сентябре 2001 г. в качестве главного политического заявления Европейского региона ВОЗ по проблеме “Молодежь и алкоголь”.

4. После принятия второго Плана действий государства-члены испытывают все большую потребность в получении технического содействия для разработки и реализации национальной политики и стратегий в отношении алкоголя. В связи с этим Региональное бюро направляет большой объем ресурсов на удовлетворение этих потребностей. В 2002 г. была создана Европейская информационная система по алкоголю (EAIS) (4) для сбора, анализа и распространения информации по вопросам, связанным с реализацией Плана действий.

Потребление алкоголя в Европе¹

Потребление на душу населения

5. Уровень потребления алкоголя в определенной группе населения является важным детерминантом состояния здоровья и благополучия общества. В любом обществе значимость проблем, связанных с алкоголем, обычно возрастает и снижается в зависимости от уровня потребления. В целом, как представляется, уровень потребления алкоголя в Регионе остается стабильным, однако за этим скрывается тот факт, что за последние десятилетия существовавшие ранее очень большие различия в уровне потребления на душу населения между странами Европейского региона ВОЗ сокращаются. Полученные данные показывают, что хотя уровень потребления алкоголя в традиционно винодельческих странах на юге Европы снизился, в большинстве стран Восточной и Северной Европы он достиг своего исторического максимума и остается на высоком уровне в странах Центральной Европы. Потребление алкоголя в Центральноазиатских республиках традиционно остается на очень низком уровне. В то же время различия между странами становятся гораздо менее выраженными, если из расчетов исключить лиц, воздерживающихся от употребления алкоголя.

6. Точный уровень общего потребления в стране на основании имеющихся данных рассчитать сложно, что затрудняет проведение непосредственных сравнений между странами. Относительно небольшое число стран проводили исследования по оценке уровня неучтенного потребления, однако группа специалистов по проблеме алкоголя предприняла попытку оценить уровень неучтенного потребления алкоголя в глобальном масштабе. Согласно оценкам, средний уровень потребления алкоголя на душу взрослого населения в Европейском регионе составляет 12,1 л чистого спирта в год, что более чем в два раза выше общемирового уровня, равного 5,8 л. Хотя доля женщин в общем потреблении алкоголя составляет 20–30%, этот показатель является самым высоким в мире.

7. Помимо общего уровня потребления алкоголя важной детерминантой здоровья населения является характер потребления спиртных напитков. Различия в характере потребления алкоголя могут служить индикатором того, насколько изменятся уровни заболеваемости и смертности при определенном изменении уровня потребления алкоголя. Как показано в табл. 1, наблюдаются существенные различия в характере потребления алкоголя между различными частями Европейского региона. Данные исследования показывают, что исходя из числа случаев употребления спиртных напитков в больших количествах и достижения состояния сильного опьянения, в Европейском регионе ВОЗ наблюдаются как наиболее, так и наименее пагубные для здоровья формы потребления алкоголя в мире. В целом, преобладающий характер потребления алкоголя становится более вредным для здоровья к северу и востоку Региона.

¹ Показатели потребления алкоголя на уровне стран можно найти в базе данных по борьбе с алкоголем Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/alcohol/> по состоянию на 17 августа 2005 г.).

Таблица 1. Показатели потребления алкоголя среди взрослого населения в различных субрегионах Европейского региона ВОЗ в 2000 г. (средневзвешенное значение по численности населения в разных странах) (5,6,7)

| Субрегион ВОЗ ^а | Общий уровень потребления ^б | % неучтенного потребления от общего уровня ^в | % сильно пьющих ^г | % пьющих среди мужчин | % пьющих среди женщин | Потребление на одного пьющего ^д | Средний характер потребления ^е |
|----------------------------|--|---|------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|---|
| Евр-А | 12,9 | 10% | 15,7 | 90 | 81 | 15,1 | 1,3 |
| Евр-В 1 | 9,3 | 40% | 9,9 | 77 | 57 | 14,3 | 2,9 |
| Евр-В 2 | 4,3 | 51% | 4,5 | 54 | 33 | 9,9 | 3,0 |
| Евр-С | 13,9 | 38% | 18,6 | 89 | 81 | 16,5 | 3,6 |
| В мире | 5,8 | 40% | 5,1 | 60 | 32 | 12,3 | 2,5 |

