

НУЖНА ПОМОЩЬ

ЕСЛИ БЫТЬ ТОЧНЫМ

АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЯ В РЕГИОНАХ РФ

Оценка масштаба проблемы на основе доступных статистических данных,
2019 г.

Подготовлено специально для информационной платформы «Если быть точным»
(techno.st) при поддержке агентства онлайн-исследований Tiburon Research

Москва 2021

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ.....	5
1) Оценка размера и структуры потребления: алкоголь	5
2) Оценка размера и структуры потребления: наркотики.....	8
3) Смертность, обусловленная употреблением алкоголя и наркотиков.....	11
4) Заболевания, ассоциированные с алкоголем и наркотиками.....	14
5) Криминальные последствия употребления алкоголя и наркотиков.....	17
РЕСУРСЫ, ЗАТРАЧИВАЕМЫЕ НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ	20
1) Финансирование	20
2) Ограничения при реализации алкогольной продукции.....	22
3) Инфраструктура для лечения и реабилитации наркологических больных	25
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ УСИЛИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	30
1) Число ремиссий на 100 наркологических больных.....	30
2) Снятие с диспансерного наблюдения	30
3) Уровень госпитализации на 100 наркологических больных	31
РЕГИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА (РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ)	34
МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ МАСШТАБА ПРОБЛЕМЫ В РЕГИОНЕ (расчет рейтинга A-E).....	38
Ограничения использования рейтинга	42
Термины и понятия	43
Основные источники данных по проблеме алкоголизма и наркомании.....	45
НАД МАТЕРИАЛОМ РАБОТАЛИ	46
Приложение 1. Методология расчета всех показателей, представленных на платформе «Если быть точным»	47
Приложение 2. Сравнение регионов по затраченным ресурсам и Рейтингу-2019	60

ВВЕДЕНИЕ

В XVIII-XIX веках продажа водки была одним из важнейших источников пополнения российской казны и государство поддерживало монополию на крепкий алкоголь. В 1914-1925 гг. действовал сначала «сухой», а затем «полусухой закон»: разрешалось продавать только слабые вина¹. С начала 1930-х годов² потребление алкоголя почти непрерывно возрастало и стабилизировалось лишь в начале 2010-х годов. Исключением стали 1985-1987 годы, когда наблюдалось резкое снижение потребления в связи с антиалкогольной кампанией, но в 1990-е годы произошел новый скачок потребления алкоголя, сопровождавшийся серьезным ростом смертности, в первую очередь мужской³.

В настоящее время, по данным «Трезвой России», алкоголь употребляют более 76 миллионов граждан в трудоспособном возрасте (85% трудоспособного населения страны). Употребление алкоголя является прямой или косвенной причиной 70% смертей в трудоспособном возрасте⁴, что соответствует 266 тыс. человек за 2019 год. Экономический ущерб от употребления алкоголя для разных стран оценивается интервалом от 0,45% до 5,44% ВВП⁵. В России этот показатель составляет около 2% ВВП⁶, из которых примерно четверть затрат является прямыми (оказание медицинской помощи), а остальные — непрямыми (потери от снижения производительности труда и преждевременной смертности, расходы социальных служб и др.)⁷.

Наркотики являются сравнительно новой проблемой для российского общества. Если в Западной Европе и США наркомания стала заметной проблемой уже в 1960-х годах, то в СССР она оставалась малораспространенным, а главное, «нишевым» явлением, затрагивавшим лишь определенные группы людей в ограниченном числе регионов (например, в среднеазиатских республиках). Этому способствовала закрытость границ и относительная скудность внутренних источников психоактивных веществ (ПАВ). По данным органов здравоохранения СССР, в 1965 году на учете состояло 23,7 тыс. наркопотребителей (в том числе 10 тыс. в РСФСР), а в 1987 году — более 53 тыс.⁸ После начала войны в Афганистане

¹ Подробнее см.: Сафронов С.А. «Пьяный вопрос» в России и «сухой закон» 1914-1925 годов. В 2 т. Т. 2.

² И.В. Сталин писал, что для финансирования индустриализации «нужно отбросить ложный стыд и прямо, открыто пойти на максимальное увеличение производства водки». См.: Сталин И.В. Письмо В. Молотову 1 сентября 1930 года // Сочинения. Т. 17. Тверь: Северная корона, 2004. С. 352-353.

³ Подробнее см.: Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. М., Книжный дом «ЛИБРОКОМ»; 2009.

⁴ URL: <https://ria.ru/20201215/alkogol-1589241174.html>

⁵ Thavorncharoensap M. et al. The Economic Impact of Alcohol Consumption: A Systematic Review // Substance Abuse Treatment Prevention and Policy. 2009. 4(1). URL: https://www.researchgate.net/publication/40032460_The_Economic_Impact_of_Alcohol_Consumption_A_Systematic_Review

⁶ URL: https://www.katrenstyle.ru/spotlight/alkogolizm_ekonomicheskoe_bremya_dlya_strany

⁷ Кошкина Е.А. и др. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в Российской Федерации URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/189/30/lang,ru/>

⁸ URL: <https://tass.ru/info/2045621>

появились каналы поставки опиоидов в СССР⁹, а широкие слои населения узнали о наркотиках от воинов-«афганцев»¹⁰.

Государственный антинаркотический комитет (ГАК) Российской Федерации в 2019 году оценивал численность лиц, постоянно или эпизодически употреблявших наркотики, в 1,9 млн человек, а лиц, хотя бы раз употреблявших ПАВ, — в 8,5 млн чел.¹¹ Независимые оценки менее оптимистичны: систематически употребляют ПАВ 5 млн человек, периодически — 13 млн¹², т. е. всего 18 млн человек. Экстраполяция оценки ООН (5,5% населения в возрасте 15-64 года¹³) дает численность наркопотребителей в 5,4 млн человек. Официальное число смертей, обусловленных употреблением наркотиков, в 2019 году составило 4569 человек¹⁴, однако адекватную оценку этого показателя дать гораздо сложнее, чем для алкогольной смертности¹⁵.

⁹ За период пребывания советских войск в Афганистане (1979-1989), по данным ООН, производство опиума в стране возросло с 200 до 1200 тонн (см.: Кулагин А. И. Афганский наркотрафик — угрозы для России и Европы URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/afgansky-narkotrafik-ugrozy-dlya-rossii-i-evropy>)

¹⁰ URL: <https://batenka.ru/resource/booze/1-heroin-afghan/>

¹¹ URL: <https://drugmap.ru/wp-content/uploads/2020/08/Doklad-GAK-2019-KMM.pdf>

¹² URL: <https://narcotrafik.com/articles/statistika-narkomanii-v-rossii-2020-2021>

¹³ World drug report 2019. Executive summary. P. 7. URL: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf

¹⁴ URL: <https://drugmap.ru/wp-content/uploads/2020/08/Doklad-GAK-2019-KMM.pdf>

¹⁵ См.: Михайлов А. Ю. и др. Безвозвратные потери населения России вследствие потребления наркотиков в 2000-2011 гг. // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 4 (38). С. 17.

МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ

1) Оценка размера и структуры потребления: алкоголь

После Второй Мировой войны всплеск алкоголизма наблюдался почти во всех европейских странах. Однако в Западной и Южной Европе традиционно употребляли вино, а не более опасные¹⁶ крепкие напитки. В скандинавских странах, где, как и в России, существовала водочная (так называемая северная) культура потребления, имелись крайне жесткие ограничения на потребление: государственная монополия на производство крепкого алкоголя, ограниченное число мест реализации и даже нормирование продаж¹⁷.

Не слишком удачный опыт советской кампании 1986-1987 годов¹⁸ отнюдь не свидетельствует о невозможности эффективной борьбы с алкоголем. В отечественной структуре потребления алкоголя в 2000-е годы шло постепенное замещение водки пивом. За 1999-2009 годы удельный вес водки в потреблении (в этиловом эквиваленте¹⁹) снизился с 69% до 42%, а вес пива возрос с 18% до 37%. Однако в абсолютном выражении потребление водки снизилось на 22%, а потребление пива выросло в 2,7 раза. Это привело к росту общей алкоголизации населения почти на четверть²⁰. В 2010-х годах государство (в первую очередь путем внесения изменений в текст закона 171-ФЗ²¹) предприняло ряд мер по снижению оборота алкогольной продукции. В частности, была запрещена реклама алкогольных напитков (включая пиво), повышены акцизы на алкоголь, установлены временные ограничения по продаже алкоголя.

Соответственно, наметилась тенденция к снижению потребления легального алкоголя: в 2010 г. оно составляло 11,2 л/год на взрослого старше 15 лет (в этиловом эквиваленте), в 2017 г. — 7,3 л/год, в 2019 г. — 7,5 л/год. Удельный вес водки в потреблении к 2019 г. снизился до 33%, а удельный вес пива вырос до 40%²².

¹⁶ Опасность крепких напитков состоит в том, что высокое содержание этанола в относительно малых объемах резко повышает риск единовременного приема опасно больших (вплоть до смертельных) доз алкоголя.

¹⁷ Подробнее см., напр.: Разводовский Ю.А. Алкогольная политика в европейской перспективе // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2005. № 1 (9). С. 21-24.

¹⁸ См., напр.: Кирсанов Р.Г. Антиалкогольная кампания периода перестройки: «новое мышление» и старые методы // Вестник Российской нации. 2015. № 6 (44). С. 102-110.

¹⁹ Порядок пересчета алкогольных напитков в этиловый эквивалент утвержден Приказом Министерства здравоохранения от 30 июля 2019 года N 575 «Об утверждении методики оценки среднелюдового потребления алкоголя в Российской Федерации» URL: <https://docs.cntd.ru/document/560925948>. Подробнее см. Приложение 1

²⁰ Расчет «Если быть точным» на основе данных Росалкогольрегулирования.

²¹ 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» URL: https://legalacts.ru/doc/171_FZ-o-gosudarstvennom-regulirovanii-proizvodstva-i-oborota-jetilovogo-spirta-alkogolnoj-i-spirosoderzhawej-produkcii/

²² Расчет «Если быть точным» на основе данных Росалкогольрегулирования. Подробнее о динамике структуры потребления алкоголя в России см., напр.: Радаев В.В., Котельникова З.В. Изменение структуры потребления алкоголя в контексте государственной алкогольной политики в России // Экономическая политика. 2016. Т. 11. № 5. С. 92-117. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izmenenie-struktury-potrebleniya-alkogolya-v-kontekste-gosudarstvennoy-alkogolnoy-politiki-v-rossii/viewer>

Тем не менее объем розничной продажи алкоголя не слишком хорошо отражает реальное потребление. Значительную его часть в России составляет самогон, а также нелегально реализуемая алкогольная продукция. Согласно определению ВОЗ, к неучтенным алкогольным напиткам относятся напитки домашнего производства (самогон, домашние вина и настойки), незаконный алкоголь (нелегально произведенные «обычные» алкогольные напитки, в основном водка) и различные суррогаты²³. В том же документе ВОЗ отмечает снижение общего потребления алкоголя в России на одного взрослого с 18,7 литров в 2005 году (включая 6,2 литра неучтенного потребления) до 11,7 литров в 2016 году (в том числе 3,6 литра неучтенного потребления).

В Приложении к приказу Минздрава РФ № 575 приведена методология расчета незарегистрированного потребления крепкого алкоголя²⁴. По данной оценке, в России за 2017 год незарегистрированное потребление составило **2,9 л/год** на душу населения²⁵, или 30% от общего потребления, что совпадает с оценками ВОЗ. На региональном уровне, однако, наблюдались значительные колебания этого показателя: от 0% в Москве до 86% в Северной Осетии. К регионам с высокой долей незарегистрированного потребления относились также Кабардино-Балкарская (80%) и Чеченская республики (74%), Республика Тыва (67%) и Карачаево-Черкесская Республика (62%). Наименьшая доля незарегистрированного потребления наблюдалась, помимо Москвы, в Дагестане (0%), Сахалинской области (1%), Санкт-Петербурге (4%), Мурманской области (7%) и Камчатском крае (8%). Нужно подчеркнуть, что к этим оценкам, как и к любым результатам статистического моделирования, нужно относиться с определенной осторожностью²⁶.

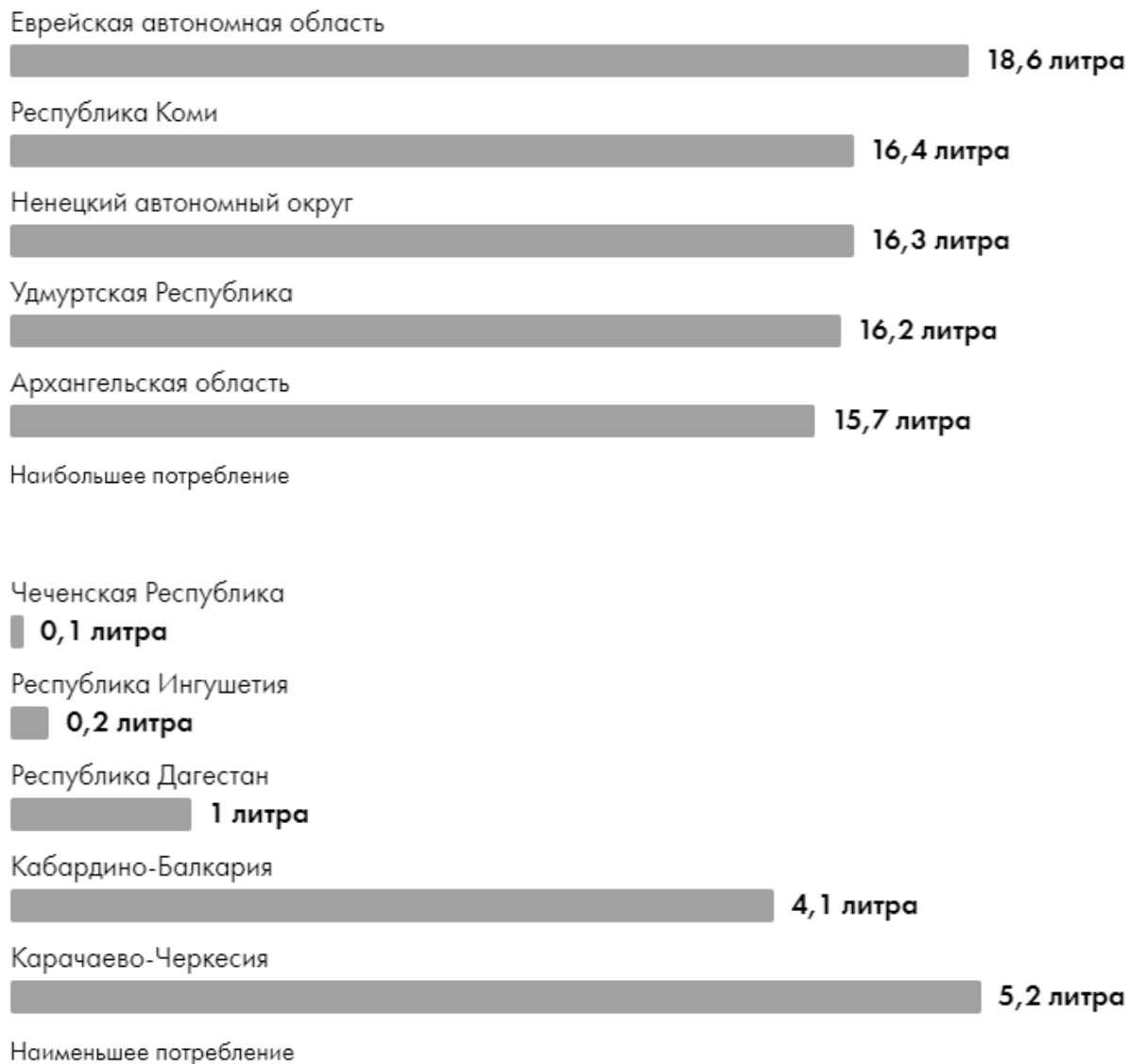
²³ Global status report on alcohol and health 2018 URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

²⁴ URL: <https://docs.cntd.ru/document/560925948>

²⁵ Соответствует 3,5 л/год на взрослого старше 15 лет.

²⁶ Методика Минздрава основана на уравнении, включающем такие факторы, как смертность от случайных отравлений алкоголем, заболеваемость алкогольными психозами и разность между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин. Подробнее см. Приложение 1.

Топ-5 регионов с наибольшим и наименьшим потреблением алкоголя (включая незарегистрированное) на 1 человека старше 15 лет²⁷, литров (2019 год)



Потребление самогона в России, по данным Союза производителей алкогольной продукции, в 2019 году составляло около 12 млн декалитров, незаконного алкоголя — 23 млн, при легальной реализации в размере 87 млн декалитров²⁸ (по данным Росалкогольрегулирования, легальная реализация составляла 90 млн декалитров²⁹).

²⁷ Здесь и далее для нормирования показателей, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, используется население в возрасте 15 лет и старше. Это обусловлено и традицией статистического учета, и простым соображением о том, что алкоголизм и наркомания являются заболеваниями взрослых, а не детей. В ряде случаев для еще большей точности ограничивается и верхняя граница возрастной шкалы: 39 лет - для употребления наркотиков, 79 лет - для употребления алкоголя.

