

**Заключительный отчет**  
**«Рекомендации по совершенствованию политики**  
**формирования здорового образа жизни для**  
**предупреждения неинфекционных заболеваний»**

**Москва**  
**Декабрь 2013**

# СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                                                |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Список исполнителей .....                                                                                                                                                                      | Ошибка! Закладка не определена. |
| Реферат .....                                                                                                                                                                                  | 5                               |
| Обозначения и сокращения .....                                                                                                                                                                 | 8                               |
| Введение. Современный взгляд на здоровый образ жизни: технологии и<br>инструментарий .....                                                                                                     | 9                               |
| Глава 1. Международная практика борьбы с основными факторами риска развития<br>неинфекционных заболеваний (вредное употребление алкоголя, употребление<br>табака, избыточная масса тела) ..... | 16                              |
| 1.1. Международная практика борьбы с употреблением табака .....                                                                                                                                | 16                              |
| 1.2. Международная практика борьбы с вредным употреблением алкоголя .....                                                                                                                      | 33                              |
| 1.3. Международная практика борьбы с избыточной массой тела: политика в области<br>питания и физической активности .....                                                                       | 47                              |
| 1.4. Международная практика корпоративных программ здорового образа жизни .....                                                                                                                | 57                              |
| 1.4.1. Типы программ здорового образа жизни на предприятиях .....                                                                                                                              | 57                              |
| 1.4.2. Оценка корпоративных программ ЗОЖ .....                                                                                                                                                 | 65                              |
| 1.4.3. Государственная поддержка программ здорового образа жизни на<br>предприятиях .....                                                                                                      | 72                              |
| 1.5. Программы здорового образа жизни в странах, близких к России по социально-<br>экономическим характеристикам и распространенности вредных привычек .....                                   | 80                              |
| 1.5.1. Общие принципы реализации политики .....                                                                                                                                                | 80                              |
| 1.5.2. Государственные программы комплексного характера .....                                                                                                                                  | 81                              |
| 1.5.3. Государственные программы по отдельным направлениям ЗОЖ .....                                                                                                                           | 108                             |
| 1.5.4. Распределение ответственности при реализации программ ЗОЖ .....                                                                                                                         | 112                             |
| Глава 2. Анализ политики формирования ЗОЖ в Российской Федерации .....                                                                                                                         | 115                             |
| 2.1. Анализ тенденций и социально-экономических факторов, определяющих<br>поведенческие привычки образа жизни .....                                                                            | 115                             |
| 2.1.1. Вредное употребление алкоголя в России .....                                                                                                                                            | 116                             |
| 2.1.2. Употребление табака .....                                                                                                                                                               | 124                             |
| 2.1.3. Избыточная масса тела и ожирение .....                                                                                                                                                  | 130                             |
| 2.2. Издержки нездорового образа жизни .....                                                                                                                                                   | 138                             |
| 2.2.1. Издержки вредного употребления алкоголя .....                                                                                                                                           | 139                             |
| 2.2.2. Издержки употребления табака .....                                                                                                                                                      | 142                             |

|                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.2.3. Издержки избыточной массы тела и ожирения.....                                                                 | 145        |
| 2.3. Политика формирования ЗОЖ в России .....                                                                         | 148        |
| 2.3.1. Меры экономического воздействия .....                                                                          | 148        |
| 2.3.2. Меры административного воздействия.....                                                                        | 151        |
| 2.3.3. Информационные и консультационные меры .....                                                                   | 153        |
| 2.3.4. Анализ отношения населения к различным мерам политики формирования<br>здорового образа жизни .....             | 155        |
| 2.4. Анализ действующих проектов и программ в сфере ЗОЖ в регионах России .....                                       | 164        |
| 2.4.1. Региональные проекты по формированию здорового образа жизни .....                                              | 164        |
| 2.4.2. Региональные ограничения на продажу алкоголя .....                                                             | 171        |
| 2.4.3. Региональные проекты-участники конкурса «Здоровая Россия». ....                                                | 174        |
| <b>Глава 3. Корпоративные программы ЗОЖ и рекомендации по их дальнейшему<br/>развитию.....</b>                        | <b>183</b> |
| 3.1. Анализ действующих программ здоровья на российских предприятиях .....                                            | 183        |
| 3.1.1. Результаты опроса руководителей российских предприятий (Росстат – НИУ<br>ВШЭ, 2011 г.).....                    | 184        |
| 3.1.2. Результаты глубинных интервью с руководителями российских компаний<br>(Aston Consulting - AIPM, 2013 г.) ..... | 197        |
| 3.1.3. Анализ корпоративных проектов ЗОЖ на основе открытых данных .....                                              | 201        |
| 3.2. Рекомендации по развитию корпоративных программ здоровья в Российской<br>Федерации .....                         | 212        |
| 3.2.1. Рекомендации руководству предприятий/организаций .....                                                         | 212        |
| 3.2.2. Рекомендации органам государственной власти по поддержке программ ЗОЖ<br>на предприятиях .....                 | 220        |
| <b>Заключение .....</b>                                                                                               | <b>225</b> |
| <b>Литература.....</b>                                                                                                | <b>228</b> |



## Реферат

В последние годы проблемы здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактики неинфекционных заболеваний постоянно находятся в поле зрения международных и национальных организаций, ответственных за здоровье и благополучие населения. Это неудивительно, ведь в отличие от технологий современного здравоохранения здоровый образ жизни не предполагает высоких затрат и дает более очевидный эффект, особенно в долгосрочной перспективе.

В разных странах мира накоплен широкий арсенал инструментов, содействующих формированию у населения здоровых привычек. В первую очередь, это меры борьбы с вредным употреблением алкоголя и употреблением табака, меры, поощряющие физическую активность и правильное питание. Меры политики ЗОЖ чрезвычайно разнообразны, но в самом общем виде могут подразделяться на информационные, административные и экономические. С их помощью можно формировать или изменять сами предпочтения людей, а можно менять те ограничения, в рамках которых осуществляется выбор определенного типа поведения (расширять или ограничивать выбор, менять его цену).

Обзор зарубежной литературы, посвященной политике ЗОЖ и оценкам отдельных инструментов и программ, позволяет утверждать, что нет единых «рецептов», которые были бы наиболее предпочтительны для снижения тех или иных рисков здоровья, не существует универсальных программ или комбинаций отдельных мер, которые были бы эффективными в любой стране и для любых групп населения. Напротив, каждая страна, регион, возможно даже город должны выбирать и адаптировать инструменты политики ЗОЖ в соответствии со своими особенностями и традициями, с тем, какие риски нездорового поведения доминируют, какие социально-экономические детерминанты определяют это поведение. Вместе с тем, комбинация разных инструментов, комплексное их использование всегда дает лучший результат. Важен также программный подход к реализации политики ЗОЖ. Нигде здоровый образ жизни не является предметом ведения исключительно министерства здравоохранения; напротив, к этой деятельности активно подключаются другие органы, в том числе - региональные, активную роль играют предприятия. Хотя проекты и разрабатываются на общенациональном уровне, их эффективность во многом зависит от степени вовлечения населения, органов самоуправления, некоммерческих организаций.

Анализ российской ситуации показывает, что, несмотря на радикально изменившееся в последние годы отношение государства к проблеме ЗОЖ, поведение

населения весьма инертно. Россия пока остается в числе самых курящих стран мира, «северная модель» употребления алкоголя по-прежнему доминирует (водка и другие крепкие напитки составляют около половины всего употребляемого алкоголя). Физическая активность россиян крайне низка; тип питания далек от рационального: доминируют простые углеводы, ежедневное потребление свежих овощей и фруктов – скорее редкость, чем правило. Более половины взрослого населения имеет избыточную массу тела, и эта доля медленно, но неуклонно растет. Принятые в последние годы меры политики ЗОЖ в основном носят ограничительный (запретительный) характер, тогда как меры, мотивирующие людей к здоровому поведению, пока еще очень слабо разработаны и медленно внедряются на практике.

Помимо государства, политику ЗОЖ могут проводить и предприятия. Для работодателей затраты на программы здоровья – это инвестиции, ведь «на выходе» они получают здоровую рабочую силу, растет продуктивность работников, повышается уровень их лояльности и мотивации. Обзор международной практики корпоративных программ здоровья показывает, что сегодня они весьма популярны во многих странах мира. Имеющиеся оценки экономической эффективности таких программ, с учетом всех затрат и выгод (роста производительности труда, сокращения пропусков дней по болезни, снижения текучести кадров), показывают высокую отдачу на сделанные инвестиции. Вместе с тем, подобные программы требуют серьезной проработки, выбора тех форм и мероприятий, которые подходят для конкретного предприятия, учитывая специфику работы, сменность, возраст и состояние здоровья персонала. Очень важно также позитивное отношение самих работников, в противном случае результат может оказаться далеким от ожидаемого. Международный опыт показывает также, что во многих странах действуют меры государственной поддержки работодателей, инвестирующих в здоровье работников. Это и налоговые льготы, и неденежные поощрения, и информационная (консультационная) помощь.

Проведенный анализ отдельных мер и программ ЗОЖ на российских предприятиях показывает, что хотя в целом по стране почти три четверти работодателей предлагают те или иные меры поддержки здоровья, распространенность их весьма неравномерна. В лучшем положении находятся крупный бизнес, старые предприятия, сохранившие инфраструктуру с советских времен, государственные учреждения. Средний и особенно малый бизнес часто не в состоянии выделить финансовые ресурсы на меры ЗОЖ. Серьезным препятствием оказывается также недостаток информации и опыта. Широко представлены лишь меры, не требующие специальных усилий от работодателя, и наиболее унифицированные (диспансеризация, вакцинация, оплата путевок в санатории).

Кроме того, даже на крупных предприятиях, серьезно инвестирующих в здоровье работников, отсутствует собственно программный принцип реализации этих мер, не проводится оценка результативности мероприятий, работники не вовлечены в разработку программ.

Можно сделать вывод, что российские предприятия пока еще значительно отстают как по набору и содержанию реализуемых мер/программ ЗОЖ, так и в организации процесса. Для повышения эффективности политики ЗОЖ на предприятиях необходимо существенно расширить набор предлагаемых мер, адаптировать их к специфике производства и желаниям работников, планировать меры с участием самих работников, вовлекать в эту деятельность руководство компаний, регулярно проводить мониторинг и отслеживать результаты.

В России, как и в других странах, целесообразна поддержка корпоративных программ ЗОЖ со стороны государства. Направления такой поддержки могут быть самыми разнообразными, от прямого со-финансирования отдельных мероприятий до предоставления информационной, организационной и методической помощи. Результаты государственной поддержки принесут взаимную выгоду всем: работникам (хорошее здоровье и самочувствие), работодателям (рост продуктивности и выручки, снижение текучести кадров, рост лояльности персонала), обществу и экономике в целом (рост ВВП, сокращение социальных и медицинских расходов).

## Обозначения и сокращения

|         |                                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------------------|
| ВОЗ     | Всемирная организация здравоохранения                               |
| ВВП     | валовый внутренний продукт                                          |
| ДМС     | добровольное медицинское страхование                                |
| ДТП     | дорожно-транспортное происшествие                                   |
| ЕРБ ВОЗ | Европейское региональное бюро ВОЗ                                   |
| ЗОЖ     | здоровый образ жизни                                                |
| ЗППП    | заболевания, передающиеся половым путем                             |
| ИМТ     | индекс массы тела                                                   |
| НДФЛ    | налог на доходы физических лиц                                      |
| НДС     | налог на добавленную стоимость                                      |
| НИУ ВШЭ | Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» |
| НКО     | некоммерческая организация                                          |
| НПО     | неправительственная организация                                     |
| ОЭСР    | Организация экономического сотрудничества и развития                |
| ПМСП    | первичная медико-санитарная помощь                                  |
| ППС     | паритет покупательной способности                                   |
| РКБТ    | Рамочная конвенция по борьбе против табака                          |
| РАГС    | Российская академия государственной службы                          |
| РМЭЗ    | Российский мониторинг экономического положения и здоровья семьи     |
| РФ      | Российская Федерация                                                |
| СамГМУ  | Самарский государственный медицинский университет                   |
| СМИ     | средства массовой информации                                        |
| AIPM    | Association of International Pharmaceutical Manufacturers           |

## **Введение. Современный взгляд на здоровый образ жизни: технологии и инструментарий**

Здоровье населения, его сохранение и укрепление, рост продолжительности жизни и сокращение смертности всегда были и остаются в центре внимания социальной политики государства. Известно, однако, что здоровье человека зависит не только, и не столько от развития медицинской помощи, сколько от множества других факторов. Это и генетическая предрасположенность к определенным заболеваниям, и состояние окружающей среды, и образ жизни. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), совместный вклад медицинской помощи и наследственных факторов в здоровье составляет не более 30%, тогда как 50% - это здоровый образ жизни. В большинстве стран мира уже давно осознали, что болезни дешевле предотвратить, чем лечить. В отличие от технологий современного здравоохранения здоровый образ жизни не предполагает высоких затрат и дает более очевидный эффект, особенно в долгосрочной перспективе.

Неудивительно поэтому, что в последние годы вопросы здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) постоянно находятся в поле зрения международных и национальных организаций, ответственных за здоровье и благополучие населения. Так, в Московской декларации Первой Глобальной министерской конференции ВОЗ по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, принятой в апреле 2011 г., подчеркивалась необходимость создания единой профилактической среды и продвижения принципов здорового образа жизни, о сотрудничестве государства и бизнеса в этой области (ВОЗ, 2011b). Политическая Декларация, принятая вскоре после этого на Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья в Рио-де-Жанейро в октябре 2011 г., закрепила ответственность лидеров стран за профилактику и мониторинг факторов риска НИЗ (ВОЗ, 2011c).

В сентябре 2012 г. в ходе 62-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ на Мальте все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ приняли решение о создании новых общих основ политики – «Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия». В документе, в частности, говорится: «Предоставление людям возможностей контролировать свое здоровье и его детерминанты способствует развитию сообществ и повышению качества жизни. Без активного участия самих людей многие

возможности для укрепления и защиты их здоровья и повышения уровня благополучия утрачиваются» (ВОЗ, 2012).

В резолюции WHA66.10 66-й Сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения (май 2013 г.) объявлено о создании глобального и регионального инструментария контроля факторов риска и НИЗ. Резолюция WHA66.10 одобряет глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. и принимает комплексную глобальную систему мониторинга для профилактики неинфекционных заболеваний, определяя показатели для мониторинга тенденций и оценки прогресса, достигнутого в реализации национальных стратегий и планов по НИЗ (ВОЗ, 2013a).

Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020, принятая Европейской министерской конференцией ВОЗ в декабре 2013 г., вновь подтверждает приверженность существующим на всех уровнях механизмам борьбы с НИЗ. Особое внимание уделяется в этом документе проблеме освобождения Европейского региона от употребления табака, ставятся задачи полного освобождения региона от употребления табака и соответствующего сокращения факторов риска НИЗ (ВОЗ, 2013b).

В русле деятельности ВОЗ и стран – ее членов, проблематика профилактики НИЗ и здорового образа жизни нашла свое отражение и во многих основополагающих документах, принятых в последние годы в Российской Федерации. Это: «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года», «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения», «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака», «Основы государственной политики в области здорового питания», ФЦП «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2015 года». Особенно стоит отметить «Государственную программу развития здравоохранения Российской Федерации» на 2013-2020 гг. (Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи») и Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Пристальное внимание государства и всего общества к проблемам профилактики НИЗ делает особенно актуальными задачи изучения самого феномена здорового образа жизни, его отдельных составляющих и детерминирующих факторов. Только на основе

глубокого анализа взаимосвязей, определяющих поведение человека в отношении собственного здоровья, возможно формирование эффективной политики здоровья.

Понятие здорового образа жизни (ЗОЖ) определяется по-разному: в зависимости от прикладного назначения различают «узкую» и «расширенную» (социологическую) трактовки. Первая включает *набор индивидуальных практик, норм и личных поведенческих установок, ведущий к улучшению или ухудшению здоровья (рисков для здоровья)*. К последним традиционно относят вредное употребление алкоголя и употребление табака, низкую физическую активность и нездоровое питание, реже включают безопасный секс, потребление наркотиков и другие индивидуальные поведенческие нормы. В отличие от узкой расширенная трактовка ЗОЖ предполагает более широкий *социальный контекст, обусловленный социальными детерминантами здоровья*: условиями жизни и работы, состоянием экологии, доступностью транспорта, социальных объектов и др. Но всё же «здоровый» или «нездоровый» образ жизни – в значительной мере выбор как самого человека, так и общества в целом.

Поскольку здоровый образ жизни человека – понятие комплексное, неудивительно, что на его формирование оказывает влияние множество факторов как на индивидуальном и семейном уровне, так и на уровне всего общества. Все факторы делятся на немодифицируемые, которые изменить невозможно (например, пол, возраст, климатические условия), и модифицируемые, которые поддаются воздействию в той или иной степени (рис. 1).

**Рисунок 1. СХЕМА «ФАКТОРЫ РИСКА и СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»**



Если рассматривать здоровый образ жизни в узком смысле этого слова, как определенные поведенческие установки людей, становится очевидным, что менять сложившийся тип поведения можно по двум основным направлениям. В терминах потребительского выбора, можно говорить либо об изменении предпочтений людей (их вкусов, желаний), либо об изменениях ограничений выбора (так что при тех же предпочтениях они вынуждены будут менять потребительское поведение). Политические меры, влияющие на формирование ЗОЖ через потребительский выбор, представлены в таблице 1. Нужно отметить, что воздействие на предпочтения и бюджетные ограничения может проводиться параллельно, за счет комплекса мер, дополняющих друг друга.

**Таблица 1. Классификация мер политики формирования ЗОЖ по их воздействию на отдельные элементы модели потребительского выбора**

| Элементы модели потребительского выбора | Меры политики ЗОЖ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Индивидуальные предпочтения             | <b>Информационные меры:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• формирование предпочтений (например: обучение детей в школах);</li> <li>• корректировка предпочтений (например: информация на упаковках товаров, консультации специалистов, реклама)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Бюджетные ограничения потребителя       | <b>Административные меры:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• прямой запрет или ограничение некоторых возможностей выбора (например: ограничение времени продажи алкогольных напитков; запрет на курение в общественных местах);</li> </ul> <b>Экономические меры:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• расширение возможностей выбора (например: строительство беговых и велосипедных дорожек в жилых кварталах);</li> <li>• регулирование цен через уровень налогов на алкогольную и табачную продукцию, выделение субсидий производителям фруктов и овощей, прямое установление минимальных цен на алкогольную и табачную продукцию.</li> </ul> |

Источник: (Колосницyna, 2013).

Основные инструменты, используемые в государственных программах ЗОЖ, можно разделить на четыре группы (OECD, 2010):

1) Меры, направленные на *расширение возможностей выбора* более здорового поведения. Этот тип воздействия характеризуется наименьшей степенью принуждения со стороны государства. Например, за счет государственных средств строятся доступные спортивные сооружения, организуется городское пространство таким образом, чтобы жители могли пользоваться велосипедами. Выбор ЗОЖ работающей частью населения может мотивироваться и действиями работодателя. Например, фирмы предоставляют

своим служащим бесплатные или льготные абонементы в спортивный центр, оплачивают питание в столовой. Если правительство поощряет таких работодателей, снижая налоги, - это еще один вариант расширения выбора, который софинансируется государством.

2) Действия, *изменяющие характер индивидуальных предпочтений*: информационные, образовательные и иные возможности неценового влияния на выбор потребителей. В самом общем виде их можно разделить на две большие группы:

- Формирование вкусов и предпочтений. Эти инструменты особенно активно используются в детском возрасте; с теоретической точки зрения, должны быть наиболее экономически эффективны, так как результат носит долгосрочный характер;
- Корректировка сложившихся предпочтений. Среди таких мер: специальная информация, методы убеждения, социальной рекламы и антирекламы, а также менее очевидные стимулы, подталкивающие индивида принять модель здорового поведения.

3) Действия, *изменяющие цену* нездорового (здорового) поведения. Классическим примером такого инструмента является косвенное налогообложение потребления отдельных товаров – прежде всего, это алкоголь и табак. В литературе такие налоги получили название “sin taxes” (буквально – «налоги на пороки»). Изменение цен – как с помощью налогов, так и путем фиксации минимальной цены на определенные «вредные» продукты – меняет положение бюджетного ограничения в задаче потребительского выбора, соответственно, можно ожидать изменений в решении потребителя. Но при введении таких мер обязательно нужно учитывать ценовую эластичность спроса и возможные эффекты замещения. Потребители в результате роста цены могут сохранить потребление «нездорового» товара на прежнем уровне, покупая меньше других товаров. Кроме того, они могут переключаться на субституты, которые так же (или более) вредны. Эти эффекты могут «похоронить» идею введения дополнительного налога. С другой стороны, изменять цены можно и в сторону понижения, вводя субсидии производителям/продавцам здоровой пищи, устанавливая налоговые вычеты для людей, занимающихся спортом и т.п. Например, субсидируя цену фруктов и овощей, можно увеличить их потребление.

4) Государство, пользуясь правом законного принуждения, может вводить *прямой запрет* на определенные виды потребления – это самый радикальный вариант воздействия. По сути, речь идет о прямых ограничениях индивидуального выбора, что в рыночной экономике требует веского обоснования. Аргументами вмешательства могут быть негативные внешние эффекты употребления определенных продуктов (например, последствия пассивного курения, риск ДТП в результате вредного употребления алкоголя). С теоретической точки зрения, любые запреты означают изменение

бюджетного ограничения в задаче потребительского выбора, а значит – должны менять сам выбор. Однако на практике, как и в случае роста цен, возможно появление альтернативных возможностей выбора и замещение одних благ другими, не обязательно «желаемыми». Поэтому любые ограничительные меры должны разрабатываться с учетом оценки всех возможных рисков, таких как низкая эластичность спроса и появление «черных» рынков.

Такая содержательная классификация мер политики ЗОЖ часто дополняется в литературе более привычной и распространенной типологией, в рамках которой все меры делятся на *административные, экономические и информационные (образовательные)*. Мы будем далее придерживаться именно этой классификации, анализируя литературу, посвященную политике ЗОЖ, поскольку большинство авторов используют именно ее.

В этой работе мы ставили целью проанализировать существующую обширную литературу, посвященную мерам политики ЗОЖ, с тем чтобы выделить наиболее распространенные и эффективные мероприятия и программы, применяемые в разных странах мира, в том числе – в странах, близких к России по уровню социально-экономического развития и/или распространенности вредных привычек (1-я глава отчета). Далее, мы анализировали сложившуюся в России ситуацию: современные тренды нездорового поведения населения, разработанные и действующие сегодня меры политики ЗОЖ (2-я глава). Помимо государственной политики здоровья, нас интересовали также программы, реализуемые по инициативе предприятий, им уделялось внимание в обзорной главе, посвященной международному опыту (параграф 1.4), и полностью посвящена глава 3 отчета. В работе на базе собственных социологических данных, а также на основе открытой информации анализируются распространенность и состав отдельных мер и программ ЗОЖ на российских предприятиях, препятствия к их осуществлению, отношение работников. В завершение исследования предлагается набор рекомендаций по развитию корпоративных программ здоровья в российской экономике, причем рекомендации обращены как к работодателям, так и к органам исполнительной власти.

# **Глава 1. Международная практика борьбы с основными факторами риска развития неинфекционных заболеваний (вредное употребление алкоголя, употребление табака, избыточная масса тела)**

Политика здорового образа жизни имеет уже достаточно давнюю историю, и за последние два десятилетия многие исследователи пытались обосновать применимость тех или иных мер и оценить их результаты. Наиболее широко представлены в литературе работы по анализу антиалкогольной и антитабачной политики. Меры, корректирующие питание и стимулирующие физическую активность, применяются относительно недавно, и поэтому исследований в этой области пока не так много. Следует также отметить, что значительная часть всех исследований в области политики формирования ЗОЖ приходится на развитые страны, в которых данные меры реализуются уже достаточно давно, и накопленные статистические данные позволяют проводить аналитические исследования различного уровня сложности.

## **1.1. Международная практика борьбы с употреблением табака**

Меры, применяемые для борьбы с употреблением табака, крайне разнообразны и направлены на решение целого ряда задач:

- информирование о вреде курения,
- предупреждение начала курения,
- помощь в прекращении курения и/или в снижении объема потребления табачной продукции,
- защита от пассивного курения.

Наиболее полно все разнообразие мер систематизировано в Рамочной конвенции по борьбе против табака (РКБТ) Всемирной организации здравоохранения, к которой присоединилось уже 173 страны (по состоянию на октябрь 2013 г.), в том числе и Россия. Конвенция устанавливает минимальные требования к законодательству стран-участниц, но поощряет страны, присоединившиеся к ней, идти дальше минимальных мер. Комплекс мер по борьбе с табаком в рамках РКБТ известен под аббревиатурой MPOWER<sup>1</sup> (ВОЗ, 2010a). Для удобства дальнейшего анализа мы объединили все меры по борьбе против

---

<sup>1</sup> MPOWER (Monitor – Protect – Offer – Warn – Enforce – Raise taxes): Мониторинг ситуации - Защита от пассивного курения - Помощь в прекращении курения – Предупреждение об опасности курения – Снижение ценовой доступности табака

употребления табака в 4 группы – экономические, административные, консультационно-информационные и медикаментозные.

Самым действенным инструментом государственной политики в борьбе с употреблением табака считаются *экономические меры*, влияющие на цену сигарет. К ним чаще всего относят налоги на табачную продукцию, хотя могут применяться и другие – пошлины на ввозимое сырье для производства сигарет или даже введение минимальной цены за пачку. В каждой стране своя система налогов: где-то применяются табачные акцизы, где-то конечная цена на табачную продукцию увеличивается за счет НДС и/или налога с продаж. Вне зависимости от того, за счет каких именно налогов происходит увеличение цены на сигареты, эта мера позволяет предотвратить начало курения, стимулирует курильщиков отказаться от потребления табака или снизить его потребление.

Поскольку налогообложение табачной продукции осуществляется в 90% стран мира (по данным ВОЗ, в 163 странах из 182 - WHO, 2011с), а величина налогов регулярно пересматривается, - это позволяет хорошо изучить воздействие налоговых (ценовых) мер на потребление сигарет. Большинство оценок эластичности спроса приходится на развитые страны, такие как США, Канада, страны Европы, однако в последнее десятилетие появились достаточно надежные данные из некоторых развивающихся стран. Так, значения ценовой эластичности спроса на табак для Китая оценивались в диапазоне от -0.54 to -0.64 (Hu, Mao, 2002), для Индии от -0.18 to -0.41 (WHO, 2011с). Большинство исследований показывают, что в развивающихся странах эластичность спроса выше, чем в развитых странах.

В обзорной работе Чалупки и соавторов (Chaloupka et al., 2002) упоминается как минимум 100 аналитических работ, посвященных анализу изменения спроса на сигареты в ответ на изменение их цены. Разброс значений эластичности спроса, полученных даже для одной страны (например, США) связан не с низким качеством анализируемых работ, а с объективными причинами. Помимо страновых и региональных особенностей, существенны следующие факторы:

- Во-первых, могут рассчитываться показатели *эластичности участия и условного спроса*. Для целей государственной политики иногда важно отдельно оценивать, каким образом рост налогов (и цен) влияет на решение индивидов о начале и о прекращении курения (т.е. на распространенность курения) и на объем потребления табачной продукции (условный спрос). Далее в работе, если специально не оговорено, будут приведены оценки условного спроса.
- Во-вторых, показатели ценовой эластичности спроса могут рассчитываться как для всего населения страны (региона), так и для отдельных социально-

демографических групп – мужчин и женщин, молодых людей, этнических меньшинств, лиц с разными уровнями дохода и образования и т.д. Так, например, в Болгарии оценки ценовой эластичности спроса различались у групп населения с разными доходами: они составили соответственно -1,33 для лиц с низкими доходами, -1,00 у лиц со средними доходами и -0,52 у лиц с высокими доходами (Sayginsoy et al., 2002). Как показывают результаты многочисленных исследований, наиболее сильное воздействие налоговые меры оказывают на молодых людей. Приведем лишь некоторые оценки. Так, Харрис и Чен (Harris, Chan, 1999) исследовали влияние ценовых факторов на курение для разных возрастных групп. Они установили, что ценовая эластичность спроса для молодых людей 15-17 лет составляет -0,996, в то время как эластичность для людей в возрасте от 27 до 29 лет равна -0,67. В известной статье Льюита, Коута и Гроссмана (Lewit et al., 1981) авторы установили, что для возрастной группы от 12 до 17 лет ценовая эластичность спроса составляет -1,44. Кроме того, в статье делается вывод о большем влиянии ценового фактора на решение начать курить, нежели на среднее количество выкуренных сигарет. Позднее, Чалупка и Гроссман (Chaloupka, Grossman, 1996) рассчитали, что ценовая эластичность спроса на табак курящих в возрасте от 12 до 18 лет в среднем составляет -1,31. Эванс и Хуанг (Evans, Huang, 1998) оценили ценовую эластичность спроса на табак со стороны старшеклассников в пределах от -0,2 до -0,5. В одной из последних работ Карпентера и Кука «Налоги на сигареты и курение среди молодежи: новые доказательства» (Carpenter, Cook, 2007) изучалось влияние налогообложения табачной продукции на курение сигарет американскими старшеклассниками. Авторы обнаружили, что в штатах, где наиболее существенно повышались налоги за последние 15 лет, наблюдалось значительное сокращение распространенности и частоты курения среди молодежи.

- В-третьих, к существенным различиям в оценках могут приводить отличия в первичных данных, собранных для анализа, и методах исследования. Здесь важную роль играет период оценки - краткосрочный или долгосрочный. Как правило, долгосрочные оценки эластичности спроса оказываются выше. Так, например, краткосрочная эластичность спроса на табачные изделия в Марокко находилась в диапазоне от -0.51 до -0.73, тогда как долгосрочная была намного выше: в диапазоне от -1.36 to -1.54 (Aloui, 2003).

В целом, многообразие оценок эластичности спроса затрудняет анализ роли ценовых факторов в снижении потребления табачной продукции, и создает предпосылки для манипулирования результатами исследований.

Тем не менее, в среднем, согласно обобщенным данным, публикуемым ВОЗ (ВОЗ, 2008), при каждом увеличении розничной цены на 10% потребление табака *взрослыми людьми* сокращается примерно на 4% в странах с высоким уровнем доходов и примерно на 8% в странах с низким и средним уровнем доходов. Примерно вдвое медленнее сокращается распространенность курения.

В целом, несмотря на то, что степень влияния роста цен на потребление табачной продукции в исследованиях оказывается различной, эффективность налоговых мер в снижении потребления табачной продукции уже давно не вызывает сомнений. Однако необходимо отметить ряд факторов, которые могут ограничить эффективность данной меры.

Во-первых, хотя влияние ценовых факторов на потребление табачной продукции эмпирически подтверждается для различных возрастных групп, абсолютное значение ценовой эластичности спроса на табак с возрастом снижается. В качестве основной причины этого явления исследователи называют аддиктивную природу курения, то есть тот факт, что курение вызывает привыкание. Взрослым курильщикам, которые курят достаточно долгое время, гораздо сложнее менять свое поведение в ответ на изменение цены сигарет, чем молодым людям, которые начали курить относительно недавно.

Во-вторых, следует отметить, что положительный эффект от сокращения потребления сигарет в результате повышения цен в некоторой степени может быть компенсирован за счет более интенсивного курения. Так, в статье Адды и Корналия, анализирующих компенсаторные механизмы в поведении курильщиков (Adda, Cornaglia, 2006), использовались данные о концентрации котинина (продукта метаболизма никотина), которая измерялась среди большой группы курильщиков в течение ряда лет. В результате оказалось, что повышение налогов и цен на табак приводит к стремлению получить больший объем никотина из каждой сигареты. То есть, степень экстракции никотина повышается при сокращении числа выкуриваемых сигарет.

В-третьих, ограничением может быть и низкий темп роста цен на сигареты по сравнению с покупательной способностью населения. Такая ситуация наблюдалась, например, в Китае, где, несмотря на двукратное увеличение номинальных цен на сигареты в период с 1990 по 2005 гг., они стали почти вдвое доступнее для населения из-за резкого роста доходов, что привело к 9-процентному росту потребления сигарет в расчете на душу населения (Hu et al., 2010). Поэтому ВОЗ рекомендует периодически повышать налоги с

целью обеспечения опережающего роста реальных цен по сравнению с покупательной способностью населения и увеличения ставки налога на все виды табачных изделий, включая наиболее распространенные, а также наиболее дешевые (ВОЗ, 2008b, 2009).

В-четвертых, необходимо также учитывать и возможность замещения относительно дорогих марок более дешевыми. Если в стране наблюдается широкий разброс цен на различные виды табачной продукции, велика вероятность того, что с ростом цен часть курильщиков перейдет на более дешевую продукцию. Так, например, в Польше в связи с присоединением к Европейскому Союзу и повышением налогов на сигареты до европейского уровня некоторые курильщики переключились с сигарет на более дешевые самокрутки. Для нивелирования этого явления власти Польши увеличили налоги на табак для самокруток (WHO, 2011c). Аналогичная ситуация имела место во Вьетнаме, где повышение налогов на сигареты сопровождалось переходом части курильщиков на потребление более дешевой махорки (Laxminarayan, Deolalikar, 2004).

В целом, эффективность налоговой политики будет зависеть от того, какие изделия облагаются налогом, в каком порядке и на каком уровне. Стоит также пояснить, что сам способ организации налогообложения может оказывать влияние на эффективность этой меры. Так, например, при прочих равных условиях специфические налоги<sup>2</sup> приводят к более заметному росту цен на конечную продукцию, а также снижают стимулы к замещению дорогих марок дешевыми. Стоимостные налоги повышают конкуренцию среди производителей табачных изделий и снижают стимулы производителей к инвестициям в «качество» табачной продукции<sup>3</sup>, тем самым способствуя снижению разнообразия брендов на рынке (WHO, 2011c). Большинство богатых стран сегодня используют либо специфические налоги на табак (11 из 38), либо смешанные схемы (25 из 38), и только 2 страны - стоимостные. Среди стран со средним уровнем доходов населения распределение различных схем налогообложения более равномерно (в 18 странах – специфическая ставка, в 19 – стоимостная, в 12 – их сочетание), тогда как страны с низкими доходами отдают предпочтение специфическим ставкам налога (28 из 40 стран). Единственно верного варианта организации налогообложения не существует, т.к. многое зависит от особенностей страны. В таблице 1.1 систематизированы данные об организации налогообложения табачной продукции в разных странах.

---

<sup>2</sup> Специфический налог начисляется путем умножения ставки, выраженной в денежных единицах, на количество облагаемых товаров, выраженное в натуральных единицах (например, 300 рублей на 1000 сигарет). Стоимостной налог начисляется путем умножения ставки, выраженной в процентах, на величину стоимости товаров (например, стандартная ставка НДС – 18%).

<sup>3</sup> Так, для того чтобы покрыть \$1 расходов, (например, на разработку новой упаковки) при специфическом налогообложении по ставке 20% потребуются дополнительно еще \$1, а при стоимостном налогообложении по той же ставке - \$1,25 (т.к. цена должна быть увеличена на  $1/(1-0,2)$ ).

**Таблица 1.1. Особенности налогообложения табачной продукции в разных странах**

| Специфический налог                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Стоимостной налог                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Смешанные схемы                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Дифференцированный подход                                                                                                                                                                                                                                                  | Единые ставки налога                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Дифференцированный подход                                                     | Единые ставки налога                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Дифференцированный подход                                         | Единые ставки налога                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Босния,<br>Бразилия,<br>Беларусь, Гана,<br>Египет, Индия,<br>Индонезия,<br>Казахстан,<br>Кения,<br>Кыргызстан,<br>Непал, Новая<br>Зеландия, Папуа<br>Новая Гвинея,<br>Республика<br>Корея,<br>Таджикистан,<br>Танзания,<br>Узбекистан,<br>Фиджи,<br>Филиппины,<br>Хорватия | Австралия,<br>Азербайджан,<br>Албания,<br>Алжир,<br>Андорра,<br>Армения,<br>Барбадос,<br>Белиз,<br>Ботсвана,<br>Бруней,<br>Гаити,<br>Грузия,<br>Канада,<br>Колумбия,<br>Куба, Лесото,<br>Малави,<br>Маврикий,<br>Намибия,<br>Норвегия,<br>Свазиленд,<br>Сингапур,<br>Суринам,<br>США,<br>Тринидад и<br>Тобаго,<br>Уганда,<br>Уругвай,<br>ЮАР,<br>Ямайка,<br>Япония. | Ангола,<br>Бангладеш,<br>Буркина Фасо,<br>Кот д'Ивуар,<br>Мьянма,<br>Сенегал. | Боливия,<br>Бурунди,<br>Венесуэла,<br>Вьетнам,<br>Габон,<br>Гватемала,<br>Гвинея, Гайана,<br>Гондурас,<br>Замбия,<br>Зимбабве,<br>Иран, Йемен,<br>Камбоджи,<br>Камерун, Коста<br>Рика, Конго,<br>Лаос, Ливан,<br>Либерия, Мали,<br>Мавритания,<br>Мексика,<br>Мозамбик,<br>Никарагуа,<br>Нигер,<br>Нигерия,<br>Панама,<br>Парагвай,<br>Перу, Руанда,<br>Сьерра-Леоне,<br>Судан, Того,<br>Турция,<br>Туркменистан,<br>Чили, Эквадор,<br>Эль Сальвадор,<br>Эфиопия. | Китай,<br>Мадагаскар,<br>Молдова,<br>Пакистан,<br>Россия, Украина | Аргентина,<br>Австрия,<br>Бельгия,<br>Болгария,<br>Великобритан<br>ия, Венгрия,<br>Германия,<br>Греция,<br>Дания,<br>Доминиканск<br>ая<br>республика,<br>Исландия,<br>Испания,<br>Ирландия,<br>Израиль,<br>Италия,<br>Иордания,<br>Кипр, Латвия,<br>Литва,<br>Люксембург,<br>Македония,<br>Мальта,<br>Марокко,<br>Нидерланды,<br>Польша,<br>Португалия,<br>Румыния,<br>Сирия,<br>Сербия,<br>Словакия,<br>Словения,<br>Таиланд,<br>Тунис,<br>Финляндия,<br>Франция,<br>Черногория,<br>Чехия,<br>Швеция,<br>Швейцария,<br>Эстония. |

Источник: WHO, 2011b, стр. 128.

Важно не только способ организации налогообложения, но и то, каким образом определяются ставки налога для разных видов табачной продукции. При серьезных различиях в ставках налога для разных видов табачной продукции (например, сигарет домашнего производства и импортных, или сигарет с фильтром и без фильтра, сигарет разной ценовой категории и т.д.) создаются стимулы для изменения предпочтений потребителей в пользу более дешевой продукции. Вот почему сегодня все большее число стран отказывается от дифференцированного подхода и устанавливает одинаковые ставки

на табачную продукцию. По данным за 2009 год, только 33 из 155 стран применяли дифференцированный подход к налогообложению табака (WHO, 2011с).

Кроме того, значение имеет размер налога. Рекомендуемая Всемирным банком доля налога в цене пачки сигарет должна составлять от 2/3 до 4/5 (Ross et al, 2008). Этому правила придерживаются страны Европейского Союза, а также многие развитые и развивающиеся государства. Даже страны с неблагоприятной ситуацией в сфере потребления табака постепенно увеличивают налоги, чтобы приблизиться к рекомендованному уровню. В таблице 1.2 систематизированы данные о таких странах.

**Таблица 1.2. Доля налогов в цене пачки сигарет в отдельных странах, 2009 г.**

| Страна     | цена, \$         |               |                 | доля налога в цене, % |               |                 |
|------------|------------------|---------------|-----------------|-----------------------|---------------|-----------------|
|            | самые популярные | самые дешевые | премиум сегмент | самые популярные      | самые дешевые | премиум сегмент |
| Бангладеш  | 0,38             | 0,17          | 1,04            | 67%                   | 47%           | 87%             |
| Бразилия*  | 1,03             | 1,03          | 1,28            | 58%                   | 58%           | 63%             |
| Вьетнам    | 0,65             | 0,15          | 0,94            | 45%                   | 45%           | 45%             |
| Египет*    | 0,49             | 0,49          | 1,52            | 59%                   | 59%           | 39%             |
| Индия      | 1,65             | 1,40          | 1,86            | 55%                   | 50%           | 50%             |
| Индонезия* | 0,96             | 0,46          | 0,87            | 51%                   | 44%           | 50%             |
| Китай      | 0,73             | 0,29          | 1,76            | 38%                   | 40%           | 44%             |
| Мексика**  | 2,07             | 1,26          | 2,07            | 65%                   | 65%           | 65%             |
| Пакистан   | 0,23             | 0,16          | 0,80            | 53%                   | 63%           | 68%             |
| Польша     | 1,94             | 1,15          | 2,65            | 94%                   | 91%           | 85%             |
| Россия     | 0,51             | 0,14          | 1,26            | 37%                   | 47%           | 27%             |
| Таиланд    | 1,29             | 0,75          | 1,81            | 64%                   | 65%           | 63%             |
| Турция     | 1,97             | 1,41          | 3,15            | 73%                   | 87%           | 73%             |
| Украина    | 0,39             | 0,08          | 0,65            | 45%                   | 61%           | 39%             |
| Филиппины* | 0,53             | 0,53          | 0,84            | 54%                   | 54%           | 76%             |

\* самые популярные и самые дешевые марки совпадают

\*\* - самые популярные марки и марки премиум-сегмента совпадают

Источник: WHO, 2011с, с. 50.

В целом, при должной налоговой политике налоговые меры могут быть крайне эффективны, особенно в предупреждении курения. Таким образом, выгоды от повышения налогов на табачные изделия очевидны – они позволяют сократить потребление табачной продукции, пополнить бюджет страны, сократить число начинающих курить.

К **административным** мерам в первую очередь относят полные и частичные запреты на курение в общественных местах, запрет рекламы табака и ограничения на продажу табачных изделий. Это должно оградить некурящее население от вредного воздействия табачного дыма и предотвратить приобщение детей и молодежи к курению.

*Запреты на курение в общественных местах.*

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака обязывает стран-участниц обеспечивать защиту людей от воздействия табачного дыма. В частности, в статье 8 утверждается, что эффективные меры по защите от табачного дыма должны законодательно закреплять полное исключение курения в общественных местах (ВОЗ, 2003). Это означает, что все общественные помещения (включая офисы, бары и рестораны) должны стать полностью свободными от дыма. Однако обычно страны вводят такие запреты постепенно. В первую очередь, курение запрещается в образовательных и медицинских учреждениях, на транспорте, в спортивных сооружениях, государственных учреждениях разного уровня власти и т.д. Впоследствии запрет распространяется на рестораны и бары, гостиницы, рабочие места, и иногда даже на определенные городские территории - например, сады, парки, остановки общественного транспорта, городской центр и т.д.

Исторически некоторые страны вводили частичные запреты на курение в общественных местах, обязывая хозяев помещений отводить специальные места для курения, устанавливать дорогостоящие системы вентиляции, разделять помещения для курящих и некурящих посетителей. Однако многочисленные исследования показывают, что только полный запрет курения в общественных местах способен эффективно защитить людей (как некурящих, так и курящих) от воздействия табачного дыма. Другие меры – дорогостоящи и неэффективны.

На данный момент имеются убедительные доказательства того, что полный запрет курения способствует сокращению потребления табачной продукции, уменьшению доли курящих среди молодежи, снижению уровня смертности от инфарктов, снижению уровня заболеваемости сердечно-сосудистыми и респираторными заболеваниями, а также снижению уровня пассивного курения.

Приведем лишь некоторые оценки эффективности полных запретов.

Так, в публикации Института медицины Национальной академии наук США (IMNAS, 2009) приведены результаты 11 исследований, посвященных воздействию полного запрета на курение в общественных местах. Приводятся данные о том, что благодаря введенным запретам снижение уровня смертности от инфарктов составило от -6% до -47%. К аналогичным выводам пришли Маерс с соавторами (Meyers et al., 2009), проанализировав данные 10 стран: по их оценкам, снижение уровня сердечно-сосудистых заболеваний составило в среднем 17%. По данным Европейской ассоциации кардиологов, через год после запрета на курение во всех общественных местах значительно сократилось число случаев госпитализации по поводу инфарктов: во Франции на 15%, в Италии (Рим) на 11.2%, в Ирландии на 11%, в Шотландии на 17%. В целом мета-анализ

публикаций и исследований показал 19%-ное снижение случаев инфаркта уже в течение первого года после введения таких запретов (European Society of Cardiology, 2009).

По данным ВОЗ (ВОЗ, 2008b), законы о запрете на курение на рабочих местах могут обеспечить сокращение абсолютной распространенности курения на 4%. В развитых странах результаты еще выше - запрет курения на рабочих местах в нескольких промышленно-развитых странах обеспечил сокращение употребления табака среди работающих в среднем на 29% (Fichtenberg, Glantz, 2002). Среди курильщиков, работающих там, где курение на рабочих местах запрещено, желающих бросить курить более чем в два раза больше, чем среди работающих там, где курение разрешено (ВОЗ, 2008).

Часто при введении ограничений на курение в общественных местах беспокойство вызывает поддержка данной меры со стороны населения и бизнеса, а также процедуры контроля соблюдения запретов. Однако исследования, проведенные в развитых странах, показывают, что даже среди курильщиков многие поддерживают меры, направленные на ограничение курения. При этом обычно поддержка таких мер растет после их введения. В частности, в Ирландии до установления запрета на курение в общественных местах эту меру поддерживало 40% населения, а спустя всего лишь год с начала действия закона поддержка возросла почти до 65%. В Великобритании запрет на курение в общественных местах до принятия соответствующего закона одобряли 45% населения, после - 77% (Fong et al., 2006). Похожим образом складывалась ситуация и в других странах и регионах: ВОЗ опубликовала информацию о том, что в таких различных регионах, как Нью-Йорк, Калифорния, Новая Зеландия и Уругвай доля населения, поддерживающего полный запрет на курение в общественных местах, составляла от 70 до 80% населения. Еще более высокий уровень поддержки в г. Мехико – 98% населения (ВОЗ, 2009). Данных о каких-либо массовых протестах или активном выражении недовольства после введения ограничений на курение в общественных местах нет.

Полные запреты на курение в барах и ресторанах, а также в гостиничном секторе пока встречаются преимущественно в развитых странах Европы, в Новой Зеландии, отдельных штатах США; хотя есть и примеры в развивающихся странах, например, в столицах Аргентины и Мексики, Индонезии и Уругвае. Исследования, посвященные влиянию таких запретов, свидетельствуют о том, что в странах (регионах), утвердивших всестороннее законодательство о запрете курения, свободные от табачного дыма зоны пользуются популярностью, при этом принятые меры оказывают либо нейтральное, либо благоприятное воздействие на деятельность предприятий (WHO, 2009; Gonzalez-Rozada et

al., 2008; Scollo et al., 2003). Наряду с этим, гостиничный и ресторанный бизнес сокращает расходы, связанные с уборкой и чисткой помещений.

В то же время, как любая административная мера, введение запрета на курение в общественных местах немыслимо без определенных издержек. Основные затраты связаны с осуществлением контроля выполнения законодательства. Другой вид издержек связан с необходимостью проводить просветительскую кампанию, объясняющую важность введения запрета и доказывающую отсутствие ущерба для бизнеса. Опыт показывает, что наибольшая часть государственных затрат приходится на первые годы введения запрета в действие, и со временем они снижаются. С течением времени поддержка со стороны населения и бизнеса растет, а затраты, связанные с применением новых норм закона, сокращаются. Чтобы меры были эффективны, ВОЗ рекомендует ответственность по соблюдению законодательства возлагать не на курящих граждан, а на владельцев предприятий (ВОЗ, 2009).

#### *Запрет рекламы табачных изделий*

Маркетинг табачных изделий оказывает сильнейшее влияние на потребление табачной продукции, особенно на формирование привычки у молодых людей (Saffer, 2000). Благодаря рекламе табачной продукции в обществе формируется терпимое отношение к курению, тем самым, ослабляется положительный эффект усилий по борьбе против употребления табака. Более того, при анализе стратегических документов табачных компаний становится очевидным, что основная целевая аудитория – молодые люди, даже подростки (Perry, 1993).

Статья 13 РКБТ (Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий) предусматривает введение всесторонних запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (ВОЗ, 2003). ВОЗ утверждает, что введение таких запретов защищает население от воздействия маркетинговой тактики табачной промышленности и способно снизить потребление табака примерно на 7%, независимо от других мер контроля над табаком (ВОЗ, 2009). Многочисленные исследования показывают, что для обеспечения эффективности запретов они должны быть полными и применяться ко всем категориям маркетинга и стимулирования продаж. Если вводится частичный запрет рекламы, то табачная промышленность перенаправляет средства на другие виды маркетинга.

Сравнительный анализ, проведенный в 102 странах, показал, что всесторонние запреты снизили потребление сигарет примерно на 8%, в то время как частичные запреты оказали незначительное влияние – на 1%, а порой вообще не имели какого-либо влияния (Saffer, 2000). В некоторых странах эффективность полного запрета оказалась еще выше -

до 16% (Jha, Chaloupka, 1999). Именно поэтому в 2012 году в 31 стране мира (в частности, во всех странах Европейского Союза, в Австралии, ЮАР, Таиланде, Новой Зеландии) действовал полный запрет на рекламу табачных изделий.

Существуют ли издержки при введении запретов в области маркетинга? Введение полного запрета неизбежно скажется на тех фирмах, которые размещают у себя рекламу и/или проводят мероприятия, финансируемые табачными компаниями. К ним относятся не только СМИ, но и спортивные, развлекательные предприятия, реже - организации культуры. Между тем, по данным зарубежных исследований, реклама табака занимает не такую уж большую долю рынка. Так, до введения полного запрета во Франции в 1990 году реклама табака занимала 0,5% всего рекламного рынка, в Великобритании в 1994 году - 0,7%, в Бельгии в 1995 году - 1,8% (Joossens, 1998). Таким образом, существенного падения рынка рекламы можно не опасаться.

Отметим, что не существует технических трудностей с контролем соблюдения данного законодательства и не требуется дополнительного государственного финансирования для обеспечения соблюдения данного запрета.

#### *Ограничения на продажу табачной продукции.*

Практически во всех странах действуют ограничения на продажу табачной продукции несовершеннолетним. Кроме того, во многих странах действуют запреты на продажу сигарет через автоматы, поскольку при этом нет возможности ограничить продажу табачных изделий детям. В отдельных странах ограничивается торговля табачными изделиями через интернет. Эффективность этих мер зависит от строгости наказания и действия механизма принуждения. Несмотря на необходимость таких запретов, эмпирических исследований, посвященных их влиянию на снижение потребления табачной продукции, не так много. Стоит, пожалуй, упомянуть работу Росс и Чалупки, которая была проведена на основе выборки школьников старших классов в США (Ross, Chaloupka, 2004). Авторы обнаружили, что введение возрастных ограничений на продажу табака значительно сокращает вероятность возникновения привычки. В тех штатах, где применяется весь комплекс мер антитабачного регулирования, включая жесткие запреты на продажу, существенно ниже как распространенность курения среди подростков, так и его интенсивность.

К **информационным** мерам относят специальные предупредительные надписи (или графические предупреждения) на пачках сигарет, антирекламные кампании, разоблачающие вред курения, «горячие линии», позволяющие получить анонимную консультацию и др. Цель данных мер – обеспечить возможность рационального выбора,

сделать информацию об издержках доступной и тем самым снизить внутренние издержки неинформированных курильщиков.

*Предупреждения на пачках сигарет.*

В статье 11 РКБТ (Упаковка и маркировка табачных изделий) устанавливаются требования в отношении предупреждений на табачных изделиях, которые должны сообщать об опасностях курения. Согласно этим требованиям, предупреждения должны занимать не менее 30% основной поверхности упаковки и должны периодически меняться. Кроме того, должно быть запрещено использование вводящих в заблуждение терминов, таких как «легкие», «мягкие» и т.д. Статья 12 РКБТ также обязывает страны обеспечить доступ к информации о вреде курения и преимуществах его прекращения (ВОЗ, 2003).

Предупреждения на пачках сигарет могут быть текстовыми и графическими, занимать разный процент поверхности упаковки. В настоящее время в 15 странах мира предупреждения занимают более 50% основной упаковки передней и задней сторон сигарет. Еще в 18 странах предупреждения занимают ровно 50% упаковки. Графические предупреждения в 2010 году применялись в 35 странах (регионах), в 2011 году – уже в 38. В таблице 1.3 приведена информация о странах, размещающих графические предупреждения.

**Таблица 1.3. Введение графических предупреждений о вреде сигарет.**

|    | Страна         | Год введения графических предупреждений<br>(и их пересмотра)              |
|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Канада         | 2001                                                                      |
| 2  | Бразилия       | 2002; 2004; 2009                                                          |
| 3  | Сингапур       | 2004; 2006                                                                |
| 4  | Таиланд        | 2005; 2007; 2010                                                          |
| 5  | Венесуэла      | 2005; 2009                                                                |
| 6  | Иордания       | 2006                                                                      |
| 7  | Австралия      | 2006; ротация комплектов А, В каждые 12 месяцев                           |
| 8  | Уругвай        | 2006; 2008; 2009; 2010                                                    |
| 9  | Панама         | 2006; 2009                                                                |
| 10 | Бельгия        | 2006; ротация одного из трех комплектов каждые 12 месяцев начнется в 2011 |
| 11 | Чили           | 2006; 2007; 2008; 2009; 2010                                              |
| 12 | Гонконг        | 2007                                                                      |
| 13 | Новая Зеландия | 2008; ротация комплектов А, В каждые 12 месяцев                           |
| 14 | Румыния        | 2008                                                                      |
| 15 | Великобритания | 2008                                                                      |
| 16 | Египет         | 2008                                                                      |
| 17 | Бруней         | 2008                                                                      |
| 18 | Острова Кука   | 2008                                                                      |

|    |                   |                                                 |
|----|-------------------|-------------------------------------------------|
| 19 | Иран              | 2009                                            |
| 20 | Малайзия          | 2009                                            |
| 21 | Тайвань, Китай    | 2009                                            |
| 22 | Перу              | 2009                                            |
| 23 | Джибути           | 2009                                            |
| 24 | Маврикий          | 2009                                            |
| 25 | Индия             | 2009, 2010                                      |
| 26 | Каймановы острова | 2009                                            |
| 27 | Латвия            | 2010                                            |
| 28 | Пакистан          | 2010                                            |
| 29 | Швейцария         | 2010; ротация комплектов 1,2,3 каждые 24 месяца |
| 30 | Монголия          | 2010                                            |
| 31 | Колумбия          | 2010                                            |
| 32 | Турция            | 2010                                            |
| 33 | Мексика           | 2010                                            |
| 34 | Филиппины         | 2010                                            |
| 35 | Норвегия          | 2011                                            |
| 36 | Мальта            | 2011                                            |
| 37 | Франция           | 2011                                            |
| 38 | о. Гернси         | 2011                                            |
| 39 | Испания           | 2011                                            |

Источник: Canadian Cancer Society, 2010.

Как видно из таблицы 1.3, именно в последнее десятилетие все больше стран стали применять графические предупреждения. Это связано с возросшим числом исследований, доказывающих их высокую эффективность при практически нулевых затратах со стороны государства. В среднем, графические предупреждения позволяют на 5% сократить потребление табачной продукции уже через год после введения. Однако их эффективность может быть и выше. Так, например, в Турции после введения предупредительных надписей потребление сигарет упало на 8% (Tansel, 1993).

Исследования подтверждают, что графические предупреждения более эффективны, чем текстовые, поскольку наглядно демонстрируют последствия курения и вызывают не только к разуму, но и к эмоциям. Исследование, проведенное в Канаде, показало, что на графические предупреждения обращают внимание 84% курящих, тогда как на текстовые предупреждения - только 20% (Hammond et al., 2004).

Важное достоинство предупреждений (графических или текстовых) состоит в том, что они ничего не стоят государству, специальный контроль соблюдения данного требования не нужен. Кроме того, в отличие от антитабачных кампаний в прессе или на телевидении, предупредительные надписи всегда достигают тех, на кого они направлены. Еще один «плюс» - предупреждения на сигаретах поддерживаются большинством населения, т.к. воспринимаются как забота о здоровье граждан. В пользу этого говорят и

данные нескольких исследований, проведенных в таких разных странах как Канада, Таиланд и Уругвай (Fichtenberg, Glantz, 2002; ITC, 2007).

#### *Антитабачные кампании в СМИ.*

Публикация первого научного исследования в отношении последствий курения для здоровья состоялась в США в начале 1950-х, а первый доклад Главного врача США о курении и здоровье в 1964 году широко обсуждался в СМИ и привлек внимание американской общественности. С тех пор воздействие фактора «страха за здоровье» исследовалось разными методами, позволившими заключить, что курение сигарет резко сокращается при появлении новой информации о последствиях курения. Например, ранее упоминавшийся доклад Главного врача США 1964 года привел к немедленному сокращению общего объема спроса на сигареты на 5%. Другое исследование показало, что уровень потребления сигарет в США в 1978 году был на 39% меньше возможного уровня, который сложился бы в отсутствие информации о вреде курения (Chaloupka, Warner, 1999).

Кампании в СМИ против курения широко используются для сокращения потребления табака. Эконометрический анализ влияния публикаций негативных сообщений о курении и антирекламы, как правило, показывает, что такие меры могут существенно снизить потребление сигарет (Chaloupka, Warner, 1999; Tansel, 1993). Важно и то, что у подростков под воздействием эффективной антитабачной рекламы более чем вдвое снижается вероятность стать заядлыми курильщиками (Siegel, Biener, 2000).

Анализ эффективности антитабачных кампаний проводить довольно сложно, поскольку многое зависит от того, как они организованы, кто их проводит, и т.д. Средства могут быть потрачены неэффективно, и тогда результат будет незаметен. ВОЗ предупреждает, что табачная промышленность иногда создает собственную «антитабачную» рекламу, направленную на предотвращение курения среди молодежи. Однако эти усилия мало способствуют сокращению курения и даже могут привести к росту распространенности курения (ВОЗ, 2008b). Известно также, что несмотря на политическую популярность и поддержку общественности, антитабачные программы, направленные на детей в рамках школьных уроков, не оказывают значительного влияния на молодежь. Более того, сосредоточение антитабачного просвещения на детях может нанести ущерб целостному подходу, направленному на все население, который мог бы иметь более заметные долгосрочные результаты (ВОЗ, 2008b).

Отметим также, что антитабачные программы, как правило, дороги. Тем не менее, существуют возможности для сокращения расходов. Один из способов - адаптация существующих рекламных роликов, плакатов и прочих материалов к особенностям

конкретной страны, другой - за счет получения бесплатного или недорогого эфира на телевидении и радио и т.д. (ВОЗ, 2008b).

В целом, несмотря на примеры успешных антитабачных кампаний велика вероятность их низкого влияния на распространенность курения. Чтобы избежать этого, необходимо учитывать богатый опыт зарубежных программ и следовать проверенным рекомендациям.

*Консультации врачей* призваны обеспечить возможность рационального выбора, сделать информацию об опасностях курения доступной. Консультации врачей могут быть достаточно эффективными. По данным исследования, проведенного в Гонконге (Lam, 2010), даже короткая консультация врача длительностью не более 1 минуты позволяет 4% пациентов бросить курить, тогда как при отсутствии такой консультации пациенты даже не задумываются о вреде курения.

Затраты на организацию врачебных консультаций незначительны, если они оказываются во время обычного визита пациента. Как правило, они состоят в обучении врачей, которое легко можно организовать в рамках системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров.

Как показывает опыт исследователей из США, можно оценить чистые выгоды от консультаций в денежном выражении. Такие оценки часто проводятся для анализа эффективности программ по прекращению курения среди беременных женщин. Обычно такие программы включают консультации врачей, издание буклетов и т.д. Анализ одной из типичных программ, реализованной в США, позволил заключить, что 1 доллар, потраченный на консультации, позволяет впоследствии сэкономить 3,31 долл. на уходе за недоношенными детьми (Marks et al., 1990).

*Горячие линии.* Одной из популярных мер, направленных на помощь в преодолении табачной зависимости, является создание специальных телефонных линий, с помощью которых люди могут получить консультацию о способах борьбы с курением. Эффективность «горячих линий» подтверждается во многих странах (Hopkins et al., 2001; Lichtenstein et al., 1996; Stead et al., 2004). Например, в Гонконге 12% получивших консультации по специально организованной горячей линии бросили курить в течение контрольного периода (6 месяцев) (Abdullah et al., 2004). Однако заслуга горячих линий состоит и в том, что они способствуют если не отказу от курения, то снижению издержек пассивного курения. Если курильщикам не удастся полностью избавиться от своей привычки, они как минимум лучше осознают тот вред, который наносят окружающим, и это часто меняет их поведение. Стоит отметить, что горячие линии, как правило, являются

неотъемлемой частью государственных антитабачных кампаний, и тем самым способствуют повышению их эффективности.

Сегодня существуют специальные руководства по организации горячих линий по борьбе с курением (например - CDC, 2004), что облегчает их создание в странах, не имеющих такого опыта. Естественно, необходимо учитывать специфику каждой страны, однако общие требования к горячим линиям достаточно универсальны. Так, для того, чтобы от горячих линий был положительный эффект, необходимо использовать операторов, а не предварительно записанные сообщения. Кроме того, телефонные консультации должны быть доступными для населения в удобное время, а операторы должны иметь возможность повторно созваниваться с желающими бросить курить и поддерживать их в данном намерении. Также в целях экономии на масштабе имеет смысл организовывать единые горячие линии для всей страны.

**Медикаментозные меры** направлены на помощь тем курильщикам, которые уже приняли решение избавиться от никотиновой зависимости. В распоряжении врачей-наркологов множество методик, в т.ч. с использованием специальных пластырей, никотиновых жвачек, спреев и т.д. Эффективность медикаментозного лечения хорошо изучена и составляет в среднем 15,8% (процент бросивших курить после прохождения консультации и медикаментозного лечения) (Joуse, 2008). По данным ВОЗ, медикаменты для прекращения курения способны вдвое увеличить вероятность успеха попытки бросить курить, и эта вероятность еще более возрастает, если медикаментозное лечение проводится в сочетании с консультированием (ВОЗ, 2009).

К сожалению, мероприятия по медикаментозному лечению менее рентабельны в отношении сокращения общего объема потребления табака, чем другие стратегии борьбы с табаком, тем не менее, они считаются эффективными в терминах «издержки-выгоды», и потому должны поддерживаться государством.

*Таким образом, многие меры, направленные на борьбу с курением, не требуют от государства существенных затрат. Например, увеличение размера предупредительных надписей и введение графических предупреждений на упаковках сигарет, а также установление полного запрета на рекламу и спонсорство практически ничего не стоят государству даже в терминах альтернативных издержек.*

*При грамотной организации врачебных консультаций можно также избежать больших расходов. Данные меры, как показывает опыт многих стран, находят понимание и поддержку у большей части населения.*

*Эффективной, но трудноосуществимой в странах со слабыми механизмами принуждения мерой считается создание свободных от табачного дыма зон в местах*

общественного пользования. Для успешной работы данной меры крайне важны первые годы после принятия соответствующего законодательства, когда формируется отношение населения к новым правилам поведения в общественных местах. По мере привыкания к новым правилам растет и общественная поддержка. Таким образом, будучи эффективной, данная мера требует от регулирующих органов существенных усилий на начальном этапе.

Самым эффективным средством в борьбе с курением, как показывает практика, является повышение налогов. Однако повышение налогов – почти всегда непопулярная мера. Тем не менее, если распределение дополнительно собранных средств идет на социально-значимые цели, а процедуры их расходования прозрачны и легко контролируемы, можно добиться существенного роста числа сторонников данной меры. Для того, чтобы обеспечить необходимый уровень поддержки повышения налогов, необходимо его сопровождать грамотной кампанией в СМИ.

К сожалению, наименее эффективными в терминах «издержки-выгоды» являются программы, направленные на стимулирование курящих граждан к отказу от вредной привычки. Это понятно, так как предупреждение любой зависимости обходится дешевле, чем последующее избавление от нее. Тем не менее, нельзя полностью отказываться от применения таких программ – помощь людям, желающим бороться с привычкой, оправдана не только этическими соображениями, но и экономической целесообразностью. Дополнительные ресурсы, необходимые для лечения курильщиков, могут финансироваться за счет повышения акцизов на табачную продукцию.

В целом, как утверждает ВОЗ, и подтверждают многие исследования, отдельные меры по борьбе против употребления табака эффективнее работают в комплексе, дополняя и усиливая друг друга.

## **1.2. Международная практика борьбы с вредным употреблением алкоголя**

Так же, как и в случае с курением, разнообразные меры, направленные на борьбу с вредным употреблением алкоголя, могут преследовать различные цели: предотвращение раннего потребления алкогольной продукции, предупреждение об опасностях злоупотребления алкоголем, ограждение людей от негативных последствий действий лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, лечение людей, страдающих алкогольной зависимостью и т.д. Начиная с 1979 года, антиалкогольная политика активно продвигается Всемирной организацией здравоохранения. Но только в 2010 году ВОЗ разработала Глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя (The Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) (WHO, 2010). Стоит пояснить, что, в отличие от курения, эффективность антиалкогольной политики априори имеет ограничения, связанные с тем, что далеко не всегда потребление алкоголя приводит к негативным последствиям. Поэтому ВОЗ в Глобальной стратегии использует понятие *вредного употребления алкоголя*, которое подразумевает употребление спиртного, имеющее пагубные медицинские и социальные последствия для пьющего, его окружения и общества в целом, а также формы употребления алкоголя, которым сопутствует повышенный риск неблагоприятных результатов в отношении здоровья.

В Глобальной стратегии выделяются меры по сокращению потребления алкоголя, ценовые меры и налоги на алкоголь, ограничение продажи алкоголя, регулирование обстоятельств употребления алкоголя, ограничение маркетинга алкоголя, меры против управления автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, просвещение и убеждение, раннее вмешательство и лечебные службы. В Глобальной стратегии подчеркивается, что меры политики, направленные на сокращение вредного употребления алкоголя, не должны ограничиваться рамками сектора здравоохранения. Они должны затрагивать такие области как экономическое развитие, транспорт, правосудие, социальное обеспечение, налоговая политика, торговля, сельское хозяйство, политика в сфере потребления, образование и занятость, гражданское общество и др.

Таким образом, сегодня довольно сложно выделить узкий круг антиалкогольных мер. Тем не менее, в данном разделе мы рассмотрим основные меры, которые традиционно относят к мерам антиалкогольной политики – это экономические, административные, информационные и консультационные меры.

### ***Экономические меры***

К экономическим мерам принято относить *налоговые меры*, а также введение *минимальных цен на алкогольную продукцию*. Изменение акцизных ставок – это один из наиболее распространенных методов влияния на уровень потребления алкоголя. Недавний обзор 112 исследований по налогообложению алкоголя подтверждает, что с ростом цены алкогольной продукции ее потребление сокращается (Wagenaar et al., 2009). При этом, эластичность потребления по цене отличается в зависимости от вида алкогольных напитков: так, средние оценки ценовой эластичности спроса на пиво приближаются к -0,46, на вино – к -0,69, на крепкий алкоголь – к -0,80 (Rabinovich et al., 2009). Введение налогов особенно эффективно в снижении потребления алкоголя молодежью. В некоторых странах в качестве меры борьбы с ростом потребления спиртного среди молодых людей были введены специальные налоги на популярные у молодежи слабоалкогольные коктейли (Snossen, 2006). Эта мера оказалась эффективной и привела к снижению продаж и потребления этих алкогольных коктейлей. Увеличение налогов на алкоголь в некоторых развитых странах оказало значительный эффект на снижение смертности в результате дорожно-транспортных происшествий и цирроза печени.

