

## 编者按

2003 年 5 月,第 56 届世界卫生大会通过了关于人类健康的第一个国际公约——《烟草控制框架公约》(简称《公约》);2003 年 11 月,我国政府签署了《公约》,并于 2005 年 8 月 28 日第十届全国人大常委会第十七次会议审议通过,2006 年 1 月 9 日《公约》在我国生效。为履行《公约》,我国政府做出了积极努力,制定了一系列关于烟草控制的法律法规和烟草生产流通的技术规范、标准,建立烟草使用流行病学调查报告制度,加强控烟健康教育与能力建设,加大烟草危害健康的宣传力度和国际合作,促进卫生机构开展对烟草依赖的治疗与戒烟咨询服务。

烟草控制工作是一项综合性的艰巨任务,既是一个长期、复杂的公共卫生问题,也是一个政策性较强的社会与经济问题,受经济、社会和文化等诸多因素制约,加之我国烟草生产消费的特殊性,我国烟草控制和政策执行工作还面临诸多挑战。为此,本期设立了“烟草控制政策”专栏,邀请国内烟草控制政策研究领域的知名专家和青年学者系统总结烟草控制的国际经验,分析我国履行《公约》的政策差距,并结合我国烟草生产与消费的特点,分析我国提高烟草税的必要性与可行性,从而对我国烟草控制工作提出可借鉴的政策建议。

## 国际烟草控制框架公约与国内政策的差距分析

杨功焕\*

中国疾病预防控制中心 北京 100050

**【摘要】**本文介绍了我国的烟草使用情况、严重后果和国际烟草控制公约提出的六大控烟策略,对比分析了我国控烟措施与国际公约要求存在的差距,如公共场合和工作场所的禁烟、戒烟帮助、烟草危害警示、禁止烟草广告、促销及赞助、提高烟草税等几大问题,并在此基础上对控烟工作的差距进行深入分析,提出了相关政策建议。

**【关键词】**控烟;烟草税;差距

中图分类号:R163 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)03-0001-09

### Analysis on the gap between WHO Framework Convention on Tobacco Control and China's domestic policy

YANG Gong-huan

China Center for Disease Control and Prevention, Beijing 100050, China

**【Abstract】** The paper first introduced the tobacco consumption and its aftermath in China, then elaborated the tobacco control strategies in WHO Framework Convention on Tobacco Control. By comparing the gaps between China's control policy and the requirement of the international convention, that is, tobacco ban in public places and working place, assistance to smoking giving up, warning to tobacco hazard, ban on tobacco business advertisement/promotion/acid, raising tobacco taxes etc., the paper attempted to discuss the main reasons of the gap deeply and gave some policy recommendations.

**【Key words】** Tobacco control, Tobacco tax, Gap

烟草使用是世界八大死因中六种死因的危险因素,同时也是当今世界最大的可预防死亡原因。烟草使用者中的一半都会死于烟草使用。目前全世界吸烟者总人数超过 10 亿,约占世界人口的 1/4,每年

\* 作者简介:杨功焕,女(1949 年-),中国疾病预防控制中心副主任,教授,博士生导师,主要研究方向为公共卫生与流行病控制,E-mail:yanggh@chinacdc.net。

烟草使用导致全球 500 万人死亡。在发展中国家,随着人口的稳步增长以及烟草企业的大力市场营销措施,烟草使用人数持续增长。

如果当前的发展趋势继续下去,到 2030 年,由于烟草使用导致的全球年死亡人数将超过 800 万,加上二手烟导致许多疾病,包括心脏病、肺癌和其他呼吸系统等等带来的危害,到本世纪末,烟草将夺取 10 亿人的生命。其中 3/4 以上都会集中在中低收入国家<sup>[1]</sup>。预计到 2030 年,烟草将会造成全球超过 1.75 亿人死亡。

我国多个与烟草使用和健康的流行病学研究<sup>[2]</sup>表明,我国 2000 年已有 100 万人死于与烟草使用相关的疾病,此外,目前每年因被动吸烟死亡的人数超过 10 万<sup>[3]</sup>。研究结果还预计,如果烟草流行的趋势不改变,2025 年,我国与烟草使用相关的死亡会达到 200 万,2050 年增至 300 万,在吸烟者中有将有 1/3 甚至一半的人会因为吸烟而死亡,其中有 1/2 在 35 ~ 69 岁之间死去,吸烟者的人均期望寿命要比总人群的期望寿命平均缩短 15 年<sup>[4]</sup>。

吸烟和被动吸烟导致巨大的疾病负担。2005 年我国吸烟导致的疾病直接成本为是 1 665.60 亿元;吸烟导致的间接成本,包括误工损失、被动吸烟、火灾、环境污染等为 861.11 亿 ~ 1 205.01 亿元,因吸烟造成的直接和间接成本估计高达 2 526 亿元<sup>[5]</sup>,超出当年中国烟草生产上交国家的税利总和。

我国约有 3.5 亿吸烟者,有 5.4 亿非吸烟者遭受被动吸烟的危害。2000 年由吸烟导致的死亡人数近 100 万,超过了艾滋病、结核、交通事故以及自杀死亡人数的总和,占全部死亡的 12%。