²⁸ URL: <https://iz.ru/1021583/ekaterina-vinogradova/pit-iz-pod-poly-proverki-vyivavili-87-nelegalnogo-alkogolia-v-magazinakh>

²⁹ Расчет «Если быть точным», источник — данные Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка URL: http://fsrar.gov.ru/statisticheskaja_informacija

2) Оценка размера и структуры потребления: наркотики

В отличие от незарегистрированного потребления алкоголя для потребления наркотиков в России не существует официальной методики количественной оценки, и крайне сомнительно, что она появится в ближайшем будущем. Изучение степени распространения наркотиков, в том числе на региональном уровне, весьма затруднено в силу следующих причин:

- *табуированности темы*, усугубляющейся наличием административной (ст. 6.13 КоАП РФ) и уголовной (ст. 230 УК РФ) ответственности за пропаганду наркотиков и склонение к их употреблению. Российское общество также склонно стигматизировать наркопотребление: по опросам Фонда «Общественное мнение», в 2014 году 56% россиян выступали за уголовное преследование наркопотребителей. При этом 77% опрошенных считали наркоманию болезнью и лишь 13% — преступлением³⁰. В 2018 году доля тех, кто считал наркоманию болезнью, составляла 37%, а 23% опрошенных предлагали изолировать наркопотребителей от общества³¹;
- *скудности источников информации на региональном уровне*. Число показателей, имеющих отношение к наркопотреблению и представленных в государственных статистических формах, невелико. К тому же данные о ситуации в регионах собираются не Росстатом, а Минздравом, Роспотребнадзором и МВД — ведомствами, доступ к статистике которых весьма ограничен. Достоверность имеющихся данных находится под вопросом (см. ниже);
- *значительной степени латентности (скрытости) явления*, обусловленной его криминализацией. Если по алкоголю, который сам по себе является опасным ПАВ³², имеются подробные данные об объемах производства, оптовой и розничной реализации (ввиду его легальности), то по наркотикам такие данные в официальной статистике отсутствуют. Существует анализ деятельности теневых торговых площадок в «даркнете»³³, но в силу неофициального характера этих данных оперировать ими мы не можем. Кроме того, возникают сомнения в репрезентативности таких исследований. Часть потребителей приобретает наркотики через мессенджеры или соцсети, а часть вообще не участвует в нелегальной торговле, предпочитая производить наркотики самостоятельно (например, приобретая их прекурсоры в аптеках³⁴). На Западе широкое распространение получил химический анализ канализационных стоков на содержание

³⁰ URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/11685>

³¹ Согласно опросу ВЦИОМ URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/narkomaniya-v-rossii-monitoring>

³² Согласно определению ВОЗ, см.: URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

³³ URL: <https://pandemic-research.github.io/coronavirus/>

³⁴ Подробнее см., напр.: Сейтакова Б.М. «Аптечная» наркомания: причины и меры противодействия // Научный компонент. 2020. № 3 (7). С. 16-23.

наркотиков³⁵, однако в российских регионах подобные исследования, насколько нам известно, до сих пор не проводились.

Реальная структура потребления наркотических и психотропных средств в российских регионах слабо изучена даже в специализированных наркологических исследованиях. Можно лишь определенно утверждать, что она заметно разнится в зависимости от региона и **зависит прежде всего от следующих факторов:**

- географического положения;
- доходов потенциальных потребителей;
- наличия (или отсутствия) местного производства.

Ключевая роль *географического положения* региона обусловлена высоким риском (и, соответственно, высокой стоимостью) нелегальной транспортировки наркотиков внутри России. В этом проявляется одна из важных особенностей отечественного подпольного рынка наркотиков. Как известно, морской путь транспортировки является наиболее дешевым и безопасным. Это относится и к наркотикам.

Важными «воротами» импорта наркотиков в Россию являются всего несколько портовых городов, и в первую очередь — Санкт-Петербург. Другими транзитными пунктами являются Находка, Калининград и Ростов-на-Дону, откуда наркотики развозятся по стране³⁶. Второе направление наркотрафика — с юга, из Афганистана через российско-казахстанскую границу (т.н. «северный маршрут»³⁷). Логистические проблемы обуславливают сравнительно высокую стоимость импортных наркотиков для потребителей из отдаленных регионов. Соответственно, значительная часть привозных наркотиков (в первую очередь героина) потребляется «на месте» — в Санкт-Петербурге, Ленинградской, Калининградской и Ростовской областях, в Крыму, Краснодарском и Приморском краях, а также в граничащих с Казахстаном Самарской, Челябинской и Новосибирской областях. Это хорошо видно на карте наркопреступлений³⁸ в российских регионах за 2014 год, созданной Институтом проблем правоприменения при Европейском университете в Санкт-Петербурге.

Остальная часть «импорта» направляется преимущественно в Москву и Московскую область — наиболее крупный с точки зрения *платежеспособного спроса* рынок страны. Ввиду сравнительно низких доходов населения большинства других регионов страны основными группами потребляемых наркотиков до конца 2000-х годов были опиоиды (преимущественно афганского происхождения) и натуральные каннабиноиды. В 2010-х годах ситуация кардинально изменилась. Это обусловлено двумя основными факторами:

³⁵ Например, URL: <https://naked-science.ru/article/medicine/uchenye-sostavili-kartu-upotrebleniya-narkotikov-po-vsemu-miru-na-osnove-issledovaniya-stochnyh-vod>

³⁶ Михайлова Л. В. Использование морского транспорта и инфраструктуры международных портов в наркотрафике // Вестник СурГУ. 2019. Вып. 3 (25). С. 71-76.

³⁷ Митрофаненкова О.Е. Маршруты афганского наркотрафика (конец XX в. — начало XXI в.) // Восточная аналитика. 2020. № 3. С. 190-201.

³⁸ URL: <http://atlasjustice.com/drugmap/district.html>

- широким распространением *синтетических наркотиков*, дешевых в производстве и провоцирующих высокую аддиктивность и толерантность³⁹;
- массовым переходом к *бесконтактным методам торговли* наркотиками⁴⁰.

По данным формы межведомственной статистической отчетности «4-МВ-НОН» о числе лиц, совершивших административные правонарушения (код 174)⁴¹, можно судить о структурных изменениях в потреблении наркотиков. Так, в 2020 году по сравнению с 2017 годом приблизительный⁴² удельный вес потребителей каннабиноидов снизился с 30% до 22%, опиоидов — с 9% до 6%, в то время как доля потребителей синтетических наркотиков увеличилась с 13% до 17%, а «других наркотических средств, не указанных в справочниках» — с 45% до 54%. Другим косвенным признаком распространения синтетических наркотиков является снижение производства опиоидов в Афганистане: достигнув своего пика в 2017 году (около 9000 тонн), в 2018-2020 годах оно находилось в пределах 6300-6400 тонн⁴³.

Констатируя эту тенденцию, специалисты ННЦ наркологии Минздрава приходят к следующему выводу: *«С одной стороны, быстрыми темпами снижается заболеваемость опиоидной наркоманией. С другой стороны, наблюдается увеличение показателей заболеваемости наркоманиями вследствие употребления психостимуляторов, а также употребления нескольких наркотиков и использования других (в том числе новых) наркотиков. Однако суммарный прирост показателей заболеваемости последними расстройствами не оказывает значимого влияния на общий уровень заболеваемости наркоманией, поскольку положительный прирост числа пациентов с этими видами зависимости не компенсирует отрицательный прирост пациентов с опиоидной наркоманией»*⁴⁴.

³⁹ Подробнее см., напр.: Асадуллин А. Р. и др. Подход к классификации «дизайнерских» наркотических средств и новых потенциально опасных химических веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 4(93) С. 51-59.

⁴⁰ Подробнее см., напр.: Гаврюшенко Р.В. Особенности распространения наркотиков синтетического происхождения // Актуальные проблемы борьбы с преступлениями и иными правонарушениями. 2014. № 14-1. С. 28-31.

⁴¹ «Сведения об административных правонарушениях, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров или аналогов (либо их частей), содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, новых потенциально опасных психоактивных веществ». URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/58162>

⁴² Приблизительность расчета связана с тем, что сумма потребителей по видам наркотиков превышает (в 2017-2020 гг. — на 19-22%) общее число административных правонарушителей, что может объясняться полинаркоманией. Удельный вес в данном случае рассчитывался, исходя из суммы потребителей.

⁴³ Afghanistan Opium Survey 2020: Cultivation and Production URL: https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/20210503_Executive.summary_Opium_Survey_2020_SMALL.pdf

⁴⁴ Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2017-2018 годах» С. 44-45 URL: <http://nnn.serbsky.ru/wp-content/uploads/2019/12/Анал.обзор.17-18.публ.pdf>

Однако темпы увеличения потребления «новых» наркотиков, по-видимому, недооцениваются⁴⁵. Постепенное вытеснение натуральных опиоидов и каннабиноидов еще более опасными⁴⁶ синтетическими наркотиками, несомненно, усугубило ситуацию в большинстве регионов страны. Если раньше высокая стоимость сухопутной транспортировки наркотиков в какой-то мере сдерживала потребление вдали от Москвы и Санкт-Петербурга, то в настоящее время возрастает значение местного производства синтетических наркотиков. Его масштаб тем не менее зависит от регулярности поставок прекурсоров из-за рубежа (в первую очередь, из Китая)⁴⁷. Как ни парадоксально, ситуация временно улучшилась из-за пандемии коронавируса. Связанные с ней ограничения прервали или серьезно нарушили цепочки поставок прекурсоров, что привело к подорожанию наркотиков и снижению их доступности⁴⁸.

3) Смертность, обусловленная употреблением алкоголя и наркотиков

В Международной классификации болезней, травм и причин смерти (в настоящее время действует МКБ-10, т. е. десятого пересмотра) случайные отравления обозначаются кодами в интервалах X40-X49, Y10-Y19. Непосредственное отношение к рассматриваемой теме имеют разделы X45 «Случайное отравление алкоголем» и X42 «Случайное отравление наркотиками и психодислептиками, не классифицированное в других рубриках». Однако ограничиваться ими нельзя: существует серьезная проблема объективности учета. В медицинском свидетельстве о смерти, являющемся первичным документом статистического учета, любое упоминание об алкоголе или наркотиках, как правило, является нежелательным для родственников умершего. С 2008 г. появилась возможность замены свидетельства ввиду уточнения причины смерти, что дает простор для злоупотреблений. Значительная часть алкогольных отравлений может маскироваться под сердечно-сосудистые заболевания (например, «другие формы острой ишемической болезни сердца»)⁴⁹. В базе данных Центра демографических исследований РЭШ нередко встречаются случаи смерти от этой причины даже в возрастном интервале 15-19 лет, что не может не вызывать подозрений.

При регистрации причины смерти перед патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом встают и объективные проблемы медицинского характера. Во-первых, следы алкоголя или наркотиков в организме умершего, даже в больших концентрациях, не обязательно свидетельствуют об отравлении как о непосредственной причине смерти. Во-вторых, отравление некоторыми

⁴⁵ Антонян Ю.М. и др. Комплексный анализ состояния преступности в Российской Федерации и расчетные варианты ее развития. Аналитический обзор. М., 2018. С. 51-52. URL: https://мвд.рф/upload/site163/document_text/Kompleksnyy_analiz_original-maket_24_04.pdf

⁴⁶ См., напр.: Головкин А.И. и др. О биологической активности дизайнерских наркотиков из группы синтетических опиоидов // Успехи современной биологии. 2020. Т. 140. № 5. С. 464-477.

⁴⁷ Корчагин О.Н. и др. Синтетические наркотики в России как реальная угроза национальной безопасности // Актуальные проблемы экономики и права. 2015. № 1. С. 245-253.

⁴⁸ COVID-19 и цепочка незаконных поставок наркотиков: от производства и транспортировки до потребления / Исследовательский обзор UNODC. URL: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/COVID-19_and_drug_supply_chain_ru.pdf

⁴⁹ Zaridze D., Brennan P., Boreham J. et al. Alcohol and Cause-Specific Mortality in Russia: A Retrospective Case-Control Study of 48,557 adults deaths // Lancet. 2009. Vol. 373 (9682). Pp/ 2201-2214.

суррогатами алкоголя (например, метанолом или изопропиловым спиртом) формально не является алкогольным отравлением, но, по сути, относится к алкоголь-ассоциированным причинам. Таким образом, недостаточная квалификация эксперта или его субъективный подход могут оказать решающее влияние на результаты учета.

С 2011 года наблюдается значительное (в 6-7 раз) занижение числа случайных отравлений алкоголем, которые зачастую маскируются причиной Y15 «Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями»⁵⁰.

Подобная практика, по-видимому, существует и при регистрации смертности от отравлений наркотиками. Помимо пожеланий родственников, на результаты статистического учета может влиять тот факт, что уровень смертности от случайных отравлений наркотиками является одним из целевых «показателей состояния наркоситуации» в регионе, установленных «Положением о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации»⁵¹. Задача региональных властей — обеспечить устойчивое снижение данного целевого показателя. Например, в Москве за 2018-2019 годы стандартизированный коэффициент смертности от случайных отравлений наркотиками (X42) снизился с 10,6 до 9,5 случаев на 100 тыс. человек в возрасте 15-49 лет, в то время как смертность от отравлений наркотиками с неопределенными намерениями (Y12) в том же возрастном интервале выросла с 3,4 до 4,9 случаев, а от прочих случайных отравлений (X46-X49) — с 1,9 до 2,2 случаев⁵². **С учетом этого, наиболее разумным решением при анализе является суммирование смертности от всех отравлений, за исключением отравлений медикаментами.**

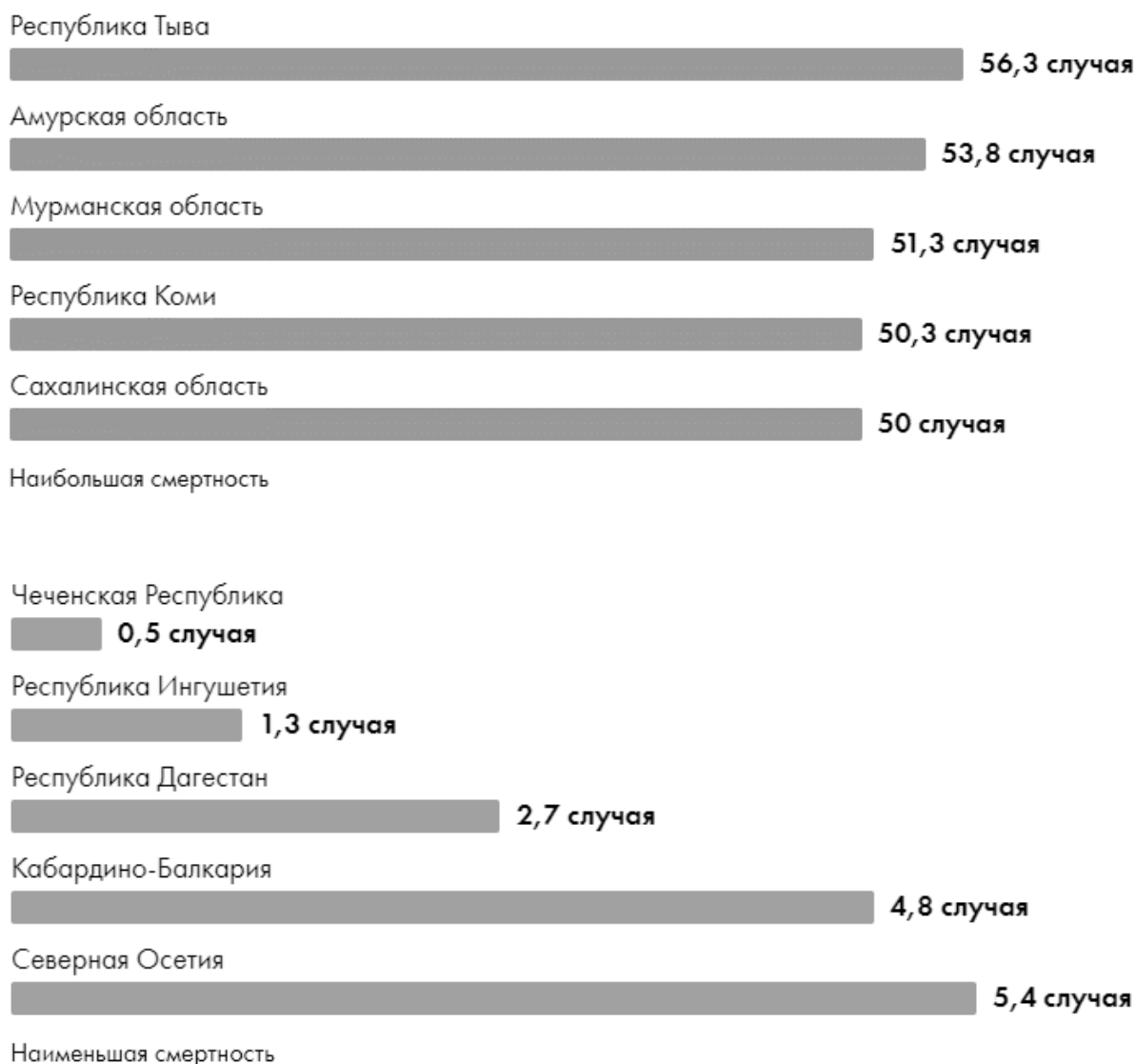
⁵⁰ Андреев Е.М. Правильно ли считают умерших от случайных отравлений алкоголем? // Демоскоп Weekly. 2016. № 673-674. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0673/tema01/php>

⁵¹ Утверждено постановлением Правительства РФ от 20 июня 2011 г. № 485 URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12087125/> В настоящее время действует «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года» (утверждена Указом Президента РФ от 23.11.2020 № 733), содержащая аналогичный список целевых индикаторов URL:

<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202011230073>

⁵² Расчеты «Если быть точным» на основе данных Центра демографических исследований РЭШ. Дополнительно по этому вопросу см.: Семенова В.Г. и др. Потери трудоспособного населения Москвы, обусловленные наркотиками: официальные уровни и реальные масштабы // Здоровье мегаполиса. 2020. Т. 1. № 2. С. 38-52.