В статье Кука, Остермана и Слоана (Cook, Ostermann, Sloan, 2005) отмечается, что рост налогов на алкоголь, ведущий к росту цен готовой продукции, сокращает подушевое потребление алкоголя. Исследуя уровень смертности среди совершеннолетних, авторы оценивают чистый эффект от увеличения налогов на алкоголь. Прежде всего, они выделяют издержки и выгоды от потребления алкоголя. С одной стороны, алкогольное опьянение может быть причиной смерти от интоксикации или от получения травмы в результате несчастного случая или преднамеренных действий. С другой стороны, умеренное потребление алкоголя благоприятно сказывается на здоровье сердечно-сосудистой системы. Так, увеличение налогов на алкоголь может снизить уровень смертности до определенной степени, снижая негативные последствия от злоупотребления, однако для пожилых людей, которые могут прекратить прием алкоголя ввиду роста цен, повысится риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. В результате авторы приходят к выводу, что сокращение объемов потребления алкоголя на душу населения на 1%, вызванное увеличением налогов, окажет незначительное влияние на смертность в среднем возрасте. В исследовании показано, что эффект может быть положительным или отрицательным, но всегда близок к нулю. С другой стороны, для молодых людей почти нет пользы для здоровья от потребления алкоголя, но зато есть существенные риски небезопасного поведения, поэтому повышение налогов наиболее оправданно именно для сокращения употребления алкоголя молодежью.

Марковитц и Гроссман (Markowitz, Grossmann, 2000) определяют непосредственное влияние повышения налоговых ставок на агрессивное поведение родителей в отношении детей. Ранее обнаружив положительную связь между потреблением пива и насилием над детьми, отрицательную связь между потреблением пива и ценами на него, авторы протестировали гипотезу о том, что рост цен на пиво ведет к снижению уровня насилия над детьми. Эмпирические оценки, полученные отдельно для матерей и отцов, показали, что рост налога на пиво снижает число случаев насилия над детьми для женщин, но не для мужчин.

Положительный эффект от повышения налоговых ставок на алкоголь может быть ограничен из-за высокого уровня нелегального производства (Room et al., 2002) и возможности замещения потребления алкоголя другими продуктами (легкими наркотиками) или переключения между различными видами алкогольной продукции, а также из-за низкого уровня акцизов в соседних государствах. Рассмотрим подробнее роль этих факторов.

- Нелегальный алкоголь. Интерес представляет статья Лакхенмайера, Тэйлора и Рема (Lachenmeier, Taylor, Rehm, 2011), посвященная анализу эффективности государственных мер, направленных на сокращение потребления именно незарегистрированного алкоголя. Самой простой мерой, сокращающей спрос на незарегистрированный алкоголь, является снижение цены на разрешенный алкоголь. Однако это ведет к росту потребления алкоголя в целом, делая подобную меру крайне нежелательной для общества. Запрет токсических смесей, используемых с целью денатурации спирта, может положительно сказаться на здоровье людей, употребляющих суррогатные алкогольные напитки. Ограничение продажи алкоголя на границах между государствами может быть осуществлено за счет снижения разницы в налоговых ставках на алкоголь, либо за счет более жесткого контроля. К действиям, ограничивающим нелегальную торговлю и подделку продукции, относятся введение акцизных марок и электронного контроля над торговлей алкоголем. Образовательные кампании могут повысить знания потребителей о риске употребления нелегальной алкогольной продукции. Самой проблематичной зоной для контроля авторы видят производство алкоголя на дому или на небольших кустарных производствах. Здесь в качестве наиболее перспективной меры предлагается финансовое стимулирование к официальной регистрации и производству легальной продукции высокого качества. Рассмотрев внушительный набор

мер государственной политики, направленной на сокращение нелегального производства алкогольной продукции, авторы приходят к выводу, что пока рано говорить об успешности той или иной меры и ее универсальной применимости. Большую роль в разработке политики играет уровень потребления алкоголя в стране, доля нелегальной продукции в потреблении, природа потребляемого алкоголя (самогон, подделка, спиртосодержащие смеси и т.д.), а также традиции и культура употребления спиртных напитков в каждой отдельной стране.

- Некоторые авторы (Chaloupka, Laixuthai, 1997; DiNardo, Lemieux, 2001) считают, что марихуана может служить субститутom алкогольным напиткам (при росте цен на алкоголь), особенно среди молодежи. Еще больше возможностей для замещения возникает у потребителей, если повышение налогов в стране происходит неравномерно по видам алкогольной продукции. Иногда государства намеренно создают преференции для слабоалкогольных напитков, поощряя замещение крепкого спиртного вином или пивом или поддерживая местную алкогольную промышленность (Rabinovich et al., 2009).
- Низкие налоги в соседних странах могут стимулировать поездки с целью покупки более дешевого алкоголя. Кноссен (Cnossen, 2007) считает возможности покупки алкоголя на границах с государствами, имеющими низкий уровень акцизов, одним из серьезных препятствий налоговой политике. Несколько исследований, проведенных для соседних стран (Швеция-Германия-Дания, Финляндия-Эстония и Англия-Франция), показывают, что несмотря на ограничения на ввоз импортных спиртных напитков, потребление алкоголя, приобретенного в соседних странах, составляло высокий процент от всего потребления алкоголя (в Швеции – 19%, в Великобритании - 4%) (Rabinovich et al., 2009).

Величина акцизов на алкогольную продукцию существенно различается в разных странах: в среднем, в пересчете на чистый спирт она составляет от 44,9% стоимости алкогольной продукции в Норвегии до 0,3% в Кыргызстане. Среднее значение, полученное экспертами ВОЗ по данным для 74 стран, свидетельствует о том, что акцизы составляют примерно 17% от стоимости алкогольной продукции (WHO, 2011b). Ниже приведены данные о величине акцизов на алкогольную продукцию в некоторых европейских странах (таблица 1.4).

**Таблица 1.4. Акцизы на алкогольную продукцию в некоторых европейских странах**

| <b>Страна</b>  | <b>Налог<br/>на 0,5 л. пива<br/>(5%),<br/>(евроценты)</b> | <b>Налог на крепкий<br/>алкоголь(40%)<br/>в расчете на бутылку<br/>0,7 литра (евро)</b> | <b>Налог<br/>на бутылку<br/>вина 0,75 л (12%),<br/>(евроценты)</b> |
|----------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Бельгия        | 10,69                                                     | 4,91                                                                                    | 35,32                                                              |
| Болгария       | 4,79                                                      | 1,57                                                                                    | 0                                                                  |
| Чехия          | 6,28                                                      | 3,11                                                                                    | 0                                                                  |
| Дания          | 17,06                                                     | 5,63                                                                                    | 61,75                                                              |
| Германия       | 4,92                                                      | 3,65                                                                                    | 0                                                                  |
| Эстония        | 12,3                                                      | 3,61                                                                                    | 49,85                                                              |
| Испания        | 5,69                                                      | 2,32                                                                                    | 0                                                                  |
| Франция        | 6,5                                                       | 4,06                                                                                    | 2,55                                                               |
| Ирландия       | 49,68                                                     | 10,99                                                                                   | 204,75                                                             |
| Италия         | 14,69                                                     | 2,24                                                                                    | 0                                                                  |
| Кипр           | 11,95                                                     | 1,67                                                                                    | 0                                                                  |
| Латвия         | 4,61                                                      | 2,5                                                                                     | 31,93                                                              |
| Литва          | 5,58                                                      | 3,11                                                                                    | 39,1                                                               |
| Люксембург     | 4,96                                                      | 2,92                                                                                    | 0                                                                  |
| Венгрия        | 14,34                                                     | 2,81                                                                                    | 0                                                                  |
| Мальта         | 4,69                                                      | 5,44                                                                                    | 0                                                                  |
| Нидерланды     | 12,56                                                     | 4,21                                                                                    | 51,41                                                              |
| Австрия        | 12,5                                                      | 2,8                                                                                     | 0                                                                  |
| Польша         | 12,79                                                     | 3,8                                                                                     | 30,44                                                              |
| Португалия     | 8,44                                                      | 2,74                                                                                    | 0                                                                  |
| Румыния        | 4,31                                                      | 1,94                                                                                    | 0                                                                  |
| Словения       | 17,15                                                     | 1,95                                                                                    | 0                                                                  |
| Словакия       | 10,35                                                     | 2,62                                                                                    | 0                                                                  |
| Финляндия      | 53,5                                                      | 9,1                                                                                     | 174,75                                                             |
| Швеция         | 43,82                                                     | 14,82                                                                                   | 170,9                                                              |
| Великобритания | 47,21                                                     | 7,55                                                                                    | 183,92                                                             |

Источник: Rabinovich et al., 2009.

Стоит также отметить, что 20 из 132 стран, которые были проанализированы в Глобальном отчете ВОЗ о потреблении алкоголя, направляют часть собранных от акцизов на алкоголь средств на программы в сфере здравоохранения, в том числе на меры, призванные снизить потребление алкоголя (WHO, 2011b).

Применение *минимальных цен* на алкогольные напитки используется в некоторых провинциях Канады, в Австрии и Ирландии, но в целом в странах Европейского Союза эта мера не получила распространения, поскольку она противоречит правилам свободной конкуренции. Тем не менее, в некоторых европейских странах (помимо двух вышеупомянутых) используются меры, по своей сути похожие на регулирование минимальных цен. Так, в Германии действует закон (Apple juice law), обязывающий клубы, бары и рестораны, имеющие лицензию на торговлю спиртным, иметь в меню как минимум один безалкогольный напиток по цене ниже алкогольных напитков. В

некоторых кантонах Швейцарии аналогичный закон требует, чтобы в меню было как минимум три безалкогольных напитка, стоимость которых не превышает цену на алкогольные напитки (Rabinovich et al., 2009).

### ***Административные меры***

К административным мерам относят широкий круг мер, ограничивающих доступность алкоголя на рынке, регулирующих правила продвижения алкогольной продукции, а также устанавливающих ограничения для вождения транспорта.

*Ограничение доступности алкоголя на рынке* подразумевает введение государством законодательных положений, которые определяют, когда, где, кем и кому могут быть проданы алкогольные напитки, как в целях личного потребления, так и в ресторанном и развлекательном бизнесе. Меры, ограничивающие доступность алкогольных напитков, - это, прежде всего, монополия на производство и/или продажу алкоголя, лицензирование, регулирование продаж в точках розничной торговли (супермаркеты, магазины алкогольной продукции) и в местах покупки-потребления алкоголя (бары, пабы, рестораны), ограничения времени и места продажи алкоголя, а также возрастные ограничения.

В своей статье Боэлла и соавторы (Boella et. al, 2006) сравнивают влияние различных мер государственной политики на продажу и потребление алкогольной продукции в трех странах: Англии, Франции и Германии. Среди таких мер они выделяют: *лицензирование, ограничение времени продажи алкоголя и регулирование рекламы*. Авторы подмечают, что французское и немецкое правительства придерживаются строгого контроля в отношении типа и численности торговых точек (в том числе баров), продающих алкогольную продукцию, а также четко регламентируют рекламную деятельность и методы продвижения алкогольной продукции. Спрос в этих странах регулируется исключительно просветительскими мерами о вредном употреблении алкоголя. По данным французского правительства, такие меры являются эффективными, и избранная стратегия положительно влияет на здоровье общества. В Англии акцент политики также делается на *регулирование типов и числа торговых точек*, но еще больший акцент - на лицензирование. В 2003 году в Англии и Уэльсе был введен закон об обязательном лицензировании продажи алкогольной продукции. Авторы, сравнивая стратегии трех стран, не могут однако сделать вывод о том, какая из них является наиболее эффективной.

Мешам (Measham, 2006) на примере Шотландии анализирует такие государственные меры по сокращению предложения алкогольной продукции, как *ограничение часов продажи алкоголя, мест продажи и потребления, введение*

ограничений по «счастливым часам» («happy hours») и скидкам в барах. Автор указывает на факт несогласованности государственных мер. Например, дерегулирование отрасли и нововведения в законодательстве о лицензировании, нацеленные на снижение ущерба от употребления алкоголя (разрешена круглосуточная продажа алкоголя в общественных заведениях), вместе привели к большей доступности алкоголя и росту его потребления. Главный вывод автора: чтобы разработать максимально эффективный policy mix, должны быть введены согласованные меры, направленные как на сокращение вреда, так и на снижение спроса и предложения алкоголя.

Как показано в работе Мейера и др. (Meier et al. 2008), такие промо-меры, как «счастливые часы», «два напитка по цене одного» и прочие акции, подразумевающие продажу алкоголя ниже себестоимости, повышают вероятность потребления алкоголя молодежью. Тем не менее, законодательство разных стран в отношении мер, запрещающих такие промо-акции, сильно варьируется. Так, в Бельгии, Люксембурге и Польше запрещены продажи алкоголя по цене ниже издержек производства. В Ирландии подобное законодательство было отменено в 2006 году, однако под запретом остались «счастливые часы» и «два напитка по цене одного». В некоторых других странах (например, в Великобритании и Латвии) перспектива введения подобных ограничительных мер активно обсуждается. В Финляндии действуют частичные запреты: продажи по цене ниже себестоимости не запрещены, но зато нельзя предоставлять скидки с объема продаж алкогольной продукции. Кроме того, запрещается рекламировать скидки на алкоголь в барах и ресторанах, а также в местах розничных продаж. Частичные ограничения также действуют в Швеции и Норвегии (Rabinovich et al., 2009).

Интересно, что в отдельных странах подобные запреты устанавливает не государство, а саморегулирующие организации. Так, например, в Нидерландах Общество ответственных потребителей алкоголя (STIVA), представляющее интересы бизнеса, разработало свод правил для рекламы и продвижения алкогольной продукции. Согласно этим правилам, не допускается продажа алкогольной продукции по цене ниже 50% средней стоимости, также запрещается предлагать одному покупателю больше одной скидки (Van Hoof et al. 2008). Саморегулирующие организации действуют и в других странах (регионах), например, в Великобритании, это – Ассоциация British Beer and Pub Association (BBPA).

Саморегулирование также сильно распространено применительно к определению условий *рекламы алкогольной продукции*. Так, в 21 стране действуют правила рекламы и маркетинга, разработанные производителями и продавцами алкогольной продукции. Кроме того, в Европейском Союзе действуют единые правила, разработанные Форумом

ответственного потребления алкогольной продукции (European Forum on Responsible Drinking). В отличие от запрета на рекламу табачной продукции, действующего практически во всех странах, ограничения по рекламе алкоголя существуют только в 72 странах из 132, причем характер этих ограничений сильно варьируется. Наиболее строгие ограничения на рекламу действуют в Восточно-Средиземноморских странах, странах Юго-Восточной Азии и странах Северной Европы (WHO, 2011b). Следует отметить, что во всех странах, где действуют те или иные ограничения на рекламу и маркетинг алкогольной продукции, эти правила одинаковы для всех видов алкогольной продукции, вне зависимости от содержания спирта.

Административные способы государственного воздействия на спрос и предложение алкоголя рассматривают Стоквелл и Кросби (Stockwell, Crosbie, 2001). Они анализируют влияние государственного регулирования рынка пива и вина в Австралии на предложение и спрос на эти напитки. Авторы демонстрируют прекрасный пример того, что неуместные меры государственной политики могут приводить к неблагоприятным последствиям для общества в долгосрочной перспективе. Появление на рынке бочкового вина в 1960-х гг. и введение льготных механизмов налогообложения для виноделия резко увеличили объемы экспорта и внутреннего потребления вина в Австралии. Появление нового рынка дешевых вин привело к существенному ухудшению здоровья населения. В настоящее время две трети потребляемого столового вина в Австралии приходится на дешевое вино в бочках. 90% этого вина производится тремя крупнейшими игроками, добившимися статуса-кво и имеющими сильную позицию на рынке. В условиях серьезного лоббирования своих интересов компаниями-производителями пива и вина государству очень сложно проводить политику по снижению отрицательных эффектов потребления алкоголя.

Сравнительную эффективность таких мер, как *установление минимального возраста для покупки спиртного и рост акцизов* на пиво, пытались определить Лэкситаи и Чалупка (Laixuthai, Chaloupka, 1993). Согласно результатам построенных авторами моделей, минимально установленный возраст отрицательно влияет на частоту потребления и вероятность чрезмерного потребления алкоголя молодыми людьми. Затем авторы задались вопросом: какая политика эффективнее: повышение цен или ограничение возраста. У второй преимущество по сравнению с первой в том, что увеличение акцизов создает дополнительное налоговое бремя для всех лиц, употребляющих алкоголь, в то время как политика изменения минимального допустимого возраста регулирует потребление именно определенной возрастной группы. Однако в пользу акцизной политики говорят сразу три факта. Первый – расходы на административный контроль

соблюдения возрастных ограничений гораздо выше, чем в случае акцизной политики. Второй – потери в потребительском излишке ввиду повышения минимального допустимого возраста не столь существенны по сравнению с увеличением доходов государства от роста акцизов. Третий – повышение акцизов положительно сказывается на сокращении потребления алкоголя и снижении общественных потерь от употребления алкоголя для всех возрастных категорий. Таким образом, авторы приходят к выводу, что повышение акцизов и рост цен на алкогольную продукцию является более эффективной мерой, чем повышение минимального возраста для покупки алкоголя с 18 лет до 21 года.

Влияние такой меры, как установление *минимального возраста для потребления алкогольной продукции* анализируется также в статье ДиНардо и Лемье (DiNardo, Lemieux, 2001). С 1980 по 1989 гг. авторы провели эмпирическое исследование в США, изучив поведение студентов из 43 штатов. В результате выяснилось, что увеличение минимального возраста, позволяющего употребление алкогольной продукции, несущественно снижает распространенность потребления алкоголя, однако эта мера ведет к появлению эффекта замещения, когда подростки непреднамеренно начинают замещать алкоголь марихуаной.

*Ограничение вождения.* Считается, что при концентрации алкоголя в крови водителей свыше 0,04%, начинает возрастать риск аварий на дорогах (Blomberg et al., 2009). Согласно исследованиям ряда авторов, установление ограничений на вождение в нетрезвом состоянии и обязательное введение тестов на определение содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе способно в среднем на 20% снизить частоту связанных с алкоголем аварий на дорогах (Peek-Asa, 1999; Elder et al., 2002a; Elder et al., 2002b). Также считается, что введение отдельных, более низких норм потребления спиртного для молодых людей, позволят снизить частоту связанных с алкоголем аварий в этой возрастной группе на 4-24% (Shults et al., 2001). Тем не менее, данные меры оказываются эффективными только в случае хорошо работающего механизма принуждения.

Из 133 стран мира, по которым ВОЗ располагает доступной информацией, 52 страны установили максимально допустимое содержание алкоголя в крови на уровне 0,05%, еще 46 стран – на уровне 0,08%, 14 стран – на уровне 0%, тогда как в 24 странах содержание алкоголя в крови водителей никак не регулируется.

В 18 странах применяются отдельные, более низкие нормы содержания алкоголя в крови для молодых и/или начинающих водителей. Среди них 8 стран (Австралия, Хорватия, Фиджи, Германия, Словения, Македония, Танзания, Палау) не допускают даже самого минимального содержания алкоголя в крови молодых водителей. В Австрии для молодых водителей допускается содержание алкоголя в крови на уровне 0,01%; в

Болгарии, Греции, Латвии, Литве, Нидерландах и США – 0,02%; в Новой Зеландии и Испании – 0,03%; в Канаде – 0,04%. (WHO, 2011a).

Кроме того, 22 страны установили более низкие нормы содержания алкоголя в крови для профессиональных водителей; из них 13 стран - Аргентина, Австралия, Бутан, Хорватия, Фиджи, Израиль, Мозамбик, Норвегия, Палау, Сербия, Словения, Македония, Турция – вообще не допускают содержания алкоголя в крови у профессиональных водителей. В Австрии допустимое содержание алкоголя в крови профессиональных водителей не должно превышать 0,01%; в Андорре, Франции, Греции, Литве, ЮАР – 0,02%; в Испании- 0,03%; в США – 0,04% (WHO, 2011b).

В целях борьбы с нетрезвым вождением во многих странах используется случайное тестирование водителей на содержание алкоголя в крови. Из 141 страны, предоставивших такие данные, в 71 стране применялись те или иные виды тестирования водителей, в том числе в 24 странах тестирование проводится только на стационарных постах ДПС, в 16 странах – только передвижными дорожными патрулями, а 47 – применяют и те и другие способы (WHO, 2011b).

### ***Информационные и консультационные меры***

Так же как и в случае антитабачных мер, информационные и консультационные меры могут быть достаточно разнообразными – это и предупреждения, и консультации врачей, и горячие линии, и, конечно же, разнообразные кампании в СМИ.

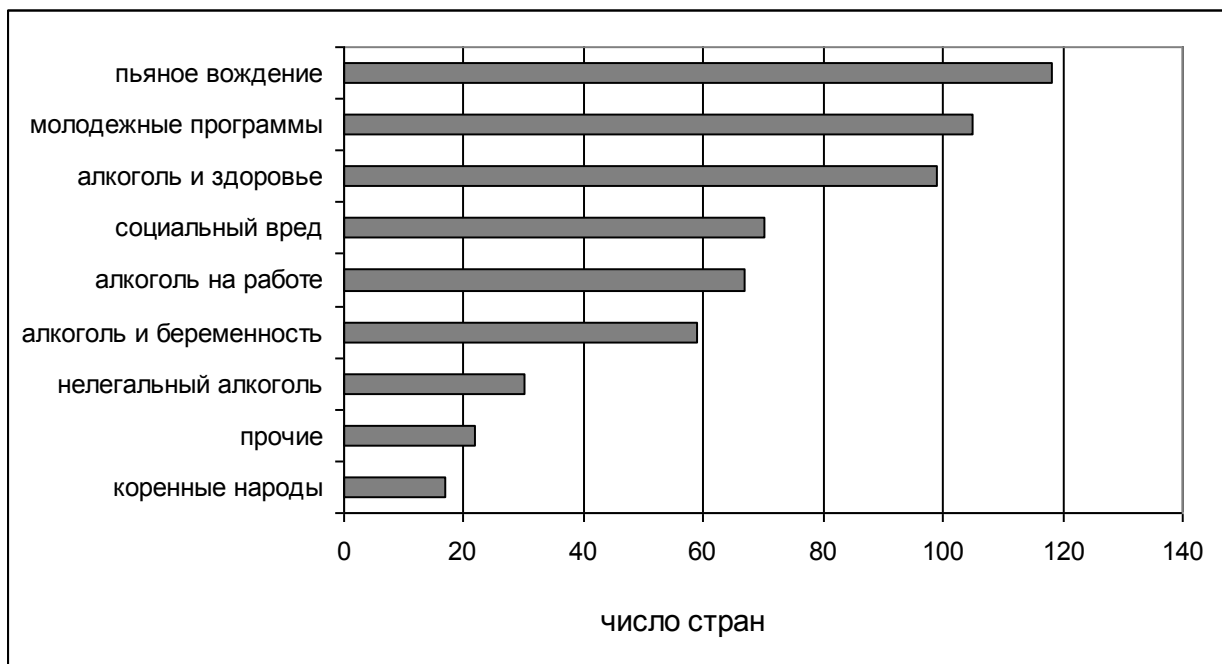
*Предупреждения* могут использоваться как в упаковке алкогольной продукции, так и в ее рекламе. Содержание надписей различается в разных странах. В некоторых из них приводится только общая информация о вреде алкоголя для здоровья, тогда как в других может добавляться дополнительная информация. В некоторых странах предлагается на выбор несколько вариантов предупредительных надписей, например, в Польше в 2008 году их было 3, в Швеции -11 (WHO, 2011b).

Кноссен (Cnossen, 2007) считает, что предупредительные сообщения о вреде алкоголя для здоровья на упаковках, а также образовательные программы являются наименее эффективными способами борьбы с вредным употреблением алкоголя. Тем не менее, предупредительные сообщения ничего не стоят государству, направлены непосредственно на потребителей и потому как минимум безвредны.

*Кампании в СМИ* – крайне популярная мера: 83% стран прибегают к тем или иным способам информирования населения о вреде алкоголя. Наиболее значимые цели таких кампаний – это предупреждение об опасностях нетрезвого вождения, о социальных последствиях, вызванных вредным употреблением алкоголя, о последствиях потребления

алкоголя для здоровья взрослых и детей (в том числе, еще не родившихся), об опасностях потребления нелегального алкоголя, о влиянии алкоголя на работоспособность и т.д. Приоритетными целевыми группами населения, на которые направлены такие кампании, являются молодые люди, водители, а в некоторых странах – коренные народы. На рисунке 1.1 представлены наиболее популярные направления антиалкогольных кампаний.

**Рисунок 1.1. Фокус антитабачных кампаний, 2008 г.**



Источник: (WHO, 2011b).

Исследования показывают, что при правильном планировании, убедительности, хорошем уровне визуализации кампании в СМИ могут производить действенный эффект. Так, например, в США известные удачные кампании, направленные против нетрезвого вождения, позволили сократить число аварий, сопровождающихся серьезными повреждениями, на 10%, а общее число аварий, связанных с нетрезвым вождением, – до 13% (Elder et al., 2004).

Как уже было отмечено выше, успех антиалкогольных мер зависит от многих факторов. Норткот (Northcote, 2011) считает, что государственная политика, ограничивающая потребление алкоголя, должна воздействовать, прежде всего, на факторы, определяющие решения индивида. Поэтому он задается вопросом: как индивид принимает решение и что влияет на его выбор. Наиболее популярны две теории принятия решений: теория обдуманного действия (the theory of reasoned action) и теория спланированного поведения (the theory of planned behaviour). Теория обдуманного действия была сформулирована в 70-х гг. XX века. Она предполагает, что издержки и выгоды, которые получает индивид от своих действий, зависят от его отношения к ним и

отношения к ним общества, мнение которого влияет на индивида. Два этих фактора формируют намерение индивида быть вовлеченным в ту или иную деятельность. Таким образом, в теории обдуманного действия намерение индивида – основной фактор, определяющий поведение при принятии решения. В конце 80-х гг. теория обдуманного действия была дополнена фактором контроля над ситуацией (возможность контролировать внешние условия, которые влияют на желаемый результат) и трансформировалась в теорию спланированного поведения.

Норткот, однако, считает обе теории достаточно далекими от реальной жизни, поэтому пытается вывести собственную модель принятия решений молодыми людьми относительно потребления алкоголя. Исследование Норткота основано на анализе количественных и качественных данных, собранных им в течение полутора лет. Автор опросил молодых людей в возрасте 18-25 лет о модели их поведения при принятии решения о чрезмерном употреблении алкоголя. В итоге он пришел к выводу, что процесс принятия решения молодым человеком происходит в несколько этапов, на каждом из которых на его решение влияют разные факторы:

1) Общее отношение к жизни, сформированное под влиянием общества (западная культура, ситуация на рынке, семейное положение и т.п.). Здесь формируется и отношение к алкоголю, например: хорошее времяпрепровождение с друзьями возможно, только если при этом употреблять алкоголь.

2) Отношение в конкретный момент, сформированное ситуацией, текущими условиями, наличием повода и т.п. перед началом употребления алкоголя (место, особый случай, настроение, наличие денег, встреча с друзьями и т.п.). На этом этапе формируется намерение индивида выпить и планируется объем выпитого.

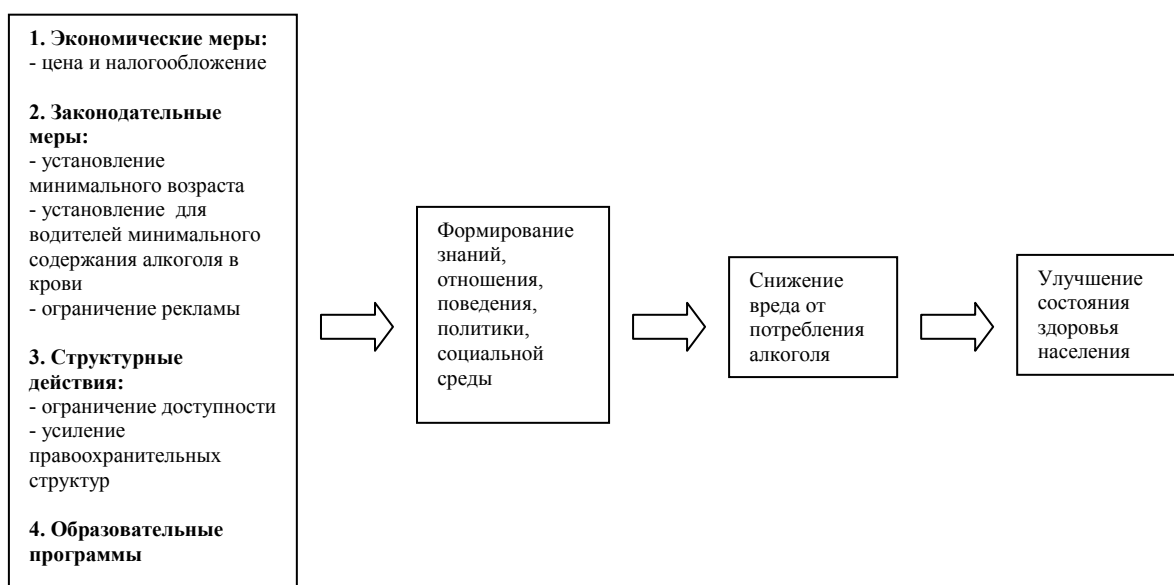
3) Оценочное отношение, сформированное под влиянием внешних факторов в процессе употребления алкоголя (происшествия, поведение друзей, проблемы со здоровьем, настроение и т.п.).

Таким образом, определяется итоговое количество выпитого молодым человеком алкоголя. Норткот делает вывод, что поведение молодого человека описывается, скорее, моделью спланированного действия, поскольку чрезмерное употребление алкоголя – это, чаще всего, намеренное действие индивида, сформированное под влиянием социально-культурных норм, ближнего окружения и возможности контролировать внешние условия.

Подобную идею, но несколько в другом ракурсе предлагают Ховат и соавторы в статье об эффективности продвижения здорового образа жизни (Howat et al., 2006). Авторы подчеркивают, что решение об употреблении алкоголя индивид принимает не самостоятельно, а под влиянием различных социальных, экономических, культурных и

иных факторов. Поэтому отдельные меры (например, только лекции о вреде алкоголя) никогда не будут эффективными. Нужен многосторонний подход к решению проблемы: меры, оказывающие влияние на отношение индивида к алкоголю, и меры, изменяющие среду, условия, в которых человек принимает решение. Авторы предлагают схему комплексной политики перехода к улучшению здоровья населения (рисунок 1.2). В своей статье они приводят немало примеров, доказывающих эффективность такого подхода, то есть наличие положительного эффекта только при сочетании целого ряда мер.

**Рисунок 1.2. Комплексная антиалкогольная политика и улучшение здоровья населения.**



Источник: (Howat et al., 2006).

Выявляя причины высокой смертности среди молодых людей в странах СНГ, Редмонд и Спунер (Redmond, Spooner, 2009) выделяют два типа причин/факторов, влияющих на формирование потребительского выбора относительно алкоголя: явные (proximal) и неявные (distal). К явным факторам относятся, например, доступность алкоголя, уровень цен, установленный минимальный возраст для покупки алкоголя и т.п. К неявным факторам можно отнести экономическую ситуацию в стране, безработицу, коррупцию, социальное неравенство и т.п. Построив регрессионные модели с учетом неявных факторов и без их учета, авторы заключают, что использование разных моделей приводит к различным выводам относительно необходимых мер государственной политики. Например, обе модели показали значимость такого фактора как «ситуация в семье». Однако выводы относительно политики оказываются при этом разными. Модель явных факторов предлагает политику работы с самим индивидом и его семьей (уроки, тренинги). Модель неявных факторов предлагает введение каких-либо постоянных

«вмешательств» государства, формирующих среду, которая будет способствовать развитию всех индивидов и всех семей (помощь в трудоустройстве, помощь родителям-одиночкам). Изучив корреляции между явными/неявными причинами и потреблением алкоголя, Редмонд и Спунер приходят к выводу, что действующие меры государственной политики, учитывающие исключительно явные факторы, никогда не будут эффективными сами по себе. Для того чтобы результат государственных мер был очевиден, необходимо одновременно влиять как на явные, так и на неявные факторы.

Чех с соавторами (Czech et al., 2010) рассматривают государственные меры с позиции того, на кого они могут повлиять: на индивида или на группу людей, в том числе на все общество. Не обнаружив достаточного числа источников, подтверждающих эффективность мер, направленных на отдельные группы людей, авторы статьи решили заняться этим вопросом сами. Под групповым подходом (whole-of-community approach) авторы понимают совокупность стратегий, направленных на снижение потребления алкоголя, одновременно осуществляемых в одном конкретном сообществе. Они оценили приемлемость таких мер, проанализировав ответы более 3 тысяч человек в возрасте от 18 до 62 лет из 20 сельскохозяйственных сообществ Австралии. Результаты оказались следующими: относительно других обычно проводимых стратегий приемлемость группового подхода была оценена респондентами положительно в 85,5% случаев. Это существенно выше, чем поддержка таких мер, как выборочная проверка дыхания (80,7%), обучающая консультация фармацевта (76,2%) и обучение на рабочем месте (77,0 %), и ниже, чем поддержка таких мер, как соблюдение законодательных требований пабами и клубами (95,8%), проведение школьных программ (96,2%), усиленный полицейский контроль (89,5%) и советы докторов (88,6%). Высокий уровень общественной поддержки группового подхода открывает для него большие возможности при постепенном внедрении в сообществах.

*В целом, борьба с вредным употреблением алкоголя принимает разнообразные формы и во многом носит национальный характер.*

*Наиболее эффективными мерами считаются экономические, способствующие повышению цены алкогольной продукции. Однако и их эффективность может быть ограничена целым рядом факторов, начиная с нелегального оборота алкогольной продукции и заканчивая возможностью замещения между различными видами спиртосодержащей продукции.*

*Эффективность административных мер во многом зависит от силы механизма принуждения. При высоком уровне соблюдения законодательных норм административные меры могут быть достаточно эффективными.*

*Информационные и консультационные меры также могут быть эффективными, но для этого они должны быть продуманными и научно обоснованными.*

*Особенностью антиалкогольной политики (в отличие от антитабачной политики) является важная роль бизнеса при разработке мер регулирующего характера, в первую очередь, в сфере рекламы и маркетинга алкогольной продукции. Саморегулирование в этой сфере может быть для государства дополнительным организационным и финансовым ресурсом при проведении антиалкогольной политики.*

### **1.3. Международная практика борьбы с избыточной массой тела: политика в области питания и физической активности**

Процессы приобретения лишнего веса и ожирения представляют собой сложные явления, находящиеся под влиянием многочисленных факторов: демографических, экономических, социологических, психологических и так далее. Многие из них носят объективный характер, например, факторы наследственности, и поэтому воздействие мер государственной политики на них затруднено. Однако большая часть детерминант избыточного веса и ожирения – факторы образа жизни человека, которые он во многом определяет сам. В отличие от употребления алкоголя и курения, такие составляющие ЗОЖ, как питание и физическая активность, попали в поле зрения исследователей относительно недавно. Лишь в 1995 году ВОЗ установила единые критерии определения избыточной массы тела и ожирения<sup>4</sup>, признав, таким образом, существование проблемы, причиной которой физиологи единодушно считают именно несоответствие калорийности потребляемой пищи и расходуемой энергии.

#### ***Меры государственной политики***

Сегодня развитые страны мира тратят значительные средства на лечение ожирения и заболеваний, связанных с ним. И медикаментозные, и хирургические методы лечения относятся к высокозатратным и не всегда оказываются эффективными, особенно в долгосрочной перспективе (O'Meara et al., 2002; Clegg et al., 2002). Поэтому речь идет, прежде всего, о превентивных мерах – как не допустить возникновения и дальнейшего распространения ожирения?

Поскольку избыточная масса тела, как и курение, оказывается одним из важнейших факторов риска заболеваний, логично провести здесь определенную аналогию. Однако,

---

<sup>4</sup> Для оценки используется показатель индекса массы тела (ИМТ), равный частному от деления веса человека в килограммах на квадрат его роста в метрах. При  $30 > \text{ИМТ} \geq 25$  говорят об избыточном весе (overweight); при  $\text{ИМТ} \geq 30$  – об ожирении (obesity).

аналогия эта достаточно ограниченная, так как в случае с ожирением многие меры, используемые в борьбе с курением, неприменимы. Так, пища, в отличие от табака, необходима человеку, и сама по себе не является ни вредной привычкой, ни фактором риска заболевания. Если в борьбе с употреблением табака окончательная цель – добиться, чтобы люди просто не начинали курить, то здесь такую цель поставить невозможно.

### ***Меры экономического характера.***

В качестве стандартной экономической меры предлагаются *дифференцированные косвенные налоги* на отдельные продукты питания. В итоге должна измениться структура цен, налоги на «вредные» продукты компенсируются субсидиями производителям/продавцам здоровой пищи. Вместе с тем, специалисты предостерегают об опасности подобной меры – ведь речь идет о предметах первой необходимости, а значит, налог, скорее всего, окажется регрессивным. В структуре потребления бедных семей большую долю составляют именно те продукты, которые станут дороже, и наоборот. Наилучшим вариантом, с теоретической точки зрения, было бы введение нелинейной шкалы налога, так чтобы по более высокой ставке облагалось потребление «излишних» объемов пищи, но практически такое предложение трудно реализуемо. Вместо этого предлагают либо дифференцированный налог в зависимости от содержания отдельных ингредиентов (сахар, жир), либо по категориям товаров, либо на все пищевые продукты. Наилучший подход, по мнению некоторых специалистов, - облагать повышенным НДС тех производителей пищи, у которых доля добавленной стоимости выше, то есть продукты проходят более длительную переработку. Однако есть сомнения, что столь сложные схемы налогообложения окажутся экономически оправданными (Philipson, Posner, 2008, сс.6-7). Тем не менее, ВОЗ прямо рекомендует использование фискальных мер для мотивации здорового питания (WHO, 2004). Многие развитые страны уже пошли по этому пути, вводя специальные налоги (уже получившие в литературе название “fat taxes”) на такие продукты, как сладкие газированные воды, кондитерские изделия, чипсы, мороженое. В США, например, правом устанавливать подобные налоги обладают региональные власти, и уже 40 штатов им воспользовались (Creighton, 2010). Кроме США, сегодня налоги и/или субсидии на отдельные продукты с целью поощрения здорового питания используют такие страны как Канада, Великобритания, Ирландия, Дания, Норвегия, Швеция, Финляндия и другие.

Другое направление фискальной политики – *субсидирование питания* работающего населения. Поскольку полноценное сбалансированное питание предполагает, как минимум, регулярность приема пищи, важно, чтобы работающие граждане (которые составляют около половины взрослого населения) имели возможность питаться либо

непосредственно на предприятии, либо вне его в учреждениях общепита. В принципе, организация питания работников – проблема работодателя, однако обычно этим занимаются только крупные компании, тогда как для среднего и особенно мелкого бизнеса подобные затраты слишком велики. Во многих развитых странах (например, во Франции, Нидерландах и др.) действует система субсидирования питания работников предприятий: государство сокращает обязательные социальные налоги на рабочую силу, если работодатель предоставляет своим сотрудникам возможность питания.

### ***Административные меры***

Прямые законодательные и административные методы регулирования предлагаются в части ограничения численности предприятий фаст-фуда, их доступности (географического местоположения) (Acs, Lyles, 2007). Вводятся также обязательства для производителей продуктов питания о размещении информации о содержании калорий, жира, сахара и т.п. на этикетках. Некоторые специалисты предлагают прямой запрет или ограничение рекламы фаст-фуда; запрет продажи фаст-фуда, шоколада, газированных напитков и т.п. в школах. Что касается школьного питания, то здесь государство часто напрямую регулирует его состав, гарантируя детям здоровое питание (Story et al., 2000; Bere et al., 2006). Такого рода меры ограничивают предложение нездоровой пищи не ценовыми, а административными методами.

Административные меры также используются для расширения возможностей здорового выбора в отношении физической активности. Так, например, еще в 1995 году в столице Колумбии Боготе было принято решение о строительстве велосипедных дорожек по всему городу. Сегодня их протяженность составляет уже 260 км. Кроме того, каждое воскресенье 120 км городских улиц закрывают для автомобильного транспорта, так что горожане могут свободно кататься на велосипедах, роликах и т.п. (Wright, Montezuma, 2004). Подобный опыт Копенгагена, где построено уже 26 велосипедных дорог общей протяженностью 300 км, цитируется в недавнем исследовании экспертов компании Nike (Nike, 2012). Одной из важнейших задач государственной политики авторы называют «интеграцию физической активности в повседневную жизнь человека». Речь идет о таких направлениях деятельности, как организация транспорта и инфраструктуры городов, строительство доступных спортивных и игровых площадок, велосипедных и прогулочных дорожек и их содержание, освещение в вечерние часы, обеспечение безопасности и т.п. Конечная задача – повышение привлекательности различных видов физической активности и обеспечение равного доступа для отдельных групп населения. В этом же направлении – расширении возможностей для физической активности – действует проект

ВОЗ «Здоровые города», старт которому был положен еще в начале 1980-х годов. Сегодня движение объединяет более 1800 городов мира, и результаты его доказывают важность роли городской среды в формировании здорового образа жизни.

### ***Информационные меры***

Наиболее перспективным направлением *информационной политики* представляется *образование (пропаганда)*, особенно – среди детей и молодежи. В числе конкретных мер: распространение информации о вреде избыточной массы тела и ожирения, обучение основным принципам правильного питания и физической активности. Речь идет, прежде всего, о формировании культуры питания и в целом здорового образа жизни. По аналогии с курением, ставится задача добиться изменений в отношении общества к избыточной массе тела, добиться осознания того, что полнота – не просто косметический недостаток, но причина многих болезней и возможное препятствие успеху в карьере и в целом в жизни.

В качестве примера успешной пропаганды здорового питания приводят, например, массовую телевизионную кампанию, проводившуюся во Франции, и внушавшую населению необходимость потребления как минимум пяти фруктов в день. Эксперты отмечают эффективность проведения именно таких кампаний, которые разъясняют пользу какого-либо одного продукта (например, молока пониженной жирности); или преподносят потребителю некоторый «национальный брэнд» здорового продукта, специальный логотип, по которому легко увидеть здоровую пищу в магазине (Warm et al., 1997; Dixon et al., 1998; Reger et al., 1999; Larsson, Lissner, 1996).

Однако меры политики могут носить и более тонкий характер. В частности, это использование такого подхода как «выбор по умолчанию» («default option»). Примером может служить формирование меню в ресторане или столовой, так что в основное меню включаются в первую очередь относительно здоровые блюда, а у клиента есть возможность запросить альтернативный вариант; если же он этого не сделает, произойдет «выбор по умолчанию». Такие меры используются, в частности, работодателями в корпоративных столовых.

Традиционный элемент обучения – школьные уроки физкультуры – как показывают исследования, тоже могут стать эффективным инструментом, если наполнить их новым содержанием. Опыт школ графства Майами-Дэйд, который представлен в работе экспертов Nike, весьма показателен в этом отношении: школьникам предлагаются те формы физической активности, которые для них наиболее привлекательны, - в зависимости от возраста, это могут быть интересные игры, велосипедные поездки,

плавание, скалолазание, танцы и т.п. (Nike, 2012). Это в корне меняет отношение детей и подростков к физкультуре и делает физическую активность привычной и необходимой.

Информационные меры предполагают также обучение всех тех, кто будет участвовать в реализации политики. Речь идет и о дополнительном образовании врачей первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которые часто не владеют навыками говорить с пациентами об их полноте; и об обучении школьных учителей; и о подготовке волонтеров и представителей НКО (НПО), которые могут участвовать в проведении массовых акций – соревнований, конкурсов, дней здоровья и т.п. И хотя в фокусе образовательной политики в первую очередь находятся дети и молодежь, в данном контексте нужно говорить и о семье. Исследования показывают, что ~~н~~ стиль питания и физическая активность детей и подростков напрямую связаны с питанием и физической активностью родителей (Nike, 2012). Поэтому образовательные программы для родителей (в том числе – будущих родителей) не менее важны, чем уроки для детей.

В последние годы правительства многих стран обращают все более пристальное внимание на политику пропаганды массовой физкультуры. Например, в Нидерландах массовый спорт стал одним из факторов, определяющих значение разработанного в Офисе социокультурного планирования индекса уровня жизни, наряду с показателями доступности жилья, здоровья и мобильности населения (Boelhouwer, 2002). Необходимость расширения возможностей для активного отдыха и спорта диктуется не только стремлением к здоровью. Один из важных аргументов – создание для молодежи привлекательных альтернатив угрозам алкоголизма, токсикомании и наркомании. В данном случае речь идет о взаимозависимости отдельных элементов ЗОЖ, когда меры политики, принимаемые по одному фактору риска (низкая физическая активность) влияют одновременно и на другие вредные привычки. Вот почему, например, в Великобритании сегодня развитие спорта и физической активности в школе рассматривается не только с позиции собственно политики спорта, но и более широко – как одна из целей политики здравоохранения, сокращения преступности и социальной интеграции (Department of Health, 2004). Вместе с тем, специалисты призывают политиков воздержаться от перекосов, ведь чрезмерное внимание детям и молодежным группам означает неизбежное перераспределение ресурсов и ущемление интересов взрослого и, прежде всего, пожилого населения, для которого как раз наиболее актуальны проблемы ограниченной доступности спортивных сооружений и занятий (Green, 2007).

***Эффективность государственных программ борьбы с избыточной массой тела***

В последние годы в развитых странах особое внимание уделяется оценке эффективности политики борьбы с избыточной массой тела и ожирением. Неудивительно поэтому, что различные программы и отдельные инструменты стали объектом экономической оценки с точки зрения затрат и выгод. Особенно нужно отметить инициативу ВОЗ, поддержанную ОЭСР, в ходе реализации которой проводились сопоставительные оценки групп однородных программ, нацеленных на сокращение ожирения, по разным странам мира с привлечением всей доступной информации как о краткосрочных, так и о долгосрочных эффектах проводившихся мероприятий. Работа проводилась в рамках масштабного проекта ОЭСР «Economics of Prevention» (букв. - «Экономика профилактики»).

Экспертами ОЭСР и ВОЗ рассматривались результаты 108 различных программ профилактики избыточной массы тела в разных странах, представленные в 152 специальных исследованиях. Среди этих программ 48 были нацелены на изменение диеты, 26 – на увеличение физической активности, в 32-х использовался комбинированный подход. Образовательные программы оказались наиболее популярными. В свою очередь, они были разделены на две подгруппы. В первой из них использовался строго образовательный подход, в рамках которого школьников и студентов или специально отобранных слушателей обучали принципам здорового образа жизни и объясняли, как можно изменить поведение. Во второй подгруппе использовался комбинированный подход: обучающие уроки и консультации сочетались с изменениями обстановки, например, с изменениями меню в школьной или рабочей столовой. Изучаемые в рамках проекта исследования были неравномерно распределены по странам: 66 из них представляли программы ЗОЖ в США, 11 – в Великобритании, 9 – в Австралии, 6 – в Канаде, 10 – в других странах ОЭСР, 6 – в развивающихся странах (Sassi et al., 2009).

Авторы проекта применили метод микросимуляции, оценивая с помощью моделей результаты всех исследуемых программ в терминах приращения лет здоровой жизни (использовался показатель QALY – quality adjusted life years). Обобщив полученные результаты, они пришли к следующим выводам:

Во-первых, большинство профилактических программ, которые ими были изучены, дают положительный эффект в плане соотношения издержек и результатов, если сравнивать эти вмешательства с ситуацией статус-кво, когда никаких мер не предпринимается. Кроме того, все они имеют положительный перераспределительный эффект, сокращая разрыв в издержках заболеваний и продолжительности жизни между различными социально-экономическими группами.

Во-вторых, хотя большинство факторов решения проблемы избыточной массы тела лежит вне медицинской сферы, преодоление проблем ожирения невозможно без профессионального вмешательства, и здесь уже нужны именно медицинские меры.

В-третьих, поскольку избыточная масса тела зависит от множества определяющих его факторов, и эти факторы по-разному могут влиять на те или иные социально-демографические группы населения, отдельные «узкие» меры, нацеленные на одну группу, не будут эффективны на общепопуляционном уровне. Следовательно, росту эффективности политики ЗОЖ в национальном масштабе будет способствовать построение комплекса мер, максимально охватывающих все причины и различные группы населения.

В-четвертых, меры, нацеленные на детей и молодежь, могут быть эффективными в долгосрочной перспективе, но в краткосрочном периоде прямого эффекта не принесут. И хотя долгосрочная эффективность таких мер, в терминах издержек и выгод, положительна, в стартовом периоде об этом не может быть и речи.

В-пятых, политика предотвращения ожирения в принципе может оказаться эффективной только в долгосрочном периоде, поскольку результаты ее проявляются не сразу. Но даже при наличии долгосрочных эффектов (снижение заболеваемости, связанной с лишним весом, рост продолжительности жизни, работоспособности), это не всегда будет сокращать расходы системы здравоохранения, поскольку люди могут приобретать другие заболевания, не связанные с ожирением, им может понадобиться специальный уход в старости и т.п.

Эксперты подчеркивают, что основные проблемы, возникающие при реализации изолированных интервенций, вызваны невозможностью охватить значительные массы населения и гарантировать его активное участие в программах. На самом деле, наибольшие возможности в этом плане демонстрируют программы, «по определению» нацеленные на массового реципиента, - это кампании в СМИ и фискальные меры. Даже если их эффекты не так сильны на индивидуальном уровне, они оказываются более эффективными именно за счет «поголовного» охвата населения.

Отчет экспертов ВОЗ «Интервенции в области питания и физической активности: какие меры работают?» (WHO, 2009) посвящен тем же вопросам – оценкам эффективности отдельных программ. Другими авторами и на основе другой выборки данных (395 публикаций, описывающих 261 интервенцию) были сделаны выводы, схожие с теми, что представили Сасси и соавторы. В качестве критериев (результатов) эффективности исследуемых программ авторы рассматривали повышение уровня осведомленности участников программ о здоровом питании и необходимой физической

активности; изменения в их поведении; изменения физических характеристик - индекса массы тела, артериального давления, уровня холестерина. В числе наиболее эффективных мер политики названы:

- расширение возможностей для физической активности в местах проживания, в том числе – хождения пешком и езды на велосипеде;
- информация о пользе физической активности, размещаемая в жилых, учебных и административных зданиях рядом с лифтами (лозунги типа «Лучший тренажер – лестница, и она прямо за этой дверью!»);
- информация о здоровом питании, размещаемая непосредственно в местах потребления – магазинах, кафе, ресторанах;
- массовые кампании, разъясняющие пользу (вред) определенных продуктов питания, здоровой диеты в целом, физически активного образа жизни;
- школьные уроки правильного питания и уроки физкультуры;
- комплексные программы на рабочем месте – здоровое питание в столовых и возможность спортивных занятий на предприятии, в том числе – включение членов семей в проведение спортивных мероприятий, фестивалей и т.п.;
- программы по месту жительства – консультации и обучение диетическим принципам, создание спортивных групп для занятий людей всех возрастов и уровней подготовки.

Отдельная работа экспертов ВОЗ посвящена анализу воздействия налоговых мер и субсидий на формирование привычек здорового питания (Thow et al., 2010). Поскольку политика борьбы с избыточной массой тела в целом имеет не столь давнюю историю, как антитабачные или антиалкогольные меры, авторам исследования пришлось ограничиться относительно небольшим объемом информации: после тщательного анализа ими выделены для обзора 24 публикации, посвященные оценке влияния налогов и субсидий на продукты питания. Часть этих работ представляет эмпирические исследования, часть – результаты моделирования (микросимуляций). В качестве критериев эффективности рассматриваются разные показатели: непосредственные результаты – изменения объемов потребления или уровня потребительских расходов на облагаемые налогом (дотируемые) продукты и опосредованные конечные результаты - изменения массы тела и состояния здоровья потребителей.

В отношении потребления вредных (полезных) продуктов все исследования показывают ожидаемые результаты: введение налогов сокращает уровень потребления, введение субсидий – увеличивает. Особенно отчетливо эти эффекты прослеживаются в низкодоходных группах населения.

Что касается влияния на массу тела потребителей и, соответственно, состояние здоровья, результаты, как и следовало ожидать, в значительной степени определяются эластичностью спроса на продукты питания по цене. Так, например, введение 50%-ного налога на жирные молочные продукты в США снизит их потребление, по оценкам, лишь на 3%, или примерно на 2-3 г в день, и соответственно, не будет оказывать никакого влияния на избыточную массу тела и здоровье покупателей. Другая работа показывает, что 30%-ный налог на соленые снеки снизит их потребление среди американцев примерно на 1,4 кг на человека в год, что сократит общий объем потребляемых калорий на 7000 в год и позволит снизить массу тела одного потребителя в среднем на 0,9 кг в год. Введение налогов на сладкую газировку в отдельных штатах США пока не ассоциируется со снижением массы тела жителей этих штатов, однако в тех штатах, где налоги не вводились, распространенность ожирения растет более быстрыми темпами (Sassi et al., 2009).

Работа, посвященная растущей угрозе ожирения в Египте, показывает, как правительственные субсидии на хлеб и сахар привели к распространению увеличения массы тела населения, особенно среди женщин. Наоборот, сокращение таких субсидий и соответствующее повышение цен на 1% в расчете на 100 калорий пищи позволило снизить средний вес женщин на 0,12% (Sassi et al., 2009).

Увеличение НДС на продукты богатые твердыми жирами на 17,5%, по расчетам ученых из Великобритании, позволит снизить смертность от ишемической болезни сердца на 1,8-2,6% в год или сохранить от 1800 до 2500 жизней в целом по стране. Моделирование воздействия субсидий на фрукты и овощи в США показало, что даже такие незначительные субсидии, которые снизят цены всего на 1%, если они будут действовать продолжительное время, позволят за год предотвратить почти 3 000 инфарктов (Sassi et al., 2009).

Таким образом, влияние фискальных мер в отношении продуктов питания, хотя пока еще и мало изучено, в целом позволяет оценить эти меры как эффективные. Однако в каждом конкретном случае эти меры должны планироваться с учетом особенностей формирования спроса на те или иные продукты.

*Итак, политика, нацеленная на снижение избыточной массы тела населения, должна действовать в двух направлениях, способствуя формированию привычки к правильному питанию и росту физической активности. Как и в случае с антиалкогольной и антитабачной политикой, могут использоваться разные группы мер: экономические, административные, информационные, в том числе –консультационные и образовательные.*

*В отличие от борьбы с употреблением алкоголя и табака политика снижения избыточной массы тела не использует запретительных или прямых ограничительных мер, в большей степени делая акцент на повышении информированности широких групп населения и расширяя возможности для правильного питания и всеобщей физической активности.*

*Ограничительные меры используются только в форме экономических рычагов, а именно, налогов на продукты, способствующие ожирению. Экономические механизмы действуют также при субсидировании отдельных полезных продуктов питания (фруктов, овощей), а также при поддержке работодателей, которые заботятся о правильном питании и физической активности своих сотрудников.*

*Наиболее эффективными признаны информационные, в частности - образовательные меры, а также различные меры, позволяющие интегрировать физическую активность в повседневную жизнь – дома, в школе, на рабочем месте, в городском пространстве.*

*Большинство авторов исследований, посвященных политике борьбы с ожирением, сходятся во мнении, что, при прочих равных условиях, наиболее эффективными являются комплексные меры, нацеленные на широкие группы населения.*

*Программы также оказываются более эффективными, если они адаптированы к местным условиям и используют сложившиеся структуры управления и общественные институты.*

## **1.4. Международная практика корпоративных программ здорового образа жизни**

Программы здоровья на рабочем месте имеют давнюю историю – они появились не сразу в том виде, как известны теперь во всем мире. Все начиналось еще в 1920-е годы с производственной медицины, которая концентрировала внимание только на последствиях аварий, травмах и увечьях, полученных на предприятиях. Позже в 1960-1970-е гг., когда стали обращать внимание на любые заболевания, связанные с работой, в том числе - на развитие хронических болезней, наступил черед профилактики и лечения профессиональных заболеваний. В 1990-е годы специалисты в области производственной медицины осознали связь между заболеваниями работников и их продуктивностью и начали привлекать руководство корпораций к совместному решению задачи создания более эффективного производства, основанного на здоровье сотрудников. Теперь речь идет об осознанном управлении здоровьем и продуктивностью работников (ВОЗ/ВЭФ, 2008; Peterson, 2012). По мере появления данных о положительном эффекте корпоративных программ здорового образа жизни, стали развиваться различные меры государственной поддержки предприятий, организующих такие программы. В данном разделе систематизирована международная практика организации корпоративных программ ЗОЖ и способы их государственного стимулирования.

### **1.4.1. Типы программ здорового образа жизни на предприятиях**

Сегодня в развитых странах корпоративные программы и меры<sup>5</sup>, направленные на формирование здорового образа жизни работников предприятий, а иногда и членов их семей, получили широкое распространение. *Под корпоративными программами ЗОЖ понимают организованные и финансируемые работодателями программы, направленные на поддержку здоровья работников (и иногда членов их семей), посредством стимулирования и поддержания поведения, снижающего риски здоровью, улучшающие качество жизни, повышающие работоспособность и приносящие выгоды самой организации* (Berry et al, 2010). Забота о состоянии здоровья работников является неотъемлемым элементом политики безопасности на некоторых предприятиях в силу специфики их деятельности (например, в транспортных компаниях), но в последнее время она стала широко распространяться и в других организациях. Это связано с увеличением

---

<sup>5</sup> В англоязычной литературе встречаются термины employer-sponsored health promotion programs, workplace (worksites) wellness programs

доказательной базы, свидетельствующей о выгодах, приносимых корпоративными программами ЗОЖ, в т.ч. неденежных (Proper, Mechelen, 2007).

Сегодня в развитых странах стандартные корпоративные программы начинаются со *скрининга и оценки рисков здоровью работников*, прежде всего – поведенческих, таких как курение, вредное употребление алкоголя, неправильное питание и низкая физическая активность (Grossmeier, Dalal, 2013). Однако в последние годы речь идет не только о физическом здоровье – новые вызовы возникают с развитием технологий. Все чаще работники жалуются на плохой сон, тревожность, стрессы, причиной чему становится именно работа. Сдвиг занятости из промышленности в сферу услуг, и, соответственно, доминирующий тип «офисной» работы вносит свои коррективы в набор стандартных рисков здоровью. Мобильные телефоны, мини-компьютеры, непрерывный доступ к Интернету и электронной почте мешают концентрации на одной задаче, разрушают границы между работой и личной жизнью, в целом негативно отражаются на качестве жизни. Постоянные *стрессы* становятся причиной хронических заболеваний, и потому также должны быть объектом внимания при разработке корпоративных программ здоровья. Кирстен и Холл, проводившие специальное исследование лучших практик корпоративных программ здоровья (WORKING WELL, 2010), пришли к выводу, что угрозы душевному здоровью и благополучию сотрудников – одни из главных вызовов XXI века, с которыми сталкиваются специалисты по управлению здоровьем на рабочем месте (Kirsten, Hall, 2012). Таким образом, на современном предприятии программы здоровья делятся на два направления:

1) остается актуальной задача защиты здоровья работников, особенно на вредном и опасном производстве, предотвращение профессиональных заболеваний, травм и инвалидности;

2) помимо этого, решается задача следующего уровня – поддержание и улучшение здоровья сотрудников, их продуктивности и, в целом, благополучия (Pronk et al., 2012).

***По степени охвата программы можно разделить на 2 группы*** (Proper, Mechelen, 2007):

(а) *Программы, направленные на всех работников.* Задачи таких программ состоят в том, чтобы улучшить состояние здоровья всех сотрудников. Даже небольшие изменения в поведении большой группы людей могут оказать существенное положительное влияние на итоговые показатели компании. Так, небольшие улучшения в показателях артериального давления, уровня холестерина и т.д. могут существенно снизить расходы на здравоохранение.

(b) *Программы, направленные на определенные группы работников.* Такие программы разрабатываются для работников, имеющих наиболее высокие шансы улучшить свое здоровье или для тех, кто получит максимальную выгоду от участия в программе. Программы могут быть очень эффективными при условии, что возможно управление болезнью, существует возможность скрининга, и лечение доступно. Разработка программ, направленных только на работников с рисками здоровью могут снизить издержки, т.к. их охват меньше, чем у универсальных программ, но важно помнить, что они увеличивают издержки идентификации работников, подходящих для участия в программе.

Степень участия может зависеть от разных причин. Систематический обзор научных работ, оценивающих участие работников в различных программах здоровья в разных странах мира (Robroek et al., 2009), показал, что:

- 1) Типичная программа здоровья на рабочем месте охватывает менее 50% занятых (вариация от 10% до 64%, медиана – 33%);
- 2) Менее склонны к участию мужчины, «синие воротнички», курильщики;
- 3) Более склонны к участию женщины (за исключением посещения фитнес-центров) и люди с более высоким социальным статусом;
- 4) Сокращает степень участия посменная форма работы, увеличивает – постоянная занятость на полный рабочий день;
- 5) Более привлекательны (и, соответственно, имеют больший охват) программы, предлагающие определенные бонусы участникам, а также программы, состоящие из нескольких компонент или корректирующие одновременно разные направления поведения (не узконаправленные). В частности, в качестве бонусов к участию в программах могут использоваться: расширение покрытия полиса ДМС, денежные премии, дополнительные выходные дни для участия в спортивных тренировках/соревнованиях (Brunner, 2010).

Таким образом, можно сделать вывод, что не стоит рассчитывать на стопроцентный успех унифицированных массовых программ, они должны строиться с учетом особенностей потенциального контингента участников.

***По содержанию программы (меры) можно разделить на 4 большие группы*** (Tu, Mayrell, 2010; NCSL, 2010):

(a) *Программы, направленные на выявление факторов риска.*

К таким программам относят *медицинские профилактические осмотры (биометрический скрининг) и простой скрининг состояния здоровья, основанный на*

анкетировании работников. Чаще всего, простой скрининг включает анализ ответов работников на вопросы о своем здоровье, например, давлении, уровне холестерина и т.д. Кроме того, в рамках простого скрининга могут выявляться и поведенческие факторы риска, связанные с образом жизни индивида – курение, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание, уровень физической активности, стресс и т.д. В США среди тех предприятий, которые реализуют хоть какие-то меры в сфере ЗОЖ, как правило, всегда есть простые скрининги. Во многом это связано с тем, что страховые планы в США включают простой скрининг в стандартный пакет, предлагаемый работодателям страховыми компаниями. Простые скрининги часто осуществляются дистанционно, и стандартная анкета включает от 20 до 60 вопросов (Tu, Mayrell, 2010). Работника спрашивают о его физическом состоянии (рост, вес, давление, уровень холестерина, прочие биометрические данные); образе жизни (курение, потребление алкоголя, питание, физическая активность, режим сна, стресс и т.д.); медицинской истории (перенесенные ранее и текущие заболевания); отношении к здоровью, работе и жизни. Если скрининг осуществляется в электронной форме, это позволяет практически сразу предоставить работнику информацию о его личных факторах риска. Кроме того, обобщенные результаты скрининга позволяют сформировать представление о потребностях организации в расходах на прочие необходимые меры ЗОЖ.

В отличие от простого скрининга, *медицинские профилактические осмотры* (биометрические скрининги) основаны не на самооценке работников, а на фактических измерениях, осуществляемых медицинскими специалистами. Биометрические скрининги намного дороже, чем простые, и по данным США их могут позволить себе только 32% крупных компаний (Tu, Mayrell, 2010). Распространению биометрических скринингов мешает тот факт, что они часто негативно воспринимаются работниками, и их внедрению препятствуют профсоюзы, т.к. видят в них вторжение в частную жизнь. Кроме того, есть опасения, что к некоторым сотрудникам по итогам биометрического скрининга на предприятии может измениться отношение. Для решения этой проблемы обязательства по прохождению ежегодного скрининга здоровья могут включаться в трудовой контракт работника.

Для того чтобы стимулировать работников участвовать в скринингах, используются различные финансовые стимулы, наиболее популярные из которых – снижение размера соплатежа за медицинскую страховку для тех, кто прошел скрининг.

Между тем эксперты отмечают, что сами по себе скрининги (как простые, так и биометрические) не являются достаточным инструментом для изменения отношения работников к своему здоровью – это лишь первый шаг в ряду комплекса мер (Tu, Mayrell,

2010). Также скрининг сам по себе не дает ответа на вопрос: на каких группах работников необходимо сфокусировать внимание и как распределить ресурсы между разными группами работников.

(b) *Программы, меняющие поведение работников.*

Чаще всего встречаются программы, предусматривающие *персональное консультирование (коучинг), меры, стимулирующие отказ от курения, программы управления собственным весом, программы по изменению питания, занятия спортом, а также различные соревнования и конкурсы.*

*Персональное консультирование* может быть построено на данных скрининга (простого или биометрического). Согласно результатам исследования, проведенного в США (TW/NBGH, 2010) 3 из 10 крупных компаний, реализующих программы ЗОЖ, используют персональное консультирование, чтобы помочь своим сотрудникам поддержать здоровье. Оно может проводиться в различных формах: дистанционно, посредством телефонных или интернет-консультаций, посредством личного общения. В последнее время интернет-консультирование становится все более популярным. Персональное консультирование может предоставляться как сотрудникам с высокими рисками здоровью, так и всем, кто в них нуждается.

Широкое распространение в крупных компаниях получили *программы борьбы с курением* (40% предприятий имеют такие программы) и *программы управления собственным весом* (34%). Во многих странах (например, Румыния, Индия, Перу, Уругвай, большинство штатов в США и Мексики, Великобритания, Ирландия, Франция и некоторые другие европейские страны) курение в офисах полностью запрещено законодательно; не допускается даже оборудование специальных комнат внутри помещений. Работодатели в других странах (регионах) самостоятельно вводят ограничения на курение в закрытых помещениях. Помимо ограничения мест для курения компании регулируют количество времени на перекур: например, путем установления электронных средств наблюдения за перемещением сотрудников. Кроме того, многие организации предоставляют премии для некурящих сотрудников или назначают штрафы для курящих (обычно эти условия фиксируются в контрактах). Например, страховая компания Humana Inc. некурящим сотрудникам обеспечивает еженедельную прибавку к зарплате в размере \$5, тогда как General Mills ежемесячно вычитает у курильщиков \$20 из суммы, причитающейся им за больничный лист (Засимова, 2010b).

*Программы управления собственным весом* крайне разнообразны, их сложно систематизировать. Одни нацелены на изменение диеты работников, другие на рост

физической активности, некоторые используют комбинированный подход. Данные программы по определению сфокусированы на людях, страдающих избыточной массой тела и ожирением, но иногда они являются частью более широких программ, направленных, например, на повышение физической активности работников и/или изменение диеты. Согласно отчету экспертов ВОЗ «Интервенции в области питания и физической активности: какие меры работают?» (WHO, 2009) наиболее эффективны в борьбе с избыточной массой тела комплексные программы на рабочем месте – здоровое питание в столовых и возможность спортивных занятий на предприятии, в том числе привлечение членов семей к проведению спортивных мероприятий, фестивалей и т.п.

Эксперты по-разному оценивают результативность таких программ – многое зависит от того, как они организованы. Основные риски связаны с долгосрочными эффектами программ борьбы с курением и снижением веса – если программы не интегрированы в общий контекст здорового поведения, их эффект может быть слабым – бросившие курить снова закуривают, а потерявшие вес, вновь его набирают (Tu, Mayrell, 2010, NCSL, 2010). Известны примеры, когда программы, направленные на прекращение курения (снижение веса) даже стимулировали работников к нездоровому поведению. Такие программы оценивали только результат (бросил курить/снизил вес) и предоставляли премию (приз) отличившимся сотрудникам. В итоге на следующий год стимулировали работников закурить (набрать вес) перед стартом новой программы с тем, чтобы по ее окончании вновь получить премию (Tu, Mayrell, 2010).

