



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейский регион

# Остановить поток алкоголя

Справочный документ к Европейской рамочной основе  
для принятия мер в отношении алкоголя на 2022–2025 гг.



**Номер документа: WHO/EURO:2023-5991-45756-66037**

**© Всемирная организация здравоохранения, 2023 г.**

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

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022».

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

**Образец библиографической ссылки.** Остановить поток алкоголя. Справочный документ к Европейской рамочной основе для принятия мер в отношении алкоголя на 2022–2025 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2023. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Данные каталогизации перед публикацией (CIP).** Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

**Приобретение, авторские права и лицензирование.** По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <https://www.who.int/publications/book-orders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <https://www.who.int/ru/about/policies/publishing/copyright>.

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

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

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

# Содержание

<b>Потребность в новой рамочной основе для принятия мер в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ</b>	<b>1</b>
<b>Стратегический контекст и подход</b>	<b>5</b>
<b>Принципы</b>	<b>6</b>
<b>Основные направления: приоритетные направления для действий</b>	<b>7</b>
<b>Основное направление 1. Формирование цен на алкогольную продукцию</b>	<b>8</b>
Справочная информация	8
Приоритетные действия	9
<b>Основное направление 2. Доступность алкоголя</b>	<b>10</b>
Справочная информация	10
Приоритетные действия	11
<b>Основное направление 3. Маркетинг алкогольной продукции</b>	<b>12</b>
Справочная информация	12
Приоритетные действия	13
<b>Основное направление 4. Информация здравоохранения, с особым вниманием к этикеткам алкогольной продукции</b>	<b>15</b>
Справочная информация	15
Приоритетные действия	16
<b>Основное направление 5. Ответные меры служб здравоохранения</b>	<b>18</b>
Справочная информация	18
Приоритетные действия	21
<b>Основное направление 6. Действия на уровне местных сообществ</b>	<b>22</b>
Справочная информация	22
Приоритетные действия	24
<b>Роль Европейского регионального бюро ВОЗ</b>	<b>25</b>
<b>Мониторинг, целевые показатели и оценка</b>	<b>27</b>
<b>Библиография</b>	<b>29</b>
<b>Приложение 1. Как Европейское региональное бюро ВОЗ будет оценивать прогресс</b>	<b>36</b>

# Потребность в новой рамочной основе для принятия мер в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ

**Концептуальное видение** Европейской рамочной основы на 2022–2025 гг. предполагает улучшение в Регионе показателей здоровья и социального благополучия для граждан, семей и сообществ и значительное снижение заболеваемости и смертности, связанных с употреблением алкоголя, и вытекающих из этого социальных последствий. Долгосрочная стратегическая цель состоит в том, чтобы сделать Европейский регион более безопасным и свободным от связанного с алкоголем вреда, воплотив в жизнь инициативу SAFER.<sup>1</sup>

Европейская рамочная основа для принятия мер в отношении алкоголя на 2022–2025 гг. опирается на наиболее свежие фактические данные о вреде, обусловленном потреблением алкоголя, и на лучшие фактические данные относительно сокращения такого вреда. В данном документе отражены текущие проблемы, стоящие перед государствами-членами, включая борьбу с последствиями пандемии COVID-19, а также определены приоритетные направления для действий.

Употребление алкоголя и обусловленное им бремя болезней представляют собой одну из самых серьезных медицинских и социальных проблем, стоящих перед государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ. Из 10 стран с наиболее высоким уровнем потребления алкоголя в мире девять находятся в Европейском регионе ВОЗ, где алкоголь является основным фактором смертности от всех причин (3).

В период с 2000 по 2019 г. общее потребление алкоголя на душу населения в Европейском регионе ВОЗ сократилось на 2,5 литра (21%); тем не менее, уровень потребления алкоголя в Регионе остается наиболее высоким в мире (4). Ежегодно каждый взрослый (в возрасте 15 лет и старше) житель Региона выпивает в среднем 9,5 литра чистого спирта, однако наблюдаются значительные различия в оценках потребления алкоголя среди государств-членов, которые в 2019 г. варьировались от 0,9 до 14,3 литра чистого спирта на душу населения в год. С момента принятия Целей в области устойчивого развития (ЦУР) в 2015 г. уровень потребления алкоголя в Регионе оставался стабильным, однако в период с 2015 по 2019 г. было зафиксировано небольшое сокращение на 0,3 литра (3,1%) на

<sup>1</sup> См. ВОЗ, 2021 (1) и ВОЗ, 2022 (2).

душу населения. Наиболее значительное сокращение, зафиксированное на страновом уровне, составило 3,7 литра на душу населения, а наиболее значительное увеличение – 2,1 литра на душу населения, при этом общие изменения были для некоторых государств-членов статистически незначимыми (4). Из 51 государства-члена, по которым имеются данные, лишь шесть добились сокращения потребления алкоголя более чем на 1 литр на душу населения (4). В Европейском регионе ВОЗ мужчины употребляют примерно в 3,5 раза больше алкоголя, чем женщины. Значительные гендерные различия наблюдаются и в распространенности расстройств вследствие употребления алкоголя (РУА): – 14,8% среди мужчин и 3,5% среди женщин (4).

Алкоголь ежегодно становится причиной каждой десятой смерти в Регионе, приводя в общей сложности примерно к 1 миллиону смертей, причем многие из этих смертей происходят в очень раннем возрасте (5). Потребление алкоголя также оказывает пагубное влияние на многие другие проблемы со здоровьем; алкоголь является одним из причинных факторов более чем 200 заболеваний, патологических состояний и травм и классифицируется как канцерогенное для человека вещество (группа 1), имеющее причинно-следственную связь с семью видами рака (6). Потребление алкоголя, особенно в больших количествах, ослабляет иммунную систему и снижает ее способность противостоять инфекционным заболеваниям (7,8). Преодоление последствий вреда, обусловленного потреблением алкоголя, создает существенную финансовую нагрузку на системы социальной и медицинской помощи (9), которые зачастую и без того вынуждены работать на пределе своих возможностей. Нагрузка на эти системы еще больше увеличилась в условиях кризиса, связанного с COVID-19 (3). Людям, имеющим РУА, может угрожать повышенный риск заражения COVID-19 и риск более тяжелых последствий при заражении: фактические данные, полученные из более чем миллиона электронных медицинских карт, свидетельствуют о том, что у людей с недавним диагнозом РУА риск заражения COVID-19 почти в восемь раз выше, чем у тех, кто такого диагноза не имеет (10).

Потребление алкоголя способствует неравенству в отношении здоровья. Различные исследования последовательно указывают на то, что при заданном объеме и паттерне употребления алкоголя негативные последствия для малоимущих граждан и их семей оказываются гораздо более существенными, чем для более обеспеченных потребителей в любом заданном контексте (11–13). Патологические состояния, связанные с употреблением алкоголя, определяют тенденции смертности в Регионе, поскольку усугубляют разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, а также между странами западной и восточной частей Региона (14–17). Несмотря на схожий или более низкий уровень потребления алкоголя, страны в восточной части Региона имеют наиболее высокие показатели бремени, обусловленного потреблением алкоголя (5).

Имеются убедительные фактические данные в отношении мер по борьбе с алкоголем, направленных на уменьшение потребления алкоголя и связанного с ним вреда (18,19), а также на устранение более широкого спектра неравенств в отношении здоровья (20), кроме того, имеются четкие рекомендации в отношении того, какие меры можно считать экономически эффективными, то есть позволяющими добиться максимального снижения вреда в пересчете на вложенные ресурсы (21–23). Такие рекомендации и инструменты, необходимые для проведения изменений, были отражены в Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг., утвержденном 53 государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ в 2011 г. (24). После принятия Плана действий 32 страны сообщили о том, что они обновили или

разработали новую национальную антиалкогольную стратегию или программу (25). С 2010 по 2017 г., в основном благодаря реализованным мерам политики, уровень потребления алкоголя взрослым населением, а также показатели алкогольной смертности и числа лет жизни с поправкой на инвалидность снизились в 67% государств-членов (главным образом в Восточной Европе и Центральной Азии) (26).

Меры борьбы против алкоголя приносят существенную отдачу от инвестиций, обеспечивая значительное повышение производительности труда и экономию средств на оказание медицинской и социальной помощи (27). Новейший экономический анализ, проведенный под эгидой ВОЗ, показал высокую отдачу от инвестиций в оптимальные с точки зрения затрат и результатов решения в сфере борьбы против алкоголя (28). Эффективная поддержка со стороны общественного здравоохранения позволит обеспечить их успешное осуществление, результатом чего станут улучшения в области здоровья и социального благополучия. Тем не менее, мощные инструменты Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (29) и Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя (24) используются недостаточно. Согласно глобальному Плану действий (на 2022–2030 гг.), направленному на эффективное осуществление Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (30), препятствия на пути к реализации действенных и экономически эффективных мер антиалкогольной политики имеют различную природу и могут быть обусловлены, в том числе, комплексным характером проблемы и трудностями в связи с принятием разрозненных ответных мер, а также влиянием и силой коммерческих интересов при формировании политики и принятии обязательств (31). Вмешательство субъектов экономической деятельности, занимающихся производством и продажей алкоголя, было определено государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ в качестве одного из наиболее серьезных препятствий для реализации антиалкогольной политики (32), что также было отмечено и во многих научных обзорах (33–39).

Из 10 направлений действий, определенных Европейским планом действий по сокращению вредного употребления алкоголя, лишь по трем были достигнуты относительно высокие показатели реализации в 2016–2019 гг.: а) контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения; б) лидерство, информированность и приверженность; в) сокращение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе. Достижения по другим направлениям действий получили средние или низкие оценки (5). Наиболее действенными и экономически эффективными мерами политики являются три из предлагаемых ВОЗ «решений, оптимальных по затратам»: повышение акцизных налогов на алкогольную продукцию, введение и обеспечение соблюдения запретов или комплексных ограничений на показ рекламы алкоголя (в различных средствах массовой информации), а также введение и обеспечение соблюдения ограничений на физическую доступность алкоголя в розничной продаже (путем сокращения часов продажи). Все они реализуются недостаточно активно. Меры налогово-ценовой политики реализуются в Европейском регионе ВОЗ хуже всего, несмотря на наличие фактических данных, свидетельствующих о том, что для сокращения вреда от употребления алкоголя в Регионе можно было бы активнее использовать политику налогообложения, поскольку относительная доля налога в цене на алкогольную продукцию очень низка, а алкоголь становится все более доступным во многих странах, где налоги и цены зачастую не корректируются с учетом инфляции (40).

