Организация Объединенных Наций E/2004/55

# Экономический и Социальный Совет

Distr.: General
29 April 2004
Russian
Original: English

**Основная сессия 2004 года**
Нью-Йорк, 28 июня — 23 июля 2004 года
Пункт 7(h) предварительной повестки дня*
**Вопросы координации, программные и другие вопросы: табак или здоровье**

## Специальная межучрежденческая целевая группа по борьбе против табака

### Доклад Генерального секретаря

*Резюме*

Настоящий доклад является откликом на решение 2002/242 Экономического и Социального Совета, согласно которому Генеральный секретарь должен был представить Совету на его основной сессии 2004 года доклад о прогрессе, достигнутом Специальной межучрежденческой целевой группой по борьбе против табака в области многосекторального сотрудничества по проблеме «Табак или здоровье». Первый и второй доклады были представлены на основных сессиях 2000 и 2002 годов.

* E/2004/100.

04-33141 (R) 200504 260504
*0433141*

# I. Введение

1. Потребление табака относят к 10 ведущим факторам риска в мире, на которые приходится более трети смертных случаев по всей планете. В 2000 году потребление табака стояло на втором месте среди главных причин смертности в мире. Табак убивает каждый год около 5 млн. человек, и ожидается, что за 20 лет эта цифра удвоится. В настоящее время в мире насчитывается 1,3 млрд. курящих, и если не принять меры по снижению распространенности курения, то к 2025 году эта цифра возрастет до 1,7 млрд. человек.

2. Потребление табака сказывается на развитии и тесно связано с нищетой. Чаще всего курильщиками становятся малоимущие лица мужского пола. Табакопотребление увеличивает заболеваемость серьезными болезнями, ложащимися тяжким финансовым бременем на этих людей, когда они обращаются за медицинской помощью и не могут работать по причине нездоровья. Кроме того, оно оборачивается серьезными издержками упущенных возможностей для малоимущих семей, которые тратят значительную долю своих ресурсов на потакание своей вредной привычке вместо того, чтобы тратить эти деньги на другие, нужные товары (например, продукты питания), на образование или на охрану здоровья. Выращивание же табака подрывает достаток крестьян, которые зачастую попадают в сильную долговую зависимость от табачной промышленности и чьи доходы от табаководства за последние годы резко упали. Выращивание табака сопряжено также с опасностями для здоровья, обусловленными активным применением сильнодействующих пестицидов и тесным контактом с никотином, присутствующим в табачных листьях. Усугубляя нищету, табак вредит при этом и окружающей среде: под табачные посевы и ради получения дров для сушки табака вырубается лес, пестициды разносятся водами, табачные растения поглощают из почвы питательные вещества.

3. Если учесть изложенные выше факты, то сокращение потребления табака должно помочь достижению таких сформулированных в Декларации тысячелетия целей в области развития, как уменьшение масштабов нищеты, заболеваемости, голода и деградации окружающей среды. Прослеживается также связь табакопотребления с теми проблемами развития, которые имеют гендерный характер. Если в программах помощи в области развития, направленных на достижение поставленных в Декларации целей, будет предусмотрена борьба с табаком, это могло бы способствовать достижению немаловажных успехов в преодолении нищеты, улучшении питания и охране окружающей среды.

4. На сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2003 года 192 государства — члена Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) единогласно приняли Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака. Это первый международный договор об охране здоровья населения, разработанный под эгидой ВОЗ. Теперь, когда Рамочная конвенция принята, осуществление содержащихся в ней всеобъемлющих положений о борьбе с табаком приобретает приоритетное значение на национальном уровне. Компетенция каждого из учреждений, входящих в состав Целевой группы, окажется весьма полезной для содействия созданию в странах (там, где это требуется) технических возможностей для поддержки и укрепления национальных антитабачных программ.

5. Членами Целевой группы определено пять проблемных областей, в которых табакопотребление оборачивается значительными негативными последствиями; работая над осуществлением национальных антитабачных мер, правительствам, межправительственным учреждениям и неправительственным организациям необходимо будет внимательно заниматься этими областями. Эти области таковы: влияние табака на здоровье, на экономический рост и на проблему нищеты, бюджетно-финансовая сторона табачной проблемы и последствия глобализации для потребления табака на национальном уровне.

## II. Появление Специальной межучрежденческой целевой группы по борьбе против табака и новое в работе ее механизмов

6. В своей резолюции 1993/79 от 30 июля 1993 года Экономический и Социальный Совет просил Генерального секретаря создать под эгидой ВОЗ, в пределах имеющихся ресурсов, в рамках существующих учреждений Организации Объединенных Наций координационный центр по проблеме многосекторального сотрудничества в решении экономических и социальных аспектов производства и потребления табака с особым учетом серьезных последствий потребления табака для здоровья. Эта задача была поручена Конференции Организации Объединенных Наций по торговле и развитию (ЮНКТАД). С 1993 по 1998 год координационный центр представил Генеральному секретарю на основных сессиях Совета в 1994, 1995 и 1997 годах три доклада (E/1994/83, E/1995/67 и Add.1 и E/1997/62).

7. В 1998 году Генеральный секретарь согласился на назначение действующей под руководством ВОЗ Специальной межучрежденческой целевой группы по борьбе против табака, которая сменила координационный центр, действовавший на базе ЮНКТАД. Это решение было принято с тем, чтобы активизировать совместную работу Организации Объединенных Наций над табачной проблемой и стимулировать глобальную поддержку борьбы с табаком. Учреждение этой новой целевой группы было одобрено Организационным комитетом Административного комитета по координации (АКК) на второй части его первой очередной сессии 1999 года, состоявшейся в Женеве 12–13 апреля 1999 года (см. ACC/1999/2, sect. VII).

8. В июле 1999 года на своей основной сессии Экономический и Социальный Совет принял резолюцию 1999/56, в которой он одобрил создание Специальной межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций, действующей под руководством ВОЗ. В соответствии с этой резолюцией Генеральный секретарь представил Совету на его основной сессии в июле 2000 года доклад о прогрессе, достигнутом Целевой группой в области многосекторального сотрудничества по проблеме «Табак или здоровье» с заострением внимания на разработке надлежащих стратегий в отношении социальных и экономических последствий инициатив по проблеме «Табак или здоровье» (E/2000/21). Первый доклад Генерального секретаря о Целевой группе был подготовлен после того, как она провела свои первые две сессии.

9. Настоящий, третий доклад является откликом на решение 2002/242 Совета, согласно которому Генеральный секретарь должен был представить на основной сессии в июле 2004 года очередной доклад о работе Целевой группы.

