

Гармония взамен запретов

Культура здоровья как институт профилактики пьянства и алкоголизма



Роберт ЧАСНОЙТЬ,
первый заместитель
министра
здравоохранения
Республики
Беларусь,
кандидат
экономических
наук



Михаил ПЕТРОВИЧ,
доктор экономических
наук, профессор

Здоровье нации в каждом цивилизованном государстве – один из важнейших приоритетов и символов процветания, позволяющих строить эффективную экономику и организовывать общественное взаимодействие, которое минимизирует социальное напряжение и обеспечивает политическую стабильность. Именно с позиций возрастающего значения этой ценности, по нашему мнению, сегодня целесообразно искать способы искоренения такого социального зла, как пьянство и алкоголизм.

Наша страна не является лидером по потреблению алкогольных напитков. Но от этого проблема не становится менее значимой. С 1998 года был «преодолен» критический порог потребления алкоголя (8 литров абсолютного алкоголя в расчете на одного жителя) в нашей стране. После этой отметки, по мнению Всемирной организации здравоохранения, наступает опасность физического и психического нездоровья нации в целом и даже ее депопуляции.

В 2009 году, по данным официальной статистики, населением Республики Беларусь было приобретено через торговую сеть в расчете на одного жителя 12,3 литра абсолютного алкоголя, что в 2,2 раза больше, чем в 1990 году. Названную цифру, по мнению экспертов, нужно увеличить, по крайней мере, еще на одну треть, исходя из количества напитков домашнего изготовления, содержащих алкоголь. Таким образом, на одного жителя страны приходится около 16 литров абсолютного алкоголя. При этом, согласно исследованиям Института социологии Национальной академии наук Беларуси, примерно 26 % взрослого населения ведут трезвый образ жизни (данные 2007 года). Преимущественно это женщины – 30 %, мужчины – 15 %, лица 60 и более лет – 42 %, неработающие пенсионеры (более 50 %), среди молодежи 18–20 лет – 20 %, 20–29 лет – 13 %.

Если из числа пьющих вычесть детей моложе 16 лет (хотя, по данным Института социологии НАН Беларуси, большинство опрошенного населения страны начало приобщаться к потреблению алкоголя в 13–16-летнем возрасте) и учесть 26 % взрослого населения, ведущего трезвый образ жизни, потребителями алкогольных напитков остаются примерно 5,9 млн. человек. Таким образом, получается, что на каждого взрослого жителя Республики Беларусь, знакомого с алкогольными напитками не только по рассказам, приходится не 16, а 26 литров абсолютного алкоголя в год. Указанная доза означает ежедневный прием 170 граммов водки или же 380 граммов плодово-ягодного вина. А это уже серьезная медицинская проблема, которую невозможно решить простым увеличением количества наркологических диспансеров или коечного фонда в них.

В последние годы, начиная с 2004, ежегодное число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз превышает 30 тыс. человек (табл. 1). Количество состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях системы Минздрава Республики Беларусь по этому диагнозу на начало 2009 года было равно 183 896 человек, или 1901 человек в расчете на 100 тыс. населения.

Имеющиеся данные позволяют констатировать наличие достаточно тесной

Тема единого дня информирования населения в июне 2010 года – «Усиление борьбы с пьянством и алкоголизмом»

взаимосвязи между ростом объема приобретаемого в магазинах алкоголя и числом больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом. Например, с 1990 по 2008 год количество купленных алкогольных напитков увеличилось с 5838 тыс. дал абсолютного алкоголя до 11 923 тыс. дал, то есть в 2,04 раза, число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза за этот период возросло с 95 до 319 человек на каждые 100 тыс. населения, или в 3,4 раза.

Описанная зависимость отражена на рисунке 1, причем начиная с 2001 года темпы изменения числа алкогольных диагнозов даже превышали темпы увеличения количества купленных в магазинах алкогольных напитков в 1,34 и в 1,28 раза соответственно.

