



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Европейский доклад о ситуации в области борьбы против табака, 2014 г.





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Европейский доклад о ситуации области борьбы против табака, 2014 г.

Аннотация

Наиболее значительной составляющей бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ являются неинфекционные заболевания. Будучи одним из основных изменяемых поведенческих факторов риска, употребление табака – это в наибольшей степени предотвратимая причина смертности и заболеваемости, которую можно успешно преодолевать при помощи всестороннего комплекса научно обоснованных антитабачных мер. В Регионе 16% всех смертей происходят по вине табака, самый высокий показатель на глобальном уровне. Настоящий доклад, публикуемый спустя 10 лет после принятия Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, подводит ретроспективные итоги по ситуации в Регионе, чтобы принять наиболее эффективные целенаправленные меры по снижению потребления табака и способствовать дальнейшему стимулированию дискуссий по перспективам достижения цели «Европейский регион – свободный от табака».

Ключевые слова

HEALTH CAMPAIGNS
SMOKING
SMOKING AND HEALTH
TOBACCO
TOBACCO DEPENDENCE
TOBACCO INDUSTRY

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных 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 явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Благодарности	4
Предисловие	5
Введение	6
Часть I – статус осуществления РКБТ ВОЗ	10
Статья 6: Европа – глобальный лидер	11
Статья 8: Европа отстает	13
Статья 11: несмотря на прогресс, необходимо еще много сделать	15
Статья 12: необходимость проведения эффективных кампаний	18
Статья 13: в Европе не удастся запретить все косвенные формы рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий (TAPS)	19
Статья 14: несмотря на успехи в предоставлении помощи желающим прекратить употребление табака, в этом направлении требуется больше усилий	23
Заключение	25
Часть II – Концепция Европейского региона, свободного от табака	27
Будущий сценарий: ограничение легальности табака	29
Будущий сценарий: табак как наркотик	31
Будущий сценарий: табак как товар	32
Заключение: путь к достижению цели «Европейский регион – свободный от табака»	34
Библиография	36
Приложение 1. Региональная сводная таблица мер, принимаемых в рамках РКБТ ВОЗ	42

Благодарности

Концепцию данной публикации составили Gauden Galea и Kristina Mauer-Stender. Дальнейшую работу над ней провели Yulnara Kadirova, Rula Khoury и Kristina Mauer-Stender, которые выражают благодарность всем, кто принял в ней участие.

Особой признательности заслуживают David Ham и Joelle Khoury Auert, которые предприняли совместные усилия в работе над первым разделом доклада, осуществив детальный обзор данных, собранных, проанализированных и проверенных

странами для серии докладов ВОЗ по глобальной табачной эпидемии за период с 2007 по 2012 г., а также представив анализ региональной ситуации по борьбе против табака, включая сравнения с другими регионами ВОЗ.

Региональное бюро приносит благодарность Vera Luizada Costa e Silva, которая выдвинула перспективные идеи концепции Европейского региона, свободного от табака, и будущих сценариев статуса табака в обществе.

Предисловие

Сегодня трудно себе представить, что еще не так давно употребление табака считалось безопасным, в самолетах разрешалось курить, а медики порой даже участвовали в коммерческом продвижении табачных изделий. Если бы мы показали людям, живущим в то время, будущее табака, каким оно является сегодня, и как многого мы добились в борьбе против табака, им было бы трудно осознать реальность подобной ситуации. Так почему бы не обрисовать сегодня нашу собственную «картину будущего», которая также может выходить за рамки текущих ожиданий? Почему бы не представить себе мир, в котором везде, где собираются люди, нет места табачному дыму, в котором на всех, в идеале стандартно упакованных, табачных изделиях помещены крупные графические предупреждения, и в котором полностью отсутствует какая бы то ни было реклама табачной продукции?

В нашем распоряжении имеется мощный инструмент – Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ). Мы знаем, что он эффективен, однако необходимо использовать его потенциал полностью. Спустя десять лет после принятия этого соглашения мы видим, что число людей, чье здоровье защищено благодаря мерам борьбы против табака, увеличивается нарастающими темпами. Однако нет ли необходимости еще более ускорить эти темпы для того, чтобы достичь глобальной добровольной цели в борьбе против неинфекционных заболеваний – обеспечить к 2025 г. относительное сокращение масштабов потребления табака на 30%? В настоящем докладе отображен достигнутый значительный прогресс, но до полного осуществления РКБТ ВОЗ еще далеко. Лишь немногие страны Региона предпринимают комплексный подход к реализации Конвенции. Предварительные прогнозы на 2025 г. свидетельствуют о том, что для достижения глобальной цели необходимо приложить больше усилий.

Необходимо глубоко осознать масштабы численности людей, которые все еще гибнут в результате пагубного воздействия табака, и увидеть за цифрами лица этих людей. Мы должны осознать угрозу жизни и здоровью, связанную с табаком, особенно в нынешние времена ограниченных ресурсов, угрозу, связанную с экономическим бременем табака, которую несет государство и сами курильщики. Надо наращивать наши усилия.

Почему бы не представить в нашем «видении будущего» регион, свободный от табака? Некоторые страны Европейского региона ВОЗ уже показывают пример остальным на региональном и глобальном уровнях, включая такую перспективу в свои стратегии борьбы против табака. Как для этих, так и для всех остальных стран первым шагом к достижению статуса региона, свободного от табака, является полное осуществление РКБТ ВОЗ.

На каждом этапе нашего пути мы должны ожидать агрессивного сопротивления со стороны табачной индустрии. Поэтому борьба против табака должна носить хорошо согласованный характер. Огромное значение имеет координация усилий между различными секторами в стране, и в нашем глобализованном мире ключевую роль играет координация между странами. Этот принцип заложен в основах региональной политики здравоохранения Здоровье-2020, и к его использованию призывает РКБТ ВОЗ. Эта конвенция основана на фактических данных, она дает воодушевляющий стимул для масштабного планирования в целях решения актуальных задач. Борьба против табака – это политика Здоровье-2020 в действии.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Введение

Ежегодно в мире табак убивает около 6 млн человек – больше, чем ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия вместе взятые. Если не будут приняты активные действия, это число к 2030 г. может превысить 8 млн (1).

Употребление табака или пассивное воздействие табачного дыма негативно сказывается на здоровье на протяжении всей жизни человека.

Воздействие табака во время беременности во внутриутробном периоде может повысить вероятность мертворождения и врожденных аномалий. В грудном возрасте оно может стать причиной синдрома внезапной смерти младенца. В детском и подростковом возрасте воздействие табака может стать причиной серьезных нарушений здоровья и инвалидности в результате респираторных заболеваний. У людей среднего возраста оно может быть причиной повышения уровней сердечно-сосудистых заболеваний, а в более поздние периоды жизни – онкологических заболеваний (особенно рака легких), а также повышения уровней смертности от болезней органов дыхания (2).

Борьба против табака является ключевой мерой, направленной на сокращение бремени неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Борьба против табака вносит значительный вклад в снижение уровня НИЗ – в основном таких, как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические заболевания органов дыхания – на которые приходится 63% всех смертей в мире, что в 2008 г. составило 36 млн человек (3).

В Европейском регионе ВОЗ НИЗ являются главной причиной смерти, заболеваемости и инвалидности – с ними связаны почти 86% смертей и 77% бремени болезней (4).

Табак представляется в наибольшей степени предотвратимой причиной смертности и заболеваемости – с ним можно успешно бороться

при помощи всестороннего комплекса анти-табачных мер.

Эффективность мер борьбы против табака необходимо обеспечивать путем их целенаправленного осуществления и межсекторальных действий.

В 2003 г. Всемирная ассамблея здравоохранения единогласно приняла Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (5), сторонами которой в настоящее время являются 177 стран мира. По состоянию на март 2014 г. сторонами Конвенции являются 50 из 53 государств-членов Региона, а также Европейский союз (ЕС) (6).

РКБТ ВОЗ вступила в силу 27 февраля 2005 г. Она содержит юридически обязательные положения в отношении ценовых и налоговых мер (статья 6) и неценовых мер, включая следующие: защита от воздействия табачного дыма (статья 8); меры в отношении упаковки и маркировки табачных изделий (статья 11); просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения (статья 12); запреты на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий (статья 13); меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака (статья 14) (5).

Позитивное значение для борьбы против табака имеют также директивы Евросоюза, исполнение которых носит обязательный характер для 28 из 53 государств-членов Региона (7).

Ниже перечислены некоторые из основных директив ЕС, относящихся к табаку:

- Директива Совета ЕС 2011/64/EU о структуре и ставках акцизных сборов на производимый табак (кодификация) (8);
- новая Директива по табачной продукции, замещающая Директиву (2001/37/EC) (9), устанавливает правила, регулирующие производство, маркетинг и сбыт табака и связанных с ним изделий. Директива войдет в силу в мае 2014 г. с переходным периодом,

в течение которого государства-члены должны привести свое национальное законодательство в соответствие с новыми правилами. Пересмотр Директивы был связан с необходимостью учета последних рыночных, научных и международных изменений (10–12);

- Директива 2003/33/ЕС Европейского парламента и Совета ЕС от 26 мая 2003 г. о сближении законов, нормативов и административных указаний государств-членов в отношении рекламы и спонсорства табачных изделий (13).

Несмотря на применение антитабачных мер на глобальном (РКБТ ВОЗ), региональном (директивы ЕС) и национальном уровнях табачная эпидемия продолжается.

Распространенность курения в Европейском регионе самая высокая среди всех регионов ВОЗ и составляет 28% (рис. 1).

Употребление табака вносит огромный вклад в смертность среди населения Европы. В Европейском регионе и в Регионе стран Америки отмечается наивысший уровень смертности, обусловленной табаком, – 16% (табл. 1).

Табак является причиной 12% смертности людей в мире. Ежегодно в Регионе табак убивает около 1,6 млн человек, что составляет свыше 25% глобальной смертности, связанной с табаком, при том что в Регионе проживает лишь 14% мирового населения (16).

Таблица 1. Доля в структуре общей смертности, обусловленная воздействием табака, по регионам ВОЗ

Регионы ВОЗ	Доля смертности, обусловленная табаком (%)
Европа	16
Страны Америки	16
Западная часть Тихого океана	13
Юго-Восточная Азия	10
Восточное Средиземноморье	7
Африка	3

Источник: WHO global report: mortality attributable to tobacco (15).

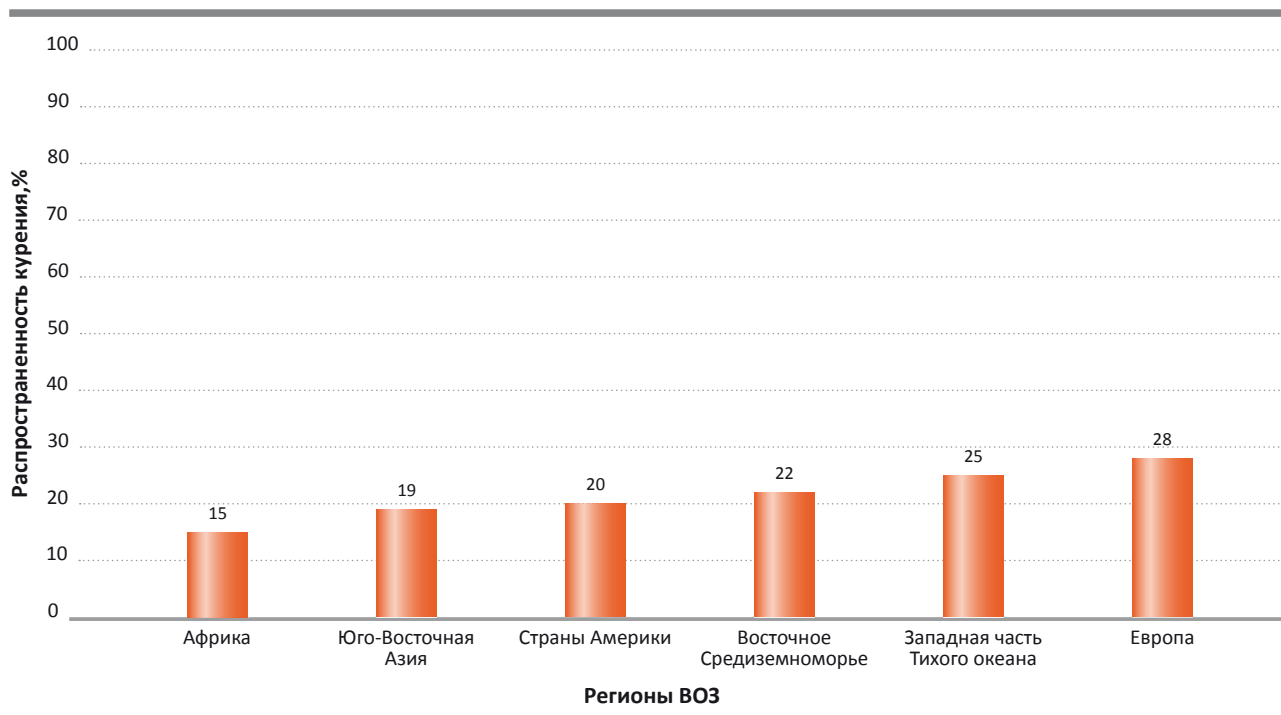
Недостаточное применение мер борьбы против табака оставляет пробелы и лазейки, которыми пользуется табачная индустрия.

Успех борьбы с табаком требует укрепления политической межсекторальной поддержки и решимости: для реализации сильной стратегии нужны сильные лидеры.

Для поддержки и наращивания усилий в борьбе с табаком и НИЗ поставлены четкие и конкретные целевые ориентиры.

Всемирная ассамблея здравоохранения приняла в мае 2013 г. резолюцию WHA66.10, которой был одобрен глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на

Рисунок 1. Распространенность курения по регионам ВОЗ (оценочные данные за 2011 г.)



Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

2013–2020 гг., предусматривающий в качестве одной из 9 добровольных глобальных целей сокращение к 2025 г. распространенности употребления табака на 30% (рис. 2).

В Регионе разработаны основы политики здравоохранения Здоровье-2020, указывающие стратегические направления и устанавливающие набор приоритетных мер, направленных на улучшение здоровья людей (18). Одним из четырех приоритетов является сокращение бремени основных НИЗ в Европе, включая борьбу против табака.

Спустя 10 лет после принятия РКБТ ВОЗ пришло время подвести итоги по ситуации в Регионе, чтобы принять наиболее эффективные целена-

правленные меры по снижению потребления табака и стимулировать возрастающий интерес к стратегиям завершающего этапа.

Важно определить существующие пробелы, чтобы принять меры там, где они нужны в целях сокращения и ликвидации табачной эпидемии.

Первая часть данного доклада посвящена анализу текущего осуществления различных мер РКБТ ВОЗ, включая обзор достигнутых успехов и существующих пробелов, в том числе на фоне других регионов ВОЗ.