Помимо программ, направленных на борьбу с избыточной массой тела и курением, существует множество программ, предлагающих улучшение качества питания, предоставляющих возможности для повышения физической активности, участия в соревнованиях и т.д. Чтобы эти программы были успешными, привлекали внимание сотрудников и имели широкий охват, они, по мнению экспертов, должны постоянно развиваться и меняться (Tu, Mayrell, 2010). Кроме того, они должны предоставлять достаточно большой набор мероприятий, чтобы отвечать разнообразным нуждам работников. Например, в компании General Mills для сотрудников, работающих в разных подразделениях, внедряются разные программы. Так, для работающих в штаб-квартире и для руководящих работников применяются программы, фокусирующиеся на личностном росте, благополучии, спокойствии и управлении стрессом. Программы для работающих в сфере продаж чаще всего организованы в виде конкурсов (учитывая склонность таких сотрудников к конкуренции), для них также применяются программы, основанные на общественных обязательствах (взывающие к социальной стороне их натуры). Программы для работников сети сбыта в большей степени связаны с вопросами безопасности и

эргономики (Tu, Mayrell, 2010). Как правило, задача всевозможных конкурсов и соревнований (как индивидуальных, так и групповых) состоит в том, чтобы повышать информированность сотрудников и вдохновлять их на ведение ЗОЖ. Конкурсы и соревнования обычно находят поддержку среди сотрудников.

(с) *Образовательные программы.*

Образовательные программы включают различные мероприятия, вроде дней здоровья, специальных семинаров, поддержания он-лайн ресурсов, посвященных проблемам здоровья и т.п.

(d) *Программы, меняющую рабочую среду.*

Изменение рабочей среды рассматривается экспертами как потенциально крайне эффективное направление программ формирования ЗОЖ у работников. Однако в настоящее время такие программы распространены не так широко, как предыдущие 3 типа. Если такие программы применяются, то чаще всего изменение рабочей среды затрагивает сферу питания работников и/или маршруты их передвижения.

В целях *влияния на диету* работников предприятия могут менять ассортимент блюд в столовых и автоматах по продаже напитков и снеков, а также кофе-брейков. Иногда даже отдельные полезные продукты могут предлагаться бесплатно. Также распространена практика различной маркировки блюд в зависимости от их полезности. Некоторые предприятия идут еще дальше и меняют соотношение цен на «здоровые» и «нездоровые» блюда в пользу первых. Полностью исключать из ассортимента «нездоровые» продукты предприятия не решаются, опасаясь негативной реакции у сотрудников. На подобный эксперимент отважилась компания General Mills, когда полностью изменила ассортимент продукции, продаваемой в автоматах, и в результате ее руководство столкнулось с большим количеством жалоб со стороны работников (Tu, Mayrell, 2010).

В целях *повышения уровня физической активности* некоторые предприятия внедряют программы и меры, стимулирующие работников больше ходить пешком и заниматься спортом на работе. Так, встречаются предприятия, организующие парковку на удалении от офиса, меняющие режим работы лифта, чтобы заставить людей пользоваться лестницами, и т.д. В то же время, данные меры пока распространены довольно слабо, т.к. они подразумевают физическую возможность изменения конструкций здания, и чаще всего возможны при строительстве нового здания/кампуса. Если же компания арендует офис или владеет частью большого здания, то возможности изменения офисного пространства ограничены.

Некоторые компании предусматривают для своих сотрудников возможности занятия спортом в рабочее время в расположенных на территории предприятия спортивных центрах (например, американские компании Medtronic, ECA и King County), или предлагают гибкий рабочий график с тем, чтобы сотрудники могли найти время для занятий спортом (Tu, Mayrell, 2010).

Разные предприятия выбирают для себя разные сочетания программ и мер в зависимости от специфики своей деятельности, характеристик рабочей силы, финансовых и технических возможностей.

***В зависимости от размера затрат можно выделить 4 группы мер:***

(а) *Низкозатратные* (или даже бесплатные). К таким мерам могут быть отнесены запреты курения в закрытых помещениях, изменение ассортимента блюд, предлагаемых в столовых, изменение режима работы (выбор наиболее удобного распорядка ради возможности посещать спортзал) и некоторые другие. Для внедрения этих мер на предприятии обычно достаточно волевого решения и контроля соблюдения новых правил на начальном этапе.

(б) *Программы с высокими постоянными и низкими (нулевыми) переменными издержками*. К таким программам относят все, что связано с серьезным изменением рабочей среды, особенно реконструкцией зданий и переоборудованием рабочих мест. Такие программы требуют серьезной подготовки и высоких расходов на первоначальном этапе, однако, после того, как изменения осуществлены, предприятию ничего не нужно тратить на то, чтобы стимулировать сотрудников больше ходить пешком или питаться по новой схеме.

(в) *Программы с низкими постоянными и высокими переменными издержками*. Примерами таких программ являются образовательные программы, программы покупки (субсидирования) абонементов в спортклуб для сотрудников, ДМС, и т.п. Обычно бюджет таких программ утверждается ежегодно. Они легче всего поддаются корректировке в зависимости от финансового состояния предприятия, поскольку, как правило, для их осуществления предприятия обращаются к специализированным поставщикам услуг, а не оказывают их силами собственных подразделений.

(г) *Дорогие программы с высокими постоянными и переменными издержками* доступны только крупным предприятиям. Это программы, предусматривающие создание собственных центров (спортивных, медицинских, образовательных и т.д.). Они требуют значительных ресурсов от предприятий, и в случае финансовых проблем предприятию не так просто сократить расходы на управление этими программами.

#### 1.4.2. Оценка корпоративных программ ЗОЖ

##### *Методологические проблемы оценки программ ЗОЖ*

Комплексная оценка корпоративных программ состоит из нескольких элементов - *мониторинг, анализ затрат и результатов и оценка воздействия*. Мониторинг помогает определить, не отклоняется ли программа от плана. Он обеспечивает постоянную обратную связь, что позволяет выявлять проблемы по мере их возникновения. Анализ затрат и результатов сопоставляет затраты по программе (финансовые и пр.) с альтернативными возможностями использования тех же ресурсов и соответствующими выгодами от программы. И, наконец, оценка воздействия выявляет, оказала ли программа ожидаемое воздействие на работников и организацию в целом, и дало ли это мероприятие необходимый эффект, существуют ли побочные эффекты. Таким образом, она позволяет систематически анализировать как результаты программ в контексте внешней среды и обстоятельств, так и саму обоснованность, целесообразность программы.

Общепризнанно, что оценка политики должна проводиться на всех ее стадиях: *предварительной* - для выбора оптимального варианта и его обоснования, *текущей или стадии реализации* - для своевременных корректировок в связи с изменением обстоятельств и *итоговой стадии* - по результатам проведения политики.

На практике эксперты говорят о *полной* и *частичной* оценке программ ЗОЖ (Proper, Mechelen, 2007). Полная оценка программы призвана выявить ее рациональность, влияние на целевые группы, финансовую эффективность в сравнении с альтернативными возможностями (хотя бы с одной). Большинство же предприятий проводят частичную оценку, при которой сравниваются только издержки, или только результат, или же издержки и выгоды одной программы (таблица 1.5). Эксперты же считают, что для наиболее эффективного распределения ресурсов необходимо проводить полную оценку.

Для полной оценки чаще всего применяют следующие методы:

**Минимизация затрат** – cost minimization analysis (CMA) – анализ предусматривает сравнение издержек и используется в том случае, когда альтернативы приводят к похожим результатам; предпочтение отдается альтернативе с более низкими издержками.

**Анализ «издержки – результативность»** - cost-effectiveness analysis (CEA) – позволяет определять расход ресурсов на достижение той или иной специфической цели, например, затраты на снижение уровня холестерина, пропущенных по болезни дней и т.д.

**Анализ «издержки – полезность»** - cost-utility analysis (CUA) представляет собой модификацию анализа издержек и результативности. Различие между ними состоит в том,

что при анализе издержек и полезности сравниваются издержки программы с ее условными результатами. В медицинских программах и программах ЗОЖ таким условным показателем часто выступает показатель числа лет жизни с поправкой на качество (QALY – quality adjusted life years), т.к. он одновременно учитывает и продолжительность жизни, и качество жизни. Другой распространенный условный показатель – DALY (disability-adjusted life years) – годы жизни, скорректированные на инвалидность.

#### ***Анализ «издержки – выгоды»***

Позволяет сопоставлять между собой принципиально разные по своему характеру результаты различных программ/мер, поскольку и издержки и выгоды оцениваются в денежной форме. Если выгоды программы превышают издержки, она считается эффективной. Предпочтение отдается программе, у которой соотношение выгод к издержкам наибольшее. Проведение анализа «издержки-выгоды» осложняется тем, что многие выгоды сложно оценить в денежной форме. Для того, чтобы это сделать, прибегают к различным методам, например, оценивают «готовность платить» за определенный результат – т.е. спрашивают респондентов, сколько бы они заплатили за определенный эффект.

**Таблица 1.5. Виды экономической оценки**

|                                            | <i>Анализируются только результаты</i>     | <i>Анализируются только издержки</i> | <i>Анализируются результаты и издержки</i> |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| <i>Анализируется только 1 вариант</i>      | частичная оценка – описание результата     | частичная оценка – описание издержек | частичная оценка – анализ издержек и выгод |
| <i>Анализируется несколько альтернатив</i> | частичная оценка – анализ результативности | частичная оценка – анализ издержек   | полная оценка: CMA; CEA; CUA; CBA          |

Источник: Proper, Mechelen, 2007, с.29.

Для того, чтобы определить чистый эффект программы (т.е. быть уверенным, что те изменения, которые наблюдаются, связаны напрямую с введением программы, а не с какими-то другими событиями на предприятии), необходимо произвести чистый эксперимент. Т.е. случайным образом распределить сотрудников на две группы, одна из которых будет участвовать в программе, а другая будет контрольной. Тогда разница в результатах между экспериментальной и контрольной группой будет связана с введением программы. Однако на практике у предприятий, как правило, отсутствует возможность случайным образом отобрать работников в две разные группы. Часто имеет место проблема самоотбора (self-selection), - когда работники, участвующие в программе, чем-то изначально отличаются от работников, отказавшихся от участия. Например, они более мотивированы, обладают силой воли или какими-то другими характеристиками.

Кроме того, довольно часто программы в сфере здорового образа жизни распространяются на всех сотрудников предприятия, и их деление на группы может быть неэтичным или технически сложным. И даже если предприятие может внедрить программу в одном подразделении (например, в одном филиале) и попытается сравнить результаты с другим подразделением, в котором программа не была запущена, существует проблема качественного сбора данных и выбора адекватного инструментария для статистического /эконометрического анализа.

Таким образом, проведение серьезного исследования эффективности корпоративной программы ЗОЖ по всем правилам – дело трудоемкое и само по себе дорогостоящее. Такие исследования встречаются довольно редко (Proper, Mechelen, 2007). Поэтому на практике предприятия применяют достаточно простые методики для оценки эффективности программ ЗОЖ, основанные на расчете отдачи от инвестиций (ROI). Однако и здесь не все очевидно – методики расчета ROI отличаются между собой, особенно в части определения издержек и выгод, которые учитываются при анализе, а также выборе временного интервала (NIHSM, 2011). В таблице 1.6 приведены примеры размера премий и прочих стимулов, а также выгод, которые предприятиям удалось получить благодаря введенным мерам.

**Таблица 1.6. Примеры стимулирования работников к здоровому образу жизни на зарубежных предприятиях**

| Программа, организаторы                                                                                                   | Мероприятия и стимулы                                                                                                                                                                                                         | Результаты                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Выбор в пользу ЗОЖ»<br>Фармацевтическая компания «Хоффманн-Ля Рош Лтд» (более 66000 сотрудников в более 60 странах мира) | Премии сотрудникам (до 100 долл.) за участие в ежегодных корпоративных мероприятиях по укреплению здоровья.                                                                                                                   | Введение финансовых стимулов вызвало шестикратный рост ежегодной численности сотрудников, принимающих участие в программе.                                                                                        |
| «Живи правильно и не болей»<br>Торговое предприятие «Квакер Оутс» (США, более 10000 сотрудников)                          | Денежное вознаграждение работникам (до 600 долл.) за участие в программе, предусматривающей прохождение диспансеризации, отказ от вредных привычек и занятие физическими упражнениями.                                        | Благодаря стимулам в программе приняли участие более 80% сотрудников, что в последующем позволило снизить расходы компании на медицинское обслуживание работников на 2 млн долл. в год.                           |
| «Деньги на здоровье»<br>Больница и медицинский центр (США, г. Омаха, около 4000 сотрудников)                              | Поощрительные бонусы (билеты в кино, подарочные сертификаты, дополнительный выходной день) за участие в скрининговых обследованиях и мероприятиях по формированию культуры правильного питания и активного образа жизни.      | За более чем десятилетний период реализации программы с использованием стимулирующих механизмов численность участников достигла 3000 сотрудников.                                                                 |
| «Здоровый вызов»<br>Медицинский центр (США, Провиденс Эверетт)                                                            | Денежное поощрение сотрудникам (до 375 долл.), придерживающимся принципов здорового питания и активного образа жизни, а также не имеющим в течение года дней, пропущенных по болезни или травмы, полученной на рабочем месте. | По истечении десяти лет с начала реализации программы наблюдается 65% уровень участия сотрудников в ее мероприятиях, а отдача от финансовых вложений в программу достигла 3,5 долл. на каждый потраченный доллар. |

|                                                                                 |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Перемены к лучшему»<br>Страховая компания<br>«Южный крест» (Новая<br>Зеландия) | Дополнительный выходной<br>сотрудникам за участие в Дне<br>здоровья, подарочные карты за отказ<br>от курения, снижение веса,<br>прохождение медосмотра и пр. | Обширная система стимулов<br>позволила привлечь к участию в<br>программе 90% работников и достичь<br>позитивных изменений в образе<br>жизни большинства сотрудников. |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Источник: Хоркина, 2013а, с. 43.

### 1. Выбор показателей для оценки выгод программы

В качестве конечных показателей эффективности программ чаще всего оценивается *экономия расходов на медицинское страхование* (эти оценки получили широкое распространение в США, где предприятия несут значительные расходы по оплате медицинского страхования, и менее распространены в странах Европы, где медицинские расходы в основном финансируются государством) и *снижение потерь от пропусков по болезни* (используется предприятиями в большинстве стран). В некоторых исследованиях оценивается *рост производительности труда* в силу улучшения самочувствия работников и снижение уровня травматизма. Реже измеряются такие показатели, как *текучесть кадров, улучшение климата* внутри компании и *улучшение имиджа компании* в силу того, что их сложно измерить в денежной форме (Proper, Mechelen, 2007).

Помимо вышеперечисленных сводных показателей при планировании корпоративных программ ЗОЖ часто определяют контрольные показатели, которые применяются для мониторинга качества программ. К таким показателям относятся: степень информированности работников о программе, степень охвата работников; показатели, характеризующие изменение состояния работников (физического, психологического); экономические показатели – расходы на лечение, пропуски по болезни и т.д.; удовлетворенность программой и ее элементами; отношение к жизни и к организации. Эти показатели полезны как для оценки программы в целом (особенно той части, которую трудно измерить в денежной форме), так и для оценки каждого из ее элементов.

### 2. Выбор показателей для оценки затрат на реализацию программы.

В зависимости от того, как организована программа, какие меры она включает, ее затраты могут включать различные элементы:

*Затраты на стимулы.* В первую очередь, это различные *финансовые поощрения* работникам, участвующим в программе, – премии, льготы (например, снижение уровня соплатежа за страховку), ценные призы, награды. Здесь могут быть учтены и отрицательные стимулы (с обратным знаком) – например, штрафы за нарушения. Во-вторых, – это *свободное время*, выделяемое за счет сокращения рабочего дня или дополнительных дней отпуска. Если предприятие предоставляет работнику

дополнительные свободные часы/дни отдыха, это означает, что кто-то другой выполняет в данный момент работу работника, а, следовательно, предприятие платит ему дополнительные деньги, которые следует отнести на издержки программы.

*Затраты на дополнительный персонал.* Если для реализации программы необходимо нанять новых сотрудников, необходимо рассчитать, во сколько обойдется предприятию этот сотрудник (его заработная плата, страховые отчисления, оборудование рабочего места и т.д.) Даже если программа не подразумевает найм дополнительных работников, а реализуется силами имеющегося персонала, предприятия оценивают, сколько времени у сотрудников отнимает непосредственно работа над этой программой и пропорционально рассчитывают затраты на эту работу.

*Затраты на изменение окружающей среды.* Если программа подразумевает строительство, ремонт, переоборудование помещений и т.д., оцениваются соответствующие расходы.

Если программа выполняется силами сторонних организаций, учитываются *расходы, осуществляемые в рамках контрактов со сторонними организациями*, а также *расходы по сопровождению данных контрактов*.

*Налоги.* Если в стране отсутствуют налоговые льготы, предоставляемые компаниям, реализующим программы ЗОЖ, предприятия учитывают налоги, порождаемые программами, если же есть льготы, они не входят в затраты на реализацию программы.

### *3. Выбор временного интервала*

Многие эксперты утверждают, что программы ЗОЖ дают ощутимый эффект не сразу, поскольку изменение отношения, убеждений и образа жизни требует времени (ВОЗ/ВЭФ, 2008), в то время как затраты наблюдаются с момента подготовки и запуска программы. Как правило, для получения выгод, связанных со снижением пропусков по болезни, или текучести кадров требуется не менее пяти лет. Это необходимо учитывать при планировании программы. Поскольку будущие выгоды ценятся ниже текущих, при планировании и оценке программ используется дисконтирование потоков. В развитых странах эксперты полагают, что ставка дисконтирования для издержек находится в диапазоне от 3 до 5%, для выгод – такая же или несколько ниже (от 1,5 до 5%) (Proper, Mechelen, 2007).

## ***Примеры оценок общественных выгод от реализации корпоративных программ ЗОЖ***

Благодаря многочисленным примерам организации программ здоровья на рабочем месте выросла доказательная база, свидетельствующая о выгодах, которые они приносят

всему обществу. В таблице 1.7 систематизированы основные выгоды, возникающие при реализации программ здоровья на предприятиях:

**Таблица 1.7. Общественные выгоды от программ по укреплению здоровья на рабочем месте**

| <b>Выгоды работника</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Выгоды предприятия</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Выгоды государства</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• повышение информированности о принципах здорового образа жизни;</li> <li>• отказ от вредных привычек;</li> <li>• снижение стресса;</li> <li>• повышение благосостояния;</li> <li>• улучшение здоровья;</li> <li>• рост продолжительности жизни;</li> <li>• рост удовлетворенности жизнью;</li> <li>• повышение удовлетворенности от работы;</li> <li>• улучшение условий труда</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• снижение травматизма и несчастных случаев на производстве;</li> <li>• сокращение числа дней, пропущенных по болезни;</li> <li>• уменьшение расходов на медицинское страхование;</li> <li>• снижение прогулов;</li> <li>• повышение производительности труда;</li> <li>• снижение текучести кадров и повышение лояльности сотрудников;</li> <li>• улучшение климата внутри компании;</li> <li>• укрепление репутации компании на рынке</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• снижение уровня заболеваемости;</li> <li>• сокращение уровня смертности;</li> <li>• внешние эффекты для лиц, не задействованных в программах;</li> <li>• уменьшение расходов, связанных с медицинской помощью и инвалидностью;</li> <li>• повышение конкурентоспособности предприятий</li> <li>• увеличение национального дохода</li> </ul> |

Источник: ВОЗ/ВЭФ (2008); Workplace Wellness (2009).

Выгоды работников, связанные с улучшением образа жизни изучены достаточно хорошо. Существует большое количество эмпирических исследований, доказывающих, что в результате внедрения программ здоровья у работников повышается физическая активность, снижается индекс массы тела, улучшаются показатели здоровья и т.д. Обзор таких работ систематизирован в отчете ВОЗ (ВОЗ/ВЭФ, 2008). Есть доказательства, что у работников также растет удовлетворенность от работы, увеличивается производительность труда и заработная плата, снижается стресс (Oden, 1989, Kerr et al, 1993; Eriksen, 2002). В конечном итоге, основные выгоды работников анализируются через призму таких показателей, как рост ожидаемой продолжительности жизни или QALY. Тем не менее, методологически довольно сложно определить чистый эффект многих корпоративных программ, направленных на отказ от вредных привычек и управление собственным весом – ведь работник мог изменить свое поведение не только

под действием стимулов, введенных на работе, но и под давлением внешних обстоятельств, например, государственной политики.

Исследования показывают, что программы здоровья на предприятиях могут быть рентабельными. В докладе Национального института управления здравоохранением США упоминаются как успешные примеры отдельных компаний, так и систематизированные обзоры работ по данной теме, позволяющие утверждать, что показатель отдачи на инвестиции (ROI) в программы здоровья на предприятиях колеблется от \$1,49 до \$4,7 на \$1. В среднем же, каждый доллар, инвестируемый в программы здоровья, позволяет компаниям сэкономить 3 доллара в будущем (NIHSM, 2011). Существуют и более высокие оценки: так, анализ программ 10 крупных компаний США показал, что ROI может достигать \$6 на каждый потраченный доллар (Berry et al, 2010). Приведенные оценки, как правило, включают две основные компоненты - *экономия на медицинском страховании* и *снижение потерь от пропусков по болезни*. При этом в США выгоды от экономии на расходах на эти две компоненты ложатся на предприятия, тогда как в европейских странах, где медицинские расходы в основном финансируются государством, предприятия несут преимущественно выгоды от сокращения пропусков по болезни. Так, например, в компании Johnson&Johnson за 10 лет реализации программы ЗОЖ число курящих сотрудников сократилось более чем на две трети; число сотрудников, ведущих малоактивный образ жизни – более чем наполовину. За этот период эффект от корпоративной программы ЗОЖ оценивается в \$250 млн. снижения расходов на медицинское обслуживание (Berry et al., 2010).

*Сокращение пропусков работы по болезни* – важный показатель эффективности программ здоровья. Например, исследование Конрада, проводившееся в трех медицинских компаниях США, показало, что вовлеченность работников в программы здоровья сокращает число рабочих дней, пропускаемых по болезни, в среднем на 15% (Conrad, 1990). В аналогичном исследовании Серкснер и соавторы приводят цифру «6 дней в год»: на столько в среднем сократились пропуски работы по болезни у сотрудников телекоммуникационных компаний, участвовавших в программах здоровья (Sergxner et al., 2001). Эта цифра, умноженная на среднедневную заработную плату, позволяет оценить выгоды и для предприятия, и для экономики в целом, в денежном выражении. Так, на рубеже 1990-2000-х гг. потери ведущих экономик мира от пропусков работы по болезни оценивались на уровне от 1,5 до 10% ВВП в год. Например, только одна Германия в 2000 году потеряла из-за болезней 4,2% своего внутреннего валового продукта (European Network for Workplace health promotion, 2013). Это значит, что сокращение пропусков работы даже на 15% позволило бы увеличить общественный выпуск на 0,63% за год.

В некоторых исследованиях также оцениваются *выгоды от роста производительности труда* (выработки продукции в расчете на одного занятого) в силу улучшения самочувствия работников и снижения травматизма. Так, например, автомобильный концерн BMW на своем заводе в Баварии сделал обязательной для работников конвейера ежедневную гимнастику. В течение года производительность труда на этом конвейере выросла на 7%. Программа здоровья в компании «Джонсон и Джонсон» позволила за 3 года снизить расходы на медицинскую помощь участников на 29% по сравнению с теми, кто не участвовал в программе (Goetzel et al., 1998). Рост продуктивности может также выражаться в натуральных показателях – например, в *увеличении полезного времени* в течение трудового дня. Уже ставшее классическим исследование шотландских экономистов позволило довольно точно оценить потери времени, связанные с перекурами на рабочем месте. Оно интересно тем, что опрашивали руководителей 200 предприятий Шотландии с численностью занятых более 50 человек еще до введения полного запрета на курение на рабочем месте, когда компании самостоятельно определяли политику в отношении перекуров. В тех компаниях, где курение на рабочем месте было полностью запрещено, перекуры в среднем занимали 10 минут рабочего времени, тогда как в организациях, оснастивших места для курения, работники в среднем теряли около 30 минут в день (Parrott et al, 2000). При желании выявленные дополнительные потери рабочего времени в 20 минут можно оценить и в денежном выражении, если известна средняя заработная плата работников.

#### 1.4.3. Государственная поддержка программ здорового образа жизни на предприятиях

Несмотря на то, что оценить количественно все выгоды, порождаемые программами здоровья на предприятиях невозможно, многие страны реализуют специальные меры, стимулирующие работодателей организовывать и финансировать программы здоровья для своих сотрудников и членов их семей (Засимова, Хоркина, 2014). Эти меры находят отражение как в соответствующих стратегических документах, целевых программах, так и в законодательных актах. Так, например, только с 2006 г. по 2010 г. в США 28 штатов приняли соответствующие законы (NCSL, 2010).

В целом применяемые сегодня меры можно разделить на следующие основные группы (Засимова, Хоркина, 2014):

***Распространение информации среди работодателей о преимуществах реализации программ здоровья.***

Для повышения информированности руководителей предприятий о потенциальных выгодах от программ здоровья на рабочем месте местные и федеральные учреждения,

определяющие политику в сфере здравоохранения, осуществляют следующие меры (Goetzel et al., 2008):

- подготовка и публикация статей в средствах массовой информации, пропагандирующих программы укрепления здоровья на рабочем месте;
- распространение результатов научных исследований, раскрывающих позитивное влияние программ здоровья как на работника, так и на повышение эффективности деятельности компании;
- создание рабочих групп по вопросам организации программ здоровья с привлечением представителей деловых кругов;
- инициация и проведение тематических конференций, круглых столов, семинаров, посвященных анализу опыта предприятий по продвижению программ здоровья.

***Финансирования прикладных исследований по разработке и оценке программ здоровья на рабочем месте.***

Государственное финансирование научных исследований в области реализации программ здоровья может осуществляться на разных уровнях – национальном, региональном (Goetzel et al., 2008). Так, в США в 2010 г. был принят федеральный «Закон о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (the Patient Protection and Affordable Care Act), который установил, что Центр по контролю и предотвращению заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention) должен осуществлять техническую помощь и финансирование оценки эффективности программ здоровья на рабочих местах. Дополнительно Министерство здравоохранения и человеческих ресурсов (Department of Health and Human Services) потратило 10 млн. долл. на финансирование экспертизы программ здоровья на рабочих местах, направленных на такие цели, как запрет курения, гибкий график работы ради повышения физической активности, и предоставление возможностей для здорового питания на рабочем месте. (Mattke et al., 2012). Отдельные инициативы есть и на уровне штатов. Так, например, штат Нью-Мексико в 2009 г. принял решение о необходимости изучения потенциальных эффектов корпоративных программ здоровья (NCSL, 2010).

Подобные исследования проводятся с разными целями. Во-первых, научно-обоснованный анализ и описание конкретных подходов к реализации программ, оценка их влияния на здоровье и продуктивность работников, на эффективность деятельности компании, экспертный анализ передового опыта призваны способствовать повышению

заинтересованности у руководителей компаний в организации подобных программ на своем предприятии. Во-вторых, исследования позволяют определить наиболее эффективные составляющие корпоративных программ. Некоторые штаты США на основе подобных исследований впоследствии создают процедуры сертификации корпоративных программ здоровья, и на предприятия, прошедшие сертификацию, могут распространяться различные льготы. В-третьих, исследования призваны выявить и предотвратить дискриминацию работающих, а также оценить другие потенциальные негативные эффекты программ здоровья. И, наконец, исследования необходимы для практических оценок объемов финансовой помощи, которую готово выделить государство на такие программы.

### ***Содействие организации программ здоровья на малых и средних предприятиях***

В то время как руководители крупных предприятий обладают финансовыми ресурсами для организации эффективных программ здоровья, малые предприятия очень часто такой возможности лишены. Для того чтобы способствовать созданию программ здоровья, в т.ч. на малых и средних предприятиях, могут применяться различные инструменты. Например, в США уже несколько лет успешно функционирует Консультативный совет по данной проблематике. Он функционирует на такой же основе, как и многие другие советы, обладающие совещательным правом. Его деятельность состоит в том, чтобы с участием внешних экспертов и правительственных консультантов способствовать разработке научно-обоснованных программ здоровья и распространению успешного опыта крупных компаний по внедрению программ здоровья среди малых и средних предприятий. (Goetzel et al., 2008). Также в США в 2010 г. был принят федеральный «Закон о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (the Patient Protection and Affordable Care Act), который предусматривает рассчитанную на 5 лет программу грантовой поддержки малых предприятий, внедряющих программы здоровья – на эти цели планируется потратить 200 млн. долл. США (Mattke et al., 2012). Помимо федерального закона ряд штатов устанавливают аналогичные меры уже на уровне своих штатов (NCSL, 2010).

### ***Организация программ здоровья в учреждениях местных и федеральных органов власти.***

Учреждения системы государственного управления часто становятся экспериментальной площадкой по организации программ здоровья. Опыт реализации обширных программ по укреплению здоровья своих сотрудников имеется, например, в ряде американских правительственных учреждений (Goetzel et al., 2008). Так, в Арканзасе с 2005 года служащие штатов, участвующие в программе «здоровый образ жизни

работников Арканзаса» (healthy employee lifestyle program), получают ежемесячно скидку при оплате страховки в размере 10 долларов, и дополнительно 10 долларов, если у них отсутствуют факторы риска. В Техасе с 2007 г. для служащих в течение рабочего дня установлен 30-минутный перерыв специально для того, чтобы они могли выполнить физические упражнения. В Штате Мэн с 2009 г. государственным служащим предоставляются фитнес-программы. В штате Делавэр разработана специальная программа, которая позволяет анализировать факторы риска работников штата, а также сотрудников школ, высших учебных заведений и некоторых других групп населения. На основе анализа их факторов риска работникам предоставляются персональные рекомендации, в т.ч. по правильному питанию, физической нагрузке, управлению стрессом и ряд других (NCSL, 2010). Важно, что разработка, внедрение, оценка результативности данных программ осуществляется под тщательным руководством и контролем ученых и представителей системы здравоохранения. Как правило, эти требования зафиксированы в законодательных актах, инициирующих программы для работников государственных учреждений.

#### ***Софинансирование пилотных программ здоровья.***

В некоторых странах государства финансирует пилотные проекты, осуществляемые частными компаниями. Так, в Северной Ирландии в 2004 году под руководством Департамента здравоохранения, социального обеспечения и общественной безопасности был запущен и профинансирован просветительский пилотный проект, участниками которого стали сотрудники двадцати малых предприятий (с численностью работников не более 50 чел.). В ходе реализации проекта была проведена работа по обучению руководителей предприятий организационным подходам к реализации мероприятий по укреплению здоровья на рабочем месте и оценке их результативности. Как отметили участники проекта, благодаря данной инициативе они стали более информированными о способах поддержания здоровья персонала, и планируют применять полученные знания для улучшения здоровья своих сотрудников (Motivation for employers to carry out workplace health promotion, 2012).

#### ***Включение мероприятий по укреплению здоровья занятого населения в комплексные национальные программы.***

Во многих странах способы поддержки здоровья трудоспособного населения, в т. ч. посредством стимулирования работодателей, определяются в рамках комплексных национальных программ. Например, в Германии в рамках реализации основных положений Национального социального кодекса, закрепляющего набор основных медицинских услуг государственного медицинского страхования, начиная с 2002 года в

стране—действует комплексная инициатива «Здоровье и труд», объединяющая государственные и частные страховые организации с целью проведения комплексных мероприятий по охране здоровья работников и продвижению принципов здорового образа жизни (Motivation for employers to carry out workplace health promotion, 2012). Мониторинг результатов программы показал, что осуществляемые мероприятия способствовали как снижению пропусков работы из-за болезни, так и повышению производительности труда работников (Barthelmes et al., 2010). Кроме того, в 2011 году в стране стартовала национальная программа «Будь в форме» по продвижению принципов здорового питания и активного образа жизни. Программа рассчитана на период до 2020 года, а организаторами инициативы выступили министерство здравоохранения и министерство сельского хозяйства, продуктов питания и защиты прав потребителей. Ряд проектов программы направлены на оздоровление работающего населения (Motivation for employers to carry out workplace health promotion, 2012).

Приоритетные задачи в области здоровья на рабочем месте в Польше определены Национальной программой по охране здоровья на 2006-2015 гг., разработанной министерством здравоохранения (Polish Ministry of Health, 2007). Программа направлена на улучшение состояния здоровья населения и сокращения неравенства в области здоровья. Решению этих задач должны способствовать, в том числе, и специальные мероприятия по укреплению здоровья на рабочем месте, реализуемые Национальным институтом общественного здравоохранения совместно с Институтом медицины труда и Центральным институтом по охране труда.

***Организация конкурсов среди компаний, реализующих программы здоровья для своих сотрудников.***

Еще одним способом стимулирования предприятий к реализации инициатив по пропаганде здорового образа жизни могут стать специальные конкурсы, осуществляемые соответствующими правительственными структурами совместно с заинтересованными учреждениями. В ходе проведения конкурсов организаторы выявляют и поощряют предприятия, уделяющие повышенное внимание условиям труда и состоянию здоровья персонала. Для многих организаций участие в подобного рода инициативах является возможностью укрепить свою репутацию на рынке в качестве социально-ориентированной компании, опирающейся на концепцию здорового образа жизни и охраны здоровья на рабочем месте.

Многие страны практикуют конкурсы и организуют их по-разному. Например, в Сингапуре под руководством министерства здравоохранения и совета по продвижению здоровья в 1999 году стартовал ежегодный конкурс по выявлению лучших корпоративных

программ по укреплению здоровья в ходе реализации национальной кампании здорового образа жизни. Интересно отметить, что поощрительные награды получают практически все предприятия-участники. Цель программы – не организация соревнования между компаниями, а предоставление информации о возможных мерах по укреплению здоровья на рабочем месте и инициирование новых мероприятий в этой области (WHO, 1999; Workplace Health Promotion Grant, 2013).

В отличие от Сингапура в Чешской Республике Министерство здравоохранения совместно с Национальным институтом общественного здравоохранения, начиная с 2005 года, проводит конкурс «Укрепление здоровья в организации», в котором определяются победители. За период 2005-2012 гг. более 40 чешских предприятий стали победителями и финалистами конкурса. Как отмечают руководители организаций-участников конкурса, в результате реализации мероприятий по поддержке здоровья работников улучшилось самочувствие сотрудников, возросла удовлетворённость от работы, повысилась производительность труда (Motivation for employers to carry out workplace health promotion, 2012).

Интересно, что в США национальные конкурсы проводит не государственное учреждение, а некоммерческая организация. Начиная с 2005 года под руководством НКО «Национальная бизнес – группа по проблемам здоровья» (National Business Group on Health) проводится ежегодный конкурс по выявлению лучших предприятий, осуществляющих программы по поддержке здоровья работников и пропаганде здорового образа жизни (Health Promotion Board, 2012). Конкурс проводится среди крупных предприятий с численностью сотрудников не менее 5000 чел. При этом представленные программы должны носить долгосрочный характер, быть комплексными, охватывающими разные компоненты здорового образа жизни, иметь высокие показатели результативности. За период с 2005 по 2013 гг. были отмечены более 600 организаций-участников конкурса, наиболее активно реализующие комплексные мероприятия по продвижению здорового образа жизни и достигнувшие наиболее значимых результатов в этой области (Best Employers for Healthy Lifestyles® Awards 2013).

Несмотря на то, что данные примеры показывают разнообразие условий и способов организации конкурсов, все они преследуют две основные цели – привлечь внимание к наилучшим примерам программ здоровья на предприятиях и поощрить наиболее достойных участников.

#### ***Грантовая поддержка.***

С целью привлечения работодателей к участию в организации программ здоровья на рабочем месте может использоваться и система грантов, обеспечивающая на конкурсной

основе финансовую поддержку работодателей, осуществляющих программы по оздоровлению работников. Программы грантов действуют, например, в Польше, Сингапуре, Канаде. В Сингапуре грантовая программа реализуется Советом по продвижению здоровья. При этом для получения финансовой поддержки в размере до 10000 долл. предприятие Сингапура должно осуществить софинансирование мероприятий в размере не менее 50% затрат, связанных с программой (Workplace Health Promotion Grant, 2013). В Канаде грантовые программы финансируются Департаментом по укреплению здоровья на рабочем месте. С момента начала программы в 2002 году на поддержку 408 проектов было направлено более 550 тыс. долл. (Workplace Health Promotion Grants, 2011).

### ***Налоговые льготы.***

Одной из мер, призванных мотивировать работодателей к внедрению программ здоровья, являются налоговые льготы компаниям, осуществляющим подобные мероприятия. Так, в Германии с 2009 года действует поправка к Закону о налогах, освобождающая работодателя от уплаты налогов с части дохода (до 500 евро в год на одного работника), направленной на финансирование мероприятий по профилактике производственных заболеваний, улучшению условий труда и состояния здоровья персонала (Филимонов, 2010). В США 9 штатов ввели налоговые льготы для компаний, реализующих программы здоровья на рабочих местах. Иногда льготы распространяются только на малый бизнес, как, например, в штате Индиана – только предприятия с численностью от 2 до 100 человек имеют право на уменьшение налогооблагаемой базы на сумму, равную 50% от величины расходов на программу здоровья (NCSL, 2010).

### ***Международные инициативы.***

С 1999 года действует Европейская сеть по продвижению программ по укреплению здоровья на предприятиях - The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Изначально она была создана как ассоциации государственных организаций и ведомственных учреждений (институтов), занимающихся вопросами здоровья в 15 странах – членах Европейского союза. От каждой страны-участницы в ассоциацию входит одна правительственная организация (агентство). Ассоциация была создана под эгидой Европейской Комиссии в рамках Программы коллективных действий по продвижению здоровья, информации, образования и обучения (Programme of Community Action on Health Promotion, Information, Education and Training (645/96/EC). Важным направлением работы ассоциации является сбор и распространение примеров лучших практик корпоративных программ здоровья, в том числе на малых и средних предприятиях. Сегодня в ассоциацию входит уже 30 стран – Австрия, Бельгия, Болгария, Кипр, Чехия,

Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Великобритания.

*Таким образом, в развитых странах корпоративные программы здоровья получили широкое распространение. Разнообразные программы встречаются как на крупных предприятиях, так и (реже) на малых и средних.*

*Наибольшее распространение получили программы, направленные на выявление факторов риска здоровья, а также на формирование ответственного отношения к своему здоровью.*

*Корпоративные программы здоровья приносят выгоды работникам, предприятиям, и всему обществу в целом. Эти выгоды могут быть измерены как в количественных показателях, так и в денежном эквиваленте.*

*Несмотря на методологические сложности проведения эмпирических оценок выгод программ здоровья на рабочем месте, в развитых странах усиливается поддержка таких программ на государственном уровне.*

*Для этих целей используются разнообразные инструменты – от налоговых льгот, грантов и прочих финансовых инструментов до информационной и консультационной поддержки.*

### **1.5. Программы здорового образа жизни в странах, близких к России по социально-экономическим характеристикам и распространенности вредных привычек**

В этом разделе мы рассмотрим более подробно, как строятся программы ЗОЖ в странах, близких к России по социально-экономическим характеристикам, распространенности вредных привычек и/или уровню и структуре смертности. Прежде всего, это страны бывшего социалистического лагеря (Восточная Европа, Балтия) и бывшие республики СССР. Сюда же примыкает и соседняя с Россией Финляндия, которая близка к России не только исторически, но и по типу климатических и природных условий и распространенности вредных привычек. Для анализа были выбраны страны, которые достаточно подробно представляют свои программные документы на русском или английском языках, и для которых имеются те или иные оценки эффективности реализации программ ЗОЖ. В выборку стран вошли: Казахстан, Беларусь, Украина, Эстония, Чехия, Словения и Финляндия.

#### **1.5.1. Общие принципы реализации политики**

Поддержка здорового образа жизни в странах Восточной Европы, СНГ и Балтии реализуется в целом на одних и тех же принципах и с использованием общего набора инструментов. Это объясняется активным взаимодействием государств с Всемирной организацией здравоохранения (Европейское Региональное Бюро) и существованием значительного числа соглашений и материалов в области здорового образа жизни, в числе которых:

- Глобальная стратегия Всемирной организации здравоохранения "Здоровье для всех в XXI веке" (1998 г., принята на 51 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1998 года);
- Программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний – CINDI (1987) (Leparski E., Nüssel E, 1987);
- Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе в XXI столетии (Резолюция EUR/RC48/R5, 1998);
- Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. (Резолюция EUR/RC61/13, 2011) (ВОЗ, 2011);
- Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (2003) (ВОЗ, 2003);
- Декларация и План действий «Мир, пригодный для жизни детей» (приняты резолюцией S-27/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 10 мая 2002 года) (ООН, 2002);

- Глобальная стратегия ВОЗ в области питания, физической активности и здоровья (2004) (WHO, 2004);
- Бангкокская Хартия по укреплению здоровья в условиях глобализации (2005)
- Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2006) (ВОЗ, 2006a);
- Европейская стратегия профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2012–2016 гг.(2011);
- Европейская Хартия по борьбе с ожирением (2006) (ВОЗ, 2006b);
- Московская декларация по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями (WHA64.11, 2011);
- Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья (WHA65.8, 2011);
- Политическая декларация Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (резолюция 66/2, 2011);
- Здоровье-2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (2012, ЕРК ВОЗ);
- Воздействие взвешенных частиц на здоровье (ВОЗ, 2013);
- Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. (WHA66.10, 2013).

### 1.5.2. Государственные программы комплексного характера

#### **Казахстан**

Казахстан является примером достаточно последовательного правового оформления мероприятий в области содействия здоровому образу жизни – соответствующая государственная программа была впервые разработана еще в 1999 году, а в 2007 году произошло обновление комплекса мер. Страна активно участвует в основных инициативах ВОЗ и других международных организаций.

#### ***Программа 1999 года***

В целях реализации стратегии "Казахстан - 2030" в части формирования и стимулирования здорового образа жизни постановлением Правительства Республики Казахстан (далее по тексту - РК) от 3.12.97 г. №1678 был создан Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни (НЦ ПФЗОЖ) при Министерстве здравоохранения, образования и спорта Республики Казахстан. К 1999 году в стране была создана служба формирования здорового образа жизни и разработана Республиканская

комплексная программа «Здоровый образ жизни», утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан от 30.06.1999 №905 (Республиканская комплексная программа «Здоровый образ жизни», 1999). Программа представляла собой десятилетний план, включающий оценку основных проблем республики в сфере здорового образа жизни, описание приоритетных направлений Программы и стратегических направлений реализации.

Внутри каждого направления формировалась система целей (долгосрочные, среднесрочные, краткосрочные), в отношении каждой краткосрочной цели использовался единый шаблон описания: план действий, механизм реализации, индикаторы мониторинга в динамике, риски и ограничения, организации-исполнители.

Разделение приоритетных направлений программы и стратегических направлений является, по сути, отражением применения матричного принципа управления реализацией программы. Если «приоритетные направления» - это компоненты здорового образа жизни, то «стратегические направления» - это инструменты достижения целей: правовая среда, информация, образование и др. В терминологии Программы это, соответственно, «вертикальная основа» и «горизонтальный подход».

Приоритетными компонентами (направлениями) Программы Казахстана стали следующие:

1. качественное и рациональное питание;
2. физкультура и спорт;
3. борьба с пьянством и алкоголизмом;
4. профилактика табакокурения;
5. борьба с наркоманией;
6. безопасное половое поведение;
7. сокращение инфекционной заболеваемости;
8. окружающая среда.

В качестве приоритетных стратегических направлений реализации Программы были выделены:

1. Правовая среда.
2. Информация, образование, коммуникация.
3. Разработка учебных программ.
4. Прикладные разработки.
5. Первичная медико-санитарная помощь.

Таким образом, получалась матричная структура, когда по каждому направлению, относящемуся к здоровому образу жизни, формировался набор мероприятий. Среди

инструментов (стратегических направлений) меры экономического характера прямо выделены не были, однако они предусматривались в составе мероприятий правовой среды. В частности, среди долгосрочных целей по данному стратегическому направлению было заявлено «эффективное регулирование производственной и коммерческой деятельности в интересах охраны здоровья и окружающей среды», среди среднесрочных - «законодательное ограничение производства вредных для здоровья товаров» и «запрещение рекламы вредных для здоровья продуктов питания и товаров».

### ***Программа 2008 года***

Несмотря на аккуратную проработку и достаточно инновационную структуру, программа 1999 года не была в должной мере поддержана финансированием, и ее результаты оказались далеки от запланированных. В результате Постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года №1260 была утверждена новая Программа «Здоровый образ жизни» на 2008 - 2016 годы (Программа «Здоровый образ жизни» на 2008 - 2016 годы, 2007). Эта программа имела более привычный формат, близкий к российским федеральным целевым программам: паспорт программы, введение, анализ современного состояния проблемы, цели и задачи, основные направления и механизм реализации, необходимые ресурсы и источники финансирования, ожидаемые результаты и готовый план мероприятий на среднесрочный период (2008-2010 годы).

Комплекс мероприятий новой программы во многом строился в соответствии с новыми международными обязательствами и соглашениями, к которым присоединился Казахстан. Во введении к Программе, в частности, упоминаются Европейский план действий по алкоголю (2000), Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (2003), Хельсинская Декларация и план действий по улучшению условий жизни и здоровья детей (2004), Глобальная стратегия в области питания, физической активности и здоровья (2004), Бангкокская декларация по укреплению здоровья в условиях глобализации (2005), Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2006), Европейская Хартия по борьбе с ожирением (2006).

Обновленная система мер по реализации программы строилась вокруг двух направлений и суммарно 11 ключевых задач:

Направление 1 – Формирование у населения навыков ведения здорового образа жизни и профилактика:

- 1) поведенческих факторов риска – табакокурения, чрезмерного потребления алкоголя, употребления наркотиков, некачественного и нерационального питания, низкой физической активности;
- 2) социально значимых заболеваний и травматизма;
- 3) проблем репродуктивного здоровья.

Направление 2 - Усиление межсекторального взаимодействия и вовлечение всего казахстанского сообщества в формирование здорового образа жизни:

- 1) решение задач формирования здорового образа жизни в рамках первичной медико-санитарной помощи;
- 2) усиление роли образования в формировании здорового образа жизни;
- 3) повышение роли СМИ в пропаганде здорового образа жизни;
- 4) укрепление связи здорового образа жизни и окружающей человека среды;
- 5) участие неправительственных организаций и бизнес-сообщества в формировании здорового образа жизни;
- 6) обеспечение правовой среды для формирования здорового образа жизни;
- 7) научное сопровождение формирования здорового образа жизни;
- 8) усиление ресурсного и институционального обеспечения системы формирования здорового образа жизни.

Содержательно новая казахская программа опирается на вполне традиционный набор инструментов реализации. Прежде всего это меры, связанные с распространением информации: массовые мероприятия и акции, региональные семинары для работников здравоохранения, образования, иных целевых групп, всевозможные «декады» и «круглые столы». При этом Казахстан, уже имеющий опыт создания центров здорового образа жизни, активно развивает данную практику. В частности, предполагается создание и развитие:

- сети антитабачных центров с телефонной службой помощи в крупных городах;
- сети кризисных центров психологической помощи зависимым лицам (противодействие чрезмерному потреблению алкоголя);
- сети молодежных центров здоровья.

Кроме того, заслуживают внимания некоторые другие мероприятия:

- нормативный запрет курения для работников здравоохранения, образования, госслужащих;
- создание «больниц, свободных от курения»;

- стимулирование производства национальных кисломолочных напитков;
- рейды, контролирующие выполнение запрета на реализацию отдельных продуктов (нездорового питания) в школах и детских садах; контролирующие обеспечение учащихся горячим питанием и чистой водой;
- передача штатов школьного медперсонала в подчинение органам здравоохранения;
- формирование фонда здорового образа жизни за счет отчислений в размере 1% от объемов реализации табака и алкоголя, а также сумм штрафов за нарушения законодательства в этой сфере.

### ***Оценка эффективности реализации программ***

Программа 1999 года, по оценке авторов новой программы, 2008 года, по сути, была не выполнена по финансовым причинам: «в 2006 году финансирование мероприятий по формированию здорового образа жизни по республике составило не более 0,15% от общих расходов на здравоохранение» (Программа «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы, 2007). В вводной части Программы дается достаточно жесткая характеристика ситуации, без приведения динамических рядов и оценки качества реализации Программы-1999.

Статистика подтверждает невысокую эффективность программы:

- потребление алкоголя по данным ВОЗ выросло с 3,4 литра на душу населения (в чистом алкоголе, для взрослого населения) в 1997 году до 6,98 литров в 2006 году.
- статистика национального исследования 2004 года показывала, что средне-популяционный уровень курения в Казахстане снижается: 28% курящих в 1998 году против 22,6% в 2004 году. В то же время, последние данные ВОЗ (2010 год) говорят о том, что доля курящих не только сохраняется, но и выросла: 52,2% мужчин и 9,6% женщин, то есть 29,9% взрослого населения.
- Статистика ВОЗ по неправильному детскому питанию неоднозначна: в Казахстане доля детей в возрасте до 5 лет, имеющих избыточный вес, выросла с 5,9% в 1995 году до 14,8% в 2006 году, при этом доля детей с недостаточной массой тела сократилась, но в меньшей степени (с 6,7% до 4,9%).
- Показатель преждевременной смертности (число умерших в возрасте от 15 до 60 лет на 1000 человек населения) по оценке ВОЗ в 1990 году составлял 235, в 2000 году – уже 308, а в 2006 году – 320.

Таким образом, Программу-1999 можно рассматривать как пример хорошо структурированного, но так и не реализованного в полной мере документа. С другой стороны, в 2012 году, по оценке ВОЗ, Казахстаном уже были достигнуты значимые результаты в части сокращения потребления алкоголя. Так, по заявлению главы офиса Всемирной организации здравоохранения в Казахстане Мелиты Вуйнович в апреле 2012 года, «Казахстан продемонстрировал прогресс в развитии системы здравоохранения на основе правильной политики, инноваций и правильного направления инвестиций. Реформы общественного здравоохранения уже показывают определенные хорошие результаты. Так, например, мы видим снижение заболеваемости туберкулезом в стране и снижение потребления алкоголя» (ИА «Казинформ», 2012).

## **Беларусь**

Высокий уровень административной централизации и социально-ориентированная экономика Беларуси привели к развитию в республике системы государственных программ как инструмента реализации государственной политики по отдельным направлениям. Соответствующим образом, на основе госпрограмм, реализуется и деятельность в сфере здорового образа жизни.

Устойчивость системы государственной власти Беларуси в принципе способствует последовательной реализации принятых решений, однако для рассматриваемой области государственной политики это оказывается не совсем так. Если в 2002-2006 годах в стране реализовывалась «Государственная программа по формированию здорового образа жизни населения» («Государственная программа по формированию здорового образа жизни населения Республики Беларусь на 2002–2006 годы», 2001), то в последующие годы аналогичной программы принято не было. Вместо этого приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.03.2011 №335 утверждены «Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года» и Отраслевой план мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь до 2015 года. Кроме того, в Беларуси реализуется специализированная «Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 годы», которая также может быть отнесена к мерам содействия здоровому образу жизни.

### ***Программа 2002-2006 гг.***

Государственная программа по формированию здорового образа жизни населения Беларуси на 2002-2006 год (2001) представляла собой достаточно формальный ведомственный план, основной целью которого была организация различного рода информационных кампаний. Задачи программы сводились к следующему:

- Формировать у граждан республики убеждение в престижности здорового поведения и воспитывать потребность в здоровом образе жизни.
- Создать межведомственный координационный совет для объединения усилий различных министерств и других республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, общественных организаций по формированию здорового образа жизни.
- Усовершенствовать механизм правового и нормативного регулирования различных сфер жизни общества для обеспечения возможности выбора здорового поведения. Совершенствовать систему подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов различного профиля по вопросам формирования здорового образа жизни.
- Обеспечить максимально возможное научное и методическое сопровождение деятельности по формированию здорового образа жизни. Разработать и внедрить территориальные программы, усовершенствовать структуру и создать необходимую материально-техническую базу организаций, осуществляющих деятельность по формированию здорового образа жизни.
- Создать постоянно действующую систему информирования и обучения населения вопросам сохранения и укрепления здоровья.
- Повысить эффективность работы действующих и развивать сеть существующих учреждений, занимающихся формированием здорового образа жизни.
- Совершенствовать систему оказания психологической помощи населению.

Заложенные в программу мероприятия были структурированы, исходя из поставленных задач, и в целом включали обычный набор действий, во многом воспроизводящий советскую модель стимулирования здорового образа жизни: проведение гимнастики перед занятиями в учебных учреждениях, организация отраслевых спартакиад, поддержка кружков и клубов, трансляция ежедневной зарядки по радио и

телевизионным каналам. Интерес также представляют следующие действия, заложенные в программу:

- обучение персонала детских дошкольных учреждений нормам и правилам здорового образа жизни, преподаванию соответствующих тем;
- выпуск товаров с символикой здорового образа жизни;
- организация выпуска витаминов;
- поддержка наличия в аптеках антиалкогольных и антитабачных препаратов;
- создание «школ передового опыта» на базе поликлиник крупных городов;
- включение проблем здорового образа жизни в перечни вопросов для обучения и перееаттестации специалистов, осуществляющих физкультурно-оздоровительную работу с населением;
- формирование центров здоровья и кабинетов формирования ЗОЖ как подразделений поликлиник.

#### ***Концепция-2020 и среднесрочный план до 2015 года***

Принятая в 2011 году «Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года» носит в основном описательный характер, ограничиваясь общими принципами реализации. В качестве механизма реализации Концепции выбрана «разработка нормативных правовых актов в области государственной политики формирования здорового образа жизни, регулирующих общественные взаимоотношения и координирующих усилия всех заинтересованных органов государственного управления, общественных организаций и граждан». Тем самым, уже на уровне общегосударственного концептуального документа активность органов власти ограничивается нормотворческой деятельностью.

Более интересным оказывается утвержденный одновременно с Концепцией среднесрочный «Отраслевой план мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь до 2015 года». В данном плане мероприятий уже приводится набор конкретных мер по следующим направлениям:

- Разработка нормативных документов;
- Формирование установки и мотивации населения, обеспечение условий для здорового образа жизни: разработка перспективных и увеличение объема существующих технологий укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
- Дальнейшее развитие условий для потенциала молодежи, популяризация и содействие оздоровительной физической активности;

- Разработка и внедрение системы подготовки к семейной жизни, формирование сексуальной культуры в обществе в единой системе гигиенического воспитания населения;
- Формирование культуры питания;
- Создание востребованной системы первичной профилактики распространенных заболеваний, а также алкоголизма, наркомании и табакокурения; создание здоровой и безопасной экологической среды дома и на работе; улучшение условий труда, быта и отдыха населения; разработка технологий оптимизации экологической обстановки.

Среди мероприятий среднесрочного плана внимания заслуживают создание электронного паспорта здоровья, проведение ежегодных профилактических осмотров населения, подготовка национальных рекомендаций по питанию для отдельных групп населения.

#### ***Антиалкогольная программа***

Белорусская Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 годы разработана по стандартной для госпрограмм форме. При этом, как отмечается в Государственной программе, принципиально новым является «смещение акцентов на выявление, предупреждение и уменьшение влияния комплекса причин и условий, способствующих потреблению алкоголя и развитию негативных последствий от его потребления, в том числе пьянства и алкоголизма. Для достижения этого необходимо проведение мероприятий по предупреждению приобщения населения к потреблению алкоголя, прежде всего профилактике пьянства среди детей и молодежи, и прекращению потребления алкоголя лицами, страдающими пьянством и алкоголизмом».

Мероприятия программы в значительной степени относятся к типовым инструментам продвижения здорового образа жизни, в частности:

- Региональные и районные программы;
- Массовые акции с запретом продажи спиртного;
- Информирование и пропаганда;
- Локальные эксперименты по ограничению доступности алкоголя;
- Семинары, конференции, круглые столы;
- Регулирование (повышение) цен.

При этом программа отличается наличием не только мер, направленных на продвижение положительного образа жизни, но и мероприятиями репрессивного характера: расширение перечня ситуаций, требующих обязательного освидетельствования

на состояние опьянения у работников, усиление ответственности, размещение на этикетках товаров и в организациях торговли материалов о рисках потребления алкоголя.

### ***Оценка эффективности реализации программ***

Оценка достигнутых результатов в Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года относительно выполнения предыдущей программы («Государственная программа по формированию здорового образа жизни населения») – в целом позитивна. Утверждается, что за 2006-2010 годы в Республике Беларусь произошли существенные позитивные изменения в социально-экономической сфере, в том числе в здравоохранении. Достигнута одна из основных целей государства и системы здравоохранения - обеспечена положительная динамика медико-демографических процессов, в том числе:

- увеличился показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении - с 68,8 лет в 2005 г. до 70,5 лет в 2009 г.
- коэффициент естественной убыли населения сократился практически вдвое - с 5,2 в 2005 г. до 3,1 в 2010 г.

С позиции разработчиков Концепции-2020, основными задачами на последующие годы должен был стать выход на показатели ожидаемой продолжительности жизни, близкие к европейским, и, по крайней мере, не худшие, чем в советский период. В то же время статистика ВОЗ свидетельствует о существовании определенных проблем именно в сфере здорового образа жизни, оставшихся за кадром официальных белорусских документов:

- потребление алкоголя в республике не снижается, с 10,83 литров чистого спирта в расчете на человека в 2000 году оно выросло до 13,8 литров в 2007 году, при колебаниях в пределах 11-12 литров в течение этого периода;
- доля курящих в 2010 году составила 52,3% мужчин и 9,3% женщин, или 27,5% по взрослому населению в целом, при этом по данным Статкомитета Беларуси за последнее десятилетие доля курящих мужчин снизилась на 2,9 процентных пункта, но доля курящих женщин возросла в 1,6 раза (БЕЛТА - Новости Беларуси, 2012).

По данным ВОЗ, подтверждаются положительные тенденции демографических показателей в Беларуси: смертность взрослого населения сократилась с 354 чел на 1000 населения в 2000 году до 324 в 2009 году.

## **Украина**

Политические потрясения 2000-х годов почти не сказались на принципах реализации программ поддержки здорового образа жизни. Украину часто ставят в пример российским оппонентам антитабачных и антиалкогольных мер, как государство, успешно увеличившее акцизы на табак и алкоголь, однако, с другой стороны, программные мероприятия по поддержке здорового образа жизни реализуются в стране с весьма умеренной активностью. До начала 2000-х годов в стране были разработаны и реализовались отдельные целевые комплексные программы, связанные с противодействием алкоголизму, инфекционным заболеваниям и др. 10 января 2002 г. была утверждена Межотраслевая комплексная программа «Здоровье нации» на 2002-2011 годы, в 2011 г Кабинет Министров Украины одобрил концепцию новой долгосрочной Общегосударственной программы «Здоровье 2020: украинское измерение».

### ***Программа 2002-2011 гг.***

Как заявлено в ее общих положениях, Межотраслевая комплексная программа «Здоровье нации» на 2002-2011 годы была разработана согласно принятой в 1998 году ВОЗ «Политике достижения здоровья для всех в двадцать первом веке»: все страны Европейского региона ВОЗ должны были разработать и осуществлять такую политику на региональном и местном уровнях при поддержке соответствующих министерств и других центральных органов исполнительной власти. Этим и была обусловлена необходимость разработки Программы.

В результате структура Программы оказалась формальной: цели и основные задачи, финансовое обеспечение, механизмы управления и осуществления контроля реализации, основные мероприятия.

Система основных мероприятий была представлена в форме 24 направлений, которые охватили самые разные аспекты, от общегосударственной политики в сфере здравоохранения и обеспечения принципов равенства в вопросах здравоохранения до решения таких проблем, как предоставление бесплатных лекарственных средств.

Каждое из направлений в Программе было расписано по мероприятиям (как правило, 10-15), а каждое мероприятие – по исполнителям. Из всей совокупности мероприятий к действиям по обеспечению здорового образа жизни, в частности, относились следующие:

- III. Улучшение условий для выживания и повышения качества жизни. Здоровье женщин (помимо мероприятий по обеспечению репродуктивного здоровья, по данному направлению предусматривалось и создание центров здоровья, всевозможных пропагандистских действий).

- IV. Здоровье детей и молодых (предусматривалось, в том числе, продолжить работу по повышению качества оздоровления детей и молодежи и привлечению к активным занятиям физической культурой и спортом).
- IX. Снижение сердечно-сосудистой заболеваемости.
- XVI. Сокращение распространенности психических расстройств, самоубийств, алкоголизма и наркомании
- XIX. Формирование здорового образа жизни.
- XXIII. Качество и безопасность продуктов питания (отдельные меры по продвижению здорового питания).

Непосредственно направление «Формирование здорового образа жизни» включало 17 задач:

- 1) Создать правовую основу для формирования здорового образа жизни, гигиенического воспитания населения (подготовить проекты Законов Украины "Укрепление здоровья" и "О контроле над табаком и спиртными напитками").
- 2) Преобразовать санитарное просвещение в государственную систему непрерывного медико-гигиенического обучения и воспитания и осуществлять его через системы общего и профессионального образования, массовой информации, здравоохранения, физической культуры и другие социальные институты.
- 3) Предусмотреть обязательные и факультативные программы физического воспитания в общеобразовательных учреждениях с целью расширения системы внешкольного физического воспитания, широкого использования разнообразных форм, методов и средств физической культуры.
- 4) Проводить работу по гигиеническому воспитанию населения с использованием средств телевидения, радио, литературы, театра, кино, способствующих формированию идеологии здорового образа жизни, в том числе духовного, физического и психического.
- 5) Научно обосновать, разработать и широко применять методы скрининг-тестирования здоровья как неотъемлемого элемента системы медико-профилактических мероприятий, обратив особое внимание на детей из групп риска и из малообеспеченных и неблагополучных семей.
- 6) С целью создания оптимального социально-психологического климата в оздоровительных учреждениях, ослабления социальной напряженности ввести повсеместное проведение в ученических коллективах диагностических, восстановительных мероприятий психогигиенической коррекции.

- 7) Включать в программы обучения в общеобразовательных учреждениях такой важный элемент повышения адаптационных ресурсов организма, как ежедневный "час здоровья" с использованием традиционных и нетрадиционных методов оздоровления, повышения уровня двигательной активности к оптимальным величинам.
- 8) Обеспечить проведение в общеобразовательных учреждениях мероприятий комплексной оптимизации использования учащимися свободного времени, в частности, внедрение различных форм физической культуры, психогигиены и психокоррекции оптимального двигательного режима.
- 9) Предусмотреть в территориальных и отраслевых программах социального развития меры по созданию благоприятных для здоровья населения условий труда, обучения, воспитания, проживания, водоснабжения, питания, транспортного обслуживания, а также охраны окружающей среды.
- 10) Создать разветвленную инфраструктуру и индустрию здоровья и активного отдыха.
- 11) Разработать и внедрить в повседневную практику меры социально-экономического стимулирования и поддержания здорового образа жизни.
- 12) Обеспечить повышение уровня научных разработок и научного сопровождения разработанных моделей и систем формирования здорового образа жизни с учетом экономических, социальных, медицинских, педагогических, психологических и других аспектов этой проблемы.
- 13) Разработать и распространить посредством Интернета информацию о гигиеническом воспитании и формировании здорового образа жизни (на украинском языке).
- 14) Расширить международное сотрудничество по вопросам формирования здорового образа жизни, активизировать участие в реализации международных проектов и программ ("Здоровые города", "Европейская сеть школ содействия здоровью", CINDI, "Здоровье на рабочих местах", "Европа без табака", "Молодежь за здоровье" и др.), наладить сотрудничество с Международным союзом содействия здоровью и санитарного просвещения, Ассоциацией здоровых городов, ЮНИСЕФ и другими международными организациями.
- 15) Оптимизировать сеть, структуру, кадровый потенциал, материально-техническую базу, современное оборудование и разработать современные эффективные профилактические технологии службы формирования здорового образа жизни.

16) Создать материально-технические предпосылки для проведения пропаганды медико-гигиенических знаний (выпуск кино- и видеофильмов, наглядных пособий, научно-популярной литературы по различным аспектам здорового образа жизни и профилактики заболеваний).

17) Разработать целевые комплексные программы укрепления здоровья:

- Профилактика и преодоление табакокурения.
- Профилактика и преодоление наркомании, токсикоманий, алкоголизма.
- Развитие физической культуры и организация досуга населения.
- Половое воспитание населения.
- Улучшение питания населения и повышение качества пищевых продуктов.
- Улучшение состояния психического здоровья.

Таким образом, набор мероприятий по направлению «Формирование здорового образа жизни» носил в основном профилактический характер, с отдельными мерами по подготовке правового и методического обеспечения, в том числе перехода к разработке отраслевых целевых программ по отдельным направлениям. В рамках настоящего исследования сведений о разработке указанных целевых программ и успешности их реализации найдено не было, однако в рассматриваемой ниже Концепции приводятся утверждения о недостаточной эффективности ранее принимавшихся мер.

#### ***Программа 2020 г.***

Эффективность реализации мероприятий в сфере здравоохранения и здорового образа жизни достаточно жестко оценивается в вводной части Концепции Общегосударственной программы «Здоровье 2020: украинское измерение»: реформы, которые проводились до этого времени в области здравоохранения, не дали желаемого результата в связи с тем, что носили непоследовательный, преимущественно фрагментарный характер, в целом не изменяя устаревшую со времен плановой экономики систему предоставления медицинской помощи. Распыленности ресурсов отрасли способствовало, как отмечено в Концепции, одновременное выполнение более 20 общегосударственных и государственных целевых программ в области здравоохранения. Параллельная реализация многочисленных программ не была обеспечена адекватным финансированием и контролем эффективности исполнения.

Иными словами, с позиции украинских властей, реализация государственной политики при помощи многоуровневой системы стратегий и планов с точки зрения эффективности оказалась весьма сомнительным делом. Новая общегосударственная программа должна была в очередной раз построить единую слаженную систему,

обеспечивающую эффективное решение проблем здравоохранения и, в том числе, здорового образа жизни.

Целью разрабатываемой программы было заявлено «сохранение и укрепление здоровья, профилактика и снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения, повышение качества и эффективности предоставления медико-санитарной помощи, обеспечение социальной справедливости и защиты прав граждан на охрану здоровья» (Концепция Общегосударственной программы «Здоровье 2020: украинское измерение», 2011). В концепции предусматривалось три возможных варианта решения проблемы (инерционный, реформирование только медицинской помощи и комплексное решение), из которых, был выбран комплексный вариант.

В законопроекте № 3748 от 11 декабря 2013 года об утверждении Общегосударственной программы "Здоровье-2020: украинское измерение" сказано: «Формирование и внедрение комплексного межсекторального подхода является важной предпосылкой успешной реализации современных стратегических задач в сфере здравоохранения, в том числе проведение профилактических мероприятий по устранению негативного влияния социальных детерминант здоровья, создание условий для сохранения и укрепления здоровья населения, утверждения здорового образа жизни, формирование ответственного отношения каждого человека к личному здоровью» (Проект Закона Украины «Об утверждении Общегосударственной программы «Здоровье – 2020: украинское измерение»).

В тексте законопроекта поставлены, в частности, четкие задачи по улучшению показателей здорового поведения населения, а именно за 2013-2020 гг.:

- достичь тенденции ежегодного сокращения распространенности табакокурения на 1 процент;
- достичь тенденции ежегодного сокращения распространенности злоупотребления алкоголем на 1 процент;
- добиться снижения доли лиц с избыточной массой тела и ожирением на 8 процентов.

### ***Оценка эффективности реализации программ***

Концепция Общегосударственной программы «Здоровье-2020: украинское измерение» не содержала оценок реализации предыдущей программы, постулируя только оценку общей ситуации с уровнями рождаемости, смертности и заболеваемости.

Данные ВОЗ и других источников говорят об умеренном (если не отсутствующем) эффекте мероприятий, реализованных на Украине:

- потребление алкоголя выросло с 7,05 литров в 2000 году до 9,75 в 2007 году, при этом рост был достаточно стабилен;
- показатель смертности, несмотря на все усилия, вырос с 377 в 2000 году до 395 в 2009 году.

