

# 从消极控烟国到积极控烟国

## ——关于“十二五”时期全面控烟的建议

胡鞍钢\* 胡琳琳

清华大学公共管理学院 北京 100084

**【摘要】**从2006年1月起世界卫生组织《烟草控制框架公约》在中国正式生效,“十一五”时期中国为履行该《公约》采取了一系列控烟行动,但是吸烟人数和烟草消费量仍在上升,烟草行业仍在不断“上水平”,实际控烟效果甚微。烟草已成为威胁中国人群健康的最大“杀手”,烟草业是中国最大的健康危害型产业。维护公众健康安全是中国政府履行公共安全服务的基本职能之一。“十二五”时期中国进入全面控烟阶段,在《国家“十二五”规划纲要》中应明确提出国家控烟目标,制定国家行动方案,从被动控烟转向主动控烟,从模糊控烟转向量化、严格控烟,大力发展健康友好型产业,大力限制烟草业等健康危害型产业,成为世界最积极、最有效的控烟大国,为世界全面控烟做出表率。

**【关键词】**烟草控制;烟草控制框架公约;“十二五”规划

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.03.005

### From passive to active tobacco control: suggestions on comprehensive tobacco control in the twelfth five-year period

HU An-gang, HU Lin-lin

School of Public Policy and Management, Tsinghua University, Beijing 100084, China

**【Abstract】** The WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) came into effective in China since January 2006. In the eleventh five-year period, China took a range of actions on tobacco control in compliance with FCTC, however it turns out to have very little impact on tobacco use, which could be reflected by the rising number of smokers and the growing in tobacco consumption. Tobacco has become the biggest killer of people's health and tobacco industry is the largest health-harmful industry in China. To protect people's health is among the government's functions in providing public security service. We propose China to adopt the strategy of comprehensive tobacco control in the twelfth five-year period. A clear national goal on tobacco control should be stated in the guidelines of the twelfth five-year plan. China should also make national plan on tobacco control, and change from passive to positive tobacco control with the development of health-friendly industries and restriction on health-harmful industries.

**【Key words】** Tobacco control; Framework Convention on Tobacco Control; Twelfth five-year plan

### 1 烟草是威胁中国人群健康的最大杀手

保障十几亿中国人民的公共安全,能够过上更加健康、更为长寿、更为幸福、更高质量的生活,始终

是我们追求的核心价值之一,也是实现全面建设小康社会的核心目标之一。<sup>[1]</sup>

那么,当前危害中国人民健康最大的杀手是谁?这一杀手有什么特征?什么产业是最大的健康危害

\* 作者简介:胡鞍钢,男(1953年-),清华大学公共管理学院教授,清华大学国情研究中心主任,主要研究方向为宏观战略、发展规划、公共政策。E-mail: Anganghu@tsinghua.edu.cn

此文系作者在参加清华大学公共管理学院、财政部财政科学研究所和美国哈佛大学公共卫生学院2010年8月22日举行的《中国烟草税与烟草控制研讨会》的发言稿;其主要观点在当日新华社、中国新闻社等媒体作了公开报道;作者又作了修改。

型产业?谁从中获得巨大收益?谁又从这些产业中受到巨大的损失?对此,本文在相关研究的基础上,回答了这些问题,希望引起决策者的关注,并采取果断措施。

首先,我们来了解一下中国死亡人口的情况。从 2005 年以来,我国死亡人口规模迅速上升,由 2005 年的 851 万人上升至 2009 年的 945 万人,年平均增长率为 2.65%。<sup>[2]</sup>从国际比较看,根据联合国人口数据库,中国人口死亡率低于世界平均水平约 1.5‰,<sup>①</sup>但是中国人口死亡年平均增长率高于世界人口死亡增长率(0.95%)。<sup>[3]</sup>

其次,我们要了解各类非正常死亡人口变化情况。<sup>②</sup>在“十一五”时期安全事故死亡人数由 2005 年的 12.7 万人减少至 2009 年的 8.3 万人,下降了 34.5%,因交通事故死亡人数由 9.9 万人减少至 6.8 万人,下降了 31.3%;自然灾害死亡人口具有波动性;合计死亡人口占全国死亡人口总数比重大体在 1%~2%;这说明“十一五”期间人民公共安全有了明显的改善。与之相比较,因烟草危害死亡人口数已经大大超过安全事故死亡人数,约在 100 万人以

