Всемирная организация здравоохранения

ДОКЛАД ВОЗ О ГЛОБАЛЬНОЙ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ, 2019 ГОД

Предложение помощи в целях прекращения употребления табака

живет и действует

mpower

При правильной поддержке шансы отказаться от употребления табака могут увеличиться более чем в два раза.

Отказ от употребления табака приносит людям немедленную и существенную пользу для здоровья.

Мы не достигнем глобальных целей по сокращению потребления табака и количества связанных с ним смертей, если не поможем людям бросить курить прямо сейчас.

mpower

Monitor	Мониторинг употребления табака и стратегий профилактики
Protect	Защита людей от табачного дыма
Offer	Предложение помощи в целях прекращения употребления табака
Warn	Предупреждение об опасностях, связанных с табаком
Enforce	Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий
Raise	Повышение налогов на табачные изделия

Помощь людям в отказе от употребления табака дает больший эффект, когда направленные на это усилия сочетаются с другими стратегиями борьбы против табака.

Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2019 г.: предложение помощи в целях прекращения употребления табака **— седьмой из серии докладов ВОЗ, в которых определяется состояние табачной эпидемии и оценивается эффективность мер, принимаемых с целью положить ей конец.**

Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2019 год: предложение помощи в целях прекращения употребления табака [WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use]

ISBN 978-92-4-002954-5 (онлайн-версия)

ISBN 978-92-4-002955-2 (версия для печати)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2021**

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ru).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводятся библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за содержание или точность перевода. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

Образец библиографической ссылки: Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2019 год: предложение помощи в целях прекращения употребления табака [WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке http://apps.who.int/iris.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. http://apps.who.int/bookorders. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. http://www.who.int/about/licensing.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминания определенных компаний или продукции определенных производителей не означают, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от других аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Министерство здравоохранения Российской Федерации финансировало перевод этой публикации на русский язык.

Всемирная организация здравоохранения

ДОКЛАД ВОЗ О ГЛОБАЛЬНОЙ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ, 2019 ГОД

Предложение помощи в целях прекращения употребления табака

Издание подготовлено при финансовом содействии
Благотворительного фонда Bloomberg Philanthropies

СОДЕРЖАНИЕ

13 Обращение д-ра Тедроса Адханома Гебрейесуса, Генерального директора ВОЗ
15 Обращение г-на Майкла Блумберга, Глобального посла ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями
17 Обращение д-ра Vera Luiza da Costa e Silva, руководителя Секретариата РКБТ ВОЗ

18 РЕЗЮМЕ

26 РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА И ПРОТОКОЛ О ЛИКВИДАЦИИ НЕЗАКОННОЙ ТОРГОВЛИ ТАБАЧНЫМИ ИЗДЕЛИЯМИ

34 ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

50 ИЗДЕЛИЯ ИЗ НАГРЕВАЕМОГО ТАБАКА

54 ЭЛЕКТРОННЫЕ СИСТЕМЫ ДОСТАВКИ НИКОТИНА

58 ВМЕШАТЕЛЬСТВО ТАБАЧНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ: САМОЕ БОЛЬШОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ НА ПУТИ СОКРАЩЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

66 ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРЫ БОРЬБЫ ПРОТИВ ТАБАКА
68 Мониторинг употребления табака и стратегий профилактики
74 Защита людей от табачного дыма
80 Предложение помощи в целях прекращения употребления табака
88 Предупреждение об опасностях, связанных с табаком
94 Антитабачные кампании в средствах массовой информации
98 Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий
104 Повышение налогов на табачные изделия
112 Национальные программы борьбы против табака: жизненно важные программы для прекращения табачной эпидемии

116 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

118 БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

126 ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ I: Оценка существующих мер политики и их соблюдения
134 ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ II: Распространенность употребления табака в государствах-членах ВОЗ
136 ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ III: Налоги на табачные изделия в государствах-членах ВОЗ

143 ПРИЛОЖЕНИЕ I: Сводные данные о применении мер MPOWER по регионам
157 ПРИЛОЖЕНИЕ II: Лечение табачной зависимости
183 ПРИЛОЖЕНИЕ III: Год наивысшего уровня достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака
197 ПРИЛОЖЕНИЕ IV: Наивысший уровень достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в 100 крупнейших городах мира
203 ПРИЛОЖЕНИЕ V: Статус Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака

209 ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

ПРИЛОЖЕНИЕ VI: Данные о глобальных мерах борьбы против табака
ПРИЛОЖЕНИЕ VII: Обзор положения дел в странах
ПРИЛОЖЕНИЕ VIII: Доходы от налогов на табачные изделия
ПРИЛОЖЕНИЕ IX: Налоги и цены на табачные изделия и их ценовая доступность
ПРИЛОЖЕНИЕ X: Оценки распространенности курения, стандартизированные по возрасту, 2017 год
ПРИЛОЖЕНИЕ XI: Представленные странами данные о распространенности курения
ПРИЛОЖЕНИЕ XII: Картографическое представление данных о глобальных мерах борьбы против табака

Приложения VI-XIII доступны в сети Интернет по адресу:
http://www.who.int/tobacco/global_report/en

«Обеспечение доступа к эффективным мерам, направленным на прекращение курения, и поощрение их использования существенно повышает вероятность успешного отказа от употребления табака».

Д-р Тедрос Адханом Гебрейесус, Генеральный директор ВОЗ

В ПЕРИОД ПОСЛЕ 2007 ГОДА ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, ЗАЩИЩЕННЫХ ХОТЯ БЫ ОДНОЙ МЕРОЙ MPOWER, УВЕЛИЧИЛОСЬ БОЛЕЕ ЧЕМ В ЧЕТЫРЕ РАЗА

Борьба против табака является прекрасным примером того, чего можно достичь в области охраны здоровья людей во всем мире благодаря всеобщей приверженности этой борьбе. С момента принятия в 2003 году Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) большинство стран добилось значительных успехов в реализации мер, направленных на эту борьбу. В 2008 году ВОЗ представила шесть мер MPOWER для оказания помощи странам в осуществлении РКБТ ВОЗ с использованием эффективных мероприятий, которые, вне всякого сомнения, снижают спрос на табачные изделия.

С момента введения мер MPOWER количество стран, применивших хотя бы одну меру, соответствующую лучшим образцам мировой практики, увеличилось более чем в четыре раза. Теперь мы можем сообщить, что 136 стран с общим населением 5 миллиардов человек реализовали по крайней мере одну из ключевых практических мер политики по сокращению спроса на табачные изделия. Как никогда ранее, люди осознают вред и негативные последствия употребления табака. Отчасти благодаря этим успехам многие потребители табака теперь хотят бросить курить; и мы знаем, как им помочь.

В данном седьмом *Докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии* основное внимание уделяется мере MPOWER «O»: «Предложение помощи в целях прекращения употребления табака». Большинство будущих смертных случаев, связанных с табаком, будет наблюдаться среди его сегодняшних потребителей, что в непропорциональной мере повлияет на страны с низким и средним уровнями дохода. Обеспечение доступа к эффективным мерам, направленным на прекращение курения, и поощрение их использования существенно повышает вероятность успешного отказа от употребления табака.

Статья 14 РКБТ ВОЗ призывает к предоставлению услуг, направленных на прекращение употребления табака, на страновом уровне. Рекомендуемые подходы включают в себя краткие консультации в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, бесплатные национальные телефонные линии для бросающих курить, оплачиваемую государством никотинзаместительную терапию и использование цифровых и мобильных технологий для расширения возможностей тех, кто хочет бросить курить. Эти меры наиболее эффективны в случае их комплексного использования, но могут применяться и поэтапно, когда ресурсы страны ограничены.

Помощь в отказе от употребления табака может и должна быть включена в любую стратегию всеобщего охвата услугами здравоохранения. За последнее десятилетие произошло резкое увеличение числа стран со средним уровнем дохода, которые включают услуги для бросающих курить с частичной или полной компенсацией затрат в некоторые или большинство своих услуг первичной медико-санитарной помощи — охват населения такими услугами вырос с 16% в 2007 году до 78% в 2018 году. Среди стран с высоким уровнем дохода этот показатель вырос с 61% до 97%. Однако внедрение полного пакета услуг по прекращению курения на уровне передовой практики остается удивительно редким явлением в большинстве стран. По состоянию на 2018 год только 23 страны (включая только шесть стран со средним уровнем дохода и одну страну с низким уровнем дохода) оказывали всестороннюю поддержку потребителям табака, обратившимся за помощью с целью отказаться от курения.

Правительства должны признать эту неудовлетворенную потребность и действовать без промедления соответствующим образом в рамках всеобъемлющей стратегии борьбы против табака. Приоритетной задачей для стран должны стать экономически эффективные мероприятия по прекращению курения, проводимые на уровне всего населения. В то же время следует поощрять внедрение инноваций и в полном объеме использовать мобильные технологии для улучшения доступа к многочисленным и труднодоступным группам населения.

Важность борьбы против табака и отказа от его употребления для здоровья людей во всем мире отражена в Целях в области устойчивого развития, которые призывают к более активному осуществлению РКБТ ВОЗ. Меры MPOWER могут помочь правительствам, предоставляя ключевые инструменты для борьбы с глобальной табачной эпидемией. Мы сможем достичь наших глобальных целей по сокращению распространенности употребления табака и предотвратить годы изнурительных болезней и миллионы смертей только в том случае, если поможем людям бросить курить прямо сейчас.

Д-р Тедрос Адханом Гебрейесус
Генеральный директор
Всемирной организации здравоохранения

«Борьба против табака является прекрасным примером того, чего можно достичь в области охраны здоровья людей во всем мире благодаря всеобщей приверженности этой борьбе».

«Объединив усилия, направленные на внедрение проверенных стратегий во всех странах, мы можем спасти еще миллионы жизней».

Майкл Р. Блумберг, Глобальный посол ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями
Основатель Благотворительного фонда Bloomberg Philanthropies

ПЯТЬ МИЛЛИАРДОВ ЧЕЛОВЕК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОХВАЧЕНЫ МЕРАМИ MPOWER, И ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО СТРАНЫ МОГУТ ВЫИГРАТЬ БОРЬБУ С ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИЕЙ

Употребление табака представляет огромную угрозу для общественного здоровья во всем мире, унося ежегодно более восьми миллионов человеческих жизней. Ради спасения этих жизней все большее число стран определяет борьбу против табака в качестве своей приоритетной задачи, но еще многое предстоит сделать.

Всемирная организация здравоохранения и Благотворительный фонд Bloomberg Philanthropies стремятся ускорить темпы сокращения употребления табака во всем мире. Перед нами стоят непростые задачи, но вместе мы доказываем, что в этой борьбе можно победить.

ВОЗ внимательно следит за реализацией шести мер MPOWER по сокращению употребления табака, и, демонстрируя их результат, мы помогаем побудить все большее число стран принять их на вооружение. Меры MPOWER в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака помогли странам добиться беспрецедентного прогресса. С 2007 года доля населения мира, охваченного хотя бы одной мерой MPOWER, увеличилась более чем в четыре раза. В результате сегодня пять миллиардов человек защищены от пагубных последствий употребления табака, а число стран, в которых существует передовая практика отказа от курения, увеличилось более чем в два раза — с 10 до 23.
В дополнение к консультациям работников служб первичной медико-санитарной помощи и бесплатным телефонным линиям для бросающих курить, цифровые технологии меняют способы доступа людей к услугам по прекращению курения и получения направленной на это помощи.

В настоящем докладе освещаются глобальные усилия, направленные на то, чтобы помочь людям отказаться от употребления табака, и подробно описаны некоторые из наших наиболее важных достижений. В Индии, например, значительно расширился доступ к услугам для бросающих курить благодаря инновационной программе, которая позволяет ее участникам с помощью своих мобильных телефонов регистрироваться и получать индивидуальную поддержку при намерении бросить курить. А Бразилия теперь является второй страной в мире, которая реализовала все меры MPOWER на самом высоком уровне.

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются причиной более двух третей смертных случаев в развивающихся странах, а употребление табака является основным фактором риска таких НИЗ, как рак и болезни сердца. Тем не менее, программы, направленные на сокращение числа случаев НИЗ, постоянно недофинансируются. На мероприятия по предупреждению НИЗ идет только 2% финансирования, выделяемого на цели развития.

Благотворительный фонд Bloomberg Philanthropies работает в тесном сотрудничестве с Генеральным директором Тедросом Гебрейесусом и ВОЗ в целях борьбы с НИЗ, и глобальная поддержка эффективной политики неуклонно растет. Но борьба с агрессивной и постоянно развивающейся табачной промышленностью еще далека от завершения. Большее число стран могут уделять гораздо больше внимания проблеме употребления табака и предпринимать решительные действия по спасению человеческих жизней. И объединив усилия, направленные на внедрение проверенных стратегий во всех странах, мы можем спасти еще миллионы жизней.

Майкл Р. Блумберг
Глобальный посол ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями и травмами
Основатель Благотворительного фонда Bloomberg Philanthropies

«ВОЗ внимательно следит за реализацией шести мер MPOWER по сокращению употребления табака, и, демонстрируя их результат, мы помогаем побудить все большее число стран принять их на вооружение».

«Главной целью договора является защита нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий для здоровья людей, а также экономических, социальных и экологических последствий употребления табака».

«Совершенно очевидно, что для достижения задач ЦУР, посвященных борьбе против табака, необходима мощная поддержка в прекращении его употребления».

Д-р Vera Luiza da Costa e Silva, Руководитель секретариата РКБТ ВОЗ

БОРЬБА ПРОТИВ ТАБАКА ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЦЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ, ЧТО ДЕЛАЕТ СКОРЕЙШЕЕ И ПОЛНОЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ РКБТ ВОЗ ВСЕ БОЛЕЕ НЕОТЛОЖНОЙ ЗАДАЧЕЙ, ЧЕМ КОГДА БЫ ТО НИ БЫЛО

Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) и Стороны Протокола о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями приветствуют публикацию седьмого *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии.*

Сто восемьдесят одна Сторона РКБТ ВОЗ взяла на себя обязательство спасать жизни людей путем ведения борьбы против табака. Основываясь на убедительных фактических данных, РКБТ ВОЗ устанавливает минимальные стандарты, которыми Стороны могут руководствоваться при принятии жестких мер политики и законодательства для борьбы с табачной эпидемией, которая ежегодно становится причиной восьми миллионов смертей во всем мире. Главной целью договора является защита нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий для здоровья людей, а также экономических, социальных и экологических последствий употребления табака.

В прошлом году мы стали свидетелями двух крупных достижений в борьбе против табака. Первым из них стало вступление в силу Протокола о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями 25 сентября 2018 года. К июню 2019 года пятьдесят пять Сторон РКБТ ВОЗ уже присоединились к этому Протоколу, что свидетельствует об их растущей приверженности решению этой проблемы.

Вторым крупным достижением стало принятие в октябре 2018 года Конференцией Сторон (КС, руководящим органом РКБТ ВОЗ) Глобальной стратегии по ускорению борьбы против табака: содействие устойчивому развитию путем осуществления РКБТ ВОЗ, 2019–2025 гг. Эта стратегия служит ориентиром для осуществления РКБТ ВОЗ в течение следующих семи лет, включая деятельность Сторон, Секретариата Конвенции и других заинтересованных сторон, и служит основой для планирования работы и составления бюджетов на следующие три двухгодичных периода.

С момента вступления в силу в 2005 году, РКБТ ВОЗ использует полезную информацию из выходящего два раза в год *Доклада о глобальном прогрессе в осуществлении Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака*, в котором сообщается о реализации всех положений РКБТ ВОЗ. Этот доклад представляется на каждую сессию Конференции Сторон и публикуется Секретариатом Конвенции на своем веб-сайте. В последнем докладе, опубликованном в 2018 году, отмечается растущая приверженность Сторон осуществлению РКБТ ВОЗ.

Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, публикуемый каждые 2 года, начиная с 2008, предоставляет сопоставимые данные, позволяющие проанализировать прогресс в деле защиты населения земного шара от того, что в настоящее время является самой крупной предотвратимой причиной смерти людей во всем мире. Как показывает это последнее издание, нам есть чему выразить свое одобрение. Уже сейчас 5 миллиардов человек охвачены по крайней мере одной основной мерой РКБТ ВОЗ по сокращению спроса на табак, реализованной на самом высоком уровне. И 136 стран в настоящее время защищают свое население, осуществляя одну или несколько таких стратегий на уровне лучших образцов передовой практики (что зафиксировано в настоящем докладе). Однако, хотя некоторые Стороны добиваются устойчивого прогресса, многие еще отстают, и необходимо предпринять гораздо больше усилий.

Ни для кого не секрет, что табачная промышленность является нашим главным препятствием на пути к прекращению табачной эпидемии. Эта отрасль промышленности получает огромные прибыли от продажи табачных изделий и формирования у людей табачной зависимости — и ее представители не хотят ничего менять. Но ради здоровья людей, на благо наших детей и будущих поколений все должно измениться. Мы глубоко обеспокоены тем фактом, что табачная эпидемия перемещается в развивающиеся страны, где менее обеспеченные ресурсами государства оказываются не в состоянии противостоять освоению табачной промышленностью новых рынков — зачастую путем вопиющего вмешательства в формирование политики общественного здравоохранения. Осуществление Статьи 5.3 РКБТ ВОЗ, которая требует от Сторон защищать политику общественного здравоохранения от табачной промышленности, является важным шагом на пути предотвращения вмешательства этой промышленности в процесс разработки политики общественного здравоохранения.

В настоящем докладе основное внимание уделяется прекращению употребления табака и излагается достигнутый на сегодняшний день прогресс в осуществлении статьи 14 РКБТ ВОЗ. Сокращение спроса на табак путем оказания поддержки в отказе от его употребления является одной из основных стратегий РКБТ ВОЗ по сокращению спроса. Статья 14 РКБТ ВОЗ и руководящие принципы ее осуществления призывают Стороны принять ряд мер по оказанию помощи потребителям табака в отказе от курения. Когда страны осуществляют такие меры, они могут одновременно гарантировать, что эти мероприятия станут неотъемлемой частью всеобщего охвата услугами здравоохранения.

В настоящем докладе также подчеркивается тот факт, что меры по прекращению употребления табака по-прежнему относятся к числу наименее реализуемых из всех мер РКБТ ВОЗ по сокращению спроса на табачные изделия; и только в общей сложности 23 страны, большинство из которых являются странами с высоким уровнем дохода, предоставляют наиболее эффективные услуги по прекращению употребления табака. Очевидно, что есть возможности для более активных действий, и причина говорит сама за себя: если бы меры по прекращению курения были реализованы на самом высоком уровне в 14 странах в период с 2007 по 2014 год, можно было бы спасти 1,5 миллиона человеческих жизней.

Секретариат Конвенции недавно документально зафиксировал успешные практические примеры осуществления Статьи 14 РКБТ ВОЗ в отношении сопутствующих заболеваний, когда употребление табака оказывает влияние на бремя болезней (например, меры в отношении туберкулеза и ВИЧ/СПИДа, а также неинфекционных заболеваний).

Сегодня мы обладаем более чем десятилетним опытом и знаниями в области борьбы с употреблением табака. Наша роль в содействии устойчивому развитию в настоящее время признана в рамках повестки дня Целей в области устойчивого развития (ЦУР) на период до 2030 года, поскольку задача 3А призывает к наращиванию усилий в осуществлении РКБТ ВОЗ во всех странах. Совершенно очевидно, что для достижения задач ЦУР, посвященных борьбе против табака, необходима мощная поддержка в прекращении его употребления.

Мы даем высокую оценку этому новому докладу за предоставление качественной информации и сопоставимых данных о прогрессе в реализации отдельных мер по сокращению спроса на табачные изделия. Отказ от употребления табака оказывает непосредственное влияние на состояние здоровья людей, а обеспечение того, чтобы эффективные услуги по прекращению курения были частью любой стратегии борьбы против табака, позволит максимально использовать потенциал этих услуг для спасения человеческих жизней.

Д-р Vera Luiza da Costa e Silva
Руководитель Секретариата РКБТ ВОЗ

Резюме

С тех пор, как в 2007 году была представлена стратегия MPOWER в качестве инструмента оказания помощи странам в осуществлении мер РКБТ ВОЗ по сокращению спроса на табачные изделия, был достигнут значительный прогресс в глобальной борьбе против табака. Пять миллиардов человек — около 65% населения мира — в настоящее время охвачены как минимум одной мерой MPOWER, реализованной на самом высоком уровне. Это число увеличилось более чем в четыре раза за период после 2007 года, когда только 1 миллиард человек — 15% населения мира — были защищены хотя бы одной мерой MPOWER (не включая мониторинг или кампании в средствах массовой информации, которые оцениваются отдельно).

Со времени выхода два года назад последнего *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии* наблюдается стабильный прогресс: 15 стран, ранее не использовавших эффективные меры борьбы против табака, предприняли действия для достижения уровня передовой практики в применении одной или нескольких мер, а еще 21 страна, применявшая хотя бы одну меру, ввела как минимум еще одну. Это означает, что в период с 2016 по 2018 год в общей сложности 36 стран ввели одну или несколько мер MPOWER на самом высоком уровне достижений в их реализации.

Отказ от употребления табака является вопросом, требующим особого внимания

Предложение помощи в целях прекращения употребления табака — главная тема седьмого *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии* — является важным компонентом любой стратегии борьбы против табака. Глобальные цели по сокращению употребления табака не будут достигнуты, если нынешние потребители табака не бросят курить, и действительно, многие из них говорят о своем желании отказаться от этой привычки. С помощью экономически эффективных мероприятий, проводимых на уровне всего населения, как предусмотрено мерой «O» стратегии MPOWER (Предложение помощи в целях прекращения употребления табака), шансы потребителей табака на успешный отказ от курения существенно повышаются.

К сожалению, в период после 2007 года только 13 новых стран начали осуществлять всесторонние программы по прекращению употребления табака. В настоящее время эта мера применяется в 23 странах, по сравнению с 10 странами в 2007 году.

Однако с точки зрения охвата населения прогресс все же обнадеживает. Одна треть населения мира — 2,4 миллиарда человек в 23 странах — имеет доступ к услугам по прекращению курения, предоставляемым на уровне передовой практики. Это на 2 миллиарда больше людей (26% населения мира), защищенных всесторонними программами поддержки в отказе от курения, по сравнению с 2007 годом, а это означает, что программы по прекращению употребления табака в настоящее время являются второй по популярности мерой MPOWER с точки зрения охвата населения. Это произошло благодаря двум крупным странам, Индии и Бразилии, применившим всеобъемлющую поддержку в отказе от курения на уровне передовой практики.

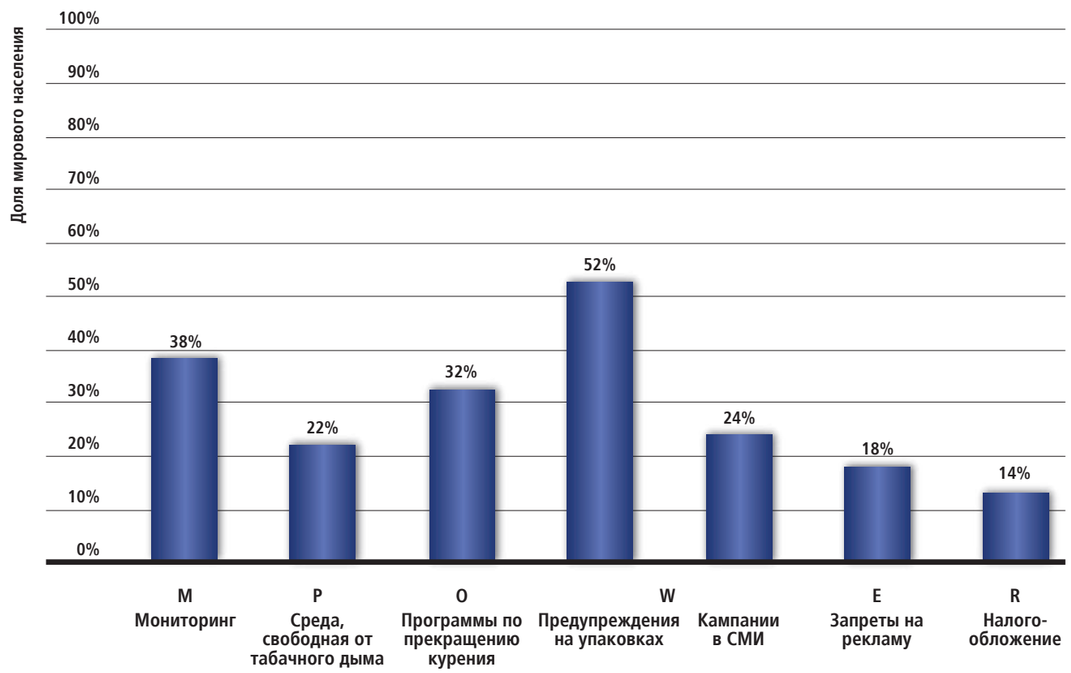
В странах с низким и средним уровнями дохода был достигнут значительный прогресс

Из 5 миллиардов человек, защищенных по крайней мере одной полноценной мерой MPOWER, 3,9 миллиарда проживают в странах с низким и средним уровнями дохода. Бразилия и Турция, единственные две страны, которые приняли все меры MPOWER на самом высоком уровне, являются странами со средним уровнем дохода. В целом, 61% населения, проживающего в странах с низким и средним уровнями дохода, защищены по крайней мере одной полноценной мерой MPOWER, а 44% защищены по крайней мере двумя полноценными мерами MPOWER.

За период после 2007 года в странах с низким уровнем дохода произошли значительные улучшения, когда только в трех из 34 стран с таким уровнем дохода применялась единственная мера MPOWER. Сегодня половина (17) всех стран с низким уровнем дохода применяет хотя бы одну из мер на уровне передовой практики. В настоящее время в восьми странах с низким уровнем дохода действует одна мера, соответствующая уровню передовой практики, в пяти странах — две меры, в трех странах (Чад, Непал, Сенегал) — три, и в одной стране (Мадагаскар) — четыре меры. К сожалению, из 17 стран с низким уровнем дохода, в которых не приняты меры на уровне передовой практики, только три страны осуществляют программу борьбы против табака силами своих Министерств здравоохранения, имея в штате как минимум пять сотрудников в пересчете на занятых полное рабочее время.

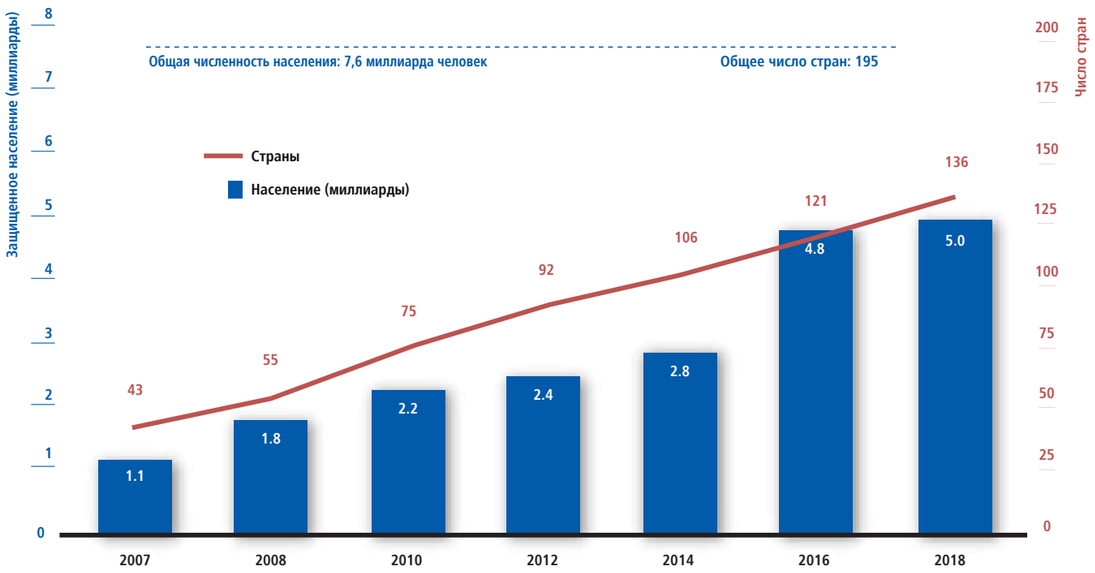
Пять миллиардов человек — около 65% населения мира — в настоящее время охвачены как минимум одной мерой MPOWER, реализованной на самом высоком уровне.

ДОЛЯ МИРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ, ОХВАЧЕННОГО ОТДЕЛЬНЫМИ МЕРАМИ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА, 2018 ГОД

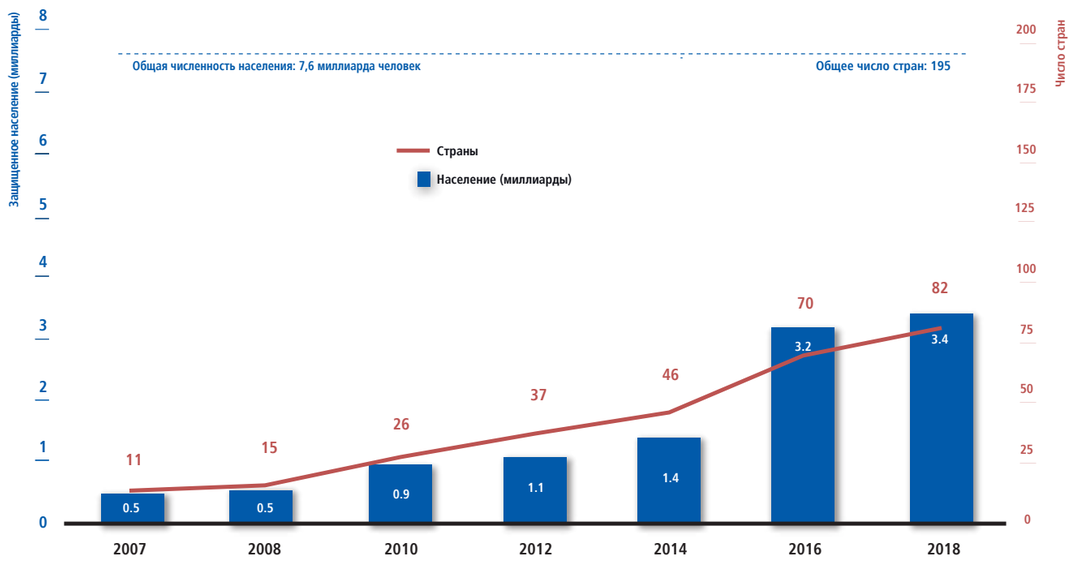


Примечание: Меры политики по борьбе против табака, представленные на этой диаграмме, соответствуют наивысшему уровню достижений в их реализации на национальном уровне; определения категорий этих наивысших достижений представлены в Техническом примечании I.

РЕАЛИЗАЦИЯ КАК МИНИМУМ **ОДНОЙ** МЕРЫ MPOWER НА САМОМ ВЫСОКОМ УРОВНЕ ДОСТИЖЕНИЙ (2007–2018 ГОДЫ)



РЕАЛИЗАЦИЯ КАК МИНИМУМ **ДВУХ** МЕР MPOWER НА САМОМ ВЫСОКОМ УРОВНЕ ДОСТИЖЕНИЙ (2007–2018 ГОДЫ)



Страны во всех регионах мира принимают новые меры

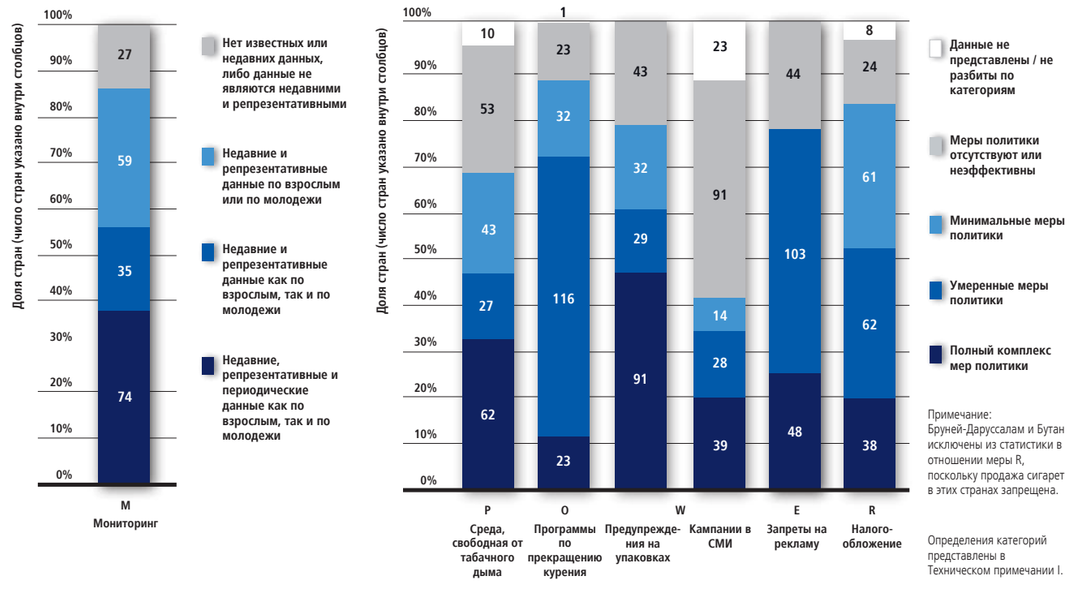
Со времени выхода последнего доклада каждая мера MPOWER была принята новыми странами на уровне передовой практики:

- Семь стран (Антигуа и Барбуда, Бенин, Бурунди, Гайана, Гамбия, Ниуэ и Таджикистан) недавно приняли всеобъемлющие законы об обеспечении бездымной среды, охватывающие все закрытые общественные места и рабочие места внутри помещений.
- Четыре страны (Саудовская Аравия, Словакия, Чешская Республика и Швеция) вышли на уровень передовой практики в области оказания услуг по прекращению употребления табака. Однако за тот же период шесть других стран выбыли из группы стран с наивысшими достижениями по этому показателю, что привело к уменьшению численности этой группы на две страны.
- Четырнадцать стран (Барбадос, Гайана, Гондурас, Грузия, Испания, Камерун, Кипр, Люксембург, Пакистан, Саудовская Аравия, Сент-Люсия, Словения, Тимор-Лешти и Хорватия) ввели обязательное размещение крупных графических предупреждений на упаковках табачных изделий, включая использование простой упаковки в Саудовской Аравии.
- Десять стран (Антигуа и Барбуда, Азербайджан, Бенин, Гайана, Гамбия, Демократическая Республика Конго, Конго, Ниуэ, Саудовская Аравия и Словения) ввели полный запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (TAPS), в том числе в пунктах продажи.
- Десять стран (Австралия, Андорра, Бразилия, Египет, Колумбия, Маврикий, Новая Зеландия, Северная Македония, Таиланд и Черногория) перешли в группу стран с наивысшими достижениями в отношении налогообложения, и ставка налога на табачные изделия в этих странах составляет не менее 75% их розничной цены.

Более половины населения мира — 3,9 миллиарда человек, проживающих в 91 стране, — видят крупные графические предупреждения на упаковках табачных изделий со всеми рекомендованными характеристиками, что делает эти предупреждения мерой MPOWER, охватывающей наибольшее число людей и стран. Важно также отметить, что к концу 2018 года 10 стран (Австралия, Венгрия, Ирландия, Новая Зеландия, Норвегия, Саудовская Аравия, Соединенное Королевство, Таиланд, Уругвай и Франция) приняли законы, предусматривающие обязательное использование простой упаковки табачных изделий, и выпустили нормативные положения с указанием сроков ее внедрения. Законодательство об использовании простой упаковки табачных изделий также находится в стадии разработки по меньшей мере еще в девяти других странах.

В 62 странах, которые полностью запретили курение в общественных местах и на рабочих местах, проживает 1,6 миллиарда человек, что делает эту меру второй наиболее часто принимаемой странами мерой MPOWER.

СИТУАЦИЯ С ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ОТДЕЛЬНЫХ МЕР ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА В МИРЕ, 2018 ГОД



Примечание: Бруней-Даруссалам и Бутан исключены из статистики в отношении меры R, поскольку продажа сигарет в этих странах запрещена.

Определения категорий представлены в Техническом примечании I.

Принятие неполных или частичных мер политики является первым шагом на пути к реализации полного комплекса мер борьбы против табака

Даже там, где уровень передовой практики еще не достигнут, каждой из мер MPOWER уделялось определенное внимание в большинстве стран мира. В дополнение к 62 странам, принявшим всеобъемлющие законы об обеспечении среды, свободной от табачного дыма, в 70 странах действуют законы с минимальными или недостаточно жесткими требованиями, запрещающими курение в некоторых, но не во всех общественных местах и на рабочих местах, что закладывает основу для принятия полноценного и действенного закона в будущем. Это говорит о том, что, хотя частичные запреты в настоящее время не обеспечивают эффективной защиты населения этих стран от вредного воздействия вторичного табачного дыма, растущая общественная поддержка будет означать, что для большинства из этих стран потребуются внести только поправки к существующему закону, тогда как в других странах будет необходимо принятие нового закона.

В то время как только в 23 странах существуют меры поддержки в отказе от употребления табака, соответствующие уровню передовой практики, еще в 116 странах в медицинских учреждениях предоставляются услуги для бросающих курить с полной или частичной компенсацией затрат, и еще в 32 странах предоставляются такие услуги, но не компенсируется их стоимость. Таким образом, в общей сложности в 171 стране потребители табака, желающие бросить курить, могут получить поддержку определенного уровня.

Наряду с 91 страной, в которых является обязательным наличие убедительных графических предупреждений о вреде для здоровья на пачках сигарет, в 61 другой стране действуют законы с минимальными или недостаточно жесткими требованиями в отношении использования каких-либо предупреждений на пачках. Использование этих менее заметных предупреждений, хотя и не столь эффективных, как предупреждения, соответствующие лучшим образцам, показывает, что предпринимаются определенные шаги по информированию потребителей табака об опасностях его употребления, а также дает возможность этой 61 стране сделать в будущем свои обязательные предупреждения более убедительными и соответствующими уровню передовой практики.

В дополнение к 48 странам, которые ввели запрет TAPS, еще в 103 странах действуют частичные запреты TAPS, поэтому по крайней мере некоторые формы рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий уже являются незаконными — и как только основные положения запрета устанавливаются и принимаются, становится проще довести его до уровня передовой практики. В то время как только 38 стран взимают налоги на табачные изделия на уровне, превышающем рекомендованные ВОЗ 75% от розничной цены пачки сигарет, еще 62 страны взимают налоги, составляющие от 50% до 75% розничной цены, а еще 61 страна взимает налоги в размере от 25% до 50%. По сути, эти страны имеют хорошие возможности для дальнейшего повышения налогов, поскольку налогообложение табачных изделий получает все более широкую поддержку.

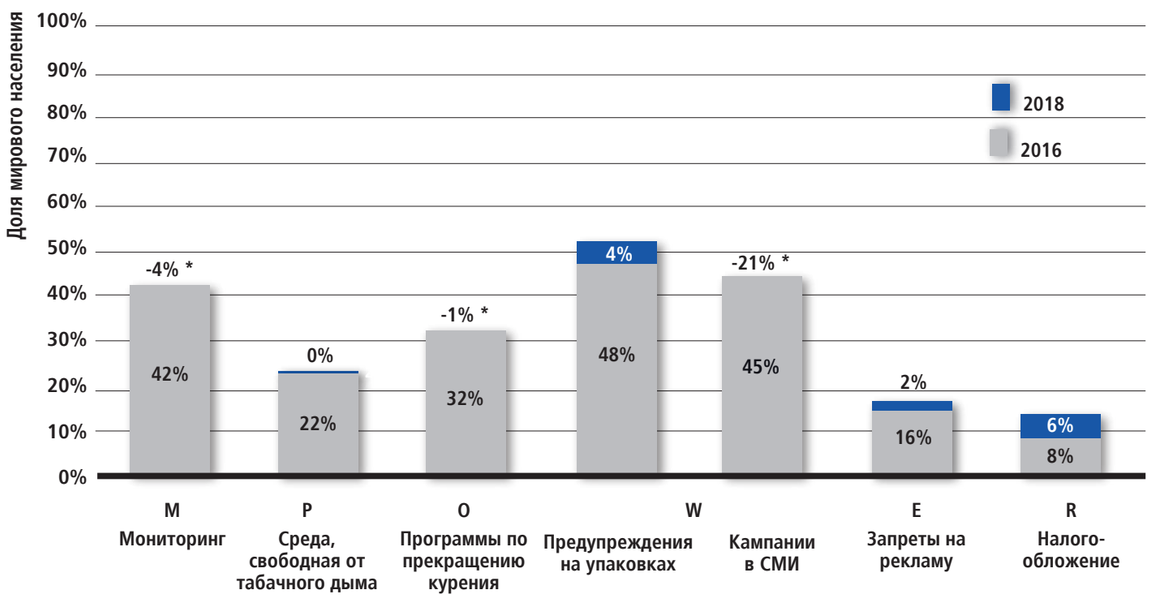
Численность населения, охваченного мерами защиты, растет

Начиная с 2016 года, 14 новых стран приняли соответствующие уровню передовой практики законы в отношении использования крупных графических предупреждений на упаковках табачных изделий, что стало самой популярной мерой MPOWER за последние 2 года. Запреты на рекламу, принятые на уровне передовой практики, также показали двузначный рост: еще 10 стран ввели полные запреты TAPS. Охват населения семи стран двумя мерами MPOWER — создание среды, свободной от табачного дыма, и повышение налогов на табачные изделия — впервые вышел на уровень передовой практики.

Наибольший рост охвата населения в период после 2016 года наблюдался в сфере налогообложения табачных изделий. Охват населения этой мерой MPOWER почти удвоился с 8% в 2016 году до 14% в 2018 году. Несмотря на это, налогообложение, хотя и является наиболее эффективным способом сокращения употребления табака, по-прежнему является мерой MPOWER с самым низким охватом населения. Население, охваченное предупреждениями на упаковках, увеличилось на 4%, а население, охваченное запретами на рекламу, увеличилось на 2%. Хотя семь стран ужесточили свои законы о создании среды, свободной от табачного дыма, чтобы они соответствовали уровню передовой практики, охват населения заметно не изменился, поскольку эти страны не были густонаселенными.

За период после 2016 года численность населения, охваченного мерами в отношении Мониторинга употребления табака и стратегий профилактики, Программами по прекращению курения и Кампаниями в средствах массовой информации, сократилась. Охват программами по прекращению употребления табака снизился на 1% из-за выхода двух стран из группы стран с передовой практикой. Снижение охвата мониторингом, скорее всего, не является истинным снижением, так как после завершения полевых исследований публикация результатов опросов обычно занимает 1–3 года, и только после этого они будут представлены здесь.

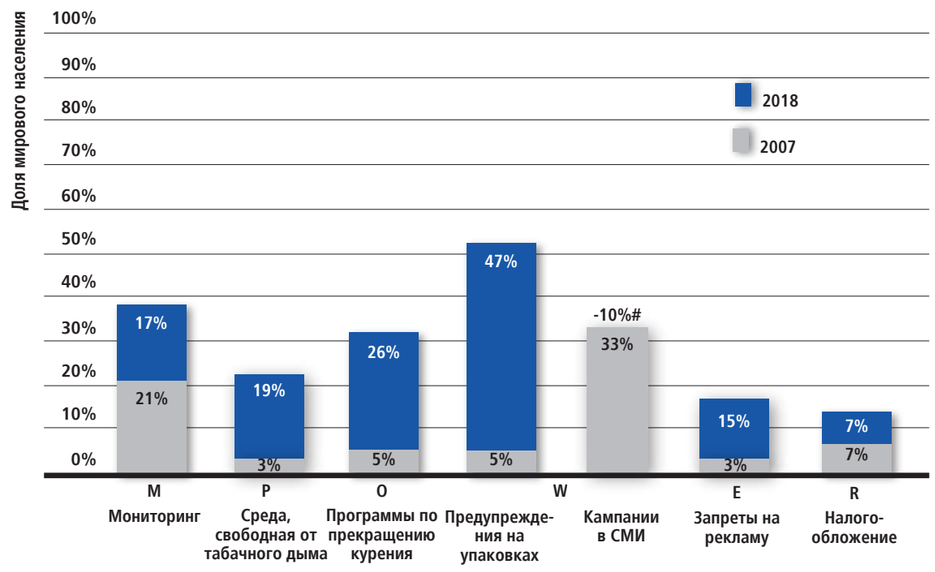
УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ МИРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ, ОХВАЧЕННОГО ОТДЕЛЬНЫМИ МЕРАМИ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА, ЗА ПЕРИОД С 2016 ПО 2018 ГОД



Примечание: Меры политики по борьбе против табака, представленные на этой диаграмме, соответствует наивысшему уровню достижений в их реализации на национальном уровне; определения категорий этих высших достижений представлены в Техническом примечании I.

* Доля мирового населения, охваченного этой мерой, снизилась за время после 2016 года.

УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ МИРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ, ОХВАЧЕННОГО ОТДЕЛЬНЫМИ МЕРАМИ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА, ЗА ПЕРИОД С 2007* ПО 2018 ГОД



Примечание: Меры политики по борьбе против табака, представленные на этой диаграмме, соответствует наивысшему уровню достижений в их реализации на национальном уровне.
* Охват кампаниями в СМИ относится к 2010, а не к 2007 году. Налогообложение относится к 2008, а не к 2007 году.
\# Численность населения, охваченного кампаниями в СМИ, сократилась за время после 2010 года.

Поэтому результаты некоторых опросов, которые проводились в 2017 и 2018 годах, не будут отражены до выхода следующего *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии* в 2021 году. Снижение охвата населения кампаниями в средствах массовой информации на 21% вызывает обеспокоенность, поскольку регулярное проведение таких кампаний имеет решающее значение для поддержания открытого диалога с населением о вреде табака и необходимости дальнейших усилий по борьбе с ним.

Вдохновляет тот факт, что в 91 стране действуют требования в отношении использования крупных графических предупреждений на упаковках табачных изделий, что делает эту меру наиболее распространенной на сегодняшний день. Из всех мер стратегии MPOWER с момента ее появления требование об использовании графических предупреждений на упаковках приняло самое большое число стран, и в настоящее время еще 82 страны охвачены этой мерой на уровне передовой практики, по сравнению всего с девятью странами в 2007 году. За этим последовало введение требований о запрете курения в общественных местах и на рабочих местах, которые приняты еще 52 странами на уровне передовой практики, по сравнению с 10 странами в 2007 году, а также введение запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, принятых еще 41 страной, по сравнению с 7 странами в 2007 году.

Некоторые страны еще не приняли ни одной меры MPOWER

Все страны имеют возможность осуществлять жесткие меры политики по борьбе против табака для защиты своего населения от употребления табака и вредного воздействия вторичного табачного дыма, а также от болезней, инвалидности и смерти, причиной которых они являются. Несмотря на то что с 2007 года принятие всеобъемлющих стратегий борьбы против табака неуклонно продвигается вперед, предстоит еще многое сделать. Пятьдесят девять стран еще не приняли ни одной меры MPOWER на самом высоком уровне достижений в ее реализации, и 49 из них являются странами с низким и средним уровнями дохода. Кроме того, темпы прогресса в принятии некоторых мер MPOWER были ниже по отношению к реализации других мер. Например, введение полных запретов TAPS и повышение налогов на табачные изделия до достаточно высоких уровней в большинстве стран происходит слишком медленно.

Пятьдесят девять стран еще не приняли ни одной меры MPOWER на самом высоком уровне достижений в ее реализации.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака и Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями

В мае 2003 года государства-члены ВОЗ вошли в историю, приняв **Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ)** *(1)*—первый существующий на сегодняшний день договор, конкретно касающийся общественного здравоохранения. К настоящему моменту 181 Сторона подписала РКБТ ВОЗ, что позволяет ей охватить более 90% населения земного шара. Это один из наиболее широко применяемых документов Организации Объединенных Наций.

В ходе переговоров по принятию РКБТ ВОЗ страны заняли смелую и дальновидную позицию в отношении табачной промышленности, которая, как признается в ее собственных внутренних документах, в погоне за прибылью производит вызывающие привыкание, смертоносные изделия. На протяжении десятилетий эта промышленность нацелена на наиболее уязвимые группы населения—женщин, детей и малоимущих людей—с помощью тщательно продуманных рекламных кампаний, чтобы обеспечить себе полное завоевание рынка сбыта. Табачные компании также умело изменили дизайн своей продукции, чтобы добиться наиболее сильного привыкания к ней у ее потребителей.

РКБТ ВОЗ также создала форум для обсуждения и решения новых проблем по мере их возникновения, например, продвижения на новые рынки табачных изделий из традиционных культур, таких как наргиле и бездымный табак, а также сотен разновидностей и брендов новых продуктов, таких как электронные системы доставки никотина и изделия из нагреваемого табака. Эти новые проблемы указывают на необходимость дальнейшего регулирования табачных изделий.

Ратифицировав РКБТ ВОЗ, страны твердо заявили о своей приверженности сдерживанию табачной эпидемии. Как бы ни была эффективна РКБТ ВОЗ, ее Стороны признают, что существуют аспекты борьбы против табака, которые требуют принятия специально подобранных ответных мер. Одним из таких аспектов является незаконная (зачастую трансграничная) торговля табачными изделиями. Эта торговля представляет серьезную угрозу для общественного здравоохранения, поскольку она срывает осуществление жестких антитабачных мер, таких как использование наглядных предупреждений о вреде для здоровья на табачных упаковках, и расширяет доступ к зачастую более дешевым табачным изделиям, тем самым увеличивая масштабы табачной эпидемии и подрывая политику борьбы против табака. Это также приводит к значительным потерям государственных доходов и в то же время способствует финансированию международной преступной деятельности. Этот вопрос настолько серьезен, что Стороны Конвенции вели переговоры о новом международном договоре, дополняющем РКБТ ВОЗ.

Ратифицировав РКБТ ВОЗ, страны твердо заявили о своей приверженности сдерживанию табачной эпидемии.

FCTC
РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями

Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями *(2)* является первым протоколом к РКБТ ВОЗ. Протокол был принят на основе консенсуса на пятой сессии Конференции Сторон в 2012 году и в настоящее время насчитывает 55 Сторон. Имея юридически обязательный характер, Протокол устанавливает правовые обязательства во многом так же, как и сама РКБТ ВОЗ.

Протокол направлен на ликвидацию всех форм незаконной торговли табачными изделиями. Он предоставляет инструменты для предотвращения незаконной торговли путем обеспечения надежности цепи поставок табачных изделий, включая лицензирование и создание международной системы отслеживания и прослеживания, а также противодействие незаконной торговле с помощью сдерживающих правоохранительных мер и комплекса мероприятий, способствующих международному сотрудничеству. Этот новый договор в качестве самостоятельного юридического документа вступил в силу в 2018 году. Первая сессия Совещания Сторон (СС1) Протокола была проведена в Женеве сразу после его вступления в силу *(3, 4)*.

Отражая саму РКБТ ВОЗ, протокол состоит из 10 частей. Он содержит введение и общие обязательства (Части I и II), основные части, включающие контроль цепи поставок, правонарушения и международное сотрудничество (Части III, IV и V) и отчетность (Часть VI). Части VII, VIII, IX и X охватывают институциональные механизмы, урегулирование споров, разработку Протокола и заключительные положения.

Примеры тем, рассматриваемых в 47 положениях Протокола, включают систему лицензирования, равноценного санкционирования или контроля (Статья 6); отслеживание и прослеживание (Статья 8); беспошлинные продажи (Статья 13); противоправные деяния, включая уголовные правонарушения (Статья 14); помощь и сотрудничество, включая взаимную административную помощь (Статья 28) и взаимную правовую помощь (Статья 29).

Части Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака

РКБТ ВОЗ уникальна среди других рамочных конвенций по глубине и широте основных обязательств, содержащихся в ней как в отношении спроса на табак, так и в отношении его предложения.

Сокращение спроса

- Статья 6. Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак
- Статья 7. Неценовые меры по сокращению спроса на табак
- Статья 8. Защита от воздействия табачного дыма
- Статья 9. Регулирование состава табачных изделий
- Статья 10. Регулирование раскрытия состава табачных изделий
- Статья 11. Упаковка и маркировка табачных изделий
- Статья 12. Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения
- Статья 13. Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

Глобальный прогресс в осуществлении Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) *(5)*

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

Сокращение предложения

- Статья 15. Незаконная торговля табачными изделиями
- Статья 16. Продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними
- Статья 17. Поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности

В рамках своих общих обязательств РКБТ ВОЗ обязывает Стороны защищать разработку и осуществление своей политики от воздействия табачной промышленности (Статья 5.3). С учетом этого РКБТ ВОЗ затрагивает всю цепочку производства, распределения и продажи табачных изделий.

Стороны также приняли на основе консенсуса руководящие принципы осуществления основных положений РКБТ ВОЗ, которые помогают им выполнять свои юридические обязательства посредством рекомендуемых действий, подробно описанных в этих положениях. Руководящие принципы были разработаны в рамках межправительственной деятельности и приняты Сторонами на различных сессиях КС.

Руководство Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака и Протоколом о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями

Руководящим органом РКБТ ВОЗ является Конференция Сторон (КС), и в ее состав входят все 181 Сторона. Аналогичным образом, Совещание Сторон (СС) обеспечивает руководство Протоколом о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями и включает в себя все Стороны Протокола. Оба органа собираются каждые 2 года, причем последние сессии состоятся в конце 2018 года.

Деятельность КС и СС регулируется их соответствующими Правилами процедуры *(3, 4)*. Они регулярно рассматривают осуществление РКБТ ВОЗ и Протокола, а также принимают решения, необходимые для содействия их эффективному осуществлению, включая создание вспомогательных органов, таких как рабочие и экспертные группы *(6)*.

Первая сессия Совещания Сторон (СС1) состоялась в Женеве, Швейцария, в октябре 2018 года.

Ориентируясь на свои соответствующие документы, КС и СС следят за ходом осуществления РКБТ и Протокола, выявляют проблемы и имеющиеся возможности и анализируют текущую деятельность. Размещенный в штаб-квартире ВОЗ Секретариат Конвенции оказывает поддержку Сторонам обоих договоров, тесно сотрудничая с ВОЗ и наблюдателями в целях обеспечения взаимодополняемости и координации действий.

Первая сессия Совещания Сторон (СС1) состоялась в Женеве, Швейцария, в октябре 2018 года.

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

В РКБТ ВОЗ прямо говорится о важности сокращения числа нынешних потребителей табака с помощью мер по прекращению курения, изложенных в Статье 14 — «Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака» *(7)*. В этой статье говорится:

1. Каждая Сторона разрабатывает и распространяет надлежащие, всесторонние и комплексные руководящие принципы, основанные на научных данных и наилучшей практике, с учетом национальных обстоятельств и приоритетов и принимает эффективные меры для содействия прекращению употребления табака и обеспечения адекватного лечения табачной зависимости.
2. Для достижения этой цели каждая Сторона стремится:
   (a) разработать и осуществить эффективные программы, направленные на содействие прекращению употребления табака, в том числе в таких местах, как учебные заведения, медико-санитарные учреждения, рабочие места и места проведения спортивных мероприятий;

   (b) включать диагностику и лечение табачной зависимости и услуги по консультированию в отношении прекращения употребления табака в национальные программы, планы и стратегии в области здравоохранения и просвещения при участии, в соответствующих случаях, работников здравоохранения, работников в общинах и социальных работников;

   (c) создать в учреждениях медико-санитарной помощи и центрах реабилитации программы по диагностике, консультированию, профилактике и лечению табачной зависимости; и

   (d) сотрудничать с другими Сторонами в облегчении доступа к лечению и доступности по цене лечения табачной зависимости, включая фармацевтические препараты, в соответствии со Статьей 22. Такие препараты и их компоненты могут включать лекарственные средства, препараты, используемые для введения лекарственных средств, а также для диагностики в соответствующих случаях.

Хотя Статья 14 является единственной статьей, посвященная прекращению употребления табака, ряд положений РКБТ ВОЗ косвенно относятся к этому вопросу — например, все меры по сокращению спроса на табак будут косвенно влиять на прекращение его употребления. Кроме того, Статья 12 «Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения» содержит ряд положений, направленных на повышение информированности об опасностях употребления табака во всех секторах общества и о пользе прекращения курения для здоровья. Об этом прямо говорится в пункте (b), который обязывает каждую Сторону принимать и осуществлять эффективные законодательные, исполнительные, административные или иные меры, направленные на содействие «информированию населения об опасностях для здоровья потребления табака и воздействия табачного дыма, а также о преимуществах прекращения употребления табака и образа жизни, свободного от табака, как это указано в Статье 14.2» *(8)*.

В Статье 14 РКБТ ВОЗ прямо говорится о важности сокращения числа нынешних потребителей табака с помощью мер по прекращению курения.

Сводный доклад о глобальном прогрессе в осуществлении Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака 2018 года: доклад, составленный на основе информации из системы отчетности по РКБТ ВОЗ

На основе докладов Сторон об осуществлении РКБТ ВОЗ, представляемых Конференции Сторон в соответствии со статьей 21 Конвенции, Секретариат Конвенции регулярно готовит двухгодичные сводные доклады о глобальном прогрессе в осуществлении Конвенции. *Сводный доклад 2018 года о глобальном прогрессе в осуществлении РКБТ ВОЗ* был представлен на КС8 *(9).*

Руководящие принципы осуществления Статьи 14 Конвенции

Руководящие принципы осуществления Статьи 14, принятые КС4 в 2010 году в соответствии с решением FCTC/COP4 *(8),* призваны «оказывать Сторонам содействие в выполнении ими обязательств, вытекающих из Статьи 14 РКБТ ВОЗ по борьбе против табака, в соответствии с их обязательствами по другим положениям Конвенции и намерениями Конференции Сторон, на основе наилучших имеющихся научных данных и с учетом национальных обстоятельств и приоритетов».

Для этого руководящие принципы:

(i) призывают Стороны укрепить или создать устойчивую инфраструктуру, мотивирующую попытки прекратить употребление табака, обеспечивающую широкий доступ к поддержке для потребителей табачных изделий, желающих отказаться от их употребления, и являющуюся устойчивым источником ресурсов для обеспечения такой поддержки;

(ii) определяют основные эффективные меры, необходимые для содействия прекращению употребления табака и включения лечения табачной зависимости в национальные программы борьбы против табака и системы здравоохранения; и

(iii) призывают Стороны делиться опытом и сотрудничать, чтобы содействовать развитию или укреплению поддержки в целях прекращения употребления табака и лечения табачной зависимости.

В качестве основы для руководящих принципов Стороны разработали ряд основных рекомендаций для реализации программ по прекращению употребления табака. Принципы, которым Стороны должны следовать при интеграции таких программ в свои системы здравоохранения, включают:

- Признание того, что употребление табака вызывает сильную зависимость
- Меры по лечению табачной зависимости должны осуществляться синергетически с другими мерами по борьбе против табака
- Стратегии прекращения употребления табака и лечения табачной зависимости должны опираться на наилучшие имеющиеся фактические данные об эффективности
- Лечение должно быть доступным и приемлемым по цене
- Прекращение употребления табака и лечение табачной зависимости должны быть инклюзивными
- Важное значение имеют мониторинг и оценка
- Активное партнерство с гражданским обществом
- Разработка и реализация политики по прекращению употребления табака должны быть защищены от всех коммерческих и корпоративных интересов
- Обмен опытом между Сторонами значительно повышает их способность осуществлять руководящие принципы
- Важное значение имеет укрепление существующих систем здравоохранения в целях содействия прекращению употребления табака и лечению табачной зависимости.

В качестве основы для руководящих принципов Стороны разработали ряд основных рекомендаций для реализации программ по прекращению употребления табака.

Руководящие принципы осуществления Статьи 14

В дополнение к набору определенных терминов каждый основной раздел руководящих принципов включает рекомендации, призванные оказать Сторонам помощь в осуществлении ими Статьи 14 Конвенции. Основные рекомендации заключаются в следующем:

Развитие инфраструктуры для цели поддержки прекращения употребления табака и лечения табачной зависимости

Предлагаемые действия включают проведение национального ситуационного анализа; налаживание или укрепление национальной координации; разработку и распространение всесторонних руководящих принципов; обращение внимания на употребление табака работниками здравоохранения и другими лицами, причастными к прекращению его употребления; развитие потенциала в области подготовки кадров; использование существующих систем и ресурсов для обеспечения максимально возможного доступа к услугам; введение обязательной регистрации факта употребления табака в медицинских записях; поощрение совместной работы; и создание устойчивого источника финансирования помощи для прекращения употребления табака.

Основные элементы системы, призванной помочь потребителям табака отказаться от его употребления

Рекомендуется, чтобы поддержка и лечение, направленные на прекращение употребления табака, предоставлялись во всех медико-санитарных учреждениях и всеми поставщиками медицинских услуг. Также следует рассмотреть возможность предоставления такой поддержки и лечения в немедицинских учреждениях должным образом подготовленными лицами, не связанными с оказанием медицинских услуг, особенно в тех случаях, когда научные данные указывают на то, что некоторые группы потребителей табака, возможно, лучше обслуживать таким образом.

Действия Сторон включают разработку подходов на уровне всего населения; установление более интенсивных индивидуальных подходов; обеспечение наличия лекарственных препаратов; и учет появляющихся научных данных, новаторских подходов и каналов массовой коммуникации.

Развитие поддержки отказа от употребления табака: поэтапный подход

Руководящие принципы рекомендуют Сторонам осуществлять меры по содействию прекращению употребления табака и повышению спроса на лечение табачной зависимости, предусмотренные в других статьях РКБТ ВОЗ. Сторонам также следует использовать существующую инфраструктуру как в медицинских, так и в других учреждениях, чтобы обеспечить выявление всех потребителей табака и предоставление им хотя бы кратких консультаций.

Действия по достижению этой цели включают создание инфраструктуры и среды, побуждающей предпринимать попытки к отказу от употребления табака, путем установления компонентов системы здравоохранения, способствующих прекращению курения (в том числе посредством адекватного финансирования и профессиональной подготовки); решение проблемы отказа от употребления табака среди самих медицинских работников; и включение кратких консультаций в существующие системы медико-санитарной помощи.

Мониторинг и оценка

В руководящих принципах Сторонам в целях отслеживания тенденций рекомендуется осуществлять мониторинг и оценку всех стратегий и программ по прекращению употребления табака и лечению табачной зависимости, в том числе промежуточных и итоговых показателей. Кроме того, Стороны должны использовать опыт других стран путем обмена информацией.

Для обеспечения эффективного мониторинга и оценки Сторонам следует сформулировать поддающиеся измерению цели, определить потребности в ресурсах и идентифицировать показатели, чтобы иметь возможность оценивать прогресс в направлении достижения каждой цели. Кроме того, Стороны должны побуждать работников здравоохранения и поставщиков медицинских услуг к участию в мониторинге результатов обслуживания с использованием четко определенных показателей и с учетом национальных обстоятельств и приоритетов. Наконец, Сторонам следует использовать практичные и эффективные системы сбора данных, которые опираются на действенные методики и соответствуют местным обстоятельствам.

Международное сотрудничество

В руководящих принципах Сторонам рекомендуется сотрудничать на международном уровне, чтобы обеспечить себе возможность осуществлять наиболее эффективные меры по прекращению употребления табака.

С этой целью Сторонам следует обмениваться своим опытом в области прекращения употребления табака и лечения табачной зависимости с другими Сторонами, в том числе стратегиями развития и финансирования поддержки прекращения употребления табака, национальными руководящими принципами лечения, стратегиями обучения, а также данными и отчетами по результатам оценок систем лечения табачной зависимости. В соответствующих случаях Сторонам предлагается использовать международные механизмы представления отчетности, например регулярные отчеты об осуществлении РКБТ ВОЗ, а также двусторонние и многосторонние контакты и соглашения. Наконец, Сторонам следует периодически проводить обзор и пересмотр этих руководящих принципов, обеспечивая, чтобы они и далее служили для Сторон источником эффективного руководства и помощи.

РКБТ 2030

В рамках проекта оказания помощи в целях развития под названием РКБТ 2030 *(10)* Секретариат Конвенции оказывает поддержку 15 странам с низким и средним уровнями дохода в укреплении осуществления РКБТ ВОЗ путем интеграции борьбы против табака с другими мероприятиями в области здравоохранения и развития. Многие страны-партнеры РКБТ 2030 работают над созданием и реализацией программ прекращения употребления табака в соответствии со Статьей 14 РКБТ ВОЗ, а Секретариат Конвенции сотрудничает с правительствами стран-партнеров РКБТ 2030 в целях содействия интеграции мер по прекращению употребления табака в системы первичной медико-санитарной помощи. В качестве примеров результатов этого проекта можно привести разработку онлайн-курса по прекращению употребления табака в Колумбии и проведение семинаров по обучению преподавателей из числа медицинских работников во всех семи провинциях Непала.

В рамках проекта РКБТ 2030 Секретариат Конвенции также сотрудничал с Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) в составлении краткого информационного бюллетеня, выпущенного с целью повышения информированности о вариантах включения мероприятий по прекращению употребления табака в гранты Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией *(11)*. В документе описывается, как потребление табака ухудшает исходы болезней у людей с туберкулезом и ВИЧ, и как включение мер борьбы против табака в эти гранты может принести больше пользы для здоровья таких пациентов и повысить эффективность их лечения.

Групповое занятие в рамках программы прекращения курения, проводимой в «Центрах профилактики и лечения наркомании» в Сальвадоре

Глобальная приверженность осуществлению РКБТ ВОЗ

Каждый из итоговых документов трех совещаний высокого уровня по неинфекционным заболеваниям, проведенных Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций (ГА ООН), поддержал и призвал страны к осуществлению РКБТ ВОЗ. Такой же подход был применен государствами-членами ООН при принятии повестки дня в отношении Целей в области устойчивого развития (ЦУР), упрощая осуществление РКБТ ВОЗ с помощью Задачи 3А: «активизировать при необходимости осуществление РКБТ ВОЗ во всех странах». Кроме того, восьмая Конференция сторон РКБТ ВОЗ приняла *Глобальную стратегию по ускорению борьбы против табака: содействие устойчивому развитию путем осуществления РКБТ ВОЗ, 2019–2025 гг. (12).*

Предложение помощи в целях прекращения употребления табака

Поддержка прекращения употребления табака может более чем в два раза увеличить шансы на успешный отказ от этой привычки

Успех политики борьбы против табака привел к увеличению спроса на поддержку в прекращении его употребления. Поддержка в отказе от табака должна быть легкодоступной, чтобы оказывать большее влияние на сокращение распространенности его употребления.

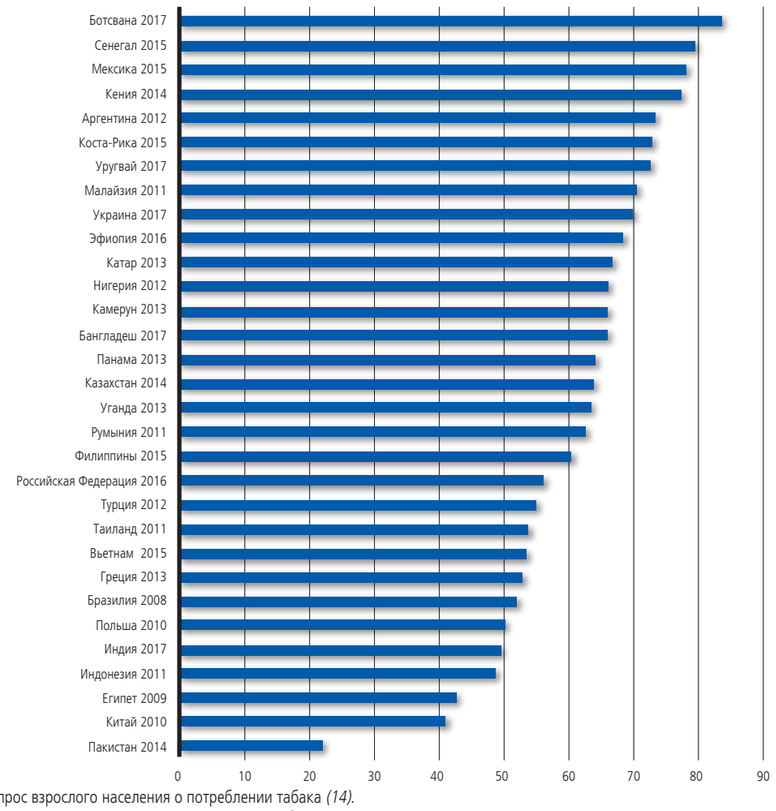
Многие потребители табака хотят бросить курить, и для этого им нужна помощь

В мире насчитывается 1,1 миллиарда взрослых курильщиков и не менее 367 миллионов потребителей бездымного табака *(13)*, многие из которых говорят, что хотят или намереваются отказаться от употребления табака *(14, 15)*. Хотя этот факт и обнадеживает, поддержка прекращения употребления табака во всем мире остается на очень низком уровне, и многие люди не имеют доступной адекватной поддержки в отказе от курения. В настоящее время около 30% населения мира имеет доступ к надлежащим услугам по прекращению употребления табака *(16)*.

За последнее десятилетие страны добились значительного прогресса в разработке научно обоснованных и экономически эффективных мер борьбы против табака. В целом ряде стран многие закрытые общественные места теперь свободны от табачного дыма, предупреждения об опасностях, связанных с употреблением табака, появляются на упаковках табачных изделий и в сообщениях средств массовой информации, более высокие цены и налоги на табачные изделия снизили их ценовую доступность, а реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий были запрещены.

Все эти усилия способствовали снижению спроса на табачные изделия и увеличили число сегодняшних потребителей табака, намеревающихся бросить курить. В среднем по странам, где проводился Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака, более 60% курильщиков указали, что они намерены бросить курить, и более 40% пытались бросить курить в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу. Услуги по поддержке прекращения употребления табака дополняют меры стран по борьбе против табака и могут способствовать сокращению распространенности его употребления.

ДОЛЯ НЫНЕШНИХ КУРИЛЬЩИКОВ, КОТОРЫЕ НАМЕРЕНЫ БРОСИТЬ КУРИТЬ (СТРАНЫ, ПРЕДСТАВИВШИЕ ДАННЫЕ ГЛОБАЛЬНОГО ОПРОСА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ О ПОТРЕБЛЕНИИ ТАБАКА ЗА РАЗНЫЕ ГОДЫ)[a]



Источник: Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака *(14)*.

[a] Доля курильщиков включает тех, кто указал, что намеревается бросить курить в следующем месяце, в течение следующих 12 месяцев или когда-нибудь в будущем.

Поддержка прекращения употребления табака помогает его потребителям отказаться от этой привычки

Никотин, фармакологически активный препарат, который естественным образом содержится в табачном растении, вызывает сильное привыкание и быстро попадает в мозг после вдыхания или проглатывания табачных продуктов или употребления нетабачных продуктов, содержащих никотин *(17)*. Никотин вызывает такое сильное привыкание, что способность четверти подростков самостоятельно отказаться от употребления табака начинает уменьшаться после выкуривания всего трех-четырех сигарет, а после выкуривания пяти пачек почти у 60% подростков формируется никотиновая зависимость *(18)*. Большинство людей, которые употребляют табак регулярно, делают это потому, что они зависимы от никотина и, следовательно, могут извлечь большую пользу из целого ряда эффективных мер по прекращению употребления табака. Например, меры по прекращению курения, реализованные на самом высоком уровне в 14 странах с 2007 по 2014 год, приведут к тому, что в будущем к 2030 году число смертей, связанных с табаком, сократится примерно на 1,5 миллиона *(19)*.

Отказ от употребления табака приносит людям немедленную пользу для здоровья

Люди начинают ощущать благотворный эффект в течение нескольких часов или даже минут после отказа от употребления табака. Можно ожидать, что отказ от табака всего на один день поможет снизить частоту сердечных сокращений и артериальное давление, а уровень окиси углерода в крови вернется к норме *(20)*. У человека, бросившего курить, в течение 3-х месяцев улучшается работа сердца и легких. Кашель и одышка обычно уменьшаются в течение 1–9 месяцев после отказа от курения *(20)*.

Риск смерти из-за употребления табака также начинает снижаться вскоре после прекращения курения. Современные данные свидетельствуют о том, что риск смерти от ишемической болезни сердца снижается в два раза в течение 5 лет после отказа от курения, а риск возникновения инсульта становится в течение 5–15 лет таким же, как и у никогда не курившего человека. Даже риск смерти от рака легкого снижается на 30–50% в течение 10 лет после отказа от курения *(20)*.

Эффективные услуги по прекращению курения спасают жизни, улучшают здоровье и экономят денежные средства

Люди, отказавшиеся от употребления табака, могут жить дольше, быть более здоровыми и продуктивными. Отказ от курения в любой момент жизни может увеличить

КАК ОТКАЗ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ПОМОГАЕТ ВАШЕМУ ОРГАНИЗМУ *(20–25)*

В течение 20 минут
уменьшается частота сердечных сокращений и снижается артериальное давление *(22)*.

В течение 12 часов
уровень окиси углерода в крови опускается до нормальных значений *(23)*.

Через 2-12 недель после отказа от употребления табака
улучшается работа сердца и легких *(20)*.

Через 6 недель после отказа от употребления бездымного табака
97% лейкоплакических поражений полости рта полностью разрешаются *(24)*.

Через 1-9 месяцев после отказа от курения
уменьшаются кашель и одышка *(20)*.

Через 1 год после отказа от курения
риск развития ишемической болезни сердца примерно в два раза меньше, чем у курильщика *(20)*.

Через 1-4 года после отказа от употребления бездымного табака
риск смерти снижается почти в два раза по сравнению с таким риском у человека, который продолжает употреблять бездымный табак *(25)*.

Через 5-15 лет после отказа от курения
риск смерти от ишемической болезни сердца снижается в два раза, риск возникновения инсульта становится таким же, как и некурящего человека *(20)*.

Через 10 лет после отказа от курения
риск развития рака легкого снижается примерно в два раза по сравнению с таким риском у курильщика, и также снижается риск развития рака полости рта, горла, пищевода, мочевого пузыря, шейки матки и поджелудочной железы *(20)*.

Через 15 лет после отказа от курения
риск развития ишемической болезни сердца становится таким же, как и у никогда не курившего человека *(20)*.

ее продолжительность — например, отказ от курения в 30-летнем возрасте может увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 10 лет. Даже в возрасте 50 лет отказ от курения приводит к увеличению ожидаемой продолжительности жизни в среднем на 6 лет *(21)*. Другими словами, никогда не поздно извлечь пользу для здоровья в результате отказа от употребления табака. Можно также ожидать, что приобретенные годы жизни будут более здоровыми, поскольку болезни, вызываемые употреблением табака, обычно являются хроническими и изнурительными и приводят к снижению качества жизни. Таким образом, отказ от курения может снизить затраты на медицинское обслуживание, связанные с длительными заболеваниями, а также увеличить продолжительность экономически и социально продуктивной жизни.

Увеличение числа людей, бросивших курить, также принесет пользу экономике. В 2012 году расходы на здравоохранение, связанные с заболеваниями, вызываемыми курением, составили в мировом масштабе 422 миллиарда долларов США. Если принять во внимание потерю производительности труда из-за болезней и смертей, связанных с курением, то эти затраты оцениваются в 1436 миллиардов долларов США, причем почти 40% этих расходов приходится на страны с низким и средним уровнями дохода *(26)*. Таким образом, сокращение потребления табака путем реализации всесторонних антитабачных мер, включая предложение помощи в отказе от курения, может обеспечить значительную экономию финансовых средств как для стран, так и для бывших потребителей табака. В одном датском исследовании предполагаемая общая экономия расходов страны на медицинское обслуживание умеренного курильщика, бросившего курить в возрасте 35 лет, составила 24 800 евро для мужчин и 34 100 евро для женщин *(27)*.