Только в сфере курения в последние несколько лет достигнуты ощутимые результаты: по данным Минздрава Украины, за последние три года в Украине доля курящих в возрасте 12 лет и старше уменьшилась на 3,3 процентных пункта или более чем на 13%. Всего в 2011 году в Украине курило 8,6 миллиона человек, что на 1,5 миллиона меньше, чем в 2008 году. В первую очередь это связано с ростом цен на табачную продукцию и алкоголь: по данным Государственной службы статистики Украины, темпы роста цен на данные товары почти вдвое опережали в 2008-2011 году общий уровень инфляции (таблица 1.8).

**Таблица 1.8. Индексы потребительских цен на товары и услуги в 2002-2011 гг. (год к предыдущему году)**

| <b>ГОД</b>      | <b>Индекс потребительских цен (инфляция) в целом</b> | <b>Алкогольные напитки, табачные изделия</b> |
|-----------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 2002            | 100,8                                                | 101,1                                        |
| 2003            | 105,2                                                | 102,2                                        |
| 2004            | 109                                                  | 104,7                                        |
| 2005            | 113,5                                                | 106,5                                        |
| 2006            | 109,1                                                | 106,2                                        |
| 2007            | 112,8                                                | 107,8                                        |
| 2008            | 125,2                                                | 114,9                                        |
| 2009            | 115,9                                                | 136                                          |
| 2010            | 109,4                                                | 125,6                                        |
| 2011            | 108                                                  | 116                                          |
| Всего за период | 171                                                  | 228                                          |

Источник: Госстат Украины, 2013.

## **Эстония**

Политика продвижения здорового образа жизни в Эстонии является компонентой более широких программ развития здравоохранения. В различных формах программы развития здравоохранения существуют с 1995 года, и это считалось достаточным до 2005 года, когда был подготовлен первый проект комплексной национальной стратегии. В 2008 году правительством Эстонии была принята Национальная стратегия здоровья населения на 2009-2020 годы, и в настоящее время правительственной коалицией декларируется следование концепции «Здоровая Эстония».

### *Стратегия 2009-2020 гг.*

При общей цели Стратегии обеспечить рост ожидаемой продолжительности жизни населения, в ней присутствует пять тематических разделов, одним из которых является именно здоровый образ жизни. Все разделы сформированы по единому шаблону: описание рассматриваемой сферы, основные проблемы, приоритетные направления действий, стратегическая цель (маркированная сквозным индексом) и набор индикаторов ее достижения, набор целевых ориентиров (targets, также маркированные сквозным индексом) и перечень мер на национальном и местном уровне.

Стратегическая цель в сфере здорового образа жизни сформулирована как «рост физической активности населения, достижение более сбалансированного питания, снижение уровня рискованного поведения». В понимании авторов эстонской стратегии, в сферу здорового образа жизни включены только два традиционных элемента – физическая активность и здоровое питание (для оценки которых введены индикаторы доли жителей, страдающих избыточным весом или ожирением). Потребление табака и алкоголя не включается в перечень мероприятий прямым образом, при этом дополнительно вводятся факторы и показатели «рискованного поведения»:

- Инфицирование СПИД;
- Прием наркотиков молодежью;
- Смертельные случаи, отравления и травмы;
- Дорожно-транспортные происшествия со смертельным исходом, в которых участвовали водители в состоянии опьянения.

Соответственно, установлены три целевых ориентира: рост физической активности, изменения привычек в потреблении пищи в лучшую сторону, сокращение рискованного поведения.

Еще одной особенностью Стратегии является разделение предлагаемых мер на четыре группы: реализуемые на государственном уровне и рекомендуемые для местной власти, организаций и граждан.

В части физической активности предполагается:

- на государственном уровне – разработка стратегических указаний, обновление правовой базы, обеспечение распространения информации:
  - увеличение осведомленности населения в части возможностей поддержки и укрепления здоровья;
  - интеграция вопросов физкультуры и физического состояния в сферу образования;

- регулярный мониторинг активности населения, выявление воздействующих факторов.
- на местном уровне – внедрение, воплощение стратегических инициатив в пределах установленной компетенции:
  - корректировка планов развития с учетом строительства спортивных сооружений, инвестирование в оздоровительные мероприятия;
  - расширение возможностей граждан для физической активности во время отдыха.
- на уровне организаций:
  - распространение информации и признание физически активных сотрудников в качестве ролевой модели (стимулирование карьерного роста и др.);
  - развитие информационно-учебных и тренировочных центров совместно с общественным сектором.
- на уровне отдельных граждан:
  - повышение осведомленности о выгодах физической культуры;
  - поддержка развития моделей поведения внутри семей («личным примером»).

В части здорового питания предлагается распределение действий на различных уровнях следующим образом:

- на государственном уровне:
  - распространение информации о сбалансированном питании, включение вопросов здорового питания в учебные программы и подготовку преподавателей;
  - поддержка возможностей для выбора здорового питания и стимулирование кейтеринговых компаний, работающих в учреждениях;
  - разработка системы консультационных услуг для населения и обеспечение доступности этих услуг для целевых групп.
- на местном уровне – внедрение, воплощение стратегических инициатив в пределах установленной компетенции:
  - включение вопросов здорового питания в планы развития территорий;
  - поддержка общественного питания в учреждениях и контроль соблюдения законодательства в пределах компетенции;
  - разработка и внедрение мер поддержки здоровых диет для целевых (уязвимых) групп;

- поддержка отдельных организаций и проектов в области здорового питания.
- на уровне организаций:
  - сокращение содержания соли, жиров и сахара в производимых продуктах;
  - публикация сведений об энергетической ценности продуктов на упаковках;
  - поддержка общественными организациями позитивных ролевых моделей в СМИ, ограничение рекламы нездоровых продуктов;
  - поощрение руководством предприятий здорового питания среди сотрудников.
- на уровне отдельных граждан:
  - повышение уровня осведомленности о правильном питании;
  - формирование привычек здорового питания внутри семьи.

Наиболее значимой роль государства оказывается в части противодействия рискованному поведению. Включение весьма разнородных объектов воздействия потребовало от авторов Стратегии подробного описания мер и действий:

- на государственном уровне:
  - расширение осведомленности о рискованном поведении, обучение и пропаганда среди молодежи и групп риска;
  - ограничение рекламы и продвижения «аддитивных субстанций», антиреклама, социальный маркетинг;
  - усиление контроля соблюдения законодательства при производстве и сбыте аддитивных субстанций;
  - обеспечение доступности надежных средств снижения риска (включая одноразовые шприцы и презервативы);
  - сокращение рискованного сексуального поведения в группах риска, включая распространение информации, организованные тренинги и обеспечение доступности средств тестирования и защиты;
  - создание сетей поддержки уязвимых групп;
  - разработка и внедрение принципов предотвращения избыточного потребления и возникновения зависимости от алкоголя, табака и азартных игр.
- на местном уровне – внедрение, воплощение стратегических инициатив в пределах установленной компетенции:

- интегрировать вопросы сокращения риска в планы развития территорий;
- обеспечить достаточную численность квалифицированных специалистов по защите детей и социальных работников;
- поощрять создание групп поддержки (самоподдержки);
- предоставлять финансовую поддержку общественным организациям, в цели которых входит продвижение здорового образа жизни.
- на уровне организаций:
  - создание положительных ролевых моделей в СМИ, продвижение обучающих программ;
  - учет принципов предотвращения риска при разработке продуктов и в маркетинге, ограничение рекламы и продаж опасных продуктов подросткам;
  - развитие кооперации с НКО, превентивные акции в отношении потребления вредных для здоровья продуктов.
- на уровне отдельных граждан:
  - повышение уровня осведомленности и продвижение здорового образа жизни среди других граждан;
  - ограничение потребления табака и алкоголя в общественных местах и дома, использование защитных средств (ремни безопасности, презервативы и др.).

### ***Здоровая Эстония 2011-2015***

Правительственной коалицией, пришедшей к власти после очередных выборов, была опубликована программа действий на 2011-2015 годы по всем направлениям государственного управления (Social Ministry of Estonia, 2009). Отдельным блоком в данной программе, представляющей собой декларацию намерений, представлены меры в области здорового образа жизни:

1. *будем пропагандировать здоровый образ жизни, модернизируем Закон о народном здравоохранении. Будем оказывать признание на государственном уровне лицам, пропагандирующим здоровый образ жизни;*
2. *увеличим объем регулярных проверок здоровья детей и взрослых, также следует расширить программы наблюдения за здоровьем и выборочного контроля;*
3. *привлекая лучших поваров Эстонии, будем развивать у жителей Эстонии с детского сада и школы привычку здорового питания, использования*

*отечественных и экологических продуктов при приготовлении пищи, а также будем повышать общую культуру питания;*

4. *ставим целью уменьшить количество смертей от травм, по крайней мере, до среднего по Европе уровня, постоянно внедряя политику предупреждения смертей от травм в различных областях.*

Таким образом, современным эстонским правительством в качестве приоритетов выбраны продвижение здорового питания и регулярных проверок здоровья; сокращение травматизма обычно не относится к вопросам ЗОЖ и в данном случае отражает концентрацию властей на одной из актуальных проблем.

Декларативный характер правительственной программы не позволяет оценить, какие шаги будут сделаны на практике; в то же время, заявленные приоритеты соответствуют рассмотренной выше общенациональной стратегии и, по-видимому, будут обеспечены финансированием и организационными мероприятиями.

#### ***Оценка эффективности реализации программ***

В силу того, что рассмотренные программы были приняты к реализации лишь в последние годы, статистика их эффективности отсутствует. В то же время, данные за период 2000-х годов свидетельствуют о достаточно позитивных тенденциях здорового образа жизни населения Эстонии:

- показатель смертности преодолел период роста 1990-х годов и в 2009 году составил всего 234 против 318 в 2000 году; что интересно, в советское время (1990 год) он составлял 301, то есть эстонскому населению удалось вплотную приблизиться к европейским стандартам жизни;
- потребление алкоголя после почти катастрофического роста 2000-х годов, с 7,9 литров до 15,96 литров в 2007 году, удалось снизить до 12,52 литра в 2010 году; вероятно, такое снижение стало следствием начала реализации программных мер;
- по данным ОЭСР, доля ежедневных курильщиков в составе взрослого населения сократилась на 20% - с 32,8% в 2004 году до 26,1% в 2010 году (OECD, 2013);
- что касается проблем избыточной массы тела, на решение которых и была в первую очередь нацелена государственная политика в сфере ЗОЖ, результаты пока не слишком убедительны: доля женщин с избыточной массой тела постоянно растет с 41,1% в 2004 году до 45,2% в 2010 году; доля мужчин с

избыточной массой тела возросла с 45,9% в 2004 году до 56,3% в 2008 году и несколько снизилась в последние годы – до 53,6% в 2010 году (OECD, 2013).

## **Чехия**

Как отмечается в докладе ВОЗ (WHO, 2011a), в Чехии преобладающими являются такие факторы риска, как курение, нездоровое питание и недостаточная физическая активность. Хотя уровень потребления алкоголя в Чешской Республике – один из самых высоких в мире, культура распития напитков и преобладание легкого алкоголя (пиво) позволяют чехам не рассматривать алкоголизм как приоритетную проблему. Проблемы общественного здоровья и предотвращения заболеваний практически постоянно присутствуют в повестке дня реформ сферы здравоохранения, но более или менее систематические действия в этой области стали предприниматься только в последнее десятилетие. Во многом это связано с вступлением страны в 2004 году в состав ЕС и принятием основных европейских норм в сфере охраны здоровья.

Долгосрочная программа, принятая Правительством – «Здоровье-21» - использует мультисекторный (комплексный) подход и в настоящее время уже обеспечила существенное снижение доли курящих среди взрослого населения при сохранении этой проблемы у молодого населения.

### ***Здоровье-21***

Программа «Здоровье-21» была подготовлена в 2000-2001 годах при активном участии экспертов ЕС и утверждена Правительством Чешской Республики 30 октября 2002 года (Постановление №1046).

Программа состояла из вводной части и набора из 21 цели. Каждая из целей имела помимо формулировки краткий комментарий. В отношении целей определены «частные» задачи, сопровождающиеся описанием и перечнем активностей.

Отдельные мероприятия, связанные со здоровым образом жизни, были обозначены в таких разделах, как:

- 4. Здоровье молодежи;
- 6. Улучшение психического здоровья;
- 8. Сокращение распространенности неинфекционных заболеваний;
- 9. Сокращение заболеваний и увечий, вызванных насилием и травмами.

Непосредственно здоровому образу жизни посвящена цель 11: «Здоровый образ жизни». Кроме того, комплекс мероприятий предусмотрен и в цели 12 «Снижение вреда от алкоголя, наркотиков и табака».

Введение к разделу 11 констатирует, что основными проблемами в Чехии являются неудовлетворительное питание (чрезмерное потребление калорий, жиров, сахара, соли, недостаточное - клетчатки, овощей и фруктов), часто – избыточная масса тела вплоть до ожирения, низкая физическая активность. Также авторами стратегии было отмечено, что часть задач ранее была заявлена и реализовывалась в рамках Плана действий в сфере здоровья и окружающей среды Чешской Республики, программ укрепления здоровья, "Стратегии безопасности продуктов питания в Чешской Республике" (2001 год), Национальной спортивной программы и других документов.

Структура задач и мероприятий в сфере здорового образа жизни представлена следующим образом:

- 11.1. Улучшение здорового образа жизни в части питания и повышения физической активности
  - 11.1.1. Развитие принципов здорового питания
    - Поддержка рекомендаций и мер ВОЗ CINDI;
    - Увеличение частоты включения овощей в ежедневный рацион;
    - Профилактика дефицита йода;
    - Сокращение численности детей и взрослых с избыточным весом и ожирением, поддержка их перехода на здоровую пищу;
    - Увеличение потребления кальция путем стимулирования потребления молока и молочных продуктов, в т.ч. в школах;
    - Поощрение потребления фолиевой кислоты в целевых группах (беременные женщины).
  - 11.1.2. Поддержка потребления здоровой пищи
    - Повышение уровня знаний населения;
    - Увеличение поставок и обеспечение наличия здоровых продуктов в магазинах, ограничение нежелательных;
    - Повышение уровня осведомленности о здоровом питании в учебных, корпоративных и общественных организациях, организациях общественного питания;
    - Проведение проверок в торговой сети.
  - 11.1.3. Повышение уровня физической активности населения:
    - Создание условий для физической активности путем строительства общедоступных и школьных спортплощадок, пешеходных и велосипедных дорожек, поддержка общественных

- спортивных мероприятий; поддержка организаций, предоставляющих услуги физического воспитания, дотация цен;
- Поддержка образования и подготовки тренеров и учителей;
- Содействие повышению информированности и росту физической активности целевых групп: детей, родителей, лиц старше 65 лет, учителей, работников государственных и представительных органов;
- Мониторинг физической подготовки молодежи.
- 11.1.4. Продвижение физической активности в школах, чтобы улучшить состояние здоровья детей и их опорно-двигательного аппарата:
  - Внедрение в начальных и средних школах новых образовательных стандартов;
  - Регулярные семинары для педагогов, распространение методов профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата детей;
  - Поощрение физического развития, в том числе обеспечение надлежащей подготовки учителей;
  - Разработка планов расширения возможностей физического воспитания детей;
  - Улучшение эргономики школьной мебели;
  - Разработка целевых профилактических программ.
- 11.2 Расширение поставок и доступности биологически ценной и здоровой пищи (так называемые безопасные продукты питания):
  - 11.2.1. Поощрение взаимодействия между государством, производителями продуктов питания и потребителями для достижения прочного сотрудничества, создание платформы для общения всех участников;
  - 11.2.2. Содействие производству безопасных пищевых продуктов;
  - 11.2.3. Использование методов управления рисками для контроля внедрения новых технологий в сфере сельского хозяйства и продуктов питания, минимизация вероятного ущерба здоровью потребителей;
  - 11.2.4. Разработка и популяризация программ здорового питания для улучшения осведомленности производителей и потребителей и смещения акцентов в производстве и потреблении;
  - 11.2.5. Исследование диетического воздействия химических веществ, добавок, лекарств;

- 11.2.6. Исследование структуры потребления продуктов питания.

Структура задач и мероприятий в сфере противодействия вредному влиянию алкоголя, наркотиков и табака строится, исходя из трех целей: сократить долю курящего взрослого населения на 80% (среди детей – до нуля), вывести потребление алкоголя на душу населения на уровень 6 литров в год (для лиц до 15 лет – ноль литров) и уменьшить на четверть потребление наркотиков:

- В области борьбы с курением:
  - 12.1.1. Запретительные законодательные меры;
  - 12.1.2. Целевая налоговая политика;
  - 12.1.3. Запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство, осуществляемые производителями табачных изделий;
  - 12.1.4. Повышение эффективности защиты некурящих, в том числе детей;
  - 12.1.5. Поддержка программ профилактики и информирования;
  - 12.1.6. Обеспечение доступности лечения от табачной зависимости;
  - 12.1.7. Создание координационно-методологического центра, ответственного за реализацию Европейского плана действий «Европа без табака»;
  - 12.1.8. Разработка программы профилактических мер с совместным финансированием всех уровней власти и заинтересованных негосударственных организаций.
- В области антиалкогольной политики:
  - 12.2.1. Создание Центра координации, мониторинга и исследований на базе государственного Института здоровья, который будет нести ответственность за реализацию европейского Плана действий по алкоголю;
  - 12.2.2. Смещение приоритетов потребления от алкогольных напитков к безалкогольным с помощью мер фискальной политики, в первую очередь – за счет акцизов;
  - 12.2.3. Целевые программы в школах, направленные на сокращение потребления алкоголя и психоактивных веществ подростками;
  - 12.2.4. Противодействие вождению в состоянии алкогольного опьянения (законодательные меры);
  - 12.2.5. Запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство, осуществляемые производителями алкоголя;

- 12.2.6. Создание современной сети амбулаторных учреждений, предоставляющих бесплатное лечение и консультации лицам с алкогольной зависимостью и членам их семей;
- 12.2.7. Закрепление в законодательстве ответственности за незаконную продажу алкоголя;
- 12.2.8. Реализация ведомственных программ, направленных на сокращение травматизма, порождаемого алкогольным опьянением;
- 12.2.9. Поддержка неправительственных организаций и независимых движений, которые помогают предотвратить ущерб, вызываемый алкоголем, и пропагандируют здоровый образ жизни;
- 12.2.10. Проведение кампании в средствах массовой информации совместно с местными органами власти (советы для родителей, распространение руководств, информация о том, куда обратиться за помощью и т.д.);
- 12.2.11. Введение тестирования на опьянение для работников отраслей с повышенным риском (химическая промышленность, энергетика, транспорт, вооруженные силы и др.);
- 12.2.12. Создание программы мер по реализации Европейской хартии по алкоголю.
- В области противодействия наркотикам:
  - 12.3.1. Финансирование и оценка эффективности программ профилактики;
  - 12.3.2. Сокращение спроса на психоактивные вещества среди детей и подростков (противонаркотические мероприятия);
  - 12.3.3. Подавление (запрет, усиление санкций, выявление) случаев вожделения в состоянии наркотического опьянения;
  - 12.3.4. Обеспечение доступности лечения, консультирования, специализированных процедур по снижению ущерба, целевой терапии;
  - 12.3.5. Организация ведомственных программ обучения в области профилактики ущерба, вызываемого наркотиками, в отдельных профессиях (отрасли с повышенным риском травматизма, работники, которые работают с наркотическими веществами и др.);
  - 12.3.6. Поддержка неправительственных организаций и независимых движений, которые помогают предотвратить ущерб, вызываемый наркотиками, и пропагандируют здоровый образ жизни;

- 12.3.7. Введение тестирования на опьянение для работников отраслей с повышенным риском (химическая промышленность, энергетика, транспорт, вооруженные силы и др.);
- 12.3.8. Проведение кампаний в средствах массовой информации совместно с местными органами власти (советы для родителей, распространение руководств, информация о том, куда обратиться за помощью и т.д.).

### ***Оценка эффективности реализации программ***

По своей эффективности чешская программа выгодно отличается от рассмотренных выше мероприятий стран бывшего СНГ. За 2000-е годы были достигнуты в целом положительные результаты:

- показатель смертности сократился с 172 в 2000 году до 138 в 2009, при этом в Чехословакии он составлял 238 (в 1990 году);
- потребление алкоголя удается удерживать на достаточно стабильном уровне порядка 15 литров в год, при этом по данным ВОЗ в 2007 году было зафиксировано снижение до 14,96 литров. По статистике ОЭСР объем потребления несколько меньше, и в 2010 году составлял 11,4 литра, хотя в целом данные ОЭСР по потреблению ниже, чем данные ВОЗ.
- доля курящих, по данным ОЭСР, за двадцатилетний период в целом снизилась. Так, в 2008 году постоянно (ежедневно) курило 24,3% населения, против 26,1% по данным 1993 года. По данным ВОЗ на 2010 год, доля курильщиков (общая, включая нерегулярное курение) составляет 42,5% мужчин, 30,1% женщин или 36,3% взрослого населения.
- Существенные положительные сдвиги наблюдаются в отношении курения подростков: только за 5 лет с начала реализации Программы «Здоровье-21» (2002 -2006 гг.) доля курильщиков среди пятнадцатилетних снизилась с 29% до 20% для мальчиков и с 31% до 23% для девочек OECD (2009);
- Данные о динамике доли населения, страдающего избыточной массой тела, говорят однако о том, что эта проблема пока не решается: доля женщин с избыточной массой тела за период с 2005 по 2010 год увеличилась с 47,8% до 49,3%, доля мужчин – с 58,1% до 60,1%.

Сосредотачиваясь на достижении прозрачных и ясных показателей, чешские власти достигли существенных успехов в росте качества, безопасности и продолжительности жизни; в то же время конкретные показатели по снижению объемов потребления алкоголя и табака к настоящему моменту не достигнуты.

### 1.5.3 Государственные программы по отдельным направлениям ЗОЖ

Помимо комплексных национальных программ и стратегий, интерес также представляют более узкие проекты, как с точки зрения охвата (проект «Северная Карелия» в Финляндии), так и с точки зрения элемента здорового образа жизни, на укрепление которого направлена программа.

#### **Финляндия: проект «Северная Карелия»**

Несмотря на то, что в Финляндии обособленная программа или стратегия поддержки здорового образа жизни отсутствует, по мнению ВОЗ, страна является одним из лидеров в области охраны здоровья и развития здравоохранения (WHO, 2003).

Наиболее известным финским проектом в области здорового образа жизни является «Северная Карелия», - долгосрочная программа борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Начавшись, как модельный проект регионального масштаба, «Северная Карелия» стала общенациональным инструментом продвижения здорового образа жизни (Северная Карелия, 2011).

В конце 1960-х годов нарастание угрозы сердечно-сосудистых заболеваний на Западе и в том числе - в Финляндии стали вызывать беспокойство у широкой общественности.

Задачей проекта на его пилотном этапе (1972-1982) было снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний; позднее задачи декларировались как «снизить смертность от основных хронических (неинфекционных) заболеваний и улучшить состояние здоровья местного населения».

Мероприятия проекта группировались по следующим направлениям:

#### 1. Информирование общественности:

- СМИ
- материалы по санитарному просвещению
- информационные кампании

#### 2. Организация предоставления услуг:

- первичное звено системы здравоохранения
- другие сегменты здравоохранения
- прочие услуги (школы, социальное обслуживание)

#### 3. Программы по подготовке кадров:

- работники здравоохранения
- прочие работники
- руководители

4. Мероприятия в сфере экологии:
5. Создание и эксплуатация систем информирования (мониторинга)

Изначально в проекте определялись следующие подпрограммы:

1. Против курения
2. Питание
3. Артериальная гипертензия
4. Коронарная болезнь сердца и острый инфаркт миокарда (ОИМ)
5. Реабилитация (вторичная профилактика)
6. Скрининг (на предмет факторов риска)

Позднее мероприятия проекта часто группировались по следующим основным категориям:

1. СМИ (общие информационные кампании и т.д.)
2. Услуги здравоохранения (в особенности, первичное звено)
3. Организация деятельности сообщества (кампании и мероприятия в сотрудничестве с различными общественными организациями)
4. Экология и политика (часто такая работа велась через мероприятия, проводимые совместно с представителями общества, например, производителями продуктов питания).

После выхода проекта на общенациональный уровень в нем сформировались следующие три приоритетных направления:

1. Противодействие курению.
2. Снижение холестерина в потребляемой пище.
3. Снижение артериального давления (особый акцент на немедикаментозных методах).

В последние годы больше внимание стало уделяться активному отдыху и другим аспектам улучшения здоровья (психосоциальные аспекты, снижение веса, потребления алкоголя и т.д.).

При реализации проекта использовались различные инструменты и «тактические решения», от мероприятий и программ в СМИ и системного вовлечения в проект первичного здравоохранения (врачей общей практики, медсестер) до сотрудничества с пищевой промышленностью и усилий по изменению окружающей среды.

Проект «Северная Карелия» показал высокую эффективность, обеспечив значимое сокращение заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и увеличение продолжительности жизни в Финляндии: к 2006 году уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Северной Карелии упал на 85% по сравнению с уровнем,

наблюдавшимся до начала реализации проекта. Если в 1972 году курило более половины взрослого населения региона, к 1997 году доля курящих сократилась до 31%. Если в 1970-е годы 90% респондентов сообщали, что преимущественно используют сливочное масло при приготовлении пищи, то к 2000 году этот показатель упал до 5% (табл. 1.9).

**Таблица 1.9. Изменение показателей основных факторов риска для здоровья в Северной Карелии в 1972-1997 гг. для населения среднего возраста (30-59 лет).**

| Год  | Мужчины    |                                         |                                  | Женщины    |                                         |                                  |
|------|------------|-----------------------------------------|----------------------------------|------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
|      | Курение, % | Содержание холестерина в крови, ммоль/л | Артериальное давление, мм.рт.ст. | Курение, % | Содержание холестерина в крови, ммоль/л | Артериальное давление, мм.рт.ст. |
| 1972 | 52         | 6,9                                     | 149/92                           | 10         | 6,8                                     | 153/92                           |
| 1977 | 44         | 6,5                                     | 143/89                           | 10         | 6,4                                     | 141/86                           |
| 1982 | 36         | 6,3                                     | 145/87                           | 15         | 6,1                                     | 141/85                           |
| 1987 | 36         | 6,3                                     | 144/88                           | 16         | 6,0                                     | 139/83                           |
| 1992 | 32         | 5,9                                     | 142/85                           | 17         | 5,6                                     | 135/80                           |
| 1997 | 31         | 5,7                                     | 140/88                           | 16         | 5,6                                     | 133/80                           |

Источник: Северная Карелия, 2011.

Как отмечается авторами проекта, его успех был связан с ориентацией в первую очередь на местный уровень, активное вовлечение местных органов власти и населения. Представители проекта работали, по сути, напрямую с населением, и за счет достаточно гибких интервенций практически постоянно воздействовали на повседневную жизнь граждан. Долгосрочная устойчивость обеспечивалась лидерскими качествами руководителей и должной институциональной подготовкой и поддержкой. Общая координация на национальном уровне осуществлялась Национальным институтом здравоохранения совместно с Министерством здравоохранения и социального развития. Кроме того, свою роль сыграло и международное взаимодействие: по мере развития в проекте использовались элементы «лучшей практики» и научных исследований, распространяемые ВОЗ и другими международными и зарубежными организациями.

**Словения: Национальная программа физической активности для укрепления здоровья 2007-2012 гг.**

Словенская программа NEPA (National Health Enhancing Physical Activity Programme) была разработана в качестве инструмента противодействия неинфекционным заболеваниям, в первую очередь, вызываемым избыточной массой тела и повышенным артериальным давлением (NEPA, 2007). В программе декларировалось, что физическая активность, благоприятно влияющая на здоровье, основана на трех «столпах»:

- спортивные развлечения (recreational sports);

- укрепляющая здоровье физическая активность на рабочем месте или в школах;
- активность, связанная с транспортом, перемещениями.

Стратегические цели программы были определены в виде результатов, которые предполагалось достичь с выделением количественных характеристик. Стратегические цели устанавливались отдельно для семи целевых групп:

- дети и подростки (до 18 лет);
- взрослое население (18-65 лет);
- пожилые;
- беременные;
- семьи;
- инвалиды;
- работники, находящиеся на рабочем месте.

Такое необычное выделение целевых групп объясняется желанием авторов программы определить как общие цели (например, для взрослого населения – «сокращение доли физически неактивных до 30%»), так и частные цели для более или менее узкой целевой группы (для работников - «внедрение стратегий физической активности в 10% крупных и средних предприятий»).

Мероприятия программы строились вокруг решения комплекса общих задач и формировались для каждой из целевых групп в табличном виде. Таблицы включали информацию о решаемых задачах, собственно мероприятиях, ответственных министерствах и непосредственных исполнителях. Пример представления мероприятий для целевой группы «взрослое население» приводится в таблице 1.10.

**Таблица 1.10. Комплекс мероприятий программы НЕРА для взрослого населения Словении.**

| Цели (задачи)                                                                     | Мероприятия                                                               | Ответственные министерства        | Исполнители                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Повысить осведомленность всего населения об оздоравливающей физической активности | Разработать и продвигать рекомендации по увеличению физической активности | Министерство здравоохранения      | Департамент укрепления здоровья и здорового образа жизни |
| Увеличить долю населения, регулярно занимающегося спортом, или же                 | Углубить знания и усилить мотивацию населения к занятию спортом           | Министерство образования и спорта | Институт здравоохранения Словении                        |
|                                                                                   | Предоставлять                                                             | Министерство окружающей среды     | Региональные институты здравоохранения                   |
|                                                                                   |                                                                           | Министерство экономики            |                                                          |

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>снизить долю граждан, ведущих неактивный образ жизни</p> <p>Внедрить рекомендации по осуществлению оздоравливающей физической активности</p> | <p>информацию о возможностях занятия спортом и активными видами отдыха в непосредственной близости от места проживания</p> <p>Повысить интенсивность консультационных услуг через рабочие группы в центрах обучения (health education centres)</p> <p>Расширить внедрение практических программ на основе пилотного проекта</p> <p>Подготовить планы действий для отдельных подгрупп (по полу, возрасту, образованию и месту жительства)</p> | <p>Министерство регионального развития и местного самоуправления</p> <p>Министерство сельского хозяйства, лесной и пищевой промышленности</p> | <p>CINDI (офис в Словении)</p> <p>Поставщики медицинских и образовательных услуг</p> <p>Институт спорта Словении</p> <p>Сельскохозяйственно-лесопромышленная палата</p> <p>СМИ</p> <p>Спортивные общества и клубы</p> <p>Органы местного самоуправления</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Источник: НЕРА, 2007.

#### 1.5.4. Распределение ответственности при реализации программ ЗОЖ

Как правило, каждая из рассмотренных программ и концепций сопровождается отраслевыми планами, в которых по каждому мероприятию приводятся наименования органов власти, отвечающих за это мероприятие и достижение поставленных целей. Состав ведомств, принимающих участие в реализации программ здорового образа жизни, не ограничивается органами здравоохранения, и, более того, как правило, выходит за рамки привычной триады «здравоохранение-образование – наука-культура – информирование».

В целом, набор органов власти примерно одинаков для всех рассмотренных государственных программ; одинаковы и сферы ответственности. Ниже предлагается обобщенный перечень, отражающий типовое распределение полномочий в сфере здорового образа жизни среди других, помимо министерства здравоохранения, органов власти:

- Министерство образования, министерство науки

- Разработка образовательных программ и обучение населения
- Внедрение норм ЗОЖ в стандарты и требования к преподавательскому составу
- Разработка информационных мероприятий
- Научные исследования
- Министерство культуры
  - Организация информационных кампаний и пропаганды
  - PR и массовые акции
- Министерство внутренних дел
  - Разработка ограничительно-рестриктивных мер
  - Проведение мероприятий по контролю ограничений
- Министерство окружающей среды
  - Туризм и внешние условия здорового образа жизни
- Министерство иностранных дел, министерство юстиции
  - Мониторинг зарубежного законодательства
  - Подготовка предложений по использованию лучшего опыта
- Министерство экономики
  - Разработка экономических мер поддержки ЗОЖ
  - Регулирование выпуска и продажи отдельных видов продукции
- Министерство труда
  - Требования по профессиональным ограничениям (запрет алкоголя, курения и др.)
  - Требования по обеспечению условий труда
- Национальные академии наук, академии медицинских наук
  - Научные исследования
- Статистические ведомства
  - Мониторинг качества и образа жизни
  - Мониторинг эффективности мероприятий ЗОЖ
- Органы стандартизации
  - Разработка стандартов безопасности (продукты питания, табачные изделия и др.)
  - Разработка стандартов обеспечения инфраструктурой для ведения здорового образа жизни.

*Таким образом, национальные программы и проекты в сфере поддержки здорового образа жизни в основном строятся в развитие международных практик и инициатив (в первую очередь основанных на рекомендациях ВОЗ).*

*Программы и стратегии по поддержке здорового образа жизни часто включаются в более общие программы развития здравоохранения; напротив, сама программа или стратегия здорового образа жизни может быть базисом для конкретного краткосрочного или среднесрочного плана, например, по сокращению употребления табака.*

*Структура и композиция программ и проектов определяется национальными стандартами и подходами к разработке стратегических документов.*

*Нигде здоровый образ жизни не является предметом ведения исключительно министерства здравоохранения; напротив, к этой деятельности активно подключаются другие органы, в том числе отвечающие за экологию и пищевую промышленность.*

*Неэффективность программ объясняется, как правило, недостаточным финансированием.*

*В рассмотренных странах бывшего СССР ограничительные меры (рост цен, запрет потребления и др.) демонстрируют большую эффективность по сравнению с информационно-пропагандистскими мерами; напротив, в странах Восточной Европы имеются примеры успешного продвижения принципов здорового образа жизни.*

*Хотя проекты и разрабатываются на национальном (государственном) уровне, их эффективность зависит от степени вовлечения населения, органов местного самоуправления и сообществ.*

## Глава 2. Анализ политики формирования ЗОЖ в Российской Федерации

### *2.1. Анализ тенденций и социально-экономических факторов, определяющих поведенческие привычки образа жизни*

Удручающее состояние здоровья российского общества, в том числе – экономически активного населения, вызывает в последние годы все большую тревогу не только у медиков. Во многом, это результат нездорового образа жизни людей. Россия на первом месте в мире по уровню смертности от внешних причин (среди которых основные – алкогольные отравления, несчастные случаи на дорогах, в быту и на производстве, вызванные алкогольным опьянением). По разным данным, среди российских мужчин от 60 до 65% курильщиков; более 50% взрослого населения страны страдает избыточной массой тела. По официальным данным Росстата, только за последние 5 лет численность впервые поставленных на учет больных сердечно-сосудистыми заболеваниями увеличилась на 53%, страдающих болезнями эндокринной системы и нарушениями обмена веществ – на 35%, онкологических больных – на 20% (в расчете на 1000 человек населения). Сегодня 9 из 100 российских граждан – инвалиды. Помимо прямых медицинских расходов и расходов на социальную помощь ухудшение здоровья и ранняя смертность взрослого населения несут экономике серьезные косвенные издержки, а также приводят к негативным внешним эффектам. Последствия, с точки зрения количественных и качественных характеристик рабочей силы, очевидны: сокращается доля населения, способного трудиться; увеличиваются потери рабочего времени из-за болезней. Снижается продуктивность работников; возможность и целесообразность обучения/переобучения рабочей силы оказываются под вопросом. Ухудшение здоровья взрослого населения становится причиной как снижения репродуктивности, так и заболеваемости детей, начиная с самых ранних возрастов. И хотя за последние 10 лет России удалось значительно сократить показатель младенческой смертности, он все еще остается в 2-3 раза выше, чем в развитых европейских странах. В экономических терминах, речь идет о сокращении человеческого капитала страны, что самым непосредственным образом отражается на показателях экономического роста и благополучия.

Между тем, среди причин, повышающих риски заболеваемости и смертности, большинство находятся во власти человека и могут быть, таким образом, объектом

управления государственной политики. Это, прежде всего, алкоголизм и курение, неправильное питание и низкая физическая активность, приводящая к избыточной массе тела. Рассмотрим последовательно тенденции в развитии этих факторов риска и проанализируем, какие социально-экономические показатели этому способствуют или препятствуют.

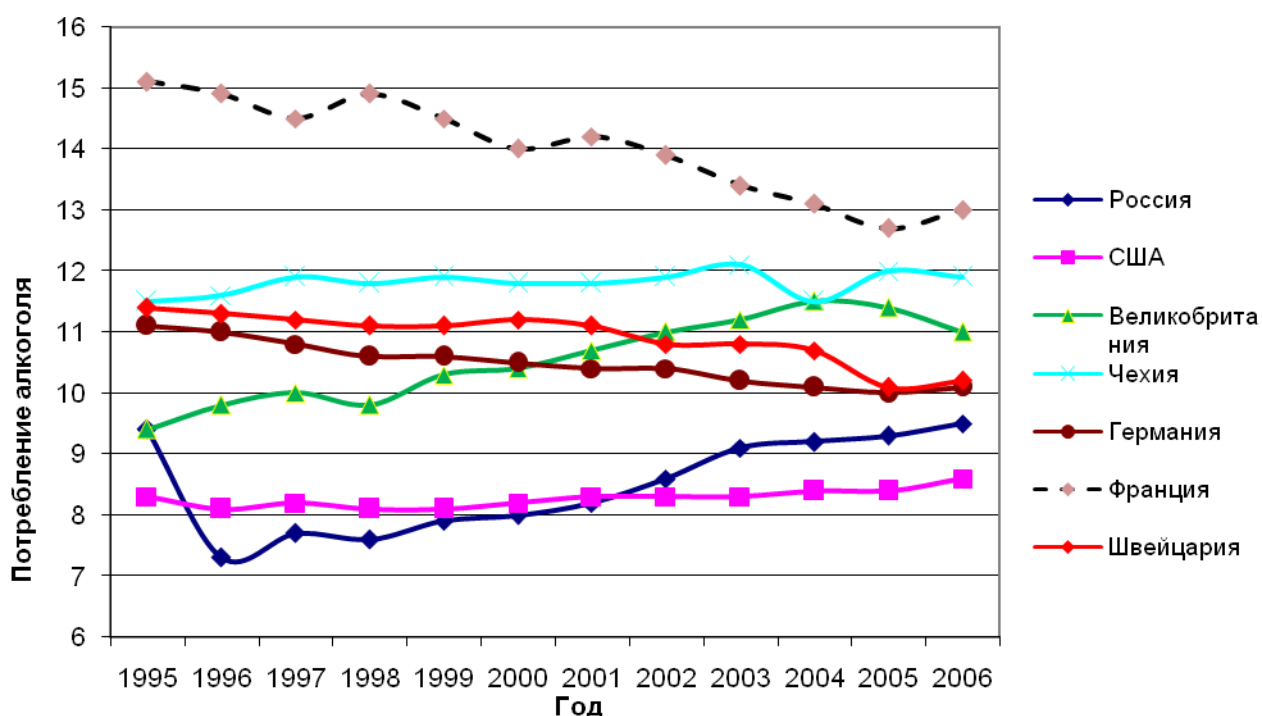
### 2.1.1 Вредное употребление алкоголя в России

#### *Тенденции в употреблении алкоголя*

Основным показателем, который доступен для международных сопоставлений уровня потребления алкоголя, является объем потребления в пересчете на чистый спирт в литрах на душу взрослого населения. Эти данные представлены в базе Всемирной организации здравоохранения «European health for all database» и в базе ОЭСР «OECD Health Data (Interactive edition)», но не по всем странам и не за все годы даже в рамках последних десяти лет. Важной характеристикой потребления алкоголя с точки зрения социальных последствий является частота его употребления, которая в международной статистике на макроуровне никак, к сожалению, не «улавливается».

С точки зрения формального показателя потребления алкоголя, Россия выглядит в целом неплохо на фоне других стран (рисунок 2.1). Среднее потребление алкоголя на душу взрослого населения в год в пересчете на чистый спирт составляло в 2010 г. 10,7 литров по данным Росстата, и многие страны как Западной, так и Восточной Европы обгоняют Россию по этому показателю. Однако, нужно принимать во внимание **высокую долю теневого рынка в России**, который, по оценкам экспертов, может «добавлять» еще около 5-8 литров в год к официальному показателю торговой статистики.

**Рисунок 2.1. Динамика потребления алкоголя за 1995-2006 гг. (в литрах чистого спирта на душу населения в год)**



Источники: OECD Health Data; Росстат.

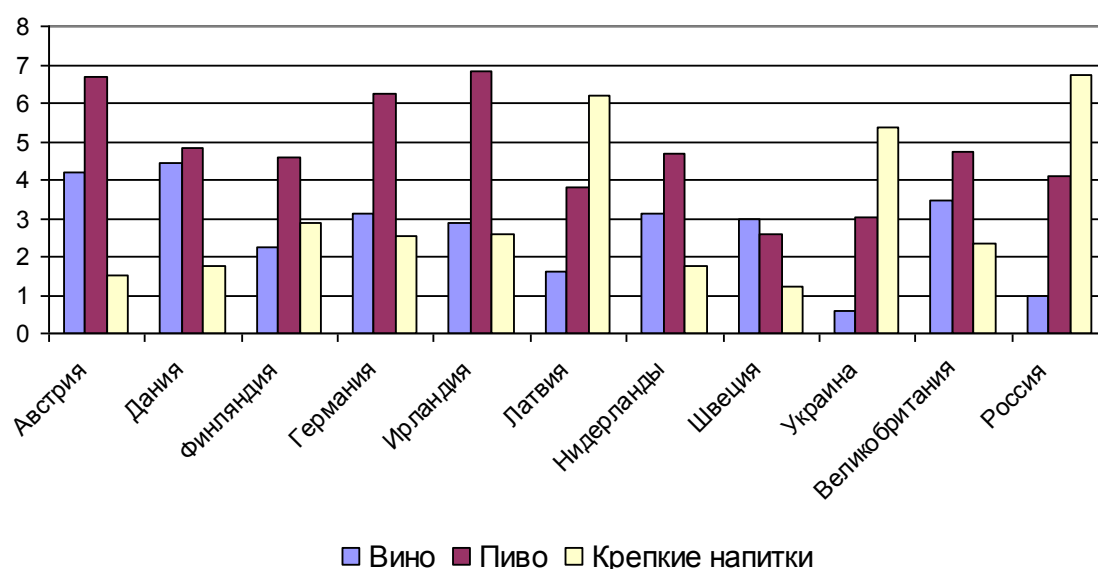
Кроме того, *потребление алкоголя существенно различается по регионам России*. Обращает на себя внимание относительно низкое (менее 6 литров на душу населения) потребление алкоголя в южных регионах Европейской части России: Ростовская и Саратовская области, Республики Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Чечня, Ингушетия, Калмыкия, Адыгея. Высокое (более 11,5 литров на душу населения) потребление алкоголя характерно для Московской, Ленинградской, Вологодской, Челябинской, Свердловской, Сахалинской областей, Республики Коми, Хабаровского и Камчатского края, Чукотского автономного округа, а также для Москвы и Санкт-Петербурга. Наличие в данном списке городов, осуществляющих столичные функции, обусловлено, по-видимому, тем, что потребление алкоголя осуществляется не только жителями указанных городов, но и значительным количеством приезжих, что обуславливает завышенный уровень рассматриваемых показателей.

Результаты анализа межрегиональных различий в структуре потребляемых алкогольных напитков позволяют сделать вывод о том, что основными продуктами, обуславливающими различия в потреблении абсолютного алкоголя, являются водка и ликероводочные изделия. *Такая структура соответствует «северному» стилю потребления алкоголя, в соответствии с которым потребление алкоголя*

*осуществляется преимущественно в виде крепких напитков (водка, самогон) единовременными большими дозами.* Для стран с северным стилем потребления алкоголя – России (а в недавнем прошлом – Швеции, Финляндии) свойственна тяжёлая алкогольная ситуация, характеризующаяся распространённостью алкоголизма среди населения, высокой заболеваемостью и смертностью, обусловленной алкоголем, в отличие от стран с «южным» стилем потребления алкоголя, главным образом в виде вина и пива, для которых алкоголизм не является острой медицинской или социальной проблемой (Италия, Франция, Испания и др.) (Огурцов, 2000).

При этом *в общем объеме потребления алкоголя в России значительная (около 50%) доля спиртных напитков приходится на крепкий алкоголь.* И если в традиционно «пивных» странах, таких как Великобритания, Дания, Германия, Нидерланды, Чехия, потребление пива в последнее десятилетие снижается и замещается вином, то в России оно растет бурными темпами, только с 2000 по 2008 год - более чем вдвое. При этом потребление крепких напитков сокращается совсем незначительно, так что суммарное потребление алкоголя неуклонно растет (Колосницyna, 2011). Более половины выпиваемого в России алкоголя (в пересчете на литры чистого спирта) – это водка и другие крепкие напитки (см. рис. 2.2).

**Рисунок 2.2. Структура употребляемых спиртных напитков, в литрах на человека, в пересчете на чистый спирт, 2006 год**

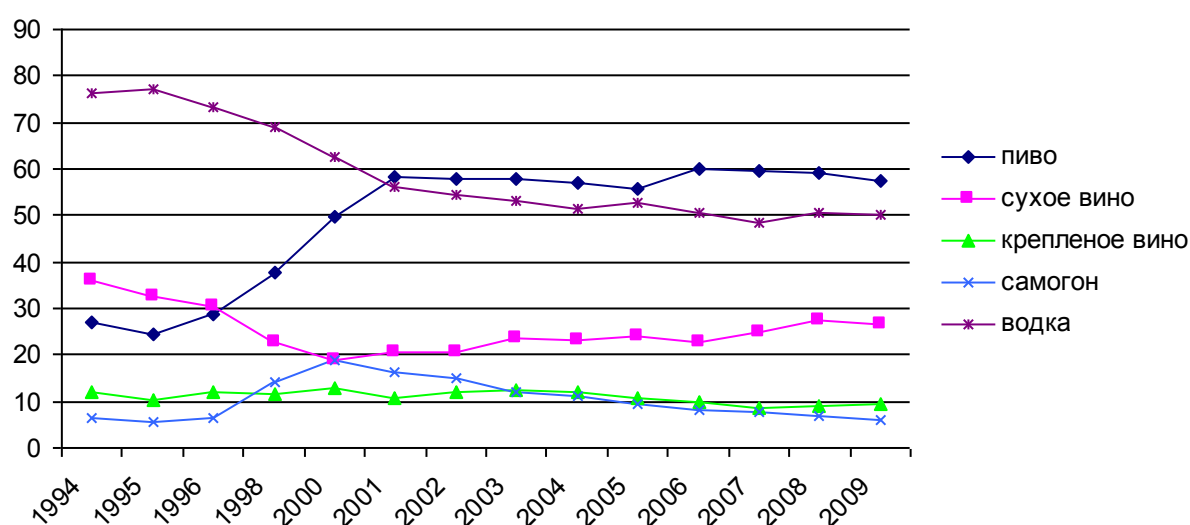


Источник: WHO European Health for All Database

Важно отметить динамику: среди «пьющего» населения доля тех, кто употребляет водку, действительно, сокращалась с начала 1990-х гг. и до начала 2000-х, доля пьющих

пиво, напротив, росла. Однако в последние десять лет доли пьющих водку и пиво стабилизировались примерно на одном уровне (50-60%) (рис.2.3). Причем исследования, сделанные на основе микроданных и региональной статистики, убедительно показывают, что это одни и те же люди – корреляция между потреблением водки и пива близка к стопроцентной<sup>6</sup>. *Пиво, таким образом, не замещает, а дополняет крепкие спиртные напитки.* Однако именно употребление крепких напитков статистически значимо влияет на здоровье, в отличие от пива или вина (Денисова, 2010).

**Рисунок 2.3. Доля употребляющих различные спиртные напитки среди взрослого населения, употребляющего алкоголь, %**



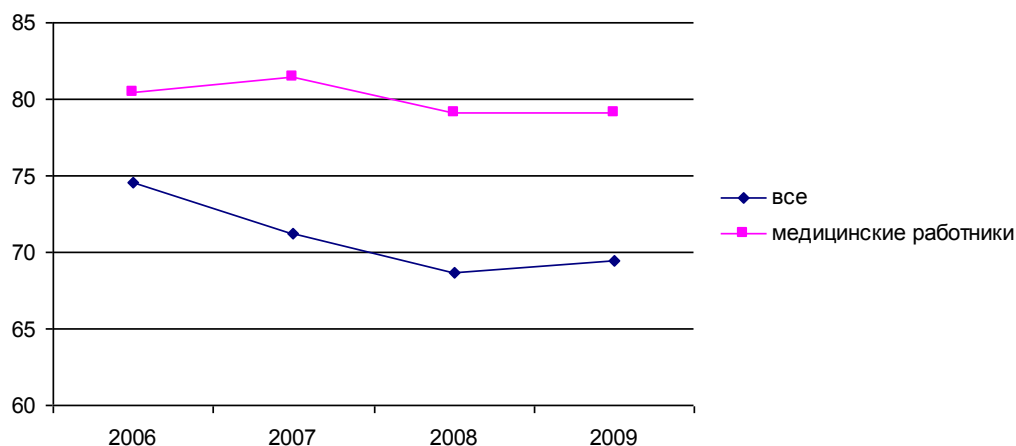
Источник: РМЭЗ

Помимо превышения средних годовых норм потребления алкоголя, в России *высока доля населения, употребляющего алкоголь эпизодически, но с превышением разовых безвредных для организма доз.*

Интересно, что доля медицинских работников, потребляющих алкоголь, существенно выше среднего уровня (рис. 2.4.). Эти результаты согласуются с результатами многих зарубежных исследований, подтверждающих, что среди лиц, занятых в медицине, процент употребляющих алкоголь выше, чем в среднем.

<sup>6</sup> По данным исследования «Социально-экономические детерминанты здорового образа жизни», рук. Колосницына М.Г., Засимова Л.С., ЦФИ НИУ ВШЭ, 2010.

**Рисунок 2.4. Динамика доли медицинских работников, потребляющих алкоголь хотя бы иногда, % от данной категории**



Источник: РМЭЗ, 2006-2009 гг.

Важно, что *потребление алкоголя распространено среди молодежи сильнее, чем среди взрослого населения*. Подавляющее большинство студентов (87%) хотя бы время от времени употребляют спиртные напитки, 12,1% юношей и 10,9% девушек злоупотребляют алкоголем, причем в случае злоупотреблений речь идет, прежде всего, о крепких напитках (водка, коньяк). По данным РМЭЗ, дневную и недельную норму потребления чаще превышает молодежь, а не взрослое население.

Более детальный анализ показывает, что молодежь «обгоняет» взрослых по интенсивности употребления алкоголя за счет того, что молодые девушки значительно более склонны к этой привычке, чем взрослые женщины. Для мужчин показатели злоупотребления алкоголем практически не различаются, распространенность привычки даже несколько ниже в молодом возрасте (табл. 2.1).

**Таблица 2.1. Потребление алкоголя в разных социально-демографических группах, 2009 г., РМЭЗ**

|                     | Злоупотребляющие<br>алкоголем, в % от всех<br>опрошенных в данной<br>группе | Злоупотребляющие<br>алкоголем, в % от всех<br>употребляющих алкоголь в<br>данной группе |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Мужчины, (>24 лет)  | 18%                                                                         | 23%                                                                                     |
| Юноши, (16-23 г.)   | 13%                                                                         | 22%                                                                                     |
| Женщины, (>24 лет)  | 5%                                                                          | 6%                                                                                      |
| Девушки, (16-23 г.) | 7%                                                                          | 14,6%                                                                                   |

Источник: РМЭЗ, 2009

Молодых людей отличает и специфическая *структура потребления алкогольных напитков* – согласно данным РМЭЗ, они существенно чаще, чем взрослые, пьют пиво и слабоалкогольные коктейли и реже пьют водку (табл. 2.2).

**Таблица 2.2. Доля населения, потребляющего различные алкогольные напитки среди тех, кто потреблял алкоголь в 2009 г., РМЭЗ**

|                        | Мужчины (>24 лет) | Юноши (16-23 г.) | Женщины (>24 лет) | Девушки (16-23 г.) |
|------------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| <b>водка</b>           | 70%               | 33%              | 35%               | 42%                |
| <b>пиво и коктейли</b> | 65%               | 90%              | 40%               | 70%                |
| <b>вино</b>            | 20%               | 17%              | 40%               | 42%                |

Источник: РМЭЗ, 2009

Таким образом, основные негативные тенденции в потреблении алкоголя (рост абсолютного количества потребления алкоголя, доминирование крепких напитков, совмещение крепких и слабоалкогольных напитков, потребление нелегальной алкогольной продукции), сформировавшиеся у взрослого населения, характерны и для молодежи, а некоторые из них проявляются у молодых людей даже в более сильной форме.

### ***Социально-экономические факторы, влияющие на вредное употребление алкоголя***

Исследование, проведенное в 2010 г. в НИУ ВШЭ позволило выявить факторы, влияющие на потребление алкоголя на макро- и микроуровнях (т.е. на уровне регионов и на индивидуальном уровне)<sup>7</sup>.

На региональных данных авторы отдельно анализировали потребление различных спиртных напитков – водки, вина, пива и т.д. На основании проведенного авторами регрессионного анализа был сделан вывод о том, что основной макроэкономической детерминантой, обуславливающей межрегиональные различия в потреблении алкоголя, является среднедушевой доход. Показатель доли безработных, вошедший во все построенные модели с отрицательным знаком, может рассматриваться в качестве косвенной характеристики дохода, т.к., при прочих равных условиях, увеличение безработицы приводит к уменьшению среднедушевого дохода и наоборот. Структура населения региона по полу, для отражения которой использовался показатель «доля мужского населения» оказалась значимым фактором только в модели потребления водки. Потребление крепких и слабоалкогольных напитков демонстрирует сильную взаимосвязь:

<sup>7</sup> По данным исследования «Социально-экономические детерминанты здорового образа жизни», рук. Колосницына М.Г., Засимова Л.С., ЦФИ НИУ ВШЭ, 2010.

за редким исключением регионы, лидирующие по потреблению слабоалкогольных напитков, лидируют и по потреблению крепких напитков (Kossova et al., 2012).

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что коэффициент Джини, характеризующий неравномерность распределения доходов, оказался незначимым и не вошел ни в одну из построенных моделей. Также оказался незначимым показатель «доля городского населения» при значимости плотности населения, вошедшей в модели потребления водки и абсолютного алкоголя.

В качестве основы *микроэкономического исследования* использовались данные РМЭЗ за 2009 год. Факторы, влияющие на потребления алкоголя мужчинами и женщинами (от 16 лет и старше), рассматривались отдельно, т. к. ранее проводимые исследования выявляли существенные различия в потреблении алкоголя лицами разного пола. Кроме того, анализ проводился не только для всей выборки в целом, но и отдельно для молодежи. Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

Наиболее существенные различия в потреблении алкогольной продукции наблюдаются между мужчинами и женщинами, разница в потреблении между представителями одного пола разного возраста не столь существенна. Она определяется не столько различиями в факторах, влияющих на факт потребления и объем потребления, сколько в степени этого влияния. Молодежь более чувствительна к изменениям факторов, чем взрослые в целом. Данный вывод совпадает с результатами эмпирических исследований, проводимых в других странах.

*Проживание индивидов в городе* положительно влияет на факт и объемы потребления алкоголя. Это справедливо как для мужчин, так и для женщин, как для всего населения, так и для молодежи. Т.е. распространенное мнение о том, что на селе пьют больше, не подтвердилось.

*Проживание индивида с партнером* (в официальном или гражданском браке) положительно влияет на факт потребления алкоголя и отрицательно на объемы его потребления – для всех рассмотренных групп населения.

*Рост трудовых доходов*, а также переход на более высокую ступень, характеризующую самооценку уровня благосостояния положительно влияет на факт и объем потребления алкоголя для всех рассмотренных групп населения.

*Потребление алкоголя на улице* (во дворе, в парке, в подъезде и т.д.) способствует увеличению объемов выпитого спиртного.

Анализ *молодежного потребления алкоголя* по данным РМЭЗ и специального студенческого опроса показал, что на потребление алкогольной продукции влияют следующие факторы (Засимова, Колосницына, 2011):

*Уровень благосостояния.* Анализ данных РМЭЗ и студенческого опроса подтвердил, что уровень благосостояния выше среднего положительно влияет как на вероятность потребления, так и на объем потребления алкоголя у молодых мужчин и женщин. В среднем, при переходе с низкого уровня благосостояния на более высокий, потребление алкоголя возрастает на 4-6% у женщин и почти на 16% у мужчин.

*Занятия спортом.* Результаты РМЭЗ и студенческого опроса показали, что если молодой человек или девушка занимается физической культурой интенсивно (более 4 раз в неделю), то потреблять алкоголь он будет меньше, чем молодые люди, которые не занимаются физкультурой с такой интенсивностью (потребление сокращается на 2-7% в зависимости от выборки и пола). Возможно, это связано с тем, что у молодых людей, увлеченных спортом, относительно меньше свободного времени, и/или проведение досуга в меньшей степени ассоциируется с потреблением алкоголя.

*Соблюдение диеты.* Данные студенческого опроса выявили, что соблюдение диеты снижает вероятность начала потребления алкоголя у девушек на 5%.

*Место проживания.* И данные РМЭЗ, и данные студенческого опроса подтвердили, что вероятность того, что молодые люди будут потреблять алкоголь, выше в городе, чем в селе или поселке городского типа (примерно на 16% - РМЭЗ). Причина может быть в том, что в городе проще купить алкоголь (больше точек продаж). Объемы индивидуального потребления алкоголя в городе также выше при прочих равных условиях, чем в сельской местности или в поселке городского типа.

Студенческий опрос показал, что если студент живет в общежитии, то он потребляет алкоголя несколько больше по сравнению с другими местами проживания (дома с родителями, в своей или съемной квартире). Возможная причина – влияние социального окружения, периодические студенческие сборы, на которых часто присутствует алкоголь.

*Место потребления алкоголя.* Анализ данных РМЭЗ показал, что если молодые люди потребляют алкоголь на улице, то объемы их потребления будут выше, чем в других местах. Потребление алкоголя в гостях также увеличивает объем выпитого спиртного. Меньше всего алкоголя потребляется в ресторанах. Результаты студенческого опроса показывают, что студенты, потребляющие алкоголь на улицах и в барах, пьют больше, чем те, кто предпочитают другие места потребления алкоголя.

В среднем потребление алкоголя на улице, в парках и подъездах приводит к существенному увеличению объемов потребления алкоголя по сравнению с другими местами (примерно на 300 гр. этанола в месяц больше в расчете на пьющего, чем в других местах).

*Возраст.* И данные РМЭЗ, и результаты студенческого опроса указывают на то, что с возрастом вероятность потребления алкоголя и объем его потребления растут и у мужчин, и у женщин.

*Наличие работы и учебы.* Наличие работы и/или учебы положительно влияет на вероятность потребления алкоголя у мужчин и женщин. В среднем, наличие работы при прочих равных увеличивает вероятность потребления алкоголя на 7%.

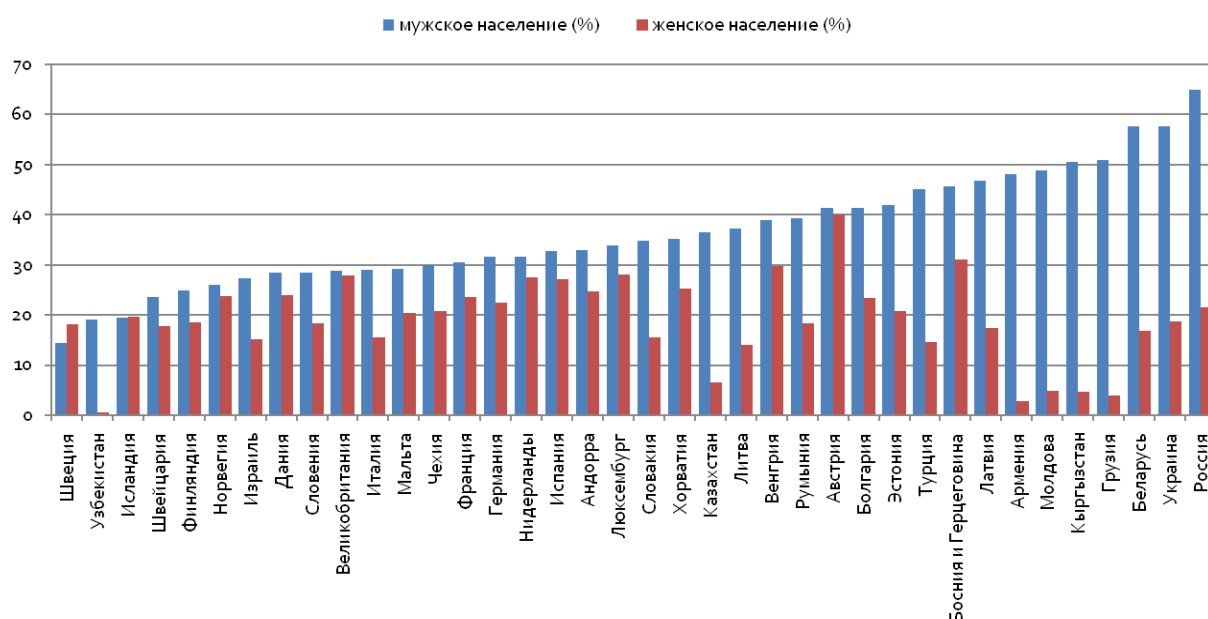
*Перегрузки по месту учебы и/или совмещение учебы с работой* увеличивают вероятность начала потребления алкоголя примерно на 10% у мужчин.

## 2.1.2. Употребление табака

### *Тенденции распространенности курения*

Несмотря на наличие разных оценок потребления табачной продукции в России, все эксперты сходятся во мнении, что распространенность курения в нашей стране одна из самых высоких в мире (рис. 2.5). Такие высокие показатели курения связывают с ростом потребления табачной продукции молодыми людьми. Согласно данным, представленным в докладе Общественной палаты Российской Федерации «Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления» две трети (66%) российских подростков в возрасте от тринадцати до шестнадцати лет имели опыт курения и чуть больше одной трети (35,4%) курят регулярно.

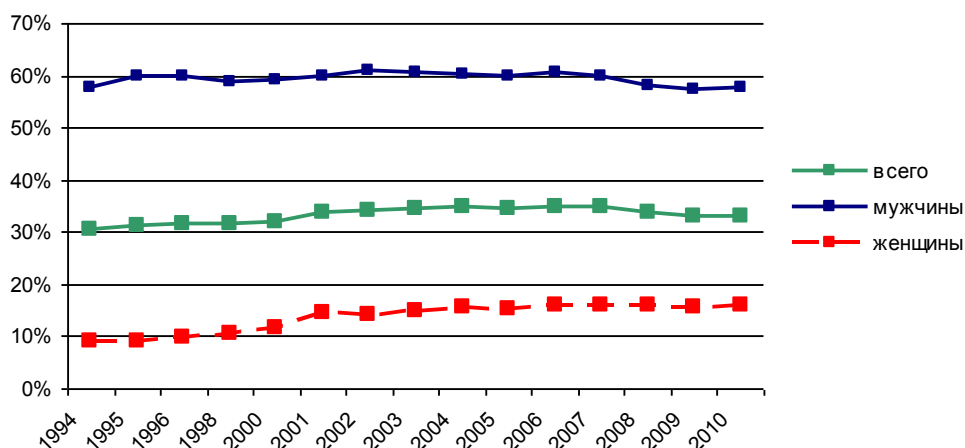
**Рисунок 2.5. Распространенность курения среди взрослого населения в некоторых странах, в % , 2005 г.**



Источник: WHO, 2007.

Многочисленные исследования и опросы населения свидетельствуют о крайне неблагоприятных тенденциях, сформировавшихся в последние 20-25 лет. На этот период приходится *увеличение общего числа курильщиков в нашей стране* (рис. 2.6).

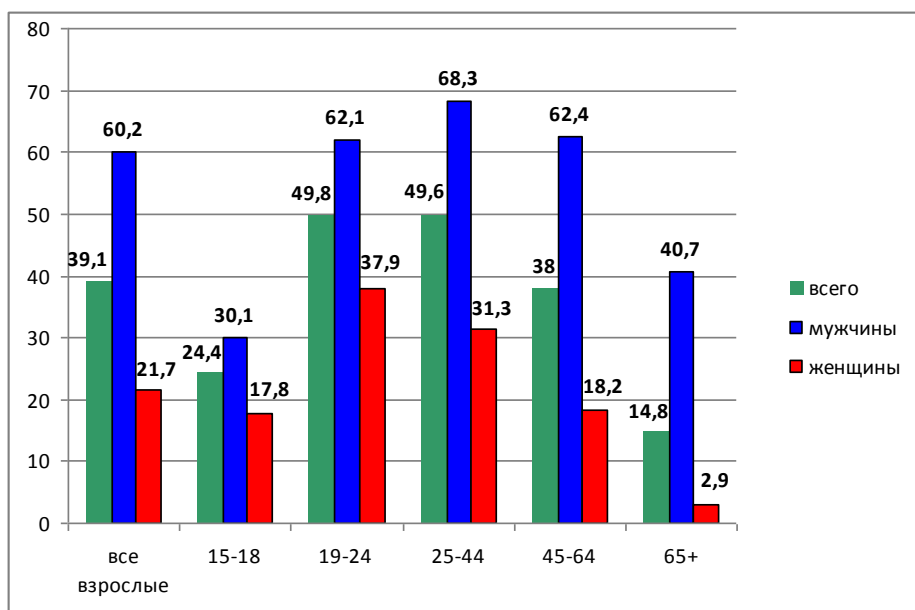
**Рисунок 2.6. Распространенность курения в России 1994-2010гг.**



Источник: РМЭЗ

Как видно из приведенного графика, в последнее время происходило выравнивание распространенности курения среди юношей и девушек за счет *опережающего роста молодых курильщиц*. В России мужчины всегда курили больше, чем женщины, однако данные GATS (GATS, 2009) указывают на то, что девушки сегодня курят намного больше, чем их матери и тем более бабушки (рис.2.7).

**Рисунок 2.7. Распределение курильщиков по возрастным группам в России**

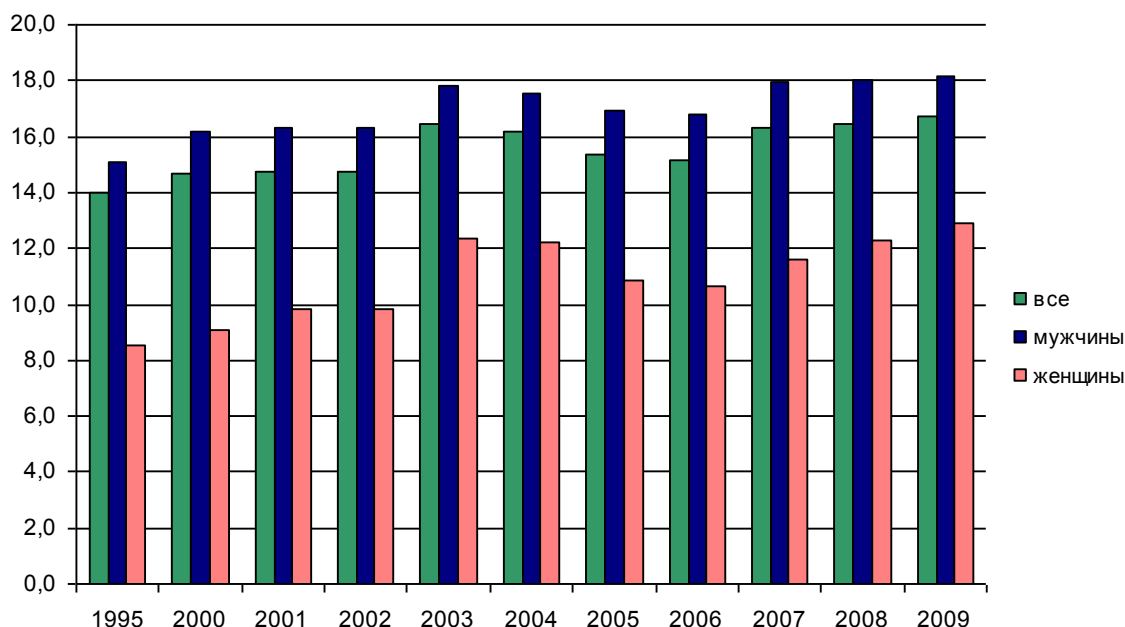


Источник: GATS, 2009.