上,占全国死亡人口总数比重在 12% 以上,成为危害我国人民健康和公共安全的“第一大隐形杀手”(表 1)。从国际上看,烟草一直是人类健康的最大杀手。在 20 世纪 90 年代,美国每年死于和吸烟有关的疾病的人数超过 40 万,这大约是美国所有死亡人数的 20%<sup>[4]</sup>;其次,在中国,自杀人口居第二位,每年平均自杀人口在 20 万~25 万之间<sup>[5]</sup>,占全国死亡人口总数的 2.2%~2.8%,远低于因吸烟而死亡的人口数量。

我国既是世界上吸烟人口最多的国家,也是因吸烟相关疾病而死亡人数最多的国家。根据历次调查结果,目前我国吸烟人口在 3 亿~3.5 亿人之间<sup>③</sup>,占世界烟民总量的 30% 左右,生产和消费的卷烟占世界总量的 35%,2009 年卷烟销售量为 2.2 万亿支,相当于平均每个烟民日均消费 20 支卷烟。我国烟民基数庞大,因烟草死亡人数规模最大。目前全世界每年约有 600 万人死于烟草使用,其中 72% 的人生活在低收入国家<sup>[6]</sup>,我国约占 20%。研究表明,我国 2000 年有 100 万人死于与烟草使用相关的疾病,大大超过了艾滋病、结核、交通事故以及自杀死

表 1 中国各类死亡人口(2000—2025)

年份	全国死亡人口(万人)	生产安全事故(人) <sup>a</sup>	交通事故(人) <sup>b</sup>	自然灾害(人) <sup>c</sup>	合计(人) <sup>d</sup>	合计占死亡人口比例(%)	因烟死亡人口(万人) <sup>e</sup>
2000	817						100
2005	851	127 089	98 738	2 475	129 564	1.52	115
2006	895	112 822	89 455	3 186	116 008	1.30	118
2007	916	101 480	81 649	2 325	103 805	1.13	121
2008	938	91 172	73 484	88 928	180 100	1.92	124
2009	945	83 196	67 759	1 299	84 495	0.89	128
2025	1 264	40 000		1 000	41 000	0.3	200

注: a. 生产安全事故死亡包括工矿商贸企业、火灾、道路交通、水上交通、铁路交通、民航飞行、农业机械和渔业船舶事故死亡;数据来源:安全监管总局政府网站 <http://www.chinasafety.gov.cn/>;

b. 来源:交通部网站 <http://www.moc.gov.cn/>;

c. 来源:《中国统计摘要 2010》;

d. 合计数为 a+c;

e. 2000 年数据来自参考文献[7],2025 年数据来自参考文献[9];其他年份系作者估计数。

① 2000—2005 年期间,世界人口死亡率为 8.6‰,2005—2010 年期间为 8.5‰;2000 年中国人口死亡率为 6.46‰,2005 年为 6.51‰,2009 年为 7.08‰。

② 非正常死亡在法医学上指由外部作用导致的死亡,包括火灾、溺水等自然灾害;或工伤、医疗事故、交通事故、自杀、他杀、受伤害等人为事故致死。与之相对的正常死亡,则指由内在的健康原因导致的死亡,例如病死或老死。

③ 根据 2002 年“中国人群死亡及其危险因素调查”,《2007 年中国控制吸烟报告》(卫生部 2007 年 5 月发布)和 2010 年全球成人烟草调查(GATS)的数据整理。

亡人数的总和,占全国死亡人口总数的12.2%。<sup>[7]</sup>每年约有10万人因吸二手烟死亡,在50岁以上的人口中,将有190多万的不吸烟者因接触二手烟而患慢性阻塞性肺部疾病(Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)而死亡。<sup>[8]</sup>吸烟导致的疾病和死亡具有明显的滞后性,未来的死亡人口规模更为庞大。如果不能改变烟草流行的趋势并全面控烟,预计到2025年,我国每年与烟草使用相关的死亡会达到200万人,占全国死亡人口总数(1 264万人)的15.8%;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>[9]</sup>因烟草导致的死亡具有隐形死亡特征,它不像安全事故、交通事故以及地震死亡人数那么明显,而目前统计死亡人数并没有给出详细的死因及分布,但是基本结论是:中国仍是世界上因吸烟死亡人数规模最大的国家,烟草已经成为真正意义上的“第一大杀手”。

