

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**  
**Республиканский центр наркологического мониторинга**  
**и превентологии**

УТВЕРЖДАЮ

Директор  
ГУ «РНПЦ психического здоровья»

А.И. Старцев

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2012

**Мониторинг общественного ущерба, связанного с употреблением**  
**алкогольных напитков**

**Методическое руководство**

**Минск**  
**2013**

**УДК**  
**ББК**

Авторы:

**Медведев А.С.**, докт. мед. наук, проф., заведующий Республиканским центром наркологического мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Осипчик С.И.**, канд. мед. наук, главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь

**Кралько А.А.**, канд. мед. наук, заведующий сектором наркологического мониторинга Республиканского центра наркологического мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Максимчук В.П.**, канд. мед. наук, заведующий сектором наркологии организационно-методического отдела ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Разводовский Ю.Е.**, научный сотрудник лаборатории медико-биологических проблем наркологии ГГМУ

**Иванова Е.В.**, врач-психиатр-нарколог Республиканского центра наркологического мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Статкевич Д.А.**, врач-психиатр-нарколог Республиканского центра наркологического мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Щербицкая Е.С.**, социолог Республиканского центра наркологического мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Рецензенты:

**Копытов А.В.**, доцент кафедры психиатрии БГМУ, канд. мед. наук

**Александров А.А.**, заведующий организационно-методическим отделом УЗ «Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология», канд. мед. наук

Мониторинг алкогольной ситуации, медицинского и социально-экономического ущерба, связанного с употреблением алкоголя / А.С. Медведев и др. – Минск, 2013. – 45 с.

В методическом руководстве изложены новые подходы к организации мониторинга алкогольной ситуации в Республике Беларусь, в том числе к изучению медицинского и социально-экономического ущерба с учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения. Разработана система индикаторов, доступных для изучения в Республике Беларусь, отражающих уровни потребления алкоголя, медицинские, социальные и экономические последствия злоупотребления алкогольными напитками. Приведена методика расчета прямых расходов, связанных с затратами на наркологическую помощь, и косвенных потерь, обусловленных нетрудоспособностью и инвалидизацией больных наркологического профиля и преждевременной смертностью. Приведена таблица источников получения данных, необходимых для проведения расчетов.

Методическое руководство предназначено для врачей-психиатров-наркологов, организаторов здравоохранения, а также специалистов, занимающихся вопросами охраны психического здоровья населения, вопросами экономики общественного здоровья, экономических последствий злоупотребления алкоголем, специалистам заинтересованных республиканских органов управления.

**УДК**  
**ББК**

© Коллектив авторов, 2013

## ВВЕДЕНИЕ

Алкоголизм является одной из самых острых медико-социальных проблем современности, поскольку его последствия не только причиняют значительный ущерб здоровью индивидуума, зависимо от алкоголя, но и тяжелым бременем ложатся на все общество. Проблема алкоголизма продолжает оставаться актуальной и в Республике Беларусь. С учетом масштабов распространения и степени негативного влияния на здоровье людей, семейные отношения, культуру, мораль, экономику пьянство и алкоголизм представляют собой серьезную угрозу национальной безопасности, стабильности развития общества.

Несмотря на созданную систему профилактики алкоголизма, поощрение трезвого образа жизни, потребление алкоголя в Республике Беларусь ежегодно возрастает. По данным Национального статистического комитета совокупный уровень продажи алкоголя в 2011 г. составил 13,3 литров абсолютного алкоголя на душу населения (в 2010 г. – 12,22 л, в 2009 г. – 11,97 л). Рост цен на алкоголь не сдерживает его потребление. В 2011 году розничные цены на водку возросли в среднем по республике в 2,5 раза, на пиво – в 2,3 раза, однако продажи водки и ликероводочных изделий увеличилась на 18,1%, виноградных вин на 11,3%, коньяка и бренди на 18,3%, шампанского на 18, 2%, пива на 10,8%. Следует также иметь в виду, что по данным различных научных исследований значительный удельный вес при потреблении составляет неучтенный алкоголь. С учетом учтенного и неучтенного алкоголя на душу населения в Республике Беларусь приходится более 15 л абсолютного алкоголя в год.

Динамика заболеваемости алкоголизмом в Республике Беларусь также свидетельствует об актуальности данной проблемы. Несмотря на снижение уровня заболеваемости алкоголизмом в 2011 году на 3,6% по сравнению с предыдущим годом (с 238,9 до 235,6 на 100 тыс. населения), увеличилась общая заболеваемость алкогольными психозами на 12,3% (с 15,6 до 17,6 на 100 тыс. населения). Следует учитывать, что среди населения имеется определенный процент не выявленных и не взятых на диспансерный учет больных алкоголизмом, вследствие чего истинные показатели заболеваемости, несомненно, могут быть больше выше приведенных. По оценкам некоторых авторов, реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает количество больных, состоящих на учете в наркологических диспансерах. При этом среди мужчин систематическое злоупотребление алкоголем составляет 19%, среди женщин - 2%, среди молодежи - 11 %; среди жителей городов и села - 11 % и 8% соответственно.

В 2011г. число лиц, умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя (без учета случайных отравлений алкоголем) возросло на 49,1%. Этот показатель в значительной степени определяется структурой потребления алкоголя. Также доказана взаимосвязь между уровнем общей смертности и уровнем потребления алкоголя на душу населения, при этом установлено, что повышение уровня потребления алкоголя на 1 л приводит к росту уровня общей смертности от 1 до 4,6%.

Вышеуказанные негативные тенденции, связанные с распространением алкоголизма определяют необходимость выработки государством мер, направленных на снижение вредных последствий, связанных со злоупотреблением алкоголем. Стратегия разработки этих мер может основываться только на достоверной оценке ситуации в стране и прогнозе ее развития. Для достижения этой цели важно наличие хорошо налаженной системы мониторинга алкогольной ситуации, который позволит выявить глубинные причины изучаемого явления. При этом мониторинг сможет выполнять свои задачи лишь в том случае, если его система будет:

- научно обоснованной;
- комплексной;
- многокомпонентной;
- разноуровневой.

Комплексный анализ алкогольной ситуации в стране предполагает мониторинг динамики всего спектра индикаторов алкогольных проблем: уровня потребления алкоголя, уровня различных видов связанной с алкоголем смертности, уровня эпидемиологических параметров алкоголизма. Однако, несмотря на большое количество публикаций, посвященных алкогольным проблемам, отсутствуют работы, в которых предлагается комплексный подход к организации мониторинга.

В настоящее время в процессе мониторинга принято изучать показатели потребления алкоголя и показатели, характеризующие его последствия. В частности, такие рекомендации содержатся в Международном руководстве по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда<sup>1</sup>. Рекомендованные ВОЗ подходы позволяют:

- оценить распространенность и стоимость обусловленных алкоголем медицинских, социальных и прочих проблем;
- сравнить распространенность алкоголизма и экономические затраты в разных странах;
- провести мониторинг тенденций употребления алкоголя и его вреда в отдельной стране;
- сравнить тенденции в употреблении и вреде в нескольких странах.

Вместе с тем, мы считаем, что подходы к мониторингу алкогольной ситуации, которые сформировались в странах Западной Европы, не могут автоматически рассматриваться как адекватные. Следовательно, возникла необходимость в разработке национального методического руководства, так как процессы алкоголизации и условия, их определяющие, в Республике Беларусь отличаются.

В Республике Беларусь около 10 лет регулярно ведется мониторинг потребления наркотических средств, накоплен значительный опыт оценки наркологической ситуации. Ряд методических подходов, разработанных Центром мониторинга за наркотиками и наркопотреблением Гродненского государственного медицинского университета, под руководством профессора Лелевича В.В. положен в основу разработки предлагаемой методики оценки алкогольной ситуации.

Новизна предлагаемого методического подхода в организации и проведении мониторинга заключается в следующем:

- формирование комплексной системы мониторинга социально-экономических и медицинских последствий с привязкой по приоритету к потреблению алкоголя в рамках различных моделей;
- в использовании национально ориентированных индикаторов;
- интегрированности мониторинга с целями и задачами Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011 - 2015 годы (далее – Государственная программа).

Основные цели предлагаемого руководства следующие:

- описать технологию реализации системы перманентного мониторинга;
- предложить данную систему как руководство к действию для других организаций, в том числе государственных органов, непосредственно участвующих в реализации Государственной программы;
- предложить стратегическое видение развития системы мониторинга в стране в последующие годы;
- вооружить заинтересованные органы способами взаимодействия в рамках выполнения мероприятий Государственной программы;
- описать систему межведомственного взаимодействия при реализации профилактических антиалкогольных программ.

---

<sup>1</sup>Международное руководство по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда. – Всемирная организация здравоохранения, 2000. – 210 с.

Методическое руководство может быть использовано главными наркологами и руководителями организаций здравоохранения наркологического профиля в качестве инструмента, с помощью которого можно самостоятельно и оперативно определять расходы на наркологическую службу, потери, их структуру с учетом медико-демографических, географических, экономических и других региональных характеристик, а также вести постоянный мониторинг индикаторов деятельности наркологической службы.

## ГЛАВА 1.

### ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИЙ МОНИТОРИНГА

Мониторинг – это система сбора данных о сложном явлении, процессе, которые описываются с помощью определенных ключевых показателей в целях определенной диагностики состояния объекта исследования и оценки его в динамике. Мониторинг направлен на получение и использование объективных и независимых данных об объекте исследования, факторах на него влияющих, и составлении прогноза изменения ситуации в будущем.

В настоящем руководстве в качестве объекта исследования рассматривается население Республики Беларусь, ранжированное по гендерному, возрастному, социальному, профессиональному, территориальному составу. В качестве непосредственных учетных признаков рассматриваются: уровень алкогольного потребления в Республике Беларусь, а также индикаторы, характеризующие медицинский, социальный и экономический ущерб от злоупотребления алкоголем. Выбор индикаторов был обусловлен степенью их важности, а также степенью их доступности.

Соответственно в предложенной схеме мониторинга выделены следующие блоки:

1. Мониторинг потребления алкоголя, включающий:

1.1. мониторинг потребления алкоголя на основании данных о произведенном алкоголе;

1.2. мониторинг потребления незарегистрированного алкоголя;

1.3. изучение уровня и моделей потребления алкоголя.

2. Мониторинг медицинских последствий потребления алкоголя.

3. Мониторинг социальных последствий потребления алкоголя.

4. Мониторинг экономических последствий потребления алкоголя.

Оценка **моделей потребления алкоголя** важна, в первую очередь, для правильного построения профилактических программ. Исследования, проводившиеся в основном в развитых странах, обнаружили, что при отсутствии данных популяционных исследований подушевое потребление алкоголя позволяет достаточно надежно определить приблизительный процент лиц, злоупотребляющих алкоголем (Edwardsetal., 1994). При оценке подушевого потребления алкоголя учитываются основные виды алкогольных напитков, распространенных в Республике Беларусь – пиво, ликеро-водочные изделия и вина. Данные о потреблении на душу населения имеют ценность в сочетании с данными о реальном вреде с целью идентификации напитков высокого риска, в отношении которых требуется особое внимание со стороны лиц, формирующих политику.

Оценка **потребления алкоголя на основании официальных статистических данных** должна проводиться на основании сведений о продаже, производстве алкоголя, а при доступности сведений – и информации о налогообложении. При подробной оценке этих данных можно получить информацию о региональных различиях, объемах употребления в местах продажи и вне мест продажи, а также по разным типам напитков.

Однако установить реальный уровень потребления алкоголя достаточно сложно, поскольку он включает потребление зарегистрированного алкоголя, рассчитываемое на основе уровня продажи, а также потребление незарегистрированного алкоголя. Резкий рост нелегального производства алкоголя явился причиной провала многочисленных антиалкогольных кампаний, которые проводились в разные периоды в разных странах мира.

**Потребление незарегистрированного алкоголя** в значительной степени приводит к снижению доходов государства от торговли алкоголем, способствует укреплению организованной преступности, а также наносит значительный ущерб здоровью населения, поскольку алкоголь нелегального происхождения, как правило, низкого качества. Доля незарегистрированного алкоголя в структуре общего потребления варьирует в разных

странах, а также в разные периоды в одной и той же стране. Это может быть следствием изменения государственной алкогольной политики (мероприятия, направленные на снижение доступности алкоголя, либо изменения паттерна потребления алкоголя). Несмотря на то, что в большинстве стран уровень зарегистрированного потребления алкоголя тесно коррелирует с уровнем связанных с алкоголем проблем и поэтому с достаточной степенью надежности характеризует алкогольную ситуацию, потребление незарегистрированного алкоголя может существенно влиять на уровень связанной с алкоголем смертности. Так, в 90-х гг. прошлого века в Англии уровень незарегистрированного потребления алкоголя вырос на 50%, в то время как зарегистрированного только на 6%. Уровень связанной с алкоголем смертности в этот период вырос на 67%.

Между уровнем зарегистрированного и незарегистрированного потребления алкоголя может существовать как положительная, так и отрицательная взаимосвязь. Негативная корреляция будет иметь место в случае заместительного эффекта, когда в результате ограничения доступности алкоголя из легальных источников растет его нелегальное производство. В этом случае снижение уровня зарегистрированного потребления алкоголя будет компенсироваться повышением уровня незарегистрированного потребления.

Источники незарегистрированного алкоголя в разных странах могут различаться. Их можно условно разделить на несколько групп:

- 1) нелегально произведенный в кустарных условиях алкоголь с целью сбыта;
- 2) алкогольные напитки, произведенные в домашних условиях для собственных нужд;
- 3) алкоголь, импортированный в страну частным образом. Так, путешествуя по другим странам, люди часто привозят алкоголь, который обычно покупают в магазинах беспешинной торговли.
- 4) контрабандный алкоголь может поступать как крупными партиями в рамках организованной криминальной деятельности, так и мелкими партиями, которые перевозят "челноки".
- 5) в странах, где алкоголь стоит дорого либо малодоступен по другим причинам, некоторые люди употребляют спиртосодержащие технические жидкости или суррогаты.

Данные о потреблении алкоголя не могут выявить различные **модели употребления алкоголя**. Знание этих моделей также важно для оценки алкогольной ситуации. Например, при эпизодическом употреблении алкоголя в больших количествах повышается риск острых проблем в результате опьянения. Имеются данные, что разовое употребление алкоголя в больших количествах увеличивает и риск отдаленных медицинских проблем в большей степени, чем равномерное употребление такого же количества алкоголя (Rehmetal, 1996). Популяционные исследования дают ценную информацию об индивидуальных разновидностях употребления, временных моделях, условиях, в которых оно происходит, а также о социально-демографических особенностях употребляющих алкоголь.

Среди многих инструментов, описанных в «Международном руководстве по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда» (2000), которые можно использовать для мониторинга употребления алкоголя и алкогольных проблем, национальные исследования населения отмечены как обладающие уникальными преимуществами, среди которых основное – предоставление различных видов информации, недоступной из данных о продажах. Прежде всего, они показывают, кто именно употребляет алкоголь. Кроме того, становится возможным сравнение потребления среди интересующих нас субпопуляций. В последующем эта информация необходима для планирования стратегий профилактики и интервенций, нацеленных на снижение связанного с алкоголем вреда. Еще одно преимущество данных исследований состоит в

том, что они способны отражать модели употребления алкоголя. Данные о моделях употребления нужны для оценки употребления с «высоким риском».

Предметом исследований в процессе их проведения должны быть:

- жизненный статус употребления алкоголя («пьющий» в настоящее время, «пивший» в прошлом, «не пивший» в течение жизни);
- объем употребляемого алкоголя (в пересчете на этанол; общий, среднесуточный, средний за день употребления и т.д.);
- частота и объем употребления с «высоким риском»;
- контекст употребления алкоголя.

**Мониторинг медицинских последствий потребления алкоголя.** Алкоголь является активным химическим агентом и ксенобиотиком по отношению к человеческому организму, воздействуя на его психическое и физическое состояние. Вследствие этого, при употреблении алкоголя (даже однократном), не говоря уже постоянном или регулярном его потреблении, возможно возникновение серьезных проблем со здоровьем (вплоть до смертельного исхода).

Условно все проблемы со здоровьем, в связи с употреблением алкоголя можно разделить на 3 группы: 1) проблемы, возникающие вследствие острой алкогольной интоксикации; 2) проблемы, возникающие вследствие хронического токсического воздействия алкоголя на органы и системы; 3) проблемы, возникающие вследствие формирования зависимости от алкоголя как от психоактивного вещества.

По всем источникам, описывающим национальные исследования в европейских государствах и государствах СНГ «острые» проблемы, связанные с употреблением алкоголя напрямую связаны с местными характеристиками потребления алкоголя.

Отслеживание указанных проблем необходимо также: *во-первых*, для предоставления данных при планировании и оценке работы служб здравоохранения; *во-вторых*, для выявления в профилактических целях факторов, лежащих в основе развития заболеваний; *в-третьих*, для наблюдения за естественной динамикой заболеваний, ассоциированных с употреблением алкогольных напитков; *в-четвертых*, для оценки методов, используемых в лечебных, профилактических и реабилитационных целях.

**Под социальными проблемами** понимаются проблемы, возникающие в обществе и межличностных отношениях по тем или иным причинам. По мнению Комитета экспертов ВОЗ, термины «вред, связанный с алкоголем» и «проблемы, связанные с употреблением алкоголя» - эквивалентны. Таким образом, социальные проблемы, связанные с употреблением алкоголя эквивалентны понятию социальный вред (на коллективном и индивидуальном уровне). При этом необходимо учитывать отдаленный и непосредственный вред, связанный с алкоголем.

Ущерб, наносимый злоупотреблением алкоголем здоровью, одновременно перерастает в социальный вред, поскольку пьющий живет и работает среди людей. Социальный ущерб от злоупотребления алкогольными напитками и алкоголизма огромен: распадаются семьи, растет преступность, сокращается продолжительность жизни, снижается интеллектуальный уровень общества.

Злоупотребление алкоголем – основная причина стремительного накопления демографических и социальных проблем, общенациональная угроза на уровне личности, семьи, общества, государства и, таким образом, угроза национальной безопасности. Злоупотреблению алкоголем принадлежит ведущая роль в социальной деградации общества - в росте преступности, насилия, сиротства, ухудшении здоровья, нетрудоспособности, инвалидизации.

Измерение социального вреда от употребления алкоголя ещё недостаточно хорошо разработано, а наличие боли и страданий, связанных со многими формами социального вреда, означает, что эти виды вреда относятся к проблемам, охваченным определением здоровья, данным ВОЗ. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением

алкоголя, определил измерение и мониторинг социального вреда от алкоголя в качестве области, заслуживающей пристального внимания.

Для решения задач мониторинга социального вреда, связанного с алкоголем, предлагается отслеживать следующие показатели как наиболее социально значимые:

**смертность**, наступившая от причин, связанных с алкоголем (до достижения возраста средней продолжительности жизни и отдельно до достижения пенсионного возраста);

**инвалидность**, наступившая от причин, связанных с алкоголем (до достижения пенсионного возраста), данные показатели позволят рассчитать DALYs (количество утраченных лет жизни, в связи со смертностью и инвалидностью);

**нетрудоспособность**.

Далее следуют показатели, характеризующие социально опасное (или потенциально опасное) поведение, связанное с алкоголем и угрожающие безопасности третьих лиц (ДТП, пожары, преступления). Все вышеперечисленные показатели необходимо также рассматривать отдельно по возрастным группам и полу.

Как наиболее выраженный показатель неблагополучия в семьях предлагается учитывать **число детей сирот**, вследствие лишения родительских прав их родителей.

Мониторинг социальных последствий алкоголизма необходим для того, чтобы получить сравнительную комплексную оценку состояния и динамики ситуации с употреблением алкоголя, выявить проблемы по различным факторам.

В основу **методики экономической оценки последствий** употребления алкоголя положен анализ стоимости болезни (CA – costofillnessanalysis). Результатом его проведения является представление об экономическом масштабе социальной значимости наркологических заболеваний. Полученные в ходе анализа сведения чрезвычайно важны для определения политики здравоохранения, стратегического и текущего планирования развития наркологической службы с учетом обеспечения справедливого распределения ресурсов.

Экономическая оценка последствий того или иного заболевания строится на теории «человеческого капитала», разработанной G. Becker в 1964 г. и перенесенной в систему здравоохранения D.P. Rice в 1966г. Особенность применения этой теории состоит в том, что оценка проводится на основе официальных статистических данных о конкретной болезни (заболеваемости, распространенности, смертности) и может быть представлена в денежном эквиваленте. Кроме того, эта теория отражает общественную перспективу – потери в производстве валового национального продукта (ВНП) или валового внутреннего продукта (ВВП) вследствие болезни. Однако предложенная методика расчетов не учитывает неосознаваемые факторы, к которым в первую очередь следует отнести боль, страдание, изоляцию, стигматизацию и другие факторы, которые не могут быть измерены в денежном эквиваленте, и, следовательно, расчетная величина последствий будет заниженной по сравнению с реальным положением дел. Исходя из вышеизложенного, при оценке экономических последствий от того или иного заболевания в первую очередь учитываются прямые расходы и косвенные потери, обусловленные данным заболеванием.

Прямые расходы отражают фактическое использование ресурсов, связанное с наличием конкретной патологии на определенной территории. Они определяются денежным выражением объемов медицинской, социальной, образовательной и прочей помощи, оказанной больным алкоголизмом за определенный отрезок времени.

Прямые расходы включают в себя:

- затраты на оказание медицинской помощи;
- выплаты по инвалидности и временной нетрудоспособности;
- расходы на лечение и содержание наркологических больных в лечебно-трудовых профилакториях;

- капитальные вложения на строительство, реконструкцию наркологических учреждений;
- научные исследования в области наркологии;
- прочие прямые расходы в области наркологии, включая индивидуальные расходы потребителей.

Косвенные потери связаны с убытками общества (подрывом функционирования) и отражают потери в создании валового внутреннего продукта вследствие наркологических заболеваний.

Косвенные потери включают в себя:

- потери вследствие временной нетрудоспособности;
- потери вследствие стойкой утраты трудоспособности (инвалидности);
- потери в результате преждевременной смертности населения от наркологических заболеваний;
- потери вследствие исключения наркологических больных (не инвалидов) трудоспособного возраста из производственного процесса или потери вследствие безработицы;
- прочие косвенные потери.

Таким образом, анализ стоимости болезни позволяет выявить прямые расходы, связанные с наркологическим заболеванием и косвенные потери, обусловленные их наличием, т.е. произвести оценку экономических последствий наркологических заболеваний для общества.

Следуя рекомендациям ВОЗ для оценки ситуации, связанной с потреблением алкоголя в государстве необходимо создание системы постоянного отслеживания процессов производства, потребления алкоголя и связанных с его потреблением последствий. Эти данные позволят получить представление об указанных процессах: их масштабах и характеристиках, провести анализ для выявления, влияющих на них факторов. Конечной целью данной работы должна быть выработка предложений по формированию адекватных национальных и региональных программ, направленных на снижение уровня вреда, связанного с потреблением алкоголя.

Предлагаемая модель проведения мониторинга потребления алкоголя и связанного с ним вреда состоит из 6 этапов:

**I этап – начальный.**

Включает в себя определение необходимости проведения тех или иных исследований (проекта). Затем определяются заинтересованные стороны (организации), желательно также одновременное рассмотрение вопроса о создании рабочей группы, изучение вопроса ресурсов.

**II этап – детальное планирование.**

Включает в себя определение целей исследования (проекта), определение сути необходимой информации («ответы на какие вопросы хотели бы получить»), выбираются и разрабатываются методы получения информации.

**III этап – сбор информации.**

Включает применение выбранных для сбора конкретной информации методов, основными из которых являются следующие: 1. сопоставление имеющейся информации; 2. исследования с помощью ключевых источников информации; 3. исследования с помощью наблюдения; 4. исследование (изучение) специальных групп; 5. исследование (изучение) всего населения; 6. создание специальных систем сообщения.

При ограниченности ресурсов наиболее целесообразно применение комбинации методик. Однако, прежде чем перейти к сбору информации, желательно проверить механизмы и процедуры с целью определения их эффективности («пилотные проекты»).

Для проведения исследования необходим также подготовленный персонал, иногда требуется специальное обучение помощников.

Должны быть учтены представительность изучаемой группы (региона), степень доступности необходимой информации, ее надежность и достоверность.

IV этап – **обработка, интегрирование полученной информации, анализ и сравнение.**

V этап – **представление и использование результатов.**

Включает составление отчетов и представление данных учреждениям, организациям и т.п.

VI этап – **разработка мероприятий (комплекса мер, программ, проектов) по решению проблем, связанных с потреблением алкоголя (на национальном и местном уровнях).**

VII этап – **контроль и оценка.**

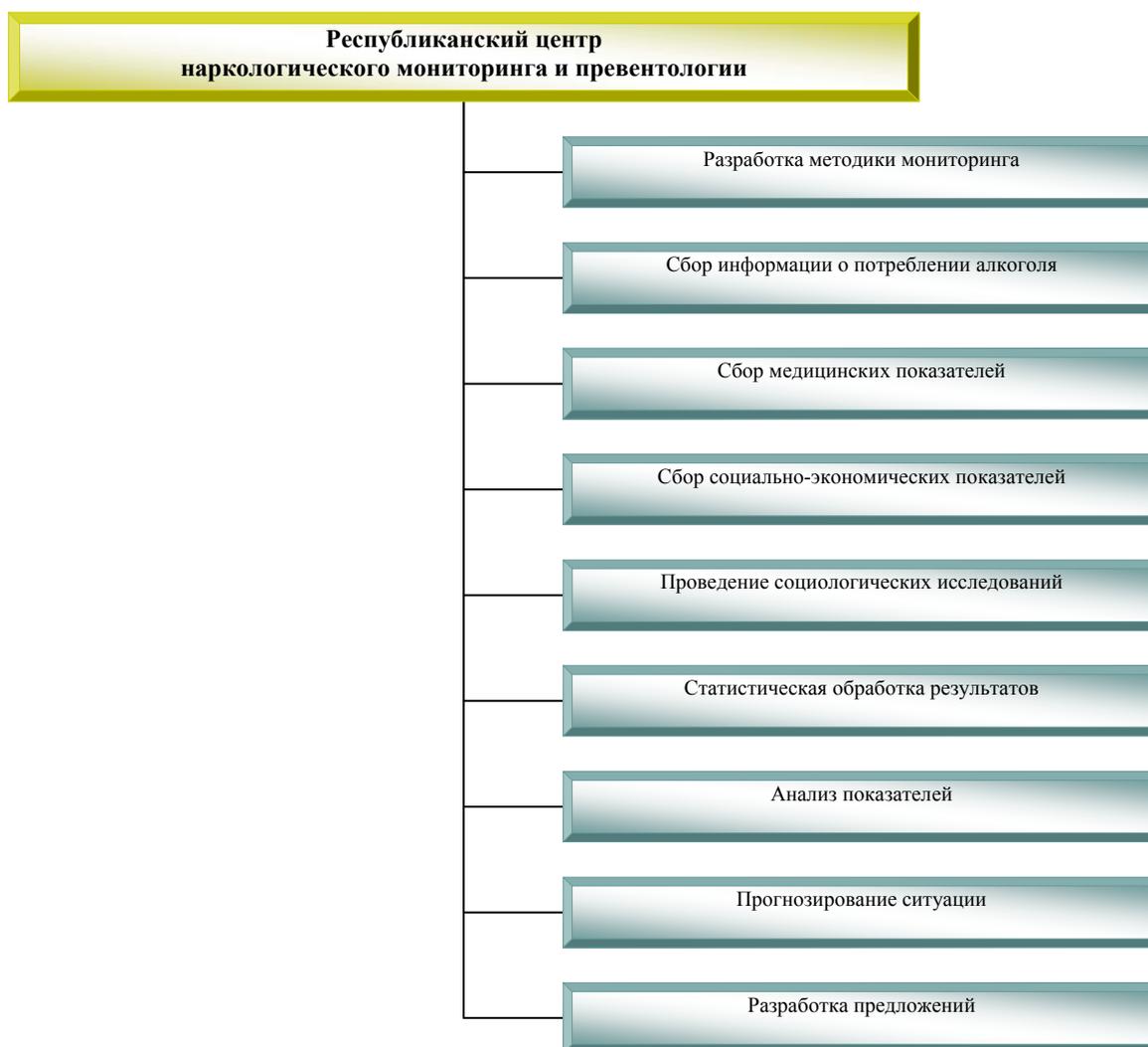
Фактически круг замыкается, так как этот этап может включать в себя I – V этапы на новом уровне, с целью проверки эффективности, проводимых мероприятий.

VIII этап – **корректировка.**

Возможный этап при необходимости внесения изменений в разработки VI этапа с учетом данных VII этапа.

В процессе мониторинга должны использоваться следующие хорошо себя зарекомендовавшие себя в научных исследованиях методы: статистический, социологический, метод экспертных оценок.

Основываясь на предложенной модели мониторинга нами разработан следующий алгоритм действий по ее реализации:



В отличие от преобладающей сегодня на постсоветском пространстве схемы мониторинга, которая предусматривает приоритетное внимание на потребление алкоголя, мы считаем, что более оптимальной является модель, при которой преобладающим элементом является мониторинг последствий употребления алкоголя.

## ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

### 2.1. Показатель среднедушевого потребления алкогольных напитков как индикатор национальной безопасности Республики Беларусь

Ключевым индикатором социально-экономических проблем, связанных с потреблением алкоголя является показатель среднедушевого потребления алкогольных напитков в республике. Рост показателя среднедушевого потребления алкогольных напитков однозначно способствует росту и распространению социально-экономического ущерба, который превышает выгоды от производства и торговли алкогольными напитками на территории республики.

Уровень потребления абсолютного алкоголя на душу населения в 1990 году составлял 5,7 литра, в 1995 году - 6,7 литра, в 2000 году – 10,0 литров, в 2006 году – 10,7 литров, а в 2007 году – 12 литров. Для сравнения: в СССР перед печально знаменитой борьбой с пьянством 1985 года потреблялось около 9 литров.

Согласно данным Национального статистического комитета совокупный уровень продажи алкоголя в Беларуси в 2012 году составил примерно 12,57 литров абсолютного алкоголя, в 2011 г. составил 13,3 литров абсолютного алкоголя на душу населения, в 2010 году – 12,22 л., в 2009 г. – 11,97 л.

Официальная статистика не фиксирует латентный уровень потребления спиртных напитков, но с его учетом требуется значительная корректировка данных об уровне реального потребления алкоголя населением республики. Данный пробел в определенной степени восполняется с помощью репрезентативных социологических исследований.

#### Продажа алкогольных напитков по Республике Беларусь

Года	Продажа на душу населения, литров абсолютного алкоголя
2002	10,0
2003	9,2
2004	9,4
2005	9,3
2006	10,6
2007	11,74
2008	12,39
2009	11,97
2010	12,22
2011	13,34
2012	12,57

#### Уровень потребления алкоголя в других странах

Страна	Зарегистрированное потребление алкоголя	Незарегистрированное потребление алкоголя	Доля незарегистрированного алкоголя (%)
Португалия	13,7	1,0	7,3
Франция	13,6	1,0	7,3
Ирландия	12,7	1,0	7,8
Германия	11,9	1,0	8,4
Дания	11,9	2,0	16,8
Испания	11,8	1,0	8,5

Австрия	11,5	0,9	7,8
Бельгия	10,9	0,5	4,6
Нидерланды	10,0	0,5	5,0
Англия	9,4	2,0	21,2
Италия	9,2	1,5	16,3
Финляндия	8,6	2,5	29,1
Швеция	6,1	2,0	32,8
Норвегия	5,3	1,8	34,0

Проблема злоупотребления алкоголем для Республики Беларусь на современном этапе остается весьма актуальной. Утвержденная в начале 2000 года Концепция государственной антиалкогольной политики (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 06.01.2000 № 23) и утвержденные в последующем Советом Министров Республики Беларусь две Государственные программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма позволили снизить масштабы употребления алкоголя в республике среди населения, но существенно изменить сложившуюся обстановку пока не удалось. Уровень потребления алкоголя населением остается высоким. В настоящее время реализуется третья Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 гг. (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11 января 2011 г. № 27) Одной из главных ее задач является существенное снижение уровня потребления алкоголя населением, снижение смертности от заболеваний, которые вызваны чрезмерным употреблением алкоголя, повышение мотивации людей на ведение здорового образа жизни.

Анализ статистических данных о производстве и потреблении спиртных напитков в стране за период с 1990 по 2012 годы показывает наличие негативной тенденции устойчивого их роста и сложившейся чрезвычайно неблагоприятной современной алкогольной ситуации. За последние семнадцать лет производство алкогольных напитков в стране увеличилось в 1,9 раза (в 1990 году производилось 5,6 миллионов дал алкогольных напитков, а в 2007 году – уже 11,0 миллионов дал). Продажа спиртных напитков за данный период возросла в 2,1 раза.

Потребление водки и ликеро-водочных изделий за этот период увеличилось в 1,4 раза, пива в 1,4 раза, шампанского в 1,4 раза, а плодово-ягодного вина – в 220 раз (потребление виноградного вина уменьшилось на 70%). За последние годы существенно изменилась структура продажи алкогольных напитков (и естественно статистически регистрируемого потребления спиртных напитков). В частности, произошло сокращение на 1/3 часть удельного веса потребления водки и ликеро-водочных изделий (с 46,4% до 31,5%), сокращение почти в два раза потребления виноградного вина (с 28,4% до 15,7%) и увеличение почти в два с половиной раза потребления плодово-ягодного вина (с 20,7% до 49,6%). Приведенные данные не учитывают «теневое» производство и потребления суррогатов и традиционного алкоголя – самогона. По оценкам экспертов около 15% взрослого населения занимается самогонварением и, следовательно, уровень реального потребления спиртных напитков составляет более 15 литров на одного человека. Для сравнения можно отметить, что в России фактический уровень потребления спиртных напитков на одного человека составляет 18-20 литров. По общемировым стандартам Всемирной организации здравоохранения предельно критическим показателем является 8 литров абсолютного алкоголя на одного человека. По мнению ряда ученых в случае превышения данной нормы происходит постепенная деградация нации в социально-демографическом, экономическом, социальном, культурном и другом отношении. Все эти процессы с неизбежностью проявляются и в жизни белорусского общества, что естественно должно вызывать серьезную обеспокоенность и тревогу у государства и всех граждан. Социологические опросы населения и экспертов – работников органов государственной

власти, здравоохранения, образования и культуры показывают высокий уровень социальной тревоги и обеспокоенности масштабами распространенности в стране пьянства, алкоголизма, наркомании и табакокурения, а также их негативных демографических, экономических, социальных и других последствий. Вместе с тем, единого мнения относительно стратегии и тактики государственной антиалкогольной и другой антидевиантной политики не выработано как в отечественной социологической теории, так и в социальной практике. Принимаемые государственные программы профилактики пьянства, алкоголизма и наркомании недостаточно научно обоснованы, имеют в значительной степени бессистемный и декларативный характер, а также реализуются не в полном объеме.

Злоупотребление алкоголем, как известно, способствует развитию соматических и психических заболеваний и прямо или косвенно является одной из важнейших причин смертности населения. По данным ВОЗ, алкоголизм и связанные с ним заболевания как причина смерти уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Только непосредственно от алкоголизма в США умирают ежегодно около 100 тыс., в Англии — более 40 тыс. [Гукасян А. Г., 1968], во Франции—18 тыс. человек [Добровольский Ю. А., 1968]. По данным О. Geneke (1968), показатели смертности от алкоголизма на 100 000 населения в 1965 г. составляли во Франции 11,9; в СФРЮ — 2; США—1,4; Швеции — 0,9; Канаде—1; ВНР —0,7; ПНР —0,3; ЧССР —0,2.

Многие ученые [Стрельчук И. В., 1973; Baryot A., 1957; Lederman M. S., 1958; Steudler F., 1974, и др.] отмечают прямую зависимость между уровнем смертности от алкогольных заболеваний и потреблением алкоголя на душу населения. В частности, французский исследователь F. Steudler (1974) прослеживает прямую зависимость между смертностью от цирроза печени (табл. 11) и потреблением алкоголя на душу населения по отдельным странам мира.

Число смертей от цирроза печени во Франции увеличилось с 2763 случаев в 1946 г. до 17 463 в 1967 г, Число больных, поступающих в психиатрические больницы по поводу алкоголизма, возросло с 6704 в 1952 г. до 25 937 в 1966 г. Приводятся статистические данные о повышении смертности от алкогольного цирроза печени в Швеции, Норвегии, Финляндии и Дании.

Смертность от алкогольного цирроза в этих странах за последние годы увеличилась в 3—6 раз. J. Chevallier (1968) отмечает, что смертность среди больных с осложнениями алкоголизма, лечившихся в терапевтическом стационаре, составляла 11,6%. Чаще всего смерть наступала от печеночной комы. Средний возраст умерших женщин — 56 лет, мужчин — 60 лет.

От цирроза печени, вызванного чрезмерным употреблением спиртных напитков, в 1976 г. умерли 3140 человек, что составляет 14,8 на 100 000 населения. Статистическое обследование, организованное страховыми компаниями США, показало, что средний уровень смертности систематически пьющих почти в 2 раза выше, чем непьющих. Злоупотребление алкоголем, по данным американских авторов, сокращает среднюю продолжительность жизни примерно на 20 лет. Не случайно в капиталистических странах некоторые страховые компании отказываются страховать жизнь больных алкоголизмом или устанавливают им большие страховые взносы.

Со злоупотреблением алкоголя связаны самоубийства, являющиеся в ряде западных стран одной из важнейших причин смерти. Самоубийства среди лиц, страдающих алкоголизмом, в 10 раз чаще, чем среди всего населения. Так, по данным австралийского исследователя J. Santamaria (1972), на почве алкоголизма происходит от 17 до 22,4% всех суицидальных попыток. По данным J. Moser (1974), до 32,8% лиц, страдающих алкоголизмом, и различных странах совершают суицидальные попытки. В США ежегодно 15 тыс. человек кончают жизнь самоубийством, 25 тыс. человек умирают от болезней, непосредственной причиной которых является алкоголь.

Американский журнал «US News and World Report» в статье «Рост алкоголизма в США и новые меры борьбы с ним» (1973, № 10) приводит данные о том, что

злоупотребление алкоголем является причиной половины всех несчастных случаев на транспорте со смертельным исходом, половины всех убийств, четвертой части самоубийств; 80 тыс. случаев смерти в год прямо или косвенно связаны с алкоголизмом.

По данным Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Куйбышева, смерть от отравления этиловым алкоголем составляет 7,6% всех случаев насильственной смерти и скоропостижно скончавшихся. По данным R. Costello, S. Schneider (1974), главными причинами смерти больных алкоголизмом являются сердечно-сосудистые заболевания, несчастные случаи, острая алкогольная интоксикация и циррозы печени. Авторы установили, что наибольшая доля смертности приходится на начало заболевания алкоголизмом, к первым 5—6 годам его развития. Насильственная смерть и смерть от острой алкогольной интоксикации чаще бывает уделом молодых людей, а смерть от сердечно-сосудистых заболеваний и цирроза печени — более пожилых.

Работы G. Lowe, Hodges, A. Johnson (1974) показывают, что в штате Джорджия в 12,9 случая на 100 000 населения смерть связана с употреблением алкоголя. У 67,8% умерших смерть была прямо связана с алкоголизмом, алкогольными психозами и циррозом печени. У всех умерших отмечалась высокая концентрация алкоголя в крови. W. Schmidt, J. Sint (1972) на основе эпидемиологических исследований причин смерти у больных алкоголизмом приходят к выводу, что главными причинами, приводящими к смерти, являются рак дыхательной и пищеварительной систем, пневмония, цирроз печени, суицидальные тенденции. Эти причины составляют 2/3 всех летальных случаев. В оставшейся трети на первом месте стоит сердечная патология. Смертность от склеротических и дегенеративных изменений мышцы сердца у больных алкоголизмом была в 2 раза выше, чем среди всего населения (авторы объясняют это алкогольной интоксикацией, особым эмоциональным состоянием, многолетним курением, отсутствием достаточного питания больных алкоголизмом). В этиологии рака, по мнению авторов, играет роль не столько алкогольная интоксикация, сколько злоупотребление курением. Смертность от алкоголизма наиболее высока среди молодежи. Авторы различают острое и хроническое действие алкоголя, приводящее к смерти. При острой алкогольной интоксикации смерть наступает в результате несчастного случая, самоубийства, алкогольного психоза, пневмонии; при хронической алкогольной интоксикации — от рака гортани, глотки, пищевода, алкогольного психоза, заболевания сердца, пневмонии, цирроза печени.

