

2010年实施 《世界卫生组织 烟草控制框架公约》 全球进展报告



F C T C

世界卫生组织
烟草控制框架公约



2010 年实施
《世界卫生组织烟草控制框架公约》
全球进展报告

致谢

本报告是世界卫生组织烟草控制框架公约秘书处撰写的。Tibor Szilagyi 领导了数据分析和报告准备的全面工作。Gracia Mabaya 在数据分析和表述方面提供了宝贵支持。世界卫生组织无烟倡议工作组的 Edouard Tursan D'Espaignet 和 Gauri Khanna 对烟草使用率的章节做出了重要贡献。Judit Barta 对烟草价格和税收的章节做出了重要贡献。本报告第一稿在编写过程中受益于 A. E. Ogwell 博士的指导和协调。Leo Vita-Finzi 对报告进行了编辑。对他们支持和贡献表示诚挚的谢意。

© 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) 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)。

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。

瑞士日内瓦世界卫生组织文件编印服务印刷。

目 录

	页号
导言	5
1. 目标、指导原则和一般义务（公约第II部分）	6
一般义务（公约第 5 条）	6
2. 减少烟草需求的措施（公约第III部分）	7
减少烟草需求的价格和税收措施（公约第 6 条）	7
防止接触烟草烟雾（公约第 8 条）	13
烟草制品成分管制（公约第 9 条）	14
烟草制品披露的规定（公约第 10 条）	15
烟草制品的包装和标签（公约第 11 条）	15
教育、交流、培训和公众意识（公约第 12 条）	21
烟草广告、促销和赞助（公约第 13 条）	22
与烟草依赖和戒烟有关的降低烟草需求的措施（公约第 14 条）	26
3. 减少烟草供应的措施（公约第IV部分）	28
烟草制品非法贸易（公约第 15 条）	28
向未成年人销售和由未成年人销售（公约第 16 条）	29
对经济上切实可行的替代活动提供支持（公约第 17 条）	30
4. 保护环境（公约第V部分）	31
保护环境和人员健康（公约第 18 条）	31
5. 与责任有关的问题（公约第VI部分）	31
责任（公约第 19 条）	31

6. 科学技术合作（公约第VII部分）	32
研究、监测和信息交换（公约第 20 条）	32
国际合作和援助（公约第 22 和 26 条）	34
7. 两次报告期间公约实施情况的进展	35
8. 烟草使用流行率	36
9. 实施公约的重点和挑战	42
10. 结论	43
附件	45

导言

根据《世界卫生组织烟草控制框架公约》缔约方会议第一届会议（日内瓦，2006年2月6日－17日）确立的报告制度¹，我们编写了2010年公约实施情况的全球进展报告。根据会议决定，缔约方会议要求公约秘书处在缔约方定期提供的公约实施报告的基础上，编写公约实施情况的全球进展年度报告。

在缔约方提交的第一份（两年期）报告和第二份（5年期）报告的基础上，本报告概述了全球公约实施状况。对那些提交了两份报告的缔约方来说，本报告还跟踪了两份报告提交之间的履约进展情况。

秘书处迄今共编写了三份全球进展报告。第一份报告由临时秘书处编写并由缔约方会议第二届会议（泰国曼谷，2007年6月30日－7月6日）审定，该报告分析了2007年2月27日前收到的28份报告²。第二份报告提交给缔约方会议第三届会议（南非德班，2008年11月17日－22日）审定，分析了2008年7月15日前收到的81份报告³。于2009年12月提交给缔约方的第三份报告总结了2009年7月15日前收到的117份两年期报告的情况⁴。

在2009年7月16日至2010年6月30日之间又收到18份**两年期报告**，使得至少提交一份报告的缔约方总数达到135个。也就是说，在截至2010年6月底预期提交报告的153个缔约方中，88%的缔约方提交了报告。

2005年6月30日前公约已对其生效的61个缔约方预期应在2010年6月30日前提交第二份（五年期）实施报告。其中近一半（30个）缔约方在该期限前提交了报告。

本报告尽可能按照公约结构和报告文书第二期（第二组问题）的结构撰写。

自从修订了报告文书第一期（第一组问题）的原始格式以来，修订后的格式为缔约方的报告内容提供了更多的选择余地，报告数据的质量和准确性都有所提高。报告文书第二期（第二组问题）为作出解释性说明提供了更多空间，尤其为详细阐述在某一具体领域取得的进展提供了可能性，从而进一步提高了所收集信息的数量和质量。

由于在2006年－2008年间对报告文书进行了修改，并非所有问题及答复都能在这三份调查表中找到⁵。因此，为了尽可能确保数据的可比性并提供合理的分析依据，本报告的平均数反映了三组缔约方的情况。**首先**，在根据所有135个报告缔约方提供的信息计算全球实施率时，尽可能使用某项措施实施情况的最新数据。对于既提交了第

¹ FCTC/COP1(14)号决定。

² A/FCTC/COP/2/6。

³ 文件FCTC/COP/3/14。

⁴ 见：<http://www.who.int/fctc/FCTC-2009-1-en.pdf>。

⁵ 缔约方会议第一届会议通过了最初的报告文书第一期（第一组问题），各缔约方于2007年和2008年使用此报告文书编写了第一份（两年期）报告。后来修订了最初的调查表，缔约方会议第二届会议通过了修订后的第一组问题。缔约方会议第二届会议还通过了报告文书第二期（第二组问题），作为缔约方第二份（五年期）报告的格式。

一份、又提交了第二份实施报告的缔约方，在进行全球分析时使用了第二份报告中的最新可得数据。除非另外注明，本报告的实施率指的是上述 135 个报告缔约方的实施率。**其次**，只有修订后的报告文书第一期（第一组问题）和第二期（第二组问题）提供了对若干问题的可比答复，总共收到了 104 份根据这两种格式编写的报告。**第三**，由于仅在报告文书第二期（第二组问题）中列入了一些新的问答选择，还对 30 个缔约方提交的第二份报告中关于这些问题的回答进行了比较分析。

本报告还阐述了关于总体进展、挑战和机遇的结论。报告的缩写本总结了报告的主要内容，提交给缔约方会议第四届会议（乌拉圭埃斯特角，2010 年 11 月 15 日–20 日）审议¹。

1. 目标、指导原则和一般义务（公约第II部分）

一般义务（公约第 5 条）

综合性烟草控制战略、计划和规划。缔约方被问及是否已按照公约要求制定和实施了国家多部门综合烟草控制战略、计划和规划。51 个缔约方（49%）回答“是”，44 个缔约方（42%）回答“否”，9 个缔约方未回答此问题。但当被问及是否已将烟草控制内容纳入国家卫生、公共卫生或健康促进战略、计划或规划时，几乎所有回答“否”的缔约方都给予了肯定回答，只有 6 个缔约方给予了否定回答。

在五年期报告中，22 个缔约方提供了实施公约第 5 条的详细进展情况。大多数缔约方提到通过起草新法律，或对已有法律进行修订实施了新的控烟立法。一些缔约方还提及制定并实施了新的控烟战略、计划或规划。

烟草控制基础设施。81 个缔约方（78%）称设立了国家控烟协调机制，17 个缔约方（16%）称还未设立，6 个缔约方未回答此问题²。同样数量的缔约方称设立了国家烟草控制联络机构，13 个缔约方（12%）称尚未设立联络机构。10 个缔约方未回答此问题。

在五年期报告中，缔约方被允许提供有关其国家烟草控制战略、计划或规划以及其烟草控制基础设施的更多细节。30 个缔约方中，28 个缔约方详细介绍了其国家控烟联络机构和协调机制。据描述，控烟联络机构或协调机制一般设在卫生部或卫生部的下属机构（两个缔约方称其控烟联络机构位于公共卫生机构中）。两个缔约方（加纳和荷兰）称其控烟联络机构或控烟单位设在主管食品药品安全的机构中。

¹ 文件FCTC/COP/4/14。 http://apps.who.int/gb/fctc/E/E_cop4.htm。

² 归纳了使用修订后报告文书第一期（第一组问题）和第二期（第二组问题）报告的 104 个报告中的反馈信息。

缔约方报告显示，在多数情况下，公约第 5 条的实施率很高，各国在这方面都采取了很多措施，这反映了一个普遍认识：通过新的立法和建立可持续的控烟基础设施是公约其他具体方面取得进步的基础和前提。

防止公共卫生政策受烟草行业的商业利益和其他既得利益影响。共有 65 个缔约方（48%）称已采取措施防止烟草业干预其烟草控制政策。48 个缔约方（36%）回答“否”，22 个缔约方（16%）未回答此问题。

30 个提交五年期报告的缔约方中，24 个缔约方还详细描述了应对这一问题的详细情况。11 个缔约方（加拿大、库克群岛、芬兰、匈牙利、拉脱维亚、毛里求斯、墨西哥、挪威、巴拿马、斯洛文尼亚和泰国）提供了实施公约 5.3 条实施准则规定措施的良好实践案例¹。一些缔约方表示正在考虑将这些准则纳入国家政策和措施。另一方面，缔约方也表示，烟草行业的权力是阻碍其全面实施公约的主要障碍之一。

2. 减少烟草需求（公约第III部分）

减少烟草需求的价格和税收措施（公约第 6 条）

缔约方报告提供的信息²显示了价格和税收措施的总体实施状况，但应注意的是，报告信息涵盖的时间相当长（从 2006 年至 2010 年），而在此期间，烟草价格、平均通货膨胀率和税率可能已发生相当大的变化。

大多数缔约方提供的是有关卷烟的数据。对于其他烟草制品而言，缺乏足够的数据来计算价格指数或平均税率。因此，在数据的比较分析中，只考虑了卷烟价格。

烟草制品税收

缔约方报告提供的信息使我们能够对烟草制品的消费税、进口关税和增值税及其他税收进行详细分析，并估算卷烟税收总负担³。表 1 总结了对烟草制品征收的不同税种，并提供了各区域的分解信息。

¹ 见《世界卫生组织烟草控制框架公约》第 5.3 条、第 8 条、第 11 条和第 13 条实施准则。日内瓦，世界卫生组织，2009 年。

² 两次报告期间，这一领域报告数据的质量和准确性都有所改善。与修订后的第一组问题相比，通过提供更多信息用于解释说明，报告文书第二期（第二组问题）收集的信息数量和质量又进一步改善。

³ 30 个缔约方（22%）在报告中未提及任何形式的税收。

表 1：报告对烟草制品征收消费税、增值税/商品和服务税/销售税和进口关税的缔约方数目，按照世卫组织区域划分

世卫组织区域	消费税					增值税/商品和服务税/销售税		进口关税	
	已征收				未征收 (或税收 结构未知)	已征收	未征收 (或未知)	已征收	未征收 (或未知)
	只征收 从价税	只征收 从量税	从价税和 从量税 同时征收	总计					
非洲区域	5 (19%)	6 (22%)	2 (7%)	13 (48%)	14 (52%)	13 (48%)	14 (52%)	11 (41%)	16 (59%)
美洲区域	8 (42%)	8 (42%)	0	16 (84%)	3 (16%)	15 (79%)	4 (21%)	3 (16%)	16 (84%)
东南亚区域	2 (20%)	4 (40%)	0	6 (60%)	4 (40%)	3 (30%)	7 (70%)	4 (40%)	6 (60%)
欧洲区域	3 (7%)	9 (22%)	20 (51%)	33 (80%)	8 (20%)	25 (61%)	16 (39%)	5 (12%)	36 (88%)
东地中海区域	2 (13%)	1 (6%)	3 (19%)	6 (38%)	10 (63%)	4 (25%)	12 (75%)	11 (69%)	5 (31%)
西太平洋区域	4 (18%)	10 (45%)	3 (14%)	17 (77%)	5 (23%)	11 (50%)	11 (50%)	5 (23%)	17 (77%)
总计	24 (18%)	38 (28%)	28 (21%)	90 (67%)	45 (33%)	71 (53%)	64 (47%)	39 (29%)	96 (71%)

消费税。90 个缔约方（67%）称向烟草制品征收某种形式的消费税。至于世卫组织各个区域消费税的征收形式问题，欧洲区域大多数缔约方（80%）称他们按照欧洲联盟对 27 个成员国法律的统一要求，同时征收从价税和从量税¹。东地中海区域几乎三分之二的缔约方、非洲区域大约 50%的缔约方、东南亚区域大约 40%的缔约方称未征收消费税。

进口关税。39 个缔约方（29%）称征收某种形式的进口关税。东南亚区域和东地中海区域的几个缔约方称优先选择征收进口关税。

增值税。71 个缔约方（53%）称征收增值税或其替代税种，例如销售税或产品和服务税²。

¹ 两种消费税——从价税和从量税——之间的区别在于他们的征收方式，以及在适用税率变化的情况下，他们如何影响烟草制品的最终零售价。从价税一般是零售价的一个百分比，但有时也被定义为工厂交货价格（出厂价）的百分比。这一税收形式以同一税率增加所有烟草制品的价格。从量税一般被定义为：对每 1000 支卷烟或每一公斤特定烟草制品征收的一定数目的税收，包括在同类产品价格的基础上增加一定比例的税值。如果从量税较大的话，可以通过对较便宜产品增加比较贵产品更多价格来减少较便宜烟草制品和较贵烟草制品之间的价格差异。世界银行建议同时采用两种税收形式以达到联合效果。

² 增值税及其替代税种经常在价格其他项目外征收，但有些缔约方的增值税课税基础未包括其他税收。修订后的报告文书试图获得有关税率和课税基础的更准确信息。在所有提供税收信息的缔约方中，在计算增值税时，有些缔约方计算净价的一个百分比，有些缔约方计算零售价（总价）的一个百分比。

卷烟税收总负担¹。80 个缔约方（59%）提供了充足的价格和税收数据，可供计算卷烟价格的税收总负担。80 个缔约方中，40 个（50%）征收从量税，32 个（40%）征收从价税，42 个（53%）征收增值税。三种税收形式对税收总负担的贡献比例非常相近。增值税或其替代税种对卷烟总价的贡献率是 30%，从价税占 32%。从量税占税收总负担的比例最高，为 38%。

总体来看，虽然总税率占卷烟价格的比例在各缔约方之间相差很大，但全球卷烟**税收总负担**平均为 50%。最低税率略低于 10%（哈萨克斯坦），最高税率高达 95%（也门）。在将近一半的缔约方（45%）中，卷烟总税率位于 50%至 75%之间。**表 2** 提供了世卫组织各区域税收总负担的具体信息。