Топ-5 регионов с наибольшей и наименьшей смертностью от случайных отравлений алкоголем и наркотиками, прочих случайных отравлений (в том числе с неопределенными намерениями), случаев на 100 тыс. населения в возрасте 15-79 лет (стандартизованный показатель, 2019)



Уровень самоубийств также может отражать степень неблагополучия региона. По данным исследований самоубийств, потребление алкоголя обуславливает 61-63% мужских и 35% женских суицидов⁵³. К сожалению, качество статистических данных на региональном уровне является совершенно неудовлетворительным. Например, в Сахалинской области в 2017 году уровень самоубийств составлял в среднем 7,98 случаев на 100 тыс. населения, а в 2019 году — всего 0,4 (снижение на 95%, для сравнения — по России за тот же период снижение составило 15%). Еще более впечатляет пример Хабаровского края: снижение с 25,6 случаев (2015 г.) до 2,32 (2016 г.), т. е. на 91% всего за год⁵⁴. Аналогичные примеры можно привести

⁵³ Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси и России: сравнительный анализ трендов // Суицидология. 2014. Т. 5. № 4 (17). С. 37-43.

⁵⁴ Расчет «Если быть точным» на основе данных ЕМИСС URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31271>

для Астраханской и Липецкой областей, Республики Тыва и других регионов. Очевидно, подобные колебания с большой долей вероятности объясняются вышеописанными особенностями ведения статистического учета в регионах.

4) Заболевания, ассоциированные с алкоголем и наркотиками

По данным ВОЗ, потребление алкоголя — уникальный по своему охвату фактор, влияющий на риски примерно 230 болезней и травм, упоминаемых в МКБ-10⁵⁵. Согласно масштабному исследованию, опубликованному в журнале *Lancet*⁵⁶, из 23 важнейших алкоголь-ассоциированных причин смерти 19 являются теми или иными заболеваниями.

Заболевания, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков, можно разделить на две группы:

- заболевания, непосредственно обусловленные употреблением: синдром зависимости от алкоголя или наркотиков (алкоголизм, наркомания), пагубное употребление алкоголя или наркотиков, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная полиневропатия, психические и поведенческие расстройства, алкогольный цирроз печени и др.;
- заболевания, косвенно обусловленные употреблением⁵⁷: острый и хронический панкреатит, рак печени и пищевода, ишемический и геморрагический инсульты; ишемическая болезнь сердца, ВИЧ-инфекция, гепатит С (риск заболеваемости которым связан с парентеральным употреблением⁵⁸; в частности, исследования показывают, что 44% больных были наркопотребителями⁵⁹) и др.

В силу уже упомянутых особенностей статистического учета (характерных не только для России) надежность показателей заболеваемости или смертности от заболеваний первой группы не слишком высока. Упоминание алкоголя или наркотиков в диагнозе является «нежелательным» и может привести к занижению показателей заболеваемости и смертности⁶⁰.

⁵⁵ Global status report on alcohol and health 2018. P. 3. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

⁵⁶ Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

⁵⁷ Это означает, что не все случаи данных болезней обусловлены употреблением алкоголя или наркотиков, однако имеется доказанная связь между употреблением и риском развития заболевания.

⁵⁸ Hepatitis C among drug users in Europe: Epidemiology, treatment and prevention URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6282910>

⁵⁹ Hepatitis C Treatment in Patients with Drug Addiction Is Effective or Not Effective? URL: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2953/TDXD16002ENN_final_web.pdf

⁶⁰ Подробнее см., напр.: Семенова В.Г., Сабгайда Т.П., Михайлов А.Ю., и др. Смертность населения России от причин алкогольной этиологии в 2000-е годы // Социальные аспекты здоровья населения. 2018. № 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/397>

К причинам, обуславливающим высокую естественную латентность алкоголизма и наркомании, относятся:

- высокий уровень отрицания проблемы (анозогнозии), характерный для данных заболеваний⁶¹. Это приводит к существенному снижению уровня обращаемости за медицинской помощью;
- законодательно установленные ограничения для зарегистрированных наркологических больных. Человек, находящийся под диспансерным наблюдением, не может управлять транспортным средством, состоять на государственной службе, владеть оружием, усыновлять детей и т.д. Социально-правовой стигмы можно избежать при анонимном обращении в негосударственные наркологические учреждения, однако здесь возникают вопросы стоимости лечения и физической доступности частных клиник, которые ставят больных в заведомо неравные условия.

В отечественной наркологической практике принято различать диагнозы «алкоголизм (наркомания)» и «пагубное употребление алкоголя (наркотиков)». Во втором случае факт наличия зависимости от употребления считается не установленным, при явных негативных последствиях употребления. Доля пациентов с диагнозом «алкоголизм» в сумме больных с диагнозами «алкоголизм» и «пагубное употребление алкоголя» в 2019 году составляла 88,1%. Соответствующая доля пациентов с диагнозом «наркомания» составляла 62,4%. Нужно заметить, что на региональном уровне последний показатель варьирует от 16,5% (Республика Ингушетия) до 89,9% (Москва)⁶². Складывается впечатление, что на практике выбор между двумя диагнозами («наркомания» или «пагубное употребление наркотиков») довольно субъективен, а предпочтения различаются в зависимости от региона. Вероятно, **при оценке ситуации целесообразнее использовать суммарный показатель, не разделяя зависимость и пагубное употребление.**

⁶¹ Подробнее см., напр.: Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом. Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 2005. URL: <http://www.dslib.net/narkologia/alkogolnaja-anozognozija-i-ee-preodolenie-v-processe-lechenija-bolnyh-alkogolizmom.html>

⁶² Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», «Общая заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков».

Регионы по уровню первичной заболеваемости (т. е. впервые зарегистрированной в данном году) и общей заболеваемости совпадают далеко не всегда (см. Табл. 1).

Табл. 1. Группировка регионов по уровню общей и первичной заболеваемости наркологическим расстройствами (2019 г., на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Регионы отсортированы по алфавиту.

	Первичная заболеваемость	Общая заболеваемость
Алкоголизм (на 100 тыс. населения 15+)		
Регионы с наименьшей заболеваемостью	(диапазон значений от 5,0 до 16,1) Астраханская область Краснодарский край Республика Дагестан Санкт-Петербург Чеченская Республика	(диапазон значений от 276,4 до 462,1) Краснодарский край Москва Республика Дагестан Санкт-Петербург Чеченская Республика
Регионы с наибольшей заболеваемостью	(диапазон значений от 122,6 до 265,4) Пензенская область Республика Коми Сахалинская область Хабаровский край Чукотский АО	(диапазон значений от 2148,8 до 4509,9) Брянская область Камчатский край Магаданская область Сахалинская область Чукотский АО
Наркомания и пагубное употребление наркотиков (на 100 тыс. населения 15 — 39 лет)		
Регионы с наименьшей заболеваемостью	(диапазон значений от 23,3 до 38,8) Карачаево-Черкесская Республика Кировская область Оренбургская область Республика Карелия Чеченская республика	(диапазон значений от 174,8 до 323,9) Архангельская область Кировская область Ненецкий АО Республика Карелия Чукотский АО
Регионы с наибольшей заболеваемостью	(диапазон значений от 185,7 до 314,1) Забайкальский край Приморский край Республика Алтай Республика Бурятия Сахалинская область	(диапазон значений от 1809,8 до 3405,6) Воронежская область Еврейская авт. область Курганская область Республика Крым Сахалинская область

Обращает на себя внимание критическое положение Сахалинской области, которая входит в пятерку самых неблагополучных регионов как по первичной, так и по общей заболеваемости алкоголизмом и наркоманией. К благополучным по алкоголизму регионам относятся Краснодарский край, Санкт-Петербург, республики Дагестан и Чечня. Низкие уровни первичной и общей заболеваемости наркоманией демонстрируют Республика Карелия и Кировская область.

5) Криминальные последствия употребления алкоголя и наркотиков

Спектр криминальных последствий алкоголизма и наркомании весьма обширен. Во-первых, это административные и уголовные правонарушения, непосредственно связанные со сбытом, хранением, контрабандой и производством наркотических и психотропных средств. Подавляющее число зарегистрированных преступлений в этой сфере (более 99%) относится к двум статьям УК РФ — 228 и 228.1 (наказывающей за незаконное производство и сбыт). Примерно 60% наркопреступлений приходятся на более тяжкую статью 228.1, хотя региональные различия достаточно велики — от 6% в Чеченской Республике до 87% в Чувашии⁶³. Этот показатель позволяет косвенно судить о жесткости действий правоохранительных органов региона. Максимальные значения (более 75%) наблюдаются в республиках Коми, Карелия, Чувашия, Калужской, Костромской, Мурманской, Новгородской, Псковской и Тверской областях и в Москве. Минимальные значения (менее 30%) — во всех республиках Северного Кавказа, республиках Алтай, Калмыкия, Хакасия, Приморском, Краснодарском и Забайкальском краях, Амурской области.

Во-вторых, это сопутствующие проявления алкоголя и наркотиков в криминальной статистике: дорожно-транспортные происшествия с участием водителей и пешеходов, находящихся под воздействием ПАВ; преступления (в частности, убийства и тяжкие телесные повреждения), совершенные в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Третья группа наиболее сложна для наблюдения: кражи, разбойные нападения и другие правонарушения с целью получения денег для приобретения алкоголя или наркотиков.

К сожалению, достоверность данных по наркопреступлениям, как и всей российской криминальной статистики, крайне низка. Помимо уже упомянутой естественной латентности, корень проблемы состоит в том, что целью статистики считается не объективное отражение криминальной ситуации в регионах, а эффективность функционирования правоохранительных органов.

Авторы отчета, посвященного отечественной криминальной статистике, указывают: «Структура преступности интересует МВД не как знание о социальном явлении. Структура преступности должна максимально соответствовать внешне заданным ожиданиям от этого ведомства. Важно

⁶³ Расчет «Если быть точным», средние значения за 2017-2020 годы.

соответствие предыдущему периоду, а изменение структуры возможно лишь при активно заявленной борьбе с отдельными видами преступлений⁶⁴».

К аналогичному выводу приходят исследователи, изучающие генезис распространения наркозависимости в России: «Уголовная статистика фиксирует не реальное ее состояние, а лишь состояние борьбы с ней, проводимой правоохранительными органами и частично общественными организациями, нацеленными на борьбу с наркоманией. 80% опрошенных сотрудников органов внутренних дел считают, что уровень преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, значительно выше фиксируемого официальной статистикой»⁶⁵.

Тем не менее, возможно, что некоторым криминальным индикаторам все же присуща определенная степень достоверности (по крайней мере, при ранжировании регионов по степени выраженности проблемы). К таким показателям, значимо коррелирующим с данными медицинской статистики⁶⁶, можно отнести долю преступлений, совершенных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. На алкоголь в структуре таких преступлений приходится 95-96%, что частично объясняется сложностью диагностики наркотического опьянения.

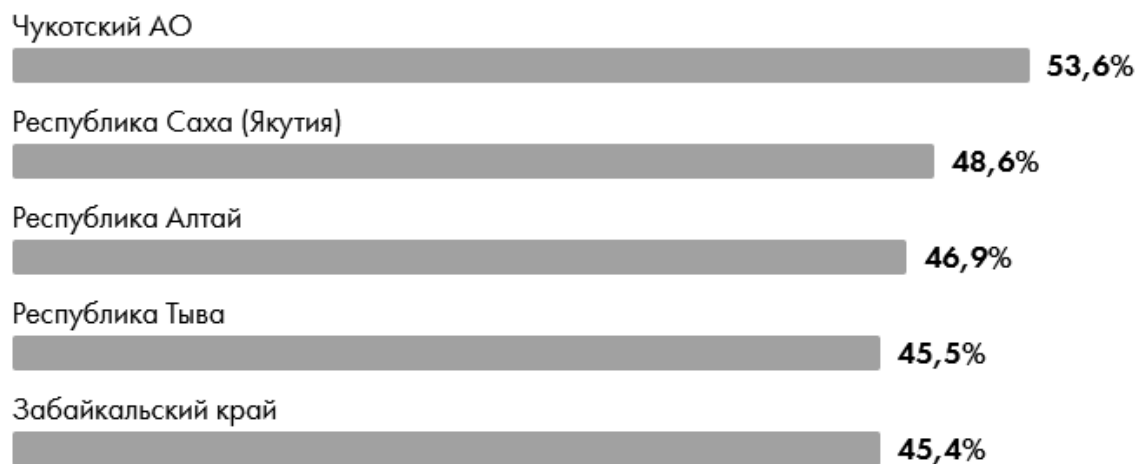
⁶⁴ М. Шклярчук, Д. Скугаревский. Криминальная статистика: механизмы формирования, причины искажения, пути реформирования С. 42. URL:

https://enforce.spb.ru/images/Products/Crimestat_report_2015_IRL_KGI_web.pdf

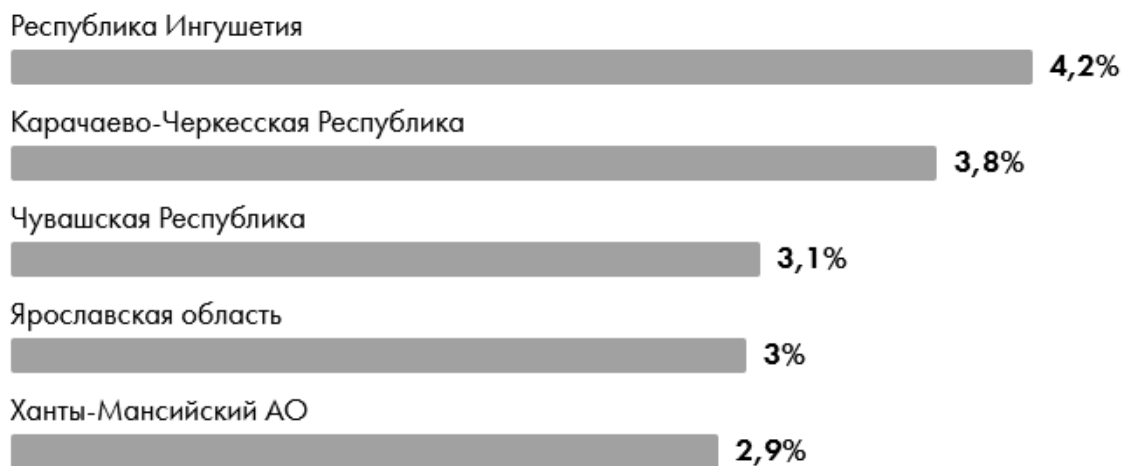
⁶⁵ Пантюхина Г.А. Наркомания в России в конце XX — начале XXI в.: причины возникновения и распространения // Историческая и социально-образовательная мысль. 2017. Т. 9. № 4-2. С. 67.

⁶⁶ Как известно, наличие значимой корреляции между показателями не обязательно свидетельствует о взаимосвязи между ними. В данном случае можно лишь предположить, что это признак того, что оба показателя (медицинский и криминальный) независимо друг от друга коррелируют с реальной обстановкой.

Топ-5 регионов с наибольшей долей преступлений, совершенных в состоянии опьянения, % (2019 г.)



алкогольное опьянение



наркотическое опьянение

РЕСУРСЫ, ЗАТРАЧИВАЕМЫЕ НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

1) Финансирование

Бремя расходов на борьбу с алкоголизмом и наркоманией, по состоянию на сегодняшний день, возложено на регионы. В «Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года»⁶⁷ сведений о финансировании соответствующих мероприятий нет. Государственная программа Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков», состоявшая из трех подпрограмм и рассчитанная на период до 2020 года включительно, была свернута весной 2017 года⁶⁸.