В Республике Беларусь также ежегодно фиксируется уровень смертности от случайного отравления алкоголем. По сравнению с 2005 годом, когда был зафиксирован наибольший уровень смертности -3249 чел. в последующие годы он постепенно снижался и к началу 2012 года снизился на 26,5%.

Число умерших от случайного отравления алкоголем в Республике Беларусь

Год	По данным Национального статистического комитета	Динамика
2000	2268	
2001	2420	
2002	2658	
2003	2753	
2004	3003	
2005	3249	
2006	2923	
2007	2457	

2008	2594	
2009	2436	
2010	2407	
2011	2388	
2012	1850	

Для оценки реальной демографической ситуации и выработки мер по преодолению кризисных явлений, в особенности высокой смертности населения, нужна своевременная и достоверная информация. Без упорядочения форм первичной медицинской документации (медицинское свидетельство о рождении, медицинское свидетельство о смерти, медицинское свидетельство о перинатальной смерти) и подготовки инструкции о порядке их выдачи, заполнении и кодировке причин смерти проблемы получения статистических данных для отражения реальных масштабов распространения явления, в частности смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, не могут быть решены полностью. Это в свою очередь лишает статистику возможности качественного информационного обеспечения федеральных и региональных программ, направленных на оздоровление демографической ситуации, улучшение здоровья населения. В современных условиях крайне важно оценивать влияние различных антиалкогольных мер, принимаемых как на государственном, так и на уровне субъекта, на региональных уровнях с целью оценки эффективности осуществляемых действий. Важно определение суммарного ущерба, связанного с потреблением алкоголя.

Приоритетными задачами в реализации поставленных Концепцией антиалкогольной политики Республики Беларусь целей, является создание системы мониторинга потребления алкоголя и анализа динамики показателей уровня злоупотребления алкогольной продукцией.

Индикаторами достижения результатов реализации антиалкогольной Концепции в числе других являются:

- снижение первичной заболеваемости и смертности от алкоголизма, включая алкогольные психозы;

- снижение уровня смертности, связанной с острым отравлением алкогольной продукцией.

Во исполнение поручения Совета Министров Республики Беларусь от 28 февраля 2012 г. № 06/111-190, Министерством здравоохранения Республики Беларусь, совместно с заинтересованными, представлены предложения по дальнейшей работе и развитию организаций, выпускающих алкогольную продукцию в части:

- проведения технического переоснащения производства на винодельческих предприятиях республики для выпуска натуральных (сухих, полусладких) вин;

- ежегодного сокращения объемов производства крепких спиртных напитков (крепостью свыше 28 процентов об.) с одновременным увеличением выпуска высококачественных вин плодовых и виноградных, напитков слабоалкогольных, пива;

- усиления контроля над качеством и безопасностью производимой и реализуемой алкогольной продукции путем проведения рейдовых проверок, отбора проб для лабораторных исследований по показателям их безопасности;

- сокращения числа непрофильных предприятий, выпускающих алкогольную продукцию.

В целях снижения уровня алкоголизации населения целесообразно проводить последовательно государственную политику в следующих направлениях:

- разработку государственной стратегии в области алкогольного потребления, позволяющей координировать доходы и затраты от алкогольного потребления (повысить доходы и снизить затраты) с учетом инвестиционной привлекательности снижения алкогольных затрат;

проведение единой государственной политики в области алкогольного потребления и его последствий;

разработку нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность органов государственного управления в области оборота алкогольной, пищевой спиртосодержащей продукции и пищевой этилового спирта;

координацию информационно-пропагандистских профилактических акций;

контроль снижения оборота на нелегальном алкогольном рынке;

координацию взаимодействия с государственными структурами стран – членов Таможенного союза, СНГ, стран - членов ОДКБ.

В целях дальнейшего снижения уровня потребления алкогольных напитков предлагается наряду с увеличением стоимости за счет увеличения ставки акцизов реализовать меры по снижению доступности алкогольных напитков.

Во исполнение поручений Совета Министров Республики Беларусь от 6 апреля 2012 года №№ 38/223-67, 204-179 Министерством здравоохранения Республики Беларусь разработан и согласован со всеми заинтересованными министерствами и ведомствами утвержден и внесен в Правительство Республики Беларусь Комплекс мер, направленный на снижение алкоголизации, употребления наркотических средств и уменьшения уровня смертности, вызванной управляемыми причинами. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30 июня 2012 г. № 603 внесены изменения Межведомственный координационный совет по профилактике алкоголизма и наркомании, защите населения от последствий потребления табачных изделий при Совете Министров Республики Беларусь.

В 2011 г. заинтересованными органами государственного управления подготовлен проект Закона Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О государственном регулировании производства и оборота алкогольной, пищевой спиртосодержащей продукции и пищевой этилового спирта», предусматривающий ряд мер по ограничению продажи алкогольных напитков, который после обсуждения в Палате представителей Национального собрания Республики Беларусь подготовлен для рассмотрения во втором чтении.

Данным законопроектом вводятся правовые предписания, запрещающие розничную торговлю алкогольными напитками в торговых объектах, представляющих собой часть неизолированной торговой площади магазина (павильона), при осуществлении розничной торговли по образцам вне торгового объекта, а также услуг по доставке алкогольных напитков физическим лицам.

Также закрепляется право местных исполнительных и распорядительных органов принимать решения об ограничении на территории соответствующей административно-территориальной единицы времени продажи алкогольных напитков в дни проведения на этой территории выпускных вечеров в учреждениях общего среднего образования, а также мероприятий, направленных на пропаганду (популяризацию) здорового образа жизни, профилактику пьянства и алкоголизма, борьбу с ним.

Советом Министров Республики Беларусь поставлена задача активизировать выполнение мероприятий Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 годы.

## **2.2. Индикаторы потребления алкоголя**

До недавнего времени в Беларуси не проводилось оценок общего уровня потребления алкоголя, что является серьезным упущением ввиду чрезвычайной важности таких оценок для формирования адекватной алкогольной политики. Мониторинг связанных с алкоголем проблем позволит выявить закономерность, согласно которой в структуре потребления алкоголя у лиц с высоким уровнем связанных с алкоголем проблем могут преобладать самодельные алкогольные напитки.

Индикаторы потребления алкоголя должны позволять производить мониторинг и оценку тенденций в общем потреблении алкоголя населением, относящемуся к категории риска и питейных привычек различных групп населения

### **1. Потребление на душу населения.**

Важно проводить ежегодный контроль зарегистрированного потребления алкоголя и оценивать не реже одного раза каждые 5-8 лет долю незарегистрированного потребления алкоголя (так как эта доля составляет относительно стабильную часть общего потребления).

Потенциальными показателями могут быть:

- зарегистрированное общее потребление на душу населения;
- сумма зарегистрированного и незарегистрированного (по оценкам специалистов) общего потребления алкоголя на душу населения.

**Источники незарегистрированного** алкоголя можно условно разделить на несколько групп:

нелегально произведенный в кустарных условиях алкоголь с целью сбыта; алкогольные напитки, произведенные в домашних условиях для собственных нужд;

алкоголь, импортированный в страну частным образом. (туристы, трансграничный шопинг и др.);

контрабандный алкоголь может поступать как крупными партиями в рамках организованной криминальной деятельности, так и мелкими партиями, которые перевозят "челноки".

В странах, где алкоголь стоит дорого либо малодоступен по другим причинам, некоторые люди употребляют спиртосодержащие технические жидкости или суррогаты.

**Методы оценки** незарегистрированного потребления алкоголя могут быть прямыми и косвенными. К прямым методам относятся:

опрос населения относительно потребления незарегистрированного алкоголя с помощью национальных скринингов;

- уровень продажи сахара как основного сырья для производства самогона;
- уровень продажи зерна, фруктов для производства вина домашнего производства;
- уровень насильственной смертности в состоянии алкогольного опьянения, зафиксированной региональными бюро судебно-медицинской экспертизы, используя показатель содержания алкоголя в крови (САК) и коэффициент регрессии, оцениваемый как соотношение САК-позитивных к САК-негативным случаям насильственной смертности

Косвенный метод: проведение интервьюирования лиц, злоупотребляющих алкоголем, другие показатели.

### **2. Потребление, связанное с высоким риском.**

Эта информация охватывает только некоторую неизвестную долю общего количества пьющих, относящегося к категории высокого риска.

Национальные опросы являются лучшим доступным методом оценки распространенности и частоты потребления, связанного с высоким риском. Они также представляют информацию о структуре потребления различных возрастных, профессиональных, социоэкономических групп и полов.

К этой категории относятся следующие опросы:

- об определенных питейных привычках;
- о домашнем хозяйстве;
- о домашнем бюджете и потреблении;
- о состоянии здоровья;
- о поведении школьников, отражающемся на их здоровье;
- по другим темам.

Потенциальные показатели:

распространенность потребления более 20 г чистого алкоголя в день для мужчин и для женщин в различных возрастных группах;  
частота ведущего к опьянению потребления в различных возрастных группах;  
распространенность потребления в возрастных группах младше допустимого предела легального приобретения алкоголя.

### **3. Показатели состояния здоровья**

Сбор и обработка данных о здоровье населения не могут осуществляться без классификационных основ. Одной из ведущих классификаций является Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ), которая один раз в 10 лет пересматривается Всемирной организацией здравоохранения в связи с необходимостью изменения перечня причин заболеваний, с методологическими подходами по их систематизации. Последняя редакция была принята в 1990 году (МКБ-X).

Важно учитывать:

данные о количестве больных алкоголизмом, о числе пролечившихся в организациях здравоохранения, снятых с ремиссией, умерших,  
смертность от случайного отравления алкоголем;  
смертность от заболеваний, где одной из причин является употребление алкоголя.

Показателями могут быть все заболевания, где на счет алкоголя можно отнести 25% или более всех смертей в результате этого заболевания. Чем больше роль алкоголя, тем больше вероятность, что изменения в уровнях смертности и заболеваемости отражают изменения в потреблении алкоголя или они влияют на общественное здоровье и точность, с которой они диагностируются. Статистика смертности в различных возрастных группах позволит оценить количество потерянных лет жизни из-за различных заболеваний, возникновение которых связано с алкоголем, и, таким образом, определить задачи по снижению этого количества.

#### **Потенциальные показатели.**

Потенциальными показателями состояния здоровья, основанными на статистике смертности и заболеваемости, могут быть:

уровень смертности в результате цирроза печени среди различных полов;  
уровень смертности в результате дорожных аварий или иных несчастных случаев, возникновение которых связано с алкоголем;  
уровень смертности от внешних причин, травм и отравлений среди различных возрастных групп и полов;  
уровень смертности от насилия и преднамеренных травм среди различных возрастных групп и полов;  
уровень смертности от рака губ, ротовой полости, глотки, пищевода и гортани среди различных возрастных групп населения и полов;  
уровень смертности от алкогольного психоза, алкогольной зависимости и алкогольного абстинентного синдрома среди различных возрастных групп и полов;  
уровень смертности от алкогольного отравления, особенно среди молодых людей;  
уровень смертности от панкреатита среди различных возрастных групп и полов;  
количество поступивших в больницу с панкреатитом, циррозом печени и травмами, возникновение которых связано с алкоголем;  
количество больных, прошедших стационарное лечение алкогольного психоза, алкогольной зависимости и алкогольного абстинентного синдрома среди различных возрастных групп и полов.

Классификацию болезней можно определить как систему рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа и

сравнения, данных смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время.

### Перечень алкогольных заболеваний

Наименование	Код МКБ X
Острая интоксикация алкоголем	F10.0
Пагубное употребление алкоголя	F10.1
Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя (хронический алкоголизм)	F10.2
Другие и неуточненные психические расстройства и расстройства поведения, обусловленные употреблением алкоголя	F10.3, F10.6, F10.8, F10.9
Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие	F10.4-F10.5, F10.6 (часть), F10.7
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	G31.2
Алкогольная полиневропатия	G62.1
Алкогольная миопатия	G72.1
Алкогольная кардиомиопатия	I42.6
Алкогольная болезнь печени (алкогольный цирроз, гепатит, фиброз)	K70
Алкогольный гастрит	K29.2
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	K86.0
Алкогольный синдром плода	Q86.0
Алкогольная пеллагра;	E52

Следует заметить, что представленный перечень заболеваний алкогольной этиологии не является исчерпывающим для патологических состояний, сформированных под воздействием злоупотребления алкоголем. Значителен список состояний, не именованных термином «алкогольный», но имеющих алкогольное воздействие в качестве существенного влияющего фактора.

#### Косвенные показатели потребления алкоголя ,полученные из других министерств

##### Министерства внутренних дел Республики Беларусь:

о числе правонарушений и преступности, связанные с употреблением алкогольных напитков, число вынесенных административных нарушениях, с вязанных с приемом алкоголя;

числе дорожно-транспортных происшествий, в том числе и в состоянии алкогольного опьянения,

числе лиц, находящихся в лечебно-трудовых профилакториях и колониях с алкоголизмом и сопутствующей 107 статьей;

административное нарушение за насилие в семье;

распространенность алкогольных проблем среди заключенных;

лечение алкогольных проблем как альтернатива тюремному заключению

и другую информацию, связанную с алкоголизацией населения.

##### Национальный статистический комитет Республики Беларусь:

данные о смертности от основных заболеваний, в том числе и от болезней, связанных с потреблением алкоголя, смертность от случайного отравления алкоголем;

смертность от внешних причин;

уровни производства и продажи алкоголя в Республике Беларусь

**Министерства образования Республики Беларусь:**

- о проводимой работе в системе учреждений образования по профилактике пьянства и наркомании;
- о числе школьников, студентов, поставленных на учет в связи с употреблением алкоголя;
- о числе подготовке специалистов по профилактике пьянства и алкоголизма;

**Генеральная прокуратуры Республики Беларусь:**

- о количестве правонарушений, связанных с незаконным с употреблением алкоголя.

**Комитета государственной безопасности Республики Беларусь:**

- информация, касающаяся оборота алкогольных напитков и международного сотрудничества в сфере борьбы с контрабандой алкоголя.

**Государственный пограничный Республики Беларусь:**

- об обстановке с незаконным оборотом алкоголя на границе Республики Беларусь (РБ - Украина, РБ – Польша, Литва, Латвия, РБ - Россия);
- случаи нарушения правил провоза алкогольной продукции.

**Государственный таможенный комитет Республики Беларусь:**

- об обстановке с незаконным оборотом наркотиков на таможенной границе Республики Беларусь (РБ - Украина, РБ – Польша, Литва, Латвия, РБ - Россия);
- сведения об экспорте и импорте алкогольных напитков.

**Министерства торговли Республики Беларусь:**

- о количестве проданных алкогольных напитков в различных регионах Республики Беларусь;
- количество лиц, нарушивших правила торговли алкогольными напитками (отпустили алкогольные напитки несовершеннолетним, в запрещенное время и т.д.);

**Общественные организации, занимающихся вопросами предупреждения профилактики пьянства, алкоголизма, лечения и реабилитации, больных с зависимостью к психоактивным веществам:**

- обо всех мероприятиях, проводимых в рамках профилактики пьянства и алкоголизма;
- число обратившихся за помощью лиц.

**Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь:**

- число неблагополучных семей в Республике Беларусь;
- адресная социальная помощь неблагополучным семьям в рублях;

**Министерство по чрезвычайным обстоятельствам Республики Беларусь:**

- число происшествий, аварий связанных с приемом алкоголя

**Министерство промышленности Республики Беларусь:**

- число лиц, выявленных в состоянии опьянения на рабочих местах;
- число погибших на производстве в результате нарушения техники безопасности труда.

**Министерство транспорта и коммуникаций Республики Беларусь:**

- число погибших в результате дорожно-транспортных происшествий;

число дорожно-транспортных происшествий, связанных с приемом алкоголя.

### 2.3. Оценка потребления алкоголя на основании данных о произведенном алкоголе

Для профилактики связанных с алкоголем проблем важно иметь ясное представление о масштабах его потребления. Общее установленное употребление алкоголя в стране за год равняется сумме всего произведенного и импортированного алкоголя за вычетом экспорта алкоголя (за этот год):

$$\text{Годовое потребление на душу взрослого} = \frac{\text{Производство} + \text{импорт} - \text{экспорт}}{\text{Население старше 15 лет}}$$

Для оценки подушевого потребления алкоголя учитываются данные о розничной продаже.

Однако, при изучении проблемы потребления алкоголя один способ получения информации (данные о продажах) не может обеспечить создание банка данных, необходимого для планирования адекватных мероприятий по решению проблем, связанных с употреблением алкоголя, поскольку эти проблемы в основном носят комплексный и зачастую скрытый характер. Таким образом, для наиболее достоверной оценки необходимо применение многочисленных методик.

### 2.4. Оценка уровня потребления с учетом незарегистрированного алкоголя

В многочисленных исследованиях, проведенных в разных странах мира, было показано, что общий уровень потребления алкоголя тесно связан с такими классическими индикаторами уровня связанных с алкоголем проблем, как смертность от острых алкогольных отравлений, цирроза печени, заболеваемость алкогольными психозами. В связи с этим чрезвычайно актуальной задачей представляется оценка общего уровня потребления алкоголя.

Методы оценки незарегистрированного потребления алкоголя могут быть прямыми и непрямыми. К прямым методам относится опрос населения относительно потребления незарегистрированного алкоголя с помощью национальных скринингов. Этот метод часто используется для оценки реального уровня потребления алкоголя в странах Западной Европы. Недостатком скрининговых исследований является то, что респонденты склонны занижать уровень потребляемого ими алкоголя. Непрямые методы оценки общего уровня потребления алкоголя основаны на использовании косвенных индикаторов уровня связанных с алкоголем проблем таких, например, как уровень связанной с алкоголем смертности. В настоящее время существует несколько методов оценки общего уровня потребления алкоголя, предложенные различными авторами.

Российский исследователь А.В. Немцов разработал метод оценки общего уровня потребления алкоголя основанный на использовании коэффициента, характеризующий соотношение САК-позитивных к САК-негативным случаям насильственной смертности зафиксированной региональными бюро судебно-медицинской экспертизы. Предложенное им уравнение линейной регрессии выглядит следующим образом:

$$y = 4,27 + 8,8 x, \quad (1)$$

где  $y$  – коэффициент, рассчитанный по формуле:

$$\text{НС(САК+)} - \text{АО/НС(САК-)}, \quad (2)$$

где НС(САК+) – число случаев насильственной смерти с содержанием алкоголя в крови, НС(САК-) – число случаев насильственной смерти без содержания алкоголя в крови.

Другой метод оценки реального уровня потребления алкоголя основан на использовании техники авторегрессии проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС). Поскольку большинство связанных с алкоголем проблем имеет экспоненциальную кривую риска, то вместо уравнения (1), предлагается использовать следующее уравнение:

$$\Delta \ln I_t = \beta \Delta A_t + \Delta N_t \quad (3)$$

Далее, можно предположить, что в уравнении (3) более корректно использовать не уровень продажи (т.е. зарегистрированное потребление) алкоголя  $A$ , а его общее потребление  $T$  (равное сумме зарегистрированного и незарегистрированного). Предположив, что потребление алкоголя является основным фактором, влияющим на уровень патологии, мы переходим к простому регрессионному уравнению:

$$\Delta \ln I_t = \beta \Delta T_t + C, \quad (4)$$

где  $\beta$  и  $C$  – параметры регрессии, оцениваемые методом АРПСС модели (3).

Таким образом, на основании регрессионного уравнения (4) можно оценить  $\Delta T$  – ежегодное изменение общего потребления алкоголя. Так, общее потребление в год  $t = (i+1)$  равно:

$$T_{i+1} = T_i + (\ln I_{i+1} - \ln I_i - C)/\beta = T_i + [\ln(I_{i+1}/I_i) - C]/\beta \quad (5)$$

где  $T_i$  – значение общего потребления в год  $t = i$ .

Продолжая рассуждать аналогично, приходим к следующей формуле:

$$T_k = T_0 + [\ln(I_k/I_0) - kC]/\beta, \quad (6)$$

Для значения общего потребления алкоголя через  $k$  лет после начала регистрации. Разница между  $T_k$  и  $A_k$  (зарегистрированным потреблением через  $k$  лет после начала регистрации) и будет значением незарегистрированного потребления.

Корректность оценки уровня незарегистрированного потребления алкоголя с помощью непрямых методов в значительной степени зависит от того, является ли алкоголь единственным фактором, определяющим уровень показателя, выбранного в качестве индикатора алкогольных проблем. Данное обстоятельство является существенным недостатком методов, поскольку на уровень связанных с алкоголем проблем помимо уровня потребления алкоголя оказывают влияние другие факторы. Так, например, уровень смертности в результате острых алкогольных отравлений кроме общего уровня потребления алкоголя определяется такими факторами как паттерн потребления, токсичность алкогольных напитков, доступность и качество наркологической помощи. Надежность оценки общего уровня потребления алкоголя с помощью непрямых методов в значительной степени зависит от качества статистических данных, отражающих уровень связанных с алкоголем проблем.

## 2.5. Оценка уровней и моделей употребления алкоголя на основании данных опросов населения

Исследования уровней и моделей употребления алкоголя являются ключевым компонентом системы мониторинга. Они способны определить уровень трезвости в различных подгруппах населения и объема употребляемого алкоголя. Эти исследования необходимы для оценки доли обусловленных алкоголем смертей и госпитализаций с помощью метода этиологических фракций.

### Изучение объема потребления этанола.

Объем потребления этанола обычно выражается в виде количества этанола, употребленного респондентом в течение определенного периода времени, то есть объема за неделю, месяц или год. Эти данные можно обобщить для многих респондентов, чтобы получить оценки общего потребления, которые можно было бы сравнивать с данными продаж или другими источниками. Индивидуальный объем потребления также может характеризоваться с помощью среднего суточного потребления (полный объем за указанный период, разделенный на число дней в периоде) или среднего потребления в

день выпивки (полный объем за указанный период, разделенный на число дней, в которые респондент употреблял какие-либо алкогольные напитки). В дальнейшем индивидуальный объем потребления может использоваться для формирования категорий употребления в малых, умеренных и больших количествах. Количество обычно выражается в граммах, литрах, миллилитрах этанола или абсолютного алкоголя. В качестве стандарта следует использовать граммы.

#### **А) Определение объема с помощью метода последних 7 дней**

При использовании этого подхода респонденты вспоминают, сколько порций они употребили за каждый день предыдущей недели.

В качестве одной стандартной порции алкоголя следует считать 10 г этанола, что эквивалентно 30 - 40 мл водки, 75 мл крепленого вина, 200 мл сухого вина, 330 мл пива без учета разбавителя, воды или льда.

Общее количество употребленного за неделю этанола равно сумме числа порций, умноженной на граммы этанола, содержащиеся в стандартной порции для всех дней недели.

#### **Б) Определение объема с помощью частотно-количественного и градуированного частотно-количественного метода**

При этом подходе оценивается суммарное употребление на основе общего описания частоты и количества выпивки в течение указанного периода. Два наиболее типичных примера этого подхода – обычный частотно-количественный (КЧ) метод и градуированный частотно-количественный (ГКЧ) метод.

КЧ метод спрашивает об общей частоте выпивки в течение указанного периода и обычном числе порций спиртного, употребленного в дни, когда выпивка имела место:

*Как часто, если такое было, Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев: каждый день, примерно четыре или пять раз в неделю, два или три раза в неделю, раз в неделю, два или три раза в месяц, раз в месяц или реже, чем раз в месяц?*

*В дни, когда Вы употребляли алкоголь, сколько порций Вы обычно употребляли? (Укажите точное число порций)*

Чтобы оценить объем употребления этанола на основании такого рода КЧ вопросов, категории ответов о частоте должны быть преобразованы в дни употребления за месяц или год (в зависимости от указанного периода).

Обычный КЧ метод может быть расширен путем включения вопросов по отдельным напиткам: как о максимальных, так и о типичных количествах порций напитков и размере этих порций. Таким вопросам часто предшествует вопрос-фильтр, определяющий, употреблялся ли определенный напиток вообще.

Градуированный частотно-количественный (ГКЧ) метод отдельно спрашивает о частоте употребления различных количеств порций спиртного, обычно группируемых в категории. Этот подход рекомендуется как более точный по сравнению с обычным КЧ методом, так как он также охватывает категорию употребления, известную как связанную с очень большим количеством обусловленной алкоголем заболеваемости и смертности. Этой категорией является употребление в течение отдельных дней спиртного в количествах выше, чем определенных как «высокий риск».

#### **Изучение контекста употребления алкоголя.**

Характеристика контекста употребления алкоголя важна для интерпретации связи между самым употреблением и его последствиями. Как правило, характеристики контекста выпивки сосредоточены на том, где и с кем происходит употребление. Когда для изучения употребления алкоголя в течение ограниченного периода времени используется подход последних 7 дней, эти обстоятельства могут быть выяснены для каждой выпитой порции. Существует три основных подхода к характеристике контекста выпивки при оценке обобщенных моделей употребления. Каждый из них может характеризовать либо место выпивки, либо компаньонов.

1) Респонденту предлагается описать основной контекст употребления или, в качестве альтернативы, все имевшие место контексты:

*Где Вы ОБЫЧНО выпивали в течение прошлого года: у себя дома, дома у друзей или родственников или в общественных местах, таких как бары, рестораны или спортивные арены?*

*Где Вы выпивали в течение прошлого года (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ОТНОСЯЩЕЕСЯ): у себя дома, дома у друзей или родственников или в общественных местах, таких как бары, рестораны или спортивные арены?*

2) Респонденту предлагается указать пропорцию времени, проведенного в различных контекстах употребления:

*Приблизительно какую часть времени в прошлом году Вы выпивали:*

*а) У себя дома наедине? \_\_\_\_\_%*

*б) У себя дома с друзьями или родственниками? \_\_\_\_\_%*

*в) С друзьями или родственниками у них дома? \_\_\_\_\_%*

*г) В общественных местах, таких как бары, рестораны или стадионы? \_\_\_\_\_%*

3) Респонденту предлагается указать частоту, с которой он или она выпивали в разных контекстах. Они не обязаны быть исчерпывающими – про частоту можно спрашивать только в отношении тех контекстов, которые могут выступать в качестве факторов риска для изучаемых последствий:

*Как часто в течение прошлого года Вы выпивали в общественных местах, таких как бары, рестораны или стадионы?*

*Как часто в течение прошлого года Вы выпивали две или более порции алкоголя перед управлением автомобилем или иным транспортным средством?*

Вопросы, рекомендуемые для исследований содержатся в приложении 3.

### **Критерии риска острых проблем**

Для измерения употребления с «высоким риском» острых проблем чаще всего используются:

1) число или пропорция среди пьющих или среди всего населения лиц, которые употребляют алкоголь в количествах, соответствующих уровню «высокого риска», то есть на уровне или выше определенного порогового числа порций спиртного или граммов этанола в день с указанием частоты в течение исследуемого периода;

2) объем употребления в дни «высокого риска».

Пороговые значения, используемые в качестве индикаторов употребления с «высоким риском», обычно имеют под собой научное обоснование (например, число порций спиртного, которое соответствует такой концентрации алкоголя в крови, при

которой будут регистрироваться психомоторные нарушения). Одна из целей измерения употребления с «высоким риском» – определять степень популярности умеренного употребления, иными словами оценивать успех профилактических программ.

### Критерии риска употребления в течение дня выпивки

Уровень риска	Мужчины	Женщины
Низкий риск	от 1 до 40 г	от 1 до 20 г
Средний риск	от 41 до 60 г	от 21 до 40 г
Высокий риск	от 61 до 100 г	от 41 до 60 г
Очень высокий риск	101 г и более	61 г и более

Измерение употребления с «высоким риском» острых проблем предпочтительно методом *градуированного количественно-частотного подхода (ГКЧ)*.

### Критерии риска хронического вреда

На основании количественных методов, использованных Englishetal (1995) и Singleetal(1996), среднее употребление этанола за день целесообразно разделять на:

- употребление с низким риском;
- опасное;
- вредное.

Те же самые уровни можно определить как «низкий», «средний» и «высокий» риск отдаленного вреда, связанного с алкоголем.

### Уровни среднего суточного употребления алкоголя с низким, средним и высоким риском отдаленных серьезных заболеваний для мужчин и женщин (Englishetal (1995))

	Уровень риска		
	низкий	средний	высокий
Мужчины	1 – 40 г	41 – 60 г	61 г и более
Женщины	1 – 20 г	21 – 40 г	41 г и более

Научные данные, лежащие в основе этих определений, обобщили Englishetal (1995), и они приводятся в нижеследующей таблице, основанной на анализе обобщенных данных по всем причинам смертности в 16 когортных исследованиях, которые соответствовали строгим критериям отбора.

### Относительный риск (ОР) всех причин смертности для различных средних суточных количеств употребления алкоголя (Englishetal (1995))

	Среднее суточное потребление							
	нет	0,1 – 9 г	10 – 19 г	20 – 29 г	30 – 39 г	40 – 49 г	50 – 59 г	60 + г
ОР для мужчин (ДИ 95%)	1,00	0,88 (0,86 – 0,90)	0,84 (0,82 – 0,86)	0,93 (0,91 – 0,95)	1,01 (0,98 – 1,04)	1,06 (1,03 – 1,10)	1,20 (1,15 – 1,26)	1,37 (1,33 – 1,40)
ОР для женщин (ДИ 95%)	1,00	0,88 (0,86 – 0,90)	0,94 (0,93 – 0,96)	1,13 (1,10 – 1,16)	1,33 (1,27 – 1,39)	1,47 (1,39 – 1,56)	1,47 (1,33 – 1,62)	1,58 (1,49 – 1,69)

Эти критерии можно напрямую применять к среднему употреблению отдельных пьющих и затем оценивать в более широком населении пропорцию лиц, которых на основании их употребления можно отнести к этим категориям риска.

При исследовании указанных выше проблем возможно использование как количественно-частотного (КЧ), так и градуированного количественно-частотного (ГКЧ) подходов, а вместо метода «последних 7 дней» целесообразно применение метода «последних 12 месяцев».

### ГЛАВА 3. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Определяя показатели для мониторинга вреда для здоровья, связанного с употреблением алкоголя, необходимо отметить, что существуют состояния на 100%, связанные с употреблением алкоголя или алкоголь-специфичные (ЭФ - *этиологическая фракция* = 1,0), состояния, высоко обусловленные алкоголем (ЭФ от 0,5 до 0,99), средне обусловленные (ЭФ от 0,25 до 0,49) и низко обусловленные (ЭФ от 0 до 0,24).

Недостатком при монитореровании только алкоголь-специфичных состояний является то, что по различным причинам не все из них будут регистрироваться (в том числе и из-за опасений стигматизации), поэтому необходимо также изучать состояния обусловленные употреблением алкоголя в высокой и средней степени, на которые подобные опасения влияют в гораздо меньшей степени.

Таким образом, формируется комплексный показатель, по которому отслеживаются тенденции.

Для монитореования вреда для здоровья предлагаются к учету следующие показатели: *смертность* и *заболеваемость* (по отдельной нозологии возможен также учет *распространенности заболеваний*), данные по которым запрашиваются как из психиатрических и наркологических учреждений здравоохранения (УЗ), так и из соматических УЗ и от судмедэкспертов.

Нозологические единицы, выделенные «Международным руководством по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда» (2000) и предлагаемые к регистрации, следующие:

#### ***Алкоголь-специфичные состояния:***

1. острая алкогольная интоксикация (+ см. дополнительные пояснения)
2. синдром зависимости от алкоголя
3. алкогольные психозы
4. алкогольный цирроз печени
5. алкогольная кардиомиопатия
6. алкогольная полиневропатия
7. алкогольный синдром плода\*

\* - (запланировано проведение специального исследования)

#### ***Состояния высоко обусловленные алкоголем:***

1. циррозы печени
2. хронический панкреатит

#### ***Состояния средне обусловленные алкоголем:***

1. злокачественные новообразования губы\*\*
2. - // - - // - полости рта и глотки\*\*
3. - // - - // - пищевода\*\*
4. - // - - // - печени\*\*

5. - // - - // - гортани\*\*
6. туберкулез органов дыхания

\*\* - (по данным Международного агентства исследований в области рака - IARC – «...алкоголь является значительным фактором риска для злокачественных новообразований ротовой полости, глотки, гортани, пищевода и печени...»).

### **3.1. Показатели, характеризующие «острые» проблемы со здоровьем, вследствие употребления алкоголя (1-я группа состояний)**

Алкогольная интоксикация является предсказуемым последствием употребления значительных количеств алкогольных напитков в ограниченный период времени. Большинство симптомов алкогольной интоксикации относятся к воздействию алкоголя на ряд структур и процессов в центральной нервной системе. Острое опьяняющее воздействие алкоголя и связанное с этим поведение может привести к различным рискованным поступкам (включая незащищенный секс), к несчастным случаям и травмам (в том числе в результате управления автотранспортным средством или другим машинным оборудованием), а также к острому алкогольному отравлению. Некоторые из острых последствий употребления алкоголя в последующем могут привести к хроническим проблемам, таким как инвалидность, вследствие полученной травмы, или инфицирование ВИЧ. Эти последствия налагают значительное бремя на службы неотложной и другой медицинской помощи и могут быть также причиной вреда для третьих лиц.

Для характеристики группы состояний, связанных с «острой алкогольной интоксикацией», необходим учет: *смертности* и *заболеваемости* в связи с травматизмом, в т.ч. ожогами (гибель на пожаре), утоплениями, переохлаждениями-обморожениями, аспирацией рвотных масс, огнестрельными ранениями, отравлениями и др.; суицидов. Для всех этих случаев должно быть подтверждено *наличие алкоголя в крови*. Получение указанных сведений возможно от судебно-медицинских экспертов, из соматических стационаров (отделений реанимации, токсикологии, травматологии), по данным специализированной помощи, данным других ведомств.

Необходимо особо выделить травматизм (гибели) связанные с *ДТП*, на производстве (*производственные травмы*), *отравления алкоголем, суициды*.

Кроме учета общей численности указанных состояний, необходимо деление по возрастным группам, а также учет гендерных особенностей.

### **3.2. Показатели, характеризующие «хронические» проблемы со здоровьем, вследствие употребления алкоголя (2-я группа состояний)**

Алкоголь, являясь токсичным веществом, при хроническом воздействии вызывает более 60 различных расстройств здоровья. Для одних хронических расстройств здоровья, связанных с алкоголем при увеличении уровня его потребления риск значительно повышается, для других – эта зависимость носит криволинейный характер.

Алкоголь является потенциальным тератогеном. Наиболее серьезным последствием употребления алкоголя во время беременности является фетальный алкогольный синдром.

Алкоголь активно влияет на развитие мозга, то есть на процесс, который имеет жесткие временные и пространственные ограничения (каждый отдел мозга развивается по собственному графику). Доказано, что на эти процессы развития алкоголь воздействует селективно на клеточном и молекулярном уровнях, вот почему подростки и молодые

люди особенно уязвимы для его пагубного воздействия. В подростковом возрасте алкоголь может привести к структурным изменениям в гиппокампе (части мозга, отвечающей за процесс обучения).

Повторяющееся потребление алкоголя может вызвать гипоксию печени, образование вредных продуктов его метаболизма и активных кислородных соединений, увеличивает уровень циркулирующих липополисахаридов, что в комплексе вызывает поражение органа. При определенной предрасположенности (наличие вирусного гепатита в анамнезе и др.) высока вероятность развития цирроза печени, печеночно-клеточной карциномы.

Международное агентство по изучению рака (МАИР) определило алкоголь как канцерогенный фактор для человека. Были выявлены несколько механизмов канцерогенеза в связи с алкоголем, в том числе образование ацетальдегида, индукция CYP2E1, ведущая к образованию активных форм кислорода и усиленной проканцерогенной активации, а также к модуляции клеточной регенерации. В результате повторяющегося воздействия ацетальдегида люди с инактивным геном ALDH2 подвергаются повышенному риску рака верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Хроническое употребление алкоголя может привести к отрицательным иммунологическим последствиям. Многочисленные исследования документально подтверждают разнообразные отрицательные последствия как для врожденного, так и для адаптивного иммунитета чрезмерного хронического потребления алкоголя. У людей с алкогольной зависимостью часто наблюдается иммунодефицит и повышенная заболеваемость инфекционными болезнями (чаще других регистрируется патология нижних дыхательных путей).

Чрезмерное хроническое потребление алкоголя связано также с увеличением числа случаев сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии.

Таким образом, к учету предлагаются показатели *смертности* и *заболеваемости* по следующим нозологическим единицам: алкогольный цирроз печени, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная полиневропатия, алкогольный синдром плода (запланировано специальное исследование); циррозы печени, хронические панкреатиты (панкреонекрозы); злокачественные новообразования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, гортани, губы, печени; туберкулез органов дыхания; как в общем, так и по возрастным и гендерным группам.

### **3.3. Показатели, характеризующие проблемы зависимости от алкоголя как от психоактивного вещества (3-ья группа) и состояние специализированной медицинской помощи**

Алкоголь является психоактивным веществом с известной способностью вызывать зависимость как у человека так и у животных. В рамках Конвенции 1971г. по психотропным веществам алкоголь можно квалифицировать, как удовлетворяющий требованиям для внесения в соответствующий список веществ «способных вызывать состояние зависимости, оказывать стимулирующее или депрессивное воздействие на центральную нервную систему, вызывая галлюцинации или нарушение моторных функций, либо мышления, либо поведения, либо восприятия, либо настроения», и для которого «есть достаточные свидетельства того, что имеет место злоупотребление данным веществом..., которое представляет или может представить собой проблему для здоровья населения...».

Способность вызывать зависимость имеет различные взаимосвязанные механизмы. Подкрепляющее действие алкоголя связано с дофаминэргическим мезолимбическим путем и, отчасти, с вознаграждающим эффектом через воздействие на опиоидную систему. Непосредственное действие алкоголя на головной мозг при постоянном его употреблении

ведет к более долгосрочным молекулярным изменениям в головном мозге, известным как *нейроадаптация*. Во многих случаях нейроадаптация противодействует или обращает вспять острое воздействие алкоголя. После выведения алкоголя происходит чрезмерная компенсация адаптированной системы в направлении возбуждения, что приводит к таким абстинентным симптомам, как гипервозбудимость, беспокойство и даже судороги. Нейроадаптация, возникающая при неоднократном воздействии алкоголя, создает основу для формирования повышенной толерантности к алкоголю и абстинентного синдрома.

На эмпирическом и поведенческом уровнях это проявляется формированием тяги (непреодолимого желания продолжить пить) и трудностью контролировать потребление алкоголя (количественно и качественно), что является признаками зависимости. В дальнейшем различные аспекты зависимости становятся механизмами для чрезмерного употребления алкоголя, несмотря на отрицательные последствия для здоровья и социального функционирования.

Характеризуя потребность в специализированной помощи и частично процессы, происходящие во 2-ой и 3-ей группах, необходимо отслеживать следующие показатели:

1. *Учреждения здравоохранения наркологического профиля (число, койки и т.п.), в т.ч. по областям.*
2. *Количество (число) лиц, состоящих на наркологическом учете в связи с потреблением алкоголя (алкогольная зависимость и психозы), в т.ч. по областям.*
3. *Число лиц с впервые установленным в отчетном году диагнозом алкогольной зависимости и психоза, в т.ч. по областям.*
4. *Число пролеченных больных соответствующего профиля (койко-дни).*
5. *Сопутствующая соматическая и психическая патология среди состоящих на диспансерном учете, в связи с потреблением алкоголя (по возрастным группам, гендерные различия).*
6. *Снятие с наркологического учета (причины).*
7. *Смертность среди состоящих на диспансерном учете, в связи с потреблением алкоголя (причины, возраст, гендерные различия).*

Таким образом, при рассмотрении свойств алкоголя (острая интоксикация, хроническое токсическое воздействие, формирование зависимости) Комитет экспертов ВОЗ по проблемам связанным с потреблением алкоголя пришел к выводу, что алкоголь обладает токсическим действием, способным нанести вред практически любому органу или системе в организме человека, а также может усиливать существующие психические и физические расстройства.

Для изучения проблем, связанных со здоровьем вследствие употребления алкоголя, в настоящее время возможно использование двух методов сбора информации:

1. сопоставление исходной информации;
2. исследование с помощью ключевых источников.

В последующем возможно проведение исследований для изучения специальных групп населения, а в идеале организация «систем сообщения».

## ГЛАВА 4. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Мониторинг социальных последствий алкоголизма необходим для того, чтобы получить сравнительную комплексную оценку состояния и динамики ситуации с употреблением алкоголя, выявить проблемы по различным факторам.