表 2：各缔约方的卷烟总税率，以及每盒卷烟（20 支）的平均价格（美元），按照世卫组织区域划分

世卫组织区域	缔约方卷烟总税率（%）			每盒（20 支）卷烟平均价格（美元）		
	最低	最高	平均值	最低	最高	平均值
非洲区域	12.3%	85.1%	44.8%	0.01	3.73	1.31
美洲区域	10.7%	75.4%	38.1%	0.41	8.41	2.87
东南亚区域	31.0%	85.0%	57.7%	0.47	2.14	1.13
欧洲区域	9.9%	79.0%	56.2%	0.11	11.98	3.70
东地中海区域	25.0%	95.4%	55.0%	0.37	1.96	1.21
西太平洋区域	18.2%	71.4%	48.9%	0.53	7.26	2.60
所有区域	9.9%	95.4%	50.2%	0.01	11.98	2.53

两次报告期间的税率变化

消费税率变化。在提供了两次税收信息的 30 个缔约方中，从量税和从价税都有所变化。

由于从量税是向 1000 支卷烟或一公斤某一特定烟草制品征收的固定税值，需要对其进行定期调整以维护或增加从量税的实际价值。在 30 个提交了两年期和五年期实施报告的缔约方中，在两次报告期间，从量税的实际价值出现了下降。在德国，在过去的三年中，从量税值未发生变化。在毛里求斯和荷兰，从量税有所提高，但通货膨胀

¹ 烟草税收负担是通过计算报告中税收信息包含的平均价格计算出来的。考虑了三种税收（如果征收的话）：从量税、从价税和增值税。首先，增值税是从平均价格中扣除的，然后，按该国的税率计算从量税和从价税。将不同的税额相加，除以平均烟草价格。本报告中，未考虑不同种类的进口关税，因为在大多数情况下，进口关税的税基是成本、保险费和运费（CIF），而这一价格无从知晓。

率的上升高于税率的增加，所以，在这些国家，虽然从量税的税值在名义上有所增加，但实际税值却在下降。

从价税随着价格的上升而上升。大多数提交了两次报告的缔约方都提高了从价税税率。6 个缔约方称在两次报告期间，他们的从价税税率提高了 1%至 10%不等。3 个缔约方称税率没有变化，只有一个缔约方（斯洛文尼亚）称税率下降。

卷烟税收总负担的变化。在全部提交了两次实施报告的 30 个缔约方中，卷烟平均总税率从 55.9%上升为 64.7%，增加 8.8%。在这一指标上，8 个缔约方的总税率保持不变（变化在-5%和 5%之间）。在另外 6 个缔约方中，总税率增加超过 10%。表 3 显示了税收总负担的变化。

高收入国家税收总负担的增加幅度低于平均水平。6 个高收入国家的税收水平未发生变化。只有加拿大¹和拉脱维亚的税收总负担增加了大约 15%。中等收入国家的总税率增加的最多：两次报告期间，中等收入国家的卷烟总税率增加了 13.8%。虽然增长幅度较大，但中等收入经济体的总税率仍然低于高收入国家。

对两套税收资料的分析显示了税收总负担变化的差异。在一些缔约方国家，从量税税率的增长速度超过了烟草价格的上涨，造成总税率的提高。一些缔约方在两次报告期间彻底改革了他们的烟草税收系统，有些提高了税率，有些降低了税率。在任何情况下，提高从价税率一定会造成总税率上升。例如，在拉脱维亚和立陶宛，由于从价税率上升 10%，烟草税收总负担大幅度上升，最终导致了烟草制品价格的上升。

烟草制品价格

在 135 份报告中，122 份报告（90%）提供了大量价格信息，但多数信息仅涉及卷烟价格²，只有少数几个缔约方报告了其他产品（例如带过滤嘴或不带过滤嘴的卷烟、比迪烟、雪茄、烟梗或各种无烟烟草）。每盒卷烟价格从不足 1 美元到将近 12 美元。每盒卷烟（20 支）的平均价格是 2.53 美元。表 2 提供了世卫组织各区域的平均卷烟价格。各区域之间的差异很大。东南亚区域和东地中海区域的平均价格最低，地区平均价格不到全球平均价格的一半。非洲区域的卷烟平均价格也低于世界平均水平。欧洲区域的缔约方报告的卷烟价格最高，平均价格为 3.70 美元。报告卷烟价格最高的是挪威，最低的是苏丹。

¹ 在加拿大，不同的省对烟草制品征收的税不同。

² 缔约方提供的价格为名义价格。对于提供了多种卷烟品牌价格数据的缔约方，报告计算了其卷烟的平均价格。因此，文中提及的名义价格系指缔约方报告的平均价格。

两次报告期间的价格变化

在 2010 年 6 月 30 日前提交第二份报告的 30 个缔约方中，几乎所有缔约方都于 2007 年或 2008 年提交了第一份报告。对提交了两套价格和/或税收数据的缔约方，可以进行进展评估。

23 个缔约方在两份报告中都提供了价格信息。对这些缔约方价格数据的比较显示，从平均水平来看，在两次报告之间，名义烟草价格上升了 34%。平均名义价格经过通货膨胀调整后，可以计算**实际价格变化**¹。5 个缔约方称，其最便宜卷烟的实际价格在过去三年中有所下降（降幅为 5%至 20%）。6 个缔约方称实际价格略有增加（增幅为 1%–10%），9 个缔约方称实际价格上升了 10%至 50%。3 个缔约方称最便宜烟草制品的实际价格翻了一番。三年间最便宜烟草制品的**平均实际价格上升幅度**为 20.4%，实际价格年均上涨幅度接近 6.5%。

两次报告期间，所有卷烟的平均实际价格指数²低于只有最低价格的情况。3 个缔约方称实际价格有所下降，也就是说，卷烟价格的上涨率低于平均通货膨胀率。10 个缔约方称平均烟草价格有一定上升，其余 10 个缔约方称价格大幅度上升。三年期间烟草的**平均实际价格指数增幅**为 15.3%（年均增长近 5%）。

不同收入水平的国家间存在显著差异。**表 3** 提供了不同收入水平国家的烟草实际价格和总税率。

表 3：按收入水平分类，第一次报告和第二次报告提交期间烟草价格和总税率的变化³。

国家收入水平	最便宜卷烟的年均实际价格变化	所有卷烟的年均实际价格变化	总税率	总税率变化
高收入	3.3%	2.7%	65.3%	+4.4%
中收入	8.4%	7.5%	62.4%	+13.8%
低收入*	12.0%	2.5%	72.5%	无数据
总计	6.4%	5.0%	64.7%	+8.8%

* 只有两份低收入国家的报告。两个缔约方提供了非常不同的价格史，因此，这一组国家的平均值不一定具有代表性。

¹ 例如，在两次报告期间，巴拿马卷烟的平均名义价格上涨了 124%，塞舌尔上涨了 117%。因此，从名义价格看，价格指数非常相似。但是，在巴拿马，平均通货膨胀率为 16%，而在塞舌尔，通胀率为 90%。这意味着在巴拿马，扣除平均通胀后，巴拿马的烟草价格上升 93%，而在塞舌尔，烟草价格仅上升 14%。

² 价格指数总是以实际价格计算：用消费价格指数（CPI）调整卷烟价格。所有结果都是利用各缔约方报告中数据计算出来的。未提供的信息也没有补充。例如，如果缔约方报告中未提供增值税信息，该缔约方就被认为未征收增值税。由于某些区域提交报告的缔约方数目过少，在本部分未提供区域分解数据。CPI数据是从国际货币基金组织的数据库中获得的。

³ 此处使用的收入水平是国际货币基金组织对高、中、低收入的分。欲获得更多信息，请参见：<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/02/pdf/statapp.pdf>。

与烟草制品价格和税收有关的其他措施以及烟草使用的经济负担

免税（国内税和关税）烟草制品。 缔约方被问及是否禁止或限制向国际旅行者销售或由其进口免除国内税和关税的烟草制品¹。61 个缔约方（45%）回答“是”，70 个（52%）回答“否”，4 个未回答此问题。在这一问题上，世卫组织各区域间有很大差异。欧洲区域近四分之三的缔约方称其对烟草免税进口采取了限制。但非洲区域和美洲区域只有大约四分之一的缔约方称采取了这一措施。在东南亚区域和西太平洋区域，大约一半的报告提及对免税进口的一些规定。

报告文书第二期（第二组问题）收集了有关免税（国内税和关税）烟草制品的更多详细信息。在 30 个提交了五年期报告的缔约方中，18 个称禁止或限制向国际旅行者销售烟草制品。分别有 12 个和 9 个缔约方称未采取此类措施。8 个称禁止向国际旅行者销售烟草制品或禁止国际旅行者进口烟草制品的缔约方是在世卫组织欧洲区域。

增进本国卫生指标的税收政策。 在报告文书第二期（第二组问题）中，缔约方被问及是否根据公约第 6.2(a) 条实施了税收政策以及适当的价格政策以促进实现减少烟草消费的卫生目标。在提供了两份报告的 30 个缔约方中，22 个称实施了这类政策，8 个回答“否”。

专门用于卫生的烟草税。 一些国家将消费税增加一定的百分比，收入用于某些特殊用途，包括卫生。另外一些缔约方将收集到的烟草税指定一部分用于卫生。135 个提交报告的缔约方中，13 个称实施了这一形式的税收制度：巴巴多斯、伯利兹、保加利亚、约旦、马达加斯加、马绍尔群岛、巴拿马、大韩民国、罗马尼亚、塞尔维亚、斯里兰卡、泰国和乌拉圭。

烟草使用的经济负担。 在报告文书第二期（第二组问题）中，缔约方需要报告是否有关于本国人口烟草使用造成的经济负担的信息。在提交了第二份报告的缔约方中，一半的缔约方给予了肯定答复。一些缔约方仅提到烟草使用造成的健康代价（直接代价），而有些缔约方还报告了间接代价。15 个缔约方提到与吸烟有关的社会负担总计达 840 亿美元。许多缔约方还提供了其经济影响研究的链接，可供准备进行类似计算的缔约方使用。在提供了与烟草有关的社会代价数据的缔约方中，总负担从 26 亿美元（斯洛伐克）至 290 亿美元不等（德国）。

在 30 个提交了五年期报告的缔约方（孟加拉、加拿大、德国、匈牙利、印度、日本、拉脱维亚、马绍尔群岛、墨西哥、荷兰、新西兰、挪威、巴拿马、斯洛文尼亚和泰国）中，15 个缔约方称在本国收集与烟草有关的死亡数据。一些缔约方称使用具体的分析工具定期分析与烟草有关的死亡。一些缔约方还报告了本国与烟草消费有关的疾病造成的死亡病例。一些缔约方还提供了与烟草有关的死亡率的报告的链接。

¹ 最初的和修订后的第一组问题均提及向国际旅行者销售或由其进口烟草制品情况。而第二组问题允许分开提供这些项目的信息。

防止接触烟草烟雾（公约第 8 条）

本节详细分析了使用修订后的第一期调查表和第二期调查表的 104 个缔约方提供的信息。缔约方报告提供的信息显示，在不同场所，防止接触烟草烟雾的水平相差很大。

室内工作场所。缔约方被问及是否已实施政策¹防止公民接触烟草烟雾。87 个缔约方（84%）回答“是”，9 个回答“否”，8 个未回答此问题。关于不同场所，92 个缔约方（68%）称针对医疗卫生设施中接触烟草烟雾问题提供了充分保护。37 个缔约方（27%）称提供部分保护，3 个未提供保护，3 个未回答此问题。

除医疗卫生设施外，教育设施是法律最经常保护的工作场所。79 个缔约方（59%）称为教育设施提供完全保护，48 个（36%）称提供部分保护，5 个称未提供保护。3 个缔约方未回答此问题。在政府大楼中，70 个缔约方（52%）称提供完全保护，54 个（40%）称提供部分保护，8 个称未提供保护。3 个缔约方未回答此问题。私有企业员工在工作场所得到的保护较少。只有 36 个缔约方（27%）称在私有工作场所提供充分保护，防止接触环境烟草烟雾。70 个缔约方（52%）称仅提供部分保护，27 个缔约方（20%）称禁令根本不包括私有工作场所。2 个缔约方未回答此问题。

报告文书第二期（第二组问题）还要求缔约方报告作为工作场所的交通工具（例如救护车和送货车辆）防止接触烟草烟雾的情况。30 个提交了五年期报告的缔约方中，17 个称提供完全保护（57%），9 个（30%）称只提供部分保护措施，2 个缔约方称未采取任何保护措施。2 个缔约方未回答此问题。

总之，医疗卫生设施通过采取最严格的无烟政策，对防止接触烟草烟雾提供了最好的保护。政府大楼、教育设施和用作工作场所的交通工具也提供了相对较好的保护。在私有企业工作的人群在防止在工作场所接触烟草烟雾方面得到的保护较少。

公共交通。在被问及是否在公共交通工具中采取无烟政策时，86 个缔约方（83%）回答“是”，10 个（10%）回答“否”，8 个未回答此问题。

修订后的第一期间卷和第二期间卷要求提供不同交通工具，包括飞机、火车、“地面公共交通工具”（例如公交车、无轨电车和有轨电车）的禁烟措施，第二期间卷还包括了出租车。报告显示，66 个缔约方（63%）的飞机完全禁烟，5 个缔约方表示部分禁烟，2 个缔约方对此问题回答“否”，31 个缔约方（30%）未回答此问题。55 个缔约方（53%）在地面公共交通工具中提供彻底保护，13 个缔约方（12%）称采取部分保护措施。6 个缔约方对此问题回答“否”，30 个缔约方（30%）未回答此问题。此外，在火车上禁烟的缔约方要少一些，只有 31 个缔约方（30%）要求在火车上完全禁

¹ 报告文书中的这一问题用“是”或“否”回答。因此，回答“是”意味着采取了防止接触烟草烟雾的措施，无论是提供完全保护，还是部分保护。

烟，16 个缔约方（15%）要求部分禁烟。其余 12 个缔约方（12%）未在火车上采取任何防止接触烟草烟雾的措施，45 个缔约方（43%）未回答此问题。

在 30 个提交了五年期报告的缔约方中，24 个要求在出租车上完全禁烟。4 个缔约方要求部分禁烟¹，2 个缔约方未回答此问题。

室内公共场所。在被问及是否已采取政策在室内公共场所防止接触烟草烟雾时，81 个缔约方（78%）回答“是”，16 个回答“否”，7 个缔约方（7%）未回答此问题。63 个缔约方（47%）称已在其管辖范围内提供完全保护，49 个缔约方（36%）提供部分保护，18 个缔约方（13%）未提供任何保护，5 个缔约方未回答此问题。40 个缔约方（30%）称在餐馆中完全禁烟，57 个缔约方（42%）要求部分禁烟，33 个缔约方（24%）称未采取任何措施。5 个缔约方未回答此问题。第二期问卷调查要求提供酒吧和夜总会的专门信息。提供五年期报告的缔约方中，一半称在酒吧中要求完全禁烟，14 个称在夜总会中要求禁烟。8 个缔约方在酒吧中采取了部分禁烟措施，9 个在夜总会中采取了部分禁烟措施。4 个在这些场所中未采取任何禁烟措施。