我国烟草消费量巨大,2007 年我国烟草消费量达 4 279 万箱,销售收入达 21 395.9 亿元(图 1)。男性人群的高吸烟率、女性和儿童被动吸烟的高暴露率是肺癌上升的主要原因,也是众多慢性呼吸系统疾病、心脑血管疾病的重要原因。开始吸烟年龄提前,1984—2002 年,男性由 22 岁降到了 18 岁;女性由 25 岁降到了 20 岁。居高不下的被动吸烟暴露率没有任何改变,家庭、公共场所和工作场所都是遭受被动吸烟暴露的地方。

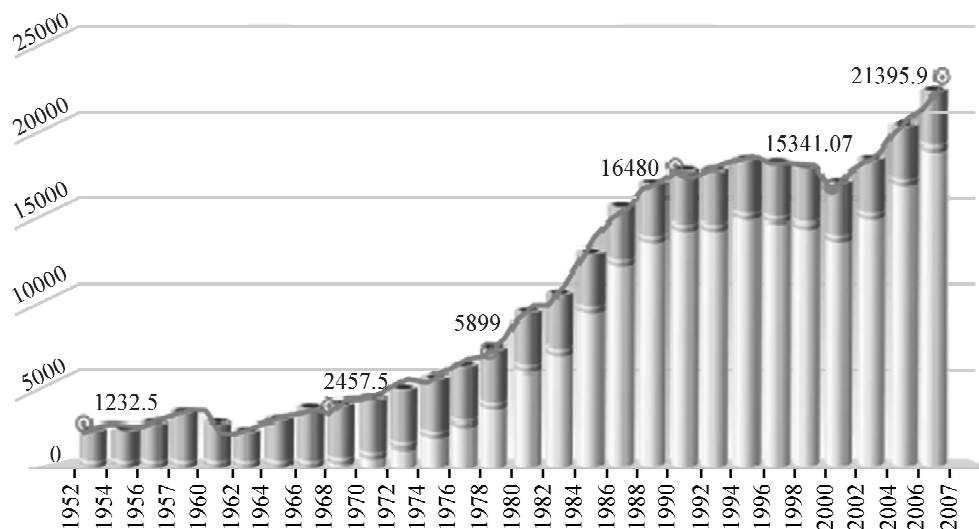


图 1 1952—2007 年我国卷烟销售收入(单位:亿元)

## 1 《烟草控制框架公约》的推荐策略

解决日趋严重的烟草危害流行,靠的不是药物或者疫苗,而是要依靠各国政府和公民的共同行动。截至 2008 年 9 月,157 个国家签署了世界卫生组织《烟草控制框架公约》(简称《公约》)<sup>[6]</sup>。

为指导各国进行有效的烟草控制,世界卫生组织在各国控烟相关研究和实践基础上,结合《公约》

条款的要求,提出了六项有效控烟的策略<sup>[7]</sup>。

### 1.1 监测烟草使用与预防政策

建立烟草流行监测系统,对青少年、成年人定期监测。包括:烟草使用的流行率及相关的知识态度;政策干预的影响;烟草企业的市场营销、促销和游说情况;健康风险;烟草控制工作网络及控烟能力等。

### 1.2 保护人们免受烟草烟雾危害

在医疗、教育机构等工作场所,餐厅、酒吧等所

有室内公共场所建立和实施完全无烟环境。

### 1.3 提供戒烟帮助

应当包括三种治疗:(1)建议戒烟治疗融入初级卫生保健服务中;(2)建立便捷且免费的戒烟热线;(3)提供低廉的药物治疗。

### 1.4 警示烟草危害

在《公约》生效后三年内,根据国家法律采取和实行有效措施以确保:烟草制品包装和标签不得以任何虚假、误导、欺骗或可能对其特性、健康影响、危害或释放物产生错误印象的手段推销一种烟草制品,包括直接或间接产生某一烟草制品比其他烟草制品危害小的虚假印象的任何词语、描述、商标、图形或任何其他标志,包括“低焦油”、“淡味”、“超淡味”或“柔和”等词语;在烟草制品的每盒和单位包装及这类制品的任何外部包装和标签上带有说明烟草使用有害后果的健康警句(说明具体健康影响和导致的疾病),并可包括其他适宜信息。这些警句和信息:(1)应经国家主管当局批准,(2)应轮换使用,(3)应是大而明确、醒目和清晰的,(4)宜占据主要可见部分的 50% 或以上,至少不应少于 30%,(5)可采取或包括图片或象形图的形式。烟草制品的每盒和单位包装及这类制品的任何外部包装和标签上,还应包含国家当局所规定的有关烟草制品成分和释放物的信息。

### 1.5 禁止烟草广告、促销和赞助

通过立法,2011 年应全面禁止烟草广告、促销和赞助。限制采用鼓励公众购买烟草制品的直接或间接奖励手段。对于尚未采取广泛禁止措施的缔约方,要求烟草业向有关政府当局披露由于尚未被禁止的广告、促销和赞助的开支。在 5 年内,在广播、电视、印刷媒介和酌情在其他媒体如因特网上广泛禁止烟草广告、促销和赞助。禁止对国际事件、活动和/或其参加的烟草赞助。