Оказание поддержки потребителям табака в отказе от его употребления является неотъемлемой частью глобальной повестки дня в области здравоохранения

В соответствии с Политической декларацией по неинфекционным заболеваниям, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 2011 году, ВОЗ разработала девять добровольных глобальных целей по снижению во всем мире смертности от четырех основных неинфекционных заболеваний (НИЗ) — сердечно-сосудистых заболеваний, рака, хронических заболеваний легких и диабета — и ускорению действий по борьбе с ведущими факторами риска возникновения НИЗ. Согласованной целью борьбы против табака является относительное сокращение на 30% распространенности употребления табака (ежедневного и эпизодического) среди лиц в возрасте 15 лет и старше в период с 2010 по 2025 год, что было одобрено Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2013 года. Для достижения этой цели важно не только предотвратить употребление табака, но и добиться того, чтобы большее число потребителей табака бросили курить. Сегодня существует целый ряд высокоэффективных и недорогих мер, которые помогают в этом.

Важность оказания помощи нынешним потребителям табака в отказе от курения отражена в Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 годы *(28)*. В Глобальном плане действий перечислены «наиболее выгодные» и экономически эффективные варианты политики для стран по снижению бремени НИЗ. В их число входит рекомендация о том, что страны должны «предоставлять оплачиваемую, эффективную и охватывающую все население поддержку в прекращении употребления табака (включая краткие консультации, национальную бесплатную телефонную линию для бросающих курить и мобильный сервис по отказу от курения (mCessation)) всем тем, кто хочет бросить курить» *(28)*. Цели в области устойчивого развития (ЦУР) подчеркивают необходимость принятия всеми странами решительных мер по сокращению потребления табака, призывая — в качестве конкретной задачи в рамках ЦУР 3 о хорошем здоровье и благополучии — к более активному осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) во всем мире. В Статье 14 РКБТ ВОЗ говорится о необходимости осуществления мер по прекращению употребления табака и предоставления услуг для бросающих курить с компенсацией их затрат, а также о средствах для достижения этой цели.

Несмотря на эти обязательства, прогресс в использовании передовой практики при оказании поддержки в отказе от курения в странах замедлился по сравнению с прогрессом в отношении применения других мер MPOWER (таких как места, свободные от табачного дыма, и запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий).

Существуют эффективные меры по отказу от употребления табака

Существует широкий выбор поведенческих и фармакологических мер по прекращению употребления табака

При отсутствии поддержки в прекращении употребления табака всего 4% попыток бросить курить оказываются успешными *(29)*. Доказавшие свою эффективность лекарственные препараты, помогающие бросить курить, и профессиональная поддержка могут удвоить шансы потребителя табака на успешный отказ от курения *(30)*. Был разработан целый ряд различных подходов с целью помочь людям отказаться от употребления табака. Они различаются по силе воздействия, стоимости и эффективности и в широком смысле могут быть классифицированы как поведенческие или фармакологические меры.

Поведенческие меры

Хотя поведенческие меры по прекращению употребления табака, как правило, не требуют больших затрат, они могут быть очень эффективными. Проведение кратких консультаций медицинскими работниками в рамках их обычных консультаций или общения с пациентами — это подход, в котором используются существующие системы здравоохранения. Когда потребитель табака посещает учреждение первичной или специализированной медицинской помощи, это дает медицинскому работнику возможность предложить и предоставить ему индивидуальную консультацию. Краткая консультация является основным средством мотивации и побуждения к отказу от курения людей, которые иначе не обратились бы за поддержкой в прекращении употребления табака, и как таковая является важным компонентом услуг по прекращению курения.

Страны могут легко обучить своих врачей и медицинских работников методам предоставления кратких консультаций населению, которое они обслуживают.

Бесплатные телефонные линии для бросающих курить — это удобный способ для потребителей табака, готовых бросить курить, получить доступ к краткому и потенциально интенсивному консультированию в отношении их поведения. Люди, которые используют эти телефонные линии, увеличивают свой абсолютный показатель отказа от курения на 4 процентных пункта, и это говорит о том, что они бросают курить в два раза чаще, чем те, кто пытается бросить курить без посторонней помощи *(30)*. Этот показатель можно увеличить еще больше, если телефонная линия для бросающих курить будет «инициативной», и консультанты будут самостоятельно звонить людям, намеревающимся отказаться от курения. С появлением и распространением технологий мобильной связи люди, которые хотят бросить курить, теперь могут быть доступны не только по обычному телефону, но и с помощью текстовых сообщений. Важным достижением последних лет стали мероприятия по прекращению курения с использованием мобильной связи, которые оказались очень многообещающими. Использование текстовых сообщений может увеличить абсолютную частоту отказа от курения на 4% *(31)*.

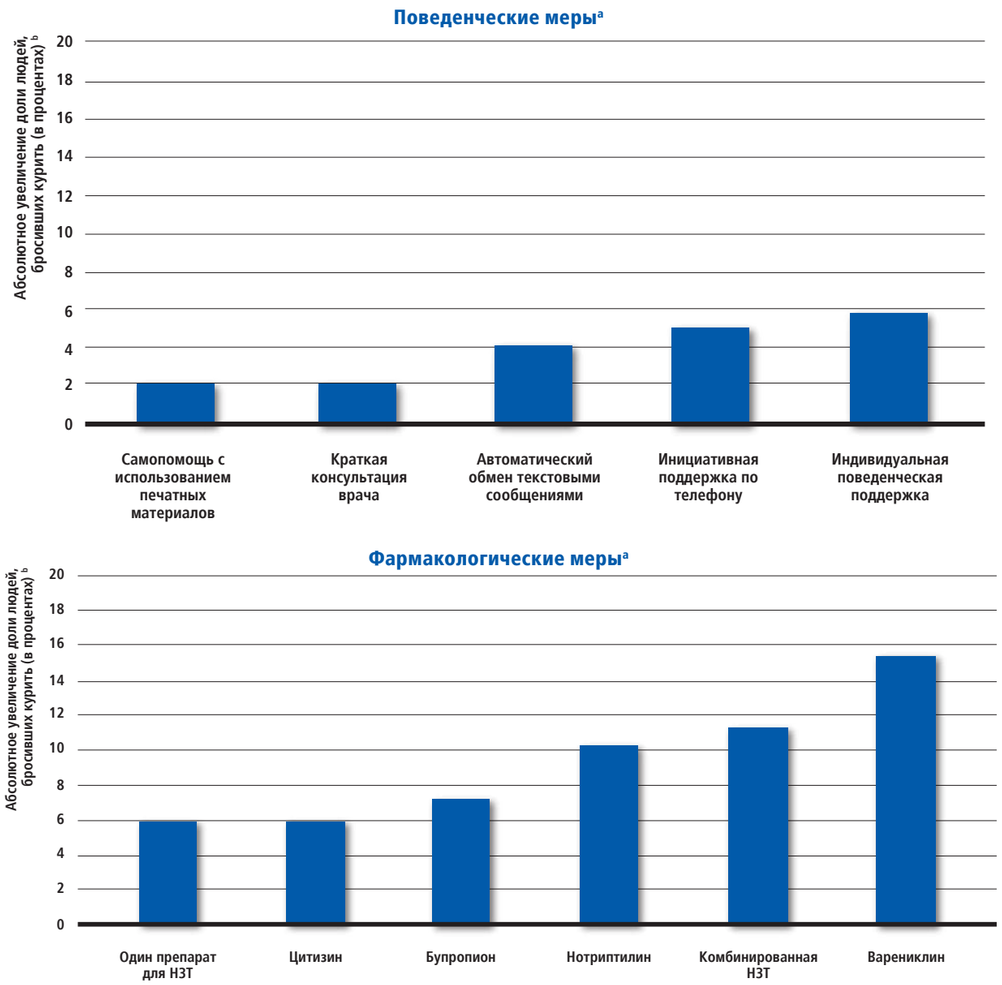
ВИДЫ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МЕРЫ	**Подходы на уровне всего населения**	**Краткая консультация**	Консультация, рекомендующая отказаться от употребления табака, обычно занимающая всего несколько минут, дается всем потребителям табака в ходе обычной консультации и/или общения с врачом или медицинским работником.
		Телефонные линии для бросающих курить	Бесплатная национальная телефонная линия для бросающих курить — это служба консультирования по телефону, которая может предоставлять как реагирующее, так и инициативное консультирование. Реагирующая линия обеспечивает незамедлительную реакцию на звонок, инициированный потребителем табака, однако отвечает лишь на входящие звонки. Инициативная линия предполагает установление графика плановых звонков для оказания постоянной поддержки тем потребителям табака, которые уже обращались за помощью.
		Мобильный сервис по отказу от курения (mCessation)	Мероприятия по прекращению употребления табака осуществляются с помощью текстовых сообщений по мобильному телефону. Мобильные технологии дают возможность расширить доступ к более широкому кругу населения, а обмен текстовыми сообщениями может обеспечить персонализированную поддержку в отказе от употребления табака эффективным и экономичным способом.
	Индивидуальные специализированные подходы	**Интенсивная поведенческая поддержка**	Поведенческая поддержка означает несколько сеансов индивидуального или группового консультирования, направленных на то, чтобы помочь людям отказаться от употребления табака. Она включает в себя всю помощь в прекращении курения, которая дает информацию об употреблении табака и отказе от него, а также предоставляет поддержку и ресурсы для развития навыков и методов изменения поведения.
		Клиники для желающих бросить курить	Во многих странах существуют клиники, специализирующиеся на услугах по отказу от употребления табака. Эти клиники предлагают интенсивную поведенческую поддержку и, в соответствующих случаях, лекарственные препараты или консультации по обеспечению лекарственными препаратами, предоставляемые специально обученными практикующими врачами.
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРЫ	**Никотинзаместительная терапия (НЗТ)**		Препараты для НЗТ выпускаются в нескольких формах, включая жевательную резинку, пастилки, пластыри, ингаляторы и назальный спрей. Эти средства для прекращения курения уменьшают тягу к никотину и облегчают симптомы отмены, обеспечивая поступление в организм низкой контролируемой дозы никотина без токсичных веществ, содержащихся в сигаретах. Дозы препаратов для НЗТ со временем постепенно снижают, чтобы помочь потребителю табака преодолеть зависимость от никотина, привыкнув к постепенно уменьшающейся дозе.
	Безникотиновая фармакотерапия		Эту терапию проводят такими препаратами, как бупропион, варениклин и цитизин. Эти препараты уменьшают тягу к никотину и облегчают симптомы отмены, а также уменьшают приятный эффект от использования сигарет и других табачных изделий.

Использование мобильного сервиса по отказу от курения (mCessation) демонстрирует огромные перспективы в Индии

В 2015 году сотрудничество между ВОЗ и инициативой Международного союза электросвязи «Будь здоровым, будь мобильным», Министерством здравоохранения и благополучия семьи Индии и Министерством связи и информационных технологий привело к разработке программы «mCessation» на основе коротких текстовых сообщений под названием QuitNow, которая поддерживает и побуждает потребителей табака бросить курить. Чтобы оценить эту инициативу, в общей сложности 12 502 подписчика QuitNow были опрошены по телефону в течение 4–6 месяцев после регистрации. Из тех участников, которые когда-либо употребляли табак, 19,1% сообщили, что воздерживались от его употребления в течение предшествующих 30 дней. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять воздействие программы mCessation на курильщиков в Индии, но предварительные результаты показывают, что она имеет большой потенциал для охвата людей, нуждающихся в поддержке, чтобы бросить курить *(31)*.

УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫЕ ВОЗДЕРЖИВАЮТСЯ ОТ КУРЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ И БОЛЕЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МЕР



Источник: West и соавт. *(33)*

[a] Каждый столбец представляет результаты метаанализа, и убедительность фактических данных, связанных с каждым исследованием, будет варьироваться.

[b] Это «прогнозируемое увеличение периода воздержания в течение 6–12 месяцев в процентах по сравнению с отсутствием мер». Авторы скорректировали опубликованное процентное увеличение воздержания от употребления табака в течение 6–12 месяцев, чтобы обеспечить прямое сравнение влияния каждой меры в тех случаях, когда в метаанализах не использовался элемент сопоставления, эквивалентный «отсутствию меры». Оценки основывались на опубликованной эффективности сравниваемых мер на основе консенсуса.

Меры по прекращению употребления табака, которые действуют наряду с другими мерами по борьбе против табака, Бразилия и США

При совместном осуществлении меры борьбы против табака могут действовать синергетически, повышая эффективность каждой отдельной меры. Например, когда в начале 2009 года **Соединенные Штаты** повысили федеральный налог на сигареты на 0,62 доллара США, количество звонков на телефонную линию для бросающих курить почти утроилось — со 171 570 звонков в январе-мае 2007 года до 533 508 звонков за тот же период в 2009 году.

А когда **Бразилия** стала первой крупной страной, включившей номер своей национальной телефонной службы помощи для бросающих курить в графические предупреждения о вреде для здоровья на упаковках сигарет, на эту линию поступило беспрецедентное количество звонков — до 6 миллионов в первый год, и это больше, чем количество звонков на все остальные линии для бросающих курить во всех странах мира на тот период *(35)*.

Фармакологические меры

Фармакологические меры, направленные на прекращение курения, включают никотинзаместительную терапию (НЗТ), а также препараты, которые не содержат никотина, но применяются для облегчения симптомов отмены употребления табака. Оба вида терапии являются эффективными вспомогательными средствами, помогающими людям бросить курить. Эффективность фармакотерапии, как правило, высока, и по сравнению с людьми, которые ее не используют, абсолютное увеличение частоты отказа от курения может варьировать от 6% при применении одного вида НЗТ до почти 15% при использовании вареникли́на. Комбинирование нескольких видов НЗТ (пластырей и форм с более быстрым действием) также может повысить эффективность НЗТ (см. «Комбинированная НЗТ» на диаграмме).

Как поведенческая поддержка отказа от курения, так и фармакотерапия эффективны в том, чтобы помочь людям отказаться от употребления табака. Однако сочетание поведенческих и фармакотерапевтических мер является более эффективным и может удвоить шансы на успешный отказ от курения *(33)*.

Механизмы развития поддержки отказа от употребления табака

Осуществление мер по прекращению употребления табака наряду с другими стратегиями борьбы против табака максимально усиливает их воздействие

Поддержка прекращения употребления табака имеет оптимальный эффект, если она осуществляется в сочетании с другими стратегиями борьбы против табака, направленными на сокращение спроса, такими как повышение налогов на табачные изделия, создание среды, свободной от табачного дыма, запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, печать крупных наглядных предупредительных надписей о вреде для здоровья на пачках сигарет и проведение антитабачных кампаний в средствах массовой информации. В свою очередь, эти меры борьбы против табака способствуют прекращению его употребления, поощряя отказ от курения и создавая благоприятные для этого условия. Хорошим примером совместных усилий является указание адреса местного портала и/или телефонного номера программы mCessation или номера телефонной линии для бросающих курить на упаковках сигарет и табака, а также при проведении антитабачных кампаний в средствах массовой информации, что может значительно повысить спрос на услуги по прекращению употребления табака *(36)*.

Использование существующей инфраструктуры для развития поддержки в отказе от употребления табака является практически осуществимой и доступной в ценовом отношении задачей

Включение кратких консультаций в существующие системы первичной медико-санитарной помощи является одним из первых шагов, которые страны могут предпринять для развития поддержки в отказе от употребления табака. Руководящие принципы Статьи 14 РКБТ ВОЗ рекомендуют странам применять поэтапный подход к развитию и укреплению национальных программ по прекращению употребления табака как можно быстрее и с наименьшими затратами *(37)*. Бóльшая часть необходимой инфраструктуры для продвижения мер по прекращению употребления табака, таких как система первичной медико-санитарной помощи, уже существует в большинстве стран, что делает такое продвижение не только осуществимым, но и доступным в ценовом отношении. Поэтому каждая страна может использовать свои существующие системы и ресурсы, для обеспечения того, чтобы потребители табака, по крайней мере, получали краткие консультации.

Каждая страна может использовать свои существующие системы и ресурсы, для обеспечения того, чтобы потребители табака, по крайней мере, получали краткие консультации, которые могут помочь мотивировать и поддержать успешные попытки бросить курить.

ПОЭТАПНЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ СОДЕЙСТВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Включение кратких консультаций в существующие программы здравоохранения может ежегодно охватить более 80% всех потребителей табака в стране, если эти консультации будут предоставляться регулярно и широко в рамках всей системы здравоохранения *(38)*. Меры по прекращению употребления табака должны быть интегрированы в любые существующие программы здравоохранения в области первичной медико-санитарной помощи, когда это возможно, а также в программы, ориентированные на конкретные заболевания и отдельные группы населения, такие как национальные программы борьбы с туберкулезом (ТБ) *(39)*, программы по НИЗ, программы по гигиене полости рта *(40)*, программы борьбы с ВИЧ/СПИДом, программы охраны психического здоровья и программы, направленные на обеспечение здоровья женщин, детей и подростков. В частности, во всем мире наблюдается серьезное стремление интегрировать услуги по прекращению курения в программы борьбы с туберкулезом и в программы сексуального и репродуктивного здоровья. Обе эти программы охватывают группы населения, подвергающиеся особому риску от вредного воздействия табака, и предоставляют возможность решить проблему табачной зависимости, когда люди вступают (в принципе редко) в контакт с системой здравоохранения.

Странам также следует рассмотреть возможность использования существующей инфраструктуры для оказания широкой и интенсивной поведенческой поддержки потребителям табака. Во многих странах существуют телефонные контактные центры, горячие линии по вопросам злоупотребления психоактивными веществами или другим вопросам, связанным со здоровьем, которые могут быть расширены для предоставления телефонных услуг по прекращению курения.

Предоставление всесторонней поддержки в отказе от употребления табака и лечении табачной зависимости при наличии необходимых ресурсов

Стоимость и эффективность различных подходов к борьбе с табакокурением различаются, и поэтому ценовая доступность разных подходов варьируется в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода. В целом, почти все поведенческие меры на уровне всего населения являются доступными по цене во всех странах, в то время как интенсивная индивидуальная терапия доступна в ценовом отношении для стран со средним и высоким уровнями дохода *(33)*. Если позволяют ресурсы, страны должны оказывать потребителям табака поддержку наивысшего уровня для содействия успешной попытке бросить курить. Страны могут применять поэтапный подход к развитию своих систем поддержки отказа от употребления табака.

Сочетание поведенческих и фармакологических мер является наиболее эффективным способом отказаться от курения, но использование тех или иных мер также зависит от предпочтений людей, которые, вероятно, будут различаться в разных социальных и культурных условиях. Потребители табака могут предпочесть использование нескольких мер по отказу от его употребления, включая использование материалов по санитарному просвещению, консультации медицинских работников, консультирование (индивидуальное, групповое или по телефону), фармакологическую терапию и другие услуги по прекращению употребления табака, оказываемые с помощью текстовых сообщений или онлайн-инструментов *(43, 44)*. Предоставление как можно чаще разнообразных вариантов поддержки в отказе от курения также имеет важное значение для обеспечения максимального охвата и эффективности.

Примеры мероприятий по отказу от употребления табака, связанных с программами первичной медико-санитарной помощи

Употребление табака и туберкулез

Табакокурение увеличивает вероятность заражения, развития и смерти от туберкулезной инфекции. В 2013 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию об утверждении Стратегии ликвидации туберкулеза. Стратегия основана на трех основных принципах, один из которых предусматривает интегрированную, ориентированную на нужды пациента помощь и профилактику. Это обеспечивает удобную политическую платформу для согласования усилий по борьбе одновременно с двумя глобальными эпидемиями: табачной и туберкулеза.

Региональный план ответных действий Юго-Восточной Азии по интеграции мер борьбы с туберкулезом и табаком на 2017–2021 годы *(41)* призван помочь государствам-членам внедрить экономически эффективные услуги по прекращению курения с помощью программ борьбы с туберкулезом и скрининга потребителей табака на туберкулез. Все 11 стран региона Юго-Восточной Азии имеют национальные программы борьбы с туберкулезом, интегрированные в системы оказания первичной медико-санитарной помощи, к которым можно добавить компонент услуг по прекращению курения. Пилотные исследования, включающие предоставление кратких консультаций по прекращению употребления табака больным туберкулезом, которые были проведены в Бангладеш, Индии и Индонезии, продемонстрировали, что эта мера может быть эффективной. С тех пор Индия разработала Совместную рамочную программу борьбы с туберкулезом и табаком и осуществляет ее в рамках своих национальных программ борьбы с туберкулезом и табаком.

Употребление табака и репродуктивное здоровье

Употребление табака во время беременности увеличивает риск развития большого числа осложнений беременности, включая преждевременные роды и самопроизвольный аборт, а также другие отдаленные риски для здоровья как матери, так и будущего ребенка. Успешное лечение употребления табака и зависимости от него может оказать существенное влияние на исходы, связанные с беременностью, и текущие показатели здоровья в целом. Интеграция услуг по прекращению употребления табака в программы репродуктивного здоровья настоятельно рекомендуется в Рекомендациях ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности *(42)*. В этих рекомендациях говорится, что медицинские работники должны в обязательном порядке предлагать консультации женщинам, употребляющим табак или недавно отказавшимся от этой привычки, а также предоставлять информацию будущим матерям и, по возможности, их партнерам и другим членам их семей о вреде вторичного табачного дыма.

ПРИМЕРЫ МИНИМАЛЬНЫХ, РАСШИРЕННЫХ И ВСЕСТОРОННИХ МЕР ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ[a]

МИНИМАЛЬНЫЕ	РАСШИРЕННЫЕ	ВСЕСТОРОННИЕ
Краткие консультации, интегрированные в услуги первичной медико-санитарной помощи	**Краткие консультации**, интегрированные в услуги первичной медико-санитарной и стационарной помощи	**Краткие консультации**, интегрированные в услуги первичной медико-санитарной, стационарной и специализированной помощи
	Телефонная линия для бросающих курить: предоставляется бесплатная телефонная линия по прекращению курения	**Телефонная линия для бросающих курить**: предоставляется бесплатная телефонная линия по прекращению курения
	Программа mCessation: обмен текстовыми сообщениями	**Программа mCessation**: обмен текстовыми сообщениями
		Специализированные услуги по лечению табачной зависимости: поведенческое консультирование и/или медикаментозное лечение

[a] Во всех странах должны предоставляться как минимум краткие консультации. После того, как они будут организованы должным образом, страны могут применять расширенные и всесторонние меры при условии наличия ресурсов.

Меры по прекращению употребления табака: проблемы и решения

Около 30% населения мира имеет доступ к надлежащим услугам по прекращению употребления табака
Обеспечение того, чтобы меры по прекращению курения достигали людей, которые в них нуждаются, является серьезной проблемой. В настоящее время около 30% населения мира имеет доступ к надлежащим услугам по прекращению употребления табака *(16)*. Недавнее исследование с использованием данных Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) из стран с низким и средним уровнями дохода показывает, что менее 50% курильщиков, которые общались с медицинским работником в течение предыдущих 12 месяцев, прошли скрининг на употребление табака или им было рекомендовано бросить курить *(45)*. Этот факт говорит об упущенной возможности охватить большое число потребителей табака. Степень воздействия той или иной меры во многом зависит как от ее эффективности, так и от охвата. Таким образом, поиск практических способов охвата как можно большего числа потребителей табака является ключом к достижению того воздействия, которое поддержка в отказе от табака потенциально может оказать на сокращение распространенности его употребления в стране.

Многие страны не компенсируют затраты на услуги по прекращению употребления табака для тех, кто их использует
Обращение к потребителям табака с просьбой оплатить услуги по прекращению его употребления (например, за телефонные линии по прекращению курения и лекарственные препараты) оказалось серьезным препятствием для обращения за такими услугами даже в странах с высоким уровнем дохода. Хотя в большинстве стран НЗТ предоставляется без медицинского осмотра или выписки рецепта, стоимость покупки может ограничить доступ к такой терапии, особенно для людей с низкими доходами *(46)*. Не все механизмы компенсации затрат или страхования покрывают стоимость НЗТ, и даже когда это происходит, существуют некоторые препятствия там, где эти механизмы действительно применяются. Например, может случиться так, что рецепты, выписанные некоторыми медицинскими работниками, например стоматологами (которые могут быть обучены проведению кратких консультаций), не подлежат возмещению. Крайне важно, чтобы страны компенсировали затраты на поддержку в отказе от употребления табака для своих потребителей. Исследование, проведенное в Нью-Йорке, показывает, что предложение бесплатной НЗТ может увеличить частоту отказа от курения и действовать как экономически эффективная маркетинговая стратегия, мотивирующая большое количество курильщиков звонить на телефонную линию по прекращению курения для получения направленной на это помощи *(47, 48)*.

Следует лучше осознавать действенность и экономическую эффективность программ по прекращению употребления табака
Меры политики по борьбе против табака, как правило, весьма эффективны с точки зрения затрат. Такие меры, как повышение налогов на табак, могут оказывать большое воздействие при относительно небольших сопутствующих расходах. Для сравнения, программы отказа от употребления табака несут такие затраты, как время, необходимое персоналу для предоставления кратких консультаций; выделение финансовых средств на НЗТ и лекарственные препараты; и наем консультантов для телефонных линий по прекращению курения. Однако программы по прекращению употребления табака являются весьма эффективными с экономической точки зрения по сравнению с другими мероприятиями систем здравоохранения и клиническими вмешательствами. Совокупная экономическая эффективность использования телефонных линий для бросающих курить и программ проведения кратких консультаций сопоставима с экономической эффективностью скрининга на рак молочной железы *(49)*.

МЕРЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ЯВЛЯЮТСЯ ЭКОНОМИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНЫМИ

МЕРА	СРЕДНЯЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В СТРАНАХ С НИЗКИМ И НИЖЕ СРЕДНЕГО УРОВНЯМИ ДОХОДА	СРЕДНЯЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В СТРАНАХ С ВЫСОКИМ И ВЫШЕ СРЕДНЕГО УРОВНЯМИ ДОХОДА
Обеспечение в масштабах всей страны оплачиваемой и эффективной поддержки в отказе от употребления табака (включая краткие консультации, национальную бесплатную телефонную линию по прекращению курения) всем тем, кто хочет бросить курить, с охватом 95% из них	Очень высокая	Высокая
Скрининг с помощью маммографии (один раз в 2 года для женщин в возрасте 50-69 лет), сопряженный со своевременной диагностикой патологии, стадированием заболевания, хирургическим лечением, проведением или отсутствием системной терапии (эндокринная терапия или химиотерапия) и устранением токсических эффектов, вызванных лечением	Очень высокая	Высокая

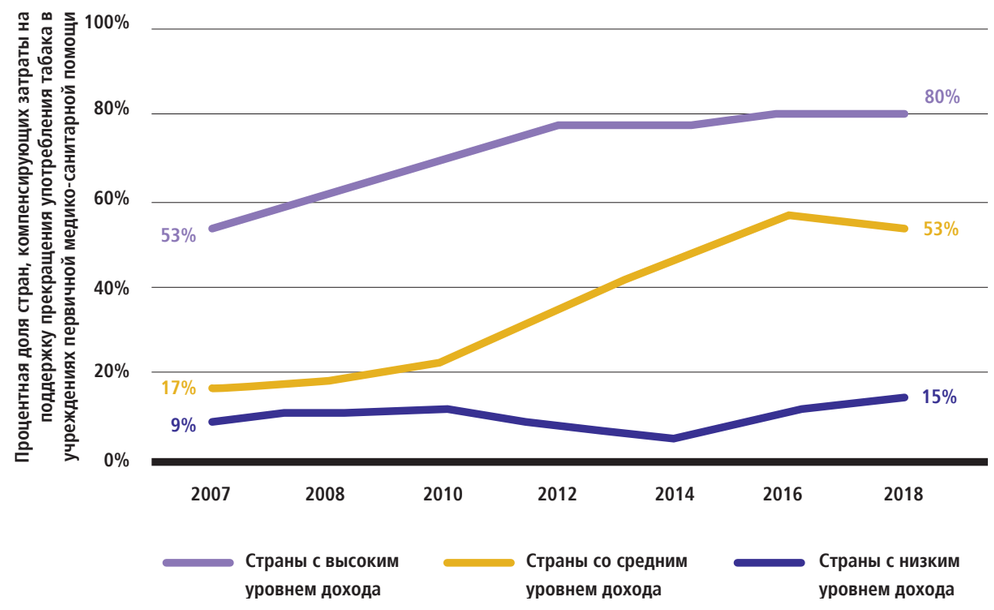
Меры по прекращению употребления табака должны учитывать особенности, характерные для уязвимых групп населения
Системы поддержки прекращения употребления табака более эффективны, если они учитывают различные социальные нормы, влияющие на потребление табака, а также трудности, связанные с отказом от его употребления. Социальный статус потребителей табака, такой как пол, возраст, состояние психического здоровья, язык и культура, может сильно повлиять на индивидуальный опыт употребления табака, включая отказ от курения. Например, данные, полученные в ходе исследований эффективности и действенности различных мер, свидетельствуют о том, что женщинам, возможно, труднее добиться длительного воздержания от употребления табака, чем мужчинам. Понимание многих факторов, которые взаимодействуют с полом человека (включая психологические, биологические, фармакологические, социальные, экологические и культурные факторы), и того, как они связаны с отказом от курения, вероятно, поможет разработать более эффективные меры по прекращению курения, направленные на устранение этих гендерных различий *(50)*.

Есть также очевидные случаи, когда отсутствие внимания к конкретным социальным факторам и условиям может снизить вероятность отказа от курения. Например, в некоторых странах женщин реже спрашивают об их употреблении табака и реже предлагают краткие консультации в службах первичной медико-санитарной помощи, что может свидетельствовать о предубеждении медицинских работников в отношении женщин и наличии гендерных стереотипов *(51)*. Обеспечение того, чтобы инициативы по прекращению курения были доступны и применимы к женщинам, а также к молодежи, лицам с психическими заболеваниями, этническим меньшинствам, говорящим на разных языках, и другим уязвимым группам населения, может повысить охват и эффективность мер по прекращению употребления табака.

Немногие страны проводят постоянный мониторинг и оценку, которые помогают им улучшить качество услуг по прекращению употребления табака
Для лиц, принимающих решения, фактические данные являются ключом к обоснованию необходимости осуществления политики борьбы против табака и повышения качества медицинских услуг. Несмотря на наличие большого количества фактических данных об эффективности мер по прекращению употребления табака, лишь немногие страны проводят постоянный мониторинг и оценку, которые помогают им определить качество, эффективность, охват, воздействие и стоимость их услуг по прекращению употребления табака. Отсутствие информации о прогрессе и результатах деятельности служб по прекращению употребления табака на национальном уровне может помешать выявлению приоритетных областей, повышению качества и дальнейшим инвестициям в услуги по отказу от употребления табака.

Во многих странах необходимо усилить приверженность осуществлению мер по прекращению употребления табака
Во многих странах до сих пор нет национальной стратегии прекращения употребления табака. Лишь в нескольких странах имеется специальный персонал или четко определены бюджеты для программ отказа от курения *(52)*. Системы здравоохранения должны взять на себя основную ответственность за реализацию программ по прекращению употребления табака *(37)*, но поддержка в отказе от его употребления, включенная в услуги первичной медико-санитарной помощи, которая предоставляет потребителям табака ресурсы для отказа от курения, все еще не получила широкого распространения и особенно редко встречается в странах с низким уровнем дохода.

ДОЛЯ СТРАН, В КОТОРЫХ ПОДДЕРЖКА ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ОКАЗЫВАЕТСЯ ХОТЯ БЫ В НЕКОТОРЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



Электронные сигареты и другие изделия, продаваемые как «средства для прекращения курения»
В последние годы табачная промышленность (и другие участники коммерческой деятельности, не связанной с табаком, такие как производители электронных сигарет) представила широкий спектр изделий, большинство из которых имитируют процесс курения, как правило доставляя никотин в организм человека. В настоящее время существует три основные категории этих изделий:

Изделия из нагреваемого табака (ИНТ) — это табачные изделия, которые образуют аэрозоли, содержащие никотин и токсичные химические вещества, при нагревании табака или активации устройства, содержащего табак. Эти аэрозоли вдыхаются пользователями во время процесса затягивания или курения с использованием устройства. Они содержат никотин, вызывающий сильное привыкание, а также нетабачные добавки, зачастую ароматизированные. Табак может быть в виде сигарет специальной конструкции (например, «нагреваемые табачные палочки», «нео-стики»), капсул или вставок.

Электронные системы доставки никотина (ЭСДН) — это устройства, которые нагревают жидкость для создания аэрозоля, вдыхаемого пользователем. Жидкость содержит никотин (но не табак) и другие химические вещества, которые могут быть опасными для здоровья людей.

Электронные системы доставки продуктов, не являющихся никотином (ЭСДПН), похожи на ЭСДН, но нагретый раствор, подаваемый через устройство в виде аэрозоля, обычно не содержит никотина.

Эти изделия активно продаются или продвигаются на рынке как более «чистая» замена обычным сигаретам, как средства, помогающие бросить курить, или как изделия «сниженного риска». Они получили широкое распространение на рынках ряда стран по всему миру и представляют собой уникальную проблему для регулирующих органов. Хотя некоторые из этих изделий выделяют меньше токсичных веществ, чем обычные сигареты, они не являются безопасными, и их долгосрочное влияние на здоровье и смертность пока неизвестно. На сегодняшний день нет достаточного количества независимых фактических данных в поддержку использования этих изделий в качестве способа для прекращения употребления табака на уровне всего населения, чтобы помочь людям отказаться от обычного употребления табака. ИНТ содержат табак, и использование этих изделий представляет собой употребление табака, увеличивая тем самым связанное с ним бремя в странах, где они продаются. Кроме того, имеющиеся фактические данные не подтверждают утверждения табачной промышленности о том, что эти изделия менее вредны по сравнению с обычными табачными изделиями *(53, 54)*.

Остается большая неопределенность в отношении потенциальной токсичности ЭСДН. Хотя некоторые из них, как было показано, помогают курильщикам при определенных условиях отказаться от обычного курения, научные данные об использовании ЭСДН в качестве НЗТ *(55, 56)* неубедительны *(57–59)*. Было проведено лишь ограниченное число рандомизированных контрольных исследований и лонгитудинальных исследований, посвященных изучению роли ЭСДН как потенциального средства помощи, предлагаемого населению для прекращения курения, и выводы этих исследований неоднозначны *(57, 59)*.

Два обзора, проведенные в 2016 и 2017 годах, показали, что из имеющихся результатов исследований нельзя сделать никаких достоверных выводов *(57, 59)*. Это согласуется с выводом Национальной академии наук в ее обзоре фактических данных по ЭСДН за 2018 год (в этом и последующих докладах они называются электронными сигаретами), в котором говорится, что «в целом, есть некоторые доказательства того, что электронные сигареты могут быть эффективным средством содействия прекращению курения» *(60)*.

Напротив, рандомизированное контрольное исследование в отношении использования электронных сигарет в сравнении с никотинзаместительной терапией показало, что «электронные сигареты были более эффективным средством для прекращения курения, чем никотинзаместительная терапия, когда оба способа сопровождались поведенческой поддержкой» *(61)*. Однако это исследование имеет ряд ограничений, и любое рассмотрение результатов должно проводиться с осторожностью. Например, хотя те, кому были назначены электронные сигареты, чаще воздерживались от использования обычных сигарет по сравнению с теми, кому была назначена НЗТ, 80% пользователей электронных сигарет продолжали их использовать через год после начала исследования. И это по сравнению с очень небольшим процентом людей, получавших НЗТ, которые продолжали ее использовать. В большинстве стран, где доступны электронные сигареты, бóльшая часть пользователей продолжают их использовать одновременно с обычными сигаретами, что практически не дает положительного результата в отношении уменьшения рисков и последствий для здоровья *(62)*.

В то же время в некоторых обзорах также высказывается предположение о том, что использование электронных сигарет на самом деле может препятствовать прекращению курения *(63)*. Кроме того, затрудняя отказ от курения, инновационные и новые табачные и никотиновые изделия все чаще используются теми, кто никогда не употреблял табак *(64)*. Таким образом, эти изделия играют важную роль в расширении прослойки потребителей никотина с высоким риском развития у них табачной зависимости, особенно среди детей и подростков.

Ложная информация, распространяемая табачной промышленностью об электронных сигаретах, в настоящее время является реальной угрозой
Научные данные о том, что электронные сигареты служат средством для прекращения курения, неубедительны, и нет ясности относительно того, влияют ли эти изделия каким-либо образом на отказ от курения. Существуют также реальные опасения по поводу риска, который они несут для некурящих лиц, начинающих их использовать, особенно для молодых людей. В отличие от испытанных никотиновых и безникотиновых фармакотерапевтических препаратов, которые, как известно, помогают людям отказаться от употребления табака, ВОЗ не одобряет использование электронных сигарет как средства для прекращения курения.

Поскольку ЭСДН все чаще появляются на рынке, тщательный мониторинг показателей прекращения курения приобретает крайне важное значение. Возможность вмешательства табачной промышленности в усилия по прекращению употребления табака путем распространения ложной информации о потенциальных преимуществах этих изделий, которые позиционируются как альтернатива использованию обычных табачных изделий, но в большинстве случаев их дополняют, представляет собой существующую реальную угрозу.

Этот вопрос и другие проблемы, связанные с ЭСДН и ИНТ, обсуждаются более подробно в следующих разделах настоящего доклада.

Максимизация усилий по прекращению курения

Правительствам следует взять на себя более серьезные политические и финансовые обязательства по содействию прекращению употребления табака
Осуществление мер по прекращению употребления табака может помочь существенно сократить распространенность его употребления и спасти жизни людей *(65, 66)*. По оценкам, если бы меры по прекращению употребления табака были реализованы на самом высоком уровне в 14 странах в период с 2007 по 2014 год, можно было бы спасти 1,5 миллиона человеческих жизней *(19)*. Для достижения связанных с табаком глобальных целей в области борьбы с НИЗ и реализации ЦУР

Учитывая недостаток и низкое качество научных данных, невозможно определить, могут ли ЭСДН помочь или, наоборот, помешать большинству курильщиков бросить курить (FCTC/COP7/11).

правительствам необходимо рассматривать отказ от употребления табака в качестве важного приоритета для общественного здравоохранения и инвестировать в него соответствующие средства. Статья 14 РКБТ ВОЗ предусматривает план более решительной поддержки прекращения употребления табака. Основные рекомендации включают следующие действия.

Содействие поддержке в отказе от употребления табака в рамках всесторонней программы борьбы против табака

Программы прекращения употребления табака более эффективны, когда они являются частью всесторонней программы борьбы против табака. Странам следует ускорить полное осуществление РКБТ ВОЗ, включая положения Статьи 14, касающиеся прекращения употребления табака и лечения табачной зависимости.

Признание поддержки в отказе от употребления табака в качестве важнейшего компонента всеобщего охвата услугами здравоохранения

Помощь потребителям табака в отказе от курения является одной из наиболее экономически эффективных профилактических услуг в системе первичной медико-санитарной помощи. ВОЗ рекомендует отказ от употребления табака в качестве одного из основных мероприятий в области неинфекционных заболеваний для системы первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов (PEN ВОЗ: https://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/) из-за его важности в профилактике и лечении НИЗ, таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания и диабет. Страны должны включить поддержку прекращения употребления табака в свой пакет мероприятий по всеобщему охвату услугами здравоохранения, с тем чтобы предоставлять ориентированные на нужды людей медицинские услуги в рамках первичной медико-санитарной помощи. Как минимум, страны должны обеспечить подготовку медицинских работников для предоставления кратких консультаций в рамках всех существующих программ здравоохранения в системе первичной медико-санитарной помощи и сделать обязательным регистрацию факта употребления табака в медицинских картах пациентов. Подготовка в области прекращения употребления табака должна быть частью всех программ профессиональной подготовки медицинских работников и частью обязательной учебной программы для всех медицинских профессий. Обучить медицинских работников регулярному предоставлению кратких консультаций можно с помощью однодневного семинара или даже с помощью онлайн-курса обучения. Чтобы помочь странам в их усилиях по интеграции кратких консультаций в систему первичной медико-санитарной помощи, ВОЗ разработала комплект учебно-методических материалов *Укрепление систем здравоохранения для лечения табачной зависимости в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (67)* и электронный курс дистанционного обучения — *Курс для работников служб первичной медико-санитарной помощи: кратковременные антитабачные мероприятия* (доступен по ссылке: https://www.who.int/tobacco/quitting/training-for-primary-care-sizes/en/). Эти материалы находятся в свободном доступе.

Целевое ассигнование табачных налогов на прекращение употребления табака: инновационная программа в Таиланде

Финансируемый за счет поступлений от акцизов на табак и алкоголь, Тайский фонд укрепления здоровья (ThaiHealth) поддержал несколько проектов по прекращению курения. Например, с 2009 года он постоянно финансирует Национальную телефонную линию по прекращению курения, обслуживающую до 22 000 курильщиков в год с показателем успешных попыток отказа от курения 33% *(70)*. С 2016 года фонд финансирует Министерство здравоохранения для повышения качества услуг по прекращению курения во всех больницах.

ThaiHealth совместно с Министерством здравоохранения и всеми другими заинтересованными сторонами также организовал и запустил проект под названием «Три миллиона бросивших курить за три года». Этот проект, начавшийся в июне 2016 года и завершившийся в конце мая 2019 года, привлек 1 миллион волонтеров Министерства здравоохранения из сельской местности в систему здравоохранения, чтобы помочь одному курильщику в год успешно бросить курить как минимум на 6 месяцев (попросив людей полностью отказаться от употребления табака, используя местные ресурсы, и/или направив их за поддержкой в службы по прекращению употребления табака Министерства здравоохранения, если это было необходимо).

В случае успеха, этот проект ежегодно заставит 1 миллион человек бросить курить, что в общей сложности составит 3 миллиона бросивших курить за 3 года. В ноябре 2018 года министр здравоохранения объявил, что этот проект станет одним из показателей, используемых для оценки эффективности работы всех высших должностных лиц Министерства, и это заявление побудило участников проекта удвоить свои усилия. В январе 2019 года Министерство объявило, что около 1,7 миллиона курильщиков начали отказываться от употребления табака в рамках этой программы.

Создание устойчивого источника финансирования поддержки отказа от употребления табака

Укрепление или создание национальной инфраструктуры для активизации и предоставления поддержки и услуг по прекращению употребления табака требует как финансовых, так и технических ресурсов, поэтому крайне важно определить устойчивый источник финансирования. Странам следует рассмотреть вопрос о том, чтобы переложить расходы по поддержке прекращения употребления табака на табачную промышленность и других розничных продавцов с помощью таких мер, как специальные налоги на табачные изделия; лицензионные сборы за производство и/или импорт табачных изделий; лицензии на продажу табачных изделий для оптовых и розничных продавцов; а также сборы с табачной промышленности и розничных продавцов за несоблюдение установленных требований.

Предложение определенного уровня компенсации или финансового стимулирования может оказать существенное влияние как на обращение за лечением для прекращения курения, так и на вероятность того, что пациенты будут придерживаться этого лечения *(68)*. Меры, снижающие стоимость лечения для курильщиков, не только увеличивают число людей, которые пытаются бросить курить, но и повышают вероятность их успеха в прекращении курения *(69)*.

Содействие развитию государственно-частного партнерства и вовлечение различных заинтересованных сторон

Крайне важно, чтобы правительства и неправительственные организации работали в тесном сотрудничестве для ускорения реализации мер по прекращению употребления табака и уменьшению причиняемого им вреда. Государственно-частные партнерства (которые исключают табачную промышленность и финансируемые ею фонды) могли бы расширить масштабы финансирования и услуг по прекращению употребления табака, предлагаемых в странах. Например, многие национальные или региональные телефонные линии по прекращению курения субсидируются за счет сочетания государственного и негосударственного финансирования. Частные страховые компании и работодатели также могут предложить меры материального поощрения (например, снижение страховых взносов или предоставление дополнительных выплат и льгот персоналу), чтобы помочь мотивировать успешное использование сотрудниками услуг по прекращению курения, учитывая сокращение затрат на медицинское обслуживание и повышение производительности труда, которых можно ожидать после прекращения употребления табака.

Установление приоритетности подходов к прекращению употребления табака на уровне всего населения

Ресурсы ограничены. Для того чтобы меры по прекращению употребления табака охватили как можно больше его потребителей при минимально допустимых затратах и оказали наибольшее воздействие, правительствам следует уделять приоритетное внимание подходам к прекращению употребления табака в масштабах всего населения и рассмотреть возможность принятия трех подходов, охватывающих все население, рекомендованных в Глобальном плане действий ВОЗ по НИЗ на 2013–2020 годы: интеграция кратких консультаций в систему первичной медико-санитарной помощи, предоставление услуг национальной бесплатной телефонной линии для бросающих курить и обеспечение доступности поддержки mCessation.

Использование инновационных подходов для расширения охвата мероприятиями по прекращению употребления табака

Важным аспектом ЦУР 9, касающейся индустриализации, инноваций и инфраструктуры, является признанная необходимость того, чтобы люди имели

надлежащий доступ к информации и услугам. Необходимо использовать новейшие технологии для обеспечения доступа населения к информации об опасностях употребления табака через популярные форумы, такие как социальные сети; кроме того, следует продолжать дальнейшую разработку мер с использованием мобильных телефонов и других цифровых платформ.

Следует также поощрять исследования и разработки в инновационных направлениях для использования таких достижений, как мобильные технологии и искусственный интеллект, в мероприятиях по прекращению курения. В настоящее время мы знаем, какие меры реально работают, но они еще не охватывают достаточное количество потребителей табака. Расширение охвата и доступа к услугам по прекращению курения, например, с помощью мобильного здравоохранения (mHealth) и носимых электронных устройств, может помочь существенно повлиять на сокращение распространенности употребления табака во всем мире.

Разработка эффективных стратегий передачи информации

Кампании по повышению информированности населения должны разрабатываться таким образом, чтобы разъяснять действенность и экономическую эффективность мер по прекращению употребления табака широким слоям населения и сообществу по борьбе против табака. Важно также наладить эффективную систему коммуникации, которая информирует людей о различных доступных видах поддержки, а также о том, где к ней можно получить доступ. Согласованные заявления медицинских работников оказывают большое влияние. Кампании должны быть тщательно продуманы, чтобы ориентироваться на конкретную аудиторию в различных условиях, и чтобы они максимально углубили понимание и получили поддержку населения, необходимую для достижения успеха.

Мониторинг и оценка всех стратегий и программ прекращения употребления табака

Мониторинг и оценка имеют важное значение для обеспечения использования наилучших средств для разработки основанных на фактических данных и экономически эффективных мер по прекращению употребления табака, которые помогают его потребителям бросить курить. Способность извлекать уроки из опыта разработки и реализации программ по прекращению употребления табака затрудняется из-за недостатка и низкого качества данных, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода.

Странам следует продолжать осуществлять мониторинг и оценку реализуемых стратегий и программ по прекращению употребления табака, в том числе промежуточных и итоговых показателей, с целью наблюдения за тенденциями и воздействием с течением времени. Налаживание тесного сотрудничества с академическими институтами, национальными статистическими управлениями, неправительственными организациями и другими заинтересованными сторонами поможет разработать надлежащие методы мониторинга и оценки, а также предусмотреть использование более эффективных и специализированных услуг.

Соблюдение осторожности в отношении инновационных и новых табачных и никотиносодержащих изделий

Политические действия и меры в области здравоохранения должны основываться на надежных научных данных. Если данных о потенциальном вреде новых изделий недостаточно, страны должны проявлять осторожность, обеспечивая, чтобы их законодательство отвечало современным требованиям и в достаточной мере защищало здоровье своих граждан.

Крайне важно, чтобы правительства и неправительственные организации работали в тесном сотрудничестве для ускорения реализации мер по прекращению употребления табака и уменьшению причиняемого им вреда.

Изделия из нагреваемого табака

Изделия из нагреваемого табака содержат табак

Изделия из нагреваемого табака (ИНТ) — это табачные изделия, которые образуют аэрозоли, содержащие никотин и токсичные химические вещества, при нагревании табака или активации устройства, содержащего табак. Эти аэрозоли вдыхаются потребителями во время процесса затягивания или курения при использовании устройства. Они содержат никотин, вызывающий сильное привыкание, а также нетабачные добавки, зачастую ароматизированные. Табак может быть в виде сигарет специальной конструкции (например, «нагреваемые табачные палочки», «нео-стики»), капсул или вставок.

ИНТ отличаются не только от обычных сигарет, но и от электронных систем доставки никотина (ЭСДН, некоторые из которых называются электронными сигаретами), поскольку ЭСДН содержат не табак, а раствор никотина. Однако эти отличия становится все труднее определить. Сегодня наблюдается увеличение количества новых «гибридных» табачных изделий, содержащих как раствор никотина, так и табак. Примеры ИНТ включают IQOS производства Philip Morris International (PMI), Ploom TECH производства Japan Tobacco International (JTI), Glo производства British American Tobacco (BAT) и PAX производства PAX Labs.

Фактические данные в отношении ИНТ являются неубедительными

В то время как технология ИНТ существует с 1980-х годов, новые поколения изделий, ставших популярными за последние 5 лет, имеют другие особенности и механизмы действия по сравнению с более ранними версиями. Это означает, что хотя исследования ИНТ проводились с момента их появления, выводы в отношении более ранних изделий не могут быть применены к более поздним. Учитывая, что продукты нового поколения не присутствуют на рынке достаточно долгое время, фактических данных об их влиянии на здоровье людей крайне мало. Кроме того, источником большей части существующих научных данных об ИНТ является табачная промышленность, и поэтому их объективность, вероятно, можно поставить под сомнение ввиду возникающего у этой промышленности конфликта интересов.

ИНТ следует регулировать как табачные изделия

В настоящее время ИНТ доступны более чем в 40 странах. Хотя в некоторых странах они запрещены, существуют значительные различия в том, как они регулируются в других странах.

ВОПРОС	КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ
Содержат ли ИНТ вредные химические вещества?	Из имеющихся фактических данных мы знаем, что многие вредные химические вещества, генерируемые ИНТ, аналогичны тем, которые генерируются обычными сигаретами, но, как правило, на более низких уровнях *(71, 72)*. Однако имеются также некоторые фактические данные о том, что в ИНТ присутствуют новые химические вещества, которых нет в выделяемых продуктах обычных сигарет, и которые могут иметь некоторую степень токсичности и приносить связанный с этим вред *(53)*.
ИНТ менее вредны, чем сигареты?	На сегодняшний день имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что воздействие на здоровье человека опасных и потенциально опасных химических веществ, содержащихся в этих изделиях, может быть менее сильным по сравнению с обычными сигаретами *(73)* (но более сильным по сравнению с электронными системами доставки никотина (ЭСДН), см. следующий раздел). Однако имеющиеся данные не говорят о том, что использование этих изделий уменьшат количество заболеваний, связанных с табаком, или что они используются исключительно в качестве заменителей сигарет. Если эти изделия привлекут потребителей, которые ранее не употребляли табак, их общее воздействие на здоровье будет негативным.
Можно ли использовать ИНТ в качестве средства для прекращения курения?	ИНТ являются табачными изделиями, и поэтому, даже если потребитель табака перейдет от использования обычных сигарет к ИНТ, это не будет означать прекращения употребления табака. Утверждения о том, что курильщики переходят от обычных сигарет к использованию только ИНТ, необоснованны *(74)*. Необходимы дальнейшие независимые исследования для сбора дополнительной информации и обоснования вариантов принимаемых мер.

На способность страны контролировать и регулировать использование ИНТ влияют многие факторы, в том числе национальные распорядительные полномочия, возможности обеспечения нормативно-правового регулирования, потенциал страны и вмешательство табачной промышленности.

Как и в случае с другими табачными изделиями, меры MPOWER применяются к ИНТ

ИНТ являются табачными изделиями. Это означает, что обязательства Сторон по РКБТ ВОЗ применяются к ИНТ точно так же, как они применяются к обычным сигаретам. Меры MPOWER помогают государствам-членам ВОЗ осуществлять статьи РКБТ ВОЗ о сокращении спроса на табак и в равной степени применимы к ИНТ, как и к другим табачным изделиям. Это четко сформулировано в информационном бюллетене ВОЗ, посвященном изделиям из нагреваемого табака, который содержит руководящие указания о том, как следует регулировать эти изделия *(75)*, а также в решении FCTC/COP8 *(22)* по инновационным и новым табачным изделиям.

Маркетинг ИНТ должен тщательно контролироваться и регулироваться

Маркетинг ИНТ является одной из самых серьезных проблем в борьбе против табака. Эти изделия широко рекламируются с использованием заявлений, в которых прямо или косвенно утверждается, что они являются более безопасной и менее токсичной альтернативой обычным сигаретам *(53)*. Производители используют отсутствие четкого консенсуса в отношении конкретных форм вреда, причиняемого ИНТ, чтобы ввести потребителей в заблуждение и уклониться от существующего регулирования, а также избежать введения нормативных требований, распространяющихся на эти изделия.

Например, в то время как ИНТ широко продаются как более безопасные альтернативы для курильщиков, производители, как правило, тщательно продумывают свои заявления или предусматривают отказ от ответственности *(76)*. Производители часто заявляют, что аэрозоль, получаемый из ИНТ, содержит меньшее количество вредных компонентов, чем сигаретный дым, и поэтому менее вреден для здоровья *(76)*. Однако такие фразы, как «вероятно, причинят меньше вреда» или «потенциально могут причинить меньший вред», не означают, что это свидетельствует о снижении риска для здоровья.

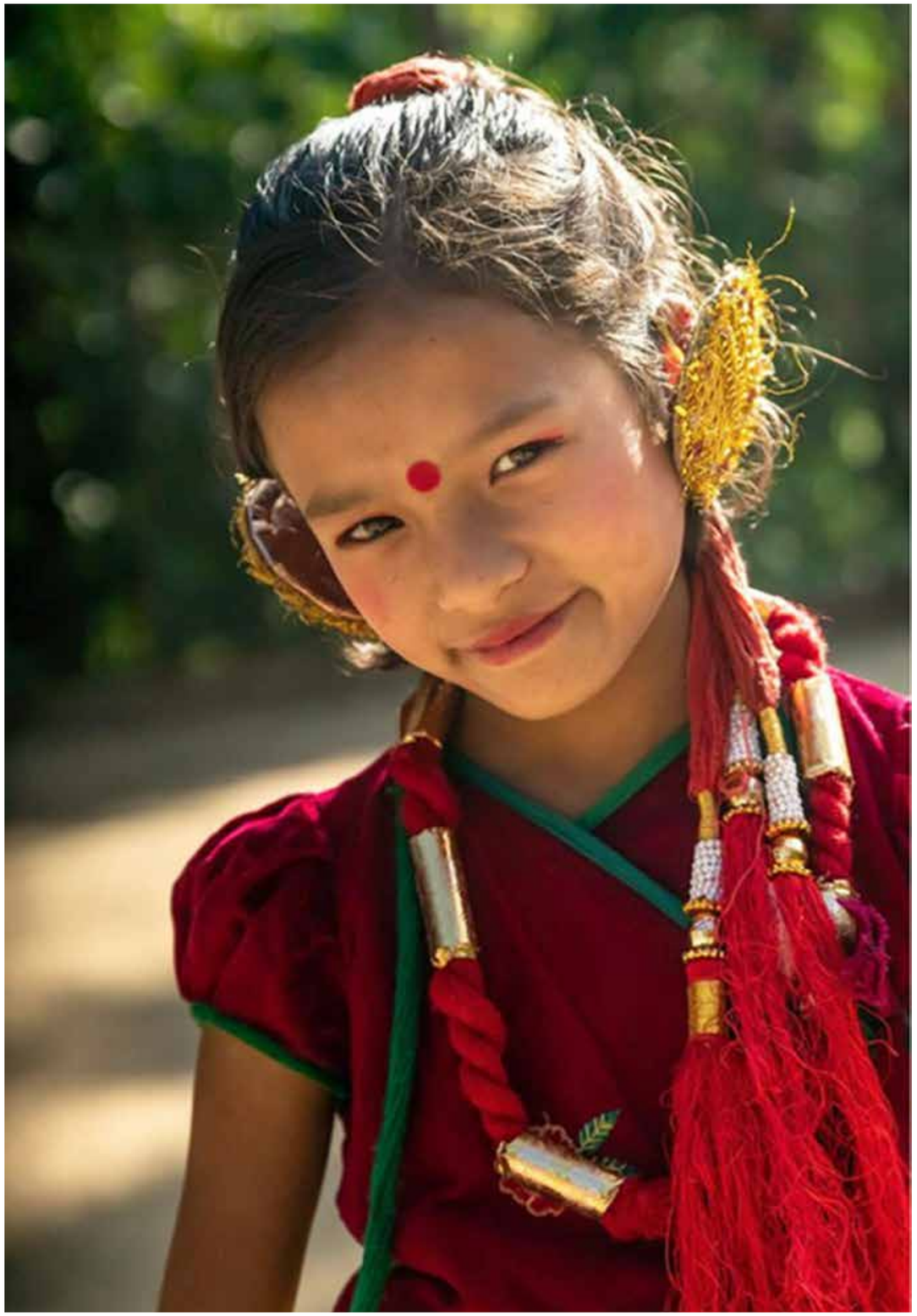
Большинство маркетологов ИНТ намеренно пытаются позиционировать их как изделия, отличные от сигарет. Их рекламируют как «бездымные», утверждая, что производимые ими аэрозоли не являются дымом, и что ИНТ не образуют смол. Это означает, что они часто продаются как более экологически чистая и социально приемлемая альтернатива сигаретам. Кроме того, ИНТ широко продвигаются как современные, высокотехнологичные и высококачественные престижные изделия с минималистским дизайном, присутствием в крупнейших магазинах и с проведением масштабных рекламных кампаний по выводу на рынок, в которых эти изделия изображаются как привлекательные и безвредные потребительские товары класса люкс. Во всей этой деятельности используются методы социального позиционирования, которые ранее использовались для продажи сигарет и которые особенно эффективны в отношении молодежи.

В конечном счете, в соответствии с руководящими указаниями ВОЗ, все формы употребления табака приносят вред, в том числе и ИНТ. Табак токсичен по своей природе и содержит канцерогены, независимо от того, употребляется ли он как курительный или бездымный *(75)*. В целом, учитывая имеющуюся у нас информацию и тот факт, что эти изделия содержат табак, они должны регулироваться как табачные изделия. В соответствии с РКБТ ВОЗ на них должны распространяться те же политические и нормативно-правовые меры, что и на все табачные изделия.

Ключевая информация и рекомендации для стран

- ИНТ содержат табак и подлежат регулированию так же, как и табачные изделия.
- ИНТ выделяют токсичные продукты, многие из которых аналогичны токсичным веществам, содержащимся в сигаретном дыме.
- Пользователи ИНТ подвергаются воздействию токсичных выделяемых продуктов, и окружающие лица также могут подвергаться вторичному воздействию этих токсичных продуктов.
- Хотя содержание некоторых токсичных веществ в ИНТ ниже, чем в обычных сигаретах, содержание других веществ выше. Более низкое содержание некоторых токсичных веществ не обязательно означает снижение риска для здоровья.
- ИНТ содержат никотин. Никотин вызывает сильное привыкание и наносит вред здоровью, особенно у детей, беременных женщин и подростков.
- Долгосрочные последствия использования ИНТ и воздействия выделяемых ими продуктов на здоровье человека остаются неизвестными. В настоящее время нет достаточного количества независимых фактических данных об относительном и абсолютном риске их использования. Необходимы независимые исследования, чтобы определить риск для здоровья, который ИНТ представляют для пользователей и окружающих лиц.

Изделия из нагреваемого табака (ИНТ) являются табачными изделиями. Это означает, что обязательства Сторон по РКБТ ВОЗ применяются к ИНТ точно так же, как они применяются к обычным сигаретам.



Электронные системы доставки никотина

Электронные системы доставки никотина отличаются разнообразием и становятся все более доступными

Электронные системы доставки никотина (ЭСДН) — это устройства, которые нагревают жидкость для создания аэрозоля, вдыхаемого пользователем. Жидкость содержит никотин (но не табак) и другие химические вещества, которые могут быть опасными для здоровья людей.

«ЭСДН» — это всеобъемлющий термин, обозначающий несколько категорий изделий. Наиболее распространенными ЭСДН являются «электронные сигареты», также известные как «вейпы» или «вейп-ручки». Другие категории ЭСДН включают «электронные кальяны», «электронные трубки» и «электронные сигары». Некоторые из изделий напоминают их обычные табачные аналоги: сигареты, сигары, сигариллы, трубки или кальяны; другие имеют более общую форму, похожую на ручки, USB-флешки или простые цилиндры. В этих изделиях также используются различные формы никотина. В последнее время для доставки высоких доз никотина стали использоваться его соли. Разнообразие товарных групп менялось с течением времени и в зависимости от географических и/или демографических рынков.

Существуют и другие электронные системы доставки продуктов, не являющихся никотином (ЭСДПН), которые, по сути, представляют собой то же, что и ЭСДН, но используемая в них жидкость обычно не содержит никотина (хотя при тестировании было обнаружено, что многие растворы с «нулевым содержанием никотина» содержат никотин). Данный доклад касается только ЭСДН и не затрагивает ЭСДПН.

Примеры ЭСДН включают Juul производства Juul Labs, Vype производства British American Tobacco, Blu производства Imperial Brands.

Фактические данные о рисках для здоровья, связанных с использованием ЭСДН, остаются неубедительными

ВОЗ тщательно проанализировала и обобщила имеющиеся фактические данные в отношении ЭСДН и пришла к выводу, что имеющиеся на сегодняшний день данные неубедительны. Важно отметить, что ЭСДН представляют собой многообразную группу изделий, содержащих большое разнообразие дозировок никотина, ароматов и выделяемых продуктов.

В результате уникальные характеристики конкретного типа электронной системы доставки никотина, такие как химический состав, нагревательный элемент или способ и место ее использования, будут играть важную роль в ее воздействии на здоровье людей. Более надежное определение последствий использования ЭСДН потребует тщательного изучения результатов в отношении здоровья больших когорт хорошо охарактеризованных пользователей в течение более длительного периода времени.

Потенциальное воздействие ЭСДН на здоровье населения активно обсуждается с момента их появления на потребительских рынках 12–15 лет назад.

ВОПРОС	КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ
Каковы последствия использования ЭСДН в более молодом возрасте?	Недавние исследования в Соединенных Штатах Америки (США) и некоторых европейских странах показали заметный рост использования ЭСДН среди молодежи *(77)*. В США в период с 2011 по 2018 год показатель использования электронных сигарет среди молодежи вырос с 1,5% до ошеломляющих 20,8% *(78)*. Молодые люди, использующие ЭСДН, подвергаются воздействию никотина, который может оказывать долгосрочное негативное влияние на развивающийся мозг, и при этом существует риск развития никотиновой зависимости, учитывая, что привычка употребления табачных изделий в основном формируется в подростковом возрасте *(79)*. При этом некоторые источники приводят все больше свидетельств того, что никогда ранее не курившие несовершеннолетние, использующие ЭСДН, имеют по крайней мере в два раза больше шансов начать курить сигареты в более позднем возрасте *(80, 81)*.
В чем состоит вред ЭСДН по сравнению с обычными сигаретами?	Аэрозоли, образуемые ЭСДН, могут быть менее токсичными, чем сигареты, но фактических данных для количественной оценки точного уровня связанного с ними риска недостаточно *(82)*. Кроме того, на относительный риск, связанный с использованием ЭСДН, будут влиять многие факторы. Например, содержание никотина и других токсичных веществ в нагреваемой жидкости.
К каким последствиям для здоровья приводит использование ЭСДН?	ЭСДН представляют опасность для здоровья пользователей и окружающих лиц *(82)*. Фактических данных для количественной оценки этой опасности недостаточно, а долгосрочные последствия воздействия токсичных продуктов, выделяемых ЭСДН, неизвестны *(77, 82)*. Помимо рисков, связанных с выделяемыми ЭСДН продуктами, существуют также риски получения физических травм в результате пожаров или взрывов, связанных с устройствами ЭСДН *(83)*.
Помогают ли ЭСДН курильщикам отказаться от курения?	Как обсуждалось ранее в разделе, посвященном мере MPOWER «O» — «Предложение помощи в целях прекращения употребления табака», научные данные об эффективности ЭСДН в качестве средства для прекращения курения все еще обсуждаются. На сегодняшний день, отчасти из-за разнообразия изделий ЭСДН и низкой достоверности многих исследований, возможность использования ЭСДН в качестве меры вмешательства по прекращению курения на уровне всего населения до конца неясна *(57-59)*.

ЭСДН не безвредны и должны регулироваться

Согласно рекомендациям ВОЗ, государства-члены, которые не запретили использование ЭСДН, должны рассмотреть вопрос об их регулировании как вредных для здоровья изделий, а правительства должны принять меры регулирования в отношении ЭСДН, которые, по их мнению, наиболее подходят для их национальных условий. Это может повлечь за собой, например, регулирование ЭСДН как табачных изделий, изделий, имитирующих табак, или как изделий особой категории. Хотя конкретный уровень риска, связанный с ЭСДН, еще окончательно не установлен, они, несомненно, приносят вред и поэтому должны подлежать регулированию.

Меры MPOWER могут применяться к ЭСДН

Как и любая продукция, которая может нанести вред здоровью, все изделия ЭСДН должны регулироваться, и существующие эффективные инструменты политики, такие как меры MPOWER, могут быть успешно применены к ЭСДН. Руководящие указания, содержащиеся в докладе ВОЗ Конференции Сторон 2014 года (FCTC/COP/6/10 Rev.1), изложены во вставке справа *(82)*.

Регулирование ЭСДН должно:

(a) препятствовать рекламе ЭСДН, ориентированной на некурящих, беременных женщин и молодежь, и использованию ЭСДН ими;

(b) минимизировать потенциальные риски для здоровья тех, кто использует и не использует ЭСДН;

(c) запретить бездоказательные заявления о влиянии ЭСДН на здоровье; и

(d) защитить предпринимаемые усилия по борьбе против табака от коммерческих и иных корпоративных интересов табачной промышленности.

M	**Правительствам рекомендуется использовать свои существующие системы надзора за табачными изделиями и их мониторинга для оценки развития ситуации в области использования ЭСДН с разбивкой по таким важным факторам, таким как пол и возраст.**
P	**Пользователям ЭСДН следует в юридическом порядке запретить использование ЭСДН в помещениях, особенно там, где курение запрещено, пока не будет доказано, что выдыхаемый пар не представляет вреда для окружающих, и не будут получены обоснованные доказательства того, что это не подрывает политику обеспечения бездымной среды. Это связано с тем, что обоснованным ожиданием со стороны окружающих является не «сокращение риска» по сравнению с воздействием вторичного дыма, а «отсутствие увеличения риска» со стороны какого бы то ни было продукта в воздухе, которым они дышат.**
O	**Доказательства использования ЭСДН в качестве потенциальной помощи для прекращения курения все еще обсуждаются. Некоторые фактические данные свидетельствуют о том, что ЭСДН могут помочь отдельным людям отказаться от курения. Однако данные, необходимые для подтверждения возможности использования ЭСДН в качестве средства для прекращения курения в масштабах всего населения, ограничены. Следовательно, ЭСДН не следует пропагандировать как средство помощи в прекращении употребления табака до тех пор, пока не будут собраны достоверные данные по конкретным типам ЭСДН, и медицинское сообщество не сможет прийти к соглашению об эффективности этих конкретных изделий.**
W	**Предупреждения о вреде ЭСДН для здоровья должны соответствовать доказанным рискам для здоровья. В этой связи можно было бы рассмотреть возможность использования следующих предупреждений о рисках: потенциальная никотиновая зависимость; потенциальное раздражающее действие на дыхательные пути, глаза, нос и горло; потенциальный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний; потенциальные негативные последствия при беременности (вследствие воздействия никотина).**
E	**Учитывая, что те же самые рекламные элементы, обеспечивающие привлекательность ЭСДН для взрослых курильщиков, могут сделать их привлекательными для детей и некурящих, следует рассмотреть возможность введения эффективных ограничения на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство ЭСДН. Любые формы рекламы, стимулирования продажи и спонсорства ЭСДН должны регулироваться соответствующим государственным органом. Если это не представляется возможным, предпочтительнее применять прямой запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство ЭСДН. Дополнительные рекомендации в отношении регулирования рекламы, стимулирования продажи и спонсорства ЭСДН можно найти в документе FCTC/COP/6/10 Rev.1 *(82).***
R	**Хотя ЭСДН, как правило, менее токсичны, чем обычные сигареты, они все же несут риск для здоровья. Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что аэрозоль ЭСДН не является всего лишь «водяным паром», как это часто утверждается в процессе сбыта этих изделий. Использование ЭСНД создают серьезную угрозу для подростков и внутриутробного развития плода. Кроме того, они усиливают воздействие никотина и ряда токсичных веществ на некурящих лиц и окружающих. Поэтому в отношении этих изделий следует применять налогообложение в соответствии с национальными стандартами, чтобы предотвратить их использование, особенно молодыми людьми.**

Ключевая информация и рекомендации для стран

- В законодательстве должно быть дано строгое и четкое определение ЭСДН, чтобы страны могли эффективно их регулировать.
- Страны часто имеют возможность классифицировать ЭСДН как табачные изделия. Если это возможно, страны должны обеспечить, чтобы существующие законы по борьбе против табака надлежащим образом защищали людей от потенциального вреда, наносимого ЭСДН.
- ЭСДН могут служить средством приобщения молодежи к традиционному курению или к «ренормализации» курения в обществе.
- Страны должны ввести запреты на рекламу и ароматизацию изделий, чтобы удержать молодых людей от использования ЭСДН.
- Странам следует рассмотреть возможность введения мер политики, которые заставят производителей придавать своей продукции непривлекательный для молодежи вид, чтобы препятствовать ее использованию, например с помощью простой упаковки.

Использование ЭСДН может подорвать усилия по борьбе против табака

Существует ряд проблем, связанных с регулированием ЭСДН, которые часто упоминаются как «чистые альтернативы», изделия «сниженного вреда» или «сниженного риска» по сравнению с обычными табачными изделиями. Эти утверждения имеют ряд последствий для общественного здравоохранения и борьбы против табака. Например, должностные лица, занимающиеся вопросами общественного здравоохранения, обеспокоены возможностью того, что эти устройства служат «средством приобщения» молодежи к традиционному курению. ЭСДН активно продаются молодым людям за счет использования ароматизаторов и других способов стимулирования продаж. Помимо известного вредного воздействия никотина на развивающийся мозг, он вызывает привыкание и может подтолкнуть людей, особенно молодых, к потреблению более вредных форм никотина или табака. Кроме того, используя ароматизаторы и стратегии брендинга, которые привлекают молодых людей, отрасли промышленности, занимающиеся производством и маркетингом ЭСДН, применяют тактику расширения своей потребительской базы под видом содействия работе в области общественного здравоохранения.

Использование ЭСДН также может подорвать существующие меры борьбы против табака, например, путем освобождения этих изделий от налогообложения или разрешения их использования в местах, свободных от табачного дыма. Уже существует значительная путаница (и смешение терминологии) в отношении категорий этих изделий. Например, бывает очень трудно отличить ЭСДН от ИНТ. Это может быть использовано табачной промышленностью в своих интересах, о чем более подробно говориться в следующем разделе. Помимо этого, по мере того как ЭСДН и другие инновационные изделия продолжают видоизменяться, также существует риск того, что они избегут регулирования из-за существующих пробелов и лазеек в нормативно-правовых документах.

Со времени первоначальной оценки ВОЗ фактических данных о рисках для здоровья, связанных с использованием ЭСДН, их эффективности в помощи людям в отказе от курения, и их влиянии на борьбу против табака было опубликовано много дополнительных статей. Однако, учитывая многообразный характер ЭСДН и многочисленные достижения в разработке изделий с момента начала исследований, по-прежнему требуется больше фактических данных, чтобы сделать окончательное заключение об их воздействии на здоровье и возможности использования в качестве средства для прекращения употребления табака. Пока же существует ряд неизвестных факторов, которые означают, что ЭСДН не могут быть безопасно рекомендованы к употреблению.

Никотин вызывает привыкание, и использование ЭСДН может подтолкнуть людей, особенно молодых, к потреблению более вредных форм табака.

Вмешательство табачной промышленности: самое большое препятствие на пути сокращения потребления табака

Табачная промышленность имеет многолетний опыт систематического, агрессивного, устойчивого и хорошо финансируемого противодействия мерам борьбы против табака *(84)*, включая усилия по подрыву жизненно важных мер борьбы против табака. Это достигается за счет использования самых разнообразных тактик, направленных на воспрепятствование, задержку, ослабление или подрыв политических обязательств и мер по борьбе против табака, принимаемых странами на международном, региональном, национальном и субнациональном уровнях. Хотя некоторые стратегии являются общеизвестными, а другие — более скрытыми (неважно, направлены ли они на правительства, население или средства массовой информации), все они имеют своей целью снижение эффективности борьбы против табака.

Блокирование вмешательства табачной промышленности имеет решающее значение для успешной борьбы с глобальной табачной эпидемией и уменьшения негативных последствий употребления табака для здоровья населения. В 2011 году Генеральная Ассамблея ООН признала «наличие фундаментального конфликта интересов между табачной промышленностью и общественным здравоохранением» *(85)*. Признавая этот явный, непримиримый конфликт интересов, и, несмотря на продолжающиеся попытки табачной промышленности позиционировать себя в качестве полноправного партнера и заинтересованного лица в борьбе против табака, Стороны Конвенции должны выполнять свои обязательства по Статье 5.3 РКБТ ВОЗ, которая требует, чтобы: «При разработке и осуществлении своей политики общественного здравоохранения по борьбе против табака Стороны действуют таким образом, чтобы защитить свою политику от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности в соответствии с национальным законодательством» *(1)*.

Фонд за мир, свободный от табачного дыма, финансируемый Philip Morris International

Фонд за мир, свободный от табачного дыма финансируется самостоятельно табачным гигантом Philip Morris International (PMI) с финансовыми ассигнованиями в размере 80 миллионов долларов США ежегодно в течение 12 лет (примерно 1 миллиард долларов США) *(86)*. Это часть постоянной стратегии табачной промышленности, направленной на оказание влияния на научную и политическую повестку дня. Фонд финансирует научные программы и исследования, которые оказывают поддержку продукции, продаваемой PMI и другими производителями как изделия «сниженного риска», и предлагает финансирование правительствам, университетам, организациям ООН, другим международным организациям и органам общественного здравоохранения, чтобы побудить курильщиков использовать такие изделия, предположительно вместо обычных сигарет.

В сентябре 2017 года ВОЗ опубликовала официальное заявление о том, что она не будет сотрудничать с Фондом, и рекомендовала правительствам и органам общественного здравоохранения последовать этому примеру *(87)*. Секретариат РКБТ ВОЗ столь же решительно отверг сотрудничество с Фондом, подчеркнув в своем официальном заявлении, что создание Фонда за мир, свободный от табачного дыма, является очевидной попыткой нарушить РКБТ ВОЗ путем вмешательства в государственную политику, «направленной на нанесение ущерба осуществлению договора, особенно посредством реализации спорных исследовательских программ Фонда» *(88)*.

Впоследствии в 2019 году Фонд обратился с письмом к членам Исполнительного комитета ВОЗ, призывая ВОЗ изменить свою позицию по отношению к Фонду, а также «пересмотреть и решить вопрос о том, как лучше всего работать с Фондом, чтобы способствовать быстрому сокращению употребления смертельно опасных сигарет». Это предложение было отклонено Генеральным директором, который подтвердил позицию ВОЗ в своем заявлении в 2017 году *(89)*.

Вмешательство табачной промышленности принимает различные формы

Обычная тактика, используемая табачной промышленностью для противодействия борьбе против табака, включает в себя *(16)*:

- вмешательство в политические и законодательные процессы;
- организацию фиктивной поддержки со стороны подставных групп;
- влияние на научную и политическую повестку;
- бездоказательные заявления и дискредитацию проверенных научных данных;
- преувеличение своей экономической значимости;
- запугивание правительств судебными процессами или угрозой судебного разбирательства;
- манипулирование общественным мнением для улучшения своего имиджа.