实施期限

公约第 8 条实施准则²为缔约方规定了时限，要求缔约方实现普遍防止环境烟草烟雾，为此需确保在所有室内公共场所、所有交通工具和其他可能的（室外或准室外）公共场所免于接触二手烟草烟雾。在 135 个提交报告的缔约方中，只有 19 个（14%）称已在其管辖范围内提供普遍保护，在根据五年期限提交第二份报告的 30 个缔约方中，7 个缔约方提供了普遍保护。

自上一个摘要报告发布以来，防止环境烟草烟雾方面的进展不大。在大多数国家，大多数室内工作场所和公共交通设施受到国家立法的有力保护。但是，在只实施部分保护或未提供保护的场所，还应加强立法确保提供完全保护，例如火车、文化娱乐场所、餐馆、酒吧和夜总会。

烟草制品成分管制（公约第 9 条）

缔约方被问及是否**要求检验和测量**其管辖地烟草制品的成分和释放物。关于成分，59 个缔约方（44%）回答已要求采取这类措施，69 个缔约方（51%）对此问题回

¹ 表示在出租车中提供部分保护防止接触烟草烟雾的四个缔约方是芬兰、加纳、日本和约旦。通过与提供的支持性文件或报告中其他信息进行比对，得以对答复进行核实。在这一审查的基础上，约旦可以被认为在出租车中提供完全保护防止接触烟草烟雾。对于芬兰和日本，出租车公司经理有权决定其设施（这里指出租车）是否禁烟。在芬兰的相关法律中，“不允许烟草烟雾进入禁烟的室内场所”的条款排除了有乘客的时候出租车司机吸烟的可能性，除非在司机和乘客之间存在完全隔离。最后，加纳未对这个问题的答复提供任何支持性信息。

² 见《世界卫生组织烟草控制框架公约》第 5.3 条、第 8 条、第 11 条和第 13 条实施准则。日内瓦，世界卫生组织，2009 年。

答“否”，7个缔约方未提供答复。与此同时，59个缔约方（44%）称检测了烟草制品释放物，68个缔约方（50%）对此问题回答“否”，未答复率为6%。

关于**管制**烟草制品的成分和释放物，开展管制工作的缔约方数目略高于要求对成分和释放物进行检测和测量的缔约方数目。66个缔约方（49%）称对成分进行管制，62个缔约方（46%）称对释放物进行管制，59个缔约方（44%）和64个缔约方（47%）对这些问题回答“否”，未答复率为7%。在提供五年期报告的30个缔约方中，19个较详细说明了这一领域的规定和/或进展情况。

烟草制品披露的规定（公约第10条）¹

报告的汇总信息显示，84个缔约方（62%）回答已实施政策要求烟草制品生产商和/或进口商向政府当局披露烟草制品**成分**信息。48个缔约方（36%）回答“否”，6个缔约方未回答此问题。

与以前的报告一样，总体而言，较少缔约方要求向政府当局披露烟草制品**释放物**信息。对于是否要求披露这类信息的问题，71个缔约方（53%）回答“是”，58个缔约方（43%）回答“否”，6个缔约方未回答此问题。

在报告文书第二期（第二组问题），缔约方还被问及是否要求向公众披露同样的信息。30个提交五年期报告的缔约方中，17个表示要求向公众披露成分信息，13个缔约方无此要求。稍多的缔约方（19个）要求向公众披露烟草制品释放物信息。11个缔约方无此要求。第二组问题的反馈信息显示，与要求对烟草成分和释放物进行检测和测量的缔约方相比，要求信息披露的缔约方更多。

烟草制品的包装和标签（公约第11条）

公约第11条规定，每一缔约方应在公约对其生效三年内采取和实施有关包装和标签的有效措施。

公约第11条规定的有时间限制的措施

以下段落概述了适用三年截止日期的措施以及全球实施这些措施的情况。图1还总结了按世卫组织各区域划分的公约第11条规定的一些措施的实施情况。

¹ 由于有关烟草制品披露监管的问题在最初的问卷、修订后第一期（第一组问题）以及随后的第二期（第二组问题）问卷中逐渐最多，很难评估在这一领域的进展。报告文书最初稿中有关第10条的一个问题在随后的第二组问题中被分解成为四个问题，以便给缔约方提供更准确的答案选项。由于报告文书中这些问题前后不同，因此，应谨慎看待本部分的数据。

误导或欺骗性包装和标签。88 个缔约方（65%）称已禁止在包装和标签上带有任何误导性、欺骗性或可能对制品产生错误印象的描述。37 个缔约方（27%）称没有实施这一禁止措施，10 个缔约方未回答此问题。几乎所有位于世界卫生组织欧洲区域的缔约方都称已采取了这一措施。

烟草制品包装上的健康警句。缔约方被问的另外一个问题是是否已采取措施要求烟草制品包装上带有说明烟草有害后果的健康警句。共有 111 个缔约方（82%）回答“是”，15 个（11%）回答“否”，9 个缔约方未回答此问题。所有欧洲区域和东地中海区域的缔约方都称有这样的政策要求。

警句的批准。100 个缔约方（74%）称警句需要得到主管当局批准。25 个缔约方（18%）回答“否”，10 个缔约方未回答此问题。

轮换。81 个缔约方（60%）称要求轮换使用健康警句。45 个（33%）称无此要求，9 个缔约方未回答此问题。要求轮换使用警句比例最高的是欧洲区域，最低的是非洲区域。

位置和布局。共有 100 个缔约方（74%）已采取措施确保健康警句大而明确、醒目和清晰，26 个无此要求（未答复率为 7%）。欧洲区域的所有缔约方都实施了公约的这一要求，美洲区域、东南亚区域和东地中海区域五分之四的缔约方也实施了这一要求。

尺寸。在被问及是否要求健康警句占据主要可见部分不少于 30%时，87 个缔约方（64%）作了肯定答复，38 个（28%）作了否定答复，10 个未回答此问题。总体上，在提交报告的缔约方中，四分之一的缔约方（38 个缔约方或 28%）要求印制较大的健康警句，能够覆盖主要可见部分的 50%或以上。在所有要求健康警句覆盖 50%以上主要可见部分的缔约方中，来自美洲区域的比例最高。

图的使用。44 个缔约方（33%）称要求健康警句采取或包括图片或象形图的形式。82 个缔约方（61%）称无此要求，9 个缔约方未回答此问题。

缔约方提供的有关图片/象形图的信息可能与从其他途径获得的信息不同。造成这一差异的原因很多。例如，在吉尔吉斯斯坦，有关图形警句的法规已经制定完成，并拟于 2009 年 4 月 1 日颁布实施。但是，2009 年 1 月，在吉尔吉斯斯坦提交了履约报告后，司法部又推翻了这一命令。一些缔约方表示，虽然他们回答“是”，但推行健康警句还需要完成立法程序。因此，报告中有关图片健康警句的信息应与从其他途径获得的信息进行核对。其他途径的信息也许比缔约方报告的信息更新得更快¹。

根据缔约方会议第三届会议作出的一项决定，我们建立了旨在分享健康警句图形的一个网站²，网站现已投入运转³。迄今为止 14 个缔约方在该网站提供了图形警句。

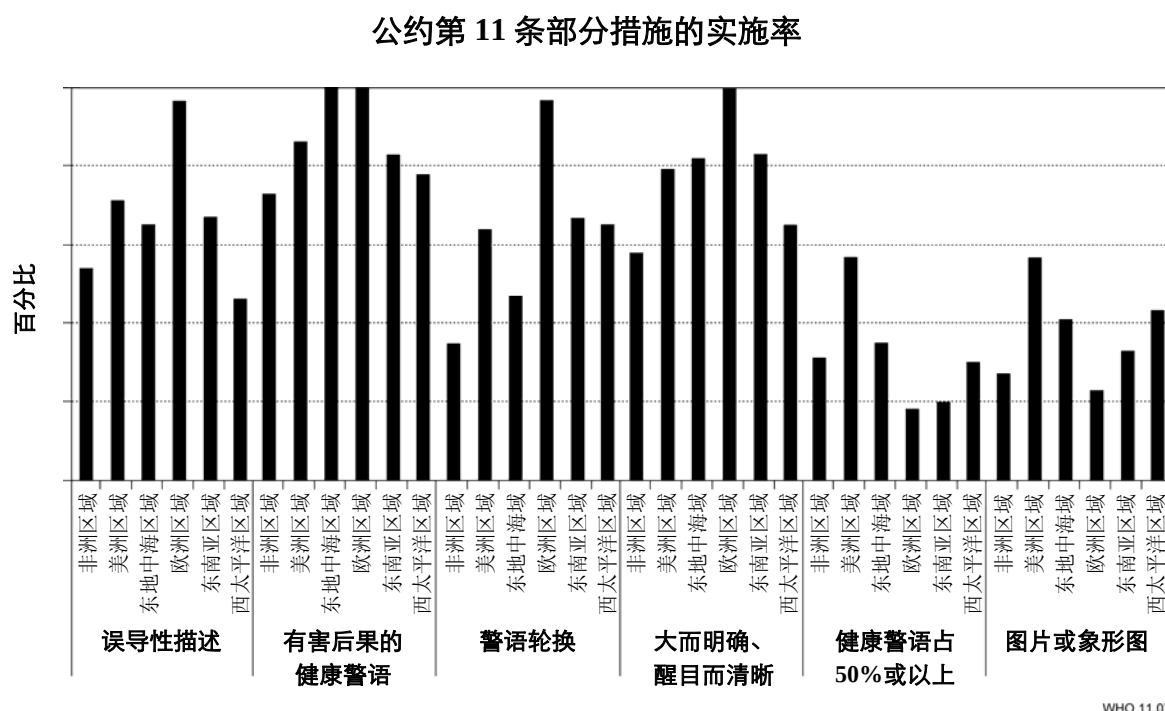
¹ 公约秘书处的简报就是这样一个途径（见<http://www.who.int/fctc/convnews>）。www.tobaccolabels.org和www.smoke-free.ca/warnings也提供最新信息。

² FCTC/COP3(10)号决定。

³ 见<http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase>。

报告文书第二期（第二组问题）要求回答有关图片/象形图的健康警语方面的新问题。缔约方被问及政府是否对这些图片/象形图拥有版权。在回答第二期（第二组问题）问题的缔约方中，12 个缔约方表示政府拥有这些图形的版权。6 个缔约方回答没有版权¹。在回答拥有版权的缔约方中，11 个（文莱达鲁萨兰国、加拿大、印度、约旦、毛里求斯、荷兰、巴拿马、塞舌尔、泰国、土耳其和乌拉圭）表示，他们可以向其他缔约方提供这些图片警语的非排他、无偿使用权。

图 1：世卫组织各区域实施公约第 11 条要求的部分措施的缔约方的比例情况



公约第 11 条的其他措施

本条规定的其他措施公约未设置实施期限。这些措施的实施状况如下：

成分和释放物²。79 个缔约方（59%）称要求包装和标签包含烟草制品相关成分和释放物的信息。46 个缔约方（34%）称无此要求，10 个缔约方未回答此问题。

¹ 此外，公约秘书处获悉，根据缔约方会议 FCTC/COP3(10) 号决定，还有另外 8 个缔约方政府（澳大利亚、巴西、埃及、伊朗（伊斯兰共和国）、蒙古、巴基斯坦、新加坡和委内瑞拉（玻利瓦尔共和国））以及欧洲联盟也拥有图片警语的版权。

² 公约第 11.2 条要求缔约方在烟草制品包装上发布“国家当局所规定的有关烟草制品成分和释放物的信息”。第 11 条的实施准则建议缔约方“不应要求在烟草制品包装和标签上提供可能含有某一品牌烟草比另一品牌危害轻的信息，如焦油、尼古丁和一氧化碳数据”。例如，在新西兰，2007 年无烟环境条例取消了要求卷烟包装上根据国际标准组织标准展示一氧化碳、尼古丁和焦油数据的规定，因为这些信息被认为具有潜在的误导性。

以本国主要语言表示警语。三分之二的缔约方称有这一要求。35 个缔约方（26%）称无此要求，10 个缔约方未回答此问题。

包装不包含广告或促销信息。在烟草制品的包装和标签方面，第 13 条（烟草广告、促销和赞助）实施准则建议“包装、单支卷烟或其他烟草制品不应包括任何广告或促销，包括使产品更具吸引力的设计特点”。针对此建议，在报告文书第二期（第二组问题），缔约方被问及是否要求烟草包装不能包含广告和促销信息。30 个提交五年期报告的缔约方中，23 个给予了肯定回答，7 个缔约方称无此要求。

第 11 条所规定的有时间限制的措施¹的实施情况参差不齐。多数缔约方在烟草制品包装上印有健康警语，这些警语获得了国家主管当局的批准，警语中没有误导性描述，设计简单易懂，尺寸不小于公约所规定的主要可见部分的 30%。另一方面，公约第 11 条实施准则中所建议的另外两项措施（要求健康警语占据主要可见部分的 50%以上，并要求在警语中使用图片或象形图）的实施率要低得多。总之，有关公约第 11 条要求的有时间限制的措施的实施情况可参见表 4。

表 4：公约第 11 条要求的有时间限制的措施的实施情况

条款和指标	两年期实施情况 (基于 135 个缔约方的 第一份报告) ²		五年期实施情况 (基于 30 个缔约方的 第二份报告) ²	
	“是”	“否”	“是”	“否”
11.1(a) – 误导性描述	88	37	26	4
11.1(b) – 健康警语	111	15	27	3
11.1(b)(i) – 经主管当局批准	100	25	26	4
11.1(b)(ii) – 轮换使用警语	81	45	24	6
11.1(b)(iii) – 警语大而明确、醒目和清晰	100	26	27	3
11.1(b)(iv) – 应占主要可见部分的 50%或以上 ³	86	39	26	4
11.1(b)(iv) – 应占不少于主要可见部分的 30%	37	86	13	17
11.1(b)(v) – 图片/象形图	44	82	15	15

¹ 在公约对缔约方生效后三年内必须实施。

² 提供这类信息的缔约方总数既包括作出肯定答复的缔约方，又包括作出否定答复的缔约方。

³ 公约要求缔约方的警语宜占据主要可见部分的 50%或以上，至少不应少于 30%。警语“可”采取或包括图片或象形图的形式。第 11 条实施准则进一步强化了这些措施，建议各缔约方使用大幅警语和图片。

