

Алкогольная смертность в России: оценка с помощью данных репрезентативного обследования

Полина О. Кузнецова¹

1 РАНХиГС, Москва, 119571, Россия

Получено 2 March 2020 ◆ Принято в печать 9 September 2020 ◆ Опубликовано 7 December 2020

Цитирование: Kuznetsova PO (2020) Alcohol mortality in Russia: assessment with representative survey data. Population and Economics 4(3): 75–95. <https://doi.org/10.3897/popecon.4.e51653>

Аннотация

Согласно многочисленным эмпирическим свидетельствам, неумеренное потребление алкоголя является важным фактором преждевременной смертности в России. В то же время дать количественную оценку смертности, обусловленной алкоголем, не так просто, поскольку, как правило, дискуссия об алкогольной смертности касается лишь причин смерти, на 100% обусловленных неумеренным потреблением алкоголя, что существенно сужает круг возможных негативных последствий. Включить в оценки алкогольной смертности данные о потерях от инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца и других распространенных сердечно-сосудистых и иных заболеваний позволяет подход, использующий данные об относительных рисках смертности от различных причин в зависимости от типа потребления алкоголя. В рамках настоящего исследования уровень потребления алкоголя в зависимости от пола и возраста оценивается на данных репрезентативного национального обследования с учетом информации об объеме регистрируемых продаж алкогольных напитков.

Согласно полученным оценкам, в 2018 г. смертность от причин, обусловленных алкоголем, в России составила 196 тыс. человек, включая 146 тыс. мужчин и 50 тыс. женщин. Пик алкогольной смертности приходится на возраст от 50 лет и старше. В структуре алкогольной смертности преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы и внешние причины, причем для мужчин вклад внешних причин существенно выше. Неумеренное потребление алкоголя снижает продолжительность жизни на 5,9 и 4,7 лет для мужчин и женщин, а ожидаемую продолжительность здоровой жизни — на 4,2 и 2,6 лет для мужчин и женщин соответственно.

Ключевые слова

алкоголь; смертность; причины смерти; ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ); ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)

Коды JEL: J00, J01

Введение

Неумеренное потребление алкоголя является важным фактором смертности как в России [Denisova, 2010; Zaridze, 2009; Shield, Rehm, 2015], так и в мире [WHO, 2019]. Несмотря на очевидную и никем не оспариваемую значимость данной темы, дать точную количественную оценку вклада алкоголя в смертность не так просто. Часто анализ смертности, вызванной алкоголем, основывается либо на исследовании причин смерти, на 100% обусловленных алкоголем, либо общей смертности от всех причин, связанных с алкоголем. Оба способа существенно искажают реальные значения алкогольной смертности, в первом случае занижая ее, а во втором заметно завышая.

В международной исследовательской литературе, посвященной теме опасного потребления, широкое распространение получила оценка курения или злоупотребления алкоголем как факторов смертности и заболеваемости в целом и по половозрастным группам с помощью относительных рисков смертности [Rehm, 2011].

В ходе данного исследования международные методики оценки вклада в смертность от болезней, вызываемых потреблением алкоголя, были адаптированы к российским данным. При оценке учитывались распространенность потребления алкоголя и смертность по причинам смерти в различных возрастных группах, а также относительные риски смертности от болезней, вызываемых алкоголем, которые были заимствованы из исследования, выполненного на основе российских данных [Zaridze et al., 2009]. Важной особенностью полученных оценок является использование в расчетах данных социологического обследования о распространенности неумеренного употребления алкоголя. Социологические обследования, данные которых о потреблении алкоголя справедливо считаются заниженными (см. об этом, например, в [Parish et al., 2017; Nemtsov, 2003]), тем не менее являются источником ценной информации о характере и динамике потребления тех или иных видов алкогольных напитков различными социально-экономическими группами населения.

Автором даются, помимо абсолютных значений алкогольной смертности, оценки половозрастных коэффициентов смертности в зависимости от типа потребления алкоголя, что позволило построить таблицы смертности для лиц с опасным и безопасным типом потребления алкоголя. Затем с использованием таблиц смертности и данных о распространенности плохого здоровья в работе оценены ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЭЖ) в зависимости от типа потребления алкоголя. Завершают статью рекомендации по совершенствованию государственной алкогольной политики и краткие выводы.

Обзор отечественных и зарубежных исследований по оценке вклада потребления алкоголя в смертность населения

Как показывают многочисленные эмпирические свидетельства, алкоголь является непосредственной причиной более чем 200 видов смерти от различных заболеваний и травм, определяемых трехзначными кодами из 10-го пересмотра Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее МКБ-10) [Rehm, 2011; Rehm, Shield, 2014]. Согласно глобальному исследованию ВОЗ, общее количество смертей, ассоциированных с алкоголем, в 2016 г. в мире превысило 3 млн случаев, составив 5,3% всех случаев взрослой смертности [WHO, 2019]. Влияние алкоголя на смертность превысило негативные последствия туберкулеза (2,3%), ВИЧ (1,8%), диабета (2,8%), транспортных происшествий (2,5%) и случаев насилия (0,8%).

Для европейского региона последствия неумеренного потребления алкоголя еще более заметны. Стандартизованный по полу и возрасту коэффициент смертности для мира в целом составил 38,8 на 100 тыс. человек населения, для европейского региона ВОЗ — 62,8. В более

молодых возрастах вклад алкоголя в смертность выше, чем в среднем для взрослого населения [Guérin et al., 2013].

Также наблюдаются значительные гендерные различия в структуре алкогольной смертности: если для женщин злоупотребление алкоголем в основном приводит к смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (41,6% случаев смерти, ассоциированных с употреблением алкоголя), то для мужчин главный вклад в алкогольную смертность вносили непреднамеренные травмы (22,5%), болезни органов пищеварения (21,1%) и инфекционные заболевания (14,6%) [WHO, 2019].

Некоторые из причин алкогольной смертности на 100% обусловлены неумеренным потреблением алкоголя. В отечественной статистике отдельно собираются данные о такой смертности, включая более 15 различных причин смерти, в том числе алкогольную кардиомиопатию, случайное отравление алкоголем и др. В 2018 г. в целом по стране общее количество смертей, обусловленных алкоголем, составило 48,8 тыс., а значение коэффициента смертности от причин, на 100% связанных с алкоголем, для мужчин и женщин достигало соответственно 54 и 16 случаев на 100 тыс. [Демографический ежегодник 2019].

Оценка алкогольной смертности дополнительно затрудняется сложностями в диагностировании причин смерти. В исследовании Д. Заридзе и соавторов [Zaridze et al., 2009b] приводятся результаты анализа более чем 20 тыс. случаев смерти в возрасте 15 лет и старше в Барнауле в 1990–2004 гг. Значительная доля умерших, смерть которых была вызвана прочими или неклассифицированными сердечно-сосудистыми заболеваниями, имели летальные либо потенциально летальные концентрации этанола в крови. Авторы приходят к выводу о том, что чрезмерное употребление алкоголя является основной причиной преждевременной смертности мужчин в России, причем многие случаи смерти, связанные с алкоголем, ошибочно относят к заболеваниям системы кровообращения.

В течение длительного времени в России наблюдалась значимая обратная зависимость между смертностью от алкогольных отравлений и ОПЖ, особенно заметная в 1990-х гг.; однако в последнее время ситуация изменилась. Сравнение динамики этих показателей в течение трех временных периодов, начиная с 1965 г., проведенное в исследовании И. Даниловой и соавторов [Danilova et al., 2020], показало, что с 2003 г. устойчивая положительная динамика в продолжительности жизни была статистически независимой от количества алкогольных отравлений — в этот период движущей силой роста продолжительности жизни стало снижение смертности в старших возрастах (65 лет и старше), не связанное с употреблением алкоголя.

Несмотря на важность причин смерти, на 100% обусловленных потреблением алкоголя, большую часть алкогольной смертности составляют заболевания, которые вызываются не только алкоголем. В исследовании Дж. Рема и соавторов [Rehm et al., 2017] представлен обзор более 250 работ, посвященных оценке силы взаимосвязи между потреблением алкоголя и различными видами заболеваний и внешних причин смерти. Негативные последствия сильно зависят от типа неумеренного потребления алкоголя. Если оно обычно заключается в превышении дневной нормы потребления этанола, то наиболее частым негативным последствием является рост риска смерти от новообразований и алкогольных расстройств. В тех случаях, когда злоупотребление алкоголем в основном выражается в наличии эпизодов чрезмерного потребления, то в наибольшей степени оно оказывается на смертности от ишемической болезни сердца и прочих сердечно-сосудистых заболеваний, а также травм и инфекционных заболеваний.

