

国际烟草控制政策评估项目（ITC）
ITC中国项目报告
第一轮至第三轮的研究发现（2006—2009）
2012年12月



推动使用循证策略，阻止全球烟草流行



UNIVERSITY OF
WATERLOO

国际烟草控制政策评估项目（ITC）

ITC中国项目报告

第一轮至第三轮的研究发现（2006—2009）

作者：加拿大滑铁卢大学 中国疾病预防控制中心控烟办公室

图书在版编目 (CIP) 数据

国际烟草控制政策评估项目ITC中国项目报告 : 2006

~2009. 第一轮至第三轮的研究发现 / 加拿大滑铁卢大学, 中国疾病预防控制中心控烟办公室著. -- 北京 : 中国时代经济出版社, 2012. 12

ISBN 978-7-5119-1351-7

I. ①国… II. ①加… ②中… III. ①烟草—控制—

政策—研究报告—中国—2006~2009 IV. ①R163

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第288194号

书 名: ITC中国项目报告

作 者: 加拿大滑铁卢大学 中国疾病预防控制中心控烟办公室

出版发行: 中国时代经济出版社

社 址: 北京市丰台区玉林里25号楼

邮政编码: 100069

发行热线: (010) 68350173 68312508

传 真: (010) 68320634 68320484

网 址: www.cmepub.com.cn

电子邮箱: zgsdjj@hotmail.com

经 销: 各地新华书店

印 刷: 北京盛旺世纪彩色印刷有限公司

开 本: 889×1194 1/16

字 数: 120千字

印 张: 4.5

版 次: 2012年12月第1版

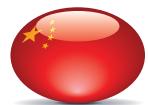
印 次: 2012年12月第1次印刷

书 号: ISBN 978-7-5119-1351-7

定 价: 15.00 元

本书如有破损、缺页、装订错误, 请与印制单位联系更换, 联系电话: (010) 68988577

版权所有 侵权必究



ITC中国项目第一轮至第三轮的研究发现
ITC中国项目报告

2006—2009

© International Tobacco Control Policy Evaluation Project

推荐报告引用方式：

ITC项目，中国疾病预防控制中心控烟办公室（2012年12月）ITC中国项目报告：第一轮至第三轮的研究发现（2006-2009）。加拿大滑铁卢大学，中国疾病预防控制中心控烟办公室。中国时代经济出版社。

序



世界卫生组织于2005年发布了一份重要报告——《预防慢性病：一项至关重要的投资》，详细说明了现在及未来慢性病对健康带来的威胁。在那本报告中，我写道，“与很多世界发达国家和发展中国家一样，中国也正面临着十分严峻的健康挑战，正在承载着传染病和慢性病的双重疾病负担。”

烟草使用是慢性病最主要的病因之一，每年导致我国一百万人死亡。因此，强有力的控烟措施在慢性病的防控中是必不可少的关键环节。2005年，我国批准了世界卫生组织《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》）。这是我国控烟领域的一件大事，充分表明了我国控制烟草流行的决心。

《公约》要求缔约方逐步建立烟草消费和有关社会、经济及健康指标的国家级的流行病学监测体系。国际烟草控制政策评估项目（ITC项目）就是我国控烟监测体系中很重要的一项研究。这本报告总结了2006-2009年ITC中国项目的主要发现。结果显示，与一些控烟先进国家相比，我国控烟工作成效不明显。例如，在烟盒上使用符合《公约》及其实施准则要求的图形健康警示，可以提高吸烟者对吸烟危害的认知，也能促进吸烟者戒烟。目前全球已经至少有63个国家和地区要求在烟盒上使用图形健康警示，其中包括很多发展中国家，如泰国、巴西、乌拉圭等。部分使用中文的国家和地区，如新加坡、我国的台湾地区、香港及澳门特别行政区等，都已经或即将使用图形健康警示。虽然烟草公司对澳大利亚政府提起了诉讼，但澳大利亚仍坚持从今年开始，统一使用全面警示烟草危害的烟盒，杜绝烟草公司的误导信息。然而，我国目前还没有使用图形健康警示。ITC中国数据显示，2008年10月起我国使用的文字警示的有效性仅有非常微弱的改善。这也导致我国吸烟者不了解吸烟及二手烟暴露的具体健康危害。我国男性吸烟者对二手烟暴露可以导致肺癌的知晓率为72%，在16个有数据的ITC国家排名倒数第四，而在其中的8个中低收入国家里更是排名最后一位。我国吸烟者知道吸烟可以导致中风的比例更低，仅为27%。

室内公共场所、室内工作场所以及公共交通工具全面禁烟能够大幅度降低二手烟暴露，保护人民健康。目前世界上已经有越来越多的国家和地区通过立法的方式，在上述场所全面禁烟。我国的香港特别行政区从2009年开始，室内工作场所全面禁烟，为全世界树立了典范。相比之下，我国没有国家水平的全面控烟立法，72%的非吸烟者受到二手烟暴露的危害。ITC中国调查结果显示，公共场所实施部分禁烟措施不能有效保护非吸烟者免受二手烟危害。2009年，5个城市内超过90%的吸烟者在餐厅内看到有人吸烟。而在一些实施了全面无烟法规的ITC项目国家内，该比例已经降至5%以下。值得注意的是，公众对全面无烟公共场所和工作场所的支持率在逐步上升。例如，银川吸烟者对工作场所实施全面无烟法规的支持率由2006年的56%上升到2009年的80%，这意味着如果我国出台室内公共场所及工作场所全面无烟法规，很有可能获得公众的支持和遵守。

提高卷烟价格和税收是《公约》推荐的最为有效的控烟措施之一，然而我国卷烟价格却非常低。ITC中国调查发现，一半吸烟者所吸卷烟的价格不超过6元/盒，吸烟者在卷烟上的花费只占其收入的1.4%。如此低的卷烟价格难以起到控制烟草消费的作用。我国烟草广告也没有得到广泛禁止。2009年，39%的吸烟者在过去6个月内看到了烟草广告。

我国的控烟工作关系到我国未来能否有效控制慢性病流行，也关系到世界烟草流行是否能得到有效遏制。控烟效果的判定需要高质量的调查数据进行评估。我相信，ITC中国项目将为我国未来制定和实施有效的控烟政策提供循证依据。而在证据基础的支持下，我国控烟工作一定可以走向成功。

王陇德
中华预防医学会会长
中国工程院院士
中华人民共和国卫生部前副部长



序

作为世界上最大的烟草生产国和消费国，烟草使用对中国公共卫生造成了巨大危害。研究发现，2005年归因于烟草使用导致的死亡超过100万。如果目前的烟草流行形势不加以改变，2020年每年烟草使用导致的死亡将上升到200万，2030年将超过300万。为遏制烟草流行，我国政府于2003年签署了世界卫生组织《烟草控制框架公约》（简称《公约》），《公约》于2005年8月由全国人大常委会批准，并于2006年1月生效，这是我国控烟工作的里程碑，向世界展示了中国作为一个负责任的大国，保护人民健康的决心。

《公约》在我国生效已近7年，我国在控烟方面虽然取得了一定的成绩，但对照《公约》的要求，还有相当大的差距。近年来我国成年男性吸烟率居高不下，卷烟产量不降反升。2011年，全国卷烟产量达24474亿支，与2000年相比，增加了47%，是2003年（我国政府签署《公约》）产量的1.37倍。

监测和评估是烟草控制工作的重要内容，也是《公约》对缔约国的要求。“国际烟草控制政策评估研究（ITC）”是目前在我国以及世界上其他21个国家开展的一项重要的控烟监测与评估研究。ITC项目工作组汇集出版的这份报告，对2006-2009年我国无烟环境、烟盒健康警示、禁止烟草广告、促销和赞助、烟草制品成分检测及披露方面的工作进行了分析和评估。结果显示：目前一些地方控烟法规并未显著降低公共场所、工作场所的二手烟暴露；我国有关部门2008年出台的卷烟包装健康警示不符合《公约》第11条实施准则要求，难以起到警示效果。2009年5月中国卷烟消费税的调整并未引起卷烟零售价格的变动，未起到减少烟草消费的作用。这些发现对我国制定有效的控烟政策、更好地履行《公约》有重要意义。

控制烟草已经成为全球的共识和行动，超越了国家、民族、语言、肤色、地域、文化等一切障碍，汇成了不可阻挡的潮流。迄今为止，已有176个国家批准、接受、核准、正式确认或加入《公约》。这是在历史上花费最短时间而又得到最广泛认同的一个国际公约。2011年9月，联合国举行了有国家元首和政府首脑参加的预防和控制非传染病问题高级别会议，强调烟草使用是慢性病最主要的危险因素之一，并呼吁《公约》缔约国进一步加强控烟履约。2011年3月，我国全国人大批准的国家“十二五”规划纲要明确提出“全面推行公共场所禁烟”，卫生部颁布了《公共场所卫生管理条例实施细则》，规定在7类28种公共场所全面禁止吸烟，在国内外引起了良好的反响。随着我国控烟工作的深入，必将出台更多的控烟政策、法规和措施，相信本报告能为此提供科学依据，有助于积极推动我国的控烟工作。

感谢以姜垣教授和Geoffrey Fong教授为首的ITC项目团队的辛勤工作和为加速中国从烟草消费大国向控烟大国的转变所做的努力，并祝贺所取得的成绩。

王克安
新探健康发展研究中心主任
中国北京



序

吸烟是心血管病的重要危险因素，心血管病导致的死亡约10%归因于吸烟。作为一名心血管病医生，我见过很多吸烟导致的心脏病人。其中有些病人在很年轻的时候就患上了严重的心脏病，给家庭带来巨大的痛苦，给社会带来沉重的负担。研究表明，吸烟者平均损失十年的寿命。我坚信“上医治未病”，因此我认为，在中国，控烟是防控慢性非传染性疾病最重要、最有作为、最具有战略意义的民生工程。

2006年1月，世界卫生组织《烟草控制框架公约》在我国正式生效。在其后六年多的时间里，我国控烟虽然取得了一定进步，但与一些控烟先进国家相比，仍显得步履维艰。我国烟盒上还没有使用世界卫生组织推荐的图形健康警示，室内公共场所及工作场所吸烟现象非常普遍，公众对吸烟及二手烟的健康危害认识不足。

在多年的控烟工作中，我体会到研究证据是控烟政策倡导的基石。无论是政府、媒体还是公众，都需要循证的数据以了解我国烟害流行的严重程度以及控烟政策的效果，这对于制定真正有效并适合我国国情的控烟政策非常重要。遗憾的是，我国还没有建立完备的烟草流行监测系统，很多控烟政策缺乏科学的评估数据。

国际烟草控制政策评估（ITC）项目是目前世界上主要的控烟政策效果评估项目之一。该项目采用科学的研究设计和抽样方法，其研究结果在超过20个国家里为控烟政策的制定提供了循证依据。自2006年以来，ITC项目已经在我国完成了三轮大规模的调查，得到了很多有价值的数据。这本报告总结了前三轮ITC中国调查的主要发现，为我们清晰地描述出我国控烟政策实施不力的现状，并提出了多项改进的建议。例如，这本报告指出我国卷烟价格过低，无法起到有效控制烟草消费的作用。如果能提高卷烟消费税并实现税价联动，不仅能降低烟草消费，也能增加政府税收收入，在经济和公共卫生上可以实现双赢。因此，我建议我国尽快按世界卫生组织《烟草控制框架公约》要求，实施有效的卷烟价格和税收政策。

我希望这本报告的发现和政策建议能得到决策者的重视，我也期待我国控烟履约工作能有更快的进步，切实保护人民健康。

胡大一，MD, FACC, FESC
北京大学人民医院心脏中心主任
中华医学会心血管病学分会主席

序



中国吸烟者总数超过3亿，**7.4亿**非吸烟者遭受二手烟暴露的危害，其中**1.8亿**为青少年。吸烟可以导致肺癌、心脏病、中风、慢性阻塞性肺疾病等多种疾病。同样的，大量研究也已经证实二手烟可以导致肺癌、心脏病、新生儿猝死综合征等疾病。

烟草使用是我国慢性病的首要病因，每年导致超过**100万人**死亡，平均每分钟约导致**2人**死亡。当你用**60分钟**读完这本报告，我国又有**120个人**因吸烟患病而永远离开了人世。统计数字是冷冰冰的，但如果你有同学、朋友、亲人不幸也进入了这冷冰冰的数字，这个数字就带有了痛苦、热泪、思念和追悔。如果目前的烟草流行趋势不能得到有效遏制，目前正在开展的医改会因吸烟相关慢性病的井喷样增长而难以取得预期效果，国家的经济改革的成果也将因此大打折扣，人民的健康福祉也就无从谈起。

加强烟草控制工作，降低慢性病的发病和死亡具有重要的公共卫生学意义，也是中国疾病预防控制中心的工作重点之一。自**2006年起**，中国疾病预防控制中心开始了与国际烟草控制政策评估项目（ITC）的合作，目的是调查我国烟草使用模式，并评估控烟政策的效果，以降低烟草相关疾病的流行，保护人民健康。ITC中国调查是一项前瞻性队列研究，在北京、上海、广州、沈阳、长沙、银川、昆明七个城市开展，调查对象为**18岁及以上的成年吸烟者及非吸烟者**。**2006年**完成了第一轮调查，**2007-2008年**完成了第二轮调查，**2009年**完成了第三轮调查。

ITC中国调查结果显示，我国亟待加强控烟工作。公共场所部分禁烟政策不能有效降低场所室内的二手烟暴露。**2009年**，七城市内超过**87%**的吸烟者报告在餐厅内看到有人吸烟。我国吸烟者需要得到更多的戒烟帮助。**2009年**，我国男性吸烟者仅有**22%**在过去一年里曾尝试戒烟，该比例在有数据的19个ITC国家里排名倒数第三，在其中的8个中低收入国家中排名倒数第二。这提示我国迫切需要在医疗卫生机构中提供更多的戒烟服务，以帮助吸烟者成功戒烟。

我国当前的卷烟税收和价格政策不够有力。由于卷烟价格低廉，并不能真正起到降低烟草消费的作用。从**2007年**到**2010年**，卷烟变得越来越容易支付，而大量低价烟品牌的存在使吸烟者可以转向消费低价烟而非尝试戒烟。相比其他**17个**ITC国家，中国的吸烟者因为卷烟价格而考虑戒烟的比例最低。

ITC中国调查结果还证明，**2008年10月**开始使用的烟盒文字警示有效性没有提高。烟盒警示没有引起吸烟者的注意，未能阻止吸烟者买烟，也没能促使吸烟者戒烟。**2009年**，只有**8%**的中国吸烟者报告烟盒健康警示使他们考虑吸烟的健康危害。我国多数吸烟者不了解吸烟可以导致慢性病，例如吸烟导致中风、二手烟暴露导致心脏病等。而其他一些国家的经验已经证实，烟盒图形警示可增加吸烟者对烟草使用的健康危害的认知并鼓励他们戒烟。

尽管《烟草控制框架公约》已于**2006年**在我国正式生效，但控烟还需要更多的强有力的政策。这本报告证明，我国亟需强化公共场所无烟政策、卷烟价格与税收政策、健康警示及戒烟支持，以控制烟草消费，减少烟草相关疾病，保护人民健康。

梁晓峰，MD, MPH
中国疾病预防控制中心副主任

“中国最终将选择努力履行《烟草控制框架公约》，抑或是弱化？这将在很大程度上决定中国未来能否拥有健康的人群及劳动力，这也决定其在全球公共卫生领域中的姿态。”

Ruth E. Malone

美国加州大学旧金山分校社会与行为科学系教授

目录

i	序（中华人民共和国卫生部前副部长王陇德）
ii	序（新探健康发展研究中心主任王克安）
iii	序（北京大学人民医院心脏中心主任胡大一）
iv	序（中国疾病预防控制中心副主任梁晓峰）
vi	目录
vii	图表目录
x	国际烟草控制政策评估项目
1	背景
2	主要研究发现
4	中国烟草使用及控烟政策情况
8	方法
15	结果
15	吸烟行为
19	戒烟
26	无烟公共场所和工作场所
32	健康警示标识
39	烟草制品的价格和税收
46	教育、宣传和公众意识
51	烟草广告、促销和赞助
53	中国卷烟的成分
55	对我国控烟的启示
57	ITC项目联系人和资金来源
59	更多参考文献

图表目录

表1	ITC中国项目前三轮各城市调查样本量	10
表2	ITC中国项目第一轮吸烟者及非吸烟者人口学特征	10
表3	ITC中国项目第二轮吸烟者及非吸烟者人口学特征	11
表4	ITC中国项目第三轮吸烟者及非吸烟者人口学特征	12
表5	ITC中国项目前三轮调查中各项目城市工作场所、餐厅和酒吧实施无烟政策的情况	26
表6	中国2008版烟盒健康警示与世界卫生组织《烟草控制框架公约》第11条实施准则要求的比较	33
表7	2009年5月中国卷烟消费税调整前后的卷烟消费税率	39
图1	中国控烟政策与ITC中国调查时间对照表	9
图2	ITC中国调查城市	9
图3	不同国家男性每日吸烟者平均每日吸烟支数	16
图4	不同国家成年男性吸烟者吸工厂生产的卷烟、手卷烟或两种都吸的比例	17
图5	不同国家男性吸烟者过去12个月内尝试戒烟的比例	20
图6	不同国家男性吸烟者计划在6个月内戒烟的比例	21
图7	ITC中国第三轮调查（2009年5-10月）中吸烟者报告不同原因使他们“很大程度上”想戒烟的比例	22
图8	不同国家男性吸烟者看病以及得到戒烟建议的情况	23
图9	不同国家过去一年尝试戒烟的男性吸烟者使用戒烟热线（或相关服务）的比例	24
图10	不同国家过去一年尝试戒烟的男性吸烟者使用戒烟药物的比例	25
图11	ITC中国第三轮（2009年5-10月）中，银川、北京、沈阳、上海、广州、昆明和长沙吸烟者报告工作场所无烟政策情况	27
图12	各轮调查中不同城市吸烟者在其室内工作场所看到有人吸烟的比例	28
图13	各轮调查中不同城市吸烟者支持室内工作场所全面禁烟的比例	28
图14	第二轮及第三轮调查中不同城市吸烟者在餐厅内看到有人吸烟的比例	29
图15	第二轮及第三轮调查中不同城市吸烟者支持餐厅全面禁烟的比例	29
图16	第二轮及第三轮调查中不同城市吸烟者在酒吧看到有人吸烟的比例	30