Потребление алкогольных напитков выступает одной из основных причин и таких соматических осложнений пьянства и алкоголизма, как бытовые травмы, обморожения, ожоги, отравления, гепатиты, панкреатиты, гастриты, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез, новообразования, полиневропатии, алкогольные эмбриопатии, а также депрессивные состояния и другие осложнения у ближайшего окружения лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Общество несет в связи с этим огромные социально-экономические издержки. Государство тратит значительные средства на лечение заболеваний, возникших вследствие пьянства и алкоголизма, а также на финансирование лечебно-трудовых профилакториев, на деятельность правоохранительных органов по расследованию нарушений законодательства гражданами в состоянии алкогольного опьянения. Дорого обходится стране и содержание детей, родители которых лишены родительских прав, немалые средства расходуются на проведение мероприятий по профилактике пьянства и алкоголизма, социальное обслуживание семей пьяниц и алкоголиков, содержание в социальных учреждениях детей с врожденными патологиями, ставшими следствием алкоголизма родителей, и лиц с психическими расстройствами, вызванными злоупотреблением алкоголем. Организации, учреждения, предприятия терпят убытки по причине прогулов, опозданий,

больничных листов, производственных травм и снижения работоспособности из-за пьянства и алкоголизма.

Прямые и косвенные затраты домашних хозяйств обусловлены болезнями по причине злоупотребления членов семей алкоголем, необходимостью содержания неработающих пьющих членов семей, прогулами, возрастанием риска потери работы, инвалидизацией и преждевременной смертностью алкоголиков.

Сложно экономически квалифицировать и тем более оценить последствия таких девиантных явлений, порождаемых алкоголизмом, как бездомность, социальная инфантильность, апатия, разводы, семейные

ОБ АВТОРАХ

ЧАСНОЙТЬ Роберт Александрович.

Родился в 1954 году в д. Заборцы Островецкого района Гродненской области. В 1977 году окончил Гродненский государственный медицинский институт, в 1998 году – Академию управления при Президенте Республики Беларусь, в 2001 году – аспирантуру при ней.

С 1978 по 1986 год возглавлял Гервятскую участковую больницу Островецкого района. Затем работал заведующим отделением кардиологии, заместителем главного врача по лечебной работе Островецкой центральной районной больницы.

В 1991–1996 годах – заместитель начальника управления охраны здоровья по лечебным вопросам Гродненского облисполкома.

С 1996 по 2000, а затем с 2003 по 2006 год возглавлял управление охраны здоровья Гродненского облисполкома.

В 1996–2000 годах – член экспертной группы EASTNET Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения.

В 2000 году избран депутатом Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь и на профессиональной основе работал в составе Постоянной комиссии по охране здоровья, физической культуре, делам семьи и молодежи.

С 2006 года – первый заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь.

Кандидат экономических наук (2001). Автор 123 научных разработок и трудов. Сфера научных интересов: управление организацией здравоохранения, общий менеджмент, психология управления.

ПЕТРОВИЧ Михаил Владимирович.

Родился в 1951 году в д. Чабусы Любанского района Минской области. В 1973 году окончил Белорусский государственный институт народного хозяйства имени В. Куйбышева.

С 1973 по 1995 год работал в научно-исследовательских институтах экономического профиля. В 1992–1997 годах – директор Белорусского института рынка.

С 1997 по 2002 год – доцент Академии управления при Президенте Республики Беларусь.

С 2002 года работает заведующим кафедрой государственного управления экономическими системами Академии управления при Президенте Республики Беларусь.

Доктор экономических наук (2002), профессор (2003). Автор 152 научных публикаций. Сфера научных интересов: социально-экономическая проблематика потребительского рынка, вопросы управления современной организацией и персоналом, интеллектуально-нравственные и девиантные проблемы в современном управлении.

Годы	Покупка алкогольных напитков в торговых организациях на 1 жителя в год		Число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз, на 100 тыс. человек		Число больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом на 100 тыс. человек, состоящих на учете на конец года	
	литров абсолютного алкоголя	темп изменения, %	человек	темп изменения, %	человек	темп изменения, %
1990	5,7	100,0	94,5	100,0	1428,5	100,0
1995	6,7	117,5	131,5	139,2	1187,4	83,1
2000	8,8	131,3	184,0	139,9	1426,9	120,2
2001	8,8	100,0	228,8	124,3	1498,2	105,0
2002	10,0	113,6	257,1	112,2	1561,0	104,2
2003	9,2	92,0	284,7	110,7	1642,6	105,3
2004	9,4	102,2	308,2	108,3	1731,6	105,5
2005	9,3	98,9	328,4	106,5	1803,3	104,1
2006	10,8	116,1	334,4	101,8	1858,9	103,1
2007	12,0	111,1	328,0	98,2	1880,2	101,1
2008	12,3	102,5	318,9	97,2	1901,3	101,1

и организационные конфликты, физические и психологический дискомфорт.

