



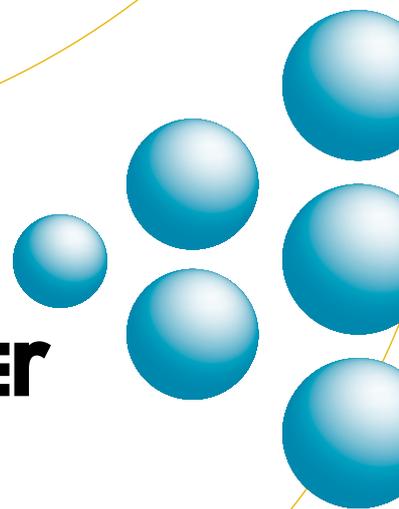
Всемирная
организация здравоохранения

ДОКЛАД ВОЗ О ГЛОБАЛЬНОЙ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ, 2009 ГОД

Создание среды, свободной от табачного дыма

живет и действует

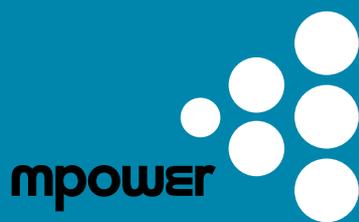
power



**Вдыхание вторичного
табачного дыма ежегодно
убивает 600 000 человек.**



**Безопасного уровня
воздействия вторичного
табачного дыма не
существует.**



- M**onitor Мониторинг употребления табака и стратегий профилактики
- P**rotect **Защита людей от табачного дыма**
- O**ffer Предложение помощи в целях прекращения употребления табака
- W**arn Предупреждение об опасностях, связанных с табаком
- E**nforce Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий
- R**aise Повышение налогов на табачные изделия

Примерно треть взрослого населения планеты регулярно подвергается воздействию вторичного табачного дыма.

*Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 год:
Создание среды, свободной от табачного дыма, – второй из серии докладов ВОЗ, в которых определяется состояние табачной эпидемии и оценивается эффективность мер, принимаемых с целью положить ей конец.*

WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments.

1.Smoking - prevention and control. 2.Tobacco smoke pollution - prevention and control. 3.Tobacco smoke pollution - legislation and jurisprudence. 4.Health policy. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 456391 5

(NLM classification: WM 290)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.



Всемирная
организация здравоохранения

Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 год

Создание среды, свободной от табачного дыма

**Издание подготовлено при финансовом содействии
Благотворительного фонда Блумберга**

Содержание

7 ДОСТИГНУТ ПРОГРЕСС – В 2008 ГОДУ ПОЧТИ 400 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК ВПЕРВЫЕ ОХВАЧЕНЫ МЕРАМИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

Обращение помощника Генерального директора ВОЗ

8 КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

12 РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

14 Статья 8 – Защита от воздействия табачного дыма

14 Руководящие принципы осуществления Статьи 8

16 Рекомендации ВОЗ

18 ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА

18 Вторичный табачный дым опасен для здоровья

20 Воздействие вторичного табачного дыма и преждевременная смерть

22 Воздействие вторичного табачного дыма создает серьезные проблемы для здоровья

24 Экономическая угроза, создаваемая вторичным табачным дымом

25 Законы об обеспечении бездымной среды снижают уровень воздействия вторичного табачного дыма

26 Меры, обеспечивающие соблюдение законов о защите от вторичного табачного дыма

27 Вентиляция и выделение специальных помещений для курящих неэффективны

28 Последствия принятия нормативных положений об обеспечении бездымной среды для здоровья людей

29 Другие благоприятные последствия введения нормативных положений по обеспечению бездымной среды

30 Законы об обеспечении бездымной среды пользуются популярностью

31 Законы об обеспечении бездымной среды не наносят ущерба бизнесу

32 Попытки представителей табачной промышленности препятствовать введению законодательства, обеспечивающего среду, на 100% свободную от табачного дыма

33 Основные рекомендации

34 ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПРИОБРЕТАЕТ НЕОБХОДИМЫЙ ИМПУЛЬС

34 Мониторинг потребления табака и профилактических стратегий



- 38** Защита от табачного дыма
- 44** Предложение помощи в целях прекращения употребления табака
- 48** Предупреждение об опасностях, связанных с табаком
- 52** Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий
- 56** Повышение налогов на табачные изделия
- 60** Национальные программы борьбы против табака и потенциал

64 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

66 ССЫЛКИ

- 72** ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ I: Оценка существующих мер политики и их соблюдения
- 76** ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ II: Распространенность курения в государствах-членах ВОЗ
- 78** ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ III: Налоги на табачные изделия в государствах-членах ВОЗ

- 81** ПРИЛОЖЕНИЕ I: Сводные данные о применении мер MPOWER по регионам
- 95** ПРИЛОЖЕНИЕ II: Меры регулирования по созданию среды, свободной от табачного дыма
- 131** ПРИЛОЖЕНИЕ III: Статус Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака

136 ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

- E1** ПРИЛОЖЕНИЕ IV: Данные о глобальных мерах борьбы против табака
- E169** ПРИЛОЖЕНИЕ V: Обзор положения дел в странах
- E283** ПРИЛОЖЕНИЕ VI: Налоги и цены на табачные изделия в графиках
- E307** ПРИЛОЖЕНИЕ VII: Оценки распространенности курения, стандартизированные по возрасту, 2006 г.
- E339** ПРИЛОЖЕНИЕ VIII: Представленные странами данные о распространенности курения
- E377** ПРИЛОЖЕНИЕ IX: Данные Глобального обследования употребления табака среди молодежи
- E419** ПРИЛОЖЕНИЕ X: Карты с данными о глобальных мерах борьбы против табака

Приложения IV - X имеются в электронной форме на прилагаемом CD, а также на веб-сайте www.who.int/tobacco/mpower/en

СОКРАЩЕНИЯ

АФРБ	Региональное бюро ВОЗ для стран Африки
АМРБ	Региональное бюро ВОЗ для стран Америки
ЦББ	Центры по борьбе с болезнями и их профилактике
КС	Конференция Сторон
ВСРБ	Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья
ЕРБ	Европейское региональное бюро ВОЗ
НЗТ	Никотинзаместительная терапия
ЮАРБ	Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии
STEPS	Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору
US\$	Доллары США
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
РКБТ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
ЗТОРБ	Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана



Несмотря на достигнутый прогресс, только в 9% стран введены запреты на курение в барах и ресторанах, а в 65 странах, по сообщениям, на национальном уровне не осуществляется никакой политики по созданию среды, свободной от табачного дыма..

Правительства всех стран мира в сотрудничестве с гражданским обществом должны продолжать предпринимать решительные действия, направленные на борьбу с табачной эпидемией – основной причиной предотвратимых случаев смерти в мире.

Д-р Ала Алван, помощник Генерального директора Всемирной организации здравоохранения

ДОСТИГНУТ ПРОГРЕСС – В 2008 ГОДУ ПОЧТИ 400 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК ВПЕРВЫЕ ОХВАЧЕНЫ МЕРАМИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

Со времени вступления в силу Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) мы достигли значительного прогресса в борьбе против глобальной табачной эпидемии. Благодаря результатам, представленным в настоящем *Докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 год*, – втором исследовании глобальной табачной эпидемии на уровне стран, – мы знаем, какие страны предприняли эффективные меры по контролю употребления табака с целью снижения спроса на табачные изделия, каким странам необходимо сделать больше для защиты своего населения от вредных последствий курения, а действия каких стран можно считать образцовыми.

Употребление табака продолжает ежегодно убивать более 5 миллионов человек во всем мире, и ожидается, что это число будет возрастать. Бремя, связанное с употреблением табака, в наибольшей степени ощущается в странах с низким и средним уровнями доходов, и в ближайшие десятилетия это бремя будет увеличиваться еще быстрее. Мы должны продолжать расширять и активизировать наши усилия, направленные на снижение уровня употребления табака.

Осуществление мер по борьбе против табака обходится относительно недорого, а отдача при этом огромна. Употребление табака убивает или лишает трудоспособности многих

людей в их наиболее продуктивном возрасте, в результате семьи теряют своих основных кормильцев, сокращается семейный бюджет, возрастают расходы на здравоохранение и тормозится экономическое развитие страны. Хотя программы борьбы против табака требуют определенных затрат, эти расходы могут быть в значительной степени возмещены путем повышения налогов на табачные изделия, что само по себе является весьма эффективным средством снижения уровня употребления табака. Прогресс, достигнутый в последнее время, с очевидностью доказал осуществимость мер по созданию среды, свободной от табачного дыма, и повышает во всем мире заинтересованность в стимулировании этих мер.

В настоящем докладе приводятся документальные данные о значительных успехах в борьбе против табака, достигнутых за прошедший год. Почти 400 миллионов человек были впервые охвачены хотя бы одной из полномасштабных мер MPOWER благодаря действиям по борьбе с табачной эпидемией, предпринятым в 17 странах. Особого внимания заслуживает прогресс, достигнутый в создании свободной от табачного дыма среды, что является основной темой настоящего доклада.

Семь стран, большая часть из которых имеет средний уровень доходов, в 2008 году впервые приняли всеобъемлющие

законы, направленные на создание среды, свободной от табачного дыма. В нескольких из этих стран отмечен особенно существенный прогресс: от полного отсутствия национальных законов о бездымной среде или от законов, обеспечивающих лишь минимальную защиту в некоторых общественных местах или служебных помещениях, до принятия законодательства о полной защите от табачного дыма во всех типах помещений. Однако представленные здесь данные показывают также, что мы должны сделать гораздо больше. Несмотря на достигнутые успехи, только в 9% стран введены запреты на курение в барах и ресторанах, а в 65 странах, по сообщениям, на национальном уровне не осуществляется никакой политики по созданию среды, свободной от табачного дыма.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе с табаком устанавливает высокую планку и создает мощные стимулы для продвижения вперед в области глобальной борьбы против табака. Как документально подтверждено в настоящем докладе, определенный прогресс достигнут, но мы можем и должны сделать больше. Правительства всех стран мира в сотрудничестве с гражданским обществом должны продолжать предпринимать решительные действия, направленные на борьбу с табачной эпидемией – основной причиной предотвратимых случаев смерти в мире. Продолжая рассматривать борьбу против табака как наивысший приоритет, мы можем, опираясь на наши достижения, создать мир, свободный от табачного дыма.



Д-р Ала Алван,
помощник Генерального директора
Всемирной организации здравоохранения

Краткое резюме

Употребление табака является основной причиной предотвратимых случаев смерти и, по оценкам, ежегодно убивает более 5 миллионов человек во всем мире. Большинство таких случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнями доходов. Предполагается, что разрыв в числе случаев смерти между странами с низким и средним уровнями доходов, с одной стороны, и странами с высоким уровнем доходов — с другой, в течение следующих нескольких десятилетий еще больше увеличится, если мы не будем ничего предпринимать. Если нынешние тенденции сохранятся, к 2030 году табак будет ежегодно убивать в мире более 8 миллионов человек, и причем 80% случаев преждевременной смерти будет происходить в странах с низким и средним уровнями доходов. Если не предпринять неотложных действий, к концу нынешнего столетия табак может убить миллиард человек или более.

Успех Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, которая на июль 2009 года насчитывала 160 Сторон, охватывающих 86% населения в мире, демонстрирует глобальную

политическую волю к тому, чтобы сделать борьбу против табака значительно более всеобъемлющей и успешной. Рамочная конвенция ВОЗ и ее руководящие принципы обеспечивают странам основу для ведения борьбы против табака и руководства этой борьбой. Для содействия реализации этих принципов на практике ВОЗ в прошлом году разработала комплекс мер MPOWER. Комплекс предназначен для оказания помощи при осуществлении на страновом уровне эффективных мер по сокращению спроса на табак, содержащихся в РКБТ ВОЗ. В соответствии с работой Конференции Сторон MPOWER обеспечивает на страновом уровне практическую помощь для тех областей РКБТ ВОЗ, которые охвачены этим комплексом. MPOWER сосредоточен на мерах по сокращению спроса, хотя ВОЗ признает также значение содержащихся в РКБТ ВОЗ мер в отношении предложения и привержена осуществлению этих мер.

В представленном в этом году *Докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 год* все данные за 2008 год о выполнении шести мер

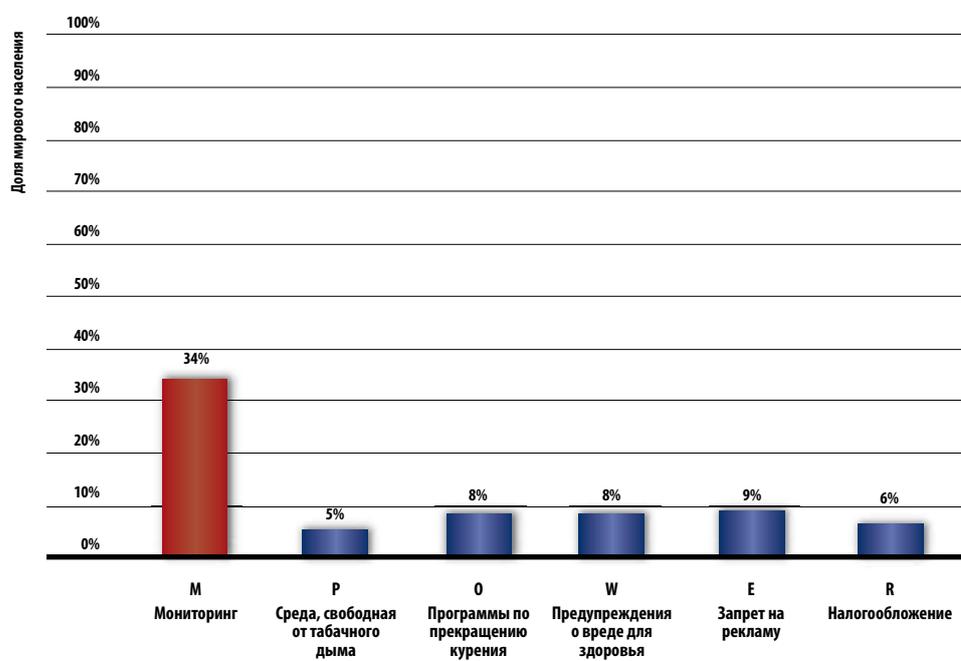
были обновлены, и по отдельным областям были собраны дополнительные данные, представленные в Техническом примечании I. Категории достижения целей политики были уточнены и там, где это возможно, приведены в соответствие с новыми руководящими принципами РКБТ ВОЗ. Данные за последний год были повторно проанализированы для обеспечения соответствия с этими новыми категориями, что позволяет провести сравнение между 2007 и 2008 годами. Изданный в этом году доклад представлен в усовершенствованном виде; все данные по странам можно найти на сайте www.who.int/tobacco/mpower.

Настоящий доклад содержит также всесторонний обзор базы фактических данных о защите людей от вреда вторичного табачного дыма с помощью принятия законодательства и мер, обеспечивающих его соблюдение. Особое внимание обращено на ход осуществления политики создания среды, свободной от табачного дыма, с подробными данными, впервые собранными на глобальной основе как на национальном уровне, так и на уровне

**В 2008 году
154 миллиона
человек, в основном
в странах с низким и
средним уровнями
доходов, были
впервые охвачены
всеобъемлющими
законами о создании
среды, свободной от
табачного дыма.**



ДОЛЯ МИРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ, ОХВАЧЕННАЯ ОТДЕЛЬНЫМИ МЕРАМИ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА, 2008 ГОД



Определения категорий см. в Техническом примечании I



крупных субнациональных юрисдикций. Проводился дополнительный анализ законодательства в отношении бездымной среды, который дал возможность получить более полное представление о достигнутом прогрессе и будущих задачах в этой области.

Несмотря на прогресс в выполнении мер MPOWER — в 2008 году почти 400 миллионов человек были впервые охвачены по меньшей мере одной из полномасштабных мер, — много еще предстоит сделать. Менее 10% населения в мире охвачены какой-либо одной из этих мер.

Основное внимание в докладе уделено законодательству в отношении создания среды, свободной от табачного дыма, что свидетельствует о необходимости достижения более значительного прогресса в этой области. В 2008 году 154 миллиона человек, главным образом в странах со средним уровнем доходов, были впервые охвачены всеобъемлющими законами о создании среды, свободной от табачного дыма. Политика создания бездымной среды приобретает все большее распространение на субнациональном уровне, и необходимо обеспечить содействие дальнейшему прогрессу в этом направлении наряду с прогрессом на общенациональном уровне. Из 100 крупнейших городов мира

только 22 являются полностью свободными от табачного дыма, но определенный прогресс достигнут — со времени завершения сбора данных для настоящего доклада еще три крупных города в Бразилии (Рио-де-Жанейро, Салвадор и Сан-Паулу) приняли всеобъемлющее законодательство о бездымной среде*. Города и другие субнациональные юрисдикции могут защитить своих граждан еще до вступления в силу национального законодательства. Несмотря на эти позитивные признаки, более 90% мирового населения не защищены всеобъемлющими мерами политики по созданию среды, свободной от табачного дыма. Кроме того, уровень соблюдения законов о бездымной среде весьма низок: только 2% мирового населения проживает в странах с всеобъемлющим законодательством о бездымной среде и высоким уровнем соблюдения этого законодательства.

Вызывает тревогу то обстоятельство, что приостановлен прогресс в осуществлении запрета на рекламу и стимулирование спроса на табачные изделия, в 2008 году, по существу, не отмечалось никакого прогресса. Только Панама ввела новый запрет на рекламу, при этом более 91% мирового населения остаются лишенными защиты, которую мог предоставить всесторонний запрет на рекламу. Прогресс

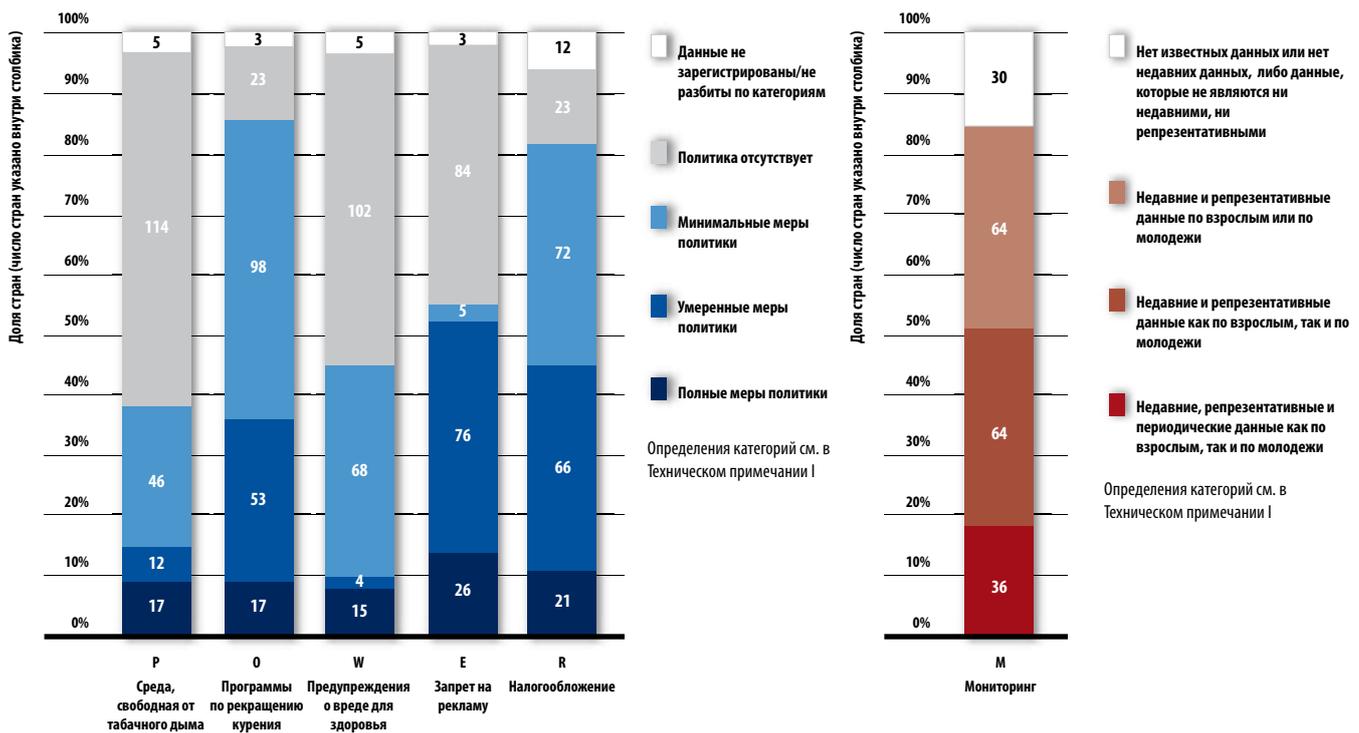
в повышении налогообложения происходит слишком медленно — хотя некоторые страны добились определенных успехов в этой области, другие откатились назад. Почти 94% мирового населения проживает в странах, где налоги составляют менее 75% стоимости пачки сигарет. Повышение налогов в период нынешних финансовых затруднений выгодно во всех отношениях — правительства могут увеличить поступления в бюджет, а распространенность табакокурения может быть значительно снижена. Даже при существующих налоговых ставках уровень финансирования мер по борьбе против табака остается крайне низким. Ежегодные поступления во всем мире от налогов на табачные изделия более чем в 170 раз превышают ежегодные затраты на меры по борьбе против табака.

* Подробная информация представлена в таблице 2.4.0.

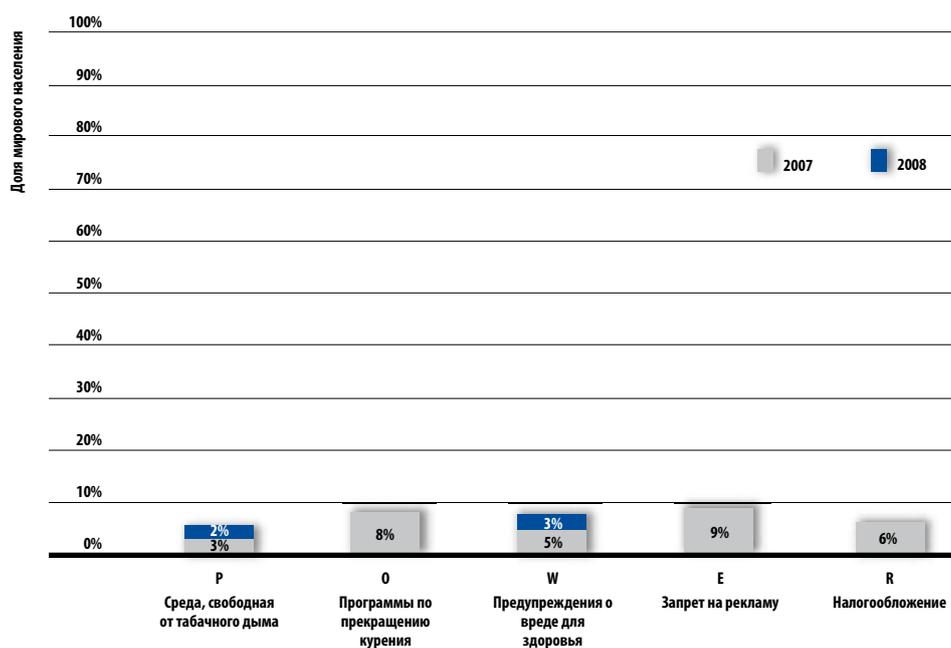
**Многое еще
предстоит сделать.
Менее 10%
населения в мире
охвачены
какой-либо
одной из
стратегий
MPOWER.**



СОСТОЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ МЕР ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА В МИРЕ, 2008 ГОД



УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ МИРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ, ОХВАЧЕННОГО ОТДЕЛЬНЫМИ МЕРАМИ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА, С 2007 ГОДА



Примечание: На данной гистограмме представлены изменения, составляющие по меньшей мере 1%.

На этой гистограмме не представлены данные по мониторингу, поскольку невозможно сопоставить показатели за 2007 и 2008 годы.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), разработанная как ответ на глобализацию табачной эпидемии, является первым договором, заключенным государствами — членами Всемирной организации здравоохранения с использованием их полномочий, предусмотренных Конституцией ВОЗ. Это важнейший инструмент для ведения глобальной борьбы против табака, который содержит юридические обязательства для участвующих Сторон, устанавливает исходный уровень для снижения как спроса на табак, так и его предложения, а также обеспечивает всестороннее руководство для осуществления мер политики по борьбе против табака на всех уровнях. Руководящим органом Конвенции, объединяющим все участвующие Стороны, является конференция Сторон (КС),

межправительственная структура, которая осуществляет надзор за эффективностью выполнения положений договора.

Для учета всего комплекса факторов, определяющих уровень употребления табака, участники переговоров по РКБТ ВОЗ включили в текст Конвенции меры по сокращению как спроса, так и предложения табака. Основные положения РКБТ ВОЗ, касающиеся сокращения спроса, содержатся в статьях 6 и 8–14 и озаглавлены следующим образом:

Статья 6. Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак
Статья 8. Защита от воздействия табачного дыма
Статья 9. Регулирование состава табачных изделий

Статья 10. Регулирование раскрытия состава табачных изделий

Статья 11. Упаковки и маркировка табачных изделий

Статья 12. Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения

Статья 13. Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

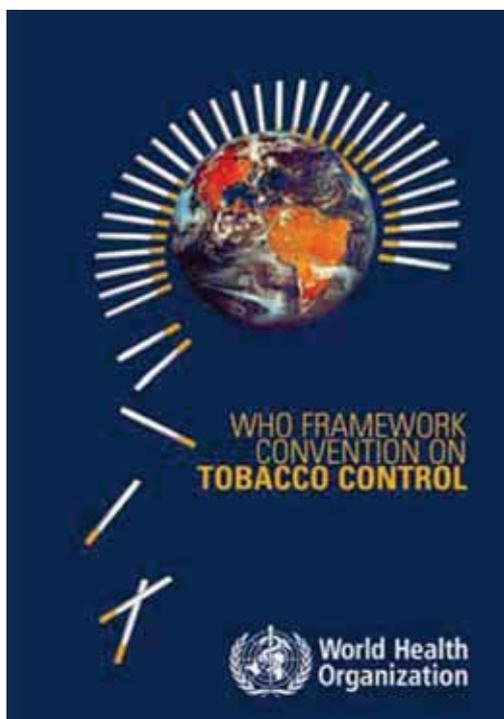
Статья 14. Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака

Основные положения РКБТ ВОЗ, касающиеся сокращения предложения табака, содержатся в статьях 15–17:

Статья 15. Незаконная торговля табачными изделиями

Научные данные недвусмысленно подтверждают, что воздействие табачного дыма является причиной смерти, болезней и инвалидности.





Статья 16. Продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними

Статья 17. Поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности

Принимая РКБТ, государства – члены ВОЗ:

- разработали глобальный стандарт согласованных усилий по борьбе с табачной эпидемией;
- подтвердили право всех людей на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья; и

- способствовали повышению роли международного права в профилактике болезней и стимулировании мер, направленных на укрепление здоровья.

Со времени вступления в силу 27 февраля 2005 года РКБТ ВОЗ стала одним из самых широко признанных договоров в истории ООН, Сторонами которого являются более 160 государств, население которых составляет более 86% населения в мире. Сила этого договора заключается не только в том, что его положения

юридически обязательны для всех Сторон, но также в том, что он официально демонстрирует глобальную приверженность принятию активных мер против употребления табака, который ежегодно убивает миллионы людей и наносит экономический ущерб, исчисляющийся в миллиардах долларов США.



Статья 8 – Защита от воздействия табачного дыма

Использование при разработке РКБТ ВОЗ огромного количества фактических данных о благоприятных эффектах создания мест, свободных от табачного дыма, подкрепляет положения Статьи 8 договора (Защита от воздействия табачного дыма), которая включает следующее общее утверждение: «Научные данные недвусмысленно подтверждают, что воздействие табачного дыма является

причиной смерти, болезней и инвалидности» (7). Статья 8 создает основу для международной деятельности по уменьшению бремени болезней, обусловленных воздействием вторичного табачного дыма, и имеет особенно важное значение, поскольку создает для Сторон договора юридические обязательства в отношении принятия необходимых мер. Благодаря силе формулировок и четкости

содержащихся в Статье 8 обязательств на глобальном уровне были достигнуты подающиеся измерению успехи в деле защиты людей от воздействия табачного дыма, хотя многое еще предстоит сделать в большинстве стран и во всех регионах.

Руководящие принципы осуществления Статьи 8

Задачи руководящих принципов осуществления Статьи 8 состоят в оказании Сторонам содействия в выполнении обязательств по Статье 8 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в соответствии с научными данными в отношении воздействия вторичного табачного дыма и существующей во всем мире наилучшей практики осуществления мер для создания бездымной среды... [а также] в определении

ключевых элементов законодательства, необходимого для эффективной защиты людей от воздействия табачного дыма, как этого требует Статья 8» (2).

Процесс разработки руководящих принципов осуществления Статьи 8 был быстрым и принес ощутимый успех. В ходе проведения своей второй сессии в июле 2007 года рабочая группа представила заверченный

пакет проектов руководящих принципов осуществления Статьи 8, которые КС, представляющая все Стороны РКБТ ВОЗ, приняла единогласно (2, 3).