但是，不应该忘记，135 个缔约方中，大多数反映的是在公约对其生效的第二年末前采取措施的情况。要求在三年期末前实施的各项措施的实施情况只有通过缔约方提交的五年期报告中的反馈进行评估才能获得（表 5）。9 个缔约方¹对所有有时间限制的 8 个问题都给予了肯定答复（库克群岛、毛里求斯、墨西哥、新西兰、巴拿马、塞舌尔、泰国、土耳其和乌拉圭）。表 5 最后一栏显示的是 30 个缔约方对最多 8 个有时间限制措施的问题给予肯定答复的情况。

表 5：提交了五年期报告的缔约方对公约中有时间限制的措施的问题的回答情况

缔约方	11.1(a)	11.1(b)	11.1(b)(i)	11.1(b)(ii)	11.1(b)(iii)	11.1(b)(iv)	11.1(b)(iv)	11.1(b)(v)	在 8 个问题中回答“是”的数目
1. 亚美尼亚	是	是	是	是	是	是	否	否	6
2. 孟加拉	是	是	是	是	是	是	否	否	6
3. 文莱达鲁萨兰国	否	是	是	是	是	否	是	是	6
4. 加拿大	是	是	是	否	是	是	是	是	7
5. 库克群岛	是	是	是	是	是	是	是	是	8
6. 芬兰	是	是	是	是	是	是	否	否	6
7. 德国	是	是	否	是	是	是	否	否	5
8. 加纳	是	是	是	是	是	是	是	否	7
9. 匈牙利	是	是	是	是	是	是	否	否	6
10. 印度	是	是	是	是	是	是	是	是	8
11. 日本	是	是	是	是	是	是	否	否	6
12. 约旦	是	是	是	否	是	是	否	是	6
13. 拉脱维亚	是	是	是	是	是	是	否	是	7
14. 莱索托	否	否	否	否	否	否	否	否	0

¹ 加拿大称并不要求轮换使用警句。在对报告提供的解释说明中，加拿大解释说，在展示健康警句方面，加拿大实施了随机选择而不是轮换使用警句的方法。

15. 立陶宛	是	是	是	是	是	是	否	否	6
16. 马绍尔群岛	否	否	否	否	否	否	否	否	0
17. 毛里求斯	是	是	是	是	是	是	是	是	8
18. 墨西哥	是	是	是	是	是	是	是	是	8
19. 荷兰	是	是	是	是	是	是	否	否	6
20. 新西兰	是	是	是	是	是	是	是	是	8
21. 挪威	是	是	是	是	是	是	否	是	7
22. 帕劳	否	否	否	否	否	否	否	否	0
23. 巴拿马	是	是	是	是	是	是	是	是	8
24. 赛舍尔	是	是	是	是	是	是	是	是	8
25. 斯洛伐克	是	是	是	是	是	是	否	否	6
26. 斯洛文尼亚	是	是	是	是	是	是	否	否	6
27. 阿拉伯叙利亚共和国	是	是	是	否	是	是	否	否	5
28. 泰国	是	是	是	是	是	是	是	是	8
29. 土耳其	是	是	是	是	是	是	是	是	8
30. 乌拉圭	是	是	是	是	是	是	是	是	8
回答“是”的缔约方数目和比例	26 (87%)	27 (90%)	26 (87%)	24 (80%)	27 (90%)	26 (87%)	13 (43%)	15 (50%)	

总之，缔约方在实施公约第 11 条所要求的有时间限制的措施方面取得了良好进展，但只有不到三分之一的缔约方完成了实施程序。大多数缔约方需要在警语尺寸及图片/象形图的使用方面加强履约工作。

教育、交流、培训和公众意识（公约第 12 条）

缔约方被问及是否已实施“教育和公众意识规划”¹。共有 114 个缔约方（84%）回答“是”，14 个缔约方（10%）回答“否”，7 个未回答此问题，这说明在实施公约该条规定方面全球进展普遍良好。在针对成人和青少年的教育规划的回答率方面没有区别，大约五分之四的缔约方表示实施了此类规划。

公众对健康风险的认识。修订后的第一组问题和第二组问题对有关烟草消费、接触烟草烟雾健康风险和戒烟、采取无烟生活方式的公众教育问题进行了细分。实施这类重点规划的缔约方所占比例并无显著差异；在填写修订后的第一组问题及第二组问题的 104 个缔约方中，大约 80% 的缔约方回答说在制定公众意识规划时考虑了这些因素。

公众对烟草行业信息的获取。65 个缔约方（48%）称根据公约第 12(c) 条制定了此类规划。48 个缔约方回答“否”，22 个（16%）未回答此问题。

针对不同人群的宣传教育计划。报告文书第二期（第二组问题）根据一系列标准收集有关教育和公众意识规划的信息。缔约方还被问及，在实施教育和公众意识规划的时候，是否考虑了目标人群的一些主要特点（年龄、性别、教育和文化背景、社会经济状况等）。25 个缔约方称实施了针对不同年龄人群的宣传教育规划，三分之二的缔约方称考虑了性别因素。不到一半的缔约方称考虑了目标人群的教育文化背景，一半稍多的缔约方称在实施公众教育规划的时候考虑了目标人群的社会经济状况。

在组织针对成人或青少年的教育活动方面，在所有提交第二份实施报告（即五年期报告）的缔约方中，在被问及此问题的时候，除一个缔约方外，所有的缔约方都回答“是”。当被问到是否针对不同性别的人群组织教育活动的时候，19 个缔约方称组织了专门针对男性的活动，20 个缔约方称组织了专门针对女性的活动。还有 19 个缔约方开展了专门针对孕妇的活动，但只有三分之一的缔约方表示他们有专门针对少数民族的活动。

在报告文书第二期（第二组问题），缔约方被问及其教育和提高公众意识的活动是否包括烟草生产和消费带来的负面经济和环境的影响。在回答中，缔约方表示，更重视烟草消费带来的负面经济和环境的影响，对烟草生产带来的经济和环境的影响不太重视。30 个缔约方中，24 个称项目中涉及烟草消费的经济影响。19 个缔约方的宣传活动中还包括烟草消费带来的环境影响。相比之下，只有大约三分之一的缔约方在公众教育项目中提到烟草生产带来的经济和环境的影响。

公立、私立机构和非政府组织的参与。以前的报告显示，公立部门以及与烟草行业无关的非政府组织参与部门间控烟规划和战略的比例很高。报告文书第二期（第二

¹ 在报告文书第一期（第一组问题）中，无论在最初调查表中，还是在修订后的调查表中，都提到是否“广泛提供教育和公众意识综合规划”。

组问题）提供了不同组织参与控烟活动的详细情况，并再次证明了以前的发现。在提交五年期报告的缔约方中，除一个缔约方外，所有缔约方都表示公立机构和非政府组织知道并参与了这方面的项目，但只有三分之二的缔约方表示私立机构参与了控烟项目。

有针对性的培训或宣传计划。修订后的第一组问题和第二组问题向缔约方收集下面的信息：向哪些人群开展控烟培训或宣传活动。104 个缔约方在提交的报告中称，最常见的目标人群是卫生工作者和教育工作者，针对这两类人群实施特定计划的缔约方的百分比分别为 69%和 66%。其次是社区工作者（55%）、决策制定者（55%）、新闻媒体专业人员（55%）、行政管理人员（51%）和社会工作者（50%）。

一些缔约方还报告说，他们还针对其他人群开展了控烟培训和宣传教育项目，如基于信仰的组织和非政府组织、企业主、警察和其他执法人员、学生等。一个缔约方（拉脱维亚）还提及用同伴教育的方式将与烟草有关的信息传递给年轻人。

烟草广告、促销和赞助（公约第 13 条）

广泛禁止广告、促销和赞助

在被问及是否已广泛禁止烟草广告、促销和赞助时，74 个缔约方（55%）回答“是”，其中约半数（39 个缔约方）还禁止跨国烟草广告。59 个缔约方（44%）回答“否”，两个缔约方未回答此问题。

在世界卫生组织的几个区域中，这一措施的实施率差别很大。东地中海区域为 77%，欧洲区域接近 64%，东南亚区域为 63%，西太平洋区域为 58%，非洲区域为 50%，美洲区域为 13%。

限制所有的烟草广告、促销和赞助

根据公约的这一条款，缔约方应通过宪法或宪法原则实施全面禁止所有形式的烟草广告、促销和赞助。这一情况与 2009 年 12 月的全球进展报告反映的类似，不到四分之一（24%）提交报告的缔约方对烟草制品广告、促销和赞助实施限制。63 个报告的缔约方（47%）还未实施此限制，39 个缔约方（29%）未回答此问题。

报告文书中，只有未根据公约第 13 条采取广泛禁止广告、促销和赞助的缔约方被要求报告他们采取了哪些限制措施。因此，这一指标不适用于已经采取广泛禁止的缔约方（74 个缔约方，或 55%）。令人欣慰的是，一半以上（56%）未采取广泛禁止广告、促销和赞助的缔约方采取了某些限制措施。

实行限制措施的缔约方还需回答由 6 个额外问题组成的一组问题。这些问题所涉指标反映了各种形式的广告和相关数据。这些指标在下面列举。应谨慎对待这些数据。因为即便是已经采取了广泛禁止的缔约方也回答了有关限制措施的一些问题。因

此，下面的计算考虑了所有提交报告的缔约方，而不只是那些还未采取广泛禁止广告、促销和赞助的缔约方。

禁止误导或欺骗性广告。在被问及是否禁止采用虚假、误导、欺骗或可能产生错误印象的手段推销烟草制品时，66 个缔约方（49%）回答“是”，42 个（31%）回答“否”，27 个（20%）未回答此问题。

所有广告都要带有健康警语。公约要求，那些由于宪法或宪法原则不能广泛禁止烟草广告的缔约方，要在所有烟草广告、以及烟草促销和赞助的时候都要带有健康警语和其他适当的警告或信息。尽管这是一项最低要求，但仅有 50 个缔约方（37%）回答“是”，45 个（33%）回答“否”，40 个（30%）未回答此问题。

采用直接或间接奖励手段。在被问及是否限制采用鼓励公众购买烟草制品的直接或间接奖励手段时，61 个缔约方（45%）回答“是”，45 个（33%）回答“否”，29 个（22%）未回答此问题。在区域一级，欧洲区域 72%的缔约方，西太平洋区域 63%的缔约方，东地中海区域和美洲区域近 55%的缔约方，东南亚区域 50%的缔约方，以及非洲区域回答问题的 20 个缔约方中 8 个回答采取了限制措施。

披露开支。只有 16 个缔约方（12%）—东地中海区域一个、美洲区域两个、非洲区域 3 个、欧洲区域和西太平洋区域各 5 个缔约方—要求烟草行业向有关政府当局披露用于烟草广告、促销和赞助的开支。82 个缔约方（61%）称未实施此规定，37 个缔约方（27%）未回答此问题。

媒体中的广告、促销和赞助¹。在报告文书第二期（第二组问题），这一部分被分解成 6 个具体问题，因此，只有提交过第二次报告的 30 个缔约方提供了此类信息。对 6 个指标的分析如下：

- **在广播中限制烟草广告、促销和赞助。**在提交第二份实施报告的 30 个缔约方中，12 个缔约方称限制广播中的烟草广告，6 个表示无此限制，12 个缔约方未回答此问题。
- **在电视和印刷媒体中限制烟草广告、促销和赞助。**缔约方的回答和前面差不多：13 个缔约方回答“是”，6 个缔约方回答“否”，11 个未回答此问题。
- **在国内因特网上限制烟草广告、促销和赞助。**11 个缔约方称实施了限制，7 个缔约方表示无此限制，12 个未回答此问题。
- **在全球因特网和其他媒体上限制烟草广告、促销和赞助。**关于全球因特网，不到一半的报告缔约方在其管辖范围内实行了限制：7 个缔约方回答“是”，11 个回答“否”，12 个缔约方未回答此问题。在被问及是否对其他媒体实施限制时，只有 7 个缔约方回答了这一问题，其中 5 个回答“是”，2 个回答

¹ 只有第二组问题涉及各种媒体中的广告、促销和赞助的详细情况。由于第二个报告周期中提交报告的缔约方数目过低，本节未包括区域之间的对比。

“否”。在回答“是”的缔约方中，他们理解的其他媒体是宣传画、广告牌、建筑物及用手机短信或其他电子媒体发布的广告。

烟草赞助。报告对禁止或限制烟草企业赞助国际赛事和活动，和/或国际赛事的参与方的趋势分别进行了分析。因为报告文书第二期（第二组问题）对这两个指标分别提出了两个不同问题。

- **限制烟草企业赞助国际赛事和活动。**64 个缔约方（47%）回答“是”，43 个缔约方（32%）回答“否”，28 个缔约方（21%）未回答此问题。世卫组织各区域实施这一指标的差异很大。实施率最高的仍然是东地中海区域（86%），之后是欧洲区域（82%），西太平洋区域（56%），东南亚区域（50%），非洲区域和美洲区域（均为 36%）。
- **限制烟草企业赞助参与方。**关于是否限制烟草企业赞助这些活动的参与方，65 个缔约方（48%）回答“是”，41 个缔约方（30%）回答“否”，29 个缔约方（22%）未回答此问题。与上一指标相似，世卫组织各区域中，实施率最高的仍然是东地中海区域（86%），之后是欧洲区域（83%），东南亚区域（60%），西太平洋区域（56%），非洲区域和美洲区域（分别是 37% 和 36%）。

实施期限

公约第 13 条要求各缔约方在公约对其生效后五年内，根据宪法或宪法原则广泛禁止所有烟草广告、促销和赞助。在所有 135 个缔约方中，74 个缔约方称已广泛禁止烟草广告、促销和赞助，59 个缔约方称尚未采取此类措施。在采取广泛禁止措施的缔约方中，约一半缔约方还禁止跨国广告。在提交第二份报告的 30 个缔约方中，只有 21 个缔约方在五年期限后广泛禁止烟草广告、促销和赞助。**表 6** 总结了 30 个提交第二份报告的缔约方对这一条款中这个有时间限制措施的问题的答复情况。

表 6：公约第 13 条有时间限制措施的实施情况（报告文书第二期的第 3.2.7 部分）

缔约方	贵国是否采取或实施了措施或规划广泛禁止所有烟草广告、促销和赞助？	禁止措施是否包括来自贵方领土内的跨境烟草广告？
1. 亚美尼亚	否	未回答
2. 孟加拉国	是	否
3. 文莱达鲁萨兰国	否	未回答
4. 加拿大	否	未回答