Анализ основан на данных, которые были собраны, проанализированы и подтверждены рядом стран в серии отчетов ВОЗ по теме глобальной табачной эпидемии в период с 2007 по 2012 г. (19–22).

Рисунок 2. Глобальная система мониторинга НИЗ



Источник: Глобальная система мониторинга НИЗ (17).

В Ашхабадской декларации по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020, принятой в декабре 2013 г., государства-члены Европейского региона ВОЗ подтвердили свою приверженность совместной работе по достижению во всех государствах-членах Региона глобальной цели борьбы с НИЗ, относящейся к употреблению табака. Страны также проявили стремление выйти за рамки лишь ограничения употребления табака и добиваться того, чтобы Европейский регион стал полностью свободным от табака.

Во второй части доклада рассматриваются концепция завершающей стадии, а также три будущих сце-

нария: табак как легальный продукт, как наркотик и как товар.

Некоторые страны Региона показывают пример остальным на региональном и мировом уровнях, планируя завершающий этап стратегий борьбы против табака и публично объявляя год, когда их население полностью откажется от табака. Тем не менее, прежде чем рассматривать будущие подходы, многие страны Региона все еще должны полностью осуществить всесторонние меры борьбы против табака в качестве первого шага на пути к табачному «эндшпилю». Непосредственное осуществление РКБТ ВОЗ само по себе обеспечит лучшее будущее для последующих поколений.

Часть I – статус осуществления РКБТ ВОЗ

В первой части данного доклада приводится анализ статуса выполнения странами Европейского региона ВОЗ некоторых основных положений РКБТ ВОЗ, включая ценовые и налоговые меры (статья 6); защиту от воздействия табачного дыма (статья 8); меры в отношении упаковки и маркировки табачных изделий (статья 11); просвещение, передачу информации, подготовку и информирование населения (статья 12); вопросы рекламы, стимулирования продаж и спонсорства табачных изделий (TAPS) (статья 13); меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака (статья 14).

Достижения и пробелы в осуществлении мер РКБТ ВОЗ определены и проанализированы со следующих позиций:

- глобальная перспектива – сравнение Европейского региона с другими регионами ВОЗ;
- региональная перспектива – основные тенденции, сильные и слабые стороны проводимых стратегий;
- субрегиональная перспектива – внутрирегиональное сравнение стратегий стран с высоким уровнем доходов (СВД) и низким и средним уровнем (СНСД).¹

Если не указано иное, представленные данные охватывают период 2007–2012 гг.

¹ Страны с высоким уровнем дохода: Австрия, Андорра, Бельгия, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Сан-Марино, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Эстония.

Страны со средним уровнем дохода: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Черногория.

Страны с низким уровнем дохода: Кыргызстан и Таджикистан.

Поскольку только две европейские страны попали в категорию стран с низким уровнем доходов, страны с низким и средним уровнем доходов были объединены в одну группу (СНСД), которая при проведении субрегионального анализа сравнивается с категорией СВД.

Статья 6: Европа – глобальный лидер

Во вставке 1 приведена сводная информация о выполнении европейскими странами статьи 6 РКБТ ВОЗ.

Вставка 1. Ключевые факты

- Европейский регион занимает лидирующие позиции по сравнению со всеми остальными регионами ВОЗ в отношении налоговых мер.
- В период с 2008 по 2012 г. число европейских стран ВОЗ, в которых налоги составляют 75% процентов от розничной цены самой популярной марки сигарет, увеличилось на 29%.
- В 47% стран Европейского региона ВОЗ налоги составляют более 75% розничной стоимости самой популярной марки сигарет.
- В Европейском регионе ВОЗ наблюдается большой разброс в розничных ценах на сигареты.
- Для противодействия стратегиям табачных компаний необходимо комбинировать различные виды налогов.

Ценовые и налоговые меры являются важным средством сокращения потребления табака, особенно среди молодежи.

Поэтому РКБТ ВОЗ призывает Стороны Конвенции включать в число национальных задач здравоохранения по борьбе против табака соответствующие налоговые и ценовые меры в отношении табачных изделий (статья 6).

На уровне Региона достигнут значительный прогресс в отношении налоговых мер.

Повышение налога на табачные изделия является одним из наиболее эффективных путей снижения потребления табака (23, 24).

Число европейских стран, в которых налог составляет более 75% от розничной цены самой популярной марки сигарет², выросло с 15 в 2008 г. до 25 в 2012 г., то есть с 28% до 47%.

Законодательство ЕС вносит важный вклад в успех налоговых мер.

Последний законодательный акт, а именно Директива Совета ЕС 2011/64/EU от 21 июня 2011 г. о структуре и ставках акцизных сборов на производимый табак (кодификация), обязывает страны ЕС выполнять следующие требования:

- размер акциза должен составлять не менее 57% от розничной цены на сигареты;
- размер акциза должен составлять не менее 90 евро на 1000 сигарет, вне зависимости от розничной цены (8).

СВД добились отличных результатов в рамках Региона.

В 2012 г. в 65% СВД налог составлял более 75% розничной цены, для сравнения – в СНСД этот показатель составляет 24%, а в среднем по Региону – 72%. Несмотря на отставание, СНСД смогли добиться за последние годы значительных улучшений: за 4 года данный показатель вырос с 5% (2008 г.) до 27% (2012 г.).

Регион не только добился значительного прогресса в течение последних лет, но и опережает все остальные регионы ВОЗ.

В 2012 г. в 47% стран Региона (25 стран) доля налоговых отчислений составляла более 75% розничной стоимости самой популярной марки сигарет (табл. 2).

Однако в Европе сохраняется большой разброс розничных цен на сигареты (РЦС).

Данные, собранные в 2012 г., показывают, что розничная цена упаковки (20 шт.) наиболее распространенной марки сигарет колеблется от 1,02 международного доллара (Казахстан) до 10,56 международного доллара (Ирландия).

² В серии докладов ВОЗ о глобальной табачной эпидемии выделено 4 категории стран, в зависимости от доли налога: категория «более 75% розничной цены является налогом» объединяет страны, где доля налога самая высокая (19–22).

Таблица 2. Страны, в которых налоговые отчисления составляют более 75% розничной цены самой популярной марки сигарет, в разбивке по регионам ВОЗ, 2012 г.

Регионы ВОЗ ^a	Страны	
	Число	%
Европа	25	47
Восточное Средиземноморье	3	13
Страны Америки	2	6
Западная часть Тихого океана	1	4
Африка	1	2
Юго-Восточная Азия	0	0

a В соответствии с резолюцией WHA66.21, принятой на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 г., Южный Судан перешел из Региона Восточного Средиземноморья в Африканский регион. Данные и расчеты, приведенные в настоящем докладе, охватывают период 2007–2012 гг., когда Южный Судан входил в состав Региона Восточного Средиземноморья.

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

Большой разброс значений РЦС между странами Региона, показанный в таблице 3, создает почву для трансграничных закупок и/или незаконной торговли.

Эта проблема стоит особенно остро там, где большая разница в РЦС наблюдается между соседними странами, например между следующими:

- Румыния (6,11 межд. долл.) и Украина (1,75 межд. долл.) или Республика Молдова (1,80 межд. долл.);
- Туркменистан (4,96 межд. долл.) и Узбекистан (1,80 межд. долл.);
- Болгария (6,13 межд. долл.) и бывшая югославская Республика Македония (2,57 межд. долл.);
- Турция (4,89 межд. долл.) и Грузия (1,37 межд. долл.).

Таблица 3. РЦС наиболее популярной марки табачных изделий в странах Европейского региона, 2012 г.

РЦС (в международных долларах)	Страны	
	Число	%
< 3	13	25
3–5	15	28
5–8	19	36
< 8	3	6

a Для Андорры, Монако и Сан-Марино данные отсутствуют.

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

Значительная разница в РЦС не всегда является результатом различной доли налоговых отчислений.

Важно отметить, что между высокой долей налога в розничной цене и высокой ценой на сигареты отсутствует систематическая связь. В ряде стран с весьма различными значениями РЦС регистрируется одна и та же итоговая доля налоговых отчислений (включающая все применимые налоги и акцизы).

Например, в некоторых странах, где налог составляет около 80% розничной цены, конечная цена заметно различается: 2,18 межд. долл. в Черногории, 4,56 межд. долл. в Словении, 4,89 межд. долл. в Турции, 4,98 межд. долл. в Финляндии, 6,78 межд. долл. во Франции и 9,79 межд. долл. в Соединенном Королевстве.

Для противодействия стратегиям табачных компаний необходимо комбинировать различные виды налогов.

Для налогообложения табачной продукции можно использовать различные финансовые инструменты, в том числе акцизный сбор и импортные пошлины (применимы к отдельным товарам, включая табачные изделия), а также налог на добавочную стоимость и налог с продаж (применимы к любым товарам).

Адвалорные акцизы могут существенно влиять на розничную цену: чем выше ставка такого акциза, тем существеннее повышение цены.

Однако адвалорные акцизы можно «обойти» – табачные компании могут смягчить их воздействие путем установления изначально низкой розничной цены.

В отличие от адвалорных, количественно-ориентированные (специфические) акцизные сборы рассчитываются не по розничной цене, а в применении к объему продукции: на одну сигарету, пачку, 1000 сигарет, килограмм (например, 1,75 межд. долл. за упаковку из 20 сигарет). Таким образом, табачная индустрия не может влиять на размер акцизов путем снижения розничной цены.

В этой связи важно отметить следующее: чтобы эффективно способствовать увеличению розничной цены, которое влечет за собой снижение потребления табака, необходимо комбинировать различные виды налогов.

Ценовые и налоговые меры являются эффективным способом снижения потребления табака, однако они

должны быть дополнены неценовыми мерами, в том числе следующими: защита от воздействия табачного дыма; меры в отношении упаковки и маркировки табачных изделий; просвещение, передача информации, подготовка и информирование насе-

ления; меры в отношении рекламы, стимулирования продаж и спонсорства табачных изделий (TAPS).

Только комплексный подход может быть в полной мере эффективен.

Статья 8: Европа отстает

Во вставке 2 приведена сводная информация об осуществлении европейскими странами Статьи 8 РКБТ ВОЗ.

Вставка 2. Ключевые факты

- Лишь в 9 европейских странах действует запрет на курение во всех общественных местах, при этом уровни соблюдения запрета варьируются.
- В отношении защиты от воздействия табачного дыма Европейский регион отстает от большинства остальных регионов ВОЗ.
- Меры защиты от воздействия табачного дыма остаются недостаточными, особенно в государственных учреждениях, общественном транспорте, ресторанах и барах, а также в рабочих помещениях.
- Европейский регион добился неплохих результатов в области штрафов – в 62% стран законодательно введена система штрафов, как для владельцев помещения / территории, так и для курильщиков.

«... научные данные недвусмысленно подтверждают, что воздействие табачного дыма является причиной смерти, болезней и инвалидности» (статья 8.1 РКБТ ВОЗ) (5).

Для защиты людей от разрушающих здоровье последствий воздействия табачного дыма необходимо, чтобы

все Стороны РКБТ ВОЗ приняли меры, обеспечивающие защиту от воздействия табачного дыма в рабочих помещениях, общественном транспорте, общественных помещениях и, по мере необходимости, в других общественных местах.

Разработаны руководящие принципы по осуществлению статьи 8 для оказания помощи Сторонам в выполнении их обязательств и определении ключевых элементов законодательства, необходимых для эффективной защиты людей от воздействия табачного дыма (25).

Руководство настоятельно рекомендует принятие комплексных законодательных мер защиты от воздействия табачного дыма в течение пяти лет после вступления в силу РКБТ ВОЗ.

Некоторый прогресс достигнут в отношении всесторонних запретов на курение.

В период с 2007 по 2012 г. доля европейских стран, где введен запрет на курение во всех общественных местах, выросла, соответственно, с 4 до 9%, хотя существует разброс в степени соблюдения.³

Несмотря на прогресс, Регион все еще обеспечивает менее полноценную защиту от воздействия табачного дыма по сравнению с большинством других регионов ВОЗ.

Имея лишь 9 стран с запретом на курение во всех общественных местах, Европейский регион занимает предпоследнее место среди регионов ВОЗ (опережая только Африканский регион) (табл. 4).

³ В 2007 г. странами, свободными от табачного дыма, считались Албания, Ирландия, Соединенное Королевство и Туркменистан. В 2008 г. свободной от табачного дыма стала Турция, в 2010 г. в эту категорию вошли Греция, Испания и Мальта, в 2012 г. – Болгария (19–22).

Таблица 4. Страны, где действует запрет на курение во всех общественных местах, по регионам ВОЗ, 2012 г.

Регионы ВОЗ	Страны	
	Число	%
Страны Америки	14	40
Юго-Восточная Азия	3	27
Западная часть Тихого океана	7	26
Восточное Средиземноморье	5	22
Европа	9	17
Африка	5	11

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

Прогресс в сокращении воздействия табачного дыма, достигнутый за последние годы, был неравномерным: не все общественные места регулируются в равной степени.

В период с 2007 по 2012 г. законодательная база в сфере запрета на курение была усовершенствована, но эти меры не применяются одинаково ко всем категориям общественных мест.

Улучшения оказались особенно значимыми для школ, университетов, государственных учреждений, общественного транспорта, ресторанов и баров. За период с 2007 по 2012 г. доля европейских стран, которые ввели запрет на курение в вышеперечисленных местах, выросла примерно на 20%.

С другой стороны, за тот же период (2007–2012 гг.) успехи оказались не столь примечательны для учреждений системы здравоохранения и офисных помещений. Доля европейских стран, установивших запрет на курение в учреждениях системы здравоохранения, выросла лишь на 15%, а в офисных помещениях – лишь на 10%.

Значения показателя защиты от воздействия табачного дыма колеблются в широких пределах, в зависимости от типа общественных мест (рис. 3).

По состоянию на 2012 г. в 32 европейских странах действовал запрет на курение в учреждениях системы здравоохранения, в 32 – запрет на курение в университетах и в 38 – запрет на курение в школах.

В противоположность этому, другие общественные места, такие как государственные учреждения, обще-

ственный транспорт, рестораны и бары, офисные помещения, охвачены в меньшей степени. По состоянию на 2012 г. в 23 европейских странах действовал запрет на курение в государственных учреждениях, в 16 – запрет на курение в ресторанах, в 16 – в барах и лишь в 11 – запрет на курение в офисных помещениях.

СНСД в целом обеспечивают более полноценную защиту от воздействия табачного дыма в общественных местах.

СНСД лидируют в отношении запрета на курение в учреждениях системы здравоохранения и университетах (73%), в государственных учреждениях (50%), ресторанах и барах (36%). Соответствующие цифры для СВД – 52, 39 и 26%; средние показатели по Региону – 60, 43 и 20%.

В большинстве стран Региона законодательно введены штрафы за нарушение правил в отношении курения.