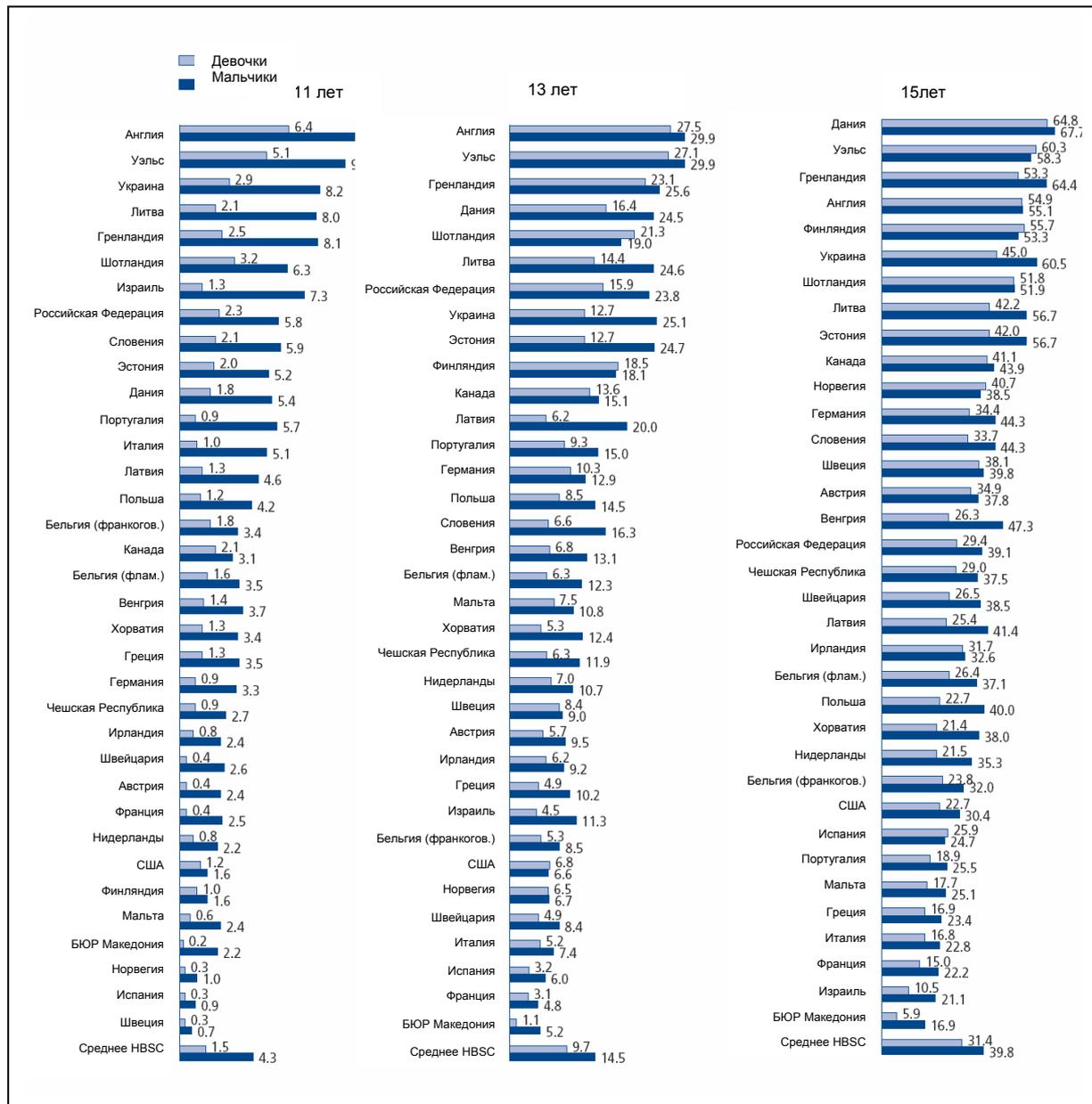
- а **Евр-А:** Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция
- Евр-В:** Азербайджан*, Албания, Армения*, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Грузия, Кыргызстан*, Польша, Румыния, Словакия, Таджикистан*, Туркменистан*, Турция, Узбекистан*, Югославия (* помечены В-2; остальные – В-1).
- Евр-С:** Беларусь, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина, Эстония.
- б Расчетный общий уровень потребления на жителя страны в возрасте 15 лет и старше в литрах чистого спирта (учтенное и неучтенное потребление).
- в Процент неучтенного потребления в общем уровне потребления на душу взрослого населения (согласно расчетам).
- г Примерный процент лиц, употребляющих алкогольные напитки в больших количествах (мужчины ≥ 40 г, женщины ≥ 20 г) среди лиц в возрасте 15 лет и старше.
- д Расчетный общий уровень потребления алкоголя (в л чистого спирта) на одного пьющего в возрасте 15 лет и старше.
- е Средний характер потребления спиртных напитков (от 1 до 4, где 4 соответствует характеру, оказывающему наиболее пагубное воздействие на здоровье).

