

**FCTC**РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ  
ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

**Конференция Сторон  
Рамочной конвенции ВОЗ  
по борьбе против табака**

Четвертая сессия  
Пунта-дель-Эсте, Уругвай, 15-20 ноября 2010 г.  
Пункт 6.2 предварительной повестки дня

**FCTC/COP/4/15  
15 августа 2010 г.**

## **Стандартизация и гармонизация данных и инициатив по сбору данных**

### **Доклад Секретариата Конвенции**

#### **ВВЕДЕНИЕ**

1. На своей третьей сессии (Дурбан, Южная Африка, 17-22 ноября 2008 г.) Конференция Сторон в решении FCTC/COP3(17) предложила Секретариату Конвенции составить доклад о мерах по сбору данных. В этом решении говорится, что это должно быть сделано под руководством Президиума и с помощью компетентных органов ВОЗ, в частности Инициативы ВОЗ по освобождению от табачной зависимости, а также соответствующих межправительственных и неправительственных организаций, имеющих конкретный опыт в этой области. В пункте 6 этого решения указано, что доклад должен охватить следующие меры: улучшение сопоставимости данных во времени; стандартизацию<sup>1</sup> собранных данных в Сторонах и между ними; разработку показателей и определений для использования национальными инициативами Сторон по сбору данных; и дальнейшая гармонизация<sup>2</sup> с другими инициативами по сбору данных.

2. Предложение представить такой доклад соответствует Статье 23.5 Конвенции, которая требует от Конференции Сторон "регулярно рассматривать осуществление настоящей Конвенции" и "содействовать и направлять разработку и периодическое совершенствование сопоставимых методологий научных исследований и сбора данных

---

<sup>1</sup> Стандартизация - принятие широко признанных единообразных технических спецификаций, критериев, методов, процессов или практики для измерения какой-либо позиции.

<sup>2</sup> Гармонизация - корректировка различий и несоответствий между различными измерениями, методами, процедурами, графиками, спецификациями или системами, чтобы сделать их единообразными или взаимно совместимыми. Она направлена также на то, чтобы избежать дублирования или излишнего бремени на тех, кто представляет информацию.

в дополнение к предусмотренным в Статье 20, которые относятся к осуществлению настоящей Конвенции".

3. Были созваны два совещания экспертов - в июне 2009 г. и феврале 2010 года. Проекты доклада, которые были составлены после этих совещаний, были рассмотрены в ноябре 2009 г. и апреле 2010 г. Президиумом Конференции Сторон, который дал указания в отношении дальнейшей разработки этого доклада<sup>1</sup>.

4. Настоящий доклад основан на обзоре наиболее подходящей международной литературы и других источников информации, касающихся сбора данных, связанных с табаком, документов, рассмотренных на предыдущих сессиях Конференции Сторон и относящихся к отчетности и обмену информацией<sup>2</sup>, а также на вкладах экспертов, полученных в ходе процесса, описанного выше. Этот процесс включил также глубокий сравнительный обзор существующих источников данных и систем сбора данных, а также выявление возможных этапов стандартизации и гармонизации, осуществленных в тесном сотрудничестве с соответствующими департаментами ВОЗ, в частности с Инициативой по освобождению от табачной зависимости.

5. Доклад содержит обзор международных инициатив по сбору данных. В нем обсуждается степень, в которой желательно провести дальнейшую стандартизацию и гармонизацию между ними, и области, в которых это должно быть сделано. Особое внимание в докладе обращается на гармонизацию между механизмом отчетности Конвенции и обследованием, проводимым для Доклада ВОЗ о глобальной борьбе против табака (GTCR). И наконец, доклад завершается рекомендациями в отношении будущих шагов, касающихся стандартизации и гармонизации между инициативами по сбору данных, связанных с борьбой против табака.

## **ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ ИНИЦИАТИВ ПО СБОРУ ДАННЫХ О БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА И СООТВЕТСТВУЮЩИХ БАЗ ДАННЫХ**

6. В этом разделе доклада рассматриваются международные инициативы по сбору данных о борьбе против табака, а также базы данных, выделенные, полностью или частично, для хранения данных, связанных с табаком.

7. Борьба против табака, вероятно, является одной из наиболее исследуемых областей общественного здравоохранения. Имеется значительный объем информации и знаний о поведении, связанном с табаком, и о мерах борьбы с употреблением табака. Структуры мониторинга и тенденции в употреблении табака, разнообразные политика и программы, осуществляемые странами для борьбы с употреблением табака, а также

---

<sup>1</sup> Все справочные документы, использованные во время обсуждений на этих двух совещаниях экспертов, которые были также использованы в качестве важных источников информации для настоящего доклада, имеются на защищенном веб-сайте, доступ к которому могут получить все заинтересованные Стороны. Запросы на информацию просьба направлять по адресу [copreporting@who.int](mailto:copreporting@who.int).

<sup>2</sup> Включая более ранний доклад временного секретариата (документ A/FCTC/COP/1/INF.DOC./2).

воздействие таких усилий являются важными для принятия информированных решений о будущем осуществлении Конвенции.

8. Доклады Сторон Конвенции указывают на то, что в большинстве Сторон проводятся различные виды исследований, направленных на оценку употребления табака. Согласно краткому докладу 2009 г. о глобальном прогрессе в осуществлении Конвенции<sup>1</sup>, 84% Сторон представили данные об употреблении табака взрослыми и 79% представили данные об употреблении табака молодежью. Кроме того, около половины Сторон сообщили об осуществлении различных исследовательских программ в соответствии со Статьей 20 Конвенции.

9. ВОЗ, либо самостоятельно, либо в сотрудничестве с международными учреждениями и донорами предложила своим государствам-членам провести обследования населения для сбора информации, связанной с табаком. ВОЗ также рекомендует проводить такие обследования регулярно, чтобы их повторение способствовало созданию национальных систем эпиднадзора в связи с табаком, как это предусмотрено в Статье 20.3(a) Конвенции<sup>2</sup>. Данные из краткого отчета 2009 г. свидетельствуют о том, что около половины Сторон регулярно повторяют свои программы обследований/исследований, так что можно считать, что они имеют систему для эпиднадзора за потреблением табака и соответствующих социальных и экономических показателей и показателей здоровья.

10. ВОЗ предлагает также при сборе связанных с табаком данных использовать стандартизованные вопросники, определения, показатели и методологии. В 1998 г. она разработала руководящие принципы для мониторинга за табачной эпидемией<sup>3</sup>. Информационные системы, которым ВОЗ оказывает содействие, предоставили сопоставимые национальные данные об употреблении табака и борьбе против табака во многих странах.

11. В настоящее время используются два основных вида международных систем сбора данных. Первый вид обследования населения (обследования отдельных лиц, или **первичные системы сбора данных**) способствует сбору эпидемиологических данных об употреблении табака. В ряде случаев они идут дальше и собирают также информацию о знаниях, позициях и убеждениях в отношении употребления табака и о конкретной политике по борьбе против табака среди отдельных людей.

---

<sup>1</sup> 2009 Summary Report on global progress in implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Convention Secretariat to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2009 (<http://www.who.int/fctc/FCTC-2009-1-en.pdf>).

<sup>2</sup> Помимо повторяемости и частоты проведения обследований, существуют другие критерии, которые характеризуют хорошую национальную систему эпиднадзора. Они включают: сопоставимость; достоверность и надежность; механизмы преобразования результатов в практические действия; и устойчивость (финансовых и кадровых ресурсов).

<sup>3</sup> Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. World Health Organization, Geneva, 1998.

12. Вторую группу можно представить как **обследования/системы мониторинга политики** (упоминаемые далее как "системы мониторинга"); их можно также назвать "**вторичными системами сбора данных**", чтобы отличить от первичных систем, которые ориентированы на отдельных лиц. Вторичные системы ориентированы на ключевых информантов в странах, которые сообщают данные, полученные либо самостоятельно, либо с помощью первичных систем сбора данных, созданных страной. Главная цель этих вторичных систем состоит в сборе данных о мерах борьбы против табака.

13. Однако проведение четкого различия между этими двумя видами обследований является трудным. Многие обследования населения содержат также вопросы по некоторым аспектам мер борьбы против табака. С другой стороны, системы мониторинга могут также рассматривать различную политику борьбы против табака с индивидуальной точки зрения (например, получение информации о знаниях, позициях и убеждениях отдельных людей в отношении политики борьбы против табака) или включать вопросы об употреблении табака.

14. После принятия Конвенции усилия по сбору данных были укреплены посредством либо расширения географического охвата, либо добавления новых систем к уже существующим. Одной из новых систем сбора данных является механизм отчетности по Конвенции.

#### **Международные системы сбора данных, основанные на обследованиях населения**

15. В настоящее время используются разнообразные международные системы сбора данных. Некоторые из обследований конкретно относятся к табаку, другие относятся к целому ряду детерминантов здоровья, включая табак (обследования, конкретно не относящиеся к табаку). Они ориентированы либо на взрослых, либо на молодых людей. Некоторые являются глобальными, другие - региональными; некоторые обследования проводятся в один момент времени, другие - периодически повторяются; некоторые представляют собой недорогостоящие системы эпиднадзора, другие являются дорогостоящими исследовательскими проектами. Большинство из них координируется различными департаментами ВОЗ или же ВОЗ является ключевым сотрудничающим партнером при их осуществлении.

16. В дополнение к этим международным инициативам многие страны разрабатывают и осуществляют свои собственные индивидуальные национальные обследования здоровья, которые прямо не связаны ни с одной из международных систем, хотя некоторые элементы структуры и содержания могут быть сходными с теми, которые используются в международных системах. Однако анализ таких национальных обследований выходит за пределы охвата настоящего доклада.

17. Проведение обследований населения может дать важные преимущества Сторонам Конвенции. Во-первых, обследования помогают им осуществлять мониторинг употребления табака. Во-вторых, они могут дать информацию о восприятии населением политики борьбы против табака. В-третьих, они предоставляют информацию для преобразования политики в действия, выступая в качестве

пропагандистского средства при принятии более строгих мер борьбы против табака. И наконец последнее, но не по значению, заключается в том, что они дают возможность Сторонам предоставить обновленную информацию об употреблении табака через схему отчетности по Конвенции и обмениваться такой информацией.

18. Международные системы сбора данных, основанные на обследованиях населения, можно разбить на категории:

(a) по их конкретной связи с табаком (например, **обследования, конкретно связанные с табаком**, такие как Глобальное обследование употребления табака молодежью (GYTS), и **обследования с более широким охватом, включающие табак** в качестве их части, такие как Поэтапное обследование ВОЗ и некоторые другие);

(b) по возрастным группам. Эти системы могут быть ориентированы на взрослых, например Глобальное обследование употребления табака взрослыми (GATS), или на молодых людей, например Глобальное обследование употребления табака молодежью (GYTS); Глобальное обследование здоровья школьников (GSHS), Европейский проект по обследованию употребления алкоголя и других наркотиков (ESPAD) или Обследование здоровья и поведения детей школьного возраста (HBCS), среди прочих.

19. Кроме того, некоторые обследования уже достигли глобального охвата, тогда как другие касаются, главным образом, только одного или нескольких регионов ВОЗ. Краткий обзор основных инициатив по сбору данных, осуществленных в ряде стран, приводится в Приложении 1.