Значительную часть алкогольной смертности составляют внешние причины смерти. Уровень риска получения как намеренных, так и ненамеренных увечий и травм четко связан с уровнем алкоголя в крови [Taylor, Rehm, 2012] и средним потреблением алкоголя [Corrao et al., 2004].

Выделить не на 100% обусловленные алкоголем смерти из статистики смертности по причинам не так просто, поэтому часто исследователи либо рассматривают лишь смертность, обусловленную

исключительно алкоголем, либо общую смертность от причин, частично вызываемых алкоголем. Однако оба этих способа приводят к значительным искажениям реальной смертности, вызванной алкоголем, первый в сторону существенного занижения, второй — заметного завышения.

Для более точной оценки алкогольной смертности необходима информация об относительных рисках смерти от различных причин для людей с опасным типом потребления алкоголя по сравнению с никогда не пьющими. Необходимая информация собирается с помощью проспективных и ретроспективных обследований смертности.

В глобальном исследовании Дж. Рема и К.Д. Шилда [Rehm, Shield, 2014] даются оценки смертности от болезней, вызванных алкоголем в 1990 и 2010 гг. При расчетах учитываются данные о (1) количестве потребляемого алкоголя и характере его потребления, (2) рисках смерти от различных причин, ассоциированных с алкоголем, и (3) смертности от этих причин. В качестве основных причин смерти, ассоциированных с алкоголем, рассматривались отдельные виды рака, вызываемые неумеренным потреблением алкоголя, цирроз печени и внешние причины. Так, в США эти три вида смертности составляют 89% всей алкогольной смертности в возрасте от 15 до 64 лет с учетом положительного влияния умеренного потребления алкоголя на заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом и 79% данного вида смертности без учета указанного положительного влияния.

В работе [Wood et al. 2018] были проанализированы результаты 83 проспективных исследований в 19 странах с высоким уровнем дохода. По результатам исследования пороговое значение безопасного потребления алкоголя составило около 100 г в неделю. Неумеренное потребление алкоголя приводит к снижению продолжительности жизни: по сравнению с теми, чье недельное потребление составляло 0–100 г в неделю, у потребляющих 100–200 г, 200–350 г и более 350 г в неделю ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 40 лет была ниже примерно на 6 месяцев, 1–2 года или 4–5 лет соответственно. Исследование влияния алкоголя на смертность продолжается, и появляются оценки, согласно которым безопасное с точки зрения влияния на смертность потребление алкоголя отсутствует. В частности, в глобальном исследовании [Griswold et al., 2018] отмечается, что уровень потребления алкоголя, который сводил бы к минимуму вред по всем показателям здоровья, равен нулю.

Особый интерес представляют исследования, касающиеся взаимосвязи смертности и потребления алкоголя, выполненные на базе российских данных. Влияние на смертность тенденций, сложившихся в потреблении алкоголя еще в советский период, оценивается в работе С.Л. Плавинского и С.И. Плавинской [2009]. Эмпирической основой этой работы является проспективное исследование смертности 3907 мужчин 1916–1935 гг. рождения, проживавших в Санкт-Петербурге в 1974 г. Наряду с прочим, авторами была доказана *U*-образная зависимость между смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний и потреблением алкоголя, так как наименьший уровень смертности наблюдался в группе с умеренным потреблением, а не среди лиц, никогда не употреблявших алкоголь.

В работе М. Бобака и соавторов [Bobak, Rose, Marmot, 1999] характер потребления алкоголя в России изучается на основе данных социологического (а не эпидемиологического) исследования. Собранные данные включали информацию о курении, самооценке здоровья и социально-экономических характеристиках индивидуумов и домохозяйств, в которых они проживают. Среди факторов, способствующих более высокому потреблению алкоголя среди мужчин, были выявлены: курение, отсутствие партнера, безработица и низкая самооценка здоровья. Также авторы отмечают низкий общий уровень потребления алкоголя участниками опроса, в качестве возможного объяснения предполагая, что данные, предоставляемые респондентами, могут быть занижены. В то же время эпизоды разового высокого потребления были довольно многочисленными, и именно на них в основном базировалась оценка распространенности неумеренного потребления алкоголя с помощью данных социологического обследования.

В работе М. Нойфельда и Дж. Рема [Neufeld, Rehm, 2013] дается оценка возможного влияния государственной антиалкогольной политики на потребление алкоголя и вызванную им смертность в России в 2000–2010 гг. на фоне принятия в 2006 г. мер государственной политики по снижению негативных последствий потребления алкоголя. При расчетах используются данные ВОЗ о потреблении алкоголя, дополненные оценками нелегального потребления, предоставленными А. Немцовым. Согласно полученным результатам, в исследуемый период наблюдались существенные колебания как общей смертности в трудоспособных возрастах, так и смертности, вызванной потреблением алкоголя. Снижение потребления и смертности было зафиксировано в конце 2005 г., когда на законодательном уровне приняли меры по регулированию производства и продажи алкогольных напитков. Также отмечалось изменение структуры потребления. В частности, общее снижение легального и нелегального потребления алкоголя лишь частично было компенсировано ростом потребления пива и вина. Авторы приходят к выводу, что антиалкогольное регулирование, вступившее в силу в 2006 г., оказалось позитивное влияние как на характер потребления алкоголя населением, так и на масштаб его негативных последствий. В то же время авторы отмечают, что усиление национальной антиалкогольной политики в России по-прежнему остается в высшей степени актуальным.

В исследовании Д. Заридзе и соавторов [Zaridze et al., 2009] даны оценки относительных рисков смертности для лиц в возрасте 15–74 лет с опасным потреблением алкоголя. Лица с опасным потреблением алкоголя были разделены на три группы (менее одной бутылки, от одной до трех бутылок, три и более бутылок водки еженедельно или в течение дня эпизодически). Были проанализированы данные ретроспективного исследования более чем 48 тыс. случаев смерти, произошедших в 1990–2001 гг. в российских городах с типичным для 1990-х гг. характером смертности, а именно в Томске, Бийске и Барнауле. В рамках исследования были опрошены 50 066 родственников умерших в возрасте от 15 до 74 лет в 2001–2005 гг. С помощью скорректированной модели логистической регрессии были даны оценки относительных рисков смертности для трех типов потребления алкоголя. Потребление считалось безопасным, если были выполнены оба условия: (1) потребление алкоголя менее 0,5 бутылки водки (или эквивалентного количества алкоголя) в неделю и (2) максимальное дневное потребление водки не более 0,5 бутылки.

В рамках этого исследования для мужчин были выявлены три главные причины смерти, связанные с алкоголем: несчастные случаи и насилие (относительный риск $RR = 5,94$ для категории с наибольшим потреблением алкоголя), алкогольные отравления ($RR = 21,68$) и острые ишемические болезни, за исключением инфаркта миокарда ($RR = 3,04$). Согласно результатам исследования, в отдельные годы наблюдений вклад алкоголя в общую смертность мужчин в возрасте 15–54 года превышал 50%.

В работе К.Д. Шилда и Дж. Рема [Shield, Rehm, 2015] дается сравнение относительных рисков для России из исследования Д. Заридзе и соавторов [Zaridze et al., 2009] с аналогичными результатами для других стран. В частности, сравнение показало, что связанное с алкоголем бремя транспортных травм было несколько выше, когда при оценке использовались нероссийские относительные риски, в то время как риск умереть от инфаркта, напротив, был заметно недооценен. Также при использовании российских оценок относительных рисков росли оценки смертности от острого и хронического панкреатита, непреднамеренных травм (кроме транспортных), самоповреждений и случаев насилия и снижались оценки смертности от геморрагических и других неишемических инсультов и цирроза печени. Альтернативные оценки относительных рисков могут быть использованы при проведении тестов на устойчивость получаемых результатов.

В большом проспективном исследовании Д. Заридзе и соавторов [Zaridze et al., 2014] был продолжен анализ взаимосвязи смертности и потребления алкоголя, начатый в рамках более раннего ретроспективного исследования [см. Zaridze et al., 2009]. Наблюдения велись в

1999–2008 гг., в исходную выборку вошли 200 тыс. человек. Особенностью мужской выборки является то, что почти все злоупотреблявшие алкоголем оказались курящими. Потребление алкоголя, как и в более раннем исследовании, оценивалось в водочном эквиваленте. Были определены три типа потребления: низкий (никогда не пьющие, бывшие пьющие, которые не бросили курить из-за болезни, и мужчины, пьющие менее 1 бутылки в неделю, или женщины, пьющие менее 0,25 бутылки в неделю), средний (мужчины, пьющие от 1 до 3 бутылок в неделю, или женщины, пьющие от 0,25 до 1 бутылки в неделю) и высокий (мужчины, пьющие более 3 бутылок в неделю, или женщины, пьющие более 1 бутылки в неделю).