В расходной части «Отчета об исполнении консолидированного бюджета региона» (форма 0503317) отсутствуют какие-либо упоминания о борьбе с алкоголем или наркотиками, а также о реабилитации потребителей.

Информация об объеме финансирования антинаркотических программ субъектов Российской Федерации содержится в ведомственной форме 03а-АНК⁶⁹. Суммарный объем фактически выделенных средств составил: в 2017 году — **1,06** млрд руб., в 2018 году — **1,10** млрд руб., в 2019 году — **1,57** млрд руб.⁷⁰

Сведений о финансировании антинаркотических программ в региональном разрезе ГАК в своем ответе на соответствующий запрос не предоставил⁷¹. Остается полагаться на данные «Докладов о наркоситуации», ежегодно составляемых региональными антинаркотическими комиссиями⁷². В открытом доступе удалось найти 186 из 255 докладов за 2017-2019 годы⁷³. Адекватно оценить объем финансирования антинаркотических мероприятий на их основе довольно трудно, а порой и невозможно⁷⁴. Как правило, в рамках региональной программы

⁶⁷ Одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 года N 2128-р URL: <http://docs.cntd.ru/document/902193424>

⁶⁸ Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 299 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70544066> утратило силу с 15 апреля 2017 года на основании постановления Правительства Российской Федерации от 31 марта 2017 года N 385.

⁶⁹ Утверждена председателем Государственного антинаркотического комитета 21.03.2018 № 8/6-3114. См. URL: <https://media.mvd.ru/files/embed/1281086>

⁷⁰ «Доклады о наркоситуации в Российской Федерации» за 2017-2019 годы.

⁷¹ Все запросы на данные и ответы, полученные в ходе исследования: https://static.tochno.st/files/static/tochno.st_alkogolizm_i_narkomaniya_Zaprosy-i-otvety.pdf

⁷² URL: <https://гак.мвд.рф/антинаркотические-комиссии-в-субъектах-р/информационные-ресурсы-антинаркотических->

⁷³ По состоянию на июнь 2021 года в свободном доступе отсутствовали доклады за 2017-2019 годы антинаркотических комиссий Курской, Московской, Саратовской, Тверской областей, республик: Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Татарстан, Чечня, Чувашия, а также Чукотского автономного округа. Еще по 20 субъектам Федерации имелись доклады за отдельные годы.

⁷⁴ Некоторые регионы (например, Иркутская, Ленинградская и Мурманская области, Красноярский и Ставропольский края) не включают в свои доклады данные о финансировании антинаркотических программ.

развития здравоохранения выделена подпрограмма противодействия распространению наркотиков (варианты ее названия меняются в зависимости от региона). В том случае, если такая подпрограмма отсутствует, регион отчитывается о финансировании «близких по духу» программ, направленных на развитие образования, здравоохранения, физической культуры и спорта, а также профилактику правонарушений, экстремизма и пр.⁷⁵ Установить конкретные суммы расходов на борьбу с алкоголем и наркотиками при этом не представляется возможным. Кроме того, числовые данные в докладах одной и той же антинаркотической комиссии совпадают не всегда⁷⁶.

Структура финансирования формой О3а-АНК явным образом не регламентирована. **Расходы на антинаркотические мероприятия в регионах можно разделить на три части:**

- противодействие незаконному обороту наркотиков⁷⁷ (в частности, уничтожение дикорастущих наркосодержащих растений);
- профилактика немедицинского употребления наркотиков (мониторинг ситуации; информационно-просветительская деятельность; организация различного рода мероприятий, социальных проектов и т.п.). Сюда же будут относиться расходы на наркологическую службу (содержание и ремонт наркологических диспансеров и химико-токсикологических лабораторий; подготовка и повышение квалификации персонала; закупки медицинского оборудования, тест-систем и др.);
- реабилитация и ресоциализация наркопотребителей (в том числе поддержка НКО соответствующего профиля). Данная статья в отдельных регионах финансируется по остаточному принципу⁷⁸ или не финансируется вовсе, хотя средства из бюджета могут и выделяться⁷⁹.

⁷⁵ См., напр., с. 14-15 доклада антинаркотической комиссии г. Москвы за 2019 год URL: https://77.мвд.рф/upload/site211/document_news/020/474/399/Monitor_2019_DRB.isp.pdf. Подобные обобщения встречаются и в ведомственной отчетности: так, форма О3а-АНК Курской области за 2017 г. содержит данные о финансировании программы «Профилактика правонарушений в Курской области за 2017-2020 годы» без выделения соответствующей антинаркотической подпрограммы.

⁷⁶ Например, финансирование подпрограммы Омской области «Обеспечение общественной безопасности, профилактика наркомании, противодействие экстремизму и терроризму» за 2018 год в докладе 2018 года (с. 45) оценивалось в 2424,84 тыс. руб., а в докладе 2019 года (с. 49) — в 1902,46 тыс. руб. Финансирование антинаркотических мероприятий в муниципальных образованиях Ивановской области за 2017 год в докладе 2017 года (с. 67) оценивалось в 4104,49 тыс. руб., а в докладе 2018 года (с. 71) — уже в 2389,43 тыс. руб., причем последнее число фигурирует в докладе 2017 года как финансирование за 2016 год.

⁷⁷ В некоторых докладах эта статья именуется «Обеспечение правоохранительной деятельности по борьбе с незаконным оборотом наркотиков»; возможны и другие варианты названия.

⁷⁸ Например, в 2018 г. в Республике Карелия вторая статья была профинансирована на 14,8%, а третья — на 4,9% от бюджетных назначений (с. 59 доклада).

⁷⁹ Так, бюджетом Смоленской области в 2017-2018 годах на эти цели выделялось по 528,2 тыс. руб., но кассовые расходы были равны нулю. В 2019 году на комплексную реабилитацию и ресоциализацию наркопотребителей Кабардино-Балкарской Республики выделено 300 тыс. руб., но конкурс был признан несостоявшимся ввиду отсутствия заявок (ответ на запрос «Если быть точным» № 402 от 08.06.21 https://static.tochno.st/files/static/tochno.st_alkogolizm_i_narkomaniya_Zaprosy-i-otvety.pdf).

Удельный вес расходов на противодействие незаконному обороту наркотиков в России в 2017-2019 годах находился в интервале от 9,0% до 10,7%; удельный вес расходов на реабилитацию и ресоциализацию — в интервале от 32,7% до 37,8%⁸⁰.

Судя по имеющимся в нашем распоряжении (неполным) данным, максимальный объем финансирования получили антинаркотические мероприятия в Калужской области: в 2017 году было выделено 106,95 млн руб., в 2018 году — 108,71 млн руб., в 2019 году — 55,71 млн руб. Резкое сокращение финансирования в 2019 году может быть связано с ликвидацией государственной программы «Профилактика незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании в Калужской области»⁸¹. Наибольшее сокращение финансирования в 2019 году по сравнению с 2017 годом наблюдалось в Челябинской (на 97%), Ярославской (на 88%), Магаданской (на 81%) и Калининградской (на 80%) областях. Максимальный рост финансирования отмечен в Архангельской области (на 127%), Рязанской (на 122%), Амурской (на 96%) и Псковской (на 93%) областях, Ханты-Мансийском (на 124%) и Ямало-Ненецком (на 93%) автономных округах.

Медианный объем выделенного финансирования в 2017 году составил 3,8 млн руб., в 2018 году — 2,4 млн руб., в 2019 году — 3,7 млн руб.⁸² По относительным расходам (в расчете на одного человека в возрасте 15-39 лет) в 2019 г. лидировали Республика Коми (343,0 руб.), Ненецкий АО (244,1 руб.), Тюменская область (202,6 руб.), Ямало-Ненецкий АО (192,6 руб.), Калужская область (174,1 руб.). Минимальные уровни финансирования зафиксированы в Челябинской области (0,1 руб.), Кабардино-Балкарской Республике (0,3 руб.), Тамбовской (0,6 руб.), Кировской (0,7 руб.) областях и Республике Крым (1,1 руб.)⁸³. Представитель Департамента здравоохранения Чукотского АО заявил об отсутствии «непосредственного финансирования» антинаркотической программы за 2018-2020 годы⁸⁴. Соответствующее финансирование отсутствует и в Чеченской Республике⁸⁵.

2) Ограничения при реализации алкогольной продукции

Ограничения продажи алкоголя являются важной составляющей первичной (связанной с предупреждением употребления) профилактики алкоголизма⁸⁶. Основными направлениями здесь являются ценовое регулирование и ограничения по времени реализации. Возможность ужесточения этих параметров

⁸⁰ «Доклады о наркоситуации в Российской Федерации» за 2017-2019 годы.

⁸¹ Постановление Правительства Калужской области от 30.07.2019 N 478 URL: <https://docs.cntd.ru/document/561441586>

⁸² Расчет проводился по 47 регионам, для которых имеются данные за все указанные годы.

⁸³ Ввиду отсутствия данных по всем регионам этот список может быть неполон.

⁸⁴ Ответ на запрос «Если быть точным» № 412 от 08.06.2021.

https://static.tochno.st/files/static/tochno.st.alkogolizm_i_narkomaniya_Zaprosy-i-otvety.pdf

⁸⁵ «Доклады о наркоситуации в Российской Федерации» за 2017-2019 годы. В 2017 году также не финансировались антинаркотические программы в Республике Крым и Севастополе.

⁸⁶ Смышляев А.В. и др. Организационные аспекты профилактики злоупотребления алкоголем // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017. № 3. С. 52-61. С. 53-54.

дает основания рассматривать их как своеобразный, но весьма действенный ресурс⁸⁷.

Для оценки эффективности ценовой политики региона были выбраны индикаторы «покупательная способность заработной платы по водке и пиву»⁸⁸. Они показывают, сколько литров водки или пива можно купить на одну медианную зарплату⁸⁹. **В последние годы ценовая доступность алкоголя в России растет:** если в 2017 году на одну зарплату можно было купить 47,5 л водки или 261,7 л пива, то в 2019 году — 55,8 л и 300,8 л, соответственно. В региональном разрезе за этот период больше всего выросла доступность водки в Магаданской области (+46,9%), республиках Адыгея (+45,4%) и Алтай (+42,9%), г. Севастополь (+42,4%), Ненецком АО (+35,7%). Снижение доступности водки произошло только в Ямало-Ненецком АО (-1,3%). Пиво стало доступнее в Магаданской области (+43,6%), Астраханской области (+29,5%), Республике Алтай (+25,4%), Орловской области (+25,4%) и Псковской области (+24,8%). Менее доступным пиво стало лишь для жителей Чукотского АО (-12,0%) и Республики Хакасия (-0,9%). Очевидно, главным фактором повышения доступности является сравнительно низкий (на фоне общей инфляции) темп роста цен на алкогольную продукцию.

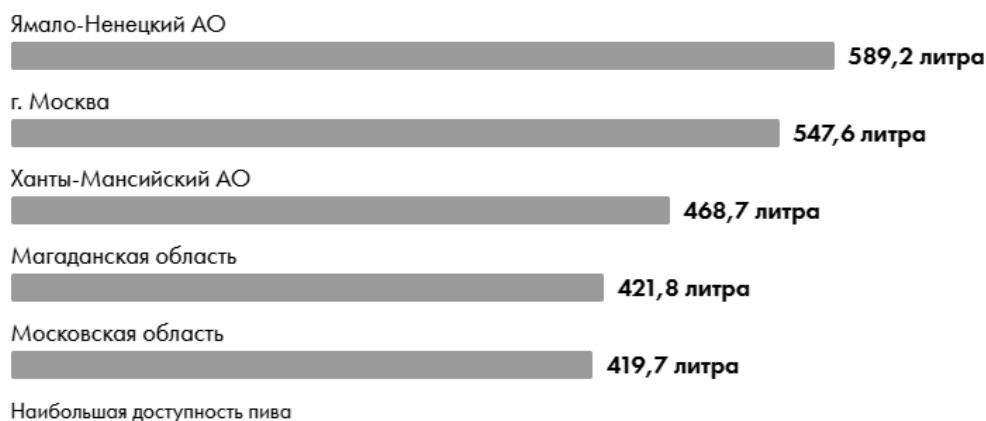
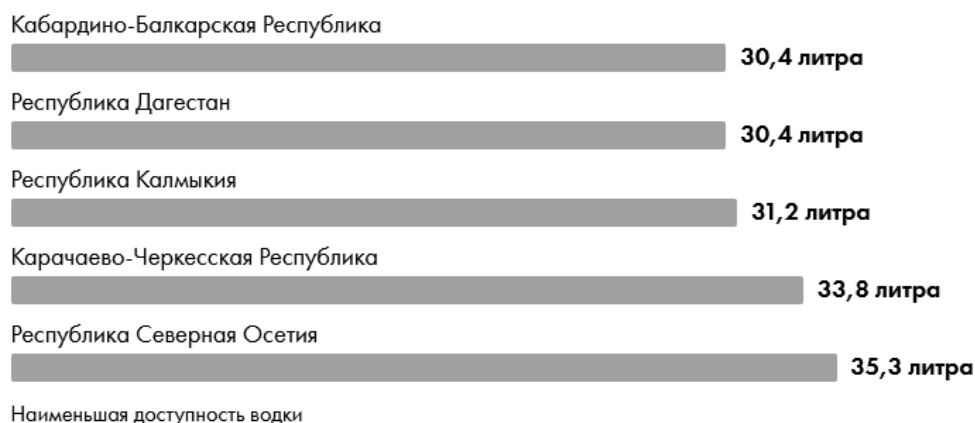
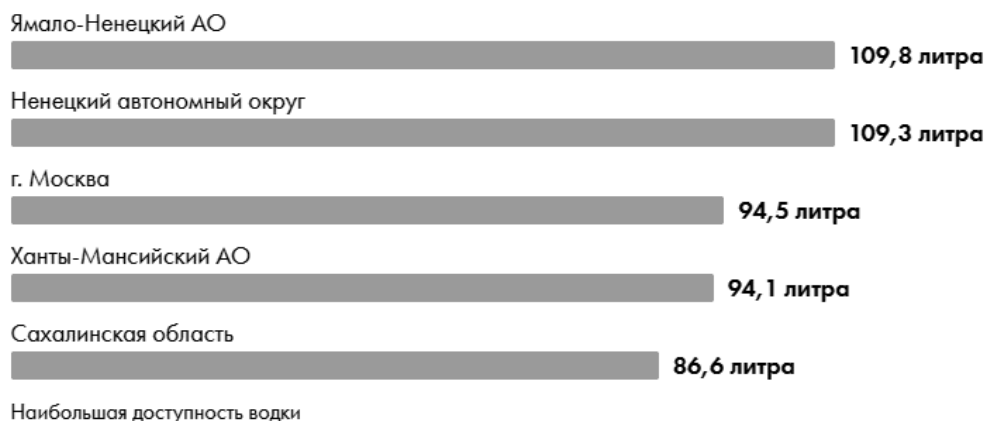
Наибольшая ценовая доступность водки и пива наблюдается в регионах Дальневосточного и Северо-Западного федеральных округов, а также в Москве, Московской области, Ханты-Мансийском АО и Ямало-Ненецком АО. Минимальная ценовая доступность алкоголя характерна для республик Северного Кавказа.

⁸⁷ См., напр.: Разводовский Ю.Е. Ценовая эластичность спроса на алкоголь и уровень его продажи // Наркология. 2012. Т. 11. № 5 (125). С. 72-78; Колосницына М.Г. и др. Ограничения торговли и потребления алкоголя: о результативности государственной политики // Проблемы прогнозирования. 2017. № 5 (164). С. 116-128.

⁸⁸ Порядок расчета показателя см. в Приложении 1.

⁸⁹ Медианная зарплата — сумма, больше (и меньше) которой получают ровно 50% работников.

Регионы с наибольшей и наименьшей покупательной способностью заработной платы по водке и пиву, л (2019 г.)



Российское законодательство ограничивает время продажи алкоголя интервалом с 8 до 23 часов⁹⁰, однако оставляет за регионами право ужесточить это правило, в частности, путем введения полного запрета на реализацию в определенные «дни трезвости» (например, 1 сентября, 1 июня и др.). Этим правом до сих пор не воспользовались г. Москва, Костромская, Курганская, Московская, Самарская, Свердловская, Смоленская, Челябинская и Ярославская области, а также Республика Северная Осетия. В этих регионах наблюдается максимально возможный уровень временной доступности приобретения алкоголя⁹¹ — 228 условных суток в году (15 часов в день при отсутствии «дней трезвости»). Наиболее жесткие временные ограничения введены в Чеченской Республике (30 суток), республиках Тыва (41 сутки) и Саха (91 сутки), Чукотском АО (119 суток) и Тульской области (131 сутки).

Анализ показывает, что **влияние временной доступности на величину розничной продажи алкоголя особенно заметно для регионов Дальневосточного, Сибирского и Северо-Западного федеральных округов и почти незначимо для регионов Северо-Кавказского и Южного федеральных округов.** Данное обстоятельство может объясняться сравнительно меньшей распространенностью домашнего винокурения и большей долей крепких напитков в структуре потребления населения северных и восточных регионов страны.

