



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Доклад о тенденциях в области употребления табака в Европе 2019 г.



Аннотация

Употребление табака представляет собой важную проблему общественного здравоохранения во всем мире, но особенно в Европейском регионе ВОЗ, где отмечается самый высокий уровень распространенности употребления табака (более 29%). Употребление табака наносит значительный вред здоровью, а также огромный экономический ущерб обществу, как прямой, обусловленный потребностями в медицинском обслуживании, так и косвенный, связанный с потерей производительности, ущербом от пожара и причинением вреда окружающей среде. Настоящий документ, подготовленный Европейским региональным бюро ВОЗ, содержит последние имеющиеся данные о текущей ситуации и динамике мониторинга употребления табака, последствиях для здоровья, распространенности употребления табака, ответных мерах систем здравоохранения на табачную эпидемию и роли прав человека и политики в области здравоохранения в повышении осведомленности об обстоятельствах и последствиях употребления табака. Он предлагает не только анализ тенденций употребления табака и перспектив его контроля в будущем, но и возможность стать информационно-пропагандистским средством, содействующим диалогу между политиками, специалистами здравоохранения, пользователями табачных изделий и другими заинтересованными сторонами.

Ключевые слова

TOBACCO USE
TOBACCO CONTROL
WHO FCTC
EUROPE
MONITORING
HEALTH IMPACT
HUMAN RIGHTS
SDGs

© Всемирная организация здравоохранения, 2019

Все права защищены. 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.

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>).

Содержание

Выражение благодарности	ii
Принятые сокращения	iii
Введение	1
Библиография	2
Глава 1.	
Мониторинг употребления табака в Европе	3
История вопроса	4
Рамочная основа и мандат для мониторинга и эпиднадзора за табачной эпидемией	4
Эпиднадзор за заболеваниями и факторами риска	6
Мониторинг политики в области здравоохранения и осуществления вмешательств	8
Использование инновационных форм мониторинга моделей поведения и практики употребления табака на уровне населения	9
Вывод и перспективы	11
Библиография	12
Глава 2.	
Последствия употребления табака для здоровья	13
История вопроса	14
Смертность, обусловленная употреблением табака: тенденции и распространение	15
Бремя болезней, обусловленное употреблением табака	20
Борьба с табаком и достижение целевых показателей ГСМ и ЦУР по сокращению преждевременной смертности от НИЗ к 2025 и 2030 гг.	22
Вывод и перспективы	24
Библиография	24
Глава 3.	
Употребление табака в Европе	25
История вопроса	26
Распространенность употребления табака	26
Социально обусловленные неравенства в отношении здоровья применительно к употреблению табака	33
Распространенность воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях и в закрытых общественных местах	38
Вывод и перспективы	39
Библиография	39
Глава 4.	
Ответные меры систем общественного здравоохранения на употребление табака в Европейском регионе ВОЗ	40
Введение	41
Краткая информация об осуществлении РКБТ ВОЗ в Европейском регионе ВОЗ	41
Примеры передового опыта осуществления отдельных мер РКБТ ВОЗ	42
Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями	44
Политика и меры, выходящие за рамки мер, предусмотренных РКБТ ВОЗ	44
Сохраняющиеся пробелы и трудности	47
Вывод и перспективы	48
Библиография	49
Глава 5.	
Новые подходы к борьбе против табака: связь с устойчивым развитием и правами человека	50
Введение	51
Право человека на борьбу против табака	51
Права человека в судебных исках	54
Договоры по правам человека, способствующие укреплению мер борьбы против табака	55
Борьба против табака в Повестке дня в области устойчивого развития	56
ЦУР как форум многосекторального сотрудничества	58
Вывод и перспективы	59
Библиография	60

Выражение благодарности

Настоящий документ был подготовлен Enrique Loyola Elizondo, консультантом по эпидемиологии, Елизаветой Лебедевой, консультантом, Laura Graen, консультантом по вопросам политики проекта «Unfairtobacco.org», Kristina Mauer-Stender, руководителем программы по борьбе против табака, Натальей Федкиной, консультантом Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ, и Ivo Rakovac, и.о. руководителя программы по эпиднадзору и мониторингу неинфекционных заболеваний, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Авторы выражают благодарность Alison Commar, техническому сотруднику, и Benn David McGrady, техническому сотруднику штаб-квартиры ВОЗ, Isabel Yordi Aguirre, руководителю программы, Aasa Hanna Mari Nihlen, техническому сотруднику, Angela Ciobanu, техническому сотруднику, и Eleanor Salter, Европейское региональное бюро ВОЗ, Андрею Демину, профессору Института лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет им. Сеченова, Российская Федерация, профессору Aida Ramic-Catas, заместителю директора по медицинским вопросам Института общественного здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины, и Nuka Maglakelidze, руководителю группы по борьбе против табака, Национальный центр по контролю заболеваемости и общественного здоровья, за их полезные комментарии по улучшению полноты изложения.

Авторы также хотели бы поблагодарить Bente Mikkelsen, директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ, и Joao Joaquim Rodrigues da Silva Breda, руководителя Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, за общее руководство и поддержку в подготовке настоящего доклада.

Публикация стала возможной благодаря частичному финансированию правительства Российской Федерации Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и правительства Германии.

— Принятые сокращения

ГСМ	Глобальная система мониторинга неинфекционных заболеваний
ЕВМ	Евробарометр
ЕКПЧ	Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод
ЕС	Европейский союз
ЕС13	государства-члены, вошедшие в состав Европейского союза после 2004 года
ЕС15	государства-члены, вошедшие в состав Европейского союза до 2004 года
КПИ	Конвенция о правах инвалидов
КПР	Конвенция о правах ребенка
МПЭСКП	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
НИЗ	неинфекционные заболевания
РКБТ ВОЗ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
РППДАПЧ	Руководящие принципы предпринимательской деятельности в аспекте прав человека Организации Объединенных Наций
СНГ	Содружество Независимых Государств
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
СЭС	социально-экономический статус
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
ЦУР	Цели в области устойчивого развития (Организация Объединенных Наций)
ЭСДН/ЭСДПН	электронные системы доставки никотина и электронные системы доставки продуктов, не являющихся никотином
CEDAW	Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
EHIS	Европейское опросное обследование в области здравоохранения
GAP	Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013– 2020 гг.
GATS	Глобальное обследование употребления табака среди взрослых
GYTS	Глобальное обследование употребления табака среди молодежи
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья [исследование]
PAF	популяционная фракция атрибутивного риска (заболевания)
TAPS	реклама, продвижение и спонсорство табака
YLD	годы, прожитые с инвалидностью
YLL	потерянные годы жизни

Введение

Употребление табака представляет собой важную проблему общественного здравоохранения во всем мире, но особенно в Европейском регионе ВОЗ, где отмечается самый высокий уровень распространенности употребления табака (более 29%) (1). Употребление табака ложится тяжелым бременем на здоровье: по оценкам, в 2016 году употребление табака стало причиной более 7 миллионов смертей, часто преждевременных, и потери большого числа лет здоровой жизни из-за заболеваемости и инвалидности. Употребление табака также связано с огромным экономическим ущербом для общества, как прямым, обусловленным удовлетворением потребностей в медицинском обслуживании, так и косвенным, обусловленным потерей производительности, ущербом от пожара, нанесением вреда окружающей среде, связанным с замусориванием сигаретными окурками, а также разрушительными методами ведения сельского хозяйства (2). В настоящее время существует более глубокое понимание того, как снизить экономические и медицинские издержки, обусловленные этой смертоносной эпидемией, однако, несмотря на наличие экономически эффективных инструментов, многие страны по-прежнему сталкиваются с проблемами при разработке и осуществлении всеобъемлющих и устойчивых стратегий борьбы против употребления табака.

Для решения этих проблем в последние 15 лет государства-члены Европейского региона ВОЗ согласовали несколько рамочных договоров, таких как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (3), Политическая декларация ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (4), разработанный ВОЗ *Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними* (5), *Здоровье-2020 - основы Европейской политики и стратегия для XXI века* (6) и *Цели ООН в области устойчивого развития (ЦУР)* (7). Государства-члены приняли свои цели, задачи и рекомендации. Был достигнут определенный прогресс в осуществлении этих рамочных договоров в странах, однако показатели, имеющиеся на настоящий момент, недостаточны для достижения цели снижения уровня потребления табака среди взрослого населения Европейского региона ВОЗ на 30% к 2025 году.

В качестве средства укрепления национального потенциала в области мониторинга и эпиднадзора за употреблением табака и с целью содействия глобальному мониторингу табачной эпидемии, государства-члены ВОЗ в течение последнего десятилетия последовательно вносили вклад в систематический сбор и представление данных о различных аспектах употребления табака, помогая политикам понять закономерности и тенденции употребления табака и воздействия табачного дыма, имеющие решающее значение для разработки эффективной и более целенаправленной политики борьбы против табака. Результатом этого сотрудничества является укрепление национальных систем мониторинга и эпиднадзора за табаком и, начиная с 2008 года, регулярная (один раз в два года) публикация докладов ВОЗ о глобальной табачной эпидемии (8). Доклад о глобальной табачной эпидемии содержит всестороннюю оценку прогресса, достигнутого в области профилактики и борьбы против табака на основе тщательно проверенных наборов данных и показателей, и эффективного анализа, включенных в комплекс мер по борьбе с табачной эпидемией MPOWER (9).

В настоящем докладе о тенденциях употребления табака в Европе представлены последние имеющиеся данные о текущей ситуации и динамике мониторинга употребления табака, воздействии на здоровье, распространенности употребления табака, ответных мерах систем здравоохранения на табачную эпидемию и роли прав человека и политики в области здравоохранения в повышении осведомленности об обстоятельствах и последствиях употребления табака. В нем подчеркивается необходимость активизации государствами-членами профилактических мероприятий в различных сферах, от здравоохранения до маркетинга, финансово-бюджетной политики и более жесткого регулирования. На протяжении более десяти лет государства-члены предоставляли ВОЗ данные, использованные в докладе, для создания непрерывного, всеобъемлющего и сопоставимого процесса мониторинга, надежной базы фактических данных, удовлетворяющей глобальные и региональные информационные потребности в мониторинге, эпиднадзоре и научных исследованиях. Совсем недавно, также в рамках этой деятельности, ВОЗ опубликовала *Глобальный доклад о тенденциях в области распространенности употребления табака в период между 2000 и 2025 гг.* Дополнительные ресурсы ВОЗ и внешние источники данных, использованные

при составлении доклада, включают Глобальную базу данных ВОЗ о смертности и Глобальные оценки здоровья (10, 11).

Выборки данных по странам Европейского региона ВОЗ позволили оценить прогресс, достигнутый в области сокращения распространенности употребления табака в Европейском регионе, изменения моделей потребления табака среди групп населения и изменения видов табачных изделий, а также оценить перспективы достижения глобальной цели сокращения распространенности употребления табака. В докладе приводятся сведения об изучении и понимании тенденций употребления табака в Европе и перспектив его контроля в будущем. Целью доклада также является стать информационно-пропагандистским средством, содействующим диалогу между политиками, специалистами здравоохранения, пользователями табачных изделий и другими заинтересованными сторонами.

Библиография

1. Глобальный доклад ВОЗ о тенденциях в области употребления табака в период между 2000 и 2025 гг., Второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (<https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>).
2. Табачная экономика и экономические аспекты борьбы против табака. Bethesda (MD)/Женева: Департамент здравоохранения и социальных служб США, Национальные институты здравоохранения, Национальный институт онкологии, Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (Монография 21 Национального института онкологии по борьбе против табака, публикация NIH № 16-CA-8029A; https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_exec_sum_Russian.pdf).
3. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf?sequence=4).
4. Резолюция A/RES/66/2. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк (Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций; 2012 г. (документ A/RES/66/2; https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/diseases_politdecl.shtml).
5. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013 - 2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf?sequence=5).
6. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf.
7. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк (Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций; 2015 г. (https://unctad.org/meetings/en/SessionalDocuments/ares70d1_ru.pdf).
8. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2017 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258555/WHO-NMH-PND-17.4-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
9. MPOWER in action. Defeating the global tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1).
10. European noncommunicable diseases country profiles 2018 update. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://ivorakovac.bitbucket.io/CountryProfiles/>).
11. Global health estimates. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).



ГЛАВА



**МОНИТОРИНГ
УПОТРЕБЛЕНИЯ
ТАБАКА
В ЕВРОПЕ**

История вопроса

Мониторинг и эпиднадзор являются важными инструментами определения текущей ситуации и тенденций в области здравоохранения. Они также ориентируют процесс принятия решений, предоставляя фактические данные для разработки политики, планов, стратегий, программ и вмешательств в области здравоохранения, а также для оценки эффективности их осуществления.

Инфекционные заболевания были основной проблемой общественного здравоохранения в XX веке; системы мониторинга и эпиднадзора изначально основывались на заболеваниях или синдромных явлениях, а частота сбора данных отражала продолжительность инкубационных периодов заболевания (1). В XXI веке начался рост, а затем окончательное преобладание хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые также требуют постоянного глобального, регионального и национального мониторинга. Для заболеваний, характеризующихся длительными периодами до момента клинического проявления, как в случае с НИЗ, факторы риска и политика в области здравоохранения становятся дополнительными ключевыми элементами мониторинга и эпиднадзора.

Механизмы мониторинга в большинстве государств-членов Европейского региона ВОЗ схожи: мониторинг хронических НИЗ осуществляется с помощью обычных систем статистики здравоохранения, установленных национальным законодательством, а тенденции, связанные с факторами риска, в том числе курение, отслеживаются с помощью периодических опросов населения, стандартизированных на международном уровне.

При поддержке ВОЗ было создано несколько механизмов мониторинга и эпиднадзора для сбора стандартизированной информации об употреблении табака. Они основываются на общих и согласованных подходах, включая определения и содержание показателей, частоту, сферу охвата, а также сбор и дезагрегирование данных, среди других учитываемых факторов (2). Для формирования и достижения консенсуса по мониторингу и эпиднадзору за употреблением табака потребовалось несколько рамочных договоров и мандатов, в том числе РКБТ ВОЗ, которая стала одним из наиболее всеобъемлющих и эффективных инструментов профилактики и борьбы с употреблением табака.

Рамочная основа и мандат для мониторинга и эпиднадзора за табачной эпидемией

На пятьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2003 г. государства-члены предприняли беспрецедентный шаг, приняв РКБТ ВОЗ, первый документ, имеющий обязательную юридическую силу, в котором представлен ряд решительных и согласованных действий в ответ на глобализацию эпидемии табака и связанные с ней огромные расходы на медицинское обслуживание и огромный социально-экономический и экологический ущерб (3). РКБТ ВОЗ также предоставляет странам и другим участникам Конвенции необходимую правовую и техническую основу и рамки для принятия и осуществления комплексных и эффективных мер борьбы против табака, охватывающих все сектора правительства. Она призывает к разработке программ мониторинга и эпиднадзора, отчетности, обмену информацией и научно-техническому сотрудничеству по различным аспектам употребления табака и связанных с ним детерминант и показателей (Статьи 20, 21 и 22), в том числе по социальным (например, определение и выявление уязвимых групп населения), экономическим (маркетинг, прямые и косвенные затраты на медицинское обслуживание, обусловленные последствиями курения) и медицинским (эпидемиологические воздействия, управление болезнями и усилия по прекращению курения). На настоящий момент почти все (50 из 53) государства-члены Европейского региона ратифицировали РКБТ ВОЗ (4) и предпринимают усилия для осуществления рекомендаций Конвенции. Однако, осуществление положений Конвенции в полной мере продолжает находиться на достаточно низком уровне и широко варьируется по Региону (5).

В 2011 г. Генеральная Ассамблея ООН созвала глобальное совещание, на котором были проанализированы текущая ситуация и тенденции заболеваемости НИЗ среди населения, а также проблемы профилактики НИЗ и борьбы с ними (6). В связи с этим ВОЗ было поручено подготовить *Глобальный план действий*

по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. (ГПД) (7), установить цели и показатели, по которым может определяться прогресс, достигнутый в рамках Глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний (ГСМ) (8). Осуществление РКБТ ВОЗ как ключевого политического инструмента достижения глобальной добровольной цели - 30%-ного относительного сокращения настоящего уровня распространенности употребления табака среди людей в возрасте 15 лет и старше - было также признано и включено в ГПД и ГСМ.

В 2012 году государства-члены одобрили основы Европейской политики Здоровье-2020, придав дополнительный импульс укреплению общественного здоровья в Регионе и поддержав общегосударственный подход и принцип участия всего общества в процессах, направленных на то, чтобы "значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, социально справедливых, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека" (9). Политика Здоровье-2020 направлена на достижение ряда целей, в том числе целей, связанных с улучшением качества здоровой жизни, снижением воздействия факторов риска, сокращением неравенства в отношении здоровья и укреплением систем здравоохранения. Ряд показателей, связанных с употреблением табака, таких как снижение преждевременной смертности от основных групп НИЗ (все из которых связаны с употреблением табака), снижение распространенности курения, сокращение неравенства в отношении здоровья между странами, внутри стран и между группами населения, используются как часть процесса мониторинга достижения этих целей.

После периода относительно медленного прогресса в борьбе с НИЗ и употреблением табака в 2014 году было созвано совещание высокого уровня Организации Объединенных Наций, с тем, чтобы определить пути достижения ожидаемых результатов, намеченных в ГПД. Была принята Политическая декларация по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (6), обязывающая государства-члены "ускорить осуществление ... Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака", в том числе осуществление рекомендованных действий в отношении угрозы воздействия употребления табака, регулирования и маркетинга табачных изделий.

В 2016 г. на седьмой сессии Конвенции сторон РКБТ ВОЗ была одобрена Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (10), в том числе ЦУР 3 "Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте". Задача 3а цели в области здравоохранения заключается в том, чтобы "активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака во всех странах", в качестве средства достижения ЦУР 3 к 2030 году (2). Это одобрение придало дополнительную силу профилактике употребления табака и борьбе с ним.

Все эти годы ВОЗ и ее государства-члены систематически вносили вклад в осуществление мониторинга и эпиднадзора за употреблением табака и его последствий для здоровья, а также содействовали осуществлению согласованных ответных мер системы общественного здравоохранения. В двухгодичном глобальном докладе ВОЗ по борьбе против табака анализируется и обобщается информация, позволяющая отслеживать масштабы табачной эпидемии и осуществление мер борьбы с ней, предпринимаемых в рамках усилий по: мониторингу употребления табака (**M**onitor); защите людей от воздействия табачного дыма (**P**rotect); предложению помощи в целях прекращения употребления табака (**O**ffer); предупреждению об опасностях, связанных с употреблением табака (с помощью предупредительных надписей и антитабачных кампаний в СМИ) (**W**arn); обеспечению соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (TAPS) (**E**nforce); повышению налогов на табачные изделия (**R**aise). Все эти действия входят в комплекс мер борьбы против табака, MPOWER и соответствуют одной или нескольким статьям РКБТ ВОЗ (11).

В Глобальном докладе о борьбе против табака основное внимание уделяется мониторингу и стратегиям профилактики употребления табака; он также включает в себя углубленный анализ потенциала стран-членов ВОЗ в области мониторинга, позволяющий детально оценить прогресс и будущие проблемы в этой области. Усилия по стандартизации сбора, расчета и, при необходимости, оценки глобальных, региональных и национальных показателей являются частью процесса улучшения доступности информации. Настоящий аналитический доклад включает данные, извлеченные из глобальной коллекции для стран Европейского региона ВОЗ.

— Эпиднадзор за заболеваниями и факторами риска

Мониторинг и эпиднадзор имеют важное значение для различных этапов осуществления политики в области здравоохранения: от установления базовых показателей, задач и приоритетов до оценки хода осуществления стратегий, программ и мероприятий. Однако при создании системы мониторинга необходимо принимать во внимание такие аспекты, как определение научно обоснованных методов и их простоту, целесообразность и приемлемость для целевых групп населения, понесенные затраты, а также непрерывность и устойчивость системы. В отличие от инфекционных заболеваний, для которых собираются данные о симптомах заболевания в определенных случаях, информация о НИЗ и употреблении табака, как правило, фокусируется на моделях поведения, образе жизни, практике, знаниях и отношениях, а также на некоторых физических и биохимических аспектах.

Обычно считается, что НИЗ и употребление табака являются проблемами взрослого населения, поэтому информация о факторах риска собирается, а количественная оценка проводится, в основном для взрослого населения (в возрасте 15 лет и старше). Однако признание того факта, что человек подвергается воздействию табака на протяжении всей жизни, предполагает сбор большего количества данных об употреблении табака детьми школьного возраста (11-15 лет). В отличие от мониторинга статуса заболевания, рутинные системы мониторинга “статуса здоровья” в секторе здравоохранения либо ограничены, либо отсутствуют; поэтому мониторинг факторов риска развития НИЗ, в том числе употребления табака, должен, как правило, основываться на обследованиях населения, которые могут фокусироваться исключительно на НИЗ и их факторах риска, либо также включать другие вопросы (такие как материнское, сексуальное и репродуктивное здоровье). Мониторинг и эпиднадзор за политикой и программами в области здравоохранения, а также мониторинг осуществления мероприятий по профилактике и борьбе с табаком, также являются важными источниками информации при разработке политики в области борьбы против табака и проведении оценки программ.

Для мониторинга и оценки тенденций смертности и заболеваемости, обусловленных употреблением табака, страны полагаются на данные регистрации случаев смерти и регистры заболеваний, соответственно. Данные регистрации случаев смерти, как правило, более точны в отношении специфики определения причин смертности и зачастую являются более полными, чем регистры заболеваний. В 2017 году во всех 53 государствах-членах была полностью или частично внедрена система регистрации случаев смерти, позволяющая регулярно представлять информацию о причинах смерти в ВОЗ; уровень охвата регистрацией случаев смерти составляет более 90%, а полнота учета причин смерти – более 98% [12]. Различия среди государств-членов в охвате по стандартизированным показателям смертности существуют из-за различий в периоде проведения национальных переписей населения и согласованности национальных показателей. Если страны не могут предоставить ВОЗ последние и полные данные для глобальной и региональной отчетности, то сопоставимые на международном уровне показатели получают с использованием наиболее точных имеющихся данных [13].

Разработан широкий спектр инструментов мониторинга НИЗ и употребления табака, результатов в отношении здоровья и факторов риска, основывающийся на двух подходах: мониторинг отдельных факторов риска, при котором от населения может быть получена более глубокая информация об их знаниях, отношении и поведении, и мониторинг факторов риска НИЗ в целом, который может осуществляться в сочетании с другими вопросами, связанными или не связанными со здоровьем. Наиболее часто используемыми обследованиями, посвященными НИЗ, являются национальные репрезентативные обследования школ или домашних хозяйств. В настоящее время мониторинг употребления табака осуществляется с помощью нескольких основных инструментов, в том числе: Глобальное обследование употребления табака среди взрослых (GATS), Глобальное обследование употребления табака среди молодежи (GYTS) и Европейское обследование школ по проблеме употребления алкоголя и наркотиков для получения информации, связанной с табаком; Поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору за НИЗ; Европейское опросное обследование в области здравоохранения (EHIS), исследование “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья” (HBSC) и Глобальное обследование здоровья детей для множественных факторов риска. Некоторые обследования, в частности STEPS и EHIS, содержат в себе вопросы об употреблении табака,

представляющие собой подгруппу основных вопросов из инструмента GATS с дополнительным акцентом на реализацию политики, которую можно использовать в качестве отдельных модулей. Другие международные обследования домашних хозяйств, такие как Демографическое и медицинское обследование и Кластерное обследование по многим показателям, также включают модули с вопросами об употреблении табака.

Таблица 1.1. Страны Европейского региона, в которых было проведено хотя бы одно национальное или международное обследование, включающее показатели распространенности употребления табака, с разбивкой по годам, полу и возрасту

	2013	2014	2015	2016	2017
Армения				DHS, M, 15-49	STEPS, T, 18-69
Австрия		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Азербайджан					STEPS, T, 18-69
Беларусь					STEPS, T, 18-69
Бельгия		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Болгария		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Хорватия			EHIS, T, 15-100		EBM, T, 15-100
Кипр		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Чехия		EHIS, T, 15-100			
Дания		EHIS, T, 15-100			
Эстония		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Финляндия		EHIS, T, 15-100			
Франция		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Грузия				STEPS, T, 18-69	
Германия		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Греция	GATS, T, 15-100	EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Венгрия		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Исландия			GAL, T, 18-69	GAL, T, 18-100	GAL, T, 18-100
Ирландия					
Израиль					
Италия		EHIS, T, 15-107			
Казахстан		GATS, T, 15-100			
Киргизия	STEPS, T, 18-64				
Латвия		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Литва		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Люксембург		EHIS, T, 15-100			
Мальта		EHIS, T, 15-100	EHIS, T, 15-100		EBM, T, 15-100
Черногория					
Нидерланды		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Норвегия		EHIS, T, 15-100			
Польша		EHIS, T, 15-100			
Португалия		EHIS, T, 15-100			
Молдова	STEPS, T, 18-64				
Румыния		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Российская Федерация				GATS, T, 15-100	
Сан-Марино					
Сербия					
Словакия		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Словения					EBM, T, 15-100
Испания		EHIS, T, 15-100			
Швеция		EHIS, T, 15-100			EBM, T, 15-100
Швейцария					
Таджикистан				GATS, T, 15-100	
Турция		EHIS, T, 15-100		GATS, T, 15-100	STEPS, T, 15-100
Туркменистан		STEPS, T, 18-64			
Украина					
Соединенное Королевство		EHIS, T, 15-100			
Узбекистан	STEPS, T, 18-64				

Источник: Страновые отчеты ВОЗ.

Международное

Национальное

Ключ: Обследование,
Пол, Возраст

T=всего

M=мужчины

Комбинация затрат и конкретных потребностей стран объясняет неоднородность использования этих инструментов в Европейском регионе. В некоторых странах в период 2013-2018 годов было проведено несколько видов обследований (минимальная рекомендуемая частота - раз в пять лет) (таблица 1.1). Результаты обследований для взрослого населения показывают, что во многих странах было проведено значительное количество обследований, включающих вопросы, связанные с табаком, в основном с использованием субрегиональных инициатив по мониторингу, таких как STEPS, GATS, EHIS и Евробарометр (ЕВМ), и обычно с трехлетним интервалом, хотя проведение некоторых в большей степени зависит от самих стран и доноров. Число проводимых обследований на региональном уровне растет, но многие страны сталкиваются с трудностями при мобилизации ресурсов на эти программы; необходимо продолжать предпринимать усилия по созданию регулярных систем для обеспечения устойчивости мониторинга и эпиднадзора.

Множественность систем сбора данных отражает позитивное развитие в отношении обеспечения непрерывности и охвата, но также создает некоторые проблемы для обеспечения сопоставимости показателей в рамках различных схем и инструментов обследований. ВОЗ сотрудничает с международными организациями и государствами-членами по вопросам улучшения сопоставимости данных. ВОЗ играет важную роль в совершенствовании глобальной и региональной системы мониторинга с целью улучшения координации между учреждениями Организации Объединенных Наций и международными организациями, участвующими в проведении исследований в государствах-членах, особенно в части процедур стандартизации обследований, выборки и временных рамок. Конкретные данные о тенденциях употребления табака, определенные в ходе этих обследований, приведены в главе 3.