Новые кампании табачной промышленности продолжают подрывать борьбу против табака

Чуть более десяти лет назад на рынке появились ЭСДН и ЭСДПН, наиболее распространенным прототипом которых стали электронные сигареты. Сначала эти изделия разрабатывались и продавались преимущественно нетабачными компаниями, такими как Pax Labs, которая в 2015 году представила JUUL (ЭСДН, популярную среди молодежи в США). Благодаря успешной продаже этих изделий табачная промышленность инвестировала значительные средства в их сбыт и диверсифицировала их производство наряду с выпуском табачных изделий нового поколения, таких как изделия из нагреваемого табака (ИНТ). В декабре 2018 года табачная компания Altria приобрела 35% акций JUUL за 13 миллиардов долларов США. Другие табачные компании, такие как British American Tobacco и Japan Tobacco International, также вкладывают значительные средства в производство таких изделий *(90)*.

Противодействие тактикам табачной промышленности

Приверженность противодействию вмешательству табачной промышленности имеет основополагающее значение для успешного осуществления эффективных мер борьбы против табака в соответствии с РКБТ ВОЗ, Статья 5.3 которой обязывает Стороны действовать таким образом, чтобы защитить политику общественного здравоохранения от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности в соответствии с национальным законодательством.

В 2008 году Конференция сторон (КС) РКБТ ВОЗ приняла руководящие принципы осуществления Статьи 5.3. Они были разработаны на основе как научных данных, так и опыта Сторон *(91)*. Целью руководящих принципов является «обеспечение всеобъемлющего характера и эффективности усилий по защите мер борьбы против табака от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности». В них четко указано, что правительства должны ограничить взаимодействие с табачной промышленностью и избегать партнерских отношений с ней, а также что правительства не должны принимать финансовые или иные взносы от табачной промышленности или от тех, кто занимается продвижением ее интересов. Руководящие принципы по-прежнему играют важную роль в борьбе с вмешательством табачной промышленности и должны применяться как к сформировавшимся, так и к развивающимся табачным рынкам, где, как уже было описано, табачная промышленность пытается представить себя в качестве партнера в борьбе против табака и снижении вреда, одновременно блокируя усилия по регулированию табачных изделий. Эффективные действия правительства по противодействию вмешательству табачной промышленности в прекращение употребления табака включают следующее:

- Требование раскрытия и четкого информирования об источниках финансирования научно-исследовательских учреждений, научных работников и научных исследований для предотвращения появления необъективных научных данных, на которых может основываться политика, а также для выяснения возможной заинтересованности неправительственных организаций, торгово-промышленных ассоциаций, групп потребителей, аналитических центров, профессиональных ассоциаций и других лиц, стремящихся принять участие или внести свой вклад в политику борьбы против табака.
- Отказ от партнерских отношений, а также не имеющих обязательной силы и не обеспеченных правовой санкцией соглашений с табачной промышленностью и с теми, кто работает в ее интересах, включая финансовую поддержку и одобрение деятельности табачной промышленности, связанной с борьбой против табака.
- Повышение информированности относительно известных аддиктивных и вредных свойств табака и никотиносодержащих продуктов, а также вмешательства табачной промышленности в осуществление политики борьбы против табака.
- «Денормализация» и, насколько это возможно, регулирование и запрет популяризации деятельности, характеризуемой табачной промышленностью в качестве «социально ответственной».
- Требование о привлечении табачной промышленности к ответственности за ложную информацию, представляемую в маркетинговых кампаниях.
- Регулирование ИНТ как табачных изделий в соответствии с РКБТ ВОЗ и регулирование ЭСДН согласно соответствующим решениям КС (Решение FCTC/COP6 и Решение FCTC/COP7).
- Требование, чтобы информация, предоставляемая табачной промышленностью, была открытой и точной, и чтобы эта информация на регулярной основе правдиво, полно и четко описывала деятельность самой табачной промышленности.
- Наличие эффективной политики в области конфликта интересов, действующей в отношении директивных органов и должностных лиц, участвующих в разработке, осуществлении и обеспечении соблюдения политики по борьбе против табака.

Блокирование вмешательства табачной промышленности имеет решающее значение для успешной борьбы с глобальной табачной эпидемией и уменьшения негативных последствий употребления табака для здоровья населения.

Кампания «Unsmoke», проводимая Philip Morris,— пример намеренного введения в заблуждение

Philip Morris International (PMI)—один из крупнейших мировых производителей сигарет и стойкий противник борьбы против табака. Несмотря на это, PMI пытается позиционировать себя как ответственного партнера в области общественного здравоохранения и влиять на политику борьбы против табака. Частью этого является проводимая PMI кампания «Unsmoke», которая призывает людей, «которые не бросают курить», «переходить на лучшую альтернативу», в соответствии с целью PMI «заменить сигареты бездымными изделиями, которые мы разрабатываем и продаем». Кампания подрывает инициативы по прекращению употребления табака, представляя легкую альтернативу избавлению от никотиновой зависимости и подрывая успешные инициативы по борьбе против табака (которые «денормализовали» курение во многих странах), описывая эту форму употребления табака как социально приемлемую.

PMI называет свои ИНТ и ЭСДН «бездымными изделиями». Эта стратегия создает путаницу в отношении категорий этих изделий и способствует утверждению табачной промышленности о том, что продукты, выделяемые ИНТ и ЭСДН, не являются «дымом» (хотя выделяемые ИНТ продукты содержат многие токсичные химические вещества, содержащиеся в сигаретном дыме). Кампания также не признает тот факт, что последствия краткосрочного и долгосрочного использования этих изделий в большинстве своем неизвестны, и что современная наука не поддерживает утверждения о снижении риска вреда для здоровья при использовании ИНТ. PMI избегает высказываний о том, что эти изделия менее вредны, но вместо этого заявляет, что «считает» эти изделия «хотя и небезопасны … потенциально могут представлять меньший риск вреда для здоровья, чем продолжение курения».[1]

С помощью рекламы и лоббирования со стороны PMI и ее подставных групп, таких как Фонд за мир, свободный от табачного дыма, эта кампания старается оказать давление на правительства, чтобы они допустили эти изделия на внутренние рынки и освободили их от регулирования, применяемого к табачным изделиям, в частности от запретов TAPS, налогообложения и законов об обеспечении бездымной среды, тем самым подрывая инициативы по борьбе против табака и снижая эффективность осуществления РКБТ ВОЗ.

Остановить табачные организации и изделия (STOP)

Табачная промышленность является самым большим препятствием на пути снижения смертности, связанной с употреблением табака. Чтобы навсегда сохранить продажи своей продукции, этой промышленности нужна как можно более слабая нормативно-правовая среда. Другими словами, она должна добиться того, чтобы политика борьбы против табака не вступала в силу или была неэффективной. Для достижения этой цели табачная промышленность использует множество стратегий.

В 2018 году Благотворительный фонд Bloomberg Philanthropies учредил STOP (Остановить табачные организации и изделия)—первый международный орган, контролирующий табачную промышленность. Миссия STOP состоит в том, чтобы разоблачать действия этой промышленности, подрывающие общественное здоровье, и поддерживать усилия по противодействию ее вмешательству в политику. STOP работает по всему миру, уделяя особое внимание странам с низким и средним уровнями дохода, где табачная промышленность активно нацелена на местные сообщества, и где самые многочисленные группы населения подвержены риску развития заболеваний, связанных с употреблением табака. STOP предоставляет активистам, политикам и журналистам платформу для доступа к самой свежей информации о табачной промышленности, включая разоблачения ее злоупотреблений и тактик, анализ ее действий, а также новые инструменты для борьбы с ее вмешательствами.

Работа STOP включает в себя:

- сбор данных и инвестирование в комплексные исследования;
- реагирование на запросы политиков о помощи через службу быстрого реагирования;
- разоблачение и оспаривание стратегий табачной промышленности путем взаимодействия с местными и международными средствами массовой информации;
- сотрудничество между сетью по борьбе против табака и другими секторами для обеспечения всестороннего подхода к противодействию тактикам табачной промышленности.

В первые 6 месяцев своей работы STOP мобилизовал поддержку ВОЗ со стороны более чем 279 организаций и частных лиц из 50 стран, чтобы публично отвергнуть подход к сотрудничеству со стороны фонда, финансируемого Philip Morris International. STOP также разоблачил десятки организаций из более чем двадцати стран как союзников табачной промышленности, которые работали над поддержкой политики, благоприятной для употребления табачных изделий. Лица, формирующие политику, активисты и журналисты могут искать в общедоступной базе данных эти организации в своих странах и изучать доказательства их связи с табачной промышленностью.

STOP представляет собой партнерство между Исследовательской группой по борьбе против табака Университета Бата, Глобальным центром надлежащего управления в области борьбы против табака, Департаментом Союза по борьбе против табака и организацией Vital Strategies. Дополнительная информация размещена на веб-сайте: exposetobacco.org.

[1] См.: https://www.pmi.com/glossary-section/glossary/smoke-free-products (по состоянию на 06.04.2019)

Тактика табачной промышленности, препятствующая прекращению употребления табака

В последние годы табачная промышленность все более активно продвигает изделия, которые, как утверждают ее представители, могут помочь людям отказаться от обычного курения. Эти изделия, которые включают ИНТ, ЭСДН и ЭСДПН, часто рекламируются табачной промышленностью как изделия «сниженного риска» (по сравнению с обычными сигаретами) и/или изделия для прекращения курения, которые могут помочь потребителям табака или курильщикам обычных табачных изделий бросить традиционное курение. Такие действия имеют последствия для реальных инициатив по оказанию помощи в прекращении употребления табака, поскольку они могут дезинформировать и вводить в заблуждение потребителей и дезориентировать правительства. В этой связи руководящие принципы осуществления Статьи 14 РКБТ ВОЗ определяют выражение «прекращение употребления табака» как «процесс прекращения употребления любого табачного изделия с чьей-либо помощью или без нее».

Бездоказательные заявления и оказание влияния на научные исследования
На момент составления данного доклада нет достаточного количества фактических данных, чтобы рекомендовать использование ЭСДН в качестве средства для прекращения употребления табака на уровне всего населения. Существующие исследования имеют значительные ограничения, включая ошибку выборки, неадекватные меры воздействия и слабый контроль. Более того, значительная часть доступной литературы финансируется производителями ЭСДН, в том числе табачной промышленностью, чья коммерческая заинтересованность приводит к неизбежному конфликту интересов *(60).*

В случае ИНТ, поскольку они являются табачными изделиями, переход от обычных табачных изделий, таких как сигареты, к использованию ИНТ не считается отказом от употребления табака. В этом контексте существует риск того, что маркетинговые стратегии табачной промышленности, ориентированные на «отказ от курения» или «переход», приведут потребителей табака, регулирующие органы и лиц, принимающих решения, к объединению этих двух понятий.

Объединение категорий изделий
Табачная промышленность использовала разногласия в медицинском сообществе (вызванные неубедительными фактическими данными о достоинствах этих изделий как средств помощи в отказе от курения) относительно потенциальной пользы ЭСДН в качестве средства, помогающего бросить курить. Поэтому неудивительно, что в некоторых странах действуют менее жесткие нормативные требования в отношении ЭСДН по сравнению с обычными табачными изделиями, и там, где сложилась такая ситуация, табачная промышленность нередко ее использует для своей выгоды, предлагая ИНТ в качестве электронных изделий, аналогичных ЭСДН, чтобы договориться о возможности применения к ИНТ механизмов регулирования, аналогичных тем, которые применяются к ЭСДН.

Это создает путаницу в отношении категорий этих изделий и может привести к тому, что ограниченные фактические данные о возможности использования некоторых видов ЭСДН в качестве средства помощи в отказе от курения при определенных условиях также будут ошибочно отнесены и к ИНТ. Например, название ИНТ «iQOS» компании Philip Morris International (которое является аббревиатурой от выражения «I quit ordinary smoking» («Я бросил обычное курение» *(72))* может способствовать возникновению этого ложного впечатления. Некоторые страны и регионы, включая Соединенное Королевство, Францию и ЕС, оставили открытой возможность лицензирования новых и инновационных изделий в качестве фармацевтической продукции, включив необходимые положения в свои соответствующие законы или директивы, до получения фактических данных, подтверждающих такую возможность, и одобрения со стороны соответствующих органов. Однако, согласно имеющейся у нас в настоящее время информации, ни одно из этих изделий не присутствует на рынке в качестве средства для прекращения курения.

ИНТ часто рекламируются, особенно регулирующим органам, как «обычные средства для отказа от курения». Однако существует ограниченное количество фактических данных о том, как использование ИНТ влияет на традиционное курение, или об относительном вреде использования ИНТ по сравнению с курением обычных сигарет.

Манипулирование общественным мнением для улучшения своего имиджа
Наблюдаемые в последнее время попытки крупных табачных компаний позиционировать себя как сторонников «снижения вреда» является хорошим примером манипулятивной стратегии табачной промышленности. Пространные и громкие заявления, дезинформация, основанная на необоснованных утверждениях, и лоббирование со стороны табачных компаний, представляющих себя как партнеров, участвующих в решении проблемы сокращения распространенности употребления табака, могут повлиять на общественное мнение.
Такая лоббистская деятельность продвигает новую линейку изделий, которые, как утверждается, являются изделиями «сниженного риска», «не имеющими запаха» или «не дающими дыма», и предлагает «более чистые альтернативы» обычным сигаретам. Эта деятельность изображает табачные компании как ответственных партнеров в борьбе за прекращение курения среди взрослых, преуменьшая при этом значение установленных фактов того, что сигареты по-прежнему составляют 97% объема мирового табачного рынка, на котором доминируют одни и те же компании.

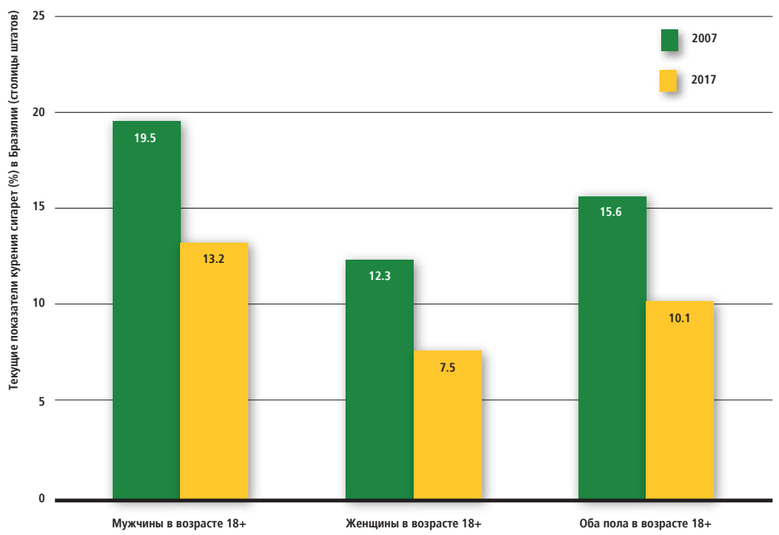
Стратегическая реклама, направленная на поддержание употребления никотина или табака
Рекламные кампании табачной промышленности направлены на то, чтобы дистанцировать эти изделия от сигарет, утверждая, что они «не связаны с горением» и образуют «пар», а не дым. Это является основным аргументом того, что эти изделия должны быть освобождены от действия законов об обеспечении бездымной среды и других законов. Сотрудники крупнейших магазинов хорошо обучены и имеют опыт в привлечении потенциальных потребителей в свои магазины и активно предлагают эти изделия как более приятные для использования, чем курение или употребление обычных табачных изделий, иногда утверждая, что они более приемлемы в социальном отношении и могут использоваться в тех местах, где курение запрещено. Такое вмешательство может помешать людям, пытающимся бросить курить, отказаться от этой привычки, поскольку эти изделия активно продаются для поддержания потребления никотина или табака. Это также может негативным образом сказаться на практике использования испытанных никотиновых и безникотиновых фармакотерапевтических препаратов (которые, как доказано, помогают курильщикам отказаться от употребления табака), поскольку вместо этих препаратов курильщики, желающие бросить курить, могут выбрать ЭСДН/ЭСДПН и ИНТ. Теперь, когда регулирование этих изделий становится все более распространенным явлением, табачная промышленность активно противодействует попыткам включить ЭСДН/ЭСДПН в существующее антитабачное законодательство.

Бразилия отмечает выдающиеся достижения в борьбе против табака

История борьбы против табака в Бразилии

- Усилия и приверженность Бразилии борьбе против табака начались в 1981 году, когда Министерство здравоохранения создало Комиссию по изучению последствий употребления табака.
- В 1988 году в Конституции Бразилии было определено, что реклама табачных изделий должна подлежать законодательным ограничениям и содержать предупреждения о вреде для здоровья.
- В 1999 году была создана Национальная комиссия по борьбе против табака для поддержки роли страны в переговорах по первому Глобальному договору в области здравоохранения (под эгидой ВОЗ), который впоследствии стал РКБТ ВОЗ. Бразилия также была избрана председателем Межправительственного органа по переговорам по этому договору.
- В 2003 году Бразилия была одной из первых стран, подписавших этот договор, и ратифицировала его в ноябре 2005 года, несмотря на то что она была развивающейся страной и крупным производителем табака.
- В 2003 году была создана Национальная комиссия по осуществлению РКБТ (CONICQ), председателем которой стал министр здравоохранения.
- В 2018 году Бразилия ратифицировала Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями, который будет способствовать защите достижений и максимальному усилению воздействия экономически эффективных инструментов борьбы против табака, таких как повышение налогов на табачные изделия.

Потребление табака в Бразилии сокращается



Потребление табака в Бразилии сокращается

- Распространенность курения среди взрослого населения снизилась с 35% в 1989 году до 18,5% в 2008 году (92). По данным Национального опроса о состояния здоровья населения, распространенность курения в 2013 году составила 14,7%. Согласно телефонному опросу, посвященному НИЗ, курение сигарет среди взрослых в столицах штатов снизилось с 15,6% в 2007 году до 10,1% в 2017 году.
- Несмотря на снижение показателей курения среди взрослых, распространенность курения среди молодежи остается стабильной и составляет около 5%, причем 19% мальчиков и 17% девочек впервые пробуют курить в школьные годы, согласно данным PeNSE за 2015 год.

Меры MPOWER в Бразилии

Защита людей от табачного дыма

- В Бразилии в 1996 году было запрещено курение в закрытых общественных местах и на рабочих местах внутри помещений, за исключением специально предназначенных для курения помещений. В 2011 году закон был ужесточен путем введения требования о полном запрете на курение в закрытых общественных местах, на рабочих местах и в общественном транспорте, что всецело согласуется со статьей 8 РКБТ ВОЗ.
- Бразилия была первой страной с населением более 100 миллионов человек, объявившей все общественные и рабочие места свободными от табачного дыма.

Предложение помощи в целях прекращения употребления табака

- С начала 1990-х годов Национальный институт онкологии Бразилии (INCA) проводит подготовку медицинских работников в области проведения лечения табачной зависимости. В 2001 году Министерство здравоохранения также начало использовать национальную бесплатную телефонную линию для бросающих курить, и в настоящее время номер этой линии указывается на лицевой стороне упаковок с курительным табаком.
- В 2002 году лечение табачной зависимости было официально включено в бразильскую систему общественного здравоохранения, благодаря чему в 2002 году антитабачные меры в Бразилии стали полностью соответствовать Статье 14 РКБТ ВОЗ. Поначалу лечение, направленное на прекращение употребления табака, проводилось только в специализированных медицинских учреждениях, но в 2004 году эта услуга стала оказываться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.
- В период с 2005 по 2014 год более 800 000 курильщиков имели доступ к лечению табачной зависимости в рамках системы общественного здравоохранения Бразилии.

Предупреждение об опасностях, связанных с табаком

- Первые предупреждения, гласившие: «Министерство здравоохранения предупреждает: курение опасно для вашего здоровья», были напечатаны на пачках сигарет в Бразилии в 1988 году. Это предупреждение было обновлено в 1990-х годах, чтобы наконец предупредить потребителей о том, что курение вызывает рак легких, болезни сердца и другие заболевания.
- В 2001 году Бразилия законодательно утвердила первую серию графических предупреждений о вреде для здоровья с использованием изображений, занимающих 100% задней стороны сигаретных пачек. На каждой стороне упаковки рядом с сообщением: «Безопасных уровней потребления этих веществ не существует» появился номер телефонной линии для бросающих курить. Этот закон также запрещал использование оберток или других элементов, которые могли бы скрыть графические предупреждения о вреде для здоровья.
- Бразилия полностью соблюдала положения Статьи 11 РКБТ ВОЗ в 2003 году, еще до вступления договора в силу.
- В 2004 году в Бразилии была выпущена вторая серия графических предупреждений о вреде для здоровья, включающих более убедительные изображения и сообщения, которые необходимо было включить в рекламу табачных изделий в пунктах продажи. Эти предупреждения содержали следующие сообщения: «Продажа несовершеннолетним лицам младше 18 лет запрещена в соответствии с законами 8.069/1990 и 10.702/2003» и «Данное изделие содержит более 4700 токсичных веществ и никотин, которые вызывают физическую и психологическую зависимость. Безопасных уровней потребления этих веществ не существует».
- К тому времени, когда в 2008 году был опубликован первый *Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии*, Бразилия не только соблюдала положения Статьи 11 РКБТ, но и была одной из трех стран в мире, которые потребовали, чтобы графические изображения предупреждений о вреде для здоровья занимали 100% задней стороны сигаретных пачек.
- Третья серия предупреждений была выпущена в 2008 году. Изображения этой серии были выбраны как наиболее впечатляющие по результатам исследования, проведенного Национальным институтом онкологии, результаты которого были использованы несколькими странами Северной и Южной Америки для обоснования своей политики в отношении графических предупреждений о вреде для здоровья.
- В 2011 году предупредительные надписи о вреде для здоровья были расширены и теперь занимают 30% передней стороны упаковки табачных изделий в дополнение к 100% задней стороны упаковки. В мае 2018 года была выпущена новая серия графических предупреждений о вреде для здоровья.

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

- В 2000 году Федеральный закон запретил рекламу табака в средствах массовой информации, таких как телевидение, радио, журналы, газеты и рекламные щиты, а также запретил некоторые виды косвенной рекламы и стимулирования продажи.
- В 2011 году в Федеральный закон были внесены поправки, включающие полный запрет на рекламу табачных изделий в пунктах продажи, а также запрет на рекламные скидки и одновременное использование бренда, что позволило Бразилии стать страной, полностью соблюдающей положения Статьи 13 РКБТ ВОЗ. Однако закон по-прежнему разрешает выставлять на витрину табачные изделия в пунктах продажи, но при этом требует размещать графические предупреждения о вреде для здоровья на стеллажах для выкладки товара.

Повышение налогов на табачные изделия

- Сигареты, выпускаемые в Бразилии, когда-то были шестыми из самых дешевых сигарет в мире, но по сравнению с 2007 годом налоги на табачные изделия значительно выросли. К 2011 году была принята политика установления минимальных цен и повышены налоги на табачные изделия, что привело к увеличению доли налога в розничной цене сигарет.
- По состоянию на 2018 год налоги на табачные изделия составляют 82,97% от розничной цены самого продаваемого бренда, что делает Бразилию страной с самой высокой ставкой налога на табачные изделия среди всех государств-членов в Американском регионе ВОЗ.
- Бразилия успешно участвовала в субрегиональных форумах, призванных дать странам возможность обмениваться опытом и осуществлять техническое сотрудничество по вопросам налогообложения табачных изделий. Все четыре страны Американского региона ВОЗ, которые вводят самые высокие налоги на табачные изделия, расположены в Южной Америке, что делает этот субрегион лидером по использованию этих налогов в качестве инструмента снижения ценовой доступности табачных изделий.

Антитабачная кампания, проводимая Министерством здравоохранения Бразилии, 2019 год.

Эффективные меры борьбы против табака

Мониторинг употребления табака и стратегий профилактики

Защита людей от табачного дыма

Предложение помощи в целях прекращения употребления табака

Предупреждение об опасностях, связанных с табаком

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

Повышение налогов на табачные изделия

Мониторинг употребления табака и стратегий профилактики

Статья 20 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака гласит: «… Стороны устанавливают эпиднадзор за масштабами, структурами, детерминантами и последствиями потребления табака и воздействия табачного дыма… Стороны включают программы эпиднадзора за табаком в национальные, региональные и глобальные программы эпиднадзора за состоянием здоровья, с тем чтобы обеспечить сопоставимость и возможность анализа данных на региональном и международном уровнях …» *(1).*

Мониторинг служит основой для понимания и измерения усилий по борьбе против табака

Мониторинг употребления табака и программ борьбы против него крайне важен для эффективной борьбы с табачной эпидемией и оценки результатов осуществления РКБТ ВОЗ и мер MPOWER в каждой стране. Системы мониторинга должны отслеживать показатели употребления табака, включая курение сигарет и других видов курительного табака (например, сигар, трубок, биди, кальянов), бездымных табачных изделий (например, жевательного табака) и других табачных изделий, таких как вапорайзеры для табака и изделия из нагреваемого табака, а также нетабачных форм употребления никотина (например, электронных сигарет).

Также необходимо осуществлять мониторинг воздействия мер политики по борьбе против табака *(38)* и деятельности табачной промышленности *(93),* поскольку своевременно собранные и достоверные данные способствуют надлежащему осуществлению политики, точному измерению силы ее воздействия и последующей корректировке стратегий, и все это в значительной степени повышает вероятность успеха *(94).*

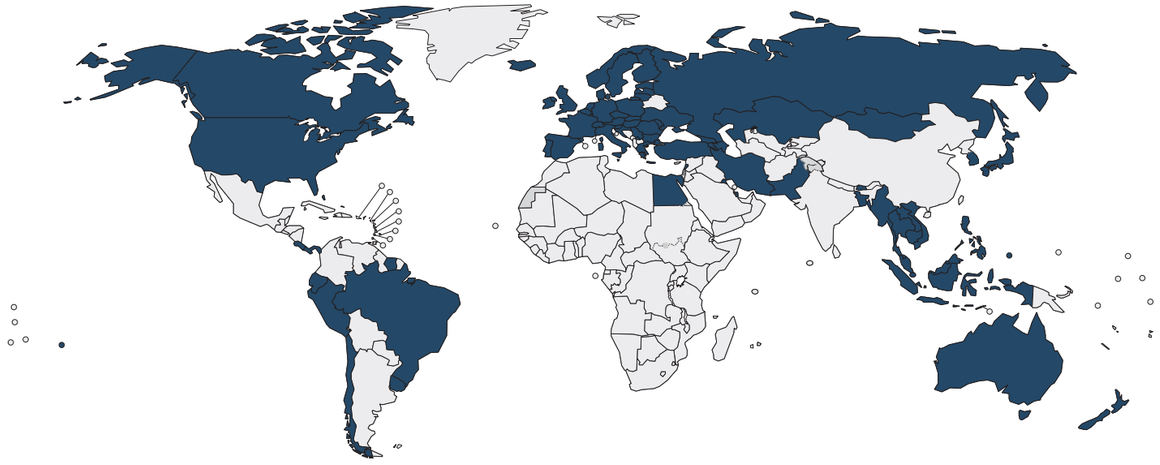
Почти 40% населения мира охвачено надежными системами мониторинга употребления табака

В 74 странах 2,8 миллиарда человек, или 38% населения мира, защищены надежными системами мониторинга, в которых используются результаты недавно проведенных, репрезентативных и периодических опросов взрослого населения и молодежи. Большинство из этих стран (44) являются странами с высоким уровнем дохода. Но, несмотря на наличие достаточных ресурсов, 25% стран с высоким уровнем дохода все еще не получили данные об употребления табака среди своего населения за последние пять лет. И хотя достаточно эффективный мониторинг осуществляется во всех кроме двадцати семи странах мира, до сих пор нет стран с низким уровнем дохода, проводящих мониторинг на уровне передовой практики, хотя он может стать более доступным с финансовой точки зрения, если включить его в мероприятия по укреплению систем здравоохранения.

Проведение постоянного мониторинга употребления табака является сложной задачей для стран с низким и средним уровнями дохода

В мире насчитывается 35 стран (с общим населением 2 миллиарда человек), располагающих недавними и репрезентативными данными как по взрослым, так и по молодежи, которым нужно лишь обеспечить повторное проведение обоих опросов каждые 5 лет для вывода мониторинга на уровень передовой практики. Большинство из этих стран (23) являются странами со средним уровнем дохода, шесть — с высоким уровнем дохода, и шесть — с низким уровнем дохода. Если бы все 35 стран достигли уровня передовой практики, то в странах, обеспечивающих эффективный мониторинг табачной эпидемии, проживало бы 4,8 миллиарда человек (63% населения мира).

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА — СТРАНЫ С НАИВЫСШИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ, 2018 ГОД



Страны с передовой практикой

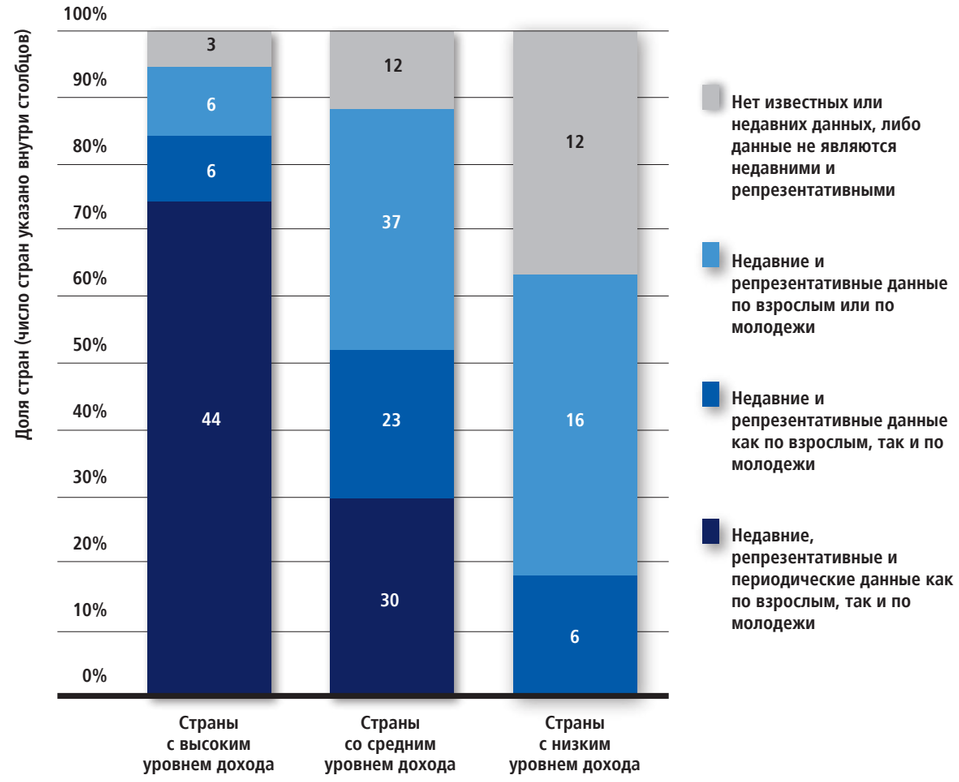
Прочие страны

Неприменимо

Страны с наивысшим уровнем достижений: Австралия, Австрия, Азербайджан, Армения, *Багамские Острова, Бангладеш, Бельгия, Болгария, Бразилия, Бруней-Даруссалам, Бутан, Венгрия, Вьетнам, Германия, Греция, Грузия, Дания, Египет, Индонезия, Иран (Исламская Республика), Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Казахстан, Камбоджа, Канада, Катар, Коста-Рика, Кувейт, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Латвия, Ливан, Литва, Люксембург, Малайзия, Мальта, Монголия, Мьянма, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Острова Кука, Пакистан, Палау, Панама, Перу, Польша, Португалия, Республика Корея, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Сингапур, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Соединенные Штаты Америки, *Суринам, Таиланд, Турция, Украина, Уругвай, Филиппины, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Чили, Швейцария, Швеция, Эквадор, Эстония и Япония.

* Страны, впервые достигшие наивысшего уровня в период после 31 декабря 2016 года.

МОНИТОРИНГ



Все большему числу стран необходимо проводить мониторинг всех форм употребления табака, а также электронных систем доставки никотина

Ретроспективные данные показывают, что после вступления в силу РКБТ ВОЗ в 2005 году и начала проведения мониторинга в 2007 году не было достигнуто никакого очевидного прогресса до тех пор, пока страны, впервые приступившие к мониторингу табачной эпидемии, не начали завершать свой второй раунд обследований в 2011–2012 годах. Хотя, начиная с 2014 года, прогресс, по-видимому, замедлился, ожидается, что по мере публикации результатов недавно завершенных обследований уровни охвата мониторингом в 2016 и 2018 годах будут пересмотрены в сторону увеличения.

Число потребителей табака остается неизменно высоким

Сегодня во всем мире насчитывается в общей сложности 1,4 миллиарда потребителей табака в возрасте 15 лет и старше — 1,07 миллиарда курильщиков и 367 миллионов потребителей бездымного табака — причем небольшая часть из них употребляет как курительный, так и бездымный табак. Это число немного уменьшилось по сравнению с 2007 годом, когда в мире насчитывалось 1,46 миллиарда потребителей табака. В настоящее время табак употребляют 1,12 миллиарда мужчин (на 5 миллионов меньше, чем в 2007 году) и 279 миллионов женщин (на 58 миллионов меньше, чем в 2007 году).

Несмотря на то что три из каждых четырех стран запретили продажу табачных изделий несовершеннолетним в возрасте до 18 лет, а еще 10 стран установили даже более высокие возрастные ограничения для покупки табака, по оценкам, во всем мире 24 миллиона детей в возрасте 13–15 лет курят, а 13 миллионов употребляют бездымный табак.

Показатели курения снижаются во всех группах стран с разными уровнями дохода

В период с 2007 по 2017 год показатели курения во всем мире снизились в среднем с 22,5% до 19,2%, что означает относительное снижение на 15% за 10 лет. Люди в странах с низким уровнем дохода курят примерно в два раза меньше, чем в странах с высоким уровнем дохода, и это соотношение мало изменилось за данный период времени. Относительное снижение показателей курения в странах с высоким уровнем дохода составило 20%, а в странах с низким уровнем дохода — 19%. В странах со средним уровнем дохода относительное снижение составило всего 12%. Показатели курения в странах со средним уровнем дохода, где проживает три четверти мирового населения, отражают среднемировой показатель. Хотя показатели курения в среднем снижаются быстрее всего в странах с высоким уровнем дохода, в совокупности они по-прежнему имеют самые высокие средние показатели курения среди всех групп стран с разными уровнями дохода в 2017 году (21,6%).

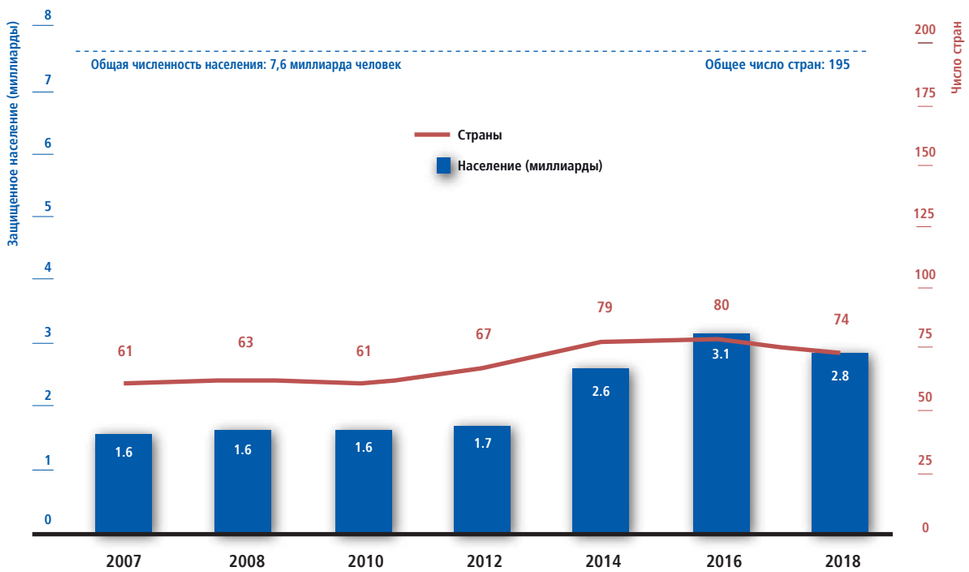
За это же десятилетие курение среди мужчин снизилось с 37,1% до 32,7%, а курение среди женщин — с 8,0% до 5,8%. В 2017 году показатели курения среди женщин в странах с высоким уровнем дохода по-прежнему остаются самыми высокими среди всех групп стран с разными уровнями дохода (16,4%), что более чем в четыре раза превышает средний показатель курения среди женщин в странах с низким и средним уровнями дохода (3,5%). Напротив, самые высокие показатели среди мужчин наблюдаются в странах со средним уровнем дохода (35,3%), что почти в два раза превышает средний показатель среди мужчин в странах с низким уровнем дохода (20,2%).

Необходимо ускорить борьбу против табака, чтобы избежать дальнейшего роста числа курильщиков

К 2030 году, когда будет оценен конечный положительный результат в достижении Целей в области устойчивого развития, ожидается, что средний показатель курения в мире снизится примерно до 16%. Для того чтобы показатель курения упал ниже 16%, странам необходимо активизировать свои усилия. Ожидается, что в странах с высоким и средним уровнями дохода показатели курения достигнут примерно 17%, если сохранится существующая тенденция. Прогнозируется, что в странах с низким уровнем дохода показатели курения к 2030 году опустятся ниже 10%, но только в том случае, если эти страны будут внимательно следить за тем, чтобы их не настигла табачная эпидемия.

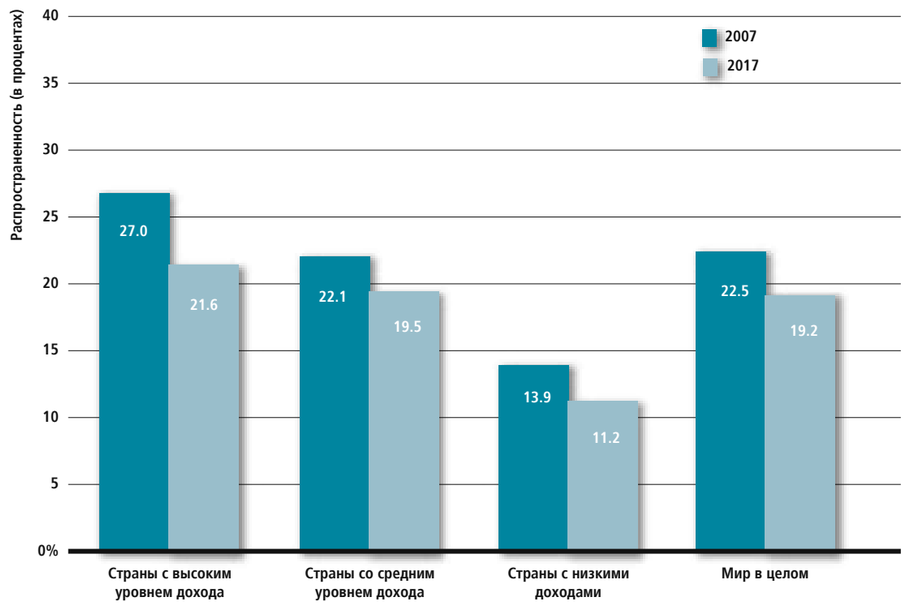
Глобальные прогнозы в отношении курения среди мужчин и женщин демонстрируют разительный контраст: к 2030 году показатель курения среди женщин снизится примерно до 4%, в то время как показатель курения среди мужчин останется высоким — 28%. Этот сценарий будет означать дальнейший рост числа курящих мужчин в связи с ростом численности населения — с 908 миллионов в 2017 году до 913 миллионов в 2030 году. Чтобы предотвратить такое катастрофическое развитие событий, необходимо принять срочные меры, особенно в отношении мужчин в странах со средним уровнем дохода, где число курильщиков может достичь к 2030 году 750 миллионов.

ПРОГРЕСС В ОБЛАСТИ МОНИТОРИНГА (2007–2018 ГОДЫ)

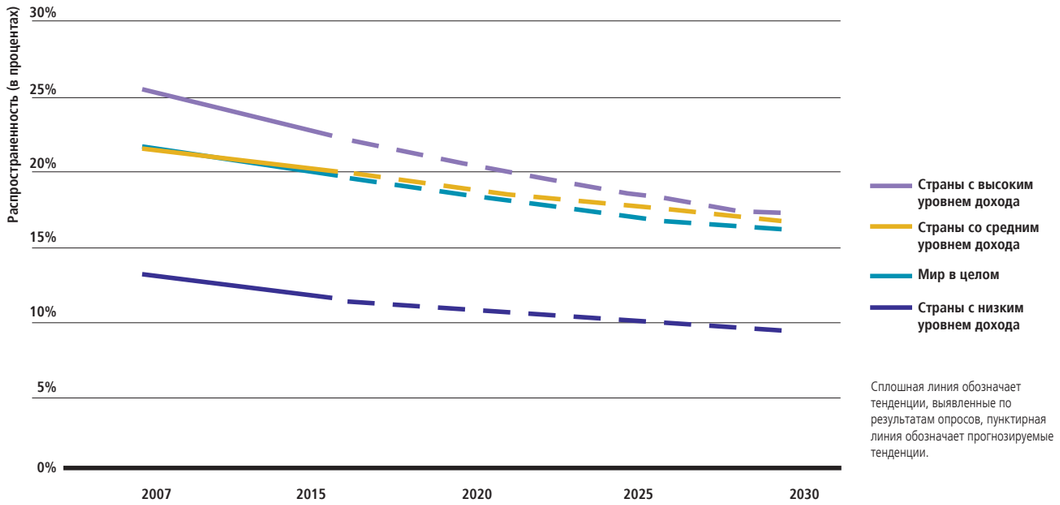


Примечание: Хотя среднее время между началом сбора данных проводимых обследований и предоставления отчетов неизвестно, опыт составления настоящего доклада показывает, что для получения полного перечня опросов в странах, проведенных в конкретном году, требуется около 4 лет. Поэтому данные за 2016 и 2018 годы являются неполными.

ТЕКУЩАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ, 2007–2017 ГОДЫ



ТЕНДЕНЦИИ ТЕКУЩЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, ПО ОЦЕНКАМ ВОЗ



Сплошная линия обозначает тенденции, выявленные по результатам опросов, пунктирная линия обозначает прогнозируемые тенденции.

Преодоление трудностей при проведении опросов в регионе Восточного Средиземноморья

Обследовательская группа проводит интервью с применением поэтапного подхода ВОЗ к эпиднадзору (STEPS), Судан, 2018 год.

За последние 2 года несколько стран Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ добились отличных результатов в мониторинге употребления табака. Ливан и Судан, в частности, преодолели серьезные проблемы, связанные с завершением очень важных опросов в отношении бремени употребления табака среди своего населения, что позволило кардинальным образом изменить ситуацию с постоянной нехваткой данных об употреблении табака.

В 2017 году Ливан внедрил поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору (STEPS), включающий использование Вопросов в отношении употребления табака (TQS) для мониторинга воздействия антитабачных мер и употребления табачных изделий, таких как кальян и наргиле. В опросе участвовали сирийские беженцы — труднодоступная группа населения, учитывая их постоянное перемещение по территории страны. Это был первый общенациональный опрос, в ходе которого были получены сопоставимые показатели для мигрантов и местного населения, и его результаты помогли стране оценить существующие меры политики и рекомендовать необходимые изменения. Тем временем Судан также провел свой первый в истории TQS в рамках опроса STEPS, запланированный и проведенный в сотрудничестве с Федеральным министерством здравоохранения, Центральным статистическим бюро и ВОЗ. Проведение опроса населения, проживающего в отдаленных и затронутых конфликтом районах, представляло собой серьезную проблему. Чтобы ее преодолеть, сборщики данных координировали действия с военными страны, чтобы иметь возможность для безопасного передвижения. Данные, полученные на основе TQS, помогли определить конкретные географические районы и людей из групп риска, в отношении которых можно применить более целенаправленные меры.

Эффективный эпиднадзор за факторами риска развития неинфекционных заболеваний, Индонезия

Употребление табака является ведущей причиной предотвратимой смертности и заболеваемости в Индонезии, чей Национальный институт научных исследований и разработок в области здравоохранения (NIHRD) с 2004 года проводит мониторинг употребления табака и других факторов риска развития НИЗ с помощью Национального опроса о состояния здоровья населения. В 2007 году был создан Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, или «Фундаментальные исследования в области здравоохранения») — комплексное общенациональное обследование населения, которое дополняет и опирается на общемировые стандарты, такие как поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору (STEPS) и Глобальная система эпидемиологического надзора за потреблением табачных изделий, включая Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака.

Успех RISKESDAS заключается в его всестороннем охвате всех основных факторов риска НИЗ, а также в его способности предоставлять надежные оценки на районном, региональном и национальном уровнях — важный фактор, учитывая децентрализованный характер оказания медицинской помощи в Индонезии. Особое внимание уделяется завершению опроса и публикации результатов в течение нескольких месяцев, что позволяет максимально повысить их своевременность и практическую ценность. Начиная с первого RISKESDAS в 2007 году, NIHRD проводил опрос каждые 5 лет, завершив последний раунд в 2018 году. Благодаря 100-процентному национальному финансированию, ее интеграции с другими ключевыми показателями здоровья и ее значимости для лиц, формирующих политику, эта инициатива существует уже в течение долгого времени. Модуль RISKESDAS, предназначенный для изучения вопросов, связанных с табаком, позволяет собирать информацию о возрасте лиц, начинающих употреблять табак, моделях его потребления, попытках бросить курить, воздействии вторичного табачного дыма и использовании электронных сигарет. Данные могут быть отсортированы по ключевым возрастно-половым и социально-демографическим характеристикам и показывают, что распространенность курения среди лиц в возрасте 15 лет и старше увеличилась с 27% в 1995 году до 33,8% в 2018 году. Информация о том, как употребление табака меняется среди разных групп населения, имеет важное значение для планирования стратегий, которые наиболее эффективно остановят табачную эпидемию. Результаты RISKESDAS помогли центральным и районным органам власти в планировании, основанном на фактических данных, а также в проведении мониторинга и оценки.

Команда RISKESDAS проводит работы на местах в Джакарте, Индонезия, 2018 год.

В период с 2007 по 2017 год показатели курения во всем мире снизились в среднем с 22,5% до 19,2%, что означает относительное снижение на 15% за 10 лет.

Защита людей от табачного дыма

Статья 8 РКБТ ВОЗ гласит: «… научные данные недвусмысленно подтверждают, что воздействие табачного дыма является причиной смерти, болезней и инвалидности … [Стороны] принимают и осуществляют … меры, обеспечивающие защиту от воздействия табачного дыма на рабочих местах внутри помещений, общественном транспорте, в закрытых общественных местах и, в соответствующих случаях, в других общественных местах» *(1)*. Руководящие принципы осуществления Статьи 8 РКБТ ВОЗ направлены на оказание Сторонам содействия в выполнении их обязательств, предусмотренных Статьей 8 РКБТ ВОЗ, и предоставление четкого плана-графика для принятия соответствующих мер (в течение 5 лет с момента вступления в силу РКБТ ВОЗ для данной Стороны) *(95)*.

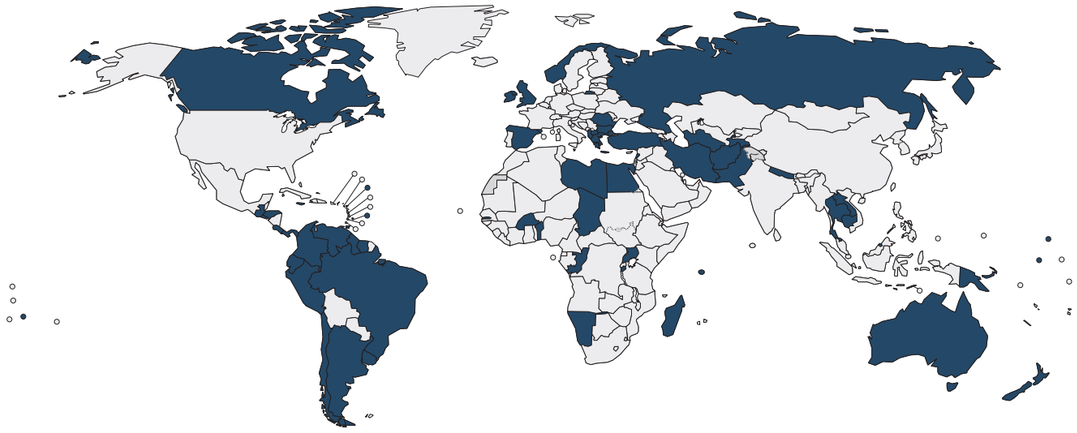
Вторичный табачный дым убивает

Воздействие вторичного табачного дыма может привести к тяжелым и смертельным заболеваниям, включая сердечно-сосудистые, респираторные и онкологические заболевания *(96–99)*. Дети и младенцы особенно восприимчивы к вторичному табачному дыму и подвержены повышенному риску развития респираторных заболеваний, заболеваний среднего уха и синдрома внезапной детской смерти *(100–105)*. Плоды у беременных женщин, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма, больше подвержены риску мертворождения, врожденных пороков развития и более низкой массы тела при рождении *(105)*. Не существует безопасного уровня воздействия вторичного табачного дыма, и даже кратковременное воздействие может причинить вред *(106)*. Почти все некурящие люди, живущие с курильщиками, подвержены большему риску преждевременной смерти и развития заболеваний *(107)*. Единственный способ надежно защитить как курильщиков, так и некурящих от вторичного табачного дыма — это полностью отказаться от курения внутри помещений *(107)*.

Чтобы законы об обеспечении бездымной среды эффективно работали, они должны носить всеобъемлющий характер

Законы об обеспечении бездымной среды очень эффективны в снижении вредного воздействия табачного дыма и улучшении качества воздуха внутри помещений, как для курильщиков, так и для некурящих *(108–110)*. Однако чтобы быть действенными, они должны носить всеобъемлющий характер. Существует ошибочное мнение, что места, свободные от табачного дыма, и помещения, специально предназначенные для курения, защищают некурящих людей от вторичного табачного дыма. Единственная мера, полностью защищающая от вторичного табачного дыма,— это создание бездымной среды, не допускающей никаких исключений *(111–113)*. Важно напомнить странам, что безопасного уровня воздействия вторичного табачного дыма не существует. Помещения для курения, включая отдельные комнаты, специально отведенные места для курения, системы вентиляции, воздухообмена и фильтрующие устройства, не являются достаточной защитой и не могут устранить весь вторичный табачный дым *(98, 110, 111)*. Исключения ослабляют силу воздействия законов об обеспечении бездымной среды.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ — СТРАНЫ С НАИВЫСШИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ, 2018 ГОД



Страны с передовой практикой
Прочие страны
Неприменимо

Страны, территории и районы с наивысшим уровнем достижений: Австралия, Албания, *Антигуа и Барбуда, Аргентина, Афганистан, Барбадос, *Бенин, Болгария, Бразилия, Бруней-Даруссалам, Буркина-Фасо, *Бурунди, Венесуэла (Боливарианская Республика), *Гайана, *Гамбия, Гватемала, Гондурас, Греция, Египет, Иран (Исламская Республика), Ирландия, Испания, Камбоджа, Канада, Колумбия, Конго, Коста-Рика, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Ливан, Ливия, Мадагаскар, Мальта, Маршалловы Острова, Намибия, Науру, Непал, *Ниуэ, Новая Зеландия, Норвегия, оккупированная палестинская территория, включая восточный Иерусалим, Пакистан, Панама, Папуа-Новая Гвинея, Перу, Российская Федерация, Румыния, Сальвадор, Северная Македония, Сейшельские Острова, Соединенное Королевство, Суринам, *Таджикистан, Таиланд, Тринидад и Тобаго, Туркменистан, Турция, Уганда, Уругвай, Чад, Чили, Эквадор и Ямайка.

* Страны, впервые достигшие наивысшего уровня в период после 31 декабря 2016 года.

Законы об обеспечении бездымной среды спасают жизни

Имеются убедительные доказательства того, что в юрисдикциях с законодательными запретами на курение сокращается количество госпитализаций по поводу острого коронарного синдрома и снижается смертность от заболеваний, связанных с курением *(111)*. Законы об обеспечении бездымной среды также «денормализуют» курение, поощряя более здоровое поведение, например отказ от курения в домах и автомобилях *(114–116)*. Создание среды, свободной от табачного дыма, может также побудить курильщиков сократить употребление табака, предпринять попытку бросить курить и совсем отказаться от употребления табака в долгосрочной перспективе *(117, 118)*.

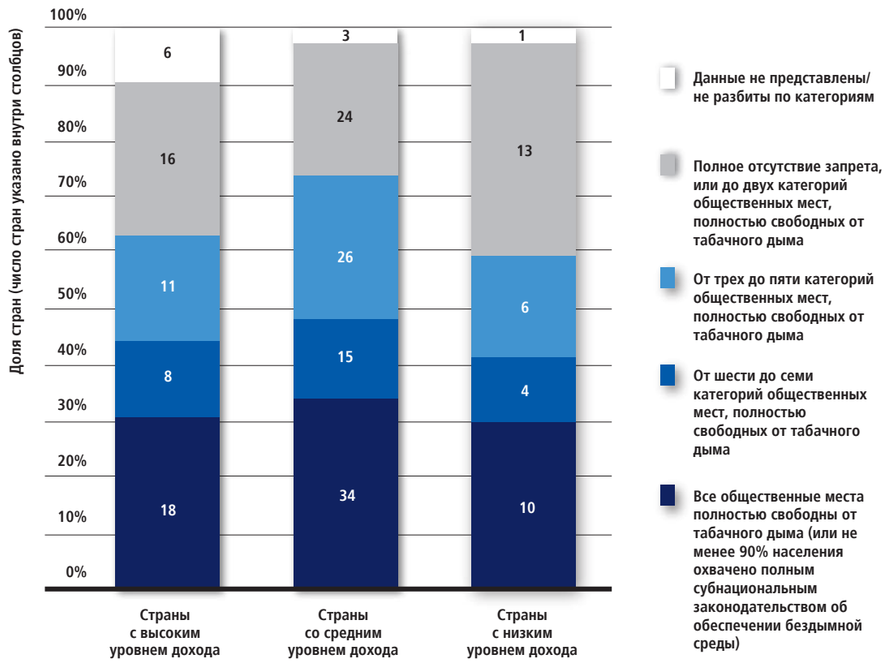
Законы об обеспечении бездымной среды популярны и не наносят ущерба бизнесу

Законы об обеспечении бездымной среды не только спасают жизнь, но и относительно легко принимаются, а их соблюдение осуществимо с экономической и политической точки зрения. Все большее число стран продолжает принимать на национальном и субнациональном уровне всеобъемлющие законы об обеспечении бездымной среды. Несмотря на утверждения табачной промышленности об обратном, наиболее тщательно разработанные исследования показывают, что законы об обеспечении бездымной среды не имеют неблагоприятных экономических последствий для бизнеса, в том числе для гостиничной индустрии *(119–121)*. В случае их принятия, законы об обеспечении бездымной среды находят поддержку у подавляющего большинства населения *(122, 123)*.

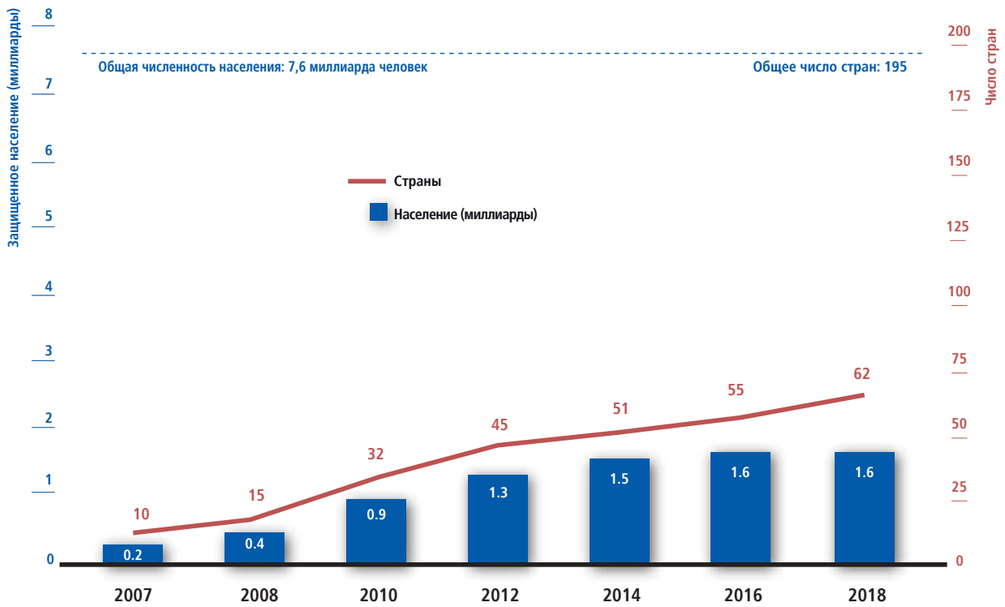
Только 22% населения мира защищено полными запретами на курение в общественных местах, на рабочих местах и в общественном транспорте

Всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды действует в 62 странах с общим населением более 1,6 миллиарда человек (что составляет 22% мирового населения). Разница между группами стран с разными уровнями дохода на удивление невелика: примерно в каждой третьей стране из каждой группы действует полный запрет. Две из каждых трех стран по-прежнему продолжают подвергать свое население опасностям, связанным с вторичным табачным дымом, из-за слабых или отсутствующих законов об обеспечении бездымной среды, при этом 41 страна с высоким уровнем дохода, 68 стран со средним уровнем дохода и 24 страны с низким уровнем дохода обеспечивают своим гражданам слабую защиту или оставляют их полностью незащищенными. Из них 24 страны (с общим населением 372 миллиона человек) вообще не имеют запретов, и 21 страна из этих 24 — это страны с низким и средним уровнями дохода. В остальных 109 странах действуют частичные запреты, которые не соответствуют требованиям полного запрета на курение в общественных местах и на рабочих местах.

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ



ПРОГРЕСС В ОБЛАСТИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ (2007–2018 ГОДЫ)



Всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды действует в 62 странах с общим населением более 1,6 миллиарда человек (что составляет 22% мирового населения).

Пришло время, чтобы среда, полностью свободная от табачного дыма, стала социальной нормой

За последние 2 года семь стран присоединились к группе стран, обеспечивающих защиту своих граждан от табачного дыма на уровне передовой практики, причем во всех общественных местах в этих странах курение полностью запрещено. Пять из этих стран, в которых закон об обеспечении бездымной среды либо отсутствовал (Бурунди, Ниуэ), либо был очень слабым и затрагивал не более двух общественных мест (Антигуа и Барбуда, Гамбия, Таджикистан), ввели полный запрет на курение, распространяющийся на все общественные и рабочие места. Две другие страны (Бенин и Гайана) ужесточили уже действующие, но недостаточно строгие законы, чтобы достичь уровня передовой практики. Четыре из этих семи стран являются странами с низким уровнем дохода. Еще восемь стран доработали свои законы об обеспечении бездымной среды, но не достигли полного охвата.

Хотя с 2007 года, когда только в 10 странах действовали всеобъемлющие законы об обеспечении бездымной среды, наблюдается устойчивый прогресс в отношении внедрения таких законов, достижения стран с низким и средним уровнями дохода были особенно впечатляющими. За эти 11 лет 40 стран с низким и средним уровнями дохода (более чем каждая четвертая страна) приняли всеобъемлющие законы об обеспечении бездымной среды, тогда как только 12 стран с высоким уровнем дохода (каждая пятая страна) сделали то же самое. Население, защищенное во всем мире законодательством об обеспечении бездымной среды на уровне передовой практики, в период после 2007 года увеличилось с 232 миллионов до 1,6 миллиарда.

Всеобъемлющее законодательство об обеспечении бездымной среды является популярной мерой политики

Одиннадцать стран с общим населением 120 миллионов человек могли бы присоединиться к 62 другим странам, где действуют всеобъемлющие законы об обеспечении бездымной среды, если бы ввели запрет на курение еще в одном месте: Тонга (университеты); Корейская Народно-Демократическая Республика (государственные учреждения); Замбия, Маврикий, Острова Кука и Украина (внутренние служебные помещения); Сенегал (рестораны); Бутан (кафе, пабы, бары); и Венгрия, Грузия и Кипр (общественный транспорт). Пятнадцати странам с общим населением 1,7 миллиарда человек достаточно лишь исключить в своих законах возможность использования помещений, специально предназначенных для курения, а другим пятнадцати странам с общим населением 1,6 миллиарда человек — ввести запрет на курение еще в двух местах, чтобы достичь уровня передовой практики.

Из 505 миллионов человек (6,6% населения мира), проживающих в одном из 100 крупнейших городов мира, только 284 миллиона (в 47 городах) защищены всеобъемлющим законом об обеспечении бездымной среды. В пяти из этих городов (Бандунг, Джакарта, Медан, Пекин и САР Гонконг) такие законы действуют в городах, в десяти — на уровне штатов или провинций, а в остальных 32 — в масштабах всей страны. Вместо того чтобы ждать принятия национальной стратегии, оставшиеся 53 крупнейших города мира, население которых в настоящее время не защищено наиболее эффективными национальными мерами политики, могли бы перейти к использованию мер, принятых на уровне города, штата или провинции, чтобы как можно быстрее защитить своих многочисленных граждан.

Еще один город Китая стал свободным от табачного дыма

Город Сиань вводит положение о запрете курения во дворце Дамин в 2018 году.

Сиань уже давно является одним из самых популярных туристических направлений в мире, и ежегодно его посещают более 200 миллионов человек (население города — 10 миллионов жителей). В августе 2018 года под руководством муниципального законодательного управления и при решительной поддержке со стороны муниципального правительства Сианя город принял постановление о запрете курения на всех рабочих местах внутри помещений, в общественном транспорте и в закрытых общественных местах. Решительная поддержка со стороны комиссии по здравоохранению, международного сообщества и местных НПО помогла принять это постановление и защитить миллионы граждан и гостей города от вредного воздействия вторичного табачного дыма. Были начаты широкомасштабные кампании по просвещению и информированию населения для популяризации нового положения о запрете курения, и были приложены значительные усилия, направленные на обеспечение его соблюдения.

Муниципальное правительство объявило конкурс среди различных государственных учреждений, ответственных за обеспечение соблюдения положения о запрете курения, с целью поощрения их активной работы в этом направлении, и попросило ежемесячно представлять свои данные о количестве наложенных штрафов, обучающих мероприятиях и информационно-пропагандистских кампаниях. По состоянию на апрель 2019 года было проинспектировано более 155 000 мест проведения мероприятий и взыскано более 240 000 юаней в виде штрафов и пени.

На протяжении более чем 1000 лет Сиань как место, откуда брал начало Великий шелковый путь, играл критически важную роль в торговле и экономике региона. Теперь его ведущая роль в отношении введения запретов на курение будет вдохновлять другие города уделять большое внимание здоровью своих граждан и гостей. Мир надеется на сохранение в ближайшем будущем этой лидирующей роли Сианя и городов Великого шелкового пути, свободных от табака.

В Гамбии общественные места становятся свободными от табачного дыма

В 2015 году Гамбия предприняла шаги по разработке закона о борьбе против табака и защите здоровья своих граждан. Этот закон, принятый в декабре 2016 года и официально введенный в действие в июле 2017 года, а также четкое руководство со стороны Министерства здравоохранения (при поддержке ВОЗ) и эффективное многосекторальное взаимодействие помогли стране добиться существенного прогресса. В то время как предыдущее законодательство об обеспечении бездымной среды требовало, чтобы люди не курили в общественных закрытых местах, эти запреты были неполными, разрешая организовывать места для курения или помещения, специально предназначенные для курения, почти во всех типах общественных мест. Новый закон сделал важный шаг вперед, устранив эти исключения, и введя полный запрет на курение во всех местах.

Встреча с представителями общественности в Гамбии с целью их привлечения к информированию людей о вреде, причиняемом табаком и вторичным табачным дымом, с использованием наглядных пособий ВОЗ.

В 2018 году был создан национальный комитет по борьбе против табака для содействия принятию этого закона, который вступил в силу 18 июля 2018 года. В то же время гражданское общество было мобилизовано для повышения информированности населения о вредных последствиях курения, особенно в общественных местах. ВОЗ предоставляла техническую поддержку и руководящие указания Министерству здравоохранения и привлекала к работе Министерства финансов, юстиции, начального и среднего образования, высшего образования, информации и связи, туризма, торговли, промышленности и занятости, иностранных дел, молодежи и спорта, а также Совет по медицинским исследованиям и средства массовой информации.

В настоящее время, когда действует законодательство об обеспечении бездымной среды, важно следить за его соблюдением во всех общественных местах и обеспечивать исполнение этого закона для достижения максимального положительного воздействия на здоровье населения Гамбии.

Предложение помощи в целях прекращения употребления табака

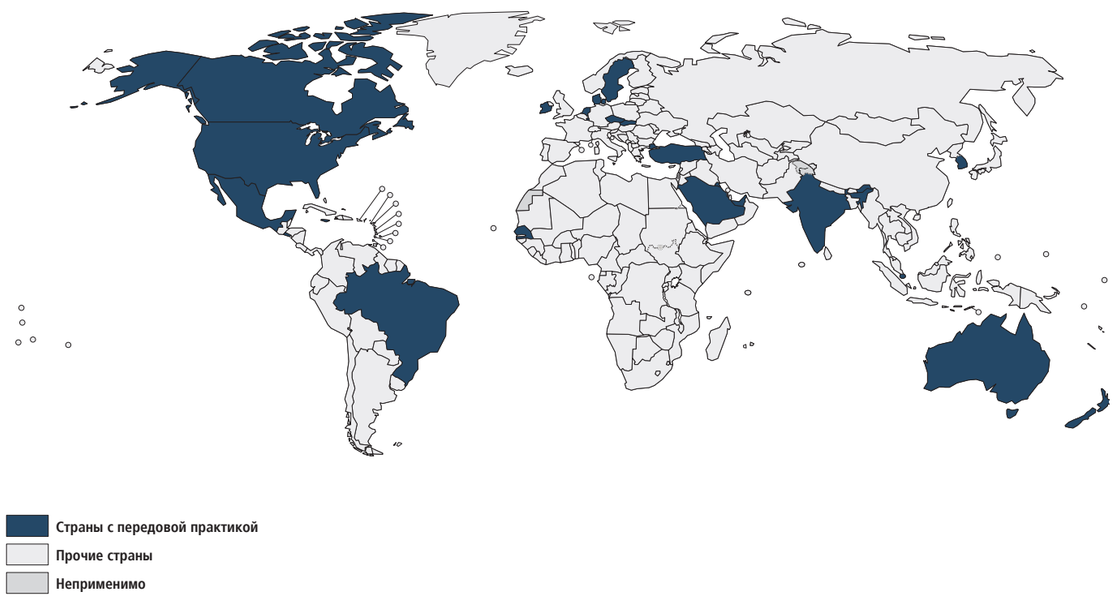
Чуть более 30% населения мира охвачено всеобъемлющими услугами по прекращению употребления табака

По состоянию на 2018 год всеобъемлющие услуги по прекращению употребления табака действуют для 2,4 миллиарда человек в 23 странах — 32% мирового населения. Многие страны, принимающие всеобъемлющие меры по прекращению употребления табака, отстают в использовании других мер MPOWER, и только 16 стран с высоким уровнем дохода, шесть стран со средним уровнем дохода и одна страна с низким уровнем дохода (Сенегал) предлагают всестороннюю поддержку в прекращении употребления табака.

Во всем мире почти все страны с высоким уровнем дохода предоставляют услуги по прекращению употребления табака, а 90% из них также предлагают как минимум частичную компенсацию затрат на эти услуги. Большинство стран со средним уровнем дохода (72%) делают то же самое, тогда как только 24% стран с низким уровнем дохода предлагают какую-либо компенсацию затрат. Двадцать четыре страны вообще не оказывают поддержки в отказе от употребления табака. Эти цифры показывают, что, хотя активная работа уже началась, еще многое предстоит сделать.

Всеобъемлющие услуги по прекращению употребления табака действуют для 2,4 миллиарда человек в 23 странах — 32% мирового населения.

ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ — СТРАНЫ С НАИВЫСШИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ, 2018 ГОД



Страны с наивысшим уровнем достижений: Австралия, Бразилия, Дания, Индия, Ирландия, Канада, Кувейт, Люксембург, Мексика, Нидерланды, Новая Зеландия, Объединенные Арабские Эмираты, Республика Корея, Сальвадор, *Саудовская Аравия, Сенегал, Сингапур, *Словакия, Соединенные Штаты Америки, Турция, *Чешская Республика, *Швеция и Ямайка.

* Страны, впервые достигшие наивысшего уровня в период после 31 декабря 2016 года.

Спрос на услуги по прекращению курения растет — пришло время их предоставлять

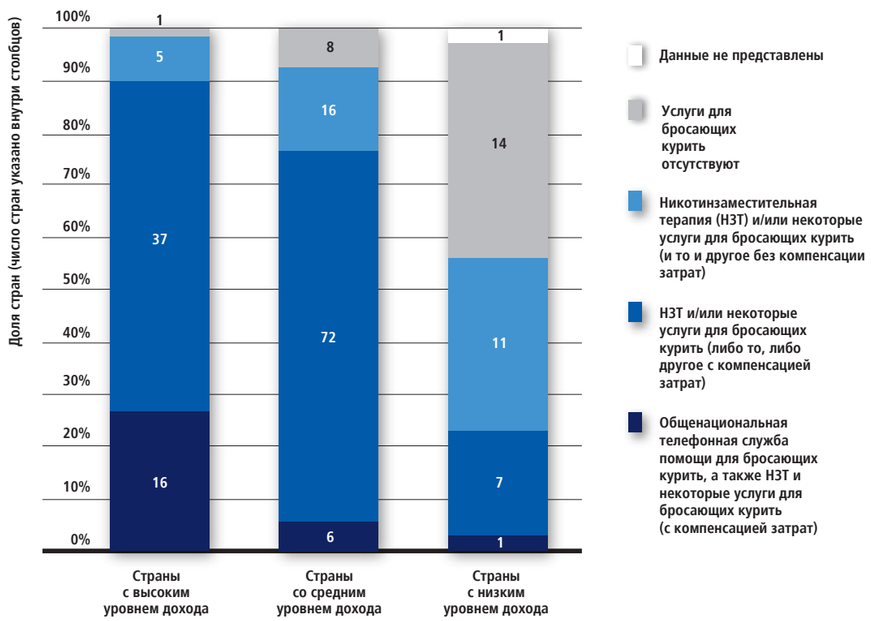
Доля мирового населения, охваченного всеобъемлющими услугами по отказу от употребления табака, сократилась на 1% в период с 2016 по 2018 год. Положительным моментом является то, что за последние 2 года четыре страны с общим населением 60 миллионов человек (Саудовская Аравия, Словакия, Чешская Республика и Швеция) начали предлагать всеобъемлющие услуги по прекращению курения. Однако, к сожалению, число людей, защищенных такими услугами в этих странах, недавно перенявших передовой опыт, нивелируется наличием шести стран с общим населением 97 миллионов человек, которые за тот же период выпали из группы стран с передовой практикой. Из этих стран, сокративших объем предоставляемых услуг, пять были странами с высоким уровнем дохода (Бруней-Даруссалам, Израиль, Мальта, Панама и Эстония) и одна — страной со средним уровнем дохода (Исламская Республика Иран). Три страны (Бруней-Даруссалам, Израиль и Панама) прекратили работу своих бесплатных телефонных линий для бросающих курить, а три другие страны прекратили компенсировать затраты на никотинзаместительную терапию (НЗТ).

Несмотря на то что с 2007 года прогресс в отношении применения меры «О» был менее заметен по сравнению с реализацией других мер MPOWER, число стран, внедривших услуги по прекращению курения на уровне передовой практики, тем не менее, увеличилось с 10 (5% населения мира) в 2007 году до 23 (32% населения мира) в 2018 году, и это означает, что теперь эта мера защищает еще 2 миллиарда человек. Численность населения, которому предлагались самые эффективные услуги по прекращению курения в 2018 году, в шесть раз больше, чем в 2007 году (когда эта численность составляла всего 401 миллион человек).

В 67 странах, где проживает 2,1 миллиарда человек, в пакете мер поддержки прекращения употребления табака отсутствует только один элемент для достижения уровня передовой практики: (i) национальная бесплатная телефонная линия для бросающих курить; (ii) компенсация затрат на НЗТ; или (iii) компенсация затрат на услуги по отказу от курения в медицинских учреждениях или по месту жительства. Из этих 67 стран 28 должны добавить национальную бесплатную телефонную линию для бросающих курить, чтобы обеспечить всестороннюю поддержку в отказе от употребления табака еще 805 миллионам человек, в то время как 38 стран должны предложить НЗТ с компенсацией затрат чтобы охватить дополнительно 1,3 миллиарда человек, а одна страна (Кот-д'Ивуар) должна начать компенсировать затраты на одну или несколько услуг по прекращению употребления табака в медицинских учреждениях или по месту жительства, чтобы охватить еще 25 миллионов человек.

Из 505 миллионов человек (6,6% населения мира), проживающих в одном из 100 крупнейших городов мира, только половина (255 миллионов в 49 городах) имеет доступ к надлежащей поддержке в отказе от употребления табака. Из этих

ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ



городов в двух действуют меры, принятые на городском уровне (САР Гонконг и Лондон), а в остальных 47 — на национальном уровне. Вместо того чтобы ждать принятия национальной стратегии в отношении поддержки прекращения употребления табака, оставшийся 51 город мог бы перейти к использованию мер, принятых на уровне города, штата или провинции, чтобы как можно быстрее защитить свое многочисленное население.

Приоритетность трех ключевых мер по прекращению употребления табака

В комплексную программу борьбы против табака должны быть включены как минимум три меры по прекращению употребления табака: краткие консультации в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в отношении прекращения употребления табака, бесплатные национальные телефонные линии для бросающих курить и фармакологическая терапия, которая как минимум включает НЗТ.

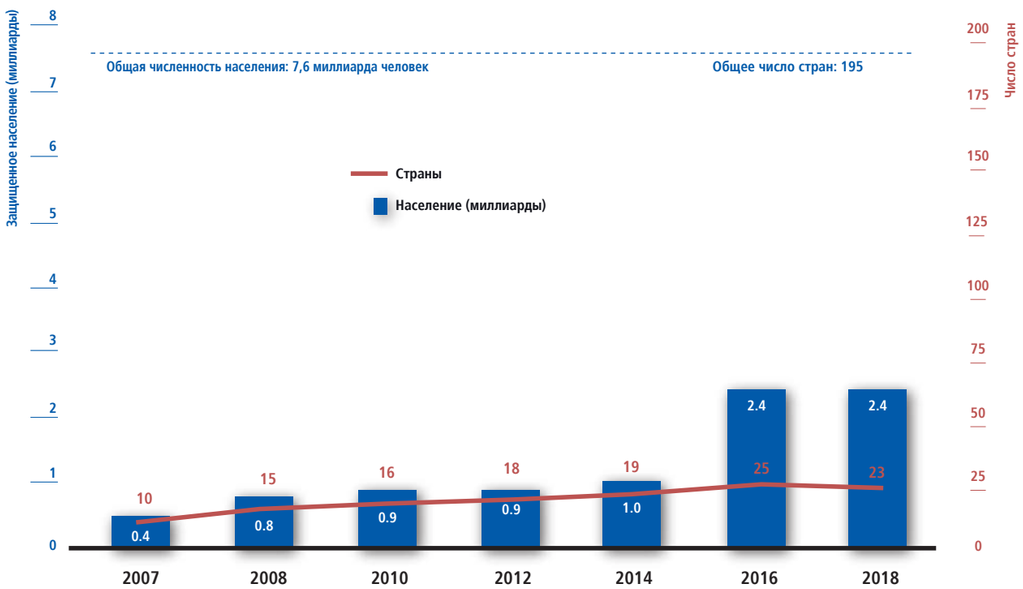
Поддержка в отказе от употребления табака, оказываемая в учреждениях первичной медико-санитарной помощи
В период после 2007 года страны со средним уровнем дохода добились заметного прогресса в оказании поддержки в отказе от употребления табака по крайней мере в некоторых учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Доля населения, получающего поддержку в прекращении употребления табака с компенсацией затрат хотя бы в некоторых учреждениях первичной медико-санитарной помощи, увеличилась с 23% до 75%, причем самая большая часть этого увеличения приходится на страны со средним уровнем дохода. С 2012 года в странах с высоким уровнем дохода прогресс был слабым или отсутствовал, а с 2007 года в странах с низким уровнем дохода он вообще был малозаметен. В настоящее время только 18 стран оказывают поддержку по прекращению курения с полной компенсацией затрат в большинстве своих учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Бесплатная национальная телефонная линия для бросающих курить
Только в одной трети стран действует национальная бесплатная телефонная линия для бросающих курить — ситуация, которая практически не изменилась за период после 2016 года. Страны со средним уровнем дохода добились наибольшего прогресса в создании национальных бесплатных телефонных линий по прекращению курения, при этом доля стран со средним уровнем дохода, где такие линии существуют, увеличилась с 10% в 2007 году до 33% в 2017 году.