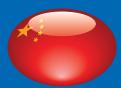


图表目录

图17	第二轮及第三轮调查中不同城市吸烟者支持酒吧全面禁烟的比例	30
图18	各轮调查中不同城市吸烟者在家里全面禁烟的比例	31
图19	烟盒上（侧面和正面）旧的健康警示（2008年10月之前） 和新的健康警示（2008年10月之后）	32
图20	2008年10月中国开始使用的文字方式健康警示（烟盒背面为英文警示）	32
图21	烟盒健康警示改变前后毛里求斯（由文字变成图形）和中国 （只是文字变大）吸烟者过去一个月“经常”或“总是” 看到健康警示的比例	33
图22	不同国家男性吸烟者报告烟盒上的健康警示让他们在“很大” 程度上考虑吸烟对健康的危害的比例	34
图23	第三轮（2008版健康警示）与第二轮（旧的健康警示）调查时， 过去一个月内健康警示对吸烟者观念和行为的影响	35
图24	毛里求斯使用的图形方式烟盒健康警示	35
图25	不同国家男性吸烟者对烟盒上提示健康信息应该更多、更少还是保持不变的意见	36
图26	研究中使用的烟盒健康警示，包括中国新旧健康警示	37
图27	不同健康警示的有效性评分均值：“每个警示在促使吸烟者戒烟方面有 多大效果？”（所有调查对象）	37
图28	烟税增加前后，吸烟者报告过去一个月考虑吸烟花费的比例	40
图29	16个国家卷烟可支付性以及每年可支付性的变化	41
图30	不同国家男性吸烟者认为卷烟价格使其考虑戒烟的比例	44
图31	吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例	46
图32	各轮调查中吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例	47
图33	不同国家男性吸烟者认为二手烟可导致非吸烟者患肺癌的比例	48
图34	不同国家男性吸烟者过去一个月“经常”考虑到吸烟对健康危害的比例	49
图35	过去6个月中吸烟者在各种场合注意到卷烟或烟草制品广告的比例，第三轮 (2009年5-10月)	52
图36	中国和加拿大卷烟中平均重金属含量的比较	53

“ITC调查结果显示我国有关部门2008年出台的卷烟包装健康警示不符合《公约》第11条实施准则要求，难以起到警示效果。”

王克安，中国预防医学科学院前院长，新探健康发展研究中心主任



国际烟草控制政策评估项目

国际烟草控制政策评估项目（ITC项目）是一项多国参与的前瞻性队列研究，目的在于评估世界卫生组织《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》）的主要政策对社会心理和行为的影响。

本报告介绍的是ITC中国项目第一轮到第三轮的调查结果。该调查采取了面对面的调查方式，在2006年4月至2009年10月期间，在北京、长沙、广州、上海、沈阳、银川和郑州七城市开展。在第三轮调查中，以昆明取代郑州。每一轮调查中，在各城市选取具代表性的吸烟者（约800人）及非吸烟者（约200人）样本开展调查。

中国于2003年签署了《公约》，2005年正式批准《公约》。作为《公约》的缔约国，根据《公约》文本及缔约方会议通过的《公约》实施准则规定，中国应通过强有力的循证政策以预防和减少烟草消费。

本报告使用ITC中国数据，研究了我国吸烟者及非吸烟者与吸烟相关的态度和行为，评估了我国控烟政策的效果，希望为决策者实施有效的烟草控制政策提供帮助。

ITC中国调查团队

中国团队

姜垣*、杨焱、冯国泽、肖琳、李强、王聪晓、赵国栋（第二轮和第三轮调查），冯薇薇—中国疾病预防控制中心
(中国CDC) 控烟办公室

城市团队

北京：焦淑芳、董忠、周滢

长沙：李光春、朱国平、胡李平

昆明：赵白帆、李晓亮、罗欣萍、石瑜、魏玲娟、刘毅、赵伟

上海：李新建、徐继英、姚海宏

沈阳：孙百军、李恂、吕艺、赵琳、杨艳、陈建平

广州：杜琳、潘冰莹、罗不凡、梁伯衡、吴家刚

银川：赵建华、杨艺、谢帆

ITC国际团队

Geoffrey T. Fong*, Changbao Wu, Mary E. Thompson, David Hammond — 加拿大滑铁卢大学

Ron Borland, Hua-hie Yong, Lin Li — 澳大利亚维多利亚肿瘤所

K. Michael Cummings — 美国南卡罗来纳医科大学

Richard J. O'Connor — 美国罗斯维尔园肿瘤所

Gary Giovino — 美国纽约州立大学布法罗分校（前两轮调查）

*项目负责人

项目管理

Anne C.K. Quah（加拿大滑铁卢大学ITC亚洲项目经理）

李强（加拿大滑铁卢大学/中国疾病预防控制中心ITC中国项目经理）

Natalie Sansone（加拿大滑铁卢大学研究生，项目经理）

Jilan Yang（加拿大滑铁卢大学研究生，项目经理，前三轮调查）

Tara Elton-Marshall（滑铁卢大学研究生，项目经理，前三轮调查）

ITC中国项目研究资金

美国国家肿瘤研究所（R01 CA125116）

加拿大卫生研究院：运营基金（#79551）以及知识转移与利用基金（#104765）

中国疾病预防控制中心控烟办公室

安大略省癌症研究院高级研究员奖

加拿大癌症协会预防科学家奖

ITC中国项目报告

本报告的准备工作，是在滑铁卢大学的Lorraine Craig, Anne C.K. Quah, Tania Cheng, Mi Yan, Pete Driezen, Megan Tait, Janet Chung-Hall, Natalie Sansone, Stephanie Chu和Geoffrey T. Fong, 中国疾病预防控制中心控烟办公室李强、冯国泽、王聪晓和肖琳的共同合作下完成的。

背景

ITC项目

国际烟草控制政策评估项目（ITC项目）是世界上首个针对烟草使用的国际性队列研究，总体目标是测量《公约》相关国家层面的控烟政策对社会心理以及行为的影响。目前，共有超过20个国家（详见封底附表）加入ITC研究，参与者包括国际卫生机构、研究人员以及决策者。ITC项目覆盖世界人口的50%，世界吸烟者总数的60%，世界烟草使用人数的70%。在每个国家，ITC项目都开展纵向的队列研究，在以下几个领域内评估有效烟草控制政策的效果，并研究其影响因素：

- 烟盒健康警示和包装描述语
- 烟草产品的价格与税收
- 烟草广告和促销
- 无烟立法
- 戒烟的教育和支持

各国ITC调查在设计上使用相同的概念框架与方法。调查问卷包含超过150个与政策效果直接相关的问题，这些问题在不同国家之间完全相同或功能对等，因此可以进行跨国比较。项目主旨在于为《公约》控烟政策提供循证依据，同时系统地评估控烟立法的效果。

ITC中国调查

ITC中国项目创立于2006年，参与人员包括中国疾病预防控制中心控烟办公室和地方疾病预防控制中心的研究人员，以及加拿大（滑铁卢大学）、澳大利亚（维多利亚肿瘤所）和美国（罗斯维尔园肿瘤所和纽约州立大学布法罗分校）研究人员组成的国际团队。ITC中国调查的主要目的在于：

1. 研究我国吸烟者吸烟行为模式。ITC调查收集了关于吸烟者吸烟行为、戒烟行为以及卷烟消费模式的详细信息。
2. 评估我国控烟政策的效果。ITC调查分为若干部分，可用以评估各种控烟政策的效果，包括卷烟包装上的健康警示、无烟法规、大众媒体的宣传、提价及提税等。由此，ITC调查系统收集数据，以测量政策（以及其他干预如媒体宣传等）影响吸烟行为的程度以及与吸烟行为相关的因素，如对吸烟的信念和态度以及戒烟意愿的影响。

3. 对我国和其他ITC国家吸烟者的吸烟行为以及控烟政策的效果进行比较。ITC调查在其他21个国家同时开展，调查问题在各国之间相同或相似，因此可以比较各国吸烟者的吸烟行为以及控烟政策的效果。

前瞻性队列设计

在各国ITC调查中，我们随访调查对象，要求其参与后面几轮调查，不能完成随访调查的对象会被补充样本替换——即从同一个抽样框内随机抽取的吸烟者和非吸烟者。这种前瞻性队列设计使得研究团队可以追踪吸烟行为的变化并且可以分析导致这些行为变化的可能因素，包括在调查期间实施的控烟政策的影响。这种前瞻性队列设计被公认为政策评估中严密的方法¹。迄今为止，ITC中国调查中已经实施的三轮调查如下：

第一轮

ITC中国第一轮调查于2006年4月至8月在北京、长沙、广州、上海、沈阳和银川六城市开展。4,732名成年吸烟者和1,269名成年非吸烟者完成了调查。

第二轮

第二轮调查于2007年10月至2008年1月开展，共调查4,843名成年吸烟者和1,221名成年非吸烟者。其中，83%的吸烟者（3,926）以及84%的非吸烟者（1,066）为随访调查对象（即完成了第一轮及第二轮调查的人）。失访的队列样本由新招募的补充样本替代，补充样本包括917名吸烟者和155名非吸烟者。虽然郑州也完成了前两轮调查，但数据质量较差，未纳入分析。

第三轮

第三轮调查于2009年5月至10月开展，5,583名吸烟者和1,417名非吸烟者完成了调查。质控中发现三个城市内约3%的调查不符合要求。2010年1月至3月，对这些不符合要求的调查进行了重访。第三轮样本中，随访调查对象为4,996人，补充样本为2,004人（包括1,675名吸烟者以及329名非吸烟者）。在第三轮调查中，昆明替代了郑州。

本报告

本报告介绍了ITC中国前三轮调查的主要结果，提供了我国控烟格局的详细介绍，同时描述了吸烟者和非吸烟者与烟草控制政策相关的信念、态度和行为。

*在本报告的其余部分，中国大陆将以“中国”代替。

主要发现

1. 我国亟需强有力的控烟干预以改变支持吸烟的社会规范，降低吸烟率

我国吸烟率较高，吸烟者对烟草的依赖程度相对较重，因此减少烟草使用引起的巨大健康、社会及经济损失成为一项严峻挑战。我国亟需采取强有力的循证控烟政策。《公约》已经指出了控烟的路线图。我国应尽快采取有力行动履行《公约》缔约国的控烟义务。

2. 我国多数吸烟者不打算戒烟

与其他ITC国家相比，我国吸烟者尝试戒烟和打算戒烟的比例均处于较低水平。我国卷烟价格和烟盒包装健康警示不能促使吸烟者戒烟。另外，戒烟帮助和戒烟药物的使用率很低。

3. 我国城市水平的无烟法规多数并非全面无烟法规，且执行和实施不力，导致其效果不佳

我国在公共场所部分禁烟方面的多种尝试并未真正改善公共场所的有烟状况。大多数吸烟者和非吸烟者继续在工作场所、餐馆、酒吧及家里暴露于二手烟。我国吸烟者和非吸烟者对公共场所无烟政策支持度越来越高，某些情况下与其他国家如爱尔兰实施非常成功的无烟法规之前的情况类似。

4. 目前我国的文字方式烟盒健康警示无效

我国2008年10月开始实施的新的文字方式健康警示不符合2008年11月第三次缔约方会议上通过的《公约》第11条实施准则的要求。ITC中国调查发现，与ITC项目其它国家相比，我国旧的健康警示各项有效性指标均较低，而新的健康警示有效性没有明显提高：健康警示的显著性以及促使吸烟者戒烟的有效性都没有提高，而其它一些ITC国家使用大的图形方式健康警示后有效性均明显提高。ITC项目的一项实验性研究发现，目前的文字方式健康警示效果明显不如其他国家的图形方式健康警示。

5. 我国卷烟价格过低，低价烟品牌大量存在，无法促使吸烟者戒烟

我国卷烟价格非常低，因此吸烟者很少因为价格因素考虑戒烟。2009年我国上调了卷烟消费税率，但并未引起卷烟零售价的变化，经通货膨胀调整后，从2007年到2010年，卷烟的实际价格甚至下降了。经济学研究发现，我国存在大量低价烟品牌，这降低了吸烟者戒烟的可能性，提高了青少年开始吸烟的可能性。



全国人民代表大会



云南石林吸烟标志

ITC中国调查结果证明，与其他ITC国家相比，我国控烟政策强度不足，不能有效保护民众免受烟草危害。我国亟需立即实施强有力的、循证的控烟政策。

6. 吸烟者对吸烟危害的了解有所提高，但与其他ITC国家相比，对吸烟某些重要健康危害的认识仍较低

2006年以来，我国吸烟者对吸烟危害的认识已有所提高。然而，大部分吸烟者仍不了解吸烟的主要健康危害。在有数据的16个ITC项目国家中，我国男性吸烟者对二手烟可导致非吸烟者患肺癌的知晓率排名倒数第四，而错误地认为淡味或柔和卷烟危害较低的比例最高。

7. 尽管烟草直接广告被禁止，我国吸烟者仍通过活动赞助、户外广告以及娱乐媒体严重暴露于烟草促销

我国人群烟草广告暴露率很高，这提示我国应加强禁止烟草广告和促销的法规及其实施。我国吸烟者和非吸烟者非常支持全面禁止烟草广告和促销。

8. 我国卷烟重金属含量很高

ITC研究发现，我国卷烟含有很高水平的重金属，一些卷烟中铅、镉及砷的含量约为加拿大卷烟品牌的3倍。

对我国控烟的启示：

1. 在烟盒包装上印制大的图形方式健康警示。
2. 增加卷烟消费税并实现税价联动，提高卷烟零售价。
3. 设定卷烟最低零售价以减少烟价上涨时吸烟者转吸低价卷烟。
4. 加强全国公共场所禁烟执法力度，并对违规者实施严厉处罚。
5. 设计和实施大众宣传教育活动，突出烟草使用的危害并鼓励戒烟。
6. 禁止烟草公司的活动赞助、销售点促销活动以及户外广告。
7. 提高医疗卫生系统戒烟服务的能力，使其更好地帮助吸烟者戒烟。
8. 建立独立的烟草产品监督和检测系统。

中国烟草使用及控烟政策情况

本节简要介绍了在ITC中国项目前三轮调查期间（2006年4月到2009年10月），我国烟草使用和控烟政策的概况。2005年8月，我国正式批准《烟草控制框架公约》（《公约》）。2011年3月，卫生部颁布了《公共场所卫生管理条例实施细则》（以下简称《实施细则》）并于2011年5月1日正式生效。《实施细则》禁止在公园、旅馆、影剧院、博物馆和餐厅等公共场所吸烟，但不覆盖所有工作场所。然而，《实施细则》没有对违法行为的处罚以及执法方式作出详细规定，因此其对吸烟率有何影响并不清楚。我国尚缺乏反对吸烟的社会风气，烟草业实力强大并对控烟实施阻挠，而控烟法规执行不力。以上因素导致烟草控制政策进展缓慢。

吸烟率

我国是世界上吸烟人数最多的国家，现在吸烟者超过3亿，约占世界吸烟者总数的30%²。烟草使用为我国带来了巨大健康负担，我国每年有超过100万人死于吸烟，而且预计这个数字在接下来的50年还会增加三倍。预计中国现在30岁以下的吸烟者中有一亿人最终将死于吸烟³。此外，我国有72.4%的非吸烟者（超过7.4亿）遭受二手烟暴露的危害⁴。

全国卫生服务调查显示，2008年我国吸烟相关支出为290亿美元，相当于我国GDP的0.7%，其中吸烟导致的直接医疗卫生费用约为62亿美元。2008年的死亡人数中约9%可归因于吸烟，而这9%的死者中，有三分之二死于癌症⁵。

我国很多烟民还很年轻，而且戒烟率（即戒烟者占过去及现在吸烟者的比例）依然很低：1998年戒烟率为10.1%；2008年为8.6%⁵。因此，吸烟的年龄构成以及低戒烟率将进一步加剧中国烟草使用的负担。

我国吸烟率存在着明显的性别差异。2010年进行的全球成人烟草调查（GATS）显示，我国成年男性吸烟率为52.9%，女性为2.4%⁶。吸烟文化给男性带来很大的社会压力促使其吸烟，导致男性的高吸烟率。然而，女性吸烟的可能性也在增加。Hitchman 和Fong（2011）研究提示，随着妇女地位的提高，男性和女性吸烟率的差距也在减少⁷。此外，烟草业开始将目标市场转向女性，女性的吸烟行为也会逐渐更容易被社会接受⁸。ITC调查表明，我国吸烟者认为现实社会反对吸烟的比例相对较低，在第三轮仅有53%，在有数据的18个ITC国家中排名倒数第二。如果女性吸烟率随着其社会地位的提高而上升，那么我国的烟草使用成本费用将比目前的预测还要高得多。

我国吸烟者约占世界吸烟者总数的30%，烟草带来的疾病负担非常沉重 – 我国每年有超过100万人死于吸烟，而且在未来50年中，这个数字可能增长为现在的3倍。

我国尚缺乏反对吸烟的社会风气，烟草业实力强大并对控烟实施阻挠，而控烟法规执行不力。以上因素导致烟草控制政策进展缓慢。



云南高速公路上的广告牌

烟草控制政策

我国于2003年签署了世界卫生组织的《烟草控制框架公约》（《公约》），并于2005年正式批准《公约》。这是世界上首部关于公共卫生的公约，通过一系列措施减少烟草的供需来控制全球烟草流行，包括价格和税收（第6条），防止接触烟草烟雾（第8条），烟草制品的包装和标签（第11条），烟草广告、赞助和促销（第13条），戒烟和治疗（第14条）。到2012年8月，《公约》缔约方达176个，是有史以来最成功的公约之一。不过，尽管我国已经批准《公约》，但在履行《公约》及其实施准则所推荐的控烟政策最佳实践方面步履迟缓。

