

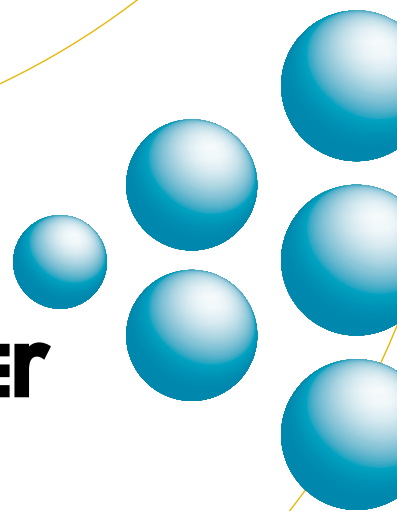


世界卫生组织

**2009年世界卫生组织全球烟草流行报告**  
**落实无烟环境**

健康与活力

**mpower**

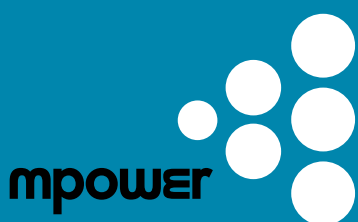




每年，二手烟  
夺去60万条生命



二手烟不存在  
安全暴露水平



**M**onitor    **监测**  
监测烟草使用和预防政策

**P**rotect    **保护**  
保护人们免受烟草烟雾危害

**O**ffer    **提供**  
提供戒烟帮助

**W**arn    **警示**  
警示烟草危害

**E**nforce    **执行**  
执行烟草广告促销和赞助禁令

**R**aise    **提高**  
提高烟税

**在全世界，大约三分之一的成年人都长期暴露于二手烟。**

**《2009年世界卫生组织全球烟草流行报告：创建无烟环境》是世界卫生组织追踪烟草流行状况以及控烟措施的影响系列报告中的第二部。**

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009:  
Smoke-free environments.

1.Smoking - prevention and control. 2.Tobacco smoke  
pollution - prevention and control. 3.Tobacco smoke pollution  
- legislation and jurisprudence. 4.Health policy. I.World Health  
Organization.

ISBN 978 92 4 5563914 (NLM classification: WM 290)

© 世界卫生组织, 2010年

版权所有。世界卫生组织出版物可从WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)) 获取。要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可 - 无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版处提出申请, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int))。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。





世界卫生组织

# 2009年世界卫生组织 全球烟草流行报告

---

## 创建无烟环境

承蒙彭博慈善  
基金会赞助经费

# 目录

## 7 成绩斐然：2008年控烟措施覆盖新增四亿人

世卫组织助理总干事的一封信

## 8 全文提要

### 12 《世界卫生组织烟草控制框架公约》

14 第8条：防止接触烟草烟雾

14 公约第8条实施准则

16 世界卫生组织建议

### 18 保护人们免受烟草烟雾危害

18 二手烟有害健康

20 二手烟暴露与早逝

22 二手烟暴露导致严重健康问题

24 二手烟的经济威胁

25 无烟法可减少二手烟暴露

26 实施无烟法规确保人们免遭二手烟危害的必要性

27 通风换气和设置专门吸烟室是无效的

28 无烟规定对健康的影响

29 无烟规定的其它好处



30 无烟法受人欢迎

31 无烟法不会影响生意

32 烟草企业反对完全无烟立法的措施

33 重要建议

**34 有效控烟措施渐成燎原之势**

34 监测烟草使用和预防政策

38 保护人们免遭烟草烟雾影响

44 提供戒烟帮助

48 警示烟草危害

52 执行烟草广告、促销和赞助禁令

56 提高烟税

60 国家控烟项目与能力

**64 结论**

**66 参考文献**

**70 鸣谢**

## 缩略词表

AFR:	世界卫生组织非洲区域办事处
AMR:	世界卫生组织美洲区域办事处
CDC:	疾病预防控制中心
COP:	缔约方会议
EMR:	世界卫生组织东地中海区域办事处
EUR:	世界卫生组织欧洲区域办事处
NRT:	尼古丁替代疗法
SEAR:	世界卫生组织东南亚区域办事处
STEPS:	世界卫生组织阶梯式监测方法
US\$:	美元
WHO:	世界卫生组织
WHO FCTC:	《世界卫生组织烟草控制框架公约》
WPR:	世界卫生组织西太平洋区域办事处



虽然取得了进展，但是全球仍然仅有9%的国家规定实施无烟酒吧和无烟餐厅，65个国家报告没有实施任何国家水平的无烟化政策。

世界各国政府与公民社会必须继续采取果决措施，控制烟草流行——全球最大的可预防死因。

世界卫生组织助理总干事Ala Alwan博士

# 成绩斐然：2008年控烟措施覆盖新增四亿人

自从《世界卫生组织烟草控制框架公约》生效以来，我们已经在遏制全球烟草流行方面取得了巨大的进展。《2009年世界卫生组织全球烟草流行报告》是对全球烟草流行在国家层面上的第二次审视，通过这份报告的信息，我们可以看到哪些国家已经采取了有效的烟草控制措施来降低对烟草的需求，哪些国家仍需采取进一步的措施以保护其人民免遭烟草使用危害，以及哪些国家为我们树立了榜样。

今天，烟草使用每年在全世界夺去超过500万人的生命，预计这个数字还将继续增长。烟草使用给低收入和中等收入国家带来了沉重的负担，而且在未来几十年间这些国家的负担还将以更快的速度加重。我们必须继续扩大和强化降低烟草使用的措施。

实施烟草控制的成本相对较低，而回报却十分高！很多由于烟草使用而死亡或者致残的人都处于中青年，这就使其家庭丧失了主要的收入来源，同时增加了家庭支出的医疗成本，阻碍经济发展。尽管各种控烟项目会存在一定的成本，但是这些成本可以十分轻易地通过提高烟草税抵消掉——而提高烟税本身就是一项十分有效的降低烟草使用的措施。在近期取得的成绩显示了创建无烟环境的可行性，同时也极大地增加了全球对于创建无烟环境的广泛兴趣。

本报告记录了过去一年中控烟领域取得的诸多很多成绩。由于17个国家采取了控制烟草流行的措施，全球又有近四亿人得到了至少一项完整MPOWER措施的保护，其中最为引人注意的是在创建无烟环境方面取得的进

展，这也是本次报告的核心内容。

2008年一共有7个国家——基本都是中等收入国家，通过了全面的无烟法。其中几个国家从原来的完全没有国家级无烟法或者仅在部分类型的公共场所或工作场所实施保护，进步到了对于所有场所实施无烟保护。然而，我们的报告数据同时也显示，我们仍然任重道远！虽然取得了进展，但是我们看到，全球仍仅有9%的国家要求酒吧和餐厅无烟化，65个国家报告没有任何国家级无烟化政策。

《世界卫生组织烟草控制框架公约》为推进全球烟草控制制订了很高的标准并提供了强有力的前进动力。正如本报告提出，我们正在取得进展，但是仍旧任重道远！世界各国政府和各国公民社会必须继续采取果决措施，遏制烟草流行——这一全球最大的可预防死因。通过始终坚持将控烟作为首要任务，我们的控烟工作一定会取得成功，从而建立一个无烟的世界。



世界卫生组织助理总干事  
Ala Alwan博士

# 全文提要

烟草使用是全世界最大的可预防死因，据估计，烟草使用每年要夺去超过500万个生命。其中大部分都是来自低收入和中等收入国家。如果我们不采取有力措施，在未来几十年内，低收入和中等收入国家和高收入国家在死亡人数上的差距还将进一步加大。如果当前发展趋势不得到遏制，到2030年每年死于烟草的人数将增加到800万人以上——而这些早逝者80%都将来自低收入和中等收入国家。如果再不采取紧急措施，到本世纪末，烟草致死的人数将达到10亿甚至更多。

到2009年7月为止，《世界卫生组织烟草控制框架公约》缔约国已经超过160个，覆盖全球86%的人口，

向世人昭示了全球扩大和深化烟草控制工作的政治意愿。《公约》及其准则为控烟工作的开展和管理提供了基础。为了实现这一目标，世卫组织去年出台了MPOWER系列措施。这一系列措施的用意在于帮助各国根据《公约》要求在国家层面上实施有效的措施，以降低烟草需求。随着缔约方会议行使其职责，MPOWER为各国在《公约》要求的相关领域中提供了国家级别的可实施的帮助。MPOWER针对的主要是需求方措施，但是《公约》同时也认可和注重实施针对供应方的措施。

在《2009年世界卫生组织全球烟草流行报告》中，所有关于六项措施的实施数据都根据2008年数据进行了

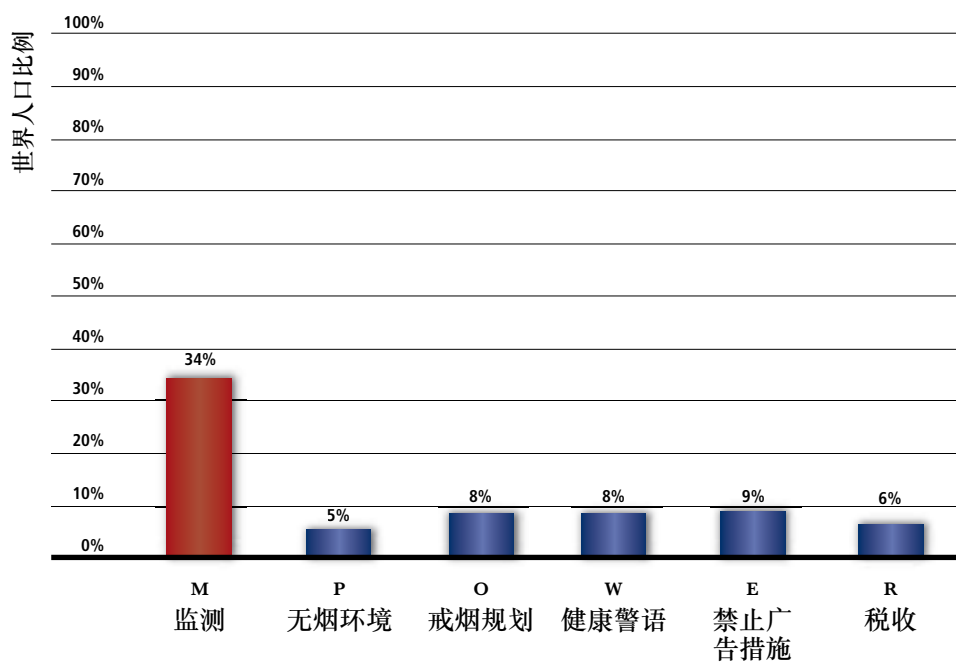
更新，同时针对部分相关领域还新收集了一些数据，具体详见《技术资料一》。对于政策成绩的分类我们进行了必要的修改，以便与新的公约准则一致。对于去年的数据我们重新进行了分析，以匹配新的分类，同时便于与2007和2008年数据进行比较。此外，我们对今年的报告印刷版进行了精简，如果你需要各个国家的具体数据详见网址：[www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower)。

本报告广泛回顾了关于通过立法和执法保护人们免遭二手烟危害的证据基础。报告核心关注的是无烟化政策的实施情况，第一次在全球范围内收集了国家和国家以下区域的具体数据。我们对无烟化立法进行了专门的

**2008年，  
全面无烟化  
法规在低收入  
和中等收入  
国家新增  
覆盖1.54亿  
人口。**



## 部分烟草控制政策覆盖的世界人口比例（2008）



此处所描述的各类别的定义详见《技术资料一》



分析，让大家可以更加具体地了解其进展和这一领域未来的挑战。

尽管2008年在实施MPOWER措施方面取得了进展，新增近4亿人口被至少一项完整措施覆盖，但是控烟工作依然任重道远！全世界只有不足10%的人口得到了MPOWER措施的其中之一的保护。

本报告以无烟法为核心表明在这一领域需要付出更多的努力。2008年新增加1.54亿人口（大部分是在中等收入国家）得到全面无烟法的保护。而各种无烟化政策在国家级以下区划也在变得越来越普遍，在取得国家级进展的同时，应当注重继续实施和鼓励国家级以下级别地区的进展。在全球最大的100座城市中，仅有22座实行了完全无烟化，不过从

本报告数据收集工作结束至今，又有了新的进展——里约热内卢、萨尔瓦多和圣保罗三个城市相继通过了全面的无烟化立法\*。城市和其它国家级以下级别地区可以在国家立法之前就开始为其市民提供保护。虽然有这些良好的发展迹象，但是全球仍有超过90%的人口还没有得到全面无烟政策的保护。此外，对于无烟化法规的遵守情况也很不理想——全球仅有2%的人口生活在有全面无烟化法规并且得到很好执行的国家。

值得警醒的一点是，在烟草广告和营销禁令方面的进展有所放慢——2008年基本没有取得任何实质性进展，仅有巴拿马通过了一项新的烟草广告禁令，其余全球91%以上的人口依然没有得到全面烟草广告禁令的保

护。提高烟税方面的进展也极其缓慢。部分国家取得了一定的进展，但是其它国家却在后退——将近95%的世界人口所在国家的烟草税只占卷烟单价的不足75%。在当前的经济危机形势下提高烟税在各个方面都有好处——政府可以提高收入，吸烟率可以大幅度下降。即使在当前的税率基础上，控烟措施的资金投入仍然十分不足——全球范围内，每年烟税收入是控烟投入的170倍以上！

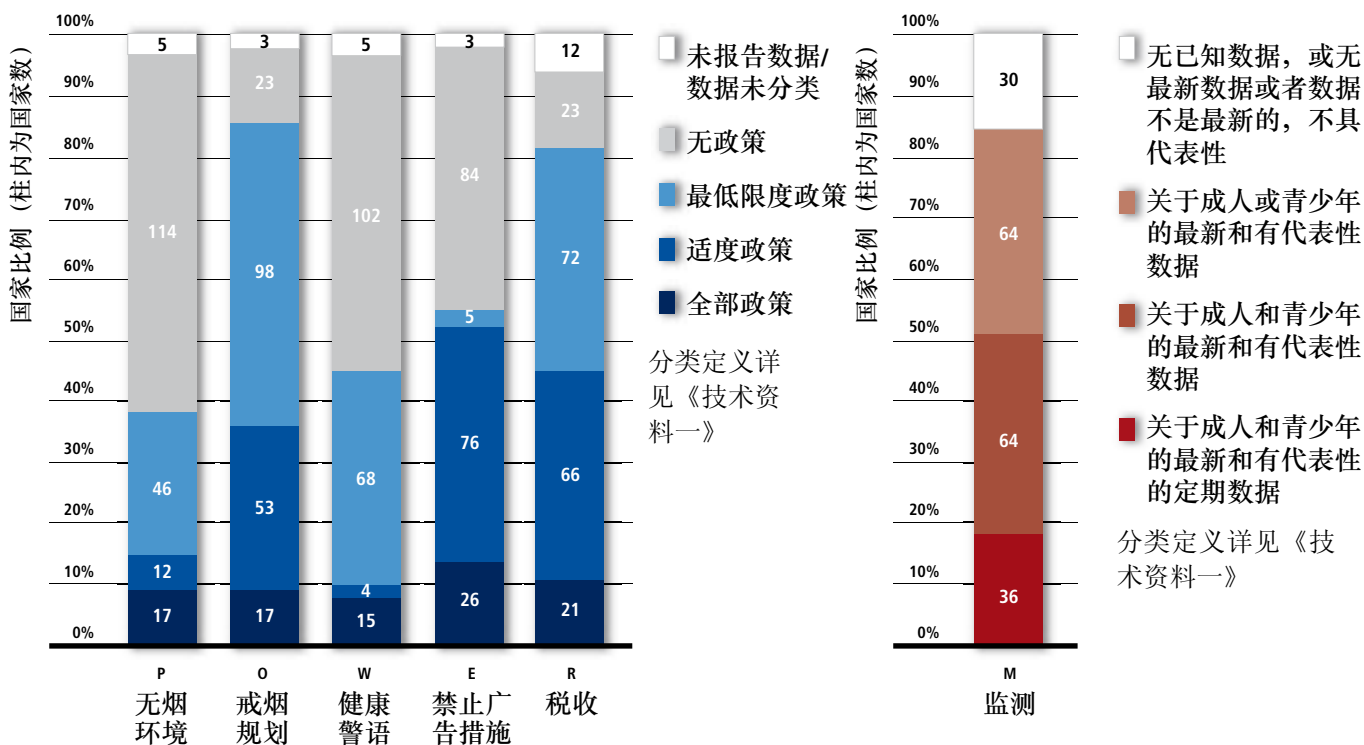
\* 详见表2.4.0。

**各国需要开展的工作还很多，目前仅有不到10%的世界人口得到了至少一项MPOWER措施的保护。**

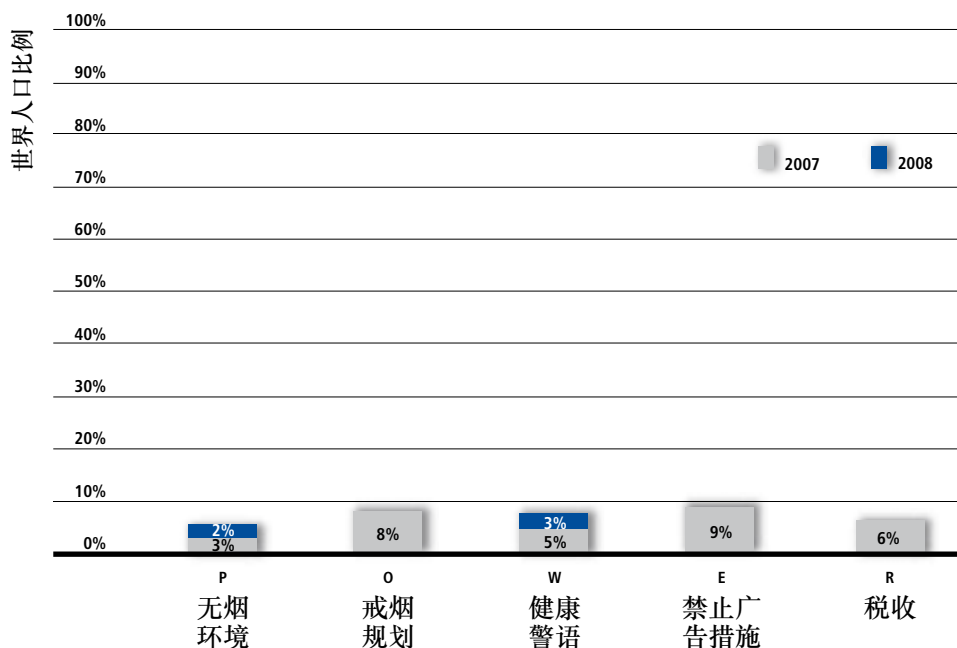




## 部分烟草控制政策在世界上的实施情况（2008）



## 2007年以来部分烟草控制政策覆盖世界人口的新增比例



注：图中是变化比例至少在1%以上。  
由于2007和2008年的监测数据不具可比性，本图中未包含。

# 《世界卫生组织烟草控制框架公约》

《世界卫生组织烟草控制框架公约》（简称《公约》）是对烟草流行全球化问题的回应，该《公约》是第一个由世界卫生组织成员国行使其世界卫生组织《宪章》所赋予的权力谈判形成的国际公约。这一杰出的全球烟草控制公约文件对其各成员国均具有法律效力，为降低烟草需求和减少烟草供应设定了底线，为各级的控烟政策提供了一个综合性的指导。《公约》的执行机构是“缔约方会议”（Conference of the Parties, COP），由全体缔约

方构成，是一个跨政府的实体，负责监督《公约》的有效实施。

针对烟草使用相关决定因素的复杂性，《公约》涉及减少供应和降低需求两个方面，其中关于降低需求的核心条款包括第6条和第8-14条，分别是：

第6条：减少烟草需求的价格和税收措施

第8条：防止接触烟草烟雾

第9条：烟草制品成分管制

第10条：烟草制品披露的规定

第11条：烟草制品的包

装和标签

第12条：教育、交流、培训和公众意识

第13条：烟草广告、促销和赞助

第14条：与烟草依赖和戒烟有关的降低烟草需求的措施

关于减少供应的核心条款包括第15-17条：

第15条：烟草制品非法贸易

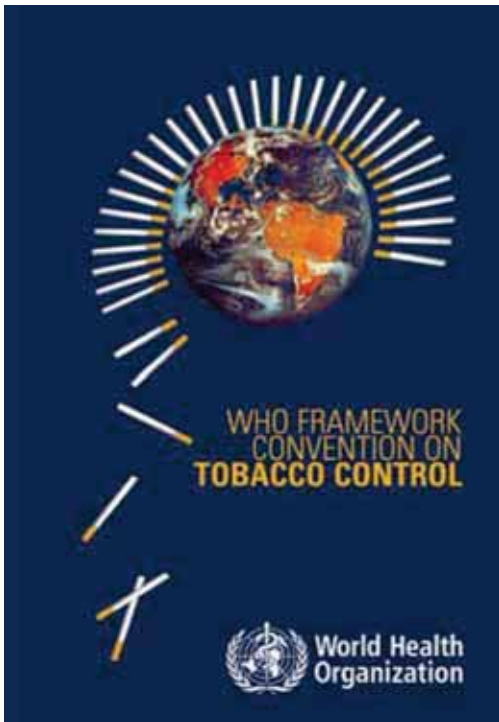
第16条：向未成年人销售和由未成年人销售

第17条：对经济上切实可行的替代活动提供支持

为了更好的履行《公

**科学证据已经十分确定地证实，暴露于烟草烟雾会导致死亡、疾病和残疾。**





约》要求，世卫组织各成员国：

- 制定了遏制烟草流行协同措施的全球标准；
- 再次认同了所有人对获得最高标准健康水平的权利；
- 强化了国际法在疾病预防

和健康促进方面的作用。

《公约》于2005年2月27日正式生效，时至今日已经成为联合国历史上最广泛的公约之一，现有成员国160多个，覆盖了全球86%以上人口。《公约》的效力不仅在于其规定的各项义务——这些条款对所有缔约方均具有法律约束力，同时还在于它正式体现出的全球一致

采取措施抵制烟草使用的承诺——当今烟草使用每年夺去几百万人的生命，造成数百亿美元的经济损失。



## 第8条：防止接触烟草烟雾

在《公约》的制定过程中，第8条（防止接触烟草烟雾）得到了关于无烟场所益处的大量证据支持，其中包含了一个十分宽泛的提法“科学已明确证实接触烟草烟雾会造成死亡、疾病和功能

丧失”（1）。第8条是采取国际措施降低二手烟所致疾病负担的基础，同时，由于第8条赋予了各缔约方采取相应措施的法律义务，更显得尤为重要。得益于第8条的规定和对各缔约方的义务，全

球在保护人们免遭烟草暴露危害方面已经取得很大的进步，不过各国和各地区都还有很多工作要做。

### 《公约》第8条实施准则

第8条实施准则的目的是为了“协助各缔约方通过认识二手烟危害的科学证据以及掌握创建无烟环境最佳手段来实现公约第8条规定的各项义务……（以及）根据《公约》第8条的要求，确定

有效保护人们免遭烟草烟雾暴露危害所需的关键性立法元素”（2）。

第8条实施准则的开发过程十分迅速，并取得了实实在在的成效。2007年7月的第二次会议上，工作组提出了

完整的第8条实施准则草案，并获得了缔约方大会的一致通过（2, 3）。

缔约方大会通过的第8条实施准则的基础符合科学证据，同时具有很好的最佳实践支持。准则高度明确了各

**烟草烟雾暴露  
没有所谓的安全暴露水平。  
所有人都应得到保护，免遭烟草烟雾暴露危害。**



缔约方的责任，并对各个条款进行了解释说明。第8条实施准则的内容可分为四个部分：

### 有效立法的范畴

在这一部分中，《准则》指出各缔约方有义务通过措施，在所有的室内公共场所、室内工作场所和公共交通工具中为所有人提供保护，使之免遭烟草烟雾危害。在这一问题上不能有任何法律或卫生权限的例外。各缔约方都要在《公约》对其生效五年内提供上述保护措施。此外，准则还指出，《公约》第8条同时要求各缔约方采取措施，在“适当时”，在“其它”公共场所保护人们免遭烟草烟雾暴露危害(3)。鼓励各缔约方在选