10. Первая сессия Целевой группы была проведена 29–30 сентября 1999 года в Детском фонде Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в Нью-Йорке. На этой сессии присутствовали 13 организаций системы Организации Объединенных Наций, Всемирный банк и Международный валютный фонд (МВФ). Цели первой сессии заключались в том, чтобы наметить текущие и будущие действия членов АКК в отношении табачной проблемы в целом и выработать оперативный подход, обеспечивающий, чтобы у Организации Объединенных Наций было единогласие в процессе разработки рамочной конвенции по борьбе против табака.

11. Вторая сессия Целевой группы была проведена 7 марта 2000 года в штаб-квартире Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО) в Риме. На сессии присутствовали десять организаций системы Организации Объединенных Наций, Всемирный банк и Всемирная торговая организация (ВТО). Главная цель второй сессии состояла в том, чтобы рассмотреть конкретные стратегии и проекты, призванные укрепить и расширить межучрежденческое сотрудничество между организациями — членами Целевой группы.

12. Третья сессия Целевой группы была устроена 8 декабря 2000 года в виде глобальной видеоконференции. В этой видеоконференции участвовали восемь организаций системы Организации Объединенных Наций, а также Всемирный банк и ВТО. На сессии прозвучала свежая информация о работе каждого учреждения над табачной проблемой, а кроме того, члены Группы были ознакомлены с обсуждениями, состоявшимися в июле 2000 года на основной сессии Совета. Члены Целевой группы остановились также на вопросе о составлении плана работы в области межучрежденческого сотрудничества на 2001 год и обсудили проблемы технического сотрудничества в поддержку заключения рамочной конвенции по борьбе против табака.

13. Четвертая сессия Целевой группы состоялась 5 декабря 2001 года в Кобе (Япония). В этой сессии приняли участие семь организаций системы Организации Объединенных Наций, а также Всемирный банк и Всемирная таможенная организация. Основное внимание на четвертой сессии было уделено подготовке проекта второго доклада Генерального секретаря, который должен был быть представлен на основной сессии Экономического и Социального Совета в июле 2002 года; кроме того, участники были ознакомлены с тем, как обстоит дело с запрещением курения в системе Организации Объединенных Наций. Члены Целевой группы обсудили также итоги Международного совещания по экономическим, социальным и медицинским аспектам борьбы против табака, которая прошла в Кобе за два дня до четвертой сессии. На этом совещании международные эксперты рассмотрели работу, ведущуюся Организацией Объединенных Наций в области международной борьбы против табака, и изучили экономические аспекты отказа от табака, относящиеся к техническим мандатам и текущей работе членов Целевой группы, в частности ВОЗ, ФАО, Международного бюро труда и Всемирного банка.

14. Пятая сессия Целевой группы состоялась 21–22 октября 2003 года в штаб-квартире Всемирного банка в Вашингтоне (округ Колумбия). Присутствовали восемь организаций системы Организации Объединенных Наций, а также Всемирный банк и МВФ. Члены Целевой группы углубленно обсудили новую направленность работы Целевой группы и мероприятия, на которых ей следует

сосредоточиться теперь, когда принята Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.

# III. Потребление табака: многогранность проблемы

## A. Здоровье

15. В «Докладе о состоянии здравоохранения в мире» 2002 года сообщалось о расширенном исследовательском проекте, в рамках которого собирались сведения об основных общемировых факторах риска, их влиянии на здоровье людей и способах противодействия этим факторам для поощрения здорового образа жизни. «Риск» был определен как «вероятность негативных последствий или фактор, повышающий эту вероятность». В докладе сообщалось, что потребление табака относится к десяти ведущим факторам риска в мире, на которые приходится более трети смертных случаев по всей планете (см. рисунок 1). Из-за потребления табака каждый год умирает около 5 млн. человек. Если говорить о ранжировании главных причин смертности, то табакопотребление заняло среди них в 2000 году второе место в мире. При этом в развитых странах оно находилось на втором месте среди наиболее значительных причин смертности, в развивающихся странах с высокой смертностью — на шестом и в развивающихся странах с низкой смертностью[1] — на втором. Если же говорить о факторах риска, способных вызвать бремя недуга[2], то потребление табака заняло среди них четвертое место в мире. При этом в развитых странах оно находилось на первом месте, в развивающихся странах с высокой смертностью — на девятом и в развивающихся странах с низкой смертностью — на третьем. Все эти цифры явно показывают, что потребление табака является теперь серьезной угрозой здоровью не только в развитых странах, но и в развивающихся.

16. В ближайшем будущем эта угроза вряд ли исчезнет, поскольку за последние десятилетия табакопотребление во всем мире возрастало, а в следующие 20 лет эта тенденция, как ожидается, сохранится. В публикации ВОЗ «Прошлые, нынешние и будущие тенденции потребления табака» приводятся расчеты фактического и будущего потребления табака во всем мире и по регионам. Эти расчеты показывают, что численность курящих в мире, оцениваемая сейчас на 2003 год в 1,3 млрд. человек, возрастет к 2025 году ориентировочно до более чем 1,7 млрд. человек (исходя из 2-процентного увеличения дохода и усредненного показателя численности населения по прогнозам Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций), если доля лиц, потребляющих табак, останется в общемировых масштабах неизменной. Даже если рассчитывать на сокращение этой доли на 1 процент в год, все равно нужно будет ожидать, что численность потребляющих табак вырастет к 2025 году до 1,46 млрд. человек. Это означает, что как в краткосрочной, так и в среднесрочной перспективе экономика, питаемая табаководством, останется в целости. Поэтому на национальном уровне (и особенно в развивающихся странах, которые становятся все более уязвимы для этой угрозы здоровью людей) требуются более решительные антитабачные мероприятия.

17. ФАО только что опубликовала два исследования: «Прогнозы производства табака, его потребления и торговли им на период до 2010 года» и «Вопросы мировой табачной экономики на выборочных примерах». Основные выводы,

приводимые в первой из этих публикаций, состоят в том, что общемировое производство и потребление будут возрастать, но будет происходить сдвиг с развитых стран на развивающиеся. Если исходить из сохранения нынешних установок и тенденций, то в развитых странах производство табачного листа сократится с 1,2 млн. тонн в 2000 году до менее чем 1 млн. тонн в 2010 году. В отношении же развивающихся стран прогнозируется, что производство табачного листа возрастет там с примерно 5 млн. тонн в 2000 году до около 6 млн. тонн в 2010 году. Сходные тенденции будут прослеживаться и в плане потребления. Ожидается, что если не произойдет никаких изменений в антитабачной политике или в тарифных и нетарифных барьерах, то развивающиеся страны станут нетто-экспортерами, тогда как развитые страны превратятся в нетто-импортеров табачного листа. Эти выводы показывают, что опасения потери работы табаководами в развивающихся странах пока не имеют под собой оснований. Эти выводы подводят также к настоятельной мысли о том, что развивающимся странам необходимо проводить более решительную антитабачную политику, чтобы оградить население от растущей угрозы, которую этот продукт создает сейчас и на предстоящие десятилетия. Во второй из вышеназванных публикаций на примере ряда развивающихся стран приводится обзор производства табака, позволяющий лучше понять вклад табачного производства в экономику и вероятные последствия, которые борьба против табака может иметь для стран-производителей и стран-экспортеров. В этой публикации приводится также обзор имеющихся в сельскохозяйственном и других секторах возможностей для поглощения трудовых и иных ресурсов, высвобождаемых в сельском хозяйстве, и возможной доходности этих альтернативных предприятий. Исследованием охвачены следующие страны: Бразилия, Индия, Зимбабве, Китай, Малави и Турция.