В январе 2019 г. с государствами-членами и организациями гражданского общества были проведены две предварительные консультации. В ходе консультаций был озвучен призыв к активизации осуществления Европейского плана действий по сокращению вредного

употребления алкоголя на страновом уровне по тем направлениям действий, где сделано меньше всего. В октябре 2019 г. Европейское региональное бюро ВОЗ провело региональные консультации с государствами-членами для определения дальнейших действий. По итогам консультаций была подчеркнута необходимость разработки рамочной основы для действий с акцентом на работу по приоритетным направлениям, включая политику внедрения решений, наиболее эффективных по затратам, (которая в настоящее время имеет низкий уровень реализации) в целях дальнейшего снижения показателей потребления алкоголя и соответствующего вреда (32,41). Эта необходимость была дополнительно подтверждена в Заключительном отчете о реализации Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг., представленном на семидесятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (документ EUR/RC70/8(A)) (25). В ходе параллельного мероприятия в рамках семьдесят первой сессии (EUR/RC71/SE/2) (42) также была четко обозначена необходимость согласованных действий, более твердой политической приверженности государств-членов и более активного участия неправительственных организаций (НПО), профессиональных ассоциаций и групп гражданского общества, ориентированных на решение вопросов охраны общественного здоровья, в целях обеспечения эффективной защиты населения от вреда, обусловленного потреблением алкоголя. Серия консультативных встреч, проведенных в 2022 г. с государствами-членами и организациями гражданского общества, а также онлайн-консультация с общественностью стали базой для разработки настоящей Рамочной основы, представленной на семьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (43).

Европейская рамочная основа для принятия мер в отношении алкоголя на 2022–2025 гг. нацелена на практическое воплощение единого концептуального видения для гарантии того, что ни одно государство-член не останется без внимания, и обеспечения возможностей для всех государств-членов получать выгоду от инноваций, делиться опытом и совместно решать возникающие (в том числе трансграничные) проблемы в области антиалкогольной политики.

# Стратегический контекст и подход

Рамочная основа предусматривает ориентированный на действия подход, поощряющий и поддерживающий деятельность государств-членов, Европейского регионального бюро ВОЗ, организаций гражданского общества и общественных групп, направленную на снижение вреда, обусловленного потреблением алкоголя. Рамочная основа также направлена на сокращение стигматизации и дискриминации, связанных с употреблением алкоголя, ПАУ и другими патологическими состояниями, обусловленными употреблением алкоголя, а также на поддержку реабилитации людей и восстановления сообществ.

Рамочная основа будет способствовать реализации Европейской программы работы (ЕПР) на 2022–2025 гг. (44), в том числе достижению целевого ориентира по относительному сокращению потребления алкоголя на душу населения на 10% к 2025 г. (по сравнению с базовым уровнем 2010 г.) и выполнению задач 3.4 и 3.5 ЦУР (45). Эти приоритетные действия также проложат путь к осуществлению глобального Плана действий (на 2022–2030 гг.) по поддержке осуществления Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя в качестве одного из приоритетов общественного здравоохранения, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2022 г. (30). Реализации будет способствовать инициатива SAFER «Сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным и свободным от связанного с алкоголем вреда», которая согласуется с Глобальной инициативой ВОЗ SAFER (2).

Рамочная основа также согласуется с другими региональными стратегиями, в том числе с предложениями Консультативного совета по инновациям в сфере борьбы с неинфекционными заболеваниями при Европейском региональном директоре ВОЗ (46). Флагманская инициатива ЕПР «Здоровые модели поведения: больше внимания к анализу поведенческих и культурных факторов» станет важным ресурсом для деятельности на всех приоритетных направлениях (47). Флагманская инициатива «Расширение прав и возможностей граждан при помощи цифрового здравоохранения» (48) будет особенно способствовать работе в рамках пятого и шестого приоритетных направлений – действия служб здравоохранения и действия местных сообществ. Принимая во внимание убедительные научные данные, согласно которым употребление алкоголя является серьезным фактором риска для здоровья, связанным с онкологическими заболеваниями и нарушениями психического здоровья, будут создаваться и укрепляться стратегические связи с общеевропейским движением «Совместные действия в борьбе против рака» и Европейской рамочной основой ВОЗ для действий в отношении психического здоровья на 2021–2025 гг. (49,50). Рамочная основа также будет способствовать выполнению задач Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., а также Плана действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ на 2016–2025 гг. (45,51). Также рамочная основа будет согласовываться со стратегией Европейского союза «Европейский план победы над раком» и поддерживать ее (52).



# Принципы

Рамочная основа строится на следующих принципах:

- A** Учет гендерных аспектов в стратегических подходах и стремление снизить уровень неравенств в отношении здоровья
- B** Обоснованное фактическими данными приоритетное внимание к интересам общественного здоровья, без вмешательств со стороны субъектов экономической деятельности, занимающихся производством и продажей алкоголя
- C** Защита детей в контексте права детей на здоровье, определенного Конвенцией ООН о правах ребенка (53)
- D** Следование принципу «никого не оставить без внимания» и руководящим принципам ЕПР, а также содействие устойчивому развитию



# Основные направления: приоритетные направления для действий

Опираясь на согласованность действий в таких областях, как налогообложение в интересах здравоохранения, маркировка и ограничение цифрового маркетинга, Европейские рамочная основа для принятия мер в отношении алкоголя на 2022–2025 гг. направлена на устранение разрыва между потенциалом Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя и имеющимися достижениями в разных странах, а также на обеспечение баланса между признанием важности комплексного и эффективного подхода с позиций общественного здравоохранения и активизацией ключевых действий, призванных способствовать реализации.

Предлагается целый набор вариантов политики, который определяется и формулируется с учетом интересов охраны общественного здоровья на основании четких целей и наилучших имеющихся фактических данных, причем направления с первого по третье ориентированы на осуществление мероприятий, связанных решениями, оптимальными по затратам, в сфере борьбы с НИЗ (22,23). В целом приоритетными являются шесть направлений действий: формирование цен на алкогольную продукцию; доступность алкогольной продукции; маркетинг алкогольной продукции; информация здравоохранения, с вниманием к этикеткам алкогольной продукции; действия служб здравоохранения; действия местных сообществ. Эти направления связаны между собой, поэтому для достижения наибольшего эффекта рекомендуется комплексный подход.

Приоритеты для действий на центральном и субнациональном уровне в странах будут самостоятельно определяться каждым государством-членом. Государства-члены могут рассмотреть возможность осуществления дополнительных мер, помимо указанных в рамочной основе, с учетом своих потребностей и контекста, в том числе экономических, юридических и культурных особенностей, приоритетов общественного здравоохранения, политики систем здравоохранения и имеющихся ресурсов на национальном и субнациональном уровнях.

В процессе реализации политики следует рассматривать возможность действий, направленных на противодействие производству и продаже неучтенного алкоголя и минимизацию их последствий, с мониторингом всей цепочки поставок алкогольной продукции, правоприменительными мерами и регулярным анализом механизмов регулирования в отношении производства алкоголя в домашних условиях.

Успешное осуществление мер будет зависеть от сотрудничества между государствами-членами, при поддержке ВОЗ, в том числе на базе созданной ВОЗ сети координаторов. Также в рамочной основе придается важное значение взаимодействию с людьми с личным опытом проблем, связанных с алкоголем, с использованием их знаний, опыта и круга общения, с негосударственными структурами, включая НПО, с активистами в сфере реабилитации и с организациями в сфере взаимопомощи и самопомощи.

# Основное направление 1.

## Формирование цен на алкогольную продукцию



### Справочная информация

Прямая связь между ценовой доступностью алкоголя, объемами потребления и обусловленным им вредом подтверждена убедительными и последовательными научными данными (54–56). Повышение акцизных сборов на алкогольные напитки считается весьма эффективной с экономической точки зрения мерой политики, позволяющей достичь максимальных результатов для здоровья с минимальными вложениями ресурсов, поскольку налоги приносят прямой и немедленный доход странам (22,57). Этот вариант политики подкреплен, вероятно, самой большой и полной доказательной базой, но при этом характеризуется наиболее низким уровнем внедрения в Европейском регионе ВОЗ (57).

В интересах здравоохранения во всех странах должна быть создана особая система налогов на алкогольную продукцию (со ставкой, которая напрямую определяется объемом алкоголя, содержащегося в том или ином напитке), с более высокой ставкой налога для более крепких напитков (56). Однако следует рассмотреть другие вспомогательные и дополнительные меры налогово-ценовой политики для того, чтобы гарантировать, что конечная цена продукции достаточно высока, что действительно сможет положительно повлиять на здоровье населения. Повышение налогов не обязательно приводит к повышению цен в местах продажи, поскольку производители, дистрибьюторы и розничные торговцы могут корректировать потребительские цены и брать на себя повышение налогов, не перекладывая их на потребителей. Поэтому повышение налогов должно быть достаточно высоким, чтобы привести к росту потребительских цен. Алкогольные напитки иногда продаются ниже себестоимости, если это не запрещено законом. ВОЗ обратила внимание на огромный разрыв в долях налогов, существующий между алкогольной и табачной продукцией, а также между различными видами алкогольной продукции, подчеркнув, что в Европейском регионе ВОЗ реализован далеко не весь потенциал по снижению потребления алкоголя и его бремени (40). За последние десятилетия ценовая доступность алкогольной продукции в разных странах росла из-за их неготовности корректировать налоги и цены с учетом инфляции с течением времени (58,59).

Установление минимальных цен – это дополнительный вариант ценообразования, который страны могут рассмотреть для регулирования доступности алкоголя. При этом устанавливается минимальная разрешенная цена, ниже которой алкогольная продукция не может продаваться по закону. Эта мера нацелена на наиболее дешевую алкогольную продукцию, которая обычно пользуется спросом среди тех, кто потребляет больше всего алкоголя. Таким образом, такая политика перспективна с точки зрения снижения неравенства в отношении здоровья (57). Хотя меры политики по установлению минимальных цен уже действуют в нескольких странах Региона, их потенциал относительно мало используется, а общая эффективность таких мер с позиций общественного здравоохранения еще не полностью изучена (40).