择具体保护场所时，考虑相关的健康危害证据和可能为其人民带来的保护效益。

### 为公众提供信息，向公众咨询，并鼓励公众参与，以确保获得公众的支持，保障实施的顺利

这一部分讨论的是公众对无烟化立法的认识和支持这一重要问题。《准则》指出，各缔约方应当让所有相关各方都参与到立法制定过程中来，特别是那些会受到无烟法影响的企业。通过将高水平的公众认识和支持与强有力的无烟法规执行相结合，可以为实施广泛的教育举措提供支持，这些教育举措可包含下列信息：

1. 二手烟暴露带来的危害；

2. 彻底禁止在室内吸烟是唯一经科学证实，能够保护人们免遭烟草烟雾暴露危害的方法；
3. 所有工作者都有受到法律保护的平等权利；
4. 无烟环境不会对商业利益造成负作用，特别是娱乐服务业，相反，证据显示，除了卫生方面的益处外，无烟环境还能带来经济收益。

### 执行

执行部分提出，所有缔约方应当在其通过的立法中包括企业和吸烟者遵守《公约》第8条的义务；要求企业采取措施，譬如张贴“严禁吸烟”标志，清除所有烟具，监督无烟规定遵守情况，并对违反规定者采取相应处罚措施。对于



违反无烟化立法的处罚内容应当集中针对企业而不是吸烟者个人，处罚要够重，从而遏制违反行为。此外，还要在相应的赋权法例中确定出负责机构，建立一个机制，用以监督遵守情况，处罚违反者。执行策略包括通过在立法通过后及时警告违反者进行“软执法”，进而过渡到强硬、坚决的执法措施，以确保未来对法律的遵守。无烟化法规常常在经过一段时间之后就能形成

自我执行能力；在立法内容中要包含一个允许社会群体报告违法情况的途径——举报可以成为执法机制当中最主要、最为有效的形式之一。

### 对措施进行监测和评价

对根据《公约》第8条实施的措施效果进行监测和评估对于维持公共意识与支持，研究最佳实践和经验教训，以及发现烟草企业破坏无烟化政策

的措施等方面具有极其重要的意义。准则就监测和评价问题提供了八项关键性的过程与结局指标(3)。

很重要的一点是，《公约》第8条实施准则重申：烟草烟雾暴露不存在安全暴露水平，所有人都应受到保护，免遭烟草烟雾暴露危害。在铭记这些原则的基础上，本报告将关注的重点放在了二手烟和各国政府应当为其国民提供的相应保护措施上！

## 世界卫生组织建议

为了支持《公约》第8条实施准则的开发和起草工作，世卫组织提出了详细的国家级政策建议，用以帮助无烟法顺利通过和成功执行(4)。依据关于无烟政策成本

效益比、可行性和受欢迎程度的证据，以及世界各地不断快速增加的无烟化地区的成功经验，世卫组织提出了以下四项关键性政策建议，意在保护场所内的工作人员

和公众免遭二手烟暴露危害(4)：

1. 实施完全无烟环境，消除污染源——烟草烟雾。这是唯一一个能够有效地减少人们暴露于二手烟至安



全水平，为人们提供可接受的保护的策略。通风换气 and 设置吸烟区——无论是不是和非吸烟区分开通风——都不能将暴露水平降低到安全的程度，不做推荐。

2. 立法要求所有室内工作场所和公共场所都要完全无烟化。法律法规必须保证对所有人提供平等的保护。不能放任自愿性的实施无烟法。在某些情况下，依据提供全民有效保护的原则，也要要求部分室外和半室外场所实行无烟化。
3. 实施和执行相应法律法规。仅仅通过无烟化立法是不够的。适当的实施和充分的执行这些法规所需措施和方法相对简单，但却极其重要。
4. 鉴于无烟工作场所立法会提高人们（不管是吸烟者

还是非吸烟者）主动在家实施无烟化的可能性，应实施教育策略，降低家庭环境中的二手烟暴露。

诸如上述政策建议都是世卫组织以《公约》为基础开展的总体控烟项目的有机组成部分。为各缔约方提供技术帮助，协助他们实现对《公约》的部分承诺，世卫组织提出了MPOWER系列措施。MPOWER为实施六项经证实可降低烟草使用的措施提供支持，包括：提高烟税；确保禁止烟草广告与促销；保护人们免受烟草烟雾危害；警示烟草危害；提供戒烟帮助；以及对烟草流行情况和预防政策进行细致的监测(5)。每一项措施都是对公约中一项或几项条款的体现，这六项措施构成的这个系列是扩大降低烟草需求的努力的一个重要切入点。

作为MPOWER的一个

部分，世卫组织正在开发一系列实际培训资料和评估、监控和监测工具，作为对《公约》及其准则的支持。MPOWER是世卫组织《预防和控制非传染性疾病行动计划》的有机组成部分，该行动已经于2008年第61届世界卫生大会通过，是对世卫组织各成员国对于实施《公约》承诺的反映。



# 保护人们免受烟草烟雾危害

## 二手烟有害健康

二手烟是指卷烟或其它烟草制品燃烧端释放出的烟雾（侧流烟），通常还伴随吸烟者呼出的主流烟，其成分与吸入部分的烟雾或者主流烟成分类似(6)。但是，二手烟在某些颗粒物方面的单位毒性是主流烟雾的三到四倍，同时侧流烟的整体毒性高于其各种成分的毒性之和(7)。

烟草烟雾当中已知的化学物质超过四千种之多，其中至少有250种被发现是有害物质，50多种可导致癌症(8, 9)。由于烟草烟雾造成

的污染水平比汽车尾气颗粒物等其它环境有毒物质高很多，因此身处允许吸烟环境中的人可能接触到的有毒物质水平会很高。研究显示，可吸烟的室内场所中的污染水平比热闹街道、封闭的汽车房和火灾现场的污染水平还高(10)。

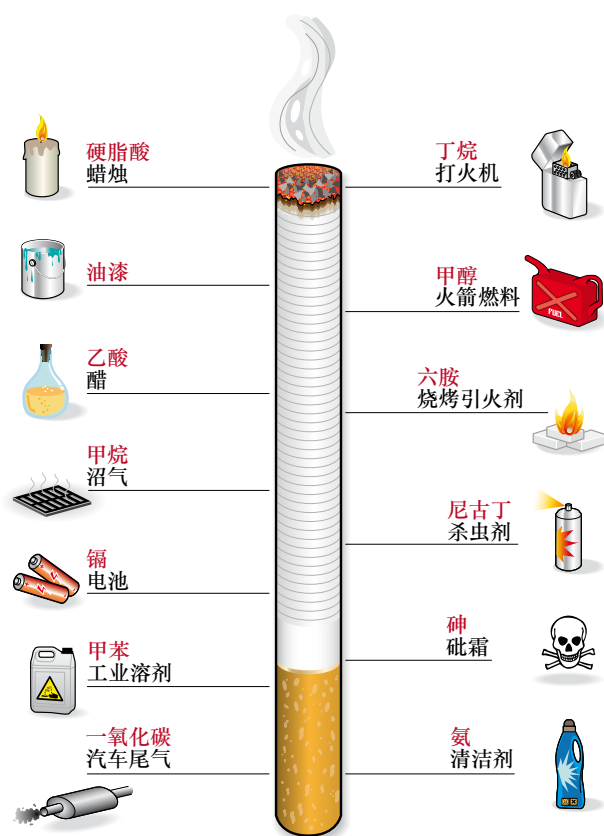
二手烟可以从一栋楼房的一个房间传播到其它房间，即使吸烟区域的房门是关闭的。二手烟污染产生的有毒化学物质可以在实际吸烟之后很长时间仍然存留在地毯、窗帘、衣物、食

物、家具和其它物品中，这些有毒物质可以在吸烟之后保持在房间内数周甚至数月之久(11, 12)，哪怕房间的窗子是打开的，或者对空气进行了过滤。空气过滤器本身就可以成为藏污纳垢的污染源——不但起不到清除污染的作用，反而会将这些化学物质放回到房间内的空气中来。这些在房间陈设和吸烟者的物品表面长时间积累起来的烟草毒物有时也被称为“三手烟”(13)。





## 二手烟所含的化学物质（部分）



**已知烟草烟雾中所含的  
化学物质超过4000种！**



## 二手烟暴露与早逝

事实上，在所有允许吸烟的公共场所都存在二手烟(14)，而二手烟没有所谓的安全暴露水平(15)。

据估计，全球大约三分之一的成年人都长期暴露于二手烟(16)。在欧盟，14%的非吸烟者在家中暴露于他人的烟草烟雾，三分之一有工作的成年人至少部分时段在其工作场所暴露于二手烟(17)。在加拿大，大约四分之一的非吸烟者报告长期暴露于家中、交通工具上或者公共场所的二手烟雾中(18)。

全世界据估计有七亿儿童——约占全部儿童的40%，都在家中暴露于二手烟(19)。全球青少年烟草调查(Global Youth Tobacco

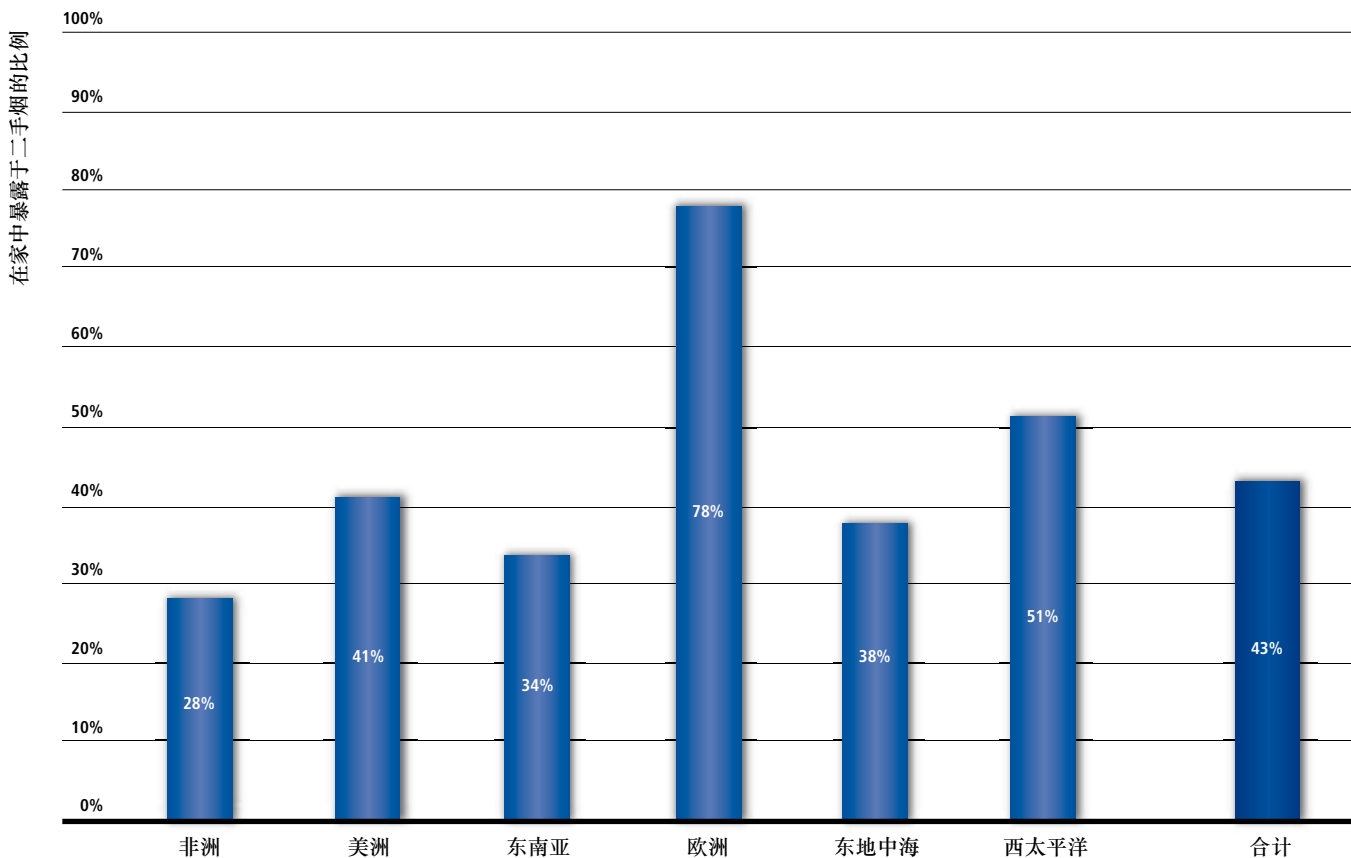
Survey, GYTS)的结果显示，父母至少一方吸烟的儿童据估计达43% (20)。在被调查者中，将近一半的年龄在13到15岁从未吸烟的青少年都在家中暴露于二手烟，与在其它场所暴露的总比例相当；与不存在暴露的青少年相比，这些青少年开始吸烟的可能性高1.5-2倍(20)。

据估计，二手烟在全球范围内每年导致大约60万人过早死亡(16)这个数量大致相当于全世界每年死于麻疹的总人数或者在生育过程中死亡的妇女人数(21)。在所有归因于二手烟的死亡中，31%是儿童，64%是妇女(16)。在美国，每年大约有5万人死亡——约占全部烟草

相关死亡的11%——都是由于二手烟暴露所致(22)。在欧盟，据估计工作中的二手烟暴露每年导致大约7600人死亡，家庭环境中的暴露导致72100人死亡(23)。



## 13-15岁青少年家中有人吸烟的比例（世卫组织各区域，2008）



资料来源：(20)。



**据估计，全球大约三分之一的成年人都长期暴露于二手烟。**

## 二手烟暴露导致严重健康问题

对于吸烟的健康危害，早在五十多年前就已经有肯定的科学结论(24)，但是，烟草毒害的不仅仅是吸烟者——呼吸着含有二手烟的非吸烟者也面临着更高的疾病和死亡风险！

在证据确认二手烟的健康危害之后的25年(25-27)，包括世卫组织国际癌症研究机构(6)、美国卫生总监(28)、加州环保署(29)和英国烟草与健康科学委员会(30)等各大医学和科研机构发表了14份科学报告，一致肯定指出：暴露于二手烟可导致非

吸烟者罹患一系列严重、乃至致命的疾病。

多项研究证实，二手烟暴露可导致多种疾病、残疾和死(31)。二手烟暴露导致了全球大约1%的疾病负担，约合主动吸烟所致疾病负担的10-15%(16)。二手烟暴露同时还与不吸烟者健康生活质量降低有关，其中暴露水平越高，生活质量指标下降程度越大(32)。甚至在有人吸烟的家庭中，宠物患上癌症的机会都比较大(33-35)。

胚胎期或产后暴露于烟草烟雾的新生儿，其早产(36)

和低出生体重(37)的风险都更高，同时发生新生儿猝死综合征的几率翻了一番(38)。暴露于二手烟的儿童发生急性呼吸系统疾病的风险提高50%-100%(39)，耳部感染的发病率增加(28)，同时发育障碍和出现行为问题方面的可能性也增加(40, 41)。



呼吸二手烟  
可产生严重、乃至致命的健康后果。

## 二手烟导致的疾病

### 女童

脑肿瘤\*

中耳疾病

淋巴瘤\*

呼吸系统症状、肺功能受损

哮喘\*

新生儿猝死综合征 (SIDS)

白血病\*

下呼吸道疾病

### 女性成年人

中风\*

鼻腔刺激、鼻窦炎\*

乳腺癌\*

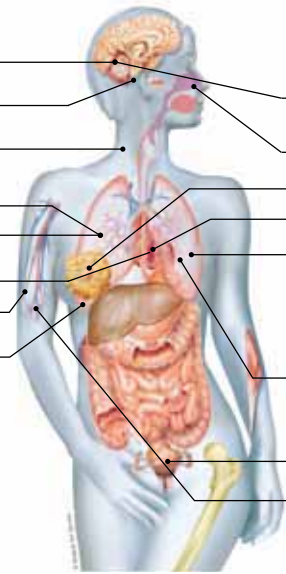
冠心病

肺癌

慢性阻塞性肺病 (COPD)\*、慢性呼吸系统综合征\*、哮喘\*、肺功能受损\*

对女性生殖系统的影响：低出生体重；早产\*

动脉粥样硬化\*



\*因果关系证据：提示  
因果关系证据：充分

### 男童

脑肿瘤\*

中耳疾病

淋巴瘤\*

呼吸系统症状、肺功能受损

哮喘\*

新生儿猝死综合征 (SIDS)

白血病\*

下呼吸道疾病

### 男性成人

中风\*

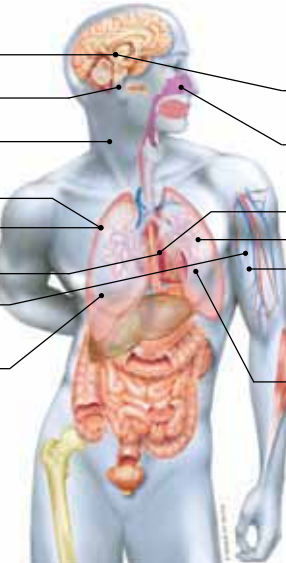
鼻腔刺激、鼻窦炎\*

冠心病

肺癌

动脉粥样硬化\*

慢性阻塞性肺病 (COPD)\*、慢性呼吸系统综合征\*、哮喘\*、肺功能受损\*



\*因果关系证据：提示  
因果关系证据：充分

资料来源：(28)。



# 二手烟的经济威胁

除了导致不断增加的大量卫生负担外，二手烟暴露还会对个人和国家造成很多经济负担，其中既有直接的医疗成本也有由生产力降低带来的间接成本。在美国，据估计仅二手烟暴露一项每年就会花去50亿美元的直接医疗成本，同时还有由于残疾和早逝造成生产力损失带来的50亿美元间接成本(42)。根据美国职业卫生与安全局1994年的估计，保持空气清洁可将生产力提高3%(43)。

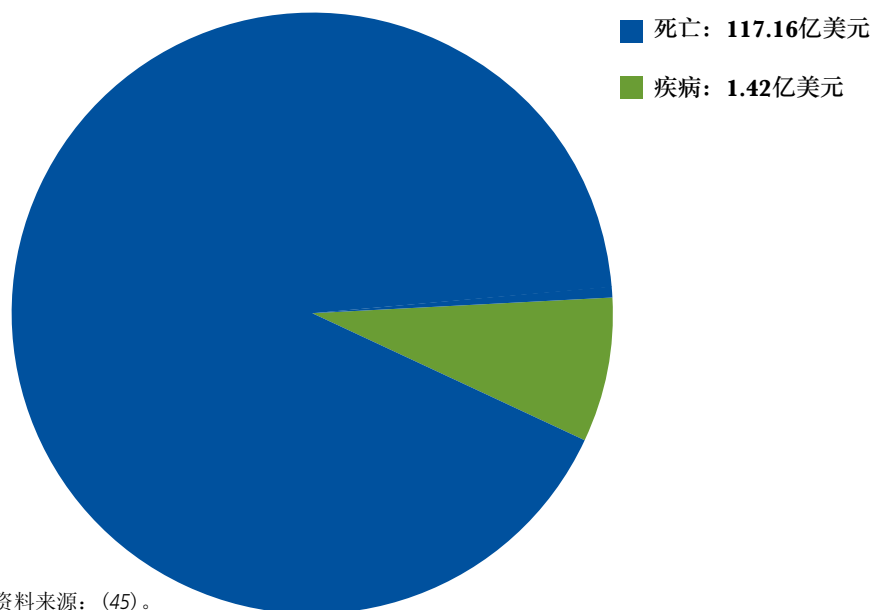
多项研究估计，在全部烟草相关经济成本当中，10%都是由于二手烟暴露导致

(44)。在美国，每年与烟草使用有关的经济成本总额高达约1930亿美元（其中吸烟归因医疗开支960亿美元，生产力损失970亿美元）(22)。按照上面的10%计算，美国每年与二手烟有关的经济成本高达19.3亿美元（大约人均64美元）。

对于烟草使用成本的经济学研究在其他一些国家也有开展，但是大部分并没有专门评估与二手烟暴露相关的具体成本。对于有具体数据的国家，二手烟暴露相关的经济成本基本上和美国一样。譬如，

在中国香港特别行政区，由二手烟暴露导致的直接医疗成本、长期护理和生产力损失每年大约是1.56亿美元（人均大约24美元，占烟草相关总成本的23%）(45)。

## 烟草相关疾病和死亡成本 (中国香港特别行政区，1998)



资料来源：(45)。

# 无烟法可减少二手烟暴露

国际癌症研究机构的结论指出：“有充分证据证明，实施无烟化政策可以大大降低二手烟暴露” (46)。对于无烟化政策效果的研究一致指出，这些政策可以将高暴露场所中的二手烟暴露水平降低80%-90%，可使总体暴露水平降低高达40% (47)。在无烟场所中工作的人暴露于二手烟的程度比其他工作者低3-8倍 (48)。生活在具有全

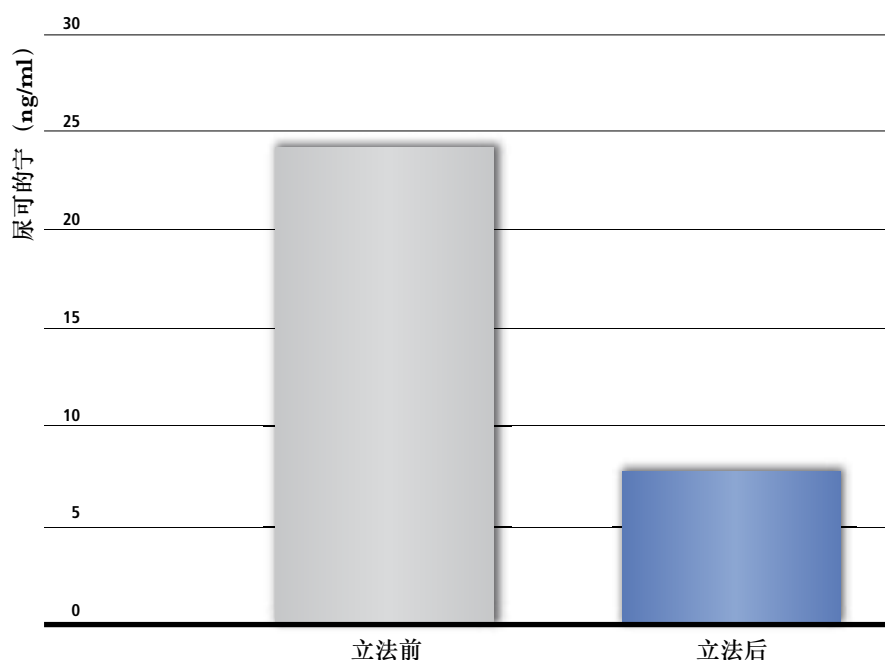
面无烟法的社区的成年人，其二手烟暴露几率比没有无烟法的社区低5-10倍 (49)。就降低二手烟暴露问题，爱尔兰提出的证据是十分有力的。在爱尔兰2004年开始实施无烟化立法之后，监测室内环境空气尼古丁含量和颗粒物浓度下降了83%，酒吧工作人员的呼出气体一氧化碳含量降低了79%，唾液可的宁含量降低了81%，酒吧工作人

员每周的二手烟暴露时间从30个小时直跌为0 (50, 51)。

这些结论在众多其它实施全面无烟法的场所也都得到了证实。在加拿大多伦多，2004年开始实施的一项完全无烟化法律使得酒吧工作人员的尿液可的宁水平在一个月内降低了68%，而在没有无烟化立法的对照社区工作的酒吧工作人员尿液可的宁水平则未见任何显著变