履约机制以及部分机构的阻挠导致了我国履约不力的现状。但如能解决这些问题，就有可能大大改变中国乃至全球的烟草流行现状⁹。

价格与税收

提高烟草产品税收和价格是最有效的控烟政策之一，尤其对青少年控烟效果更好。《公约》第6条规定，缔约方有责任采取价格和税收措施提高卷烟零售价，以减少烟草消费。

我国是世界上最大的烟草生产国，烟草产量超过世界总产量的31%¹⁰。1990年后，我国卷烟的可支付性增长了2倍多¹¹。我国卷烟实施专卖制度，国家烟草专卖局（中国烟草总公司）控制了中国90%到97%的卷烟市场。

2009年5月，我国调整了卷烟消费税税率：调税后从价税有所提高，从量税没有变动，仍为每包0.06元。然而调税之后，卷烟零售价没有变化^{12, 13}。从经济学角度看，如果税价不能联动，消费税的增加就不能影响消费行为。因此，2009年卷烟消费税调整无法导致烟草消费的减少。

到2012年8月，《公约》缔约方达176个，是有史以来最成功的公约之一。不过，尽管我国已经批准《公约》，但在履行《公约》及其实施准则所推荐的控烟政策最佳实践方面步履迟缓。

无烟政策

《公约》第8条要求缔约方采取有效措施，在室内公共场所及室内工作场所实现100%无烟环境。2010年全球成人烟草调查显示，通常情况下，每10个成年非吸烟者中有7人每周至少有一天曾暴露于二手烟，10人中的6人注意到室内工作场所有吸烟现象¹⁴。一些大型城市，包括ITC中国调查的七个城市，已经在2006年前颁布了公共场所无烟法规，七个城市均禁止在学校室内吸烟。2008年奥运会之前，北京在10类公共场所施行了禁烟令，包括医疗机构、托儿所、公交站点、文化古迹和运动场馆，违者最高罚款达人民币5000元（合730美元）。在2010年世博会和亚运会期间，上海和广州也颁布了类似的禁令，在12类公共场所禁止吸烟。

2012年5月31日，人口超过1200万的天津以及人口超过1000万的哈尔滨开始实施全面无烟法律。哈尔滨的无烟法律禁止在一切室内公共场所、室内工作场所以及公共交通工具内吸烟。天津的无烟法律覆盖室内公共场所以及室内工作场所，包括所有的政府办公楼。餐饮场所以及歌舞厅要求设立有独立通风的吸烟室或实现100%无烟环境。

执行力不足是禁烟法规面临的重要障碍。违反无烟法规吸烟的人很少受到处罚。尽管如此，杭州一年的违反禁烟令的罚款总数超过了40,000元，是中国罚款最多的城市之一。

2010年12月南昌市人民代表大会进行二审时，计划自2013年起在11类公共场所实施的无烟法规未能得到通过¹⁵。然而，2011年3月，卫生部颁布了《实施细则》，规定于2011年5月起在多数室内公共场所禁止吸烟。这对我国实现《公约》第8条的要求是非常重要的一步。

健康警示标识

《公约》第11条要求缔约方实施有效的包装和标签措施。2008年通过的《公约》第11条实施准则规定更为严格，要求缔约国应在烟盒的正面和背面使用图形方式健康警示，覆盖主要可见部分50%，并定期轮换。

2008年10月前，我国的烟盒健康警示标识很小，位置在烟盒侧面，只有一句话：“吸烟有害健康”。2008年10月起，我国增大了文字健康警示，位于包装盒的正面及背面，占据两面面积的30%。警示标识位于烟盒下部，包含两条笼统的信息：“吸烟有害健康”，“戒烟可减少对健康的危害”，但背面采用的是英文。修改后的健康警示没有达到2008年11月通过的《公约》第11条实施准则的要求。2011年8月，中国烟草总公司对烟盒健康警示做了进一步调整。自2012年4月起，在我国境内生产和销售的卷烟必须使用新的健康警示。新健康警示与目前的内容相同，但字号加大（高度不低于4毫米）。此外，烟盒背面的英文标识将变为中文。总体上，警示大小没有变化，也没有使用图形方式，仍与《公约》的最低要求相差甚远。一项ITC实验性研究证实，图形方式健康警示在促使吸烟者戒烟以及阻止青少年开始吸烟方面效果更佳⁴⁷。

淡味/柔和产品描述

《公约》第11条也对烟草产品的描述加以限制，禁止“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”，包括“低焦油”、“淡味”、“超淡味”或“柔和”等词语。2010年全球成人烟草调查发现，86%的国人不了解“低焦油不等于低危害”，尤其是教育程度较高的人群如医生和教师，错误理解的比例更高¹⁴。随着公众对吸烟的健康危害认知逐步提高，可以预期低焦油品牌的烟草的市场份额会逐渐增加。



沈阳健康教育所制作的海报- 人人享有呼吸清新空气的权力-对二手烟说‘不’



上海，儿童在卷烟销售点暴露于卷烟展示

教育、沟通、培训和公众意识

根据《公约》第12条，缔约方应通过有关烟草消费危害健康和戒烟益处的教育和普及公众意识的项目，来促进和加强公众对烟草控制问题的认识，并让公众了解烟草业的信息。

我国在提高公众吸烟有害的意识方面做得还远远不够。全球成人烟草调查表明，只有23%的成年人全面了解吸烟会导致中风，心脏病和肺癌¹⁴。烟盒上的健康警示含糊不清，有关吸烟健康危害的宣传很少。我国长期以来的吸烟习俗，是提高吸烟有害健康的公众意识的绊脚石；例如2004年的一项调查表明，中国23%的医生吸烟¹⁷。以烟送礼是可接受也是普遍存在的现象。同时，作为传统，婚礼上也会给客人发烟。2009年和2010年，世界肺健基金会在11个城市，开展媒体的宣传，教育公众给亲人、朋友以及同事送烟就等于送危害。

广告、促销和赞助

《公约》第13条要求缔约方实施有效措施以禁止烟草广告、促销和赞助。《公约》第13条实施准则建议全面禁止烟草广告、促销和赞助（或实行尽可能全面的限制）。建议实行的措施包括：禁止跨国界的广告、促销和赞助；禁止在销售点展示烟草产品；禁止使用自动售卖机或网络销售烟草产品；以及禁止使用有吸引力的包装或突出产品特色。

我国在1991年出台的《烟草专卖法》和1994年出台的《广告法》中，对烟草产品的宣传进行了规定，禁止在电视、广播、报纸、期刊上出现直接烟草广告。尽管如此，烟草公司还是能够很轻易地通过赞助，户外广告或网络广告的方式，保持显著的市场营销¹⁸。因此，公众很容易暴露于大量直接或间接的烟草广告。《公约》要求我国自2011年起禁止所有形式的烟草广告和促销。2011年2月，广电总局要求制片商严格控制影视剧中的吸烟镜头¹⁹。

戒烟和治疗

《公约》第14条推进实施戒烟项目，包括诊断、咨询、预防以及治疗烟草依赖的项目，同时推广方便实惠的治疗方式。

我国的戒烟项目非常少，而且也少有关于吸烟者戒烟相关因素的研究。医生的戒烟建议可鼓励吸烟者戒烟，但我国只有64%的医生会建议吸烟的病人戒烟¹⁷。1996年起，我国举办了“中国国际戒烟竞赛”。到2006年为止，这项竞赛已经扩展到了31个省，有近13万人参与其中²⁰。有些城市已经建立了戒烟门诊和戒烟热线，如北京朝阳医院的戒烟热线。尽管尼古丁替代疗法未进入医保，但目前已经可及²¹。

方法

概述

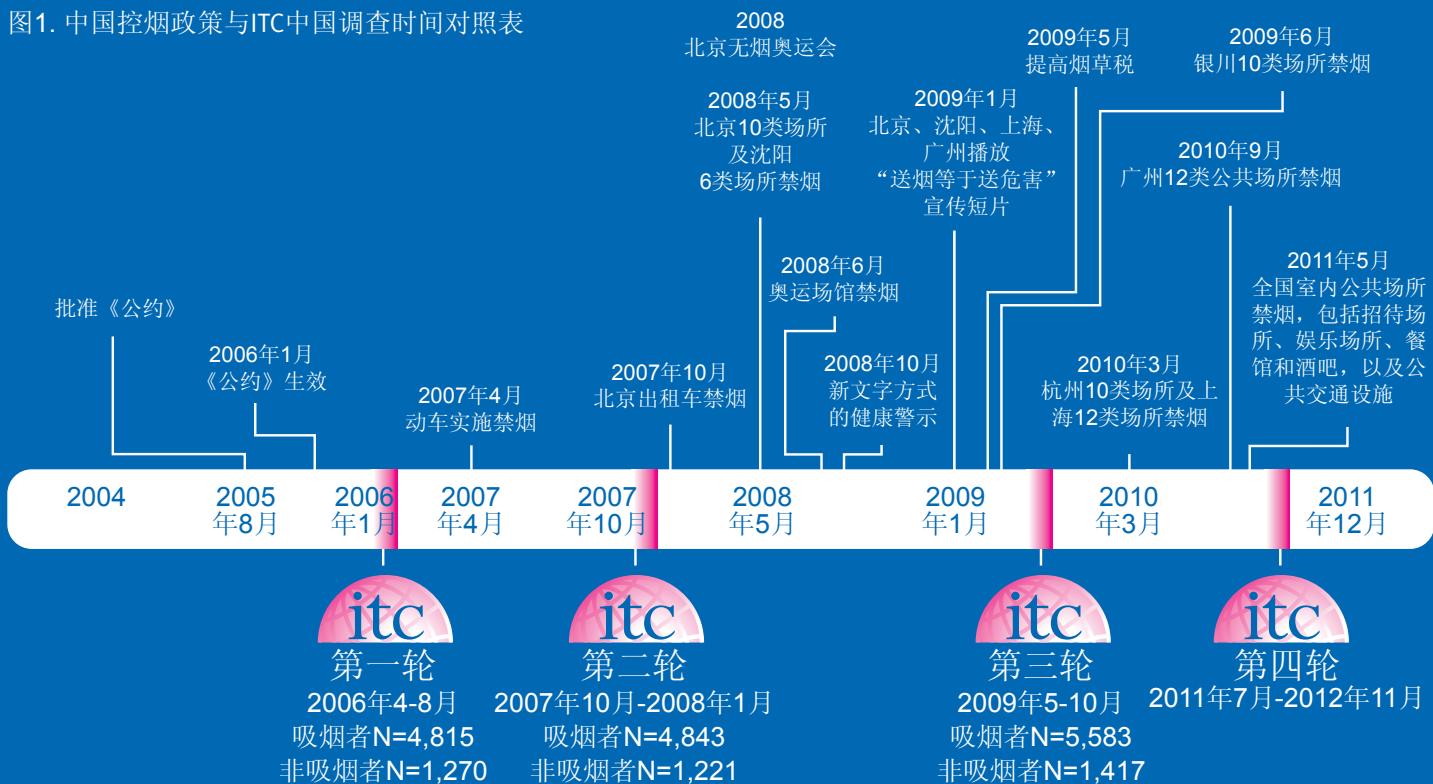
ITC项目是超过20个国家联合开展的国际性研究，参与国家包括：加拿大、美国、英国、澳大利亚、爱尔兰、泰国、马来西亚、韩国、中国、墨西哥、乌拉圭、新西兰、法国、德国、荷兰、不丹、毛里求斯、巴西、印度、孟加拉国、肯尼亚以及赞比亚。ITC项目主要对《公约》相关控烟政策的社会心理和行为效应进行严格的评估。各国ITC调查包含的所有《公约》政策领域的关键指标都是相同的或者功能相同，从而方便跨国间的比较。ITC项目利用“自然实验”的设计对控烟政策进行效果评估：当一个ITC国家实施了一项控烟政策时，ITC调查就对该国进行政策实施前后的比较，找出与该政策相关的变量的变化，并与其他没有政策变化的国家进行比较。这种研究设计具有高水平的内在效度，对政策可能引起的影响的判断更精确。有关概念模型的描述和ITC项目的目标，详见 Fong 等人的研究（2006）²²；有关调查方法的描述，详见 Thompson 等人的研究（2006）²³。

ITC中国项目开始于2006年，研究方法与其他开展ITC项目的国家类似，主要目的在于系统评估控烟立法对吸烟者社会心理以及行为的影响，为《公约》相关政策提供循证依据，并系统评估控烟政策效果。ITC中国调查根据中国控烟的大环境量体裁衣，因此包含一些我国独特的问题。例如，前三轮调查（针对吸烟者和非吸烟者）包含了一组关于“中国国际戒烟竞赛”的问题；第二轮吸烟者调查中，询问了关于酒精消费的问题；在第三轮针对吸烟者的调查中，提及了以烟送礼的问题。图1为中国控烟政策与ITC中国调查时间对照表。



各国ITC调查均对《公约》主要控烟政策进行了评估，评估指标在各国之间完全一致或功能相似以便进行国家间的对比。

图1. 中国控烟政策与ITC中国调查时间对照表

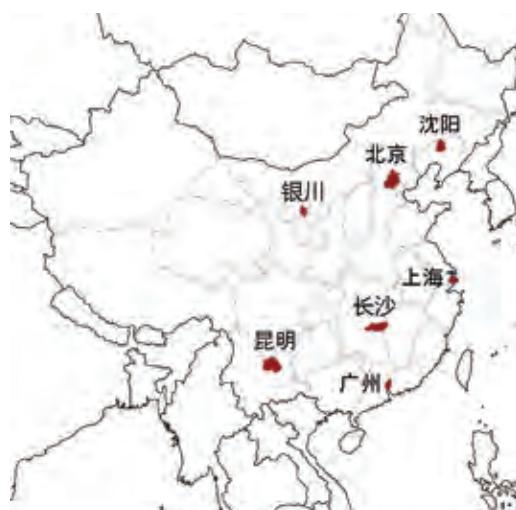


抽样设计

ITC中国调查是对我国成年吸烟者和非吸烟者进行的前瞻性队列研究，数据收集采用面对面调查方式。ITC中国调查的研究方法的详细描述可参考Wu等人的研究²⁴或前三轮ITC中国项目的技术报告^{25, 26, 27}。

ITC中国调查的调查对象为七城市18岁及以上的户籍居民。第一轮调查采用多阶段整群抽样法，以获得成年吸烟者和成年非吸烟者代表性的抽样。在每个城市内使用按容量比例概率法(PPS)抽取了10个街道，抽样概率与街道人口数成正比。在每个抽中的街道内再使用PPS法抽取两个居委会。在每个居委会内，以不放回简单随机抽样法抽取300个住户并进行家庭登记，然后对这300户中的成年吸烟者和成年非吸烟者进行调查，直到完成40份成年吸烟者调查和10份成年非吸烟者调查。由于我国女性吸烟率很低，为了增加样本中女性吸烟者的数量，在可能的情况下优先选择住户中的女性吸烟者为调查对象。如果调查对象在随后几轮调查中失访，则需要用其他调查对象替换，替换的调查对象从完成第一轮家庭登记的住户中选择。

图2. ITC中国调查城市



样本特征

各城市的现场调查工作由国家和所在城市（或省级）疾病预防控制中心执行（昆明现场调查工作由云南省健康教育所执行）。吸烟者定义为一生中吸烟数量超过100支且目前每周至少吸烟一次的人。表1为各城市吸烟者和非吸烟者的样本量，表2到表4总结了前三轮调查样本的人口特征。

表1. ITC中国项目前三轮各城市调查样本量

	第一轮 (n=6,001)		第二轮 (n=6,064)		第三轮 (n=7,000)	
	吸烟者	非吸烟者	吸烟者	非吸烟者	吸烟者	非吸烟者
北京	785	219	801	218	802	217
沈阳	781	200	799	198	788	199
上海	784	204	803	204	784	204
长沙	800	205	795	185	772	204
广州	791	226	833	211	829	206
银川	791	215	812	205	808	192
昆明	-	-	-	-	800	195
合计	4,732	1,269	4,843	1,221	5,583	1,417

表2. ITC中国项目第一轮吸烟者及非吸烟者人口学特征

	第一轮 吸烟者 (n=4,732)		第一轮 非吸烟者 (n=1,269)	
	N	%	N	%
性别				
女性	231	4.9	515	40.6
男性	4501	95.1	754	59.4
年龄 (岁)				
18-24	56	1.2	54	4.3
25-39	792	16.7	258	20.3
40-54	2314	48.9	509	40.1
55+	1570	33.2	448	35.3
总收入 (人民币)				
<1000	925	21.1	238	20.3
1000-2999	2132	48.6	594	50.6
3000-4999	860	19.6	237	20.2
5000-6999	299	6.8	71	6.0
7000-8999	84	1.9	19	1.6
9,000元及以上	89	2.0	16	1.4
教育程度				
没上过学	152	3.2	44	3.5
小学	468	9.9	108	8.5
初中	1505	31.8	325	25.6
高中/技校	1593	33.7	426	33.6
大专	586	12.4	230	18.1
大学及以上	423	9.0	136	10.7



ITC中国项目团队，2009年10月，汕头大学

表3. ITC中国项目第二轮吸烟者及非吸烟者人口学特征

	第二轮 吸烟者 (n=4,843)		第二轮 非吸烟者 (n=1,221)	
	N	%	N	%
性别				
女性	254	5.2	477	39.1
男性	4589	94.8	744	60.9
年龄 (岁)				
18-24	46	1.0	48	3.9
25-39	766	15.8	238	19.5
40-54	2352	48.6	489	40.1
55+	1679	34.7	446	36.5
总收入 (人民币)				
<1000	794	17.6	173	15.1
1000-2999	2199	48.7	611	53.3
3000-4999	977	21.6	247	21.6
5000-6999	357	7.9	76	6.6
7000-8999	80	1.8	21	1.8
9,000元及以上	110	2.4	18	1.6
教育程度				
没上过学	155	3.2	37	3.1
小学	433	9.0	106	8.7
初中	1515	31.5	305	25.1
高中/技校	1685	35.0	438	36.1
大专	627	13.0	205	16.9
大学及以上	398	8.3	122	10.1