Другая негативная тенденция, это - **снижение возраста начала курения**. Если в 1993 году подростки пробовали сигареты в среднем в 15 лет, то в 2009 году уже в 11-12 лет (Доклад ОП РФ, 2009b). Сегодня около 17% взрослых курильщиков признаются, что начали ежедневно курить в возрасте моложе 15 лет, и еще 46,6% населения заявляют, что пристрастились к ежедневному курению в возрасте 15-18 лет (GATS, 2009).

Кроме того, на протяжении последних десятилетий **увеличивалось среднее количество сигарет, выкуриваемых в день** (рис. 2.8). В результате, в 2009 году среди ежедневных курильщиков 62,7% выкуривают более 15 сигарет в день. Среди юношей и девушек 15-18 лет 38,8%, выкуривают в день 10-14 сигарет, и еще 35,7% выкуривают 15 и более сигарет в день (GATS, 2009).

**Рисунок 2.8. Среднедневное число выкуриваемых сигарет, шт.**



Источник: РМЭЗ

И, наконец, еще одна негативная тенденция – **распространение альтернативных форм табачной продукции** (жевательный, нюхательный табак и др.), в особенности кальяна. В России с 1994 года наблюдался переход населения на сигареты с фильтром, которые к 2006 году составляли почти 90% рынка табачной продукции (Засимова, Лукиных, 2009). Однако на фоне этого все большее распространение получали другие виды табачной продукции, особенно курение кальяна. По данным GATS в 2009 году 3,8% взрослого населения курили кальян, а в возрастной группе от 19 до 24 лет – 12%.

Таким образом, рост распространенности курения в России происходил за счет приобщения к нему молодежи (и особенно молодых женщин). Традиционно считается, что молодым людям свойственно недооценивать последствия будущих событий, в т.ч. и последствия курения. Косвенно это подтверждают и данные проведенного в 2010 г. опроса студентов (опрос НИУ ВШЭ - СамГМУ): 76% курящих студентов заявили, что не будут курить через 5 лет. Столь оптимистичные ожидания вряд ли оправдаются, ведь согласно данным обследования GATS в России, из курильщиков, попытавшихся бросить курить, только 11,2 % добились успеха, тогда как в 88,8 % случаев эти попытки оказались неудачными.

Микроданные говорят о том, что многие курильщики не считают свой образ жизни нездоровым, в том числе и те, у кого есть высшее и даже высшее медицинское образование. В ходе студенческого опроса 2010 года более 40% курящих студентов оценили свой образ жизни как здоровый. При этом доля курильщиков среди студентов-медиков составила 29%, а среди студентов-немедиков – 23%. Более отчетливые различия установлены в рамках международного исследования курения молодежи – данные для России за 2008 год показывают, что будущие врачи курят почти в 1,5 раза чаще, чем студенты, обучающиеся по другим направлениям (American Cancer Society, 2009). Подобное соотношение прослеживается и в когорте взрослых людей: курильщиков среди медиков гораздо больше, чем среди представителей других профессий (44% - среди стоматологов, 43% - среди фармацевтов, 39% - среди врачей другого профиля (American Cancer Society, 2009), тогда как в среднем курят около 35% взрослых россиян).

### ***Социально-экономические факторы, влияющие на потребление табака***

Исследование, проведенное на данных РМЭЗ за 2006 год, позволило выявить факторы, влияющие на курение у *взрослого населения* (Засимова, Лукиных, 2009). Так, удалось подтвердить влияние факта привыкания на объем потребления сигарет и у мужчин и у женщин: чем дольше стаж курения, тем больше сигарет ежедневно выкуривает индивид. Чем в более раннем возрасте он/она начал/а курить, тем сильнее привычка, и больше количество ежедневно потребляемых сигарет. При прочих равных условиях каждый дополнительный год курения приводит к увеличению среднеедневного потребления табачной продукции почти на 1% в год и для женщин и для мужчин. Снижение возраста начала курения на 1 год приводит к росту ежедневного количества выкуриваемых сигарет на 1,5% у мужчин и на 1,3% у женщин.

Среди прочих факторов, способствующих росту числа ежедневно выкуриваемых сигарет у мужчин, – среднедушевые доходы и проживание в Москве и Санкт-Петербурге.

Для них существенны также факторы, связанные с семейным статусом. Женатые мужчины, у которых есть дети, курят в среднем больше, чем одинокие. У мужчин образование не влияет на количество потребляемого табака.

Также как у мужчин, у женщин проживание в столичных городах оказывает положительное влияние на объем курения. Причем этот фактор на женщин действует гораздо сильнее, чем на мужчин. Столичные курильщицы в среднем выкуривают на 19% больше, чем жительницы других населенных пунктов. В отличие от мужчин для женщин значимым оказался фактор образования – женщины с высшим образованием ежедневно выкуривают меньше сигарет, чем женщины, не имеющие высшего или законченного среднего образования. Другие факторы (семейный статус, наличие несовершеннолетних детей и среднедушевые доходы) не оказывают значимого влияния на количество ежедневно потребляемых сигарет.

Цена табачной продукции оказалось значимой только при ее соотнесении с доходами индивидов, и то значение ценовой эластичности было крайне низким.

Анализ *молодежного курения* по данным РМЭЗ и специального студенческого опроса показал, что на потребление табачной продукции влияют следующие факторы (Засимова, Матьянов, 2012):

*Цена за пачку сигарет.* В исследованиях по РФ ценовой фактор в потреблении табака часто оказывается незначимым и/или коэффициенты эластичности потребления по цене крайне низки по сравнению с другими странами. Это обычно объясняют крайне низкими значениями реальных цен на сигареты и их высоким разбросом, позволяющим курильщикам переходить на более дешевые аналоги при увеличении цен или снижении дохода курящего. Тем не менее, анализ данных РМЭЗ за 2009 г. показал, что рост цены сигарет оказывает (хоть и не столь сильное, как в развитых странах) влияние на вероятность курения у женщин, но не влияет на мужчин. Увеличение цены пачки сигарет на 1 руб. вызывает снижение вероятности курения девушек на 0,95 %. Анализ данных студенческого опроса показал, что рост цены пачки сигарет на 1 руб. приводит к снижению количества ежедневно выкуриваемых сигарет у женщин на 0,045 сигареты в день, и не влияет на курение мужчин.

*Стаж курения.* Согласно данным РМЭЗ, с ростом стажа курения на один год наблюдается рост числа ежедневно потребляемых сигарет на 0,23 сигареты у женщин и на 0,65 сигареты у мужчин. Это означает, что в среднем женщина увеличивает среднеедневное число выкуриваемых сигарет на 1 штуку за четыре года, мужчины - за два года.

*Курение одного из родителей.* Данные РМЭЗ выявили, что курение родителей приводит к увеличению вероятности курения женщин на 3,4% и мужчин на 6,9 %. Данные студенческого опроса подтверждают эту зависимость: курение родителей приводит к увеличению вероятности курения респондента женского пола на 6% и увеличению вероятности курения респондента мужского пола на 7,8%.

*Пассивное курение.* На основе данных студенческого опроса удалось установить, что подверженность пассивному курению на работе увеличивает вероятность курения студентом-женщиной на 10,2%, студентом-мужчиной – на 12,9%. При этом подверженность пассивному курению в месте проживания повышает вероятность курения студенток на 4,9%, студентов – на 6,4%. Кроме того, само по себе наличие работы положительно влияет и на вероятность курения, и на число ежедневно выкуриваемых сигарет. Это может быть связано как с дополнительным стрессом из-за совмещения учебы и работы, так и с распространенностью и толерантным отношением работодателей и сотрудников к курению на рабочем месте (Засимова, Колосницына, 2011).

*Употребление алкоголя.* С помощью данных РМЭЗ была выявлена положительная зависимость между курением и употреблением алкоголя. Согласно результатам студенческого опроса, употребление алкоголя увеличивает вероятность курения девушек на 17,2 % и юношей – на 21,1% (Засимова, Колосницына, 2011).

*Образование.* Данные РМЭЗ позволили обнаружить отрицательное влияние образования на вероятность курения молодых людей (и юношей, и девушек).

*Успеваемость.* На основе данных студенческого опроса обнаружена зависимость между успеваемостью и курением: молодые люди, успеваемость которых выше среднего, курят с меньшей вероятностью, чем менее успешные студенты. Для девушек разница составляет 6,1 %, для юношей – 8,6 %.

Таким образом, наблюдаются существенные отличия в факторах, влияющих на курение и потребление алкоголя молодыми людьми, несмотря на то, что была выявлена положительная зависимость между этими привычками. Это означает, что при разработке государственной политики необходимо учитывать особенности формирования каждого из факторов риска.

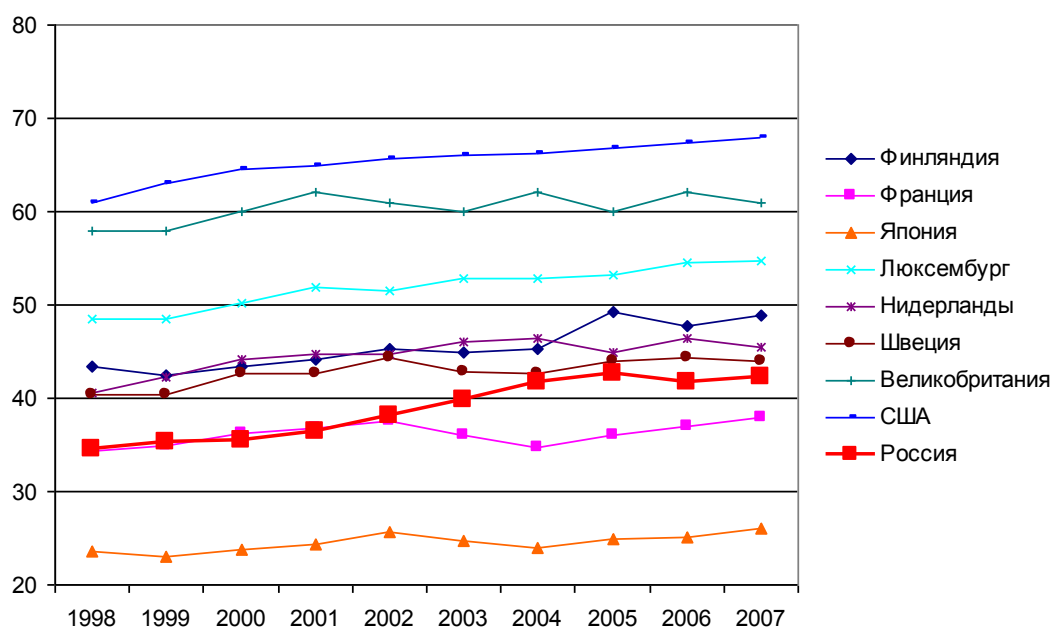
### 2.1.3. Избыточная масса тела и ожирение

#### *Тенденции распространенности избыточной массы тела и ожирения*

Сегодня различные организации проводят оценки доли лиц, страдающих ожирением в России. Так, данные исследования Российского индекса целевых групп компании Synovate Comcon, основанные на опросах населения, свидетельствуют о том, что в 2011 году ожирением страдало около 16% россиян, тогда как в 2005 – 13%. Оценки ВОЗ для 2005 года показывали, что среди российских мужчин 9,6% страдало ожирением, а среди женщин – 23,6%.

Показатели избыточной массы тела и ожирения, отражающие нездоровый образ жизни населения, говорят о том, что для России эта проблема не менее остра, чем для развитых экономик Западной Европы – *почти половина взрослого населения страдает избыточной массой тела или ожирением, и эти показатели стабильно растут* (рис.2.9). Важно отметить, что избыточная масса тела – не только индикатор неправильного питания и низкой физической активности, это само по себе повышает риск развития многих заболеваний: сахарного диабета II типа, гипертонической болезни, артрита, некоторых видов новообразований.

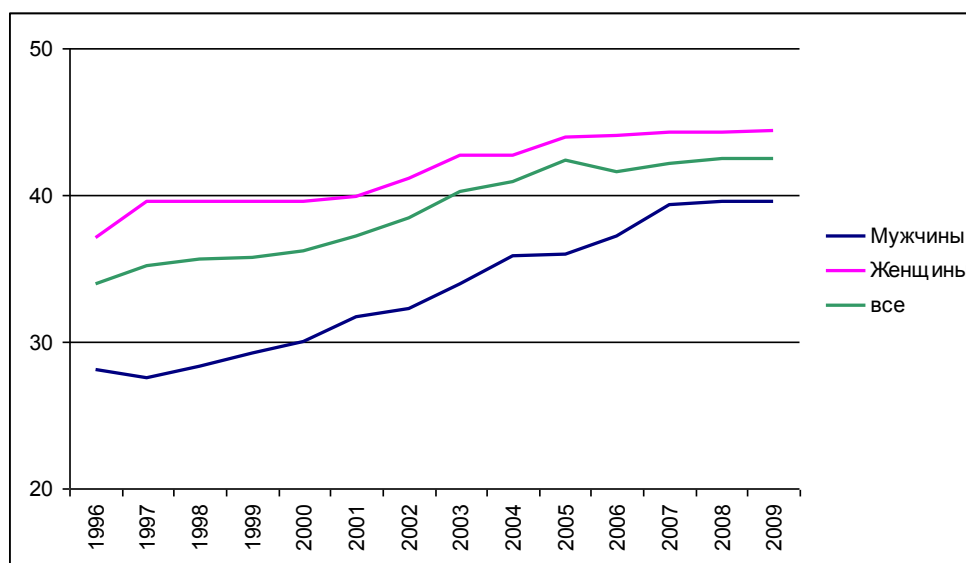
**Рисунок 2.9. Динамика доли взрослого населения с избыточной массой тела (ИМТ $\geq$ 25) в странах ОЭСР и России, 1998-2007 гг., (%)**



Источник: OECD Health Data; РМЭЗ

В последние годы *избыточная масса тела в России становится все большей проблемой не только женщин, но и мужчин* (рис. 2.10).

**Рисунок 2.10. Динамика доли взрослого населения с избыточной массой тела (ИМТ $\geq$ 25) в России, 1996-2009 гг. (%)**



Источник: рассчитано по данным РМЭЗ

По данным Российского индекса целевых групп компании Synovate Comcon среди опрошенных женщин 19% страдают ожирением – это на треть ниже показателя у мужчин (12%), для которых более характерен избыточная масса тела (36% по сравнению с 27% у женщин) (рис. 2.11).

**Рисунок 2.11. Распределение взрослого населения в зависимости от ИМТ $\geq$ 25 в России, 1995-2011 гг. (%)**



Кроме того, *наличие избыточной массы тела или ожирения напрямую связано с возрастом* – треть населения России старше 25 лет и половина старше 35 лет имеют одну из этих проблем. К 55 годам нормальный вес имеет только каждый третий житель страны (рис. 2.12).

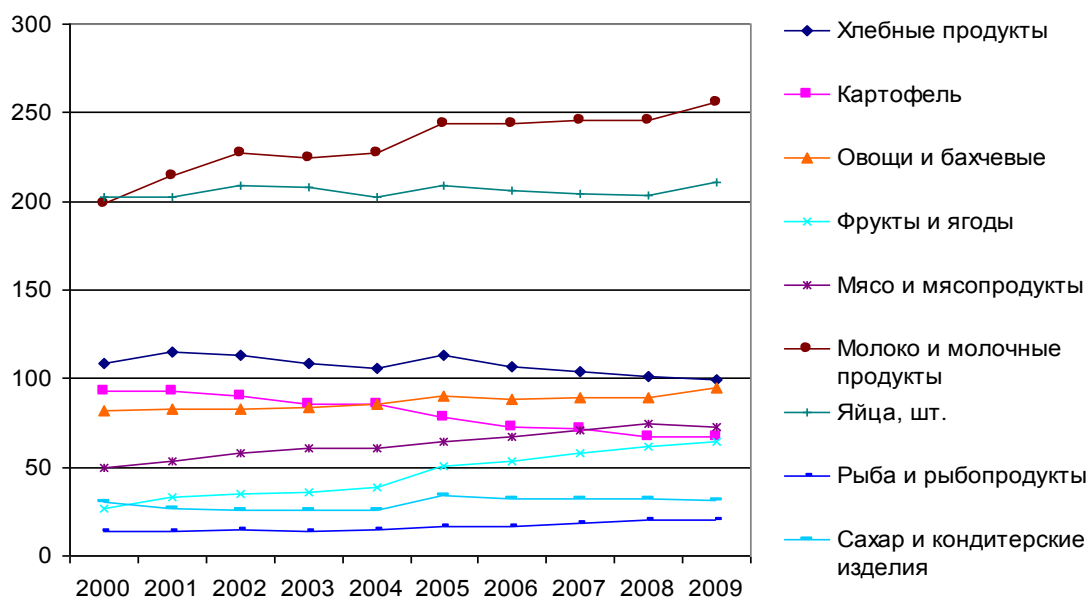
**Рис. 2.12. Распределение взрослого населения России в зависимости от ИМТ $\geq$ 25 по возрастным группам, 2011 гг. (%)**



Среди причин избыточной массы тела выделяют две основных – неправильное питание и низкую физическую активность. Рассмотрим их подробнее.

Данные о питании населения, доступные на микроуровне, свидетельствуют о том, что *потребление почти всех пищевых продуктов в последние годы стабильно растет, причем во всех доходных группах, даже самых обеспеченных.*

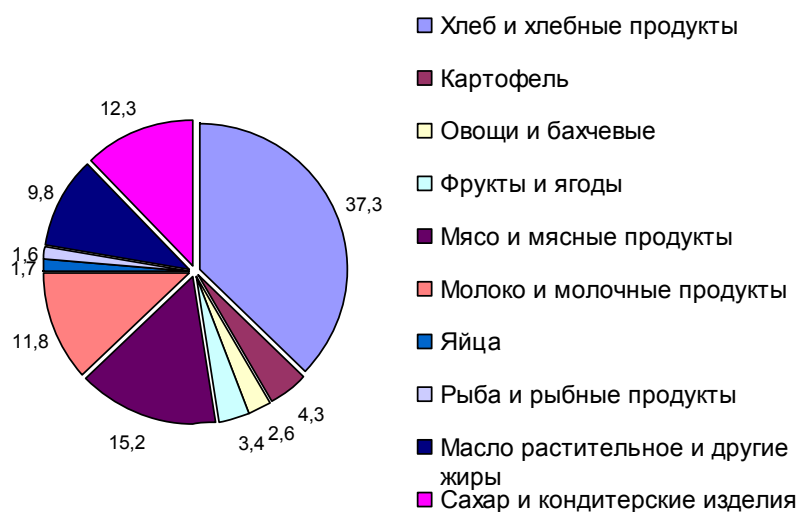
**Рисунок 2.13. Динамика потребления основных продуктов питания в расчете на душу населения, 2000-2009 гг., кг**



Источник: Росстат, ОБДХ

И хотя потребление хлебобулочных изделий и картофеля стало в последние годы видимо сокращаться, а сахара и кондитерских изделий – стабилизировалось, в целом *структура питания российского населения весьма далека от рациональной*. Так, более половины суточного потребления энергии поступает именно за счет относительно недорогих хлебобулочных изделий, кондитерских изделий и картофеля, то есть так называемых «плохих» углеводов (рис. 2.14).

**Рисунок 2.14. Структура энергетической ценности суточного рациона домашнего питания, в %**



Источник: Росстат, ОБДХ

Наблюдаемый с 2005 года заметный рост потребления фруктов и ягод на самом деле объясняется изменением статистической методики: с этого года начали учитывать потребление соков в пересчете на фрукты. Тем не менее, даже сопоставимые данные по этой позиции говорят о том, что Россия в среднем вдвое-втрое отстает от большинства европейских стран, в том числе от соседней Финляндии, природные условия которой схожи с российскими.. И, наоборот, по потреблению хлебопродуктов Россию опережают только страны СНГ. Кроме того, наблюдается сильная дифференциация внутри страны: по данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств Росстата, в 2009 году душевое потребление мясных и молочных продуктов, фруктов и овощей было в 2-3 раза ниже в двух самых бедных децильных группах, чем в двух самых богатых (Колосницyna, 2011).

Помимо состава пищевого рациона, надо отметить также *нерациональную организацию питания*. Проведенное в 2009 году Социологическим центром РАГС исследование здорового образа жизни<sup>8</sup> показало, что не соблюдают режим питания 49% респондентов (РАГС, 2010). Главными причинами называют при этом отсутствие времени и привычки (первое более важно для людей с высшим образованием, второе – для менее образованных респондентов). 16% регулярно питаются всухомятку; организованное питание по месту работы скорее редкость, чем правило (16% случаев). Меньше половины респондентов (44,3%) имеют представление о сбалансированном рациональном питании, ничего не знают об этом почти 20% .

Опрос студентов 4-х вузов, проведенный в 2010 году НИУ ВШЭ совместно с СамГМУ, выявил, что какие-либо погрешности в питании имеют 57% молодых людей – либо они питаются реже 3-х раз в день, либо бóльший объем пищи приходится на вечернее время. 28% респондентов сочетают обе эти погрешности. И лишь 15% студентов питаются рационально – не реже 3-х раз в день и правильно распределяя объем пищи. Зато в перерывах между едой студенты отдают предпочтение конфетам и шоколаду (33%), бутербродам и чипсам (27%), и лишь потом – овощам и фруктам (22%). Из тех, кто оценил свой образ жизни как правильный, на самом деле правильно питаются лишь 15%, все остальные имеют те или иные погрешности, однако не отдают себе в этом отчета.

В отличие от развитых стран *взрослое население России практически не занимается спортом*. Так, если в США 77% взрослого населения занимаются хоть какими-то физическими упражнениями<sup>9</sup>, то по данным исследования РАГС, регулярно (не

---

<sup>8</sup> Опрос проводился в 24 регионах, выборка составила 2400 человек (взрослое население).

<sup>9</sup> По данным опроса Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2000-2005.

реже 2-3 раз в неделю) занимаются физкультурой и спортом всего 16,9% населения. Эта доля значительно колеблется в зависимости от возраста, образования и дохода. Так, наблюдается существенное сокращение доли тех, кто регулярно занимается, в возрастных группах после 30 и особенно – после 40 лет (30-39 лет - 19,6%, 40-49 лет – 12,4%, 50-59 лет – 10,8%).

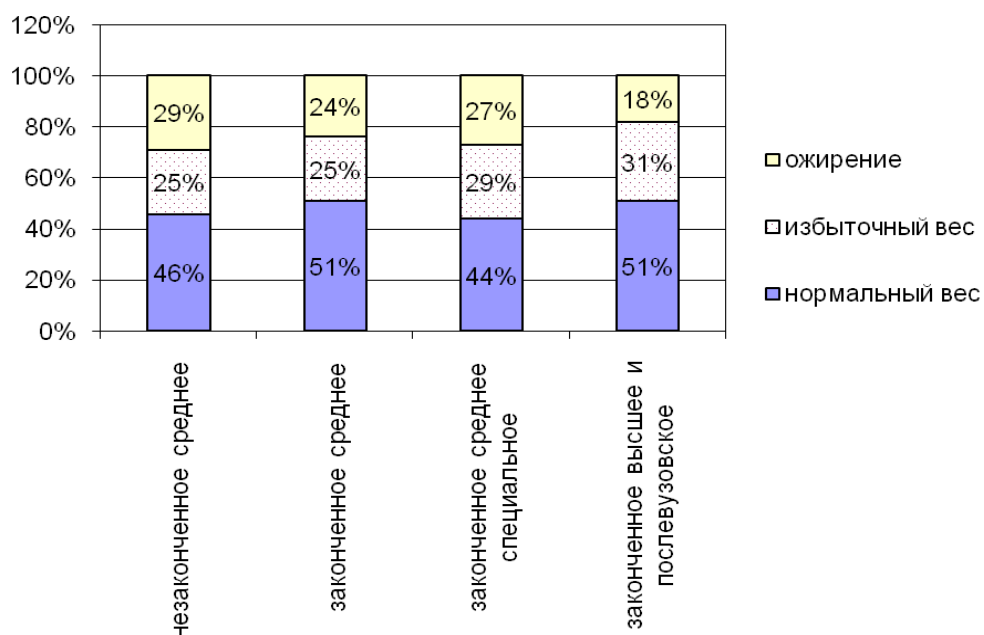
В то же время в методических рекомендациях Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздравсоцразвития России отмечается, что для получения существенной пользы для здоровья взрослые должны заниматься умеренно физической активностью по крайней мере 150 минут в неделю (2 часа и 30 минут) или 75 минут (1 час 15 минут) в виде интенсивной физической активности, или сочетать и то и другое (ГНИЦПМ, 2012).

Среди причин, более всего мешающих регулярным занятиям, называют (в порядке убывания) отсутствие времени; затем – лень, отсутствие желания, плохое здоровье; и лишь потом – недостаток денег. Важно, что, уже начиная с 40 лет, среди препятствий называют «отсутствие возможностей заниматься людям моего возраста», особенно часто – те, кому за 50.

### ***Социально-экономические факторы, способствующие избыточной массе тела и ожирению***

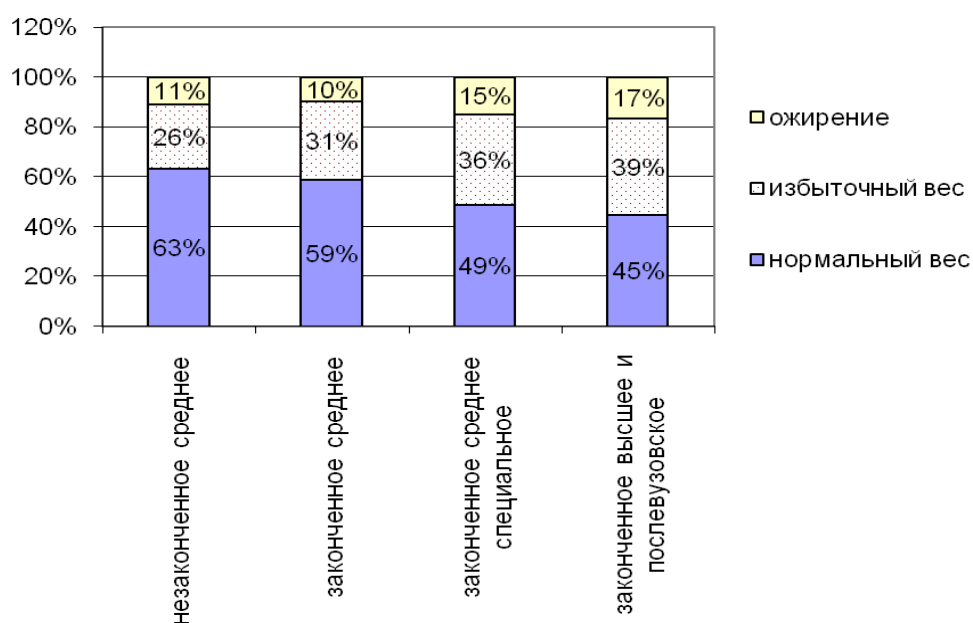
Сдвиг структуры занятости в направлении сферы услуг, сидячий образ жизни, урбанизация, технологические изменения – развитие транспорта, общепита (в том числе, фаст-фуда), относительное удешевление продуктов питания, - это причины, которые обычно называют, объясняя растущий вес. Во многих развитых странах отмечают уже обратную тенденцию – относительное снижение веса в группах населения с более высоким **уровнем образования**. Однако в России мы пока не наблюдаем такой зависимости. Лишь в группе женщин с высшим и послевузовским образованием значительно сокращается доля страдающих избыточной массой тела и ожирением, для тех, чье образование ниже, различий не наблюдается. Что касается мужчин, то здесь пока очевидна прямо противоположная тенденция – чем выше уровень образования, тем выше доля людей с избыточной массой тела (Колосницyna, Бердникова, 2009) (рис. 2.15-2.16).

**Рисунок 2.15. Распределение женщин с разным уровнем образования по группам ИМТ**



Источник: Колосницyna, Бердникова, 2009

**Рисунок 2.16. Распределение мужчин с разным уровнем образования по группам ИМТ**



Источник: Колосницyna, Бердникова, 2009

Как видно из диаграмм, ситуация для мужчин и женщин радикально отличается. Если среди женщин с высшим и послевузовским образованием доля страдающих

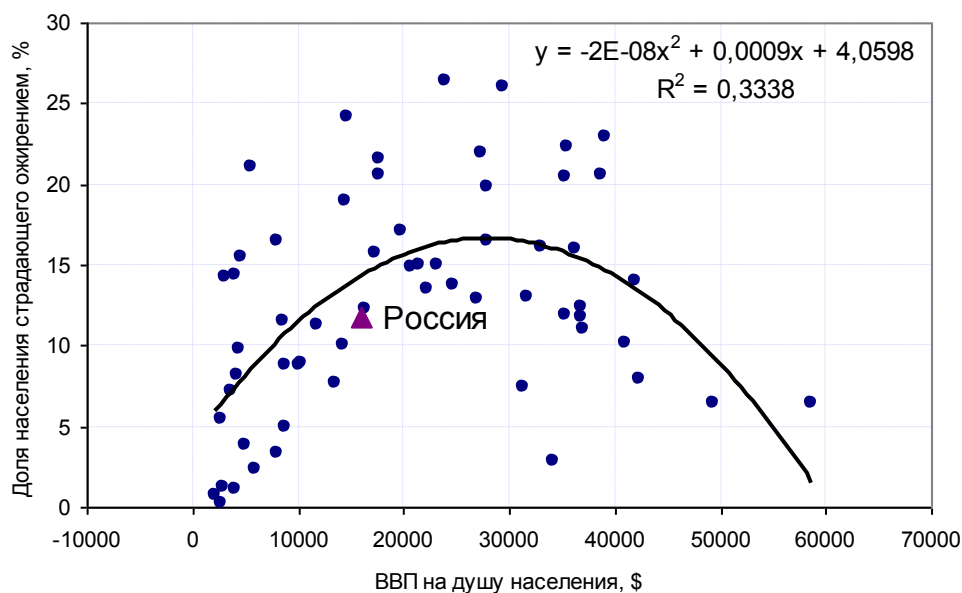
ожирением действительно существенно ниже (18% против 24-29% в группах с незаконченным и законченным средним), то у мужчин наблюдается очевидная обратная тенденция. Чем выше уровень образования, тем больше в соответствующей группе тех, чей ИМТ выше нормы (причем это верно и для избыточной массы тела, и для ожирения).

По данным Российского индекса целевых групп компании Synovate Comcon россияне с высшим образованием в меньшей степени подвержены ожирению (13%) по сравнению с имеющими среднее и средне-специальное образование (17%). Кроме того, по данным исследования РАГС люди с высшим образованием чаще занимаются физкультурой регулярно (24,7%), для сравнения – среди тех, кто имеет неполное среднее образование, эта доля составляет всего 12,4%.

Важным фактором, влияющим на избыточную массу тела у населения, выступает *благосостояние*. С одной стороны, рост доходов позволяет больше тратить на продукты питания в тех семьях (или странах), где раньше имело место недоедание. С другой стороны, со временем достижение определенного порога дохода (и веса) побуждает к тому, чтобы контролировать вес, покупая более полезные продукты, занимаясь спортом. Вот почему во многих исследованиях обнаруживается немонотонная связь доходов и избыточной массы тела (Rosin, 2008). Если попытаться проследить такую связь на макроуровне, оказывается, что России еще далеко до той точки, в которой рост доходов останавливает ожирение (рис. 2.17).

Кроме того, исследование РАГС подтверждает, что среди наиболее обеспеченных респондентов регулярно занимаются физкультурой 25%, среди наименее обеспеченных – 11,4%.

**Рисунок 2.17. Доля населения, страдающего ожирением, в %, и ВВП на душу населения в долларах по ППС (61 наблюдение, 2000-2007 годы)**



Источник: рассчитано по данным ВОЗ и Всемирного Банка (Колосницына, Ситдилов, 2012).

По данным Российского индекса целевых групп компании Synovate Comcon, ожирение более распространено у людей с низким достатком – среди респондентов, не испытывающих материальных затруднений, ожирением страдают 12% опрошенных, в группе тех, кому с трудом хватает средств на питание или одежду, доля людей с проблемным весом вырастает до 18%.

## **2.2. Издержки нездорового образа жизни**

При определении издержек общества от нездорового образа жизни, как правило, рассматривают два основных вида издержек — прямые и косвенные, отдельно выделяя среди прямых издержек медицинские. Однако некоторые зарубежные исследователи выделяют и психологические издержки, возникающие вследствие заболеваний, связанных с нездоровым образом жизни. Мы же ограничимся традиционной классификацией издержек (таблица 2.3).

**Таблица 2.3. Издержки нездорового образа жизни в разрезе основных экономических агентов**

| Прямые издержки                                                                     |                                                                                                                         | Косвенные издержки                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| прямые<br>медицинские<br>издержки                                                   | прямые<br>немедицинские<br>издержки                                                                                     |                                                                                                                               |
| Государство                                                                         |                                                                                                                         |                                                                                                                               |
| Финансирование<br>медицинских услуг                                                 | Предоставление<br>субсидий и льгот (в<br>т.ч. НКО,<br>производителям ЛС и<br>т.д.)                                      | Экстерналии.<br>Общественные потери от<br>недопроизводства<br>(недополучения дохода)                                          |
| Индивиды (Домохозяйства)                                                            |                                                                                                                         |                                                                                                                               |
| Расходы на лечение<br>или профилактику<br>(включая стоимость<br>медикаментов и пр.) | Расходы на проезд до<br>мед. учреждения<br>диету,<br>обслуживающий<br>персонал и пр.                                    | Потери части доходов от<br>временной<br>нетрудоспособности или<br>преждевременной смерти                                      |
| Бизнес                                                                              |                                                                                                                         |                                                                                                                               |
| Расходы на выплату<br>страхового покрытия<br>(для страховых<br>компаний)            | Расходы на<br>ликвидацию<br>последствий вредного<br>употребления<br>алкоголя и/или<br>курения сотрудников<br>и клиентов | Покупка более дорогих<br>страховых полисов;<br>необходимость обучения<br>новых работников; более<br>низкая производительность |

В развитых странах существуют оценки практически всех видов издержек по разным факторам риска заболеваний; по России такие оценки скорее редкость. Лишь некоторые виды издержек (потери от преждевременной смертности, от некоторых видов травм и несчастных случаев, от снижения трудоспособности) сегодня можно оценить в России, для оценок прочих видов издержек не достаточно данных.

#### 2.2.1. Издержки вредного употребления алкоголя

Издержки, возникающие из-за вредного употребления алкоголя, крайне разнообразны. Согласно докладу Institute of Alcohol Studies<sup>10</sup>, можно выделить следующие основные типы издержек, являющихся следствием вредного употребления алкоголесодержащей продукции:

1. Издержки, связанные со здоровьем (Стоимость обслуживания проблем со здоровьем, явившихся следствием употребления алкоголя);

<sup>10</sup> <http://www.ias.org.uk>.

2. Издержки, связанные с преступлениями и общественными беспорядками, в т.ч. (ущерб от вождения в нетрезвом состоянии; затраты судебной системы; затраты на устранение последствий преступлений, связанных с употреблением алкоголя; затраты на предупреждение преступлений, связанных с употреблением алкоголя);

3. Потери на рабочем месте (в т.ч. потери из-за невыхода на работу из-за временной нетрудоспособности; потери из-за преждевременных смертей от вредного употребления алкоголя; потери из-за прогулов).

Вышеперечисленные издержки имеют стоимостное выражение и учитываются при расчете общих потерь от вредного употребления алкоголя. Кроме этих издержек ряд исследователей отмечают издержки, связанные с семьей и социальными связями (лишение родительских прав, небезопасный секс и нежелательная беременность, повышенный риск ЗППП), разводы и т.д.

Важно отметить, что существенная часть всех издержек, возникающих от вредного употребления алкоголя, ложиться на третьих лиц. Исследование, проведенное в США, доказывает, что около 45% от общей суммы издержек ложится непосредственно на злоупотребляющих алкоголем индивидов, а также их ближайшее окружение. Примерно 20% стоимости всех потерь приходится на федеральное правительство, а 18% - на местные администрации. Около 10% от общей суммы потерь оплачивается страховыми агентствами, а 6% - ложится на плечи жертв преступлений, связанных с употреблением спиртного (включая жертв дорожно-транспортных происшествий) (Harwood, Fountain, Livermore, 1998). По России таких данных нет, однако, можно предположить, что соотношение издержек будет примерно таким же.

Существующие оценки ущерба от вредного употребления алкоголя в России систематизированы в Докладе Общественной Палаты «Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации...» 2009 г. (Доклад ОП РФ, 2009а). Ссылаясь на макроэкономические расчеты М. Сухра, специалиста отдела инвестиций в здоровье и развитие Европейского отделения Всемирной организации здравоохранения, выполненные по заказу Общественного совета Центрального федерального округа, авторы доклада показывают, что совокупные экономические потери России от вредного употребления алкоголя составляют порядка 1 триллиона 700 миллиардов рублей ежегодно. Кроме того, в Докладе выделяются отдельные компоненты совокупных издержек вредного употребления алкоголя.

Так, экономические *потери от ежегодной смерти* около 0,5 млн. российских граждан от прямых и косвенных причин, связанных с чрезмерным употреблением алкогольных напитков оцениваются примерно в 100 тыс. долларов США.

При этом по данным Росстата, только *смертность от внешних причин* (существенная часть из которых формируется за счет смертей, связанных с потреблением алкоголя) составляет около 12% всех смертей в России.

По официальным данным, в 2005 г. в России насчитывалось 2.348.567 *больных алкоголизмом*, и возраст начала алкоголизма снижается. По неофициальным данным, число лиц, больных алкоголизмом, достигает 5 млн. человек (каждый 28-й житель страны). При этом мужчины страдают от алкоголизма в 5 раз чаще женщин.

Ежегодно около 30 тысяч несовершеннолетних осуждаются в России за *преступления, совершенные в нетрезвом состоянии*.

Оценки экономических *потерь в производительности труда* вследствие чрезмерного употребления алкогольных напитков или употребления алкогольных напитков на рабочем месте, частичной или полной утраты пьющим человеком своей экономической эффективности, также представлены в докладе Общественной Палаты (Доклад ОП, 2009а). В 2004 г. среди мужчин с опасно высоким уровнем потребления алкоголя 20% были безработными и 40% не имели постоянного дохода. Для сравнения - для остальных мужчин эти показатели составили 3% и 12% соответственно. Для тяжело пьющих работников характерны прогулы и низкая производительность труда. По данным РМЭЗ таковых среди мужчин, имеющих постоянную работу, было 10%.

Исследование, проведенное в 2010 г. в НИУ ВШЭ, также было основано на оценке экономических потерь от снижения производительности труда. Авторами были проанализированы данные РМЭЗ о пропусках рабочего места по болезни и о разнице в заработной плате индивидов, злоупотребляющих и не злоупотребляющих алкоголем. Авторы обнаружили, что 14,6% от общего числа работающих мужчин и 3,7% от общего числа работающих женщин злоупотребляют алкоголем. Согласно результатам эконометрического анализа, мужчины, злоупотребляющие алкоголем, получают на 8,17% меньший общий трудовой доход, чем умеренно пьющие, и потери, возникающие от снижения их трудоспособности по причине злоупотребления алкоголем и пропусков работы по болезни, составляли в 2009 г. 0,34% ВВП.

Опрос студентов НИУ ВШЭ-СамГМУ показал, что в результате злоупотребления алкоголем у молодых людей часто возникают неблагоприятные последствия: 28% студентов, употребляющих алкоголь, получали отравления, примерно 10% сталкивались с психологическими и личными проблемами, у 8% возникали нежелательные сексуальные

контакты, у 8% - проблемы с родителями, у 6% - с друзьями, у 5% - с правоохранительными органами, у 5% - с учебой, и около 1% студентов попадали в ДТП (Засимова, Колосницына, 2011).

И, наконец, еще одно исследование, проведенное И. Денисовой (Денисова, 2010) также на основании данных РМЭЗ, позволило оценить, насколько меньше в среднем живут индивиды, злоупотребляющие алкоголем (при контроле с прочими социально-экономическими факторами, такими, как регион проживания, пол, образование и т.д.). Оказалось, что из-за частого употребления водки *продолжительность жизни* снижается на 9-10 лет.

### 2.2.2. Издержки употребления табака

Издержки употребления табака, так же как и издержки вредного употребления алкоголя, достаточно хорошо изучены в развитых странах, тогда как оценок на российских данных пока еще относительно мало. Большинство таких оценок систематизировано в Докладе Общественной Палаты РФ «Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления» (Доклад ОП РФ, 2009b).

Самое очевидное, и первое в списке издержек – это *расходы на лечение заболеваний, спровоцированных курением*. Вред от потребления табака для здоровья доказан как для тех, кто курит, так и для пассивных курильщиков. Начиная с 1950-х годов, по этой теме опубликовано более 70 тысяч научных работ, подготовленных специалистами из разных областей медицины. Лечение таких заболеваний, как рак, инфаркты, инсульты, выхаживание недоношенных детей и т.д. обходятся дорого и самому курильщику, и государству. Например, в России каждый 14-й рубль при оказании госпитальной помощи затрачивается на лечение заболеваний, связанных с курением (Доклад ОП РФ, 2009b). По данным ГНИЦ профилактической медицины доля заболеваний, вызванных курением табака, в общей заболеваемости составляет 30% для мужчин и 4% для женщин, - сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) - 2,1% для мужчин и 3% для женщин, злокачественных новообразований (ЗН) - 52,1% для мужчин и 5,2% для женщин (Гамбарян, Калинина, 2012).

#### *Ранняя смертность среди курильщиков*

Всемирная организация здравоохранения провела исследование, охватившее более 100 стран, чтобы выявить основные причины смертности в мире. Оказалось, что заболевания, напрямую связанные с курением, являются причиной 10% всех смертей на земле (по сравнению, СПИД – 5%) (Mathers, Loncar, 2006).

В России по данным ГНИЦ профилактической медицины риск преждевременной смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) среди курящих мужчин в возрасте 40–59 лет и женщин в возрасте 30–69 лет в три раза превышает аналогичный показатель среди некурящего населения (Гамбарян, Калинина, 2012). Средняя продолжительность жизни курящих в России на 10-12 лет ниже, чем у людей, ведущих здоровый образ жизни по данным Деева (Доклад ОП РФ, 2009b) и на 8 лет ниже согласно оценкам Денисовой (Денисова, 2010). В целом, в нашей стране приблизительно 350000 человек ежегодно умирает из-за болезней, спровоцированных курением (Доклад ОП РФ, 2009b).

**Таблица 2.4. Доля случаев смерти, связанных с курением, для основных причин смерти в России**

| Причина смерти                  | Мужчины   |                 | Женщины   |                 |
|---------------------------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|
|                                 | 35-69 лет | 75 лет и старше | 35-69 лет | 75 лет и старше |
| Злокачественные опухоли         | 43%       | 36%             | 2%        | 5%              |
| Рак легкого                     | 89%       | 90%             | 10%       | 15%             |
| Болезни легких                  | 60%       | 61%             | 12%       | 20%             |
| Сердечно-сосудистые заболевания | 25%       | 10%             | 3%        | 5%              |
| Другие причины                  | 1%        | 7%              | 10%       | 15%             |
| Все причины                     | 25%       | 20%             | 2%        | 3%              |

Источник: Доклад ОП РФ, 2009b, с. 11

*Повышенный травматизм среди курильщиков и более высокий уровень аварий и несчастных случаев, а также пожаров.* К сожалению, исследований на российских данных, подтверждающих это, нет. Однако по данным американской ассоциации по борьбе с заболеваниями легких (American Lung Association) из-за снижения внимания и реакции у курильщиков со стажем наблюдается более высокий уровень несчастных случаев на производстве, чем у некурящих. По оценке исследователей из Тайваня издержки, связанные с повышенным травматизмом курящих сотрудников по сравнению с некурящими, составляют примерно 34 млн. долларов США в год. Шотландские экономисты подсчитали, что в результате пожаров по вине курящих сотрудников в 1993 году ущерб составил более 4 млн. фунтов стерлингов (Засимова, 2010b). Ущерб от лесных пожаров, произошедших в России летом 2010 по причине неаккуратного обращения с огнем, хоть полностью и не подсчитан, но представляется существенным.

*Издержки для бизнеса.*

Работодатели во всех странах несут весьма ощутимые потери из-за курящих работников. Существенная часть из них связана с *перекурами*. По данным исследовательского портала SuperJob.ru 3-4 перекура в день устраивают себе 31% работающих курильщиков, 37% курят примерно каждый час, проводя каждый раз в курилке 5-10 минут рабочего времени. Эксперты подсчитали, что, компания, в которой работает 15 курящих сотрудников, со средней частотой курения 4 раза в день по 5 минут, тратит впустую почти 150 000 руб. в месяц, если принять среднюю заработную плату за 30 000 руб. в месяц.

Другие потери у работодателей возникают из-за того, что *курильщики болеют чаще и дольше остальных работников*, и соответственно пропускают больше рабочих дней, вынуждая работодателей искать им замену на период болезни, и нести прочие издержки, связанные с временным отсутствием работников. Проведенное в НИУ ВШЭ исследование на данных РМЭЗ позволило определить, что вероятность пропуска рабочих дней по болезни у курящих работников на 9% выше, чем у некурящих. Причем российские курильщики старше 35 лет болеют не только чаще, но и дольше сотрудников, ведущих здоровый образ жизни (Бердникова и др., 2010).

У работодателей существуют и другие виды издержек по вине курящих сотрудников, связанные с необходимостью оборудования специальных мест для курения, высокими расходами на уборку и чистку помещений, и т.д.

*Издержки для работников.* У курильщиков в последнее время все чаще возникают *проблемы с трудоустройством и с оплатой труда*. Определенные профессии требуют, чтобы клиента обслуживал персонал, не страдающий вредными привычками. Сегодня многие компании отказывают в найме курильщикам. В России по данным исследовательского центра портала SuperJob.ru пока только 2% руководителей компаний не принимают на работу людей, страдающих этой зависимостью.

Если курильщика все-таки взяли на работу, то его заработная плата, скорей всего, будет ниже, чем у некурящих коллег. Существует значительное число зарубежных исследований, показывающих, что курящие работники зарабатывают меньше некурящих. Подобные исследования рассчитывают «чистую» разницу в заработной плате, скорректированную на прочие факторы, имеющие отношение как к самому работнику (его возраст, уровень образования, семейное положение и т.д.), так и к месту его работы или проживания. Такой подход позволяет учесть профессиональные, региональные и отраслевые различия, определив только ту разницу в зарплате, которая может быть отнесена на счет курения.

В России также имеются исследования, доказывающие наличие существенной разницы в заработной плате курящих и некурящих сотрудников. Одно из них было проведено в Томской области (Локшин, Саджая, 2007). Расчеты показали, что курящие мужчины зарабатывают на 14% меньше, чем некурящие, тогда как для женщин строгой зависимости выявлено не было. В результате авторы оценили, что потери экономики региона из-за низкой производительности курильщиков составляет 2% регионального внутреннего продукта.

Позднее подобное исследование было проведено в НИУ ВШЭ (Бердникова и др., 2010) уже на основании данных всероссийского опроса РМЭЗ, в котором участвовало более 6,5 тыс. работающих граждан из 38 регионов России, трудившихся в абсолютно разных сферах и на разных предприятиях. Результаты исследования показали, что уже сегодня в России курящие мужчины в среднем теряют от 6,6% до 8% от заработной платы исключительно из-за своей вредной привычки, а совокупные потери по причине более низкой производительности труда и пропусков по болезни курильщиков составляют 0,77% ВВП.

Для сравнения отметим, что по данным ВОЗ прямые и косвенные издержки табакокурения в европейском регионе составляют от 97,7 до 130,3 млрд. евро в год. Экономические потери, рассчитанные разными способами даже для «малокурящих» стран по разным оценкам достигали 1,5-2% ВВП. Довольно грубые оценки совокупных экономических потерь России от курения составляют, по меньшей мере, 671,6 млрд. руб. (24,7 млрд. долл. США) в год (Росс и др., 2009).

### 2.2.3. Издержки избыточной массы тела и ожирения

Последствия избыточной массы тела и ожирения, которые экономисты традиционно описывают в терминах издержек, многочисленны и разнообразны. Выделяют прямые и косвенные издержки, и хотя не все они могут быть оценены непосредственно в денежном выражении, очевидно, что с ростом веса выше определенного уровня полезность индивида снижается.

Под *прямыми издержками* понимают потери, связанные с лечением заболеваний, причиной которых становится избыточный вес. Особое место в оценках прямых издержек занимают эпидемиологические исследования. Мнения специалистов разделяются, когда встает вопрос о том, является ли ожирение заболеванием само по себе, однако давно уже известно, что избыточная масса тела может стать причиной определенных болезней. Однозначно доказано, что избыточная масса тела повышает риск ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, инсульта, диабета II типа, остеоартрита и некоторых

видов новообразований. Вместе с тем именно сердечно-сосудистые заболевания и диабет устойчиво занимают первые строчки в рейтингах самых «смертоносных» заболеваний в странах с высоким и средним уровнем доходов, и, судя по прогнозам экспертов, сохраняют эти позиции и в 2030 г. (Mathers, Loncar, 2006).

Смертность, как показывают исследования, также связана с массой тела человека, причем зависимость уровня смертности и ИМТ (внутри одних и тех же поло-возрастных групп) носит U-образный характер: дефицит веса, так же как и его избыток, повышает риск смерти при прочих равных обстоятельствах. Человек, страдающий ожирением в 20-летнем возрасте, проживет в среднем на 5 лет меньше своего сверстника с нормальным весом (Suhrcke et al., 2008). По данным 25-летнего проспективного исследования популяций мужчин 40-59 лет г. Москвы и Санкт-Петербурга, атрибутивный риск смертности от ИБС, связанный с избыточной массой тела, составил 15,2%, а смертности от ЦВЗ – 30,5% (Еганян и др., 2012).

Растущая заболеваемость среди людей с избыточной массой тела, естественно, приводит к увеличению затрат на лечение. Так, по данным исследовательской корпорации RAND, люди, страдающие ожирением, тратят на услуги лечебных учреждений в среднем на 36%, а на медикаменты – на 77% больше, чем люди с нормальным весом (для сравнения, для курильщиков эти цифры – 21% и 28%). Таким образом, выяснилось, что ожирение гораздо дороже традиционных вредных привычек (Демоскоп, 2004). Прямые расходы на медицинскую помощь, связанную с ожирением, варьируют по отдельным странам и составляют, по разным оценкам, от 5 до 10% от общих расходов на здравоохранение (Sander, Bergeman, 2003; Roux, Donaldson, 2004; Blackburn, 2008).

*Косвенные издержки* избыточной массы тела оценивают, прежде всего, через реакцию рынка труда. Важно отметить серьезные проблемы, которые испытывают полные люди при трудоустройстве – вероятность найти хорошую работу для них меньше. Особенно это относится к занятости в сфере услуг, которая сегодня доминирует во всех развитых экономиках, – ведь здесь работник чаще непосредственно контактирует с клиентом, а значит, для работодателя при приеме на работу важна внешность кандидата. Кроме того, оценки показывают, что заработки полных работников, при прочих равных условиях, оказываются ниже, чем у их коллег с нормальным весом, и в большей степени эти различия проявляются у женщин. Кроме того, они чаще отсутствуют на работе из-за болезни, чаще оформляют досрочную пенсию или инвалидность – эти издержки также можно оценить. Фактически, рынок труда «наказывает» полных работников.

Среди *косвенных издержек* выделяют и психологические: так называемую стигматизацию, частые депрессивные состояния полных людей. Ограничения их

мобильности и досуговой активности трудно оценить в денежном выражении, однако здесь налицо снижение качества жизни. Некоторые исследования отмечают помимо недовольства собственной внешностью и прямые экономические потери, особенно для женщин, которым труднее вступить в брак (Averett, Korenman, 1996). Доказано, что с увеличением массы тела снижается и вероятность рождения детей.

К *косвенным издержкам* относят также потери общества от экстерналий. В терминах экономической теории, можно говорить о внешних эффектах ожирения – ведь рост заболеваемости, снижение продуктивности и качества рабочей силы становятся проблемой всего общества, а не только отдельного человека<sup>11</sup>.

Э. Финкельштейн и Л. Цукерман, авторы новой книги “The Fattening of America”, рассматривая последствия ожирения с макроэкономических позиций, говорят о снижении конкурентоспособности национального бизнеса, выводе рабочих мест в другие страны, ослаблении обороноспособности страны, росте налогов для населения и скором банкротстве национальных программ медицинского страхования (Finkelstein, Zuckerman, 2008).

Таким образом, можно говорить о серьезных негативных последствиях ожирения – как для отдельного индивида, так и для общества в целом. Тем не менее, в отличие от алкоголя и табака, экономических исследований, доказывающих наличие ущерба от избыточной массы тела и ожирения в России практически нет, хотя в развитых странах эта проблема давно уже вышла за рамки сугубо медицинских исследований. Помимо исследования Рощиной на основании данных за 2000-2005 гг., подтверждающего, что вероятность артериальной гипертонии, инфаркта, других сердечно-сосудистых заболеваний и диабета положительно зависит от индекса массы тела человека (Рощина, 2009), можно упомянуть лишь исследование Бердниковой и Колосницыной на данных РМЭЗ за 2006 г. (Колосницына, Бердникова, 2009). Авторы показали, что данные РМЭЗ за 2006 г. не позволили на момент проведения исследования выявить отрицательного воздействия лишней массы тела работника на его заработную плату. Однако им удалось показать, какого рода косвенные экономические издержки несет российское общество из-за потерь по причине временной нетрудоспособности людей с лишней массой тела и ожирением. Эти потери сопоставимы с общим бюджетом здравоохранения (около его трети) и составляют 1,02% ВВП страны.

---

<sup>11</sup> Лишь один пример борьбы с экстерналиями на уровне корпорации – недавно американские авиакомпании заявили, что всерьез рассматривают возможность удвоения цены на билет для особо полных пассажиров, поскольку они фактически занимают два места в салоне и мешают соседям.

## 2.3. Политика формирования ЗОЖ в России

В последние годы в нашей стране наблюдается заметная активизация политики формирования здорового образа жизни: приняты важные программные документы: «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года», «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения», «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака», «Основы государственной политики в области здорового питания», ФЦП «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2015 года»), созданы центры здоровья, поэтапно повышались ставки акцизов на алкоголь и табак и т.д. Практически в каждом регионе России принимались и принимаются соответствующие региональные программы. Несмотря на то, что качество всех этих документов значительно различается, в целом они определяют основные направления государственной политики в области формирования ЗОЖ у населения России (Kalinin et al., 2011).

Однако внимание к мерам, содействующим формированию ЗОЖ, все еще не адекватно их роли в возможном снижении заболеваемости и смертности в сравнении с собственно медицинской помощью. Проводимые сегодня мероприятия пока слишком осторожны и недостаточны – и по содержанию, и по объему финансирования.

### 2.3.1. Меры экономического воздействия

*Акцизы на табачную продукцию.* В России как сами розничные цены на табачные изделия, так и акцизы крайне низки – и в сравнении с ценами в европейских странах, и в сравнении со средней зарплатой. Воздействие на цену посредством налогов по праву считается наиболее действенным в борьбе с курением. Проблема в том, что сложившиеся в России цены на табачные изделия делают их абсолютно доступными для всего населения (включая подростков) и никак не ограничивают объемы потребления. Если в Европе средняя цена пачки сигарет в 2010 году составляла примерно 3,7 доллара или – в пересчете - около 100 рублей, то в России она примерно в 4 раза ниже (WHO, 2010a). Даже с учетом разницы в реальных доходах сигареты в России относительно намного дешевле. В первую очередь, это вызвано акцизной политикой – действующие сегодня налоги, даже с учетом их планируемого повышения в течение 2014 г., не приводят к

радикальному повышению цен. Например, с начала 2011 г. акциз на табак составляет около 7 рублей в расчете на пачку сигарет, тогда как в европейских странах (включая страны Балтии и Восточной Европы) он варьирует от 50 до 75% цены.

*Цены на спиртные напитки.* Цена на водку в России по-прежнему очень низка и продолжает снижаться относительно средней зарплаты. Именно уменьшением относительной цены алкоголя и, прежде всего, водки, объясняют многие исследователи рост потребления спиртного, наблюдавшийся в России за последние 20 лет. Реальная цена алкоголя в стране постоянно снижалась в течение этих лет, делая его все более доступным. Так, в середине 90-х годов на среднюю заработную плату можно было купить 25 литров водки или 100 литров пива, а в 2009 году – уже 79 и 358 литров, соответственно. Свою роль сыграла здесь налоговая политика. Дело в том, что в розничной цене алкогольных напитков доля себестоимости невелика, в основном цена состоит из косвенных налогов – акцизов и НДС. Важно отметить, что действующие в России ставки акцизов создают преимущество именно для производителей крепкого алкоголя – величина акциза в пересчете на чистый грамм спирта в водке существенно ниже, чем в вине или в пиве. С 1 января 2011 года акцизы на спиртные напитки проиндексированы таким образом, что налог на водку увеличился лишь на 10%, тогда как на сухие вина – на 40%.

Такая практика идет вразрез с политикой других стран, замещающих в потреблении крепкие спиртные напитки слабыми – пивом и вином. Соотношение цен пива и водки в России равно примерно 1:4, тогда как в других странах оно достигает от 1:8 до 1:12. Поэтому в России пиво не замещает, а дополняет водку, и замещения крепкого алкоголя слабым не происходит. Минимальная цена водки, установленная с 01.01.2010 на уровне 89 рублей и повышенная с 01.01.2011 до 98 рублей, как показывают данные торговой статистики за 2010 год, практически не изменила ситуации. Доля водки в общем объеме потребления спиртного снизилась всего на 1% и по-прежнему составляет более 50%, что значительно выше соответствующего показателя большинства развитых стран (12% - 22%). По оценкам участников алкогольного рынка, заметного снижения продаж водки в 2010-2011 гг. не произошло, и всего 10% - 15% потребителей переключились на менее крепкие напитки.

*Дифференцированные косвенные налоги на продукты питания.* В настоящее время в России для большинства товаров и услуг действует единая ставка НДС – 18%. Ограниченный ряд товаров не облагается НДС. В перечне таких товаров присутствует только один вид продуктов – детское питание, все остальные продукты облагаются по стандартной ставке НДС.

По аналогии с развитыми странами в России могли бы быть введены повышенные ставки налогов на продукты, наносящие наибольший вред здоровью, например, на сладкие напитки, кондитерские изделия и т.д. (см. Промежуточный отчет по 1 этапу) и, напротив, снижены налоги на «здоровые продукты», способствующие сокращению риска многих заболеваний (богатые клетчаткой, с пониженным содержанием жиров и т.п.). Сегодня в России такие меры пока даже не обсуждаются. Вместе с тем, специалисты предостерегают об опасности подобной меры – ведь речь идет о предметах первой необходимости, а значит, налог, скорее всего, окажется регрессивным. В структуре потребления бедных семей большую долю составляют именно те продукты, которые станут дороже, и наоборот. Наилучшим вариантом, с теоретической точки зрения, было бы введение нелинейной шкалы налога, так чтобы по более высокой ставке облагалось потребление «излишних» объемов пищи, но практически такое предложение трудно реализуемо. Наилучший подход, по мнению некоторых специалистов, - облагать повышенным НДС тех производителей пищи, у которых доля добавленной стоимости выше, то есть продукты проходят более длительную переработку. Однако есть сомнения, что столь сложные схемы налогообложения окажутся экономически оправданными. Наиболее простой вариант – повышенный налог на торговлю, предположим, фаст-фудом и сладкие газированные напитки, то есть выделение конкретных продуктов, для которых ставка НДС повышается. Это потребует соответствующего изменения законодательства и экспертной работы для составления списков товаров, однако издержки могут быть частично компенсированы растущими налоговыми поступлениями.

*Налоговое стимулирование работодателей*, предоставляющих работникам возможность горячего питания по месту работы и возможности занятий физкультурой и спортом, например, за счет снижения ставки страховых взносов от фонда заработной платы в России пока не практикуется. В настоящее время расходы работодателей на питание сотрудников и на занятия спортом рассматриваются государством как доход работников, и потому облагаются всеми стандартными налогами и социальными отчислениями.

*Налоговое стимулирование населения* через налоговые вычеты по НДФЛ при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом пока также отсутствуют. Тем не менее, граждане России сегодня имеют возможность воспользоваться налоговыми вычетами при осуществлении расходов на образовательные и медицинские услуги, с ограничением максимальной суммы и документальным подтверждением расходов.

### 2.3.2. Меры административного воздействия

*Гармонизация технических регламентов на продукты питания с нормами Евросоюза.* Безопасность и качество продуктов питания являются неотъемлемой составляющей ЗОЖ. На фоне постоянного изменения и развития мирового рынка и технологических условий производства продуктов питания во всем мире и в России углубляются проблемы, связанные с безопасностью продуктов питания (аллергия на продукты, чувствительность к продуктам, заболевания пищевого происхождения, интоксикации и т.д.). С введением в действие ФЗ "О техническом регулировании" идет активная работа над изменением действующей нормативно-правовой базы в сфере производства, хранения, реализации пищевых продуктов с целью создания системы национальных стандартов. К сожалению, не всегда принимаемые в России технические регламенты устанавливают такие же жесткие требования к качеству продуктов питания, как в странах Евросоюза. В настоящее время уровень гармонизации национальных стандартов на продукцию различных подотраслей пищевой отрасли с международными стандартами составляет в среднем 20-25%. И хотя в ряде случаев несоответствие принимаемых стандартов было вызвано объективными причинами, часто снижение требований к качеству определялось давлением со стороны производителей продукции.

*Введение полного запрета на рекламу табачной продукции в соответствии с требованиями РКБТ.* В России с вступлением в силу Федерального закона от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» установлены новые требования, запрещающие рекламу и спонсорство табачной продукции в соответствии с требованиями РКБТ и нормами развитых стран. Поскольку закон вступил в силу только в текущем году, а отдельные положения, затрагивающие демонстрацию аудиовизуальных изделий (часть 3 статьи 16) вступают в силу только в июне 2014 года, пока нельзя точно оценить ни силу его воздействия, ни строгость соблюдения.

*Поэтапное введение запрета на курение в общественных местах.* С вступлением в силу Федерального закона от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» расширяется перечень мест, свободных от табачного дыма. Тем не менее, в некоторых закрытых помещениях и объектах курить будет можно до июня 2014 г. Это, в частности, в поездах дальнего следования, на судах, находящихся в дальнем плавании, при оказании услуг по перевозкам пассажиров; в помещениях, предназначенных для предоставления

жилищных услуг, гостиничных услуг, услуг по временному размещению и (или) обеспечению временного проживания; в помещениях, предназначенных для предоставления бытовых услуг, услуг торговли, общественного питания, помещениях рынков, в нестационарных торговых объектах; на пассажирских платформах, используемых исключительно для посадки в поезда, высадки из поездов пассажиров при их перевозках в пригородном сообщении.

*Введение периодически обновляемых предупреждений на пачках сигарет.* В России текстовые предупредительные надписи в размере не менее 30% пачки сигарет были введены только в 2010 г., графические предупреждения – с июня 2014 г., но до конца года допускается обращение ранее выпущенных пачек сигарет, которые еще не содержат графических предупреждений.

*Введение периодически обновляемых предупреждений на упаковке алкогольной продукции.* Сегодня предупреждения не обновляются и не содержат информации о характере вреда от потребления алкоголя. Готовится закон о более полных предупреждениях.

*Постепенное сокращение числа мест продажи, торгующих спиртным.* Сегодня любая организация, получившая лицензию на торговлю спиртным, может осуществлять продажу алкоголя. В результате алкоголь в России является товаром шаговой доступности – в 2010 году на каждые 500 взрослых жителей страны приходилась 1 торговая точка. Для сравнения: в 2006 г. в Норвегии один магазин, торгующий напитками крепче 4,75%, приходился на 30 тысяч человек, в Швеции – на 23 тысячи (Халтурина, Коротаев, 2006).

*Снижение временной доступности алкоголя за счет ограничения часов их продажи в вечернее время.* Сегодня эти ограничения довольно мягки (от 23 до 8 часов утра – федеральная норма). Регионы имеют возможность самостоятельно вводить более жесткие ограничения, и некоторые из них это делают. Исследование, проведенное в НИУ ВШЭ в 2012 г., показало, что чем жестче ограничения, тем меньше потребляется алкоголя в регионе, при этом наиболее эффективны ограничения на продажу спиртного в вечерние часы (Kolosnitsyna et al., forthcoming).

*Ужесточение наказания за несоблюдение правил потребления спиртных напитков, включая пиво и прочие слабоалкогольные напитки.* До недавнего времени пиво официально не считалось алкогольным напитком, и на него эти ограничения не распространялись. Наказания за несоблюдение правил потребления спиртного сегодня слишком мягкие (штраф за употребление в общественных местах составляет от 100 до 300 руб.).

*Введение ограничений численности предприятий фаст-фуда, их доступности (географического местоположения); запрет продажи фаст-фуда, шоколада, сладких газированных напитков и т.п. в школах и вузах.* Сегодня такие ограничения в России отсутствуют.

Следует отметить, что существуют и другие меры административного воздействия, которые мы здесь не рассмотрели по причине их второстепенного влияния на формирование образа жизни населения (процедуры лицензирования, сертификации, отдельные виды штрафов и т.д.). Кроме того, многие административные меры в России хорошо известны, адекватно прописаны в законе, и говорить о них имеет смысл лишь в контексте усиления контроля их соблюдения (например, продажа спиртного и табачных изделий несовершеннолетним).

### 2.3.3. Информационные и консультационные меры

В России в качестве успешного примера приводится работа портала [www.takzdorovo.ru](http://www.takzdorovo.ru), где можно получить профессиональную консультацию нарколога и обменяться опытом с другими посетителями. Не стоит забывать, ~~однако~~, что в стране по официальным данным на 2009 год лишь 35,5 % домохозяйств имели доступ в Интернет.

*Включение уроков здорового образа жизни в стандарт обучения в младших-средних классах.* Подавляющее большинство взрослых людей, которые неправильно питаются и считают свой образ жизни здоровым, просто вовремя не получили соответствующей информации. Наиболее результативными считаются *школьные уроки* для детей в возрасте от 7 до 11 лет. Эта мера не требует высоких затрат, но дает долгосрочный эффект. В средних классах школы необходимы также: разъяснение рисков употребления алкоголя, табака, сексуальное воспитание. Сегодня такие инициативы реализуются на региональном и муниципальном уровнях, но их эффективность не оценивалась.

*Консультации врачей,* (в т.ч. для подростков и их родителей), разъясняющие опасности, связанные с нездоровым образом жизни, потреблением наркотиков, небезопасным сексом, а также формирующие навыки защиты от неблагоприятного внешнего влияния. Пока системной работы по этим направлениям не проводится. Российские врачи, как показывают исследования, не прилагают специальных усилий, чтобы консультировать пациентов по вопросам отказа от курения. Так, в ходе опроса в российских вузах лишь 9% студентов утвердительно ответили на вопрос о том, предупреждал ли их врач об опасностях курения, при том что курильщиков среди

студентов на самом деле 25%<sup>12</sup>. Таким образом, получили консультацию при визите к врачу лишь около трети курящих. По данным исследования, проведенного журналом Ридерз Дайджест, опросившего 260 врачей в России, 25% врачей хотели бы предупредить своих пациентов о негативных последствиях избыточной массы тела для здоровья, но не делают этого по этическим причинам (Ридерз Дайджест, 2012).

*Социальная реклама ЗОЖ в прессе, на телевидении, в Интернете, проведение акций по пропаганде здорового образа жизни.* Сегодня в России довольно много социальной рекламы и различных акций, но необходимо повышение их качества, мониторинг эффективности. В целом эффективность рекламных кампаний во многом зависит от того, как они организованы, кто их проводит, и т.д. Как уже отмечалось, ВОЗ предупреждает, что табачная промышленность иногда создает собственную «антитабачную» рекламу, направленную на предотвращение курения среди молодежи. Однако эти усилия могут привести к увеличению распространения табакокурения.