### 1.6 提高烟税

提高烟草制品税率,保证定期对税率进行调整,以适应通货膨胀速度,确保税率上升速度快于消费能力上升速度。加强税收管理,减少烟草制品非法贸易。

## 2 我国烟草控制工作与《公约》要求之间存在很大差距

我国政府于 2003 年 11 月 10 日签署了《公约》,

2005 年 8 月 28 日第十届全国人大常委会第十七次会议正式批准《公约》,2006 年 1 月 9 日,《公约》在我国生效,这是我国签署的第一个国际公共卫生条约。2008 年 1 月完成了“中华人民共和国实施世界卫生组织《烟草控制框架公约》第一次国家报告”。报告显示,我国烟草控制工作与《公约》的要求还有一定的距离。

### 2.1 保护人们在公共场所和工作场所免受烟草危害的法律法规缺乏,且已有法律执行效果不好

2.1.1 没有公共场所禁止吸烟的全国性法律,现有法律法规执法主体不明及可操作性不强

我国目前没有专门针对公共场所禁止吸烟的全国性法律,仅有一些地方性的法规。截止到 2006 年 10 月底,全国共有 154 个城市颁布了公共场所禁止吸烟的规定,目前我国地级以上的城市中,有控烟法规的仅占 45.7%,一半以上还存在法律空白。禁止吸烟的场所比较局限。绝大多数地方规定禁止吸烟的场所只限于医疗机构、影剧院、音乐厅、录像厅、托幼机构、学校、会议室、图书馆、展览馆、公共交通工具、邮电、金融业的营业厅等少数场所。在所有的地方法规中,办公室等工作场所均未列入禁止吸烟的范围。绝大多数地方法规对禁烟场所未进行分类,执法主体不明,可操作性不强。如一些条款规定对违反者“予以行政处分”或“依据有关规定给予处罚”,但没有明确执法主体,也未规定具体给予何种处分。

2.1.2 相关法律法规执行效果不好,在部分场所形同虚设

虽然公众积极支持对学校、医院、政府机关、公共交通工具等场所实施禁止吸烟的规定<sup>[8-10]</sup>,但调查研究证明,已有的地方性禁止吸烟的规定执行效果很不好<sup>[10]</sup>(图 2)。而且整体上被动吸烟暴露没有任何改善(表 1)。

表 1 我国人群被动吸烟暴露比例(%)

	1996 年	2002 年
男性	45.46	49.17
女性	56.99	54.64
城市	55.40	49.68
农村	52.40	54.04
合计	53.00	52.90

虽然在一些项目中,预防被动吸烟取得了很明显的效果,从全国来看,自 2002 年后,没有全国性数据,对整体干预的效果难以评估。

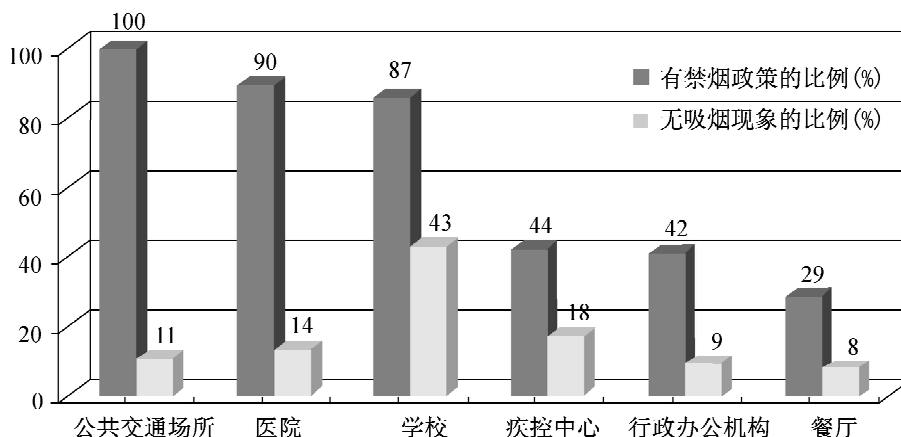


图2 六类场所禁止吸烟政策执行情况

## 2.2 提供戒烟帮助的政策措施不够

我国缺乏保障戒烟服务的相关法律法规。我国的基本医疗服务基本不提供戒烟服务,也没有纳入医疗保险的药物。

我国从1998年开始举行戒烟竞赛,每两年举行一次,参加者只要戒烟1个月,就能赢大奖,6年后,我国人群戒烟比例增加了,但是复吸的比例也增加了。

医生在诊疗过程中,很少提供戒烟劝导。仅有一些项目及个别医院开设的戒烟门诊和戒烟热线等服务项目,但就诊者极少。相关的调查结果表明<sup>[11-12]</sup>,大多数医务人员没有认识到吸烟是一个严重的公共卫生问题,缺乏相关的戒烟方法和戒烟技巧,且这方面的培训也非常少,大部分人不能为吸烟者提供戒烟服务,仅有35.6%的医务人员能够简单掌握戒烟方法和戒烟技巧<sup>[13]</sup>。