## B. Развитие и нищета

18. Генеральный директор ВОЗ учредила в 2000 году Комиссию по макроэкономике и здоровью, которой поручено проанализировать место здоровья в развитии мировой экономики. В состав Комиссии вошли некоторые из ведущих экономистов и влиятельных лиц всего мира — из научных кругов, государственных ведомств, международных учреждений. Комиссия подчеркнула важность вложения средств в здравоохранение ради содействия экономическому развитию и преодоления нищеты, особенно в странах с низким уровнем дохода. Комиссия признала двойное бремя недуга (заразные и незаразные болезни являются значительной проблемой для всех развивающихся стран) и признала табак крупным фактором риска. Комиссия опубликовала в 2001 году доклад; кроме того, по ее заказу подготовлено несколько документов, в том числе исследование о последствиях либерализации торговли для потребления табака. В октябре 2003 года Комиссия провела второй раунд консультаций, на которых обсуждались прежде всего вопросы, касающиеся повышения эффективности систем лечения, а также увеличения отечественных и внешних ресурсов, направляемых на нужды здравоохранения.

19. Табак прямо признан в качестве проблемы развития Европейской комиссией. Комиссия провела 3–4 февраля 2003 года в Брюсселе «круглый стол» высокого уровня по теме «Борьба с табаком и политика развития». В документе, подготовленном к этому совещанию, констатируется: во многих развивающих

ся странах усиливается табакопотребление, что приводит к увеличению смертности от заболеваний, связанных с табаком. Это ложится весьма тяжким бременем на развивающиеся страны, которые и без того вынуждены заниматься проблемами, создаваемыми для здоровья населения такими инфекционными заболеваниями, как ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия. Производство и потребление табака способствует росту нищеты и подрывает устойчивое развитие. Исходя из этого, Комиссия подтвердила на этом совещании свою готовность поддержать развивающиеся страны, желающие вести борьбу с табаком, с помощью имеющихся инструментов сотрудничества в области развития на уровне отдельно взятых стран.

20. В рамках сотрудничества между Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и ВОЗ Комитет содействия развитию опубликовал в серии «Директивы и справочные документы» в 2003 году доклад «Бедность и здравоохранение». В докладе признается, что незаразные болезни заметно сказываются на здоровье малоимущих слоев населения и что прослеживается тесная связь между заболеваниями, вызываемыми табаком, и нищетой. Прогнозируется, что систематическое потребление табака станет к 2030 году причиной смерти в развивающихся странах около 7 млн. человек в год, причем 50 процентов будет приходиться на Азию. Табак сильно усугубляет нищету и плохое питание в странах с низким уровнем дохода, особенно когда на приобретение табачных изделий малоимущие тратят и без того скудные средства, которые они могли бы вместо этого потратить на продукты питания. Высокий процент потребителей табака среди мало зарабатывающих и малообразованных мужчин сильно способствует их нищете, поскольку у них существенно возрастает риск появления опасных заболеваний и смерти в раннем возрасте. Чтобы противодействовать дурным последствиям табакопотребления, особенно среди бедноты и в странах с низким уровнем дохода, учреждениям, занимающимся вопросами развития, следует налаживать предметный диалог и техническое и финансовое сотрудничество для содействия изменению действующей политики.

21. Потребление табака является крупным фактором, непосредственно способствующим росту случаев заболевания незаразными болезнями, а косвенно — такими заразными болезнями, как туберкулез. Нищета облегчает распространение болезней, а их лечение может стать для малоимущей семьи тяжкой финансовой обузой. Табак оборачивается серьезными издержками упущенных возможностей для малоимущих семей: пристрастившиеся к табаку тратят значительную долю семейных средств на его потребление. В развивающихся странах у малоимущих семей расходы на покупку табачных изделий могут вполне составлять до 10 процентов всех семейных расходов. Это означает, что такие семьи тратят меньше денег на приобретение предметов первой необходимости (например, продуктов питания), на образование и на охрану здоровья. Наряду с его отрицательными последствиями для здоровья табакопотребление может приводить также к увеличению расходов на лечение и к преждевременной смерти. Оно также способствует ухудшению питания и усугублению неграмотности, если деньги, которые можно было бы потратить на продовольствие и образование, расходуются вместо этого на табак. Эти выводы подкрепляются на примере исследований по некоторым странам. Некоторые факты, обнаруженные в ходе этих исследований, таковы:

a) исследование, проведенное недавно в Бангладеш, показало, что свыше 10,5 млн. человек, которые сейчас плохо питаются, могли бы иметь надлежащий рацион, если бы деньги, затраченные на табак, были затрачены вместо этого на еду;

b) предварительные результаты исследования, которое продолжает осуществляться в трех провинциях Вьетнама, показывают, что за год курящие расходуют на табак в 3,6 раза больше, чем на образование, в 2,5 раза больше, чем на одежду, и в 1,9 раза больше, чем на лечение;

c) в Индии некоторые беспризорные дети и другие бездомные тратят на табак больше, чем на продукты питания, образование или сбережения;

d) на юго-западе Китая у малоимущих семей, проживающих в сельской местности, свыше 11 процентов их общих расходов приходится на сигареты;

e) в Нигере студенты тратят 40 процентов своего дохода на сигареты, а работники физического труда — 25 процентов.

22. Табак и нищета порождают порочный круг. Потребление табака усиливает нищету, а табачные изделия более широко потребляются, как правило, среди бедноты:

a) из примерно 1,3 млрд. курильщиков 84 процента проживает в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой;

b) исследование, проведенное в 1997 году в Мадрасе (Индия), показало, что самый высокий процент курящих мужчин обнаруживается среди неграмотных (64 процента). Чем больше лет человек отучился, тем меньше становится эта доля: среди тех, кто отучился более 12 лет, она сокращается до менее чем трети (21 процент);

c) исследование, проведенное в 1996 году в Польше, показало, что влияние курения на риск преждевременной смерти среди мужчин в возрасте 35–69 лет меняется в зависимости от уровня образования: риск смерти в среднем возрасте от заболеваний, связанных с табаком, составил 5 процентов среди лиц с высшим образованием и почти вдвое больше (9 процентов) среди лиц, имевших только начальное и среднее образование.