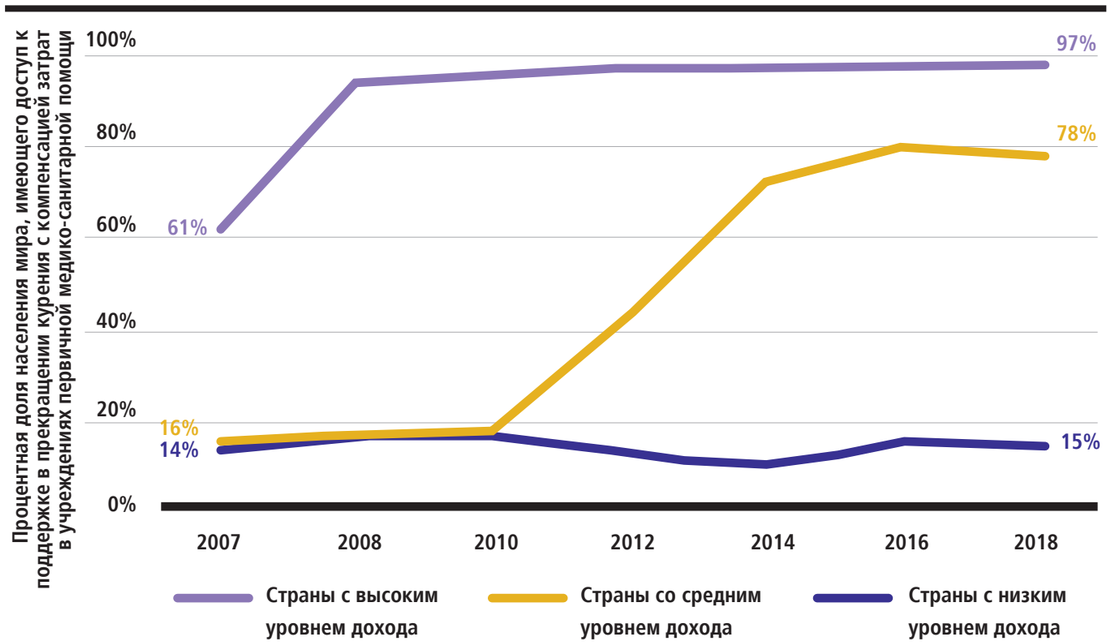
Национальные бесплатные телефонные линии для бросающих курить были единственной мерой по прекращению употребления табака, в применении которой наблюдался прогресс в период после 2016 года.

За последние 2 года десять стран организовали телефонные линии по прекращению курения: Беларусь, Болгария, Латвия, Республика Молдова, Саудовская Аравия, Словакия, Тимор-Лешти, Туркменистан, Украина и Чешская Республика. Пять стран (Бруней-Даруссалам, Израиль, Камбоджа, Норвегия и Панама) прекратили работу своих телефонных линий для бросающих курить после 2016 года, в результате чего чистый прирост составил пять стран.

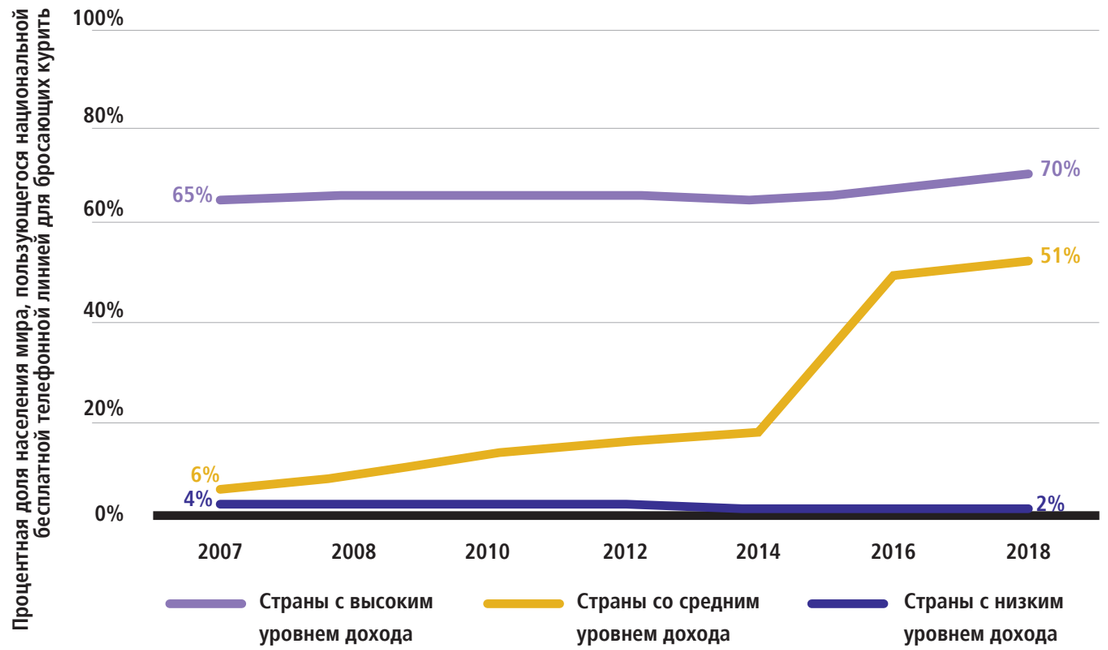
ПРОГРЕСС В ЛЕЧЕНИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (2007–2018 ГОДЫ)



ПОДДЕРЖКА В ОТКАЗЕ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, ОКАЗЫВАЕМАЯ ХОТЯ БЫ В НЕКОТОРЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (2007–2018 ГОДЫ)



НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕСПЛАТНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ ЛИНИЯ ДЛЯ БРОСАЮЩИХ КУРИТЬ (2007–2018 ГОДЫ)



Никотинзаместительная терапия должна быть доступной в ценовом отношении

В глобальном масштабе, в то время как более двух третей стран мира предоставляют доступ к НЗТ, менее одной трети стран частично или полностью компенсируют затраты на нее. К сожалению, число стран, предоставляющих НЗТ, с 2016 года сократилось, и только 45 стран включили препараты для НЗТ в свои перечни основных лекарственных средств. Доступность НЗТ является ключевым вопросом. Страны, которые не компенсируют (или только частично компенсируют) затраты на НЗТ, рассчитывают на то, что потребители табака будут оплачивать это средство для прекращения курения из своего кармана. Анализ цен в 56 странах показывает, что (в среднем) наименее дорогой препарат для НЗТ с поправкой на паритет покупательной способности стоит на 40% меньше, чем стоимость выкуривания одной пачки самой дешевой марки сигарет в день за тот же период времени. Это означает, что, по крайней мере для заядлых курильщиков, даже оплата НЗТ из собственных средств (без компенсации затрат) при попытке бросить курить, скорее всего, будет дешевле, чем продолжение курения.

Разница в цене между НЗТ и самой дешевой маркой сигарет является наибольшей в странах с высоким уровнем дохода, где значительно дешевле приобрести 8-недельный курс никотинзаместительной терапии по сравнению с покупкой 56 пачек самых дешевых сигарет. Даже в странах со средним уровнем дохода, включенных в анализ, где стоимость НЗТ значительно выше, сравнения общих затрат показывают, что цены за тот же период времени сопоставимы.

В странах, где существует какая-либо форма компенсации затрат на НЗТ, стоимость самого дешевого препарата для НЗТ почти на 20% меньше, что говорит о том, что предположительно более высокий спрос на эти препараты помогает снизить расходы из собственного кармана. Следует отметить, что такая же ситуация может не отмечаться в странах с низким и ниже среднего уровнями дохода, где НЗТ, скорее всего, будет относительно дороже, а сигареты намного дешевле. Хотя использование НЗТ в качестве средства для прекращения курения доступно далеко не везде, оно относительно дешевле по сравнению со стоимостью курения. Компенсация затрат на НЗТ является важным фактором, который следует учитывать правительствам, особенно при попытке расширить доступ к проверенным и эффективным средствам для отказа от курения.

НЗТ имеет наилучшее соотношение эффективности, стоимости и безопасности. В результате с 2009 года в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств были добавлены две формы НЗТ (никотиновая жевательная резинка и никотиновый пластырь) (см. https://www.who.int/medicines/publications/sexualmedicines/en/). Примерный перечень представляет собой перечень лекарственных средств, имеющих важнейшее значение для систем здравоохранения. Странам следует рассмотреть вопрос о включении НЗТ в свои национальные перечни основных лекарственных средств.

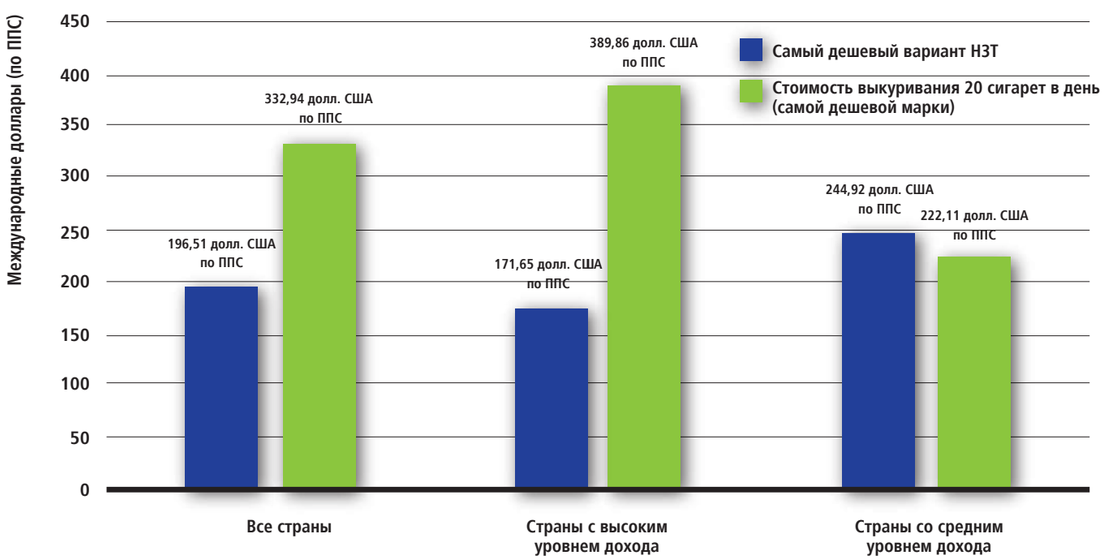
Необходимо совершенствовать меры политики и наращивать потенциал в области прекращения употребления табака

Руководящие принципы осуществления Статьи 14 РКБТ ВОЗ рекомендуют внедрение четырех конкретных элементов инфраструктуры для содействия прекращению употребления табака и обеспечения эффективного лечения табачной зависимости:

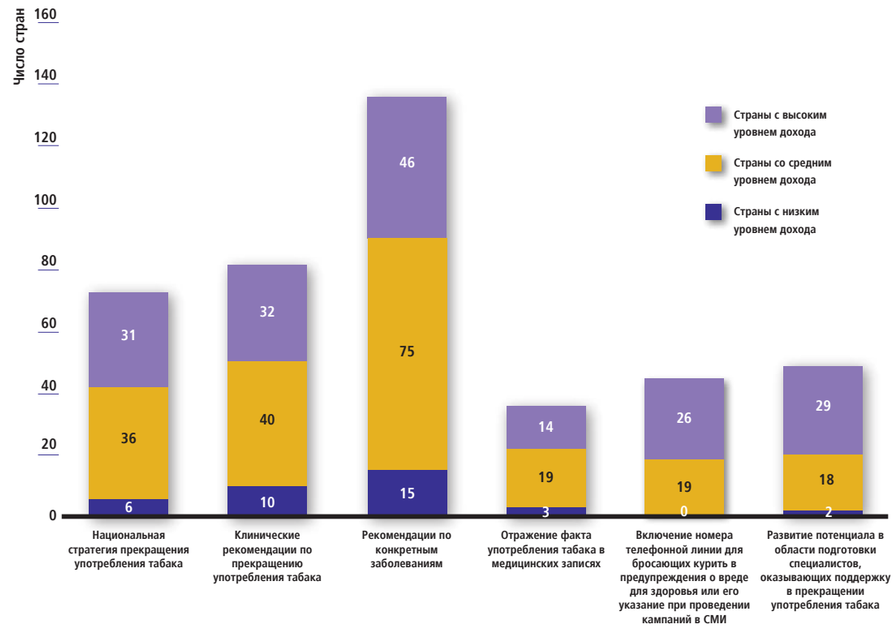
- **Национальная стратегия прекращения употребления табака:** Среди стран, по которым есть данные, почти 40% (73 из 187) имеют национальные стратегии прекращения употребления табака — от 60% стран с высоким уровнем дохода до 18% стран с низким уровнем дохода.
- **Национальные руководящие принципы в отношении прекращения употребления табака:** Была проведена оценка национальных руководящих принципов в отношении прекращения употребления табака и клинических руководств по лечению туберкулеза, рака, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний репродуктивной системы, психических расстройств и заболеваний полости рта. Эта оценка показала, что 82 страны (42% во всем мире) имеют национальные руководящие принципы в отношении прекращения употребления табака; и в 136 странах (73% из тех, кто прислал анкету) имеется по крайней мере одно клиническое руководство по конкретному заболеванию, которое включает вопросы прекращения курения. Две трети этих стран являются странами с низким и средним уровнями дохода.
- **Развитие потенциала в области подготовки кадров:** В общей сложности 50 стран сообщили о регулярном обучении работников служб первичной медико-санитарной помощи проведению кратких консультаций (которые должны быть включены в программы первичной медико-санитарной помощи по профилактике заболеваний и борьбе с ними) и/или о проведении по крайней мере одной формы обучения в отношении прекращения употребления табака в рамках программ подготовки врачей, медицинских сестер и стоматологов.
- **Все медицинские записи содержат информацию об употреблении табака:** Включение факта употребления табака в медицинские записи помогает регулярно выявлять потребителей табака и рекомендовать им бросить курить. Из всех рассмотренных компонентов инфраструктуры и систем этот был реализован в наименьшей степени. Употребление табака было отражено в обычных медицинских записях только в 35 странах.

Хотя рекомендуется, чтобы меры по прекращению употребления табака осуществлялись синергетически с другими инициативами по борьбе против табака, только 45 стран сообщили об использовании информации о телефонных линиях по прекращению курения при проведении кампаний в средствах массовой информации или о включении телефонных номеров этих линий в графические предупреждения о вреде для здоровья на упаковках табачных изделий. Из стран, имеющих национальную бесплатную телефонную линию для бросающих курить, ни одна страна с низким уровнем дохода не включила номера телефонов этой линии в графические предупреждения о вреде для здоровья или указывала их при проведении кампаний в СМИ.

СРЕДНЯЯ ЦЕНА НАИМЕНЕЕ ДОРОГОГО ВАРИАНТА НЗТ ПО СРАВНЕНИЮ С КУРЕНИЕМ САМОЙ ДЕШЕВОЙ МАРКИ СИГАРЕТ



МЕРЫ ПОЛИТИКИ И СТРУКТУРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА В СТРАНАХ



Индия успешно осуществляет программу mCessation

Текстовые сообщения программы mCessation, получаемые жителями Индии на английском языке и хинди.

Индия является вторым по величине потребителем табачных изделий, с более чем 200 миллионами потребителей бездымных видов табака и 276 миллионами потребителей табака в целом. В 2017 году Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS2) показал, что 38,5% взрослых курильщиков и 33,2% взрослых потребителей бездымного табака в Индии пытались отказаться от его употребления. Правительство признало существующую потребность в экономически эффективных и доступных услугах по отказу от употребления табака и приняло комплексную стратегию по охвату потребителей табака в сельских и городских районах Индии. В дополнение к включению кратких консультаций в систему первичной медико-санитарной помощи, использованию бесплатной телефонной линии по прекращению курения и реализации Совместной рамочной программы борьбы с туберкулезом и табаком, Индия использовала технологические решения для расширения доступа к услугам по прекращению употребления табака.

Национальная программа борьбы против табака и Министерство здравоохранения и благополучия семьи при поддержке ВОЗ и инициативы Международного союза электросвязи «Будь здоровым, будь мобильным» внедрили программу mCessation. Являясь частью инициативы «Цифровая Индия», эта программа использует двусторонний обмен текстовыми сообщениями между человеком, стремящимся бросить курить, и специалистами программы, обеспечивая активную поддержку тем, кто хочет отказаться от употребления табака. Уникальная особенность этой программы позволяет пользователям, которые хотят бросить курить, зарегистрироваться в ней, сделав звонок на специальный национальный номер или зарегистрировавшись на веб-сайте http://www.nhp.gov.in/quit-tobacco. Правительство недавно выпустило вторую версию платформы mTobaccoCessation, которая способна доставлять информацию с помощью СМС или интерактивного голосового ответа на 12 языках. Прогресс в использовании программы отслеживается в режиме реального времени с помощью онлайн-панели, на которой подробно отображается количество регистраций с разбивкой по таким факторам, как пол, географическое положение и тип употребления табака.

На сегодняшний день в программе зарегистрировано более 2,1 миллиона пользователей. Оценка, проведенная Министерством здравоохранения и благополучия семьи, показала, что средний показатель отказа от употребления табака через 6 месяцев после регистрации составляет 7% как для курильщиков, так и для потребителей бездымного табака. Когда у 12 000 участников программы спросили об их употреблении табака, более 19% ответили, что воздерживались от употребления в течение последних 30 дней.

Индия также запустила вторую национальную программу мобильного здравоохранения, mDiabetes, для профилактики и лечения диабета. Обе программы были интегрированы в национальную инициативу по скринингу НИЗ в рамках национальной программы охраны здоровья «Ayushman Bharat».

Сенегал – первая страна с низким уровнем дохода, которая предлагает всестороннюю поддержку в отказе от употребления табака

Информация о телефонной линии для бросающих курить на пачках сигарет, Сенегал.

Когда Сенегал в 2014 году принял Закон о борьбе против табака, Комиссия по здравоохранению Национального собрания страны подтвердила, что отказ от употребления табака является национальным приоритетом, и что будет организована всесторонняя поддержка в прекращении его употребления, чтобы помочь курильщикам отказаться от этой привычки. В то время председатель Комиссии по здравоохранению, Awa Dia Thiam, сказала членам парламента: «Необходимо принять меры для поддержки курильщиков, которые хотят бросить курить, и помочь им пройти очень трудный предварительный этап».

С тех пор Министерство здравоохранения и социальной защиты создало национальную бесплатную телефонную линию по прекращению курения, на которой подготовленные консультанты могут дать совет по отказу от курения и проконсультировать звонивших о доступных в Сенегале различных методах лечения табачной зависимости, чтобы помочь им бросить курить. В течение первых 4-х месяцев на телефонную линию поступило 4068 звонков.

Совсем недавно Национальная программа борьбы против табака, которая отвечает за формирование антитабачной политики, разработала Национальный стратегический план борьбы против табака на 2018–2022 годы, в котором подробно описаны доступные услуги по прекращению его употребления.

Республика Корея предлагает всестороннюю помощь в отказе от курения

Начиная с 2005 года, Республика Корея оказывает содействие в оказании услуг по отказу от курения во всех государственных медицинских центрах по всей стране. Только с июня 2017 года по июнь 2018 года 357 936 курильщикам были даны краткие консультации в отношении прекращения курения, и 70 833 (19,8%) из них не курили в течение 6 месяцев с момента отказа от курения.

В 2006 году была открыта общенациональная бесплатная телефонная линия для бросающих курить, чтобы укрепить и поддержать национальную программу отказа от употребления табака. Эта телефонная линия работает 13 часов в сутки в будние дни и 9 часов в сутки по выходным дням и предоставляет зарегистрированным пользователям бесплатные консультации в течение 1 года. Из 17 752 курильщиков табака, получивших хотя бы одну телефонную консультацию в период с 2017 по 2018 год, 3368 (19%) не курили в течение 6 месяцев с момента отказа от курения.

В 2015 году Национальная служба медицинского страхования начала компенсировать в больницах и клиниках по всей стране расходы на консультации в отношении отказа от употребления табака и стоимость лекарственных средств для прекращения курения. Для оказания помощи и побуждения к отказу от курения социально обособленных курильщиков, таких как женщины и не посещающая школу молодежь, была организована служба индивидуальной поддержки, известная как «Quit Bus». Для обеспечения бесплатного интенсивного лечения заядлых курильщиков были созданы региональные центры по прекращению курения. Расширение услуг привело к увеличению числа людей, зарегистрированных в национальных службах по прекращению курения, с 439 971 в 2014 году до 861 086 в 2017 году.

Консультирование в отношении отказа от курения в передвижном медпункте, известном как «Quit Bus», Республика Корея.

Использование всесторонних национальных услуг по прекращению курения способствовало значительному снижению показателей курения среди взрослых мужчин с 66,3% в 1998 году до исторического минимума в 38,1% в 2017 году. Целевое ассигнование доходов от налогообложения табачных изделий на услуги по прекращению курения и предоставление услуг по прекращению употребления табака в сочетании с другими инициативами по борьбе против него являются ключевыми факторами, которые способствовали этому успеху.

Интеграция кратковременных антитабачных мероприятий в систему первичной медико-санитарной помощи, Эквадор

Эквадор ратифицировал РКБТ ВОЗ в 2006 году, и, несмотря на успехи в борьбе против табака, по данным Института измерения показателей и оценки состояния здоровья (см. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/), один гражданин Эквадора умирает от табака каждые 2 часа[1]. Оказание поддержки в прекращении употребления табака в рамках системы здравоохранения страны по-прежнему является сложной задачей, и ее можно решить, поощряя сотрудничество с другими секторами. В этом контексте в 2018 году Эквадор предпринял шаги по интеграции кратковременных антитабачных мероприятий в систему первичной медико-санитарной помощи в соответствии со своей стратегией «Médico del Barrio» (Стратегия участкового врача) [2].

В рамках этого мероприятия Министерство здравоохранения Эквадора создало национальную сеть подготовки, объединяющую учебные заведения, отвечающие за подготовку на рабочем месте работников служб первичной медико-санитарной помощи, и обратилось к ВОЗ с просьбой укрепить потенциал этой национальной сети по вопросам прекращения употребления табака. В ответ на это ВОЗ, ПАОЗ и Европейское респираторное общество (которое оказало финансовую поддержку) провели в январе 2018 года совместный семинар по обучению 55 местных преподавателей оказанию помощи в отказе от употребления табака. В марте 2018 года в провинциях Пичинча, Гуаяс, Асуай и Каньяр началась интеграция кратковременных антитабачных мероприятий в систему первичной медико-санитарной помощи.

Около 120 работников служб первичной медико-санитарной помощи были обучены проведению кратковременных антитабачных мероприятий и с тех пор регулярно выявляют потребителей табака и рекомендуют им бросить курить.

Результаты проекта были весьма обнадеживающими. С середины марта до середины ноября 2018 года было выявлено 3916 потребителей табака, которым были даны рекомендации по отказу от курения. Среди 2069 пациентов, наблюдавшихся в течение 4-х месяцев, показатель воздержания от курения в течение 7 дней составил 57,2%, а из 968 пациентов, наблюдавшихся в течение 6-ти месяцев, показатель воздержания составил 48,9%. Основываясь на этих результатах, Эквадор планирует распространить интеграцию кратковременных антитабачных мероприятий в систему первичной медико-санитарной помощи в большем числе провинций.

Мужчина получает краткую консультацию в отношении прекращения курения, Эквадор.

[1] Результат отображает среднюю оценку, выраженную в исходном количестве 5372 смертей и 95%-ном диапазоне интервала неопределенности от 4669 до 6143 смертей.

[2] «Medico del Barrio» – это передовая стратегия первичной медико-санитарной помощи, разработанная и реализуемая правительством Эквадора, цель которой заключается в предоставлении медицинских услуг уязвимым и приоритетным группам населения путем набора и скрининга пациентов. Эти услуги предоставляются при выезде на дом медицинских бригад, состоящих из врача общей практики, медсестры, работника первичной медико-санитарной помощи, а также при поддержке местного и семейного врача и/или врача общей практики, работающего в первичном звене здравоохранения.

Предупреждение об опасностях, связанных с табаком

Предупредительные надписи о вреде для здоровья

Статья 11 РКБТ ВОЗ гласит: «Каждая Сторона … принимает и осуществляет … эффективные меры, с тем чтобы … упаковка и маркировка табачных изделий не стимулировали продажу табачного изделия любым путем, который является ложным, вводящим в заблуждение или обманным, либо создающим неправильное впечатление о его характеристиках, воздействии на здоровье, опасностях или выделяемых продуктах» *(1)*. Руководящие принципы осуществления Статьи 11 РКБТ ВОЗ направлены на оказание Сторонам содействия в выполнении их обязательств, предусмотренных Статьей 11 РКБТ ВОЗ, и предоставление четкого плана-графика для принятия соответствующих мер (в течение 3 лет с момента вступления в силу РКБТ ВОЗ для данной Стороны) *(95)*.

Предупреждения о вреде для здоровья содержат важную информацию о пагубных последствиях употребления табака

Несмотря на наличие огромного количества фактических данных о вреде, причиняемом табаком, многие его потребители до сих пор не в полной мере осознают опасности, которым они подвергают себя и других лиц, употребляя табачные изделия *(124)*. Потребители имеют право быть предупрежденными о воздействии на здоровье изделий, которые они покупают и используют, и это включает в себя предоставление полной и достоверной информации об опасностях употребления табака *(124–126)*. Графические предупреждения о вреде для здоровья, содержащие точную информацию о рисках, связанных с употреблением табака, могут помочь стимулировать потребителей табака сократить или прекратить его употребление *(127, 128)*.

Эффективные предупреждения о вреде для здоровья информируют о рисках употребления табака, а также об опасном воздействии вторичного табачного дыма на окружающих *(129)*. Имеются убедительные фактические данные о том, что четкие, бросающиеся в глаза предупреждения побуждают потребителей табака задуматься об отказе от курения и могут привести к сокращению употребления табака *(130, 131)*.

Предупреждения о вреде для здоровья на упаковках табачных изделий являются эффективными

Графические предупреждения о вреде для здоровья на упаковках табачных изделий гарантированно доходят до потребителей табака всякий раз, когда они используют эти изделия *(132)*. В то же время нанесение предупредительных надписей на упаковку табачных изделий требует от государств относительно невысоких затрат *(132)*. Графические предупреждения о вреде для здоровья находят более сильную поддержку со стороны общественности, чем большинство других мер борьбы против табака *(129, 133)*.

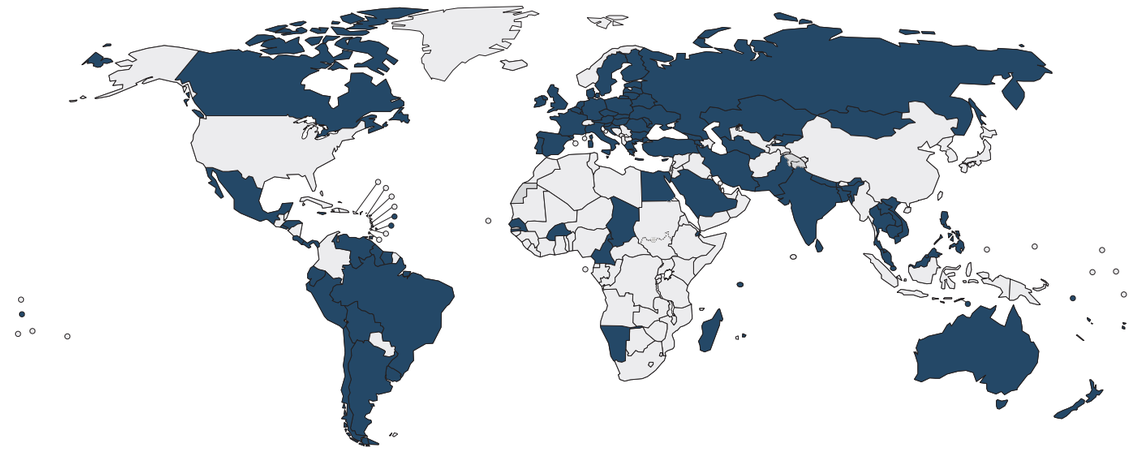
Предупреждения должны касаться конкретных последствий для здоровья, связанных с употреблением табака. Наглядные графические предупреждения, четко сформулированные и исчерпывающие, являются наиболее эффективными *(134, 135)*. Важно, чтобы предупреждение было крупным и занимало не менее половины поверхности табачной упаковки (передней и задней) (132). Чтобы продолжать оказывать воздействие, предупредительные надписи должны регулярно меняться *(136)*.

Табачные компании используют упаковку для манипулирования восприятием потребителями вкуса, крепости и воздействия табачного изделия на здоровье, по сути, превращая табачную упаковку в характеристику изделия *(137)*. Термины, позволяющие предположить снижение риска для здоровья, такие как «легкие», «сверхлегкие» и «с низким содержанием смол», являются обманными и должны быть запрещены *(130)*. Однако удаления вводящих в заблуждение описательных терминов может быть недостаточно для уменьшения ошибочных представлений о сниженном риске, связанном с использованием этих типов сигарет *(138, 139)*.

Более половины населения мира охвачено воздействием крупных и эффективных графических предупреждений о вреде для здоровья

Убедительные графические предупреждения о вреде для здоровья применяются в 91 стране, где проживает почти 3,9 миллиарда человек,—более половины населения мира (52%). Эта мера MPOWER защищает больше людей, чем любая другая мера, и 47% стран предъявляют самые строгие требования к графическим предупреждениям на упаковках табачных изделий: 65% стран с высоким уровнем дохода, 45% стран со средним уровнем дохода и 15% стран с низким уровнем дохода. Только 10% стран (пять стран с высоким уровнем дохода, девять стран со средним уровнем дохода и семь стран с низким уровнем дохода) не используют никаких предупредительных надписей, а другие 22 страны (11%) используют предупреждения, которые занимают менее 30% основной маркированной поверхности табачной упаковки (ниже минимального размера, установленного РКБТ ВОЗ). Каждая третья страна с низким уровнем дохода не использует никаких предупреждений или использует предупреждения меньшего размера, чем требуется.

ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ — СТРАНЫ С НАИВЫСШИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ, 2018 ГОД



Страны с передовой практикой

Прочие страны

Неприменимо

Страны с наивысшим уровнем достижений: Австралия, Австрия, Аргентина, Армения, Бангладеш, *Барбадос, Беларусь, Бельгия, Болгария, Боливия (Многонациональное Государство), Бразилия, Бруней-Даруссалам, Буркина-Фасо, Вануату, Венгрия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Вьетнам, *Гайана, Германия, *Гондурас, Греция, *Грузия, Дания, Джибути, Египет, Индия, Иран (Исламская Республика), Ирландия, *Испания, Италия, Казахстан, Камбоджа, *Камерун, Канада, *Кипр, Коста-Рика, Кыргызстан, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Латвия, Литва, *Люксембург, Маврикий, Мадагаскар, Малайзия, Мальта, Мексика, Монголия, Намибия, Непал, Нидерланды, Новая Зеландия, *Пакистан, Панама, Перу, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сальвадор, Самоа, *Саудовская Аравия, Сейшельские Острова, Сенегал, *Сент-Люсия, Сингапур, Словакия, *Словения, Соединенное Королевство, Соломоновы Острова, Суринам, Таиланд, *Тимор-Лешти, Тринидад и Тобаго, Туркменистан, Турция, Украина, Уругвай, Фиджи, Филиппины, Финляндия, Франция, *Хорватия, Чад, Чешская Республика, Чили, Швеция, Шри-Ланка, Эквадор, Эстония и Ямайка.

* Страны, впервые достигшие наивысшего уровня в период после 31 декабря 2016 года.

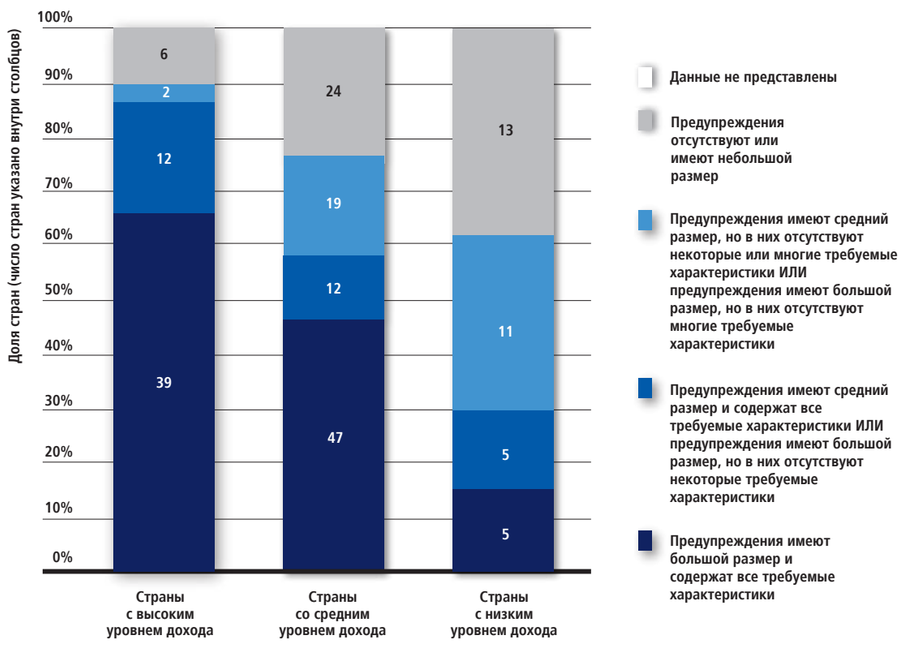
Четыре из каждых пяти стран с низким уровнем дохода не требуют наличия надлежащих предупреждений на упаковках табачных изделий

За последние 2 года еще 14 стран, в которых проживает 4% мирового населения, присоединились к 77 странам, которые требовали наличия крупных графических предупредительных надписей на табачных изделиях. Семь из них были странами с высоким уровнем дохода, а остальные семь — со средним уровнем дохода. Из 14 стран две (Барбадос и Сент-Люсия) перешли от полного отсутствия обязательных предупреждений о вреде для здоровья к принятию закона, требующего, чтобы графические предупреждения о вреде для здоровья занимали не менее 50% поверхности табачной упаковки, а остальные 12 стран ужесточили существующие законы, чтобы соответствовать уровню передовой практики. Ни одна из стран с низким уровнем дохода за последние 2 года не добилась полного принятия законов в отношении графических предупреждений, а это означает, что четыре из каждых пяти стран с низким уровнем дохода по-прежнему не требуют наличия надлежащих предупреждений на упаковках табачных изделий.

Убедительные графические предупреждения о вреде для здоровья применяются почти в половине всех стран мира, где проживает более половины мирового населения

По сравнению с 2007 годом, когда только девять стран (5% населения мира) имели крупные графические предупреждения на пачках сигарет, в настоящее время в 91 стране (52% населения мира) существуют исчерпывающие требования к графическим предупреждениям на сигаретных пачках. Это означает, что в период после 2007 года 82 страны приняли меры по принятию законов, требующих наличия убедительных графических предупреждений о вреде для здоровья на табачных изделиях. Двадцать восемь государств-членов Европейского союза (ЕС) внесли значительный вклад в это увеличение, поскольку все они включили в свои национальные законы требования о наличии крупных графических предупреждений о вреде для здоровья, предусмотренные директивой ЕС 2014 года о предупредительных надписях (23 страны сделали это к 2016 году, а остальные пять — к 2018 году). Кроме того, в 2016 году Индия достигла уровня передовой практики, увеличив общий охват населения этой мерой на 1,35 миллиарда человек. Из всех мер MPOWER, начиная с 2007 года, в применении этой меры был достигнут наибольший прогресс как с точки зрения действий стран, так и с точки зрения численности населения, охваченного мерой политики на уровне передовой практики.

ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ



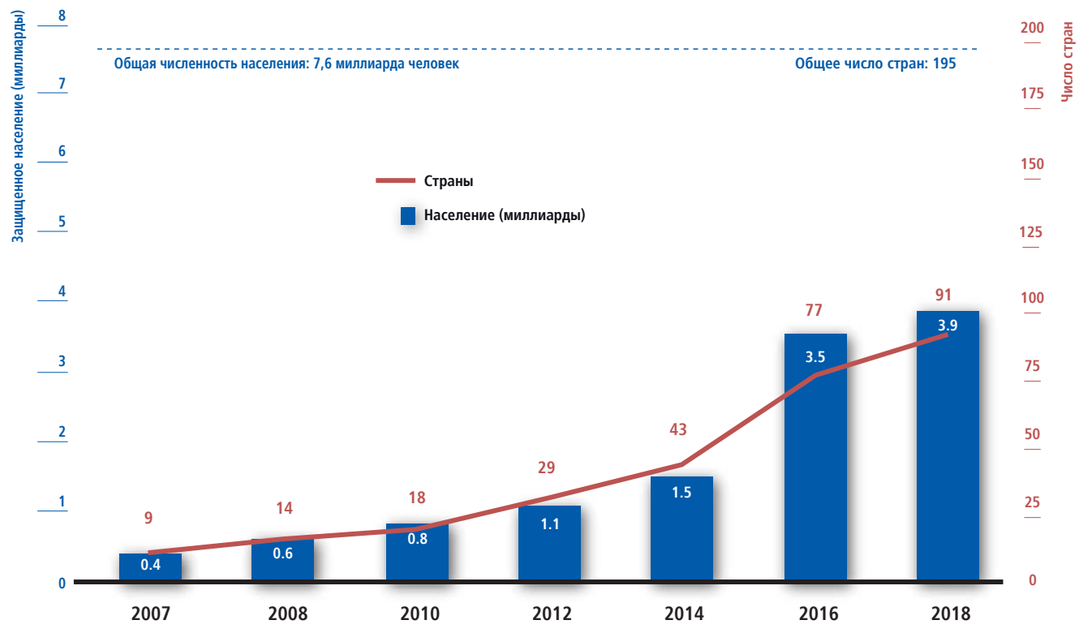
В восьми странах с общим населением 384 миллиона человек достаточно лишь увеличить размер предупреждений на упаковках на 20% или менее, чтобы соответствовать всем критериям передовой практики в отношении крупных графических предупреждений на упаковках табачных изделий.

Еще 15 стран сделали обязательным использование крупных предупреждений (занимающих не менее 50% поверхности упаковки), и для достижения уровня передовой практики им нужно добавить только один критерий. Восемь из этих 15 стран, представляющих 157 миллионов человек, должны лишь потребовать, чтобы убедительные графические предупреждения о вреде для здоровья присутствовали на каждой упаковке табачных изделий и на любой внешней упаковке, используемой в розничной торговле, а шести странам с общим населением 360 миллионов человек нужно лишь добавить требование о наличии графического изображения (вместо простого текста) — Албания, Нигер, Острова Кука, Того, Тонга и Соединенные Штаты Америки. Оставшейся стране из этой группы, Габону, с населением 2 миллиона человек необходимо лишь включить необходимый стиль, размер и цвет шрифта в требования к предупреждениям на упаковках, чтобы достичь уровня передовой практики.

Из 505 миллионов человек (6,6% населения мира), проживающих в одном из 100 крупнейших городов мира, две трети (339 миллионов в 62 городах) защищены графическими предупреждениями на упаковках табачных изделий, содержащими все требуемые характеристики. Во всех этих городах действует национальное законодательство, за исключением САР Гонконг, в котором действует закон, принятый на городском уровне.

Убедительные графические предупреждения о вреде для здоровья применяются в 91 стране, где проживает почти 3,9 миллиарда человек, — более половины населения мира (52%).

ПРОГРЕСС В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫХ НАДПИСЕЙ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ (2007–2018 ГОДЫ)



Использование простой упаковки табачных изделий дает хороший эффект и повышает действенность предупреждений о вреде для здоровья

Простая упаковка табачных изделий (также называемая стандартизированной упаковкой) — это упаковка, которая ограничивает или запрещает «размещение на упаковке логотипов, цветов фирменных изображений или пропагандистской информации, за исключением торгового наименования и наименования изделия, изображенных стандартным цветом и гарнитурой» *(95)*. Использование простой упаковки одновременно уменьшает привлекательность табачных изделий, устраняет влияние табачной упаковки как формы рекламы и стимулирования продажи, сводит к минимуму воздействие вводящих в заблуждение описательных терминов и повышает заметность и эффективность предупреждений о вреде для здоровья *(140–143)*. Имеются фактические данные о том, что использование простой упаковки уменьшает ошибочные представления о том, что некоторые сигареты являются менее вредными, чем другие, и положительно влияет как на распространенность курения, так на поведение в отношении курения *(144)*.

Правомерность использования впервые введенной в Австралии в 2012 году простой упаковки была оспорена табачной промышленностью, которая ссылалась на свое право на защиту товарных знаков, свободу выражения мнений при ведении коммерческой деятельности, защиту торговли и свободного перемещения товаров *(145)*. Эти возражения были отклонены национальными судами Австралии, Англии и Уэльса, Франции и Норвегии *(145)*. Кроме того, в июне 2018 года комиссия Всемирной торговой организации вынесла негативное решение по жалобам, поданным четырьмя странами в отношении закона Австралии, касающегося упаковки табачных изделий *(146)*.

Все большее число стран требует обязательного использования простой упаковки табачных изделий

Несмотря на лоббирование со стороны табачной промышленности, несколько стран в настоящее время приступают к внедрению простой упаковки табачных изделий. К концу 2018 года 10 стран (Австралия, Венгрия, Ирландия, Новая Зеландия, Норвегия, Саудовская Аравия, Соединенное Королевство, Таиланд, Уругвай и Франция) приняли законы, предусматривающие обязательное использование простой упаковки табачных изделий, и выпустили нормативные положения с указанием сроков ее внедрения. Кроме того, в 2019 году Бельгия, Канада, Сингапур и Турция приняли нормативные требования в отношении использования простой упаковки табачных изделий. Буркина-Фасо, Грузия, Израиль, Румыния и Словения приняли законы, но не нормативные положения, и еще не установили сроки внедрения простой упаковки.

В Грузии принят новый закон в отношении предупреждений о вреде для здоровья

Парламент Грузии голосует за законопроект о борьбе против табака, 2017 год.

В Грузии отмечен один из самых высоких показателей употребления табака в мире. Около 33% взрослого населения в настоящее время курят (в том числе 57% мужчин), в дополнение к 12,6% курящих подростков в возрасте 13–15 лет. Около 11 400 граждан Грузии ежегодно умирают в результате употребления табака, и страна теряет 2,4% своего годового ВВП из-за смертей и инвалидности, связанных с табаком. Хотя первый закон о борьбе против табака в стране был принят в 2003 году, серьезное вмешательство табачной промышленности не позволило этому закону стать всеобъемлющим. Вот уже более десяти лет законы Грузии остаются неизменными. Однако в 2015 году начал формироваться план изменений. Альянс по борьбе против табака при поддержке нескольких НПО, а также при финансовой и мощной технической поддержке со стороны «Кампании за детей, свободных от табака», начал пропагандистскую кампанию, мобилизуя и консолидируя всех местных и международных участников, работающих в области борьбы против табака, здоровья и прав человека. Семнадцатого мая 2017 года был принят новый закон.

Этот закон требует, чтобы графические предупреждения о вреде для здоровья занимали не менее 65% двух самых больших сторон упаковки всех курительных табачных изделий (включая сигареты, сигары, кальяны, нагреваемый табак и т.д.). Правительство Грузии постановило, что должны использоваться девять наиболее эффективных графических предупреждений (отобранных Министерством здравоохранения на основе результатов опроса целевых групп населения), разработанных в Австралии и Канаде. Упаковки бездымных табачных изделий должны содержать письменные предупреждения о вреде для здоровья, занимающие 30% двух самых больших сторон упаковки. Три графических предупреждения общего характера о вреде для здоровья и три дополнительных предупреждения с соответствующими пиктограммами должны одинаковым образом размещаться на каждом типе табачной упаковки и периодически меняться в течение года.

Однако самоуспокоению не должно быть места, поскольку непрерывное вмешательство табачной промышленности продолжает подрывать усилия по борьбе против табака в Грузии, что привело к откладыванию начала использования простой упаковки табачных изделий до декабря 2021 года.

Все большее число стран по всему миру начинает использовать простую упаковку табачных изделий

Руководство по использованию простой упаковки, Уругвай.

По мере того как успех введения требований к использованию простой упаковки табачных изделий становится все более очевидным, все больше стран, в том числе страны со средним уровнем дохода, начинают применять эту меру. Следующие три страны первыми сделали это в своих регионах.

Уругвай продолжает лидировать в Американском регионе ВОЗ

В 2018 году Уругвай сохранил свою роль лидера в Американском регионе ВОЗ, став первой страной в регионе, которая ввела в действие требования об использовании простой упаковки табачных изделий. Шестого августа 2018 года Президент Уругвая Табаре Васкес подписал исполнительный указ об обязательном использовании простой упаковки. Однако всего лишь месяц спустя действие этого указа было приостановлено из-за иска, поданного компанией British American Tobacco (BAT). Административный суд первой инстанции вынес решение в пользу BAT, поскольку мера в отношении использования простой упаковки табачных изделий была введена в действие исполнительным указом, а не законом, принятым парламентом. Правительство Уругвая обжаловало это решение, и 11 октября 2018 года Апелляционный суд вынес решение в пользу правительства, хотя для утверждения простой упаковки все же потребуется принятие закона. В том же месяце были предприняты экстренные законодательные меры, что привело к принятию закона № 19.723 от 12 декабря 2018 года и развернутого указа от 29 апреля 2019 года, в соответствии с которым этом закон будет применяться ко всем табачным изделиям, начиная с 22 декабря 2019 года.

Саудовская Аравия вводит простую упаковку табачных изделий

В конце 2018 года Государственное управление по контролю за пищевыми продуктами и медикаментами Саудовской Аравии (SFDA) выпустило нормативные положения, требующие использования простой упаковки табачных изделий, что сделало Саудовскую Аравию первой страной в регионе Восточного Средиземноморья, применившей эту меру. В рамках подготовки к принятию закона (который будет полностью введен в действие 1 января 2020 года) SFDA представило образец простой упаковки для использования всеми производителями и импортерами табачных изделий с указанием требуемого стандартного цвета и стиля шрифта, а также примеры графических предупреждений о вреде для здоровья, выбранных из базы данных графических предупреждений о вреде для здоровья как ВОЗ, так и Регионального бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья. Ожидается, что в соответствии с концепцией Саудовской Аравии в области укрепления общественного здравоохранения на период до 2030 года этот шаг внесет свой вклад в общую повестку дня Саудовской Аравии по борьбе против табака.

Таиланд стал первой страной с уровнем дохода выше среднего, которая ввела простую упаковку

В декабре 2018 года Таиланд вошел в историю, став первой страной в Азии (и первой страной в мире с уровнем дохода выше среднего), которая потребовала обязательного использования простой упаковки табачных изделий — закон, который будет полностью введен в действие к 9 сентября 2019 года. «Простая упаковка табачных изделий является важной мерой борьбы против табака, которая поможет сократить употребление этих смертельно опасных изделий в Таиланде», — заявил д-р Daniel A Kertesz, представитель ВОЗ в Таиланде. Новая мера дополняет ранее действовавшее законодательство, требующее, чтобы на 85% поверхности табачных упаковок были нанесены графические предупреждения о неблагоприятных последствиях курения для здоровья.

Антитабачные кампании в средствах массовой информации

Статья 12 РКБТ ВОЗ по борьбе против табака гласит: «Каждая Сторона поддерживает и укрепляет систему информирования населения по вопросам борьбы против табака, используя в соответствующих случаях все имеющиеся средства передачи информации. … каждая Сторона … содействует … широкому доступу к эффективным и всесторонним программам просвещения и информирования населения об опасностях для здоровья потребления табака и воздействия табачного дыма, включая привыкание; … [каждая Сторона содействует] информированию населения об опасностях для здоровья потребления табака и воздействия табачного дыма, а также о преимуществах прекращения употребления табака и образа жизни, свободного от табака; … [каждая Сторона содействует] информированию населения и доступу к информации об отрицательных последствиях производства и потребления табака для здоровья людей, а также о его отрицательных экономических и экологических последствиях» *(1)*. Руководящие принципы осуществления Статьи 12 РКБТ ВОЗ *(83)* направлены на оказание Сторонам содействия в выполнении их обязательств, предусмотренных Статьей 12 Конвенции *(95)*.

Тщательно спланированные антитабачные кампании в средствах массовой информации могут сократить потребление табака

Тщательно спланированные, энергичные антитабачные кампании в СМИ могут сократить потребление табака. Имеются убедительные фактические данные о том, что кампании в средствах массовой информации увеличивают количество попыток бросить курить, уменьшают число случаев начала употребления табака среди молодежи и подверженность воздействию вторичного табачного дыма *(147–152)*. Антитабачные кампании в СМИ широко используются в странах с высоким уровнем дохода, но также доказали свою эффективность и в странах с низким и средним уровнями дохода *(153)*. Непрерывно проводимые кампании с большей вероятностью окажут более долгосрочное влияние на поведение, связанное с употреблением табака, хотя и кампании продолжительностью всего 3 недели также могут дать положительный эффект *(148, 154, 155)*. Рекламные кампании на телевидении с использованием графических изображений, как известно, особенно эффективны в мотивации потребителей табака к попыткам бросить курить *(151, 156)*.

Кампании в СМИ могут быть дорогостоящими, но они способны быстро и эффективно охватить очень большие группы населения *(151)*, предоставляя информацию о том, что именно потребители табака могут сделать для того, чтобы бросить курить, например, указывая телефонный номер бесплатной линии по прекращению курения в рекламных продуктах — внизу рекламных постеров или в конце телевизионной рекламы.

Всеобъемлющие стратегии борьбы против табака должны включать антитабачные кампании в средствах массовой информации

Антитабачные кампании в СМИ не только повышают осведомленность населения и информируют людей о вредных последствиях употребления табака и воздействия вторичного табачного дыма, но и побуждают к отказу от курения. Поэтому крайне необходимо, чтобы эти кампании стали важной частью любой всеобъемлющей стратегии или программы борьбы против табака *(156)*. Правительствам следует составлять и распространять обращения, направленные на просвещение нынешних и потенциальных потребителей табака о связанных с ним опасностях, чтобы повлиять на отношение и убеждения, касающиеся его употребления *(149)*.

Проведение антитабачных кампаний в СМИ требует в настоящее время гораздо больших усилий

Менее четверти населения мира (1,7 миллиарда человек) проживает в странах, которые провели хотя бы одну общенациональную всеобъемлющую антитабачную кампанию в СМИ за последние 2 года. Из 39 стран, проводивших антитабачные кампании в то время, 19 были странами с высоким уровнем дохода, 18 — со средним уровнем дохода и 2 — с низким уровнем дохода. Почти половина стран мира (91) за последние 2 года не провели ни одной продолжительной кампании, в результате чего около 19% населения мира и около 220 миллионов потребителей табака не были охвачены какими-либо антитабачными кампаниями в СМИ.

Люди в странах с низким уровнем дохода меньше всего подвергаются воздействию антитабачных кампаний в средствах массовой информации: более 60% населения, проживающего в 24 странах с низким уровнем дохода, не были охвачены какими-либо кампаниями за последние 2 года.

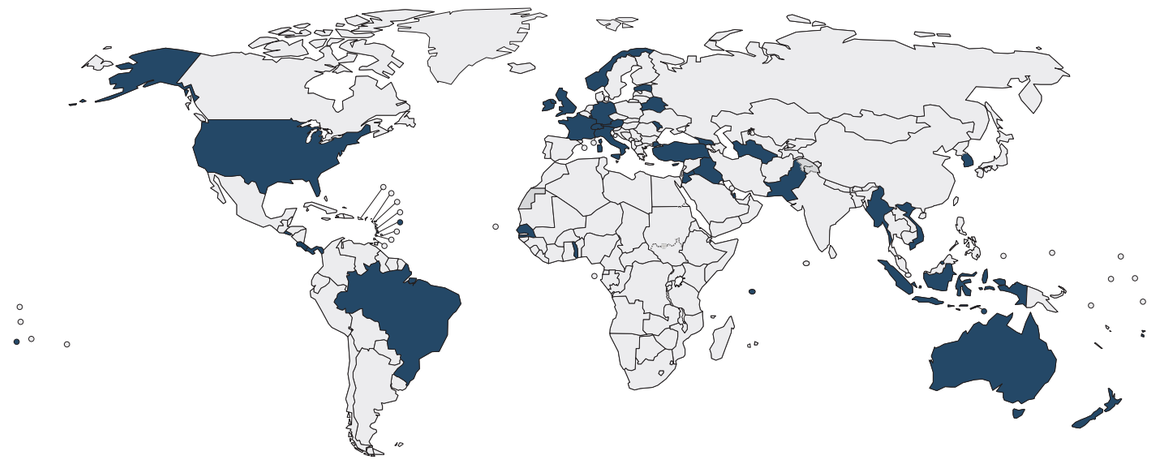
Первым годом, в течение которого проводился мониторинг антитабачных кампаний в СМИ, был 2010 год. С тех пор доля населения мира, охваченного эффективными кампаниями в СМИ, росла до 2014 года, когда 4,2 миллиарда человек жили в странах, проводивших такие кампании. К сожалению, к 2018 году это число сократилось более чем в два раза — до 1,7 миллиарда человек. В 2015–2016 годах антитабачные кампании проводили 42 страны — больше стран, чем в любой другой период времени.

Большинство стран, проводящих антитабачные кампании, не повторяют их каждые 2 года. Из 42 стран, которые проводили эффективные кампании в течение 2014–2016 годов, 33 провели еще одну кампанию за последнее время, но только в 22 из этих стран кампании соответствовали уровню передовой практики.

Из 91 страны, которая не проводила никаких кампаний за последние два года, 20 уже имели опыт проведения кампаний, соответствующих уровню передовой практики.

Из 14 стран, которые постоянно проводили антитабачные кампании в течение всех пяти оцениваемых периодов (2009–2010, 2011–2012, 2013–2014, 2015–2016 и 2017–2018), только четыре страны (Австралия, Вьетнам, Соединенное Королевство и Турция) сохранили наилучшую практику проведения каждой кампании.

АНТИТАБАЧНЫЕ КАМПАНИИ В СМИ — СТРАНЫ С НАИВЫСШИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ, 2018 ГОД



Страны с передовой практикой

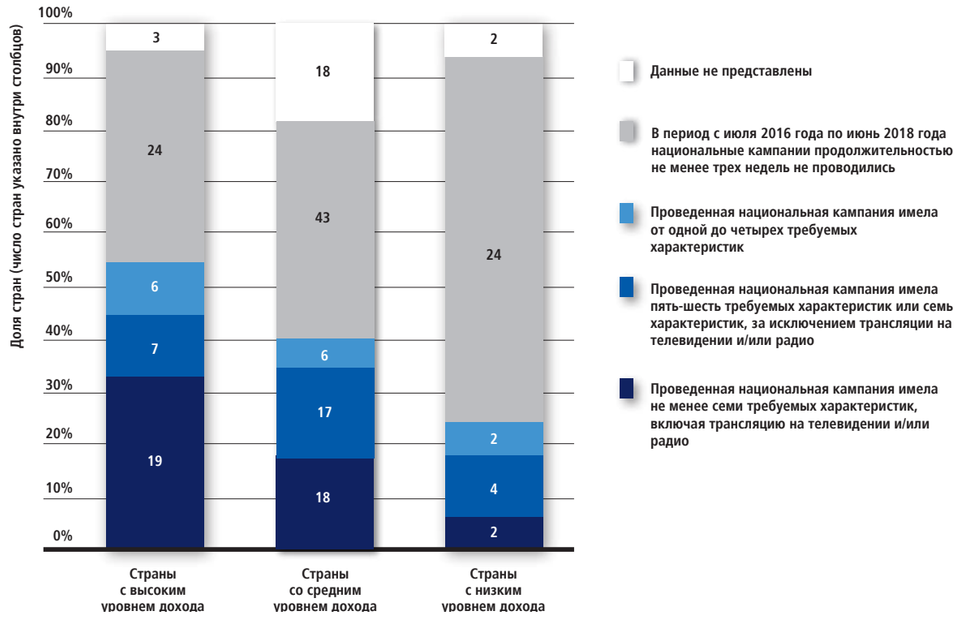
Прочие страны

Неприменимо

Страны с наивысшим уровнем достижений: Австралия, Австрия, *Беларусь, *Бразилия, *Бруней-Даруссалам, Вьетнам, *Германия, *Грузия, Индонезия, Иордания, *Ирак, Ирландия, Италия, *Катар, *Кипр, Коста-Рика, *Люксембург, *Мьянма, Новая Зеландия, Норвегия, Пакистан,*Панама, Республика Корея, Республика Молдова, Сальвадор, Сейшельские Острова, *Сенегал, *Сент-Люсия, Соединенное Королевство, Соединенные Штаты Америки, *Тимор-Лешти, *Того, Тонга, *Туркменистан, Турция, Фиджи, *Франция, Швейцария и Эстония.

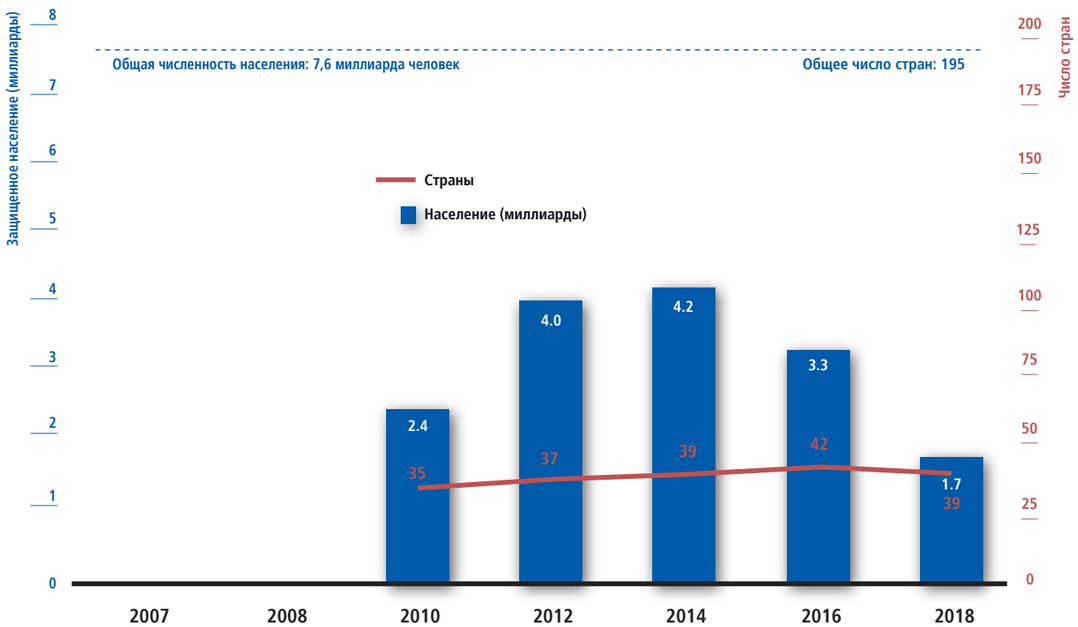
* Страны, впервые достигшие наивысшего уровня в период после 31 декабря 2016 года.

КАМПАНИИ В СМИ



Менее четверти населения мира проживает в странах, которые провели хотя бы одну общенациональную всеобъемлющую антитабачную кампанию в СМИ за последние 2 года.

ПРОГРЕСС В ПРОВЕДЕНИИ АНТИТАБАЧНЫХ КАМПАНИЙ В СМИ (2010-2018 ГОДЫ)



Примечание: Представление данных по антитабачным кампаниям в СМИ началось в 2010 году.

Мьянма запускает первую в своей истории антитабачную кампанию в СМИ

Кампания #stopbetelmyanmar, Мьянма.

Опрос, проведенный в 2014 году в Мьянме с применением поэтапного подхода ВОЗ к эпиднадзору (STEPS), показал, что 43,2% населения (62,2% мужчин и 24,1% женщин) употребляли бездымный табак, при этом 94% сообщили об употреблении жевательного табака, содержащего бетель. В целях борьбы с опасностями для здоровья, связанными с употреблением табака, в сентябре 2017 года Мьянма провела свою первую кампанию в средствах массовой информации по повышению информированности населения о вреде употребления табака для здоровья (включая бетель-квид). Национальная НПО «Фонд народного здоровья» в сотрудничестве с гражданскими властями, рекламными агентствами, СМИ и исследовательскими компаниями по всей Мьянме разработала и провела эту кампанию. Важную роль сыграла также поддержка со стороны Министерства здравоохранения и спорта и Министерства информации в виде предоставления бесплатного и недорогого эфирного времени на радио и телевидении, а также техническая и финансовая поддержка со стороны неправительственной организации Vital Strategies. Эта шестинедельная кампания стала первым случаем, когда на телевидении, радио и рекламных постерах появились истории о реальных людях, пострадавших от употребления бездымного табака в Мьянме. При разработке кампании использовался научно обоснованный стратегический коммуникационный подход, который включал определение целевой аудитории; доработку, предварительное тестирование и выпуск социальной рекламы; использование государственных и частных СМИ (телевидение, радио); а также оценку охвата населения и оказанного воздействия после проведения кампании. Кампании в средствах массовой информации по борьбе против табака были признаны ВОЗ «наиболее выгодной мерой» *(28)*. Значительный охват аудитории, составивший 48% населения в 2017 году и более 80% в 2018 году, обнадеживает и является прекрасным примером того, как сотрудничество с участием многих заинтересованных сторон может оказать максимальное влияние на страновом уровне.

Индустрия развлечений помогает сформировать в Китае новое поколение людей, свободных от табачного дыма

Население Китая является крупнейшим потребителем табачных изделий. Несмотря на прогресс, достигнутый в продвижении инициатив по борьбе против табака, зависимость жителей Китая от табака остается достаточно сильной. Табачная промышленность продолжает проводить крупные маркетинговые кампании и по-прежнему способна расширять свою потребительскую базу и успешно привлекать новое поколение курильщиков. От болезней, связанных с употреблением табака, в Китае ежегодно умирает 1 миллион человек, а 100 000 некурящих умирают от вредного воздействия вторичного табачного дыма.

В мае 2017 года Кампания «За новое поколение, свободное от табачного дыма», использовала всю мощь индустрии развлечений, объединившись со знаменитостями и модным журналом (исходя из их привлекательности, особенно для молодежи и для женщин), чтобы распространить идею о том, что выбор здорового, свободного от курения образа жизни расширяет внутренние силы и возможности.

Кампания была запущена во время Всемирного дня без табака в 2017 году и получила широчайший отклик в социальных сетях, собрав 34 миллиона просмотров всего за 3 дня. Она была признана социально значимым хэштегом номер один и за первую неделю охватила более 120 миллионов пользователей социальных сетей, 70% из которых были моложе 40 лет. В течение недели в ветке обсуждения кампании присутствовало более 80 миллионов пользователей. В течение первых 30 дней 184 средства массовой информации освещали кампанию в Китае, а видео было показано на более чем 100 светодиодных экранах, размещенных на крупнейших зданиях и в наиболее посещаемых местах по всему Китаю. Даже авиакомпания Xiamen Airlines транслировала видео в своих залах ожидания по всему Китаю и в своих самолетах.

Кампания «За новое поколение, свободное от табачного дыма», Китай.

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

Статья 13 РКБТ ВОЗ гласит: «… полный запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство приведет к сокращению потребления табачных изделий. Каждая Сторона … вводит полный запрет на всю рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий. … каждая Сторона принимает в течение пяти лет после вступления Конвенции в силу для этой Стороны соответствующие законодательные, исполнительные, административные и/или иные меры и представляет соответствующие доклады в соответствии со Статьей 21» *(1)*. Руководящие принципы осуществления Статьи 13 РКБТ ВОЗ направлены на оказание Сторонам содействия в выполнении их обязательств, предусмотренных Статьей 13 Конвенции *(95)*.

Запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий должны быть всеобъемлющими

Спустя более 10 лет после принятия руководящих принципов осуществления Статьи 13 РКБТ ВОЗ следующий принцип, изложенный в ее начале, по-прежнему актуален и сегодня: «Существует достаточно документированных свидетельств того, что реклама, стимулирование продажи и спонсорство табака увеличивают употребление табака, и что полный запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табака снижает употребление табака» *(95)*.

Каждый год табачная промышленность тратит миллиарды долларов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство (TAPS) для продвижения своих табачных изделий и увеличения продаж табака *(157)*. Хотя табачные компании и настаивают на том, что реклама лишь увеличивает их долю рынка за счет конкурентов, существуют многолетние и убедительные фактические данные о причинно-следственной связи между деятельностью, связанной с TAPS, и увеличением или постоянным употреблением табака как за счет эффективного привлечения новых потребителей, так и за счет препятствования попыткам отказаться от его употребления *(148, 158, 159)*.

Табачные компании используют комбинацию маркетинговых методов для охвата различных слоев населения. Деятельность, касающаяся TAPS, ведется с учетом особенностей отдельных групп населения, используя новые табачные изделия, которые обходят нормы регулирования и поддерживают социальную приемлемость употребления табака *(160)*. Молодые люди и женщины особенно подвержены влиянию TAPS в странах с низким и средним уровнями дохода *(161)*. Воздействие рекламы и стимулирования продажи табачных изделий повышает вероятность того, что подростки начнут употреблять табак, что, в свою очередь, может привести к более высокой распространенности употребления табака среди взрослых потребителей в будущем *(159, 162, 163)*. Рекламная и спонсорская деятельность также эффективно влияет на бизнес, который может получить выгоду от миллиардов долларов, инвестируемых табачной промышленностью в TAPS. Чтобы противостоять этому, необходимы полные запреты на все виды деятельности, касающиеся TAPS, в качестве основной стратегии борьбы против табака *(164)*.

Запреты эффективно сокращают употребление табака

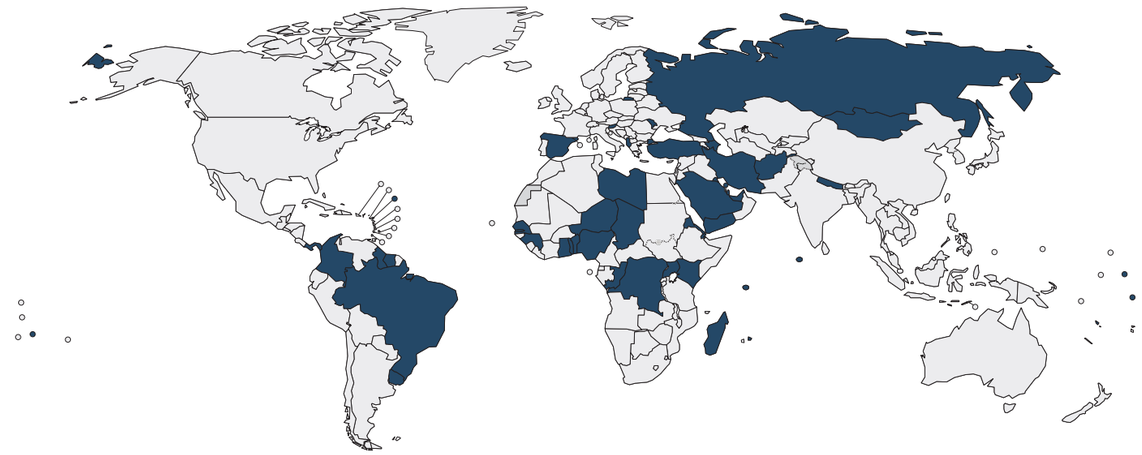
Фактические данные из разных стран мира свидетельствуют о том, что полные запреты эффективны в сокращении продаж табака и его потребления *(164–167)*. В странах с низким и средним уровнями дохода воздействие запретов TAPS может быть еще более впечатляющим, чем в странах с высоким уровнем дохода *(167)*. Запреты TAPS признаны основной мерой политики борьбы против табака, поскольку они включают в себя одно из двух положений РКБТ ВОЗ, устанавливающих обязательные временные рамки их осуществления (вторым является статья 11 Конвенции).

Запреты должны быть полными, и их соблюдение должно быть надлежащим образом обеспечено

Запреты TAPS должны охватывать все виды деятельности, касающейся TAPS, включая как прямые, так и косвенные виды рекламы. Прямые виды рекламы включают, среди прочего, телевидение, радио, печатные издания и рекламные щиты, в то время как косвенные виды рекламы включают, в частности, расширение бренда, бесплатное распространение табачных изделий, ценовые скидки, выставление на витрину табачных изделий в пунктах продажи и спонсорство табака, включая программы корпоративной социальной ответственности *(168)*. Наличие стендов с табачными изделиями в пунктах продажи «нормализует» эти изделия, побуждает к курению, способствует совершению импульсивных покупок, препятствует отказу от курения и усиливают склонность детей и молодых людей попробовать табачные изделия *(169–174)*. Когда запреты не являются полными, табачные компании используют юридические лазейки или просто направляют свои средства на финансирование тех форм стимулирования продажи, которые не запрещены законом *(164, 175, 176)*.

Когда табачные компании делают финансовые взносы или взносы натурой любому другому субъекту на достойные дела или социально ответственные мероприятия, такие взносы подпадают под определение спонсорства табака согласно Статье 1 (g) Конвенции и поэтому должны быть

ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ — СТРАНЫ С НАИВЫСШИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ, 2018 ГОД



Страны с передовой практикой

Прочие страны

Неприменимо

Страны с наивысшим уровнем достижений: *Азербайджан, Албания, *Антигуа и Барбуда, Афганистан, Бахрейн, *Бенин, Бразилия, Вануату, *Гайана, *Гамбия, Гана, Гвинея, *Демократическая Республика Конго, Джибути, Иран (Исламская Республика), Испания, Йемен, Катар, Кения, Кирибати, Колумбия, *Конго, Кувейт, Ливия, Маврикий, Мадагаскар, Мальдивы, Монголия, Непал, Нигер, Нигерия, *Ниуэ, Объединенные Арабские Эмираты, Панама, Республика Молдова, Российская Федерация, *Саудовская Аравия, Сейшельские Острова, Сенегал, *Словения, Суринам, Того, Тувалу, Турция, Уганда, Уругвай, Чад и Эритрея.

* Страны, впервые достигшие наивысшего уровня в период после 31 декабря 2016 года.

Число стран с низким уровнем дохода, которые ввели запрет TAPS, превышает число стран, применивших какую-либо другую меру MPOWER.

запрещены *(168)*. Инициативы по созданию корпоративной социальной ответственности обычно используются для того, чтобы убедить правительства отложить и воздержаться от реализации программ борьбы против табака, и эти инициативы должны быть включены в запреты TAPS (174).

Табачная промышленность пытается избежать регулирования, добровольно принимая недостаточно строгие кодексы рекламной практики, дискредитируя фактические данные о налагаемых ограничениях и используя как лоббистов, так и судебные разбирательства, чтобы избежать запретов *(148, 165)*. Однако ограниченные запреты практически не оказывают никакого воздействия *(148, 164, 177)*. Чтобы запреты были эффективными, они должны быть всеобъемлющими. В законодательстве должны использоваться четкие, простые формулировки и недвусмысленные определения, а также следует избегать составления перечней запрещенных видов деятельности, которые являются или могут быть восприняты как исчерпывающие *(167)*. Кроме того, законодательство должно предусматривать строгие меры обеспечения его соблюдения и контроля, а также высокие финансовые штрафные санкции за возможные нарушения *(95)*.

Запрет TAPS должен применяться в отношении новых средств массовой информации

Табачные компании в настоящее время часто используют новые информационные площадки для осуществления деятельности, касающейся TAPS, такие как веб-сайты социальных сетей и приложения для мобильных телефонов *(178)*. На самых разнообразных платформах социальных сетей для продвижения табачных изделий используются популярные блогеры и представители табачных компаний, а также проводятся дискуссии, спонсируемые табачными брендами *(178, 179)*. Широчайшее развитие коммуникационных технологий и использование мобильных телефонов для выхода в Интернет привели к необходимости контролировать рекламу и продвижение табачных изделий на таких платформах, как Instagram, YouTube, Facebook и т.д. Дети и подростки особенно подвержены влиянию информации, исходящей с этих площадок *(180)*. Законодательство, запрещающее TAPS, не всегда может включать в себя запрет на рекламу в сети Интернет, и поэтому крайне важно обеспечить, чтобы запреты распространялись на сетевые средства массовой информации *(181, 182)*. В некоторых случаях для обеспечения соблюдения запретов TAPS на сайтах социальных сетей может потребоваться трансграничное применение законодательства, и по этой причине странам необходимо сотрудничать и координировать свои усилия *(179)*.

Все большее число стран, чем когда-либо, вводит полные запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

Запрет TAPS остается мерой, которая применяется недостаточно широко, так как только 18% населения мира, проживающего в 48 странах, охвачено полным запретом. В то же время 44 страны (11 стран с высоким уровнем дохода, 21 страна со средним уровнем дохода и 12 стран с низким уровнем дохода) до сих пор не ввели никаких запретов TAPS.

Обращает на себя внимание тот факт, что число стран с низким уровнем дохода, которые ввели запрет TAPS, превышает число стран, применивших какую-либо другую меру MPOWER, при этом в 14 странах с низким уровнем дохода — или в 40% — существуют полные запреты TAPS. В противоположность этому, менее 20% стран с высоким уровнем дохода (11) достигли этого уровня передовой практики.