Штрафы являются одной из мер, обеспечивающих соблюдение существующих правил.

В период с 2007 по 2012 г. число стран Региона, где законодательно введены штрафы за нарушение запретов на курение, выросло с 35 до 49 (около 92% европейских стран).

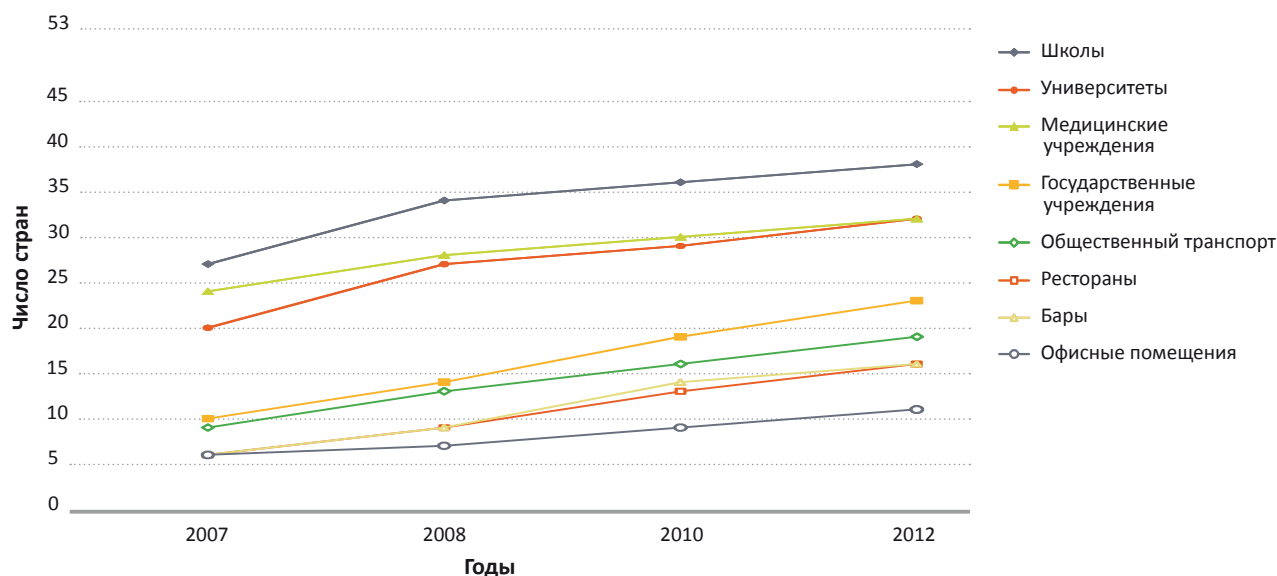
Наиболее заметных успехов удалось достичь в тех странах, которые штрафуют как владельца общественного места/территории, так и курильщика, согласно рекомендации, приведенной в статье 8 РКБТ ВОЗ (25). Число стран Региона, входящих в эту категорию, выросло с 22 (42%) до 33 (62%). В других регионах ВОЗ доля стран, практикующих подобные меры, варьируется от 28% в Африканском регионе до 52% в Регионе Восточного Средиземноморья.

СВД лидируют по охвату штрафными санкциями.

В отношении наложения штрафов как на владельца помещения, так и на курильщика наибольшего успеха добились СВД (77% СВД по сравнению с 41% СНСД).

Напротив, в СНСД штрафные меры направлены в основном только на самих курящих. В 41% СНСД штрафы налагаются только на курильщиков, в то время как среди СВД только 13% практикуют подобный подход.

Рисунок 3. Запрет на курение в общественных местах в Европейском регионе, 2007–2012 гг.



Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14)

Статья 11: несмотря на прогресс, необходимо еще много сделать

Во вставке 3 приведена сводная информация о выполнении странами Региона статьи 11 РКБТ ВОЗ.

Потребление табака можно снизить путем повышения информированности населения относительно вредного воздействия табака на здоровье.

РКБТ ВОЗ (статья 11) содержит требования к упаковке и маркировке табачных изделий, которые должны быть реализованы в течение трех лет после вступления Конвенции в силу.

Разработаны руководящие принципы по осуществлению статьи 11 для оказания помощи Сторонам в выполнении своих обязательств: в нем предлагаются пути

повышения эффективности мер в отношении упаковки и маркировки (25).

В Регионе достигнуты весомые результаты по выполнению требований к упаковке и маркировке табачных изделий.

Уменьшается число европейских стран, где не применяются предупреждения или они мелкие. Доля европейских стран, в которых предупреждения на упаковках табачной продукции занимают мало места или отсутствуют⁴, сократилась с 21% (11 стран) в 2007 г. до 11% (6 стран) в 2012 г.

По состоянию на 2012 г. в 32% стран Европы на упаковках помещались предупреждения среднего размера⁵

⁴ В среднем размер предупреждения составляет менее 30% от общей площади передней и задней части упаковки.

⁵ Средний размер предупреждения составляет от 30% до 49% от общей площади передней и задней части упаковки.

Вставка 3. Ключевые факты

- Уменьшается число европейских стран, где не применяются предупреждения или они маленького размера; доля таких стран снизилась с 21% в 2007 г. до 11% в 2012 г.
- Соответственно, доля европейских стран со средним размером предупреждений, соответствующих всем требованиям, или с большим, но с отсутствием некоторых параметров, выросла с 6% в 2007 г. до 32% в 2012 г.
- Лишь в 4% европейских стран применяются предупреждения большого размера со всеми необходимыми характеристиками – самый низкий показатель среди всех регионов.
- Несмотря на то что число европейских стран, где обязательными являются графические предупреждения, увеличилось с 2007 по 2012 г. на 30%, по состоянию на 2012 г. это требование введено лишь в 38% европейских стран.
- Ни в одной из европейских стран не введены ограничения на красочность оформления упаковки.

со всеми надлежащими характеристиками⁶ (или крупные предупреждения⁷ без некоторых из надлежащих характеристик) – число таких стран выросло с 3 до 17.

Достигнуты улучшения в плане применения графических предупреждений (в виде иллюстраций). Доля стран, требующих помещения графических предупреждений, увеличилась с 8% (4 страны) в 2007 г. до 38% (20 стран) в 2012 г.

Новая Директива о табачной продукции демонстрирует высокий потенциал и возможности для усовершенствования.

Директива о табачной продукции 2001 г., обязательная для выполнения в странах ЕС, ввела в действие правила в отношении производства, выпуска и продажи табачных изделий, включая обязательное наличие предупреждений о вреде для здоровья, требования к их размеру, формату и другим характеристикам, а также запрет на описание каких-либо изделий как менее вредных, чем другие (например, «легкие сигареты») (9).

В мае 2005 г. Комиссия Европейских сообществ утвердила набор из 42 цветных фотографий и других иллюстраций на выбор для использования в государствах-членах в целях усиления эффекта текстовых предупреждений (Решение Комиссии С(2005) 1452, окончательная версия) (26).

Кроме того, имеется коллекция графических изображений для использования совместно с текстовыми предупреждениями. При этом отмечается, что применение графических предупреждений все еще является добровольным (27).

Недавно был проведен пересмотр Директивы 2001 г. с учетом последних изменений рыночной, научной и международной ситуации. Новая директива предусматривает такие меры, как запрет ароматизированных сигарет, регламентирование электронных сигарет, увеличение размеров предупреждений и иллюстраций, добровольное введение простой упаковки (10–12).

Директива войдет в силу в мае 2014 г. с переходным периодом, в течение которого государства-члены должны привести свое национальное законодательство в соответствие с новыми правилами.

Предпринятые до настоящего времени усилия воодушевляют, однако новые рыночные

⁶ Надлежащие характеристики: четкая информация о вреде для здоровья; размещение информации как на отдельных пачках, так и на любой более крупной таре и этикетках, которые используются для розничной продажи; должно быть подробно описано вредное воздействие употребления табака на здоровье; надписи должны быть крупными, четкими, заметными и легко читаемыми (напр., должны использоваться определенные цвета, типы и размеры шрифтов); надписи следует периодически заменять; предупреждения должны сопровождаться рисунками или пиктограммами; надписи должны быть представлены на всех основных языках страны.

⁷ Средний размер предупреждения составляет не менее 50% от общей площади передней и задней части упаковки.

стратегии табачной индустрии создают необходимость дальнейшего повышения требований к упаковке и маркировке.

В 2012 г. лишь в 2 странах Региона в перечень требований входило помещение крупного предупреждения со всеми надлежащими характеристиками (табл. 5).⁸ Другие регионы ВОЗ, особенно Регион стран Америки, ушли гораздо дальше в этом направлении.

Таблица 5. Страны, требующие помещения на табачных изделиях крупных предупреждений со всеми надлежащими характеристиками, по регионам ВОЗ, 2012 г.

Регионы ВОЗ	Страны	
	Число	%
Страны Америки	12	34
Юго-Восточная Азия	3	27
Западная часть Тихого океана	6	22
Восточное Средиземноморье	3	13
Африка	4	9
Европа	2	4

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

Не все параметры упаковки и маркировки в одинаковой степени регламентируются законом.

Некоторые параметры упаковки и маркировки регламентируются в недостаточной степени. Среди европейских стран 38% (20 стран) ввели графические предупреждения, 27% (9 стран) требуют указывать телефон служб поддержки для тех, кто хотел бы бросить курить (если в стране действует телефонная служба поддержки), 4% (2 страны) требуют, чтобы предупреждения размещались вверху наиболее заметной части упаковки, и 2% (1 страна) требуют указывать качественную информацию о составе табачного дыма.

Некоторые требования к упаковке и маркировке полностью отсутствуют в европейских странах. Среди них запрет на указание предельных сроков хранения на упаковке; предупреждения, которые не снимают и не уменьшают ответственность табачных компаний; запреты на описание вкусовых характеристик на упаковке и маркировке; запрет на приведение количественных данных о составе дыма; обязательное применение простой (бескрасочной) упаковки.

СВД в целом имеют более развернутые системы регламентации упаковки и маркировки табачных изделий.

Между СВД и СНСД существует неравенство в сфере регламентации требований к упаковке и маркировке табачных изделий.

Так, например, в большем числе СВД (90%), чем СНСД (77%), действует запрет на дезинформирующую терминологию на пачках сигарет, средний показатель по Региону при этом составляет 85%.

Аналогичным образом, в большем числе СВД (87%), чем СНСД (68%), требуется помещать предупреждения как на отдельные пачки, так и на любую другую тару и этикетки, используемые при розничной продаже; средний показатель по Региону – 79%.

Различия еще сильнее (81% СВД и 55% СНСД) в отношении требования помещать предупреждения на все табачные изделия: местного производства, импортные или для беспошлинной продажи; средний показатель по Региону – 70%.

Наконец, вдвое больше СВД (87%), по сравнению с СНСД (41%), запрещают использование дезинформирующей терминологии в описаниях заменителей сигарет; средний показатель по Региону – 68%.

Не все табачные изделия регламентируются в одинаковой степени. Требования к упаковке и маркировке предъявляются в большей степени к сигаретам, чем к другим табачным изделиям.

К упаковке и маркировке других табачных изделий помимо сигарет (то есть другие формы курительного табака и бездымный табак) предъявляются менее жесткие требования, особенно если речь идет о бездымном табаке.

Например, требования об обязательном использовании графических предупреждений для сигарет действуют в 20 странах Региона, для других видов курительного табака – в 19 странах, а для бездымного табака – лишь в 7 странах.

Различия еще сильнее, если речь идет о требовании «чередовать различные формулировки предупреждений», которое для сигарет существует в 47 странах, для других видов курительного табака – в 45 странах, а для бездымного табака – лишь в 7 странах.

⁸ Эти страны – Украина (с 2010 г.) и Турция (с 2012 г.)

Статья 12: необходимость проведения эффективных кампаний

Во вставке 4 приведена сводная информация о выполнении европейскими странами статьи 12 РКБТ ВОЗ.

Вставка 4. Ключевые факты

- В 2010 г. 26% европейских стран провели национальные кампании как минимум по семи надлежащим характеристикам, включая освещение на телевидении и/или радио.
- В 2012 г. эта доля составила лишь 15% – существенно меньше по сравнению с регионами Юго-Восточной Азии (27%) и Западной части Тихого океана (37%).
- За период с января 2011 г. по июнь 2012 г. 42% европейских стран не провели ни одной национальной кампании длительно-стью не менее трех недель.

«Каждая Сторона поддерживает и укрепляет систему информирования населения по вопросам борьбы против табака» (статья 12 РКБТ ВОЗ)⁽⁵⁾.

Кампании играют ключевую роль в борьбе с табаком, при условии что они планируются так, чтобы была обеспечена эффективность (см. вставку 5). Для анализа были взяты только кампании, которые были проведены в период с января 2011 г. по июнь 2012 г. и продолжались не менее трех недель.

Число эффективных медийных кампаний по борьбе против табака ограничено.

Число европейских стран, которые провели национальные кампании с соблюдением не менее семи надлежащих характеристик, включая освещение на телевидении и/или радио, сократилось с 14 (26% стран Региона) в 2010 г. до 8 (15%) в 2012 г.⁹

Вставка 5. Характеристики кампаний в средствах массовой информации

Характеристики, использованные при составлении обзоров по европейским странам для серии докладов ВОЗ о глобальной табачной эпидемии.

1. Кампания являлась частью всесторонней программы борьбы против табака.
2. Перед ее проведением были проведены или проанализированы исследования в целях получения детальных представлений о целевой аудитории.
3. Информационные материалы кампании были предварительно протестированы на целевой аудитории и уточнены в соответствии с задачами кампании.
4. Были оплачены или забронированы эфирное время (на радио, телевидении) и/или места размещения и размножение материалов (рекламные щиты, печатные объявления и т. д.).
5. Организация-исполнитель провела работу с журналистами, чтобы привлечь внимание общественности или обеспечить новостное освещение кампании.
6. Была осуществлена оценка процесса, для того чтобы определить, насколько эффективно проходила кампания.
7. Была проведена оценка результатов кампании для определения ее конечного полезного эффекта.
8. Кампания освещалась на телевидении и/или радио.

Источник: WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship (22).

⁹ Эти страны следующие: Беларусь, Грузия, Люксембург, Норвегия, Российская Федерация, Соединенное Королевство, Турция и Швейцария.

Как показано в таблице 6, более низкие показатели наблюдаются только в Африканском регионе.

СНСД не снижают число проводимых эффективных антитабачных кампаний в средствах массовой информации.

Доля СВД, которые проводят антитабачные медийные кампании с соблюдением не менее семи надлежащих характеристик, включая освещение на телевидении и/или радио, снизилась с 32% в 2010 г. до 13% в 2012 г., тогда как в СНСД этот показатель за тот же период стабильно держится на отметке в 18%.

За период с января 2011 г. по июнь 2012 г. почти половина европейских стран не провели ни одной национальной кампании длительностью не менее трех недель.