3) Инфраструктура для лечения и реабилитации наркологических больных

Число наркологических диспансеров и стационаров в России в последнее время снижается: если в 2017 году функционировало 86 диспансеров (в т.ч. 81 со стационаром), то в 2019 году — лишь 77 (75 со стационаром). В некоторых регионах (Архангельской, Иркутской, Саратовской и Тамбовской областях, Республике Алтай, Республике Ингушетия, г. Севастополе, Еврейской автономной области, Ханты-Мансийском АО, Ямало-Ненецком АО) наркологическая помощь оказывается в психиатрических организациях, а в Ненецком АО и Чукотском АО — в многопрофильных медицинских организациях⁹².

Основным показателем инфраструктуры является обеспеченность коечным фондом. Наличие возможности круглосуточной госпитализации весьма важно при оказании наркологической помощи.

⁹⁰ Пункт 9 статьи 16 Федерального закона от 22.11.1995 г. N 171-ФЗ.

⁹¹ Порядок расчета показателя см. в Приложении 1.

⁹² Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», с. 5-6 URL: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/1405975657.pdf>

Табл. 2. Группировка субъектов РФ по обеспеченности наркологическим коечным фондом, на 100 тыс. населения старше 15 лет (2019 г.). Регионы отсортированы по алфавиту.

Вид коек	Наиболее обеспеченные регионы, топ-5	Наименее обеспеченные регионы, топ-5
круглосуточные койки	(диапазон значений от 36,9 до 54,5) Магаданская область Ненецкий АО Сахалинская область Чукотский АО Ямало-Ненецкий АО	(диапазон значений от 0 до 5,1) Новосибирская область Республика Дагестан Республика Ингушетия Ставропольский край Чеченская Республика
койки дневного пребывания	(диапазон значений от 7,0 до 16,8) Иркутская область Камчатский край Кемеровская область Магаданская область Тульская область	16 регионов не имели коек: г. Севастополь Кировская область Курганская область Ненецкий АО Республика Адыгея Республика Бурятия Республика Ингушетия Республика Калмыкия Республика Марий Эл Республика Хакасия Ростовская область Рязанская область Ленинградская область Самарская область Тюменская область (без а/о) Ярославская область
реабилитационные койки	(диапазон значений от 9,0 до 13,8) Камчатский край Курганская область Новгородская область Сахалинская область Ханты-Мансийский АО	8 регионов не имели коек: г. Севастополь Костромская область Ненецкий АО Псковская область Республика Крым Республика Ингушетия Чеченская Республика Чукотский АО

Единственным регионом, не имеющим круглосуточных наркологических коек, коек дневного пребывания и реабилитационных коек (по данным Минздрава РФ), является Республика Ингушетия⁹³.

⁹³ Проверить эту информацию не удалось, так как соответствующий запрос в министерство здравоохранения Республики Ингушетия остался без ответа.

Реабилитационное звено государственной наркологической помощи в 2019 году было представлено 11 реабилитационными центрами (РЦ), 123 стационарными реабилитационными отделениями (РО, в том числе в составе РЦ) и 64 амбулаторными отделениями медицинской реабилитации. Некоторые РЦ и РО являются загородными⁹⁴, что повышает эффективность реабилитации в условиях повышенной изоляции пациентов от неблагоприятных контактов с внешним миром.

Одиннадцать субъектов РФ (Брянская и Курская область, республики Алтай, Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, Крым; г. Севастополь⁹⁵, Еврейская автономная область, Ненецкий АО и Чукотский АО) не имеют специализированных учреждений для реабилитации наркологических больных. Количество реабилитационных коек в этих регионах также весьма ограничено⁹⁶.

К процессу реабилитации также подключены социально ориентированные некоммерческие организации, получающие финансовую поддержку в рамках антинаркотических программ. В бюджетах многих регионов предусмотрено финансирование специальных сертификатов на реабилитацию и ресоциализацию наркопотребителей. Механизм целевого финансирования реабилитации конкретного пациента был запущен в 2014 году в Москве⁹⁷, в 2015 году в программе участвовало уже 10 субъектов РФ⁹⁸, а в 2018 году — 42 субъекта. В России в 2018 году выдано 835 сертификатов, в 2019 году — 1269 (сколько из них реализовано⁹⁹, неизвестно). Число выданных и реализованных сертификатов в регионе обычно исчисляется единицами, редко — десятками в год¹⁰⁰. К примеру, в Псковской области в 2017 году реализовано 12 сертификатов, в 2018 году — 7, в 2019 г. — 5¹⁰¹. Помимо нехватки денег в региональных бюджетах¹⁰², причиной этого может быть недостаточная информированность пациентов о программе. В 2019 году наибольшее число сертификатов (288) было выдано в Свердловской области, из которых 214 было реализовано¹⁰³.

⁹⁴ Например, РЦ в ст. Темнолесской Ставропольского края, РО в с. Вторые Тербуны Липецкой области, РО в п. Дубовка Амурской области и др.

⁹⁵ Согласно данным ННЦ наркологии Минздрава России. По данным Департамента здравоохранения г. Севастополя, в городе в 2018-2019 гг. функционировало одно амбулаторное отделение медицинской реабилитации (ответ на запрос «Если быть точным» № 372 от 24.05.21 https://static.tochno.st/files/static/tochno.st.alkogolizm_i_narkomaniya.Zaprosy-i-otvety.pdf).

⁹⁶ Так, в Республике Калмыкия имеется 3 реабилитационных койки, а в Брянской области — 10 (ответы на запросы «Если быть точным» №№ 368 и 370 от 24.05.21 https://static.tochno.st/files/static/tochno.st.alkogolizm_i_narkomaniya.Zaprosy-i-otvety.pdf).

⁹⁷ Постановление Правительства Москвы от 4 апреля 2014 года N 161-ПП. URL: <https://docs.cntd.ru/document/537952742>

⁹⁸ URL:

https://vademec.ru/news/2015/10/07/rossiyskie_narkomany_smogut_besplatno_proyti_kurs_reabilitatsii/

⁹⁹ Реализация подразумевает полное прохождение программы реабилитации, предусмотренной сертификатом. Обычная продолжительность программы составляет 100-180 дней.

¹⁰⁰ Согласно «Докладу о наркоситуации в Российской Федерации в 2018 году» (с. 43), 66% выданных сертификатов (549 из 835) приходилось всего на 7 регионов (Липецкая, Ростовская, Свердловская и Томская области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий АО, Республика Бурятия).

¹⁰¹ См. «Доклады о наркоситуации в Псковской области» за 2017-2019 гг.

¹⁰² URL: <http://ulgrad.ru/?p=148653>

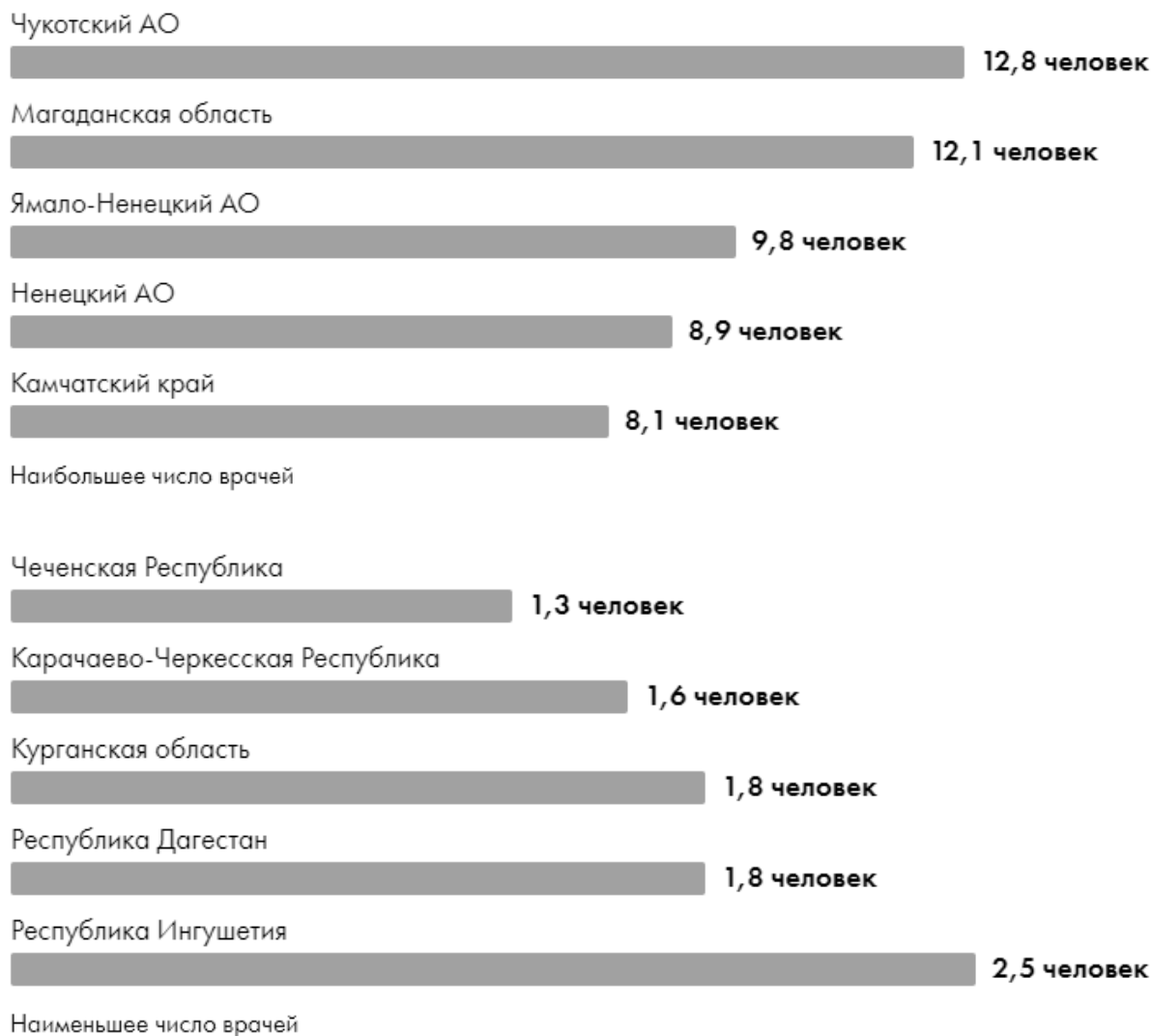
¹⁰³ См. «Доклад о наркоситуации в Свердловской области за 2019 год», с. 26.

4) Численность психиатров-наркологов

Число психиатров-наркологов (физических лиц) в регионе, по-видимому, зависит не столько от напряженности ситуации с алкоголизмом и наркоманией, сколько от финансовых и инфраструктурных причин. По числу психиатров-наркологов (на 100 тысяч населения старше 15 лет) в 2019 году лидировали регионы Крайнего Севера. К числу аутсайдеров относились северокавказские республики, а также Курганская область. Санкт-Петербург (в среднем 3,3 человека), в отличие от Москвы (5,4), не достигал общероссийского уровня обеспеченности психиатрами-наркологами (4,2). Кроме того, Санкт-Петербург стал одним из трех регионов (наряду с Карелией и Курганской областью) с наибольшим относительным сокращением численности психиатров-наркологов в 2019 году по сравнению с 2017 годом (150 и 187 человек соответственно). В Москве численность психиатров-наркологов, напротив, увеличилась с 566 до 584 человек¹⁰⁴. В 17 субъектах РФ насчитывалось менее 20 психиатров-наркологов, причем многие из этих регионов характеризуются высоким уровнем заболеваемости наркологическими расстройствами: Еврейская авт. область (4 психиатра-нарколога), Чукотский АО (5), Республика Ингушетия (9), Курганская область (12), Республика Хакасия (12), Костромская область (15) и др.

¹⁰⁴ Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», «Кадры психиатров-наркологов (физических лиц)».

Регионы с наибольшим и наименьшим числом психиатров-наркологов, на 100 тыс. населения в возрасте старше 15 лет (2019 г.)



Помимо обеспеченности населения специалистами, необходимо учитывать степень их загруженности, которую можно охарактеризовать коэффициентом совместительства (отношение числа занятых должностей-«ставок» к числу психиатров-наркологов). В последние годы этот показатель постепенно снижался и в 2019 г. составил 1,54 «ставки» на одного врача. Однако загруженность в регионах различается довольно сильно. Наибольшая загруженность психиатров-наркологов наблюдалась в Еврейской автономной области (4,1 должности), Вологодской области и Ненецком АО (по 2,7), Карачаево-Черкесской Республике и Республике Хакасия (по 2,5). Наилучшая ситуация — в республиках Алтай и Мордовия (по 1,1 должности), в Амурской и Новосибирской областях, а также в Санкт-Петербурге (по 1,2)¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», «Число занятых должностей психиатров-наркологов».

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ УСИЛИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

1) Число ремиссий на 100 наркологических больных

Ключевым показателем эффективности лечения в отечественной наркологии считается полнота и длительность ремиссии (длительного воздержания от употребления)¹⁰⁶. Следовательно, вместо излечения зависимости корректнее говорить о ремиссии, которая в лучшем случае длится на протяжении всей жизни пациента. В российской практике выделяют ремиссии продолжительностью от 1 года до 2 лет и свыше 2 лет. Так как численность пациентов в течение года может значительно колебаться, используется отношение числа пациентов с диагнозом зависимости, находящихся в ремиссии, к среднегодовой численности наркологических больных. Этот индикатор нельзя трактовать как вероятность наступления ремиссии в течение того или иного срока, так как конкретные контингенты больных, используемые при его расчете (числитель и знаменатель), различаются¹⁰⁷.

Тем не менее относительное число ремиссий позволяет грубо оценить успешность функционирования наркологической службы региона. В течение последних лет общий уровень ремиссии наркологических больных от 1 года до 2 лет вырос с 12,4 (2015 г.) до 13,3 (2019 г.) ремиссий, а свыше 2 лет — с 10,2 до 10,9 ремиссий. Нужно заметить, что в 2018-2019 гг. наблюдалась стабилизация этого показателя, а для ремиссий свыше 2 лет — даже небольшое снижение.

По данным Минздрава РФ, наилучшие показатели по числу ремиссий свыше 1 года в 2019 году зафиксированы в Челябинской области (39,1 ремиссий), Севастополе (39,0), Тамбовской области (33,7), Оренбургской области (33,5) и Сахалинской области (33,4). Наихудшая ситуация — в Республике Ингушетия (5,6 ремиссий), Ненецком АО (9,9), Калининградской области (16,3), Республике Крым (16,3) и Республике Северная Осетия (16,4)¹⁰⁸.

2) Снятие с диспансерного наблюдения

Снятие наркологического пациента с диспансерного учета может происходить не только в связи со стойкой ремиссией, но и в связи со смертью, сменой постоянного места жительства¹⁰⁹ или письменным отказом пациента от наблюдения. Стойкой ремиссией (выздоровлением, длительным воздержанием) в настоящее время считается ремиссия сроком более 3 лет (при определенных

¹⁰⁶ Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. С. 151.

¹⁰⁷ В качестве аналогии можно привести такой показатель, как число разводов на 100 браков: большинство разводов происходит не в год заключения брака, поэтому сопоставление числа разводов и браков за один и тот же год, вообще говоря, некорректно.

¹⁰⁸ Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», «Ремиссии у больных с синдромом зависимости (суммарно алкоголизм, наркомания, токсикомания)»

¹⁰⁹ С 2015 года это возможно только при наличии «письменного заявления пациента об изменении места жительства в целях прекращения диспансерного наблюдения в медицинской организации» (приложение 2 к приказу Минздрава России от 30.12.2015 г. № 1034н).

условиях — более 2 лет)¹¹⁰. До 2015 г. минимальный срок составлял 3 года для больных с алкогольной зависимостью и 5 лет — с наркотической¹¹¹.

Уровень снятия с диспансерного учета в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) для больных наркоманией несколько выше, чем для больных алкоголизмом (в 2019 году — соответственно 4,7 и 3,6 на 100 больных). Возможно, это связано с большим вниманием к лечению наркомании или факторами немедицинского характера. Например, более высокая численность больных алкоголизмом может повлиять на снижение уровня снятия с диспансерного учета ввиду юридических особенностей этой процедуры (см. ниже). В пятерку регионов с максимальными уровнями снятия с учета по всем наркологическим заболеваниям вошли Республика Хакасия (19,1 на 100 больных), Республика Тыва (10,3), Республика Алтай (8,2), Ханты-Мансийский АО (8,0) и Сахалинская область (7,2). Минимальный уровень снятия с учета в 2019 году зафиксирован в Республиках Бурятия и Калмыкия (по 1,1), Калининградской и Нижегородской областях (по 1,3), Республике Адыгея (1,4)¹¹².