Возникает традиционный вопрос – что делать? Не облегчает поиск возможного варианта ответа на него и историческая практика – как отечественная, так и других государств. Тем более, каким бы ни был исторический опыт, он всегда привязан к конкретным временным, экономическим, социальным и другим условиям. То, что давало эффект сто или даже пятьдесят лет назад, сегодня может оказаться совершенно бесполезным, поскольку обозначенная проблема всегда представляет собой переплетение конкретных экономических, социокультурных, социально-психологических, организационных, религиозных, семейных, медицинских и других составляющих.

Гипотетически без всякой адаптации к конкретным условиям в решении алкогольной проблемы просматриваются следующие пути:

1. Резкое уменьшение внутреннего производства алкогольных напитков и их импорта, то есть товарного предложения.
2. Сокращение времени продажи алкогольных напитков в течение суток и уменьшение количества мест продажи.
3. Перенос акцентов с розничной торговли алкогольной продукцией на их реализацию преимущественно через предприятия массового (общественного) питания.

Таблица 1. Динамика покупок алкогольных напитков и числа больных с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз, а также больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях системы Минздрава Беларуси

Источник:
Здравоохранение Республики Беларусь / Минздрав. Респ. Бел. Официальный стат. сборник за 2008 г. Минск, 2009. – С. 187–189. Статистические ежегодники «Республика Беларусь в цифрах» за соответствующие годы.

4. Пересмотр принципов ценообразования на алкогольные напитки с тем, чтобы рост цен опережал покупательную способность.

5. Постепенное свертывание производства дешевых плодовых вин или, как другой вариант, увеличение цен на них в 3–5 раз.

6. Ужесточение санкций по отношению к лицам, совершившим в состоянии алкогольного опьянения антиобщественные поступки и другие действия, причинившие моральный и материальный ущерб окружающим.

7. Установление жестких норм реализации алкогольных напитков через розничную торговлю.

8. Усиление санкций, касающихся домашнего приготовления крепких алкогольных напитков.

Среди медицинских мер, видимо, наиболее перспективны те, которые направлены на максимальную профилактику и лечение алкоголизма:

1. Увеличение количества наркологических диспансеров и коечного фонда в них.
2. Дифференциация оплаты за наркологическую помощь в зависимости от экономических возможностей пациентов.
3. При лечении заболеваний, травм и установлении инвалидности по причинам пьянства и алкоголизма оплату лечения, больничных листов и установление пенсий и пособий по инвалидности производить с привлечением денежных средств пациента.

К мерам пропагандистско-воспитательного характера можно отнести следующие:

1. Увеличение социальной информации в СМИ об антиобщественном характере пьянства и алкоголизма.
2. Введение ограничений на трансляцию кино- и телепродукции со сценами употребления алкогольных напитков в качестве социальной нормы.
3. Пропаганда трезвого образа жизни, сознательного ограничения в употреблении алкогольных напитков.
4. Воспитание культуры потребления спиртных напитков и приверженности основам здорового питания.
5. Формирование культуры здоровья населения как современной идеологии социокультурных отношений, придание данному

институту статуса главной человеческой ценности, создание условий для формирования культа здоровья на семейном, организационном и государственном уровне.

Алкогольная проблема имеет экономические, социальные и нравственно-духовные корни. Следовательно, средства ее решения должны ориентироваться не столько на административные запреты и ограничения, сколько на создание системы внутренних убеждений и регуляторов. Количество моральных запретов по отношению к употреблению алкоголя достаточно велико: «Быть пьяным неэстетично», «Пьянство – проявление слабости и безволия», «Пьют только опустившиеся люди», «Стыдно быть пьяным», «Пьют только неудачники». Но, думается, более эффективной установкой для каждого гражданина нашей страны может стать ориентация на здоровый образ жизни, основу которого составляет культура здоровья.

Доминирующим должно стать убеждение, что каждая выпитая рюмка неотвратимо ведет к потере здоровья. А здоровье всех нас в отдельности и нации в целом – это высшая ценность, причем невозобновимая. Культ здоровья нужно возвести в ранг национальной идеи. Руководство нашего государства, и в первую очередь Президент А.Г. Лукашенко, своим личным примером и с помощью проведения различных акций государственного масштаба делают все, чтобы эта идея действительно приобрела статус общенациональной. Но важно, чтобы граждане нашей страны считали сохранение своего здоровья, здоровья своих детей, близких и соседей безусловным приоритетом. Актуальна необходимость создания действенных механизмов формирования общей культуры здоровья.