## 无烟化政策可将高暴露场所中的二手烟暴露水平降低80-90%。

引入全面无烟法前后酒吧工作人员的尿可的宁水平（加拿大多伦多）



资料来源：(52)。

\* 唾液和尿液可的宁浓度分析被作为测定二手烟暴露水平的生物学指标。

(52)。苏格兰于2006年开始实施全面无烟法，结果使得酒吧中的空气颗粒物浓度降低了86% (53)，成年非吸烟者的唾液可的宁降低了39%(47)。

纽约州2003年开始执行全面禁烟令后，其后的一年

内，成人非吸烟者的唾液可的宁水平降低了47(54)；新西兰从2004年开始实施全面无烟法，成功将酒吧顾客的二手烟暴露水平降低了大约90%(55)；芬兰实施了全国性的无烟法，使其法律覆盖范

围内的工作场所二手烟暴露从实施前工作人员报告的51%减少到法律生效三年后报告的12%(56)。

## 实施无烟法规确保人们免遭二手烟危害的必要性

基于相关科学证据，世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议得出结论，完全无烟环境是唯一经证实可充分保护人们健康免遭二手烟危害的方法，而任何水平的暴露都是危险的(2)。

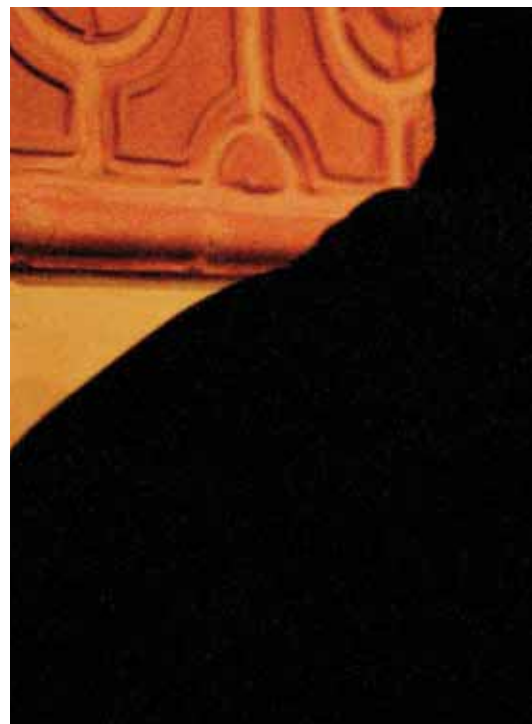
一旦无烟法生效，政府就必须对其保持有力的

支持，开展积极持续的执行工作，实现高遵守率，并至少坚持到该法律法规形成自我实施状态为止。虽然越来越多的国家都已经通过了实施无烟环境的立法，但是绝大多数国家仍然不具备无烟法，或者法律法规十分有限，或者执法不力。立法再

全面，没有很好的执行，也起不到保护人们免遭二手烟危害的目的；同时，如果立法仅仅涵盖了几种场所，哪怕实施得再好，也不能有效地起到保护作用。

在法律生效之后很短的一段时间内(57)，对无烟法的充分执行可建立其可信

**完全无烟环境是唯一经证实可充分保护人们健康免遭二手烟危害的办法。**





度。在这段时期开展积极并公开的执法工作，以彰显政府对于保障守法的决心很有必要。其中，主管部门突击检查效果很好。

一旦达到较高的守法水平，就可以减少正式执法了，因为如果公众和商圈人士支持无烟化政策和立法，

那么这些场所的无烟化维持工作很大程度上就可以自我实施了。将实施场所无烟化的责任交给业主和管理人员是确保这些法律法规得到执行最有效的办法。在很多国家，法律明确规定，雇主有法律责任为其雇员提供安全的工作环境。针对雇主的罚

款等处罚措施更容易起到确保吸烟者个人守法的目的。

对执法情况及其影响要定期进行监测。在无烟法生效后对立法不造成负面商业影响这一事实进行评估和宣传可以进一步提高对无烟法的遵守和接纳。

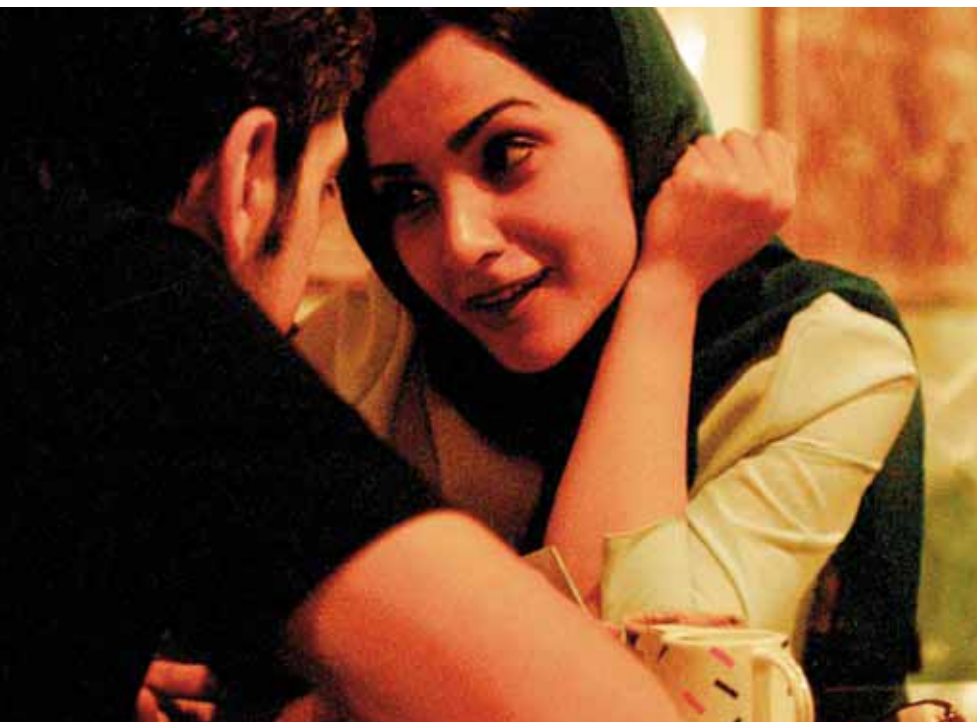
## 通风换气和设置专门吸烟室是无效的

在建筑物的任何位置吸烟都会大大提高二手烟烟草烟雾的浓度——哪怕是没有吸烟的区域(58)。通过让吸烟者在专门的吸烟室中吸烟，从而将吸烟者和非吸烟者从物理上隔离开，这种方法只能将二手烟的暴露水平降低一半，也就是说只能起

到部分保护的效果(59)。

美国制热、冷冻和空调工程师协会2005年得出结论：全面无烟法是唯一能够有效消除二手烟相关风险的手段，不能依靠通风换气技术控制二手烟暴露带来的健康风险(60, 61)。这一立场声明与其它相关的结论是一致

的，即通风换气和设置专门吸烟室不能避免对二手烟的暴露(62, 63)。



**通风换气和设立专门吸烟室不能起到保护人们免遭二手烟草的危害。**

# 无烟规定对健康的影响

## 无烟法可减少呼吸系统症状

由于污染水平和二手烟暴露在实施无烟法之后会迅速降低(64)，因此相应的呼吸系统症状也会很快减少。在苏格兰，酒吧工作人员在全面无烟法生效后三个月内报告呼吸系统症状减少了26%，本身患有哮喘的酒吧工作人员呼吸道感染也减少了(65)。在美国加州开始实施酒吧无烟化的法律之后八周内，酒吧服务员报告呼吸系统症状减少了59%，感官刺激症状减少了78%(66)。

## 无烟法可减少心脏疾病

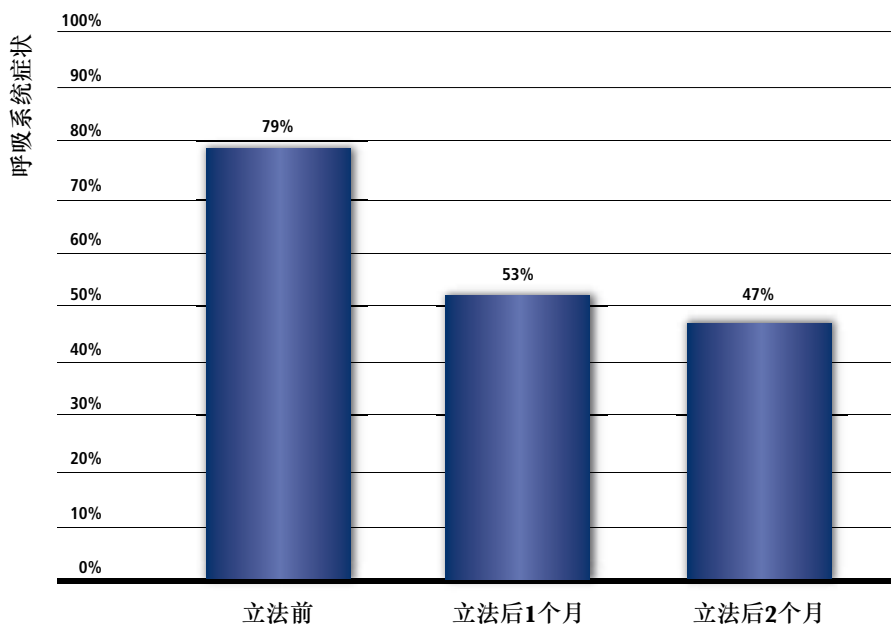
即便只是很低水平的二手烟暴露对提高患心血管疾

病风险都具有显著的临床影响(67)。无烟环境对于降低心脏病发作几率的作用几乎是立竿见影的，甚至在开始实施之后短短的几个月时间内就会见效(68)。多项研究都已证实，在全面无烟法生效之后，因心脏病发作入院治疗的比率有所降低(69-74)。此外，同类型的很多针对国家级以下，尚未具备国家级无烟法的地区（州/省和市级）开展的研究不仅显示了无烟法的影响，同时还揭示了当没有国家级禁烟令时，地方性无烟法的价值。

## 无烟法有望减少肺癌发生

由于二手烟暴露和肺癌发生之间存在很长的时间滞后，因此目前尚无实施无烟化政策可以减少肺癌发生的完整数据。从1988年到2004年间，美国加州实施无烟法，同期，加州的肺癌和支气管癌发病率下降速度比美国其它州快了四倍，当然其中可能有一部分原因是由于加州从八十年代初期开始，其吸烟率的降低速度就比其它州更快(75)。

## 引入全面无烟化立法前后酒吧工作人员的呼吸系统症状情况（苏格兰）



资料来源：(65)。

# 无烟规定的其它好处

## 无烟法可以帮助吸烟者减少吸烟量和戒烟

无烟环境不仅可以保护非吸烟者，同时还可以使连续吸烟者的烟量每天减少2-4支(76)，并帮助有戒烟意愿者戒烟，还有助于使已戒烟者更长期地戒烟。美国的人均卷烟消费量在实施全面无烟法的州比没有实施这些法

律法规的州低5%-20%(77)。

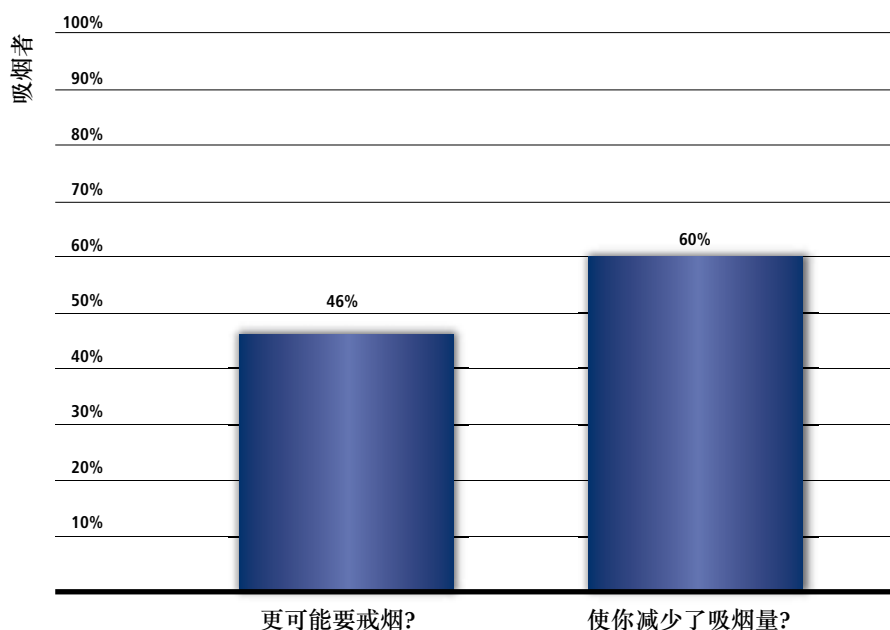
几个工业化国家工作场所的完全禁烟令使工作人员平均吸烟率降低了3.8%，继续吸烟者平均每日少吸3.1支烟，同时工作人员中的总烟草消费量平均减少了29(78)。如果吸烟者工作环境有全面无烟法规，那他戒烟的可能性就比那些没有这样法规的人高一倍，即使不戒烟的人

每天的平均烟草消费量可能减少差不多四支(79)。

在爱尔兰实施全面无烟化立法之后，大约46%的吸烟者报告称，该立法让他们更有可能戒烟；在成功戒烟的人当中，80%认为该法律帮助他们戒烟，88%认为该法律有助于他们保持戒烟状(80)。在苏格兰，44%的戒烟者说无烟法帮助他们戒了烟(81)。

## 无烟环境不仅可保护非吸烟者，同时还能减少持续吸烟者的烟草使用量，帮助吸烟者戒烟。

### 爱尔兰无烟法对吸烟者报告行为的影响



资料来源：(80)。

## 无烟法可促进无烟家庭的建立

要求公共场所无烟化的立法同时也能起到鼓励家庭无烟化的作用(82)，而家庭无烟化可以保护儿童和其他家庭成员免遭二手烟暴露危害(83)。澳大利亚在上世纪九十年代引

进了工作场所无烟化的法律，与此同时，成年人在家中避免儿童暴露于二手烟的比例急速上升(84)。在实施全面无烟化立法之后，即便是吸烟者也可能主动地在家中开展起“禁烟”来(85, 86)。

自愿的家庭无烟化政策同时还可以减少成年人和青少

年吸烟。即使是父母不吸烟的家庭，家庭禁烟也可以减少青少年尝试吸烟的可能性。如果家中允许吸烟，哪怕父母双方都不吸烟，青少年开始吸烟的几率也是家中禁烟家庭青少年的近两倍(87)。

## 无烟法受人欢迎

舆论调查显示，无论在哪里实施，无烟法都是极其受欢迎的，即便是吸烟者，而且在这些法律法规生效之后，对它们的支持还会随着时间延长而提高。一般来说，民众最支持的是医院和其它医疗设施的无烟，相对而言，支持率最低的是酒吧。(88-90)。

2006年，委内瑞拉通过禁烟令，禁止在包括酒吧、餐厅和赌场等在内的所有公共场所和工作场所吸烟，进而成为美洲地区第一个实现全面无烟化的国家。这一法律得到了八成委内瑞拉国民的支持，这其中包括这个国家将近三分之二的吸烟(91)。在新西兰2004年通过无烟化

法律之后，该国69%的公民表示支持人们有在无烟环境中工作的权利(92)。

爱尔兰2004年3月实施了无烟工作场所法律，该法律得到了96%国民的认可，其中包括了89%的吸烟(93)。在美国加州1998年开始实施覆盖了餐厅和酒吧在内的无烟工作场所法律法规之后的几年



在每一个已实施全面无烟立法的国家，无烟环境都得到公众的普遍欢迎，对商业产生的影响要么是中性的要么是正面的。

内，这些法律法规得到了该州75%的民众认可(94)。

虽然中国现有的无烟公共场所还不多，但是大城市90%的民众——无论吸烟

与否，都支持在公共交通工具、学校和医院内禁止吸烟(95)。超过80%的中国城市居民支持无烟工作场所立法，大约一半的市民支持在餐厅

和酒吧中禁烟(95)。俄罗斯对于公共场所吸烟的限制也不多，但是依然有将近三分之一的民众支持在餐厅完全禁烟(96)。

## 无烟法不会影响生意

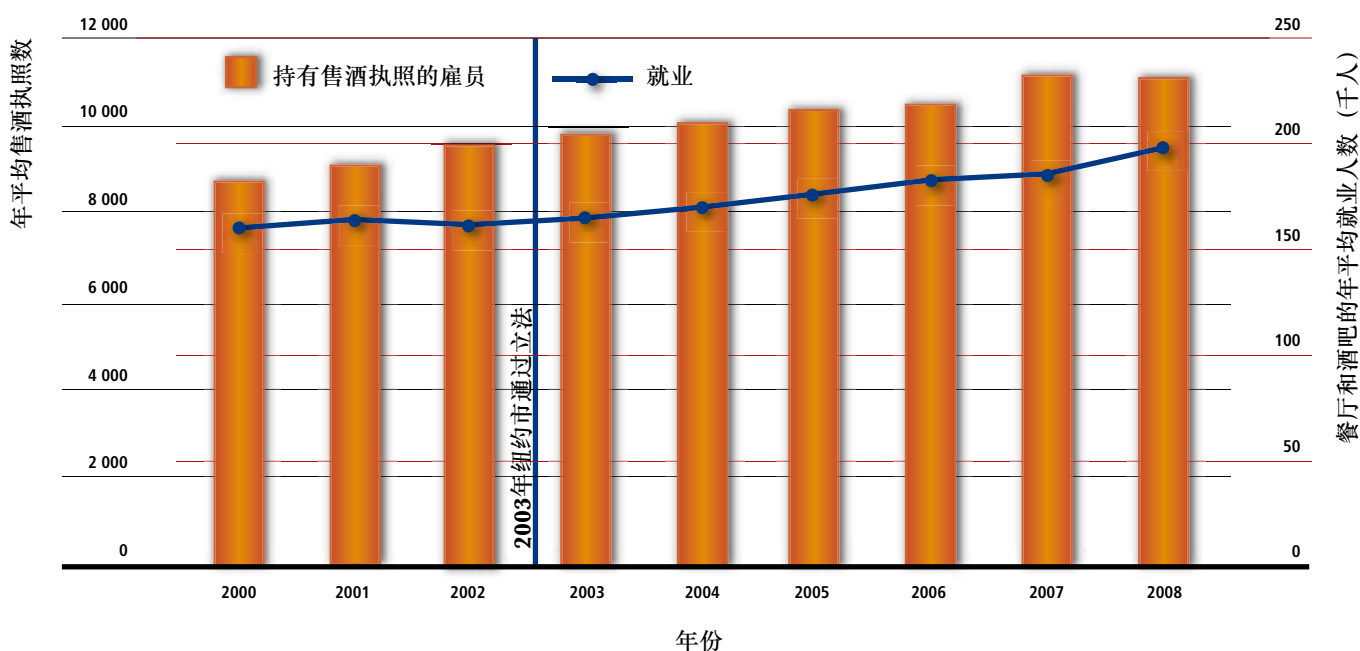
除了烟草企业和旅游餐饮等行业的某些提法外，经验显示，在所有实施了全面无烟化立法的国家，无烟环境都是受欢迎的，容易实施和执行，同时对商业活动没有带来负面影响，甚至有好的作用，其中包括旅游餐饮等行业(97, 98)。这些发现在所有开展研究的地点都是相似的，包括澳大利亚、加拿大、英国和美国(99)；挪威(100)；新西兰(101)；美国加州(102)；纽约市(103)；以及美国多个州市(104)。

纽约市实施无烟化立法分了两个阶段（1995年覆盖了包括大多数餐厅在内的多数工作场所，2003年又进一步覆盖了其它的酒吧和剩余的餐厅），1995年法律开始实施之后餐厅的就业率发生了增(105)。而在2003年法令实施之后当年，酒吧和餐厅的就业率与收入都再次提高(103)，并从此之后一直处于上升状态。

在全面无烟化立法开始实施之后，美国马塞诸塞州并未发现旅游餐饮行业经济

指标发生任何具有统计意义的改(106)，美国肯塔基州的中等城市莱克星敦未报道酒吧和餐厅业务遭受任何经济损害(107)，同时对佛罗里达州的旅游业也未见负面影响(108)。在有无烟法社区酒吧的销售价格与未禁烟社区同类酒吧的价格相当(109)。这些证据可以用来反驳烟草企业的谬论——实施场所无烟化会危害经济(97, 110)。

### 实施全面无烟法前后纽约市餐厅和酒吧的年平均就业情况



资料来源：(103)及其它由纽约州酒类管制局和纽约市经济发展公司提供的未发表数据。

注：年平均就业人数根据月总数计算。

# 烟草企业反对完全无烟立法的措施

长久以来，烟草企业一直知道侧流二手烟所含的致癌物质浓度比主流烟草烟雾还高(7)。在1978年的一份机密报告中，烟草企业将公众对二手烟暴露不断提高的关注描述为“迄今为止烟草企业生存所面临的最危险的发展”(111)。烟草企业了解无烟环境的有效性，也知道如何通过建立例外情况破坏无烟环境的作用。菲莫公司1992年的一份内部报告称：“在工作场所完全禁止吸烟会极大地影响企业销量……较缓和的工作场所吸烟限制，譬如仅可在专门区域吸烟，对戒烟率的影响会小得多，对消费量的影响微乎其微”(112)。

烟草企业经常会制造科学争论，以抵制限制烟草使用的行动！这种做法的最终目的就是为了使社会能够接纳和维持吸烟的行为，阻碍公共场所和工作场所无烟化

政策得到通(113)。诸如使用通风换气设备和建立吸烟室这些烟草企业鼓吹的“合理”解决办法，也会破坏立法措施的效果，继续使人们暴露于二手烟，同时降低吸烟者戒烟的动力(114)。

尽管对于二手烟的科学证据已经是无可辩驳，烟草企业却一直将这些研究成果称为“垃圾科学”，意图诋毁其可信(115)。此外，烟草企业还利用其各种前沿团体，努力说服部分人抵制这些研究结果。诋毁关于二手烟健康影响的很多支持动力都来自于烟草企业，它们还制作和发表自己具有偏倚的研究结果，试图最大程度地降低二手烟的危害，究其原因无非是烟草企业害怕对吸烟的限制会减少其销量和利润(116-119)。除了上面的措施以外，烟草企业还对研究二手烟影响的研究者进行攻击，对他们的研究动机和资

历发难，但同时烟草企业内部自己却又承认这些研究成果的正确性(120, 121)。

与独立研究者相比，由烟草企业出资或者与之有关的研究者得出二手烟对健康无害的几率高将近100(122)。烟草企业赞助的很多研究都不是发表在同行评议的医学杂志上，科研质量很差，同时除非其研究质量通过了独立评估，否则不应该用于科学、法律或政策环境中(123)。烟草企业甚至企图开办自己的同行评议的医学杂志，用来发表关于二手烟影响的论文，以维护自己的利益(124)。美国联邦法院已经裁定，烟草企业关于二手烟暴露不会致病的声明属“欺骗”性质(125)。

**烟草企业在制造科学争论，  
以抵制限制烟草使用的举措  
方面是有前科的！**

# 重要建议

下列重要建议——符合《公约》第8条实施准则——根据多个国家和数百个国家以下和地方区划成功实施室内公共场所和工作场所完全无烟法的经验教训制定(4)：

1. 强制实施完全无烟环境的立法（而不是自愿无烟化政策）是保护公众健康所必需的。
2. 立法应当简单、清楚、可执行、全面。
3. 在所有有效立法可以实现的层面都应采取措施。
4. 预见并回应烟草企业的反对意见（常常通过第三方发起）是十分重要的。
5. 公众的参与是实现有效立法的核心。
6. 对各利益相关方开展教育和进行咨询对于保障顺利实施立法是必需的。
7. 制定执法计划，包括含有罚款和对屡犯者停业等严格处罚措施在内的法律条文对于成功实施立法具有关键性的意义。
8. 要对实施和遵守情况进行监测，对各种无烟环境的影响进行评价。理想的做法是对经验进行总结，并推广到其它地区，支持其他地区成功引进和实施有效立法的举措。
9. 以物理方式隔离非吸烟者（比如设置专门的吸烟室）或者为吸烟区域提供通风换气设备起不到消除二手烟危害的作用。

