



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Борьба против табака на практике

Статья 8.

Защита от воздействия табачного дыма: опыт Турции

Практические примеры осуществления Рамочной конвенции
ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе ВОЗ

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>).

© Всемирная организация здравоохранения 2012 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ, частично или полностью.

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или экспертными группами, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

АВТОРЫ

Andrew Hayes

Консультант по вопросам борьбы против табака,
Всемирная организация здравоохранения

Andrew Hayes работает в сфере борьбы против табака с 1990 года. В период с 1990 по 2004 г., занимался адвокационной деятельностью в сфере борьбы против табака в Европейском союзе, представляя интересы Союза по международной борьбе против рака и Ассоциации европейских лиг по борьбе против рака. В качестве руководителя по региональной политике в отношении табака в Лондоне (2004–2011) отвечал за реализацию в столице Соединенного Королевства национальной стратегии по борьбе против табака, охватывающей шесть направлений.

Nazmi Bilir

Профессор общественного здравоохранения,
Университет Хаджеттепе, медицинский факультет,
кафедра общественного здравоохранения, Анкара,
Турция

Получил диплом врача в 1970 г. Завершил курс последипломного обучения в области терапии в 1974 г. и в области общественного здравоохранения в 1976 г. Более 30 лет работает в сфере борьбы против табака, осуществил ряд проектов по проблеме распространенности употребления табака и в области его профилактики. Основал Национальную коалицию «Табак и здоровье» и являлся ее председателем в течение пяти лет. Участвовал в работе парламентских комиссий в качестве консультанта во время проведения дискуссий о законе по борьбе против табака в 1996 г. и при принятии поправок к этому закону в 2008 г. Принимал участие в проведении Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в 2008 г., а также в повторном проведении Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в 2012 г. В период с 2008 по 2010 г. руководил проектом по изучению последствий применения закона о борьбе против табака. Член Европейского консультативного совета по оказанию помощи в отказе от курения, один из авторов «Европейских рекомендаций по прекращению курения».

Hilal Özcebe

Профессор общественного здравоохранения,
Университет Хаджеттепе, медицинский факультет,
кафедра общественного здравоохранения, Анкара,
Турция

Закончил медицинский факультет в 1985 г., завершил обучение в аспирантуре в области общественного здравоохранения в 1990 г. и получил докторскую степень в области семейной медицины в 2000 г. Начал работу в сфере борьбы против табака в 2008 г. в качестве участника Национальной программы и плана действий по борьбе против табака, а с 2008 г. является руководителем рабочей группы (работа с молодежью) при Министерстве здравоохранения. Руководил проектом по изучению последствий применения закона о борьбе против табака в 2008 г., а также провел ряд мелкокомасштабных научных исследований на медицинском факультете. Принимал участие в проведении Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в 2008 г. и повторного Глобального опроса в 2012 г.

Статья 8. Защита от воздействия табачного дыма

Andrew Hayes

В основе Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) лежит забота о правах человека и социальной справедливости – в частности, о соблюдении права на жизнь, которым все люди обладают в равной степени.

Статья 8 констатирует вред, наносимый здоровью благодаря воздействию табачного дыма, признает тот факт, что бездымная среда в равной степени защищает здоровье курящих и некурящих, и требует от Сторон РКБТ ВОЗ обеспечивать защиту их граждан от рисков для здоровья, вызываемых табачным дымом.

Статья опирается на три руководящих принципа.

- Меры защиты должны охватывать всех: не может быть оправдана ситуация, когда одна группа людей защищена, а другая – нет (например наличие зон для курения в ресторанах).
- Частичные меры – такие как схемы вентиляции – не являются эффективными.
- Необходима правовая защита: добровольные меры не работают.

Законодательство должно быть всеобъемлющим, хорошо освещаемым в СМИ, легкодоступным; кроме того, должны проводиться его надлежащий мониторинг и – при необходимости – правоприменение. На практике, однако, законы о запрете курения становятся саморегулируемыми. При их введении всегда требуется поддержка большей части общественности, как курящих, так и некурящих.

Руководящие принципы по применению Статьи 8? Да.

График осуществления? Как можно скорее: руководящие принципы Статьи 8 рекомендуют осуществление в течение пяти лет.

Прогресс в области осуществления в Европейском регионе ВОЗ

Большинство стран ввели ряд ограничений на курение в общественных местах, но лишь относительно немногие (только восемь) приняли всеобъемлющее, национальное законодательство об обеспечении среды, свободной от табачного дыма. Наблюдаются большие различия в правоприменении и обеспечении соблюдения, причиной которых, возможно, является неопределенность в отношении того, «кто и что должен делать» в случае нарушений. Более 385 млн жителей региона остаются незащищенными от воздействия табачного дыма.