Как показывают результаты, для курящих мужчин без предшествующего заболевания предполагаемый 20-летний риск смерти в возрасте 35–54 лет составлял 16% при низком типе потребления алкоголя, 20% при среднем типе потребления и 35% при высоком типе потребления. Аналогичные значения для возрастной категории 55–74 лет составили соответственно 50, 54 и 64%. В обеих возрастных категориях большая часть избыточной смертности среди респондентов с высоким типом потребления была вызвана внешними причинами или группами болезней, непосредственно связанных с алкоголем. Также авторы исследования отмечают существенные изменения самооценки потребления алкоголя респондентами при повторном обследовании, что привело к значимому снижению оценки рисков употребления алкоголя.

Данные и методика исследования

Количественная оценка смертности, обусловленной алкоголем

Для количественной оценки смертности, вызванной алкоголем, необходимо рассчитать значение доли населения, затронутого неумеренным потреблением алкоголя, – *AAF (alcohol attributable fraction)*. Для того чтобы учесть влияние употребления алкоголя на смертность от всех причин, а не только от причин, на 100% им обусловленных, при расчетах была использована методика, представленная в работе Дж. Рема и соавторов [Rehm et al., 2010a]. Основываясь на оценках относительных рисков смертности от ряда болезней, вызываемых потреблением алкоголя (табл. 1), данных о смертности по причинам и распространенности неумеренного потребления алкоголя, можно выделить в общей смертности компоненту, обусловленную именно потреблением алкоголя.

Неумеренным в нашей работе считалось потребление алкоголя, соответствующее эквиваленту половины бутылки водки в неделю (или $0,5 \times 500 \text{ мл} \times 0,789 \frac{\text{г}}{\text{мл}} \times 40\% \div 7 \approx 11,3 \text{ г}$ этанола в день). Были рассмотрены три типа неумеренного потребления алкоголя: 1) соответствующее эквиваленту 0,5–1 бутылок водки (или 11–23 г этанола в день); 2) соответствующее эквиваленту 1–3 бутылок водки (или 23–67 г этанола в день) и 3) соответствующее эквиваленту 3 и более бутылок водки (или 67 г и более этанола в день). Для этих трех типов потребления были применены относительные риски смерти от ряда причин из работы [Zaridze et al., 2009].

Для оценки смертности от болезней, вызванных неумеренным потреблением алкоголя, был рассчитан коэффициент добавочного риска *PAF (population attributable fraction)* для различных причин смерти и половозрастных групп:

$$PAF_{ij} = \frac{\left(p_j^{(0)} + p_j^{(1)} \times RR_{ij}^{(1)} + p_j^{(2)} \times RR_{ij}^{(2)} + p_j^{(3)} \times RR_{ij}^{(3)} \right) - 1}{p_j^{(0)} + p_j^{(1)} \times RR_{ij}^{(1)} + p_j^{(2)} \times RR_{ij}^{(2)} + p_j^{(3)} \times RR_{ij}^{(3)}},$$

где $p_j^{(1)}$, $p_j^{(2)}$, $p_j^{(3)}$ — доли лиц с среднем потреблением алкоголя на уровне эквивалента 0,5–1 бутылки водки, 1–3 бутылок водки и 3 и более бутылок водки в неделю соответственно, а $p_j^{(0)}$ ($p_j^{(0)} = 1 - p_j^{(1)} - p_j^{(2)} - p_j^{(3)}$) — доля остального населения в половозрастной группе j_0 .

$RR_{ij}^{(1)}$, $RR_{ij}^{(2)}$, $RR_{ij}^{(3)}$ — относительные риски смерти от болезни i в половозрастной группе j по сравнению с остальным взрослым населением в зависимости от типа потребления алкоголя (соответственно эквивалент 0,5–1 бутылки водки водки, 1–3 бутылок водки и 3 и более бутылок водки в неделю).

Количество излишних смертей, вызванных алкоголем (*added mortality, AM*), для данной причины смерти и данной половозрастной группы рассчитывается как $AM = OM \times PAF$, где OM (*overall mortality*) — общее количество смертей от данной причины смерти, взятое из официальных данных по смертности.

Таблица 1. Относительные риски смерти мужчин в возрасте от 15 до 74 лет от различных причин в зависимости от типа потребления алкоголя (в эквиваленте чистого алкоголя в неделю)

Причина смерти (МКБ-10)	Мужчины			Женщины		
	0,5–1	1–3	≥ 3	0,5–1	1–3	≥ 3
Злокачественные новообразования верхних дыхательных путей (C00–15, C32)	1,57	2,32	3,48	1,27	0,99	2,21
Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков (C22)	1,01	1,28	2,11	1,52	1,17	1,57
Злокачественные новообразования грудной железы (C50)				0,99	0,54	0,26
Туберкулез (A15–19, B90)	1,01	1,97	4,14	0,93	4,06	5,32
Бронзит, эмфизема и другие хронические обструктивные заболевания легких (J40–44)	1,22	1,40	1,79	0,96	1,45	1,60
Прочие заболевания дыхательных путей (ост. из J00–98)	0,95	1,92	3,29	2,10	3,21	3,42
Болезни печени (K70–77)	0,92	1,77	6,21	2,50	7,07	12,08
Панкреатит и другие болезни поджелудочной железы (K85–86)	1,43	2,07	6,69	1,09	5,01	19,26
Острый инфаркт миокарда (I20–23)	1,23	1,18	1,20	1,27	1,12	2,04
Острая ИБС без инфаркта миокарда (I24)	1,06	1,79	3,04	1,79	4,61	9,25
Хроническая ИБС (I25)	1,05	1,20	1,49	1,39	1,42	2,58
Цереброваскулярная болезнь (I60–69)	1,06	1,14	1,28	1,38	1,36	1,62
Прочие сердечно-сосудистые болезни (ост. из I00–99)	1,02	1,14	1,57	1,23	1,45	2,39
Неточно обозначенные причины смерти (R00–99)	1,29	2,84	7,74	2,11	7,16	14,89
Причины смерти, обусловленные алкоголем	1,11	1,91	3,77	1,81	4,52	8,17
Алкогольные отравления (X45, Y15, F10)	1,94	4,06	21,68	3,11	18,04	75,23
Прочие внешние причины смерти (ост. из V00–Y99)	1,44	2,53	5,94	1,90	5,59	9,26
Транспортные несчастные случаи (V00–99)	1,52	2,68	4,20	1,98	4,48	3,17
Прочие несчастные случаи (W00–X44, X46–59, Y37–99)	1,58	2,48	6,07	2,08	5,24	8,56
Самоубийства (X60–84)	1,21	3,47	8,62	2,82	8,22	14,75
Нападения (X85–Y09)	1,75	3,67	9,47	3,55	10,23	19,11
Повреждения с неопределенными намерениями (ост.)	1,49	2,36	4,40	1,43	4,54	7,93

Примечание: референтная категория — лица со средним потреблением алкоголя в неделю не более 0,5 бутылки водки и с максимальным дневным потреблением не более 0,5 бутылки водки. Источник: [Zaridze et al., 2009].

Распространенность неумеренного потребления алкоголя согласно данным национального репрезентативного панельного обследования

Для оценки смертности от всех причин, вызванных алкоголем, необходимы сведения о распространенности неумеренного потребления алкоголя в различных половозрастных группах. В нашем исследовании были использованы данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ). Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE) проводится Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН (сайты обследования RLMS HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rilm> и <http://www.hse.ru/rilm>). Определенная информация о потреблении алкоголя в РМЭЗ присутствует с 1994 г., но полный объем данных, необходимых для расчета среднего общего потребления чистого алкоголя, появляется только с 2006 г.

В этом обследовании на регулярной основе собирается подробная информация о потреблении населением различных алкогольных напитков как промышленного, так и домашнего производства. В анкету включены вопросы для следующих напитков: пиво промышленного производства; пиво домашнее; брага; сухое вино или шампанское промышленного производства; вино домашнее; крепленое вино (в том числе отдельно крепленое вино домашнего производства); самогон; водка; другие крепкие напитки (виски, коньяк, ликеры); алкогольные коктейли; прочие алкогольные напитки. Для каждого вида напитка задается одинаковая серия вопросов: 1) «Вы пили данный напиток в течение последних 30 дней?»; 2) «Сколько граммов данного напитка Вы обычно выпивали за день?»; 3) «Сколько дней в месяц Вы пили данный напиток?».