По нашему мнению, культура здоровья – это совокупность медицинских, физических, эстетических, морально-этических и экономических норм поведения индивида и жизни общества, соблюдение которых позволяет поддерживать и увеличивать социально-биологический потенциал человека.

Культура здоровья должна восприниматься как ведущий критерий цивилизованности нации. Ее воспитание применительно к каждому отдельному гражданину и нации в целом следует рассматривать в

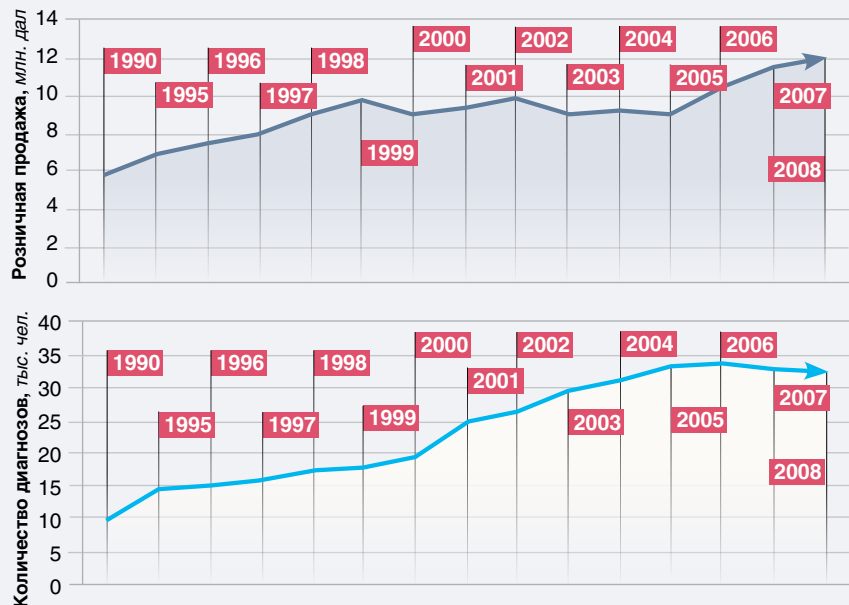
качестве важнейшей целевой установки любой системы здравоохранения.

Оно должно реализовываться посредством культивирования норм, образующих понятие культуры здоровья [1, с. 18]. Механизм формирования последней, исходя из арсенала имеющихся для этого методов управления, концептуально предполагает четыре варианта воздействия: социально-культурное, экономическое, административно-правовое, комбинированное.

Воспитание культуры здоровья как ключевой элемент системы здравоохранения является не одномоментным, а постоянным процессом (рис. 2).

В то же время его содержание обязано стать постоянно обновляющимся и совершенствующимся. В происходящих изменениях главенствующая роль отводится здоровому образу жизни (ЗОЖ), который утверждается через совокупность эстетических, морально-этических, экономических, физических, медицинских норм жизни общества. В свою очередь, система здравоохранения, используя медицинские технологии в сочетании с другими методами воспитания, формирует культуру здоровья пациента. Применительно к содержательной стороне функционирования системы здравоохранения воспитание культуры здоровья означает постепенный перенос вектора профилактической деятельности от государства к индивиду, что является сегодня основной задачей общества. Эту категорию нужно рассматривать не в виде

Рисунок 1. Динамика розничной продажи алкогольных напитков и количества лиц с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз в Республике Беларусь в период 1990–2008 годов



общественных и внутренних ограничений и запретов (хотя и этого не избежать), а как систему нравственно-культурных ценностей и принципов следования им, направленных на заботу о своем здоровье – физическом, морально-нравственном, психологическом, интеллектуальном. Культура здоровья – это и культ здоровья в его комплексном понимании, то есть в гармоничности Человека как высшего творения природы.