Турция

Население	75,5 млн
Дата ратификации РКБТ ВОЗ	31 декабря 2004 г.
Принятие Великим национальным собранием	25 ноября 2004 г., Закон №. 5261
Публикация в «Правительственном вестнике»	30 ноября 2004 г., № 25656
Распространенность курения (взрослые, с разбивкой по возрастным группам, по данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака от 2008 г.)	Мужчины 47,8% Женщины 15,2% Общее количество: 31,2%
Цена продажи (за пачку, 20 сигарет)	Наиболее продаваемые: 2,59 долл. США Самые дешевые: 2,49 долл. США Самые дорогие (пачка Marlboro, Parliament): 5,00 долл. США

Опыт Турции

По мере того, как в Европейском регионе ВОЗ нарастает динамика борьбы с курением, и все большее количество стран осуществляют меры по защите населения от табачного дыма, становится крайне важным накопление данных о достижениях и трудностях. Такая информация будет служить важным подспорьем и источником поддержки для других стран в осуществляемых ими усилиях. В этой брошюре представлен опыт Турции – страны, выращивающей табак, которая добилась успеха, несмотря ни на что, и стала третьей страной в Регионе, где был введен полный запрет на курение в общественных местах.

Авторы: Nazmi Bilir и Hilal Özcebe

Вопросы по данной аналитической справке

Что послужило благоприятными условиями, которые сделали возможным достигнутый Турцией успех?

Почему для осуществления мероприятий был применен двухэтапный подход?

Кто сыграл наиболее важную роль в обеспечении успеха?

Как другие страны могут применить и заимствовать опыт Турции?

Условия страны

Употребление табака является одной из наиболее важных и предотвратимых причин смертности во всем мире. Каждый год от этой причины умирают более 5 млн чел., в том числе в Турции – свыше 100 тыс. чел.

Достижение успеха несмотря ни на что

Турция является табакопроизводящей страной, которая обеспечивает 1,7% всего мирового производства табака, что представляет собой снижение по сравнению с концом 1990-х гг., когда этот показатель составлял 4%. До 1980-х гг. выращивание табака, его производство, а также ассортимент конечной продукции, ценовая политика и сбыт табачной продукции контролировались государством. Государственная табачная монополия (TEKEL) имеет долгую историю, уходящую во времена османской империи, но с тех пор в связи с проведенной в 1980-е гг. приватизацией рынка в Турцию пришли многонациональные [частные] табачные компании.

После того как появление многонациональных табачных компаний открыло путь активной пропаганде табака, его употребление стремительно возросло (1). Одно из первых исследований, проведенное в 1988 г., показало, что 44% взрослых курят: 62% мужчин и 25% женщин (2). Так как не существовало никаких ограничений в употреблении табака, то люди могли курить везде, во всех общественных местах, и воздействие вторичного табачного дыма было очень высоким.

В исследовании 1995 г. опрошенные курильщики показали, что 90% из них курят дома, а 50–85% делают

это в присутствии своих детей (3). Согласно Глобальному обзору потребления табака молодежью, выполненному в 2003 г., одинаковое количество детей в возрасте 13–15 лет подвергались воздействию вторичного табачного дыма дома (82%) и в общественных местах (86%) (4). По результатам Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака 2008 г. выяснилось, что в Турции 16 млн взрослых являются на данный момент курильщиками, а 22 млн чел. (30% населения) подвергаются воздействию вторичного табачного дыма дома. Из них 20 млн не являются курильщиками (5).

От трудностей к успеху

Первая попытка введения закона о создании бездымной среды в 1991 г. была неудачной, так как президент наложил вето на законопроект. Однако вопрос о борьбе против табака и защите людей от вторичного табачного дыма находится в политической повестке дня в Турции с 1996 г., когда вступил в силу первый закон о борьбе против табака (№ 4207). Этот закон запрещал курение в большинстве закрытых помещений, включая медицинские, образовательные и спортивные учреждения, а также в общественном транспорте (за исключением коммерческих такси). Закон также запрещал «все виды» рекламы и пропаганды табачной продукции и продажу табачных изделий детям до 18 лет. Кроме того, этот закон сделал обязательным размещение предупреждений о рисках для здоровья на сигаретных пачках и предписывал телевизионным каналам ежемесячно посвящать не менее 90 минут эфирного времени сообщениям о вреде употребления табака.

После того как в 2004 г. была ратифицирована Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) в Министерстве здравоохранения был создан специальный департамент для проведения действий по борьбе с табаком. В конце 2004 г. по инициативе Министерства здравоохранения началась разработка Национальной программы по борьбе против табака при участии более 100 государственных учреждений и неправительственных организаций. В то время в парламентскую повестку дня входил вопрос о внесении поправок в закон о борьбе против табака, и неправительственные организации приложили огромные усилия для принятия в 2008 г. всеобъемлющего закона о борьбе против табака, который требовал создания бездымной среды во всех закрытых помещениях.

После того, как в 2008 г. в закон были внесены поправки, Турция за последние три года значительно

продвинулась вперед в сфере борьбы против табака и стала одним из лидеров в этой области как в Европейском регионе ВОЗ, так и в мире. Осуществляя всестороннюю политику запрета курения в общественных местах, Турция стала третьей страной в Регионе, которая достигла такого высокого уровня защиты своих граждан от табачного дыма. Наиболее заметный прогресс был достигнут в пяти областях:

- осуществление мониторинга употребления табака и проведение профилактических мер;
- полный запрет на курение в общественных местах, включая все закрытые помещения;
- оказание помощи людям, желающим бросить курить;
- проведение антитабачных кампаний в средствах массовой информации; и
- повышение налогов на табачную продукцию.