Число стран с низким уровнем дохода, которые ввели полный запрет TAPS, превышает число стран с высоким уровнем дохода, применившим эту меру

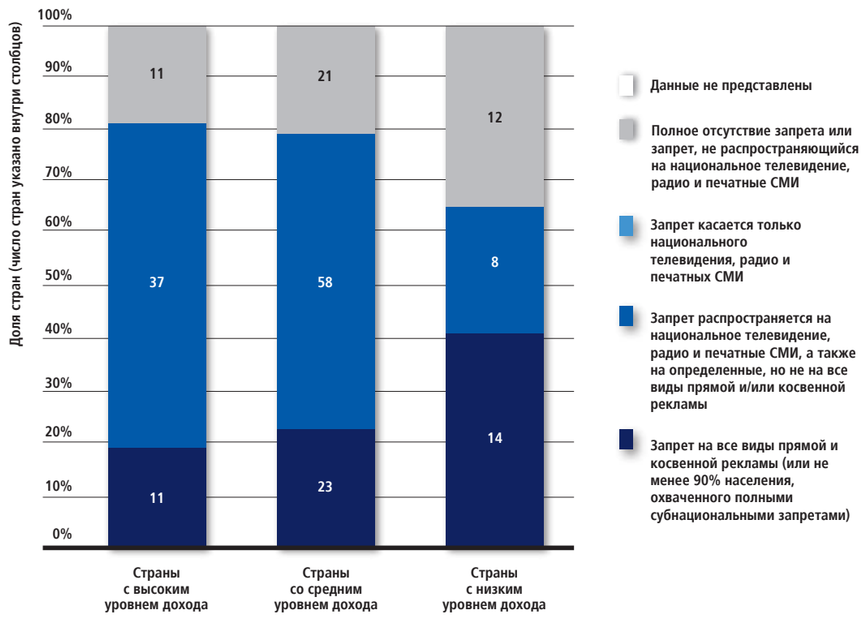
За последние 2 года еще 10 стран ввели запрет на все виды прямой и косвенной рекламы, в результате чего численность мирового населения, охваченного этой мерой на уровне передовой практикой, увеличилась на 150 миллионов человек и достигла 1,3 миллиарда. Три из этих стран были странами с низким уровнем дохода (Бенин, Гамбия и Демократическая Республика Конго); четыре — странами со средним уровнем дохода (Азербайджан, Гайана, Конго и Ниуэ) и три — странами с высоким уровнем дохода (Антигуа и Барбуда, Саудовская Аравия и Словения). Число стран, вводящих полные запреты TAPS, неуклонно увеличивалось на протяжении многих лет, с семи стран в 2007 году до 48 стран (каждая четвертая) в 2018 году, т.е. на 41 страну. Страны с низким и средним уровнями дохода на протяжении многих лет были лидерами в принятии жестких запретов TAPS. В 2007 году все семь стран с передовой практикой введения запретов были странами с низким и средним уровнями дохода (Албания, Джибути, Исламская Республика Иран, Кения, Мадагаскар, Нигер и Эритрея). В мире в любой временной период всегда было больше стран с низким уровнем дохода, чем стран с высоким уровнем дохода, где существовали полные запреты TAPS.

В настоящее время только 44 страны не ввели какие-либо запреты TAPS

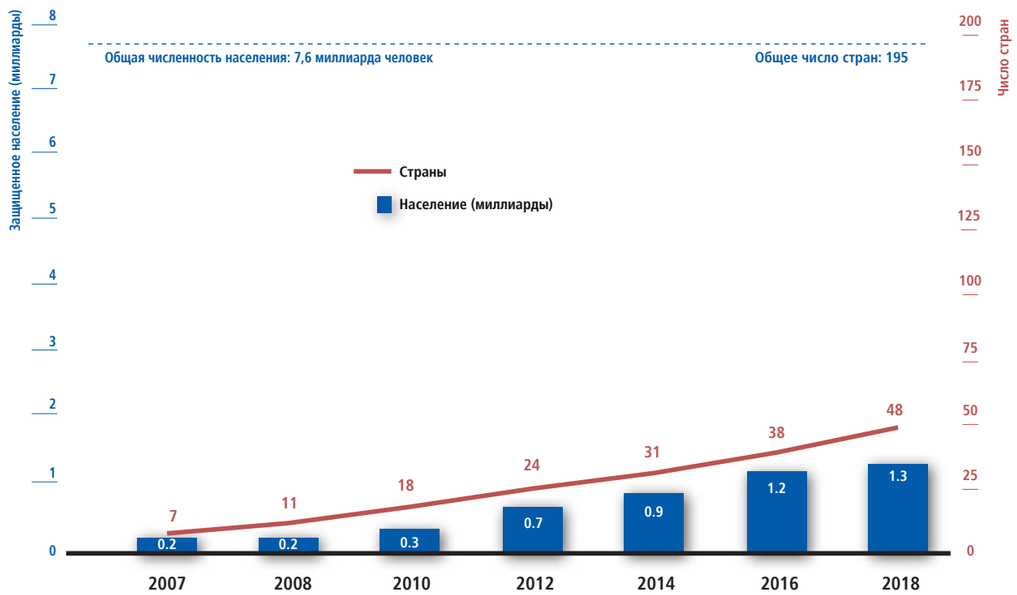
Тридцать стран с общим населением 2,1 миллиарда человек находятся всего в одном шаге от полного запрета на рекламу. Девяти странам нужно лишь запретить расширение бренда (Бутан, Грузия, Литва, Таиланд, Туркменистан, Финляндия Франция, Хорватия и Шри-Ланка). Семи странам нужно лишь запретить рекламу табачных изделий в пунктах продажи (Аргентина, Индия, Мали, Нидерланды, Острова Кука, Черногория и Южная Африка). Семи странам нужно лишь запретить спонсорство со стороны табачной промышленности (Вьетнам, Египет, Исландия, Новая Зеландия, Сирийская Арабская Республика, Соединенное Королевство и Судан). Четырем странам нужно лишь запретить рекламные скидки (Кипр, Ливан, Папуа-Новая Гвинея и Эфиопия). Норвегии нужно лишь запретить одновременное использование бренда, Тонге — показ табачных изделий или брендов на телевидении и/или в кино, а на оккупированной палестинской территории, включая Восточный Иерусалим — бесплатное распространение табачных изделий.

Почти четверть из 505 миллионов человек (125 миллионов), проживающих в 26 из 100 крупнейших городов мира, полностью защищены от воздействия TAPS национальным законодательством. Во всех 26 городах запреты TAPS действуют на национальном уровне. Остальные 74 города в настоящее время не защищены национальным запретом TAPS, но могли бы перейти к использованию законов, принятых на уровне города, штата или провинции, и тем самым защитить в общей сложности еще 380 миллионов человек.

ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ



ПРОГРЕСС В ПРИМЕНЕНИИ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ (2007–2018 ГОДЫ)



Республика Конго ужесточает запрет TAPS

Кампания по повышению информированности населения в отношении введения запрета на рекламу табака в пунктах продажи, Конго.

Республика Конго, центральноафриканская страна, расположенная по обе стороны экватора, ратифицировала РКБТ ВОЗ в феврале 2007 года. Конвенция вступила в силу в мае 2007 года. В рамках осуществления Статьи 13 в стране были запрещены некоторые, но не все виды TAPS. Эта инициатива была усилена 4 июля 2012 года принятием и обнародованием закона о борьбе против табака, но процесс введения запретов TAPS все еще не был завершен.

В июне 2018 года в Конго был принят указ, который расширил законодательство, включив в него запрет на рекламу табачных изделий в пунктах продажи, а также запрет на рекламные скидки, расширение бренда и спонсорство табачных изделий, среди прочих запретов TAPS. Конго в настоящее время является одной из 17 стран Африканского региона ВОЗ, в которых полностью запрещены все виды TAPS. Данные о соблюдении законодательства, собранные в стране для данного доклада, показывают, что большинство запретов на рекламу, вступивших в силу в 2006 году, тщательно соблюдаются в стране, что является хорошим знаком для недавно принятых запретов.

Ниуэ принимает закон о борьбе против табака, вводящий запрет TAPS

В условиях глобализации Ниуэ, островное государство в южной части Тихого океана, теперь гораздо больше связан с остальным миром, чем когда-либо прежде, и поэтому стал более восприимчивым к маркетингу табачной промышленности. Однако Ниуэ, хотя и является Стороной РКБТ ВОЗ, до недавнего времени не осуществлял эффективного регулирования, касающегося TAPS. Законы о запрещении TAPS, особенно в пунктах продажи табачных изделий, являются важной составной частью защиты здоровья будущих поколений страны. В 2016 году правительство Ниуэ приступило к работе по приведению своего законодательства по борьбе против табака в соответствие требованиям Конвенции. Министерство здравоохранения провело общественные консультации с представителями государственного сектора, а также с представителями организаций гражданского общества и общественных групп, и в 2018 году был принят закон о борьбе против табака. Этот закон включает полные запреты TAPS.

После принятия закона заинтересованные стороны получили больше информации о различных видах TAPS, и новый закон даже запрещает выкладку табачных изделий в пунктах продажи. В дополнение к этому закон также запрещает курение в общественных местах, на рабочих местах и в общественном транспорте; запрещает импорт и производство бездымного табака и требует размещения предупреждений о вреде для здоровья на упаковках курительных табачных изделий. В знак признания его выдающейся работы в области борьбы против табака Министерство социальных услуг Ниуэ является одним из пяти учреждений, получивших награду ВОЗ по случаю Всемирного дня без табака в 2019 году.

Представители правительства и общественности вносят свой вклад в разработку проекта закона о борьбе против табака в Ниуэ, 2017 год.

Гайана принимает всеобъемлющее законодательство о борьбе против табака

Президент Гайаны и министр здравоохранения Гайаны получают награду ВОЗ по случаю Всемирного дня без табака 2018 года за усилия по борьбе против табака, включая запреты TAPS.

В 2017 году Гайана стала второй страной в англоязычном Карибском сообществе (КАРИКОМ) и в Американском регионе ВОЗ, принявшей всеобъемлющее антитабачное законодательство, предусматривающее полный запрет TAPS, наряду с требованиями о создании среды, полностью свободной от табачного дыма, и наличии предупреждений о вреде для здоровья на табачных изделиях. Эти действия способствовали тому, что Гайана прошла путь от полного отсутствия мер борьбы против табака к использованию трех «наиболее выгодных» с точки зрения ВОЗ мер *(28)*, принятых на уровне передовой практики. Запреты TAPS, по сравнению с мерами по созданию среды, свободной от табачного дыма, и графическими предупреждениями о вреде для здоровья, не получили столь широкого распространения в Американском регионе ВОЗ или во всем мире. В отсутствие запретов TAPS табачная промышленность имеет возможность продолжать пополнять ряды потребителей табака, что делает достижение Гайаны особенно заметным. Закон Гайаны о борьбе против табака был разработан Министерством здравоохранения, которое осознало необходимость предотвращения влияния табачной промышленности при принятии нового законодательства и взяло на себя обязательство продвигать всеобъемлющую инициативу, согласующуюся со Статьей 13 (E) РКБТ ВОЗ, а также Статьями 8 (P) и 11 (W). Несмотря на то что уровень соблюдения запрета TAPS был умеренным, а уровень его соблюдения в пунктах продажи был описан как низкий, Министерство здравоохранения провело встречи с заинтересованными лицами из деловых кругов, транспортных служб, профсоюзов и ассоциаций потребителей, а также с представителями широкой общественности, чтобы повысить их вовлеченность и усилить контроль за соблюдением запретов.

Повышение налогов на табачные изделия

Статья 6 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака гласит: «… ценовые и налоговые меры являются эффективным и важным средством сокращения потребления табака … [Стороны должны ввести] … меры, которые могут включать: … налоговые политики и … ценовые политики в отношении табачных изделий, с тем чтобы содействовать достижению целей в области здравоохранения, направленных на сокращение потребления табака» *(1)*.

.

Повышение налогов на табачные изделия является весьма эффективной с экономической точки зрения мерой по сокращению употребления табака

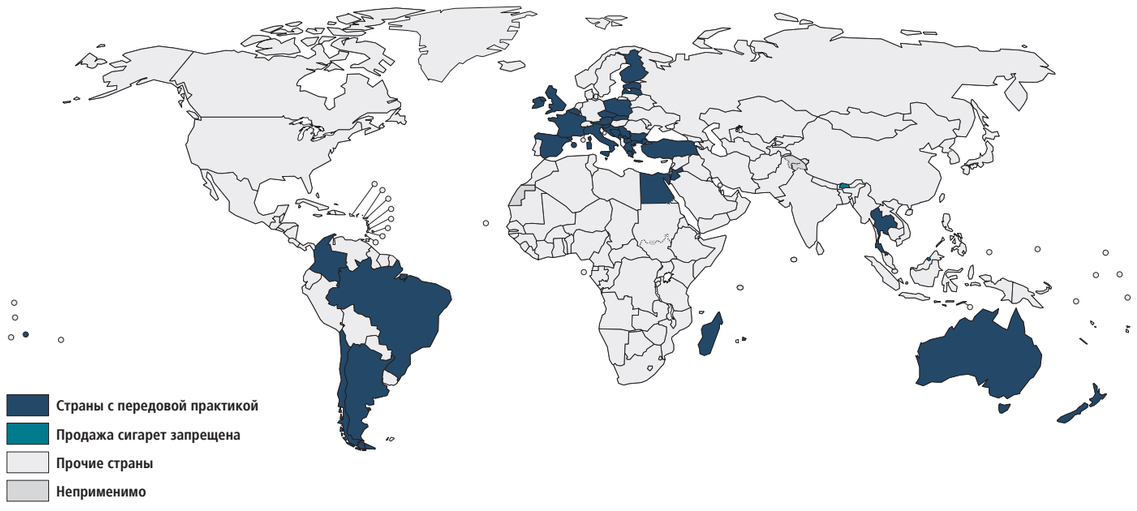
Многочисленные исследования показали, что повышение налогов для увеличения цен на табачные изделия является единственной наиболее эффективной мерой борьбы против табака *(23, 121, 183)*. В целом, повышение цен на табачные изделия на 10% приведет к сокращению их потребления на 5% в странах с низким и средним уровнями дохода (в некоторых случаях до 8%) и примерно на 4% в странах с высоким уровнем дохода *(121)*. Примерно половина этого сокращения связана с отказом потребителей табака от курения, а половина — с тем, что они начинают меньше курить *(184)*. Чтобы объективно оценить эти цифры, недавнее исследование показало, что повышение цен на табачные изделия на 50% в 13 отдельных странах приведет к тому, что 67 миллионов человек бросят курить *(185)*.

Налогообложение табачных изделий также не требует больших затрат, и его администрирование обходится странам с низким и средним уровнями дохода всего в 0,05 доллара США на душу населения в год *(186)*. Обладая потенциалом огромного воздействия в сочетании с низкими затратами на внедрение, налогообложение табака по праву считается самой эффективной в экономическом плане мерой, «наиболее выгодной» с точки зрения ВОЗ, а это означает, что отдача и экономические выгоды от использования этой меры в несколько раз превышают затраты на ее внедрение *(187, 188)*.

Повышение налогов на табачные изделия увеличивает государственные доходы и может способствовать расширению финансирования сектора здравоохранения

Повышение налогов не только сокращает употребление табака и улучшает здоровье, но и приносит государствам больше доходов *(121)*. Это дополнительное финансирование может быть использовано для программ борьбы против табака, а также для других важных инициатив в области здравоохранения и социальной защиты, которые в настоящее время успешно осуществляются в некоторых странах *(189, 190)*. Такое использование налоговых поступлений еще больше усилит общественную поддержку введения более высоких налогов на табачные изделия.

ПОВЫШЕНИЕ НАЛОГОВ НА ТАБАЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ – СТРАНЫ С НАИВЫСШИМИ ДОСТИЖЕНИЯМИ, 2018 ГОД



Страны, территории и районы с наивысшим уровнем достижений: *Австралия, Австрия, *Андорра, Аргентина, Бельгия, Болгария, Босния и Герцеговина, *Бразилия, Греция, *Египет, Израиль, Иордания, Ирландия, Испания, Италия, *Колумбия, Латвия, *Маврикий, Мадагаскар, Мальта, Ниуэ, *Новая Зеландия, оккупированная палестинская территория, включая Восточный Иерусалим, Польша, *Северная Македония, Сербия, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, *Таиланд, Турция, Финляндия, Франция, Хорватия, *Черногория, Чешская Республика, Чили и Эстония.

* Страны, впервые достигшие наивысшего уровня в период после 31 декабря 2016 года.

Необходимо через определенные промежутки времени существенно повышать налоги на табачные изделия, чтобы снизить их ценовую доступность

Табачные изделия становятся все более доступными в ценовом отношении во многих странах, где доходы и покупательная способность населения растут быстрыми темпами *(191)*. Несмотря на то что некоторые из этих стран повысили ставки налогов на табак, этого оказалось недостаточно для компенсации инфляции и роста доходов населения, что привело к снижению реальной величины налогов и их эффективности в сокращении потребления табака *(192)*. Незначительное повышение налогов, которое не делает табачные изделия менее доступными в ценовом отношении, вряд ли приведет к сокращению потребления табака и стимулированию отказа от курения. Правительствам необходимо контролировать ставки налогов на табачные изделия и их цены по отношению к реальным доходам населения и существенно повышать налоговые ставки через равные промежутки времени, чтобы гарантировать, что табачные изделия не станут более доступными в ценовом отношении.

Политика налогообложения табачных изделий становится более эффективной, когда улучшается налоговое администрирование

Ужесточение налогового и таможенного администрирования, а также укрепление потенциала правоприменительной деятельности усиливают положительный эффект повышения налогов на табачные изделия *(193)*. Опыт многих стран показывает, что с незаконной торговлей табачными изделиями можно успешно бороться даже при повышении налогов и цен на эти изделия, поэтому угроза уклонения от уплаты налогов не должна использоваться в качестве причины для отказа от повышения налогов. С вступлением в силу Протокола РКБТ ВОЗ о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями правительства теперь имеют в своем распоряжении больше инструментов для контроля цепи поставок и обеспечения уплаты надлежащих налогов.

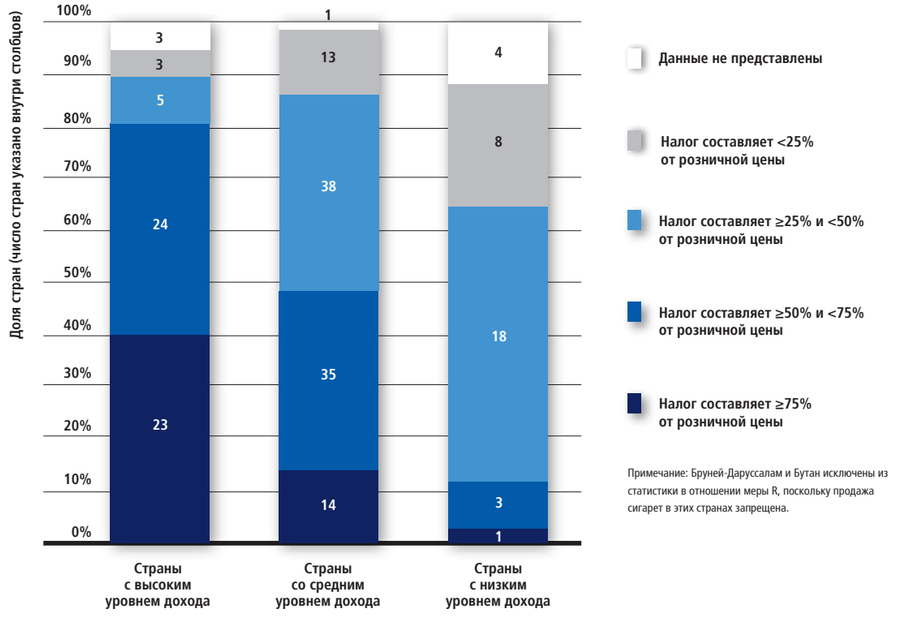
С другой стороны, налоговое администрирование может стать проще при осуществлении правильной налоговой политики. Среди различных видов налогов, взимаемых с табачных изделий, акцизы являются наиболее эффективными с точки зрения повышения цен и существенного положительного влияния на здоровье людей *(194)*. Более простые структуры налогообложения также легче администрировать — следует избегать использования сложных структур и многоуровневых акцизных сборов, чтобы не допустить возникновения ситуации, при которой может быть сведена к минимуму польза от налогов на табачные изделия с точки зрения воздействия на здоровье населения и на объем налоговых поступлений.

В период с 2016 по 2018 год численность населения мира, защищенного высокими налогами на табачные изделия, увеличилась в два раза

Повышение цен на табачные изделия путем повышения табачных налогов — наиболее эффективный и действенный способ сокращения употребления табака — является наименее используемой мерой MPOWER, поскольку в 2018 году только 14% населения мира проживало в 38 странах с достаточно высокими налогами на табачные изделия.

Большинство стран, которые уже ввели высокие налоги на табачные изделия, являются странами с высоким уровнем дохода. До сих пор лишь очень небольшое число стран с низким и средним уровнями дохода (15 стран, или 11%) ввели высокие налоги на табак. После 2016 года 10 стран

СОВОКУПНЫЙ НАЛОГ НА СИГАРЕТЫ



Примечание: Бруней-Даруссалам и Бутан исключены из статистики в отношении меры R, поскольку продажа сигарет в этих странах запрещена.

повысили налоги до уровня, составляющего или превышающего 75% от цены самой продаваемой марки сигарет. Население этих 10 стран, 462 миллиона человек, теперь защищено более высокими налогами. Семь из этих стран были странами со средним уровнем дохода: Бразилия, Египет, Колумбия, Маврикий, Северная Македония, Таиланд и Черногория. Остальные три были странами с высоким уровнем дохода: Австралия, Андорра и Новая Зеландия. Наиболее значительное увеличение доли налогов в 10 странах было произведено в Колумбии, где ставка налога увеличилась с 49,5% в 2016 году до 78,4% к 2018 году. После 2016 года ни одна из стран с низким уровнем дохода не повысила налоги до 75% или более от розничной цены сигарет. Действительно, после 2016 года только одна страна с низким уровнем дохода (Либерия) повысила налоги в достаточной мере, чтобы приблизиться на одну категорию к уровню передовой практики. А с 2016 года три страны (Кипр, Литва и Украина) выбыли из группы стран с передовой практикой, поскольку не смогли сохранить свою долю налогов на уровне 75% или выше.

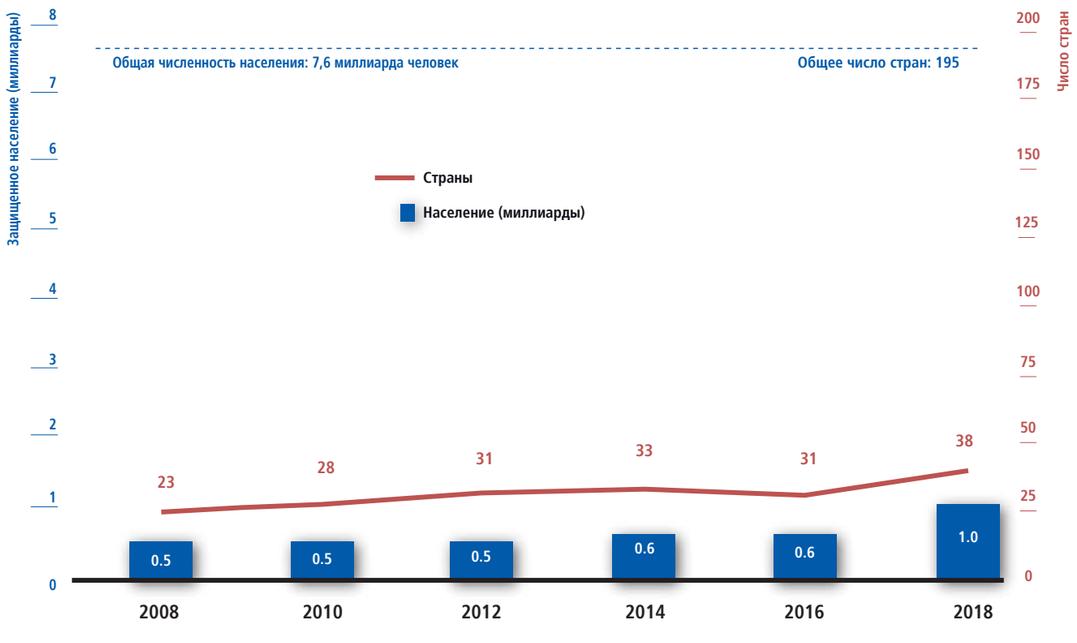
В 2018 году население планеты, защищенное высокими налогами на табачные изделия, перешагнуло отметку в 1 миллиард

После 2008 года прогресс в повышении налогов на табачные изделия был на удивление малозаметен. Численность населения, защищенного высокими налогами на табак, оставалась на отметке около полумиллиарда в течение 8 лет, и только за последние 2 года это число превысило 1 миллиард. Однако если в 2008 году только одна страна из девяти ввела налоги, составляющие 75% или более от розничной цены сигарет, то в 2018 году это число почти удвоилось: население почти каждой пятой страны теперь находится под защитой высоких налогов на табачные изделия.

Девять стран с высоким уровнем дохода повысили налоги в достаточной степени, чтобы достичь наивысшего уровня реализации этой меры после 2008 года, в то время как три страны с высоким уровнем дохода (Германия, Португалия и Сейшельские Острова) выбыли из этой группы. Девять стран со средним уровнем дохода достигли самого высокого уровня налогообложения после 2008 года, а три страны со средним уровнем дохода (Кения, Куба и Тунис) опустились на одну группу ниже. Одна страна с низким уровнем дохода (Мадагаскар) в 2010 году начала взимать налоги на уровне 75% или выше от розничной цены сигарет и в настоящее время остается единственной страной с низким уровнем дохода, где эта мера реализована на максимальном уровне.

В 2008 году 82% из полумиллиарда человек, защищенных высокими налогами на табачные изделия, проживали в странах с высоким уровнем дохода. Сегодня в странах со средним уровнем дохода проживает более половины населения (54%), защищенного этой мерой. В странах с низким уровнем дохода проживает только 3% людей, защищенных таким способом.

ПРОГРЕСС В ОТНОШЕНИИ УСТАНОВЛЕНИЯ СОВОКУПНОГО НАЛОГА НА СИГАРЕТЫ В РАЗМЕРЕ, ПРЕВЫШАЮЩЕМ 75% ИХ РОЗНИЧНОЙ ЦЕНЫ (2008–2018 ГОДЫ)



Все большее число стран применяет рекомендуемые структуры табачных акцизных сборов

В настоящее время все больше стран применяют структуры акцизов на сигареты, как это было рекомендовано в предыдущих изданиях *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии.* Из 181 страны, отслеживаемой в семи докладах, число стран, вводящих специфическую структуру акцизного налогообложения, увеличилось с 57 до 62 в период с 2008 по 2018 год, а число стран, вводящих смешанную структуру акцизного налогообложения, которая в большей степени зависит от специфического акциза, увеличилось с 22 до 37 за тот же период времени. Количество стран, опирающихся на адвалорные акцизы, сократилось с 55 в 2008 году до 41 в 2018 году.

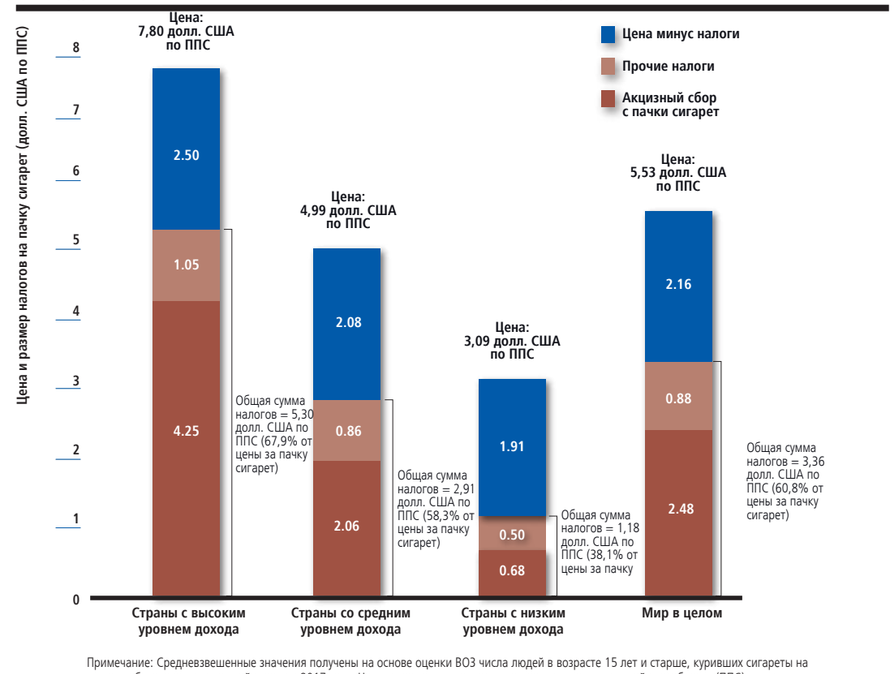
По состоянию на 2018 год только 15 стран не облагают акцизами табачные изделия. Это значительное сокращение по сравнению с 2008 годом, когда в 23 странах не применялись акцизы на табачные изделия. Примечательно, что 11 из 15 стран, не взимающих табачных акцизов, относятся к странам с низким и средним уровнями дохода.

В 2018 году полмиллиарда человек проживало в странах с уровнем налогов на табачные изделия в пределах 5 процентных пунктов от самого высокого уровня налогообложения

Каждая третья страна (62) взимает налоги, которые не достигают 75%-ного уровня, но составляют 50% или более от розничной цены табачных изделий. В двадцати из этих стран (с общим населением в полмиллиарда человек) налоги составляют 70% или более от розничной цены, поэтому эти страны находятся в пределах 5 процентных пунктов от уровня налогообложения, соответствующего передовой практике. Еще 12 стран (с общим населением 352 миллиона человек) находятся в пределах 10 процентных пунктов от такого уровня налогообложения. Если бы все 62 страны этой категории повысили налоги до 75%, то еще 4,7 миллиарда человек были бы защищены этой мерой, то есть в общей сложности поразительное число в 5,7 миллиарда человек — 75% населения мира — были бы защищены высокими налогами.

На сегодняшний день более четверти из 505 миллионов человек, проживающих в одном из 100 крупнейших городов мира (141 миллион человек в 29 городах), защищены достаточно высокими налогами на сигареты. В каждом из этих 29 городов налоговые ставки устанавливаются на национальном уровне. Ни один город еще не ввел независимо от правительства страны такие налоги на табачные изделия, которые привели бы к увеличению доли совокупных налогов до 75% и более от розничной цены сигарет.

СРЕДНЕВЗВЕШЕННАЯ РОЗНИЧНАЯ ЦЕНА И РАЗМЕР НАЛОГОВ (АКЦИЗНЫЙ СБОР И СОВОКУПНЫЙ НАЛОГ) НА САМЫЕ ПРОДАВАЕМЫЕ МАРКИ СИГАРЕТ, 2018 ГОД



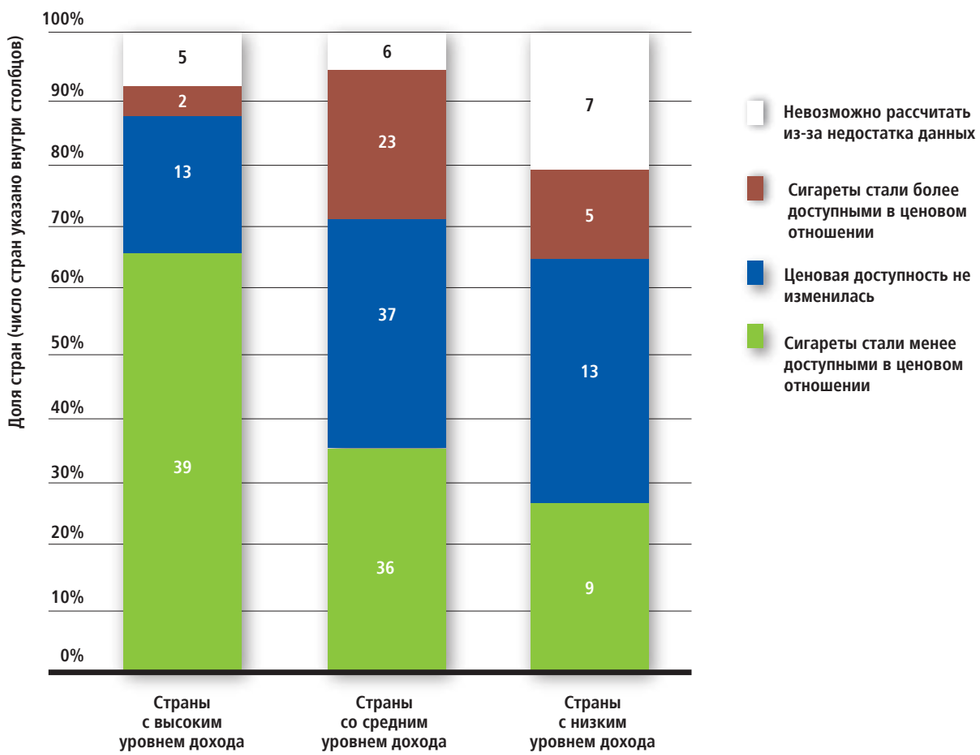
Примечание: Средневзвешенные значения получены на основе оценки ВОЗ числа людей в возрасте 15 лет и старше, куривших сигареты на момент обследования в каждой стране в 2017 году. Цены выражены в долларах по паритету покупательной способности (ППС) или в международных долларах, чтобы учесть различия в покупательной способности в разных странах. Диаграмма составлена на основе данных о цене на самую продаваемую марку сигарет, акцизных сборах и прочих налогах, а также о коэффициентах пересчета по ППС, представленных 53 странами с высоким уровнем дохода, 97 странами со средним уровнем дохода и 28 странами с низким уровнем дохода. Суммы отдельных значений могут не совпадать с общими значениями из-за ошибок при округлении.

Цены и налоги на сигареты продолжают расти в странах с высоким уровнем доходов, даже после корректировки по паритету покупательной способности

Уровни цен и налогов на сигареты остаются самыми высокими в странах с высоким уровнем дохода, даже с учетом разницы в покупательной способности. Цены на пачку сигарет, совокупные налоги и акцизный компонент налога на табачные изделия как доля от цены за пачку ниже в странах с низким и средним уровнями дохода, при этом средняя процентная доля совокупного налога в цене варьируется от 38% до 58%. Эта доля достигает почти 68% в странах с высоким уровнем дохода, хотя неналоговая часть цен на сигареты примерно одинакова во всем мире. Все страны, особенно страны с низким и средним уровнями дохода, имеют веские основания для дальнейшего повышения своих акцизных сборов, что приведет к снижению ценовой доступности сигарет.

Употребление табака не будет должным образом сокращаться, если табачные изделия со временем станут более доступными в ценовом отношении. Когда рост цен не идет в ногу с увеличением доходов на душу населения, табачные изделия становятся более доступными по цене *(117, 189)*. Наблюдение за тенденциями в ценовой доступности сигарет за отчетный период помогает политикам понять, как изменились цены на сигареты по отношению к способности населения их покупать, и может определять рекомендуемые изменения в налоговой политике, чтобы повлиять на уровень цен и эффективно сократить потребление табака. Ценовая доступность сигарет в 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 и 2018 годах измерялась внутренним валовым продуктом на душу населения, необходимым для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, о которой сообщалось в конкретном году. Затем было рассчитано среднее изменение за период 2008–2018 годов. Благодаря этой мере сигареты стали менее доступными по цене в 83 странах и существенно не изменились в этом отношении в 63 странах, в то время как они стали более доступными по цене в 30 странах. Из этих 30 стран 28 были странами с низким и средним уровнями дохода.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕНОВОЙ ДОСТУПНОСТИ СИГАРЕТ, 2008–2018 ГОДЫ

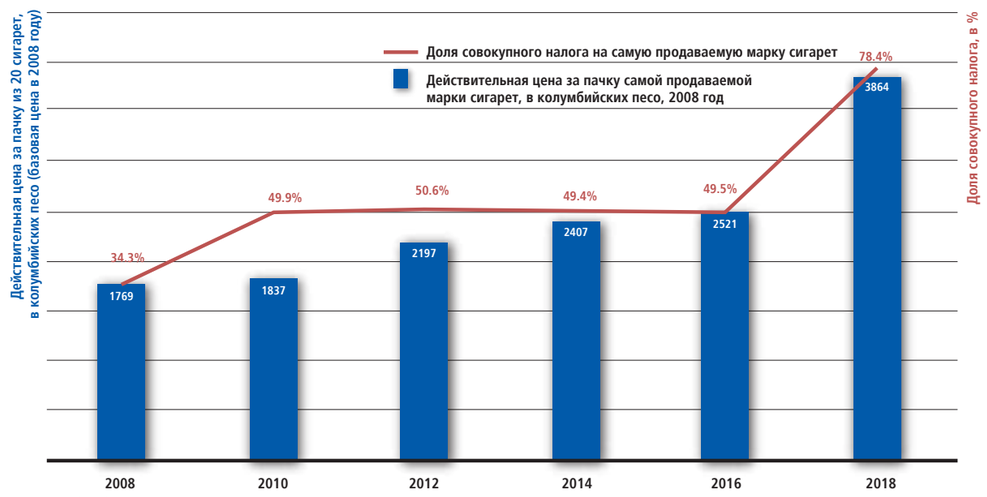


Примечание: Изменение ценовой доступности рассчитано по методу наименьших квадратов как темп изменения ВВП на душу населения, необходимого для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки в местной валюте в любой данный год. Подробная информация о расчетах представлена в Техническом примечании III.

Колумбия в три раза повысила налоги на сигареты в течение двух лет

В 2015 году в рамках продолжающихся усилий страны по реформированию налогового законодательства министры здравоохранения и финансов Колумбии рекомендовали увеличить налоги на сигареты на 200% в период с 2016 по 2017 год, а затем на 150% к 2020 году. Эта рекомендация была направлена на повышение в стране исторически очень низкого уровня налогообложения табачных изделий и получаемых от этого доходов, чтобы он в большей степени соответствовал рекомендациям ВОЗ и уровню налогообложения в других странах региона. Положительные результаты повышения налогов, которое в конечном итоге было одобрено, зависели от многосекторальной группы экспертов и представителей служб общественного здравоохранения из национального и международного гражданского общества, которые вместе боролись с вмешательством табачной промышленности, используя надежные данные и преобразуя их в стратегически жизнеспособные изменения политики. Чтобы опровергнуть аргумент табачной промышленности о том, что повышение налогов приведет к неуправляемому всплеску незаконной торговли табачными изделиями, группы гражданского общества провели первое открытое исследование масштабов незаконной торговли сигаретами в Колумбии и установили, что она составляет лишь небольшую часть (3,5% от всех продаж) в пяти обследованных городах Колумбии. В декабре 2016 года Конгресс Колумбии утвердил 100%-ное повышение акцизов на сигареты и табак промышленного производства, дополнительное повышение на 50% в январе 2018 года и ежегодные корректировки, начиная с января 2019 года, что эквивалентно ежегодному изменению индекса потребительских цен на 4% *(195)*. Это означает, что в январе 2017 года специфический налог на сигареты увеличился в два раза с 700 колумбийских песо за пачку из 20 сигарет до 1400 колумбийских песо, а затем был увеличен до 2100 колумбийских песо в январе 2018 года. По состоянию на 2018 год доля налога на самую продаваемую марку сигарет в Колумбии составляет 78,4% от ее цены, при этом акцизы составляют 62,5% (52,5% — специфические и 10% — адвалорные). Это ставит Колумбию на самый высокий уровень достижений в реализации меры MPOWER по повышению налогов на табачные изделия. Что касается влияния этой меры, то в 2017 году доходы от табачных акцизов увеличились на 54%, а продажи сигарет снизились на 23% по сравнению с 2016 годом.

ИЗМЕНЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ ЦЕНЫ И ДОЛИ СОВОКУПНОГО НАЛОГА НА ПАЧКУ САМОЙ ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ В КОЛУМБИИ, 2008–2018 ГОДЫ

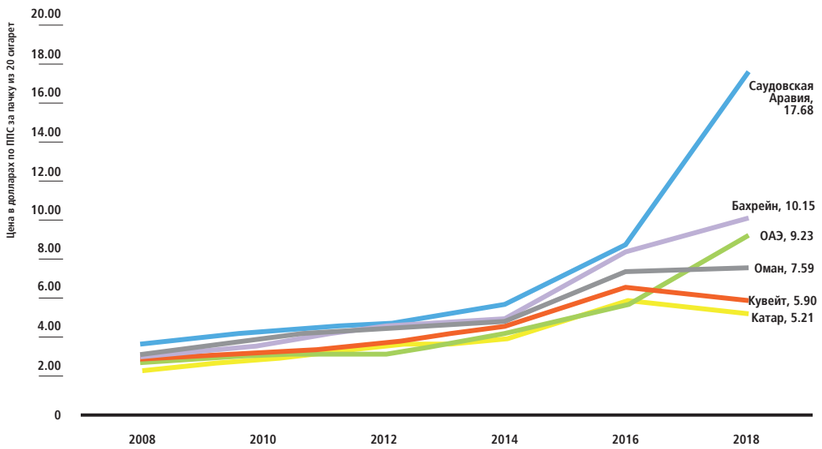


Источник: (195)

Совет сотрудничества арабских государств Персидского залива вводит акцизы на вредные для здоровья изделия

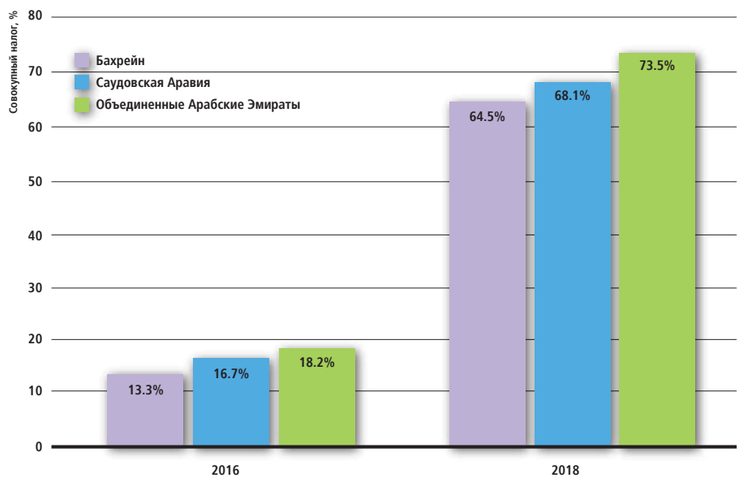
В 2016 году государства-члены Совета сотрудничества арабских государств Персидского залива (ССАГПЗ) договорились ввести акцизный налог на изделия, вредные для человека и окружающей среды, включая табак. До этого соглашения государства-члены ССАГПЗ (Бахрейн, Катар, Кувейт, Объединенные Арабские Эмираты, Оман и Саудовская Аравия) традиционно полагались исключительно на импортные пошлины на табачные изделия, которые в совокупности составляли около 20% от их розничной цены. Новый акцизный налог — это попытка как диверсифицировать источники дохода, так и признать опасность табачных изделий. Саудовская Аравия была первой страной-членом ССАГПЗ, которая в июне 2017 года ввела акцизный налог на табачные изделия промышленного производства, за ней последовали Объединенные Арабские Эмираты в октябре 2017 года и Бахрейн в декабре 2017 года. Катар присоединился к ним в январе 2019 года, и Оман должен повысить акцизный налог в июне 2019 года. Новый акцизный налог унифицирован в странах Персидского залива на уровне 100% от розничной цены табачных изделий без учета налогов и уже оказывает заметное влияние на их цены. Ожидается, что введение налога и последующий рост цен на табачные изделия в этих странах приведут к сокращению потребления табака и, как следствие, к уменьшению бремени связанных с ним болезней.

РОЗНИЧНАЯ ЦЕНА САМОЙ ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ, ПО ППС[1]



[1] Паритет покупательной способности или международные доллары

ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ СОВОКУПНОГО НАЛОГА В ЦЕНЕ САМОЙ ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ



Примечание: Данные на этой диаграмме отражают изменения по состоянию на июль 2018 года и учитывают только повышение налогов в Бахрейне, Саудовской Аравии и Объединенных Арабских Эмиратах.

С 2008 года число стран, взимающих высокие табачные налоги, увеличилось практически в два раза: жители почти каждой пятой страны в настоящее время защищены высокими налогами.

Национальные программы борьбы против табака: жизненно важные программы для прекращения табачной эпидемии

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака настоятельно рекомендует странам создать национальную программу борьбы против табака (НПБТ), чтобы она возглавила усилия каждой страны по борьбе против него. С этой целью Статья 5 РКБТ ВОЗ гласит, что: «Каждая Сторона разрабатывает, осуществляет, периодически обновляет и пересматривает всесторонние многосекторальные национальные стратегии, планы и программы по борьбе против табака … [и] создает или укрепляет и финансирует национальный координационный механизм или координационные органы по борьбе против табака». Кроме того, Статья 26.2 РКБТ ВОЗ устанавливает, что: «Каждая Сторона обеспечивает финансовую поддержку в отношении своей национальной деятельности, направленной на достижение цели настоящей Конвенции» *(1)*.

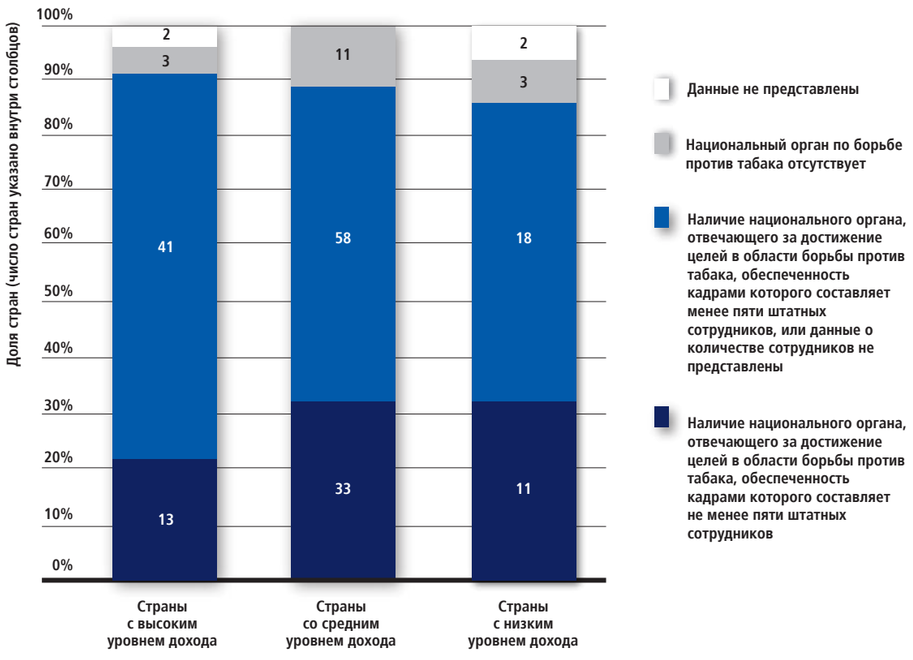
Децентрализация полномочий по реализации НПБТ имеет крайне важное значение

Надлежащим образом финансируемые, четко ориентированные НПБТ или координационные механизмы имеют решающее значение для разработки и поддержания устойчивой политики, которая может обратить вспять табачную эпидемию *(1)*. Министерства здравоохранения или эквивалентные им государственные учреждения должны взять на себя ведущую роль в стратегическом планировании и разработке политики, при этом другие министерства и ведомства должны отчитываться перед этим централизованным органом *(175)*. Программы борьбы против табака также должны быть включены в более широкие программы стран в области здравоохранения и развития *(196)*.

В крупных странах или странах, федеральные политические системы которых разделяют управляющие полномочия между центральным федеральным органом власти и обладающими законодательной властью региональными или местными политическими единицами, передача полномочий по реализации НПБТ местным органам власти может обеспечить большую гибкость в разработке политики и осуществлении программ и, вероятно, позволит этой политике и программам охватить более широкие слои населения *(197)*.

Поскольку многие мероприятия по борьбе против табака проводятся на региональном и местном уровнях (даже когда планирование осуществляется на национальном уровне), руководителям общественного здравоохранения и государственным деятелям на соответствующих субнациональных уровнях необходимы достаточные ресурсы для наращивания устойчивого потенциала по реализации этих мероприятий *(94)*. Национальные программы борьбы против табака должны также обеспечить, чтобы подгруппы населения с непропорционально высокими показателями табачного потребления были охвачены мерами политики и программами, адаптированными к их потребностям *(197)*.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ ПРОТИВ ТАБАКА



Борьба против табака требует активного участия гражданского общества

Национальные программы борьбы против табака нуждаются в поддержке не только со стороны партнеров в правительстве, но и со стороны гражданского общества; это, в частности, исключает табачную промышленность и ее союзников, которые не могут быть законными участниками деятельности по борьбе против табака *(94)*. Непрерывное участие соответствующих неправительственных организаций и других групп гражданского общества имеет большое значение для обеспечения дальнейшего прогресса в усилиях по борьбе против табака на национальном и глобальном уровнях *(197)*.

Две трети населения мира проживает в странах, где созданы национальные органы по борьбе против табака

Каждая четвертая страна в мире имеет национальный орган, отвечающий за достижение целей в области борьбы против табака, обеспеченность кадрами которого составляет не менее пяти штатных сотрудников в пересчете на занятых полное рабочее время. К счастью, поскольку многие из этих стран являются густонаселенными, две трети населения мира находится под защитой такого органа.

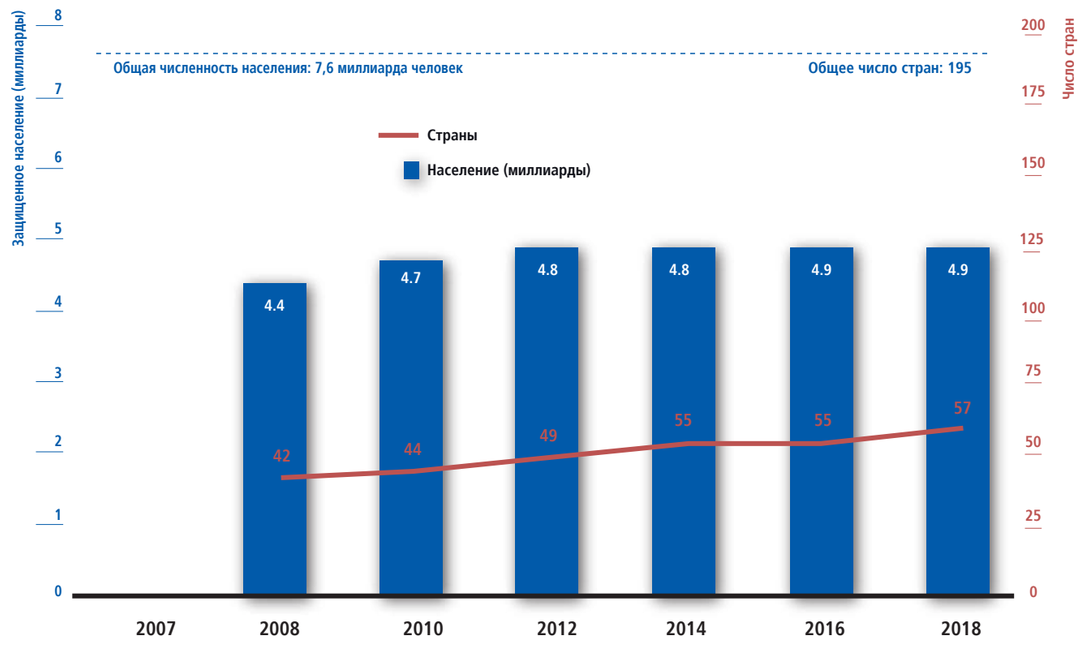
Еще 117 стран (где проживает одна треть населения мира) работают над достижением целей в области борьбы против табака, имея меньшее число сотрудников (84 страны), или в ситуациях, когда число сотрудников неизвестно (33 страны). Только 17 стран (с общим населением 145 миллионов человек) не имеют национального органа по борьбе против табака, и 14 из них являются странами с низким и средним уровнями дохода.

За последние 2 года только три страны расширили свои национальные программы борьбы против табака в достаточной степени, чтобы достичь наивысшего уровня из реализации (Ботсвана, Ирак и Катар), что увеличило охват населения на 44 миллиона человек. В то же время, одна страна опустилась ниже уровня передовой практики: Суринам сократил число сотрудников, полностью занятых только вопросами борьбы против табака.

В период после 2008 года еще 15 стран с общим населением 499 миллионов человек создали хорошо укомплектованную кадрами национальную команду, члены которой в течение всего своего рабочего времени заняты только вопросами борьбы против табака.

Стоит отметить, что эта мера может недооценивать истинные масштабы реализации НПБТ в странах, поскольку информация об обеспеченности кадрами программ борьбы против табака на национальном уровне является неполной, а формальный механизм сбора этой информации от стран отсутствует.

ПРОГРЕСС В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ БОРЬБЫ ПРОТИВ ТАБАКА (2008-2018 ГОДЫ)



Программа «Ирландия, свободная от табака»

Кампания в поддержку программы «Ирландия, свободная от табака»

В 2003 году Ирландия стала первой страной в мире, осуществившей деятельность по созданию среды, свободной от табачного дыма. Однако потребление табака по-прежнему оказывает огромное влияние на жителей Ирландии: ежегодно от болезней, связанных с табаком, умирает не менее 5500 человек. Несмотря на то что страна имеет большой опыт борьбы против табака, а его употребление в течение последних нескольких десятилетий постепенно сокращалось, в 2013 году Ирландия решила довести борьбу против табака до «завершающей фазы», или заключительных этапов достижения Ирландией статуса страны, свободной от табака.

Для достижения этой цели в плане содержится 60 рекомендаций по значительному сокращению курения среди взрослого населения до менее 5% к 2025 году. Было подсчитано, что для достижения этой амбициозной цели ежегодно в течение следующих 10 лет более 55 000 нынешних курильщиков должны будут бросать курить.

Программа «Ирландия, свободная от табака» была разработана Министерством здравоохранения Ирландии и его Исполнительным органом по вопросам здравоохранения в 2013 году. Эта государственная стратегия (на 2013–2025 годы) направлена на координацию и руководство деятельностью по борьбе против табака в рамках всей системы здравоохранения и включает в себя несколько межправительственных мероприятий, основанных на комплексе мер MPOWER, с целью «денормализации» употребления табака в Ирландии, особенно для следующего поколения жителей.

Отчет Ирландии о ходе реализации программы «Ирландия, свободная от табака» за 2017 год свидетельствует о значительном прогрессе, в том числе о принятии законодательства, требующего использования стандартизированной упаковки табачных изделий, и о разработке новой кампании QUIT, которая направлена на усиление поддержки людей, желающих бросить курить.

В 2018 году был опубликован разработанный Исполнительным органом по вопросам здравоохранения национальный план действий (на 2018–2021 годы), определяющий стратегическое направление и приоритетные действия, необходимые для достижения целей, поставленных в этом плане. В течение следующих 4-х лет цели программы «Ирландия, свободная от табака», включают в себя уделение приоритетного внимания защите детей во всех инициативах и поощрение «денормализации» употребления табака для будущих поколений; поддержку людей в отказе от употребления табака и лечение табачной зависимости как угрозы их здоровью; а также разработку антитабачного законодательства, обеспечение и контроль его соблюдения.

Каждая четвертая страна в мире имеет национальный орган, отвечающий за достижение целей в области борьбы против табака, обеспеченность кадрами которого составляет не менее пяти штатных сотрудников в пересчете на занятых полное рабочее время.

Многосекторальное сотрудничество способствует ведению борьбы против табака, Мадагаскар

Повышение информированности людей во время Всемирного дня без табака в 2018 году, Мадагаскар.

Мадагаскар продемонстрировал огромную приверженность и прогресс в борьбе против табака и на сегодняшний день реализовал четыре меры MPOWER на самом высоком уровне.

В 2007 году был создан Консультативный комитет по борьбе против табака для поддержки координации деятельности по осуществлению РКБТ ВОЗ во всех секторах. Этот многосекторальный комитет собирается каждые три месяца, в него входят представители целого ряда министерств и организаций гражданского общества, занимающихся вопросами борьбы с употреблением табака.

Комитет играет посредническую роль между Министерством здравоохранения и соответствующими органами и предоставляет возможность для эффективного сотрудничества. Например, организации гражданского общества и некоторые департаменты министерства (спорта, национального образования, народонаселения, здравоохранения) сотрудничают в разработке и проведении мероприятий по повышению информированности населения. Комитет также играет контролирующую роль и подает сигнал тревоги в случае несоблюдения нормативных требований и вмешательства со стороны табачной промышленности. Кроме того, при поддержке Министерства внутренних дел в стране постепенно создаются многоотраслевые комитеты в различных регионах страны.

Благодаря этим координационным механизмам Мадагаскар продолжает демонстрировать свою приверженность делу борьбы с табачной эпидемией в целях спасения человеческих жизней и повышения благосостояния населения.

Заключение

С момента принятия РКБТ ВОЗ в 2003 году в мире был достигнут значительный прогресс. Успешное расширение за последние 10 лет масштабов применения мер MPOWER до уровня передовой практики, принятых в разных странах, независимо от уровня их доходов и численности населения, является свидетельством успешной реализации мер по сокращению спроса на табак, предусмотренных РКБТ ВОЗ. По мере того как страны продолжают работать над созданием и осуществлением эффективных стратегий борьбы против табака, они могут найти поддержку в примерах других стран, которые успешно приняли меры, соответствующие уровню передовой практики.

За годы, прошедшие с момента введения комплекса мер MPOWER, нам пришлось столкнуться с большими проблемами. Были и будут неудачи, неожиданно возникающие барьеры, вмешательства табачной промышленности и сложные политические препятствия, которые необходимо преодолеть. Несмотря на эти проблемы, в настоящее время 5 миллиардов человек защищены как минимум одной мерой по борьбе против табака на уровне передовой практики — на 3,9 миллиарда больше, чем в 2007 году. С другой стороны, 2,6 миллиарда человек остаются незащищенными от вреда для здоровья и негативных экономических последствий употребления табака внедрением передовых методов борьбы против него, основанных на фактических данных.

Миллионы жизней были спасены с момента введения мер MPOWER, и только благодаря скоординированному вниманию мирового сообщества усилия по борьбе против табака оказались столь успешными. К сожалению, табачная эпидемия еще далека от своего завершения. Хотя употребление табака сократилось в большинстве стран и регионов, рост численности населения означает, что общее число людей, употребляющих табак, остается неизменно высоким. Программы борьбы против табака не всегда выполняются быстро и легко, и все страны могут извлечь выгоду из разработки и обеспечения соблюдения более эффективной политики борьбы против табака. Со времени представления последнего доклада только одна страна — Бразилия — присоединилась к Турции и внедрила все меры MPOWER на самом всестороннем уровне, и лишь несколько других стран приняли более двух мер на уровне передовой практики. Даже в странах, где существуют меры, соответствующие уровню передовой практики, можно многое сделать для усиления их соблюдения и получения максимального эффекта от их применения.

Основное внимание в настоящем докладе «Предложение помощи в целях прекращения употребления табака» уделяется мере «O» из комплекса мер MPOWER. Только 23 страны предоставляют услуги по прекращению употребления табака на уровне передовой практики, хотя во многих странах большое число потребителей табака сообщают о своем желании отказаться от его употребления. Тем не менее, прогресс налицо — за время после 2007 года всеобъемлющими услугами по прекращению употребления табака охвачено дополнительно 2 миллиарда человек, и 67 стран находятся всего в одном шаге от предоставления таких услуг. Страны со средним уровнем дохода в период после 2007 года добились наиболее очевидного прогресса в оказании поддержки в прекращении употребления табака в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и использовании национальных бесплатных телефонных линий для бросающих курить.

Фактические данные свидетельствуют о том, что шансы потребителей табака на успешный отказ от его употребления резко возрастают, если они используют эффективные меры по прекращению курения. Настоящий доклад в соответствии со Статьей 14 РКБТ ВОЗ содержит руководящие указания для стран относительно эффективных услуг по прекращению употребления табака и того, как эти услуги могут быть предоставлены для наилучшего удовлетворения запросов потребителей табака, которые хотят отказаться от его употребления. В странах должны предоставляться как минимум краткие консультации по вопросам прекращения курения всем потребителям табака всякий раз, когда они по какой-либо причине обращаются в учреждение первичной медико-санитарной помощи.

Страны должны также обеспечить наличие национальной бесплатной телефонной линии для бросающих курить и мобильного сервиса по отказу от курения (mCessation), чтобы охватить более широкие слои населения. Наконец, предоставление никотинзаместительной терапии с компенсацией затрат на нее поможет увеличить число случаев отказа от употребления табака. Сочетание двух или более из этих подходов еще больше увеличивает шансы на успех в прекращении употребления табака. Даже страны с низким уровнем дохода и ограниченными ресурсами могут начать включать краткие консультации в существующие системы первичной медико-санитарной помощи в качестве одного из первых шагов по развитию своей поддержки в отказе от употребления табака.

Краткие консультации в учреждениях первичной медико-санитарной помощи должны быть включены в план всеобщего охвата услугами здравоохранения, чтобы потенциально приносить пользу 80% всех потребителей табака в год. В настоящее время только 18 стран оказывают поддержку в прекращении употребления табака с полной компенсацией затрат в большинстве своих учреждений первичной медико-санитарной помощи, и другие страны должны последовать их примеру.

Каждая страна обязана защищать здоровье своих граждан, и все Стороны РКБТ ВОЗ взяли на себя конкретное обязательство проводить строгую политику борьбы против табака, включая оказание эффективных услуг по прекращению употребления табака, в качестве важного средства выполнения своих обязательств по защите здоровья своего населения. За 11 лет, прошедших с начала осуществления контроля за соблюдением мер MPOWER, был достигнут невероятный прогресс, в том числе спасены миллионы человеческих жизней, но это только начало. Чрезвычайно важно, чтобы все мы еще раз подтвердили свою приверженность обеспечению полноценной защиты всех людей в мире от огромного вреда, наносимого табачной эпидемией.

Библиографические ссылки

1. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003, обновленная перепечатка 2004, 2005 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/4/9789244591017_rus.pdf, по состоянию на 26 июня 2019 г.).

2. Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/fctc/protocol/illicit_trade/protocol-publication/ru, по состоянию на 26 июня 2019 г.).

3. Правила процедуры Конференции Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г.

4. Правила процедуры Совещания Сторон Протокола о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г.

5. Chung-Hall J, Craig L, Gravely S, Sansone N, Fong GT. Impact of the WHO FCTC over the first decade: a global evidence review prepared for the Impact Assessment Expert Group. Tobacco Control. 2018;28:s119–s128.

6. Information Kit for Delegates to the Conferenceof the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control 2018. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://vivello.ch/fctc/, accessed 26 June 2019).

7. Руководящие принципы осуществления Статьи 14 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака: Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г.

8. Руководящие принципы осуществления Статьи 12 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака: Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г.

9. Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

10. Framework Convention on Tobacco Control. FCTC2030: Strengthening WHO FCTC implementation to achieve the Sustainable Development Goals [website] (https://www.who.int/fctc/implementation/FCTC2030/en/, accessed 26 June 2019).

11. Integrating tobacco control into tuberculosis and HIV responses: Implementing the WHO Framework Convention on Tobacco Control to address co-morbidities. New York: United Nations Development Programme; 2018.

12. Глобальная стратегия по ускорению борьбы против табака: содействие устойчивому развитию путем осуществления РКБТ ВОЗ, 2019-2025 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (http://www.who.int/fctc/implementation/s-2025/gs-2025/ru/, по состоянию на 07 июля 2019 г.).

13. 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/, accessed 26 June 2019).

14. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. Atlanta, GA: CDC Foundation; 2015 (http://gatsatlas.org/, accessed 26 June 2019).

15. 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.

16. WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1, accessed 26 June 2019).

17. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centres for Disease Control and Prevention; 1994 (https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4304.pdf, accessed 26 June 2019).

18. Upspring WW, DiFranza JR. The loss of autonomy over smoking in relation to lifetime cigarette consumption. Addictive Behaviour. 2010;35(1):14–8.

19. Levy DT Yuan Z, Luo Y, Mays D. Seven years of progress in tobacco control: an evaluation of the effect of nations meeting the highest level of MPOWER measures between 2007 and 2014. Tobacco Control. 2018;27(1):50–7.

20. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD; U.S Department of Health and Human Services: 1990 (https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBCT.pdf, accessed 26 June 2019).

21. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. British Medical Journal. 2004;328:1519–27.

22. Mahmud A, Feely J. Effect of smoking on arterial stiffness and pulse pressure amplification. Hypertension. 2003;41(1):183–7.

23. The health consequences of smoking – 50 years of progress. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2014 (https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf, accessed 26 June 2019).

24. Martin GC, Brown JP, Eifler CW, Houston GD. Oral leukoplakia status six weeks after cessation of smokeless tobacco use. Journal of the American Dental Association.1999;(7):945–54.

25. Arefalk G, Hambraeus K, Lind L, Michaëlsson K, Lindahl B, Sundström J. Discontinuation of smokeless tobacco and mortality risk after myocardial infarction. Circulation. 2014;130(4):325–32.

26. Goodschild M, Nargis N, D'Espaignet ET. Global economic cost of smoking-attributable diseases. Tobacco Control. 2016;27(1):58–64.

27. Rasmussen SR, Prescott E, Sørensen TI, Søgaard J. The total lifetime health cost savings of smoking cessation to society. European Journal of Public Health. 2005;15(6):601–6.

28. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 26 июня 2019 г.).

29. Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR, et al. Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. American Psychologist. 1989;44(11):1355–65.

30. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;(8):CD002850.

31. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:CD006611.

32. Gopinathan P, Kaur J, Joshi S, Prasad VM, Pujari S, Panda P, et al. Self-reported quit rates and quit attempts among subscribers of a mobile text messaging-based tobacco cessation programme in India. BMJ Innovations. 2018;4(4).

33. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, et al. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. Addiction. 2015;110(9):1388–403.

34. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;(3):CD008286.

35. Developing and improving national toll-free tobacco quit line services. Geneva: World Health Organization; 2011.

36. Park J, Minh LN, Shin SH, Oh JK, Yun EH, Lee DH, Lim MK. Influence of new tobacco control policies and campaigns on Quitline call volume in Korea. Tobacco Induction Diseases. 2019;17.

37. WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. Geneva: World Health Organization; 2010.

38. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г.: Комплекс мер MPOWER. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789244596289_rus.pdf?sequence=4, по состоянию на 26 июня 2019 г.).

39. A WHO / the Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf, accessed 26 June 2019).

40. WHO monograph on tobacco cessation and oral health integration. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255692/9789241512671-eng.pdf?sequence=1, accessed 26 June 2019).

41. South-East Asia Regional Response Plan for Integration of TB and Tobacco 2017–2021. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017.

42. Рекомендации ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г.

43. Cox LS, Cupertino AP, Tercyak KP. Interest in participating in smoking cessation treatment among Latino primary care patients. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2011;18(4):392–9.

44. Ybarra ML, Bagci Bosi A, Bilir N, Holtrop JS, Korchmaros J, Emri S. Interest in technology-based and traditional smoking cessation programs among adult smokers in Ankara, Турция. Tobacco Induced Diseases. 2011;9(10).

45. Owusu D, Wang K, Quinn M, Aibangbee J, John RM, Mamudu HM. Health Care Provider Intervention and Utilization of Cessation Assistance in 12 Low- and Middle-Income Countries. Nicotine & Tobacco Research. 2019;21(2):188–96.

46. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service; 2008.

47. Miller N, Frieden T, Liu SY, Matte TD, Mostashari F, Deitcher DR, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. Lancet. 2005;365(9474):1849–54.

48. Cummings KM, Hyland A, Fix B, Bauer U, Celestino P, Carlin-Menter S, et al. Free nicotine patch giveaway program 12-month follow-up of participants. American Journal of Preventive Medicine. 2006;31(181–184).

49. Updated Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/ncds/governance/technical_annex.pdf, accessed 26 June 2019).

50. Smith PH, Bessette A, Weinberger AH, Sheffer CE, McKee SA. Sex/gender differences in smoking cessation: A review. Preventive Medicine. 2016;92(135–140).

51. Health-care provider screening for tobacco smoking and advice to quit – 17 countries, 2008–2011. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2013 (https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6246a4.htm, accessed 26 June 2019).

52. Nilan K, Raw M, McKeever TM, Murray RL, McNeill A. Progress in implementation of WHO FCTC Article 14 and its guidelines: a survey of tobacco dependence treatment provision in 142 countries. Addiction. 2017;112(11):2023–31.

53. Glantz SA. Heated tobacco products: the example of IQOS. Tobacco Control. 2018;27(1):s1–s6.

54. Tobacco Products Scientific Advisory Committee [website]. Washington DC: Food And Drug Administration; 2018 (https://www.fda.gov/advisory-committees/committees-and-meeting-materials/tobacco-products-scientific-advisory-committee, accessed 28 June 2019).

55. Rahman MA, Hann N, Wilson A, Mnatzaganian G, Worrall-Carter L. E-cigarettes and smoking cessation: evidence from a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(3):e0122544.

56. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;(9):CD010216.

57. Malas M, van der Temple J, Schwartz R, Minichiello A, Lightfoot C, Noormohamed A, Andrews J, Zawertailo L, Ferrence R. Electronic cigarettes for smoking cessation: a systematic review. Oxford University Press. 2016;18(10):1926–36.

58. Khoudigian S, Devji T, Lytvyn L, Campbell K, Hopkins R, O'Reilly D. The efficacy and short-term effects of electronic cigarettes as a method for smoking cessation: a systematic review and a meta-analysis. International Journal of Public Health. 2016;61(2):257–67.

59. El Dib R, Suzumura EA, Akl EA, Gomaa H, Agarwal A, Chang Y, et al. Electronic nicotine delivery systems and/or electronic non-nicotine delivery systems for tobacco smoking cessation or reduction: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(2):e012680.

60. Stratton K, Kwan L, Eaton DL. Public health consequences of E-cigarettes. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2018.

61. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. The New England Journal of Medicine. 2019;380(7):629–37.

62. Robertson L, Hoek J, Blank ML, Richards R, Ling P, Popova L. Dual use of electronic nicotine delivery systems (ENDS) and smoked tobacco: a qualitative analysis. Tobacco Control. 2019;28(1):13–9.

63. Kalkhoran S, Glantz S. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Respiratory Medicine. 2016;4(2):116–28.

64. Wang JB, Olgin JE, Nah G, Vittinghoff E, Cataldo JK, Pletcher MJ, et al. Cigarette and e-cigarette dual use and risk of cardiopulmonary symptoms in the Health eHeart Study. PLoS One. 2018;13(7):e0198681.

65. Gravely S, Giovino, G, Craig, L, Commar, A, D'Espaignet, ET, Schotte, K, et al. Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. Lancet Public Health. 2017;2(4):e166–74.

66. Ngo A, Cheng KW, Chaloupka FJ, Shang C. The effect of MPOWER scores on cigarette smoking prevalence and consumption. Preventive Medicine. 2017;105S:S10–S4.

67. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Building capacity for tobacco control: training package. Geneva: World Health Organization; 2013.

68. van Boven JF, Vemer P. Higher adherence during reimbursement of pharmacological smoking cessation treatments. Nicotine & Tobacco Research. 2016;18(1):56–63.

69. van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers SMAA, Kotz D, van Schayck OCP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;(9):CD004305.

70. Meeyai A, Yunibhand J, Punkrajang R, Pitayarangsanit S. An evaluation of usage patterns, effectiveness and cost of the national smoking cessation quit line in Таиланд. Tobacco Control. 2015;24:481–8.

71. Simonavicius E, McNeill A, Shahab L, Brose LS. Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review. Tobacco Control. 2018.

72. Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, Cornuz J, Berthet A. Heat-not-burn tobacco cigarettes: smoke by any other name. JAMA Internal Medicine. 2017;177(7):1050–2.

73. Committee on Toxicity, Committee on Carcinogenicity, Committee on Mutagenicity. Statement on the toxicological evaluation of novel heat-not-burn tobacco products (assessment made for UK Department of Health and Public Health England [HET date] (https://cot.food.gov.uk/sites/default/files/heat_not_burn_tobacco_statement.pdf, accessed 28 June 2019).

74. Heated tobacco products information sheet 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/heated-tobacco-products/en/, accessed 26 June 2019).

75. Heated tobacco products (HTPs) Information Sheet 2018. Genva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272875/WHO-NMH-PND-17.6-eng.pdf?ua=1, accessed 26 June 2019).

76. British American Tobacco UK [website]. Tobacco heating products (https://www.bat.com/group/sites/UK__9D9KCY.nsf/vwPagesWebLive/DOAWUGNJ, accessed 26 June 2019)

77. Perikleous EP, Steiropoulos P, Paraskakis E, Constantinidis TC, Nena E. E-cigarette use among adolescents: an overview of the literature and future perspectives. Frontiers in Public Health. 2018;6:86.

78. Cullen KA, Ambrose BK, Gentzke AS, Apelberg BJ, Jamal A, King BA. Notes from the field: use of electronic cigarettes and any tobacco product among middle and high school students – United States, 2011–2018. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2018;67(45):1276–7.

79. Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2016.

80. Berry KM, Fetterman JL, Benjamin EJ, Bhatnagar A, Barrington-Trimis JL, Leventhal AM, et al. Association of electronic cigarette use with subsequent initiation of tobacco cigarettes in US Youths. JAMA Network Open. 2019;2(2):e187794.

81. Chaffee BW, Watkins SL, Glantz SA. Electronic cigarette use and progression from experimentation to established smoking. Pediatrics. 2018;141:4.

82. Electronic Nicotine Delivery Systems Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. FCTC/COP/6/10 Rev.1 1 September 2014. Moscow: World Health Organization; 2014.

83. Rossheim ME, Livingston MD, Soule EK, Zeraye HA, Thombs DL. Electronic cigarette explosion and burn injuries, US Emergency Departments 2015-2017. Tobacco Control. 2019;28(4):472-4.

84. Tobacco industry interference with tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/tobacco/publications/industry/interference/en, accessed 26 June 2019).

85. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly resolution 66/2 on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases resolution. Resolution adopted by the General Assembly 2011.

86. Foundation for a Smoke-Free World [tax return]. New York: Foundation for a Smoke-Free World: 2018 https://www.smokefreeworld.org/sites/default/files/uploads/documents/fsfw_2018_form_990-pf_public_inspection.pdf, accessed 7 July 2019).

87. WHO Statement on Philip Morris funded Foundation for a s Smoke-Free World 2017 (https://www.who.int/health-topics/news-room/detail/28-09-2017-who-statement-on-philip-morris-funded-foundation-for-a-smoke-free-world, accessed 26 June 2019).

88. Заявление Секретариата Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в связи с созданием «Фонда за свободный от курения мир», 2017 (http://www.who.int/fctc/mediacentre/press-release/secretariat-statement-launch-foundation-for-a-smoke-free-world/ru/).

89. WHO rejects collaboration with Philip Morris-funded foundation. Bulletin of the World Health Organization. 2019;97:172-3.

90. Transforming tobacco: annual report and form 20-F. London: British American Tobacco; 2018. (https://www.bat.com/group/sites/UK__9D9KCY.nsf/vwPagesWebLive/DOAWWGJT/$file/Annual_Report_and_Form_20-F_2018.pdf, accessed 26 June 2019).

91. Conference of the Parties of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for the implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Durban: World Health Organization; 2008.

92. Jose Alencar Gomes da Silva. The WHO Framework Convention on Tobacco Control in Бразилия: 10 years on – 2005–2015. Rio de Janeiro: National Institute of Cancer; 2018 (http://coleciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1493, accessed 26 June 2019).

93. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 г.: Создание среды, свободной от табачного дыма. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44229/9789244563915_rus.pdf?sequence=7, по состоянию на 26 июня 2019 г.).

94. Комплекс мер по борьбе с табачной эпидемией MPOWER. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_russian.pdf, по состоянию на 26 июня 2019 г.).

95. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Руководящие принципы осуществления: Статья 5.3, Статья 8, Статьи 9 и 10, Статья 11, Статья 12, Статья 13, Статья 14. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80510/5/9789244505182_rus.pdf, по состоянию на 26 июня 2019 г.).

96. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, Франция: International Agency for Research on Cancer; 2004.

97. The Health Consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Office on Smoking Health; 2006.

98. ASHRAE Position document on environmental tobacco smoke. Atlanta, GA: American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers; 2016. (https://www.ashrae.org/File%20Library/About/Position%20Documents/ASHRAE_PD_Environmental_Tobacco_Smoke_2016.pdf, accessed 26 June 2019).

99. Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, Palmer JR, Hammond SK, Salmon AG, et al. Active smoking and secondhand smoke increase breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). Tobacco Control. 2011;20(1).