20. Анализ докладов Сторон об осуществлении дает возможность оценить диапазон наиболее часто используемых обследований и международных систем сбора данных. Используя пример обследований, собирающих данные о привычках курения, наиболее часто цитируемыми международными инициативами по сбору данных, являются Поэтапное обследование ВОЗ, Обследование состояния здравоохранения в мире и Демографическое обследование здоровья. Многие Стороны сообщают о данных, собранных с помощью своих национальных обследований здоровья. В случае употребления табака молодежью GYTS является обследованием, наиболее часто упоминаемым в докладах Сторон. Из 93 Сторон, сообщивших какие-либо данные об употреблении табака молодежью, 47 использовали данные, взятые из этого обследования.

### **Системы мониторинга**

21. После вступления в силу Конвенции были созданы две системы мониторинга, одной из которых является система отчетности по Конвенции. Обе эти системы представлены ниже.

22. **Система отчетности по Конвенции.** Эта система была создана Конференцией Сторон на ее первой сессии в 2006 г. в соответствии с обязанностями Сторон по представлению отчетности, изложенными в Статье 21 Конвенции. Сторонам

предлагается представлять доклады о выполнении Конвенции в первый раз через два года после вступления в силу Конвенции для данной Стороны и затем к концу пятого и восьмого года. Форма представления Сторонами национальных докладов в первый раз была предварительно принята первой сессией Конференции Сторон в 2006 г.<sup>1</sup> (вопросы этапа 1 (Группа 1) схемы отчетности). В этом решении было также предусмотрено постепенное внедрение системы отчетности, и первый доклад должен был охватить основные группы данных, законодательство, налогообложение и финансирование деятельности по выполнению, тогда как последующие доклады должны охватить более сложные вопросы или более подробные данные. В 2007 г. вторая сессия Конференции Сторон рассмотрела далее организацию отчетности и предложила изменить формат этапа 1 схемы отчетности, основываясь на информации, полученной от Сторон, но сохранив при этом содержание. Была также начата разработка этапа 2 (вопросов Группы 2) схемы отчетности для использования в качестве формата для пятилетних докладов Сторон<sup>2</sup>. Оба вопросника были приняты на третьей сессии Конференции Сторон и имеются для использования Сторонами при подготовке их соответствующих докладов.

23. Схема отчетности предназначена для сбора данных, уже имеющихся в странах во время представления докладов. Поэтому для цели отчетности перед Конференцией Сторон Сторонам нет необходимости проводить новые (основанные на населении) обследования. Однако те страны, которые ранее не провели таких обследований, должны будут провести их, так как одним из требований договора (Статья 20.3(a)) является необходимость *"постепенно создать национальную систему эпидемиологического надзора за потреблением табака и соответствующих социальных и экономических показателей и показателей здоровья"*. Наличие национальной системы эпиднадзора предполагает также, что такой сбор данных проводится регулярно.

24. Секретариат Конвенции после завершения процесса рассмотрения (который включает проверку содержания доклада на предмет недостающей информации; проверку соответствия представленной вспомогательной документации; проведение перекрестной проверки соответствия между ответами и содержанием вспомогательной документации и возможных логических несоответствий в докладе) сообщает о результатах проверки координаторам каждой Стороны, что часто способствует завершению доклада. Затем доклады Сторон заносятся в основанную на веб-сайте базу данных, которую ведет Секретариат Конвенции. И наконец, доклады Сторон анализируются и используются для подготовки ежегодных глобальных сводных докладов об осуществлении Конвенции. Таким образом, доклады Сторон служат основой для регулярного рассмотрения Конференцией Сторон выполнения Конвенции в соответствии со Статьей 23.

25. Схема отчетности по Конвенции посредством сравнения последовательных комплектов данных, представленных Сторонами (Стороны начали представлять свои

---

<sup>1</sup> Решение FCTC/COP1(14).

<sup>2</sup> Решение FCTC/COP2(9).

вторые доклады об осуществлении в феврале 2010 г.), дает возможность проанализировать тенденции, касающиеся употребления табака и применения законодательных и других мер отдельными Сторонами. Однако связанные со вступлением в силу графики отчетности все еще создают ограничения в отношении международной сопоставимости данных. Полного потенциала системы отчетности по Конвенции в отношении предоставления сопоставимых в глобальных масштабах данных можно будет достичь в том случае, если Сторонам будет предложено представлять доклады регулярно предпочтительно в одно и то же время.

26. **Обследование для Доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии.** В середине 2005 г. ВОЗ приняла решение осуществлять периодический сбор ряда конкретных данных по всем государствам - членам ВОЗ в отношении потребления табака и прогресса, достигнутого странами в осуществлении политики борьбы против табака, направленной на сокращение спроса на табак. Этот процесс был начат в 2007 году. Данные собираются на ежегодной основе, и сбор данных координируется Инициативой ВОЗ по освобождению от табачной зависимости. Представленные данные об употреблении табака берутся из проведенных ранее национальных обследований, тогда как данные о политике и законодательстве поступают от основных информантов в правительстве. Структура обследования GTCR включает: элемент создания потенциала (региональные координаторы оказывают техническую поддержку национальным сборщикам данных в процессе сбора данных); механизм проверки данных (внутренний - в ВОЗ; и внешний - информантами в странах) посредством сравнения ответов на вопросы с существующим законодательством и правилами; и механизм для оценки применения политики, который предполагает участие пяти экспертов в оценке соблюдения мер политики.

27. Проверенные данные анализируются Инициативой ВОЗ по освобождению от табачной зависимости, и собранная информация распространяется в виде GTCR, который после внедрения этой системы сбора данных был опубликован дважды (в 2008 г. и в 2009 г.). GTCR содержит также скорректированные и стандартизованные по возрасту коэффициенты распространенности, основанные на системе ВОЗ "InfoBase", которая дает возможности для межстранового сравнения данных о распространенности курения и интерпретации тенденций в распространенности курения.

28. Обследование для GTCR сосредоточено на мерах борьбы против табака, объединенных в пакет "MPOWER". Они включают меры по мониторингу употребления табака и профилактике (в соответствии со Статьей 20 Конвенции), а также меры по сокращению спроса, такие как: защита людей от воздействия табачного дыма (в соответствии со Статьей 8); оказание помощи в прекращении употребления табака (в соответствии со Статьей 14); предупреждение об опасности употребления табака (в соответствии со Статьями 11 и 12); применение запрета на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табака (в соответствии со Статьей 13); повышение налогов на табак (в соответствии со Статьей 6). Это обследование содержит также раздел о "Национальных программах борьбы против табака", соответствующий, главным образом, требованиям Статьи 5 (Общие обязательства), за исключением того факта, что в нем не рассматриваются вопросы вмешательства

табачной промышленности в политику общественного здравоохранения в отношении борьбы против табака<sup>1</sup>.

29. Третья международная система мониторинга, **оценка потенциала стран по борьбе с неинфекционными болезнями**, координируется Департаментом ВОЗ по хроническим болезням и укреплению здоровья. Эта система, применяемая с 2000 г., провела свою третью кампанию по сбору данных в 2010 году. Это обследование имеет широкую направленность и включает оценку политики, планов действий, стратегий и программ, касающихся всех факторов риска неинфекционных болезней. В связи с борьбой против табака вопросник сосредоточен на существовании любой стратегии борьбы против табака, плана действий или программы, а также на существующих возможностях и финансовых ресурсах, выделенных для их осуществления, отражая тем самым содержание Статей 5 и 26 Конвенции. Оно требует также сообщать о показателях достижения результатов и целевых группах населения, а также о местах, в которых применяются эти стратегии и программы.

### **Базы данных с информацией о табаке**

30. Во всем мире существует значительное число баз данных, предоставляющих информацию, связанную с табаком, включая также ряд баз данных ВОЗ (которые ведутся в штаб-квартире или в регионах), содержащие информацию и предоставляющие доступ к информации об употреблении табака, его воздействии на здоровье и политике борьбы против табака во всем мире. Некоторые из них связаны с системами сбора конкретных данных, другие содержат только перегруппированную информацию, которая была собрана в ходе других инициатив. Частные базы данных дополняют многочисленные имеющиеся данные по различным аспектам борьбы против табака.

31. Одним из всеобъемлющих источников, конкретно относящихся к Конвенции, является база данных, содержащая доклады Сторон о выполнении Конвенции, которую ведет Секретариат Конвенции. Инициативы, сосредоточенные на региональных и тематических данных, включают базы данных, разработанные региональными бюро ВОЗ, базу данных графических предупреждений о вреде для здоровья, недавно созданную Инициативой ВОЗ по освобождению от табачной зависимости, и базу данных законодательных мер борьбы против табака, которую ведет Международный юридический консорциум, базирующийся в Кампании по освобождению детей от воздействия табака. Табак включен также в международные базы данных с более широким охватом, такие как "CancerMondial" и Статистическая информационная система ВОЗ (WHOSIS). Другие базы данных ведутся в региональных бюро ВОЗ. Краткий обзор основных баз данных, содержащих данные, связанные с табаком, приводится в Приложении 1.

---

<sup>1</sup> Однако Инициатива ВОЗ по освобождению от табачной зависимости имеет независимую от GTCR систему мониторинга табачной промышленности.



## СТАНДАРТИЗАЦИЯ И ГАРМОНИЗАЦИЯ: ОБЗОР СОСТОЯНИЯ, ЗАДАЧ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ

32. В целом основанные на населении обследования применяют стандартные методологии, используют стандартные вопросы и определения, сохраняя их от одного обследования к другому, чтобы обеспечить сопоставимость во времени и между странами, проводящими такие же обследования. Однако между методологиями, применяемыми в различных обследованиях, имеются как сходства, так и различия.

33. Во-первых, большинство обследований конкретно не относятся к табаку и, следовательно, так подробно не сосредоточены на связанных с табаком вопросах, как обследования, конкретно ориентированные на табак. Тем не менее, ограниченное число вопросов, связанных с табаком, все же могут быть полезными для обеспечения базисного понимания структур употребления табака. Они могут также быть широко показательными (если также определяются позиции в отношении применения отдельных мер политики борьбы с табаком) для политических мер борьбы против табака, которые, вероятно, удовлетворят спрос и получают поддержку со стороны большинства населения.

34. Во-вторых, поскольку структуры употребления табака и связанные с политикой убеждения могут отличаться в зависимости от возраста, странам целесообразно параллельно использовать инструменты сбора данных, специально разработанные для молодежи и для взрослых.

35. В-третьих, индивидуальные обследования используют свои собственные стандартные определения и показатели. Некоторые показатели являются сходными во многих обследованиях. Например, употребление сигарет на протяжении всей жизни измеряется в ESPAD, GYTS и исследовании HBSC. Информация о курении сигарет в течение последних 30 дней запрашивается в ESPAD, GSHS и GYTS, наряду с информацией об употреблении других табачных изделий в течение последних 30 дней (ESPAD, GSHS, GYTS). Как возраст начала сигаретокурения, так и ежедневное количество выкуриваемых сигарет учитывается в ESPAD и GSHS. Однако многие определения и показатели являются различными, что делает невозможным анализ данных между обследованиями. И в данном случае повторное проведение одного и того же обследования даст возможность получать группы сравнимых данных.