Мониторинг политики в области здравоохранения и осуществления вмешательств

Мониторинг данных, связанных с НИЗ и употреблением табака, также включает мониторинг мер политики и вмешательств в области здравоохранения, которые определяют прогресс в выполнении обязательств, принятых государствами-членами ООН в 2014 году [14]. Мониторинг предусматривает отслеживание на уровне стран информации, включенной в доклад о глобальном прогрессе в осуществлении договора по борьбе против табака, в котором оцениваются достижения в области мониторинга осуществления мер MPOWER, в том числе “наиболее выгодных покупок”, таких как высокоэффективные и недорогие меры вмешательства в области охраны здоровья. Мониторинг прогресса в области политики и стратегий профилактики и борьбы с употреблением табака, как и в случае с другими факторами риска НИЗ, включает в себя мониторинг осуществления мер налогово-бюджетной политики (в частности, направленной на снижение доступности табака), ужесточения мер регулирования рекламы, спонсорства и продвижения табачных изделий, запрета на употребление табака в общественных местах и повышение осведомленности об опасностях употребления табака для защиты людей от воздействия табачного дыма.

Отдельные результаты двух последних докладов показывают, что в период между проведениями исследований достигнут значительный прогресс, в частности в сфере повышения осведомленности населения о необходимости снижения воздействия табачного дыма и применения простой (стандартизированной) упаковки табачных изделий. Государства-члены Европейского региона ВОЗ являются глобальными лидерами в области применения простой упаковки табачных изделий, несмотря на нормативно-правовые проблемы и судебные иски, выдвигаемые табачной промышленностью. Пробелы в других сферах могут отражать дополнительные сложности и причастность других сил, а также указывать на те направления, где необходима активизация усилий. Более подробная информация о тенденциях осуществления конкретных показателей представлена в главе 4.

Использование инновационных форм мониторинга моделей поведения и практики употребления табака на уровне населения

Комбинации некоторых или всех вышеперечисленных примеров мониторинга употребления табака имеют важное значение для проведения комплексных оценок и углубления понимания ситуации и тенденций употребления табака в Европе. Тем не менее, для дополнения информации об употреблении табака, особенно в тех случаях, когда ее получение сопряжено с трудностями, могут потребоваться инновационные подходы. Такие подходы могут включать использование новых технологий для оценки распространенности употребления табака в случае наличия проблемы стигматизации при представлении отчетности, либо когда население неохотно отвечает на вопросы относительно своих моделей поведения. В таких ситуациях необходимы более чувствительные инструменты для мониторинга быстрых изменений в моделях поведения и их детерминантах.

Интеграция информации из разных категорий, связанных со здоровьем (таких как распространенность употребления табака, заболеваемость и смертность, а также использование и управление услугами здравоохранения), и не связанных со здоровьем (например, демографический и социально-экономический статус, расходы домохозяйств, а также поисковое и покупательское поведение), позволит обеспечить более глубокий анализ взаимосвязей и ассоциаций. Список некоторых альтернатив представлен в таблице 1.2, в том числе типы и источники данных, проблемы и ключевые заинтересованные стороны [15]. В то время как некоторые альтернативные источники мониторинга употребления табака уже используются, необходимо предпринять дополнительные усилия по расширению масштабов их внедрения и использования, а также по проведению дополнительных исследований, направленных на преодоление ключевых проблем.

Таблица 1.2. Три типа данных с потенциальными источниками, связанной с табаком информацией, проблемами и заинтересованными сторонами

Тип данных	Источник данных (перечень не исчерпывающий)	Информация, связанная с табаком	Ключевые недостатки или проблемы	Основные заинтересованные стороны
Социальные сети и модели их использования	Интерактивные платформы социальных сетей (например, Twitter и Facebook)	Отношение, модели поведения, факторы риска	Предвзятость населения; трудности с определением социально-демографической информации; доступ к собранным данным (вопросы собственности и конфиденциальности); отсутствие стандартизации данных	Регулирующие органы и политики, ответственные за конфиденциальность и защиту данных
	Поисковые системы (например, Google и Bing)	Поисковое поведение	Предвзятость населения; трудности с определением социально-демографической информации; доступ к собранным данным (вопросы собственности и конфиденциальности)	Регулирующие органы и политики, ответственные за конфиденциальность и защиту данных
	Новостные комментарии	Отношение к темам, связанным со здоровьем	Предвзятость населения; трудности с определением социально-демографической информации; доступ к собранным данным (вопросы собственности и конфиденциальности); отсутствие стандартизации данных	Индивидуальные пользователи, модераторы, издательские платформы
	Блоги	Отношение, модели поведения, факторы риска	Предвзятость населения; трудности с определением социально-демографической информации; доступ к собранным данным (вопросы собственности и конфиденциальности); отсутствие стандартизации данных	Индивидуальные пользователи, модераторы, издательские платформы
	Веб-извлечение информации	Табачные изделия, лекарственные препараты для прекращения употребления табака, цены	Информация о наличии и ценах на классические и новые табачные изделия и препараты для прекращения употребления табака	Регулирующие органы, пациенты, поставщики услуг

Тип данных	Источник данных (перечень не исчерпывающий)	Информация, связанная с табаком	Ключевые недостатки или проблемы	Основные заинтересованные стороны
Цифровой след	Данные из сети мобильной телефонной связи	Движение и физическая активность	Доступ к собранным данным из-за ограничений, связанных с вопросами собственности и конфиденциальности; предвзятость населения; трудности в определении причинных факторов для данных в цифровых следах	Телефонные компании, разработчики приложений, интернет-магазины
	Данные мобильных приложений	Физическая активность, табак, артериальное давление	Доступ к собранным данным из-за ограничений, связанных с вопросами собственности и конфиденциальности информации; предвзятость населения; трудности в определении причинных факторов для данных в цифровых следах	Телефонные компании, разработчики приложений
	Супермаркеты	Продажа табачных изделий и сопутствующих товаров	Доступ к собранным данным из-за ограничений, связанных с вопросами собственности и конфиденциальности информации; предвзятость населения; трудности в определении причинных факторов для данных в цифровых следах; вероятность искажения, учитывая, что покупатель и потребитель могут различаться	Разработчики программного обеспечения, ассоциации потребителей и производителей
	Налоговые органы	Налоги с продаж табака	Трудности в определении причинных факторов для данных в цифровых следах	Государственные налоговые органы
	Интернет-сообщества, использующие вводимые пользователями данные	Особое рискованное поведение, связанное с целью сообщества	Трудности в определении причинных факторов для данных в цифровых следах; предвзятость населения	–
	Новые цифровые следы Данные операций по кредитным картам	Расходы на здравоохранение, табачные изделия, высокая периодичность предоставления данных и высокий уровень дезагрегации	Доступ к данным из-за ограничений, связанных с вопросами собственности и конфиденциальности информации; предвзятость населения	Банки
Электронные медицинские карты	Медицинские работники	Симптомы, факторы риска и диагнозы; проблемы со здоровьем пациента и предполагаемые риски	Сложности с гармонизацией; отсутствие данных, касающихся политики или моделей поведения; неполные данные (некоторые пациенты могут быть не охвачены поставщиком медицинских услуг, что означает, что их данные не регистрируются системой здравоохранения); отсутствие регистров НИЗ в первичном звене здравоохранения или системе общественного здравоохранения, отсутствие фактических данных, недостаточная информационная поддержка, различия в процедурах обеспечения конфиденциальности данных пациента и соблюдения врачебной тайны в бумажных и электронных медицинских картах	Неправительственные организации, занимающиеся правами пациентов, пациенты
	Медицинская страховка	Диагностика и пользование услугами	Предвзятость пациентов; ограниченные данные о факторах риска	Регулирующие органы, пациенты, поставщики услуг
	Аптеки	Получение рецептурных препаратов; покупка лекарств без рецепта	Регистрация; стандартизация кодирования	Регулирующие органы, пациенты, поставщики услуг
	Частные практики	Симптомы, факторы риска и диагнозы; проблемы со здоровьем пациента и предполагаемые риски	Данные с ограниченным охватом; отсутствие регистров НИЗ в первичном звене здравоохранения или системе общественного здравоохранения; отсутствие фактических данных; недостаточная информационная поддержка; различия в процедурах обеспечения конфиденциальности данных пациента и соблюдения врачебной тайны в бумажных и электронных медицинских картах	Пациенты

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ [16].

Сбор информации из этих источников, должен рассматриваться в качестве дополнения к другим традиционным ресурсам мониторинга и эпиднадзора, полученного, например, путем использования различных источников “больших данных”, упомянутых выше, с целью изучения вопросов, представляющих интерес (“совпадений”), предпочтений (“лайков”), представлений и отношений, касающихся различных видов табачных изделий, а также для определения действий, необходимых для борьбы с их употреблением в течение относительно короткого периода времени; результаты действий используются для корректировки, улучшения или изменения формата сообщений о профилактике заболеваний и укреплении здоровья.

— Вывод и перспективы

За последние два десятилетия были разработаны разнообразные, обоснованные и всеобъемлющие инструменты политики (такие как РКБТ ВОЗ, ГПД, Здоровье-2020 и ЦУР), направленные на укрепление контроля распространения табачной эпидемии и борьбу с ее последствиями. В результате этого был достигнут значительный прогресс в создании надежных источников данных и информационных систем для осуществления мониторинга, эпиднадзора и оценки распространенности употребления табака и реализации мер профилактики и контроля на международном и страновом уровнях. В настоящее время данные о показателях здоровья, связанных с употреблением табака, и их факторах риска, имеются в различных базах данных, что позволяет государствам-членам анализировать ситуации и тенденции и получать фактические данные, необходимые для разработки политики в области здравоохранения и оценки эффективности ее осуществления.

Вместе с тем сохраняется потребность в сборе более дезагрегированных данных. Дезагрегированные данные необходимы, например, для проведения анализа затрат и выгод для оценки отдачи от проведения вмешательств по профилактике и укреплению здоровья и их воздействия на факторы риска, выявления социально обусловленных неравенств в отношении здоровья или ключевых элементов стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, направленных на значительное сокращение вреда для здоровья или экономических потерь, а также для изучения ключевых элементов, необходимых для осуществления более целенаправленных усилий, ориентированных на конкретные группы населения.

ВОЗ и другие международные организации содействуют ряду стран в разработке или совершенствовании их информационных систем для получения регулярных, качественных и сопоставимых данных и показателей для определения ситуации и тенденций в области употребления табака. В то же время разрабатываются и становятся общедоступными дополнительные информационные ресурсы для оценки и сравнения таких ситуаций и тенденций, что расширяет возможности использования связанных с табаком данных и информации.

Будущее эпиднадзора и мониторинга употребления табака заключается в возможности определения правильных источников и подходов для конкретной информации или показателей. В конечном счете, успешное достижение целей мониторинга и эпиднадзора за табаком будет зависеть от способности интегрировать различные формы данных и источников достоверным и надежным методом, позволяя обнаруживать изменения, которые в настоящее время не учитываются системами эпиднадзора и мониторинга. Непрерывное повышение доступности данных (таких как “большие данные”, данных электронных медицинских карт и данных менее традиционных источников из социальных сетей) и быстро развивающиеся инструменты технологической информатики (в том числе расширение коммуникационных возможностей и разнообразие устройств сбора данных и мультимедийных устройств) могут предоставить платформу для такого сбора данных, их анализа и интеграции. Для разработки, управления и использования таких платформ потребуются дальнейшее развитие инфраструктуры и создание кадрового потенциала.

Библиография

1. Glynn MK, Backer LC. Collecting public health surveillance data: creating a surveillance system. In: Lee LM, Teutsch DM, Thacker SB, St Louis ME, editors. Principles and practice of public health surveillance, third edition. New York (NY): Oxford University Press; 2010:44–64.
2. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2017 г.: мониторинг потребления табака и стратегии профилактики. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258555/WHO-NMH-PND-17.4-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
3. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf?sequence=4).
4. Имплементация РКБТ ВОЗ. На веб-сайте: Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/key-policy-documents/who-framework-convention-on-tobacco-control-who-fctc/implementation-of-the-who-fctc>).
5. WHO FCTC implementation 2018 [infographic]. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/key-policy-documents/who-framework-convention-on-tobacco-control-who-fctc/implementation-of-the-who-fctc/infographic-who-fctc-implementation-2018-download>).
6. Резолюция A/RES/66/2. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк (Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций; 2012 г. [документ A/RES/66/2; https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/diseases_politdecl.shtml].
7. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013 - 2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf?sequence=5).
8. Глобальная система мониторинга НИЗ. На веб-сайте: Всемирная организация здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/ru/).
9. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf).
10. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк (Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций; 2015 г. (https://unctad.org/meetings/en/SessionalDocuments/ares70d1_ru.pdf).
11. MPOWER in action. Defeating the global tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1).
12. Глобальная система мониторинга борьбы с неинфекционными заболеваниями ВОЗ. Прогресс в достижении целей по Европейскому региону ВОЗ. Справочный документ для Европейского совещания ВОЗ для национальных руководителей и менеджеров программ по НИЗ в Москве, Российская Федерация, 8–9 июня 2017 г. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/340870/Report-3-Ru.pdf).
13. Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization; 2018. (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).
14. Резолюция A/RES/68/300. Итоговый документ совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк (Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций; 2014 г. (<https://undocs.org/ru/A/RES/68/300>).
15. Integrated surveillance of noncommunicable diseases. A European Union–WHO project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/monitoring-and-surveillance/publications/integrated-surveillance-of-noncommunicable-diseases.-a-european-union-who-project-2015>).
16. Meeting report of the first high-level meeting of small countries. Implementing the Health 2020 vision in countries with small populations. San Marino, 3–4 July 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/259799/Meeting-report-of-the-First-High-level-Meeting-of-Small-Countries.pdf?ua=1).

A large, stylized number '2' is positioned on the left side of the page. The top curve of the '2' is white, while the rest of the number is filled with a solid green color. The background of the entire page is a textured green, with a pattern of concentric, wavy lines in a lighter shade of green in the lower half.

ГЛАВА

**ПОСЛЕДСТВИЯ
УПОТРЕБЛЕНИЯ
ТАБАКА** для
ЗДОРОВЬЯ

История вопроса

Употребление табака является одной из основных причин преждевременной смертности в мире¹, по его вине происходит около 18% всех случаев смерти (1). Четыре основные группы НИЗ, в том числе сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), злокачественные новообразования (онкологические заболевания), диабет и респираторные заболевания, связаны с употреблением табака и остаются основными причинами смерти и инвалидности в Европе.

В Европейском регионе самый высокий уровень употребления табака в мире: по имеющимся данным, курильщиками являются примерно 209 миллионов человек (или 29%) (2). Употребление табака остается важнейшей проблемой общественного здравоохранения - по оценкам, половине курильщиков грозит преждевременная смерть от болезней, связанных с курением (3). Курение увеличивает общий риск и бремя болезней среди населения, оказывая негативное воздействие по меньшей мере на 20 тканей, органов и систем (в том числе на легкие, сердце, мозг, толстую кишку, мочевой пузырь и грудь). Более 7000 токсичных и 69 канцерогенных горючих табачных продуктов, содержащихся в каждой сигарете, проникают в организм и повреждают его различным образом, от нарушения функций органа (приводя к снижению дыхательного объема, потере слуха, слепоте и одышке), до структурных повреждений (катаракта, пародонтоз и потеря зубов) и до развития различных видов рака (4).

В ряде исследований была предпринята попытка определить относительную важность и частоту возникновения проблем со здоровьем, связанных с употреблением табака, в том числе в исследованиях, основанных на эпидемиологической концепции этиологической или популяционной атрибутивной фракции (PAF) заболевания (5). Существуют две группы населения, которые подвергаются воздействию табака: те, кто употребляет табак, и те, кто этого не делает. Сравнение частоты или риска смерти от конкретного заболевания между этими двумя группами позволяет количественно оценить относительную вероятность (или относительный риск) смерти для тех, кто употребляет табак, относительно тех, кто этого не делает. Это дает возможность утверждать, что курильщики имеют в восемь – десять раз больше шансов умереть от рака легких, чем те, кто не курит.

PAF является показателем последствий конкретного заболевания для населения, учитывающим распространенность фактора риска и риск смертности или заболеваемости в популяции. Следовательно, PAF определяет, какую часть риска/заболевания можно устранить (избежать), если снизить уровни употребления или воздействия табака в популяции.

По оценкам ВОЗ, 12% всех случаев смерти среди взрослых в возрасте 30 лет и старше (или PAF) во всем мире обусловлено употреблением табака (6). Показатели для мужчин и женщин составляют 16% и 7% соответственно, то есть мужчины имеют на 71% выше PAF. Расчетный показатель PAF для всех НИЗ на глобальном уровне составляет 14% (20% для мужчин и 9% для женщин).

Оценка ВОЗ предоставляет дополнительную информацию о более конкретных причинах смерти по всем регионам ВОЗ и странам всего мира, в том числе с разбивкой по возрасту и полу. Объединение данных о риске смерти и PAF позволяет определить степень положительного воздействия мер профилактики и контроля или полного устранения употребления табака на число предотвращенных смертей или несмертельных исходов, и одновременно предоставить фактические данные, необходимые для установления приоритетов политики.

1 В контексте НИЗ преждевременная смертность считается смертностью в возрасте моложе 70 лет.

Смертность, обусловленная употреблением табака: тенденции и распространение

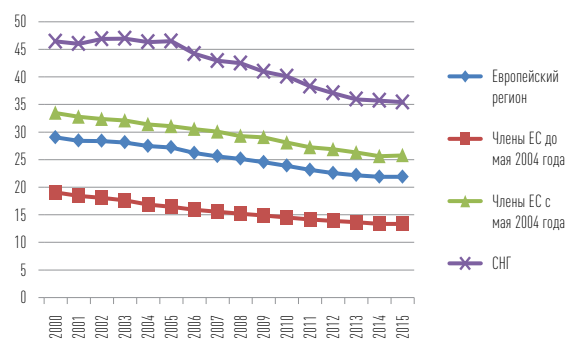
ВОЗ предложила использование нового простого показателя преждевременной смертности при оценке воздействия на здоровье мер профилактики и борьбы с НИЗ, в том числе мер, направленных на снижение употребления табака: вероятность смерти в возрасте от 30 до 69 лет от четырех основных групп НИЗ, выраженную в процентах. Этот показатель был предложен в качестве средства мониторинга прогресса в области профилактики НИЗ и борьбы с ними в Глобальной системе мониторинга неинфекционных заболеваний (ГСМ) [7, 8].

В целом, с 2005 года показатель преждевременной смертности от НИЗ в странах Европейского региона снижается: в 2015 году вероятность преждевременной смерти снизилась с 21% до 17% (ежегодное сокращение на 1,9%). Модели поведения, связанные с употреблением табака, варьируют в зависимости от пола. Средняя вероятность смерти от НИЗ у мужчин в 2015 году была на 90% выше, чем у женщин (22% по сравнению с 12%), что демонстрирует существенные гендерные различия, ставящие мужчин в невыгодное положение.

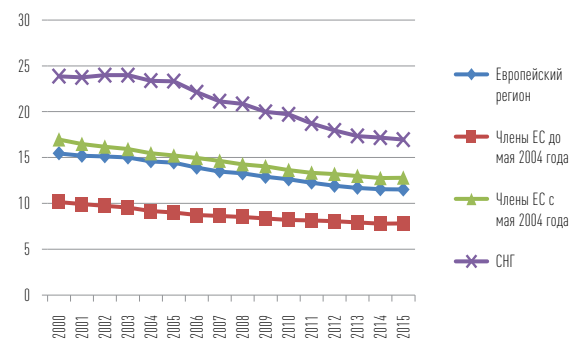
В Европейском регионе ВОЗ существуют различные социально-экономические и культурные детерминанты употребления табака. В 2015 году было выявлено дальнейшее неравенство по субрегионам², когда самая высокая вероятность смерти (35%) была обнаружена среди мужчин в странах Содружества Независимых Государств (СНГ) по сравнению с 25% в странах, ставших членами Европейского союза (ЕС) после 2004 года (ЕС13) и 3% в странах, которые были частью ЕС до 2004 года (ЕС15). Вероятность смерти для женщин оставалась относительно пропорциональной мужской по всем субрегионам (рис. 2.1).

Рис. 2.1. Безусловная вероятность смерти от основных НИЗ, тенденции по субрегионам Европейского региона ВОЗ, для возрастной группы 30-69 лет, с разбивкой по полу, 2000-2015 гг.

Безусловная вероятность смерти от основных НИЗ, 30-69 лет, мужчины



Безусловная вероятность смерти от основных НИЗ, 30-69 лет, женщины



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ [9].

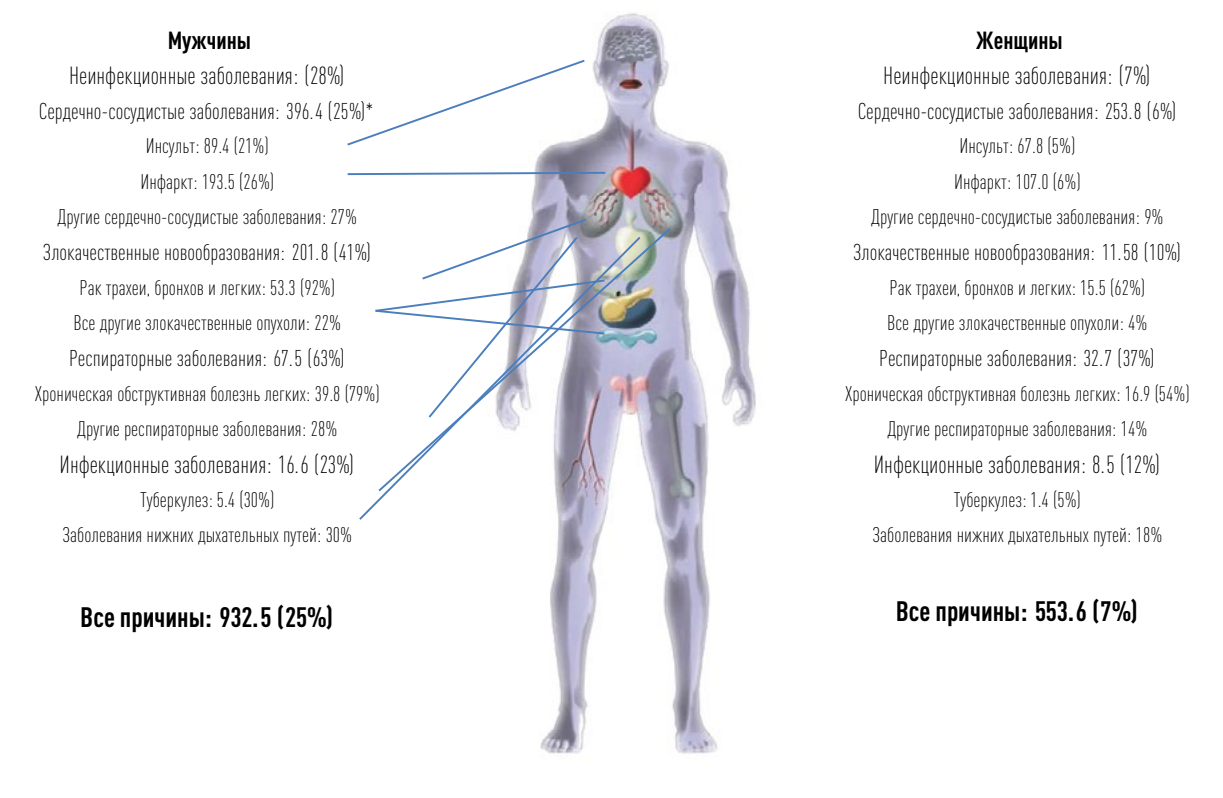
Несмотря на прогресс, достигнутый в снижении смертности от НИЗ, эти результаты подчеркивают необходимость расширения масштабов осуществления действий и стратегий по снижению уровней употребления табака и других ключевых факторов риска среди мужчин, особенно в СНГ, где эти показатели остаются на уровне 40%, или выше, чем в EU13 и EU15.

² Данные по странам были организованы по субрегионам, которые регулярно используются Европейским региональным бюро ВОЗ. Обозначения сохранены такими же, как в европейской базе данных ВОЗ «Здоровье для всех» и базе данных ВОЗ по смертности, которые являются основными источниками данных, используемых в настоящем докладе для анализа смертности: ЕС15 включает страны, которые были частью Европейского союза до 2004 года (Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Греция, Дания, Италия, Ирландия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Финляндия, Франция, Швеция); EU13 представляет страны, ставшие членами ЕС после 2004 года (Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия и Словения, Хорватия, Чехия, Эстония); СНГ обозначает Армению, Азербайджан, Беларусь, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, Республику Молдова, Российскую Федерацию, Таджикистан, Туркменистан, Украину и Узбекистан.

По оценкам ВОЗ, доля смертей от неинфекционных заболеваний, связанных с употреблением табака (или PAF), составляет в Европе 18%, что означает, что почти каждого пятого случая преждевременной смерти от НИЗ можно избежать, если полностью устранить употребление табака в Регионе. Важно, что показатель PAF для смертности от НИЗ, обусловленной употреблением табака, в четыре раза выше для мужчин (28%), чем для женщин (7%), и это должно найти отражение в планировании гендерно специфических стратегий профилактики и борьбы с НИЗ.

ВОЗ также провела количественную оценку основных причин смерти и основных заболеваний населения. На рис. 2.2 представлен анализ причин смерти с использованием последних данных о смертности для Региона (9) и оценок PAF для Европы (6) с разбивкой по полу. Эти данные позволяют рассчитать, насколько можно снизить уровень конкретного заболевания, если полностью устранить употребление табака. В общем, чем выше PAF, тем больше снижение для конкретной причины смерти, однако воздействие на общий уровень смертности или его снижение также зависит от частоты (уровня) возникновения конкретной причины. При одинаковом показателе PAF более высокая частота возникновения означает более значительное абсолютное воздействие на общий уровень смертности.

Рис. 2.2. Органы-мишени воздействия табака на здоровье, показатели смертности и оценочная атрибутивная фракция для основных заболеваний, вызванных курением, в странах Европейского региона

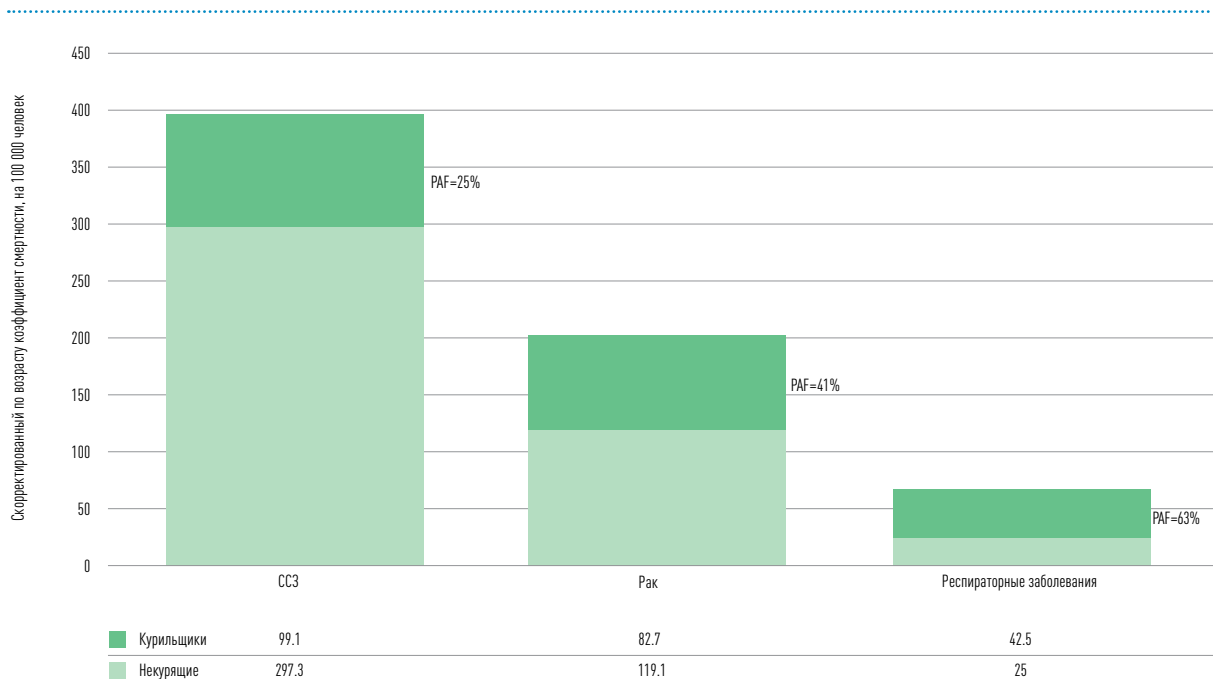


* Скорректированный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения (Атрибутивная фракция смертности,%)
 Источники: ВОЗ (6); Европейское региональное бюро ВОЗ (9).