Алкоголь среди молодежи

8. Потребление алкоголя молодежью вызывает особую озабоченность в странах Европейского региона, проявлением чего явилось принятие на уровне министров Декларации “Молодежь и алкоголь” в 2001 г. В настоящее время проводятся два крупномасштабных общеевропейских исследования по сравнению показателей потребления алкоголя среди молодежи в странах Региона. В 1982 г. Региональным бюро начато проведение исследования “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья” (HBSC). Данное исследование проводится раз в четыре года, и в последнем опросе, проводившемся в 2001/2002 г. приняли участие молодые люди в возрасте от 11 до 15 лет в 35 странах Региона. Вторым исследованием является Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам (ESPAD), в рамках которого изучается потребление спиртных напитков, курение и незаконное употребление наркотиков учащимися школ в возрасте 15–16 лет в Европе. Исследование ESPAD проводилось в 1995, 1999 и 2003 гг.

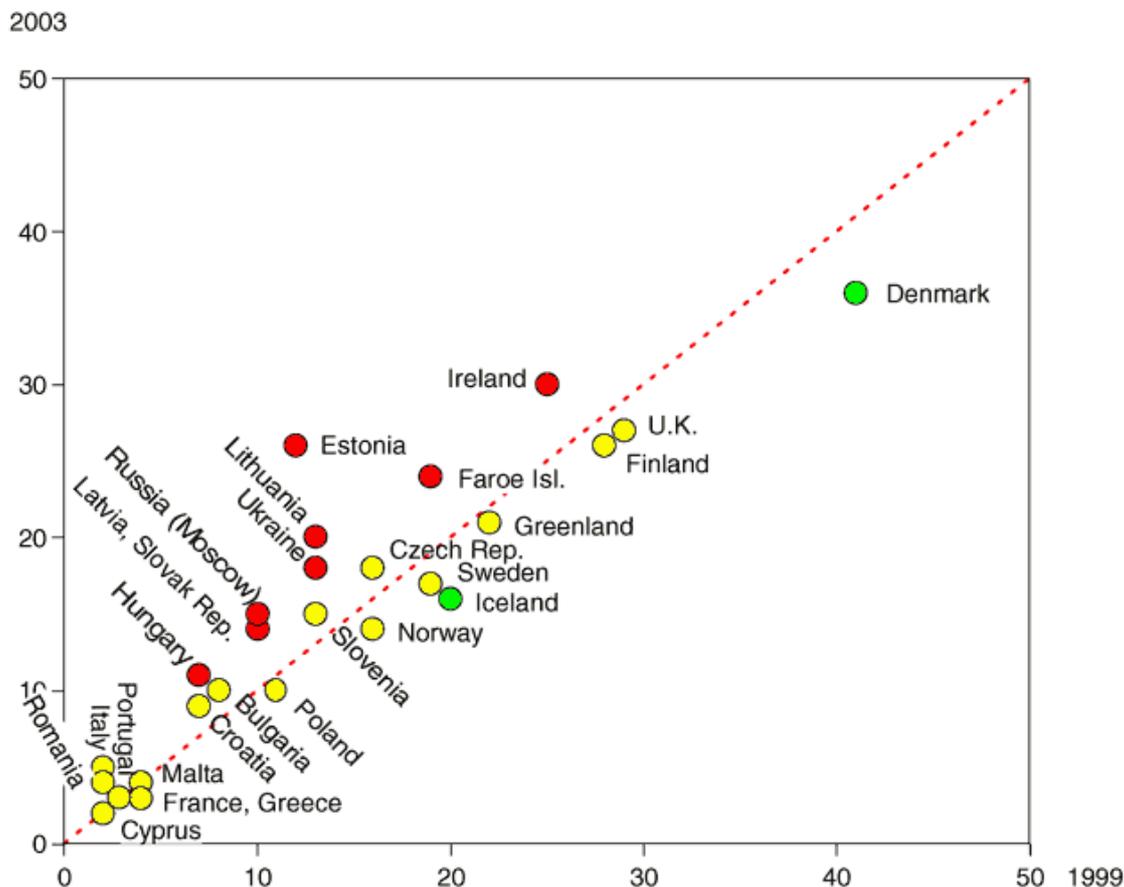
9. Результаты исследования HBSC в 2001/2002 г. показывают, что средний возраст начала приема алкогольных напитков в 35 странах составляет 12,3 лет у мальчиков и 12,9 лет у девочек. Первое состояние опьянения, в среднем, регистрируется в возрасте 13,6 лет у мальчиков и 13,9 лет у девочек. Изучение проблемы регулярного приема спиртных напитков молодыми людьми показывает, что еженедельно употребляют алкоголь 5% детей в возрасте 11 лет, 12% в возрасте 13 лет и 29% в возрасте 15 лет (8).