Рассмотрим основные показатели, необходимые для оценки социального ущерба.

### 1. Смертность

Во всех странах постоянно регистрируется значительное количество смертей, являющихся последствием употребления алкоголя. Алкогольная смертность - самое тяжелое следствие злоупотребления алкоголем.

Важным является учет смертей, связанных с проблемами острой алкогольной интоксикации, с заболеваниями, вызванными употреблением алкоголя, а также смертей в результате большого количества несчастных случаев.

Типичными примерами несчастных случаев являются непреднамеренные падения, утопления, ожоги, переохлаждения, поражение электрическим током. Одной из ведущих причин несчастных случаев является употребление алкоголя.

Наибольшее беспокойство вызывает высокая смертность населения в трудоспособном возрасте, обладающего ценными профессиональными навыками. В случае их преждевременной смерти утрачиваются наиболее опытные трудовые ресурсы, обесцениваются инвестиции в человеческий капитал.

Главным средством изучения и количественного определения социального вреда от пьянства и алкоголизма является расчет утраченных лет жизни.

Особое место среди смертей, связанных с употреблением алкоголя занимают **суициды**. Анализ литературных данных свидетельствует о тесной связи суицидов и злоупотреблением алкоголя.

Существует несколько теорий, объясняющих взаимосвязь между употреблением и злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением: а) депрессия может быть первичным этиологическим фактором, обуславливающим как злоупотребление алкоголем, так и суицидальное поведение; б) злоупотребление алкоголем приводит к депрессивным нарушениям, которые могут повышать риск суицида; в) алкогольные проблемы вызывают психосоциальную дезадаптацию, что также повышает риск суицидального поведения.

Существует ряд проблем, связанных с измерением количества суицидов: с точки зрения различия преднамеренных и непреднамеренных действий, приведших к смерти (например, передозировка); ложные сведения о непреднамеренной смерти с целью защиты личности или семьи. Кроме того, медики иногда могут не регистрировать самоубийство, чтобы избежать расспросов милиции и вызовов в суд. Несмотря на это, алкоголь присутствует во многих случаях самоубийства, и таким образом, должен учитываться при оценке роли алкоголя в смертности.

При учете количества суицидов можно разделять суициды в состоянии алкогольного опьянения и суициды в трезвом состоянии на фоне алкогольной зависимости.

Высокая смертность в Беларуси служит причиной огромных потерь. В международной практике принято оценивать число лет жизни, утраченных из-за смертности в возрасте до 65 лет, считая, что смертность до этого возраста может рассматриваться как преждевременная. Так, расчет утраченных лет жизни является важным показателем в системе мониторинга.

## **2. Инвалидность**

Важным показателем социального вреда, являются данные о связи употребления алкоголя и инвалидности.

В Рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 г. инвалидность определяется как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Потери, которые несет население вследствие плохого состояния здоровья, связаны не только со смертностью, но и с тем, что часть жизни многим людям приходится проживать в состоянии нездоровья.

Инвалидность значительно ограничивает жизнедеятельность человека, приводит к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста, потери контроля за своим поведением, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Важным является изучение тенденций в каком возрасте и по каким причинам люди получают инвалидность вследствие употребления алкоголя.

Одним из наиболее часто используемых показателей, которые учитывают различие между годами здоровой жизни и годами жизни с нарушением здоровья, является показатель лет жизни с поправкой на нетрудоспособность (DALY). Для каждой причины смерти/заболеваемости расчет DALY включает число потерянных лет жизни (за счет смертности), а также число лет, прожитых в условиях той или иной степени утраты здоровья. Индекс DALY рассчитывается на основе двух составляющих:

а) Years of LifeLost (YLL) – годы потерянной (утраченной) жизни – разница между ожидаемой продолжительностью жизни и возрастом, в котором погиб индивид, рассчитывается на основе показателя смертности;

б) Years Lived with Disability (YLD) – годы жизни с нетрудоспособностью – разница между продолжительностью формальной трудоспособной жизни и возрастом, в котором человек прекратил трудовую деятельность по болезни (из-за травмы).

## **3. Травмы и смерти, связанные с нарушением правил дорожного движения**

Автомобильные аварии служат причиной большого числа смертей и травм как среди водителей и пассажиров, так и среди пешеходов. Также их результатом являются повреждения имущества. Таким образом, эти происшествия влекут за собой ряд негативных переживаний, а также затраты на медицинскую помощь, работу милиции, страховые выплаты, потерю работы и т.д.

Употребления алкоголя ухудшает многие двигательные и перцептивные навыки, необходимые для управления автомобилем. Алкоголь снижает время реакции и делает невозможным безопасное передвижение по дорогам. К тому же алкоголь притупляет естественное чувство опасности и самосохранения. Человек в состоянии алкогольного опьянения не побоится проехать на красный свет или превысить допустимую скорость в несколько раз.

Достаточно остро стоит проблема наездов транспортных средств на находящихся на дороге в нетрезвом состоянии пешеходов, особенно в темное время суток.

Для оценки числа автокатастроф, связанных с алкоголем следует использовать данные об их общем числе, которые можно получить в органах МВД, прокуратуре. Также важным является учет таких показателей как количество аварий со смертельным исходом

и без смертельно исхода, количество аварий, связанных с алкоголем, в ночное время, по чьей вине произошла авария – нетрезвого водителя или пешехода, возраст и пол участников ДТП.

#### **4. Травмы и смерти, связанные с огнем**

Большой вред в социальном и экономическом плане наносят пожары. Пьянство и отсутствие культуры питания – главная причина большого числа пожаров и гибели в них людей.

Весьма полезными показателями ущерба, наносимого употреблением спиртного, являются количество пожаров по вине человека, находящегося в состоянии алкогольного опьянения, количество пострадавших от пожара, количество смертельных исходов, возможно разделение по возрасту и полу.

Наряду с социальными и медицинскими последствиями стоят экономические, которые включают в себя выплаты страховых возмещений в связи со смертью, травмами, повреждением или утратой имущества в страховых случаях в состоянии алкогольного опьянения.

#### **5. Производственный травматизм**

Употребление алкоголя является одной из основных причин производственного травматизма. Алкоголизм приводит к частым несчастным случаям на производстве, вследствие чего экономические потери составляют огромные суммы. Экономическая убыточность алкоголизма в условиях производства пропорциональна его распространенности среди лиц, участвующих в различных производственных процессах. У людей, больных алкоголизмом, наблюдаются ухудшения всех тех качеств, которые обеспечивают человеку известную защиту от несчастных случаев: ухудшается состояние здоровья, функциональное состояние нервной системы, органов чувств. У злоупотребляющего алкоголем быстрее наступает утомление, он становится невнимательным, беспечным. У него развиваются именно те черты характера, которые характерны для людей, наиболее подверженных несчастным случаям: недисциплинированность, безответственность, неаккуратность, эгоцентричность, привычка к несоблюдению установленных правил поведения, правил техники безопасности.

Предлагается отслеживать количество производственных травм за определенный период, рассматривая отдельно по возрастному и половому признаку.

#### **6. Нетрудоспособность**

Ещё одним важным показателем для мониторинга социальных последствий алкоголизма является нетрудоспособность по причине употребления алкоголя.

Основная причина нетрудоспособности - заболевание или несчастные случаи на производстве и в быту. Употребление алкоголя является одной из основных причин травматизма.

Продолжительность временной нетрудоспособности людей, страдающих алкоголизмом, в 4 раза выше, чем непьющих. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (с учетом частоты случаев и продолжительности) почти в 2 раза выше среди таких людей (из-за чего страдают и работодатели, и общество в целом).

#### **7. Правонарушения**

Важнейшими показателями социального ущерба, наносимого алкоголем, являются данные о количестве преступлений, связанных с алкогольным опьянением. Тяжелым социальным последствием алкоголизма является его тесная взаимосвязь с преступностью. В состоянии алкогольного опьянения человек может совершить преступления, которые не собирался совершать или мог бы не совершить: убийства, случаи умышленного причинения тяжкого вреда здоровью. Человек в нетрезвом состоянии теряет контроль над своим поведением, лишается чувства ответственности. Согласно Уголовному кодексу лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, не освобождается от уголовной ответственности. Сам факт опьянения является отягощающим вину обстоятельством. Значительная часть преступлений в состоянии алкогольного опьянения - случайные, их могло бы не быть. Многочисленные «пьяные» и в этом смысле случайные преступления наносят огромный урон обществу. Сами же преступники расплачиваются за них годами неволи.

Для наиболее полной оценки последствий необходимо отслеживать количество правонарушений и преступлений за определенный период по таким показателям:

1. Вид правонарушения:

- уголовно-наказуемое: изнасилования, убийства, причинение тяжких телесных повреждений, разбои, грабежи;

- административно-наказуемое: хулиганство, управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, вовлечение несовершеннолетних путем приобретения алкоголя, незаконная реализация алкоголя).

2. По возрастным группам.

3. По полу.

Кроме угрозы для жизни окружающих алкоголизм имеет и тяжелые нравственные последствия. Злоупотребление алкоголем приводит к глубокому кризису института семьи.

Существенным является мониторинг проблем семьи, связанных с употреблением алкоголя. К наиболее показательным и наносящим большой ущерб в экономическом, медицинском и социальном плане факторам относятся разводы, количество неблагополучных семей, рост детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

## **8. Разводы**

Конфликты на почве злоупотребления алкоголем одного или обоих супругов нередко приводят к разводам. В результате употребления алкоголя происходит снижение морального и интеллектуального уровня. А значит, меняется и социальное окружение употребляющего алкоголь. Семья заменяется новым окружением по алкогольным интересам. Ведущим мотивом поведения становится поиск дозы спиртного. Под влиянием этого мотива пьющий способен на унижение, разорение собственной семьи, что может привести к разводу.

Распад семьи – не только личная проблема людей, но и проблема общественная. Для общества – это ухудшение демографической ситуации, обесценивание института семьи, снижение работоспособности людей, переживающих ситуацию развода, увеличение количества одиноких людей, появление неполных семей, в которых воспитание детей без отца становится ущербным, и др.

Для решения задач мониторинга предлагается учитывать количество разводов за определенный период, и их динамику.

## **9. Неблагополучные семьи**

Одним из наиболее выраженных показателей социального ущерба алкоголизма является рост числа неблагополучных семей.

В здоровой семье создаются подходящие условия для духовного роста, раскрытия потенциала, развития личности, у каждого члена семьи имеются свои границы, уважаемые всеми. Если же в семье есть человек, который злоупотребляет алкоголем, то семья существует совсем по-другому. Атмосфера в такой семье нестабильная, поскольку алкоголизм занимает много энергии, которая в благополучной семье тратится на поддержание благоприятного психологического климата.

Живя в окружении близких людей, человек, злоупотребляющий алкоголем, разрушает их жизнь. Изначально даже вполне благополучную семью алкоголизм способен разрушить изнутри. В семьях, где есть пьющие, всегда присутствует страх, напряжение, раздражительность. Разрушается благосостояние, так как постепенно приобретенные вещи меняются на спиртное. Особенно тяжелые последствия возникают, если пьют оба родителя. Дети из таких семей либо сами привыкают к алкоголю, либо оказываются в детских домах. Человек остается один, преследуемый целью достать алкоголь и постепенно деградирует как личность.

Дети пьющих родителей составляют генетическую группу риска по заболеваемости алкоголизмом и наркоманией. Дети из алкогольных семей несут в себе комплекс психологических проблем, связанных с определенными правилами и ролевыми установками такой семьи, что тоже ведет к вероятности попасть в группу социального риска. Ребенок, чтобы выжить в подобной семье, неизбежно усваивает дезадаптивные формы поведения.

Учет количества неблагополучных семей, динамики роста этого показателя является важным пунктом в системе мониторинга употребления алкоголя и связанного с ним вреда.

## **10. Дети-сироты**

Алкоголизм - наиболее распространенная причина оставления детей и лишения родительских прав.

Одной из основных причин роста сиротства является алкоголизм родителей, и, как следствие, жестокое отношение к детям в семье, пренебрежение их потребностями и интересами. Особенно тяжелые последствия возникают, если пьют оба родителя. Дети из таких семей либо сами привыкают к алкоголю, либо оказываются в детских домах.

Важным является учет количества детей-сирот, а также родителей, лишенных родительских прав, так как в экономическом плане это является серьезным бременем для государства (содержание детей в интернатах), а в социальном – деформация системы общественных ценностей, в том числе семейных ценностей, значительный ущерб духовно-нравственному потенциалу общества в целом.

## **ГЛАВА 5.**

### **МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

#### **5.1. СТРУКТУРА ОБЩЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАТРАТ, СВЯЗАННЫХ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ**

Методология решения задачи определения размеров социально-экономического ущерба общества от пьянства и алкоголизма как массовых явлений и государственных расходов, связанных с профилактикой и устранением последствий, не только сложна, но не разработана и информационно не обеспечена. Эта проблема в ряду тех социально детерминированных проблем, для которых контраст между необходимостью и возможностью чрезвычайно велик. С одной стороны, необходимость решения данной задачи актуализирована в настоящее время такими причинами и факторами негативных последствий, которые являются несовместимыми с принципами и критериями жизни здорового общества. С другой стороны, последствия и проявления алкогольной проблемы приобрели настолько масштабный характер по силе и сферам своего негативного влияния, что оценить количественно такие последствия чрезвычайно сложно. Еще более сложно перевести это в экономическое измерение, потому что многие социально-психологические последствия, моральный ущерб, обычные человеческие драмы, практически невозможно перевести в денежное выражение. Таким образом, методологическое решение проблемы определения социально-экономического ущерба от пьянства и алкоголизма находится путем оптимизации чрезвычайно острых факторов необходимости и чрезвычайно сложных факторов инструментальных возможностей. Практически это означает широкое применение экспертных оценок, условностей, допущений, а также временных и пространственных аналогий.

Неумеренное и неконтролируемое потребление алкоголя вызывает многочисленные негативные социальные и медицинские последствия, приводит к физической и нравственной деградации человека и общества. Кроме ущерба, наносимого физическому и нравственному здоровью населения, пьянство сопряжено с огромными потерями экономического характера. Это касается практически всех сфер народного хозяйства и оказывает отрицательное воздействие на различные стороны жизнедеятельности общества. Многообразие прямых и косвенных экономических потерь от пьянства создает большие трудности в количественном подсчете их размеров. В последнее время предпринимаются попытки определить масштабы материальных затрат, которые общество вынуждено платить в связи с широким распространением алкогольного потребления [32,61,106,107,120,124,133,136,151,156,158,164], пока необходимой по этому вопросу информации мало. Недостаточная разработанность одного из важнейших аспектов проблемы пьянства и алкоголизма свидетельствует о том, что уровень научных исследований экономического аспекта алкогольного потребления далеко не отвечает назревшим потребностям практики.

В медико-экономических исследованиях отмечаются различные методологические подходы к экономической оценке ущерба от плохого здоровья, в большинстве своем основанных на принципе альтернативных издержек. Альтернативные издержки – ценность, которую можно было бы получить в результате альтернативного действия, от которого пришлось отказаться, выбрав данный вариант действия. Затраты на любое действие – это ценность тех альтернативных возможностей, от которых приходится отказываться ради этого действия. В основе методологии исследования альтернативных издержек лежит подход измерения и оценки человеческого капитала. Европейское региональное бюро ВОЗ выделяет три разновидности концепций экономических издержек, связанных с плохим здоровьем: социальные издержки, микро и макроэкономические издержки, расходы на медицинское оборудование [106].

Экономическая оценка социальных и медицинских последствий злоупотребления алкоголем в Республике Беларусь ранее не проводилась. Поэтому первым шагом в этом направлении является разработка методологии выделения всего комплекса затрат (издержек), связанных с алкогольным злоупотреблением в государстве.

Затраты государств, связанные с пьянством и алкоголизмом могут составлять от 1 до 3% произведенного валового внутреннего продукта (ВВП). В структуре общих затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом, доля затрат на здравоохранение составляет: в США – 14%, в Великобритании – 7%.

Для оценки всего комплекса проблем, связанных с пьянством и алкоголизмом выделены следующий состав и виды затрат: макроэкономические и микроэкономические.

### **В составе макроэкономических затрат выделены:**

#### **1. Прямые затраты:**

**А** - затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пьянства и алкоголизма.

- Затраты на содержание наркологической службы МЗ РБ,

- Затраты на содержание пациентов с алкоголизмом в психиатрических учреждениях МЗ РБ

- Затраты на содержание Центров гигиены и общественного здоровья в части расходов на антиалкогольную пропаганду и профилактику.

- Затраты на антиалкогольную пропаганду телеканалов, радиоканалов.

**Б** - затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов с металкольными заболеваниями и созависимых, в том числе расходы на:

- затраты на стационарное и амбулаторное лечение металкольных заболеваний и созависимых

- затраты на выезд и оказание экстренной медицинской помощи бригадами скорой медицинской помощи (психиатрические бригады) пациентам с хроническим алкоголизмом, пациентам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения.

- затраты на реанимацию и интенсивную терапию пациентов с хроническим алкоголизмом, пациентов, находящихся в состоянии алкогольного опьянения и созависимых.

- затраты на реабилитацию металкольных заболеваний и созависимых в системе Минздрава (санатории, профилактории).

**В** - затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом вследствие пьянства и алкоголизма.

- экономические потери вследствие ДТП, травм, убийств, самоубийств, порчей и уничтожением имущества, содержанием части системы исполнения наказаний, ЛТП, вырезвателей.

- Расходы на содержание социальных сирот и инвалидов в домах-интернатах и школах-интернатах.

- Расходы на транспорт, работу страховых агентов, оценку и выплату страховых возмещений в связи со смертью, травмами, повреждением или утратой имущества в страховых случаях в состоянии алкогольного опьянения.

#### **2. Косвенные затраты:**

**Г** - экономические потери в связи со смертностью инвалидностью и нетрудоспособностью от алкоголизма (Бремя алкогольное).

**Д** - экономические потери в связи со смертностью инвалидностью и нетрудоспособностью от металкольных заболеваний (Бремя металкольное).

**Ж** - экономические потери от безработицы.

**И** - экономические потери неимущественного характера:

– маргинализация и криминализация значительной части общества,

- распространение субкультуры алкоголезависимых,
- деформация системы общественных (в том числе – семейных) ценностей,
- ущерб духовно-нравственному потенциалу общества через снижение стоимости человеческого капитала.

**В состав микроэкономических затрат включены:**

**1 - экономические затраты на уровне домохозяйств,**

**К** - прямые расходы домохозяйств на приобретение и изготовление алкогольных напитков.

**Л** - прямые расходы на медикаменты и госпитализацию в учреждения наркологического профиля (расходы на приобретение лекарств и медицинских препаратов, затраты на медицинскую помощь, расходы на консультации, лечение в негосударственном секторе, оплата услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оплата услуг частнопрактикующих врачей) семей пациентов с алкоголизмом.

**М** – прямые расходы на медикаменты, амбулаторное и стационарное обслуживание созависимых лиц, связанных с алкоголизмом и злоупотреблением алкоголем (депрессии у жен, матерей, заболеваемость совместно проживающих),

**Н** – экономические потери связанные с преждевременной смертностью, инвалидностью и временной заболеваемостью созависимых лиц (Время созависимых).

**2 - экономические потери на уровне предприятий**

**П** – экономические потери от снижения производительности труда, прогулов, отсутствия на рабочем месте.

Общегосударственные затраты измеряются количественным ущербом (медико-социальным, имущественным и неимущественным), связанным с пьянством и алкоголизмом. Измерение количественного ущерба заключается в суммировании стоимостей всех видов затрат и потерь макроэкономического и микроэкономического уровней. Таким образом, общегосударственные затраты, связанные с пьянством и алкоголизмом определяются как сумма стоимостей всех видов затрат и потерь макроэкономического и микроэкономического уровней в данном году в стране.

Чрезвычайно трудно, без оценки стоимости человеческой жизни, оценивать количественно сумму неимущественных потерь, связанных с пьянством и алкоголизмом. Не существует официально признанной и хоть сколько-нибудь адекватной методики определения стоимости человеческой жизни, в то время как она просто необходима для расчетов компенсаций и материальной помощи жертвам всевозможных катастроф и терактов, для расчета ущерба жизни и здоровью от различных факторов риска.

Стоимость человеческой жизни выраженная в денежной форме измеряется путем определения чистой приведенной стоимости выгод, которые другие лица (супруг, супруга, зависимые лица, иждивенцы, партнеры, работодатели) могли бы разумно ожидать от будущих усилий индивида, чья жизнь оценивается. В стоимость человеческой жизни включаются затраты на обеспечение безопасности.

Первые практически применимые методики расчета ценности жизни человека с точки зрения самого человека, подвергаемого риску гибели, изложены еще в 1963 и 1965 годах [121, 127]. С момента появления этих методик поток публикаций на тему цены и ценности человеческой жизни неуклонно увеличивался и продолжается до сих пор. Генезис этого вопроса таков. К началу шестидесятых годов прошлого века правовое сознание людей, гражданское право, экономическая, социальная и культурная жизнь достигли такого уровня развития в США и Великобритании, что работодатель и перевозчик пассажиров принуждались судами выплачивать за гибель человека, происшедшую по их вине в результате несчастного случая или транспортной катастрофы, компенсационную сумму, значительно превышавшую дисконтированную зарплату, которую человек мог заработать за всю свою жизнь. Путем исследования экономического и физически опасного (безопасного) поведения людей в дорожном движении в США и Великобритании было установлено, что среднестатистический

участник дорожного движения оценивает свою жизнь примерно в 6 раз выше дисконтированной зарплаты, которую он мог заработать за всю свою жизнь.

Глубокие теоретические работы, выполненные с чисто экономических позиций с анализом экономического и связанного с ним физически опасного (безопасного) поведения людей в США и Великобритании, заканчиваются выводом, что ценность жизни человека, выраженная в деньгах, с точки зрения самого человека, подвергаемого риску гибели, намного превышает «дисконтированную зарплату», которую человек может заработать в течение всей своей жизни. Эти работы, по-видимому, можно считать первыми, в которых с научной точки зрения было доказано то, что давно наблюдалось на практике в страховом деле и в гражданском судопроизводстве, связанной с гибелью людей при несчастных случаях в США и Великобритании. В настоящее время Министерство транспорта США повысило условную оценку стоимости человеческой жизни. Эта сумма последний раз изменялась в 1997 году. Тогда жизнь «условного» американца оценили в 2,7 млн. долларов. Теперь же с поправкой на инфляцию стоимость человеческой жизни возросла до 3 млн. долларов. Речь идет об условном показателе, который используют главным образом для оценки экономической эффективности мер повышения безопасности на транспорте. В частности, специалисты Федерального авиационного управления США обязаны при любых нововведениях в этой области просчитывать как затраты на принятие таких мер, так и потенциальную отдачу от них.

## **5.2. МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ЗАТРАТ**

### **5.2.1. Прямые затраты**

#### **5.2.1.1. Затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов страдающих алкоголизмом и употребляющих алкоголь с вредными последствиями**

В первую очередь, к прямым затратам можно отнести затраты на организацию и функционирование наркологической службы, которая занимается диагностикой, лечением и реабилитацией всех видов зависимостей. От 90% расходов времени персонала связаны с оказанием помощи пациентам со злоупотребление алкоголем. Поэтому в эту части затрат можно оценить как % от общей суммы на содержание наркологической службы в стране. Этот процент можно определить на основе расчета доли пациентов с алкогольной зависимостью от всех наблюдаемых пациентов (состоящих на учете). Так в 2008г. затраты на оказание наркологических услуг населению на бюджетной основе составил **63 миллиарда 291 миллион рублей**. Эта цифра получена по данным отчетов о финансировании наркологической службы из республиканского и местных бюджетов.  $63,291 \text{ млрд. руб.} * 90\% = 56,961 \text{ млрд. руб.}$

- Затраты на содержание пациентов с алкоголизмом в психиатрических учреждениях МЗ РБ.

По данным S. V. Gilder (1975), в Швеции 1/3 всех поступлений в психиатрический стационар и половина всех госпитализаций мужчин связана с алкоголизмом [36]. По данным ВОЗ (1981), для ряда стран от 1/4 до 1/3 госпитализаций в психиатрические стационары связаны с алкоголизацией. По данным организационно-методического консультативного отдела ГУ «РНПЦ психического здоровья» Республики Беларусь в 2008г. 38% поступлений в клинику Центра были связаны со злоупотреблением алкоголем. Таким образом представляется возможным оценить уровень затрат в психиатрических клиниках на основе расчета доли пациентов с алкогольными проблемами среди всех пациентов. Возьмем среднюю цифру поступлений в психиатрические клиники в 20%. Затраты на содержание психиатрических учреждений в 2008г. составили ...

- Затраты на содержание Центров гигиены и общественного здоровья в части расходов на антиалкогольную пропаганду и профилактику.

Затраты этого вида предполагается учитывать, выделяя фактическую долю затрат на антиалкогольную пропаганду и профилактику в данном году из общего объема годового бюджета на содержание Центров гигиены и профилактики.

- Затраты на антиалкогольную пропаганду телеканалов, радиоканалов.

Затраты этого вида предполагается учитывать, выделяя фактическую долю затрат на антиалкогольную пропаганду и профилактику в данном году из общего объема годового бюджета на содержание телеканалов, радиоканалов. В 2008г. затраты на производство рекламных фильмов антиалкогольного содержания составили, по данным Белгостелерадиокомпаний, **54 миллиона рублей.**

### **5.2.1.2. Затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов с металкольными заболеваниями и созависимых**

Характер связи каждого, связанного с алкоголем состояния, определяет понятием «алкогольной фракции» - оценки доли различных типов смертности, заболеваемости и травматизма, обусловленных употреблением алкоголя. Такие оценки даются на основании результатов местных исследований и международных данных о распространенности этих состояний, а также употребления алкоголя с высоким и средним уровнями риска. В Республике Беларусь не проводились популяционные исследования по значению «алкогольной фракции» при различных заболеваниях, поэтому нам приходится ориентироваться на данные зарубежных исследований. При определении круга металкольных заболеваний, необходимо рассчитать показатели частоты и длительности госпитализаций в данном году данной по группе заболеваний (больничный этап), показатели частоты обращений и длительности пребывания на больничном листе (амбулаторный этап). Сумма расходов организаций здравоохранения на группу металкольных заболеваний по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации составит сумму прямых затрат по группе металкольных заболеваний.

Исследования, проведенные в двух городах России, обнаружили повышенное содержание алкоголя в крови значительного процента умерших от болезней системы кровообращения (Курск, 29% мужчин, 9% женщин, 1991 г.; Ижевск, 47% мужчин 20–55 лет, 1998–1999). Под маской значительной части сердечно-сосудистых диагнозов в обоих случаях скрывалось алкогольное отравление, поскольку дозы алкоголя, обнаруженные в крови у ряда умерших были смертельно опасными [89,90].

В то же время потребление алкоголя в значительных количествах (более трех стандартных порций алкогольных напитков или 36–42 г спирта в день) [125] является однозначно негативным, точно также как и воздействие ударных доз при не очень частом потреблении. В этом случае алкоголь увеличивает вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии [11,27,45,72,73,95,137,165].

Многие геморрагические инсульты спровоцированы потреблением алкоголя [112]. Такие инсульты характеризуются высокой летальностью, но смерть может наступить через определенный срок после инсульта, и повышенный уровень содержания алкоголя в крови умерших зарегистрирован не будет.

Частота алкоголизма среди мужчин, госпитализированных в связи с различными заболеваниями, по данным 33 стран, составляет от 4,8 до 45% [Moser J., 1974]. Во Франции в 1967 г. в больницах общего типа у 39% мужчин и у 13% женщин был выявлен хронический алкоголизм и на содержание и лечение больных алкоголизмом было затрачено 41,8% бюджетных средств больных общего профиля [Stendler F., 1974]. Обобщая результаты различных исследований, R.M. Murray (1978) отмечает, что у лиц с алкоголизмом частота панкреатитов достигает 60%, гастритов и пептической язвы желудка - 20%, туберкулеза - 15 - 20%, кардиомиопатии - 26 - 83%. Это преимущественно

заболевания, обусловленные систематическим злоупотреблением спиртными напитками. (Цит по Лисицин Ю.П. 1990). За период злоупотребления спиртными напитками у каждого четвертого больного формируется патология сердечно-сосудистой системы и пищеварительного тракта и у каждого девятнадцатого - органов дыхания.

На основании многолетних исследований в различных странах экспертами ВОЗ выделена следующая группа металкольных заболеваний и состояний, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 [42]:

Таблица 3.1.2.1 Группа металкольных заболеваний и состояний по МКБ-10

Код диагноза по МКБ-10	Диагностическая рубрика или причина заболевания либо смерти
C02, C03-C10, C12-C14, C06.9	Злокачественные новообразования рта и глотки
C15, C26,8	Злокачественные новообразования пищевода
C22	Злокачественные новообразования печени
C32	Злокачественные новообразования гортани
C50	Злокачественные новообразования молочной железы у женщин
F10.0, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7	Алкогольный психоз
F10.0, F10.2	Синдром зависимости от алкоголя
F10.0	Злоупотребление алкоголем
G40-G41	Эпилепсия
G62.1	Алкогольная полиневропатия
I10-I13, I15.0, I15.1, I15.8	Гипертензия
I42.6	Алкогольная кардиомиопатия
I47.1, I47.9, I48	Определенные виды сердечной аритмии
I160-I169, G45.0, G45.4, G45.8, G45.9	Инсульт
I185, I198.2	Варикозное расширение вен пищевода
K22.6	Жел-кишечн.разрывно-геморраг.синдром
K292.2, K290	Алкогольный гастрит
K70 (в т.ч. нек. виды фиброза и печен. недостаточности)	Алкогольный цирроз
K74 (в т.ч. фиброз), K76.0, K76.9	Алкогольный цирроз
K70, K74, K76.0, K76.9	Неуточненный цирроз
K80	Желчнокаменная болезнь
K85	Острый панкреатит
K86.1	Хронический панкреатит
K86.0	Хронический панкреатит, обусловленный употреблением алкоголя
O03	Спонтанный аборт
P05-P07	Недостаточный вес плода
L40.8, L40.2	Псориаз
T51.0	Токсическое действие метанола
T51.1	Токсическое действие метанола
V02-V05, V09.2-V09.9	Дорожный несчастный случай (транспортное средство с пешеходом)
V02-V05, V09, V12-V15, V17-V19, V20-V79, V80.3-V80.6	Дорожные несчастные случаи (с участием транспортных средств).
V01,V10-V11,V80.2 V88.9, V87.9	Другие дорожно-транспортные несчастные

	случаи
X45	Отравление алкоголем (отравления алкогольными напитками и другие отравления этанолом/метанолом)
W00-W19	Падение с высоты
X00-X09	Несчастные случаи при пожаре
W65-W74	Утопление
W78	Аспирация пищевых масс
W24, W29-W31, W49	Несчастные случаи, связанные с машинным оборудованием
W21, W22-W24, W29-W31, W49, W52	Несчастные случаи с объектами и оборудованием
X60-X84	Самоубийство
X85-X99, Y00-Y02, Y04-Y05, Y08-Y09	Преднамеренные повреждения другим лицам
Y07	Жестокое обращение с ребенком

Выделяя затраты системы здравоохранения и ведомственных учреждений здравоохранения на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию данной группы заболевания с использованием поправочных коэффициентов, мы сможем рассчитать сумму этих затрат. В эту же группу следует отнести такие виды прямых затрат, как:

- затраты на выезд и оказание экстренной медицинской помощи бригадами скорой медицинской помощи (психиатрические бригады) пациентам с хроническим алкоголизмом, пациентам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения [61].

- затраты на реанимацию и интенсивную терапию пациентов с хроническим алкоголизмом, пациентам, поступившим в состоянии алкогольного опьянения.

- затраты на реабилитацию металкогольных заболеваний и созависимых в системе Минздрава (санатории, профилактории).

Однако, эта группа затрат не представлена в полной мере в статистических базах, поэтому вести расчет можно либо с применением поправочных коэффициентов, либо необходимо провести исследования по определению доли затрат на этих пациентов в общем бюджете учреждений здравоохранения в данном году. По данным французских ученых, 38% затрат на больничную помощь в 2007г. во Франции, связаны со злоупотреблением алкоголем. По данным кафедры психиатрии и наркологии Читинской государственной медицинской академии до 50% пролеченных в общесоматическом стационаре г. Читы имели проблемы с алкоголем.

В нашей стране подобные исследования ранее не проводились. Для расчета затрат этого вида воспользуемся средним показателем доли затрат, обусловленных злоупотреблением алкоголя в 40%. Сумма затрат на оказание медицинской помощи в республике в 2008г. составила 4700млрд. руб. \* 40% = **1880 млрд. рублей.**

### **5.2.1.3. Затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом, вследствие пьянства и алкоголизма**

Затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом вследствие пьянства и алкоголизма, в том числе, экономические потери вследствие ДТП, травм, убийств, самоубийств, порчи и уничтожения имущества, содержанием части системы исполнения наказаний, ЛТП, вытрезвителей.

Уровень убийств зависит не только от нравственного состояния населения. Мощнейшим фактором уровня убийств в обществе является потребление алкоголя [46,103,96,113,141,168]. Большинство российских убийц пьяны в момент убийства [35,104], как и значительное количество самоубийц [96,97]. Огромен вклад алкоголя в

смертность от внешних причин: отравлений алкоголем, убийств, самоубийств, ДТП, травм, несчастных случаев [14, 37, 46, 166]. В 2004 г. в России 295379 человек были осуждены за преступления, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, что составило 37,2% от всех преступлений [96]. Среди мужчин 20–55 лет, умерших в Ижевске в 1998–1999 гг. от внешних причин, 52,3% имели концентрацию алкоголя в крови более 1,5‰ [36]. А. И. Лаужикас (1974) констатирует, что в каждом десятом случае насильственной смерти выявлялась острая алкогольная интоксикация. При смерти, связанной с воздействием низкой температуры, алкоголь в крови обнаружен в 82,2%, с механической асфиксией вследствие аспирации рвотных масс—в 66,2%, с повешением—в 58% и с утоплением— в 54,3% случаев. По данным N. Kessel, H. Walton (1967), в Англии в каждых 4 из 5 автодорожных происшествий причиной является алкогольное опьянение водителя или пешехода. По данным М. Е. Chafetz (1973), в США из 28 000 случаев смерти вследствие автомобильных аварий 2/3 приходится на лиц, злоупотреблявших, спиртными напитками. По данным 33 стран, неумеренное потребление спиртных напитков становится причиной дорожных автопроисшествий в 3—30% случаев [Moser J., 1974]. Так, С. Hensmann (1969) при обследовании заключенных установил, что 40% рецидивистов-правонарушителей судились в прошлом за совершение преступления в пьяном виде более 6 раз. В США более 1/3 всех арестов приходится на инциденты в общественных местах, совершаемых нетрезвыми лицами [Plaut F. A., 1967].

Нами выделены основные показатели, необходимые для оценки экономического ущерба, связанного с пьянством и алкоголизмом, учитываемые в системе Министерства Внутренних дел:

1. Число пострадавших в ДТП, связанных с участием транспортного средства, Общее количество административных правонарушений, совершаемых в Республике Беларусь в течение года по годам,
2. Количество административных правонарушений, совершаемых в Республике Беларусь в течение года, в состоянии алкогольного опьянения по годам.
3. Количество случаев реализации самогона и алкогольных напитков домашнего приготовления в течение года в Республике Беларусь по годам.
4. Общее количество уголовных правонарушений, совершаемых в Республике Беларусь в течение года.
5. Количество уголовных правонарушений, совершаемых в Республике Беларусь в течение года, в состоянии алкогольного опьянения по годам.
6. Балансовые расходы на содержание медицинских вытрезвителей по годам.
7. Число лиц, помещенных в медицинские вытрезвители в течение года.
8. Общее количество происшествий, приведших к смерти одного из участников происшествия в течение года.
9. Общее количество происшествий, приведших к смерти одного из участников происшествия в течение года, совершенных в состоянии алкогольного опьянения одного из участников.
10. Общее число неблагополучных семей, наблюдаемых участковыми инспекторами за год.
11. Число неблагополучных семей, признанных таковыми вследствие злоупотребления алкоголем родителями, наблюдаемых участковыми инспекторами за год.
12. Общее число случаев лишения родительских прав, вследствие отсутствия родительского воспитания по причине злоупотребления алкоголя родителями.

По Департаменту Исполнения Наказаний (ДИН):

1. Балансовые расходы на содержание лечебно-трудовых профилакториев по годам.

2. Общее число лиц, содержащихся в лечебно-трудовых профилакториях по годам.
3. Число лиц, содержащихся в лечебно-трудовых профилакториях по годам, в связи со злоупотреблением алкоголем.
4. Общее число лиц, осужденных по различным видам правонарушений, содержащихся в системе ДИН по годам.
5. Число лиц, осужденных по различным видам правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, содержащихся в системе ДИН по годам.

По Государственной автомобильной инспекции:

1. Общее число административных и уголовных правонарушений, связанных с участием транспортного средства, совершенных за год.
2. Общее число административных и уголовных правонарушений, связанных с участием транспортного средства, совершенных вследствие состояния алкогольного опьянения одного их участников.
3. Общее число транспортных средств, поврежденных в дорожно-транспортных происшествиях за год.
4. Общее число транспортных средств, поврежденных в дорожно-транспортных происшествиях, вследствие алкогольного опьянения одного из участников за год.
5. Общее число смертельных исходов в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), связанных с участием транспортного средства за год.
6. Число смертельных исходов ДТП, связанных с участием транспортного средства, совершенных вследствие состояния алкогольного опьянения одного их участников за год.
7. Общее число пострадавших в ДТП, связанных с участием транспортного средства, совершенных за год.
8. совершенных в состоянии алкогольного опьянения одного их участников за год.
9. Общее число административных и уголовных правонарушений, без участия транспортного средства, совершенных за год.
10. Число административных и уголовных правонарушений, без участия транспортного средства, совершенных на дороге за год, вследствие состояния алкогольного опьянения одного их участников.

При помощи данных показателей удастся количественно измерить долю происшествий по причине острого и хронического употребления алкоголя и рассчитать ущерб от этих происшествий. По данным Министерства внутренних дел в 2008г. 20,4% всех преступлений были совершены в состоянии алкогольного опьянения, 14% всех ДТП совершены лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. Расходы МВД на содержание лечебно-трудовых профилакториев составили **11,404 млрд. рублей**, расходы на содержание вытрезвителей – **7,262 млрд. руб.** в том же году. Расходы консолидированного бюджета в 2008г. по статьям «Правоохранительная деятельность и обеспечение безопасности» 2327млрд. рублей, «Органы внутренних дел» - 970 млрд. рублей, «Органы судебной власти» 129 млрд. рублей. Итого: **3426 млрд. рублей.**

$3426 \text{ млрд. руб.} * 20,4\% = 698 \text{ млрд. рублей.}$

Затраты вследствие пожаров, случившихся по вине лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, по данным Министерства чрезвычайных ситуаций, составили в 2008г. - **5,2 млрд. рублей.**

**- Расходы на содержание социальных сирот и инвалидов в домах-интернатах и школах-интернатах.**

Учет данного вида затрат основан на определении доли содержащихся в системе социального обеспечения и МЗ РБ лиц, помещенных вследствие пьянства и алкоголизма

родителей и опекунов. Для расчета этого вида затрат нами выделены такие показатели, как:

- 1) число сирот,
- 2) число инвалидов детства,
- 3) общее количество неблагополучных семей,
- 4) доля неблагополучных семей, вследствие пьянства и алкоголизма одного из родителей,
- 5) адресная помощь неблагополучным семьям,
- 6) число, несовершеннолетних, стоящих на учете в детской комнате милиции,
- 7) число учеников, обучающихся по программе вспомогательной школы,
- 8) число учеников, обучающихся в выравнивающих классах общеобразовательной школы.

По данным министерства труда и социальной защиты, на содержание социальных сирот в 2008г. потрачено **61,7млрд. рублей**, на выплаты малообеспеченным семьям (как правило вследствие злоупотребления алкоголем одним из родителей) - **0,535млрд. рублей**.