Рассматривая ситуацию с ССЗ, респираторными и онкологическими заболеваниями среди мужчин с учетом риска смертности от этих заболеваний и PAF, на рис. 2.3 показан процент снижения смертности, который станет возможен в популяции при полном устранении употребления табака. Самый высокий уровень смертности связан с ССЗ (около 400 смертей на 100 000 мужчин), а самый высокий показатель PAF - с респираторными заболеваниями (62,5%). В относительном выражении, наибольшее число смертей,

которых удастся избежать при полном устранении употребления табака (например, среди курящих мужчин), будет наблюдаться для респираторных заболеваний (63% случаев смерти от респираторных заболеваний). В абсолютном выражении, однако, положительный эффект на уровни смертности будет самым значительным для ССЗ (предотвращение 99,1 смертей на 100 000 мужчин)³, несмотря на более низкий показатель PAF. В этом примере второй по величине относительный и абсолютный эффект на снижение смертности наблюдается для онкологических заболеваний. Эти результаты предоставляют важные фактические данные, которые необходимо учитывать при планировании целевых показателей политики в области здравоохранения и экономически эффективных вмешательств, а также при определении приоритетных направлений для осуществления вмешательств.

Рис. 2.3. Скорректированный по возрасту показатель смертности от связанных с употреблением табака причин и их популяционная атрибутивная фракция (PAF), обусловленная курением (доля риска заболевания, которая может быть уменьшена путем полного устранения табака)



Источник: ВОЗ [6]; Европейское региональное бюро ВОЗ [9].

Уровни смертности, обусловленной употреблением табака, могут варьировать в зависимости от заболевания. На долю ССЗ и рака приходится две трети всех случаев смерти, поэтому для этих основных групп НИЗ были проведены дополнительные оценки на субрегиональном уровне.

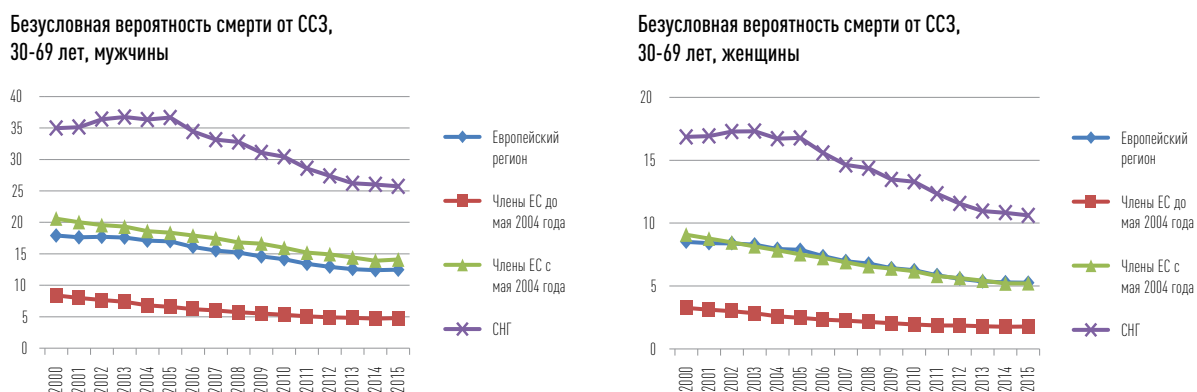
Общие показатели вероятности смерти от ССЗ среди мужчин и женщин в Европе устойчиво и относительно быстро снижались в период с 2000 по 2015 год, когда они достигли максимально низкой отметки - 12,5% и 5,2% соответственно (рис. 2.4). В течение этого 15-летнего периода снижение составило 30,3% для мужчин и 38,2% для женщин. Вероятность смерти от ССЗ была в 2,4 раза выше для мужчин, чем для женщин, с аналогичными показателями для всех субрегионов.

³ Это значение получено из произведения коэффициента смертности PAF*, или 0,25*396,4 на 100 000 мужчин, как показано на рис. 2.2.

Тенденции преждевременной смертности от ССЗ по субрегионам и по полу соответствуют тенденциям, наблюдающимся для всех НИЗ, и демонстрируют быстрое снижение вероятности смерти. Однако сохраняется высокий уровень неравенства, при самой высокой вероятности смерти в 2015 году среди мужчин в странах СНГ (26%) и самой низкой среди женщин в государствах-членах ЕС15 (2%). Показатель РАФ, связанный с употреблением табака, для ССЗ, включающих сердечные заболевания, инсульт и другие болезни, по данным ВОЗ, составляет 25% для мужчин и 6% для женщин.

Распространенность курения наиболее высока в странах СНГ, где наблюдаются тенденции к быстрому ее снижению, особенно среди мужчин (см. главу 3). Поэтому более высокий относительный эффект может быть получен для острых и тяжелых заболеваний сердца и для инсульта, что может объяснять, почему смертность от НИЗ снижается быстрее в субрегионах с более высокими уровнями ССЗ, как в случае с СНГ. Активизация осуществления других мер профилактики и борьбы с НИЗ, таких как ранняя диагностика и лечение заболеваний (особенно повышенного артериального давления, высокого уровня холестерина и глюкозы, а также ожирения и диабета), также должна приниматься во внимание при интерпретации меняющихся моделей и тенденций к снижению ССЗ в СНГ и некоторых странах ЕС13.

Рис. 2.4. Безусловная вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), тенденции по субрегионам Европейского региона ВОЗ, для возрастной группы 30-69 лет, с разбивкой по полу, 2000-2015 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (10).

Ситуация с онкологическими заболеваниями отличается от ССЗ, хотя в 2015 году преждевременная смертность все еще преобладала среди мужчин (в среднем вероятность смерти для мужчин была на 71% выше, чем для женщин, с показателями 9,6% и 5,9% соответственно) (рис. 2.5). Географические и гендерные особенности и тенденции преждевременной смертности отличаются от особенностей и тенденций, выявленных для ССЗ. Например, самая высокая вероятность смерти от онкологических заболеваний в 2015 году была выявлена среди мужчин в субрегионе ЕС13 (12%), за которым следовал СНГ. В снижении смертности среди женщин наступила относительная стабилизация с 2009 года, которая сохранилась до 2015 года.

Это может означать, что в субрегионе ЕС13, где смертность от ССЗ значительно ниже, чем в СНГ, употребление табака играет роль в увеличении вероятности смерти от рака, в то время как роль табака в развитии ССЗ в большей степени контролируется путем осуществления вмешательств. Онкологические заболевания, связанные с употреблением табака (например, рак полости рта, гортани, трахеи, бронхов и легких, толстой кишки, желудка, поджелудочной железы, мочевого пузыря, а также у женщин рак молочной железы, яичников

и шейки матки), после развития хуже поддаются лечению, чем ССЗ, особенно рак легких, поэтому основное внимание должно уделяться мерам профилактики. Приблизительно в 50% стран Европейского региона в настоящее время происходит смещение тенденций преждевременной смертности от преобладания ССЗ к преобладанию рака. Поскольку эффект от проведения вмешательств на снижение уровней смертности от рака проявляется более медленно, профилактика и контроль должны быть сосредоточены на ранней диагностике и лечении с одновременным осуществлением более интенсивных профилактических мер на уровне всего населения, направленных на снижение употребления табака и его воздействия.

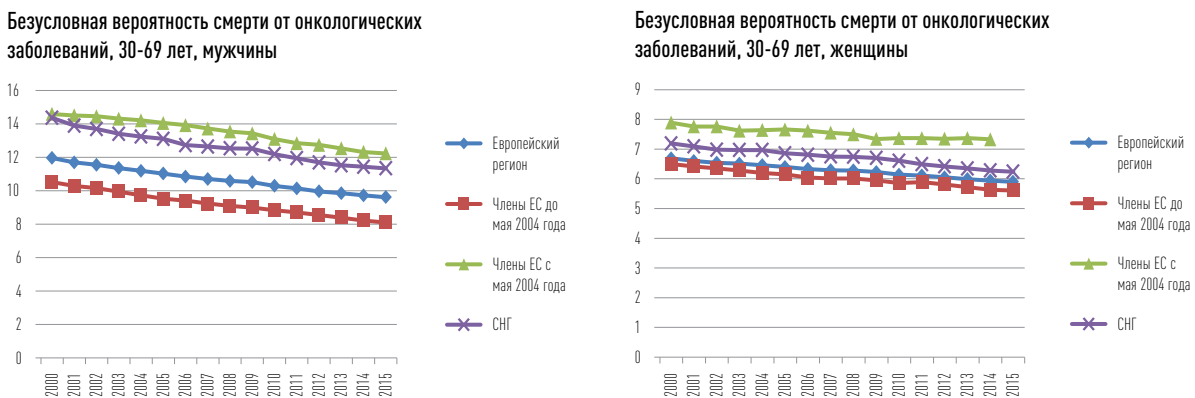
Рак трахеи, бронхов и легких являются основными видами онкологических заболеваний среди мужчин, в то время как рак молочной железы преобладает среди женщин. Общий показатель PAF для случаев смерти от рака, обусловленных употреблением табака, составляет 27%, и эта фракция увеличивается до 85% при включении случаев преждевременной смерти от рака трахеи, бронхов и легких, что указывает на то, что почти девять из 10 случаев рака легких связаны с употреблением табака (один из самых высоких когда-либо зарегистрированных показателей PAF). Самая высокая преждевременная смертность от этой формы рака среди мужчин Европейского региона и ее высокая PAF делают профилактику и борьбу против употребления табака первоочередной задачей общественного здравоохранения.

PAF и уровень преждевременной смертности от онкологических заболеваний среди женщин составляют 10% и 11,6 случаев смерти на 100 000 соответственно; полное исключение употребления табака может означать предотвращение 1,2 смертей на 100 000 женщин. Хотя уровни смертности и PAF ниже для женщин, чем для мужчин, изменяющиеся модели и тенденции к росту употребления табака среди женщин требуют направленных действий для исправления ситуации, угрожающей продлению эпидемии табака в Европе.

Эти фактические данные предоставляют окно возможностей для многих стран: принять меры по сокращению употребления табака и снижению последствий его употребления для здоровья населения, особенно в отношении женщин, среди которых распространенность употребления табака остается относительно низкой (но наблюдается ее рост). Для мужчин и женщин детерминанты не одинаковы (см. главу 3), поэтому странам необходимо разработать гендерно-чувствительную политику профилактики и борьбы против табака, направленную на снижение высоких уровней употребления табака среди мужчин, а также прекращение и обращение вспять тенденций к росту употребления табака среди женщин.

Результаты также помогут определить направления, где профилактическая политика и осуществление вмешательств будут более эффективными, что позволит обеспечить соответствующее планирование. Изучение опыта внедрения и прогресса, уже достигнутого благодаря осуществлению политики и вмешательств в других странах, может помочь повысить уровень знаний и активизировать осуществление стратегий, учитывающих гендерные аспекты.

Рис. 2.5. Безусловная вероятность смерти от рака, тенденции по субрегионам Европейского региона ВОЗ, для возрастной группы 30-69 лет, с разбивкой по полу, 2000-2015 гг.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ [10].

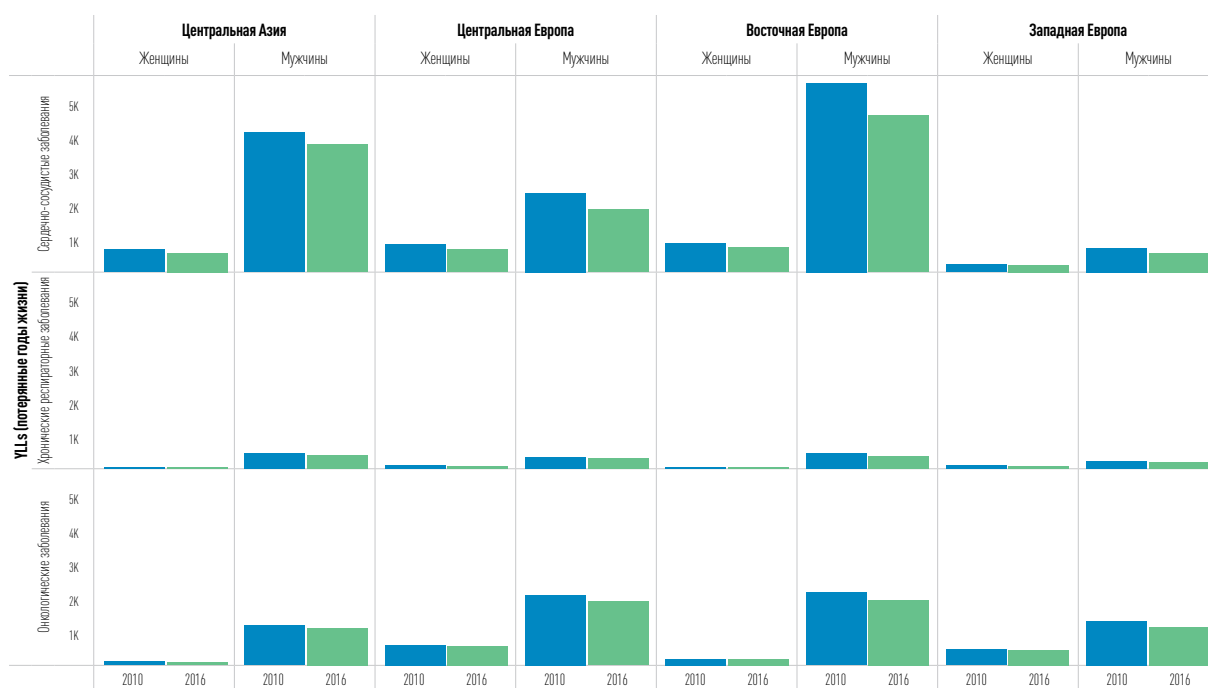
Бремя болезней, обусловленное употреблением табака⁴

Использование подхода с учетом данных о бремени болезней и данных по НИЗ (11), по сравнению с данными только о показателях смертности, позволяет исследовать дополнительные последствия употребления табака на здоровье, особенно последствия с несмертельным исходом.

В настоящем докладе в качестве показателя бремени событий со смертельным исходом используется число лет жизни, потерянных из-за преждевременной смерти (YLL), а в качестве показателя бремени событий с несмертельным исходом - число лет, прожитых с инвалидностью (YLD), в том числе по причине заболеваний различной тяжести и их последствий.

Тенденции и распределение стандартизированных по возрасту оценочных показателей YLL по причинам развития НИЗ, обусловленных употреблением табака, по полу и субрегиону за период 2010-2016 гг., показаны на рис. 2.6.

Рис. 2.6. Стандартизированные по возрасту тенденции потери лет жизни по причине преждевременной смертности, обусловленной употреблением табака, по субрегионам Европейского региона ВОЗ, с разбивкой по полу, 2010–2016 гг., на 100 000 человек



Источник: Институт показателей и оценки здоровья (11).

Наибольшее бремя потерянных лет жизни у мужчин в Восточной Европе и Центральной Азии в 2010 году было связано с ССЗ, при этом показатели YLL составляли около 6 000 и 4 000 на 10 000 населения соответственно, или один год жизни на каждые 16 и 25 человек в возрасте 15-69 лет. Показатели YLL для Восточной Европы были почти в 2,5 и 9 раз выше, чем для мужчин в субрегионах Центральной и Западной Европы, соответственно.

⁴ Данные о бремени болезней (потерянные годы жизни и годы, прожитые с инвалидностью), поступающие из другого источника, группируются аналогичным (но не точно таким же) образом: Центральная Азия (Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан); Восточная Европа (Беларусь, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина и Эстония); Центральная Европа (Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, Великобритания, Венгрия, Польша, Румыния, Северная Македония, Сербия, Словакия, Словения, Хорватия, Черногория и Чехия); Западная Европа (Андорра, Австрия, Бельгия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Финляндия, Франция и Швеция). СНГ представляет собой примерное сочетание Центральной Азии и Восточной Европы, ЕС13 - Центральной Европы и ЕС15 - Западной Европы.

Примечательно, что в 2016 году у мужчин в Восточной Европе наблюдалось снижение показателя YLL на 21% по сравнению с 2010 годом; во всех других субрегионах также наблюдалось снижение YLL за этот период как у мужчин, так и у женщин, но на более низком уровне.

У курящих мужчин ССЗ (особенно инфаркты и инсульты) часто имеют смертельный исход, поэтому употребление табака больше отражается на показателях YLL, чем YLD. Показатель YLL для онкологических заболеваний был самым высоким среди мужчин в субрегионах Центральной и Восточной Европы - около 2000 на 100 000 населения, или примерно один потерянный год жизни на каждые 50 человек в возрасте 15-69 лет. Напротив, показатели для онкологических заболеваний среди женщин в Центральной Азии и Восточной Европе были самыми низкими, при уровне заболеваемости равном примерно одной пятой уровня заболеваемости для мужчин.

В отличие от ССЗ, показатели YLL для онкологических заболеваний в период 2010-2016 гг. продемонстрировали ограниченные изменения или их отсутствие. Несмотря на недавнее снижение уровней употребления табака среди мужчин, такое отсутствие изменений может отражать, с одной стороны, хроничность и разрыв во времени между воздействием канцерогена и проявлением заболевания, а с другой стороны, сложность или ограниченную эффективность лечения некоторых наиболее агрессивных форм рака, связанных с употреблением табака (рак трахеи, пищевода и легких). Респираторные заболевания демонстрируют гораздо более низкие (менее десятой доли) показатели YLL, чем показатели для ССЗ и онкологических заболеваний, причем эти показатели, как правило, выше у мужчин в Центральной Азии и Восточной Европе. Ситуация может также усугубляться загрязнением воздуха и профессиональными рисками, приводящими к развитию ХОБЛ, связанными с добычей полезных ископаемых в этих субрегионах.

Тенденции и распределение показателей YLD от причин НИЗ, связанных с употреблением табака, в 2010-2016 гг., представленные на рис. 2.7, дополняют показатели YLL, обусловленные воздействием табака на здоровье.

Рис. 2.7. Стандартизированные по возрасту тенденции лет жизни, прожитых с инвалидностью, по причине наличия основных НИЗ, обусловленных употреблением табака, по субрегионам Европейского региона с разбивкой по полу, 2010–2016 гг., на 100 000 человек



Источник: Институт показателей и оценки здоровья [11]

В отличие от YLL, самые высокие показатели YLD по причине хронических респираторных заболеваний (250 на 100 000) наблюдались в 2010 году у мужчин в Центральной и в Западной Европе. В Центральной Европе в период с 2010-2016 гг. среди мужчин было отмечено снижение на 13%, что контрастирует с 6% увеличением у женщин в Восточной Европе.

Самые высокие показатели YLD (175 на 100 000) по причине ССЗ были отмечены в 2016 году у мужчин в Восточной Европе, за ними следовала Центральная Европа и Центральная Азия. В период с 2010-2016 гг. было отмечено небольшое снижение уровня YLD (около 8%) у мужчин в Центральной Европе и Центральной Азии, а также увеличение на 25% и 6% у женщин и мужчин, соответственно, в Восточной Европе.

Показатели YLD для онкологических заболеваний были ниже (менее одной пятой), чем показатели для респираторных заболеваний или ССЗ, но модель преобладания рака у мужчин сохранялась во всех субрегионах.

Хроничность заболевания предполагается на основании показателей низкой преждевременной смертности и более продолжительной жизни с инвалидностью, наблюдаемых в случае респираторных заболеваний. Это одно из последствий употребления табака, которое может быть не выявлено, если анализируются только показатели смертности (YLL). Высокие показатели YLD при ССЗ могут означать, что болезни, убивающие значительную часть тех, кто подвергается их воздействию, могут также оставлять достаточно большую группу людей жить с инвалидностью или вести менее здоровую жизнь. Более низкая смертность от рака по сравнению с ССЗ и более низкий показатель YLD могут указывать на возникновение рака в более позднем возрасте или постановку диагноза на более поздних этапах, а также на относительно более низкие показатели выживаемости (как при раке легких).

Борьба с табаком и достижение целевых показателей ГСМ и ЦУР по сокращению преждевременной смертности от НИЗ к 2025 и 2030 гг.

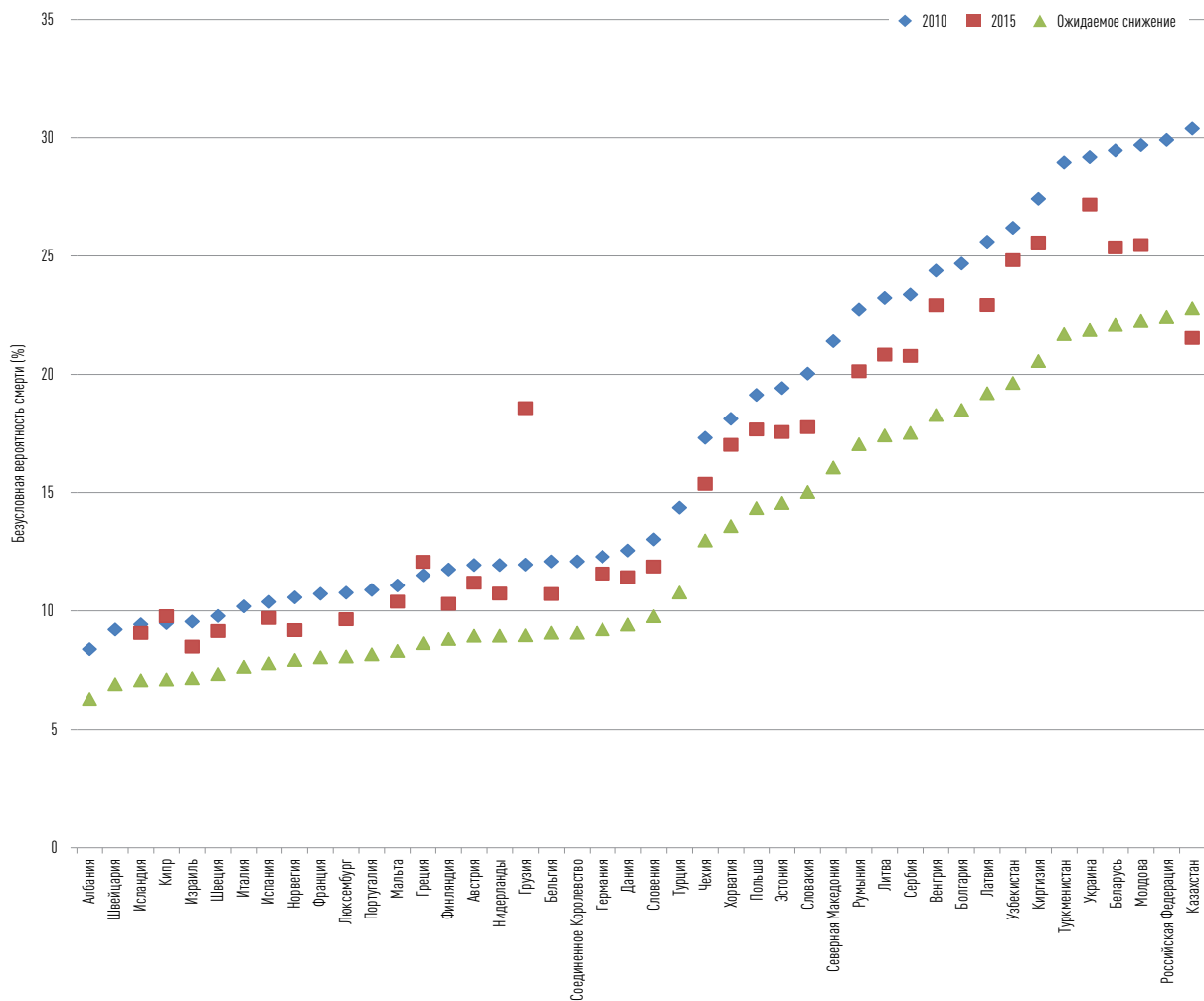
Основной вопрос, связанный с достижением целей по сокращению преждевременной смертности от НИЗ: смогут ли страны Европейского региона в целом и по отдельности к 2030 году достичь задачи снижения преждевременной смертности на 30%, установленной ВОЗ и ЦУР⁵ [7, 12].

Возможны два варианта. Один из них, рассматриваемый в настоящем докладе, предполагает такое изменение тенденций употребления табака, при котором можно будет исключить 18% атрибутивной смертности для различных заболеваний, отраженное в различных пропорциях для каждой группы болезней (например, 18% для ССЗ, 27% для онкологических заболеваний и 52% для респираторных заболеваний). Другой вариант, использованный для определения целевого показателя ГСМ, сочетает синергетический эффект от проведения различных вмешательств и мер политики на общие факторы риска НИЗ, где каждое вмешательство будет способствовать достижению ожидаемого результата снижения преждевременной смертности на 30% [13].

Как показано на рис. 2.8, достижение согласованного целевого показателя снижения преждевременной смертности на региональном уровне будет обеспечено в наибольшей степени за счет снижения смертности в странах, находившихся в верхней (правой) части графика в 2010 году. График отображает отклонение вероятности смерти выше 15% в группе стран, где смертность возрастает и дублируется довольно быстро, в отличие от стран, где вероятность смерти ниже 15%. К 2015 году в большинстве стран был достигнут некоторый прогресс в снижении смертности по сравнению с базовым уровнем 2010 года, со средним снижением на 9,5% в диапазоне от 4 до 14% для этого периода (хотя в некоторых странах наблюдались аномальные ситуации с сокращением около 30% или увеличением выше 50%).

⁵ ГСМ призывает к 25% сокращению преждевременной смертности к 2025 году; однако с принятием ЦУР этот целевой показатель был расширен до 30% к 2030 году.

Рис. 2.8. Безусловная вероятность смерти в возрасте 30-69 лет от основных НИЗ, тенденции в странах Европейского региона ВОЗ, 2010-2015 гг., и ожидаемое снижение смертности на 25% к 2025 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ [10].

Если ситуация, наблюдаемая в течение этого пятилетнего периода, останется постоянной до 2025 года, то по крайней мере 18 стран достигнут целевого показателя снижения преждевременной смертности на 25%, а восемь будут близки к достижению, если предпримут дополнительные усилия. На основании недавно проведенного анализа тенденций преждевременной смертности и прогноза по основным НИЗ в Европейском регионе, с учетом того, что некоторые страны добиваются большего успеха, чем другие, при сохранении текущих тенденций целевой показатель ГСМ снижения смертности будет достигнут, в целом, к 2025 году, и даже превзойдет целевой показатель ЦУР в 2030 году [13].

Что касается влияния расчетного показателя PAF, связанного с употреблением табака, на показатели преждевременной смертности, то снижение минимум на 18% (или почти каждый пятый случай смерти) - значительная часть - может быть достигнуто благодаря осуществлению мер профилактики и борьбы с употреблением табака. Несмотря на такую позитивную динамику, необходимо учитывать то, что 25 стран, добившихся лишь ограниченного прогресса, будут по-прежнему далеки от достижения глобальной цели.

Другие проблемы, такие как растущая распространенность употребления табака среди женщин, наблюдаемая в Европе, использование более новых форм доставки никотина и более новые и агрессивные стратегии табачной промышленности, также потенциально могут поставить под угрозу достижение цели.