缔约方	贵国是否采取或实施了措施或规划广泛禁止所有烟草广告、促销和赞助?	禁止措施是否包括来自贵方领土内的跨境烟草广告?
5. 库克群岛	是	否
6. 芬兰	是	未回答
7. 德国	是	是
8. 加纳	是	否
9. 匈牙利	否	未回答
10. 印度	是	未回答
11. 日本	否	未回答
12. 约旦	是	是
13. 拉脱维亚	否	未回答
14. 莱索托	是	未回答
15. 立陶宛	是	未回答
16. 马绍尔群岛	是	否
17. 毛里求斯	是	否
18. 墨西哥	否	未回答
19. 荷兰	是	未回答
20. 新西兰	是	未回答
21. 挪威	是	否
22. 帕劳	否	否
23. 巴拿马	是	是
24. 塞舌尔	是	是
25. 斯洛伐克	是	是

缔约方	贵国是否采取或实施了措施或规划广泛禁止所有烟草广告、促销和赞助?	禁止措施是否包括来自贵方领土内的跨境烟草广告?
26. 斯洛文尼亚	是	是
27. 阿拉伯叙利亚共和国	是	是
28. 泰国	是	是
29. 土耳其	是	是
30. 乌拉圭	否	未回答
回答“是”的比例	21 (70%)	9 (30%)

公约第 13 条的实施准则提出了广泛禁止烟草广告、促销和赞助的一项新定义，并列出了应适用于广泛禁止定义的烟草广告、促销和赞助形式。可以通过第二组问题评估基于新定义的广泛禁止措施的实施情况，而这一评估显示，在作出肯定答复的 21 个缔约方中，只有 13 个缔约方达到了已采取广泛禁止措施的标准。因此，在五年内报告的缔约方（17）中，一半以上没有根据准则提出的定义实施广泛禁止措施。

与烟草依赖和戒烟有关的措施（公约第 14 条）

有关公约第 14 条的问题数目从报告文书修订后第一期（第一组问题）中的 6 个（还有 5 个额外的答案选择），增加到第二期（第二组问题）的 14 个。对具有可比性的数据，两个不同问卷的答案被一并分析。

指南。在被问及是否已制定并传播以科学依据和最佳实践为基础的全面、综合的指南时，59 个缔约方（57%）回答“是”，38 个缔约方（37%）回答“否”，7 个未回答此问题¹。3 个缔约方（荷兰、挪威和乌拉圭）实际上还提供了他们国家的指南文本（和/或该文件的链接）。

倡导戒烟的项目。报告文书第二期（第二组问题）要求缔约方报告如下项目：媒体对戒烟重要性的宣传、专门针对妇女和/或孕妇的戒烟宣传、当地宣传活动，如世界无烟日等。在提交五年期报告的 30 个缔约方中，24 个称他们进行了有关戒烟的媒体宣传，5 个缔约方回答“否”，1 个缔约方未回答此问题。30 个缔约方中，17 个称实施了专门针对妇女和/或孕妇的宣传活动，12 个称未实施此类活动。除一个缔约方外，所有缔约方都表示曾利用当地节日倡导戒烟。

¹ 汇总了根据报告文书修订后的第一期（第一组问题）及第二期（第二组问题）格式编写的各份报告中的答复。

制定和实施戒烟规划¹。修订后的第一组问题和第二组问题收集关于教育机构、医疗卫生设施、工作场所和体育设施等各种环境中实施的戒烟规划的数据。收到的反馈是这样的：

- 50 个缔约方（48%）称制定和实施了针对教育机构的戒烟规划。38 个缔约方（37%）回答“否”，16 个缔约方未回答此问题。
- 57 个缔约方（55%）称制定和实施了医疗卫生场所的戒烟规划。33 个缔约方（32%）回答“否”，14 个缔约方未回答此问题。
- 47 个缔约方（45%）称制定和实施了工作场所的戒烟规划，42 个缔约方（40%）回答“否”，15 个缔约方未回答此问题。
- 39 个缔约方（38%）称在体育设施中实施了戒烟规划，49 个缔约方（47%）回答“否”，16 个缔约方（15%）未回答此问题。

报告发现，在利用医疗卫生机构倡导戒烟和治疗烟草依赖方面，医疗机构和医务人员的作用未得到充分发挥。

将对烟草依赖的诊断和治疗纳入国家规划、计划、战略和卫生体制。30 个提交五年期报告的缔约方中，25 个称其国家规划、计划和战略包括对烟草依赖的诊断和治疗。三分之二的缔约方称这些活动已经包括在更常规的国家卫生计划、规划和战略中。12 个缔约方还报告说，这些活动被包括在国家教育规划、计划和战略中。

缔约方还被问及，烟草依赖的诊断和治疗是否被纳入卫生体制中。在所有提交第二份报告的缔约方中，23 个缔约方给予了肯定回答，5 个缔约方回答“否”，2 个缔约方未回答此问题。在所有收到的肯定回答中，提供戒烟服务最多的地方初级卫生保健部门。大约一半提交报告的缔约方还表示，对烟草依赖的治疗已经被纳入二级和三级医疗卫生机构、专科医疗机构（如成瘾治疗中心、毒品治疗中心、心理学治疗中心、职业卫生中心等），或成立了专门提供戒烟咨询和治疗的设施。还有不到三分之一的缔约方在康复中心开展此类服务。

3 个缔约方还称，它们的戒烟服务都不是以上问卷中提到的这些机构提供的。印度称，公立医疗机构和私立医疗机构都提供戒烟服务。约旦也提到了在私立医疗机构实施这类项目。莱索托称，它们的一个戒烟项目是由一宗教组织提供的。在被问及在这些场所提供的服务是否由公共经费支持或能否得到报销时，大多数情况下答案是否定的，或只能部分得到报销。11 个缔约方称，只有初级卫生保健部门提供的服务由公共经费支付或能够得到报销，7 个缔约方称专门的戒烟中心提供的服务也能够得到报销。

在五年期报告中，缔约方还被问及哪些人员参与提供烟草依赖治疗或咨询服务。不同服务提供者被提及的频率（由高到低依次）为：护士（30 个缔约方中有 23 个提到）、医生（21）、家庭医生（17）、助产师、药剂师和社会工作者（分别为 12）、社区工作者和牙医（均为 10）、传统医学从业人员（6）。30 个提交五年期报告的缔约方中的一些还表示，牙科治疗师、健康教育人员、医疗技师、心理学家、毒品学家和公共卫生工作者都在各自的职责范围内提供此类服务。

烟草依赖治疗的培训。缔约方还被问及，对烟草依赖的治疗是否已纳入医学教育的正规教育或继续教育课程。一半缔约方称在医学院提供此类培训，12 个缔约方表示在护理学院提供此类培训。分别有 8 个和 7 个缔约方称把烟草依赖治疗培训纳入牙科和药学院的培养课程。

可及性和可负担性。已提交五年期报告的 30 个缔约方中，21 个称采取了措施推动烟草依赖治疗的可及性和可负担性，包括治疗烟草依赖的药物。给予肯定答复的缔约方还被问及在其管辖范围内，是否提供尼古丁替代治疗（NRT）、丁氨苯丙酮、瓦伦尼克林或其他产品。21 个缔约方表示提供尼古丁替代治疗。17 个缔约方称提供安非他酮和瓦伦尼克林。5 个缔约方表示还提供其他治疗烟草依赖的药物，包括氯压定（墨西哥），胞核嘧啶（拉脱维亚）和去甲替林（印度、墨西哥、新西兰和泰国）。

提供戒烟药物的缔约方还被问及药物治疗的经费是否由公共经费提供或能否得到报销。5 个缔约方（文莱达鲁萨兰国、约旦、新西兰、巴拿马和乌拉圭）表示尼古丁替代治疗完全由公共经费支持或完全能够得到报销，5 个缔约方（印度、荷兰、新西兰、巴拿马和乌拉圭）表示安非他酮也是如此。3 个缔约方（约旦、荷兰和巴拿马）表示瓦伦尼克林也是如此。

3. 减少烟草供应（公约第IV部分）

烟草制品非法贸易（公约第 15 条）

缔约方被问及是否已制定或加强立法以打击烟草非法贸易。93 个缔约方（69%）回答“是”，40 个（30%）回答“否”，2 个未回答此问题。

扣压。在提交了第一份实施报告的 135 个缔约方中，43 个（32%）提供了烟草制品扣压量。在提交了第二份报告的 30 个缔约方中，23 个提供了扣压非法烟草制品的数据，这说明对此问题的报告有所改进。在提交了第二份报告的 30 个缔约方中，只有 5 个提供了国家烟草市场上走私烟草制品的数据，只有 3 个提供了过去三年（或自从提交第一次报告以来）的发展趋势。

外包装上有标志。83 个缔约方（61%）称要求烟草外包装上有标志，以协助确定烟草制品的来源。89 个缔约方（66%）称还要求外包装上的标志能够用来识别该产品是否在国内市场上合法销售。分别有 51 个缔约方（38%）和 44 个缔约方（33%）称还没有这方面的要求。91 个缔约方（67%）称以清晰的方式和/或本国一种或多种语言提供有关标志。

在报告文书第二期（第二组问题），缔约方还被问及，他们是否要求用于零售或批发的批包装或烟草制品的外包装印有“只限...地区销售”的声明，以有效标明产品的最终去向。14 个缔约方回答“是”，16 个缔约方回答“否”。

跟踪和追踪。报告文书第二期（第二组问题）要求缔约方报告是否已建立切实可行的跟踪和追踪制度以进一步保障营销系统并协助调查非法贸易。在提交第二份报告的 30 个缔约方中，13 个缔约方表示已建立这一制度，17 个缔约方称尚未建立这一制度。提交第二份报告的缔约方中，20 个称其要求对烟草制品的跨境贸易进行监测和数据收集，包括非法贸易。三分之一的缔约方称在其职责范围内还无这一要求。所有建立这一制度的缔约方都称鼓励海关、税收部门和其他主管当局之间进行信息共享。

没收。76 个缔约方（56%）称允许没收烟草制品非法贸易所得。54 个缔约方（40%）称没有这样做，5 个未回答此问题。

在报告文书第二期（第二组问题），缔约方被问及是否按照国家法律要求销毁（如果可能的话使用环保方法）或处理没收的非法贸易设备、假冒伪劣卷烟和其他烟草制品。在 30 个提交第二份报告的缔约方中，25 个回答“是”，3 个回答“否”，2 个未回答此问题。在五年期报告中，缔约方还被要求报告是否采取或实施了相关措施来监测、记录或控制怀疑有税收问题烟草制品的储放或分销问题。23 个缔约方回答“是”，5 个回答“否”，2 个缔约方未回答此问题。

发放许可证。在被问及是否需要发放许可证或采取其他行动控制或管制烟草制品生产和销售来防止非法贸易时，85 个缔约方（63%）回答“是”，48 个缔约方（36%）回答“否”，2 个未回答此问题。

促进在烟草制品非法贸易中的合作。在报告文书第二期（第二组问题），缔约方被问及他们是否倡导国内机构与相关地区和国际政府间组织在调查、起诉和处置方面的合作，以消除烟草制品的非法贸易。在提交了第二份报告的 30 个缔约方中，24 个回答“是”，4 个回答“否”，2 个未回答此问题。

在提交了第二份报告的 30 个缔约方中，18 个缔约方提供了他们打击烟草制品非法贸易进展的具体信息，包括他们采取的措施和/或这些措施如何反映在国内立法中。例如，加拿大介绍了 2010 年出台的新印花制度，使假冒伪劣烟草制品更容易识别。芬兰介绍了他们对烟草制品零售商采取的新许可制度。泰国称，2009 年总理办公室成立了一个预防和控制烟草制品非法贸易的委员会。

向未成年人销售或由未成年人销售（公约第 16 条）

向未成年人销售或由未成年人销售。共有 106 个缔约方（79%）称禁止向未成年人销售烟草制品。各缔约方的法定成年年龄从 15 岁到 21 岁不等，81 个国家规定的法定年龄为 18 岁，10 个国家的法定年龄为 16 岁。26 个缔约方（19%）称未实施这一措施，3 个未回答此问题。75 个缔约方（56%）还出台了有关政策禁止销售单支或小包装香烟。

71 个缔约方（53%）称已制定政策禁止由未成年人销售烟草制品。63 个缔约方（47%）称未制定这类政策，1 个缔约方未回答此问题。

惩罚销售商。94 个缔约方（70%）称可对销售商和营销商予以惩罚，以确保遵纪守法。40 个缔约方（30%）称未采取此类措施。1 个缔约方未回答此问题。

分发免费烟草制品。96 个缔约方（71%）称已实施措施禁止向公众、尤其是未成年人免费发放烟草制品。35 个缔约方（26%）称未采取此类措施，4 个未回答此问题。

烟草销售的环境。报告文书第二期（第二组问题）要求缔约方报告烟草制品销售的一些具体环境。缔约方被问及是否要求烟草制品的所有销售者在销售场所显著位置明确标明禁止向未成年人售烟。在 30 个提交了第二份报告的缔约方中，23 个回答“是”，7 个回答“否”。

缔约方还被问及，当烟草制品销售者对购买者的年龄有怀疑时，是否必须要求其出示达到法定年龄的证件，26 个缔约方回答“是”，4 个缔约方回答“否”。

缔约方还被问及是否禁止烟草制品在可以自取的地方销售，例如开放式货架。17 个缔约方给予肯定回答，13 个缔约方回答“否”。17 个缔约方还报告说，他们禁止糖果、零食、玩具等其他对未成年人有吸引力的产品被生产成烟草制品的样子销售。

第二组问题还提到自动售货机的售烟问题。30 个提交报告的缔约方中，21 个缔约方表示禁用自动售货机售烟，9 个缔约方表示没有禁止。但是，除两个缔约方外（加纳和莱索托），那些还没有禁止自动售货机售烟的缔约方表示，他们要求自动售货机放置在未成年人无法获得的地方，和/或这些自动售货机不吸引未成年人购买烟草制品。

对经济上切实可行的替代活动提供支持（公约第 17 条）

烟草种植经济¹。报告文书第二期（第二组问题）还要求缔约方报告其管辖地种植烟草的情况。在提交了第二份报告的30个缔约方中，15个缔约方称其管辖地种植了烟草。9个缔约方还提供了烟草种植工人的统计数据。烟草种植工人的数目差别很大，从几百人、几千人（如德国和毛里求斯）到印度的3600万人。一些缔约方提供了这些烟草种植工人的详细数据，例如是全职工人，还是季节性工人。有关烟草种植工人性别的信息很少。在提交这方面信息的缔约方报告中，女性工人的数目要多于男性工人。