由于吸烟者和非吸烟者都同样会受到二手烟的健康危害，因此政府有义务保护健康这一基本人权(3)。这一职责隐含在生命权和可获得的最高标准的健康权之中，这两项权利被很多国际法律所认同，包括《经济、社会、文化权利国际公约》、《消除对妇女一切形式歧视公约》和《儿童权利公约》，同时它们也被正式写在了《公约》的导言中，该《公约》的缔约国已经超过了100多个。自愿无烟化协议是烟草企业常常鼓吹的所谓“折衷办法”，经证实自愿方法不足以起到保护公众健康的目的，因为这种方式不能消除，充其量只能减少二手烟暴露(126)。全面无烟化立法的有力执法是降低二手烟暴露最好的策略。

近期进展中突出的内容是实施无烟环境的可行性，同时这些进展也激发了世界各国促进无烟化环境的兴趣。虽然还有很多工作要做，但是已有很多无烟化政策得到实施的实例。即便是在酒吧、餐厅和其它娱乐场所这些一般被认为最难推行无烟化的地方，多个国家都已经成功实现了无烟化，并且几乎达到了一致遵守的程度，得到了公众的支持。其他国家可以借鉴这些成功的经验，建立和扩大各种无烟环境，覆盖全球目前尚未得到二手烟暴露危害保护的绝大多数人。

对于二手烟暴露，没有所谓的安全暴露水平！二手烟损害健康是禁止在公共场所和工作场所吸烟的主要原因——因为一个人吸烟的决定会危害其他人。无烟环境可有助于保障非吸烟者呼吸清洁空气的权利，促进吸烟者戒烟，并使政府能够带头通过实施减少烟草使用改善健康的措施。

# 有效控烟措施 渐成燎原之势



## 监测烟草使用和预防政策

### 监测要具有代表性， 应定期重复开展

监测、监督和评价是控烟政策发展的基石。《公约》中有许多条款都要求收集数据，第20条（研究、监测和信息交换）和第21条（报告和信息交换）详细规

定了实施监测所需的广泛监测要求。

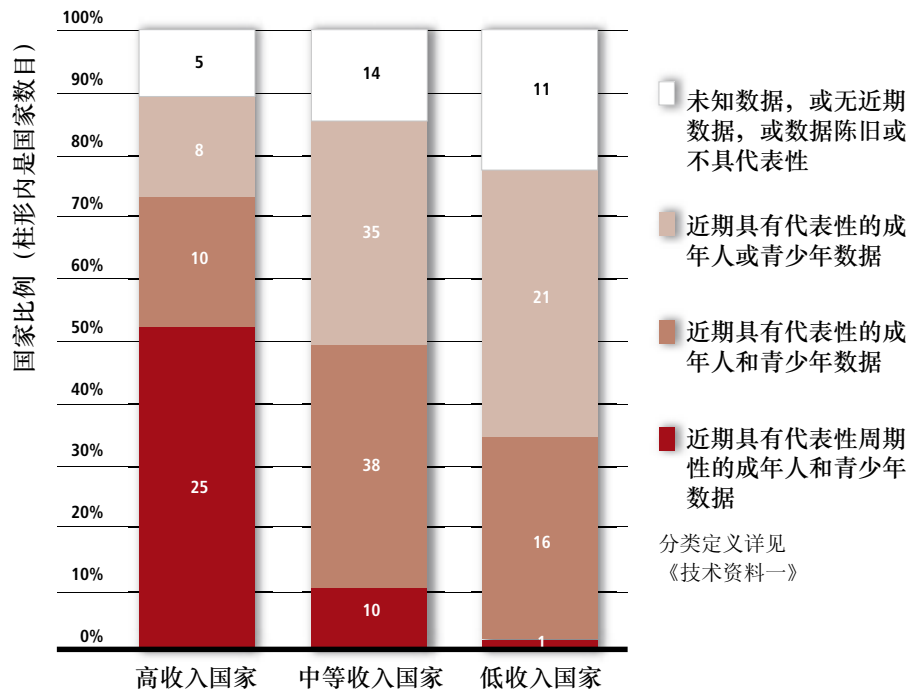
监测、监督和评价系统必须使用标准化、科学有效的数据收集和分析方法。通过使用具有代表性的，随机选择并具有足够样本量的样本进行人口调查可以得到所需的估计数据，这种调查可

以专门针对烟草使用开展，也可以和国家卫生部门的其它重要卫生课题一道开展。这种调查应使用同样的问题、采样、数据分析和报告技术定期重复开展。准确监测和评价烟草控制干预措施的影响随时间的变化需要不同调查时期具有可比性的数



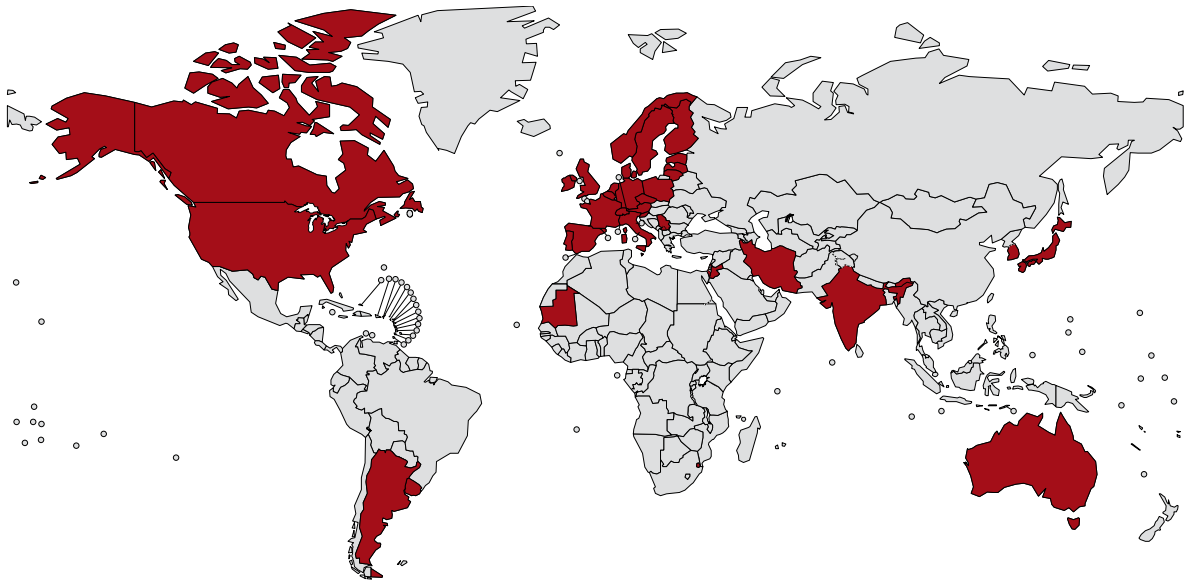


## 监测



**监测活动可以提供关键性的证据，支持加大控烟政策力度。**

### 监测烟草使用流行率——2008年成就最高的国家



据。针对烟草使用的标准化问题可以被综合到现有的人口调查或普查中去。

其它应当开展的监测活动包括对政府实施各种控烟政策和社会遵守情况的评估，包括税收和偷税、漏税，无烟场所和烟草广告、市场营销禁令等。

对于烟草广告、市场营销和促销活动的规模和类型，包括烟草企业对公共和私人活动的赞助也应当进行监测。《公约》第5.3条指出了避免烟草企业干扰控烟措施的重要性，要求各缔约方“应根据国家法律采取行动，防止这些（公共卫生）政策受烟草业的商业和其他既得利益的影响”。缔约方大会认识到这一条款是有效控烟的基础，因此在2008年11月一致通过了关于该条款的实施准则(3)。

监测活动可以提供关键

性的证据，支持加大控烟政策力度，应当广为传播，以便政府、国家领导和公民社会运用这些证据开发控烟政策，加强有效实施和执行其它MPOWER干预措施的能力。

### 仅有三分之一的国家具有监测系统得出的近期、有代表性且周期性重复的数据

- 总的来讲，高收入国家的监测活动是最有力的。烟草使用增长最快的低收入和中等收入国家需要加强监测。
- 超过20%的低收入国家和大约15%的中等收入国家不具备国家级的成人或青少年吸烟流行数据，或者数据陈旧和/或不具代表性。
- 一共已有100个国家（占世界人口55%，此前2007年

只占世界人口的48%）拥有2003年甚至更新的调查得出的成人和青少年近期具有代表性的吸烟率数据。但是，仅有36个国家（占世界人口34%）是以周期性的方式收集数据（即间隔在五年以内）。

**监测、监督和评价是具有良好的信息基础的控烟支持开发的基石。**

# 土耳其扩大烟草使用调查

关于成人和青少年吸烟率和烟草使用模式的近期、具有代表性的全国性数据对于成功指导控烟项目具有关键性的价值。土耳其向世人显示了他们对监测的承诺和决心——首先是2003年首次针对具有全国和地区代表性的13-15岁学生样本实施“全球青少年烟草调查（GYTS）”，而后同年又开展了世界卫生组织“世界健康调查”。

2009年，土耳其又在全国水平和国内四大区（三座最大的城市：安卡拉、伊斯坦布尔和伊兹密尔，以及国内其它部分）的地区水平上利用具有代表性的样本再次开展了GYTS。这一代表性样本设计使得2003年和2009年数据可以进行直接比较，以了解土耳其控烟措施的进展和挑战。

2008年12月，土耳其第一个完成“全球成人烟草调查（Global Adult Tobacco Survey, GATS）”——GATS调查工具是CDC/WHO“全球烟草监控系统”的一个新增组成部分。14个低收入和中等收入且吸烟人口数量大的国家引进了GATS，它是一项标准化的成年人烟草家庭调查，用于收集15岁或以上成年人的吸烟率和模式、二手烟暴露、戒烟尝试、媒体接触以及对烟草使用的危害和控烟措施的知识、态度和认识数据。

土耳其GATS结果显示，31%的15岁或以上成年人为当前吸烟者（48%的男性，15%的女性）。烟草使用流行率最高的是在25-44岁人群中间，其中40%报告为当前吸烟者。超过半数的土耳其成年人从未吸过烟，95%的成年人知道卷烟包装上的健康警示标识。



## 监测烟草企业在尼日利亚的活动

除了收集吸烟率和其它烟草使用指标数据外，我们还需要对烟草企业的活动进行监测。烟草企业近年来大力增加了它们在非洲的活动，开展强有力的营销活动，特别针对青少年。

在尼日利亚，名为“环境权利行动/地球之友（Environmental Rights Action/Friends of the Earth, Nigeria, ERA/FOTEN）”的非政府组织成功曝光了由烟草企业建立，用于为它们实施各种活动的一些前沿团体。该组织报道了烟草企业对烟农的不公平做法以及对使用童工的漠视，揭露了一些烟草企业赞助的音

乐会和其它一些针对青少年的活动，在这些活动中，卷烟和烟草相关产品都是免费发送，此外，该组织还曝光了烟草企业与各种政府机构之间的合作项目，以及烟草企业的“社会责任行动”。

除此之外，该组织还大大提高了很多小型组织参与烟草企业监测和基层组织的倡导能力，目前该组织正在领导建立“尼日利亚烟草控制联盟（Nigeria Tobacco Control Alliance）”——一个由非政府组织组成的，积极参与烟草控制的联合组织。

## 无烟政策实施方面的进展

2007至2008年在保护人们免遭二手烟危害方面取得了令人瞩目的进展。2008年又有7个国家（哥伦比亚、吉布提、危地马拉、毛里求斯、土耳其和赞比亚）加入了全面无烟化政策的行列，使得拥有全面无烟化法律的国家总数提高到了17个。

仅仅一年时间，全球受到全面无烟化法律保护的人口从3.1%增加到了5.4%，全世界新增1.54亿人得到保护，免遭二手烟危害。新增的几个国家当中一部分是从当初完全没有无烟化法律或者仅有部分工作场所或公共场所的最低保护，一跃进步到了所有场所的全面保护。

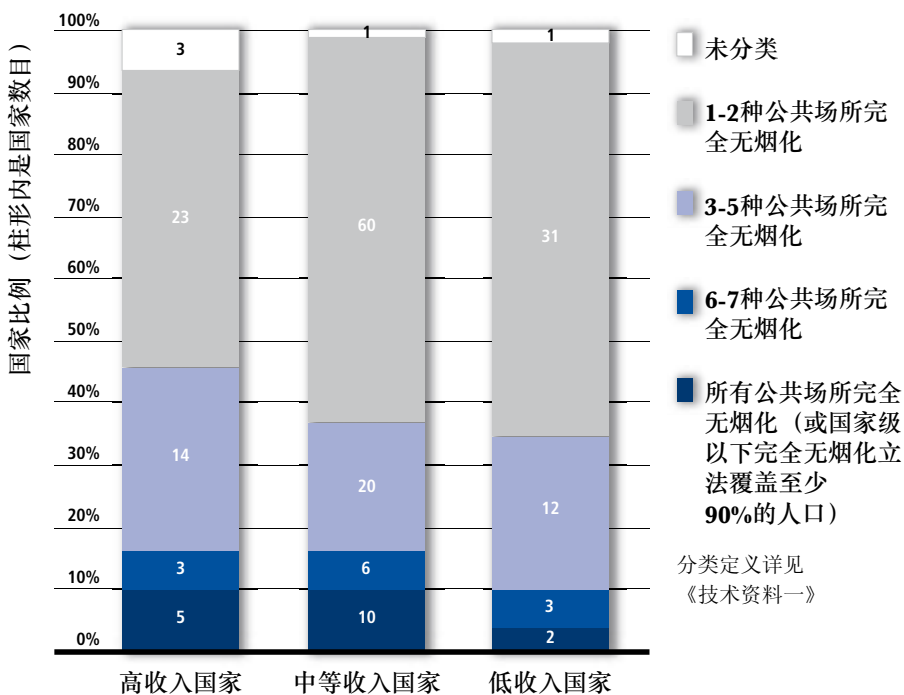
然而，仍然有114个各种经济水平的国家依旧只有最低的法律保护水平——完全没有无烟化政策，或者政策仅覆盖评估的八种公共场所中的一两种——近一半的高收入国家和将近三分之二的低收入和中等收入国家的保护水平都仍处于最低状态。超过三分之一的高收入国家，大约四分之一的中等收入国家和大约三分之一的低收入国家已经达到了中等保护水平，在三种以上（但非全部）类型公共场所和工作场所实行了完全无烟化。

实施全面无烟化法律方面进步最大的是中等收入国家，新增的7个国家中有6个实施的是覆盖全部公共场所的全面性政策。

在某些国家中，为了大

幅度扩大包括餐厅和酒吧在内的无烟场所的建立，作为一种政治需要，要在法律中纳入例外情况，允许设置专门吸烟室。对于专门吸烟室的要求从技术角度非常之复杂和严格，因此从现实目的出发，我们预期没有或很少有场所能够实施这些要求。由于没有要求收集关于复杂的专门吸烟室的实际建设数量和数据，因此我们也就不能了解这些法律是否按期望达到了完全杜绝这种吸烟室的目的。由于这一原因，这些国家也就没有被纳入本章节的分类和分析。未来的数据收集工作将会把这些指标也囊括在内，同时还将纳入对执法情况的评价。正如在报告开头部分以及《公约》第8条和其它多项政府和

## 无烟法



非政府报告中提到的，通风换气和其它形式的专门吸烟区不能完全保护人们免遭二手烟的危害，唯一能够提供全面保护的只有那些能够完全禁止在所有公共场所吸烟的法律法规。

### 无烟法对部分场所的覆盖能力特别突出

全世界仅有17个国家目前拥有为全民提供有效保护、免遭二手烟危害的无烟化政策。在绝大多数国家中，工作人员和公众受到的

避免二手烟暴露的保护是不平等的——很多情况下，某些工作人员仍然暴露于二手烟之中。

当前，全世界大约有一半（49%）的人口得到了全国性无烟化政策的保护，这些政策覆盖了各种医疗和教育机构，但是仅有大约5%的人口得到了覆盖餐厅和酒吧的无烟法的保护。

大约三分之一的国家的二手烟暴露保护法律法规覆盖了大学，大约30%覆盖了政府机构，仅有22%为室内办公室工作人员提供保护。大约30%的国家其无烟化立法覆盖

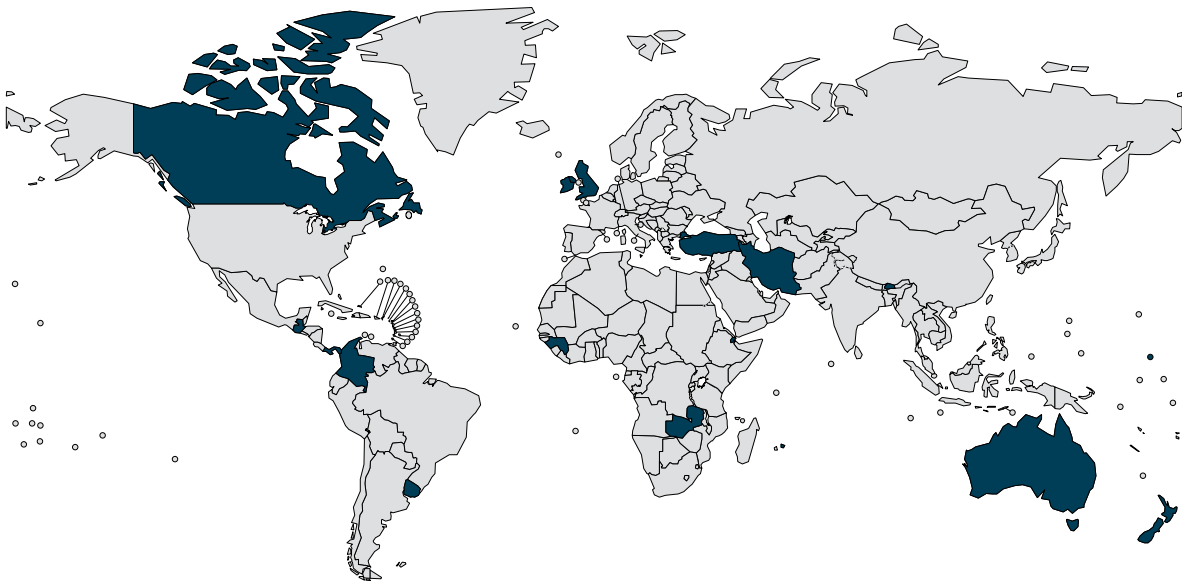
了各种公共交通设施——虽然公共交通工具上常常是禁止吸烟的，但是很可能在其站点和出租车等半私人性质的交通工具上是不禁烟的。

### 只有很少的国家能够很好地遵守全面无烟立法

有了好的政策却没有充分遵守也不能保护人们免遭二手烟的危害。政策的实施必须同时有高的遵守水平，以便使人们得到切实的保护，而不是纸上谈兵。各国对无烟化政策的遵守情况各

## 全世界仅有17个国家目前拥有为全民提供有效保护、免遭二手烟危害的无烟化政策。

### 无烟环境——2008年成就最高的国家



异——其中全面禁烟禁令的遵守情况优于仅覆盖部分公共场所的无烟法律法规。没有全面禁烟的国家通常遵守水平也是最低的。

富裕国家对完全无烟法的遵守水平更高。在各高收入国家中，在实施了全国性全面无烟法的五个国家当中有四个遵守水平都很高（另外一个国家没有报告）。在有全面无烟法的十个中等收入国家中仅有三个国家能够很好的遵法，两个低收入国家无烟法没有得到很好的遵守，立法没能充分保护其公民。遵守水平还因场所不同有差异。在拥有无烟化政策的国家（约50%）中，将近一半报告某一种场所中遵守水平很高。根据报告，遵守水

平最高的场所包括公共交通工具（50%的国家）、室内办公室（49%）、医疗机构（42%）、除大学外的教育机构（38%），以及餐厅（32%）和酒吧（30%）。

国家中，三个都在其立法语言中设立了清楚、有力的执法机制；在十个中等收入国家里，八个拥有强有力的执法机制；而两个低收入国家中只有一个具备。

### 拥有全面无烟法的国家也同时更具备强有力的执法规定

2008年报告中第一次收集了关于无烟法执行规定的规定。高收入国家通过并建立针对无烟法的强有力的执法机制的可能性也较大，其中包括对违反的企业或场所罚款的规定，以及建立投诉机制，以举报违反情况。在五个有全面无烟法的高收入

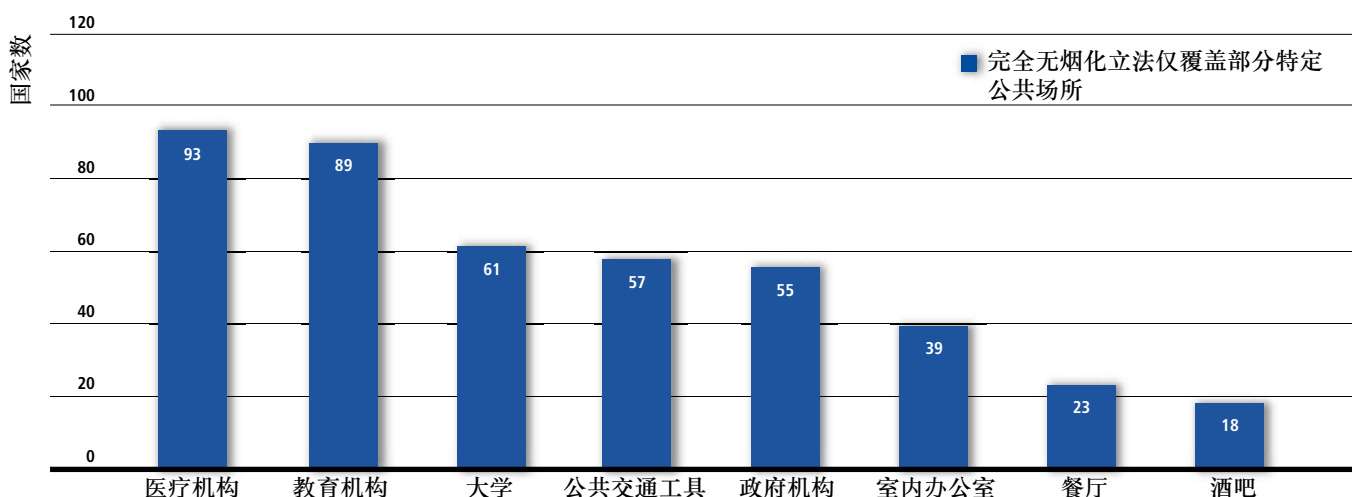
### 国家级以下区划的无烟立法

2008年报告中第一次收集了关于国家级以下区划的无烟立法实施数据。在很多国家的政府体制当中，州/省以及地方政府都有相当的立法权力，有能力独立于国家政府制定和颁布无烟法（及其它法律法规）。

很多在国家一级水平上没有制定全面无烟法的国

## 无烟法政策的遵守水平差异甚大，全面禁烟比部分限制得到遵守的几率更大。

### 无烟法覆盖不同公共场所的现状



国家	主要国家级以下区划中完全无烟化立法覆盖的人口		总人口 (千人)
	百分比	数量 (千人)	
大不列颠与北爱尔兰联合王国	100	60 986	61 019
加拿大	98	32 589	33 170
澳大利亚	96	20 142	20 951
阿拉伯联合酋长国	29	1 292	4 503
美利坚合众国	28	84 999	308 798
中非共和国	14	623	4 424
伊拉克	14	4 069	29 492
阿根廷	12	4 813	39 934
墨西哥	8	8 605	107 801
瑞士	4	329	7 512
委内瑞拉 (玻利瓦尔共和国)	3	873	28 122
中国	1	7 000	1 344 074
总计	3.4	226 320	世界总人口: 6 741 434