## 2.3 烟草危害的警示不醒目,甚至出现误导

### 3.3.1 烟盒包装警语标识没有大而明确、醒目和清晰的说明烟草的危害及吸烟的后果

《中华人民共和国烟草专卖法》、《中华人民共和国国家标准卷烟第2部分:包装标识》和《中华人民共和国广告法》在《公约》实施前,仅要求在烟草制品的包装上应置放健康警语“吸烟有害健康”,但是法律没有规定警语置放的位置和大小。为了履行《公约》,即在《公约》生效后三年内,包装和标签符合《公约》第11条的要求,国家烟草局会同国家质量监督检验检疫总局于2008年4月联合颁布了《中华人民共和国境内卷烟包装标签的规定》。和《公约》明显违背的有以下几点:

(1)健康警语设立没有描述烟草使用带来的具体健康影响和导致的疾病,仅增加了戒烟可减少对健康的危害这种不具冲击力的信息(健康警语分为两组,其内容分别为:第一组:吸烟有害健康 戒烟可减少对健康的危害;第二组:吸烟有害健康 尽早戒烟有益健康)。(2)在国内的烟盒上,正面使用中文警语,背面使用对应英文警语,导致宣传面积减小一半。(3)字体不得小于2mm,即小6号字,比原来的小5号字还小,字体和背景有一定色差即可,均不符合“大而清晰”的要求。

### 2.3.2 烟盒包装和标签仍然出现了误导或诱导消费者的宣传语言和图片

由于有关部门监管和审查不力,我国烟草制品包装盒上出现了大量的误导消费者的宣传语言和图片,对消费者,特别是年轻的消费者产生了非常不利的影响。如中南海卷烟的烟盒上,明确告诉大家,“北京卷烟厂,坚持以顾客为关注焦点,持续改进,不断开发新科技,有效缓解吸烟给人们健康带来的困扰,为消费者创造现代生活享受,以满足人们追求现代、文明、健康时尚生活的需要”,宣传诱导和误导消费者。用孩子作为画面,“低一点,更多关爱”,低危害卷烟给你更多关爱,误导消费者。使用“糖果口味”的烟草制品诱导年轻人。添加中草药,从而宣传烟草制品的健康功能。

国际经验表明吸烟者接受图片警示,图片警示信息对巴西吸烟者的影响:76%的人们改变了对吸烟的健康后果的认识,67%的吸烟者认可健康警示信息,进而希望戒烟<sup>[7]</sup>。土耳其在烟草制品包装上采用图文健康警语后,烟草消费量下降了8%<sup>[14]</sup>。

## 2.4 禁止烟草广告、促销和赞助的措施不到位

### 2.4.1 我国尚未广泛禁止所有的烟草广告、促销和赞助

广告法 19 条规定,禁止利用广播、电影、电视、报纸、期刊发布烟草广告。禁止在各类等候室、影剧院、会议厅堂、体育比赛场馆等公共场所设置烟草广告。同时,《烟草广告管理暂行办法》规定,对不属于禁止范围的烟草广告在内容和发布批准程序等方面进行了严格的限制。但是尚未广泛禁止所有的烟草广告、促销和赞助,表现在:

(1)对户外广告没有限制;(2)对间接广告没有明确定义,可操作性不强;(3)没有限制促销和赞助,包括没有限制采用鼓励公众购买烟草制品的直接或间接奖励手段;(4)没有要求烟草业向有关政府当局披露由于尚未被禁止的广告、促销和赞助的开支。

### 2.4.2 实施现状不理想,烟草广告、促销和赞助随处可见

2003 年 2 月,卫生部、国家工商行政管理总局联合制订了《全国无烟草广告城市认定实施办法》。对限制烟草广告起到了一定的作用,但该办法是以《中华人民共和国广告法》和《烟草广告管理暂行办法》为基础制定,且实施以自愿为主,中国控制吸烟协会实施操作,因此具有很大的局限性。

形式繁多的烟草广告、促销和赞助在中国随处可见。表现在以下几个方面<sup>[16]</sup>:(1)冠名支持公益

活动;直接赞助体育赛事、文化教育活动、书籍出版和影视制作;在互联网上进行宣传和促销;(2)采取间接烟草广告的宣传形式;(3)烟草广告出现在了机场的行李车上,甚至出现在学生的校服上;(4)通过影视中的吸烟镜头推销烟草制品;(5)促销赞助活动频繁出现;一项在全国 20 个省的 40 个市县的调查显示,烟草广告、标识和促销随处可见。通过赠品或奖励、多买打折、特价销售、单支出售或提供优惠券等方式促销。

## 2.5 烟草税率和价格都偏低

### 2.5.1 立法现状:与国际上烟草控制先进的国家相比,烟草税率和价格偏低

根据《中华人民共和国增值税暂行条例》和《中华人民共和国消费税暂行条例》,我国卷烟税收采用比例税率和定额税率综合计税方法,主要包括增值税和消费税。其中,增值税为 17%;消费税实行比例税率和定额税率:每标准箱(50 000 支)150 元;每标准条(200 支)调拨价格在 50 元及以上的卷烟税率为 45%,50 元以下的卷烟税率为 30%。根据《中华人民共和国进出口税则》,我国卷烟、雪茄烟进口关税最惠国税率为 25%。据此推算,总税率应在 38%~45%。与国际控烟先进国家相比,烟草税率和价格都偏低还有很大的增值空间(图 3)。