Основы принятых КС руководящих принципов согласуются с научными данными и убедительно подтверждаются наилучшей практикой. Документ устанавливает высокие стандарты ответственности за

Не существует безопасного уровня воздействия табачного дыма. Все люди должны быть защищены от такого воздействия.



выполнение обязательств по договору и включает принципы и определения терминов. Основные руководящие принципы осуществления Статьи 8 распределены по четырем разделам.

Охват действующего законодательства

В этом разделе руководящие принципы указывают на то, что Стороны обязаны принимать меры, обеспечивающие всеобщую защиту от табачного дыма во всех закрытых общественных местах, рабочих местах внутри помещений и в общественном транспорте. Кроме того, никакие исключения не могут быть оправданы на основе аргументов, связанных со здоровьем или законом. Ожидается, что каждая Сторона обеспечит такую защиту в течение пяти лет после вступления договора в силу для этой Стороны. В документе отмечается, что Статья 8 также требует от Сторон принятия мер по защите людей от воздействия табачного дыма в «других» общественных местах «в соответствующих случаях» (3). При определении таких других общественных мест Сторонами следует рассмотреть фактические данные о возможных опасностях табачного дыма для здоровья и принимать соответствующие меры для защиты населения.

Информирование, консультирование и привлечение населения для обеспечения поддержки и плавного осуществления

В этом разделе рассматривается важнейшая проблема осведомленности населения и поддержки им законодательства о создании мест, свободных от табачного дыма.

Руководящие принципы указывают, что к процессу разработки соответствующих законов Стороны должны привлекать всех заинтересованных участников, в частности предпринимателей, которых коснется законодательство о бездымной среде. Установлению связи между высоким уровнем осведомленности и поддержки со стороны населения и обеспечением строгого соблюдения законов о бездымной среде способствует проведение широких просветительских кампаний, которые должны донести следующие основные информационные сообщения:

1. воздействие вторичного табачного дыма причиняет вред;
2. удаление табачного дыма из закрытых помещений является единственным научно обоснованным решением для обеспечения полной защиты от воздействия;
3. все работающие имеют равное право на защиту, обеспечиваемую законом; и

4. бездымная среда не наносит ущерба экономическим интересам, в частности интересам гостиничной индустрии; напротив, есть данные, которые свидетельствуют о получении всеми секторами экономических выгод, помимо благоприятного воздействия на здоровье.

Обеспечение исполнения

В разделе, посвященном обеспечению исполнения, указывается, что Стороны должны принять законодательство, которое налагает обязательства по соблюдению как на соответствующие предприятия, так и на курильщиков, при этом на предпринимателей возлагается ответственность за принятие таких мер, как размещение табличек, запрещающих курение, удаление всех пепельниц из помещения, осуществление контроля за соблюдением правил и применение соответствующих мер к лицам, нарушающим эти правила. Наказание за несоблюдение законодательства должно применяться к предприятиям, а не к отдельным курильщикам, и должно быть достаточно внушительным и/или серьезным, чтобы удержать от совершения нарушений. Кроме того, должен быть указан орган, ответственный за обеспечение соблюдения в рамках действующего законодательства, равно



как и система, обеспечивающая мониторинг соблюдения и привлечения нарушителей к ответственности. Стратегии обеспечения исполнения включают применение в период после вступления закона в силу «мягких методов», предусматривающих предупреждение нарушителей, затем следует переход к строгим, решительным методам обеспечения исполнения в целях гарантирования соблюдения законов в будущем. Со временем законы по обеспечению бездымной среды нередко выполняются автоматически; законодательство должно предоставлять членам общества возможность сообщать о случаях нарушения, поскольку такие сообщения могут стать одной из

основных и весьма эффективных форм обеспечения исполнения законодательства.

Мониторинг и оценка мер

Мониторинг и оценка эффективности мер, примененных в соответствии со Статьей 8, имеют решающее значение для повышения осведомленности населения и обеспечения поддержки с его стороны, изучения образцов наилучшей практики и извлеченных уроков, а также для выявления попыток табачной индустрии помешать реализации мер политики по созданию среды, свободной от табачного дыма. Руководящие принципы

предусматривают восемь основных показателей в отношении процессов и результатов, которые необходимо учитывать при проведении мониторинга и оценки принятых мер (3).

Возможно, наиболее важным является то, что руководящие принципы КС по осуществлению Статьи 8 еще раз указывают на отсутствие безопасного уровня воздействия табачного дыма и на необходимость защиты всех людей от такого воздействия. Исходя из этих принципов, авторы настоящего доклада сосредоточили основное внимание на воздействии вторичного табачного дыма и на мерах защиты населения от этой угрозы для здоровья, которые должны принять правительства стран мира.

Рекомендации ВОЗ

В целях содействия разработке и составлению проекта руководящих принципов КС по осуществлению Статьи 8 ВОЗ выпустила подробные политические рекомендации странового уровня, призванные облегчить принятие, успешное выполнение и обеспечение исполнения законодательства о бездымной среде (4). Основываясь на фактических данных

об экономической эффективности, осуществимости и популярности мер политики, направленных на создание свободной от табачного дыма среды, а также на успешном опыте все большего числа стран в мире, ВОЗ представляет следующие четыре основные политические рекомендации, обеспечивающие защиту работающих людей и населения в целом от

воздействия вторичного табачного дыма (4).

1. Удалить источник загрязнения – табачный дым, сделав окружающую среду на 100% свободной от табачного дыма. Это единственная эффективная стратегия, позволяющая снизить воздействие вторичного табачного дыма до безопасных уровней в закрытых помещениях и обеспечить приемлемый уровень защиты от опасности воздействия. Вентиляция и



выделение специальных мест для курения — с отдельными вентиляционными системами или без них — не снижают воздействие до безопасного уровня и не рекомендуются для применения.

2. Ввести в действие законодательство, требующее обеспечения бездымной на 100% среды на всех рабочих местах внутри помещений и в общественных местах внутри помещений. Законодательство должно обеспечивать всеобщую и равную защиту для всех. Добровольные подходы к созданию бездымной среды не обеспечивают адекватную защиту. При некоторых обстоятельствах принцип всеобщей эффективной защиты может потребовать освобождения от табачного дыма рабочих мест вне помещений и в полузакрытых помещениях.

3. Ввести в действие законодательство и обеспечить его соблюдение. Принятия законодательства о бездымной среде недостаточно. Надлежащее введение его в действие и адекватное соблюдение требуют относительно небольших усилий и средств, которые, однако, имеют решающее значение.

4. Проводить просветительские кампании в целях сокращения воздействия вторичного дыма в домашних условиях, поскольку принятие законодательства о создании бездымной среды на рабочих местах повышает вероятность того, что люди (как курильщики, так и некурящие) в добровольном порядке сделают свои дома

свободными от табачного дыма.

Политические рекомендации, подобные приведенным выше, являются элементом более широкомасштабной программы ВОЗ по борьбе против табака в соответствии с РКБТ ВОЗ. Для того чтобы обеспечить техническое содействие и оказать помощь государствам-членам в выполнении некоторых обязательств по договору, ВОЗ предложила комплекс мер MPOWER. Этот комплекс MPOWER содействует реализации шести эффективных стратегий борьбы против табака, которые, как было доказано, снижают уровень его употребления: повышение налогов и цен; запрет на рекламу, на стимулирование продажи и спонсорство; защита людей от воздействия вторичного табачного дыма; предупреждение об опасностях, связанных с табаком; предложение помощи людям, пожелавшим отказаться от курения; и тщательный мониторинг эпидемиологических и профилактических мер (5). Каждая мера отражает одно или большее число положений РКБТ ВОЗ, и комплекс из шести мер является важной отправной точкой для наращивания усилий, направленных на сокращение спроса на табак.

В рамках MPOWER ВОЗ разрабатывает практические учебные материалы, а

также инструменты оценки, эпиднадзора и мониторинга, предназначенные для поддержки РКБТ ВОЗ и ее руководящих принципов. MPOWER является элементом Плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними, который был принят на 61-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2008 году и отражает обязательства государств — членов ВОЗ по выполнению положений РКБТ ВОЗ.



Защита людей от табачного дыма

Вторичный табачный дым опасен для здоровья

Вторичный табачный дым — это дым, выделяющийся из горящего кончика сигареты (побочный дым) или других табачных изделий, обычно в сочетании с табачным дымом, выдыхаемым курильщиком, и содержит компоненты, аналогичные компонентам вдыхаемого, или основного, табачного дыма (6). Однако вторичный табачный дым в три-четыре раза более токсичен в расчете на 1 грамм частиц, чем основной табачный дым, и токсичность вторичного табачного дыма выше, чем суммарная токсичность его составляющих (7).

В табачном дыме выявлено более 4000 химических веществ, из них, как было установлено, по меньшей мере 250 опасны для здоровья и более 50 могут стать причиной рака (8, 9). Люди, находящиеся в местах,

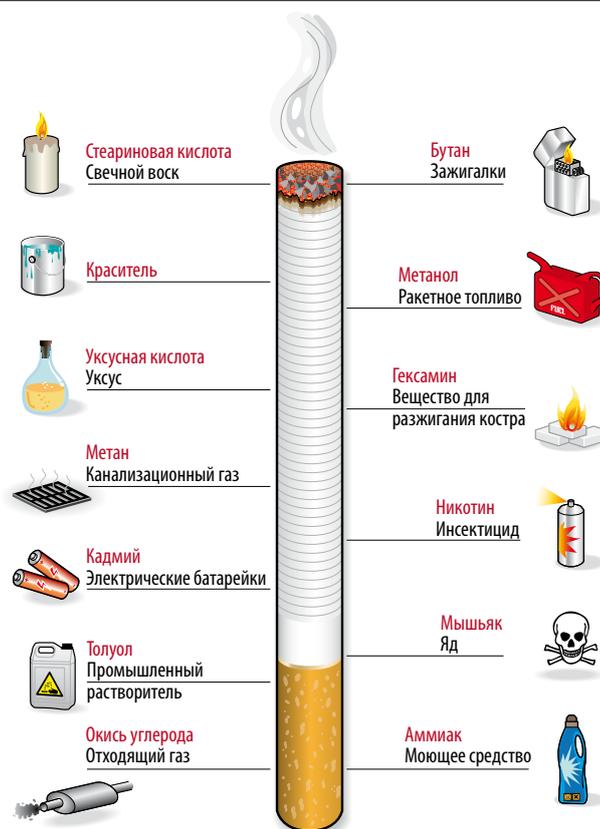
где разрешено курить, могут подвергаться значительному воздействию токсинов, поскольку загрязнение от табачного дыма может достигать уровней, существенно превышающих уровни других токсинов в окружающей среде, например твердых частиц, обнаруживаемых в выхлопных автомобильных газах. Исследования показали, что уровни загрязнения в закрытых помещениях, где разрешено курить, выше, чем уровни загрязнения, выявляемые на загруженных транспортных магистралях, в закрытых гаражах и во время пожаров (10).

Вторичный табачный дым может распространяться по помещениям здания, даже если двери в помещение для курящих закрыты. Токсические химические вещества, содержащиеся во вторичном табачном дыме,

сохраняются в воздухе намного дольше, чем продолжается период активного курения, и затем проникают в ковры, занавески, одежду, пищу, мебель и другие материалы. Эти токсины могут оставаться в помещении неделями и месяцами после того, как здесь кто-то курил (11, 12), даже если комната проветривается и используются вентиляторы или воздушные фильтры. Фильтры могут не удалять химические вещества, а служить местом, где они оседают и откуда затем вновь попадают в воздух помещения. Табачные токсины, скапливающиеся со временем и покрывающие поверхности помещения, мебель и вещи курильщика, иногда называют «третичным дымом» (13).



ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА, СОДЕРЖАЩИЕСЯ ВО ВТОРИЧНОМ ТАБАЧНОМ ДЫМЕ (НЕПОЛНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ)



**В табачном дыме выявлено
более 4000 химических веществ.**



Воздействие вторичного табачного дыма и преждевременная смерть

Вторичный табачный дым присутствует практически во всех общественных местах, где разрешено курение (14), и не существует безопасного уровня его воздействия (15).

По оценкам, в целом около трети взрослых людей в мире регулярно подвергаются воздействию вторичного дыма (16). В Европейском союзе 14% некурящих подвергаются воздействию вторичного табачного дыма у себя дома, а треть работающих взрослых подвергается такому воздействию на рабочем месте по меньшей мере в течение некоторого времени (17). По имеющимся сообщениям, в Канаде около четверти некурящих людей регулярно подвергаются воздействию табачного дыма у себя дома, в транспорте или в общественных местах (18).

Установлено, что 700 миллионов детей в мире — около 40% всех детей — подвергаются воздействию вторичного табачного дыма у себя дома (19). В мире в среднем доля детей,

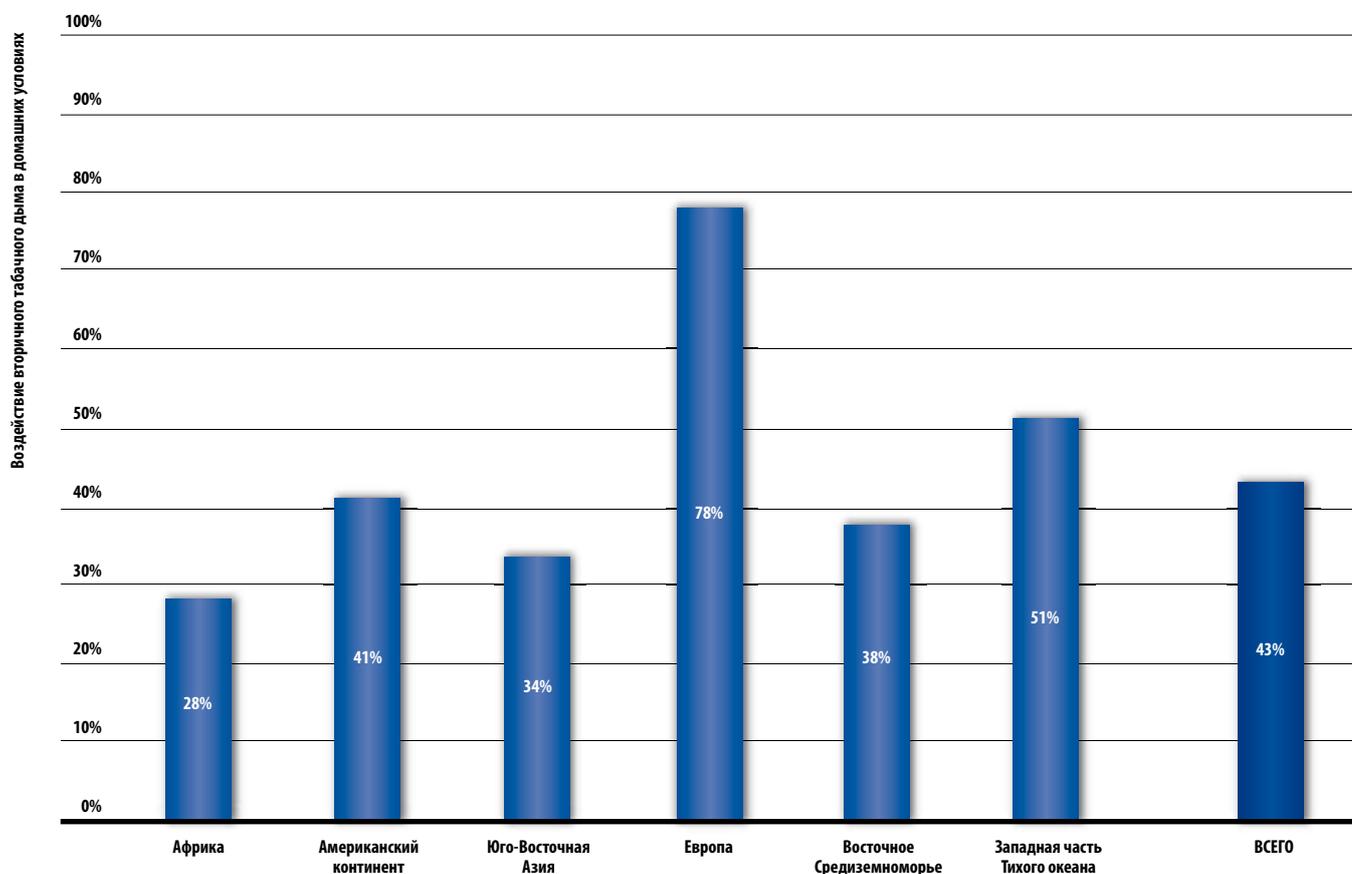
у которых хотя бы один из родителей курит, согласно определению, которое использовалось при проведении Глобального обследования употребления табака среди молодежи (GYTS), составляет 43% (20). Данные GYTS показывают, что среди обследованных почти половина детей в возрасте от 13 до 15 лет, которые никогда не курили, подвергается воздействию вторичного табачного дыма у себя дома, аналогичный процент детей подвергается такому воздействию в общественных местах помимо дома; вероятность того, что эти дети начнут курить, в 1,5–2 раза выше, чем у тех, кто не подвергался воздействию вторичного табачного дыма (20).

По оценкам, вторичный табачный дым является причиной около 600 тыс. случаев преждевременной смерти в мире в год (16), примерно такое же количество людей ежегодно умирает от кори и столько же женщин ежегодно умирают во время родов (21). Из всех случаев смерти, связанных с воздействием вторичного табачного дыма, 31% приходится на детей и 64%

на женщин (16). В Соединенных Штатах около 50 тыс. случаев смерти в год — около 11% всех случаев смерти, связанных с табаком, — вызваны воздействием вторичного табачного дыма (22). По оценкам, в Европейском союзе воздействие вторичного табачного дыма на работе ежегодно является причиной около 7600 случаев смерти, а подобное воздействие дома является причиной дополнительно еще 72 100 случаев смерти (23).



СРЕДНИЙ ПРОЦЕНТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 13–15 ЛЕТ, ЖИВУЩИХ В ДОМЕ, ГДЕ ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ КУРЯТ, ПО РЕГИОНАМ ВОЗ, 2008 ГОД



Источник: (20).



По имеющимся оценкам, около трети взрослых людей в мире регулярно подвергаются воздействию вторичного табачного дыма.

Воздействие вторичного табачного дыма создает серьезные проблемы для здоровья

Убедительные научные доказательства вреда курения для здоровья были получены более 50 лет тому назад (24). Однако не только курильщики заболевают и умирают из-за табака: некурящие, которые вдыхают воздух, содержащий вторичный табачный дым, также подвергаются повышенному риску заболевания и смерти.

За 25 лет, прошедших со времени получения доказательств вреда вторичного табачного дыма для здоровья (25–27), при участии практически всех крупнейших медицинских и научных организаций, таких как Международное агентство ВОЗ по изучению рака (6), служба руководителя системы здравоохранения США (28), Калифорнийское агентство по охране окружающей среды (29) и Научный комитет Соединенного Королевства по изучению влияния табака на здоровье (30), было подготовлено 14 согласованных научных докладов, которые

не оставили никаких сомнений относительно того, что воздействие вторичного табачного дыма способствует развитию ряда серьезных заболеваний и нередко с летальным исходом у некурящих.

Многочисленные исследования подтверждают тот факт, что воздействие вторичного табачного дыма является причиной болезней, инвалидности и смерти вследствие самых разных заболеваний (31). Воздействие вторичного табачного дыма составляет примерно 1% от общего бремени заболеваний в мире и около 10–15% от бремени болезней, вызываемых активным курением (16). Воздействие вторичного табачного дыма также снижает качество жизни, связанное со здоровьем, среди людей, которые никогда не курили, причем более высокие уровни воздействия приводят к более значительному снижению показателей, определяющих качество

жизни (32). Даже у домашних животных, живущих в доме, где люди курят, выше вероятность развития раковых заболеваний (33–35).

Для новорожденных, подвергавшихся воздействию табачного дыма в утробе матери или после рождения, выше риск родиться преждевременно (36) и иметь пониженную массу тела при рождении (37), для них вдвое выше риск развития синдрома внезапной смерти младенца (38). Среди детей, подвергавшихся воздействию вторичного табачного дыма, на 50–100% выше риск острых респираторных заболеваний (19), отмечается повышенная частота инфекционных заболеваний ушей (28) и повышенная вероятность нарушений развития и поведенческих проблем (40, 41).



БОЛЕЗНИ, ПРИЧИНОЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ ТАБАЧНЫЙ ДЫМ

**Вдыхание
вторичного
табачного дыма
влечет за собой
серьезные и
нередко летальные
последствия для
здоровья.**

ДЕВОЧКИ

Опухоли головного мозга*

Заболевание среднего уха

Лимфома*

Респираторные симптомы

Нарушение легочной функции

Астма*

Синдром внезапной
смерти младенца

Лейкоз*

Заболевание нижних
дыхательных путей

ВЗРОСЛЫЕ ЖЕНЩИНЫ

Инсульт*

Раздражение слизистых
оболочек носовой полости;
Рак носовых пазух*

Рак молочной железы*

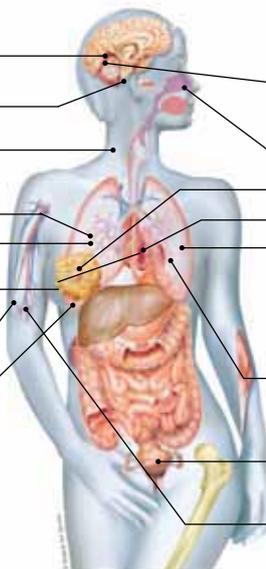
Ишемическая болезнь сердца

Рак легких

Хроническое обструктивное
заболевание легких (ХОБЛ)*
Хронические респираторные
симптомы*; Астма* Нарушение
легочной функции*

Воздействие на репродуктивную
функцию у женщин: пониженная
масса тела новорожденных;
преждевременные роды*

Атеросклероз*



* Доказательства причинной связи: предположительные
Доказательства причинной связи: достаточные

МАЛЬЧИКИ

Опухоли головного мозга*

Заболевание среднего уха

Лимфома*

Респираторные симптомы

Нарушение легочной функции

Астма*

Синдром внезапной
смерти младенца

Лейкоз*

Заболевание нижних
дыхательных путей

ВЗРОСЛЫЕ МУЖЧИНЫ

Инсульт*

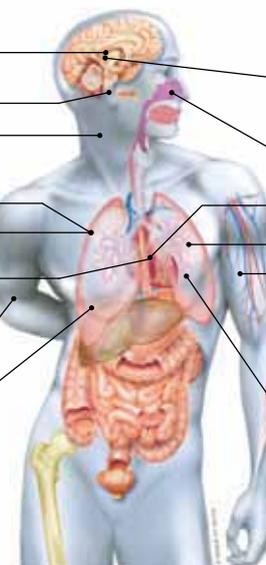
Раздражение слизистых
оболочек носовой полости;
Рак носовых пазух*

Ишемическая болезнь сердца

Рак легких

Атеросклероз*

Хроническое обструктивное
заболевание легких (ХОБЛ)*
Хронические респираторные
симптомы*; Астма* Нарушение
легочной функции*



* Доказательства причинной связи: предположительные
Доказательства причинной связи: достаточные



Источник: (28).

Экономическая угроза, создаваемая вторичным табачным дымом

Помимо значительного и все возрастающего бремени для здравоохранения воздействие вторичного табачного дыма налагает также экономическое бремя на отдельных лиц и на страны — как в связи с прямыми затратами на медико-санитарную помощь, так и в связи с косвенными затратами, обусловленными снижением производительности труда. Из-за воздействия вторичного табачного дыма только в Соединенных Штатах ежегодные прямые затраты на оказание медико-санитарной помощи составляют 5 млрд. долл. США, кроме того, 5 млрд. долл. США составляют не прямые затраты, обусловленные снижением производительности труда в связи с потерей заработной платы вследствие инвалидности и преждевременной смерти (42). По данным Управления охраны труда США за 1994 год, чистый воздух повышает производительность труда на 3% (4).

Согласно результатам некоторых исследований 10% общих экономических издержек, связанных

с табаком, обусловлены воздействием вторичного табачного дыма (44). Экономические издержки, связанные с употреблением табака, составляют в Соединенных Штатах около 193 млрд. долл. США в год (расходы на здравоохранение, связанные с курением, в размере 96 млрд. долл. США плюс ущерб, связанный с потерей производительности, в размере 97 млрд. долл. США) (22).

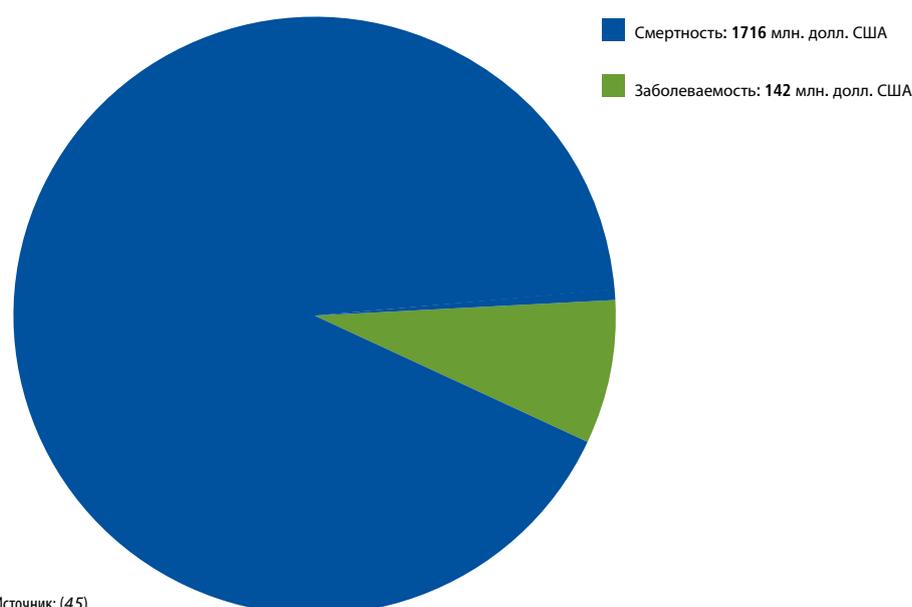
С учетом показателя в 10% общих экономических ущерб, связанный со вторичным табачным дымом, составляет в Соединенных Штатах около 19,3 млрд. долл. США в год (около 64 долл. США на душу населения).

Исследования экономических издержек, связанных с употреблением табака, проводились и в некоторых других странах, но в большинстве случаев в этих исследованиях не проводилась оценка затрат, связанных непосредственно с воздействием вторичного табачного дыма. В тех случаях, когда такие данные

имелись, экономический ущерб, связанный с воздействием вторичного табачного дыма, был примерно таким же, как и в Соединенных Штатах.

Например, в САР Гонконг, Специальном административном районе Китая, связанные с воздействием вторичного табачного дыма прямые затраты на оказание медико-санитарной помощи, на долговременное лечение и затраты, вызванные потерей производительности труда, составляют примерно 156 млрд. долл. США в год (около 24 долл. США на душу населения или 23% от общих издержек, связанных с употреблением табака) (45).

ЗАТРАТЫ, СВЯЗАННЫЕ С БОЛЕЗНЯМИ И СМЕРТЬЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, САР ГОНКОНГ (СПЕЦИАЛЬНЫЙ АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РАЙОН КИТАЯ), 1998 ГОД



Источник: (45).

Законы об обеспечении бездымной среды снижают уровень воздействия вторичного табачного дыма

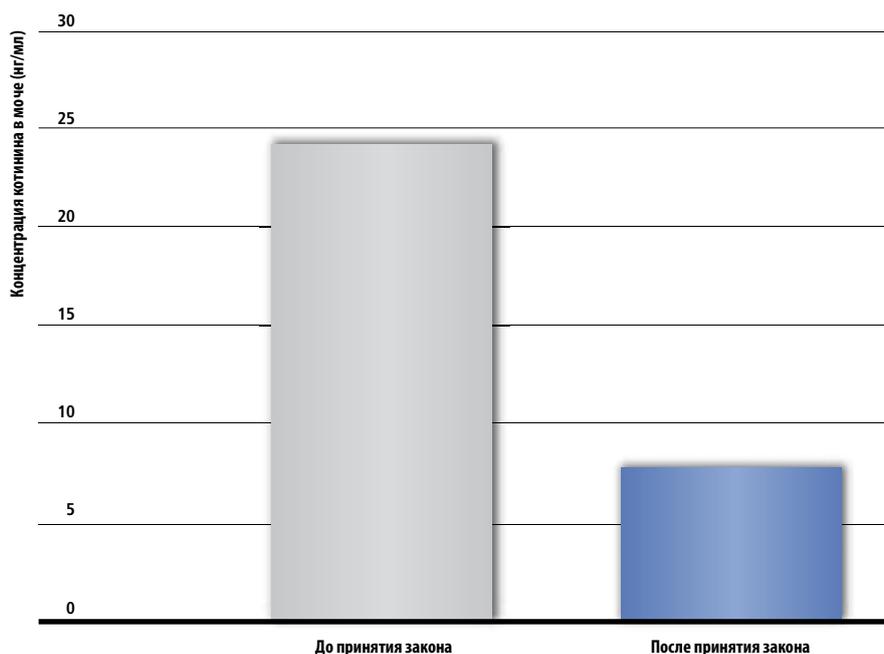
В соответствии с заключением Международного агентства по изучению раковых заболеваний, «имеются достаточные доказательства того, что реализация стратегий по созданию бездымных зон существенно снижает уровень воздействия вторичного табачного дыма» (46). Изучение результатов реализации стратегий, направленных на обеспечение бездымной среды, убедительно показало, что эти стратегии снижают уровень воздействия вторичного табачного дыма на 80–90% в условиях высокой степени воздействия, а общее снижение уровня такого

воздействия составит до 40% (47). Люди, работающие в местах, свободных от табачного дыма, в 3–8 раз меньше подвергаются воздействию вторичного табачного дыма, чем другие работники (48). У некурящих взрослых, живущих в сообществах, где действует всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды, в 5–10 раз меньше вероятность воздействия вторичного табачного дыма, чем у людей, живущих там, где подобное законодательство отсутствует (49). Ирландия представила убедительные данные, свидетельствующие об эффективности

подобных мер в отношении снижения уровня воздействия вторичного табачного дыма. После вступления в действие в стране в 2004 году законодательства об обеспечении бездымной среды концентрации никотина и твердых частиц в воздухе в контролируемых закрытых помещениях снизились на 83%, у работников баров отмечено снижение уровня окиси углерода в выдыхаемом воздухе на 79% и снижение содержания котинина* в слюне на 79%. У работников баров продолжительность воздействия вторичного табачного дыма снизилась с 30 часов в неделю до нуля (50, 51).