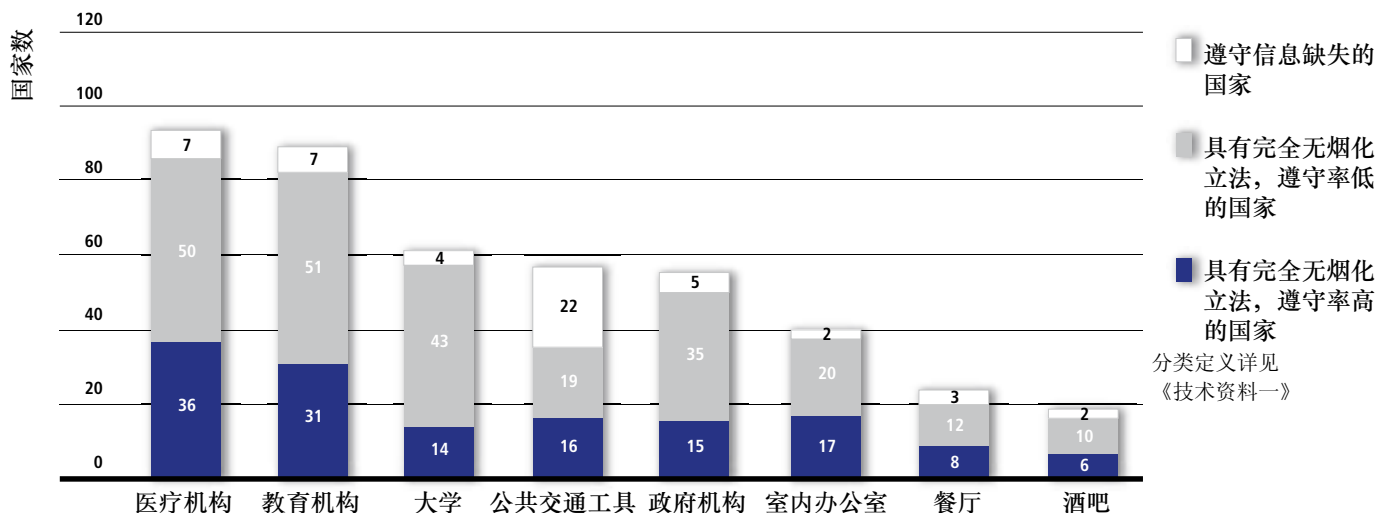
家，某些国家级以下区划在制定和颁布自己的全面无烟法方面成绩斐然。通常，通过仅覆盖较少人口的无烟法在政治上更加可行，譬如仅限于某一城市或省。有些国家（尤其是澳大利亚、加拿大和美国），州/省级政府具有很广泛的立法权力，而更多的国家立法权都是集中在中央政府手中。

当前，高收入国家中7%的人口得到的是国家级全面无烟法的保护，另外还有8%得到的是国家级以下立法的保护。然而，低收入和中等收入国家中几乎还完全没有国家级以下地区无烟法的实施，尽管这些区划本身是具有制定和颁布此类法律法规的合法权力的。

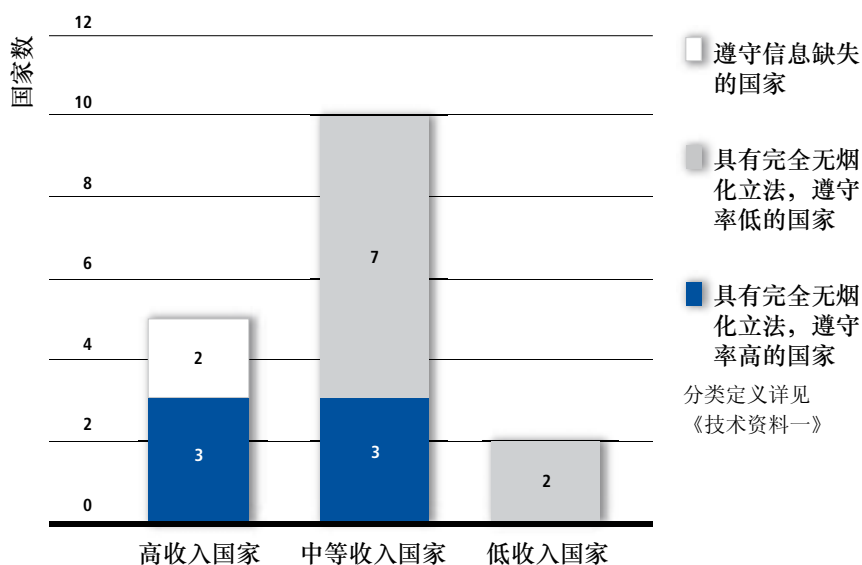
如果所有具有此种合法

权力的国际家以下区划都实施全面无烟化政策，那么得到保护，免遭二手烟暴露危害的人口数量就会再增加33亿。在当前未受保护的人口，53%都是可以通过国家级以下立法予以保护的。

## 对无烟立法的遵守情况

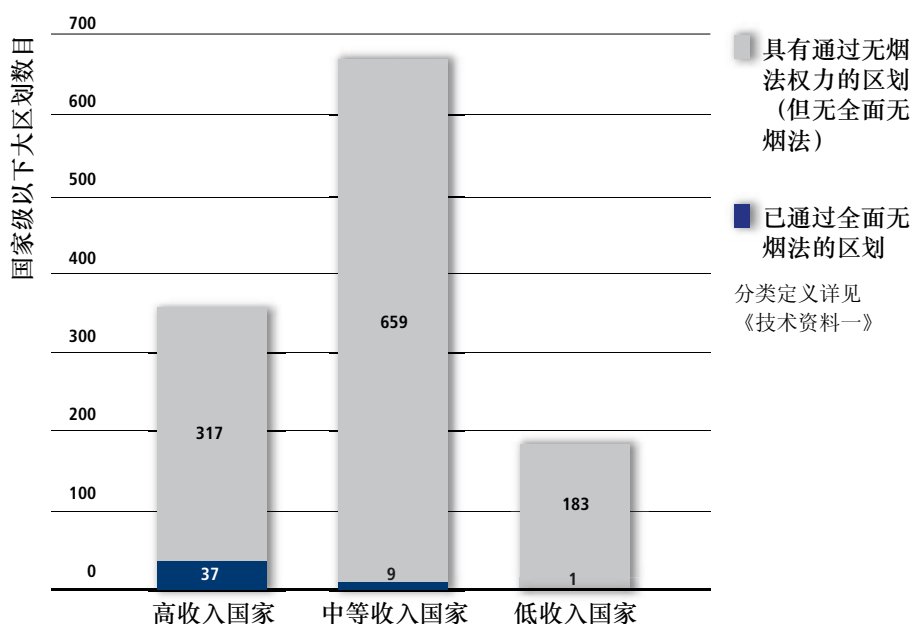


## 对无烟法的遵守情况



**无烟政策的实施必须同时有对这些政策高的遵守水平，这样才能使人们得到实际的保护，而不仅仅是纸上谈兵。**

## 国家级以下区划在保护人们免遭二手烟暴露危害的潜力







## 墨西哥联邦区实现完全无烟化

墨西哥联邦区（墨西哥城）人口近900万，该区2008年2月通过了一项全面无烟化法律，该法禁止在任何封闭的公共场所和工作场所吸烟，

包括公共交通工具、餐厅和酒吧。特别需要指出的是，该法律明文规定不得设立专门吸烟区。在通过该法律之前，将近40%的成年男性和17%的成年女性报告当前使用烟草，比该国其它地区的吸烟率高很多。虽然在2008年2月之前也有有限的无烟化保护举措，但是这些措施基本上无人理会。

联邦区政府长官和立法大会在控烟倡导者的支持下，确保2008年无烟化法律能够保护所有联邦区市民免遭二手烟危害。通过联邦区政府和控烟倡导者们的合作，他们大力支持并全程参与了整个立法过程，委派了公民社会合作

伙伴协调支持无烟化法律的措施，运用了高水平的媒体策略，其中政治倡导者和公民社会倡导者们都得到了有效的参与，并获得了经济支持，开展各种宣传活动和研究工作，支持、宣扬和提高人们对无烟化议程的认识。

公众对该法律的支持在法律得到通过之前的一段时期达到了高水平，在法律生效后又得到了进一步的巩固。现在，超过90%的联邦区市民都支持在工作场所、餐厅和宾馆禁烟，超过70%的市民支持在酒吧禁烟。报告在过去一个月中有任何二手烟暴露的市民比例从80%下降到了一半多，报告每日暴露的市民比例从28%降到了12%。随着无烟场所逐渐成熟，接受民意调查的市民中98%同意二手烟是有害的，97%相信该法律对他们的健康有益，98%认同人们都有呼吸清洁空气的权利。

在墨西哥联邦区实现无烟化之后，整个拉美地区乃至全世界都纷纷效仿。

## 新西兰无烟法受欢迎，执行好

新西兰的无烟法全世界最有力的无烟法之一。该国于1990年首先通过全国性立法，限制在工作场所和学校等地点吸烟。2004年12月，新西兰又开始实施一部全面性的无烟法，该法大大强化了现有法律，将其范围扩大到了所有室内工作场所，包括各种餐饮服务场所（酒吧、餐厅和赌场），并且不能设立专门的吸烟区。

新西兰的一项集中教育行动促使很多吸烟者都选在这部法律通过的日子开始戒烟，因此在紧接着这一天后的一段时期出现了戒烟服务需求井喷的现象——拨打国家戒烟热线的人数大增，接受国家补贴尼古丁替代治疗的人数也增加了20%。

公众已经很好地接受了无烟法，对这部法律的支持自从生效以来一直稳步提高。2004年，61%的新西兰人赞同禁止在酒吧和夜总会

吸烟，这一比例2005年增加到了74%，2006年增加到了82%。吸烟者中对于酒吧禁烟

的支持率也有很大的提高，从2004年的29%到2006年的64%。2006年接受调查的人中近90%支持在餐厅内禁烟，吸烟者中的支持率是75%。

多项研究显示，人们对该无烟法的遵守水平很高。报告在工作场所暴露于二手烟的人数比例从2004年的21%下降到2006年的8%，酒吧客人的二手烟暴露率也下降了大约90%。由于违反该法律而受到卫生部门处罚的案例很少，仅不到10例诉讼。与反对者提出的该法律将严重影响服务业的警告相反，酒吧客源和收入并未减少。



## 烟草依赖治疗可帮助吸烟者戒烟，并支持其它控烟行动

全世界吸烟者超过10亿，戒烟对他们来说并非易事。然而，在了解相关的健康风险后，大多数吸烟者都会想要戒烟(127)。虽然大多数戒烟者都可以不借助干预措施最终戒烟，但是辅助措施却可以大大提高戒烟率(128)。2008年11月，《公约》缔约方大会要求一个工作小组开发一套准则，帮助各缔约方实施《公约》关于戒烟的第14条，并于2010年向大会报告结果(129)。

烟草依赖治疗主要是各国卫生部门的责(1)。虽然烟草依赖治疗对全人口的影响较低，但是个人戒烟干预对

于健康作用很显著，同时，这一措施与其他很多卫生部门的活动相比成本效益比极佳(130)。无论其年龄、吸烟史和健康状况如何，戒烟者在戒烟后都会立即感受到十分显著的健康效益，并且可以在戒烟后数年内使大多数相关疾病的风险降低(131, 132)。

烟草依赖治疗可以包括多种方法，但是治疗项目应当包含：将戒烟建议结合到初级医疗服务中，方便免费的戒烟热线电话，以及提供免费或者廉价的戒烟药物。

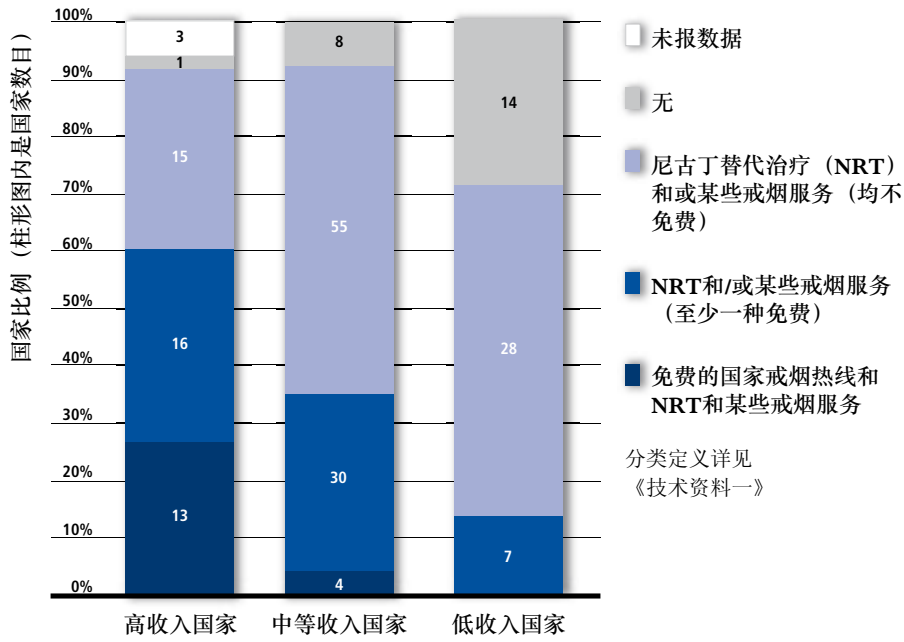
为烟草使用者提供简短的戒烟咨询必须要有一个功能十分健全的初级医疗服务制度。强化初级医疗服务的措施可以借鉴世卫组织开发的医疗系统强化策略，改善医疗系统的六个基本板块

(领导/治理、医疗工作队伍、信息支持、医疗产品与技术、财政、服务提供)(133)。当把简短的戒烟咨询结合到现有的初级医疗服务中时，其成本相对较低，同时也通常能够较好地被患者接受，特别是提供的是清楚、有力、个人化的戒烟建议，其效果尤佳(128)。目前在初级医疗服务中有很多机会或者切入点，可以将简短戒烟咨询融合进去。现在已经在进行当中的融合措施包括：将简短戒烟咨询与心血管疾病处理和预防以及结核治疗相结合(134, 135)。此外，医生和其他医务工作者也应当以身作则，不吸烟，成为其他人的行为榜样。

戒烟建议和咨询还可以以热线电话的形式提供，

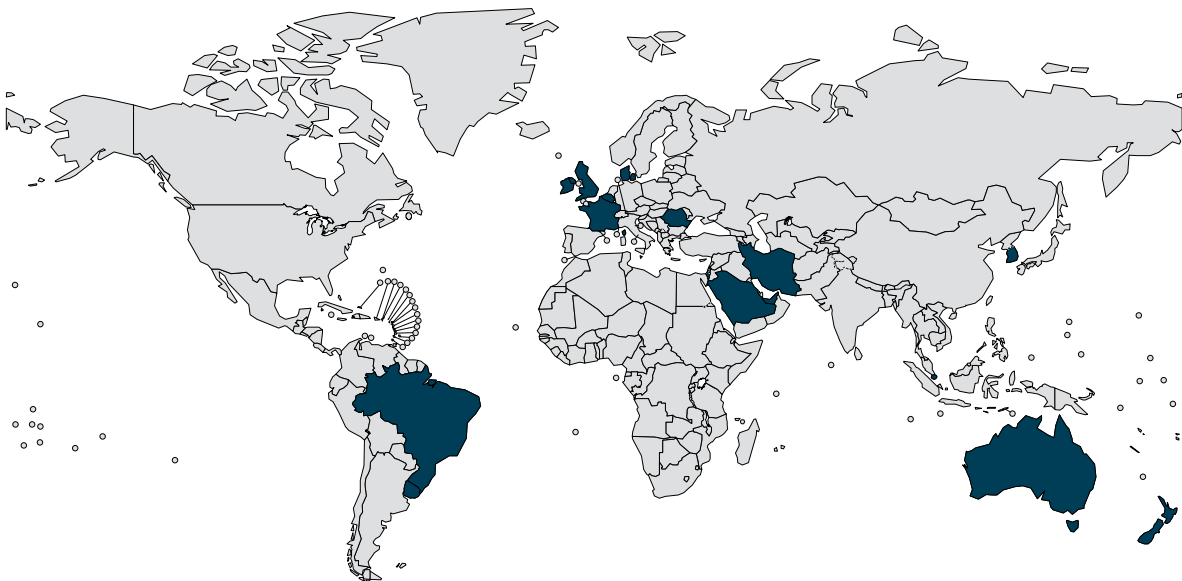


## 烟草依赖治疗



## 戒烟服务作为综合控烟项目的活动之一时效果最好

### 烟草依赖治疗—2008年成就最高的国家



热线电话应当对公众免费，并在方便的时段为公众开放(136)。

虽然药物治疗单独使用也有效果，但是尼古丁成瘾药物治疗最理想的还是和戒烟建议咨询结合运用(128)。戒烟药物治疗可以使戒烟成功率提高一倍，而药物治疗如果和咨询一同使用还可以进一步提高成功率。最近，有关尼古丁替代治疗(NRT)有效性、安全性和成本效果得到了高质量的证据，该治疗方法被加入到《第16版世卫组织基本药物示范目录》当中(137)。应当广泛地、以可承受的价格向希望戒烟者提供至少某些形式的NRT。

戒烟服务作为综合控烟项目之中的一项活动时效果非常好。富裕国家拥有充足的财政资源，应当以免费或最低成本的方式提供全面的戒烟服务，而低收入和中等收入国家则可以至少有效地实施某些戒烟服务。即使对药物治疗的财政支持不足，大多数国家仍然可以有效利用低成本的咨询措施。

比如，乌拉圭这一中等收入国家对于有效控烟的承诺很高，他们就实施了全方位戒烟项目当中的部分内容。虽然乌拉圭政府承担了某些形式NRT和其它一些药物治疗的费用，但是由于经费有限，政府对其它很多类型的治疗费用仍然是不承担的。乌拉圭已经开发了国家戒烟治疗指南，并广泛提供咨询服务，但是目前该国仍没有国家级的戒烟热线或正式的在初级医疗服务中开展医生咨询的机制，根据计划，这些服务将在不久的将来有相应资金时开展。政府可以利用烟草税收为戒烟热线提供资金，补贴临床戒烟服务，此外，通过提供戒烟支持也可以降低对其它控烟政策的反对。

### 仅有17个国家提供了全面戒烟帮助

■ 2008年，提供全面戒烟帮助的国家增加了三个（以色列、罗马尼亚和阿拉伯

联合酋长国），将提供全国性戒烟热线并支付NRT和某些戒烟服务费用的国家总数提高到17个，覆盖全世界8.2%的人口（2007年覆盖率是7.7%）。

- 高收入国家在为希望戒烟者提供帮助方面进展最大，27%的高收入国家开设了全国性戒烟热线，并至少部分承担了NRT和某些戒烟服务的费用。高收入国家最有能力支付这些费用。
- 大约三分之一的中等收入国家和不到15%的低收入国家承担了NRT和/或某些戒烟服务的费用。仅有四个中等收入国家开设了免费全国性戒烟热线，承担了NRT和戒烟服务费用，而低收入国家一个都没有。
- 在绝大多数低收入和中等收入国家，政府都没有承担戒烟帮助的成本，8%的中等收入国家和29%的低收入国家完全没有提供任何戒烟帮助。



## 英格兰为所有吸烟者提供免费全面烟草依赖治疗

大不列颠与北爱尔兰联合王国的四个国家建立了统一的国家烟草依赖治疗服务，通过各国的国家卫生服务署向所有吸烟者提供，且大都免费。

以英格兰为例，戒烟者无需处方就可以从药房或者其它商店（如超市和小卖部）获得NRT和其它戒烟治疗药物，除此之外，他们还可以以处方形式低价购买这些药物。由于低收入人群不用支付处方费，因此NRT药物、安非他酮和伐尼克兰对于大约一半的英格兰人都是免费的，另一半人只需要支付很少的费用，大约相当于每月药品需付10美元（具体数据可有差异）。

此外，英格兰还开通了两个免费国家戒烟热线——其中一个是由国家卫生署负责运行，另一个由一家名为“戒烟”的独立组织负责。国家卫生署的戒烟帮助热线每天开放16个小时，全周开放，除了提供给拨打热线者电话上的咨询外，还会主动回拨或者发电子邮件或者短信，提供持续的支持和动力，并告知拨打者关于他们当地的治疗服务信息。国家卫生署亚裔戒烟帮助热线每

周开放一天，服务内容基本一样，但是使用五种不同的语言（孟加拉语、古吉特拉语、印地语、旁遮普语和乌尔都语）。

任何吸烟者都可以去找自己的全科医生，然后转诊到专科治疗，或者直接去治疗中心，所有这些服务都是免费的。为了进一步提高治疗服务水平，英格兰还开办了一所国家级的培训中心，负责开发针对戒烟咨询师和管理者的循证戒烟培训，评估核心服务能力，为咨询师发证，委托和鉴定培训。评价发现，低收入吸烟者接受治疗服务的比例非常高——这和常规的健康促进措施恰恰相反，这就表明这些服务帮助的恰好就是那些最需要帮助的人。如需进一步了解关于英格兰烟草依赖治疗的信息，可登陆网站：<http://smokefree.nhs.uk/>。

这是投入相当资源后可以实现成效的一个例子。对于不具备相应的经济资源支持开展全面戒烟项目的低收入和中等收入国家而言，也有在开发更加全面的戒烟举措的同时可以采取的一些措施和步骤，这在前面乌拉圭的例子当中已经有所介绍。

## 烟草制品包装上的健康警示标识和强有力的媒体行动可以为人们提供关于吸烟健康危害的必要信息

虽然对于烟草的危害我们已经有了确凿的证据，但是全世界真正全面了解自己所面临的健康风险的烟草使用者仍是相对少数(138)。吸烟者往往容易低估烟草使用对他们自己和他人的危害。

《公约》第11条（烟草制品的包装和标签）规定各缔约方有义务达到烟草制品健康警示标识的全球标准，即使用本国主要语言清楚地传递烟草使用的危害信息，至少占有所有烟草制品包装主要可视区域面积的30%，并且内容定期轮换。缔约方大会对第11条的实施也制定并通过了准则（3）。

烟草危害的全面警示对改变烟草的形象至关重要，特别是改变烟草在青少年和年轻人当中的形象——这两个年龄段的人最容易开始使用烟(139)。反烟教育和宣传的最终目的是改变与烟草使用相关的社会习俗。一旦社会习俗改变，就会使很多人不会选择使用烟草，同时增加对其它控烟措施的支持。《公约》第12条（教育、交流、培训和公众意识）对这一点进行了强化，确立了缔约方促进关于烟草使用危害和戒烟益处的信息获取的法律义务。为了实现这一目

的，一个工作小组正在制订第12条的实施指南，并将提交缔约方大会审议通过(140)。

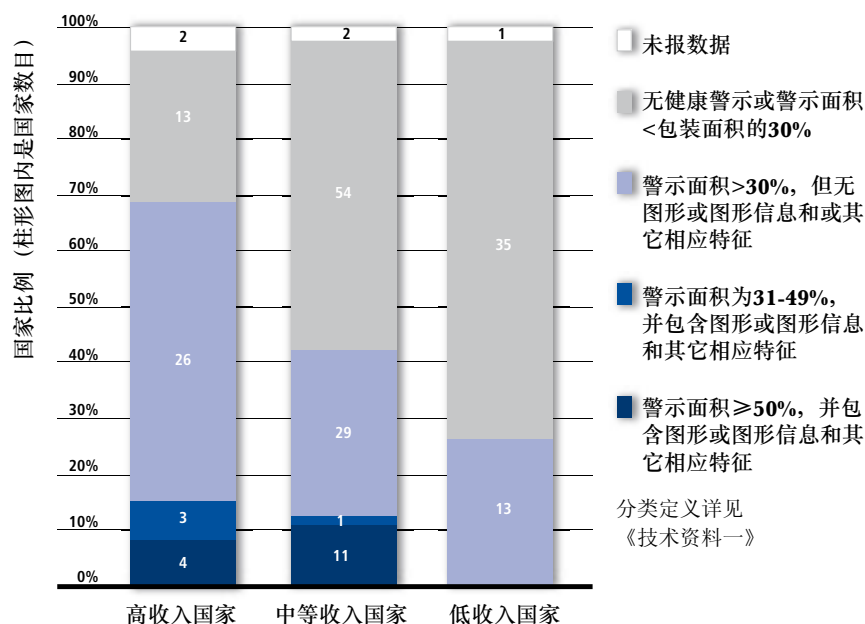
烟草制品包装上明显的健康警示标识可以为所有吸烟者和看到包装的非吸烟者提供最直接的健康信(138, 141-143)。警示标识可以鼓励吸烟者戒烟、劝导非吸烟者不开始吸烟，在公众中有很好的接受度，同时这一措施的实施几乎不会给政府带来任何成本。在包装正反两面都印上警示信息是很重要的，这样吸烟者就不可能避开不看了。但是大多数国家目前都没有要求在烟盒包装的正反两面都印上警示标识。