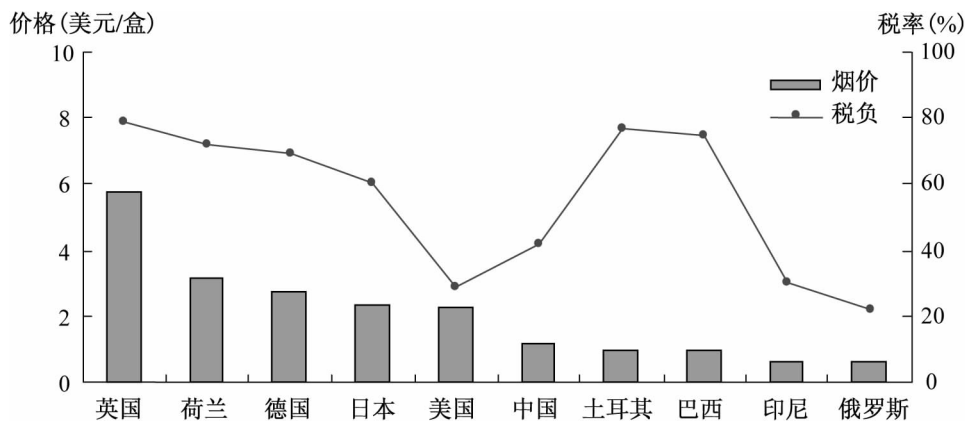


图 3 十家烟草生产大国的卷烟税率和价格

有关我国烟草加税幅度还在研究阶段。加州大学 Berkeley 分校胡德伟教授等人研究了 1980—1997 年中国卷烟价格和消费量之间的关系(图 4),结果显示卷烟价格上升的同时,人均消费量没有增长,甚至

有微弱的下降,这与我国对应年烟草制品的实际消费量的变化是相符的。这个结果提示,我国烟草加税仍然能够降低烟草消费。

我国烟草制品价格差异大,实行从价从量的综

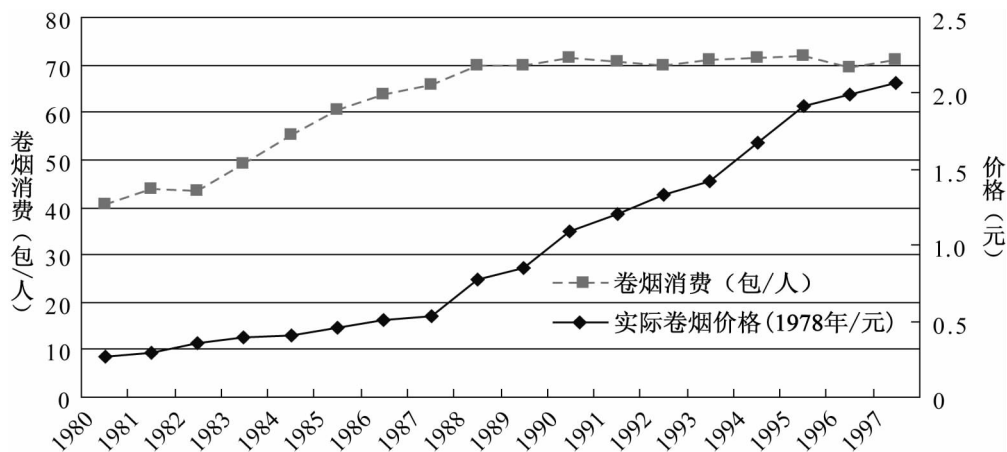


图4 1980—1997年卷烟消费和实际价格趋势

合计税的方法,世界卫生组织提醒,烟草制品价格差异很大的国家,提高从价税可能会在很大程度上鼓励吸烟者转向低价位烟草制品,从而降低烟税措施的健康效益<sup>[7]</sup>。

2.5.2 实施现状:烟草专卖局的价格补贴政策使烟草税率不升反降

2003年,国家烟草专卖局出台了《关于2003年低档卷烟政策性补贴的实施意见》,对低档卷烟特别是五类卷烟生产实行政策性补贴的实施意见,确定了补贴的范围及标准。一是定量补贴。补贴范围是总产量在10万箱以上的企业;2002年会计决算报表单箱利润500元以下的企业。补贴标准是:(1)对满足以下条件的四、五类卷烟按实际生产量实行补贴:①四类卷烟出厂价格低于13元/条(不含增值税)、单牌号年度产量大于3万箱;②五类卷烟单牌号年度产量大于1万箱;(2)四类与五类卷烟补贴资金分配比例为3:7。二是定点补贴。主要是指在定量补贴基础上,对列入国家局低档卷烟定点生产企业目录的企业单独给予补贴。制定这项措施的目的是为了解决低档卷烟特别是五类卷烟生产严重亏损的问题,提高低档卷烟生产企业积极性;稳定低档卷烟生产,确保市场供应,满足消费者的需求。这项政策,对于增进吸烟起到了极大的作用,违背了《公约》的宗旨。

## 2.6 监测烟草使用与预防政策不力

实施有效的监测和信息交流和发布,我国目前离《公约》的要求还有很大的差距。具体表现在:(1)我国目前还没有常规的烟草流行监测体系。(2)目前我国发布的有关烟草流行等方面的信息主要来源