Рисунок 1. Процент молодых людей, испытывавших состояние опьянения
два или более раз



Источник: Исследование HBSC (8).

Рисунок 2. Изменения в процентном отношении доли учащихся в возрасте 15–16 лет, сообщивших о том, что они находились в состоянии опьянения 20 или более раз в течение жизни (1999–2003 гг.). Страны, в которых число таких случаев в 2003 г. было выше, чем в 1999 г., находятся над пунктирной линией. Чем выше на графике находится страна, тем выше частота случаев опьянения среди молодежи в 2003 г. Источник: ESPAD (9)



(Страны, находящиеся над пунктирной линией)

Румыния
Италия
Португалия
Хорватия
Венгрия, Болгария
Литва, Словакия
Российская Федерация (Москва)
Словения
Украина
Литва
Чешская Республика
Эстония
Фарерские острова
Ирландия

(Страны, находящиеся под пунктирной линией)

Кипр
Франция, Греция
Мальта
Польша
Норвегия
Швеция, Исландия
Гренландия
Финляндия
Соединенное Королевство
Дания

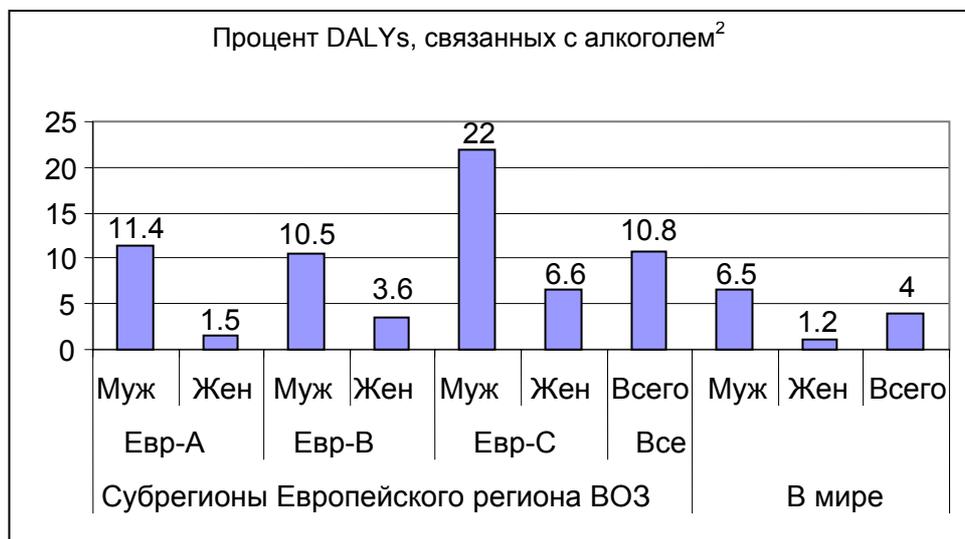
10. Результаты исследования ESPAD в отношении изменений данного показателя с 1999 по 2003 гг. показывают, что частота случаев опьянения среди молодежи в Регионе по сравнению с 1999 г. возросла или осталась на том же уровне. Лишь в двух странах – Дании и Исландии – отмечено значительное снижение частоты случаев опьянения среди молодых людей за этот период. Частота случаев алкогольного опьянения среди молодежи продолжает оставаться на очень высоком уровне в западных странах и возросла до аналогичного уровня в странах Восточной Европы. Эта же тенденция вызывает озабоченность в странах Южной Европы (9).