Имея 42% стран, не проводящих национальных кампаний длительностью не менее трех недель, Европейский регион занимает предпоследнее место среди регионов ВОЗ (опережая только Регион Юго-Восточ-

Таблица 6. Страны, которые провели национальные кампании с соблюдением не менее семи надлежащих характеристик, включая освещение на телевидении и/или радио, по регионам ВОЗ, 2012 г.

Регионы ВОЗ	Страны	
	Число	%
Западная часть Тихого океана	10	37
Юго-Восточная Азия	3	27
Страны Америки	6	17
Восточное Средиземноморье	4	17
Европа	8	15
Африка	6	13

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

ной Азии, имеющий 27%). Соответствующие значения данного показателя для регионов Африки, стран Америки, Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана составляют, соответственно, 70, 57, 57 и 52%.

Статья 13: в Европе не удастся запретить все косвенные формы рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий (TAPS)

Во вставке 6 приведена сводная информация о выполнении европейскими странами статьи 13 РКБТ ВОЗ.

Введение полного запрета на TAPS имеет ключевое значение для сокращения потребления табака (статья 13.1 РКБТ ВОЗ)(5).

Согласно РКБТ ВОЗ Стороны конвенции обязаны в течение пяти лет с момента ее вступления в силу ввести полный запрет на все формы TAPS, как прямые

так и косвенные, обладающие явной или вероятной эффективностью в отношении коммерческого продвижения табачных изделий или популяризации употребления табака (5).

Разработаны руководящие принципы по осуществлению статьи 13 для оказания помощи Сторонам в выполнении своих обязательств: в нем предлагаются рекомендации по введению полного запрета на TAPS и контролю за его соблюдением (25).

Вставка 6. Ключевые факты

- Европейский регион отстает от других регионов ВОЗ в реализации всеобъемлющих запретов на TAPS.
- Введение запретов на прямые формы TAPS в целом носит удовлетворительный характер, однако необходимы более активные усилия в отношении запретов на косвенные формы TAPS.
- Запреты на TAPS чаще всего охватывают следующие сферы: национальные каналы телевидения и радио, местные журналы и газеты, рекламные щиты и наружная реклама, международное телевидение и радио, Интернет, скрытая реклама, бесплатное распространение табачной продукции, торговые автоматы, спонсорские мероприятия и рекламные скидки.
- Слабее всего регламентируются косвенные формы TAPS, куда входит расширение бренда, заимствование бренда, показ табачной продукции по телевидению и/или в фильмах, популяризация «корпоративной социальной ответственности» (КСО), а также участие в проведении медийных кампаний по профилактике болезней.

На сегодняшний день полный запрет на TAPS введен лишь в нескольких европейских странах.

По состоянию на 2012 г. только три европейские страны¹⁰ (то есть около 6%) ввели полный запрет на все формы прямой и косвенной рекламы.¹¹

В вопросе введения полного запрета на TAPS Европейский регион добился менее значительного прогресса по сравнению с другими регионами ВОЗ.

Имея в 2007 г. лишь одну страну (2%), которая ввела полный запрет на TAPS, Европейский регион занимал

третье место среди регионов ВОЗ, после Региона Восточного Средиземноморья (14%) и Африканского региона (9%). В остальных трех регионах ВОЗ ни в одной стране не было введено полного запрета.

За период с 2007 по 2012 г. число европейских стран, которые ввели полный запрет, выросло до трех (табл. 7).

Таблица 7. Число стран, в которых введен полный запрет на TAPS, 2007–2012 гг., по регионам ВОЗ

Регионы ВОЗ	Число стран	
	2007	2012
Африка	4	9
Страны Америки	0	3
Юго-Восточная Азия	0	1
Европа	1	3
Восточное Средиземноморье	3	5
Западная часть Тихого океана	0	3

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

Несмотря на то что Европейский регион отстает по введению полного запрета на TAPS, он демонстрирует весьма хорошие показатели по регламентированию некоторых форм TAPS.

Это в первую очередь касается прямых форм TAPS.

Многие европейские страны ввели запрет на рекламу и стимулирование продажи табачной продукции по национальному телевидению и радио (50 стран), в местных журналах и газетах (45 стран), наружной рекламе (43 страны) и на международных каналах телевидения и радио (43 страны) (рис. 4).

В большинстве стран также запрещены некоторые косвенные формы TAPS, например скрытая реклама (39 стран), бесплатное распространение табачных изделий (35 стран), торговые автоматы с табачной продукцией (30 стран) и рекламные скидки (29 стран). В 29 странах Региона табачным компаниям запрещено

¹⁰ Эти страны следующие: Албания (в 2007 г. признана страной, где действует запрет на все формы TAPS), Испания (с 2010 г.) и Турция (с 2012 г.).

¹¹ Для анализа взяты следующие прямые формы TAPS: реклама на национальном телевидении и радио, в местных журналах и газетах и на рекламных щитах, наружная реклама и реклама в торговых точках.

Косвенные формы TAPS: бесплатное распространение табачных изделий, рекламные скидки, нетабачные товары, выпускаемые под табачными брендами (расширение бренда), табачные изделия, выпускаемые под нетабачными брендами (заимствование бренда), появление названий табачных брендов и самих изделий на телевидении и/или в фильмах (скрытая реклама), спонсорские мероприятия (включая программы корпоративной социальной ответственности).

Рисунок 4. Доля стран Европейского региона, где введен запрет на TAPS



Источник: WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship(22).

спонсировать мероприятия, однако всего лишь в трех странах запрещается проводить мероприятия под маской корпоративной социальной ответственности, в действительности направленные на популяризацию табачных компаний или их продукции.

Большинство европейских стран регламентируют некоторые косвенные формы TAPS, такие как скрытая реклама, бесплатное распространение табачных изделий, торговые автоматы с табачной продукцией, спонсирование мероприятий табачными компаниями и рекламные скидки.

Достижение вышеизложенных позитивных результатов – это и заслуга директив ЕС, обязательных для выполнения государствами-членами ЕС.

Директива 2003/33/ЕС по рекламе и спонсорству табачной продукции предписывает введение запрета на все формы рекламы и коммерческого продвижения табачных изделий в печатных СМИ, на радио и в Интернете. Она также запрещает табачным компаниям спонсировать международные мероприятия, а также бесплатно распространять табачные изделия во время подобных мероприятий (13).

Директива об аудиовизуальных медийных услугах (2007/65/ЕС) запрещает рекламу и спонсорство та-

бачных изделий в любых формах аудиовизуальных коммерческих коммуникаций, включая скрытую рекламу (28).

За период с 2007 по 2012 г. в регламентации некоторых видов TAPS был достигнут заметный прогресс.

За период с 2007 по 2012 г. выросло на 25%, с 26 до 39, число европейских стран, запрещающих скрытую рекламу табака и табачных изделий.

Аналогичным образом выросла на 13% представленность запрета на рекламу и продвижение табака в Интернете – с 27 до 34 стран.

Также с 2007 по 2012 г. еще 9 европейских стран (около 17%) ввели запрет на продажу табачных изделий через торговые автоматы, тем самым доля таких стран в Европе в 2012 г. достигла 57%.

Регион занимает первое место в мире по запретам на некоторые виды прямой и косвенной рекламы.

По некоторым формам рекламы табака в Регионе в 2012 г. действовали наиболее жесткие ограничения TAPS¹² (табл. 8).

¹² В серии докладов ВОЗ по глобальной табачной эпидемии выделено четыре категории ограничений TAPS, применяемых в странах. Высшая категория (наиболее жесткие ограничения TAPS) – «запрет на все формы прямой и косвенной рекламы». Вторая категория – «запрет на рекламу в национальных каналах телевидения, радио и в печатных СМИ, а также на некоторые другие, но не все, формы прямой/косвенной рекламы». Третья категория – «запрет на рекламу только в национальных каналах телевидения, радио и в печатных СМИ». Последняя категория – «полное отсутствие запрета или он не распространяется на национальные каналы телевидения, радио или печатные СМИ» (19–22).

Таблица 8. Страны, где действует запрет на рекламу табачных изделий на национальных каналах телевидения, радио, в печатных средствах массовой информации, а также на некоторые другие формы прямой/непрямой рекламы, 2012 г.

Регионы ВОЗ	Страны	
	Число	%
Европа	42	79
Западная часть Тихого океана	18	67
Юго-Восточная Азия	7	64
Восточное Средиземноморье	13	57
Африка	14	30
Страны Америки	9	26

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

В Регионе недостаточно строго регламентируются некоторые прямые формы TAPS, и еще более выраженные пробелы имеются в контроле над косвенными формами TAPS.

Контроль за рекламой табака в международных журналах и газетах, а также в торговых точках все еще носит ограниченный характер. Только 21 (40%) европейская страна ввела запрет на рекламу табака в международных журналах и газетах, и лишь 19 (36%) – на рекламу в торговых точках.

В таблице 9 показаны основные пробелы в регулировании не прямых форм TAPS в Регионе.

Между СНСД и СВД имеются различия по регламентированию TAPS.

СНСД достигли высоких результатов в контроле за продажей табачных изделий через торговые авто-

маты, которые запрещены в 91% стран СНСД и лишь в 32% СВД.

Также в СНСД лучше контролируются международные формы рекламы табака. Запрет на рекламу табака на международных каналах телевидения и радио в большем числе СНСД (86%) по сравнению с СВД (77%). Это же относится и к запрету на рекламу табака в международных журналах и газетах: СНСД – 59%, СВД – 26%.

Вместе с тем СНСД должны наращивать свои усилия. Эта группа стран отстает от СВД по запрету на бесплатное распространение табачных изделий: СНСД – 59%, СВД – 71%. Аналогично, в СВД чаще применяется запрет на рекламные скидки: СНСД – 41%, СВД – 65%.

Таблица 9. Страны Европейского региона, в которых действует запрет на косвенные формы TAPS, 2012 г.

Запрет на косвенные формы TAPS	Страны	
	Число	%
Расширение бренда	17	32
Заимствование бренда	13	25
Показ табачных изделий по телевидению и/или в фильмах	12	23
Популяризация принципа корпоративной социальной ответственности табачными и нетабачными компаниями;	3	6
Участие табачных компаний в медийных кампаниях по профилактике болезней	3	6
Обязательное наличие антитабачных предупреждений при показе медийных сюжетов, описывающих табачные продукты и их использование или содержащих их изображения	1	2

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

Статья 14: несмотря на успехи в предоставлении помощи желающим прекратить употребление табака, в этом направлении требуется больше усилий

Во вставке 7 приведена сводная информация о выполнении европейскими странами статьи 14 РКБТ ВОЗ.

Вставка 7. Ключевые факты

- За период с 2007 по 2012 г. число европейских стран, где действуют национальные телефонные линии помощи желающим прекратить употребление табака и покрываются расходы на никотинзамещающую терапию (НЗТ) и некоторые другие аналогичные услуги, увеличилось на 5% – с 4 до 7 стран.
- В 2012 г. 68% европейских стран предлагали НЗТ и/или некоторые другие услуги по прекращению употребления табака (с покрытием расходов по крайней мере на одну из них); в 2007 г. этот показатель составлял 42%.
- На глобальном уровне Регион занимает среднее положение по наличию национальной телефонной линии помощи желающим отказаться от употребления табака и покрытию расходов на НЗТ и другие услуги по прекращению курения, однако он превосходит другие регионы по предоставлению НРТ и/или других услуг для отказа от курения (с покрытием расходов по крайней мере на одну из них).

«Каждая сторона ... принимает эффективные меры для содействия прекращению употребле-

ния табака и обеспечения адекватного лечения табачной зависимости (статья 14 РКБТ ВОЗ) (5).

Разработаны руководящие принципы по осуществлению статьи 14 для оказания помощи Сторонам в выполнении их обязательств; в нем определены ключевые эффективные меры, необходимые для содействия прекращению употребления табака и включению лечения табачной зависимости в национальные программы борьбы против табака и системы здравоохранения;

В руководстве подчеркивается важность поддержки услуг по прекращению употребления табака и лечению табачной зависимости как важных компонентов всеобъемлющей комплексной программы борьбы против табака. «Оказание потребителям табака содействия в их усилиях прекратить употребление табака и успешное лечение табачной зависимости усилят другие меры политики в области борьбы против табака благодаря росту их поддержки со стороны общества и повышению их приемлемости» (25).

В Регионе медленными темпами растет предоставление комплексных услуг для желающих прекратить употребление табака.

В 2012 г. лишь в 13% европейских стран¹³ действовали телефонные линии для желающих бросить курить и покрывались расходы на НЗТ и отдельные иные услуги по прекращению употребления табака; в 2007 г. доля таких стран составляла 8%. В этом отношении Европейский регион занимает среднее положение среди других регионов ВОЗ.

¹³ Эти страны следующие: Дания, Израиль, Ирландия, Румыния, Соединенное Королевство, Турция и Франция.

Таблица 10. Страны, в которых действует национальная телефонная линия для желающих бросить курить, а также предоставляются услуги НЗТ и отдельные услуги для прекращения употребления табака с компенсацией расходов, по регионам ВОЗ, 2012 г.

Регионы ВОЗ	Страны	
	Число	%
Страны Америки	6	17
Западная часть Тихого океана	4	15
Европа	7	13
Восточное Средиземноморье	3	13
Юго-Восточная Азия	1	9
Африка	0	0

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

Напротив, значительно улучшились показатели Региона по предоставлению НЗТ и/или отдельных услуг для желающих бросить курить (с покрытием расходов по крайней мере на одну из них).

Число европейских стран, предоставляющих НЗТ и/или отдельные услуги для желающих бросить курить, выросло с 22 в 2007 г. до 36 в 2012 г.

В этом отношении Европейский регион занимает первое место в мире (см. табл. 11).

Телефонные линии поддержки для желающих бросить курить шире распространены в СВД.

