

烟草控制规划制定和实施:国际经验及启示

洪颖^{1,2*} 杨杰¹ 钮文异²

1. 中国疾病预防控制中心控烟办公室 北京 100050

2. 北京大学公共卫生学院 北京 100191

【摘要】本文对美国、英国、挪威、澳大利亚、新西兰、印度六个国家烟草控制规划的关注领域、规划内容和存在的问题等进行比较分析,为中国控烟规划制定提供参考。结果显示,各国控烟规划目标明确,并具有一定的前瞻性,实施措施得力具体并具有可操作性,同时在制定和实施规划的过程中能够有效排除烟草利益相关部门的参与,保证了控烟规划能够指导本国的控烟实践。提示在制定中国控烟规划时需要制定合理性和超前性统一的目标,采取可操作的实施策略,建立多部门合作的有效机制,发动全社会参与,并抵制烟草业的干扰。

【关键词】烟草控制规划;目标;措施;国际经验

中图分类号:R163 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.03.012

Establishment and implementation of tobacco control plan: International experiences and its implications to China

HONG Ying^{1,2}, YANG jie¹, NIU Wen-yi²

1. Tobacco Control Office, China Disease Control Center, Beijing 100050, China

2. School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】In this paper, we compare tobacco control plans in America, England, Norway, Australia, New Zealand, and India. We also analyze the objectives of each plan as well as the measures taken and problems encountered during implementation. This analysis is intended to be references for the development of a tobacco control plan in China. We found that the objectives in these countries were clear and demonstrated foresight. All plans involved taking specific, pragmatic measures and avoiding interference from the tobacco industry. These were the necessary prerequisites to ensure the successful implementation of a tobacco control plan. When establishing a tobacco control plan in China, reasonable, pragmatic measures need to be taken across multiple departments. Such a plan would also require public involvement and ways of countering interference by the tobacco industry.

【Key words】Tobacco control plan; Objective; Measure; International experience

烟草是唯一合法但使用可致命的产品^[1-2],目前全球约有 8 亿成年男性和 2 亿成年女性吸烟,2011 年吸烟导致全球近 600 万人死亡,造成的直接和间接损失难以估计^[3]。为有效遏制烟草流行,世界卫生组织组织(WHO)制定了《烟草控制框架公约》(简称《公约》)。截至 2012 年 12 月 31 日,《公约》已在

176 个国家生效^[3],我国政府于 2003 年签署《公约》,2005 年 8 月,《公约》被全国人大常委会批准,并于 2006 年 1 月生效^[4]。《公约》第 5 条第 1 款明确指出,每一缔约方应根据公约制定、实施、定期更新和审查国家多部门综合烟草控制战略、计划和规划。

纵观全球控烟先进国家和地区,有的从 20 世纪

* 作者简介:洪颖,女(1987 年—),硕士研究生,主要研究方向为健康教育与健康促进。E-mail: hying8769@163.com

通讯作者:杨杰。E-mail: bjyangjie@163.com

后期开始制定国家或地区烟草控制规划或计划(简称“控烟规划”)并保证有效实施,用于指导国家或地区的控烟行动,以减少因吸烟引起的疾病和死亡,降低因吸烟导致的直接和间接经济损失,提高公众生活质量,减轻国家财政负担。一些国家和地区的经验表明,一个较好的控烟规划及其有效实施,对控烟工作有积极的推动作用。美国加利福尼亚自1989年建立控烟规划以来,严格按照控烟规划的要求采取相应的控烟措施,控烟环境明显好转,吸烟率、烟草销售量显著降低^[4-5],心脏病、肺癌发生率也有了明显降低^[6]。也有研究对规划产生的经济效应进行了评估,结果表明,规划的有效实施延长了该地区人群的预期寿命,降低了疾病负担并具有远期效应。^[7-8]英国通过制定主题为“健康生命、健康人民的英国控制吸烟规划”,预计到2015年英国成人的吸烟率降到18.5%以下。^[2]挪威是世界上最早实施综合控烟的国家之一,也是最早成为《公约》缔约方的国家之一。规划的合理制定和有效实施使2009年挪威的吸烟率下降到了21%,接近2010年的规划目标(20%)。新西兰从20世纪90年代开始积极控烟,取得了显著效果,在2010年制定的“无烟新西兰2020”中明确了新西兰未来10年的控烟目标和行动。^[9]澳大利亚的吸烟率从1980年的34%降到了2007年的19%,并预计到2020年降低到9%以下。^[10]巴西控烟规划的有效实施,使成年人吸烟率降低了35%,同时由于全面禁止烟草广告、促销和赞助,青少年吸烟人数明显减少,使巴西的控烟工作一直走在世界前列。^[11]印度作为受烟草危害严重的大国,采取了积极有效措施,控烟工作取得了积极的进展^[12],为发展中国家做出了榜样。