Влияние алкоголя на бремя болезней

11. Опасные и вредные формы употребления алкоголя связаны с широким кругом проблем в отношении здоровья и поведения. Это явление имеет также социальные последствия, оказывая влияние на жизнь людей и на состояние психического здоровья тех, кто живет или работает с человеком, страдающим алкогольной зависимостью, или подвергается физическому или психическому насилию со стороны лиц, находящихся в состоянии опьянения.

12. Согласно имеющимся оценкам, употребление алкоголя является причиной 1,8 млн. смертных случаев и 4% бремени болезней во всем мире (10). В то же время в Европейском регионе в целом в 2002 г. этот показатель был более чем в два раза выше, составляя 10,8%. В этот же год число случаев преждевременной смерти, связанной с алкоголем, составило около 600 000 (11). Таким образом, согласно сопоставительным оценкам, проведенным в Европейском регионе, алкоголь является третьим по значимости из 26 факторов риска после гипертензии (1) и табака (2). Отмечаются также значительные различия между разными частями Европейского региона. Хотя употребление алкоголя является причиной лишь 1,5% бремени болезней среди женского населения ряда стран в западной части Региона, в некоторых странах Восточной Европы среди мужского населения эта цифра достигает 22%.

Рисунок 3. Доля болезней, связанных с алкоголем, в общей заболеваемости по данным проекта по глобальному бремени болезней (12)



² DALY: Продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность: показатель различий в отношении здоровья, разработанный для исследования ВОЗ по глобальному бремени болезней для оценки бремени болезней в определенной популяции. DALYs измеряются с учетом смертности и заболеваемости. Взвешенное значение заболеваемости отражает тяжесть состояния. DALYs представляют собой сумму лет жизни, утраченных в результате болезней (YLL), и лет жизни, прожитых с инвалидностью (YLD).

13. Бремя болезней, связанных с алкоголем, во всех частях Региона в несколько раз выше среди мужчин, чем среди женщин. В то же время женщины составляют более значительную часть лиц, страдающих от насилия или социальных проблем, связанных с употреблением алкоголя теми, кто их окружает. В отличие от большинства других факторов риска в развитых странах, таких как потребление табака, высокое артериальное давление или гиперхолестеринемия, алкоголь оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья на относительно раннем этапе жизни. Алкоголь является важнейшим фактором риска в возрастной группе 15–29 лет, и, по имеющимся оценкам, в 2002 г. от причин, связанных с алкоголем, в Европейском регионе погибли 63 000 молодых людей.

Таблица 2. Бремя болезней, связанных с алкоголем, в 2002 г. в тысячах DALYs по категориям заболеваний

| | Европейский регион ВОЗ | | В мире | |
|--|------------------------|--|----------|--|
| | Всего | Процент от всех DALYs, связанных с алкоголем | Всего | Процент от всех DALYs, связанных с алкоголем |
| Материнские и перинатальные состояния | 14 | 0,1 | 111 | 0,2 |
| Рак | 858 | 5,5 | 4 175 | 7,0 |
| Психоневрологические состояния | 5 195 | 33,2 | 22 701 | 38,2 |
| Сосудистые заболевания | 1 169 | 7,5 | 3 693 | 6,2 |
| Другие неинфекционные болезни | 1 607 | 10,3 | 4 175 | 7,0 |
| Непреднамеренные травмы | 4 867 | 31,1 | 17 044 | 28,7 |
| Преднамеренные травмы | 1 933 | 12,4 | 7 452 | 12,6 |
| Все DALYs, связанные с алкоголем | 15 643 | 100,0 | 59 351 | 100,0 |
| DALYs, связанные с алкоголем, в процентах от всех DALYs | 10,8 | | 4 | |

14. В приведенной ниже табл. 3 показана доля случаев смерти, связанных с алкоголем, в процентном отношении ко всем случаям смерти с разбивкой по полу и по возрасту. Во всех субрегионах эти показатели являются максимальными у обоих полов в возрастной группе 15–29 лет (за некоторым исключением в отношении женщин в странах Евр-В). Иными словами, алкоголь является важнейшим фактором риска для молодых людей. В этот же возрастной период не было установлено фактов какого-либо защитного действия алкоголя.