Основные события:

- 1991 г. Первая попытка принять закон о запрете курения. На закон наложено вето
- 1996 г. Президент подписывает первый закон о борьбе против табака
- 2004 г. Ратифицирован РКБТ ВОЗ
- 2006 г. Разработаны Национальная программа и план действий по борьбе против табака
- 2008 г. Принят закон о полном запрете курения в общественных местах
- Май 2008 г. Первый этап создания среды, свободной от табачного дыма
- Июль 2009 г. Второй этап создания среды, свободной от табачного дыма

Поправка к Закону 4207, принятая в 2012 г., запрещает продажу в Турции не содержащей табак кальянной, и другой аналогичной продукции детям до 18 лет, полностью запрещает рекламу, пропаганду и спонсорство табака, включая скидки для стимулирования сбыта, совместное использование брендов табачных изделий и включение новых товаров в торговую марку, а также увеличивает размер объединенных иллюстрированных и текстовых предупреждений и сообщений на табачной продукции не менее чем до 65% двух основных маркированных поверхностей.

Успехи Турции объясняются применением общеправительственного подхода к борьбе против табака под руководством премьер-министра. В значительной мере благодаря руководящей роли Министерства здравоохранения, осуществлению стратегических инициатив и при взаимодействии с Парламентской комиссией по вопросам здравоохранения была создана продуманная система межсекторального сотрудничества для борьбы с табачной эпидемией.

В знак признания этих достижений премьер-министр Турции г-н Реджеп Тайип Эрдоган в 2010 г. получил

от Генерального директора ВОЗ специальную награду за особые достижения в глобальной борьбе против табака, а в 2008 г. министр здравоохранения, профессор Реджеп Акдаг, получил награду за вклад в проведение мер по борьбе против табака. Девятнадцатого января 2012 г. страновому отделению ВОЗ в Турции была вручена специальная награда министра здравоохранения в знак признания выдающейся поддержки со стороны этой международной организации при проведении Министерством здравоохранения мер по борьбе против табака.

Включение в повестку дня

Меры, принятые до 1996 г.

После того как в 1991 г. президент наложил вето на первую попытку принятия закона о создании бездымной среды, некоторые заинтересованные врачи выступили с инициативой о проведении симпозиума по проблемам табака и здоровья. Во время его первого научного заседания в 1992 г. представители политических партий, средств массовой информации, а также врачи обсуждали риски употребления табака и необходимость преодолевать организованную систему, чтобы продвигать меры борьбы против табака. После нескольких совещаний малых групп 11 организаций основали в мае 1995 г. Национальную коалицию «Табак и здоровье» (SSUK: Sigara ve Saglik Ulusal Komitesi).

Основной целью Коалиции было побудить парламент включить законопроект, на который было наложено вето, в повестку дня и принять его. Для достижения этого был проведен ряд встреч с главой парламента, помощниками председателей фракций политических партий в парламенте, отдельными его членами, а также с президентом.

Затем отклоненный закон был переработан и передан на рассмотрение в парламент. Члены Национальной коалиции «Табак и здоровье» участвовали в обсуждении в комиссиях парламента, и 7 ноября 1996 г. закон был принят, а 26 ноября 1996 г. опубликован в правительственной газете.

Благодаря установленным в 1996 г. ограничениям на курение в общественных местах было введено понятие среды, свободной от табачного дыма, что подготовило общественность, СМИ и политиков к продвижению законодательства о полном запрете курения в общественных местах, которое было принято спустя чуть более 10 лет.

Меры в период до 2006 г.

После того как в 1991 г. президент наложил вето на первую попытку принятия закона о создании бездымной среды, некоторые заинтересованные врачи выступили с инициативой о проведении симпозиума по проблемам табака и здоровья. Во время его первого научного

заседания в 1992 г. представители политических партий, средств массовой информации, а также врачи обсуждали риски употребления табака и необходимость преодолеть организованную систему, чтобы продвигать меры борьбы против табака. После нескольких совещаний малых групп 11 организаций основали в мае 1995 г. Национальную коалицию «Табак и здоровье» (SSUK: Sigara ve Saglik Ulusal Komitesi).

Основные положения закона 1996 года:

- Закон запретил курение:
- в медицинских учреждениях
- в образовательных учреждениях
- в культурных и спортивных учреждениях
- в общественном транспорте (за исключением коммерческих такси)
- в государственных учреждениях, где работают.

В 1997 и 1999 гг. Коалиция организовала научный конгресс по проблемам табака и здоровья. При участии национальных и международных экспертов представители политических партий, СМИ и гражданского общества обсудили международные тенденции в области запрета курения в общественных местах, а также возможность внедрения этого опыта в Турции. Третий конгресс был организован в 2006 г. а затем проводились ежегодные конгрессы в 2010–2011 и 2012 гг.

После того как государственная монополия на табак была приватизирована, а ее влияние на сферу борьбы против табака ограничено, в 2002 г. в целях регулирования табачного рынка было создано Управление по контролю и надзору за оборотом алкогольной и табачной продукции (TAPDK) (11). Когда в 2004 г. Турция ратифицировала РКБТ ВОЗ, Министерство здравоохранения при участии более чем 100 экспертов из правительственных и неправительственных организаций разработало Национальную программу и план действий по борьбе против табака, которые были опубликованы в виде циркулярного письма премьер-министра в 2006 г.

Меры в период до 2008 г.