36. В-четвертых, различные обследования населения обеспечивают различные уровни географического охвата. Например, GYTS достигает самого широкого охвата, но такое обследование проводят меньшее число европейских стран. Почти все европейские страны осуществили Европейский проект по школьному обследованию употребления алкоголя и других наркотиков и HBSC по крайней мере один раз.

37. В-пятых, несмотря на различные цели и различия в применяемых некоторых методологических подходах, системы мониторинга в значительной мере повторяют и перехлестывают друг друга.

38. В случае обследований населения дальнейшая стандартизация методологий, показателей и определений даст возможность странам собирать большее количество и более сопоставимые комплекты данных о распространенности употребления табака, а также о знаниях, позициях и убеждениях в отношении политики борьбы против табака. В случае систем мониторинга, то гармонизация, которая является проблемой для многих стран, остается серьезной задачей, которую необходимо решить как можно скорее.

### **Стандартизация данных**

39. Стандартизация дает возможность использовать исследования в качестве инструмента измерения и придает им научную достоверность. С международной точки зрения необходимость сравнений между странами и анализа тенденций стимулирует дальнейшие усилия в области стандартизации обследований и между ними в такой степени, которая будет целесообразной и позволит сохранить индивидуальный характер каждого обследования.

40. Принятые в 1998 г. Руководящие принципы ВОЗ для борьбы с табачной эпидемией и мониторинга способствуют стандартизованным подходам, касающимся методов сбора данных (например, методов выборки); показателей и их определений; а также подготовки, анализа и представления данных. В соответствии с рекомендациями ВОЗ обследования населения характеризуются стандартизованными методологиями, включая сроки/периодичность проведения обследования, выборку, сбор данных, анализ данных и распространение результатов.

41. Уже проведена работа по достижению некоторого уровня стандартизации различных средств сбора данных. Например, обследования в школах, проводимые в рамках Глобальной системы эпиднадзора за табаком - GYTS, GSPS и Глобальное обследование студентов медицинских профессий (GHPSS), - используют одну и ту же стандартную методологию. Кроме того, имеется много общих структурных элементов между такими обследованиями в школах и самым последним элементом этой глобальной системы, GATS.

42. В настоящее время предпринимаются усилия по поощрению стран к тому, чтобы они включали вопросы из GATS в свои национальные обследования здоровья вместо проведения полного GATS в пределах своей юрисдикции. Это делается для обеспечения такого положения, при котором все большее число Сторон смогут предоставлять сравнимые данные о распространенности употребления табака среди взрослых, даже если они и не будут проводить полного обследования GATS. Подобно этому, страны должны учитывать тот факт, что национальные переписи населения могут включать вопросы, связанные с табаком, что является полезным, если ресурсы для проведения независимых обследований, связанных с табаком, являются недостаточными.

43. Несмотря на то, что некоторые усилия по стандартизации обследований были успешно применены на практике, эксперты предупреждают, что из-за различных целей и географического охвата обследований населения стандартизация обследований,

особенно в отношении содержания, не обязательно даст преимущества. Вариации означают большее разнообразие вопросов, что приводит к более широкой группе собранной информации. Разнообразие собранной информации не только усиливает способность Сторон содействовать более сильным мерам борьбы против табака в своих юрисдикциях или оценивать свои программы, но и помогает Сторонам выполнять свои обязательства по отчетности. Следовательно, полная стандартизация всех обследований не может быть конечной целью.

44. Для обеспечения сбора Сторонами данных, позволяющих проводить анализ тенденций, целесообразно, чтобы внутри страны поддерживался определенный уровень последовательности между системами сбора данных, если в этой стране используются многочисленные системы. Например, различные системы могут применяться в различные интервалы времени. Последовательность между обследованиями можно также обеспечить, используя одни и те же определения и показатели для одной и той же обследуемой позиции.

45. Учитывая изложенные выше соображения, следующие аспекты структуры/методологии обследования могут дать преимущества в результате стандартизации обследований:

#### *Сроки и периодичность*

46. Обследования населения имеют свои рекомендации относительно периодичности, которые учитывают потребности в данных, но также уровень ресурсов, имеющихся в стране. Основываясь на опыте сложившихся международных систем сбора данных, одно и то же обследование рекомендуется повторять так часто, как это необходимо с практической точки зрения, но не реже, чем один раз в три-пять лет. Некоторые страны со сложившимися системами эпиднадзора обеспечивают непрерывный сбор и анализ данных, что дает возможность получать новые цифры ежегодно.

47. Если многочисленные обследования населения проводятся в одной и той же юрисдикции, Стороны, путем тщательного выбора сроков проведения обследований, могут добиться получения последовательных комплектов данных, позволяющих проводить сравнение и анализ тенденций.

#### *Использование стандартных методов оценки*

48. Данные об употреблении табака могут поступать из разнообразных обследований, которые часто охватывают различные годы и не используют стандартный набор вопросов, показателей и определений. В таких случаях различные методы оценки распространенности употребления табака могут использоваться для обеспечения межстрановых сравнений данных, в результате чего можно получить довольно точную глобальную картину употребления табака. Стандартная методология составления сравнимых оценок была разработана в качестве части проекта ВОЗ "Infobase"<sup>1</sup>, но информация об использовании этой методологии государствами-членами отсутствует.

---

<sup>1</sup> <https://apps.who.int/infobase/help.aspx?typecode=hp.tc.001#297>.

В целом опыт показывает, что в случае табака составляются более сопоставимые оценки, чем в случае других поведенческих факторов риска.

49. Например, Инициатива ВОЗ по освобождению от табачной зависимости собирает данные по четырем основным показателям (курение табака в настоящее время и ежедневное табакокурение; курение сигарет в настоящее время и ежедневное курение сигарет), которые затем корректируются и стандартизируются по возрасту для составления сравнимых оценок. Корректировки делаются в отношении недостающих показателей, охвата, возрастных групп и года обследования для получения группы оценок, которые можно сравнить по странам в определенный момент времени, а также в динамике внутри страны. Такие корректировки особенно полезны в случае стран с относительно слабыми данными о распространенности употребления табака<sup>1</sup>, по крайней мере в качестве временного решения до тех пор, пока не будет создана национальная система эпиднадзора.

#### *Возрастные диапазоны и возрастные группы*

50. Отдельные обследования используют стандартные **возрастные диапазоны** (совокупность выборки) и возрастные группы. Более низкий предел возрастного диапазона для обследования распространенности употребления табака среди "взрослых" установлен на уровне 15 лет, но может быть установлен на уровне 18 лет или даже старше.

51. **Возрастные группы** также варьируются между обследованиями. Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору (STEPS) использует 10-летние возрастные категории, например 25 лет-34 года и 35 лет-44 года. GATS использует следующие возрастные группы: 15-24, 25-44, 45-64 и 65 лет и старше. Схема отчетности по Конвенции, так же как STEPS, рекомендует использовать возрастные группы в разбивке на 10-летние категории, например 25–34 и 35–44.

52. Стандартизации в этой области можно достичь следующим образом:

(a) содействуя применению стандартного возрастного диапазона и стандартных возрастных групп (например тех, которые наиболее широко используются в международных системах сбора данных); или

(b) содействуя использованию стандартных методов оценки (например, рекомендованного ВОЗ). Страны могут также выбрать вариант применения метода, регулярно используемого их статистическими учреждениями для создания комплектов данных по возрастным группам.

53. Если будет выбран первый подход, следует учесть, что многие международные обследования координируются ВОЗ или ВОЗ является одним из ключевых партнеров

---

<sup>1</sup> Более подробно процедуру оценки см.: *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments*. Geneva, World Health Organization, 2009: 76–77 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf)).

при их проведении. Таким образом, ВОЗ может также играть ключевую роль в начале координации или продолжении таких усилий по улучшению сопоставимости собранных данных по странам. На страновом уровне усилия по содействию применению стандартных возрастных групп в конечном счете могут привести к тому, что вновь собранные необработанные данные будут несовместимы с собранными ранее. Следовательно, такое изменение не даст преимуществ хорошо сложившимся обследованиям. Следует также учесть, что такое изменение неизбежно будет иметь стоимостные последствия, которые могут быть нежелательны для страны и/или руководства таких национальных и международных систем.

54. Если будет выбран второй подход, можно использовать возможности ВОЗ для составления оценок степени распространенности употребления табака по необходимым возрастным диапазонам, чтобы содействовать сопоставимости данных о распространенности, представленных Сторонами.

#### *Определения и показатели*

55. Четкие определения и показатели являются важными для качества собранных данных. В обследованиях применяются различные определения "пользователя" табачных изделий. Такие различия в определении "пользователя" могут привести к различным цифрам. Например, цифры для рубрики "курящий в настоящее время" неизбежно будут отличаться от цифр для рубрики "ежедневно курящий в настоящее время". Кроме того, в странах, где употребляются многочисленные виды табака (такие как предназначенные для курения и бездымные), цифры в отношении "употребления табака" могут существенно отличаться от цифр в отношении "курения табака". То же относится к цифрам о "курении табака" и "курении сигарет". Такая значительная изменчивость определений впоследствии приводит к ограниченной сопоставимости.

56. Значительные вариации отмечаются также в использовании показателей в различных обследованиях, особенно в случае систем мониторинга. Использование показателей в значительной степени зависит от охвата и уровня детализации данных, собранных по отдельным областям борьбы против табака. В схеме отчетности по Конвенции и обследовании GTCR используется наибольшее число показателей. Показатели, используемые в схеме отчетности по Конвенции, отражают конкретные статьи договора без использования комбинированных показателей. Сохранение одних и тех же показателей на различных этапах схемы отчетности также обеспечит сопоставимость данных Сторон и сделает возможным проведение анализа тенденций.

57. Руководящие принципы ВОЗ 1998 г. предоставляют варианты для соответствующих показателей **употребления табака** (например, распространенность курильщиков; распространенность ежедневного и нерегулярного курения; распространенность употребления бездымного табака; распространенность бросивших курить; распространенность прекращения употребления табака; потребление сигарет на душу населения) и для **последствий употребления табака для здоровья** (таких как: частота случаев и распространенность болезней, относимых на счет употребления табака; смертность по причинам; абсолютный или относительный риск смерти от рака

легких). Международное агентство ВОЗ по изучению рака также предлагает комплект показателей распространенности видов поведения, связанных с употреблением табака<sup>1</sup>. Более недавние усилия по созданию комплекта основных и расширенных показателей, касающихся табака, для международных обследований предпринимаются в рамках осуществления Плана действий ВОЗ на 2008-2013 гг. для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбы с ними (задача 6). Под руководством экспертов ведется процесс рассмотрения возможностей для измерения и регистрации заболеваемости и смертности, связанных с разнообразными факторами риска неинфекционных болезней, включая табак.

58. В отношении **определений, связанных с политикой**, сама Конвенция дает определения ряда терминов<sup>2</sup>. Руководящие принципы, уже принятые Конференцией Сторон, содержат дальнейшие определения, и поэтапные инструкции, сопровождающие вопросники этапа 1 и этапа 2, содействуют применению дополнительных определений<sup>3</sup>. Эксперты, принявшие участие в процессе, который привел к составлению настоящего доклада, согласились с необходимостью дальнейшего рассмотрения определений и показателей, которые будут взяты из конкретных статей договора или будут связаны с принципами осуществления, принятыми Конференцией Сторон. Работающим в настоящее время и будущим межправительственным рабочим группам, созданным Конференцией Сторон для других статей, можно также предложить включить необходимые определения в свои соответствующие проекты руководящих принципов. Для статей/областей, по которым нет такого межправительственного процесса, Конференция Сторон могла бы рассмотреть возможность создания специального межправительственного процесса для выявления соответствующих определений и показателей.

### **Гармонизация между международными инициативами по сбору данных**

59. Учитывая число обследований населения и систем мониторинга, осуществляемых в настоящее время на национальном и глобальном уровнях, участие в таком сборе данных налагает определенное бремя на имеющиеся возможности во многих странах, особенно в странах с ограниченными ресурсами. Поэтому гармонизация между

---

<sup>1</sup> *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 12: Methods for Evaluating Tobacco Control Policies*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2008 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook12>).

<sup>2</sup> Они включают следующие: "незаконная торговля", "организация экономической интеграции"; "реклама и стимулирование продажи табака"; "борьба против табака"; "табачная промышленность"; "табачные изделия" и "спонсорство табака".

<sup>3</sup> Ими являются: "курение табачных изделий", "бездымные табачные изделия", "другие табачные изделия"; "полный" и "частичный" (в отношении степени запрета курения в общественных местах в связи со Статьей 8 Конвенции и соответствующими руководящими принципами); всеобъемлющий запрет на любую рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табака (в связи со Статьей 13 Конвенции и соответствующими руководящими принципами).

системами<sup>1</sup> является желательной для обеспечения лучшего использования имеющихся ресурсов в областях как сбора данных, так и управления, анализа и распространения данных.

60. Существуют также прецеденты между гармонизацией отчетных документов по различным международным договорам. В случае отчетности по пяти глобальным договорам, касающимся биологического разнообразия<sup>2</sup>, их соответствующие секретариаты начали процесс изучения возможности для гармонизации процедур отчетности посредством использования общих форматов и комплектов данных.

61. **В отношении обследований населения** гармонизация между различными международными системами сбора данных уже достигнута по нескольким методологическим вопросам. Например, для выборки большинство обследований используют такие стратегии, которые направлены на доведение до максимума репрезентативности населения. Как GATS, так и STEPS имеют целью получение репрезентативной выборки и для ее составления пытаются использовать наилучшую совокупность выборки (такую как самые последние переписи населения или наилучший имеющийся административный список). Что касается вопросов, которые они используют, то большинство обследований разрабатывают свои вопросы для получения данных по конкретным показателям, представляющим интерес, однако даже вопросы, относящиеся к одному и тому же показателю, не обязательно являются аналогичными в различных вопросниках. Недавно была проведена гармонизация инструмента оценки потенциала страны по борьбе с неинфекционными болезнями с вопросником GTCR, чтобы исключить дублирование. Ведутся дискуссии по гармонизации вопросов, используемых в STEPS и GATS. Рассматривается возможность включения основной группы вопросов из обследования GATS в группу расширенных вопросов STEPS и даже содействие применению такой основной группы вопросов с целью их включения в национальные обследования здоровья.

62. Гармонизация уже предпринимаемых усилий для обследований, координируемых ВОЗ, вероятно, продолжится, отражая процесс, направленный на улучшение поддержки Сторон в выполнении ими своих обязательств по Конвенции. Гармонизация между другими также была бы желательной, хотя добиться ее в каждом случае будет нелегко.

63. **В отношении систем отчетности/мониторинга** главным предметом беспокойства для правительств является дублирование между схемой отчетности по

---

<sup>1</sup> В международной литературе такие термины, как "стандартизация обследований" и "гармонизация между обследованиями" используются как взаимозаменяемые. Эксперты, участвующие в этом процессе, считают попытки использовать стандартные вопросы, определения и показатели, даже стандартные методологии, между обследованиями, как относящиеся к первой категории. Эти усилия могут быть дополнены существенными корректировками между различными обследованиями, включая те, которые касаются сбора данных, их анализа и использования данных, собранных для целей разработки политики. Такую "стандартизацию" с более широким охватом уже можно считать "гармонизацией".

<sup>2</sup> Ими являются Конвенция по биологическому разнообразию, Конвенция о водно-болотных угодьях, Международная конвенция о торговле вымирающими видами, Конвенция о мигрирующих видах и Конвенция об охране всемирного наследия.

Конвенции и обследованием GTCR. Необходимость гармонизации этих двух документов и, в идеале, необходимость наличия одного инструмента сбора данных, уже стала очевидной при разработке этапа 2 (вопросов Группы 2) схемы отчетности. Первоначальные усилия по сравнению содержания этих двух инструментов начались в отношении распространенности употребления табака, а также налогообложения и цен на табачные изделия. Стороны и эксперты, однако, выразили поддержку предпринимаемому полному согласованию и согласились ликвидировать дублирующую отчетность. Группа экспертов предложила предпринять следующие шаги, каждый из которых изучается в следующих пунктах:

1. изменить содержание схемы отчетности по Конвенции, которая будет служить единым международным инструментом, чтобы включить из вопросника GTCR те вопросы, которые конкретно относятся к договору, и рассмотреть отдельные вопросы, чтобы оказать помощь Сторонам в предоставлении соответствующей информации;
  2. согласовать циклы отчетности Сторон с циклами сессий Конференции Сторон;
  3. изменить поэтапные инструкции для предоставления полного списка стандартных определений, чтобы каждая Страна знала стандарты и спецификации запрашиваемой информации;
  4. включить, в случае необходимости, процесс обеспечения качества в ходе отчетности;
  5. собрать из различных баз данных информацию о законах и положениях в области борьбы против табака и содействовать использованию этой информации Странами.
64. Во-первых, были сделаны предложения об изменении схемы отчетности по Конвенции для включения конкретных вопросов договора, упомянутых в GTCR, которые не охвачены достаточно подробно в схеме отчетности, в соответствии с требованиями и с помощью экспертов, участвовавших в процессе. Они включены в Приложение 2 к настоящему докладу. Перекрестный анализ этапа 2 (вопросов Группы 2) схемы отчетности и самого последнего вопросника GTCR 2 послужил основой для разработки этих предложений. Исправленный вопросник этапа 2 затем использовался бы для докладов Сторон, а также мог бы использоваться Инициативой ВОЗ по освобождению от табачной зависимости в процессе мониторинга борьбы против табака в государствах-членах, пока еще не являющихся Странами Конвенции.
65. Во-вторых, гармонизация цикла отчетности по Конвенции даст также преимущества с точки зрения одновременного представления докладов всеми Странами Конвенции. Рекомендуются перейти к двухгодичному циклу отчетности, связанному с сессиями Конференции Сторон, для замены нынешней связи между сроками отчетности и сроками вступления Конвенции в силу для конкретной Страны, что было важным фактором в первые годы действия договора, но может быть



стандартизовано после представления большинством Сторон вторых докладов. Если созыв сессий Конференции Сторон в третьем квартале года останется в качестве сложившейся практики, доклады Сторон могли бы представляться в первые месяцы года, например к концу апреля, чтобы дать возможность Секретариату своевременно подготовить доклад о глобальном прогрессе для представления Конференции Сторон. Переход от существующих сроков отчетности мог бы начаться после четвертой сессии Конференции Сторон и завершиться к его пятой сессии в 2012 году<sup>1</sup>.

66. Гармонизация цикла отчетности обеспечит также высокий уровень прослеживаемости изменений в политике и позволит тщательно интерпретировать и анализировать глобальные тенденции в осуществлении политики распространенности употребления табака и т.д. Для обеспечения некоторой степени гибкости этого инструмента (например, своевременного включения предложений Сторон о внесении в него поправок) и в соответствии с решением FCTC/COP3(17) можно сохранить мандат Президиума в отношении надлежащего принятия существенных изменений в схеме отчетности.

67. В-третьих, процесс гармонизации включит также изменение поэтапных инструкций, выпущенных Секретариатом Конвенции в связи с этапом 2 (вопросами Группы 2) схемы отчетности. Особое внимание следует обратить на включение всех определений, имеющих не только в Конвенции, но и в руководящих принципах осуществления конкретных статей Конвенции. Необходимо также уточнить понятия, встречающиеся в различных вопросах схемы отчетности, особенно касающихся осуществления политики (например, "полный" или "частичный" запрет употребления табака в общественных местах в соответствии со Статьей 8 Конвенции; "полный" или "частичный" запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табака в связи со Статьей 13 Конвенции). Это будет содействовать общему пониманию соответствующих вопросов и понятий между Сторонами и в конечном счете приведет к более точным и сопоставимым ответам. Поэтапные инструкции могут также предоставить перечень инициатив по сбору данных (например, перечень, включенный в Приложение 1 настоящего доклада), как национальных, так и международных, в которых Страна может принять участие. Такое напоминание может облегчить сбор данных и координацию между различными правительственными секторами во время подготовки доклада. Секретариат Конвенции выпустит указанные выше исправления в

---

<sup>1</sup> Если изменение цикла отчетности попадет в период между четвертой и пятой сессиями Конференции Сторон, Сторонам будет предложено направить свои доклады в течение первых месяцев 2012 года. Поскольку в этом году начнется новый цикл отчетности, те Страны, которые прислали свои доклады в 2011 г. (либо в первый, либо во второй раз), не должны будут отчитываться вновь в 2012 году. Они должны будут представить свои следующие доклады об осуществлении в 2014 году. Согласно этому графику, 60 Стран, которые представят доклады в 2011 г., не будут отчитываться в 2012 г., но все остальные Страны должны будут сделать это. В 2014 г. переход к новому двухгодичному циклу отчетности будет завершен. Существующий этап 2 вопросника с предложенными поправками будет использоваться в качестве единого инструмента для будущих двухгодичных докладов. Для новых Стран (которые могут присоединиться к Конвенции после четвертой сессии Конференции Сторон) минимальный период между вступлением в силу Конвенции для какой-либо Страны и представлением ею первого доклада должен составлять по крайней мере один год.

начале 2011 г. и учет также новые руководящие принципы осуществления, которые могут быть приняты четвертой сессией Конференции Сторон.

68. В-четвертых, обеспечение полноты и улучшение качества и точности представленных данных являются одной из главных задач, которые необходимо решить в процессе гармонизации. Опыт различных Сторон свидетельствует о том, что отчетность требует значительных ресурсов - как кадровых, так и финансовых, если требуемые для отчетности данные отсутствуют. Консультация с экспертами и Сторонами показала также, что эти усилия следует предпринимать одновременно с созданием, поддержкой и/или укреплением национального потенциала по осуществлению исследовательских программ и других инициатив по сбору данных, предпринимаемых другими департаментами правительства, помимо занимающихся вопросами здоровья.

69. Может также потребоваться подготовка назначенных сборщиков данных. Это можно сделать с помощью разнообразных мероприятий (обновление и усиление поэтапных инструкций, сопровождающих схему отчетности; семинары для содействия пониманию содержания и основополагающих определений; четкое руководство в отношении возможных источников информации и процесса, который необходимо создать на национальном уровне для сбора данных, и т.д.). Дополнительную поддержку должностным лицам, отвечающим за отчетность, можно оказать с помощью более интерактивных электронных средств, таких как "электронный форум" (защищенный паролем веб-сайт, на котором все заинтересованные Стороны могут задавать вопросы и получать ответы после регистрации и который имеет также основанное на Интернете вспомогательное средство для выявления неисправностей) или составленный и опубликованный в Интернете список "часто задаваемых вопросов". Существующую в настоящее время систему обратной связи со Сторонами по полученным докладам следует сохранить.

70. Меры по обеспечению качества и высокого уровня точности данных также следует рассмотреть в ходе процесса, ведущего к представлению Стороной официального доклада. Необходимая помощь должна быть предоставлена по запросу либо Секретариатом Конвенции, Инициативой ВОЗ по освобождению от табачной зависимости, либо региональными и страновыми бюро ВОЗ в зависимости от наличия для Стороны самого легкого доступа и необходимого опыта по соответствующему вопросу. Секретариат Конвенции должен способствовать такой помощи и координировать ее. Работа с гражданским обществом также может содействовать улучшению качества данных, учитывая тот факт, что некоторые данные могут собираться только неправительственными организациями. Те Стороны Конвенции, в которых субнациональные юрисдикции имеют полномочия по регулированию некоторых аспектов борьбы против табака, могут также рассмотреть вопрос о включении или укреплении усилий по контролю качества на субнациональных уровнях.

71. В-пятых, сбор информации из различных законных баз данных с целью содействия использованию такой информации Сторонами (например, база данных ВОЗ по медико-санитарному законодательству, региональные базы данных ВОЗ по борьбе против табака и международная инициатива по юридической базе данных Кампании по

освобождению детей от воздействия табака). База данных, основанная на веб-сайте и содержащая доклады Сторон, которую ведет Секретариат Конвенции, также предоставляет доступ к текстам соответствующих законов и правил, представленным Сторонами в качестве части их докладов об осуществлении.

### **Отражение руководящих принципов осуществления в схеме отчетности**

72. Руководящие принципы осуществления, принятые Конференцией Сторон, уже были учтены при разработке этапа 2 (вопросов Группы 2) схемы отчетности посредством либо добавления новых вопросов, либо вариантов ответа на уже существующие вопросы для отражения уровня детализации в руководящих принципах. Руководящие принципы осуществления статей 8, 11 и 13 Конвенции также содержат определения терминов, не определенных в самой Конвенции. Эти определения были включены в поэтапные инструкции, сопровождающие этап 2 схемы отчетности. Помимо этих определений, руководящие принципы осуществления статьи 8 рекомендуют также показатели для рассмотрения Сторонами при мониторинге применения руководящих принципов в своих юрисдикциях.

73. Во всех четырех руководящих принципах осуществления, принятых до настоящего времени Конференцией Сторон, подчеркивается необходимость эффективного применения предложенных мер. Это также подчеркивает значение учета различных механизмов применения, которые Стороны могут создать в рамках схемы отчетности.

74. Содержание руководящих принципов, принятых Конференцией Сторон, следует по-прежнему учитывать для включения в схему отчетности по Конвенции. Следует рассмотреть возможность создания отдельных модулей, связанных с основным вопросником схемы отчетности, по конкретным требованиям руководящих принципов. Соответствующие вопросы о созданных механизмах соблюдения и применения будут включены во все разделы, касающиеся законодательства и регулирования.

75. Организациям и учреждениям, отвечающим за другие международные инициативы по сбору данных, следует рекомендовать пересмотреть содержание и рекомендации этих инициатив для оказания помощи Сторонам в мониторинге выполнения руководящих принципов. Следует предпринять усилия по информированию этих организаций и учреждений о принятии руководящих принципов Конференцией Сторон и их содержании. Кроме того, Сторонам следует рекомендовать отразить содержание руководящих принципов в своих национальных инициативах по сбору данных.

### **ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ**

76. Существует ряд международных инициатив по сбору данных о борьбе против табака, а также ряд баз данных, выделенных полностью или частично, для хранения данных, связанных с этой областью. Необходимость в стандартизации внутри этих инициатив и между ними, а также необходимость гармонизации между ними возникла в связи с увеличением числа инструментов сбора данных после принятия Конвенции, и

они стали важным компонентом национальных и международных усилий в области общественного здравоохранения. Многие Стороны Конвенции осуществляют национальные инициативы по сбору данных и/или участвуют в международных системах сбора данных.

77. Все международные системы сбора данных используют стандартные методологии, вопросы, определения и показатели. Существует также дублирование содержания таких обследований, особенно в случае систем мониторинга. Предпринимаются первоначальные усилия по обеспечению стандартизации между обследованиями и гармонизации некоторых элементов их содержания.

78. В случае обследований населения элементы структуры и содержания, которые могут получить преимущества от дальнейшей стандартизации, включают: сроки и периодичность обследований; используемые возрастные диапазоны и возрастные группы; определения и показатели; и использование стандартных методов оценки, если это целесообразно. Дальнейшая стандартизация между этими обследованиями в сотрудничестве с ВОЗ, как этого требует Статья 20 Конвенции, будет содействовать лучшей сопоставимости данных как на национальном, так и на международном уровнях.

79. Эксперты, с которыми были проведены консультации во время подготовки настоящего доклада, указали на необходимость дальнейшего рассмотрения разработки определений и показателей, которые затем будут рекомендованы Сторонам Конвенции для использования. Необходимо получить дальнейшие указания Конференции Сторон в отношении этого процесса. Всем рабочим группам, созданным Конференцией Сторон для разработки дальнейших руководящих принципов осуществления, можно было бы предложить рекомендовать определения и показатели для конкретных областей, чтобы содействовать сбору данных с помощью схемы отчетности. Для определений и показателей, связанных с областями договора, не охваченными существующими или будущими рабочими группами, можно предусмотреть специальный межправительственный процесс.

80. При разработке национальных исследовательских программ, включая вопросники для обследований, Сторонам следует обеспечить, чтобы эти программы, как минимум, давали возможность собирать данные, которые Стороны предполагают включить в доклады об осуществлении для Конференции Сторон. Сторонам следует также обеспечить, чтобы такие данные собирались регулярно и, по возможности, своевременно с учетом сроков отчетности. Этот минимальный, или основной комплект данных должен включать такие позиции как данные о распространенности употребления табака среди взрослых в разбивке по полу, возрасту и этническим группам, если это целесообразно; а также данные о распространенности употребления табака среди молодежи. Будущие рекомендации ВОЗ (которые начаты референс-группой по НИБ) могут также способствовать включению данных о заболеваемости и смертности, связанных с табаком, в основной комплект данных.

81. В отношении гармонизации между системами сбора данных основное внимание следует обратить на полностью согласованный процесс в результате использования

одного признанного в международных масштабах инструмента. Такое согласование будет соответствовать требованиям Сторон и было поддержано экспертами, участвовавшими в подготовке настоящего доклада. Рекомендованные шаги, учитывающие обязанности Сторон по отчетности согласно Статье 21 Конвенции и предназначенные для рассмотрения Конференцией Сторон, включают следующие:

- рассмотрение и исправление некоторых вопросов в схеме отчетности по Конвенции с учетом детализации в вопроснике GTCR ВОЗ для оказания лучшей помощи Сторонам в предоставлении соответствующей информации (в Приложении 2 приводятся результаты и рекомендации такого рассмотрения, предпринятого совместно Секретариатом Конвенции и Инициативой ВОЗ по освобождению от табачной зависимости);
- согласование цикла отчетности по договору с циклом сессий Конференции Сторон;
- внесение исправлений в поэтапные инструкции для предоставления полного перечня стандартных определений с целью обеспечения знания всеми Сторонами стандартов и спецификаций запрашиваемой информации;
- содействие и оказание помощи Сторонам, особенно Сторонам, являющимся развивающимися странами и странами с переходной экономикой, в процессе отчетности для обеспечения полноты и качества представляемых данных;
- подборка информации о законах и постановлениях в области борьбы против табака из различных существующих баз данных, дополнение такой информации, если необходимо, и содействие ее использованию. Это даст возможность заинтересованным правительствам и группам исследователей получить доступ к соответствующей информации в одном месте.

82. В рамках усилий по гармонизации один инструмент отчетности, а именно схема отчетности по Конвенции, будет единообразно применяться всеми Сторонами. Циклы отчетности можно связать с рассмотрением глобального прогресса, достигнутого Конференцией Сторон в выполнении Конвенции. Сторонам может быть предложено представлять доклады в одно и то же время один раз в два года в связи с двухгодичными циклами регулярных сессий Конференции Сторон. Доклад может быть представлен, например в первом квартале года, в котором проводятся регулярные сессии Конференции Сторон, после чего Секретариат Конвенции составляет краткий доклад для представления Конференции Сторон позднее в этом же году. Это обеспечит лучшую международную сопоставимость данных и будет способствовать тщательной оценке глобального прогресса Конференцией Сторон на ее регулярных сессиях.

83. Система отчетности по Конвенции должна также учитывать эволюцию договора и разработку новых документов договора (протоколов и руководящих принципов). Конференция Сторон может принять решение о том, что будущие возможные обновления схемы отчетности будут учитывать выполнение руководящих принципов и ссылаться на них. Параллельно упорядочению схемы отчетности Секретариату

Конвенции может быть поручено разработать предложения о конкретных модулях, отражающих содержание руководящих принципов, после их принятия Конференцией Сторон. Эти модули затем могут применяться вместе с основным вопросником.

#### **ДЕЙСТВИЯ КОНФЕРЕНЦИИ СТОРОН**

84. Конференции Сторон предлагается принять настоящий доклад к сведению и представить дальнейшие указания в отношении выводов и рекомендаций, содержащихся в пунктах 76-83.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**ОБЗОР ОСНОВНЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ ИНИЦИАТИВ ПО СБОРУ ДАННЫХ И БАЗ ДАННЫХ С ИНФОРМАЦИЕЙ ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ ТАБАКА И ПОЛИТИКЕ БОРЬБЫ ПРОТИВ ТАБАКА****МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ ПО СБОРУ ДАННЫХ<sup>1</sup>**

Обследования разделены на связанные с табаком и не связанные с табаком, а также по возрастным группам, на которые они ориентированы (взрослые и молодые люди).

**Обследования, конкретно связанные с табаком**

**Глобальная система эпиднадзора за табаком (GTSS)<sup>2</sup>** имеет четыре компонента: Глобальное обследование употребления табака среди молодежи (GYTS); Глобальное обследование школьного персонала (GSPS); Глобальное обследование здоровья студентов медицинских профессий (GHPSS); и, недавно, Глобальное обследование употребления табака среди взрослых (GATS). GYTS и GATS описаны более подробно ниже. GSPS представляет собой обследование всего школьного персонала, работающего в школах и отобранного для участия в GYTS. GHPSS является обследованием учащихся третьего года обучения для получения степени выше бакалавра по специальностям стоматология, медицина, сестринское дело и фармацевция.

Глобальная система эпиднадзора за табаком была разработана в конце 1998 г. и начала действовать в 1999 г. для оказания помощи странам в планировании, разработке, осуществлении и оценке их соответствующих программ борьбы против табака. Ведущими учреждениями в проведении этих обследований являются ВОЗ, Центры США по борьбе с болезнями и профилактике болезней и Канадская ассоциация общественного здравоохранения.

Эта система применяет общую методологию обследований, сходные процедуры работы на местах для сбора данных и аналогичные методы управления данными и их обработки. Она является гибкой, позволяя странам в то же время включать по своему усмотрению в основные вопросы важную уникальную информацию.

---

<sup>1</sup> Более подробную информацию о некоторых упомянутых здесь обследованиях можно найти в следующей публикации: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 12: Methods for Evaluating Tobacco Control Policies (2008: Lyon, France). <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook12>.

<sup>2</sup> [http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy/00\\_pdfs/data\\_release\\_school\\_based.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy/00_pdfs/data_release_school_based.pdf).

### Глобальное обследование употребления табака среди молодежи (GYTS)<sup>1</sup>

- GYTS было разработано и начато ВОЗ и Центрами США по борьбе с болезнями и профилактики болезней в 1999 году<sup>2</sup>. Это обследование сосредоточено на эпидемиологических вопросах и вопросах политики и помогает странам регулярно собирать данные об употреблении табака среди молодежи. Оно также предоставляет информацию в связи с пятью Статьями Конвенции (Статьи 8, 12, 13, 14 и 16). Охват обследования является очень широким: к концу 2008 г. 154 государства - члена ВОЗ и 13 других субъектов (территорий, содружеств, географических регионов, районов, находящихся под административным управлением ООН, и специальных административных районов) завершили по крайней мере один раунд GYTS. Из них 107 стран завершили второй раунд и 10 стран завершили третий раунд GYTS.
- В связи с тем, что GYTS проводится неоднократно, оно служит хорошей основой для анализа тенденций в употреблении табака среди целевых возрастных групп. Кроме того, GYTS является единственным обследованием употребления табака среди молодежи, охватывающим все шесть регионов ВОЗ.
- Бюро по курению и здоровью Центров США по борьбе с болезнями и профилактики болезней финансирует GYTS ежегодно с 1999 г. и намерено далее оказывать поддержку его проведению. Уровень финансирования для GYTS составляет более 1 млн. долл. США в год.

### Глобальное обследование употребления табака среди взрослых (GATS)<sup>3</sup>

- GATS является основанным на домашних хозяйствах обследованием взрослых в возрасте 15 лет и старше. Его цель заключается в том, чтобы с помощью стандартного глобального протокола собирать данные об употреблении табака взрослыми и об основных мерах борьбы против табака. GATS предназначено для сбора данных об употреблении табака, воздействии вторичного табачного дыма, попытках прекратить употребление табака среди взрослых и косвенно измерить воздействие инициатив по борьбе и профилактике употребления табака.
- Существенное финансирование со стороны Bloomberg Philanthropies, дополненное ресурсами и вкладами ВОЗ, Центров США по борьбе с болезнями и профилактики болезней и правительств участвующих стран, содействовало осуществлению GATS. До настоящего времени GATS проведено в 14 странах

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts>.

<sup>2</sup> Инициатива ВОЗ по освобождению от табачной зависимости является координатором в ВОЗ ряда международных усилий по сбору данных, включая обследование для Глобального доклада о борьбе против табака и компоненты Глобальной системы эпиднадзора за табаком.

<sup>3</sup> <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gats>.



(Бангладеш, Бразилия, Китай, Египет, Индия, Мексика, Филиппины, Польша, Российская Федерация, Таиланд, Турция, Украина, Уругвай и Вьетнам).

**Международный проект по оценке политики борьбы против табака (проект ИТС)<sup>1</sup>** направлен на оценку психосоциального и поведенческого воздействия политики по борьбе против табака на национальном уровне. В рамках этого проекта прослеживаются взрослые курильщики в течение пяти или более лет начиная с даты начала обследования в их соответствующих странах. Даты начала обследования выбираются стратегическим образом, чтобы следовать изменениям табачной политики на национальном уровне, необходимым для осуществления Конвенции. Это исследование сосредоточено не только на том, достигла ли конкретная политика желаемого эффекта, но и на том, как и почему достигнуты эти желаемые эффекты. Первая волна продольных когортных исследований в каждой стране проведена незадолго до крупного изменения политики. Обследования продолжаются в течение пятилетнего периода для мониторинга воздействия возможных изменений, вызванных основанной на Конвенции политикой, по мере их осуществления. В случае проекта ИТС обследование измеряет одни и те же переменные по странам и из года в год сохраняет одних и тех же участников, чтобы проследить динамику изменений в общих позициях, знаниях или поведении в этой группе населения.

Проект ИТС начался в 2002 г. с осуществления Проекта ИТС в четырех странах (в Австралии, Канаде, Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии и Соединенных Штатах Америки). Группа проекта ИТС в настоящее время проводит седьмой раунд сбора данных. Другие страны проекта ИТС присоединились к нему в разное время после начала осуществления проекта в четырех странах и поэтому находятся на различных этапах сбора данных.

**Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)** регулярно собирает данные и проводит мониторинг тенденций, анализирует и прогнозирует экономическое развитие и исследует социальные изменения или эволюцию структур, в частности, в областях торговли, окружающей среды, сельского хозяйства, техники, налогообложения. Она также ведет статистическую базу данных<sup>2</sup> с информацией о потреблении табака в странах ОЭСР.

### **Обследования, конкретно не связанные с табаком**

*Обследования, ориентированные на взрослое население*

**Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору (STEPS)<sup>3</sup>**. Это обследование населения было разработано ВОЗ и впервые проведено в 2001 году. Его цель состоит в оказании поддержки странам в создании простой ориентированной на взрослых системы эпиднадзора, которая использует стандартизованные средства, позволяющие проводить

---

<sup>1</sup> <http://www.itcproject.org/>.

<sup>2</sup> <http://stats.oecd.org/index.aspx>.

<sup>3</sup> <http://www.who.int/chp/steps>.

сравнения во времени и по странам. Оно является широким по охвату, так как ориентировано как на поведенческие факторы риска (употребление табака, вредное потребление алкоголя, нездоровое питание, отсутствие физической активности), так и на биологические факторы риска (избыточная масса тела и ожирение, повышенное кровяное давление, повышенное содержание глюкозы в крови и аномальный липидный спектр крови). Оно использует поэтапный подход с точки зрения методов сбора данных (первый этап - вопросник; второй этап - физические измерения; третий этап - пробы крови) и сложности вопросов на данную тему (пять основных и девять расширенных вопросов об употреблении табака). Техническую поддержку и технические средства для ввода и анализа данных обеспечивает ВОЗ. Приблизительно 120 стран принимают активное участие в STEPS и около 60 завершили сбор данных. Основные результаты сообщаются в информационных бюллетенях STEPS<sup>1</sup>.

**Исследование ВОЗ о старении в мире и здоровье взрослых (SAGE)<sup>2</sup>.** SAGE является частью Программы продольных исследований ВОЗ, в котором делается попытка получить всеобъемлющие лонгитюдные данные о здоровье и благополучии групп взрослого населения и о процессе старения в различных странах, используя сбор первичных данных и анализ вторичных данных.

В ходе основного обследования SAGE собираются данные от респондентов в возрасте 18 лет и старше с акцентом на группы населения в возрасте 50 лет и старше из национальных репрезентативных выборок в шести странах (Китай, Гана, Индия, Мексика, Российская Федерация и Южная Африка). Еще группа стран в Латинской Америке и Европе намерена присоединиться к будущим раундам SAGE. Инструменты и методы обследования были приспособлены из Обследования состояния здоровья в мире и/или из 16 национальных обследований по вопросам старения.

Базовые данные SAGE (Волна обследования 0, 2002-2004 гг.) были собраны в качестве части данных Обследования ВОЗ состояния здоровья в мире. В настоящее время проходит второй раунд сбора данных (Волна 1, 2007-2009 гг.), для которого размеры выборки были увеличены в каждой участвующей стране.

С 1984 г. проект по **Демографическим обследованиям и обследованиям здоровья (DHS)<sup>3</sup>** оказал техническую помощь свыше 240 обследованиям в более чем 85 странах, содействовав глобальному пониманию тенденций в области здоровья и населения в развивающихся странах. DHS приобрели высокую репутацию во всем мире в результате сбора точных, репрезентативных для стран данных о фертильности, планировании семьи, здоровье матери и ребенка, гендере, ВИЧ/СПИДе, малярии и питании. Табак упоминался в вопросниках, использованных в 61 стране. Главным финансирующим учреждением этого проекта является Агентство США по международному развитию, однако используются также взносы других доноров и собственные ресурсы самих стран.

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/chp/steps/reports>.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/healthinfo/systems/sage>.

<sup>3</sup> [http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/listmodules\\_main.cfm](http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/listmodules_main.cfm).

Главные цели проекта включают, среди прочего, последующее использование собранных данных при разработке политики, планировании программ, мониторинге и оценке; содействии и усилении участия страны обследования в сборе, анализе, представлении и использовании данных; увеличение возможностей партнеров страны обследования для сбора и использования данных для программных и политических целей.

**Eurobarometer**<sup>1</sup> - это серия обследований, которые регулярно проводятся от имени Европейской комиссии с 1973 года. В ходе этих обследований осуществляется мониторинг эволюции общественного мнения в странах - членах ЕС. Основные темы, охваченные обследованиями, включают: расширение ЕС, нищету и социальное исключение, здоровье, культуру, информационную технологию, окружающую среду, евро, оборону и изменение климата. Каждое обследование основано приблизительно на 1000 индивидуальных интервью в каждом государстве-члене. Доклады публикуются два раза в год.

Обследования, конкретно связанные с табаком, проводятся также в серии Eurobarometer с определенной регулярностью. Самое последнее связанное с табаком обследование было опубликовано в декабре 2008 года. В этом обследовании 26 500 европейцам были заданы вопросы об употреблении ими табака, а также о знаниях, позициях и убеждениях по вопросам политики борьбы против табака. Ранее обследования, связанные с табаком, были проведены в 2005 и 2006 годах.

**Европейское обследование здоровья с помощью опросов (EHIS)** - это гармонизированное обследование на уровне общины,<sup>2</sup> фактически осуществляемое под руководством Евростат<sup>3</sup>. Планируется проводить это обследование один раз в пять лет с первой волной в период 2006-2010 годов. Обследование здоровья с помощью опросов обычно охватывает следующие темы: рост и вес, которые формируют основу для расчета индекса массы тела (ИМТ); собственное восприятие состояния здоровья; деятельность, которая сократилась из-за проблем здоровья; длительные заболевания или проблемы здоровья; поведение в отношении курения; и потребление алкоголя.

*Обследования, ориентированные на молодых людей*

**Глобальное обследование здоровья в школах (GSHS)**<sup>4</sup>. GSHS было разработано ВОЗ в сотрудничестве с ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО и ЮНЭЙДС и при технической поддержке со стороны Центров США по борьбе с болезнями и профилактики болезней. Оно проводится, главным образом, среди учащихся в возрасте 13-15 лет. Оно является

---

<sup>1</sup> [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm).

<sup>2</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/reporting/ehss\\_01\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_01_en.htm).

<sup>3</sup> Евростат является статистическим учреждением Европейского союза. Его задача заключается в предоставлении Европейскому союзу статистических данных на европейском уровне, которые позволяют проводить сравнения между странами и регионами. Оно также имеет базу данных с информацией о курении. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database).

<sup>4</sup> <http://www.who.int/chp/gshs>.

обследованием населения, охватывающим тот же возрастной диапазон, что и GYTS, и использует ту же методологию обследования в школах. Однако содержание этих двух обследований является различным: если GYTS направлено на сбор подробных данных о потреблении табака и о различных мерах борьбы против табака, то GSHS сосредоточено на сборе основных данных о распространенности 10 видов поведения (употребления алкоголя и наркотиков, привычек питания и т.д.), одним из которых является употребление табака. Осуществление GSHS началось в 2003 г. и до настоящего времени завершено в 43 странах.

**Европейский проект обследования школ по проблеме потребления алкоголя и наркотиков (ESPAD)<sup>1</sup>.** ESPAD представляет собой совместные усилия независимых исследовательских групп почти в сорока европейских странах и является крупнейшим межстрановым исследовательским проектом по обследованию токсикомании среди подростков в мире.

Данные собираются один раз в четыре года с 1995 г., и сейчас проведено четыре цикла сбора данных: 1995 г., 1999 г., 2003 г. и 2007 год. В 2007-2008 гг. ESPAD проведен в 40 странах. Последние результаты были опубликованы в марте 2009 года. Сбор данных в отдельных странах финансируется из национальных источников.

Для достижения цели предоставления сравнимых между странами данных методология проекта ESPAD строго стандартизована в отношении целевого населения, инструмента сбора данных, процедур работы на местах, сроков и обработки данных. Имеется база данных, в которой можно осуществлять поиск данных, собранных из участвующих стран.

**Здоровье и поведение детей школьного возраста (HBSC)<sup>2</sup>.** В середине 1980-х годов Европейское региональное бюро ВОЗ приняло HBSC в качестве совместного межстранового исследования. HBSC было разработано многодисциплинарной сетью исследователей из стран Европы и Северной Америки. Впервые обследование HBSC было проведено в 1983/84 гг. (4 страны), затем в 1985/86 гг. (13 стран) и затем проводилось каждые четыре года: 1989/90 гг. (16 стран), 1993/94 гг. (26 стран), 1997/98 гг. (30 стран), 2001/02 гг. (36 стран) и 2005/06 гг. (41 страна). Вопросник включает вопросы об употреблении табака. Данные этого исследования использовались для оказания влияния на политику укрепления здоровья и медико-санитарного просвещения на национальном и международном уровнях.

Для каждого обследования HBSC создан массив данных, состоящий из всех национальных данных, который хранится в Норвежских службах данных общественных наук. Пользоваться международными массивами данных могут только группы из стран-членов в течение трехлетнего периода после его завершения. По истечении этого периода данные предоставляются для внешнего использования по соглашению с Международным координатором и главными исследователями.

---

<sup>1</sup> <http://www.espad.org>.

<sup>2</sup> <http://www.hbsc.org>.

## БАЗЫ ДАННЫХ С ИНФОРМАЦИЕЙ О ТАБАКЕ

Базы данных делятся на две категории: конкретно относящиеся к табаку и конкретно не относящиеся к табаку<sup>1</sup>. Внутри этих категорий делается ссылка на базы данных, содержащие глобальные данные, и на базы данных, касающиеся только одного или двух регионов ВОЗ. Помимо этого, международные системы сбора данных о населении обычно содержат базу данных для опубликования докладов обследований и дают возможность осуществлять поиск в собранных данных. Доступ к таким базам данных возможен через соответствующие веб-сайты обследований, которые ниже не перечисляются.

### Базы данных, конкретно относящиеся к табаку

#### *Базы данных с глобальными данными*

- **База данных на веб-сайте докладов Сторон об осуществлении.** Секретариат Конвенции на веб-сайте РКБТ ВОЗ ведет базу данных с докладами Сторон об осуществлении, которая предоставляет доступ к докладам, а также к дополнительной вспомогательной информации (в частности, к текстам национального законодательства и национальных программ борьбы против табака), представленной Сторонами в качестве части их докладов. Реально поиск в базе данных осуществляется по наименованию Стороны; эта база данных находится в процессе дальнейшей разработки и к четвертой сессии Конференции Сторон даст возможность следить за прогрессом в выполнении Конвенции в целом и в отношении ее отдельных положений как на региональном, так и на глобальном уровне, и объединит базу данных о ресурсах, имеющихся для осуществления Конвенции.
- **Глобальная информационная система по борьбе против табака (GISTOC)<sup>2</sup>.** Инициатива ВОЗ по освобождению от табачной зависимости в настоящее время работает над созданием этой системы, чтобы предоставить краткую информацию о различных региональных и глобальных базах данных со статистической информацией по вопросам, связанным с табаком, и связях с ними. Некоторые из этих баз данных ведет сама Инициатива ВОЗ по освобождению от табачной зависимости и другие департаменты ВОЗ, тогда как другие ведутся ее партнерами и другими международными учреждениями.
- **Международная база данных с предупреждениями о вреде для здоровья.** В соответствии с решением FCTC/COP3(10) Секретариат Конвенции предложил Инициативе ВОЗ по освобождению от табачной зависимости создать и поддерживать в консультации с теми Сторонами, которые желают обмениваться с другими Сторонами графическими предупреждениями о вреде

---

<sup>1</sup> Представленный здесь перечень не является исчерпывающим, особенно в отношении частных и коммерческих баз данных, ведущихся различными учреждениями.

<sup>2</sup> [http://www.who.int/tobacco/global\\_data/](http://www.who.int/tobacco/global_data/)

для здоровья и используемыми ими сообщениями, централизованную международную базу данных с такими предупреждениями и сообщениями. Эта база данных в настоящее время имеется в наличии и постоянно обновляется<sup>1</sup>.

- **Международный юридический консорциум Кампании по освобождению детей от воздействия табака** создает предложенную всемирную базу данных законодательства, предназначенную для использования в качестве места хранения информации о законах, касающихся борьбы против табака, а также для анализа этих законов с точки зрения обязательств по Конвенции и руководящих принципов ее осуществления со специальной ссылкой на Статьи 8, 11 и 13. Этот проект был принят в 2008 г. и планируется начать использование этой базы данных ограниченным числом стран к концу 2010 года. Эта база данных будет работать в онлайн-режиме, и в ней можно будет осуществлять поиск по странам и/или ключевым политическим терминам.

#### *Базы данных с региональными данными*

**Региональные бюро ВОЗ** также ведут базы данных для занесения информации об усилиях их государств-членов по борьбе против табака. Однако объем и уровень детализации такой информации значительно варьируются от региона к региону.

- Веб-сайт **Регионального бюро ВОЗ для стран Африки** предоставляет доступ к докладам об обследованиях, связанных с табаком, проведенных странами этого региона<sup>2</sup>.
- В **Регионе стран Америки** Панамериканская система онлайн-информации о табаке (PATIOS)<sup>3</sup> является основанной на веб-сайте информационной системой с возможностью поиска, содержащей данные по странам из различных источников по широкому диапазону тем, связанных с борьбой против табака. PATIOS предоставляет возможности для стандартизованного и надежного прослеживания и оценки ситуации, связанной с табаком в странах и между ними. Эта база данных охватывает 53 показателя употребления табака и политики борьбы против табака во всех американских государствах - членах этого Региона.
- Веб-сайт **Регионального бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии** содержит Базу региональных данных о борьбе против табака<sup>4</sup>. Она имеет возможности поиска и дает возможность проводить сравнения внутри стран и

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase/en/index.html>

<sup>2</sup> <http://www.afro.who.int/en/divisions-a-programmes/dnc/tobacco/tob-country-profiles.html>.

<sup>3</sup> <http://www.paho.org/tobacco/PatiosHome.asp>.

<sup>4</sup> <http://www.searo.who.int/EN/Section1174/Section2469/Section2481.htm>.

между ними. Эта база данных является частью региональной Интегрированной системы анализа данных.

- **Европейское региональное бюро ВОЗ** ведет базу данных о борьбе против табака<sup>1</sup>, которая содержит данные о распространенности курения и различных аспектах политики борьбы против табака в странах региона, а также позволяет проводить сравнения политических мер между странами. В ней есть специальный раздел о законодательных мерах борьбы против табака и она содержит также информацию об осуществлении Конвенции в Европе.
- На веб-сайте **Регионального бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья** имеются профили стран этого региона<sup>2</sup>.
- **Регион ВОЗ Западной части Тихого океана** использует Центр данных о борьбе против табака<sup>3</sup>, который содержит обладающие возможностью поиска комплекты информации о табаке из стран этого региона.

#### **Базы данных, конкретно не относящиеся к табаку**

- **CancerMondial**<sup>4</sup> дает доступ к информации о случаях заболевания раком в мире, которую собирает Международное агентство по изучению рака. Цель этого проекта состоит в предоставлении онлайн-доступа к данным о заболеваемости, распространенности, выживаемости и смертности от рака.
- База статистических данных **Евростат**<sup>5</sup> предоставляет информацию, относящуюся к государствам - членам ЕС, в различных областях, связанных с табаком, включая распространенность курения, торговлю (экспорт и импорт табака), индексы потребительских цен и т.д.
- **Глобальная обсерватория здоровья** и создание **национальных систем эпиднадзора за НИБ** - это действующие проекты штаб-квартиры ВОЗ.
- **База данных ВОЗ о медико-санитарном законодательстве**<sup>6</sup>. Эта база данных содержит приблизительно 100 текстов национального и субнационального законодательства.

---

<sup>1</sup> <http://data.euro.who.int/tobacco/>.

<sup>2</sup> <http://www.emro.who.int/TFI/CountryProfile-Part6.htm>.

<sup>3</sup> [http://www.wpro.who.int/health\\_topics/tobacco/data.htm](http://www.wpro.who.int/health_topics/tobacco/data.htm).

<sup>4</sup> <http://www-dep.iarc.fr/>.

<sup>5</sup> <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.

<sup>6</sup> <http://idhlrils.who.int/frame.cfm?language=english>. Подразделение по медико-санитарному законодательству Кластера информации, фактических данных и исследований участвует в сборе данных для базы данных ВОЗ по медико-санитарному законодательству.

