R

Март 2014 года

	منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة	联合国粮食及农业组织	Food and Agriculture Organization of the United Nations	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

ЕВРОПЕЙСКАЯ КОМИССИЯ ПО СЕЛЬСКОМУ ХОЗЯЙСТВУ

ТРИДЦАТЬ ВОСЬМАЯ СЕССИЯ

Бухарест, Румыния, 1 и 2 апреля 2014 года

Пункт 5 повестки дня

Агропродовольственные системы для улучшения питания в Европе и Центральной Азии

Резюме

В настоящей работе описано распределение основных проблем, связанных с неполноценным питанием в масштабе региона в контексте перехода населения к другим моделям питания ("nutrition transition") в Европе и Центральной Азии. Бремя неполноценного питания затем сравнивается по различным странам региона в зависимости от преобладающего фактора риска. Наконец, обсуждается ряд стратегий, которые можно использовать для оптимизации влияния продовольственных систем на качество питания населения.

Испрашиваемые указания

Предлагается, чтобы ЕКСХ рассмотрела и прокомментировала изложенные в пунктах 15-33 предлагаемые стратегии, которые направлены на совершенствование важных функций продовольственных систем в Европе и Центральной Азии по обеспечению здоровья и рационального питания граждан.

Предлагается также, чтобы ЕКСХ утвердила положение о том, что будущая работа ФАО в регионе должна быть сосредоточена в первую очередь на продвижении потребительских стратегий, описанных в пунктах 24-33, и оказании поддержки странам во внедрении таких стратегий.

1. В последнее время организации в поддержку развития стали обращать более пристальное внимание на взаимосвязь между продовольственными системами и питанием населения. В 2012 году Международный институт исследований в области продовольственной политики (ИФПРИ) опубликовал на основе материалов конференции книгу под названием

В рамках инициативы ФАО по сведению к минимуму воздействия на окружающую среду и в целях содействия внедрению менее вредных для экологии коммуникационных технологий, для доступа к настоящему документу можно использовать размещенный здесь QR-код.
С другими документами можно ознакомиться по адресу: http://www.fao.org/europe/regional-conference/cw2014/ru/

"Видоизменение сельского хозяйства в целях улучшения питания и здоровья" (Fan and Panya-Lorch, 2012). Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО) в 2013 году опубликовала свой ежегодный доклад по состоянию дел в области продовольствия и сельского хозяйства с основной темой "Воздействие на продовольственные системы для улучшения питания" (FAO, 2013). Наконец, по заказу Регионального отделения ФАО для Европы и Центральной Азии было выполнено научное исследование "Агропродовольственные системы для улучшения питания в Европе и Центральной Азии" (Mazzocchi et al., 2012, 2014). В этих работах описаны вмешательства, которые имеются в распоряжении руководителей, формирующих политику, и направлены на улучшение питания населения в процессе социально-экономического развития.

2. Предназначение данного исследования – проанализировать возможные пути совершенствования важных функций продовольственных систем в Европе и Центральной Азии (ЕЦА) по обеспечению здоровья и полноценного питания граждан. Мы придерживаемся положений СОФА 2013, определяя продовольственные системы как покрывающие три элемента производственно-сбытовой цепочки: (1) от производства до ворот фермы, через (2) послеурожайную сбытовую цепочку (от фермы до розничной продажи) и до (3) конечного потребителя (SOFA 2013). В настоящей работе вначале описано распределение основных проблем, связанных с неполноценным питанием, в масштабе региона в контексте перехода населения к другим моделям питания ("nutrition transition") в Европе и Центральной Азии. Бремя неполноценного питания затем сравнивается по различным странам региона в зависимости от преобладающего фактора риска. В заключение обсуждается ряд стратегий, направленных на оптимизацию влияния продовольственных систем на качество питания населения.

A. Группирование стран Европы и Центральной Азии по преобладающим проблемам неполноценного питания

3. Для того чтобы получить более целостное представление о характере питания населения в Европе и Центральной Азии, можно сгруппировать страны по признаку преобладающих проблем в области питания[1]. В регионе Европы и Центральной Азии имеется три основные проблемы неполноценного питания: недоедание, недостаточность питательных микроэлементов и переедание. Каждая проблема присутствует в определенной степени в каждой стране, при этом парадигма перехода к другим моделям питания объясняет то, как изменяется соотношение проблем по мере роста доходов.

4. Для того чтобы сгруппировать страны по преобладающим проблемам питания, следует вначале представить количественные показатели трех основных проблем неполноценного питания в регионе. Однако готовых к применению индикаторов по каждой отдельной проблеме в области питания не имеется. Существуют множественные индикаторы по трем проблемам. Поэтому мы прежде всего разработали сводные показатели (линейные комбинации группы индикаторов), которые отражают сразу три проблемы питания[2]. Это означает, что по каждой стране в нашей выборке имеется три сводных показателя, которые охватывают степень недоедания, дефицита питательных микроэлементов и переедания в стране. Затем был использован кластерный анализ для разделения стран на группы на основе ранжирования этих сводных показателей. Такая статистическая методология позволила нам сформировать четыре группы стран, каждая из которых имеет определенный профиль проблем в области питания: (1) преимущественно недоедание и недостаточность питательных микроэлементов; (2) тройное бремя всех трех проблем (недоедание, недостаточность питательных микроэлементов и