Закон № 4207 от 1996 года запретил курение в некоторых публичных местах, включая медицинские и образовательные учреждения и общественный транспорт, но не в ресторанах, барах, кафе и учреждениях гостиничной сферы. Курение в этих местах не только является серьезной проблемой в области здравоохранения, но и создает производственный риск для работников сферы обслуживания. После того как закон действовал в течение 10 лет, потребовались поправки к некоторым его положениям. В рамках программы осуществления РКБТ ВОЗ было разработано новое предложение и в 2006 г. передано на рассмотрение в парламент. При разработке этого законопроекта неправительственные организации Турции сотрудничали с государственными органами, в частности, с Министерством здравоохранения, и со всемирными неправительственными

организациями, в основном по линии ВОЗ. После долгого обсуждения в соответствующих парламентских комиссиях, он был принят в январе 2008 г. как Законодательный акт № 5727 о внесении изменений в Закон о предотвращении и контроле вреда, наносимого табачными изделиями. Он расширяет список мест, где курение запрещено (включая территории школ, все рабочие места в гостиничной сфере и коммерческие такси), не разрешает продажу табачных изделий в школах и на их территории, запрещает все виды спонсорства в дополнение к запрету на рекламу и пропаганду, содержащемуся в предыдущем законе, четко устанавливает правила устранения нарушений и возлагает ответственность за соблюдение закона на директоров заведений. Приняв этот закон, Турция стала одной из первых стран в мире, полностью свободных от табачного дыма.

Внедрение закона № 5727 планировалось проводить в два этапа: первый из них, распространяющийся на служебные помещения, начался через четыре месяца, в мае 2008 г., а второй этап, охватывающий рабочие места в гостиничной сфере, начался 18 месяцев спустя, в июле 2009 г. Причиной отсрочки осуществления второго этапа на 18 месяцев была необходимость дать гостиничной индустрии время приспособиться к новым правилам.

Существовали опасения, что применение закона № 5727 столкнется с сопротивлением и препятствиями со стороны представителей сферы обслуживания, которая была охвачена действием закона с июля 2009 г. Но вместо того, чтобы приспособить свои объекты к новым требованиям, представители организаций и объединений кофеен, чайных, ресторанов и кафе попытались добиться пересмотра закона, с тем чтобы в нем разрешалось деление помещений на зоны для курящих и некурящих.

Неправительственные организации провели серию совещаний с такими группами, как Объединение владельцев кофеен, Объединение владельцев ресторанов и Объединение владельцев туристских гостиниц и ресторанов, чтобы обсудить целесообразность и научные основания для введения законов о запрете курения. Эксперты в области борьбы против табака и инженеры по вентиляционным системам выступили с презентациями, чтобы объяснить принцип функционирования отдельных зон для курящих и некурящих в их помещениях, и доказать, что установка вентиляционных систем не является достаточно эффективной мерой для полной очистки воздуха в закрытом помещении.

Основной причиной для беспокойства представителей гостиничной индустрии был риск экономических убытков из-за возможного сокращения количества посетителей. Были представлены объяснения с примерами из опыта других стран, включая финансовые льготы для рабочих мест в сфере обслуживания, не приводящие к экономическим убыткам. Кроме того, министр здравоохранения организовал встречи с представителями гостиничного сектора, чтобы объяснить целесообразность введения законов о запрете на курение в общественных местах и четко разъяснить, что закон изменен не будет.

Премьер-министр также выступил с речью перед СМИ в поддержку этого закона.

Представители сферы обслуживания были ознакомлены с заявлениями неправительственных организаций, основанными на фактических данных, и группа достигла консенсуса до начала второго этапа внедрения закона. Однако, хотя казалось, что представители отрасли убедились в преимуществах и необходимости создавать пространства, полностью свободные от табачного дыма, после встреч они продолжали препятствовать применению закона. Наконец, они потребовали, чтобы Конституционный суд отменил статьи, касающиеся рабочих мест, полностью свободных от табачного дыма. После рассмотрения доклада, в котором члены неправительственных организаций и представители государственных органов подробно изложили научные обоснования, суд отклонил это требование.

В дополнение к этим встречам и дискуссиям, Министерство здравоохранения и неправительственные организации осуществили ряд проектов и мелкомасштабных исследований, с тем чтобы усилить и закрепить процесс реализации положений, касающихся запрета на курение в общественных местах. Были предприняты огромные усилия для повышения осведомленности населения с помощью таких мер, как открытые конференции, обсуждения в малых группах, встречи с прессой и информационные бюллетени, обсуждения на радио и телевидении, статьи для СМИ и т.д.

Встреча с участием правительства, представителей гражданского общества и ВОЗ стала поворотным пунктом в процессе создания среды, полностью свободной от табачного дыма.

Основные положения закона 2008 года:

Расширение списка мест, свободных от табачного дыма:

- коммерческие такси
- гостиничный сектор (рестораны и бары)

Четкое определение материальной ответственности за нарушения, а также предоставление полиции полномочий на осуществление правоприменительных мер путем взимания штрафов

Двухэтапный подход

- Май 2008 года: все общественные места, за исключением гостиничного сектора
- Июль 2009 года: охват гостиничного сектора

Почему был применен двухэтапный подход?