100. Fantuzzi G, Aggazzotti G, Righi E, Facchinetti F, Bertucci E, Kanitz S, et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Италия. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2007;21(3):194–200.

101. Fantuzzi G, Vaccaro V, Aggazzotti G, Righi E, Kanitz S, Barbone F, et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2008;21(9):643–7.

102. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. Thorax. 1997;52(11):1003–9.

103. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. British Medical Journal. 1996;52:22–34.

104. Gilbert SG, Miller E, Martin J, Abulafia L. Scientific and policy statements on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders. Journal of Intellectual & Developmental Disability. 2010;35(2):121–8.

105. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis. Pediatrics. 2011;127(4):734–41.

106. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA; U.S. Department of Health and Human Services: 2006 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/, accessed 26 June 2019).

107. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J, et al. Secondhand smoke exposure among women and children: Evidence from 31 countries. American Journal of Public Health. 2008;98(4):672–9.

108. Smoking and Tobacco Use [website]. Smoke-Free Policies Improve Health Fact Sheet, updated 2018. Atlanta, GA: Centres for Disease Control and Prevention; 2018 (https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/improve_health/index.htm, accessed 26 June 2019).

109. Centres for Disease Control and Prevention. Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2007.

110. Cains T, Cannata S, Poulos R, Ferson MJ, Stewart BW. Designated "HET smoking'' areas provide from partial to HET protection from environmental tobacco smoke. Tobacco Control. 2004;13(1):17–22.

111. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, et al. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(2):194.

112. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. Tobacco Control. 2005;14(6):384–8.

113. Gan Q, Hammond SK, Jiang Y, Yang Y, Hu TW. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in Китай. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2008;50(5):570–5.

114. Cheng KW, Glantz SA, Lightwood JM. Association between smokefree laws and voluntary smokefree-home rules. American Journal of Preventive Medicine. 2011;41(6):566–72.

115. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. Addiction. 1997;92(11):1427–35.

116. Evans DS, Byrne C, Mulcahy M. Smoking in the home: attitudes and perceptions and the impact of the 2004 Irish smoking ban. Castlebar, Ирландия: Health Promotion Services and the Department of Public Health, Health Service Executive West; 2006. (https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/44864/6524.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 26 June 2019).

117. Smoking and Tobacco Use [website]. Smoke-free policies improve health [fact sheet] updated 2018. Atlanta, GA: Centres for Disease Control and Prevention; 2018 (https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/improve_health/index.htm, accessed 26 June 2019).

118. Smoke-free laws encourage smokers to quit and discourage youth from starting [fact sheet]. Washington, DC: Campaign for Tobacco-Free Kids; 2018 (https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0198.pdf, accessed 26 June 2019).

119. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Volume 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2009 (http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Evaluating-The-Effectiveness-Of-Smoke-free-Policies-2009, accessed 26 June 2019).

120. Smoke-free laws do not harm business at restaurants and bars [fact sheet]. Washington, DC; Campaign for Tobacco-Free Kids: 2018 (https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0144.pdf, accessed 26 June 2019).

121. The economics of tobacco and tobacco control. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; and Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017. (https://www.who.int/tobacco/publications/economics/nci-monograph-series-21/en/, accessed 26 June 2019).

122. Smoking and Tobacco Use [website]. Smoke-free policies receive public support [facts sheet] updated 2018. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2018 (https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/public_support/index.htm, accessed 26 June 2019).

123. Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ирландия: findings from the ITC Ирландия/UK Survey. Tobacco Control. 2006;15:51–8.

124. Chapman S, Liberman J. Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. Tobacco Control. 2005;14:II8–II13.

125. Kozlowski LT, Edwards BQ. "Not safe" is not enough: smokers have a right to know more than "there is HET safe tobacco product". Tobacco Control. 2005;14 Suppl 2:ii3–7.

126. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Report on the twenty-second, twenty-third and twenty-fourth sessions. Supplement No. 2. New York and Geneva: United Nations; 2001. (https://www.refworld.org/docid/45c30b2eo.html, accessed 28 June 2019)

127. Fathelrahman AI, Omar M, Awang R, Borland R, Fong GT, Hammond D, et al. Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy. Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2009;11(3):248–53.

128. Ngo A, Cheng KW, Shang C, Huang J, Chaloupka FJ. Global evidence on the association between cigarette graphic warning labels and cigarette smoking prevalence and consumption. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(3).

129. Li Z, Elton-Marshall T, Fong GT, Quah ACK, Feng G, Jiang Y, et al. Noticing cigarette health warnings and support for new health warnings among non-smokers in China: findings from the International Tobacco Control (ITC) project Китай survey. BMC Public Health. 2017;17(1):476.

130. Kamyab K, Nonnemaker JM, Farrelly MC. Public support for graphic health warning labels in the U.S. American Journal of Preventive Medicine. 2015;48(1):89–92.

131. Policy Evaluation. FCTC Article 11: tobacco warning labels. Evidence and recommendations from the ITC project. Waterloo, Ontario: International Tobacco Control; 2009.

132. Borland R, Wilson N, Fong GT, Hammond D, Cummings KM, Yong HH, et al. Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. Tobacco Control. 2009;18(5):358–64.

133. Kowitt SD, Noar SM, Ranney LM, Goldstein AO. Public attitudes toward larger cigarette pack warnings: Results from a nationally representative U.S. sample. PLoS One. 2017;12(3):e0171496.

134. Noar SM, Hall MG, Francis DB, Ribisl KM, Pepper JK, Brewer NT. Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies. Tobacco Control. 2016;(3):341–54.

135. Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. Tobacco Control.

2011; 20:327-37 (https://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/5/327, accessed 28 June 2019).

136. Strahan E, White K, Fong G, Fabrigar L, Zanna M, Cameron R. Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective. Tobacco Control. 2002;11(3):183–90.

137. Lempert LK, Glantz S. Packaging colour research by tobacco companies: the pack as a product characteristic. Tobacco Control. 2017;26(3):307–15.

138. Yong HH, Borland R, Cummings KM, Lindblom EN, Li L, Bansal-Travers M, et al. US smokers' beliefs, experiences and perceptions of different cigarette variants before and after the FSPTCA ban on misleading descriptors such as "light," "mild," or "low". Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2016;18(11):2115–23.

139. Falcone M, Bansal-Travers M, Sanborn PM, Tang KZ, Strasser AA. Awareness of FDA-mandated cigarette packaging changes among smokers of 'light' cigarettes. Health Education Research. 2015;30(1):81–6.

140. Plain packaging of tobacco products: evidence, design, and implementation. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207478/9789241565226_eng.pdf?sequence=1, accessed 26 June 2019).

141. Maynard OM, Leonards U, Attwood AS, Bauld L, Hogarth L, Munafo MR. Effects of first exposure to plain cigarette packaging on smoking behaviour and attitudes: a randomised controlled study. BMC Public Health. 2015;15:240.

142. Hughes N, Arora M, Grills N. Perceptions and impact of plain packaging of tobacco products in low- and middle-income countries, middle- to upper-income countries and low-income settings in high-income countries: a systematic review of the literature. BMJ Open. 2016;6(3):e010391.

143. Stead M, Moodie C, Angus K, Bauld L, McNeill A, Thomas J, et al. Is consumer response to plain/standardised tobacco packaging consistent with framework convention on tobacco control guidelines? A systematic review of quantitative studies. PLoS One. 2013;8(10):e75919.

144. McNeill A, Gravely S, Hitchman SC, Bauld L, Hammond D, Hartmann-Boyce J. Tobacco packaging design for reducing tobacco use. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;4:Cd011244.

145. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Challenges in domestic courts to plain (standardised) packaging (WHO FCTC Articles 11 and 13). Geneva: World Health Organization; 2017 (https://untobaccocontrol.org/kh/legal-challenges/domestic-courts/plain-packaging/#cases).

146. Австралия – certain measures concerning trademarks, geographical indications and other plain packaging requirements applicable to tobacco products and packaging. Geneva: World Trade Organization; 2018.

147. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA; U.S. Department of Health and Human Services; 2000 (https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/complete_report/pdfs/fullreport.pdf, accessed 26 June 2019).

148. Davis RM, Gilpin EA, Loken B, Viswanath K, A WM. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2008 (https://www.javeriana.edu.co/documents/245769/3062153/rol_de_los_medios_tabaquismo_ingles.pdf/8c41a392-dc0b-4b38-b4ef-870053747054, accessed 26 June 2019).

149. Mass media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. Annals of Internal Medicine. 1998;129(2):128–32.

150. McAfee T DK, Alexander RL Jr, Pechacek TF, Bunnell R. Effect of the first federally funded US antismoking national media campaign. Lancet. 2013;382:2003–11.

151. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. Tobacco Control. 2012;21:127–38.

152. Dunlop SM, Wakefield M, Kashima Y. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. Journal of Health Communication. 2008;13:250–66.

153. Turk T CP, Murukutla N, Mallik V, Sinha P, Mullin S. Raw and real: an innovative communication approach to smokeless tobacco control messaging in low- and middle-income countries. Tobacco Control. 2017;26(4):476–81.

154. Haghpanahan H, Mackay D, Pell JP, Bell D, Langley T, Haw S. The impact of TV mass media campaigns on calls to a national quitline and the use of prescribed nicotine replacement therapy: a structural vector autoregression analysis. Addiction. 2017;112(7):1229–37.

155. Murukutla N, Bayly M, Mullin S, Cotter T, Wakefield M. International Anti-SHS Advertisement Rating Study Team. Male smoker and non-smoker responses to television advertisements on the harms of secondhand smoke in China, India and Russia. Health Education Research. 2015;30(1):24–34.

156. Bala MM SL, Topor-Madry R, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;6(CD004704).

157. Federal Trade Commission cigarette report for 2015. Washington, DC: Federal Trade Commission; 2017. (https://www.ftc.gov/system/files/documents/reports/federal-trade-commission-cigarette-report-2015-federal-trade-commission-smokeless-tobacco-report/2015_cigarette_report.pdf, accessed 26 June 2019).

158. DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. Pediatrics. 2006;117(6):e1237–48.

159. Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(10):Cd003439.

160. Lee S, Ling PM, Glantz SA. The vector of the tobacco epidemic: tobacco industry practices in low- and middle-income countries. Cancer Causes & Control. 2012;23 Suppl 1:117–29.

161. Samet JM, Yoon S-Y. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44342/9789241599511_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 26 June 2019).

162. Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR, Winickoff JP. The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: a meta-analysis. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2006;160(12):1285–96.

163. Centres for Disease Control and Prevention. Decline in smoking prevalence – New York City, 2002–2006. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2007;56(24):604–8.

164. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. Journal of Health Economics. 2000;19(6):1117–37.

165. Henriksen L. Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. Tobacco Control. 2012;(2):147–53.

166. Kasza KA, Hyland AJ, Brown A, Siahpush M, Yong H-H, McNeill AD, et al. The effectiveness of tobacco marketing regulations on reducing smokers' exposure to advertising and promotion: findings from the International Tobacco Control (ITC) four-country survey. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2011;8(2):321–40.

167. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. Journal of Health Economics. 2008;27(4):930–42.

168. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 13 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Tobacco advertising, promotion and sponsorship). Geneva: World Health Organization; 2008.

169. Cohen JE, Planinac L, Lavack A, Robinson D, O'Connor S, DiNardo J. Changes in retail tobacco promotions in a cohort of stores before, during, and after a tobacco product display ban. American Journal of Public Health. 2011;101(10):1879–81.

170. Carter OB, Phan T, Mills BW. Impact of a point-of-sale tobacco display ban on smokers' spontaneous purchases: comparisons from postpurchase interviews before and after the ban in Western Австралия. Tobacco Control. 2015;24(e1):e81–6.

171. Lee JG, Henriksen L, Myers AE, Dauphinee AL, Ribisl KM. A systematic review of store audit methods for assessing tobacco marketing and products at the point of sale. Tobacco Control. 2014;(2):98–106.

172. Robertson L, Cameron C, McGee R, Marsh L, Hoek J. Point-of-sale tobacco promotion and youth smoking: a meta-analysis. Tobacco Control. 2016;(e2):e83-e89.

173. Spanopoulos D, Britton J, McNeill A, Ratschen E, Szatkowski L. Tobacco display and brand communication at the point of sale: implications for adolescent smoking behaviour. Tobacco Control. 2014;(1):64–9.

174. Fooks GJ, Gilmore AB, Smith KE, Collin J, Holden C, Lee K. Corporate social responsibility and access to policy elites: an analysis of tobacco industry documents. PLoS medicine. 2011;8(8):e1001076.

175. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2018.

176. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000.

177. Select Committee on Health. Second report: The tobacco industry and the health risks of smoking. London: Government of the United Kingdom; 2000 (https://publications.parliament.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2707.htm, accessed 26 June 2019).

178. Request for investigative and enforcement action to stop deceptive advertising online. Campaign for Tobacco-Free Kids, American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Cancer Society Cancer Action Network, American Heart Association, American Lung Association, et al. 2018.

179. Freeman B. New media and tobacco control. Tobacco Control. 2012;(2):139-44.

180. Ribisl KM, C J. Tobacco control is losing ground in the Web 2.0 era: invited commentary. Tobacco Control. 2012;21(2):145–6.

181. Kohut A, Wike R, Horowitz JM, Simmons K, Poushter J, Barker C. Global digital communication: texting, social networking popular worldwide. Pew Research Center: Washington, DC; 2012 (https://www.pewresearch.org/global/2011/12/20/global-digital-communication-texting-social-networking-popular-worldwide/, accessed 26 June 2019)

182. Kohurt, A, Wike R, Horowitz JM, Simmons K, Poushter J, Barker C, Bell J, et al. Social networking popular across the globe. Pew Global Attitudes Project and Pew Research Center: Washington, DC; 2011 (https://www.pewresearch.org/global/2012/12/12/social-networking-popular-across-globe/, accessed 28 June 2019).

183. Savedoff W Alwang A. The single best health policy in the world: tobacco taxes. Washington, DC; Center for Global Development: 2015 (https://www.cgdev.org/sites/default/files/CGD-Policy-Paper-62-Savedoff-Alwang-Best-Health-Policy-Tobacco-Tax.pdf, accessed 26 June 2019).

184. IARC Handbooks of Cancer Prevention: Tobacco Control. Volume 14: effectiveness of tax and price policies for tobacco control. Geneva: International Agency for Research on Cancer; 2011 (https://publications.iarc.fr/_publications/media/download/4018/05229a5e57f58b0bf51364dd0f3329d45c898839.pdf, accessed 26 June 2019).

185. Global Tobacco Economics Consortium. The health, poverty, and financial consequences of a cigarette price increase among 500 million male smokers in 13 middle income countries: compartmental model study. British Medical Journal. 2018;361:k1162.

186. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/, accessed 26 June 2019).

187. Tackling NCDs: "Best buys" and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1, accessed 26 June 2019).

188. Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?ua=1, accessed 26 June 2019).

189. Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206007/9789241510424_eng.pdf, accessed 26 June 2019).

190. Kaiser K, Bredenkamp C, Iglesias R. Sin tax reform in the Philippines: transforming public finance, health, and governance for more inclusive development. Washington, DC: World Bank; 2016 (http://documents.worldbank.org/curated/en/638391468480878595/pdf/106777-PUB-PUBLIC-PUBDATE-7-26-2016.pdf, accessed 26 June 2019).

191. Blecher E, van Walbeek C. An analysis of cigarette affordability. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2008.

192. International Tobacco Control Policy Evaluation Project. Tobacco price and taxation: ITC cross-country comparison report. Waterloo, Канада: University of Waterloo; 2012.

193. WHO technical manual on tobacco tax administration. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/tobacco/publications/tax_administration/en, accessed 26 June 2019).

194. Petit P, Nagy J. Fiscal policy: how to design and enforce tobacco excises? Washington, DC; International Monetary Fund; 2016 (https://www.imf.org/external/pubs/ft/howtonotes/2016/howtonote1603.pdf, accessed 26 June 2019).

195. Report on tobacco control in the Region of Америка. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2018 (http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49237, accessed 26 June 2019).

196. Reddy KS, Yadav A, Arora M, Nazar GP. Integrating tobacco control into health and development agendas. Tobacco Control. 2012;21:281–6.

197. David A, Esson K, Perucic A-M, Fitzpatrick C. Tobacco use: equity and social determinants. Geneva: World Health Organization; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, accessed 26 June 2019).

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИМЕЧАНИЯ

ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ I — **Оценка существующих мер политики и их соблюдения**

ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ II — **Распространенность употребления табака в государствах-членах ВОЗ**

ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ III — **Налоги на табачные изделия в государствах-членах ВОЗ**

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ I — **Сводные данные о применении мер MPOWER по регионам**

ПРИЛОЖЕНИЕ II — **Лечение табачной зависимости**

ПРИЛОЖЕНИЕ III — **Год наивысшего уровня достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака**

ПРИЛОЖЕНИЕ IV — **Наивысший уровень достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в 100 крупнейших городах мира**

ПРИЛОЖЕНИЕ V — **Статус Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака**

ПРИЛОЖЕНИЕ VI — **Данные о глобальных мерах борьбы против табака**

ПРИЛОЖЕНИЕ VII — **Обзор положения дел в странах**

ПРИЛОЖЕНИЕ VIII — **Доходы от налогов на табачные изделия**

ПРИЛОЖЕНИЕ IX — **Налоги и цены на табачные изделия и их ценовая доступность**

ПРИЛОЖЕНИЕ X — **Оценки распространенности курения, стандартизированные по возрасту, 2017 год**

ПРИЛОЖЕНИЕ XI — **Представленные странами данные о распространенности курения**

ПРИЛОЖЕНИЕ XII — **Картографическое представление данных о глобальных мерах борьбы против табака**

Приложения VI–XIII доступны в сети Интернет по адресу:
http://www.who.int/tobacco/global_report/en/

ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ I

Оценка существующих мер политики и их соблюдения

В настоящем докладе представлены итоговые показатели достижений стран по каждой из шести мер MPOWER, и методология, использованная при подсчете каждого показателя, описана в данном Техническом примечании. Для обеспечения последовательности и сопоставимости данных, методология их сбора и анализа, используемая в настоящем докладе, в значительной мере основана на предыдущих изданиях доклада. Некоторые методы, использованные в предыдущих докладах, были, тем не менее, пересмотрены и улучшены в настоящем докладе. Там, где был осуществлен пересмотр, данные из предыдущих докладов были заново проанализированы, поэтому результаты сопоставимы по годам.

Источники данных

Сбор данных осуществлялся с использованием следующих источников:

- Для всех разделов: официальные доклады Сторон РКБТ ВОЗ, представленные Конференции Сторон (КС), и сопроводительная документация.[1]
- Для M (мониторинг): данные о распространенности табака, не предоставляемые в рамках механизма отчетности КС, были собраны главным образом по линии региональных бюро и страновых офисов ВОЗ. Техническое примечание II содержит дополнительную информацию.
- Для P (защита людей от табачного дыма), W (предупреждение об опасностях, связанных с употреблением табака) и E (обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий): исходные законы по борьбе против табака (включая нормативные положения), принятые во всех государствах-членах и касающиеся создания среды, свободной от табачного дыма, мер в отношении упаковки и маркировки, а также рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий. В тех случаях, когда по состоянию на 31 декабря 2018 года закон был принят, но еще не вступил в силу, соответствующий закон был изучен и данные о нем включены в доклад со сноской: «положение принято, но не реализовано по состоянию на 31 декабря 2018 года».
- Для W (средства массовой информации): данные об антитабачных кампаниях в СМИ были получены от государств-членов. Чтобы избежать ненужного сбора данных, ВОЗ провела скрининг антитабачных кампаний в СМИ во всех страновых офисах ВОЗ. В странах, где проводились потенциально успешные кампании в СМИ, были установлены контакты с координационными органами для получения дополнительной информации об этих кампаниях; при этом проводились систематический сбор и регистрация данных о таких кампаниях.
- Для O (предложение помощи в целях прекращения употребления табака): данные, не предоставляемые в рамках механизма отчетности КС, были собраны главным образом по линии региональных бюро и страновых офисов ВОЗ.
- Для R (повышение налогов на табачные изделия): в рамках регионального сбора данных была собрана информация о ценах на самые продаваемые марки сигарет, самые дешевые марки и премиальные марки. Информация о налогообложении сигарет (и, когда это возможно, наиболее часто используемых других курительных и бездымных табачных изделий) и доходах от налогов на табак была получена из министерств финансов. Техническое примечание III содержит подробное описание используемой методологии.

На основании этих источников информации ВОЗ определила значение каждого показателя по состоянию на 31 декабря 2018 года. Отступления от этой даты завершения отчетного периода были сделаны для цен и налогов на табачные изделия (сбор данных завершился 31 июля 2018 года) и для антитабачных кампаний в СМИ (сбор данных завершился 30 июня 2018 года).

Проверка достоверности данных

Для каждой страны каждый показатель, источником которого было законодательство, оценивался двумя разными экспертами из двух различных бюро ВОЗ, как правило, одним — из штаб-квартиры ВОЗ, и другим — из соответствующего регионального бюро. Любые найденные несоответствия перепроверялись обоими экспертами ВОЗ, участвовавшими в проведении оценки, и третьим экспертом, прежде не участвовавшим в оценке законодательства. Разногласия в толковании законодательства устранялись путем: (i) проверки исходного текста закона; (ii) достижения консенсуса между двумя экспертами, проводившими оценку данных; (iii) попытки получить разъяснения от экспертов или юристов в соответствующей стране, и (iv) учета решения третьего эксперта в случае сохранения разногласий. Данные также проверялись на полноту и логическую согласованность показателей.

Утверждение данных

Окончательные проверенные данные по каждой стране направлялись соответствующим правительствам для рассмотрения и утверждения. С целью упрощения правительственной оценки, для каждой страны создавалась сводная таблица, которая рассылалась для рассмотрения до завершения работы над базой данных доклада. В случаях, когда национальные органы требовали изменить данные, их запросы рассматривались экспертами ВОЗ согласно как законодательству и/или материалам, так и разъяснениям, предоставленным национальными органами, после чего данные корректировались или оставались без изменений. В случаях, когда национальные органы однозначно не соглашались с оценкой данных, это специально отмечалось в таблицах приложений. Более подробную информацию о процедуре обработки данных можно получить в ВОЗ.

Анализ данных

Важно отметить, что данные о законодательстве отражают статус законов, принятых до 31 декабря 2018 года, имеющих заявленную дату вступления в силу и не подвергающихся юридическому оспариванию, которое могло бы повлиять на эту дату. Данные из законов, не вступивших в силу до 31 декабря 2018 года, имеют соответствующую сноску. Сводные показатели, разработанные для *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2019 г.*, аналогичны тем, которые использовались для доклада 2017 года.

В настоящем докладе представлен анализ прогресса, достигнутого в период с 2016 по 2018 год, а также в период с 2007 по 2018 год, с использованием самой последней оценки ситуации в отношении применения мер MPOWER в каждом году, чтобы результаты были сопоставимы по годам. Для меры R самые ранние сопоставимые данные относятся к 2008 году, а для средств массовой информации данные доступны только за 2010 год. Для расчета изменения процентной доли населения, охваченного каждой стратегией или мерой, с течением времени были использованы оценки численности населения за 2018 год.[2] Использование статического года устраняет эффект роста численности населения при оценке изменений в долгосрочной перспективе. Показатели за предыдущие годы были пересчитаны в соответствии с законодательством и/или материалами, полученными после окончания периода оценки соответствующего доклада, или в соответствии с изменениями в методологии расчета показателей. Все группы стран по уровню дохода, использованные в настоящем докладе, взяты из Классификации стран по уровню дохода Всемирного банка, опубликованной Всемирным банком 1 июля 2018 года.[3] Для настоящего доклада группы стран с уровнями дохода выше среднего и ниже среднего объединены в одну группу.

Когда итоговые данные о выполнении мер MPOWER по стране или группе населения приводятся в аналитическом разделе настоящего доклада совместно, то в эти итоговые данные входит только осуществление мер борьбы против табака (законодательство об обеспечении бездымной среды, услуги для бросающих курить, предупредительные надписи, запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, а также налоги на табачные изделия).

Данные в отношении мониторинга употребления табака и антитабачных кампаний в СМИ приводятся отдельно.

Поправки к ранее опубликованным данным

Данные за 2016 год, опубликованные в предыдущем докладе, были пересмотрены, и около 3% значений показателей были исправлены. Полный набор данных о мерах MPOWER, пересмотренных за все годы вплоть до 2007 года, доступен в файле Excel на веб-сайте доклада.

Мониторинг употребления табака и стратегий профилактики

Эффективность национальной системы эпиднадзора за употреблением табака определяется частотой и периодичностью репрезентативных на национальном уровне обследований, проводимых в странах среди молодежи и взрослых. Страны причисляются к высшей категории по показателю «Мониторинг», когда в репрезентативных на национальном уровне обследованиях, охватывающих как молодежь, так и взрослых, соблюдены все нижеследующие критерии:

- обследование проведено недавно;
- обследование было репрезентативным в отношении населения страны;
- аналогичное обследование повторялось в течение последних пяти лет (было периодичным); и
- проводился опрос молодежи и взрослого населения посредством популяционных обследований школьников или домашних хозяйств, соответственно.

Опросы считались недавними, если они были проведены в течение последних пяти лет. Для целей настоящего доклада это означает 2013 или более поздний год. Опросы считались репрезентативными, только если для обеспечения репрезентативности результатов на национальном уровне был использован научный метод случайной выборки. (Обследования на субнациональном уровне или охватывающие отдельные группы населения, предоставляют, хотя и полезную, но недостаточно полную информацию для принятия мер борьбы против табака в отношении всего населения.) Опросы считались периодическими, если такой же опрос или опрос с использованием тех же или похожих вопросов проводился не реже одного раза в каждые пять лет. Для опросов молодежи и опросов взрослого населения использовались следующие определения:

Опросы молодежи: опросы учащихся в возрасте 13–15 лет в школах. Вопросы, задаваемые в ходе обследования, должны обеспечивать получение показателей, согласующихся с теми, которые указаны в вопросниках Глобального опроса о потреблении табака среди молодежи и руководствах к ним.

Опросы взрослого населения: популяционные опросы способные обеспечить получение показателей в отношении лиц в возрасте 15-ти лет и старше, согласующихся с теми, которые указаны в вопросниках Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака и руководствах к ним.

Разбивка по показателю «Мониторинг» приведена ниже.

	Нет известных или недавних* данных, либо данные не являются недавними* и репрезентативными**
	Недавние* и репрезентативные** данные по взрослым или по молодежи
	Недавние* и репрезентативные** данные как по взрослым, так и по молодежи
	Недавние*, репрезентативные** и периодические*** данные как по взрослым, так и по молодежи

* Данные за 2013 год или более поздние.

** Выборка обследования репрезентативна в отношении населения страны.

*** Сбор данных проводился не реже одного раза в каждые пять лет.

Законодательство об обеспечении бездымной среды

Существует широкий перечень мест и учреждений, которые законодательно могут стать зонами, свободными от курения. Законодательство об обеспечении бездымной среды может применяться на национальном или субнациональном уровнях. В докладе содержатся данные о национальном законодательстве, а также

о законодательстве в субнациональных юрисдикциях, где оно имеется, и где национальные законы являются неполными. Оценка субнационального законодательства об обеспечении бездымной среды включает в себя административные образования страны первого уровня, как указано в стандарте ISO3166. Данные, собранные на субнациональном уровне и представленные в Приложении VI, отражают только содержание субнациональных законов. Положения национального законодательства указаны в информационном примечании рядом с данными субнационального уровня. В тех случаях, когда статус законодательства об обеспечении бездымной среды не указан в отношении некоторых или всех субнациональных юрисдикций, мы предполагаем, что в них применяется действующий национальный закон. Законодательство оценивалось с целью определения того, обеспечивают ли законы о бездымной среде создание полной[4] и постоянной среды, свободной от табачного дыма, в закрытых помещениях всех учреждений в каждой из восьми следующих категорий общественных мест:

- учреждения здравоохранения;
- образовательные учреждения, кроме университетов;
- университеты;
- государственные учреждения;
- внутренние служебные и рабочие помещения, не вошедшие ни в одну из категорий;
- рестораны или заведения, где подают в основном еду;
- кафе, пивные и бары или заведения, где подают в основном напитки;
- общественный транспорт.

Разбивка по показателю «Законодательство об обеспечении бездымной среды» основана на количестве категорий мест, где курение внутри помещений полностью запрещено. Страны, в которых нет полного запрета на курение, введенного на национальном уровне, но где не менее 90% населения охвачено полным субнациональным законодательством об обеспечении бездымной среды, отнесены к высшей группе.

Разбивка по показателю «Законодательство об обеспечении бездымной среды» приведена ниже.

	Данные не представлены/не разбиты по категориям
	Полное отсутствие запрета, или до двух категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	От трех до пяти категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	От шести до семи категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	Все общественные места полностью свободны от табачного дыма (или не менее 90% населения охвачено полным субнациональным законодательством об обеспечении бездымной среды)

В дополнение к данным, использованным для вышеуказанной разбивки по показателю «Законодательство об обеспечении бездымной среды», другие соответствующие данные, такие как информация о штрафах и обеспечении исполнения законодательства, собраны и представлены в Приложении VI.

В некоторых странах, для того чтобы значительно расширить диапазон мест, свободных от табачного дыма, включая рестораны и бары, было политически необходимо предусмотреть в законе исключения, позволяющие выделять помещения, специально предназначенные для курения. Но, вместе с тем, требования к этим помещениям технически настолько сложны и строги, что, как ожидается, выполнить их на практике смогут (если смогут вообще) лишь немногие учреждения. Для того чтобы соответствовать критериям «очень строгие технические требования», закон должен содержать по меньшей мере три из шести следующих характеристик (наличие характеристики 5 или 6 является обязательным).

Помещение, специально предназначенное для курения, должно:

1. быть закрытым внутренним помещением;
2. быть оборудовано автоматическими дверями, которые обычно бывают закрыты;
3. не быть проходным помещением для некурящих;
4. быть оборудовано соответствующей механической системой принудительной вентиляции;
5. иметь соответствующее оборудование и функциональные отверстия для удаления воздуха из помещения;
6. в помещении для курения должен поддерживаться более низкий уровень давления, чем в прилегающих зонах, но перепад не должен превышать 5 Па.

Те немногие страны, чьи законы предусматривают наличие специально предназначенных для курения помещений, отвечающих очень строгим техническим требованиям, в пяти или более оцененных категориях общественных мест, не были учтены в анализе, приведенном в этом разделе, поскольку законодательство этих стран об обеспечении бездымной среды существенно отступает от рекомендаций, содержащихся в руководящих принципах осуществления Статьи 8 РКБТ ВОЗ. К тому же было сложно получить доказательства того, что применение данного закона привело, как ожидалось, к значительному сокращению числа выделенных для курения помещений в этих странах. Страны, чьи законы предусматривают наличие специально предназначенных для курения помещений, отвечающих очень строгим техническим требованиям, менее чем в пяти из оцененных категорий общественных мест, были разбиты на группы в зависимости от числа категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма.

Лечение табачной зависимости

Показатель достижений в лечении табачной зависимости основан на наличии в стране:

- никотинзаместительной терапии (НЗТ);
- поддержки в отказе от курения;
- компенсации затрат на любую из вышеперечисленных услуг; и
- национальной бесплатной телефонной службы помощи для бросающих курить.

Несмотря на низкую себестоимость создания и эксплуатации телефонной службы помощи для бросающих курить, немногие страны с низким или средним уровнями дохода осуществляют такие программы. Таким образом, наличие национальных бесплатных телефонных служб помощи для бросающих курить является условием присвоения только самой высокой категории. Компенсация затрат на лечение табачной зависимости принимается во внимание при присвоении только двух верхних категорий, учитывая ограниченность национальных бюджетов многих стран с невысоким уровнем дохода.

Три верхние категории отражают различные уровни готовности государства обеспечить доступность никотинзаместительной терапии и помощи бросающим курить.

Разбивка по показателю «Лечение табачной зависимости» приведена ниже.

	Данные не представлены
	Услуги для бросающих курить отсутствуют
	НЗТ* и/или некоторые услуги для бросающих курить** (и то и другое без компенсации затрат)
	НЗТ* и/или некоторые услуги для бросающих курить** (либо то, либо другое с компенсацией затрат)
	Общенациональная телефонная служба помощи для бросающих курить, а также НЗТ* и некоторые услуги для бросающих курить** (с компенсацией затрат)

* Никотинзаместительная терапия.

** Помощь бросающим курить доступна в любом из следующих мест: в поликлиниках или других учреждениях первичной медико-санитарной помощи, больницах, в кабинете врача, по месту жительства.

В дополнение к данным, использованным для разбивки по показателю «Лечение табачной зависимости», другие соответствующие данные, такие как информация о перечнях основных лекарственных средств, имеющихся в странах, и т. д., собраны и представлены в Приложении VI.

Для данного издания *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии* странам были заданы дополнительные вопросы о наличии услуг по прекращению употребления табака. Эти вопросы касались мер политики и руководящих принципов, структурного потенциала и интеграции услуг по прекращению курения в другие подходы к борьбе против табака. Собранные данные представлены в Приложении II.

Меры политики и руководящие принципы

Национальная стратегия борьбы с табаком: для успешного осуществления национальная стратегия страны должна быть реально действующей.

Клинические рекомендации: странам был задан вопрос о наличии национальных клинических руководств по прекращению употребления табака, а также о включении информации о способствующих этому мерах в клинические или лечебные руководства по:

- Туберкулезу
- Сердечно-сосудистым заболеваниям
- Гипертонии
- Респираторным заболеваниям
- Диабету
- Раку
- Психическим расстройствам
- Заболеваниям полости рта
- Заболеваниям репродуктивной системы

Ответы, полученные в ходе проведения опроса, были проанализированы и проверены с использованием подтверждающей документации, которая была либо (a) приложена респондентами опроса, либо (b) в соответствующих случаях, найдена в Репозитории документов ВОЗ по неинфекционным заболеваниям. В целях сопоставимости между странами приемлемыми были признаны руководящие принципы только национального уровня.

Чтобы считаться приемлемыми, клинические руководства должны были соответствовать следующим двум критериям:

- Содержать инструкции или рекомендации в отношении клинической практики, которые помогут практикующим врачам и пациентам оптимизировать медицинское обслуживание.
- Однозначно рекомендовать прекращение употребления табака или требовать, чтобы практикующие врачи выясняли и фиксировали факт употребления табака во время беседы с пациентом (например, используя стандартизированную форму или калькулятор риска).

Протоколы PEN (пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний для первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов), региональные (многострановые) руководящие принципы и международные руководящие принципы были приняты вместо руководящих принципов для конкретных стран в тех случаях, когда можно было продемонстрировать их принятие на национальном уровне. Руководства по интегрированной или первичной медико-санитарной помощи, включая руководства для практикующих врачей, также были признаны приемлемыми.

Структурный потенциал

Странам был задан вопрос о том, регулярно ли они отражают факт употребления табака в медицинских записях (требуется подтверждающая документация), и является ли прекращение употребления табака частью программы подготовки работников служб первичной медико-санитарной помощи.

Интеграция услуг по прекращению курения в другие подходы к борьбе против табака

Странам был задан вопрос о том, была ли информация о бесплатной телефонной линии для бросающих курить размещена на пачках сигарет или использовалась при проведении антитабачных кампаний в средствах массовой информации за последние 12 месяцев. При этом запрашивалась и проверялась подтверждающая документация.

Анализ затрат на никотинозаместительную терапию

Данные о ценах на НЗТ были получены от компании Euromonitor, которые включали 56 стран — 37 стран с высоким уровнем дохода и 19 стран со средним уровнем дохода, сгруппированных в соответствии с Классификацией стран по уровню дохода Всемирного банка.

Общие затраты были рассчитаны исходя из упрощенной схемы НЗТ продолжительностью 8 недель. На основании рекомендаций экспертов потребность в антиникотиновых средствах на этот период была установлена либо на уровне 56 никотиновых пластырей (один раз в день), либо 532 пластинки жевательной резинки (12 штук в день в течение 4-х недель, 8 штук в день в течение следующих 2-х недель, затем 6 штук в день в течение последних 2-х недель). Размер упаковки, доступный в каждой стране, также учитывался при расчете наименее дорогого варианта НЗТ.

Также предполагалось, что люди с более сильной никотиновой зависимостью будут потреблять такое же количество жевательной резинки/пластырей, что и менее зависимые, хотя и будут при этом использовать подходящий вариант НЗТ с более высоким содержанием никотина. Поскольку цены на антиникотиновые средства с разным содержанием никотина одного и того же бренда существенно не различались (<5%), условные затраты были одинаковыми независимо от степени никотиновой зависимости.

Для обеспечения сопоставимости между странами общая цена каждого варианта НЗТ была скорректирована с учетом покупательной способности и конвертирована в международные доллары с использованием предполагаемого коэффициента пересчета

по ППС, установленного МВФ на 2018 год. Полученные значения сравнивались со стоимостью ежедневного выкуривания самой дешевой пачки сигарет за тот же период времени, что и проведение курса НЗТ, с использованием данных о ценах, представленных для данного доклада. Наконец, были рассчитаны средние арифметические значения для стран, сгруппированных либо по уровню дохода, либо по факту обеспечения компенсации затрат на НЗТ.

Предупредительные надписи на упаковке табачных изделий

Раздел доклада, в котором проводится оценка законодательства каждой страны в отношении предупреждений о вреде для здоровья, включает следующую информацию о предупреждениях на пачках сигарет:

- являются ли предупреждения о конкретном вреде для здоровья обязательными;
- предписанный размер предупреждений, в процентном отношении к площади передней и задней сторон пачки сигарет;
- присутствуют ли предупреждения на каждой пачке, а также на любой внешней упаковке и в маркировке, используемой в розничной торговле;
- указывают ли предупреждения на конкретные виды вредного воздействия употребления табака на здоровье;
- являются ли предупреждения крупными, четкими, заметными и легко читаемыми (например, предписывается обязательное использование определенных цветов, стилей и размеров шрифтов);
- производится ли периодическая замена предупреждений;
- написаны ли предупреждения на основном языке (всех основных языках) страны;
- входят ли в состав предупреждений рисунки или пиктограммы.

Размеры предупреждений на передней и задней сторонах пачки сигарет были усреднены для расчета процента общей площади поверхности упаковки, на которую нанесены предупреждения. Эта информация была объединена с определенными характеристиками предупреждений для осуществления разбивки по показателю «Предупреждения о вреде для здоровья».

Разбивка по показателю «Предупреждения о вреде для здоровья» приведена ниже.

	Данные не представлены
	Предупреждения отсутствуют или имеют небольшой размер [1]
	Предупреждения имеют средний размер[2], но в них отсутствуют некоторые [3] или многие [4] требуемые характеристики[5] ИЛИ предупреждения имеют большой размер[6], но в них отсутствуют многие [4] требуемые характеристики[5]
	Предупреждения имеют средний размер[2] и содержат все требуемые характеристики[5] ИЛИ предупреждения имеют большой размер[6], но в них отсутствуют некоторые [3] требуемые характеристики[5]
	Предупреждения имеют большой размер[6] и содержат все требуемые характеристики[5]

[1] Средний размер предупреждений на передней и задней сторонах упаковки составляет менее 30%.

[2] Средний размер предупреждений на передней и задней сторонах упаковки составляет от 30 до 49%.

[3] От одной до трех.

[4] Четыре или более.

[5] Требуемые характеристики:
- предупреждения о конкретном вреде для здоровья являются обязательными;
- наличие предупреждений на каждой пачке, а также на любой внешней упаковке и в маркировке, используемой в розничной торговле;
- указание конкретных видов вредного воздействия употребления табака на здоровье;
- предупреждения должны быть крупными, четкими, заметными и легко читаемыми (например, предписывается обязательное использование определенных цветов, стилей и размеров шрифтов);
- предупреждения должны периодически меняться;
- предупреждения должны включать в себя рисунки или пиктограммы;
- предупреждения должны быть написаны на основном языке (всех основных языках) страны.

[6] Средний размер предупреждений на передней и задней сторонах упаковки составляет не менее 50%.

В дополнение к данным, использованным для разбивки по показателю «Предупреждения о вреде для здоровья», другие соответствующие данные, такие как наличие на упаковке номера телефонной службы помощи для бросающих курить, требование использования простой упаковки табачных изделий, и т.д., собраны и представлены в Приложении VI.

Простая упаковка табачных изделий (также называемая стандартизированной упаковкой) определяется в руководящих принципах осуществления Статьи 11 РКБТ ВОЗ как мера «для ограничения или запрета размещения на упаковке логотипов, цветов фирменных изображений или пропагандистской информации, за исключением торгового наименования и наименования изделия, изображенных стандартным цветом и гарнитурой».

Для того чтобы страна фигурировала в настоящем докладе как страна, внедрившая простую упаковку табачных изделий, требуется соответствие следующим критериям (установленным руководящими принципами осуществления Статьи 13 РКБТ ВОЗ):

- упаковка должна быть черно-белой или с двумя другими контрастными цветами в соответствии с требованиями национальных органов;
- на упаковке не должно быть ничего, кроме фирменного наименования, наименования изделия и/или наименования изготовителя, информации для контактов и о количестве изделий в упаковке без каких-либо логотипов или других характеристик, помимо предупреждений о вреде для здоровья, налоговых марок и другой установленной правительством информации или маркировки;
- на упаковке должен использоваться шрифт предписанного стиля и размера;
- упаковка должна быть стандартизированной формы, размера и материалов;
- не должно быть никакой рекламы или стимулов для продажи внутри или снаружи упаковки или на отдельных сигаретах и других табачных изделиях.

Антитабачные кампании в средствах массовой информации

Страны осуществляют деятельность по распространению информации для достижения разнообразных целей, в том числе для улучшения связей с общественностью, привлечения внимания к проблеме, оказания поддержки государственным мерам политики, а также для побуждения людей к изменению их поведения. Для оказания хотя бы минимального воздействия антитабачные информационные кампании, которые являются основными практическими мерами борьбы против табака, должны иметь определенные особенности: необходимо, чтобы они были достаточно продолжительными и направленными на эффективную поддержку приоритетных мер борьбы против табака, включающих в себя повышение уровня знаний, изменение социальных норм, содействие прекращению курения, профилактику потребления табака, а также усиление поддержки эффективных мер антитабачной политики.

Учитывая это, и в соответствии с определением «антитабачные кампании в СМИ», данном в последнем докладе, приемлемыми для анализа были признаны только те кампании в СМИ, которые: (i) были разработаны для поддержки усилий по борьбе против табака; (ii) продолжались не менее трех недель и (iii) осуществлялись в период с 1 июля 2016 года по 30 июня 2018 года. Для обеспечения возможности логистических действий и межстранового сравнения, приемлемыми считались кампании, проведенные только на национальном уровне. В соответствии с последним докладом и для достижения большей точности, необходимо было представлять и проверять материалы о проведении кампаний на основе критериев соответствия для всех стран.

Кампании, удовлетворяющие этим критериям, оценивались по следующим характеристикам, подразумевающим использование комплексного подхода к передаче информации:

1. Кампания являлась частью комплексной программы борьбы против табака.
2. До начала кампании было проведено новое или пересмотрено предыдущее исследование для получения полного представления о целевой аудитории.
3. Рекламно-информационные материалы были предварительно испробованы на целевой аудитории и доработаны в соответствии с целями кампании.
4. Приобретение эфирного времени (радио, телевидение) и/или места для размещения печатной рекламы (рекламные щиты, объявления в печатных СМИ и т.д.) осуществлялось путем покупки или получения за счет внутренних ресурсов самой организации, либо внешним специалистом по рекламе или агентством (эта информация позволяет выяснить, использует ли кампания тщательное планирование рекламного бюджета и правильный закупочный процесс для результативного и экономически эффективного охвата своей целевой аудитории).
5. Привлеченное агентство проводило работу среди журналистов, чтобы кампания приобрела известность и была отражена в новостях.
6. Была осуществлена оценка эффективности хода проводимой кампании.
7. Была проведена оценка конечных результатов проводимой кампании.
8. Кампания выходила в эфир на телевидении и/или радио.

Разбивка по показателю «Кампании в СМИ» приведена ниже.

	Данные не представлены
	В период с июля 2016 года по июнь 2018 года национальные кампании продолжительностью не менее трех недель не проводились
	Проведенная национальная кампания имела от одной до четырех требуемых характеристик
	Проведенная национальная кампания имела пять-шесть требуемых характеристик или семь характеристик, за исключением трансляции на телевидении и/или радио
	Проведенная национальная кампания имела не менее семи требуемых характеристик, включая трансляцию на телевидении и/или радио

Запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

В докладе содержатся данные как о национальном законодательстве, так и о законодательстве в субнациональных юрисдикциях. Оценка субнационального законодательства в отношении запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий включает в себя административные образования страны первого уровня, как указано в стандарте ISO3166. Данные, собранные на субнациональном уровне и представленные в Приложении VI, отражают только содержание субнациональных законов. Положения национального законодательства указаны в информационном примечании рядом с данными субнационального уровня. В тех случаях, когда статус законодательства в отношении запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий не указан для некоторых или для всех субнациональных юрисдикций, мы предполагаем, что в них применяется действующий национальный закон.

Достижения стран в области запрета на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий были оценены исходя из того, распространялись ли запреты на следующие виды рекламы:

- национальное телевидение и радио;
- местные журналы и газеты;
- рекламные щиты и наружная реклама;
- пункты продажи (внутри помещений);
- бесплатное распространение табачных изделий по почте или другими способами;
- рекламные скидки;
- нетабачные изделия, ассоциируемые с табачными фирменными наименованиями (расширение бренда);[5]
- использование фирменных наименований нетабачных изделий применительно к табачным изделиям (одновременное использование бренда);[6]
- показ (скрытая реклама) табачных брендов или изделий на телевидении и/или в кино;
- спонсорство (взносы и/или придание огласке взносов).

Первые четыре из перечисленных видов рекламы считаются «прямой» рекламой, а остальные шесть считаются «косвенной» рекламой. Полные запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий обычно начинаются с запретов на прямую рекламу в национальных СМИ, и затем распространяются на запреты на косвенную рекламу, а также стимулирование продажи и спонсорство.

Основное различие между двумя низшими группами заключается в том, распространяются ли запреты на национальное телевидение, радио и печатные СМИ или нет; включение в остальные группы было основано на том, насколько всесторонне закон накладывает запрет на другие виды прямой и косвенной рекламы, включенные в опросный лист. В тех случаях, когда в законе четко не говорилось о трансграничной рекламе, считалось, что реклама как на внутреннем, так и на международном уровне была под запретом только тогда, когда она была полностью запрещена на национальном уровне.

Разбивка по показателю «Запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство» приведена ниже. Страны, где не менее 90% населения охвачено субнациональным законодательством,

полностью запрещающим рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, отнесены к высшей группе.

	Данные не представлены
	Полное отсутствие запрета или запрет, не распространяющийся на национальное телевидение, радио и печатные СМИ
	Запрет касается только национального телевидения, радио и печатных СМИ
	Запрет распространяется на национальное телевидение, радио и печатные СМИ, а также на определенные (но не на все) виды прямой* и/или косвенной** рекламы
	Запрет на все виды прямой* и косвенной** рекламы (или не менее 90% населения, охваченного полными субнациональными запретами на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий)

* Запреты на прямую рекламу охватывают:

- национальное телевидение и радио;
- местные журналы и газеты;
- рекламные щиты и наружную рекламу;
- пункты продажи (внутри помещений).

** Запреты на косвенную рекламу охватывают:

- бесплатное распространение табачных изделий по почте или другими способами;
- рекламные скидки;
- нетабачные изделия и услуги, ассоциируемые с табачными фирменными наименованиями (расширение бренда);
- использование фирменных наименований нетабачных изделий применительно к табачным изделиям (одновременное использование бренда);
- показ (скрытую рекламу) табачных брендов или табачных изделий на телевидении и/или в кино;
- спонсорство (взносы и/или придание огласке взносов).

В дополнение к данным, использованным для разбивки по показателю «Запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство», другие соответствующие данные, такие как запрет на продажу через Интернет или выкладку табачных изделий в пунктах продажи, собраны и представлены в Приложении VI.

Налоги на табачные изделия

Страны разбиты на группы в соответствии с процентной долей всех табачных налогов в розничной цене пачки из 20 сигарет самой популярной марки. Оценивались такие налоги, как акцизный сбор, налог на добавленную стоимость (иногда называемый «НДС»), импортная пошлина (когда сигареты были импортированы) и любые другие взимаемые налоги. В странах с различным размером налогов на сигареты в зависимости от их длины, произведенного количества или типа (например, с фильтром или без фильтра), в расчет бралась налоговая ставка только на самый популярный бренд.

В случае отсутствия информации о чистой прибыли в розничной и оптовой торговле в конкретной стране или в отношении конкретной марки сигарет, эта прибыль считалась равной нулю (за исключением данных, предоставленных национальным статистическим центром).

Разбивка по показателю «Налоги на табачные изделия» приведена ниже. Подробная информация представлена в Техническом примечании III.

	Данные не представлены
	Налог составляет <25% от розничной цены
	Налог составляет ≥25% и <50% от розничной цены
	Налог составляет ≥50% и <75% от розничной цены
	Налог составляет ≥75% от розничной цены

Тенденции изменения ценовой доступности самой продаваемой марки сигарет

Ценовая доступность сигарет была рассчитана как процентная доля ВВП на душу населения, необходимая для покупки 2000 сигарет самой популярной марки, о которой сообщалось во всех предыдущих докладах с 2008 года по настоящее время. Годовые темпы роста ценовой доступности, рассчитанные по методу наименьших квадратов, вычислялись путем подгонки линии тренда линейной регрессии к логарифмическим значениям показателя ценовой доступности.

Разбивка по показателю «Ценовая доступность» приведена в верхней части нижеследующего столбца. Подробная информация представлена в Техническом примечании III.

ДА	Сигареты менее доступны в ценовом отношении — ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем увеличился.
НЕТ	Сигареты более доступны в ценовом отношении — ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем снизился.
↔	С 2008 года не наблюдается никаких изменений в ценовой доступности сигарет.
…	Недостаточно данных для анализа тенденций изменения ценовой доступности

Национальные программы борьбы против табака

Классификация национальных программ борьбы против табака основывается на наличии в странах национального органа, ответственного за достижение целей в области борьбы против табака. Страны, где в национальном органе, ответственном за достижение целей в области борьбы против табака, работает не менее пяти сотрудников в пересчете на занятых полное рабочее время, попадают в высшую группу.

Разбивка по показателю «Национальные программы борьбы против табака» приведена ниже.

	Данные не представлены
	Национальный орган по борьбе против табака отсутствует
	Наличие национального органа, отвечающего за достижение целей в области борьбы против табака, который вообще не обеспечен кадрами, или обеспеченность кадрами которого составляет менее пяти штатных сотрудников в пересчете на занятых полное рабочее время
	Наличие национального органа, отвечающего за достижение целей в области борьбы против табака, обеспеченность кадрами которого составляет не менее пяти штатных сотрудников в пересчете на занятых полное рабочее время

Оценка соблюдения законодательства

Соблюдение национального и субнационального всеобъемлющего законодательства об обеспечении бездымной среды, а также запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство оценивалось группой, в состав которой входили до пяти национальных экспертов, которые определили уровень соблюдения в этих двух областях, как «минимальный», «умеренный» или «высокий». Эти пять экспертов были отобраны в соответствии со следующими критериями:

- лицо, ответственное за профилактику употребления табака в министерстве здравоохранения страны, или высшее должностное лицо в правительстве, отвечающее за борьбу против табака или с заболеваниями, связанными с его потреблением;
- глава авторитетной неправительственной организации, занимающейся борьбой против табака;
- профессиональный медицинский работник (например, врач, медсестра, фармацевт или стоматолог), специализирующийся на заболеваниях, связанных с потреблением табака;
- сотрудник факультета общественного здравоохранения в университете;
- координатор борьбы против табака в страновом офисе ВОЗ.

Эксперты проводили свои оценки самостоятельно. Средние баллы рассчитывались ВОЗ на основе пяти независимых оценок: два балла присваивалось за высокий уровень соблюдения мер политики, один балл — за умеренный уровень, и ноль баллов — за минимальный уровень соблюдения мер политики, т.е. всего от этих пяти экспертов можно было получить не менее 0 и не более 10 баллов.

Оценка соблюдения проводилась в отношении законов, принятых до 1 апреля 2018 года. Для стран, принявших законы в более поздний срок, в графе о соблюдении законодательства указано «не применяется». Соблюдение законодательства в отношении создания среды, свободной от табачного дыма, не оценивалось в случаях, когда закон предусматривал наличие специально предназначенных для курения помещений, отвечающих очень строгим техническим требованиям.

Оценки соблюдения законодательства представлены в Приложении VI. В Приложении I эти сведения суммированы. Баллы оценки соблюдения законодательства указаны отдельно от разбивки по группам (т.е. соблюдение законодательства не учитывается при расчете разбивки на группы).

1. Стороны отчитываются об осуществлении ими Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в соответствии со Статьей 21. Целью отчетности является предоставление Сторонам возможности обмениваться опытом в осуществлении РКБТ ВОЗ. Доклады Сторон являются также основой для оценки осуществления ими РКБТ ВОЗ Конференцией Сторон. В соответствии с механизмом отчетности, утвержденным КС, Стороны представляют свои первоначальные доклады через два года после вступления в силу РКБТ ВОЗ для этой Стороны, а затем каждые последующие три года. Начиная с 2012 года, все Стороны отчитываются в одно и то же время, один раз в два года. Дополнительная информация доступна в сети Интернет по адресу: http://www.who.int/fctc/reporting/en/
2. Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, «Мировые демографические перспективы: редакция 2017 года» (медиана прогнозируемой величины рождаемости на 2018 год). Дополнительная информация доступна в сети Интернет по адресу: https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/.
3. Всемирный банк: показатели мирового развития, опубликованные 1 июля 2018 года. Дополнительная информация доступна в сети Интернет по адресу: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups.
4. Термин «полная» используется в данном докладе в том смысле, что курение запрещено во всех местах, за исключением мест постоянного проживания и внутренних помещений, выступающих в роли мест длительного постоянного пребывания, таких как тюрьмы, а также медицинские и социальные учреждения длительного пребывания, например психиатрические больницы и дома престарелых. Вентиляция и выделение любых помещений и/или зон, специально предназначенных для курения, не защищают от вредного воздействия вторичного табачного дыма, и только законы, предписывающие полный запрет на курение во всех общественных местах, обеспечивают такую защиту.
5. Когда законодательство не устанавливало явным образом запрет на отождествление нетабачных изделий с табачными фирменными наименованиями (расширение бренда) и не давало определения рекламы и стимулирования продажи табачных изделий, считалось, что расширение бренда находилось под существующим запретом всех форм рекламы и стимулирования продажи в случае, когда страна являлась Стороной РКБТ ВОЗ, предполагая при этом, что применялись определения, содержащиеся в РКБТ ВОЗ.
6. Когда законодательство не устанавливало явным образом запрет на использование фирменных наименований нетабачных изделий применительно к табачной продукции (одновременное использование бренда) и не давало определения рекламы и стимулирования продажи табачных изделий, считалось, что одновременное использование бренда находилось под существующим запретом всех форм рекламы и стимулирования продажи в случае, когда страна являлась Стороной РКБТ ВОЗ, предполагая при этом, что применялись определения, содержащиеся в РКБТ ВОЗ.

ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ II

Распространенность употребления табака в государствах-членах ВОЗ

Мониторинг распространенности употребления табака играет ключевую роль в усилиях по борьбе с глобальной табачной эпидемией. Достоверные данные о распространенности употребления табака, позволяющие судить о масштабе глобальной табачной эпидемии и влияющих на нее факторах, дают информацию, необходимую для планирования, внедрения и оценки воздействия мер по борьбе против табака. Настоящий доклад содержит данные обследований в отношении распространенности курения[1] и употребления бездымного табака среди молодежи и взрослых (Приложение XI). В нем также представлены смоделированные ВОЗ стандартизированные по возрасту расчетные показатели распространенности употребления табака среди лиц в возрасте 15 лет и старше (Приложение X). В данном техническом примечании содержится информация о методе, использованном ВОЗ для получения расчетных показателей распространенности употребления табака.

Источники информации

Для проведения анализа были использованы следующие источники информации (в тех случаях, когда официальные отчеты о проведенных обследованиях, объясняющие формирование выборки, методологию и подробные результаты, не были общедоступны, государствам-членам было предложено их предоставить):

- информация об опросах, предоставленная Сторонами Секретариату РКБТ ВОЗ;
- информация, собранная с помощью опросов ВОЗ, касающихся потребления табака, проведенных под эгидой Глобальной системы эпидемиологического надзора за потреблением табачных изделий — в частности, Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS);
- информация, касающаяся потребления табачных изделий, собранная с помощью других исследований ВОЗ, включая исследования с применением поэтапного подхода ВОЗ к эпиднадзору и Всемирное обследование здоровья;
- другие системные исследования, проведенные другими организациями, включая, например, Демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО) и Кластерное обследование по многим показателям (МИКС); и
- расширенный поиск через региональные бюро и страновые офисы ВОЗ с целью выявить страновые опросы, не являющиеся частью международных систем эпиднадзора, такие как Национальное обследование факторов риска в Аргентине или Обследование в отношении неинфекционных заболеваний на Маврикии.

Информация, полученная с помощью опросов, проведенных в период после 1990 года, использовалась для целей данного анализа, если она:

- была официально признана национальным органом здравоохранения;
- включала случайную выборку участников, репрезентативную в отношении населения в целом;
- представляла сводные данные странового исследования в отношении одного или нескольких из шести определений употребления табака: число потребляющих табак ежедневно, число потребляющих табак на момент обследования, число курящих ежедневно, число курящих на момент обследования, число курящих сигареты ежедневно и число курящих сигареты на момент обследования:
- предоставляла данные о распространенности курения в разбивке по возрастным группам и половой принадлежности.

Приведенные выше показатели наиболее полно отражают ситуацию с употреблением табака в разных странах и при этом минимизируют исключение стран из дальнейшего анализа из-за отсутствия надлежащих данных. Несмотря на имеющиеся различия в типах табачных изделий, используемых в разных странах, а также выращенных или произведенных в разных регионах мира, данные по этим шести показателям имеются в большинстве стран, что позволяет проводить надежный статистический анализ.[2]

Вышеуказанная информация хранится в Глобальном банке данных ВОЗ по борьбе против табака и вместе с исходным кодом, используемым ВОЗ для получения расчетных показателей распространенности курения, публикуется вместе с настоящим докладом по адресу: http://www.who.int/tobacco/.

Анализ и представление показателей распространенности употребления табака

Метод оценки

Статистическая модель, основанная на отрицательной биномиальной мета-регрессии Байеса, использовалась для моделирования приблизительных скорректированных и стандартизированных по возрасту оценок для стран по каждому показателю (употребление табака на момент оценки и ежедневное употребление табака, табакокурение на момент оценки и ежедневное табакокурение, а также курение сигарет на момент оценки и ежедневное курение сигарет) отдельно для мужчин и для женщин. Тенденция считалась статистически значимой, если апостериорная вероятность увеличения или уменьшения была больше 0,75. Подробное описание метода представлено в рецензированной статье в журнале The Lancet, том 385, № 9972, стр. 966–976 (2015).

После того как показатели распространенности по результатам национальных обследований были объединены в набор данных, модель была пригодна для расчета оценок тенденций по шести указанным выше показателям.

Модель состоит из двух основных компонентов:

(a) корректировка недостающих показателей и возрастных групп, и (b) использование регрессии для получения оценки тенденций с течением времени, а также доверительного интервала вокруг оценки.

В зависимости от полноты собранных той или иной страной данных опроса модель может использовать данные по другим странам для заполнения информационных пробелов. Страны с пробелами в данных «заимствуют информацию» из «априорных данных», рассчитанных на основе их данных, объединенных с данными из стран того же субрегиона ООН3.

Различия в возрастных группах, охваченных каждым из опросов

Результаты обследований по отдельным странам иногда указывались по целому ряду возрастных групп. В тех случаях, когда данные по любой возрастной группе в диапазоне от 15 лет и старше отсутствовали, для оценки возрастной структуры употребления табака модель использовала имеющиеся данные из других опросов, проведенных в стране. По возрастным группам, в отношении которых обследования в стране не проводились, к данным страны была применена средняя возрастная структура, наблюдаемая в странах того же субрегиона ООН.

Различия в измеренных показателях употребления табака

Аналогичным образом, при проведении опросов страны могут указывать различные показатели (например, показатель «курение на момент опроса» в одном обследовании и «ежедневное курение» в другом, или «табакокурение» в одном обследовании и «курение сигарет» в другом). Если по какому-либо показателю данные отсутствовали, для оценки отсутствующей информации модель использовала доступные данные из других обследований, проведенных в стране. В отношении показателей, по которым страна никогда не предоставляла отчетности, к данным страны были применены средние зависимости, наблюдаемые в странах того же субрегиона ООН

Смоделированные результаты

Модель использовалась для всех стран, в которых опросы соответствовали критериям включения. Результаты для стран с недостаточным количеством данных обследования (например, только одно обследование с подробной разбивкой по возрасту распространенности употребления табака для обоих полов) не были представлены.

Результатом использования модели является набор линий тренда для каждой страны, который суммирует данные о распространенности употребления табака, начиная с 2000 года и до самого последнего обследования, и прогнозирует тенденции до 2030 года. Страны с небольшим количеством обследований будут иметь больше заимствованной информации, включенной в их линию тренда, чем страны с большим количеством обследований.

В настоящем докладе тенденции на страновом уровне были обобщены в виде средних тенденций для стран с высоким, средним и низким уровнями дохода, а также в среднем по миру. Представлены тенденции с 2007 по 2017 год с прогнозами тех же линий тренда до 2030 года. Прогноз предполагает, что темпы и уровень принятия новых мер политики в течение периода, охватываемого обследованиями в стране, останутся неизменными. В будущем, когда страны примут более жесткую политику борьбы против табака и проведут новые обследования, пересчитанные линии тренда будут отражать эти изменения.

В настоящем докладе представлены сопоставимые оценки текущей распространенности курения табака среди людей в возрасте 15 лет и старше по всем странам за один год (2017). Эти показатели взяты из линии тренда для каждой страны на 2017 год. Показатели сопоставимы, поскольку модель стандартизировала результаты обследований, как описано выше, а затем стандартизировала их по возрасту, как описано ниже.

При расчете средних показателей распространенности употребления табака в глобальном масштабе и в группах стран с разными уровнями дохода по классификации Всемирного банка, для стран, где не проводилась оценка, использовались средние показатели, исходя из предположения о том, что их показатели распространенности являются средними показателями в субрегионе ООН, к которому эти страны относятся.[3]

Стандартизированные по возрасту показатели распространенности употребления табака

Сравнение общих показателей распространенности между двумя и более странами в определенный момент времени или в одной стране, но в разные моменты времени может быть неточным при наличии существенной разницы в возрастном распределении или потреблении табака в зависимости от половой принадлежности двух сравниваемых популяций. Метод стандартизации по возрасту часто используется для решения этой проблемы и позволяет провести корректное сравнение распространенности употребления табака между странами, после того как все описанные выше вопросы, относящиеся к проведению сравнения, были решены. Метод предусматривает применение разбитых по половой принадлежности повозрастных показателей в каждой популяции по отношению к одной стандартной популяции (в настоящем докладе используется стандартное население ВОЗ — вымышленное население, возрастное распределение которого в значительной степени отражает возрастную структуру стран с низким и средним уровнями дохода). Итоговый стандартизированный по возрасту показатель относится к числу курильщиков на 100 человек стандартного населения по определению ВОЗ. В результате показатели, полученные с помощью этой процедуры, являются лишь гипотетическими числами, не имеющими внутреннего содержания. Они имеют значение только при сравнении показателей, полученных из разных стран.

Сравнение с оценками распространенности курения, представленными в предыдущих изданиях данного доклада.

Оценки, приведенные в настоящем докладе, согласуются между собой, но не с оценками, подготовленными для более ранних изданий доклада. Хотя метод оценки остается прежним, обновленный набор данных за период 1990–2018 годов является гораздо более полным.

Например, со времени выпуска *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2017 г.* к набору данных были добавлены 242 национальных обследования из 89 стран, а 46 существующих обследований были обновлены дополнительными значениями показателей. Каждый раунд оценок ВОЗ рассчитывается с использованием всех имеющихся данных обследований, начиная с 1990 года. Чем больше значений показателей доступно, тем более надежными являются оценки тенденций. Таким образом, каждый раунд улучшает ранее опубликованные оценки, и следует использовать оценки только последнего раунда. Хотя оценки на страновом уровне в настоящем докладе относятся только к 2017 году, весь ряд тенденций с 2000 по 2025 год опубликован в двухгодичном *Глобальном докладе ВОЗ о тенденциях в курении табака на 2000–2025 годы.*

1 Курение табака включает в себя сигареты, сигары, трубки, наргиле, кальяны, водяные трубки, изделия из нагреваемого табака и любые другие виды курительного табака.

2 Мы опубликовали эти данные по странам, представившим данные о распространенности употребления бездымного табака.

3 Полный список стран по субрегионам ООН представлен на страницах с ix по xiii публикации *Мировые демографические перспективы: редакция 2017 года,* выпущенной Департаментом по экономическим и социальным вопросам ООН и размещенной по адресу: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf (по состоянию на 17 апреля 2019 года). Следует обратить внимание, что для целей анализа употребления табака были внесены следующие коррективы: (i) субрегион Восточной Африки был разделен на два региона: Острова Восточной Африки и Остальная часть Восточной Африки; (ii) Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Эстония были отнесены к Восточной Европе; (iii) Израиль, Кипр и Турция были отнесены к Южной Европе; (iv) Центральная Африка и Южная Африка были объединены в один субрегион; v) субрегионы Меланезии, Микронезии и Полинезии были объединены в один субрегион; и (vi) Ирландия и Соединенное Королевство были отнесены к Северной Америке.

ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРИМЕЧАНИЕ III

Налоги на табачные изделия в государствах-членах ВОЗ

Настоящий доклад включает в себя приложения, содержащие сведения о доле совокупного налога и акцизов в цене самой продаваемой марки сигарет, основанные на полученной от каждой страны информации о налоговой политике. Это примечание содержит информацию о методологии, использованной ВОЗ для оценки доли совокупного налога и акцизов на табачные изделия в цене за пачку из 20 сигарет на основании представленных странами данных. Оно также содержит информацию о дополнительных данных, собранных для подготовки настоящего доклада, относительно налогообложения табачных изделий.

1. Сбор данных

Все данные были собраны ВОЗ в период с июня 2018 года по январь 2019 года в рамках регионального сбора данных. При расчете доли совокупного налога и акцизных сборов двумя основными вводными составляющими были: (1) цены и (2) налоговые ставки и структура налогообложения. Была собрана информация о ценах на самые продаваемые марки сигарет, самые дешевые марки и премиальные марки по состоянию на июль 2018 года.

Данные о структуре налогообложения были получены из министерств финансов. Достоверность этой информации была проверена с помощью других источников. Для многих стран это было сделано благодаря проведенной большой работе и знаниям, накопленным ВОЗ с 2009 года во время прямых контактов с министерствами финансов при обсуждении вопросов налогообложения табачных изделий. Другие источники, в том числе документы по налоговому законодательству, постановления, официальные данные о налоговых ставках и структуре налогообложения, а также коммерческая информация (при наличии таковой) были получены либо в рамках регионального сбора данных, либо загружены с веб-сайтов министерств или из других баз данных, например МВФ или Всемирного банка.

Основное внимание в собранных данных о налогообложении уделено косвенным налогам на табачные изделия (например, различным видам акцизных сборов, импортным пошлинам, налогу на добавленную стоимость), которые обычно оказывают наибольшее влияние на цену табачных изделий. Среди косвенных налогов наиболее важными являются акцизные сборы, поскольку они применяются исключительно к табаку и вносят наибольший вклад в существенное увеличение цен на табачные изделия и, как следствие, в сокращение употребления табака. Таким образом, налоговые ставки, общие суммы и сфера применения акцизов являются главной составной частью собранных данных.

1. Специфические акцизы	Специфический акцизный сбор – это налог на определенный вид товара, произведенного для продажи внутри страны или ввезенного и проданного в этой стране. Как правило, налог взимается с производителя или, в дополнение к импортным пошлинам, в пункте ввоза товара в страну импортером. Эти налоги взимаются в виде суммы с каждой сигареты, пачки сигарет, 1 тысячи сигарет или 1 килограмма. Пример: 1,50 доллара США с пачки из 20 сигарет.
2. Адвалорные акцизы	Адвалорный акциз является налогом на определенный вид товара, произведенного для продажи внутри страны или ввезенного и проданного в этой стране. Как правило, налог взимается с производителя или, в дополнение к импортным пошлинам, в пункте ввоза товара в страну импортером. Эти налоги рассчитываются в виде процента от стоимости сделки между двумя независимыми организациями в какой-либо точке цикла производства/распространения; адвалорные акцизы, как правило, зависят от стоимости сделки между производителем и розничным/оптовым продавцом. Пример: 60% от цены производителя.
3. Импортные пошлины	Импортная пошлина представляет собой налог на определенный вид товара, ввезенного в страну для потребления в этой стране (т. е. товар не идет транзитом в другую страну). Как правило, импортные пошлины взимаются с импортера в пункте ввоза товара в страну. Эти налоги могут зависеть либо от объема, либо от стоимости. Импортные пошлины, зависящие от объема, как правило, применяются таким же образом, как и акцизные сборы, зависящие от объема. Импортные пошлины, зависящие от стоимости, как правило, применяются к стоимости поставки на условиях СИФ (стоимость, страхование, фрахт), т. е. стоимости невыгруженной партии товара, которая включает в себя стоимость самого товара, страхование, транспортировку и разгрузку. Пример: 50%-ая импортная пошлина взимается с поставки на условиях СИФ.
4. Налог на добавленную стоимость и налог с продаж	Налог на добавленную стоимость (НДС) является «многоступенчатым» налогом на все потребительские товары и услуги, применяемым пропорционально цене продукта, уплаченной потребителем. Хотя производители и оптовики также участвуют в администрировании и уплате налога на всем протяжении цикла производства/распространения, их расходы возмещаются через систему налоговых кредитов, так что конечный потребитель является единственным, кто платит в итоге. Большинство стран, применяющих НДС, используют налогооблагаемую базу, которая включает в себя любые акцизные сборы и таможенные пошлины. Пример: НДС составляет 10% от розничной цены. Однако некоторые страны вместо этого применяют налоги с продаж. В отличие от НДС, налоги с продаж взимаются в пункте розничной продажи с общей стоимости приобретенных товаров и услуг. Для целей настоящего доклада были приняты меры для обеспечения расчета доли НДС и/или налога с продаж в соответствии с правилами, существующими в конкретных странах.
5. Прочие налоги	Также была собрана информация о любых других налогах, которые не являются акцизным сбором, НДС или налогом с продаж, но применяются в отношении либо количества табака, либо стоимости сделки с табачными изделиями. Эта информация была собрана максимально подробно с указанием того, что облагается налогом, а также того, как рассчитывается налоговая база.

Ряд других налогов, в частности, прямые налоги, такие как налоги на доходы корпораций, потенциально могут оказывать столь сильное влияние на цены табачных изделий, что производители перекладывают эти налоги на плечи конечных потребителей. Тем не менее, ввиду трудности сбора информации по этим налогам и сложности единообразной оценки их потенциального влияния на ценообразование в разных странах, здесь они не рассматриваются.

В представленной слева таблице описываются виды налогов.

2. Анализ данных

Стоимость самой продаваемой марки сигарет учитывалась при расчете размера налога как доли в розничной цене, указанной в Приложении I и таблице 9.1 Приложения IX. В странах, где размер налога на сигареты зависит от их длины, произведенного количества или типа (например, с фильтром или без фильтра), в расчет бралась соответствующая налоговая ставка только на самую продаваемую марку сигарет.

В случае Канады и США расчетные средние национальные оценки цен и налогов, отражают тот факт, что каждый штат/провинция применяет различные налоговые ставки помимо действующего федерального налога. В случае Бразилии, где в разных штатах действуют разные ставки НДС, была использована самая высокая ставка, которая применяется в большинстве штатов. В Федеративных Штатах Микронезии, которые также применяют разные ставки НДС в разных штатах, была использована ставка НДС, применяемая в том штате, где осуществлялся сбор данных о ценах, а именно Понпеи. Для Китая были рассчитаны средневзвешенная розничная цена и налог, учитывая очень большое количество брендов, продаваемых на рынке: самый продаваемый бренд, меняющийся почти каждый год и представляющий очень небольшую долю рынка, не был репрезентативным.

Импортная пошлина использовалась при расчете доли налога только в том случае, если в страну ввозилась самая продаваемая марка сигарет. Импортная пошлина не учитывалась при расчете совокупного налога в странах, где самый продаваемый бренд (даже международный) был местного производства. В тех случаях, когда импортируемые сигареты ввозились из страны, с которой было заключено двустороннее или многостороннее торговое соглашение, освобождающее от уплаты пошлины, были приняты меры для обеспечения того, чтобы импортная пошлина не учитывалась при расчете взимаемых налогов.

«Прочие налоги» — это все другие косвенные налоги, не указанные как акцизы, импортные пошлины или НДС. Эти налоги, тем не менее, расценивались как акцизы, если они имели специальную ставку на табачные изделия.

		СТРАНА A (US$)	СТРАНА B (US$)
[A]	Цена производителя (одинаковая в обеих странах)	2,00	2,00
[B]	Страна A: адвалорный налог с цены производителя (20%) = 20% x [A]	0,40	-
[C]	Чистая прибыль розничных и оптовых продавцов (одинаковая в обеих странах)	0,20	0,20
[D]	Страна B: адвалорный налог с цены розничного продавца (20%) = 20% x [E]	-	0,55
[E]	Конечная цена = P = [A] + [B] + [C] или [A] + [C] + [D]	2,60	2,75
	Доля совокупного налога (в % от P)	0,40/2,60 = **15,4%**	0,55/2,75 =**20%**

Например, Таиланд отнес налог на продажу табака и алкоголя, предназначенный для целевого финансирования Тайского фонда укрепления здоровья, к категории «прочие налоги». Однако, поскольку этот налог введен только на табачную и алкогольную продукцию, он действует как акциз, и поэтому в расчетах он учитывался как акциз.

Следующим шагом было приведение всех налогов к единой налоговой базе — в нашем случае это розничная цена, включающая в себя налог с оборота (далее P). Как показывает пример в таблице, стандартизация налоговых баз важна для правильного расчета доли налога. Страна B применяет такую же ставку адвалорного налога (20%), что и страна A, но в конечном итоге имеет более высокий уровень налогообложения и более высокую конечную цену, так как налог взимается на более позднем этапе реализации продукции. Сравнение представленных установленных законом ставок адвалорного налога без учета этапа, на котором он взимается, может привести к необъективным результатам.

Аналогичная методология использовалась для расчета доли налога в цене самого распространенного, по сообщению каждой из стран, типа курительных (отличных от сигарет) и бездымных табачных изделий. Расчет цены изделия проводился из расчета за 20 грамм любого курительного табака или бездымных табачных изделий, за исключением сигар и сигарилл, по которым как цена, так и налог указывались за штуку. Цена и налог на табачные изделия для курения (включая биди, сигары с обрезанными концами, сигариллы, сигары, трубочный табак, табак для самокруток или водяных трубок) были рассчитаны для 70 стран, а расчет в отношении бездымных табачных изделий (жевательного табака, сухого и влажного нюхательного табака или снюса) был проведен для 27 стран (см. таблицу 9.6 Приложения IX в Интернете). Цена и налог на изделия из нагреваемого табака (за 20 стиков) также были рассчитаны, но только для очень небольшого числа стран, которые сообщили о таких изделиях (девять стран).