Нужно отметить, что показатель снятия с диспансерного учета имеет свои ограничения, связанные с вопросами юридического характера. С 2015 года из числа причин снятия с учета изъяты «невозможность обеспечить осмотр больного в течение 1 года» и «осуждение больного к лишению свободы на срок свыше 1 года». Это приводит к увеличению числа больных, состоящих на диспансерном учете, но не подвергающихся осмотру врача-нарколога (и, как правило, вообще не выходящих с ним на контакт). В 2019 году доля таких пациентов, по оценке специалистов ННЦ наркологии Минздрава РФ, составляла 10% и имела тенденцию к росту¹¹³. Увеличение численности состоящих на диспансерном учете ведет к соответствующему ухудшению показателей ремиссии и снятия с диспансерного учета в связи с выздоровлением.

3) Уровень госпитализации на 100 наркологических больных

Обычно уровень госпитализации определяется как число поступивших по всем заболеваниям или отдельно по определенным заболеваниям на 100, 1000, 10000 или 100000 среднегодовой численности населения¹¹⁴. Для более детального представления эффективности функционирования наркологической службы рассчитывалось отношение числа госпитализаций, скорректированного на повторность, к численности больных¹¹⁵. Общий уровень госпитализации на 100 больных увеличился с 18,7 (2017 год) до 22,1 (2019 год), в том числе

¹¹⁰ Приложение 2 к приказу Минздрава России от 30.12.2015 г. № 1034н URL: <https://docs.cntd.ru/document/420332597>

¹¹¹ Приказ Минздрава СССР от 12.09.1988 г. № 704 URL: <https://docs.cntd.ru/document/902294117>

¹¹² Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», «Показатели снятия с диспансерного наблюдения пациентов с синдромом зависимости (суммарно алкоголизм, наркомания, токсикомания) в связи с выздоровлением (длительным воздержанием)»

¹¹³ Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», с. 14-16. URL: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/1405975657.pdf>

¹¹⁴ URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/41664>

¹¹⁵ Подробнее о расчете показателя см. в Приложении 1.

госпитализации больных алкоголизмом — с 19,2 до 22,7, больных наркоманией (без пагубного употребления наркотиков) — с 13,3 до 16,0 госпитализаций.

Рост данного показателя свидетельствует о повышении латентности наркологических расстройств. Не получая по каким-либо причинам своевременной (плановой) амбулаторной помощи, больные чаще попадают в стационар в сравнительно тяжелом состоянии, порой требующем экстренного вмешательства. С другой стороны, слишком низкий уровень госпитализации может свидетельствовать о дефиците мест в наркологических стационарах региона.

В 2019 году минимальные уровни госпитализации наркологических больных наблюдались в Чеченской Республике (4,2 госпитализации на 100 больных), Республике Дагестан (5,6), Республике Калмыкия (7,6), Еврейской АО (8,4) и Республике Крым (8,7). В топ-5 по уровню госпитализации находились Липецкая область (54,7), Республика Тыва (49,4), Республика Карелия (48,4), Оренбургская область (46,0) и Ивановская область (45,2)¹¹⁶.

4) Повторность поступления в стационар

Данный показатель (удельный вес пациентов, повторно госпитализированных в течение года) характеризует напряженность ситуации с лечением наркологических зависимостей вне стационара. Чем ниже повторность, тем выше уровень удержания пациентов в амбулаторных программах лечения и реабилитации. В первую очередь показатель связан с долей наркопотребителей в структуре больных¹¹⁷, хотя и среди больных алкоголизмом уровень повторности достаточно высок.

Общероссийский уровень повторности госпитализации наркологических больных медленно, но устойчиво растет: с 24,1% в 2015 году до 25,3% в 2019 году. Эта тенденция может отражать постепенное снижение эффективности амбулаторной помощи и доступности реабилитационных программ. В регионах за тот же период (2016-2019 годы) максимальное снижение уровня повторности наблюдалось в Республике Хакасия (-68,6%), Кабардино-Балкарской Республике (-57,9%), Севастополе (-47,7%), Республике Тыва (-44,7%) и Воронежской области (-46,5%). Особо неблагоприятная динамика отмечалась в Калининградской области (+137,6%), Чукотском АО (+112,5%), Удмуртской Республике (+100,0%), Тюменской области (+89,9%) и Пермском крае (+72,4%).

Наименьшие уровни повторности госпитализации наркологических больных (включая алкогольные психозы и пагубное употребление алкоголя и наркотиков) в 2019 году демонстрировали Республика Хакасия (8,0%), Чукотский АО (10,2%), Чувашская Республика (12,5%), Белгородская область (13,7%) и Хабаровский край (13,9%). Максимальные уровни повторности наблюдались в Республике Северная

¹¹⁶ Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», «Показатели госпитализации пациентов с наркологическими расстройствами (все заболевания)»

¹¹⁷ Булыгина И.Е. и др. Опыт организации системы реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ в Республике Чувашия // Вопросы наркологии. 2001. № 6. С. 51.

Осетия (58,8%), Калининградской области (58,2%), Чеченской Республике (45,9%), Магаданской области (45,1%) и Тюменской области (43,1%)¹¹⁸.

Табл. 3. Группировка субъектов РФ по уровню повторности госпитализации (%) в течение года (2019 г.). Регионы отсортированы по алфавиту.

Диагноз	Регионы с наибольшей повторностью, топ-5	регионы с наименьшей повторностью, топ-5
алкоголизм	(диапазон значений от 47,6 до 65,8) Калининградская область Москва Магаданская область Республика Северная Осетия Тюменская область (без а/о)	(диапазон значений от 8,2 до 13,8) Новосибирская область Республика Хакасия Хабаровский край Чукотский АО Чувашская Республика
наркомания	(диапазон значений от 41,2 до 66,7) Ленинградская область Москва Республика Карелия Чеченская Республика Чукотский АО	(диапазон значений от 2,0 до 10,0) Республика Адыгея (Адыгея) Республика Дагестан Республика Калмыкия Республика Хакасия Чувашская Республика

Отметим, что субъекты Федерации заметно различаются по повторности госпитализации с диагнозами «алкоголизм» и «наркомания». В топ-10 регионов (2019 год) по обоим показателям входят Республика Хакасия, Чувашская Республика и Свердловская область. В десятке худших регионов по обоим показателям — Москва, Чеченская Республика и Республика Карелия.

¹¹⁸ Аналитический обзор «Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах», «Показатель повторности поступления в стационар пациентов с наркологическими расстройствами».

РЕГИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА (РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ)

На основе доступных данных был рассчитан рейтинг (от самого благополучного уровня А до наименее благополучного — Е), позволяющий сравнивать ситуацию в регионах и дающий обобщенную оценку ситуации, связанной с алкоголизмом и наркоманией на региональном уровне.

Из рейтинга были исключены 4 региона: Республики Ингушетия и Чечня, а также Чукотский АО и Ненецкий АО. Первые два региона — по причине отсутствия или малой достоверности исходных данных, в первую очередь о заболеваемости наркологическими расстройствами. Чукотский АО и Ненецкий АО были исключены в связи с малыми абсолютными значениями практически по всем показателям (преступность, заболеваемость, смертность от отдельных причин).

Основу рейтинга, в котором участвовал 81 регион РФ, составили четыре ключевых показателя:

1. **Потребление алкоголя** — отношение оценки среднедушевого потребления алкоголя (по методике Минздрава) к доле населения старше 15 лет;
2. **Доля преступлений в состоянии опьянения** — отношение числа преступлений, совершенных лицами в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, к общему числу предварительно расследованных преступлений;
3. **Заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с наркотиками**, — отношение числа больных с диагнозами «зависимость от наркотиков (наркомания)» и «пагубное употребление наркотиков» (общая и первичная заболеваемость) к численности населения в возрасте 15-39 лет;
4. **Смертность от случайных отравлений** — отношение числа смертей от случайных отравлений алкоголем, наркотиками, прочих случайных отравлений (в том числе с неопределенными намерениями) к среднегодовой численности населения в возрасте 15-79 лет (стандартизовано по возрастной структуре населения РФ).

Индексы по показателям 2 и 3 строились на основе двух исходных показателей, чтобы минимизировать потери информации. Например, по показателю 2 строился не один индекс (на основе суммарной доли преступлений в состоянии алкогольного и наркотического опьянения), а два, из которых затем определялось среднее значение. Подробнее см. раздел Методология оценки масштаба проблемы в регионе.

Первенство. Наиболее благоприятная ситуация в 2019 году сложилась в пяти субъектах РФ: Республике Дагестан, Ставропольском крае, Кабардино-Балкарской Республике, Краснодарском крае и Республике Северная Осетия. Нужно отметить, что Дагестан лидирует с большим отрывом, занимая первое место по трем из четырех индикаторов (за исключением заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с наркотиками). Другие регионы-лидеры (особенно Кабардино-Балкария и Северная Осетия) также

заметно отстают по показателю 3 относительно своих позиций по другим индикаторам. Это может быть признаком относительного неблагополучия некоторых северокавказских регионов по наркотикам на фоне очень низкой алкоголизации населения. Единственным регионом, в котором ситуация стабильно благоприятна по всем четырем факторам, является Краснодарский край.

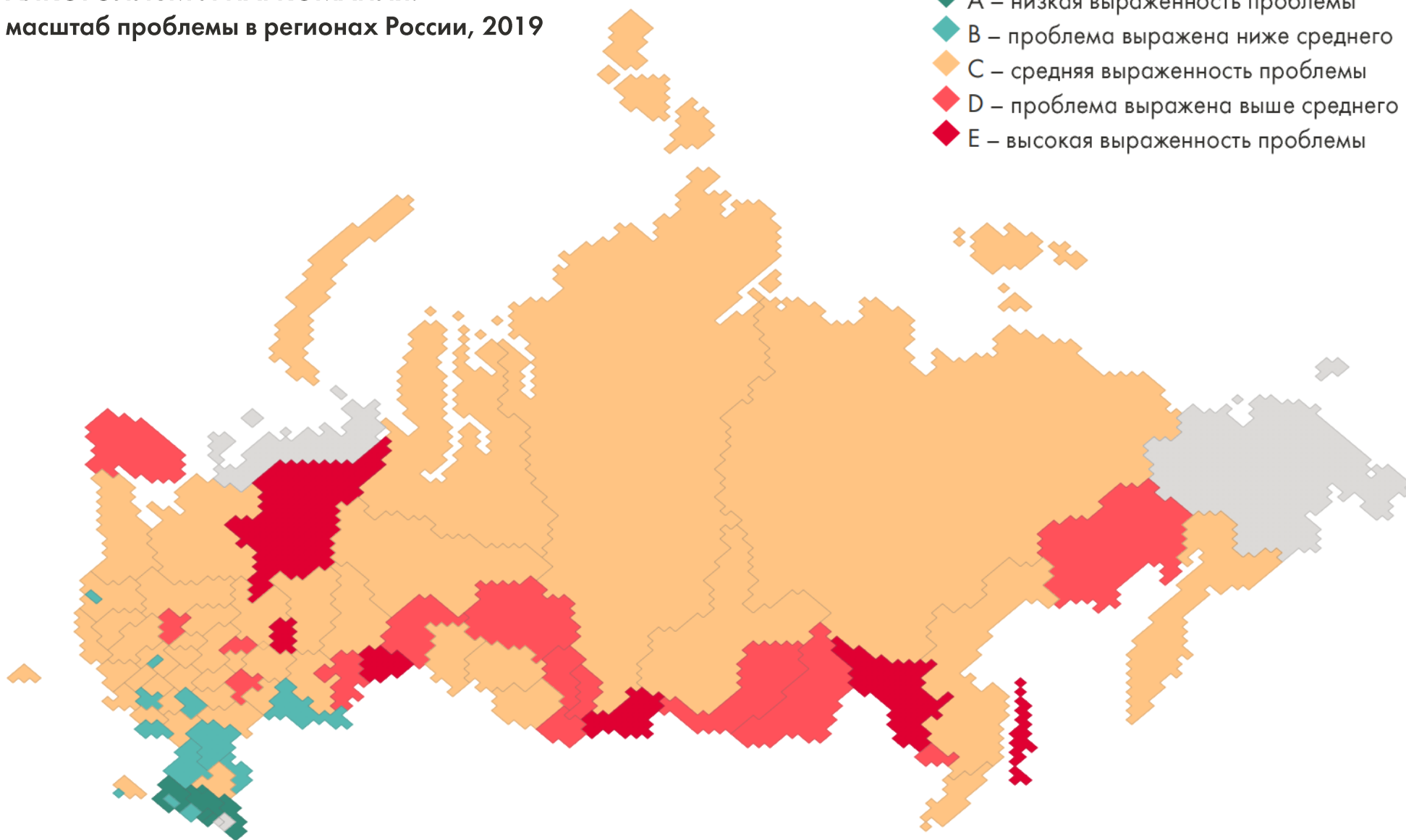
Антилидерство. Наименее благоприятная ситуация, связанная с алкоголизмом и наркоманией, сложилась в Сахалинской, Амурской, Курганской областях, Удмуртской Республике, республиках Тыва и Коми. Все они, за исключением Удмуртии, характеризуются крайне высокой смертностью от случайных отравлений алкоголем и наркотиками, причем Тыва, будучи худшим субъектом РФ по этому фактору, по остальным индикаторам занимает гораздо лучшие позиции. Тяжелая ситуация с заболеваемостью наркологическими расстройствами, связанными с наркотиками, — в Амурской и особенно Сахалинской областях. Республика Коми по этому показателю была достаточно благополучна, но по потреблению алкоголя находилась на предпоследнем месте. Курганская область отличается сравнительно низкой долей преступлений в состоянии опьянения, однако по другим факторам относится к кризисной зоне.

НУЖНА ПОМОЩЬ

ЕСЛИ БЫТЬ ТОЧНЫМ

АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЯ:
масштаб проблемы в регионах России, 2019

- ◆ А – низкая выраженность проблемы
- ◆ В – проблема выражена ниже среднего
- ◆ С – средняя выраженность проблемы
- ◆ D – проблема выражена выше среднего
- ◆ E – высокая выраженность проблемы



Самые благополучные регионы (А)		Благополучные регионы (В)	
· Кабардино-Балкарская Республика	· Астраханская область	· Карачаево-Черкесская Республика	· Ростовская область
· Краснодарский край	· Белгородская область	· Москва	· Санкт-Петербург
· Республика Дагестан	· Волгоградская область	· Оренбургская область	· Севастополь
· Республика Северная Осетия		· Орловская область	· Тамбовская область
· Ставропольский край		· Республика Адыгея	
Регионы со средним уровнем благополучия (С)			
· Алтайский край	· Красноярский край	· Пермский край	· Рязанская область
· Архангельская область (без а/о)	· Курская область	· Приморский край	· Самарская область
· Брянская область	· Ленинградская область	· Псковская область	· Саратовская область
· Владимирская область	· Липецкая область	· Республика Башкортостан	· Свердловская область
· Вологодская область	· Московская область	· Республика Калмыкия	· Смоленская область
· Воронежская область	· Нижегородская область	· Республика Карелия	· Тверская область
· Ивановская область	· Новгородская область	· Республика Крым	· Тульская область
· Иркутская область	· Новосибирская область	· Республика Мордовия	· Хабаровский край
· Калининградская область	· Омская область	· Республика Саха (Якутия)	· Ханты-Мансийский автономный округ
· Калужская область	· Пензенская область	· Республика Татарстан	· Чувашская Республика
· Камчатский край			· Ямало-Ненецкий автономный округ
· Кировская область			
· Костромская область			
Неблагополучные регионы (D и E)			
· Еврейская автономная область	· Республика Алтай	· Тюменская область (без а/о)	· Амурская область
· Забайкальский край	· Республика Бурятия	· Ульяновская область	· Курганская область
· Кемеровская область	· Республика Марий Эл	· Челябинская область	· Республика Коми
· Магаданская область	· Республика Хакасия	· Ярославская область	· Республика Тыва
· Мурманская область	· Томская область		· Сахалинская область
			· Удмуртская Республика

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ МАСШТАБА ПРОБЛЕМЫ В РЕГИОНЕ (расчет рейтинга А-Е)

Расчет рейтинга А-Е осуществлялся в несколько этапов.

ЭТАП 1: Формирование перечня показателей, потенциально способных продемонстрировать масштабы распространения алкоголизма и наркомании в каждом регионе, включая:

- консультации с профильными экспертами по теме;
- исключение из списка показателей, данные по которым в открытом доступе неполны или отсутствуют и которые невозможно получить по запросу.