Культура здоровья предполагает регулярный и разумный его мониторинг, оценку возможных последствий каких-либо действий или бездействия. Реальная здравоохранительная практика показывает, что одной инициативы медицинских учреждений по обязательности для населения некоторых медицинских процедур профилактического характера недостаточно. Культура здоровья, безусловно, не сводится лишь к воспитанию в себе ограничительных мер по потреблению алкогольных напитков. Оптимизация труда и отдыха, физических и умственных нагрузок, регулярное посещение врача, здоровое питание, вос-

питание эмпатии, стрессоустойчивости, способности получать радости от жизни – далеко не полный перечень условий и конкретных качеств человека, составляющих фундамент культуры здоровья.

Совершенно очевидно, что морально-нравственный кодекс культуры физического, психического, социального и интеллектуального здоровья тесным образом коррелирует с постулатами, содержащимися в христианских заповедях. Если говорить о принципиальной организационной структуре формирования культуры здоровья, то субъектами в этом процессе выступают человек, государство и общественные институты (рис. 3).

Первостепенное значение для формирования культуры здоровья на уровне человеческой личности имеет система ценностей, убеждений, ограничений, стимулов, целей и интересов.

Общественные структуры и институты участвуют в формировании культуры здоровья через семью, друзей, коллег, группы влияния и общественные (неправительственные) организации. Социальные эталоны, олицетворяемые в образе представителей ближайшего окружения либо политических деятелей, спортсменов, лидеров шоу-бизнеса, топ-менеджмента, способны оказывать чрезвычайно эффективное воздействие на поведение других людей. Много говорят и пишут о недопущении косвенной пропаганды употребления алкогольных напитков на телевидении, в печатных изданиях и других СМИ. Понятно, что рюмка в руках социально известной личности легко сведет на нет эффект воздействия антиалкогольной рекламы и другой информации.

Государству отводится большая роль в воспитании культуры здоровья через создание эффективных административно-правовых регуляторов, государственную идеологию, соответствующие организационно-экономические механизмы, включая деятельность силовых структур и системы медицинского обслуживания.

Культура здоровья – это, в сущности, совокупность субкультур: социальных коммуникаций, труда, рекреации и релаксации, профилактики заболеваний, медицинского сопровождения и лечения, питания,

Рисунок 2. Концептуальный механизм воспитания культуры здоровья населения





Рисунок 3. Система институтов и механизмов формирования культуры здоровья

а также физической культуры и спорта. Их комплексное воспитание – это национальная по масштабам и государственная по важности задача. Она должна быть системообразующей в деятельности не только и, возможно, не столько учреждений здравоохранения нашей страны и органов управления ими, но и других структур, в частности, органов управления, осуществляющих регулирование потребительского рынка и защиту прав потребителя. Этим организациям целесообразно актуализировать проблемы безопасности потребления и рационального питания, активнее ограждать рынок от проникновения вредных для здоровья товаров, обеспечивать покупателя и потребителя полной и объективной информацией о предлагаемых товарах. Органам управления спортом и туризмом следует обеспечить предо-

ставление широких возможностей для занятий физической культурой и спортом. Только когда спортивные объекты (спорткомплексы, залы и манежи, футбольные поля), соответствующая экипировка и снаряжение окажутся доступными не только средним, но и нижним по экономическим возможностям слоям населения, можно будет говорить о массовой физической культуре и культуре здоровья людей. Большое место в превращении здоровья в величайшую социокультурную ценность отводится усилиям учреждений культуры и информации.

Механизм и институты формирования культуры здоровья – как объективного условия нераспространения пьянства и алкоголизма – должны быть основаны на ответственности гражданина за свое здоровье. Сегодня в нашем обществе как на бытовом, так и на более высоких социальных уровнях доминирует убеждение, что за здоровье каждого из нас несет ответственность государство в виде конкретных медицинских учреждений и органов управления ими. Безусловно, структуры системы здравоохранения могут, должны осуществлять и осуществляют лечение. Между тем общемировая практика показывает, что медицинский фактор как важнейший элемент системы здравоохранения имеет далеко не решающее влияние на совокупные параметры здоровья граждан любой страны. Здравоохранение как целевая подсистема общества, создаваемая для защиты и охраны здоровья людей, определяет лишь 8–10 % конечного показателя (табл. 2).

Кроме здравоохранения, культуру здоровья нации формируют образование, экономика, производство, торговля, физическая культура, средства массовой информации, политика, право, культура.

Так, система образования имеет большие возможности в воспитании социокультурных навыков отношения к здоровью как важнейшей ценности человека. Установлено, что уровень образования человека прямо соотносится с состоянием его здоровья. Если, например, среди лиц с начальным образованием число случаев расстройства здоровья на 10 тыс. человек в 2000 году равнялось в среднем 70, то среди лиц с высшим образованием – 40 (табл. 3).