Так как закон 1996 г. уже охватывал большинство закрытых помещений, общественность положительно восприняла идею создания бездымного пространства. В связи с этим было принято решение, что четыре месяца представляли собой достаточный срок для осуществления первого этапа, в ходе которого реализация закона осуществлялась в большинстве общественных мест. Что касается гостиничного сектора, то здесь ожидалась трудности. Курение в кофейнях и чайных, ресторанах и барах являлось важной частью культуры. По этой причине для внедрения был запланирован более долгий период (18 месяцев).

Кроме того, реализация этого этапа была запланирована на летнее время, когда большинство ресторанов подают еду и напитки в открытых местах, таких как сады или террасы, где курение разрешено. Этот постепенный переход являлся ключом к одобрению закона гостиничным сектором и общественностью.

Битва продолжается

Закон 2008 г. требовал, чтобы гостиничный сектор стал свободным от табачного дыма к июлю 2009 г., при этом отрасли отводилось 18 месяцев для приспособления рабочих мест к новой реальности. В течение этого времени представители гостиничной индустрии оказывали сильное сопротивление, много раз пытались ослабить закон и добиться разрешения ввести зоны для курящих и некурящих.

Министерство здравоохранения, ВОЗ и неправительственные организации провели ряд встреч с представителями гостиничного сектора. На этих встречах обсуждались целесообразность введения нормативных правовых актов о создании бездымного пространства, а также их научная основа. Эксперты в области борьбы против табака и инженеры по вентиляционным системам выступили с презентациями, в которых объясняли, что вентиляционные системы не являются достаточно эффективными средствами для полной очистки воздуха в закрытом помещении и что деление закрытого пространства на зоны не обеспечивает 100%-й защиты.

Основной причиной для беспокойства представителей гостиничной индустрии были экономические убытки в связи с уменьшением количества посетителей. Были приведены примеры из опыта других стран, демонстрирующие экономические преимущества для гостиничного сектора. Несмотря на то, что представители гостиничной индустрии, казалось, были убеждены в преимуществах бездымной среды, они продолжали препятствовать реализации закона.

Наконец они потребовали, чтобы Конституционный суд отменил статьи, касающиеся рабочих мест, полностью свободных от табачного дыма. Представители гражданского общества обратились в суд и предоставили его членам доклад о научных обоснованиях. Одновременно правительственные

и неправительственные организации работали над повышением уровня заинтересованности и осведомленности общества в отношении этой проблемы с помощью таких мер, как открытые конференции, обсуждения в малых группах, встречи с прессой и информационные бюллетени, а также работа со СМИ через печатные издания, радио и телевидение.

Коалиции была вручена Премия за партнерство в создании бездымного пространства, которая свидетельствовала о признании всех этих усилий.

Неудивительно, что еще одной проблемной группой, которая создавала препятствия, были представители табачной индустрии. Их основной целью было парализовать дискуссию и приостановить действие закона о запрете курения в общественных местах. После того как закон был принят, они попытались перенести дату его вступления в силу на более поздний срок и несколько раз обращались по этому поводу в суд.

Табачная индустрия создавала препятствия, стремясь отсрочить применение закона о создании бездымной среды и добиться разрешения на курение в помещениях.

Благоприятные условия

Политическая стабильность

Политическая стабильность в стране и целенаправленная политика соответствующих министров сыграли важную роль в достижении успеха при разработке законодательства. Под руководством премьер-министра, министра здравоохранения и руководителя Парламентской комиссии по вопросам здравоохранения были предприняты огромные усилия для продвижения этого закона (12).

Гражданское общество

Представители гражданского общества, в основном члены Коалиции, участвовали в большинстве дискуссий в парламенте на различных уровнях, предоставляли научные обоснования и в широких масштабах проводили лоббирование. Неправительственные организации работали в тесном контакте с Министерством здравоохранения и оказывали огромную поддержку, как до, так и после принятия закона. После его вступления в силу неправительственные организации проводили встречи с представителями гостиничной индустрии и объясняли преимущества создания бездымной среды для того, чтобы улучшить соблюдение закона. Представители общественности проводили ежедневный мониторинг СМИ и реагировали на негативное освещение закона о создании бездымной среды.

Средства массовой информации

СМИ выступали в качестве одного из наиболее эффективных инструментов распространения знаний

среди общественности и создания благоприятных условий. Закон, предписывающий телевизионным корпорациям ежемесячно посвящать не менее 90 минут своего эфирного времени в часы, наиболее удобные для телезрителей (прайм-тайм), сообщениям о вреде употребления табака и пользе отказа от курения, способствовал созданию положительного общественного мнения. Министерство здравоохранения тесно сотрудничало со СМИ и создавало телесюжеты с участием премьер-министра, министра здравоохранения, известных артистов и врачей, выражающих свою поддержку применению закона о создании бездымной среды.

Оценка

Очень важно не проводить преждевременного мониторинга некоторых итоговых показателей, чтобы избежать риска предоставления ошибочно низких уровней результативности и не поставить под угрозу политическую поддержку проведению этих мер. На ранних стадиях реализации, проводится мониторинг следующих основных переменных:

- осведомленность о мероприятиях по созданию окружающей среды, свободной от табачного дыма, отношение к ним и их поддержка основной массой населения и отдельными группами (таких как работники баров);
- правоприменение и соблюдение мероприятий по созданию среды, свободной от табачного дыма;
- уменьшение степени воздействия вторичного табачного дыма на наемных работников, как на рабочем месте, так и в общественных местах;
- снижение содержания вторичного табачного дыма в воздухе на рабочем месте (в частности, в ресторанах) и в общественных местах; и
- сокращение воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях.