只有8个缔约方提供了**烟叶生产值**占报告的国内生产总值（GDP）的**百分比**。所占百分比看来很低，最低为0.0002%（加拿大），最高为0.045%（土耳其）。

经济上切实可行的替代活动。修订后的第一组问题和第二组问题要求缔约方分别回答是否促进为烟草工人、烟草种植者和烟草制品销售者提供经济上切实可行的替代生计。10 个缔约方称已制定了协助烟草工人和个体销售者的具体规划，13 个缔约方称已制定了协助烟草种植者的规划²。大约三分之二的缔约方称没有为烟草工人、个体销售者和烟草种植者提供任何替代生计规划。

¹ 在对公约第 17 条和 18 条的实施情况进行评估时，请勿忘记，并不是所有缔约方都种植烟草或生产烟草制品。

² 汇总了根据报告文书修订后的第一期（第一组问题）及第二期（第二组问题）格式编写的各份报告中的答复。

在所有提交第二份履约报告的缔约方中，一半以上的缔约方提供了在这一领域采取的行动的信息。一些缔约方（孟加拉国、加拿大、印度、毛里求斯和土耳其）提供了实例，说明他们是如何为从事烟草产业链的有关人员提供替代生计的。这些实例包括加强对替代生计的研究（印度），成立跨部门委员会分析该问题并提出建议（毛里求斯），对停止种植烟草的人员提供贷款或用公共经费进行补偿（孟加拉和土耳其）等。

4. 保护环境（公约第V部分）

保护和人员健康（公约第 18 条）

在报告文书第二期（第二组问题）中，有关公约第 18 条的问题被重新设计，变得更具实用性。缔约方被问及在种植烟草时，是否已采取措施保护环境和与环境有关的人员健康。在提交了第二份报告的 30 个缔约方中，6 个缔约方称采取措施时考虑了环境保护，8 个缔约方称已采取措施保障与环境有关的人员健康。一半缔约方答复说这些问题对其“不适用”。

当在烟草生产领域问到同样问题时，7 个缔约方表示给予环境保护以必要考虑，6 个缔约方表示考虑到了与环境有关的人员健康。回答“否”和“不适用”的缔约方的数目与上一个问题相同。

虽然第 17 条和第 18 条的实施情况不尽如人意，但 7 个缔约方（加拿大、匈牙利、日本、拉脱维亚、阿拉伯叙利亚共和国、泰国和土耳其）列举了实例，说明他们是如何在烟草种植和烟草生产过程中保护环境和人员健康的。这些实例包括制定工作场所健康和安全性法规，以及烟草种植过程中农药的使用。

5. 与责任有关的问题（公约第VI部分）

责任（公约第 19 条）

46 个缔约方（34%）称为了控制烟草已实施有关措施处理刑事和民事责任问题，适当时包括给与补偿。81 个缔约方（60%）回答“否”，8 个缔约方未回答此问题。

在报告文书第二期（第二组问题）有关第 19 条的部分增加了两个新问题。涉及缔约方在其管辖范围内采取什么具体行动来推动采取法律责任措施。当被问及，在其管辖范围内，是否有人因烟草使用造成的健康问题对烟草公司发起刑事和/或民事责任诉讼，包括适当赔偿时，在提交第二份报告的 30 个缔约方中，只有 9 个缔约方回答“是”，20 个缔约方回答“否”，1 个缔约方未回答此问题。

缔约方还被问及，在其管辖范围内，针对烟草行业是否采取了法律、行政和/或其他措施，要求其承担与烟草使用有关的全部或部分医疗、社会或其他相关成本。只有3个缔约方给予了肯定回答，27个缔约方回答“否”。加拿大和日本称在国家法律中包括了责任诉讼，并提供了有关法律的案文。加拿大还提供了一个详细清单，列举了各省有关烟草行业对健康损害进行赔偿方面的法律规定（各省法律规定有所不同）。5个缔约方（芬兰、日本、马绍尔群岛、挪威和巴拿马）报告了该国因烟草使用造成健康损害而赔偿的法律案件。

6. 科学技术合作（公约第VII部分）

研究、监测和信息交换（公约第 20 条）

与报告文书最初第一组问题相比，修订后的第一期（第一组问题）和第二期（第二组问题）在报告关于研究、监测和信息交换的政策方面，为缔约方提供了更多选择。除非特别说明，下面的信息摘自曾回答此问题的104个缔约方的报告。

国家监测规划。44 个缔约方（42%）称已建立国家烟草消费模式流行病监测系统。45 个缔约方（43%）称还未建立这一系统，15 个缔约方未回答此问题¹。在与烟草有关的社会、经济和健康指标方面，34 个缔约方（33%）称其国家监测规划已包括这方面的信息。56 个缔约方（54%）回答“否”，14 个缔约方（13%）未回答此问题²。

报告文书第二期（第二组问题）中，缔约方有机会就其国家监测规划收集的详细信息做更多说明。例如，在提交了五年期报告的 30 个缔约方中，一半缔约方称其监测系统包括烟草消费的决定因素，12 个缔约方称包括烟草消费的后果，还有更多的缔约方（23 个）称其监测系统还包括接触烟草烟雾的情况。

培训和研究支持。在对从事烟草控制活动，包括从事研究、实施和评价人员的培训和支持方面，41 个缔约方（40%）确认已制定这类规划，48 个（46%）对此问题回答“否”，15 个（14%）未回答此问题。

信息交换。49 个缔约方（47%）称已促进交流科学、技术、社会经济、商业和法律信息，只有 30 个（29%）交流了烟草行业业务信息，25 个（24%）交流了烟草种植信息。但应该记住，并不是所有缔约方都种植或生产烟草。大约 15%的缔约方未就这些问题提供任何答复。

¹ 如果只考虑五年期报告中的答复，这一领域的进展是显而易见的。在目前收到的 30 个报告的答复中，23 个缔约方（77%）给予了肯定答复，6 个缔约方（20%）回答“否”，1 个缔约方未回答此问题。

² 同样，在分析五年期报告的时候可以看出这一领域的进展。13 个缔约方给予了肯定答复，16 个缔约方回答“否”，一个缔约方未回答此问题。

法律法规数据库。公约第 20.4(a)条建议缔约方作出努力逐步建立并维护有关控烟的法律法规数据库，适当时包括这些法律法规的执行情况以及相关判例。总体来看，55 个缔约方（53%）称设有国家烟草控制法律法规数据库，45 个（43%）称其中含有关于这些法律法规执行情况的信息，27 个（26%）称其中含有相关判例的信息。对上述问题回答“否”的缔约方分别为 34%、43%和 57%。

研究¹。缔约方可以通过填写报告文书第二期，详细报告各项烟草使用和控制问题的研究范围和领域。调查结果显示，研究规划最经常针对的问题是烟草消费的决定因素和后果，其次是社会和经济指标以及妇女使用烟草情况。对第二期报告的分析结果总结如下：

- 24 个缔约方称，其研究项目包括对**烟草消费决定因素**的研究。21 个缔约方称，进行了对**烟草消费后果**问题的研究。分别有 6 个和 9 个缔约方称还未进行这方面的研究。
- 20 个缔约方称进行了有关烟草消费社会经济指标方面的研究，三分之一缔约方称未进行这方面的研究。
- 18 个缔约方称开展了专门针对**妇女使用烟草**问题的研究，特别是孕妇，12 个缔约方称还未进行这方面的研究。
- 15 个缔约方称开展了针对**烟草依赖治疗**有效性的研究。
- 只有 7 个缔约方开展了有关**寻找替代生计**方面的研究，这类活动与第 17 条有明显联系。22 个缔约方还未开展此类研究。1 个缔约方未回答此问题。
- 要求缔约方回答是否开展了有关**接触烟草烟雾**决定因素和后果的研究的问题在修订后的第一组问题和第二组问题中是相同的。使用这些报告文书进行报告的 104 个缔约方中，43 个（41%）回答“是”，53 个（51%）回答“否”，8 个缔约方未回答此问题。如果只考虑五年期报告中的数据的话，18 个缔约方（60%）称开展了关于接触烟草烟雾问题的研究，与之前相比有很大改善。

在提交了第二份履约报告的 30 个缔约方中，24 个提供了关于其研究活动的详细信息。许多缔约方提及最近几年委托开展的调查研究。两个缔约方提及其在控烟领域正在开展的研究活动。匈牙利报告了其正在开展的有关图片警句方面的研究。巴拿马报告了正在进行的控烟政策监测方面的研究。一个缔约方（加拿大）提到，未向缔约方提供公约第 20 条的实施指南。

¹ 考虑到最初的第一组问题和修订后的第一组问题所列的与第 20 条有关的问题存在差异，并考虑到修订后的第一组问题以及第二组问题要求提供信息的详细程度，仅详细分析了五年期报告中的信息。缔约方在实施公约第 20 条上取得的进展在下面一部分“两次报告期间公约实施情况的进展”中阐述。

国际合作和援助（公约第 22 条和第 26 条）

公约第 21.1(c)条要求缔约方报告其为特定烟草控制活动提供或接受的技术和财政援助情况。

援助领域。缔约方被要求报告与公约第 22 条有关的技术和财政援助具体领域的信息。对缔约方答复进行分析研究的主要结果如下：

- 36 个缔约方（27%）称其曾根据公约第 22.1(a)条提供过与控烟有关的技术开发、转让和获取，以及知识、技能、能力建设和专业方面的援助。59 个缔约方（44%）称曾收到过这方面的援助。分别有 14 个和 4 个缔约方未回答上述问题。
- 38 个缔约方（28%）称根据公约第 22.1(b)条提供过与制定和加强国家控烟战略、计划和规划有关的技术、科学、法律和其他方面的专业援助。61 个缔约方（45%）称曾接受过这方面的援助。分别有 14 个缔约方和 7 个缔约方未回答此问题。
- 31 个缔约方（23%）称根据公约第 12 条（与公约 22.1(c)条一致），在人员培训方面提供过必要援助，41 个缔约方（30%）称曾经接受过此类援助。分别有 16 个和 8 个缔约方未回答此问题。
- 24 个缔约方（18%）称曾根据公约第 22.1(d)条提供过有关控烟战略、计划和规划的必要的物质、设备、物资及后勤支持。44 个缔约方（33%）称曾接受过此类支持。分别有 16 个和 8 个缔约方未回答此问题。
- 16 个缔约方（12%）称曾根据公约第 22.1(e)条提供过选定控烟方法方面的支持，包括尼古丁成瘾的综合治疗。25 个缔约方（19%）称曾接受过此类援助。分别有 17 个和 8 个缔约方未回答此问题。
- 只有 9 个缔约方（7%）曾根据公约第 22.1(f)条支持过有关提高尼古丁成瘾综合治疗可负担性的研究。13 个缔约方（10%）称曾接受过此类援助。分别有 21 个和 13 个缔约方未回答此问题。

总体而言，缔约方对公约第 22 条有关问题的答复显示，缔约方报告接受援助的情况多于提供援助的情况。

在提交第二份履约报告的缔约方中，大约三分之二在国际合作中给予肯定答复的缔约方提供了有关他们从哪些国家或组织接受援助，或哪些国家和组织提供援助的详细信息。与 2009 年报告摘要中的数据相比，这一数目稍有增加，特别是接受过援助的缔约方数目。这说明，在这一领域，还可以付诸更大努力来充分发挥公约的作用。

在报告文书的第二期间卷中，缔约方被要求报告是否鼓励相关地区和国际政府间组织、金融和发展机构根据公约第 26.4 条为发展中国家缔约方和经济转型国家缔约方提供经费支持，以帮助他们履行公约中规定的义务。在提交了第二份报告的 30 个缔约方中，只有 5 个缔约方回答“是”，18 个回答“否”，7 个未回答此问题。在回答“是”的 5 个缔约方中（加拿大、库克群岛、莱索托、毛里求斯和巴拿马），3 个缔约

方提供了他们所做工作的详细情况。例如，加拿大提供了加拿大卫生部国际卫生赠款项目资助的活动清单。毛里求斯报告了针对世卫组织开展的倡导活动，希望其对其他国家在烟草控制领域增加财政和技术支持。巴拿马报告了中美洲和多米尼加共和国卫生部长理事会（COMISCA）健康促进卫生部长所做的努力，倡导在本地区实施《世卫组织烟草控制框架公约》。

《世界卫生组织烟草控制框架公约》与其他协定和法律文书的关系。要求缔约方根据公约第 2.2 条的规定，通过公约秘书处向缔约方会议通报与公约及其议定书有关的事项或公约及其议定书之外的其他事项达成的双边或多边协定，包括区域或次区域协定。迄今为止只有两个缔约方（加拿大和欧洲联盟）报告了这方面的情况¹。

对几个缔约方的需求评估表明，一般而言，其他缔约方可能也有这类协定，但还未向缔约方会议报告。

公约第 2.2 条实施情况的信息缺乏表明，还需要作出更大努力收集这一领域的信息。

7. 两次报告期间公约实施情况的进展

截至 2010 年 6 月 30 日，30 个缔约方²提交了第二份（五年期）履约报告。通过比较两年期和五年期报告中的答复和其他辅助信息，可以评估缔约方履约的进展情况。考虑到目前已有 30 个缔约方提供了两套数据³，还可初步评估公约的实施趋势。

努力评估了已提交第一份和第二份报告的缔约方取得的进展情况。为开展此项分析，有选择性地针对 11 个条款⁴进行了评估（因为与这些条款有关的报告文书第二期数据与根据第一期两种报告格式提供的数据具有较高的可比性）。在这些条款中，具有可比性的指标被用来评估公约实施情况的进展。附件中列举了这些指标。

从缔约方的第一份报告来看，公约有五个条款的实施率较高（三分之二以上的提交报告的缔约方称已根据这些条款采取了重大措施），这五条是：第 8 条（防止接触烟草烟雾）、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）和第 16 条（向未成年人销售或由未成年人销售）。从五年期报告来看，又有三个条款达到了类似的实施率（即占提交报告的缔约方的三分之二以上）：第 14 条（与烟草依赖和戒烟有关的降低烟草需求的措

¹ 他们报告了加拿大卫生部与欧洲联盟委员会卫生和消费署在烟草控制领域达成的谅解备忘录。此外，加拿大报告了与巴西卫生部签署的卫生领域合作谅解备忘录，其中也包括与烟草控制有关的一些内容。

² 已提交第一份和第二份报告的缔约方是：亚美尼亚、孟加拉国、文莱达鲁萨兰国、加拿大、库克群岛、芬兰、德国、加纳、匈牙利、印度、日本、约旦、拉脱维亚、莱索托、立陶宛、马绍尔群岛、毛里求斯、墨西哥、荷兰、新西兰、挪威、帕劳、巴拿马、塞舌尔、斯洛伐克、斯洛文尼亚、阿拉伯叙利亚共和国、泰国、土耳其、乌拉圭。