Сферы	Значение для здоровья, примерный удельный вес, %	Факторы риска
Образ жизни	49–53	Курение, несбалансированное питание, употребление алкоголя, вредные условия труда, стрессы, гиподинамия, плохие бытовые условия, потребление наркотиков, непрочность семей, одиночество, низкий культурный уровень, чрезмерная урбанизация
Генетика, биология человека	18–22	Предрасположенность к наследственным болезням, дегенеративным болезням
Внешняя среда, природно-климатические условия	17–20	Загрязнение воздуха и воды канцерогенами, другие загрязнения, резкие смены атмосферных явлений, повышенные гелиокосмические и другие излучения
Здравоохранение	8–10	Неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество медицинской помощи, ее несвоевременность

Отсутствие реальной экономической ответственности порождает незыблемый «алкогольный инфантилизм» и безответственность. Уверенность в том, что «пьют все», что в случае потери здоровья государство не оставит в беде и именно оно должно обеспечивать здоровье индивида, что каждая купленная бутылка является вкладом в бюджет государства – это путь в никуда. Именно социальная неустойчивость, бесцельность и размытость интересов, экономический инфантилизм лежат в основе такого социального феномена, как пьянство, и социально-медицинского явления, именуемого алкоголизмом.

Разумеется, речь не идет о том, чтобы полностью переложить ответственность за здоровье с медицинских учреждений на человека с рюмкой или без нее. Однако очевидна необходимость устранения явственной деформации среднеобывательского сознания, заключающейся в уверенности в непричастности носителя этого сознания к состоянию своего здоровья. «Стыдно быть больным», «болеть неприлично» и тем более по причине злоупотребления алкоголем – именно такая социальная установка должна доминировать.

Видимо, меры по воспитанию культуры здоровья как общего условия решения проблемы пьянства и алкоголизма нельзя свести к разработке и утверждению одноименной программы с конкретными

сроками выполнения. Нет сомнения в том, что формирование культуры здоровья должно стать одним из приоритетов государственной идеологии и политики ее реализации. Более того, этот приоритет можно рассматривать как атрибутивный и перманентный для работы всех государственных структур.

Традиционный способ воспитания – пропаганда трезвого образа жизни и борьба за него. Вспоминается кампания по созданию добровольных обществ трезвости в каждой организации, выдача соответствующих удостоверений и уплата членских взносов. Однако упрощенная пропаганда трезвого образа жизни и борьба за трезвость не гарантируют снижения уровня пьянства и алкоголизма, о чем говорит опыт 1980-х годов с якобы «безалкогольными» свадьбами.

Прямые «лобовые» методы пропаганды трезвого образа жизни нельзя считать эффективными, поскольку трезвость в массовом сознании ассоциируется с отказом от существующих, пусть и не полностью одобряемых обществом, норм социальной жизни. На этом фоне отказ от алкоголя до сих пор расценивается окружающими в значительной мере как аномальное явление, обусловленное нездоровьем или же рядом других проблем.

Призыв к трезвому образу жизни – это призыв к добровольным ограничениям, что само по себе неоднозначно воспринимается в обществе, где по данным Института социологии НАН Беларуси (2007 год), спиртные напитки употребляют 74 % взрослого населения, причем преобладающей в употреблении алкоголя является «домашне-гостевая» форма в «водочно-винном» содержании. К сожалению, потребление алкоголя сегодня – ритуал, что нужно признать и учитывать.

Культура здоровья в меньшей мере предполагает систему внутренних и внешних табу, но в рамках ее воспитания и создания

для этого прочной социальной платформы регулирования и ограничение потребления алкогольных напитков выглядит органичным элементом заботы о здоровье в целом.