不同国家和地区制定控烟规划时首先应全面了解国家及地区的控烟现状,根据本国或本地区的实际情况制定未来一定时间内的控烟目标和有效可行的控烟措施,并提供足够的经费及人力资源以保证目标实现。本文根据地理位置、国家发展水平、烟草使用状况及控烟规划制定情况,选取美国、英国、挪威、澳大利亚、新西兰、印度六国进行探讨和分析,为我国制定控烟规划提供参考。

1 六国控烟规划比较

1.1 关注领域

六个国家控烟规划目标的关注点主要集中于烟

草使用社会和环境以及卫生系统的改变(表1),但仅有美国制定了较明确的目标和计划。

表1 各国控烟规划的关注领域

关注领域	国家
烟草使用	
吸烟率	
成年人	美国、英国、澳大利亚、新西兰、印度
青少年	美国、英国、挪威、澳大利亚
孕期妇女	美国、英国、挪威、澳大利亚、新西兰
成年人戒烟率	美国、挪威、澳大利亚
尝试戒烟率	
成年人	美国、澳大利亚
青少年	美国
孕期妇女	美国
社会和环境的改变	
无烟政策/法律覆盖	美国、澳大利亚
二手烟暴露率	美国、澳大利亚、新西兰、英国、挪威
烟草广告、促销和赞助	美国、挪威、新西兰、印度
制定烟草控制规划	美国、英国、挪威、印度
消除不平等	挪威、澳大利亚
健康教育	挪威
烟草相关死亡率	印度
卫生系统的改变	
戒烟纳入医疗补助的覆盖范围	美国
卫生保健系统的烟草筛查	美国
提供戒烟的卫生保健系统(戒烟帮助、戒烟产品)	美国、挪威、新西兰

1.1.1 烟草使用

烟草使用主要通过吸烟率、戒烟率来衡量。成年人、青少年吸烟率是各国较为关注的目标。美国在制定吸烟率目标时,对烟草的种类进行划分,健康美国人(Healthy People)2010中分为卷烟(Cigarettes)、咀嚼烟(Spit tobacco)、雪茄,而在2020规划中则分为卷烟、无烟烟草制品(Smokeless tobacco products)、雪茄。印度也将无烟烟草产品、咀嚼烟纳入控烟范围,其他国家均只考虑了卷烟的使用情况。表2描述了六国控烟规划中吸烟率目标制定情况,新西兰、印度未提出明确目标,仅表示希望通过措施的执行降低吸烟率,达到控烟的目的。戒烟率的目标制定方面,仅美国提出了明确的数值目标,希望通过10年时间将成年人戒烟率从原有的48.3%提高到80%^[10],然而前10年,成年人戒烟率在美国仅提高了3%^[13]。其他国家制定的戒烟率目标则重在为戒烟者提供更为方便的咨询和帮助,从而促进其戒烟。