Стратегии, направленные на обеспечение бездымной среды, снижают уровень воздействия вторичного табачного дыма в помещениях с высоким уровнем такого воздействия на 80–90%.

УРОВНИ КОТИНИНА В МОЧЕ У РАБОТНИКОВ БАРОВ В ТОРОНТО (КАНАДА) ДО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ



Источник: (52).

* Данные о концентрациях котинина в слюне или в моче используются в качестве биологического маркера степени воздействия вторичного табачного дыма.

Эти данные нашли подтверждение во многих других местах, где введено в действие всеобъемлющее законодательство о создании зон, свободных от табачного дыма. В Торонто (Канада) благодаря закону о полном запрещении курения в барах, которое вступило в действие в 2004 году, в течение одного месяца у работников баров уровень котинина* в моче снизился на 68%, тогда как у работников баров контрольного сообщества, где отсутствовало законодательство о создании бездымных зон, не было отмечено существенных изменений в уровне котинина в моче (52). В Шотландии после вступления в силу

в 2006 году всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды, было отмечено снижение концентрации твердых частиц в воздухе пабов на 86% (53) и снижение на 39% уровня котинина в слюне взрослых некурящих людей (47).

В штате Нью-Йорк уровни котинина в слюне некурящих взрослых снизились на 47% в течение года после введения полного запрета на курение в 2003 году (54); в Новой Зеландии всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды, вступившее

в силу в 2004 году, способствовало снижению уровня воздействия вторичного табачного дыма на работников баров примерно на 90% (55), а в Финляндии действующий на национальном уровне закон об обеспечении бездымной среды привел к снижению уровня воздействия вторичного табачного дыма на рабочих местах, охватываемых этим законом, с 51% работников, сообщавших о таком воздействии до принятия закона, до 12% работников, сообщавших об этом через три года после вступления закона в силу (56).

Меры, обеспечивающие соблюдение законов о защите от вторичного табачного дыма

На основании имеющихся научных данных Конференция Сторон, участвующих в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком (РКБТ ВОЗ), пришла к заключению, что окружающая среда, на 100% свободная от табачного дыма, является единственным надежным способом надлежащей защиты здоровья людей от вредного воздействия вторичного табачного дыма, поскольку приемлемого уровня не существует (2).

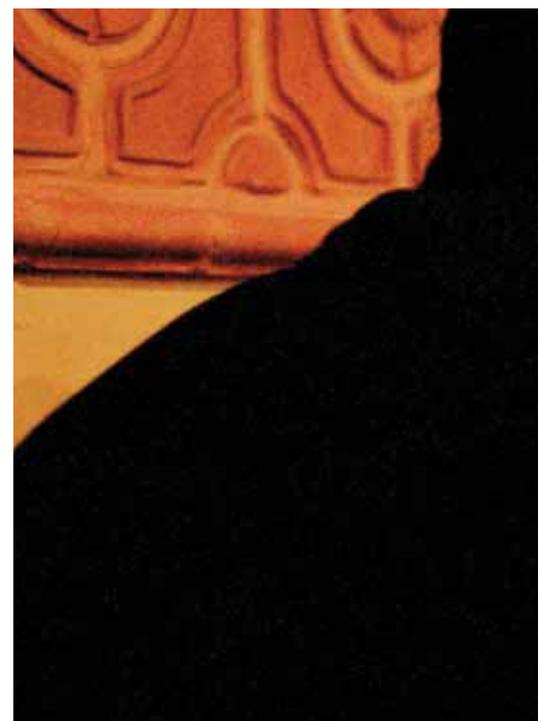
После вступления в силу законов об обеспечении бездымной среды, правительства должны оказывать им действенную

поддержку посредством принятия активных и единообразных мер по обеспечению их соблюдения, достижения высокого уровня соответствия требованиям — по меньшей мере до тех пор, пока закон не станет соблюдаться автоматически. Несмотря на то что число стран, принявших законы, предписывающие обеспечение бездымной среды увеличивается, в подавляющем большинстве стран такие законы либо отсутствуют либо приняты законы весьма ограниченного характера, или же не обеспечивается их эффективное соблюдение. Всеобъемлющее законодательство, не подкрепленное мерами по обеспечению его

надлежащего соблюдения, не защищает от воздействия вторичного табачного дыма, а законодательство, которое охватывает лишь некоторые помещения, даже при надлежащем его соблюдении не обеспечивает достаточной защиты.

Полное соблюдение законов об обеспечении бездымной среды является решающим

Окружающая среда, на 100% свободная от табачного дыма, является единственным надежным способом надлежащей защиты здоровья людей от вредного воздействия вторичного табачного дыма.



условием обеспечения доверия к ним, особенно непосредственно после вступления таких законов в силу (57). Может возникнуть необходимость активно и открыто обеспечивать соблюдение закона в период сразу же после его вступления в силу — с тем чтобы продемонстрировать решимость правительства обеспечить соблюдение закона. Весьма эффективным методом может быть проведение инспекций, осуществляемых надлежащими правительственными ведомствами без предварительного уведомления.

После достижения высокого уровня соблюдения закона, возможно, будет целесообразно снизить

степень официального принуждения, поскольку существование свободных от табачного дыма зон будет обеспечиваться в значительной степени автоматически там, где общественность и бизнес-сообщества поддерживают стратегии и законодательство, направленные на запрет курения. Возложение ответственности за освобождение помещений от табачного дыма на владельцев и управляющих заведений — наиболее эффективный способ обеспечения соблюдения закона. Во многих странах действуют законы, в соответствии с которыми на владельцев коммерческих предприятий возлагается обязанность обеспечивать безопасность рабочих мест для своих работников. Взимание штрафов и

применение других санкций против владельцев коммерческих предприятий, по-видимому, с большей вероятностью обеспечит соблюдение закона, нежели штрафование отдельных курильщиков.

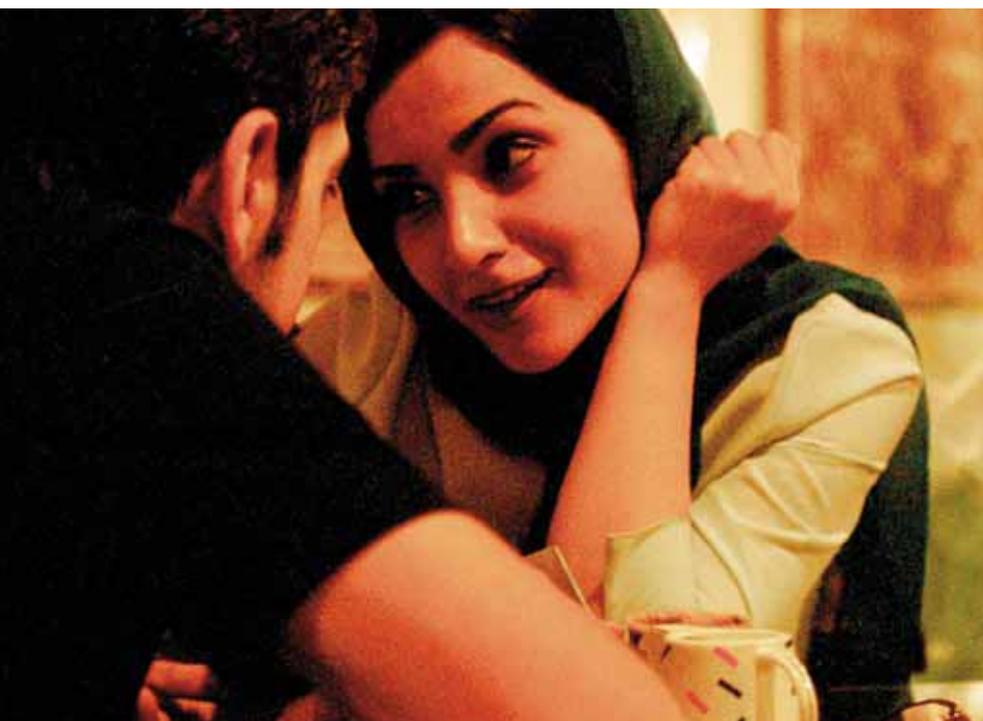
Обеспечение соблюдения законов и результативность соответствующих мер должны регулярно контролироваться. Проведение оценок и обнародование информации, свидетельствующей об отсутствии негативного влияния законов об обеспечении бездымной среды на бизнес, будут еще больше способствовать признанию таких законов и их соблюдению.

Вентиляция и выделение специальных помещений для курящих неэффективны

Курение в любом месте здания значительно повышает концентрацию вторичного табачного дыма даже в тех помещениях, где люди не курят (58). Физическая изоляция курильщиков от некурящих и разрешение курить только в специально отведенных помещениях снижают воздействие вторичного табачного дыма примерно наполовину и, таким образом, обеспечивают лишь частичную защиту (59).

Американское общество инженеров-теплотехников, инженеров по холодильному делу и по кондиционированию воздуха в 2005 году представило заключение, согласно которому лишь всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды является эффективным средством устранения рисков, сопряженных с воздействием вторичного табачного дыма, тогда как вентиляционные устройства не

устраняют риски для здоровья, связанные с таким воздействием (60, 61). Это утверждение согласуется с другими данными, в соответствии с которыми вентиляция и выделение специальных помещений для курящих не предотвращают воздействие вторичного табачного дыма (62, 63).



Вентиляция и выделение специальных помещений для курильщиков не обеспечивают защиту от воздействия вторичного табачного дыма.

Последствия принятия нормативных положений об обеспечении бездымной среды для здоровья людей

Законы об обеспечении бездымной среды способствуют устранению респираторных симптомов.

Поскольку после введения в действие законов об обеспечении бездымной среды происходит немедленное снижение уровней загрязнения и воздействия вторичного табачного дыма (64), улучшение в состоянии дыхательных органов наступает очень быстро. Сообщалось, что в Шотландии через три месяца после введения в действие всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды, у работников баров было отмечено уменьшение респираторных симптомов на 26%, а у работников баров, страдающих от астмы, реже стало наблюдаться воспаление дыхательных путей (65).

В Калифорнии через восемь недель после введения в действие закона о запрещении курения в барах у барменов было отмечено уменьшение респираторных симптомов на 59% и симптомов сенсорного раздражения на 78% (66).

Законы об обеспечении бездымной среды снижают риск заболеваний сердца

Даже низкий уровень воздействия вторичного табачного дыма оказывает клинически значимое влияние на риск сердечно-сосудистых заболеваний (67). В условиях бездымной среды частота сердечных приступов среди населения сокращалась почти сразу, буквально в первые несколько месяцев после введения соответствующего закона в действие (68). В нескольких исследованиях было подтверждено снижение числа госпитализаций в связи с

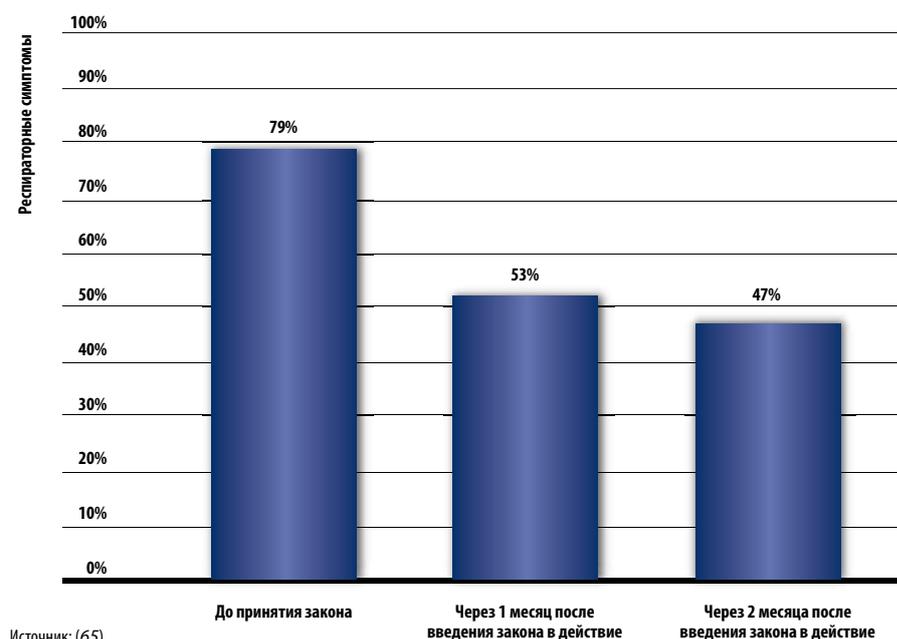
сердечными приступами после введения в действие всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды (69–74). Кроме того, результаты многих из этих исследований, проводившихся на субнациональном уровне – в штатах/провинциях и городах, где законы о защите от табачного дыма не были приняты на национальном уровне, продемонстрировали не только воздействие таких законов, но также потенциальный благоприятный эффект введения в действие подобного законодательства на местном уровне даже при отсутствии запретов на национальном уровне.

Ожидается, что законы об обеспечении бездымной среды приведут к снижению заболеваемости раком легких

В связи с наличием продолжительного временного лага между воздействием

вторичного табачного дыма и развитием рака легких пока еще отсутствуют полные данные, касающиеся ожидаемого снижения заболеваемости раком легких после реализации стратегии защиты от табачного дыма. В период между 1988 и 2004 годами, когда в штате Калифорния было введено в действие всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды, заболеваемость раком легких и бронхов в Калифорнии снижалась в четыре раза быстрее, чем в остальных штатах США, хотя по меньшей мере частично это снижение могло быть следствием более резкого уменьшения распространенности курения, отмечавшегося в Калифорнии, по сравнению с остальной частью страны, которое началось в начале 1980-х годов (75).

РЕСПИРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ У РАБОТНИКОВ БАРОВ В ШОТЛАНДИИ ДО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ



Другие благоприятные последствия введения нормативных положений по обеспечению бездымной среды

Законы об обеспечении бездымной среды помогают курильщикам сократить потребление табака или вообще отказаться от курения

Бездымная среда не только защищает некурящих, но и способствует сокращению потребления табака у продолжающих курить на 2–4 сигареты в день (76) и помогает курильщикам, желающим отказаться от курения, а также бывшим курильщикам, уже бросившим курить, воздерживаться от курения в течение длительного времени. В Соединенных Штатах, где действуют всеобъемлющие законы об обеспечении бездымной среды, потребление сигарет на душу населения, на 5–20% ниже, чем в штатах, где такие законы отсутствуют (77).

По имеющимся оценкам, полный запрет на курение на рабочих местах, введенный в нескольких промышленно развитых странах,

способствовал сокращению распространенности курения среди работающих в среднем на 3,8%, снижению среднего уровня потребления табака на 3,1 сигареты в день у работающих, продолжающих курить, и сокращению общего потребления табака среди работающих в среднем на 29% (78).

Вероятность того, что люди, работающие в условиях, где применяются стратегии по обеспечению бездымной среды, откажутся от потребления табака, почти вдвое выше, чем у тех, кто работает там, где такие стратегии не применяются, а у людей, продолжающих курить, среднесуточное потребление табака уменьшается почти на четыре сигареты в день (79).

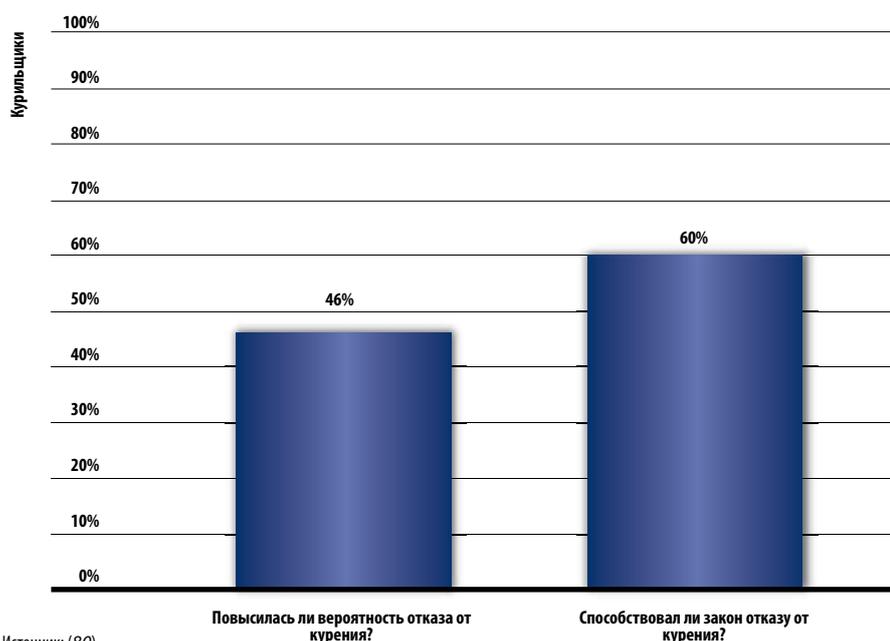
После введения в Ирландии в действие всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды, 46% курильщиков сообщили, что благодаря этому

закону у них возросла вероятность отказа от курения; среди тех, кто отказался от курения, 80% сообщили, что закон помог им бросить курить, и 88% сообщили, что закон помог им продолжать воздерживаться от курения (80). В Шотландии 44% людей, отказавшихся от курения, заявили, что отказаться от потребления табака им помог закон об обеспечении бездымной среды (81).

Законы об обеспечении бездымной среды побуждают людей к освобождению своих домов от табачного дыма

Законодательство, предписывающее запрет курения в общественных местах, побуждает семьи сделать свои дома свободными от табачного дыма (82), обеспечивать, таким образом, защиту детей и других членов семьи от воздействия вторичного табачного

ВЛИЯНИЕ ЗАКОНА ИРЛАНДИИ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ НА ПОВЕДЕНИЕ КУРИЛЬЩИКОВ (ПО СООБЩЕНИЯМ)



Источник: (80).

Бездымная среда не только защищает некурящих, но и снижает уровень потребления табака у тех, кто продолжает курить, и помогает тем, кто хочет отказаться от курения.

дыма (83). В Австралии введение в действие в 1990-х годах законов о запрете курения на рабочих местах сопровождалось резким увеличением доли взрослых, стремившихся уберечь детей от воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях (84). После введения в действие всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды даже курильщики склонны добровольно

придерживаться правила «не курить» у себя дома (85, 86).

Добровольно применяемые стратегии отказа от курения в домашних условиях также способствуют снижению уровня потребления табака взрослыми и молодыми людьми. Запрет на курение дома подавляет интерес к экспериментированию с курением у молодых

людей, живущих в одном доме с некурящими. У подростков, живущих в домах, где курение разрешено, вероятность того, что они начнут курить, даже если сами взрослые не курят, почти в два раза выше, чем у подростков, живущих в домах, где курение запрещено.

Законы об обеспечении бездымной среды пользуются популярностью

Опросы общественного мнения показывают, что законы об обеспечении бездымной среды, где бы они ни принимались, пользуются чрезвычайной популярностью даже среди курильщиков, и такая поддержка со временем лишь возрастает. Наибольшей поддержкой обычно пользуется запрет на курение в больницах и других учреждениях здравоохранения, и наименьшую поддержку общественности встречают меры по освобождению от табачного дыма баров и пабов (88–90).

В 2006 году Уругвай стал первой страной на Американском континенте, где было достигнуто 100-процентное освобождение от табачного дыма в результате запрета на курение во всех общественных и на всех рабочих местах, включая бары, рестораны и казино. Закон поддержали восемь из каждых 10 уругвайцев, включая почти две трети курильщиков в стране (91). После того как в Новой Зеландии в 2004 году были приняты законы об обеспечении бездымной среды, 69%

ее граждан заявили, что поддерживают право людей работать в помещениях, свободных от табачного дыма (92).

Закон об избавлении рабочих мест от табачного дыма, введенный в Ирландии в марте 2004 года, был признан успешным 96% населения, включая 89% курильщиков (93). В Калифорнии 75% населения одобрили законы о запрете на курение на рабочих местах, в том числе в ресторанах и барах, в течение первых

DISFRUTEMOS DEL AIRE FRESCO EN LUGARES CERRADOS SIN HUMO DE TABACO

Quando respiras el humo de tabaco, estás respirando más de 250 sustancias tóxicas como el amoníaco y el arsénico.

Todos tenemos el derecho a respirar aire sin humo de tabaco para preservar la salud.

PORQUE TODOS RESPIRAMOS LO MISMO

В каждой стране, где принято всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды, такие законы получают признание со стороны населения и оказывают нейтральное или благоприятное влияние на бизнес.

нескольких лет после введения закона в действие в штате в 1998 году (94).

Хотя в Китае мало общественных мест, свободных от табачного дыма, 90% жителей больших городов — как курильщиков, так

и некурящих — поддерживают запрет на курение в общественном транспорте, в школах и в больницах (95). Более 80% городских жителей в Китае поддерживают закон о запрете курения на рабочих местах и около половины поддерживают запрет на курение в ресторанах и

барах (95). В России, где тоже мало ограничений, касающихся курения в общественных местах, почти треть населения поддерживает полный запрет на курение в ресторанах (96).

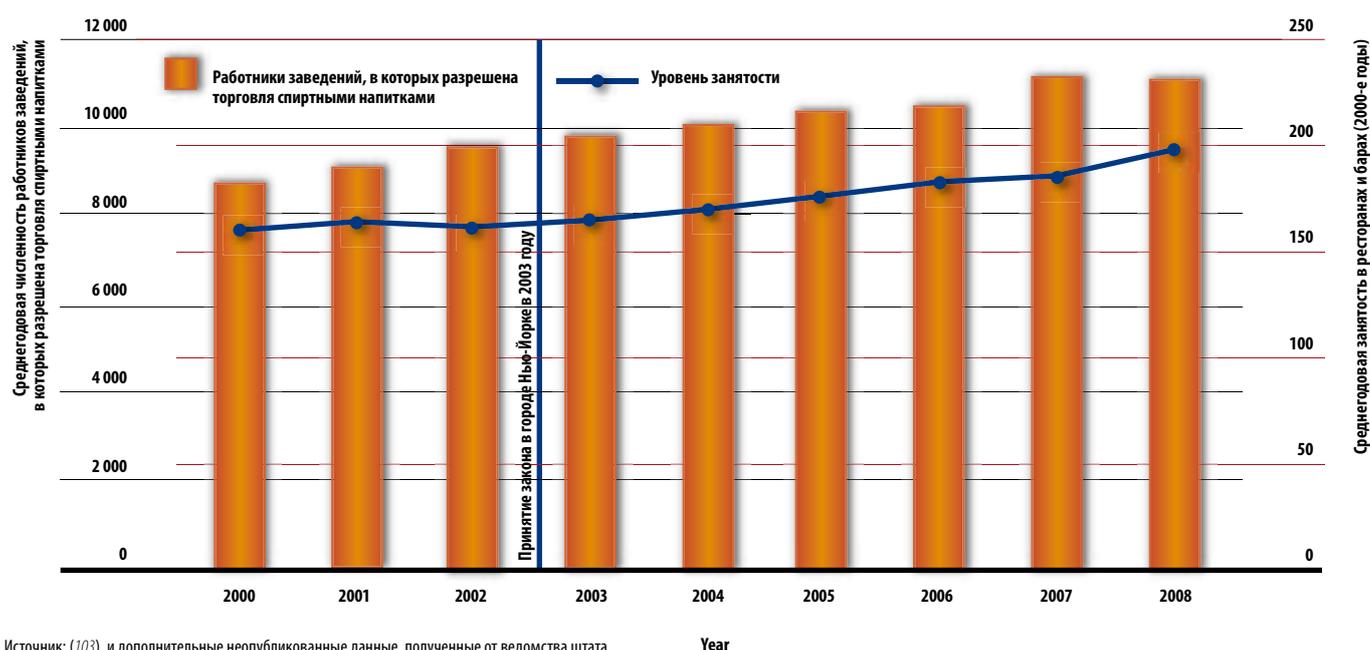
Законы об обеспечении бездымной среды не наносят ущерба бизнесу

Несмотря на заявления представителей табачной и гостиничной и ресторанной индустрии, опыт показывает, что в каждой стране, где действует всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды, такие законы пользуются популярностью у населения, легко осуществляются и соблюдаются, оказывают нейтральное или благоприятное воздействие на бизнес, включая гостиничный и ресторанный сектор. Аналогичные данные были получены во всех исследованных регионах, включая регионы в Австралии, Канаде, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах (99); в Норвегии (100); в Новой Зеландии (101); штате Калифорния (102); городе Нью-Йорке (103) и различных штатах и муниципалитетах США

(104). В городе Нью-Йорке, где введение законов об обеспечении бездымной среды осуществлялось в два этапа (в 1995 году законодательство охватывало большую часть рабочих мест и ресторанов, а в 2003 году были добавлены бары и остальные рестораны), уровень занятости в ресторанах возрос после введения в действие закона в 1995 году (105). Уровни занятости и доходы в барах и ресторанах, взятых в совокупности, возросли через год после введения закона в действие в 2003 году (103) и с тех пор продолжали повышаться. После введения всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды не было отмечено никаких статистически значимых изменений в экономических показателях в гостиничной и ресторанной индустрии в Массачусетсе

(106), не выявлено экономического ущерба бизнесу, охватывающему бары и рестораны, в таком американском городе среднего размера, как Лексингтон, штат Кентукки (107), не было выявлено также неблагоприятного экономического воздействия на туризм во Флориде (108). При продаже бары, расположенные в округах, где действовали законы о запрете на курение, шли по цене, сопоставимой с ценами, выплачиваемыми за аналогичные бары, расположенные в округах, где нет ограничений на курение (109). Экономические данные подобного рода позволяют опровергнуть ложные утверждения представителей табачной промышленности относительно экономического ущерба, наносимого запретом на курение в определенных местах (97, 110).

СРЕДНЕГОДОВОЙ УРОВЕНЬ ЗАНЯТОСТИ В РЕСТОРАНАХ И БАРАХ НЬЮ-ЙОРКА ДО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ В ДЕЙСТВИЕ ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ



Источник: (103), и дополнительные неопубликованные данные, полученные от ведомства штата Нью-Йорк, регулирующего торговлю спиртными напитками, и от Корпорации экономического развития города Нью-Йорка

Примечание: Среднегодовая занятость, рассчитанная на основании ежемесячных итоговых данных.

Попытки представителей табачной промышленности препятствовать введению законодательства, обеспечивающего среду, на 100% свободную от табачного дыма

Представителям табачной индустрии давно известно, что побочный поток вторичного табачного дыма содержит более высокие концентрации канцерогенных веществ, чем основной поток табачного дыма (7). В секретном докладе от 1978 года представители индустрии охарактеризовали нарастающую озабоченность общественности относительно воздействия вторичного табачного дыма как «наиболее опасную угрозу для жизнеспособности табачной индустрии из всех, возникавших до настоящего времени» (111). Табачная индустрия признает эффективность мер по обеспечению бездымной среды и знает, что создание исключений может подорвать доверие к их действенности. В 1992 году Филипп Моррис во внутреннем отчете утверждал: «Полный запрет на курение на рабочем месте очень серьезно отразится на объеме выпускаемой продукции. . . . Введение более мягких ограничений в отношении курения на рабочих местах, например таких как разрешение курить только в специально отведенных местах, будет оказывать значительно меньшее воздействие на показатели отказа от курения и очень слабое влияние на потребление табака» (112).

Табачная промышленность имеет опыт создания видимости научной дискуссии в попытке противодействовать инициативам, направленным на ограничение потребления табака. Однако конечная цель инициатив, разрабатываемых табачной индустрией,

заключается в поддержании приемлемости курения для общества и воспрепятствовании принятию важных стратегий, направленных на освобождение общественных и рабочих мест от табачного дыма (113). Такие меры, как вентиляция и отведение специальных помещений для курящих, которые представители табачной индустрии предлагают рассматривать как «разумный» компромисс, также не позволяют получить ожидаемые результаты законодательных мер, поскольку продолжается воздействие вторичного табачного дыма на людей, а у курильщиков снижается стимул к отказу от курения (114).