表4. ITC中国项目第三轮吸烟者及非吸烟者人口学特征

	第三轮 吸烟者 (n=5,583)		第三轮 非吸烟者 (n=1,417)	
	N	%	N	%
性别				
女性	297	5.3	547	38.6
男性	5286	94.7	870	61.4
年龄 (岁)				
18-24	95	1.7	64	4.5
25-39	1038	18.6	291	20.5
40-54	2566	46.0	515	36.3
55+	1884	33.8	547	38.6
总收入 (人民币)				
<1000	549	10.4	115	8.5
1000-2999	2133	40.6	587	43.3
3000-4999	1584	30.1	440	32.5
5000-6999	617	11.7	161	11.9
7000-8999	186	3.5	26	1.9
9,000元及以上	188	3.6	25	1.9
教育程度				
没上过学	170	3.1	39	2.8
小学	491	8.8	125	8.9
初中	1655	29.7	336	24.0
高中/技校	1888	33.9	492	35.1
大专	793	14.3	237	16.9
大学及以上	567	10.2	173	12.3

ITC中国调查是对我国成年吸烟者和非吸烟者进行的前瞻性队列研究，数据收集采用面对面调查方式。合格的调查对象为7城市内18岁及以上的成年吸烟者和非吸烟者。

ITC中国调查内容

ITC中国项目是由加拿大滑铁卢大学，中国疾病预防控制中心控烟办公室、澳大利亚维多利亚肿瘤所、美国罗斯维尔园肿瘤所及纽约州立大学布法罗分校（前两轮调查）发起的。调查方法和问题主要来源于自2002年起在全球超过20个国家中进行的ITC调查的标准方案。在ITC中国调查中，吸烟者回答以下几类问题：

吸烟者回答以下问题：

1. 吸烟行为与戒烟。吸烟史和频率、现阶段的吸烟行为和依赖性、戒烟行为；
2. 吸烟的知识及基本信念。吸烟危害健康的知识、关于吸烟和戒烟的重要信念、对烟草相关疾病的风险和严重程度的认识；
3. 烟草控制政策。对《公约》降低需求的政策领域（烟盒健康警示、价格/税收、广告/促销、无烟法规、淡味/柔和等描述语）的认知、影响和相关信念；
4. 其他重要的社会心理预测变量。有关吸烟行为和其他潜在的调节变量（如：态度、规范信念、自我效能和戒烟打算）；
5. 与吸烟相关的个体差异变量（如：抑郁、压力或时间观念）；
6. 人口学特征（如：年龄、性别、婚姻状况、教育程度和职业）。

非吸烟者要回答除吸烟和戒烟以外的其他问题。ITC中国调查问卷从英文问卷发展，后翻译为中文。成年吸烟者完成调查的时间约为30-40分钟，而成年非吸烟者的调查则需要约15分钟。调查问卷可以在ITC项目网页上获取，网址为：www.itcproject.org。

分析方法

本报告总结了ITC中国项目第一轮到第三轮调查（2006-2009）的主要发现，评估了目前我国实施的主要控烟政策的效果，重点阐述了《公约》主要领域的烟草控制政策在我国的进展，并与其他国家ITC调查结果进行了跨国比较。本节描述了这本报告中所用到的分析方法，包括如何进行抽样次数效应调整的方法以及调查逻辑回归模型中用到的协变量。

抽样次数效应

ITC中国调查为一项前瞻性研究，因此可以测量控烟政策实施后吸烟者的行为变化。在ITC中国前三轮调查实施的三年中，调查对象必然会发生失访。为保持足够的样本量，在第二轮及第三轮调查中，我们招募了补充样本，以替换失访的样本。因此，在第二轮及第三轮调查中，调查对象之前参与ITC调查的情况有所差异。例如，第三轮调查对象中有3142名吸烟者及戒烟者完成了全部三轮调查，有783名吸烟者及戒烟者完成了两轮调查（有的完成了第二轮及第三轮调查，有的完成了第一轮及第三轮调查），还有1660名吸烟者只完成了一轮调查（即第三轮调查中新招募的补充样本）。样本的构成非常重要，因为对调查问题的回答与调查对象完成调查的轮数密切相关。新招募的调查对象与之前完成过一轮调查的人对问题的回答存在差异，而完成过一轮调查的人员与完成了之前两轮调查的对象之间同样存在差异。

这样的现象被称为“抽样次数效应”^{28, 29, 30}且在其他ITC国家中也已发现³¹。接下来，我们描述调整抽样次数效应以及其他可能的混杂因素的方法。

分析方法

在评估政策相关变量随时间的变化时，我们使用了全部三轮ITC中国数据（特别注明的除外）。仅在评估指标与戒烟者密切相关时才将戒烟者纳入分析。前三轮吸烟者的分析数据库包括7375名吸烟者，14567个观察。在14567个观察中，第一轮吸烟者为4732个，第二轮吸烟者为4626个，第三轮吸烟者为5209个。

如果在多轮调查中使用了同样的问题，且该变量为分类变量，我们就使用复杂调查逻辑回归分析，以得出不同时间标准化或调整后的描述性统计量（比例）。协变量包括性别、年龄段、吸烟状态、调查轮次以及抽样次数（调查对象参与调查的次数，随调查时间而变化），应变量为我们感兴趣的结局变量。分析中考虑抽样设计，所有估计值均使用样本权重加权，因此结果对于所在城市内的吸烟者具代表性。由此逻辑回归模型可得出结局变量的调整率，这一方法称作描述性统计量的逻辑回归调整。与此类似，如果结局变量为连续变量，我们就使用复杂调查线性回归模型进行调整。值得注意的是，预测的均值（百分比）与纳入模型的协变量密切相关。因为抽样次数对调整后的结果影响最大，这一估计值被称为抽样次数调整值。分析中，未调整的均值及调整后的均值均使用SAS9.2得出。

在跨国比较中，因为各国样本在构成上有差别，我们使用了同样的调整方法。多国比较中控制的变量包括年龄、吸烟状态以及抽样次数。因为各国之间女性吸烟者的分布差别很大，多国比较仅使用了男性吸烟者数据。

结果

吸烟行为

中国有3亿吸烟者，是世界上吸烟人口最多的国家。2010年GATS调查显示中国15岁及以上的人口的吸烟率为28.1%（其中男性为52.9%，女性2.4%）⁶。ITC中国调查用一系列方法去评价吸烟者的烟草消费量、有关吸烟的态度和观念。

每日吸烟量

第三轮调查中，96%的吸烟者为每日吸烟者（男性96%，女性91%），该比例在有数据的19个ITC项目国家中排名第二。

在第三轮中，中国成年吸烟者平均每天吸烟17支，在有数据的8个ITC中低收入国家中，中国男性吸烟者每日吸烟量排名第三（图3）。长沙吸烟者每日平均吸烟量（22）高于其它6个ITC调查城市且差异有显著性：广州（19）、上海（18）、银川（17）、北京（16）、昆明（17）以及沈阳（16）。

卷烟的类型

与其它ITC项目国家相比，中国吸烟者吸工厂生产的卷烟的比例很高，吸手卷烟的比例较低（图4）。在第三轮调查中，92%的吸烟者只吸工厂生产的卷烟，8%的人两种烟都吸，1%的人只吸手卷烟。第三轮调查中，4%的吸烟者报告上个月使用了除卷烟以外的烟草产品。另外，听说过电子烟的吸烟者中，8%报告他们使用过电子烟。在所有吸烟者中，只有2%曾吸过电子烟。

成瘾和对成瘾的感知

众所周知，卷烟具有很高的成瘾性。加拿大的烟盒健康警示特别注明“研究表明烟草比海洛因或可卡因更难戒断”。

吸烟者早晨醒来后多久吸第一支烟是常用的评估依赖/成瘾的指标—该时间越短，成瘾水平越高。在第三轮调查中，29%的吸烟者报告他们醒后5分钟内吸第一支烟，表明烟草成瘾程度达到最严重的水平。该比例高于美国（25%）、加拿大（22%）以及泰国（22%）。这提示与这些国家相比，我国吸烟者对卷烟的依赖性更高。

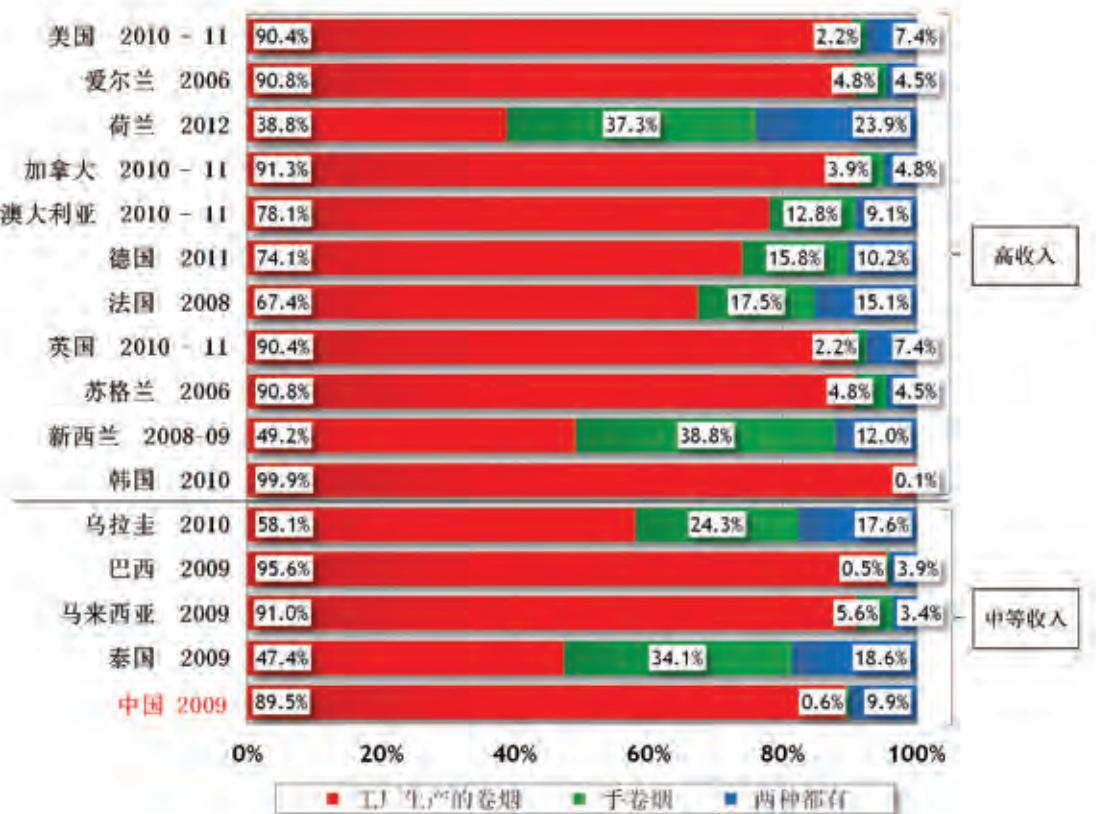
ITC中国调查询问了一个自我感觉成瘾的问题：“你觉得你自己有烟瘾吗？”对这个问题的回答差异很大：在第三轮调查中，只有8%的吸烟者报告他们烟瘾很大，与其他ITC国家相比，我国吸烟者自我感觉的成瘾性非常低。例如，2010年，69%的加拿大吸烟者以及62%的美国吸烟者报告他们烟瘾很大，该比例在韩国为38%（2010年），泰国为28%（2009年）。这些发现可能对戒烟有重要的指导意义，详见本报告的戒烟部分。

图3. 不同国家男性每日吸烟者平均每日吸烟支数



尽管我国男性每日吸烟者的每日吸烟量较高，其自我感觉的成瘾性较低。只有8%的我国男性吸烟者报告他们烟瘾很大，这在19个有数据的ITC国家中是最低的。

图4. 不同国家成年男性吸烟者吸工厂生产的卷烟、手卷烟或两种都吸的比例



吸烟者对吸烟的看法

我国大约一半吸烟者对吸烟有负面看法。在第三轮中，55%的吸烟者觉得吸烟是“不好”或“非常不好”的。我国男性吸烟者觉得吸烟“不好”或“非常不好”的比例在19个ITC项目国家中排名第11位。超过三分之一（39%）的吸烟者觉得吸烟“不好也不坏”，6%认为吸烟“好”或“很好”

有关吸烟的规范

规范是开始吸烟以及吸烟者戒烟的决定性因素。ITC中国调查询问吸烟者对两种规范的认识：（1）社会规范：是否同意“中国社会不赞成吸烟”，和（2）对其重要的人的规范：是否同意“对你重要的人认为你不应该吸烟”。两个问题的回答是对每个陈述的认同程度。

ITC中国的调查结果证实，中国社会似乎更倾向于支持继续吸烟，但多数吸烟者认为对其重要的人认为其不应该吸烟（这一结果与其他ITC国家类似）。在第三轮中，超过一半（53%）的吸烟者认为中国社会不赞成吸烟，该比例明显低于其他中高收入国家如加拿大（84%）、美国（79%）以及泰国（80%）。在对其重要的人的规范上，绝大多数中国吸烟者（85%）“非常同意”或“同意”对其重要的人（如朋友或亲人）认为其不应该吸烟。中国男性吸烟者认为对其重要的人认为其不应该吸烟的比例与其他ITC国家的男性吸烟者相近，如加拿大（86%）、澳大利亚（83%）以及乌拉圭（86%）。

也就是说，与其它国家相比，我国吸烟者感觉到的有关吸烟的规范更支持继续吸烟，而不太支持戒烟。为此，应开展宣传教育运动，降低卷烟的社会接受程度，以改变有关烟草的规范。这样的宣传教育运动在其它国家（如澳大利亚、美国和加拿大）非常成功地形成了反对吸烟的社会风气，在我国也可能同样有效。

对吸烟的健康危害的认识

第三轮调查中，68%的吸烟者认为吸烟已经对他们的健康造成了“一点”或“很大”的危害，32%的吸烟者认为吸烟尚未对他们的健康造成危害。70%的吸烟者“有一点”或“非常”担心吸烟会危害他们今后的健康，30%的吸烟者则“完全不”担心。

后悔吸烟

后悔吸烟是理解吸烟行为一个重要因素。一些人反对控烟的理由是吸烟者只是做了他们想做的事，而且是在知道吸烟危害的情况下选择继续吸烟。然而，加拿大、美国、英国以及澳大利亚的ITC研究发现，大约90%的吸烟者后悔开始吸烟：他们表示如果重新选择一次，他们决不会开始吸烟——这与烟草业努力鼓吹吸烟的益处完全相反³²。另外，后悔吸烟与戒烟意愿密切相关。因此，后悔可作为一个总体评估的重要指标，用来评价吸烟者觉得吸烟是否“值得”以及预测以后是否会戒烟。

ITC中国调查中询问吸烟者是否同意“如果重新选择，你不会吸烟”。完成所有三轮调查的吸烟者中，第一轮中有76%报告他们“同意”或“非常同意”，该比例在第二轮中为77%，第三轮为79%。这些调查结果证实了大多数吸烟者确实后悔吸烟，与“吸烟者只是在做他们喜欢的事”的论调相反。与其他国家相比我国吸烟者后悔吸烟的比例较低，这提示我们应大力加强控烟，提高吸烟者后悔吸烟的比例，促进吸烟者戒烟。

吸烟行为 结论及建议

- 我国人群吸烟率高，吸烟者超过3亿，更为严重的是，与其他国家相比，我国社会更支持吸烟行为，这对控烟提出了严峻挑战。
- 与其它国家吸烟者相比，我国吸烟者对卷烟的成瘾/依赖性更高，而吸烟者对其成瘾水平的感知却更低。不愿认同自己成瘾可能基于文化背景，这将为我国控烟带来巨大挑战。
- 与其他国家相比，我国吸烟者感觉社会和对其重要的人对吸烟的看法更为正面。社会风气可影响人自身的态度和动机，因此这些结果提示我国社会和文化环境较难促使吸烟者考虑戒烟，却更可能鼓励非吸烟者（特别是年轻人）开始吸烟。
- 超过三分之二的吸烟者报告吸烟已经损害了他们的健康，三分之二以上的吸烟者担心吸烟将会损害他们今后的健康。此外，近四分之三的吸烟者后悔开始吸烟。这表明中国吸烟者可能愿意接受教育和戒烟宣传信息，尤其是有关继续吸烟的健康危害以及戒烟的短期和长期健康益处的信息。
- 我国批准了《公约》，对控烟做出了有力承诺，应尽快实施已有循证依据的有效控烟政策，加快履约进程。
- 我国亟需出台相关干预措施和政策，以提高烟草使用危害的知识水平，形成反对吸烟的社会风气。这样的干预措施可增强吸烟者的戒烟意愿，也可创造一个不鼓励非吸烟者（特别是青少年）开始吸烟的社会环境。

戒烟

《公约》第14条要求缔约方“将烟草依赖的诊断和治疗，以及烟草使用戒断的咨询服务纳入全国健康教育项目，计划和策略中”并采取“有效措施促进烟草使用的戒断和烟草依赖的充分治疗”。这些措施包括大众宣传和教育项目，将简短戒烟纳入医疗卫生服务体系，建立戒烟热线，并提供可及和可负担的药物帮助吸烟者戒烟。

ITC中国调查使用一系列问题来评估与戒烟相关的认知、动机以及行为的因素，包括戒烟打算、戒烟的自我效能、对戒烟的结果预期、戒烟史以及戒烟帮助的使用。

如前所述，29%的吸烟者报告他们在醒来后5分钟内吸第一支烟，表明我国吸烟者对卷烟的依赖性较高。尽管如此，我国吸烟者大多不认为他们对卷烟上瘾。成瘾/依赖的身体表征和看法的不同是很重要的。这些结果仍需更多研究证实，但其对戒烟的启示为：我国吸烟者不愿意寻求戒烟帮助，尽管他们比其它国家的吸烟者更需要这样的帮助。