Таблица 3. Доля случаев смерти, связанных с алкоголем, в процентном отношении ко всем случаям смерти в субрегионах Европейского региона ВОЗ

| | Возраст (в годах) | | | | | |
|--------------|-------------------|------|-------|-------|-------|-------|
| | 0–4 | 5–14 | 15–29 | 30–44 | 45–59 | 60–69 |
| Евр-А | | | | | | |
| Мужчины | 1,3% | 7,1% | 26,2% | 19,0% | 10,4% | 4,0% |
| Женщины | 0,8% | 3,5% | 10,1% | 8,6% | 6,4% | 0,3% |
| Евр-В | | | | | | |
| Мужчины | 0,7% | 4,0% | 23,1% | 18,5% | 13,0% | 9,6% |
| Женщины | 0,4% | 1,3% | 7,1% | 7,2% | 6,1% | 3,6% |
| Евр-С | | | | | | |
| Мужчины | 2,5% | 9,6% | 37,3% | 27,7% | 21,1% | 14,6% |
| Женщины | 1,2% | 5,2% | 19,1% | 15,1% | 11,5% | 5,9% |

15. Недавно полученные эпидемиологические данные о том, что потребление алкоголя в малых дозах оказывает защитное действие в отношении болезней сердца, часто ошибочно интерпретируются как отрицающие данные о пагубных последствиях употребления спиртных напитков. Согласно оценкам, сделанным в рамках проекта ВОЗ по глобальному бремени болезней, даже принимая во внимание положительные эффекты употребления алкоголя в малых дозах, отрицательные последствия остаются очень значительными. Кроме того, проведенные исследования показывают, что хотя на индивидуальном уровне отмечается некоторый положительный эффект при употреблении алкоголя в малых дозах, это не находит своего подтверждения в положительных тенденциях относительно всего населения в целом (12).

Социальное бремя алкоголя

16. Работа по проведению оценки роли алкоголя в бремени смертности и заболеваемости среди других оценок ВОЗ за 2002 г. позволила получить новую важную информацию о проблемах, связанных с употреблением спиртных напитков. Однако эти оценки охватывают лишь проблемы, касающиеся здоровья (включая травматизм), и, таким образом, не отражают многочисленные социальные последствия употребления алкоголя и, в значительной степени, того вреда, который это наносит окружающим. Таким образом, стратегии, направленные на снижение уровня вреда, связанного с алкоголем, не только способствуют улучшению состояния здоровья и сохранению жизни тех, кто потребляет алкогольные напитки, но может также оказывать более широкое воздействие на здоровье и благополучие семей, местных сообществ и всего общества в целом.

17. Оценки в отношении бремени социального вреда, связанного с употреблением алкоголя, намного менее доступны и менее полны. В ряде стран, где проводились оценки уровня социального вреда, бремя болезней, связанных с алкоголем, фактически было менее значимым, чем бремя социального вреда, наносимого алкоголем (13). Таким образом, эффективные стратегии в отношении алкоголя, и другие меры, направленные на снижение бремени болезней, связанных с алкоголем, могут оказывать дополнительный эффект, снижая бремя социального вреда (14). Социальные проблемы, связанные с употреблением спиртных напитков, следует рассматривать как столь же важные для выработки политики, как и проблемы в отношении здоровья. В связи с этим Региональное бюро в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Швеции начало проведение исследования для изучения уровня социальных издержек, связанных с алкоголем, в Европейском регионе.

Ответные меры в области политики

18. За последние годы накоплен значительный объем знаний об эффективности конкретных мер борьбы с алкоголем с учетом данных не только о том, какие меры являются действенными, но также данных об отсутствии эффекта. Правительства стран в настоящее время располагают намного более широкими возможностями для выработки стратегий в отношении алкоголя на основе фактических данных, чем 20 лет назад. В рамках недавно проведенного исследования были изучены 32 стратегии или меры воздействия с точки зрения их степени эффективности, объема научных данных в их пользу, опыта их использования в различной социально-культурной среде, а также уровня затрат на их реализацию (7).