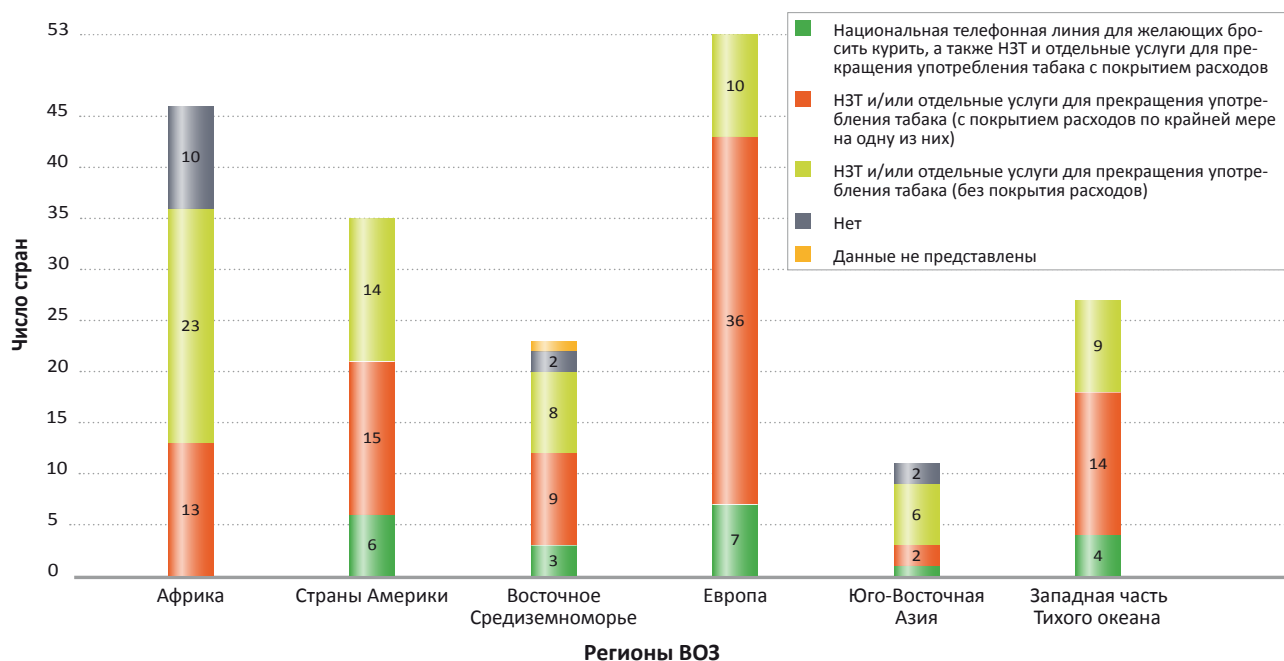
По данным за 2012 г. телефонные линии для желающих бросить курить действовали в 77% СВД и в 41% СНСД.

Таблица 11. Страны, предлагающие НЗТ и/или отдельные услуги для желающих бросить курить (с покрытием расходов по крайней мере на одну из них), по регионам ВОЗ, 2012 г.

Регионы ВОЗ	Страны	
	Число	%
Европа	36	68
Западная часть Тихого океана	14	52
Страны Америки	15	43
Восточное Средиземноморье	9	39
Африка	13	28
Юго-Восточная Азия	2	18

Источник: Набор данных, использованных при подготовке Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г. (14).

Рисунок 5. Распределение предлагаемых услуг по прекращению употребления табака и/или медикаментозного лечения по регионам ВОЗ



Источник: WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco (21).

Заключение

РКБТ ВОЗ является мощным правовым инструментом в деле борьбы с табачной эпидемией. Интенсивность этой борьбы нарастает, и все больше и больше стран принимают серьезные меры в данной области.

С момента принятия РКБТ ВОЗ 10 лет назад в Регионе была проделана обширная работа, что показывает приверженность борьбе с табаком, в то же время наблюдается значительная неравномерность в темпах и масштабах осуществления различных антитабачных мер. В Приложении 1 приведена таблица, отражающая региональные сводные данные по осуществлению мер согласно РКБТ ВОЗ.

Самый значительный прогресс достигнут в отношении налоговых мер (статья 6). По состоянию на 2012 г. в 47% странах Региона действовали мощные налоговые меры (сумма налоговых отчислений – не менее 75% РЦС), что явилось положительным примером для других регионов ВОЗ.

Особенно высоких результатов по данному показателю добились СВД, в 61% из которых действуют жесткие налоговые меры, по сравнению с 27% СНСД.

Вместе с тем наличие резких различий в РЦС является источником таких проблем, как трансграничная и нелегальная торговля, и требует более активных действий в масштабе Региона. По состоянию на март 2013 г. общее число Сторон РКБТ ВОЗ, входящих в состав Региона и подписавших Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями, составило 21 (29).

В Регионе достигнуты хорошие результаты по осуществлению статьи 6, однако необходимо направить дополнительные усилия на внедрение неценовых мер.

Успехи в борьбе с воздействием табачного дыма (статья 8) нельзя назвать значительными. Дело не только в низкой численности европейских стран, где введен полный запрет на курение в общественных местах, но и в том, что эти запреты не соблюдаются.

Защита от воздействия табачного дыма обеспечивается недостаточно быстрыми темпами и все еще в значительной мере неудовлетворительна в государственных учреждениях, общественном транспорте, ресторанах, барах и офисных помещениях.

Вместе с тем, СНСД лидируют в плане запрета на курение в таких общественных местах, как учреждения здравоохранения, университеты, государственные учреждения, бары и рестораны.

Достижения в сфере штрафных санкций за нарушение запрета на курение, особенно в СВД (в 77% которых введены штрафы как для самого курильщика, так и для учреждения), впечатляют и достойны подражания, однако их необходимо усилить до полного запрета на курение в общественных местах в масштабе Региона.

В Регионе достигнут определенный прогресс в отношении регламентации упаковки и маркировки табачной продукции (статья 11). Так, например, увеличилась доля стран, обязывающих производителей помещать на упаковки графические предупреждения (с иллюстрациями) (8% в 2007 г. и 38% в 2012 г.), предупреждения среднего размера со всеми надлежащими характеристиками или крупные предупреждения с некоторыми недостающими характеристиками (6% в 2007 г. и 32% в 2012 г.). В целом в плане предъявления требований к упаковке и маркировке табачной продукции лидируют СВД.

Тем не менее следует прилагать больше усилий для адаптации к новым рыночным стратегиям табачных компаний и к новым табачным изделиям. Так, например, европейские страны должны ввести ограничения для бездымных табачных изделий, расширить требования по помещению на упаковках предупреждающих иллюстраций, увеличить размеры предупреждений о вреде для здоровья, запретить помещать описания ароматов на упаковке и маркировке, а также обязать производителей указывать на упаковке телефон линии поддержки для желающих бросить курить.

Предыдущая директива о табачной продукции (2001/37/ЕС), действующая до мая 2014 г., в частности, содержит требование помещать на табачных изделиях предупреждения о вреде для здоровья, которые должны соответствовать установленным параметрам размера, формата и др. (9). Данная директива была пересмотрена, и новые правила будут, в частности, предусматривать увеличение суммарного размера текстового предупреждения

и иллюстрации. Новая Директива по табачной продукции, входящая в силу в мае 2014 г. с двухлетним переходным периодом, дает хорошие возможности для распространения передового опыта в отношении упаковки и маркировки табачных изделий в странах ЕС и за его пределами.

Кроме того, необходимо расширять сферу запретов на TAPS, добиваясь охвата всех форм TAPS в соответствии с предписаниями статьи 13.

В Регионе обеспечен удовлетворительный охват прямых форм TAPS, однако необходимо значительно усилить меры контроля косвенных форм TAPS, чтобы охватить, например, рекламу в торговых точках, расширение бренда, заимствование бренда и КСО.

В СНСД запреты на различные формы TAPS заметно строже, чем в СВД. Это относится, в частности, к запрету на использование торговых автоматов для продажи табака, а также к запрету рекламы в международных журналах/газетах и на международных каналах телевидения/радио.

Наконец, Регион не должен ослаблять усилия, направленные на развитие услуг для желающих прекратить употребление табака и на лечение табачной зависимости. В 2012 г. 68% европейских стран предлагали НЗТ и/или некоторые услуги по прекращению употребления табака (с покрытием расходов по крайней мере на одну из них), однако лишь в 13% стран действовала телефонная линия поддержки для

желающих бросить курить наряду с НЗТ и покрытием расходов на отдельные услуги по прекращению употребления табака.

Только комплексный подход к борьбе против табака сможет эффективно остановить и/или ликвидировать табачную эпидемию и внести вклад в достижение добровольной глобальной цели по борьбе с НИЗ – снизить к 2025 г. употребление табака на 30%.

Тем не менее лишь немногие страны Региона взяли на вооружение такой всеобъемлющий подход. **Предварительные прогнозы на 2025 г. свидетельствуют о том, что для достижения глобальной цели необходимо приложить больше усилий по всестороннему осуществлению положений РКБТ ВОЗ в Регионе.**

Одной из первостепенных трудностей, отмеченных странами Региона на Конференции сторон, является дефицит политической приверженности. Ничто не показывает присутствия политической заинтересованности в деле борьбы с табаком лучше, чем деятельность стран по комплексной реализации РКБТ ВОЗ и разработка дополнительных мероприятий на ее основе, в частности предложения относительно стандартизации упаковки и даже планы превзойти добровольную глобальную цель с идеей перехода к завершающей фазе борьбы против табака.

Активный всеобъемлющий подход к реализации РКБТ ВОЗ показал, что строгие законы действуют – именно в них лежит ключ к спасению жизней.

Часть II – Концепция Европейского региона, свободного от табака

Как показано в части I данного доклада, несмотря на то, что большинство государств-членов Региона и ЕС несут юридические обязательства по осуществлению РКБТ ВОЗ¹⁴, и несмотря на видимые улучшения в реализации мер борьбы против табака, во многих странах Региона все еще в недостаточной степени развиты механизмы по внедрению или надлежащему выполнению ключевых положений данного соглашения, даже спустя почти десять лет с момента его вступления в действие. Помимо конкуренции приоритетов и отмеченного недостатка политического внимания, многие до сих пор считают борьбу с табачной эпидемией обязанностью исключительно сектора здравоохранения. Поэтому частью проблемы может быть недостаточное внимание к ней со стороны других отраслей. Кроме того, мощное присутствие в Регионе, как и во всем мире, табачной индустрии несет в себе угрозу для эффективной реализации дальнейших мер по борьбе против табака.

В Ашхабадской декларации по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020, принятой в декабре 2013 г., государства-члены Европейского региона ВОЗ подтвердили свою приверженность совместной работе по достижению во всех государствах-членах Региона глобальной цели борьбы с НИЗ, относящейся к употреблению табака. Страны также проявили стремление выйти за рамки лишь ограничения употребления табака и добиваться того, чтобы Европейский регион стал полностью свободным от табака.

Успех некоторых стран Региона в реализации комплексных антитабачных мер находит свое отражение в резком снижении уровней распространения курения.

В качестве естественного следующего шага эти страны и их последователи проявляют растущий интерес к так называемым «завершающим стратегиям». Данная тема стала появляться в политических дискуссиях и национальных программах по борьбе с табаком лишь в течение последних четырех лет. Исключение представляет Бутан, где продажа табачных изделий полностью запрещена еще с 2004 г. (30).

Какой смысл несет понятие «завершающая фаза (эндшпиль)»? Термин «эндшпиль» пришел из шахмат и подобных им игр, где он обозначает завершающую стадию игры, когда на доске остается мало фигур (31). Используя эту аналогию, ряд государств наметили стратегические планы по дальнейшему сокращению распространенности употребления табака в течение установленного срока до конкретного низкого уровня, как правило близкого к нулю. Этот подход получил название «завершающей фазы борьбы против табака», или «табачного эндшпиля». Такие стратегические планы иногда предусматривают использование в виде исключения таких изделий, как бездымные электронные никотинсодержащие устройства – электронные сигареты.

Стратегии завершающей фазы рассматривают табак как системную проблему, а не вопрос индивидуального поведения; они выходят за рамки мер сокращения спроса и приоритизируют аспекты предложения, включая фундаментальную делегитимизацию не только употребления табака, но и всей табачной отрасли путем ликвидации прибыльности и возложения юридической ответственности на табачные компании (32, 33). Кроме того, внимание к социально незащищенным группам населения и меры борьбы против табака

¹⁴ Таджикистан стал 177-й страной мира и 50-й страной Европейского региона, вошедшей в число Сторон РКБТ ВОЗ (6).

оказывают влияние на более широкие социальные детерминанты неравенств в отношении здоровья.

Страны Региона выражают заинтересованность в данном вопросе, и такие страны, как Ирландия, Соединенное Королевство (Шотландия) и Финляндия, уже проявили твердые намерения приступить к завершающей фазе: они объявили год, когда в их странах должно прекратиться употребление табака. К поставленному сроку эти страны планируют снизить уровень употребления табака до уровня ниже 5%.

В 2010 г. Финляндия законодательно приняла Акт о табаке № 693/1976 (с поправками от 2011 г.), который направлен на предотвращение начала курения, особенно среди детей и подростков, путем ограничения маркетинга и поставок табачных изделий, включая запрет на продажу нюхательного табака (34). Финское гражданское общество определило 2040 г. в качестве потенциального срока окончательного избавления от табака, планируя ежегодное сокращение на 10% (35), а в недавней правительственной декларации говорится даже о 2030 г. (36).

Ирландия в 2013 г. пересмотрела свою антитабачную стратегию и предложила 60 рекомендаций по освобождению страны от курения, с расчетом, что к 2025 г. курить будет менее 5% населения (37).

Продолжающиеся дискуссии по завершающему этапу борьбы против табака оказывают влияние на политическую повестку дня в Соединенном Королевстве (38). В Шотландии в 2013 г. была принята новая стратегия борьбы против табака, которая нацелена на создание таких условий, при которых подростки и молодежь не будут начинать курить, а также на помощь желающим отказаться от курения и на защиту от вторичного табачного дыма. В стратегии намечены меры, которые позволят к 2034 г. вырастить поколение, свободное от курения, когда доля курильщиков среди совершеннолетнего населения составит не более 5% (39).

Многие другие государства внедряют свои инициативы. Австралия выработала инновационный подход, который заключается в использовании стандартной простой упаковки для всех табачных изделий¹⁵, что должно сделать невозможным ее использование в рекламных целях (41). Гражданское общество Но-

вой Зеландии объявило в 2009 г. целевой ориентир и определило серию мероприятий, направленных на снижение доли курящего населения почти до нуля к 2020 г. Впоследствии, по рекомендации Специальной парламентской комиссии по делам маори, этот срок был передвинут на 2025 г., и программа получила официальную поддержку правительства (42, 43). Верхняя палата парламента австралийского штата Тасмания, следуя примеру предложения гражданского общества Сингапура (45), приняла акт о поколениях тысячелетия, свободных от табака, в соответствии с которым всем лицам, рожденным после 2000 г., запрещено курение сигарет (44).

В некоторых странах более радикальные меры борьбы против табака уже включаются в стратегические планы и нормативные документы, и в научно-академической литературе набирают влияние новые идеи, направленные на переход от «борьбы против табака» к «завершению табачной проблемы». В таблице 12 приведены некоторые примеры применяемых и предлагаемых мер табачного «эндшпиля».

Несмотря на популярность темы, предложения, относящиеся к завершающей фазе, слабо продвигаются в большинстве регионов ВОЗ, включая Европейский регион, где некоторые страны начинают внедрять подходы «эндшпиля», в то время как другие все еще заняты осуществлением основных мер по снижению спроса. Кроме того, недавно было признано, что в странах может не оказаться структур, необходимых для осуществления программ завершающего этапа (55).