Установление налогов на алкоголь и внедрение других мер ценовой политики должно происходить с учетом конкретных условий стран. Трансграничная торговля усложняет налоговые вопросы

для некоторых государств-членов, хотя существуют различные варианты мер политики для регулирования трансграничной торговли алкогольной продукцией и распространения других форм неучтенного алкоголя, а имеющиеся фактические данные указывают на то, что неучтенный алкоголь не следует рассматривать в качестве препятствия для введения налогов (60). Хотя, как указано в статье 168 Договора о функционировании Европейского союза (61), национальная политика в области здравоохранения относится к юрисдикции государств-членов, многие вопросы не могут быть урегулированы на национальном уровне. Страны Европейского союза (ЕС), как и страны, не входящие в ЕС, сталкиваются с трансграничными проблемами, включая онлайн-продажи и беспошлинные продажи алкогольной продукции путешественникам.

Для сохранения своей эффективности налогово-ценовая политика должна осуществляться с учетом инфляции, и необходима регулярная корректировка цен таким образом, чтобы со временем ценовая доступность алкоголя не увеличивалась.

## Приоритетные действия

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕН НА АЛКОГОЛЬНУЮ ПРОДУКЦИЮ

**A**

Обоснованная наилучшими имеющимися данными политика формирования цен, которая не допускает повышения ценовой доступности алкоголя для населения в целом и для определенных групп, которым угрожает более высокий риск вреда от алкоголя, в частности

**B**

Регулярная корректировка всех мер налогово-бюджетной политики, связанных с алкоголем, с учетом инфляции

**C**

Межсекторальные диалоги и планирование в отношении цен на алкогольную продукцию с участием всех государственных структур, включая министерства здравоохранения и финансов

**D**

Обмен информацией и данными мониторинга между странами и секторами, для планирования сотрудничества в отношении политики формирования цен и трансграничной торговли



# Основное направление 2.

## Доступность алкоголя



### Справочная информация

Высокая доступность алкогольной продукции ассоциирует с более высоким уровнем потребления алкоголя и связанного с ним вреда, и снижение доступности входит в число предложенных ВОЗ решений по борьбе с НИЗ, оптимальных с точки зрения затрат и результатов (22). К обоснованным научными данными мерам регулирования доступности относится ограничение числа и снижение концентрации мест продажи алкоголя, а также ограничение времени и дней продажи. Меры по снижению вреда включают ограничение времени и дней продажи, ограничение числа мест продажи алкоголя и установление минимального допустимого возраста как для заказа алкогольной продукции в точках общепита, так и для продажи алкоголя навынос (62–65). В цифровом контексте стратегии по снижению доступности алкоголя должны учитывать рост продаж онлайн и по телефону, который отмечается в ряде стран. Помимо снижения вреда от потребления алкоголя, реализация указанных стратегий не требует больших затрат, поэтому они являются экономически эффективными.

Наиболее широко применяемой мерой по ограничению доступности алкоголя в Европейском регионе ВОЗ является установление возрастных ограничений на покупку и употребление алкогольной продукции (5). В этом контексте продажа алкоголя иногда также запрещается лицам, явно находящимся в состоянии алкогольного опьянения или подозреваемым в покупке алкоголя для несовершеннолетних.

Меры регулирования, ограничивающие продажу алкоголя лицензированными торговыми точками, а в некоторых случаях и государственными монопольными магазинами розничной торговли, являются эффективным средством снижения доступности алкоголя, поскольку нарушение правил может привести к отзыву лицензий (18,19). Доступность алкоголя также можно уменьшить, если ввести запрет на употребление алкоголя в определенных местах (например, в парках, на улицах, в больницах и на рабочих местах) или при определенных обстоятельствах (например, во время футбольных матчей и музыкальных фестивалей). В 2016 г. полные или частичные законодательные запреты чаще всего применялись в образовательных учреждениях, на спортивных мероприятиях и в медицинских учреждениях.

В период с 2012 по 2016 г. наблюдался рост использования законодательных запретов, касающихся употребления алкоголя в медицинских и образовательных учреждениях, на рабочих местах, в общественном транспорте, на спортивных мероприятиях, в местах отправления культа и на развлекательных мероприятиях. В 2016 г. 34 страны также сообщили об ограничениях на продажу алкоголя лицам, находящимся в состоянии опьянения, в учреждениях общественного питания (5).

Как и в других областях реализации мер на потребительских рынках, на эффективность политики ограничения доступности алкоголя влияет наличие действенной правовой системы, позволяющей контролировать и обеспечивать выполнение норм регулирования. Реализацию стратегий предпочтительно осуществлять в условиях сотрудничества между национальными органами государственной власти, лицензирующими организациями и местными органами власти, такими как городские советы и полиция. Меры ограничения доступности также должны быть поддержаны общественностью; необходимо приложить усилия для информирования граждан о пользе таких мер с позиций охраны общественного здоровья и повышения социального благополучия.

# Приоритетные действия

ДОСТУПНОСТЬ АЛКОГОЛЯ

A

Национальные системы лицензирования, с поддержкой для решений о лицензировании на местном уровне, с учетом негативных последствий доступности алкоголя для здоровья населения, особенно в районах с неблагоприятной социально-экономической обстановкой

B

Ограничение числа и концентрации мест продажи алкоголя и дней и часов их работы, и регулирование употребления алкоголя в общественных местах на улице

C

Возрастные ограничения на приобретение алкогольных напитков

D

Рассмотрение возможности введения общих ограничений продажи алкоголя в местах проведения спортивных и культурных мероприятий, где присутствуют несовершеннолетние, и вблизи от таких мест

E

Обучение сотрудников точек продажи алкоголя как обязательное условие для получения лицензии

F

Возможность принятия новых мер, при наличии свидетельств их эффективности в других странах, таких как:

- ограничение продажи и употребления алкоголя в контекстах, связанных с транспортом;
- предоставление данных о продажах агентствам по общественному здравоохранению как обязательное условие для получения лицензии;
- создание государственных точек продажи алкоголя;
- стратегии, включая анализ данных, для реагирования на появление новых способов доставки алкоголя, таких как продажи по телефону и онлайн;
- сбор данных о выполнении различных мер ограничения доступности и способах повышения эффективности таких мер.

# Основное направление 3.

## Маркетинг алкогольной продукции



### Справочная информация

Ограничение маркетинга алкоголя является третьим рекомендованным ВОЗ решением, оптимальным по затратам, – это экономически эффективная политика, направленная на сокращение уровня потребления алкоголя и связанного с ним бремени, в отношении которой четко доказано, что это эффективный способ снижения вреда, обусловленного потреблением алкоголя (22). Маркетинговые стратегии включают не только рекламу и рекламные мероприятия, но и разработку продукции, установление цен, распространение продукции, спонсорство, а также целевое прогнозирование и сегментацию рынка различной продукции (66). Традиционные методы маркетинга алкогольной продукции с использованием вещательных (таких как телевидение и радио) и не вещательных (таких как печатные СМИ, рекламные щиты и фирменная продукция) средств массовой информации все чаще заменяются цифровым и онлайн-маркетингом (67,68).

Существует тесная связь между уровнем воздействия маркетинга алкогольной продукции и уровнем потребления алкоголя и связанного с ним вреда, и риск вреда особенно (хотя и не исключительно) велик для молодежи (66,69,70). Воздействие рекламы алкоголя повышает вероятность того, что дети и подростки начнут употреблять алкоголь в раннем возрасте и будут делать это чаще и в таких формах, которые представляют большой риск для их здоровья (71–73). Маркетинг в онлайн-среде представляет особый риск для молодежи, поскольку во многих странах Европейского региона ВОЗ до 92% тех, кто ежедневно пользуется интернетом, – это люди в возрасте от 16 до 19 лет (73).

Тот факт, что цифровой маркетинг работает вне национальных границ, означает, что потребители могут получать доступ к глобальному контенту, при этом ответственность за регулирование не лежит строго в рамках одной страны. В разных странах действуют разные нормативные акты, поэтому согласованность на уровне международной политики отсутствует (73,74).

В социальных сетях и других онлайн-приложениях контент, создаваемый маркетологами и пользователями, стирает границы между рекламодателем и потребителем, и пользователи интернета, часто неосознанно, фактически начинают продвигать алкоголь и другую вредную продукцию благодаря своим действиям в интернете (73). Существующих нормативно-правовых актов может быть недостаточно, поскольку они, как правило, сосредоточены на объеме, размещении и содержании, в то время как в цифровом контексте именно хищнические, основанные на данных модели создания психологического портрета и целенаправленного воздействия призваны оптимизировать внимание и потребление (67). Цифровой контекст также создает проблемы при рассмотрении мер вмешательства в то, что считается частным контентом, обменом сообщениями и взаимодействием по обоюдному согласию. Однако даже в условиях такого непрямого маркетинга можно добиться изменений либо в результате добровольных действий со стороны компаний, предоставляющих интернет-платформы, либо принудительно в соответствии с законодательством (73).

Лица, определяющие политику на местном, национальном и международном уровнях должны картировать и понять взаимосвязи между экосистемой цифрового маркетинга и глобальными платформами, а также создать не зависящие от стран и платформ системы регулирования, которые могут оперативно действовать в интересах защиты здоровья населения и прав потребителей. Механизм CLICK Всемирной организации здравоохранения (75), предлагаемый в помощь государствам-членам, способствует мониторингу цифрового маркетинга нездоровой продукции для детей; это гибкий инструмент, который может быть адаптирован к национальным условиям. Действие этого инструмента может быть расширено и на алкогольную продукцию, в том числе с изучением возможности расширения целевых групп, которым он может быть полезен.

Конвенция ООН о правах ребенка (53) провозглашает право на здоровье, а также защиту детей от корыстного маркетинга, который может нанести вред их здоровью и благополучию. Маркетинг алкогольной продукции четко вписывается в эти рамки. Государства-члены в Европейском регионе ВОЗ и Комиссия ВОЗ-ЮНИСЕФ-Ланцет ясно выразили свою убежденность в том, что саморегулирования недостаточно для обеспечения необходимой защиты (32,76). Как и в случае с табаком, необходим глобальный и всеобъемлющий подход, чтобы исключить маркетинг алкоголя везде, где это возможно. Чем более всеобъемлющими будут меры антиалкогольной политики, тем легче будет гарантировать ясность в сообщении и толковании правового намерения, а также осуществлять деятельность по мониторингу и обеспечению соблюдения норм и правил.