吸烟者戒烟

第三轮调查中，244名完成第二轮调查的吸烟者（7%）已经戒烟，其中94%是男性，6%是女性。大多数戒烟者（86%）年龄在40岁及以上。

戒烟尝试

第三轮中，22%的吸烟者在过去一年中曾尝试戒烟。这在8个中低收入的ITC国家中排名倒数第二，在有数据的19个ITC国家中排名倒数第三（图5）。

戒烟意愿

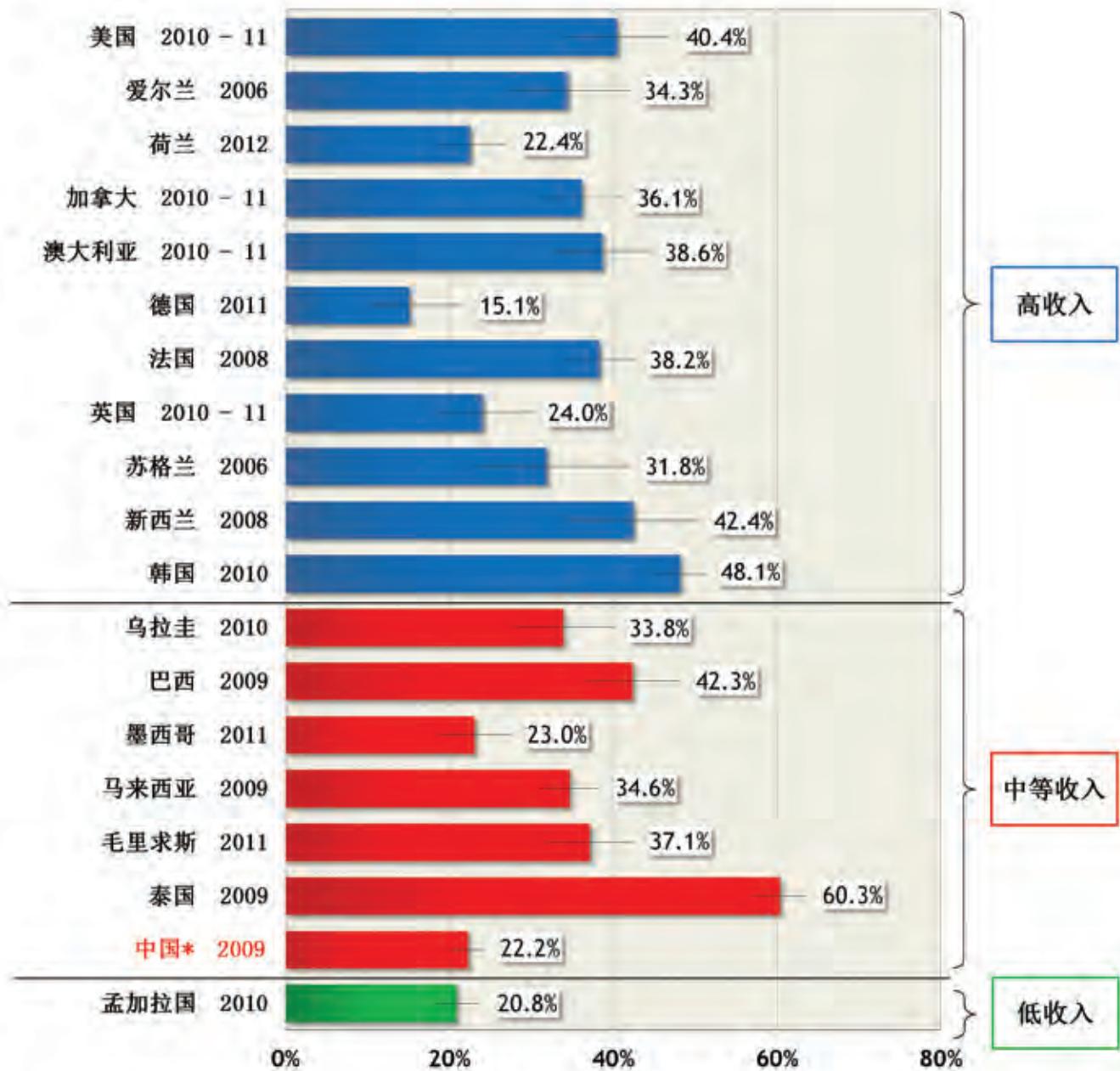
戒烟意愿是对以后是否戒烟的一个重要预测指标。ITC中国调查结果表明我国大多数吸烟者没有意愿戒烟。在第三轮中，只有17%的男性吸烟者计划在接下来的6个月内戒烟。在19个ITC项目国家中排名倒数第三（图6）。约三分之二（67%）的男性吸烟者根本不打算戒烟，不到四分之一（15%）打算在6个月以后戒烟。

Feng等人的研究表明我国吸烟者的戒烟意愿较低（在15%至31%之间），而澳大利亚、加拿大、英国、美国吸烟者打算戒烟的比例在65%至81%之间^{33,34}。为降低烟草相关健康负担，应采取措施提高我国吸烟者的戒烟意愿。ITC中国研究的发现证实，如同西方及亚洲其他很多国家一样，与高收入吸烟者相比，我国低收入吸烟者戒烟意愿较低，对戒烟成功的信心不足，对烟草的依赖程度更为严重³⁵。



无烟宣传海报

图5. 不同国家男性吸烟者过去12个月内尝试戒烟的比例



*在ITC中国第三轮调查中，随访吸烟者和补充吸烟者中用来测量过去一年中尝试戒烟的问题有所不同。我们询问了过去一年中补充吸烟者是否曾尝试戒烟。然而，对于随访吸烟者，我们无法确定第二轮后尝试戒烟的吸烟者，其戒烟尝试是在过去12个月内还是更长时间内。我们把自报第二轮调查后最后一次戒烟尝试在7个月或更长时间之前的戒烟尝试定义为过去一年中的戒烟尝试。因此，过去一年内的戒烟尝试可能有所高估。

图6. 不同国家男性吸烟者计划在6个月内戒烟的比例



戒烟的原因

ITC中国调查询问吸烟者考虑戒烟的原因，无论他们在调查时是否打算戒烟。

在其他国家里，公共场所及工作场所禁止吸烟、控烟宣传、烟盒包装上的图形警示、卷烟价格均为可有效促进戒烟的政策。然而，我国吸烟者很少把这些作为戒烟的理由，这也清楚表明我国亟待加强这些政策²⁰。

在第三轮调查中，11%的吸烟者报告“公共场所、工作场所禁止吸烟”在很大程度上使他们考虑戒烟，“控烟宣传”为6%，“卷烟包装上的健康警语”为4%，报告“卷烟的价格”在很大程度上使他们考虑戒烟的吸烟者最少，仅有3%（图7）。

戒烟帮助和戒烟药物的使用

近期一项研究指出，中国仅有48%的医生询问病人的吸烟状况，其中只有64%对这些病人提供戒烟建议。研究表明医生的建议可鼓励病人戒烟¹⁷。医生能向吸烟者传达吸烟有害健康的相关知识，并能提供戒烟咨询、治疗、或转诊到专业戒烟服务，以帮助吸烟者戒烟³⁶。然而，研究证明我国医生很少建议吸烟者戒烟、提供有关戒烟的信息（戒烟手册）、或转诊到戒烟服务以帮助他们戒烟，其原因包括医学院校缺乏戒烟服务的培训，医生缺乏吸烟有害健康的知识³⁷。

第三轮调查中，29%的吸烟者报告过去6个月曾看过病，其中47%在看病时得到医生的戒烟建议。总体上，我国只有13%的男性吸烟者得到了医生的戒烟建议，该比例低于孟加拉国、泰国、巴西以及乌拉圭，但高于毛里求斯、马来西亚以及墨西哥（图8）。在过去6个月看过病的吸烟者中，只有3%得到了戒烟手册，5%被推荐到相关机构帮助戒烟。

吸烟者也很少得到当地戒烟门诊（8%）和戒烟热线（2%）的戒烟信息。其原因可能是在调查时，戒烟服务机构数量很少。在开展ITC调查的中低收入国家中，巴西男性吸烟者使用戒烟热线的比例是我国的两倍多，而其他国家与我国相近（图9）。戒烟服务及药物的缺乏可能导致吸烟者无法成功戒烟。另外，吸烟者可能不知道戒烟的短期及长期益处。我国仅有约三分之一的男性吸烟者认为如果他们戒烟，在健康及其它方面会有很大收益，而在其他16个ITC国家男性吸烟者中该比例超过50%。提高有关戒烟的健康益处的认知水平能提高戒烟意愿并维持戒烟状态²⁰。

在第三轮中，吸烟者曾使用戒烟药物的比例很低。只有大约5%的吸烟者使用了下列戒烟药物及治疗：尼古丁口香糖（5%），尼古丁贴片（4%），安非他酮（3%），针灸（3%），和其它药物（5%）。在18个有数据的ITC国家中，我国过去一年中尝试过戒烟的男性吸烟者使用戒烟药物的比例排名倒数第二（图10）。

图7. ITC中国第三轮调查（2009年5-10月）中吸烟者报告不同原因使他们“很大程度上”想戒烟的比例

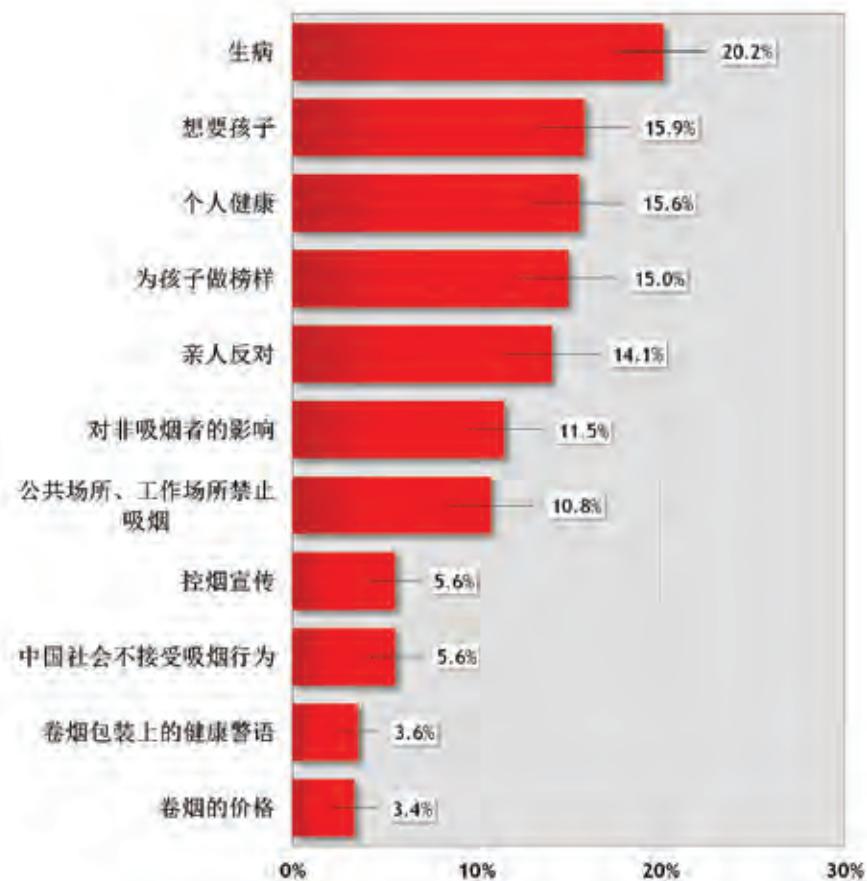
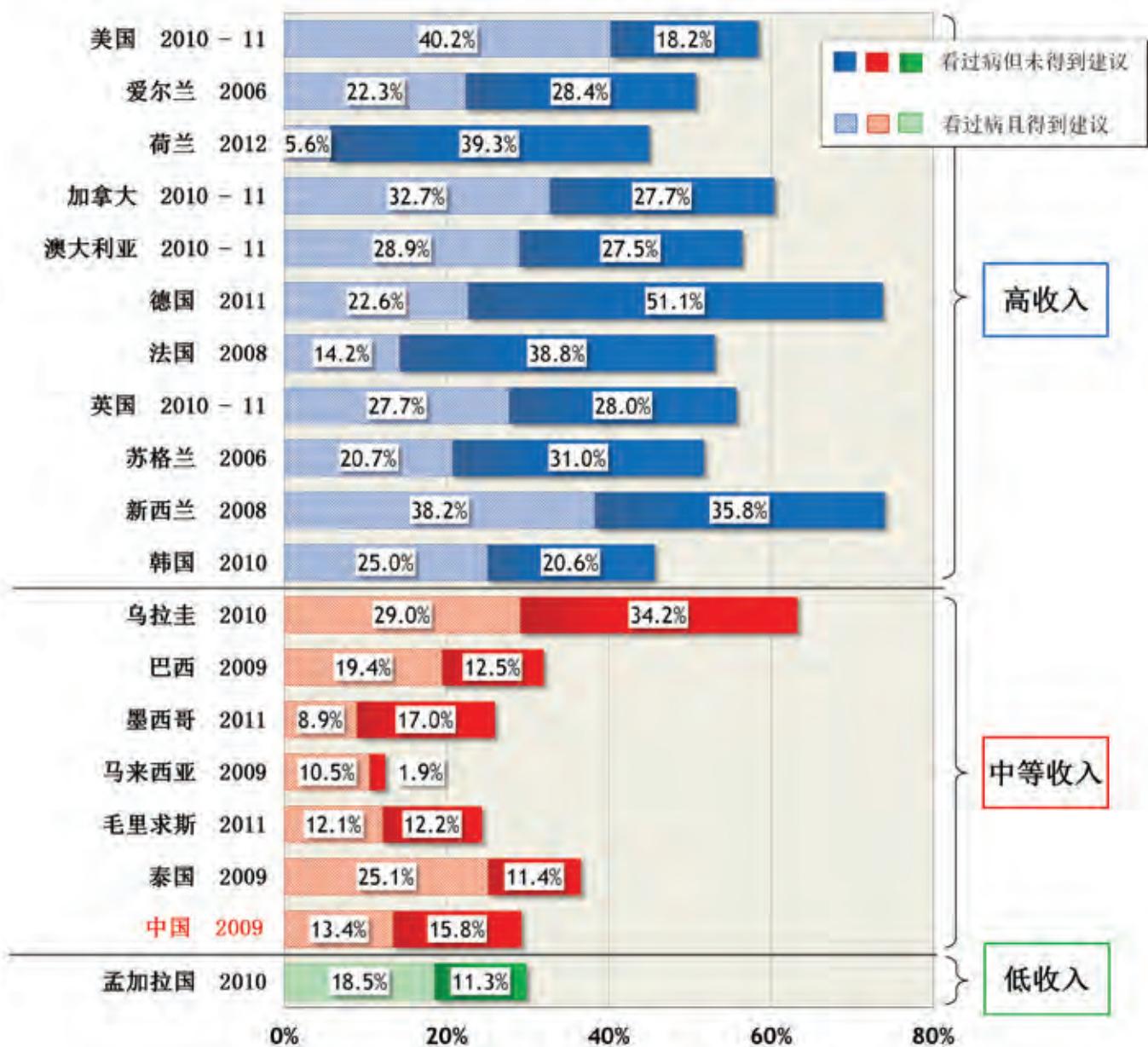


图8. 不同国家男性吸烟者看病以及得到戒烟建议的情况

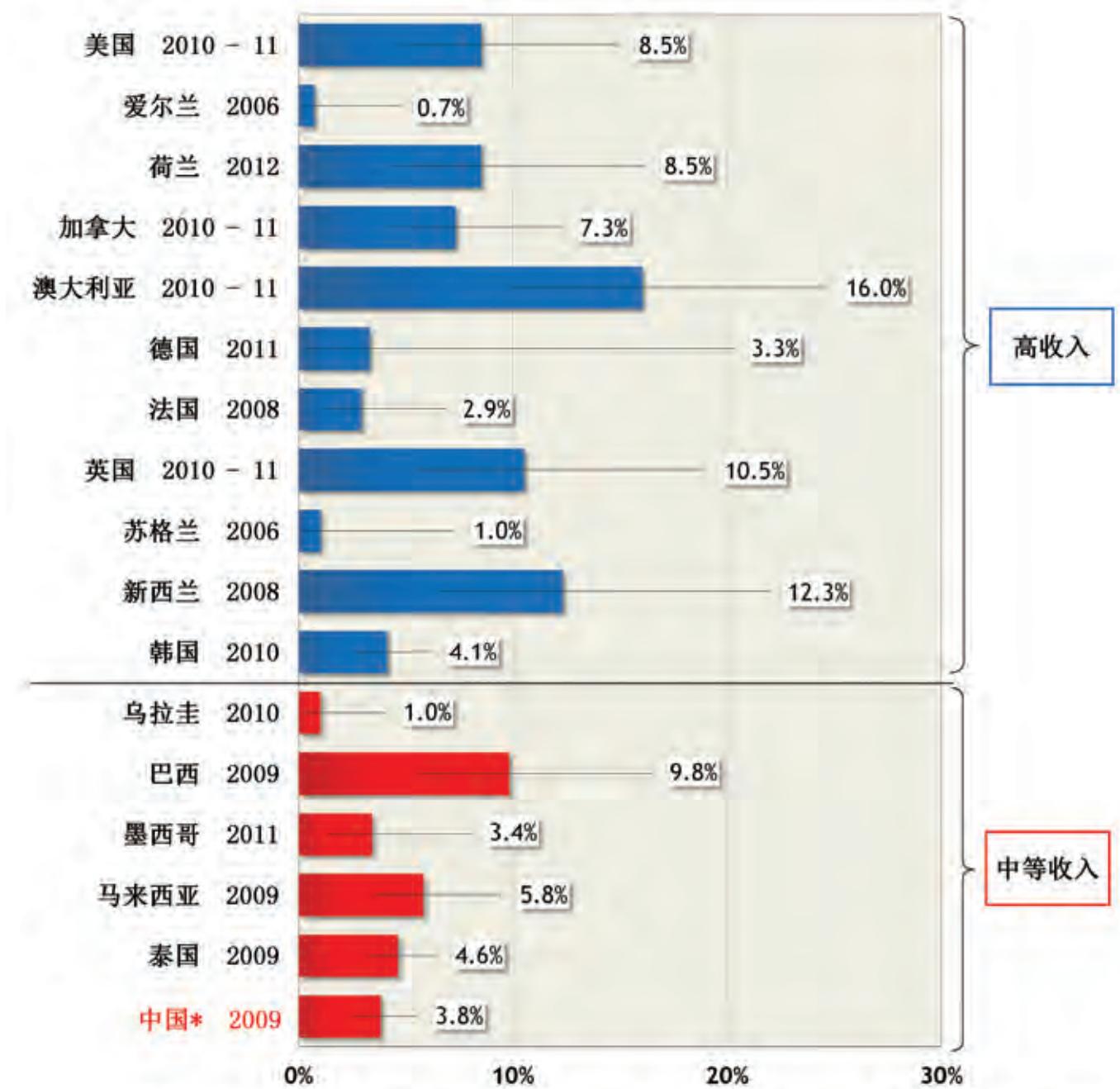


“中国国际戒烟竞赛”的评估

中国国际戒烟竞赛是两年一次的戒烟竞赛，设立大奖鼓励戒烟。2006年，中国国际戒烟竞赛已覆盖了31个省，大约有130,000名吸烟者参加。在三轮调查中，我们均询问了吸烟者有关中国国际戒烟竞赛的知晓率和有效性的问题。我们仅评估了2006年戒烟竞赛，因为只有这一年的戒烟竞赛与ITC调查在同一举行。