*Широкое информирование населения о возможности проверить базовые характеристики здоровья в медицинских учреждениях, в Центрах здоровья и Школах здоровья для взрослых и детей.* Любой гражданин Российской Федерации вне зависимости от места его регистрации и проживания при наличии паспорта и полиса ОМС имеет право обратиться в ЦЗ. В 2012 году разработаны подробные методические рекомендации по организации и деятельности Центров здоровья (Кривонос и др, 2012). В настоящее время в России действует 698 центров здоровья (503 центра для взрослых и 195 для детей) в расчете на 143 млн. человек, т.е. 1 центр на 205 тыс. потенциальных клиентов. В то же время посещаемость таких центров остается пока недостаточно высокой – в начале 2012 года на каждый центр в среднем по Российской Федерации приходилось 22 человека в день. Однако значение данного показателя ежегодно увеличивается: на начало 2012 года по сравнению с 2010 годом количество посещений в день одного центра здоровья возросло почти в 3 раза, а общее число обследованных граждан превысило 4,5 млн. чел<sup>13</sup>. При этом проблемой остается крайне низкая посещаемость центров молодыми людьми. Кроме того, деятельность центров здоровья в большей степени ориентирована на диагностику факторов риска заболеваний, а не на формирование здорового образа жизни.

---

<sup>12</sup> Опрос НИУ ВШЭ и СамГМУ «Отношение студентов к принципам здорового образа жизни», сентябрь-ноябрь 2010 г.

<sup>13</sup> <http://www.er-duma.ru/press/59682>

#### 2.3.4. Анализ отношения населения к различным мерам политики формирования здорового образа жизни

Проведенный в ноябре 2011 года по заказу НИУ ВШЭ опрос населения по проблемам развития ЗОЖ позволил оценить как эффективность действующих мер, так и их потенциал. Опрос проводился Аналитическим центром Юрия Левады на основе многоступенчатой стратифицированной вероятностной выборки, репрезентирующей взрослое население РФ в возрасте от 15 лет и старше, объемом 4000 респондентов.

Прежде всего, данные опроса еще раз продемонстрировали необходимость государственного вмешательства как такового. Так, 60% респондентов не проходят регулярных медицинских обследований; 70% практически не занимаются физкультурой или спортом; 82% не знают своего уровня холестерина крови (причем этот показатель практически не дифференцирован ни по возрасту, ни по образованию отвечавших на вопрос). И хотя среди факторов, негативно влияющих на здоровье, респонденты справедливо ставят на первые места алкоголь и курение, сидячий образ жизни и избыточный вес, при этом 35% из них курят, 48% никогда или почти никогда не читают информацию на этикетках продуктов, 59% употребляют алкогольные напитки, в т.ч. 26% - крепкие спиртные напитки и 61% убеждены, что ведут здоровый образ жизни. Среди причин, мешающих вести здоровый образ жизни, респонденты ставят на первое место лень (34%), на второе – нехватку времени и сил (24%) и лишь затем с большим отрывом – нехватку денег (11%). Четвертое место занял ответ: «В обществе нет культуры здорового образа жизни» (9%), его значимо чаще дают респонденты в возрасте 30-34 лет и люди с высшим образованием. Специальный вопрос был задан респондентам, чтобы оценить их норму дисконтирования (или ставку межвременных предпочтений). Предлагалось сделать гипотетический выбор: забрать сегодня выигранный денежный приз или подождать его выплаты в течение года, получив при этом 20% годовых. Согласились ждать всего 20% ответивших, а из тех, кто отказался, 17% не готовы ждать ни на каких условиях. Таким образом, расхождение между представлениями о здоровом образе жизни и фактическим поведением населения, отсутствие мотивации к поддержанию своего здоровья и высокая норма индивидуальных межвременных предпочтений, препятствующая инвестициям в здоровье, выступают убедительными аргументами, оправдывающими необходимость государственного вмешательства. Рассмотрим далее некоторые меры политики ЗОЖ, которые либо уже принимаются сегодня, либо предлагаются в перспективе, с точки зрения отношения к ним населения.

1. Меры, направленные на расширение возможностей выбора более здорового поведения. В первую очередь, здесь нужно говорить о развитии физической активности

населения. Лишь в самой молодой возрастной группе (от 15 до 19 лет) занимаются физкультурой или спортом регулярно 53% опрошенных, уже в следующей группе (20-24 года) активность резко снижается до 22%, и далее у всех респондентов трудоспособного возраста она составляет около 10-12%, несколько повышаясь только в группе пенсионеров. Результаты опроса говорят о том, что главная причина – нехватка времени и возможностей у работающего населения. Самое распространенное место занятий – у себя дома (отметили 62%), лишь 18% из занимающихся физкультурой и спортом посещают спортзалы по месту учебы/работы и 20% - спортцентры и бассейны вне работы. Очевидно, решение проблемы нужно искать в расширении возможностей для занятий. В частности, респондентам предлагался такой вопрос: «Если бы в непосредственной близости от Вашего дома появились бесплатные спортивные площадки, беговая дорожка, велосипедные дорожки, каток, Вы бы стали активнее заниматься физкультурой?». Половина опрошенных ответили на него положительно. Готовность активнее заниматься проявляют более всех самые молодые респонденты, однако и в старших возрастных группах она высока – от 59% (30-34 года) до 36% (55-65 лет). Причем важно отметить, что желание заниматься значительно чаще выражают респонденты, имеющие несовершеннолетних детей (62% против 45% в бездетных семьях), а это значит, что для них доступность спортивных сооружений важнее: с одной стороны, им труднее выбрать время для занятий, а с другой стороны – многие хотели бы заниматься вместе с детьми.

Важную роль в обеспечении доступности спортивных занятий могут играть работодатели. Данные опроса показывают, что сегодня таких работников, которым предоставляются возможности занятий в собственных спортивных сооружениях предприятия или субсидии на занятия вне предприятия, еще немного – 18,9% и 4,5%, соответственно. Однако эффективность этого подхода очевидна: фактически занимающихся физкультурой и спортом среди таких работников примерно в 1,5 раза больше, чем среди тех, у кого нет дополнительных возможностей (таблица 2.5).

**Таблица 2.5. Доля работников, имеющих возможности занятий физкультурой на предприятии и субсидии занятий вне предприятия**

|                                                                                                   | Доля от всех работающих, % | Среди них фактически занимаются физкультурой и спортом, % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Имеют возможность регулярно заниматься физкультурой на предприятии (спортзал, бассейн, тренажеры) | 18,9%                      | 44,2%                                                     |
| Не имеют возможности заниматься на предприятии                                                    | 81,1%                      | 27,6%                                                     |
| Имеют возможность получать субсидии (частичную оплату) спортивных занятий                         | 4,5%                       | 40,7%                                                     |

|                                                           |       |       |
|-----------------------------------------------------------|-------|-------|
| вне работы                                                |       |       |
| Не имеют возможности получать субсидии спортивных занятий | 95,5% | 28,4% |

Одной из мер государственной политики формирования ЗОЖ могла бы стать поддержка таких работодателей (например, с помощью льготного налогообложения), что опосредованно скажется на физической активности населения.

2. Действия, изменяющие характер предпочтений и выбора. Относительно недавно появившиеся крупные предупредительные надписи о вреде табака на пачках сигарет замечают почти все курильщики, что не удивительно, но лишь 28,8% из них признают, что такие надписи заставляют задуматься о вреде курения, и 15,3% - что надписи заставляют задуматься о том, чтобы бросить курить. Почти половина курящих утверждают, что не обращают внимания (44%) или вовсе не видят угрожающих надписей (5%). В целом это свидетельствует о недостаточно высокой эффективности действующей сегодня меры и необходимости следующего шага – перехода к графическим изображениям, которые, согласно международному опыту, признаны более действенными. Важно все же отметить, что среди «начинающих» и молодых курильщиков (15-17 лет и 18-24 года) больше тех, кто готов задуматься о вреде курения, и наоборот, курильщики со стажем значимо чаще оказываются равнодушны к новым надписям или вовсе их не замечают. Уровень образования положительно влияет на реакцию курильщика: люди с высшим и средним профессиональным образованием чаще выражают готовность задуматься о вреде своей привычки и о том, чтобы с ней расстаться; менее образованные курильщики чаще не обращают внимания на предупредительные надписи.

Важным инструментом политики ЗОЖ во многих странах выступает реклама (или антиреклама – в отношении вредных привычек). Результаты опроса показывают, что в России она еще малоэффективна. Так, 43% опрошенных никогда не замечали антирекламу курения, 53% не замечали антирекламу алкогольных напитков. Наиболее заметный источник рекламы, естественно, телевидение; все остальные каналы (СМИ, наружные носители, Интернет) практически не замечаются потребителями. Важно отметить, что разницы в реакции на рекламу у курильщиков и тех, кто не курит, а также употребляющих и не употребляющих алкоголь практически нет: нельзя сказать, что антиреклама табака или алкоголя в большей степени задевает целевые группы. Точно также и реклама здорового образа жизни остается малозаметной, лишь половина респондентов смогли вспомнить, что видели ее. Наиболее восприимчивы в отношении рекламы ЗОЖ и антирекламы вредных привычек самые молодые группы (15-19 и 20-24 года), которые чаще видят наружные рекламные щиты и сообщения в Интернете.

Другим источником информации о здоровом образе жизни должны были стать центры здоровья, которые создавались в основном на базе районных поликлиник. Все желающие могут проверить здесь базовые характеристики здоровья и получить консультацию. Однако данные опроса показывают их низкую популярность. Так, в среднем по выборке 55% респондентов не знают о существовании центров здоровья, а фактически посещали их всего 17% опрошенных. Доля посетителей выше среди лиц с хроническими заболеваниями (22%) и среди инвалидов (25%). Среди тех респондентов, которые не считают свой образ жизни здоровым, 64% ничего не знают о центрах здоровья, а посещали их только 10%. Таким образом, цель профилактики и предоставления информации и консультаций тем, кто еще здоров и чье поведение создает риски для здоровья, пока не достигнута. Возможно, проблема именно в том, что центры здоровья созданы в основном на базе поликлиник, куда по традиции обращаются только те, кто уже болен.

3. Действия, изменяющие цену нездорового (здорового) поведения. Повышение цен, как уже отмечалось, признается специалистами одной из наиболее действенных мер борьбы с табаком. В России цена сигарет остается все еще очень низкой, несмотря на некоторый рост ставок акцизных налогов, наблюдавшийся за последние два года. Средняя цена пачки сигарет/папирос (цена покупки) составляла на момент проведения опроса 31 рубль, респонденты выкуривали в среднем 17 сигарет в день. Таким образом, расходы на табак составляли около 790 рублей в месяц на человека или всего 3% среднемесячной заработной платы (24310 рублей в ноябре 2011 года, по данным Росстата). Столь низкие – экономически незначимые – цены не позволяли пока исследователям корректно оценить эластичность спроса на табак на основании российских данных. В рамках опроса была сделана попытка проследить гипотетическое влияние цены на спрос в случае, если цена изменится кардинально: респондентов спрашивали, что они будут делать в ответ на двукратный рост цен. Варианты ответов и результаты представлены в таблице 2.6, где показано, какие группы курильщиков значимо чаще выбирают тот или иной ответ. В среднем по выборке 33% курильщиков ответили, что постараются бросить курить, и еще 22% считают, что будут курить меньше. Разумеется, это лишь оценка намерений, но здесь важно отметить, что стремление бросить курить отчетливее прослеживается в молодых возрастных группах, где средняя цена покупки выше. Нежелание менять свое поведение предсказуемо для представителей самых старших и малообразованных групп населения, однако такой же ответ часто дают люди с высокими доходами, что лишний раз подтверждает экономическую незначимость цены табака и необходимость ее радикального повышения.

**Таблица 2.6. Распределение ответов на вопрос «Как Вы, скорее всего, поступите, если цены на сигареты, которые Вы обычно курите, вырастут в 2 раза?»**

| Варианты ответов                                                                        | Значимо чаще других выбирают ответ:                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Постараются бросить курить                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Молодые курильщики;</li> <li>• женщины;</li> <li>• имеющие высшее образование;</li> <li>• наименее обеспеченные</li> </ul>                               |
| Постараются меньше курить, но не перейдут на более дешевые сигареты, табачную продукцию | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Люди среднего возраста;</li> <li>• имеющие среднее профессиональное или высшее образование;</li> <li>• женщины;</li> <li>• более обеспеченные</li> </ul> |
| Будут покупать более дешевые сигареты, но не станут меньше курить                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мужчины;</li> <li>• имеющие среднее профессиональное образование;</li> <li>• менее обеспеченные</li> </ul>                                               |
| Перейдут на другие виды табачной продукции (например, папиросы, кальян)                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Самые младшие и самые старшие;</li> </ul>                                                                                                                |
| Не будут ничего менять (будут курить как обычно те же сигареты)                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Самые старшие возрастные группы;</li> <li>• наименее образованные;</li> <li>• мужчины;</li> <li>• наиболее обеспеченные</li> </ul>                       |

Так же, как и в случае с курением, одна из предлагаемых и уже поэтапно реализуемых мер государственной политики в отношении потребления алкоголя состоит в повышении акцизов и розничных цен. Пока цены повышались незначительными темпами, однако в ближайшее время предстоит более существенный их рост. Реакцию населения на эту меру позволяют оценить ответы респондентов, употребляющих крепкие алкогольные напитки, на вопрос: «Как Вы, скорее всего, поступите, если цены на крепкие спиртные напитки (в том числе, на водку) повысятся в два раза?» (таблица 2.7).

**Таблица 2.7. Распределение ответов на вопрос «Как Вы, скорее всего, поступите, если цены на крепкие спиртные напитки (в том числе, на водку) повысятся в два раза?»**

| Варианты ответов                                                                                              | Значимо чаще других выбирают ответ:                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| в целом станут меньше пить спиртных напитков                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• самые молодые возрастные группы;</li> <li>• наименее образованные;</li> <li>• наименее обеспеченные</li> </ul>       |
| будут пить меньше крепких напитков и больше слабоалкогольных напитков (вина, пива)                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• самые молодые возрастные группы;</li> <li>• имеющие высшее образование;</li> <li>• жители крупных городов</li> </ul> |
| будут пить столько же крепких напитков, но будут выбирать более дешевые напитки                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мужчины;</li> <li>• Старшие возрастные группы;</li> <li>• Менее обеспеченные</li> </ul>                              |
| будут пить вместо крепких напитков заводского производства крепкие напитки кустарного, домашнего производства | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мужчины;</li> <li>• Самые старшие возрастные группы;</li> </ul>                                                      |

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (например, самогон)                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наименее образованные;</li> <li>• Жители села</li> </ul>                                                                                                    |
| будут пить столько же (по объему) крепких напитков, сколько сейчас | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Самые старшие возрастные группы;</li> <li>• наиболее образованные;</li> <li>• женщины;</li> <li>• наиболее обеспеченные</li> <li>• жители столиц</li> </ul> |

В среднем по выборке 29% респондентов, употребляющих крепкие спиртные напитки, выразили мнение, что станут пить в целом меньше; «переключиться» на более слабые напитки планируют около 8%, на более дешевые – 7%. Противники повышения акцизов часто говорят об опасности перехода к низкокачественным напиткам кустарного производства. Однако полученные данные показывают, что сегодня регулярно употребляют самогон не более 2% из тех, кто в принципе пьет спиртные напитки. В ответ на рост цен рассматривают вариант перехода на самогон 7% из употребляющих крепкий алкоголь, в основном это жители села старших возрастов с низким уровнем образования. Наоборот, более молодые и образованные жители больших городов выражают большую готовность изменить модель потребления, переключившись на слабый алкоголь. Таким образом, рост цены алкоголя может оказаться достаточно эффективной мерой, корректирующей нездоровое поведение, особенно в группе молодежи.

3. Прямой запрет на определенные виды потребления. Респондентам задавали вопрос о том, где, по их мнению, следует запретить курение. Они могли отметить либо отдельные предложенные варианты ответов, либо выбрать ответы «везде» или «нигде». Таблица 2.8 показывает, что население (как некурящее, так и курящее) поддерживает запреты, особенно в учреждениях здравоохранения, образования и спорта. И хотя среди курильщиков больше принципиальных противников запретов, на самом деле их совсем не много – менее 10%. Кроме того, сама группа курильщиков неоднородна: поддержка запретов курения практически во всех предлагаемых местах отчетливо выше среди тех, кто имеет высшее образование, и растет с возрастом.

**Таблица 2.8. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, где курение должно быть запрещено?»**

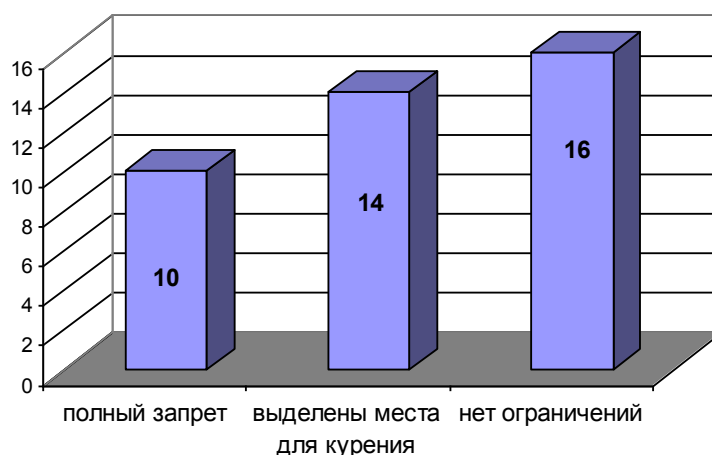
|                          | Статус респондентов |                      |                    |
|--------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|
|                          | Курят               | Не курят и не курили | Курили, но бросили |
| в больницах              | 54,9%               | 30,3%                | 37,1%              |
| в вузах                  | 32,7%               | 22,5%                | 24,2%              |
| на рабочих местах        | 21,8%               | 20,4%                | 21%                |
| в спортивных сооружениях | 39,1%               | 22,2%                | 29,9%              |
| в ресторанах, кафе       | 10%                 | 11,5%                | 12,4%              |

|                 |       |       |       |
|-----------------|-------|-------|-------|
| в барах, клубах | 5,3%  | 6,4%  | 4,8%  |
| Везде           | 26,8% | 67,7% | 53,4% |
| Нигде           | 9,5%  | 1,3%  | 4,1%  |

Иногда можно услышать от противников антитабачной политики такой аргумент: запрет курения в кафе и ресторанах резко сократит их посещаемость, приведет к закрытию многих учреждений общепита, к сокращению занятости, росту безработицы и т.п. Респондентам задавали прямой вопрос: «Если запретят курить в барах и ресторанах, Вы будете посещать их чаще, реже или так же, как раньше?». Как оказалось, половина взрослого населения в принципе не бывает в учреждениях общепита, а из тех, кто бывает, 76% намерены посещать их так же, как и раньше, несмотря на запрет курения, а 10% - даже чаще, и только 6% - реже. Среди курящих посетителей ресторанов намереваются сократить посещения только 10%, зато среди некурящих 17% будут ходить в кафе и рестораны чаще, чем сейчас. Таким образом, опасения за судьбу общепита кажутся малообоснованными, а запреты курения, очевидно, дадут положительный эффект – как для самих курильщиков, которые могут в результате сократить потребление табака, так и для окружающих (некурящих посетителей и персонала). По-разному реагируют на предлагаемую меру люди разного возраста и образования: молодые и образованные курильщики скорее не изменят своего поведения и будут продолжать посещать кафе и рестораны, где запретят курить.

Согласно полученным данным, более 50% работающего населения ежедневно подвергается воздействию пассивного курения на рабочем месте. Лишь 10% работающих курильщиков трудятся на предприятиях, где курение полностью запрещено, у 50% курильщиков на рабочих местах выделены специальные курительные помещения или места для курения, еще у 40% курильщиков в организациях нет никаких норм, запрещающих курение. Оказывается, что политика работодателя отражается не только на здоровье некурящей части персонала, но и на потреблении табака теми, кто подвержен вредной привычке: среднее число выкуриваемых за день сигарет больше всего там, где нет никаких ограничений, и меньше там, где есть выделенные для курения места, и значительно меньше в случае полного запрета (рис. 2.18). По-видимому, подобный результат может оправдывать государственную политику, устанавливающую прямой запрет на курение на рабочих местах. Альтернативой может быть поощрение работодателей в форме льготного налогообложения (сокращение отчислений на социальное/медицинское страхование работников).

**Рисунок 2.18. Среднее число сигарет в расчете на одного курильщика, в зависимости от политики работодателя (штук в день)**



Источник: Колосницына, 2013.

Респондентам также задавались вопросы об отношении к антиалкогольной политике. Все меры (как уже принятые сегодня, так и еще только обсуждаемые) однозначно положительно воспринимаются населением. Доли одобряющих различные меры антиалкогольной политики представлены в таблице 2.9. Важно отметить высокий уровень одобрения даже среди тех, кто сам употребляет алкогольные напитки.

**Таблица 2.9. Доля одобряющих отдельные меры антиалкогольной политики, %**

| Меры                                                                                                                                            | Употребляют алкогольные напитки | Не употребляют алкогольные напитки |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Запрет на продажу пива после 21.00 часа                                                                                                         | 67,8%                           | 89,8%                              |
| Запрет на продажу пива и алкогольных коктейлей в киосках и палатках                                                                             | 68,8%                           | 88,8%                              |
| Ужесточение штрафов за распитие алкогольных напитков (включая пиво) в общественных местах: парках, дворах, на улицах, в общественном транспорте | 81%                             | 91,6%                              |
| Значительное сокращение торговых точек, имеющих право на продажу спиртных напитков                                                              | 66,7%                           | 89,3%                              |
| Запрет на продажу алкогольных напитков (включая пиво) на бензозаправочных станциях                                                              | 83,9%                           | 92,5%                              |
| Ужесточение наказания за вождение автомобиля в пьяном виде                                                                                      | 95,2%                           | 96,4%                              |

В отношении всех предлагаемых мер наблюдается несколько более активное одобрение со стороны представителей старших групп населения и людей с высшим образованием, и значительно более активное – у женщин по сравнению с мужчинами.

В целом, как показал опрос, население поддерживает меры политики формирования ЗОЖ и позитивно реагирует на них, хотя реакция отдельных социально-демографических групп может различаться, и это необходимо учитывать при

планировании политики. Целевыми группами программы формирования здорового образа жизни должны стать, в первую очередь, подростки и молодежь. С одной стороны, это возраст, когда формируются привычки, с другой стороны, молодежь – это будущая рабочая сила и будущие родители. Кроме того, помощь нужна людям, уже имеющим вредные привычки и не способным самостоятельно от них отказаться. Работа с этими группами населения не может достаточно эффективно проводиться в медицинских учреждениях (центрах здоровья), которые посещают преимущественно больные люди, поскольку речь идет о здоровых. Нужны новые формы – клубы по месту жительства, школьные уроки и объединения, кружки и клубы по месту работы, обучающие программы, телереклама и т.п. Нужно расширять предложение специальных форм досуговой активности для молодежи, с тем чтобы замещать вредные привычки – увеличивать доступность спортивных сооружений, площадок во дворах, беговых и велосипедных дорожек и пр.

Для разработки и реализации программ здорового образа жизни необходима статистическая информация, которую в данный момент никто не собирает на регулярной основе. Необходимо регулярное статистическое наблюдение физической активности и стиля питания населения, включая потребление алкоголя и табака, на основе выборочных опросов, с тем чтобы можно было отслеживать динамику и результаты проводимых мер.

И, наконец, комплексность самого понятия «здоровый образ жизни» требует системного и вневедомственного подхода к разработке единой государственной политики. Не может быть в принципе одного ведомства, ответственного за здоровый образ жизни. В перспективе продуманная и комплексная политика здорового образа жизни не только даст эффект в форме увеличения потенциала трудовых ресурсов и экономической активности, но и позволит сократить расходы на медицинскую помощь.

## 2.4. Анализ действующих проектов и программ в сфере ЗОЖ в регионах России

Эффективность политики здорового образа жизни, как и в целом социальной политики государства, во многом зависит от активности региональных и местных властей, от тех конкретных мероприятий, которые проводятся с учетом местных особенностей, потребностей, традиций. В России, как, впрочем, и в других странах, можно выделить отдельные региональные инициативы, целые комплексные программы или отдельные проекты в сфере ЗОЖ.

### 2.4.1. Региональные проекты по формированию здорового образа жизни

Проанализируем ряд наиболее масштабных региональных инициатив последних лет, направленных на пропаганду здорового образа жизни, финансирование которых осуществлялось как с использованием собственных ресурсов субъектов РФ, так и с привлечением дополнительных финансовых средств.

#### *Программа «Здоровые города».*

Одной из комплексных и масштабных программ, направленных на разработку и внедрение мер по формированию здорового образа жизни в регионах, является проект «Здоровые города». Проект был предложен Европейским региональным бюро (ЕРБ) ВОЗ в 80-е гг. XX века. В 1987 году появилась первая сеть «Здоровых городов», в которую вошло 11 муниципальных образований. География проекта постоянно расширяется. Основная его задача – разработка подходов для внедрения комплексной стратегии «Здоровье для всех» на уровне города<sup>14</sup>.

В 1996 году была создана российская сеть «Здоровые города, районы и поселки». К настоящему времени более 100 российских городов в той или иной степени начали внедрение основных концепций программы. Ряд городов были официально присоединены к сети ЕРБ ВОЗ и получили свидетельства об аккредитации: Великий Устюг, Димитровград, Ижевск, Новосибирск, Новочебоксарск, Самара, Ставрополь, Ульяновск, Чебоксары, Череповец. Несколько городов в настоящее время находятся в стадии аккредитации.

Работа в рамках программы «Здоровый город» осуществляется по следующим основным направлениям:

- профилактика заболеваний;
- пропаганда здорового образа жизни;

---

<sup>14</sup> Программа ВОЗ «Здоровые города»: <http://www.euro.who.int/healthy-cities>

- сохранение и укрепление здоровья детей и подростков;
- здоровье на рабочем месте;
- улучшение качества жизни и здоровья пожилых людей;
- адаптация инвалидов трудоспособного возраста;
- здоровое городское планирование.

Сегодня российскими городами-участниками проекта «Здоровые города» реализуется целый комплекс специальных мероприятий. В качестве примера рассмотрим инициативы в рамках направления по формированию здорового образа жизни в *Ижевске*, *Чебоксарах* и *Череповце*, ставшими одними из первых участников проекта и уже накопившими некоторый опыт реализации мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья горожан.

*Ижевск* стал первым российским городом, получившим в 2000 году аккредитацию в европейской сети «Здоровых городов» ВОЗ. За время участия в программе в Ижевске введены и отработаны механизмы вовлечения жителей города в мероприятия по воспитанию культуры здоровья и пропаганде здорового образа жизни. В них принимают участие значительное число школьников и их родителей, студентов, пожилых людей, представителей общественных организаций, медиков, ученых, журналистов. Так, в 2010 году число участников городского Фестиваля здоровья составило почти 80 тыс. чел., в школах здоровья прошли обучение более 20 тыс. чел. В проекте «Мы выбираем жизнь – молодежь против ВИЧ/СПИДа» приняло участие около 50 тыс. молодых людей. В целом проводимые акции и массовые профилактические мероприятия охватили более 90 тыс. чел. (численность населения города в 2010 году – 628 тыс. чел. (Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года, 2011)). В настоящее время в городе в рамках проекта реализуется долгосрочная целевая программа «Здоровье города – здоровье ижевчан» (табл. 2.10). Для оценки воздействия реализуемых мероприятий на состояние здоровья ежегодно осуществляются мониторинг состояния здоровья и образа жизни различных групп населения города. В 2010 году были проведены три социологических исследования: «Удовлетворенность качеством стационарного обслуживания», «Удовлетворенность качеством медицинского обслуживания маломобильных ветеранов ВОВ», «Здоровье и образ жизни подростков и молодежи г. Ижевска» (Здоровье города – здоровье ижевчан, 2011). Данные ежегодных мониторингов свидетельствуют о повышении уровня общественного сознания в отношении здоровья, формировании новой культуры здоровья и ответственного отношения людей, в первую очередь подрастающего поколения, к собственному и общественному здоровью (Здоровье города – здоровье ижевчан, 2011).

Отмечая несомненную пользу проводимых мероприятий, для получения более конкретной информации об их эффективности хотелось бы получить от организаторов количественные оценки, раскрывающие степень влияния осуществляемых мероприятий на показатели здоровья населения города, изменение отношения к курению, потреблению спиртных напитков и пр. Безусловно, результаты участия Ижевска в программе «Здоровые города» носят долгосрочный характер, в то же время более чем десятилетний период участия в проекте позволяет провести подобный мониторинг. Данные этих исследований могут оказаться очень полезными для тех городов, которые только планируют принять участие в программе или недавно начали ее реализацию.

Вторым российским городом, вошедшим в европейскую сеть ВОЗ «Здоровые города», стал в 2006 году город *Чебоксары* (Губернаторы.Ру, 2011). В городе регулярно проводятся тематические акции и различные культурно-зрелищные и спортивные мероприятия по пропаганде здорового образа жизни, борьбе с вредными привычками. По данным за 2007 год в ходе участия в проекте «Здоровые города» в городе наблюдалось (Чебоксары – здоровый город, 2007):

- снижение заболеваемости на 18%;
- уменьшение младенческой смертности на 17,2%;
- снижение первичного выхода на инвалидность на 10%;
- снижение временной утраты трудоспособности на 12%.

В настоящее время в городе реализуются следующие программы<sup>15</sup>:

- муниципальная целевая программа «Формирование здорового образа жизни у населения города Чебоксары (2011-2013 годы)»
- муниципальная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в городе Чебоксары»;
- городская социальная программа «Семья на 2011-2015 годы»;
- муниципальная целевая программа «Улучшение условий, охраны труда и здоровья работающих на территории муниципального образования города Чебоксары – столицы Чувашской Республики на 2010 – 2012 годы».

Большой опыт проведения результативных мероприятий накоплен в *Череповце*, ставшем участником проекта Европейской сети ВОЗ «Здоровые города» в 2001 году и в 2006 году получившем аккредитацию сети. Количество жителей города - участников мероприятий программы ежегодно растет и к 2015 году должно достичь 167,6 тыс. чел.

---

<sup>15</sup> О ходе реализации проекта «Здоровые города» в городе Чебоксары.  
<http://gov.cap.ru/hierarchy.asp?page=../76482/981805/983784>

(численность населения города в 2010 году – 311 тыс. чел., данные официального сайта города Череповца, 2010). Так, число участников школьных мероприятий в рамках антитабачной компании ежегодно увеличивается в 2 раза. Количество участников акции «Брось курить и выиграй» за четыре года возросло в 2 раза и в 2009 году превысило 700 чел. (Проект «Здоровый город» в Череповце, 2010). Опыт реализации программы «Здоровые города» подтвердил его результативность в решении задач улучшения состояния здоровья и качества жизни населения. Так, по оценкам специалистов, показатели распространенности курения и вредного употребления алкоголя в Череповце ниже, чем средние по всей Вологодской области (Касимов, 2012). Кроме того, за годы реализации программы в Череповце наметилась тенденция к снижению ряда показателей:

- распространенность курения в 2009 году по сравнению с 2004 годом снизилась с 34,6% до 27,7%;
- распространенность чрезмерного потребления алкоголя в 2009 году по сравнению с 2004 годом уменьшилась с 11,3% до 9,8% (Касимов, 2012).

В 2011 году городская целевая программа «Здоровый город» продлена до 2015 года (табл. 2.10).

Активизация деятельности российских городов, направленной на улучшение состояния здоровья и качества жизни горожан, и вовлечение их в Европейскую сеть ВОЗ «Здоровые города» продолжается и в настоящее время. Так, в 2012 году аккредитацию в сети получил Ульяновск. Этому предшествовала большая целенаправленная работа. В 2010 году в Ульяновске была утверждена долгосрочная муниципальная целевая программа «Здоровый город» (табл. 2.10). Программой предусмотрен ежегодный рост числа мероприятий по пропаганде здорового образа жизни. Доля жителей города, участвующих в подобных мероприятиях, к 2015 году должна составить 24,4%. Планируется, что число подготовленных специалистов в области здорового образа жизни за пять лет возрастет в три раза (табл. 2.10).

**Таблица 2.10. Инициативы городов-участников проекта «Здоровые города»**

| <b>Программа</b>                                                                                                                     | <b>Мероприятия и формы работы</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Планируемые результаты</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Финансирование</b>                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Долгосрочная целевая программа развития общественного здоровья города Ижевска «Здоровье города – здоровье ижевчан» на 2011–2014 годы | 1) Проведение акций, конкурсов, фестивалей, других новых форм работы с населением;<br>2) поддержка и развитие школ здоровья;<br>3) проведение обучающих семинаров, тренингов, конференций;<br>4) информационное сопровождение мероприятий, публикации в средствах массовой информации и сети Интернет;<br>5) разработка социальных проектов и программ укрепления здоровья.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1) Продолжится межведомственная деятельность по укреплению здоровья, формированию ЗОЖ, профилактике заболеваний;<br>2) будут внедрены современные социальные технологии в области общественного здоровья и приоритеты Проекта «Здоровые города» ВОЗ в отношении равенства в вопросах здоровья;<br>3) повысится уровень информированности и грамотности разных категорий населения по вопросам ЗОЖ и профилактики заболеваний;<br>4) будут формироваться новые поведенческие стереотипы в отношении ЗОЖ и устойчивые навыки здорового питания, физической активности, активного отдыха;<br>5) улучшатся показатели здоровья населения. | Общие затраты на реализацию программы - 76060 тыс. руб., из них:<br>• средства бюджета города: 66294 тыс. руб.;<br>• средства отрасли (здравоохранения, образования, культуры): 9306 тыс. руб.;<br>• внебюджетные средства: 460 тыс. руб.  |
| Долгосрочная целевая программа «Здоровый город» на 2009-2015 годы, г. Череповец                                                      | 1) Организация социальной рекламы, тематических акций, конкурсов, выставок, культурно-массовых и спортивных мероприятий;<br>2) регулярное размещение агитационных материалов на городском Интернет-сайте «Здоровый город»;<br>3) проведение конкурса-акции рисунков «Какого будущего ты не хочешь?» и общегородских мероприятий: «Скажи наркотикам «НЕТ», «Мел судьбы», гала-концерта «Молодежь Череповца против наркотиков» и др.;<br>4) организация в школах соревнований классов, свободных от курения;<br>5) проведение акций, направленных на профилактику заболеваемости СПИДом;<br>6) реализация концепции социальной рекламы по профилактике употребления алкоголя. | 1) Будут сформированы новые системы межведомственных взаимоотношений, межведомственные целевые программы, направленные на повышение уровня здоровья населения;<br>2) улучшится демографическая ситуация и показатели здоровья населения;<br>3) будет создана работающая система мониторинга уровня здоровья населения;<br>4) будет разработана система информирования населения о факторах риска и профилактике заболеваний.                                                                                                                                                                                                          | Программа реализуется за счет средств городского бюджета в объеме 59072,8 тыс. руб. В соответствии с действующим законодательством в установленном порядке для финансирования Программы могут быть привлечены средства из иных источников. |

| Программа                                                                        | Мероприятия и формы работы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Планируемые результаты                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Финансирование                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Муниципальная целевая программа «Здоровый город» на 2011-2015 годы, г. Ульяновск | 1) Проведение обучающих семинаров и конференций по вопросам ЗОЖ;<br>2) формирование городского фонда методической литературы и медиатеки, банка фото- и видеоматериалов по проблемам ЗОЖ;<br>3) размещение на территории города рекламных конструкций, пропагандирующих ЗОЖ, распространение социальной рекламы;<br>4) организация тематических акций, конкурсов, выставок, культурно-массовых и спортивных мероприятий;<br>5) создание в сети Интернет информационного портала «Ульяновск - здоровый город»;<br>6) регулярное размещение в СМИ специальных роликов и передач по пропаганде ЗОЖ | 1) Будет сформирована новая система межведомственных взаимоотношений, способствующая сохранению и улучшению состояния здоровья населения;<br>2) улучшится демографическая ситуация и показатели здоровья населения;<br>3) будет создана работающая система мониторинга уровня здоровья населения;<br>4) возрастет количество инициатив граждан, общественных объединений, организаций, связанных с профилактикой заболеваний и формированием ЗОЖ;<br>5) будет разработана система информирования населения о факторах риска и профилактике заболеваний. | Программа реализуется за счет денежных средств бюджета муниципального образования «Город Ульяновск». Общий объем финансирования программы: 312220 тыс. руб. |

Источник: Об утверждении муниципальной долгосрочной целевой программы развития общественного здоровья города Ижевска «Здоровье города – здоровье ижевчан» на 2011-2014 годы: постановление администрации города Ижевска от 28.03.2011 № 246; Об утверждении муниципальной целевой программы «Здоровый город» на 2011-2015 годы: постановление мэрии города Ульяновска Ульяновской области от 20.10.2010 № 5565.

Таким образом, проект «Здоровые города» является действенным механизмом, позволяющим в условиях ограниченных финансовых ресурсов координировать усилия соответствующих городских служб и структур и направлять их на реализацию комплексных социальных программ по повышению качества жизни населения. Для дальнейшей активизации действий российских городов, направленных на улучшение здоровья населения и поддержание здорового образа жизни, было бы целесообразно тиражировать положительный опыт российских городов-участников проекта в другие регионы путем регулярного проведения тематических конференций, круглых столов, семинаров, выпуска и распространения специальной литературы, раскрывающей механизмы реализуемых мероприятий и их результативность, а также через освещение мероприятий программы в СМИ.

#### *Профилактика табакокурения в городе Сочи.*

В качестве примера широкомасштабной инициативы, направленной на борьбу с курением, рассмотрим опыт города Сочи. 29 января 2010 года соответствующим

постановлением администрации города была утверждена городская целевая программа «Профилактика табакокурения в городе Сочи» на 2010-2012 годы<sup>16</sup>.

Основные *цели*, заложенные в программе:

- обеспечение условий для снижения уровня табакокурения посредством реализации мер, направленных на профилактику табакокурения,
- формирование здорового образа жизни населения, способствующего духовному, физическому благополучию граждан и социально-экономическому развитию города Сочи.

Общий объем *финансирования* программы составил 3 млн. 790 тыс. руб. (из бюджета Сочи – 2,5 млн. руб., привлечение средств из других источников - 1 млн. 290 тыс. руб.).

Мероприятия программы разделены на три *подпрограммы*, в рамках каждой из которых предусмотрено проведения ряда специальных мероприятий:

- 1) формирование единой информационной стратегии при освещении вопросов, связанных с проблемами табакокурения;
- 2) создание системы мотивирования населения и гостей города к ведению здорового образа жизни, вовлечению в деятельность по профилактике и контролю над табакокурением;
- 3) формирование системы психолого-медицинской поддержки и профилактики табакокурения.

Программой предполагается, что осуществляемые в ходе ее реализации мероприятия будут способствовать росту:

- 1) доли подростков и молодежи в возрасте от 11 до 24 лет, принимающих участие в профилактических мероприятиях (до 20% в 2012 году);
- 2) количества новостных сюжетов, материалов, статей в СМИ, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику табакокурения в общем числе материалов местных СМИ (до 10 в год);
- 3) числа инициативных групп, действующих в области контроля за табакокурением (до 11 в 2012 году);
- 4) количества общественных организаций, вовлеченных в деятельность по формированию здорового образа жизни населения города, профилактике табакокурения (до 4 в 2012 году);

---

<sup>16</sup> Об утверждении городской целевой программы «Профилактика табакокурения в городе Сочи» на 2010-2012 годы: постановление администрации города Сочи от 29.01.2010 № 70.

5) численности хозяйствующих субъектов города Сочи, осуществляющих меры по ограничению табакокурения.

За период реализации программы было проведено множество мероприятий: антитабачные рейды, театрализованные шествия, профилактические акции, круглые столы, конкурсы, просветительские лекции, семинары и тренинги для желающих избавиться от вредных привычек. Одновременно с этим в городе организуются разнообразные спортивные мероприятия, растет численность населения, регулярно занимающегося физической культурой и спортом. Так, за 9 месяцев 2012 года численность занимающихся спортом составила 31,5% от общего количества жителей города (против 29,3% в 2011 году)<sup>17</sup>.

В 2010 году городским собранием Сочи была принята хартия «Сочи - без табака», согласно которой в городе введен запрет на курение в общественном транспорте, учреждениях социальной сферы, помещениях, занимаемых органами государственной власти, закрытых спортивных сооружениях, а также на рабочих местах, за исключением специально отведенных мест<sup>18</sup>.

Специалистами Центра медицинской профилактики в 2012 году проведено мониторинговое исследование распространенности курения среди различных групп населения Сочи, результаты которого выявили сокращение распространенности курения среди учащихся общеобразовательных учреждений и других групп населения города за время действия программы<sup>19</sup>.

#### 2.4.2. Региональные ограничения на продажу алкоголя

В качестве примера региональных инициатив, направленных на снижение потребления алкоголя, рассмотрим меры субъектов РФ по ограничению времени и мест продажи спиртных напитков.

Пятнадцать лет назад Правительство РФ начало вводить меры по ограничению физической доступности спиртных напитков. Так, 1 июля 1997 года на федеральном уровне был введен запрет на торговлю алкоголем крепостью более 12 градусов в ларьках, киосках и палатках<sup>20</sup>. С 2005 года регионы получили право на введение самостоятельных

---

<sup>17</sup> Официальный Интернет-портал муниципального образования город-курорт Сочи: [http://sochiadm.ru/about\\_the\\_city/](http://sochiadm.ru/about_the_city/)

<sup>18</sup> Решение городского собрания Сочи от 21.09.2010. №9 О принятии хартии «Сочи – без табака». <http://medprofsochi.ru/profilaktika-kureniya/28-khartiya-qsochi-bez-tabakaq>

<sup>19</sup> Официальный Интернет-портал муниципального образования город-курорт Сочи: [http://sochiadm.ru/about\\_the\\_city/](http://sochiadm.ru/about_the_city/)

<sup>20</sup> О дополнительных мерах по предотвращению незаконного производства и оборота спирта этилового и алкогольной продукции: Указ Президента РФ от 30.04.1997 № 442.

ограничений на продажу спиртного<sup>21</sup>. Предоставленной возможностью воспользовались многие субъекты РФ, установив региональные правила в отношении розничных продаж алкоголя.

Достаточно жесткие нормы на ограничение продаж алкогольной продукции действуют в Москве, где с ноября 1998 года был введен запрет на продажу любого алкоголя, кроме пива, на рынках, а с лета 2002 года запрещена продажа спиртных напитков на городских пляжах. С 1 января 2006 года в Москве вступил в силу запрет на продажу алкогольных напитков крепче 15 градусов с 23.00 до 8.00., а с 1 сентября 2010 года время запрета было продлено с 22.00 до 10.00.

Аналогичные временные ограничения с 1 февраля 2009 года были введены в Костромской области, а с 22 октября 2011 года – в Удмуртии<sup>22</sup>.

Федеральные рамки запрета на продажу спиртных напитков осенью 2011 года законодательно расширили и в Ленинградской области. Соответствующий закон был подписан 10 ноября 2011 года. Теперь алкоголь в регионе нельзя купить с 22.00 до 9.00<sup>23</sup>.

Депутаты Думы Чукотского автономного округа воспользовались правом региона на самостоятельное введение дополнительных ограничений продажи спиртных напитков и в сентябре 2011 года утвердили порядок введения полного запрета на продажу алкоголя в отдельных населенных пунктах округа. Такое ограничение было принято в связи с массовой алкоголизацией населения. Потребление алкоголя в округе составляет 19 литров на человека в год, что существенно превышает среднероссийский показатель (Голубко, 2011).

Одной из первых бороться с потреблением алкоголя стала Московская область, в которой несколько лет назад был введен запрет на продажу алкоголя в магазинах с 23.00 до 8.00<sup>24</sup>. Со 2 мая 2010 года в Московской области начал действовать закон, запрещающий в регионе продажу алкогольной продукции крепостью более 15 градусов с

---

<sup>21</sup> О внесении изменений в Федеральный закон РФ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» и о признании утратившими силу отдельных положений Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции»: Федеральный закон от 21.07.2005 № 102-ФЗ.

<sup>22</sup> О регулировании розничной продажи алкогольной продукции на территории Костромской области: Закон Костромской области от 29.12.2010 № 22-5-ЗКО; Пушина, 2011.

<sup>23</sup> Об обеспечении реализации полномочий органов государственной власти Ленинградской области и органов местного самоуправления в сфере регулирования оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции на территории Ленинградской области: Областной закон Ленинградской области от 10.11.2011 № 88-ОЗ.

<sup>24</sup> О мерах по выполнению законодательства о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции: постановление Правительства Московской области от 1.06.2006 № 470/21.

21.00 до 11.00<sup>25</sup>. С 1 июля 2012 года на территории региона вступил в силу запрет на продажу алкогольной продукции в нестационарных торговых и складских помещениях. Запрет распространяется на все алкогольные напитки, включая пиво, к которому с июля 2012 года предъявляются те же требования, что и к другой алкогольной продукции. Продажа пива теперь запрещена во всех палатках и киосках Подмосковья. А с 2013 года запрет на продажу всех видов пива в киосках и ночную продажу пива в магазинах будет введен и на территории всей страны<sup>26</sup>.

Введение ограничительных мер в отношении физической доступности спиртных напитков зарубежные и отечественные эксперты относят к одной из наиболее эффективных мер, способствующих не только сокращению потребления спиртного среди населения, но и решению многих вызванных алкоголем проблем. Например, по имеющимся оценкам, после установления запрета на ночные продажи спиртной продукции в Москве уровень преступности в городе снизился на 23% (Морозова и др., 2011).

Расчеты, сделанные на основании данных РМЭЗ за 2010 год, когда регионы вводили различные временные ограничения, а некоторые не вводили их вовсе, позволили оценить на микроуровне, как ночные запреты продажи алкоголя влияют на его потребление<sup>27</sup>. Регрессионные уравнения индивидуальных объемов потребления в пересчете на чистый спирт, в которых контролировались основные определяющие его факторы (пол, возраст, место жительства, семейный статус, статус занятости и пр.), показали, что увеличение времени запрета сокращает потребление алкоголя, причем экспоненциально: каждый дополнительный час запрета дает все более ощутимое сокращение. Важно также отметить, что ужесточение запрета в вечерние часы (например, прекращение продажи не в 22.00, а в 21.00) действует вдвое эффективнее, чем такое же ужесточение (например, сдвиг начала продажи с 10.00 на 11.00) в утренние часы (Kolosnitsyna et al., forthcoming). Таким образом, регионы в состоянии регулировать объемы потребления спиртного, увеличивая продолжительность запрета.

---

<sup>25</sup> Об ограничении времени розничной продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15 процентов объема готовой продукции на территории Московской области: Закон Московской области от 14.04.2010 № 36/2010-ОЗ.

<sup>26</sup> О розничной продаже алкогольной продукции в Московской области: Закон Московской области от 27.04.2012 №40/2012-ОЗ; Рубин П. (2011).

<sup>27</sup> Результаты проекта «Влияние мер государственной политики на формирование здорового образа жизни», 2011-2012 гг., ЦФИ НИУ ВШЭ, рук. – М.Г.Колосницyna, Л.С.Засимова.

### 2.4.3. Региональные проекты-участники конкурса «Здоровая Россия».

Многие инициативы, предпринимавшиеся в регионах для формирования здорового образа жизни, были представлены на конкурс «Здоровая Россия». Рассмотрим их более подробно (Здоровая Россия, 2013).

С целью пропаганды здорового образа жизни среди населения Минздравсоцразвития (позже - Министерство здравоохранения) России, начиная с 2009 года, осуществляет реализацию программы «Здоровая Россия». В рамках мероприятий программы ежегодно проводится Всероссийский конкурс проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия». Его основная задача – поиск наиболее интересных региональных инициатив, направленных на пропаганду здорового образа жизни, с последующим распространением передового опыта субъектов РФ и инициированием новых мероприятий в этой области (Здоровая Россия, 2013).

Поданные заявки оцениваются экспертами Минздрава России и Агентства социальной информации согласно следующим критериям:

- соответствие проекта целям и задачам конкурса;
- актуальность и новизна проекта;
- проработанность заявки;
- логическая взаимосвязь целей, задач, механизма реализации и результатов проекта;
- эффективность проекта - в соответствии с приведенными заявителем количественными и качественными индикаторами;
- наличие привлеченного финансирования или других нефинансовых ресурсов;
- наличие отзывов участников проекта, заинтересованных организаций;
- возможность воспроизведения предложенной модели.

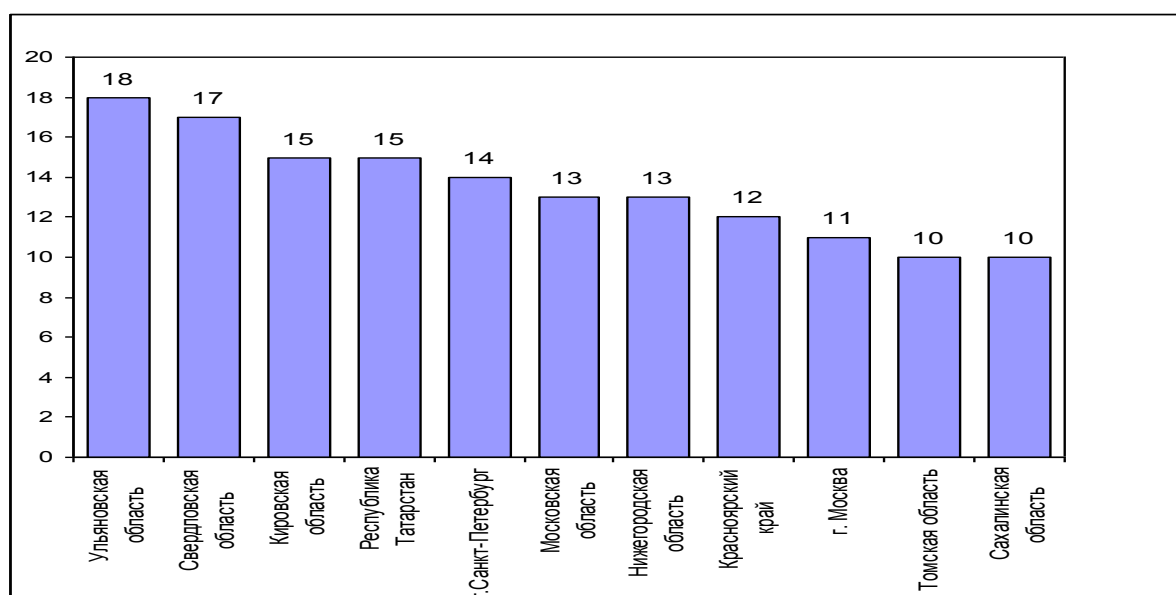
Кроме того, описание проектов размещается на сайте конкурса и по ним проводится общественное голосование, результаты которого учитываются экспертами и жюри при отборе финалистов и победителей конкурса. Жюри формируется с целью определения победителей конкурса и включает представителей Минздрава России, научно-исследовательских учреждений, общественных объединений и организаций. Председателем Жюри является Министр здравоохранения Российской Федерации.

Общими целями большинства проектов, представленных на конкурс, стали:

- продвижение навыков по ведению здорового образа жизни;
- профилактика и раннее выявление социально-значимых заболеваний;
- стимулирование молодежи к отказу от пагубных привычек, в том числе от табакокурения, потребления алкоголя и наркотиков;
- повышение доступности медицинской помощи.

За период проведения конкурса в нем приняли участие более 1000 региональных проектов из всех федеральных округов. Остановимся подробнее на участниках конкурса 2010 года, поскольку в этом году заявки участников были представлены впервые, а в последующие годы отдельные проекты заявлялись повторно (рис. 2.19). Наиболее активными участниками конкурса стали представители Ульяновской (18 заявок) и Свердловской (17 заявок) областей. Более 10 проектов было представлено также участниками из Республики Татарстан, Кировской области, Московской и Нижегородской областей, Москвы, Санкт-Петербурга, Красноярского края. Из остальных регионов было представлено по 10 и или менее проектов.

**Рисунок 2.19. Наиболее активные регионы-участники конкурса «Здоровая Россия», 2010 год**



Источник: Здоровая Россия, 2013.

В целом за 2010-2012 гг. на конкурс было представлено много интересных проектов. Выделим из них потенциально эффективные региональные программы, направленные на формирование здорового образа жизни, в том числе на борьбу с курением и потреблением алкоголя (табл. 2.11).

**Таблица 2.11. Региональные проекты, представленные на конкурс «Здоровая Россия» в 2010-2012 гг. в номинации «Лучший региональный проект»**

| <b>Проект</b>                                                                                        | <b>Организаторы и сроки</b>                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Мероприятия и их результативность</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Финансирование</b>                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Дни здоровья на Кубани» (проект-победитель в номинации «Лучший региональный проект» в 2010 г.)      | Администрация Краснодарского края, Департамент здравоохранения Краснодарского края (27.07.2008 - 31.12.2009)                                                                                                                                                              | 1) Благодаря широкомасштабной информационной компании по оповещению различных социальных групп населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья, профилактики распространения табакокурения, алкоголя, наркотиков, профилактике нерационального питания и социально значимых заболеваний возросла доступность медицинской информации профилактического содержания о здоровье с 50% в 2007 году до 87% в 2010 году.<br>2) С августа 2008 г. по июнь 2010 г. в еженедельных праздниках Дня здоровья приняли участие 1 млн 242 тыс. 513 чел.<br>3) В результате профосмотров во время Дней здоровья возросло число случаев раннего выявления социально значимых неинфекционных заболеваний.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | На мероприятия программы в 2009 г. израсходовано 7,01 млн руб.<br>Источник финансирования - средства краевого и муниципальных бюджетов.                                                                               |
| «Быть здоровым модно!» – (проект-участник конкурса номинации «Лучший региональный проект» в 2010 г.) | ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Управление Роспотребнадзора по Пензенской области (Пензенская область, Республика Татарстан, г. Пенза, г. Казань) (01.09.2006 - 25.05.2010) | В ходе реализации проекта:<br>1) разработан учебно-методический комплект по учебному курсу «Быть здоровым модно!» (учебное пособие, рабочая тетрадь ученика, книга, методическое пособия для учителя), который включен в перечень факультативных и элективных курсов общеобразовательных учреждений Пензенской области;<br>2) организовано ежегодное проведение спортивных соревнований, конкурсов, культурно-массовых мероприятий для учащихся, рассчитанных на формирование мотивации здоровьесберегающего поведения;<br>3) оформлены «уголки здоровья» в виде стендов и сайта в Интернете;<br>4) налажено освещение мероприятий и результатов внедрения проекта в местных СМИ;<br>5) проведен опрос среди школьников 5-11-х классов общеобразовательных учреждений Бековского района Пензенской области, участвующих в проекте, результаты которого показали, что:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• на 16% возросла информированность учащихся о факторах, формирующих здоровье; на 12% - о вреде табакокурения, энергетических напитков, пива, алкоголя, токсикомании, наркомании;</li> <li>• на 43 % увеличилось количество участников конкурсов по здоровому образу жизни;</li> <li>• на 4% выросло число учащихся-участников спортивных соревнований;</li> <li>• на 4% снизилась распространенность табакокурения среди школьников;</li> <li>• на 2,3% уменьшилось количество учащихся, регулярно потребляющих пиво и энергетические напитки.</li> </ul> | Стоимость проекта: 386 тыс. руб.<br>Источники финансирования: 320 тыс. руб. - областной бюджет Правительства Пензенской области; 66 тыс. руб. - спонсорская помощь Управления Роспотребнадзора по Пензенской области. |

| Проект                                                                                                                                            | Организаторы и сроки                                                                                                          | Мероприятия и их результативность                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Финансирование                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Скажи курению нет» (проект-участник конкурса номинации «Лучший региональный проект» в 2011 г.)                                                   | Центр здоровья Государственное учреждение здравоохранения Забайкальского края (20.09.2010 - 20.09.2011)                       | В проект был вовлечен персонал центра здоровья, отделы диагностического центра. В ходе реализации проекта:<br>1) в каждом отделе Центра оформлялись «Уголки здоровья», создавались буклеты, информационные листки, видеоролики, записывались беседы по местному радиовещанию для трансляции в регистратуре по профилактике табакокурения;<br>2) выпускались телесюжеты о Центре здоровья с информацией о возможности обследования посетителей, в том числе являющихся курильщиками;<br>3) оказывалась практическая помощь в отказе от курения, осуществлялся контроль за результатами путем обратной связи.<br>4) Результаты анонимного анкетирования посетителей Центра показали, что: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 % опрошенных получили рекомендации по здоровому образу жизни;</li> <li>• 80% респондентов будут соблюдать полученные рекомендации в полном объеме;</li> <li>• после посещения Центра здоровья были намерены отказаться от курения 35,8% курильщиков, отказались от курения 17,8% от выразивших намерение отказаться от курения.</li> </ul> | Стоимость проекта: 383841 руб.<br>Источник финансирования: средства краевого бюджета                                                                                                                                                                                                               |
| «Дружно, смело с оптимизмом Республика Алтай за здоровый образ жизни» (проект-участник конкурса номинации «Лучший региональный проект» в 2012 г.) | Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Алтай» (01.02.2011 — 05.03.2012) | 1) Налажена организационно - методическая деятельность по взаимодействию органов власти, местного самоуправления, общественных организаций, бизнес-сообществ с целью организации мероприятий, разработке нормативно-правовой базы, принятию управленческих решений, направленных на сохранение здоровья и формирование ЗОЖ граждан региона.<br>2) Проводится регулярная профилактическая работа с населением, направленная на выявление, коррекцию и предотвращение факторов риска развития заболеваний, борьбу и распространение вредных привычек, социально — значимых заболеваний.<br>3) Организуются регулярные культурные, спортивно-массовые мероприятия, флеш-мобы, молодежный форум, осуществляется информационное сопровождение мероприятий в СМИ.<br>4) За время реализации проекта: <ul style="list-style-type: none"> <li>• снизился объем реализации спиртосодержащей продукции в 1,2 раза, в 3,8 раза сократился удельный вес алкогольных отравлений;</li> <li>• выявлены факторы риска у 87% граждан;</li> </ul>                                                 | Стоимость проекта: 8,34 млн. руб.<br>Источник финансирования: средства республиканского бюджета по программам «Формирование здорового образа жизни среди населения Республики Алтай, включая сокращение потребления алкоголя и табака», «Развитие физической культуры и спорта в Республике Алтай» |

| Проект | Организаторы и сроки | Мероприятия и их результативность                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Финансирование |
|--------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|        |                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• снизился уровень общей и первичной заболеваемости населения;</li> <li>• на 13% увеличилось количество детей и подростков, регулярно занимающихся спортом;</li> <li>• по данным анкетирования учащихся республики отмечается снижение распространения уровня табакокурения, алкоголя, наркотиков, 78% респондентов считают здоровье жизненным приоритетом, 89,6% - систематически занимаются физической культурой и спортом.</li> </ul> <p>по данным опроса населения республики 67,8% респондентов отказались от вредных привычек, 31,2% - планируют отказаться от них.</p> |                |

Источник: Здоровая Россия, 2013.

Несмотря на небольшой срок реализации большинства проектов, представленных на конкурс, их разработчики уже сейчас отмечают положительное воздействие проводимых мероприятий на формирование у населения осознанного отношения к своему здоровью, а также мотивации к отказу от табакокурения, употребления алкоголя, наркотиков и других форм рискованного поведения (Здоровая Россия, 2013).

Анализ разнообразных региональных инициатив по формированию здорового образа жизни (Здоровая Россия, 2013; Российская организация социальной эффективности, 2013) позволил выявить некоторые общие закономерности при организации таких программ и классифицировать их по сходным признакам (табл. 2.12).

Таким образом, приведенные примеры региональных инициатив, направленных на формирование здорового образа жизни, свидетельствуют о том, что реализация подобных программ является достаточно действенной мерой, способствующей формированию у населения стремления к здоровому образу жизни, отказу от вредных привычек, профилактике болезней. Финансирование проектов может осуществляться как с использованием собственных средств регионов, так и с привлечением дополнительных финансовых ресурсов (в том числе за счет спонсорской помощи и специальных субсидий и грантов). При этом, как показал анализ действующих региональных программ, некоторые из них были внедрены без значительных финансовых затрат, в то же время с достаточно высокой степенью результативности. Положительный опыт рассмотренных регионов может быть использован другими субъектами РФ при разработке комплекса мер по формированию здорового образа жизни и сокращению потребления алкоголя и табака.

**Таблица 2.12. Типология региональных программ по формированию здорового образа жизни**

| <b>Критерий</b>                                  | <b>Тип программы</b>                                                                                         |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| широта охвата компонентов здорового образа жизни | <i>комплексные</i> : охватывают разные компоненты здорового образа жизни;                                    |
|                                                  | <i>узконаправленные</i> : охватывают один из факторов здорового образа жизни                                 |
| широта охвата участников                         | <i>широкомасштабные</i> : в мероприятиях программы задействована широкая аудитория                           |
|                                                  | <i>узконаправленные</i> : рассчитаны на небольшое количество участников                                      |
| механизм финансирования                          | <i>софинансирование</i> : используют как бюджетные средства регионов, так и другие источники финансирования; |
|                                                  | <i>самостоятельные</i> : используют только средства бюджета субъектов РФ                                     |
| объем финансирования                             | <i>широкобюджетные</i> : реализация проектов связана с достаточно большими финансовыми вложениями;           |
|                                                  | <i>малобюджетные</i> : реализуются с небольшими финансовыми затратами (возможно – без дополнительных затрат) |
| период реализации                                | <i>долгосрочные</i> : реализуются на протяжении двух и более лет;                                            |
|                                                  | <i>краткосрочные</i> : осуществляются в течение года                                                         |

Отметим, однако, что систематической и целенаправленной работы по тиражированию лучшего опыта регионов по формированию здорового образа жизни не осуществляется. Так, одной из основных задач конкурса Минздрава России «Здоровая Россия», по словам организаторов, является обобщение и распространение лучшего опыта, практик и стандартов формирования здорового образа жизни (Здоровая Россия, 2013). Для решения этой задачи, в частности, предполагалось ежегодное издание электронных сборников со сводной информацией о статистике конкурса и о заявленных проектах. Однако данные издания до сих пор не подготовлены. Более того, с сайта убрана информация об участниках конкурса 2011 года (оставлено только описание проектов победителей и финалистов конкурса). Кроме того, нет информации и об открытом обсуждении проектов конкурса на конференциях, круглых столах, семинарах с привлечением широкой общественности, что также могло стать частью работы по дальнейшему распространению передового опыта субъектов РФ в области охраны здоровья населения регионов. Пожалуй, единственным на сегодняшний день примером удачного обобщения накопленного опыта организации программ по борьбе с факторами риска являются подготовленные в 2012 году специалистами Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины методические рекомендации, содержащие современные, научно-обоснованные предложения по организации программ профилактики неинфекционных заболеваний в регионах и других административных единицах России. В данном документе представлены общие рекомендации по

организации таких программ, а также приведены конкретные примеры, содержащие в т.ч. оценки эффективности программ (Глазунов и др., 2012).

*Проведенный анализ позволил определить основные проблемы в сфере государственной политики формирования ЗОЖ в России и предложить для последующего обсуждения набор мер, призванных способствовать (а) формированию адекватных представлений населения о здоровом образе жизни и последствиях нездорового образа жизни; (б) расширению возможностей выбора индивидами здорового поведения; (в) ограничению возможностей выбора нездорового поведения.*

***В частности, в сфере формирования/корректировки индивидуальных предпочтений предлагается:***

- ***Курение:***
  - *Контроль за выполнением запрета рекламы и спонсорства табачных изделий, особенно в сети интернет;*
  - *Контроль за постоянным обновлением графических предупреждений на пачках;*
  - *Информационные кампании, конкурсы, антитабачная реклама, реклама ЗОЖ.*
- ***Алкоголь:***
  - *Более жесткое ограничение рекламы алкоголя (кроме мест продажи, специализированных изданий и т.д.);*
  - *Информационные и рекламные кампании в СМИ, формирующие негативное отношение к избыточному потреблению алкоголя, реклама ЗОЖ.*
- ***Физическая активность:***
  - *кампании в СМИ;*
  - *содержательная вариативность школьных уроков физкультуры (с учетом возрастных и гендерных различий, климата, местных традиций и т.п.);*
- ***Питание:***
  - *информационные меры: ТВ-кампании, школьные уроки правильного питания, консультации врачей, клубы по месту жительства/работы; информация в местах покупки продуктов.*

***в сфере расширения возможностей выбора индивидами здорового поведения предлагается:***

- ***Физическая активность:***
  - *субсидирование платных занятий спортом (льготы по НДФЛ);*

- поддержка работодателей, предлагающих работникам условия для занятий спортом (с помощью льготного налогообложения);
- создание условий для бесплатных занятий в жилых кварталах городов;
- поддержка массовых акций на местном уровне.
- *Питание:*
  - отмена НДС или прямое субсидирование отдельных продуктов питания (фрукты, овощи, молочные продукты с пониженным содержанием жира и т.п.);
  - поддержка работодателей, обеспечивающих работникам возможности (в т.ч. льготного) питания (с помощью дифференцированного налогообложения).

**в сфере ограничения возможностей выбора индивидами нездорового поведения** предлагается:

- *Питание:*
  - введение дополнительных косвенных налогов на продукты (например: сладкие газированные напитки, кондитерские изделия, мороженое, фаст-фуд);
  - ограничения на численность и размещение торговых точек фаст-фуда, запрет на установление автоматов, торгующих сладостями, в школах и вузах.
- *Курение:*
  - Повышение акцизов такими темпами, чтобы обеспечивать опережающий рост средней цены пачки сигарет в отношении средней заработной платы населения;
  - Полный запрет курения в общественных местах;
  - Повышение штрафов за курение в общественных местах (в т.ч. с владельцев/арендаторов помещений).
- *Потребление алкоголя:*
  - Повышение акцизов такими темпами, чтобы обеспечивать опережающий рост средней цены водки в отношении средней заработной платы населения и опережающий рост цен крепких спиртных напитков в отношении цен натуральных сухих вин;

- *Ограничения продаж алкоголя должны быть не только временными, но и территориальными (сокращение числа торговых точек), временные ограничения должны быть более жесткими, особенно в вечерние часы;*
- *Более строгие административные меры (размеры штрафов) за распитие алкогольных напитков в общественных местах (в т.ч. на улице), а также жесткий контроль исполнения этих мер;*
- *Запрет скидок, акций и т.п. при продаже алкоголя.*

## Глава 3. Корпоративные программы ЗОЖ и рекомендации по их дальнейшему развитию

Исследование AIRM, посвященное восприятию населением вопросов личного здоровья, показало, что российские граждане высоко ценят здоровье и осведомлены об основных факторах риска, а именно, курении, вредном употреблении алкоголя, неправильном питании и низкой физической активности. С другой стороны, лишь 8,7% взрослого населения не подвержены ни одному из названных рисков и более 90% - подвержены хотя бы одному (AIRM, 2011). Таким образом, в представлении большинства россиян здоровый образ жизни не ассоциируется с контролем основных факторов риска, а реальное поведение людей расходится с декларируемыми ценностями здоровья.

Изменение поведения населения в отношении собственного здоровья требует целенаправленной комплексной политики как со стороны всего общества (государства), так и со стороны работодателей – ведь взрослый человек проводит на рабочем месте минимум треть своей жизни, а занятые составляют около половины общей численности населения (по данным Росстата, в среднем в 2012 году численность занятого населения России – 71 млн. человек при общей численности 143 млн.). *Корпоративные программы здоровья* могут существенным образом дополнить национальную политику здорового образа жизни, значительно снизить риски развития неинфекционных заболеваний и, как следствие, расходы общественной системы здравоохранения. Не случайно в мае 2007 года Всемирная Ассамблея здравоохранения одобрила Глобальный план действий ВОЗ по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг., который подписали 193 страны-участницы. В документе, в частности, говорится: «Необходимо обеспечить дальнейшее стимулирование работы по укреплению здоровья и комплексной профилактике неинфекционных болезней, в частности, путем пропаганды здорового режима и рациона питания и физической активности среди работающих и укрепления психического здоровья на работе...» (ВОЗ, 2008b). Эти направления деятельности закреплены позднее и в Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг., принятом на 66-й Сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения в мае 2013 года (резолюция WHA 66.10).