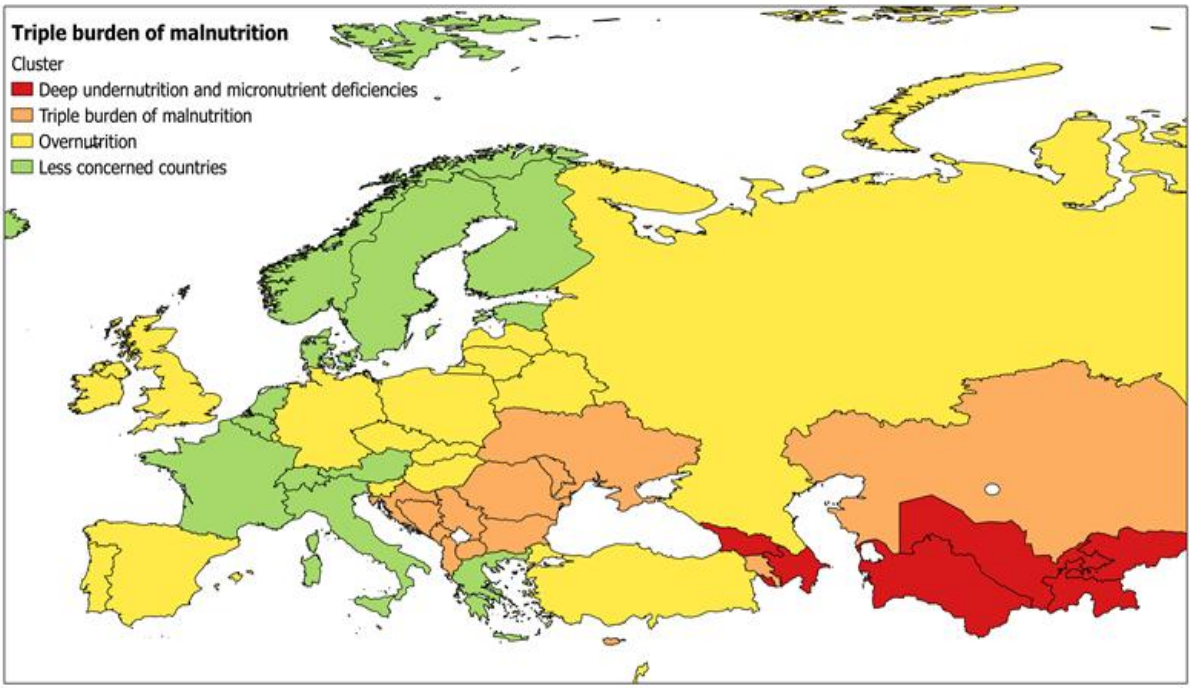
[1] В последующем обсуждении (включая таблицы 1-4) регион Европы и Центральной Азии определяется в соответствии с членством стран Европы и Центральной Азии в ФАО. Полный перечень стран приведен в работе Mazzocchi et al., 2014, приложение A.

[2] Статистическая методология формулирования этих показателей, которая сводит к минимуму потерю вариабельности, связанной с редукцией оригинальных исходных переменных в один сводный показатель, описана в работе Capacci et al., 2013.

переедание); (3) преимущественно переедание; (4) страны, где проблемы питания менее выражены.

5. Страновые кластеры можно показать на карте (**рис. 1**), и при этом видно, что недоедание и недостаточность питательных микроэлементов сосредоточены в странах, расположенных в Центральной Азии и на Кавказе. Казахстан, Украина и балканские страны страдают от тройного бремени неполноценного питания, в то время как примерно половина стран Западной Европы подвержены в первую очередь проблемам переедания. Вторая половина стран Западной Европы попадают в категорию меньшей выраженности проблем. Тем не менее и в последней группе стран проблема ожирения является актуальной. От этого патологического проявления неправильного питания страдает свыше 20% населения.

Рисунок 1. **Карта Европы и Центральной Азии с обозначениями на основе трех аспектов неполноценного питания**



Цветовые обозначения кластеров на карте: красный – тяжелое недоедание и дефицит микроэлементов; оранжевый – тройное бремя неполноценного питания; желтый – переедание; зеленый – страны с меньшей выраженностью проблем.

Источник: Mazzocchi et al., 2014.

B. Социально-экономическое бремя болезней и неполноценного питания

6. Понимание закономерностей распространения болезней, связанных с неполноценным питанием в Европе и Центральной Азии, – это первый шаг в определении надлежащих стратегических вмешательств в области здравоохранения в масштабе региона. Однако в целях сосредоточения стратегий на преодолении наиболее разрушительных проблем здравоохранения директивным органам необходимо иметь общую количественную меру бремени болезни. Такая мера может помочь им решить, в какой степени вмешательства должны быть направлены на борьбу с болезнями сердца, малярией или, например, на профилактику злоупотребления алкоголем. Все три проблемы сопряжены с социальным бременем, но какая из них приводит к более тяжелому бремени?

7. Для определения бремени болезни можно использовать результаты Проекта глобального бремени болезней (ГББ), осуществленного по инициативе Всемирного банка и в настоящее время возглавляемого Институтом показателей и оценки здоровья при Университете

Вашингтона. Подход с позиций глобального бремени болезни позволяет количественно оценить сравнительный масштаб утраты здоровья вследствие болезней, травм и воздействия факторов риска в разбивке по странам и по годам (Murray and Lopez, 2013). Разработчики политики могут затем сравнивать социальное бремя различных болезней, для того чтобы определить, на какие из них следует в первую очередь направить стратегические вмешательства. В рамках Проекта глобального бремени болезней была разработана единая мера – годы жизни с поправкой на неполное здоровье (DALY), – позволяющая рассчитать число лет жизни, потерянных в результате преждевременной смертности и ограничений жизнедеятельности (например, в результате болезни). Один DALY равен одному потерянному году здоровой жизни, и руководители, принимающие решения, могут использовать этот показатель для сравнительного анализа социального бремени различных видов нарушения здоровья, например онкологических заболеваний и депрессии, с использованием сопоставимых количественных параметров.

8. Политика здравоохранения должна быть направлена на предупреждение болезней, а не только на устранение их негативных последствий. В общественном здравоохранении каждая болезнь сопряжена с различными *факторами риска*. Так, например, переедание и ожирение являются факторами риска диабета и заболеваний сердца, в то время как недоедание в детском возрасте, субоптимальное грудное вскармливание, недостаточная масса тела ребенка и дефицит цинка в организме входят в число факторов риска инфекций нижних дыхательных путей. Проект глобального бремени болезней дает стандартизированные данные о потенциально предотвратимых факторах риска болезней (IHME and HDNWB, 2013) в такой форме, которая позволяет сравнивать связанное с ними бремя болезни (в показателях DALY). Используя этот подход, мы можем сравнить число DALY, потерянных в результате воздействия различных факторов риска, таких как нездоровое питание, употребление табака и алкоголя, недостаточная физическая активность и загрязнение воздуха.