于几次大型的调查数据,因此,权威性和可信性等已不能满足大规模烟草控制的需要。(3)WHO要求报告的烟草制品成分测试主要是焦油、尼古丁和一氧化碳,以后将逐步增加醛类、多环芳烃等挥发性和半挥发性有机物、重金属等的测定。我国是由烟草专卖局下属的烟草测试实验室承担烟草制品检测工作的目前没有合格的第三方检测实验室。

## 3 导致有效策略与防治现状差距的原因

### 3.1 烟草公司夸大了烟草对国民经济的影响

1949—2000年,我国烟草业共为国家提供了9000多亿元税利,为国家的财政积累和现代化建设做出了巨大的贡献。因此,一部分政府领导对烟草控制与经济发展的关系的认识不清楚,认为烟草经济是我国的支柱产业。

众所周知,卷烟市场的未来变动趋势主要取决于各国人口增长情况、各国人均GDP增长情况以及各国控烟政策实施情况及社会环境等几个因素。整体来看,随着各国政府和居民对健康和环境问题的日益关注以及全球性反烟浪潮的日益高涨,全球卷烟市场进一步扩大的可能性已越来越小。但是目前我国的人口每年上升1%、中国烟草控制活动还主要集中在城市,而且效果还不明显,在农村地区几乎没有开展控烟活动,可以预见,即使吸烟率有轻微下降,但是烟民的数量还会继续增加,和大部分亚洲和非洲国家一样,烟草消费量还会继续上升,估计要上升30年左右。但这种增长只是人口增长导致的惯性增长,随着人口增长的放缓和烟草控制措施的有效实施,烟草消费量必将下降。根据我国未来的产业结构调整政策和方向,烟草业在国民经济中的地

位和比重会逐步下降。

### 3.2 烟草公司和国家烟草管理专卖局政企合一,为烟草控制带来巨大的障碍

烟草行业因其垂直管理、专营专卖的体制,一直享有高额垄断利润。烟草专卖局和国家烟草总公司是“两套班子、一套人马”,致使近年来,烟草行业违规生产经营,内部管理混乱,以权谋私的案例时有发生。虽然经济学者和社会公众对此体制多有批评,但新的“三定”方案依然规定,烟草专卖局“对全国烟草行业实行统一领导、垂直管理、专卖专营”。

从理论上讲,烟草专卖局作为行政机关,更注重宏观管理,应是规则的制定者;而作为国有企业的中国烟草总公司,则更注重经营,是规则的执行者。烟草专卖局新“三定”方案,依然保持了烟草行业政企合一的体制,这使其在制定规则和执行政策时相互冲突。因此,烟草专卖局制定政策时,会更加侧重烟草公司和行业的利益,难以实现对烟草企业的监督

管理。因此,出台了与烟草控制相矛盾的一些法律法规。如:2003 年,国家烟草专卖局出台了《关于 2003 年低档卷烟政策性补贴的实施意见》,对低档卷烟特别是五类卷烟生产实行政策性补贴的实施意见,确定了补贴的范围及标准。实行低价销售政策。这项政策,违背了《公约》的宗旨,对于增进吸烟者起到了极大的作用。2008 年 4 月 2 日出台的《中华人民共和国境内卷烟包装标识的规定》,没有站在保护人民健康的立场,而是站在烟草企业的立场。这项规定违背了我国政府签署并经全国人大批准生效的世界卫生组织《烟草控制框架公约》(简称《公约》)的基本精神,很清楚,《公约》的基本精神就是要“明确、醒目和清晰”地告诉消费者烟草的危害、吸烟的后果。在烟草制品包装上印上健康警句标识,不但有利于强化吸烟者对烟草危害的警惕,也有利于警告不吸烟者和有尝试吸烟意图者——尤其是青少年,远离烟草。