³ 还应注意的，迄今提交第二份报告的缔约方数目有限，另外，在报告文书第一期（第一组问题）中，并非所有的问题都是必答问题，“任择”问题可能导致低答复率。

⁴ 第 5 条（一般义务）；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 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）；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）；和第 20 条（研究、监测和信息交换）。

施)、第 15 条(烟草制品非法贸易)和第 20 条(研究、监测和信息交换)。(两年期)基线高实施率的所有五个条款随后五年的实施率进一步提高,报告文书所列的 80%以上的措施得以实施。

在提交了两份实施报告的 30 个缔约方中,9 个缔约方(文莱达鲁萨兰国、加拿大、库克群岛、印度、日本、荷兰、新西兰、泰国和乌拉圭)称在最初两年期实施了 80%以上的有关措施。从五年期报告的数据来看,另有五个缔约方(墨西哥、巴拿马、斯洛伐克、斯洛文尼亚和土耳其)也达到了类似的实施率。

12 个缔约方称在本文分析的五个或五个以上条款方面取得了进展。库克群岛和塞舌尔称九个条款的实施工作取得进展,加纳称七个条款的实施工作取得进展,马绍尔群岛、墨西哥、巴拿马和土耳其称六个条款的实施工作取得进展。孟加拉国、立陶宛、毛里求斯、挪威和泰国称五个条款的实施工作取得进展。另有 17 个缔约方称在实施五个以下条款方面取得进展。

三个缔约方(加拿大、芬兰、泰国)称在两年期成功实施了大量措施,五年期实施率进一步提高。

总体而言,从数量有限的缔约方报告的五年期数据来看,全球履约工作取得了进展。随着更多的缔约方提交五年期报告,这一最初趋势可能会变得更为明显。

8. 烟草使用流行情况

报告下文提供了对缔约方提交的烟草使用流行率的数据分析,包括性别、有烟烟草、无烟烟草、成人和青少年的烟草使用率等。对照所提交的支持性文件或通过与有关引用的数据来源直接联系,对缔约方报告的数据进行了核实。在少数情况下,因数据无法核实,在分析时未予采用。指标按成人和青少年分类,在每一类中又按照性别以及使用有烟烟草和无烟烟草进一步分类。为了更准确地反映吸烟人口规模较大国家在区域总平均数中所占的比例,使用了加权平均数¹,而不是简单平均数。

成人烟草使用情况

有烟烟草。在收到的 135 份报告中,111 份(82%)列有成人吸烟数据。111 份报告中,108 份(97%)提供分性别的数据。这些报告还包括不同年龄组或所有年龄组的吸烟率,有的两组数据都提供。但这些报告内容的质量和完整性有所不同。

¹ 以人口数据作为世卫组织每一区域国家所占权重计算了加权平均数。人口数据来自联合国人口数据库。加权平均数是区域和全球一级成人和青少年按性别烟草使用程度和模式的粗略估计。并未考虑调查工具中的差异(如使用的抽样方法)、调查年份、烟草类别的定义(如卷烟,被吸食的烟草的所有形式),烟草使用频率的定义(如目前吸烟可以被测量为在过去的一个月中吸烟,或被定义为至少吸食过 100 支卷烟,以及在参与调查时仍在吸烟)和年龄(如有些国家提供了 15 岁以上的吸烟数据,而其他国家提供 25 岁—64 岁人口的吸烟数据)。计算的是烟草使用者的平均数,并未区分不同烟草制品。这是因为,在许多报告中,有烟烟草制品的类型未被报告。用于计算加权平均数的流行率数据是 2010 年 6 月 30 日前缔约方向公约秘书处提交的官方数据。

报告的年龄区间和年龄组差别很大。一些缔约方报告的起始年龄从 10 岁开始，而其他一些缔约方报告的起始年龄从 15 岁、18 岁或 25 岁开始。同样，报告的最高年龄也差异很大。一些缔约方是 49 岁，一些缔约方是 64 岁。还有一些缔约方的报告没有最高年龄限制（例如年龄范围在 15 岁或以上）。所有报告成人吸烟率的 111 个缔约方中，近三分之二的缔约方是按照报告文书推荐的 10 岁为一年龄组来报告的，但世卫组织各区域之间也有差异。按照 10 岁为一年龄组报告的缔约方比例在非洲区域是 36%，在欧洲区域是 79%。由于不同缔约方划分年龄组的方式千差万别，在不同年龄组之间进行吸烟率的比较非常困难。但是，吸烟率最高的人群一般是年轻或中年成年人，吸烟率最低的人群是年龄比较大的成年人，男性女性年龄组都是如此。

在全球范围内，根据各缔约方提交的数据计算的加权平均数显示，目前有 36% 的男性和 8% 的女性抽烟。在世卫组织的六个区域中，平均数存在差异（见表 7）。

在经常吸烟的男性组，平均吸烟率差别很大，从非洲区域的 22% 到西太平洋区域的 46% 不等。女性的相对差异更大，从东南亚区域的 2% 到欧洲区域的 17% 不等。

在目前吸烟的男性组，吸烟率从美洲区域的 26% 到西太平洋区域的 47% 不等。对女性而言，吸烟率从东南亚区域的 2% 到欧洲区域的 22% 不等。男女吸烟率差别最大的是东南亚区域，男性目前吸烟率比女性高 18 倍。美洲区域男女吸烟率的差异最小，目前男性平均吸烟率仅是女性的 1.6 倍。

在提交了第二份报告的 30 个缔约方中，27 个缔约方（90%）报告了全体成年人口的烟草使用数据¹，相比之下，在第一份报告中提供这类数据的缔约方为 80%（即在提交第一份报告的 105 个缔约方中 84 个提供了这类数据）。这可能反映出缔约方越来越认识到烟草监测活动以及参与这类活动的重要性，并反映出报告文书第二期（第二组问题）的格式有所改进以及要求缔约方提供支持性文件等因素。

在烟草使用的频率方面，111 个提供成人烟草使用率的缔约方中，89 个（80%）在两年期和五年期的报告中提供了全体成年人口的烟草使用率。几乎所有缔约方都提供了吸烟频率方面的信息：经常吸烟率（97%），偶尔吸烟（72%），目前吸烟（25%）。

只有报告文书第二期（第二组问题）询问了既往吸烟者和从未吸烟者的信息。30 个提交了五年期报告的缔约方中，23 个提供了成年人口既往吸烟的数据，分为男性组和女性组。与之类似的是，30 个缔约方中，22 个缔约方提供了男女从未吸烟者的数据。

对既往烟草使用者而言，加权平均数显示世卫组织区域间有很大差异，从非洲区域的 4% 到西太平洋区域的 29% 不等。对女性组而言，从非洲区域和东南亚区域的 1% 到欧洲区域的 19% 不等。在从未使用者方面，男性组的加权平均数从欧洲区域的 33% 到非洲区域的 58% 不等。对女性组而言，欧洲区域的比例最低（58%），东南亚区域比例最高（97%）。

¹ 其中 19 个缔约方在其第二份（五年期）报告中通报了最近的调查数据。

缔约方还被要求报告吸烟者每天吸多少支卷烟¹。报告分别计算出了男性组和女性组的加权平均数。同样，各个区域之间差别很大。各区域每天吸的卷烟数如下：在非洲区域和东南亚区域，男性为 7，女性为 6；在美洲区域，男性为 12，女性为 11；在东地中海区域，男性为 15，女性为 8，在西太平洋区域，男性为 16，女性为 14；在欧洲区域，男性为 17，女性为 13。

无烟烟草。在提交报告的 135 个缔约方中，20 个缔约方提供了无烟烟草制品的使用数据²。在未提供无烟烟草使用情况的缔约方中，有些缔约方说在其管辖范围内禁止销售无烟烟草。其余的缔约方未解释为何没有提供这方面的数据。这可能说明该国没有无烟烟草使用率的数据，或未对本国没有无烟烟草的说法进行过评估（正确或错误）。

根据各缔约方提交的数据计算的加权平均数显示，在全球范围内，27%的男性和 9%的女性目前使用无烟烟草。加权平均数在两个性别和世卫组织区域间有很大差异（见表 7）。

¹ 大多数缔约方提供了每天吸食的卷烟平均数信息。如未明确烟草制品类型，报告假设为卷烟。

² 水烟袋的数据未被包括在无烟烟草中。

表 7：估算各区域吸烟流行率和无烟烟草流行率的平均数据（%）

世卫组织区域	男性						女性					
	目前使用者		经常使用者		既往使用者	从未使用者	目前使用者		经常使用者		既往使用者	从未使用者
	有烟	无烟	有烟	无烟	有烟	有烟	有烟	有烟	有烟	无烟	有烟	有烟
非洲区域	30	NA	22	NA	4	58	7	NA	5	NA	1	94
美洲区域	26	1	22	NA	24	49	16	NA	14	NA	13	77
东南亚区域	35	33	32	33	11	44	2	10	2	10	1	97
欧洲区域	42	9	37	5	21	33	22	2	17	1	19	58
东地中海区域	31	12	31	10	18	38	5	4	4	3	2	88
西太平洋区域	47	1	46	1	29	34	8	10	7	10	6	84

NA：没有数据。

就目前使用无烟烟草的男性比例而言，加权平均数从美洲区域和西太平洋区域的 1%到东南亚区域的 33%不等。在女性组，加权平均数从欧洲区域的 2%到东南亚区域和西太平洋区域的 10%不等。

至于经常使用无烟烟草的男性比例，加权平均数最低的是西太平洋区域的 1%，最高的是东南亚区域的 33%。对女性而言，最低的是欧洲区域，为 1%，最高的是东南亚区域和西太平洋区域，为 10%。

只在报告文书第二期（第二组问题）询问了从未吸烟者和既往吸烟者使用无烟烟草的信息。在完成问卷的 30 个缔约方中，只有 5 个提供了此类信息。由于报告率如此之低，在这两个指标上，无法产生具有可比性的区域平均数。

青少年烟草使用情况

有烟烟草。在 135 个提交报告的缔约方中，103 个缔约方（76%）提供了青少年吸烟数据。报告最多的年龄组为 13–15 岁（61 份报告）。在其他一些报告中，各缔约方使用的年龄组差异很大。有些按不同年龄（例如 11 岁或 13 岁）分别提供数据，少数则使用“学年”，而不是具体的年龄或年龄范围。

我们计算了青少年吸烟的加权平均数。全世界男孩吸烟率（12%）是女孩的两倍（6%）。世卫组织东南亚区域男孩和女孩之间的吸烟率差别最大（男孩吸烟率是女孩的 3.5 倍），其次是世卫组织非洲区域、东地中海区域和西太平洋区域，在这三个区域中，女孩吸烟率大约是男孩的一半。（见表 8）。在提供了青少年吸烟率数据的 103 个缔约方中，15 个缔约方称，女孩的吸烟率与男孩相同，甚至高于男孩（世卫组织美洲区域和欧洲区域）。

表8：各区域青少年使用有烟烟草和无烟烟草估算平均数 (%)¹

世卫组织 区域	男孩		女孩	
	有烟烟草	无烟烟草	有烟烟草	无烟烟草
非洲区域	20	17	9	11
美洲区域	18	7	12	5
东南亚区域	7	15	2	7
欧洲区域	13	8	10	4
东地中海区域	15	15	7	12
西太平洋区域	19	42	9	32

无烟烟草。在提交报告的135个缔约方中，25个（19%）报告了青少年使用无烟烟草的情况。在全球范围内，根据各缔约方提供的男孩和女孩数据计算的加权平均数显示，15%的男孩和7%的女孩使用无烟烟草。男孩中，使用无烟烟草比例最高的区域是西太平洋区域（42%），最低的是美洲区域（7%）。女孩中，使用无烟烟草比例最高的地区是西太平洋区域（32%），最低的是欧洲区域（4%）。

其他烟草制品。报告文书第二期（第二组问题）中，缔约方可选择报告“其他烟草制品”的使用情况，例如水烟袋。30个缔约方中，15个提供了这方面的数据。

不同族群使用烟草的情况²

在提交报告的 135 个缔约方中，19 个（14%）提交了不同族群使用烟草的数据。但这方面的数据不够充分，因此无法比较不同族群的烟草使用率并得出结论。但可以观察到不同族群使用烟草的一些情况。在挪威和新西兰，不同族群的烟草使用率存在很大差异，烟草流行率分别为 9%至 39%和 12%至 45%。此外，大不列颠及北爱尔兰

¹ 此处数据指目前使用烟草者的数据。未能获得关于经常使用烟草的任何可比数据。

² 报告文书的第一期（第一组问题）和第二期（第二组问题）都要求缔约方提供有关族群的信息。但是，报告文书未提供族群的正式定义，由缔约方决定提供哪些族群的信息。一些缔约方提供了土著居民的烟草使用率，另外一些缔约方提供了不同民族或不同出生地的人群的烟草使用率，作为族群烟草使用率的指标。

联合王国的报告提供了 15 个不同族群的数据，其中显示不同族群经常使用卷烟的百分比从 10%到 33%不等¹。

两次报告期间烟草使用的变化²

成人使用烟草情况。如果要对流行率变化进行分析，就必须在两份报告文书中针对同样的烟草使用指标提供数据。本文仅比较了在两份报告中提供所有成人**吸烟率**的 7 个缔约方的情况。由于使用了库克群岛、斯洛文尼亚和阿拉伯叙利亚共和国的同一调查问卷，部分报告中所列的成人目前吸烟率和成人经常吸烟率完全一样。在毛里求斯和挪威，男女经常吸烟率和目前吸烟率都略有下降。调查结果显示，墨西哥的男女性经常吸烟率有所下降，而在印度，仅女性的经常吸烟率有所下降。

仅能比较孟加拉国、印度和挪威的成人各年龄组**无烟烟草**消费情况。调查结果显示，挪威男性目前无烟烟草消费率略有下降，而女性消费率上升了 1.5 倍以上。在孟加拉国，男性的无烟烟草消费率上升了 11.6 个百分点，女性上升了 3.5 个百分点。挪威无烟烟草经常消费者的比例男性未发现变化，女性比例则翻了一番。在印度，男性无烟烟草经常消费率增加了 8.4 个百分点，而女性下降了 3.6 个百分点。