Таблица 2. Группировка и значимость факторов риска для здоровья

Источник: [2, с. 149]

Таблица 3. Частота случаев расстройства здоровья в зависимости от уровня образования (случаев на 10 тыс. человек)

Источник: [3, с. 69]

Уровень образования	1985 г.	2000 г.
Высшее	50	40
Среднее законченное	60	50
Среднее незаконченное	80	60
Начальное	100	70
Всего	81	55

Как нам представляется, стоит обратить внимание государства и товаропроизводителей на ценовую политику в сфере производства и продажи алкогольных напитков. Необходимость этого определяется сравнительным анализом изменения индексов цен на продукты питания, хлеб и хлебобулочные изделия, а также на алкогольные напитки в 2005–2008 годах и по месяцам 2008–2009 годов. Он показывает, что за исключением второй половины 2009 года и января 2010 увеличение потребительских цен на алкогольные напитки по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года было меньшим, чем на продукты питания в целом и хлебобулочные изделия в частности (рис. 4). Если за период 2005–2009 годов среднегодовой индекс роста потребительских цен на продукты питания равнялся 117,8 %, то на алкогольные напитки – 114,5 %. Следовательно, можно говорить о существующей ценовой лояльности к покупателям алкогольной продукции. Вряд ли это можно признать как социально и экономически приемлемую тенденцию.

О растущей экономической (ценовой) доступности алкогольных напитков свидетельствуют и следующие факты. В 1995 году средневзвешенная розничная цена одного литра алкоголя составляла 13,47 тыс. рублей (табл. 4), в 2008 году – 5,63 тыс. рублей. По данным статистики, в 1995 году среднедушевой доход в месяц равнялся 515,7 тыс. рублей, в 2008 году – 648,2 тыс. рублей [4, с. 9]. Из этого следует, что в 1995 году на среднедушевой доход в месяц можно было приобрести 38,3 литра алкогольных напитков, а в 2008 году – 115,1 литра. Значит, реальная розничная цена приобретенного алкоголя уменьши-

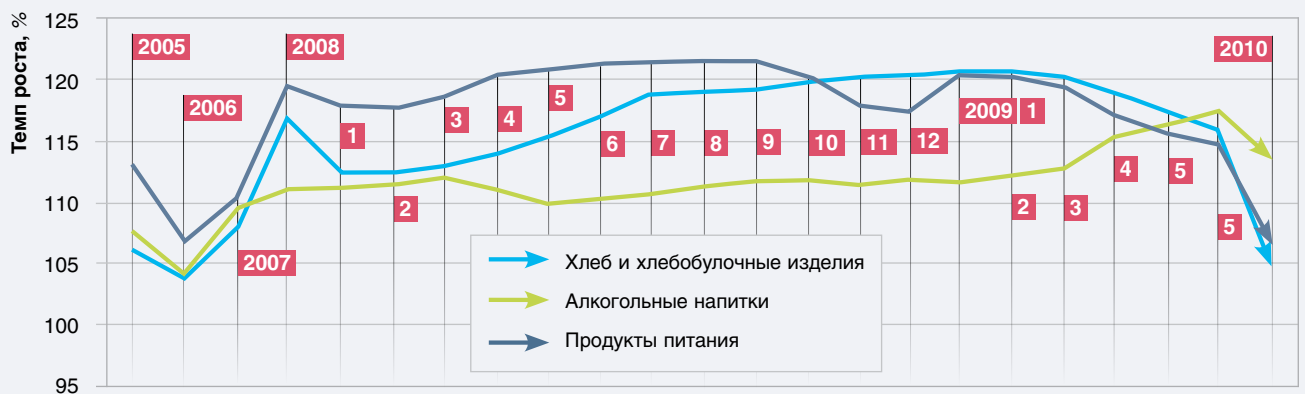


Во время акции по бесплатному кодированию лиц, страдающих алкогольной зависимостью, организованной УВД Витебского облисполкома

Рисунок 4. Индексы потребительских цен на продукты питания, хлеб и хлебобулочные изделия и алкогольные напитки в Республике Беларусь (в % к соответствующему периоду предыдущего года)

лась в 3 раза. Предположим, что снижение средней цены покупки/продажи могло произойти за счет структурных сдвигов в ассортименте приобретаемых алкогольных напитков, например, за счет увеличения доли пива. Отчасти это действительно так: удельный вес последнего в покупках алкогольных напитков (в пересчете на абсолютный алкоголь) увеличился за 1995–2008 годы с 6,1 % до 10,6 %, при этом доля водки и ликеро-водочных изделий уменьшилась с 76,8 % до 66,6 %. Однако абсолютные объемы покупок водочных изделий даже возросли: с 13 210 тыс. дал в 1995 году до 14 077 тыс. дал в 2008-м. Следовательно, не структурные изменения в покупках определили снижение относительной средней цены одного литра алкоголя. Очевидно, что рост покупательных возможностей населения Республики Беларусь в три раза опережает рост средних цен алкогольной продукции в магазинах.