## Приоритетные действия

МАРКЕТИНГ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ

**A**

Создание многосекторальных рабочих групп для поиска оптимальных подходов к профилактике и минимизации вреда, связанного с маркетингом алкогольной продукции в традиционной и в цифровой сфере, с признанием необходимости глобального и комплексного подхода для максимального устранения такого маркетинга из всех сфер

**B**

Межсекторальные диалоги и планирование в отношении маркетинга алкоголя с участием всех государственных структур, включая министерства здравоохранения и финансов, а также министерства, курирующие цифровые технологии





**C**

Ограничения в отношении содержания и объема коммерческих информационных материалов, касающихся алкоголя, например путем ограничения содержания текста и изображений фактами, без отсылки к знаменитостям или инфлюэнсерам, или путем запрета любой трансляции таких материалов на телевидении, по радио, в фильмах и в рамках спонсорства спортивных мероприятий

**D**

Указание в соответствующем законодательстве разрешенных, а не запрещенных действий, с юридической презумпцией того, что все, что не упомянуто в законе, – запрещено

**E**

Налаживание взаимодействия с компаниями, предоставляющими интернет-платформы, для поддержки новых инновационных подходов к оценке, контролю и ограничению маркетинга алкогольной продукции, с введением, при необходимости, новых ограничений

**F**

Меры, позволяющие принудить производителей алкоголя предоставлять маркетинговые данные о потребителях в различных контекстах продаж для целей общественного здравоохранения

**G**

Партнерства и взаимодействие с другими странами и с международными организациями в целях развития международного сотрудничества в сфере мониторинга и контроля соблюдения законодательства

**H**

Возможное внедрение новых систем налогов, включая налоги на электронные продажи, с недопущением налоговых вычетов для маркетинга алкогольной продукции



## Основное направление 4. Информация здравоохранения с особым вниманием к этикеткам алкогольной продукции



### Справочная информация

Потребители имеют право на получение информации о рисках, связанных с употреблением той или иной продукции, в том числе алкоголя (не являющегося обычным потребительским товаром), чтобы они могли делать осознанный выбор. Обеспечение потребителей такой информацией является обязанностью государственных органов. Государства-члены весьма заинтересованы в более четком осуществлении политики по предоставлению информации о влиянии продукции на здоровье путем использования соответствующих этикеток. Если в Европейском регионе ВОЗ маркировка пищевых продуктов и безалкогольных напитков регулируется относительно хорошо, то маркировка алкогольной продукции является областью, которой до сих пор уделялось мало внимания (77).

Осведомленность общества о вредных последствиях употребления алкоголя в целом низка. Например, многие люди не знают о том, что употребление алкоголя, даже в очень небольших количествах, связано с риском развития ряда онкологических заболеваний (78). Несмотря на доказанное наличие причинно-следственной связи между употреблением алкоголя и онкологическими заболеваниями, ни в одной стране мира нет обязательного требования о размещении соответствующей информации на этикетках алкогольной продукции, хотя в Ирландии и Норвегии недавно началось изучение эффективности такой меры, а Европейский план по борьбе против рака содержит обязательство использовать предупреждения о вреде для здоровья на этикетках алкогольной продукции (52). Существуют и другие причинно-следственные связи между употреблением алкоголя и последствиями для здоровья, о которых общественность осведомлена пока довольно слабо. Например, употребление алкоголя во время беременности неблагоприятно влияет на развитие плода, что может привести к нарушениям, последствия которых наложат отпечаток на всю дальнейшую жизнь ребенка, в частности к возникновению обусловленных алкоголем пороков развития плода, однако осведомленность о таких патологических состояниях остается довольно низкой даже среди специалистов в области здравоохранения (79,80). Маркировка, повышающая информированность и осведомленность о рисках, связанных с употреблением алкоголя, может привести к росту общественной поддержки других мер политики по снижению вреда, обусловленного потреблением алкоголя, даже если таковые могут восприниматься как вмешательство в такие менее отрегулированные области воздействия на потребителей, как налогово-ценовая политика и маркетинговые ограничения.

Согласно наиболее свежим имеющимся данным, в 21 государстве-члене (40%) имеется законодательство, касающееся указания перечня ингредиентов, в 10 (19%) – пищевой ценности, в 15 (28%) – предупреждений о вреде для здоровья. Тем не менее, в том, что касается информации о влиянии на здоровье и предупреждений о вреде для здоровья, только девять стран (17%) законодательно определяют размер и содержание таких сообщений (81). В Европейском регионе ВОЗ наблюдается некоторый прогресс в отношении требований к предоставлению информации о пищевой ценности и ингредиентах, а также к этикеткам с предупреждениями о вреде для здоровья.

Технический регламент Евразийского экономического союза (ЕАЭС) 047/2018 «О безопасности алкогольной продукции» на сегодняшний день является первым и единственным международным документом, вводящим обязательные для государств-членов положения о маркировке алкогольной продукции. Регламент распространяется на все виды алкогольной продукции, предназначенной для употребления человеком на территории государств-членов ЕАЭС, то есть Армении, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана и Российской Федерации (82). На уровне ЕС в Европейском плане по борьбе против рака Европейская комиссия указала, что пересмотрит свою политику рыночного продвижения применительно к алкогольной продукции. Комиссия также первоначально предложила обязательное размещение перечня ингредиентов и декларации пищевой ценности на этикетках алкогольной продукции до конца 2022 г. и предупреждений о вреде для здоровья на этикетках до конца 2023 г. (52).

Политика маркировки должна быть подкреплена стратегиями информирования, которые могут включать предоставление информации в точках продажи и на вкладышах в упаковке продукции, а также более широкие кампании по формированию социальных норм. После поэтапного внедрения такие инициативы могут стать экономически эффективными, а предупредительная маркировка как минимум сможет напоминать потребителям и обществу в целом о том, что алкоголь не является обычным потребительским товаром.

# Приоритетные действия

ИНФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ОСОБЫМ ВНИМАНИЕМ К ЭТИКЕТКАМ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ

**A**

Независимое установление, мониторинг и обеспечение соблюдения требований к информации на этикетках алкогольной продукции, в интересах общественного здоровья и прав потребителей, без влияния или противодействия со стороны корпоративных интересов

**B**

Законодательные требования к информации на этикетках, соответствующие рекомендациям ВОЗ, о том, что на этикетках должна указываться пищевая ценность и состав продукта, а также предупреждения о вреде для здоровья

**C**

В случае, если государства-члены допускают саморегулирование, – требования о том, что производители алкоголя должны продемонстрировать, что они обратились за рекомендациями к независимым и признанным в стране агентствам по общественному здравоохранению и выполняют эти рекомендации

**D**

Изучение эффекта от предупреждений о вреде для здоровья на этикетках алкогольной продукции, в том числе эффекта для осведомленности общественности и отношения к алкоголю

**E**

Применение принципа «право знать» в отношении состава алкогольных напитков и связанных с ними рисков

# Основное направление 5.

## Ответные меры служб здравоохранения



### Справочная информация

Сектор здравоохранения обеспечивает осуществление жизненно важной первоочередной профилактики и ранних вмешательств в целях предупреждения и снижения вреда, обусловленного потреблением алкоголя, и при необходимости предоставляет всестороннюю поддержку тем, кто находится в процессе реабилитации, и их семьям. Услуги здравоохранения должны носить комплексный характер, использовать знания людей с личным опытом проблем, связанных с алкоголем, и, где это уместно, вовлекать семьи в процесс реабилитации, а также взаимодействовать с другими службами, в том числе с организациями взаимопомощи, в целях содействия долгосрочной реабилитации. Необходимость взаимодействия с семьями и опекунами в целях оказания поддержки в процессе реабилитации подтверждается фактическими данными. По возможности, должны работать службы поддержки для детей и семей, затронутых употреблением алкоголя другими людьми (83,84).

Действия служб здравоохранения должны быть согласованы с действиями на уровне сообществ в том, что касается выявления опасных моделей поведения, ассоциированных с употреблением алкоголя, проведения кратких вмешательств до того, как медицинские и социальные проблемы станут ярко выраженными и разовьются тяжелые формы РУА, требующие специализированной медицинской помощи, а также в том, что касается обеспечения доступности услуг специализированной помощи для людей с РУА. Имеются убедительные доказательства того, что связь клинических услуг с хорошо продуманными вмешательствами в рамках реализуемых содружеством Анонимных Алкоголиков программ взаимопомощи по принципу «12 шагов» позволяет добиваться важных результатов для людей с РУА – отказа от употребления алкоголя и поддержания трезвого образа жизни, причем такой подход позволяет еще и существенно экономить на услугах здравоохранения (85).

Как и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (86), РУА следует рассматривать в первую очередь как проблемы со здоровьем, и люди с такими проблемами должны получать необходимую помощь в рамках системы здравоохранения. Важно также отметить, что у людей с проблемами, обусловленными употреблением алкоголя, часто наблюдаются и другие нарушения здоровья. Так, например, у многих людей с нарушениями здоровья, обусловленными употреблением алкоголя, наблюдаются также нарушения психического здоровья, а у многих людей с нарушениями психического здоровья возникают проблемы, обусловленные употреблением алкоголя, однако службам по-прежнему сложно обеспечивать одновременное лечение обоих видов нарушений (87,88). Имеющиеся фактические данные убедительно свидетельствуют в пользу широкомасштабного применения программ скрининга и кратких вмешательств (СКВ) в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (89–91). Имеются также фактические данные, свидетельствующие о потенциальной эффективности аналогичных программ, реализуемых

в отделениях скорой и неотложной помощи, а также в других специализированных учреждениях (92–94). В 2016 г. лишь 30 стран сообщили о наличии клинических рекомендаций по проведению СКВ, которые были бы одобрены или утверждены хотя бы одним экспертным органом в сфере здравоохранения. Согласно оценкам, охват таким вмешательством был низким, только 15% стран сообщили об охвате более 31% населения регулярными СКВ (5). Работникам учреждений ПМСП легче осуществлять такие вмешательства при поддержке специализированных служб, к которым они могут обращаться за помощью.

Настоящая рамочная основа предлагает государствам-членам ставить перед собой высокие цели с пониманием того, что национальные или местные терапевтические службы или системы могут находиться на разных этапах развития и иметь разные ресурсы для поддержания их деятельности, однако с течением времени и постепенным повышением качества, имея задачей осуществление практики с опорой на фактические данные и соблюдением норм этики, можно и должно ожидать создания лучше организованных, более эффективных и опирающихся на нормы этики систем и служб помощи людям, имеющим нарушения, обусловленные употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (86).