Вывод и перспективы

Употребление табака является ключевой проблемой общественного здравоохранения в Европе, поскольку оно приводит к многочисленным негативным последствиям для здоровья населения. Основанная на фактических данных и эффективная политика в области здравоохранения, направленная на профилактику и борьбу с последствиями употребления табака, доступна для осуществления, но для расширения масштабов предпринимаемых усилий по борьбе с употреблением табака потребуются расширение обмена знаниями и опытом, политическая воля, соответствующие ресурсы и эффективные стратегии.

Употребление табака значительно увеличивает вероятность преждевременной смерти от ряда причин, связанных с НИЗ, и является причиной 25%, 41% и 63% случаев смерти от ССЗ, онкологических и респираторных заболеваний у мужчин, и 6%, 10% и 37% случаев смерти у женщин, соответственно. Табак также способствует снижению качества жизни (например, накапливая YLD) употребляющих его людей, которые живут с ограниченными возможностями или испытывают негативные последствия лечения заболевания, обусловленного употреблением табака.

Частота возникновения последствий употребления табака на здоровье населения зависит от атрибутивной фракции табака и риска смерти. Поэтому важно использовать оба показателя при планировании и оценке воздействия политики и вмешательств в области здравоохранения на достижение целевых показателей.

Перспективы достижения целевого показателя по сокращению преждевременной смертности от НИЗ на 30% к 2030 году в Европейском регионе ВОЗ в целом являются многообещающими, а сокращение употребления табака сыграет важную роль в достижении этой цели. Однако для повышения шансов на успех необходимо активизировать усилия в странах, где пока достигнут ограниченный прогресс, особенно в определенных слоях населения.

Прогнозы, основанные на текущих тенденциях преждевременной смертности в Европейском регионе, показывают, что целевой показатель сокращения смертности находится в пределах досягаемости при сохранении этих тенденций, особенно если экономически эффективные меры политики в области здравоохранения будут осуществляться как планируется. Использование практического опыта и достижений других стран при выборе страновых стратегий может повысить эффективность планирования. Как показано в следующей главе, дальнейшие расширенные усилия по борьбе против табака в странах будут иметь важное значение для достижения глобальных и региональных целей к 2030 году.

Библиография

1. Global health estimates. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).
2. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>).
3. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current tobacco smoking patterns. In: Koop E, Pearson CE, Schwarz MR, editors. Critical issues in global health. San Francisco (CA): Wiley; 2001:154–61.
4. Health effects. In: The tobacco atlas [website]. Washington (DC): American Cancer Society and Vital Strategies; 2018 (<http://tobaccoatlas.org/topic/health-effects>).
5. Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Heath Jr C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268–78.
6. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/).
7. Глобальная система мониторинга НИЗ. На веб-сайте: Всемирная организация здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/ru/).
8. Ситуация в области неинфекционных заболеваний в странах на 2018 г. На веб-сайте: Всемирная организация здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (<https://www.who.int/nmh/countries/ru/>).
9. European noncommunicable diseases country profiles 2018 update. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://ivorakovac.bitbucket.io/CountryProfiles/>).
10. Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB) [онлайн-база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/>).
11. Data visualizations. In: Institute of Health Metrics and Evaluation [website]. Seattle (WA): Institute of Health Metrics and Evaluation; 2018 (<http://vizhub.healthdata.org/>).
12. Резолюция A/RES/70/1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. На веб-сайте: Семидесятая сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк, 25 сентября 2015 года. Нью-Йорк (Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций; 2015 г. (<https://undocs.org/ru/A/RES/70/1>).
13. Kontis V, Mathers CD, Bonita R, Stevens GA, Rehm J, Shield KD et al. Regional contributions of six preventable risk factors to achieving the 25 × 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet* 2015;384:427–37 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X15001795>).



ГЛАВА

УПОТРЕБЛЕНИЕ
ТАБАКА
В ЕВРОПЕ

История вопроса

На сегодняшний день эпидемия табака является одной из самых серьезных угроз для общественного здравоохранения в мире; употребление табака уносит жизни более 7 миллионов человек в год (1). По оценкам, более 6 миллионов (или почти 90%) этих смертей являются результатом прямого употребления табака, а еще около 900 000 - результатом воздействия вторичного табачного дыма на некурящих людей.

Курение является наиболее частой формой употребления табака. По данным национальных исследований, среди способов употребления табака доля курения составляет более 90% (1,2). Однако, последствия употребления табака важны также для людей, в том числе взрослых и молодежи, подвергающихся воздействию менее распространенных форм табака, таких как бездымный табак; согласно национальным обследованиям домохозяйств и школ, распространенность употребления бездымного табака среди этих групп варьирует от 0,0% до 14% и от 0,6% до 9,0%, соответственно. Подверженность воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях и в закрытых общественных местах, что имеет место гораздо чаще, чем принято считать (3), также является важным источником последствий употребления табака.

Первым шагом к обеспечению условий для осуществления эффективных ответных мер борьбы против употребления табака является определение сложившейся ситуации и тенденций распространенности среди населения, а также распределение по конкретным целевым группам. Осуществление этого в сочетании с действиями по определению уровня реализации мер политики профилактики и борьбы против табака, а также доступности ресурсов, позволит разработать новые планы и приоритеты, а также количественно оценить их эффективность.

Распространенность употребления табака⁶

В Европе самая высокая распространенность употребления табака в мире. Региональные оценки показывают, что около 29% людей старше 15 лет употребляют табачные изделия, причем распространенность среди мужчин выше, чем среди женщин (4).

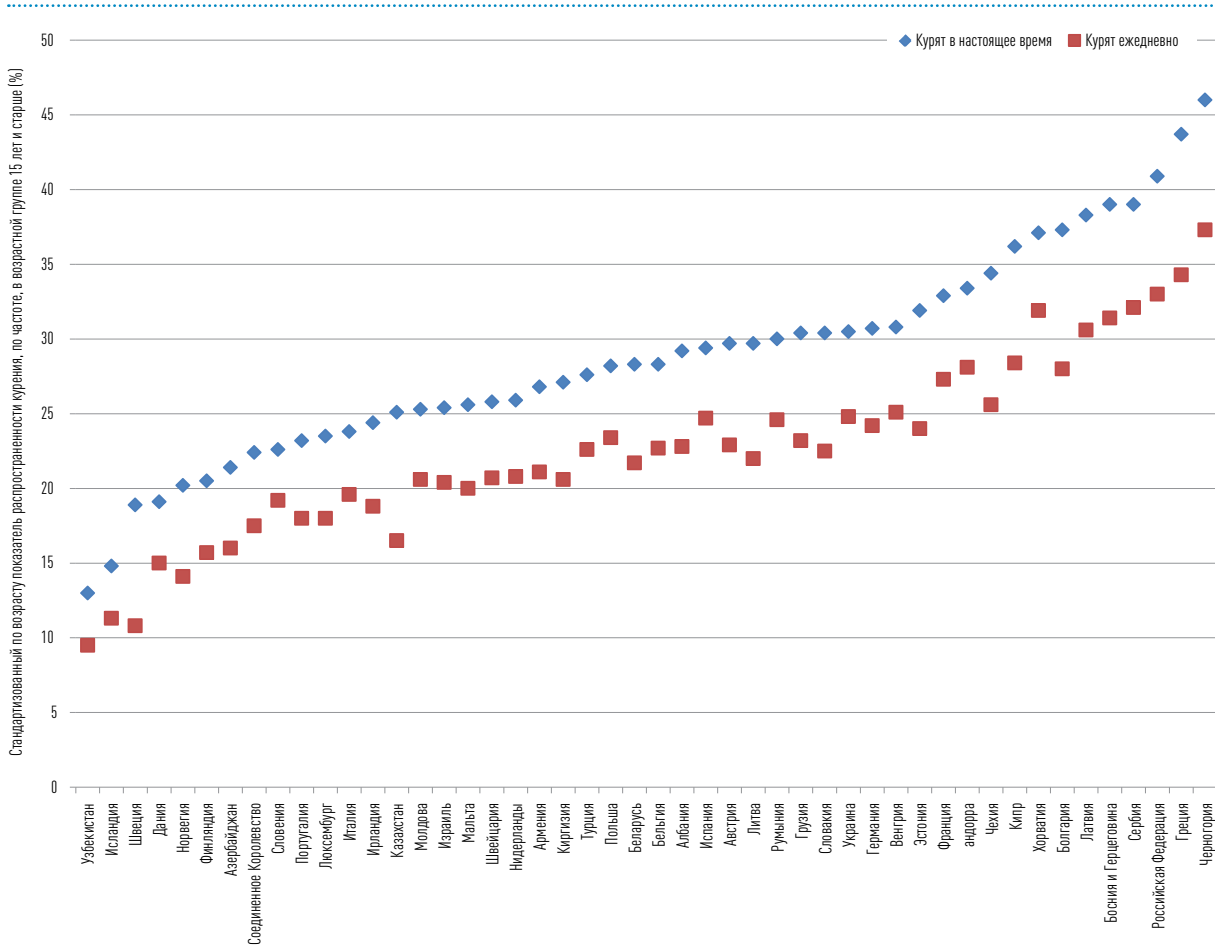
Употребление табака также делится, в зависимости от частоты курения, по категориям: “ежедневное” курение, курение “в настоящее время”, “в прошлом, но не в настоящее время”, “когда-либо курили” и “никогда не курили”. На 2016 г., однако, из-за их значимости и наличия данных, по странам представлены только показатели для “ежедневного” курения и курения “в настоящее время”, в связи их значением и наличием данных (см. рис. 3.1).

В целом по странам наблюдались более высокие показатели распространенности курения “в настоящее время”, чем “ежедневного” курения, с разбивкой по категориям от 14 до 42% в разных странах. Распределение частоты курения по странам представляло собой кривую, растущую от самых низких уровней до 20%, затем замедляющую рост между 20% и 30% и далее снова растущую более быстрыми темпами до самых высоких уровней: 38% для ежедневного курения и 45% для курения в настоящее время. Это предполагает, что курение в настоящее время может быть более комплексным и чувствительным показателем мониторинга употребления табака, а ежедневное курение позволяет получить более полное представление о регулярном и устойчивом употреблении табака, имеющем более серьезные негативные последствия для здоровья и попыток бросить курить.

Более высокая распространенность употребления табака, выше 30%, наблюдалась в странах Центральной и Восточной Европы, в то время как в странах Северной Европы и в Центральной Азии (Узбекистан) были зарегистрированы уровни ниже 20%.

⁶ Данные в этом разделе представлены, если имеются, по странам или субрегионам, в соответствии с описанием в предыдущей главе (см. сноску на стр. 15).

Рис. 3.1. **Общий стандартизированный по возрасту оценочный показатель распространенности ежедневного курения и курения в настоящее время, в странах Европейского региона, в возрастной группе 15 лет и старше, 2016 г.**



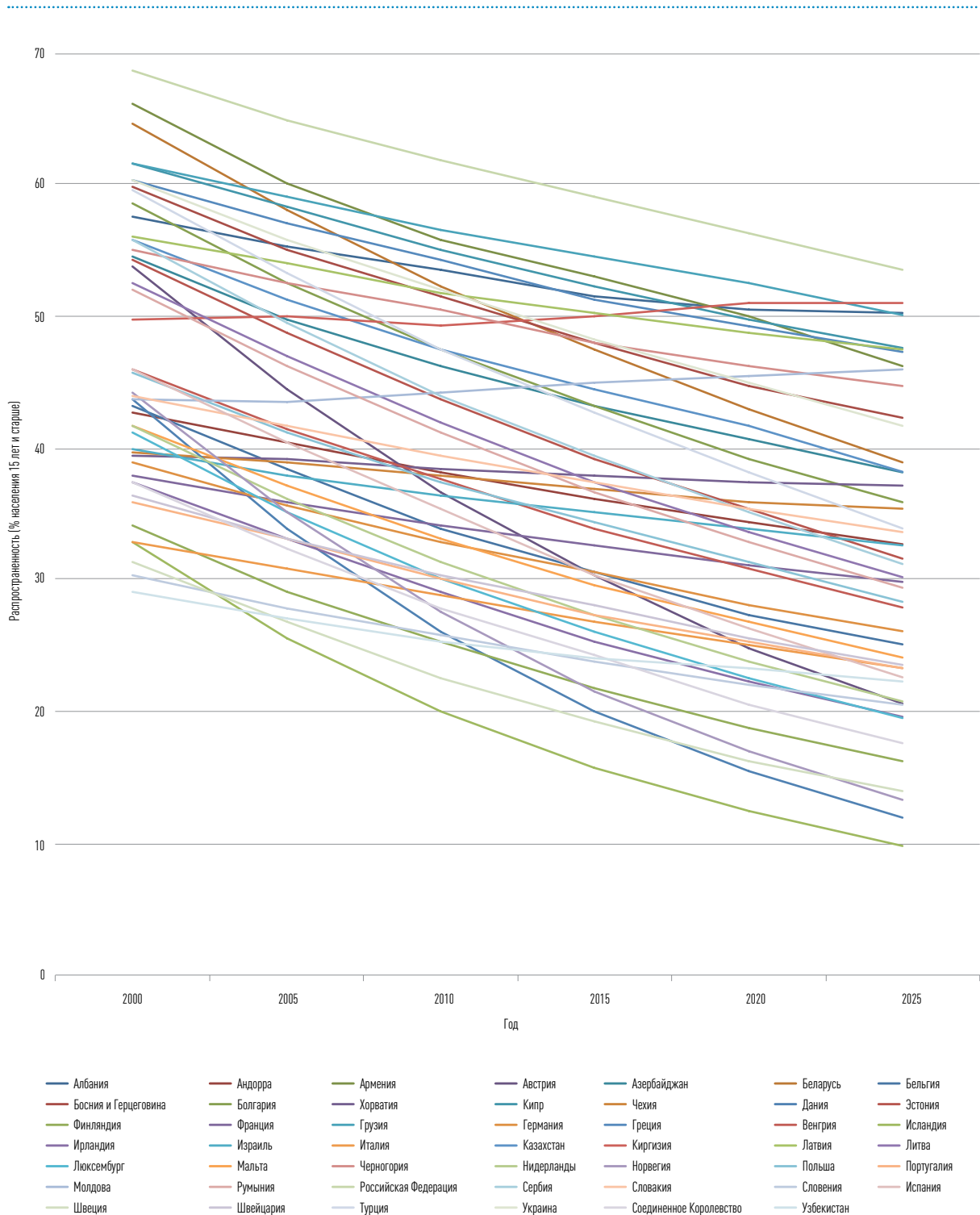
Источник: ВОЗ (1).

Согласно оценкам, распространенность курения среди мужчин в период с 2000–2015 гг. в целом продемонстрировала тенденцию к снижению в Европейских странах, с медианным снижением около 1,5% в год (или почти 23%) за этот период, но темпы снижения сильно различались между странами (рис. 3.2).

Самая высокая распространенность курения была отмечена в странах СНГ, а самая низкая – в ЕС15. На рис. 3.2 показан диапазон различий четырехкратного масштаба в распространенности курения табака между странами в 2015 году, варьирующий от почти 60% в Российской Федерации до примерно 16% в Исландии. Прогнозы распространенности табака на период с 2015–2025 гг. представляют собой картину, в которой тенденции к снижению будут продолжаться, но различия между странами будут увеличиваться, а распространенность будет варьировать от 10% до 55%.

Среди стран с распространенностью употребления табака ниже 50% в 2000 году, наиболее быстрое снижение (более 15%) наблюдалось в Дании, Исландии и Норвегии; в Австрии и Беларуси произошло самое большое снижение среди стран с распространенностью употребления табака выше 50%. Надежность прогнозируемых оценок зависит, среди прочего, от качества данных предыдущих обследований, однако полученные результаты позволяют предположить, что возможно контролировать употребление табака с помощью осуществления мер политики, направленных на укрепление здоровья, а также социально-экономических мер борьбы против табака. Напротив, Кыргызстан и Республика Молдова столкнулись с ростом распространенности употребления табака и, согласно прогнозам, продолжат движение в этом направлении, что указывает на необходимость осуществления дополнительных профилактических мер политики.

Рис. 3.2. Характерные для мужчин тенденции и прогнозы распространенности курения табака в странах Европейского региона, в возрастной группе 15 лет и старше, 2000-2025 гг.



Источник: ВОЗ [4].

Оценка распространенности курения табака на субрегиональном уровне (в СНГ, ЕС13 и ЕС15) показывает, что различия в распространенности четко представлены как в географическом, так и в гендерном отношении. Самые высокие уровни распространенности по странам, более 50% в 2010 году, наблюдались среди мужчин в государствах-членах СНГ и ЕС13, хотя по прогнозам, эта тенденция сохранится до 2025 года только в странах СНГ (рис. 3.3).

Очевидный и устойчивый характер различий в показателях более высокой распространенности употребления табака у мужчин по сравнению с женщинами, более выражен в странах СНГ, чем в других субрегионах. В Кыргызстане, например, распространенность употребления табака среди мужчин в 2015 году составляла 50,1%, а среди женщин - 3,7%. Несмотря на то, что различия в некоторых странах СНГ могут быть связаны с религиозной практикой, необходимо внимательно интерпретировать данные, поскольку они могут также отражать проблемы неполной отчетности по причине стигматизации.

Женщины в странах ЕС13 в среднем курят больше, чем женщины в странах СНГ, что означает, что разница между уровнями курения мужчин и женщин в ЕС13 менее выражена. В Хорватии, например, в 2015 году курили 37,9% мужчин и 28,9% женщин. Диапазон показателей распространенности курения среди женщин в странах ЕС15 шире, чем в СНГ и ЕС13, так как в среднем более высокий процент женщин курит.

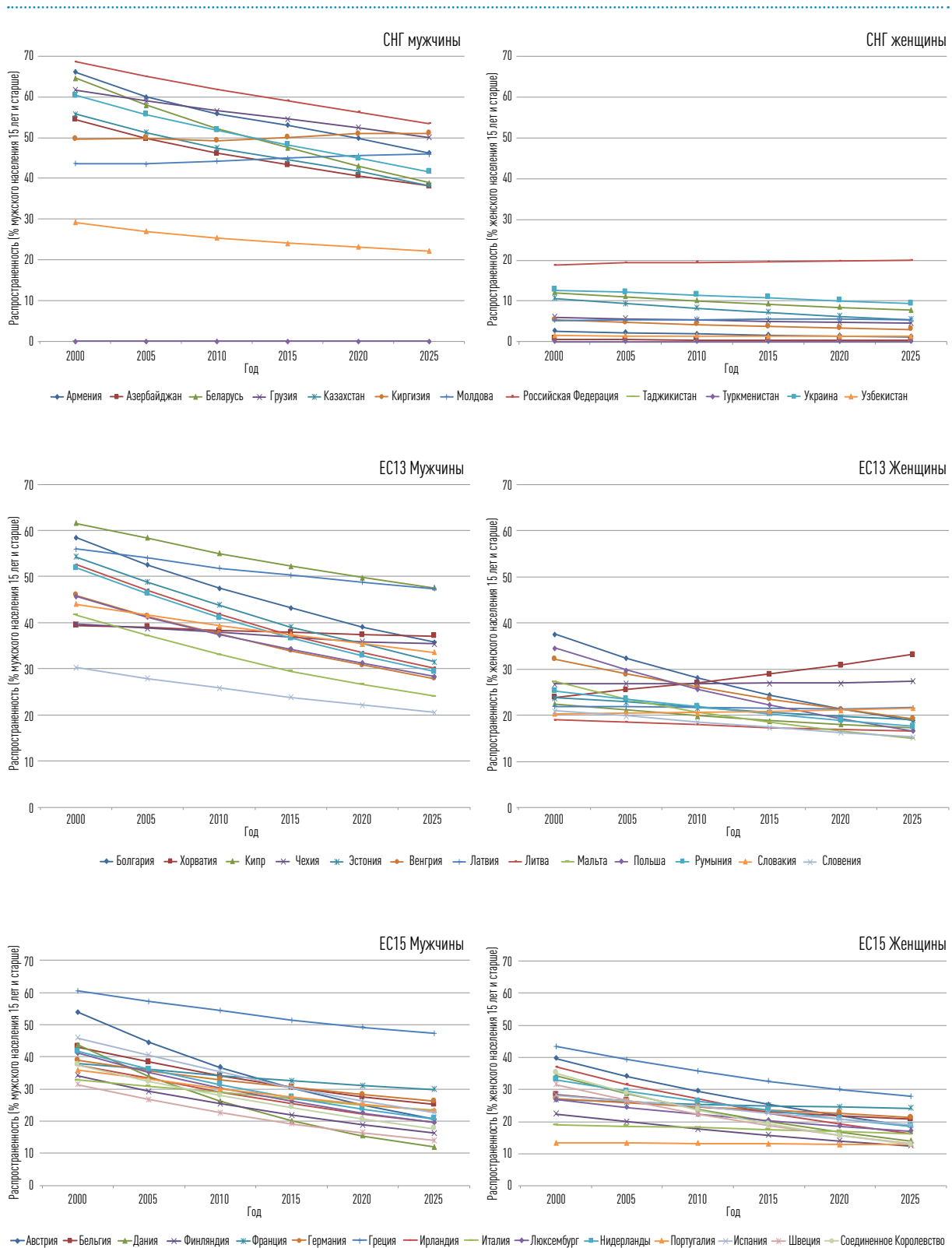
Третий элемент, который менее очевиден, но о котором нельзя забывать из-за его последствий для будущего, – это изменение гендерных моделей употребления табака, наблюдаемое в некоторых странах. В отличие от тенденции к снижению распространенности курения среди мужчин, тенденции распространенности курения среди женщин в Российской Федерации, Грузии, Хорватии, Чехии, Франции и Греции демонстрируют значительно более медленные темпы снижения или даже рост.

Такая более высокая распространенность курения среди мужчин в географическом и гендерном разрезе в восточных частях Европы может объясняться рядом ключевых факторов, в том числе:

- ▶ повышением физической и экономической доступности сигарет и других табачных изделий (5);
- ▶ менее строгим регулированием рекламы табака и запретом курения в определенных помещениях (6);
- ▶ расширением участия женщин в традиционно мужских видах социально-экономической деятельности (7);
- ▶ культурно и религиозно определенными ценностями и практикой в ряде стран Восточной Европы и Центральной Азии (8).

Табачная промышленность ориентирует разнообразные формы маркетинга непосредственно на женщин как потенциально прибыльную группу будущих клиентов. С целью обеспечения охвата женщин табачные компании используют упаковку табачных изделий и размещают различные рекламные сообщения (9), а также удерживают цены на низком и доступном уровне (10). Для обращения вспять тенденций в этих странах потребуются активизировать и усилить действия, направленные на решение этих проблем.

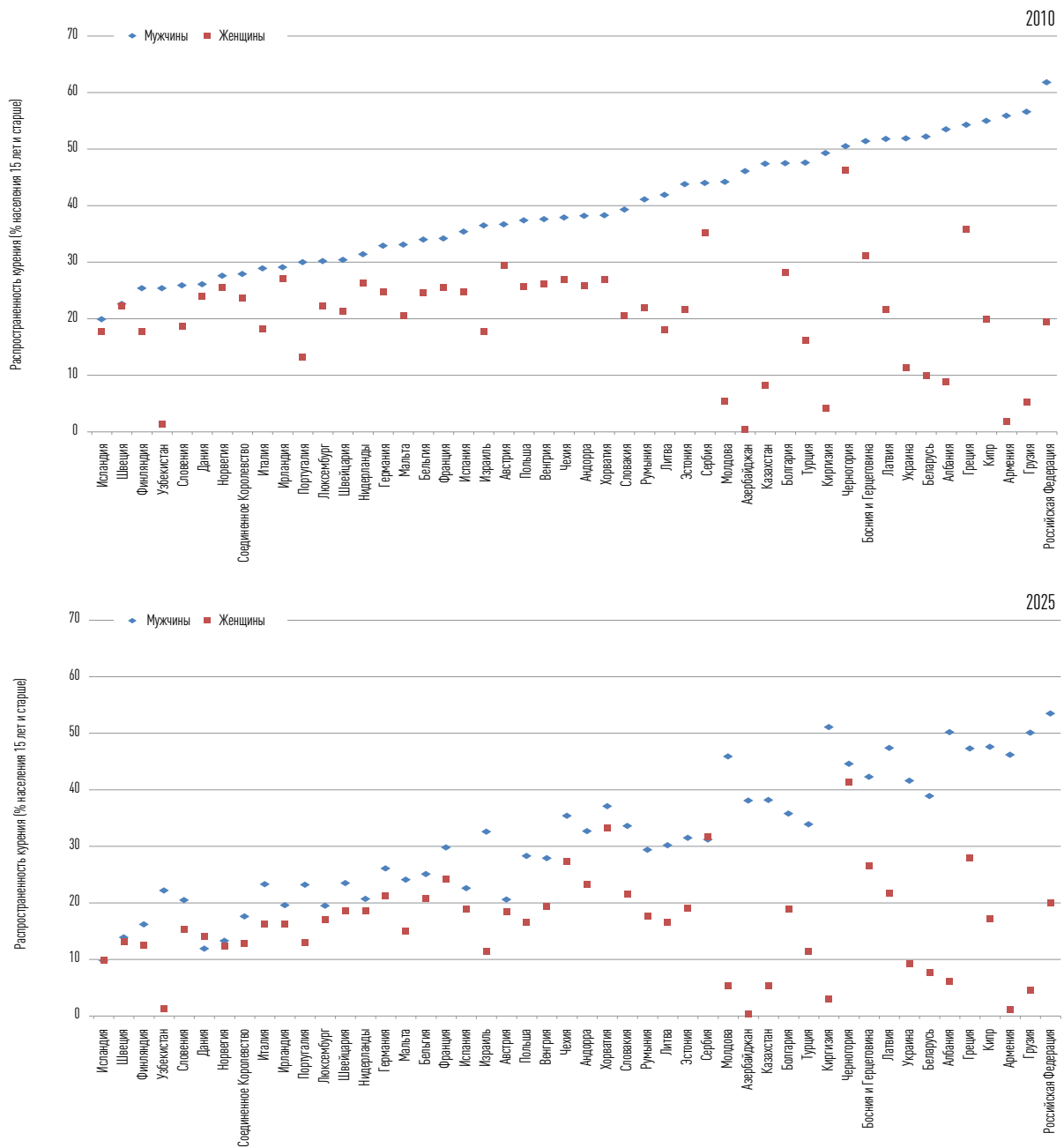
Рис. 3.3. Тенденции и прогнозы распространенности курения табака в странах СНГ, ЕС13 и ЕС15, с разбивкой по полу, в возрастной группе 15 лет и старше, 2000-2025 гг.



Источник: ВОЗ [4].

Анализ распространенности курения табака по странам Европейского региона и по годам показал, что в 2010 году распространенность среди женщин была ниже, чем среди мужчин, особенно в Узбекистане, Азербайджане и Армении, где распространенность табакокурения среди женщин равна нулю (рис. 3.4). Тенденция распространенности курения среди мужчин оставалась постоянной вплоть до уровня 40%, когда разрыв с распространенностью курения среди женщин по странам значительно увеличивался. Используя 2010 год в качестве ориентира, прогнозируется, что распространенность курения среди мужчин в странах Европейского региона к 2025 году снизится. Если прогнозы сбудутся, разрыв между распространенностью курения среди мужчин и женщин сократится.

Рис. 3.4. Тенденции распространенности курения, с разбивкой по полу, в странах Европейского региона, в возрастной группе 15 лет и старше, 2010 г. и прогноз на 2025 г.