При оценке потребления алкоголя с помощью данных социологического обследования окончательные результаты оказываются существенно заниженными, чему способствуют как минимум два обстоятельства. Во-первых, респонденты склонны занижать уровень потребления алкоголя по обоим параметрам оценки (как среднее количество потребляемого алкоголя в день, так и количество дней потребления алкоголя в месяц). Неумеренное потребление алкоголя и алкоголизм как одно из его последствий не одобряются в обществе, и респонденты, часто вынужденные отвечать на вопросы интервьюера в присутствии своих родственников, могут утаивать сведения о своем реальном потреблении, которое зачастую негативно оказывается и на финансовом положении домохозяйства, и на взаимоотношениях в семье [см. об этом также в работах Guérin et al., 2013; Bobak, Rose, Marmot, 1999].

На рис. 1 суммирована информация РМЭЗ о динамике доли потребителей алкоголя во взрослом населении. В 2010–2015 гг. значение показателя снижалось, затем оно стабилизировалось, составив 64% для мужчин и 54% для женщин в 2018 г. Подробная информация об объеме потребления собиралась только для респондентов, употреблявших алкогольные напитки в течение последних 30 дней, доля которых в 2018 г. составляла 48 и 32% мужчин и женщин соответственно.

На рис. 2 представлено соотношение оценок среднегодового потребления алкоголя в расчете на душу населения согласно статистике ВОЗ об учтенном и общем (с учетом неучтенного) потреблении и согласно авторским расчетам на данных РМЭЗ. Отдельно были рассчитаны оценки по методике, использовавшейся в ранней обзорной работе на данных РМЭЗ [Zohoori et al., 1998]. Опросные данные существенно недооценивают учтенное и в особенности общее потребление алкоголя. Так, на 2018 г. потребление по данным РМЭЗ составляло лишь 36% от зарегистрированных продаж и 24% от оценки общего потребления алкоголя в России по данным ВОЗ. В то же время опросные данные дают подробную информацию о половозрастной структуре потребления алкоголя, в связи с чем они активно используются для оценки алкогольной смертности в международной научной практике.

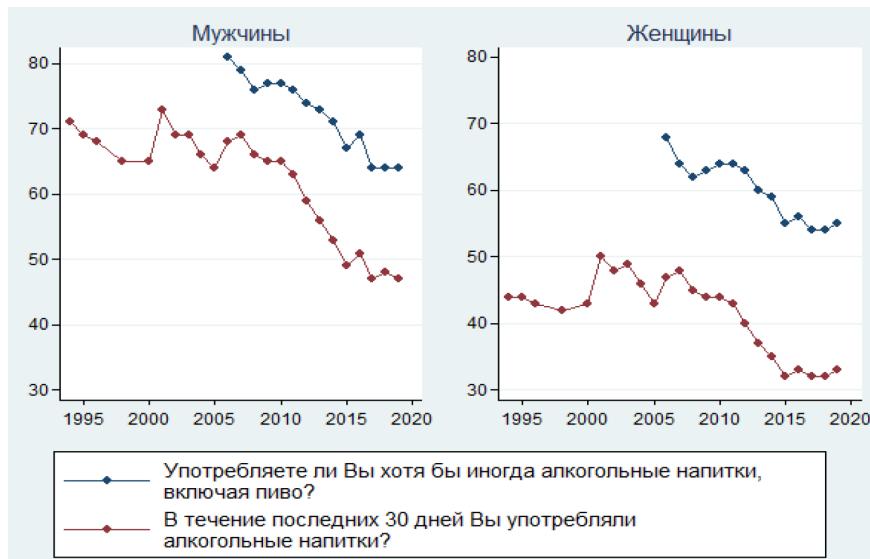


Рис. 1. Распространенность потребления алкоголя по данным РМЭЗ, мужчины и женщины, 1994–2018 гг. Источник: расчеты автора по данным РМЭЗ.

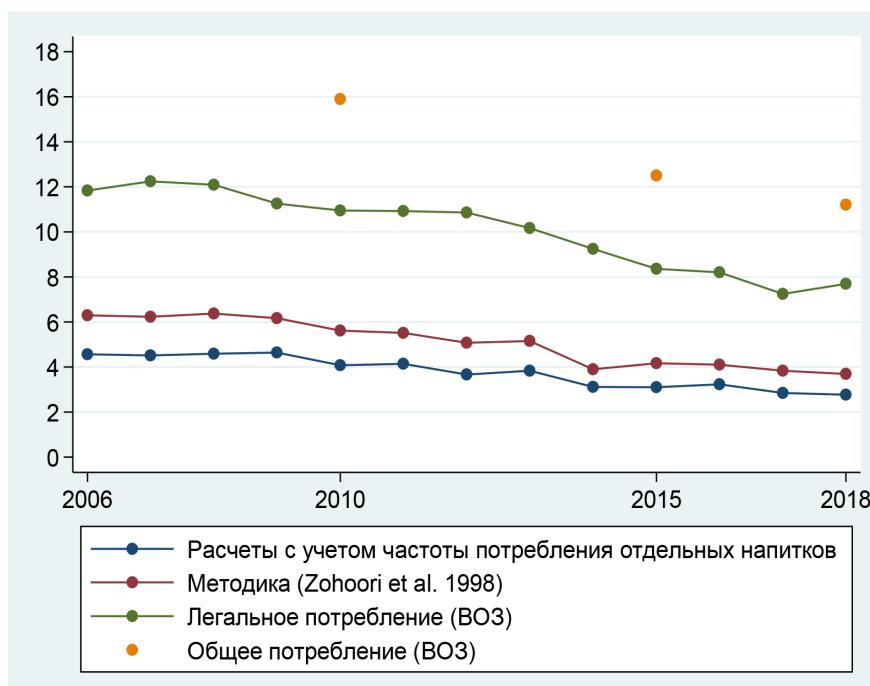


Рис. 2. Оценки потребления алкоголя в России, литров этанола на душу населения, 2006–2018 гг. Источник: расчеты автора по данным РМЭЗ, данные ВОЗ (см. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en>; дата обращения: 27.09.2020).

Таким образом, данные о потреблении алкоголя, полученные по результатам социологического обследования, нуждаются в дооценке. Исходя из предположения о корректности полученных сведений о структуре потребления алкоголя, оценки могут быть откалиброваны в соответствии с данными, основанными на объемах продаж. С этой целью автор использует данные ВОЗ об объеме потребления чистого алкоголя в расчете на душу населения в возрасте от 15 лет и старше (табл. 2). Различные способы дооценки потребления алкоголя встречаются в литературе [Rehm et al. 2010b; Rey, Boniol, Jouglard 2010; Parish et al. 2017].

Таблица 2. Потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше, литров чистого алкоголя

Год	Алкоголя всего (с учетом нелегального потребления)	Зарегистрированного алкоголя всего	В том числе крепких спиртных напитков (зарегистрированное потребление)
2000	15,7	10,2	7,3
2001		10,5	7,1
2002		10,9	7,2
2003		11,3	7,3
2004		11,5	7,1
2005	17,4	11,6	6,9
2006		11,8	6,7
2007		12,2	6,3
2008		12,1	6,2
2009		11,3	5,8
2010	15,9	11,0	5,6
2011		10,9	5,5
2012		10,9	5,5
2013		10,2	4,8
2014		9,3	4,1
2015	12,5	8,4	3,6
2016		8,2	3,6
2017		7,2	3,1
2018	11,2	7,7	3,2

Источник: данные ВОЗ (см. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en>; дата обращения 27.09.2020).

Эксперты неоднократно высказывали мнение о том, что в выборке РМЭЗ существенно недопредставлены люди с очень высоким потреблением алкоголя [Nemtsov, 2003; Андриненко, Немцов, 2006]. В связи с этим, а также поскольку в данном исследовании дается консервативная (нижняя) оценка алкогольной смертности, было принято решение проводить дооценку до уровня учтенного потребления, т.е. объема регистрируемых продаж.