Для сравнения можно отметить, что розничная цена одного литра алкоголя в 2008 году была эквивалентна цене 515 г говядины I категории, 570 г свинины, 315 г колбасы полукопченной I сорта,



Алкогольные напитки	1995 г.			2000 г.			2008 г.			Уд. вес в структуре розничных продаж, %			
	тыс. дал.	млн.руб.	средняя цена одного дал, тыс. руб.	тыс. дал.	млн. руб.	средняя цена одного дал, тыс. руб.	тыс. дал.	млн.руб.	средняя цена одного дал, тыс. руб.	в тыс. дал.		в млн. руб.	
										1995 г.	2008 г.	1995 г.	2008 г.
Водка и ликеро-водочные изделия	13210	3180080	240,7	10236	225252	22,0	14077	1874503	133,2	76,8	46,1	66,6	38,5
Вино виноградное и плодово-ягодное	7338	820177	111,8	25712	176581	6,9	23547	1402597	59,6	15,4	34,5	17,2	28,8
Коньяк	175	80747	461,4	534	10042	18,8	312	118528	379,9	1,0	1,0	1,7	2,4
Вина игристые, вкл. шампанское	425	187202	440,5	779	19808	25,4	1184	179131	151,3	0,7	1,1	3,9	3,7
Пиво	14285	505801	35,4	19340	52622	2,7	47311	1293924	27,3	6,1	15,9	10,6	26,6
ВСЕГО	35433	4774002	134,7	56601	484305	8,6	86431	4868683	56,3	100,0	100,0	100,0	100,0

4 литров молока 2,5–3,5 % жирности, 7 кг картофеля. Не подлежит сомнению, что ценовая политика на алкогольном рынке должна быть направлена не на стимулирование спроса на алкогольные напитки, а на его ограничение. По нашему мнению, разумно пересмотреть розничные цены и внутри алкогольной группы, повысив их на крепкие алкогольные напитки, параллельно резко сократив, вплоть до полного прекращения, производство плодово-ягодных вин и увеличив товарное предложение виноградных вин и пива.

Возможно, цены на алкогольные напитки должны быть дифференцированы в зависимости от социально признанной необходимости и установившихся традиций. Один вариант – свадебное торжество или другая знаменательная дата, которые, хотим мы этого или нет, не обходятся без алкогольных напитков, и изменить эту ситуацию по административному решению, как показывает историческая практика, невозможно. И совсем другое – бытовое пьянство, которому сейчас подвержено около 20 % населения Республики Беларусь.

Необходимость преодоления пьянства и алкоголизма сегодня озвучена на государственном уровне. Первый методологический шаг к этому – оценка экономических последствий данного явления. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, расходы, связанные с алкоголизмом и пьянством, составляют 1–3 % от уровня валового внутреннего продукта. Советом Министров Республики Беларусь поставлена задача просчитать эти потери в конкрет-

Таблица 4.
Характеристика изменений в покупках алкогольных напитков населением Республики Беларусь в 1995, 2000, 2008 годах

ном денежном измерении применительно к нашей стране. В связи с этим в Министерстве здравоохранения Республики Беларусь принята к разработке методологическая концепция оценки уровня и состава социально-экономического ущерба по профилактике и устранению затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом. Тема эта сложная методологически и технически, главным образом по причине отсутствия прямых статистических данных и четких методологических подходов к подобным расчетам. Согласно имеющейся мировой практике здесь принято во многом исходить из системы логических допущений, аналогий и сравнений.

Тем не менее, такую меру нужно рассматривать как серьезный шаг в направлении не только осмысления и количественного выражения социально-экономической масштабности имеющейся проблемы, но и ее решения. Такое решение не предполагает долгих размышлений, это удел всех и каждого, кто думает о своем будущем. ▀

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов, А.Ю. Определение экономического и социального эффектов в здравоохранении / А.Ю. Соколов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1996. – № 1. – С. 17–19.
2. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: в 2 т. / Ю.П. Лисицын (ред.) [и др.]. – М.: Медицина, 1987. – Т.1. – 432 с.
3. Измерение различий в состоянии здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2000. – 123 с.
4. Денежные доходы и расходы населения Республики Беларусь. Стат. сборник / Нац. стат. комитет Респ. Беларусь. – Минск, 2009. – 58 с.