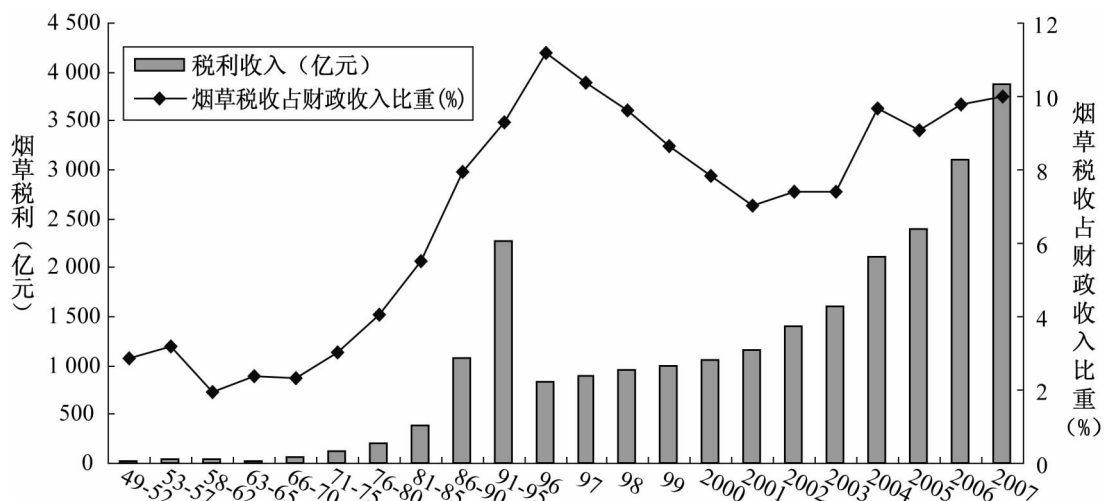


图 5 烟草税利及其占国家财政收入的比例

### 3.3 我国男性吸烟率居高不下,导致吸烟行为成了我国社会风气的主流

我国是烟草生产和消费大国,烟草制品的生产量、消费量、吸烟人数都居世界第一位。一直以来,烟草制品都是社会交往和礼仪往来的物品,目前还没有形成不在公共场所吸烟,不当着他人的面吸烟,不敬烟的社会风气。

男性吸烟率居高不下,吸烟行为几乎不受限制。我国相当多的地区,“以烟待客”、“以烟送礼”的社会风气盛行,“敬烟”被当作有礼貌的表现和社会交往

的需要。一些吸烟者认为“吸烟是我的权利,别人无权干涉”。一些非吸烟者也认同这种观点,不能理直气壮地制止别人在公共场所吸烟<sup>[8]</sup>。

### 3.4 烟草控制工作涉及多部门,多领域的合作,缺乏强有力的统一领导和协调机制,致使履约工作进展缓慢

相关法律法规及政策的出台和执行,涉及 10 多个部委,需要多部门的密切配合。《公约》在我国生效后,成立了由国家发展改革委牵头的 8 部委协调机制,负责协调和领导国家的履约和控烟工作。国

家烟草专卖局由国家发展改革委协助管理(现在由新成立的工业信息部管理),因此国家发改委既管理生产,又管理烟草控制,目前的工业信息部也存在相关的问题,导致《公约》生效2年多,我国的控烟和履约工作只是对相关的条款进行应付,没有从根本上解决问题。

### 3.5 卫生部门内的控烟项目试点推广效果不理想

大多数医务人员没有认识到吸烟是一个严重的公共卫生问题,缺乏相关的戒烟方法和戒烟技巧,且这方面的培训也非常少,大部分人不能为吸烟者提供戒烟服务。仅有35.6%的医务人员能够简单掌握戒烟方法和戒烟技巧<sup>[11-13]</sup>,戒烟人群和被动吸烟的控制能力都很欠缺。

### 3.6 缺乏有效的支持戒烟的政策和人员

(1)社区卫生服务中心目前不能支持戒烟服务;(2)医疗保险和药物报销政策支持;(3)临床医生缺乏指导戒烟的知识、态度和基本技能。调查显示<sup>[10]</sup>:有近30%的医生不知道被动吸烟者更容易患心脏病。

## 4 政策建议

### 4.1 加强组织机构建设,调整公约的履约机制,建立国民健康管理和促进委员会

烟草控制框架公约的履约机制是领导和组织烟草控制的重要机构,《烟草控制框架公约》5.3条已明确规定:在制定和实施烟草控制方面的公共卫生政策时,各缔约方应根据国家法律采取行动,防止这些政策受烟草业的商业和其他既得利益的影响。2008年3月,调整机构,成立大部委后,履约机制改由工业信息化部负责。由负责组织烟草生产的部门来负责烟草控制,已成控制烟草的严重障碍,严重阻碍了我国履约控烟工作的进程,履约措施也很难落实到位。

由于烟草控制工作涉及多部门、多领域的合作,需要强有力的统一领导和协调机制,这样才能更好的推进履约和控烟的进程。建议在国务院设立国民健康管理和促进委员会,协调和领导国家的烟草控制工作。在国民健康管理和促进委员会下面设立国家控烟办公室,具体指导、监督和评价各级政府的烟草控制工作。

同时,调整烟草控制框架公约履约的领导机制,

卫生部作为组长单位,外交部、财政部作为副组长单位,工信部改为参加单位。国家烟草专卖局和烟草公司分离,国家烟草专卖局未和烟草公司分离之前,不参加履约机制,由工信部监督其有关条款的执行。

### 4.2 依据《公约》的要求,有计划地发展、修订国内法律,促进现有法律的有效执行

投入资源和人力,分析国内立法和公约的差距,并按照《公约》的要求,制定切实可行的计划,尽快出台烟草控制的相关法律法规,并使之有效的执行。具体包括以下法律法规:(1)修订《广告法》和《烟草广告管理办法的暂行规定》;(2)修订烟草制品的税收政策;(3)由社会各界广泛参与,包括烟草控制专家,修订《中华人民共和国境内卷烟包装标识的规定》;(4)出台《国家烟草控制中长期行动计划》。