#### **- Расходы на транспорт, работу страховых агентов, оценку и выплату страховых возмещений в связи со смертью, травмами, повреждением или утратой имущества в страховых случаях в состоянии алкогольного опьянения.**

Учет данного вида затрат основан на определении доли страховых возмещений в страховых случаях, произошедших вследствие пьянства и алкоголизма участников страховых случаев. Для расчета этих видов затрат выделены следующие показатели:

- 1) общее количество страховых случаев по объектам недвижимости,
- 2) доля страховых случаев по объектам недвижимости, произошедшим, вследствие употребления алкогольных напитков участниками,
- 3) общее количество страховых случаев, связанных с возмещением повреждений транспортных средств,
- 4) доля страховых случаев, связанных с возмещением повреждений транспортных средств, вследствие употребления алкогольных напитков участниками.
- 5) общее количество страховых возмещений причиненного морального вреда,
- 6) доля страховых возмещений причиненного морального вреда, вследствие алкогольного опьянения одного из участников. Расчет затрат на так называемые социальные последствия пьянства и алкоголизма возможно провести вычленив расходы на сопровождение одного случая (оплата труда, транспортные издержки) на количество всех случаев.

В отличие от медицинских, в отношении социальных последствий нет столь существенных различий между привычным пьянством и алкоголизмом. Значительная часть перечисленных выше неблагоприятных социальных последствий сопровождает как привычное бытовое пьянство, так и алкоголизм. Данные показатели не отражены в формах обязательной отчетности Министерства финансов, поэтому затраты на страховые выплаты по поврежденному движимому и недвижимому имуществу необходимо запрашивать у крупных страховых компаний.

#### **5.2.2. Косвенные затраты**

##### **5.2.2.1. Экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие алкоголизма (Бремя алкогольное)**

Для оценки макроэкономических косвенных издержек, связанных с плохим здоровьем принято оценивать так называемое бремя болезней - совокупность различий между реальным состоянием здоровья населения и идеальной ситуацией, при которой люди живут максимально долго без болезней и нетрудоспособности. В основе этих различий лежат показатели преждевременной смертности, инвалидности и нетрудоспособности, а также воздействие ряда факторов риска, способствующих

возникновению и обострению болезней. Суммарным индикатором, сочетающим оценку влияния болезней, инвалидности и смертности на состояние здоровья является показатель DALY (утраченные годы жизни). Концепция глобального бремени болезней (ГББ), впервые обнародованная в 1996 г., является самой всесторонней и последовательной из предложенных до сих пор методик оценки заболеваемости и смертности [The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020 / Eds C. J. L. Murray, A. D. Lopez/ . Cambridge. - 1996. –P. 1-98].

Ведущие мировые специалисты, которые под руководством ВОЗ детально исследовали концептуальные, методологические и эмпирические основы измерения индивидуального и общественного здоровья [132,146,147,150], приходят к выводу о том, что обобщенные показатели здоровья населения могут рассчитываться с использованием моделей демографических таблиц дожития. К числу таких показателей можно отнести, например, показатель продолжительности здоровой жизни или показатель лет жизни, скорректированных с учетом нарушения здоровья [147]. Именно демографический подход может обеспечить корректную методологическую основу для агрегирования различных состояний, с которыми сталкивается индивидуум на протяжении жизни. Русскоязычные специалисты также придерживаются такого мнения [32,60,69]

Идеология расчета показателей DALY направлена на подсчет лет, спасенных для активной и дееспособной жизни. Для каждой конкретной причины смерти/заболеваемости расчет DALY включает число потерянных лет жизни (за счет смертности), а также число лет, прожитых в условиях той или иной степени утраты здоровья. Индекс DALY рассчитывается на основе двух составляющих:

а) Years of Life Lost (YLL) – годы потерянной (утраченной) жизни – разница между средней продолжительностью жизни и возрастом, в котором погиб индивид, рассчитывается на основе показателя смертности,

б) Years Lived with Disability (YLD) – годы жизни с нетрудоспособностью, это разница между продолжительностью трудоспособного возраста и возрастом, в котором человек прекратил трудовую деятельность еще до признания его инвалидом.

Зная количество лет жизни, потерянной вследствие того или иного заболевания можно выделить эффект упущенной выгоды, на основе которого можно рассчитать недополученный обществом доход, вследствие этого заболевания. Возраст смерти от заболевания может служить одним из показателей, при помощи которого рассчитывается первая часть утерянного дохода вследствие потерянных лет или экономических потерь, вследствие преждевременной смерти. Другую часть составляет утерянный доход вследствие инвалидности с показателем времени наступления инвалидности с поправкой числа лет до наступления инвалидности. Третью часть составляет общее число дней нетрудоспособности вследствие заболевания в данном году. Ученные потерянные годы и дни нетрудоспособности необходимо оценить в стоимостной форме. Для чего используются некоторые способы оценки стоимости утерянных лет человеческой жизни через оценку стоимости жизни: - стоимость человеческой жизни по оценке страховых компаний. – стоимость года человеческой жизни в недополученном ВВП на человека год, - измерение ценности человеческой жизни по стоимости работ, связанных с высоким риском утери жизни или здоровья, - стоимость человеческой жизни выраженная в денежной форме измеряется путем определения чистой приведенной стоимости выгод, которые другие лица (супруг, супруга, зависимые лица, иждивенцы, партнеры, работодатели) могли бы разумно ожидать от будущих усилий индивида, чья жизнь оценивается, с включением затрат на обеспечение безопасности.

Таким образом, на основании произведения стоимости года человеческой жизни и количества утерянных лет жизни вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголя можно оценить стоимость косвенного ущерба или другими словами недополученного обществом дохода, вследствие злоупотребления алкоголем в

стране. Так, в 2008г. число лиц, снятых с наркологического учета в связи со смертью составило 5600 человек, а ВВП на одного человека в 2008г. – 13200 тыс. рублей,  
 $5600 \text{ чел.} * 13200 \text{ тыс. руб.} = 73,92 \text{ млрд. рублей.}$

#### **5.2.2.2. Экономические потери в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие металкольных заболеваний (Бремя металкольное)**

Пьянство и алкоголизм классифицируются в разделе психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления алкоголя, которые размещаются в МКБ-10 в разделах алкогольная зависимость и употребление алкоголя с вредными последствиями. Однако приходится учитывать и другие последствия алкогольного хронического потребления, которые проявляются значительным числом заболеваний, регистрируемых другими разделами МКБ-10, обеспечивающими значительную часть экономических издержек. Такие заболевания формируют группу металкольных заболеваний, т.е. заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Характер связи каждого, связанного с алкоголем состояния, определяет понятием «алкогольной фракции» - оценки доли различных типов смертности, заболеваемости и травматизма, обусловленных употреблением алкоголя. Такие оценки даются на основании результатов местных исследований и международных данных о распространенности этих состояний, а также употребления алкоголя с высоким и средним уровнями риска.

Нарушение обмена витаминов (особенно группы В), а также непосредственное токсическое действие алкоголя обуславливают поражения периферической нервной системы, проявляющиеся в виде невритов, полиневропатий и других расстройств. Наблюдаемое при хроническом алкоголизме дрожание пальцев рук, век, кончика языка (особенно по утрам до приема алкоголя) может лишать человека возможности выполнять привычную работу. Почти у всех пьющих отмечаются расстройства вегетативной нервной системы (сильная потливость, похолодание кистей и др.). У длительно пьющих нередко наблюдается снижение остроты зрения, ослабление реакции зрачков на свет; в отдельных случаях снижаются слух и обоняние. Воздействие алкоголя на слизистую оболочку желудка выражается в нарушении всех его функций, развитии хронического алкогольного гастрита, обычно сопровождающегося значительным падением кислотности желудочного сока или ее полным отсутствием. Чем длительнее алкоголизм, тем более тяжелые изменения развиваются в слизистой оболочке желудка. Особенно пагубно влияние алкоголизма на печень; при длительном употреблении алкоголя развиваются хронический гепатит и цирроз печени. Алкоголизм - одна из частых причин заболеваний поджелудочной железы (панкреатита). Нередкой причиной смерти при алкоголизме, наряду с травмой, является сердечная или мозговая катастрофа. Алкоголь вызывает (в том числе и у лиц молодого возраста) нарушения регуляции тонуса сосудов, сердечного ритма, обмена в тканях сердца и мозга, необратимые изменения клеток этих тканей. Следствием таких нарушений могут быть остановка сердца, отек мозга. Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и другие поражения сердечнососудистой системы у злоупотребляющих алкоголем почти вдвое чаще приводят к смерти, чем у непьющих. Кроме того, у лиц, злоупотребляющих алкоголем, возможно развитие алкогольной миокардиопатии, которая также может быть причиной смерти. Почти половина случаев внезапной смерти от заболеваний сердца - следствие алкоголизма и пьянства [38,44,45,46].

Алкоголь оказывает вредное влияние на железы внутренней секреции, и в первую очередь на половые железы; снижение половой функции наблюдается у 1/3 лиц, злоупотребляющих алкоголем, и у больных хроническим алкоголизмом. Вследствие «алкогольной импотенции» у мужчин легко возникают различные функциональные нарушения центральной нервной системы (неврозы, реактивные депрессии и т. д.). У женщин под влиянием алкоголя преждевременно прекращаются менструации, снижается

способность к деторождению, развивается бесплодие, чаще наблюдаются токсикозы беременных,

На основании данных экспертов ВОЗ выделена группа металкогольных заболеваний и состояний, классифицируемая в соответствии с МКБ-10, которые приведены в Таблице 3.1.2.1 Соответственно, на основании произведения стоимости года человеческой жизни и количества утерянных лет жизни вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголя можно оценить стоимость косвенного ущерба или другими словами недополученного обществом дохода, вследствие металкогольных заболеваний. В нашей стране не проводились эпидемиологические исследования по определению доли алкогольной составляющей в смертности от различных причин. Поэтому придется воспользоваться рекомендациями ВОЗ. Тем более не проводилось исследований по оценке этого вида экономических потерь (бремени). Произведем этот расчет на основе показателей, рассчитанных в Австралии в 1999г. Количество потерянных лет жизни от всех причин и факторов риска в Австралии составило 2,5 миллиона лет или 137 лет на 1000 человек населения в год. Доля алкогольного злоупотребления в этой цифре в Австралии составляет 5%, таким образом,  $137 \text{ лет} * 5\% = 6,85 \text{ лет}$  на 1000 человек в год. Количество населения в 2008г. в республике составило 9650тыс. человек. Так число лет жизни, потерянных вследствие заболевания связанных с злоупотреблением алкоголем в 2008г. составило:  $6,86 \text{ лет} * 9650 = \mathbf{66102 \text{ года}}$ .

Возможны два варианта расчета стоимости потерянных лет вследствие злоупотребления алкоголем:

1. по уровню ВВП на душу населения.
2. по стоимости человеческой жизни.

В связи с тем, что нет разработанных критериев оценки стоимости человеческой жизни у нас в стране, воспользуемся цифрой ВВП на душу населения в 2008г., которая составила 13200 тыс. рублей.

Таким образом, стоимость потерянных лет жизни, вследствие причин, связанных со злоупотреблением алкоголем в 2008г. составила:  $66102 \text{ года} * 13200 \text{ тыс.руб.} = \mathbf{872,546 \text{ млрд.рублей}}$ .

### **5.2.2.3. Экономические потери вследствие безработицы**

Оценка экономических потерь государства вследствие скрытой и явной безработицы представляется возможно на основании показателей официальной безработицы и причин ее вызывающих. Так, необходимо вычлнить долю безработных, отсутствие работы у которых связано с пьянством и алкоголизмом, среди общего количества безработных. Расчет экономических потерь в этом случае, возможно провести, умножив количество безработных, вследствие пьянства на среднегодовой показатель произведенного ВВП на одного работающего в год. Показатели скрытой безработицы не отражены в официальных источниках и могут определяться при проведении дополнительных эпидемиологических популяционных исследований.

### **5.2.2.4. Экономические потери неимущественного характера - маргинализация и криминализация общества.**

Серьезный социальный вред, который может быть связан с потреблением алкоголя, включает семейные и другие межличностные проблемы, проблемы на работе, насильственные и иные преступления, социальную маргинализацию. Форма употребления алкоголя отдельного человека может отрицательно влиять на его собственную жизнь, разрушая брак и семью, приводя к потере работы и безработице, подталкивая к совершению преступления и в результате этого – к аресту, ускоряя переход в бездомное состояние или к иной форме маргинализации и стигматизации. Употребление алкоголя одним человеком может также влиять на других людей. Может сильно пострадать качество жизни членов семьи; коллеги по работе могут подменять и покрывать работника,

не вышедшего на работу из-за похмелья, и пьяные выходки могут привести к жертвам. Помимо этих межличностных проблем, пьянство может оказывать отрицательное воздействие на более крупные социальные группы или общество в целом. Например, более низкая индивидуальная производительность труда может повлиять на продуктивность рабочего места; шумные скопления пьяной молодежи в ночное время выходных дней могут сделать центр города нежелательным местом для пожилых людей. Отрицательные последствия на общественном уровне легче увидеть в небольших обществах. Например, общественные и религиозные обычаи, объединяющие местных жителей, могут быть разрушены в результате повторяющегося пьянства; существует много таких примеров разрушительного воздействия эндемичной интоксикации на коренное население. В крупных и комплексных обществах могут возникнуть также серьезные последствия на коллективном уровне, хотя они и менее легко различимы, за исключением таких редких обстоятельств, как вынужденное резкое изменение в употреблении алкоголя, например в результате забастовки персонала магазинов по продаже алкогольных напитков

Некоторые виды вреда от алкоголя связаны с реакциями других людей. Почти в каждом обществе употребление алкоголя в большей или меньшей степени морализируется, причем некоторым формам или обычаям употребления алкоголя иногда дается положительная оценка, но с другими формами всегда связывается отрицательная. В тех случаях, когда употребление алкоголя запрещено по религиозным или культурным соображениям, отрицательная оценка дается вообще любому употреблению алкоголя. Так формы употребления алкоголя отдельными людьми в повседневной жизни подвергаются социальной оценке в виде одобрения или неодобрения. Поэтому формы употребления алкоголя, особенно посредством их социальной оценки, участвуют в создании социальных неравенств, которые не столько связаны непосредственно с социально-экономическим статусом, сколько с маргинализацией, исключением из общества и стигматизацией.

Ведущая роль растущего общественного ущерба отводится преступности, в том числе содержанию преступников и затратах на обеспечение правопорядка. Исходя из оценок российских исследователей, более 30% всех преступлений совершается нетрезвыми людьми [89]. В республике Беларусь, по данным МВД в 2008г. 20,4%. По оценкам ВОЗ от 40 до 60 % всех смертей от преднамеренных и непреднамеренных телесных повреждений связано с употреблением спиртных напитков, что для Беларуси в 2009 году соответствовало потерям от 228 до 343 человеческих жизней [89]. Кроме этого, опьянение повышает риск стать жертвой преступления. Таким образом, можно рассчитать:

1) число предотвратимых преступлений = общее число совершенных преступлений \* 0,2;

2) интервал предотвратимых смертей от телесных повреждений =  
= {общее число убитых \* 0,4; общее число убитых \* 0,6}.

Из-за совершения преступлений под влиянием алкоголя осужденные отбывают наказание в тюрьмах, что влечет за собой помимо нанесенного вреда пострадавшим и потери государства на их содержание (рассмотрено в разделе прямых затрат), а также колоссальные косвенные и альтернативные издержки. К косвенным следует отнести: семейный разлад в семье осужденного, изменение характера, непринятие обществом после освобождения, в ряде случаев отказ в приеме на работу, что в свою очередь способствует духовно-нравственной деградации освободившегося, росту безработицы, повышению вероятности совершения новых преступлений, в частности с целью наживы. Так, можно рассчитать потери лет жизни осужденного, как одного из видов косвенных издержек:

Потери лет жизни осужденного = ожидаемая продолжительность жизни - среднее число лет осуждения за преступления, совершенные в состоянии опьянения.

Альтернативные издержки выражаются, главным образом, невыработкой ВВП вследствие отбывания наказания. Подобный ущерб в денежном эквиваленте может быть рассчитан следующим образом:

Невыработка ВВП = Ч. Осужд \* ВВП,

где Ч.Осужд - число осужденных более, чем на 1 год за преступления, совершенные в нетрезвом виде за год;

ВВП – валовой внутренний продукт в расчете на душу населения за год (5150долл в 2008г.).

Так в 2008г. в местах лишения свободы находилось 36732 человека. Из них 20,4% вследствие совершения преступления в состоянии алкогольного опьянения – 36732 чел. \* 20.4% = 7493 человека. Недополученный доход (невыработка ВВП) вследствие отбывания наказания в 2008г. составил: 7493чел. \* 13200 тыс. руб. = **98,907 млрд. рублей.**

Установлено, что прием 30 граммов алкоголя снижает эффективность умственной работы у испытуемых на 12-26% [Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейское бюро ВОЗ. Копенгаген, 1999. – 310 с.].

Исходя из данных о потреблении спиртных напитков населением Беларуси, которое в 2009 году составило 12,3 л. на душу населения в абсолютном алкоголе можно подсчитать совокупный ущерб интеллектуальной деятельности в стране. Потребление алкоголя в день в Беларуси составило 33 грамма, при способных оказывать влияние 30 граммах. Следовательно, из-за употребления алкоголя интеллектуальный потенциал страны был снижен более чем на 12-26%.

Серьезный урон наносится в возрасте до начала трудоспособности. Неоднократное или частое употребление алкоголя оказывает опустошающее воздействие на подростка, т.к. задерживается развитие высших форм мышления, выработка этических и нравственных категорий и эстетических понятий, утрачиваются уже развившиеся способности. Подросток деградирует в интеллектуальном, эмоциональном и нравственном плане.

Негативное влияние алкоголя на ребенка может быть оказано косвенными способами. Психическое, физическое и интеллектуальное развитие детей может пострадать по ряду семейных причин, но в их основе чаще всего находится алкоголь. Ребенок и семья, в целом может страдать из-за пьянства одного из родителей, способного привести к малообеспеченности, разводу, насилию в семье, смерти кормильца; из-за пьянства обоих родителей, приводящих к лишению родительских прав; из-за семейных проблем, повышающих риск употребления алкоголя самим ребенком. Алкоголизм родителей пагубно сказывается на воспитании подрастающего поколения. Безнравственная атмосфера в семье, потеря уважения к родителям не только приводят к замкнутости и озлобленности подростка, но и явственно отражаются на его социальной позиции, взглядах, мотивах поведения и т. д., обуславливают особую подверженность сторонним, дурным влияниям, формируя ориентацию на антиобщественное поведение и правонарушения, тягу к алкоголю. Наконец, к отрицательным социальным последствиям пьянства и алкоголизма следует отнести распространение и укрепление в популяции алкогольных обычаев и традиций, смягчение общественных и групповых норм потребления спиртных напитков. Такие традиции и обычаи способствуют дальнейшему увеличению потребления спиртных напитков (в пересчете на абсолютный алкоголь на душу населения), числа лиц с привычным пьянством и алкоголизмом, изменяют демографическую структуру лиц, злоупотребляющих спиртными напитками. В частности, это обуславливает возникновение новых медико-социальных проблем, связанных с алкоголизацией лиц подросткового и пожилого возраста, женщин, психически больных.

Низкий социально-экономический статус также может сделать форму употребления алкоголя более видимой, а пьющего – более уязвимым для маргинализации и стигматизации. Более положительные оценки употребления алкоголя также могут оказывать отрицательное влияние на общественное здравоохранение, делая более трудной

поддержку воздержания от употребления алкоголя или адекватную защиту более молодых людей от воздействия алкоголя. Во многих культурах существует четкая тенденция к маргинализации особенно тех, которые являются малообеспеченными, и обычно пьяными, и что существует много путей, по которым малообеспеченность может создавать возможности для стигматизации пьянства или усиливать ее. Контроль за употреблением спиртных напитков в общественных местах обычно является более сильным в местах проживания бедного населения. Бедные люди из-за отсутствия средств часто менее способны избежать отрицательных социальных последствий своего питья; более обеспеченные люди могут приобрести социальные или пространственные смягчители для своего поведения. Социальные реакции на то, что определяется как выходящее за установленные рамки поведение, может способствовать бедности: пьяница может потерять работу или его могут исключить из учебного заведения. Конечным результатом, особенно в богатых обществах, является очень сильное «перехлестывание» между самым маргинализированным населением и теми людьми, которые определяются как имеющие серьезные проблемы, связанные с алкоголем. Маргинализация и стигматизация чрезмерного употребления алкоголя может считаться частью попыток общества контролировать и, по возможности, уменьшать объективный социальный вред от алкоголя. Однако усилия общества установить контроль посредством стигматизации могут привести к дальнейшей маргинализации групп социального риска.

**- снижение фертильности в семьях зависимых от алкоголя, беспризорность и безнадзорность (эмоциональная материнская депривация)**

Отмечается негативное влияние потребления женщиной (а значит, и ее партнером) алкоголя на шансы стать матерью. При исключении из выборки больных алкоголизмом, составляющих в обществе ничтожное меньшинство (менее 1%), оказывается, что непьющие женщины рожали чаще. "Так, среди женщин, совсем не употреблявших алкоголь в течение месяца, рождаемость составила 6,1% (с 1995 по 2001 г.), среди пьющих 1–3 раза в месяц – 3,1%, среди пьющих 1–3 раза в неделю – 2,8%, зависимость от частоты потребления алкоголя мужем – обратная (за весь период наблюдений на более чем 200 случаев мужчин, пьющих 4 раза в неделю – всего 2 случая рождения детей)" [33].

Существует несколько типов семьи, в которой ребенок начинает потреблять спиртные напитки чаще, чем в других семьях. Формальные характеристики (социально-демографические) важны, но не они главные. Так, по данным социологических исследований [4], пьющие подростки в 31% случаев жили в структурно нарушенной семье (у неупотребляющих алкоголь подростков структурно нарушенная семья была в 12% случаев). У 51% подростков отношения между родителями были конфликтными даже при структурно целой семье (у неупотребляющих - у 21%), имели низкий образовательный уровень в 54% (у неупотребляющих - 15%), внимание детям было недостаточным в 53% семей (у неупотребляющих - в 13%). Современные дети видят примеры пьянства с ранних лет. В детских садах 75% детей играют в «гости» с взаимным «угощением» вином; 34% девочек и 43% мальчиков уже пробовали пиво; 13% девочек и 30% мальчиков - водку. Число «пробовавших» растет с годами, достигая 75% к старшим классам школы. Злоупотребление спиртными напитками одним из супругов – частая причина распада семьи. По статистике (Н.А. Виноградов и А.В. Качаев), более 18% страдающих алкоголизмом порвали с семьей, 11% под угрозой развода, 68% - пропивают практически всю зарплату. В результате пьянства одного из супругов семья теряет от 40 до 70% семейного бюджета. Число умственно отсталых детей прямо пропорционально длительности злоупотребления алкоголем родителями. Дети лиц, злоупотребляющих алкоголем, медленнее развиваются физически и психически (позже начинают ходить, говорить и др); у них чаще наблюдаются различные пороки развития, умственная отсталость, эпилепсия и т. д. Даже однократное опьянение одного из супругов в день, когда произошло зачатие, употребление спиртных напитков беременной женщиной приводят к различным уродствам плода. Обследовав 8196 детей, страдающих

идиотизмом, швейцарский психиатр Бенцан установил, что все они были зачаты родителями во время праздников, связанных с употреблением больших доз алкоголя (свадьба, карнавал); по данным франц. психиатра Буренвиля, среди детей, страдающих слабоумием и умственной отсталостью, наследственность отягощена алкоголизмом более чем в 40% случаев [98].

Существует методика для определения дохода (экономического эффекта) от сохранения жизни ребенка [88].

$$D = \frac{ВВП}{P} * T_p - \frac{[ФСЗН * T_n + (Бно + Бфк) * T_{cp} + Бобр * T_{обp}]}{N} - CЗ * T_{cp},$$

где:

D – доход, полученный государством от дополнительно рожденной жизни,

ВВП – валовый внутренний продукт,

P – численность экономически активного населения,

T<sub>cp</sub> – средняя длительность трудового периода,

ФСЗН – расходы Фонда социальной защиты Министерства труда и социальной защиты на трансферты населению,

T<sub>n</sub> – средняя длительность нетрудового периода,

Бно – расходы государственного бюджета на национальную оборону, правоохранительную деятельность и обеспечение внутренней безопасности,

Бфк – расходы государственного бюджета на физическую культуру, спорт, культуру и средства массовой информации,

T<sub>cp</sub> – средняя продолжительность предстоящей жизни,

Бобр – расходы государства на образование,

T<sub>обp</sub> – средняя длительность периода получения образования.

N – численность населения,

CЗ – минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя.

Использование этого подхода при реализации репродуктивных установок вместо алкогольных, позволяет через расчет увеличения коэффициента рождаемости вычислить доход государства от дополнительно рожденной жизни. Здесь, однако, не учитывается предотвращенный ущерб от аборт.

#### **- Экономические потери от снижения рождаемости по причине пьянства**

Для оценки экономических потерь от снижения рождаемости по причине пьянства можно предложить другой вариант расчета. В связи с постоянным пьянством мужа и/или жены имеют место серьезные экономические потери от снижения рождаемости. В семьях фертильного, т.е. репродуктивного возраста, где муж и/или жена потребляют алкоголь чаще 5 раз в неделю, рождаемость близка к нулевой.

По данным Института социологии НАН Беларуси привычное пьянство характерно для 11% взрослого населения (2005 год) и 8% 2007 год.

В 2009 году в Республике Беларусь родилось 109263 детей. Следовательно, можно предположить, что число детей могло быть и больше, по крайней мере, на 8%, т.е. примерно на 9 тысяч человек. С экономических позиций это может означать следующее:

- недополученную обществом величину валового внутреннего продукта, пропорционально возможному будущему экономическому вкладу нерожденных детей;

- потенциальные потери домашних хозяйств на величину дохода, приносимого одним членом семьи из этого количества;

- недополученный обществом результат труда родителей и членов семьи, связанный с воспитанием и обеспечением детей, которые могли бы родиться, т.е. этих 9 тысяч человек.

Если считать среднегодовой доход домашнего хозяйства в 21,6 млн. рублей, то, например, потери домашних хозяйств, исходя из дохода на одного члена семьи в год (1,8 млн. рублей) могут быть равны за год (1,8 млн. рублей × 9 тыс. чел.) = **16,2 млрд. рублей.**

Если, за основу для оценки экономического ущерба взять величину ВВП в расчете на одного жителя Республики Беларусь в размере **13,2 млн. рублей**, то общая величина недополученного ВВП может исчисляться суммой **118, 6 млрд. рублей.**

**- деформация системы общественных ценностей, распространение субкультуры алкоголезависимых, ущерб духовно-нравственному потенциалу.**

Алкоголизм родителей пагубно сказывается на воспитании подрастающего поколения. Безнравственная атмосфера в семье, потеря уважения к родителям не только приводят к замкнутости и озлобленности подростка, но и явственно отражаются на его социальной позиции, взглядах, мотивах поведения и т. д., обуславливают особую подверженность сторонним, дурным влияниям, формируя ориентацию на антиобщественное поведение и правонарушения, тягу к алкоголю. Наконец, к отрицательным социальным последствиям пьянства и алкоголизма следует отнести распространение и упрочивание в населении алкогольных обычаев и традиций, смягчение общественных и групповых норм потребления спиртных напитков. Такие традиции и обычаи способствуют дальнейшему увеличению потребления спиртных напитков (в пересчете на абсолютный алкоголь на душу населения) и числа лиц с привычным пьянством и алкоголизмом, изменяют демографическую структуру лиц, злоупотребляющих спиртными напитками. В частности, это обуславливает возникновение новых медико-социальных проблем, связанных с алкоголизацией лиц подросткового и пожилого возраста, женщин, психически больных. Созависимость может развиваться и у других членов семьи алкоголика, в том числе и у детей. Это негативным образом сказывается на их дальнейшей жизни, поскольку, будучи взрослыми они склонны к формированию дезадаптивного стиля поведения, включая злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, а также развитию невротических и личностных расстройств.

**- Экономические потери вследствие распада семей из-за пьянства и алкоголизма**

Злоупотребление алкоголем является причиной каждого седьмого развода [53].

Республика Беларусь относится к числу стран с высоким уровнем разводов. Она является одним из мировых лидеров в распаде семей.

По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь в Беларуси в январе-июне 2010 года на 1000 браков приходилось 593 развода. В январе-июне 2009 года – 555 расторжений браков. За первое полугодие 2010 года в Республике Беларусь распалось 17 тысяч семей, т.е. примерно 3,5 тысяч семей по причине пьянства и алкоголизма [2].

По данным российского исследователя Д.М. Чечота, 70% бракоразводных дел в России возбуждаются по инициативе жен, в то время как в США в 15% (85% по инициативе мужа), что объясняется их материальной зависимостью от мужа. Такая ситуация во многом объясняется малой степенью экономической зависимости жены от мужа в российских семьях. Это в значительной степени характерно и для белорусских семей.

Экономическая независимость жены от мужа особенно характерна для городских семей. Семьи в сельской местности Беларуси в 2-3 раза крепче (в печати приводятся различные данные). В 1950 году в сельской местности Белоруссии не распался ни один брак.

Пьянство и алкоголизм одного из супругов на фоне высокой экономической самостоятельности каждого из них являются мощным ускорителем для распада семей.

Одной из серьезных задач, с которыми сталкиваются супруги после развода, является проблема стабилизации финансово-экономического положения семьи.

Финансовые трудности заставляют разведенных супругов искать сверхурочную или новую, высокооплачиваемую работу, чтобы свести бюджет в новых условиях, либо, напротив, отказаться от престижной и финансово выгодной работы, чтобы освободить время для ухода за детьми и их воспитания. В любом случае кардинальное изменение социальной ситуации развития семьи, пережившей развод, сопровождается изменением образа жизни, в том числе пересмотром прежде сложившихся моделей исполнения ролей.

Супруг, совместно проживающий с ребенком, должен научиться эффективно справляться с множеством ролей, ранее распределявшихся между мужем и женой таким образом, чтобы ролевая перегрузка не наносила ущерба воспитанию ребенка. Супруг, отделившийся от семьи, стоит перед задачей интенсификации общения с ребенком так, чтобы компенсировать временной недостаток общения с ним, неизбежный при раздельном проживании.

С экономических позиций развод, т.е. как правило, уход отца (реже матери) из семьи означает:

- потерю дохода, который семья имела от ушедшего родителя (отца как правило);
- отсутствие полноценного воспитания детей, в том числе и экономического;
- усложнение процесса становления социально-экономически зрелых целей жизни для детей;
- увеличение проявлений девиантного поведения детей в обществе, влекущего социально и экономически негативные последствия (правонарушения, психические отклонения, заболевания, инвалидность и ограниченную социальную и трудовую активность);
- снижение способности одним супругом обеспечить полноценное экономическое функционирование семьи, как первичной социально-демографической и экономической ячейкой структуры общества;
- увеличение вероятности проявления у матери явлений «созависимости», потому что алкоголизм в настоящее время все чаще рассматривается как семейная болезнь, что означает значительную трату трудоспособности как матерью, вследствие психологических проявлений «созависимости», так и детьми, которые тоже подвержены высокому риску алкогольной зависимости.

Для примерной экономической оценки последствий от разводов, необходимо принять условие, что отец и мать обеспечивают бюджет семьи в равных долях, т.е. примерно по 50%, и допустить, что в виде алиментов и добровольных выплат возвращается примерно 25% доходов ушедшего из семьи супруга, то можно получить следующие характеристики экономических последствий распада семей. В 2009 году денежные доходы населения в Республике Беларусь составляли 87605 млрд. рублей. Если следовать сделанному выше допущению, то недополучение доходов семьями, из которых ушел один из родителей (как правило отец), будет оцениваться в следующих размерах. По данным выборочного обследования домашних хозяйств в Республике Беларусь в 2009 году в домашних хозяйствах с одним ребенком располагаемые ресурсы на одного члена семьи составляли 5,97 тыс. рублей, или на семью (3 чел.) примерно 1,8 млн. рублей в месяц, что равно 21,6 млн. рублей в год.

За первое полугодие 2009 года распалось около 3,5 тысяч семей по причине пьянства и алкоголизма одного из супругов, т.е. за год 7 тысяч семей. Их годовой доход составляет примерно 151 млрд. рублей. Приняв сделанные выше допущения, экономические потери семей от развода супругов по причине пьянства составят примерно 40 млрд. рублей. Однако эта цифра минимальная, потому что взято условие равного заработка мужа и жены. Кроме того, не учтено и то, что муж, пьющий и тем более страдающий алкоголизмом, как правило, мало участвует в экономическом обеспечении семьи после развода. Нужно иметь в виду и то, что расчет сделан только по разводам за один 2009 год. Но имеется большое количество семей неполных в результате разводов в прошлые годы, которые следует принимать к расчету с учетом «упущенной выгодой». На основе

косвенных данных переписей населения в Республике Беларусь, насчитывается примерно 12-15% семей с одним из родителей. Если допустить, что 50%, из них таковыми являются по причине разводов, а из этого количества 15% по причине пьянства и алкоголизма, это составит примерно 25 тысяч семей. «Упущенная экономическая выгода» семей, разведенных в годы, предшествующие 2009 году, в таком случае будет равна 540 млрд. рублей, а с разводами по причине пьянства и алкоголизма в 2009 году примерно 580 млрд. рублей.

Бракоразводные дела в 70% случаев инициируют женщины. По некоторым другим данным в 47% случаев причиной бракоразводных дел, возбуждаемых по инициативе женщин, является пьянство и алкоголизм [68]. Следовательно, из 100 разводов по инициативе жен, примерно 33 обусловлены пьянством мужа. Добавив сюда разводы по инициативе мужа по причине пьянства жен, можно допустить, что 40% всех разводов происходит из-за пьянства и алкоголизма одного из супругов. Отсюда следует, что из 17 тысяч семей, распавшихся в первом полугодии 2009 года, примерно 6,8 тысяч или 13,6 тысяч за год распались по причине пьянства и алкоголизма. Экономические потери в таком случае будут равны уже не 40 млрд. рублей, а около **80 млрд. рублей**.

В этих явлениях особенно четко проявляется эффект «накопленного вреда», вследствие пьянства и алкоголизма.

### 5.3. МИКРОЭКОНОМИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ЗАТРАТ

#### 5.3.1. Потери на уровне домохозяйств

##### 5.3.1.1. Расходы домохозяйств на приобретение и изготовление алкогольных напитков

Средние расходы на алкоголь гражданами республики можно оценить на основе расчета потребления алкогольных напитков на душу населения. Для этого возможно:

1. просуммировать данные об общем объеме розничного товарооборота по каждому виду алкогольной продукции в рублях;
2. рассчитать соотношение полученной суммы на среднегодовую численность населения.

Результаты расчета средних годовых расходов на алкогольные напитки в Республике Беларусь в текущих ценах представлены в таблице 2.

Таблица 4.1.1.1 Расходы на алкогольную продукцию населением Республики Беларусь за период 2005-2008 гг., в текущих ценах

Годы	Общий объем розничного товарооборота по всем видам алкоголя, млн.руб.	Среднегодовая численность населения, тыс. чел.	Расходы на алкоголь в среднем на 1 чел. в год, тыс.руб.
2005	2440163	9775,5	249,6
2006	3038676	9732,5	312,2
2007	3622913	9702	373,4
2008	4868683	9681	502,9

Источник данных: Стат. сб. Розничная торговля Республики Беларусь, 2006, 2007, 2008, 2009; [58].

Данные о расходах на алкогольную продукцию в среднем на человека могут быть использованы для пересчета расходов на алкоголь домашних хозяйств. Путем умножения полученной суммы расходов на одного члена домашнего хозяйства на средний размер хозяйства. В результате, исходя из данных переписи 1999 года о среднем размере

домашнего хозяйства, в 2008 году расходы в среднем за год составили 1307,5 тыс. руб. на домашнее хозяйство (502,5\*2,6) или почти 110 тыс.руб. в месяц.

Расчетные данные сильно отличаются от полученных выборочным путем. Национальный статистический комитет Республики Беларусь с 1995 года ежегодно проводит выборочное обследование 6000 домашних хозяйств (семей) по методологии, соответствующей международным стандартам. Обследование проводится во всех областях республики и в г. Минске, им охвачено 49 городов и поселков городского типа и 53 сельских Совета. Обследование строится на принципах добровольного участия в нем домашних хозяйств. Домашние хозяйства, попавшие в отбор, обследуются в течение года, по истечении которого происходит их замена.

Генеральную совокупность при отборе составляет общее число проживающих в Республике Беларусь домашних хозяйств, за исключением коллективных домашних хозяйств, а также студентов, проживающих в общежитиях. Выборочная совокупность составляет часть (0,2%) генеральной совокупности домашних хозяйств.

По результатам 2008 года расходы на покупку алкоголя в расчете на домашнее хозяйство составили 23,674 тыс. руб. в месяц или 284,1 тыс. руб. в год. При этом доля расходов на покупку алкоголя чуть ниже доли расходов на здравоохранение и культуру, отдых и спорт, и даже выше расходов на образование (Рис. 4.1.1.1)

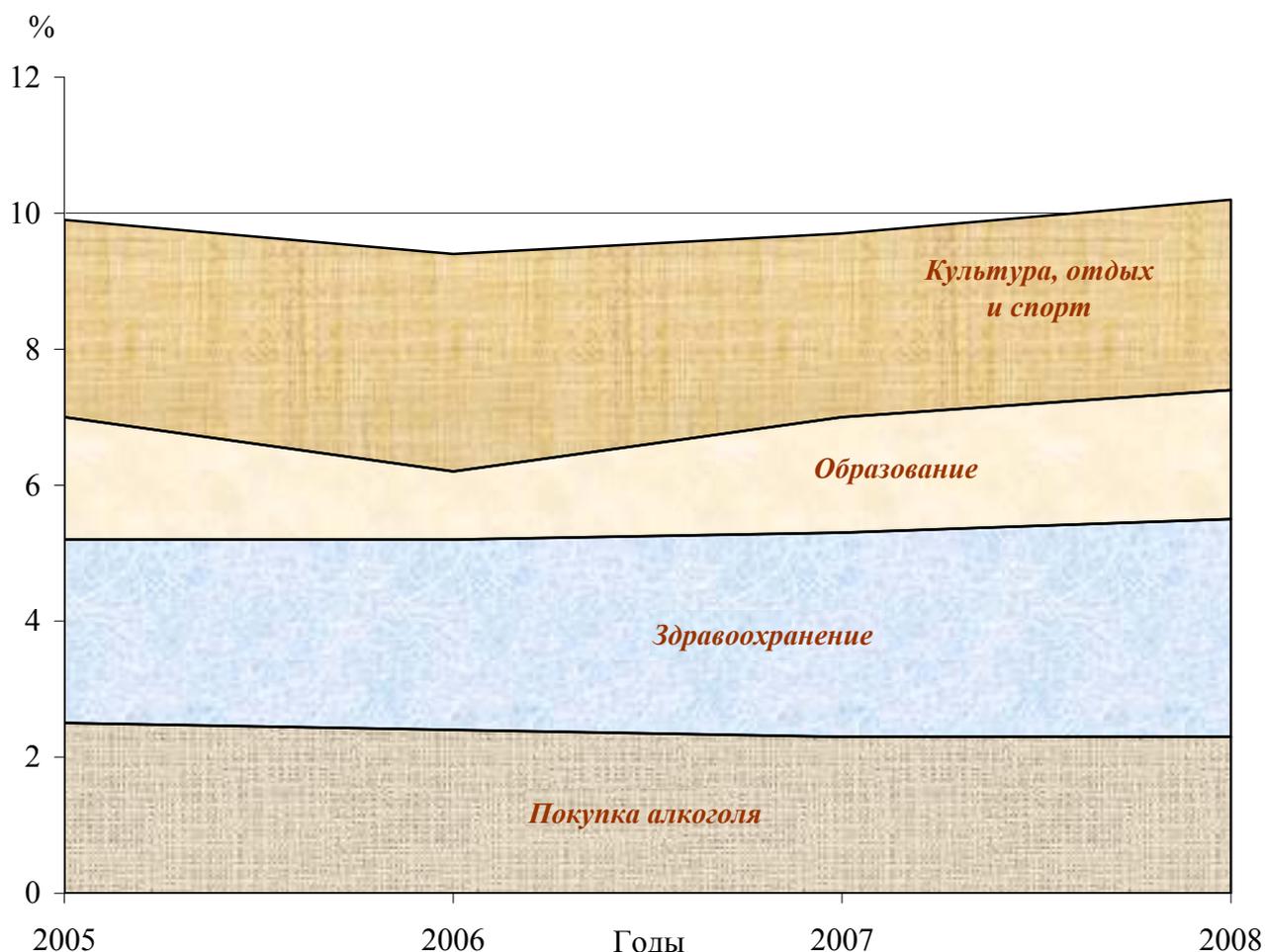


Рис. Некоторые статьи расходов в общем объеме расходов в расчете на домашнее хозяйство в месяц за период 2005-2008 гг., в процентах.