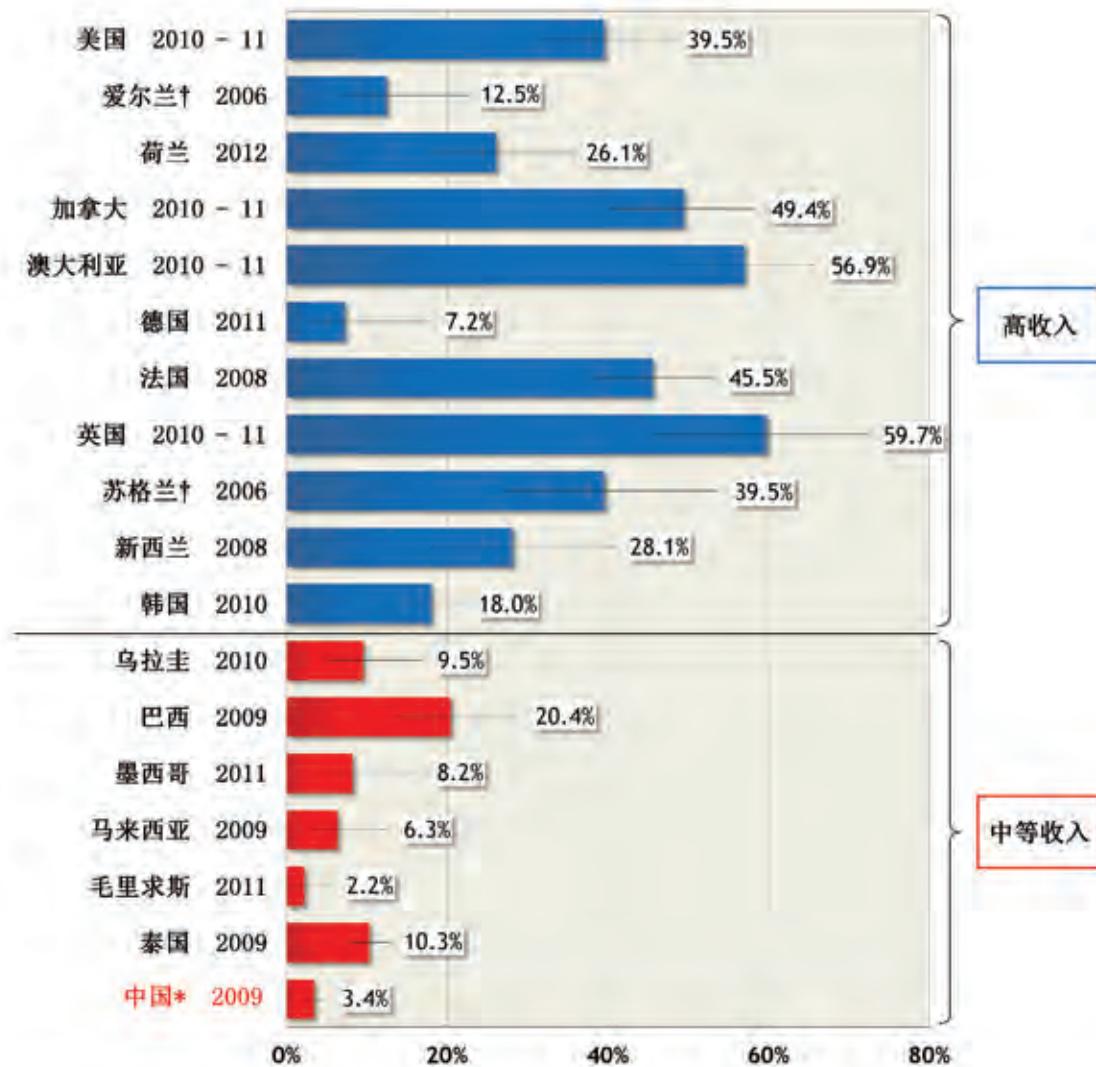
总体上，吸烟者对中国国际戒烟竞赛的知晓率很低。第一轮调查中，只有13%的吸烟者听说过戒烟竞赛，其中只有3%人的参加过戒烟竞赛。如果增加对戒烟竞赛的宣传，可能会吸引更多吸烟者的参与。听说过中国国际戒烟竞赛的人对此竞赛有正面的评价。第一轮调查中，听说过戒烟竞赛的吸烟者中有47%报告该竞赛使他们“有点”或“非常”想戒烟。

图9. 不同国家过去一年尝试戒烟的男性吸烟者使用戒烟热线（或相关服务）的比例



* 在ITC中国第三轮调查中，随访吸烟者和补充吸烟者中用来测量过去一年中尝试戒烟的问题有所不同。我们询问了过去一年中补充吸烟者是否曾尝试戒烟。然而，对于随访吸烟者，我们无法确定第二轮后尝试戒烟的吸烟者，其戒烟尝试是在过去12个月内还是更长时间内。我们把自报第二轮调查后最后一次戒烟尝试在7个月或更长时间之前的戒烟尝试定义为过去一年中的戒烟尝试。因此，过去一年内的戒烟尝试可能有所高估。

图10. 不同国家过去一年尝试戒烟的男性吸烟者使用戒烟药物的比例



* 在ITC中国第三轮调查中，随访吸烟者和补充吸烟者中用来测量过去一年中尝试戒烟的问题有所不同。我们询问了过去一年中补充吸烟者是否曾尝试戒烟。然而，对于随访吸烟者，我们无法确定第二轮后尝试戒烟的吸烟者，其戒烟尝试是在过去12个月内还是更长时间内。我们把自报第二轮后最后一次戒烟尝试在7个月或更长时间之前的戒烟尝试定义为过去一年中的戒烟尝试。因此，过去一年内的戒烟尝试可能有所高估。

† 在ITC爱尔兰及苏格兰调查中，有关戒烟药物的使用询问的是过去6个月内的情况。

戒烟 结论及建议

- 与其他国家相比，我国吸烟者在尝试戒烟和戒烟意愿方面处于非常低的水平。因此，我国吸烟者需要更多的戒烟帮助。
- 健康警示和卷烟价格是我国吸烟者最少提到的戒烟原因，因此我国亟需更有力的税收措施和健康警示以鼓励吸烟者戒烟。
- 我国吸烟者很少使用戒烟帮助和戒烟药物。
- 成功戒烟往往需要重复干预和多次尝试。因此需要提高医疗卫生系统戒烟服务的能力，充分发挥其促进戒烟的作用。
- 为了提高戒烟成功率，应该提供专业咨询和药物治疗。戒烟服务及尼古丁替代治疗等戒烟药物的可及性非常重要，尤其是针对农村地区以及城市里的低收入吸烟者。
- 应加强对医务人员的培训，鼓励他们向病人提供简短戒烟干预，或推荐病人使用戒烟门诊等专业戒烟服务。

无烟公共场所及工作场所

《公约》第8条要求采取有效措施保护人们免受烟草烟雾危害。2005年我国批准《公约》，也就有义务在2011年前禁止在室内公共场所和工作场所吸烟。《公约》第8条实施准则推荐在室内公共场所及工作场所全面禁烟，不允许设置任何例外。我国有7.4亿非吸烟者遭受二手烟暴露的危害，其中1.82亿是儿童，每年由于二手烟暴露导致10万人死亡。

2011年3月22日，卫生部颁布《公共场所卫生管理条例实施细则》并于2011年5月1日生效。《实施细则》第18条对公共场所室内无烟规定如下：（1）室内公共场所禁止吸烟。（2）公共场所经营者应当设置醒目的禁止吸烟警语和标志。以及（3）公共场所经营者应当开展吸烟危害健康的宣传，并配备专（兼）职人员对吸烟者进行劝阻。尽管这些无烟规定非常详细、具体，但缺乏有关执法、罚款或其它处罚的规定。到目前为止，《实施细则》似乎并未明显降低公共场所的吸烟现象。在“十二五”规划纲要中，也明确提出“全面推行公共场所禁烟”。

如表5所示，在ITC中国前三轮调查期间，部分项目城市在工作场所、餐厅、酒吧等场所实施了无烟法规，包括北京2008年5月颁布的无法法规，规定在学校、医院、政府办公楼、奥运场所全面禁烟，在工作场所和餐馆部分禁烟。第三轮调查后，更多城市层面的无烟法规得以实施，包括银川（2009年6月，第三轮现场调查期间）和杭州（2010年3月）在10类公共场所禁止吸烟，上海（2010年3月）和广州（2010年9月）在12类公共场所禁止吸烟。

尽管这些无烟行动代表了中国履行《公约》第8条的一些初步行动，但这些法规都不全面，而且实施力度不足。

ITC中国调查使用一系列指标评估无烟政策效果，例如对工作场所（前三轮）、酒吧（第二轮及第三轮）、医院（第三轮）以及学校（第三轮）无烟政策的知晓程度。为评估公共场所无烟政策效果以及对无烟政策的需求，ITC中国调查询问吸烟者及非吸烟者是否在室内工作场所、酒吧、餐厅及出租车（第二轮及第三轮）注意到有人吸烟以及对不同场所无烟法规的支持度。为评估无烟政策的实施是否影响家中吸烟，ITC中国调查询问吸烟者在家里有关吸烟的规定（前三轮）。

表5. ITC中国项目前三轮调查中各项目城市工作场所、餐厅和酒吧实施无烟政策的情况

北京			沈阳			上海			长沙			广州			银川			
场所	第一轮 (2006)	第二轮 (2007-08)	第三轮 (2009)	第一轮 (2006)	第二轮 (2007-08)	第三轮 (2009)	第一轮 (2006)	第二轮 (2007-08)	第三轮 (2009)	第一轮 (2006)	第二轮 (2007-08)	第三轮 (2009)	第一轮 (2006)	第二轮 (2007-08)	第三轮 (2009)	第一轮 (2006)	第二轮 (2007-08)	第三轮 (2009)
工作场所			部分禁烟 ²										部分禁烟 ²	部分禁烟 ²	部分禁烟 ²			
餐馆			部分禁烟 ^{3,4}			部分禁烟 ^{3,4}			部分禁烟 ^{3,4}				部分禁烟 ²	部分禁烟 ²	部分禁烟 ²			部分禁烟 ¹
酒吧																		

¹允许指定吸烟室 (DSRs)

²完全禁烟只应用于有空调的场所

³奥运村餐厅限制，但允许指定吸烟室

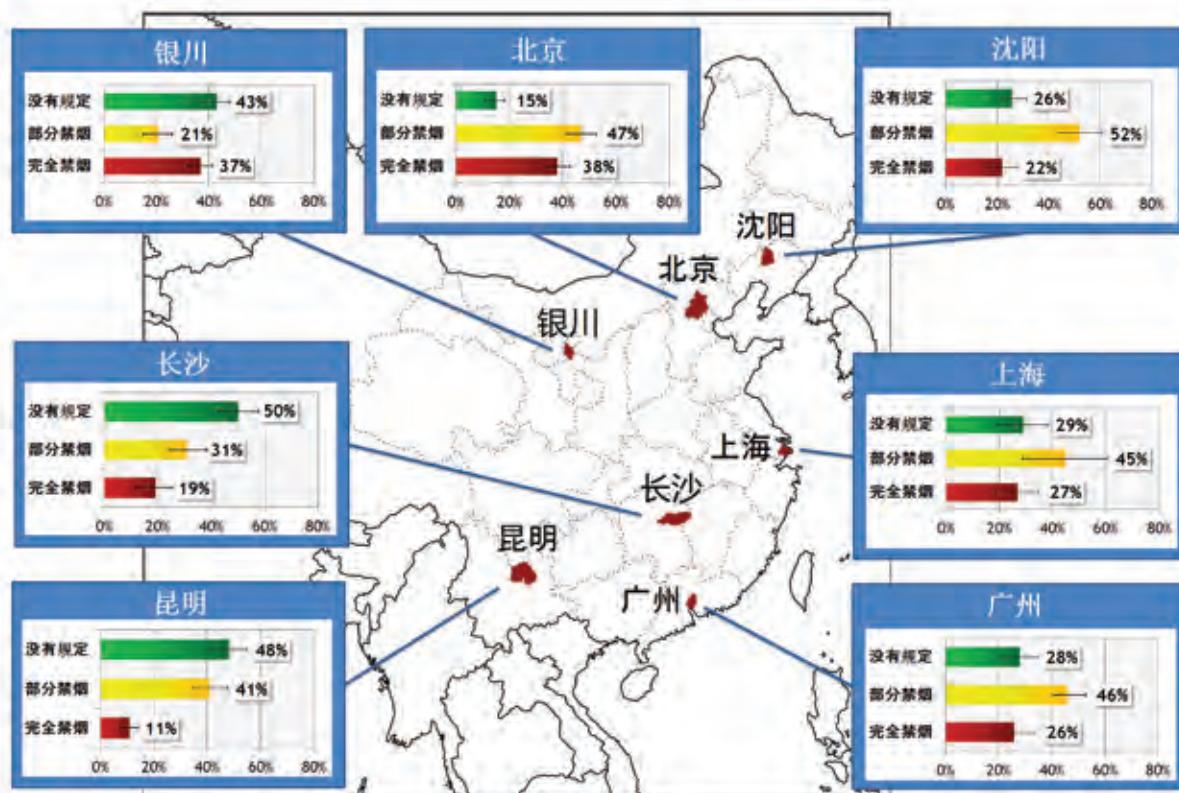
⁴要求在中型和大型场所中最少75%的座位是无烟的

工作场所吸烟政策

工作场所全面禁止吸烟是保护公众免受二手烟危害的重要策略之一。在第一轮调查中，广州市的无烟法规禁止在有空调的工作场所吸烟；但该政策没有得到很好的执行³⁸。2010年9月（第三轮调查后），广州修改了无烟法规，禁止在包括工作场所在内的12类室内公共场所吸烟。第四轮调查将用以评估修改后的广州无烟法规是否能成功减少这些场所内的吸烟现象。在本报告中，我们使用ITC中国调查第三轮数据评估了2008年（第二轮调查后）北京市颁布的无烟法规（在工作场所全面禁烟；在餐厅部分禁烟，允许设置吸烟室）。

调查的6个城市中多数工作场所没有全面无烟法规（图11）。在第三轮中，北京38%的吸烟者以及银川37%的吸烟者报告其室内工作场所全面禁烟，而在昆明只有11%的吸烟者报告其室内工作场所全面禁烟。

图11. ITC中国第三轮（2009年5-10月）中，银川、北京、沈阳、上海、广州、昆明和长沙吸烟者报告工作场所无烟政策情况

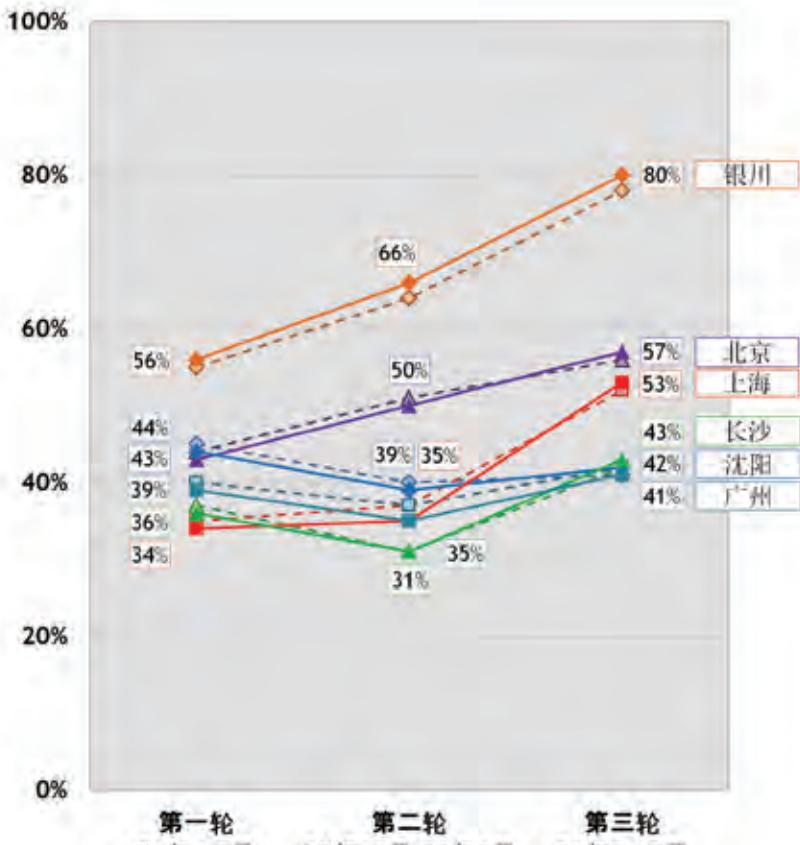


吸烟者报告其工作场所对吸烟没有任何规定或限制的比例在长沙最高，达50%；在北京最低，为15%。在上海、广州、长沙、沈阳、银川5个城市内，吸烟者报告其工作场所对吸烟没有任何规定或限制的比例均比非吸烟者更高。例如，长沙28%的非吸烟者报告其工作场所对吸烟没有任何规定或限制，而吸烟者则达到50%。