На первом шаге оценки были произведены агрегирование и перевод данных о потреблении респондентами различных алкогольных напитков в объем потребляемого чистого алкоголя в день. Для этого была использована следующая шкала перевода:

- пиво и брага, включая пиво промышленного производства и пиво домашнее, — 5% алкоголя в среднем;

- сухое вино, шампанское, домашнее вино — 12% алкоголя в среднем;
- крепленое вино, в том числе промышленного производства (мартини, вермут), — 18% алкоголя в среднем;
- алкогольные коктейли — 7% алкоголя в среднем;
- крепкие алкогольные напитки, включая водку, виски, коньяк, самогон, — 40% алкоголя в среднем;
- прочие алкогольные напитки — 25% алкоголя в среднем.

В 2018 г. потребление алкоголя населением в возрасте 15 лет и старше, по данным РМЭЗ, соответствовало 36% зарегистрированного потребления алкоголя по оценке ВОЗ и 25% общего потребления алкоголя (с учетом нелегального потребления) по оценке ВОЗ.

Согласно расчетам по данным РМЭЗ, распространенность неумеренного потребления алкоголя для взрослого населения в 2018 г. составляла 27%. Среди мужчин опасный тип потребления встречался заметно чаще (36% взрослого населения), чем среди женщин (20% взрослого населения). Относительно высокие значения данного показателя для женщин отчасти объясняются более низкими пороговыми значениями.

Сведения о возрастных особенностях распространенности опасного потребления алкоголя показаны на рис. 3. В возрасте 20–24 лет потребление алкоголя начинает быстро расти, к 30–39 годам выходя на пиковые значения — порядка 45% среди мужчин и 25–30% у женщин. Затем в течение 15 лет злоупотребление алкоголем остается на высоком уровне, незначительно снижаясь, и начинает существенно падать лишь после 65 лет.

На рис. 3 представлены данные о распространенности плохого состояния здоровья среди представителей различных половозрастных групп. Сведения о состоянии здоровья использовались в дальнейшем при расчетах ОПЗЖ. Доля оценивающих состояние своего здоровья как плохое или очень плохое с возрастом заметно растет, составляя около 1–2% численности группы в 25–29 лет, 8–10% в 50–54 лет и превышая 37–45% после 75 лет. Особо следует отметить, что в старших возрастах женщины, как правило, более пессимистичны при оценке своего здоровья. В дальнейшем эта особенность ощутимо поменяет гендерные соотношения в оценках при переходе от ОПЖ к ОПЗЖ.

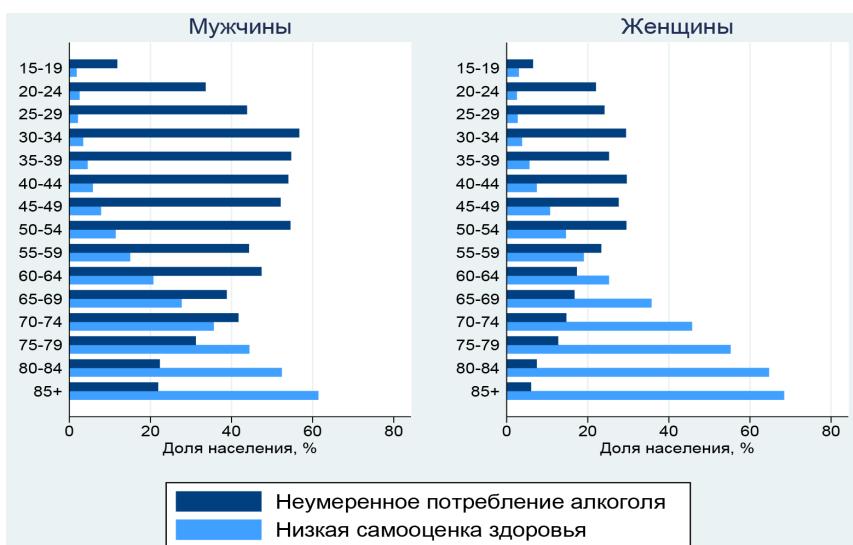


Рис. 3. Распространенность неумеренного потребления алкоголя и плохого здоровья в зависимости от возраста, мужчины и женщины, 2018 г. Источник: расчеты автора по данным РМЭЗ и РосБРИС.

Результаты исследования

Применив оценки относительных рисков из работы Д. Заридзе и соавторов [Zaridze et al., 2009] к национальным данным о смертности по причинам и распространенности неумеренного потребления алкоголя, автор получил следующие показатели алкогольной смертности в 2018 г.: 195,5 тыс. человек в целом, включая 145,7 тыс. мужчин и 49,7 тыс. женщин. Эти данные существенно дополняют информацию о смертности от заболеваний, на 100% вызванных алкоголем, которая чаще всего используется в дискуссии о влиянии алкоголя на смертность. В 2018 г., согласно данным Росстата, от этих причин умерли 48,8 тыс. человек (Демографический ежегодник, 2019). Таким образом, использование информации об относительных рисках смертности позволяет существенно уточнить масштаб алкогольной смертности в России.

Сведения о возрастной структуре алкогольной смертности представлены на рис. 4. Пик алкогольной смертности приходится на возраст от 50 лет и старше — 63% всех алкогольных смертей среди мужчин и 72% среди женщин происходят в этой группе. Резкое снижение алкогольной смертности наблюдается после 80 лет среди мужчин и 85 лет среди женщин. Скорее всего, это возраст, до которого люди, злоупотреблявшие алкоголем в течение всей жизни, просто не доживают. Возможно и другое объяснение: в связи с ухудшением здоровья потребители алкоголя с возрастом снижают объем потребления или полностью отказываются от спиртного.

Информация о структуре алкогольной смертности по типам причин смерти представлена на рис. 5. Причины смерти, на 100% обусловленные алкоголем, на рис. 5а вынесены в отдельную группу и потому не учитываются вместе с родственными им заболеваниями. На рис. 5б большинство причин, на 100% обусловленных злоупотреблением алкоголя, были отнесены к соответствующим группам заболеваний, а в категорию «Прочие причины, на 100% обусловленные алкоголем», вошли в основном вызванные алкоголем психические и поведенческие расстройства.

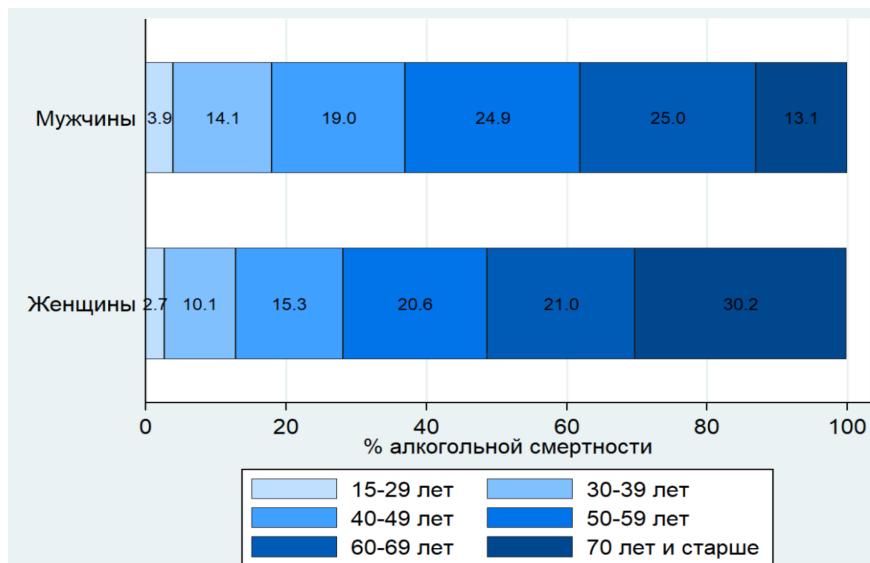


Рис. 4. Численность умерших от болезней, вызванных неумеренным потреблением алкоголя, в зависимости от пола и возраста, доля в алкогольной смертности (%), мужчины и женщины, 2018 г. Источник: расчеты автора по данным РМЭЗ и РосБРИС.

Причины, на 100% обусловленные алкоголем, составляют 25% алкогольной смертности у мужчин и женщин. Чаще всего смертность из-за неумеренного потребления алкоголя происходит вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы и внешних причин. У мужчин на первом месте по вкладу в алкогольную смертность находятся внешние причины, на которые приходится 40% всех смертей, вызванных алкоголем. Следующей по значимости группой причин являются сердечно-сосудистые заболевания (31%). Структура алкогольной смертности среди женщин несколько иная: сердечно-сосудистые заболевания находятся на первом месте (47%), за ними следуют внешние причины (23%). На болезни печени и поджелудочной железы приходится 13% алкогольных смертей среди мужчин и 20% среди женщин. Новообразования в структуре женской алкогольной смертности почти не встречаются (0,1%), в то время как в мужской их доля составляет порядка 5%, в их число наряду с прочими входят злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (2,0%), пищевода (1,3%), гортани (0,9%) и печени (0,5%).