Вышеупомянутые переменные показатели представляют интерес также и вне зависимости от внедрения мероприятий по созданию среды, свободной от табачного дыма, однако особого внимания заслуживают дополнительные индикаторы влияния на здоровье и экономику:

- снижение уровня смертности от воздействия вторичного табачного дыма;
- динамика численности курящих и изменение поведения, связанного с курением;
- экономический эффект, напрямую связанный со здоровьем;
- экономические последствия, такие как динамика государственного дохода от налогов на табачную продукцию, туризма и деятельности предприятий.

Поддержка со стороны общественности

Было проведено много исследований для изучения реакции общественности на принятый в 2008 г. закон о борьбе против табака. Через 22 месяца после завершения в 2009 г. второго этапа реализации закона был проведен опрос общественного мнения,

показавший, что 92% респондентов поддерживают закон.

Степень общественной поддержки высока среди тех, кто курит ежедневно – 77%. Исследование, проведенное с двумя интервалами (через месяц после второго этапа реализации и через год после первого исследования), показало положительную тенденцию к все более широкому одобрению закона. На первом этапе положительно настроены по отношению к созданию бездымной среды были 96% некурящих и 74% курящих. На втором этапе, год спустя, процентный показатель среди курильщиков вырос до 88%. Более того, 79% опрошенных заявили, что они теперь чаще ходят в рестораны, бары и чайные, либо не поменяли своих привычек.

Правоприменение и обеспечение соблюдения

Сильная поддержка со стороны общественности ведет к высокому уровню соблюдения закона и совместному правоприменению всеобъемлющих мер по созданию бездымной среды. Согласно результатам опросов общественного мнения, 87% респондентов считают эффективными правоприменение и соблюдение закона в закрытых общественных местах и на работе, а 86% – в гостиничном секторе. Доклад Министерства здравоохранения об оценке соблюдения закона показывает, что в течение чуть более года после его вступления в силу приблизительно 3% аудитов привели к наложению штрафов.

Законом 2008 г. был учрежден Провинциальный совет по борьбе против табака, на который возложена ответственность за применение закона. Его возглавляет заместитель губернатора провинции. В состав совета входят члены департамента полиции, провинциального управления здравоохранения, муниципальные работники, представители департамента национального образования и университетов провинции.

Полицейский в составе инспекционной группы имеет право штрафовать людей, нарушающих запрет на курение. Однако, так как члены муниципального совета являются выборными, зачастую они не решаются штрафовать учреждения. В связи с этим данный пункт закона был изменен, и обязанность взимать штрафы с учреждений, а также полномочия для этого, были переданы губернаторам провинций и округов. После этой поправки к закону, проведение инспекций стало более эффективным.

Защита работников

Всеобъемлющие меры по созданию свободной от табачного дыма среды защищают наемных работников, так как снижают уровень воздействия вторичного табачного дыма на рабочем месте и в общественных местах. Исследование, посвященное изучению уровней содержания оксида углерода, как среди курящих, так и среди некурящих, до и после введения запрета на курение в общественных местах, показало снижение уровня на 36% среди курильщиков и на 50% среди некурящих.

Ряд исследований показали, что даже после первого этапа правоприменения концентрация твердых частиц в общественных зданиях сократилась на 97%. Общество специалистов в области здравоохранения провело несколько исследований для оценки качества воздуха в закрытых помещениях путем замера содержания твердых частиц в окружающем воздухе. Хотя показатели все еще превышали допустимый уровень, было отмечено улучшение качества воздуха. Количество жалоб от работников ресторанов (например, на заложенный нос, слезящиеся глаза и одышку) значительно сократилось после введения закона.

Последствия для мест частного пользования

Всеобъемлющие меры по созданию бездымной среды могут привести к изменению взглядов и индивидуальных пристрастий в отношении правил курения в местах частного пользования, а также к уменьшению степени воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях или в автомобилях. При проведении исследования в 1995 г. приблизительно 90% курильщиков, принадлежащих к различным профессиональным группам, указали, что дома они курят. В 2008 г. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака, который был проведен по окончании первого этапа реализации мер по созданию свободной от табачного дыма среды, выявил, что курение допускалось в 60% домов. Следующий цикл Опроса позволит лучше определить степень воздействия всеобъемлющего запрета курения на изменение восприятия и терпимости к курению в домашних условиях.

Всеобъемлющие меры по созданию бездымной среды могут привести к изменению взглядов и личных предпочтений в отношении правил курения в местах частного пользования, и уменьшить степень воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях или в автомобилях.

Сокращение масштабов употребления табака

Всеобъемлющие меры по созданию бездымной среды способны снизить уровень распространенности курения и изменить поведение, связанное с курением. После окончания второго этапа мер по созданию среды, свободной от табачного дыма, продажи табака в период с 2009 по 2010 г. сократились до самого низкого уровня за 15 лет – со 107,6 до 93,5 млрд сигарет. Вместе с тем на спрос повлияло также повышение налога, проведенное в январе 2010 г.