23. Табак подрывает достаток не только потребителей, но и производителей табака. В некоторых странах дефицитные земельные ресурсы используются для выращивания не пищевых продуктов, а табака. Кроме того, во многих развивающихся странах крестьяне с небольшим хозяйством находятся в сильной зависимости от табачной промышленности, которая дает им кредиты на организацию производства, оказывает им техническое содействие и устанавливает цену на культуру. В результате крестьянам трудно проявлять какую бы то ни было гибкость в плане ведущегося ими хозяйства и возможного перехода на иные культуры, особенно когда они попадают в долговую зависимость от табачной промышленности. Наряду с этим табаководство сопряжено с риском для здоровья, возникающим при прямом контакте с зелеными табачными листьями, когда в организм через кожу может попадать значительное количество никотина (болезнь зеленого табака[3]), а также при применении сильнодействующих пестицидов без надлежащей защитной одежды.

24. Табак наносит вред и окружающей среде. Деградация окружающей среды выражается в поглощении табачными растениями питательных веществ из почвы, в загрязнении от пестицидов и удобрений, в обезлесении, вызванном вырубкой лесов — на дрова для сушки табака и под посевы. Недавно проводилось исследование по оценке того, сколько лесных и кустарниковых площадей вырубается ежегодно для обработки табака; выяснилось, что в различных странах, где выращивается табак, в среднем почти 5 процентов обезлесения вызвано нуждами табаководства.

25. Основываясь на данных, связывающих табак с нищетой, ВОЗ приняла решение провести Всемирный день без табака в 2004 году под лозунгом «Табак и нищета». Эта тема должна донести мысль о том, что табак обостряет нищету людей, семей, наций. Это контрастирует с широко распространенными упрощенческими аргументами о том, что табак обогащает государство и табаководов. Центром проведения Всемирного дня без табака в 2004 году станет Бразилия — страна, которая известна своим решительным участием в борьбе против табака и уделяет большое значение вопросам снижения масштабов нищеты.

26. В целом по всему миру потребление табака среди мужчин в четыре раза выше его потребления среди женщин. Во многих развитых странах этот разрыв не такой сильный, поскольку там становится все больше курящих женщин. Однако тенденция к распространению курения среди женщин становится сейчас проблемой и в развивающемся мире. Табачная промышленность уже это поняла и все сильнее ориентируется на женщин, стремясь обрести ту часть рынка, которая в прошлом была не охвачена. В рекламе табачных изделий, рассчитанной на женщин, изображаются такие мотивы, как жизнерадостность, стройность, блистательность, эмансипированность и т.п. В рекламе, рассчитанной на мужчин, используются другие мотивы: упор делается на устремления мужчин к счастью, статности, богатству, власти и успехам на сексуальном поприще. Табак отрицательно сказывается на здоровье всех, кто его потребляет, но при этом он по-разному сказывается на здоровье мужчин и женщин. Мужчинам грозит снижение фертильности и половой потенции. У женщин-курильщиц повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний, в частности при применении оральных контрацептивов; возрастает встречаемость бесплодия, преждевременных родов, низкого веса у новорожденных, рака шейки матки, раннего наступления менопаузы, ломкости костей. Курение во время беременности отрицательно сказывается на развитии плода. Новая приобретенная привычка представительниц женского пола может также оборачиваться негативными социально-экономическими последствиями. Например, известно, что у женщин нередко меньше свободных финансовых средств, чем у мужчин, и что она скорее истратит их на детей. Когда больше женщин начинает больше потреблять табак, отвлечение скудных финансовых средств на табачные изделия может существенно усугубить плохое питание и рост процента детей, бросающих школу, с вытекающими отсюда в потенциале долгосрочными негативными последствиями.

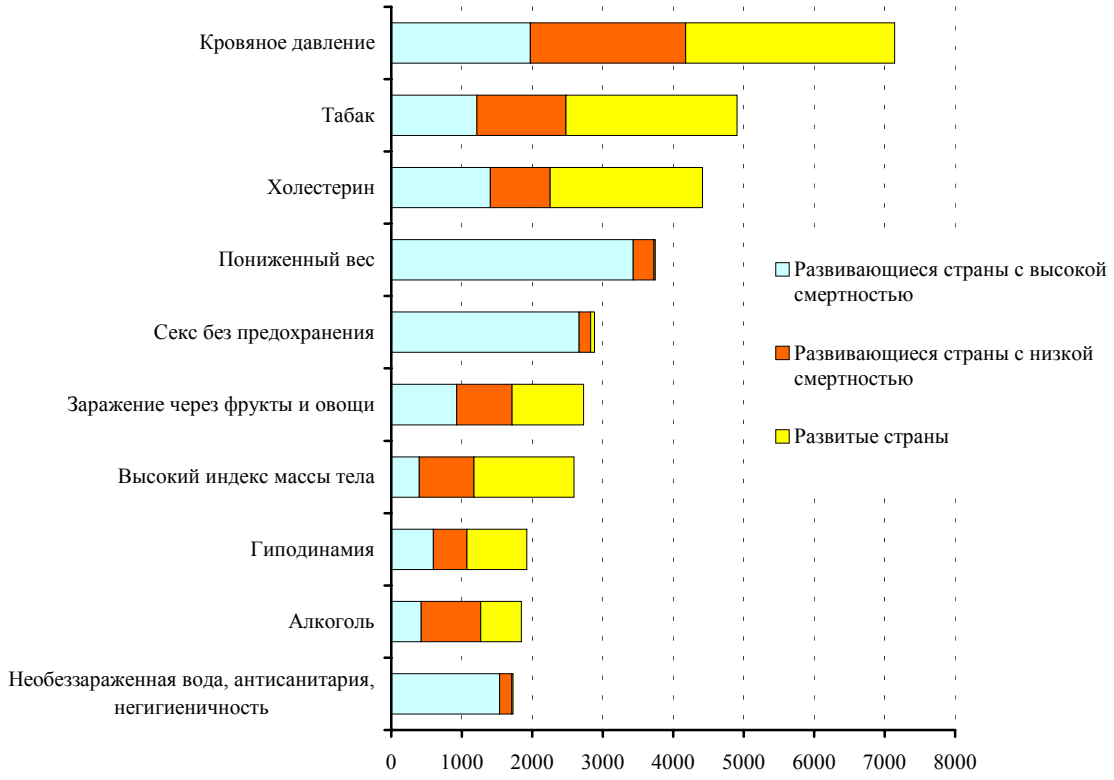
27. Сформулированные в Декларации тысячелетия восемь целей в области развития представляют собой смелую программу существенного улучшения к 2015 году условий жизни людей, предусматривая сокращение масштабов нищеты, голода, заболеваемости, неграмотности, деградации окружающей среды и дискриминации в отношении женщин. Для каждой из этих целей определен комплекс показателей и индикаторов, которые используются для отслеживания

того, как идет работа. Если учесть изложенные выше факты, то табачная проблема явно затрагивает достижение целей, поставленных в Декларации, в частности в том, что касается заболеваемости, нищеты, голода и гендерных вопросов. Поэтому Целевая группа рекомендует, чтобы в рамках программ помощи в области развития, направленных на достижение сформулированных в Декларации тысячелетия целей, признавалось наличие этой пагубной зависимости.