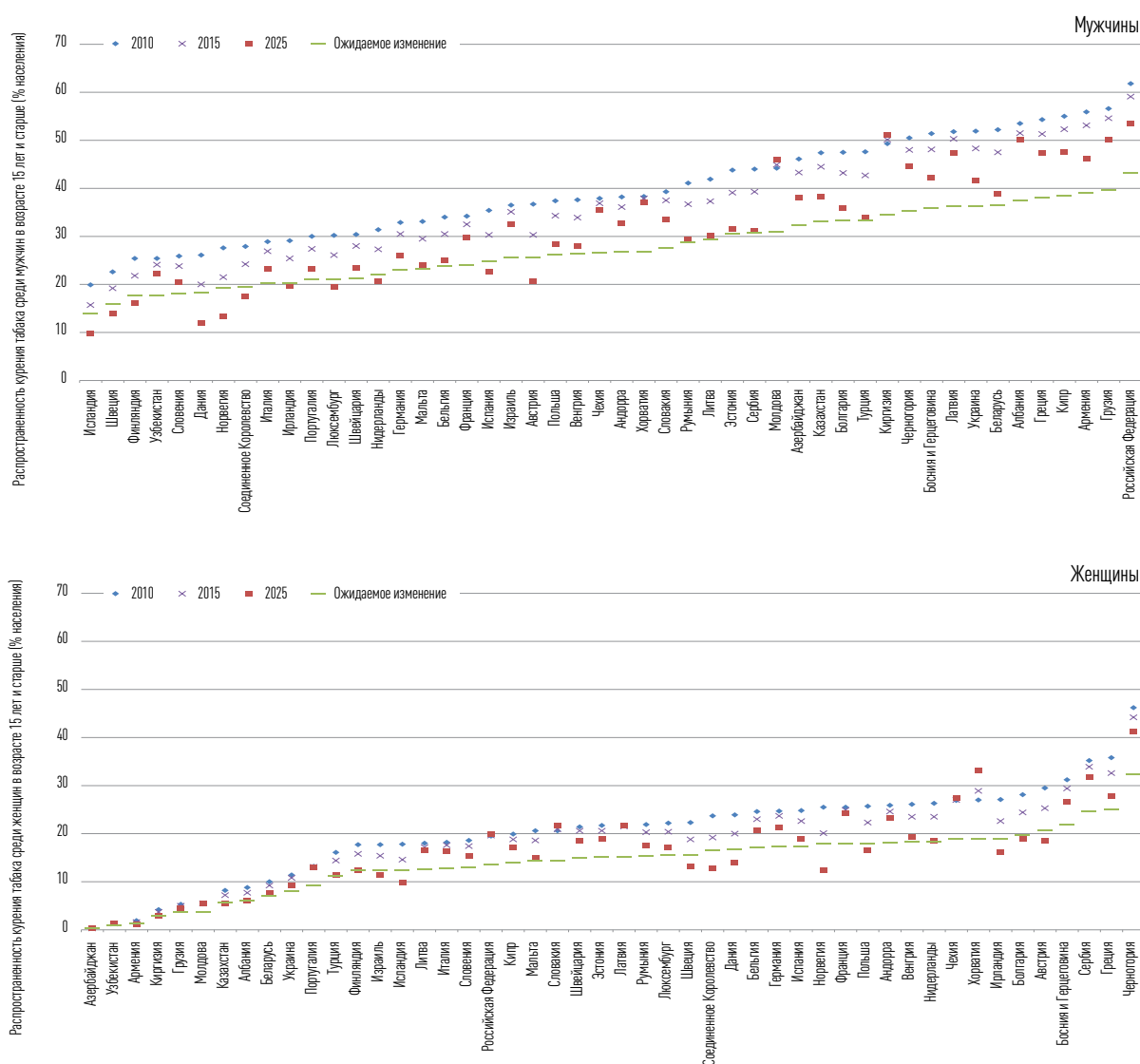


Источник: ВОЗ [4].

В целом, распространенность курения табака среди женщин и мужчин будет иметь тенденцию к снижению, но распространенность среди женщин останется высокой и даже возрастет в некоторых странах. Распространенность курения среди женщин в Европейском регионе останется самой высокой в мире. Изменение этих тенденций потребует укрепления мер политики, направленных на профилактику употребления табака, а также дальнейшее определение и осуществление стратегий, учитывающих гендерные аспекты, с целью борьбы с ростом распространенности употребления табака среди женщин при сохранении прогресса среди мужчин.

Субрегиональный сценарий сохранения высокой распространенности употребления табака среди мужчин и изменения модели распространенности среди женщин заставляет задуматься о том, смогут ли страны Европейского региона достичь глобальной цели сокращения употребления табака на 30% в период между 2010 и 2025 гг. Результаты прогнозной оценки показателей распространенности курения на 2025 год с использованием базовых данных 2010 года с разбивкой по полу, и оценки 30-процентного сокращения распространенности по сравнению с базовым уровнем, показывают, что к 2015 году в некоторых странах с высокой или низкой распространенностью курения сокращение происходило быстрее, чем в других (рис. 3.5). Поэтому одиннадцать стран, в основном из группы ЕС15, достигнут цели к 2025 году, а еще 16 будут близки к ее достижению. Несмотря на положительный уровень прогресса, это означает, что половина стран Европейского региона ВОЗ не сможет достичь цели снижения распространенности употребления табака.

Рис. 3.5. Тенденции распространенности курения табака, с разбивкой по полу, в странах Европейского региона, для возрастной группы 15 лет и старше, 2010, 2015 и 2025 гг., и ожидаемое изменение



Источник: ВОЗ [4].

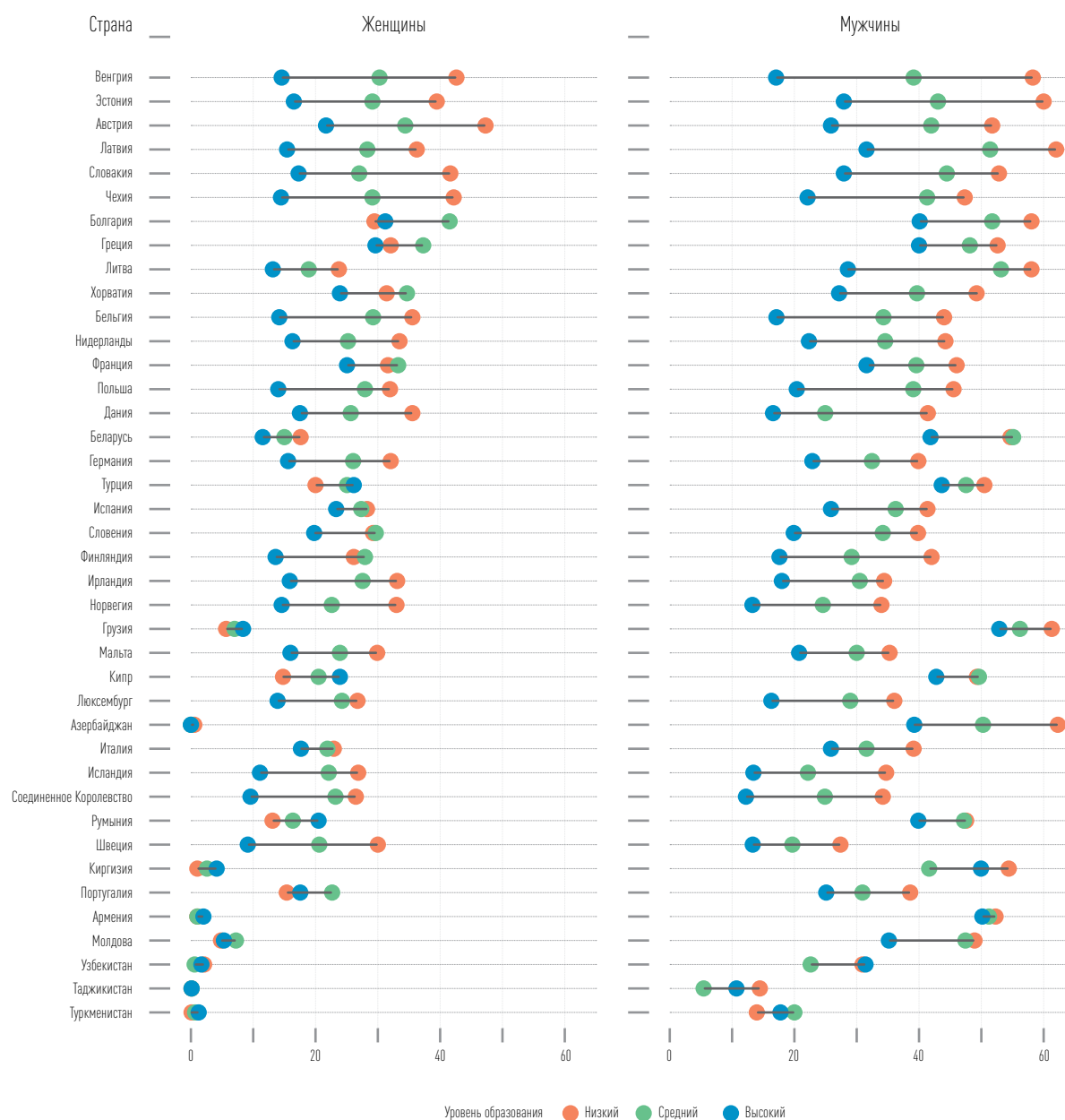
Сравнение показателей для мужчин и для женщин показывает аналогичное число стран, которые достигли цели, однако в нескольких странах со средним и высоким уровнем распространенности курения, показатели для женщин не только не демонстрируют прогресса, но даже развиваются в противоположном направлении. Укрепление положительных или изменение отрицательных тенденций для достижения цели к 2025 году потребует от стран более активного осуществления ряда наиболее эффективных мер политики направленных на борьбу против табака, обозначенных в РКБТ ВОЗ. Высокоэффективные и относительно недорогие вмешательства включают налогово-бюджетные меры политики, направленные на снижение физической и экономической доступности табака, всеобъемлющий запрет курения во всех закрытых общественных местах, полный запрет TAPS, размещение крупных графических предупреждений и использование стандартизированной упаковки табачных изделий, повышение осведомленности о последствиях употребления табака и предоставление консультирования тем, кто хочет бросить курить, а также меры по защите политики общественного здравоохранения от вмешательства табачной промышленности.

Социально обусловленные неравенства в отношении здоровья применительно к употреблению табака

В совместном проекте ВОЗ и Сотрудничающего центра ВОЗ по стратегическим исследованиям в области социальных детерминант здоровья при Университете Ливерпуля, Соединенное Королевство, были объединены сопоставимые данные опросных обследований EHIS (Европейской комиссии) и данных исследований STEPS (предлагаемых ВОЗ) (11). Для применения данного подхода были необходимы сопоставимые данные индивидуального уровня по представляющим интерес показателям состояния здоровья (распространенность курения табака), а также устойчивый социально-экономический фактор стратификации (уровень образования, как он определен в Международной стандартной классификации образования). В анализе также учитывался пол, поскольку существуют признанные гендерные различия в распространенности курения. Основные результаты анализа приведены на рис. 3.6.

Неизменно более высокие показатели распространенности курения “в настоящее время” в странах Европейского региона были отмечены среди людей с более низким уровнем образования. В среднем распространенность курения среди мужчин была почти в два раза выше, чем среди женщин. За исключением нескольких случаев (в основном среди женщин), более высокая распространенность курения среди менее образованных людей присутствовала в странах независимо от их общих показателей распространенности и их географических/культурных характеристик. Это говорит о том, что курение более распространено среди людей с более низким уровнем образования и социально уязвимых групп населения. На эти группы должны быть ориентированы специально адаптированные стратегии и вмешательства, направленные на снижение доступности табака и его воздействия, а также на содействие людям, уже употребляющим табак, в отказе от курения посредством проведения консультаций и лечения.

Рис. 3.6. Распространенность курения табака и неравенство в образовании в странах Европейского региона, в возрастной группе 15 лет и старше, с разбивкой по полу, 2013–2017 гг.



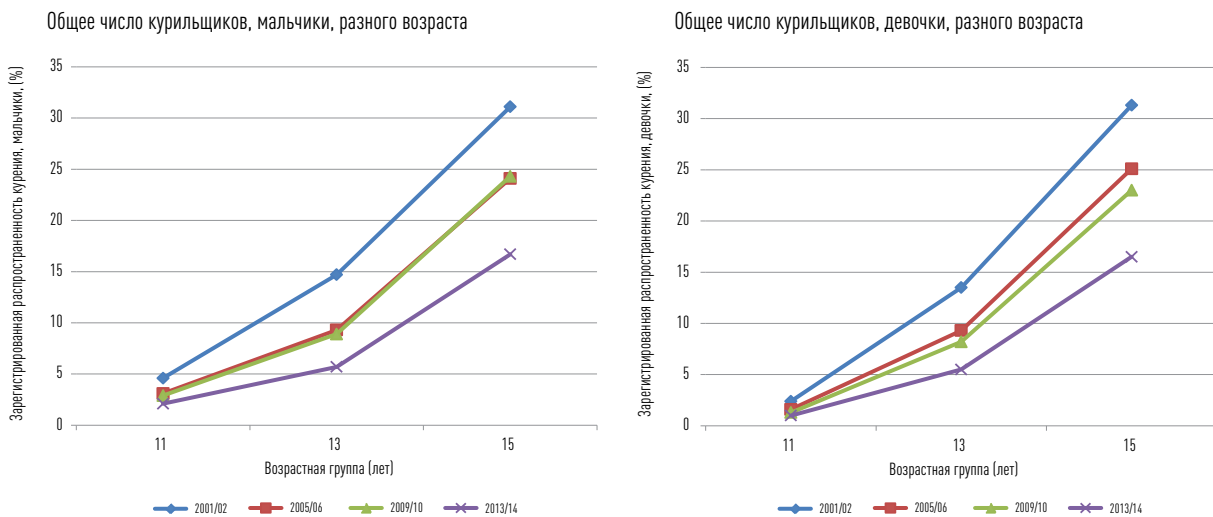
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2018 г.

Дети более чувствительны к различным формам маркетинга (таким как цифровая или иная реклама, продвижение и спонсорство табачных изделий), давлению со стороны сверстников и воздействию табачного дыма в домашних условиях, что, среди прочих факторов, может привести к началу курения в раннем возрасте (3). Дети также более уязвимы для последствий для здоровья от воздействия табака.

Данные о распространенности курения, полученные в рамках совместного межнационального опросного исследования ВОЗ "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC), проведенного в 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 и 2013/2014 гг., использованы в настоящем докладе для оценки поведенческих аспектов употребления табака подростками (12). Результаты изучения тенденций распространенности

курения среди мальчиков и девочек в возрасте 11, 13 и 15 лет продемонстрировали аналогичную модель увеличения распространенности курения с возрастом для обоих полов: чем старше мальчик или девочка, тем выше распространенность курения (рис. 3.7).

Рис. 3.7. Тенденции зарегистрированной распространенности курения табака по результатам обследований HBSC, в странах Европейского региона, в возрастной группе 11–15 лет, с разбивкой по полу, 2001–2014 гг.



Источник: Международный координационный центр HBSC (12).

Большее число мальчиков по сравнению с девочками курили в возрасте 11 лет (начало курения в более раннем возрасте), особенно по результатам обследований, проведенных в более ранние периоды, однако к 15 годам этот процент был практически одинаковым для мальчиков и девочек. Была очевидна тенденция к снижению распространенности курения как среди мальчиков, так и среди девочек, с самых высоких уровней в 2001/2002 гг. до самых низких в 2013/2014 гг. Этот положительный результат означает почти 50% снижение распространенности к 15 годам; более ограниченные изменения, наблюдаемые в период 2005/2006 и 2009/2010 гг., могут быть связаны с увеличением числа стран, участвующих в раундах исследований.

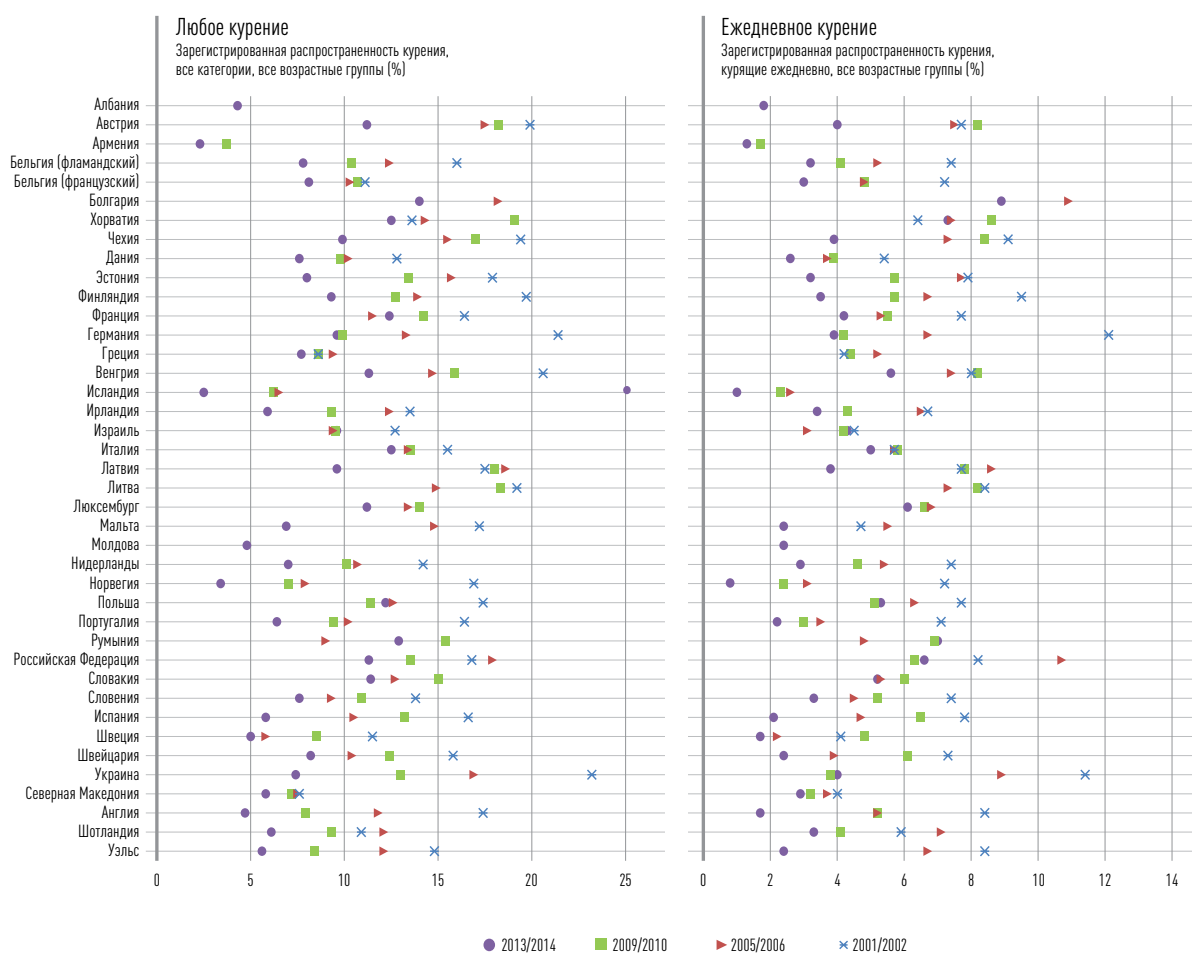
Эти результаты свидетельствуют о том, что акцент на предотвращение начала курения следует делать на детей в возрасте до 11 лет, а затем продолжать концентрировать на этом внимание, поскольку уровень распространенности курения быстро растет, особенно у детей после 13 лет. Осуществление мер по защите детей от доступа к табаку вблизи школ, строгое регулирование маркетинга и продаж, а также высокий уровень цен на табачные изделия должны дополнять эти усилия. Следует дополнительно рассмотреть вопрос увеличения использования электронных сигарет, так как это часто является первым шагом к началу более регулярного употребления табака.

Данные HBSC о распространенности употребления табака среди детей школьного возраста в странах Европейского региона в период с 2001-2014 гг. предоставляют дополнительные факты и предлагают возможные направления деятельности в рамках будущей политики и вмешательств. Сравнения по странам и временным периодам включали категории "любое курение" и "ежедневное курение"; первая категория была выбрана в качестве более чувствительного показателя употребления табака среди населения, отражающего проблемы, связанные с маркетингом, давлением со стороны сверстников и воздействием вторичного табачного дыма в домашних условиях, а вторая - как лучший показатель необходимости более активного участия и осуществления неотложных действий.

Как и ожидалось, общая распространенность “любого курения” встречалась чаще (в среднем в два раза), чем “ежедневного курения” (рис. 3.8). В разных странах наблюдалась тенденция к снижению распространенности курения среди детей школьного возраста: распространенность “любого курения” была самой высокой в 2001/2002 гг. (более 15% в большинстве стран), затем в 2005/2006 г. она пошла на спад, и в 2013/2014 гг. в большинстве стран снизилась еще больше (до уровня менее 10%). Зарегистрированная распространенность “ежедневного курения” табака снизилась по сравнению с самой высокой распространенностью - более 7% - в 2001/2002 гг. Этот показатель продолжал снижаться с течением времени, и в большинстве стран достиг своего минимума около 4% или ниже в 2013/2014 гг.

Хотя уровни распространенности курения среди 15-летних юношей и девушек остаются высокими в некоторых странах, последние данные об уровнях распространенности представляют собой положительные и обнадеживающие результаты для Европейского региона. Они показывают, что сокращение или прекращение употребления табака возможно при строгом соблюдении комплексных мер профилактики и борьбы против табака.

Рис. 3.8. Общие тенденции зарегистрированной распространенности любого и ежедневного курения табака, по итогам обследования HBSC, в странах Европейского региона, все возрастные группы, 2001-2014 гг.



Источник: Международный координационный центр HBSC (12).

В периоды проведения обследования HBSC 2009/2010 и 2013/2014 гг. также были проанализированы тенденции, связанные с частотой употребления табака подростками, в том числе каждый день, один раз в неделю и реже одного раза в неделю (рис. 3.9). По результатам исследования, среди подростков, которые курят вообще, со временем начинает превалировать число подростков, которые курят более часто, причем самые высокие уровни распространенности курения были зарегистрированы в 2009/2010 гг. (более 4%) и в 2013/2014 гг. (более 2%). Несмотря на то, что в целом уровень распространенности ежедневного курения на страновом уровне снизился, в 2013/2014 гг. он составлял 6% или более в пяти странах, по сравнению с 12 странами в 2009/2010 гг. Это свидетельствует о том, что меры политики, направленные на сокращение числа курящих детей, приносят результаты, но что необходимо предпринять дополнительные усилия и принять стратегии, ориентированные на ежедневных курильщиков. Те, кто курит еженедельно, также должны рассматриваться в качестве основного приоритета.

Рис. 3.9. Тенденции зарегистрированной распространенности курения табака, по итогам обследований HBSC, проведенных в странах Европейского региона, с разбивкой по частоте, все возрастные группы, 2010-2014 гг.



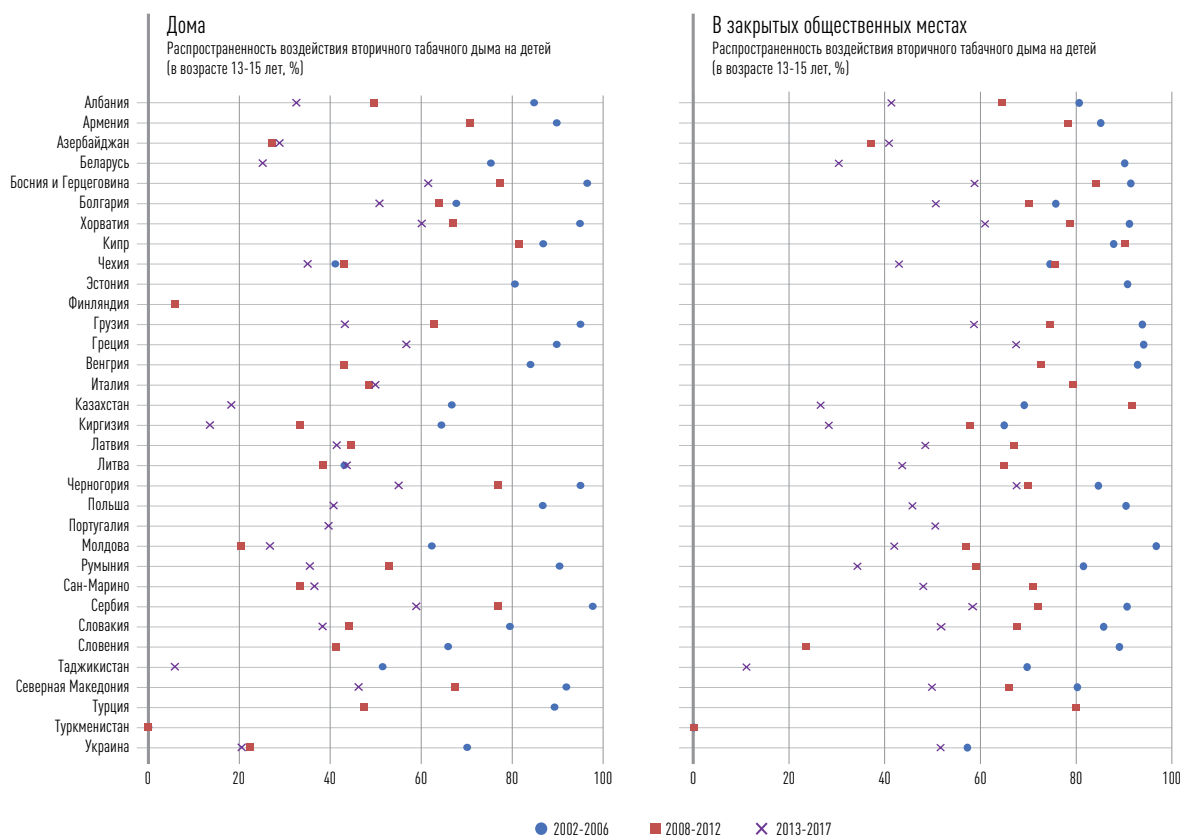
Источник: Международный координационный центр HBSC (12).

Распространенность воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях и в закрытых общественных местах

Воздействие вторичного табачного дыма имеет два ключевых последствия для тех, кто затронут этой проблемой. Одно приводит к нежелательным последствиям для здоровья от патофизиологических процессов, вызванных непосредственным воздействием табачного дыма, степень тяжести которых зависит от накопленного воздействия [3]. Другое, часто не распознаваемое, заключается в том, что лица, подвергшиеся воздействию вторичного табачного дыма, имеют тенденцию чаще (и раньше) начинать употреблять табак после некоторого периода подверженности воздействию, что особенно актуально для детей, некоторые из которых начинают курить уже в 11 лет.

Данные о распространенности воздействия вторичного табачного дыма по 33 странам предоставляются ВОЗ по итогам проведения Глобального обследования употребления табака среди молодежи (GYTS) в течение 16 лет. Данные группируются по пятилетним периодам для определения тенденций воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях и в закрытых общественных местах (рис. 3.10) [13]. В период с 2002–2006 гг. в половине стран наблюдались высокие уровни воздействия вторичного табачного дыма, около 80% в обоих местах. Однако распространенность воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях быстро менялась в период с 2008–2012 гг. и более медленными темпами, но на более единообразной основе, в общественных местах в период с 2013–2017 гг. (оба показателя ниже 60%). Эти результаты отражают снижение употребления табака родителями (с более ограниченной степенью контроля) и более жесткое регулирование/ограничения на употребление табака в общественных местах, с более высокой степенью контроля, соответственно. Для содействия общему снижению уровней курения в Европейском регионе, необходимо предпринимать дальнейшие усилия по сокращению воздействия вторичного табачного дыма на детей как дома, так и в закрытом общественном окружении.

Рис. 3.10. Тенденции распространенности воздействия вторичного табачного дыма на детей в домашних условиях и в закрытых общественных местах, в странах Европейского региона, в возрастной группе 13–15 лет, 2002–2017 гг.



Источник: ВОЗ [13].

Вывод и перспективы

Распространенность употребления табака среди взрослых и детей остается высокой, но по всей Европе наблюдается тенденция к снижению. Темпы снижения не одинаковы; некоторые страны пока отстают.