第三轮调查中，多数吸烟者报告在过去6个月中在室内工作场所注意到了吸烟现象，其比例由61%（北京）至84%（长沙）之间（图12）。与第二轮调查相比，除广州、沈阳外其他城市该比例略有下降（下降幅度不到10%），而在广州，该比例由70%上升到了71%；沈阳该比例没有变化。

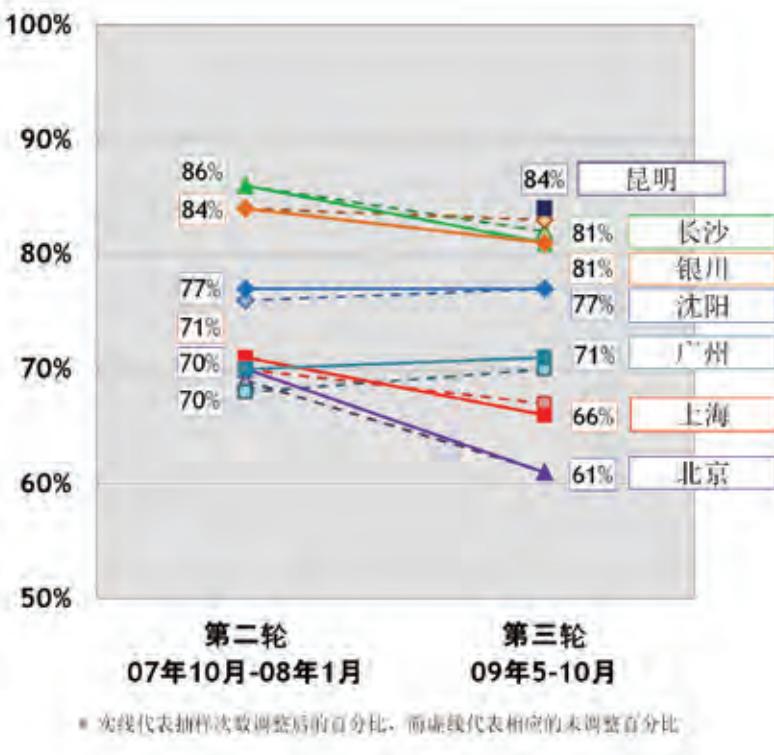
在第二轮及第三轮之间，吸烟者对室内工作场所全面无烟的支持率在六个城市内均有所上升（图13）。上海的支持率上升最大，由第二轮的35%上升到第三轮的53%，上升幅度达18%。上海和银川公众对无烟法规的支持率在颁布新的无烟法规后明显上升，这与爱尔兰、苏格兰、英国其他地区以及法国全面无烟法律实施后的情况一致。在第三轮调查中，超过一半（57%）的北京吸烟者支持室内工作场所全面禁烟，广州（41%）、沈阳（42%）、长沙（43%）吸烟者的支持率仅比北京略低。

图13. 各轮调查中不同城市吸烟者支持室内工作场所全面禁烟的比例*



* 实线代表抽样次数调整后的百分比，而虚线代表相应的未调整百分比

图12. 各轮调查中不同城市吸烟者在其室内工作场所看到有人吸烟的比例*



* 实线代表抽样次数调整后的百分比，而虚线代表相应的未调整百分比

综上所述，我国多数吸烟者及非吸烟者仍在室内工作场所暴露于二手烟。昆明和长沙半数吸烟者所在室内工作场所对吸烟没有规定或限制。从第二轮到第三轮调查期间，六城市公众对室内工作场所全面无烟的支持率均有升高，提示室内工作场所全面无烟在我国受到欢迎。

ITC中国调查发现，6个城市内对工作场所全面无烟政策的支持率在第二轮与第三轮调查期间均有所升高。

餐厅内吸烟率以及北京、沈阳、上海无烟政策的效果

2008年5月（第二轮调查后），北京、沈阳、上海在餐厅里实施了无烟政策，银川在第二轮调查后也在餐厅里实施了部分禁烟政策。以上所有政策均在餐厅里限制吸烟，但允许设置吸烟室。ITC中国数据显示，第三轮调查中，绝大多数吸烟者报告过去6个月中在餐厅里注意到吸烟现象（图14）。6城市超过87%的调查对象在餐厅里注意到吸烟现象，其中比例最低的城市为北京（88%）。

第二轮与第三轮之间，在长沙、北京、银川以及广州四城市内，调查对象过去6个月内注意到吸烟现象的比例有微小的下降（低于10%）。例如，在北京该比例降低了7%（由95%下降至88%），而银川下降了4%（由96%下降至92%）。但是在沈阳，调查对象过去6个月内注意到吸烟现象的比例反而上升了5%（由90%上升至95%）。

ITC中国调查的发现证实，餐厅里的吸烟现象仍极为普遍。2008年5月北京、沈阳及上海实施的餐厅部分禁烟政策并未引起餐厅内吸烟现象的明显下降。相比之下，爱尔兰实施全面无烟法规之后，调查对象在餐厅内注意到吸烟现象的比例由85%下降至3%，下降幅度接近100%³⁹。

第三轮调查时，银川（49%）及北京（47%）几乎一半的吸烟者支持在餐厅内实施全面禁烟（图15）；而其他四个城市内支持率在22%（广州）至35%（上海）之间，低于银川及北京。在第二轮和第三轮调查之间，北京调查对象对餐厅内全面禁烟的支持率上升幅度最大，达14%。这与其他ITC项目国家实施全面无烟法规后的情况一致。银川在第二轮和第三轮之间对餐厅全面无烟政策的支持率由45%小幅上升至49%，而银川的无烟法规在2009年6月才生效，当时第三轮调查正在进行中。

以上结果证明我国相当一部分吸烟者的确支持在餐厅内全面禁止吸烟。事实上，银川和北京吸烟者的支持率与爱尔兰实施其极为成功的全面无烟法规前吸烟者对餐厅全面禁烟的支持率（46%）颇为接近。这样的发现非常鼓舞人心。可以预计，如能对我国公众开展健康教育，使其了解二手烟危害以及实施国家级全面无烟法规对公共卫生的重要性，对全面无烟法规的支持率将进一步上升。

图14. 第二轮及第三轮调查中不同城市吸烟者在餐厅内看到有人吸烟的比例*

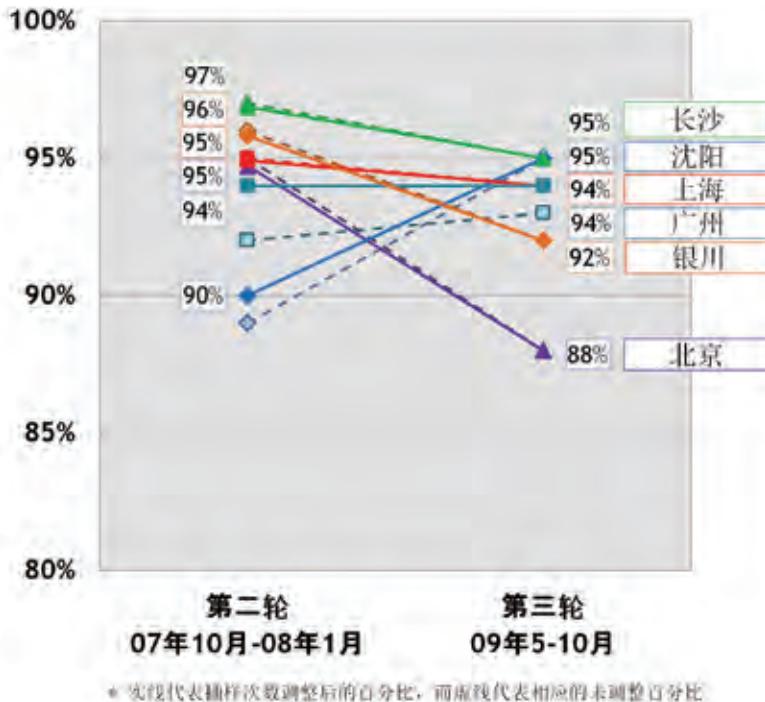
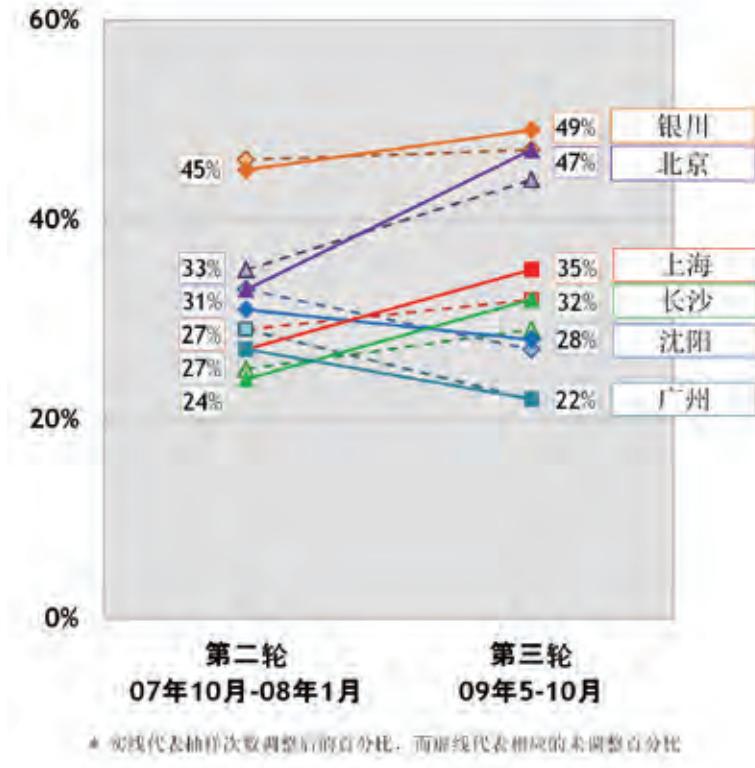


图15. 第二轮及第三轮调查中不同城市吸烟者支持餐厅全面禁烟的比例*



在缺乏无烟法规的情况下酒吧内的吸烟情况

前三轮调查期间，各城市均未针对酒吧制定无烟法规。与餐厅的情况类似，第三轮调查中，绝大多数吸烟者报告过去6个月中在酒吧注意到吸烟现象

（图16）。在4个城市内，超过90%的吸烟者在酒吧内注意到吸烟现象。北京吸烟者在酒吧内注意到吸烟现象的比例最低，为84%。

银川和北京吸烟者支持酒吧全面禁止吸烟的比例最高，分别为44%及34%。在第二轮和第三轮调查之间，这两个城市对酒吧全面禁烟支持率的上升幅度也最大：北京为10%，银川为11%（图17）。

比较中国和爱尔兰吸烟者对酒吧全面禁烟的态度有着重要的意义：爱尔兰成功实施全面无烟立法之前，仅有12%的爱尔兰吸烟者支持在酒吧全面禁烟。也就是说，在ITC中国项目6个城市中，对酒吧全面禁烟的支持率远高于爱尔兰实施全面无烟立法之前的支撑率。这表明，全面无烟法规如能得到政府支持以及强有力的执法，在我国很可能取得成功。

部分城市吸烟者对餐厅、酒吧全面无烟政策的支持率比爱尔兰成功实施全面无烟政策前爱尔兰吸烟者的支持率更高，这提示全面无烟法规如能得到政府支持以及强有力的执法，在我国很可能取得成功。

图16. 第二轮及第三轮调查中不同城市吸烟者在酒吧看到有人吸烟的比例*

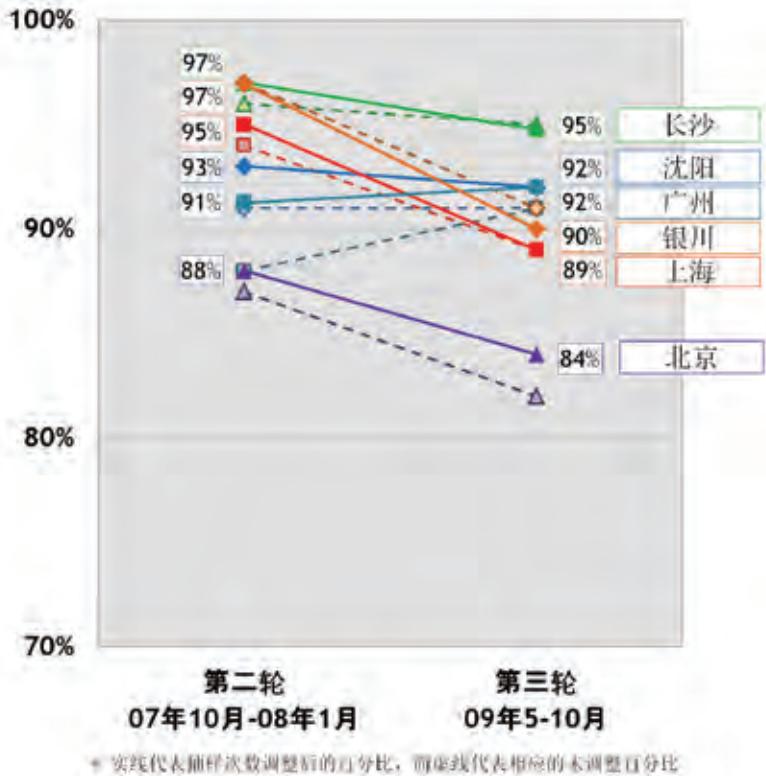
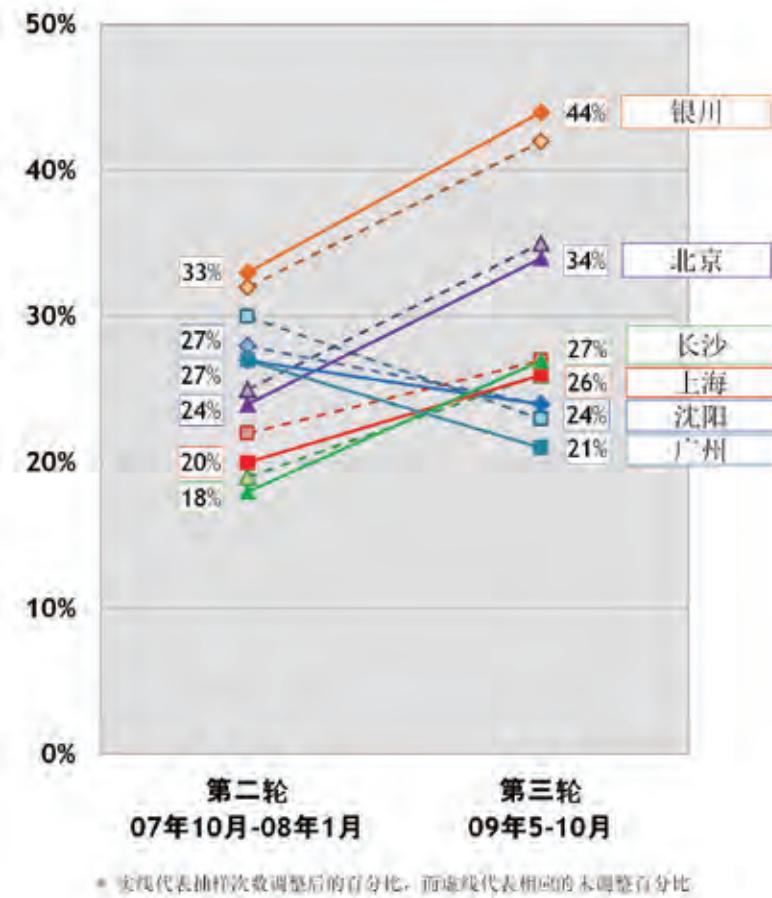


图17. 第二轮及第三轮调查中不同城市吸烟者支持酒吧全面禁烟的比例*

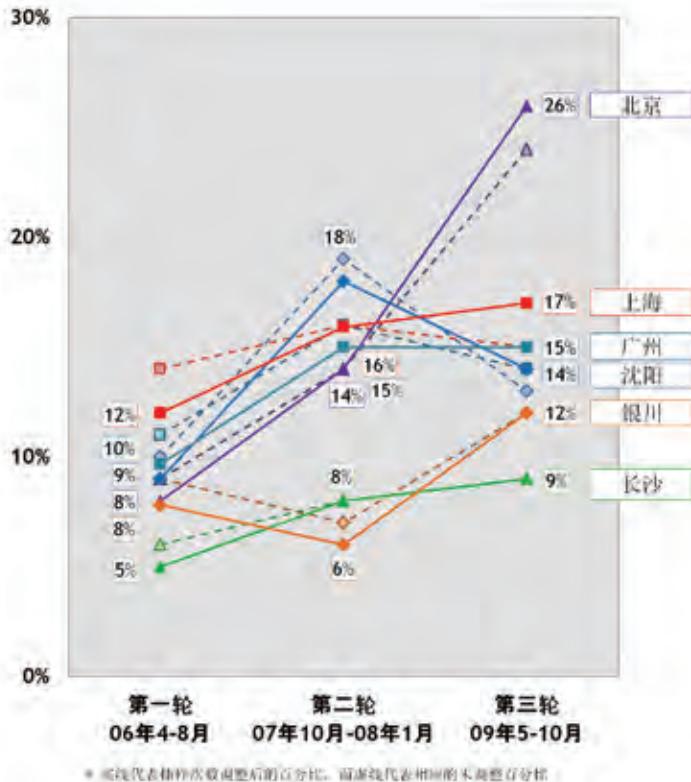


在家吸烟

第三轮调查中，北京吸烟者在家里室内全面禁烟的比例最高，达到26%。而在家里对吸烟没有规定或限制的吸烟者比例在昆明为61%，在长沙为68%，在银川为69%。相比于吸烟者，非吸烟者更倾向于在家里全面禁烟。昆明26%的非吸烟者报告家中全面禁烟，北京为54%，上海为56%。