Рисунок 1

**Общемировое количество смертных случаев в 2000 году, соотносимых с некоторыми ведущими факторами риска**

*(В тыс. чел.)*



# IV. Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака

28. В мае 2003 года Всемирная ассамблея здравоохранения единогласно приняла Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака. Этот международно-правовой документ, согласовывавшийся государствами — членами ВОЗ на протяжении четырех лет, призван ограничить тот вред, который наносят здоровью людей табачные изделия. Конвенция охватывает самые разнообразные аспекты борьбы с табаком.

a) Основные положения, касающиеся сокращения спроса на табак, содержатся в статьях 6–14;

b) ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак;

c) неценовые меры по сокращению спроса на табак, а именно:

- защита от воздействия табачного дыма;
- регулирование состава табачных изделий;
- регулирование раскрытия состава табачных изделий;
- упаковка и маркировка табачных изделий;
- просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения;
- реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий;
- меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака.

d) Основные положения, касающиеся сокращения поставок табака, содержатся в статьях 15–17:

- незаконная торговля табачными изделиями;
- продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними;
- поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности.

Конвенция предусматривает лишь минимальные общемировые стандарты, и положения Конвенции побуждают ее будущих участников идти дальше и принимать более строгие меры. Кроме этого, согласование будущих протоколов к Конвенции в рамках Конференции ее сторон приведет к формированию развивающегося договорного режима, который станет предусматривать более конкретные обязательства по определенным вопросам. Рамочная конвенция представляет собой тщательно сбалансированный и основанный на фактическом материале нормативный акт, принятый после интенсивных переговоров, в ходе которых были учтены соответствующие научные, экономические, социальные и политические соображения.

29. Рамочная конвенция была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения 21 мая 2003 года. С 16 по 22 июня 2003 года Конвенция была открыта для подписания в штаб-квартире ВОЗ в Женеве, а с 30 июня 2003 года по 29 июня 2004 года остается открытой для подписания в Центральных учреждениях Ор

ганизации Объединенных Наций в Нью-Йорке. Страны, подписавшие ее к 29 июня 2004 года, станут сторонами Конвенции путем ее ратификации, принятия, утверждения или официального одобрения. Начиная с 30 июня 2004 года она будет открыта для присоединения. Конвенция вступит в силу через 90 дней после того, как депозитарию (Организации Объединенных Наций) будет сдано на хранение 40 документов о ратификации, принятии, утверждении, официальном одобрении или присоединении. С этого момента положения Конвенции станут иметь обязательную юридическую силу для стран, которые ратифицировали, утвердили, приняли ее или присоединились к ней. Как и на этапе согласования Конвенции, сторонники борьбы с табаком из числа работников здравоохранения, заинтересованных неправительственных организаций и низовых коллективов призваны сыграть на международной арене важную роль на этапе ее ратификации. Они могут продолжить пропаганду ратификации и осуществления Конвенции и введения эффективного национального законодательства в поддержку Конвенции. На 21 апреля 2004 года 103 государства-члена, а также Европейское сообщество уже подписали Конвенцию, а 10 государств-членов ее ратифицировали.

30. Теперь, когда Рамочная конвенция принята, приоритетной задачей становится, как это предусмотрено в Конвенции, проведение комплексной антитабачной политики на национальном уровне. Лишь немногие страны ввели меры, необходимые для того, чтобы добиться значительного сокращения потребления табака. Квалифицированная помощь каждого из учреждений — членов Целевой группы потребуется для наращивания у стран (в необходимых случаях) технического потенциала, позволяющего поддерживать и укреплять национальные антитабачные программы. Конвенция — очень хороший пример нормативного акта, который можно использовать как исходный ориентир для эффективного проведения национальной антитабачной политики. Кроме того, благодаря принятию Конвенции переосмыслено понятие комплексной антитабачной стратегии: теперь оно включает и транснациональные компоненты борьбы с табаком, дополняющие меры национального и местного характера.

31. Рамочная конвенция — многоотраслевой договор. В Конвенции признается важная роль учреждений Организации Объединенных Наций. В преамбуле одобряется «лидерство Всемирной организации здравоохранения, а также усилия других организаций и органов системы Организации Объединенных Наций и других международных и региональных межправительственных организаций по разработке мер в области борьбы против табака». В преамбуле напоминается о «статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, принятого Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 16 декабря 1966 года, в которой говорится, что каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». В ней также напоминается, что «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 18 декабря 1979 года, предусматривает, что государства — участники этой Конвенции принимают надлежащие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области медико-санитарной помощи». В преамбуле к Конвенции напоминается далее, что «Конвенция по правам ребенка, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 20 ноября 1989 года, предусматривает, что государства — участники этой Конвенции признают право ребенка на обладание наи

высшим достижимым уровнем здоровья». Что касается общих обязательств сторон, то в пункте 5 статьи 5 говорится, что «стороны в соответствующих случаях сотрудничают с компетентными международными и региональными межправительственными организациями и другими органами для достижения целей… Конвенции и протоколов, сторонами которых они являются».

32. Перед лицом той угрозы, которую создает для здоровья людей во всем мире потребление табака, государства — члены ВОЗ осуществили закрепленное в статье 19 Устава (Конституции) ВОЗ[4] право на заключение договоров и в ускоренном порядке организовали многосторонние переговоры, посвященные заключению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и возможных протоколов к ней. Рамочная конвенция является первым международным договором об охране здоровья населения, разработанным под эгидой ВОЗ. Как указывается в статье 3, «цель настоящей Конвенции и ее протоколов состоит в защите нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий для здоровья людей, а также социальных, экологических и экономических последствий потребления табака и воздействия табачного дыма посредством обеспечения соответствующих рамок для мер борьбы против табака, подлежащих осуществлению сторонами на национальном, региональном и международном уровнях, с тем чтобы постоянно и существенно сокращать распространенность употребления табака и воздействия табачного дыма». Рамочная конвенция представляет собой мощный инструмент охраны здоровья людей, позволяющий сократить в будущем тяготы заболеваемости и смертности, вызываемые табаком.