Бремя неполноценного питания в странах ЕЦА

9. В 2010 году ведущими пятью факторами риска болезней (по убыванию важности) были следующие: (1) риски, связанные с рационом питания; (2) повышенное артериальное давление; (3) употребление табака; (4) употребление алкоголя; (5) повышенный индекс массы тела (Mazzocchi et al., 2014). Таким образом, три из пяти наиболее существенных факторов риска болезней в регионе ЕЦА в 2010 году были связаны с неполноценным питанием. Хотя повышенное артериальное давление и повышенный индекс массы тела не всегда связаны с неполноценным питанием, эта зависимость наблюдается нередко. Таким образом, три из пяти ведущих факторов риска фактически отчасти или полностью обусловлены неполноценным питанием. В **таблице 1** представлен расчет потерянных DALY вследствие воздействия ведущих факторов риска в регионе ЕЦА в 2010 году в разбивке по группам стран. В таблице вначале перечислены факторы риска, связанные с неполноценным питанием (частично или полностью), а также, для сравнения, два ведущих фактора риска, не связанные с неполноценным питанием, – алкоголь и курение.

10. В данной таблице следует отметить пять важных аспектов. Во-первых, кластер недоедания резко выделяется среди остальных кластеров по важности факторов риска, связанных с недоеданием детей и матерей. Число DALY, потерянных в результате недоедания детей и матерей (включая недостаточность питательных микроэлементов) в среднем по региону ЕЦА составляет только 384 (**таблица 1, строка 2а**), что намного меньше по сравнению с другими факторами риска, показанными в таблице. Однако если рассмотреть кластер недоедания (Азербайджан, Грузия, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан), бремя рисков, связанных с недоеданием детей и матерей, почти в шесть раз выше (2174 потерянных DALY в год). Эта цифра сравнима с потерями, относимыми за счет повышенного индекса массы тела или употребления табака, а также намного выше риска, связанного с употреблением алкоголя. Подавляющая часть DALY, потерянных в результате недоедания детей и матерей, связана с ненадлежащим грудным вскармливанием и дефицитом питательных микроэлементов, но не с пониженной массой тела ребенка.

Таблица 1. Значения DALY, соответствующие факторам риска в связи с неполноценным питанием в Европе и Центральной Азии, по данным за 2010 год (потерянные DALY), на 100 000 населения.

	Показатель	Группы стран				
		Недоедание	***Тройное бремя***	***Переедание***	***Проблемы менее выражены***	***Всего в странах ЕЦА***
1	***ВСЕГО потеряно DALY (на 100 000 чел.) вследствие болезней***	33 925	38 996	33 156	26 912	32 574
2	**Факторы риска, связанные с неполноценным питанием**					
a	Факторы риска, связанные с недоеданием детей и матерей	2 174	471	294	48	384
	– Пониженная масса тела у детей	*298*	*22*	*8*	*2*	*27*
	– Субоптимальное грудное вскармливание	*1 033*	*74*	*20*	*0*	*88*
	*– Недостаточность питательных микроэлементов**	*843*	*375*	*266*	*46*	*268*
b	Повышенный индекс массы тела (ИМТ)	2 535	4 452	3 788	2 186	3 431
c	Факторы риска, связанные с рационом**	5 602	9 515	6 236	3 304	5 972
d	Повышенное артериальное давление	4 256	8 425	5 092	2 573	4 916
e	Повышенное общее содержание холестерина	899	2 390	1 877	886	1 657
3	**Употребление алкоголя**	1 582	5 425	4 161	1 095	3 465
4	**Табакокурение**	2 769	5 089	4 251	2 793	3 936

* Набор данных, приведенных в ГББ 2010, не включает сводные оценки недостаточности питательных микроэлементов. Наши расчеты – это простая разница между суммарным числом DALY, потерянных в результате недоедания детей и матерей, и DALY, потерянных в результате пониженной массы тела детей и субоптимального грудного вскармливания. Эта цифра, возможно, не полностью отражает реальное бремя, поскольку и сниженная масса тела у детей, и субоптимальное грудное вскармливание, по всей вероятности, также сочетаются с недостаточностью питательных микроэлементов. Примечание: взвешенные средние значения с использованием численности населения стран в качестве весовых параметров.

** Факторы риска, относящиеся к рациону, включают низкое содержание в его составе следующих продуктов: фрукты, овощи, пищевые волокна, полиненасыщенные жирные кислоты, кальций, цельнозерновые продукты, орехи и семена, а также морепродукты, содержащие омега-3 жирные кислоты, и молоко. Факторы риска, относящиеся к рациону, также включают высокое содержание в питании следующих видов пищевых продуктов: натрий, обработанное мясо, трансжирные кислоты, подслащенные напитки и красное мясо (Mazzocchi et al., 2014, p. 42).

Источник: анализ данных ГББ 2010, Mazzocchi et al., 2014.

11. Во-вторых, кластер недоедания среди стран ЕЦА, оставаясь субрегионом, вызывающим наибольшую озабоченность в регионе, отличается по своим характеристикам от обычных развивающихся стран в других регионах. В развивающихся странах бремя недоедания среди детей на 100 000 населения в три раза выше бремени вследствие повышенного ИМТ (рассчитано по данным ГББ 2010). Этот факт определяет то значительное внимание, которое уделяется вопросам недоедания в странах развивающегося мира. Однако в кластере недоедания региона ЕЦА бремя детского недоедания на 100 000 населения составляет лишь 0,86 бремени от повышенного ИМТ (**таблица 1**; группа стран, где отмечается недоедание; **строки 2a** и **2b**). Это различие отчасти связано со значительными успехами в борьбе с недоеданием (включая пониженную массу тела), о чем свидетельствует стремительное сокращение числа DALY, потерянных в результате недоедания детей и матерей (-5,7% в год за период с 1990 по 2010 год, **таблица 2**, **строка 2**). Снижение суммарного бремени недоедания детей и матерей почти на 6% каждый год в течение 20 лет – это феноменальный успех, поскольку таким образом масштабы медико-санитарных и социальных последствий недоедания сократились за этот период на 69%! Вместе с тем данное сокращение сопровождалось резким ростом суммарного бремени переедания: +1,6% в год, или +37% в целом (**таблица 2**, **строка 3**). Наблюдаемый переход к другим моделям питания делает кластер недоедания в данном регионе отличным от типичного профиля питания развивающейся страны.

12. В-третьих, число DALY, потерянных в результате недостаточности питательных микроэлементов, значительно выше в наиболее бедной группе стран, и снижение этого показателя (-0,4% в год, **таблица 2**) происходит относительно медленно в сравнении с кластером, характеризующимся тройным бременем неполноценного питания. Несомненно, ситуация в кластере недоедания нуждается в улучшении, в то время как страны тройного бремени достигли определенного успеха.