Системы оказания медицинской помощи, ориентированные на реабилитацию, отражают подход к долгосрочному ведению пациентов в рамках сети ресурсов и услуг поддержки на базе местных сообществ (95,96). Профессионально направляемое ведение реабилитации, как и в случае ведения других хронических нарушений здоровья, смещает фокус лечения с модели, которая имеет целью «принять, лечить и выписать», на осуществляемое на постоянной основе партнерское взаимодействие служб здравоохранения и пациента. В рамках этой модели постстабилизационный мониторинг, просвещение и инструктаж по вопросам реабилитации, активное взаимодействие с сообществами, которые занимаются реабилитацией (включая взаимоподдержку в рамках программы «12 шагов»), создание ресурсов и быстрый возврат к лечению, если необходимо, занимают место традиционного процесса выписки из стационара (86). Процессы должны быть ориентированы на человека и основаны на соблюдении прав человека. Научно обоснованные биомедицинские вмешательства должны гибко сочетаться с психосоциальными вмешательствами, используя в качестве опоры существующие отношения с коллегами и людьми с личным опытом проблем, связанных с алкоголем, для совместной выработки планов и осуществления действий, которые в течение длительного времени будут служить поддержкой пьющим и членам их семей. Данный подход схож с оказанием помощи людям с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, а также с другими хроническими заболеваниями, такими как сахарный диабет, астма и сердечно-сосудистые заболевания (86).

# Приоритетные действия

ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**A**

Руководящие принципы и инвестиции на уровне стран с целью интеграции информации об услугах здравоохранения и услугах скрининга и кратких вмешательств и объединения биопсихосоциальных стратегий лечения с поддержкой на уровне сообществ в долгосрочной перспективе, с поддержанием контактов, своевременным осуществлением кризисных вмешательств и оказанием поддержки разной степени интенсивности в соответствии с необходимостью, с активным взаимодействием с сообществами, которые занимаются реабилитацией (включая клинические программы «12 шагов»)

**B**

Слаженные меры для противодействия социальной стигматизации и дискриминации, которые препятствуют обращению людей за поддержкой при проблемах, обусловленных алкоголем

**C**

Расширение предоставления услуг скрининга и кратких вмешательств по вопросам, связанным с алкоголем, в первичном звене медико-санитарной помощи, и осуществление их в других контекстах, на основании имеющихся фактических данных

**D**

Адекватное предоставление необходимых услуг психосоциальной поддержки и фармакологического лечения, с выездными услугами для уязвимых категорий граждан

**E**

Создание в странах клинических руководств для предоставления всех услуг, касающихся проблемы алкоголя, с вниманием к сочетанным состояниям, обусловленным употреблением других психоактивных веществ и другими нарушениями здоровья, с системами для комплексной и тщательной оценки и с регулярным анализом таких услуг и их адаптацией согласно результатам этого анализа

**F**

Повышение информированности среди работников здравоохранения и социальной помощи и в сфере медицинского образования и просвещения в вопросах здоровья о рисках и вреде, связанных с алкоголем, в том числе о вреде для семей и детей в виде спектра обусловленных алкоголем нарушений развития плода

**G**

Повышение информированности населения об имеющихся возможностях для получения поддержки на уровне местных сообществ и специализированной помощи, и увеличение обращаемости за такой поддержкой и помощью посредством оптимизации клинических маршрутов и обмена информацией





# Основное направление 6.

## Действия на уровне местных сообществ



### Справочная информация

Употребление алкоголя наносит вред местным сообществам, особенно тем, которые и так находятся в неблагоприятном положении (97, 98). Помимо непосредственного вреда для здоровья и социального функционирования отдельно взятых людей, их семей и друзей, местным сообществам приходится иметь дело с травмами и смертями в результате дорожно-транспортных происшествий, оказывать услуги стационарной и неотложной медицинской помощи и осуществлять вмешательства, адресованные людям с проблемами, обусловленными алкоголем, в том числе с алкогольной зависимостью (91).

Люди с проблемами, обусловленными алкоголем, и их семьи – часть местных сообществ, и их личный опыт следует учитывать при выработке стратегий профилактики таких проблем и реабилитации. Негосударственные субъекты, включая НПО и активистов в сфере реабилитации, организации в сфере взаимопомощи и самопомощи, располагают знаниями, опытом и связями, которые могут лечь в основу стратегий реабилитации, часто с незначительными затратами для государства, и должны рассматриваться в качестве важных партнеров при выработке и реализации национальных и местных планов борьбы против алкоголя. Реабилитация возможна, когда люди счастливы, ведут полноценную жизнь и вносят свой вклад в жизнь общества. Работа, осуществляемая в местных сообществах, может помочь в сокращении стигматизации, связанной с обусловленными алкоголем проблемами, которая для отдельных людей и семей может стать препятствием для обращения за помощью и привести к дискриминации на рабочем месте и в других условиях (99). Фактические данные также подтверждают, что политика по снижению структурного неравенства в обществе способствует профилактике и снижению вреда, обусловленного потреблением алкоголя (100).

Местные сообщества могут помочь в создании и поддержании условий для здоровой жизни. Можно поощрять местные сообщества к мобилизации общественного мнения, в том числе с использованием средств массовой информации и проведением информационно-разъяснительной работы среди лиц, определяющих политику, в целях воздействия на местные детерминанты повышенного потребления алкоголя и связанных с этим проблем; например, стремясь лишить привлекательности образ пьющего человека и добиваясь неприемлемости употребления алкоголя в случае необходимости сесть за руль; обозначая несправедливый характер «послаблений», которыми могут пользоваться употребляющие алкоголь; способствуя осознанию характера и масштабов медицинских и социальных последствий употребления алкоголя; выявляя факторы, способствующие повышенному употреблению алкоголя, и противодействуя этим факторам; противодействуя формированию у молодежи социальных норм, предполагающих непереносимое употребление алкоголя; мотивируя людей к отказу от алкоголя, сокращению объемов или изменению паттернов его употребления; противодействуя проявлениям насилия и агрессии, связанным с алкоголем (91). Организации, функционирующие на уровне местных сообществ, могут помочь повысить грамотность населения в вопросах здоровья, в том числе предоставлять информацию о том, где можно получить помощь и поддержку в связи с проблемами, обусловленными употреблением алкоголя. Стратегии, способствующие наращиванию потенциала местных инициативных групп для обеспечения полного использования на местном уровне всего

спектра потенциальных мер политики и действий, основанных на фактических данных, могут оказать влияние на принятие решений, например о лицензировании, которые способны сократить отрицательные последствия потребления алкоголя на местном уровне (24).

В 2016 г. 43 государства-члена сообщили о наличии проектов мероприятий на уровне местных сообществ с участием заинтересованных сторон, а 23 государства-члена сообщили о наличии национальных руководств по осуществлению эффективных вмешательств на уровне местных сообществ (5). В общей сложности 22 государства-члена сообщили о том, что у них имеются национальные руководства по профилактике проблем, обусловленных употреблением алкоголя, и консультированию на рабочих местах (5). Тем не менее, уровень осведомленности в различных местных сообществах остается низким, особенно в отношении вреда алкоголя и целого ряда рисков, связанных с его употреблением (101–103). Фактические данные указывают на то, что знания об алкоголе как факторе риска различных нарушений здоровья, и в особенности – риска онкологических заболеваний, являются весьма значимым предиктором поддержки всех мер антиалкогольной политики, и что программы, реализуемые на уровне местных сообществ, позволяют эффективно предоставлять знания и влиять на отношение населения к проблеме (104–106). Фактическая оценка реализации мер антиалкогольной политики также показывает, что отношение населения меняется: когда механизмы борьбы против алкоголя начинают работать, они могут получить поддержку у населения и укрепить веру людей в эффективность мер антиалкогольной политики, что, в свою очередь, повышает поддержку таких мер (107–111).

Вмешательства, осуществляемые на уровне школ и местных сообществ, могут быть с пользой совмещены, отчасти потому, что деятельность местных сообществ может помочь в ограничении доступности алкоголя для молодежи, например за счет более эффективного правоприменения в отношении возрастных ограничений на покупку и употребление алкогольной продукции (91). Имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что можно обеспечить отбор и реализацию ряда тщательно организованных последовательных мер, направленных на укрепление эмоционального благополучия подростков, если использовать имеющиеся на нескольких уровнях общественной жизни возможности для сокращения уровня употребления алкоголя и других психоактивных веществ (112). Программы, включающие элементы обучения жизненным навыкам и предусматривающие участие родителей, как предполагается, оказывают положительное воздействие, однако фактические данные свидетельствуют о том, что для достижения успешных результатов реализация таких программ может потребовать значительных затрат времени и ресурсов (113). Программы, реализуемые на базе школ, должны быть элементом целостного подхода, направленного на укрепление здоровья. В их основу должны быть положены педагогические приемы с доказанной эффективностью, такие как целенаправленный учет важных этапов становления личности, проведение систематической оценки потребностей, использование интерактивного подхода, имеющего целью развитие навыков, а также непременная оценка эффективности на протяжении всего процесса (114). Программы просвещения и информирования о вреде алкоголя должны разрабатываться, осуществляться и оцениваться без какого-либо участия или влияния со стороны субъектов экономической деятельности, занимающихся производством и продажей алкоголя (91).