Люди начинают употреблять табак в раннем детстве; распространенность употребления быстро увеличивается с возрастом. В некоторых странах курят все больше женщин, что представляет собой тревожную тенденцию и контрастирует с тенденциями у мужчин. Тенденции к снижению в ряде стран с течением времени и во всех возрастных группах обнадеживают, однако этого недостаточно для достижения общей цели 30%-ного сокращения распространенности употребления табака среди взрослого населения в Европейском регионе ВОЗ. Страны, которые достигнут глобальной цели, могут служить источниками вдохновения, поддержки и опыта для тех стран Региона, которые могут не достичь цели.

Для достижения цели дальнейшего снижения распространенности употребления табака в странах Европейского региона могут потребоваться более эффективные и целенаправленные усилия, ориентированные на защиту молодежи, женщин, социально уязвимых групп и тех, кто не курит, но подвергается воздействию вторичного табачного дыма. Достижение глобальной и региональной цели сокращения употребления табака на 30% к 2030 году и связанное с этим воздействие на достижение цели по сокращению преждевременной смертности, представляется осуществимым, если страны предпримут дополнительные усилия по укреплению и расширению мер профилактики и борьбы против табака путем всеобъемлющего осуществления РКБТ ВОЗ и ее руководящих принципов.

Библиография

1. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2017 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258555/WHO-NMH-PND-17.4-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
2. Noncommunicable diseases and their risk factors. STEPS country reports. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/reports/en/>).
3. Поколения, свободные от табака. Защита детей от табака в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/345693/Tob_Free_Gen_WEB.pdf?ua=1).
4. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>).
5. Appendix IX: tobacco prices and taxes. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2017. (https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/appendix-ix/en/).
6. Appendix VI: global control tobacco policy data. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2017. (https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/appendix-vi/en/).
7. Opportunities for men and women: emerging Europe and central Asia. Washington (DC): World Bank; 2012 (<http://www.worldbank.org/en/region/eca/publication/opportunities-for-men-and-women-emerging-europe-and-central-asia>).
8. Ro'i Y, Wainer A. Muslim identity and Islamic practice in post-Soviet central Asia. *Central Asian Survey* 2009;28:303–22.
9. Women and smoking: a report of the Surgeon General 2001. Washington (DC): Department of Health and Human Services; 2001.
10. Brown-Johnson CB, England LJ, Glantz SA, Ling PM. Tobacco industry marketing to low socioeconomic status women in the USA. *Tob Control* 2014;23:e139–46.
11. An atlas of social health inequalities in Europe. Report presented at the Expert Meeting on health inequalities, Copenhagen, Denmark, 6–8 November 2018. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
12. Health behaviour of school-aged children (HBSC). World Health Organization collaborative cross-national survey. St Andrews; HBSC International Coordinating Centre, St Andrews University; 2018 (<http://www.hbsc.org/>).
13. Global youth tobacco survey (GYTS). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/>).

The background is a deep purple color. A large, white, stylized number '4' is positioned on the right side, extending from the top to the middle of the page. The bottom half of the page features a pattern of white, irregular, wavy lines resembling a topographic map or a maze. The text is overlaid on this pattern.

ГЛАВА

**ОТВЕТНЫЕ
МЕРЫ СИСТЕМ
ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НА УПОТРЕБЛЕНИЕ
ТАБАКА В
ЕВРОПЕЙСКОМ
РЕГИОНЕ ВОЗ**

— Введение

Высокие человеческие, социальные, экологические и экономические издержки для общества, связанные с употреблением табака, побудили национальные органы власти и международные организации предпринять действия, направленные на снижение последствий употребления табака, путем регулирования его производства, маркетинга и употребления. Принятие международного договора, Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (1), направленного на содействие осуществлению скоординированных мер в ответ на табачную эпидемию на глобальном уровне, привело к разработке национальной политики в странах. Эффективные стратегии борьбы против табака, разработанные в соответствии с положениями РКБТ ВОЗ, существуют и доказали свою действенность в снижении распространенности употребления табака, однако ход их выполнения в разных странах имеет неоднородный характер.

Подробная информация об осуществлении мер, основанных на фактических данных, в 53 странах Европейского региона ВОЗ представлена в других источниках (2, 3). В этой главе дается краткое изложение нынешних ответных мер систем общественного здравоохранения на употребление табака в Регионе и приводятся успешные примеры осуществления конкретных мер борьбы против табака. В ней также освещаются меры политики и меры, осуществляемые странами Европейского региона, выходящие за рамки требований, установленных РКБТ ВОЗ, и рассматриваются текущие пробелы и проблемы, с которыми сталкиваются страны в своих усилиях по борьбе с табачной эпидемией.

— Краткая информация об осуществлении РКБТ ВОЗ в Европейском регионе ВОЗ

В таблице 4.1 приводится краткая сводка о ходе выполнения отдельных статей РКБТ ВОЗ в странах Европейского региона ВОЗ. Основное внимание уделяется нескольким конкретным мерам по борьбе против табака, в том числе мерам по обеспечению среды, свободной от табачного дыма, повышению налогов на табачные изделия, запрету на рекламу табака, предоставлению информации об опасностях, связанных с употреблением табачных изделий, и предложению помощи в целях прекращения употребления табака.

Таблица 4.1. Ход выполнения отдельных статей РКБТ ВОЗ в странах Европейского региона ВОЗ

Мера	Основные замечания
Общественные места, свободные от табачного дыма	<ul style="list-style-type: none"> ▶ За период 2007-2016 гг. число стран Европейского региона ВОЗ, которые ввели запрет на курение во всех общественных местах, увеличилось с 4 (8%) до 13 (25%) (3). ▶ Степень защиты от воздействия вторичного табачного дыма сильно варьирует в зависимости от типа общественного места и остается недостаточной в государственных учреждениях, закрытых офисных помещениях, ресторанах, пабах и барах, а также в общественном транспорте (4). ▶ Несмотря на наличие убедительных фактических данных в пользу принятия законодательства о бездымной среде, направленного на снижение вреда от воздействия вторичного табачного дыма и поддержку социальных норм отказа от курения, на 2016 г. более трех четвертей стран Европейского региона ВОЗ не внедрили рекомендованные меры, направленные на создание среды, свободной от табачного дыма.
Предложение помощи в целях прекращения употребления табака	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Большинство стран Европейского региона ВОЗ предоставляют поддержку в отказе от употребления табака на уровне ниже рекомендованного. Например, в 2016 году менее чем в каждой пятой стране Региона действовала общенациональная линия помощи в отказе от курения и обеспечивалась компенсация затрат на никотинзаместительную терапию и другие услуги по прекращению курения (3, 4). ▶ Чуть более половины стран Региона (55%) сообщили, что они включили дисциплину "лечение табачной зависимости" в учебные программы медицинских институтов, а в 2018 году в 60% стран были проведены кампании в средствах массовой информации по содействию прекращению употребления табака (2).

Мера	Основные замечания
Предупреждения об опасностях для здоровья на упаковках табачных изделий	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Европейский регион ВОЗ значительно продвинулся вперед на глобальном уровне в отношении внедрения предупреждений о вреде для здоровья и имеет наибольшее число стран (32, или 60%), которые требуют размещения предупреждений о вреде для здоровья, занимающих не менее 50% лицевой и оборотной поверхности упаковки сигарет (4). ▶ За последние годы был достигнут прогресс в отношении размещения предупреждений, включающих не только текстовые сообщения, но и графические изображения. Доля стран, использующих графические предупреждения о вреде для здоровья, увеличилась с 40% (21) в 2014 году до 72% (38) в 2018 году (2).
Антитабачные кампании в СМИ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ В целом, с начала проведения количественной оценки в 2010 году, заметного прогресса в проведении кампаний в средствах массовой информации в Европейском регионе ВОЗ не наблюдалось. Число стран Европейского региона, проводивших национальные кампании, сократилось с 14 (26%) в 2010 году до 12 (23%) в 2016 году (3). ▶ В период с 1 июля 2014 г. по 30 июня 2016 г. двадцать одна страна (40%) в Регионе не проводила национальных антитабачных кампаний продолжительностью не менее трех недель (4).
Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (TAPS)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Европейский регион ВОЗ отстает от всех других регионов ВОЗ в применении всеобъемлющих запретов TAPS; лишь в пяти странах введен полный запрет на все формы прямой и косвенной рекламы табака (4). ▶ Тем не менее, Регион имеет хорошие показатели в отношении регулирования некоторых форм TAPS, включая прямую рекламу табака на национальном телевидении и радио, в местных журналах и газетах и на рекламных щитах (эти формы TAPS регулируют 96%, 89% и 83% стран соответственно). Напротив, наименее регулируемые формы TAPS включают выкладку табачных изделий в торговых точках и косвенную рекламу посредством демонстрации табачных изделий в телевизионных и/или кинофильмах (регулируется в 19% и 15% стран соответственно) (4).
Повышение налогов на табачные изделия	<ul style="list-style-type: none"> ▶ За последние годы Европейский регион ВОЗ добился значительных успехов и имеет самое большое число стран в мире (25), в которых налоги на табак, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, составляют более 75% розничной цены самой популярной марки сигарет. В дополнение к этому в девятнадцати странах Европейского региона налоги превышают 50% розничной цены (4). ▶ Тем не менее, большое различие в розничных ценах на сигареты среди стран Европейского региона по-прежнему вызывает озабоченность (в 2016 году цены варьировали от 0,48 в Беларуси до 12,69 в Норвегии, в долларах США по официальному курсу, и от 1,66 в Беларуси до 14,06 в Туркменистане, в международных долларах (по паритету покупательной способности), за пачку из 20 сигарет самой продаваемой марки) (4). ▶ Табачные изделия становятся более экономически доступными, если повышение цен отстает от роста доходов на душу населения и покупательной способности потребителей. По данным 2016 года, самая популярная марка сигарет стала более доступной с 2008 года в нескольких странах Региона, в том числе в Армении, Грузии и Северной Македонии. За этот период в 19% (10) стран не произошло никаких изменений в отношении снижения экономической доступности сигарет (4).
Продажа табачных изделий несовершеннолетним	<ul style="list-style-type: none"> ▶ В подавляющем большинстве стран Европейского региона продажа табачных изделий несовершеннолетним запрещена (в 36, или 68% стран). Установленный законом возраст для покупки табака в странах колеблется от 14 лет (Таджикистан) до 20 лет (Узбекистан), причем в большинстве стран минимальный возраст для покупки табака составляет 18 лет (4). ▶ Запрет на продажу табачных изделий в торговых автоматах введен в 31 стране (или 58%) Региона (4).

Примеры передового опыта осуществления отдельных мер РКБТ ВОЗ

В настоящем разделе освещаются самые последние примеры передового опыта в Регионе (таблица 4.2). Необходимо отметить, что некоторые страны Региона считаются глобальными лидерами в борьбе против табака, и их выдающаяся деятельность по осуществлению различных статей РКБТ ВОЗ может служить примером передовой практики. В настоящем докладе предлагаются примеры передовой практики из стран, представляющих различные части Европейского региона, подтверждающие идею о том, что эффективные меры борьбы против табака могут успешно применяться в различных экономических, социокультурных и политических контекстах.

Таблица 4.2. Примеры передовой практики осуществления отдельных статей РКБТ ВОЗ в Европейском регионе ВОЗ

Мера	Примеры передового опыта
Общественные места, свободные от табачного дыма	Грузия: В ответ на высокую распространенность употребления табака и связанного с ним бремени, парламент Грузии внес существенные поправки в закон о борьбе против табака. Принятое в мае 2017 года новое законодательство считается одним из самых сильных законов о борьбе против табака в Европейском регионе ВОЗ. Этот закон о борьбе против табака является, по существу, законом нового поколения, и предусматривает введение запрета на курение (включая электронные сигареты и кальян) во всех закрытых общественных местах, на закрытых рабочих местах и в общественном транспорте. Недавно проведенные опросы показали высокий уровень осведомленности населения о положениях законодательства в области обеспечения бездымной среды (94%), причем 85% опрошенных одобряют эти положения. Уровень соблюдения законодательства также был высокими в отношении положений о создании бездымной среды (в целом 95%, в том числе 97% в кафе и ресторанах) (5, 6, 7).
Предложение помощи в целях прекращения употребления табака	Норвегия: Отказ от употребления табака является центральным элементом борьбы против табака в Норвегии. Поддержка курильщикам, которые хотят бросить курить, предоставляется в различных формах, в том числе в рамках услуг по прекращению курения с использованием веб-служб и смартфонов, общинных курсов по прекращению курения и индивидуальных вмешательств. Мобильное приложение "Slutta", запущенное в 2013 году, было загружено почти 600 000 раз в стране с населением около 5 миллионов человек. Приложение постоянно совершенствуется и обновляется. Научное руководство по прекращению курения было разработано и утверждено в 2016 году, и в настоящее время используется врачами общей практики для предоставления помощи курильщикам, которые хотели бы бросить курить (2, 8, 9).
Предупреждения об опасностях для здоровья на упаковках табачных изделий	Европейский Союз: Директива 2014/40/ЕС, регулирующая производство, представление на рынке и продажу табачной продукции и сопутствующих товаров, вступила в силу 20 мая 2014 года. Директива требует, чтобы на пачках сигарет и самокруток размещались комбинированные предупреждения о вреде для здоровья (графическое изображение, текст и информация о том, как бросить курить) размером не менее 65% лицевой и оборотной поверхности упаковки. Директива также устанавливает минимальные размеры для предупреждений, и поэтому запрещает продажу определенных табачных изделий в мелкой упаковке. Она вводит запрет на рекламные и вводящие в заблуждение элементы на упаковке табачных изделий, электронных сигарет и растительной продукции для курения. Были приняты два исполнительных решения о расположении, дизайне и форме комбинированных предупреждений о вреде для здоровья табачных изделий, предназначенных для курения, и о местоположении общего предупреждения, а также о размещении информационного сообщения на табаке для самокруток, продаваемом в пакетиках (2, 10, 11).
Антитабачные кампании в СМИ	Соединенное Королевство: "Stoptober" - это просветительская кампания, проводимая Службой общественного здравоохранения Англии, которая является частью более широкой кампании "One You", направленной на оказание помощи людям в отказе от курения. Кампания была запущена в 2012 году с целью предоставления бесплатной и ресурсной поддержки и ресурсов тем, кто хочет бросить курить, в том числе с использованием лекарственных препаратов, мобильных приложений, создания групп в социальных сетях и индивидуальной поддержки в рамках местных служб здравоохранения. Комплексная оценка "Stoptober" проводится каждый год. Результаты кампании 2017 года были в значительной степени положительными и показали, что она продолжает играть важную роль в мотивировании курильщиков бросить курить и оказании им поддержки в этом: 16% курильщиков сообщили о том, что предприняли попытку бросить курить, а 8% сообщили, что по окончании своего участия в кампании они продолжали воздерживаться от курения (12).
Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (TAPS)	Российская Федерация: Федеральный закон № 15-ФЗ от 23 февраля 2013 года ввел полный запрет на рекламу, продвижение и спонсорство табачных изделий. Запрет распространяется на табак, табачные изделия и курительные принадлежности, в том числе трубки, кальяны, сигаретную бумагу и зажигалки. Был введен полный запрет на демонстрацию табачных изделий и процессов употребления табака в аудиовизуальных материалах, создаваемых и предназначенных для детей. В тех случаях, когда в аудиовизуальных произведениях, предназначенных для взрослых, демонстрируются табачные изделия или процесс употребления табака, вещательная компания обязана обеспечить трансляцию публичных объявлений о вреде употребления табака непосредственно перед началом или во время программы. Согласно оценкам, проведенным после введения запрета, число подростков, которые видели, как кто-либо курит в телепередачах, видеофильмах или других аудиовизуальных произведениях, сократилось с 2004 года на 10%. Запрет рекламы табачных изделий находит поддержку среди широкой общественности: 80% граждан одобряют полный запрет рекламы (13, 14).
Повышение налогов на табачные изделия	Украина: 7 декабря 2017 года Парламент Украины принял политику повышения налогов на табачные изделия на ближайшие семь лет, до 2024 года. Национальный план предусматривает повышение в 2018 году специфического налога на табачные изделия и минимального акциза на 1 000 сигарет на 29,7%, а также увеличение налога на табак на 20% ежегодно в течение следующих шести лет. Правительство также оставляет за собой возможность ежегодной корректировки на инфляцию. Целью этого изменения политики является гармонизация ставок налога на табачные изделия с минимальным уровнем налогообложения в ЕС, составляющим 90 евро за 1 000 сигарет. Опыт Украины по повышению налогов на табак дал положительные результаты. В период с 2008 по 2017 г. средняя ставка акцизного налога на пачку сигарет увеличилась в 20 раз, а доходы государственного бюджета увеличились с 3,5 миллиарда гривен (124 миллиона долларов США) до прогнозируемых 40 миллиардов гривен (1 415 миллионов долларов США) в 2017 году (15).

— **Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями**

Первый юридически обязывающий документ, принятый под эгидой РКБТ ВОЗ, – Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями – вступил в силу 25 сентября 2018 года и положил начало полной ликвидации незаконной торговли табачными изделиями. Это достижение является важной вехой в истории борьбы против табака, поскольку Протокол содержит полный диапазон мер для борьбы с незаконной торговлей, распределенных по трем категориям: предотвращение незаконной торговли, содействие правоприменительной деятельности и создание правовой основы для международного сотрудничества.

Двадцать шесть стран Европейского региона ратифицировали Протокол и продолжают усиливать меры борьбы с незаконной торговлей табачными изделиями в своих соответствующих юрисдикциях. В 2018 году 55% (29) стран Европейского региона сообщили о наличии действующего законодательства о борьбе с незаконной торговлей и о содействии сотрудничеству в этой области (2, 16).

Директива 2014/40/ЕС, которой были введены всеобъемлющие правила в отношении отслеживания табачной продукции и нанесения защитных элементов на упаковку сигарет и табака для самокруток с 20 мая 2019 года и всех других табачных изделий с 20 мая 2024 года, предоставляет пример соответствующего законодательства в Регионе. Положения об отслеживаемости табачных изделий требуют, чтобы на все индивидуальные упаковки табачных изделий наносились уникальные идентификаторы, а их движение по всей цепи поставок регистрировалось соответствующими экономическими операторами, участвующими в торговле табаком. Положения, относящиеся к защитной маркировке, требуют, чтобы все упаковки табачных изделий, размещаемые на рынке ЕС, имели защитный комплекс с контролем несанкционированного доступа, состоящий из открытых и скрытых элементов, для облегчения их аутентификации потребителями и органами власти (1, 10, 17).

— **Политика и меры, выходящие за рамки мер, предусмотренных РКБТ ВОЗ**

Осуществление политики борьбы против табака способствует сокращению употребления табака во всем мире, однако ассортимент табачной продукции и модели употребления табака за последние два десятилетия существенно изменились. С учетом этого необходимы новые политические подходы для противодействия меняющимся условиям (18), что побуждает искать инновационные подходы к борьбе против табака во всем мире, разрабатывать и осуществлять новые меры, направленные на снижение бремени употребления табака.

Стоит упомянуть некоторые такие меры, реализованные в ряде стран Европейского региона. Среди них:

- ▶ введение простой (стандартизированной) упаковки;
- ▶ концепция общества, свободного от табака;
- ▶ меры, направленные непосредственно на защиту детей от воздействия вторичного табачного дыма;
- ▶ использование мобильных технологий для содействия в отказе от употребления табака;
- ▶ инициативы по борьбе против табака, реализуемые коммерческими структурами;
- ▶ инвестиции, свободные от табака.

Простая упаковка

Руководящие принципы осуществления Статей 11 и 13 РКБТ ВОЗ требуют принятия эффективных мер в отношении упаковки и маркировки табачных изделий, в том числе введение простой упаковки. Цели введения простой упаковки:

- ▶ снижение привлекательности табачных изделий;
- ▶ устранение воздействия упаковки табачных изделий как формы рекламы или стимулирования продажи;
- ▶ устранение вводящей в заблуждение информации путем противостояния методам промышленного дизайна в отношении упаковки, которые могут создавать впечатление, что некоторые изделия являются менее вредными, чем другие;
- ▶ повышение заметности и эффективности предупреждений о вреде для здоровья *(19)*.

В Европейском регионе самое большое число стран в мире, которые предпринимая шаги в направлении осуществления этой сложной меры. На сегодняшний день 14 стран, в том числе 8 (или 15%) стран Европейского региона (Франция, Грузия, Венгрия, Ирландия, Норвегия, Словения, Турция и Соединенное Королевство) приняли соответствующие законы, а некоторые страны уже приводят в исполнение законодательные меры, касающиеся простой упаковки.

Концепция общества, свободного от табака

Ряд стран Европейского региона прилагают усилия к тому, чтобы стать страной, свободной от табака. В качестве примеров можно отметить следующие.

- ▶ Инициатива “Ирландия без табака” ставит цель сделать Ирландию свободной от табака к 2025 году. Два ключевых направления, лежащих в основе политики, – это защита детей от пагубного воздействия табака и денормализация курения *(20)*.
- ▶ “Дорожная карта” Финляндии, представляющая собой план действий по прекращению использования табачных изделий в стране к концу 2040 года, включает меры, направленные на предотвращение начала курения, а также на предоставление помощи нынешним курильщикам в отказе от этой привычки *(21)*.
- ▶ Соединенное Королевство (Шотландия) установило график сокращения курения до уровня менее чем 5% населения к 2034 году. Было принято обязательство ввести простую упаковку и разработать образовательные программы, направленные на создание таких условий, при которых подростки и молодежь не будут начинать курить. Другие ключевые меры, намеченные в стратегии борьбы против табака, включают предоставление помощи желающим отказаться от курения, введение запрета на курение на территориях больниц к 2015 году, проведение национальной рекламной кампании по борьбе с воздействием вторичного табачного дыма и установление цели по снижению воздействия на детей вторичного табачного дыма *(22)*.
- ▶ Инициатива “2035 - первое поколение без табака” была запущена в Румынии в сентябре 2016 года и нацелена на денормализацию курения и стимулирование действий, побуждающих детей сделать выбор в пользу жизни без табака. К этой инициативе уже присоединились более 350 неправительственных организаций, в том числе медицинских, научных, правозащитных, молодежных и природоохранных *(23)*.
- ▶ В Нидерландах набирает силу антитабачная кампания “Поколение без курения”. Ключевыми целями кампании являются: к 2040 году вырастить молодое поколение без табака путем недопущения начала курения среди молодежи и оказания помощи взрослым, желающим бросить курить. В рамках проведения кампании организации гражданского общества в партнерстве с политическими лидерами повышают осведомленность общественности о рисках употребления табака для здоровья и лоббируют усиление законодательства по борьбе против табака *(24, 25)*.
- ▶ Туркменистан – страна с самым низким уровнем курения среди взрослого населения в Европейском регионе ВОЗ (8,3% в 2013/2014 гг.) *(26)*, занимающая лидирующие позиции в борьбе против табакокурения, поставила масштабную цель стать страной, свободной от табака, к 2025 году. Страна планирует достичь

этого посредством осуществления мероприятий, предусмотренных Национальной программой на 2017–2021 гг. по реализации Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе с табаком, направленных на повышение осведомленности общественности о вреде табака, усиление соответствующих законодательных и нормативных актов, регулирования продажи табачных изделий несовершеннолетним и укрепления сотрудничества с международными организациями (27).

- ▶ Соединенное Королевство (Англия) планирует сократить численность курящего населения и вырастить поколение без табака. Цели плана действий по борьбе против табака (которые должны быть достигнуты к концу 2022 года) включают сокращение численности регулярно курящего населения в возрасте 15 лет с 8% до 3% или менее, снижение уровней курения среди взрослых с 15,5% до 12% или менее, и снижение распространенности курения во время беременности с 10,5% до 6% или менее. План действий также направлен на сокращение неравенства в распространенности курения между представителями низкоквалифицированных профессий и населением в целом (28).

Защита детей от воздействия вторичного табачного дыма

Во всем мире сохраняется тенденция к расширению запретов на курение в открытых местах; особое внимание уделяется правам детей дышать воздухом, свободным от табачного дыма, на открытых игровых площадках и в личных автомобилях. Несколько стран Региона, в том числе Кипр, Финляндия, Франция, Ирландия, Люксембург, Мальта, Словения и Великобритания, ввели запрет на курение в автомобилях, где присутствуют дети. В Италии курение в автомобиле также запрещено при наличии в нем беременной женщины (29).

В последнее время запреты на курение стали распространяться на открытые зоны, такие как парки (Люксембург), зоны питания (Швеция), детские учреждения и детские площадки (Люксембург, Швеция и Чехия), а также балконы в жилищных кооперативах (Финляндия). Например, в Финляндии действующий закон о борьбе против табака запрещает курение в личных транспортных средствах при наличии в автомобиле ребенка в возрасте до 15 лет, однако этот запрет не распространяется на жилые помещения внутри транспортных средств, таких как автодома (трейлеры). Законом также регулируется курение в жилищных кооперативах: жилищный кооператив может подать заявление в муниципалитет с просьбой ввести запрет на курение на балконах частных квартир, на открытых площадках, к которым имеется доступ из квартир, и внутри квартир, принадлежащих жилищным кооперативам (30).

Использование мобильных технологий для содействия в отказе от употребления табака

Мобильные технологии обладают потенциалом для преобразования процессов предоставления медицинских услуг в глобальном масштабе. Начатая в 2012 году, совместная инициатива ВОЗ и Международного союза электросвязи (МСЭ) “Будь здоровым, будь мобильным” основана на сотрудничестве с правительствами в целях расширения услуг мобильного здравоохранения с целью борьбы с НИЗ и их факторами риска, включая предоставление помощи в прекращении употребления табака (31). Это достигается путем расширения доступа к вмешательствам по отказу курения с помощью использования мобильных технологий или так называемых инструментов mTobaccoCessation, представляющих собой структурированные вмешательства, адаптированные к культурным, гендерным и возрастным потребностям, использующие мобильные телефоны для отправки мотивационных сообщений и предоставлении поддержки в изменении поведения для курильщиков, желающих бросить курить.

В ряде стран Региона применяются мобильные технологии для содействия курильщикам в их попытках бросить курить. Среди них Ирландия, предоставляющая курильщикам различные варианты поддержки, в том числе онлайн поддержку и бесплатные текстовые сообщения (32), и Соединенное Королевство, использующее специальное приложение для смартфонов, программу электронной почты и текстовые сообщения, направленные на поддержание мотивации отказа от курения, а также предоставление советов, консультаций и поддержки, необходимых для того, чтобы избавиться от привычки курения навсегда (33).

Инициативы по борьбе против табака, реализуемые коммерческими структурами

Выкладка табачных изделий в точках розничной торговли дает возможность табачной промышленности обойти запреты на рекламу табака и продолжать продвигать свою продукцию, используя упаковку в качестве рекламного инструмента. По состоянию на 2016 г. 10 стран (19%) Европейского региона ВОЗ запретили выкладку табачных изделий в пунктах продаж [4], но в некоторых странах, где нет прямого, зафиксированного в законодательстве, запрета на выкладку табачных изделий, пачки сигарет убирают с полок супермаркетов и содержат в закрытых шкафах.

Примером является недавняя инициатива владельца сети супермаркетов “Salling Group” в Дании. Эта мера была введена в июле 2018 года в рамках кампании по достижению цели воспитания “бездымного” поколения молодежи в Дании к 2030 году. Люди, желающие приобрести сигареты в магазинах, теперь должны специально попросить конкретную марку. Исследования, проведенные в нескольких магазинах, где молодые люди составляют значительную часть клиентской базы, обнаружили, что после введения этой инициативы продажи сигарет упали на 12-39% [34].