33. В статье 24 («Секретариат») государства-члены назначают ВОЗ временным секретариатом этого международного договора по здравоохранению. В деле достижения поставленных в Конвенции целей полезным будет техническое сотрудничество ВОЗ с другими международными организациями:

a) Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций. В преамбуле стороны Конвенции заявляют о том, что они принимают во внимание «социальные и экономические трудности, которые могут вызвать в среднесрочной и долгосрочной перспективе программы борьбы против табака в некоторых развивающихся странах и странах с переходной экономикой». Получают признание и потребности этих стран «в технической и финансовой помощи в контексте разработанных на национальном уровне стратегий устойчивого развития». В статье 17 («Поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности») говорится, что «стороны, в сотрудничестве с другими сторонами и компетентными международными и региональными межправительственными организациями, способствуют при необходимости другим экономически жизнеспособным альтернативам в интересах лиц, занимающихся производством и выращиванием табака, и в соответствующих случаях — индивидуальных продавцов». В пункте 1(b)(iii) статьи 22 («Сотрудничество в научно-технической и юридической областях и предоставление соответствующего опыта») подчеркивается необходимость «оказания, в соответствующих случаях, помощи лицам, занимающимся выращиванием табака, в переключении сельскохозяйственного производства на альтернативные культуры экономически жизнеспособным образом». Оказанию технической помощи способствовал бы вклад различных специализированных учреждений, в частности ФАО. Например, в недавнем исследовании ФАО («Вопросы мировой табачной экономики») на примере ряда развивающихся стран дается обзор

производства табака и возможностей для переключения на альтернативные культуры.

b) Международная организация труда (МОТ). Техническое сотрудничество между ВОЗ и МОТ играло бы полезную роль применительно к статье 17 («Поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности»), которая упоминалась выше, а также статье 22 («Сотрудничество в научно-технической и юридической областях и предоставление соответствующего опыта») и особенно ее пункту 1(b)(ii), где говорится, что стороны сотрудничают в содействии планам и программам, направленным на «оказание, в соответствующих случаях, помощи лицам, занятым в табачном секторе, в разработке надлежащих экономически и юридически жизнеспособных способов обеспечения средств к существованию экономически жизнеспособным образом». В пункте 2 статьи 8 («Защита от воздействия табачного дыма») говорится, что «каждая сторона принимает и осуществляет в областях существующей национальной юрисдикции, определенных национальным законодательством, и активно содействует на других уровнях юрисдикции принятию и осуществлению эффективных законодательных, исполнительных, административных и/или иных мер, обеспечивающих защиту от воздействия табачного дыма на рабочих местах внутри помещений, общественном транспорте и в закрытых общественных местах и в соответствующих случаях в других общественных местах». МОТ, которая благодаря своим правовым актам, исследованиям по социальным и трудовым вопросам в табачной отрасли и программам технического сотрудничества давно известна своей направляющей ролью для правительств, работодателей и трудящихся во всех вопросах, относящихся к сфере труда, занимает уникальное положение в плане содействия принятию мер на производстве, особенно посредством социального диалога. Если говорить конкретно, то у МОТ есть два инструмента, на которые она опирается в вопросах защиты трудящихся от опасностей воздействия табачного дыма. Первым из них является рабочий документ под названием «Курение на рабочем месте: обзор национальных и местных практических и регламентационных мер», который размещен на веб-сайте МОТ[5]. Вторым является просветительная программа МОТ по вопросам решения психосоциальных проблем на работе. Эта программа, известная под названием SOLVE[6], посвящена проблеме воздействия табачного дыма на рабочем месте с точки зрения как выработки соответствующей политики на производстве, так и принятия практических мер.

c) Детский фонд Организации Объединенных Наций. Как упоминалось выше, в преамбуле Конвенции прямо говорится об обеспокоенности государств-членов по поводу распространения курения и других видов употребления табака детьми и подростками во всем мире, особенно по поводу курения во все более раннем возрасте. Было бы полезно увязать осуществление тех положений Конвенции о правах ребенка, которые касаются охраны здоровья, с осуществлением статьи 16 («Продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними») Рамочной конвенции, тем более что освещение табачной проблемы предусматривается в руководящих принципах представления государствами докладов об осуществлении Конвенции о правах ребенка.

d) Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). В преамбуле Рамочной конвенции ВОЗ стороны Конвенции заявляют, что они «проявляют серьезное беспокойство по поводу увеличения во всем мире потребления и производства сигарет и других табачных изделий, особенно в раз

вивающихся странах, а также в отношении того бремени, которое это налагает на семьи, бедных людей и национальные системы здравоохранения». Табакопотребление серьезно усугубляет проблему нищеты и плохого питания в развивающихся странах с низким уровнем дохода. Если учитывать цели в области развития, поставленные в Декларации тысячелетия, то осуществляемый ПРООН на уровне конкретных стран вклад в сокращение потребления табака и сопряженного с ним бремени для малоимущих может способствовать успехам в борьбе с нищетой.

e) Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО). В статье 12 («Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения») Рамочной конвенции четко говорится, что «каждая сторона поддерживает и укрепляет системы информирования населения по вопросам борьбы против табака, используя в соответствующих случаях все имеющиеся средства передачи информации. В этих целях каждая сторона принимает и осуществляет эффективные законодательные, исполнительные, административные или иные меры, направленные на содействие… широкому доступу к эффективным и всесторонним программам просвещения и информирования населения об опасностях для здоровья потребления табака и воздействия табачного дыма, включая привыкание». Тесное сотрудничество между ВОЗ и ЮНЕСКО на уровне конкретных стран способствовало бы ускоренному обеспечению доступа к соответствующим программам просвещения и информирования населения.

f) Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде (ЮНЕП). В статье 18 («Охрана окружающей среды и здоровья людей») говорится: «При выполнении своих обязательств по настоящей Конвенции в отношении выращивания табака и производства табачных изделий на своей территории стороны соглашаются должным образом учитывать вопросы защиты окружающей среды и здоровья людей, связанного с окружающей средой». В условиях сотрудничества ВОЗ с ЮНЕП можно было бы усилить на национальном уровне пропаганду охраны окружающей среды при выращивании табака и производстве табачных изделий.

g) Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА). В преамбуле стороны Рамочной конвенции признают, что «в настоящее время имеются четкие научные данные о том, что пренатальное воздействие табачного дыма вызывает неблагоприятные состояния здоровья и развития детей». Эта область непосредственно затрагивает ЮНФПА, который поддерживает программы, помогающие женщинам, мужчинам и молодежи и призванные улучшать их репродуктивное здоровье.

h) Всемирный банк и Международный валютный фонд. В статье 6 («Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак») прямо признается важное значение увеличения налогов и цен для сокращения табакопотребления. Там указывается, что «без ущерба для суверенного права сторон определять и устанавливать свою политику налогообложения каждая сторона должна учитывать свои национальные цели в области здравоохранения, касающиеся борьбы против табака, и в соответствующих случаях вводить или сохранять меры, которые могут включать: a) осуществление налоговой политики и, в случае целесообразности, ценовой политики в отношении табачных изделий, с тем чтобы содействовать достижению целей в области здравоохранения, направ