Табак – это психоактивный продукт, который распространяется и потребляется как дозволенный товар, который интенсивно культивируется, а затем обрабатывается и продается в Регионе. Можно утверждать, что табак в будущем следует рассматривать как дозволенный продукт и товар, с учетом его хорошо известных психоактивных свойств и влияния на здоровье. Анализ этих трех характеристик является важной задачей при формировании средне- и долгосрочных концепций общественного здравоохранения в Регионе.

В следующих разделах доклада обсуждаются некоторые идеи относительно будущих сценариев по трем возможным вариантам: табак как дозволенный продукт, как наркотик и как товар.

¹⁵ Этот закон вступил в силу в Австралии в декабре 2012 г. после того, как Верховный суд Австралии отклонил протест табачной индустрии. В этой связи Украина и некоторые латиноамериканские страны обратились во Всемирную торговую организацию с жалобой на Австралию, ссылаясь на «технические препятствия» для торговли и нарушения прав интеллектуальной собственности (40).

Таблица 12. Примеры применяемых и предлагаемых мер табачного «эндшпиля»

Предлагаемые меры	Примеры действий	Реализованные инициативы или научные предложения
Запрет на продажу и импорт табачных изделий	Ликвидация продажи и импорта табака с целью сокращения его потребления до уровня, близкого к нулю	Запрет на продажу и импорт всех видов табачных изделий в Бутане, 2004 г. (46) Решение Новой Зеландии, 2011 г. (47)
Поколение, свободное от табачного дыма: когорта новорожденных	Пересмотр действующих ограничений на продажу табака детям младше 18 лет с включением лиц, родившихся после определенной даты, например после 1 января 2000 г.	Предложено Сингапурской инициативной группой (TTFS – За Сингапур без табака) в 2011 г. (45) и австралийским штатом Тасмания (44)
Лицензия на курение	Для покупки табака потребуются чиповая карта, которая будет выдаваться при условии признания риска и согласия на ограниченное употребление табака	Предложено Chapman, 2012 г. (48)
Нормирование состава	Снижение факторов, способствующих развитию зависимости и привлекательности продукции: запрет на добавки и ароматизаторы, сокращение содержания никотина до уровня, не вызывающего зависимость, запрет вентилируемых фильтров	Запрет на добавки: • проект директивы ЕС, 2013 г. (12) • Канада, 2010 г. (49) • Бразилия, 2012 г. (50) Предложено Benowitz & Henningfield, 2013 г. (51)
Снижение доступности: прогрессирующее сокращение поставок табака	Прогрессирующее снижение численности и типов заведений, имеющих право продавать табак, запрет на выдачу новых и передачу имеющихся лицензий.	Предложено Wilson et al., 2013 г. (52)
Снижение прибыли: введение ценовых ограничений	Введение системы ценовых ограничений для снижения прибыльности табачного рынка	Предложено Branston & Gilmore (53)

Источник: ASH Action: an end-date for tobacco sales (54).

Будущий сценарий: ограничение легальности табака

В идеальном мире табак никогда бы не стал дозволенным продуктом (55). Альтернативно, он мог бы быть запрещен сразу же после первых сообщений о пагубном воздействии курения на здоровье, появившихся в Европе в начале 1950-х годов (56). Однако, несмотря на то что табачные компании знали о вредном воздействии курения (57), государствам потребовались десятилетия для того, чтобы приступить к созданию нормативно-правовой базы для борьбы с табачной эпидемией, вначале в качестве новаторских инициатив в таких странах, как Норвегия и Финляндия, а позднее путем согласования международного соглашения – РКБТ ВОЗ.

Исторически табачная индустрия получила право на рекламу, коммерческое продвижение и рыночную манипуляцию табачными изделиями как легальным продуктом; она безраздельно пользовалась этим правом в течение всего XX века и все еще пользуется в большинстве стран, в том числе европейских, где запрет на TAPS регламентирован меньше, чем во всех других регионах ВОЗ (22). **В будущем, когда табачный рынок предположительно будет существовать в условиях строгих ограничений, в нем не будет места TAPS и люди даже забудут о том, что это такое.** Таким образом, табачные изделия потеряют всякую

привлекательность, станут социально неприемлемыми и более проблематичными для использования.

Табак, как и любой другой легальный продукт, подлeжит налогообложению и воздействию ценовой политики, становясь желанным источником бюджетных поступлений. Хотя Регион и подает пример в плане повышения налогов и цен, в данном докладе проиллюстрирован значительный разброс в РЦС, возможно связанный с различием ставок налога между странами. Разброс цен указывает на необходимость гармонизации налогов и цен в масштабе Региона в целях предотвращения закупок более дешевых изделий в странах с низким уровнем налогообложения, повышая таким образом потребление (58). **В идеале, в будущем во всех европейских странах будут введены одинаково высокие цены на табачные изделия** как один из элементов завершающего этапа борьбы против табака в Регионе.

Дозволенные продукты, в принципе, можно использовать в условиях общественных мероприятий; десять лет назад таковым во многих странах было курение, несмотря на то, что и тогда некоторые рассматривали табачный дым как неудобство. В ряде исследований доказан вред от вторичного табачного дыма, что дает научное обоснование для введения полного запрета. По мере внедрения антитабачного законодательства картина изменилась, и введение системы штрафов за нарушение запрета на курение, налагаемых как на учреждение, так и на самих курящих, во многих странах способствовало переводу курения в категорию антисоциального поведения. Многие страны Региона обеспечивают те или иные формы защиты от воздействия табачного дыма в школах, университетах и учреждениях здравоохранения, однако **в большинстве стран нет законов, налагающих запрет на курение во всех общественных местах**. Ряд стран Европы все еще не осуществили эту простую, легко контролируемую, важную меру РКБТ ВОЗ, и остается надеяться, что в будущем эта проблема в Регионе будет решена.

Широко обсуждается вопрос о том, должен ли быть такой продукт, как табак, разрешен или запрещен к применению. Сравнение стратегий борьбы против

табака с подходами к контролю применения марихуаны¹⁶ может дать государственным органам полезные соображения по мере накопления опыта по декриминализации и продолжения в Европе дискуссий о легализации марихуаны. В этих дискуссиях игнорируются не только мнения самих потребителей множественных психоактивных веществ (например, марихуану обычно курят вместе с табаком и параллельно с принятием алкоголя), но также и сценарии «а что, если», описывающие распространение рыночных ограничений с табака на марихуану в условиях легализации последней (59).

Табак – это также наиболее распространенное психоактивное вещество, употребляемое в Европе, и при этом пользователи подвергаются все большей маргинализации вследствие ужесточающихся антитабачных мер. Эти факторы могут приводить к объединению табачных продуктов с определенными видами наркотиков, такими как марихуана, в условиях их рестриктивной либерализации, в одном и том же правовом поле. Тот факт, что Бутан – единственная страна мира, поставившая продажу табачных изделий вне закона, – по-видимому, не добилась успеха в ликвидации употребления табака¹⁷, указывает на предпочтительность нормативного регламентирования по сравнению с запрещением (46). Данный сценарий поставит перед Регионом задачу формирования будущих антитабачных стратегий в Европе с учетом того, в какой мере стратегии борьбы с наркотиками будут развиваться в сторону легализации. В итоге оба вида продуктов могут быть включены в одну систему и продаваться в назначенных торговых точках. При этом должны проводиться всесторонние просветительные программы и обеспечиваться строгие меры правового контроля, соблюдаемые всеми странами Региона. В любом случае, несмотря на то, что некоторые европейские страны являются признанным образцом борьбы против табака на глобальном уровне, в большинстве стран все еще необходимо принимать всесторонние меры по повышению уровня информированности населения и изменению социальных норм путем осуществления положений РКБТ ВОЗ; те страны, которые шагнули вперед в реализации Конвенции, могут разведывать новые пути в направлении табачного «эндшпиля».

¹⁶ Марихуана – это запрещенный наркотик, наиболее часто употребляемый в странах ЕС.

¹⁷ В Бутане еще в 2004 г. отмечался один из наиболее низких уровней распространенности курения в мире (46).

Будущий сценарий: табак как наркотик

Зависимость, вызываемая любым табачным продуктом, определяется как совокупность психических и поведенческих расстройств, обусловленных употреблением психоактивного вещества (60). Многие, если не большинство компонентов табака и табачного дыма были малоизвестны или изучены лишь в прошлом веке, и до сих пор остается множество пробелов в научных исследованиях, которые препятствуют формированию обоснованной политики. Свойство никотина, содержащегося в табачных изделиях, вызывать привыкание лишь недавно привлекло к себе достаточное внимание в области общественного здравоохранения для того, чтобы начать предлагать гражданам соответствующую информацию и услуги лечения табачной зависимости. В 73% стран Региона необходимо значительно усилить проводимые меры, повысив доступ к телефонным линиям поддержки для желающих бросить курить с помещением соответствующей информации на упаковках всех табачных изделий. Аналогичным образом, в 98% стран необходимо заполнить имеющийся информационный пробел путем введения требования помещать качественную информацию о компонентах табачного изделия и табачного дыма. Вмешательства по сокращению проявлений никотиновой зависимости варьируются в пределах Региона (61), и существуют различные мнения относительно имеющихся научных и методических пробелов, которые можно заполнить только после определения численности потребителей табака, нуждающихся в лечении и лекарственных препаратах для прекращения употребления табака (62). В любом случае применение курительных табачных изделий становится социально неприемлемым, по мере того как вводится все больше ограничений на места для курения, что постепенно суживает возможности курильщика, так что у него остается немного вариантов, кроме как отказаться от курения.

В течение ряда лет ведутся дискуссии о стратегиях снижения вреда, таких как сокращение содержания никотина. Однако этот подход не был реализован в инициативах по нормативному регулированию состава табачных изделий, и эта тема остается мало разработанной вследствие недостаточного практиче-

ского опыта на страновом уровне, что подтверждают последние научные данные.¹⁸

В состав табачных изделий все чаще включают ароматические добавки, такие как ментол, ваниль и земляника, для побуждения к экспериментированию и приобщению к курению среди подростков и в неблагополучных группах (64, 65). Запрет на добавки включен в текущий пересмотр предложенной директивы ЕС о запрете на ароматизаторы и увеличение размеров предупреждений о вреде для здоровья на упаковках табачных изделий. Однако табачная индустрия пытается помешать этому процессу (66).

Некоторые страны Северной Европы сообщают о достигнутых успехах в содействии тому, чтобы потребители табака переходили от курения к использованию снюса, в качестве стратегии снижения вреда (67). Вместе с тем в других европейских странах снюс запрещен (68). Производители привлекают внимание потребителей к новым альтернативным видам продукции, таким как электронные сигареты, позиционируя их как «более безопасные сигареты», однако научных данных об их безопасности в качестве продукции для снижения вреда или их эффективности как средства для прекращения курения не имеется. В большинстве стран электронные сигареты попадают в пробел в законодательстве, избегая регулирования в качестве лекарственного препарата и ограничений, накладываемых на табачные изделия. **ВОЗ рекомендует регулировать электронные сигареты двояким образом – и как табачное изделие, и как изделие медицинского назначения – чтобы предотвратить ситуацию, при которой бреши в законодательстве используются недобросовестным образом и электронные сигареты остаются бесконтрольными (69).**

В европейских странах регулирование электронных сигарет если и проводится вообще, то лишь в одном из двух вариантов – как лекарство либо как табачное изделие (70). Научное сообщество в числе прочих опасений высказывает озабоченность относительно того, что электронные сигареты могут провоцировать экспериментирование и приобщение к курению на-

¹⁸ Руководящие принципы осуществления Статей 9 и 10 РКБТ ВОЗ еще находятся в процессе составления, поскольку многие необходимые аспекты нормативного регулирования состава табачных изделий нуждаются в дальнейшей разработке (63).

стоящих сигарет, особенно среди подростков (71). В любом случае, складывается представление, что оптимальный, при условии научного обоснования, путь вперед, приобретающий все больше сторонников, – это регулирование любых продуктов, содержащих никотин, вне зависимости от наличия в них табака, а также прогрессирующее снижение содержания никотина в целях сокращения потенциала развития зависимости.

При любых нормативно-правовых механизмах обязанностью государства и правом потребителя является информация о разрешенном психоактивном веществе. Во многих странах Региона население получает, в частности, информацию о следующих параметрах: потенциальное развитие зависимости; социальные, экономические, экологические последствия и воздействие на здоровье; виды лечения и доступ к ним; предупреждение о стратегиях табачной индустрии, направленной на дезинформирование общества. Тем не менее число проводимых кампаний со временем уменьшается, иногда поскольку основные сообщения уже были переданы ранее. Кроме того, информация, сообщаемая уязвимым группам, таким как подростки и молодежь и малообразованные слои населения, входит в конфликт с высокой социальной толерантностью к употреблению табака в этих группах, которая в значительной мере определяет поведение. Наконец, вызывает беспокойство тот факт, что во многих европейских странах все еще не внедрены такие простейшие, недорогие, но при этом высокоэффективные меры медико-санитарного информирования, как по-

мещение иллюстративных и даже просто текстовых предупреждений на всех табачных изделиях, включая бездымный табак. Это свидетельствует о том, что перед тем как перейти к завершающему этапу борьбы против табака, предстоит еще длительная работа по выполнению обязательств статьи 11 РКБТ и соответствующих руководящих принципов ее осуществления (7, 25).

В настоящем сценарии будущего табачные изделия присутствуют в качестве дозволенного продукта на рынке, однако любые добавки будут запрещены. Табачные изделия станут менее привлекательными, социально неприемлемыми, не такими «вкусными», более грубыми и трудными для использования. Нормой станет применение простой упаковки с крупными иллюстрированными предупреждениями и вкладышами с рекомендациями о том, как бросить курить. Снижение уровня социальной толерантности к табачному дыму и, соответственно, маргинализация курения, несомненно, повысит спрос на новые виды изделий. Они могут использоваться в качестве альтернативы потреблению табака при условии того, что они не будут провоцировать экспериментирование и приобщение к курению. В том случае, если курительные табачные изделия будут прогрессивно замещаться электронными сигаретами, будет необходимо обеспечить строгое регулирование рынка с адекватной структурой контроля за соблюдением требований. Сюда входят также новые устройства для введения в организм никотина, которые поступят на рынок. О таких намерениях уже объявила одна из крупных табачных компаний, что вызвало опасения в медико-санитарном сообществе (72).

Будущий сценарий: табак как товар

В рыночной экономике товаром считаются материальные блага, которые можно продать или купить (73), а что касается табака, то этот товар имеет глобальное значение для экономики. Таким образом, необходимо рассмотреть влияние торговли табачными изделиями на международную и национальную политическую ситуацию, а также возможные последствия для стратегий здравоохранения, анализируя следующие факторы:

- тенденции развития национального и международного рынков и их влияние на европейские страны;
- цепь производства табачных изделий – от выращивания растения до изготовления и реализации изделий – и ее экономическое и социальное значение;
- незаконная торговля табачными изделиями и ее прямые и косвенные последствия;

- табачные компании: частные и государственные, транснациональные и национальные и их прямое и косвенное вмешательство в борьбу против табака.