健康警示信息应当描述烟草使用所导致的具体健康影响和疾病，并且要定期轮换信息内容，以便持续吸引公众

的注意。图形警示信息比纯文字信息的效果(143)，同时对于不识字的人或者父母吸烟的年幼儿童也是十分必要的。诸如“低焦油”、“淡味”和“温和”等欺骗性词语应当禁止使用，因为这些语言会错误地暗示某些种类的产品危害较低(144)。

在各种形式的媒体上开展反烟草广告可以有助于全面宣传烟草的危害，抵制烟草使用的社会习俗。在接触到有效的电视控烟信息后，青少年成为吸烟者的几率会减少一半(145)，而成年吸烟者也更有可能戒烟(146)。使用图形信息开展有力的控烟行动，展示烟草使用带来的健康危害在说服吸烟者戒烟方面尤其有效(147)。烟草企业也开发了他们的反烟广告，但是他们开发

### 健康警示



的广告在减少吸烟方面却没有效果，甚至反而会增加吸烟，特别是青少年吸烟(148)。除了购买广告宣传外，反烟教育活动与能够得到媒体免费报道的公益活动（有时也被称为“免费媒体报道”）相结合，也可以起到有效互补、降低成本的效果(149)。

## 全世界只有8%的人口所在国家卷烟包装上印有强有力的图形健康警示信息。

- 2008年新增了五个国家（吉布提、埃及、伊朗、马来西亚和毛里求斯，总计人口1.78亿）完全达到了《公约》第11条关于烟盒包装健康警示标识的要求。另有十五个国家（占

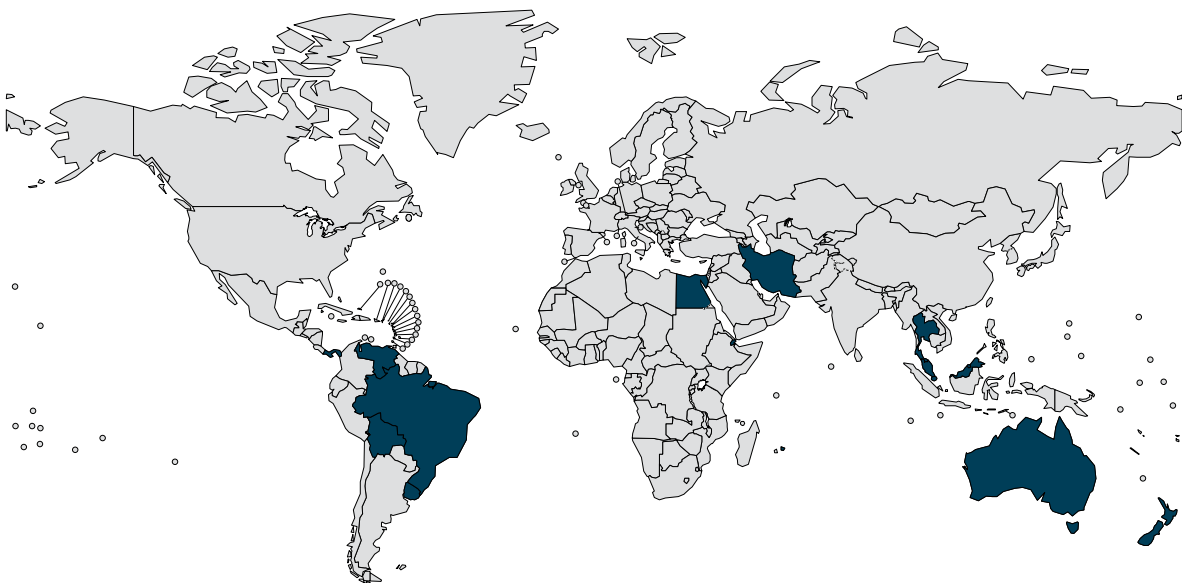
世界人口的7.6%，2007年该比例是4.9%）现在要求警示标识覆盖卷烟包装正反两面各至少一半面积，并包含图形信息及其它所有要求特征。

- 所有在2008年开始实施全面健康警示标识要求的国家都是中等收入国家。
- 不到10%的高收入国家警示标识包含了所有必要的特征。虽然有超过四分之一的低收入国家的警示标识面积都占据了烟盒包装30%以上面积，但是所有这些国家都忽略了其它一些很重要的特征——其中最重要的是缺少图形或照片图像内容，而这些内容正是受教育程度较低，或者不识字的人容易理解的。

- 超过70%的低收入国家和将近55%的中等收入国家没有任何形式的健康警示标识要求，或者警示标识面积少于卷烟包装面积的30%。

- 在大多数国家，除卷烟外的其它燃烧类烟草产品（如比迪烟、丁卷烟、手卷烟和水烟等）上基本上没有任何形式的健康警示标识。只有一个高收入国家和六个中等收入国家要求在这些其它品种的烟草产品上印制有力的健康警示信息。

## 警示烟草危害——2008年成就最高的国家



# 2008年有五个国家（总人口1.78亿）开始在卷烟包装上印制图形健康警示信息

## 印度的大众媒体行动

印度吸烟者占全球吸烟者总数的10%，烟草相关疾病每年导致近100万人死亡。大约三分之一的印度男性吸卷烟或比迪烟，其中超过

一半以上既吸烟又嚼烟。印度历史上女性和青少年烟草使用率一直很低，但是现在呈现增长势头。

作为对其全国性控烟项目系统化强化工作的一部分，印度开展了几次大众媒体广告活动。这些活动意在提高公众对于吸烟和二手烟危害的认识，改变公众对烟草使用的态度，并动员吸烟者戒烟。与卷烟包装警示信息一样，公益广告也要定期轮换，以便维持其影响。

在最近的一次活动中，印度播放了一则题为“海绵”的广告，这则广告最初是由新南威尔士癌症研究所（澳大利亚）开发。广告内容形象地描绘了一名普通吸烟者的肺部在一年内就能积累达到致癌量的焦油。广告以生动的表现形式展示了吸烟比很多人认为的更加有害。

“海绵”广告经过改编，以五种语言播放——原版的英语，翻译版的孟加拉语、古吉特拉语、印地语和泰米尔语。印度政府花费了大约100万美元购买电视广告时间，播放“海绵”广告，在2009年6月和7月份一共在40个国家级和地区级电视频道上播出了6个星期。

这次活动在当地24个核心人群中进行了严格的测试，以确保它在印度观众中产生了类似的共鸣。在接受测试的10则控烟广告当中，“海绵”广告在行为指标方面排名第一，如使吸烟者担心自己的吸烟状况，增加其戒烟的可能性，以及提高其劝说他人戒烟的可能性等。

这些预实验措施对于大众媒体行动的成败有着十分重要的意义，因为文化差异和信仰体系对于信息的接受有很大的影响，必须在对某一特定国家开展宣传攻势之前考虑到多种情况。



印度“海绵”电视行动的形象——“肺就像海绵，吸烟者的肺就像充满了焦油的海绵”。



## 印度尼西亚针对烟草促销和赞助活动的免费媒体报道措施

印度尼西亚对烟草企业的管制很差。禁止烟草广告和市场营销的立法薄弱，建立无烟场所和要求在卷烟包装上印制健康警示标识的立法也很薄弱，政府代表了烟草企业的利益。因此，大型跨国烟草公司便可以肆无忌惮地在这里使用它们在别处已经被禁止了的营销手段。

即便是在已经具备了强有力的控烟立法的国家，烟草企业赞助针对青少年和年轻人的活动也是特别难以监测和管制的。几个印尼非政府组织已经成功开发并实施了针对免费媒体报道的策略，其中包括与新闻记者接触，形成印刷的和广播媒体新闻报道的新闻故事。

2008年7月，印尼的几家非政府组织联系了流行歌手Alicia Keys，请她拒绝烟草企业对她雅加达演唱会的赞助，并请她发表言论反对烟草企业。这一新闻故事被多家国际新闻机构转载，并最终在国际媒体和印尼媒体上形成了一系列新闻报道。这一报道之后，Keys立刻

要求烟草企业撤出赞助，赞助企业（菲莫公司）同意撤除他们的广告牌和海报。

其它通过免费媒体报道取得的成果还包括阻止烟草企业在演唱会上的促销活动和免费卷烟样品派发，迫使烟草企业撤出

对影响力很大的音乐节的赞助，以及曝光烟草企业直接针对儿童的产品营销活动等等。



## 伊朗实施强有力的烟草产品包装健康警示标识



伊朗的卷烟包装健康警示

为了抵制烟草使用这一长期存在的问题，伊朗伊斯兰共和国于2006年颁布了一部全面的全国性烟草控制法，建立了由本国卫生部牵头的国家烟草控制项目，开展了众多控烟工作，包括禁止任何形式的直接和间接烟草广告和市场营销活动，实施一系列持续性的年度烟税提升，以及强制要求卷烟包装上必须印制强有力的健康警示信息。

2008年，伊朗进一步强化了这一法律，要求在本国销售的所有卷烟必须在包装上印制图形健康警示信息，并于2009年1月起实施。这些警示标识覆盖包装正反两面面积的50%，内容包括关于吸烟所致疾病的全彩图形。目前通过审批投入使用的包括8个健康警示信息，这些信息将在两年内在卷烟包装上轮换使用，两年后再换成另外一组信息。同时还禁止使用误导性用词，如“温和”和“淡口味”等。如此一来，伊朗在这方面的要求就已经完全达到了《公约》第11条对于卷烟包装健康警示标识大小、内容和表现形式的规定，由此可有效地警告吸烟者相关的健康风险。

## 禁止烟草广告、促销和赞助可以减少吸烟，改变烟草使用的社会风气

全球烟草企业每年要在广告、促销和赞助上花几百亿美元(150)。为了抵制这些措施，《公约》第13条(烟草广告、促销和赞助)号召各国根据本国宪法原则全面禁止烟草广告、促销和赞助活动(1)。为了帮助各国达到这一目标，缔约方大会制订了第13条实施准则(3)。

烟草广告、促销和赞助可以增加吸烟的社会接纳度，阻碍关于烟草使用危害的教育活动，强化烟草企业对媒体、体育和娱乐界的影响力。全面禁止所有烟草广告、促销和赞

助可以保护人们免受烟草企业营销的影响，在不采取其他烟草控制干预措施的情况下全面禁止烟草广告可以将烟草消费量减少大约7(151)。完全禁止禁令能够降低烟草企业向未开始使用烟草的青少年和愿意戒烟的成年吸烟者反复推销的效果。部分禁止的效果是有限的甚至是无效的——如果仅仅在某一种媒体上禁止烟草广告，那么烟草企业只需要将资金转向允许烟草广告媒体便是了(152, 153)。

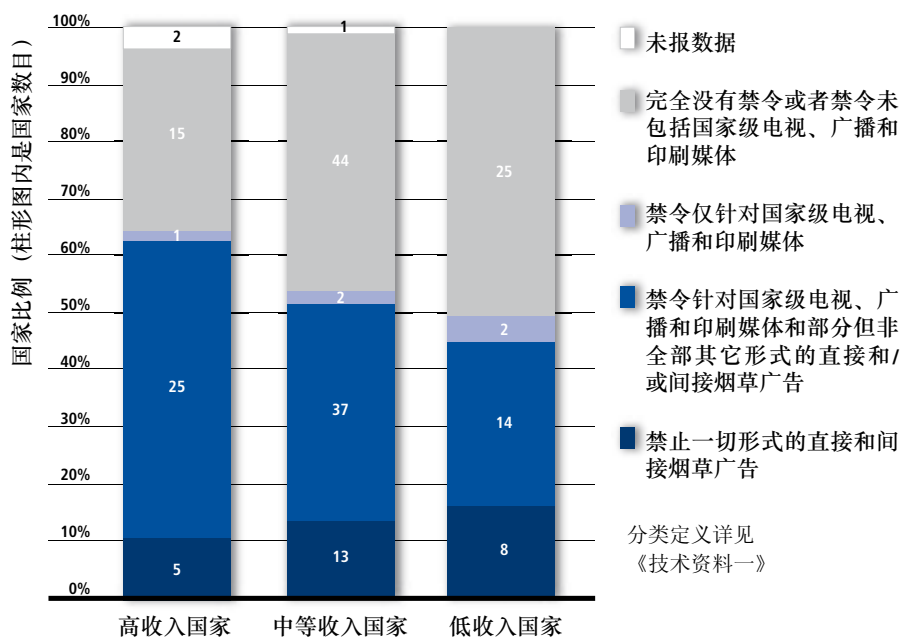
烟草企业之所以会极力反对营销禁令，就是因为这些禁令对减少烟草使用效果非常明显。烟草企业常常争辩认为彻底禁止烟草广告、促销和赞助并无必要，自愿行为守则

和企业自我管制就足够了。然而，自愿限制是没有效果的，因为这种方式不具有法律效力，最终烟草企业必定不会遵守自己定下的自愿管制要(154)。通过起草完善、执法得力的法律开展政府干预是必要的，因为烟草企业在削弱广告禁令方面钻法律空子是非常有一套的。

## 2008年仅巴拿马一国新增了一项针对烟草广告、促销和赞助的禁令

- 2008年在全面禁止所有形式的烟草广告、促销和赞助方面新增了一个国家(巴拿马)，这使完全禁

## 烟草广告、促销和赞助禁令





止各种形式的直接和间接烟草广告和营销活动的国家总数提高到了26个，覆盖全世界人口的8.8%（2007年是8.7%）。

- 中等收入国家在实施全面禁止各种烟草广告、促销和赞助方面取得的进展比低收入国家和高收入国家都快。

■ 超过一半的高收入国家已经禁止了所有广播和印刷媒体上的烟草广告，但是只禁止了部分其它形式的直接和间接烟草广告，相应的是三分之一以上的中等收入国家和大约28%的低收入国家。

- 具备了全面禁止烟草广告、促销和赞助禁令的国

家中也少有实施水平高的。只有三个高收入国家，六个中等收入国家和四个低收入国家实现了高遵守率。

## 低收入和中等收入国家比高收入国家更可能具有全面禁止所有烟草广告、促销和赞助的禁令。

### 约旦强化烟草广告、促销和赞助禁令

约旦早在30多年前就首先开始实施烟草控制措施，该国在2008年又再次强化了对烟草广告、促销和赞助的限制。理论上，所有的烟草广告和营销活动应该在1977年就开始被禁止了，但是对于这些禁令和其它控烟规定的执行一直很薄弱。尽管对烟草产品市场营销和促销的禁令得到了充分实施，但是约旦司法部不愿对违法情况进行严格的处罚，常常仅仅使用最低的处罚措施，从而导致大范围的违法情况的出现。

2008年约旦立法对该国烟草控制法律法规的语言进行了澄清和强化，增加了对烟草控制投入的资源，并增加了对控烟项目人员的培训。此外，新法律增加了限制销售点营销活动的一些条款，包括禁止卷烟单支销售和经自动贩卖机销售。

为了强化执法，约旦卫生部培训了35名健

康促进协调员，专门就控烟立法、实际和适当的执法方法以及检查程序进行了培训。这些协调员有广泛的权力，可以向人们提供关于该法律的警告和教育，没收任何违法促销材料，以及启动司法程序进行执法。

约旦首都安曼过去曾是各种各样烟草促销活动泛滥之地，这次被选作新规定的试点。在今天的安曼，印刷和电子媒体上已见不到烟草广告，城市里的烟草广告牌都消失了，各种体育和文化活动都已见不到烟草企业的赞助，自动售烟机也已经消失无踪。随着试点实施的成功，这一模式将被扩大到约旦各地。

# 巴拿马禁止所有烟草广告、促销和赞助



签署立法

2008年，巴拿马成为美洲地区第一个全面禁止所有烟草产品广告、促销和赞助的国家。在实施其新法之前，巴拿马对烟草广告和市场营销活动完全没有任何形式的约束。这一新法律完全禁止了一切形式的直接或间接烟草广告和市场营销活动，包括发放衣物和其它带有烟草品牌标识的物品，以及对体育比赛和其它常有儿童参与的重大事件的赞助活动。发源于其他国家的国际媒体烟草广告也在该国被禁止。

除了禁止包括广告牌等户外广告在内的各种媒体广告外，巴拿马的新法律还禁止发放免费烟草产品、促销降价和电视、电影节中的烟草产品镜头。尤其值得注意的是他们对销售点广告和营销活动的限制，这是在已经实施全面禁令的大多数国家都未能通过的。烟草企业

已经在禁止销售点营销活动的法律中找到了漏洞，由此我们可以看到烟草企业企图违背法律销售其产品的意愿，以及控烟专家密切监测烟草企业活动的必要性。

哪怕是最全面的禁令，只要不实施，都没有一点用处。虽然巴拿马的控烟法律才颁布不到两年，但是其遵守程度确是极高的——100分评分得分高达95分。近期开展的一项对该法律遵守情况的评估，对巴拿马市的几个街区和该国的几个农村地区进行了调查。在所有调查的地区中均未发现任何形式的烟草广告，没有间接促销或赞助活动，仅发现一例销售点营销活动违法的情况。

# 马达加斯加通过立法，禁止一切烟草广告、促销和赞助

马达加斯加的控烟政策力度在过去几年里一直处于中等水平。除了禁止在公共场所吸烟和要求健康警示标识必须覆盖烟草产品包装面积的50%外，该国还禁止了一切烟草广告、促销和赞助活动，这一禁令既包括直接广告也包括间接的市场营销活动。

由于这一禁止烟草广告、促销和赞助的法律实施十分得力，且对违法行为有严格的处罚措施，因此这些活动都已经完全禁绝。在马达

加斯加全国，看不到任何烟草产品的电视、报纸、杂志或者广告牌广告，互联网营销活动也同样被禁。发放免费卷烟和烟草产品奖品的促销活动都已绝迹。为了加强监测和执法，地区级的公共卫生官员和当地的执法机关和国家控烟项目和卫生部通力合作，曝光和调查违法活动。

## 提高烟草价格是减少吸烟最有效的干预措施

通过大幅度提高烟税，从而提高烟草产品价格是减少烟草使用、鼓励烟草使用者戒烟的唯一最为有效的方法(155)。此外，提高烟税对于避免青少年开始使用烟草，降低贫困人口烟草使用效果也特别好(156)，因为这两个人群对于价格变化的反应都很强烈(155-157)。《公约》第6条(减少烟草需求的价格和税收措施)认可提高烟草产品税率的有效性。

各国政府对烟草产品都会征收多种赋税，譬如消费税、增值税和其它销售税，以及进口关税等。在这些税种当中，消费税是最重要的一种，因为它是烟草产品特有的。消费税分两种：从量税(按照数量、重量和/或其它特征计税)和从价税(按价值计税)。提高从量税是保护公众健康最适合的方法，因为从量税可以一方面相对地提高价格，另一方面缩小名牌和打折品牌之间的价差，从而达到减少烟草使用的目的。

## 要逐渐降低卷烟的购买能力，从而减少烟草消费

为了保护公众健康，烟税还应通过抵消通货膨胀和消费者收入和购买能力提高带来的联合效应，逐步降低烟草产品的购买能力。这就

要求周期性地提高从量税，以维持其作用。在很多国家，烟草产品购买能力正变得越来越高，究其原因就是税率提高速度慢于通胀和收入提高速度。

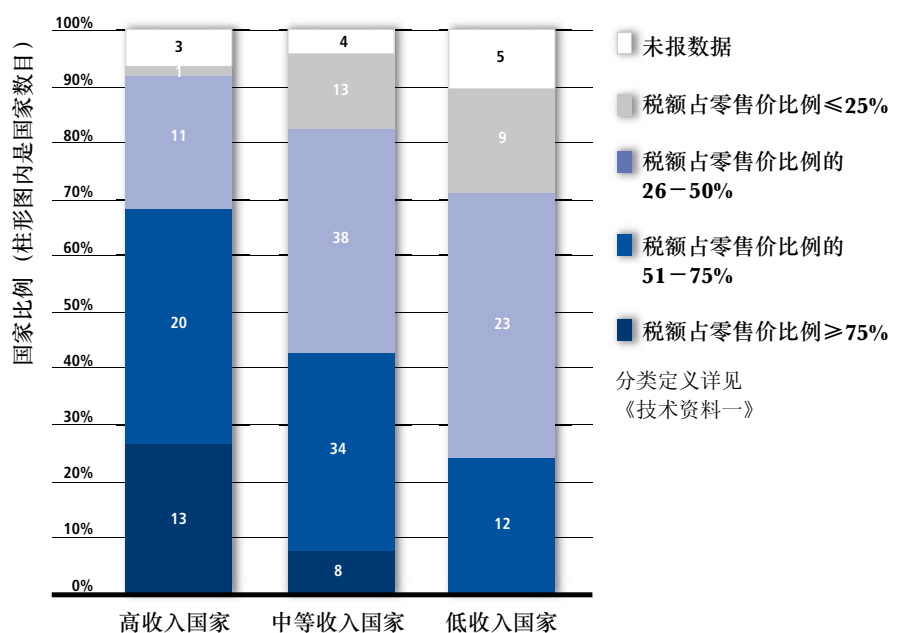
一个又一个国家的经验证明，提高烟税可以在中短期内增加烟草税收，即使将消费量降低的部分也计算进去，其效果亦(155)。这是由于烟草产品需求的价格敏感性相对较低——在高收入国家，烟税提高10%只能将消费量减少大约4%(158)——不过由于低收入国家的价格敏感度可能较高，其预期消费量降幅可能较大。如果税收对零售价格的贡献很低，那么提价的效果就会尤其突出。

为了实现最大的收入影

响，烟税的总体结构应当尽量简单且容易实施。结构越复杂，那么就会增加偷税漏税的可能。如果从量税是基于产品特征(如长度或者重量)而不是以数量为基础，那么就会增加逃税的风险。从价税可以通过调整通货膨胀保持其价值，从量税则需要定期进行调整，以跟上通胀的速度——时至今日也只有两个国家(澳大利亚和新西兰)根据通货膨胀自动调节过它们的从量税。

与烟草企业的说法相反，提高烟税后并不会自然而然地增加烟草产品走私(159)——几个国家大幅度提高烟税后并没有出现烟草走私大增的情况。其它诸如边境管制不力、税收管理不

## 卷烟总税收



善、存在非正规销售渠道和消费者愿意购买走私产品等因素对走私产生的影响都比烟税变化对走私产生的影响大。很多高烟税、高烟价的国家（如芬兰、挪威和瑞典）几乎都没有什么走私问题的证据，反倒是在一些低烟税、低烟价国家（如意大利和西班牙）走私相对严重（159）。

如果有一套针对烟草产品生产厂家的中央集权制度，同时还有强有力的税收管理和海关执法，对税收制度的遵守就会变得容易些。

《公约》第15条（烟草制品非法贸易）指出，对烟草生产和贸易进行监控可以帮助遏制非法贸易；此外，现在正在谈判中的烟草制品非法贸易草案议定书也提出通过控制和监控烟草生产和贸易解决非法贸易问题（160）。