烟草消费不仅影响健康,而且以其造成的医疗费用和劳动力损失,导致了巨大的经济损失。根据研究,2005年全国吸烟的直接成本(医疗费用)为1 665.60亿元,占当年卫生总费用的19%;间接经济损失(误工、误学、火灾等造成的损失)为861亿~1 205亿元,总经济损失近3 000亿元,约占当年国民生产总值的1.5%。在计入上百万人因烟死亡的人力资本损失,上述经济损失则更大。

烟草业已经成为中国最大的健康危害型产业,对人民健康有极大的负外部性,并超过该行业所提供的利税。2005年烟草行业上缴的利税总额为2 400亿元。<sup>[10]</sup>但是,因吸烟造成的人力资本损失和经济损失远远超过了其贡献的利税。无论是从经济净福利,还是从社会净福利来看,烟草产业对整个社会都是负贡献,即烟草业生产、流通、消费各环节所产生的所谓GDP和税收都是黑色的GDP、带血的财

政收入<sup>①</sup>。但是,这些都成为既得利益集团的收益来源,也成为政府的财政收入来源。因此,在“税收”和“健康”的选择上,政府更关注的是香烟生产、销售产生的税收收入,忽视的是吸烟对公众健康的危害。2010年,中国的GDP将接近40万亿元,国家财政收入将突破8万亿元,中国早就不需要这样的黑色GDP和带血的税收收入。

特别需要指出的是,国家烟草专卖局的基本职能不是全面控烟、限制消费,反而拼命“上水平”,制定行业总体规划,“大干快上”<sup>②</sup>,充当人民健康的“政治杀手”,这就意味着以损坏全国13亿人口的健康为代价,谋求43万烟草业职工<sup>③</sup>、700万种烟农民<sup>④</sup>和中国烟草总公司的利益最大化,这是“得不偿失”的。

## 2 “十一五”期间:政府不作为,控烟成效甚微

中国早在2003年签署了世界卫生组织《烟草控制框架公约》,2006年1月《公约》在中国正式生效。《公约》是指导各国控烟的行动准则,从减少烟草需求和供应两方面对控烟责任做出了规定。减少需求的主要措施包括价税措施和非价格措施两大类,其中非价格措施包括防止接触烟草烟雾;实行烟草制品成分管制、烟草制品披露、烟草制品的包装和标签限制;开展教育、交流、培训,培养公众控烟意识;限制烟草广告、促销和赞助;并实行减少烟草依赖和辅助戒烟的有关措施。减少烟草供应的主要规定包括打击烟草制品非法贸易;禁止向未成年人销售和由未成年人销售烟草,以及对经济上切实可行的替代活动提供支持。

“十一五”期间,中国为履行《公约》采取了一系列控烟行动,但是总体而言,控烟手段不到位,控烟成效甚微,突出表现为:

第一,中国至今没有出台全国性的公共场所禁止吸烟的法律法规,仅有一些地方性的法规或行政

① 2008年,烟草行业实现工业总产值4395亿元,占全部GDP的比重为1.40%,占工业GDP的比重为3.17%。数据来源:国家统计局。

② 2008年7月17日,国家烟草专卖局党组书记、局长,中国烟草总公司总经理姜成康在全国烟草专卖局长、公司总经理座谈会上讲,紧紧围绕行业“卷烟上水平”基本方针和战略任务,总结上半年各项工作推进情况,研究讨论“卷烟上水平”总体规划,进一步统一思想,明确任务,扎实推进“卷烟上水平”各项工作落实,确保全年任务目标顺利实现。见国家烟草专卖局网站。