При обсуждении завершающей фазы борьбы против табака в Регионе необходимо уделить внимание табаку как товару.

Доля Европы в выращивании табака невелика и составляет лишь около 4,7% от мирового производства. За последние несколько лет ЕС успешно провел ряд реформ, направленных на отмену субсидий для культивирования табака и на поддержку фермеров при переходе к альтернативным видам производства.¹⁹ В Турции также были предоставлены субсидии в рамках программы элиминации с государственной поддержкой сельхозпроизводителей, желающих выращивать другие культуры. В результате производство табака в Регионе снизилось на 48%, а общая площадь угодий, предназначенных для его культивирования, – на 54%. Данная тенденция во многом объясняется сокращением производства в ряде европейских стран, как в западной, так и в восточной части Региона. Около 82% всего табака в Европе производится в странах ЕС – в 13 его государствах-членах; основными производителями являются Италия, Болгария, Польша, Испания и Греция, причем на две первые две страны приходится 50% всей табачной продукции в Регионе. Кроме того, некоторые страны бывшего СССР, в частности Российская Федерация, увеличили объемы производства благодаря инвестициям транснациональных табачных компаний в местные табачные предприятия (76). Число фермерских хозяйств, выращивающих табак, в Регионе составляет около 86 000, из которых 50% находятся в Болгарии, затем следуют Польша и Греция (по 17% в обеих странах) (77). В Турции, по данным за 2006 г., в выращивании табака были задействованы 207 000 семей (78).

Торговля табачными изделиями важна для Региона. В 2011 г. европейские страны ввезли 1 308 278 тонн табака, и больше всего закупили такие страны, как Бельгия, Германия, Греция, Нидерланды, Польша, Российская Федерация, Соединенное Королевство и Франция. В том же году Регион экспортировал 499 821 тонну табака, при этом ведущими поставщиками оказались Бельгия, Германия, Греция, Испания

и Турция (76). Кроме того, интенсивная торговля идет непосредственно между странами ЕС.

Эффективные программы по борьбе с курением являются серьезной угрозой для табачной промышленности и ее прибылей (79). Таким образом, экономический успех табачной индустрии зависит не только от выигрышных стратегий размещения продукции на рынке, но и от макроэкономической ситуации, политического контекста и действующих нормативно-правовых механизмов (80). Новые проблемы для Региона приносит глобализация рынка: она привела к появлению новых товаров, таких как кретеки и кальяны (81); неутешительны данные статистики по незаконной торговле. Ежегодные финансовые потери ЕС, связанные с потерей налоговых поступлений в связи с контрабандой и производством контрафактной продукции, по оценкам составляют 10 млрд евро (82). Чтобы объединить усилия по борьбе с незаконной торговлей табачными изделиями, Европейская комиссия в 2010 г. составила долгосрочное юридически обязывающее соглашение, которое подписали Европейская комиссия, Европейское бюро по борьбе с мошенничеством и компания Бритиш Американ Табакко. Основные пути проникновения контрабандных сигарет в Европу находятся в Восточной Европе и в странах бывшего СССР (83).

Приведенные выше цифры дают представление о сложности схемы выращивания табака, производства, продажи и распространения табачных изделий в Регионе, где программы и стратегии за и против употребления табака фундаментально различаются в разных странах, торговые интересы являются сильными аргументами в ходе дискуссий. В Регионе оперируют четыре крупные транснациональные табачные компании (Phillip Morris International, British American Tobacco, включая недавно приобретенные турецкую компанию TEKEL и скандинавскую Skandinavisk Tobakskompagni; Japan Tobacco International, а также Imperial Tobacco Group); они занимают значительные доли рынка и применяют хорошо известные стратегии, препятствующие развитию мер борьбы против табака.

При таком сценарии любое предложение по завершающей фазе без учета табака как товара будет нереалистичным. Так будет до тех пор, пока структуры сельского хозяйства, торговли, борьбы с мошенниче-

¹⁹ См. Регламенты Совета ЕС № 1782/2003 (сводная версия) (74) и № 864/2004 (75).

ством и финансов не начнут уделять здоровью больше внимания, чем торговле, а не наоборот. Правительствам, которые отдают приоритет общественному здравоохранению и не желают поддаваться финансовому давлению со стороны табачных компаний, необходимо подумать о следующих мерах:

- ликвидация финансовых стимулов для выхода табачных компаний на новые рынки;
- ограничение торговли путем введения высоких налогов на все трансграничные перемещения табачной продукции;
- сокращение прибылей табачной индустрии путем установления ценовых потолков или с использованием любых других механизмов;
- изъятие акций компаний из пенсионных фондов и других источников инвестиций;
- борьба с незаконной торговлей.

Для обеспечения высокого приоритета общественного здравоохранения крайне важно снизить финансовую

мощь табачной индустрии. Одной из составляющих успеха в данной области является создание прозрачных механизмов взаимодействия государственных должностных лиц с представителями табачной промышленности, что позволило более эффективно противостоять табачному лобби.

РКБТ ВОЗ и Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями²⁰ являются основными руководствами для Сторон по преодолению некоторых из этих трудностей (84) и должны сохранять приоритетное значение как сейчас, так и в последующем.

Кроме того, специальные стратегии завершающей фазы борьбы с табаком как товаром должны быть в достаточной мере детально проработанными, чтобы они могли эффективно противостоять протестам в рамках ВТО и других торговых соглашений, действующих в Европе (Porter G, van der Eijk Y. Would a tobacco phase-out violate world trade law?, неопубликованные заметки).

Заключение: путь к достижению цели «Европейский регион – свободный от табака»

Будущее табачной продукции можно рассматривать на основании ее трех основных характеристик:

1. это наркотик, который вызывает зависимость;
2. это продукт, использование которого разрешено законом;
3. это товар, являющийся предметом торговли.

При разработке действий, направленных на полное освобождение Европейского региона от табака, нужно учитывать эти характеристики в средне- и долгосрочной перспективе, уделяя максимальное внимание общественному здоровью.

В масштабах Региона такие страны, как Ирландия, Соединенное Королевство и Финляндия, прокладывают путь остальным странам к намеченному снижению

доли курильщиков среди их населения до уровня ниже 5%. Чтобы обеспечить «готовность» к освобождению Европейского региона от табака, необходимо реализовывать научно обоснованные стратегии; при этом, исходя из ситуации в области контроля табака и масштабов табачной эпидемии в стране, следует тестировать и те или иные инновационные подходы. Речь может идти о следующих возможных шагах:

1. В качестве первого шага для большинства стран Региона, пользуясь глобальным передовым опытом и успешными примерами из практики, полностью осуществить РКБТ ВОЗ и ее руководящие принципы; это необходимо в первую очередь потому, что меры, упомянутые в Конвенции, – это обязательный минимальный набор для борьбы с эпидемией.

²⁰ По состоянию на март 2014 г. 21 из 37 стран, подписавших Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями, входит в состав Европейского региона (29).

2. Присоединиться к Протоколу о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями и строго соблюдать его с момента вступления в силу.
 3. Предотвращать нежелательные вмешательства табачной индустрии и соответствующих заинтересованных групп в реализацию программ охраны общественного здоровья и борьбы против табака путем обеспечения прозрачности взаимодействия государственных должностных лиц и табачной индустрии, а также полного осуществления статьи 5.3 РКБТ ВОЗ и руководящих принципов.
 4. Предпринимать меры, направленные на делегитимизацию табачной индустрии, снижая ее экономическую мощь и влияние; это необходимо для ограничения значимости мирового табачного рынка и связанных с ним угроз для общественного здоровья общества, которым жертвуют в пользу торговой выгоды.
 5. Рассмотреть возможность введения более строгой нормативно-правовой базы для табачной продукции, которая позволит ограничить доступность (финансовую и пр.) табака, предоставляя при этом поддержку желающим бросить курить.
 6. Рассмотреть возможность реализации стратегий снижения вреда как часть сценария завершающей фазы, тщательно прорабатывая строгую нормативно-правовую базу. Обеспечивать финансовую эффективность этих стратегий, в том числе относительно новых видов продукции, а также не допускать появления нежелательных последствий, таких как стимулирование приобщения к курению.
- В конечном счете, немедленное и полное осуществление всех положений РКБТ ВОЗ уже само по себе позволит создать более здоровую и благополучную среду для будущих поколений жителей Региона.

Библиография

1. Табак. Информационный бюллетень № 339. Всемирная организация здравоохранения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru/index.html>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
2. Death from tobacco. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics/death-from-tobacco>, accessed 31 October 2013).
3. Deaths from NCDs. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total_text/en/, accessed 31 October 2013).
4. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/147731/wd12R_NCDs_111363-las.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
5. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9789244591017_rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
6. Стороны Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 http://www.who.int/fctc/signatories_parties/ru/index.html, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
7. Countries. In: European Union [website]. Brussels: European Union; 2013 (<http://europa.eu/about-eu/countries/>, accessed 31 October 2013).
8. Council Directive 2011/64/EU of 21 June 2011 on the structure and rates of excise duty applied to manufactured tobacco (codification). O. J. E. U. 2011, L 176:24–31 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:176:0024:0036:EN:PDF>, accessed 15 October 2013).
9. Directive 2001/37/EC of the European Parliament and of the Council of 5 June 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco products. O. J. E. C. 2001, L 194:26 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32001L0037:EN:HTML>, accessed 15 October 2013).
10. Revision of the Tobacco Products Directive. In European Commission Public Health [website]. Brussels: European Commission; 2013 (http://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision/index_en.htm, accessed 31 October 2013).
11. Council agrees its position on revised EU tobacco directive, Luxembourg, 21 June 2013, 11388/13 PRESSE 284 [press release]. Brussels: Council of the European Union; 2013 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/137571.pdf, accessed 31 October 2013).
12. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council of 21 June 2013 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products. Brussels: Council of the European Union; 2013 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/13/st11/st11483.en13.pdf>, accessed 31 October 2013).
13. Directive 2003/33/EC of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the advertising and sponsorship of tobacco products. O. J. E. U. 2003, L 152:16–9 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:152:0016:0019:EN:PDF>, accessed 15 October 2013).

14. Tobacco Free Initiative. Dataset for the WHO report on the global tobacco epidemic 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [online data set]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/global_report/access_form/en/index.html, accessed 31 October 2013).
15. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf, accessed 31 October 2013).
16. Десять фактов о здоровье и здравоохранении. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/latest-press-releases/rc-to-convene-in-moscow/10-facts>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
17. Обеспечение прогресса в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними в странах (http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/ru/index.html, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
18. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
19. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. Комплекс мер MPOWER. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/ru/index.html, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
20. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2009 года. Создание среды, свободной от табачного дыма. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244563915_rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
21. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2011 г. Предупреждение об опасностях табака http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44616/10/9789244564264_rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
22. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf, accessed 16 October 2013).
23. Raising cigarette taxes reduces smoking, especially among kids (and the cigarette companies know it). Washington (DC): Campaign for Tobacco-Free Kids; 2012 (<http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0146.pdf>, accessed 1 November 2013).
24. Raise taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en_tfi_mpower_brochure_r.pdf, accessed 1 November 2013).
25. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Руководящие принципы осуществления: Статья 5.3; Статья 8; Статьи 9 и 10; Статья 11; Статья 12; Статья 13; Статья 14. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80510/5/9789244505182_rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
26. Commission Decision C(2005) 1452 final of 26 May 2005 on the library of selected source documents containing colour photographs or other illustrations for each of the additional warnings listed in annex 1 to Directive 2001/37/EC of the European Parliament and of the Council (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/com_1452_en.pdf, accessed 1 November 2013).
27. Library of pictorial warnings developed in accordance with in accordance with the Commission Decision of 5 September 2003 on the use of colour photographs or other illustrations as health warnings on tobacco packages (2003/641/EC); European Commission (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/com_1452_a_en.pdf, accessed 1 November 2013).
28. Directive 2007/65/EC of the European Parliament and of the Council of 11 December 2007 amending council directive 89/552/EEC on the coordination of certain provisions laid down by law, regulation or administrative

- action in Member States concerning the pursuit of television broadcasting activities. O. J. E. U.2007, L 332:27–45(<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:332:0027:0045:EN:PDF>, accessed 1 November 2013).
29. Status and signature of ratification of the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. In: United Nations Treaty Collection [website]. New York (NY): United Nations; 2013 (http://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&lang=en, accessed 4 November 2013).
 30. Edwards R, Russell M, Thomson G, Wilson N, Gifford H. Daring to dream: reactions to tobacco endgame ideas among policy-makers, media and public health practitioners. *BMC Public Health*. 2011;11(1):580.
 31. Endgame. In: TheFreeDictionary [website]. Huntingdon Valley (PA): Farlex, Inc.; 2013 (<http://www.thefreedictionary.com/Chess+ending>, accessed 1 November 2013).
 32. Lansell G. WHO Director-General Margaret Chan attacks Big Tobacco: The 15th World Conference celebrates Australia's plain packaging and explores endgame ideas. *Tob Info CA Mag. Smoke-Free Can*. 2012 (<http://www.tobaccoinfo.ca/mag10/worldconference.htm>, accessed 30 October 2013).
 33. Srinath Reddy K. Tobacco control: the end-game [presentation]. In: World Health Summit Regional Meeting, Asia, Singapore, 8–10 April 2013. Berlin: World Health Summit; 2013 (http://www.worldhealthsummit.org/fileadmin/downloads/2013/WHSRMA_2013/Presentations/Day_3/Reddy%20Srinath%20-%20Tobacco%20Control%20The%20End-Game.pdf, accessed 30 October 2013).
 34. The aim of the Tobacco Act is to put an end to smoking in Finland [press release 224/2010]. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 18 August 2010 (<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1522179#en>, accessed 30 October 2013).
 35. Finland Tobacco-Free by 2040 [website]. Helsinki: SavutonSuomi 2040 [Finland Smoke-Free by 2040] (<http://www.savutonsuomi.fi/en.php>, accessed 30 October 2013).
 36. Puska P. Farewell to tobacco - global end game has started [website]. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2013 (http://www.thl.fi/en_US/web/en/news?id=34204, accessed 30 October 2013).
 37. Tobacco free Ireland. Report of the Tobacco Policy Review Group. Dublin: Department of Health; 2013 (<http://static.rasset.ie/documents/news/tobacco-free-ireland.pdf>, accessed 30 October 2013).
 38. Bauld L, Amos A, Fong G, Gilmore A. The “end game” for tobacco control in the UK: key priorities for science and policy to reduce smoking. In: 9th National Cancer Research Institute Cancer Conference, Liverpool, United Kingdom, 3–6 November 2013. London; 2013 (<http://conference.ncri.org.uk/tuesday/bauld/>, accessed 30 October 2013).
 39. Creating a tobacco-free generation: a tobacco control strategy for Scotland. Edinburgh: The Scottish Government; 2013 (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/0041/00417331.pdf>, accessed 30 October 2013).
 40. World Trade Organization dispute settlement DS434: Australia - Certain measures concerning trademarks and other plain packaging requirements applicable to tobacco products and packaging. Geneva: World Trade Organization; 2012 (http://www.wto.org/english/tratop_e/dispu_e/cases_e/ds434_e.htm, accessed 30 October 2013).
 41. Plain packaging of tobacco products. In: The Department of Health [website]. Canberra: Commonwealth of Australia; 2013 (<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/tobacco-plain>, accessed 30 October 2013).
 42. TupkeaKoreAotearoa 2020 Tobacco Free New Zealand 2020. Achieving the vision. Wellington: Smokefree Coalition; 2010 (<http://www.sfc.org.nz/documents/100701AchievingtheVisionweb.pdf>, accessed 30 October 2013).