13. В-четвертых, страны тройного бремени (Казахстан, Украина и балканские страны) несут наиболее тяжелое социальное бремя от высокого ИМТ, несмотря на то что средняя распространенность избыточной массы тела среди их населения ниже, чем в кластере переедания (55% по сравнению с 60%). Это кажущееся противоречие можно объяснить путем анализа расходов на здравоохранение, которые значительно выше (из расчета на душу населения) в кластере переедания (**таблица 3**, **строка 1**). Более качественные услуги лечебно-профилактической помощи смягчают негативный эффект неполноценного питания на здоровье, при этом страны с менее развитой системой здравоохранения – это те же, что несут наибольшие потери.

Таблица 2. Ежегодные изменения значений DALY, потерянных в результате воздействия факторов риска, Европа и Центральная Азия, 1990-2010 гг. (%)

	Показатель	**Группы стран**				
		1	**2**	**3**	**4**	
		Недоедание	***Тройное бремя***	***Переедание***	***Проблемы менее выражены***	***Всего в странах ЕЦА***
1	Итого, по всем болезням	-1,4	0,2	-0,4	-0,4	-0,4
2	Недоедание у детей и матерей	-5,7	-2,9	-4,0	-0,5	-4,3
3	Повышенный индекс массы тела	1,6	1,5	0,8	0,0	0,8
4	Недостаточность питательных микроэлементов	-0,4	-1,1	-0,7	-0,4	-0,7
5	Факторы риска, связанные с рационом	0,4	0,9	-0,5	-1,6	-0,4

Источник: расчеты по данным ГББ за 1990 и 2010 гг., Mazzocchi et al., 2014.

14. В-пятых, тенденции за последние 20 лет демонстрируют, что кластер недоедания переходит в категорию тройного бремени, причем в этом кластере рост числа потерянных DALY в результате повышенного индекса массы тела и сокращение числа DALY, связанных с недоеданием детей и матерей, происходят более быстрыми темпами по сравнению с другими кластерами (**таблица 2**, **строки 2** и **3**). По мере того как эти страны переходят в категорию тройного бремени, возникает потребность незамедлительного роста расходов на здравоохранение. Несмотря на то что расходы на здравоохранение уже и так быстро растут, вследствие их изначально низкого уровня изменения в расходах на здравоохранение, требуемые для повышения ожидаемой продолжительности жизни в кластерах недоедания и тройного бремени, весьма значительны (**таблица 3**, **строка 7**). В настоящее время, для того чтобы увеличить ожидаемую продолжительность жизни при рождении на один год, требуется повысить объем расходов на здравоохранение в кластере недоедания на 99%, а в странах тройного бремени – на 144%. Это контрастирует со странами кластера переедания и меньшей выраженности проблем, где для того чтобы повысить ожидаемую продолжительность жизни при рождении на один год, требуется увеличить расходы на здравоохранение только соответственно на 37% и 24%. Одним словом, заполнение разрыва в показателях здоровья и ожидаемой продолжительности жизни, по-видимому, станет чрезвычайно сложной и относительно дорогостоящей задачей для тех стран, население которых страдает от недоедания, а борьба с прогнозируемым распространением ожирения, в частности стимулируемым экономическим ростом, по оценкам, потребует весьма значительных расходов для стран в первых двух кластерах.

Таблица 3. Расходы на здравоохранение, Европа и Центральная Азия, 2010 г.

	Показатель	**Группы стран**				
		1	**2**	**3**	**4**	
		Недоеда-ние	***Тройное бремя***	***Пере-едание***	***Пробле-мы менее выраже-ны***	***Всего в странах ЕЦА***
1	Расходы на здравоохранение на душу населения, ППС (международные доллары 2005 г.) (2010 г.)	252	730	2 257	3 817	2 275
2	Расходы на здравоохранение, государственные (% от общих расходов на здравоохранение) (2010 г.)	42	62	71	77	69
3	Расходы на здравоохранение, общие (% от ВВП) (2010 г.)	5,8	7,2	8,2	10,6	8,5
4	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет) (2010 г.)	69	72	75	81	76
5	Изменения в ожидаемой продолжительности жизни (прирост числа лет) (1990-2010 гг.)	2,6	1,5	4,2	4,6	3,8
6	Ежегодное изменение суммы реальных расходов на здравоохранение на душу населения (1995-2010 гг.) (% в год)	8,8	8,0	6,5	5,1	6,0
7	Изменения суммы расходов на здравоохранение на каждый год прироста ожидаемой продолжительности жизни (1995-2010 гг.) (%)	99	144	37	24	36

Источник: Mazzocchi et al., 2014.

C. Стратегии, направленные на решение проблемы неполноценного питания в Европе и Центральной Азии

15. Выше приведена систематическая классификация стран региона в зависимости от доминирующих проблем в области питания и рассмотрены количественные показатели для оценки социального бремени рисков, связанных с неполноценным питанием. С учетом этих фактов мы теперь постараемся ответить на вопрос о том, какие стратегии можно использовать в регионе в целях решения проблемы неполноценного питания. Мы придерживаемся положений СОФА 2013 (FAO, 2013), определяя направления сельскохозяйственной и продовольственной политики в соответствии с элементами производственно-сбытовой цепочки: (1) сельскохозяйственная политика (до ворот фермы), (2) стратегии на послеурожайном этапе (от фермы до розничной продажи) и (3) стратегии содействия здоровому питанию (потребительская политика). Описание предлагаемых ниже стратегий по необходимости дано в сжатом виде. С более полным и детальным разбором можно ознакомиться в работе Mazzocchi et al. (2014).

1. Сельскохозяйственная политика

Стратегии поддержки рыночной цены (преимущественно кластеры переедания и менее выраженных проблем)

16. Поддержка рыночной цены (ПРЦ) относится к ряду стратегий, которые "вбивают клин" между внутренними и международными ценами. Сюда входят вмешательства на внутреннем рынке, административное установление цены и торговые меры, такие как импортные пошлины, квоты и налоги на экспорт. В типичных случаях ПРЦ позволяет, чтобы цены на продукцию отечественных производителей поддерживались выше международных цен.