В список показателей, отобранных для расчета рейтинга регионов, вошли:

Название показателя	Как рассчитан	Источники
1. Потребление алкоголя	Исходное название: потребление алкоголя (в этиловом эквиваленте) на 1 человека старше 15 лет. Выбор показателя обусловлен высокой долей незарегистрированного потребления алкоголя в России. За 2018-2019 гг. расчет показателей сделан командой «Если быть точным» на основе методики Минздрава РФ, за 2017 г. взяты готовые расчёты Минздрав РФ.	Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении методики оценки среднедушевого потребления алкоголя в Российской Федерации» от 30 июля 2019 года № 575.
2. Доля преступлений в состоянии опьянения	Исходное название: 1. Число преступлений, совершенных лицами в состоянии алкогольного опьянения. 2. Число преступлений, совершенных лицами в состоянии наркотического опьянения.	Форма 4-ЕГС, раздел 4 «Сведения о преступлениях, совершенных отдельными категориями лиц (по расследованным преступлениям)»

Название показателя	Как рассчитан	Источники
3. Заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с наркотиками	Исходное название: 1. Первичная заболеваемость с диагнозами «наркомания» и «пагубное употребление наркотиков». 2. Общая заболеваемость с диагнозами «наркомания» и «пагубное употребление наркотиков».	Аналитические обзоры ННЦ наркологии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения РФ «Деятельность наркологической службы Российской Федерации»
4. Смертность от случайных отравлений	Исходное название: уровень смертности (коэффициенты) от случайных отравлений алкоголем, наркотиками, прочих случайных отравлений, в том числе с неопределенными намерениями (по кодам МКБ-10 X42, X45-X49, Y12, Y15-Y19) в пятилетних возрастных группах 15-79 лет. Выбор расширенного набора причин смерти обусловлен высоким риском занижения смертности от «целевых» причин — отравления алкоголем и наркотиками.	Данные Центра демографических исследований Российской экономической школы (РЭШ)

ЭТАП 2: Перевод абсолютных значений показателей в удельные:

1. Потребление алкоголя = (1)/(2), где:

- (1) среднедушевое потребление алкоголя в этиловом эквиваленте, литров,
 (2) доля населения в возрасте старше 15 лет.

2.1. Доля преступлений в состоянии алкогольного опьянения = (1)/(2), где:

- (1) число предварительно расследованных преступлений, совершенных лицами в состоянии алкогольного опьянения,

(2) общее число предварительно расследованных преступлений.

2.2. Доля преступлений в состоянии наркотического опьянения = (3)/(2), где:

(3) число предварительно расследованных преступлений, совершенных лицами в состоянии наркотического опьянения

(2) общее число предварительно расследованных преступлений.

3.1. Первичная заболеваемость с диагнозами «наркомания» и «пагубное употребление наркотиков» на 100 тыс. населения в возрасте 15-39 лет = $100000 * ((1) + (2)) / (3)$, где:

(1) число больных с впервые установленным диагнозом «наркомания»,

(2) число больных с впервые установленным диагнозом «пагубное употребление наркотиков»,

(3) численность населения в возрасте 15-39 лет.

3.2. Общая заболеваемость с диагнозами «наркомания» и «пагубное употребление наркотиков» на 100 тыс. населения в возрасте 15-39 лет = $100000 * ((4) + (5)) / (3)$, где:

(4) число больных с диагнозом «наркомания»,

(5) число больных с диагнозом «пагубное употребление наркотиков».

ЭТАП 3: Стандартизация показателей:

4. Смертность от случайных отравлений = $(\sum ((1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)) * (7)) / (8)$, где:

(1) пятилетний возрастной коэффициент смертности от случайного отравления (воздействия) алкоголем,

(2) пятилетний возрастной коэффициент смертности от случайного отравления и воздействия наркотиками и психодислептиками, не классифицированного в других рубриках,

(3) пятилетний возрастной коэффициент смертности от прочих случайных отравлений,

(4) пятилетний возрастной коэффициент смертности от отравления и воздействия алкоголем с неопределенными намерениями,

(5) пятилетний коэффициент смертности от отравления и воздействия наркотиками и психодислептиками, не классифицированного в других рубриках с неопределенными намерениями,

(6) пятилетний коэффициент смертности от прочих отравлений с неопределенными намерениями,

(7) численность населения России в соответствующей пятилетней возрастной группе (13 возрастных групп в интервале от 15 до 79 лет),

(8) численность населения России в возрасте 15-79 лет.

ЭТАП 4: Трансформация показателей (сглаживание различий):

Трансформация показателей 2.1 «Доля преступлений в состоянии алкогольного опьянения» и 2.2 «Доля преступлений в состоянии наркотического опьянения» путем вычисления квадратного корня (сглаживание различий).

ЭТАП 5: Нормирование показателей — трансформация в индекс, значение которого заключено между 0 и 1, по следующей формуле:

$$x\text{-индекс} = 1 - (((x - \min(x)) / (\max(x) - \min(x))),$$

где $\min(x)$ и $\max(x)$ являются минимальным и максимальным значениями показателя x среди всех регионов.

Для всех отобранных показателей высокие значения оцениваются как негативные явления.

ЭТАП 6: Усреднение нормированных показателей:

Вычисление среднего арифметического для показателей 2.1, 2.2. и 3.1, 3.2 (сведение двух показателей к одному).

ЭТАП 7: Расчет сводного индекса: среднее арифметическое значение взвешенных показателей (сумму значений показателей поделить на 4)

$((1)+(2)+(3)+(4))/4$, где:

(1) потребление алкоголя,

(2) доля преступлений в состоянии опьянения,

(3) заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с наркотиками,

(4) смертность от случайных отравлений.

ЭТАП 8: Разбиение регионов на пять групп, в зависимости от значения сводного индекса, где А — наименьшая степень выраженности проблемы, Е — наибольшая

Уровень	Значение сводного индекса в 2019 г.
А	0,750 — 1
В	0,650 — 0,749
С	0,490 — 0,649
Д	0,400 — 0,489
Е	0 — 0,399

Ограничения использования рейтинга

1. Назначение рейтинга — демонстрация масштабов проблемы распространения алкоголизма и наркомании в каждом регионе. Данный рейтинг напрямую не позволяет оценить эффективность предпринимаемых действий по решению проблемы в каждом конкретном регионе, однако может быть использован как отправная точка для такого анализа.

2. Для расчета рейтинга использовались официальные открытые данные федеральных и региональных ведомств, которые имеют собственные ограничения в силу как объективных, так и субъективных причин, к которым, в частности, относятся:

- широкий спектр негативных последствий употребления. Многие индикаторы сильно коррелируют друг с другом, что затрудняет процедуру отбора рейтинговых показателей;
- высокая естественная латентность алкоголизма и наркомании. Государство и общество стигматизируют потребителей алкоголя и особенно наркотиков, что ведет к серьезному недоучету распространенности проблемы. Ситуация усугубляется анозогнозией больных и высокой степенью криминализации наркопотребления;
- проблемы регистрации, обусловленные недостаточной квалификацией персонала (врачей-наркологов, полицейских, судмедэкспертов) и/или плохим материальным обеспечением специализированных лабораторий (недостаток тест-систем, оборудования, реактивов и пр.);
- намеренное искажение данных, связанных с алкоголем и наркотиками.

3. Место региона в рейтинге отражает позицию региона по сравнению с другими регионами в расчетном году. Иными словами, изменение места региона в рейтинге относительно: так, при улучшении ситуации в большинстве других регионов позиция конкретного региона с неизменными параметрами ухудшится.

4. В процессе анализа наблюдались небольшие, но статистически значимые отрицательные корреляции между «алкогольным» и «наркотическим» показателем (например, потреблением алкоголя и удельным весом преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков). Это наводит на мысль, что алкоголь и наркотики могут в определенной степени конкурировать, выступая в роли своеобразного «товара-заменителя» по отношению друг к другу¹¹⁹. Если данная гипотеза верна, то одновременное включение в рейтинг «алкогольных» и «наркотических» индикаторов может затушевывать различия между регионами¹²⁰.

5. Из рейтинга исключены Республики Ингушетия и Чечня, а также Чукотский АО и Ненецкий АО. Первые два региона — по причине отсутствия или малой достоверности данных, в первую очередь о заболеваемости наркологическими

¹¹⁹ Это, в частности, касается некоторых северокавказских регионов, где жестко ограничивается доступность алкоголя.

¹²⁰ Например, один регион находится на 5-м месте по наркотикам и на 70-м месте по алкоголю, а другой — на 70-м и 5-м месте соответственно, но в «общем» рейтинге они расположатся недалеко друг от друга.

расстройствами. Кроме того, экстремально низкие уровни потребления алкоголя в этих регионах (0,1—0,2 л/душу в год) заметно искажают пространство нормировки данного показателя, что может повлиять на рейтинг других регионов. Чукотский АО и Ненецкий АО были исключены в связи с малыми абсолютными значениями практически по всем показателям.

Термины и понятия

Аддикция, аддиктивное поведение (в наркологии) — болезненное стремление принимать наркотик с тем, чтобы испытать определенные ощущения либо снять явления психического дискомфорта.

Анозогнозия — отрицание больным (иногда и его близкими) факта наличия заболевания или преуменьшение тяжести состояния, а также его последствий.

Крепкие алкогольные напитки — напитки, получаемые путем брожения и последующей дистилляции (водка, самогон, коньяки, бренди и др.). В российской практике лицензирования алкогольной продукции к крепкому алкоголю относят напитки с содержанием этилового спирта свыше 25%.

Наркотики (наркотические вещества) — психоактивные вещества, вызывающие психическую и физическую зависимость от их употребления (в том числе синдром отмены) и имеющие соответствующий юридический статус. В России это означает наличие названия вещества в регулярно пополняемом «Перечне наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».

Общая заболеваемость — общее число случаев заболеваний, выявленных (зарегистрированных) в течение года. При этом учитываются все случаи заболеваний, которые установлены как впервые, так и при повторном (в том числе многократном) обращении по поводу данного заболевания.

Пагубное употребление психоактивных веществ — диагноз, выносимый при повторных приемах ПАВ (в том числе алкоголя), сопровождаемых отчетливыми признаками негативных последствий для физического и/или психического здоровья потребителя, при отсутствии признаков синдрома зависимости.

Парентеральное употребление — способ употребления наркотиков путем их внутривенного введения в организм.

Первичная заболеваемость — число случаев постановки диагноза впервые в жизни в данном году.

Полинаркомания — зависимость от употребления одновременно нескольких наркотических веществ.

Прекурсор (наркотиков) — химическое вещество (реагент), используемое при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ.

Психиатр-нарколог — специалист, в сферу деятельности которого входит оказание медицинской помощи людям с зависимостью от употребления определенных веществ (алкоголя, наркотиков, ненаркотических ПАВ).

Психоактивные вещества (ПАВ) — широкий спектр соединений, общее свойство которых состоит в способности изменять психическое состояние потребителя. ПАВ сильно различаются не только по химическому составу и воздействию на организм человека, но и по правовому статусу: употребление одного и того же ПАВ в одной стране может быть легальным, а в другой — нет.

Психодислептики (галлюциногены) — психоактивные вещества, вызывающие галлюцинации, аномалии восприятия и другие существенные субъективные изменения в мышлении, эмоциях и сознании.

Реабилитация и ресоциализация (в наркологии) — система медицинских, психологических, социальных, образовательных и иных мероприятий, предназначенных для потребителей ПАВ и направленных на удержание устойчивой ремиссии, формирование неаддиктивного социального окружения, приспособление пациента к деятельности в обществе на максимально возможном для него уровне.

Ремиссия (в наркологии) — состояние полного воздержания от употребления алкоголя, наркотиков или ненаркотических ПАВ. Ремиссия (в оптимальном случае — пожизненная) является конечной целью лечения наркологических больных.

Стандартизация (в статистике) — приведение возрастных уровней смертности к единой возрастной структуре для устранения влияния различий в возрастной структуре на общий уровень смертности.

Суррогаты алкоголя — жидкости, не предназначенные для употребления внутрь (денатурат, одеколон, метиловый спирт и пр.), но преднамеренно употребляемые людьми в качестве заменителей алкогольных напитков.

Толерантность (в наркологии) — состояние адаптации к наркотическим или другим ПАВ, когда для достижения прежнего эффекта требуется более высокая доза вещества.

Этиловый эквивалент (абсолютный, безводный алкоголь) — способ перевода различных алкогольных напитков в одну единицу измерения, путем умножения объема соответствующего напитка на объемную долю содержания этанола.

Основные источники данных по проблеме алкоголизма и наркомании

- Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС) (<https://fedstat.ru>).
- Данные Министерства здравоохранения РФ о среднелюдском потреблении алкоголя из Приложения к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении методики оценки среднелюдского потребления алкоголя в Российской Федерации» от 30 июля 2019 года N 575 <https://docs.cntd.ru/document/560925948>.
- Аналитические обзоры НИЦ наркологии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения РФ «Деятельность наркологической службы Российской Федерации».
- Данные статистического наблюдения по форме 4-ЕГС «Сведения о состоянии преступности и результатах расследования преступлений» (ведомство, ответственное за сбор данных, — Главный информационно-аналитический центр Министерства внутренних дел России).
- Статистическая информация о деятельности Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка (Росалкогольрегулирование) http://fsrar.gov.ru/statisticheskaja_informacija.
- Данные Центра демографических исследований Российской экономической школы (РЭШ) о смертности населения регионов России от отдельных причин http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data.
- Доклады Государственного антинаркотического комитета Российской Федерации и региональных антинаркотических комиссий за 2017-2019 годы.

НАД МАТЕРИАЛОМ РАБОТАЛИ

Команда БФ «Нужна помощь»: Евгений Иноземцев, Елизавета Язневич.

Благодарим экспертов за помощь на разных этапах работы и надеемся на продолжение обсуждения результатов:

Евгения Андреева, к. ф.-м. н., Центр демографических исследований РЭШ;

Алексея Лахова, директора по развитию БФ «Гуманитарное действие» (некоммерческая организация, выполняющая функцию иностранного агента);

Дмитрия Скугаревского, PhD, НИЦ «Институт проблем правоприменения»;

Михаила Толмачева, д.э.н., Финансовый университет при Правительстве РФ;

Екатерину Щербакову, к.э.н., Институт демографии имени А.Г. Вишневского при НИУ «Высшая школа экономики».

Ваши комментарии и предложения по материалу присылайте на nuzhna@tochno.st

Приложение 1. Методология расчета всех показателей, представленных на платформе «Если быть точным»

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
1	Численность населения	всего	Численность постоянного населения на 1 января соответствующего года	ЕМИСС https://fedstat.ru
2	Численность населения	в возрасте старше 15 лет	Расчетный показатель: сумма по возрастным группам старше 15 лет	Как в показателе 1
3	Численность населения	в возрасте старше 15 лет, % от всего населения	Расчетный показатель: показатель 2 умножить на 100 и поделить на показатель 1	Как в показателе 1
4	Численность населения	в возрасте 15-39 лет	Расчетный показатель: сумма по возрастным группам в интервале от 15 до 39 лет	Как в показателе 1
5	Численность населения	в возрасте 15-39 лет, % от всего населения	Расчетный показатель: показатель 4 умножить на 100 и поделить на показатель 1	Как в показателе 1

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
6	Объем розничной реализации алкоголя	литров, в этиловом эквиваленте	Расчетный показатель: сумма взвешенных объемов реализации водки (объем умножается на коэффициент 0,3995), коньяка (коэффициент 0,4004), ликероводочных изделий с содержанием спирта до 25% включительно (коэффициент 0,2015), ликероводочных изделий с содержанием спирта свыше 25% (коэффициент 0,395), других видов спиртных напитков свыше 9% (коэффициент 0,3893), вина, в т. ч. игристого (коэффициент 0,12), напитков винных, изготавливаемых без добавления этилового спирта (коэффициент 0,0963), напитков винных, изготавливаемых с добавлением этилового спирта (коэффициент 0,1547), вина ликерного (коэффициент 0,1773), вина плодового (коэффициент 0,1296), пива (коэффициент 0,0494), пивных напитков (коэффициент 0,0485), сидра, пуаре, медовухи (коэффициент 0,0684), напитков слабоалкогольных (с содержанием спирта не более 9%) (коэффициент 0,0755)	Росалкоголь-регулирование http://fsrar.gov.ru
7	Объем розничной реализации алкоголя	литров/душу, в этиловом эквиваленте	Расчетный показатель: показатель 6 поделить на показатель 1	Как в показателе 6 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
8	Объем розничной реализации алкоголя	литров на 1 человека старше 15 лет, в этиловом эквиваленте	Расчетный показатель: показатель 6 поделить на показатель 2	Как в показателе 6 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
9	Объем розничной реализации крепкого алкоголя	литров/душ у, в этиловом эквиваленте	Расчетный показатель: сумма объемов реализации водки, коньяка, ликероводочных изделий с содержанием спирта до 25% включительно и свыше 25%, других видов спиртных напитков свыше 9% с теми же коэффициентами, как в показателе 6	Как в показателе 6
10	Объем потребления алкоголя	литров/душ у, в этиловом эквиваленте	Расчетный показатель: из показателя 7 вычесть показатель 9 и прибавить показатель 12 При расчете среднедушевого потребления алкоголя в регионах за 2018 и 2019 годы не учитывалось потребление другого (кроме крепкого) незарегистрированного алкоголя. Кроме того, ввиду отсутствия данных, на региональном уровне поправка на потребление туристов не вносилась. В методике Минздрава (приложение к приказу от 30 июля 2019 года № 575) оговорено, что данные по незарегистрированному потреблению других алкогольных напитков (кроме крепких) и сведения о количестве въездных и выездных туристских поездок учитываются при их наличии.	Как в показателях 6 и 12
11	Объем потребления алкоголя	литров на 1 человека старше 15 лет, в этиловом эквиваленте	Расчетный показатель: показатель 10 умножить на 100 и поделить на показатель 3	Как в показателях 6 и 12, а также данные ЕМИСС https://fedstat.ru