ленных на сокращение потребление табака». В то время как страны ратифицируют и готовятся выполнять Рамочную конвенцию, ВОЗ будет полезно, учитывая квалифицированность Всемирного банка и МВФ в экономических вопросах и мандаты этих учреждений, привлечь их в качестве ключевых партнеров к оказанию странам помощи в разработке и реализации эффективной и основанной на фактических данных политике по сокращению потребления табака. Одним из важнейших факторов стало бы сотрудничество в оперативной деятельности путем участия в установочном диалоге с правительствами развивающихся стран (особенно с министерствами финансов) по вопросам налогообложения табака.

i) Всемирная таможенная организация. В статье 15 («Незаконная торговля табачными изделиями») Рамочной конвенции содержатся развернутые положения об отслеживании и отслеживаемости табачных изделий. Всемирная таможенная организация является главным партнером ВОЗ по техническому сотрудничеству в этой области.

j) Всемирная торговая организация. Положения Рамочной конвенции перекликаются с рядом соглашений ВТО, включая Соглашение по техническим барьерам в торговле, Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности, Генеральное соглашение по тарифам и торговле 1994 года, Соглашение по сельскому хозяйству, Генеральное соглашение по торговле услугами и Соглашение по субсидиям и компенсационным мерам. Кроме этого, в первом пункте преамбулы Рамочной конвенции говорится, что стороны Конвенции преисполнены «решимости уделять приоритетное внимание своему праву на защиту здоровья людей».

# V. Ключевые проблемные области

34. С учетом выводов, утвержденных членами Специальной межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по борьбе против табака на ее пятой сессии, и в порядке суммирования проблем, затронутых в настоящем докладе, в данном разделе освещаются ключевые области, в которых ощущается значительное негативное воздействие табакопотребления. Приводимые тезисы подкрепляют тот аргумент, что борьба против табака требует к себе внимания на высоком политическом уровне. Они также свидетельствует о необходимости усиления национальных антитабачных программ.

**Влияние на здоровье**

Мало кто сейчас оспаривает тот факт, что потребление табака вредит здоровью людей в масштабах всей планеты. Табак занимает второе место среди основных причин смертности в мире. В настоящее время он повинен в смерти каждого десятого взрослого во всем мире (примерно 5 миллионов человек в год) и является одной из главных причин инвалидности. Если в срочном порядке и в широком масштабе не принять практически осуществимых и действенных мер, то через 20 лет от табака будет умирать каждый шестой взрослый, т.е. смертность от него удвоится. Кроме того, важно указать, что воздействие табачного дыма на некурящих (дым от сигарет, выкуриваемых другими) тоже является причиной заболеваемости и смертности.

**Влияние на экономический рост**

Потребление табака подрывает экономическое развитие. Связанные с табаком болезни сказываются на производительности труда. Их лечение очень дорого обходится правительствам и конкретным людям. Кроме этого, половина гибнущих от таких болезней умирает в период активной трудовой жизни, что тяжко отражается на членах их семьи, состоявших у них на иждивении. Смерть этих людей лишает также общество их вклада как трудящихся и родителей.

**Влияние на проблему нищеты**

Табачная проблема тесно связана с проблемой нищеты. Многочисленные исследования показали, что на табачные изделия приходится, как правило, сравнительно высокая доля от общей суммы расходов в беднейших семьях. Зачастую эти деньги тратятся в ущерб удовлетворению других, насущных потребностей: покупке еды, образованию, лечению. Табак тяжелее сказывается на малоимущих: он ведет к усугублению нездоровья, повышению расходов на лечение, преждевременной смерти, ухудшению и без того плохого питания и распространению неграмотности.

**Бюджетно-финансовая сторона**

В условиях старения населения (во всем мире) многочисленность людей, обращающихся за медицинской помощью по поводу болезней, связанных с табаком, может привести к уменьшению ресурсов на нужды программ первичного медико-санитарного обслуживания и вызовет рост спроса на дорогостоящее лечение. Мировая торговля табачными изделиями может сказаться и на финансовом секторе. Имело место несколько случаев отмывания денег, которые были связаны с незаконной торговлей табаком; сообщалось и о подозрениях в связях с терроризмом.

**Глобализация**

Торговлю табачными изделиями на мировом уровне можно рассматривать как «зло» для всего мира. Законной торговле табачными изделиями сопутствует негативный резонанс от незаконной торговли ими, их агрессивного маркетинга и рекламы и следующего за этим роста производства и потребления табачных изделий. На общемировом уровне необходимо тщательно продумать регламентацию этого «зла», учитывая те глубоко негативные последствия, которыми оно оборачивается для здоровья, развития и окружающей среды.

# VI. Выводы и рекомендации

35. **Члены Целевой группы хотели бы представить государствам — членам Экономического и Социального Совета следующие свои рекомендации:**

**a) Потребление табака негативно сказывается на здоровье, показателях нищеты, качестве питания, образовании и окружающей среде. Поэтому борьбу против табака необходимо признать в качестве одного из ключевых компонентов усилий, направленных на сокращение масштабов нищеты, повышение эффективности развития и продвижение к реализа**

**ции целей в области развития, поставленных в Декларации тысячелетия. Борьбу с табаком необходимо включать в программы стран, работающих над достижением этих целей. Кроме этого, борьба с табаком должна быть одним из ключевых компонентов программ помощи в области развития вообще.**

**b) Теперь, когда Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака принята, антитабачная проблематика должна приниматься во внимание в системе координаторов-резидентов, чтобы обеспечить техническое сотрудничество на уровне конкретных стран при будущем осуществлении Конвенции этими странами.**

**c) Как отмечается в разделе III настоящего доклада, Рамочная конвенция является первым международным договором об охране здоровья людей, разработанным под эгидой ВОЗ. Наряду со здравоохранительным аспектом Рамочной конвенции, многие ее положения соприкасаются с техническими интересами других учреждений, принадлежащих и не принадлежащих к системе Организации Объединенных Наций. Одни из этих учреждений были причастны к борьбе с табаком в большей степени, другие — в меньшей. Обусловленные потреблением табака проблемы необходимо решать на основе многоотраслевого подхода, и наличие у различных учреждений-членов и у других сторон решимости действовать имеет принципиальное значение. В этой связи Группа Организации Объединенных Наций по вопросам развития (ГООНВР) является одним из ключевых инструментов, сводящих между собой инстанции Организации Объединенных Наций, которые занимаются оперативными вопросами развития. Поэтому антитабачную проблематику можно было бы включить в будущие мероприятия ГООНВР, чтобы облегчить осуществление Рамочной конвенции за счет усиления сотрудничества многоотраслевых межправительственных учреждений на уровне конкретных стран. Будучи временным секретариатом Рамочной конвенции и председательствуя в Специальной межучрежденческой целевой группе Организации Объединенных Наций по борьбе против табака, ВОЗ занимает удачное положение для того, чтобы возглавлять такое многоотраслевое сотрудничество.**

**d) Учитывая многочисленность проблем, которые приходится решать при ведении борьбы с табаком, антитабачную проблематику можно было бы включить в повестку дня региональных экономических комиссий. Примером послужила бы Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана (ЭСКАТО), которая перестроила свои программы работы и на своих совещаниях занимается теперь тремя ключевыми темами: «Глобализация», «Борьба с нищетой» и «Новые социальные вопросы». Все эти темы имеют важнейшее значение для борьбы против табака.**

*Примечания*

[1] Подробнее о классификации каждой страны см.: http://www.who.int/whr/2002/en/MembersETC.pdf.