# Приоритетные действия

ДЕЙСТВИЯ НА УРОВНЕ МЕСТНЫХ СООБЩЕСТВ

A

Рассмотрение законодательства, предполагающего расширение прав и возможностей местных сообществ для принятия решений (или воздействие на принятие решений) относительно алкоголя, например позволяющего влиять на выдачу лицензий

B

Обоснованные научными данными программы для школ, местных сообществ и предприятий и организаций, в том числе с особым вниманием к противодействию стигматизации и дискриминации и влиянию или вмешательству субъектов экономической деятельности, занимающихся производством и продажей алкоголя, и с ресурсами для оценки эффективности и адаптации согласно результатам такой оценки

C

Повышение осведомленности о вреде употребления алкоголя для других людей, в том числе для семей и детей в виде спектра обусловленных алкоголем нарушений развития плода, а также от связанного с алкоголем насилия и управления транспортными средствами в нетрезвом состоянии

D

Взаимодействие с молодежью и вовлечение молодых людей, с использованием их активной жизненной позиции и знаний, для выработки согласованных стратегий по снижению вреда от употребления алкоголя для их сверстников и для будущих поколений

E

Согласование стратегий на национальном и местном уровне, с тем, чтобы ресурсы местных сообществ, включая профессиональные объединения, НПО, организации взаимопомощи и поддержки людей своего круга, людей с личным опытом проблем с алкоголем, религиозные организации и школы и другие учебные заведения, могли вносить вклад в реабилитацию граждан и их семей и в восстановление сообществ

# Роль Европейского регионального бюро ВОЗ

Европейское региональное бюро ВОЗ будет оказывать поддержку для выполнения приоритетных задач, сформулированных в рамочной основе на 2022–2025 гг., путем:

**A** Создания ориентированных на активные действия сетей для прогнозирования развития событий и выработки стратегий для приоритетных подходов общественного здравоохранения во всех приоритетных направлениях

**B** Поддержки межсекторального и международного сотрудничества и, при необходимости, выработки новых регуляторных подходов на уровне стран и на международном уровне для поддержки реализации согласованной антиалкогольной политики, с преодолением возможных проблем трансграничного характера

**C** Сбора и распространения примеров передового опыта, включая административные и законодательные подходы, по всем приоритетным аспектам

**D** Содействия обмену опытом и сотрудничеству между государствами-членами

**E** Взаимодействия с другими агентствами ООН в вопросах обмена передовым опытом и техническими и экспертными знаниями в сфере выработки, оценки эффективности и защиты обоснованных фактическими данными мер антиалкогольной политики

**F** Предоставления государствам-членам технических рекомендаций, в том числе по:

- выявлению и преодолению препятствий для реализации политики;
- распознаванию конфликтов интересов и противодействию дезинформации и вмешательствам, противоречащим интересам общественного здоровья;
- поддержке мониторинга тенденций в отношении потребления алкоголя;
- поддержке оценок потенциального эффекта для здоровья от всех антиалкогольных мер;
- поддержке для наращивания межсекторального потенциала, посредством обучения и распространения технических знаний и опыта;
- созданию интерактивной информационной панели с данными о потреблении алкоголя, связанном с ним вреде и антиалкогольной политики.

**G**

Предоставления государствам-членам технической поддержки и практических инструментов для содействия в предоставлении услуг скрининга и кратких вмешательств в разных контекстах, в том числе в первичном звене медико-санитарной помощи, на рабочих местах и в социальных службах, а также поддержки возможностей для обмена опытом между государствами-членами

**H**

Оказания государствам-членам поддержки в наращивании потенциала для дальнейшего предоставления основных услуг здравоохранения и социального ухода, связанных с алкоголем, наряду с чрезвычайными мерами реагирования при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения

**I**

Расширения платформ для НПО, организаций гражданского общества (включая людей с личным опытом) и научных кругов, в целях:

- повышения грамотности в вопросах здоровья и осведомленности населения и наращивания потенциала для информационно-разъяснительной работы в поддержку эффективной и экономически целесообразной антиалкогольной политики;
- расширения возможностей для распространения информации и опыта в отношении эффективных и экономически целесообразных антиалкогольных стратегий для местных сообществ и предприятий и организаций;
- повышения осведомленности об инициативах на уровне стран и международном уровне, направленных на расширение прав и возможностей местных сообществ для принятия решений в отношении антиалкогольной политики;
- предоставления фактических данных для борьбы с дезинформацией и маскировкой субъектами экономической деятельности, занимающимися производством и продажей алкоголя, своих интересов, а также предоставления информации и рекомендаций для выявления и контроля конфликтов интересов.

# Мониторинг, целевые показатели и оценка



Настоящая Рамочная основа определяет путь к реализации глобального Плана действий (на 2022–2030 гг.) по активизации процесса осуществления Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя в качестве одного из приоритетов общественного здравоохранения и поддержке выполнения обязательств, принятых в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., включая выполнение задач 3.4 и 3.5 ЦУР (45), а также Плана действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ на 2016-2025 гг.

На региональном уровне разрабатываются оценочные и целевые показатели для отслеживания прогресса и оценки успехов, которые согласуются с уже используемыми. Эта работа проводится на основе данных, уже собранных ВОЗ, чтобы избежать дополнительного бремени отчетности для участвующих сторон. ЕПР ВОЗ подчеркивает приверженность дальнейшему сокращению общего потребления алкоголя на душу населения, чтобы к 2025 г. достичь относительного сокращения на 10%, при этом по крайней мере в 35 государствах-членах потребление алкоголя должно достигнуть отметки ниже исходного уровня (2010 г.).<sup>2</sup> Помимо данного целевого ориентира Европейское региональное бюро ВОЗ создаст механизмы мониторинга, которые позволят оценивать как общее потребление алкоголя на душу населения в национальном контексте в течение календарного года в литрах чистого спирта, так и степень реализации государствами-членами рекомендованных мер политики в отношении алкоголя, изложенных в качестве приоритетных в настоящей Рамочной основе (таблица 1).

Европейское региональное бюро ВОЗ будет работать над тем, чтобы собранные фактические данные были как можно более надежными. Ресурсы, используемые для оценки прогресса в осуществлении рекомендуемых мер политики, будут включать Инструмент ВОЗ для оценки реализации политики в отношении алкоголя (116) и перечисленные в нем показатели оценки реализации мер антиалкогольной политики. В дополнение к регулярной отчетности о реализации мер политики в отношении алкоголя, которая проводится каждые четыре года в рамках глобального опросного исследования ВОЗ, посвященного алкоголю и здоровью, в данную Рамочную основу предлагается включить конкретные обобщающие показатели, позволяющие проводить ежегодный ускоренный мониторинг реализации политики на согласованных основных направлениях. Будет подготовлен итоговый отчет о прогрессе, достигнутом за период с 2022 по 2025 г.

<sup>2</sup> Более подробную информацию о задачах и целевых показателях можно найти в Региональном плане реализации Европейской программы работы ВОЗ (115).

# Библиография<sup>3</sup>

1. A SAFER WHO European Region free from harm due to alcohol: concept note. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://www.who.int/europe/publications/m/item/a-safer-who-european-region-free-from-harm-due-to-alcohol-concept-note>).
2. The SAFER initiative: a world free from alcohol related harm [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/initiatives/SAFER>).
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2021: итоги реализации связанных со здоровьем Целей в области устойчивого развития в период пандемии COVID-19 с учетом принципа «никого не оставить без внимания». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352138>).
4. Global information system on alcohol and health [online database]. In: The Global Health Observatory [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>).
5. Инициатива SAFER: сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным. Успехи в реализации политики в отношении контроля над алкогольной продукцией, 2010–2019 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340776>).
6. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction*. 2017;112(6):968–1001. doi: 10.1111/add.13757.
7. Cook RT. Alcohol abuse, alcoholism, and damage to the immune system: a review. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22(9):1927–42. PMID: 9884135.
8. Molina PE, Happel KI, Zhang P, Kolls JK, Nelson S. Focus on: alcohol and the immune system. *Alcohol Res Health*. 2010;33(1-2):97. PMID: 23579940.
9. Manthey J, Hassan SA, Carr S, Kilian C, Kuitenen-Paul S, Rehm J. What are the economic costs to society attributable to alcohol use? A systematic review and modelling study. *PharmaEconomics*. 2021;39(7):809–22. doi: 10.1007/s40273-021-01031-8.
10. Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Mol Psychiatry*. 2021;26(1):30–9. doi: 10.1038/s41380-020-00880-7.
11. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(4):1314–27. doi: 10.1093/ije/dyu043.
12. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2020;5(6):e324–32. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30052-9.
13. Schmidt LA, Room R. Alcohol and inequity in the process of development: contributions from ethnographic research. *Int J Alcohol Drug Res*. 2012;1(1):41–55. doi: 10.7895/ijadr.v1i1.38.
14. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M et al. Inequalities in alcohol-related mortality in 17 European countries: a retrospective analysis of mortality registers. *PLOS Med*. 2015;12(12):e1001909. doi: 10.1371/journal.pmed.1001909.
15. Moskalewicz J, Razvodovsky Y, Wieczorek L. East-west disparities in alcohol-related harm. *Alcohol Drug Addict*. 2016;29(4):209–22. doi: 10.1016/j.alkona.2016.11.003.
16. Trias-Llimó S, Janssen F. Alcohol and gender gaps in life expectancy in eight Central and Eastern European countries. *Eur J Public Health*. 2018;28(4):687–92. doi: 10.1093/eurpub/cky057.

<sup>3</sup>Все ссылки, относящиеся к публикациям на английском языке, приводятся по состоянию на 25 июля 2022 г.; все ссылки на публикации на русском языке приводятся по состоянию на 30 октября 2023 г.

17. Trias-Llimós S, Kunst AE, Jasilionis D, Janssen F. The contribution of alcohol to the East-West life expectancy gap in Europe from 1990 onward. *Int J Epidemiol*. 2018;47(3):731–9. doi: 10.1093/ije/ dyx244.
18. Babor T, Caetano R, Casswell S et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.
19. Babor TF, Casswell S, Graham K et al. Alcohol: no ordinary commodity. research and public policy, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press; 2022.
20. Schmidt LA, Mäkelä P, Rehm J, Room R. Alcohol: equity and social determinants. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010:11–29 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>).
21. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65(6):782–93. doi: 10.15288/jsa.2004.65.782.
22. Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K et al. Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(4):514–22. PMID: 30079865.
23. Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (2017): обновленное Добавление 3 к Глобальному плану действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259464>).
24. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/351516>).
25. Заключительный отчет о реализации Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. В: Семидесятая сессия Европейского регионального комитета, виртуальная сессия, 14–15 сентября 2020 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333510/70wd08r-A-PR-EuroPlanRedAlco-200555.pdf?sequence=1>).
26. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>).
27. Preventing harmful alcohol use. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 (<https://www.oecd.org/health/preventing-harmful-alcohol-use-6e4b4ffb-en.htm>).
28. Спасение жизней, снижение затрат: стратегические меры борьбы с неинфекционными заболеваниями. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272965>).
29. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. В: Шестидесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 17–21 мая 2010 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>).
30. Towards an action plan (2022–2030) to effectively implement the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [website]. In: Seventy- h World Health Assembly to discuss the alcohol action plan, Geneva, 18–22 May 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol>).
31. Проект плана действий (на 2022–2030 гг.) по эффективному осуществлению Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя в качестве приоритета общественного здравоохранения. В: Политическая декларация третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Женева, 11 января 2022 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 (EB150/7 Add.1; [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB150/B150\\_8Add1-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_8Add1-ru.pdf)).
32. Заключительный отчет о Региональной консультации по вопросу осуществления Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя (2012–2020 гг.). Прага, Чешская Республика, 30 сентября – 1 октября 2019 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/351513>).