Несмотря на неопровержимые научные данные, свидетельствующие о вредном воздействии вторичного табачного дыма на здоровье людей, представители табачной индустрии в попытке дискредитировать их называют такие данные «научным хламом» (115). Чтобы убедить некоторых людей не доверять таким данным, табачная индустрия использовала также группы активистов. За попытками дискредитировать научные исследования, посвященные изучению влияния вторичного табачного дыма на здоровье, стоит табачная промышленность, которая проводит и публикует свои собственные тенденциозные исследования с целью представить вредные последствия воздействия вторичного табачного дыма как минимальные, поскольку представители табачной индустрии опасаются, что ограничения,

налагаемые на курение, приведут к снижению продаж и прибылей (116–119). Табачная индустрия прибегает также к атакам на ученых, исследующих эффекты воздействия вторичного табачного дыма, критикуя их мотивы или квалификацию, хотя и признает при этом ценность результативных научных изысканий (120, 121).

Вероятность того, что исследователи, финансируемые табачной индустрией или связанные с ней, придут к заключению о безопасности вторичного табачного дыма для здоровья, примерно в 100 раз выше, чем у независимых исследователей (122). Большая часть исследований, финансируемых табачной промышленностью, не публикуется в рецензируемых медицинских журналах, отличается низким научным уровнем и их не следует использовать в научных, законодательных или политических целях без проведения независимой оценки их качества (123). Табачная индустрия даже попыталась издавать свои собственные рецензируемые медицинские журналы для публикации статей об эффектах воздействия вторичного табачного дыма, которые отражали бы ее интересы (124). Федеральный суд Соединенных Штатов постановил, что утверждения табачной индустрии о том, что воздействие вторичного табачного дыма не приводит к болезням, являются «обманными» (125).

У табачной промышленности есть опыт создания видимости научной дискуссии в попытке противодействовать инициативам, направленным на ограничение потребления табака.

Основные рекомендации

Основой этих рекомендаций, согласующихся с руководящими принципами осуществления Статьи 8 РКБТ ВОЗ, являются уроки, извлеченные из опыта нескольких стран и сотен субнациональных и локальных юрисдикций, которые успешно ввели в действие законы, требующие создания 100-процентной бездымной среды на рабочих и в общественных местах внутри помещений, а именно (4):

1. Законодательство, которое в обязательном, а не в добровольном порядке предусматривает полное освобождение окружающей среды от табачного дыма, необходимо для защиты здоровья людей.
2. Законодательство должно быть простым, четким, применимым и всеобъемлющим.
3. Необходимо предпринимать надлежащие действия на всех уровнях юрисдикции, где может быть принято эффективное законодательство.
4. Предвидение и реагирование на противодействие табачной индустрии, часто осуществляемое через третьи стороны, имеют решающее значение.
5. Для принятия эффективного законодательства чрезвычайно важно привлечение гражданского общества.
6. Для обеспечения соблюдения законов необходимы просвещение и консультации с заинтересованными сторонами.
7. План по осуществлению и применению законодательства в совокупности с инфраструктурой, обеспечивающей его соблюдение, включая широко освещаемые судебные дела, предусматривающие наложение штрафов или запрет на коммерческую деятельность в отношении повторно нарушивших закон, имеют важнейшее значение для успешного осуществления соответствующих мер.
8. Большое значение имеет мониторинг осуществления и соблюдения законов, а также оценка воздействия бездымной среды; в

идеале полученные результаты должны быть документально зафиксированы и представлены другим юрисдикциям с целью оказания им поддержки в усилиях, направленных на успешное введение и применение эффективного законодательства.

9. Физическая изоляция курильщиков от некурящих (например, посредством отведения специальных помещений для курящих) или обеспечение вентиляции в зонах для курящих не устраняет риска для здоровья, связанного с воздействием вторичного табачного дыма.

Поскольку курильщики и некурящие в равной мере подвержены вредному для здоровья воздействию вторичного табачного дыма, правительства обязаны защищать здоровье людей, которое является одним из основных прав человека (3). Эта обязанность предполагает защиту права на жизнь и права на наивысший достижимый уровень здоровья, как это признается во многих международных правовых документах, включая Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенцию о правах ребенка. Эти документы были официально включены в Преамбулу РКБТ ВОЗ и закреплены конституциями более чем 100 стран. Добровольные соглашения, нередко представляемые табачной промышленностью как «компромисс», оказались недостаточными для достижения целей общественного здравоохранения, поскольку они не устраняли, а в лучшем случае только уменьшали воздействие вторичного табачного дыма (126). Всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды и жесткое обеспечение их соблюдения являются наилучшей стратегией, направленной на снижение воздействия вторичного табачного дыма.

Достигнутый в последнее время прогресс свидетельствует об осуществимости задачи обеспечения бездымной среды и во всем мире вызвал повышенный интерес к дальнейшему продвижению в этом направлении. Хотя предстоит еще многое сделать, есть много примеров эффективной реализации стратегий,

направленных на защиту от табачного дыма. Даже в ресторанах, барах и других подобных заведениях, где, как считалось, особенно трудно обеспечить бездымную среду, запрет на курение был успешно осуществлен в нескольких странах с соблюдением законодательных требований почти в полном объеме и при активной поддержке общественности. Этот опыт может послужить другим странам примером того, как следует создавать и расширять бездымные зоны в интересах подавляющего большинства людей в мире, которые пока еще лишены защиты от вредного воздействия вторичного табачного дыма.

Безопасного уровня воздействия табачного дыма не существует. Риск для здоровья, возникающий в результате воздействия вторичного табачного дыма, является основным аргументом в пользу запрета на курение на рабочем месте и в общественных местах, поскольку принятое одним человеком решение курить наносит вред другим людям. Создание среды, свободной от табачного дыма, помогает осуществить право некурящих дышать чистым воздухом, побуждает курильщиков отказаться от курения и позволяет правительствам выступить инициатором действия по профилактике потребления табака и принять пользующиеся широкой поддержкой общественности меры в области здравоохранения.

Применение эффективных мер приобретает необходимый импульс



Мониторинг потребления табака и профилактических стратегий

Мониторинг должен быть репрезентативным и регулярным

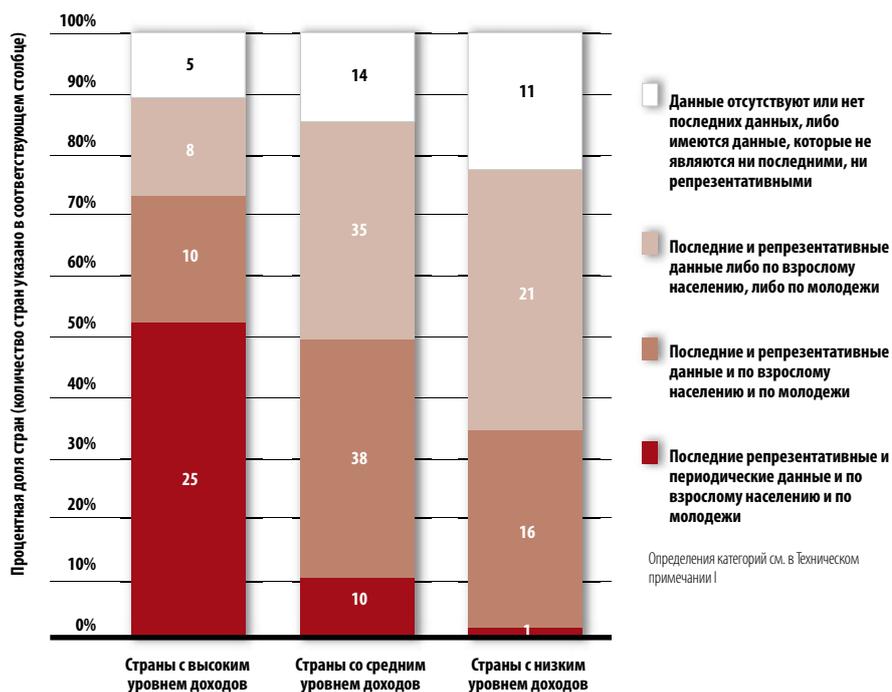
Эпиднадзор, мониторинг и оценка являются основой для разработки стратегий борьбы против табака, опирающихся на полную и достоверную информацию. Ряд статей в РКБТ ВОЗ предусматривает сбор данных, но в Статье 20 (*Научные исследования, эпиднадзор и обмен информацией*) и в Статье 21 (*Отчетность и обмен информацией*) подробно разработаны требования к проведению широкого

эпиднадзора, которые составляют основу осуществления мониторинга.

Системы эпиднадзора, мониторинга и оценки должны использовать стандартизованную и научно обоснованную практику сбора данных и их анализа. Получение необходимых оценок может быть обеспечено путем обследования населения с использованием репрезентативных, произвольно отобранных достаточно крупных выборок. Такие обследования могут проводиться только в отношении потребления

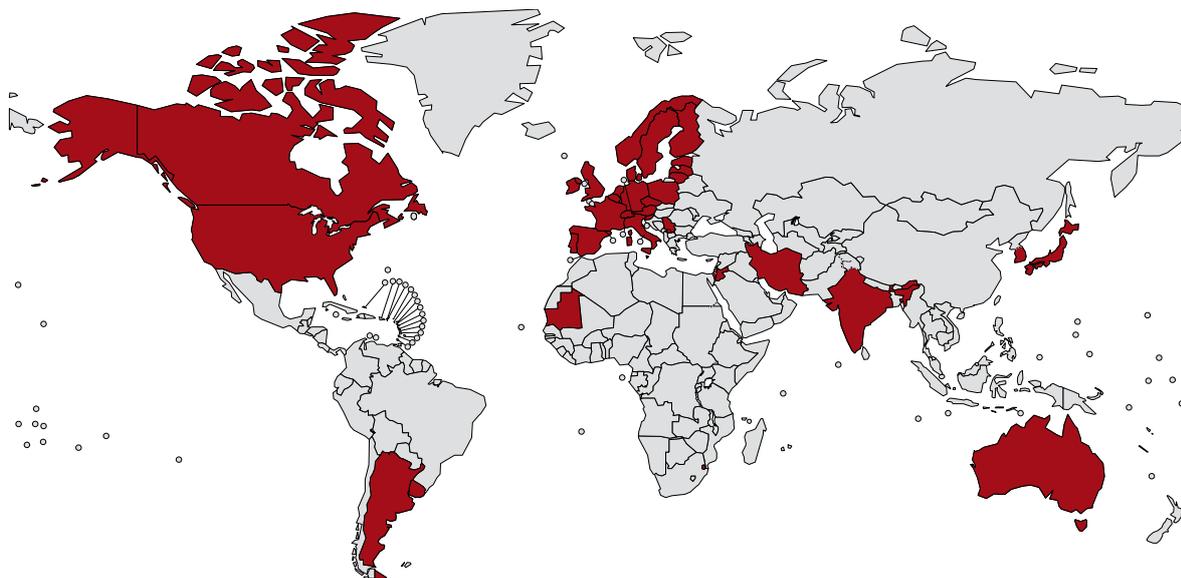
табака или в сочетании обследованиями по другим приоритетным проблемам, представляющим интерес для министерства здравоохранения страны. Такие обследования должны проводиться с регулярной периодичностью и с использованием одних и тех же вопросов, методов формирования выборок, анализа данных и ведения отчетности. Для точного мониторинга и оценки влияния мер, направленных на борьбу против табака, в динамике по времени необходимо получить сопоставимые данные по различным





Мониторинг может обеспечить получение ценных данных в пользу проведения более жесткой борьбы против табака.

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА – СТРАНЫ С НАИВЫСШИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ, 2008 ГОД



периодам обследования. Стандартизованные вопросы, касающиеся потребления табака, могут быть включены в уже существующие демографические обследования или переписи населения.

Другие мероприятия по мониторингу, которые следует проводить, включают оценку осуществления правительством стратегий по борьбе против табака и соблюдения обществом предусмотренных такими стратегиями требований, включая взимание налогов и уклонение от уплаты налогов, создание зон, свободных от табачного дыма, введение запретов на рекламу и маркетинг.

Следует также проводить мониторинг масштабов и типов деятельности по рекламе, маркетингу и стимулированию продажи табачных изделий, включая осуществляемое табачной промышленностью спонсорство общественных и частных мероприятий. Значение противодействия вмешательству табачной промышленности в осуществление мер по борьбе против табака отмечается в Статье 5.3 РКБТ ВОЗ, которая требует, чтобы при разработке и осуществлении своей политики общественного здравоохранения по борьбе против табака Стороны действовали так, чтобы «защитить свою политику от воздействия коммерческих и других корпоративных

интересов табачной промышленности». Понимая, что это положение является решающим для осуществления эффективной борьбы против табака, Конференция Сторон в ноябре 2008 года приняла на основе консенсуса руководящие принципы по его реализации (3).

Мониторинг может обеспечить получение ценных данных в пользу принятия более жестких стратегий по борьбе против табака. Эти данные следует широко распространять, с тем чтобы дать возможность правительствам, руководству стран и гражданскому обществу использовать их для разработки стратегий по борьбе против табака и наращивания потенциала для эффективного осуществления и применения других стратегий MPOWER.

Только треть стран располагает последними, репрезентативными и периодически повторяемыми данными, полученными с помощью систем мониторинга.

■ Всеобъемлющие программы мониторинга наиболее эффективны в странах с высоким уровнем доходов. Прогресс особенно необходим в странах с низким и средним уровнями доходов, где потребление табака возрастает особенно быстрыми темпами.

■ Более 20% стран с низким уровнем доходов и около 15% стран со средним уровнем доходов не располагают общенациональными данными о распространенности курения среди взрослого населения и среди молодежи или располагают данными, которые являются устаревшими и/или нерепрезентативными.

■ В общей сложности 100 стран, в которых проживает 55% мирового населения (по сравнению с 48% в 2007 году), располагают последними и репрезентативными данными о распространенности курения как среди взрослого населения, так и среди молодежи, полученными по результатам обследований, проводившихся в 2003 году или позже. Однако только в 36 странах, где проживает 34% мирового населения, собирают данные на периодической основе (т. е. с интервалами в пять лет или меньше).

Эпиднадзор, мониторинг и оценка являются основой для разработки стратегий по борьбе против табака, опирающихся на полную и достоверную информацию.

Турция расширяет обследования по проблеме потребления табака

Свежие и репрезентативные для населения страны данные о распространенности курения и способах употребления табака среди взрослого населения и молодежи являются решающим условием успешного руководства программами борьбы против табака. Турция продемонстрировала свою приверженность осуществлению эпиднадзора, когда в 2003 году в первый раз провела Глобальные исследования проблемы табакокурения среди молодежи (ГИТМ) с использованием общенациональных и региональных репрезентативных выборок учащихся в возрасте 13–15 лет и в том же году участвовала во Всемирном обзоре ВОЗ в области здравоохранения.

В 2009 году Турция еще раз провела ГИТМ с использованием общенациональных и региональных репрезентативных выборок по четырем регионам страны (три крупнейших города — Анкара, Стамбул и Измир — и остальная часть страны). Эта схема репрезентативных выборок позволяет провести прямые сравнения между данными 2003 и 2009 годов и выявить успехи и проблемы проводившихся в Турции мероприятий по борьбе против табака.

В декабре 2008 года Турция стала первой страной, завершившей сбор данных в рамках Глобальных исследований проблемы табакокурения среди

взрослых (ГИТВ), инструмента обследования, разработанного в качестве нового компонента Системы глобального эпиднадзора в отношении табака ЦББ/ВОЗ. Глобальные исследования проблемы табакокурения среди взрослых были проведены в 14 странах с низким и средним уровнями доходов и с большим числом курильщиков. ГИТВ представляет собой стандартизованное обследование домохозяйств по проблеме потребления табака среди взрослых, в рамках которого среди лиц в возрасте от 15 лет и старше производится сбор данных о распространенности и способах курения; о воздействии вторичного табачного дыма; о попытках отказаться от курения; о воздействии средств массовой информации; и об осведомленности относительно вреда, наносимого потреблением табака; об отношении к этой проблеме, ее восприятию; и об отношении к мерам по борьбе против табака. Результаты ГИТВ в Турции показывают, что 31% взрослых в возрасте 15 лет и старше (48% мужчин и 15% женщин) являются курильщиками в настоящее время. Употребление табака в наибольшей степени распространено среди людей в возрасте от 25 до 44 лет, и 40% в этой возрастной группе сообщают о курении в настоящее время. Более половины взрослых людей в Турции никогда не курили, и 95% взрослых знают о том, что на пачках сигарет размещены предупреждения о вреде курения для здоровья.



Мониторинг деятельности табачной промышленности в Нигерии

Помимо сбора данных о распространенности курения и других мерах, касающихся потребления табака, необходимо также осуществлять мониторинг деятельности табачной промышленности. В Африке табачная промышленность в последние годы значительно увеличила свое присутствие и проводит агрессивные маркетинговые кампании, рассчитанные прежде всего на молодежь.

В Нигерии одна неправительственная организация — «Действия по защите экологических прав/Друзья Земли» (Нигерия, ERA/FOTEN) успешно выявила группы активистов, созданные и используемые табачной промышленностью в целях поддержки ее деятельности. Эта организация привлекла внимание общественности к недобросовестной практике табачной промышленности в отношении фермеров, занимающихся выращиванием табака, и к проявляемому ею равнодушию к использованию детского труда, установила,

что при спонсорстве табачной промышленности проводятся концерты и другие привлекающие молодежь мероприятия, где свободно продаются сигареты и другие табачные изделия. Организация выявила наличие программ сотрудничества табачной промышленности с разными правительственными учреждениями, а также корпоративных инициатив социальной ответственности.

Кроме того, организация ERA/FOTEN в значительной степени укрепила потенциал многих более мелких организаций, необходимый для осуществления мониторинга табачной промышленности и ведения пропагандистской деятельности на низовом уровне, а также стала инициатором создания Союза борьбы против табака в Нигерии, коалиции неправительственных организаций, активно участвующих в борьбе против табака.

Прогресс в осуществлении стратегий по обеспечению бездымной среды

В период между 2007 и 2008 годами был достигнут значительный прогресс в деле защиты людей от вредного воздействия вторичного табачного дыма. В 2008 году к группе стран, осуществлявших стратегию защиты от табачного дыма в полном объеме, присоединились еще семь стран (Гватемала, Джибути, Замбия, Колумбия, Маврикий, Панама и Турция), таким образом, общее число стран, принявших всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды, увеличилось до 17.

Всего лишь за один год доля мирового населения, охваченного всеобъемлющим законодательством об обеспечении бездымной среды, увеличилась с 3,1% до 5,4%, таким образом, еще 154 миллиона человек в мире получили защиту от вредного воздействия вторичного табачного дыма. В некоторых из этих стран прогресс был особенно заметен: если ранее у них вообще не было национального законодательства о защите от табачного дыма

или обеспечивалась лишь минимальная защита в некоторых категориях общественных или рабочих мест, то теперь законы обеспечивают полную и повсеместную защиту.

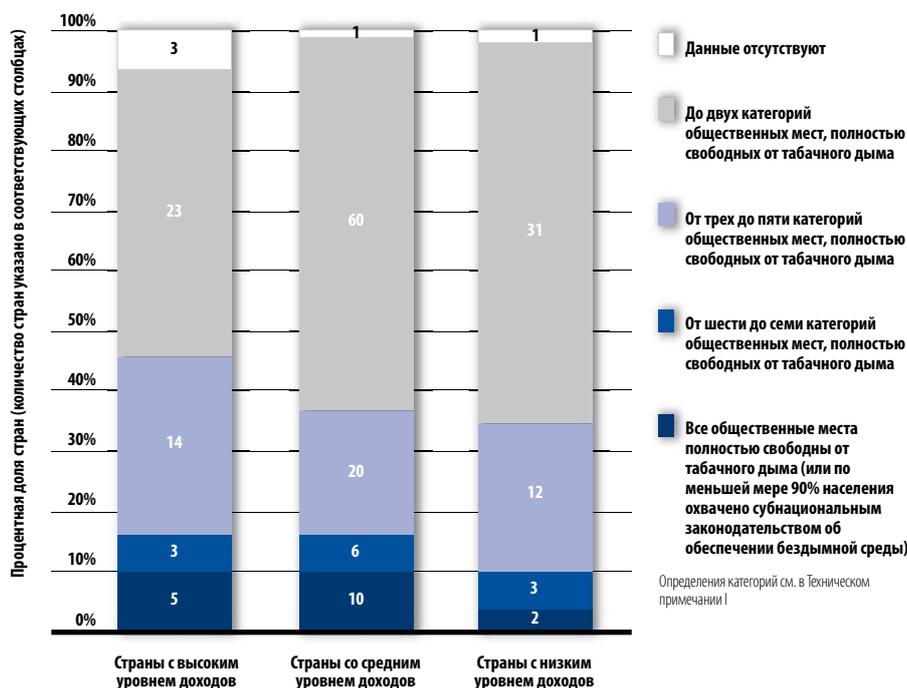
Тем не менее в 114 странах всех уровней экономического развития уровень юридической защиты все еще крайне низок: либо вообще отсутствуют стратегии обеспечения бездымной среды, либо приняты стратегии, которые охватывают только одну или две из восьми категорий подлежащих оценке общественных мест. Почти в половине стран с высоким уровнем доходов и почти в двух третях стран с низким и средним уровнями доходов уровень защиты крайне низок. Более трети стран с высоким уровнем доходов, около четверти стран со средним и около трети стран с низким уровнями доходов достигли промежуточных успехов, т. е. три или более (но не все) категории общественных и рабочих мест полностью свободны от табачного дыма.

Что касается введения в действие всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды, то наибольший прогресс был достигнут в странах со средним

уровнем доходов, которые составляют шесть из семи новых стран, где были приняты всеобъемлющие законы, охватывающие все категории общественных мест.

Для того чтобы значительно расширить диапазон мест, свободных от табачного дыма, включая рестораны и бары, в некоторых странах было политически необходимо предусмотреть в законе исключения, позволяющие выделять помещения, специально предназначенные для курения. Требования к специально выделенным помещениям для курения технически настолько сложны и жестки, что, как ожидается, выполнить их на практике смогут (если смогут вообще) лишь немногие заведения. Поскольку данных о количестве фактически выделенных для курения помещений со специальным сложным оборудованием не запрашивалось, невозможно установить, привели ли эти законы к полному отсутствию таких помещений, как было задумано. По этой причине несколько стран не были учтены в анализе, приведенном в данном разделе. В будущем деятельность по сбору данных будет предусматривать такие меры, а также включать оценку обеспечения соблюдения законов. Как отмечалось в начале настоящего доклада, а также

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ



в руководящих принципах в отношении Статьи 8 РКБТ ВОЗ и во многих других правительственных и неправительственных докладах, вентиляция и выделение специальных помещений для курящих не обеспечивают полной защиты от вредного воздействия вторичного табачного дыма, и только законы, предписывающие полный запрет на курение во всех общественных местах, обеспечивают такую защиту.

Вероятность охвата законами об обеспечении бездымной среды в некоторых местах выше, чем в других

В настоящее время лишь в 17 странах приняты стратегии, которые обеспечивают всеобщую и эффективную защиту от вторичного табачного дыма. В подавляющем большинстве стран работники и простые граждане не защищены в равной мере от вторичного табачного дыма, так что во многих случаях некоторые работники

все еще подвергаются его токсическому воздействию.

В настоящее время около половины мирового населения (49%) защищено национальными стратегиями по обеспечению бездымной среды, которые охватывают учреждения здравоохранения и образовательные учреждения, но только около 5% защищены соответствующими законами, которые охватывают рестораны, пабы и бары.

Около трети стран защищают свое население от воздействия вторичного табачного дыма с помощью законов, охватывающих университеты, около 30% стран защищают сотрудников в государственных учреждениях, но только 22% защищают людей на рабочих местах внутри помещений. Примерно 30% стран защищают людей с помощью законов по обеспечению бездымной среды, которые охватывают общественный транспорт; курение нередко запрещено в транспортных средствах, однако оно часто разрешено на станциях, а также

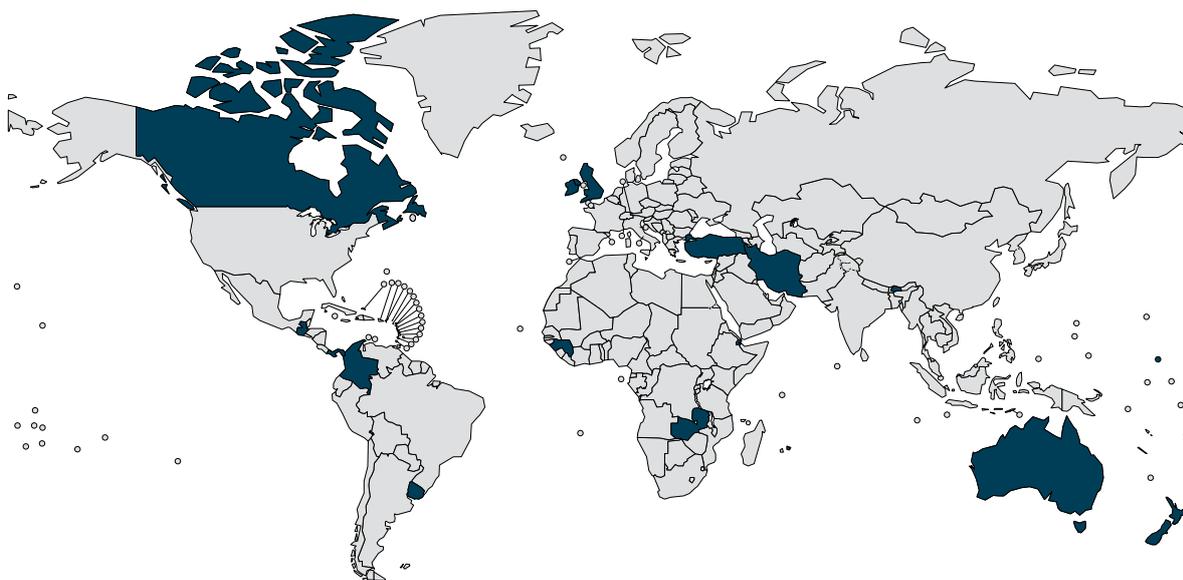
в полуприцепных транспортных средствах, например в такси.

Лишь в немногих странах обеспечен высокий уровень соблюдения всеобъемлющих законов об обеспечении бездымной среды

Хорошо разработанная стратегия при ненадлежащем соблюдении ее требований не защищает людей от вторичного табачного дыма. Осуществление стратегии должно также сопровождаться высоким уровнем соблюдения соответствующих законов, с тем чтобы население было защищено фактически, а не чисто теоретически, на бумаге. Степень соблюдения законов о защите от табачного дыма существенно варьирует в разных странах, при этом вероятность соблюдения законов, предусматривающих полный запрет, выше, чем в тех случаях, когда законы о защите от табачного дыма охватывают

В настоящее время лишь в 17 странах приняты стратегии, которые обеспечивают всеобщую и эффективную защиту от вторичного табачного дыма.

СРЕДА, СВОБОДНАЯ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА, – СТРАНЫ, ДОСТИГШИЕ НАИБОЛЬШИХ УСПЕХОВ, 2008 ГОД



лишь некоторые общественные места. В странах, где нет всеобъемлющего запрета на курение, вероятнее всего будет отмечен самый низкий уровень соблюдения законов.

В более богатых странах выше вероятность достижения высокой степени соблюдения всеобъемлющих законов об обеспечении бездымной среды. Из пяти стран с высоким уровнем доходов и введенным в действие всеобъемлющим национальным законодательством, обеспечивающим свободу от табачного дыма, в четырех достигнута высокая степень соблюдения таких законов (по одной стране информация отсутствует). Из 10 стран со средним уровнем доходов, в которых принято всеобъемлющее законодательство, только три характеризуются высокой степенью соблюдения законов, а из двух стран с низким уровнем доходов, в которых принято всеобъемлющее законодательство, ни одна не достигла высокой степени соблюдения законов, и это позволяет предположить, что данные законы не обеспечивают полную защиту граждан этих стран.

Степень соблюдения законов о защите от табачного дыма варьирует в зависимости от мест,

на которые направлено действие этих законов, и почти в половине стран с введенным в действие законодательством (около 50%) отмечаются высокие уровни его соблюдения в каком-либо из секторов. По сообщениям, наиболее высокая степень соблюдения отмечается в таких секторах, как общественный транспорт (высокая степень соблюдения в 50% стран), рабочие места внутри помещений (49%), учреждения здравоохранения (42%), образовательные учреждения, за исключением университетов (38%), и рестораны (32%) и бары (30%).

Страны с всеобъемлющим законодательством об обеспечении бездымной среды чаще применяют строгие положения о соблюдении

В 2008 году впервые были собраны данные, касающиеся законодательных норм, обеспечивающих соблюдение законов об обеспечении бездымной среды. Жесткие механизмы обеспечения соблюдения законов о создании зон, свободных от табачного дыма, включая такие положения, как наложение

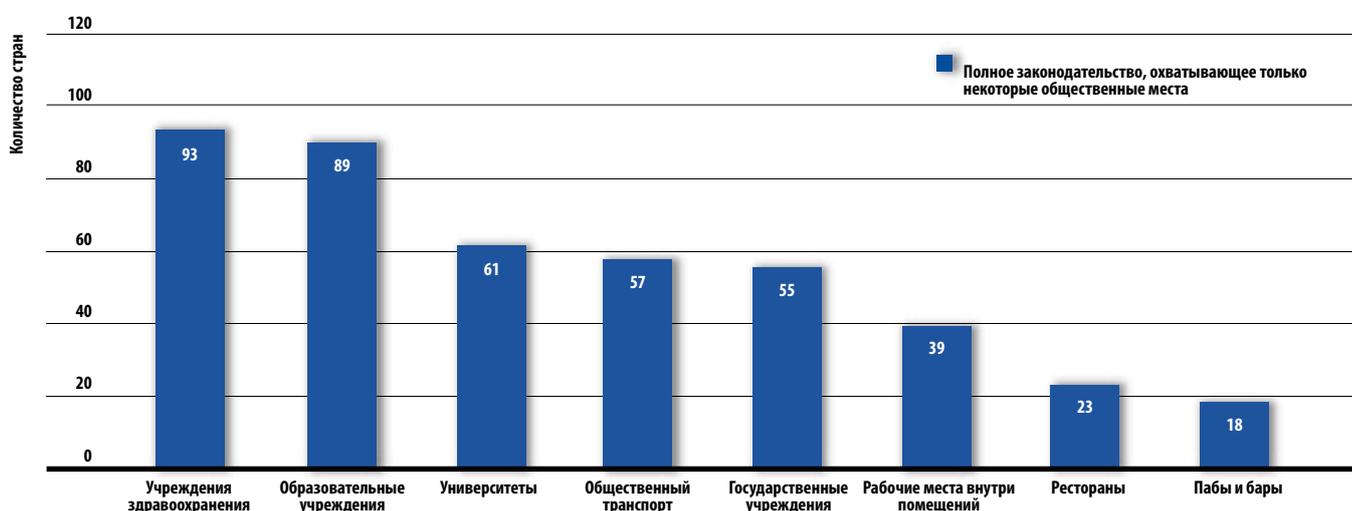
штрафов на компании и учреждения, которые нарушают закон, и наличие системы подачи жалоб с сообщениями о нарушениях чаще всего применяются в странах с высоким уровнем доходов. Из пяти стран с высоким уровнем доходов, в которых приняты всеобъемлющие законы об обеспечении бездымной среды, в трех разработаны законодательные нормы, позволяющие применять четкие, жесткие механизмы обеспечения соблюдения таких законов. В группе стран со средним уровнем доходов из десяти стран, где действуют всеобъемлющие законы о защите от табачного дыма, восемь разработали жесткие механизмы, обеспечивающие соблюдение этих законов. Такие же механизмы созданы в одной из двух стран с низким уровнем доходов, где действует запрет на курение во всех общественных местах.

Законодательство об обеспечении бездымной среды, принятое на субнациональном уровне

В 2008 году были впервые собраны данные, касающиеся осуществления законов об обеспечении бездымной среды, принятых на

Степень соблюдения законов об обеспечении бездымной среды значительно варьирует, при этом положения о полном запрете соблюдаются чаще, чем те, что предусматривают частичные ограничения.

СТАТУС ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ, ОХВАТЫВАЮЩЕГО РАЗЛИЧНЫЕ КАТЕГОРИИ ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТ



СТРАНА	НАСЕЛЕНИЕ, ОХВАЧЕННОЕ ПОЛНЫМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ В КРУПНЫХ СУБНАЦИОНАЛЬНЫХ ЮРИСДИКЦИЯХ		ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ (ТЫС.)
	ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ	КОЛИЧЕСТВО (ТЫС.)	
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	100	61 019	61 019
Канада	98	32 589	33 170
Австралия	96	20 142	20 951
Объединенные Арабские Эмираты	29	1 292	4 503
Соединенные Штаты Америки	28	84 999	308 798
Центральноафриканская Республика	14	623	4 424
Ирак	14	4 069	29 492
Аргентина	12	4 813	39 934
Мексика	8	8 605	107 801
Швейцария	4	329	7 512
Венесуэла (Боливарианская Республика)	3	873	28 122
Китай	1	7 000	1 344 074
ИТОГО	3.4	226 320	Мировое население: 6 741 434

субнациональном уровне. Во многих странах принята система правления, в рамках которой органы власти штата/провинции и местные органы власти обладают значительной законодательной властью и наделены полномочиями, позволяющими вводить в действие законы о защите от табачного дыма (и другие законы) независимо от центрального правительства.

Среди большого количества стран, которые не приняли всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды на общенациональном уровне, некоторые субнациональные юрисдикции сумели ввести в действие свое собственное всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды. С политической точки зрения нередко более целесообразно ввести в действие

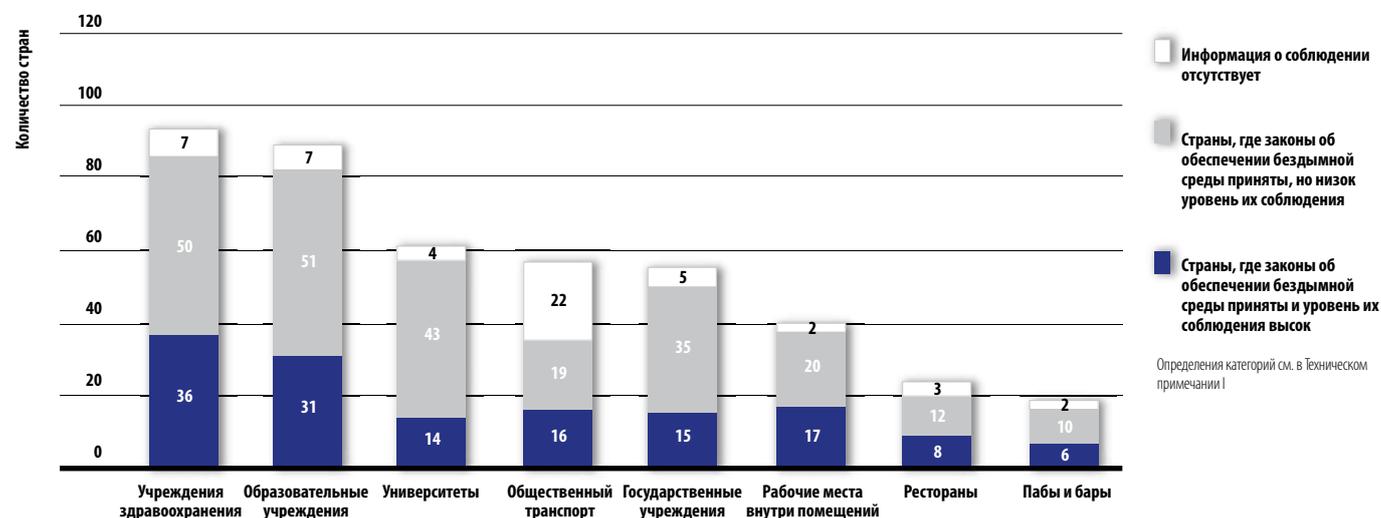
всеобъемлющее законодательство о защите от табачного дыма, которое охватывает менее крупные группы людей, например население определенного города или провинции. В некоторых странах (прежде всего в Австралии, Канаде и Соединенных Штатах) органы власти на уровне штата/провинции обладают обширными законодательными полномочиями, которые в большинстве других стран зарезервированы за национальными правительствами.

В настоящее время 7% жителей стран с высоким уровнем доходов охвачено всеобъемлющим общенациональным законодательством об обеспечении бездымной среды и еще 8% охвачено такими законами, принятыми на субнациональном уровне. Однако в странах со средним и низким уровнями доходов

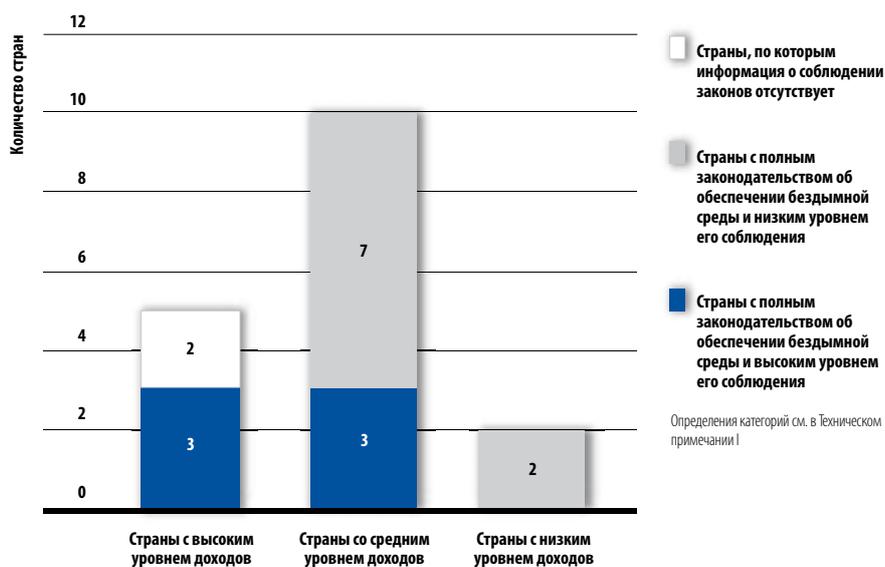
законы о защите от табачного дыма почти не осуществляются на субнациональном уровне, несмотря на то, что многие субнациональные юрисдикции наделены соответствующими законодательными полномочиями.

Если бы все субнациональные юрисдикции, обладающие соответствующими законодательными полномочиями, осуществляли всеобъемлющие законы об обеспечении бездымной среды, дополнительно 3,3 миллиарда человек были бы защищены от воздействия вторичного табачного дыма. Среди тех, кто в настоящее время не защищены законами об обеспечении бездымной среды, 53% потенциально могли бы получить такую защиту в случае принятия законов на субнациональном уровне.

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАТЕГОРИИ ЗОН, ОСВОБОЖДАЕМЫХ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА

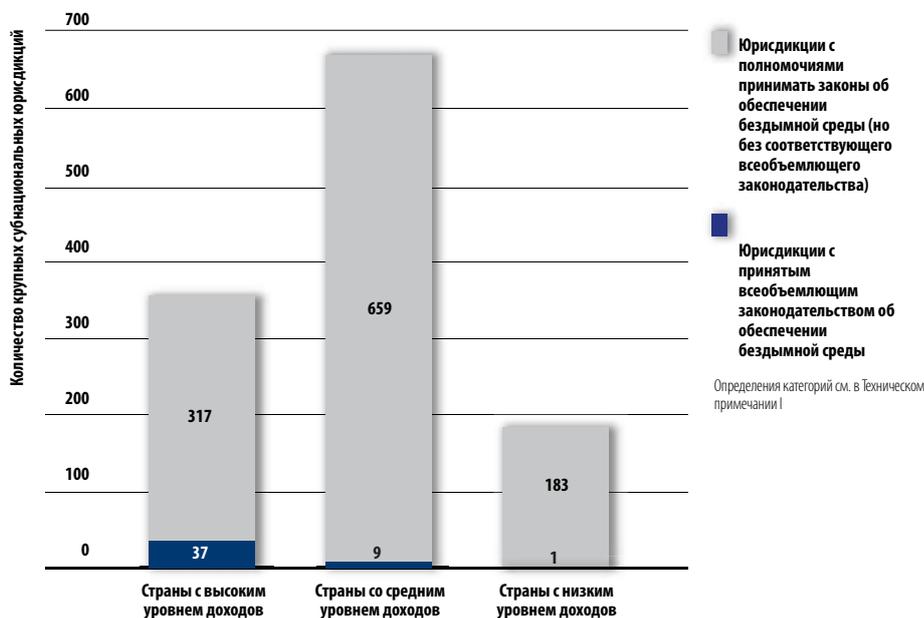


СОБЛЮДЕНИЕ ПОЛНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ



Реализация стратегии создания бездымной среды должна сопровождаться высоким уровнем соблюдения соответствующих законов, с тем чтобы население было защищено фактически, а не чисто теоретически, на бумаге.

ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАЩИТЫ ЛЮДЕЙ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВТОРИЧНОГО ТАБАЧНОГО ДЫМА НА СУБНАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ





Федеральный округ Мехико – зона, полностью свободная от табачного дыма

В феврале 2008 года Федеральный округ Мехико (Мехико или ФО Мехико), население которого составляет около 9 млн. человек, принял всеобъемлющий закон о создании зон, свободных от табачного дыма. Этот закон запрещает курение в закрытых общественных местах и рабочих

помещениях, включая общественный транспорт, рестораны и бары. В частности, закон не предусматривает создания специально отведенных для курения мест. До принятия закона почти 40% взрослых мужчин и 17% взрослых женщин сообщили, что в настоящее время потребляют табак, что существенно выше доли курящих в остальной части страны. Хотя определенные меры защиты от табачного дыма действовали и до февраля 2008 года, их почти повсеместно игнорировали.

Председатель правительства и законодательное собрание ФО Мехико, при поддержке сторонников борьбы против табака, добились, чтобы закон о создании свободных от табачного дыма зон защищал всех жителей Мехико от воздействия вторичного табачного дыма. Работая совместно, правительство ФО Мехико и сторонники борьбы против табака сумели заручиться решительной поддержкой и обеспечить активное участие общества на всех этапах политического процесса, привлечь партнеров в лице организаций гражданского общества для координации действий в поддержку принятия законов о создании свободных от табачного дыма зон, осуществить

непримиримую стратегию пропаганды с эффективным привлечением сторонников из числа политиков и представителей гражданского общества и обеспечить финансирование для проведения общественных кампаний и научных исследований, направленных на поддержку программ создания свободных от табачного дыма зон, повышение информированности и осведомленности общества об их содержании.

Решительная общественная поддержка закона в период, предшествовавший его принятию, окрепла еще сильнее после того, как нормативные акты о создании зон, свободных от табачного дыма, вступили в силу. В настоящее время более 90% жителей ФО Мехико поддерживают ограничения на курение на рабочих местах, в ресторанах и гостиницах и более 70% жителей высказываются за введение запрета на курение в барах. Доля населения, сообщившего, что в течение прошедшего месяца подвергались воздействию вторичного табачного дыма, уменьшилась чуть менее чем наполовину по сравнению с 80%, а показатель ежедневного воздействия вторичного табачного дыма снизился с 28 до 12%. Ввиду того что зоны, свободные от табачного дыма, завоевали прочное положение, 98% опрошенных людей согласны с тем, что воздействие вторичного табачного дыма опасно для здоровья, 97% считают, что закон является благом для их здоровья, и 98% согласны с тем, что люди имеют право дышать свежим воздухом.

Присоединившись к другим крупным субнациональным административно-территориальным единицам, объявившим себя зонами, свободными от табачного дыма, ФО Мехико служит хорошим примером для подражания на всей территории Латинской Америки и во всем мире.

Законы о создании зон, свободных от табачного дыма, в Новой Зеландии пользуются популярностью и хорошо соблюдаются

Новая Зеландия, которая проводит наиболее решительную в мире политику борьбы против табака, в 1990 году впервые приняла общенациональное законодательство, ограничивающее курение в таких местах, как рабочие помещения и школы. В декабре 2004 года в силу вступил всеобъемлющий закон о создании зон, свободных от табачного дыма. Он существенно укрепил действующий закон, распространив его действие на все рабочие места в помещениях, включая места проведения досуга (пабы, бары, рестораны и казино) и не делая исключения для комнат, специально отведенных для курения.

В связи с тем что под влиянием интенсивной просветительской кампании многие курильщики Новой Зеландии решили бросить курить именно в тот день, когда закон должен был вступить в силу, непосредственно после этой даты резко возрос спрос на услуги по оказанию помощи желающим бросить курить. В этот период значительно увеличилось количество звонков, принятых национальными службами помощи для бросающих курить, и на 20% выросло число людей, получающих дотируемую государством никотинзаместительную терапию.

Закон о создании свободных от табачного дыма зон был хорошо принят общественностью, поддержка которой после его введения в действие

неуклонно укреплялась. Доля новозеландцев, одобряющих запрет на курение в барах, пабах и ночных клубах, составляла 61% в 2004 году, 74% в 2005 году и 82% в 2006 году. Наряду с

этим также значительно выросла поддержка запрета на курение в барах среди курильщиков с 29% в 2004 году до 64% в 2006 году. Почти 90% лиц, опрошенных в 2006 году, поддержали запрет на курение в ресторанах, в том числе 75% курильщиков.

Исследования показывают очень высокую степень исполнения закона о создании свободных от табачного дыма зон. Число людей, сообщивших о воздействии вторичного табачного дыма на рабочем месте, снизилось с 21% в 2004 году до 8% в 2006 году, а уровень воздействия вторичного табачного дыма на постоянных посетителей баров уменьшился примерно на 90%. Органы здравоохранения редко возбуждали судебные иски за нарушения этого закона, вследствие чего было возбуждено менее 10 дел. Вопреки опасениям, высказывавшимся противниками закона, что он будет иметь серьезные экономические последствия для индустрии гостеприимства, это не привело к уменьшению числа посетителей баров или их доходов.



Предложение помощи в целях прекращения употребления табака

Лечение табачной зависимости помогает курильщикам отказаться от употребления табака и содействует другим инициативам в области борьбы против табака

В мире насчитывается более 1 млрд. курильщиков, которым трудно отказаться от употребления табака. Вместе с тем большинство курильщиков, узнав о рисках для здоровья, хотят бросить курить (127). Хотя большинство лиц, которые в конечном счете отказываются от этой привычки, делают это без посторонней помощи, ее оказание значительно увеличивает число бросивших курить (128). В ноябре 2008 года Конференция Сторон попросила рабочую группу разработать руководящие принципы для оказания помощи Сторонам в осуществлении статьи 14 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака об оказании помощи в целях прекращения употребления табака и представить доклад Конференции в 2010 году (129).

Ответственность за лечение табачной зависимости в первую очередь несут системы

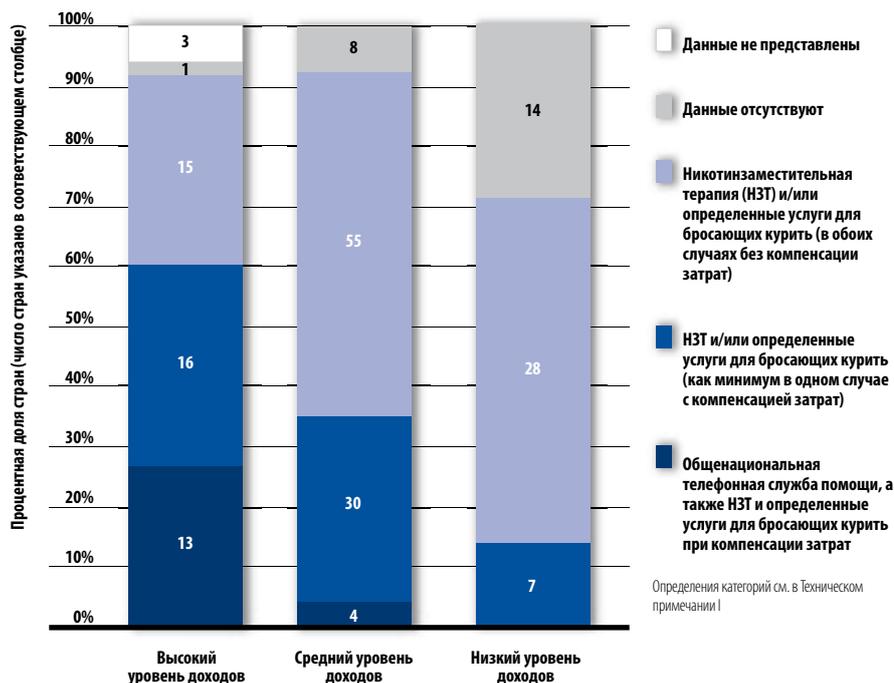
здравоохранения стран (1). Индивидуальные меры по прекращению употребления табака, несмотря на их незначительное влияние на население в целом, оказывают важное воздействие на здоровье отдельных курильщиков и экономически гораздо выгоднее других мероприятий в рамках системы здравоохранения. Люди, бросающие курить, независимо от их возраста, продолжительности курения или состояния здоровья, сразу ощущают исключительную пользу для своего здоровья и могут сократить связанные с употреблением табака риски через несколько лет после того, как отказались от этой привычки (131, 132).

Лечение табачной зависимости предполагает самые разные методы, но такие программы должны включать: консультирование по вопросам прекращения курения в рамках первичной медико-санитарной помощи; легкодоступные и бесплатные телефонные службы помощи для бросающих курить; и доступ к бесплатным или недорогим медицинским препаратам, помогающим отказаться от курения.

Комплексное предоставление коротких консультаций по вопросам отказа от курения лицам, употребляющим табак, требует эффективно действующей системы первичной медико-санитарной помощи. Деятельность, направленная на укрепление первичной медико-санитарной помощи, может опираться на разработанные ВОЗ меры по укреплению систем здравоохранения для совершенствования шести структурных элементов системы здравоохранения (руководство/управление, медико-санитарные работники, информационное обеспечение, лекарственные средства и медицинская техника, финансирование и предоставление услуг) (133). Когда короткое консультирование по вопросам отказа от курения включено в услуги по оказанию первичной медико-санитарной помощи, оно обходится относительно недорого, обычно хорошо воспринимается пациентами и особенно эффективно, если дается ясная, настойчивая и персональная рекомендация бросить курить (128). Существует много возможностей или механизмов, обеспечивающих включение консультирования по вопросам прекращения

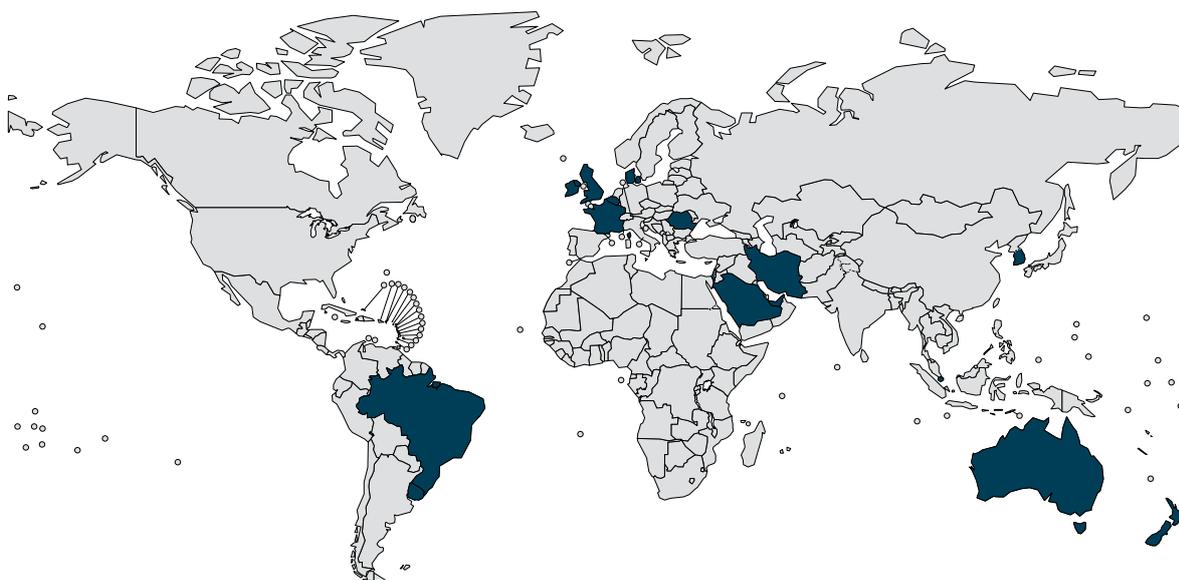


ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ



Услуги по прекращению курения наиболее эффективны, когда они предоставляются в рамках координированной программы борьбы против табака.

ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ – СТРАНЫ, ДОБИВШИЕСЯ НАИВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ, 2008 ГОД



курения в услуги по оказанию первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время уже осуществляется интеграция такого консультирования в услуги по ведению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, а также лечению туберкулеза (134, 135). Кроме того, врачи и другие медико-санитарные работники, отказавшись от курения, могут служить образцом для подражания для своих пациентов.

Для предоставления информации и консультирования также могут использоваться телефонные службы помощи, которые должны быть бесплатными и доступными для публики в удобное время (136).

Фармакологическое лечение никотиновой зависимости в идеале должно проходить в сочетании с информированием и консультированием, хотя оно также эффективно, когда предоставляется отдельно (128). Назначение лекарственных средств, помогающих бросить курить, удваивает вероятность того, что кто-либо сможет успешно отказаться от этой привычки, а если назначение лекарства сопровождается консультированием, то эта вероятность возрастает еще больше. Недавно никотинзаместительная терапия (НЗТ) была включена в 16-й Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ благодаря ее эффективности, допустимым уровнем безопасности и рентабельности, подтвержденными достоверными данными, (137). Необходимо обеспечить широкую доступность по крайней мере некоторых форм НЗТ по очень недорогим ценам для употребляющих табак лиц, которые хотят бросить курить.

Услуги по прекращению курения наиболее эффективны, когда они предоставляются в рамках скоординированной программы борьбы против табака. От богатых стран, располагающих значительными финансовыми ресурсами, следует ожидать предложения бесплатных или максимально дешевых комплексных услуг для бросающих курить, хотя страны с низким и средним уровнями доходов также могут обеспечить эффективное предоставление как минимум некоторых услуг по прекращению курения. Большинство стран в состоянии обеспечить эффективное предоставление недорогих услуг по консультированию, даже если бюджетный лимит не предусматривает

финансовой поддержки медикаментозного лечения. Уругвай, страна со средним уровнем доходов, которая проявляет решительную приверженность делу эффективной борьбы против табака, осуществляет некоторые компоненты комплексной программы по прекращению курения. Хотя Уругвай компенсирует затраты на определенные виды НЗТ и другие лекарственные средства, затраты на прочие виды лечения не компенсируются из-за ограниченности средств. Несмотря на то что в Уругвае были разработаны общенациональные руководящие принципы лечения и предоставляются широкие услуги по консультированию, в настоящее время не существует национальной телефонной службы помощи или официального механизма для предоставления врачебного консультирования в рамках системы первичной медико-санитарной помощи, хотя создание таких служб запланировано на ближайшее будущее, когда будет обеспечено их финансирование. Правительства могут использовать налоговые поступления от табака для финансирования телефонных служб помощи для бросающих курить и дотирования клинических услуг по прекращению курения, кроме того, поддержка мер по прекращению курения также может уменьшить противодействие другим мерам борьбы против табака.

Всего 17 стран обеспечивают доступ к всесторонней помощи по прекращению курения

- В 2008 году три страны (Израиль, Румыния и Объединенные Арабские Эмираты) дополнили группу стран, предлагающих всестороннюю помощь в прекращении курения, в результате чего общее число стран, имеющих национальную телефонную службу помощи для бросающих курить и обеспечивающих компенсацию затрат на НЗТ и определенные услуги по прекращению курения, достигло 17, и на них приходится 8,2% населения мира (по сравнению с 7,7% в 2007 году).
- Страны с высоким уровнем доходов достигли наибольшего прогресса в деле оказания помощи людям, которые хотят прекратить употребление табака, 27% из них обеспечивают работу национальной телефонной службы помощи для бросающих

курить и хотя бы частично компенсируют затраты на НЗТ и определенные услуги по прекращению курения. Страны с высоким уровнем доходов как никто другой в состоянии покрыть эти затраты.

- Примерно треть стран со средним уровнем доходов и менее 15% стран с низким уровнем доходов компенсируют затраты на НЗТ и/или услуги по прекращению курения. Только четыре страны со средним уровнем доходов обеспечивают работу бесплатной национальной телефонной службы помощи и компенсацию затрат на НЗТ и услуги для бросающих курить. Ни одна из стран с низким уровнем доходов не способна обеспечить данные услуги.
- В подавляющем большинстве стран с низким и средним уровнем доходов государство не компенсирует затраты на помощь в прекращении употребления табака, а 8% стран со средним уровнем доходов и 29% стран с низким уровнем доходов не предлагают курильщикам вообще никакой помощи.



Англия предоставляет бесплатное комплексное лечение табачной зависимости всем желающим

Четыре страны Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии имеют национальную службу оказания помощи в лечении табачной зависимости, которая повсеместно доступна всем курильщикам, в основном бесплатно, через Государственную службу здравоохранения (ГСЗ) этих стран. В Англии, например, никотинзаместительная терапия (НЗТ) доступна без назначения врача, поскольку соответствующие препараты можно приобрести без рецепта в аптеках и других предприятиях розничной торговли (например, супермаркетах и соседних магазинчиках). НЗТ и другие лекарственные препараты для бросающих курить также можно приобрести по рецепту по льготной цене. Поскольку люди с низкими доходами освобождены от оплаты рецептурных препаратов, почти половина населения Англии получает бесплатно все отпускаемые по рецептам лекарственные средства, включая НЗТ, бупропион и варениклин, тогда как остальная часть населения платит незначительную сумму, эквивалентную примерно 10 долл. США за месячную дозу препаратов (хотя здесь могут быть различия).

Кроме того, функционируют также две бесплатные национальные телефонные службы помощи — работу одной обеспечивает ГСЗ, а другая, отдельная телефонная служба создана независимой организацией под названием «Брось курить». Служба помощи ГСЗ для бросающих курить работает 16 часов в день и 7 дней в неделю. Работники службы предоставляют звонящим консультирование по телефону, по своей инициативе они перезванивают им, посылают сообщения по электронной почте или SMS-сообщения, тем самым оказывая им непрерывную поддержку и стимулируя их, а также предоставляют подробную информацию о местных службах, предлагающих услуги по лечению от никотиновой зависимости. Созданная ГСЗ Азиатская

телефонная служба помощи в избавлении от табачной зависимости работает один день в неделю и предоставляет одинаковые услуги на пяти языках (бенгали, гуджарати, хинди, пенджаби и урду).