## 2008年全球有效烟税政策覆盖人口增长甚少

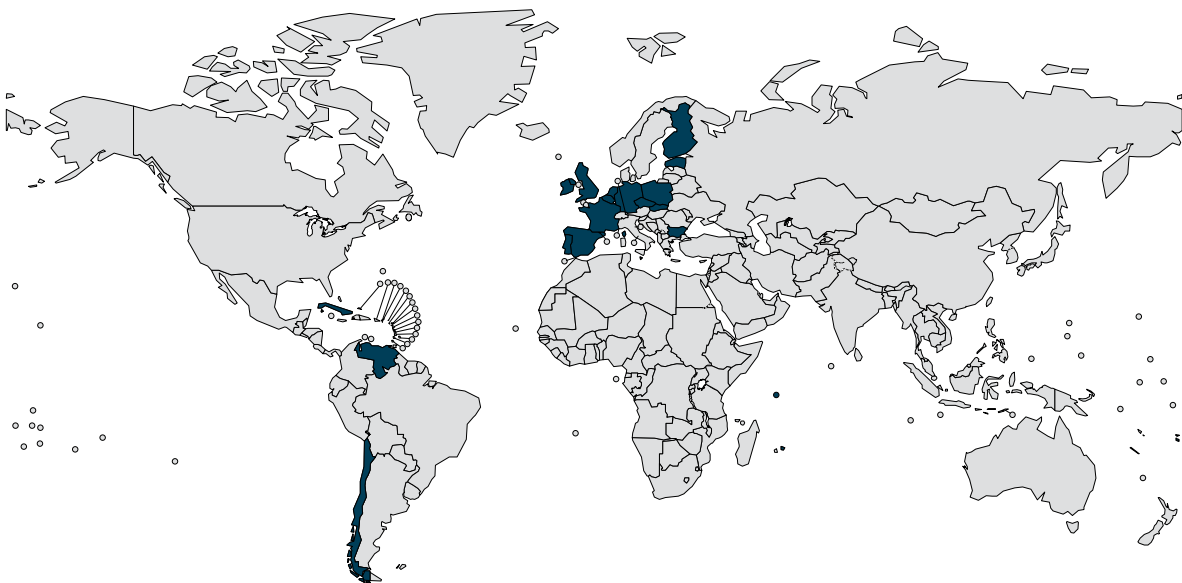
- 2008年，征税比例在烟草产品零售价格75%以上的国家增加了六个（捷克共和国、爱沙尼亚、斐济、芬兰、荷兰和塞舌尔），目前这一类型的国家总数增加到了21个，覆盖全球6.2%的人口（2007年为5.7%）。
- 2008年全球范围内，烟草税占烟草产品总零售价格的比例尚不足50%。
- 总体而言，高收入国家的税率也最高。高收入国家烟草总税额占总零售价格的比例为63%，中等收入国家为49%，低收入国家为39%。
- 大约70%的高收入国家征收的烟税占烟草产品含税总零售价的一半以上，相应

的是不到一半的中等收入国家和大约25%的低收入国家。仅有相对少数的几个国家（13个高收入国家、8个中等收入国家，没有低收入国家）对卷烟征收的消费税和其它税占到零售价格的至少75%。

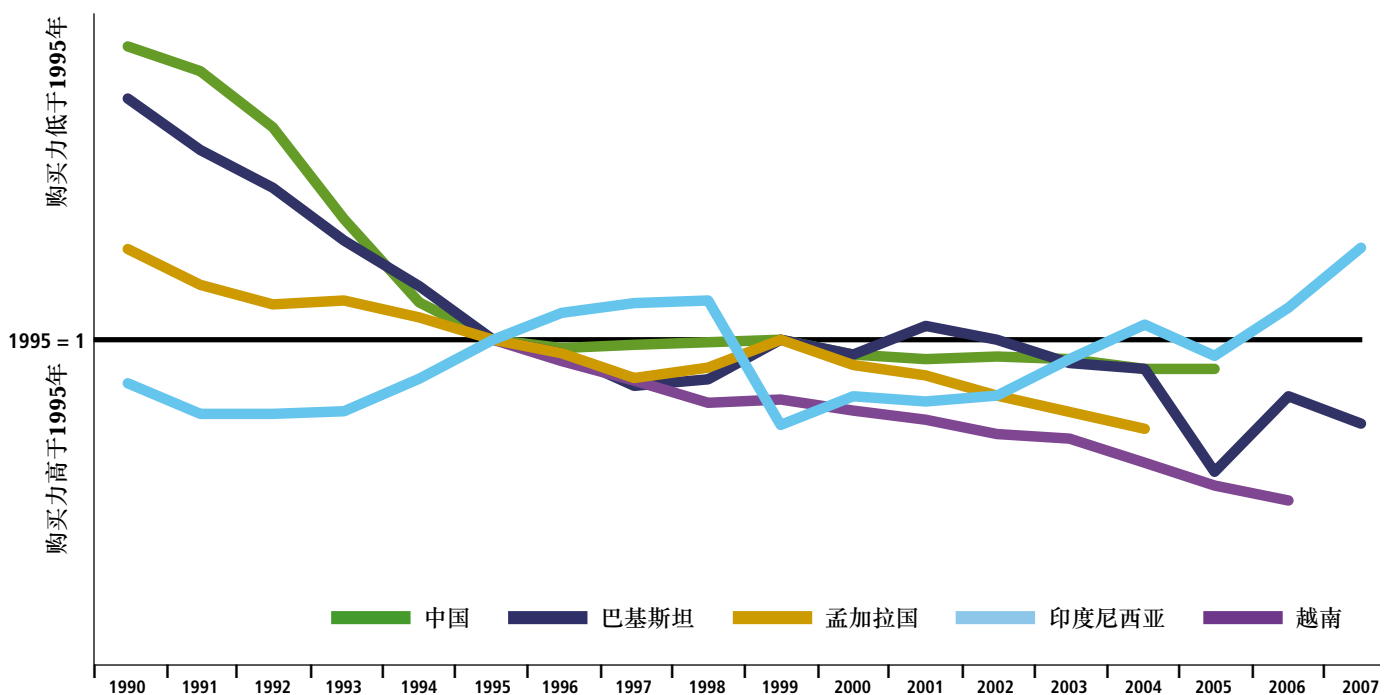
- 高收入国家的卷烟价格是中等收入国家的两倍多，是低收入国家的将近五倍。

- 在具有卷烟消费税数据的163个国家中，55个国家仅征收从量税，60个国家仅征收从价税，48个国家（大多数都在欧洲）两种税都征收，还有19个国家不征收消费税，而是依靠卷烟的进口关税。

## 提高烟税——2008年成就最高的国家



## 卷烟负担能力随时间变化情况（部分国家）

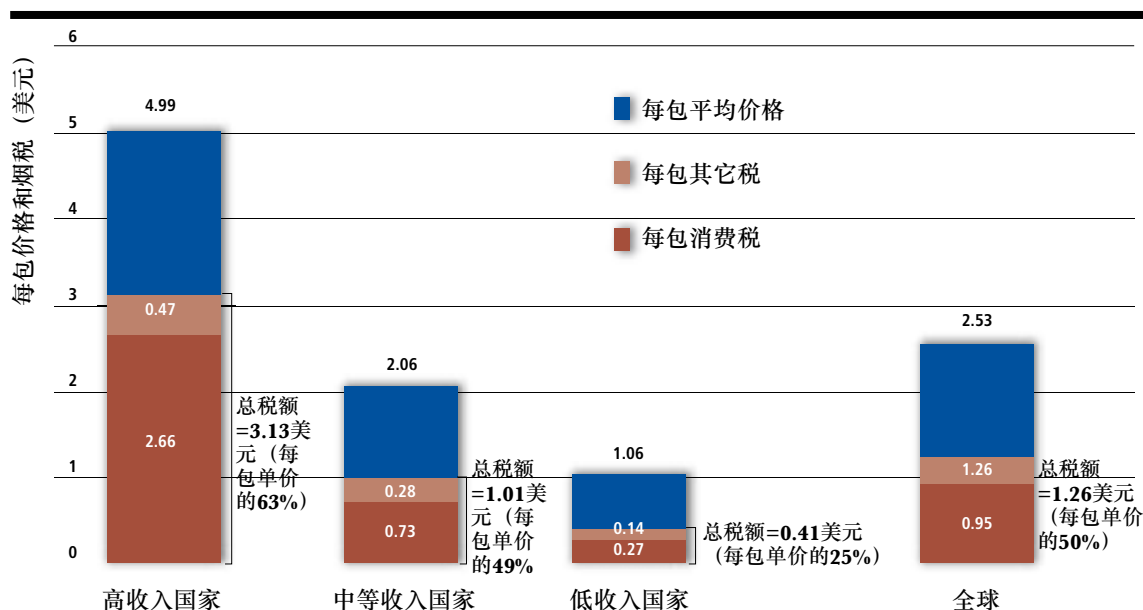


数据来源：世卫组织根据彭博全球减少烟草使用行动文献数据（网址：<http://www.worldlungfoundation.org/publications.ph>）计算

注：购买力指数计算方法：首先用最受欢迎品牌的卷烟价格处以平均人均收入（GDP/人数）。假设1995年值为1，以它为参照估计其它年份值。估计值大于1表示与1995年相比卷烟的购买力更低，同理，如果估计值小于1则表示与1995年相比购买力更高。

# 通过大幅度提高烟税，从而提高烟草产品价格是减少烟草使用，鼓励烟草使用者戒烟的唯一最为有效的方法。

## 2008年最畅销卷烟品牌的平均零售价格和烟税（消费税和总税额）





# 泰国指定将烟税收入用于控烟



**สสส.** สำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การสร้างเสริมสุขภาพ

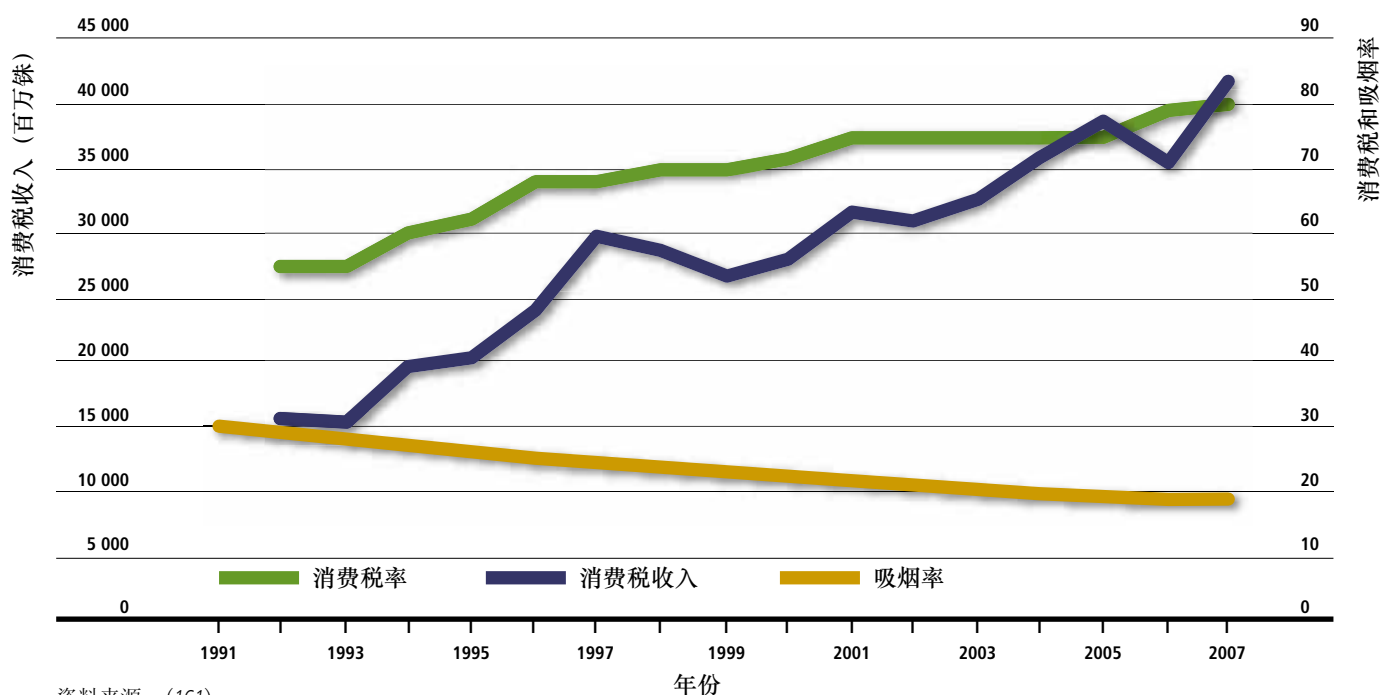
泰国在控烟领域处于领先地位，该国对卷烟征收83.5%的法定消费税，以此税率计算，2008年总税率占卷烟的实际每包零售价格的57%。泰国税收结构的一个重要特点是征收2%的税收附加费，这个附加费对烟草和酒类都征收，所得收入被指定用于国家的健康促进项目。这2%的专用资金是根据泰国的《2001年健康促进法案》确立，为泰国健康促进基金会（ThaiHealth）提供资金，每年的总收入大约

为3500万美元。借助于这些资金，ThaiHealth努力致力于减少疾病和死亡，提高生活质量。

泰国烟税制度的另一个显著特色是卷烟的消费税提高速度比通胀速度快，如此一来，卷烟的相对购买力就会降低。1992年1月，泰国成人吸烟率为30%（男性吸烟率接近60%），当时的消费税税率为55%。经过八次调整，消费税已经提高到了今天的83.5%，从而将最受欢迎品牌卷烟的零售价格提高了将近400%，并使泰国的年烟草税收额增加了三倍。成人吸烟率现在下降到了约18%，而青少年男性吸烟率大约是成年男性的一半左右。

泰国对所有的卷烟产品收取的税率都是统一的，这种方式简化了税金计算和收缴过程。由于国内烟草企业都在政府的控制之下，因此政府可以设定出厂批发价，从而避免生产厂家通过降价抵消提税的作用。对于仅仅依靠从价税且对烟草企业又没有控制权的国家来说，企业对价格的操纵是一个重要的问题。

## 消费税率、消费税收入和吸烟率（泰国，1991-2007）



资料来源：(161)。

# 国家控烟项目与能力

## 领导控烟工作需要国家控烟计划

建设国家实施有效的、可持续的全国性控烟项目的能力对于遏制烟草流行是十分重要的，作为《公约》责任的一部分，各国负有义务实施全国性的控烟项目(1)。与烟草企业没有关联的非政府组织和其它公民社会成员，包括专业卫生团体，妇女、青少年、环境和消费者团体，以及学术和医疗机构都对国家和国际性的控烟措施做出了卓越的贡献。虽然实施有效的国家控烟项目需要很多政府和公民社会部门的参与，但是项目的战略规划和领导权仍然应当集中在国家的

卫生部手中(57)。在较大的国家，控烟项目可以通过向国家级以下区划放权，设计成一个灵活实施的格局(57)。

如果一个国家控烟项目在中央和（有条件的情况下）国家级以下级别拥有全职专门人员，有来自政府各部门高层的支持，同时还要有技术专家和具备策划和实施专业才能的人才，那么这个项目就可以为所有的项目活动提供极其有效的领导和管理。此外，由政府高层（即内阁或总统）组建的国家控烟协调委员会应当包含各种政府和公民社会团体的代表，直接参与控烟活动。

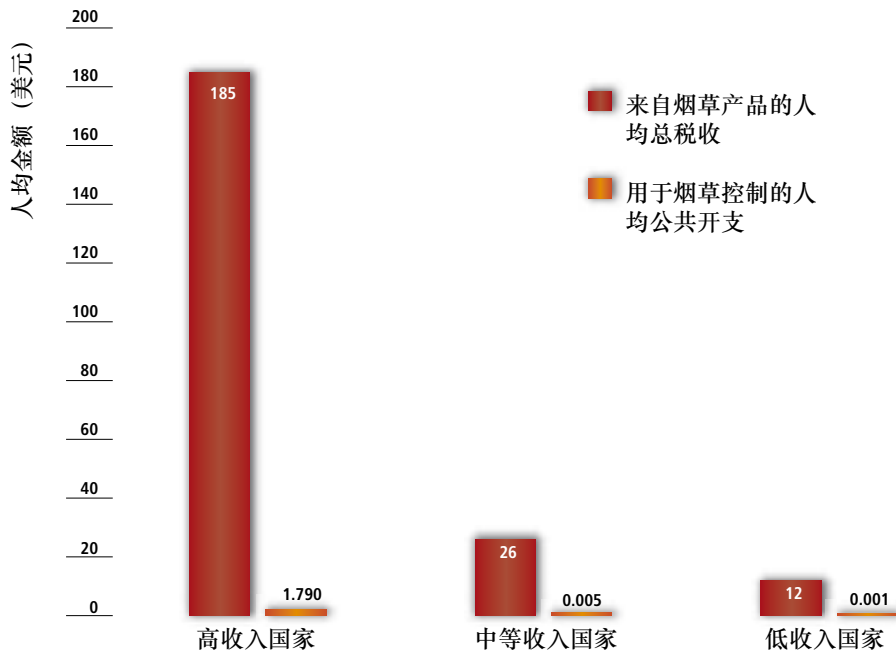
政府为其控烟项目在

国家和（有条件的情况下）国家级以下层面上提供稳定的资金来源，是十分重要的！鉴于现在大多数国家政府的烟税收入都是其控烟开支的几百甚至几千倍，因此大幅度增加控烟开支是有空间的——具体的实现方式可以是使用政府的一般性资金或者从烟草税收中划拨专项资金。其它的资金来源还包括来自国内或者国际非政府组织或慈善组织的捐款和基金。

2007年和2008年数据显示，有数据报告的各国烟税收入总和比控烟活动开支高了173倍。各国政府每年的烟税收入超过1670亿美元，而



## 烟草控制工作资金投入不足



注：基于55个提供了2007和2008年烟草产品税收和烟草控制开支数据的国家。

**各国政府每年的烟税收入超过1670亿美元，而花在烟草控制上的一共仅有9.65亿。**



花在烟草控制上的一共仅有9.65亿——这其中的99%还是来自于17个高收入国家。而人均控烟开支则从低收入国家的每人每年0.1美分，到中等收入国家的每人每年半美分，再到高收入国家的人均每年1.8美元。

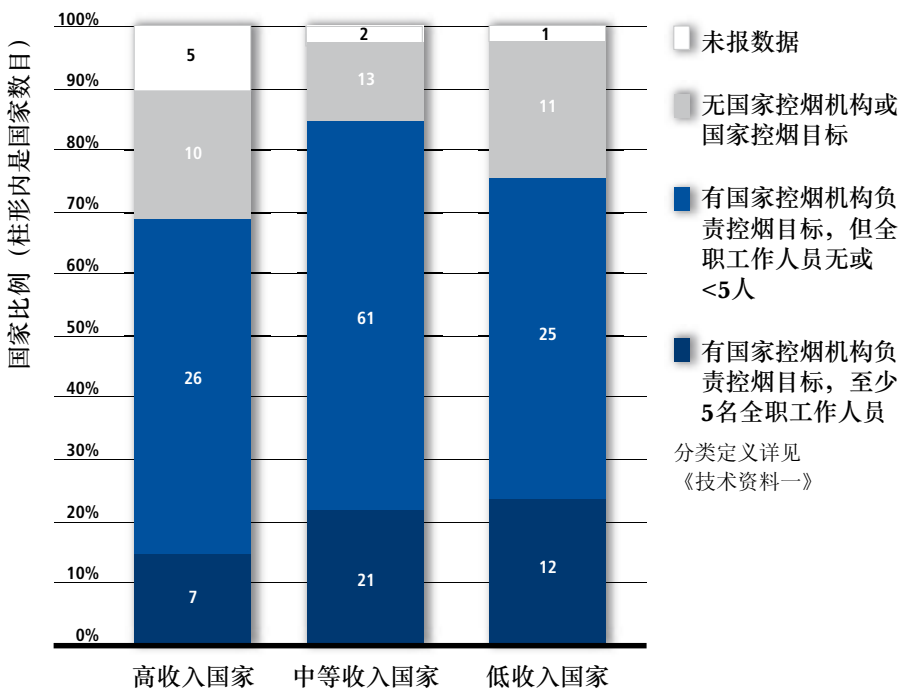
## 大多数国家都有全国性的控烟项目，但是很多国家项目的人员配置都不足。

■ 将近80%的国家报告拥有一个国家级机构，负责实现烟草控制目标，其中低收入和中等收入国家具有这

样的机构的比率高于高收入国家。

■ 不到15%的高收入国家和22%的中等收入国家的专门控烟机构拥有至少5名全职工作人员，而这一比例在低收入国家中是24%。

### 国家烟草控制项目



**政府为其控烟项目在国家（有条件的情况下）国家级以下层面上提供稳定的资金来源，是十分重要的！**

# 巴西在烟草控制项目方面能力很强

巴西对遏制烟草流行的重视和承诺都很高。该国的全面烟草控制的基础是一个全部门国家协调机制，该机制是由卫生部下属的国家烟草控制项目牵头，卫生部充当烟草控制卫生部门委员会的秘书处以及《公约》实施的国家

委员会。卫生部内部的各个监控机构负责开展控烟监测，发挥管制、执行和评价功能。

由于巴西的联邦构架（包括27个州和联邦区，共有5592个市）以及其卫生体系的分散性，大多数控烟政策的实施和执行都是在州

和地方级别上。国家级以下卫生部门和执行机构构成了一个强大的政府控烟网络，具备专门的控烟工作联络点和很投入的专业人员。2005年，巴西各州和三分之二以上的市都对其人员进行了针对控烟活动实施的培训，此外三分之一的市，包括巴西各主要城市，也实施了具体的控烟项目和执行措施。



巴西卫生部

# 结论

《世界卫生组织烟草控制框架公约》是对采取果断措施，遏制全球烟草流行的承诺的彰显！烟草流行每年夺去数百万人的生命，导致数百万人残疾！《公约》现有160多个缔约方，覆盖全球86%的人口，所有缔约方做出了具有法律约束力的承诺，实施有效的烟草控制政策。与其它很多重大公共卫生问题不同，遏制烟草使用的手段就在我们的能力范围之内——借助MPOWER具体的降低需求措施和其它《公约》政策，各国都能拥有降低烟草使用，拯救生命所需的控烟工具。

这份报告呈现的结果表明，我们不仅可以在控烟领

域取得进展，而且现在就在取得进展！在有的国家，这种进展十分迅猛——这些国家可以充当榜样，供其它仍需努力，保护人民免遭烟草使用危害的国家借鉴。如果我们不继续扩大和加强控烟措施，那么每年还会有几百万条生命被可预防的烟草相关疾病夺走，每年我们也还会因为可以避免的医疗开支和生产力丧失损失几百亿美元。

本报告表明，2008年开始实施的控烟政策又为将近4亿人带来了福泽，但是同时我们仍旧任重道远！

■ 全世界人口中仅有不到10%

得到了任何一项MPOWER政策的保护。

- 对于烟草广告、促销和赞助活动的禁令实施进展缓慢，全世界90%以上的人口仍未得到保护，免受烟草企业市场营销活动毒害。
- 烟税提高方面的进展也处于停顿状态，世界人口中将近95%所在国家烟税占烟草产品零售价格的比例仍不到75%。
- 烟草控制工作依然面临着严重的资金不足问题，全世界每年的烟草税收是控烟开支的173倍。



我们在无烟政策方面取得了进展，这也是本报告的中心内容，但是全世界大多数人依然没有得到保护从而免遭二手烟暴露危害。

- 2008年新增了2.3%的世界人口得到无烟化法律法规保护——相当于1.54亿多人，其中几乎所有人都生活在低收入和中等收入国家。
- 国家级以下区划的无烟化政策正在变得越来越普遍。在全世界最大的100座城市中，22座城市已实现无烟化——另外三座城市（里约热内卢、萨尔瓦多

和圣保罗三座巴西城市）在本报告完成数据收集之后也实现了无烟化。

- 对无烟化法律法规的遵守水平还很低。全球仅有2%的人口生活在具有全面无烟化法律并得到很好执行的国家。

当前的全球经济危机使得各国更有必要寻求方法，确保能够为有效的控烟项目提供资金。提高烟税不仅可以大大降低吸烟率，同时还能增加政府收入，为控烟和其它公共卫生活动提供资金。然而，即便在当前的烟税税率条件下，烟草控制工作仍然面临严重的资金不足，特别是在各低收入和