3. Расчет

Обозначим долю налогов в цене широко потребляемой марки сигарет (пачка из 20 сигарет или эквивалент) как S_{ts}. Тогда:

$$S_{ts} = S_{as} + S_{av} + S_{id} + S_{VAT} \quad ①$$

где:

S_{ts} = совокупная доля налогов в цене пачки сигарет;

S_{as} = доля специфических акцизных сборов (или эквивалента) в цене пачки сигарет;

S_{av} = доля адвалорных акцизов (или эквивалента) в цене пачки сигарет;

S_{id} = доля импортных пошлин в цене пачки сигарет (если самый популярный бренд импортируется);

S_{VAT} = доля налога на добавленную стоимость в цене пачки сигарет.

Расчет S_{as} довольно прост и заключается в делении величины специфического акцизного сбора с пачки из 20 сигарет на общую цену. В отличие от S_{as}, расчет доли адвалорных акцизов S_{av} значительно более сложен и требует некоторых допущений, которые описаны ниже. Импортные пошлины могут рассчитываться как по количеству, так и по стоимости. Поэтому S_{id} рассчитывается так же, как S_{as}, если расчет производится по количеству, и так же как S_{av}, если он производится по стоимости. Ставки НДС, указанные странами, обычно применяются к розничным ценам, не включающим в себя НДС, но иногда и к ценам, включающим в себя НДС. S_{VAT} рассчитывается для соответствующего отражения доли НДС в розничной цене, включающей в себя НДС.

Цена пачки сигарет может быть выражена следующим образом:

$$P = [(M + M \times ID) + (M + M \times ID) \times T_{av}\% + T_{as} + \pi] \times (1 + VAT\%)$$

или

$$P = [M \times (1 \times ID) \times (1 + T_{av}\%) + T_{as} + \pi] \times (1 + VAT\%) \quad ②$$

где:

P = цена за пачку из 20 сигарет самого популярного бренда, потребляемого в стране;

M = цена производителя/дистрибьютора или импортная цена, если бренд импортируется;

ID = ставка импортной пошлины (там, где это применимо) на пачку из 20 сигарет;[1]

T_{av} = установленная ставка адвалорного акциза;

T_{as} = специфический акциз на пачку из 20 сигарет;

π = прибыль розничного продавца, оптовика и импортера с пачки из 20 сигарет (иногда выраженная в виде наценки);

VAT = установленная ставка налога на добавленную стоимость с цены без учета НДС.

Эта формула корректировалась с учетом конкретных условий в стране, таких как налоговые базы адвалорного налога и акциза, существование (или отсутствие) адвалорных и специфических акцизов, а также того, являлся ли самый популярный бренд сигарет производимым в стране или импортируемым. Во многих случаях (особенно в странах с низким и средним уровнями дохода) налоговой базой для расчета адвалорного акциза была цена производителя/дистрибьютора или стоимость поставки на условиях СИФ. Но на самом деле налогооблагаемая база адвалорного налога сильно различается по всему миру и может включать в себя другие налоговые базы, такие как розничная цена, розничная цена без учета некоторых налогов (и/или некоторых заранее определенных наценок), розничная цена без учета всех налогов и т.д.

Зная цену (M) и величину специфического акциза (T_{as}), легко рассчитать долю S_{as} (= T_{as}/P). Ситуация с адвалорными налогами (и, где это применимо, S_{id}) довольно проста, когда по закону налоговой базой является розничная цена (как в некоторых странах Европейского союза). Расчет усложняется, когда розничная цена не является налоговой базой, потому что для расчета величины адвалорного налога необходимо знать налоговую базу (M). В большинстве случаев значение M было неизвестно (за исключением случаев, когда страна специально предоставляла эти данные), поэтому его необходимо было вычислить.

Используя уравнение (2), можно определить значение M:

$$M = \frac{\dfrac{P}{1 + VAT\%} - \pi - T_{as}}{(1 + T_{av}\%) \times (1 + ID)} \quad ③$$

π, или чистая прибыль оптовых и розничных продавцов редко разглашается публично и варьируется в разных странах. При расчете М для наиболее популярных брендов отечественного производства мы принимали значение π за ноль (т.е. = 0), поскольку чистая прибыль розничных и оптовых продавцов предполагалась малой. Однако установление величины прибыли, равной нулю, приводит к завышению M и, соответственно, налогооблагаемой базы адвалорного налога. Это, в свою очередь, приводит к завышению размера адвалорного налога. Поскольку цель данного расчета заключается в определении того, насколько велика доля налогов на табачные изделия в цене обычной пачки сигарет, предположение о том, что чистая прибыль розничных/оптовых продавцов (π) равна нулю, не ставит страны в невыгодное положение, занижая значение их адвалорных налогов. Учитывая это, было решено, что до тех пор, пока информация по конкретной стране не будет представлена в ВОЗ, чистая прибыль розничных/оптовых продавцов от продажи брендов местного производства будет считаться равной нулю.

В тех странах, где самая популярная марка сигарет импортируется, импортная пошлина взимается со стоимости поставки на условиях СИФ, а последующие акцизы — с налогооблагаемой базы, включающей в себя стоимость поставки на условиях СИФ и импортную пошлину, но не прибыль импортера. Для сигарет местного производства цена производителя включает в себя его собственную прибыль, которая автоматически включается в M. Однако на практике прибыль импортера может быть довольно значительной, и установление ее величины равной нулю (как в случае сигарет местного производства) приводит к значительному завышению M, и тем самым к завышению доли адвалорного налога в конечной цене. По этой причине значение М для импортируемых изделий рассчитывалось иначе: M^* (или стоимость поставки на условиях СИФ) рассчитывалась либо на основании информации, предоставленной странами, либо с использованием дополнительных источников (информации из базы данных Comtrade[2] Организации Объединенных Наций). M^* обычно рассчитывалась как импортная цена сигарет в стране (стоимость импорта, деленная на количество импортируемых сигарет для страны-импортера). Однако в исключительных случаях, когда такие данные отсутствовали (Демократическая Республика Конго, Ливия и Экваториальная Гвинея), вместо этого учитывались экспортные цены (когда экспортная цена считалась слишком низкой — то есть ниже 0,2 доллара США за упаковку — стоимость поставки на условиях СИФ была приблизительно рассчитана как экспортная цена плюс 10 центов США). После чего адвалорный и другие налоги были рассчитаны таким же образом, как и для сигарет местного производства, используя M^* вместо M в качестве налогооблагаемой базы там, где это было применимо. Что касается НДС, в большинстве случаев за основу принималась P без учета НДС (или цена производителя/дистрибьютора плюс все акцизы). Другими словами:

S_{VAT} = VAT% × (1 — S_{VAT}), что равнозначно ④
S_{VAT} = VAT% ÷ (1+ VAT%)

Однако в некоторых случаях нам сообщали, что НДС не собирался должным образом на всех уровнях цепи поставок и взимался в основном на этапах импортирования или производства. В этом случае НДС рассчитывался на основе M (или M^*) и различных налогов, взимаемых на этом этапе, — в основном импортных пошлин и акцизов (Ангола, Бенин, Вануату, Вьетнам, Габон, Гамбия, Гвинея-Бисау, Иран, Кабо-Верде, Камерун, Кирибати, Кот-д'Ивуар, Мавритания, Мали, Острова Кука, Суринам, Тонга, Тувалу, Уганда, Экваториальная Гвинея и Эфиопия).

В сумме налоговые ставки рассчитываются следующим образом:

$$S_{ts} = S_{id} + S_{as} + S_{av} + S_{VAT} \quad ⑤$$

$$S_{as} = T_{as} \div P$$

$$S_{av} = (T_{av}\% \times M) \div P$$

или

$$(T_{av}\% \times M^* \times (1 + S_{id})) \div P$$ [3]

если самый популярный бренд был импортирован

$$S_{id} = (T_{ID}\% \times M^*) \div P$$

(если импортная пошлина является зависимой от стоимости)

или

$$ID \div P$$

(если импортная пошлина взимается как определенная сумма за пачку)

$$S_{VAT} = VAT\% \div (1 + VAT\%)$$

4. Цены

Первичный сбор данных о ценах для этого и предыдущих докладов включал в себя обследование розничных торговых точек. Сбор данных о ценах осуществлялся следующим образом:

- В дополнение к информации о самой продаваемой марке сигарет, о которой сообщалось в предыдущие годы, сборщикам данных было предоставлено время, чтобы сообщить о новом наиболее продаваемом бренде, в случае если бренд, указанный в прошлые годы, больше не являлся самым продаваемым.
- По каждой торговой марке были затребованы данные о ценах в двух различных типах розничных торговых точек.

В анкеты, разосланные сборщикам данных, были предварительно занесены наименования самых продаваемых в каждой стране брендов. Популярный бренд был определен на основании данных, собранных в ходе анкетирования в 2016 году, данных из дополнительного источника (Euromonitor[4]) и данных, предоставленных ВОЗ министерствами финансов в рамках тесного сотрудничества. В тех странах, где подобные данные были недоступны, сборщикам данных было предложено указать наименования популярных брендов и их цены.

Два типа розничных торговых точек были определены следующим образом:

1. Супермаркет/гипермаркет: сеть или независимые торговые точки с торговой площадью более 2500 квадратных метров и основным акцентом на продажу продуктов питания/напитков/ табачных изделий и других бакалейных товаров. Гипермаркеты также продают ряд непродовольственных товаров.
2. Киоск/газетный киоск/табачный киоск/отдельный продовольственный магазин: маленькие удобные магазины, розничные торговые точки, торгующие преимущественно продуктами питания, напитками и табачными изделиями или их сочетанием (например, киоск, газетный киоск или табачный киоск), либо широким спектром преимущественно бакалейных товаров (отдельный продовольственный магазин или отдельная небольшая бакалейная лавка).

Самые продаваемые бренды использовались последовательно на протяжении времени, чтобы наиболее полно отразить изменения в ценах. Однако в некоторых случаях, когда считалось, что рыночная доля первоначально использовавшегося бренда существенно изменилась, этот бренд заменялся на новый, более распространенный бренд. В 2018 году изменения в отношении бренда были внесены для Австралии, Азербайджана, Антигуа и Барбуды, Барбадоса, Белиза, Бенина, Боснии и Герцеговины, Бразилии, Вьетнама (другой бренд, но та же ценовая категория), Габона, Гамбии, Гренады, Казахстана, Кипра, Кубы, Мозамбика (более дорогой бренд), Нигера, Никарагуа, Пакистана, Папуа-Новой Гвинеи, Перу, Сальвадора, Сент-Винсента и Гренадин, Сербии, Таиланда (более дешевый бренд) и Туркменистана (невозможно определить, как новый бренд сравнивался с предыдущим).

В 11 других странах (Австрия, Боливия (Многонациональное Государство), Венгрия, Дания, Испания, Науру, Панама, Польша, Румыния, Словакия и Швеция) бренд, представленный в 2018 году, был вариантом бренда, представленного в 2016 году, и они рассматривались как идентичные для целей сравнения цен.

Как и в 2012, 2014 и 2016 годах, цена, использованная для каждой из 28 стран Европейского союза (ЕС)[5], была ценой самого продаваемого бренда, собранной ВОЗ. До 2012 года информация о ценах и налогах полностью бралась из отчетов, опубликованных на веб-сайте Еврокомиссии по налогообложению и таможенному союзу ЕС. Цена, используемая ЕС в предыдущие годы для расчета ставки налога, была самой популярной ценовой категорией (МРРС), которая предполагалась равной ценовой категории самого продаваемого бренда, указанного в данном докладе. Однако, начиная с 2011 года, ЕС рассчитывает и указывает налоговые ставки на основе средневзвешенной цены (WAP), и, следовательно, информация о МРРС больше не была легкодоступна для стран ЕС. Поэтому для того чтобы соответствовать оценкам прошлых лет и для обеспечения возможности сравнения между странами, в 2012 году ВОЗ решила собрать из первых рук информацию о ценах на самый продаваемый бренд (на основе информации о структуре рынка табачных изделий, полученной из дополнительных источников) для расчета ставок налога. Данные о ставках акцизов и НДС по-прежнему собираются из таблиц, опубликованных ЕС. Однако это означает, что доли налогов, вычисленные и представленные здесь, не обязательно будут совпадать с публикуемыми ЕС значениями. В основном это связано с расчетом ставок специфического акциза как процента от розничной цены, которые будут меняться в зависимости от использованной цены. Более подробная информация о разнице в цене и доле налогов для стран ЕС представлена в таблице слева.

Сравнение цен и общей доли налогов на табачные изделия проведено на основе данных обследования ВОЗ о самом продаваемом бренде (MSB) и данных ЕС о средневзвешенной цене (WAP).

	Общая доля налогов (% от розничной цены)		Розничная цена (20 сигарет)		
Страна	По оценкам ВОЗ	По данным ЕС	MSB по данным ВОЗ	WAP по данным ЕС	Валюта
Австрия	75,3%	78,53%	5,50	4,76	EUR
Бельгия	77,0%	79,37%	6,60	5,88	EUR
Болгария	83,6%	85,09%	5,20	5,02	BGN
Венгрия	72,3%	75,22%	1 245,00	1 118,72	HUF
Германия	68,3%	72,49%	6,40	5,64	EUR
Греция	81,2%	85,64%	4,60	4,10	EUR
Дания	74,1%	79,89%	44,50	40,16	DKK
Ирландия	78,4%	89,12%	12,20	10,07	EUR
Испания	78,2%	79,28%	5,00	4,52	EUR
Италия	76,0%	77,13%	5,50	4,76	EUR
Кипр	74,4%	75,67%	4,50	4,28	EUR
Латвия	80,0%	83,99%	3,50	3,20	EUR
Литва	73,8%	79,46%	3,75	3,18	EUR
Люксембург	68,3%	69,40%	5,30	4,60	EUR
Мальта	77,6%	79,40%	5,50	5,25	EUR
Нидерланды	71,8%	78,29%	7,00	6,19	EUR
Польша	76,8%	80,04%	15,50	13,82	PLN
Португалия	71,7%	76,16%	5,00	4,47	EUR
Румыния	68,6%	72,56%	17,50	15,86	RON
Словакия	77,1%	77,88%	3,30	3,23	EUR
Словения	79,2%	81,28%	3,70	3,51	EUR
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	79,4%	88,80%	9,40	7,81	GBP
Финляндия	87,4%	88,67%	7,22	6,70	EUR
Франция	82,4%	85,07%	8,00	6,81	EUR
Хорватия	78,8%	79,91%	25,00	23,93	HRK
Чешская Республика	75,4%	78,31%	94,00	86,00	CZK
Швеция	68,4%	74,16%	65,00	57,94	SEK
Эстония	79,4%	85,82%	4,25	3,55	EUR

Примечание: Оценки ВОЗ относятся к данным о ценах на самый продаваемый бренд, собранным в июле 2018 года. Показатели и данные о средневзвешенных ценах, собранные и представленные ЕС, также относятся к июлю 2018 года. Как указывалось ранее, данные о самом продаваемом бренде использовались для всех стран ЕС, за исключением Финляндии, которая напрямую отчиталась перед ВОЗ о своей средневзвешенной цене (WAP) за 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 и 2018 годы. Данные 2018 года по Финляндии показывают разницу между WAP, представленной в ВОЗ, и WAP по данным ЕС. Это связано с тем, что данные о цене, представленные в ВОЗ, были обновлены в 2019 году, в то время как данные о WAP, представленные ЕС, были собраны в 2018 году.

5. Факторы, которые необходимо учитывать при интерпретации изменений доли налогов

Изменение размера налога как доли в цене зависит не только от изменений налога, но и от изменений самой цены. Таким образом, несмотря на увеличение размера налога, доля налога может остаться неизменной или снизиться; аналогичным образом, иногда доля налога может увеличиться, несмотря на отсутствие изменения размера налога или даже его снижение.

В текущей базе данных есть случаи увеличения налога в период с 2016 по 2018 год, когда доля налога, выраженная в процентном отношении к цене, снизилась. В основном это связано с тем, что в абсолютном выражении рост цены был выше увеличения налога (особенно в случае увеличения специфического акцизного сбора). Например, в Монголии специфический акциз увеличился с 3480 тугриков за 100 сигарет в 2016 году до 3830 тугриков за 100 сигарет в 2018 году (увеличение на 10%), при этом цена самого продаваемого бренда выросла с 1700 до 2000 тугриков за пачку (увеличение на 18%). Что касается доли налогов, в 2016 году акцизный сбор составлял 52,9% от цены и снизился до 47,4% от цены в 2018 году. Это обусловлено тем, что цены выросли в большей степени, чем налоги.

Точно так же есть случаи, когда увеличение (уменьшение) налога как доли в цене было нивелировано факторами, не имеющими прямого отношения к налоговым ставкам. В текущей базе данных это было связано с одной или несколькими из следующих причин:

- В некоторых случаях цена увеличилась без изменения величины налога, что привело к уменьшению доли специфического или смешанного акциза (например, Германия, Дания, Доминика, Израиль, Йемен, Кипр, Китай, Мексика, Палау, Польша, Сент-Винсент и Гренадины, Тимор-Лешти, Тунис, Швейцария и Эквадор).
- В других случаях цены выросли в большей степени, чем налоги, что привело к уменьшению доли специфического или смешанного акциза (например, Австрия, Алжир, Венгрия, Гамбия, Гондурас, Гренада, Доминиканская Республика, Иордания, Иран (Исламская Республика), Исландия, Испания, Канада, Коста-Рика, Литва, Люксембург, Мальта, Монголия, Норвегия, Объединенная Республика Танзания, Острова Кука, Португалия, Республика Молдова, Румыния, Самоа, Сейшельские Острова, Сербия, Словакия, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки, Суринам, Тонга, Тринидад и Тобаго, Турция, Уганда, Украина, Чешская Республика, Чили, Швеция, Ямайка).
- В случае с импортными товарами стоимость поставки на условиях СИФ является внешней переменной, которая также влияет на расчет доли налога. Это имеет значение в странах, где адвалорный налог рассчитывается от стоимости поставки на условиях СИФ, или когда НДС рассчитывается на основании стоимости поставки на условиях СИФ плюс акциз, а не розничной цены без учета НДС. Например, при неизменных других факторах, в случае увеличения стоимости поставки на условиях СИФ увеличивается налоговая база, что ведет к более высокому проценту налога. К странам, в которых произошли изменения доли налогов в основном из-за изменения стоимости поставки на условиях СИФ, относятся Ливия, Микронезия (Федеративные Штаты) и Того.
- Кроме того, необходимо также обратить внимание на страны, в которых в период с 2016 по 2018 год произошла смена самого продаваемого бренда сигарет. Это также повлияло на долю специфического или смешанного акциза в этих странах. В некоторых случаях из-за того, что новый бренд был более дорогим и, несмотря на повышение налогов, общая доля налогов уменьшалась (Босния и Герцеговина, Мозамбик и Перу). В случае Сальвадора доля налогов уменьшилась, несмотря на отсутствие изменений налогов, из-за очевидного роста цен за счет появления новой, более дорогой марки сигарет, указанной как самый продаваемый бренд. В другом случае (Белиз) новый бренд стал дешевле, поэтому доля налогов увеличилась, несмотря на отсутствие повышения налогов.

Наконец, в расчеты налоговых ставок за 2008, 2010, 2012, 2014 и 2016 годы были внесены соответствующие поправки на основании предоставленной новой, более качественной информации о налогах и ценах в ряде стран.

6. Дополнительная налоговая информация (см. таблицу 9.3 Приложения IX в Интернете)

Важным выводом, который подчеркивается в настоящем докладе, является то, что для оценки степени эффективности налоговой политики необходимо учитывать множество аспектов налогообложения табачных изделий. Налог как доля от цены не дает полной картины эффективности налоговой политики. В целях изучения других аспектов налоговой политики, для настоящего доклада с 2015 года ведется сбор дополнительной информации, касающейся налогообложения табачных изделий, и она представлена в виде данных, которые могут шире информировать ученых и политиков о налоговых стратегиях в разных странах. Информация в настоящем докладе собрана и сгруппирована по двум основным темам: структура/уровень налогообложения и налоговое администрирование. Также была собрана информация по странам, резервирующим налоги на табачные изделия для целевого финансирования программ здравоохранения и/или мероприятий по борьбе против табака. Различные блоки данных/показателей, представленные по каждой из этих тем, были разработаны и подтверждены на основе фактических данных, представленных в предыдущих докладах.

I. Структура/уровень налогообложения

a. **Процентная доля акциза в цене:** более высокие ставки акциза и бóльшая опора на акциз являются более предпочтительными
b. **Тип применяемого акциза:** является ли акциз специфическим, адвалорным, смешанным или не применяется вообще.
c. **Единая или многоуровневая система акцизного налогообложения:** единый акциз проще в администрировании, чем многоуровневая система, при которой используются разные ставки налогообложения на одно и тоже табачное изделие в зависимости от заданных критериев (это не относится к странам, где не взимается акцизный налог).
d. Применяет ли страна специфический акциз или смешанную систему, **опираясь в большей степени на специфический компонент налогообложения** (более 50% совокупного акциза — специфический компонент): специфические акцизы обычно ведут к более высоким ценам и меньшему ценовому разрыву между брендами, поэтому такие акцизы является более эффективными (это не относится к странам, где применяется только адвалорный акциз или вообще не используется акцизное налогообложение).
e. Является ли взимаемый акциз адвалорным или смешанным, и существует ли **минимальный специфический налог**. Минимальный налог защищает от занижения стоимости табачных изделий. Он также приводит к росту цен, так как цена не может быть ниже уплачиваемого налога (эта категория не относится к странам, где применяется только специфический акциз или вообще не используется акцизное налогообложение).
f. Налогооблагаемая база адвалорного налога в странах, которые применяют адвалорную или смешанную систему акцизного налогообложения. **Адвалорные налоги, рассчитываемые относительно розничной цены** или розничной цены за вычетом НДС, более просты в администрировании. Розничную цену проще определить, чем цену производителя или стоимость поставки на условиях СИФ, что уменьшает риск занижения оценки (это не относится к странам, где применяется только специфический акциз или вообще не используется акцизное налогообложение).
g. Является ли взимаемый акциз специфическим или смешанным, и проводится ли **автоматическая корректировка специфического компонента налогообложения** с учетом инфляции (или других факторов). Если специфический акциз с течением времени не корректируется с учетом инфляции (или другого показателя, такого как уровень дохода), его воздействие будет ослаблено. Желательно, чтобы он корректировался автоматически (эта категория не относится к странам, где применяется только специфический акциз или вообще не используется акцизное налогообложение).
h. Политика минимальных цен: хотя это и не считается передовой практикой, было сочтено важным сообщить о странах, которые действительно установили минимальные цены на табачные изделия в рамках своей политики акцизного налогообложения.
i. **Разброс цен:** доля цены самого дешевого бренда в цене премиального бренда (цена самого дешевого бренда ÷ цена премиального бренда × 100). Чем выше процентная доля, тем меньше разрыв, и тем меньше возможностей для замещения более дешевыми брендами.

II. Налоговое администрирование

a. Требование наличия акцизных марок (или фискальных марок) на табачных изделиях: акцизные марки помогают налоговым органам обеспечивать соблюдение требований уплаты налогов производителями и импортерами, а также выявлять нелегальные табачные изделия. Страны были уведомлены о том, что акцизные марки должны иметь особые элементы, помимо тех, которые присутствуют на традиционных бумажных марках. В частности, такие кодированные акцизные марки имеют уникальные идентификаторы, используемые для выявления наличия нелегальных табачных изделий. Были собраны данные для определения того, в каких странах на марках присутствуют дополнительные элементы, позволяющие отслеживать и прослеживать такие изделия.
b. Беспошлинная продажа сигарет: в большинстве стран в магазинах беспошлинной торговли в аэропортах, в международных транспортных средствах и/или в других магазинах беспошлинной торговли табачные изделия продаются без акцизов (и других косвенных налогов, таких как НДС и импортные пошлины). Беспошлинные табачные изделия обычно продаются путешественникам, выезжающим из страны, но теперь они также доступны и для тех, кто въезжает в страну. Запрет на беспошлинную продажу сигарет для личного потребления снижает вероятность того, что эти продукты попадут на нелегальный рынок. Кроме того, нет никаких оснований для беспошлинной продажи смертельно опасной продукции; эти недополученные налоги являются потерей дохода для государства. Некоторые страны уже приняли меры и запретили беспошлинную продажу табачных изделий. Эти изделия все еще можно найти в аэропортах и других магазинах беспошлинной торговли, но они продаются с включенными в их стоимость акцизными налогами.

III. Целевое ассигнование (часть налогов или поступлений от налогов, выделяемая на здравоохранение и/или борьбу против табака). Налоги могут служить источником значительного объема доходов. Одним из способов устранения негативных внешних последствий употребления табака могло бы стать повышение налогов с целью сокращения потребления табака и финансирования здравоохранения, которое часто недофинансируется и подвергается существенной нагрузке из-за потребления табака населением (см. таблицу 9.3 Приложения IX в Интернете).

7. Оценки ценовой доступности сигарет (см. таблицу 9.5 Приложения IX в Интернете)

Ценовая доступность сигарет в 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 и 2018 годах измерялась внутренним валовым продуктом на душу населения, необходимым для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, о которой сообщалось в конкретном году. Анализ ценовой доступности сигарет в настоящем докладе дает следующую информацию:

- Индекс ценовой доступности (% ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет): более высокое значение индекса в разных странах указывает на то, что сигареты там сравнительно дороже по отношению к доходам населения.
- Стали ли сигареты относительно более доступными по цене за период с 2008 по 2018 год (изменение индекса ценовой доступности, как указано выше): по мере снижения ценовой доступности сигарет сокращается их потребление.

Оценки ВВП на душу населения в единицах местной валюты были взяты из базы данных МВФ «Перспективы развития мировой экономики» (WEO), которая содержит полный ряд оценок для большинства из 195 стран, по которым были представлены данные. В тех случаях, когда данные о ВВП на душу населения отсутствовали в базе данных WEO (Андорра, Куба, оккупированная палестинская территория, включая Восточный Иерусалим, и Сомали), использовались ряды данных Всемирного банка о ВВП на душу населения. В случае Островов Кука использовались государственные данные. Для каждой пары «страна-год» валюта, указанная для самого продаваемого бренда, была пересчитана в соответствующую валюту для получения ряда данных о ВВП, и при необходимости были выполнены конверсии и корректировки обменных курсов (Беларусь, Замбия, Камбоджа, Латвия, Либерия, Литва, Туркменистан и Эстония) для выравнивания двух рядов данных.

Чтобы оценить, изменилась ли ценовая доступность сигарет в среднем с 2008 года, ее среднегодовое процентное изменение было рассчитано по методу наименьших квадратов как ее темп роста для всех стран с данными за четыре или более лет, включая данные за 2018 год. Этот критерий автоматически исключал страны, где использовались оценки ВВП на душу населения Всемирного банка, учитывая, что на момент проведения анализа ряд оценок закончился 2017 годом.

Ценовая доступность сигарет оценивалась как неизменная, если рассчитанное по методу наименьших квадратов изменение ВВП на душу населения, необходимого для покупки 2000 сигарет (то есть 100 пачек по 20 сигарет), не было статистически значимым при уровне 5%. Сигареты считались в среднем менее (более) доступными в ценовом отношении, если рассчитанное по методу наименьших квадратов изменение ВВП на душу населения, необходимого для покупки 2000 сигарет, было положительным (отрицательным) и статистически значимо отличалось от нуля при уровне 5%.

[1] Импортные пошлины могут меняться в зависимости от страны происхождения в случаях преференциальных торговых соглашений. ВОЗ пыталась определить происхождение табачной упаковки и обоснованность использования таких ставок налога, когда это было возможно.

[2] https://comtrade.un.org/

[3] Или S_{av} = (Tav % × M*) ÷ P, если адвалорный налог применялся только к стоимости поставки на условиях СИФ, а не к стоимости СИФ + импортная пошлина.

[4] Паспорт компании Euromonitor International, 2018 год.

[5] За исключением Финляндии, где использовалась средневзвешенная цена сигарет за 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 и 2018 годы.

ПРИЛОЖЕНИЕ I: СВОДНЫЕ ДАННЫЕ О ПРИМЕНЕНИИ МЕР MPOWER ПО РЕГИОНАМ

В Приложении I содержится обзор отдельных мер борьбы против табака. По каждому региону ВОЗ представлены обзорные таблицы, которые включают в себя информацию о мониторинге и распространенности курения, создании среды, свободной от табачного дыма, лечении табачной зависимости, предупреждениях о вреде для здоровья на табачных упаковках, антитабачных кампаниях в средствах массовой информации, запретах на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, размерах налогообложения, а также о ценовой доступности табачных изделий, основанную на методологии, изложенной в Техническом примечании I.

Во многих, но не во всех случаях, данные на уровне стран были представлены с приложением подтверждающих документов, таких как законы, нормативные положения, политические документы и т.д. ВОЗ проанализировала имеющиеся документы, и в настоящем приложении приводятся сводные показатели или индикаторы достижений стран по каждой из шести мер MPOWER. Подробная информация, включая детализированные сноски по каждому из показателей, содержится в Приложении II — в отношении лечения табачной зависимости, в Приложении VI — в отношении создания среды, свободной от табачного дыма, предупреждений о вреде для здоровья на табачных упаковках, антитабачных кампаний в средствах массовой информации, запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, а также в Приложение IX — в отношении налогообложения и ценовой доступности табачных изделий. Важно отметить, что данные о законодательстве отражают статус законов, принятых до 31 декабря 2018 года, имеющих заявленную дату вступления в силу и не подвергающихся юридическому оспариванию, которое могло бы повлиять на эту дату.

Сводные показатели, разработанные для *Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2019 г.* являются такими же, как и те, что использовались для доклада за 2017 год. Методология, использованная для расчета каждого показателя, описана в Техническом примечании I. Тем не менее, этот аналитический обзор не является тщательным и полным правовым анализом законодательства каждой страны. За исключением среды, свободной от табачного дыма, и запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, данные собирались только на национальном/федеральном уровне, и поэтому не полностью отражают меры, осуществляемые государствами-членами, в которых активная роль в борьбе против табака принадлежит субнациональным органам власти.

Показатель распространенности ежедневного курения среди населения в возрасте 15 лет и старше в 2017 году является показателем, смоделированным ВОЗ на основании данных опросов о потреблении табака, опубликованных государствами-членами. Курение табака является одним из наиболее широко представленных показателей в проводимых странами опросах. Расчет оценок ВОЗ для возможности их сравнения между странами описан в Техническом примечании II.

Африка

Таблица 1.1
Сводные данные о применении мер MPOWER

. . . Данные не представлены/ отсутствуют.

— Данные не требуются/ неприменимы.

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА: СОБЛЮДЕНИЕ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СОБЛЮДЕНИЮ ЗАКОНОВ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ

- Высокая степень соблюдения (от 8/10 до 10/10)
- Умеренное соблюдение (от 3/10 до 7/10)
- Минимальное соблюдение (от 0/10 до 2/10)

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

☆ В стране есть один или несколько типов общественных мест, в которых разрешено организовывать помещения, специально предназначенные для курения. Отдельные, полностью изолированные помещения для курения разрешены, если они имеют отдельную вентиляцию с выходом во внешнюю среду, и/или в них поддерживается более низкий уровень давления по отношению к прилегающим зонам. Учитывая сложность соблюдения очень строгих требований, установленных для таких помещений, их организация кажется практически невозможной, но в настоящее время нет надежных фактических данных, позволяющих установить, были ли они сооружены.

⊙ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

▲▼ Изменение значений показателей POWER, увеличение или снижение, в период с 2016 по 2018 год. Некоторые данные за 2016 год были пересмотрены в 2018 году. Принципы группировки 2018 года были применены к обоим годам.

ПОКАЗАТЕЛЬ 2018 ГОДА И СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ

СТРАНА	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (2017 ГОД)	M МОНИТОРИНГ	P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ		E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R	
			ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ		ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ	СМИ	ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ	НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ	СИГАРЕТЫ СТАЛИ МЕНЕЕ ДОСТУПНЫМИ В ЦЕНОВОМ ОТНОШЕНИИ ПОСЛЕ 2008 ГОДА
Алжир	12%		IIIII				IIIII	34,2%	ДА
Ангола	. . .		. . .				—	23,7%	ДА
Бенин	5%		IIIII				IIIIIIII	4,9%	НЕТ
Ботсвана	15%		—				. . .	49,9%	↔
Буркина-Фасо	11%		IIII				IIIIII	41,6%	↔
Бурунди	7%		—				—	42,8%	↔
Габон	. . .		IIIII				IIIIIII	23,1%	↔
Гамбия	10%		–				IIIIIII	46,3%	ДА
Гана	3%		— I				IIIIIIII	31,3%	НЕТ
Гвинея	. . .		. . .				. . .	…	…
Гвинея-Бисау	. . .		—				—	6,8%	↔
Демократическая Республика Конго	. . .				⊙		— ⊙	38,7%	НЕТ
Замбия	10%		III				—	41,2%	↔
Зимбабве	11%		IIII				—	35,9%	ДА
Кабо-Верде	. . .		IIIII				IIIIII	11,2%	НЕТ
Камерун	6%		. . .		⊙		. . .	21,3%	НЕТ
Кения	8%		—				IIIIIIIII	52,3%	НЕТ
Коморские Острова	11%		III				IIIIII	37,3%	↔
Конго	9%		I				IIIIIII	37,1%	↔
Кот-д'Ивуар	9%		—				—	33,3%	НЕТ
Лесото	21%		. . .				—	50,9%	НЕТ
Либерия	6%		—				—	34,8%	↔
Маврикий	16%		IIIIII				IIIIIIII	83,5%	ДА
Мавритания	. . .		I		⊙		—	9,6%	НЕТ
Мадагаскар	16%		IIII				IIIIIIII	80,4%	ДА
Малави	8%		—				—	. . .	. . .
Мали	10%		—				IIIIII	27,7%	НЕТ
Мозамбик	11%						IIIIIIIII	28,5%	ДА
Намибия	13%		IIIIII				IIIIIIIII	44,1%	↔
Нигер	5%		III				IIIIIIIII	31,3%	↔
Нигерия	3%		—				III	29,7%	НЕТ
Объединенная Республика Танзания	8%		— I				. . .	32,1%	↔
Руанда	9%		—				IIIIIIII	55,9%	НЕТ
Сан-Томе и Принсипи	4%		— I				IIIIIIII	40,4%	НЕТ
Сейшельские Острова	16%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	70,1%	↔
Сенегал	6%		IIII I				IIIIII	38,2%	ДА
Сьерра-Леоне	19%		—				—	18,6%	↔
Того	6%		IIIIIIIII I				IIIIIIIII	22,0%	↔
Уганда	5%		III				IIIIII	39,9%	ДА
Центральноафриканская Республика	. . .		—				—	41,5%	↔
Чад	7%		III				IIIIIII	34,1%	ДА
Экваториальная Гвинея	. . .		—				—	25,3%	↔
Эритрея	5%		—				. . .	55,4%	↔
Эсватини	6%		—				IIIIIIIII	52,7%	НЕТ
Эфиопия	2%		IIIII I				IIIII	18,8%	НЕТ
Южная Африка	17%		—				. . .	54,6%	↔
Южный Судан	. . .		—				—	. . .	. . .

ИЗМЕНЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ

P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ	E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ
ИЗМЕНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ POWER, УВЕЛИЧЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ				
	▲			
▲	▼		▲	
	▲			
▲		▲	▲	
				▼
▲			▲	▼
	▼			
	▼			
		▲	▲	
	▲			
		▲		
	▲			
			▲	
				▲
				▲
		▲	▲	
	▲			
				▲
	▼			
	▼			
	▼			
	▼			
	▼			
				▲
				▲

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ*: ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПО ВОЗРАСТУ (ОБА ПОЛА В СОВОКУПНОСТИ), 2017 ГОД

- . . . Данные отсутствуют
- 30% или более
- От 20% до 29,9%
- От 15% до 19,9%
- Менее 15%

* Данные должны использоваться исключительно для проведения сравнения между странами и не должны быть использованы для оценки абсолютного числа ежедневных курильщиков табака в стране.

МОНИТОРИНГ: ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ

- Нет известных или недавних данных, либо данные не являются недавними и репрезентативными
- Недавние и репрезентативные данные по взрослым или по молодежи
- Недавние и репрезентативные данные как по взрослым, так и по молодежи
- Недавние, репрезентативные и периодические данные как по взрослым, так и по молодежи

ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА: ЗАПРЕТЫ НА КУРЕНИЕ

- Данные не представлены/не разбиты по категориям
- Полное отсутствие запрета, или до двух категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- От трех до пяти категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- От шести до семи категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- Все общественные места полностью свободны от табачного дыма (или не менее 90% населения охвачено полным субнациональным законодательством об обеспечении бездымной среды)

ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

- Данные не представлены
- Услуги для бросающих курить отсутствуют
- Никотинзаместительная терапия (НЗТ) и/или некоторые услуги для бросающих курить (и то и другое без компенсации затрат)
- НЗТ и/или некоторые услуги для бросающих курить (либо то, либо другое с компенсацией затрат)
- Общенациональная телефонная служба помощи для бросающих курить, а также НЗТ и некоторые услуги для бросающих курить (с компенсацией затрат)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НА ПАЧКАХ СИГАРЕТ

- Данные не представлены
- Предупреждения отсутствуют или имеют небольшой размер
- Предупреждения имеют средний размер, но в них отсутствуют некоторые или многие требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют многие требуемые характеристики
- Предупреждения имеют средний размер и содержат все требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют некоторые требуемые характеристики
- Предупреждения имеют большой размер и содержат все требуемые характеристики

СМИ: АНТИТАБАЧНЫЕ РЕКЛАМНЫЕ КАМПАНИИ

- Данные не представлены
- В период с июля 2016 года по июнь 2018 года национальные кампании продолжительностью не менее трех недель не проводились
- Проведенная национальная кампания имела от одной до четырех требуемых характеристик
- Проведенная национальная кампания имела пять-шесть требуемых характеристик или семь характеристик, за исключением трансляции на телевидении и/или радио
- Проведенная национальная кампания имела не менее семи требуемых характеристик, включая трансляцию на телевидении и/или радио

ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ: ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ

- Данные не представлены
- Полное отсутствие запрета или запрет, не распространяющийся на национальное телевидение, радио и печатные СМИ
- Запрет касается только национального телевидения, радио и печатных СМИ
- Запрет распространяется на национальное телевидение, радио и печатные СМИ, а также на определенные, но не на все виды прямой и/или косвенной рекламы
- Запрет на все виды прямой и косвенной рекламы (или не менее 90% населения, охваченного полными субнациональными запретами)

НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ: ДОЛЯ СОВОКУПНЫХ НАЛОГОВ В РОЗНИЧНОЙ ЦЕНЕ САМОЙ ШИРОКО ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ

- Данные не представлены
- Налог составляет <25% от розничной цены
- Налог составляет ≥25% и <50% от розничной цены
- Налог составляет ≥50% и <75% от розничной цены
- Налог составляет ≥75% от розничной цены

ЦЕНОВАЯ ДОСТУПНОСТЬ СИГАРЕТ

- ДА — Сигареты менее доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем увеличился
- НЕТ — Сигареты более доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем снизился
- ↔ — С 2008 года не наблюдается никаких изменений в ценовой доступности сигарет
- . . . — Недостаточно данных для анализа тенденций изменения ценовой доступности

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИЙ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ТЕХНИЧЕСКОМ ПРИМЕЧАНИИ I

Америка

Таблица 1.2
Сводные данные о применении мер MPOWER

. . . Данные не представлены/ отсутствуют.

— Данные не требуются/ неприменимы.

[1] Правительство Канады в течение отчетного периода не проводило общенациональных кампаний в СМИ. Однако кампании в средствах массовой информации были проведены в трех провинциях Канады.

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА: СОБЛЮДЕНИЕ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СОБЛЮДЕНИЮ ЗАКОНОВ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ

- Высокая степень соблюдения (от 8/10 до 10/10)
- Умеренное соблюдение (от 3/10 до 7/10)
- Минимальное соблюдение (от 0/10 до 2/10)

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

☆ В стране есть один или несколько типов общественных мест, в которых разрешено организовывать помещения, специально предназначенные для курения. Отдельные, полностью изолированные помещения для курения разрешены, если они имеют отдельную вентиляцию с выходом во внешнюю среду, и/или в них поддерживается более низкий уровень давления по отношению к прилегающим зонам. Учитывая сложность соблюдения очень строгих требований, установленных для таких помещений, их организация кажется практически невозможной, но в настоящее время нет надежных фактических данных, позволяющих установить, были ли они сооружены.

⊙ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

▲▼ Изменение значений показателей POWER, увеличение или снижение, в период с 2016 по 2018 год. Некоторые данные за 2016 год были пересмотрены в 2018 году. Принципы группировки 2018 года были применены к обоим годам.

ПОКАЗАТЕЛЬ 2018 ГОДА И СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ

СТРАНА	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (2017 ГОД)	M МОНИТОРИНГ	P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ		E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R	
			ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ		ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ	СМИ	ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ	НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ	СИГАРЕТЫ СТАЛИ МЕНЕЕ ДОСТУПНЫМИ В ЦЕНОВОМ ОТНОШЕНИИ ПОСЛЕ 2008 ГОДА
Антигуа и Барбуда	. . .		I				—	13,3%	↔
Аргентина	16%		IIIIIIII				IIIIIIII	76,2%	ДА
Багамские Острова	8%		—				. . .	. . .	. . .
Барбадос	5%		IIIIIIIII				—	47,1%	ДА
Белиз	. . .		—				—	43,6%	НЕТ
Боливия (Многонациональное Государство)	. . .		II				II	36,8%	↔
Бразилия	11%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	83,0%	↔
Венесуэла (Боливарианская Республика)	. . .		IIIIIIII				IIIIIIIIII	73,0%	. . .
Гайана	11%		IIIIIII		⊙		IIIIII	27,5%	НЕТ
Гаити	6%		—				—	. . .	. . .
Гватемала	. . .		IIIII				III	49,0%	↔
Гондурас	. . .		IIIIIIIII				IIIIII	33,4%	ДА
Гренада	. . .		—				—	44,0%	↔
Доминика	. . .		—				—	23,6%	↔
Доминиканская Республика	7%		III				—	51,1%	НЕТ
Канада[1]	10%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	64,3%	ДА
Колумбия	5%		IIIIIII				IIIIIII	78,4%	↔
Коста-Рика	6%		IIIII				IIIII	55,1%	ДА
Куба	19%		IIII				—	70,2%	. . .
Мексика	8%		IIII I				IIIII	67,0%	↔
Никарагуа	. . .		IIIII				IIIIIII	40,2%	↔
Панама	3%		IIIIIII				IIIIIII	56,5%	↔
Парагвай	9%		IIIII				IIIII	17,4%	↔
Перу	7%		IIIIII				IIIIII	49,0%	ДА
Сальвадор	6%		III				IIIIIII	47,5%	↔
Сент-Винсент и Гренадины	. . .		—				—	16,9%	↔
Сент-Китс и Невис	. . .		—				—	19,8%	↔
Сент-Люсия	. . .		. . .				—	51,2%	↔
Соединенные Штаты Америки	14%		. . .				. . .	43,0%	↔
Суринам	. . .		IIIII				IIIIIIII	47,6%	ДА
Тринидад и Тобаго	. . .		IIIIIIIII		⊙		IIIIIIII	25,7%	ДА
Уругвай	18%		IIIIIIIII				IIIIIIII	66,1%	↔
Чили	32%		IIIIIIII				IIIIIIIII	82,4%	ДА
Эквадор	. . .		IIIIIIII				IIIIIII	70,0%	ДА
Ямайка	8%		IIIIIIII				IIIIIIII	43,6%	ДА

ИЗМЕНЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ

P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ	E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ
ИЗМЕНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ POWER, УВЕЛИЧЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ				
▲		▲	▲	
		▲		
	▼			
				▲
▲		▲	▲	▲
		▲		
	▼			
				▲
	▼			
▲				
				▼
		▲		
				▼

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ*: ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПО ВОЗРАСТУ (ОБА ПОЛА В СОВОКУПНОСТИ), 2017 ГОД

- . . . Данные отсутствуют
- 30% или более
- От 20% до 29,9%
- От 15% до 19,9%
- Менее 15%

* Данные должны использоваться исключительно для проведения сравнения между странами и не должны быть использованы для оценки абсолютного числа ежедневных курильщиков табака в стране.

МОНИТОРИНГ: ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ

- Нет известных или недавних данных, либо данные не являются недавними и репрезентативными
- Недавние и репрезентативные данные по взрослым или по молодежи
- Недавние и репрезентативные данные как по взрослым, так и по молодежи
- Недавние, репрезентативные и периодические данные как по взрослым, так и по молодежи

ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА: ЗАПРЕТЫ НА КУРЕНИЕ

- Данные не представлены/не разбиты по категориям
- Полное отсутствие запрета, или до двух категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- От трех до пяти категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- От шести до семи категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- Все общественные места полностью свободны от табачного дыма (или не менее 90% населения охвачено полным субнациональным законодательством об обеспечении бездымной среды)

ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

- Данные не представлены
- Услуги для бросающих курить отсутствуют
- Никотинзаместительная терапия (НЗТ) и/или некоторые услуги для бросающих курить (и то и другое без компенсации затрат)
- НЗТ и/или некоторые услуги для бросающих курить (либо то, либо другое с компенсацией затрат)
- Общенациональная телефонная служба помощи для бросающих курить, а также НЗТ и некоторые услуги для бросающих курить (с компенсацией затрат)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НА ПАЧКАХ СИГАРЕТ

- Данные не представлены
- Предупреждения отсутствуют или имеют небольшой размер
- Предупреждения имеют средний размер, но в них отсутствуют некоторые или многие требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют многие требуемые характеристики
- Предупреждения имеют средний размер и содержат все требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют некоторые требуемые характеристики
- Предупреждения имеют большой размер и содержат все требуемые характеристики

СМИ: АНТИТАБАЧНЫЕ РЕКЛАМНЫЕ КАМПАНИИ

- Данные не представлены
- В период с июля 2016 года по июнь 2018 года национальные кампании продолжительностью не менее трех недель не проводились
- Проведенная национальная кампания имела от одной до четырех требуемых характеристик
- Проведенная национальная кампания имела пять-шесть требуемых характеристик или семь характеристик, за исключением трансляции на телевидении и/или радио
- Проведенная национальная кампания имела не менее семи требуемых характеристик, включая трансляцию на телевидении и/или радио

ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ: ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ

- Данные не представлены
- Полное отсутствие запрета или запрет, не распространяющийся на национальное телевидение, радио и печатные СМИ
- Запрет касается только национального телевидения, радио и печатных СМИ
- Запрет распространяется на национальное телевидение, радио и печатные СМИ, а также на определенные, но не на все виды прямой и/или косвенной рекламы
- Запрет на все виды прямой и косвенной рекламы (или не менее 90% населения, охваченного полными субнациональными запретами)

НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ: ДОЛЯ СОВОКУПНЫХ НАЛОГОВ В РОЗНИЧНОЙ ЦЕНЕ САМОЙ ШИРОКО ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ

- Данные не представлены
- Налог составляет <25% от розничной цены
- Налог составляет ≥25% и <50% от розничной цены
- Налог составляет ≥50% и <75% от розничной цены
- Налог составляет ≥75% от розничной цены

ЦЕНОВАЯ ДОСТУПНОСТЬ СИГАРЕТ

- ДА — Сигареты менее доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем увеличился
- НЕТ — Сигареты более доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем снизился
- ↔ — С 2008 года не наблюдается никаких изменений в ценовой доступности сигарет
- . . . — Недостаточно данных для анализа тенденций изменения ценовой доступности

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИЙ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ТЕХНИЧЕСКОМ ПРИМЕЧАНИИ I

Юго-Восточная Азия

Таблица 1.3
Сводные данные о применении мер MPOWER

. . . Данные не представлены/ отсутствуют.

— Данные не требуются/ неприменимы.

[1] Производство и продажа табачных изделий запрещены. Однако на всех табачных изделиях, ввозимых для личного потребления, должна быть указана страна происхождения, и должны быть нанесены предупреждения о вреде для здоровья.

ПОКАЗАТЕЛЬ 2018 ГОДА И СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ

СТРАНА	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (2017 ГОД)	M МОНИТОРИНГ	P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ		E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R	
			ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ		ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ	СМИ	ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ	НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ	СИГАРЕТЫ СТАЛИ МЕНЕЕ ДОСТУПНЫМИ В ЦЕНОВОМ ОТНОШЕНИИ ПОСЛЕ 2008 ГОДА
Бангладеш	19%		IIIIII				IIIIII	71,0%	ДА
Бутан[1]	. . .		IIIIIIIII				IIIIIIIII	—	—
Индия	10%		IIIIIII I				IIIIIII	54,0%	ДА
Индонезия	28%		IIII					58,5%	↔
Корейская Народно-Демократическая Республика	13%		IIIII				—	0,0%	. . .
Мальдивские Острова	. . .		I				IIII	68,7%	ДА
Мьянма	16%		IIIII				IIIIII	32,5%	НЕТ
Непал	15%		IIIII				IIIIIII	30,0%	↔
Таиланд	17%		IIIII				IIIIII	78,6%	↔
Тимор-Лешти	28%		IIIIII				IIIIIII	21,8%	ДА
Шри-Ланка	10%		IIIIIIII				IIIIIIII	66,2%	ДА

ИЗМЕНЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ

P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ	E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ
ИЗМЕНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ POWER, УВЕЛИЧЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ				
				▲
	▲	▲		▼

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА: СОБЛЮДЕНИЕ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СОБЛЮДЕНИЮ ЗАКОНОВ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ

IIIIIIIII IIIIIIIII IIIIIIII	Высокая степень соблюдения (от 8/10 до 10/10)
IIIIIII IIIIII IIIII IIII III	Умеренное соблюдение (от 3/10 до 7/10)
II I	Минимальное соблюдение (от 0/10 до 2/10)

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

☆	В стране есть один или несколько типов общественных мест, в которых разрешено организовывать помещения, специально предназначенные для курения. Отдельные, полностью изолированные помещения для курения разрешены, если они имеют отдельную вентиляцию с выходом во внешнюю среду, и/или в них поддерживается более низкий уровень давления по отношению к прилегающим зонам. Учитывая сложность соблюдения очень строгих требований, установленных для таких помещений, их организация кажется практически невозможной, но в настоящее время нет надежных фактических данных, позволяющих установить, были ли они сооружены.
⦿	Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.
▲▼	Изменение значений показателей POWER, увеличение или снижение, в период с 2016 по 2018 год. Некоторые данные за 2016 год были пересмотрены в 2018 году. Принципы группировки 2018 года были применены к обоим годам.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ*: ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПО ВОЗРАСТУ (ОБА ПОЛА В СОВОКУПНОСТИ), 2017 ГОД

. . .	Данные отсутствуют
	30% или более
	От 20% до 29,9%
	От 15% до 19,9%
	Менее 15%

* Данные должны использоваться исключительно для проведения сравнения между странами и не должны быть использованы для оценки абсолютного числа ежедневных курильщиков табака в стране.

МОНИТОРИНГ: ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ

	Нет известных или недавних данных, либо данные не являются недавними и репрезентативными
	Недавние и репрезентативные данные по взрослым или по молодежи
	Недавние и репрезентативные данные как по взрослым, так и по молодежи
	Недавние, репрезентативные и периодические данные как по взрослым, так и по молодежи

ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА: ЗАПРЕТЫ НА КУРЕНИЕ

	Данные не представлены/не разбиты по категориям
	Полное отсутствие запрета, или до двух категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	От трех до пяти категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	От шести до семи категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	Все общественные места полностью свободны от табачного дыма (или не менее 90% населения охвачено полным субнациональным законодательством об обеспечении бездымной среды)

ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

	Данные не представлены
	Услуги для бросающих курить отсутствуют
	Никотинзаместительная терапия (НЗТ) и/или некоторые услуги для бросающих курить (и то и другое без компенсации затрат)
	НЗТ и/или некоторые услуги для бросающих курить (либо то, либо другое с компенсацией затрат)
	Общенациональная телефонная служба помощи для бросающих курить, а также НЗТ и некоторые услуги для бросающих курить (с компенсацией затрат)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НА ПАЧКАХ СИГАРЕТ

	Данные не представлены
	Предупреждения отсутствуют или имеют небольшой размер
	Предупреждения имеют средний размер, но в них отсутствуют некоторые или многие требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют многие требуемые характеристики
	Предупреждения имеют средний размер и содержат все требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют некоторые требуемые характеристики
	Предупреждения имеют большой размер и содержат все требуемые характеристики

СМИ: АНТИТАБАЧНЫЕ РЕКЛАМНЫЕ КАМПАНИИ

	Данные не представлены
	В период с июля 2016 года по июнь 2018 года национальные кампании продолжительностью не менее трех недель не проводились
	Проведенная национальная кампания имела от одной до четырех требуемых характеристик
	Проведенная национальная кампания имела пять-шесть требуемых характеристик или семь характеристик, за исключением трансляции на телевидении и/или радио
	Проведенная национальная кампания имела не менее семи требуемых характеристик, включая трансляцию на телевидении и/или радио

ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ: ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ

	Данные не представлены
	Полное отсутствие запрета или запрет, не распространяющийся на национальное телевидение, радио и печатные СМИ
	Запрет касается только национального телевидения, радио и печатных СМИ
	Запрет распространяется на национальное телевидение, радио и печатные СМИ, а также на определенные, но не на все виды прямой и/или косвенной рекламы
	Запрет на все виды прямой и косвенной рекламы (или не менее 90% населения, охваченного полными субнациональными запретами)

НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ: ДОЛЯ СОВОКУПНЫХ НАЛОГОВ В РОЗНИЧНОЙ ЦЕНЕ САМОЙ ШИРОКО ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ

	Данные не представлены
	Налог составляет <25% от розничной цены
	Налог составляет ≥25% и <50% от розничной цены
	Налог составляет ≥50% и <75% от розничной цены
	Налог составляет ≥75% от розничной цены

ЦЕНОВАЯ ДОСТУПНОСТЬ СИГАРЕТ

ДА	Сигареты менее доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем увеличился
НЕТ	Сигареты более доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем снизился
↔	С 2008 года не наблюдается никаких изменений в ценовой доступности сигарет
. . .	Недостаточно данных для анализа тенденций изменения ценовой доступности

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИЙ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ТЕХНИЧЕСКОМ ПРИМЕЧАНИИ I

Европа

Таблица 1.4
Сводные данные о применении мер MPOWER

. . . Данные не представлены/ отсутствуют.

— Данные не требуются/ неприменимы.

[1] Заявленное соблюдение представляет собой рассчитанное среднее значение оценки двух экспертов из Федерации Боснии и Герцеговины и одного эксперта из Республики Сербской.

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА: СОБЛЮДЕНИЕ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СОБЛЮДЕНИЮ ЗАКОНОВ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ

- Высокая степень соблюдения (от 8/10 до 10/10)
- Умеренное соблюдение (от 3/10 до 7/10)
- Минимальное соблюдение (от 0/10 до 2/10)

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

☆ В стране есть один или несколько типов общественных мест, в которых разрешено организовывать помещения, специально предназначенные для курения. Отдельные, полностью изолированные помещения для курения разрешены, если они имеют отдельную вентиляцию с выходом во внешнюю среду, и/или в них поддерживается более низкий уровень давления по отношению к прилегающим зонам. Учитывая сложность соблюдения очень строгих требований, установленных для таких помещений, их организация кажется практически невозможной, но в настоящее время нет надежных фактических данных, позволяющих установить, были ли они сооружены.

⊙ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

▲▼ Изменение значений показателей POWER, увеличение или снижение, в период с 2016 по 2018 год. Некоторые данные за 2016 год были пересмотрены в 2018 году. Принципы группировки 2018 года были применены к обоим годам.

ПОКАЗАТЕЛЬ 2018 ГОДА И СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ

СТРАНА	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (2017 ГОД)	M МОНИТОРИНГ	P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ		E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R	
			ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ		ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ	СМИ	ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ	НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ	СИГАРЕТЫ СТАЛИ МЕНЕЕ ДОСТУПНЫМИ В ЦЕНОВОМ ОТНОШЕНИИ ПОСЛЕ 2008 ГОДА
Австрия	23%		IIIII				IIIIIIII	75,3%	ДА
Азербайджан	17%		III I				IIIIIIII	35,3%	↔
Албания	23%		IIIII				IIIIIIIII	67,2%	ДА
Андорра	28%		IIIIIII I				—	79,3%	. . .
Армения	25%		III				IIII	38,1%	НЕТ
Беларусь	24%		—				IIIIII	50,9%	ДА
Бельгия	21%		IIIIIIII I				IIIIIIIII	77,0%	ДА
Болгария	31%		IIIIIII				IIIIIIII	83,6%	↔
Босния и Герцеговина[1]	32%		—				IIIIIII	83,8%	ДА
Венгрия	26%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	72,3%	ДА
Германия	22%		—				IIIIIII	68,3%	ДА
Греция	31%		IIIIIIIII				IIIIIII	81,2%	ДА
Грузия	25%		—				IIIIIII	71,2%	↔
Дания	15%		IIIIIII				IIIIIII	74,1%	↔
Израиль	21%		. . .				. . .	75,9%	ДА
Ирландия	20%		IIIIIIIII				IIIIIIII	78,4%	↔
Исландия	11%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	55,5%	↔
Испания	24%		IIIIIIIII				IIIIIIII	78,2%	ДА
Италия	19%		— I				IIIIIIII	76,0%	ДА
Казахстан	17%		IIIIIIII				IIIIIIII	52,4%	ДА
Кипр	30%		. . .				. . .	74,4%	ДА
Киргизия	21%		II				IIII	48,6%	↔
Латвия	31%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	80,0%	↔
Литва	22%		IIIIIIII				IIIIIIIII	73,8%	↔
Люксембург	17%		IIIIIIII I				IIIIIIIII	68,3%	ДА
Мальта	20%		IIIIIIII				IIIIIIIII	77,6%	НЕТ
Молдова	21%		IIIIIII				IIIIIII	58,0%	ДА
Монако	. . .		. . .I				—	. . .	. . .
Нидерланды	18%		—				IIIIIIII	71,8%	ДА
Норвегия	13%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	64,0%	ДА
Польша	23%		...				. . .	76,8%	ДА
Португалия	22%		IIIIIII I				IIIIII	71,7%	ДА
Российская Федерация	27%		IIIIII				IIIIII	57,7%	ДА
Румыния	23%		IIIIIIII				IIIIIIII	68,6%	↔
Сан-Марино	. . .		. . . I				. . .	. . .	. . .
Северная Македония	. . .		IIIIIII				IIIIIIII	81,3%	↔
Сербия	33%		IIII				IIIII	77,3%	ДА
Словакия	24%		IIIIIII				IIIIIIIII	77,1%	ДА
Словения	20%		IIIIIIII I				IIIIIIIII	79,2%	ДА
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	17%		IIIIIIIII				. . .	79,4%	ДА
Таджикистан	. . .		IIII				IIIIIII	42,3%	↔
Туркменистан	. . .		IIIIIIII				IIIIIIIII	32,4%	ДА
Турция	25%		IIIIIII				IIIIII	81,4%	ДА
Узбекистан	10%		IIII				IIIIIIII	44,7%	↔
Украина	23%		IIIIIII				IIIIIIII	74,7%	ДА
Финляндия	15%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	87,4%	ДА
Франция	28%		IIII I				IIIIIIII	82,4%	ДА
Хорватия	30%		IIIIIIII I				IIIIIIII	78,8%	ДА
Черногория	. . .		II				IIIIII	81,4%	ДА
Чешская Республика	24%		IIIIIIII				IIIIIIII	75,4%	ДА
Швеция	10%		—				. . .	68,4%	ДА
Швейцария	20%		—				IIIIII	60,3%	ДА
Эстония	24%		IIIIII				IIIIIII	79,4%	ДА

ИЗМЕНЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ

P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ	E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ
ИЗМЕНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ POWER, УВЕЛИЧЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ				
			▲	▲
				▲
				▲
▲		▲	▲	
	▼			
		▲		
				▲
		▲		▼
				▼
▲		▲		
	▼			
				▼
▲		▲		
	▼			▲
	▲			
	▲			
	▼			

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ*: ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПО ВОЗРАСТУ (ОБА ПОЛА В СОВОКУПНОСТИ), 2017 ГОД

. . .	Данные отсутствуют
	30% или более
	От 20% до 29,9%
	От 15% до 19,9%
	Менее 15%

* Данные должны использоваться исключительно для проведения сравнения между странами и не должны быть использованы для оценки абсолютного числа ежедневных курильщиков табака в стране.

МОНИТОРИНГ: ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ

	Нет известных или недавних данных, либо данные не являются недавними и репрезентативными
	Недавние и репрезентативные данные по взрослым или по молодежи
	Недавние и репрезентативные данные как по взрослым, так и по молодежи
	Недавние, репрезентативные и периодические данные как по взрослым, так и по молодежи

ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА: ЗАПРЕТЫ НА КУРЕНИЕ

	Данные не представлены/не разбиты по категориям
	Полное отсутствие запрета, или до двух категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	От трех до пяти категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	От шести до семи категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	Все общественные места полностью свободны от табачного дыма (или не менее 90% населения охвачено полным субнациональным законодательством об обеспечении бездымной среды)

ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

	Данные не представлены
	Услуги для бросающих курить отсутствуют
	Никотинзаместительная терапия (НЗТ) и/или некоторые услуги для бросающих курить (и то и другое без компенсации затрат)
	НЗТ и/или некоторые услуги для бросающих курить (либо то, либо другое с компенсацией затрат)
	Общенациональная телефонная служба помощи для бросающих курить, а также НЗТ и некоторые услуги для бросающих курить (с компенсацией затрат)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НА ПАЧКАХ СИГАРЕТ

	Данные не представлены
	Предупреждения отсутствуют или имеют небольшой размер
	Предупреждения имеют средний размер, но в них отсутствуют некоторые или многие требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют многие требуемые характеристики
	Предупреждения имеют средний размер и содержат все требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют некоторые требуемые характеристики
	Предупреждения имеют большой размер и содержат все требуемые характеристики

СМИ: АНТИТАБАЧНЫЕ РЕКЛАМНЫЕ КАМПАНИИ

	Данные не представлены
	В период с июля 2016 года по июнь 2018 года национальные кампании продолжительностью не менее трех недель не проводились
	Проведенная национальная кампания имела от одной до четырех требуемых характеристик
	Проведенная национальная кампания имела пять-шесть требуемых характеристик или семь характеристик, за исключением трансляции на телевидении и/или радио
	Проведенная национальная кампания имела не менее семи требуемых характеристик, включая трансляцию на телевидении и/или радио

ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ: ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ

	Данные не представлены
	Полное отсутствие запрета или запрет, не распространяющийся на национальное телевидение, радио и печатные СМИ
	Запрет касается только национального телевидения, радио и печатных СМИ
	Запрет распространяется на национальное телевидение, радио и печатные СМИ, а также на определенные, но не на все виды прямой и/или косвенной рекламы
	Запрет на все виды прямой и косвенной рекламы (или не менее 90% населения, охваченного полными субнациональными запретами)

НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ: ДОЛЯ СОВОКУПНЫХ НАЛОГОВ В РОЗНИЧНОЙ ЦЕНЕ САМОЙ ШИРОКО ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ

	Данные не представлены
	Налог составляет <25% от розничной цены
	Налог составляет ≥25% и <50% от розничной цены
	Налог составляет ≥50% и <75% от розничной цены
	Налог составляет ≥75% от розничной цены

ЦЕНОВАЯ ДОСТУПНОСТЬ СИГАРЕТ

ДА	Сигареты менее доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем увеличился
НЕТ	Сигареты более доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем снизился
↔	С 2008 года не наблюдается никаких изменений в ценовой доступности сигарет
. . .	Недостаточно данных для анализа тенденций изменения ценовой доступности

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИЙ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ТЕХНИЧЕСКОМ ПРИМЕЧАНИИ I

Восточное Средиземноморье

Таблица 1.5
Сводные данные о применении мер MPOWER

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

— Данные не требуются/неприменимы.

< Термин «Западный берег реки Иордан и сектор Газа» используется как синоним для обозначения оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим.

[1] Заявленное соблюдение представляет собой рассчитанное среднее значение оценки экспертов из Западного берега реки Иордан и сектора Газа.

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА: СОБЛЮДЕНИЕ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СОБЛЮДЕНИЮ ЗАКОНОВ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ

IIIIIIIIII IIIIIIIIII IIIIIIIII	Высокая степень соблюдения (от 8/10 до 10/10)
IIIIIII IIIIII IIIII IIII III	Умеренное соблюдение (от 3/10 до 7/10)
II I	Минимальное соблюдение (от 0/10 до 2/10)

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

☆	В стране есть один или несколько типов общественных мест, в которых разрешено организовывать помещения, специально предназначенные для курения. Отдельные, полностью изолированные помещения для курения разрешены, если они имеют отдельную вентиляцию с выходом во внешнюю среду, и/или в них поддерживается более низкий уровень давления по отношению к прилегающим зонам. Учитывая сложность соблюдения очень строгих требований, установленных для таких помещений, их организация кажется практически невозможной, но в настоящее время нет надежных фактических данных, позволяющих установить, были ли они сооружены.
⊙	Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.
▲▼	Изменение значений показателей POWER, увеличение или снижение, в период с 2016 по 2018 год. Некоторые данные за 2016 год были пересмотрены в 2018 году. Принципы группировки 2018 года были применены к обоим годам.

ПОКАЗАТЕЛЬ 2018 ГОДА И СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ

СТРАНА	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (2017 ГОД)	M МОНИТОРИНГ	P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ		E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R	
			ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ		ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ	СМИ	ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ	НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ	СИГАРЕТЫ СТАЛИ МЕНЕЕ ДОСТУПНЫМИ В ЦЕНОВОМ ОТНОШЕНИИ ПОСЛЕ 2008 ГОДА
Афганистан	. . .						IIIIII	4,1%	ДА
Бахрейн	15%		— I				IIIIIIIII	64,5%	ДА
Джибути	. . .		. . .				. . .	. . .	. . .
Египет	19%		III				IIIIIII	77,2%	ДА
Западный берег реки Иордан и сектор Газа <[1]	. . .		III				IIIIIIII	83,5%	. . .
Йемен	13%		IIIII				IIIIII	50,6%	ДА
Иордания	. . .		III				IIIII	80,5%	ДА
Ирак	16%		III				IIII	7,6%	↔
Иран (Исламская Республика)	9%		IIIIIIII				IIIIIIIII	21,7%	ДА
Катар	11%		—				IIIIIIIII	40,0%	ДА
Кувейт	16%		. . .				. . .	21,2%	ДА
Ливан	24%		III				IIIIII	45,6%	↔
Ливия	. . .		III				IIIIIII	12,6%	ДА
Марокко	12%		III				IIIIII	71,2%	НЕТ
Объединенные Арабские Эмираты	12%		IIIIIIIII I				IIIIIIII	73,5%	ДА
Оман	6%		—				IIIIIII	25,0%	ДА
Пакистан	13%		III		⊙		IIIII	56,4%	↔
Саудовская Аравия	11%		IIIIIII I		⊙		IIIIII	68,1%	ДА
Сирийская Арабская Республика	. . .		III				IIIIIIIII	41,8%	. . .
Сомали	. . .		—				—	4,5%	. . .
Судан	. . .		—				IIIIIIII	69,8%	↔
Тунис	20%		—				IIIIIII	72,0%	↔

ИЗМЕНЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ

P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ	E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ
ИЗМЕНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ POWER, УВЕЛИЧЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ				
		▼		
				▲
	▼			
				▲
	▼			▼
				▲
				▲
	▼			▲
		▲		
	▲	▲	▲	▲
	▲			

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ*: ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПО ВОЗРАСТУ (ОБА ПОЛА В СОВОКУПНОСТИ), 2017 ГОД

. . .	Данные отсутствуют
	30% или более
	От 20% до 29,9%
	От 15% до 19,9%
	Менее 15%

* Данные должны использоваться исключительно для проведения сравнения между странами и не должны быть использованы для оценки абсолютного числа ежедневных курильщиков табака в стране.

МОНИТОРИНГ: ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ

	Нет известных или недавних данных, либо данные не являются недавними и репрезентативными
	Недавние и репрезентативные данные по взрослым или по молодежи
	Недавние и репрезентативные данные как по взрослым, так и по молодежи
	Недавние, репрезентативные и периодические данные как по взрослым, так и по молодежи

ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА: ЗАПРЕТЫ НА КУРЕНИЕ

	Данные не представлены/не разбиты по категориям
	Полное отсутствие запрета, или до двух категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	От трех до пяти категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	От шести до семи категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
	Все общественные места полностью свободны от табачного дыма (или не менее 90% населения охвачено полным субнациональным законодательством об обеспечении бездымной среды)

ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

	Данные не представлены
	Услуги для бросающих курить отсутствуют
	Никотинзаместительная терапия (НЗТ) и/или некоторые услуги для бросающих курить (и то и другое без компенсации затрат)
	НЗТ и/или некоторые услуги для бросающих курить (либо то, либо другое с компенсацией затрат)
	Общенациональная телефонная служба помощи для бросающих курить, а также НЗТ и некоторые услуги для бросающих курить (с компенсацией затрат)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НА ПАЧКАХ СИГАРЕТ

	Данные не представлены
	Предупреждения отсутствуют или имеют небольшой размер
	Предупреждения имеют средний размер, но в них отсутствуют некоторые или многие требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют многие требуемые характеристики
	Предупреждения имеют средний размер и содержат все требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют некоторые требуемые характеристики
	Предупреждения имеют большой размер и содержат все требуемые характеристики

СМИ: АНТИТАБАЧНЫЕ РЕКЛАМНЫЕ КАМПАНИИ

	Данные не представлены
	В период с июля 2016 года по июнь 2018 года национальные кампании продолжительностью не менее трех недель не проводились
	Проведенная национальная кампания имела от одной до четырех требуемых характеристик
	Проведенная национальная кампания имела пять-шесть требуемых характеристик или семь характеристик, за исключением трансляции на телевидении и/или радио
	Проведенная национальная кампания имела не менее семи требуемых характеристик, включая трансляцию на телевидении и/или радио

ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ: ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ

	Данные не представлены
	Полное отсутствие запрета или запрет, не распространяющийся на национальное телевидение, радио и печатные СМИ
	Запрет касается только национального телевидения, радио и печатных СМИ
	Запрет распространяется на национальное телевидение, радио и печатные СМИ, а также на определенные, но не на все виды прямой и/или косвенной рекламы
	Запрет на все виды прямой и косвенной рекламы (или не менее 90% населения, охваченного полными субнациональными запретами)

НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ: ДОЛЯ СОВОКУПНЫХ НАЛОГОВ В РОЗНИЧНОЙ ЦЕНЕ САМОЙ ШИРОКО ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ

	Данные не представлены
	Налог составляет <25% от розничной цены
	Налог составляет ≥25% и <50% от розничной цены
	Налог составляет ≥50% и <75% от розничной цены
	Налог составляет ≥75% от розничной цены

ЦЕНОВАЯ ДОСТУПНОСТЬ СИГАРЕТ

ДА	Сигареты менее доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем увеличился
НЕТ	Сигареты более доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем снизился
↔	С 2008 года не наблюдается никаких изменений в ценовой доступности сигарет
. . .	Недостаточно данных для анализа тенденций изменения ценовой доступности

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИЙ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ТЕХНИЧЕСКОМ ПРИМЕЧАНИИ I

Западная часть Тихого океана

Таблица 1.6
Сводные данные о применении мер MPOWER

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

— Данные не требуются/неприменимы.

СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА: СОБЛЮДЕНИЕ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СОБЛЮДЕНИЮ ЗАКОНОВ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗДЫМНОЙ СРЕДЫ

- Высокая степень соблюдения (от 8/10 до 10/10)
- Умеренное соблюдение (от 3/10 до 7/10)
- Минимальное соблюдение (от 0/10 до 2/10)

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

- ☆ В стране есть один или несколько типов общественных мест, в которых разрешено организовывать помещения, специально предназначенные для курения. Отдельные, полностью изолированные помещения для курения разрешены, если они имеют отдельную вентиляцию с выходом во внешнюю среду, и/или в них поддерживается более низкий уровень давления по отношению к прилегающим зонам. Учитывая сложность соблюдения очень строгих требований, установленных для таких помещений, их организация кажется практически невозможной, но в настоящее время нет надежных фактических данных, позволяющих установить, были ли они сооружены.
- ⊙ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.
- ▲▼ Изменение значений показателей POWER, увеличение или снижение, в период с 2016 по 2018 год. Некоторые данные за 2016 год были пересмотрены в 2018 году. Принципы группировки 2018 года были применены к обоим годам.

ПОКАЗАТЕЛЬ 2018 ГОДА И СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ

СТРАНА	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (2017 ГОД)	M МОНИТОРИНГ	P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ		E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R	
			ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ		ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ	СМИ	ЛИНИИ ОТОБРАЖАЮТ УРОВЕНЬ СОБЛЮДЕНИЯ	НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ	СИГАРЕТЫ СТАЛИ МЕНЕЕ ДОСТУПНЫМИ В ЦЕНОВОМ ОТНОШЕНИИ ПОСЛЕ 2008 ГОДА
Австралия	13%		. . .				IIIIIIIII	77,5%	ДА
Бруней-Даруссалам	12%		IIIIIII				IIIIIIIII	—	—
Вануату	13%		—				IIIIIIIII	58,6%	НЕТ
Вьетнам	. . .		III				IIIIIIII	36,7%	НЕТ
Камбоджа	16%		III				IIIIIIIII	25,1%	НЕТ
Кирибати	45%		IIIII				IIIIIIIII	41,7%	НЕТ
Китай	22%		IIIII				IIIIIII	55,7%	НЕТ
Лаосская Народно-Демократическая Республика	24%		IIIII				IIIIIIII	18,8%	НЕТ
Малайзия	18%		—				IIIII	58,6%	ДА
Маршалловы Острова	. . .		IIIIIII				IIIIIIIII	54,1%	НЕТ
Микронезия (Федеративные Штаты)	. . .		IIIIIIII				—	48,6%	ДА
Монголия	22%		IIIII				IIIIIIII	47,4%	↔
Науру	38%		. . .				. . .	48,3%	ДА
Ниуэ	. . .		— ⊙		⊙		— ⊙	87,7%	. . .
Новая Зеландия	14%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	82,2%	ДА
Острова Кука	19%		IIIIIIIII				IIIIIIIII	70,3%	ДА
Палау	15%		IIIIIII				IIIIIIII	73,0%	↔
Папуа-Новая Гвинея	. . .		. . .				. . .	54,2%	↔
Республика Корея	21%		IIIIIIII				. . .	73,8%	↔
Самоа	23%		III				IIIIIIIII	49,5%	ДА
Сингапур	13%		IIIIIIII I				IIIIIIIII	67,1%	НЕТ
Соломоновы Острова	30%						IIIIIIIII	34,1%	↔
Тонга	26%		IIIIIII				IIIIIIIII	62,4%	ДА
Тувалу	30%		IIIIIII				IIIIIII	29,5%	↔
Фиджи	17%		IIIIIIII				IIIIIIIII	42,1%	ДА
Филиппины	19%		IIIII				IIIII	71,3%	ДА
Япония	19%		— ⊙				—	63,1%	ДА

ИЗМЕНЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ

P ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	O ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ	W ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ	E ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ	R НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ
ИЗМЕНЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ POWER, УВЕЛИЧЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 ГОДОМ				
				▲
	▼			
	▲			
				▼
				▼
				▼
▲		▲	▲	
				▲
	▲	▲		▲
				▼
	▼			▼
▲				

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ*: ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЕЖЕДНЕВНОГО КУРЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПО ВОЗРАСТУ (ОБА ПОЛА В СОВОКУПНОСТИ), 2017 ГОД

- . . . Данные отсутствуют
- 30% или более
- От 20% до 29,9%
- От 15% до 19,9%
- Менее 15%

* Данные должны использоваться исключительно для проведения сравнения между странами и не должны быть использованы для оценки абсолютного числа ежедневных курильщиков табака в стране.