Любой курильщик может обратиться к своему врачу-терапевту, который направит его на специализированное лечение или непосредственно в лечебный центр совершенно бесплатно. Для дальнейшего совершенствования услуг по лечению в Англии был организован национальный учебный центр, который будет заниматься разработкой научно обоснованного курса подготовки для консультантов и менеджеров по вопросам прекращения курения, оценкой ключевой компетенции и аттестацией консультантов, а также организацией и аккредитацией подготовки. Оценка выявила непропорционально большой охват услугами по лечению курильщиков с низкими доходами в Англии — в противоположность тому, что обычно происходит в области пропаганды здорового образа жизни, — а это значит, что услуги помогают тем, кто в наибольшей степени в этом нуждаются. Для получения дополнительной информации о лечении табачной зависимости в Англии см. <http://smokefree.nhs.uk/>.

Это пример того, что можно сделать при вложении значительных ресурсов. Страны с низким и средним уровнями доходов, которые не располагают финансовыми ресурсами, необходимыми для поддержки реализации комплексной программы по прекращению курения, могут принять меры по оказанию помощи людям, желающим бросить курить по мере разработки всесторонних инициатив, о чем речь шла выше применительно к Уругваю.

Предупреждение об опасностях, связанных с табаком

Предупредительные надписи на упаковках сигарет и энергичные кампании в средствах массовой информации дают необходимую информацию о связанных с курением опасностях для здоровья

Несмотря на убедительные доказательства связанных с табаком опасностей, относительно мало потребителей табака во всем мире в полной мере осознают риск для своего здоровья (138). Курильщики, как правило, недооценивают связанные с употреблением табака риски для них самих и окружающих. В статье 11 (*Упаковка и маркировка табачных изделий*) Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака устанавливается обязанность Сторон соблюдать международные требования в отношении предупреждений, которые должны доходчиво сообщать об опасностях употребления табака на основном национальном языке, занимать не менее 30% основной маркированной поверхности упаковки всех табачных изделий и периодически меняться. Конференция Сторон разработала и приняла руководящие принципы осуществления статьи 11 (3).

Всеобъемлющие предупреждения об опасностях, связанных с табаком крайне важны и способны изменить имидж табака, особенно среди подростков и молодежи, поскольку именно в этом возрасте люди чаще всего начинают употреблять табак (139). В конечном счете задача антитабачного просвещения и контррекламы табака состоит в изменении социальных норм в отношении употребления табака. Это может убедить многих сделать выбор не в пользу табака, а также способствует расширению поддержки других мер борьбы против табака. Статья 12 (Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения) Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака ужесточает эту задачу, возлагая юридическую обязанность на Стороны в отношении обеспечения доступа к информации об опасностях для здоровья, связанных с употреблением табака, и о преимуществах прекращения его употребления. С этой целью рабочая группа разрабатывает руководящие принципы для осуществления статьи 12, которые должны быть приняты Конференцией Сторон (140).

Наглядные предупреждения на пачках табачных изделий доносят конкретную информацию,

касающуюся здоровья, непосредственно до всех курильщиков, а также до некурящих людей, которые видят эти упаковки (138, 141–143). Предупреждения побуждают курильщиков отказаться от этой привычки и удерживают тех, кто не курит, от того, чтобы начать курить, предупреждения хорошо воспринимаются публикой, а их нанесение фактически ничего не стоит государству. Крайне важно, чтобы предупреждения наносились на переднюю и заднюю стороны упаковки, с тем чтобы курильщики не могли не заметить их, но большинство стран не требует, чтобы предупреждения на передней и задней стороне были одинакового размера. Предупреждения должны описывать конкретные последствия для здоровья и заболевания, вызываемые потреблением табака, и они должны периодически меняться, чтобы продолжать привлекать внимание публики. Графические предупреждения более эффективны, чем чисто текстуальные предупреждения (143), и они необходимы для лиц, которые не умеют читать, и для маленьких детей, чьи родители курят. Кроме того, должно быть запрещено использование вводящих в заблуждение терминов, таких как «с низким содержанием

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ



смола», «легкие» или «мягкие»; эти термины создают ложное впечатление о том, что определенное табачное изделие является менее вредным, чем другие (144).

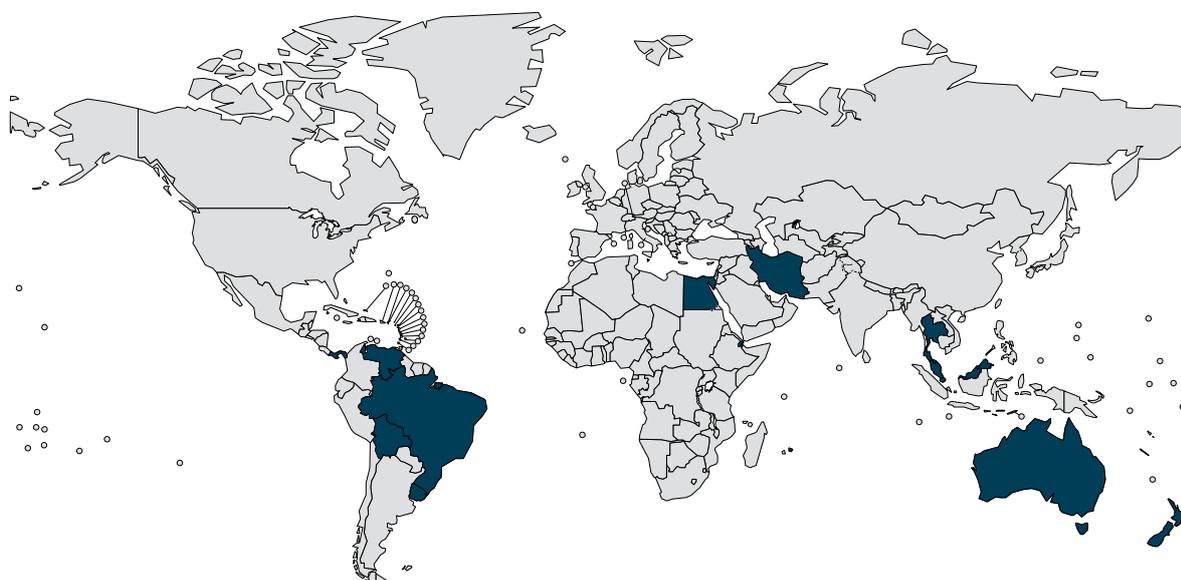
Анти табачная реклама во всех средствах массовой информации способна полностью информировать население об опасностях, связанных с табаком и может сделать противодействие потреблению табака социальной нормой. Воздействие эффективной телевизионной анти табачной рекламы наполовину уменьшает вероятность того, что подростки станут заядлыми курильщиками (145), и повышает вероятность того, что взрослые курильщики бросят курить (146). Энергичные кампании с использованием наглядных изображений физического вреда, который наносит употребление табака, могут оказаться особенно эффективным средством убеждения курильщиков отказаться от курения (147). Табачная промышленность создала собственную анти табачную рекламу, однако она оказалась неэффективной для сокращения потребления табака и даже фактически приводила к увеличению его потребления, особенно среди молодежи (148). Помимо платной рекламы, эффективным и недорогим дополнением к анти табачным просветительским кампаниям могут стать усилия сообщества по связям с общественностью, которые обеспечивают бесплатное освещение проблемы в средствах

массовой информации (процесс, иногда именуемый «заработанные СМИ») (149).

Всего 8% населения мира живут в странах, где на сигаретные упаковки наносятся действенные графические предупреждения

- В 2008 году пять стран (Джибути, Египет, Иран, Малайзия и Маврикий, где в общей сложности проживает 178 млн. человек) присоединились к группе стран, полностью выполняющих руководящие принципы в отношении статьи 11 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, касающиеся нанесения предупредительных надписей на упаковку. В настоящее время в пятнадцати странах, где проживает 7,6% мирового населения (по сравнению с 4,9% в 2007 году), действует требование, чтобы предупреждения занимали не менее половины поверхности передней и задней сторон пачек сигарет, а также содержали рисунки и все другие перечисленные характеристики.
- Все страны, которые в 2008 году выполнили новые требования в отношении всестороннего характера предупреждений, относились к числу стран со средним уровнем доходов.
- Менее 10% стран с высоким уровнем доходов требуют нанесения предупреждений со всеми соответствующими характеристиками. Хотя в более четверти стран с низким уровнем доходов предупреждения занимают не менее 30% поверхности упаковки, на них отсутствуют другие важные характеристики, главным образом рисунки или пиктограммы, которые легко воспринимаются людьми малограмотными или не умеющими читать.
- Более 70% стран с низким уровнем доходов и почти 55% стран со средним уровнем доходов или вообще не требуют нанесения на упаковку каких-либо предупреждений, или требуют нанесения предупреждений, занимающих менее 30% поверхности сигаретных пачек.
- В большинстве стран предупреждения о вреде табака для здоровья, за исключением сигарет промышленного производства, вообще не наносятся ни на какие другие табачные изделия для курения (например, биди, кретеки, самокрутки и кальяны). Всего одна страна с высоким уровнем доходов и шесть стран со средним уровнем доходов требуют нанесения жестких предупреждений о вреде для здоровья на прочие табачные изделия для курения.

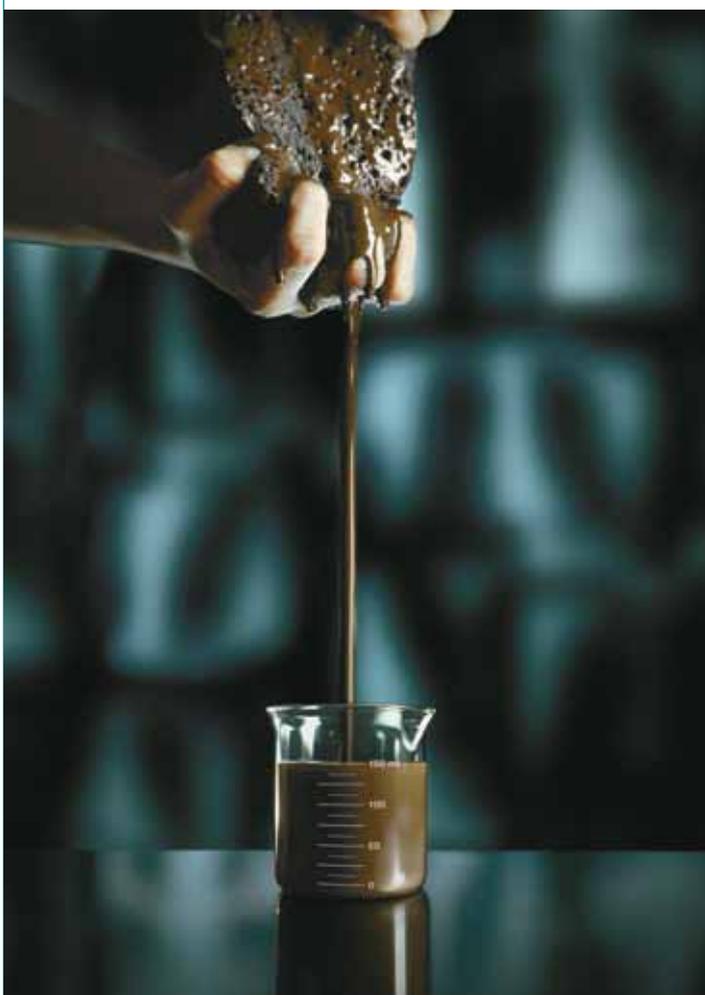
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ – СТРАНЫ, ДОБИВШИЕСЯ НАИБОЛЬШИХ УСПЕХОВ, 2008 ГОД



В 2008 году пять стран, в которых проживает 178 млн. человек, приняли требования о нанесении на сигаретные упаковки графических предупреждений.

Кампания в средствах массовой информации в Индии

В Индии, где живет 10% курильщиков мира, ежегодно почти миллион человек умирает от болезней, связанных с употреблением табака. Примерно треть индийских мужчин курит сигареты или биди и более половины либо курят, либо употребляют жевательный табак. Хотя исторически уровень потребления табака среди женщин низкий, он повышается, так же как процент курящих среди молодежи.



Фотография из телевизионной кампании «Губка» в Индии. «Легкие похожи на губку. Легкие курильщика подобны губке, заполненной смолой».

В рамках усилий по систематическому укреплению национальной программы борьбы против табака Индия провела несколько рекламных кампаний в средствах массовой информации. Они направлены на повышение осведомленности общества о вредных последствиях курения и воздействия вторичного табачного дыма, изменение отношения к употреблению табака и стимулирование курильщиков к тому, чтобы бросить курить. Социальная реклама, так же как предупреждения на упаковке, должны периодически меняться, чтобы не терять своей действенности.

Во время самой последней кампании Индия запустила рекламу под названием «Губка», которая изначально была создана Институтом рака штата Новый Южный Уэльс (Австралия). Эта реклама с помощью графики наглядно показывает, какое количество канцерогенных смол легкие среднего курильщика впитывают всего за один год. Эта наглядная демонстрация объясняет, что курение причиняет гораздо больший вред здоровью, чем считают многие люди.

Кампания «Губка» велась и транслировалась на пяти языках: в оригинальном виде на английском языке, в переводе на бенгали, гуджарати, хинди и тамильский язык. Правительство Индии израсходовало приблизительно 1 млн. долл. США на покупку телевизионного рекламного времени для показа рекламного ролика «Губка», который транслировался на 40 национальных и региональных телевизионных каналах в течение шести недель в июне и июле 2009 года.

Эта кампания прошла жесткую проверку в 24 местных фокус-группах, чтобы убедиться, что она найдет аналогичный отклик у индийских телезрителей. Из 10 антитабачных реклам, прошедших тестирование, «Губка» заняла самое высокое место с точки зрения показателей поведения, таких как обеспокоенность курильщиков в отношении курения, большая готовность бросить курить и стремление поговорить с кем-либо о необходимости прекратить курить.

Эти предварительные усилия крайне важны для успешного проведения кампаний в СМИ, поскольку культурные различия и системы верований могут сыграть определенную роль в том, как воспринимается информация, и прежде чем начинать рекламно-пропагандистскую кампанию в конкретной стране, необходимо рассмотреть возможность ее предварительной проверки.

Усилия «свободных» СМИ в Индонезии направлены на борьбу против стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий

В Индонезии табачная промышленность контролируется плохо. В стране действует слабое законодательство, запрещающее рекламу и стимулирование сбыта табачных изделий, так же как и законы, касающиеся создания зон, свободных от табачного дыма, и требующие размещения предупреждений на табачной упаковке, кроме того, интересы табачной промышленности основательно представлены и в правительстве. В результате крупные транснациональные табачные компании могут свободно использовать маркетинговую тактику, использование которой запрещено в других странах. Особенно трудно осуществлять мониторинг и регулировать спонсорство табачными компаниями мероприятий, которые направлены на молодежь и молодых взрослых, даже в тех странах, где действует сильное антитабачное законодательство. Ряд индонезийских неправительственных организаций успешно разрабатывают и осуществляют меры, направленные на привлечение «свободных» СМИ к подготовке информационных материалов в печатных и вещательных средствах массовой информации. В июле 2008 года индонезийские неправительственные организации связались с популярной певицей Алишей Кис и обратились к ней с просьбой отказаться от спонсорства табачной промышленностью ее концерта в Джакарте, а также выступить против табачной промышленности. Эта история попала в выпуски международных медийных каналов и послужила информационным поводом для сообщений в международных

и индонезийских СМИ. В результате такой широкой огласки Кис немедленно потребовала отказаться от спонсорства табачных изделий, и компания-спонсор (Филип Моррис Интернэшнл) согласилась снять рекламные щиты и афиши, рекламирующие ее участие в организации концерта. К другим успехам свободных СМИ можно отнести прекращение стимулирования продажи табачных изделий посредством раздачи бесплатных сигарет на концертах, принуждение табачных компаний к отказу от спонсирования крупных музыкальных фестивалей и привлечение внимания общественности к проблеме продажи табачных изделий непосредственно детям.



Иран размещает действенные предупреждения на табачной упаковке



Предупреждение на сигаретной
упаковке в Иране

В целях борьбы с сохраняющейся проблемой потребления табака Исламская Республика Иран приняла в 2006 году всеобъемлющий национальный Закон о борьбе против табака, который, в частности, учредил национальную программу контроля над табаком, возглавляемую министерством здравоохранения, запретил все виды прямой и скрытой рекламы и маркетинга табачных изделий, ввел постоянное ежегодное повышение налогов и потребовал размещения на сигаретных пачках действенных предупреждений о вреде табака для здоровья.

В 2008 году Исламская Республика Иран ужесточила этот закон, потребовав, чтобы начиная с января 2009 года на всех пачках сигарет, продаваемых в стране, размещались графические предупреждения. Эти предупреждения должны занимать 50% поверхности передней и задней сторон сигаретных пачек и содержать графические цветные изображения болезней, вызываемых курением. Для использования на сигаретных пачках было одобрено восемь предупреждений о вреде для здоровья, которые будут изменены через два года, когда на пачки будет нанесен другой ряд графических предупреждений. Кроме того, запрещается использовать вводящие в заблуждение термины, такие как «мягкие» и «легкие». В результате принятых мер требования Ирана в настоящее время полностью соответствуют руководящим принципам осуществления статьи 11 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком, касающимся размера, содержания и представления предупреждений на сигаретной упаковке, вследствие чего они эффективно предупреждают курильщиков о рисках для их здоровья.

Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

Запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий сокращает курение и денормализует потребление табака

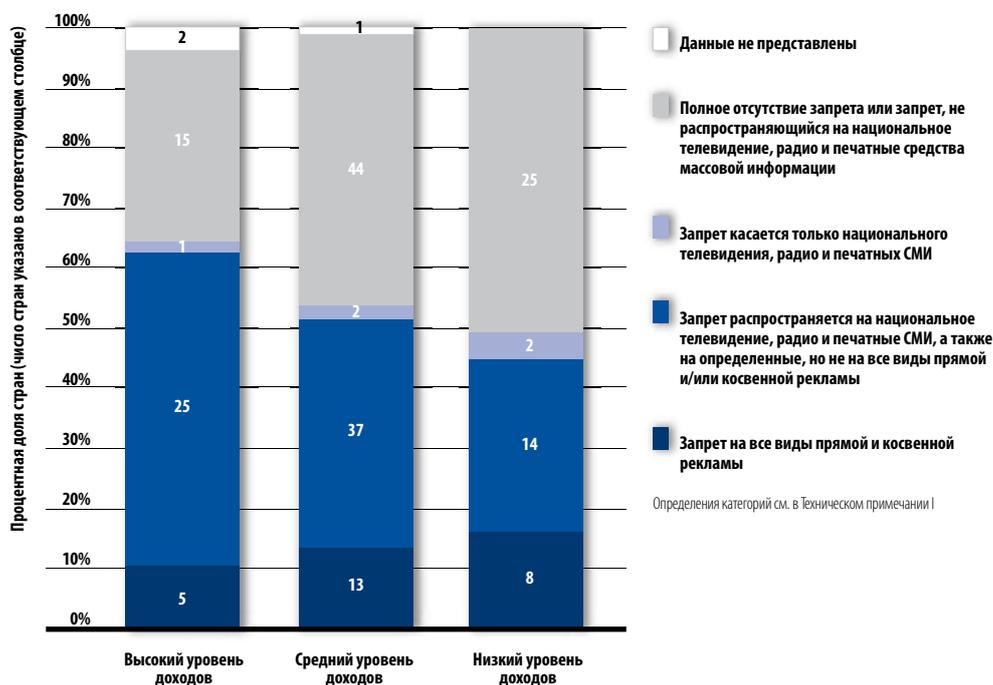
Ежегодно табачная промышленность расходует десятки миллиардов долларов по всему миру на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство (150). В целях противодействия этому статья 13 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий) предусматривает введение всесторонних запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий в соответствии с конституционными принципами каждой страны (7). Для оказания помощи странам в достижении этой цели Конференция Сторон приняла руководящие принципы осуществления статьи 13 (3).

Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий делают курение социально приемлемым, препятствуют усилиям по просвещению населения в отношении опасностей, связанных с употреблением табака, и усиливают влияние табачной промышленности на медиа-индустрию, индустрию спорта и развлечений. Введение всестороннего запрета на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство защищает население от воздействия маркетинговой тактики табачной промышленности и способно снизить потребление табака примерно на 7%, независимо от других мер контроля над табаком (151). Полные запреты блокируют способность этой промышленности стимулировать сбыть своей продукции молодежи, которая еще не начала употреблять табак, и взрослым потребителям табака, которые хотят бросить курить. Частичные запреты не оказывают практически никакого эффекта: если реклама запрещена в одном конкретном виде СМИ, табачная промышленность просто

перенаправляет средства на рекламу туда, где она разрешена (152, 153).

Табачная промышленность оказывает серьезное противодействие запретам на маркетинг, поскольку они эффективно способствуют сокращению потребления табака. Представители табачной промышленности утверждают, что в прямых запретах на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство нет необходимости и достаточно добровольного введения кодексов и правил саморегулирования. Однако добровольные ограничения неэффективны, поскольку они не имеют силы закона и поэтому в конечном счете табачная промышленность не соблюдает собственных добровольных правил (154). Поскольку табачная промышленность имеет значительный опыт обхождения запретов на рекламу, необходимо вмешательство государства в виде разработки эффективного законодательства и обеспечения его надлежащего соблюдения.

ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО



2008 году только Панама ввела новый запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

- В 2008 году одна страна (Панама) присоединилась к группе стран, где действуют запреты на все виды рекламы, стимулирования продажи и спонсорства, в результате чего общее число стран, где введены полные запреты на все виды прямой и косвенной рекламы и маркетинга, достигло 26, охватив 8,8% населения мира (по сравнению с 8,7% в 2007 году).
- Страны со средним уровнем доходов добились большего прогресса во введении всесторонних запретов на все виды рекламы, стимулирования продажи и спонсорства, чем страны с низким и высоким уровнями доходов.
- Более половины стран с высоким уровнем доходов запретили рекламу табачных изделий во всех вещательных и печатных средствах массовой информации, но при этом запретили только часть других видов прямой и косвенной рекламы в отличие от более одной трети стран со средним уровнем доходов и примерно 28% стран с низким уровнем доходов.
- Немногие страны, где действуют всесторонние запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, обеспечивают высокую степень их соблюдения. Только в трех странах с высоким уровнем доходов и шести странах со средним уровнем доходов достигнута высокая степень их соблюдения, тогда как с низким уровнем доходов таких стран всего четыре.

Страны с низким и средним уровнями доходов гораздо чаще, чем страны с высоким уровнем доходов, вводят всесторонние запреты на все виды рекламы, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий.

Иордания ужесточает запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

Иордания, которая более 30 лет назад впервые начала вводить меры контроля над табаком, в 2008 году приступила к дальнейшему ужесточению ограничений на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий. Теоретически запрет на все виды деятельности в области рекламы и маркетинга табака действовал с 1977 года, но фактически выполнение этих и других мер борьбы против табака в целом было обеспечено слабо. Несмотря на адекватное соблюдение запрета на маркетинг и стимулирование продажи табачных изделий, суды, как правило, не проявляли решимости в возбуждении исков в связи с нарушениями запретов и нередко назначали минимально допустимые наказания, что вело к повсеместным нарушениям.

Законодательство 2008 года уточнило и ужесточило формулировку иорданских законов о борьбе против табака, в результате чего были выделены дополнительные ресурсы на меры контроля над табаком и усилена подготовка персонала для реализации программ борьбы против табака. Кроме того, закон добавил несколько новых положений для ограничения маркетинговых акций в местах продажи табачных изделий, включая запреты на штучную продажу сигарет и торговлю с использованием торговых автоматов.

В целях укрепления соблюдения законов министерство здравоохранения подготовило 35 координаторов по вопросам укрепления здоровья населения на основе применения антитабачного законодательства, практических и удобных методов обеспечения соблюдения и выполнения закона и процедур инспектирования. Эти координаторы имеют широкие полномочия в отношении предупреждения и правового просвещения населения, конфискации любых запрещенных рекламных материалов и возбуждения судебных дел в целях обеспечения соблюдения законов.

Местом предварительной проверки этих новых норм на практике была выбрана столица страны, Амман, где повсеместно осуществлялась самая разнообразная деятельность по стимулированию продажи табачных изделий. Сегодня печатные и электронные СМИ в Аммане свободны от табачной рекламы, отсутствуют щиты с табачной рекламой, табачные компании не спонсируют спортивные или культурные мероприятия, исчезли автоматы для продажи табачных изделий. В настоящее время эта удачная модель обеспечения соблюдения запретов на рекламу и маркетинг готова для распространения на всю страну.

Панама запрещает все виды рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий



Принятие закона

В 2008 году Панама стала первой страной на Американском континенте, которая ввела общий запрет на все виды рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий. До того как новый закон вступил в силу, в Панаме фактически не существовало никаких ограничений на табачную рекламу и маркетинг. Новый закон вводит полные запреты на все виды прямой и косвенной табачной рекламы и маркетинга, включая распространение предметов одежды и других товаров с логотипами брендов табачных компаний, а также на спонсорство спортивных команд и других значимых мероприятий, в которых нередко участвуют дети. Кроме того, также запрещена реклама в международных СМИ, создаваемая за границей.

В дополнение к запрету рекламы во всех средствах массовой информации, включая наружную рекламу, такую как рекламные щиты, панамский закон также запрещает распространение бесплатных табачных изделий, предоставление стимулирующих скидок и размещение скрытой рекламы табачной продукции в телевизионных и художественных фильмах. Особенно стоит отметить ограничение на рекламу и маркетинг в местах

продажи, которое не может ввести большинство стран, где даже действуют всесторонние запреты. Табачная промышленность уже нашла лазейки в законе, запрещающем маркетинг в местах продаж, что указывает на готовность табачной промышленности нарушить дух закона для продвижения своей продукции на рынке, а также на необходимость для экспертов по контролю над табаком осуществлять жесткий мониторинг деятельности табачной промышленности.

Каким бы всесторонним ни был запрет на рекламу и маркетинг, не имея силы закона, он будет малоэффективен. Хотя панамский закон действует менее двух лет, обеспечена высокая степень его соблюдения, которая оценивается в 95 из возможных 100 пунктов. В ходе последней оценки соблюдения закона были обследованы несколько кварталов города Панамы, а также сельских районов страны. Во всех проинспектированных районах не было замечено рекламы какого-либо вида, не наблюдалось никакой деятельности в области косвенного стимулирования продажи или спонсорства и было отмечено всего одно нарушение, связанное с маркетингом в месте продажи.

Мадагаскар принимает закон, запрещающий все виды рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий

Последние несколько лет на Мадагаскаре действуют относительно жесткие меры контроля над табаком. В дополнение к запрету на курение в общественных местах и предупреждениям о вреде для здоровья, занимающим 50% табачной упаковки, в этой стране также запрещены все виды деятельности в области рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий. Этот запрет распространяется как на прямую рекламу, так и на косвенный маркетинг. Благодаря эффективному обеспечению соблюдения закона, запрещающего рекламу, стимулирование продажи и спонсорство, предусматривающего строгие меры наказания за его нарушения, эти виды деятельности были полностью прекращены.

На всей территории Мадагаскара отсутствует реклама табачных изделий на телевидении, в газетах, журналах и на рекламных щитах, а также запрещен интернет-маркетинг. Прекращена деятельность по продвижению табачной продукции, такая как распространение бесплатных сигарет и вознаграждение в виде табачных изделий в местах их продажи. Работа инспекторов общественного здравоохранения районного уровня и местных правоохранительных органов в тесном сотрудничестве с национальной программой контроля над табаком и министерством здравоохранения в целях выявления и расследования фактов нарушения закона способствует укреплению мониторинга и правоприменения.

Повышение цен на табачные изделия – наиболее эффективный путь сокращения потребления табака

Повышение цен на табачные изделия посредством значительного увеличения налогов – единственный наиболее эффективный путь сокращения потребления табака и побуждения к прекращению его употребления (155). Кроме того, повышение налогов на табачные изделия особенно эффективно для удержания молодежи от употребления табака и сокращения употребления табака среди бедных слоев населения (156), так как обе группы наиболее чувствительны к изменению цен (155–157). В статье 6 (Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак) Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака признается эффективность повышения налогов на табачные изделия.

Правительства облагают табачные изделия многочисленными налогами, включая акцизные сборы, налог на добавленную стоимость и другие налоги с продаж и импортные пошлины. Акцизные сборы среди них являются наиболее важными ввиду специфичности их действия по отношению к табачным изделиям. Существует два вида акцизных сборов: специфические акцизы (устанавливаются в зависимости от количества, веса и/или других характеристик) и акцизы на стоимость (определяются на основе стоимости). Введение высоких специфических акцизов – наиболее подходящий метод для охраны здоровья населения, поскольку это ведет к установлению довольно высоких цен и уменьшению разницы в ценах между марками табачных изделий повышенного спроса и марками, продающимися со скидками, что приведет к сокращению употребления табака.