19. С одной стороны спектра находятся стратегии, в целом показавшие себя эффективными. К ним относятся стратегии по борьбе с потреблением алкоголя, меры, направленные на борьбу с вождением транспортных средств в нетрезвом виде, а также меры краткосрочного вмешательства в случаях опасного и наносящего вред пьянства. С другой стороны спектра находится ряд мер, в отношении которых сложно подтвердить их непосредственное положительное воздействие на характер потребления спиртных напитков или связанные с этим проблемы. К таким мерам относятся просвещение в школах, рекламные материалы социальной

направленности и добровольное регулирование со стороны алкогольной промышленности. Эти меры следует использовать лишь в рамках комплексной стратегии для снижения вреда, связанного с алкоголем.

20. В долгосрочной перспективе существует потребность в разработке устойчивых стратегий и программ в отношении алкоголя, направленных на сокращение случаев употребления алкоголя в опасных и вредных формах, снижения общего бремени потребления алкоголя, недопущение употребления спиртных напитков при определенных видах деятельности и ситуациях (таких как вождение автомобиля или управление оборудованием, на работе или в период беременности) и предоставление адекватной помощи лицам с проблемами, связанными с алкоголем, и их семьям.

21. Расширение торговых соглашений и общих рынков, а также, в целом, процессы глобализации в значительной степени сократили возможности государственных органов по использованию наиболее эффективных средств для предупреждения и сокращения проблем, связанных с алкоголем, принимая во внимание культурные особенности стран. Таким образом, с точки зрения общественного здравоохранения, существует необходимость в согласованных международных действиях, с тем чтобы алкоголь признавался особым товаром с учетом очень существенного вреда, связанного с его использованием.

Оценка хода работ по реализации Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 гг.

22. В Европейском плане действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 гг. определены пять основных задач для выполнения государствами-членами, а также десять направлений деятельности с указанием конечных результатов и проводимых мероприятий для разработки национальной политики в отношении алкоголя. Кроме того, в нем указаны пять основных областей, в которых Региональное бюро должно оказывать активную поддержку государствам-членам для реализации данного Плана. Оценка реализации Плана действий на 2000–2005 гг. проводилась путем анализа информации, предоставленной Европейской информационной системой по алкоголю (EAIS), и проведения опросного исследования с участием национальных координаторов по политике в отношении алкоголя.

23. Последнее обновление EAIS проводилось в связи с ежегодным совещанием национальных координаторов по политике в отношении алкоголя в Стокгольме в апреле 2005 г. В настоящее время EAIS содержит данные по 44 государствам-членам. Сравнение с данными за 2000 г. показывает, что в большинстве государств-членов за прошедшие пять лет политика борьбы с алкоголем не претерпела больших изменений. В государствах - членах Европейского союза ситуация в целом характеризуется менее рестриктивной политикой в отношении борьбы с алкоголем начиная с 2000 г. Результаты этого анализа не показывают различия в определенных показателях между государствами-членами и не отражают возрастающей озабоченности в связи с проблемой употребления алкоголя молодыми людьми и роста понимания ее значимости, что наблюдается во многих европейских странах.

24. В первом квартале 2005 г. было проведено опросное исследование с участием национальных координаторов по политике в отношении алкоголя в целях получения более ясного представления об объемах реализации Плана действий в государствах-членах. Координаторам было предложено представить сведения в отношении как объема реализации Плана действий на национальном уровне, так и эффективности деятельности Регионального бюро. Ответы на поставленные вопросы представили 36 координаторов. Необходимо помнить о том, что настоящая оценка не позволяет судить о фактическом уровне реализации или достигнутых успехах, а отражает лишь мнение координаторов в отношении изменений политики в отношении алкоголя в период с 1999 по 2005 гг. в их странах.