Инвестиции, свободные от табака

Инвестиции, свободные от табака – не новое явление. Например, организации, связанные со здравоохранением, давно исключают табак из своего портфеля инвестиций. Однако в целом до недавнего времени дивестиции (изъятие инвестиций) из табачной промышленности не вызывали большого интереса у широкой общественности.

По мере повышения масштабов и внимания общества к инвестициям, свободным от табака, 26 сентября 2018 года, на параллельном мероприятии высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций было начато осуществление Обязательства финансирования инвестиций, свободных от табака. Обязательство имеет две цели:

- ▶ признание и поощрение ведущих финансовых учреждений, которые перешли к финансированию инвестиций, свободных от табака;
- ▶ стимулирование пересмотра деловых отношений с табачной промышленностью финансовых учреждений, благотворительных фондов, университетских фондов и других организаций, участвующих в кредитовании, страховании и инвестировании, в свете глобальной табачной эпидемии и перехода к политике финансирования, свободной от табака.

По состоянию на 2018 год, 43 из 95 учредителей, подписавших Обязательство финансирования инвестиций, свободных от табака, находятся в Европейском регионе ВОЗ, при этом большинство организаций располагается в Дании, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Соединенном Королевстве, Франции, Швеции, Швейцарии и Эстонии [36]. Изъятие инвестиций из табачной промышленности наносит основной удар по прибыли от табака. Так, крупнейший пенсионный фонд Нидерландов, АВР, являющийся крупнейшим пенсионным фондом во всей Европе, объявил в январе 2018 года, что прекратит инвестировать в табак. Осуществление этого шага привело к тому, что поступления табачных компаний от инвестиций финансового сектора сократились на 3 млрд. евро [25].

— Сохраняющиеся пробелы и трудности

Осуществление мер борьбы против табака в странах Европейского региона идет неравномерными темпами. Страны прилагают все усилия к тому, чтобы принять и обеспечить соблюдение эффективных мер по снижению употребления табака среди населения. Наиболее часто встречающиеся пробелы включают недостаточный уровень многосекторального сотрудничества и нехватку финансовых и кадровых ресурсов для разработки и осуществления эффективных мер борьбы против табака. Основными препятствиями на пути успешной борьбы против табака остаются вмешательство табачной промышленности и отсутствие

координации между секторами и заинтересованными сторонами, участвующими в борьбе против табака (29). В предыдущих главах показан четко выраженный гендерный характер моделей курения и различия в показателях заболеваемости и смертности между мужчинами и женщинами, что подтверждает необходимость разработки гендерно-чувствительных стратегий борьбы против табака (37).

Все большее число стран указывают, что новые табачные изделия, такие как изделия из нагреваемого табака и электронные сигареты (электронные системы доставки никотина и электронные системы доставки продуктов, не являющихся никотином (ЭСДН/ЭСДПН)), представляют собой все большую проблему для директивных и правоохранительных органов. В отношении ЭСДН/ЭСДПН во всем мире применяется целый ряд нормативных подходов: более 30 стран ввели запрет на эти изделия, а около 80 стран регулируют их как табачные изделия, терапевтические или потребительские товары, или как комбинацию таковых.

Европейский регион ВОЗ лидирует в этом направлении: в 57% стран Региона действует законодательство в отношении ЭСДН/ЭСДПН (4). В некоторых из них, в том числе в Хорватии, Финляндии, Грузии, Люксембурге, Норвегии, Польше, Португалии и Словении, в запреты на курение были внесены изменения, охватывающие новые виды табачных изделий. Законы о рекламе, стимулировании продажи и спонсорстве табачных изделий в нескольких странах (Чехия, Литва, Люксембург, Нидерланды и Португалия) также были расширены и теперь распространяются на электронные сигареты (29).

Судебные иски, инициированные табачными компаниями, представляют собой еще одну проблему для стран. Табачные компании используют их, чтобы попытаться отложить или заблокировать внедрение эффективных законов о борьбе против табака, например, вводящих предупреждения на упаковке табачных изделий и простую упаковку. В Европейском регионе ВОЗ судебные иски были возбуждены против Франции, Ирландии, Норвегии и Соединенного Королевства. Табачные компании утверждали, что основания для подачи этих исков связаны с защитой прав интеллектуальной собственности (товарные знаки), свободы торговли, предполагаемыми нарушениями международных торговых соглашений и предполагаемыми посягательствами на права табачных компаний (19). В каждом случае иски и требования табачной промышленности были отклонены или безуспешны, а положения оспариваемых законов были признаны обоснованными и продолжали осуществляться.

Существуют также свидетельства усиления использования табачными компаниями платформ социальных сетей, таких как Instagram, Twitter и Facebook, для маркетинга сигарет, а также для поиска молодых людей с большим количеством подписчиков и последующей оплаты размещения ими на своих страницах фотографий сигарет и процесса курения (38). Изучение аналитики социальных сетей показывает, что эти вводящие в заблуждение кампании были просмотрены более 25 миллиардов раз в социальных сетях во всем мире. Примеры постов в социальных сетях с использованием хэштегов и лозунгов, являющихся частью рекламных кампаний табачной промышленности, были отмечены в ряде стран Европейского региона, в том числе в Албании, Италии, Казахстане, Кыргызстане, Российской Федерации и Северной Македонии (39).

— Вывод и перспективы

РКБТ ВОЗ успешно удерживает вопросы борьбы против табака среди приоритетных вопросов глобальной повестки дня на протяжении более 15 лет, одновременно способствуя сохранению жизни и укреплению здоровья людей во всем мире. В Статьях РКБТ ВОЗ подчеркивается важность согласованного подхода, в рамках которого с помощью осуществления различных мер спрос и предложение табака будут сведены к минимуму. В разных странах имеются убедительные фактические данные, свидетельствующие о том, что эти меры являются эффективными и в равной степени защищают взрослых и детей от начала курения и опасностей, связанных с курением.

Значительный прогресс был достигнут в Европейском регионе ВОЗ: Ирландия, Соединенное Королевство и Финляндия прокладывают путь для других стран, стремящихся перейти к обществу, свободному от табака. Это подтверждает приверженность Региона борьбе против употребления табака. Однако, несмотря на многие достижения, прогресс в принятии и обеспечении соблюдения политики борьбы против табака остается неравномерным, а постоянное изменение видов табачных изделий и моделей употребления табака создает новые проблемы для стран.

Библиография

1. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf?sequence=4).
2. WHO FCTC implementation database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://untobaccocontrol.org/impldb/>).
3. Обзор прогресса. Борьба против табака в Европейском регионе ВОЗ в 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/354436/Taking-stock-report_RUS.pdf).
4. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2017 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258555/WHO-NMH-PND-17.4-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
5. The Amendment to the Law on Tobacco Control, 859-II с, 17 May 2017. Tbilisi: Parliament of Georgia; 2017 (<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3676731?publication=1>) [in Georgian].
6. Public attitudes in Georgia, Results of June 2018. National Democratic Institute by Caucasus Research and Resource Center, Georgia, 2018 (https://www.ndi.org/sites/default/files/NDI_June_2018_Presentation_Public_ENG_vf.pdf).
7. Results of monitoring of compliance with tobacco control legislation in Georgia, May-December 2018 (Report). FCTC Implementation and Monitoring Center of Georgia for National Center for Disease Control and Public Health in frame of State Program of Health Promotion. December, 2018.
8. Milestones in Norwegian tobacco control. In: Helsedirektoratet [website]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 (<https://helsedirektoratet.no/english/tobacco-control#milestones-in-norwegian-tobacco-control>).
9. Ny og bedre slutta-app. In: Helsedirektoratet [website]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 (<https://helsedirektoratet.no/nyheter/ny-og-bedre-slutta-app>).
10. Директива N 2014/40/ЕС Европейского парламента и Совета Европейского Союза "О сближении законодательных, регламентарных и административных положений государств-членов ЕС в области производства, представления на рынке и продажи табачной продукции и сопутствующих товаров и об отмене Директивы 2001/37/ЕС". Брюссель: Европейский Союз; 2014 г. (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOL_2014_127_R_0001).
11. Implementing the tobacco products directive [Directive 2014/40/EU]. Brussels: European Union; 2014 (https://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision/implementation_en).
12. Stoptober 2017: campaign evaluation. London: Public Health England; 2017 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/743844/Stoptober_2017_campaign_evaluation.pdf).
13. Федеральный закон "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака" от 23.02.2013 № 15-ФЗ. Москва: Государственная Дума Российской Федерации; 2013 г. (<https://www.rosminzdrav.ru/documents/5736-federalnyy-zakon-15-fz-ot-23-fevralya-2013-g>).
14. Борьба против табака: комплексный подход на страновом уровне в Российской Федерации. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/346699/WHO_Tobacco-control_a-comprehensive-approach-at-country-level-in-the-Russian-Federation_RUS.pdf).
15. Tobacco taxes to increase in Ukraine in the coming 7 years. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2017/12/tobacco-taxes-to-increase-in-ukraine-in-the-coming-7-years>).
16. Status of treaties: protocol to eliminate illicit trade in tobacco products. New York (NY): United Nations; 2012 (https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtmsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=en).
17. Systems for tobacco traceability and security features. Brussels: European Commission; 2018 (https://ec.europa.eu/health/tobacco/tracking_tracing_system_da).
18. Tobacco control research priorities for the next decade: working group recommendations for 2016–2025. Report to the NCI Board of Scientific Advisors March 2016. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2016 (<https://cancercontrol.cancer.gov/pdf/nci-tobacco-control-research-priorities-rpt-feb-2016.pdf>).
19. Tobacco plain packaging: global status update. Geneva: World Health Organization, Secretariat WHO Framework Convention on Tobacco Control; 2018 (<https://www.who.int/tobacco/publications/industry/tobacco-plain-packaging-global-status-update/en/>).
20. Tobacco free Ireland. Report of the tobacco policy review group. Dublin: Department of Health; 2013 (<https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/TobaccoFreeIreland.pdf>).
21. Roadmap to a tobacco-free Finland. Action plan on tobacco control. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2014 (http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70305/URN_ISBN_978-952-00-3513-6.pdf).
22. Creating a tobacco-free generation. A tobacco control strategy for Scotland. Edinburgh: The Scottish Government; 2013 (<https://www2.gov.scot/resource/0041/00417331.pdf>).
23. 2035 – first tobacco-free generation initiative [website]. Bucharest: 2035FaraTutun; 2019 (<http://2035faratutun.ro/index.html>) [in Romanian].
24. Smoke-free generation initiative. In: Rookvrije Generatie [website]. Utrecht: Rookvrije Generatie; 2018 (<https://rookvrijegeneratie.nl/>) [in Dutch].
25. Creating a "smoke-free" generation – a future without tobacco. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/fctc/mediacentre/news/2018/creating-a-smoke-free-generation/en/>).
26. Turkmenistan STEPS noncommunicable disease risk factors survey 2013–2014. Geneva: World Health Organization/Ministry of Health and Medical Industry (Turkmenistan); 2014.
27. Национальная программа на 2017–2021 годы по реализации Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе с табаком. Ашхабад: Ассамблея Туркменистана; 2017 г.
28. Smoke-free generation: tobacco control plan for England. Policy paper. London: Department of Health and Social Care; 2017 (<https://www.gov.uk/government/publications/towards-a-smoke-free-generation-tobacco-control-plan-for-england>).
29. 2018 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/fctc/reporting/WHO-FCTC-2018_global_progress_report.pdf).
30. Tobacco Act (549/2016). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2016 (https://www.tobaccocontrolaws.org/files/live/Finland/Finland%20-%20Tobacco%20Act%2028No.%20549_2016%29.pdf).
31. Scaling up digital health. Be he@lthy, be mobile. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/ncds/prevention/be-healthy-be-mobile/introduction/en/>).
32. Quit. In: Health Service Executive [website]. Dublin: Health & Safety Executive; 2018 (<https://www.quit.ie/>).
33. Smokefree. In: National Health Service [website]. London: National Health Service; 2018 (<https://www.nhs.uk/smokefree/help-and-advice/support>).
34. Tobacco sales drop at Netto stores following Salling Group move. In: European Supermarket Magazine [website]. Dublin: European Supermarket Magazine; 2018 (<https://www.esmmagazine.com/tobacco-sales-drop-netto-stores-following-salling-group-move/65656>).
35. The tobacco-free finance pledge. In: Tobacco Free Portfolios [website]. Wantirna (VIC): Tobacco Free Portfolios; 2018 (<https://tobaccofreeportfolios.org/the-tobacco-free-finance-pledge/>).
36. Tobacco-free finance signatories and supporters. In: United Nations Environment Programme Finance initiative [website]. New York (NY): United Nations; 2019 (<http://www.unepfi.org/psi/tobacco-free-finance-signatories/>).
37. Gender-responsive tobacco control: evidence and options for policies and programmes. COP8, supplementary information. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/Gender-Responsive-Tobacco-Control.pdf>).
38. New investigation exposes how tobacco companies market cigarettes on social media in the US and around the world. In: Campaign for Tobacco-Free Kids [website]. Washington (DC): Campaign for Tobacco-Free Kids; 2017 (https://www.tobaccofreekids.org/press-releases/2018_08_27_ftc).
39. Example of social media posts promoting tobacco brands. In: Campaign for Tobacco-Free Kids [website]. Washington (DC): Campaign for Tobacco-Free Kids; 2019 (<https://www.tobaccofreekids.org/media/2018/wheretheressmoke>).

The background is a teal color with a complex, organic pattern of swirling lines and small bubbles. A large, white number '5' is positioned on the right side of the page, partially overlapping the teal background. A circular cutout in the teal background reveals a white background behind it.

ГЛАВА

**НОВЫЕ
ПОДХОДЫ
К БОРЬБЕ
ПРОТИВ
ТАБАКА:
СВЯЗЬ С
УСТОЙЧИВЫМ
РАЗВИТИЕМ
И ПРАВАМИ
ЧЕЛОВЕКА**

— Введение

Европейский регион очень разнообразен. Он отличается огромным культурным многообразием, существенным экономическим неравенством в отдельных его частях и, как обсуждалось в других главах настоящего доклада, неравномерностью в осуществлении мер борьбы против табака как между странами, так и внутри стран. В ряде стран дела идут хорошо – некоторые даже считаются лидерами в борьбе против табака, – а другие отстают. Однако даже лидеры сталкиваются с проблемами, особенно когда дело касается сокращения распространенности курения среди определенных групп населения. Например, распространенность курения среди женщин и мужчин с низким социально-экономическим статусом (СЭС) в Соединенном Королевстве в два раза выше, чем среди людей с высоким СЭС. В действительности, в большинстве стран Региона люди с низким СЭС курят гораздо больше, чем люди с высоким СЭС, как показано в главе 3.

Цель настоящей главы – описать концепцию борьбы против табака в Европе, основанную на соблюдении прав человека и устойчивом развитии. В ней представлены подходы, которые помогают усилить осуществление и обеспечение соблюдения мер борьбы против табака в странах всего Европейского региона ВОЗ, в том числе в странах, которые славятся своей передовой политикой, и в тех, которые сталкиваются с трудностями.

Когда в конце 1990-х годов страны начали работу над РКБТ ВОЗ, это стало началом новой эры. Никогда ранее не существовало конвенции, направленной на устранение последствий употребления одного продукта – табака, и деятельности отрасли, которая производит, продвигает и продает его. РКБТ ВОЗ стала первой глобальной конвенцией общественного здравоохранения, и все страны Европейского региона ВОЗ, кроме трех (Андорры, Монако и Швейцарии), являются ее Сторонами (1). За последние два десятилетия стороны, предприняв огромные усилия, при поддержке ВОЗ, научных кругов и гражданского общества, разработали РКБТ ВОЗ, а также основанные на фактических данных руководящие принципы осуществления многих статей Конвенции (2).

Теперь настало время расширить действия за пределы положений РКБТ ВОЗ и построить взаимосвязи, необходимые для активизации ее осуществления и соблюдения. Включение борьбы против табака в Повестку дня в области устойчивого развития и использование подхода с учетом прав человека может помочь открыть двери для создания новых партнерств и расширения сообщества по борьбе против табака за рамки министерств здравоохранения и организаций общественного здравоохранения, традиционно работающих в этой области. Новые подходы предоставляют мощные и до сих пор недостаточно используемые инструменты и аргументы, обеспечивающие поддержку мер борьбы против табака.

— Право человека на борьбу против табака

Часто забывается, что РКБТ ВОЗ была изначально основана авторами на правах человека и содержит в преамбуле прямые ссылки на Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП), Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) и Конвенцию о правах ребенка (КПР) (3). Это неудивительно, так как в этих документах говорится, что каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень здоровья (Статья 12 МПЭСКП, Статья 24 КПР), а также право на доступ к медицинскому обслуживанию без какой-либо дискриминации (Статья 12 CEDAW). Право человека на здоровье уже признано во Всеобщей декларации прав человека 1948 г. (Статья 25).

Права человека варьируют от гражданских и политических до экономических, социальных и культурных. Они возлагают на государство обязательство уважать, защищать и осуществлять основные права своих граждан. Это означает, что государства обязаны: воздерживаться от нарушения или вмешательства в осуществление прав человека (уважать); предотвращать нарушение прав человека третьими сторонами (защищать); принимать и осуществлять все соответствующие меры для обеспечения того, чтобы каждый человек мог реализовать свои права человека (осуществлять). Для борьбы против табака два последних

аспекта (защищать и осуществлять) являются наиболее важными. Они возлагают на правительства обязанность принимать все необходимые законодательные, административные или иные меры для регулирования деятельности табачной промышленности наиболее эффективным и действенным способом с целью защиты права человека на здоровье (4).

Многие страны включили права человека в свои конституции, и нет ни одной страны в мире, которая бы не ратифицировала хотя бы один международный договор по правам человека (80% ратифицировали четыре или более) (5). Это в полной мере относится к Европейскому региону ВОЗ, где были практически повсеместно приняты соглашения о правах человека, а такие конвенции, как CEDAW и КПР, были ратифицированы всеми странами (6). Конвенция о правах инвалидов (КПИ), принятая через год после вступления в силу РКБТ ВОЗ, которая была ратифицирована почти всеми странами Региона, также подчеркивает право человека на здоровье (Статья 25) (6, 7). Можно утверждать, что ратификацией CEDAW, КПР и КПИ такие страны, как Андорра, Монако и Швейцария, которые не являются Сторонами РКБТ ВОЗ, признали право человека на здоровье и, следовательно, обязаны осуществлять эффективные меры по борьбе против табака, для которых РКБТ ВОЗ и ее руководящие принципы являются международным стандартом.

Право человека на здоровье не означает, что люди имеют право быть здоровыми, поскольку здоровье также определяется факторами, не зависящими от человека или государства (например, генетическими). Тем не менее, это означает, что государства обязуются прилагать усилия к постепенному осуществлению права всех людей на здоровье и выполнять минимальные основные обязательства по охране здоровья. В Замечании общего порядка № 3 МПЭСКП, процитированном Meier (8), говорится:

Для того чтобы государство-участник могло мотивировать свою неспособность выполнить хотя бы минимальные основные обязательства нехваткой наличных ресурсов, оно должно продемонстрировать, что им были предприняты все усилия для использования всех имеющихся в его распоряжении ресурсов, с тем чтобы в приоритетном порядке выполнить эти минимальные обязательства.

Многие меры по борьбе против табака (такие как запрет TAPS, простая упаковка, запрет на курение в общественных местах и повышение налогов на табачные изделия) могут быть осуществлены при наличии минимальных ресурсов, поэтому государствам будет сложно мотивировать невозможность выполнить свои минимальные основные обязательства по осуществлению права на здоровье. Услуги по содействию в отказе от курения могут быть более дорогостоящими, но граждане имеют право на доступ к эффективным услугам по прекращению курения, включая, помимо прочего, клиническое и фармакологическое лечение без какой-либо дискриминации (8).

Обязательства по осуществлению основного права на здоровье в некоторых случаях выходят за рамки РКБТ ВОЗ. Несмотря на то, что Статья 8 РКБТ ВОЗ охватывает только запрет на курение в общественных местах, в соответствии со Статьей 24 Конвенции о правах ребенка государства обязаны принимать меры для защиты детей от воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях (9, 10). Это актуально для многих стран Региона, как показано на рис. 3.10: в ряде стран более 50% детей в возрасте 13-15 лет подвергаются воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях.

Исследования показали, что с низким СЭС связано увеличение риска воздействия вторичного табачного дыма на детей (10). В Германии, которая в целом достигла прогресса в этом направлении, подверженность молодых людей с низким СЭС воздействию вторичного табачного дыма в три раза выше, чем их сверстников с высоким СЭС (26,4% по сравнению с 8,2%) (11). Это особенно тревожно, поскольку дети в менее обеспеченных семьях чаще подвергаются воздействию многих других токсических веществ (например, при загрязнении воздуха) одновременно, что увеличивает риск необратимого ущерба и приводит к маргинализации на протяжении поколений (12).

В Европейском регионе ВОЗ данные о воздействии вторичного табачного дыма на детей являются фрагментарными. Для разработки индивидуальных вмешательств, таких как Проект по сокращению воздействия вторичного дыма на семьи в домашних условиях (REFRESH) в Соединенном Королевстве (Шотландия),

необходим более регулярный и подробный анализ. REFRESH предоставляет советы курящим родителям по защите детей от воздействия вторичного табачного дыма, которые учитывают их конкретную ситуацию (например, небезопасное окружение, инвалидность и неудовлетворительные жилищные условия) (13).

Наличие достаточной информации очень важно для разработки политики по осуществлению прав человека и борьбе против табака. КПИ, как и РКБТ ВОЗ в Статье 20, содержит статью, касающуюся исключительно данных и статистики (Статья 31).

Помимо права человека на здоровье осуществление мер борьбы против табака связано с другими основными правами, такими как право на жизнь (Статья 6 КПП, Статья 10 КПИ), право на доступ к информации (Статья 17 КПП, Статья 10 CEDAW, Статья 21 КПИ), право на безопасные условия труда (Статья 11 CEDAW, Статья 12 МПЭСКО), или защиту от наихудших форм детского труда (статья 32 Конвенции о правах ребенка, Конвенция Международной организации труда 182) (4, 7, 8, 14).

Негативные последствия употребления табака на право человека на жизнь очевидны, однако важно проанализировать конкретные последствия для социально отчуждённых групп населения. Jonathan Mann, исследователь в области ВИЧ/СПИДа и защитник прав человека, незадолго до своей неожиданной смерти в 1998 году, писал: “Непреднамеренная дискриминация настолько распространена, что всю политику и программы общественного здравоохранения следует считать дискриминационными, пока не будет доказано обратное” (15). Он написал это об эпидемии СПИДа, но это также относится и к табаку. Например, проведенные оценки показывают, что около половины смертей среди людей с шизофренией, биполярным расстройством и депрессией вызваны заболеваниями, связанными с употреблением табака.

В связи с этим правительствам необходимо принять меры, конкретно направленные на эти группы населения, включающие профилактические кампании и услуги по содействию в отказе от курения, отвечающие их потребностям, а также обеспечить среду, свободную от табачного дыма в психиатрических учреждениях, на которые зачастую не распространяются законы о запрете курения (7).

Право человека на доступ к информации требует, чтобы правительство предоставляло своим гражданам информацию об опасностях, связанных с употреблением табака, и возможностях получения помощи в отказе от курения. Сообщения и информационные каналы должны быть адаптированы к наиболее уязвимым группам. Добровольные профилактические мероприятия в школах могут быть более распространенными и более качественными в школах с большим количеством ресурсов, которые часто посещают дети с высоким СЭС, в то время как дети с низким СЭС остаются позади. В странах, где нет запрета TAPS, охват профилактическими программами намного меньше, чем маркетингом табачной промышленности, что делает эти программы недостаточными для осуществления права на доступ к информации тех, кто наиболее уязвим к табачной зависимости. Право на доступ к информации может также потребовать от правительств обеспечить защиту своих граждан от дезинформации, такой как реклама табака, которая использует вводящие в заблуждение атрибуты для пропаганды курения (4).

Право на безопасные условия труда включает защиту всех людей – не только некурящих – от воздействия вторичного табачного дыма на рабочем месте (например, в ресторанах и барах), а также от опасностей, связанных с выращиванием табака (например, от отравления пестицидами и болезни зеленого табака, что также согласуется со Статьей 18 РКБТ ВОЗ). Дети имеют право на защиту от наихудших форм детского труда, которые распространяются на работу на всех стадиях выращивания табака. Государство принимает на себя обязательство анализировать, к каким рабочим местам это относится, и проводить эффективную политику. Социальная изоляция из-за опасных условий труда или дискриминация по признаку пола может помешать уязвимым группам выразить озабоченность собственным положением; поэтому обеспечение соблюдения политики не должно быть сосредоточено только на группах, которые более других заявляют о своих правах, потому что они могут быть не самыми подверженными воздействию.

Руководящие принципы предпринимательской деятельности в аспекте прав человека также интерпретируются в контексте борьбы против табака. После проведения оценки многонациональной табачной компании на предмет соблюдения прав человека, Датский институт по правам человека сделал вывод (16):

Там, где такие последствия для [прав человека] имеют место, компании должны немедленно прекратить действия, которые вызывают или способствуют этим последствиям. Табак очень опасен для здоровья человека, и не может быть никаких сомнений в том, что производство и маркетинг табака несовместимы с осуществлением права человека на здоровье. Таким образом, в отношении табачной промышленности, Руководящие принципы предпринимательской деятельности в аспекте прав человека требуют прекращения производства и маркетинга табака.

Курение является результатом сложных социально-экономических и культурных факторов, активизируемых маркетинговыми кампаниями табачной промышленности, ориентированными на уязвимые группы населения и детей (чья способность к сознательному и обоснованному принятию решений еще не полностью сформировались). Природа табака, вызывающая сильную зависимость, затрудняет самостоятельное принятие решений и является противоположностью по-настоящему свободного выбора. Поэтому утверждение табачной промышленности, что курение является индивидуальным решением в отношении образа жизни, является перекалыванием вины на самих пострадавших (8).

Подход к борьбе против табака на основе соблюдения прав человека подчеркивает социальные факторы и роль третьих сторон (табачных компаний), которые усугубляют эпидемию, особенно среди определенных уязвимых групп. Это меняет представление о борьбе против табака: такие факторы должны быть изменены на уровне общества посредством законов и нормативных актов в соответствии с РКБТ ВОЗ, а не просто путем обращения к людям с просьбой изменить свое поведение. Повышение осведомленности об опасностях и смертельных последствиях табачной зависимости имеет важное значение, но оно должно осуществляться наряду с целым рядом других мер, таких как повышение налогов на табачные изделия. До тех пор, пока не будут введены запреты TAPS, профилактическим программам всегда будут препятствовать кампании табачной промышленности. Подход, основанный на соблюдении прав человека, означает, что человек имеет право на защиту от деятельности табачной промышленности и на жизнь в среде, свободной от воздействия вторичного табачного дыма, способствующей предотвращению начала курения или его прекращению.

Эксперты по правам человека пришли к выводу, что существует право человека на борьбу против табака, потому что табак является основной причиной предотвратимой смертности в мире. Поэтому осуществление мер борьбы против табака выступает необходимым условием достижения права человека на здоровье (17, 18).

— Права человека в судебных исках

Табачная промышленность, другие группы или отдельные лица использовали права человека в качестве аргументов в судебных исках против осуществляемой политики борьбы против табака, с переменным успехом. Например, в Новой Зеландии в 2013 г. заключенный подал иск в суд и оспорил запрет на курение. Суд предоставил освобождение от соблюдения запрета на основании аргумента, что заключенные будут лишены “в ином случае законного вещества”, а заставлять испытывать никотиновое голодание является “негуманным” (19). Другие дела, касающиеся запрета на курение в тюрьмах, психиатрических учреждениях, ресторанах и барах, регулярно отклоняются (4, 19). В одном иске в Соединенном Королевстве пациент психиатрической больницы ссылался на право на уважение частной жизни в соответствии со Статьей 8(1) Европейской Конвенции о защите прав человека (ЕКПЧ). Апелляционный суд Англии и Уэльса отклонил аргумент, заявив, что Статья 8(1) не распространяется на курение, и даже если бы это было не так, Статья 8(2) предусматривает ограничение данного права, если это обусловлено необходимостью “охраны здоровья... или защиты прав и свобод других лиц” (7, 19).