③ 2007年,烟草制品业职工18万人,占制造业就业人数的0.9%;商业职工25万人,占全国批发和零售业人数的5%。

④ 2008年,全国共有360万户烟农,约700万人从事烟叶种植,占全国农业劳动力的1.5%。

规定,且这些地方法规多数内容限定模糊,执法主体不明,执行效果不力。

第二,烟盒包装与《公约》要求相距甚远,没有采取图片警示,警示文字内容重复,对消费者缺乏冲击力。

第三,没有全面禁止烟草广告、促销和赞助,各种形式的烟草广告等仍然随处可见。

第四,烟草税调整没有起到控烟作用。2009 年在国家财政收入下滑的情况下调整了烟产品消费税,但是税收的提高却没有导致价格的相应提高,因而没有对烟草消费产生影响。中国烟草制品的税负和价格与国际水平相比,仍然偏低。<sup>[11]</sup>

其结果,中国的吸烟人口总数几乎维持不变,烟草生产量和消费量还在持续增长。2010 年全球成人烟草调查显示,中国 15 岁及以上人群现在吸烟率为 28.1%,现在吸烟者总数达 3 亿人。与 2002 年烟草流行调查的结果相比有微弱下降,但依然保持在高水平,而且 40~59 岁男性吸烟率上升,达到 52%。每 10 个非吸烟者中有 7 人暴露于二手烟。公共卫生专家的评估是:中国控烟基本不成功。<sup>[12]</sup>

作为世界上最大的烟草生产国和消费国,为什么“十一五”时期我国控烟没有取得成功呢?其根本原因是政府严重缺位,政府不作为。

首先,《国家“十一五”规划纲要》中没有任何有关控烟的内容和量化指标。

其次,《卫生事业发展“十一五”规划纲要》(2007 年 5 月公布)没有将控烟列入核心目标和定量指标。在 5 项总体目标、5 项主要健康指标和 9 项主要疾病控制指标中都没有关于烟草控制的指标,仅在 9 项重点工作中有“履行《烟草控制框架公约》,降低人群吸烟率”的定性表述。

再次,没有国家专项烟草控制规划。根据《烟草控制框架公约》,要求缔约方应制定、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。但是,履约工作部际领导小组的组长单位(不论是国家发改委还是国家工信部)从未制定过一部我国烟草控制的战略规划、规划,更没有进行实施、定期更新和审查工作。

最后,迄今为止,没有任何一位中国领导人公开

宣布和承诺中国全面控烟目标。

总之,全面控制烟害、保障人民健康,是典型的国家公共产品,也是典型的公共服务。没有政府来提供或提供不到位,所有人(包括烟民和被动吸烟者)的健康利益都受损。中国政府的严重缺位或不到位是全面控烟治理失效的根本原因。从国内影响来看,烟草业成为纳税大户,但是却以每年上百万因烟死亡人口为其代价,烟草行业政企不分,国家烟草专卖局及主管部门成了这一特殊利益集团的“政治保护伞”。从国际影响来看,即使是在没有第三方评价的情况下,中国的烟草生产和消费已经成为世界舆论的“众矢之的”,对中国造成了极大的负面国际影响。显然,全面控烟已经不只是一个经济问题,而是一个十分严肃的政治问题,不只是一个国内问题,而是一个损害中国国际形象的国际问题。为此在“十二五”时期,国家领导人应公开承诺全面控烟的强烈的政治意愿,制定首个国家全面控烟专项规划,明确国家全面控烟的总目标和具体的量化约束性指标,在相对短的时间内从控烟消极国转变为全面控烟国,从而解决这一最突出的人类健康不安全健康问题。

### 3 “十二五”时期:中国进入全面控烟阶段

“十二五”时期是实现 2020 年全面建设小康社会这一宏大目标的关键时期,其中,建设健康社会或健康中国,保障全体人民健康,将人口平均预期寿命提高到 77 岁是核心目标之一,也是重要标志之一。与此同时,与吸烟相关的慢性病发病率不断提高,因烟死亡人口规模不断扩大,所造成的直接和间接人力资本损失越来越大。烟草成为危害烟民以及被动吸烟者(约 7 亿人)的最大“杀手”,烟草业成为负外部性最大、损害健康最严重的黑色产业。为此,我们建议,中国在“十二五”时期实施“全面控烟”战略,从被动控烟转向主动控烟,从模糊控烟转向量化、严格控烟。在此基础上,推动中国由世界上最大的烟草生产、消费国转变为世界上最积极控烟的大国。