Полученные результаты в целом согласуются с выводами глобального исследования ВОЗ [WHO, 2018], согласно которому в мире в целом главной причиной смерти от алкоголя для женщин являются сердечно-сосудистые заболевания (41,6% случаев смерти, ассоциированных с употреблением алкоголя), а для мужчин — внешние причины (31,4%). Следует отметить, что в России вклад сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин в мужскую алкогольную смертность существенно выше, чем в мире в целом (доля ССЗ в России 31%, в мире 13%, доля внешних причин смерти в России 40%, в мире 31,4%).

Первые 12 причин смерти из МКБ-10 по величине их вклада в алкогольную смертность приведены в табл. 3. Как видно из представленных данных, лишь десятая причина по размеру вклада в алкогольную смертность среди женщин относится к внешним (случайное отравление алкоголем, 3,1%). Среди отдельных причин смерти с большим вкладом в алкогольную смертность среди женщин следует назвать цирроз, фиброз и гепатит печени — как неалкогольный (в большей степени, 7,1%), так и алкогольный (4,8%); заболевания сердечно-сосудистой системы — атеросклеротическую болезнь сердца (12,2%), острый инфаркт миокарда (7,9%), прочие формы хронической ишемической болезни сердца (6,5%), инфаркт мозга (5,1%) и алкогольную кардиомиопатию (4,9%). На самоубийства и убийства соответственно приходятся 2,4 и 2,1% всей алкогольной смертности среди женщин.

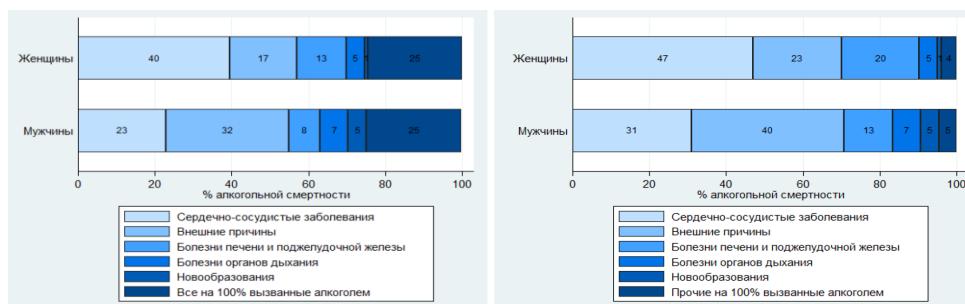


Рис. 5. Численность умерших от болезней, вызванных неумеренным потреблением алкоголя, в зависимости от причин смерти, доля в алкогольной смертности (%), мужчины и женщины, 2018 г. Источник: расчеты автора по данным РМЭЗ и РосБРиС.

а) все причины, на 100% вызванные алкоголем, выделены в отдельную группу;

б) причины, на 100% вызванные алкоголем, распределены по основным группам причин.

Среди мужчин ситуация с вкладом отдельных причин в алкогольную смертность несколько иная. Этот результат является вполне предсказуемым: как было показано ранее, в структуре мужской смертности от причин, вызванных неумеренным потреблением алкоголя, по укрупненным группам преобладали внешние причины. Среди трех главных причин алкогольной смертности две относятся к внешним причинам: самоубийства (5,6%) и случайные отравления алкоголем (6,0%). К другим ключевым причинам мужской алкогольной смертности можно отнести болезни сердечно-сосудистой системы, включая алкогольную кардиомиопатию (8,0%), атеросклеротическую болезнь (4,8%), иные формы острой ишемической болезни сердца (3,9%), острый инфаркт миокарда (3,8%), а также болезни печени неалкогольного (4,6%) и алкогольного происхождения (4,2%).

Сведения о различиях в ОПЖ для лиц с опасным потреблением алкоголя по сравнению с остальным населением приведены в табл. 4. Неумеренное потребление алкоголя существен-

Таблица 3. Численность умерших от болезней, вызванных неумеренным потреблением алкоголя, в зависимости от причин смерти (по классификации МКБ-10), доля алкогольной смертности (%), мужчины и женщины, 2018 г.

причины смерти	Мужчины		Женщины	
		доля смертности от причин, вызванных алкоголем		доля смертности от причин, вызванных алкоголем
Алкогольная кардиомиопатия	8		Атеросклеротическая болезнь сердца	12,2
Случайное отравление (воздействие) алкоголем	6		Острый инфаркт миокарда	7,9
Другие преднамеренные самоповреждения (включая самоубийство)	5,6		Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)	7,1
Атеросклеротическая болезнь сердца	4,8		Прочие формы хронической ишемической болезни сердца	6,5
Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)	4,6		Инфаркт мозга	5,1
Алкогольная болезнь печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз)	4,2		Алкогольная кардиомиопатия	4,9
Другие формы острой ишемической болезни сердца	3,9		Алкогольная болезнь печени	4,8
Острый инфаркт миокарда	3,8		Другие формы острой ишемической болезни сердца	4,7
Прочие формы хронической ишемической болезни сердца	3,4		Другие уточненные поражения сосудов мозга	3,7
Контакт с острым и тупым предметом с неопределенными намерениями	3,1		Случайное отравление (воздействие) алкоголем	3,1
Пневмония без уточнения возбудителя	2,4		Церебральный атеросклероз	2,5
Убийство	2,4		Пневмония без уточнения возбудителя	2,2

Источник: расчеты автора по данным РМЭЗ и РосБРис.

но — на 5,9 лет для мужчин и 4,7 лет для женщин — снижает ожидаемую продолжительность жизни: с 70,7 лет в случае безопасного потребления алкоголя до 64,8 лет в случае злоупотребления алкоголем для мужчин и с 78,9 лет до 74,2 лет для женщин.

Различия в ОПЖ в зависимости от типа потребления алкоголя с увеличением возраста сокращаются. Среди мужчин это сокращение происходит быстрее, чем среди женщин: если при рождении различия в ОПЖ в зависимости от типа потребления алкоголя среди мужчин заметно выше, чем среди женщин (5,9 и 4,7 лет соответственно), то к 70 годам они составляют 2,3 и 2,4 года. Скорее всего, это объясняется влиянием на мужскую смертность других факторов, в том числе курения и недостаточного доступа к качественному медицинскому обслуживанию.

Другим важным результатом проведенного исследования является полученная оценка вклада неумеренного потребления алкоголя в ОПЗЖ населения. Сравнительная информация об ОПЗЖ мужчин и женщин в зависимости от статуса потребления алкоголя также представлена в табл. 4. ОПЗЖ в случае неумеренного потребления алкоголя снижается на 4,2 года для мужчин, с 63,2 до 59,0 лет, и на 2,6 года для женщин, с 66,1 до 63,5 лет.

Следует отметить, что при переходе к показателям ОПЗЖ заметно снижается уровень гендерных различий. Так, если для ОПЖ разница между мужчинами и женщинами с опасным потреблением алкоголя в 2018 г. превышала 9 лет (64,8 и 74,2 лет соответственно), то для ОПЗЖ составляла лишь 4,5 года (59,0 и 63,5 лет). Гендерные различия для населения с безопасным типом потребления алкоголя ведут себя аналогично, заметно уменьшаясь при переходе к оценке продолжительности здоровой жизни. Очевидным объяснением подобного поведения показателей продолжительности жизни является более низкая оценка женщинами собственного здоровья, особенно часто встречающаяся в старших возрастах (см. рис. 1). Таким образом, более высокая доля населения с плохим здоровьем среди доживающих до старших возрастов способствует снижению преимущества женщин в продолжительности жизни.

Завершая изложение результатов проведенного исследования, отметим основные ограничения полученных оценок. Анализ смертности от причин, обусловленных алкоголем, имеет целый ряд ограничений, связанных с объективной сложностью объекта исследования.

Таблица 4. ОПЗЖ в различных возрастах в зависимости от типа потребления алкоголя, 2018 г.

Возраст	Мужчины				Женщины			
	ОПЖ, лет		ОПЗЖ, лет		ОПЖ, лет		ОПЗЖ, лет	
	злоупотребляют алкоголем	не злоупотребляют алкоголем						
0 (при рождении)	64,8	70,7	59	63,2	74,2	78,9	63,5	66,1
15	50,4	56,4	44,8	49,1	59,8	64,5	49,2	51,8
30	36,7	42,2	31,3	35,1	45,4	49,9	35,1	37,5
45	25,1	29,2	19,7	22,4	32,3	35,8	22,3	24
60	15,3	17,6	10,2	11,5	20,1	22,5	11,3	12,3
75	8,3	9,5	4,1	4,6	9,6	11,2	3,7	4,3

Источник: расчеты автора на данных РМЭЗ и РосБРиС.