17. Ряд исследователей и аналитиков, особенно в сфере общественного здравоохранения, в прошлом обвиняли продовольственную политику ЕС в том, что она является причиной ухудшения характера питания и повышения риска неинфекционных заболеваний. Однако при более пристальном взгляде, который предприняли экономисты в отношении влияния сельскохозяйственной политики ЕС на потребительские цены в этих странах, выявляется иная картина. Schmidhuber (2007) отмечает, что в рамках общей сельскохозяйственной политики ЕС (САР) традиционным инструментом для поддержки производителей является ценовая поддержка, которая фактически *повысила* цену пищевых продуктов, производимых в ЕС, в сравнении с международными ценами и таким образом стала своего рода налогом для потребителей в странах ЕС. Он также констатирует то, что самый большой разрыв между ценами ЕС и мировыми ценами, возникший в результате проведения САР, касается товаров, в наибольшей степени сопряженных с перееданием, таких как сахар, говядина и молоко. Таким образом, путем повышения цен на сахар, говядину и молоко в большей степени, чем на другие продукты питания, политика поддержки рыночной цены, по-видимому, фактически препятствует, а не способствует формированию нездорового рациона.

Политика сельскохозяйственных исследований и разработок: биофортификация (кластер недоедания)

18. Проблемы недостаточности питательных микроэлементов в некоторых частях региона уже ранее были обозначены и отражены в приоритетных действиях правительств и международных агентств, при этом вмешательства были в первую очередь направлены на улучшение питания, как правило в форме предоставления пищевых добавок и обогащения продуктов микроэлементами. Так, например, Азиатский банк развития и ЮНИСЕФ заключили в 2000-х годах партнерство с правительствами стран Центральной Азии, а также со структурами частного сектора в целях осуществления крупных программ йодирования соли и обогащения пшеничной муки железом. Эти программы помогли достигнуть почти полного йодирования всей производимой в регионе соли, однако производство и потребление обогащенной пшеничной муки продолжает оставаться низким (ADB, 2010).

19. Некоторые недостатки программ обогащения пищевых продуктов заключаются в том, что они требуют непрерывных источников финансирования, сопряжены с проблемами охвата населения в сельских районах, а полезные эффекты ограничены только тем регионом, в которых эти программы осуществляются (Bouis and Islam, 2012). Биофортификация (биологическое обогащение), включая использование методик селекции для повышения содержания микроэлементов в сельскохозяйственных культурах, обеспечивает непрерывную отдачу от изначальных инвестиций в плане улучшения питания, а также дополнительный полезный эффект благодаря распространению соответствующих технологий на соседние регионы, где выращивается та же культура (Bouis and Islam, 2012). Пшеница теряет микроэлементы в процессе помола и содержит антипитательные компоненты, такие как фитиновая кислота, что сокращает биодоступность этих питательных веществ (Cakmak et al., 2010). Ввиду вышеизложенного в странах региона, где отмечается дефицит питательных микроэлементов, следует рекомендовать проведение политики в поддержку программ биофортификации. Это особенно актуально для Кавказа и Центральной Азии, где злаковые культуры дают свыше 50% питательной энергии и подушевое потребление мясных и/или молочных продуктов относительно низкое (Bruinsma, 2012).

20. Поскольку в странах REU, испытывающих дефицит питательных микроэлементов, питание населения и продовольственные системы во многом ориентированы на пшеницу, а также с учетом богатого опыта, накопленного в рамках программы Харвест-Плюс (см. вставку 1) и локальных программ CIMMYT, инвестирование в прочные региональные программы селекции пшеницы с повышенным содержанием железа и цинка представляется весьма целесообразным. Для региональных директивных органов некоторые из приоритетных действий в этой области будут состоять в отведении более значительных объемов финансирования на научные исследования и разработки в области биофортификации и в развитии сотрудничества между национальными службами сельскохозяйственных исследований с международными организациями, такими как CIMMYT, ICARDA и ФАО.

ВСТАВКА 1 – Харвест-Плюс: селекция сельскохозяйственных культур в целях повышения содержания питательных микроэлементов

Харвест-Плюс – это программа научных исследований и опытно-конструкторских разработок по селекции и распространению новых сортов сельскохозяйственных культур с улучшенным содержанием питательных микроэлементов, особенно таких, как железо, цинк и витамин А. Эта работа осуществляется в рамках программы «Роль сельского хозяйства в улучшении питания и укрепления здоровья» (A4NH) под эгидой Консультативной группы по международным сельскохозяйственным исследованиям (КГМСХИ). Программа нацелена на оказание развивающимся странам помощи в сокращении бремени неполноценного питания, связанного с недостаточностью микроэлементов, путем расширения доступности и уровня потребления новых сортов важнейших сельскохозяйственных культур с высоким содержанием питательных микроэлементов. Портфель Харвест-Плюс в настоящее время включает: бобовые и африканское просо, обогащенные железом; маниоку, кукурузу и батат, обогащенные витамином А; рис и пшеницу, обогащенные цинком.

Источник: www.harvestplus.org

2. Послеуборочные стратегии

Изменение состава пищевых продуктов (все кластеры)

21. Пищевые продукты повседневного спроса могут содержать высокие уровни "нездоровых" компонентов, таких как соль, трансжирные кислоты, насыщенные жиры и сахар. Несмотря на то что маркировка с указанием пищевых характеристик способствует обоснованному выбору

обработанных пищевых продуктов, потребители часто не знают, каков общий питательный состав их рациона (Mayer, 2008). Изменения рецептуры продуктов в целях снижения уровней конкретных питательных веществ в обработанных пищевых продуктах можно достичь путем законодательных мер, например таких, как запрещение трансжиров в Дании (Capacci et al., 2012), или, что происходит чаще, путем добровольного сотрудничества между производителями и государственными органами, направленного на сокращение доли и общего объема менее здоровых питательных веществ в обработанных пищевых продуктах (например, Договор об ответственности в Соединенном Королевстве, аналогичные инициативы в Испании, Франции и ряде других европейских стран). Пределы изменения рецептуры продуктов определяются такими факторами, как приемлемость со стороны потребителей, безопасность пищевых продуктов, технологические ограничения и нормативные требования, предъявляемые к пищевым продуктам.

22. Добровольное изменение состава пищевых продуктов в сочетании с информационными кампаниями внесло вклад в 10%-ое сокращение потребления соли в Соединенном Королевстве (Shankar et al., 2013), однако в некоторых восточноевропейских странах, таких как Польша, сохраняется озабоченность относительно уровней соли и трансжиров в определенных обработанных продуктах и в готовых блюдах, продаваемых навынос (European Heart Network, 2011). Имеется потенциальный конфликт между целями ограничения потребления соли и намерением противодействовать дефициту йода путем использования йодированной соли. Эту проблему можно легко преодолеть, если повысить концентрацию йода в поваренной соли и стимулировать (или обязать) производителей использовать йодированную соль в обработанных пищевых продуктах.

Обогащение пищевых продуктов (в первую очередь кластер недоедания)

23. Усилия Азиатского банка развития и ЮНИСЕФ в Центральной Азии, направленные на широкомасштабное производство и использование обогащенной соли и пшеничной муки, уже обсуждались в предыдущем разделе. Наряду с йодированием соли, которое носит обязательный характер в Турции, Кыргызстане (для детей), в Армении и рассматривается в качестве предложения в Украине, добавление витамина D в молоко и ряда микроэлементов в муку широко распространены в США и некоторых других странах с высоким уровнем дохода. Сахар, обогащенный витамином А, успешно используется в Коста-Рике и Гватемале, и реально подключение многих других видов пищевых продуктов, в том числе таких, как мука, молоко, растительные масла и маргарин (Miller and Welch, 2013). Важно, чтобы механизмы обогащения соответствовали характеристикам потребления в конкретных странах, при этом данные меры могут быть эффективны лишь в том случае, когда соответствующие обработанные пищевые продукты реально потребляются. В этом плане могут возникать препятствия для использования обогащенных продуктов в некоторых сельских сообществах. Также самоочевидно, что обязательное обогащение требует государственных ресурсов для мониторинга и что эти расходы лягут на плечи потребителей.

3. Потребительские стратегии

Финансовые стимулы в применении к населению в целом (в первую очередь в странах с проблемой ожирения и странах с меньшей выраженностью проблем)

24. Финансовые стимулы включают в себя налоги или субсидии, направленные на изменение относительных цен пищевых продуктов или конкретных питательных веществ в зависимости от их значения для здоровья (Wang et al., 2012). Подобные вмешательства в недавнее время проводились в Дании, Венгрии, Финляндии и Франции. Их реальная эффективность еще подлежит полной оценке, однако исследования на моделях с оценкой реагирования потребителей на изменения в ценах продуктов позволяют предположить наличие хотя и небольшого, но экономически эффективного ответа на повышение цен на определенные продукты или питательные вещества (например, Cecchini et al., 2010). Несмотря на то что финансовые последствия налоговых мер носят регрессивный характер (то есть в пропорционально большей степени затрагивают бедные слои населения), полезные эффекты для здоровья носят прогрессивный характер – наиболее выражены для бедных, – поскольку

группы с низким уровнем дохода в большей мере реагируют на ценовые изменения и их изначальный характер потребления "хуже" (например, Smed et al., 2007; Allais et al., 2010). Кроме того, даже если умеренные уровни налогообложения имеют лишь скромное влияние на рацион или на здоровье, они могут генерировать значительный доход для правительств стран, за счет которого можно финансировать другие программы, направленные на развитие здорового питания. На этой основе EATWELL рекомендовал введение таких налогов для стран ЕС с той оговоркой, что доходы от налоговых мер должны быть направлены на реализацию других экономически эффективных стратегий по развитию здорового питания.

25. Любые налоговые меры в отношении пищевых продуктов в странах с низким и средним уровнем дохода потребуют тщательного отбора целевых продуктов или питательных веществ, чтобы не нанести ущерб тем, кто не может по финансовым причинам обеспечить себя достаточным количеством продовольствия. Вместо налогов, введенных в Дании, Венгрии и Финляндии на насыщенные жиры и сахар в пищевых продуктах, возможен потенциал для налогообложения продуктов быстрого питания и безалкогольных напитков (Франция выбрала последний вариант). И даже эти меры следует предпринимать с особенной осторожностью. Соответствующие отрасли промышленности обеспечивают значительное число рабочих мест (и дохода) в пределах страны и, вероятно, могут (объективных доказательств не имеется) предоставлять дешевые питательные вещества, которые способствуют смягчению проблемы недоедания.

26. Введение дотаций на пищевые продукты для всего населения (например, на фрукты и овощи в богатых странах или зерновые в странах с более низким уровнем дохода) повлечет за собой огромные и нереалистичные расходы.

Информационные кампании по вопросам общественного здравоохранения (все кластеры, но особенно кластеры недоедания и тройного бремени)

27. Наряду с просветительными программами по вопросам питания в школах, информационные кампании по вопросам общественного здравоохранения – это наиболее распространенный тип вмешательств в области питания, осуществляемых в странах с высоким уровнем доходов в целях содействия здоровому питанию (Capacci et al., 2012). Они не предполагают прямых ограничений или прямых расходов для производителей пищевых продуктов и рассматриваются как менее интрузивные, чем другие меры, что может объяснять их широкую популярность. Распространены стратегии вмешательств, разработанные для борьбы с ожирением, однако растущее число кампаний нацелены на конкретные пищевые продукты или питательные вещества, такие как фрукты и овощи, морепродукты или соль (например, кампании в поддержку потребления фруктов и овощей во многих странах; кампания "Улитка Сид" в Соединенном Королевстве, направленная на повышение общественной информированности о вреде соли, и др.). Там, где проводилась оценка эффективности влияния таких кампаний на поведение и потребление (Capacci and Mazzocchi, 2011; Shankar et al., 2013), результаты показали наличие умеренного позитивного эффекта в отношении рациона питания, и поэтому эти меры рассматриваются как экономически эффективные в странах с высоким уровнем дохода.

28. Информационные кампании среди населения призваны как просвещать, так и убеждать людей. Они должны совмещаться с другими просветительными мерами по вопросам питания (например, в школах), а также с мерами противодействия потоку дезинформирующих сведений (например, путем введения ограничений на маркетинг определенных пищевых продуктов, нацеленный на детей). Обе группы мер обсуждаются ниже. В странах с дефицитом питательных микроэлементов целевые сообщения могут также содействовать потреблению обогащенных (на добровольной основе) пищевых продуктов, и при этом информация должна сопровождаться мерами обеспечения широкой доступности таких пищевых продуктов.

Просвещение по вопросам питания (все кластеры)

29. Основная цель просвещения по вопросам питания заключается в информировании людей о том, что представляет собой здоровый сбалансированный рацион, а также как улучшить

характер своего питания и образ жизни. В различных странах ЕС широко распространены вмешательства, направленные на школьную аудиторию, и в меньшей степени – также на взрослых на рабочих местах. В настоящее время в большинстве стран ЕС, равно как и в других странах ЕЦА (за исключением Российской Федерации), просвещение по вопросам питания не является обязательным. Тем не менее в подавляющей части стран программами такого просвещения охвачена определенная доля детского населения. Просвещение по вопросам питания имеет важнейшее значение для информированного выбора и должно стать обязательным компонентом школьных программ во всех странах. Как предложено СОФА 2013 (FAO, 2013, с. 55), другой частной целевой аудиторией для просветительных мер должны быть матери детей раннего возраста.

Ограничение рекламы (все кластеры)

30. Современные транснациональные компании используют ряд изощренных приемов маркетинга, многие из которых нацелены на детей. Пищевые продукты, особенно с высоким содержанием жира, соли и сахара (HFSS), являются предметом навязчивой рекламы на телевидении. Дети являются особо уязвимой целевой группой, и существующие регламентирующие меры в странах ЕС, так же как и добровольные инициативы ведущих компаний-производителей пищевых продуктов и напитков, сосредоточены на ограничении рекламы HFSS-продуктов, направленной на несовершеннолетних (например, Ofcom, 2010). Имеющиеся фактические данные позволяют утверждать, что неполные рестриктивные стратегии, распространяющиеся только на определенные детские каналы и программы, оказывают лишь незначительное влияние на характер питания, отчасти поскольку на детей воздействует и широкий круг других источников (Adams et al., 2012; Huang and Yang, 2012). Необходим более широкий подход, охватывающий все каналы телевидения, онлайновые социальные сети (например, "Фейсбук", "Твиттер") и другие медийные каналы, а также, потенциально, другие направления маркетинга, такие как спонсорство спортивных мероприятий, хотя надежных данных об эффективности таких мер не имеется. Следует отметить, что государства-члены ВОЗ уже утвердили свод рекомендаций по маркетингу HFSS-продуктов и напитков, ориентированному на детей (WHO, 2010).

Маркировка пищевых характеристик (все кластеры)

31. Маркировка пищевых характеристик направлена на информирование потребителей относительно питательного состава пищевых продуктов. Эта практика имеет относительно долгую историю и подлежит строгому регулированию в большинстве стран с высоким уровнем дохода, включая страны ЕС. Наиболее распространенный формат – таблица на задней стороне упаковки с указанием состава питательных веществ (носит обязательный характер для упакованных пищевых продуктов в ЕС), а также указание рекомендуемой суточной нормы потребления (GDA), чаще на передней стороне упаковки (Storcksdieck genannt Bonsmann et al., 2010). Хотя маркировка пищевых характеристик позволяет выбирать более здоровые продукты, остается неясным, в какой мере эта информация эффективна в стимулировании изменений поведенческого выбора среди потребителей. Фактические данные, полученные в рамках проекта ЕС под названием FLABEL (Food Labelling to Advance Better Education for Life, www.flabel.org), позволяют предполагать, что большее внимание привлекает передняя сторона упаковки, однако эта информация чаще всего используется уже достаточно мотивированными потребителями. Помещение информации о содержании питательных веществ на обороте упаковки, по-видимому, должно быть основным требованием для соблюдения во всех странах в регионе ЕЦА.

Стратегии продовольственной помощи (все кластеры)

32. Некоторые финансовые меры специально нацелены на потребителей с низким уровнем дохода. Данная форма социальной поддержки состоит в распределении талонов на приобретение пищевых продуктов среди уязвимых групп населения, особенно таких, как беременные женщины, матери с грудными детьми и дети раннего возраста. Примерами таких мер являются Программа дополнительной помощи в области питания (SNAP) и проект "Женщины, младенцы и дети" (WIC) в США, а также программа "Здоровый старт" в

Соединенном Королевстве. Проект WIC продемонстрировал высокую экономическую эффективность в содействии более здоровому питанию получателей поддержки в США (USDA, 2009), в то время как программа SNAP улучшила рационы семей с низким уровнем дохода и также оказалась экономически эффективной. В странах ЕС такие проекты не используются (за исключением программы "Здоровый старт" в Соединенном Королевстве), однако EATWELL предлагает, чтобы страны-члены ЕС учли пользу от этих экономически эффективных программ и рассмотрели возможность их включения в действующие программы социального обеспечения. В Кыргызстане для семей с низким уровнем дохода производится продажа пищевых продуктов из государственных резервов по низким ценам.

33. Программы продовольственной помощи актуальны для недоедающих групп населения в ряде стран в регионе ЕЦА, но особенно для стран, которые борются с широко распространенным недоеданием и/или дефицитом питательных микроэлементов, таких как Таджикистан, Туркменистан, Армения, Азербайджан, Кыргызстан и Узбекистан.

D. Выводы

34. Анализ показателей питания в странах Европы и Центральной Азии свидетельствует о том, что в среднем основной проблемой питания среди стран этого региона является переедание. Несмотря на то что имеется несколько стран, где преобладающими проблемами питания являются недоедание и дефицит питательных микроэлементов, даже эти страны, судя по показателям питания, не являются типичными развивающимися странами. В пределах кластера недоедания бремя повышенного ИМТ значительно выше по сравнению с показателями недоедания, чем в средней развивающейся стране. Более того, в странах данного кластера отмечается стремительное падение бремени недоедания и столь же быстрый рост бремени повышенного ИМТ. Это говорит о том, что, в соответствии с текущими тенденциями, кластер стран, где отмечается недоедание, в ближайшее время приблизится по своим характеристикам к странам кластера тройного бремени.