第一,国家领导人需要公开宣布全面控烟的政治承诺,更加凸显以人为本的科学发展观理念,更加体现以全体人民生命健康为第一的基本原则。

第二,全国人大常委会检查和审议国务院

及其有关部门履行《烟草控制框架公约》的执行情况,并公布评估报告。

第三,国务院总理主持召开常务会议通过关于全面控烟的公开决定,自上而下地和自下而上地推动全国各地、各部门全面控烟。

第四,将全面控烟目标正式纳入《国家“十二五”规划纲要》,作为各级政府履行和实现人民健康的约束性发展指标之一。在《卫生事业发展“十二五”规划纲要》中应在核心目标中凸显全面控烟的总目标和具体量化指标。

第五,国务院有关部门应制定《国家全面控烟专项行动计划》。全面落实《烟草控制框架公约》,并根据中国烟民消费特点制定有针对性的行动措施,帮助他们减少香烟消费量、逐步改变吸烟消费行为。

第六,尽快制定《公共场所禁止吸烟法》,全面控制二手烟危害。鼓励地方制定所在地公共场所禁烟实施办法,在室内公共场所、室内工作场所、公共交通工具和其他可能的室外工作场所完全禁止吸烟。根据各地方的创新和实践,全国人大专门委员会应尽快制定《公共场所禁止吸烟法》,在全国范围内实施这一法律。

第七,改革烟草行业管理体制,明确政府全面控烟管理职能。取消国家烟草专卖局,在国家发改委或卫生部内部设立国家控烟局,担负在全社会范围内实行烟草控制的基本职能,同时接受全国人大常委会的监督。

第八,中央纪律检查委员会以及国家财政部、国家审计署应做出明文规定,严禁公共机构利用公款购买香烟、收受礼品烟,鼓励和保护检举人,防止公共机构成为高级香烟最大的买主,在反腐败方面取信于民。

#### 4 发展健康友好型产业,建立健康友好型社会

发展经济,创造就业,增加税收,并不等于盲目扩大所有的产业。我们必须根据各产业的正外部性、负外部性以及两者关系做出理性的选择,克服盲目性,增加自觉性。为此,我们必须超越“发展是硬道理”,树立“科学发展是硬道理”的第二代发展观。

中国正处在经济发展方式转型的关键时期,在

发展思路和发展政策上应主动地促进科学发展与人民健康的一致性。在世界上人口最多、烟民最多的国家中实行全面控烟,既是履行《烟草控制框架公约》的过程,更是转变经济发展方式,促进发展健康友好型产业,建立健康友好型社会的过程。充分利用“十二五”时期,更加有目的、有意识、有规划地实现上述目标,同时更加明确严格限制健康危害型产业(烟草业)。既做“加法”,又做“减法”,使经济净福利和社会净福利最大化,使经济成本和社会成本最小化。

所谓健康友好型产业,是指生产有助于维持、修复、促进健康的产品和服务,并且在生产过程中不对健康构成危害的产业。对这类产业,政府应该给予激励政策,支持发展,发挥其正外部性。所谓健康危害型产业,是指生产的产品或服务对健康存在负面影响,或者其生产过程对健康构成危害的产业(表2)。对这类产业,政府应该给予明确的约束性政策,严格限制发展,减少其负外部性。发展健康友好型产业、限制健康危害型产业的过程,就是经济结构调整升级优化的过程,由低水平的产业向高水平的产业转变,由低质量的产业向高质量的产业转变,由不健康的产业向健康的产业转变,由负外部性的产业向正外部性的产业转变。

表2 健康友好型和健康危害型产业及其政策导向

产业类型	政策导向	主要的政策
健康友好型产业 医疗服务业 药品器械业 健康保险业 保健品业 健康管理业 环保产业 清洁能源产业 有机食品业 体育产业 健康传媒业 旅游业 社区服务业	大力发展 鼓励发展	政府购买服务 税收优惠 科技研发支持 人才培养 健康知识传播
健康危害型产业 烟草产业 化石能源业 传统化工业 传统采矿业	限制发展 加速转型	严格准入 提高税收 加强监管