Однако согласно результатам выборочных национальных обследований, в частности в европейских странах, объем потребляемого алкоголя составляет лишь 40-60% объема

его фактических продаж [138]. Поэтому говорить о достаточной репрезентативности выборки в отношении расходов на алкоголь не считается возможным. Соккрытие реальных расходов на алкоголь может быть объяснено различными причинами. Прежде всего, это социально-культурные причины, место и роль алкоголя в той или иной культуре, существующая в обществе терпимость к его потреблению, наличие у людей мотивов и намерений скрывать информацию о личном потреблении спиртного [89]. Достоверность данных во многом связана с определенными психологическими чертами личности, в частности, со способностью сопротивляться реальному или воображаемому давлению социальной среды, ближайшего окружения. Чувство неловкости, смущения, желание уйти от ответа возникает у участников опросов из-за боязни уронить свой авторитет, утратить уважение, быть осмеянными, подвергнуться осуждению и т.д. Поэтому респондент зачастую скрывает правду, согласовывает свой ответ с вероятным ответом людей, чье мнение или поведение он считает "правильным", авторитетным или вообще уклоняется от ответа. При объяснении причин уклонения от ответов и их неполноты нельзя сбрасывать со счетов влияние такого фактора как присутствие во время опроса других членов семьи. Оно может оказывать ситуационное давление и быть причиной сознательного искажения информации о потреблении алкоголя, если опрашиваемые не заинтересованы в том, чтобы об этом узнали другие члены семьи, что может повлечь наказание за факт потребления, возникновение конфликта из-за не санкционированного расходования денег на покупку алкоголя, по другим мотивам. Существует также вероятность, что член домашнего хозяйства, который заполняет опросник, может не знать о реальных расходах на покупку алкоголя других членов.

Исследование Отдела здравоохранения, питания и населения Всемирного банка показало, что существует взаимосвязь между алкоголем и бедностью. Среди самых малоимущих людей в обществе часто встречаются самые высокие уровни такой смертности, которая вызвана потреблением спиртных напитков. Алкогольные напитки часто составляют значительную часть расходов семьи. В 1991 г. жители Румынии, в среднем, тратили 11% своих семейных доходов на алкогольные напитки, а домохозяйства в Зимбабве – 7%. Однако такой усредненный национальный показатель скрывает истинное бремя тех семей, где есть пьющие. Семьи в Дели, где мужья часто пьют, тратили 24% своих семейных доходов на алкогольные напитки (для сравнения, другие семьи тратили 2%). Опросы малоимущего городского населения в Шри-Ланке показали, что 30% семей употребляют алкоголь и тратят на него более 30% своих доходов [26].

При расчетах расходов на алкоголь следует также учитывать, что алкоголь потребляется взрослым населением, а также подростками. Следовательно, из численности населения необходимо вычесть численность детей. Результаты представлены в таблице

Таблица

Расходы на алкоголь в среднем на 1 человека трудоспособного возраста и старше в Республике Беларусь за период 2005-2008 гг., в текущих ценах

Годы	Общий объем розничного товарооборота по всем видам алкоголя, млн.руб.	Среднегодовая численность населения в трудоспособном возрасте и старше, тыс. чел.	Расходы на алкоголь в среднем на 1 чел. в год, тыс.руб.
2005	2440163	8124	300,4
2006	3038676	8135,5	373,5
2007	3622913	8141,5	445,0
2008	4868683	8143	597,9

Источник данных: Стат. сб. Розничная торговля Республики Беларусь, 2006, 2007, 2008, 2009; [62].

Таким образом, в 2008 году человеком трудоспособного возраста и старше было потрачено на алкоголь в среднем 600 тысяч рублей, т.е. по 50 тысяч рублей ежемесячно.

Расчеты расходов на алкогольную продукцию, приведенные выше, позволяют получать усредненные суммы, т.к. в их основе данные о численности либо всего населения, либо о численности населения трудоспособного возраста и старше.

Однако далеко не все члены общества потребляют спиртные напитки. По результатам обследования причин семейного неблагополучия 22% женщин и 6,5% мужчин совсем не употребляют алкоголь, а 61,% женщин и 48% мужчин употребляют только по праздникам [84, с.236]. Вследствие этого, к постоянно употребляющим следует отнести 16,7% женщин и 45,5% мужчин.

Следовательно, для расчета расходов на алкоголь пьющего человека, учитывается только доля употребляющих. Результаты представлены в таблице 4.1.1.3

Таблица

Расходы на алкоголь в среднем на 1 пьющего человека в Республике Беларусь за период 2005-2008 гг., в текущих ценах

Годы	Общий объем розничного товарооборота по всем видам алкоголя, млн.руб.	Среднегодовая численность женщин, тыс.чел.	Среднегодовая численность мужчин, тыс.чел.	Доля пьющих женщин, тыс.чел.	Доля пьющих мужчин, тыс.чел.	Расходы на алкоголь в среднем на 1 пьющего чел. в год, тыс.руб.
А	1	2	3	$4=2*0,167$	$5=3*0,455$	$6=1/(4+5)$
2005	2440163	4569,5	5206	763,1	2368,7	779,1
2006	3038676	5187	5187	866,2	2360,1	941,8
2007	3622913	5173,5	5173,5	864,0	2353,9	1125,9
2008	4868683	5164	5164	862,4	2349,6	1515,8

Источник данных: Стат. сб. Розничная торговля Республики Беларусь, 2006, 2007, 2008, 2009; [62].

Результаты расчетов свидетельствуют, что в Беларуси один человек, постоянно употребляющий алкоголь, в год в среднем тратит более полутора миллионов рублей или 126 тысяч ежемесячно.

Таким образом, для расчета расходов на алкогольные напитки населением рекомендуется пользоваться данными о продаже спиртного на территории Республики Беларусь. Результаты выборочного обследования домашних хозяйств относительно суммы расходов на алкоголь не являются репрезентативными в силу своей специфики. Исходя из цели исследования, рекомендуется использовать:

- 1) данные о среднегодовой численности населения при расчетах о расходах в среднем на одно домохозяйство в год;
- 2) данные о среднегодовой численности населения в трудоспособном возрасте и старше при расчетах расходов в среднем на одного человека в год;
- 3) данные о численности пьющих мужчин и женщин при расчетах расходов на одного пьющего человека в год.

Общепринята точка зрения, что алкогольные напитки не относятся к продуктам питания, потому что природой не заложена в человеке физиологическая необходимость их потребления. Не только живые существа, но и многие люди по внутренним или религиозным убеждениям обходятся без их употребления. Если и вырабатывается потребность в этих продуктах, то она носит скорее психофизиологический и социокультурный характер. Причем в последнем случае нужно говорить о групповых или

массовых традициях (свадьбы, торжественные или траурные события, знаковые события в жизни и другие), отказ от которых может расцениваться группой, сообществом или обществом как нарушение общепринятых норм, что по последствиям будет более значимым, чем потребление самого алкоголя.

Но, тем не менее, массовое пьянство и тем более алкоголизм рождаются на основе широкого товарного предложения алкогольных напитков, прежде всего предприятиями торговли.

В 2008 году в Республике Беларусь было реализовано через официальные каналы реализации, т.е. через розничную торговую сеть и общественное питание водки и ликероводочных изделий на сумму 1874,5 млрд. руб., вина – 1402,6 млрд. руб., коньяку – 118,5 млрд. руб., вин игристых и шампанского 179,1 млрд. руб., всего – 3574,7 млрд.руб. Кроме того, было продано пива на сумму 1293,9 млрд. руб.

Другие официальные данные (по состоянию на 10.09.2010 г.) свидетельствуют, что динамика расходов на все товары, непродовольственные товары, продовольственные товары, из которых продукты питания и алкогольные напитки соотносятся следующим образом (табл. 4.1.1.4) [1, с.457].

Таблица

Динамика физического объема розничного товарооборота продовольственных и непродовольственных товаров в Республике Беларусь в течение 1990-2008 гг. [1, с.457]

Товарные группы	Розничный товарооборот - всего	В том числе			
		продовольственные товары	из них		непродовольственные товары
Годы			продукты питания	алкогольные напитки	
<b>Миллиардов рублей</b>					
1990	18,7	8,4	6,0	2,4	10,3
1995 <sup>1)</sup>	46853,2	29363,3	24139,5	5223,8	17489,9
1996	90567,8	53496,2	43833,1	9663,1	37071,6
1997	169299,8	98093,8	79707,9	18385,9	71206,0
1998	361370,2	200889,8	164902,4	35987,4	160480,4
1999	1502027,8	857667,6	707434,6	150233,0	644360,2
2000 <sup>2)</sup>	4196,5	2545,5	2019,6	525,9	1651,0
2001	8171,2	4957,8	3997,9	959,9	3213,4
2002	11909,5	7333,0	5872,1	1460,9	4576,5
2003	15170,2	9109,8	7458,4	1651,4	6060,4
2004	19452,1	10842,8	8746,0	2096,8	8609,3
2005	25230,4	13559,2	11006,2	2553,0	11671,2
2006	31061,8	16096,8	12913,4	3183,4	14965,0
2007	38168,3	19500,4	15369,6	4130,8	18667,9
2008	50650,7	25079,9	20016,6	5063,3	25570,8
<b>В процентах от общего объема товарооборота</b>					
1990	100	44,9	32,3	12,6	55,1
1995	100	62,7	51,5	11,2	37,3
1996	100	59,1	48,4	10,7	40,9
1997	100	57,9	47,1	10,8	42,1
1998	100	55,6	45,6	10,0	44,4

Продолжение табл. 1

1999	100	57,1	47,1	10,0	42,9
2000	100	60,7	48,1	12,6	39,3
2001	100	60,7	48,9	11,8	39,3
2002	100	61,6	49,3	12,3	38,4
2003	100	60,1	49,2	10,9	39,9
2004	100	55,7	44,9	10,8	44,3
2005	100	53,7	43,6	10,1	46,3
2006	100	51,8	41,6	10,2	48,2
2007	100	51,1	40,3	10,8	48,9
2008	100	49,5	39,5	10,0	50,5

<sup>1)</sup> С учетом деноминации 1994 г. (уменьшение в 10 раз).

<sup>2)</sup> С учетом деноминации 2000 г. (уменьшение в 1000 раз).

Если оценивать динамику продаж этих товарных групп, что естественно положительным является опережающий рост продаж, т.е. покупок населением непродовольственных товаров. Хотя причины здесь можно рассматривать двояко. Их еще или мало в семьях, или цены на них растут чуть быстрее, чем на алкоголь. Но, тем не менее, если судить по данным официальных продаж (табл. 4.1.1.4) с 2000 по 2008 гг. алкогольный товарооборот увеличился в 9,6 раз, оборот продуктов питания (без алкоголя) – в 9,9 раза, а непродовольственных товаров – в 15,5 раза.

О динамике продаж основных групп потребительских товаров можно судить и по темпах их роста в течение 2000-2008 гг. (табл. 4.1.1.5).

Можно видеть, что темпы покупок алкоголя относительно других основных товарных групп изменяются. И прямо скажем, не в пользу алкоголя. Но все же алкоголя потребляем мы очень много, несмотря на снижение даже абсолютных его показателей. С 2000 по 2008 год образно говоря мы пьем и закусываем одинаково хорошо.

Таблица

Индексы физического объема розничного товарооборота продовольственных и непродовольственных товаров (в сопоставимых ценах; в процентах) [1, с.456]

Годы	Розничный товарооборот - всего	В том числе			
		продовольственные товары	из них		непродовольственные товары
			продукты питания	алкогольные напитки	
<b>1990 = 100</b>					
2000	103,4	103,4	83,0	187,2	107,6
2001	132,6	129,4	103,7	235,7	143,0
2002	147,8	141,4	111,0	280,2	164,5
2003	163,0	153,8	121,1	301,5	185,1
2004	181,7	154,1	118,9	330,1	237,7
2005	218,0	173,1	133,4	372,4	308,3
2006	255,9	193,5	146,7	445,4	382,0
2007	293,8	214,2	159,2	531,8	455,3
2008	350,2	236,0	175,6	585,0	586,0
<b>1995 = 100</b>					
2000	240,1	199,3	194,3	244,2	305,7
2001	307,8	249,3	242,7	307,4	406,3
2002	343,2	272,5	259,7	365,5	467,2

2003	378,5	296,6	283,3	393,3	525,6
2004	421,9	297,2	278,2	430,7	674,9
2005	506,3	333,8	312,1	485,8	875,3
2006	594,4	373,2	343,3	581,0	1084,5
2007	682,4	413,1	372,5	693,7	1292,7
2008	813,4	455,2	410,9	763,1	1663,7
<b>2000 = 100</b>					
2001	128,2	125,1	124,9	125,9	132,9
2002	142,9	136,7	133,6	149,7	152,8
2003	157,7	148,8	145,8	161,1	171,9
2004	175,8	149,1	143,2	176,4	220,7
2005	211,0	167,4	160,7	199,0	286,2
2006	247,7	187,2	176,8	238,0	354,6
2007	284,4	207,2	191,8	284,2	422,7
2008	339,0	228,3	211,6	312,6	544,0
<b>Предыдущий год = 100</b>					
2000	111,8	112,0	111,5	114,2	111,4
2001	128,2	125,1	124,9	125,9	132,9
2002	111,5	109,3	107,0	118,9	115,0
2003	110,3	108,8	109,1	107,6	112,5
2004	111,5	100,2	98,2	109,5	128,4
2005	120,0	112,3	112,2	112,8	129,7
2006	117,4	111,8	110,0	119,6	123,9
2007	114,8	110,7	108,5	119,4	119,2
2008	119,2	110,2	110,3	110,0	128,7

Темпы роста покупок продуктов питания и алкоголя были примерно одинаковы – примерно от 7,6% в 2003 году (алкоголь) и 98,2% в 2004 году (продукты питания) от 125,9% в 2001 году (алкоголь) до 124,9% в 2001 году (продукты питания).

Общая динамика покупок алкоголя в этиловом эквиваленте, начиная с 1990 по настоящее время (2009 г.) положительная. В этой связи нужно отметить последний к этому времени учетный год (2009 год), когда статистика зафиксировала некоторое снижение абсолютных размеров покупок этанола (табл. 4.1.1.6).

Таблица 4.1.1.6 Продажа алкогольных напитков и табачных изделий [1, с. 453]

	1990	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Алкогольные напитки в абсолютном алкоголе: всего, тыс. дал	5838	6881	8798	9246	9032	10496	11634	11923	11403
на душу населения, л	5,7	6,7	8,8	9,4	9,3	10,8	12,0	12,3	11,8
в натуральном выражении, тыс. дал.:									
водка и ликеро-водочные изделия	8626	13210	10199	7402	8447	10639	12157	14077	13832

вина виноградные и плодовые, включая винные напитки	9130	7338	25712	27648	24316	24118	25070	23547	21966
коньяк <sup>1)</sup>	158	175	534	203	201	242	239	312	262
шампанское	677	425	779	981	963	1055	1079	1184	1237
пиво	32771	14285	19240	21721	30094	37722	44105	47311	44804

<sup>1)</sup> С 2000 года включая коньячный напиток и бренди.

Однако, оценивая государственные издержки и социальные потери населения от прямых расходов на алкогольные напитки через покупки в розничных сетях, стоит, на наш взгляд, на эту проблему взглянуть и несколько с другой стороны. Не только в популярной, но и в научной литературе некоторые специалисты склонны рассматривать алкоголь как релаксирующее средство. Не опровергая это расхожее утверждение и не подтверждая его правильность, нужно сказать о социальном и медицинском характере употребления алкоголя. Точнее социальных и медицинских детерминантах. Детерминированный характер употребления алкоголя можно квалифицировать двумя факторами:

а) социальными детерминантами (привычками, традициями, нормами, ритуалами);

б) медико-биологическими отклонениями, которые по своей близости к социальным привычкам можно отнести к девиантным или попросту к асоциальным.

В этой связи все расходы, связанные с покупкой алкогольных напитков можно условно квалифицировать как причинно обусловленные и беспричинные, т.е. квалифицируемые как обычное бытовое пьянство и алкоголизм.

В первую группу так называемых причинно-обусловленных расходов можно отнести покупку алкоголя для традиционно-ритуальных событий (дни рождения, свадьбы, похороны и другие подобные события). Примерные расчеты на основе статистики таких явлений в жизни населения Беларуси показывают, что ежегодные расходы на покупку алкоголя по традиционным причинам составляют примерно 1,2-1,5 трлн. рублей.

Во вторую группу можно условно отнести все другие расходы на алкоголь, без социально детерминированных причин. Таким образом, из общей суммы расходов на покупку крепких алкогольных напитков в 3575 млрд. рублей примерно 2075-2375 млрд. рублей связаны с пьянством и алкоголизмом. Это примерно 60-65% покупок крепких алкогольных напитков и вин. Именно эту сумму 2,1-2,4 трлн. рублей можно отнести к расходам, прямо связанным с экономическим ущербом обществу.

Пиво не относится к числу крепких алкогольных напитков. К настоящему времени нет окончательного и единого мнения о роли пива в распространении алкоголизма. И можно ли его ставить в один ряд с крепкими алкогольными напитками и вином по причинам и последствиям пьянства и алкоголизма. Однако если исходить из мнения, что потребление пива не обусловлено физиологической необходимостью, то и все расходы на его покупку не являются экономически целесообразными. Это значит, что пивные расходы вычеркиваются из домашнего бюджета как бесполезные и в значительной мере ущербные.

Тем не менее, есть мнение, что алкоголь и пиво в том числе, способствуют в какой-то мере социальному общению, положительным эмоциям, конструктивности общения и даже укрепляют здоровье. Конечно, это сложно количественно измерить. Но если даже расходы на пиво уменьшить на положительную составляющую, например, на 20%, то оставшаяся сумма по пиву в размере 1040 млрд. рублей и по другим алкогольным напиткам (2,1-2,4 трлн. руб.) в итоге составит 3,1-3,4 трлн. рублей.

Как показывает статистика разных стран, злоупотребление алкоголем хотя бы одним из супругов уносит от 40 до 70% бюджета семьи [2].

По официальным данным Национального статистического комитета Республики Беларусь за 2009 год среднемесячный располагаемый денежный доход на одного человека в домашних хозяйствах с одним ребенком (можно считать такую семью типичной для Беларуси) равен 597 тыс.руб. т.е. 21,6 млн. рублей в год. Согласно данным Института социологии НАН Беларуси по 2005 и 2007 годам бытовое пьянство характерно примерно для 20% взрослого населения соответственно. Это можно брать как минимальный критерий для оценки экономических последствий от злоупотребления алкоголем, потому что не учтены еще более ущербные экономические проявления алкоголизма. Если считать все взрослое население юридически и экономически связанным с домашними хозяйствами (семьями), то получается примерно, 500 тысяч семей подвержены бытовому пьянству. Годовой бюджет средней семьи из трех человек в 21,6 млн. рублей в случае злоупотребления алкоголем теряет 8,6-15,1 млн. руб. Даже если оценивать цифру в 40-70% как завышенную и взять нижнюю границу в 8 млн. руб. в год, то получается огромная сумма, равная **8 млн. руб. x 500 тыс. семей = 4 трлн. рублей.**

Можно провести обратный счет. В 2009 году денежные доходы населения составили 87605 млрд. рублей. Доходы пятой части населения от этой суммы равны 17,5 трлн. рублей. Названная выше вилка в 40-70% в рублевом исчислении от суммы 27,5 трлн. рублей означает 7-12 трлн.рублей, т.е. еще больше, чем полученная сумма в 4 трлн. рублей. Конечно, доходы пьющих по траектории распределения сдвинуты в своей структуре ближе к низкооплачиваемым группам. По данным за IV квартал 2009 года 6,1% населения находилось в группе с уровнем среднедушевого дохода в месяц до 250 тыс. рублей, 34,9 % - в группе 250,1-500 тыс.рублей, 32,8% - в группе 500,1-750,0 тыс.рублей и 26,2% - в группе с доходом более 750 тыс. рублей в месяц на человека. И так как пьющие расположены в своем большинстве в низкодоходных группах и в меньшей мере участвуют в формировании общего дохода по стране (87,6 трлн. рублей), то и расходы на алкоголь можно оценить несколько ниже, чем 7-12 трлн. рублей, т.е. полученная ранее сумма в 4 трлн. рублей достаточно реальна.

Наконец, есть еще один статистический способ оценки реальности полученной суммы в 4 трлн. рублей. Согласно статистическим данным, общая сумма розничной продажи алкогольных напитков, включая пиво, в 2008 году составила 4,9 трлн. рублей. К тому же здесь не учтены расходы на приобретение и изготовление алкогольных напитков домашнего приготовления. Таким образом, можно достаточно уверенно утверждать, что экономические потери семейных бюджетов за год по Республике Беларусь оцениваются в размере 40-50% или **4-5 трлн. рублей.** Причем эту сумму следует рассматривать как минимальную.

В значительной мере такие расходы определяются соотношением денежных доходов и розничных цен на алкоголь. Это особенно очевидно, в относительных, по сравнению с доходами, ценах на алкоголь в Беларуси и в других странах.

Количество пьющих и непьющих в России и Беларуси примерно одинаково в своем соотношении. По данным ВЦИОМ в России в 2009 г. с той или иной частотой употребляют алкогольные напитки 74% россиян (в 1996 году – 77%). Каждый четвертый россиянин (23%) вообще не употребляет алкогольных напитков [3]. По данным Института социологии НАН Беларуси употребляют спиртные напитки абсолютное большинство опрошенного взрослого населения (в 2005 году – 77%, в 2007 г. – 74%). Трезвый образ жизни по данным 2005 года ведут 23%, а по данным опроса 2007 года – 26% респондентов. Цифры как видим, чрезвычайно схожи. Однако экономическая доступность алкоголя в Республике Беларусь выше, чем в России и даже в других странах.

Согласно выборочным обследованиям 6000 домашних хозяйств в Республике Беларусь, охватывающим 49 городов и поселков городского типа, а также сельских поселений в 53 сельских советах, расходы на покупку алкогольных напитков в 2008-2009 годах составляли примерно 2,3% от общей суммы потребительских расходов.

Потребительские расходы в расчете на домашнее хозяйство в IV квартале 2009 года составили 1184,6 тыс. рублей в месяц.

По этим данным, в месяц на домашнее хозяйство в IV квартале 2009 года на алкоголь уходило 27,2 тыс. рублей в месяц или 326,4 тыс. рублей за год. Принимая общее количество семей, равное 2,5 миллионам, годовые расходы на алкогольные напитки составят 816 млрд. рублей. Такая цифра, безусловно, не отражает реальное положение, она значительно (в 5 раз) занижена по сравнению с официальной статистикой о розничных продажах алкогольных напитков. Дело в том, что данные о расходах на уровне 2,3% - это результаты опросов в рамках бюджетных обследований, в ходе которых население существенно занижает оценки о своих расходах на алкогольные напитки.

В 2008 году средневзвешенная стоимость одного литра абсолютного алкоголя в Республике Беларусь была равна 41,7 тысяч рублей, а в 1995 году 70,0 тыс. рублей.

Денежный доход в расчете на душу населения в 2009 году составлял 755,3 тыс. рублей в месяц, или 906,3 тыс. рублей в год. Это значит, что на 1% своего годового дохода (90 тыс. рублей) среднестатистический житель Республики Беларусь может приобрести 2,2 литра абсолютного алкоголя. Для сравнения, на 1% своего бюджета среднестатистический россиянин может приобрести 1,03 л чистого алкоголя, американец - 1,64 л, итальянец - 1,7 л, француз - 2,04 л, немец - 2,4 л, англичанин - 2,06 л, швед - 1,52 л, поляк - 1,6 л, норвежец - 1,32 л, ирландец - 1,9 л, финн - 1,62 л, канадец - 1,36 литра. Следовательно, по европейским меркам, алкоголь в Беларуси является экономически более доступным по сравнению с другими странами.

Самогонование является достаточно распространенным социальным и экономическим явлением, под которым понимается кустарное изготовление алкогольных напитков, как правило, крепких, из отходов или продуктов сельскохозяйственного производства. Весьма распространено изготовление крепких алкогольных напитков в домашних условиях из сахара. Такой метод получения крепких алкогольных напитков в настоящее время доминирует и в Республике Беларусь. К алкогольным напиткам домашнего изготовления следует отнести также плодовые вина, полученные из плодов ягод дикорастущего или культурного происхождения.

С экономических позиций изготовление крепких алкогольных напитков и вин в домашних условиях обусловлено рядом факторов, основными из которых являются следующие.

1. Себестоимость алкогольных напитков домашнего изготовления в несколько раз ниже их цены в розничных торговых предприятиях.

2. Напитки домашнего приготовления являются во многих случаях объектом продажи и, следовательно, источником пополнения семейного бюджета.

3. Алкогольные напитки домашнего изготовления по-прежнему иногда используются как средство платежа, особенно в сельской местности за проведенные работы, оказанные услуги между населением.

Предпочтительное потребление самогона определяется главным образом, его экономической доступностью (себестоимость самогона почти в 5 раз ниже стоимости водки) и убеждением о более высоком качестве и безопасности алкогольных напитков домашнего изготовления [4].

Последнее обстоятельство имеет широкое бытовое убеждение и возводит крепкие алкогольные напитки в продукт национальных традиций и даже региональный бренд. Используется это убеждение в фольклорной философии и культуре, ее пропаганде (например, в известном фольклорно-этнографическом и туристическом центре «Дудutki»). Потребляется самогон из-за высокой уверенности в его качестве.

Действительно, результаты проведенных в России исследований указывают на то, что наиболее распространенная в России разновидность самогона (из сахара), приготовленного с соблюдением традиционных приемов ферментации и перегонки, по параметрам острой и подострой токсичности не отличается от водки.

Самогон, изготавливаемый населением, по мнению этих исследователей, является аналогом других дистиллированных алкогольных напитков домашнего изготовления (ракия, зивания, кашаса, арака, тутовка, сливовица и др.) и промышленного (текила, коньяк, виски, ром, кальвадос и др.) изготовления.

Однако самогон, изготавливаемый из сахара, исходя из цели оценки социально-экономического ущерба для общества и оценки государственных затрат, нельзя считать социально-приемлемым ни с каких позиций. Домашнее производство перечисленных выше напитков (ракия, арака, чача и другие) из отходов или даже пригодных для прямого употребления фруктов базируется хотя бы в какой-то мере на продуктах собственного сада и огорода. Использование же сахара, как продукта промышленного производства для конечного потребления для самогона в домашних хозяйствах является прямым экономическим ущербом для общества и государства.

Существует мнение экспертов, подкрепленное данными социологических оценок института социологии НАН Беларуси, что официальную статистическую цифру потребления абсолютного алкоголя на душу населения Беларуси примерно 12 л абсолютного алкоголя в год следует увеличить примерно на треть, т.е. добавить 3 л домашнего алкоголя, главным образом самогона и таким образом общий показатель составит не 12, а 15 литров абсолютного алкоголя в год на человека.

Что экономически означают 3 л абсолютного алкоголя, потребляемых через самогон? В пересчете на все население Республики Беларусь (9,7 млн. чел.) – это будет примерно 2,9 млн. дал. Чтобы перевести это количество в денежное измерение, можно пойти двумя путями. Первый в том, что стоимость одного дала абсолютного алкоголя, реализованного в 2008 году через розничную сеть и общественное питание, была равна 4868 трлн. руб. : (12,3 л. × 9,7 млн. чел.) = 409 тыс. руб. Таким образом, «рыночная» стоимость 2,9 млн. дал самогона будет равна (409 т.руб. × 2,9 млн. дал) = **1186 млрд. рублей**. Второй путь определения стоимостного эквивалента самогона заключается в использовании цены сахара как основной сырьевой статьи затрат в самогонном производстве. Считается, что использование 1 кг сахара позволяет получить 1,0-1,5 л. самогона. В 2008 году населению было продано 170 тыс. тонн сахара на сумму **373383 млн. руб.** Следовательно, средневзвешенная цена 1 кг сахара была равна 2,2 тыс. руб. Для получения 2,9 млн. дал или 29 млн. литров самогона в абсолютном алкоголе или 58 млн. литров в 40-градусном исчислении требуется купить сахара на сумму 128 млрд. рублей. Таким образом, использование сахара для самогонирования, что также следует квалифицировать как экономические потери, оценивается в сумме 128 млрд. рублей. Но есть еще одна сумма, исчисленная первым способом, по рыночной цене литра алкоголя – 1186 млрд. руб. Такую сумму расходуют покупатели (потребители) самогона. Таким образом, совокупный экономический ущерб производителей и потребителей самогона можно оценить как 1186 млрд. руб. + 128 млрд. руб., что в итоге равно **1314 млрд. рублей**.

В результате оценки экономических потерь, связанных с покупкой алкогольной продукции в официальных торговых предприятиях и в общественном питании, мы получили сумму **3,1-3,4 трлн. рублей**. Это прямой ущерб домашнему бюджету, т.е. сумма не оправдываемая никакими социальными нормами и традициями. Это стоимость пьянства и алкоголизма, добровольно извлекаемая из кошелька и остающаяся в винно-водочных отделах магазинов. Кроме того, производство и сбыт домашней алкогольной продукции обеспечивает потери семейного бюджета и непроизводительное потребление других продуктов (сахара) в сумме 1,3 трлн. рублей. Все это вместе – **4,4-4,7 трлн. рублей**. Такая сумма составляет примерно 3,4-3,6% от ВВП Республики Беларусь в 2008 году.

Есть и другие потери домашних хозяйств, связанные с разводами, снижением рождаемости, с лечением, покупкой лекарств, оплатой наркологических услуг.

#### 4.1.2 Прямые расходы домохозяйств на приобретение наркологических услуг

Расходы домашних хозяйств на приобретение наркологических услуг в республике можно оценить на основе данных о количестве платных медицинских наркологических услуг, предоставляемых в учреждениях здравоохранения различных форм собственности и предпринимателями в течение данного года. К сожалению, учреждения здравоохранения различных форм собственности и предприниматели не обязаны отчитываться перед Министерством здравоохранения по количеству представленных услуг. Они отчитываются перед инспекциями по налогам и сборам по месту жительства по налогооблагаемым суммам выручки, прибыли и обязательными платежами в бюджет государства. Поэтому объем представленных платных медицинских наркологических услуг можно оценить по показателям предоставления платных услуг в области наркологии и платных услуг по металкольным заболеваниям в данном году, представляемым в Министерство здравоохранения республики государственными учреждениями здравоохранения. Объем платных медицинских услуг, предоставляемых негосударственными учреждениями можно оценить, получив такие расчеты из самих учреждений.

#### **4.1.3. Прямые расходы домохозяйств на приобретение медицинских услуг созависимым**

Злоупотребление алкоголем является причиной каждого седьмого развода [20]. Алкоголизм одного из членов семьи нарушает внутрисемейные взаимоотношения. Поскольку страдают все члены семьи, то алкоголизм в настоящее время рассматривается как семейная болезнь. Исследованиями показано, что у большинства членов семей, больных алкоголизмом, совместно проживающих с больными не менее 2 лет, обнаруживаются нарушения, обозначаемые термином "созависимость". Основные ее признаки - низкая самооценка, компульсивное желание контролировать жизнь других, желание спасти других, постоянно концентрируя мысли на предмете своей зависимости, т.е. на больном родственнике, отрицание собственных проблем, утрата контроля как над поведением больного, так и над собственными чувствами, своей жизнью.

Созависимость (признана официальным заболеванием в 1989 г.) – это болезненная зависимость, характерная для людей из деструктивных семей; для людей, подвергшихся детским травмам от родителей, учителей и др. значимых людей; для людей, подвергшихся насилию. Созависимый – это человек, который подвергается влиянию алкоголя и наркотиков, не употребляя их. Созависимость всегда идет от нервных перегрузок. Обида, гнев, разочарование уходит из сознания человека, и превращаются в форму поведения [15]. Жены, матери, взрослые дочери больных алкоголизмом часто страдают депрессиями, головными болями, язвенными болезнями и другими психосоматическими заболеваниями [38].

Результаты многих исследований говорят о том, что люди, состоящие в браке за человеком, злоупотребляющим алкоголем, имеют плохое психическое и физическое здоровье. Алкогольные проблемы у мужа являются предиктором депрессии у жены, которая возникает вследствие психосоциального дистресса, в свою очередь возникающего в результате постоянных ссор, скандалов, психического и физического насилия, а также других проявлений супружеской дисгармонии [38,44]. Распространенность проблем, связанных с алкоголем в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами среди женщин, мужа которых имеют проблемы, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ в 3-4 раза выше по сравнению с женами, мужа которых не имеют проблем с употреблением психоактивных веществ. Моос с соавторами (1990) исследовали супружеские пары, в которых один из супругов (в более чем 75% случаев это был муж) проходил лечение по поводу алкоголизма. Было установлено, что супруги алкоголиков, находящихся в ремиссии, имели более низкий уровень депрессивных

расстройств, чем супруги алкоголиков, продолжающих злоупотреблять алкоголем. В одной из работ были исследованы связь между количеством употребляемого алкоголя и депрессией у супругов в течение одного года. Установлено, что количество употребляемого алкоголя мужем позитивно связано с уровнем депрессивных расстройств у жены. В тоже время, количество употребляемого алкоголя женой никак не было связано с уровнем депрессивных расстройств у мужа.

По данным Морозова и соавторов, хроническая психотравмирующая ситуация приводит к формированию невротического состояния у 2/3 жен алкоголиков, причем около половины из них нуждаются в оказании специализированной помощи [44]. В другом исследовании было показано, что 42% жен алкоголиков имеют высокий уровень невротизации, ассоциирующийся с высокой конфликтностью семейных отношений [38].

Злоупотребления алкоголя одним из супругов часто становится причиной пьянства другого супруга. Как острая, так и хроническая алкогольная интоксикация ассоциируется с агрессивным и импульсивным поведением, повышая, таким образом, риск межличностного насилия. Именно поэтому злоупотребление алкоголем является фактором риска насилия над интимным партнером. В исследованиях, изучавших влияние алкоголя на межличностные взаимоотношения между супругами, было установлено, что алкоголь повышает негативизм у мужей и жен при решении семейных конфликтов. На основании мета-анализа исследований, посвященных проблеме ассоциированного с алкоголем насилия в семье, был сделан вывод, что злоупотребление алкоголем мужем повышает в два раза вероятность насилия над супругой. Результаты исследований относительно влияния злоупотребления алкоголем женой на вероятность насилия над интимным партнером менее однозначны. Тем не менее, имеются данные, указывающие на то, что злоупотребление алкоголем женщиной также ассоциируется с повышенным риском насилия над интимным партнером.

Острой проблемой, часто встречающейся в семьях алкоголиков, является насилие над детьми. Как правило, ребенок становится жертвой «пьяной педагогики». В свою очередь, дети, подвергнувшиеся насилию, склонны к агрессивному поведению и злоупотреблению алкоголем. Таким образом, происходит воспроизведение антисоциального стереотипа поведения в следующем поколении.

Несмотря на то, что от присутствия алкоголика в семье страдают все члены семьи, большинство исследований посвящено проблемам, возникающим у жен алкоголиков. Часто жены не осознают уровень своих проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем мужа, поскольку их внимание сконцентрировано на нем. Их собственные интересы и потребности подавляются, что блокирует развитие когнитивных, эмоциональных и духовных аспектов личности и с течением времени приводит к формированию психических нарушений и созависимости. В широком смысле под термином созависимость подразумевается дезадаптивное поведение членов семьи алкоголиков, характеризующееся тем, что они становятся зависимыми от алкоголика. На формирования созависимости оказывают влияние многие факторы, включая доступность социальной поддержки и ресурс копинга со стрессом. Как правило, созависимость развивается у женщин моложе 30 лет.

Р. Habermann (1970) при изучении здоровья женщин, состоящих в браке с больными алкоголизмом и мужчинами, не злоупотребляющими алкоголем, установил психофизиологические отклонения соответственно в 81 и 13,2% случаев. Среди женщин, обратившихся за медицинской помощью в связи с невротическим состоянием, у 71,2% невроз был обусловлен пьянством мужа [Виш И. М.; 1971], а по данным И. Г. Уракова (1968), 2/3 жен больных алкоголизмом обнаруживали те или иные признаки пограничных состояний, причем 1/3 из них нуждались в госпитализации. По вине больного алкоголизмом так или иначе страдают 7—8 человек, связанных с ним родственными, семейными и производственными узами [Fox R., 1968] (Цит. по Халтурина Д.А., Коротаев А.В. 2006).

Основными последствиями экономического содержания, которые порождены феноменом созависимости можно назвать следующие:

- снижение трудоспособности по месту общественной занятости, т.е. основному месту работы;
- сведение трудовой активности к минимальному выполнению своих трудовых обязанностей;
- безразличие к оценкам окружающих о роли, месте и степени успешности в организационной трудовой деятельности;
- отсутствие интереса и минимальный потенциал к своему развитию, росту и повышению своей социальной значимости;
- снижение оценок со стороны ближайшего организационного окружения на работе, неудовлетворенность руководства;
- прямое уменьшение заработка и в целом экономического вклада в общий семейный бюджет;
- потеря интереса и мотивации к созданию экономической основы для будущего своей семьи и детей в частности;
- прямые уклонения от выполнения прямых трудовых обязанностей на работе, прогулы, нежелание трудиться в полной мере [16].

Созависимость чаще всего выражается в экономических расходах:

- на медикаментное лечение, т.е. расходы на приобретение лекарств, оплату врачебных услуг, приобретение сопутствующих препаратов и материалов;
- на устранение, лечение, профилактику психических отклонений созависимых лиц;
- на проведение общественно-массовых акций по нивелированию последствий, профилактике и стрессоустойчивости против влияния алкоголизма на членов семьи.

В социально-психологическом плане наличие алкоголизма или другого вида химической зависимости у одного родителя, созависимости у другого формирует дисфункциональную семью, в которой страдают дети. Дисфункциональная семья заставляет детей брать на себя так называемые роли выживания - герой семьи, козел отпущения, потерянный ребенок, талисман. Дети алкоголиков представляют собой группу высокого риска развития аналогичного заболевания. По данным НИИ наркологии РФ, 65-80% сыновей и 15-20% дочерей больных алкоголизмом отцов по достижении зрелого возраста сами становятся алкоголиками или наркоманами. Кроме того, у детей алкоголиков с повышенной частотой обнаруживаются и другие психопатологические нарушения, характер которых зависит от возраста и пола ребенка.

Экономика пьянства и алкоголизма применительно к домашним хозяйствам выражается в «отложенных» потерях семей в связи с высокой вероятностью проявления такого явления среди детей по достижении ими зрелого возраста.

Взяв за основу эти цифры, можно оценить «отложенные» экономические потери для общества из-за потенциального алкоголизма детей родителей-алкоголиков. По данным Минздрава Республики Беларусь, на конец 2008 года в Республике Беларусь состояло под наблюдением больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом 183,9 тысяч человек. Если допустить, что каждый из них имеет хотя бы одного ребенка, то из 184 тысяч детей есть высокая вероятность получить в недалеком будущем 75-90 тысяч алкоголиков. Но известно, что не все люди, страдающие этим заболеванием, состоят на учете или находятся под врачебным наблюдением. Следовательно, данное количество может быть еще большим. Это особая категория высокого риска.

С экономических позиций такой отложенный риск от недополученной обществом и семьями выгоды в виде текущих денежных доходов будет весьма значительным. Низкая трудоспособность, заболеваемость, асоциальное поведение, нежелание трудиться – все это выливается в прямые государственные затраты и общественные экономические издержки. В 2009 году совокупный денежный доход населения Республики Беларусь был равен 87,6 трлн. рублей. В расчете на одного взрослого жителя страны старше 16 лет (8143 тыс. чел.)

это составляет 10757 тыс. рублей. Даже если посчитать, что трудовой потенциал этой высокой категории риска в количестве 75-90 тысяч человек только наполовину будет использоваться, общество и домашние хозяйство могут недополучать ежегодно **800-1000 млрд. рублей** (в ценах 2009 года).