青少年烟草使用情况。在提供了有关数据的 25 个缔约方中，只有 9 个缔约方在两份报告中提供了青少年烟草总流行数据，因此，只能比较这 9 个缔约方在两次报告期间青少年烟草使用率的变化情况。调查结果显示，从两份报告文书来看，亚美尼亚、约旦、毛里求斯、新西兰和巴拿马男孩和女孩的**吸烟率**有所下降。拉脱维亚、阿拉伯叙利亚共和国和土耳其男孩和女孩的吸烟率有所增加。在两份报告文书的报告期，塞舌尔男孩吸烟率下降，而女孩吸烟率上升。

对烟草使用情况进行可比估算

从缔约方提供的数据来看，缔约方在不同年份使用了不同的数据收集方法，而且没有使用统一的调查工具。因此，难以直接比较各国的烟草流行率。世卫组织采用了一项回归法，以便调整估算数，以便对不同国家的结果进行比较。采用这一方法可以获得一套标准烟草指标的流行病估算数据³。

世卫组织 2008 年和 2009 年全球烟草流行报告提供了 2005 年和 2006 年经年龄标化的估算数据⁴。世卫组织目前正在编制更新的 2008 年年龄标化流行率数据，即将发表的 2010 年全球非传染病预防和控制报告将包括这些数据。

¹ 挪威、新西兰和英国使用了不同的族群定义。

² 尚无法确定在两次报告期间，观察到的各国无烟烟草和无烟烟草的消费趋势是否具有统计学意义。由于所提供的流行率数据不足，最好注明置信区间。

³ 请参阅世界卫生组织 2009 年全球烟草流行报告，第 76 页。（网址：http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/）。

⁴ 报告见<http://www.who.int/tobacco/mpower>。

9. 实施公约的重点和挑战

重点。多数缔约方（124 个）报告了各自实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》的重点领域。其中一些缔约方提到的重点是：为可持续的烟草控制努力奠定稳固基础（例如制定和实施国家烟草控制行动计划，加强烟草控制基础设施和能力，以及制定国家监测计划等）。许多缔约方提到了与公约具体条款有关的活动。最经常提及的重点领域是：防止接触烟草烟雾（第 8 条），烟草制品的包装和标签（第 11 条），治疗烟草依赖和戒烟问题（第 14 条）。调查结果显示，总体而言，各缔约方的主要重点是，奠定烟草控制基础（例如基础设施、国家行动计划和烟草控制法规等）以及实施与条约各个条款有关的具体规划。

如果只考虑五年期报告中的信息，最经常提及的重点领域是：无烟政策的制定、实施和执法（第 8 条），加强对烟草依赖的治疗和戒烟（第 14 条），在烟草包装和标签方面取得进一步进展，包括平装（第 11 条），起草国家法律法规，和/或实施这些法律（第 5 条），进一步加强公众意识、教育和培训活动（第 12 条）。其他重点领域包括加强价格/税收措施（第 6 条），防止烟草制品的非法贸易（第 15 条），采取措施预防青少年开始使用烟草（第 16 条），以及研究和监测工作（第 20 条）。

需求和差距。缔约方被问及是否发现在现有资源与所评估的需求之间存在差距。在至少提交了一次报告的 135 个缔约方中，50 个缔约方（37%）回答“是”，57 个缔约方（42%）回答“否”，28 个缔约方（21%）未回答此问题。在 2009 年 7 月 16 日至 2010 年 6 月 30 日提交两年期报告的 18 个缔约方中，8 个缔约方对此问题回答“是”，7 个缔约方（吉布提、冈比亚、伊拉克、斯威士兰、图瓦卢、乌干达和也门）称用于控烟的技术和财政资源与存在的需求不相配。在最紧迫的需求中，缔约方提到开设治疗烟草依赖诊所，加强控烟领域的能力建设，以及向所有参与控烟的人员提供培训。

在提交五年期报告的 30 个缔约方中，15 个缔约方详细说明了他们在现有资源与所评估的需求之间发现的具体差距。最常提及的问题是缺乏技术资源和财政资源，尤其是缺乏全职从事烟草控制工作的人员。几个缔约方强调，有必要专门为控烟建立一个筹资机制。一些缔约方称，有必要加强国家控烟能力建设，并将控烟作为非卫生领域的主要任务。一些缔约方还提及技术领域的问题，例如戒烟规划、监测工作以及制定具体规定来协助实施已颁布的法规。

制约或障碍。共有 114 个缔约方（84%）报告了在实施公约过程中遇到的 20 多项制约或障碍。其遇到的制约或障碍包括：缺乏充足的技术和财政资源，控烟能力不足，国家烟草控制法规薄弱或缺乏有效的国家烟草控制法规，公众和媒体缺乏对烟草使用危害的认识，烟草业玩弄各种花招阻碍有效实施已通过的法律（例如提起诉讼要求废除部分法规）或干扰制定这类法规，以及在烟草控制领域缺乏足够的政治意愿或部门间合作等。

缔约方对使用报告文书的反馈。缔约方会议第三届会议通过了修订后的报告文书第一期（第一组问题）和第二期（第二组问题）。在第二组问题的 5.6 部分，缔约方报告了对五年期间卷的初次体验情况。

总体来讲，缔约方对报告文书的改进表示认可，认为问卷容易使用、容易回答。一些缔约方对问卷要求提供如此细节的数据表示疑虑，另外一些缔约方希望留出更多空白，以便能够描述所取得的成就。缔约方还呼吁《世界卫生组织烟草控制框架公约》的报告机制和其他数据采集机制应协调，特别是世界卫生组织无烟倡议的全球烟草控制报告¹。还提出了涉及报告文书形式的其他建议，以利于相关政府部门的联络机构填写。

缔约方提交的五年期报告的数据的完整性和质量都有所上升。在报告文书的第二期（第二组问题），要求对所有问题都必须回答，但应答率非常好，对那些要求提供详细信息对“是”或“否”进行说明的问题也是如此。提供附加文件对报告中的答案进行说明的缔约方数目上升到了 70%以上。附加的文件可以在缔约方报告的网站上找到²。这些报告包含大量额外信息，包括立法（例如法律法规文本）、国家烟草控制行动计划、税收水平和烟草使用率等。

10. 结论

1. 自从首批缔约方于 2007 年开始提供两年期报告以来，缔约方首份（两年期）报告的报告率有所提高，而刚刚开始的第二份（五年期）实施报告的报告率则较低。
2. 在修订了报告文书第一期（第一组问题）和采用第二期（第二组问题）后，缔约方所报告的政策措施和烟草使用数据的质量、完整性和可比性得到提高。在迄今收到的五年期报告中，缔约方在用于填写所报告措施详细情况的资料栏目中提供了大量信息，三分之二以上的缔约方还提交了单独文件，说明了在调查表中作出肯定或否定答复的背景。
3. 经过五年的实施，全球明显出现了履约进展的积极趋势。一半以上的公约实质性条款实现了高实施率。在提交了两份履约报告的缔约方中，三分之二的缔约方称他们履行了这些条款中的主要义务。提交两次报告的缔约方中，一半的缔约方称实施了所有实质性条款中 80%以上的措施。
4. 不同政策措施的实施率仍有很大差异。总体而言，据缔约方报告，在关于防止接触烟草烟雾（第 8 条），包装和标签（第 11 条），向未成年人销售和由未成年人销售（第 16 条），以及教育、交流、培训和公众意识（第 12 条）等措施方面，实施率较

¹ 此问题在缔约方会议第四届会议上进行了讨论（2010 年 11 月 15 日—20 日）。参见公约秘书处有关此问题的报告，文件 FCTC/COP/4/15 (可上网站http://apps.who.int/gb/fctc/E/E_cop4.htm查阅) 以及缔约方会议的决定 FCTC/COP4(16)。

² 见http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports

高。而在其他一些方面，例如烟草制品成分管制（第 9 条），烟草广告、促销和赞助（第 13 条），对经济上切实可行的替代活动提供支持（第 17 条），保护环境和人员健康（第 18 条），以及使用法律诉讼作为一项烟草控制工具（第 19 条）等方面，实施率仍较低。

5. 在两次报告期间，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14条（与烟草依赖和戒烟有关的降低烟草需求的措施）和第15条（烟草制品非法贸易）规定的一些措施的实施率大幅提高。

6. 对公约中有时限条款的实施情况进行的分析表明，实施情况参差不齐。多数缔约方称已实施了第11条关于烟草制品包装和标签的有时限（期限为3年）的多数措施，但只有一半的缔约方成功实施了第11条实施准则提出的关于健康警语占主要可见部分50%以上或印制警示图像等措施的建议。大约只有一半缔约方在5年期限内根据第13条的规定广泛禁止烟草广告、促销和赞助，其中只有一半的缔约方还禁止跨国广告、促销和赞助。虽然第8条并无时限规定，但有关实施准则呼吁缔约方在五年内提供普遍保护，防止接触二手烟。报告显示，不到五分之一的缔约方落实了此项建议。随着更多的缔约方提交五年期报告，将能进一步评估有时限措施的实施情况。

7. 国际合作、信息交换和相互援助问题是公约极为重要的内容，突显了烟草问题的全球性和采取一致行动的必要性。尽管只有数量有限的缔约方提交了第二份实施报告，从中仍可看出，情况略有改善。但总体情况与上一份全球进展报告反映的情况相似，援助大多仅涵盖笼统的能力和技术转让，而没有注明具体领域。公约这方面的潜力尚未获得充分利用。

8. 在分析最近收到的报告时可以注意到，公约实施重点略有变化。在实施公约的最初一些年，缔约方在阐述其重点时，更为重视为烟草控制奠定基础（例如基础设施、国家行动计划和烟草控制立法），而现在重点已转向根据公约的各项政策规定开展具体规划。

9. 许多报告还提及在履行公约义务方面需求与现有资源之间的差距。为烟草控制规划开发人力和提供足够的财政资源仍是许多缔约方议程上的高度优先事项。此外，许多缔约方认为急需在治疗烟草依赖、加强监测和制定具体规定以实施已通过的法律等方面取得进展。

附件

评估两次报告期间公约实施进展情况所用指标

条款	指标
第 5 条 (4 个指标)	- 是否制定并实施了全面、跨部门的国家烟草控制战略、计划和规划； - 部分制定并实施了烟草控制战略、计划和规划； - 是否具有烟草控制的国家协调机制或是否确定了联络机构； - 是否保护控烟公共卫生政策不受烟草行业商业利益和其他既得利益的影响。
第 6 条 (2 个指标)	- 是否禁止或限制向国际旅行者销售烟草制品； - 是否禁止或限制国际旅行者进口烟草制品。
第 8 条 (10 个指标)	是否在下属场所禁止环境烟草烟雾： - 室内工作场所； - 政府大楼； - 医疗卫生设施； - 教育设施； - 私人工作场所； - 公共交通； - 室内公共区域； - 文化设施； - 酒吧和夜总会； - 餐馆。
第 9 条 (4 个指标)	- 检测和测量烟草制品的成分； - 检测和测量烟草制品的释放物； - 对烟草制品的成分进行监管； - 对烟草制品的释放物进行监管。
第 10 条 (1 个指标)	要求制造商向政府当局披露成分信息。
第 11 条 (10 个指标)	- 要求包装和标签不以错误、误导和欺骗性的方式推动产品销售； - 要求包装和标签包含描述烟草危害的健康警句； - 健康警句要得到国家主管当局的批准； - 确保健康警句定期轮换； - 确保健康警句清晰、大而醒目； - 确保健康警句占据不少于主要可见部分的 30%； - 确保健康警句占据可见部分的 50%或以上； - 确保健康警句有图片/象形图的形式； - 要求包装包含烟草制品相关成分和释放物的信息； - 要求警句在所有规格的包装上都会以该国主要语言出现。

第 12 条 (13 个指标)	• 是否实施了教育和公众意识规划； • 是否有针对成年人或一般公众的规划； • 是否有针对儿童和青年的规划； • 是否有关于烟草使用健康风险的规划； • 是否有关于接触烟草烟雾健康风险的规划； • 是否有戒烟和无烟生活方式益处的规划； • 是否有烟草生产不良经济后果的规划； • 是否有烟草消费不良经济后果的规划； • 是否有烟草生产不良环境后果的规划； • 是否有烟草消费不良环境后果的规划； • 公众能否获得有关烟草行业的一系列广泛信息； • 是否有针对不同目标人群的特殊培训、宣传和教育规划； • 公共机构对制定、实施控烟规划和战略的认识和参与程度。
第 13 条 (4 个指标)	• 是否已广泛禁止烟草广告、促销和赞助； • 是否从缔约方的领土上禁止跨境烟草广告； • 在未广泛禁止的情况下，是否对所有的烟草广告、促销和赞助实行限制； • 是否限制来源于缔约方领土内的跨境烟草广告、促销和赞助。
第 15 条 (6 个指标)	• 是否要求在包装上进行标识，以协助确定烟草制品的来源； • 是否要求在包装上进行标识，以协助确定该商品是否在国内市场上合法销售； • 是否要求标识清晰，或以本国主要语言的形式出现； • 是否提供或加强立法，打击非法贸易； • 是否允许对非法贸易所得进行没收； • 是否需要发放许可证控制烟草生产和经销。
第 16 条 (6 个指标)	• 是否禁止向未成年人售烟； • 是否禁止向公众分发免费烟草制品； • 是否禁止向未成年人分发免费烟草制品； • 是否禁止销售单支卷烟或小包装卷烟； • 是否对销售商和经销商进行惩罚； • 是否禁止由未成年人销售烟草制品。
第 17 条 (3 个指标)	• 是否促进为烟草种植者提供经济上切实可行的、可持续发展的替代生计； • 是否促进为烟草工人提供经济上切实可行的、可持续发展的替代生计； • 是否促进为个体销售者提供经济上切实可行的、可持续发展的替代生计。
第 18 条 (4 个指标)	• 烟草耕作中采取的措施是否考虑环境保护； • 烟草耕作中采取的措施是否考虑与环境有关的人员健康； • 烟草生产过程中采取的措施是否考虑环境保护； • 烟草生产过程中采取的措施是否考虑与环境有关的人员健康。
第 19 条 (1 个指标)	• 是否处理刑事和民事责任，包括赔偿。
第 20 条 (7 个指标)	• 是否开展有关烟草消费决定因素和后果的研究； • 是否开展接触烟草烟雾决定因素和后果的研究； • 是否开展有关替代生计的研究； • 是否对控烟活动的参与者给予培训和支持； • 是否具有国家烟草流行病学监测系统； • 国家烟草的公开信息是否与区域和全球共享； • 是否具有国家烟草控制法律法规数据库，并及时更新。

= = =

世界卫生组织
《世界卫生组织烟草控制框架公约》
公约秘书处
Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland
电话: +4122 791 5043
传真: +4122 791 5830
电子邮件: ftcsecretariat@who.int
网站: www.who.int/ftc