### 3.1. Анализ действующих программ здоровья на российских предприятиях

По данным Association for Worksite Health Promotion, сегодня 70% работодателей США реализуют те или иные программы здоровья. В странах Западной Европы эта доля

колеблется от 50 до 70% (подробно зарубежный опыт корпоративных программ ЗОЖ анализировался выше (см. Гл. 1, п. 1.4) По имеющимся оценкам, доля российских предприятий и организаций, осуществляющих те или иные меры поддержки здоровья работников, сопоставима – около 54% (Колосницyna, Лесневский, 2012). Многие российские работодатели сегодня, как и их зарубежные коллеги, предоставляют работникам такие формы не денежного вознаграждения, как полис добровольного медицинского страхования или обслуживание в поликлинике (медсанчасти) предприятия, возможность бесплатных спортивных занятий, частично или полностью оплаченные компанией путевки на отдых и лечение, льготное питание в собственной столовой и т.п. Фактически, речь идет об инвестициях в здоровье работника. Однако, в отличие от зарубежной практики, российский опыт в этой сфере пока еще очень мало изучен. Отсутствуют регулярные статистические данные, которые позволили бы проанализировать активность работодателей, понять, каков охват работников программами охраны здоровья, насколько дифференцированы они по предприятиям и видам деятельности, какие формы льгот представлены в большей или меньшей степени, какова их связь с другими показателями деятельности предприятия.

В этой работе мы использовали данные двух специальных социологических исследований, посвященных изучаемой проблеме. Первое было проведено Росстатом по заказу НИУ ВШЭ осенью 2011 года, опрашивались руководители 2500 предприятий, представлявших крупный, средний и малый бизнес в 40 регионах России и в различных видах деятельности. Второе проводилось компанией Aston Consulting по заказу АИРМ весной 2013 года и состояло из серии глубинных интервью с сотрудниками 10 крупных российских компаний, специально отобранных по критерию наличия программ ЗОЖ. Помимо собственных первичных данных, мы использовали также данные открытых источников, прежде всего – сети Интернет, для поиска и контент-анализа информации о развитии программ здоровья на российских предприятиях.

### 3.1.1. Результаты опроса руководителей российских предприятий (Росстат – НИУ ВШЭ, 2011 г.)

Руководители организаций промышленности и сферы услуг опрашивались об их отношении к охране здоровья работников и условиям предоставления им медицинской помощи. Опрос проводился в сентябре-октябре 2011 года АНО «Информационно-издательский центр «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ. Опрашивались руководители предприятий и организаций отдельных отраслей промышленности,

финансовой деятельности, торговли, образования и транспорта в 40 субъектах Российской Федерации. Обследование работодателей проводилось среди руководителей крупных (более 251 работающих), средних (101-250 работающих) и малых (до 100 работающих) предприятий и организаций. **Всего было опрошено 2503 руководителя предприятий.** В числе прочих, руководителям задавались вопросы о том, какие возможности для укрепления здоровья предлагаются работникам предприятия, каковы основные направления инвестиций в здоровье, каково отношение самого работодателя к такого рода программам. Анкета содержала также стандартные характеристики предприятия – вид экономической деятельности, регион, год основания, форма собственности, численность занятых, средняя годовая выручка и пр. Кроме того, руководителей просили оценить фонд оплаты труда за год, а также долю работников с высшим образованием на предприятии. Используемая выборка позволила оценить распространение программ здоровья на предприятиях разной численности, формы собственности, по видам деятельности и в региональном разрезе.

**Отношение работодателей к поддержанию и укреплению здоровья сотрудников в целом оказалось позитивным**, лишь 34% опрошенных выразили мнение, что «здоровье сотрудника – его личное дело», тогда как вдвое большее число респондентов (66%) уверены, что «за поддержание здоровья работника должен нести ответственность и работодатель». **Наиболее популярными** среди работодателей направлениями деятельности по поддержанию здоровья работников оказались:

- проведение профилактических мероприятий (назвали 60,7% опрошенных),
- оплата медицинской и лекарственной помощи (37,1%),
- проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни (31,6%).

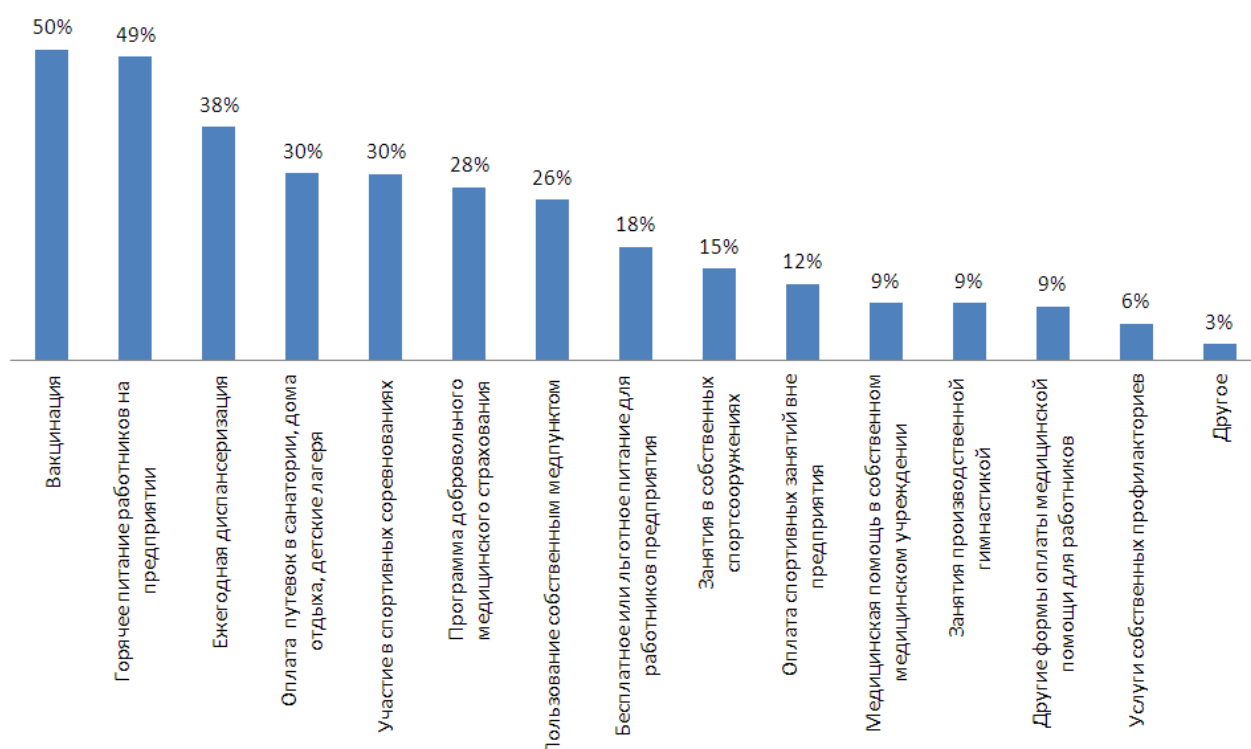
Нужно отметить, однако, что значительная часть опрошенных работодателей (24,4%) в принципе не вкладывает никаких средств в охрану и поддержание здоровья работников.

Интересно отметить, что 82,5% респондентов, отмечающих необходимость заботы работодателя о здоровье работников, на самом деле осуществляют такие инвестиции (это 1357 человек или 54% выборки). А значит, личное отношение работодателя к вопросам охраны здоровья и ответственности перед работниками в существенной мере совпадает с его фактическим поведением, а именно - вложением средств в охрану здоровья персонала. С другой стороны, есть и такие руководители предприятий, которые убеждены, что здоровье работников – их личное дело, однако в действительности осуществляют инвестиции в этом направлении (их 533, или 21% выборки). Можно предположить, что к

этому их принуждает конкуренция на рынке труда – сегодня социальный пакет становится все более популярным в составе общей компенсации за труд. Кроме того, субъективное отношение работодателя вряд ли мешает ему осознать, что вложения в здоровье работника в долгосрочной перспективе прибыльны для фирмы.

В ряду услуг, предоставляемых работникам предприятий, наиболее популярны среди работодателей ежегодная диспансеризация, вакцинация и горячее питание. Эти же виды услуг, по оценке респондентов, оказываются наиболее перспективными с точки зрения их дальнейшего развития в 2012-2013 годах (рис. 3.1).

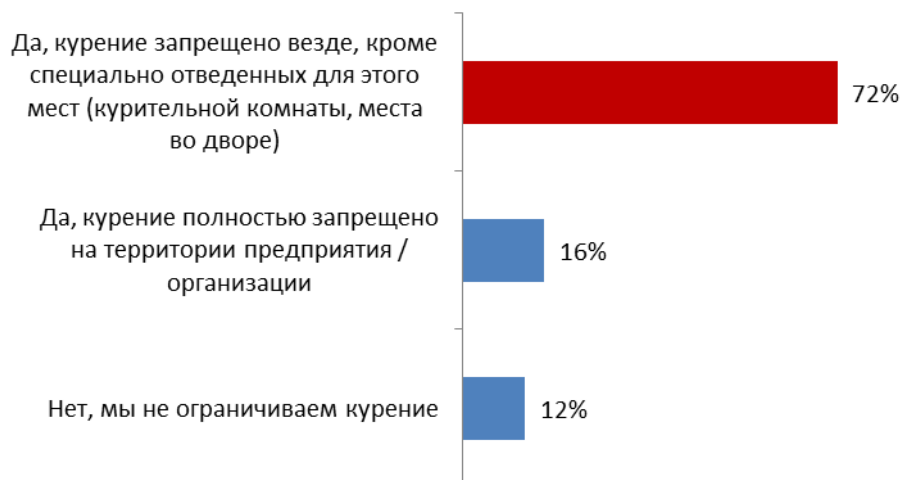
**Рисунок 3.1. Предоставление возможностей для здорового образа жизни и лечения работников на предприятии, доля работодателей (%)**



Важно отметить, что, несмотря на кризисное состояние экономики, в 2010 году четверть попавших в выборку предприятий и организаций увеличили свои расходы на охрану здоровья работников по сравнению с 2009 годом.

На большинстве (73%) предприятий, рассмотренных в ходе опроса, курение запрещено, кроме специально отведенных для этого мест. В 16% организаций курение запрещено полностью на территории, и лишь 12% предприятий никак не ограничивают курение (рис. 3.2).

**Рисунок 3.2. Доля предприятий, использующих различные практики ограничений курения сотрудников, %**



**Таблица 3.1. Результаты ответа на вопрос «Существует ли практика наказаний за курение в неположенных местах?»**

| Вариант ответа | Количество ответивших | Доля (%) |
|----------------|-----------------------|----------|
| <i>Да</i>      | 978                   | 39.1%    |
| <i>Нет</i>     | 1525                  | 60.9%    |
| Всего          | 2503                  | 100.0%   |

Согласно полученным результатам (таблица 3.1), на 39% предприятий существует практика наказаний за курение в неположенных местах. В 61% случаев курение работников либо вообще не ограничивается, либо никак не наказывается, даже если они нарушают установленные в организации правила.

Популярность тех или иных методов наказаний работников, нарушающих установленные на предприятии ограничения курения, представлена в таблице 3.2. Сумма по всем вариантам не равна строке «Всего предприятий, использующих наказание за курение», поскольку на одном предприятии может быть использовано несколько видов наказаний за курение в неположенных местах. Согласно полученным результатам, работнику чаще всего объявляется выговор (57%) или ему сокращают надбавку или премию (39% ответов). Очень редко работника временно переводят на более низкую должность, что, по сути, равносильно сокращению заработка, однако может иметь и дополнительный психологический эффект.

**Таблица 3.2. Возможные способы наказаний работников, нарушивших установленные на предприятии ограничения курения**

| Вариант ответа                                                | Число ответов | Доля, % |
|---------------------------------------------------------------|---------------|---------|
| <i>Работнику объявляется выговор</i>                          | 562           | 57%     |
| <i>Работнику сокращают (отменяют) премию, надбавку</i>        | 385           | 39%     |
| <i>Работника переводят временно на более низкую должность</i> | 7             | 1%      |
| <i>Другое</i>                                                 | 160           | 16%     |
| Всего предприятий, использующих практику наказаний за курение | 978           | 100%    |

В таблице 3.3 представлены варианты ответов, данные работодателями под рубрикой «Другое».

**Таблица 3.3. Другие ответы на вопрос «Существует ли практика наказаний за курение в неположенных местах?»**

| Вариант ответа                            | Число ответов | Доля от числа ответов "Другое", % | Доля от всех организаций, использующих практику наказаний, % |
|-------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>устное замечание, беседа</i>           | 80            | 50%                               | 8%                                                           |
| <i>денежный штраф</i>                     | 47            | 29%                               | 5%                                                           |
| <i>дисциплинарное взыскание</i>           | 3             | 2%                                | 0%                                                           |
| <i>консультация мед. работников</i>       | 1             | 1%                                | 0%                                                           |
| <i>общественное порицание</i>             | 5             | 3%                                | 1%                                                           |
| <i>предупреждение об увольнении</i>       | 1             | 1%                                | 0%                                                           |
| <i>продление рабочего дня на 30 минут</i> | 1             | 1%                                | 0%                                                           |
| <i>уборка территории</i>                  | 2             | 1%                                | 0%                                                           |
| <i>увольнение</i>                         | 1             | 1%                                | 0%                                                           |
| <i>затруднились ответить</i>              | 19            | 12%                               | 2%                                                           |
| Итого ответивших «Другое»                 | 160           | 100%                              | 16%                                                          |

Представленные в таблице 3.3 данные показывают, что существуют другие используемые наказания за курение, помимо предложенных в вопросе анкеты. В частности, в 8% организаций, использующих практику наказаний, работнику просто делается устное замечание или проводится воспитательная беседа. В 5% случаев на работника налагается денежный штраф, что в принципе равносильно сокращению премии или надбавки. Очень редко используется такие меры, как: общественное порицание,

уборка территории, продление рабочего дня и так далее. Интересно, что лишь в одном случае использовался такой инструмент как консультация медицинского работника.

Работодателей спрашивали и о том, существует ли в их организации практика поощрения работников, ведущих здоровый образ жизни (например, некурящих, не бравших больничных листов, занимающихся спортом). Далее респонденту предлагалось уточнить, каким именно образом поощряется ЗОЖ. Этот вопрос был открытым – кроме заранее предложенных ответов, работодатель мог выбрать ответ «другое» и уточнить, какие именно меры он использует.

На момент проведения опроса лишь 15,6% работодателей, участвовавших в опросе, утверждали, что практикуют различные формы поощрения сотрудников, ведущих здоровый образ жизни, например, тех, кто не курит, занимается спортом, не болеет и т.п. (таблица 3.4).

**Таблица 3.4. Распределение предприятий в зависимости от предоставления поощрений работникам, ведущим здоровый образ жизни**

|                                                                           | <b>Число<br/>предприятий</b> | <b>Доля, %%</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| <i>Предприятия, предоставляющие поощрения сотрудникам, ведущим ЗОЖ</i>    | 391                          | 15,6            |
| <i>Предприятия, не предоставляющие поощрения сотрудникам, ведущим ЗОЖ</i> | 2112                         | 84,4            |
| Итого:                                                                    | 2503                         | 100             |

Тем не менее, когда руководителей предприятий спрашивали о конкретных формах поощрений работников, ведущих ЗОЖ, число тех, кто использует хоть какие-то формы поощрения, возросло до 405, что составляет 16,2% выборки.

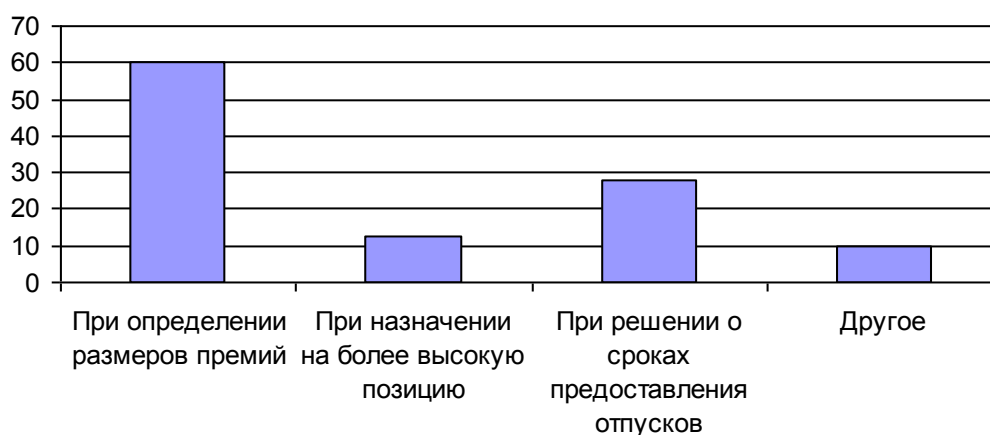
Следует отметить, что формы, в которых выражается поощрения сотрудников, ведущих ЗОЖ, крайне разнообразны (таблица 3.5).

Популярность отдельных форм поощрений здорового образа жизни среди тех работодателей, кто их в принципе использует, видна из рисунка 3.3. Чаще всего предприятия учитывают правильный образ жизни при определении размеров надбавок/премий и при принятии решений о сроках предоставления отпусков, несколько реже – при назначении сотрудников на более высокую позицию.

**Таблица 3.5. Формы предоставления поощрений работникам, ведущим здоровый образ жизни**

|                                                           | Всего ответивших | В % от общего числа предприятий |
|-----------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------|
| <i>При определении размеров надбавок/премий</i>           | 243              | 9,7                             |
| <i>При назначении сотрудника на более высокую позицию</i> | 51               | 2                               |
| <i>При решении о сроках предоставления отпусков</i>       | 114              | 4,6                             |
| Другое                                                    | 39               | 1,6                             |

**Рисунок 3.3. Распространенность отдельных форм поощрения ЗОЖ сотрудников среди предприятий, предоставляющих такие поощрения (в %)**



Распространены и другие формы стимулирования здорового образа жизни на работе. Чаще всего в качестве поощрения работодатели предоставляют дополнительные дни оплачиваемого отпуска или отгулы сотрудникам, ведущим ЗОЖ, что с экономической точки зрения равносильно увеличению заработка. Часто практикуют публичные признания достижений сотрудников – похвалу, грамоты, подарки и т.д. В качестве подарков могут выступать выезды на природу, корпоративные экскурсии, путевки, льготные абонементы в спортзал и т.д. Важно отметить, что 42 предприятия (10% от всех предприятий, использующих поощрения) не ограничиваются какой-то одной мерой, а сочетают разные формы стимулирования своих работников к ведению ЗОЖ.

В целом, полученные средние показатели по группам предприятий подтверждают интуитивное предположение о том, что **более активно инвестируют в здоровье сотрудников крупные фирмы**. Все без исключения формы заботы о здоровье сотрудников значимо чаще представлены на предприятиях со среднесписочной численностью персонала от 250 до 749 человек и – особенно – на крупных предприятиях

численностью более 750 занятых. Это может объясняться и лучшими финансовыми возможностями, и наличием инфраструктуры, и эффектом экономии на масштабе. Понятно, что у малых предприятий практически нет возможностей для содержания собственных сооружений, медпунктов, не говоря уже о санаториях и профилакториях. Даже такая наиболее распространенная услуга, как предоставление горячего питания, встречается здесь реже всего (табл. 3.6).

**Таблица 3.6. Распространенность заботы о здоровье сотрудников, в зависимости от размера предприятия (численности занятых)**

|                                                                            | Численность занятых (чел.) |      |       |         |         |      |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|-------|---------|---------|------|
|                                                                            | Всего по выборке           | 1-49 | 50-99 | 100-249 | 250-749 | ≥750 |
| Число предприятий                                                          | 2503                       | 926  | 668   | 391     | 291     | 227  |
| Среднее число форм заботы о здоровье                                       | 3,3                        | 1,8  | 2,9   | 3,8     | 5,4     | 7,4  |
| Доля предприятий, предоставляющих:                                         |                            |      |       |         |         |      |
| ежегодную диспансеризацию                                                  | 38%                        | 22%  | 40%   | 44%     | 52%     | 64%  |
| Вакцинацию                                                                 | 50%                        | 29%  | 48%   | 63%     | 75%     | 88%  |
| занятия производственной гимнастикой                                       | 9%                         | 7%   | 9%    | 10%     | 12%     | 15%  |
| участие в спортивных соревнованиях                                         | 30%                        | 13%  | 25%   | 36%     | 54%     | 75%  |
| пользование собственными спортивными сооружениями                          | 15%                        | 4%   | 10%   | 22%     | 26%     | 44%  |
| оплату спортивных занятий вне предприятия                                  | 12%                        | 5%   | 9%    | 12%     | 25%     | 39%  |
| возможность горячего питания (буфет, столовая)                             | 49%                        | 33%  | 46%   | 54%     | 72%     | 86%  |
| бесплатное или льготное питание для работников предприятия                 | 18%                        | 13%  | 17%   | 16%     | 31%     | 32%  |
| пользование собственным медпунктом                                         | 26%                        | 8%   | 19%   | 33%     | 53%     | 69%  |
| медицинскую помощь в собственном медицинском учреждении                    | 9%                         | 3%   | 7%    | 10%     | 18%     | 29%  |
| услуги собственных профилакториев/ учреждений отдыха, в т.ч. для детей     | 6%                         | 1%   | 3%    | 3%      | 13%     | 33%  |
| оплату (частичную оплату) путевок в санатории, дома отдыха, детские лагеря | 30%                        | 14%  | 25%   | 37%     | 47%     | 79%  |
| программу добровольного медицинского страхования                           | 28%                        | 15%  | 24%   | 32%     | 46%     | 60%  |

**Таблица 3.7. Распространенность заботы о здоровье сотрудников, в зависимости от возраста предприятия**

| Год основания | Число предприятий/организаций | Среднее число предлагаемых форм заботы о здоровье |
|---------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| до 1991       | 624                           | 5,6                                               |
| После 1991    | 1878                          | 2,5                                               |
| Все           | 2503                          | 3,3                                               |

Существенным образом сказывается на инвестициях в здоровье сотрудников и возраст предприятия. Как оказалось, *«старые советские» (то есть, созданные до 1991 года) предприятия и организации предоставляют своим работникам значительно больше возможностей для сохранения и улучшения здоровья, чем «новые российские»* (созданные после 1991 года) компании (табл. 3.7). Причем эти различия, как и в случае с размером предприятия, прослеживаются по всем без исключения формам услуг. Очевидно, здесь также неявно играет роль размер, поскольку среди старых советских предприятий больше доля крупных компаний, тогда как среди новых, наоборот, преобладает мелкий и средний бизнес. В результате, старые предприятия обгоняют новые не только по возможностям пользования сохранившимися у них с советских времен собственными спортсооружениями или санаториями, но и по предоставлению путевок на отдых и полисов ДМС.

Определенные различия наблюдаются в программах охраны здоровья в зависимости от *вида экономической деятельности предприятия*. Из тех видов деятельности, что вошли в выборку обследования, лидером по распространенности услуг охраны здоровья работников оказалась, как ни странно, сфера образования, где среднее число предлагаемых услуг составило 5,59. Следом за ней идет добыча полезных ископаемых (4,95), затем - производство и распределение электроэнергии, газа и воды (3,73), транспорт (3,67), обрабатывающие производства (3,25), финансовая деятельность (3,01), торговля (1,97). По-видимому, такая дифференциация определяется разными факторами. С одной стороны, в сфере образования наличие возможности горячего питания – обязательное лицензионное требование к любой организации, и диспансеризация работников также обязательна в соответствии с законодательством. Таким образом, школы и вузы автоматически получают здесь преимущество по сравнению с другими отраслями. Кроме того, как упоминалось выше, определенные формы неденежного вознаграждения могут играть компенсирующую роль там, где заработная плата невысока. Для предприятий по добыче полезных ископаемых или по производству электроэнергии и газа, скорее, действуют другие факторы – большой размер

предприятий и наличие финансовых возможностей, чтобы предложить работникам лучшие условия труда. Наоборот, на предприятиях торговли, рентабельность которых в целом ниже и средний размер невелик, программы охраны здоровья значительно меньше распространены.

Большие различия в предоставлении услуг охраны здоровья на предприятиях можно видеть и *в территориальном разрезе*. Здесь лидируют предприятия Дальневосточного федерального округа (среднее число форм охраны здоровья - 4,79), а отстающим оказался Санкт-Петербург (1,62). Причем интересно заметить, что Дальневосточный округ оказывается первым не только по охвату работников предприятий вакцинацией (что объясняется спецификой природно-климатических условий), но и по большинству других программ. Отставание Санкт-Петербурга могло бы быть объяснено некоторым перевесом доли малых предприятий, попавших в выборку в этом городе. Однако, даже сравнивая отдельно активность малых предприятий здесь и в среднем по выборке, мы приходим к тому же выводу: программы здоровья работников на санкт-петербургских предприятиях менее популярны, чем в целом по России.

Средние показатели распространенности программ и услуг охраны здоровья, полученные в разрезе регионов и видов деятельности предприятий, а также с учетом их размера и возраста, не дают однако возможности однозначно ответить на вопрос: является ли такая форма неденежного вознаграждения компенсирующей относительно невысокую зарплату, или наоборот, дополняет заработки на тех предприятиях, где они и без того высоки? Чтобы ответить на этот вопрос, мы воспользовались регрессионными методами экономического анализа, построив уравнение заработной платы. В качестве зависимой переменной использовался показатель средней заработной платы на предприятии, а в качестве объясняющих независимых переменных – размер предприятия, его возраст, средняя годовая выручка в расчете на одного работника, территориальная принадлежность. Отдельными переменными в уравнение входили все типы программ охраны здоровья (их наличие). Поскольку существуют значительные различия в заработной плате по видам экономической деятельности, уравнения строились как для всей выборки, так и отдельно для каждого из них. Таким образом, мы получили ряд уравнений, позволивших оценить зависимость между уровнем заработной платы на предприятии и наличием отдельных программ охраны здоровья, при прочих равных условиях.

Как оказалось, ряд программ и услуг не связан с уровнем заработной платы на предприятии. Среди них – достаточно редко встречающиеся (занятия в собственных спорткомплексах, оплата спортивных занятий вне предприятия, бесплатное или льготное

питание). Все остальные формы услуг связаны с заработной платой преимущественно положительно, как в разрезе отдельных видов деятельности, так и в целом по выборке. Обнаружилась значимая положительная зависимость заработной платы и программ вакцинации, ДМС и других форм оплаты медицинской помощи, горячего питания на предприятии, оплаты путевок для сотрудников. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что для российской экономики подтверждается так называемая теория сортировки работников. ***Работодатель использует программы и меры по охране здоровья для привлечения и закрепления наиболее продуктивных работников***, так что наличие подобных программ на предприятии положительно коррелирует с уровнем заработной платы. Иначе говоря, там, где зарплата выше, возможностей для сохранения и укрепления здоровья у работников также больше (Колосницyna, Лесневский, 2012).

Таким образом, проведенное на базе данных Росстата – НИУ ВШЭ исследование показало, что российские работодатели сегодня достаточно широко используют программы охраны здоровья работников, осознавая их необходимость и эффективность. ***В целом по стране три четверти предприятий предлагают те или иные услуги или программы в этой области***. Вместе с тем, ***их распространенность крайне неравномерна***, если сравнивать предприятия и организации в разрезе отдельных видов деятельности, регионов, и особенно – предприятия разной численности и разного возраста. ***Наличие большинства программ охраны здоровья положительно коррелирует с размером предприятия и со средним уровнем заработной платы***. Можно сделать вывод, что руководители этих предприятий осознают роль программ здоровья в привлечении и удержании наиболее продуктивных работников.

Вместе с тем, на многих предприятиях, особенно малых и средних, программы здоровья все еще слабо распространены. Чтобы понять, каковы препятствия к их внедрению, и какие государственные меры поддержки могут оказать помощь в этом направлении, в анкету были включены специальные вопросы.

Так, один из вопросов анкеты формулировался следующим образом: «Если на Вашем предприятии/в организации нет возможности для горячего питания сотрудников, готовы ли Вы создать для них такую возможность при введении льгот по уплате взноса на социальное страхование?». Отметим, что 687 (27,4%) опрошенных дали положительный ответ, 592 (23,7%) – не будут создавать такую возможность работникам, несмотря на льготы; а 1224 респондента (48,5%) затруднились с ответом.

Значительно больше энтузиазма вызвало у работодателей другое гипотетическое предположение – касательно возможных налоговых льгот по расходам на спортивные занятия работников. Вопрос звучал так: «Если будет принята поправка в налоговое

законодательство, позволяющая списывать на себестоимость расходы на спортивные мероприятия для сотрудников, оплату абонементов на спортивные занятия, станете ли Вы тратить больше на эти цели?». 1755 (70,1%) работодателей готовы увеличить свои расходы в предложенных условиях, а оставшиеся 748 (29,9%) респондентов отвечают, что не будут расходовать больше средств.

Работодателю также предлагалось объяснить, что, по его мнению, препятствует применению или расширению мер по формированию ЗОЖ на предприятии. Респонденты могли выбрать до трех ответов из шести предложенных.

Больше половины работодателей (54,04%) выделяют только одну причину, мешающую им обеспечивать меры по формированию здорового образа жизни, четверть – два препятствия, около 10% отметили три ответа.

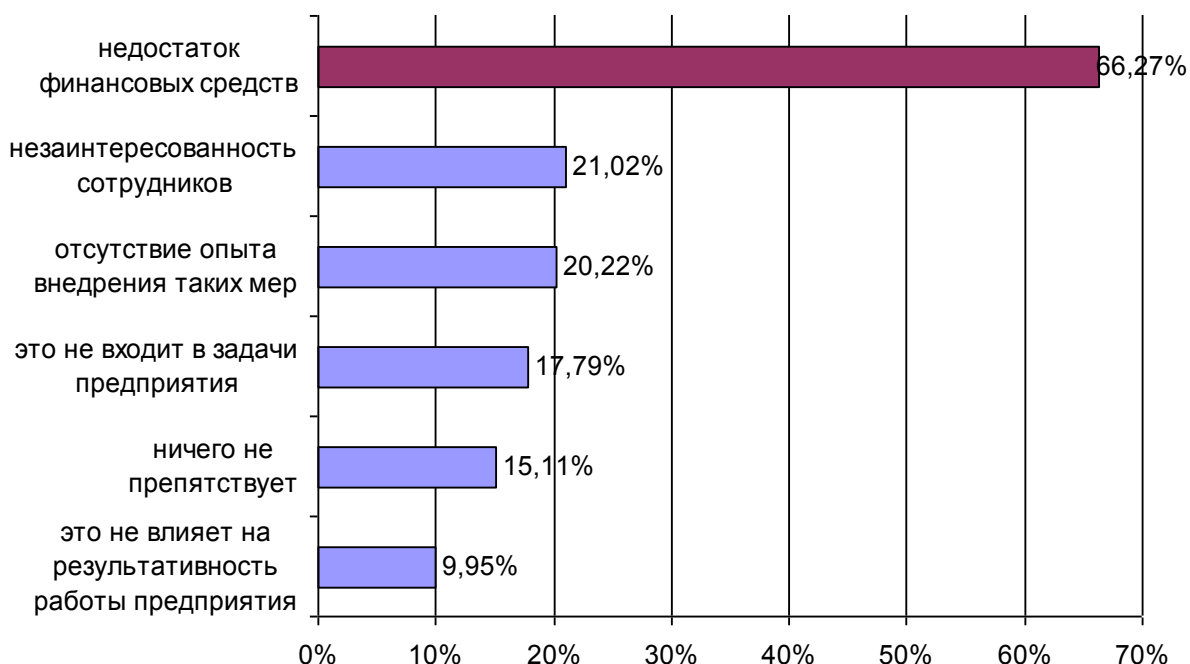
Рассмотрим распределение причин среди работодателей, отметивших только один главный фактор, препятствующий применению мер ЗОЖ работников. Около 70% таких работодателей указывают на недостаток финансовых средств для осуществления мер по формированию ЗОЖ. В числе других ответов интересна позиция 13% респондентов, утверждающих, что забота о здоровом образе жизни не входит в задачи предприятия. В целом структура распределения ответов представлена на рисунке 3.4.

**Рисунок 3.4. Распределение вариантов ответа среди работодателей, отметивших один препятствующий фактор (%)**



Заметим, что в целом по выборке 66% респондентов среди основных причин, препятствующих обеспечению мер ЗОЖ своих сотрудников, называют недостаток финансовых средств. Примерно одинаковое число респондентов (21,02% и 20,22%) отметили такие ответы как незаинтересованность сотрудников и отсутствие опыта внедрения подобных мер.

**Рисунок 3.5. Частота упоминания отдельных факторов, препятствующих расширению мер формирования ЗОЖ, в % от общего числа респондентов**



Здесь важно знать, что работодатель вкладывает в понятие «здоровый образ жизни», поскольку он может заблуждаться относительно заинтересованности своих сотрудников, если их представления не совпадают. Были рассмотрены всевозможные варианты сочетаний различных ответов респондентов. Самый часто встречающийся вариант двух одновременных ответов (7,63%) – это факторы незаинтересованности участников и недостаточности финансирования, то есть причины различного характера, не связанные друг с другом. Возможно, работодатели указывают на незаинтересованность сотрудников в поисках оправдания собственного бездействия, хотя финансовые проблемы могут быть реальным препятствием.

Всего лишь 10% респондентов считают ЗОЖ не оказывающим влияние на результативность работы. Возможно, такой ответ вызван нежеланием заниматься этими проблемами, поскольку трудно представить, что десятая часть работодателей на самом деле не осознают прямую связь условий труда и лояльности работников, а значит - их продуктивности.

В целом, *основные выявленные препятствия развитию корпоративных программ ЗОЖ – недостаток финансовых средств, незаинтересованность сотрудников и отсутствие опыта внедрения подобных мер* – дают основания для разработки определенных практических рекомендаций, которые будут представлены в завершение данной главы.

### 3.1.2. Результаты глубинных интервью с руководителями российских компаний (Aston Consulting - AIPM, 2013 г.)

Исследование Aston Consulting проводилось методом глубинных интервью с сотрудниками HR-департаментов десяти компаний, активно занимающихся разработкой и внедрением корпоративных программ ЗОЖ. Сами компании, в которых проводились интервью, отбирались по критериям наличия программ ЗОЖ, численности персонала не менее 1000 человек и принадлежности к одной из ведущих по доле занятых отрасли экономики. В итоге, в выборку попали компании и организации, работающие в сфере промышленного производства (4), оптово-розничной торговли (3), недвижимости и строительства (1), транспорта (1), образования и здравоохранения (1). Это ОАО «РусГидро» (энергетика), ООО «Объединенные пивоварни Хейнекен» (пищевая промышленность), ООО УК «Группа ГАЗ» (автомобилестроение), ООО «ГМК «Норильский никель» (металлургия), ГК «О'Кей», «Азбука вкуса», ЗАО «Тандер» (Розничная сеть «Магнит») (все три – оптово-розничная торговля), ОАО «Группа компаний ПИК» (недвижимость и строительство), ОАО «Трансконтейнер» (транспорт), ГБОУ ВПО РНИМУ им. Пирогова (образование). Численность персонала в исследуемых компаниях варьировала от 6000 до 185000 человек. Среди них есть организации, представленные лишь в одном регионе (РНИМУ им. Пирогова), есть и работающие во многих регионах страны (ритейлерские сети). Таким образом, *принципиальное отличие этого исследования в том, что оно репрезентирует крупные и успешные организации, где программы здоровья работников представлены в значительно большей степени, чем в среднем по стране.* Однако именно этот подход к построению выборки и сам метод глубинного интервью позволяет получить более детальную информацию, по сравнению с той, которую дает массовый опрос с включением средних и малых предприятий, где программы ЗОЖ более редки.

Виды реализуемых программ здоровья и их распространенность среди исследуемых компаний и организаций представлены ниже в таблицах 3.8, 3.9 и 3.10.

**Таблица 3.8. Программы по развитию и поддержке физической активности работников**

| Реализуемые программы                                                                                    | Описание программ                                                                                                                                                                    | Число компаний, где внедрена программа |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Массовые спортивные корпоративные мероприятия (семейные спартакиады, внутренние олимпиады, дни здоровья) | Аренда залов/полей/ кортов и инвентаря для тренировок, корпоративные спортивные соревнования (как внутри компании, так и с другими компаниями)                                       | 10                                     |
| Поддержка занятий командными видами спорта (футбол, волейбол и т.п)                                      |                                                                                                                                                                                      | 8                                      |
| Поддержка занятий фитнесом и физкультурой                                                                | Бесплатное посещение фитнес клубов и тренажерных залов для сотрудников или существенные скидки на абонементы в них                                                                   | 9                                      |
| Поддержка занятий индивидуальными видами спорта (теннис, плавание и пр.)                                 | В спартакиадах принимают участие сотрудники и их семьи, для детей организуются отдельные соревнования с учетом возрастов. Тимбилдинги/дни здоровья с акцентом на физическую культуру | 3                                      |

**Таблица 3.9. Программы по медицинскому обслуживанию и профилактике заболеваемости работников**

| Реализуемые программы                                   | Описание программ                                                                                                      | Число компаний, где внедрена программа |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Софинансирование добровольного медицинского страхования | Возможность оформления сотрудниками ДМС по льготным тарифам / со скидкой                                               | 8                                      |
| Профилактические мероприятия/<br>Диспансеризация        | Один раз в 1-2 года сотрудники проходят медицинское обследование для профилактики и своевременного лечения заболеваний | 8                                      |
| Вакцинация                                              | Добровольная вакцинация против различных заболеваний (ОРЗ, грипп, клещевой энцефалит)                                  | 9                                      |
| Автономные медицинские пункты                           | Существуют на некоторых предприятиях для своевременного оказания первичной медицинской помощи                          | 8                                      |
| Санаторно-курортное лечение                             | Предоставление сотрудникам бесплатных / со скидкой путевок в санатории                                                 | 8                                      |
| Поддержка сотрудников с тяжелыми заболеваниями          | Финансовая помощь                                                                                                      | 2                                      |

В большинстве компаний меры по борьбе с курением ограничиваются организацией специальных зон для курения, другие меры мало популярны. Сотрудники HR-департаментов признают необходимость более активной работы в этом направлении, однако склонны считать, что курильщик прежде всего сам должен заботиться о своем здоровье. Лишь в одной компании обдумывали необходимость оценки потерь рабочего времени, связанных с курением. Выражалось опасение, что подобная оценка будет иметь дискриминационный характер, а кроме того, будет весьма затратной.

**Таблица 3.10. Программы по ограничению и борьбе с курением**

| Реализуемые программы                                                                                       | Описание программ                                                                                                                                                     | Число компаний, где внедрена программа |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Организация зон для курящих сотрудников                                                                     | Предусмотрены специальные территории для курящего персонала, что позволяет оградить некурящих сотрудников от вредного воздействия табачного дыма (пассивного курения) | 10                                     |
| Временные ограничения перекуров                                                                             | На перекуры отводится не более 30 минут в день                                                                                                                        | 1                                      |
| Финансовое стимулирование                                                                                   | Курильщики, прекратившие употребление табака получают единовременное денежное поощрение                                                                               | 1                                      |
| Информационная активность (семинары, рассылка научных статей, размещение плакатов) + медикаментозная помощь | Донесение до сотрудников информации о вреде курения, приобретение за счет организации препаратов, помогающих бросить курить                                           | 1                                      |

Питание на рабочем месте организовано во всех исследуемых компаниях. По утверждению интервьюируемых, в столовых предприятий выдерживается необходимый набор блюд, включающий горячие блюда, вегетарианскую, постную и диетическую пищу, а также фрукты.

В целом, в качестве *стимулов к реализации корпоративных программ ЗОЖ* назывались:

- Улучшение имиджа компании;
- Статус социально-ориентированной организации;
- Снижение текучести кадров;
- Хороший микроклимат в коллективе, сплоченность сотрудников;
- Здоровье сотрудников, сокращение числа больничных и как следствие повышение производительности труда.

В числе **препятствий к распространению** программ здоровья упоминались:

- Финансовые барьеры;
- Отношение сотрудников к программам как к ущемлению собственной свободы;
- Трудности, связанные с законодательством по организации детского отдыха;
- Низкий уровень развития системы медицинской помощи в регионах, что сказывается на качестве помощи, получаемой в рамках ДМС.

Важно отметить, что в исследуемых компаниях мероприятия по поддержке ЗОЖ проводятся на постоянной основе в течение уже многих лет, и ни одна из действующих программ пока не сворачивалась. В качестве целевой аудитории в подавляющем большинстве случаев называют «всех сотрудников компании» (в случае ДМС – и членов их семей). Таким образом, **программы носят постоянный и унифицированный характер**, без выделения более узких целевых групп и без установления сроков реализации, когда могли бы быть подведены определенные итоги. Строго говоря, они **не следуют программным принципам построения**. Респонденты – сотрудники HR-подразделений, принимавшие участие в исследовании, оценивают реализуемые программы как эффективные. Однако на самом деле **оценка эффективности проводится лишь в 6 из 10 исследуемых компаний, и в самой простой форме** – методом анонимного опроса работников об их отношении к существующим программам здоровья. В ходе такой оценки 80% работников высказывают положительное отношение к реализуемым мерам. Специальных показателей результативности программ здоровья (аналог KPI) ни в одной из исследуемых компаний не разработано.

**Вовлеченность самих сотрудников компаний в разработку программ здоровья невысока**: лишь в 2 из 10 компаний инициация программ имела место по предложению профсоюзов, во всех остальных случаях решения принимают руководители организаций и HR-менеджеры (которые чаще всего отвечают и за реализацию).

По большей части, программы здоровья **финансируются непосредственно из бюджета предприятия**. Часть программ, однако, реализуется на основе софинансирования (частично оплачивается предприятием, частично – работником), например, льготное питание в столовой, полисы ДМС, занятия фитнесом вне предприятия, путевки на отдых и лечение.

Компании **не получают никаких специальных преференций от государства** при реализации корпоративных программ ЗОЖ, за редкими исключениями – например, софинансирования детских путевок в оздоровительные лагеря, которое проводится Администрацией Краснодарского края в рамках краевой целевой программы «Дети

Кубани» (ЗАО «Тандер»). В рамках действующего налогового законодательства, единственная льгота, на которую может твердо рассчитывать предприятие, - освобождение от страховых отчислений расходов на ДМС в размере, не превышающем 6% фонда оплаты труда.

Руководители компаний дружно *высказывали мнение о том, что корпоративные программы здоровья должны поддерживаться государством*. В частности, предлагались такие *инструменты*, как:

- Государственная финансовая поддержка медицинских профилактических мероприятий или оплата санаторно-курортного лечения (фактически – *прямое финансирование* государством определенных мероприятий);
- Введение налоговых вычетов, в частности – возможность списания на себестоимость расходов на программы ЗОЖ в размере до 12% фонда оплаты труда (фактически – *косвенное финансирование*).

Несмотря на отсутствие сегодня такой поддержки, большинство исследуемых компаний планируют и дальше развивать программы здоровья, в частности – увеличивать долю со-финансирования занятий спортом и фитнесом со стороны предприятия, расширять собственную инфраструктуру (открывать ФОК, бассейн), внедрять практику производственной гимнастики на рабочих местах, создавать мобильные медицинские центры для диагностики и анализов, а также медицинские кабинеты на территории предприятий, проведение дней здоровья с консультациями врачей-специалистов.

### 3.1.3. Анализ корпоративных проектов ЗОЖ на основе открытых данных

По мнению руководителей российских организаций, инвестиции внутренних ресурсов в проекты по поддержке здоровья работников выгодны для компании по многим причинам. Во-первых, осуществление этих мероприятий сокращает прямые расходы организаций на медицинское страхование и компенсационные выплаты, связанные с болезнью работников. Во-вторых, снижение уровня заболеваемости уменьшает косвенные издержки болезни, такие как снижение производительности и интенсивности труда. Кроме того, инициативы в области охраны здоровья способствуют улучшению социально-психологического климата в коллективе и укреплению репутации предприятия как компании, опирающейся на концепцию здорового образа жизни. И, наконец, в долгосрочной перспективе реализуемые мероприятия способствуют улучшению здоровья и условий труда будущих сотрудников.

Ряд программ по укреплению здоровья работников осуществляются по инициативе самих компаний, некоторые – в ходе участия предприятий в более масштабных инициативах бизнес-сообщества. Одним из удачных примеров такого альянса стал комплексный проект *«Бизнес и здоровье общества»* (начало: 2006 г.), цель которого – реализация и распространение передового опыта российских предприятий в области охраны труда и здоровья (Здоровое общество. Здоровый бизнес, 2006). Организаторами проекта стали: Российское партнерство по развитию ответственного бизнеса, Всемирный банк, Оксфордский альянс по охране здоровья, Российский союз промышленников и предпринимателей, а также компании ТНК-ВР, «Суал», «Нестле», «Пфайзер», «Филипс». Основные задачи осуществляемых в ходе программы мероприятий – профилактика заболеваемости и формирование здорового образа жизни среди сотрудников предприятий и членов их семей. Проанализируем ряд инициатив российских предприятий, участвующих в проекте, направленных на стимулирование здорового образа жизни (табл. 3.11). Как видно из приведенных примеров, некоторые программы охватывают разные компоненты здорового образа жизни, другие – только один из факторов риска. Целевой аудиторией большинства проектов являются сотрудники предприятий, однако некоторые проекты были также направлены на пропаганду здорового образа жизни среди населения, проживающего в тех регионах, в которых расположены данные организации. При этом, как правило, проекты были реализованы за счет собственных финансовых средств компаний. В то же время, несмотря на большое количество реализуемых мероприятий, нередко проблемой является отсутствие мониторинга полученных результатов (Хоркина, 2013а).

**Таблица 3.11. Инициативы предприятий-участников проекта «Бизнес и здоровье общества»**

| Проект                             | Организаторы и сроки                                                 | Мероприятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Результаты                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Здоровый образ жизни работников»  | ООО «Оренбург-газпром», Оренбургская обл. (начало: 2003 г.)          | 1) проведение исследований о распространенности профессионального стресса и поведенческих факторов риска;<br>2) подготовка и распространение информационных материалов через сотрудников здравпунктов (методических пособий, памяток) по ЗОЖ;<br>3) организация массовых оздоровительных тренировок;<br>4) реализация мероприятий по усилению роли собственных медицинских структур предприятия в формировании ЗОЖ работников, по совершенствованию работы подведомственных спортивно-оздоровительных учреждений. | 1) обеспечение сотрудникам возможности получать информацию и консультацию о ЗОЖ в здравпунктах предприятия;<br>2) рост доли работников, предпочитающих здоровое питание;<br>3) увеличение численности сотрудников и членов их семей, регулярно посещающих спортивные секции в подведомственных спортивных учреждениях;<br>4) снижение среди работников показателей смертности от сердечно-сосудистой патологии. |
| «День здоровья на Тульском заводе» | ООО «Юнилевер Россия, Украина и Беларусь», г. Тула (начало: 2004 г.) | 1) ежегодное проведение «Дня здоровья», в рамках которого организуется медицинское обследование сотрудников завода (кардио-диспансеризация), позволяющее оценить риск сердечно-сосудистых заболеваний и предоставить рекомендации по результатам обследования;<br>2) организация «Чемпионатов здоровья» с целью выявления и поощрения сотрудников, проработавших не менее года без больничного листа.                                                                                                             | повышение информированности сотрудников о состоянии здоровья и о возможностях снижения риска заболевания сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями                                                                                                                                                                                                                                                           |
| «Разговор о правильном питании»    | ООО «Нестле Фуд», 26 регионов России (начало 1998 г.)                | 1) разработка учебно-методических комплектов для школьников, их родителей и учителей, содержащих информацию о правильном и здоровом питании;<br>2) проведение обучающих игр и семинаров, раскрывающих принципы правильного питания;<br>3) организация двухнедельных лагерей здоровья для детей 9-11 лет;<br>3) проведение конкурсов для школьников, их родителей и учителей по соблюдению правил здорового питания.                                                                                               | 1) за период действия программы в ней приняли участие более 1,5 млн. детей из более 20 российских регионов.<br>2) анализ опроса участников программы показал, что почти все опрошенные отметили полезность данных мероприятий для детей; более 90% родителей и учителей высказали заинтересованность в дальнейшем расширении и продолжении программы.                                                           |

Множество интересных корпоративных проектов по стимулированию здорового образа жизни среди сотрудников было представлено на конкурс «Здоровая Россия» в 2010-2012 гг. в номинации «Лучший корпоративный проект». Как и в других номинациях конкурса, география представленных проектов достаточно обширна. Наибольшее количество проектов за указанный период было представлено предприятиями Центрального, Северо-Западного, Приволжского и Уральского федеральных округов. При этом наиболее активными участниками конкурса стали организации сфер образования и

здравоохранения, предприятия торговли и сферы услуг, нефтяной и газовой отраслей, машиностроения, финансовые компании. Рассмотрим наиболее результативные программы предприятий-участников конкурса (табл. 3.12).

**Таблица 3.12. Проекты российских предприятий, представленные на конкурс «Здоровая Россия» в номинации «Лучший корпоративный проект»**

| Проект                                                                                   | Организаторы, место и сроки                                                                         | Мероприятия и их результативность                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Финансирование                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Интегральная программа по ЗОЖ» (проект – победитель конкурса 2010 г.)                    | Финансовая корпорация «Уралсиб»; более 40 регионов присутствия корпорации (04.02.2008 — 14.07.2010) | Мероприятия программы проводятся в рамках реализации пяти подпрограмм:<br>1) <i>повышение физической активности</i> : проведение командных спортивных соревнований, «Неделя физической активности», спортивных праздников для сотрудников и их детей. Для этих целей арендовано более 300 площадок, на которых занимаются 32% сотрудников (более 4 тыс. чел.);<br>2) <i>здоровый вес</i> : организация еженедельной рассылки с рекомендациями по снижению веса, здоровому питанию и физической активности; проведение консультаций диетолога. В 2009 г. в кампании по снижению веса приняли участие более 500 чел.;<br>3) <i>борьба с курением</i> : регулярное проведение акции «Брось курить и победи», в которой в 2008 г. приняли участие около 700 сотрудников в 92 городах России; организация в 2010 г. кампании «Некурящий офис» с участием более 2 тыс. работников;<br>4) <i>здоровое питание</i> : организация информационной рассылки о принципах здорового питания, конкурса «Здоровых рецептов», Дней здорового питания.<br>5) <i>контроль артериального давления</i> : организация образовательной кампании «Контролируй свое артериальное давление»; создание «уголков здоровья». Данные опроса работников корпорации показали, что по итогам 2009 г. 38% сотрудников стали больше внимания уделять физической активности, 40% - повысили потребление овощей и фруктов, 22% - сократили потребление соли, 35% - уменьшили потребление жиров и сахара, 9% - отказались от курения. | Источник финансирования - средства корпорации «Уралсиб»: 1,3 млн руб. (без учета административных расходов и расходов на персонал).     |
| «Популяризация здорового образа жизни в компании» (проект – победитель конкурса 2011 г.) | ОАО «ЛУКОЙЛ»; г. Москва, г. Жирновск, г. Калининград, г. Пермь (начало: 01.01.2000)                 | Программа предусматривает реализацию комплекса мероприятий, направленных на поддержание ЗОЖ работников и жителей территорий присутствия, профилактику заболеваний:<br>1) проведение благотворительной акции по пропаганде ЗОЖ «Поверь в себя» с участием более 8 тыс. молодых людей (всего на предприятиях Группы «Лукойл» работает около 150 тыс. чел.);<br>2) регулярная организация донорских акций;<br>3) проведение спартакиады (2 раза в год), в которой в 2010-2011 гг. приняли участие более 350 чел.;<br>4) проведение спортивных турниров с участием более 15 тыс. чел.;<br>5) организация футбольных соревнований среди детей и подростков, в которых ежегодно участвуют около 3 тыс. команд и 55 тыс. чел. из всех регионов России.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Источник финансирования – средства ОАО «ЛУКОЙЛ». Только на реализацию программ Детской футбольной лиги ежегодно направляется 7 млн руб. |

| Проект                                                                                                                                                     | Организаторы, место и сроки                                                                                        | Мероприятия и их результативность                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Финансирование                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Здоровый образ жизни - гарантия будущего!» (проект участник конкурса 2011 г.)                                                                             | МБУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Чебоксары (начало: 01.12.2007)                                        | <p>1) Регулярно проводятся семинары-тренинги, информационные дни, тематические выставки, творческие состязания по профилактике вредных привычек. В рамках программы в коллективный договор учреждения включены разделы о моральном и материальном поощрении тех, кто не курит.</p> <p>2) Организована рассылка смс-сообщений с полезными советами сотрудникам учреждения, а также налажено оказание психологической помощи в стрессовых ситуациях.</p> <p>3) Регулярно организуются соревнования, спартакиады, эстафеты среди отделений больницы, сотрудники выезжают на городские и республиканские соревнования среди учреждений здравоохранения. Для сотрудников арендованы плавательные дорожки в бассейне, волейбольный зал, функционируют 2 собственных тренажерных зала.</p> <p>4) Начата реализация программы профилактики потребления табака и табачных изделий в МБУЗ «Городская клиническая больница №1» на 2010 - 2012 годы; территория больницы объявлена полностью свободной от курения.</p> <p>5) За время реализации проекта: в 3 раза увеличилось число сотрудников, систематически занимающихся спортом и посещающих тренажерный зал; более 20% сотрудников больницы (400 чел.) полностью отказались от курения.</p> | - (нет данных)                                                                                                                               |
| «Здоровый образ жизни в ГОУ ДПО Казанской государственной медицинской академии Росздрава - залог успешной деятельности» (проект участник конкурса 2012 г.) | ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, г. Казань (начало: 11.01.2010) | <p>В ходе реализации программы:</p> <p>1) заключались договоры с организациями по питанию, предоставлению спортивных площадок, по медосмотру сотрудников, проведению флюорографии;</p> <p>2) приобретены велотренажеры и теннисные столы для досуга сотрудников и обучающихся;</p> <p>3) открыт собственный консультативно-диагностический центр и проведена диспансеризация для работников академии и учащихся;</p> <p>4) проведены информационные семинары для сотрудников и студентов;</p> <p>5) организованы команды для участия во внешних спортивных мероприятиях;</p> <p>6) на сайте академии создана рубрика «Мы за здоровый образ жизни» (<a href="http://kgma.info/academy/zdorovyj_obraz_zhizni/">http://kgma.info/academy/zdorovyj_obraz_zhizni/</a>);</p> <p>7) по сравнению с 2010 г. в 2011 г. на 3% уменьшилось количество предоставляемых в отдел кадров листов нетрудоспособности; также сократилась длительность пребывания на больничном листе (с 11 дней в 2010 г. до 7 дней в 2011 г.).</p>                                                                                                                                                                                                                      | <p>Источник финансирования: бюджетные и внебюджетные средства академии.</p> <p>Общий объем финансирования за 2010-2012 гг.: 9502422 руб.</p> |

| Проект                                                                                                            | Организаторы, место и сроки                                      | Мероприятия и их результативность                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Финансирование                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Формирование здорового образа жизни работников промышленного предприятия» – проект участника конкурса в 2012 г.) | ОАО «Петрозаводскмаш»; г. Петрозаводск (11.01.2010 — 14.09.2012) | Мероприятия проекта нацелены на формирование ЗОЖ работников предприятия через организацию физкультурно-оздоровительной работы в производственном коллективе:<br>1) ежегодное проведение более 20 спортивно-оздоровительных мероприятий с общим количеством участников 1000-1500 чел.;<br>2) организация регулярных бесплатных занятий для сотрудников в 9 спортивно-оздоровительных секциях, количество участников в которых в 2012 г. выросло в 5 раз по сравнению с 2011 г. и превысило 200 чел.;<br>3) ежедневное проведение двадцатиминутной производственной гимнастики;<br>4) организация оздоровительных сеансов в водноспортивном центре и оздоровительного массажа;<br>5) организация бесплатного горячего питания в рамках Молодежной программы;<br>6) ежегодная организация фестиваля «Здоровая семья», в котором задействованы практически все многодетные семьи. | Источник финансирования – средства ОАО «Петрозаводскмаш»: 2011 г. - 1064745 руб.; 2012 г. - 809896 руб. (без учёта административных расходов и расходов на персонал). |

Источник: Здоровая Россия, 2013.

Еще одним федеральным проектом по поддержке социальных программ российских предприятий выступает Всероссийский конкурс «*Российская организация социальной эффективности*». Конкурс проводится ежегодно в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 марта 2009 года № 265-р. Основным его организатором выступало Минздравсоцразвития, с мая 2012 года - Министерство труда и социальной защиты РФ (Российская организация высокой социальной эффективности, 2013). Цель проекта – привлечение внимания общественности к решению социальных проблем на уровне предприятия, выявление наиболее эффективных программ для дальнейшего тиражирования.

Конкурс осуществляется в два этапа: на региональном и федеральном уровнях. Экспертизу заявок участников первого этапа, номинированных на федеральный этап конкурса, и подготовку предложений о победителях конкурса проводит Министерство труда и социальной защиты в рамках экспертной группы с участием федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский институт труда и социального страхования», а также общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов (Российская организация высокой социальной эффективности, 2013).

Организации соревнуются по ряду направлений, среди которых представлена номинация «За формирование здорового образа жизни в организации».

При определении победителей и финалистов в данной номинации оцениваются следующие показатели (Российская организация высокой социальной эффективности, 2013):

- программа и мероприятия по поддержке здорового образа жизни работников;
- мероприятия по профилактике социально-значимых заболеваний;
- стимулирование работников к ведению здорового образа жизни;
- предоставление возможности регулярно заниматься физической культурой и массовым спортом;
- виды занятий физической культурой и массового спорта, возможность заниматься которыми обеспечена работодателем;
- доля работников, фактически участвующих в занятиях физкультурой и массовым спортом, организованных работодателем, в общей численности работников;
- динамика уровня заболеваемости работников.

Победителями конкурса в номинации «За формирование здорового образа жизни в организации» в 2010 г. стали широкомасштабные проекты по формированию здорового образа жизни среди сотрудников таких компаний как ООО «Газпром добыча Астрахань» (Астраханская область), ООО «Газпром добыча Оренбург» (Оренбургская область), ОАО «Нижнекамскнефтехим» (Республика Татарстан).

В целом для участия в конкурсе в 2011 году подано 359 заявок от предприятий из 64 субъектов Российской Федерации, что в 1,2 раза больше чем в 2010 году (в 2010 году поступило 296 заявок из 60 субъектов Российской Федерации) (Моспортал, 2011).

Среди участников конкурса 2011 г. наиболее широко представлены предприятия нефтяной и химической переработки; добычи и транспортировки газа и нефти; энергетики; машиностроения; химической промышленности; транспорта; пищевой промышленности; отраслей здравоохранения и образования, ряд научно-производственных объединений (Моспортал, 2011). За работу по пропаганде здорового образа жизни в 2011 г. отмечены проекты, представленные следующими предприятиями: ОАО «Саратовский нефтеперерабатывающий завод» (Саратовская область), ОАО «Тюменская домостроительная компания» (Тюменская область), ООО «Газпром добыча Оренбург» (Оренбургская область). Отличительной особенностью победивших проектов стало наличие у предприятий комплексной программы по поддержке здорового образа жизни работников, осуществление и результативность специальных мероприятий, реализуемых в рамках программы, организация мероприятий по борьбе с курением и потреблением алкоголя, осуществление профилактических мероприятий (медосмотры, вакцинация), предоставление сотрудникам возможностей для регулярных занятий

физкультурой и массовым спортом, использование механизмов по стимулированию работников к ведению здорового образа жизни.

В 2012 году для участия в заключительном этапе конкурса была подана 341 заявка от организаций-победителей региональных этапов конкурса из 56 субъектов Российской Федерации (Минтруд России, 2013).

Большинство заявок было представлено предприятиями, представляющими такие отрасли экономики как нефтепереработка, добыча и транспортировка газа и нефти, энергетика, машиностроение, транспорт, химическая промышленность, пищевая промышленность, а также учреждениями сфер образования, науки и здравоохранения. Несколько меньше заявок было представлено предприятиями торговли, сельского хозяйства, коммунального обслуживания, строительными организациями.

Следует отметить, что с учетом опыта проведения конкурса в 2010-2011 гг. были доработаны критерии определения победителей и внесены некоторые изменения в формат конкурса 2012 года. Одним из таких нововведений стало определение победителей в номинации «За формирование здорового образа жизни в организации» отдельно для участников, представляющих организации производственной сферы, и отдельно для предприятий непроизводственной сферы.

В итоге победителями и призерами в номинации «За формирование здорового образа жизни в организациях непроизводственной сферы» стали проекты следующих региональных организаций: Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Советский комплексный центр социального обслуживания населения» (г. Зеленокумск, Ставропольский край), ООО «Управляющая компания ЖБК-1» (г. Белгород), ОАО «Тюменский проектный и научно-исследовательский институт нефтяной и газовой промышленности им. В.И. Муравленко» (г. Тюмень). Из учреждений производственной сферы были отмечены проекты таких организаций как Филиал ОАО «Концерн Росэнергоатом» «Ростовская атомная станция» (г. Волгодонск, Ростовская область), ООО «Авиакомпания Волга-Днепр» (г. Ульяновск), ООО «Газпром добыча Оренбург» (г. Оренбург) (Минтруд России, 2013).

Анализ разнообразных инициатив российских предприятий по формированию здорового образа жизни позволил выявить некоторые общие закономерности при организации таких программ и классифицировать их по сходным признакам (табл. 3.13).

**Таблица 3.13. Типология программ по формированию здорового образа жизни у работников российских предприятий**

| <b>Критерий</b>                                                              | <b>Тип программы</b>                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| широта охвата компонентов здорового образа жизни                             | <i>комплексные</i> : охватывают разные компоненты здорового образа жизни;                                               |
|                                                                              | <i>узконаправленные</i> : охватывают один из факторов риска                                                             |
| механизм реализации                                                          | <i>интегрированные</i> : осуществляются в рамках совместного проекта с другими предприятиями;                           |
|                                                                              | <i>независимые</i> : реализуются по собственной инициативе компании                                                     |
| механизм финансирования                                                      | <i>совместные</i> : используют как внутренние, так и внешние источники финансирования;                                  |
|                                                                              | <i>самостоятельные</i> : используют только собственные финансовые средства                                              |
| объем финансирования                                                         | <i>широкобюджетные</i> : реализация проектов связана с достаточно большими финансовыми вложениями;                      |
|                                                                              | <i>малобюджетные</i> : реализуются с небольшими финансовыми затратами                                                   |
| широта охвата участников                                                     | <i>внутренние</i> : направлены в основном на работников предприятия (и членов их семей);                                |
|                                                                              | <i>внешние</i> : охватывают как работников предприятия, так и население, проживающее в регионах присутствия организации |
| период реализации                                                            | <i>долгосрочные</i> : реализуются на протяжении двух и более лет;                                                       |
|                                                                              | <i>краткосрочные</i> : осуществляются в течение года                                                                    |
| использование механизмов поощрения сотрудников, ведущих здоровый образ жизни | <i>стимулирующие</i> : предполагают материальное стимулирование работников;                                             |
|                                                                              | <i>нестимулирующие</i> : реализуются без широкого использования механизмов поощрения                                    |

Источник: (Хоркина, 2013а).

Несмотря на наличие интересных корпоративных проектов, представляемых ежегодно на конкурс, какой-либо информации с детальным описанием представленных проектов, осуществляемых в ходе их реализации мероприятиях, а также об их результативности в открытом доступе нет. В то время как одной из целей конкурса, как отмечают его организаторы, является стимулирование организаций и предприятий к заимствованию положительного опыта в области решения социальных задач<sup>28</sup>. Отсутствие же какой-либо информации о заявленных проектах затрудняет дальнейшее использование накопленного опыта в практике работы других организаций.

Итак, приведенные примеры организации корпоративных программ по стимулированию здорового образа жизни свидетельствуют о том, что реализуемые мероприятия являются достаточно действенным механизмом, способствующим

<sup>28</sup> Методические рекомендации по проведению всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности». [http://www.niitru.ru/analytics/izdania/vnimanie\\_materiali\\_vserossijsk.html](http://www.niitru.ru/analytics/izdania/vnimanie_materiali_vserossijsk.html)

формированию у работников и членов их семей осознанного отношения к своему здоровью, отказу от вредных привычек.

Интересно отметить, что для повышения эффективности проводимых мероприятий и с целью мотивации сотрудников к участию в них в последнее время некоторые предприятия начали использовать специальные механизмы поощрения работников (финансового и нефинансового характера). В результате анализа корпоративных программ по пропаганде здорового образа жизни, а также контент-анализа ресурсов сети Интернет (дискуссии руководителей организаций и сотрудников предприятий о подходах к поощрению здорового образа жизни в организациях на специально организованных форумах) были выявлены следующие основные *способы стимулирования* работников (Хоркина, 2013а):

- премирование сотрудников, ведущих здоровый образ жизни;
- небольшие вознаграждения работникам без вредных привычек (денежные выплаты или специальные подарки);
- материальное поощрение сотрудников, отказавшихся от курения (например, выдача карточек в премиальный фитнес-клуб);
- денежные выплаты работникам за отказ от курения;
- награждения сотрудников, бросивших курить, поощрительной грамотой от руководства компании;
- организация в компаниях, преимущественно с сидячим образом жизни сотрудников, соревнований с шагомером, выявление наиболее активных работников и награждение их специальными подарками;
- выплата премий сотрудникам, постоянно занимающимся спортом;
- сокращенный рабочий день для работников, посещающих спортклубы;
- денежное поощрение или дополнительные дни к отпуску работника в случае отсутствия у него в течение года дней, пропущенных по болезни;
- сдача части имущества предприятия в аренду спортклубу и предоставление возможности сотрудникам бесплатного его посещения.

Как отмечают руководители предприятий и их сотрудники, использование подобных механизмов оказало положительное влияние на мотивацию работников к ведению здорового образа жизни и привело к росту численности сотрудников, отказавшихся от вредных привычек, увеличению количества работников, регулярно занимающихся спортом, а также способствовало снижению уровня заболеваемости в организации. Однако отметим, что в то время как в развитых странах уже накоплен некоторый опыт поощрения сотрудников за здоровый образ жизни, в практике российских

компаний данные механизмы еще не получили широкого распространения. В то же время в последние годы наметилась тенденция к их более активному внедрению, что должно способствовать укреплению здоровья работников российских предприятий (Хоркина, 2013а).

Наибольшее распространение в практике российских компаний получили такие мероприятия как (Хоркина, 2013а):

- проведение акций, пропагандирующих здоровый образ жизни: «День отказа от курения», «Некурящий офис», «Чемпионат здоровья» «День здоровья», «Здоровая семья», «Контроль артериального давления» и пр.;
- создание условий для занятий физкультурой и фитнесом;
- организация спортивных соревнований, конкурсов, спартакиад;
- предоставление сотрудникам горячего питания;
- проведение консультаций диетолога о правилах здорового питания;
- организация профосмотров (диспансеризаций, вакцинаций);
- осуществление информационной рассылки о принципах здорового образа жизни и др.

***Внедрение программ по формированию здорового образа жизни на предприятии: трудности и пути их преодоления.*** Типология программ, используемых в практике российских предприятий, достаточно разнообразна. Наибольшее распространение получили внутренние программы, воздействующие на несколько компонентов здорового образа жизни. Реализуются они, как правило, на регулярной основе. Наиболее активно подобные программы внедряются в крупных организациях. Однако в последние годы повышенное внимание к здоровью работников и проведению соответствующих мероприятий стали уделять руководители малых и средних предприятий. Важно отметить, что некоторые программы не требуют значительных финансовых затрат, в то же время отличаются достаточно высокой степенью результативности. При этом большинство из них осуществляются за счет собственных ресурсов предприятий. Вместе с тем возможны случаи привлечения дополнительных источников финансирования. Несмотря на возросший интерес работодателей и заинтересованность работников в таких программах, круг российских компаний, использующих специальные механизмы для пропаганды здорового образа жизни, пока недостаточно широк. В некоторых случаях проблемой может являться недостаток финансовых ресурсов как на реализацию требуемых мероприятий, так и на сбор и обработку необходимой информации. Данный фактор может иметь решающее значение для малых и средних предприятий. Но даже при наличии средств внедрение программ по укреплению здоровья на рабочем месте может быть затруднено нежеланием руководителя

инвестировать в программы, положительная отдача от которых будет наблюдаться не сразу, а через довольно длительный промежуток времени (Goetzel, Ozminkowski, 2008). Более того, наличие положительного эффекта для многих работодателей может не быть очевидным. Существенной проблемой является и осуществление мониторинга по результатам программ, не всегда ведется оценка эффективности осуществляемых мероприятий. Количество российских компаний, регулярно ведущих экономическую оценку результатов и затрат программ по укреплению здоровья, пока невелико. Кроме того, на российских предприятиях с большим трудом внедряются механизмы поощрения сотрудников за здоровый образ жизни.

### **3.2. Рекомендации по развитию корпоративных программ здоровья в Российской Федерации**

Проведенный анализ зарубежного опыта (см. Гл.1, п.1.5), а также результаты исследований практик осуществления программ ЗОЖ на российских предприятиях позволяют сформулировать ряд **рекомендаций (направлений) развития корпоративных программ здоровья в России**. Рекомендации адресованы как руководителям предприятий (менеджерам, реализующим программы), так и органам государственной власти.

#### **3.2.1. Рекомендации руководству предприятий/организаций**

1. Прежде всего, это необходимость **внедрения программного подхода**. Для этого нужны: оценка существующей ситуации (состояния здоровья работников, объективных и субъективных (поведенческих) рисков их здоровью, возможностей укрепления здоровья на предприятии); определение целей и задач программы, сроков; разработка перечня мер и индикаторов их реализации (краткосрочных, среднесрочных, долгосрочных); выделение необходимых ресурсов (финансовых и людских); мониторинг процесса реализации и оценка эффективности. Только такой подход позволит предприятиям рационально распределять ограниченные средства, максимально достигая поставленных целей.
2. **Соответствие корпоративных программ в области ЗОЖ бизнес – стратегии предприятия**. Программа только тогда будет успешной, и будет понятна и высшему руководству компании, и обычным работникам, когда она в целом соответствует стратегическим целям предприятия.

3. ***Проведение мониторинга и оценки эффективности программ посредством***

- Периодического скрининга состояния здоровья работников
- Анализа издержек и выгод программы
- Оценки охвата работников и их удовлетворенности программой

Охват работников теми или иными программами – важный промежуточный результат и, одновременно, фактор достижения целей программы. Не следует, однако, ставить цели 100%-ного охвата – международный опыт свидетельствует, что в среднем этот показатель ниже 50%. Удовлетворенность работников программой должна оцениваться не только с помощью простого вопроса с вариантами ответа «да» и «нет». Важно понять, что не устраивает тех, кто не участвует (или начал участвовать, но прекратил), каковы барьеры. Регулярная «обратная связь» необходима для корректировки программы с учетом предпочтений сотрудников. Это позволит не только оценивать результативность реализуемых программ, но менять по необходимости их структуру и перераспределять средства.

4. ***Поддержка программы со стороны топ-менеджмента*** компании и участие самих руководителей, не только в форме одобрения бюджета, но и в отдельных мероприятиях программы, в качестве ролевых примеров.

5. ***Эффективная коммуникация*** посредством разнообразных каналов - от электронных до личных. Важно широко распространять информацию как о самих реализуемых программах, так и о здоровом образе жизни в целом. Важно, чтобы информация была неожиданной, легко запоминалась и – по возможности – вела к действию. Всем известные и наскучившие тезисы о вреде курения и пользе физкультуры могут быть сформулированы совсем иначе. Например: «Если Вы выкуриваете от 15 до 24 сигарет в день, каждый день курения отнимает у Вас 5 часов жизни». Или: «Если Вы ежедневно уделяете всего 20 минут физическим упражнениям, каждый такой день удлиняет Вашу жизнь на 1 час» (Blastland, Spiegelhalter, 2013). Подобная информация может быть размещена в организации в форме плакатов, там, где ее постоянно будут видеть сотрудники, и должна постоянно обновляться, чтобы не вызывать эффекта привыкания.

6. ***Участие работников в разработке программы***, учет их мнений и пожеланий, для чего нужно также проводить регулярные опросы. Только такой подход позволит

сделать программы действительно интересными для работников и добиться тем самым значительной степени охвата.

7. ***Создание благоприятствующей среды на уровне компании*** за счет улучшения рабочей обстановки, поддержки родственников и т.д.
8. Более широкое ***использование мотивационного подхода на индивидуальном уровне***: денежные и неденежные стимулы для тех, кто участвует в программах, добивается результатов; штрафы для тех, кто нарушает установленные правила (например, запрет курения на территории или выделенное время для перекуров). Другая форма – ценовая дотация «здоровых» блюд в столовой предприятия, вплоть до предложения бесплатного яблока к обеду.
9. ***Расширение набора предлагаемых мер и их индивидуализация***, разные формы в зависимости от тех рисков, которым наиболее подвержены работники, а также от специфики организации их трудовой деятельности (например, посменная работа, дистанционная работа и т.п.).
10. ***Участие большого числа заинтересованных сторон помимо работодателя*** - в т.ч. страховых компаний, профсоюзов, государства, НКО и т.д.

#### ***Рекомендации по расширению мер поддержки здоровья на российских предприятиях***

Ниже приводятся варианты предлагаемых мер поддержки здоровья на предприятиях, предложенные на основе анализа специальной литературы и практик российских компаний. Первоначально сформированный набор мер тестировался в ноябре 2013 года специалистами компании Aston Consulting в ходе проведения восьми фокус-групп, в которых принимали участие в общей сложности 67 сотрудников российских компаний. Для проведения фокус-групп были отобраны респонденты разных возрастов, причем в каждой фокус-группе были респонденты, принадлежавшие к группам риска (курение, избыточный вес, малоподвижный образ жизни). Респондентам предлагали для обсуждения те или иные меры, чтобы узнать их отношение. В частности, респондентов спрашивали о том, участвуют ли они сами в тех или иных мероприятиях (если таковые проводятся) или – хотели бы они участвовать, при каких условиях согласны участвовать, какие препятствия видят для внедрения тех или иных мер.

В целом, участники опроса положительно относятся к инициативам предприятий по внедрению программ по поддержке ЗОЖ сотрудников и отмечают важность мотивационных мер. Отношение к тем или иным мерам зависит, однако, от сферы деятельности компании, возраста и характера работы сотрудника, опыта участия в

подобных мероприятиях. Так, представители старших возрастных групп чаще относятся к инициативам по внедрению программ ЗОЖ с недоверием, их смущает затратность подобных мер, они не верят, что работодатель будет вкладывать деньги в ущерб прибыли, и что программы будут предлагаться должного качества. «Старшие» работники также обеспокоены возможностью вмешательства в их частную жизнь. Представители всех возрастных групп справедливо подчеркивали, что программы ЗОЖ будут эффективны только при достижении высокого качества.

С учетом мнений работников, высказанных в ходе проводившихся фокус-групп, итоговый набор предлагаемых мер был скорректирован. Все перечисленные ниже меры поддержки здоровья на предприятиях получили, по крайней мере, средний уровень одобрения опрошенных<sup>29</sup>.

- ежегодный скрининг основных показателей здоровья/рисков здоровью; Медицинский осмотр сотрудников, включающий самые простые показатели: вес и рост (для определения наличия избыточной массы тела или ожирения); измерение артериального давления; анализ крови на холестерин и сахар. Позволяет выявить группы риска развития ХНИЗ, для которых впоследствии могут быть предложены специальные программы здоровья, например, обучение правильному питанию. В отличие от анкетирования, скрининг может вызвать негативную реакцию сотрудников, поскольку он по определению не анонимен. В зарубежной практике известное решение этой проблемы – включение обязательства по прохождению ежегодного скрининга здоровья в трудовой контракт. *В рамках фокус-групп эту меру поддерживали более половины опрошенных. Старшие работники хотели бы иметь возможность в ходе такого осмотра посетить и врачей-специалистов, и пройти более сложные обследования – фактически, речь идет уже о полной диспансеризации. Опасение в отношении названной меры – сохранение конфиденциальности результатов осмотра; качество услуг; отсутствие очередей (необходимость тратить нерабочее время).*

- консультации специалиста, позволяющие снизить уровень стресса (управление временем, принципы правильного сочетания работы и отдыха, взаимоотношений с окружающими людьми и т.п.). Такие консультации проводятся профессиональным психологом, возможно – постоянным сотрудником данного предприятия (при наличии такового) или привлеченным

---

<sup>29</sup> Под средним уровнем в опросе понималось одобрение от 35 до 70% участников; под высоким уровнем – одобрение более 70% респондентов.

на основе временного контракта специалистом. Цикл консультаций состоит из нескольких занятий (может быть предложен в разных форматах, например, от 4 до 12 академических часов, 1-2 раза в неделю до или после работы или в виде выездного семинара на целый день, что дороже, но эффективней с точки зрения результата). Консультации могут быть групповыми, и обращаться к типичным проблемам, с которыми сталкиваются многие работники (например, ощущение постоянной нехватки времени). Возможны и индивидуальные консультации, в ходе которых происходит прямое общение с психологом и решается какая-то конкретная проблема. Такие консультации по определению дороже, и могут быть менее привлекательны для работников в силу стигматизации, но в некоторых «острых» случаях могут оказаться необходимыми. *Мера поддержана большинством участников опроса. Самое серьезное условие для ее эффективной реализации – соблюдение конфиденциальности. Одно из предложений в этой связи – использовать не «штатного» психолога на предприятии, а консультации вне предприятия.*

- индивидуальные/групповые консультации для желающих сбросить вес. По аналогии с предыдущим вариантом, такие консультации проводит врач-специалист. Они включают обучение постоянной оценке потребляемой и расходуемой энергии, в том числе – принципам правильного питания (см. выше), а также регулярности физической нагрузки (не только специальных занятий спортом, но и повседневной небольшой, но постоянной нагрузки, прежде всего – ходьба пешком). Индивидуальные консультации могут быть предпочтительны для работников, которые стесняются своей полноты, как недостатка, и здесь возможно необходима на первом этапе помощь психолога. Однако групповые занятия в целом более предпочтительны, поскольку позволяют отмечать и, тем самым, закреплять достигнутые успехи членов группы. Такие занятия должны быть регулярными и постоянно продолжающимися (возможно, 1 раз в неделю после работы), поскольку отдельные члены группы могут выбывать из нее по достижении значительных результатов, а другие, наоборот, включаться. Для «новичков» будут важны успешные ролевые примеры тех, кто проходил курс раньше, а для тех, кто уже добился некоторого результата, участие в занятиях становится стимулом не отступать. *Предложение получило одобрение участников фокус-групп, в большей степени – молодых респондентов. Одним из условий реализации назван индивидуализированный подход к консультациям с учетом «результатов*

анализов» (то есть, по сути, с учетом состояния здоровья отдельных работников).

- маркировка всех блюд в столовой/буфете предприятия с указанием калорийности, выделение здоровой еды. Все блюда в столовой предприятия маркируются с указанием числа калорий в порции. Кроме того, отдельные блюда могут помечаться зелеными или красными флажками, в зависимости от принадлежности их к «здоровой» или «нездоровой» еде (например, овощной суп или мясной борщ). *Маркировка блюд получила дружное одобрение респондентов. В качестве пожелания высказывалась необходимость отчетливости маркировки (крупного шрифта) и выделения целых «зон» здоровых блюд в столовой.*

- ценовая дотация (более низкие цены) на здоровые блюда в столовой. Сниженные цены (например, на 20-30% по отношению к установленной изначально цене) на те блюда, которые относятся к здоровой пище (овощи, фрукты, низкокалорийные молочные продукты, каши, рыба и т.п.). Дотация за счет предприятия. Возможна дополнительная маркировка, чтобы покупатель понимал, что цена дотируется (старая цена зачеркивается, пишется новая – возникает психологический «эффект распродажи»). *Дотации, по мнению участников фокус-групп, будут однозначно эффективной мерой, но важно, чтобы размер дотации был действительно ощутимым, и чтобы дотируемые блюда были при этом «вкусными и аппетитными».*

- если на предприятии отсутствует и не может быть оборудована собственная столовая (например, малый бизнес или постоянная работа вне офиса), – дотация питания в учреждениях общепита вне предприятия, т.н. ваучерная система (для работников понятнее – талоны). Фиксированная денежная сумма, которую предоставляет предприятие каждому работнику в расчете на день и которая дает возможность полностью или частично (например, на 50%) оплатить с помощью талона обед в кафе или столовой вне предприятия. По-другому эти талоны потратить нельзя, так что они стимулируют работников к регулярному питанию. *Программа в целом одобрена респондентами. Однако указывают на необходимость определенных ограничений – купон должен оформляться таким образом, чтобы его можно было потратить только на обед в рабочий день, иначе возможно использование не по назначению.*

- индивидуальные и/или групповые консультации, помогающие отказаться от курения. Как групповые, так и индивидуальные консультации проводятся врачом-наркологом или психологом. Возможна организация консультаций как после, так и до работы, поскольку для одной консультации достаточно 30 минут. После первичной консультации требуется повторная для мониторинга результатов и – возможно – коррекции рекомендаций на индивидуальном уровне. *Уровень поддержки респондентов – средний. Отмечается, что эффективными консультации будут скорее для молодых курильщиков.*

- строгое ограничение времени, выделяемого на перекуры в течение рабочего дня. Допустим, в сумме работнику выделяется 30 минут в день. Поскольку курение запрещено внутри зданий и на территориях предприятий кроме специально отведенных мест, контролировать время перекуров технически несложно. Разумеется, разовые нарушения ограничений не должны быть наказуемыми, но систематическое превышение выделенного времени может стать поводом для административных выводов. Такая мера может вызвать неприятие не только у курящей, но и у некурящей части работников – как очевидная несправедливость в их отношении. Выходом, в зависимости от вида производственной деятельности, может быть введение официально увеличенного обеденного перерыва для курильщиков (по их письменной просьбе), так чтобы их рабочий день заканчивался позже или начинался раньше ровно на те же 30 минут. Либо, как это фактически сложилось на производствах с непрерывным циклом и посменной формой работы, наличие нескольких одинаковых для всех перерывов в работе, которые каждый может использовать по своему усмотрению. Тогда некурящие сотрудники не будут чувствовать себя ущемленными. *Уровень поддержки респондентов – средний. Как и следовало ожидать, ограничения поддерживают более активно некурящие сотрудники. В числе предложений – внесение соответствующих условий в трудовой договор; организация курительных комнат на одного сотрудника, чтобы исключить возможность общения.*

- обязательные короткие перерывы в работе для несложных физических упражнений. Последние исследования ученых показывают, что для здоровья человека намного более полезны ежедневные физические нагрузки легкой и средней тяжести, чем эпизодические (пусть и регулярные) серьезные нагрузки в виде тренировок в спортзале. Такими легкими повседневными

нагрузками могут быть и простая ходьба, и подъем по лестнице на 2-3 этажа, и небольшая разминка прямо на рабочем месте, не требующая специальных снарядов и спортивной одежды. Для проведения подобных разминок спортивными врачами разрабатываются комплексы легких упражнений, дифференцированных в зависимости от вида основной деятельности работника, возможно и в зависимости от возраста. Работники получают первичный инструктаж и брошюру с описанием упражнений. Набор предлагаемых упражнений достаточно широк и предполагает возможность самостоятельного выбора и чередования упражнений. *Отношение большинства опрошенных к этой мере положительное, причем и у молодых, и у пожилых респондентов. Отмечается необходимость участия руководителей в таких упражнениях, их личный пример. Отмечается важность учета характера работы сотрудников, необходимость наличия дополнительного пространства, разработка комплекса упражнений, которые можно выполнять без специальной спортивной одежды и т.п.*

- со-финансирование платных занятий спортом со стороны предприятия. Работники получают от работодателя полное или частичное возмещение своих расходов на платные занятия спортом (например, расходов на абонементы в бассейн, фитнес-клуб, занятия отдельными видами спорта). *Программа, как и следовало ожидать, поддержана максимальным числом голосов респондентов. Отмечается необходимость четких и ясных правил, удобства реализации такой схемы (когда работник сам выбирает удобное место занятий, заключает и оплачивает договор, а затем получает компенсацию от своей компании). Более того, указывается на необходимость оплаты предприятием не менее 50% стоимости занятий. Заметим, что в таком случае необходимо устанавливать максимальную сумму со-финансирования со стороны предприятия во избежание бесконтрольного роста затрат на программу.*

- премии сотрудникам, бросившим курить или значительно сбросившим вес и сохранившим результат в течение года. Поощрения могут делаться в форме денежных премий, дополнительных дней оплачиваемого отпуска, путевок в дом отдыха, абонемента в спортивный клуб и т.п. Сотрудники должны быть информированы о наличии и условиях таких поощрений, руководство предприятия – регулярно проводить сбор заявок от подразделений и/или самих сотрудников, претендующих на премию.

*Большинство опрошенных работников высказали положительное отношение к премированию (и отрицательное – к депремированию). Среди предложений – обязательность премирования не одного (победителя), а нескольких сотрудников, во избежание зависти.*

- использование офисного пространства для размещения информации о ЗОЖ. Часто посещаемые работниками места могут использоваться для распространения информации о пользе ЗОЖ, например, возле лифтов можно размещать информацию о пользе ходьбы пешком, в столовых демонстрировать короткие видео фильмы о пользе отдельных блюд и продуктов питания и т.д. *Средний уровень поддержки данной меры сопровождается пожеланиями о ненавязчивости информации, ее шуточной форме, периодическом обновлении. Предлагается использовать для размещения информации часто используемые предметы – например, пластиковые стаканчики.*

- модификация офисного пространства с целью увеличения физической активности работников. Для офисных работников, проводящих много времени за столом, можно продумать маршруты, заставляющие работников больше двигаться, например, изменить интервалы работы лифта. Аналогично, можно изменить расположение мебели (оборудования), сделав ее с одной стороны, более эргономичной и удобной, а с другой стороны – вынуждающей сотрудников чаще вставать из-за стола, например, поместить принтер/кофемашину на некотором удалении от рабочих мест. *Отношение участников фокус-групп в целом положительное, хотя со стороны пожилых работников – в меньшей мере. Опасение вызывает возможное отрицательное влияние на эффективность работы – например, отдаленное расположение принтера неудобно во фронт-офисе банка, поскольку заставляет ждать клиента.*

### 3.2.2. Рекомендации органам государственной власти по поддержке программ ЗОЖ на предприятиях

Государство несет ответственность за профилактику заболеваемости и здоровье граждан – как на уровне страны (правительство, министерства), так и на региональном и муниципальном уровнях. Работодатели со своей стороны способны внести существенный вклад в укрепление здоровья работающих граждан, которые составляют около половины населения страны. Сотрудничество в этой области может быть взаимовыгодным:

предприятия получают здоровую рабочую силу, рост продуктивности и выпуска; государство – экономический рост (в терминах ВВП), сокращение бюджетной нагрузки, возможность сконцентрировать медицинские расходы на других группах населения – детях, пожилых. Мерами государственной поддержки корпоративных программ здоровья могут выступать:

### ***1. Организационная помощь:***

- *Разработка общенациональной программы укрепления здоровья на рабочем месте. Включение мероприятий по укреплению здоровья занятого населения в комплексные национальные программы. Вовлечение работодателей в общенациональные, региональные и городские кампании по укреплению здоровья населения. Формирование здорового образа жизни населения официально зафиксировано в качестве приоритета национальной политики России в сфере здравоохранения. Однако, за исключением Федерального закона от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», содержащего запрет курения на рабочих местах, национальные программы и нормативные акты фактически не предусматривают меры поддержки программ здоровья на предприятиях. Так как национальные программы в России служат ориентиром для региональных инициатив, в стратегических документах необходимо больше внимания уделять мерам, стимулирующих работодателей внедрять программы здоровья на рабочем месте.*
- *Изучение и обобщение лучших практик программ ЗОЖ на предприятиях, организация обмена опытом, форумов, интернет-изданий и т.п. Необходима регулярная работа по широкому тиражированию лучших практик, пропаганде выгод от внедрения таких программ путем размещения в открытом доступе информации с детальным описанием лучших программ, реализуемых мероприятий и их результативности, издание специальной литературы, организация тематических конференций, круглых столов, семинаров с привлечением представителей деловых кругов и широкой общественности.*

### ***2. Создание благоприятной среды для развития инициатив предприятий:***

- *Налоговые льготы (например: списание на себестоимость расходов работодателя на оздоровительные мероприятия – до 12% ФОТ; отмена социальных страховых взносов на финансирование льготного питания). Сегодня в России отсутствует налоговая поддержка предприятий, реализующих программы здоровья на рабочих местах. Более того, любые формы компенсации облагаются налогом так же, как и*

собственно зарплата работников, тогда как в развитых странах налоговое стимулирование программ здоровья на предприятиях рассматривается как поддержка инвестиций в человеческий капитал. Для того чтобы налоговая поддержка была эффективной, нужно определить, какой вид налоговых льгот будет наиболее действенным в России, продумать условия их предоставления, размеры и т.д.

- *Расширение действующей практики проведения конкурсов среди предприятий.* Правительство РФ ежегодно проводит ряд социальных конкурсов. Однако активность компаний, принимающих в них участие, еще довольно низкая. Очевидно, нужно пересмотреть практику организации конкурсов с тем, чтобы сделать их более престижными для участников, продумать способы повышения интереса к конкурсам, а также возможности тиражирования наилучших практик. Параллельно необходимо усилить информационную поддержку, разнообразить каналы и способы донесения информации до предприятий и организаций. Возможно, стоит использовать опыт США и передать право проведения государственных национальных конкурсов некоммерческим организациям, тем более что у российского бизнес-сообщества имеются удачные примеры совместных проектов в данной сфере.

### ***3. Информационная и методическая помощь предприятиям, не имеющим возможностей самостоятельно разрабатывать и проводить разнообразные программы здоровья (особенно – малым и средним предприятиям):***

- Исследования подтверждают, что наибольшее распространение программы здоровья получают на крупных предприятиях. На малых предприятиях они встречаются значительно реже, и как правило, без существенных финансовых затрат. Программы здоровья на крупных предприятиях чаще всего охватывают несколько факторов риска и включают множество мероприятий, тогда как проекты небольших компаний, в основном, являются более узкими (например, мероприятия программы могут быть ограничены только диспансеризацией сотрудников или проведением Дня здоровья). В этой связи при разработке мер поддержки программ здоровья на предприятиях необходимо учитывать трудности, с которыми сталкиваются малые и средние предприятия и предусмотреть для них *дополнительные меры стимулирующего характера*, например, гранты, в т.ч. на условиях софинансирования;
- необходимы консультации для HR-менеджеров по построению, реализации и оценке программ ЗОЖ на предприятии;

- проведение лекций, семинаров, индивидуальных консультаций для работников силами специалистов местных органов здравоохранения, привлеченных специалистов;
- издание и распространение на предприятиях специальной литературы, плакатов и других информационных материалов;
- помощь в организации рабочего пространства.

#### ***4. Расширение перечня мер в рамках программ здоровья в учреждениях региональных и федеральных органов власти.***

- Многие элементы программ здоровья в российских государственных учреждениях унаследованы еще с советских времен, в то время как современные работники все больше нуждаются в программах и мерах, направленных на борьбу с новыми вызовами (избыточная масса тела в силу низкой физической активности и неправильного питания, курение, стрессы). Модификация традиционных программ здоровья в государственных учреждениях за счет внедрения новых элементов, отвечающих современным потребностям работников, с одной стороны, позволяет апробировать различные программы здоровья для работников этих учреждений, а другой стороны - служит примером для частных компаний.

#### ***5. Организация и финансирования прикладных исследований по разработке и оценке программ здоровья на рабочем месте.***

- В отличие от зарубежной практики, российский опыт в сфере организации программ здоровья на предприятиях мало изучен. Отсутствуют регулярные статистические данные, которые позволили бы проанализировать активность работодателей, понять, каков охват работников программами охраны здоровья, насколько они дифференцированы по предприятиям и видам деятельности, какие формы льгот представлены в большей или меньшей степени, какова их связь с другими показателями деятельности предприятия. Пока о развитии программ здоровья на российских предприятиях можно судить лишь по отдельным примерам, а также по единичным нерегулярным опросам. В зарубежных странах накоплен солидный опыт реализации программ здоровья на предприятиях, изучены инструменты их поддержки государством. Он может быть взят за основу при разработке мер государственной поддержки программ здоровья на рабочем месте. В то же время, простое копирование зарубежного опыта часто не приносит желаемого эффекта. Поэтому прежде чем внедрять какие-то новые инструменты поддержки программ здоровья на предприятиях, целесообразно провести анализ

российской практики и оценить возможную реакцию предприятий на введение новых инструментов поддержки программ здоровья со стороны государства. По мере внедрения новых инструментов поддержки также важно предусмотреть аналитическое сопровождение данных инициатив для оценки их эффективности, так как это делается в развитых странах.

Опыт зарубежных компаний показывает, что программы здоровья на предприятиях только выигрывают, если они увязаны с действиями, предпринимаемыми органами управления здравоохранением. Согласование инициатив, реализуемых органами власти на национальном уровне и на местах, позволяет избежать дублирования мероприятий, дает возможности для объединения усилий по поддержке здоровья, позволяет концентрировать ресурсы предприятий на дополнительных, специфических мерах.

## Заключение

Исследование показало, что политике здорового образа жизни сегодня уделяется первостепенное внимание не только в развитых, но и в развивающихся странах. Применяемые меры и программы весьма разнообразны и строятся с учетом специфических страновых условий, традиций, культуры. Вместе с тем, нигде здоровый образ жизни не является предметом ведения исключительно министерства здравоохранения; напротив, к этой деятельности активно подключаются другие органы, в том числе - региональные, активную роль играют предприятия. Хотя проекты и разрабатываются на общенациональном уровне, их эффективность во многом зависит от степени вовлечения населения, органов самоуправления, некоммерческих организаций.

Проведенный анализ позволил определить основные проблемы в сфере государственной политики ЗОЖ в России и предложить набор мер, призванных способствовать (а) формированию адекватных представлений населения о здоровом образе жизни и последствиях нездорового образа жизни; (б) расширению возможностей выбора индивидами здорового поведения; (в) ограничению возможностей выбора нездорового поведения.

**В частности, в сфере формирования/корректировки индивидуальных предпочтений** предлагается:

усилить контроль выполнения запрета рекламы и спонсорства табачных изделий, особенно в сети интернет; контроль постоянного обновления графических предупреждений на пачках; информационные кампании, конкурсы, антитабачная реклама, реклама ЗОЖ.;

более жестко ограничивать рекламу алкоголя (кроме мест продажи, специализированных изданий и т.д.); активнее проводить информационные и рекламные кампании в СМИ, формирующие негативное отношение к избыточному потреблению алкоголя, реклама ЗОЖ.;

обеспечить содержательную вариативность школьных уроков физкультуры (с учетом возрастных и гендерных различий, климата, местных традиций и т.п.);

активизировать информационные меры по продвижению правильного питания - ТВ-кампании, школьные уроки правильного питания, консультации врачей, клубы по месту жительства/работы; информация в местах покупки продуктов.

**в сфере расширения возможностей выбора индивидами здорового поведения** предлагается:

ввести субсидирование платных занятий спортом на предприятиях (льготы по НДФЛ); поддерживать работодателей, предлагающих работникам условия для занятий спортом (с помощью льготного налогообложения); создавать условия для бесплатных занятий в жилых кварталах городов; поддерживать массовые акции на местном уровне.

отменить НДС или прямо субсидировать отдельные продукты питания (фрукты, овощи, молочные продукты с пониженным содержанием жира и т.п.);

поддерживать работодателей, обеспечивающих работникам возможности (в т.ч. льготного) питания на рабочем месте (с помощью дифференцированного налогообложения).

**в сфере ограничения возможностей выбора индивидами нездорового поведения** предлагается:

введение дополнительных косвенных налогов на продукты (например: сладкие газированные напитки, кондитерские изделия, мороженое, фаст-фуд); ограничения на численность и размещение торговых точек фаст-фуда, запрет на установление автоматов, торгующих сладостями, в школах и вузах.

повышение акцизов на табак такими темпами, чтобы обеспечивать опережающий рост средней цены пачки сигарет в отношении средней заработной платы населения;

полный запрет курения в общественных местах и повышение штрафов за курение в общественных местах (в т.ч. с владельцев/арендаторов помещений).

повышение акцизов на алкоголь такими темпами, чтобы обеспечивать опережающий рост средней цены водки в отношении средней заработной платы населения и опережающий рост цен крепких спиртных напитков в отношении цен натуральных сухих вин;

сокращение числа торговых точек, торгующих алкоголем, более жесткие временные ограничения торговли, особенно в вечерние часы;

более строгие административные меры (размеры штрафов) за распитие алкогольных напитков в общественных местах (в т.ч. на улице), а также жесткий контроль исполнения этих мер;

запрет скидок, акций и т.п. при продаже алкоголя.

Углубленный анализ международного опыта корпоративных программ здоровья и исследование российской практики в этой области позволили сделать вывод, что российские предприятия пока еще значительно отстают как по набору и содержанию реализуемых мер/программ ЗОЖ, так и в организации процесса. В большинстве случаев, в компаниях доминируют наиболее простые и массовые меры, не требующие тщательной разработки и не «привязанные» к особенностям производства и/или потребностям

работников, не дифференцированные по группам участников и т.п. Отсутствует как таковой программный принцип построения корпоративной политики ЗОЖ, не проводится серьезных оценок эффективности реализуемых программ. В качестве препятствий к реализации программ здоровья большинство предприятий отмечают недостаток финансовых средств, но упоминают также недоверие работников и нехватку опыта по внедрению мер ЗОЖ. Особые сложности испытывают предприятия среднего и – особенно – малого бизнеса.

Полученные в исследовании результаты позволяют говорить о необходимости поддержки корпоративных программ ЗОЖ со стороны государства. Направления такой поддержки могут быть самыми разнообразными – от прямого со-финансирования отдельных мероприятий до предоставления информационной, организационной и методической помощи. Результаты государственной поддержки принесут взаимную выгоду всем: работникам (хорошее здоровье и самочувствие), работодателям (рост продуктивности и выручки, снижение текучести персонала, рост лояльности), обществу и экономике в целом (рост ВВП, сокращение социальных и медицинских расходов).

## Литература

1. Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобализованном мире (2005). Шестая глобальная конференция по укреплению здоровья. Бангкок, Таиланд.
2. БЕЛТА - Новости Беларуси (2012). Информационное сообщение агентства БЕЛТА о сокращении численности курящих в Беларуси (по данным Белстата). [http://www.belta.by/ru/all\\_news/society?id=598951](http://www.belta.by/ru/all_news/society?id=598951)
3. Бердникова А.В., Засимова Л.С., Колосницына М.Г., Лукиных О.А. (2010). Экономические оценки факторов, влияющих на общественное здоровье (на примере курения и избыточного веса). / В кн.: X Международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. Москва: Изд. дом ГУ – ВШЭ, сс. 31-44.
4. ВОЗ (1998). Глобальная стратегия Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех в XXI веке» (Принята мировым здравоохранительным сообществом на 51 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1998 года).
5. ВОЗ (2003). РКБТ: Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.
6. ВОЗ (2006a). Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.
7. ВОЗ (2006b). Европейская Хартия по борьбе с ожирением.
8. ВОЗ (2008a). Доклад о глобальной табачной эпидемии. Комплекс мер MPOWER.
9. ВОЗ (2008b). Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности: Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии.
10. ВОЗ (2009). Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии: «Создание среды, свободной от табачного дыма».
11. ВОЗ (2010). Рамочная конвенция по борьбе против табака.
12. ВОЗ (2011a). Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. (Резолюция EUR/RC61/13, 2011).
13. ВОЗ (2011b). Московская декларация Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Москва, 28-29 апреля 2011 г.
14. ВОЗ (2011c). Социальные детерминанты здоровья: итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья. Рио-де-Жанейро, Бразилия, октябрь 2011 г.

15. ВОЗ (2012). Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (2012). 62-я сессия Европейского регионального комитета ВОЗ, Мальта, 10-13 сентября 2012 г.
16. ВОЗ (2013a). Резолюция WHA66.10 «Последующие меры в контексте Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними». Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 20–28 мая 2013 г.
17. ВОЗ (2013b). Европейская министерская конференция ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Ашхабад, Туркменистан, 3-4 декабря 2013 г.
18. ВОЗ/ВЭФ (2008). Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности: Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии.
19. Гамбарян М.Г., Калинина А.М.. Оказание медицинской помощи по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России. 2012.
20. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS) (2009). Российская Федерация. ВОЗ.
21. Глазунов И.С., Соловьева И.М., Усова В.В. Профилактика неинфекционных заболеваний в регионах и других административных единицах России. Методы и организация. Методические рекомендации. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России. 2012.
22. Голубко О. (2011). На Чукотке принят полный запрет на продажу алкоголя. <http://ufa.kp.ru/online/news/984643>
23. Госстат Украины (2013). Индексы потребительских цен на товары и услуги в 2002-2011 гг. [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2008/ct/cn\\_rik/icsR/iscR\\_r/isc\\_tp\\_rik\\_r.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2008/ct/cn_rik/icsR/iscR_r/isc_tp_rik_r.htm)
24. Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 годы (2011) (утверждена Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11.01.2011 N 27).

25. Государственная программа по формированию здорового образа жизни населения Республики Беларусь на 2002–2006 годы (2001). (Одобрена Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 26 октября 2001 г. № 1553).
26. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации. (2012). (Утверждена Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 №2511-р).
27. Губернаторы.Ru (2011). Представители 23 российских городов, в том числе и г. Чебоксары, обсуждают развитие Ассоциации «Здоровые города, районы и посёлки». Информационно-аналитический ресурс: <http://governors.ru/?statja=233035>
28. Демоскоп Weekly (2004). Экономическое бремя ожирения в несколько раз выше, чем потери стран от курения и алкоголизма граждан. 7-20 июня, №161-162. <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0161/gazeta028.php>
29. Денисова И. (2010). Потребление алкоголя в России: влияние на здоровье и смертность // М.: ЦЕФИР. Препринт № 31.
30. Доклад Общественной палаты Российской Федерации (2009а). Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия, Москва.
31. Доклад Общественной палаты Российской Федерации (2009b). Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления, Москва.
32. Еганян Р.А., Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М. Оказание медицинской помощи по снижению избыточной массы тела. Методические рекомендации. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России. 2012.
33. Засимова Л.С. (2010а). Государственная политика в области курения: какие меры наиболее эффективны? // Вопросы государственного управления, №4.
34. Засимова Л.С. (2010b). Курение на работе и оплата труда. // Мотивация и оплата труда, № 4 (24).
35. Засимова Л.С., Лукиных О.А. (2009). Оценка индивидуального спроса на табачную продукцию в России. // Экономический журнал Высшей школы экономики, №4, сс.549-574.
36. Засимова Л.С., Колосницына М.Г. (2011). Антиалкогольная и антитабачная политика в контексте формирования здорового образа жизни у молодежи. // Вопросы государственного и муниципального управления, №12, сс. 116-129.
37. Засимова Л.С., Матьянов Р.К. (2012). Борьба с курением как элемент политики здорового образа жизни. // ЭКО, №1.

38. Засимова Л.С., Хоркина Н.А. (2014). Роль государства в развитии программ здоровья на рабочем месте (возможности и ограничения применения зарубежного опыта в России) (в печати).
39. Здоровая Россия (2013). Всероссийский конкурс проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия». <http://zdravo-russia.ru/>
40. Здоровое общество. Здоровый бизнес. (2006). М.: Российское партнерство по развитию ответственного бизнеса, Международный форум лидеров бизнеса. 43 с. <http://www.iblfrussia.org/files/Health%20Rus.pdf>
41. Здоровье города – здоровье ижевчан (2011). Отчет о реализации мероприятий муниципальной целевой программы развития общественного здоровья «Здоровье города – здоровье ижевчан» за 2010 год.
42. ИА «Казинформ» (2012). Информационное сообщение «ВОЗ отмечает снижение потребления алкоголя в Казахстане», <http://www.inform.kz/rus/article/2455532>
43. Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года (2011). Удмуртская Республика. Удмуртстат. <http://udmstat.gks.ru/perepis2010/Docs/брошюра%20О%20итогах%20ВПП-2010%20%20В%20УР.doc>
44. Касимов Р.А. (2012). Роль программы «Здоровые города, районы и поселки» в формировании здорового образа жизни населения. // Материалы Пленарного заседания Научно-практического конгресса «Формирование здорового образа жизни: международный и национальный опыт». Москва, 12-15 сентября. [mfsng.ru/upload/content/580/01fzozh.pdf](http://mfsng.ru/upload/content/580/01fzozh.pdf)
45. Колосницына М., Бердникова А. (2009). Избыточный вес: сколько это стоит и что с этим делать? // Прикладная эконометрика, №3, сс.72-93.
46. Колосницына М., Лесневский К. (2012). Политика здоровья на российских предприятиях: опыт эмпирического анализа. // Мотивация и оплата труда, №4, сс.282-291.
47. Колосницына М.Г. (2011). Модернизация политики здорового образа жизни. / Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. М., ПРООН. Гл.6, сс.92-105.
48. Колосницына М.Г. (2013). Политика здорового образа жизни: от теории к практике. / В кн.: Развитие человеческого капитала - новая социальная политика / Науч. ред.: В.А.Мау, Т. Л. Клячко. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, сс.178-204.
49. Колосницына М.Г., Ситдинов М.Т. (2012). Макродетерминанты здорового образа жизни. // Мировая экономика и международные отношения, №2, сс.27-37.

50. Концепция Общегосударственной программы «Здоровье 2020: украинское измерение» (2011). Одобрена распоряжением Кабинета Министров Украины №1164-р от 31 октября 2011 года.
51. Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года (2011) (утверждена Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.03.2011 №335).
52. Корпоративные практики социальной направленности (2009). Сборник социальных программ/ под общ. ред. А.Шохина, Ф.Прокопова, Е.Феоктистовой. М: РСПП, <http://rspp.ru/12/8772.pdf>
53. Кривонос О.В., Погосова Н.В., Юферева Ю.М., Кузьмина Э.М., Батурин А.К., Погожева А.В. Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья. Методические рекомендации. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России. 2012.
54. Локшин М., Саджая З. (2007). Экономические издержки курения в России. // *Beyond transition*, 13, сс.18-19.
55. Минтруд России (2013). Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Подведены итоги всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности».  
<http://www.rosmintrud.ru/labour/relationship/126>
56. Морозова М., Семенова А., Смирнова Е., Чернухина Ю. (2011). Ночной запрет на продажу спиртного оказался действенным только на бумаге.  
<http://www.newizv.ru/society/2011-08-23/149944-krepost-ne-vzjata.html>
57. Моспортал (2011). В Доме Правительства РФ прошло награждение победителей Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности». [http://www.mosportal.ru/2/i125\\_2361.htm](http://www.mosportal.ru/2/i125_2361.htm)
58. Огурцов П.П. (2000). История формирования северного стиля потребления алкоголя в России. // *Алкогольная болезнь*, №6.
59. ООН (2002). Декларация и План действий «Мир, пригодный для жизни детей» (приняты резолюцией S-27/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 10 мая 2002 года).
60. Официальный сайт города Череповца (2010). Численность населения Череповца увеличилась. <http://www.cherinfo.ru/article/34867>

61. Пирогов И. (2011). Как ужесточали правила продажи алкоголя. <http://www.kommersant.ru/online/2011-7-20>
62. Потемкина Р. А. Физическая активность. Методические рекомендации. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России. 2012.
63. Проект Закона Украины «Об утверждении Общегосударственной программы «Здоровье – 2020: украинское измерение» (2013). № 3748 от 11 декабря 2013.
64. Программа «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы (2007) (утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 1260).
65. Проект «Здоровый город» в Череповце (2010). <http://zgorod.ru/article/448>
66. Пушина Е. (2011). С 22 октября в Удмуртии полностью запретят продажу алкоголя по ночам. <http://izh.kp.ru/online/news/995302/>
67. РАГС (2010). Проект «Здоровый образ жизни как социальная ценность и реальная практика». Рук. – В.Э.Бойков. М.
68. Республиканская комплексная программа «Здоровый образ жизни» (1999) (утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 30.06.1999 №905).
69. Ридерс Дайджест (2012). О чем молчат врачи. <http://www.rd.ru/o-чем-молчат-врачи>
70. Росс Х., Шариф С., Гилмор А. (2009). Экономика налогообложения табачных изделий в России. Paris: Международный союз борьбы с туберкулезом и заболеваниями легких.
71. Российская организация высокой социальной эффективности (2013). Всероссийский конкурс «Российская организация высокой социальной эффективности». [http://www.niitruda.ru/analytics/izdania/vnimanie\\_materiali\\_vserossijsk.html](http://www.niitruda.ru/analytics/izdania/vnimanie_materiali_vserossijsk.html)
72. Рощина Я. (2009). Микроэкономический анализ отдачи от инвестиций в здоровье. // Экономический журнал ВШЭ, №3, с. 428-451.
73. РСПП (2011). Здоровье на рабочем месте, сборник корпоративных практик. М., 92 с. <http://media.rspp.ru/document/1/c/2/c21610db02162a7d3741759f16b02628.pdf>
74. Рубин П. (2011). На трезвую голову. <http://www.rg.ru/gazeta/rg-centr/2011/10/07.html>
75. Северная Карелия (2011). Проект «Северная Карелия»: от Северной Карелии до проекта национального масштаба. Изд-во университета Хельсинки.
76. Тигулева А. (2012). Инвестиции в здоровье сотрудников. *Актуальная бухгалтерия*, №8, с. 100-102.

77. Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».
78. Филимонов О. (2010). Работай на здоровье! // Партнер, №11. <http://www.partner-inform.de/partner/detail/2010/11/227/4571>
79. Филина Ф. (2010). Наиболее эффективные методы мотивации персонала. [http://www.elitarium.ru/2010/08/09/metody\\_motivacii\\_personala.html](http://www.elitarium.ru/2010/08/09/metody_motivacii_personala.html)
80. Халтурина Д., Коротаев А. (2006). Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии.
81. Хоркина Н. (2013а). Мотивация работников к здоровому образу жизни: подходы и результаты. // Человек и труд, №11-12, сс.42-47.
82. Хоркина Н. (2013b). Политика российских предприятий по формированию здорового образа жизни. // Мотивация и оплата труда, №4, сс.258-269.
83. Чебоксары – здоровый город (2007). Информация о реализации проекта «Чебоксары – здоровый город» в 2007 году. <http://www.med.cap.ru/Page.aspx?id=559198>
84. Abdullah A., T. Lam, S. Chan and A. Hedley. (2004) Which smokers use the smoking cessation Quitline in Hong Kong, and how effective is the Quitline? // *Tobacco Control*. December, № 13(4), pp. 415–421.
85. Acs Z.J., Lyles A. (2007). Obesity, Business and Public Policy. Edward Elgar Publishing Ltd.
86. Adda J., Cornaglia F. (2006). Taxes, Cigarette Consumption and Smoking Intensity. // *American Economic Review*, Vol. 96, Iss. 4, September, pp.1013-1028.
87. АИРМ (2011). Восприятие населением вопросов личного здоровья: отношение к здоровью, осознание факторов риска, заболеваемости и смертности. Москва.
88. Aloui O. (2003). Analysis of the economics of tobacco in Morocco. Health, Nutrition Population Discussion Paper. // *Economics of Tobacco Control*, №.7. World Bank and WHO.
89. American Cancer Society (2009). The Tobacco Atlas. 3<sup>rd</sup> ed.
90. Averett S., Korenman S. (1996). The Economic Reality of the Beauty Myth. // *Journal of Human Resources*, 31, pp.304-330.
91. Barthelmes, I., Goertz, C., Herdegen, R., Jahn, F., Jürgens-Scholz, B., Knoll, A., Kramer, I., Lück, P., Schreiter, I., Sochert, R., Waschau, U. & Wolters, J. (2010). Prävention gemeinsam weiterdenken. Initiative Gesundheit und Arbeit. <http://www.iga->

92. Bere E. et al. (2006). Free school fruit? sustained effect 1 year later. // *Health Education Research*, 21(2): 268–275.
93. Berry L., Mirabito A.M., Baun W. B. (2010) What's the hard return on employee wellness programs? // *Harvard business review*, December, pp. 104-112
94. Best Employers for Healthy Lifestyles® Awards (2013). <http://www.businessgrouphealth.org/pub/2EE43FEB-782B-CB6E-2763-22B7E374818A>
95. Blackburn G.L. (2008). The Low-Fat Imperative. // *Obesity*, 16, pp.5-6.
96. Blastland M., Spiegelhalter D. (2013). The Norm Chronicles: Stories and Numbers About Danger. Profile.
97. Blomberg R.D., Peck R.C., Moskowitz H., Burns M., Fiorentino D. (2009). The Long Beach/Fort Lauderdale relative risk study. // *Journal of Safety Research*, 40:285–292.
98. Boelhouwer J. (2002). Quality of Life and Living Conditions in the Netherlands. // *Social Indicators Research*, Vol. 58, pp. 115-140.
99. Boella M.J., Legrand W., Pagnon-Maudet C., Sloan P., Baumann A. (2006). Regulation of the sale and consumption of alcoholic drinks in France, England and Germany. // *International Journal of Hospitality Management*, Vol.25, Iss.3, pp. 398-413.
100. Brunner B. (2010). Worksite Health Promotion. *Online Research*. Meridian Group International. Washington, DC.
101. Canadian Cancer Society (2010). Cigarette package health warnings. International status report.
102. Carpenter C., Cook P.J. (2007). Cigarette Taxes and Youth Smoking: New Evidence from National, State, & Local Youth Risk Behavior Surveys. // *NBER Working Paper* №13046.
103. CDC (2004). Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quitlines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition.
104. Chaloupka F. J., Cummings K.M, Morley C.P., Horan J.K. (2002).Tax, Price and Cigarette Smoking: Evidence from the Tobacco Documents and Implications for Tobacco Company Marketing Strategies. // *Tobacco Control*, 11:i62-i72.
105. Chaloupka F.J., Grossman M. (1996). Price Tobacco Control Policies and Youth Smoking. *NBER Working Paper* №5740.

106. Chaloupka F.J., Laixuthai A. (1997). Do youths substitute alcohol and marijuana? Some econometric evidence. // *Eastern Economic Journal*, 23(3), pp. 253-276.
107. Chaloupka F.J., Warner K.E. (1999). The Economics of Smoking. // *NBER Working Paper №7047*.
108. Chaloupka F.J., Warner K.E. (2000). The economics of smoking. In: Culyer AJ, Newhouse, JP, eds. *Handbook of Health Economics*, Vol 1. Amsterdam, Elsevier, pp. 1539-1627.
109. Clegg A.J., Colquitt J., Sidhu M.K., Royle P., Loveman E., Walker A. (2002). The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Surgery for People with Morbid Obesity: A Systematic Review and Economic Evaluation. // *Health Technology Assessment*, 6, pp.1-153.
110. Cnossen S. (2006). Alcohol taxation and regulation in the European Union. Munich, CESifo Group.
111. Cnossen S. (2007). Alcohol taxation and regulation in the European Union. // *International Tax Public Finance*, 14, pp. 699–732.
112. Conrad K. (1990). Effect of worksite promotion programs on employee absenteeism. AAOHN.
113. Cook P. J., Ostermann J., Sloan F. A. (2005). The Net Effect of an Alcohol Tax Increase on Death Rates in Middle Age. // *The American Economic Review*, Vol. 95, No. 2, Papers and Proceedings of the One Hundred Seventeenth Annual Meeting of the American Economic Association, Philadelphia, PA, pp. 278-281.
114. Creighton R. (2010). Fat Taxes: The Newest Manifestation of the Age-Old Excise Tax. // *Journal of Legal Medicine*, 31: 123-136.
115. Czech S., Shakeshaft A.P., Breen C., Sanson-Fisher R.W. (2010). Whole-of-community approaches to reducing alcohol-related harm: What do communities think? // *Journal of Public Health*, 18, pp. 543–551.
116. Department of Health (2004). At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A Report from the Chief Medical Officer. London: DoH.
117. Designed to Move: A Physical Activity Action Agenda (2012). Nike.
118. DiNardo J., Lemieux T. (2001). Alcohol, marijuana, and American youth: the unintended consequences of government regulation.// *Journal of Health Economics*, 20, pp.991–1010.

119. Dixon H. et al. (1998). Public reaction to Victoria's "2 Fruit 'n' 5 Veg Every Day" campaign and reported consumption of fruit and vegetables. // *Preventive Medicine*, 27(4): 572–582.
120. Elder R.W., Schults R.A., Sleet D.A., Nichols J.L., Zaza S, Thompson R.S. (2002a). Effectiveness of sobriety checkpoints for reducing alcohol-involved crashes. // *Traffic Injury Prevention*, 3:266-274.
121. Elder R.W., Schults R.A., Sleet D.A., Nichols J.L., Zaza S., Thompson R.S. (2002b). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving // *American Journal of Preventive Medicine*, Jul, 23(1):72.
122. Elder R.W., Shults R.A., Sleet D.A., Nichols J.L., Thompson R.S., Rajab W. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. // *American Journal of Preventive Medicine*, 27:57–65.
123. Eriksen HR, Ihlebaek C, Mikkelsen A, Gronningsaeter H, Sandal GM, Urain H. (2002). Improving subjective health at the worksit : randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. // *Occupational Medicine*, 52, pp. 383-391.
124. European Network for Workplace Health Promotion (2013). <http://www.enwhp.org/home>
125. European Society of Cardiology (2009). [http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2009-09/esoc-e2090809.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2009-09/esoc-e2090809.php)
126. Evans W.N., Huang L.X. (1998). Cigarette taxes and teen smoking: new evidence from panels of repeated cross-sections. Working paper. Department of Economics, University of Maryland.
127. Fichtenberg C.M., Glantz S.A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. // *British Medical Journal*, № 325(7357), pp.188-194.
128. Finkelstein E.A., Zuckerman L. (2008). The Fattening of America. John Wiley and Sons Inc.
129. Fong G.T., Cummings K.M., Borland R., Hastings G., Hyland A., Giovine G.A., Hammond D., Thompson M.E. (2006). The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. // *Tobacco Control*, 15(Suppl III), pp. 51-58.
130. Goetzl R., Jacobson B., Aldana S., Vardell K., Yee L. (1998). // *JOEM*, 40:4, pp 341-346.

131. Goetzel R., Ozminkowski R. (2008). The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs. // *Annual Review of Public Health*, Vol. 29, pp. 303–323.
132. Goetzel R., Roemer E., Liss-Levinson R., Samoly D. (2008). Workplace Health Promotion: Policy Recommendations that Encourage Employers to Support Health Improvement Programs for their Workers. A Prevention Policy Paper Commissioned by Partnership for Prevention.
133. Green M. (2007). Governing under advanced liberalism: sport policy and the social investment state. // *Policy Sciences*, Vol. 40, No. 1 (Mar.), pp. 55-71
134. Grossmeier J., Dalal K. (2013). Energy Company Generates Better Health for Employees. // *Worksite Health International*, Vol.4. Issue 1, pp.3-4.
135. Hammond D., Fong G.T., McDonald P.W. et al. (2004). Graphic cigarette package warning labels do not lead to adverse outcomes: Evidence from Canadian smokers. // *American Journal of Public Health*, 94 (8):1442-45.
136. Harris J.E., Chan S.W. (1999). The Continuum-of Addiction: Cigarette Smoking in Relation to Price among Americans Aged 15-29. // *Health Economics*, 8 (1), pp. 81-86.
137. Harwood H., Fountain D., Livermore G. (1998). 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, US. Department of Health and Human Services. NIH Pub. No 98-4327. Rockville, MD: National Institute on Drug abuse.
138. Health Promotion Board (2012). Record 446 companies recognized by HPB for their effort to improve workplace health. [http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/content/conn/HOPUCM/path/Contribution%20Folder/s/uploadedFiles/HPB Online/News and Events/News/2012/Singapore HEALTH Award PR.pdf](http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/content/conn/HOPUCM/path/Contribution%20Folder/s/uploadedFiles/HPB%20Online/News%20and%20Events/News/2012/Singapore%20HEALTH%20Award%20PR.pdf)
139. HEPA (2007). National Health Enhancing Physical Activity Programme 2007-2012, Ljubljana. [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/angleska verzija MZ/HEPA-Slovenia-prevod ang.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/angleska_verzija_MZ/HEPA-Slovenia-prevod_ang.pdf)
140. Hopkins D.P., Briss P.A., Ricard C.J. et al. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. // *American Journal of Preventive Medicine*; 20 (Suppl 2):16–66.
141. Howat P., Sleet D., Maycock B., Elder R. (2006). Effectiveness of health promotion in preventing alcohol related harm. IUHPE publication.

142. Hu T-W., Mao Z. (2002). Economic analysis of tobacco and options for tobacco control: China case study. Health, nutrition population discussion paper. // *Economics of tobacco control*, №3. World Bank and World Health Organization (WHO).
143. Hu T-W., Mao Z., Shi J., Chen W. (2010). The role of taxation in tobacco control and its potential economic impact in China. // *Tobacco control*, 19(1):58-64.
144. ITC (2007). International Tobacco Control Project: Findings from ITC Uruguay and ITC Thailand Surveys.
145. Jha P., Chaloupka F.J. (1999). Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, DC, World Bank.
146. Joossens L. (1998). Questions and Answers: Why Ban Tobacco Advertising in the European Union? Geneva: International Union Against Cancer.
147. Joyce G.F., R.Niaura, M. Maglione, J. Mongoven, C. Larson-Rotter, J. Coan, P. Lapin, S. (2008). Morton The Effectiveness of Covering Smoking Cessation Services for Medicare. // *Heath Services Research*, Dec; 43(6):2106-23. Epub Sep 8.
148. Kolosnitsyna M., Sitdikov M., Khorkina N. (2014). Availability Restrictions and Alcohol Consumption: a Case of Temporal Ban on Alcohol Sales in Russia Regions. // *International Journal of Alcohol and Drug Research* (forthcoming).
149. Kalinin A., Kolosnitsyna M., Zasimova L. S. (2011). Healthy Lifestyles in Russia: Old Issues and New Policies. // *Working papers by NRU Higher School of Economics*. Series PA "Public Administration", №02.
150. Kerr J.H., Vos M. (1993). Employee Fitness Programmes, Absenteeism and General Well-Being. // *Work and Stress*, Vol.7., pp.179-190.
151. Kirsten W., Hall B. (2012). Growing Your Global Health Promotion Program Successfully. // *Worksite Health International*, Volume 3, Issue 1, p.6.
152. Kossova T., Kossova E., & Sukhodoev V. (2012). Revealing Macroeconomic Determinants of Alcohol Abuse and Its Influence on Life Expectancy in Russia. Higher School of Economics Working Papers, WP BRP 14/EC/2012. Retrieved from the HSE web-site: [http://www.hse.ru/en/org/hse/wp/prepfr\\_EC](http://www.hse.ru/en/org/hse/wp/prepfr_EC)
153. Lachenmeier D.W., Taylor B.J., Rehm J. (2011). Alcohol under the radar: Do we have policy options regarding unrecorded alcohol? // *International Journal of Drug Policy*, 22, pp. 153–160.
154. Laixuthai A., Chaloupka F.J. (1993). Youth alcohol use and public policy. // *NBER working paper series*, №. 4278.
155. Lam T.H. (2010). Cessation case study: Hong Kong. Presentation at Johns Hopkins School of Public Health Global Tobacco Control Leadership Program, July 23.

156. Larsson I., Lissner L. (1996). The 'Green Keyhole' nutritional campaign in Sweden: do women with more knowledge have better dietary practices? // *European Journal of Clinical Nutrition*, 50(5): 323-328.
157. Laxminarayan R., Deolalikar A. (2004). Tobacco initiation, cessation, and change: evidence from Vietnam. // *Health Economics*, 13(12):1191-1201.
158. Leparski E., Nüssel E. (1987). CINDI: Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme. Protocol and guidelines for monitoring and evaluation procedures. Berlin, Springer-Verlag.
159. Lewit E.M., Coate D, Grossman M. (1981). The Effects of Government Regulation on Teenage Smoking. // *Journal of Law and Economics*, 24(3), pp. 545-569.
160. Lichtenstein E., Glasgow R.E., Lando H.A., et al. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. // *Health Education Research*, 11(2):243–257.
161. Markowitz S., Grossman M. (2000). The effects of beer taxes on physical child abuse. // *Journal of Health Economics*, 19, pp.271–282.
162. Marks, J.S.; Koplan, J.P.; Hogue, C.J.R.; Dalmat, M.E. (1990). A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. // *American Journal of Preventive Medicine*, 6, pp. 282–289.
163. Mathers C.D., Loncar D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. // *Plos Med*, (11): e442, pp. 2011-2030. [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)
164. Mattke Ch., Kristin R. Van Busum (2012). A Review of the U.S. Workplace Wellness Market RAND HEALTH occasional paper.
165. Measham F. (2006). The new policy mix: Alcohol, harm minimization, and determined drunkenness in contemporary society. // *International Journal of Drug Policy*, 17, pp. 258–268.
166. Meier, P., A. Booth, A. Brennan, D.T. O'Reilly, R. Purshouse, T. Stockwell, A. Sutton, K.B. Taylor, A. Wilkinson, R. Wong (2008). Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion: Part A: Systematic Reviews, SCHARR, University of Sheffield.
167. Meyers D.G., John S. Neuberger, Jianghua He (2009). Cardiovascular Effect of Bans on Smoking in Public Places. A Systematic Review and Meta-Analysis. // *Journal of American College of Cardiology*, 54, pp. 1249-1255.
168. MNAS (2009). Secondhand Smoke Exposure and Cardiovascular Effects: Making Sense of the Evidence. Report Institute of Medicine National Academy of Science, October, 15.

169. Motivation for employers to carry out workplace health promotion (2012). Literature review. European Agency for Safety and Health at Work. [https://osha.europa.eu/en/publications/literature\\_reviews/motivation-for-employers-to-carry-out-workplace-health-promotion](https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/motivation-for-employers-to-carry-out-workplace-health-promotion)
170. NCSL (2010). Employer-Sponsored Health Promotion Programs NCSL Briefs for State Legislators, №13, October.
171. NIHCM (2011). Building a stronger evidence base for employee wellness programs. NIHCM Foundation, May.
172. NIKE (2012). Designed to Move: A Physical Activity Action Agenda. NIKE Inc.
173. Northcote J. (2011). Young adults' decision making surrounding heavy drinking: A multi-staged model of planned behavior. // *Social Science & Medicine*, 72, pp. 2020-2025.
174. O'Meara S., Riemsma R., Shirran L., Mather L., ter Riet G. (2002). The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Suburtramine in the Management of Obesity: A Technology Assessment. // *Health Technology Assessment*, 6(6), pp.1-97.
175. Oden G., Crouse S., Reynolds C. (1998). Worker productivity, job satisfaction, and work related stress: the influence of an employee fitness program. // *Fitness in Business*, 3. pp.198-204.
176. OECD (2009). Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators.
177. OECD (2010). Obesity and the Economics of Prevention: Fit not fat.
178. OECD (2013). Health: Key Tables from OECD. <http://www.oecd-ilibrary.org>. DOI: 10.1787/20758480
179. Parrott S., Godfrey C., Raw M. (2000). «Costs of employee smoking in the workplace in Scotland». // *Tobacco Control*, pp. 187–192.
180. Peek-Asa C. (1999). The effect of random alcohol screening in reducing motor vehicle crash injuries. // *American Journal of Preventative Medicine*, 16(Suppl. 1), pp.57–67.
181. Perry C.L. (1993). The Tobacco Industry and Underage Youth Smoking: Tobacco Industry Documents from the Minnesota Litigation. // *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, pp. 935–941.
182. Peterson K. (2012). An Interview with Kent Peterson. // *Worksite Health International*, Volume 3, Issue 1, pp.1-2.
183. Philipson T.J., Posner R.A. (2008). Is the Obesity Epidemic a Public Health Problem? A Decade of Research on the Economics of Obesity. // *NBER Working Paper*, №14010. <http://www.nber.org/papers/w14010>

184. Polish Ministry of Health (2007). Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf)
185. Pronk N., Pfeiffer G. and Kirsten W. (2012). Creating an Integrated Model of Employee Health. // *Worksite Health International*, Volume 3, Issue 1, p.3.
186. Proper K., W. van Mechelen (2007). Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace (Dalian/ China, September).
187. Rabinovich L., P.-B. Brutscher, H. de Vries, J. Tiessen J. Clift, A. Reding (2009). The affordability of alcoholic beverages in the European Union Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Technical Report. RAND Europe.
188. Redmond G., Spooner C. (2009). Alcohol and other drug related deaths among young people in CIS countries: Proximal and distal causes and implications for policy. // *International Journal of Drug Policy*, 20, pp. 38–47.
189. Reger B., Wootan M.G., Booth-Butterfield S. (1999). Using mass media to promote healthy eating: A community-based demonstration project. // *Preventive Medicine*, 29(5): 414–421.
190. Robroek S., van Lenthe F., van Empelen P. and Burdorf A. (2009). Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. // *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6:26.
191. Room R., D. Jernigan, B.C. Marlatt, O. Gureje, K. Mäkelä, M. Marshall, M. E. Medina-Mora, M. Monteiro, Ch. Parry, J. Partanen, L. Riley, S. Saxena (2002). Alcohol in developing societies: a public health approach. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies.
192. Rosin O. (2008). The economic causes of obesity: a survey. // *Journal of Economic Surveys*, Vol.22, No.4, pp.617-647.
193. Ross H., Chaloupka F.J. (2004). The Effect of Public Policies and Prices on Youth Smoking. // *Southern Economic Journal*, 70(4):796–815.
194. Ross H., Chaloupka F.J. (2006). Economics policies for tobacco control in developing countries. *Salud Publica de Mexico*, 48(1):113-20.
195. Ross H., Shariff S. and Gilmore A. (2008). Economics of tobacco taxation in Russia. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
196. Roux L., Donaldson C. (2004). Economics and Obesity: Costing the Problem or Evaluating Solutions? // *Obesity Research*, 12, pp.173-179.

197. Saffer H. (2000). Tobacco advertising and promotion. // In: Jha P., Chaloupka F.J., eds. Tobacco control in developing countries. Oxford, Oxford University Press, pp. 215–236.
198. Sander B., Bergemann R. (2003). Economic Burden of Obesity and Its Complications in Germany. // *European Journal of Health Economics*, 4, pp.248-253.
199. Sassi F., Cecchini M., Lauer J., Chisholm D. (2009). Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies. // *OECD Health Working Papers*, № 48 (DELSA/HEA/WD/HWP (2009)6).
200. Sayginsoy O., Yurekli A., de Beyer J. (2002). Cigarette Demand, Taxation, and the Poor: A Case Study of Bulgaria. / WHO Tobacco Control Papers, Center for Tobacco Control Research and Education, UC San Francisco. <http://escholarship.org/uc/item/35g997q4>
201. Scollo M., Lal A., Hyland A., Glantz S. (2003). Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. // *Tobacco Control*, 12(1):13-20.
202. Serxner SA, Gold D, Anderson D., Williams D. (2001). The impact of a worksite health promotion program on short term disability usage. // *JOEM*, 43:1, 25-29.
203. Siegel M., Biener L. (2000). The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. // *American Journal of Public Health*, 90, pp. 380–386.
204. Social Ministry of Estonia (2009). National Health Plan 2009-2020.
205. Stead L.F., Lancaster T., Perera R. (2004). Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). / In: *The Cochrane Library 2004*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
206. Stockwell T., Crosbie D. (2001). Supply and demand for alcohol in Australia: relationships between industry structures, regulation and the marketplace. // *International Journal of Drug Policy*, 12, pp. 139–152.
207. Story M. et al. (2000). 5-a-Day Power Plus: Process evaluation of a multicomponent elementary school program to increase fruit and vegetable consumption. // *Health Education & Behavior*, 27(2):187–200.
208. Suhrcke M., Saunto Arce R., McKee M., Rosso L. (2008) Экономический ущерб от плохого здоровья. Материалы Конференции ВОЗ “Системы здравоохранения – Здоровье - Благополучие”. Таллинн, 25-27 июня, [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
209. Tansel A. (1993). Cigarette Demand, Health Scars and Education in Turkey. // *Applied Economics*, 25(4): 521-29.

210. Thow A.-M., Jan S., Leeder S., Swinburn B. (2010). The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. // *Bulletin of World Health Organization*, 88: 609-614.
211. Towers Watson/National Business Group on Health (TW/NBGH) (2010). Raising the Bar on Health Care: Moving Beyond Incremental Change, Washington, D.C.
212. Tu H. T., Mayrell R. C. (2010). Employer Wellness Initiatives Grow, but Effectiveness Varies Widely. Washington, D.C.: National Institute for Health Care Reform. <http://www.nihcr.org/Employer-Wellness-Initiatives.html>
213. Van Hoof J. Van Noordenburg M., De Jong M. (2008). Happy Hours and Other Alcohol Discounts in Cafes: Prevalence and Effects on Underage Adolescents. // *Journal of Public Health Policy*, 29, 340-352.
214. Wagenaar A.C., M.J. Salois and K.A. Komro (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies // *Addiction*, Feb, 104(2):179-90.
215. Warm D.L. et al. (1997). The Heartbeat Award Scheme: An evaluation of catering practices. // *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 10(3): 171–179.
216. WHO (1999). Regional guidelines for the development of healthy workplaces. [http://www.who.int/occupational\\_health/regions/en/oehwproguidelines.pdf](http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehwproguidelines.pdf)
217. WHO (2003). Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/74743/E78092.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74743/E78092.pdf)
218. WHO (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.
219. WHO (2007). The European Tobacco Control Report.
220. WHO (2009). Interventions on Diet and Physical Activity: What Works.
221. WHO (2010a). Global progress report on the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. <http://www.who.int/fctc/reporting/summaryreport.pdf>
222. WHO (2010b). Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. <http://www.stap.nl/content/bestanden/who-global-alcohol-strategy-booklet.pdf>
223. WHO (2011a). Country Cooperation Strategy. Czech Republic. <http://www.who.int/countryfocus>
224. WHO (2011b). Global status report on alcohol and health.
225. WHO (2011c). Technical Manual on Tobacco Tax Administration. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994_eng.pdf)
226. WHO (2013). WHO Global InfoBase. <https://apps.who.int/infobase/>

227. WORKING WELL (2010). A Global Survey of Health Promotion and Workplace Wellness Strategies. Buck Consultants, International Health Consulting, Cigna, Pfizer and World data Work, 2007-2010.
228. Workplace Health Promotion Grant (2013). [http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/health-article/HPBSUEXTAPP1\\_4021939#whpgrant](http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/health-article/HPBSUEXTAPP1_4021939#whpgrant)
229. Workplace Health Promotion Grants (2011). <http://www.cdha.nshealth.ca/healthy-workplace/health-promotion-activities/workplace-health-promotion-grants>
230. Workplace Wellness: A literature review for NZWell@Work (2009). <http://nzwellatwork.co.nz/pdf/wrkplc-wellness-lit-rev-feb09.pdf>
231. Wright L., Montezuma R. (2004). Reclaiming public space: the economic, environmental, and social impacts of Bogota's transformation. // In: Cities for People Conference, Walk21, 9-11 Jun, Copenhagen, Denmark. <http://eprints.ucl.ac.uk/110>