ния — потребления алкоголя и его последствий. Попытаемся перечислить хотя бы часть из них. Алкоголь является легальным товаром, но одновременно существует и нелегальное потребление, объемы которого сложно оценить. Умеренное потребление алкоголя не опасно, а данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что для ряда заболеваний риски смертности для умеренных потребителей алкоголя ниже, чем для тех, кто его никогда не употреблял. Алкоголь многообразен и потребляется как в крепкой, так и слабоградусной форме, а корректная оценка его суммарного потребления является не-простой задачей.

Расчеты алкогольной смертности требуют знания распространенности неумеренного потребления алкоголя в различных половозрастных группах. Агрегированная статистика продаж не дает такой детализации. Необходимые данные могут быть получены из данных репрезентативных обследований, однако, как правило, они являются существенно заниженными по сравнению с данными продаж алкогольных напитков, в связи с чем встает вопрос адекватной дооценки опросных данных. В данной работе представлена попытка такой дооценки. В дальнейшем при оценке потребления алкоголя могут быть применены более сложные математические и статистические методы, позволяющие найти лучшее приближение реального потребления.

Рекомендации по совершенствованию политики России в области снижения смертности

Рекомендация 1. Существующая статистика потребления алкоголя и алкогольной смертности требует расширения и детализации; показатели, собираемые на данный момент, не позволяют представить объективную картину происходящего.

Неумеренное потребление алкоголя представляет собой значимый фактор преждевременной смертности в России. Алкогольная смертность — сложное явление, его невозможно охарактеризовать простыми способами. Согласно оценкам, полученным в ходе данного исследования, в 2018 г. алкоголь был непосредственной причиной порядка 160 тыс. смертей. Из них лишь около 50 тыс. относились к 100%-й алкогольной смертности (включая алкогольный цирроз печени, алкогольную кардиомиопатию, алкогольные отравления и др.). Данный показатель, широко используемый в российской исследовательской и административной практике для анализа алкогольной смертности, лишь поверхностно характеризует проблему. Для полноценного анализа необходима оценка вклада алкоголя в смертность от наиболее распространенных причин смерти, таких как ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, болезни печени неалкогольного происхождения, а также внешние причины смерти.

Сбор полноценных данных об алкогольном потреблении возможен в рамках социологических исследований. Вопросы о потреблении алкоголя задаются во многих обследованиях, в том числе в РМЭЗ НИУ ВШЭ, Комплексном обследовании условий жизни населения (КОУЖ) Росстата и Выборочном наблюдении рациона питания населения Росстата. Однако для расчета оценок распространенности опасного типа потребления алкоголя недостаточно формального вопроса о потреблении любых видов алкогольных напитков в течение последних 30 дней. Алкоголь является сложным товаром, потребление которого не всегда бывает опасным, принципиально этим отличаясь, например, от табака. Лишь в обследовании РМЭЗ представлена информация, достаточная для оценки количества алкоголя, потребляемого в месяц, и количества алкоголя, потребляемого в отдельные дни (необходимое для выявления эпизодов потребления значительных объемов этанола).

Для сбора полноценной информации об алкогольном потреблении предлагается добавить в обследования Росстата вопросы о потреблении следующих алкогольных напитков (список составлен на основе опросника РМЭЗ):

- пиво и брага, включая пиво промышленного производства и пиво домашнее;
- сухое вино, шампанское, домашнее вино;
- крепленое вино, в том числе промышленного производства (мартини, вермут);
- алкогольные коктейли;
- крепкие алкогольные напитки, включая водку, виски, коньяк, самогон;
- прочие алкогольные напитки.

Рекомендация 2. Важным направлением по оздоровлению ситуации является снижение доли крепких напитков в структуре потребления алкоголя как за счет грамотной акцизной политики, так и с помощью ограничения физической доступности алкоголя.

В современной исследовательской литературе существуют различные способы определения опасного потребления алкоголя, но большинство экспертов поддерживают точку зрения о том, что к злоупотребляющим алкоголем относятся: 1) лица с высоким средним уровнем потребления алкогольных напитков в течение определенного периода (например, в течение последних 30 дней); 2) лица, эпизодически потребляющие большие объемы алкоголя. Как первый, так и особенно второй тип злоупотребления алкоголем чаще встречается среди потребителей крепких алкогольных напитков, прежде всего водки.

Смещение структуры потребления алкоголя в сторону менее крепких напитков (в том числе сухого вина и в особенности пива) может содействовать сокращению распространенности опасного потребления алкоголя, которое, в свою очередь, приведет к снижению алкогольной смертности и росту ОПЖ. Главным инструментом государственного влияния на структуру потребления алкоголя являются соотношение акцизов на различные виды напитков и их привязка к количественному содержанию этанола.

В настоящее время акцизная политика в сфере налогообложения алкоголя в России противоречива. Правило учета в налоговом бремени крепости алкогольных напитков соблюдается лишь отчасти: акцизы на крепкие напитки в этаноловом эквиваленте выше лишь для акцизов на вино, но не на пиво. Кроме того, акциз на водку и другие крепкие напитки по сравнению с развитыми странами остается низким, что не позволяет оказывать существенное влияние на их потребление и заставить массового потребителя переключаться на напитки с меньшим содержанием алкоголя.

Так, например, в 2019 г. акциз на алкогольную продукцию с объемной долей этилового спирта свыше 9%, за исключением пива, вин и др. (т.е. категорию, к которой относятся водка и другие крепкие напитки), составлял 523 руб. за 1 л безводного этилового спирта. Для вина акциз находился в диапазоне 5–18 руб. за 1 л напитка, что соответствует 42–150 руб. в этиловом эквиваленте, для игристых вин — 14–36 руб. за 1 л напитка, или 117–300 руб. в этиловом эквиваленте. Для пива крепостью от 0,5 до 8,6% акциз составлял 21 руб. на литр напитка, т.е. для пива крепостью 4% значение акциза в этиловом эквиваленте составляло 525 руб. Таким образом, акциз на водку оказывается в 1,5–3,5 раза выше, чем на вино, и ничем не отличается от акциза на пиво средней крепости.

В связи с этим можно рекомендовать осуществлять постепенную индексацию акцизов на крепкие алкогольные напитки, опережающую инфляцию и индексацию акцизов на остальные (менее крепкие) виды напитков.

Рекомендация 3. Гарантией успеха государственной политики по ограничению потребления алкоголя является эффективная правоприменительная практика, в том числе в отношении оборота нелегального алкоголя, а также по исполнению существующих возрастных ограничений.

На данный момент в России действует немало ограничений на потребление алкогольных напитков, и в такой ситуации первоочередным становится вопрос эффективного правоприменения. Существует целый ряд различных направлений алкогольной политики, из которых применительно к результатам нашего исследования наиболее актуальными являются нелегальное потребление, а также исполнение существующих возрастных ограничений. Однако проводимую в России политику по снижению потребления алкоголя сложно назвать эффективной [см. об этом в работе Grigoriev, Andreev, 2015].

По оценкам ВОЗ, Россия является третьей страной Европы по потреблению нелегального алкоголя, объем которого в 2016 г. составил 3,6 л этанола на душу населения в год. По данным национального проекта «Демография», легальные розничные продажи в 2016 г. составили 6,6 л этанола на душу населения, а доля нелегального потребления равна около 30%, т.е. абсолютные значения нелегального потребления несколько ниже, чем оценивает ВОЗ. В любом случае это значительные объемы, которые, скорее всего, в большей степени относятся к регионам, где население беднее и реже совершает покупки в крупных торговых сетях, в которых вероятность появления нелегального алкоголя ниже.

В современной структуре нелегального потребления преобладает продукция, произведенная на легальных предприятиях в обход действующих налоговых правил. Задача профильных ведомств и правоохранительных органов заключается в эффективном мониторинге ситуации и выявлении существующих правонарушений в сфере реализации алкогольной продукции.

Другим важным направлением эффективного правоприменения должно стать четкое исполнение возрастных ограничений на продажу алкоголя. Важной тенденцией последних лет стало сокращение потребления алкоголя среди более молодых возрастных когорт. Одним из факторов, этому способствовавших, стало изменение структуры розничных продаж алкогольных напитков в сторону роста доли крупных торговых сетей, где купить алкоголь несовершеннолетним сложнее, чем в небольших торговых точках.