所谓健康友好型社会,是指经济和社会活动以增进人类自身健康为目的,全社会都采取有利于健康的生产方式、生活方式、消费方式,各种健康不安全因素得到有效控制,实现经济发展与健康发展良性互动的关系。它是由健康友好型产业、健康友好型技术、健康友好型产品、健康友好型企业、健康友好型学校、健康友好型社区等组成。建立健康友好型社会就是社会结构调整和和谐的过程,就是不发达社会向发达社会的转变,由不安全的社会向安全的社会转变,由不平等的社会向平等的社会转变,由不幸福的社会向幸福的社会转变。

“十二五”时期,国家应将烟草产业列入限制发展性产业。烟草产业是中国最大的“健康危害型”产业,是我国经济结构调整的“众矢之的”和“重中之重”,决不能让这一产业“做大做强”,利用烟草生产、销售专卖体制,必须采取严格措施对烟草产业的规模、投资、产量指标等进行严格控制,使其产业产值、利润、税收不断减少,使其就业人员转岗转业转型。大幅度提高烟草消费税(包括进口烟的消费税),通过税收对烟草消费进行调节。对烟草业垄断利润进行严格的、透明的政府管制。

在现实烟草业发展的过程中,将直接涉及到全国 700 万种烟农民的切身利益,也是最大的难题。但是办法总比困难多。无论是从国家财力规模还是每年新增财政收入来看,国家都有能力也有办法采取购买政策或补偿政策,帮助烟农转向替代性作物种植<sup>①</sup>,或进入第二、三产业。在转型过渡时期,提高中央财政转移支付对烟草业依赖度较高的省区补贴或补偿。<sup>[13]</sup>这样不仅使烟农不受损失,也使烟草所在地不受损失,而且还使他们从种植业转型和产业转型中获得更大的收益。事实上,国家调整烟草税税率所得就足以大大的补偿他们的损失。

烟草并非生活必需品,许多人吸烟是因为不了解其对健康的危害,或受“烟文化”的影响。“烟文化”是一种落后有害的文化,应予以破除,树立健康的“无烟文化”。从这个意义上来看,政府有责任引

导居民合理消费、健康消费,保护消费者的身心健康。

## 5 结语:我们只能比历史做得更成功

20 世纪初中国还是世界最大的吸食鸦片国,约有 2 500 万烟民。到了 1949 年约有 2 000 万烟民,占全国总人口的 4.4%。1950 年 2 月新中国的政府决定在全国城乡开展严禁鸦片烟毒,到 1952 年底,全国已经基本禁绝了肆虐了上百年的种植、贩运、吸食毒品的活动。<sup>[14]</sup>中国成为世界上极少数的“无毒品”国家之一,改变了吸食毒品烟民的习惯,大大促进了健康指标的改善,成为国家良治的典型成功案例,更让世界所震撼。<sup>[15]</sup>

我们需要向前人学习,向历史学习,还要超越前人,超越历史,比前人做得更多,比历史做得更成功。

六十年后,中国成为世界最大的烟草生产国和消费国,烟草成为威胁十几亿中国人民健康的最大的隐形杀手。尽管改变几亿烟民的消费习惯是非常艰难的,但是在世界全面控烟的国际大背景下,作为社会主义大国,我们应该比其他国家做得更好、更有创新,大力发展健康友好型产业,大力限制烟草等健康危害型产业,成为世界最积极、最有效的控烟大国,建成世界最大的全面健康型社会,为世界全面控烟行动做出“中国表率”,做出“中国贡献”。从这个意义上看,中国的成功就是世界的成功,中国的失败就一定是世界的失败。我们只能成功,决不能失败。世界已经不容许中国失败,中国人民也不容许国家治理失败。这本身就是中国成功的希望所在。

## 参 考 文 献

- [1] 胡鞍钢. 透视 SARS: 健康与发展[M]. 北京: 清华大学出版社, 2003.
- [2] 国家统计局. 中国统计摘要 2010[M]. 北京: 中国统计出版社, 2010.
- [3] World Population Prospects: The 2008 Revision[EB/OL]. [2011-01-20]. <http://esa.un.org/unpp>.
- [4] 沃尔特·亚当斯, 詹姆斯·W·布罗克. 美国产业结构