43. Māori Affairs Select Committee Report. In: *TupkeaKoreAotearoa 2020 Tobacco Free New Zealand 2020* [website]. Wellington: Smokefree Coalition; 2013 (<http://www.sfc.org.nz/masci.php>, accessed 30 October 2013).
44. Darby A, Corderoy A. Bid to ban cigarettes for anyone born after 2000. *The Sydney Morning Herald*. 22 August 2012 (<http://www.smh.com.au/national/bid-to-ban-cigarettes-for-anyone-born-after-2000-20120822-24liy.html>, accessed 30 October 2013).
45. Tobacco-free generation proposal receives praise. In: *Towards Tobacco-Free Singapore* [website] Tobacco Free Singapore; 2013 (<http://www.tobaccofreeringapore.info/2012/03/tobacco-free-generation-proposal-receives-praise/>, accessed 30 October 2013).
46. Givel MS. History of Bhutan's prohibition of cigarettes: implications for neo-prohibitionists and their critics. *Int J Drug Policy*. 2011 Jul;22(4):306-10. doi:10.1016/j.drugpo.2011.05.006. Epub 2011 Jun 23.
47. Government final response to the Report of the Māori Affairs Committee on its inquiry into the tobacco industry in Aotearoa and the consequences of tobacco use for Māori, presented to the House of Representatives in accordance with Standing Order 248 (J.1), 14 March 2011. Wellington: New Zealand Parliament; 2011 (<http://www.parliament.nz/resource/0000157432>, accessed 30 October 2013).
48. Chapman S. The case for a smoker's license. *PLoS Med*. 2012;9(11): e1001342. doi:10.1371/journal.pmed.1001342 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001342>, accessed 30 October 2013).
49. Government of Canada ban on flavoured tobacco products now in full force, News release 2010-112, 5 July 2010. In: *Health Canada* [website]. Ottawa: Health Canada; 2010 (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2010/2010_112-eng.php, accessed 1 November 2013).
50. Anvisa approves the withdrawal of flavored cigarettes. In: *ANVISA Brazilian Health Surveillance Agency* [website]. Brasília: ANVISA Brazilian Health Surveillance Agency; 2012 (http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa-ingles/anvisaingles/News!/ut/p/c5/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hfRw8jD0NnA3cLSw83A08jS18nMwNnAxN3l6B8pFm8AQ7galBPt4EBRDdCPsTfBSjvGOpZu5naGFsTkO7TSnRTZndA6w7HBTH-EMdJI_HfD-P_NxU_YLcUDCIMMgyAQCV0tq-/dl3/d3/L0lDU0IKSWdrbUEhIS9JRFJBQUlpQ2dBek15cXchLzRCRwo4bzBGbEdpdC1iWHBBRUEhLzdfTUFIMkgxQzBHODIIRjBJMjINQjYwQzA0NDEvQTFqa041NTUzMDAxNQ!!/?WCM_PI=1&PC_7_MAH2H1C0G89HF0I29MB60C0441020591_WCM_Page.4cce300045272e05aba0fb2475bf1155=3, accessed 4 November 2013).
51. Benowitz NL, Henningfield JE. Reducing the nicotine content to make cigarettes less addictive. *Tob Control*. 2013;22(suppl 1):i14-7. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050860.
52. Wilson N, Thomson GW, Edwards R, Blakely T. Potential advantages and disadvantages of an endgame strategy: a "sinking lid" on tobacco supply. *Tob Control*. 2013;22(suppl 1):i18-i21. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050791.
53. Branston JR, Gilmore AB. The case for Ofsmoke: the potential for price cap regulation of tobacco to raise £500 million per year in the UK. *Tob Control*. 2013; doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050385 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2013/01/04/tobaccocontrol-2011-050385.abstract>, accessed 4 November 2013).
54. ASH Action: an end-date for tobacco sales [website]. Woolloomooloo, NSW: Action on Smoking and Health (ASH) Australia; 2013 (<http://www.ashaust.org.au/lv4/enddate.htm>, accessed 30 October 2013).
55. WHO Director-General considers the tobacco endgame. In: *World Health Organization* [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/dg/speeches/2013/tobacco_endgame_20130911/en/index.html, accessed 4 November 2013).
56. Webb P, Bain C. Epidemiology is ... In: *Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011:1-28 (http://books.google.com.br/books/about/Essential_Epidemiology.html?id=aTJrbvPzu10C&redir_esc=y, accessed 4 November 2013).

57. King C 3rd, Siegel M. The Master Settlement Agreement with the tobacco industry and cigarette advertising in magazines. *N Engl J Med.* 2001;345(7):504–11.
58. vanWalbeek C, Blecher E, Gilmore A, Ross H. Price and tax measures and illicit trade in the framework convention on tobacco control: What we know and what research is required. *Nicotine Tob Res.* 2013;(4):767–76. doi:10.1093/ntr/nts170. Epub 2012 Sep 17.
59. A cannabis reader: global issues and local experiences. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2008 (EMCDDA Monographs Issue 8; <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>, accessed 4 November 2013).
60. Nicotine dependence F17-. In: ICD10Data.com [website]. Seattle (WA): ICD10Data.com; 2013 (<http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F10-F19/F17->, accessed 8 November 2013).
61. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G; PESCE European Research Team. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract.* 2009;59(566):682–90. doi:10.3399/bjgp09X454007.
62. Chapman S, Wakefield MA. Large-scale unassisted smoking cessation over 50 years: lessons from history for endgame planning in tobacco control. *Tob Control.* 2013;22:i33–5. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050767 (http://tobaccocontrol.bmj.com/content/22/suppl_1/i33.full, accessed 4 November 2013).
63. Частичные руководящие принципы для осуществления статей 9 и 10. Приняты Конференцией Сторон на ее четвертой сессии в 2010 г. с поправками, принятыми на ее пятой сессии в 2012 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 (http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/Guidelines_Articles_9_10_COP5_Rev24062013.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
64. Connolly GN. Sweet and spicy flavours: new brands for minorities and youth. *Tob Control.* 2004;13(3):211–2. doi:10.1136/tc.2004.009191.
65. Oliver AJ, Jensen JA, Vogel RI, Anderson AJ, Hatsukami DK. Flavored and nonflavored smokeless tobacco products: rate, pattern of use, and effects. *Nicotine TobRes.* 2013; 15(1):88-92. doi:10.1093/ntr/nts093. Epub 2012 Apr 22.
66. Doward J. Tobacco giant Philip Morris “spent millions in bid to delay EU legislation”. *The Guardian.* 7 September 2013 (<http://www.theguardian.com/business/2013/sep/07/tobacco-philip-morris-millions-delay-eu-legislation>, accessed 4 November 2013).
67. Gartner CE, Hall WD, Vos T, Bertram MY, Wallace AL, Lim SS. Assessment of Swedish snus for tobacco harm reduction: an epidemiological modelling study. *Lancet.* 2007;369(9578):2010-4 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17498798>, accessed 4 November 2013).
68. Snus: EU ban on snus sales. In: Tobacco Tactics [website]. Bath: University of Bath; 2013 (http://www.tobaccotactics.org/index.php/Snus:_EU_Ban_on_Snus_Sales, accessed 4 November 2013).
69. Пятая сессия Конференции Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, Сеул, Республика Корея, 12–17 ноября 2012 г. (http://www.who.int/fctc/cop/sessions/fifth_session_cop/ru/index.html, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
70. EverSmoke e-cigarette experts break down vapor smoking regulations and legislation in other countries. In: EverSmoke [website]. Wood Dale (IL): EverSmoke; 2013 (<http://www.learn.eversmoke.com/e-cig-world-regulations.html>, accessed 4 November 2013).
71. Notes from the field: electronic cigarette use among middle and high school students – United States, 2011–2012. *MMWR.* 2013;62(35):729–30 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6235a6.htm>, accessed 4 November 2013).

72. Warner KE. An endgame for tobacco? *Tob Control*. 2013;22(suppl 1):i3–5. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-050989.
73. Geman H. *Commodities and commodity derivatives: modeling and pricing for agriculturals, metals and energy*. Chichester: Wiley & Sons; 2005.
74. Commission staff working document of 19 December 2012 Part 3. Impact assessment. Accompanying the document Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products ([http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/swd/com_swd\(2012\)0452\(par3\)/com_swd\(2012\)0452\(par3\)_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/swd/com_swd(2012)0452(par3)/com_swd(2012)0452(par3)_en.pdf), accessed 8 November 2013).
75. Corrigendum to Council Regulation (EC) No 864/2004 of 29 April 2004 amending Regulation (EC) No 1782/2003 establishing common rules for direct support schemes under the common agricultural policy and establishing certain support schemes for farmers, and adapting it by reason of the accession of the Czech Republic, Estonia, Cyprus, Latvia, Lithuania, Hungary, Malta, Poland, Slovenia and Slovakia to the European Union. *O. J. E. U.* 2004, L 206:20–30 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:206:0020:0036:EN:PDF>, accessed 4 November 2013).
76. FAOSTAT [online database]. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations., 2013 (<http://faostat.fao.org/DesktopModules/Admin/Logon.aspx?tabID=0>, accessed 4 November 2013).
77. Commission staff working document of 19 December 2012 Part 1. Impact assessment. Accompanying the document Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products (http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/com_2012_788_ia_en.pdf 2012, accessed 22 November 2013).
78. Yürekli A, Önder Z, Elibol M, Erk N, Cabuk A, Fisunoglu M et al. The economics of tobacco and tobacco taxation in Turkey. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2010 (http://www.who.int/tobacco/en/tfi_turkey_report_feb2011.pdf, accessed 4 November 2013).
79. Tobacco industry interference in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/166748/Tobacco-Industry-Interference-In-the-WHO-European-Region.pdf, accessed 4 November 2013).
80. Hastings G, Angus K. The influence of the tobacco industry on European tobacco-control policy. In: *Tobacco or health in the European Union. Past, present and future*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.
81. Baska T, Pudule I, Tilgale N, Warren CW, Lee J, Lea V et al. Smoking tobacco in waterpipes among adolescents in Europe: the case of Latvia and Slovakia. *Tob Control*. 2008;17(6):432. doi:10.1136/tc.2008.027128.
82. Joossens L, Raw M. Cigarette smuggling in Europe: who really benefits? *Tob Control*. 1998;7(1):66–71. doi:10.1136/tc.7.1.66.
83. Cooperation agreement between British-American Tobacco (Holdings) Limited and the European Union as represented by the European Commission and the Signatory Member States of the European Union, 15 July 2010 (http://ec.europa.eu/anti_fraud/documents/cigarette_smug/2010/bat_main_agreement.pdf, accessed 4 November 2013).
84. Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (<http://www.who.int/fctc/protocol/about/ru/> http://www.who.int/entity/fctc/cop/sessions/Protocol_RU.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).

Приложение 1. Региональная сводная таблица мер, принимаемых в рамках РКБТ ВОЗ

Таблица 1. Резюме мер MPOWER в странах Региона

Индикаторы и степень выполнения, 2012 г.							
СТРАНЫ	Распространенность курения среди взрослых (2011 г.)	M	P	O	W	E	R
		Мониторинг	Стратегии запрета на курение	Программы по прекращению курения	Предупреждения о вреде для здоровья	Средства массовой информации	Запрет на рекламу
		Линии обозначают уровень соблюдения			Линии обозначают уровень соблюдения		
Албания	24%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	61%
Андорра◇			—	46%
Армения	19%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	25%
Австрия	44%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	74%
Азербайджан	...	■■■■■	■■■■■			■■■■■	19%
Беларусь	24%	■■■■■	—			■■■■■	42%
Бельгия	21%	■■■■■	■■■■■◇			■■■■■◇	76%
Босния и Герцеговина	32%	■■■■■	—			■■■■■	75%
Болгария	33%	■■■■■	—			■■■■■	84%
Хорватия	29%	■■■■■	■■■■■◇			■■■■■	71%
Кипр	27%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	76%
Чешская Республика	24%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	78%
Дания	20%	■■■■■	—			...	79%
Эстония	25%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	77%
Финляндия	17%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	80%
Франция	31%	■■■■■	...◇			...	80%
Грузия	23%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	58%
Германия	24%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	73%
Греция	36%	■■■■■	82%
Венгрия	29%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	84%
Исландия	14%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	57%
Ирландия	...	■■■■■	79%
Израиль	22%	■■■■■	84%
Италия	21%	■■■■■	—◇			■■■■■	75%
Казахстан	20%	■■■■■	30%
Кыргызстан	20%	■■■■■	66%
Латвия	26%	■■■■■	79%
Литва	27%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	75%
Люксембург	19%	■■■■■	...◇			...	71%
Мальта	22%	■■■■■	■■■■■⊙			■■■■■	77%
Монако	...	■■■■■	...			—	...
Черногория	...	■■■■■	■■■■■			■■■■■	81%
Нидерланды	20%	■■■■■	—			■■■■■	72%
Норвегия	19%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	73%
Польша	26%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	80%
Португалия	19%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	76%
Республика Молдова	20%	■■■■■	■■			■■■■■	44%
Румыния	25%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	73%
Российская Федерация	34%	■■■■■	—			...	40%
Сан-Марино	...	■■■■■	...◇			...	74%
Сербия	29%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	76%
Словакия	23%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	84%
Словения	21%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	80%
Испания	26%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	79%
Швеция	11%	■■■■■	—			■■■■■	74%
Швейцария	19%	■■■■■	—			■■■■■	62%
Таджикистан	...	■■■■■	—			...	31%
Бывшая югославская Республика Македония	...	■■■■■	71%
Турция	24%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	80%
Туркменистан	...	■■■■■	...			—	30%
Украина	25%	■■■■■	67%
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	14%	■■■■■	■■■■■			■■■■■	80%
Узбекистан	10%	■■■■■	29%

Источник: WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/index.html, accessed 16 October 2013).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония