

2008年世界卫生组织全球烟草流行报告

MPOWER系列政策

健康与活力

mpower



世界卫生组织

二十世纪，
烟草流行
共夺去了
一亿人的生命！

二十一世纪，
烟草流行造成的死亡人数
可高达十亿！



mpower 的含义

- m** (Monitor tobacco use and prevention policies)
监测烟草使用与预防政策。
- p** (Protect people from tobacco smoke)
保护人们免受烟草烟雾危害。
- o** (Offer help to quit tobacco use)
提供戒烟帮助。
- w** (Warn about the dangers of tobacco)
警示烟草危害。
- e** (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)
确保禁止烟草广告、促销和赞助。
- r** (Raise taxes on tobacco)
提高烟税。

世界卫生组织
MPOWER系列
政策中的六项政策
能够遏制烟草流行
并减少因烟草而导致
死亡的人数。

这六项烟草控制政策 能够有效地遏制 烟草流行。

《2008年世界卫生组织
全球烟草流行报告》
是世卫组织系列报告中的第
一部。

这一系列报告旨在
认识烟草流行状况以及
相应控烟措施的影响。

2008年世界卫生组织全球烟草流行报告

MPOWER系列政策

1. 吸烟 — 预防与控制; 2. 烟草使用所致疾病 — 预防与控制; 3. 戒烟; 4. 健康政策; I. 世界卫生组织

ISBN 978 92 4 159628 2

(NLM 分类号: WM 290)

建议索引:

《2008年世界卫生组织全球烟草流行报告》

MPOWER系列政策

日内瓦, 世界卫生组织, 2008。

© 世界卫生组织, 2008。

版权所有。世界卫生组织出版物索取地址: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

(电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int)。
如需申请复制或翻译世界卫生组织出版物 — 无论是出于销售目的还是非商业目的, 请联系世界卫生组织出版社, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int)。

本书采用的名称和陈述材料, 并不代表世界卫生组织关于任何国家、领土、城市或地区或其权限的合法地位或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品, 并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较, 已被世界卫生组织所认可或推荐。为避免差错和遗漏, 专利产品第一个字母均用大写字母以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理措施, 核对本出版物中的信息, 但对此出版资料在传播中不作任何明确或暗示的保证。对该资料的解读和使用产生的责任由读者承担。世界卫生组织不在任何情况下承担使用该资料造成的损失责任。

中国印制



世界卫生组织

2008年世界卫生组织
全球烟草流行报告

MPOWER系列政策

本报告系由彭博慈善基金会
赞助完成

目录

- 7 立刻行动起来，
遏制全球烟草流行，
拯救千百万生命
世界卫生组织总干事致辞

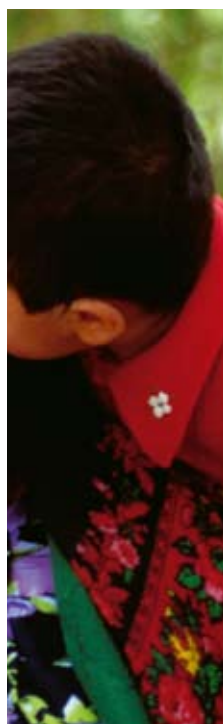
8 内容提要

全球烟草危机

- 14 烟草 — 世界杀手
16 日益流行
18 烟草对经济威胁
21 烟草行业 — “瘟神”

23 MPOWER: 扭转烟草流行六策

- 24 监测烟草使用与预防政策
25 保护人们免受烟草烟雾危害
29 提供戒烟帮助
33 警示烟草危害
36 禁止烟草广告、促销和赞助
39 提高烟税



42 全球烟草控制状况
有效措施的实施刚刚开始

44 全世界一半以上的国家仍没有最基本的监测信息

44 全面的无烟法律仅仅覆盖全球5%的人口

48 大多数烟草使用者得不到帮助

48 大多数国家在烟草包装上没有全面的健康警句

50 大多数国家没有禁止烟草广告、促销和赞助

54 各国可以通过提高烟税来拯救生命

54 全球控烟资金匮乏

58 结论

60 参考文献

64 技术说明I 评价现有政策及其执行情况

67 技术说明II 世卫组织成员国吸烟流行情况

69 附录一 国别信息

179 附录二 全球烟草控制政策数据

267 附录三 国际流行情况可比估计数据

289 附录四 各国自报流行数据

311 附录五 《全球青少年烟草调查》数据

323 附录六 世界卫生组织《烟草控制框架公约》状况

328 致谢

AFRO WHO非洲地区办事处

AMRO WHO美洲地区办事处

CDC 疾病预防控制中心

EMRO WHO东地中海地区办事处

EURO WHO欧洲地区办事处

HQ WHO总部

IMF 国际货币基金组织

LCU 当地货币单位

NCD 非传染性疾病

NGO 非政府组织

SEARO WHO东南亚地区办事处

STEPS WHO分步监测方法

US 美国

USD 美元

WHO 世界卫生组织

WPRO WHO西太平洋地区办事处



烟草流行死亡人数:

二十世纪，一亿人死于烟草流行！

目前烟草流行每年导致540万人死亡

如不立即采取措施：

到2030年，年死亡人数将超过800万！

到2030年，80%以上因烟草导致的死亡将发生在发展中国家！

预计二十一世纪烟草导致死亡人数将高达十亿！

遏制这场完全可以避免的烟草流行，
必须成为世界各国公共卫生领袖
和政治领导人的首要任务之一。

世界卫生组织总干事
陈冯富珍博士

立刻行动起来，遏制全球烟草流行，拯救千百万生命

本世纪，全球烟草流行威胁着十亿人的生命，而击败这一威胁的武器就掌握在我们的手中。烟草使用可以通过多种方式危害健康。实际上，当今世界八大死因中有六个都与烟草使用有关。解决日趋严重的烟害状况靠的不是药物或者疫苗，而是各国政府和公民的共同行动。

在公共卫生史上，这将是一个具有特殊意义的转折点，政治意愿、政策和资金将被结合起来，齐心协力，极大地减少烟草使用，在二十一世纪中叶之前拯救千百万人的生命。烟草流行是完全可以预防的。逆转烟草流行必须成为各国政治和公共卫生领导的首要任务之一。世界卫生组织《烟草控制框架公

约》的150多个缔约国已达成了一项全球性的共识，亦即我们必须抗击烟草流行。现在，《2008年世界卫生组织全球烟草流行报告》通过MPOWER中的六项有效控烟政策，在世界卫生组织《烟草控制框架公约》基础上为世界各国提供了一个路线图，指导各国将这一全球共识转变为全球现实。

但是各国无需孤军奋战。世卫组织在其全球伙伴们的协助下，正在不断提高自身能力，致力于支持其成员国执行实施MPOWER政策。同时，通过《2008年世界卫生组织全球烟草流行报告》，世卫组织还提供了一系列独特且具有可比性的国别数据，集中介绍烟草使用及其对各国人民和经济的影响，以及各国

在努力扭转烟草流行过程中取得的成绩。

果断的行动是成败的关键。现在，烟草流行每年已经造成540万人死于肺癌、心脏病和其它疾病。如不加控制，这一数字到2030年将会增加到每年800万以上，而受害最深的正是那些经济快速发展，人们生活有望得到极大提高的国家。对于烟草企业而言，这些国家就是它们的广阔“新天地”。其结果不仅仅是疾病和死亡人数大大增加，更意味着生产力下降和可避免医疗成本剧增。

我们绝对不能允许这样的情况发生！我谨此号召各国政府，立刻行动起来，实施MPOWER系列政策中提出的各项政策！



世界卫生组织
总干事
陈冯富珍博士

内容提要

烟草是当今世界上最可预防的死亡原因。今年一年，烟草将会造成500多万人死亡，这一数字超过结核病、艾滋病毒/艾滋病和疟疾致死人数的总和。到2030年，年死亡人数将会超过800万。如果我们不立刻采取果断措施，烟草问题将在二十一世纪夺去十亿人的生命。

烟草是唯一一种危害所有使用者并可造成一半使用者死亡的合法消费品。然而，由于价格低廉，推广有力，对其危害认识不足，以及抵制烟草使用的政策不到位等等因素，使得烟草的使用在全世界范围内都十分普遍。

烟草对健康的危害一般要在开始吸烟数年甚至数十年之后方才显现出来，正因为如此，当今全球烟草使用日益流行，但烟草相关疾病和死亡的流行才刚初显端倪。

但是，我们能够改变未来的！烟草流行正日趋严峻，但它仍是可以预防的。控烟之战必须果断有力，要有像控制各种威胁生命的传染性疾病一样的紧迫感。我们有能力阻止烟草流行并创造一个无烟世界，**但我们必须立刻行动起来！**

世界卫生组织《烟草控制框架公约》是一项多边国际公约，现有150多个缔约国，它是我们在这场抗击烟草流行战役中迈出的第一步（见附录六，世界卫生组织《烟草控制框架公约》情况）。世界卫生组织《烟草控制框架公约》为世界各国提供了一份减少烟草供应和需求的蓝图，并提出国际法在预防疾病、促进健康等方面具有的极其重要的作用。

世界卫生组织《烟草控制框架公约》各缔约国都承诺要加入控制烟

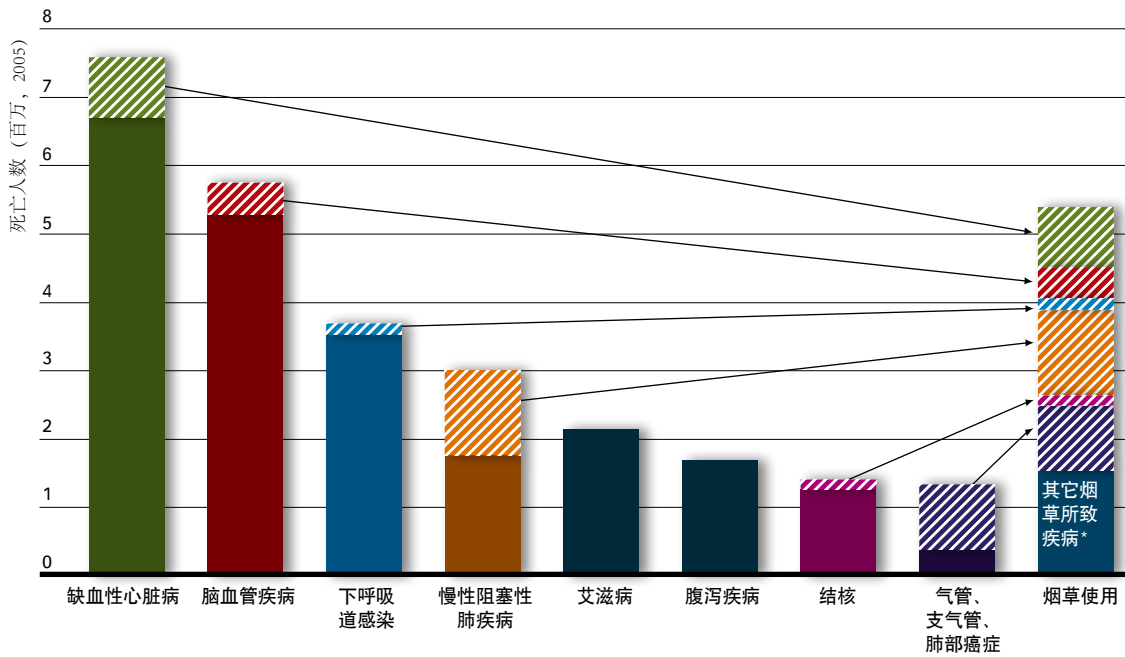
草流行的战斗，保护其人民的健康。为了协助各国实现该承诺，世卫组织提出MPOWER系列政策，其中包括六项十分重要且有效的烟草控制政策，分别是：提高烟草税率和价格，禁止烟草广告、促销和赞助，保护人们不受二手烟危害，警告所有人烟草的危害，为希望戒烟者提供帮助，以及仔细监测烟草流行和预防政策的情况。这些政策都经过了实践的检验，证实可降低烟草使用。

为支持MPOWER，世卫组织及其全球伙伴正为各国提供新的资源，帮助各国防止由烟草使用造成的疾病、死亡和经济损失。如果整个系列政策都能得到执行，那么这六项政策将能预防青少年开始吸烟，帮助当前吸烟者戒烟，保护非吸烟者免受二手烟危害，并防止世界各国及其人民遭受烟草危害。



运用MPOWER，行动起来！

烟草使用是世界八大死因中六种的危险因素



根据各死因柱形的颜色标注的阴影区域表示与烟草使用有关的死亡比例。

*包括口腔和咽喉癌、食道癌、胃癌、肝癌等癌症，以及除缺血性心脏病脑血管疾病外的心血管疾病。

资料来源: Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11): e442. 其它信息来自与C.D. Mathers的个人交流。

艾滋病病毒/艾滋病最新数字出处: AIDS epidemic update. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), 2007.

“烟草使用” 世界首位可预防死因

世界卫生组织：《2003年世界卫生报告》

监测烟草使用和预防政策：对烟草使用及其影响的评估必须加强。

当前，全球一半的国家（包括三分之二的发展中国家）仍不具备关于青少年和成年人烟草使用的最基本信息，对于烟草相关疾病和死亡等烟草流行其它方面的数据也十分缺乏。

良好的监测工作可以提供关于某个国家烟草流行水平的信息，以及应当制定什么样的政策来满足该国的具体需要。无论是全球性还是国别监测工作对于了解和逆转烟草流行都是十分重要的。

保护人们免受烟草烟雾危害：呼吸清洁的空气是每个人最基本的权利。无烟的环境对于保护非吸烟者和鼓励吸烟者戒烟都很重要。任何国家，无论其经济水平如何，都可以实施有效的无烟法律。然而，目前全世界仅有5%的人口得到了全面无烟立法的保护。在绝大多数国家，无烟法律仅仅覆盖了部分室内场所，而且在制定和实施环节上均十分薄弱。无烟法律一旦生效实

施，都受到了普遍的欢迎，甚至在吸烟人群中也是如此，并且不会影响生意。只有全面禁止公共场所和工作场所吸烟才能保护人们免受二手烟危害，并帮助吸烟者戒烟。

提供戒烟帮助：全世界约有十几亿吸烟者，占全球成年人总数的四分之一，其中大多数都已对烟草成瘾。他们当中的许多人都希望戒烟，却很少有人能获得相关的帮助。目前，全世界只有九个国家能够提供全面的治疗烟草依赖的服务，这一数字仅占全球人口的5%。由此看来，各国必须制定规划，为那些希望摆脱烟瘾的吸烟者们提供有效且成本较低的干预措施。

警示烟草危害：尽管我们掌握着确凿的关于烟草危害的证据，但是却只有少数的吸烟者了解自己的健康风险所在。关于烟草危害的全面警示信息可以改变烟草在人们心目中的形象，特别是在青少年和年轻人当中。作为烟草包装警示的最高标准，图形警示信息可以起到阻止吸烟的作用，但这一措施只在15个国家得到实行，仅占全球人口的6%

，而强制性警示图片（至少占包装正面面积的30%）仅仅在五个国家实行，只占全球人口的4%。同时，还有很多国家并不禁止诸如“淡味”、“低焦油”等误导性、欺骗性用语的使用，这些国家却占全球人口总数的40%之多。确凿证据证明，这样的产品并不会降低危害健康的各种风险。在本报告中，我们没有对公共教育行动详加考察，但是只要这些行动得力、充分且持续下去，那么效果将是显著的。澳大利亚等国的经验已经充分显示了通过有效的公共教育行动我们能取得什么样的成效。

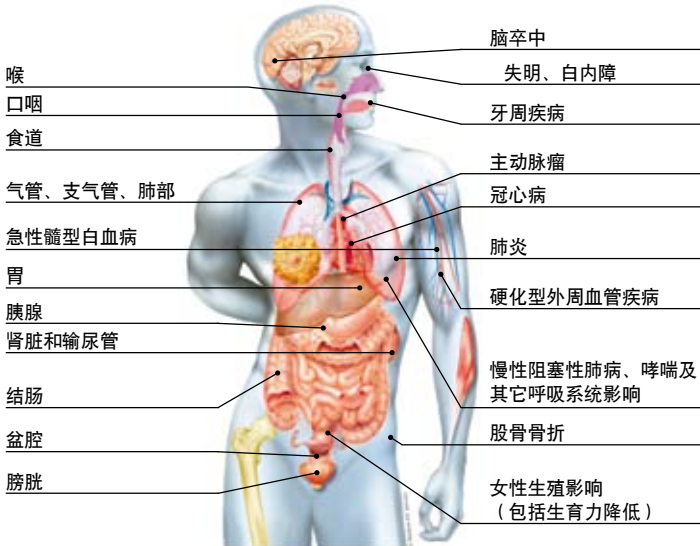
确保禁止烟草广告、促销和赞助：烟草企业每年在全球斥巨资进行广告、促销和赞助活动。然而已知的部分禁止烟草广告、促销和赞助的方式并不能起到干预烟草流行的作用，因为烟草企业可以很简单地将其资源转向其它不受限制的渠道。只有全面禁止烟草广告、促销和赞助的方式才能有效地减少烟草消费，保护人民，尤其是保护青少年免受烟草企业营销手段的诱惑。然而，目前能够做到全面禁止烟草广



警告人们烟草使用的危害

吸烟导致的疾病

癌症



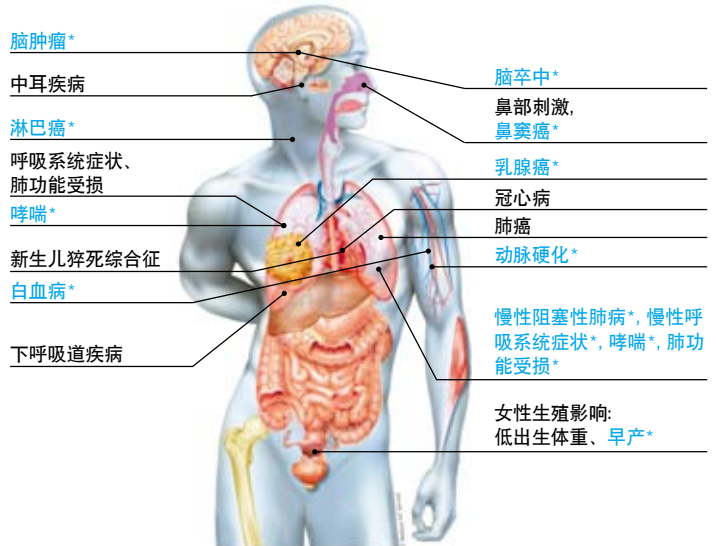
慢性病

- 脑卒中
- 失明、白内障
- 牙周疾病
- 主动脉瘤
- 冠心病
- 肺炎
- 硬化型外周血管疾病
- 慢性阻塞性肺病、哮喘及其它呼吸系统影响
- 股骨骨折
- 女性生殖影响 (包括生育力降低)

二手烟导致的疾病

证据关联强度：充分或可能

儿童



成年人

- 脑卒中*
- 鼻部刺激, 鼻窦炎*
- 乳腺癌*
- 冠心病
- 肺癌
- 动脉硬化*
- 慢性阻塞性肺病*, 慢性呼吸系统症状*, 哮喘*, 肺功能受损*
- 女性生殖影响: 低出生体重、早产*

* 证据关联强度：可能
证据关联强度：充分

来源: Office of the Surgeon General. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, Office on Smoking and Health, US Department of Health and Human Services, 2004 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm, accessed 19 October 2007).

来源: Office of the Surgeon General. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, Office on Smoking and Health, US Department of Health and Human Services, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/>, accessed 19 October 2007).

烟草是世界头号杀手。
我们已经掌握了有效的减少烟草使用的手段，
但政策制定者们并没有运用这些干预措施。

纽约市市长彭博

告、促销和赞助活动的国家仅占世界人口的5%。由此可知，全世界约有一半的儿童仍然生活在不禁止免费发送烟草产品的国家。

提高烟税：提高烟草税，从而提高烟草产品价格是减少烟草使用最有效的手段之一，特别是阻止年轻人成为吸烟者。此外，这一手段还可以帮助说服吸烟者戒烟。但是，目前全世界只有四个国家的烟草税率达到了零售价格的75%以上，仅占全球人口的2%。五分之四的高收入国家烟草税率在零售价格的51-75%之间，这一比例在中低收入国家中还不到四分之一。有证据证明，将烟草价格提高70%就能预防全球四分之一的烟草相关死亡；提高10%可降低高收入国家4%以及中低收入国家8%的烟草消费。从表面上看，虽然消费量下降了，但是烟税收入却在增加。而更高的税收可以为国家实施控烟政策，开展其它公共卫生和社会项目提供资金。根据一些国家提供的信息，烟税收入可以达到控烟费用的500倍以上。在有相关信息的中低收入国家（约38亿人口），每年控烟总支

出仅为1400万美元，相比之下，这些国家的烟草税收却高达665亿美元，换言之，在每5000美元的烟税收入中，这些国家仅花费1美元进行控烟工作。有数据的低收入及中等国家的人均控烟支出分别为不到0.1美分和大约0.5美分。

尽管烟草使用的危害并不存在任何经济社会界限，但是遭受这场烟草流行危害最大的却是各中低收入家庭和国家。而全球约一半以上的人口都生活在各中低收入国家，这些国家的总体烟草消费仍在上升，同时应对由烟草使用引发的卫生、社会和经济问题的资源却更加匮乏。

目前，烟草企业更加瞄准了这些国家的易感人群，开展营销和促销活动。

《2008年世界卫生组织全球烟草流行报告》中介绍了烟草流行情况，并详细讨论了关于MPOWER如何遏制烟草流行，与此同时，报告中还评估了目前全球烟草控制的状况。第一次提供了几乎涵盖每一个国家的有效烟控措施的准确信息。



为你的社区制定良好的政策

报告附录部分还对各国当前烟控局势进行了深入的介绍，并指出了在信息、数据和政策方面亟待解决的问题。

MPOWER系列政策为各国提供了行动的工具。当务之急是：各国政治领导者、政府和民间社会的决心，以及采纳和实施这六项经证实有效的政策，并减少烟草使用，降低相应的疾病和死亡负担。有资料显示，即使在那些烟草使用水平很高的国家，公民对控烟措施也都大力支持。以中国为例，中国是全世界最大的烟草生产国和消费国，但近期的一份调查表明，大多数中国城镇居民都支持建立无烟公共场所，禁止烟草广告、促销和赞助活动，以及提高烟草税。

烟草控制不是件花钱的事。烟草税可以增加政府收入，而实施无烟法规，禁止烟草广告、促销和赞助也不需要很大的花销，戒烟服务可以被纳入整体的医疗卫生体制中。

公共教育行动需要另开预算——但是政府现在的烟草税收收入是控烟经费的五百多倍，扩大和强化现有活

动需要大量资金投入。全国性控烟项目需要充分的人力资源投入，其中包括在法律问题、执行、市场营销、税务、经济学、倡导、项目管理和其它关键领域的专家。这些投入是完全可以承受的，也是必要的，但是仍然有很多国家政府，尤其是中低收入的国家政府，在这方面的投入十分欠缺，甚至没有任何投入。

全球烟草控制是大势所趋。目前，世界卫生组织《烟草控制框架公约》缔约国的总数已经超过150个，捐赠者们正在为各国提供新的资金支持。今天世卫组织提出MPOWER系列政策旨在推进其成员国的烟草控制工作，使得各国中央政府和地方政府能够增加有效的烟草控制措施，应对这一人类历史上最大的公共卫生挑战。

在抗击烟草流行之前，各国必须具备采纳和执行MPOWER的政治意愿。尽管各种控烟措施的有效性已经得到了明确的证实，并获得了公众的支持，但是全世界只有五分之一的国家充分执行了以下五项关键性政策中的任何一项：建立无烟环

境，治疗烟草依赖，烟草产品包装警语，禁止烟草广告、促销和赞助活动，以及提高烟税，从而为其民众提供充分的保护；迄今为止，全世界还没有任何一个国家实施了所有六项政策的最高等级。如果各国均能严格执行MPOWER中涉及的关键性政策措施，那么将会避免千百万人因烟草致残致死。



烟草是人类历史上出现的最严重的卫生灾难之一。

世界卫生组织前总干事布伦特兰博士 (1998)

全球烟草危机

烟草 — 世界杀手

虽然烟草死亡问题很少成为新闻业追逐的头条，但是不能否认的是全世界每六秒就会有一人死于烟草相关的疾病¹，而且烟草使用者中有三分之一甚至是一半的人会因此而毙命²，这一数字表明，因烟草而死亡的人均寿命要比自然死亡时间平均缩短十五年^{2,3,4}。当今，全球成人死亡中有十分之一都因烟草而起¹，亦即每年死于烟草使用的人数已超过五百万¹。如果我们不及时采取有效地措施加以控制，那么预计到2030年，每年因烟草死亡人数将增加到八百万以上^{1,5}。

如果目前的流行趋势不得到控制，那么据测算，全世界现有人口中的五亿都将会死于烟草所带来的各种

疾病⁶。仅在二十一世纪，烟草就可造成高达十亿人死亡⁷。由于烟草是一种高成瘾性物质，使得吸烟者当中的大多数虽然有戒烟的愿望，但都苦于实现。

尼古丁，是卷烟和其它吸食型烟草产品中所含的成瘾性药物成分，在吸烟者吸入烟草烟雾后即立刻进入大脑¹，其摄入效率几乎与静脉注射一样⁸。就连烟草企业业内也将卷烟称为一种“尼古丁输送器”⁹。而由于吸入的烟草成分的效力只能维持短短几分钟，吸烟者如果不继续吸烟便会出现多种戒断症状¹⁰。

吸食型烟草产品中最常见的种类是标准的卷烟，然而就目前的趋势来看，其它形式的产品也表露了明显

的流行之势，譬如Bidi雪茄、丁香烟和Shisha水烟¹¹。更为糟糕的是人们常常错误地认为，这些形式的烟草产品对健康的危害更小。然而，事实真相却是，所有形式的烟草产品都可产生致命的危害¹¹。90%的肺癌元凶都源自各种形式的吸食型烟草产品，同时它们还是导致脑卒中和致死性心脏病的重要危险因素¹²。

Bidi雪茄是一种手卷烟，常见于印度和其它一些东南亚国家，它产生的一氧化碳和尼古丁是普通卷烟的三倍，焦油更达到五倍之多¹³。吸食Bidi雪茄的人患口腔癌症的危险是非吸烟者的三倍，此外患肺癌、胃癌和食道癌的危险也会更高。丁香烟，顾名思义，是丁香



让人们看清你的立场

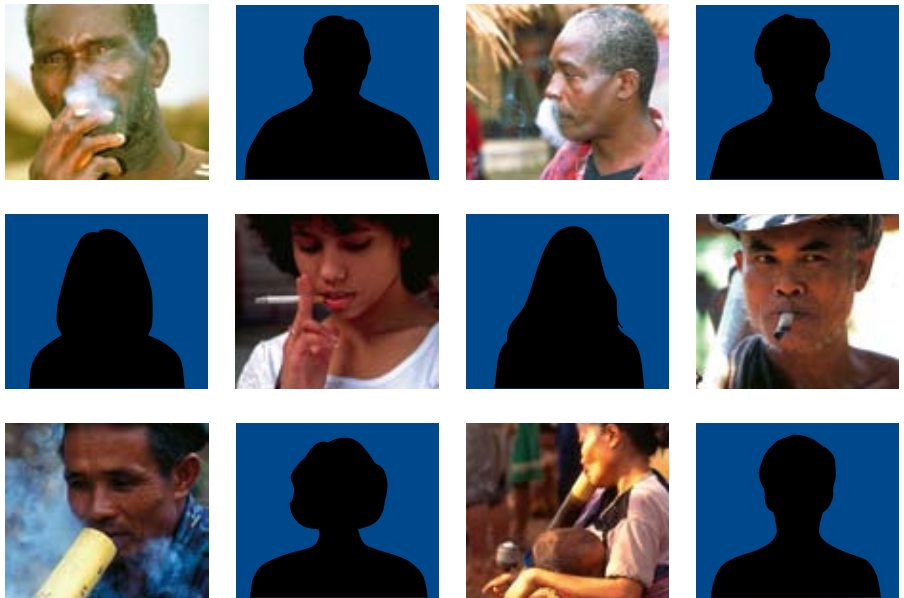
和烟草混合的一种烟草产品，主要见于印度尼西亚，它的使用会大大提高吸烟者感染急性肺部伤害的风险。Shisha水烟是一种加入香料烤制的烟草产品，该产品需使用水烟袋吸食，主要见于东地中海地区，其危害与肺部疾病、心血管疾病和癌症密切相关¹¹。

吸烟者不是烟草使用唯一的受害者。二手烟同样也具有严重的，甚至常常是致命的健康后果。在美国，二手烟每年造成3400例肺癌死亡和46000例心脏病死亡。每年，美国有430例新生儿猝死综合症，24500例低出生体重，71900例早产和200000人次的儿童哮喘发作都是由二手烟引起¹⁴。

非燃烧性烟草制品同样具有很高的成瘾性，并能增加头颈部、食道和胰腺等多个部位的患癌症的可能，以及多种口腔疾病^{11,15}。证据显示，某些形式的非燃烧性烟草产品还可能增加心脏病和低出生体重的危险¹⁶。

烟草使用者中有一半都会死于烟草相关疾病。

今天全世界十亿吸烟者中，
有大约五亿会死于烟草。



……烟草是唯一
一种既会导致其使用者死亡，
同时又合法的消费者产品。

《牛津医学指南》（1994）

日益流行

如果我们不采取紧急措施，全球吸烟者数目还会继续增加¹⁷。与其它很多立竿见影的影响健康的危险物质不同，因烟草引发的疾病通常要在开始使用后数年甚至数十年方才显现出来。

由于各发展中国家仍处于烟草流行的早期阶段，因此它们尚未完全体验到烟草相关疾病和死亡的影响，而这种影响在长期使用烟草的发达国家已然是劣迹昭彰。

烟草使用在低收入国家增长速度是最快的，一方面这是由于这些国家的人口一直保持稳定增长，另一方面则是烟草企业的大力营销，保证了每年都有几百万人成瘾而加入烟民队伍。预计到2030年，全球烟草相关死亡中80%以上都将被中低收入国家所占据¹。

目前年龄在30岁以下的中国男性中，将有一亿人死于烟草使用¹⁸。在印度，中年男性死亡中有四分之一都是由吸烟引起¹⁹。这一人群中吸烟者的数目随人口增长不断增加，相应的死亡人数也会不断上升。烟草流行向那些人口增长和烟草使用潜力最高，同时医疗卫生服务条件最差的发展中国家转移的趋势最终会演变成前所未有的高疾病、高早亡的态势。

各人口大国年轻女性中烟草使用率的不断上升是烟草流行发展过程中最严峻的趋势之一。在很多国家，女性并没有吸烟的传统——女性吸烟率仅为男性的四分之一。

正因为如此，烟草企业便将营销目标直指这块潜力巨大的新市场。广告、促销和赞助活动，包括对女性事务的慈善捐助，都弱化了女性使用烟草问题的文化反对。专门的产品设计和市场营销，包括在广告中使用吸引人的模特和为女性市场量身定做的品牌，都显而易见地在鼓励女性吸烟。

在欧洲大部分地区，现代烟草使用的历史可以追溯到一个世纪以前。几十年来，这一地区男性和女性吸烟率之间的差距一直在缩小。今天，欧洲男性吸烟率正在不断下

降，而女性吸烟率却在上升，特别是在东欧、中欧和南欧地区²⁰。在大多数欧盟国家，女性青少年吸烟的比例与男性相当，甚至可能超过男性²¹。在发展中国家，成年女性烟草使用率还相对较低，但是在女性青少年当中却有快速的生长的趋势。在东南亚，成年男性吸烟率是成年女性的十倍，然而，在13到15岁人群中，男性吸烟率仅仅是女性的2.5倍²¹。

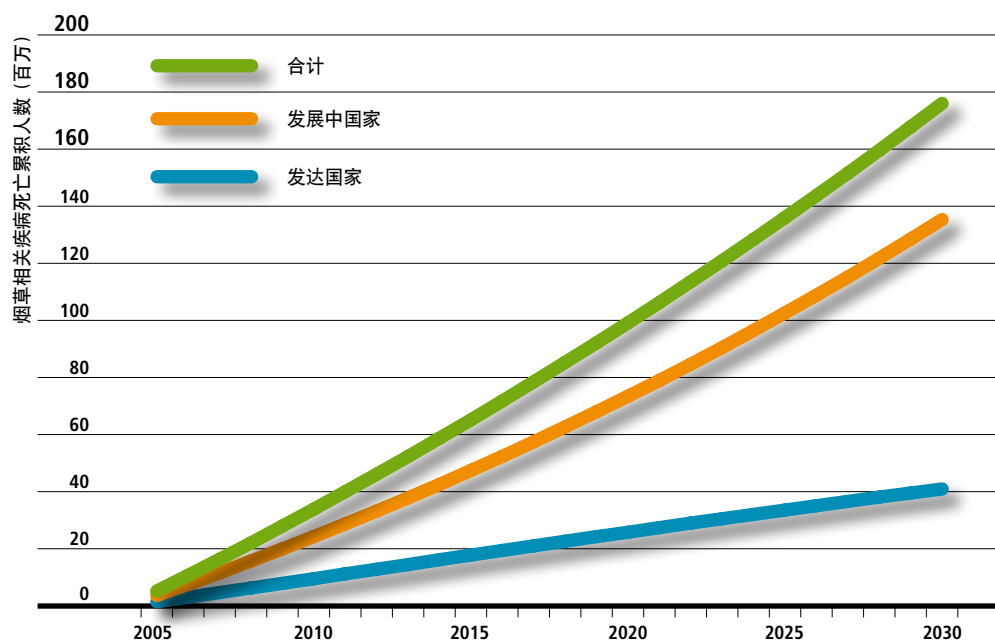
烟害最重地区面临的烟草产品种类也更加繁多，譬如Bidi雪茄、丁香烟和Shisha水烟等形式。与普通卷烟一样，这些烟草产品同样可以致人死命。但是由于产品形式的不同，它们常常使用和卷烟不同的警示标志，且征税和限制政策也不一样。这就难怪很多人都错误地认为，它们比卷烟的危害小。



支持无烟世界

从现在到2030年，烟草将会造成全球超过1.75亿人死亡

2005-2030年，烟草相关疾病累积死亡人数



来源: Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, November 2006, 3(11):e442.

在思考一个疾病时，
我想的不是寻找治疗方法，
而是寻求预防之道。

Louis Pasteur (1822-1895)

烟草的经济威胁

尽管烟草企业自己宣称它们是在创造就业机会，产生经济效益，提高地方和全国的经济水平，但纵观大局，烟草企业所作的“贡献”只是带来痛苦、疾病和死亡，以及经济损失。每年，烟草使用在全世界范围内要造成巨额经济损失²²。烟草相关死亡的后果是经济机会的损失。在美国，据估计这种损失每年高达920亿美元^{22,23}。在人口众多的发展中国家——这些国家中有很多都是世界经济中的加工业中心——经济机会损失问题随着烟草流行的恶化会更加严重，这是因为烟草相关死亡中有一半都发生在重要的具有生产力价值的年龄段²²。到2030年，烟草相关死亡中五分之四都会

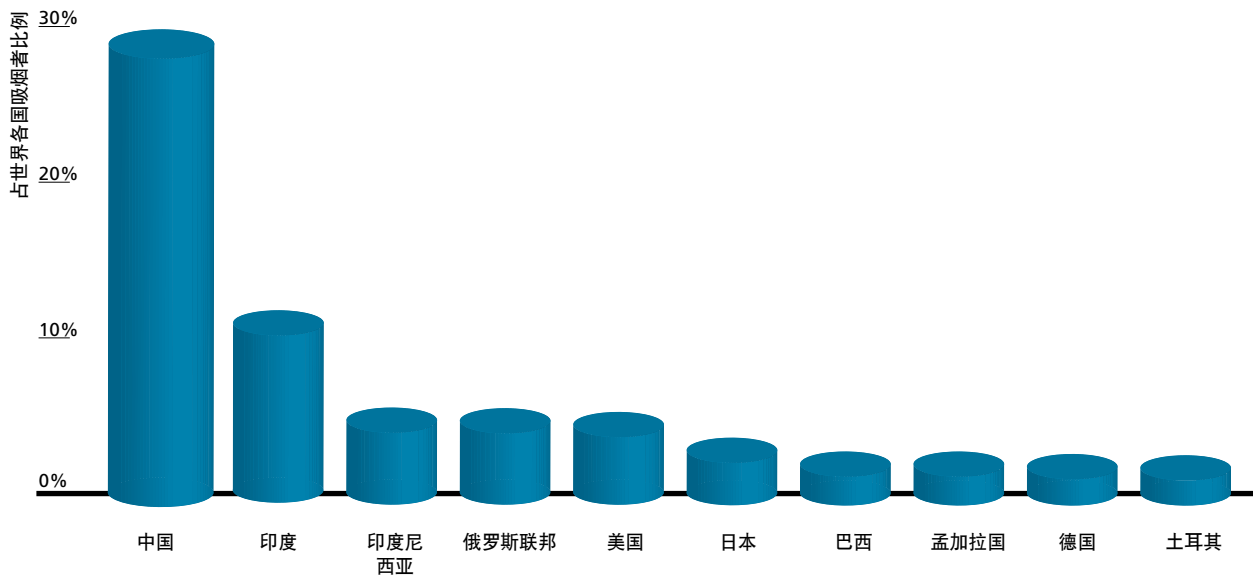
集中在发展中国家，所造成的经济成本负担对这些国家而言也会格外巨大¹。虽然关于烟草对全球医疗卫生成本的影响的数据尚不完整，但有一点可以肯定，那就是这一成本是十分庞大的。在美国，每年因烟草导致的相关医疗卫生成本高达810亿美元，德国70亿美元，澳大利亚也高达10亿²²。

烟草最根本的经济影响是加深贫困。烟草企业的商业目标——让尽可能多的消费者成瘾——这对贫困人群造成的伤害尤为巨大。在大多数国家，贫困人群的烟草使用率都高于富裕人群，二者之间差距最大的是那些平均收入最低的地区²⁴。



开创健康未来

全球近2/3的吸烟者都集中在10个国家



资料来源：每个国家的吸烟人数为利用流行率调整估计方法得出的估计数据（见技术说明II和附件III）。这种方法存有局限性，用来估计吸烟人数的调整估计方法有时仅从有限的国家数据中得出，对有些国家的数据需要做出大的调整。在这种情况下，调整后的估计数据可能与该国报告的实际调查数据存有差异。巴西的流行数据自2006年VIGITEL获得。

**在运用已有的慢性病防治知识问题上的
失误将贻害后人。**

**《2005年世界卫生组织报告：
预防慢性疾病——一项至关重要的投资》**

对于贫困者而言，把钱花在烟上也就意味着必须减少基本必需品的花费，如食物、居所、教育和医疗。在孟加拉国，最贫穷的家庭中，烟草上的支出将近教育支出的十倍²⁵；在印尼，吸烟在贫困人群中最为流行，其中最低收入人群花在烟草上的费用占了其总支出的15%²⁶；在埃及，低收入家庭的支出中烟草占到了10%以上²⁷；在墨西哥，20%最贫困家庭花在烟草上的费用占家庭总收入的近11%²⁸；而在中国，吸烟导致的医疗成本更使得5千多万人陷入贫困²⁹。

贫困者因吸烟患病或早亡的机会比富人更高。这一趋势对于贫困者的经济处境来说无疑是雪上加霜，也

加深了贫困和疾病的恶性循环³⁰。家庭中主要劳动力的过早死亡对贫困家庭和社区来说影响尤为巨大。譬如，一名45岁的孟加拉国男性是其低收入家庭的支柱，吸Bidi雪茄35年，死于因吸烟引发的癌症，此时他的整个家庭生存都岌岌可危。他经济能力的丧失会随着其配偶、子女和其他受赡养者贫困状况的进一步恶化被扩大，而政府或亲属此时则不得不承担起对这些人的抚养。

二手烟不仅会引起很多健康后果，同时还会造成经济资源的严重流失。仅以美国为例，据估计，二手烟暴露每年要带来50亿美元的直接医疗成本，引发的间接医疗成本也

在50亿以上，譬如残疾和工资损失等³¹。在中国香港特别行政区，每年二手烟暴露产生的直接医疗、长期护理和生产力损失等成本大约是1.56亿美元³²。

虽然对于烟草问题造成的成本和经济负担我们仍需要更多的数据及分析，但显而易见，烟草对生产力和医疗卫生的影响已经对贫困人口造成了巨大的影响，且将会随着烟草使用的增加进一步恶化。在未来几十年里，随着烟草相关疾病和死亡的增加，烟草流行的经济损失将对各中低收入国家产生严重的经济危害。



MPOWER, 造福全社会!

烟草行业 — “瘟神”

所有的传染性疾病都有自己的传染途径 — 一个传播疾病和死亡的载体。在烟草流行中，这一载体不是病毒、细菌或者别的什么微生物，而是一个产业和它的商业策略³³。不言而喻，如果没有烟草行业在过去一个世纪中对其致命产品的大力推广营销，今时今日也就没有什么所谓的烟草使用、烟草相关疾病流行之说了！

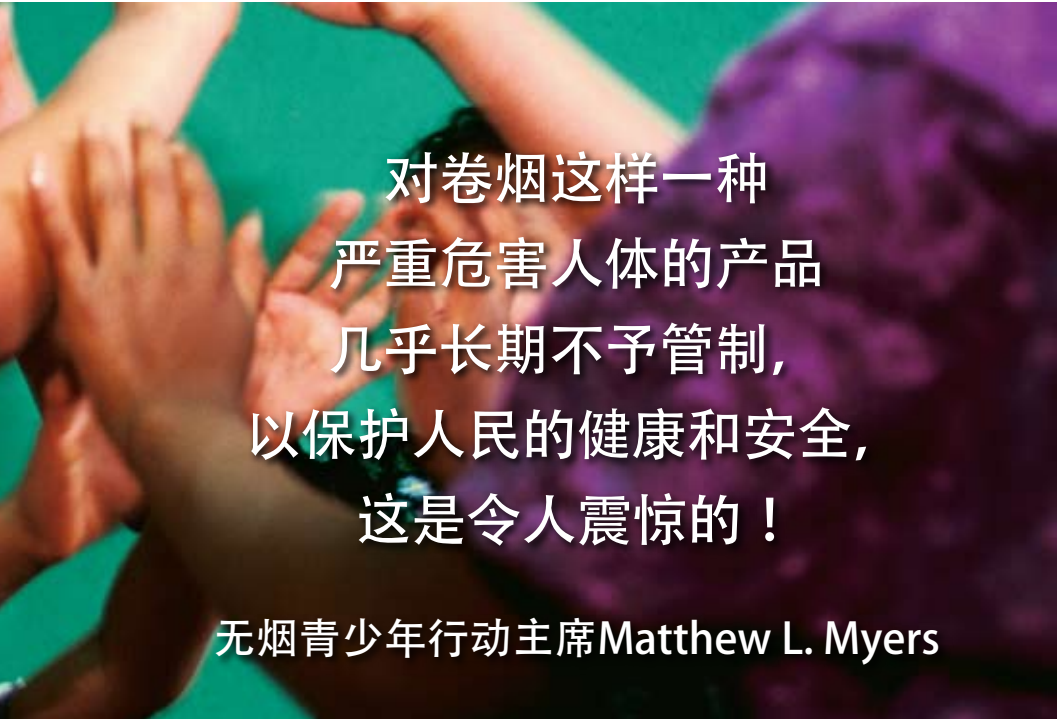
长久以来，烟草行业一直把青少年定位为“替代吸烟者”，用他们来取代戒烟或死亡的吸烟者。烟草企业明白，只有让青少年成瘾，自己才有继续生存发展的希望。虽然任何人都可能对尼古丁成瘾，但是如果在21岁前不开始吸烟，那么

这个人很可能一辈子都不会吸烟。而烟草企业大力推行的青少年尝试高成瘾产品的行为很容易就演变成终生的烟草依赖。青少年尝试吸烟的年龄越小，他们成为长期吸烟者的几率就越高，戒烟的可能也越小^{34,35,36,37,38}。

在全世界，烟草企业每年花费巨额资金进行市场营销³⁹。全球烟草行业现在用来开辟发展中国家市场的营销和游说手段，正是在发达国家经过长期完善而其中大多数已经被发达国家定为非法。譬如，在发展中国家，烟草企业一面将市场目标定位于妇女和青少年，一面对政府施压，阻碍其对烟草产品的营销限制和提税措施 — 这和它们在发达国

家使用了几十年的手段毫无二致。

由于具有成瘾性这一基础，以及高额利润空间，使得烟草企业有充裕的资金并愿意花大力气开发发展中国家市场。当今世界最大的烟草企业之一正在将其以美国为基地的业务向国际化业务方向转化。这一做法使得该公司得以规避很多在美国会遇到的法律和公共关系问题⁴⁰。跨国、地方、国有企业之间的合资、合并是大型烟草企业寻求国际化业务转变的常用方法。最近这些年来，全球几大烟草巨头纷纷买下了多米尼加、印尼、墨西哥和巴基斯坦等国烟草公司的多数股份，以求提高自己在发展中国家的产品销售额和使用量^{41,42,43,44}。

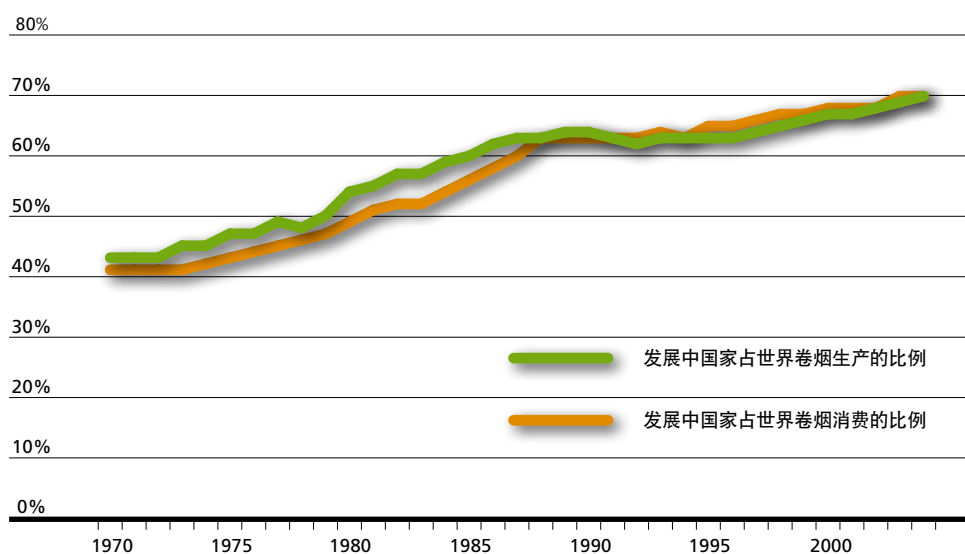


对卷烟这样一种
严重危害人体的产品
几乎长期不予管制，
以保护人民的健康和安全，
这是令人震惊的！

无烟青少年行动主席 Matthew L. Myers

转变中的烟草流行——烟草企业将市场触角伸向发展中国家

发展中国家卷烟生产和消费比例



来源: 基于粮农组织统计数据库、联合国商品贸易统计数据库、联合国公用数据库、美国农业经济研究服务部、WHO 统计信息系统和欧洲研究院的《2005年世界卷烟报告》数据。

内容提要

虽然全球烟草流行对人类造成的威胁高于任何一种传染病，但是这一问题的解决之道却不需要去发现某种突破性的治疗方法或者疫苗——这场流行可以通过实施已经证实有效的公共政策得到解决——烟草流行的解药就握在政府领导人的手里，他们保护人民健康所需要的措施将在下面这一章节中具体介绍。



政府和民间社会必须立刻行动起来

MPOWER: 遏制烟草流行六策

烟草流行是可以预防的。二十一世纪，我们不会因为烟草相关疾病损失亿万生命——但前提是政府和社会领导者们应立刻采取行动！世卫组织正在帮助各国打击烟草使用以及烟草企业对其致命产品的营销活动。2003年5月，世界卫生大会一致通过了世界卫生组织《烟草控制框架公约》，它是迄今为止受到最为广泛认同的联合国国际公约之一——也是全世界第一份打击烟草的公约——其目的就是在全球和国家水平上发起行动，对抗烟草流行。它为有效消灭烟草这一世界杀手的各种政策干预措施提供了一个基础。

全球各国领导人都已经开始认识到，烟草使用是一种疾病，各国必须面对，必须解决。一些国家已经开始动员起来，保护其人民和经济。

例如，马来西亚通过提高烟草税率使得卷烟零售价格上涨了40%；埃及已经建立了无烟公共场所，并强制要求在烟草产品包装上印制健康警句；泰国禁止书面、广播和电视形式的烟草广告，禁止设立卷烟贩卖机；约旦开展了一项旨在减少烟草使用的媒体行动；乌拉圭已禁止在公共场所和工作场所吸烟，包括餐厅、酒吧和赌场，该国也成为美

洲第一个实现完全无烟化的国家。

然而，各国还需要做更多地工作，付出更大地努力。为了扩大这场抗烟战役，世卫组织推出MPOWER系列政策，其中包括下列六项经证实有效的政策：

- 监测烟草使用与预防政策
- 保护人们免受烟草烟雾危害
- 提供戒烟帮助
- 警示烟草危害
- 禁止烟草广告、促销和赞助
- 提高烟税

MPOWER系列政策能够遏制烟草流行，防止千百万人死于烟草。

知晓是不够的，
必须运用；
有意愿是不够的，
要能做到。

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832)

• 监控烟草使用与预防政策

监测数据的重要性

有力的国家和国际监测工作对赢得这场控烟之战是十分重要的。监测数据是MPOWER系列政策中各项干预政策取得成功的保证。只有获得了具有了精确的测定结果，我们才能准确地认识烟草所带来的各种问题，才能有效地采取和改善干预措施。

全面监测能够为政府和民间社会领导者们提供信息，让他们了解烟草流行是如何危害本国的利益，同时帮助他们正确地分配控烟资源——把钢用到刀刃上。此外，监测结果还可以告诉我们政策是否有效，并告诉我们如何根据不同国家以及国家内部的不同人群需要适时地调整政策。

有效监测系统的特点

一个优秀的烟草监测系统需要覆盖下面几个相关的指标，包括：(1)烟草使用的流行率；(2)政策干预的影响；以及(3)烟草企业的市场营销、促销和游说情况。对监测结果必须进行有效的传播，以便于各级政府、国家领导层和民间社会都能使用这些结果开发控烟政策，开展能力建设，从而有效地实施和执行相关政策。而对于宣扬更有力政策的倡导者而言，监测数据的重要性就更是不言而喻了。

监测项目既要提供关于烟草流行宏观整体的信息，也要提供具体的细节。这其中包括全国性和地方性的，基于年龄组、性别、收

入水平和其他人口学指标的烟草使用率和消费水平的各种调查。此外，对地方和全国性的烟草预防项目有效性也要进行密切评估。

医务工作者、经济学家、流行病学家、数据管理工作、政府官员和其他很多部门和个人的通力合作对于维持有效的监测系统起着必不可少的作用。此外，监测系统还要具备良好的管理和组织，这就要求有稳定持续的资金投入。世卫组织正与世界各国一道努力建立和扩大全球和国家级的监测系统。



知识，MPOWER的基础。

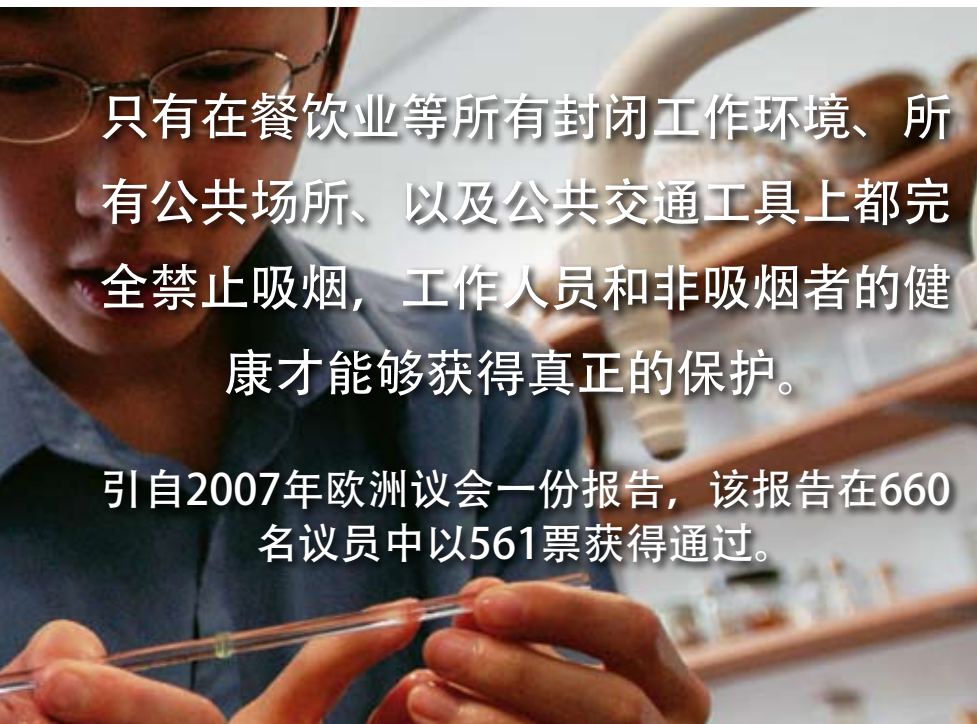
●●● 保护人们免受烟草烟雾危害

无烟环境

相关研究结果明确指出，二手烟暴露没有所谓的“安全暴露水平”一说。框架公约缔约方大会⁴⁵、世界卫生组织国际癌症研究机构⁴⁶、美国卫生总监⁴⁷，以及英国烟草与健康科学委员会⁴⁸都一致同意，二手烟暴露可造成一系列疾病，包括心脏病和多种癌症。譬如，二手烟暴露可使非吸烟者的冠心病风险增加25-30%，肺癌风险提高20-30%⁴⁷。在无烟环境问题上，爱尔兰为我们提供了十分有利的证据，展示了建立无烟环境的良好健康影响。自从2004年开始实施无烟立法以来，爱尔兰的环境空气尼古丁浓度已下降了83%，酒吧工作人员的二手烟暴露时间由最初的每周30小时降低到了零⁴⁹。

此外，无烟环境还可以帮助吸烟者戒烟。工作场所无烟化法律能够使吸烟率降低4%⁵⁰。在几个工业化国家，工作场所无烟政策已经成功地使工作人员烟草消费总量平均降低29%⁵⁰。

强制公共场所无烟化的立法措施还可以促进家庭无烟化⁵¹，从而保护儿童和其他家庭成员免遭二手烟的危害。全面无烟法规实施之后，即使在自己家中很多吸烟者也会主动遵守“不得吸烟”的规则^{52,53}。允许在指定区域吸烟会大大降低甚至完全破坏无烟化法律的有效性。烟草企业了解无烟环境的禁烟效果，更懂得如何通过例外情况来破坏其效果。1992年菲利浦-莫里斯公司的一份内部报告称：“在工作场所完全禁止吸烟会极大地影响企业效益……”



只有在餐饮业等所有封闭工作环境、所有公共场所、以及公共交通工具上都完全禁止吸烟，工作人员和非吸烟者的健康才能够获得真正的保护。

引自2007年欧洲议会一份报告，该报告在660名议员中以561票获得通过。

而采取较轻的吸烟限制，例如仅允许在特定区域吸烟，对戒烟率的影响则要小得多，对消费量的影响也很小。”⁵⁴

无烟环境受人欢迎

烟草企业声称，无烟化立法是不可行的，会为企业带来高昂的代价，然而，在已经通过并实施无烟化立法的国家，这些法律法规所取得的巨大成功和受欢迎程度让烟草企业的谎言不攻自破。现在，大约一半的美国人⁵⁵和90%的加拿大人都生活在无烟的公共场所和工作场所中。一篇有关全球各地无烟环境对经济所产生影响的文献表明，虽然目前能够提供科学、有效的数据研究为数不多，但是其中没有一项研究说明无烟环境会造成负面经济影响⁵⁶，相反，它对商业活动所产生的效果是中性，甚至是良性的⁵⁷。无烟化立法在爱尔兰最初提出时，烟草企业激烈辩驳道，吸烟是爱尔兰酒吧文化的有机组成部分，声称这样的禁令不可能实施，并且会给酒吧业主带来不可恢复的经济损失⁵⁸。

然而，时至今日，爱尔兰已然无烟化两年多了，不仅取得了公众广泛的支持，而且没有出现对商业活动的任何负面影响^{58,59}。

舆论调查结果显示，无论是在哪里实施，无烟化立法都是极其受欢迎的。2006年，乌拉圭开始在酒吧、餐厅和赌场等所有公共场所和工作场所禁止吸烟，成为美洲大陆上第一个完全无烟化的国家。这一禁令赢得了80%乌拉圭人民的支持，其中包括这个国家近三分之二的吸烟者⁶⁰。

新西兰在2004年正式通过无烟化法律，69%的新西兰公民表示支持人民在无烟环境中工作⁶¹。在美国加州，75%的公众都赞同无烟工作场所立法，其中包括餐厅和酒吧，这一立法于1998年在该州正式通过。虽然中国还没有建立足够的无烟化公共场所，但是90%生活在大城市的居民——无论吸烟与否，都同样支持在公共交通工具、学校和医院禁止吸烟，80%以上的人都支持在

工作场所禁止吸烟，约一半的人支持在餐厅和酒吧禁烟⁶³。

有效无烟政策的特点

完全禁止在任何室内环境吸烟是唯一一种能够有效保护人们免受二手烟危害的干预手段^{46,64,65}。充分执行无烟法律对于建立这些法律的威信至关重要，特别是在法律生效初期⁶⁶。对在禁烟区域吸烟的处罚必须清楚明确，统一实施。除对在禁烟设施内吸烟者进行处罚外，对违反禁烟要求的设施业主罚款是实施这一法律最有效的手段。

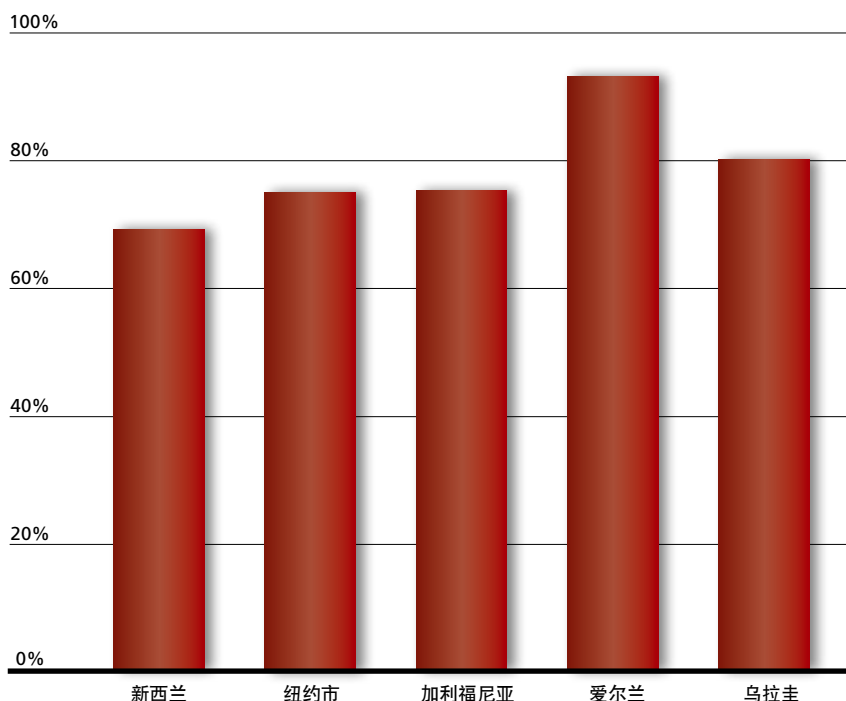
建立无烟工作场所的主要目的是为了保护工作人员的健康。企业主有义务为其雇员提供一个安全的工作环境，因此，他们有责任保障其设施无烟化。将无烟工作场所理解为工作人员的安全问题是对无烟化法律意图的准确体现，同时还有助于为这些法律法规赢得支持。



齐心协力，建立无烟立法

无烟区域受人欢迎

酒吧和餐厅全面禁止吸烟后的支持情况



新西兰

Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12 month report. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 (http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf, consulté le 5 décembre 2007).

纽约市

1. Chang C et al. The New York City Smoke-Free Air Act: second-hand smoke as a worker health and safety issue. *American Journal of Industrial Medicine*, 2004, 46(2):188-195.
2. Bassett M. *Tobacco control; the New York City experience*. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007 (<http://hopkins-famri.org/PPT/Bassett.pdf>, consulté le 8 novembre 2007).

加利福尼亚

California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and septembre 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, novembre 2002.

爱尔兰

Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, consulté le 5 novembre 2007).

乌拉圭

Organización Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization). *Estudio de « Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005 »*. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados). octubre 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, consulté le 5 décembre 2007).

让人欣慰的是，与其它某些公共卫生危害不同，二手烟暴露很容易预防。无烟室内环境是经实践证实有效的，且简单易行的预防二手烟暴露和危害的手段。

美国卫生与公共服务部 (2006)

世卫组织推荐的渐进策略是建立无烟环境最有效的方法⁶⁶。首先，政府要针对公众和商界就二手烟的危害问题开展教育活动；在形成了对无烟环境广泛支持的氛围后，起草立法，并提交公众评价；在这些初期工作完成之后，政府需要在公众和政治方面保持对无烟场所的有力支持，而后通过全面立法，其中应包括清晰的处罚规定和有效的执行政策；在立法生效后，政府必须严格、统一地执行法规，使得该法规得到很好的遵守，维护该法律法规的严肃性。

制止烟草企业的抵抗

无烟化立法的经验显示，烟草企业一定会采取对抗措施⁵⁷。它们会声称无烟法律难以实施，会使商家，特别是餐厅和酒吧失去顾客；它们会提出采取设置独立吸烟区或者通风的方式，作为工作场所完全无烟化的“合理”替代措施。然而，与烟草企业的观点相反，它们提出的

所谓替代措施难以预防二手烟暴露效果。经验显示，在所有实施了全面无烟立法的国家，无烟环境都是受欢迎的，而且执行起来也十分容易，对有的商家不产生影响，有的甚至还有裨益^{57,67,68}。

Zagat调查指南的创办人Tim Zagat近期提供了一项证据，可谓是对无烟商家利益的最好的支持，他指出：“无烟化法律的反对者们声称这些法律会损害小企业，但事实恰恰相反……根据我们的2004年纽约市调查结果显示，在这一法律生效后，96%的纽约人在外吃饭的时间并未减少，甚至有所增加。”Zagat发现，纽约市所有的餐厅和酒吧都遵守了无烟化法律，它们的实际上座率和营业额都有所提高^{69,70}。

烟草企业的说客和前线团体还可能争辩，说无烟环境是对吸烟者权利的干扰⁷¹。既然吸烟者和非吸烟者都同样会受到二手烟的健康危害，那么无烟化立法背后的原则即是，政府有义务保护所有人的健康，这

是一项基本的人权和自由⁷²。这一义务隐含于生命权和健康权两大人权中，这两项权利在很多国际法律法规中都得到了承认，并且正式写入了世界卫生组织《烟草控制框架公约》的“序言”部分，同时还为全世界100多个国家的宪法所承认。被迫接触二手烟无疑是对这一权利的践踏。

批驳烟草企业及其说客和前线团体的虚假辩解对于争取使无烟立法成为一项基本人权的支持是极其重要的。无烟环境可有助于保障非吸烟者呼吸清洁空气的权利，鼓励吸烟者戒烟，并使得政府带头运用受欢迎的卫生措施预防烟草使用，从而惠及所有人。

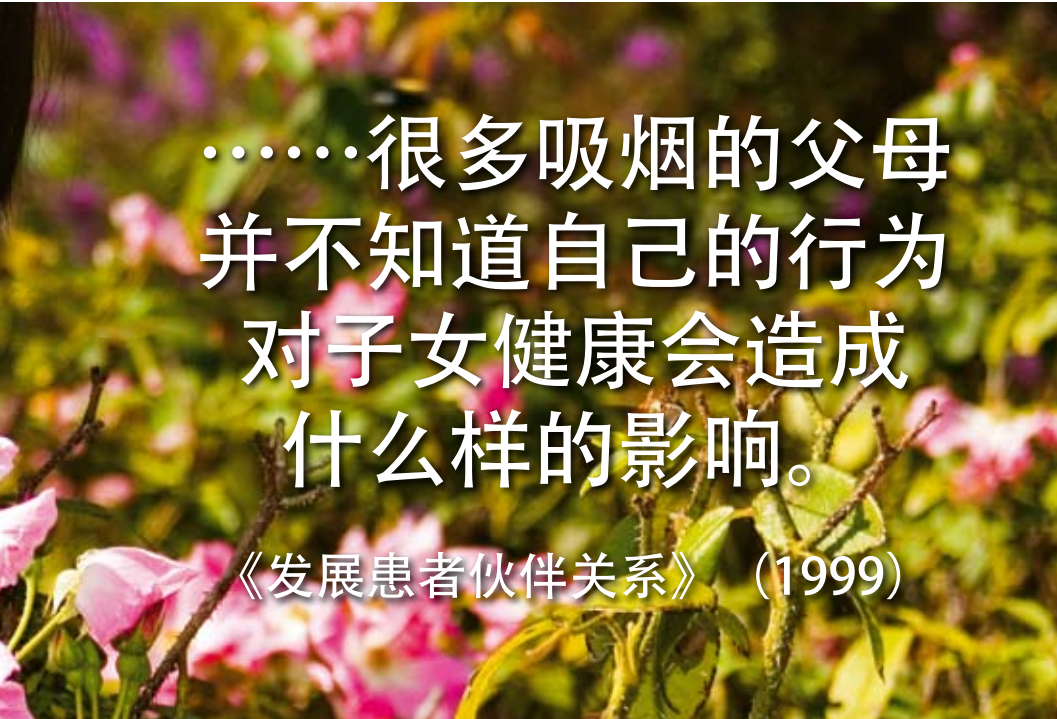


让孩子在无烟的环境中成长

●●●提供戒烟帮助

已经对尼古丁成瘾的人是烟草流行的受害者。在那些对烟草危害有一定了解的吸烟者中，有四分之三的人都希望戒烟⁷³。与对其它成瘾性物质依赖的人一样，烟草使用者要自己戒烟是十分困难的，因此，获得帮助和支持对他们战胜烟草依赖是很重要的。

各国的医疗卫生系统在治疗烟草依赖问题上担负着主要责任。治疗方法多种多样，从简单的医生建议到药物治疗，再到被称为“戒烟热线”的电话帮助，以及咨询服务都在此列。这些治疗方法在成本效益方面可谓各有千秋，对烟草使用者的效果也不尽相同。具体的治疗方式要因地制宜，根据当地的条件和文化等因素具体调整，以适应不同的偏好和需求。



……很多吸烟的父母并不知道自己的行为对子女健康会造成什么样的影响。

《发展患者伙伴关系》（1999）

大多数情况下，我们只需要采取一些很基础的治疗干预措施就能帮助烟草使用者戒烟。所有烟草预防措施都应当包括三种治疗：(1)融入初级卫生保健服务中的戒烟建议；(2)便捷且免费的戒烟热线；以及(3)提供低廉的药物治疗。

把戒烟融入初级保健

通过将戒烟融入基本的医疗服务以及常规的就诊活动中，医疗卫生系统可以将使用烟草对使用者本人及其身边人健康的危害告诉烟草使用者。每次就诊时反复建议可以强化吸烟者对戒烟必要性的认识^{74,75}。由医务工作者来提出建议可以大大提高戒烟率⁷⁶。由于这一干预措施是大多数人至少偶尔都会用到的医疗服务的一部分，因此其成本相对较低，而其效果却可以十分突出，因为提出建议的是医务工作者，不仅受人尊敬而且还可能与烟草使用者建立良好的关系^{77,78}。将戒烟融入基本医疗服务的做法在已经建立了初级保健网络的国

家尤为适用，当然，它也可以被纳入任何一种普遍开展的医疗服务内容中。除了为医务工作者提供最基本的戒烟咨询培训，以及开发针对烟草使用者的宣传资料外，这一方法不需要其它较大的投入，同时，它也不附带任何政治风险。此外，这一治疗手段还可以调动医务工作者和患者支持其它控烟措施的积极性。

戒烟热线

开设配备相关工作人员的戒烟热线，并向全国人民免费开放。戒烟热线的运营成本不高，使用方便，保密，同时须保证全天候均有工作人员值守——很多烟草使用者不愿意或不能在工作时间打戒烟热线。另外，戒烟热线还可以向烟草使用者介绍其它烟草依赖治疗手段，譬如咨询、以及尼古丁替代疗法等。除此之外，戒烟热线还可以触及边远地区的个人，并根据不同的人群具体设置。例如，英国的“亚洲戒烟热线”每年接到20 000个电话，

覆盖了南亚烟草使用者的10%⁷⁹。虽然传统的戒烟热线只是接听电话，但它们的效果却十分显著⁸⁰。在帮助人们摆脱尼古丁成瘾的过程中，与咨询服务挂钩的戒烟热线效果显得尤为突出。而最好、最有效的戒烟热线会安排人员回拨电话，追踪戒烟者的进展，这种热线从本质上讲已然演变成了咨询服务。有的戒烟热线甚至已经发展到了互联网上，通过网络为人们提供持续不断的免费戒烟支持和材料，以及与其它服务项目的链接。

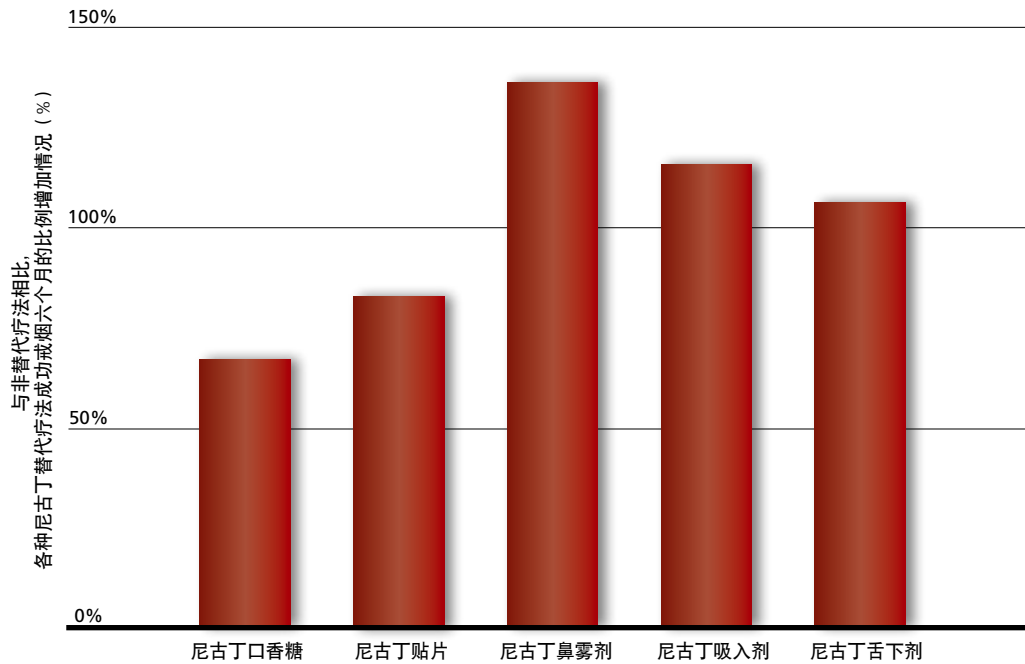
药物治疗

除了医学建议和戒烟热线外，有效的戒烟治疗还可以包括药物治疗，如尼古丁替代治疗，具体形式有尼古丁贴片、口含片口香糖和鼻雾剂，另外还有一些处方药治疗，比如安非他酮和伐尼克兰。尼古丁替代治疗一般使用的都是非处方药，而其它药物治疗则常需要由医生开具处方。



MPOWER：请给孩子发言权

尼古丁替代治疗可以将戒烟率翻番



来源: Silagy C *et al.* Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database System Review 2004;(3):CD000146.

医生、护士、助产士、口腔医生、
药剂师、推拿师、精神科医生和
其他医务工作者都可以帮助人们
改变其行为。他们站在面对
烟草流行的最前沿，
能够为千万人提供建议。

世界卫生组织前总干事李钟郁博士

尼古丁替代治疗通过部分替代烟草中尼古丁成分，从而减少戒烟者的戒断症状。

安非他酮是一种抗抑郁药物，可以减轻烟草使用者减少或停止尼古丁摄入时的渴求和其它不良感觉。伐尼克兰的作用原理则是占据大脑中的尼古丁受体，避免多巴胺释放，从而阻断人们吸烟时的欣快感⁸¹。

一般来说，药物治疗的成本相对更高，被认为成本效果不如医生建议和戒烟热线，但是结果显示，药物治疗能够使戒烟率提高二至三倍⁸²。尼古丁替代治疗一个周期的零售价格仍然比同期的吸烟成本更低。另外，尼古丁替代治疗和其它药物治疗的费用还可以由公共卫生服务项目来支付或者报销，这样戒烟者也就不用自己掏腰包了。

政府支持烟草依赖治疗

通过实施新的烟草限制措施的同时，开展戒烟项目，帮助受到烟草

流行危害最直接的烟草使用者们，政府可以获得显著的政治优势。戒烟项目一般不会遇到太多政治障碍，并且能够有助于建立全国性的控烟政策——这也是建立无烟社会的一个重要步骤。政府可以利用部分烟草税收来帮助烟草使用者摆脱烟瘾。

新西兰在政府行动方面树立了一个很好的榜样。通过控烟团体的一次倡导行动，新西兰从无到有，在短短五年时间里，从原本没有任何戒烟治疗的基础上发展成为了具备世界领先技术的戒烟行动的国家。而新西兰政府对戒烟的投入也几乎是零增加到每年一千万美元。这些戒烟行动包括一个全国性的戒烟热线——目前已经成为了全世界最繁忙的戒烟热线之一，以及尼古丁替代治疗补贴和专门针对少数民族毛利人的戒烟服务。

但是，政府必须同时认真的权衡这些投入的效果和这些政策的经济成本。政府提供支持的程度是决定成败的关键。如果烟草使用者没有很

强的戒烟动机，那么戒烟治疗本身并不足以发挥实际效果。基于这些因素，戒烟服务如果不配合提高烟税烟价，禁止烟草广告、促销和赞助，反烟草广告宣传和建立无烟环境等措施，是不能起到降低烟草使用率的作用的。



选择健康

警示烟草危害

大多数烟草使用者并不了解使用烟草带来的危害

尽管对于烟草危害我们已经有了结论性的证据，但是全世界真正充分了解其健康风险的吸烟者却不多。人们可能大致知道烟草使用会危害健康，但是通常只是把它当作一种人们自愿选择的不良习惯⁸³。而公众并不理解烟草的高度成瘾性和各种各样的健康危害。以致人们认为自己可以在出现健康问题之前减少或停止使用烟草。但实际上却是，大多数烟草使用者并不能戒烟，其中有一半的人还会被烟草夺去生命。

大多数人都不知道，即便是最少量的使用烟草也是很危险的，很重要的原因是其他危险行为一般都有剂量反应关系的。很多吸烟者说不

出除肺癌外吸烟还能引起哪些具体疾病⁸⁴，不知道吸烟还能引起心脏病、中风和其他多种癌症⁸⁵。

改变烟草在人们心目中的形象

关于烟草危害的全面警示信息是改变烟草在人们心目中的形象的一项重要手段，特别是在青少年和年轻人当中。人们需要将烟草极高的成瘾性和严重的健康影响联系起来，并将它视为不为社会所接纳的、负面的事物。这些都可以通过政府和民间社会的努力得以实现。

政府应当 — 有条件的还可借助非政府组织的力量 — 开展反烟草广告行动，利用各种媒体形式宣传烟草的所有危害。这样的行动可以改

今天的青少年是明天潜在的顾客，
大多数吸烟者都是在青少年时期
开始吸烟的。

飞利浦-莫里斯公司内部文件（1981）

变烟草伪善优雅的形象，将其对人体健康严重的危害公诸于众，将其对家庭和国民经济的负面影响揭示出来，并向人们解释无烟社会的益处。使用有力的图文信息，宣传烟草使用危害的行动特别能有效地说服吸烟者戒烟⁸⁵。而相应的，事实证明，那些由烟草企业出钱搞的反烟广告宣传不仅无效，而且有的甚至还会增加烟草使用⁸⁶。

反烟广告行动在内容上还应该包括保护家人，尤其是儿童免受二手烟危害。应当从个人烟草开支和父母早亡等角度向人们诠释烟草对家庭的经济影响。广告信息应该突出介绍戒烟成功的案例，同时着力于预防年轻人尝试和开始吸烟。

反烟广告的制作也要求十分专业，应达到与其它产品广告同样的技术水平，并且要通过小组访谈的方式进行筛选，确保引起目标观众的共鸣。由于这个原因，有效的反烟广告行动也可能耗资不菲——美国疾病预防控制中心建议反烟草健康宣传和反烟广告活动的费用是年人均2到4美元，这笔投入占控烟项目总成本的15%-20%⁸⁷。在某些情况下，政府或非政府组织可以为这些广告的制作和传播提供一定的补贴，或者由与烟草业无关的企业赞助者低价或免费提供，而这些企业则可以获得税收方面的优惠。

包装警示语的作用

各种烟草产品包装上的健康警示语都一定能传达给所有使用者。烟草厂商一直将包装作为强化品牌忠诚度和顾客的形象认识的平台，特别是针对年轻人。包装警示语能够降低这种市场营销效果。除了使用“淡味”、“超淡味”、“低焦油”

和“柔和”等虚假宣传词汇，烟草企业还利用包装达到欺骗吸烟者的目的，而这些产品本质上从未降低过烟草的健康危害¹¹。

烟草包装上的健康警句可以提高吸烟者对其健康风险的认识⁸³。运用图片形式展示疾病及其它严重的健康危害能够比单纯的文字信息达到更好的效果，此外，这也是对全世界很多不识字的人们传递信息的重要方法。澳大利亚⁸⁸、比利时、巴西⁸⁹、加拿大⁹⁰、泰国和其它一些国家⁸³的经验显示，有力的烟草包装健康警示信息，特别是图片信息，是年轻吸烟者和识字率较低国家人们获取信息的重要途径。此外，图片还是向儿童传递信息的有效手段——特别是吸烟者的子女，他们自己开始使用烟草的几率很高。

虽然一些国家已经开始强制要求烟盒包装上印刷健康警示信息，但各国标准差异很大，而很多国家目前仍然对警示信息完全不做任何要求。为了产生效果，警示信息必须占据足够大的面积，且清晰易懂，

既要包括图片也要包括文字。警示信息至少应当占包装主要展示区域面积的一半以上，包含规定的关于烟草使用所致健康危害和具体疾病的描述内容。信息内容要使用各国的主要语言，指定颜色、背景、字体和尺寸，以达到最佳的视觉效果，并让人容易理解。每一个烟草产品的小包装、外包装和零售展台上都要有健康警示，并且要定期轮换信息内容，以保持吸引力。2005年，欧盟通过了42幅照片和彩色图片，供欧盟各成员国用作轮换健康警示语。

要求在烟草包装上印制健康警示语的政策不用花政府一分钱。图片警示受到了公众的普遍支持，除了烟草企业外几乎没有任何人表示反对。健康警示信息能够鼓励烟草使用者戒烟，劝阻年轻人不要尝试使用烟草，并有助于取得公众对建立无烟环境等其它控烟措施的认可。



努力为人们提供烟害教育

吸烟者接受图片警示

图片警示信息对巴西吸烟者的影响



来源: Datafolha Instituto de Pesquisas. 76 % são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram Males provocados pelo fumo; 67 % dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. Opinião pública, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml, consulté le 6 décembre 2007).

全世界都习惯将法律看作是捍卫正义的武器，而不是保护健康的手段
……拿起法律武器，捍卫全球健康和正义的时候到了！

世界卫生组织迈向正义与健康报告（2002）

●●● 确保禁止烟草广告、促销和赞助

烟草营销是导致疾病和死亡的重要因素

要卖出一种会杀死一半使用者的产品，这需要何等高明的营销头脑啊？烟草产品制造商们是这个世界上最了不起的营销专家之一。今天，在面对专门设计用于狙击烟草使用的烟草广告、促销和赞助禁令时，他们的欺骗、迂回的技巧也在不断提升。

烟草企业声称，它们的广告和促销活动意图不在于扩大销售或者吸引新的使用者，而只是在现有的使用者当中对市场份额的重新分配⁹¹。这显然是谎言！市场营销和促销活动会鼓励当前吸烟者吸更多烟，降低他们戒烟的动力，从而提高烟草

销售量，当然这也就意味着更多人会死于烟草；同时，市场营销还可以刺激潜在的使用者——特别是年轻人——尝试烟草，进而成为长期顾客⁹²。专门针对青少年和某些特定人群的烟草广告效果尤其显著^{93,94}。

市场营销活动还可以制造出其它障碍来破坏控烟的努力。广泛的烟草广告宣传可以起到使烟草“正常化”的作用，抹煞它和其它消费者产品之间的差别，这就使得人们很难认清烟草使用的危害。营销活动能起到误导作用，将烟草与某些吸引人的特质联系起来，比如青春、活力、魅力和性吸引力。此外，借由巨额广告、促销和赞助的投入，它还能强化烟草企业对媒体、体育事业和娱乐圈的影响力。

保护人民的有力武器

烟草企业不惜花大力气反对针对其市场营销的禁令，是因为这些禁令会十分有效地减少烟草使用。即便是最小的限制，烟草企业也会竭尽全力游说反对。多项对实施广告禁令前后情况的全国性调查发现，烟草消费下降幅度可高达16%^{95,96,97,98}。禁止烟草广告能够减少各类收入和教育水平人群的烟草使用⁹⁹。

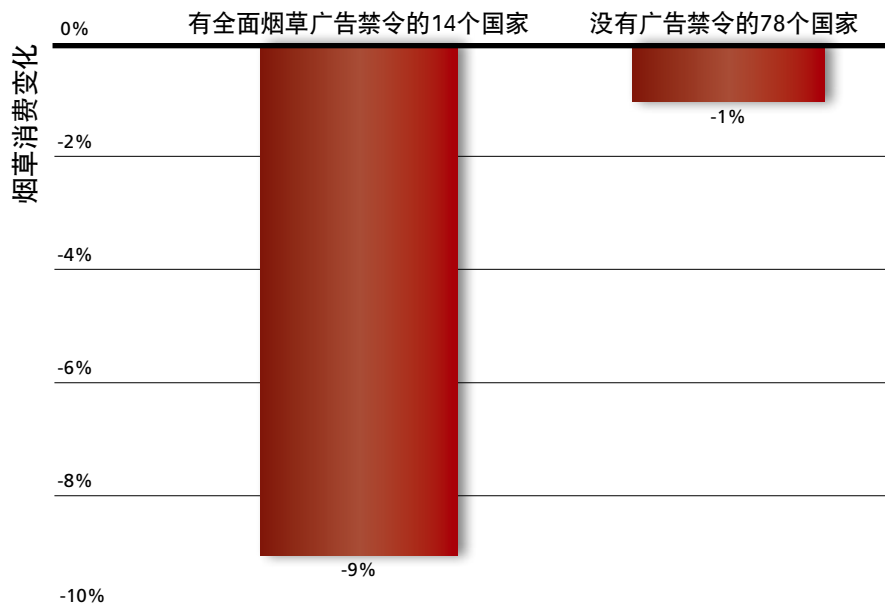
政府在实施烟草营销活动禁令时应同时考虑到，除了烟草企业外，同时能够从烟草广告、促销和赞助活动中获利的行业，如：媒体机构、烟草进口商、零售商、体育界和娱乐圈都可能成为烟草企业对抗营销



领导者们能够建立健康社区

全面禁止烟草广告可以扩大其它干预措施的效果

实施广告禁令十年后两类国家烟草消费的平均变化情况对比



来源: Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

到目前为止，尽管体育活动仍是吸引、尝试和营销我们的核心目标吸烟者的最佳领域，但这并非唯一途径——国际影视作品对吸引我们的亚洲青年消费者也效果显著。

飞利浦-莫里斯公司内部文件（1990）

禁令和其它控烟政策的代言人，因为它们会担心失去客户或者广告、促销和赞助带来的巨大收益。

需要全面禁止和彻底执行

禁止烟草的市场营销和促销活动将是打击烟草流行的一件利器。烟草制造商了解，大多数人在成年后便不会开始吸烟了，并且会发展出依据信息作出决策的能力^{34,35,36,37}。因此，烟草企业设计出各种广告活动，描绘年轻人通过烟草享受生活的图景，以吸引更多新的年轻消费者，使他们终生成瘾。

禁令要产生实际效果，就必须全面，同时要针对所有类型的营销和促销活动^{66,91}。如果只是堵住了电视和广播，烟草企业则可以将其预算转移到其它营销渠道，比如报刊杂志、广告牌和互联网；如果所有传统广告宣传都被阻断，烟草企业就会将其广告费用转而投向赞助受年轻人欢迎的各种活动，譬如体育比赛、赛车和音乐会。

除了上述渠道外，烟草企业还会利用零售商店折扣，或大型活动、邮递赠送等形式促销烟草产品。其它的促销手法还包括在衣物和其它物品上印制烟草产品标志，烟草产品和其它消费者产品共用品牌，利用名人代言，以及在影视节目中安排烟草品牌出现。全面的禁令必须阻断所有这些渠道。

对烟草营销的非全面禁令常常不会包含间接或替代形式的营销和促销活动，譬如赞助特别是年轻人欢迎

的活动^{100,101}。非全面禁令使得烟草企业仍有可能针对尚未开始使用烟草的年轻人，以及希望戒烟的成年人开展市场营销。

实施有效的禁止措施

政策制定者应在开始实施前很早就宣布对烟草广告、促销和赞助的禁令。这样一来，媒体和其它相关行业就能有充足的时间寻找新的广告客户和赞助商。一方面为了有效降低烟草消费，另一方面也是出于对整个传媒产业的公正对待，禁令必须全方位。对全面禁令还应当进行定期的修订，在禁令中不断增加应付烟草企业在战术和媒体技巧方面的创新成果。除此之外，通过取消对企业营销和促销活动作为业务费用的减税政策，亦可以达到减少烟草企业广告的效果。

尽管对于国际性传媒的禁令常常因为不现实遭到拒绝，但是仍有很多国家出版了其国际性报刊杂志的当地版，遵守发行国的国内法律。互

联网可以通过本地服务器阻止由外国网站发布的不良广告信息。对于国际通信卫星的播出内容，可以在进行国内传输之前，通过中央下引线先进行编辑。另外，文化相似的国家同时禁止烟草营销活动也可以实现国际禁令。

烟草企业常常辩称，全面禁止烟草广告、促销和赞助活动是没有必要的，只需要建立自愿规范和自律规定就足够了。然而，实际情况是，烟草企业经常会违反自己的自愿规定，因为这些规定没有法律约束力^{102,103}。此外，烟草企业还声称禁令是对它们言论自由权的侵犯，包括推销一种合法产品的权利。我们可以通过提出烟草造成的严重卫生和经济危害，以及烟草企业诱使儿童吸烟的做法，强调人们不受成瘾性影响自由生活的权利远比烟草企业的经济利益重要等观点，有效地反驳这种论调。



一个光明、健康的未来

提高烟税

提高烟税——减少烟草使用的最佳手段

通过提高烟草税率，从而提高烟草产品价格，这是减少烟草消费，鼓励吸烟者戒烟最有效的手段⁶⁶。将烟草产品价格提高70%，就可以避免全世界四分之一的吸烟相关死亡¹⁰⁴。而提高烟税还能通过增加政府收入直接给政府带来效益，增加的收益又可以用于烟草控制和其它重要的卫生和社会项目。

各国政府征收烟草税由来已久。不管是公共领袖还是政治领袖都十分接纳烟草税，因为烟草不是一种必需品，同时又可以直接征税。烟税可能是最容易被接受的一种税务形式，即便是对穷人也是一样的，因

为大多数人都知道烟草有害。事实上，提高烟草税率往往是唯一一种大多数公众都欢迎的增税形式。提高烟税能得到非吸烟者的支持，他们在大多数国家仍然占据选民中的主要部分，此外，吸烟者也越来越多支持提高烟税。而将烟税收入转而用于烟草控制和其它卫生和社会项目更进一步提高了这一举措的受欢迎程度¹⁰⁴。

提高烟税，增加政府收入

和烟草产业的宣传相反，提高烟税并不会减少政府收入¹⁰⁵。在高收入国家，将烟草产品税率提高10%一般能使烟草消费降低4%，在中低收入国家可降低约8%，而烟草税收却



根据本报告的模型显示，
由于烟草税率提高
引起卷烟实际价格上升10%，
便能……至少避免一千万
烟草相关死亡的发生。

世界银行：《遏制烟草流行》（1999）

会增加将近7%^{104,105,106}。税收措施的影响在中低收入国家会更加明显一些，经验显示，政府收入并不会因此降低。以南非为例，卷烟消费税每提高10%，政府的卷烟税收收入就会增加大约6%，从1994年到2001年，南非的卷烟消费税收入增加了一倍以上¹⁰⁷。

提高烟税，帮助年轻人和贫困人口

提高烟税对遏制年轻人和贫困人口吸烟特别重要，而这些群体从烟草消费减少中获得的裨益也最大。这些社会经济群体的成员对商品价格更加敏感。高烟价有助于促使他们戒烟，或者根本不开始使用烟草。

仍以南非为例，南非在上世纪九十年代将其烟草产品税率提高了250%，达到零售价格的将近50%。而随着烟价每上升十个百分点，烟草消费量就会相应下降5-7%，从而使得烟草消费大幅降低，其中年轻人和贫困人口吸烟减少得最为显著¹⁰⁷。

烟草企业官员和其他成员声称，提高烟税会伤害穷人。实际上，随着烟税提高，政府收入增加，增加的收入常常是用于投入社会项目。新增烟草税收中的一部分还可以被用于支持反烟广告活动以及为希望戒烟者提供戒烟服务。

此外，提高烟税能帮助贫困人口停止使用烟草，让他们能够将金钱转而花在必需品上，例如食品、住所、教育和医疗保健。更高的烟税可减少烟草使用，从而帮助贫困家庭脱贫，并彻底摆脱贫困。另外，随着烟草相关疾病的减少，贫困家庭成员的生产力和收入也会得到相应的提高。

高烟税不会导致走私增加

与烟草企业的观点相反，提高烟税不会导致烟草走私相应增加。多年来，西班牙的烟草税率低于其他很多欧洲国家，而烟草走私却更加猖獗，这主要是税收法律执行不力和犯罪网络活跃的结果，在九十年代后期，西班牙提高了烟草税率，同时加强了执法力度，烟草走私应声疾降，而政府的烟草收入却增加了25%¹⁰⁸。

通过在每包投入零售的卷烟上都打上明显的税徽，可以减少走私。此外，增强边境安检，采取措施减少

洗钱活动，强化执法力度，以及有效的政府记录制度也都有助于打击烟草走私。强化执法政策增加的成本充其量只会占到提高烟税增加的收入的一小部分。

全球都在加大打击烟草走私的力度。框架公约的缔约国正在谈判起草一份新的，针对非法贸易的，具有法律约束力的议定书，打击烟草走私和制假活动，作为全球抗击烟草流行措施的一部分。这一议定书的出台将大大提高对于这一重大问题的国际协调能力。

有效的烟草税收政策

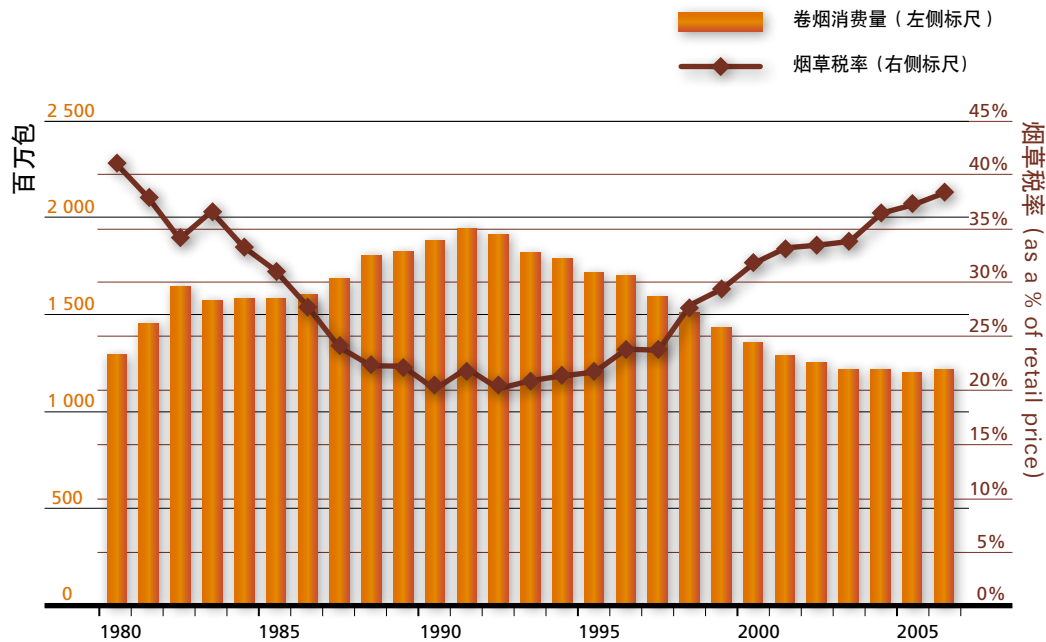
烟草税有很多种形式，而最为有效的通常是对一定数量烟草征收的相应数额的消费税，例如每包或每条卷烟应缴纳税金。消费税不能与对其它商品也适用的销售税和增值税混淆，或者与对所有企业征收的企业收入税混为一谈。通过明确单位数量烟草产品的具体税额，政府可以避免税率操作。消费税应当尽



为捍卫我们健康的领导者们欢呼！

烟草税可减少烟草消费

南非烟草消费量与烟草税率的关系



资料来源: van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003. 其它信息来自与C. van Walbeek的个人交流 (2007年12月6日自下列网址获得: http://www.WHO.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf.)

量简单, 便于各国实施, 并需定期根据通货膨胀和消费者的购买能力变化做出相应的调整, 从而保证它们能够起到减少烟草使用的效果。最理想的状态是, 消费税应当在生产商一级征收, 并加印花, 而不是

在批发或零售层面上收取, 从而减少对这些小规模企业的行政管理成本, 并且尽可能降低逃税的情况。对进口烟也应当征收同类型的具体金额的消费税。对所有烟草产品征收的消费税额应相同。对便宜的烟

草产品的消费税额要与卷烟等其它征税更重的产品一样, 从而避免出现消费替代的情况。

内容提要

MPOWER系列政策并不复杂。实际上, 这些都只是基于它们的有效性和在政府能力范围内的常识性政策。如果各国实施这一政策系列,

它们对于改变整个公共卫生事业面貌的影响将是深远的。然而时至今日, 仍然没有一个国家完全实施了所有六项政策, 就连接近这一目标

的国家都为数甚少。要有效保护其人民免受烟害, 各成员国任重道远。

期望什么样的改变, 我们就必须做到。

Mahatma Gandhi (1869—1948)

全球烟草控制状况

有效措施的实施才刚刚开始

全球共同努力，实施MPOWER系列中的有效政策，将能够扭转当前的烟草流行，帮助各国实践其《世界卫生组织烟草控制框架公约》承诺，保护人民健康。作为一个里程碑，并监测未来全世界的控烟成果，我们在这份《2008年世界卫生组织全球烟草流行报告》中详细介绍了各成员国当前的控烟局势。同时该报告还介绍了各国政府已经做出的努力以及还需开展的工作。

世卫组织要求所有成员国提供关于MPOWER中各项政策相应的信息，具体实现方法包括评价国家报告，分析原始文献（如法律法规等），

以及对国内专家就执行情况进行咨询。在这第一份报告中，我们具有179个成员国部分数据，覆盖全世界99%的人口。尽管我们尽力争取获得有效的，具有可比性的数据，但是作为全球同类举措中的第一次，还存在一些问题，我们将在未来的报告中进一步完善。

作为全世界第一份系统的评估报告，我们最主要的结论是，要阻止烟草流行，世界各国仍任重道远。

尽管近年来各国已经取得了一定成绩，但是至今还没有一个国家充分实施了所有有效的干预措施，包括监测，建立无烟环境，治疗烟草依

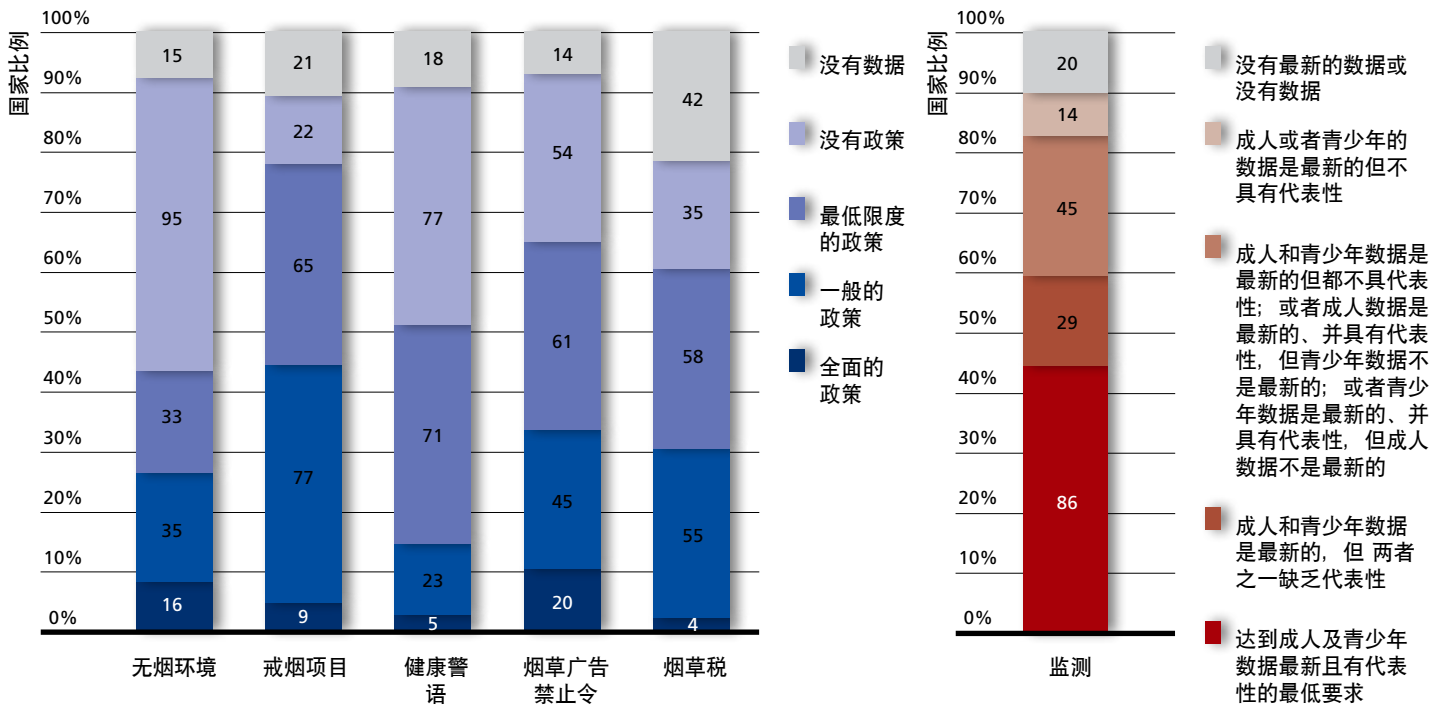
赖，烟草产品包装上的警语，禁止烟草广告、促销和赞助活动，以及提高烟税。未来还会有很多挑战，但这些挑战同时也为各国领导人提供了一个阻止现代社会最严重的卫生危机之一的机遇。

注意，本节某政策覆盖的世界人口比例的数字是根据对回答了相应问题的国家的人口样本进行推算得出。



憧憬一个无烟的世界

世界各国烟草控制政策情况



注释烟草税收“无政策”表示税率低于25%，无“无烟政策”表示对于医疗机构和教育机构都没有立法要求禁烟

长久以来，烟草企业一直掩盖着关于吸烟危害健康的信息，利用其广告资金诱使非专业杂志回避报道吸烟的健康危害，并采取其它手段减少吸烟者获得的信息。

世界卫生组织：《1999年世界卫生报告》

全世界一半以上的国家仍没有最基本的监测信息

监测工作能够为各国政府提供抗击烟草流行所需的基本信息。全面的监测可以追踪烟草的使用情况，并了解公众对烟草问题的态度和知识情况，使政府能够对烟草流行的程度和性质进行记录，针对不同人群采取具体的干预措施，监测各种政策的效果，并在必要时做出调整。在这第一份报告中，世卫组织评估了通过青少年和成年人烟草使用调查开展的国家级监测活动。

193个成员国中只有86个拥有近期的、具有全国代表性成年人和青少年数据。全世界超过一半以上人口生活的地区仍不具备最基本的近期烟草使用信息。监测系统在中低收入国家尤为薄弱；高收入国家大都至少收集了最基本的监测信息（占高收入国家的73%），高于中（占中等收入国家的43%）、低（24%

的）收入国家比例。但是，基本监测并不需要很高的成本，也完全是在所有国家能力范围内的。

在有近期具有代表性的成年人调查数据的127个国家中，44个国家的数据是借由“世界卫生调查”或“世卫组织阶梯式监测方法”等国际调查工具收集¹⁰⁹，25个国家具有地方级别的“全球青少年烟草流行调查”数据，68个有国家级的“全球青少年烟草流行调查”数据。这就意味着，在具有近期具有代表性的成年人和青少年数据的86个成员国中，有五分之一是在无任何形式国际支持的情况下完成了自己国家的数据收集。

但是，各国仍需要开展更加全面的监测工作，特别是在那108个没有数据，或者数据陈旧或不具代表性的国家中开展。“全球成年人烟草调查”、“全球青少年烟草调查”和“世卫组织阶梯式监测方法”等

行动对于大多数国家的监测能力建设来说都是十分重要的。

全面的无烟法律仅仅覆盖全球5%的人口

无烟环境不仅对保护吸烟者和非吸烟者的健康具有关键性的作用，同时还传递出一个信息，即在公共场所吸烟是不为社会所接受的。无烟化法律可以保护工作人员不受有害化学物质的危害，这些有害化学物质可以致癌，亦可以改变血液凝固和流入心脏的方式，因此，立法可增强吸烟者戒烟的动力。唯有实现完全无烟环境，不设立任何室内吸烟区，并严格执行无烟化要求，才能保护工作人员和公众免受烟害，同时鼓励吸烟者戒烟。设定例外情况会使无烟化的执行更加困难，破坏无烟化法律的有效性。

尽管越来越多的国家都已经通过了



呼唤MPOWER!

强制建立无烟环境的立法，但绝大多数国家仍没有无烟法律，或者立法十分有限，执行亦不得力。

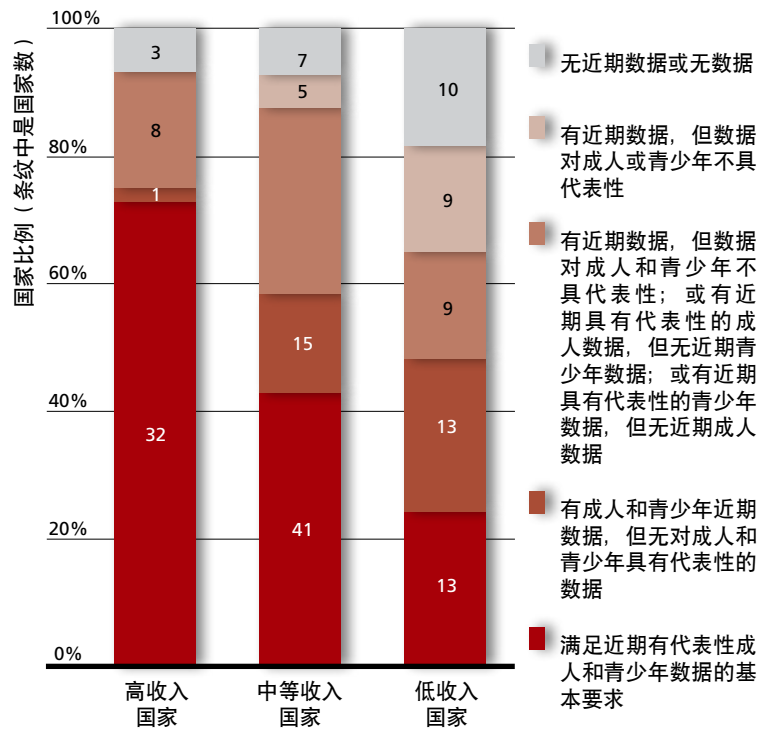
保护儿童和病人免遭烟草的危害应当是任何国家的首要任务之一，然而，仍然有74个国家（占报告了关于无烟化法律状况信息的179个成员国的40%以上）允许在医疗机构内吸烟，几乎同样数目的国家仍允许在学校内吸烟。如此算来，覆盖全世界将近一半人口的国家仍然没有在医院内建立二手烟控制措施，40%的国家没有在学校中为儿童提供二手烟控制。总的说来，共有80个国家没有在学校和/或医院禁止吸烟，因此也就没有尽到保护儿童和/或病人的责任。

一半以上的国家 — 覆盖全球近三分之二的人口 — 都允许在政府办公区、工作场所和其它室内场所吸烟，其结果是，全世界大多数办公室工作人员都被迫呼吸着他

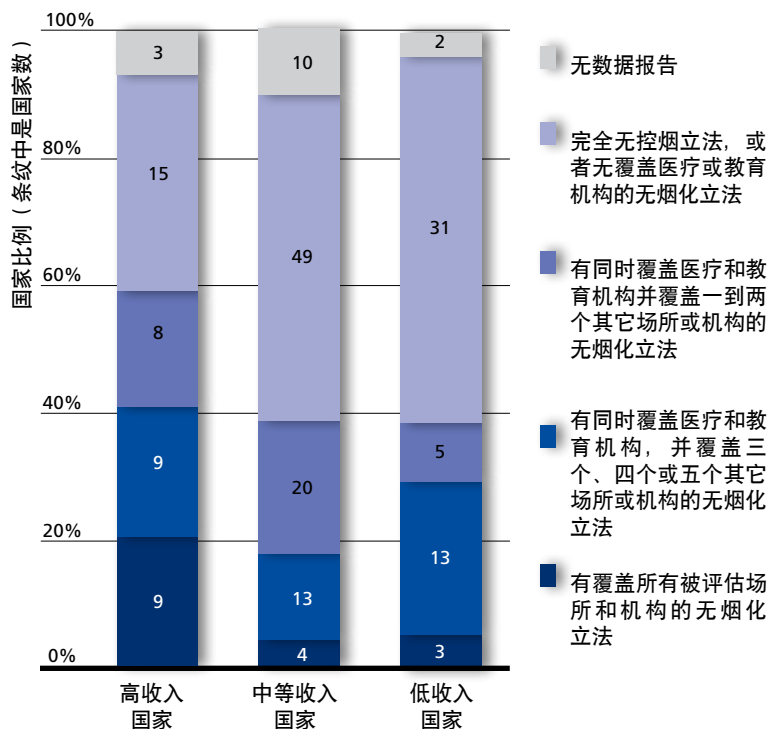
在整个烟草市场中仍存在有力的增长区域，特别是亚洲和非洲……这是令人兴奋的前景。

英美烟草公司内部文件
(1990)

监测信息



无烟化立法



人制造的烟草烟雾。在179个成员国，只有24个（13%）为餐厅工作人员提供了保护；尽管任何国家都有能力实施无烟化法律，高收入国家建立无烟餐厅的比例（41个高收入国家中有12个，占29%）是中低收入国家采取类似措施比例（139个中低收入国家中有12个，占9%）的三倍以上。对已经在餐饮设施中禁止吸烟的国家和地区的结果一致显示，无烟化立法非常受人欢迎，而且绝大多数人都不再愿意回到那个餐厅酒吧烟雾缭绕的时代。

虽然所有国家都已经有能力保护非吸烟者呼吸清洁空气的权利，但仅有16个国家（覆盖世界人口的5%）建立了全面的无烟化法律，在本报告评估的所有设施中禁烟。根据每个国家五位专家组成的独立评估委员会评价，所有无烟法律的执行水平都很低。本应是全面禁烟的禁令，由于执行不力，并没有起到保护人们不受二手烟危害的作用；而那些低水平的禁令，即使执行得很

好，实际上也起不到显著的保护效果。

在报告具有中等或全面无烟法律的国家中，仅有三分之一实现了有记录的中等执行水平（总分10分，得分3分以上）。一共只有8个国家的执行得分在8分以上（总分10分），仅乌拉圭和新西兰两个国家既建立了全面无烟法律，其法律执行得分也在8分以上。大部分已经建立了完全无烟环境的国家都在欧洲，但是本报告没能获得对欧洲无烟法律执行情况的独立评价结果。其它还有一些国家也实行了全面无烟化法律，例如乌干达和尼日尔，但很多时候执行问题仍面临挑战。

有些国家在保护国民不受二手烟危害问题上下了很大的功夫。2004年5月，爱尔兰成为了世界上第一个建立和享受无烟室内工作场所和公共场所的国家，其中包括餐厅、酒吧等。而后不到三个月，挪威的无烟化立法开始生效。从那时起，意大利、乌拉圭等世界上很多国家和

城市纷纷效仿这两个国家所开创的先例。今天，加拿大、澳大利亚和美国的大多数人民都能得到州或地方无烟法律的保护。

尽管乌拉圭和其他国家地区的经验表明，任何国家和行政区，无论条件如何，都能够建立和执行全面的禁令，然而，时至今日，全世界仍然只有少部分人口得到了有效的保护，免受二手烟的危害。绝大多数吸烟者众多的人口大国都不限制公共场所吸烟。为了预防工作人员和公众因烟草引发的疾病和死亡，各国政府需要更有效地实施现有的无烟法律法规，保障人民免受二手烟危害。

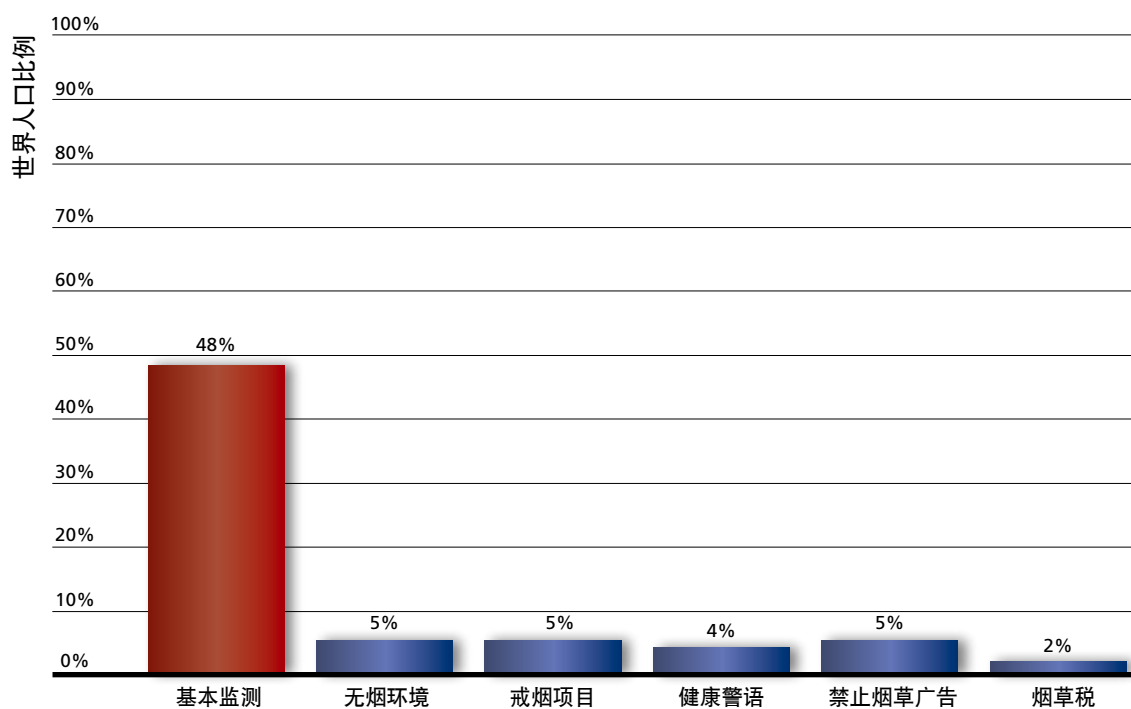
大多数烟草使用者都得不到帮助

很多吸烟者都希望戒烟，以便保护自己的生命和家人的健康，但是由于对尼古丁成瘾，他们都无法成功

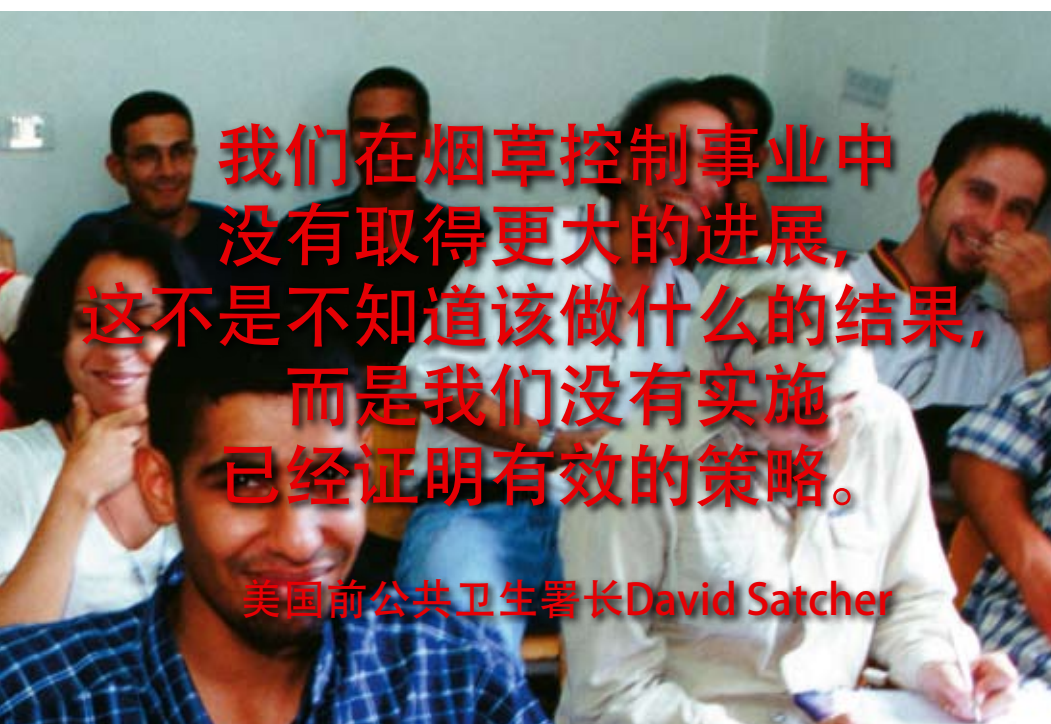


力量就在你的手中！

烟草控制政策覆盖的世界人口比例



此处提到的最高类别的划分，请参见第43页图表《世界烟草控制政策情况》。



戒烟。大多数国家没有对那些希望戒烟的民众提供帮助。今天，173个回复了本报告的成员国中仅有九个提供了最高评估水平的支持，其中包括全面的戒烟治疗，以及至少部分的经济补贴。这些国家的人口仅占世界人口的5% — 换句话说，其他95%的人都无法获得烟草依赖治疗。

有效的戒烟服务内容包含十分广泛，包括了由医务工作者提供的简短的常规戒烟建议，戒烟热线，以及戒烟药物治疗（如果医疗系统或公共卫生项目不能提供药物治疗，则应通过零售商店提供）。目前，共有22个国家尚未向烟草使用者提供咨询或药物治疗等基本形式的任何帮助。在39个国家，人们根本无法获得尼古丁替代治疗，即使烟草使用者愿意自己掏钱也不可能。戒烟热线成本很低，而且也在很多国家的能力范围内，但是只有44个国家（占全球人口的五分之二不到）开设了戒烟热线。

英国政府实施了一项综合性的“全

国健康服务 — 戒烟服务”，为希望戒烟的吸烟者提供咨询、支持和药物治疗等服务。2004年，全国健康服务项目约开出两百万份尼古丁替代治疗处方，总价值达4400万英镑（按2007年汇率计算，约合9000万美元）。评价结果发现，这些戒烟服务减小了卫生领域的不平等状况，实现了15%的52周长期戒烟率（接近临床试验水平），并具有良好的成本效益¹¹⁰。

巴西政府2004年开始投入资金开展戒烟治疗。治疗内容包括由医务人员提供简短的戒烟建议，以及免费为病人提供尼古丁贴片和安非他酮等药物治疗。从2004年到2006年，巴西全国27个州中的22个共为约5万名希望戒烟的吸烟者提供了帮助，其中45%的戒烟者使用了药物治疗，约40%的人在四周后仍保持了不吸烟。此外，巴西也开设了一条由政府出资的戒烟热线，并规定该热线电话号码必须出现在所有烟草产品的健康警句和零售网站的广告中¹¹¹。

鉴于烟草所致疾病和死亡带来的负担巨大，而我们已经具备了有效的治疗手段，因此，戒烟服务应当被纳入政府的医疗服务体系中。虽然有的戒烟治疗成本相对较低，但仍需要政府投入，这对某些国家来说仍难于实现。而将戒烟服务综合到现有的医疗项目中则是解决这一问题的关键之一。提高烟税带来的收益可以用于支持戒烟治疗，从而拯救生命，大大降低由烟草流行带来的疾病负担和经济损失。

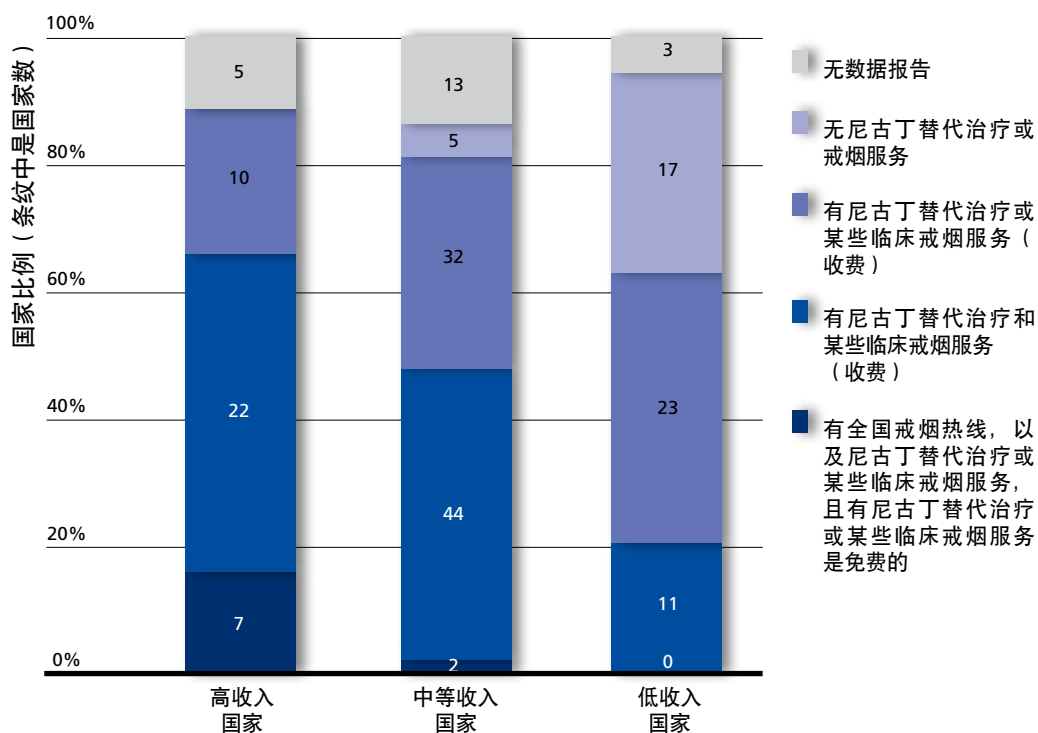
大多数国家在烟草包装上都没有全面的健康警句

警告人们烟草的危害是很重要的一项措施，可以通过多种方式实现。在本报告中，我们将讨论各国对烟草包装上的健康警句的尺寸和特点要求。通过这种警句来传播健康信息除了一定的执行成本外不会对政府带来其它支出。此外，报告中还讨论了政府预防欺骗性和误导性用语（如“淡味”和“低焦油”等）



控烟立法，大势所趋

烟草依赖治疗



烟草使用是全球十分之一成年人死亡的罪魁祸首。

世界卫生组织《2002年世界卫生报告》

的措施。在以后的报告中，我们还会对大量的公共教育措施进行评估，包括公共教育行动等。

包装健康警句至少应当占据包装正方面积的一半，内容包括可轮换的图片信息。广泛使用有效的健康警句可以起到传播烟草健康危害知识的作用，同时还能起到抵制烟草企业传播虚假信息的效果。

低强度烟草包装健康警句 — 或者完全没有警示 — 一直是全球普遍的做法。结果，向烟草使用者和潜在使用者介绍烟草健康风险的最便宜的手段基本上没有得到运用。在176个提供了包装警示方面信息的国家中，仅有15个（占全球人口的6%）要求在卷烟和其它烟草产品包装上使用图片警句（占据包装表面至少30%的面积），仅有五个国家（世界人口的4%）满足了关于包装健康警句的所有标准。这些国家分布于世界各地，有着不同的社会特点和收入水平，它们向世人展示了我们能做也应该做些什么。

在提供了相应信息的国家中，有77个完全没有关于健康警句的要求。25个国家只要求健康警句占据正面不到30%的面积 — 换句话说，健康警句很小。另外45个国家的健康警句达到了主要表面的30%，仅有29个国家的健康警句超过30%。同时许多国家使用的健康警句往往不够强烈，仅仅模糊地指出烟草有害健康，但不提具体造成哪些疾病。有66个国家建立了立法，禁止在烟草产品包装上使用烟草企业的欺骗性市场营销用语，包括“淡味”、“低焦油”等。全世界40%以上的人口所在国家都没有阻止烟草企业使用各种误导性、欺骗性用语的做法。

有的国家已经建立了有效的包装健康警句。泰国要求每包卷烟的包装上都必须有图片健康警句，并且面积要占包装两面的50%以上。这些显著的图片警示内容主要包括污浊的牙齿、发黑的肺和婴儿呼吸烟草烟雾的图片。尽管有烟草企业甚至威胁要采取法律手段，但泰国政府仍然坚持了自己的做法。

国家可以通过加大健康警句字体，强化内容增加图形方式的方法来改善这项政策。没有强制使用有效的包装警示，没有禁止烟草企业的欺骗误导用语的国家也就没有尽到为人民提供最基本的健康保障的义务 — 为人民提供准确的信息，保护人民不受烟草企业的蒙骗。

绝大多数国家都没有禁止烟草广告、促销和赞助

为了生存和发展，世界各国的烟草企业必须维持其现有的顾客，并不断引诱新的顾客使用其成瘾、致命的产品。为了达到这一目的，烟草行业每年不惜斥巨资开展广告、促销和赞助活动。各国保护人民健康最有效的手段之一便是彻底禁止所有形式的烟草广告、促销和赞助活动 — 而目前，仅有极少数国家采取了这一措施。

在回答了关于禁止广告、促销和赞助问题的179个国家中，只有20个



选择，胜利！

(占全球人口5%)全面禁止了烟草广告、促销和赞助,另有106个成员国仅建立了最低程度或中度水平的禁令,其他54个国家则没有任何形式的限制。不同经济水平的国家,全面、中等或基本禁止了烟草广告、促销和赞助的比例相

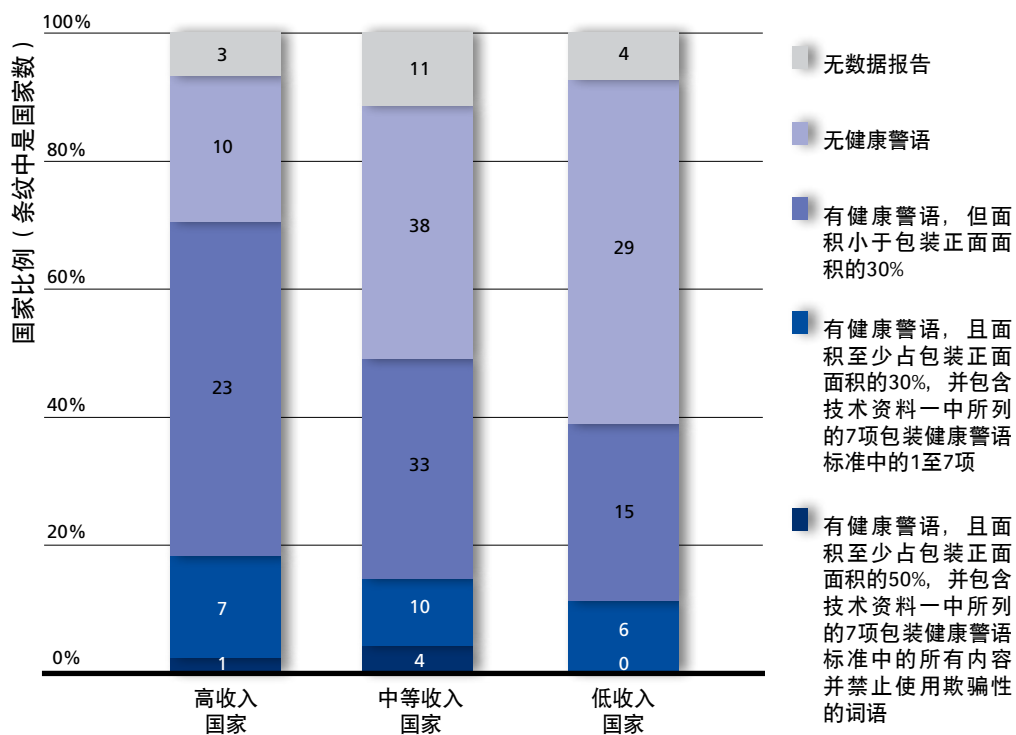
近,这明确证实每个国家都有能力禁止烟草广告、促销和赞助。

对一个国家广告禁令的评估是基于该国对烟草企业促销活动的立法情况,以及立法是否适用于直接和间接营销手段。直接营销手段包括各

种形式的广告,间接营销则包括价格折扣、派发产品和赞助各种体育、娱乐活动和节庆活动。

很多国家建立了立法,禁止某些形式的烟草广告、促销和赞助活动,但执法情况却存在较大的悬

健康警语



图片与健康警语和解释信息相结合,其目的是为了
 提高消费者对吸烟相关健康影响的认识,
 鼓励戒烟,
 以及避免开始吸烟或复吸。

澳大利亚健康与老龄事务部 (2004)

殊。根据专家评估结果显示，58个国家中30个在禁止任何形式直接烟草广告的执行方面得分在8分以上（量表分数为0-10分），53个国家中17个在禁止任何形式间接促销活动方面得分在8分以上。而部分禁止的措施即便实施得当，仍旧收效甚微，因为烟草企业可以很简单地将其资金转投其它营销渠道。譬如，如果电视广告被禁，烟草企业则可以将资金投到杂志和广告牌方面，这些形式的广告也被禁，它们又可以改成赞助活动、打折或者派送。

在提供了禁止直接营销活动方面信息的国家中，三分之二都禁止在当地电视台播放烟草广告。尽管这种形式的禁令在所有禁令中使用最为广泛，但其他三分之一的报告国家仍旧允许烟草电视广告的存在——即使这一做法四十年前就已被其他国家摒弃。只有一半多一点的国家禁止当地杂志和广告牌刊登烟草广告，禁止其它形式广告的国家数目还不到一半。只有三分之一的国家

禁止了烟草零售点广告。而对网上烟草广告的控制还很少，仅26个国家报告称禁止网上广告。

在禁止间接营销活动方面，只有75个国家（占全球人口不到一半）禁止发放免费烟草产品。其中使用得最少的措施是对品牌延伸的禁止，譬如在服装上使用烟草品牌。仅有三分之一的国家禁止烟草品牌延伸。只有59个国家（约占相应报告国家的三分之一，世界人口的三分之一）禁止零售价格打折，而这正是烟草企业设计来引诱年轻人的措施，因为他们对价格更加敏感。

需要做的工作还很多，不过不少国家已经为我们做出了表率。迄今为止，挪威已经禁止烟草广告三十余年。在这一过程中，烟草企业及其同伙们多年来一直尝试对抗这一政策，提出了很多谬论，包括禁止烟草广告会伤害本国经济——事实证明，这一预测并不成立。禁止烟草广告有效降低了烟草消费量，尤其针对年轻人来说¹¹²。

虽然很多国家都已经针对烟草企业促销实行了某种形式的限制，但是这些限制措施在大多数国家都不全面，并且执行得很差。扩大现有措施，全面禁止所有形式的直接和间接烟草广告、促销和赞助活动应当成为各国领导人的目标之一。

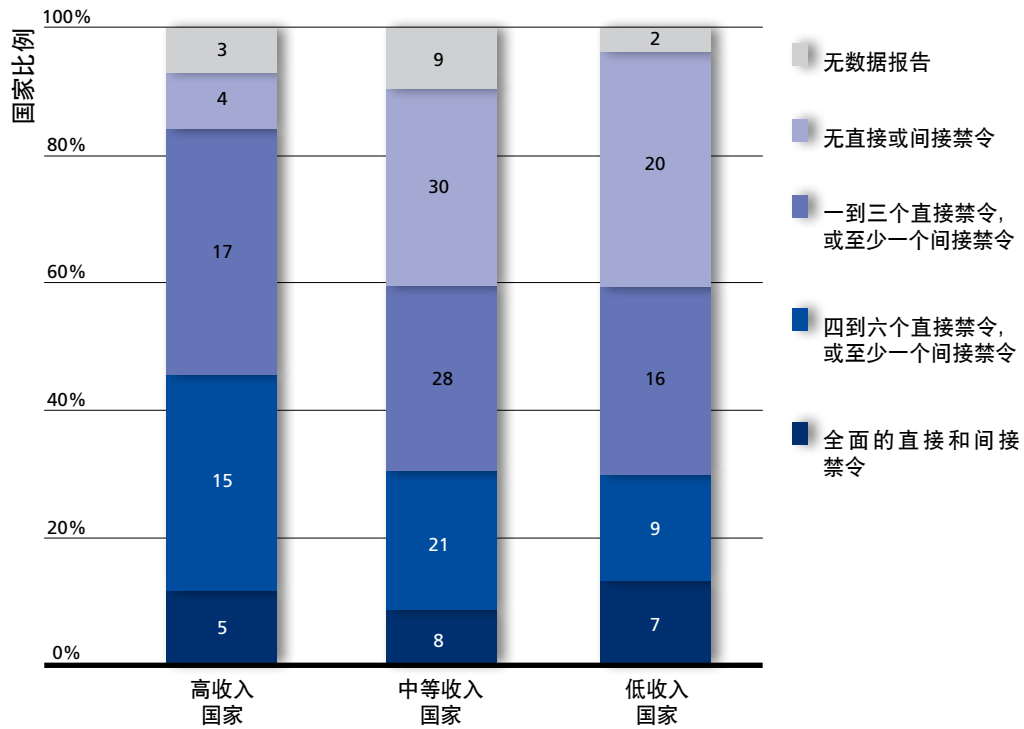
国家可以通过提高烟税来拯救生命

提高烟草税不仅是降低烟草使用最为有效的措施，也是增加政府收入的一种方式。虽然很多国家都已提高了烟税，但在绝大多数国家，烟草税仍旧维持在很低的水平上。即便是在很多烟税已经占到烟草购买价格的一大半的国家，随着通货膨胀和消费者购买力不断提高，烟草产品也正在变得相对更能让人承受。此外，在很多国家，对卷烟以外其它燃烧性烟草制品（如Bidi雪茄和丁香烟）的低税率，以及便宜的卷烟品牌都会降低烟草税潜在的健康效益，并可破坏其它控烟干预



实施MPOWER, 提高人民寿命

禁止烟草广告、促销和赞助活动



.....烟草公司正在大力
开发女孩和妇女市场
.....烟草广告描绘的是解放,
但事实上, 吸烟是
对妇女另一种形式的桎梏。

亚洲烟草控制咨询组织总监Judith Mackay

措施。各国都可以通过提高烟草税有效地减少烟草使用，拯救生命。

在152个提供了相关信息的国家中，烟草税率范围从接近零税率到80%。大多数国家都还可以大幅度提高烟税。四分之一的国家报告其烟草税率不到零售价格的25%，仅四个国家（占世界人口2%）的烟草税超过零售价格的75%，虽然超过五分之四的高收入国家烟税占零售价格比例达到了50%以上，但在中低收入国家中这个比例还不到四分之一。鉴于烟草流行正在由高收入国家向发展中国家转移，这一局面就显得格外让人不安。

提高烟税对各国都很重要。很多国家已经在提高烟税——这一决定既没有像烟草企业预测的那样造成烟草走私增加，也没有对经济产生负面影响。在南非，烟税提高在九十年代使得烟草的零售价格翻了一番，烟草税收也大大增加。而同期，南非的烟草消费量却锐减，其中约40%是因戒烟者戒烟而造成

的。这中间消费量减少最多的是年轻人和低收入人群，他们随着烟价上升吸烟量减少得最多¹⁰⁷。

提高烟税是最有效的控烟措施。高烟税能降低烟草消费，降低医疗卫生成本，减少烟草使用从而帮助家庭节省开支，并且提高了政府的收入，而这部分收入又可以被用于控烟干预措施和其它重要政策。

全球控烟资金匮乏

全球控烟资金不足是不争的事实！提供了控烟估计预算的89个国家每年一共投入3.43亿美元资金——其中95%的资金都集中在高收入国家，90%的资金投入到了7个富裕国家。相形之下，中等收入国家的投入仅占全球总投入的大约4%，而低收入国家的投入还不到1%。

烟草税收是控烟活动重要的潜在资金来源，且数据显示，大多数国家还有很大空间，利用现有国家资源

大幅增加控烟基金投入——比较各国的烟税总收入和控烟开支就很能说明问题——根据70个国家（占世界人口三分之二）的数据显示，这些国家的烟税总收入是其烟草控制活动开支的500多倍。

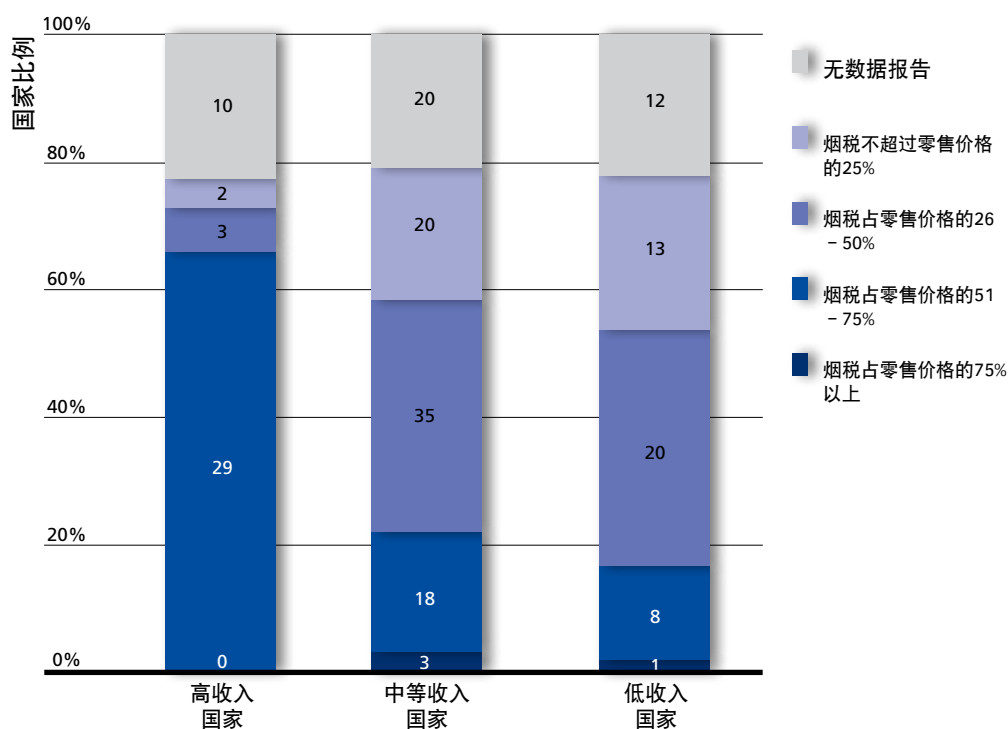
提供了相关信息的低收入国家（人口总数20亿）烟草税收收入为138亿美元（人均大约7美元），而花在控烟上的支出大约只有150万美元（人均不到0.1美分），收入投入比高达9100:1；而提供了相关信息的中等收入国家（人口总数19亿）烟草税收收入为527亿美元（人均大约28.40美元），而控烟投入大约1250万美元（人均0.5美分多一点），收入投入比近4200:1；在高收入国家，烟税收入总额达1100亿美元（人均大约205美元），而花在5.36亿人身上的控烟投入大约是3.213亿美元（人均60美分），收入投入比仍旧很高——大约是340:1——尽管比中低收入国家的比例低很多。

控烟项目的人员建制方面也同样不



远离烟草，快乐生活

烟草税水平



在发展中国家贫困的家庭里，
用于购买烟草产品的
家庭开支很容易就占到
家庭总支出的10%。

联合国经济与社会理事会 《秘书长报告》 (2004)

尽人意。在174个提供了人员数据的国家中，128个（75%）建立了全国/联邦机构或者技术小组，负责控烟工作，而另外45个国家（25%）没有这样的机构建制。在建立了控烟机构的国家中，86个国家（67%）提供的人员数据显示，共有大约604名全职人员，但是这其中仅加拿大一国就占了179名（占全球总数的30%），另有五国占153名，而余下的272名全职人员则分

布在其他80个国家。照此算来，每个国家平均仅拥有大约3.4名全职人员。

总体上看，中低收入国家报告的人员数平均为每国5名，高收入国家平均每国18名。尽管几个吸烟人数众多的人口大国都没有提供人员数据，但是手头的数据已经清楚显示，很多国家政府能够通过加大控烟承诺投入取得更好的效果。有效

的、人员充足的控烟项目可以引导各种行动，实施有效的干预措施，从而减少烟草使用者数目，拯救生命。

内容提要

总体而言，全世界仅有5%的人口得到了几个关键性控烟干预措施中任何一个的保护，包括有效禁止烟草广告、促销和赞助活动，建立

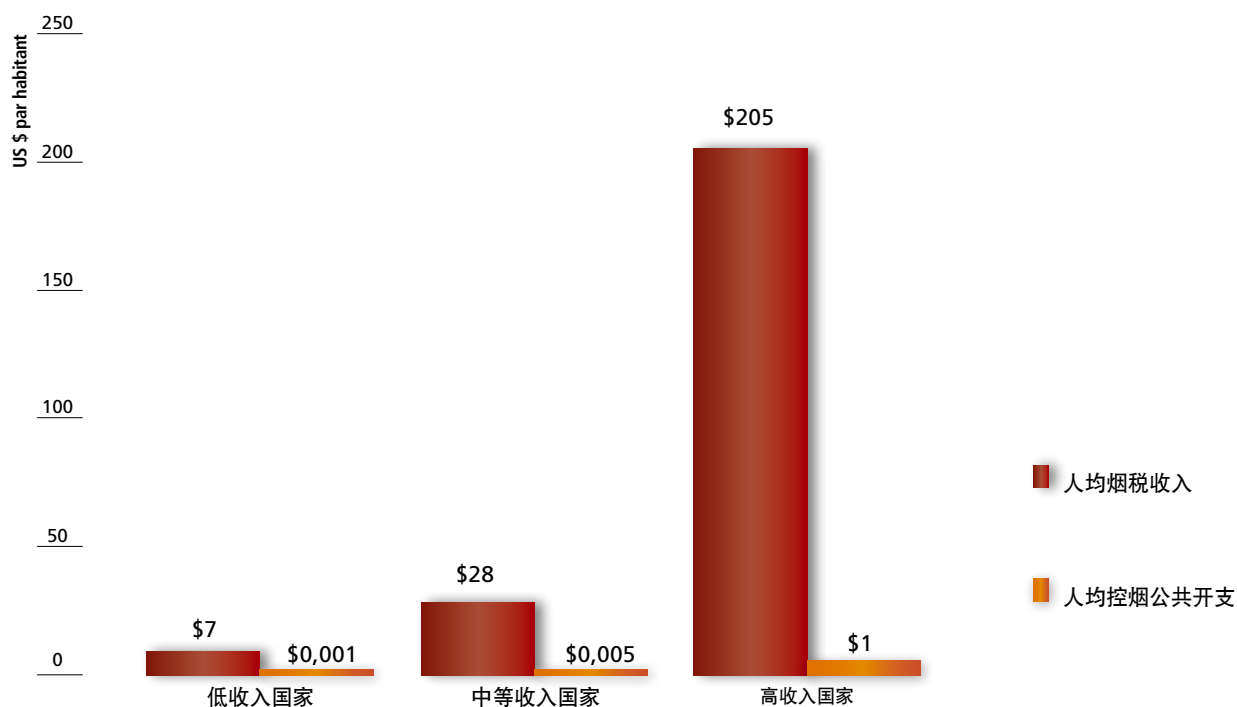
无烟环境，显著的烟草包装健康警示，避免受到欺骗性、误导性烟草广告、促销和赞助的影响，以及提供戒烟支持。各国政府每年的烟草

税收高达2000亿美元，完全有足够的财政资源扩大和加强烟草控制项目。而进一步提高烟草税可为控烟项目提供更多的资金支持。



MPOWER, 惠及所有人

烟草控制资金不足



根据70个国家提供的烟税收入和控烟支出数据计算。

烟草控制
不是富裕国家的
奢侈品，
而是当今
所有国家的必需。

世界卫生组织：
《烟草与贫困：一个恶性循环》（2004）

结论

如果不采取紧急措施，未来几十年里，每年死于烟草的人数将会翻一番。但是，既然烟草相关疾病的流行是人类自己造成的，那么人类——通过我们的政府和民间社会——也就能够扭转这一流行。

《世界卫生组织烟草控制框架公约》已有150多个缔约国，它彰显着全世界采取行动，确定关键有效控烟政策的承诺。通过这一里程碑式的条约，国家领导人们肯定了自己国民获得最高可获得水平健康的权力。为实现这一基本人权，我们提出由六项有效的烟草控制政策构成的MPOWER系列政策。只要得到充分实施，它们将保护各国人民免遭烟草流行所致疾病和死亡之害。通过MPOWER系列政策，我

们将能够把框架公约中的憧憬变成全球的现实。

烟草流行是可以遏制的，各国必须采取有效的措施保护人民。此外，烟草流行加剧了卫生不平等的状况，这种情况既发生在各国国内——贫困人口吸烟远比富裕人口多，也发生在国际水平上——贫困国家很快会承受80%的烟草所致疾病和死亡。

在当今世界的公共卫生问题中，烟草问题是独一无二的，因为遏制烟草流行的办法十分清楚，并且在我们的能力之内。只要各国拿出实施MPOWER系列政策的政治承诺和技术与物质支持，那么将会有千百万人的生命得到拯救！



团结起来，弘扬MPOWER！

根据本报告的介绍，世界上的绝大多数人口：

- 没有得到充分的保护，免受他人吸烟的危害；
- 没有得到充分的保护，免受烟草企业广告、促销和赞助活动的影响；
- 没有支付足够高的烟草价格，从而有效减少烟草使用；
- 没有在烟草产品包装上看到醒目、清晰的图片健康警句，从而从中获得足够的健康信息；
- 没有获得充分的戒烟帮助。

世界上大多数的人都很少了解关于烟草流行全貌的准确信息。

世界各国政府每年收入两千亿美元

烟草税收，而花在烟草控制上的钱还不到这个数字的0.2%。在许多中低收入国家，政府的烟税收入和控烟支出比大约是五千比一。然而，大多数有效的控烟干预措施——提高烟税，建立无烟公共场所，禁止烟草广告、促销和赞助，以及使用图文烟草包装健康警句——的成本都十分低廉。只有反烟广告和戒烟服务需要较大的财政资源投入，但这些措施的成本在很多时候都能利用增加的烟税收入和合作形式来提供。

但是，所有的控烟措施都需要政治承诺。与倡导保护儿童和非吸烟者免受烟害，并帮助吸烟者戒烟的人们相比，烟草企业有巨大的金钱和政治优势，因此，要遏制烟草流

行，各国都任重道远！通过采取措施，实践MPOWER系列政策，各国政府和民间社会将能够创建一个帮助人民戒烟所需的支持性环境。世卫组织在其全球合作伙伴们的协助下，随时准备为其成员国应对各种挑战提供支持。

如果不采取紧急的措施，二十一世纪将有十亿人死于烟害！而我们的政府和民间社会领导者们是有能力避免这一恶果的。烟草流行是由人类自己造成，它的结局也必定掌握在人类自己的手中！立刻行动起来吧！



参考文献

- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
- Peto R et al. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 1996, 52(1):12–21.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm, accessed 5 December 2007).
- Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339(8804):1268–1278.
- Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1498–1504.
- Levine R, Kinder M. *Millions saved: proven success in global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2004.
- Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Wiley (Jossey-Bass), 2001:154–161.
- Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 1996, 36:597–613.
- Battling big tobacco: Mike Wallace talks to the highest-ranking tobacco whistleblower. CBS News, 16 January 2005 (<http://www.cbsnews.com/stories/2005/01/13/6011/main666867.shtml>, accessed 5 December 2007).
- Hendricks PS et al. The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology*, 2006, 187(3):385–396.
- World Health Organization. *Tobacco: deadly in any form or disguise*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf, accessed 5 December 2007).
- World Health Organization. *World health report 2002*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/wht/2002/Overview_E.pdf, accessed 5 December 2007).
- Gottlieb N. Indian cigarettes gain popularity, but don't let the flavor fool you. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999, 91(21):1806–1807.
- California Environmental Protection Agency. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary*. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3.exe.pdf>, accessed 5 December 2007).
- Boffetta P et al. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. *International Journal of Cancer*, 2005, 114(6):992–995.
- Gupta PC, Sreevidya S. Smokeless tobacco use, birth weight, and gestational age: population based, prospective cohort study of 1217 women in Mumbai, India. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1538.
- Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>, accessed 5 December 2007).
- Liu BQ et al. Emerging tobacco hazard in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *British Medical Journal*, 1998, 317(7170):1411–1422.
- Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet*, 2003, 362(9383):507–515.
- Gilmore A et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(12):2177–2187.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Global youth tobacco survey*. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/tobacco/globalgyts/datasets/policy.htm>, accessed 5 December 2007).
- Guindon GE et al. *The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005, 54(25):625–628.
- World health statistics*. Geneva, World Health Organization, 2007.
- Efroymsen D et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):212–217.
- de Beyer J, Lovelace C, Yürekli A. Poverty and tobacco. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):210–211.
- Nassar H. *The economics of tobacco in Egypt, a new analysis of demand*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1120?type/pdf/viewcontent/>, accessed 5 December 2007).
- Sesma-Vázquez S et al. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992–1998. [Trends of tobacco demand in México: 1992–1998]. *Salud Pública de México*, 2002, 44(Suppl. 1):S82–S92.
- Liu Y et al. Cigarette smoking and poverty in China. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(11):2784–2790.
- World Health Organization. *World no tobacco day 2004 materials*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/en/index.html>, accessed 5 December 2007).
- Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. *Economic effects of environmental tobacco smoke*. 2005 ([http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft\(Final%203\).pdf](http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft(Final%203).pdf), accessed 5 December 2007).
- McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15(2):125–130.
- Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 2006, 100(5–6):465–479.
- Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 1999, 24(5):673–677.
- D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. Age at starting smoking and number of cigarettes smoked. *Annals of Epidemiology*, 1994, 4(6):455–459.
- Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Reports*, 1998, 9(4):39–46.
- Everett SA et al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):327–333.
- Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 1996, February, 86(2):214–220.
- Federal Trade Commission. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, accessed 6 December 2007).
- Cheng, R. *Altria Draws Traders' Attention On Profit Potential of Spin-off*. Wall Street Journal, interactive edition, 28 August 2007.
- Altria Group Inc. *Philip Morris International announces agreement in principle to acquire additional 30% stake in Mexican tobacco business from Grupo Carso*. Lausanne, Altria press release, 18 July 2007 (http://www.altria.com/media/press_release/03_02_pr_2007_07_18_01.asp, accessed 5 December 2007).
- Altria Group Inc. *Philip Morris International announces agreement to purchase majority stake in Lakson Tobacco Company in Pakistan*. Lausanne, Altria press release, 19 January 2007 (http://www.altria.com/media/press_release/03_02_pr_2007_01_19_07_01.asp, accessed 5 December 2007).
- Imperial Tobacco. *European Commission approves proposed acquisition of Altadis, S.A. by Imperial Tobacco Group PLC*. Press release, 18 October 2007 (<http://www.imperial-tobacco.com/index.asp?page=78&newsid=508&type=18>, accessed 5 December 2007).
- British American Tobacco. *British American Tobacco wins bid for Serbian tobacco company*. Press release, 4 August 2003 (http://www.bat.com/group/sites/uk_3mfnen.nsf/vwPagesWebLive/6C4C5806F05B3E4CC12573140052F098?opendocument&SKN=1&TMP=1, accessed 5 December 2007).

45. World Health Organization. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf, accessed 5 December 2007).
46. World Health Organization/International Agency for Research on Cancer IARC. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, 2004 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, accessed 5 December 2007).
47. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, accessed 5 December 2007).
48. Scientific Committee on Tobacco and Health. *Update of evidence on health effects of secondhand smoke*. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004 (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=13632&Rendition=Web, accessed 5 December 2007).
49. Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6):384–388.
50. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188.
51. Borland RM et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii42–iii50.
52. New Zealand Ministry of Health. *After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, Ministry of Health, 2006 (<http://www.hpac.govt.nz/moh.nsf/UnidPrint/MH5599?OpenDocume nt#information>, accessed 5 December 2007.)
53. Evans D, Byrne C. *The 2004 Irish smoking ban: is there a "knock-on" effect on smoking in the home?* Health Service Executive, Western Area, 2006.
54. Heironimus J. *Impact of workplace restrictions on consumption and incidence*. 22 January 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>, accessed 5 December 2007).
55. Pan American Health Organization. World Health Organization. *Smoke-free inside*. 2007 (<http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/Engbrochure.pdf>, accessed 5 December 2007).
56. Siegel M. Economic impact of 100% smoke-free restaurant ordinances. In: *Smoking and restaurants: a guide for policy-makers*. Berkeley, UC Berkeley/UCSF Preventative Medicine Residency Program, American Heart Association, California Affiliate Alameda County Health Care Services Agency, Tobacco Control Programme, 1992: 26–30 (<http://tobaccodocuments.org/or/87604525-4587.html>, accessed 5 December 2007).
57. Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12(1):13–20.
58. Howell F. Smoke-free bars in Ireland: a runaway success. *Tobacco Control*, 2005, 14(2):73–74.
59. Fong GT et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the International Tobacco Control (ITC) Ireland/UK Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii51–iii58.
60. Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization). *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005". (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados)*. October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, accessed 5 December 2007).
61. Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. *Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 (http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf, accessed 5 December 2007).
62. California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and September 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002.
63. Ministry of Health, People's Republic of China. *China tobacco control report*. Beijing, May 2007.
64. ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004, Ventilation for acceptable indoor air quality.
65. Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, Environmental Protection Agency, 1997.
66. WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, accessed 5 December 2007).
67. Borland RM et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii34–iii41.
68. Tang H et al. Changes of knowledge, attitudes, beliefs, and preference of bar owner and staff in response to a smoke-free bar law. *Tobacco Control*, 2004, 13(1):87–89.
69. Rudin A. *Zagat 2004 New York City restaurant survey finds local dining economy in comeback mode; 29,361 voters turn out for Zagat's 25th annual NY guide*. Press release, 20 October 2003 (<http://www.zagat.com/about/about.aspx?menu=PR18>, accessed 6 December 2007).
70. Campaign for Tobacco-Free Kids. *Zagat restaurant survey provides more evidence that New York City's smoke-free law is not hurting business*. Press release, 21 October 2003 (<http://www.tobaccofreekids.org/Script/DisplayPressRelease.php3?Display=700>, accessed 6 December 2007).
71. Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(7):902–910.
72. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), Bangkok, guidelines adopted July 2007. Geneva, World Health Organization, WHO Framework Convention on Tobacco Control – Second Session of Conference of the Parties (http://www.who.int/mediacentre/events/2007/fctc_bangkok/en/index.html, accessed 6 December 2007).
73. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. 18 July 2006 (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, accessed 6 December 2007).
74. Solberg LI et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31(1):62–71.
75. West R, Sohail T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 2006, 332(7539):458–460.
76. Fiore MC. *Treating tobacco use and dependence: a public health service clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, press briefing, 27 June 2000 (<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/mf062700.htm>, accessed 16 December 2007).
77. Feenstra TL et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health*, 2005, 8(3):178–190.
78. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*, 2006, 41(6):2114–2135.
79. *An evaluation of the services of Asian Quitline*. London, South Asian Social Researchers' Forum, 2001.
80. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9(2):148–154.
81. Pfizer for Professionals. Mechanism of action of CHANTIX™ (varenicline), 2007 (https://www.pfizerpro.com/product_info/chantix_dual_action.jsp, accessed 6 December 2007).
82. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. *Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, accessed 6 December 2007).
83. Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19–iii25.
84. Office of the Surgeon General. *Reducing the health consequences of smoking; 25 years of progress: a report of the Surgeon General*. Rockville, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989.
85. Siahpush M et al. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii65–iii70.
86. Assunta M, Chapman, S. Industry sponsored youth smoking prevention programme in Malaysia: a case study in duplicity. *Tobacco Control*, 2004, 13(Suppl. 2):ii37–ii42.

87. U.S. Department of Health and Human Services. *CDC recommended annual per capita funding levels for state programs, 2007*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2007 (http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices/00_pdfs/2007/best_practices_sectionBpc.pdf, accessed 6 December 2007).
88. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*, 1997; 92(11):1427–1435.
89. Datafolha Instituto de Pesquisas. *76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar*. Opinião pública, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml, accessed 6 December 2007).
90. Mahood G. Canadian tobacco package warning system. *Tobacco Control*, 1995, 4:10–14 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/4/1/10>, accessed 6 December 2007).
91. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19(6):1117–1137.
92. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000: 215–236.
93. Basil MD, Basil DZ, Schooler C. Cigarette advertising to counter New Year's resolutions. *Journal of Health Communication*, 2000, 5(2):161–174.
94. Shafey O et al. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982–1997: case studies in international tobacco surveillance. *Cancer*, 2004, 100(8):1744–1749.
95. Smee C et al. *Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence*. London, Economic and Operational Research Division, Department of Health, 1992.
96. *Country profiles*. Fifth WHO seminar for a Tobacco-Free Europe, World Health Organization Regional Office for Europe, Warsaw, 26–28 October 1995.
97. Jha P, Chaloupka FJ. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999 (<http://www.globalink.org/tobacco/wb/wb04.shtml>, accessed 6 December 2007).
98. Public health at a glance – Tobacco control. *Why is reducing use of tobacco a priority?* Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>, accessed 6 December 2007).
99. Borland RM. Advertising, media and the tobacco epidemic. In: *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China, May 2007.
100. Willemsen MC, De Zwart WM. The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: a review of the evidence. *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):587–599.
101. World Health Organization Regional Office for Europe. *It can be done: a smoke-free Europe*. Copenhagen, World Health Organization, 1990.
102. Roemer R. *Legislative action to combat the world tobacco epidemic*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1993.
103. Campaign for Tobacco-Free Kids. *A long history of empty promises: the cigarette companies' ineffective youth anti-smoking programs*. Washington, DC, National Campaign for Tobacco-Free Kids, 1999 (<http://tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0010.pdf>, accessed 6 December 2007).
104. Jha P et al. Tobacco Addiction. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. New York, Oxford University Press and Washington, DC, World Bank, 2006: 869–885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, accessed 16 December 2007).
105. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:237–272.
106. Sunley et al. The design, administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:409–426.
107. van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, accessed 6 December 2007).
108. Joossens L. *Report on smuggling control in Spain*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_spain_smuggling_control.pdf, accessed 6 December 2007).
109. World Health Organization. *STEPwise approach to surveillance (STEPS)*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/chp/steps/en/>, accessed 6 December 2007).
110. Department of Health. *NHS Stop Smoking Services and Nicotine Replacement Therapy*. UK Department of Health, 2007 (http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/Tobaccogeneralinformation/DH_4002192, accessed 6 December 2007).
111. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de prevenção e vigilância do câncer. Instituto Nacional de Câncer. *Relatório preliminar da implantação do tratamento do fumante no Sistema Único de Saúde - SUS*. Rio de Janeiro, Brasil Ministério da Saúde, Coordenação de prevenção e vigilância do câncer, 2007.
112. Bjartveit K. *Norway: ban on advertising and promotion*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_norway_ban.pdf, accessed 6 December 2007).
113. World Health Organization. *The WHO Global InfoBase*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/infobase/report.aspx>, accessed 6 December 2007).
114. World Health Organization. *The European Tobacco control Report, 2007*. Geneva, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>, accessed 6 December 2007).
115. Strong K et al. Tobacco use in the European Region. *European Journal of Cancer Prevention*. In press.

技术说明

技术说明I 评价现有政策及其执行情况

技术说明II 世卫组织成员国吸烟流行情况

附录

- 附录一 国别信息
- 附录二 全球烟草控制政策数据
- 附录三 国际流行情况可比估计数据
- 附录四 各国自报流行数据
- 附录五 《全球青少年烟草调查》数据
- 附录六 《世界卫生组织烟草控制框架公约》状况

技术说明I

评价现有政策及其执行情况

《2008年世界卫生组织全球烟草流行报告》使用一项由32个问题组成的调查问卷对各国六项MPOWER政策的实施情况进行评估。这一问卷是由世界卫生组织无烟行动国家协调员完成，可从网上下载，网址是www.who.int/tobacco/mpower。由于通过这一调查获得的很多信息无法用文本形式充分表达，所以我们同时开发了一系列概括性度量标准，评估政策实施情况，从而对政策进行指导。

为了对政策评估进行划分，我们将每个地区的所有国家分成了四类（在监测问题上共分五类），此外，烟草使用流行率采用成年人口的百分比表示。这样分析的目的是为了更好地确定每个国家最需要开展紧急行动的政策领域，并采取针对性的措施，不断追踪措施进展，最终完全实现MPOWER系列政策的目标。

对无烟政策和禁止烟草广告、促销和赞助活动（包括直接和间接营销）的执行由一个当地五人专家小组进行评估，这些专家评价各国在这两方面的立法状况，并按“最低执行水平”、“中等执行水平”和“高执行水平”三等分级。这五位专家具体由各国的世卫组织无烟行动选定，选拔要求如下：

- 该国卫生部的烟草预防工作负责人、负责烟草控制或烟草相关领域的最高级别政府官员；

- 致力于烟草控制的杰出非政府组织领导人；
- 专业为烟草相关领域的医务工作者（如医生、护士、药师或口腔科医师）；
- 大学公共卫生院系人员；
- WHO 国家办事处的无烟行动焦点人物。

各位专家独立开展其评估工作。总评分数由世卫组织根据五个人的评价结果进行计算：对政策执行水平，“高执行水平”计2分，“中等执行水平”计1分，“最低执行水平”计0分，五位专家总计最高分为10分，最低分0分。本报告是这一方法的首次尝试，在今后的报告中还将继续对这种方法进行评价。

表2.1.1至2.6.7为各国调查问卷的答案，表2.1至2.6是对这些信息的汇总。执行评分单独列出，即政策执行情况不包括在四级分类的计算当中。在以后的报告中，对各级别和实施情况的界定可能根据进一步的数据收集和分析情况而改变。

监测

作为对监测能力全面评估的第一步，我们首先收集了国家级的烟草使用流行信息。所得到的信息根据其近期程度，对该国人口的代表性，以及是否覆盖成年人、青少年

或二者都覆盖等方面进行评估。

为体现各国监测能力的差别，对提供了近期（五年之内）成年人流行信息的国家给1分，如果调查数据同时具有一定的代表性则再追加1分。对青少年烟草使用数据的评分方法同理。评估总分最高4分。各国根据总分情况分组。

有近期数据，但数据对成人或青少年不具代表性
有近期数据，但数据对成人和青少年不具代表性；或有近期具有代表性的成人数据，但无近期青少年数据；或有近期具有代表性的青少年数据，但无近期成人数据
有成人和青少年近期数据，但没有对成人和青少年具有代表性的数据
满足近期有代表性成人和青少年数据的基本要求
... 无近期数据或无数据

无烟环境

可能实施禁止吸烟的场所和机构很多，主要包括：

- 医疗机构
- 除大学外的教育机构
- 大学
- 政府机构
- 室内办公场所
- 餐厅

- 酒吧
- 其它室内工作场所

然而，总体上来讲，禁止在学校和医院吸烟被确定为最低保护水平，如果一个国家不在学校和医院禁烟则被归入最低级别。是否归入最高级别是根据禁烟的其它场所和机构的数目而非种类来确定。

完全没有无烟化立法，或者无覆盖医疗或教育机构的无烟化立法
有同时覆盖医疗和教育机构的无烟化立法，并覆盖一到两个其它场所或机构的立法
有同时覆盖医疗和教育机构的无烟化立法，并覆盖三个、四个或五个其它场所或机构的立法
有覆盖所有各种评估场所和机构的无烟化立法
... 未报数据

烟草依赖治疗

尽管戒烟热线成本很低，但除了个别高收入国家外其他国家基本没有开展这一项目。因此，如果将戒烟热线作为倒数第二级的标准之一，那么绝大多数国家都会被归入了这一级，这样便不能充分体现现有政策的情况。考虑到很多低收入国家财政紧张，对治疗费用提供报销仅被纳入最高一级标准。

无尼古丁替代治疗或戒烟服务
有尼古丁替代治疗或某些临床戒烟服务（收费）
有尼古丁替代治疗和某些临床戒烟服务（收费）
有全国戒烟热线，以及尼古丁替代治疗或某些临床戒烟服务，且尼古丁替代治疗或临床戒烟服务免费
... 未报数据

健康警句

对卷烟包装健康警句的评估标准是根据其警示面积，特征和内容进行的，其中包括是否禁止使用欺骗性用语。所收集数据包括健康警句占据主要包装正面面积的百分比，是否禁止使用欺骗性用语，以及是否具有下列特征：

- 法律是否规定具体的健康警句；
- 所有烟草产品小包装、外包装和标签上都有健康警句；
- 描述烟草使用具体的健康危害
- 警句面积大、清晰、显著，且合乎标准（如要求的具体颜色和字体大小）；
- 警句内容轮换；
- 警句内容包括本国所有主要语言；
- 警句中包含一幅图片。

对各国进行经验性分类，即分析中，各国分类十分清晰，其中一类完全没有包装健康警句，另一类仅有最低限度的警句。最高两级的划分比较复杂，因为很多有健康警句立法的国家对上述特征都有不同的具体要求，如警句标签部分占主要视觉面积的30%以上，但绝大多数国家都漏掉了其中最重要的要求之一——图片警句。因此，第二级包括了所有六项特征，而最高级包括全部特征要求，另外还要求禁止使用欺骗性用语。

无健康警句
有健康警句，但面积小于包装正面面积的30%
有健康警句，且面积至少占包装正面面积的30%，并包含上述七个包装健康警句标准中的一到七个
有健康警句，且面积至少占包装正面面积的50%，并包含上述七个包装健康警句标准中的全部七个，并禁止使用欺骗性用语
... 未报告数据

禁止烟草广告、促销和赞助活动

各国对直接和间接烟草营销活动的禁止并不统一。对直接营销活动的禁止已从当地媒体发展到了国际媒

体的水平，然而这一进步在各国差异也十分明显。评估是以实施的禁令数目为基础，并考虑间接禁令与直接禁令相比的总体滞后水平。调查包括了下列直接营销措施：

- 全国性电台、电视台广告；
- 地方报刊杂志广告；
- 广告牌和室外广告；
- 销售点广告。

根据下列政策监测禁止间接市场营销活动的执行情况：

- 通过邮寄或其它途径免费散发烟草产品；
- 促销打折；
- 将烟草品牌的用于其它非烟草产品（品牌扩展）；
- 将其它非烟草品牌用于烟草产品；
- 电视和/或电影中出现烟草产品形象；

无直接或间接禁令
一到三个直接禁令，或至少一个间接禁令
四到六个直接禁令，或至少一个间接禁令
全面的直接和间接禁令
... 未报数据

税收

对各国根据该国最畅销烟草品牌的烟草专门税项占其总零售价格的百分比进行分类。对某一特定税项的纳入或排除不是根据其法律定义，而是依据其在零售价格中的最终影响确定。由于没有各国各品牌零售商的利润信息，我们假定零售商利润为零，从而为计算每包价格中的税收比例提供一个上限。

≤ 烟税比例低于零售价格的25%
烟税比例是零售价格的26-50%
烟税比例是零售价格的51-75%
> 烟税比例高于零售价格的75%
... 未报告数据

流行率

国家分类采用的是世界卫生组织信息库¹¹³调整的吸烟流行率估计值。分性别流行率数据详见附录三。

≥ 成年人中吸烟者比例大于或等于30%
成年人中吸烟者比例为20-29.9%
成年人中吸烟者比例为15-19.9%
< 成年人中吸烟者比例小于15%
... 无可比数据

技术说明II

世卫组织成员国吸烟流行情况

《2008年世界卫生组织全球烟草流行报告》数据包括各国当前最新的烟草流行调查结果。但是，各国烟草使用的调查本身差异巨大，例如，有的调查仅包含卷烟，而某些包括烟斗或雪茄，有的仅将每日吸烟者纳入调查范围，而其它国家同时涵盖了偶尔吸烟者，此外，调查的具体年份也不同。鉴于这些原因，这些调查得出的流行率数据不能直接进行比较，任何比较都必须具体考虑这些差异性，并对调查估计数据根据下列指标进行调整：

- 调查日期：比较必须是同一年的数据；
- 抽样方法：如果调查不具有全国代表性，可能需要进行调整；
- 对吸烟情况的定义：对一个国家的当前每日吸烟调查数据与另一个国家的偶尔吸烟调查数据进行比较会得出错误结论；
- 报告数据的年龄组：使用一个国家的35岁及以上人群吸烟情况与另一个国家的18岁及以上人群吸烟情况进行比较会得出错误结论。年龄与烟草使用之间存在密切关联，测量得出的烟草使用差异可能更多地反映的是人群之间年龄的差异，而不是相应的烟草使用情况的差异；
- 该国的年龄结构：两个人群中的分年龄流行率可能一样，但总体流行率却可能不同，这是由于两个人群的年龄结构不同所致。

因此，流行率的差别可能被错误地归结于政策的作用，而实际上其差异仅仅是人口统计学方面的不同造成的。

我们将数据采集过程中获得的国家烟草使用流行调查信息与世卫组织的全球信息库进行了比较，以确保获取最新信息。根据这一比较结果，最终选用的数据符合以下条件：

- 提供了关于该国下列烟草使用情况定义中的一个或几个调查汇总数据，包括：现在吸烟者、现在吸卷烟者、每日吸烟者和每日吸卷烟者；
- 调查对象通过随机抽样抽取，对一般人群具有代表性；
- 提供了分年龄组和分性别的吸烟率；
- 对15岁及以上成年人口进行了调查。

所得出的估计值分别针对上述四种烟草使用定义。这四种定义与烟草相关的个人疾病和死亡风险直接相关。汇总数据根据所有数据来源得出，对烟草使用流行率数据的分析包括下列三个主要步骤：使用探索性数据分析技术评估年龄与吸烟率以及不同烟草使用定义之间的关系，并检查是否存在数据错误；对各国自报数据使用相应的模型，计算国家一级的估计值；按照联合国

统计处的地区和亚地区划分，对国家级估计结果进行汇总，得出地区和亚地区估计值。

使用所有资料来源，对现在吸烟者

和每日吸烟者的关系以及现在吸卷烟者和每日吸卷烟者的关系进行分析，所得出的结果用于仅报告了一种烟草使用定义的国家。对不同性别和联合国的18个亚地区分别使用

回归模型进行分析。由于流行率数值范围在0到1之间，我们使用分对数变换得出连续无约束变量，进行回归分析。例如，每日吸烟者和现在吸烟者的全回归分析模型如下：

$$\begin{aligned} \text{logit (每日吸烟率)} &= a + b_1 * \text{logit (现在吸烟率)} + b_2 * \text{logit (现在吸烟率)} * \text{年龄中位数} + b_3 * \text{年龄中位数} + \epsilon \\ \text{logit (现在吸烟率)} &= a + b_1 * \text{logit (每日吸烟率)} + b_2 * \text{logit (每日吸烟率)} * \text{年龄中位数} + b_3 * \text{年龄中位数} + \epsilon \end{aligned}$$

其中，年龄中位数是指每个观察的年龄范围的中点， ϵ 是误差项（假设为正态分布）。如果交互作用项对预测现在吸烟者和每日吸烟者都不具有统计显著性，则忽略不计。

为了估计各个标准年龄段的流行率（即从15岁开始每5岁一个年龄组），我们对各国分性别分析了年龄与烟草使用之间的关系，具体方法是制作最新全国代表性调查数据的散点图。如果数据充分，则使用最符合各国自报数值的二阶或三阶函数求出每个国家各标准年龄段的流行率数值。

对各国自报调查数据的调整受各国调查数据可用性和质量的限制。如果调查是近期的，并且在各定义、年龄和分性别流行率方面具有良好的代表性和完整性，那么所得出的结果不会与世卫组织调整后的估计值有太大出入。如果一个国家没有调查数据，则世卫组织不做估计。计算估计值的方法此前已发表于《欧洲烟草控制报告》¹¹⁴，并经过了同行评价¹¹⁴。

如果一个国家没有近期调查数据，或者近期的全国调查没有进行计算所需的年龄和性别划分，那么《2008年世界卫生组织全球烟草流行报告》附录四仍会提供最新的全国数据，但是这些数据与本报告中

经调整后的数据不具有可比性。若完全没有数据，则不作任何报道。按上述三种数据标准划分，每类包括国家数目为：

具有近期国际可比调整后数据	135
具有非近期国际不可比全国数据	18
无数据国家	41

在附录三中，表3a和表3b分别包括两种估计数据：调整估计值和年龄标准化估计值。调整估计值是对国家原始数据的矫正。年龄标准化估计值用于对各国进行分类。附录4包括了各国家的全国数据及其来源。各国具体调查中的吸烟情况定义、年龄间隔、调查年份和代表性存在差异。国家数据的其它细节信息请参考www.who.int/Infobase。