[2] В этих целях «год жизни с поправкой на инвалидность» — единица измерения бремени недуга в мире. Она рассчитывается в виде нынешнего количества будущих лет жизни без инвалидности, утраченных в результате преждевременных смертных случаев или случаев инвалидности за конкретный год.

[3] Обычные симптомы болезни зеленого табака — тошнота, рвота, усталость, головная боль и головокружение; могут наблюдаться также болезненные спазмы в брюшной полости и затрудненное дыхание, а также колебания кровяного давления и сердцебиения.

[4] В статье 19 Устава (Конституции) ВОЗ предусматривается: «Ассамблея здравоохранения имеет право принимать конвенции и соглашения по любому вопросу, входящему в компетенцию Организации».

[5] *Workplace Smoking: A Review of National and Local Practical and Regulatory Measures; working paper*. www.ilo.org/public/english/protection/safework/tobacco/tobacco_report.pdf.

[6] “Addressing Psychosocial Problems at Work”. www.ilo.org/public/english/protection/safework/whpwb/solve/index.htm.

## Библиография

Arcury, T. A. et al., “High levels of transdermal nicotine exposure produce green tobacco sickness in Latino farmworkers”, *Nicotine and Tobacco Research* vol. 5, 2003.

Ballard, T. et al., “Green tobacco sickness: occupational nicotine poisoning in tobacco workers”, *Archives of Environmental Health,* 1995, vol. 50.

Commission on Macroeconomics and Health, *Consultation on Increasing Investments in Health Outcomes for the Poor*, October 2003: http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/.

Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, World Health Organization, December 2001: http://www.cmhealth.org/.

Efroymson, D., Ahmed, S., Townsend, J., et al., “Hungry for Tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco on the poor in Bangladesh” *Tobacco Control*, 2001, vol. 10.

Efroymson, D., FitzGerald, S., *Tobacco and Poverty, Observations from India and Bangladesh*, Programme for Appropriate Technology in Health (PATH Canada), second edition, July 2003.

European Commission, “Tobacco Control and Development Policy”, round table, 3-4 February 2003, Brussels: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/round_table_international_tobacco_en.htm.

Ezzati, M., Lopez, A., “Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000”, *The Lancet*, vol. 362, 13 September 2003.

Gajalakshmi, C. K. and Peto, R., *Studies on Tobacco in Chennai, India,* presented at the tenth World Conference on Tobacco or Health, Chinese Medical Association, Beijing, 1997.

Geist, H. “Global assessment of deforestation related to tobacco farming”, *Tobacco Control*, 1999, vol. 8.

Guindon, G. E., Boisclair, D., *Past, Current and Future Trends in Tobacco Use*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 6, World Bank, 2003; http://www1.worldbank.org/hnp/Pubs_Discussion/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf.

Hoang, M. A., Jenkins, A., “The Economics of Tobacco in Vietnam: Tobacco Expenditures and their Opportunity Cost”, ongoing research project by the Programme for Appropriate Technology in Health (PATH Canada) and Viet Nam, funded by Research for International Tobacco Control.

Hu, Teh-wei, Mao, Z., Liu, Y., “Smoking, Standard of Living, and Poverty in China”, forthcoming paper written as part of a study funded by the International Development for Research Centre/Research Institute for Tobacco Control and the World Bank.

SOS Tabagisme-Niger, *Tabac et pauvreté au Niger (Tobacco and Poverty in Niger)*. Niger, 2003.

Campaign for Tobacco-Free Kids, “Golden Leaf, Barren Harvest, the Costs of Tobacco Farming”, Washington, D.C., 2001.

Food and Agriculture Organization of the United Nations, *Projections of Tobacco Production, Consumption and Trade to the Year 2010*, 2003: http://www.fao.org/DOCREP/006/Y4956E/Y4956E00.HTM.

Food and Agriculture Organization of the United Nations, *Issues in the Global Tobacco Economy: Selected case studies*, 2003.

World Health Organization, *Gender and Health: Gender and Tobacco*, Department of Gender and Women’s Health, 2003: http://www.who.int/gender/other_health/en/.

*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.: уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни,* Всемирная организация здравоохранения, 2002: http://www.who.int/whr/2002/Overview_Russ.pdf (общий обзор на рус. яз.); http://www.who.int/whr/2002/en/ (полный текст на англ. яз.).

*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2003 г.: формирование будущего*, Всемирная организация здравоохранения, 2003: http://www.who.int/whr/2003/en/Overview-ru.pdf (общий обзор на рус. яз.); http://www.who.int/whr/en/ (полный текст на англ. яз.).

Директивы и справочные документы Комитета содействия развитию, *Бедность и здравоохранение*, Организация экономического сотрудничества и развития и Всемирная организация здравоохранения, 2003: http://www.oecd.org/dataoecd/26/46/31690470.pdf (обзор на рус. яз.). Development Assistance Committee Guidelines and Reference Documents, *Poverty and Health*, Organization for Economic Cooperation and Development and World Health Organization, 2003 (полный текст на англ. яз.).

*Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака*. Всемирная организация здравоохранения, 2003: http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc_ru.pdf.

# Приложение

## Перечень сотрудничающих организаций

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Всемирная организация интеллектуальной собственности (ВОИС)

Всемирная таможенная организация

Всемирная торговая организация (ВТО)

Всемирный банк

Департамент по экономическим и социальным вопросам Секретариата

Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)

Конференция Организации Объединенных Наций по торговле и развитию (ЮНКТАД)

Международная организация гражданской авиации (ИКАО)

Международная организация труда (МОТ)

Международный валютный фонд (МВФ)

Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО)

Программа Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП)

Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде (ЮНЕП)

Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН)

Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО)

Фонд международного партнерства Организации Объединенных Наций (ФМПООН)

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА)

Фонд Организации Объединенных Наций для развития в интересах женщин (ЮНИФЕМ)