МОНИТОРИНГ: ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ

- Нет известных или недавних данных, либо данные не являются недавними и репрезентативными
- Недавние и репрезентативные данные по взрослым или по молодежи
- Недавние и репрезентативные данные как по взрослым, так и по молодежи
- Недавние, репрезентативные и периодические данные как по взрослым, так и по молодежи

ПОЛИТИКА СОЗДАНИЯ СРЕДЫ, СВОБОДНОЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА: ЗАПРЕТЫ НА КУРЕНИЕ

- Данные не представлены/не разбиты по категориям
- Полное отсутствие запрета, или до двух категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- От трех до пяти категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- От шести до семи категорий общественных мест, полностью свободных от табачного дыма
- Все общественные места полностью свободны от табачного дыма (или не менее 90% населения охвачено полным субнациональным законодательством об обеспечении бездымной среды)

ПРОГРАММЫ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

- Данные не представлены
- Услуги для бросающих курить отсутствуют
- Никотинзаместительная терапия (НЗТ) и/или некоторые услуги для бросающих курить (и то и другое без компенсации затрат)
- НЗТ и/или некоторые услуги для бросающих курить (либо то, либо другое с компенсацией затрат)
- Общенациональная телефонная служба помощи для бросающих курить, а также НЗТ и некоторые услуги для бросающих курить (с компенсацией затрат)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ НАДПИСИ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НА ПАЧКАХ СИГАРЕТ

- Данные не представлены
- Предупреждения отсутствуют или имеют небольшой размер
- Предупреждения имеют средний размер, но в них отсутствуют некоторые или многие требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют многие требуемые характеристики
- Предупреждения имеют средний размер и содержат все требуемые характеристики ИЛИ предупреждения имеют большой размер, но в них отсутствуют некоторые требуемые характеристики
- Предупреждения имеют большой размер и содержат все требуемые характеристики

СМИ: АНТИТАБАЧНЫЕ РЕКЛАМНЫЕ КАМПАНИИ

- Данные не представлены
- В период с июля 2016 года по июнь 2018 года национальные кампании продолжительностью не менее трех недель не проводились
- Проведенная национальная кампания имела от одной до четырех требуемых характеристик
- Проведенная национальная кампания имела пять-шесть требуемых характеристик или семь характеристик, за исключением трансляции на телевидении и/или радио
- Проведенная национальная кампания имела не менее семи требуемых характеристик, включая трансляцию на телевидении и/или радио

ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ: ЗАПРЕТЫ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ

- Данные не представлены
- Полное отсутствие запрета или запрет, не распространяющийся на национальное телевидение, радио и печатные СМИ
- Запрет касается только национального телевидения, радио и печатных СМИ
- Запрет распространяется на национальное телевидение, радио и печатные СМИ, а также на определенные, но не на все виды прямой и/или косвенной рекламы
- Запрет на все виды прямой и косвенной рекламы (или не менее 90% населения, охваченного полными субнациональными запретами)

НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ: ДОЛЯ СОВОКУПНЫХ НАЛОГОВ В РОЗНИЧНОЙ ЦЕНЕ САМОЙ ШИРОКО ПРОДАВАЕМОЙ МАРКИ СИГАРЕТ

- Данные не представлены
- Налог составляет <25% от розничной цены
- Налог составляет ≥25% и <50% от розничной цены
- Налог составляет ≥50% и <75% от розничной цены
- Налог составляет ≥75% от розничной цены

ЦЕНОВАЯ ДОСТУПНОСТЬ СИГАРЕТ

- ДА — Сигареты менее доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем увеличился
- НЕТ — Сигареты более доступны в ценовом отношении – ВВП на душу населения, необходимый для покупки 2000 сигарет самой продаваемой марки, в период с 2008 по 2018 год в среднем снизился
- ↔ — С 2008 года не наблюдается никаких изменений в ценовой доступности сигарет
- . . . — Недостаточно данных для анализа тенденций изменения ценовой доступности

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИЙ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ТЕХНИЧЕСКОМ ПРИМЕЧАНИИ I

ПРИЛОЖЕНИЕ II: **ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

В Приложении II представлена подробная информация о доступности лечения табачной зависимости в государствах-членах ВОЗ по каждому региону ВОЗ. Данные, содержащиеся в приложении, были предоставлены государствами-членами и проанализированы ВОЗ. В настоящем приложении приводятся следующие данные:

Предоставляемая поддержка в лечении табачной зависимости:

- Наличие национальной бесплатной телефонной линии для бросающих курить
- Оказание поддержки в отказе от употребления табака в медицинских и других учреждениях, а также то, предоставляется ли она в качестве услуги, затраты на которую подлежат компенсации
- Доступность никотинзаместительной терапии и компенсация затрат на нее

Меры политики и руководства: Наличие национальных мер политики и клинических руководств по прекращению употребления табака

Интеграция услуг по прекращению курения в другие подходы к борьбе против табака: использование информации о телефонных линиях по прекращению курения при проведении кампаний в средствах массовой информации и включение телефонных номеров этих линий в предупреждения о вреде употребления табака для здоровья

Структурный потенциал: систематическое осуществление программ подготовки в отношении прекращения употребления табака для работников служб первичной медико-санитарной помощи и постоянная регистрация факта употребления табака в медицинских записях

Африка

Таблица 2.1.1
Оказание поддержки в лечении табачной зависимости в странах Африки

§ «Аптека с Rx» означает, что для получения лекарства в этой аптеке требуется рецепт.

* «В большинстве» означает более чем в половине.
«В некоторых» означает менее чем в половине.
«Нет» означает вообще ни в одном.

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

— Данные не требуются/неприменимы.

СТРАНА	НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕСПЛАТНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ СЛУЖБА ПОМОЩИ ДЛЯ БРОСАЮЩИХ КУРИТЬ	НИКОТИНЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ			ПОДДЕРЖКА В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ									
		ГДЕ ИМЕЕТСЯ В НАЛИЧИИ§	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ		БОЛЬНИЦЫ		КАБИНЕТЫ ВРАЧЕЙ		МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА		ДРУГИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	
					НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ
Алжир	Нет	Аптека	Нет	Да	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—
Ангола	Нет	Нет в наличии	—	—	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—
Бенин	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Ботсвана	Нет	Аптека с Rx	Нет	. . .	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Буркина-Фасо	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	. . .	Нет	—
Бурунди	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Габон	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Гамбия	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	. . .	. . .
Гана	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—
Гвинея-Бисау	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Гвинея	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Демократическая Республика Конго	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—
Замбия	Нет	Аптека с Rx	Частичная	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Зимбабве	Нет	Аптека с Rx	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	. . .
Кабо-Верде	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Камерун	Да	. . .	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Кения	Да	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Коморские Острова	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	. . .	. . .	Да, в некоторых	Нет
Конго	Нет	Аптека	Частичная	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Кот-д'Ивуар	Да	Аптека	Частичная	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Лесото	Нет	Аптека с Rx	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Нет	Да, в большинстве	Частичная
Либерия	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—
Маврикий	Нет	Аптека	Полная	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в большинстве	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Мавритания	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Мадагаскар	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Малави	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Мали	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—
Мозамбик	Нет	Нет в наличии	—	. . .	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	. . .	Нет	—
Намибия	Нет	Аптека	Нет	. . .	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Нигер	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Нигерия	Нет	Аптека	Частичная	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Объединенная Республика Танзания	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Руанда	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Сан-Томе и Принсипи	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Сейшельские Острова	Нет	Аптека	Полная	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Сенегал	Да	Аптека с Rx	Частичная	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Сьерра-Леоне	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Того	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Уганда	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в большинстве	Нет
Центральноафриканская Республика	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Чад	Нет	. . .	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Экваториальная Гвинея	Нет	Нет в наличии	—	. . .	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Эритрея	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Эсватини	Нет	Аптека с Rx	Полная	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Эфиопия	Нет	. . .	Частичная	Да	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Южная Африка	Нет	Аптека	Нет	Да	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в большинстве	Нет	Да, в некоторых	Полная
Южный Судан	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .

Америка

Таблица 2.1.2
Оказание поддержки в лечении табачной зависимости в странах Америки

§ «Аптека с Rx» означает, что для получения лекарства в этой аптеке требуется рецепт.

* «В большинстве» означает более чем в половине.
«В некоторых» означает менее чем в половине.
«Нет» означает вообще ни в одном.

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

— Данные не требуются/неприменимы.

СТРАНА	НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕСПЛАТНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ СЛУЖБА ПОМОЩИ ДЛЯ БРОСАЮЩИХ КУРИТЬ	НИКОТИНЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ			ПОДДЕРЖКА В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ									
		ГДЕ ИМЕЕТСЯ В НАЛИЧИИ§	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ		БОЛЬНИЦЫ		КАБИНЕТЫ ВРАЧЕЙ		МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА		ДРУГИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	
					НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ
Антигуа и Барбуда	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—
Аргентина	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—
Багамские Острова	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Барбадос	Нет	Аптека	Нет	Да	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Полная
Белиз	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Боливия (Многонациональное Государство)	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Бразилия	Да	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Венесуэла (Боливарианская Республика)	Нет	Аптека	Полная	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Гаити	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Гайана	Нет	. . .	Нет	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Гватемала	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Нет
Гондурас	Да	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Гренада	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—
Доминика	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Доминиканская Республика	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в большинстве	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Нет
Канада	Да	Аптека	Частичная	Нет	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Колумбия	Нет	Аптека	Частичная	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Нет
Коста-Рика	Нет	Аптека	Полная	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Частичная
Куба	Да	Нет в наличии	—	Нет	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная
Мексика	Да	Аптека	Частичная	Да	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет
Никарагуа	Нет	Аптека	Нет	Да	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Панама	Нет	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Парагвай	Нет	Нет в наличии	—	Да	Нет	—	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Перу	Да	Аптека с Rx	Нет	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Сальвадор	Да	Аптека с Rx	Полная	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Сент-Винсент и Гренадины	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	. . .	Нет	—
Сент-Китс и Невис	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Сент-Люсия	Нет	. . .	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Соединенные Штаты Америки	Да	Универсальный магазин	Частичная	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—
Суринам	Нет	Аптека	Нет	Да	Да, в большинстве	Полная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Тринидад и Тобаго	Нет	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—
Уругвай	Нет	Аптека	Полная	Да	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Полная
Чили	Да	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет
Эквадор	Да	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—
Ямайка	Да	Аптека с Rx	Полная	Да	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная

Юго-Восточная Азия

Таблица 2.1.3
Оказание поддержки в лечении табачной зависимости в странах Юго-Восточной Азии

§ «Аптека с Rx» означает, что для получения лекарства в этой аптеке требуется рецепт.

* «В большинстве» означает более чем в половине.
«В некоторых» означает менее чем в половине.
«Нет» означает вообще ни в одном.

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

— Данные не требуются/неприменимы.

СТРАНА	НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕСПЛАТНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ СЛУЖБА ПОМОЩИ ДЛЯ БРОСАЮЩИХ КУРИТЬ	НИКОТИНЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ			ПОДДЕРЖКА В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ									
		ГДЕ ИМЕЕТСЯ В НАЛИЧИИ§	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ		БОЛЬНИЦЫ		КАБИНЕТЫ ВРАЧЕЙ		МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА		ДРУГИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	
					НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ
Бангладеш	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Бутан	Да	Нет в наличии	—	. . .	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет
Индия	Да	Универсальный магазин	Полная	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	Полная
Индонезия	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Корейская Народно-Демократическая Республика	Нет	. . .	Частичная	. . .	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Полная
Мальдивские Острова	Нет	Аптека с Rx	Полная	Да	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Мьянма	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Непал	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Таиланд	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Полная
Тимор-Лешти	Да	Нет в наличии	—	Да	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—
Шри-Ланка	Да	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная

Европа

Таблица 2.1.4
Оказание поддержки в лечении табачной зависимости в странах Европы

§ «Аптека с Rx» означает, что для получения лекарства в этой аптеке требуется рецепт.

* «В большинстве» означает более чем в половине.
«В некоторых» означает менее чем в половине.
«Нет» означает вообще ни в одном.

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

— Данные не требуются/неприменимы.

СТРАНА	НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕСПЛАТНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ СЛУЖБА ПОМОЩИ ДЛЯ БРОСАЮЩИХ КУРИТЬ	НИКОТИНЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ			ПОДДЕРЖКА В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ									
		ГДЕ ИМЕЕТСЯ В НАЛИЧИИ§	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ		БОЛЬНИЦЫ		КАБИНЕТЫ ВРАЧЕЙ		МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА		ДРУГИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	
					НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ
Австрия	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Азербайджан	Да	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет
Албания	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Андорра	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	. . .	. . .	. . .	. . .
Армения	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	. . .	. . .	Нет	—
Беларусь	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—
Бельгия	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Болгария	Да	Аптека	Нет	Да	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Полная
Босния и Герцеговина	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в большинстве	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет
Венгрия	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Германия	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Греция	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Грузия	Да	Аптека	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Дания	Да	Аптека	Частичная	. . .	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная
Израиль	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Полная
Ирландия	Да	Универсальный магазин	Частичная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Исландия	Да	Универсальный магазин	Нет	Да	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	. . .	Нет	—
Испания	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Италия	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Казахстан	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Кипр	Нет	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Киргизия	Да	Нет в наличии	—	Нет	Да, в большинстве	Частичная	Нет	—	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Латвия	Да	Аптека	Нет	Да	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Литва	Нет	Аптека	Нет	Да	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	. . .	. . .	Да, в некоторых	Нет
Люксембург	Да	Аптека	Частичная	Да	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	. . .	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Мальта	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Полная	Нет	—
Молдова	Да	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	. . .	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Монако	Нет	Аптека	Полная	. . .	. . .	. . .	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	. . .	. . .	. . .	. . .
Нидерланды	Да	Аптека	Полная	Да	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Норвегия	Нет	Универсальный магазин	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Польша	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Португалия	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Российская Федерация	Да	Нет в наличии	—	Да	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Румыния	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Сан-Марино	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	. . .	. . .	Нет	—
Северная Македония	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Сербия	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Словакия	Да	Аптека	Частичная	Нет	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Словения	Да	Аптека	Нет	Да	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Полная
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	Нет	Универсальный магазин	Частичная	. . .	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная
Таджикистан	Нет	Нет в наличии	—	Да	Нет	—	Нет	—	Нет	—	. . .	. . .	Нет	—
Туркменистан	Да	Аптека	Нет	Да	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в большинстве	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Турция	Да	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Узбекистан	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Украина	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Финляндия	Да	Универсальный магазин	Нет	Нет	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Франция	Нет	Аптека	Частичная	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	. . .	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Хорватия	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Черногория	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Чешская Республика	Да	Аптека	Частичная	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Швейцария	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Нет	. . .	. . .
Швеция	Да	Универсальный магазин	Частичная	Да	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Эстония	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Полная

Восточное Средиземноморье

Таблица 2.1.5
Оказание поддержки в лечении табачной зависимости в странах Восточного Средиземноморья

§ «Аптека с Rx» означает, что для получения лекарства в этой аптеке требуется рецепт.

* «В большинстве» означает более чем в половине.
«В некоторых» означает менее чем в половине.
«Нет» означает вообще ни в одном.

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

— Данные не требуются/неприменимы.

< Термин «Западный берег реки Иордан и сектор Газа» используется как синоним для обозначения оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим.

СТРАНА	НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕСПЛАТНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ СЛУЖБА ПОМОЩИ ДЛЯ БРОСАЮЩИХ КУРИТЬ	НИКОТИНЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ			ПОДДЕРЖКА В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ									
		ГДЕ ИМЕЕТСЯ В НАЛИЧИИ§	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ		БОЛЬНИЦЫ		КАБИНЕТЫ ВРАЧЕЙ		МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА		ДРУГИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	
					НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ
Афганистан	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Бахрейн	Нет	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Джибути	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Египет	Да	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Западный берег реки Иордан и сектор Газа <	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Иордания	Нет	Аптека	Полная	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Ирак	Нет	Аптека	Частичная	Да	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Иран (Исламская Республика)	Да	Аптека	Нет	Да	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Йемен	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Катар	Нет	Аптека с Rx	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	. . .	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Кувейт	Да	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Полная
Ливан	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—
Ливия	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная
Марокко	Нет	Аптека с Rx	Нет	Нет	Да, в большинстве	Нет	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—
Объединенные Арабские Эмираты	Да	Аптека	Частичная	. . .	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Полная
Оман	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Пакистан	Нет	. . .	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Саудовская Аравия	Да	Аптека	Полная	Да	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в большинстве	Нет	Да, в некоторых	Полная
Сирийская Арабская Республика	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Нет	—	Нет	—
Сомали	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Судан	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Тунис	Нет	Аптека с Rx	Полная	Нет	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная

Западная часть Тихого океана

Таблица 2.1.6
Оказание поддержки в лечении табачной зависимости в странах Западной части Тихого океана

§ «Аптека с Rx» означает, что для получения лекарства в этой аптеке требуется рецепт.

* «В большинстве» означает более чем в половине.
«В некоторых» означает менее чем в половине.
«Нет» означает вообще ни в одном.

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

— Данные не требуются/неприменимы.

СТРАНА	НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕСПЛАТНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ СЛУЖБА ПОМОЩИ ДЛЯ БРОСАЮЩИХ КУРИТЬ	НИКОТИНЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ			ПОДДЕРЖКА В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ									
		ГДЕ ИМЕЕТСЯ В НАЛИЧИИ§	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ		БОЛЬНИЦЫ		КАБИНЕТЫ ВРАЧЕЙ		МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА		ДРУГИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	
					НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ	НАЛИЧИЕ*	КОМПЕНСАЦИЯ ЗАТРАТ
Австралия	Да	Универсальный магазин	Частичная	Да	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	. . .	Да, в некоторых	Частичная
Бруней-Даруссалам	Нет	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Полная	Нет	—
Вануату	Нет	Аптека	Нет	Да	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Вьетнам	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Камбоджа	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Кирибати	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Китай	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Частичная
Лаосская Народно-Демократическая Республика	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Малайзия	Нет	Аптека	Полная	Да	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Маршалловы Острова	Нет	Аптека	Частичная	Да	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Микронезия (Федеративные Штаты)	Да	. . .	Нет	Нет	Да, в большинстве	Полная	Нет	—	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Нет	Да, в некоторых	Нет
Монголия	Нет	Аптека	Частичная	Да	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Науру	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Ниуэ	Нет	Аптека	Полная	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Новая Зеландия	Да	Универсальный магазин	Полная	Да	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Полная
Острова Кука	Нет	Аптека	Полная	Нет	Да, в большинстве	Полная	Да, в большинстве	Полная	Нет	—	Да, в большинстве	Частичная	Нет	—
Палау	Нет	Универсальный магазин	Частичная	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Папуа-Новая Гвинея	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Республика Корея	Да	Аптека	Частичная	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	. . .	. . .	Да, в большинстве	Полная
Самоа	Нет	Аптека	Нет	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Полная	Нет	—
Сингапур	Да	Аптека	Частичная	Нет	Да, в большинстве	Частичная	Да, в большинстве	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная
Соломоновы Острова	Нет	. . .	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Тонга	Да	Аптека	Нет	Нет	Да, в большинстве	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Тувалу	Нет	Нет в наличии	—	Нет	Нет	—	Нет	—	Нет	—	Да, в некоторых	Нет	Нет	—
Фиджи	Нет	Аптека	Нет	Нет	Да, в некоторых	Полная	Да, в некоторых	Полная	Нет	—	Нет	—	Нет	—
Филиппины	Нет	Аптека с Rx	Нет	Да	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Нет	Нет	—	Да, в некоторых	Полная
Япония	Нет	Аптека	Частичная	Да	Да, в некоторых	Частичная	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—	Да, в некоторых	Частичная	Нет	—

Африка

Таблица 2.2.1
Оказание поддержки в прекращении употребления табака, дополнительная информация по странам Африки

. . . Данные не представлены/ отсутствуют.

СТРАНА	В СТРАНЕ ДЕЙСТВУЕТ НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	В СТРАНЕ ЕСТЬ НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ИНФОРМАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА СОДЕРЖИТСЯ КАК МИНИМУМ В ОДНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ РУКОВОДСТВЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ КОНКРЕТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	ФАКТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ПАЦИЕНТАМИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ИХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТАХ	ИНФОРМАЦИЯ О ТЕЛЕФОННЫХ ЛИНИЯХ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ВКЛЮЧЕНА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ТАБАКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАМПАНИЙ В СМИ	ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ВКЛЮЧЕНЫ В УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ИЛИ РАБОТНИКИ СЛУЖБ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТ ПОДГОТОВКУ В ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ АНТИТАБАЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
Алжир	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Ангола	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Бенин	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Ботсвана	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Буркина-Фасо	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Бурунди	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Габон	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Гамбия	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Гана	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Гвинея-Бисау	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Гвинея	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Демократическая Республика Конго	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Замбия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Зимбабве	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Кабо-Верде	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Камерун	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Кения	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет
Коморские Острова	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Конго	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Кот-д'Ивуар	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Лесото	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Либерия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Маврикий	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Мавритания	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Мадагаскар	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Малави	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Мали	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Мозамбик	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Намибия	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Нигер	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Нигерия	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет
Объединенная Республика Танзания	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Руанда	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Сан-Томе и Принсипи	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Сейшельские Острова	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет
Сенегал	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Сьерра-Леоне	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Того	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Уганда	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Центральноафриканская Республика	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да
Чад	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Экваториальная Гвинея	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Эритрея	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Эсватини	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Эфиопия	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Южная Африка	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Южный Судан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет

Америка

Таблица 2.2.2
Оказание поддержки в прекращении употребления табака, дополнительная информация по странам Америки

. . . Данные не представлены/ отсутствуют.

СТРАНА	В СТРАНЕ ДЕЙСТВУЕТ НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	В СТРАНЕ ЕСТЬ НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ИНФОРМАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА СОДЕРЖИТСЯ КАК МИНИМУМ В ОДНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ РУКОВОДСТВЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ КОНКРЕТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	ФАКТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ПАЦИЕНТАМИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ИХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТАХ	ИНФОРМАЦИЯ О ТЕЛЕФОННЫХ ЛИНИЯХ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ВКЛЮЧЕНА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ТАБАКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАМПАНИЙ В СМИ	ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ВКЛЮЧЕНЫ В УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ИЛИ РАБОТНИКИ СЛУЖБ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТ ПОДГОТОВКУ В ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ АНТИТАБАЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
Антигуа и Барбуда	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Аргентина	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Багамские Острова	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Барбадос	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Белиз	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Боливия (Многонациональное Государство)	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Бразилия	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет
Венесуэла (Боливарианская Республика)	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Гаити	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Гайана	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Гватемала	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Гондурас	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет
Гренада	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Доминика	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Доминиканская Республика	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Канада	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Колумбия	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да
Коста-Рика	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да
Куба	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Мексика	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Никарагуа	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Панама	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет
Парагвай	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Перу	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Сальвадор	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Сент-Винсент и Гренадины	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Сент-Китс и Невис	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Сент-Люсия	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Соединенные Штаты Америки	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Суринам	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Тринидад и Тобаго	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Уругвай	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Чили	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да
Эквадор	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Ямайка	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет

Юго-Восточная Азия

Таблица 2.2.3
Оказание поддержки в прекращении употребления табака, дополнительная информация по странам Юго-Восточной Азии

СТРАНА	В СТРАНЕ ДЕЙСТВУЕТ НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	В СТРАНЕ ЕСТЬ НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ИНФОРМАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА СОДЕРЖИТСЯ КАК МИНИМУМ В ОДНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ РУКОВОДСТВЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ КОНКРЕТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	ФАКТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ПАЦИЕНТАМИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ИХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТАХ	ИНФОРМАЦИЯ О ТЕЛЕФОННЫХ ЛИНИЯХ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ВКЛЮЧЕНА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ТАБАКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАМПАНИЙ В СМИ	ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ВКЛЮЧЕНЫ В УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ИЛИ РАБОТНИКИ СЛУЖБ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТ ПОДГОТОВКУ В ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ АНТИТАБАЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
Бангладеш	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Бутан	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет
Индия	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Индонезия	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Корейская Народно-Демократическая Республика	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Мальдивские Острова	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Мьянма	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да
Непал	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Таиланд	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Тимор-Лешти	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Шри-Ланка	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет

Европа

Таблица 2.2.4
Оказание поддержки в прекращении употребления табака, дополнительная информация по странам Европыа

. . . Данные не представлены/ отсутствуют.

СТРАНА	В СТРАНЕ ДЕЙСТВУЕТ НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	В СТРАНЕ ЕСТЬ НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ИНФОРМАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА СОДЕРЖИТСЯ КАК МИНИМУМ В ОДНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ РУКОВОДСТВЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ КОНКРЕТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	ФАКТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ПАЦИЕНТАМИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ИХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТАХ	ИНФОРМАЦИЯ О ТЕЛЕФОННЫХ ЛИНИЯХ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ВКЛЮЧЕНА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ТАБАКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАМПАНИЙ В СМИ	ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ВКЛЮЧЕНЫ В УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ИЛИ РАБОТНИКИ СЛУЖБ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТ ПОДГОТОВКУ В ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ АНТИТАБАЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
Австрия	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Азербайджан	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет
Албания	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Андорра	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Армения	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Беларусь	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Бельгия	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да
Болгария	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Босния и Герцеговина	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Венгрия	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да
Германия	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Греция	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да
Грузия	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Дания	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Израиль	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Ирландия	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да
Исландия	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да
Испания	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да
Италия	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет
Казахстан	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет
Кипр	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да
Киргизия	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Латвия	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет
Литва	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да
Люксембург	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет
Мальта	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да
Молдова	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет
Монако	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Нидерланды	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Норвегия	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Польша	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да
Португалия	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Российская Федерация	Нет	Да	Да	Да	Да	Да
Румыния	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Сан-Марино	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Северная Македония	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет
Сербия	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Словакия	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет
Словения	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Таджикистан	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет
Туркменистан	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Турция	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет
Узбекистан	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да
Украина	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Финляндия	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Франция	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Хорватия	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет
Черногория	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Чешская Республика	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет
Швейцария	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Швеция	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Эстония	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет

Восточное Средиземноморье

Таблица 2.2.5
Оказание поддержки в прекращении употребления табака, дополнительная информация по странам Восточного Средиземноморья

. . . Данные не представлены/отсутствуют.

< Термин «Западный берег реки Иордан и сектор Газа» используется как синоним для обозначения оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим.

СТРАНА	В СТРАНЕ ДЕЙСТВУЕТ НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	В СТРАНЕ ЕСТЬ НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ИНФОРМАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА СОДЕРЖИТСЯ КАК МИНИМУМ В ОДНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ РУКОВОДСТВЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ КОНКРЕТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	ФАКТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ПАЦИЕНТАМИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ИХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТАХ	ИНФОРМАЦИЯ О ТЕЛЕФОННЫХ ЛИНИЯХ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ВКЛЮЧЕНА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ТАБАКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАМПАНИЙ В СМИ	ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ВКЛЮЧЕНЫ В УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ИЛИ РАБОТНИКИ СЛУЖБ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТ ПОДГОТОВКУ В ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ АНТИТАБАЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
Афганистан	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Бахрейн	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да
Джибути	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Египет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Западный берег реки Иордан и сектор Газа <	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Иордания	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Ирак	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет
Иран (Исламская Республика)	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да
Йемен	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Катар	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да
Кувейт	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет
Ливан	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Ливия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Марокко	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Объединенные Арабские Эмираты	Да	Нет	Да	Да	Да	Да
Оман	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Пакистан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Саудовская Аравия	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет
Сирийская Арабская Республика	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да
Сомали	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Судан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Тунис	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да

Западная часть Тихого океана

Таблица 2.2.6
Оказание поддержки в прекращении употребления табака, дополнительная информация по странам Западной части Тихого океана

СТРАНА	В СТРАНЕ ДЕЙСТВУЕТ НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	В СТРАНЕ ЕСТЬ НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ИНФОРМАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА СОДЕРЖИТСЯ КАК МИНИМУМ В ОДНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ РУКОВОДСТВЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ КОНКРЕТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	ФАКТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ПАЦИЕНТАМИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ИХ МЕДИЦИНСКИХ КАРТАХ	ИНФОРМАЦИЯ О ТЕЛЕФОННЫХ ЛИНИЯХ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ВКЛЮЧЕНА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ ТАБАКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАМПАНИЙ В СМИ	ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ В ОТНОШЕНИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ВКЛЮЧЕНЫ В УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ИЛИ РАБОТНИКИ СЛУЖБ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТ ПОДГОТОВКУ В ПРОВЕДЕНИИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ АНТИТАБАЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
Австралия	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Бруней-Даруссалам	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Вануату	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Вьетнам	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет
Камбоджа	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Кирибати	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Китай	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да
Лаосская Народно-Демократическая Республика	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Малайзия	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Маршалловы Острова	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Микронезия (Федеративные Штаты)	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Монголия	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Науру	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Ниуэ	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Новая Зеландия	Нет	Да	Да	Да	Да	Да
Острова Кука	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Палау	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Папуа-Новая Гвинея	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Республика Корея	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да
Самоа	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Сингапур	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет
Соломоновы Острова	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Тонга	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Тувалу	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Фиджи	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Филиппины	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет
Япония	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да

ПРИЛОЖЕНИЕ III: ГОД НАИВЫСШЕГО УРОВНЯ ДОСТИЖЕНИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ МЕР БОРЬБЫ ПРОТИВ ТАБАКА

В Приложении III содержится информация о годе, в котором соответствующие страны добились наивысшего уровня достижений в реализации пяти мер MPOWER. Данные представлены отдельно по каждому региону ВОЗ.

Самым ранним годом проведения оценки показателя «Мониторинг употребления табака» является 2007 год. Тем не менее, не исключено, что в то время как 2007 год указывается некоторыми странами как год наивысших достижений, они на самом деле могли достичь этого уровня ранее.

Годы наивысшего уровня достижений в реализации меры MPOWER «Повышение налогов на табачные изделия» не включены в это приложение. Доля налогов в цене табачных изделий зависит как от налоговой политики, так и от факторов, касающихся спроса и предложения, которые влияют на производство и розничные цены. Страны, в которых повышались налоги, могли заметить, что доля налога осталась неизменной или даже снизилась при таком же или даже более высоком росте цен, не связанном с налогами, что затрудняло определение года наивысших достижений.

Более подробная информация о расчете долей налогов представлена в Техническом примечании III.

Африка

Таблица 3.1
Год наивысшего уровня достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в странах Африки

Примечание: Пустая ячейка указывает на то, что население не охвачено мерой с наивысшим уровнем ее реализации.

⦿ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

СТРАНА	ГОД ДОСТИЖЕНИЯ НАИВЫСШЕГО УРОВНЯ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕР MPOWER				
	МОНИТОРИНГ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ
Алжир					
Ангола					
Бенин		2017			2017
Ботсвана					
Буркина-Фасо		2010		2015	
Бурунди		2018			
Габон					
Гамбия		2018			2018
Гана					2012
Гвинея-Бисау					
Гвинея					2012
Демократическая Республика Конго					2018 ⦿
Замбия					
Зимбабве					
Кабо-Верде					
Камерун				2018 ⦿	
Кения					2007
Коморские Острова					
Конго		2012			2018
Кот-д’Ивуар					
Лесото					
Либерия					
Маврикий				2008	2008
Мавритания					
Мадагаскар		2013		2012	2003
Малави					
Мали					
Мозамбик					
Намибия		2010		2013	
Нигер					2006
Нигерия					2015
Объединенная Республика Танзания					
Руанда					
Сан-Томе и Принсипи					
Сейшельские Острова		2009		2012	2009
Сенегал			2016	2016	2016
Сьерра-Леоне					
Того					2012
Уганда		2015			2015
Центральноафриканская Республика					
Чад		2010		2015	2010
Экваториальная Гвинея					
Эритрея					2004
Эсватини					
Эфиопия					
Южная Африка					
Южный Судан					

Америка

Таблица 3.2
Год наивысшего уровня достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в странах Америки

Примечание: Пустая ячейка указывает на то, что население не охвачено мерой с наивысшим уровнем ее реализации.

* Или более ранний год.

⦿ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

СТРАНА	ГОД ДОСТИЖЕНИЯ НАИВЫСШЕГО УРОВНЯ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕР MPOWER				
	МОНИТОРИНГ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ
Антигуа и Барбуда		2018			2018
Аргентина		2011		2012	
Багамские Острова	2018				
Барбадос		2010		2017	
Белиз					
Боливия (Многонациональное Государство)				2009	
Бразилия	2015	2011	2002	2003	2011
Венесуэла (Боливарианская Республика)		2011		2004	
Гаити					
Гайана		2017		2018 ⦿	2017
Гватемала		2008			
Гондурас		2010		2017	
Гренада					
Доминика					
Доминиканская Республика					
Канада	2007	2007	2008	2011	
Колумбия		2008			2009
Коста-Рика	2007*	2012		2013	
Куба					
Мексика			2013	2009	
Никарагуа					
Панама	2012	2008		2005	2008
Парагвай					
Перу	2007*	2010		2011	
Сальвадор		2015	2016	2011	
Сент-Винсент и Гренадины					
Сент-Китс и Невис					
Сент-Люсия				2017	
Соединенные Штаты Америки	2007*		2008		
Суринам	2018	2013		2016	2013
Тринидад и Тобаго		2009		2013 ⦿	
Уругвай	2007*	2005		2005	2014
Чили	2007*	2013		2006	
Эквадор	2016	2011		2012	
Ямайка		2013	2016	2013	

Юго-Восточная Азия

Таблица 3.3
Год наивысшего уровня достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в странах Юго-Восточной Азии

Примечание: Пустая ячейка указывает на то, что население не охвачено мерой с наивысшим уровнем ее реализации.

* Или более ранний год.

СТРАНА	ГОД ДОСТИЖЕНИЯ НАИВЫСШЕГО УРОВНЯ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕР MPOWER				
	МОНИТОРИНГ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ
Бангладеш	2014			2015	
Бутан	2014				
Индия			2016	2016	
Индонезия	2015				
Корейская Народно-Демократическая Республика					
Мальдивские Острова					2010
Мьянма	2015				
Непал		2011		2011	2014
Таиланд	2007*	2010		2005	
Тимор-Лешти				2018	
Шри-Ланка				2012	

Европа

Таблица 3.4
Год наивысшего уровня достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в странах Европы

Примечание: Пустая ячейка указывает на то, что население не охвачено мерой с наивысшим уровнем ее реализации.

* Или более ранний год.

СТРАНА	ГОД ДОСТИЖЕНИЯ НАИВЫСШЕГО УРОВНЯ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕР MPOWER				
	МОНИТОРИНГ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ
Австрия	2007			2016	
Азербайджан	2016				2017
Албания		2006			2006
Андорра					
Армения	2007*			2016	
Беларусь				2016	
Бельгия	2007*			2016	
Болгария	2007*	2012		2016	
Босния и Герцеговина					
Венгрия	2007*			2016	
Германия	2007*			2016	
Греция	2007*	2010		2016	
Грузия	2007*			2018	
Дания	2007*		2011	2016	
Израиль					
Ирландия	2007*	2004	2003	2016	
Исландия	2007*				
Испания	2007*	2010		2017	2010
Италия	2007*			2016	
Казахстан	2007*			2014	
Кипр				2017	
Киргизия				2014	
Латвия	2007*			2016	
Литва	2007*			2016	
Люксембург	2007*		2016	2017	
Мальта	2007*	2010		2016	
Молдова	2013			2016	2016
Монако					
Нидерланды	2007*		2014	2016	
Норвегия	2007*	2013			
Польша	2007*			2016	
Португалия	2007*			2015	
Российская Федерация	2007*	2013		2014	2013
Румыния	2007*	2015		2016	
Сан-Марино					
Северная Македония		2008			
Сербия	2007*				
Словакия	2007*		2018	2016	
Словения	2007*			2017	2017
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	2007*	2006		2016	
Таджикистан		2018			
Туркменистан		2000		2014	
Турция	2007*	2008	2010	2012	2012
Узбекистан					
Украина	2007*			2009	
Финляндия	2007*			2016	
Франция	2007*			2016	
Хорватия	2007*			2017	
Черногория					
Чешская Республика	2007*		2018	2016	
Швейцария	2007*				
Швеция	2007*		2018	2016	
Эстония	2007*			2016	

Восточное Средиземноморье

Таблица 3.5
Год наивысшего уровня достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в странах Восточного Средиземноморья

Примечание: Пустая ячейка указывает на то, что население не охвачено мерой с наивысшим уровнем ее реализации.

* Или более ранний год.

⦿ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

< Термин «Западный берег реки Иордан и сектор Газа» используется как синоним для обозначения оккупированной палестинской территории, включая восточный Иерусалим.

СТРАНА	ГОД ДОСТИЖЕНИЯ НАИВЫСШЕГО УРОВНЯ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕР MPOWER				
	МОНИТОРИНГ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ
Афганистан		2015			2015
Бахрейн					2011
Джибути				2008	2007
Египет	2007*	2010		2008	
Западный берег реки Иордан и сектор Газа <		2011			
Иордания					
Ирак					
Иран (Исламская Республика)	2007*	2007		2008	2007
Йемен					2013
Катар	2014				2016
Кувейт	2007*		2012		2016
Ливан	2013	2011			
Ливия		2009			2009
Марокко					
Объединенные Арабские Эмираты			2008		2013
Оман					
Пакистан	2014	2009		2017 ⦿	
Саудовская Аравия			2018	2017 ⦿	2017
Сирийская Арабская Республика					
Сомали					
Судан					
Тунис					

Западная часть Тихого океана

Таблица 3.6
Год наивысшего уровня достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в странах Западной части Тихого океана

Примечание: Пустая ячейка указывает на то, что население не охвачено мерой с наивысшим уровнем ее реализации.

* Или более ранний год.

⦿ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

СТРАНА	ГОД ДОСТИЖЕНИЯ НАИВЫСШЕГО УРОВНЯ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕР MPOWER				
	МОНИТОРИНГ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ
Австралия	2007*	2005	2011	2004	
Бруней-Даруссалам	2014	2012		2007	
Вануату				2013	2008
Вьетнам	2014			2013	
Камбоджа	2014	2016		2016	
Кирибати					2013
Китай					
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2015	2016		2016	
Малайзия	2012			2008	
Маршалловы Острова		2006			
Микронезия (Федеративные Штаты)					
Монголия	2007*			2012	2012
Науру		2009			
Ниуэ		2018 ⦿			2018 ⦿
Новая Зеландия	2007*	2003	2000	2007	
Острова Кука	2007*				
Палау	2010				
Папуа-Новая Гвинея		2012			
Республика Корея	2007*		2006		
Самоа				2013	
Сингапур	2007*		1999	2012	
Соломоновы Острова				2013	
Тонга					
Тувалу					2008
Фиджи				2013	
Филиппины	2007*			2014	
Япония	2007*				

ПРИЛОЖЕНИЕ IV: НАИВЫСШИЙ УРОВЕНЬ ДОСТИЖЕНИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ МЕР БОРЬБЫ ПРОТИВ ТАБАКА В 100 КРУПНЕЙШИХ ГОРОДАХ МИРА

В Приложении IV представлена информация об охвате населения 100 крупнейших городов мира отдельными мерами борьбы против табака с наивысшим уровнем их реализации.

Города перечислены в алфавитном порядке. Есть много способов установить географические границы и определить размеры «города». Для целей настоящего доклада мы сосредоточили внимание на границах юрисдикции городов, так как законы, принятые на субнациональном уровне, будут применяться к населению в пределах юрисдикций. Когда большой «город» включает в себя несколько юрисдикций или части юрисдикций, вполне вероятно, что не каждый житель во всем «городе» охвачен действием одного и того же закона. Поэтому мы используем список городов с численностью их населения, опубликованный в *Демографическом ежегоднике Статистического отдела ООН*, так как он составлен с разбивкой по юрисдикциям. Исходные данные представлены в таблице 8 по адресу: https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dyb_2016/

Ряд стран не фигурирует в таблице 8 *Демографического ежегодника*, поскольку они не представили данные.

Страны, отсутствующие в списке по причине непредставления данных, но достаточно большие, чтобы потенциально претендовать на включение в список 100 крупнейших городов: Ангола, Вьетнам, Демократическая Республика Конго, Нигерия, Судан и Чад.

Определение наивысшего уровня достижений дается в Техническом примечании I.

Таблица 4.1

Наивысший уровень достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в 100 крупнейших городах мира

N	Население города охвачено национальным законодательством или политикой на наивысшем уровне достижений
S	Населения города охвачено законодательством или политикой, принятыми на уровне штата, на наивысшем уровне достижений
C	Население города охвачено законодательством или политикой, принятыми на уровне города, на наивысшем уровне достижений

Примечания: Пустая ячейка указывает на то, что население соответствующего города не охвачено мерой с наивысшим уровнем ее реализации.

Определение наивысшего уровня достижений в реализации соответствующей меры дается в Техническом примечании I.

* Только города, вошедшие в список 100 самых крупных городов по численности населения, по данным Демографического ежегодника Статистического отдела ООН за 2016 год (доступны по ссылке: https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/documents/dyb2016/table08.xls).

⦿ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

ГОРОД *	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ (2016 ГОД)	ОХВАТ МЕРАМИ С НАИВЫСШИМ УРОВНЕМ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ					СТРАНА
		ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ	ПОВЫШЕНИЕ НАЛОГОВ НА ТАБАЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ	
Абиджан	4 395 243						Кот-д’Ивуар
Адана	2 183 167	N	N	N	N	N	Турция
Аддис-Абеба	2 979 086	N					Эфиопия
Александрия	4 358 439	N		N		N	Египет
Алеппо	4 450 000						Сирийская Арабская Республика
Алжир	2 712 944						Алжир
Амман	3 752 644		N			N	Иордания
Анкара	5 270 575	N	N	N	N	N	Турция
Анталия	2 288 456	N	N	N	N	N	Турция
Ахмадабад	5 633 927		N	N			Индия
Баку	2 215 034	N			N		Азербайджан
Бангалор	8 495 492		N	N			Индия
Бангкок	8 305 218	N		N			Таиланд
Бандунг	2 497 938	C					Индонезия
Белу-Оризонти	2 513 451	N	N	N	N	N	Бразилия
Берлин	3 520 031			N			Германия
Богота	7 980 001	N			N	N	Колумбия
Бразилиа	2 977 216	N	N	N	N	N	Бразилия
Брисбен	2 209 453	S	N	N		N	Австралия
Бурса	2 842 547	N	N	N	N	N	Турция
Буэнос-Айрес	13 879 707	N		N		N	Аргентина
Гвадалахара	4 853 425		N	N			Мексика
Гиза	3 122 041	N		N		N	Египет
Гонконг (Китай, САР)	7 336 600	C	C	C			Китай, САР Гонконг
Гуаякиль	2 531 371	N		N			Эквадор
Дакка	8 906 035			N			Бангладеш
Дамаск, сельские районы	2 529 000						Сирийская Арабская Республика
Дар-эс-Салам	4 364 541						Объединенная Республика Танзания
Дели	11 034 555		N	N			Индия
Джайпур	3 046 163		N	N			Индия
Джакарта	10 374 235	N					Индонезия
Джидда	3 430 697		N		N		Саудовская Аравия
Дуала	2 948 464			N			Камерун
Измир	4 168 415	N	N	N	N	N	Турция
Инчхон	2 914 455		N				Республика Корея
Иокогама	3 724 844						Япония
Кабул	3 817 241	N			N		Афганистан
Каир	7 248 671	N		N		N	Египет
Кали	2 394 925	N			N	N	Колумбия
Калькутта	4 496 694		N	N			Индия
Канпур	2 768 057		N	N			Индия
Карачи	9 339 023	N		N			Пакистан
Касабланка	3 352 399						Марокко
Кесон-Сити	2 936 116			N			Филиппины
Киев	2 803 716			N			Украина
Конья	2 130 544	N	N	N	N	N	Турция
Лакхнау	2 817 105		N	N			Индия
Лахор	5 143 495	N		N ⦿			Пакистан
Лима	10 039 455	N		N			Перу
Лондон	8 135 667	N	C	N		N	Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии
Лос-Анджелес	3 976 322	S	N				Соединенные Штаты Америки

Таблица 4.1

Наивысший уровень достижений в реализации отдельных мер борьбы против табака в 100 крупнейших городах мира (продолжение)

N	Население города охвачено национальным законодательством или политикой на наивысшем уровне достижений
S	Населения города охвачено законодательством или политикой, принятыми на уровне штата, на наивысшем уровне достижений
C	Население города охвачено законодательством или политикой, принятыми на уровне города, на наивысшем уровне достижений

Примечания: Пустая ячейка указывает на то, что население соответствующего города не охвачено мерой с наивысшим уровнем ее реализации.

Определение наивысшего уровня достижений в реализации соответствующей меры дается в Техническом примечании I.

* Только города, вошедшие в список 100 самых крупных городов по численности населения, по данным Демографического ежегодника Статистического отдела ООН за 2016 год (доступны по ссылке: https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/documents/dyb2016/table08.xls).

⦿ Стратегия принята, но не реализована к 31 декабря 2018 года.

ГОРОД *	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ (2016 ГОД)	ОХВАТ МЕРАМИ С НАИВЫСШИМ УРОВНЕМ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ					СТРАНА
		ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА	ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОПАСНОСТЯХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОМ	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ЗАПРЕТОВ НА РЕКЛАМУ, СТИМУЛИРОВАНИЕ ПРОДАЖИ И СПОНСОРСТВО ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ	ПОВЫШЕНИЕ НАЛОГОВ НА ТАБАЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ	
Мадрид	3 186 241	N		N	N	N	Испания
Мванза	2 772 509						Объединенная Республика Танзания
Медан	2 247 425	C					Индонезия
Медельин	2 486 723	N			N	N	Колумбия
Мельбурн	4 353 514	S	N	N		N	Австралия
Мехико	21 497 029	S	N	N			Мексика
Мешхед	2 766 258	N		N	N		Иран (Исламская Республика)
Монтеррей	4 540 429	S	N	N			Мексика
Москва	11 918 057	N		N	N		Российская Федерация
Мумбаи	12 442 373		N	N			Индия
Нагоя	2 295 638						Япония
Нагпур	2 405 665		N	N			Индия
Найроби	3 133 518				N		Кения
Нью-Йорк	8 537 673		N				Соединенные Штаты Америки
Осака	2 691 185						Япония
Париж	2 243 833	N		N		N	Франция
Пекин	19 610 000	N					Китай
Пуна	3 124 458		N	N			Индия
Пусан	3 388 631		N				Республика Корея
Пуэбла-Тласкала	2 986 825		N	N			Мексика
Пхеньян	2 581 076						Корейская Народно-Демократическая Республика
Рим	2 867 672	N		N		N	Италия
Рио-де-Жанейро	6 498 837	N	N	N	N	N	Бразилия
Сальвадор	2 938 092	N	N	N	N	N	Бразилия
Сан-Паулу	12 038 175	N	N	N	N	N	Бразилия
Санкт-Петербург	4 990 602	N		N	N		Российская Федерация
Сантьяго	5 561 252	N		N		N	Чили
Сеул	9 834 687		N				Республика Корея
Сидней	4 526 479	N	N	N		N	Австралия
Сингапур	5 607 283		N	N			Сингапур
Стамбул	14 657 434	N	N	N	N	N	Турция
Сурабая	2 874 699						Индонезия
Сурат	4 501 610		N	N			Индия
Тангеранг	2 139 891						Индонезия
Ташкент	2 393 176						Узбекистан
Тегеран	8 154 051	N		N	N		Иран (Исламская Республика)
Токио	9 272 740						Япония
Толука	2 225 286	S	N	N			Мексика
Торонто	2 876 095	N	N	N			Канада
Тэгу	2 449 667		N				Республика Корея
Форталеза	2 609 716	N	N	N	N	N	Бразилия
Хайдарабад	6 993 262	S	N	N			Индия
Хьюстон	2 303 482		N				Соединенные Штаты Америки
Ченнаи	4 646 732		N	N			Индия
Чикаго	2 704 958		N				Соединенные Штаты Америки
Читтагонг	2 591 681			N			Бангладеш
Эр-Рияд	5 188 286		N		N		Саудовская Аравия
Янгон	5 209 541						Мьянма
Яунде	2 873 567			N ⦿			Камерун

ПРИЛОЖЕНИЕ V: СТАТУС РАМОЧНОЙ КОНВЕНЦИИ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

В Приложении V показан статус Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ).

Ратификация представляет собой международный акт, которым страны, уже подписавшие конвенцию, официально заявляют о своем согласии признать ее обязательность для себя. Присоединение представляет собой международный акт, которым страны, не подписавшие договор/соглашение, официально заявляют о своем согласии признать их обязательность для себя. Принятие и утверждение представляют собой правовые процедуры, эквивалентные ратификации. Подписание конвенции означает, что страна юридически не связана обязательствами по договору, но обязана не подрывать ее положений.

РКБТ ВОЗ вступила в силу 27 февраля 2005 года. Договор остается открытым для ратификации, принятия, утверждения, официального одобрения и присоединения в течение неограниченного срока для государств и соответствующих региональных организаций экономической интеграции, желающих стать его участниками.

Таблица 5.1

Статус Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, по состоянию на 8 мая 2019 года

* Ратификация представляет собой международный акт, которым страны, уже подписавшие договор/конвенцию, официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[a] Присоединение представляет собой международный акт, которым страны, не подписавшие договор/конвенцию, официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[A] Принятие представляет собой международный акт, аналогичный ратификации, которым страны, уже подписавшие договор/конвенцию, официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[AA] Утверждение представляет собой международный акт, аналогичный ратификации, которым страны, уже подписавшие договор/конвенцию, официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[c] Официальное подтверждение представляет собой международный акт, соответствующий ратификации государством, которым международная организация (в случае РКБТ ВОЗ – компетентные региональные организации экономической интеграции) официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[d] Правопреемство представляет собой международный акт, независимо от формулировки или названия, которым государства-правопреемники официально заявляют о своем согласии на обязательность для себя договоров/конвенций, первоначально заключенных государством, являющимся их правопредшественником.

СТРАНА	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ДАТА РАТИФИКАЦИИ* (ИЛИ ЮРИДИЧЕСКИ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ПРОЦЕДУРЫ)
Австралия	5 декабря 2003 г.	27 октября 2004 г.
Австрия	28 августа 2003 г.	15 сентября 2005 г.
Азербайджан		1 ноября 2005 г. [a]
Албания	29 июня 2004 г.	26 апреля 2006 г.
Алжир	20 июня 2003 г.	30 июня 2006 г.
Ангола	29 июня 2004 г.	20 сентября 2007 г.
Андорра		
Антигуа и Барбуда	28 июня 2004 г.	5 июня 2006 г.
Аргентина	25 сентября 2003 г.	
Армения		29 ноября 2004 г. [a]
Афганистан	29 июня 2004 г.	13 августа 2010 г.
Багамские Острова	29 июня 2004 г.	3 ноября 2009 г.
Бангладеш	16 июня 2003 г.	14 июня 2004 г.
Барбадос	28 июня 2004 г.	3 ноября 2005 г.
Бахрейн		20 марта 2007 г. [a]
Беларусь	17 июня 2004 г.	8 сентября 2005 г.
Белиз	26 сентября 2003 г.	15 декабря 2005 г.
Бельгия	22 января 2004 г.	1 ноября 2005 г.
Бенин	18 июня 2004 г.	3 ноября 2005 г.
Болгария	22 декабря 2003 г.	7 ноября 2005 г.
Боливия (Многонациональное Государство)	27 февраля 2004 г.	15 сентября 2005 г.
Босния и Герцеговина		10 июля 2009 г.
Ботсвана	16 июня 2003 г.	31 января 2005 г.
Бразилия	16 июня 2003 г.	3 ноября 2005 г.
Бруней-Даруссалам	3 июня 2004 г.	3 июня 2004 г.
Буркина-Фасо	22 декабря 2003 г.	31 июля 2006 г.
Бурунди	16 июня 2003 г.	22 ноября 2005 г.
Бутан	9 декабря 2003 г.	23 августа 2004 г.
Вануату	22 апреля 2004 г.	16 сентября 2005 г.
Венгрия	16 июня 2003 г.	7 апреля 2004 г.
Венесуэла (Боливарианская Республика)	22 сентября 2003 г.	27 июня 2006 г.
Вьетнам	3 сентября 2003 г.	17 декабря 2004 г.
Габон	22 августа 2003 г.	20 февраля 2009 г.
Гайана		15 сентября 2005 г. [a]
Гаити	23 июля 2003 г.	
Гамбия	16 июня 2003 г.	18 сентября 2007 г.
Гана	20 июня 2003 г.	29 ноября 2004 г.
Гватемала	25 сентября 2003 г.	16 ноября 2005 г.
Гвинея	1 апреля 2004 г.	7 ноября 2007 г.
Гвинея-Бисау		7 ноября 2008 г. [a]
Германия	24 октября 2003 г.	16 декабря 2004 г.
Гондурас	18 июня 2004 г.	16 февраля 2005 г.
Гренада	29 июня 2004 г.	14 августа 2007 г.
Греция	16 июня 2003 г.	27 января 2006 г.
Грузия	20 февраля 2004 г.	14 февраля 2006 г.
Дания	16 июня 2003 г.	16 декабря 2004 г.
Демократическая Республика Конго	28 июня 2004 г.	28 октября 2005 г.
Джибути	13 мая 2004 г.	31 июля 2005 г.
Доминика	29 июня 2004 г.	24 июля 2006 г.
Доминиканская Республика		

СТРАНА	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ДАТА РАТИФИКАЦИИ* (ИЛИ ЮРИДИЧЕСКИ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ПРОЦЕДУРЫ)
Европейское сообщество	16 июня 2003 г.	30 июня 2005 г. [c]
Египет	17 июня 2003 г.	25 февраля 2005 г.
Замбия		23 мая 2008 г. [a]
Зимбабве		
Йемен	20 июня 2003 г.	22 февраля 2007 г.
Израиль	20 июня 2003 г.	24 августа 2005 г.
Индия	10 сентября 2003 г.	5 февраля 2004 г.
Индонезия		
Иордания	28 мая 2004 г.	19 августа 2004 г.
Ирак	29 июня 2004 г.	17 марта 2008 г.
Иран (Исламская Республика)	16 июня 2003 г.	6 ноября 2005 г.
Ирландия	16 сентября 2003 г.	7 ноября 2005 г.
Исландия	16 июня 2003 г.	14 июня 2004 г.
Испания	16 июня 2003 г.	11 января 2005 г.
Италия	16 июня 2003 г.	2 июля 2008 г.
Кабо-Верде	17 февраля 2004 г.	4 октября 2005 г.
Казахстан	21 июня 2004 г.	22 января 2007 г.
Камбоджа	25 мая 2004 г.	15 ноября 2005 г.
Камерун	13 мая 2004 г.	3 февраля 2006 г.
Канада	15 июля 2003 г.	26 ноября 2004 г.
Катар	17 июня 2003 г.	23 июля 2004 г.
Кения	25 июня 2004 г.	25 июня 2004 г.
Кипр	24 мая 2004 г.	26 октября 2005 г.
Кирибати	27 апреля 2004 г.	15 сентября 2005 г.
Китай	10 ноября 2003 г.	11 октября 2005 г.
Колумбия		10 апреля 2008 г. [a]
Коморские Острова	27 февраля 2004 г.	24 января 2006 г.
Конго	23 марта 2004 г.	6 февраля 2007 г.
Корейская Народно-Демократическая Республика	17 июня 2003 г.	27 апреля 2005 г.
Коста-Рика	3 июля 2003 г.	21 августа 2008 г.
Кот-д'Ивуар	24 июля 2003 г.	13 августа 2010 г.
Куба	29 июня 2004 г.	
Кувейт	16 июня 2003 г.	12 мая 2006 г.
Кыргызстан	18 февраля 2004 г.	25 мая 2006 г.
Лаосская Народно-Демократическая Республика	29 июня 2004 г.	6 сентября 2006 г.
Латвия	10 мая 2004 г.	10 февраля 2005 г.
Лесото	23 июня 2004 г.	14 января 2005 г.
Либерия	25 июня 2004 г.	15 сентября 2009 г.
Ливан	4 марта 2004 г.	7 декабря 2005 г.
Ливия	18 июня 2004 г.	7 июня 2005 г.
Литва	22 сентября 2003 г.	16 декабря 2004 г.
Люксембург	16 июня 2003 г.	30 июня 2005 г.
Маврикий	17 июня 2003 г.	17 мая 2004 г.
Мавритания	24 июня 2004 г.	28 октября 2005 г.
Мадагаскар	24 сентября 2003 г.	22 сентября 2004 г.
Малави		
Малайзия	23 сентября 2003 г.	16 сентября 2005 г.
Мали	23 сентября 2003 г.	19 октября 2005 г.
Мальдивские Острова	17 мая 2004 г.	20 мая 2004 г.
Мальта	16 июня 2003 г.	24 сентября 2003 г.

Таблица 5.1

Статус Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, по состоянию на 8 мая 2019 года (продолжение)

* Ратификация представляет собой международный акт, которым страны, уже подписавшие договор/конвенцию, официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[a] Присоединение представляет собой международный акт, которым страны, не подписавшие договор/конвенцию, официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[A] Принятие представляет собой международный акт, аналогичный ратификации, которым страны, уже подписавшие договор/конвенцию, официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[AA] Утверждение представляет собой международный акт, аналогичный ратификации, которым страны, уже подписавшие договор/конвенцию, официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[c] Официальное подтверждение представляет собой международный акт, соответствующий ратификации государством, которым международная организация (в случае РКБТ ВОЗ – компетентные региональные организации экономической интеграции) официально заявляют о своем согласии на его/ее обязательность для себя.

[d] Правопреемство представляет собой международный акт, независимо от формулировки или названия, которым государства-правопреемники официально заявляют о своем согласии на обязательность для себя договоров/конвенций, первоначально заключенных государством, являющимся их правопредшественником.

СТРАНА	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ДАТА РАТИФИКАЦИИ* (ИЛИ ЮРИДИЧЕСКИ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ПРОЦЕДУРЫ)
Марокко	16 апреля 2004 г.	
Маршалловы Острова	16 июня 2003 г.	8 декабря 2004 г.
Мексика	12 августа 2003 г.	28 мая 2004 г.
Микронезия (Федеративные Штаты)	28 июня 2004 г.	18 марта 2005 г.
Мозамбик	18 июня 2003 г.	
Монако		
Монголия	16 июня 2003 г.	27 января 2004 г.
Мьянма	23 октября 2003 г.	21 апреля 2004 г.
Намибия	29 января 2004 г.	7 ноября 2005 г.
Науру		29 июня 2004 г. [a]
Непал	3 декабря 2003 г.	7 ноября 2006 г.
Нигер	28 июня 2004 г.	25 августа 2005 г.
Нигерия	28 июня 2004 г.	20 октября 2005 г.
Нидерланды	16 июня 2003 г.	27 января 2005 г. [A]
Никарагуа	7 июня 2004 г.	9 апреля 2008 г.
Ниуэ	18 июня 2004 г.	3 июня 2005 г.
Новая Зеландия	16 июня 2003 г.	27 января 2004 г.
Норвегия	16 июня 2003 г.	16 июня 2003 г. [AA]
Объединенная Республика Танзания	27 января 2004 г.	30 апреля 2007 г.
Объединенные Арабские Эмираты	24 июня 2004 г.	7 ноября 2005 г.
Оман		9 марта 2005 г. [a]
Острова Кука	14 мая 2004 г.	14 мая 2004 г.
Пакистан	18 мая 2004 г.	3 ноября 2004 г.
Палау	16 июня 2003 г.	12 февраля 2004 г.
Панама	26 сентября 2003 г.	16 августа 2004 г.
Папуа-Новая Гвинея	22 июня 2004 г.	25 мая 2006 г.
Парагвай	16 июня 2003 г.	26 сентября 2006 г.
Перу	21 апреля 2004 г.	30 ноября 2004 г.
Польша	14 июня 2004 г.	15 сентября 2006 г.
Португалия	9 января 2004 г.	8 ноября 2005 г. [AA]
Республика Корея	21 июля 2003 г.	16 мая 2005 г.
Республика Молдова	29 июня 2004 г.	3 февраля 2009 г. [a]
Российская Федерация		3 июня 2008 г. [a]
Руанда	2 июня 2004 г.	19 октября 2005 г.
Румыния	25 июня 2004 г.	27 января 2006 г.
Сальвадор	18 марта 2004 г.	
Самоа	25 сентября 2003 г.	3 ноября 2005 г.
Сан-Марино	26 сентября 2003 г.	7 июля 2004 г.
Сан-Томе и Принсипи	18 июня 2004 г.	12 апреля 2006 г.
Саудовская Аравия	24 июня 2004 г.	9 мая 2005 г.
Северная Македония		30 июня 2006 г. [a]
Сейшельские Острова	11 сентября 2003 г.	12 ноября 2003 г.
Сенегал	19 июня 2003 г.	27 января 2005 г.
Сент-Винсент и Гренадины	14 июня 2004 г.	29 октября 2010 г.
Сент-Китс и Невис	29 июня 2004 г.	21 июня 2011 г.
Сент-Люсия	29 июня 2004 г.	7 ноября 2005 г.
Сербия	28 июня 2004 г.	8 февраля 2006 г.
Сингапур	29 декабря 2003 г.	14 мая 2004 г.
Сирийская Арабская Республика	11 июля 2003 г.	22 ноября 2004 г.
Словакия	19 декабря 2003 г.	4 мая 2004 г.
Словения	25 сентября 2003 г.	15 марта 2005 г.
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	16 июня 2003 г.	16 декабря 2004 г.
Соединенные Штаты Америки	10 мая 2004 г.	
Соломоновы Острова	18 июня 2004 г.	10 августа 2004 г.
Сомали		
Судан	10 июня 2004 г.	31 октября 2005 г.
Суринам	24 июня 2004 г.	16 декабря 2008 г.
Сьерра-Леоне		22 мая 2009 г.
Таджикистан		
Таиланд	20 июня 2003 г.	8 ноября 2004 г.
Тимор-Лешти	25 мая 2004 г.	22 декабря 2004 г.
Того	12 мая 2004 г.	15 ноября 2005 г.
Тонга	25 сентября 2003 г.	8 апреля 2005 г.
Тринидад и Тобаго	27 августа 2003 г.	19 августа 2004 г.
Тувалу	10 июня 2004 г.	26 сентября 2005 г.
Тунис	22 августа 2003 г.	7 июня 2010 г.
Туркменистан		13 мая 2011 г.
Турция	28 апреля 2004 г.	31 декабря 2004 г.
Уганда	5 марта 2004 г.	20 июня 2007 г.
Узбекистан		15 мая 2012 г.
Украина	25 июня 2004 г.	6 июня 2006 г.
Уругвай	19 июня 2003 г.	9 сентября 2004 г.
Фиджи	3 октября 2003 г.	3 октября 2003 г.
Филиппины	23 сентября 2003 г.	6 июня 2005 г.
Финляндия	16 июня 2003 г.	24 января 2005 г.
Франция	16 июня 2003 г.	19 октября 2004 г. [AA]
Хорватия	2 июня 2004 г.	14 июля 2008 г.
Центральноафриканская Республика	29 декабря 2003 г.	7 ноября 2005 г.
Чад	22 июня 2004 г.	30 января 2006 г.
Черногория		23 октября 2006 г. [d]
Чешская Республика	16 июня 2003 г.	1 июня 2012 г.
Чили	25 сентября 2003 г.	13 июня 2005 г.
Швейцария	25 июня 2004 г.	
Швеция	16 июня 2003 г.	7 июля 2005 г.
Шри-Ланка	23 сентября 2003 г.	11 ноября 2003 г.
Эквадор	22 марта 2004 г.	25 июля 2006 г.
Экваториальная Гвинея		17 сентября 2005 г. [a]
Эритрея		
Эсватини	29 июня 2004 г.	13 января 2006 г.
Эстония	8 июня 2004 г.	27 июля 2005 г.
Эфиопия	25 февраля 2004 г.	
Южно-Африканская Республика	16 июня 2003 г.	19 апреля 2005 г.
Ямайка	24 сентября 2003 г.	7 июля 2005 г.
Япония	9 марта 2004 г.	8 июня 2004 г. [A]

Источник: веб-сайт «Собрание договоров Организации Объединенных Наций» https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_HET=IX-4&chapter=9&lang=en, по состоянию на 8 мая 2019 года).

Хотя Лихтенштейн и не является государством-членом ВОЗ, он как государство-член Организации Объединенных Наций имеет право присоединиться к РКБТ ВОЗ. Тем не менее, данное государство не предприняло никаких шагов в этом направлении.

При представлении документов на присоединение к РКБТ ВОЗ некоторые Стороны включили в них уведомления и/или декларации. Все уведомления доступны по ссылке: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_HET=IX-4&chapter=9&lang=en

Выражение признательности

Всемирная организация здравоохранения выражает глубокую благодарность следующим лицам за их вклад в работу по составлению данного доклада:

Региональное бюро ВОЗ для стран Африки: Jean-Marie Dangou, Deowan Mohee, Nivo Ramanandraibe, Noureiny Tcha-Kondor.

Региональное бюро ВОЗ для стран Америки: Francisco Armada Perez, Adriana Bacelar Gomes, Itziar Belausteguigoitia, Natalia Parra, Rosa Sandoval.

Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии: Jagdish Kaur, Syed Mahfuzul Huq, Tara Mona Kessaram, Arvind Rinkoo (Бангладеш), Kencho Wangdi (Бутан), Atul Dahal, Hye Ran Ri (КНДР), Praveen Sinha, Fikru Tesfaye Tullu (Индия), Farrukh Qureshi, Dina Kania (Индонезия), Fathimath Hudha (Мальдивские Острова), Myo Paing (Мьянма), Lonim Dixit, Md Khurshid Alam Hyder (Непал), Suveendran Thirupathy (Шри-Ланка), Sushera Bunluesin, Renu Garg (Таиланд), Leoneto Pinto (Тимор-Лешти).

Европейское региональное бюро ВОЗ: Angela Ciobanu, Елизавета Лебедева, Kristina Mauer-Stender.

Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья: Raouf Alebshehy, Fatimah El-Awa, Heba Fouad, Miriam Gordon, Radwa el Wakil.

Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана: Melanie Aldeon, Ramon de Guzman, Mina Kashiwabara, Kate Lannan, Hai-Rim Shin, Daravuth Yel (Камбоджа), Kelvin Khow Chuan Heng, Jiani Sun (Китай), Ada Moadsiri, Semenson Ehpel, Eunyoung Ko (Федеративные Штаты Микронезии), Pushpanjali Padayachi (Фиджи), Koorio Tetabea (Кирибати), Douangkeo Thochongliachi (Лаосская Народно-Демократическая Республика), Paul Soo, Narwant Kaur (Малайзия), Naranchimeg Jamiyanjamts, Bolormaa Sukhbaatar (Монголия), Anna Maalsen (Папуа-Новая Гвинея), Florante Trinidad (Филиппины), Kolisi Viki (Самоа), Kirsten Frandsen (Соломоновы Острова), Yutaro Setoya (Тонга), Tsogzolmaa Bayandorj (Вануату), Lam Nguyen Tuan, Pham Thi Quynh Nga (Вьетнам).

Штаб-квартира ВОЗ в Женеве: Virginia Arnold, Ferranda Cotado, Melanie Cowan, Hicham El-Berri, Ranti Fayokun, Sarah Galbraith-Emami, Marta Guglielmetti, Per Hasvold, Benn McGrady, Jeremias Paul, Leanne Riley, Kate Robertson, Susannah Robinson, Stefan Savin, Ulrike Schwerdtfeger, Simone St Claire, Jean Tesche.

Мы выражаем особую благодарность Kelvin Khow Chuan Heng и Vera Luiza da Costa e Silva из Секретариата Рамочной конвенции по борьбе против табака Всемирной организации здравоохранения за их вклад в подготовку многих глав настоящего доклада, а также за их общие комментарии по проекту доклада.

Hebe Naomi Gouda координировала выпуск настоящего доклада при поддержке со стороны Kerstin Schotte, а также с помощью Alexandra Choi и Pirathap Loganathan.

Административную поддержку обеспечили: Amal Amoune-Naal, Miriamjoy Aryee-Quansah, Gareth Burns, Rosane De Barros Serrao, Luis Madge, Zahra Ali Piazza, Ochid Romzi, Florence Taylor и Elizabeth Tecson.

Priyanka Dahiya и Marine Perraudin отвечали за оценку и анализ законодательства стран при поддержке Kritika Khanijo, Rebecca Röttger и Anastasia Vernikou.

Управление данными, их анализ, формирование таблиц, графиков и приложений были выполнены Alison Commar при поддержке Soothesuk Kusumpa и Elza Anna Barzdina.

Оценки распространенности курения были произведены Alison Commar в сотрудничестве с Ver Bilano и Edouard Tursan d'Espaignet.

Данные о прекращении употребления табака были обновлены Dongbo Fu при поддержке Bowei Huang, Merideth Lewis-Cooney, Alexandra Choi и Tuba Asvar.

Неоценимый вклад в подготовку главы «Предложение помощи в целях прекращения употребления табака» внесли Heba Ayoub, Annette M David, Madmoud M Elhabiby, Elba Esteves, Tom Glynn, Christina Gratziou, Takashi Hanioka, Feras Hawari, Taylor Hays, Gholamreza Heydari, Sonali Jhanjee, Katherine E Kemper, Min Kyung Lim, Tim McAfee, Pratima Murthy, Yvonne Olando, Jennifer Percival, Olivier Randriamahazosoa, Martin Raw, Галина Сахарова, Etta Short, Ken Wassum, Dan Xiao, Jintana Yunibhand. Мы также благодарим Katherine Deland за подготовку главы «Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака и Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями».

Jorge Alday, Anna Gilmore, Maciej Goniewicz, Brian King и Gan Quan внесли значительный вклад в освещение некоторых других аспектов доклада.

Финансово-экономический обзор и анализ, включая налогообложение табачных изделий и цены, были проведены Anne-Marie Perucic и Robert Totanes при поддержке Mark Goodchild, Roberto Iglesias, Dora Nicolazzo и Alejandro Ramos. Данные о налогах и ценах были собраны при поддержке чиновников из министерств финансов и министерств здравоохранения, а также Luk Joossens и Константина Красовского.

Мы выражаем признательность Jennifer Ellis, Kelly Henning и Adrienne Pizatella из Инициативы Блумберга по сокращению потребления табачных изделий за их сотрудничество.

Мы также благодарим Florence Rusciano за предоставленные карты.

Мы также выражаем благодарность Институту глобальной борьбы против табака при Медицинской школе Блумберга Университета имени Джонса Хопкинса, и в частности Joanna Cohen и Kevin Welding. Мы также хотели бы поблагодарить Vital Strategies за их сотрудничество в сборе и анализе данных об антитабачных кампаниях в СМИ, и в частности Therese Buendia, Christina Curell и Алексея Котова, а также: Luiza Amorim, Ilona van de Braak, Tom Carroll, Tuba Durgut, Carlos Garcia, Shafiqul Islam, Ziauddin Islam, Vaishakhi Mallik, Ирину Морозову, Sandra Mullin, Nandita Murukutla, Nguyen Nhung, Rebecca Perl, Ancha Rachfiansyah, Benjamin Gonzalez Rubio, Md. Nasir Uddin и Winnie Chen Yu. Выражаем также особую благодарность «Кампании за детей, свободных от табака», особенно Maria Carmona, Kaitlin Donley и Monique Muggli, за конструктивный обмен информацией, касающейся вопросов борьбы против табака и соответствующего законодательства. Также благодарим Rob Cunningham из Канадского онкологического общества за предоставление информации в отношении предупредительных надписей о вреде табака для здоровья.

Мы благодарим команду из компании Alboum за качественный и быстрый перевод законодательных документов.

Vinayak Prasad, Douglas Bettcher и Vera Luizada Costa e Silva проверили весь доклад и дали заключительные комментарии. Особую благодарность выражаем нашим редакторам Aubra Godwin и Angela Burton, а также нашему дизайнеру Jean-Claude Fattier за их эффективную помощь в своевременной публикации данного доклада.

Выпуск настоящего документа ВОЗ финансировался за счет средств гранта, предоставленного Благотворительным фондом Bloomberg Philanthropies. Ответственность за содержание настоящего документа лежит целиком на ВОЗ, и оно не отражает позицию Bloomberg Philanthropies.

impou

Фотографии и иллюстрации

© Всемирная организация здравоохранения
Стр. 20 – Фотограф: Diego Rodriguez
Стр. 26 – Фотограф: Сергей Волков
Стр. 50 – Фотограф: Сергей Волков
Стр. 113 – Фотограф: Eduardo Soteras Jalil
Стр. 156 – Фотограф: Nursila Dewi
Стр. 202 – Фотограф: David Spitz
Стр. 208 – Фотограф: David Spitz

© Всемирный банк
Стр. 49 – Фотограф Scott Wallace
Стр. 61 – Фотограф: Sarah Farhat
Стр. 64 – Фотограф: Andy Trambly
Стр. 100 – Фотограф: Tom Perry
Стр. 118/119 – Фотограф: Mohammad Al-Arief
Стр. 182 – Фотограф: Khasar Sandag

© Photoshare
Стр. 46 – Фотограф: Kassia Meinholdt
Стр. 53 – Фотограф: Sanghamitra Sarkar
Стр. 81 – David Alexander / Центр коммуникационных программ Джонса Хопкинса
Стр. 90 – Фотограф: Syed Ziaul Habib Roobon
Стр. 126 – Фотограф: Sumon Yusuf
Стр. 142 – Samy Rakotoniaina / MSH
Стр. 196 – Фотограф: Meagan Harrison

Другие источники
Стр. 15 – © Всемирная организация здравоохранения
Стр. 17 – © Bloomberg Philanthropies
Стр. 19 – © Секретариат Конвенции РКБТ ВОЗ
Стр. 30 – © Секретариат Конвенции РКБТ ВОЗ
Стр. 34 – © Fondo Solidario para la Salud - FOSALUD, Сальвадор
Стр. 55 – © Фотограф: Husain Akbar
Стр. 57 – © Фотограф: Husain Akbar
Стр. 63 – © Министерство здравоохранения Бразилии
Стр. 74 – © Подразделение по неинфекционным заболеваниям Федерального министерства здравоохранения Судана
Стр. 75 – © Национальный институт научных исследований и разработок в области здравоохранения, Индонезия
Стр. 79 – © Фотограф: Robert Totanes
Стр. 80 – © Сианьская комиссия по здравоохранению, Китай
Стр. 81 – © Г-н Omar Badjie, Министерство здравоохранения Гамбии
Стр. 88 – © Министерство здравоохранения и благополучия семьи, Индия
Стр. 88 – © Д-р Oumar Ba, Министерство здравоохранения и социальной защиты, Сенегал
Стр. 89 – © Национальный центр по борьбе против табака, Республика Корея
Стр. 89 – © Министерство здравоохранения Эквадора
Стр. 94 – © Комитет по здравоохранению и социальным вопросам парламента Грузии
Стр. 95 – © Министерство здравоохранения Уругвая
Стр. 99 – © Young Guns Media, Мьянма
Стр. 99 – © Страновой офис ВОЗ в Китае
Стр. 104 – © Г-жа Rosalie Likibi-Boho, Министерство здравоохранения Республики Конго
Стр. 104 – © Ada Moadsiri, Всемирная организация здравоохранения
Стр. 105 – © Stabroek News, Гайана
Стр. 116 – © Министерство здравоохранения Ирландии
Стр. 117 – © Г-жа Hanitra Ratsirison, Министерство здравоохранения Мадагаскара

Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2019 год **подготовлен при финансовом содействии Благотворительного фонда Bloomberg Philanthropies**

Всемирная организация здравоохранения

TOGETHER LET'S BEAT TOBACCO

#beatNCDs

9789240029545

20 Avenue Appia • CH-1211 Geneva 27 • Швейцария
www.who.int/tobacco