表 2 各国控烟规划中吸烟率目标

吸烟率 (%)	美国 (2010—2020)		英国 (2010—2015)		挪威 (2006—2010)		澳大利亚 (2010—2020)		新西兰 (2010—2020)		印度 (2005—2020)	
	基线	目标	基线	目标	基线	目标	基线	目标	基线	目标	基线	目标
成年人	20.6 ^a	12.0	21	18.5	25.0	20.0	21.0(18.0) ^b	9.0 ^c	—	—	—	—
青少年	26.0 ^a	21.0	15	12	24.0	12.0	—	—	—	—	—	—
规划年限(年)	10		5		5		10		10		15	

注:a 前一轮规划未达到的目标,并将其设为新一轮规划的目标。

b 在最近的规划中,控制吸烟率的目标人群不再根据性别划分,而之前基线的吸烟率按性别统计。

c 在最新规划中将控制吸烟率的目标人群重新定义为 14 岁以上。

1.1.2 社会和环境

二手烟暴露率、烟草广告、促销和赞助是各国制定规划的必选目标。近年来,消除不平等和无烟环境立法也逐渐受到重视。美国在规划中更为明确的规定了目标覆盖的对象、范围等,例如二手烟暴露率方面,将人群划分为 3~11 岁、12~17 岁以及 18 岁以上三个年龄段,分别对其暴露率下降水平设定不同的目标。^[10]

1.1.3 卫生系统

各国关注较多的是通过建立卫生保健系统提供戒烟帮助,其中美国进一步准备将戒烟纳入医疗补助范畴,拓宽其覆盖面至更多的州,以提供戒烟治疗。

1.2 控烟措施

比较不同国家控烟规划,发现半数以上的国家采用了提供戒烟支持、提高烟草税、降低二手烟暴露、使用图片形式健康警示和有效的控烟健康传播、管理烟草生产和销售、禁止烟草广告和促销、禁止向未成年人销售烟草等措施,与国际公认的有效控烟措施基本一致^[1](表 3)。

以戒烟支持为例,所有国家均提出此项措施。美国、英国、澳大利亚、印度主要采取设立戒烟机构或开通戒烟咨询的方法^[2, 10, 12, 15],使想要戒烟的人通过咨询获得帮助。印度基于社区,对非专业人士进行培训。挪威、新西兰通过开展健康教育,唤醒公众对戒烟的意识,营造无烟环境,并相应的对基层卫生人员进行培训。^[9, 16]而提高烟草税方面,除挪威外,其他五国均提出通过提高烟草税来降低吸烟率。美国希望在 51 个州将每包烟的税提高 1.5 美元^[14],印度则希望将税率提高 4~5 倍^[12]。

表 3 各国控烟规划措施比较

	美国	英国	挪威	澳大利亚	新西兰	印度	合计
提高烟草税	✓	✓		✓	✓	✓	5
降低二手烟暴露	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
提供戒烟支持	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
有效的控烟健康传播		✓	✓	✓	✓	✓	5
管理烟草生产和销售	✓	✓		✓	✓		4
禁止烟草广告和促销	✓	✓		✓		✓	4
禁止向未成年人销售烟草	✓		✓	✓		✓	4
加强法律和条例的实施	✓		✓			✓	3
确保弱势群体的规划和服务				✓		✓	2
中央和地方建立合作机制			✓			✓	2
采用无修饰烟盒包装					✓	✓	2
强制禁止口服烟草制品						✓	1

2 六国控烟规划的特点

2.1 目标明确并具有一定前瞻性

除了新西兰和印度外,其他 4 个国家都设定了比较明确和具有前瞻性的目标。以美国为例,Healthy People 是一部国家健康规划,设定了未来 10 年美国关注的健康领域及目标,在设定时,充分考虑了目标的超前性。但由于控烟目标制定过于超前,虽然采取了严格的措施,但 2000 年和 2010 年控烟规划终末评价时,达标率分别为 26.9%^[13]和 12.2%^[14],因此,在制定规划时,确定目标应考虑其可及性。由于目标具有超前性,为实现该目标,6 个国家都采