25. В целом координаторы сообщили о положительной тенденции в направлении выполнения задач, поставленных в Планах действий, однако между отдельными странами и субрегионами наблюдаются очень значительные различия. Изучение хода работ по достижению конечных результатов по десяти направлениям деятельности, изложенным в Планах действий показало, что наивысшие показатели достигнуты в отношении информации и просвещения, а наименьшие – в отношении сокращения наличия алкогольных напитков. Это несколько расходится с имеющейся базой фактических данных, в которой стратегии, направленные на сокращение наличия спиртных напитков, находятся в числе наиболее эффективных. Следует также отметить, что координаторы считают неудовлетворительной проводимую работу в отношении ответственности предприятий, производящих спиртные напитки, указанной в Планах действий. Сообщения об усилении деятельности данной отрасли в отношении социальных аспектов, связанных с алкоголем, таким образом, не отвечают поставленным в Планах задачам относительно действий этого сектора, направленных на снижение вреда, связанного с алкоголем.

26. Координаторам было также предложено оценить роль Регионального бюро в свете задач, поставленных в Планах действий. Деятельность Регионального бюро получила наивысшую оценку в отношении выполнения функции информационного центра по вопросам, связанным с алкоголем. Было отмечено, что Региональное бюро проводило успешную работу по предоставлению государствам-членам необходимой информации в отношении вопросов, связанных с алкоголем. Этому значительно способствовало создание Европейской информационной системы по алкоголю, а также ведение и обновление базы данных “Здоровье для всех”. Самая низкая, хотя и положительная, оценка деятельности Регионального бюро была дана в отношении выполнения функции “органа общественной совести по вопросам здравоохранения” в Регионе и роли катализатора деятельности, что имеет очень важное значение для процесса формирования политики в отношении алкоголя.

Предстоящие задачи

27. Европейское региональное бюро ВОЗ на протяжении последних 20 лет играло существенную роль, оказывая содействие в разработке политики в данной области и ведении информационно-пропагандистской деятельности по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, связанным с алкоголем, в государствах-членах. Разработке и реализации эффективных мер в государствах-членах способствовало принятие двух последовательных региональных планов действий (1992–2000 гг. и 2000–2005 гг.), а также проведение двух конференций на уровне министров, результатом работы которых стало принятие Европейской хартии по алкоголю (1995 г.) и Декларации “Молодежь и алкоголь” (2001 г.), которые наметили пути разработки и реализации эффективных мер в области борьбы с алкоголем и, таким образом, внесли важный вклад в развитие политики здравоохранения в Регионе в целом.

28. В большинстве стран Европейского региона употребление алкоголя является привычным спутником повседневной жизни, и серьезные проблемы, связанные со здоровьем и жизнью общества, которые он вызывает, как в ближайшей, так и в отдаленной перспективе, нередко не замечаются. С этой точки зрения анализ, проведенный в рамках проекта по глобальному бремени болезней ВОЗ, напоминает о том, что актуальность проблемы алкоголя в Европейском регионе сохраняется. Если отрицательные тенденции в отношении изменения характера потребления спиртных напитков, наблюдающиеся во многих частях Региона, сохранятся, мы можем ожидать дальнейшего увеличения бремени болезней, связанных с алкоголем, в европейских субрегионах, даже если существующие уровни его потребления не возрастут.

Использованная литература³

1. *Европейская хартия по алкоголю*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г. (<http://www.euro.who.int/document/E57528.pdf>).
2. *Европейский план действий по алкоголю на 2000–2005 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (<http://www.euro.who.int/document/e67946R.pdf>).
3. *Декларация “Молодежь и алкоголь”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1?language=Russian).
4. European Alcohol Information System [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20020611_1).
5. Rehm J et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 2003, 9(4):147–156.
6. Rehm J et al. Alcohol as a risk factor for burden of disease. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004:959–1108.
7. Babor T et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
8. Currie C et al., eds. *Young people’s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1).
9. Hibell B et al. *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm, Modin Tryck AB, 2004.
10. *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/>).
11. Rehm J, Taylor, B. *Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European Region – implications for alcohol policy*. WHO Regional Office for Europe meeting on Alcohol Policy in the WHO European Region, Stora Brännbo, Sweden, 13–15 April 2005.
12. Global Burden of Disease project [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden>).
13. *Alcohol misuse in Scotland: trends and costs. Final report*. Northwood, Middlesex, Catalyst Health Consultants, 2001.
14. Room R et al. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *European Addiction Research*, 2003, 9(4):165–175.

³ Веб-сайты по состоянию на 17 августа 2005 г.