Маломасштабные исследования распространенности курения среди наемных работников показали, что после введения закона о создании бездымной среды 4% опрошенных отказались от курения, а 61% отметили, что стали курить меньше. До введения закона среднее количество сигарет, выкуриваемых

в день, составляло 23, тогда как через три месяца после введения закона оно было уже значительно ниже – 16. Кроме того, процент курящих работников, которые выразили желание бросить курить, увеличился с 57 до 67% в течение того же периода времени (Табл. 1).

Сокращение смертности и заболеваемости

Всеобъемлющие меры по созданию бездымной среды способны снизить уровень смертности и заболеваемости, связанных с воздействием вторичного табачного дыма. Данные показывают, что введение законодательства об обеспечении бездымной среды приводит к улучшению здоровья среди некурящих и к сокращению употребления сигарет среди курильщиков. В научной литературе указывается, что всего лишь через несколько месяцев после введения закона, количество случаев госпитализации по поводу инфаркта миокарда сократилось на 20%-40% (14–16). В Турции осуществлялся мониторинг числа пациентов, поступивших в отделения скорой помощи 10-ти крупных больниц в Стамбуле в период с января по май 2009 г. и с января по май 2010 г. Были получены сведения о числе пациентов с болезнями, связанными с курением и воздействием вторичного табачного дыма; при этом было отмечено значительное – на 24% – сокращение их численности в период с 2009 по 2010 г., в том числе больных с инфарктом миокарда – на 34%; с острым назофарингитом – на 16%; с пневмонией – на 33%; с острым бронхитом – на 19%; с аллергическим ринитом – на 59%; с острыми респираторными заболеваниями – на 61%; и с хроническими заболеваниями легких – на 21%.

Таблица 1. Изменения в поведении, связанном с курением, посетителей, владельцев и работников гостиничной сферы в Турции, 2010 г.

	Посетители (n = 122)	Владельцы и работники (n = 122)
Без изменений,		
курят как и раньше	45%	34%
Изменилось, курят меньше	27%	50%
Изменилось, курят больше	6%	1%
Не знаю	22%	15%

Источник: Özcebe et al. (13).

Последствия для здоровья огромны и становятся очевидными в течение нескольких месяцев.

Экономические выгоды

Всеобъемлющие меры по созданию бездымной среды приводят к экономическим выгодам в системе здравоохранения. Уровень заболеваемости снижается в течение всего лишь нескольких месяцев после введения закона о создании бездымной среды, что означает значительные сэкономленные средства для системы здравоохранения. В Турции, по оценкам, 10–12 млрд долл. США, а то и больше, расходуются на диагностику и лечение больных с заболеваниями, связанными с курением.

Выгоды для сферы туризма

Еще одним популярным аргументом против всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды является опасение, что подобное законодательство отпугнет туристов. Согласно данным Всемирной туристской организации (17–19), четыре из пяти и шесть из 10 лучших туристических направлений имеют сильные или всеобъемлющие законы о создании бездымной среды. Аналогичным образом, в Турции продолжается некоторый рост численности принимаемых иностранных туристов.

Выгоды для предприятий

И наконец, в центре дебатов часто стоит вопрос о том, будут ли эти меры иметь экономические последствия для предприятий. Обзор литературы (20) свидетельствует, о том, что меры по созданию бездымной среды оказывают многообразное положительное влияние на предприятия: от улучшения состояния здоровья и повышения производительности работников до сокращения расходов на страхование, уборку, техническое обслуживание и участие в потенциальных судебных разбирательствах. Объективные оценочные показатели могут включать в себя статистику занятости и информацию о продажах, подлежащих налогообложению. Необходима особая осторожность при использовании методов самоотчетов для владельцев предприятий, так как исследования могут быть предвзятыми, а опрошенные владельцы предприятий часто заявляли об убытках. Объективный анализ занятости и данных о продажах не свидетельствует об экономическом спаде.

В Турции данные показывают, что закон о создании бездымной среды не имел никаких негативных экономических последствий для гостиничного сектора – скорее наоборот. Согласно данным Центрального банка Турции, в то время как валовой национальный продукт в стране сократился на 3.3% в период с 2008 по 2009 г., доход гостиничного сектора в течение того же периода времени увеличился на 5.2%. Более того, в течение 2009 г. количество рабочих мест в гостиничной сфере увеличилось на 2.7%. Наблюдался рост числа рабочих мест в пищевом секторе на 3,5%, а в секторе продажи алкогольных напитков – на 3,0%. Кроме того, в период с января по октябрь 2009 г. сумма НДС, собранная и перечисленная гостиничной индустрией, увеличилась более чем на 20%. Эти данные соответствуют опросам общественного мнения, показывающим, что 79% опрошенных людей теперь либо чаще ходят в рестораны, бары и чайные, либо не изменили свои привычки.

Заключение

Значение

РКБТ ВОЗ является мощным инструментом, который способен сократить неравенство, как внутри страны, так и между странами, за счет предусматриваемых в ней всеобъемлющих мер по борьбе против табака на уровне населения в целом. Одним из основных преимуществ реализации мер по созданию свободной от табачного дыма среды является то, что по самой своей сути они защищают всех людей от табачного дыма. Однако даже меры по созданию свободной от табачного дыма среды должны быть тщательно изучены, в частности, для обеспечения строгого правоприменения не только в столице и других городских зонах, но и в сельских регионах страны, которым часто уделяется недостаточное внимание.