#### **4.1.4. Экономические потери на уровне предприятий. Прямые экономические потери вследствие снижения производительности труда, прогулов, отсутствия на рабочем месте**

Пьянство и алкоголизм нарушает процесс общественного производства; многие предприятия и учреждения несут значительные потери от прогулов, аварий, хищений, снижения производительности труда. Установлено, что продуктивность труда после употребления алкоголя значительно уменьшается. Нарушение координации движений и ослабление внимания после приема даже небольших доз спиртного снижают производительность труда у квалифицированных рабочих в среднем на 30%, а при умеренной степени опьянения - на 70%. При приеме 30 мл водки значительно увеличивается количество ошибок у наборщиков, машинисток, операторов; при приеме 150 мл водки у землекопов и каменщиков на 25% уменьшается мышечная сила и снижается производительность труда. Прогулы у неумеренно пьющих составляют от 35 до 75 рабочих дней в году. По данным американской телефонной компании "Белл", невыход на работу среди неумеренно пьющих лиц в 5 раз чаще, чем среди непьющих.

Алкоголизм и острая алкогольная интоксикация являются одной из ведущих причин травматизма. Так, по данным V. Saint-Jours (1970), 10—15% несчастных случаев на промышленных предприятиях Парижа обусловлены алкогольным опьянением. Основываясь на данных травматологической ВТЭК крупного промышленного города, Ю. Г. Гапонова (1974) считает, что 1/3 всех травм получена лицами в состоянии алкогольного опьянения. Опьянение больше способствует бытовому (20%), чем промышленному (5%) травматизму [Михинов Н. Н. и др., 1970; Овчинников Б. Д., 1972]. А. Bertrand (1957) полагает, что не менее 20% производственного травматизма связано с легким алкогольным опьянением. В США частота производственных травм среди лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, в 3 раза выше, чем среди людей не злоупотребляющих алкоголем. Ежегодно, регистрируется до 400 000 травм вследствие алкоголизма [P. Fortbild, 1972].

В среднем на больного алкоголизмом в течение 1 года заболевания приходится 18 дней прогула, и если у больных 2 стадии алкоголизма он составляет 17,1 дня, то у больных в 3 стадии — 32,4 дня. Частая смена места работы дополнительно влечет потери производства в размере 26,6 дня на каждого больного [Морковкин В. М., Косовский Г.М., 1978]. По данным V. March (1971), в США среди причин заболеваемости алкоголизм занимает 4-е место. Продолжительность временной нетрудоспособности лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, в 4 раза выше, чем непьющих. По этой причине производство США ежегодно теряет 30 млн. человеко-дней. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (с учетом частоты случаев и продолжительности) почти в 2 раза выше среди лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, по сравнению с непьющими. Показатели временной нетрудоспособности больных алкоголизмом в 1,5 раза выше аналогичных показателей лиц с привычным пьянством: частота заболеваний на 100 обследованных составляет соответственно 219,2 и 142,5 случая, а продолжительность временной нетрудоспособности - 2412 и 1469 дней [Копыт Н.Я., Запороженко В.Г., Чекойда О.П., 1972]. Так, по данным Нукада Акида (1978), из 3 286 работников 73 предприятий Японии 28% обследованных отнесены к больным алкоголизмом и 10%—к лицам с признаками привычного пьянства.

По данным выборочных обследований, 12% промышленных рабочих во Франции страдают алкоголизмом [Stendler F., 1974]. Официальная статистика свидетельствует:

ущерб от пьянства обходится Франции в 152 млрд. франков в год, в то время как доход государства от налогов на алкоголь составляет 53 млрд. франков. Ежегодно французская промышленность по вине “алкогольных” заболеваний теряет 8 млн. рабочих дней. Среди промышленных рабочих США насчитывается более 2 млн. больных хроническим алкоголизмом.

Временная нетрудоспособность от травм, “металкольных” заболеваний, а также обострения хронических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, составляет в США около 30 млн. дней в году. В группе злоупотребляющих алкоголем лиц экономический ущерб от выплат по листкам нетрудоспособности в 3 раза больше, чем в контрольной группе [37]. По данным Национального института изучения злоупотребления алкоголем и алкоголизма США (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) в 1998г. экономические затраты оценивались в 184,6млрд.долларов США, причем доля затрат на здравоохранение составляла 26млрд.долл.

Для оценки экономических потерь вследствие снижения производительности труда, прогулов, отсутствия на рабочем месте целесообразно выделить следующие показатели:

- число дней нетрудоспособности в год по группе металкольных заболеваний,
- число и длительность прогулов вследствие злоупотребления алкоголем,
- количество случаев употребления алкоголя на рабочем месте,
- долю больничных листов с алкогольными и металкольными диагнозами в общем количестве выданных больничных листов,
- количество прогулов и увольнений в связи с нахождением на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения.

Данные показатели необходимы для расчета количества потерянных человеко-дней в промышленности, на основе которых производится расчет объема недополученного ВВП в стране за год.

В табл. 8 приведены показатели Минтруда Республики Беларусь о количестве общих случаев прогулов, числа случаев пьянства, увольнений, производственных травм, несчастных случаев, в том числе и со смертельным исходом в состоянии алкогольного опьянения.

Приведенные данные позволяют с высокой долей вероятности оценить общественно-государственные потери по этим причинам. Если взять за основу все занятое население Республики Беларусь в 2009 году – 4625,7 тыс. чел., среднемесячный доход в месяц на душу населения – 753,6 тыс. руб. и количество месяцев работы в год (12 – потому что оплата отпусков идет в счет заработка), то получим следующие оценочные цифры. Следует подчеркнуть, что в методологии счета ущерба не только от этой причины, но и от других не имеется четких принципов и правил ни в отечественной, ни в международной практике.

Таблица 4.1.4.1 Показатели, необходимые для оценки экономического ущерба, связанного с пьянством и алкоголизмом

№ п/п	Показатели	Годы					
		2005	2006	2007	2008	2009	9 месяцев 2010 г.
1.	Число случаев прогулов и других нарушений трудовой дисциплины	Нет данных	15576	16638	12598	12284	8104
2.	Число случаев пьянства на рабочем месте	Нет данных	4106	3511	2056	2281	1446

3.	Количество увольнений по причине употребления алкогольных напитков на рабочем месте	Нет данных	1897	1543	1041	1282	926
4.	Общее число производственных травм (несчастных случаев)	603	570	537	481	384	243
5.	Общее число несчастных случаев на производстве со смертельным исходом	9	8	14	9	9	9
6.	Общее число производственных (несчастных случаев), произошедших в состоянии алкогольного опьянения	13	15	11	15	12	Нет данных

Поэтому методология счета по каждой из 6 позиций, приведенных в табл.8 может быть обозначена следующим образом.

1. *Число случаев прогулов и других нарушений трудовой дисциплины.* Если в 2009 году их количество было равно 12284 чел. дней, а стоимость человеко-дня равна была 753,6 тыс. руб. следующие расчеты  $753,6 \text{ тыс. руб.} \times 12284 \text{ чел.-дней} = 73704 = \mathbf{9257 \text{ млн. рублей.}}$

2. *Число случаев пьянства* в 2009 году на рабочем месте зафиксировано в количестве 2281 чел. дней. Если каждый из них сопровождался снижением работоспособности от 70 до 100%, то экономический ущерб может составить по данным 2009 года следующую цифру:  $753,6 \text{ тыс. руб.} \times (\sim 80 \%) \times 2281 \text{ чел.-дней} = \mathbf{1,38 \text{ млрд. рублей.}}$

3. *Количество увольнений по причине употребления алкогольных напитков на рабочем месте.* В 2009 году их официально зарегистрировано в количестве 1282 человек. Если считать, что, уволенный с работы не работает после увольнения всего неделю, т.е. 7 дней, то общая сумма потерь составит  $\mathbf{0,322 \text{ млн. рублей.}}$

4. *Общее количество производственных травм (несчастных случаев)* в 2009 году составило 384 случая. Однако эти цифры совсем несравнимы с другими показателями о численности инвалидов состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите за 2005-2010 гг. (табл.11.11). По состоянию на 1 августа 2010 года их общее количество по Республике Беларусь было равно 505130 человек. Если допустить, что только 20 % из этого количества могли работать равноценно с трудоспособными людьми (а это оптимистическая цифра) тогда общий социально-экономический ущерб государству от потери стоимости социально-экономического капитала по причине нетрудоспособности составит примерно следующую сумму:  $753,6 \text{ тыс. руб.} \times 0,80 \times 505,13 \text{ тыс. чел.} \times 12 \text{ мес.} = \mathbf{3654 \text{ млн. рублей в год.}}$

$9,257 \text{ млрд. руб.} + 1,38 \text{ млрд. руб.} + 0,322 \text{ млрд. руб.} + 3,654 \text{ млрд. руб.} = \mathbf{14,613 \text{ млрд. руб.}}$

5. Антиалкогольная кампания 1985 года показала, что снижение потребления алкоголя - существенный фактор снижения смертности в Беларуси. За шесть-семь лет сохранено порядка 75 тыс. человеческих жизней, отодвинув смерть этих людей в старшие возраста. Построение гипотетической динамики роста показателей смертности позволяет

приблизительно рассчитать то количество жизней, которое сохранилось в результате этой кампании<sup>2</sup> (рис.1).

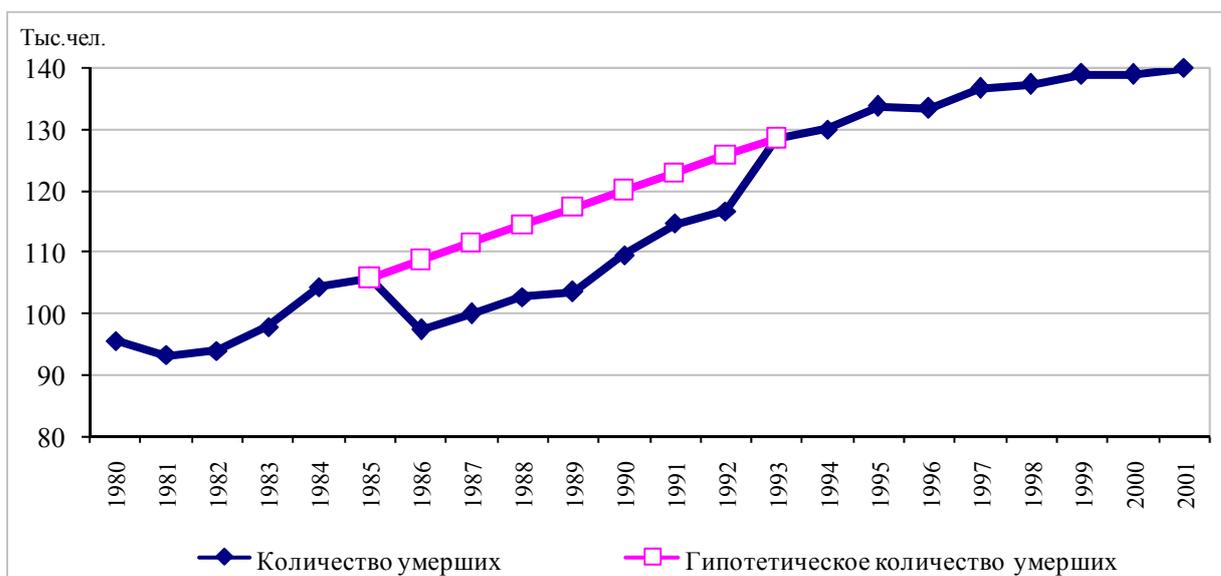


Рис. 4.1.4.4 Динамика количества умерших в Республике Беларусь за 1980-2001гг. и гипотетическое количество смертей за 1986-1992 гг. при отсутствии антиалкогольной кампании

Общегосударственная выгода от сохранения этих жизней может быть представлена следующим образом:

Число сохраненных жизней \* ВВП на душу населения;

Число сохраненных жизней \* ВВП на 1 работающего.

Число сохраненных жизней рассчитываются исходя из того, что по статистике среди всех умерших за один год - 24-25% находится в трудоспособном возрасте [1]. Предположим, что это соотношение сохраняется и среди сохраненных жизней и, примерно, четверть из них в трудоспособном возрасте.

Таким образом, рассчитывается искомое число:

Число сохраненных жизней = Численность умерших \* d,

где d – 0,24 или 0,25.

Причем это только за счет того, что люди не умерли, а остались на рабочих местах, не считая других выгод, от уменьшения потребления алкоголя. Значительны также экономические потери, связанные с увеличением количества производственных травм, порчи оборудования, простоев машин, выпуска бракованной продукции, хищений на почве пьянства, которые не представляется возможным оценить в рамках настоящего исследования.

#### 4.2. Экономические потери вследствие преждевременной смертности и нетрудоспособности созависимых лиц (Бремя болезней созависимых)

Для оценки потерь вследствие преждевременной смертности и нетрудоспособности созависимых необходимо оценить показатели смертности, инвалидности и нетрудоспособности в этой когорте населения. Официальных статистических данных по этим показателям не выявлено. Исследований на эту тему не проводилось. Провести

<sup>2</sup> Шахотько Л.П. Модель демографического развития Республики Беларусь / Л.П. Шахотько ; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т экономики. – Минск : Беларус. навука ,2009. 439 с.

оценку можно на основе сравнения показателей преждевременной смертности и нетрудоспособности в созависимых семьях по сравнению с контрольной группой. Для получения этих данных необходимы дополнительные сравнительные эпидемиологические исследования.

## **5 МЕТОДИКА РАСЧЕТА ОБЩЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАТРАТ, СВЯЗАННЫХ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ**

Методика - совокупность методов, приемов, опробованных и изученных для выполнения определенной работы. Главная задача при расчетах многочисленных структурных элементов затрат связана с избеганием двойного счета, т.е. необходимо, чтобы отдельные виды затрат не дублировались при расчете суммарного показателя затрат. Ранее предложенная структура использовалась для целей анализа алкогольных проблем, вычленения утвержденных статистических показателей, связанных с пьянством и алкоголизмом и описания тех показателей, которые отсутствуют в статистических базах данных различных ведомств. Для экономической оценки всех описанных затрат необходимо перегруппировать их для корректного количественного учета.

Для расчета экономических затрат государства, связанного с пьянством и алкоголизмом была использован способ суммирования структурных элементов общегосударственных затрат в данном году, представленная в виде следующей формулы:

$$\text{Собщ.} = \text{Смакро.} + \text{Смикро.};$$

Где:

Собщ. – общая величина затрат;  
Смакро. – величина макроэкономических затрат;  
Смикро. – величина микроэкономических затрат;

$$\text{Смакро.} = \text{Спрям.} + \text{Скосв.};$$

$$\text{Спрям.} = \text{А} + \text{Б} + \text{В};$$

Где:

**А** - затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пьянства и алкоголизма.

- Затраты на антиалкогольную пропаганду телеканалов, радиоканалов.

**Б** - затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов с металкогальными заболеваниями и созависимых, в том числе расходы на:

- затраты на реабилитацию металкогальных заболеваний и созависимых в системе Минздрава (санатории, профилактории).

**В** - затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом вследствие пьянства и алкоголизма.

- экономические потери вследствие ДТП, травм, убийств, самоубийств, порчей и уничтожением имущества, содержанием части системы исполнения наказаний, ЛТП, вырезвателей.

- Расходы на содержание социальных сирот и инвалидов в домах-интернатах и школах-интернатах.

- Расходы на транспорт, работу страховых агентов, оценку и выплату страховых возмещений в связи со смертью, травмами, повреждением или утратой имущества в страховых случаях в состоянии алкогольного опьянения.

$$\text{Скосв.} = \text{Г} + \text{Д} + \text{Е} + \text{Ж};$$

**Г** - экономические потери в связи со смертностью инвалидностью и нетрудоспособностью от алкоголизма (Бремя алкогольное).

**Д** - экономические потери в связи со смертностью инвалидностью и нетрудоспособностью от металкольных заболеваний (Бремя металкольное).

**Е** - экономические потери от безработицы явной и скрытой.

**Ж** - экономические потери неимущественного характера:

- распространение субкультуры алкогелезависимых,
- деформация системы общественных (в том числе – семейных) ценностей,

$$\text{Смикро.} = \text{Дпрям.} + \text{Дкоств.};$$

$$\text{Дпрям.} = \text{З} + \text{И} + \text{К};$$

Где:

**З** - прямые расходы домохозяйств на приобретение и изготовление алкольных напитков.

**К** - прямые расходы на медикаменты и госпитализацию в учреждения наркологического профиля (расходы на приобретение лекарств и медицинских препаратов, затраты на медицинскую помощь, расходы на консультации, лечение в негосударственном секторе, оплата услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оплата услуг частнопрактикующих врачей) семей пациентов с алколизмом.

**Л** – прямые расходы на медикаменты, амбулаторное и стационарное обслуживание созависимых лиц, связанных с алколизмом и злоупотреблением алколем (депрессии у жен, матерей, заболеваемость совместно проживающих),

$$\text{Дкоств.} = \text{М};$$

Где:

**М** – экономические потери связанные с преждевременной смертностью, инвалидностью и временной заболеваемостью созависимых лиц (Бремя созависимых).

Таким образом, формула расчета государственных затрат выглядит следующим образом:

$$\text{Собщ} = \text{Спрям.} + \text{Скоств.} + \text{Дпрям.} + \text{Дкоств.};$$

## 6. АЛГОРИТМ ИНДЕКСИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАТРАТ

Почти все экономические процессы могут быть измерены в динамике на основе построения рядов динамики и применения индексного метода. Важным показателем роста и колебаний является индекс физического объема. Не все показатели приспособлены для исчисления в постоянных ценах. Наиболее приспособленными являются те из них, что могут быть относительно легко разложены на элемент цены. Пересчет затрат, связанных с пьянством и алколизмом, базируется на пересчете ВВП<sup>3</sup>. Данный показатель и элементы его использования приспособлены для исчисления в постоянных ценах. Для пересчета ВВП в постоянные цены можно использовать данные о показателе в процентах к предыдущему году.

Алгоритм пересчета ВВП за период 1995-2009 гг. в постоянных ценах 2000 года:

1. для исчисления ВВП в 2001-2009 гг. необходимо умножить ВВП в текущих ценах на процент соответствующего года;

<sup>3</sup> Игумнов С.А., Осипчик С.И., Солодовников С.Ю. Структура косвенных макроэкономических издержек государства, связанных с пьянством и алколизмом // Проблемы развития экономики и сферы сервиса в регионе : материалы IV Межд. н-пр.конференции, Сыктывкар, СФ СПбГУСЭ, 2010. – с. 57- 60.

2. для исчисления ВВП в 1995-1999 гг. необходимо ВВП в текущих ценах разделить на процент соответствующего года.

Таблица 6.1 Пересчет ВВП за период 1995-2009 гг. в сопоставимые цены 2000 г.

Год (n)		1995	1996	...	2000	...	2009
А	Б	1	2	...	7	...	16
ВВП в текущих ценах, руб.		$X_{1,1}$	$X_{1,2}$	...	$X_{1,7}$	...	$X_{1,16}$
ВВП в % к предыдущему году	$X_{1,n}/X_{1,n-1}$		$X_{1,2}/X_{1,1}$	...	...	...	...
ВВП в сопоставимых ценах, руб.		$X_{1,n}/X_{2,n}$			$= X_{1,7}$	$X_{1,n} * X_{2,n}$	

Для пересчета суммы алкогольного ущерба необходимо умножить долю затрат в текущих ценах к ВВП в текущих ценах на ВВП в постоянных ценах.

Для устранения влияния инфляции используются показатели дефлятирования. Проблема дефлятирования на макроуровне означает определение величины ВВП за ряд лет. Суть метода заключается в процессе дефлятирования стоимостного показателя, выраженного в текущих ценах, в цены предыдущего периода. Индекс цен — дефлятор ВВП исчисляется путем деления величины анализируемого показателя в фактических ценах на его величину в сопоставимых ценах. Индекс-дефлятор ВВП — отношение ВВП в текущих ценах к объему ВВП в постоянных ценах предыдущего года. Такая переоценка носит название прямого дефлятора.

Показатель дефлятора ВВП определяется статистическими органами за каждый год по уже имеющимся данным по видам экономической деятельности по формуле:

$$I_{ВВП} = \frac{ВВП_{IT}}{ВВП_{II}}$$

где  $I_{ВВП}$  — дефлятор валового внутреннего продукта;

$ВВП_{IT}$  — валовой внутренний продукт в текущих ценах, млн. руб.;

$ВВП_{II}$  — валовой внутренний продукт в постоянных ценах, млн. руб.

Алкогольные затраты (АЗ) можно представить как функцию двух факторов: валовой внутренний продукт (ВВП) и удельного веса алкогольной составляющей в валовом внутреннем продукте (АЗ/ВВП). Эту взаимосвязь можно выразить следующим уравнением:

$$АЗ = ВВП * \frac{АЗ}{ВВП}$$

Все элементы этой модели должны быть пересчитаны в постоянные цены. Пересчет показателей алкогольных затрат, осуществляется на основе использования индекса-дефлятора ВВП. Алгоритм пересчета представлен в таблице 2.

Таблица 6.2 Пересчет показателей алкогольных затрат за 2005-2009 гг. в цены 2005 г., млрд. р.

Показатель		2005	2006	2007	2008	2009
А	Б	1	2	3	4	5
ВВП в текущих ценах	1					
ВВП в % к предыдущему году	2	$X_{1,n}/X_{1,n-1}$				
ВВП в сопоставимых	3	$= X_{1,1}$	$X_{1,n} * X_{2,n}$			

ценах 2005 г.					
Индекс-дефлятор ВВП к базе 2005г.	4	$X_{1,n}/X_{3,n}$			
АЗ текущих ценах	5				
АЗ в сопоставимых ценах 2005 г.	6	$X_{6,n}/X_{4,n}$			

Для удобства международного сравнения ВВП используются различные подходы. Один из них предполагает расчет ВВП в ценах базового периода и позволяет рассчитать реальный ВВП, что дает возможность понять, как выросла экономика за год. Так, для сравнения объема ВВП за 2009 год с его объемом за 2008 год, объем товаров и услуг, используемых для расчета ВВП, умножается на цены этих товаров и услуг в 2008 году. Такой подход дает возможность увидеть фактический рост произведенных товаров и услуг без учета инфляции.

Расчет по валютному курсу: пересчет ВВП по международному валютному курсу, показывает международные потребительские возможности страны и ее граждан.

Расчет ВВП по паритету покупательной способности (ППС): паритет покупательной способности – количество денежных единиц данной страны, необходимое для приобретения того же количества товаров и услуг на рынке данной страны, которое можно приобрести на один доллар на базовом рынке. Если курс валюты А к валюте Б превышает паритетное значение, становится выгодным покупать товары в стране А и экспортировать их в Б. Это увеличивает предложение товаров в стране Б, спрос на товары в стране А, спрос на валюту страны А и предложение валюты страны Б, что ведет к возвращению курсов к паритетному соотношению. Поскольку средний уровень цен в бедных странах, как правило, ниже, чем в богатых, ВВП развивающихся стран, оцененный по этому методу, оказывается обычно выше, чем их же ВВП, переведенный в доллары по международному валютному курсу. Различные международные организации, например Всемирный банк, публикуют экономические показатели для разных стран в единой валюте (чаще всего в долларах США), используя обменные курсы, рассчитанные на основе паритета покупательной способности.

В большинстве случаев, для сравнения уровня развития разных стран экономисты используют показатели ВВП на душу населения. Для того чтоб найти ВВП на душу населения, нужно поделить показатель ВВП данной страны на численность населения этой страны. ВВП на душу населения дает представление о количестве товаров и услуг, приходящихся в среднем на одного жителя страны, и называется также "доходом на душу населения" или "душевым доходом".

Таким образом, для пересчета и сопоставления затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом, используется произведение пересчитанного ВВП и алкогольного ушерба.

## **7. ОЦЕНКА ОБЩЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАТРАТ, СВЯЗАННЫХ С ПЬЯНСТВОМ И АЛКОГОЛИЗМОМ**

### **7.1 Расчет общегосударственных затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом**

С учетом полученных данных о затратах по отдельным структурным элементам в Республике

Беларусь, и на основании расчетов, произведенных в других странах (Франция, Россия) и опубликованных в доступной литературе, был произведен расчет суммы затрат в 2008г. по отношению к ВВП страны. Данные представлены в таб.7.1.

Таблица 7.1. Структура экономических потерь государства, связанных с пьянством и алкоголизмом в Республике Беларусь в 2008г.

<b>Название расходов</b>	<b>Сумма расходов, млрд.руб.</b>
<b>Смакро. = Спрям. + Скосв.;</b>	<b>3947,552</b>
<b>Спрям. = А + Б + В;</b>	<b>2703,579</b>
А - затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пьянства и алкоголизма в том числе Затраты на антиалкогольную пропаганду телеканалов, радиоканалов.	63,345
Б – затраты на содержание систем профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов с металкогольными заболеваниями и созависимых – затраты на реабилитацию металкогольных заболеваний и созависимых в системе Минздрава (санатории, профилактории).	1880,0
В – затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом вследствие пьянства и алкоголизма. - экономические потери вследствие ДТП, травм, убийств, самоубийств, порчей и уничтожением имущества, содержанием части системы исполнения наказаний, ЛТП, вырезвителей. - Расходы на содержание социальных сирот и инвалидов в домах-интернатах и школах-интернатах.	760,234
<b>Скосв. = Г + Д + Ж;</b>	<b>1243,973</b>
Г – экономические потери в связи со смертностью инвалидностью и нетрудоспособностью от алкоголизма (Бремя алкогольное).	73,92
Д – экономические потери в связи со смертностью инвалидностью и нетрудоспособностью от металкогольных заболеваний (Бремя металкогольное).	872,546
Ж – экономические потери неимущественного характера: - распространение субкультуры алкогелезависимых, - деформация системы общественных (в том числе – семейных) ценностей, разводы, снижение рождаемости	297,507
<b>Смикро. = Дпрям. + Дкосв.;</b>	<b>5314,613</b>
<b>Дпрям. = З + Л;</b>	<b>4514,613</b>
З - прямые расходы домохозяйств на приобретение и изготовление алкогольных напитков.	4500,0
Л – экономические потери на уровне предприятий от снижения производительности труда, прогулов, отсутствия на рабочем месте.	14,613
<b>Дкосв. = М;</b>	<b>800,0</b>

М – экономические потери, связанные с преждевременной смертностью, инвалидностью и временной заболеваемостью созависимых лиц (Бремя созависимых).	800,0
<b>Собщ = Спрям.+ Скосв. + Дпрям. + Дкосв.;</b>	<b>9262,165</b>

Таким образом, с учетом того, что ВВП в 2008г составил 128 триллионов рублей, общегосударственные затраты, связанные с пьянством и алкоголизмом составили: 7,23% от ВВП.

## 7.2 Соотношение доходов от производства и продажи алкогольных напитков и экономического ущерба

Доходы от производства и оборота алкоголя составили в России в 2008 г. 66 млрд. рублей, что представляет собой около 0,7% доходов консолидированного бюджета. Это крайне низкий показатель по сравнению с уровнем дореволюционного (до 30%) и советского (до 15%) периодов. Уровень доходов государства от производства и оборота алкоголя крайне низок, несмотря на достигнутый опасно высокий уровень злоупотребления алкоголем. Например, в скандинавских странах доходы бюджета от налогообложения алкоголя составляют от 2% до 5,2% за счет высоких акцизов.

Если взять за основу цифру в 0,7 % за исходную для расчета доходов от производства и продажи алкогольных напитков в Республике Беларусь, можно получить следующие данные. В 2009 году доходы консолидированного бюджета в Республике Беларусь составили 62808 млрд. рублей. Отсюда следует, что доходы от производства и продажи алкогольных напитков с учетом этих двух характеристики могут составить 62808 млрд. руб.  $\times$  0,7 % = 439,7 млрд. белорусских рублей.

Таким образом, если взять за основу только прямые расходы населения Республики Беларусь на покупку магазинного алкоголя и использование средств на изготовление самогона (а это по нашим расчетам, приведенным выше, – 4,4 – 4,7 трлн. рублей) получается, что соотношение доходов (439,7 млрд. рублей) и ущерба только по этим статьям будет равно как 1:10 или 1:11.

Один рубль алкогольного дохода дают как минимум 10 рублей общественных (государственных) расходов. Не считая при этом многочисленных статей государственного ущерба и расходов в связи с криминализацией, маргинализацией, расходами на лечение, медицинские услуги и т.д. Если же к социально-экономическому ущербу приплюсовать и эти статьи расходов, полагаем, что соотношение доходов государства от алкоголя и ущерба может оцениваться в соотношении как 1:20.

Как установлено многими исследованиями, финансовая выгода от реализации спиртного весьма проблематична, поскольку материальный ущерб от пьянства значительно превышает доход от продажи алкогольных напитков. Например, в США на 1 долл. дохода от продажи таких напитков государство несет 5 долл. убытка. Это же соотношение, выраженное в соответствующих денежных единицах, составляет: во Франции – 1:12; в Канаде – 1:3,5; в Польше и Чехословакии – 1:2. Еще в конце 20-х годов статистическими исследованиями было установлено, что сумма налога с оборота от реализации спиртных напитков в 1927/28 хозяйственном году равнялась 728 млн. руб., в то время, как убытки от пьянства оценивались в 1 270 млн. руб., т. е. размеры убытков государства от пьянства превышали доход от продажи спиртных напитков в 1,74 раза.

В истории России - нашей ближайшей соседки были опробованы разные меры по регулированию доходов от алкоголя.

Дореволюционные исследователи выделяли три группы торговых заведений по продаже (розничной) спиртных напитков. Стоимость патентов на них равнялась в 1863 г. соответственно: 1) от 15 до 100 руб.; 2) от 35 до 200 руб.; 3) с 15 до 150 руб. [24]. В период

с 1863 по 1880 г. стоимость патентов возросла для заведений первой группы в среднем в 5,5 раз (причем минимальная цена патента на заведения этой группы возросла более чем в 9 раз, с 15 до 140 руб.), для второй группы - примерно в 2 раза, для третьей - примерно в 3 раза. Показательно, что в целом по России в течение указанного периода число выкупленных патентов на продажу крепких алкогольных напитков сократилась на 47%, т.е. почти в 2 раза, а патентный доход государства увеличился в 2,3 раза.

Указом от 26 декабря 1878 г. были введены новые правила обложения водочных изделий, изготавливаемых из оплачиваемого акцизом спирта и вина. Этот новый налог получил название «бандерольный сбор». Суть его состояла в том, что все водочные изделия обкладывались дополнительным сбором в размере 1 руб. на ведро, взимаемом посредством наклейки на бутылки с означенными изделиями бандеролей соответствующих цен, с подчинением при этом водочных заводов строгому контролю и учету. Главной целью этого законоположения, помимо фискальных интересов, было прекращение продажи низкопробного вина под видом водок, так как торговали разными, так называемыми специальными водками - белосладкой, американской и т.п., – которые, собственно говоря, представляли собой ослабленное прибавкой воды хлебное вино, лишь изредка подкрепленное какими-либо специями, приняла чрезвычайно высокие размеры, вытесняя из продажи вино установленной крепости.

С точки зрения фискальных интересов казны, новая статья доходов как налог на предметы потребления более зажиточных классов населения представлялась вполне справедливой и необременительной для платежных сил народа, так как крестьяне и городские низы предпочитали водке простое хлебное вино, которое было дешевле. В период 80-х гг. XIX в. наибольший размер поступлений от бандерольного сбора был отмечен в 1881 г., тогда в казну поступило 71 127 руб. [25], в 90-е гг. XIX в. высший показатель был отмечен в период 1894-1895 гг. - 89 тыс. руб.

Исходя из всего вышеизложенного нужно отметить, что с точки зрения фискальных интересов государства, акцизная система дала блестящие результаты. За время ее действия питейный доход государства увеличился более чем в 2 раза, а связанные с этим расходы составили ничтожную долю. В связи с этим напрашивается вопрос, что же послужило главной причиной введения в 1893 г. в России казенной винной монополии (если оставить в стороне «отеческую» заботу государства о народном здоровье и трезвости). Ответ напрашивается сам собой. Опыт акцизной системы подсказывал, что государство не понесет больших убытков, если монополизировать систему продажи крепких алкогольных напитков, сохранив за частниками право на организацию производства вина и спирта. Таким образом, сохранялись частное винокурение и налоги на него, а торговля (прежде всего оптовая) перешла в руки государства. Прекрасный пример того, как при относительно минимальных затратах получать максимум прибыли.

Исследование алкогольной проблемы – это зачастую и главным образом оценка соотношения экономической выгоды и получаемых при этом потерь.

## ГЛАВА 6.

### АЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МОНИТОРИНГА АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ

Широкий спектр связанных с алкоголем проблем в современном обществе который определяется социально-экономическими и культуральными факторами требует комплексной программы их профилактики. Комплекс целенаправленных мер, направленных на снижение уровня связанных с алкоголем проблем в настоящее время принято называть алкогольной политикой. В своей монографии, К. Брун дает следующее определение алкогольной политики: “правовые, экономические и физические факторы, которые влияют на доступность алкоголя индивидууму”. Соответственно к алкогольной политике относятся все стратегии и меры, применяемые правительством или местными администрациями которые влияют на доступность алкоголя. Это определение не является полным, поскольку не учитывает неформального социального контроля, антиалкогольного образования, т.е. меры направленные на снижение спроса на алкоголь. Г. Эдвардс определяет алкогольную политику как ответ общественного здравоохранения на тот ущерб, который наносит обществу алкоголь. Соответственно алкогольная политика в данном случае трактуется более широко и включает законодательный контроль доступности (государственная монополия, налогообложение), меры связанные со снижением спроса на алкоголь (образование), меры, направленные на конкретные связанные с алкоголем проблемы (например, вождение в пьяном виде).

Опыт многочисленных антиалкогольных компаний показывает, что для большинства людей алкоголь является обязательным атрибутом социальной жизни. Поэтому, задача государства состоит в минимизации того вреда, который приносит алкоголь. Без четкой государственной политики, поддерживаемой различными слоями населения, отдельные мероприятия не будут реализованы. Эффективная политика должна быть направлена на обеспечение устойчивых перемен в обществе с целью снижения потребления алкоголя. Алкогольная политика должна учитывать две ипостаси алкоголя: как продукта, который многие люди употребляют без ущерба, и как психоактивное вещество, способное вызывать зависимость и действовать разрушительно на здоровье. Главной целью национальной политики в области алкоголя должно являться снижение совокупного потребления алкоголя с целью уменьшения негативных социально-экономических и медицинских последствий злоупотребления алкоголем. Разработка национальных и местных программ требует знания научных фактов относительно того, какие методы и подходы являются эффективными. При этом нужно рассматривать различные контексты этой проблемы - социальный, культуральный и экономический.

На сегодняшний день существует две основные стратегии алкогольной политики: снижение доступности алкоголя и снижение спроса на него, снижение общественного вреда от явления это - нужно добавить от нас. Считается, что уровень доступности алкоголя обуславливает его социальную приемлемость. Если алкоголь доступен и удобен в приобретении, то большое число людей будет считать употребление алкоголя нормой жизни. Исследования взаимосвязи между доступностью алкоголя и уровнем его потребления показали, что когда спиртные напитки менее доступны в приобретении, уровень их потребления снижается. США является классическим примером влияния доступности алкоголя на уровень связанных с ним проблем. Страна делится на два региона по доступности алкоголя - север, где алкоголь более доступен, и юг. На севере трезвенников на 50% меньше, а больных алкоголизмом в 2 раза больше, чем на юге. Поэтому, ключевым пунктом алкогольной политики является ограничение доступности алкоголя. Ограничение доступности включает следующие основные мероприятия: контроль за производством и торговлей, контроль за ценами. Одной из наиболее распространенных форм регулирования доступности алкоголя является государственная монополия. Эта эффективная система контроля за производством и продажей алкоголя с

успехом используется во многих странах, в том числе в Скандинавских странах, в 18 штатах США, в большинстве провинций Канады. Цена на спиртные напитки существенно влияет на уровень потребления алкоголя.

Алкоголь, как и другие товары, является объектом действия экономических законов спроса и предложения. Таким образом, если алкоголь становится более дорогим, то спрос на него понижается, и наоборот. Влияние цен на уровень потребления особенно четко прослеживается в периоды, когда стоимость алкоголя по каким-то причинам возрастает. Так, например, в Дании во время первой мировой войны цена водки выросла в 10 раз, при этом потребление алкоголя на душу населения снизилось в четыре раза. Как следствие этого уровень алкогольных психозов снизился в 13 раз, а уровень смертности в результате алкоголизма снизился в 6 раз. Исследования, проведенные в разных странах показали, что повышение цены на 1% сопровождается снижением потребления алкоголя на 1%. Увеличение потребления алкоголя наблюдается в тех случаях, когда рост заработной платы опережает рост цен на спиртные напитки. Так, в США федеральный налог на алкогольные напитки оставался постоянным с 1951 года. Это привело к тому, что реальная цена крепких алкогольных напитков в период с 1960 по 1980 годы снизилась на 48%, что способствовало росту потребления алкоголя. С целью снижения доступности алкоголя широко практикуется ограничение времени его продажи, а также уменьшение точек продажи. Большинство стран, имеющих антиалкогольное законодательство регламентируют доступность алкоголя для молодежи (возрастной ценз колеблется от 18 до 21 лет). Было установлено, что повышение возрастного предела приводит к снижению потребления алкоголя среди возрастной группы, попадающей под запрет. В большинстве стран запрещена реклама алкоголя. Стратегия снижения спроса на алкоголь направлена на изменение социального климата путем проведения информационных компаний в средствах массовой информации, введение образовательных программ в школе и дошкольных учреждениях. Успех алкогольной политики в большой степени зависит от количества средств вкладываемых в рекламу здорового образа жизни, в культуру, спорт, организацию досуга молодежи, строительство лечебных и реабилитационных центров.

Наиболее радикальной мерой, направленной на снижения уровня алкогольных проблем является введение «сухого закона». Попытка введения «сухого закона» предпринималась в различных странах, в том числе в Исландии в 1912-1923 годах, в США в 1919-1932 годах, в Финляндии в 1919-1932 годах. В 1919 году Конгресс США принял 18-ю поправку к конституции, согласно которой вводился полный запрет на производство, перевозку и продажу любых алкогольных напитков по всей стране. Следует отметить, что принятие этого закона не являлось волюнтаристским решением «сверху». Эта инициатива была поддержана населением, среди которого в тот период были распространены трезвеннические настроения. В течение первых нескольких лет «сухого закона» уровень алкогольных проблем снизился до минимума. Однако, на фоне запрета официальной торговли алкоголем, резко выросла нелегальная его продажа. Так, уже в первые полгода закона было конфисковано 517 миллионов литра самогона, обнаружено и ликвидировано 4888 подпольных винокурен и 24111 пивоварен. В 1924 году было конфисковано уже 6,3 миллиарда литров самогона, обнаружено и ликвидировано 18853 винокурен и 124720 пивоварен. За нелегальное производство алкоголя было арестовано 68 тысяч человек. Таким образом, общественность, активно поддерживавшая введение «сухого закона», с не меньшим энтузиазмом стала его нарушать. Следует отметить, что ни в одной стране, где вводился «сухой закон» не было достигнуто ожидаемого результата. Первоначальный эффект снижения уровня алкогольных проблем, сменялся их постепенным ростом. Расширение нелегального производства алкоголя приобретало неконтролируемый характер.

Альтернативной сухому закону системой контроля доступности алкоголя является рационирование. При такой системе для всех граждан определяется фиксированная норма алкоголя, которую они могут купить. В Швеции в период с 1917 по 1955 годы действовала

система Братта (по фамилии врача, ее предложившего). Согласно этой системе главе семьи выдавалась талонная книжка, по которой на семью отпускалось не более 4 литров водки в месяц. Успех этой системы способствовал тому, что в результате проведенного в 1922 году референдума большинством голосов было отклонено предложение ввести «сухой закон». Постепенно система Братта начала вызывать все большую критику. В качестве аргумента приводился довод о том, что ограниченная продажа алкоголя создает искусственный ажиотаж вокруг него, и, таким образом, человек, не имевший намерения употреблять алкоголь, получив его по карточке, считает необходимым его употребить. Отмена рационирования привела к четырехкратному росту смертности в результате цирроза печени.