- **Онлайновая информационная база данных ВОЗ о НИБ (WHO Global NCD Infobase Online).** Эта база данных ВОЗ содержит имеющиеся на данный момент в Организации данные о факторах риска неинфекционных заболеваний. Эти данные впоследствии используются для составления оценок о национальной распространенности по каждому фактору риска. Она содержит также данные об употреблении табака<sup>1</sup> из следующих обследований: GSHS, GYTS, STEPS и Всемирного обследования здоровья.
- **Статистическая информационная система ВОЗ (WHOSIS)** является инструментом ВОЗ для направления медико-санитарной и связанной со здоровьем эпидемиологической и статистической информации, имеющейся в большинстве технических программ ВОЗ. Данные с возможностью поиска по ключевым словам в WHOSIS или во всей ВОЗ имеются по следующим категориям: основные показатели здоровья; статистика по стране или региону; статистика по темам; статистика бремени болезней. Система обеспечивает также связи с другими источниками информации, связанной со здоровьем.
- **Мировая статистика здравоохранения, 2009 год<sup>2</sup>.** Эта публикация содержит ежегодный сборник данных из государств-членов и включает краткое описание прогресса в достижении Целей и задач тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем. Содержание этой книги включает информацию из публикаций и баз данных, созданных и поддерживаемых техническими программами и региональными бюро ВОЗ. Показатели включаются на основе их соответствия здоровью в мире, наличия и качества данных, а также надежности и сопоставимости оценок. Этот комплект показателей дает полное краткое описание текущего состояния национального здравоохранения и систем здравоохранения, включая: смертность и бремя болезней, причины смерти, зарегистрированные инфекционные болезни, охват службами здравоохранения, факторы риска, ресурсы систем здравоохранения, расходы на здравоохранение, несправедливости и демографическую и социально-экономическую статистику. Представлены два показателя, связанные с табаком: распространенность употребления табака взрослыми (15 лет и старше) и распространенность употребления табака подростками (13-15 лет).
- **Веб-сайт группы ERC<sup>3</sup>** - это коммерческая база данных, содержащая самые последние данные о табачной промышленности, включая анализ рынков и компаний, а также информацию о регулировании, изменениях в налогообложении, изменения в установлении цен и данные

---

<sup>1</sup> <https://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=112&ind=TOB>.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/>.

<sup>3</sup> <http://erc-world.com/tobacco/> (Основанная в 1961 г., ERC является одной из старейших организаций, занимающихся независимыми исследованиями рынка). Доступ к документам предоставляется только подписчикам.



распространенности курения и численности курильщиков. Существуют и другие веб-сайты с полезной информацией в области экономики табака<sup>1</sup>.

- **Euromonitor International**<sup>2</sup> - это коммерческая база данных, содержащая раздел о научных исследованиях в области табака. На этом сайте представлен углубленный анализ табачных рынков во всем мире, включая размеры рынков, контрабандные продажи, розничное распределение и тенденции в ценообразовании; информация о ведущих табачных компаниях и доле их различных марок; проникновение в основные сектора, включая сигареты, сигары, табакокурение и бездымный табак; а также расходы на табачные изделия в расчете на душу населения и тенденции в потреблении.

---

<sup>1</sup> Базы данных Ассоциации торговцев табаком ( <http://www.tma.org/tmalive/FrmMain>) и база данных информационно-исследовательского подразделения "Экономист" (<http://store.eiu.com/product/1990000199.html?ref=Products>).

<sup>2</sup> <http://www.euromonitor.com/tobacco>. Доступ к полной документации только для подписчиков.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СХЕМУ ОТЧЕТНОСТИ  
РАМОЧНОЙ КОНВЕНЦИИ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА**

Нынешний вопрос(ы)	Вид предлагаемого изменения	Предлагаемое изменение	Обоснование/комментарии
<b>А. Предложения в связи со Статьей 8 Конвенции (Защита от воздействия табачного дыма)</b>			
3.2.2.1, 3.2.2.3 и 3.2.2.5	Объединение вопросов и техническое изменение  [Объединяются следующие вопросы: – защита от воздействия табачного дыма на рабочих местах внутри помещений? – защита от воздействия табачного дыма на общественном транспорте? – защита от воздействия табачного дыма в закрытых общественных местах?]	Вопросы должны быть изменены следующим образом:  <u>3.2.2.1</u> – запрещение курения табака на рабочих местах внутри помещений, на общественном транспорте, в закрытых и, соответственно, в других общественных местах?	Эти вопросы объединяются по редакторским и техническим соображениям посредством переноса акцента с "защиты от воздействия" (результат конкретной меры) на запрет курения табака в конкретном месте (сама конкретная мера). Формулировка Статьи 8.2 Конвенции также полностью отражена. Новую формулировку легче интерпретировать и она может улучшить точность и достоверность полученных данных.
3.2.2.1	Добавление подробностей к существующему вопросу	Добавляется подвопрос:  <u>3.2.2.2</u> Если вы ответили "да" на вопрос 3.2.2.1, каким является вид/характер меры, обеспечивающий такое запрещение?  • Национальный закон • Субнациональный закон (законы) • Административное и исполнительное распоряжение • Добровольные соглашения • Другие меры	Сторонам предлагается указать вид мер (законодательных, исполнительных, административных или иных), запрещающих курение табака на рабочих местах внутри помещений, на общественном транспорте, в закрытых и, соответственно, в других общественных местах.

Нынешний вопрос(ы)	Вид предлагаемого изменения	Предлагаемое изменение	Обоснование/комментарии
		<p>Добавляется фраза:</p> <p><u>3.2.2.3</u></p> <p>Просьба представить краткое объяснение вида/характера и содержания мер, обеспечивающих такое запрещение.</p>	<p>Для добавления подробностей предоставлено дополнительное место. Оно включено с особым акцентом на Стороны с субнациональными юрисдикциями, имеющими орган регулирования употребления табака в общественных местах.</p>
3.2.2.2	Добавление подробностей к существующему вопросу	<p>Добавляется подвопрос:</p> <p><u>3.2.2.4</u></p> <p>Если вы ответили "да" на любой вариант в 3.2.2.2, обеспечивает ли любая из этих мер механизм/инфраструктуру для применения?</p> <p>Добавляется фраза:</p> <p><u>3.2.2.5</u></p> <p>Если вы ответили "да" на вопрос 3.2.2.4, просьба указать подробности этой системы.</p>	<p>Этот вопрос относится к важному компоненту осуществления политики согласно Статье 8 Конвенции, а также отражает содержание руководящих принципов осуществления Статьи 8.</p> <p>Дополнительное место выделено для добавления подробностей, касающихся ответа на вопрос 3.2.2.4.</p>
3.2.2.2, 3.2.2.4 и 3.2.2.6	<p>Объединение вопросов и добавление подробностей</p> <p>[Объединяются следующие вопросы:</p> <p>“Если вы ответили "да" на вопрос 3.2.2.1, насколько полной является защита от воздействия табачного дыма в следующих местах</p> <p>– ... рабочие места внутри помещений</p> <p>– ... виды общественного транспорта</p> <p>– ... закрытые общественные места:”]</p>	<p>Вопросы объединяются следующим образом:</p> <p><u>3.2.2.5</u></p> <p>Если вы ответили "да" на вопрос 3.2.2.1, просьба указать места и степень/полноту мер, применяемых к рабочим местам внутри помещений, общественному транспорту, закрытым общественным местам и, соответствующим образом, к другим общественным местам?</p> <p>Следующие варианты ответов добавлены к первоначальному списку: университеты; галереи магазинов; пабы и бары (а не только бары); частные автомобили; и паромы.</p>	<p>Вопросы и варианты ответов на них объединены, чтобы отразить список мест, к которым может применяться запрещение курения. Обоснованием для объединения вопросов является то, что все рабочие места внутри помещений, средства общественного транспорта и закрытые общественные места являются также местами работы других людей. Измененный вопрос 3.2.2.1 также отражает этот факт.</p> <p>Кроме того, даны новые варианты ответов и сохранены варианты "полная", "частичная" и "нет".</p>

Нынешний вопрос(ы)	Вид предлагаемого изменения	Предлагаемое изменение	Обоснование/комментарии
<b>В. Предложения в связи со Статьей 11 Конвенции (Упаковка и маркировка табачных изделий)</b>			
3.2.5.6	Добавление подробностей к существующему вопросу	Добавляется подвопрос:  Если вы ответили "да" на вопрос 3.2.5.6, предписывает ли ваш закон, как минимум, стиль, размер и цвет шрифта, чтобы сделать предупреждение более четким, видимым и доходчивым?	Этот дополнительный вопрос может улучшить точность ответов посредством изучения некоторой части содержания законодательства.
<b>С. Предложения в связи со Статьей 14 Конвенции (Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака)</b>			
3.2.8.2	Добавление подробностей к существующему вопросу	Изменение вариантов ответов следующим образом: <ul style="list-style-type: none"> <li>• программы, специально предназначенные для – <b>не достигших установленного возраста девочек и девушек</b></li> <li>– женщин</li> <li>– беременных</li> <li>• <b>помощь по телефону в прекращении употребления табака?</b></li> </ul>	Варианты ответов разделены и добавлены новые варианты ответов (“не достигшие установленного возраста девочки и девушки”, “помощь по телефону в прекращении употребления табака”), чтобы получить более точные ответы. Ссылка на пол также соответствует решению COP2(17).
3.2.8.10	Добавление подробностей к существующему вопросу	Добавляется подвопрос:  Если вы ответили "да" на вопрос 3.2.8.10, где и как могут быть законно приобретены эти изделия в вашей стране?	Добавлен новый допускающий различные толкования вопрос для получения информации о доступности лечения табачной зависимости, как этого требует Статья 14.2(d) Конвенции.
3.2.8.11	Техническое изменение	Если вы ответили "да" на вопрос 3.2.8.10, какие фармацевтические препараты <b>законным образом</b> имеются для лечения табачной зависимости в пределах вашей юрисдикции?	Слова "законным образом" добавлены для того, чтобы сослаться на законный рынок в юрисдикции Стороны, в отличие от препаратов, которые могут быть в наличии на незаконном рынке, к которому не применяется регулирование препаратов или другое регулирование.

Нынешний вопрос(ы)	Вид предлагаемого изменения	Предлагаемое изменение	Обоснование/комментарии
3.2.8.12	Техническое изменение	Если вы ответили "да" на вопрос 3.2.8.10, покрываются ли расходы на эти препараты из государственной системы финансирования или возмещения?	Исключены слова "лечение с помощью". Это изменение добавляет точность этому вопросу, подразумевая, что при ответе следует учесть не только расходы на услуги по оказанию помощи в прекращении употребления табака. Возмещение расходов на такие услуги охвачено вопросом 3.2.8.7.
<b>D. Предложения в связи с о Статьей 20 Конвенции (Научные исследования, эпиднадзор и обмен информацией)</b>			
3.4.3.3	Добавлены подробности к существующему вопросу	<p>Добавляется фраза:</p> <p>Если вы ответили "да" на вопрос 3.4.3.3, просьба перечислить все обследования, включая год проведения обследования, которые вы предприняли в прошлом.</p> <p>Добавляется подвопрос:</p> <p>Со ссылкой на вопрос 3.4.3.3, планирует ли ваша страна повторить какое-либо из упомянутых обследований или провести новое обследование по табаку в течение трех-пяти лет после вашего последнего обследования?</p>	<p>Эта новая фраза относится к Статье 21.1(d). Она дает возможность проверить ответ "да", данный на вопрос 3.4.3.3. Сторонам будет также предложено представить копию соответствующего обследования.</p> <p>Этот вопрос со ссылкой на Статью 21.1(d) Конвенции помогает оценить, можно ли назвать обследования, повторно проведенные Стороной, реальной "системой эпиднадзора". Он также подразумевает определенные ожидания в отношении содержания следующего доклада Стороны.</p>

= = =