① 研究发现,与其他农作物相比,烟叶的经济收益较低。例如,2004 年在云南省的调查表明:每亩的收益一成本比,烟叶最低,为 0.99;最高是蚕桑,为 4.00;其次是水果,为 2.00;然后是油菜籽,为 1.70;大米与小麦为 1.00。

- [M]. 10 版. 北京: 中国人民大学出版社, 2002.
- [5] Mental health[EB/OL]. [2011-01-20]. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/en/).
- [6] 新版《烟草地图》展示烟草在世界各地导致的死亡人数[EB/OL]. (2009-03-10) [2011-01-20]. <http://www.tobaccofreecenter.org/zh/story/2009/03/10/tobacco-atlas-2009>.
- [7] Liu B Q, Peto R, Chen Z M, et al. Emerging tobacco hazards in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths [J]. BMJ, 1998, 317 (7170): 1411-1422.
- [8] 吸二手烟肺病增 中国每年约 10 万人死于被动吸烟[EB/OL]. [2011-02-20]. <http://www.chinanews.com.cn/jk/kong/news/2007/09-25/1034967.shtml>.
- [9] Peto R, Lopez A D, Boreham J, et al. Mortality from Smoking Worldwide [N]. British Medical Bulletin, 1996, 52 (1): 12-21.
- [10] 李玲, 陈秋霖, 贾瑞雪. 我国的吸烟模式和烟草使用的疾病负担研究 [J]. 中国卫生经济, 2008(1): 26-30.
- [11] 胡鞍钢, 胡琳琳. 运用税收与价格手段控烟的政策分析 [J]. 价格理论与实践, 2009(11): 27-28.
- [12] 刘远立. 中国的控烟形势与任务 [R]. 2010.
- [13] Hu T, Mao Z, Jiang H, et al. The role of government in tobacco leaf production in China: National and local interventions [J]. Int J Pub Policy, 2007, 2(3-4): 235-248.
- [14] 庞松. 毛泽东时代的中国(1949-1976) [M]. 北京: 中央党史出版社, 2003.
- [15] 胡鞍钢. 中国政治经济史论(1949-1976) [M]. 北京: 清华大学出版社, 2007.
- [收稿日期:2011-02-24 修回日期:2011-03-03]  
(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

## 《柳叶刀》:英国新医改引争议

近日,英国柳叶刀(lancet)杂志发表了一篇名为“UK National Health Service reforms mobilise doctors”的文章。据报道,英国政府最近向议会提交的《卫生与社会保健法案》将赋予全科医生更大权力,组建全科医生联盟负责为患者安排医疗机构就诊,决定每年 800 亿英镑卫生拨款的使用;在 2013 年之前撤销 152 个负责管理卫生拨款的初级卫生保健信托机构,以减少中间环节;允许私立卫生部门、志愿者组织与国家医疗服务系统定点医院在提供医疗服务方面展开竞争,让患者有更多的选择,提高服务水平。这被称为 1948 年英国 NHS 建立以来最大的一次变革,也是 60 多年来争议最多的改革。

争议主要集中在以下几个方面:(1)是否需要机构重组? NHS 管理者认为不必要,这有可能导致一场来自医疗界无法预测的政治运动,英国医疗协会正就此游说议会的各个成员单位,皇家全科医生学

院也请求政府征求民众意见,讨论一下 NHS 的未来。还有专家认为,现行的卫生服务体系就可以实现改革目标,所以不需要根本性变革。而英国政府则认为只有综合性的重组才有可能让英国卫生体系成为欧洲第一。(2)改革时间是否充裕? 批评者认为,要在 3 年内完成上述任务有点操之过急,实施过程可能会影响到过渡期的服务提供。而卫生部官员称 2 年多时间足够了。(3)经济上是否可行? 反对者认为,像其他国家一样,英国刚刚经历了经济衰退,债务超过 1 000 亿并在不断增长,未来 3 年还将面临同样情况,这就要求 NHS 降低 200 亿元的支出,而新体系和现行体系的共存无疑将增加开支。卫生部对此的解释是改革将为整个体系每年节省 17 亿英镑。

(来源:《柳叶刀》杂志)