Со временем в целях сокращения употребления табака сигареты должны стать менее доступными

Для улучшения состояния здоровья населения налоги на табак должны постепенно снижать

доступность табачных изделий, сводя на нет совместное воздействие инфляции, роста доходов и покупательной способности потребителей. Для этого необходимо периодически повышать специфические акцизные сборы, что позволит сохранять их воздействие. Во многих странах имеются табачные изделия, которые постоянно становятся все более доступными, поскольку рост налогов не успевает за ростом инфляции и потребительских доходов. На примере разных стран было доказано, что увеличение налогов на табак ведет к росту поступлений от налогов на табак в кратко- и среднесрочной перспективе, даже если принять во внимание сокращение потребления (155). Это объясняется довольно низкой чувствительностью спроса к изменению цен; в странах с высоким уровнем доходов

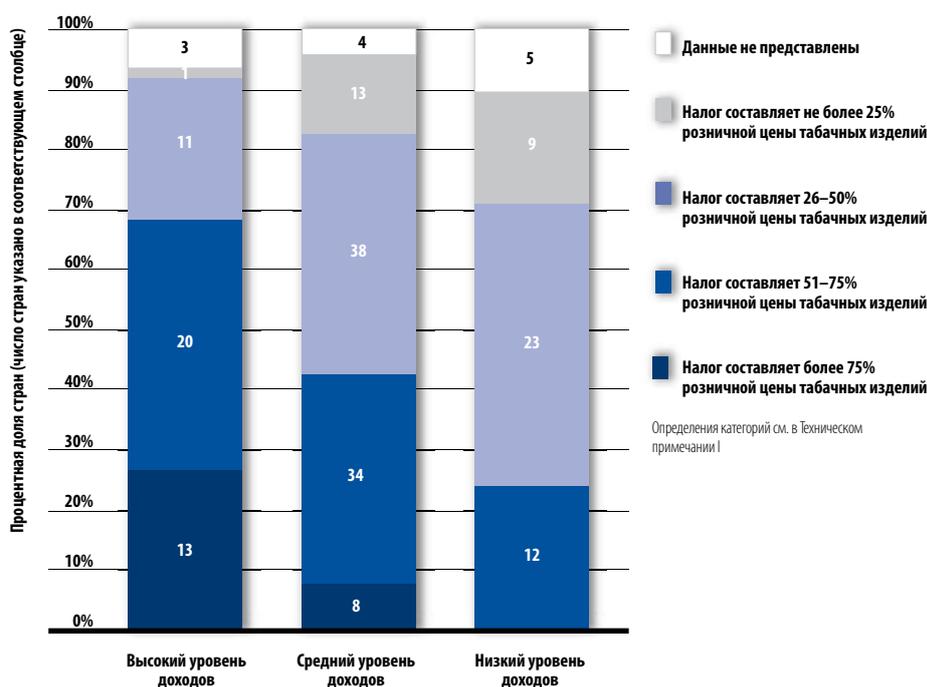
10-процентный рост цен на табак ведет к сокращению потребления примерно на 4% (158), тогда как в странах с низким уровнем доходов это может привести, как ожидается, к более значительному сокращению потребления, поскольку чувствительность к изменению цен в них, скорее всего, выше. Повышение цен

особенно эффективно там, где низкая доля налогов, влияющих на уровень розничных цен.

Для того чтобы налоги обеспечивали наибольшие поступления, общая структура налогообложения должна быть простой и легко осуществляемой. Внедрение более сложной структуры, вероятно, приведет к сокрытию доходов, подлежащих налогообложению, и уклонению от уплаты налогов. В случае специфических акцизов риск уклонения от уплаты налогов возрастает, если налог устанавливается на основе характеристик товара (например, длина или вес), а не его количества. Акцизы на стоимость сохраняют свою ценность, скорректированную с поправкой на инфляцию, тогда как специфические акцизы должны регулярно корректироваться, чтобы не отстать от инфляции; на сегодняшний день только две страны (Австралия и Новая Зеландия) автоматически корректируют свои специфические акцизы с поправкой на инфляцию.

Вопреки утверждениям представителей табачной промышленности, контрабанда

ОБЩИЙ НАЛОГ НА СИГАРЕТЫ



табачных изделий не увеличивается автоматически вслед за повышением налогов (159). Большое повышение налогов и цен на табак в нескольких странах не привели к значительному увеличению контрабанды. Более важными, чем разница в ставках налогообложения, решающими факторами контрабанды могут быть слабый пограничный контроль, плохое налоговое администрирование, наличие неформальных каналов распределения и готовность населения покупать контрабандные товары. Во многих странах с высокими налогами и ценами (например, Финляндия, Норвегия и Швеция) отмечается довольно низкий уровень контрабанды, тогда как в ряде стран с низкими налогами и ценами (например, Италия и Испания) существует довольно высокий уровень распространенности контрабанды (159).

Соблюдению налоговой дисциплины помогает наличие централизованной системы, которая обеспечивает в отношении производителей жесткое налоговое администрирование и осуществление таможенных законов и правил. В статье 15 (Незаконная торговля табачными изделиями) Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака говорится, что мониторинг производства и продажи табачных изделий может способствовать сокращению незаконной торговли; кроме того, обсуждаемый в настоящее время проект протокола о незаконной

торговле табачными изделиями предлагает осуществление контроля и мониторинга производства и продажи табачных изделий для ликвидации незаконной торговли (160).

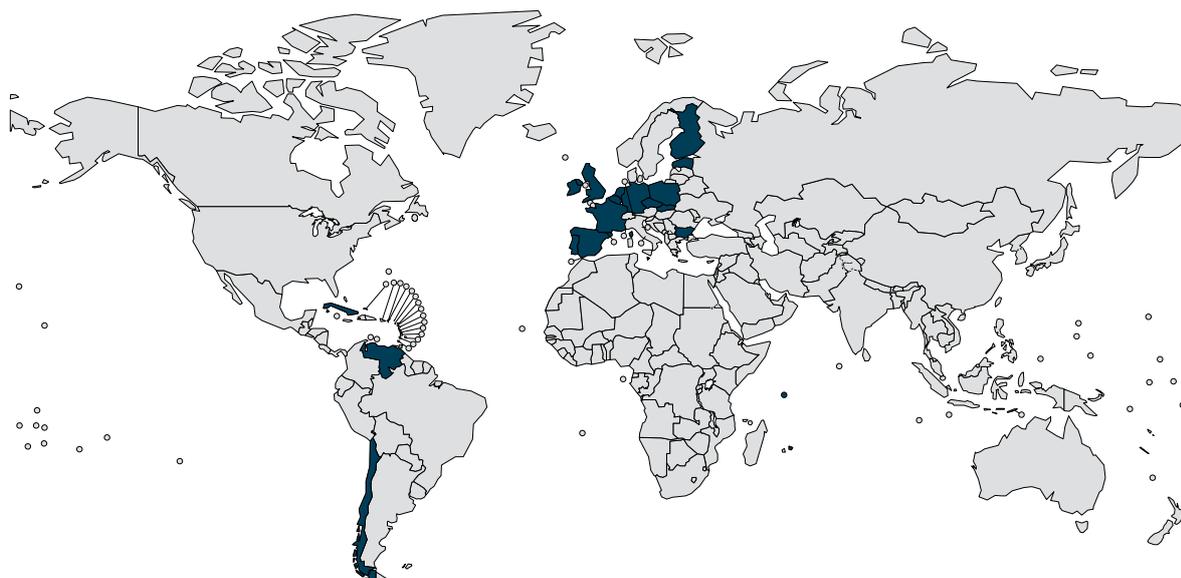
В 2008 году произошло минимальное увеличение процентной доли населения мира, охваченной эффективными мерами борьбы против табака

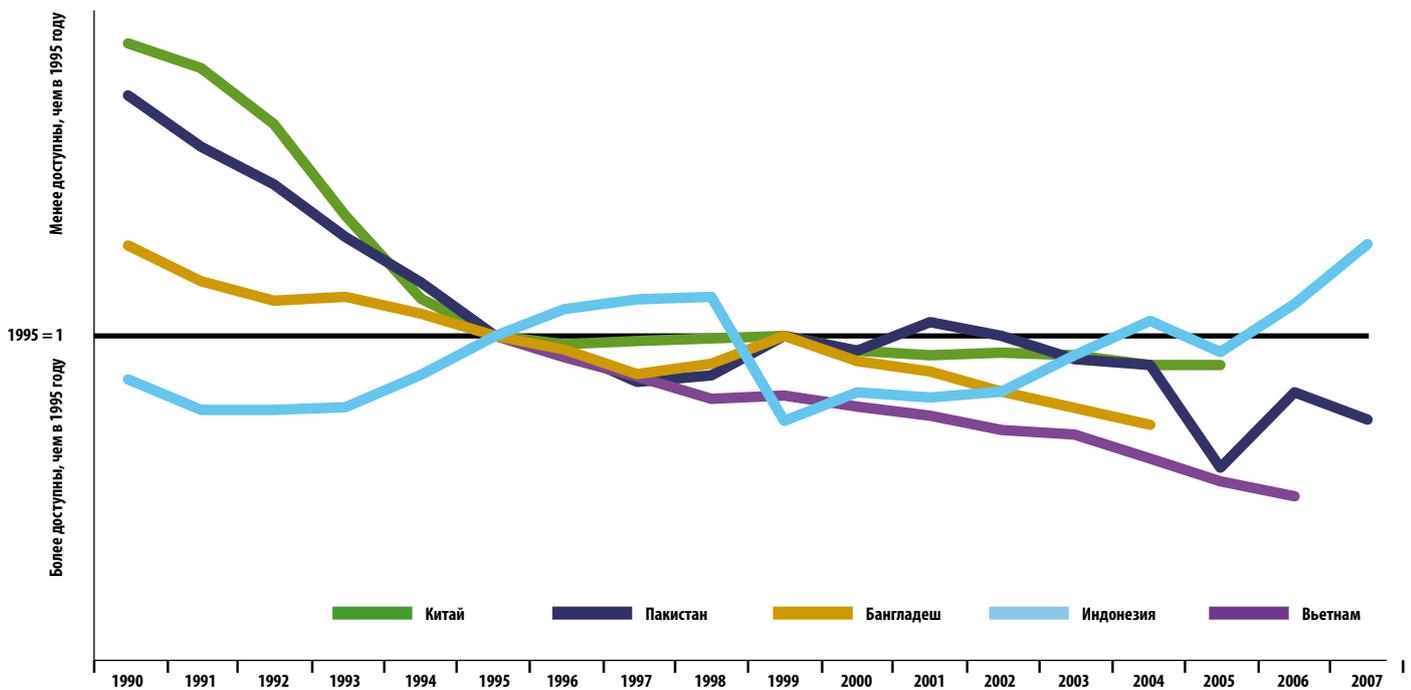
- В 2008 году еще шесть стран (Чешская Республика, Эстония, Фиджи, Финляндия, Нидерланды и Сейшельские Острова) присоединились к группе стран, которые ввели налоги, составляющие более 75% розничной цены на табачные изделия, вследствие чего общее число стран с таким уровнем налогов составило 21 страну, охватывающую 6,2% населения мира (по сравнению с 5,7% в 2007 году).
- Во всем мире средняя доля совокупного налога в общих розничных ценах на табачные изделия составляла немногим менее 50% в 2008 году.
- Самые высокие ставки налогообложения, как правило, существуют в странах с высоким уровнем доходов. Средняя доля совокупных налогов в общей розничной цене на сигареты составляет 63% в странах с высоким уровнем доходов, 49% — в странах

со средним уровнем доходов и 39% — в странах с низким уровнем доходов.

- Около 70% стран с высоким уровнем доходов вводят налоги, на долю которых приходится не менее половины общей розничной цены, которая включает в себя налог с оборота, по сравнению с менее чем половиной — в странах со средним уровнем доходов и примерно с 25 процентами — в странах с низким уровнем доходов. Довольно мало стран (13 стран с высоким уровнем доходов, 8 стран со средним уровнем доходов и ни одной страны с низким уровнем доходов) вводят акцизы и другие налоги на сигареты, доля которых составляет не менее 75% розничной цены на табачные изделия.
- Сигареты более чем в два раза дороже в странах с высоким уровнем доходов по сравнению со странами со средним уровнем доходов и почти в пять раз дороже, чем в странах с низким уровнем доходов.
- Из 163 стран, по которым имеются данные об акцизных налогах на сигареты, 55 стран используют исключительно специфические акцизы и 60 стран — только акцизы на стоимость, 48 стран (преимущественно в Европе) сочетают оба вида акцизов, а 19 стран вместо акцизных сборов вводят импортные пошлины на сигареты.

ПОВЫШЕНИЕ НАЛОГОВ НА ТАБАК — СТРАНЫ, ДОБИВШИЕСЯ НАИВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ, 2008 ГОД



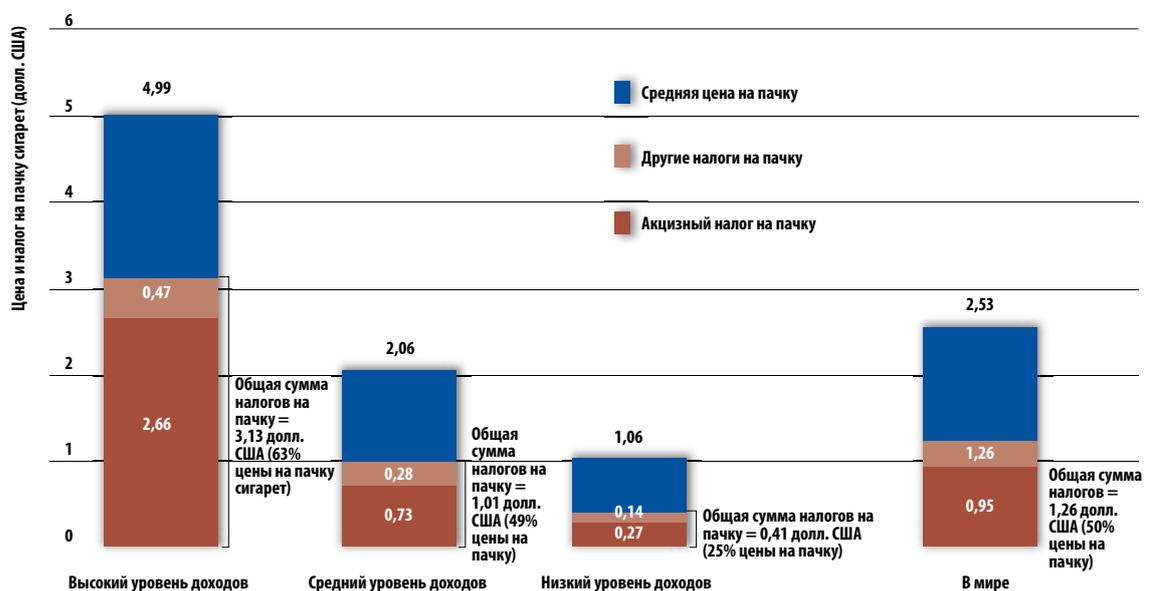


Источник: Расчеты ВОЗ основаны на данных докладов, подготовленных в рамках Инициативы Блумберга по сокращению потребления табака (опубликовано на сайте <http://www.worldlungfoundation.org/publications.ph>)

Примечание: Индекс доступности определяется путем деления цены самой популярной марки сигарет на среднедушевой доход (ВВП на душу населения). Стоимость в 1995 году принимается равной 1, а стоимости в другие годы оцениваются путем их соотношения с 1995 годом в качестве базового. Оценочная стоимость больше 1 указывает на то, что сигареты были менее доступными относительно уровня 1995 года. Аналогичным образом оценочные стоимости меньше 1 показывают, что сигареты были более доступными относительно уровня 1995 года.

Повышение цен на табачные изделия посредством значительного увеличения налогов – единственный наиболее эффективный путь сокращения потребления табака и побуждения нынешних курильщиков к отказу от его употребления.

СРЕДНЯЯ РОЗНИЧНАЯ ЦЕНА И НАЛОГИ (АКЦИЗЫ И ОБЩИЕ) НА САМЫЕ ПРОДАВАЕМЫЕ МАРКИ СИГАРЕТ, 2008 ГОД



Таиланд направляет доходы от налогов на табак на борьбу против табака



สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

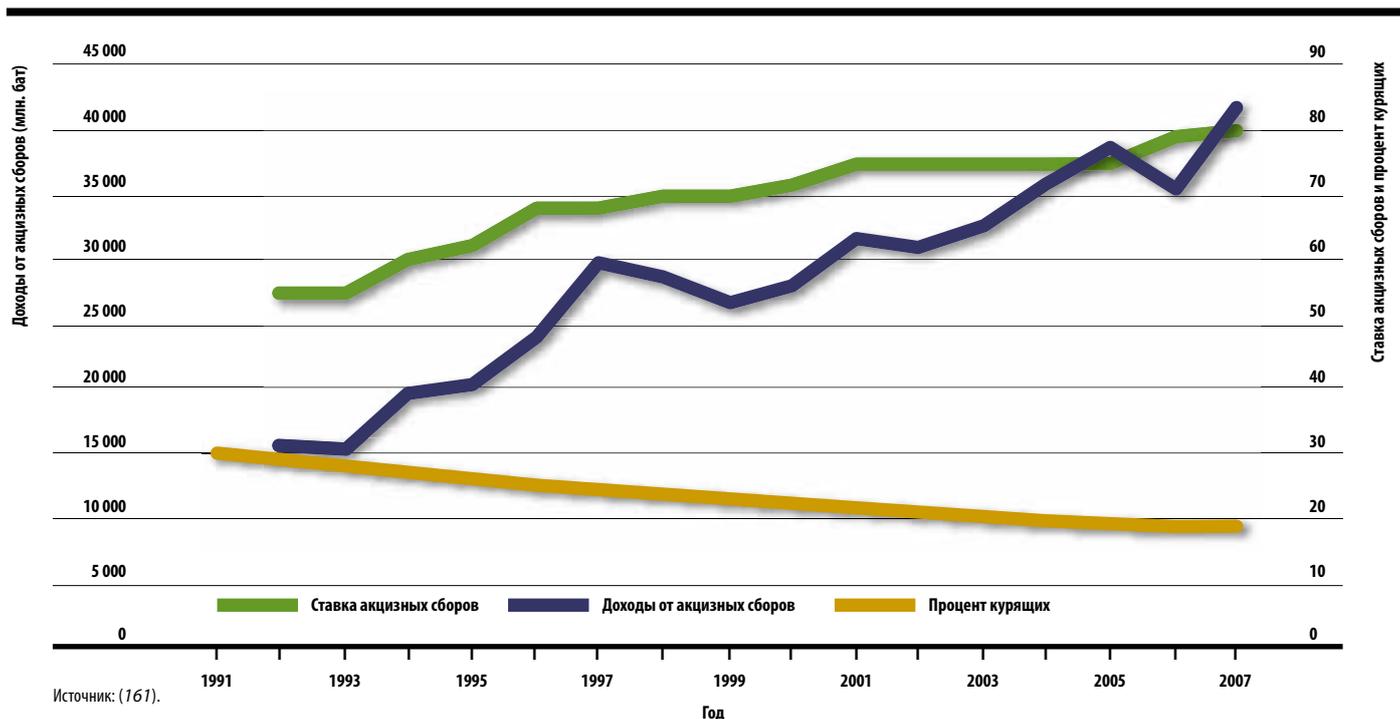
Таиланд, являющийся лидером в области борьбы против табака, ввел обязательный акцизный сбор на сигареты в размере 83,5%, в результате чего общая налоговая ставка в 2008 году составила 57% реальной розничной цены на пачку сигарет. Важной особенностью структуры налогообложения в Таиланде является 2-процентный добавочный налог на табак и алкоголь, доходы от которого целевым назначением идут на осуществление широкой национальной программы действий по пропаганде здорового образа жизни. Резервирование 2-процентного акцизного сбора, предусмотренное таиландским Законом 2001 года о Фонде для укрепления здоровья населения, обеспечивает финансирование Тайского фонда для укрепления здоровья населения (ThaiHealth) и ежегодно дает доходов на сумму около 35 млн. долл. США. Используя эти финансовые средства,

фонд ThaiHealth пытается сократить заболеваемость и смертность, а также добиться улучшения качества жизни в целом.

Другой сильной особенностью таиландской структуры налогообложения сигарет является то, что акцизы на сигареты увеличивались быстрее, чем росли темпы инфляции. В результате относительная доступность сигарет снизилась. В январе 1992 года, когда распространенность курения среди взрослого населения составляла 30% (почти 60% среди мужчин), ставка акцизного сбора была установлена на уровне 55%. До нынешнего уровня 83,5% ставка налогообложения была увеличена в восемь этапов, после чего розничная цена на самую распространенную марку сигарет выросла почти на 400 процентов, а ежегодные доходы от налогов на табак увеличились почти в три раза. Процент курящих среди взрослого населения в настоящее время снизился примерно до 18 процентов, при этом процент курящих молодых мужчин составляет примерно половину курящих взрослых мужчин.

Таиланд вводит налоги на все табачные изделия по единой ставке, что упрощает расчет и сбор налогов. В связи с тем что отечественная табачная промышленность находится под контролем государства, правительство может устанавливать отпускные цены, гарантируя тем самым, что производители не смогут снизить цены и свести на нет эффект повышения налогов. Манипулирование ценами в этой отрасли вызывает серьезную обеспокоенность в странах, которые полагаются исключительно на стоимостный налог и не имеют контролируемой государством табачной промышленности.

СТАВКА АКЦИЗНЫХ СБОРОВ, ДОХОДЫ ОТ НАЛОГОВ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ, ТАИЛАНД, 1991 – 2007 ГОДЫ



Национальные программы борьбы против табака и потенциал

Национальные программы необходимы для того, чтобы возглавить усилия по борьбе против табака

Укрепление национального потенциала для осуществления эффективных и устойчивых национальных программ борьбы против табака крайне важно для того, чтобы положить конец табачной эпидемии, и страны обязаны осуществлять национальную программу борьбы против табака в рамках своих обязательств в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака (7). Неправительственные организации и другие члены гражданского общества, не связанные с табачной промышленностью, включая профессиональные организации медико-санитарных работников, женские, молодежные группы, группы защитников окружающей среды и группы потребителей, а также академические и медицинские учреждения внесли большой вклад в национальные и международные усилия по борьбе против

табака. Несмотря на то что для осуществления эффективной программы борьбы против табака требуется участие многих секторов правительства и гражданского общества, стратегическое планирование и руководство должны осуществляться централизованно министерством здравоохранения страны (57). В больших странах программа может быть разработана таким образом, чтобы она гибко осуществлялась путем передачи части полномочий субнациональным юрисдикциям (57).

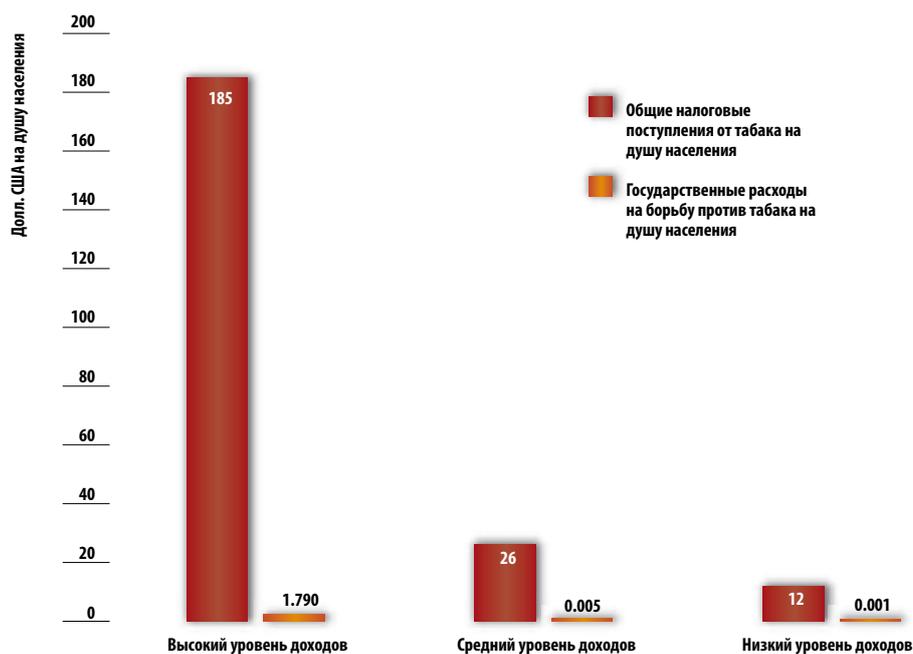
Национальная программа борьбы против табака, обеспеченная штатным персоналом, занятым полный рабочий день, на центральном и (когда это целесообразно) субнациональном уровнях, осуществляемая при поддержке правительственных чиновников высшего уровня, а также технических специалистов и лиц, имеющих знания и опыт в области планирования и реализации, может обеспечить высокоэффективное руководство и координацию всех программных инициатив.

Кроме того, национальный координационный комитет по контролю над табаком, созданный на высоком государственном уровне (то есть на уровне правительства или президента), должен включать представителей всех органов государственного управления и групп гражданского общества, которые непосредственно участвуют в деятельности по борьбе против табака.

Важно, чтобы правительство обеспечивало постоянный источник финансирования своей программы борьбы против табака на национальном, а в случае необходимости — на субнациональном уровне. Поскольку большинство правительств в настоящее время собирают доходов от налогов на табак в сотни и даже в тысячи раз больше, чем расходуют на борьбу против табака, расходы на эти цели могут быть существенно увеличены. Это можно сделать или через общие правительственные фонды, или с помощью специально выделенных ассигнований за счет доходов от налогов на табак. К другим источникам



БОРЬБА ПРОТИВ ТАБАКА ФИНАНСИРУЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНО



Примечание: Рассчитано на основе данных 55 стран, представивших информацию за 2007 и 2008 годы как о налоговых поступлениях от табака, так и о расходах на борьбу против табака.

Ежегодно правительства собирают более 167 млрд. долл. США в виде доходов от налогов на табак, но при этом расходуют на борьбу против табака в общей сложности всего 965 млн. долл. США.



финансирования относятся пожертвования и гранты от национальных и международных неправительственных или благотворительных организаций.

Данные за 2007 и 2008 годы показывают, что суммарные доходы от налогов на табак в странах, которые представили информацию, более чем в 173 раза превышают расходы на деятельность по борьбе против табака. Ежегодно правительства собирают более 167 млрд. долл. США в виде доходов от налогов на табак, но на борьбу против табака расходуют в общей сложности всего 965 млн. долл. США, и 99% этой суммы тратят 17 стран с высоким уровнем доходов. Расходы на борьбу против табака на душу населения колеблются от десятой части цента на душу населения в год в странах с

низким уровнем доходов до полцента на душу населения в год в странах со средним уровнем доходов и примерно 1,80 долл. США на душу населения в год в странах с высоким уровнем доходов.

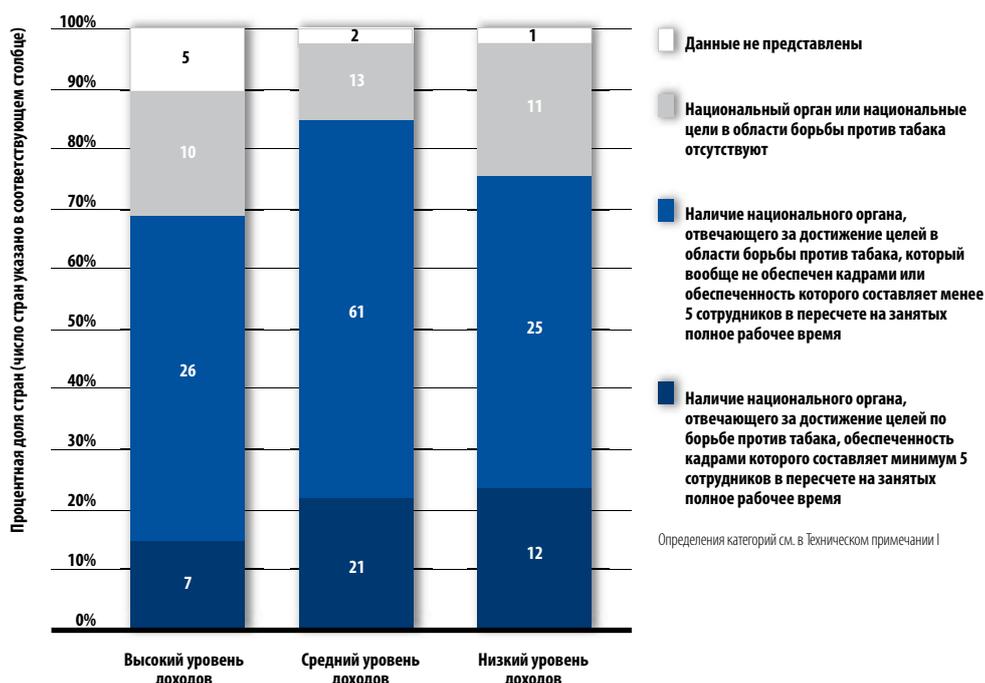
Большинство стран имеют национальные программы борьбы против табака, но многие не могут обеспечить их необходимыми кадрами

- Почти 80% стран сообщают о наличии национального органа, ответственного за достижение целей в области борьбы против табака, причем в странах с низким и средним уровнем доходов выше

вероятность создания такого органа, чем в странах с высоким уровнем доходов.