Цель данного аналитического обзора – представить имеющийся в Турции передовой опыт. Страна расширила диапазон применяемых в ней инициатив по созданию бездымного пространства за счет других мер, предусмотренных в РКБТ ВОЗ, таких как повышение налога, предупреждения в графической форме на сигаретных пачках, просвещение людей с помощью СМИ о вреде употребления табака и оказание помощи желающим бросить курить. По мере усиления динамики борьбы с курением в Европейском регионе ВОЗ, когда все большее количество стран осуществляют меры по защите населения от вреда табачного дыма, становится крайне важным сбор данных об успехах и трудностях. Такая информация может послужить важным подспорьем и инструментом поддержки усилий других стран.

Многое еще предстоит сделать

Турция добилась огромных успехов в деле борьбы против табака, в частности, в сфере законодательства об обеспечении бездымной среды. Первый закон вступил в силу в 1996 г. и запрещал курение в большинстве закрытых помещений. Спустя более 10 лет, в 2008 г. в закон были внесены дополнения, позволяющие обеспечить бездымное пространство на рабочих местах в гостиничном секторе, а также в коммерческих такси. Наличие закона о борьбе против табака и всеобъемлющего запрета является крайне важным на пути к созданию страны, абсолютно свободной от табачного дыма. Тем не менее, важной задачей является реализация положений закона. Работа еще не завершена.

Несмотря на то, что после вступления закона в силу наблюдается значительное улучшение качества воздуха в закрытых помещениях, концентрации твердых частиц в большинстве мест все еще слишком высока. Поэтому необходимо строгое правоприменение закона, с тем чтобы концентрация не превышала допустимого уровня.

Контрольный список успехов

- ✓ Создать «зонтичную» организацию гражданского общества, чтобы контролировать имеющийся потенциал и предпринимаемые усилия.
- ✓ Изучать соответствующую деятельность и международных организаций и зарубежный опыт.
- ✓ Изучать соответствующее национальное законодательство.
- ✓ Анализировать внедрение мероприятий и их воздействие в других странах.
- ✓ Встречаться с представителями заинтересованных сторон, выслушивать их и обсуждать проблемы, вызывающие беспокойство.
- ✓ Привлекать СМИ для распространения знаний.
- ✓ Незамедлительно реагировать на любую неверную информацию.
- ✓ Внимательно отслеживать деятельность табачной индустрии.
- ✓ Принимать решительные меры по правоприменению законодательства.

Литература

1. Bilir N et al. *Tobacco control in Turkey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/984466/E93038.pdf, accessed 10 April 2012).
2. *Tobacco use in Turkey: PIAR study*. Ankara, Ministry of Health, 1988.
3. Bilir N, Güçüz B, Yıldız AN. *Smoking behaviour and attitudes*. Ankara, Hacettepe Public Health Foundation, International Development Research Centre, 1997.
4. Ergüder T et al. Tobacco use among youth and related characteristics, Turkey. *Social and Preventive Medicine*, 2005, 51:91–98.
5. *Global Adult Tobacco Survey, Turkey report 2008*. Ankara, Ministry of Health 2010 (Publication No. 803).
6. Law on Amendment of some of the Laws on Organization and Duties of the Ministry of Health, No. 6354, 4 July 2012. *Official Gazette*: 28351.
7. Bek K et al. The effect of passive smoking on pulmonary function during childhood. *Postgraduate Medical Journal*, 1999, 884:339–341.
8. Bahçeciler NN et al. Parental smoking behavior and the urinary cotinine levels of asthmatic children. *Journal of Asthma*, 1999, 36:171–175.
9. Karadağ B et al. Does passive smoke exposure trigger acute asthma attack in children? *Allergology Immunopathology (Madrid)*, 2003, 31:318–323.
10. Boyacı H et al. Environmental tobacco smoke exposure in school children: parent report and urine cotinine measures. *Pediatrics International*, 2006, 48:382–389.
11. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teskilat ve Görevleri Hakkında Kanun. No. 4733. 9 Ocak 2002, RG: 24635 [Law on the Organization and Duties of the Tobacco and Alcohol Market Regulatory Authority. No. 4733. 9 January 2002, *Official Gazette*: 24635].
12. Bilir N et al. *Tobacco control in Turkey: story of commitment and political leadership*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
13. Özcebe H, Bilir N, Aslan D. *Expansion of smoke-free public places and workplaces in turkey: effective enforcement of smoke-free policies. Final project report*. Ankara, Society of Public Health Specialists, 2011.
14. Trachsela LD et al. Reduced incidence of acute myocardial infarction in the first year after implementation of a public smoking ban in Graubünden, Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 2010, 140:133–138.
15. Sergent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *British Medical Journal*, 2004, 328:977–980.
16. Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*, 2009, 120:1733–1739.
17. Glantz SA. Tourism and hotel revenues before and after passage of smoke-free restaurant ordinances. *JAMA*, 1999, 281:1911–1918.
18. *UNWTO tourism highlights 2012*. Madrid, World Tourism Organization, 2012 (<http://www.unwto.org/facts/menu.html>, accessed 16 July 2012).
19. *Yearbook of tourism statistics, data 2006–2010, 2012 edition*. Madrid, World Tourism Organization, 2012.
20. Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13–20.

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark
Тел.: +4539 17 17 17. Факс: +4539 17 18 18.
E-mail: contact@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int