取了积极的控烟策略或措施。

2.2 措施得力并具有可操作性

首先,明确提高烟草税和烟草价格可以减少烟草消费。如澳大利亚提出确保烟草制品的价格逐渐提高,通过增加社会和公众的责任,避免提价导致的逃税行为^[15];新西兰提出有规律和大幅的提高烟草制品零售价格^[9];英国提出政府应制定相关的政策法律等保证烟草制品的高价格以抑制烟草消费^[2]。第二,采用图形警示的烟盒包装,大部分国家都明确规定使用有图形警示的烟盒包装,其中新西兰和印度规定采用无修饰烟盒包装。^[9,12]第三,明确通过立法实现室内工作场所等全面无烟。第四,全面禁止烟草广告、促销和赞助。第五,明确通过健康传播方式宣传烟草的危害,如新西兰明确通过制作和播放公益广告和开展公众教育运动达到控烟的目的^[9];英国明确规定了政府在对公众开展控烟教育时应做的工作,具有极强的可操作性^[2]。

2.3 排除烟草利益相关部门参与规划制定和执行

参与规划执行的部门,6个国家各有不同,其分工及合作机制也不相同(表4)。美国控烟规划的制定部门是美国卫生部和疾控中心(CDC),执行部门主要为CDC,包括制定规划的评价和监测系统。英国控烟规划的执行部门主要是卫生部和地方政府。挪威、澳大利亚和新西兰参与规划执行的部门主要为卫生部、地方政府和各控烟场所,同时强调其他多部门和社会机构配合参与,按照部门职能划分执行部门,如澳大利亚“有效的健康传播行动”的执行部门包括地方政府、社区、学校和工作场所,“提高烟草价格”的执行部门则是地方政府;而新西兰“在所有青少年出现的地点禁烟”措施的执行部门是地方政府、卫生与安全委员会、控烟社区,“禁止港口销售免税烟”措施的执行部门是政府和海关;印度希望通过社会作用及多部门配合共同完成2020控烟规划。

同时,以上各国均明确指出与烟草有利益相关的部门不能参与国家控烟规划制定和执行,强调政府、非政府组织等通力合作。

表4 各国参与规划的主要部门

国家	创建机构	执行机构
美国	卫生与公众服务部、CDC	CDC、物质滥用和精神健康服务管理局
英国	卫生部	卫生部、地方政府
挪威	卫生部	卫生部、地方政府、控烟全国理事会、学校、工作场所、初级卫生服务部门、大众媒体、NGO
澳大利亚	卫生和老年部	地方政府、NGO、社区、学校、工作场所、卫生服务部门、媒体
新西兰	无烟联盟	卫生部、地方卫生部门、控烟社区、控烟倡导组织、财政部、海关部门
印度	卫生与福利部	卫生与福利部下属的控烟项目办公室、中央政府、地方政府、非政府组织、国际组织、专家

3 对我国的启示

3.1 合理制定控烟目标

由于中国的烟草监测系统很不完善,目前还没有比较系统的有关控烟的基础资料和数据,因此,应在借鉴国外控烟先进国家和地区经验的基础上,结合本国的实际选取合理的控烟目标。

3.2 需要可操作性的措施

借鉴控烟先进国家的经验,需要在控烟的关键措施上提出明确的、具有可操作性的计划。具体如下:提出防止二手烟草烟雾危害全国性立法的时间表,并保证符合《公约》要求;制定政策提高烟草税,并保证税价联动,最终接近控烟先进国家的水平;烟草制品的包装和标签上使用图片形式的健康警示;明确修改《广告法》的时间表,全面禁止烟草广告、促销和赞助;建立戒烟干预体系和烟草监测评估体系;保证规划工作顺利实施的管理和经费。