Одной из наиболее распространенных форм регулирования доступности алкоголя является государственная монополия. Наиболее известным историческим примером этого вида государственного регулирования является Гетеборгская система. Первоначально она была введена в 1865 году в Шведском городе Гетеборге, а затем распространилась на всю страну. Согласно этой системе одной из шведских фирм предоставлялась монополия на продажу водки с небольшой нормой прибыли (около 6%). Остальная часть доходов поступала в распоряжение местного самоуправления и использовалась для благотворительных целей и профилактики алкоголизма. Эта система регулировала число мест и времени продажи крепких спиртных напитков, ограничивала отпуск спиртных напитков одному лицу, запрещала доступ в питейные заведения лицам моложе 18 лет. В 1917 году она была заменена системой Братта. Таким образом, алкогольная политика Швеции прошла длительный путь исторического развития и социальных экспериментов. В основе современной модели государственной монополии на алкоголь в Швеции лежат два основных принципа: монополия на розничную торговлю и высокий уровень цен на алкогольные напитки за счет акциза и налогов. В некоторых странах была разработана национальная политика, направленная на повышение потребления вина с целью сокращения потребления крепких спиртных напитков (так называемая экономика замещения). Оказалось, что, несмотря на то, что некоторое замещение имело место, в целом, повышение доступности вина в розничной торговле привело к росту совокупного потребления алкоголя. Так, в Финляндии в 1969 году была разрешена продажа пива средней крепости во всех продуктовых магазинах и кафе. В этом же году совокупное потребление алкоголя выросло на 46% в основном за счет повышения потребления пива средней крепости. В Швеции разрешение продажи крепкого пива в 1965 году сопровождалось ростом совокупного потребления алкоголя на 15%. При этом значительно выросло потребление алкоголя подростками. Аннулирование продажи пива в 1976 году привело к снижению совокупного потребления алкоголя на 22% и снижению смертности в результате цирроза печени на 35%. Тем не менее, во многих странах успешно работает стратегия ограничения потребления крепких спиртных напитков, согласно которой слабоалкогольные напитки более доступны в цене. Так, например, в Швеции крепкие алкогольные напитки традиционно доминировали в структуре потребления алкоголя. Начиная с середины 70-х годов наблюдается тенденция снижения уровня потребления крепких спиртных напитков и одновременный рост уровня потребления вина и пива. Вследствие этого изменилась структура потребления алкоголя. Если в 1955 году 67% от общего потребления приходилось на крепкие спиртные напитки, 8% на вино и 25% на пиво, то в 1994 году эти цифры составляли соответственно 27%, 29%, 43%. Преимущество в выборе и цене обычно предоставляется безалкогольным напиткам. В этом смысле накоплен положительный опыт пропаганды безалкогольного пива среди молодежи.

В СССР алкогольная политика менялась в зависимости от имевшейся ситуации. В первые дни после октябрьского переворота в Петрограде насчитывалось около 700 складов с запасами вин. В погребах Зимнего дворца хранились редкие вина общей стоимостью свыше 5 миллионов долларов. Первоначально предполагалось, что захваченное вино и спирт будут проданы за границу. Однако среди населения стал

нарастать ажиотаж и начались стихийные погромы складов. Одни торопились «уничтожить причину всех бед», другие – вкусить дорогого вина. Для того чтобы стабилизировать ситуацию военно-революционный комитет решил ликвидировать запасы алкоголя. Спирт и вина с помощью пожарных помп выкачивали в сточные канавы. 28 ноября 1917 года вышел приказ, согласно которому все винные и спиртные заводы закрывались, и запрещалась продажа алкоголя. В этом же году была учреждена специальная должность «ответственный комиссар по борьбе с алкоголизмом и азартными играми». Трезвость рассматривалась большевиками как важная цель революции. В мае 1918 года ВЦИК принял декрет, который предусматривал за подпольное изготовление спиртного уголовную ответственность в виде лишения свободы на срок не менее 10 лет с конфискацией имущества. 19 декабря 1919 года совнарком РСФСР принял постановление «О воспрещении на территории страны изготовления и продажи крепких алкогольных напитков». За нарушение закона предусматривалось наказание в виде лишения свободы на срок не менее 5 лет с конфискацией имущества. За появление в общественном месте в нетрезвом виде полагалось лишение свободы на срок не менее одного года. Запрет не распространялся на напитки менее 12 градусов крепости. В условиях гражданской войны, несмотря на угрозу наказаний, изготовление самогона с каждым годом возрастало. С конца 1922 года активизировалась борьба с самогонварением. Милиция проводила массовые облавы. В целом, в РСФСР в 1922 году было обнаружено 94 тыс. случаев самогонварения и отобрано 22 тыс. самогонных аппаратов, в 1923 году 191 тыс. и 54 тыс. соответственно, в 1924 году – 275 тыс. и 73 тыс. В 1922 году было возбуждено более 500 тыс. уголовных дел о самогонварении. Однако усиление борьбы с самогонварением не давало ожидаемых результатов. Постепенно запреты ослабевали. В 1923 году специальным декретом было разрешено производство вин крепостью до 20 градусов, а в 1924 году – до 30 градусов. В 1925 году были сняты все ограничения на продажу спиртных напитков. Постановлением ЦНК и СНК СССР от 28 августа была введена государственная монополия на изготовление и продажу водки. Водка продавалась по цене 1 рубль за 0,5 литра при среднемесячной заработной плате рабочего 80 рублей. Доходы от продажи водки составляли 12 % от всей доходной части бюджета. Считалось, что эти средства помогали государству восстанавливать промышленность. Сталин в своих выступлениях заявлял, что продажа водки зло, но меньшее, чем кабала капиталистов. Тем не менее, 11 сентября Совнарком РСФСР принял постановление, согласно которому предписывалось усилить антиалкогольную пропаганду в средствах массовой информации, ввести в школьную программу лекции о вреде алкоголя. В 1927 году были созданы специальные комиссии по вопросам алкоголизма при исполкомах всех местных советов. В этом же году было принято постановление, согласно которому лица страдающие алкоголизмом могли быть подвергнуты принудительному лечению. В 1928 году в Москве было создано «Общество по борьбе с алкоголизмом». В эти годы антиалкогольная компания приняла широкий размах. Однако в начале 30-х годов антиалкогольные мероприятия были практически свернуты. Было решено, что разрешение проблемы пьянства и алкоголизма произойдет само собой по мере роста благосостояния и культуры народа. Во второй половине 30-х алкоголь продавался свободно, по вполне доступным ценам. Несмотря на это, в 1940 г уровень потребления алкоголя на душу населения был невысоким – 2,5 литра.

В послевоенные годы официальный уровень продажи алкоголя был относительно не высок и составил в 1950 году 1,9 литра на душу населения. Однако этот показатель не отражает реального уровня потребления алкоголя, поскольку в послевоенные годы широкое распространение получило самогонварение. С целью ужесточения борьбы с незаконным оборотом алкоголя в 1948 году был издан указ предусматривающий за изготовление и хранение самогона с целью сбыта заключение в исправительно-трудовые лагеря сроком от 6 до 7 лет с конфискацией имущества, а без цели сбыта – лишение свободы от 1 до 2 лет. Однако на практике эти суровые меры применялись редко. В конце

40-х годов рост уровня самогонварения удалось приостановить путем снижения в два раза цены на водку. В это же время дешевизна водки стимулировала ее потребление и как следствие рост уровня связанных с алкоголем проблем. Данное обстоятельство стало причиной принятия 15 декабря 1958 года постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР "Об усилении борьбы с пьянством и о наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками".

Постановление в частности предусматривало запрещение продажи водки в продовольственных магазинах, на предприятиях общественного питания (кроме ресторанов), расположенных на вокзалах, пристанях, в аэропортах. Торговля водкой запрещалась вблизи промышленных предприятий, учебных, лечебных и детских учреждений, а также в местах массового отдыха. Торговля алкоголем в магазинах разрешалась с 10 часов утра, а в ресторанах была установлена предельная норма отпуска - не более 100 грамм водки на посетителя. Запретительный характер проводимых мероприятий имел негативные последствия. Так, запрет на торговлю алкоголем в местах общественного питания, где можно было выпивкой приобрести закуску стимулировал уличное пьянство. Публичное пьянство вело к росту преступности, и, кроме того, формировало в обществе терпимое отношение к пьяницам. Процесс размокания культуры сопровождался ростом уровня потребления алкоголя и уровня связанных с алкоголем проблем. Кроме того, дефицит водки спровоцировал рост самогонварения.

С середины 60-х годов начался постепенный рост уровня потребления алкоголя и как следствие этого рост уровня связанного с ним проблем. В 1972 году вышло постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма». С целью уменьшения потребления крепких спиртных напитков было сокращено производство водки и повышено производство безалкогольных напитков. Кроме того, было уменьшено число магазинов по продаже алкогольных напитков, запрещена торговля ими в мелкой розничной торговой сети, в столовых и буфетах, продовольственных магазинах. Запрещена продажа алкогольных напитков крепостью более 30 градусов в торговых точках, расположенных вблизи промышленных предприятий и строек, учебных заведений, вокзалов. Эффектом этих мероприятий было некоторое снижение уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами. Однако провозглашенные меры не дали ожидаемых результатов, так как действия по их реализации были плохо скоординированы и непоследовательны. Таким образом, в эпоху «застоя» антиалкогольное законодательство осталось пустой декларацией о намерениях. Тем не менее, в последующем, алкогольным проблемам уделялось достаточно много внимания на правительственном уровне. В частности, в 1976 году была создана самостоятельная наркологическая служба, что значительно улучшило качество наркологической помощи. Это, в свою очередь, привело к тому, что заболеваемость алкогольными психозами, уровень которой возрастал с 60-х годов несколько снизился. В начале 80-х годов руководство Советского Союза в рамках кампании по усилению трудовой дисциплины приняло ряд мер по снижению доступности алкоголя. Так, например, ограничивалось время торговли спиртными напитками. Эти мероприятия привели к некоторому снижению уровня потребления алкоголя на душу населения. Так, общий уровень потребления алкоголя с 1980 по 1983 снизился с 10,2 до 9,6 литров на душу населения. Соответственно, заболеваемость алкогольными психозами снизилась с 19,8 на 100 тыс. населения в 1980 году до 15,6 в 1983 году. Кроме того, отмечалось некоторое снижение уровня смертности в результате отравлений алкоголем, цирроза печени, а также уровня общей смертности. Тем не менее, уровень алкогольных проблем в обществе оставался чрезвычайно высоким.

7 мая 1985 года было принято постановление ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» и Совета Министров СССР «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогонварения». Эти документы предусматривали широкомасштабную кампанию, направленную на значительное сокращение производства

алкогольных напитков, числа точек продажи и времени продажи. Практически все, что можно было сделать за счет административного ресурса было сделано. Число винодельческих предприятий снизилось в два раза. Было вырублено около 300 тыс. гектаров виноградников (треть от всех плантаций). Число магазинов, торгующих алкогольными напитками было сокращено в 4,7 раз. Цена на водку выросла в два раза. В итоге этих беспрецедентных по своим масштабам мероприятий продажа алкоголя на душу населения снизилась с 8,3 литров в 1984 году до 3,3 литров в 1987 году. Однако резкое снижение уровня продажи алкоголя было достигнуто преимущественно за счет снижения потребления вина. Снижение производства вина, как в период компании, так и в последующие годы, привело к снижению его доступности. Это обстоятельство явилось причиной изменения структуры потребления алкоголя в пользу крепких спиртных напитков. Наиболее очевидным успехом антиалкогольных мероприятий было снижение на 10,3% общей смертности. Причем, это снижение было особенно заметно на фоне тенденции ежегодного роста общей смертности, которая наблюдалась с начала 60-х годов. Уровень связанных с алкоголем проблем также резко снизился. Так, смертность от причин связанных с алкоголем в 1987 году по сравнению с 1984 годом снизилась в 2,5 раза, смертность от травм, несчастных случаев, отравлений снизилась на 36,8%. Главным барьером на пути реализации программы стало самогонварение. По оценкам разных экспертов в 1987 году было изготовлено от 1,9 до 5 литров самогона на душу населения. Только в этом году населением было выпито около одного миллиарда спиртосодержащих парфюмерных изделий. Несмотря на суровые наказания (штраф 300 рублей или исправительные работы до двух лет на первый случай и лишение свободы до 2-х лет при повторном нарушении) самогонварение было повсеместно распространено. Так, если в 1985 году было арестовано 80 тыс. самогонщиков, то в 1986 году- 150 тыс., в 1987 году уже 397 тысяч, а в 1988 – более 500 тысяч. Продажа сахара, как основного сырья для изготовления самодельного алкоголя, выросла на 964 тысячи тонн. Таким образом, предполагается, что подпольное изготовление фактически компенсировало сокращение производства алкоголя на государственных предприятиях. В то же время, снижение уровня различных видов смертности в этот период не согласуется с этим утверждением. Оценки этого социального эксперимента неоднозначны. Вероятнее всего, это был успех в рамках неудачи. Считается, что антиалкогольная компания была прекращена вследствие того, что государство не сумело справиться с волной самогонварения. За период проведения компании государственный бюджет в результате снижения продажи алкоголя недополучил 49 миллиардов рублей. Основной вывод, который можно сделать исходя из итогов антиалкогольной компании, это то, что жесткие ограничительные мероприятия не могут считаться оптимальным вариантом государственной алкогольной политики. Главным условием ее успешности является поддержка общественностью. В то же время, сложно быстро поменять социально-психологические стереотипы одними лишь командно-административными методами.

В конце 80-х наблюдался постепенный отход от ограничительной политики. В связи с либерализацией общества наблюдалась либерализация отношения государства к алкоголю. Отмена государственного контроля за производством и продажей алкоголя фактически означала отсутствие алкогольной политики. Рынок стал насыщен дешевой водкой низкого качества, которая продавалась по доступным ценам практически без всяких ограничений. Как прямое следствие этого, потребление алкоголя на душу населения и уровень алкогольных проблем ежегодно возрастали. Уровень связанной с алкоголем смертности в России и Беларуси достиг максимальной точки в 1994 году, после чего наметилась тенденция к снижению. Вероятнее всего это связано с тем, что государство стало регулировать доступность алкоголя путем повышения цен. Некоторые специалисты считают, что снижение уровня различных видов смертности объясняется вымиранием части популяции алкоголиков.

Историческая ретроспектива свидетельствует о том, что в постсоветских странах никогда не существовало целостной государственной алкогольной политики. Периоды повышенного внимания государства к этой проблеме чередовались с периодами полного забвения. Многочисленные антиалкогольные компании проходили под флагом борьбы с алкоголем и носили характер жестких запретительных мероприятий. При этом игнорировался социальный контекст алкогольных проблем и та огромная роль, которую играет алкоголь в жизни нашего общества.

Учитывая вышеприведенный анализ существующих направлений алкогольной политики, мы считаем, что для правильного стратегического планирования профилактических мероприятий в Республике Беларусь необходимо более продуманно использовать объективные данные, полученные в ходе мониторинга алкогольной ситуации. Предлагаемый документ рассматривается нами как один из инструментов развития системы мониторинга в Республике Беларусь. Следует отметить, что это документ системного характера, который ставит своей целью информирование и обучение специалистов в области мониторинга алкогольной ситуации. Предлагаемое руководство будет являться основой для разработки конкретных предложений по внедрению профилактических мероприятий на всех уровнях, и в конечном итоге может повлиять на формирование алкогольной политики.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенные в настоящем методическом руководстве методики мониторинга алкогольной ситуации основаны как на существующих международных рекомендациях, так и включают результаты собственных разработок.

Мониторинг алкогольной ситуации рассматривается нами как научно обоснованная, комплексная, многокомпонентная, разноуровневая система. В разработанной нами схеме мониторинга выделен мониторинг потребления алкоголя (включающий мониторинг потребления алкоголя на основании данных о произведенном алкоголе; мониторинг потребления незарегистрированного алкоголя; изучение уровня и моделей потребления алкоголя), мониторинг медицинских последствий потребления алкоголя, мониторинг социальных последствий потребления алкоголя, мониторинг экономических последствий потребления алкоголя.

Оценка потребления алкоголя важна для правильного построения профилактических программ. При оценке подушевого потребления алкоголя учитываются основные виды алкогольных напитков, распространенных в Республике Беларусь – пиво, ликеро-водочные изделия и вина. Для расчета реального потребления алкоголя следует также учитывать потребление незарегистрированного алкоголя. Потребление незарегистрированного алкоголя в значительной степени приводит к снижению доходов государства от торговли алкоголем, способствует укреплению организованной преступности, а также наносит значительный ущерб здоровью населения, поскольку алкоголь нелегального происхождения, как правило, низкого качества.

Данные о потреблении алкоголя не могут выявить различные модели употребления алкоголя. Знание этих моделей также важно для оценки алкогольной ситуации, поэтому в предложенном методическом руководстве рассмотрены методики изучения основных моделей употребления алкоголя.

Мониторинг медицинских последствий потребления алкоголя изложен в соответствии с тремя группами проблем, связанных со здоровьем: проблемы, возникающие вследствие острой алкогольной интоксикации; проблемы, возникающие вследствие хронического токсического воздействия алкоголя на органы и системы; проблемы, возникающие вследствие формирования зависимости от алкоголя как от психоактивного вещества.

Так как измерение социального вреда от употребления алкоголя ещё недостаточно хорошо разработано, нами предложено отслеживать наиболее социально значимые показатели: смертность, наступившую от причин, связанных с алкоголем (до достижения возраста средней продолжительности жизни и отдельно до достижения пенсионного возраста); инвалидность, наступившую от причин, связанных с алкоголем (до достижения пенсионного возраста), данные показатели позволят рассчитать DALYs (количество утраченных лет жизни, в связи со смертностью и инвалидностью); нетрудоспособность. Также предлагается изучать показатели, характеризующие социально опасное (или потенциально опасное) поведение, связанное с алкоголем и угрожающие безопасности третьих лиц (ДТП, пожары, преступления).

В основу методики экономической оценки последствий употребления алкоголя положен анализ стоимости болезни. Результатом его проведения является представление об экономическом масштабе социальной значимости наркологических заболеваний. Полученные в ходе анализа сведения чрезвычайно важны для определения политики здравоохранения, стратегического и текущего планирования развития наркологической службы с учетом обеспечения справедливого распределения ресурсов. При оценке экономических последствий от того или иного заболевания в первую очередь учитываются прямые расходы и косвенные потери, обусловленные данным заболеванием.

Таким образом, расчеты, проведенные в соответствии с предлагаемыми рекомендациями, позволят получить представление о масштабе медицинских, социальных и экономических последствий употребления алкоголя в Республике Беларусь.

Следует отметить, что системы эпиднадзора и мониторинга развиваются и на международном уровне. В 2002 г. на основе интернет-технологии была создана Европейская информационная система по алкоголю (EAIS) для сбора, анализа и распространения информации по проблемам, связанным с разработкой политики в отношении алкоголя. EAIS является важным инструментом мониторинга реализации основ политики на национальном и региональном уровне. Систематизированные данные Республики Беларусь также должны включаться в базу этой информационной системы.

## ГЛОССАРИЙ

Для унификации терминов, их однозначного понимания и употребления в методические рекомендации включен составленный авторами глоссарий основных терминов и понятий, которые могут быть использованы в процессе работы. Материал расположен в алфавитном порядке.

**Аддиктивное поведение** (англ. *addiction* - «пагубное пристрастие, склонность, привычка») — включает в себя саму пагубную привычку, связанную с приемом того или иного психоактивного вещества, а также возникающее при этом поисковое поведение и комплекс психических и соматических нарушений, которые формируются в результате его употребления, в том числе зависимость и толерантность [Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Мн.: Беларусь, 2001. – 426 с.]

**Алкоголизм** – объединение всех форм злоупотребления спиртными напитками, оказывающие отрицательное влияние на здоровье пьющего, его поведение, профессионально-трудовые установки и взаимоотношения с окружающими.

**Алкогольная артериальная гипертензия** (алкогольная гипертензия) – повышение АД на фоне злоупотребления алкоголем (I 15).

**Алкогольная зависимость** сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума [Международная классификация болезней, 10-й пересмотр].

**Алкогольная кардиомиопатия** (алкогольная дилатационная кардиомиопатия, алкогольное поражение сердца, алкогольное поражение миокарда, токсическая дилатационная кардиомиопатия) – вторичная дилатационная кардиомиопатия, возникающая на фоне злоупотребления алкоголем – хронической алкогольной интоксикации – и проявляющаяся поражением преимущественно миокарда левого желудочка с последующим вовлечением других камер сердца и их расширением (I 42.6).

**Алкогольная полинейропатия** – симметричная сенсомоторная невропатия вследствие аксональной дегенерации, обусловленной непосредственным воздействием токсичных метаболитов алкоголя на нервное волокно и дефицитом витаминов группы В (в первую очередь, тиамин) на фоне хронической алкогольной интоксикации.

**Алкогольные (металкогольные) психозы** – группа психотических расстройств генетически связанных с злоупотреблением алкоголя/синдромом зависимости от алкоголя (алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности, алкогольные энцефалопатии – Гайе-Вернике, Корсаковский психоз и др.).

**Алкогольный синдром плода (АСП)** – комплекс аномалий, отмечающийся у детей, рожденных матерями, употреблявшими во время беременности относительно большие количества алкоголя. При этом обязательно наличие каждой из трех категорий отклонений от нормы: *отставание в росте* (вес и/или рост), *патология центральной нервной системы* (неврологические и психические дисфункции и дефицит) и *характерные черты лица*.

**Алкогольный цирроз печени** – см. цирроз печени.

**Алкогольные эпилептические припадки / эпилептический статус** – называют также «абстинентными припадками» или «припадками отмены», в большинстве случаев связаны с отменой алкоголя и чаще развиваются в сочетании с другими симптомами абстиненции (однако, возможно и наличие ЧМТ в анамнезе); серьезным осложнением является эпилептический статус – серия непрерывно следующих друг за другом

припадков, в промежутках между которыми пациент не приходит в сознание (G 40.8, G 41.8).

**Бремя болезней** - совокупность различий между реальным состоянием здоровья населения и идеальной ситуацией, при которой люди живут максимально долго без болезней и нетрудоспособности. В основе этих различий лежат показатели преждевременной смертности, инвалидности и нетрудоспособности, а также воздействие ряда факторов риска, способствующих возникновению и обострению болезней [Murray C. J. L., Lopez A. D. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge. - 1996. –P.1-98].

**Валовой внутренний продукт (ВВП)** – совокупная стоимость товаров и услуг, произведенных в стране в течение года.

**Валовой национальный продукт (ВНП)** – валовой внутренний продукт, дополненный доходами от внешнеторговой и международной деятельности.

**Дети-сироты** – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель.

**Дети, оставшиеся без попечения родителей,** – лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей вследствие лишения родителей родительских прав, отобрания их у родителей без лишения родительских прав, признания родителей недееспособными, ограниченно дееспособными, безвестно отсутствующими, объявления их умершими, нахождения родителей в розыске, в местах содержания под стражей, болезни родителей, препятствующей выполнению родительских обязанностей, отбывания родителями наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде ареста, ограничения свободы, лишения свободы, оставления их родителями в организациях здравоохранения, согласия родителей на усыновление (удочерение) детей при отказе родителей от детей и их раздельном проживании с детьми, а также которые обнаружены брошенными, и в других случаях отсутствия попечения родителей.

**Дорожно транспортное происшествие (ДТП)** – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы, либо причинён иной материальный ущерб.

**Заболеваемость** – медико-статистический показатель, определяющий число заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения (отношение числа впервые зарегистрированных заболеваний к средней численности населения, проживающего на данной территории X на 100 тысяч населения).

**Затраты** – расходы материальных, природных и других ресурсов. Затраты ресурсов в денежной форме называются издержками. (Золотогоров В.Г. Энциклопедический словарь по экономике. Мн.: Польша, 1997. С. 121).

**Здоровье** – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических нарушений.

**Издержки альтернативные** – ценность, которую можно было бы получить в результате альтернативного действия, от которого пришлось отказаться, выбрав данный вариант действия.

**Инвалидность** – ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества.

**Индекс** – относительный показатель, выражающий отношение уровня данного явления к его уровню в прошлое время или к уровню аналогичного явления.

**Индекс DALY** (disability-adjustedlifecycleyears) – это комплексный показатель, в соответствии с которым потери здоровья, связанные с различными причинами – заболеваемостью, инвалидизацией, смертностью, – измеряются на единой основе и представляются в одних и тех же единицах – годах утраченной здоровой жизни.

**Индекс QALY** – индекс, отражающий качественно прожитые годы.

**Ксенобиотики** - условная категория для обозначения чужеродных для живых организмов химических веществ.

**Металкогольные заболевания** – круг заболеваний с высокой долей алкогольной «этиологической фракции» показателей смертности, заболеваемости и травматизма [Международное руководство по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда. ВОЗ. – 2000. – С. 210].

**Неблагополучные семья** - это семья с низким социальным статусом, не справляющаяся с возложенными на нее функциями в какой-либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно.

**Несчастный случай** - непредвиденное событие, неожиданное стечение обстоятельств, повлекшее телесное повреждение или смерть.

**Нетрудоспособность** - потеря трудоспособности в результате несчастного случая или болезни.

**Обеспечение справедливости** - распределение служб здравоохранения среди населения таким образом, чтобы обеспечить равный физический, финансовый и социальный доступ к медицинской помощи каждому человеку, а также, чтобы затраты, связанные с медицинской помощью, были поделены между людьми или группами людей пропорционально их доходу.

**Острая алкогольная интоксикация** (алкогольное опьянение) - преходящее состояние, возникающее вслед за приемом алкоголя, приводящее к нарушению или изменению сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения и/или других психофизиологических функций и реакций; степень и структура указанных изменений зависит от дозы принятого алкоголя, времени, истекшего с момента его приема, особенностей организма человека, подвергшегося интоксикации. Степень алкогольного опьянения непосредственно связана с концентрацией алкоголя в крови.

**Оценка стоимости человеческой жизни** – измерение, выраженной в денежной форме стоимости человеческой жизни, путем определения чистой приведенной стоимости выгод, которые другие лица (супруг, супруга, зависимые лица, иждивенцы, партнеры, работодатели) могли бы разумно ожидать от будущих усилий индивида, чья жизнь оценивается. В стоимость человеческой жизни включаются затраты, вложенные в безопасность.

**Панкреатит** - заболевание, характеризующееся аутолизом поджелудочной железы, обусловленным активацией ферментов в протоках. Одним из этиологических факторов *острого* панкреатита являются «алкогольный эксцесс и обильная жирная пища». См. также *Хронический панкреатит*.

**Планирование здравоохранения** - упорядоченный процесс развития учреждений и служб здравоохранения, основанный на выявлении неудовлетворенных потребностей, определении ресурсов, необходимых для их удовлетворения, установлении очередности реальных и выполнимых целей, а также на планировании административных мер, способствующих выполнению этих целей. При планировании учитываются не только

вопросы адекватности, действенности и продуктивности служб здравоохранения, но также те факторы социального и индивидуального поведения, которые воздействуют на здоровье индивидуума и общества.

**Пожар** - неконтролируемый процесс горения, причиняющий материальный ущерб, вред жизни и здоровью людей, интересам общества и государства.

**Политика в здравоохранении**- постановка целей в здравоохранении и система долгосрочных мер по достижению этих целей; область изучения и практики, в которой определяются приоритеты и ценности, лежащие в основе распределения ресурсов здравоохранения.

**Правонарушение** - виновное противоправное деяние (действие или бездействие), противоречащее требованиям правовых норм и совершённое право- и дееспособным лицом или лицами. Влечёт за собой юридическую ответственность.

**Приоритеты здоровья** - научно обоснованная область проблемных ситуаций в здоровье, приводящих к наиболее ощутимым потерям общества. Часть этих потерь может быть предотвращена.

**Приоритеты здравоохранения** - направления развития учреждений и служб системы здравоохранения, которые соответствуют первоочередным задачам системы по разрешению выявленных или предполагаемых проблем. Приоритеты могут быть в области услуг, групп населения, методологии оказания медицинской помощи или же результатов. Отсюда следует, что обоснование выделенных приоритетов в здравоохранении тесно связано с научным обоснованием приоритетов в здоровье посредством экспертной оценки потенциально устранимых потерь в здоровье населения или его групп возможностями здравоохранения.

**Производственная травма** - травма, полученная работником на производстве и вызванная несоблюдением требований охраны труда.

**Психическое здоровье** - это отсутствие психических или поведенческих расстройств; состояние субъективно ощущаемого благополучия и комфорта с достижением личностью ее цельности, определяющей ее функционирование, которая принимается как самой личностью, так и социальным окружением.

**Пьянство** - Потребление больших количеств спиртных напитков с последующим опьянением или же с целью опьянения, в отличие от применения алкоголя, носящего церемониальный характер, связанного с получением удовольствия или являющегося своего рода средством общения, а также удовлетворения пищевых потребностей без намерения опьянеть [Международное руководство по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда. ВОЗ. – 2000. – С. 210.].

**Разводы** -формальное прекращение (расторжение) действительного брака между живыми супругами.

**Распространенность** — частота некоторого состояния в группе, представленное отношением числа лиц, у которых на момент обследования наблюдается изучаемое состояние (болезнь) к числу всех лиц в группе т.е. совокупность всех заболеваний, зарегистрированных в данном календарном году [Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Р.Флетчер, С.Флетчер, Э.Вагнер. Пер. с англ. – М. Медиа Сфера, 1998. – С. 341]

**Расходы домашних хозяйств** – это личные потребительские расходы населения на покупку предметов потребления и услуг (Макроэкономика: социально-ориентированный подход / Под ред. Э.А. Лутохиной. – Мн.: Тесей, 2003. С. 41)

**Синдром зависимости от алкоголя** (алкоголизм, хронический алкоголизм) - вызванное злоупотреблением спиртными напитками хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю и, как результат, - разнообразными прогрессирующими последствиями алкогольной интоксикации.

**Смертность** - медико-статистический показатель (отношение числа умерших от какого либо заболевания (по какой либо причине) к средней численности населения (региона, государства ит.п.) X на 100 тысяч населения).

**Созависимость** — это болезненная зависимость, характерная для людей из деструктивных семей; для людей, подвергшихся детским травмам от родителей, учителей и

других значимых людей; для людей, подвергшихся насилию. Под термином созависимость подразумевается дезадаптивное поведение членов семьи алкоголиков, характеризующееся тем, что они становятся зависимыми от алкоголика. Созависимый – это человек, который подвергается влиянию алкоголя и наркотиков, не употребляя их, через тесное взаимодействие с зависимым человеком [Bhowmick P., Tripathi B.M., Jhinger H.R., Pandey R.M. Social support, coping resources and codependence in spouses of individuals with alcohol and drug dependence// Indian Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 43,N 3. – P. 219–224].

**Суициды** - целенаправленное лишение себя жизни.

**Употребление алкоголя с вредными последствиями** – модель употребления алкоголя, вызывающая вред для здоровья. Последствия могут быть медицинские и социальные [Международная классификация болезней, 10-й пересмотр].

**Утраченные годы жизни** – годы жизни, утраченные вследствие преждевременной смерти и нетрудоспособности. Индикатором, сочетающим оценку влияния болезней, инвалидности и смертности на состояние здоровья является показатель DALY (утраченные годы жизни вследствие нетрудоспособности) [Murray C. J. L., Lopez A. D. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge. - 1996. –P.1-98].

**Ущерб имущественный** – ущерб, нанесенный имущественному положению физического или юридического лица вследствие причинения ему вреда или неисполнения условий договора. (Золотогоров В.Г. Энциклопедический словарь по экономике. Мн.: Полымя, 1997. С. 484)

**Ущерб неимущественный** – вред морального характера, причиненный противоправными действиями. (Золотогоров В.Г. Энциклопедический словарь по экономике. Мн.: Полымя, 1997. С. 484)

**Хронический панкреатит** - (см. также *Панкреатит*) в основе заболевания лежит развитие воспалительно-склеротического процесса, ведущего к прогрессирующему снижению внешней и внутренней секреции; происходит уплотнение (индурация) паренхимы поджелудочной железы вследствие разрастания соединительной ткани, появления фиброзных рубцов, псевдокист и кальцификатов. Один из ведущих этиологических факторов – алкоголизм.

**Цирроз печени** - хроническая патология печени с постепенной гибелью гепатоцитов, распространенным фиброзом и узелками-регенератами, постепенно замещающими паренхиму печени; сопровождается недостаточностью функции гепатоцитов (печеночной недостаточностью) и изменением кровотока печени, приводящих к желтухе, портальной гипертензии и асциты. Один из ведущих этиологических факторов – алкоголизм.

**Экономическая политика в психиатрии** - совокупность текущих и долгосрочных мер экономического характера, способствующих наиболее полному удовлетворению потребностей населения в психиатрической помощи, повышению ее качества и доступности, а также предоставлению потребителю возможности выбора ее форм.

**Экономика** - хозяйство, совокупность средств, объектов и процессов, используемых для жизни, удовлетворения потребностей путем создания необходимых благ и услуг; наука о хозяйстве, способах его ведения и отношений между людьми.

**Экономика здравоохранения** - система знаний о формах, методах и результатах хозяйственной деятельности в области медицины, а также об эффективности мер по охране здоровья населения и их влиянии на производство валового внутреннего продукта.

**Экономика здоровья** - экономическая оценка развития здоровья или потерь общества в здоровье, а также оценка вклада здоровья в экономику.

**Экономические оценки** - определение стоимости (экономических последствий) болезни, а также измерение и сопоставление затрат и результатов альтернативных вариантов оказания медицинской помощи. В настоящее время используется 5 основных методов экономических оценок:

- метод оценки «стоимости болезни» (CA – costofillnessanalysis) – позволяет определить экономические последствия заболевания, как на индивидуальном уровне, так и для определенной группы пациентов, а также на уровне общества;

- метод «минимизации затрат» – (CMA – costminimizationanalysis) – используется для выбора рационального метода лечения одной и той же болезни. Метод применяется в тех случаях, когда результаты альтернативных методов диагностики и лечения оказываются идентичными;

- метод «затраты – эффективность» – (CEA – costeffectivenessanalysis) – помогает определить те виды лечения, которые обладают наибольшей клинической эффективностью. При этом оценивается не только клиническая эффективность, но и стоимость лечения, т.е. рассчитываются затраты, приходящиеся на единицу эффективности, получаемой в результате применения определенной технологии ведения больного;

- метод «затраты – полезность» – (CUA – costutilityanalysis) – позволяет учесть качественную сторону лечения болезней. Оценкам подвергаются не только затраты на лечение, но и продленные годы жизни с учетом ее качества, обусловленные состоянием здоровья больного (индекс QALY);

- метод «затраты – выгоды» – (CBA – costbenefitanalysis) – предполагает оценку и затрат, и эффективности лечения в денежном выражении. В результате рассчитывается прямая выгода от применения новых технологий и новых препаратов.

Первый метод оценок (CA) построен на учете только затрат и является сугубо экономическим; в основе остальных четырех методов (CMA, CEA, CUA, CBA) лежит учет не только затрат, но и клинических аргументов в пользу выбора того или иного подхода к лечению. Эти методы получили название клинико-экономических.

**Экономическая оценка последствий психических заболеваний (стоимость психических заболеваний, бремя психических заболеваний, груз психических заболеваний)** - государственные вложения в систему оказания помощи психически больным и потери, которое несет общество вследствие психического нездоровья населения. Кроме того, это понятие включает в себя бремя, которое испытывает сам больной и его ближайшее окружение, связанное с психическим заболеванием. Может быть оценено в денежном выражении путем проведения стоимостного анализа болезни (CA). Однако не все составляющие стоимости психических заболеваний можно

подсчитать в денежном эквиваленте (например, неосязаемые затраты). Они либо остаются за рамками стоимостного анализа, либо требуют дополнительных исследований. Для оценки принимаются только те компоненты, которые поддаются денежному выражению. В связи с этим оцениваются прямые расходы, связанные с наличием данного заболевания в населении, и косвенные потери, обусловленные исключением психически больных из производственного процесса:

- прямые расходы – показатели фактического использования ресурсов, связанных с оказанием медицинской, социальной, образовательной и других видов помощи психически больным, а также индивидуальные расходы потребителей психиатрической помощи на получение этих видов помощи;

- косвенные потери – показатели потерь общества вследствие психических заболеваний. Выражаются величиной непроизведенного ВВП в результате временной и стойкой нетрудоспособности, смертности в трудоспособном возрасте и др.;

- неосязаемые затраты – факторы, которые сложно представить в денежном выражении. Например, боль и страдание пациентов и их ближайшего окружения, нарушение отношений в семье, упущенные возможности профессионального и карьерного роста, ограничения в культурной и общественной деятельности и пр. Указанные факторы обычно остаются за рамками стоимостного анализа и экономических оценок последствий заболевания.

**Эпидемиология** – наука, разрабатывающая методы клинических исследований, которые дают возможность делать справедливые заключения, контролируя влияние систематических и случайных ошибок [Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. Пер. с англ. – М. Медиа Сфера, 1998. – С. 337]

**Этиологическая фракция** – это пропорция зафиксированных в популяции случаев определенного состояния, которое считается полностью обусловленным определенным фактором риска, с учетом всех прочих демографических переменных и других факторов риска [Международное руководство по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда. ВОЗ. – 2000. – С. 210].

**ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СХЕМА МОНИТОРИНГА  
АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ, МЕДИЦИНСКОГО И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА,  
СВЯЗАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**



Индикаторы  
для мониторинга употребления алкоголя и связанного с ним вреда

Индикатор	Формула для расчета	Показатели для расчета индикатора	Источник получения показателей
<b>Уровень потребления алкоголя</b>			
Годовое потребление алкоголя на душу взрослого населения	(производство + импорт – экспорт алкоголя) / население в возрасте 15 лет и старше	количество произведенного алкоголя в республике	Официальные данные Белстата
		количество импортированного алкоголя	Официальные данные Белстата
		количество экспортированного алкоголя	Официальные данные Белстата
		численность населения в возрасте 15 лет и старше	Официальные данные Белстата
<b>Медицинские последствия</b>			
Смертность (в отношении алкоголь-специфичных состояний, циррозов печени, хронических панкреатитов, онкологии губы, полости рта и глотки, гортани, пищевода, печени, туберкулеза органов дыхания)	Отношение числа случаев к средней численности населения на указанной территории, умноженное на 100 тыс. населения	1. число случаев 2. средняя численность населения на указанной территории	Статистические данные областных УЗ, МЗ РБ, судмедэкспертиза, МВД РБ, Министерство труда и соцзащиты РБ
Заболеваемость (в отношении алкоголь-специфичных состояний, циррозов печени, хронических панкреатитов, онкологии губы, полости рта и глотки, гортани, пищевода, печени, туберкулеза органов дыхания)	Отношение числа впервые зарегистрированных заболеваний к средней численности населения на указанной территории, умноженное на 100 тыс. населения	1. число впервые зарегистрированных заболеваний 2. средняя численность населения на указанной территории	Статистические данные областных УЗ, МЗ РБ
Распространенность заболевания (в отношении п. 2-6 алкоголь-специфичных состояний, циррозов печени, хронических	Отношение числа первичных обращений по поводу заболевания в календарном	1. число первичных обращений по поводу заболевания 2. средняя численность населения на	Статистические данные областных УЗ, МЗ РБ

Индикатор	Формула для расчета	Показатели для расчета индикатора	Источник получения показателей
панкреатитов, туберкулеза органов дыхания)	году к средней численности населения на указанной территории, умноженное на 1000	указанной территории	
<b>Социальные последствия</b>			
Смертность до достижения среднего возраста жизни.	годы потерянной (утраченной) жизни – разница между ожидаемой продолжительностью жизни и возрастом, в котором погиб индивид, рассчитывается на основе показателя смертности;	Количество смертей по полу и возрасту	Министерство здравоохранения. Прокуратура (судебно-медицинская экспертиза)
Показатель первичной инвалидности лиц в возрасте 18-59 (54) лет (на 10 тыс. населения) за календарный год	отношение числа лиц в возрасте 18-59 (54) лет, которым установлена группа инвалидности в календарном году к средней численности населения на указанной территории умноженной на 10 тысяч	1. число лиц в возрасте 18-59 (54) лет, которым установлена группа инвалидности в календарном году; 2. Средняя численность населения	Министерство здравоохранения. Министерство труда и социальной защиты
Число ДТП при участии человека, находящегося в состоянии алкогольного опьянения	—	—	МВД, прокуратура
Число пожаров, возникшие по вине человека в состоянии алкогольного опьянения	—	—	МЧС, МВД, прокуратура
Число производственных травм	—	—	Министерство труда и социальной

Индикатор	Формула для расчета	Показатели для расчета индикатора	Источник получения показателей
			защиты
Число случаев временной нетрудоспособности	—	—	Министерство труда и социальной защиты
Число правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения	—	—	МВД
Число разводов, причиной которых является злоупотреблением одного из супругов алкоголем	—	—	ЗАГС, суды, институты социологических исследований
Количество неблагополучных семей	—	—	МВД
Количество детей-сирот	—	—	Министерство образования
<b>Экономические последствия</b>			
<b>Прямые затраты:</b>			
Затраты на оказание медицинской помощи	<i>(число койко-дней в наркологическом стационаре x стоимость одного койко-дня) + (число посещений наркологического диспансера x стоимость одного посещения) + число пациенто-дней в дневном стационаре x стоимость одного пациенто-дня) + (число вызовов скорой помощи к наркологическим больным x стоимость одного вызова скорой помощи)</i>	число койко-дней, проведенных в наркологических стационарах;	Официальные данные Минздрава
		число посещений наркологического диспансера, психотерапевтических и психоневрологических кабинетов в общей медицинской сети;	Официальные данные Минздрава
		число пациенто-дней, проведенных в дневном стационаре;	Официальные данные Минздрава
		число вызовов бригад скорой психиатрической помощи к наркологическим больным;	Официальные данные Минздрава
		стоимость 1 койко-дня в наркологическом стационаре;	Официальные данные Минздрава
		стоимость 1	Официальные

Индикатор	Формула для расчета	Показатели для расчета индикатора	Источник получения показателей
		посещения внебольничной наркологической службы;	данные Минздрава
		стоимость 1 пациенто-дня в дневном стационаре;	Официальные данные Минздрава
		стоимость вызова бригады скорой психиатрической помощи;	Официальные данные Минздрава
Выплаты пособий по временной нетрудоспособности	размер дневного пособия по временной нетрудоспособности в республике:	число дней временной нетрудоспособности в связи с наркологическим заболеванием;	Официальные данные Минздрава
	<i>сумма выплат пособий по временной нетрудоспособности (всего) /</i>	выплаты по временной нетрудоспособности, всего по республике;	Минтруда и соцзащиты, по запросу
	<i>число дней временной нетрудоспособности (всего)</i>	число дней временной нетрудоспособности всего по республике	Минтруда и соцзащиты, по запросу
	сумма выплат пособий по временной нетрудоспособности для наркологических больных:		
	<i>число дней временной нетрудоспособности по наркологическому заболеванию x размер дневного пособия по временной нетрудоспособности в республике</i>		

Индикатор	Формула для расчета	Показатели для расчета индикатора	Источник получения показателей
Расходы на лечение и содержание наркологических больных в лечебно-трудовых профилакториях.	расходы на содержание одного лица в ЛТП в год:  <i>фактические расходы на содержание ЛТП / среднегодовое число лиц, содержащихся в ЛТП</i>	фактические расходы на содержание лечебно-трудовых профилакториев (включая заработную плату сотрудникам);  среднегодовое число лиц, содержащихся в лечебно-трудовых профилакториях	данные МВД (по запросу)  данные МВД (по запросу)
Капитальные вложения на строительство, реконструкцию наркологических учреждений	-	-	данные МЗ
Расходы на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы	-	-	данные МЗ
Косвенные затраты:			
<b>Потери вследствие временной нетрудоспособности:</b>	стоимость ВВП, произведенного за 1 день 1 человеком, занятым в экономике:  <i>ВВП / среднегодовая численность населения, занятого в экономике / число рабочих дней</i>  потери вследствие временной нетрудоспособности:  <i>число дней</i>	валовой внутренний продукт	Официальные данные Белстата
		среднегодовая численность населения, занятого в экономике	Официальные данные Белстата
		число рабочих дней в году;	Минтруда и соцзащиты
		число дней временной нетрудоспособности вследствие наркологических заболеваний	МЗ

Индикатор	Формула для расчета	Показатели для расчета индикатора	Источник получения показателей
	<i>временной нетрудоспособности по наркологическому заболеванию x стоимость ВВП, произведенного за 1 день 1 человеком</i>		
<b>Потери в результате преждевременной смертности от наркологических заболеваний:</b>	стоимость ВВП, произведенного за 1 день 1 человеком, занятым в экономике:	валовой внутренний продукт;	Официальные данные Белстата
	<i>ВВП /среднегодовая численность населения, занятого в экономике</i>	среднегодовая численность населения, занятого в экономике;	Официальные данные Белстата
	<i>занятого в экономике / число рабочих дней</i>  число умерших больных наркологического профиля в трудоспособном возрасте:  <i>(число больных наркологического профиля (всего) x уровень смертности населения трудоспособного возраста в республике) /100</i>  потери в результате преждевременной смертности от наркологических заболеваний:	число случаев преждевременной смерти от наркологических заболеваний в трудоспособном возрасте.	МЗ

Индикатор	Формула для расчета	Показатели для расчета индикатора	Источник получения показателей
	<p><i>стоимость ВВП, произведенного за 1 день 1 человеком x число умерших больных наркологического профиля в трудоспособном возрасте</i></p>		
Потери вследствие безработицы	стоимость ВВП, произведенного за 1 день 1 человеком,	валовой внутренний продукт;	Официальные данные Белстата
	занятым в экономике: <i>ВВП</i>	среднегодовая численность населения, занятого в экономике	Официальные данные Белстата
	<p><i>/среднегодовая численность населения, занятого в экономике / число рабочих дней</i></p> <p>число безработных наркологических больных в трудоспособном возрасте:</p> <p><i>(число больных трудоспособного возраста x уровень безработицы) / 100</i></p> <p>Потери вследствие безработицы:</p> <p><i>стоимость ВВП, произведенного за 1 день 1</i></p>	число больных трудоспособного возраста, за исключением работающих и инвалидов	МЗ

Индикатор	Формула для расчета	Показатели для расчета индикатора	Источник получения показателей
	<p><i>человеком</i> <math>x</math></p> <p><i>число</i></p> <p><i>безработных</i></p> <p><i>наркологических</i></p> <p><i>больных</i> <math>v</math></p> <p><i>трудоспособном</i></p> <p><i>возрасте</i></p>		

### Приложение 3

#### Вопросы для исследования моделей потребления алкоголя

##### А. Модуль с минимальным числом позиций (3 вопроса)

1. Как часто за прошлый год Вы употребляли любые алкогольные напитки, например, пиво, вино, крепкие напитки или сидр?

Каждый день

Почти каждый день

3 или 4 раза в неделю

1 или 2 раза в неделю

2 или 3 раза в месяц

Раз в месяц

7 - 11 раз за прошедший год

4 – 6 раз за прошедший год

2 или 3 раза за прошедший год

Один раз за прошедший год

В прошлом году не пил алкогольные напитки\*

Ни разу в жизни\*

\*(ПРОПУСТИТЕ ОСТАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО АЛКОГОЛЮ)

2. Сколько порций спиртного Вы ОБЫЧНО выпивали за прошедший год в дни, когда употребляли алкогольные напитки? Под порцией я подразумеваю эквивалент 330 мл пива, 200 мл вина или 40 мл крепких напитков, без учета разбавителя, воды или льда.

\_\_\_\_\_ число порций

3. Как часто за прошедший год Вы употребляли пять или более порций любого алкогольного напитка или разных напитков в течение суток?

Каждый день

Почти каждый день

3 или 4 раза в неделю

1 или 2 раза в неделю

2 или 3 раза в месяц

Раз в месяц

7 - 11 раз за прошедший год

4 – 6 раз за прошедший год

- 2 или 3 раза за прошедший год
- Один раз за прошедший год
- В прошлом году ни разу не пил 5 или более порций алкоголя

**Б) Минимально необходимый модуль с некоторыми дополнениями (8 вопросов)**

1. Употребили ли Вы в течение всей Вашей жизни хотя бы 1 порцию (или более) любого алкогольного напитка?

Да

Нет (ПРОПУСТИТЕ ОСТАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО АЛКОГОЛЮ)

Следующие вопросы касаются того, насколько часто Вы употребляли различное число порций алкогольных напитков. Под порцией я подразумеваю эквивалент 330 мл пива, 200 мл вина или 40 мл крепких напитков, без учета разбавителя, воды или льда.

2. Употребили ли Вы в течение прошедшего года хотя бы 1 порцию (или более) любого алкогольного напитка, например, пива, вина, крепких напитков или сидра?

Да

Нет (ПРОПУСТИТЕ ОСТАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО АЛКОГОЛЮ)

3. Считая все типы алкогольных напитков, какое наибольшее число порций Вы употребляли в течение прошедшего года?

\_\_\_\_\_ число порций

4. Как часто за прошедший год Вы употребляли 12 или более порций любого алкогольного напитка в течение суток?

Каждый день

Почти каждый день

3 или 4 раза в неделю

1 или 2 раза в неделю

2 или 3 раза в месяц

Раз в месяц

7 - 11 раз за прошедший год

4 – 6 раз за прошедший год

2 или 3 раза за прошедший год

Один раз за прошедший год

Ни разу

5. Как часто за прошедший год Вы употребляли от 8 до 11 порций любого алкогольного напитка в течение суток?

Каждый день

Почти каждый день

3 или 4 раза в неделю

1 или 2 раза в неделю

2 или 3 раза в месяц

Раз в месяц

7 - 11 раз за прошедший год

4 – 6 раз за прошедший год

2 или 3 раза за прошедший год

Один раз за прошедший год

Ни разу

6. Как часто за прошедший год Вы употребляли 5 - 7 порций любого алкогольного напитка в течение суток?

- Каждый день
- Почти каждый день
- 3 или 4 раза в неделю
- 1 или 2 раза в неделю
- 2 или 3 раза в месяц
- Раз в месяц
- 7 - 11 раз за прошедший год
- 4 – 6 раз за прошедший год
- 2 или 3 раза за прошедший год
- Один раз за прошедший год
- Ни разу

7. Как часто за прошедший год Вы употребляли от 3 до 4 порций любого алкогольного напитка в течение суток?

- Каждый день
- Почти каждый день
- 3 или 4 раза в неделю
- 1 или 2 раза в неделю
- 2 или 3 раза в месяц
- Раз в месяц
- 7 - 11 раз за прошедший год
- 4 – 6 раз за прошедший год
- 2 или 3 раза за прошедший год
- Один раз за прошедший год
- Ни разу

8. Как часто за прошедший год Вы употребляли 1 или 2 порции любого алкогольного напитка в течение суток?

- Каждый день
- Почти каждый день
- 3 или 4 раза в неделю
- 1 или 2 раза в неделю
- 2 или 3 раза в месяц
- Раз в месяц
- 7 - 11 раз за прошедший год
- 4 – 6 раз за прошедший год
- 2 или 3 раза за прошедший год
- Один раз за прошедший год
- Ни разу

## 9 ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Алкоголь и закон. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.bsuir.by/m/12\\_100229\\_1\\_58581.doc](http://www.bsuir.by/m/12_100229_1_58581.doc). – Дата доступа: 9.09.2010.
2. Алкоголь и семья. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://noalkogol.ru/8.html>. – Дата доступа: 9.09.2010.

3. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии. Центр демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. Электронная версия бюллетеня «Население и общество». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.polit.ru/research/2006/11/29/demoskope265.htm>. - Дата доступа: 14.08.2010.
4. Алкогольная смертность и токсичность алкогольных напитков. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.doctorguber.ru/safety.php](http://www.doctorguber.ru/safety.php). – Дата доступа: 9.09.2010.
5. Барановский Н. Пьянство как социальная проблема // Юстыцыя Беларусі. - 2006. - № 10. - С. 65-69.
6. Бедный М.С. Некоторые результаты и направления медико-демографических исследований. Демоскоп - 2007 № 295-296.
7. Беляев Г.Ю., Беляева А.В. Реализация права подростков на здоровый образ жизни – обязанность общества // Право и образование. - 2007. - № 10. - С. 88-97.
8. Бочков Н.П., Васечкин В.Б. Влияние психоактивных веществ на развитие эмбриона и плода // Наркология. - 2004. - № 2. - С. 23-30.
9. Водка премиум. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vodka-premium.com>. – Дата доступа: 9.09.2010.
10. Винницкая Е.В. Алкогольный цирроз печени и спонтанный бактериальный перитонит: трудности дифференциальной диагностики // Наркология. – 2008. - № 4. - С. 84-87.
11. Вирганская И. М. Внезапная смерть и алкоголь//Здравоохранение Российской Федерации. - 1991; - № 6. – С.18–20.
12. Вред, относимый к употреблению алкоголя. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Второй доклад. ВОЗ. -2007. – 67с.
13. Глинская Я. Алкогольная продукция: новое в правовом регулировании // Налоговый вестник. - 2009. - № 10.- С. 20-25.
14. Говорин Н.В. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии (монография) / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, А.С. Гамойленко. - Чита. - 2009.
15. Гордон Л. Невыплаченные заработки. Население и общество: Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народно-хозяйственного прогнозирования. - 1997. – №24.
16. Григорьев А.Д. Социальная работа по преодолению алкоголизма // Охрана труда и социальная защита. - 2008. - № 4. - С. 53-55.
17. Гусейнов Г.К. О влиянии алкогольной интоксикации на спектр непосредственных причин смерти при черепно-мозговой травме / Г.К. Гусейнов, Д.В. Богомолов, А.Л. Павлов, А.З. Павлова // Наркология. – 2008. - № 4. - С. 46-48.
18. Гусова М.К. Токсическое поражение зрительного нерва при интоксикации алкоголем. Автореф. Канд. дисс. – 2008. - 28С.
19. Дибров М.Д. Акопян В.С. Радионов И.Е. Абдулаев Э.М. Михайлин А.Н. Кузнецова М.А. Иммунный статус больных с острым деструктивным панкреатитом на фоне хронической алкогольной интоксикации. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.gkb81.ru/docs/doctor/p\\_9/id\\_61/](http://www.gkb81.ru/docs/doctor/p_9/id_61/). - Дата доступа: 12.07.2010.
20. Заиграев Г.Г. Особенности алкоголизации населения России // Журнал социологических исследований РАМН. – 2002. - № 12.
21. Заиграев Г.Г. Проблемы алкоголизации населения России // Наркология. – 2002. - № 7. - С. 2-7.
22. Заиграев Г.Г. Пьянство в России как реальная угроза национальной безопасности // Социологические исследования. – 2001. - № 11. - С. 69-76.
23. Земин А.Н. Алкоголизм и трудоспособность. - М.: Знание, 1974. – 192с.
24. Ильченко И.Н., Арустамян Г.Н. Значимость человеческого капитала в укреплении здоровья и профилактике заболеваний. ММА им. И.М. Сеченова. Москва// Профилактическая медицина. – 2009. - № 2. – С.9-17.

25. Илюшин А., Меньшов Ю. Борьба с "теневым" рынком алкогольной продукции // Законность. - 2005. - № 11. - С. 42-44.
26. Интернет-ресурс Всемирного банка [Электронный ресурс] / Всемирный банк. – 2010. – Режим доступа: [www.worldbank.org/hnp](http://www.worldbank.org/hnp). - Дата доступа: 12.03.2010.
27. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. Некоронарогенные болезни сердца. (Практическое руководство). – М.: Морион, 2001. – 480с.
28. Козлова Н.И. Экономическая оценка ущерба от радиационных чрезвычайных ситуаций: теория и практика. Автореф. дисс. на соиск. учен. степени д.э.н. - 2009. - 93с.
29. Козловский А.В., Веницкая А.Г., Кондратьева Е.Д. Мониторинг потребления алкоголя среди учащейся молодежи и некоторые мотивационные модули приобщения. - Физическая культура и спорт в системе образования. Здоровьесберегающие технологии и формирование здоровья. Мат. междунар. симп. – Гродно. - 2005. – С. 235-237.
30. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Второй доклад. Серия технических докладов ВОЗ 944. ВОЗ, - 2007, - 76 С. [Электронный ресурс]. [http://www.who.int/substance\\_abuse/expert\\_committee\\_alcohol\\_trs944\\_russian.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_russian.pdf).
31. Кошкина Е.А. Отчет «Обзор литературы в области клинических последствий алкоголизма». Москва. - 2008 г.
32. Кошкина Е.А., Спектр Ш.И. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. - М.: ПЕР СЭ. - 2008. - 287с.
33. Кошкина Е.А. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи / Е.А. Кошкина, В.М. Гуртовенко, И.Д. Паронян, А.З. Шаматова // Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000: Всерос. конф. "Алкоголь и здоровье" г. Москва, РФ, 17 дек. 1996 г. / Под ред. А.К.Демина. - М.: Российская Ассоциация общественного здоровья. - 1998. - С.233-248.
34. Кречетов Д. Профилактика алкоголизации населения // Законность. - 2005. - № 11. – С. 40-42.
35. Левин Б.М. Социальные факторы потребления алкогольных напитков. Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000. Российская Ассоциация Здоровья. - С. 108-123.
36. Леон Д., Школьников В., Андреев Е., Сабурова Л., Макки М. Алкогольная смертность по материалам исследования семей г. Ижевска. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoskope.ru/weekly/2006/0265/analit03.php> - Дата доступа: 21.05.2010.
37. Лившиц С.М., Яворский А.А. Социальные и клинические аспекты алкоголизма. Київ. Здоровья. – 1975. – С.12-31.
38. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты (Руководство для врачей). – М.: Медицина, -1990. – 528 с.
39. Лукашенко А.Г. Пресс-конференция Президента Республики Беларусь А.Г.Лукашенко для средств массовой информации регионов России 23 ноября 2005 г. :печатается по стенограмме // Информационный бюллетень Администрации Президента Республики Беларусь. - 2005. - № 12. - С. 3-51.
40. Лукомская М.И. Алкоголизм в общесоматической сети: выявление, типология, лечебно-профилактические программы. Дисс. на соискание уч. ст. д.м.н. Москва. - 1991. – С.412.
41. Маколкин В.И., Махов В.М. Поражение желудочно-кишечного тракта при алкоголизме. Реф. Сб. «Новости науки», серия «Медицина», вып. «Алкогольная болезнь». – 1997. - № 12. – С.1-4.

42. Международное руководство по мониторингу употребления алкоголя и связанного с ним вреда. ВОЗ. – 2000. – С.210.
43. Миклашевич П.П. О ходе выполнения Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма: материалы Межведомственной комиссии по борьбе с преступностью, коррупцией при Совете Безопасности Республики Беларусь / Капелько И.В. // Информационный бюллетень Администрации Президента Республики Беларусь. - 2006. - № 1. - С. 89-97.
44. Морозов Г.В., Рожнов В.Е., Бабаян Э.А. Алкоголизм: руководство для врачей. Москва. Медицина. - 1983.
45. Москаленко В.Д. Медицинские последствия алкоголизма и наркомании // Наркология. – 2007. - № 7. - С. 52-57.
46. Москаленко В.Д. Социальные последствия алкоголизма и наркомании // Наркология. – 2007. - № 3. - С. 23-29.
47. Наследов А.Д. SSPS:компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. – СПб.: Питер, 2007. - 461с.
48. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России. – М.: Фонд «Здоровье и окружающая среда». - 1995. – 134 с.
49. Немцов А.В. Потребление алкоголя и зависимые от алкоголя медицинские явления в Москве (1983-1993) – «Социальная и клиническая психиатрия». - № 7, С. 80-87
50. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. – 2007. - № 12. - С. 29-36.
51. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. - М.: “NALEX”, 2003.
52. Нестерович Н. Наша боль - алкоголь // Беларуская думка. - 2007. - № 10. - С. 117-122.
53. Новиков, И.В. Алкоголь и табак – «бинарное» химическое оружие массового поражения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.konservator11.narod.ru/narkota/alk\\_tab\\_bin.doc](http://www.konservator11.narod.ru/narkota/alk_tab_bin.doc). – Дата доступа: 9.09.2010
54. Нужный В., Савчук С. Алкогольная смертность и токсичность алкогольных напитков // Партнеры и конкуренты. – 2005. - №5. - С.18-26.
55. «Общественное здоровье и экономика». Отв. Ред. Б.Б. Прохоров. М., МАКС ПРЕСС. - 2007. - 292с.
56. Огурцов П.П. Скрытые потери здоровья населения и бюджета здравоохранения РФ от хронической алкогольной интоксикации (алкогольной болезни). Новости науки и техники. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь. ВИНТИ. № 6, 1998, С. 8-20
57. Огурцов П.П., Нужный В.П. Острые отравления этиловым спиртом. Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым спиртом и его суррогатами. Инф. Мат-лы и рекомендации для врачей. - 2000, - С. 113-155
58. Огурцов П.П., Нужный В.П. Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля. Москва. - 2001, - С. 18
59. Огурцов П.П., Нужный В.П., Моисеев В.С. Алкоголь, как причина соматической патологии и избыточной смертности населения России//Реф. Сб. «Новости науки». Серия «Медицина». Вып. «Алкогольная болезнь». – 1997. - № 8, - С. 1-5.
60. Орлов В.И., Сабгайда Т.П., Антонюк В.В. Этапы развития методов оценки экономических потерь, связанных со здоровьем населения [Электронный ресурс] / ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, Москва. - 2009г. Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. – Режим доступа: [http://vestnik.mednet.ru/content/view/107/30/]. – Дата доступа 8.06.2010.

61. Отчет о научно-исследовательской работе «Экономические последствия алкоголизма для государства» Лаборатория Фармакоэкономики НИИФ ММА им. Сеченова. Москва. - 2009. – 78с.
62. Официальная статистика Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск, 1998. – Режим доступа: <http://belstat.gov.by>. – Дата доступа 12.03.2010.
63. Петрова В.И. под ред. «Прикладная фармакоэкономика». «ГЭОТАР-Медиа», - М.- 2005.- С. 335.
64. Плюснин С.В. Заболевание печени и злоупотребление алкоголем // Медицинский вестник - М. – 2007. - № 8.
65. Покровский А.Б. Скрининг хронической алкогольной интоксикации в общемедицинской практике. Автореферат канд. дисс. мед.наук. Москва – 1999. - 19 с.
66. Поплевченков Н.А. Алкогольные проблемы у пациентов врачей общей практики: выявление, дифференцированное целевое вмешательство, профилактика. Москва. – 2001. - С.34 .
67. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. - М. - 1971. – 290 с.
68. Проблемы алкоголизма. Медико-социальные последствия пьянства и алкоголизма (26.12.2009). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://alkogolizmus.ru/archives/category/mediko-socialnaya-problema>. – Дата доступа: 9.09.2010.
69. Пряткина О.П. Современные индикаторы здоровья населения / / Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения//Медицинские новости. – 2000. – №10. – С. 45-48.
70. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и диабет // Медицинские новости. - 2006. - №3. - С. 24-26.
71. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и злокачественные новообразования в Беларуси в период с 1981 по 2001 годы // ЖГУ. - 2006. – №3. - С. 35-37.
72. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и стресс // Медицинские новости. - 2006. – №10. - С. 60-63.
73. Разводовский Ю. Е. Взаимосвязь между алкоголем и смертностью от инфаркта миокарда на популяционном уровне // Медицинские новости. - 2006. - №7. - С. 59-63.
74. Разводовский Ю. Е. Социально-экономические факторы кризиса смертности // Медицинские новости. - 2006. - №6. - С. 13-17.
75. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и сердечно-сосудистая система // Медицинские новости. – 2004. – №8. – С. 68-71.
76. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды – аспекты взаимосвязи // Медицинские новости. – 2004. – №1. – С. 21-24.
77. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды – популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – №2. – С. 48-52.
78. Разводовский Ю.Е. Динамика индикаторов уровня связанных с алкоголем проблем в Беларуси в период с 1970 по 2001 годы // Медицинские новости. – 2005. - №6. – С. 34-38.
79. Разводовский Ю.Е., Козловский А.В. Анализ показателей статистической отчетности наркологической службы // Медицинские новости. – 2004. – №12. – С. 24-27.
80. Разводовский Ю.Е. Эпидемиология алкоголизма в Беларуси в период с 1991 по 2001 годы / Ю.Е. Разводовский, А.В. Козловский, В.В. Лелевич, В.П. Максимчук // Здравоохранение. – 2005. – №1. – С. 26-28.

81. Разводовский Ю.Е., Немцов А.В. Сравнительный анализ динамики уровня связанной с алкоголем смертности в России и Беларуси // Медицинские новости. – 2005. – №4. – С. 23-27.
82. Разводовский Ю.Е., Орехов С.Д. Скрининг распространенности алкогольных проблем с помощью теста AUDIT // Журнал ГГМУ. – 2004. – №4. – С. 34-37.
83. Романов В. Л. Социально-инновационный вызов государственному управлению М., 2006.
84. Ревич Б.А., Сидоренко В.Н. Методика оценки экономического ущерба здоровью населения от загрязнения воздуха. -М.: Центр экономической политики. 2006. - С.21-22.
85. Ржаницына Л. Сколько стоит "нетрезвая экономика" // Человек и труд. - 2006. - № 5.– С. 15-18.
86. Соколовская Т.А. Влияние алкоголизма родителей на формирование инвалидности у детей / Т.А. Соколовская, В.Е. Азарко, О.В. Дмитриева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. - № 1(9). - С. 9-9
87. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психиатрия. – М.: Когито-Центр, 2005. - 376 с.
88. Сурмач М.Ю. Медицинские и поведенческие аспекты репродуктивного потенциала молодежи Беларуси //Автореф. канд. дисс. УДК 618.1:616. Минск. – 2007. - С. 24.
89. Тапилина В.С. Сколько пьет Россия? Объем, динамика и дифференциация потребления алкоголя/ В.С. Тапилина // Социологические исследования. – 2006. -№2. – С. 85-94.
90. Тапилина В. Качество жизни населения и потребления алкоголя в современной России // ЭКО. – 2005. - №9. - С.15-29.
91. Тихомиров Н.П., Тихомирова Т.М. Методологические основы оценки экономических потерь от заболеваемости населения // Экономика природопользования. - 2001. -№6. - С.2-15.
92. Тишук Е.А. Медико-статистические аспекты действия алкоголя как причины смертности населения // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. - № 2. - С. 34-36.
93. Толкачев В. Помоги себе сам // Беларуская думка. - 2008. - № 7. - С. 62-65.
94. Тыневицкая И. Вопросы применения законодательства о мерах принудительного воздействия в отношении хронических алкоголиков и наркоманов // Юстыцыя Беларусі. - 2007. - № 9. - С. 15-17.
95. Фонякин А.Ф., Гераскина Л.А. Профилактика повторного инсульта практические рекомендации//Под. ред. акад. РАМН проф. Суслиной З.А. –М. – 2007 С.-8
96. Халтурина Д.А., Коротаев А.В. Русский крест. Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. - М.: УРСС. - 2006.
97. Халтурина Д.А., Коротаев А.В. Алкоголь и наркотики как фактор демографического кризиса // СОЦИС. - 2006. - № 7. - С. 104-112.
98. Хацкель С.Б. Развитие воспитанников домов ребенка с различной семейной отягощенностью алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 2004. - № 6. - С. 38-43
99. Часнойть Р.А., Петрович М.В. Культура здоровья как институт профилактики пьянства и Алкоголизма // Беларуская думка.- 2010. - №5. - С.24-32.
100. Человеческий потенциал Республики Беларусь С.Ю Солодовников и др. науч. ред. П.Г. Никитенко. Институт экономики НАН Беларуси.- Минск. Беларус. навука, 2009. –С.521-552.
101. Чичеров М. В., А.А. Лапшин. Как нас уничтожают. Теория «культурного» питья алкоголя. — Могилёв : АмелияПринт, 2008. - 44 с.

102. Шичко Г.А. В помощь пьющим, пожелавшим стать трезвенниками // *Экология и жизнь*. - 2008. - № 12. - С. 77-81.
103. Шустов Д.И. Ауторегрессия, суицид и алкоголизм. –М.: Когито-Центр, 2004. - 214 с.
104. Экономическая оценка психиатрической помощи/ Под ред М. Кнаппа:Пер. с англ.-К.: Сфера. - 2002. – 353 с.
105. Экономические издержки, связанные с психическими заболеваниями:1992 // Группа Левина. Национальный институт психического здоровья США, июль 2000. К.: Сфера.- 2003.- С.166.
106. «Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе». Справочный документ ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2008. 29с.
107. A structured instrument for estimating the economic cost of drug abuse treatment: The Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP). / French M.T., Dunlap L.J., Zarkin G.S., McGeary K.A., McLellan A.T. // *Subst Abuse Treat.* – 1997. – Vol. 14(5). – P. 445 -455.
108. Actual and estimated replication costs for alcohol treatment modalities: Case Study for Project MATCH. / Cisler R., Holder H.D., Longabaugh R., Stout R.L., Zweben A. // *J. Stud Alcohol.* – 1998. – Vol. 59(5). – P.503-512.
109. Aggregate level time series association between alcohol consumption and cardiovascular mortality. / Razvodovsky Y.E. // *Alcoholism: Clinical and Experimental research.* – 2004. – Vol. 28. – P. 45.
110. Alcohol policies and highway vehicle fatalities. / Ruhm C.J. // *J. Health Econ.* – 1996. – Vol. 15(4). – P. 435-454.
111. Alcohol-attributable deaths and years of potential life lost – US 2001// 2004, 53, 866-870, *MMWR* ([cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5337a2.htm](http://cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5337a2.htm))
112. Alcohol-related mortality in the United States, 1979-1989. / Stinson F.S., Dufour M.C., Steffens R.A., DeBakey S.F. // *Alcohol Health & Research World.* – 1993. – Vol.17. – P. 251-260.
113. An empirical analysis of alcohol addiction: Results from the Monitoring the Future panels. / Grossman M., Chaloupka F.J., Sirtalan I. // *Econ Inquiry.* – 1998. – Vol. 36(1). – P. 39-48.
114. Anderson P. and Baumberg B.. *Alcohol in Europe*. London. Institute of Alcohol studies.-2007.- P.59.
115. Average daily alcohol consumption during adult life among decedents with and without cirrhosis: the 1986 National mortality followback survey. / Parrish K., Dufour M., Stinson F., Harford T. // *J.Stud Alc.* – 1993. – Vol. 54. P. 450 – 6.
116. Berry, Jr., R.E.; Boland, J.P.; and Smart, C.N. *The Economic Cost of Alcohol Abuse-1975*. Report prepared for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Brookline, MA: Policy Analysis, Inc., 1977.
117. Binge drinking in college: The impact of price, availability, and alcohol control policies. / Chaloupka F.J., Wechsler H. // *Contemporary Econ Policy.* – 1996. – Vol. 14(4). – P.112-124.
118. Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats. / Crews F.T., Braun C.J., Hoplight B. // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 2000. – Vol.24. – P. 1712-1723 .
119. Brown S.A., Tapert S.F. Health consequences of adolescent alcohol involvement. In: National Research Council and Institute of Medicine, Bonnie R.J., O'Connell M.E., eds. *Reducing Underage Drinking: A collective responsibility*. Washington, DC: National Academies Press, 2004. – P. 383-401.
120. Burden and Socio-Economic Impact of Alcohol. The Bangalore Study, Regional Office for South-East Asia, World Health Organization, 2005.

121. Carlson I. Valuation of life Saving: doctoral dissertation. Harvard University. Cambridge. –1963.
122. Cobelt-Nguen G. Health economics. An introduction to economic evaluation. Office of Health Economics, London, P.36.
123. Cost and usage impacts of treatment initiation: A comparison of alcoholism and drug abuse treatments. / Goodman A.C., Nishiura E., Humphreys R.S. // Alcohol Clin Exp Res. – 1997. – Vol. 21(5). – P. 931-938.
124. Cruze A.M.; Harwood H.J.; Kristiansen P.L.; Collins J.J.; and Jones D.C. Economic Costs to Society of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness, 1977. Report prepared for the Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, U.S. Department of Health and Human Services. DHHS Pub. No. (ADM)81-1179. Rockville, MD: Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1981.
125. Death and taxes: An opportunity for substitution. / Phelps C.E. // J. Health Econ. – 1988. – Vol. 7(1). – P. 1-24.
126. Drinking, driving, and deterrence: The effectiveness and social costs of alternative policies. / Kenkel D.S. // J. Law Econ. – 1993. – Vol. 36(2). – P. 877-913.
127. Fromm G. Civil Aviation Expenditures. Dorman R. (ed) / Measuring Benefits of Government Investments. — Washington, Brookings, 1965.
128. Effects of alcohol intoxication on the perceived consequences of risk taking. / Fromme K., Katz E., D'amico E. // Experimental and Clinical Psychopharmacology. – 1997. – Vol. 5(1). – P. 14-23.
129. Effects of alcoholic beverage prices and legal drinking ages on youth alcohol use. / Coate D., Grossman M. // Journal of Law and Economics. – 1988. – Vol. 31. – P. 145-171.
130. Effects of ethanol on carbohydrate metabolism and implications for the aging alcoholic. / Patel D.G. // Alcohol Health and Research World. – 1989. – Vol. 13(3). – P.240-246.
131. Effects of tort liability and insurance on heavy drinking and drinking and driving. / Sloan F.A., Reilly B.A., Schenzler C. // J. Law Econ. – 1995. – Vol. 38(1). – P. 49-77.
132. Grant B.F. The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM – IV alcohol dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. / Grant B.F. // Alcohol Health and Research World. – 1998. – Vol. 22. - P.1-5 p.
133. Harwood H.; Fountain D.; and Livermore G. The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. NIH Pub. No. 98-4327. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1998.
134. Harwood H.J.; Napolitano D.M.; Kristiansen P.L.; and Collins J.J. Economic Costs to Society of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1980. Report prepared for the Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, U.S. Department of Health and Human Services. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute, 1984.
135. Hingson R., Kenkel D. Social health and economic consequences of underage drinking. In: National Research Council and Institute of Medicine, Bonnie R.J., O'Connell M.E., eds. Reducing Underage drinking: A collective responsibility. Washington, DC: National Academies Press, 2004. - P.351-382.
136. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm, Geneva, World Health Organization, 2000.
137. Klatsky A. Alcohol and Cardiovascular Health// Integrative and Comparative Biology. – 2004; - № 44(4). – P.324–329.

138. Leifman H., Ostergerg E., Ramstedt M. Alcohol in Post-War Europe: a Discussion of Indicators on Consumption and Alcohol Related Harm. European Comparative Alcohol Study (EGAS). Final Report. Stockholm, 2002.
139. Lemmens. Individual risk and population distribution of alcohol consumption. Holder H.D., Edwards G. (Eds) Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues. Oxford Univ. Press. P. 38-61.
140. Leung S .F., Phelps C.E. My kingdom for a drink...? A review of estimates of the price sensitivity of demand for alcoholic beverages. In: Hilton M.E., and Bloss G., eds. Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems : Proceedings of a Workshop on Economic and Socioeconomic Issues in the Prevention of Alcohol-Related Problems, October 10-11, 1991, Bethesda, MD. NIAAA Research Monograph No. 25. NIH Pub. No. 93-3513. Rockville, MD: National Institutes of Health, -1993. - P. 1-31.
141. Levchuk N. Alcohol and mortality in Ukraine. Institute for Demography and Social Studies at the National Academy of Sciences of Ukraine. MPIDR working paper WP 2009-017, Kyiv, P.25.
142. Lopez A. D., Murray C. J. L. The Global Burden of Disease in 1990-2020. Nature Medicine. – 1998. - № 4 (11). - P. 1241- 43.
143. Ludwig A.M. Biology of alcohol psychosocial factors / Eds. B. Kissin, H. Begleiter. – New York, 1983. – P. 197–214.
144. Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students age 18-24: Changes from 1998 to 2001. / Hingson R., Heeren T., Winter M. // Annual Review of Public Health. – 2005. – Vol. 26. – P.259-279.
145. Mark Greener. The challenges of relapse in alcohol abuse. Market insight, [www.scripnews](http://www.scripnews), July 23, 2008.
146. Mathers, C. D., T. Vos, and C. Stevenson. The Burden of Disease and Injury in Australia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. – 1999. -P.239. [<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/5180>]
147. McKenna M. T., Michaud C. M., Murray C. J. L., Marks J. S. Assessing the Burden of Disease in the United States Using Disability-Adjusted Life Years//American Journal of Preventive Medicine. – 2005. № 25. – P. 5415-23.
148. Measuring the health consequences of alcohol consumption: current needs and methodological challenges. / Gregory Bloss. // Digestive diseases: clinical reviews. – 2005. – Vol. 23. – P.162-169.
149. Miller W.R.; Zweben A.; DiClemente C.C.; and Rychtarik R.G. Motivational Enhancement Therapy Manual : A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. Project MATCH Monograph Series. Vol. 2. NIH Pub. No.94-3723. = Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Gov. Print. Off., 1995.
150. Murray C.J.L., Lopez A.D. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge. – 1996. – P. 1-98.
151. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Youth drinking: Risk factors and consequences. Alcohol Alert, July 1997, № 37, P.1-7 .
152. Pedestrian Injuries: The Association of Alcohol Consumption with the Type and Severity of Injuries and Outcomes. / Plurad D. et al. // J. Am Coll Surg. – 2006. - Vol. 202(6). – P. 919-927.
153. Perspectives on alcohol taxation. / Kenkel D.S., Manning W.G. // Alcohol Health Res. World. – 1996. – Vol. 20(4). – P. 230-238.
154. Recommendations of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. / Weinstein M.C., Siegel J.E., Gold M.R., Kamlet M.S., Russel L.B. // JAMA. – 1996. - Vol. 276(15). – P. 1253-1258.
155. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. / Gastfriend D. et al. // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2007. – Vol. 33. – P. 81-80.

156. Rhonda Bohs, Bisma Sayed, "The Annual Economic Impact of Alcohol in Florida" Spectrum Programs, Miami Behavioral Center. 2009. –P.7.
157. Rice, D.P.; Kelman, S.; Miller, L.S.; and Dunmeyer, S. The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1985. Washington, DC: Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1990.
158. Single E et al. Guidelines for estimating the costs of substance abuse, 2<sup>nd</sup> edition. Geneva. World Health Organization. – 2003.
159. State alcohol policies, teen drinking and traffic fatalities. / Dee T.S. // Public Econ. – 1999. – Vol. 72(2). – P.289-315.
160. The acute effect of alcohol on decision making in social drinkers. / George S., Rogers R.D., Duka T. // Psychopharmacology. – 2005. – Vol.182. – P. 160-169.
161. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. / Finney J.W., Monahan S.C. // Stud Alcohol. – 1996. – Vol.57(3). – P. 229-243.
162. The demand for alcohol: The differential response to price. / Manning W.G., Blumberg L., Moulton L.H. // J. Health Econ. – 1995. – Vol. 14(2). – P.123-148.
163. The effects of parenting on the development of adolescent alcohol misuse: A six-wave latent growth model. / Barnes G.M., Reifman A.S., Farrell M.P. // Journal of Marriage and Family. - 2000. Vol. 62. – P.175-186.
164. The Human and Economic Cost of Alcohol Use in Minnesota. Minnesota Department of Health. 2004. –P.4.
165. The positive relationships between alcohol and heart disease in Eastern Europe: potential physiological mechanisms. / McKee M., Britton A. // Journal of the Royal Society of Medicine. – 1998. – Vol. 91. – P.402-407.
166. The risk taken in driving under the influence of alcohol. / Cohen J., Dearnaley E.J., Hansel C.E. // British Medical Journal. - 1958. – June. – P. 1438-1442.
167. Towards adolescent attitude to alcohol drinking: a pilot study. / Kozlovsky A., Vinitskaya H., Lelevich V. // Alcohol. Alcoholism. – 2005. – Vol. 40. – P. 157.
168. Trends in alcohol consumption and violent deaths. / Skog O.J. // British Journal Addiction. – 1986. – Vol. 81. – P. 365-379.
169. WHO Guide to Identifying the Economic Consequences of Disease and Injury, Department of Health Systems Financing. Health System and Services, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2009. –P.132.
170. World Bank. World development report: Investing in Health.: Oxford University Press, -1993. - P.23-47.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

### **ВВЕДЕНИЕ**

#### **ГЛАВА 1.**

#### **ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИЙ МОНИТОРИНГА**

#### **ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

##### **2.1. Оценка потребления алкоголя на основании данных о произведенном алкоголе**

##### **2.2. Оценка уровня потребления с учетом незарегистрированного алкоголя**

##### **2.3. Оценка уровней и моделей употребления алкоголя на основании данных опросов населения**

#### **ГЛАВА 3.**

#### **МЕТОДИКА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ**

## **АЛКОГОЛЯ**

- 3.1. Введение в проблему**
- 3.2. Показатели, характеризующие «хронические» проблемы со здоровьем, вследствие употребления алкоголя (2-ая группа состояний)**
- 3.3. Показатели, характеризующие проблемы зависимости от алкоголя как от психоактивного вещества (3-ья группа) и состояние специализированной медицинской помощи**

## **ГЛАВА 4. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

## **ГЛАВА 5. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

- 5.1. Оценка прямых и косвенных экономических потерь, связанных с алкоголем**
- 5.2. Формула расчета общегосударственных затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом**

## **ГЛАВА 6. АЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МОНИТОРИНГА АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ**

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

## **ГЛОССАРИЙ**