中等收入国家。

除了资金问题外，最重要的还有烟草控制工作需要来自政府最高层的承诺。如果不采取紧急措施，本世纪内死于烟草的人数可能超过10亿！《公约》的成功提供了有力的证据，表明在国家和国家层面上是存在相应的政治意愿的，同时这些政治意愿也能被利用起来，实现伟大的目标！通过采取行动，实施举措，减少烟草使用，各国政府和公民社会能够也必将拯救亿万生命！



# 参考文献

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World [http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf)
2. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Second session. First report of committee A. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_17P-en.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf), accessed 12 December 2007).
3. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation: Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224_eng.pdf), accessed 18 September 2009).
4. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf), accessed 9 February 2009).
5. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf), accessed 12 July 2008).
6. Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation. Geneva, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer 2002 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, accessed 12 July 2008).
7. Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tobacco Control*, 2005, 14:396–404.
8. Report on carcinogens, 11th ed. Research Triangle Park, NC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005.
9. Respiratory health effects of passive smoking. Washington, DC, United States Environmental Protection Agency, 1992:Table 3-1.
10. Invernizzi G et al. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control*, 2004, 13:219–221.
11. Singer BC et al. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. *Environmental Science and Technology*, 2002, 36:846–853.
12. Daisey JM, Mahanama KR, Hodgson AT. Toxic volatile organic compounds in simulated environmental tobacco smoke: emission factors for exposure assessment. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, 1998, 8:313–334.
13. Winickoff JP et al. Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*, 2009, 123:e74–79.
14. Navas-Acien A et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002–2003. *JAMA*, 2004, 291:2741–2745.
15. Hyland A et al. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tobacco Control*, 2008, 17:159–165.
16. Öberg M et al. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. (unpublished).
17. Survey on tobacco – analytical report. Brussels, European Commission, 2009 (Flash Eurobarometer No. 253, The Gallup Organisation; [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_253\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf), accessed 27 August 2009).
18. Shields M. Smoking – prevalence, bans and exposure to second-hand smoke. Ottawa, Statistics Canada, 2007 (Health Reports, Vol. 18, No. 3:67–85; <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006007/article/smoking-fumer/10198-eng.pdf>).
19. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Geneva, World Health Organization, Division of Noncommunicable Disease, Tobacco Free Initiative, 1999. ([http://www.who.int/tobacco/research/en/ets\\_report](http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report), accessed December 3, 2008).
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Exposure to secondhand smoke among students aged 13–15 years worldwide, 2000–2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56:497–500.
21. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3: e442.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2008, 57:1226–1228.
23. Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe. Brussels, The Smoke Free Partnership, 2006 ([http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id\\_attach=13509](http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509), accessed 13 April 2009).
24. Smoking and health: joint report of the Study Group on Smoking and Health. *Science*, 1957, 125(3258):1129–1133.
25. White J, Froeb H. Small-airways dysfunction in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke. *New England Journal of Medicine*, 1980, 27:720–723.
26. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, 282:183–185.
27. Trichopoulos D et al. Lung cancer and passive smoking. *International Journal of Cancer*, 1981, 27:1–4.
28. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US 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 12 July 2008).
29. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant, Scientific Review Panel approved version. Part B – Health effects. Sacramento, CA, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3part%20b.pdf>, accessed 27 August 2009).
30. 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?idService=GET\\_FILE&dlID=13632&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?idService=GET_FILE&dlID=13632&Rendition=Web), accessed 5 December 2007).
31. Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by second-hand cigarette smoke? *Tobacco Control*, 2001, 10:383–388.
32. Bridevaux PO et al. Secondhand smoke and health-related quality of life in never smokers: results from the SAPALDIA cohort study 2. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:2516–2523.
33. Bertone ER, Snyder LA, Moore AS. Environmental tobacco smoke and risk of malignant lymphoma in pet cats. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:268–273.
34. Snyder LA et al. p53 expression and environmental tobacco smoke exposure in feline oral squamous cell carcinoma. *Veterinary Pathology*, 2004, 41:209–214.
35. Reif JS et al. Passive smoking and canine lung cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:234–239.
36. Fantuzzi G et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007, 21:194–200.
37. Fantuzzi G et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *The Journal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine*, 2008, 21:643–647.
38. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*, 1997, 52:1003–1009.
39. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *British Medical Bulletin*, 1996, 52:22–34.
40. Gilbert SG. Scientific consensus statement on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders. Bolinas, CA, Collaborative on Health and the Environment, Learning and Developmental Disabilities Initiative, 2008 (<http://www.iceh.org/pdfs/LDDI/LDDIStatement.pdf>, accessed 3 February 2009).
41. Herrmann M, King K, Weitzman M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. *Current Opinion in Pediatrics*, 2008, 20:184–190.
42. Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke. Schaumburg, IL, Society of Actuaries, 2005 ([http://www.soa.org/research/files/pdf/ETSReportFinalDraft\(Final%203\).pdf](http://www.soa.org/research/files/pdf/ETSReportFinalDraft(Final%203).pdf), accessed 8 July 2007).



43. *Indoor Air Quality 1994*, 59:15968-16039. Washington, DC, United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 1994.
44. Adams KA et al. *The costs of environmental tobacco smoke (ETS): an international review*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.11).
45. McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15:125-130.
46. Pierce JP, León M. Effectiveness of smoke-free policies. *Lancet Oncology*, 2008, 9:614-615.
47. Haw SJ, Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ*, 2007, 335:549.
48. Borland R et al. Protection from environmental tobacco smoke in California. The case for a smoke-free workplace. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:749-752.
49. Pickett MS et al. Smoke-free laws and secondhand smoke exposure in US non-smoking adults, 1999-2002. *Tobacco Control*, 2006, 15:302-307.
50. 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, 14:384-388.
51. Goodman P et al. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175:840-845.
52. Bondy SJ et al. Impact of an indoor smoking ban on bar workers' exposure to secondhand smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 51:612-619.
53. Semple S et al. Secondhand smoke levels in Scottish pubs: the effect of smoke-free legislation. *Tobacco Control*, 2007, 16:127-132.
54. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban, New York, June 26, 2003-June 30, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56:705-708.
55. Fernando D et al. Legislation reduces exposure to second-hand tobacco smoke in New Zealand bars by about 90%. *Tobacco Control*, 2007, 16:235-238.
56. Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free workplace law. *Addiction*, 2003, 98:1111-1117.
57. *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).
58. Gan Q et al. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in China. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2008, 50:570-575.
59. Cains T et al. Designated "no smoking" areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 2004, 13:17-22.
60. *Ventilation for acceptable indoor air quality*. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2004 (ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004).
61. *Environmental tobacco smoke. Position document approved by ASHRAE Board of Directors, 30 June 2005*. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2005
62. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, CA, California Environmental Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 ([http://www.oehha.org/air/environmental\\_tobacco/finalets.html](http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html), accessed 25 February 2008).
63. *Institute for Health and Consumer Protection. Activity report 2003*. Ispra, European Commission Joint Research Centre Directorate-General, 2004 ([http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/docs/IHCP\\_annual\\_report/ihcp03.pdf](http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/docs/IHCP_annual_report/ihcp03.pdf)).
64. Valente P et al. Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban, Italy 2005. *Tobacco Control*, 2007, 16:312-3
65. Menzies D et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA*, 2006, 296:1742-1748.
66. Eisner M, Smith A, Blanc P. Bartenders' respiratory health after establishment of smokefree bars and taverns. *JAMA*, 1998, 280:1909-1914.
67. Venn A, Britton J. Exposure to secondhand smoke and biomarkers of cardiovascular disease risk in never-smoking adults. *Circulation*, 2007, 115:990-995.
68. Richiardi L et al. Cardiovascular benefits of smoking regulations: The effect of decreased exposure to passive smoking. *Preventive Medicine*, 2009, 48:167-172.
69. Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:482-491.
70. Bartecchi C et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation*, 2006, 114:1490-1496.
71. Khuder SA et al. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. *Preventive Medicine*, 2007, 45:3-8.
72. Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *British Medical Journal*, 2004, 328:977-980.
73. Lemstra M, Neudorf C, Opondo J. Implications of a public smoking ban. *Canadian Journal of Public Health*, 2008, 99:62-65.
74. Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, 2009, 29:54:1249-1255.
75. *California tobacco control update: the social norm change approach*. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2006 and 2009 (<http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Pages/CTCPPublications.aspx>, accessed 27 August 2009).
76. Evans W, Farrelly M, Montgomery E. Do workplace smoking bans reduce smoking? *American Economic Review*, 1999, 89:728-747.
77. Levy D, Friend K. Clean air laws: a framework for evaluating and improving clean air laws. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2001, 7:87-97.
78. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*, 2002, 325:188.
79. Bauer JE et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024-1029.
80. 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.
81. Fowkes FJ et al. Scottish smoke-free legislation and trends in smoking cessation. *Addiction*, 2008, 103:1888-1895.
82. 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.
83. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health* 2008, 98:672-679.
84. Borland R et al. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tobacco Control*, 1999, 8:266-271.
85. *After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2006 (<http://www.hpac.govt.nz/moh.nsf/UnidPrint/MH5599?OpenDocument#information>, accessed 5 December 2007).
86. Evans D, Byrne C. *The 2004 Irish smoking ban: is there a "knock-on" effect on smoking in the home?* Health Service Executive of the Republic of Ireland, Western Area, 2006.
87. Albers AB et al. Household smoking bans and adolescent antismoking attitudes and smoking initiation: findings from a longitudinal study of a Massachusetts youth cohort. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:1886-1893.

88. Li Q et al. Support for smoke free policies among smokers and non-smokers in six cities in China. *Tobacco Control*, 13 August 2009 (epub ahead of print).
89. *Major new poll shows public support across UK for comprehensive smokefree law*. London, Action on Smoking and Health, Press Release 30 December 2005 ([http://www.ash.org.uk/ash\\_jf9oyumi.htm](http://www.ash.org.uk/ash_jf9oyumi.htm), accessed 18 September 2009).
90. Sebríe EM, Schoj V, Glantz SA. Smokefree environments in Latin America: on the road to real change? *Prevention and Control*, 2008, 3:21–35.
91. Equipos Mori. *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005" (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados) Regulation of snuff consumption in public and private places*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization), 2006 ([http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/noticias/2006/12/informeo\\_dec268\\_mori.pdf](http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf), accessed 5 December 2007).
92. *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](http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf), accessed 5 December 2007).
93. *Poll shows 98% of us believe Irish workplaces are healthier as a result of the smokefree law*. Naas, Office of Tobacco Control (Press release 28 March 2005; <http://www.otc.ie>).
94. *California bar patrons' Field Research Corporation polls, March 1998 and September 2002*. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2002.
95. *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health of the People's Republic of China, 2007.
96. Danishevski K, Gilmore A, McKee M. Public attitudes towards smoking and tobacco control policy in Russia. *Tobacco Control*, 2008, 17:276–283.
97. Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13–20.
98. Scollo M, Lal A. *Summary of studies assessing the economic impact of smoke-free policies in the hospitality industry*. Carlton, VicHealth Centre for Tobacco Control, 2008 (<http://www.vctc.org.au/downloads/Hospitalitysummary.pdf>, accessed 28 August 2009).
99. Borland R 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.
100. Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), 2005 ([www.sirus.no/cwobjekter/SmokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf](http://www.sirus.no/cwobjekter/SmokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf), accessed January 2006).
101. Edwards R et al. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tobacco Control*, 2008, 17:e2.
102. 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, 13:87–89.
103. *The state of smoke-free New York City: a one-year review*. New York, NY: New York City Department of Finance, New York City Department of Health & Mental Hygiene, New York City Department of Small Business Services, New York City Economic Development Corporation, 2004. (<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>, accessed 28 August 2009)
104. Eriksen M, Chaloupka F. The economic impact of clean indoor air laws. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2007, 57:367–378.
105. Hyland A, Cummings KM. Restaurant employment before and after the New York City Smoke-Free Air Act. *Journal of Public Health Management and Practice*, 1999, 5:22–27.
106. Alpert HR et al. Environmental and economic evaluation of the Massachusetts Smoke-Free Workplace Law. *Journal of Community Health*, 2007, 32:269–281.
107. Pyles MK et al. Economic effect of a smoke-free law in a tobacco-growing community. *Tobacco Control*, 2007, 16:66–68.
108. Dai C et al. *The economic impact of Florida's Smoke-Free Workplace Law*. Gainesville, FL, University of Florida, Warrington College of Business Administration, Bureau of Economic and Business Research, 2004.
109. Alamar B, Glantz SA. Effect of smoke-free laws on bar value and profits. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1400–1402.
110. Binkin N et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:522–527.
111. *A study of public attitudes toward cigarette smoking and the tobacco industry in 1978*, Vol. 1. Storrs, CT: The Roper Organization, 1978 (<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qra99d00/pdf>).
112. Heironimus J. *Impact of workplace restrictions on consumption and incidence*. Tobacco Documents Online, 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>, accessed 5 December 2007).
113. Sebríe E, Glantz S. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tobacco Control*, 2007, 16:e6.
114. *Smoking in public places. House of Commons Health Committee, first report of session 2005–2006, Vol. II*. London, House of Commons, 2005 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/485/485ii.pdf>).
115. Samet JM, Burke TA. Turning science into junk: the tobacco industry and passive smoking. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1742–1744.
116. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet*, 2000, 355:1253–1259.
117. Ong EK, Glantz SA. Constructing "sound science" and "good epidemiology": tobacco, lawyers, and public relations firms. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1749–1757.
118. Tong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts undermining evidence linking secondhand smoke with cardiovascular disease. *Circulation*, 2007, 116:1845–1854.
119. Bornhauser A, McCarthy J, Glantz S. German tobacco industry's successful efforts to maintain scientific and political respectability to prevent regulation of secondhand smoke. *Tobacco Control*, 2006, 15:e1.
120. Robinson JB. *ETS in Nordic countries*. Paper presented at: PM EEC ETS Conference, Geneva, 12–14 November 1986. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1986 (Philip Morris Collection; Bates No. 25010442306; <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/etu22e00>, accessed 15 December 2007).
121. Tobacco Institute. *Embargoed for use in A.M. newspapers, Monday 8/10/615*. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1981 (Philip Morris Collection; Bates No. 2015018011/8012; <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ar168e00>, accessed 15 December 2007).
122. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *JAMA*, 1998, 279:1566–1570.
123. Barnes DE, Bero LA. Scientific quality of original research articles on environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 1997, 6:19–26.
124. Garne D et al. Environmental tobacco smoke research published in the journal *Indoor and Built Environment* and associations with the tobacco industry. *Lancet*, 2005, 365:804–809.
125. United States of America v. Philip Morris USA, Inc., et al., 449 F Supp 2d 1 (2006).
126. Siegel M. The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. *Annual Review of Public Health*, 2002, 23:45–71.
127. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. Washington: Gallup, Inc., 2006. (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, accessed 12 July 2007).
128. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008 ([http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf), accessed 17 July 2008).
129. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Third session. Decisions. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC\\_COP3\\_DIV3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_DIV3-en.pdf)).
130. Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1759–1766.
131. Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 2004, 328(7455):1519–1527.
132. US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health, 1990 ([http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/CT/\\_/nnbct.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/CT/_/nnbct.pdf), accessed 18 September 2009).
133. *Everybody's business – Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health\\_Systems\\_EverybodyBusinessHSS.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_EverybodyBusinessHSS.pdf)).
134. *WHO CVD-risk management package for low- and medium-resource settings*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/92411545852.pdf>).

135. WHO/The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb\\_tobac\\_monograph.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf)).
136. Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*, 2007, 16(Suppl. 1):i13–i18.
137. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines: 16th list, March 2009 (Unedited version – 30 April 2009) ([http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/17/WEB\\_unedited\\_16th\\_LIST.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf), accessed 20 October 2009).
138. 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.
139. US Department of Health and Human Services. *Youth and tobacco: Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, 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, 1994.
140. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Elaboration of guidelines for implementation: Articles 5.3, 9 and 10, 11, 12 and 14 (decision FCTC/COP2(14))*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_DIV9-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-en.pdf), accessed 18 September 2009).
141. 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. [76% are in favor of pictures on cigarette packs that illustrate the problems caused by smoking, 67% of smokers saw the pictures and say they made them want to stop smoking] *Opinião pública*, 2002 ([http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo\\_21042002.shtml](http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml), accessed 6 December 2007).
142. *Tobacco warning labels*. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (Factsheet No. 7; <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>, accessed 25 February 2008).
143. Thrasher JF et al. Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud Pública de México*, 2007, 49 (Suppl. 2):S233–S240.
144. *Up in smoke: the truth about tar and nicotine ratings*. Washington, DC, Federal Trade Commission, Bureau of Consumer Protection, Office of Consumer and Business Education, 2000 (FTC Consumer Alert; <http://www.ftc.gov/bcp/conline/pubs/alerts/smokealrt.pdf>, accessed 12 July 2008).
145. Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:380–386.
146. McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9:273–282.
147. Dunlop SM, Wakefield M, Kashima Y. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *J Health Commun*, 2008;13:250–266.
148. Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:2154–2160.
149. *American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4. Enforcing Strong Smoke-free Laws: The Advocate's Guide to Enforcement Strategies*. Atlanta, American Cancer Society, 2006.
150. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, accessed 6 December 2007).
151. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117–1137.
152. Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (<http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>, accessed 25 February 2008).
153. Crofton J, Simpson D. *Tobacco: a global threat*. Hong Kong, Macmillan Education, 2002.
154. *Select Committee on Health, second report*. London, House of Commons, 2000 (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2702.htm>, accessed 12 July 2008).
155. Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, The World Bank, 2006:869–885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, accessed 12 July 2008).
156. van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_south\\_africa\\_taxation.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf), accessed 12 July 2008).
157. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976–1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47:605–609.
158. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000:2737–2772.
159. 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](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_spain_smuggling_control.pdf), accessed 12 July 2008).
160. *Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Third session of the Intergovernmental Negotiating Body on a Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/fctc/inb/third\\_session\\_inb/en/index.html](http://www.who.int/fctc/inb/third_session_inb/en/index.html), accessed 20 October 2009).
161. Thai Health Promotion Foundation, 2008.
162. United Nations Statistics Division. *Demographic Yearbook : Table 8. Population of capital cities and cities of 100 000 and more inhabitants, latest available year: 1988-2007*. New York, United Nations, 2009. (<http://unstats.un.org/unsd/Demographic/Products/dyb/dyb2007.htm>, accessed 3 November 2009).

# 鸣谢

下列世卫组织工作人员协助参与了报告信息的编撰、分析和编辑工作：

## 世卫组织非洲区域办事处：

Jean-Pierre Baptiste, Tecla Butau, Deowan Mohee, Nivo Ramanadraibe.

## 世卫组织美洲区域办事处：

Adriana Blanco, Maristela Monteiro, Rosa Sandoval, Erin Smith, Mayte Vasquez.

## 世卫组织东南亚区域办事处：

Khalil Rahman, Kamar Rezwan, Dharendra N. Sinha.

## 世卫组织欧洲区域办事处：

Yulia Kadirova, Rula Khoury, Kristina Mauer, Agis Tsouros.

## 世卫组织东地中海区域办事处：

Fatimah El-Awa, Majed Elehawi, Farrukh Qureshi.

## 世卫组织西太平洋区域办事处：

Sarah England (China), Trinetta Lee, Guangyuan Liu, Susan Mercado.

## 世卫组织日内瓦总部：

Sundus Aladoofi, Zahra Ali Piazza, Ala Alwan, Alphaluck Bhatiasevi, Lubna Bhatti, Douglas Bettcher, Katherine DeLand, Christine Fares, Daniel Ferrante, Gillian Forbes, Omid Fotuhi, Dongbo Fu, Lejla Gagik, Bernardus Ganter, Jason Henderson, Gudrun Ingolfssdottir, Mie Inoue, Sun Goo Lee, Nima Mansouri, Raman Minhas, Ryan Moran, Simeon Niles, Timothy O' Leary, Armando

Peruga, Patrick Petit (formerly WHO), Luminita Sanda, Brooke Trainum, Gulnoza Usmanova, Barbara Zolty.

下列人员提供了行政支持：Miriamjoy Aryee-Quansah, Catalin Iacobescu, Luis Madge, Carolyn Patten, Elizabeth Tecson, Jennifer Volonnino.

Kerstin Schotte协调了本报告的制作过程，并得到Katherine DeLand的支持。

Christopher Fitzpatrick对报告内容的开发进行了技术勘误。

Alison Commar、Christopher Fitzpatrick、Gauri Khanna、Sameer Pujari、Kerstin Schotte和Erin Smith开展了国别报告数据的质量保障。

Armando Peruga是报告法律审议程序的负责人，审议由下列人员开展：Dongbo Fu、Raman Minhas、Luminita Sanda、Erin Smith、Gemma Vestal和Barbara Zolty。

吸烟率估计值由Gauri Khanna和Edouard Tursand' Espaignet计算。

Christopher Fitzpatrick (AFR和SEAR)、Anne-Marie Perucic (AMR和EMR)和Ayda Yurekli (EUR和WPR)负责开展报

告的财政和经济回顾和分析，包括烟税和烟草产品价格，并得到Frank Chaloupka和Sofia Delipalla的支持。

Alison Commar、Sameer Pujari和Shaun Takao负责开展数据管理、质量保障和表格、图形和附件创建。

我们同时感谢布隆伯格减少烟草使用行动的Jennifer Ellis和Kelly Henning的合作。Stella Bialous、Vera da Costa e Silva、Geoffrey T. Fong、John Pierce、Martin Raw和Jonathan Samet等人为我们提供了宝贵的反馈意见和评价，非常感谢！此外我们还有特别感谢世卫组织 FCTC 公约秘书处，Colin Mathers和Gretchen Stevens，以及美国CDC吸烟与健康办公室的团队！

Drew Blakeman协助我们起草了这份报告。特别感谢我们的责任校对Barbara Campanini以及我们的设计员Reda Sadki和他的团队，他们的高效率工作使得这份报告能够及时出版。

本世卫组织文件的编制是由世界肺基金提供资金，由布隆伯格慈善基金会提供经济支持。本报告内容由世卫组织全权负责，不反映世界肺基金的立场。



## 照片与图示

### © The World Bank

- 第8/9页 - 摄像师: Anvar Ilyasov
- 第10页 - 摄像师: Curt Carnemark
- 第12/13页 - 摄像师: Curt Carnemark
- 第16/17页 - 摄像师: Curt Carnemark
- 第20页 - 摄像师: Curt Carnemark
- 第22/23页 - 摄像师: Curt Carnemark
- 第34页 - 摄像师: Anvar Ilyasov
- 第44页 - 摄像师: Bunyad Dinc
- 第60页 - 摄像师: Dominic Sansoni
- 第64/65页 - 摄像师: Anvar Ilyasov

### © Keystone

- 第14/15页 - Keystone/Laif
- 第18页 - Keystone/Laif
- 第26/27页 - Keystone/Laif

### © Court Consulting

- 第19页 - 图示

### © Medical Art Service

- 第23页 - 图示
- 第7页 - © World Health Organization
- 第21页 - © National Tobacco Control Program, Government of India
- 第30页 - © World Lung Foundation
- 第37页 - © Environmental Rights Action/Friends of the Earth, Nigeria
- 第43页 - © Secretaría de Salud del Distrito Federal
- 第47页 - © National Health Service City and Hackney
- 第50页 - © Cancer Institute New South Wales
- 第51页 - © Hormozgan University of Medical Science, Islamic Republic of Iran
- 第63页 - © Ministry of Health, Brazil

设计: **Estudio Infinito**

布局: **designisgood.info**

印刷: **Imprimerie Nouvelle Gonnet**, France

承蒙彭博  
慈善基金会  
赞助经费



**世界卫生组织**

**20 Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland  
[www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower)**

ISBN 978 92 4 556391 4



9 789245 563914