В других случаях табачная промышленность или группы, имеющие тесные связи с ней, оспаривали законы о запрете курения, простой упаковке или запретах TAPS, утверждая, что они нарушают экономическую свободу, право на свободную торговлю или права собственности (4). Например, в 2016 году Japan Tobacco International, Philip Morris International и другие подали в суд на французское правительство за введение простой упаковки, сославшись, среди прочего, на Французскую декларацию прав человека и гражданина 1789 года, однако Верховный административный суд отклонил эти иски (20). Такие иски регулярно

отклоняются в связи с неправомерностью прав, на которые делается ссылка, или в связи с тем, что они не удовлетворяют тесту на соразмерность. Этот тест касается трех требований:

1. ограничение права должно основываться на законе;
2. оно должно преследовать законные социальные или демократические интересы;
3. должен быть соразмерный и разумный способ достижения этого интереса, не "жертвуя сущностью права" (4).

Законы о борьбе против табака обычно выдерживают этот тест, так как вред курения для здоровья хорошо изучен, и меры борьбы против табака направлены на продвижение прав человека на здоровье и жизнь. Поэтому ссылка на эти и другие основные права в суде помогает противостоять искам табачной промышленности. Ратификация РКБТ ВОЗ добавляет дополнительный уровень обоснования, поскольку требует от государств осуществления жестких законов по борьбе против табака (4). По сути, договоры о правах человека не только накладывают обязательства на правительства, но и дают им право регулировать деятельность табачной промышленности.

На права человека также можно ссылаться при отстаивании законности борьбы против табака в судебных делах, предоставляя правовую защиту пострадавшим и сторонникам борьбы против табака. Например, в Перу, Уганде и Индии суды постановили, что правительства должны ввести жесткие законы о запрете курения, чтобы защитить граждан от воздействия вторичного табачного дыма, ссылаясь на права человека на жизнь, здоровье и безопасную окружающую среду. Суды в Канаде и Соединенных Штатах Америки присудили возмещение ущерба работникам, заболевших раком в результате воздействия вторичного табачного дыма на работе (4). В 2005 году Европейский суд по правам человека присудил компенсацию заключенному, содержащемуся под стражей в Российской Федерации, права которого в соответствии с ЕКПЧ нарушались из-за перенаселенности, курения и отсутствия вентиляции в камере (17).

— Договоры по правам человека, способствующие укреплению мер борьбы против табака

Договоры по правам человека имеют независимую систему мониторинга комитетом экспертов, регулярно проводящим обзор прогресса стран в выполнении договора, в том числе вышеупомянутых статей и аспектов, связанных с борьбой против табака (21). Центральными элементами каждого цикла отчетности являются доклад государства-участника, письменный обмен мнениями между комитетом и государством-участником, устные слушания государства-участника и заключительные замечания комитета, содержащие рекомендации (рис. 5.1) (21, 22). Комитету важно получать информацию от организаций гражданского общества, национальных институтов по правам человека и международных организаций, таких как Детский фонд Организации Объединенных Наций или ВОЗ. Эта информация предоставляется в форме альтернативных докладов и/или устных слушаний, которые освещают пробелы и проблемы в осуществлении, или поднимают тревогу по поводу серьезных нарушений прав человека (23, 24). Альтернативные доклады также могут приветствовать прогресс, достигнутый правительством в определенной области.

Исходя из информации, почерпнутой из докладов государств-участников, альтернативных докладов и других источников, комитет может составить полную картину и предложить рекомендации соответствующему государству-участнику по устранению наблюдаемых нарушений прав человека. Например, Комитет CEDAW в 2010 году обратился к правительству Аргентины с просьбой предоставить конкретную информацию о гендерно-чувствительных стратегиях борьбы против табака и призвал к созданию бездымной среды и ограничению рекламы табака. Аргентина не является Стороной РКБТ ВОЗ, поэтому Комитет CEDAW также призвал государство ратифицировать договор (4, 25). Рекомендации договорных органов по правам человека оказывают политическое давление на правительства, но могут также помочь министерствам здравоохранения или другим административным органам в обосновании необходимости осуществления мер борьбы против табака во имя соблюдения прав человека и согласованности политики.

Рис. 5.1. Возможности для вклада мер борьбы против табака в цикл отчетности по правам человека



В случае Аргентины, Комитет CEDAW получил доклад организаций гражданского общества национального и международного уровня, привлёкший внимание к факту отсутствия нормативного регулирования употребления табака в стране (4, 26). В результате альтернативного доклада, заключительных замечаний Комитета и мобилизации гражданского общества, в 2011 году Аргентина приняла запрет TAPS (27).

Борьба против табака в Повестке дня в области устойчивого развития

В сентябре 2015 года государства-члены Организации Объединенных Наций приняли Цели в области устойчивого развития (ЦУР). Цели настоятельно призывают все страны мира предпринять совместные усилия для ликвидации нищеты, защиты климата, обеспечения достойной работы, участия в многосекторальном и международном сотрудничестве и улучшения общественного здоровья.

Цель в области здравоохранения, ЦУР 3, прямо призывает к осуществлению РКБТ ВОЗ (ЦУР 3.a) в

знак признания последствий для развития стран болезней, обусловленных употреблением табака, и 7 миллионов случаев смерти в год. Это также хорошо соотносится с достижением других целей в области здравоохранения, таких как сокращение преждевременной смертности от НИЗ на одну треть (ЦУР 3.4) и ликвидация эпидемии туберкулеза (ЦУР 3.3.) (28).

Борьба против табака также важна для достижения устойчивого развития за рамками сферы общественного здравоохранения (29). Табачная зависимость и болезни, обусловленные употреблением табака, могут оказывать негативное воздействие на доходы населения и способствовать увеличению масштабов нищеты; социально и экономически уязвимые группы населения с большей вероятностью будут начинать курить (что актуально для ЦУР 1) (30). Табачная зависимость может отвлекать расходы домашних хозяйств от здорового питания и образования (ЦУР 2 и 4). Различия в показателях распространенности курения для мужчин и женщин особенно велики в большинстве стран СНГ (см. главу 3). Подверженность женщин воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях или расходовании доходов домашних хозяйств на табак вместо потребностей женщин и детей (ЦУР 5), могут способствовать усугублению гендерного неравенства. Маркетинг табачной промышленности, нацеленный на женщин и девочек, увеличивает риски для их здоровья и препятствует расширению их прав и возможностей. В соответствии с ЦУР 5 важно предотвратить увеличение употребления табака среди женщин и обеспечить как минимум аналогичное мужчинам снижение распространенности.

Подверженность воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте ежегодно приводит к 433 000 случаев смерти во всем мире, что составляет почти 20% случаев смерти от профессиональных заболеваний и травм (31, 32) и препятствует достижению цели обеспечения достойных условий труда (ЦУР 8). Интенсивное использование опасных химических веществ при выращивании табака и отсутствие соответствующей защитной одежды у мелких фермеров повышает риск отравлений и других видов травматизма (ЦУР 8, 3.9). Фермеры и рабочие при обращении с влажными табачными листьями также подвергаются риску острого никотинового отравления, известного как “болезнь зеленого табака”, которая вызывает головокружение, тошноту, диарею и мышечную слабость. В этом контексте широкое распространение использования детского труда на табачных плантациях вызывает особую тревогу, и является препятствием для обеспечения достойного труда и образования (ЦУР 8.7, 4). Это также относится к странам, выращивающим табак в Европейском регионе ВОЗ, где, как было установлено, дети также работают на табачных фермах (33-37).

Хорошо известно, что употребление табака связано со значительными экономическими и бюджетными затратами. Ежегодные расходы на здравоохранение, связанные с употреблением табака, и потери производительности составляют более 1,4 триллиона долларов США во всем мире, что является огромной потерей ресурсов, учитывая дефицит финансирования, который необходимо заполнить для достижения ЦУР. Расходы, связанные с курением, в странах Европейского региона колеблются от 1,2% до 8,9% от общих расходов на здравоохранение; прямые и косвенные затраты в совокупности составляют от 0,1 до 2,5% валового внутреннего продукта (38). В то же время, одна из наиболее эффективных мер по снижению распространенности курения – повышение налогов на табак – может стать важным внутренним ресурсом, который может быть использован для финансирования устойчивого развития (ЦУР 17.1) при одновременном спасении миллионов жизней (39).

Включение Конвенции о борьбе против табака в Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года является мощным сигналом, который табачная индустрия признала еще на раннем этапе. Одна многонациональная табачная компания начала, к счастью безуспешную, лоббистскую кампанию, направленную на то, чтобы помешать включению осуществления РКБТ ВОЗ в ЦУР, назвав это “потенциально тревожным событием” во внутреннем документе, просочившемся в Reuters (40).

Правительства и гражданское общество должны осознавать, что все многонациональные табачные компании в настоящее время принимают участие в достижении ЦУР в качестве стратегии восстановления хорошей репутации и с целью построения (восстановления) отношений с лицами, принимающими политические решения. Дело доходит до того, что одна табачная компания заявила, что она вносит свой вклад в достижение цели в области здравоохранения (41). Таким образом, в соответствии с руководящими принципами осуществления Статьи 5.3 РКБТ ВОЗ, процесс достижения ЦУР должен быть защищен от вмешательства табачной промышленности.

ЦУР как форум многосекторального сотрудничества

ЦУР служат основой для осуществления более широких общественных целей и ценностей, на которую правительственные департаменты, занимающиеся проблемой табачной зависимости, могут ссылаться, призывая к осуществлению мер борьбы против табака, или осуществляя их. Например, повышение налогов на табачные изделия не только способствует снижению распространенности табака, но и помогает бороться с нищетой (ЦУР 1), а также способствует увеличению объемов внутренних ресурсов для устойчивого развития (ЦУР 17). Обеспечение соблюдения запрета на курение в общественных местах способствует снижению респираторных, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также достижению достойных условий труда (ЦУР 8) и гендерного равенства (ЦУР 5) (например, в секторе гостеприимства, где большинство сотрудников – женщины).

Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года четко определяет цель “охватить в первую очередь самых отстающих” (28). Это является напоминанием для политиков о необходимости переориентировать политику борьбы против табака на группы, которые продолжают оставаться наиболее затронутыми этой проблемой – люди с низким СЭС, психическими заболеваниями или иным образом маргинализированные – и которые также являются самыми отстающими по другим направлениям повестки дня в области развития.

Страны разрабатывают национальные планы осуществления ЦУР, проводят национальные обзоры, налаживают обмены на региональном уровне и участвуют в предоставлении добровольной отчетности в рамках ежегодного политического форума высокого уровня в Нью-Йорке, США. Как указано в повестке дня, эти процессы должны охватывать все уровни правительства, а также гражданское общество и другие заинтересованные стороны (28, 42). Поэтому контроль и обзор хода осуществления на национальном уровне обеспечивает платформу для многосекторального сотрудничества, повышения осведомленности и взаимодействия с другими институтами для достижения целей борьбы против табака. Это повышает согласованность политики в области устойчивого развития и регулирования употребления табака и дает возможность включить конкретные цели борьбы против табака в национальные планы развития или установить связи с национальными планами борьбы против табака, если они существуют. Корпорации могут взять на себя обязательство в рамках многостороннего обмена активизировать поддержку работников в вопросах профилактики и прекращения употребления табака или изъять инвестиции в табачную промышленность. Проведение обзора создает для гражданского общества дополнительные условия для повышения осведомленности о пробелах в осуществлении контроля над табаком, критики бездействия правительства в этой области или активизации поддержки департаментов по борьбе против табака.

Региональные процессы в основном служат целям содействия взаимному обучению. В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года не указаны конкретные организации, в которых предполагается проведение регионального обмена (28). Региональные экономические комиссии ООН (такие как Европейская экономическая комиссия ООН) и ЕС представляются очевидными ключевыми площадками (43). Европейское региональное бюро ВОЗ также предоставляет поддержку в рамках *Дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.* (44).

Каждый год ряд стран проводят добровольные обзоры на национальном уровне и предоставляют информацию для Политического форума высокого уровня. Конкретные требования в отношении частоты проведения обзоров отсутствуют, но государствам рекомендуется провести два обзора до 2030 года. Отчетность для Политического форума должна основываться на вышеупомянутых национальных обзорах и содержать информацию от многих заинтересованных сторон (42, 43). Она предоставляет возможность дать оценку достигнутому прогрессу, обсудить возникающие препятствия и подчеркнуть необходимость международного обмена или наращивания национального потенциала. По итогам представленной отчетности страна может получить высокую оценку передовой практики, которая является четким сигналом для правительства страны. По состоянию на 2018 год 36 из 53 стран Европейского региона представили отчетность на основе добровольных обзоров, однако лишь около трети всей представленной отчетности содержит описание действий, направленных на осуществление мер борьбы против табака в прошлом или будущем (45). Несмотря на сохраняющуюся серьезность табачной эпидемии в Европейском регионе ВОЗ, в 25% отчетности не упоминается табак, курение или задача 3.а ЦУР, что является упущением важной возможности.

В отчетности, предоставленной правительством одной из стран, содержится анализ институциональных обязанностей по достижению ЦУР. В анализе обозначено, что многие цели в области устойчивого развития решаются совместно несколькими министерствами, однако осуществление мер борьбы против табака находится исключительно в руках министерства здравоохранения (46), несмотря на то, что министерства финансов, труда, образования или министерство по вопросам равноправия также могли бы принимать участие в их осуществлении. Это является признаком изолированности процесса разработки политики в области борьбы против табака и восприятия борьбы против табака и осуществления РКБТ ВОЗ как приоритетов “лишь сектора здравоохранения”, даже в Повестке дня на период до 2030 г. (47). Остальные страны Европейского региона ВОЗ не включили подобные анализы в свои добровольные национальные обзоры, но, возможно, захотят использовать этот анализ в качестве модели для изучения пробелов и последующего расширения многосекторального сотрудничества для достижения целей в области устойчивого развития, в том числе целей, связанных с борьбой против табака.

Вывод и перспективы

Установление новых взаимосвязей за пределами сферы общественного здравоохранения делает борьбу против табака устойчивой к выборам или другим общественно-политическим событиям. Стратегии решительной борьбы против табака может быть нелегко повернуть вспять, если они привязаны к основным правам человека, национальным планам устойчивого развития, и осуществляются огромным числом заинтересованных сторон.

Маргинализированные группы более уязвимы для табачной зависимости, а табачная зависимость способствует закреплению социального неравенства. Таким образом, подход к борьбе против табака, основанный на соблюдении прав человека и достижении целей устойчивого развития, не является “улицей с односторонним движением”: для создания общества, свободного от табака, необходимо также устранить лежащее в основе социально-экономическое неравенство.

Это требует многосекторальных усилий с участием правительств, международных организаций, научных кругов, корпоративного сектора и гражданского общества. Международные организации могут предоставлять данные и рекомендации, и способствовать укреплению межправительственного обмена. Научные круги должны содействовать развитию исследований в области распространенности употребления табака и маргинализации, а также определению эффективных мер, направленных на охват наиболее уязвимых групп.

Корпорации могут предлагать программы прекращения курения для своих сотрудников; рекламные агентства должны прекратить работать на табачные корпорации; банки и страховые компании уже начали выводить инвестиции из табачной промышленности (48-50). Поскольку низкий СЭС ассоциируется с табачной зависимостью, действия корпораций должны также быть направлены на решение проблемы неудовлетворительных условий труда. Компании могут больше помочь своим сотрудникам путем увеличения заработной платы и уменьшения стресс-факторов на рабочем месте, чем посредством проведения программ по прекращению курения, которые повышают репутацию компании, но охватывают лишь группу [высококвалифицированных] работников.

Поскольку информация гражданского общества очень важна для процесса обзора соблюдения прав человека, необходимо поддерживать создание потенциала для сторонников борьбы против табака с целью разработки альтернативных докладов и участия в устных слушаниях в договорных органах по правам человека (21). Гражданское общество уже начало активизировать усилия в интересах обеспечения устойчивого развития и соблюдения прав человека: в 2018 году более чем 150 организаций во всем мире одобрили Кейптаунскую декларацию о правах человека и мире без табака (51), заявив о своей поддержке подхода с соблюдением прав человека к борьбе против табака.

Ирландия, Соединенное Королевство (Шотландия), Финляндия и Нидерланды объявили о своем намерении создать общества, свободные от табака, к 2025, 2034 и 2040 годам, соответственно (52-55). Это дает большой стимул другим правительствам Европейского региона для активизации осуществления мер борьбы против табака. Система общественного здравоохранения, устойчивое развитие и права человека - на их стороне.

Библиография

1. Стороны Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (<https://www.who.int/fctc/cop/ru/>).
2. РКБТ ВОЗ: Принятые руководящие принципы. На сайте: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/ru/).
3. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf?sequence=4).
4. Cabrera DA, Gostin LO. Human rights and the framework convention on tobacco control: mutually reinforcing systems. *Int J Law Context*. 2011;7(3):285–303.
5. What are human rights. In: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner [website]. New York (NY): United Nations; 2018 (<https://www.ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>).
6. Status of ratification interactive dashboard: ratification of 18 international human rights treaties. In: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2019 (<http://indicators.ohchr.org/>).
7. van der Eijk Y. The convention on the rights of persons with disabilities as a tobacco control tool in the mental health setting. *Tob Control* 2018;27(6):637–42.
8. Meier B. Breathing life into the framework convention on tobacco control: smoking cessation and the right to health. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2005;5(1):137–92 (<https://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol5/iss1/3/>).
9. Комитет Организации Объединенных Наций по правам ребенка. Замечание общего порядка №15 [2013 год] о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24). Женева: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека; 2013 г. (<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/main/odendoc.pdf?rel=doc&y&docid=51ef9e514>).
10. Gispert ME, Toebes B. The human rights of children in tobacco control. *Human Rights Q*. In press.
11. Kuntz B, Zeiger J, Lampert T, Starker A. Passivrauchbelastung der Bevölkerung in Deutschland: 10 Jahre Bundesnichtraucherschutzgesetz [Passive smoke exposure of the population in Germany: 10 years of the Federal Non-Smoker Protection Act]. *Epidemiologisches Bulletin* 2017;33:326–9 (<https://edoc.rki.de/handle/176904/2755>).
12. Briefing: children's rights and toxics. London: Child Rights International Network; 2018 (https://www.crin.org/sites/default/files/childrens_rights_and_toxics_-_footnotes.pdf).
13. Поколения, свободные от табака. Защита детей от табака в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/345693/Tob-Free_Gen_WEB.pdf?ua=1).
14. Toebes B, Gispert ME, Been JV, Sheikh A. A missing voice: the human rights of children to a tobacco-free environment. *Tob Control* 2018;27:3–5.
15. Mann JM. Medicine and public health, ethics and human rights. In: Mann JM, Grodin MA, Annas GJ, editors. *Health and human rights: a reader*. New York (NY): Routledge; 1999:439–52.
16. Human rights assessment in Philip Morris International (updated). In: The Danish Institute for Human Rights [website]. Copenhagen: The Danish Institute for Human Rights; 2017 (<https://www.humanrights.dk/news/human-rights-assessment-philip-morris-international>).
17. Dresler C, Marks SP. The emerging human right to tobacco control. *Human Rights Q*. 2006;28(3):599–651.
18. Spire M, Rutkow L, Feldhaus J, Cohen JE. The World Health Organization's MPOWER framework and international human rights treaties: an opportunity to promote global tobacco control. *Public Health* 2014;128(7):665–7.
19. van der Eijk Y, Porter G. Human rights and ethical considerations for a tobacco-free generation. *Tob Control* 2015;24(3):238–242.
20. CE, 23 décembre 2016, société JT International SA, Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, société Philip Morris France SA et autres, Paris: Le Conseil d'Etat et la Juridiction Administrative; 2016 (<http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/CE-23-decembre-2016-societe-JT-International-SA-Societe-d-exploitation-industrielle-des-tabacs-et-des-allumettes-societe-Philip-Morris-France-SA-et-autres>).
21. Dresler C, Lando H, Schneider N, Sehgal H. Human rights-based approach to tobacco control. *Tob Control* 2012;21(2):208–11.
22. The reporting cycle under the human rights treaties. In: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; undated (<https://www2.ohchr.org/english/bodies/docs/ReportingCycle.pdf>).
23. CRC reporting cycle – working with the UN CRC reporting cycle. In: Child Rights Connect [website]. Geneva: Child Rights Connect; 2018 (<http://ccrreporting.childrightsconnect.org/>).
24. Kinderrechte in Deutschland unter der Lupe: das Berichtsverfahren zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention [Children's rights in Germany under the microscope: the reporting procedure for the implementation of the UN Convention on the Rights of the Child]. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte; 2017 (<https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/kinderrechte-in-deutschland-unter-der-lupe>).
25. United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW). Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Argentina. New York (NY): United Nations; 2010 (<http://www.refworld.org/pdfid/52d0033e4.pdf>).
26. Shadow report to the periodic report by the Government of Argentina: challenges in the prevention and reduction of women's tobacco use in Argentina. Washington (DC): O'Neill Institute; 2010.
27. Martínez HM, Pederson A. Global frameworks, local strategies: women's rights, health, and the tobacco control movement in Argentina. *Glob Public Health* 2018;1–11.
28. Резолюция A/RES/70/1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. На сайте: Семидесятая сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк, 25 сентября 2015 года. Нью-Йорк (Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций; 2015 г. (<https://undocs.org/ru/A/RES/70/1>).
29. von Eichborn S, Abshagen M-L. Tobacco: antisocial, unfair, harmful to the environment: tobacco production and consumption as an example of the complexity of sustainable development goals (SDGs). Berlin: Bread for the World – Protestant Development Service/Unfairtobacco/German NGO on Environment and Development; 2015 (www.unfairtobacco.org/en/tobacco-antisocial-unfair/).
30. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Islami F, Drope J. The tobacco atlas, fifth edition. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2015.
31. GBD 2016 risk factors collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345–422.
32. Graen L. Tobacco decent work: how tobacco control contributes to achieving Sustainable Development Goal 8. Berlin: Unfairtobacco/Berlin Working Group on Environment and Development; 2017 (www.unfairtobacco.org/sdg-facts04).
33. Hellish work: the exploitation of migrant tobacco workers in Kazakhstan. New York (NY): Human Rights Watch; 2010.
34. Findings on the worst forms of child labor – Turkey. Washington (DC): Bureau of International Labor Affairs, United States Department of Labor; 2016 (<https://www.dol.gov/agencies/ilab/resources/reports/child-labor/turkey/>).
35. Control Union. Third party assessment Öz-Ege Turkey, Tavas and Muğla regions. Agricultural Labor Practices Program. Zwolle, Netherlands; Control Union; 2014. (https://www.pmi.com/resources/docs/default-source/pmi-sustainability/cu_third_party_assessment_ozge_turkey.pdf).
36. Third party assessment Alliance One Turkey, Tavas and Muğla regions. Agricultural Labor Practices Program. Zwolle, Netherlands; Control Union; 2014 (https://www.pmi.com/resources/docs/default-source/pmi-sustainability/cu_third_party_assessment_aot_turkey.pdf).
37. List of goods produced by child labor or forced labor – required by the Trafficking Victims Protection Reauthorization Act of 2005. Washington (DC): U.S. Department of Labor; 2016 (https://www.dol.gov/sites/default/files/documents/ilab/reports/child-labor/findings/TPVPA_Report2016.pdf).
38. Табачная экономика и экономические аспекты борьбы против табака. Bethesda (MD)/Женева: Департамент здравоохранения и социальных служб США, Национальные институты здравоохранения, Национальный институт онкологии, Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. [Монография 21 Национального института онкологии по борьбе против табака, публикация NIH № 16-CA-8029A; https://cancercontrol.cancer.gov/brp/monographs/21/docs/m21_exec_sum_Russian.pdf].
39. Goodchild M, Perucic A-M, Nargis N. Modelling the impact of raising tobacco taxes on public health and finance. *Bull World Health Organ*. 201;94(4):250–7.
40. Report on the 16th World Conference on Tobacco Or Health. New York (NY): Philip Morris International; 2015 (<https://assets.documentcloud.org/documents/3892463/2015-World-Conference-on-Tobacco-or-Health.pdf>).
41. Graen L. Case 2: tobacco industry: truly transformed or using SDGs as a smokescreen for old strategies? In: Köhler E, Abshagen M-L, Cavazzini A, Grün J, Maier J, editors. *Analysis: highjacking the SDGs? The private sector and the sustainable development goals*. Berlin: Bread for the World – Protestant Development Service/Unfairtobacco/German NGO on Environment and Development; 2018 (<https://www.unfairtobacco.org/en/material/analysis-highjacking-sdgs>).
42. United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA) Handbook for the preparation of voluntary national reviews – the 2019 edition. New York (NY): United Nations; 2018 (https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20872VNR_hanbook_2019_Edition_v4.pdf).
43. Feiring B, Hassler A. Human rights in follow-up and review of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Copenhagen: The Danish Institute for Human Rights; 2016 (https://www.humanrights.dk/sites/humanrights.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/sdg/may_17_follow_up_and_review_sdg_docx.pdf).
44. Дорожная карта по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с опорой на европейскую политику в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2017 г. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/345604/67wd09r_SDGroadmap_170638.pdf).
45. States members of the United Nations and states members of specialized agencies. Sustainable Development Knowledge Platform. In: United Nations [website]. New York (NY): United Nations; 2018 (<https://sustainabledevelopment.un.org/memberstates>).
46. Spain's report for the 2018 voluntary national review. Madrid: Government of Spain; 2018 (https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/203295182018_VNR_Report_Spain_EN_dgghbrsp.pdf).
47. Small R, Lino N, Webb D, Dhalwal M. Tobacco control in the Sustainable Development Goals: a precarious inclusion? *Lancet Public Health* 2017;2(6):e258.
48. #QuitBigTobacco. In: Vital Strategies [website]. New York (NY): Vital Strategies; 2019 (<http://quitbigtobacco.org/>).
49. The tobacco-free finance pledge. In: Tobacco Free Portfolios [website]. Wantirna (VIC): Tobacco Free Portfolios; 2018 (<https://tobaccofreeportfolios.org/the-tobacco-free-finance-pledge/>). Accessed 2019/01/25.
50. Kouvonen A, Kivimäki M, Oksanen T, Pentti J, Heponiemi T, Väänänen A et al. Implementation of workplace-based smoking cessation support activities and smoking cessation among employees: the Finnish public sector study. *Am J Public Health* 2012;102(7):e56–62.
51. Cape town declaration on human rights and a tobacco-free world. Berlin: Unfairtobacco; 2018 (<https://unfairtobacco.org/en/cape-town-declaration>).
52. Tobacco Free Ireland. Report of the tobacco policy review group. Dublin: Department of Health; 2013 (<https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/TobaccoFreeIreland.pdf>).
53. Creating a tobacco-free generation. A tobacco control strategy for Scotland. Edinburgh: The Scottish Government; 2013 (<https://www2.gov.scot/resource/0041/00417331.pdf>).
54. Finnish tobacco control policy and legislation – alcohol, tobacco and addictions. In: The National Institute for Health and Welfare (THL) [website]. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2019 (<http://thl.fi/en/web/alcohol-tobacco-and-addictions/tobacco/finnish-tobacco-control-policy-and-legislation>).
55. Nationaal preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland [National prevention agreement. Towards a healthier Netherlands]. The Hague: Ministry of Health, Wellbeing and Sport; 2018 (<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord/nationaal-preventieakkoord.pdf>) (in Dutch).

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
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
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int