33. Casswell S. Vested interests in addiction research and policy. Why do we not see the corporate interests of the alcohol industry as clearly as we see those of the tobacco industry? *Addiction*. 2013;108(4):680–5. doi: 10.1111/add.12011.
34. Hawkins B, Holden C, McCambridge J. Alcohol industry influence on UK alcohol policy: a new research agenda for public health. *Crit Public Health*. 2012;22(3):297–305. doi: 10.1080/09581596.2012.658027.
35. Hoe C, Taber N, Champagne S, Bachani AM. Drink, but don't drive? The alcohol industry's involvement in global road safety. *Health Policy Plan*. 2021;35(10):1328–38. doi: 10.1093/heapol/czaa097.
36. McCambridge J, Hawkins B, Holden C. Vested interests in addiction research and policy. The challenge corporate lobbying poses to reducing society's alcohol problems: insights from UK evidence on minimum unit pricing. *Addiction*. 2014;109(2):199–205. doi: 10.1111/add.12380.
37. McCambridge J, Hawkins B. Tied up in a legal mess: the alcohol industry's use of litigation to oppose minimum alcohol pricing in Scotland. *Scott Aff*. 2020;29(1):3–23. doi: 10.3366/scot.2020.0304.
38. Miller D, Harkins C, Schlögl M, Montague B. Impact of market forces on addictive substances and behaviours: the web of influence of addictive industries. Oxford: Oxford University Press; 2017.
39. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? *Addiction*. 2016;111(1):18–32. doi: 10.1111/add.13048.
40. Нет дешевому алкоголю: потенциальная польза установления минимального уровня цен для защиты человеческих жизней. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2023 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356597>).
41. European Region consultation on the implementation and achievements of the WHO European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346534>).
42. Параллельное мероприятие по теме антиалкогольной политики: устранить разрыв между фактическими данными и принимаемыми мерами: отчет о совещании. В: EUR/RC71/SE/2, виртуальная сессия, 13–15 сентября 2021 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (<https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/EUR-RC71-SE-2>).
43. Выскажите свое мнение! ВОЗ проводит открытую консультацию по теме сокращения употребления алкоголя. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Новости. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (<https://www.who.int/europe/ru/news/item/15-03-2022-have-your-say-who-holds-public-consultation-to-reduce-alcohol-consumption>).
44. Европейская программа работы на 2020–2025 гг. – «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://www.who.int/europe/ru/about-us/our-work/european-programme-of-work>).
45. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2022 (<https://sdgs.un.org/ru/2030agenda>).
46. Третье совещание Консультативного совета при региональном директоре по инновациям в сфере борьбы с неинфекционными заболеваниями. Виртуальное совещание. 1 июля 2021 г. Отчет по итогам совещания. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349291>).
47. Здоровые модели поведения: больше внимания к анализу поведенческих и культурных факторов. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (<https://www.who.int/europe/ru/initiatives/healthier-behaviours-incorporating-behavioural-and-cultural-insights>).

48. Расширение прав и возможностей граждан при помощи цифрового здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 (<https://www.who.int/europe/ru/initiatives/empowerment-through-digital-health>).
49. Joining forces: United Action Against Cancer. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://www.who.int/europe/activities/joining-forces-united-action-against-cancer>).
50. WHO European Framework for action on mental health 2021–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352549>).
51. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/341532>).
52. Europe's Beating Cancer Plan. Brussels: European Commission; 2021 ([https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer\\_plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer_plan_en_0.pdf)).
53. Convention on the rights of the child. New York: United Nations; 1989 ([https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg\\_no=IV-11&chapter=4&clang=en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&clang=en)).
54. Moskalewicz J, Österberg E, editors. Changes in alcohol affordability and availability. twenty years of transitions in Eastern Europe. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016 ([https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131245/URN\\_ISBN\\_978-952-245-772-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131245/URN_ISBN_978-952-245-772-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).
55. Smith S. Economic issues in alcohol taxation. In: Cnossen S, editor. Theory and practice of excise taxation: smoking, drinking, gambling, polluting and driving. Oxford: Oxford University Press; 2005:56–83.
56. Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J. Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255795>).
57. Формирование цен на алкогольную продукцию в Европейском регионе ВОЗ: Обновленный отчет об имеющихся фактических данных и рекомендуемых мерах в области политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/336160>).
58. Österberg EL. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug Alcohol Rev.* 2011;30(2):124–9. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00265.x.
59. Rabinovich L, Brutscher PB, de Vries H, Tiessen J, Cli J, Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Cambridge: RAND Europe; 2009 ([https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_rand\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf)).
60. Rehm J, Room R, Sornpaisarn B, Štelemėkas M, Swahn MH, Lachenmeier DW. The impact of alcohol taxation changes on unrecorded alcohol consumption: a review and recommendations. *Int J Drug Policy.* 2021;99:103420. doi: 10.1016/j.drugpo.2021.103420.
61. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union. Brussels: European Commission; 2020 ([https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/tfeu\\_2016/2020-03-01](https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/tfeu_2016/2020-03-01)).
62. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D, Patra J. Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol Alcohol.* 2009;44(5):500–16. doi: 10.1093/alcalc/aggp054.
63. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andréasson S, Angus C, Gripenberg J et al. Alcohol consumption and the physical availability of takeaway alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *J Stud Alcohol Drugs.* 2018;79(1):58–67. PMID: 29227232.

64. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* 2002;14:206–25. doi: 10.15288/jsas.2002.s14.206.
65. Wilkinson C, Livingston M, Room R. Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015. *Public Health Res Pract.* 2016;26(4):e2641644. doi: <https://dx.doi.org/10.17061/phrp2641644>.
66. Маркетинг алкогольной продукции в Европейском регионе ВОЗ. Обновленный отчет об имеющихся фактических данных и рекомендуемых мерах в области политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/336177>).
67. Carah N, Brodmerkel S. Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *J Stud Alcohol Drugs.* 2021;82:18–27. PMID: 33573719.
68. Noel JK, Sammartino CJ, Rosenthal SR. Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* 2020;(s19):57–67. doi: 10.15288/jsads.2020.s19.57.
69. Buchanan L, Kelly B, Yeatman H, Kariippanon K. The effects of digital marketing of unhealthy commodities on young people: a systematic review. *Nutrients.* 2018;10(2):148. doi: 10.3390/nu10020148.
70. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction.* 2017;112(suppl 1):7–20. doi: 10.1111/add.13591.
71. Critchlow N, Moodie C, Bauld L, Bonner A, Hastings G. Awareness of, and participation with, digital alcohol marketing, and the association with frequency of high episodic drinking among young adults. *Drugs Educ Prev Policy.* 2016;23(4):328–36. doi: 10.3109/09687637.2015.1119247.
72. Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Grube JW, Balassone A, Kaner E. Alcohol marketing and adolescent and young adult alcohol use behaviors: a systematic review of cross-sectional studies. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* 2020;suppl 19:42–56. doi: 10.15288/jsads.2020.s19.42.
73. Цифровой маркетинг алкогольных напитков: проблемы и варианты политики для улучшения здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373228>).
74. Reducing the harm from alcohol by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: a technical report. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354078>).
75. Мониторинг и ограничение ориентированного на детей и подростков цифрового маркетинга вредных для здоровья продуктов: доклад подготовлен по итогам совещания экспертов по мониторингу цифрового маркетинга вредных для здоровья продуктов среди детей и подростков: Москва, Российская Федерация, июнь 2018 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/346586>).
76. A future for the world’s children? A WHO–UNICEF–Lancet commission. *Lancet.* 2020;395(10224):605–58. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32540-1.
77. Маркировка алкогольной продукции: Дискуссионный документ в отношении вариантов политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/350217>).
78. Scheideler JK, Klein WM. Awareness of the link between alcohol consumption and cancer across the world: a review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2018;27(4):429–37. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-17-0645.
79. May PA, Blankenship J, Marais AS, Gossage JP, Kalberg WO, Joubert B et al. Maternal alcohol consumption producing fetal alcohol spectrum disorders (FASD): quantity, frequency, and timing of drinking. *Drug Alcohol Depend.* 2013;133(2):502–12. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.07.013.

80. Vagnarelli F, Palmi I, Garcia-Algar O et al. A survey of Italian and Spanish neonatologists and paediatricians regarding awareness of the diagnosis of FAS and FASD and maternal ethanol use during pregnancy. *BMC Pediatr.* 2011;11(1):1–5. doi: 10.1186/1471-2431-11-51.
81. Подходы к размещению информации на этикетках алкогольной продукции в Европейском регионе ВОЗ и факторы, которые препятствуют и способствуют выработке и реализации политики в этой области. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (Сводный доклад №68 Сети фактических данных по вопросам здоровья; <https://iris.who.int/handle/10665/333163>).
82. Neufeld M, Ferreira-Borges, Rehm J. Implementing health warnings on alcoholic beverages: on the leading role of countries of the Commonwealth of Independent States. *Int J Environ Res.* 2020;17(21):8205.
83. Holleran J. Constantly just holding it up and together. Exploring family support in relation to problem substance use in Scotland. Glasgow: Scottish Families Affected by Alcohol and Drugs; 2020 (<https://www.sfad.org.uk/content/uploads/2020/12/Constantly-Just-Holding-It-Up-and-Together-Report.pdf>).
84. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/1-Guidance> ).
85. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Sys Rev.* 2020;3:1465–858. doi: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
86. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом результатов полевых испытаний. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>).
87. Ford JD, Trestman RL, Tennen H, Allen S. Relationship of anxiety, depression and alcohol use disorders to persistent high utilization and potentially problematic under-utilization of primary medical care. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1618–25. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.03.017.
88. Jordans MJ, Luitel NP, Garman E et al. Effectiveness of psychological treatments for depression and alcohol use disorder delivered by community-based counsellors: two pragmatic randomised controlled trials within primary healthcare in Nepal. *Br J Psychiatry.* 2019;215(2):485–93. doi: 10.1192/bjp.2018.300.
89. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67210>).
90. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J. The impact of brief 100 alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol.* 2014;49(1):66–78. doi: 10.1093/alcalc/agt170.
91. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107268>).
92. Crawford MJ, Patton R, Touquet R et al. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364(9442):1334–9. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17190-0.
93. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med.* 2002;9(6):627–38. doi: 10.1111/j.1553-2712.2002.tb02304.x.
94. Landy MS, Davey CJ, Quintero D, Pecora A, McShane KE. A systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments. *J Subst Abuse.* 2016;61:1–12. doi: 10.1016/j.jsat.2015.08.004.

95. Davidson L, Rowe M, DiLeo P, Bellamy C, Delphin-Rittmon M. Recovery-oriented systems of care: a perspective on the past, present, and future. *Alcohol Res Curr Rev.* 2021;41(1):09. doi: 10.35946/arcr.v41.1.09.
96. White W. Recovery management and recovery-oriented systems of care: scientific rationale and promising practices. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2008 (<http://dbhids.org/wp-content/uploads/2015/07/2008-Recovery-Management-and-Recovery-Oriented-Systems-of-Care-Monograph.pdf>).
97. Lewer D, Meier P, Beard E, Boniface S, Kaner E. Unravelling the alcohol harm paradox: a population-based study of social gradients across very heavy drinking thresholds. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1–11. doi: 10.1186/s12889-016-3265-9.
98. Smith K, Foster J. Alcohol, health inequalities and the harm paradox. London: Institute of Alcohol Studies; 2015 (<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/IAS%20report%20Alcohol%20and%20health%20inequalities%20FULL.pdf>).
99. Hammarlund R, Crapanzano KA, Luce L, Mulligan L, Ward KM. Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug-and alcohol-use disorders. *Subst Abuse Rehabil.* 2018;9:115–36. doi: 10.2147/SAR.S183256.
100. Porthé V, García-Subirats I, Ariza C et al. Community-based interventions to reduce alcohol consumption and alcohol-related harm in adults. *J Community Health.* 2021;46(3):565–76. doi: 10.1007/s10900-020-00898-6.
101. Bøggild H, Sørensen K, Svendsen MT, Kayser L. International report on the methodology, results, and recommendations of the European health literacy population survey 2019–2021 (HLS19) of M-POHL. Vienna: The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, Austrian National Public Health; 2021 ([https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19\\_International%20Report%20%28002%29\\_0.pdf](https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_International%20Report%20%28002%29_0.pdf)).
102. Bowden JA, Delfabbro P, Room R, Miller CL, Wilson C. Alcohol consumption and NHMRC guidelines: has the message got out, are people conforming and are they aware that alcohol causes cancer? *Aust N Z J Public Health.* 2014;38(1):66–72. doi: 10.1111/1753-6405.12159.
103. De Visser RO, Birch JD. My cup runneth over: young people’s lack of knowledge of low-risk drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev.* 2012;31(2):206–12. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00371.x.
104. Bates S, Holmes J, Gavens L et al. Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1–11. doi: 10.1186/s12889-018-5581-8.
105. Buykx P, Gilligan C, Ward B, Kippen R, Chapman K. Public support for alcohol policies associated with knowledge of cancer risk. *Int J Drug Policy.* 2015;26(4):371–9. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.08.006.
106. Casswell S, Gilmore L, Maguire V, Ransom R. Changes in public support for alcohol policies following a community-based campaign. *Br J Addict.* 1989;84(5):515–22. doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00608.x.
107. Jónsson RM, Kristjánsson S. Alcohol policy and public opinion in Iceland, 1989–2012. *Nord Stud Alcohol Drugs.* 2013;30(6):539–49. doi: 10.2478/nsad-2013-0050.
108. Room R, Giesbracht N, Graves K, Green eld T. Trends in public opinion about alcohol policy initiatives in Ontario and the US 1989–91. *Drug Alcohol Rev.* 1995;14(1):35–47. doi: 10.1080/09595239500185041.
109. Storvoll EE, Rossow I, Rise J. Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs. *J Subst Use.* 2014;19(1):38–43. doi: 10.3109/14659891.2012.728671.

110. Storvoll EE, Halkjevick T. Changes in Norwegian public opinion on alcohol policy, 2005–2012. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2013;30(6):491–506. doi: 10.2478/nsad-2013-0047.
111. Alcohol policy impact case study: the effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328167>).
112. Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson AL, Roe KM, Allegrante JP. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promot Int*. 2009;24(1):16–25. doi: 10.1093/heapro/dan038.
113. Carlin E, Lee J. Educational and family approaches to drug prevention for young people. In: Crome IB, Williams R, editors. *Substance misuse and young people: critical issues*. Abingdon-on-Thames: Routledge; 2020:375–388.
114. Warren F. “What works” in drug education and prevention? Edinburgh: Scottish Government Health and Social Care Analysis; 2016 (<https://www.gov.scot/publications/works-drug-education-prevention/>).
115. Программный бюджет ВОЗ на 2022–2023 гг. в контексте Европейской программы работы: региональный план реализации. В: Европейский региональный комитет, 71-я сессия, виртуальная сессия, 13–15 сентября 2021 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/343975>).
116. Политика в действии: инструмент для оценки реализации политики в отношении алкоголя. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/342534>).

# Приложение 1. Как Европейское региональное бюро ВОЗ будет оценивать прогресс

Таблица 1. Обобщающие показатели для оценки прогресса в реализации Европейской рамочной основы для принятия мер в отношении алкоголя на 2022–2025 гг.

Область политики	Предлагаемый обобщающий показатель	Определение обобщающего показателя
Формирование цен на алкогольную продукцию	Доступность алкогольных напитков	<p>Доступность: ВВП по ППС на душу населения, разделенный на цену 10 г чистого спирта (стандартная порция), взвешенный по доле каждого вида напитка (пиво, вино, крепкие спиртные напитки) в общем потреблении</p> <p>Данные для этого обобщающего показателя требуют следующих сведений:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ВВП по ППС</li><li>• средняя цена продажи пива, вина и крепких напитков при продаже навынос</li><li>• потребление алкоголя на душу населения по видам напитков в календарном году</li></ul>
	Доля налога на алкоголь	Доля налога: доля акцизного налога в конечных розничных ценах на пиво, вино и крепкие спиртные напитки при продаже навынос
Доступность алкоголя	Ограничения на доступность по времени	<p>Количество часов, в течение которых разрешена продажа алкоголя навынос (в рабочие дни)</p> <p>Количество часов, в течение которых разрешена продажа алкоголя навынос (по субботам)</p> <p>Количество часов, в течение которых разрешена продажа алкоголя навынос (по воскресеньям)</p>
	Ограничения на доступность в зависимости от местоположения	<p>Ограничения по концентрации торговых точек по месту расположения (в точках общепита и навынос)</p> <p>Ограничения по месту расположения торговых точек (в точках общепита и навынос)</p>
	Общественные места, свободные от алкоголя	<p>Запрет на употребление алкоголя в следующих общественных местах:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• общественный транспорт</li><li>• парки, улицы</li><li>• спортивные мероприятия</li><li>• рабочие места</li></ul>

**Таблица 1. Обобщающие показатели для оценки прогресса в реализации Европейской рамочной основы для принятия мер в отношении алкоголя на 2022–2025 гг. (продолжение)**

Область политики	Предлагаемый обобщающий показатель	Определение обобщающего показателя
Маркетинг алкогольной продукции	Юридически обязывающие запреты на маркетинг алкоголя	Юридически обязывающие запреты на рекламу и маркетинг алкоголя во всех средствах массовой информации  Юридически обязывающие запреты или частичные ограничения на рекламу и маркетинг алкоголя в интернете
	Юридически обязывающие запреты на спонсирование со стороны производителей	Юридически обязывающие запреты спонсорства производителями алкогольной продукции спортивных мероприятий  Юридически обязывающие запреты спонсорства производителями алкогольной продукции мероприятий для молодежи
Сокращение негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения – особое внимание к этикеткам	Информация о вреде для здоровья, предупреждающие этикетки	Национальные законодательные требования к предупреждениям о вреде для здоровья, размещенным на таре / бутылках алкогольных напитков (отдельно для пива, вина, крепких спиртных напитков), которые касаются: <ul style="list-style-type: none"> <li>• здоровья в целом</li> <li>• онкологических заболеваний</li> <li>• беременности</li> <li>• употребления алкоголя несовершеннолетними</li> <li>• управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения</li> <li>• другое (укажите текст(ы) обязательных по закону предупреждающих надписей о вреде для здоровья)</li> </ul>
	Маркировка с информацией для потребителей (пищевая ценность и калорийность)	Национальное законодательное требование о размещении информации для потребителей (отдельно для пива, вина, крепких спиртных напитков) об: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ингредиентах</li> <li>• энергетической ценности (в калориях или килоджоулях, или и в том и в другом)</li> <li>• добавках</li> <li>• витаминах</li> <li>• количестве стандартных порций</li> <li>• национальных рекомендациях по употреблению алкоголя (если имеются)</li> </ul>



**Таблица 1. Обобщающие показатели для оценки прогресса в реализации Европейской рамочной основы для принятия мер в отношении алкоголя на 2022–2025 гг. (продолжение)**

Область политики	Предлагаемый обобщающий показатель	Определение обобщающего показателя
Ответные меры служб здравоохранения	СКВ в отношении вредного употребления алкоголя и РУА в учреждениях ПМСП	<p>Лечение РУА включено в мероприятия по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения</p> <p>Нормативно-правовое обеспечение проведения СКВ в учреждениях ПМСП в качестве обычной практики</p> <p>СКВ являются частью регулярных медицинских осмотров в учреждениях ПМСП</p> <p>Доля учреждений ПМСП, осуществляющих СКВ в качестве обычной практики оказания медицинских услуг</p>
Действия на уровне местных сообществ и на рабочих местах	Профилактика и снижение вреда от употребления алкоголя на базе школ	Включение в школьные программы образовательных мероприятий, посвященных алкоголю как фактору риска для здоровья
	Меры профилактики и консультирования на рабочем месте, посвященные проблемам в связи с употреблением алкоголя	Доля программ помощи сотрудникам, в которые включены вопросы РУА и проблем, связанных с употреблением алкоголя
	Мероприятия на уровне местных сообществ для снижения вреда от употребления алкоголя	<p>Континуум медицинской помощи при РУА включает услуги по месту жительства в рамках профилактики и лечения, например наличие социальных работников и других специалистов для направления людей на такие услуги, как лечение, последующее наблюдение и поддержка</p> <p>Местные сообщества имеют право регулировать концентрацию точек продажи алкоголя, т. е. имеют возможность законодательно регулировать доступность алкоголя на местном уровне</p> <p>В местных сообществах реализуются меры муниципальной антиалкогольной политики, т. е. имеется возможность законодательно регулировать потребление алкоголя на местном уровне</p>

Примечание: ВВП по ППС: валовой внутренний продукт, основанный на паритете покупательной способности.

## Европейское региональное бюро ВОЗ

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

### Государства-члены

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

### Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51  
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 45 33 70 00  
Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. почта: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Веб-сайт: [www.who.int/europe](http://www.who.int/europe)