- Менее 15% стран с высоким уровнем доходов и 22% стран со средним уровнем доходов также имеют орган, обеспеченность кадрами которого составляет пять сотрудников в пересчете на занятых полное рабочее время, тогда как доля стран с низким уровнем доходов, имеющих такой орган с аналогичной обеспеченностью кадрами, составляет 24 процента.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ ПРОТИВ ТАБАКА



Важно, чтобы правительства обеспечили постоянный источник финансирования программ борьбы против табака на национальном, а при необходимости – и на субнациональном уровне.

Бразилия имеет большой потенциал, заключенный в программах борьбы против табака

Бразилия придает первоочередное значение решительной борьбе с табачной эпидемией. Используемый в стране комплексный подход к борьбе против табака основан на деятельности общепромышленного национального координационного механизма в соответствии с национальной программой борьбы против табака, осуществляемой под руководством министерства здравоохранения, которое выполняет функции секретариата при комиссии по борьбе против табака сектора здравоохранения и национальном комитете по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

Органы эпиднадзора в составе министерства здравоохранения исполняют мониторинговую и нормативно-правовую, правоприменительную и оценочную функции в отношении борьбы против табака.

В связи с федеральным устройством страны (27 штатов, Федеральный округ и 5592 муниципалитета) и децентрализованным характером системы здравоохранения вопросы осуществления и обеспечения соблюдения большинства мер борьбы против табака находятся в

ведении властей штатов и местных органов власти. Субнациональные департаменты здравоохранения и правоохранительные органы образуют мощную государственную сеть по борьбе против табака, включая специальных координаторов по борьбе против табака и специально выделенный персонал. В 2005 году все штаты и более двух третей муниципалитетов организовали подготовку кадров для осуществления деятельности в области борьбы против табака, а треть муниципалитетов, включая все крупные бразильские города, осуществляли специальные программы по борьбе против табака и мероприятия по обеспечению их выполнения.



Министерство здравоохранения Бразилии

Заключение

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака свидетельствует о решимости предпринимать активные действия по борьбе против глобальной табачной эпидемии, которая каждый год убивает миллионы людей и еще больше миллионов делает инвалидами. Более 160 стран, являющихся Сторонами Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, в которых проживает 86% населения мира, сделали юридически обязующие заявления в отношении осуществления эффективных мер борьбы против табака. В отличие от многих основных проблем здравоохранения средства ограничения потребления табака доступны: специальные меры по сокращению спроса на табак в рамках стратегии MPOWER и другие мероприятия, предусматриваемые Рамочной конвенцией ВОЗ, служат для стран инструментами борьбы против табака, которые необходимы для сокращения его потребления и спасения жизней людей.

Представленные в настоящем докладе результаты свидетельствуют о том, что прогресс возможен и реально достижим. Некоторые страны добиваются быстрого и широкого прогресса, и они могут служить примером для стран, которым еще предстоит сделать многое для защиты своего населения от вредного воздействия потребления табака. Если мы прекратим наращивать и укреплять усилия по борьбе против табака, миллионы людей будут по-прежнему ежегодно умирать от предотвратимых болезней, связанных с табаком, и ежегодно мы будем терять десятки миллиардов долларов в виде расходов на медицинскую помощь и производственных потерь, которых можно было избежать.

В настоящем докладе показано, что от проведения в 2008 году новой политики борьбы против табака в выигрыше оказалось дополнительно почти 400 млн. человек, но

вместе с тем нам еще предстоит проделать гораздо больший объем работы.

- Менее 10% мирового населения охвачено какой-либо одной мерой по сокращению спроса в рамках стратегии MPOWER.
- Торможение прогресса во введении запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий ведет к лишению защиты более 90% населения мира от маркетинга табачной промышленности.
- Аналогичная приостановка в повышении налогов на табак привела к тому, что почти 95% населения мира проживает в странах, где налоги на табак составляют менее 75% розничной цены.
- На борьбу против табака по-прежнему выделяется крайне недостаточно средств, вследствие чего ежегодные доходы от налогов на табак, собираемые во всем мире, в 173 раза превышают объем средств, расходуемых на борьбу против табака.



Особое внимание в настоящем докладе уделяется мерам по созданию зон, свободных от табачного дыма, и прогрессу, достигнутому в их осуществлении, однако большинство людей в мире по-прежнему подвергаются опасностям, связанным с вредным воздействием вторичного табачного дыма.

■ В 2008 году дополнительно 2,3% мирового населения, представляющего более 154 млн. человек, были охвачены новыми законами о создании свободных от табачного дыма зон, и почти все они живут в странах с низким и средним уровнями доходов.

■ Все более широкое распространение на субнациональном уровне получают меры по созданию свободных от табачного дыма зон. Из 100 крупнейших городов мира 22 являются свободными от табачного дыма, а еще три города (Рио-де-Жанейро, Салвадор и Сан-Паулу в Бразилии) стали такими после сбора данных для настоящего доклада.

■ Степень соблюдения законов о создании свободных от табачного дыма зон низкая. Всего 2% населения мира проживает в странах, имеющих всеобъемлющие законы о создании зон, свободных от табачного дыма, где также отмечается высокая степень их соблюдения.

Нынешний глобальный экономический кризис делает еще более настоятельной необходимость того, чтобы страны обеспечили средства для финансирования эффективных программ борьбы против табака. Повышение налогов на табак не только значительно сокращает распространенность курения, но также увеличивает государственные доходы и обеспечивает финансовые средства, которые можно израсходовать на борьбу против табака и другие инициативы в области здравоохранения. Однако даже при существующих ставках налогообложения по-прежнему крайне недостаточно средств выделяется на борьбу

против табака, особенно в странах с низким и средним уровнями доходов.

В дополнение к финансированию для борьбы против табака прежде всего требуется политическая ответственность на самом высоком уровне государственного управления. Если не принять срочные меры, более 1 млрд. человек будут убиты табаком в текущем столетии. Успешное выполнение положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака служит убедительным доказательством того, что такая политическая воля существует на национальном и глобальном уровнях, и ее надо проявить для получения максимального результата. Предпринимаемые действия для осуществления мер по сокращению потребления табака, правительства и гражданское общество могут и будут спасать миллионы жизней каждый год.



Ссылки

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Health Organization, 2003 (updated 2004, 2005; World http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, по состоянию на 23 сентября 2009 года).
2. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Second session. First report of committee A. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://apps.who.int/gb/fctc/E/E_it2.htm, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
3. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation: Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224_eng.pdf, по состоянию на 18 сентября 2009 года).
4. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf, по состоянию на 9 февраля 2009 года).
5. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf, на 13 ноября 2009 года).
6. Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation. Geneva, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
7. Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tobacco Control*, 2005, 14:396–404.
8. Report on carcinogens, 11th ed. Research Triangle Park, NC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005.
9. Respiratory health effects of passive smoking. Washington, DC, United States Environmental Protection Agency, 1992:Table 3-1.
10. Invernizzi G et al. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control*, 2004, 13:219–221.
11. Singer BC et al. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. *Environmental Science and Technology*, 2002, 36:846–853.
12. Daisey JM et al. Toxic volatile organic compounds in simulated environmental tobacco smoke: emission factors for exposure assessment. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, 1998, 8:313–334.
13. Winickoff JP et al. Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*, 2009, 123:e74–79.
14. Navas-Acien A et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002–2003. *JAMA*, 2004, 291:2741–2745.
15. Hyland A et al. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tobacco Control*, 2008, 17:159–165.
16. Öberg M et al. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. (неопубликовано).
17. Survey on tobacco – analytical report. Brussels, European Commission, 2009 (Flash Eurobarometer No. 253, The Gallup Organisation; http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf, по состоянию на 27 августа 2009 года).
18. Shields M. Smoking – prevalence, bans and exposure to second-hand smoke. Ottawa, Statistics Canada, 2007. Health Reports, Vol. 18, No. 3:67–85.
19. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Geneva, World Health Organization, Division of Noncommunicable Disease, Tobacco Free Initiative, 1999. (http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global Youth Tobacco Surveillance, 2000–2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 2008, 57: 1–21.
21. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3: e442.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2008, 57:1226–1228.
23. Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe. Brussels, The Smoke Free Partnership, 2006 (http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509, по состоянию на 13 апреля 2009 года).
24. Smoking and health: joint report of the Study Group on Smoking and Health. *Science*, 1957, 125:1129–1133.
25. White J, Froeb H. Small-airways dysfunction in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke. *New England Journal of Medicine*, 1980, 27:720–723.
26. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, 282:183–185.
27. Trichopoulos D et al. Lung cancer and passive smoking. *International Journal of Cancer*, 1981, 27:1–4.
28. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
29. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant, Scientific Review Panel approved version. Part B – Health effects. Sacramento, CA, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3part%20b.pdf>, по состоянию на 27 августа 2009 года).
30. Update of evidence on health effects of secondhand smoke. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004 (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dlD=13632&Rendition=Web, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
31. Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by second-hand cigarette smoke? *Tobacco Control*, 2001, 10:383–388.
32. Bridevaux PO et al. Secondhand smoke and health-related quality of life in never smokers: results from the SAPALDIA cohort study 2. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:2516–2523.
33. Bertone ER et al. Environmental tobacco smoke and risk of malignant lymphoma in pet cats. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:268–273.
34. Snyder LA et al. p53 expression and environmental tobacco smoke exposure in feline oral squamous cell carcinoma. *Veterinary Pathology*, 2004, 41:209–214.
35. Reif JS et al. Passive smoking and canine lung cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:234–239.
36. Fantuzzi G et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007, 21:194–200.
37. Fantuzzi G et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *The Journal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine*, 2008, 21:643–647.
38. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*, 1997, 52:1003–1009.
39. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *British Medical Bulletin*, 1996, 52:22–34.

40. Gilbert SG. *Scientific consensus statement on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders*. Bolinas, CA, Collaborative on Health and the Environment, Learning and Developmental Disabilities Initiative, 2008 (<http://www.iceh.org/pdfs/LDDI/LDDIStatement.pdf>, по состоянию на 3 февраля 2009 года).
41. Herrmann M, King K, Weitzman M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. *Current Opinion in Pediatrics*, 2008, 20:184–190.
42. Behan DF et al. *Economic effects of environmental tobacco smoke*. Schaumburg, IL, Society of Actuaries, 2005 (<http://www.soa.org/research/life/research-economic-effect.aspx>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
43. *Indoor Air Quality 1994, 59:15968-16039*. Washington, DC, United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 1994.
44. Adams KA et al. *The costs of environmental tobacco smoke (ETS): an international review*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NCD/TF/99.11).
45. McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15:125–130.
46. Pierce JP, León M. Effectiveness of smoke-free policies. *Lancet Oncology*, 2008, 9:614–615.
47. Haw SJ, Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 2007, 335:549.
48. Borland R et al. Protection from environmental tobacco smoke in California. The case for a smoke-free workplace. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:749–752.
49. Pickett MS et al. Smoke-free laws and secondhand smoke exposure in US non-smoking adults, 1999–2002. *Tobacco Control*, 2006, 15:302–307.
50. Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14:384–388.
51. Goodman P et al. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175:840–845.
52. Bondy SJ et al. Impact of an indoor smoking ban on bar workers' exposure to secondhand smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 51:612–619.
53. Semple S et al. Secondhand smoke levels in Scottish pubs: the effect of smoke-free legislation. *Tobacco Control*, 2007, 16:127–132.
54. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban, New York, June 26, 2003–June 30, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56:705–708.
55. Fernando D et al. Legislation reduces exposure to secondhand tobacco smoke in New Zealand bars by about 90%. *Tobacco Control*, 2007, 16:235–238.
56. Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free work-place law. *Addiction*, 2003, 98:1111–1117.
57. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
58. Gan Q et al. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in China. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2008, 50:570–575.
59. Cains T et al. Designated "no smoking" areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 2004, 13:17–22.
60. *Ventilation for acceptable indoor air quality*. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2004 (ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004).
61. *Environmental tobacco smoke. Position document approved by ASHRAE Board of Directors, 30 June 2005*. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2005.
62. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, CA, California Environmental Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 (http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
63. *Institute for Health and Consumer Protection. Activity report 2003*. Ispra, European Commission Joint Research Centre Directorate-General, 2004 (http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/docs/IHCP_annual_report/ihcp03.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
64. Valente P et al. Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban, Italy 2005. *Tobacco Control*, 2007, 16:312–313.
65. Menzies D et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:1742–1748.
66. Eisner M, Smith A, Blanc P. Bartenders' respiratory health after establishment of smokefree bars and taverns. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1909–1914.
67. Venn A, Britton J. Exposure to secondhand smoke and biomarkers of cardiovascular disease risk in never-smoking adults. *Circulation*, 2007, 115:990–995.
68. Richiardi L et al. Cardiovascular benefits of smoking regulations: The effect of decreased exposure to passive smoking. *Preventive Medicine*, 2009, 48:167–172.
69. Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:482–491.
70. Bartecchi C et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation*, 2006, 114:1490–1496.
71. Khuder SA et al. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. *Preventive Medicine*, 2007, 45:3–8.
72. Sargent RP et al. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *British Medical Journal*, 2004, 328:977–980.
73. Lemstra M et al. Implications of a public smoking ban. *Canadian Journal of Public Health*, 2008, 99:62–65.
74. Meyers DG et al. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, 2009, 29:54:1249–1255.
75. *California tobacco control update: the social norm change approach*. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2006 and 2009 (<http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Pages/CTCPPublications.aspx>, по состоянию на 27 августа 2009 года).
76. Evans W et al. Do workplace smoking bans reduce smoking? *American Economic Review*, 1999, 89:728–747.
77. Levy D, Friend K. Clean air laws: a framework for evaluating and improving clean air laws. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2001, 7:87–97.
78. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:188.
79. Bauer JE et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024–1029.
80. Fong GT et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the International Tobacco Control (ITC) Ireland/UK Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii51–iii58.
81. Fowkes FJ et al. Scottish smoke-free legislation and trends in smoking cessation. *Addiction*, 2008, 103:1888–1895.

82. Borland RM et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii42–iii50.
83. Wipfli H et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health* 2008, 98:672–679.
84. Borland R et al. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tobacco Control*, 1999, 8:266–271.
85. *After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2006 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/A9D3734516F6757ECC25723D00752D50>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
86. Evans D, Byrne C. *The 2004 Irish smoking ban: is there a "knock-on" effect on smoking in the home?* Dublin, Health Service Executive of the Republic of Ireland, Western Area, 2006.
87. Albers AB et al. Household smoking bans and adolescent antismoking attitudes and smoking initiation: findings from a longitudinal study of a Massachusetts youth cohort. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:1886–1893.
88. Li Q et al. Support for smoke free policies among smokers and non-smokers in six cities in China. *Tobacco Control*, 13 августа 2009 года (опубликовано в электронном виде до выхода печатного издания).
89. *Major new poll shows public support across UK for comprehensive smokefree law*. London, Action on Smoking and Health, Press Release 30 December 2005 (http://www.ash.org.uk/ash_jif9youmi.htm, по состоянию на 18 сентября 2009 года).
90. Sebríe EM et al. Smokefree environments in Latin America: on the road to real change? *Prevention and Control*, 2008, 3:21–35.
91. Equipos Mori. *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005" (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados)* Регулирование употребления нюхательного табака в общественных местах и местах частного пользования]. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud (Панамериканская организация здравоохранения), 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informe_dec268_mori.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
92. *Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 (http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
93. *Poll shows 98% of us believe Irish workplaces are healthier as a result of the smokefree law*. Naas, Office of Tobacco Control (Пресс-релиз от 28 марта 2005 года; <http://www.otc.ie/article.asp?article=267>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
94. *California bar patrons' Field Research Corporation polls, March 1998 and September 2002*. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2002.
95. *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health of the People's Republic of China, 2007.
96. Danishevski K et al. Public attitudes towards smoking and tobacco control policy in Russia. *Tobacco Control*, 2008, 17:276–283.
97. Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13–20.
98. Scollo M, Lal A. *Summary of studies assessing the economic impact of smoke-free policies in the hospitality industry*. Carlton, VicHealth Centre for Tobacco Control, 2008 (<http://www.vctc.org.au/downloads/Hospitalitysummary.pdf>, по состоянию на 28 августа 2009 года).
99. Borland R et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii34–iii41.
100. Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), 2005 (<http://www.sirus.no/internet/tobakk/publication/375.html>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
101. Edwards R et al. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tobacco Control*, 2008, 17:e2.
102. Tang H et al. Changes of knowledge, attitudes, beliefs, and preference of bar owner and staff in response to a smoke-free bar law. *Tobacco Control*, 2004, 13:87–89.
103. *The state of smoke-free New York City: a one-year review*. New York: New York City Department of Finance, New York City Department of Health & Mental Hygiene, New York City Department of Small Business Services, New York City Economic Development Corporation, 2004. (<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>, по состоянию на 28 августа 2009 года)
104. Eriksen M, Chaloupka F. The economic impact of clean indoor air laws. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2007, 57:367–378.
105. Hyland A, Cummings KM. Restaurant employment before and after the New York City Smoke-Free Air Act. *Journal of Public Health Management and Practice*, 1999, 5:22–27.
106. Alpert HR et al. Environmental and economic evaluation of the Massachusetts Smoke-Free Workplace Law. *Journal of Community Health*, 2007, 32:269–281.
107. Pyles MK et al. Economic effect of a smoke-free law in a tobacco-growing community. *Tobacco Control*, 2007, 16:66–68.
108. Dai C et al. *The economic impact of Florida's Smoke-Free Workplace Law*. Gainesville, FL, University of Florida, Warrington College of Business Administration, Bureau of Economic and Business Research, 2004.
109. Alamar B, Glantz SA. Effect of smoke-free laws on bar value and profits. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1400–1402.
110. Binkin N et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:522–527.
111. *A study of public attitudes toward cigarette smoking and the tobacco industry in 1978*, Vol. 1. Storrs: The Roper Organization, 1978 (<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qra99d00/pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
112. Heironimus J. *Impact of workplace restrictions on consumption and incidence*. Tobacco Documents Online, 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
113. Sebríe E, Glantz S. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tobacco Control*, 2007, 16:e6.
114. *Smoking in public places. House of Commons Health Committee, first report of session 2005–2006, Vol. II*. London, House of Commons, 2005 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/485/485ii.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
115. Samet JM, Burke TA. Turning science into junk: the tobacco industry and passive smoking. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1742–1744.
116. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet*, 2000, 355:1253–1259.
117. Ong EK, Glantz SA. Constructing "sound science" and "good epidemiology": tobacco, lawyers, and public relations firms. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1749–1757.
118. Tong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts undermining evidence linking secondhand smoke with cardiovascular disease. *Circulation*, 2007, 116:1845–1854.
119. Bornhauser A et al. German tobacco industry's successful efforts to maintain scientific and political respectability to prevent regulation of secondhand smoke. *Tobacco Control*, 2006, 15:e1.
120. Robinson JB. *ETS in Nordic countries*. Paper presented at: PM EEC ETS Conference, Geneva, 12–14 November 1986. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1986.
121. Tobacco Institute. *Embargoed for use in A.M. newspapers, Monday 8/10/65*. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1981 (Philip Morris Collection; Bates No. 2015018011/8012; <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/arl68e00>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
122. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1566–1570.
123. Barnes DE, Bero LA. Scientific quality of original research articles on environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 1997, 6:19–26.
124. Garne D et al. Environmental tobacco smoke research published in the journal *Indoor and Built Environment* and associations with the tobacco industry. *Lancet*, 2005, 365:804–809.
125. United States of America v. Philip Morris USA, Inc., et al., 449 F Supp 2d 1 (2006).
126. Siegel M. The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. *Annual Review of Public Health*, 2002, 23:45–71.

127. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. Washington: Gallup, Inc., 2006. (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
128. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008 (http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
129. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Third session. Decisions. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_DIV3-en.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
130. Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1759–1766.
131. Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1519–1527.
132. *The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990 (HYPERLINK "http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B//C/T/_/nnbct.pdf" "http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B//C/T/_/nnbct.pdf", по состоянию на 18 сентября 2009 года).
133. *Everybody's business – Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_EverybodyBusinessHSS.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
134. *WHO CVD-risk management package for low- and medium-resource settings*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545852.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
135. *WHO/The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
136. Stead LF et al. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*, 2007, 16(Suppl. 1):i13–i18.
137. *WHO Model List of Essential Medicines: 16th list, March 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Unedited version – 30 April 2009) (http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf, по состоянию на 20 октября 2009 года).
138. Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19–iii25.
139. *Youth and tobacco: Preventing tobacco use among young people*. A report of the Surgeon General. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
140. *Elaboration of guidelines for implementation: Articles 5.3, 9 and 10, 11, 12 and 14 (decision FCTC/COP2(14))*. Geneva, World Health Organization, Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2007 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-en.pdf, по состоянию на 18 сентября 2009 года).
141. Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. [76% высказываются за размещение на сигаретных пачках рисунков, которые иллюстрируют проблемы, вызываемые курением, 67% курильщиков видели эти рисунки, и, по их словам, они вызвали у них желание бросить курить] *Opinião pública*, 2002.
142. *Tobacco warning labels*. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (Factsheet No. 7; <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
143. Thrasher JF et al. Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud Pública de México*, 2007, 49 (Suppl. 2):S233–S240.
144. *Up in smoke: the truth about tar and nicotine ratings*. Washington, DC, Federal Trade Commission, Bureau of Consumer Protection, Office of Consumer and Business Education, 2000 (FTC Consumer Alert; <http://www.ftc.gov/bcp/edu/pubs/consumer/alerts/alt069.shtm>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
145. Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:380–386.
146. McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9:273–282.
147. Dunlop SM et al. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *Journal of Health Communication*, 2008;13:250–266.
148. Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:2154–2160.
149. *American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4. Enforcing Strong Smoke-free Laws: The Advocate's Guide to Enforcement Strategies*. Atlanta, American Cancer Society, 2006.
150. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
151. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117–1137.
152. Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (<http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
153. Crofton J, Simpson D. *Tobacco: a global threat*. Hong Kong, Macmillan Education, 2002.
154. *Select Committee on Health, second report*. London, House of Commons, 2000 (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2702.htm>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
155. Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, The World Bank, 2006:869–885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
156. van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
157. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976–1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47:605–609.
158. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000:2737–2772.
159. Joossens L. *Report on smuggling control in Spain*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_spain_smuggling_control.pdf, по состоянию на 13 ноября 2009 года).
160. *Third session of the Intergovernmental Negotiating Body on a Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products*. Geneva, World Health Organization, Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2009 (http://www.who.int/fctc/inb/third_session_inb/en/index.html, по состоянию на 20 октября 2009 года).
161. Data provided by the National Statistics Office and the Excise Department, Thailand. Analyzed by B. Sarunya and T. Lakkhana, Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC), Mahidol University, 2007.
162. *Demographic Yearbook: Table 8. Population of capital cities and cities of 100 000 and more inhabitants, latest available year: 1988–2007*. New York, United Nations, United Nations Statistics Division, 2009 (<http://unstats.un.org/unsd/Demographic/Products/dyb/dyb2007.htm>, по состоянию на 3 ноября 2009 года).

Выражение признательности

Перечисленные ниже сотрудники ВОЗ принимали участие в сборе, анализе и обработке информации:

Региональное бюро ВОЗ для стран

Африки:

Jean-Pierre Baptiste, Tecla Butau, Deowan Mohee, Nivo Ramanadraibe.

Региональное бюро ВОЗ для стран

Америки:

Adriana Blanco, Maristela Monteiro, Rosa Sandoval, Mayte Vasquez.

Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии:

Khalil Rahman, Kamar Rezwan, Dharendra N. Sinha.

Европейское региональное бюро ВОЗ:

Yulia Kadirova, Rula Khoury, Kristina Mauer, Agis Tsouros.

Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья:

Fatimah el-Awa, Majed Elehawi, Farrukh Qureshi.

Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана:

Sarah England (China), Trinetta Lee, Guangyuan Liu, Susan Mercado.

Штаб-квартира ВОЗ в Женеве:

Sundus Aladoofi, Zahra Ali Piazza, Ala Alwan, Alphaluck Bhatiasevi, Lubna SBhatti, Douglas Bettcher, Katherine DeLand, Christine Fares, Daniel Ferrante, Gillian Forbes, Omid Fotuhi, Dongbo Fu, Lejla Gagik, Bernardus Ganter, Jason Henderson, Gudrun Ingolfsdottir, Mie Inoue, Sun Goo Lee, Nima Mansouri, Raman Minhas, Ryan Moran, Simeon Niles, Timothy O'Leary, Alexandre Pascutto, Armando Peruga, Patrick Petit (панее ВОЗ), Luminita Sanda, Rosane Serrao, Brooke Trainum, Gulnoza Usmanova, Barbara Zolty.

Административную поддержку обеспечивали: Miriamjoy Aryee-Quansah, Catalin Iacobescu, Luis Madge, Carolyn Patten, Elizabeth Tecson, Jennifer Volonnino.

Kerstin Schotte при поддержке Katherine DeLand координировала выпуск настоящего доклада.

Christopher Fitzpatrick осуществлял технический контроль за разработкой содержания доклада.

Обеспечением качества представленных странами данных занимались Alison Commar, Christopher Fitzpatrick, Gauri Khanna, Sameer Pujari, Kerstin Schotte и Erin Smith.

Armando Peruga отвечал за процесс юридической экспертизы, которую проводили: Dongbo Fu, Raman Minhas, Luminita Sanda, Erin Smith, Gemma Vestal and Barbara Zolty.

Расчеты оценок распространенности были произведены Gauri Khanna и Edouard Tursan d'Espaignet.

Подготовкой финансового и экономического обзора и анализа, включая налоги и цены на табак, занимались Christopher Fitzpatrick (АФРБ и ЮВАРБ), Anne-Marie Perucic (АМРБ и ВСРБ) и Ayda Yurekli (ЕРБ и РБЗТО) при поддержке Frank Chaloupka и Sofia Delipalla.

Alison Commar, Sameer Pujari и Shaun Takao обеспечивали управление базами данных и контроль качества данных, отвечали за создание таблиц, диаграмм и приложений.

Мы благодарим за сотрудничество Jennifer Ellis и Kelly Henning, представляющих Инициативу Блумберга по сокращению потребления табака. Мы очень признательны, в частности, Stella Bialous, Vera da Costa e Silva, Geoffrey T. Fong, John Pierce, Martin Raw и Jonathan Samet за их неоценимые отзывы и комментарии. Мы также выражаем особую благодарность Секретариату Конвенции РКБТ ВОЗ, Colin Mathers и Gretchen Stevens и группе сотрудников отдела, занимающегося вопросами курения и здоровья центров США по борьбе с болезнями и их профилактике.

Drew Blakeman принимал участие в составлении настоящего доклада. Особую благодарность мы выражаем нашему редактору и корректору Barbara Campanini и художнику-оформителю Reda Sadki и его группе за эффективную помощь в обеспечении своевременного издания настоящего доклада.

Выпуск настоящего документа ВОЗ финансировался за счет средств гранта, предоставленного Всемирным фондом по борьбе с легочными заболеваниями при финансовой поддержке «Блумберг Филантропиз». Ответственность за содержание настоящего документа лежит целиком на ВОЗ, и оно не отражает позиции Всемирного фонда по борьбе с легочными заболеваниями.



Фотографии и иллюстрации

© The World Bank

Стр. 8 – 9 – Фотограф: Anvar Ilyasov
Стр. 10 – Фотограф: Curt Carnemark
Стр. 12 – 13 – Фотограф: Curt Carnemark
Стр. 16 – 17 – Фотограф: Curt Carnemark
Стр. 20 – Фотограф: Curt Carnemark
Стр. 22 – 23 – Фотограф: Curt Carnemark
Стр. 34 – Фотограф: Anvar Ilyasov
Стр. 44 – Фотограф: Bunyad Dinc
Стр. 60 – Фотограф: Dominic Sansoni
Стр. 64 – 65 – Фотограф: Anvar Ilyasov
Стр. 128 – Фотограф: Curt Carnemark
Стр. 134 – Фотограф: Simone D. McCourtie

© Keystone

Стр. 14/15 – Keystone/Laif
Стр. 18 – Keystone/Laif
Стр. 26/27 – Keystone/Laif
Стр. 72 – Photographer: Martin Rüttschi
Стр. 96 – Keystone/Laif
Стр. 136 – Keystone/EPA

© Court Consulting

Стр. 19 – Иллюстрация

© Medical Art Service

Стр. 23 – Illustrations
Стр. 7 – © World Health Organization
Стр. 21 – © National Tobacco Control Program, Government of India
Стр. 30 – © World Lung Foundation
Стр. 37 – © Environmental Rights Action/Friends of the Earth, Nigeria
Стр. 43 – © Secretaría de Salud del Distrito Federal
Стр. 47 – © National Health Service City and Hackney
Стр. 50 – © Cancer Institute New South Wales
Стр. 51 – © Hormozgan University of Medical Science, Islamic Republic of Iran
Стр. 63 – © Ministry of Health, Brazil

Оформление: **Estúdio Infinito**

Макет: **designsgood.info**

Напечатано: **Imprimerie Nouvelle Gonnet**, Франция

**Доклад ВОЗ о глобальной
табачной эпидемии,
2009 год** подготовлен при
финансовом содействии
**Благотворительного фонда
Блумберга**



**Всемирная
организация здравоохранения**

**20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
www.who.int/tobacco/mpower**

ISBN 978 92 4 456391 5



9 789244 563915