35. Страны кластера недоедания и тройного бремени одновременно сталкиваются с двумя проблемами, которые в настоящее время тормозят рост средней продолжительности жизни в этих странах: это необходимость улучшения медицинского обслуживания и растущее бремя болезней, связанных с перееданием и с дефицитом питательных микроэлементов. Настоящие выводы базируются на данных таблицы 3, которые показывают, что для повышения ожидаемой продолжительности жизни в этих двух кластерах требуется огромный рост ассигнований на здравоохранение. В настоящее время, для того чтобы увеличить ожидаемую продолжительность жизни при рождении на один год, требуется повысить объем расходов на здравоохранение в кластере недоедания на 99%, а в странах тройного бремени – на 144%. Это контрастирует со странами кластера переедания и меньшей выраженности проблем, где для того, чтобы повысить на один год ожидаемую продолжительность жизни при рождении, требуется увеличить расходы на здравоохранение только, соответственно, на 37% и 24%.

36. В части С настоящего документа описаны стратегии, которые могут сократить выраженность проблем в области питания. Мы рекомендуем государствам-членам рассмотреть вопрос о том, какие стратегии наиболее подходят для их стран. Ряд изложенных здесь стратегий уже осуществляются во многих странах тройного бремени. Эту работу следует продолжать и расширять. Результаты исследований, проводимых в западноевропейских стран, показывают, что многие стратегические меры, направленные на развитие более здоровых привычек питания, по-видимому, обладают экономической эффективностью, в том смысле что ресурсы, затраченные на их внедрение, сполна окупаются хотя и скромными, но позитивными эффектами в отношении рациона питания населения.

Библиография

Adams, J., Tyrrell, R., Adamson, A.J. et al. 2012. “Effect of restrictions on television food advertising to children on exposure to advertisements for 'Less healthy' foods: repeat cross-sectional study.” *PloS one* 7(2): e31578.

ADB. 2010. “Satisfying Hidden Hunger. Addressing Micronutrient Deficiencies in Central Asia.” *Asian Development Bank (ADB) Nutrition and Development Series,* 8 (available at http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2010/hidden-hunger.pdf).

Allais, O., Bertail, P., and Nichèle, V. 2010. “The effects of a fat tax on French households' purchases: a nutritional approach.” *American Journal of Agricultural Economics* 92(1): 228-245.

Bouis, H. and Islam, Y. 2012. “Delivering nutrients widely through biofortification: building on orange sweet potato.” *2020 Vision, Focus* 19(11), IFPRI (available at http://www.ifpri.org/publication/delivering-nutrients-widely-through-biofortification?print).

Bruinsma, J. 2012. “European and Central Asian Agriculture Towards 2030 and 2050.” *Policy Studies on Rural Transition,* 2012-1, FAO Regional Office for Europe and Central Asia (available at http://www.fao.org/docrep/017/aq341e/aq341e.pdf).

Cakmak, I., Pfeiffer, W.H., and McClafferty, B. 2010. “Review: Biofortification of durum wheat with zinc and iron.” *Cereal Chemistry* 87(1): 10-20.

Capacci, S. and Mazzocchi, M. 2011. “Five-a-day, a price to pay: An evaluation of the UK program impact accounting for market forces.” *Journal of health economics* 30(1): 87-98.

Capacci, S., Mazzocchi, M., Shankar, B. et al. 2012. “Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness.” *Nutrition reviews* 70(3): 188-200.

Capacci, S., Mazzocchi, S., Shankar, B., Traill, W.B. 2013. “The triple burden of malnutrition in Europe and Central Asia: a multivariate analysis,” *REU Policy Studies on Rural Transition.*

Cecchini, M., Sassi, F., Lauer, J.A. et al. 2010. “Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness.” *The Lancet* 376(9754): 1775-1784.

European Heart Network. 2011. “Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe,” (Brussels).

Ezzati, M., Lopez, A., Rodgers, A. and C. Murray. 2004. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors, vol. I* (Geneva: World Health Organization).

Fan, S., Pandya-Lorch, R. 2012. *Reshaping agriculture for nutrition and health* (Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute).

Food and Agriculture Organization of the UN. 2013. *The State of Food and Agriculture: Food Systems for Better Nutrition* (SOFA 2013) (Rome, FAO).

Gomez, M.I. and Ricketts, K.D. 2013. “Food value chain transformations in developing countries: Selected hypotheses on nutritional implications,” *Food Policy* 42: 139-150.

Huang, R. and Yang, M. 2012. “Buy what is advertised on television? Evidence from bans on child-directed food advertising.” *Journal of Public Policy & Marketing*(ja): 1-50.

Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank (IHME and HDNWB). 2013. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – Europe and Central Asia Regional Edition*. (Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation).

Mayer, R.N. 2008. "Measuring What Really Matters to Consumers." *Journal of Consumer Affairs* 42(1): 113-122.

Mazzocchi, M. Capacci, S., Shankar, B. and B. Traill. 2014. "Agri-Food Systems for Better Nutrition in Europe and Central Asia," *REU Policy Studies on Rural Transition*.

Mazzocchi, M., Shankar, B. and B. Traill. 2012. "The Development of Global Diets Since 1992: Influences of Agri-Food Sector Trends and Policies," FAO Commodity and Trade Policy Research Working Paper no. 34 (Rome: FAO).

Murray, C. and A. Lopez. 2013. "Measuring the Global Burden of Disease," *New England Journal of Medicine* 369:5 (August 1).

Ofcom. 2010. "HFSS advertising restrictions- Final review" (available at http://stakeholders.ofcom.org.uk/market-data-research/other/tv-research/hfss-final-review/).

Schmidhuber, J. 2007. "The EU diet - Evolution, evaluation and impacts of the CAP" (http://www.fao.org/WAICENT/FAOINFO/ECONOMIC/esd/Montreal-JS.pdf).

Shankar, B., Brambila-Macias, J., Traill, W.B. et al. 2013. "An evaluation of the UK Food Standards Agency's salt campaign." *Health economics* 22(2): 243-250.

Smed, S., Jensen, J.D., and Denver, S. 2007. "Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument." *Food Policy* 32(5-6): 624-639.

Storcksdieck genannt Bonsmann, S., Celemin Fernandez, L., Larranaga, A. et al. 2010. "Penetration of nutrition information on food labels across the EU-27 plus Turkey." *European journal of clinical nutrition* 64(12): 1379-1385.

Wang, Y.C., Coxson, P., Shen, Y.M. et al. 2012. "A Penny-per-ounce tax on sugar-sweetened beverages would cut health and cost burdens of diabetes". *Health Affairs* 31(1): 199-207.

WHO. 2010 (ВОЗ, 2010). *Свод рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей*, (Женева, Швейцария).

World Health Organization. 2013. *Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action?* (Geneva, WHO).