### 参 考 文 献

- [1] Mathers C D, Loncar D. Projections of global mortality and Burden of disease from 2002 to 2030 [J]. PLoS Medicine, 2006, 3(11): e442.
- [2] Niu S R, Yang G H, Chen Z M, et al. Emerging tobacco hazards in China; 2. Early mortality results from a prospective study [J]. BMJ, 1998, 317: 1423-1424.
- [3] Gan Q, Hammond S K, Jiang Y, et al. Estimating the burden of disease from passive smoking in China in 2002-preliminary results [J]. Indoor Air, 2005, 15: 87.
- [4] Peto R, Lopez A D, Boreham J, et al. Mortality from smoking worldwide [N]. British Medical Bulletin, 1996, (1): 5212-5221.
- [5] 李玲. 中国吸烟成本估算 [R]. 北京: 北京大学中国经济中心, 2006.
- [6] 世界卫生组织. 烟草控制框架公约 [Z]. 日内瓦, 2003.
- [8] WHO. WHO Report of the Global Tobacco Epidemic [R]. The MPOWER package, 2008.
- [9] 杨功焕, 马杰民, 刘娜, 等. 中国人群2002年吸烟和被动吸烟的现状调查 [J]. 中华流行病学杂志, 2005, 26(2): 77-83.
- [10] 崔小波, 孙贤里, 王亚东, 等. 《北京市公共场所禁止吸烟的规定》2001年执行情况居民抽样调查报告 [J]. 中国健康教育, 2002, 18(1): 22-24.
- [11] 杨功焕. “迈向无烟中国”控烟项目基线调查报告 [R]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.
- [12] 黎江, 陈玮, 顾学琪, 等. 上海市2078名医务人员吸烟现状分析 [J]. 上海预防医学杂志, 2001, 13(12): 305.
- [13] 王晓锋, 保天行, 吴锦屏, 等. 我国医务人员吸烟现状



分析及控烟对策研讨[J]. 预防医学情报杂志, 2002, 18 (4): 112-114.

[14] 杨焱, 姜垣, 吴雅红, 等. 中国六城市医务人员戒烟服务的效果评价[J]. 卫生研究, 2006, 35(1): 89-90.

[15] Kenkel D, Chen L. Consumer information and tobacco use [M]// Jha P, Chaloupka F. Tobacco control in developing

countries. New York: Oxford University Press, 2000: 199-200.

[16] 卫生部履行《烟草控制框架公约》领导小组办公室. 2008 年中国控制吸烟报告[R]. 2008.

[收稿日期:2009-02-10 修回日期:2009-03-05]  
(编辑 许素友)

· 动态讯息 ·

## 第十四届世界烟草及健康会议在印度孟买召开

2009 年 3 月 8 日 - 12 日, 世界卫生组织在印度孟买召开第十四届世界烟草及健康会议, 控烟研究人员、控烟活动家和领导人等参加了会议。世界烟草及健康会议每三年举行一次, 首届会议于 1967 年在纽约举行。本届会议的目的是: 发展社区对烟草及健康的认识, 并建立一个更有力的控烟网络。会议特别审议了《世界卫生组织烟草控制框架公约》的实施情况。会议重点讨论的主题是“采用多部门方式控制烟草”, 主要内容涉及: (1) 烟草包装的健康警句; (2) 妇女与烟草; (3) 烟草进一步加重了全球结核流行; (4) 实施控烟法律面临的挑战。

### 1. 会议达成的共识

第十四届世界烟草及健康大会认识到: (1) 所有烟草产品都是有害并会造成经济负担, 尤其在低收入国家更为严重。(2) 全球控烟团体须要努力对抗这一种传染疾病。(3) 烟草业销售不同形式的烟草产品, 并不断开发新的烟草产品。(4) 烟草业妨碍有效的烟草控制措施, 并用尽一切方法(包括娱乐事业)不断促销烟草产品。(5) 烟草控制框架公约是有效的控烟工具, 被世界上 86% 的国家广泛采纳。

### 2. 大会提出的建议

为进一步做好全球烟草控制工作, 大会特别建议: (1) 世界卫生组织应将控制烟草列为一级优先议

题。(2) 2012 年之前, 世界上至少 90% 的国家成为烟草控制框架公约成员国。(3) 2012 年之前, 烟草控制框架公约中的烟草非法贸易议案会被通过、批准和生效, 而另外至少有一个议案会被协商。(4) 2012 年之前, 烟草控制框架公约成员国通过两个方针, 即第 12 条中的“教育、通讯、培训和公众意识”及第 14 条“烟草依赖和戒烟”部分。(5) 2012 年之前, 至少 80% 的国家会遵守第 8 条(防止接触烟草)、第 11 条(烟草产品的包装及卷标)的最低要求, 而至少有一半国家应该遵守第 13 条(烟草广告、促销和赞助)的最低要求。(6) 烟草控制框架公约中所有成员国将会自愿分担会费和至少 10% 国家会提供额外捐款。(7) 非政府、发展和慈善组织将会提供或维持对控烟的具体贡献。(8) 各国政府、学术界和民间组织绝对不能接受烟草业的资金, 亦不能参加烟草业举办的青年、社会责任、自愿促销等活动。(9) 2012 年之前, 大多数的成员国会根据烟草控制框架公约的第 14 条开始推动戒烟。(10) 2012 年之前, 80% 的国家会提高烟草税至零售价格的六成以上。(11) 2012 年之前, 联合国召开大会讨论人权与烟草的控制。

(来源: WHO 和香港吸烟与健康委员会网站; 摘编: 何平)