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
12	Объем потребления крепкого алкоголя	литров/душ у, в этиловом эквиваленте	Расчетный показатель: «Объем потребления крепкого алкоголя в предыдущем году» плюс абсолютные приросты (по отношению к предыдущему году): «Прирост коэффициента смертности от случайных отравлений алкоголем на 100 тыс. населения» (умноженный на коэффициент 0,12); «Прирост заболеваемости алкогольными психозами на 100 тыс. населения» (коэффициент 0,04); «Прирост разности между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин» (коэффициент 0,9)	Методика Минздрава на основе данных ЕМИСС, данные по потреблению крепкого алкоголя за 2017 г. — расчеты Минздрава https://docs.cntd.ru/document/560925948
13	Доля крепкого алкоголя	% от объема реализации	Расчетный показатель: показатель 9 умножить на 100 и поделить на показатель 7	Как в показателе 6
14	Доля крепкого алкоголя	% от объема потребления	Расчетный показатель: показатель 12 умножить на 100 и поделить на показатель 10	Как в показателях 6 и 12
15	Смертность от алкогольной кардиомиопатии	на 100 тыс. населения в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: умножить возрастной коэффициент смертности от алкогольной кардиомиопатии (код МКБ-10 I426) на численность населения России в соответствующем возрасте и поделить на общую численность населения России в возрасте 15-79 лет (сумма по возрастам 15-79)	Данные Центра демографических исследований Российской экономической школы (РЭШ) http://demogr.nes.ru и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
16	Смертность от алкогольной кардиомиопатии	на 100 тыс. мужчин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 15 (мужское население)	Как в показателе 15
17	Смертность от алкогольной кардиомиопатии	на 100 тыс. женщин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 15 (женское население)	Как в показателе 15

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
18	Смертность от алкогольной болезни печени (цирроз, гепатит, фиброз)	на 100 тыс. населения в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: умножить возрастной коэффициент смертности от алкогольной болезни печени (код МКБ-10 K70) на численность населения России в соответствующем возрасте и поделить на общую численность населения России в возрасте 15-79 лет (сумма по возрастам 15-79)	Как в показателе 15
19	Смертность от алкогольной болезни печени (цирроз, гепатит, фиброз)	на 100 тыс. мужчин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 18 (мужское население)	Как в показателе 15
20	Смертность от алкогольной болезни печени (цирроз, гепатит, фиброз)	на 100 тыс. женщин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 18 (женское население)	Как в показателе 15
21	Смертность от психических расстройств, связанных с алкоголем	на 100 тыс. населения в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: умножить возрастной коэффициент смертности от психических и поведенческих расстройств, связанных с алкоголем (коды МКБ-10 F101-102) на численность населения России в соответствующем возрасте и поделить на общую численность населения России в возрасте 15-79 лет (сумма по возрастам 15-79)	Как в показателе 15
22	Смертность от психических расстройств, связанных с алкоголем	на 100 тыс. мужчин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 21 (мужское население)	Как в показателе 15
23	психических расстройств, связанных с алкоголем	на 100 тыс. женщин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 21 (женское население)	Как в показателе 15

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
24	Заболеваемость алкогольными психозами	всего, общая	«Общая заболеваемость алкогольными психозами»	Аналитические обзоры НИЦ наркологии Минздрава России
25	Заболеваемость алкогольными психозами	на 100 тыс. населения в возрасте 15+	Расчетный показатель: показатель 24 умножить на 100000 и поделить на показатель 2	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
26	Заболеваемость алкогольными психозами	всего, первичная	«Первичная заболеваемость алкогольными психозами»	Как в показателе 24
27	Заболеваемость алкогольными психозами	на 100 тыс. населения в возрасте 15+	Расчетный показатель: показатель 26 умножить на 100000 и поделить на показатель 2	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
28	Заболеваемость алкоголизмом	всего, общая	«Общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя (алкоголизм)»	Как в показателе 24
29	Заболеваемость алкоголизмом	на 100 тыс. населения в возрасте 15+	Расчетный показатель: показатель 28 умножить на 100000 и поделить на показатель 2	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
30	Заболеваемость алкоголизмом	всего, первичная	«Первичная заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя (алкоголизм)»	Как в показателе 24
31	Заболеваемость алкоголизмом	на 100 тыс. населения в возрасте 15+	Расчетный показатель: показатель 30 умножить на 100000 и поделить на показатель 2	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
32	Заболеваемость наркоманией	всего, общая	«Общая заболеваемость синдромом зависимости от наркотиков (наркомания)»	Как в показателе 24
33	Заболеваемость наркоманией	на 100 тыс. населения в возрасте 15-39	Расчетный показатель: показатель 32 умножить на 100000 и поделить на показатель 4	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
34	Заболеваемость наркоманией	всего, первичная	«Первичная заболеваемость синдромом зависимости от наркотиков (наркомания)»	Как в показателе 24

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
35	Заболеваемость наркоманией	на 100 тыс. населения в возрасте 15-39	Расчетный показатель: показатель 34 умножить на 100000 и поделить на показатель 4	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
36	Пагубное употребление наркотиков	всего, общая	«Общая заболеваемость синдромом пагубного употребления наркотиков»	Как в показателе 24
37	Пагубное употребление наркотиков	на 100 тыс. населения в возрасте 15-39	Расчетный показатель: показатель 36 умножить на 100000 и поделить на показатель 4	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
38	Пагубное употребление наркотиков	всего, первичная	«Первичная заболеваемость синдромом пагубного употребления наркотиков»	Как в показателе 24
39	Пагубное употребление наркотиков	на 100 тыс. населения в возрасте 15-39	Расчетный показатель: показатель 38 умножить на 100000 и поделить на показатель 4	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
40	Наркомания и пагубное употребление наркотиков	всего, общая	Расчетный показатель: сумма показателей 32 и 36	Как в показателе 24
41	Наркомания и пагубное употребление наркотиков	на 100 тыс. населения в возрасте 15-39	Расчетный показатель: показатель 40 умножить на 100000 и поделить на показатель 4	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
42	Наркомания и пагубное употребление наркотиков	всего, первичная	Расчетный показатель: сумма показателей 34 и 38	Как в показателе 24
43	Наркомания и пагубное употребление наркотиков	на 100 тыс. населения в возрасте 15-39	Расчетный показатель: показатель 42 умножить на 100000 и поделить на показатель 4	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
44	Смертность от случайных отравлений	на 100 тыс. населения в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: умножить сумму коэффициентов смертности по кодам МКБ-10 X42, X45-X49, Y12, Y15-Y19 на численность населения России в соответствующем возрасте и поделить на общую численность населения России в возрасте 15-79 лет (сумма по возрастам 15-79)	Как в показателе 15 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
45	Смертность от случайных отравлений	на 100 тыс. мужчин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 44 (мужское население)	Как в показателе 15 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
46	Смертность от случайных отравлений	на 100 тыс. женщин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 44 (женское население)	Как в показателе 15 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
47	Смертность населения	на 100 тыс. населения в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: умножить коэффициенты смертности от всех причин на численность населения России в соответствующем возрасте и поделить на общую численность населения России в возрасте 15-79 лет (сумма по возрастам 15-79)	Как в показателе 15 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
48	Смертность населения	на 100 тыс. мужчин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 47 (мужское население)	Как в показателе 15 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
49	Смертность населения	на 100 тыс. женщин в возрасте 15-79 лет	Расчетный показатель: аналогично расчету показателя 47 (женское население)	Как в показателе 15 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
50	Доля преступлений, совершенных в состоянии опьянения	алкогольное опьянение, %	Расчетный показатель: «Число преступлений, совершенных лицами в состоянии алкогольного опьянения» умножить на 100 и поделить на «Общее число предварительно расследованных преступлений»	Форма 4- ЕГС, раздел 4
51	Доля преступлений, совершенных в состоянии опьянения	наркотическое опьянение, %	Расчетный показатель: «Число преступлений, совершенных лицами в состоянии наркотического опьянения» умножить на 100 и поделить на «Общее число предварительно расследованных преступлений»	Как в показателе 50
52	Доля преступлений, совершенных в состоянии опьянения	алкогольное и наркотическое опьянение, %	Расчетный показатель: сумма показателей 50 и 51	Как в показателе 50
53	Покупательная способность средней заработной платы по алкоголю	водка, литров	Расчетный показатель: «Медианная заработная плата» поделить на «Среднегодовая цена 1 литра водки»	Данные Росстата https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13268 и ЕМИСС https://fedstat.ru
54	Покупательная способность средней заработной платы по алкоголю	пиво, литров	Расчетный показатель: «Медианная заработная плата» поделить на «Среднегодовая цена 1 литра пива»	Как в показателе 53
55	Финансирование региональных антинаркотических программ	всего, тыс. руб.	«Объем финансирования антинаркотической программы (подпрограммы)»	Данные «Докладов о наркоситуации» региональных антинаркотических комиссий и формы 03а- АНК (по запросу)

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
56	Финансирование региональных антинаркотических программ	на 1000 населения в возрасте 15-39 лет, тыс. руб.	Расчетный показатель: показатель 55 умножить на 1000 и поделить на показатель 4	Как в показателе 55 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
57	Доступность приобретения алкоголя по времени	условных суток в год	Расчетный показатель: «Число часов в сутках, когда продажа алкоголя разрешена» поделить на 24 и умножить на разность 365 и «Число дней в году, когда продажа алкоголя запрещена». Для некоторых регионов (Калмыкия, Тульская область и др.) учитывались дополнительные временные ограничения, вводимые в определенные дни. Для оценки общероссийского показателя доступности приобретения алкоголя по времени использовалась среднее арифметическое из региональных показателей доступности, взвешенное по численности населения старше 15 лет (по состоянию на 2019 год).	Ограничения розничной продажи алкогольной продукции, установленные в субъектах Российской Федерации» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_281780/
58	Число круглосуточных наркологических коек	всего	«Обеспеченность населения круглосуточными наркологическими койками»	Как в показателе 24
59	Число круглосуточных наркологических коек	на 100 тыс. населения 15+	Расчетный показатель: показатель 58 умножить на 100000 и разделить на показатель 2	Как в показателе 24
60	Число психиатров-наркологов	всего	«Кадры психиатров-наркологов (физических лиц)»	Как в показателе 24
61	Число психиатров-наркологов	на 100 тыс. населения 15+	Расчетный показатель: показатель 60 умножить на 100000 и разделить на показатель 2	Как в показателе 24

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
62	Число занятых должностей специалистов реабилитационного звена	всего	Расчетный показатель: «Число занятых должностей специалистов реабилитационного звена с немедицинским образованием» — сумма по графам «Психологи», «Специалисты по социальной работе», «Социальные работники».	Как в показателе 24
63	Число занятых должностей специалистов реабилитационного звена	на 100 тыс. населения 15+	Расчетный показатель: показатель 62 умножить на 100000 и поделить на показатель 2	Как в показателе 24 и данные ЕМИСС https://fedstat.ru
64	Госпитализация пациентов с наркологическими расстройствами	всего	«Показатели госпитализации пациентов с наркологическими расстройствами (все заболевания)»	Как в показателе 24
65	Госпитализация пациентов с наркологическими расстройствами	на 100 больных	Расчетный показатель: показатель 64 разделить на «Общая заболеваемость наркологическими расстройствами» и умножить на разность 100 и показателя 73	Как в показателе 24
66	Госпитализация пациентов с алкоголизмом	всего	«Показатели госпитализации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (алкоголизм), без алкогольных психозов»	Как в показателе 24
67	Госпитализация пациентов с алкоголизмом	на 100 больных	Расчетный показатель: показатель 66 разделить на «Общая заболеваемость алкоголизмом» и умножить на разность 100 и показателя 74	Как в показателе 24
68	Госпитализация пациентов с наркоманией	всего	«Показатели госпитализации пациентов с синдромом зависимости от наркотиков (наркомания)»	Как в показателе 24
69	Госпитализация пациентов с наркоманией	на 100 больных	Расчетный показатель: показатель 68 разделить на «Общая заболеваемость наркомании» и умножить на разность 100 и показателя 75	Как в показателе 24

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
70	Число ремиссий на 100 наркологических больных (все расстройства)	от 1 до 2 лет	«Ремиссии от 1 года до 2 лет у больных с синдромом зависимости (суммарно алкоголизм, наркомания, токсикомания) на 100 больных среднегодового контингента с синдромом зависимости»	Как в показателе 24
71	Число ремиссий на 100 наркологических больных (все расстройства)	свыше 2 лет	«Ремиссии свыше 2 лет у больных с синдромом зависимости (суммарно алкоголизм, наркомания, токсикомания) на 100 больных среднегодового контингента с синдромом зависимости»	Как в показателе 24
72	Число ремиссий на 100 наркологических больных (все расстройства)	свыше 1 года	«Ремиссии свыше 1 года у больных с синдромом зависимости (суммарно алкоголизм, наркомания, токсикомания) на 100 больных среднегодового контингента с синдромом зависимости»	Как в показателе 24
73	Повторные госпитализации	всего, % повторно госпитализированных в течение года	«Удельный вес пациентов, повторно госпитализированных в течение года (%)»	Как в показателе 24
74	Повторные госпитализации	алкоголизм, % повторно госпитализированных в течение года	Удельный вес пациентов с алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года (%)»	Как в показателе 24
75	Повторные госпитализации	наркомания, % повторно госпитализированных в течение года	Удельный вес пациентов с наркоманией, повторно госпитализированных в течение года (%)»	Как в показателе 24

№	Название показателя	Уточнение	Исходное название / Как рассчитан	Источники
75	Снятие с диспансерного наблюдения на 100 наркологических больных (все расстройства)	алкоголизм, на 100 больных	«Показатели снятия с диспансерного наблюдения пациентов с алкоголизмом в связи с выздоровлением (длительным воздержанием), на 100 больных среднегодового контингента»	Как в показателе 24
77	Снятие с диспансерного наблюдения на 100 наркологических больных (все расстройства)	наркомания, на 100 больных	«Показатели снятия с диспансерного наблюдения пациентов с наркоманией в связи с выздоровлением (длительным воздержанием), на 100 больных среднегодового контингента»	Как в показателе 24

Приложение 2. Сравнение регионов по затраченным ресурсам и Рейтингу-2019

Высокие затраты ресурсов — плохие результаты (рейтинг D-E)

доступность алкоголя	ПС по водке	нарколог. койки	врачи- наркологи	специалисты (реабилит.)	финансиро- вание АНП
Тыва	Тыва	Тыва	Тыва	Тыва	Тыва
Магадан		Магадан	Магадан	Магадан	Магадан
		Сахалин	Сахалин	Сахалин	Сахалин
Мурманск		Мурманск		Мурманск	н/д
Удмуртия			Удмуртия		Удмуртия
Амурская			Амурская		
Еврей. АО		Еврей. АО			
			Коми		Коми
	Курган	Курган			
	Мари Эл			Мари Эл	
			Тюмень		Тюмень
		Ульяновск		Ульяновск	
		Ярославль	Ярославль		
Бурятия					
			Забайкалье		н/д
				Кемерово	
	Р. Алтай				
	Хакасия				
		Томск			

Низкие затраты ресурсов — хорошие результаты (рейтинг А-В)

доступность алкоголя	ПС по водке	нарколог. койки	врачи- наркологи	специалисты (реабилит.)	финансиро- вание АНП
	СПб	СПб	СПб	СПб	СПб
Ростов		Ростов	Ростов	Ростов	
Волгоград		Волгоград	Волгоград		
		Дагестан	Дагестан	Дагестан	н/д
		КЧР	КЧР	КЧР	н/д
Москва	Москва	Москва			н/д
		Ставрополь	Ставрополь	Ставрополь	н/д
			Тамбов	Тамбов	Тамбов
		Адыгея	Адыгея		н/д
Сев.Осетия		Сев.Осетия			
		Белгород			
					КБР
					Оренбург
					Орел

Комментарии к таблицам:

Доступность алкоголя — число условных суток в году, когда можно купить алкоголь (высокие затраты ресурса = малая доступность алкоголя).

ПС (покупательная способность) по водке — отношение медианной зарплаты к цене 1 л водки (высокие затраты ресурса = малая ПС по водке).

Наркологические койки — число круглосуточных наркологических коек на 100 тыс. населения старше 15 лет.

Врачи-наркологи — число психиатров-наркологов (физических лиц) на 100 тыс. населения старше 15 лет.

Специалисты реабилитационного звена — число занятых ставок специалистов реабилитационного звена на 100 тыс. населения старше 15 лет.

Финансирование АНП — объем финансирования региональной антинаркотической программы, руб. на 1 человека в возрасте 15-39 лет (данные по этому показателю по некоторым регионам отсутствуют).

Названия регионов в таблицах сокращены (напр., вместо «Карачаево-Черкесская Республика» — «КЧР», вместо «Кабардино-Балкарская Республика» — «КБР» и т. д.).