3.3 建立多部门合作的有效实施机制

6个国家都针对《公约》第五条内容建立了相应的控烟机构或机制。挪威、印度提倡中央与地方合作共同履行控烟行动,根据中国目前情况,这样的措施可以借鉴。中国作为联合国常任理事国及公约缔约国,有责任和义务采取相应措施来履行公约要求。应将卫生部门作为实施规划的主导部门,建立多部门参与的合作和协调机制。并且,在这个机制中,确保不受烟草利益相关部门的影响。

3.4 需要全社会的行动和参与

控烟是全社会共同的行为,需要多方配合才能完成。但研究显示,很大一部分中国民众对烟草的具体危害不了解^[17],因此,大众传媒的引导作用尤为重要。澳大利亚作为控烟较为成功的国家之一,全国控烟运动发挥了重要作用。澳大利亚通过媒体向吸烟者宣传烟草的危害,并将这一措施列入国家控烟规划中,此举加强了国民对戒烟的认同感,也能对预防青少年吸烟起到一定作用。^[18]因此,将社会行动纳入控烟规划对中国控烟事业也有借鉴意义。

3.5 抵制烟草业的干扰

借鉴国际成功经验,在制定和实施控烟规划时,应将烟草企业及相关的利益方排除在外,避免烟草业的干扰,在现行政企不分的烟草专卖管理体制下,国家烟草专卖局不应参与国家控烟规划的制定及执行。

参 考 文 献

[1] 世界卫生组织. 2008 年世界卫生组织烟草流行报告—MPMWER 系列政策[Z]. 日内瓦, 2008.

[2] HM Government. Healthy lives, healthy people; A Tobacco Control Plan for England[R]. England, 2011.

[3] Eriksen M, Mackay J, Ross H. Tobacco Atlas 4th Edition. American Cancer Society and World Lung Foundation[R]. Atlanta, 2012.

[4] Al-Delaimy W D, Mm W, Gilmer T E A. The California tobacco control program; can we maintain the progress? [R]. California; La Jolla, CA, 2008.

[5] McCarthy W J, Dietsch B J, Dent C, et al. Evaluation of the In-school tobacco use prevention education program, 2005—2006 [R]. California: California Department of Public Health, 2009.

[6] Barnoya J, Glantz S. Association of the California Tobacco Control Program with declines in lung cancer incidence [J]. Cancer Causes Control, 2004, 15 (7): 689-695.

[7] Lightwood J M, Dinno A, Glantz. Effect of the California Tobacco Control Program on personal healthcare expenditures [J]. PloS Medicine, 2008, 5 (8): e178.

[8] Miller L S, Max W, Sung H Y, et al. Evaluation of the economic impact of California's Tobacco Control Program: a dynamic model approach [J]. Tobacco Control, 2010, 19 (Suppl): i68-i76.

[9] Tobacco Free New Zealand 2020 [R]. Wellington; Smoke-free Coalition, 2010.

[10] Promotion U S D O. Healthy people 2020 [EB/OL]. [2012-10-12]. <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>.

[11] Monteiro C A, Cavalcante T M, Moura E C, et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989—2003) [J]. Bulletin World Health Organization, 2007, 85 (7): 527-534.

[12] Ministry of Health & Family Welfare. Report on Tobacco Control in India [R]. New Delhi, 2004.

[13] Department of Health and Human Services. Healthy People 2000 Final Review [R]. Maryland, 2001.

[14] Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 Final Review [R]. Maryland, 2010.

[15] National Preventative Health Taskforce. Australia The healthiest country by 2020 [R]. 2008.

[16] The Norwegian Ministry of Health and Care Services. Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006—2010 [R]. 2007.

[17] Yang Y, Wang J J, Wang C H, et al. Awareness of Tobacco-Related Health Hazards among Adults in China [J]. Biomedical and Environmental Sciences, 2010, 23 (6): 437-444.

[18] Hill D, Carroll T. Australia's National Tobacco Campaign [J]. Tobacco Control, 2003 (12): i9-i14.

[收稿日期:2012-09-28 修回日期:2013-02-21]

(编辑 刘 博)