Исполнение существующих возрастных ограничений будет способствовать увеличению возраста приобщения к алкоголю и позволит избежать многих опасностей, с которыми сталкиваются дети и подростки, преждевременно получающие доступ к алкоголю.

Заключение

Алкоголь является важным фактором преждевременной смертности в России, однако дать точную оценку вызванных им демографических потерь не так просто, поскольку умеренное потребление алкоголя не оказывает негативного влияния на здоровье, а среди причин алкогольной смертности есть обусловленные алкоголем лишь частично и на 100%. В данном исследовании представлена попытка оценки смертности, обусловленной алкоголем, в полном объеме.

Согласно полученным оценкам, в 2018 г. смертность от причин, обусловленных алкоголем, в России составила 195,5 тыс. человек, в том числе 145,7 тыс. мужчин и 49,7 тыс. женщин. Пик алкогольной смертности приходится на возраст от 50 лет и старше (63% всех смертей, вызванных алкоголем, для мужчин и 72% среди женщин).

В официальной российской статистике негативное влияние алкоголя оценивается как количество смертей, на 100% обусловленных алкоголем, что приводит к существенной недооценке реальных демографических потерь. Согласно результатам данного исследования, вклад этих причин в алкогольную смертность составляет лишь 25%.

В структуре алкогольной смертности преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы и внешние причины. Существует определенная гендерная специфика: если у мужчин на пер-

вом месте по вкладу в алкогольную смертность стоят внешние причины (40%), а на сердечно-сосудистые заболевания приходится 31% всей смертности, обусловленной алкоголем, то у женщин лидируют сердечно-сосудистые заболевания (47%), а за ними следуют внешние причины (23%). Существенный вклад в смертность, вызванную злоупотреблением алкоголем, также вносят болезни печени и поджелудочной железы — 13 и 20% смертей среди мужчин и женщин соответственно. Более детальное изучение структуры алкогольной смертности позволяет выделить следующие отдельные причины с наибольшим по размеру вкладом: алкогольная кардиомиопатия, случайные отравления алкоголем и самоубийства для мужчин, а также атеросклеротическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда и неалкогольные болезни печени у женщин.

Как показали проведенные в рамках данного исследования расчеты, неумеренное потребление алкоголя снижает ожидаемую продолжительность жизни на 5,9 лет для мужчин и на 4,7 лет для женщин. Аналогичное снижение ожидаемой продолжительности здоровой жизни — 4,2 и 2,6 лет для мужчин и женщин соответственно.

Следует отметить, что при переходе к ОПЗЖ заметно снижается уровень гендерных различий. Если для ОПЖ разница между мужчинами и женщинами с опасным потреблением алкоголя в 2018 г. составлял более 9 лет, то для ОПЗЖ — лишь 4,5 года. Гендерные различия для населения с безопасным типом потребления алкоголя ведут себя аналогично. Подобное поведение показателей ОПЖ, скорее всего, объясняется более низкой оценкой женщинами собственного здоровья, особенно заметно проявляющейся в старших возрастах.

Рассчитанные автором таблицы смертности для лиц с опасным типом потребления алкоголя и остального населения могут применяться в страховании и при актуарных расчетах. Проведенные расчеты показали, что снижение распространенности злоупотребления алкоголем может привести к существенному снижению преждевременной смертности и росту ОПЖ и ОПЗЖ.

Литература

1. Андриенко Ю.В., Немцов А.В. (2006). Оценка индивидуального спроса на алкоголь. *Препринты из серии «Научные труды ЦЭФИР и РЭШ»*. №89.
2. Демографический ежегодник России. 2019: Стат. сб. / Д 31 Росстат. М., 2019. 252 с.
3. Плавинский С. Л., & Плавинская С. И. (2009). Потребление алкоголя и смертность мужчин в длительном проспективном исследовании. *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*. 1(1), 69–73.
4. Bobak M., McKee M., Rose R., Marmot M. (1999). Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction*. 94(6): 857–866. doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.9468579.x
5. Corrao G., Bagnardi V., Zambon A., La Vecchia C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive medicine*. 38(5): 613–619. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.11.027
6. Danilova, I., Shkolnikov, V.M., Andreev, E. and Leon, D.A. (2020), The changing relation between alcohol and life expectancy in Russia in 1965–2017. *Drug Alcohol Rev*. doi:10.1111/dar.13034
7. Denisova I. (2010). Adult mortality in Russia. *Economics of Transition*. 18(2): 333–363. doi: 10.1111/j.1468-0351.2009.00384.x
8. Grigoriev P., Andreev E. M. (2015). The huge reduction in adult male mortality in Belarus and Russia: Is it attributable to anti-alcohol measures? *PLoS one*. 10(9): e0138021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138021>
9. Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R., Tymeson, H. D., ... & Abate, K. H. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis

- for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* 392(10152), 1015–1035. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2
10. Nemtsov, A. (2003). Alcohol consumption level in Russia: a viewpoint on monitoring health conditions in the Russian Federation (RLMS). *Addiction.* 98(3), 369. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2
11. Neufeld M., Rehm J. (2013). Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? *Alcohol and Alcoholism.* 48(2): 222–230. doi: 10.1093/alcalc/ags134
12. Parish, W. J., Aldridge, A., Allaire, B., Ekwueme, D. U., Poehler, D., Guy Jr, G. P., ... & Trogdon, J. G. (2017). A new methodological approach to adjust alcohol exposure distributions to improve the estimation of alcohol-attributable fractions. *Addiction.* 112(11), 2053–2063. doi: 10.1111/add.13880
13. Rehm J. (2011). The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research & Health.* 34(2): 135.
14. Rehm J., Shield K. D. (2014). Alcohol and mortality: global alcohol-attributable deaths from cancer, liver cirrhosis, and injury in 2010. *Alcohol research: current reviews.* 35(2): 174.
15. Rehm J., Baliunas D., Borges G. L., Graham K., Irving H., Kehoe T., ... Roerecke M. (2010a). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction.* 105(5): 817–843. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x
16. Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G., Stinson, F., Grant, B., & Gmel, G. (2010b). Statistical modeling of volume of alcohol exposure for epidemiological studies of population health: the US example. *Population Health Metrics.* 8(1), 3. doi: 10.1186/1478-7954-8-3
17. Rehm J., Gmel Sr. G. E., Gmel G., Hasan O. S., Imtiaz S., Popova S., ... Shield K. D. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction.* 112(6): 968–1001. doi: 10.1111/add.13757
18. Rey, G., Boniol, M., & Jouglard, E. (2010). Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration with French data for 2006. *Addiction.* 105(6), 1018–1029. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02910.x
19. Shield K. D., Rehm J. (2015). Russia-specific relative risks and their effects on the estimated alcohol-attributable burden of disease. *BMC Public Health.* 15(1): 482. doi: 10.1186/s12889-015-1818-y
20. Taylor B., Rehm J. (2012). The relationship between alcohol consumption and fatal motor vehicle injury: high risk at low alcohol levels. *Alcoholism: clinical and experimental research.* 36(10): 1827–1834. doi: 10.1111/j.1530-0277.2012.01785.x
21. Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., ... & Bell, S. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet.* 391(10129), 1513–1523. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30134-X
22. World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018.* World Health Organization.
23. Zaridze D., Brennan P., Boreham J., Boroda A., Karpov R., Lazarev A., ... Peto R. (2009). Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths. *The Lancet.* 373(9682): 2201–2214. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61034-5
24. Zaridze D., Lewington S., Boroda A., Scélo G., Karpov R., Lazarev A., ... Sherliker P. (2014). Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults. *The Lancet.* 383(9927): 1465–1473. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62247-3
25. Zaridze D., Maximovich D., Lazarev A., Igitov V., Boroda A., Boreham J., ... Boffetta P. (2009b). Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies. *International journal of epidemiology.* 38(1), 143–153. doi: 10.1093/ije/dyn160

26. Zohoori, N., Mroz, T. A., Popkin, B., Glinskaya, E., Lokshin, M., Mancini, D., ... & Swafford, M. (1998). *Monitoring the economic transition in the Russian Federation and its implications for the demographic crisis—the Russian Longitudinal Monitoring Survey*. *World Development*, 26(11), 1977–1993. doi: 10.1016/S0305-750X(98)00099-0

Сведения об авторе

- Кузнецова Полина Олеговна, к.э.н., старший научный сотрудник Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС. E-mail: polina.kuznetsova29@gmail.com