第一轮和第三轮之间，吸烟者在家里全面禁烟的比例在六城市内均有上升（图18）。第二轮与第三轮之间北京吸烟者在家全面禁烟的比例上升幅度最大：由14%升高到26%。从时间上看，这发生于北京2008年5月在奥运场所及北京市招待场所实施无烟法规后。以上发现与ITC项目在其他国家的发现一致：公共场所禁烟不会导致家里吸烟上升，相反，家里吸烟情况在公共场所禁烟后往往有所下降^{39, 40, 41, 42, 43}。这一发现说明公共场所无烟法规可促进家庭等私人空间的无烟。

图18. 各轮调查中不同城市吸烟者在家里全面禁烟的比例*



无烟公共场所及工作场所 结论及建议

- 我国为《公约》的签约国，有义务按照《公约》第8条实施准则的要求实施强有力的全面无烟法规。为保护公众免受二手烟危害，我国必须实施强有力的国家水平全面无烟法规，在餐厅、酒吧等一切室内公共场所禁止吸烟，且不设置任何例外。
- 2011年5月1日，卫生部颁布了《公共场所卫生管理条例实施细则》，禁止在室内公共场所吸烟。这是我国迈出的可喜的一步。然而，《实施细则》缺乏执法和处罚的规定，可能难以像其他一些国家的全面无烟法规一样有效，因此多数国人将继续遭受二手烟暴露的危害。
- ITC中国调查证实，我国实施的多个部分禁烟法规没有明显降低餐厅、酒吧、工作场所等主要公共场所内的二手烟暴露。
- 对工作场所全面无烟政策的支持率已出现明显上升，约半数吸烟者支持工作场所全面无烟。这提示全面无烟政策在我国极有可能取得成功。
- 我国吸烟者对餐厅、酒吧全面无烟法规的支持率虽然相对较低，但与爱尔兰成功实施全面无烟法规之前爱尔兰吸烟者的支持率较为接近，这提示我国有可能在国家水平实施更为有力的全面无烟法规。
- 我国有能力明显降低人群二手烟暴露水平，这将大大降低我国每年死于二手烟暴露导致疾病的人数（10万人）。其他ITC项目国家的经验提示，成功实施无烟法规的主要因素包括：1) 开展大规模宣传活动，向公众普及二手烟危害以及无烟法规保护健康的知识；2) 强有力且尺度统一的执法。全球无烟伙伴（<http://www.globalsmokefreepartnership.org>）提供无烟政策相关信息和材料以及实施、执法以及培训的技术支持，是帮助各国实现100%无烟环境的重要资源。

烟盒健康警示标识

2008年10月之前，我国的健康警示标识很小，而且位置是在烟盒侧面。2008年10月开始实施的更大的文字方式健康警示位于包装盒的正面和背面，分别占据两面面积的30%（图19），两面警示标识内容相同，但背面的内容使用英文（图20）。这样的健康警示没有达到2008年11月通过的《公约》第11条实施准则的标准，该标准要求包括中国在内的所有缔约国须使用图形方式健康警示，健康警示应位于烟盒上部，且面积不少于正面及背面面积的50%。中国ITC调查结果和ITC项目的一项实验性研究结果表明，我国仍有必要进一步改进烟盒健康警示。2012年4月，我国再次更新了烟盒健康警示。然而，更新后的警示仍没有达到《公约》的最低要求。尽管字号增大了一倍，然而警示的尺寸没有变化。烟盒背面的英文警示改成了中文，但仍未使用图形警示。

国际研究和ITC项目开展的研究结果均表明，烟盒健康警示是向公众普及吸烟健康危害知识的一种有效工具^{44, 45, 46}。健康警示的主要目的是向公众宣传烟草产品的危害，从而提高吸烟者戒烟的可能性⁴⁷，因此，强有力的健康警示是全面烟草控制手段的基础。研究发现，大幅图形方式健康警示可提高人们对于吸烟危害的认识，增加关于吸烟健康风险的考虑，增加可以激发戒烟打算和戒烟尝试的行为（例如回避健康警示、打消吸烟念头等）。

本节描述了我国2008年开始实施的健康警示。ITC中国调查和一项由ITC中国项目开展的实验性研究数据显示，2008版健康警示是无效的。同时，这也提示我国2012年4月开始实施的烟盒警示同样是无效的，因为其同样没有达到《公约》的最低要求。

对2008年10月开始实施的健康警示的分析

我国2008年10月开始使用的纯文字型健康警示不符合2008年11月缔约方会议通过的《公约》第11条实施准则。2008版健康警示位于烟盒的下方，分别占据正面和背面的30%，内容包括两条很笼统的信息：“吸烟有害健康”和“戒烟可减少对健康的危害”。包装盒背面的内容与正面相同，但是采用英文方式。根据《公约》第11条实施准则的建议，健康警示应采用图形方式，应轮换使用，且警示面积应占据包装盒正面及背面的50%以上。由表6可以看出，在《公约》第11条实施准则的九条要求中，2008版的健康警示仅达到了其中一条。

ITC中国调查采用了一系列问题对健康警示的有效性进行评估。例如，在测定警示标识明显程度时询问的问题包括：（1）在过去一个月内调查对象注意到警示标识的频率如何；（2）调查对象是否仔细阅读过健康警示内容（两个问题均为4级打分）。在测定行为反应时询问的问题包括健康警示在多大程度上（1）当吸烟者打算吸烟的时候，因为健康警语而没有吸；（2）使他们考虑到吸烟对健康的危害；以及（3）使他们考虑戒烟。

图19. 烟盒上（侧面和正面）旧的健康警示
(2008年10月之前) 和新的健康警示(2008年10月之后)



图20. 2008年10月中国开始使用的文字方式健康警示(烟盒背面为英文警示)



表6. 中国2008版烟盒健康警示与世界卫生组织《烟草控制框架公约》第11条实施准则要求的比较

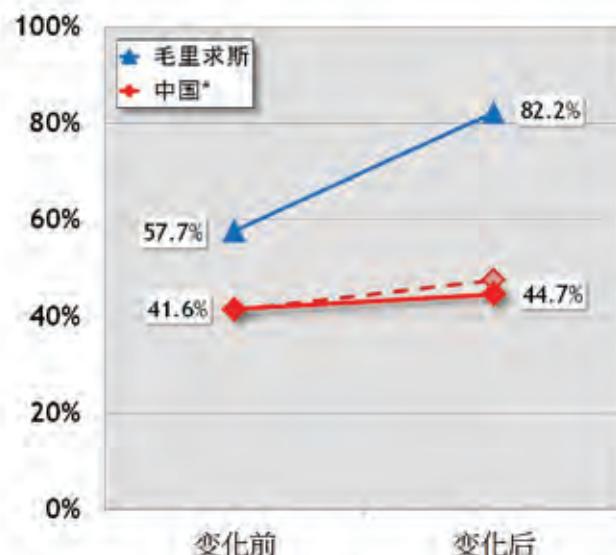
实施准则		是	否
1	健康警示应在烟盒的正面及背面使用	✓ ?	
2	应在烟盒的上部		✓
3	应尽可能的大（至少占主要可见面积的50%）		✓
4	应使用全色图片		✓
5	应多条信息轮换使用		✓
6	应包括一系列的警示和信息		✓
7	应包括二手烟危害的信息		✓
8	应建议戒烟		✓
9	应列出主要成份，但不应列出数字		✓

注：第一条使用了问号，因为烟盒背面警示是英文的

注意到健康警示

烟草产品包装上的健康警示是告知公众烟草使用危害信息的重要手段⁴⁴。如表6所示，我国2008版健康警示不符合《公约》第11条实施准则的要求。而2008年10月，毛里求斯将健康警示从文字方式改为图形方式，达到了《公约》第11条实施准则的要求。如图21所示，使用2008版健康警示之后，我国吸烟者“经常”注意到健康警示的比例基本上没有发生变化（第二轮调查时为42%，第三轮调查时为45%），因此也就没有起到提高健康警示有效性的作用。相比之下，毛里求斯在采用了大面积图形方式健康警示之后，吸烟者“经常”注意到健康警示的比例由原来的58%提高到了82%。以上结果表明，我国应根据《公约》第11条实施准则要求对健康警示进行修改，这将有望明显提高健康警示的有效性。

图21. 烟盒健康警示改变前后毛里求斯（由文字变成图形）和中国（只是文字变大）吸烟者过去一个月“经常”或“总是”看到健康警示的比例

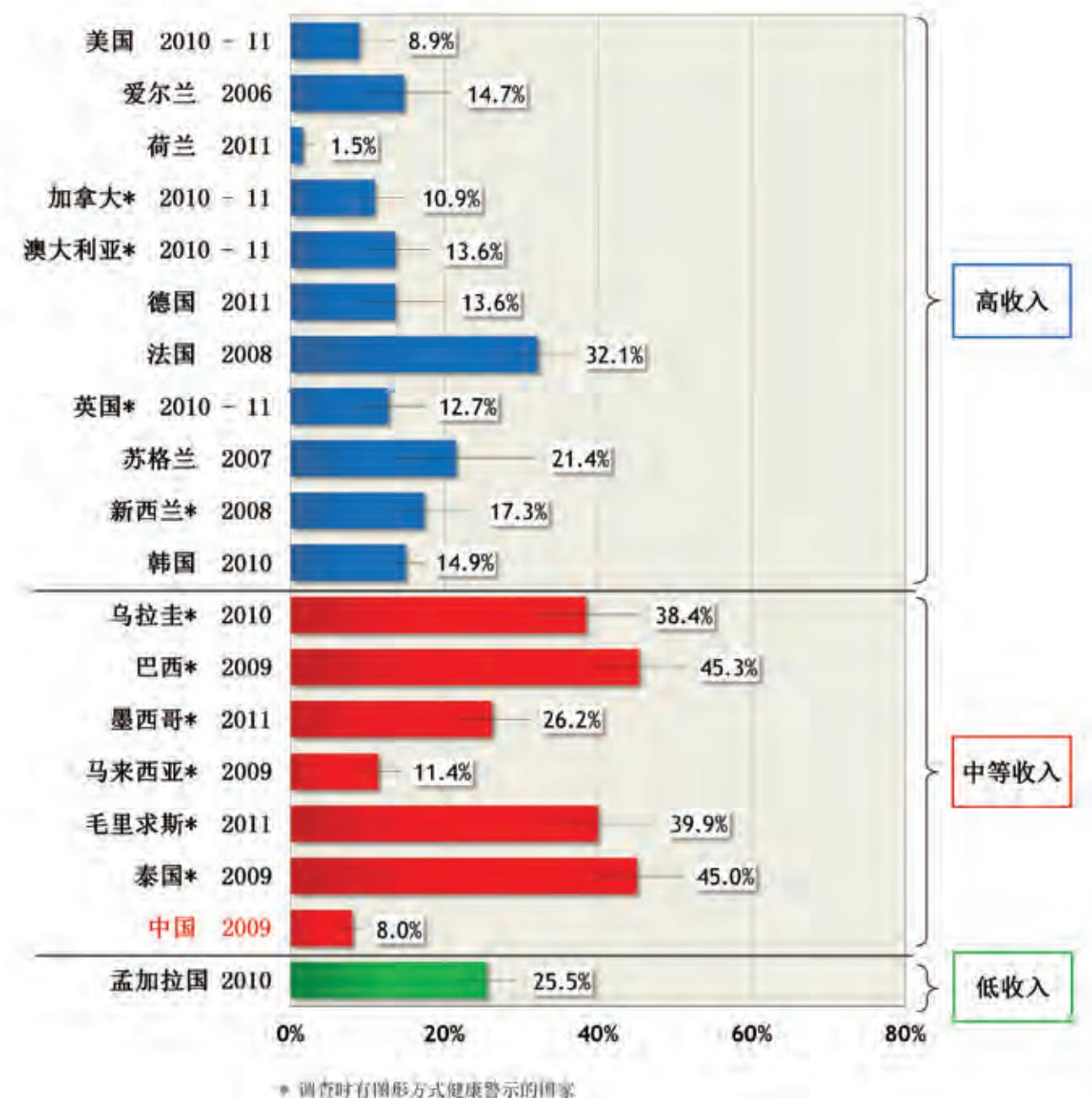


* 实线代表抽样次数调整后的百分比，而虚线代表相应的未调整百分比

健康警示的影响

对于我国大多数吸烟者而言，2008版健康警示不能促使他们考虑吸烟的健康风险。ITC中国第三轮调查发现，仅有8%的吸烟者表示健康警示让他们在“很大程度”上考虑吸烟对健康的危害，这在有数据的19个ITC项目国家中排在了倒数第2位（图22）。在实施2008版健康警示之后，吸烟者在“很大程度”上考虑吸烟的健康危害的比例没有变化。另一方面，吸烟者报告健康警示“有点”让他们考虑到吸烟危害的比例从40%提高到了49%。

图22. 不同国家男性吸烟者报告烟盒上的健康警示让他们在“很大”程度上考虑吸烟对健康的危害的比例



如图23所示，2008版健康警示仅在两个有效性指标上有微弱的提高。在第三轮调查中，仔细阅读健康警示的吸烟者比例从19%提高到了24%。吸烟者报告过去一个月内曾因为健康警示打消吸烟念头的比例仅从17%上升到22%。此外，中国吸烟者当中很少有人回避健康警示。第三轮调查结果显示，仅有13%的吸烟者报告在过去一个月内曾回避过健康警示（图23）。相比之下，毛里求斯在采用了大面积的图形警示后，30%的吸烟者至少因为健康警示打消过一次吸烟念头，40%的吸烟者会回避健康警示。

2008版的健康警示没有起到促使吸烟者戒烟的作用。大多数吸烟者（第二轮调查为70%，第三轮调查为59%）表示健康警示“完全没有”使其更想戒烟。吸烟者报告警示标识在“很大程度”上使其想戒烟的比例在第二轮调查中为4%，在第三轮调查中为5%。相比之下，毛里求斯采用图形警示后，25%的吸烟者表示健康警示在“很大程度”上使其想戒烟。

在第三轮调查当中，参与过第二轮调查并在此后戒烟的吸烟者被问及健康警示是否提高了他们保持戒烟状态的可能性。在第三轮调查前已经戒烟的吸烟者当中将近三分之一（31%）报告健康警示“完全没有”提高其保持戒烟状态的可能性，另有45%的调查对象回答“有点”作用，25%回答有“很大”作用。相比之下，毛里求斯仅有18%的戒烟者认为健康警示“完全没有”提高他们保持戒烟状态的可能性，61%的戒烟者认为健康警示有“很大”作用。

对健康警示的情绪反应

ITC第三轮调查中使用几个问题测量吸烟者对2008版健康警示的情绪反应。既往研究发现，当健康警示明显且使用具有情绪冲击力的图像内容时，其影响最大⁴⁸。

调查结果显示，我国2008版健康警示不能激起强烈的情绪反应。大多数吸烟者（76%）报告2008版健康警示既没有让他们产生好的感觉也没有产生不好的感觉。尽管41%的调查对象报告健康警示让他们觉得“有些”或者“非常”警觉，但仍有46%报告感觉“无所谓”。除此之外，当被问到健康警示是否让其感觉担心时，74%的调查对象回答“一点也不担心”。相比之下，毛里求斯2009年起使用的一套总共8组的图形警示采用了包括口腔癌（图24）等图片内容，在烟盒背面采用英文警示，占据背面面积的70%，正面采用法语，占据60%的面积。调查显示，毛里求斯72%的吸烟者认为健康警示让他们感觉“有些”或者“非常”警觉。

多数吸烟者都觉得当前的健康警示不可信。仅有10%的吸烟者感觉“非常可信”，45%表示这些警示标识“有点可信”或者“一点儿也不可信”。相比之下，毛里求斯吸烟者认为当前健康警示可信的百分比要高得多，62%的吸烟者表示新的图文警示标识“极其”或者“非常”可信。尽管毛里求斯的健康警示会激起“警觉”和“不适”感等强烈的情绪反应，但是它们仍然被认为是可信的⁴⁹。

图23. 第三轮（2008版健康警示）与第二轮（旧的健康警示）调查时，过去一个月内健康警示对吸烟者观念和行为的影响*

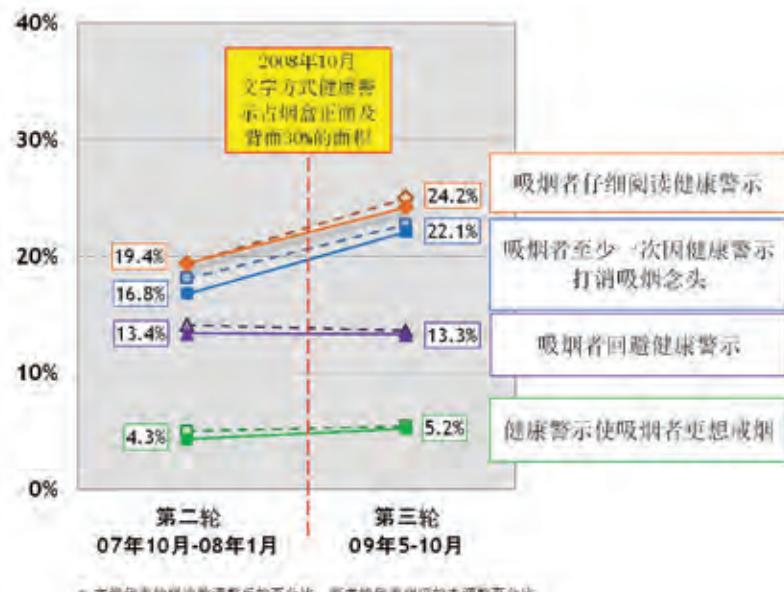


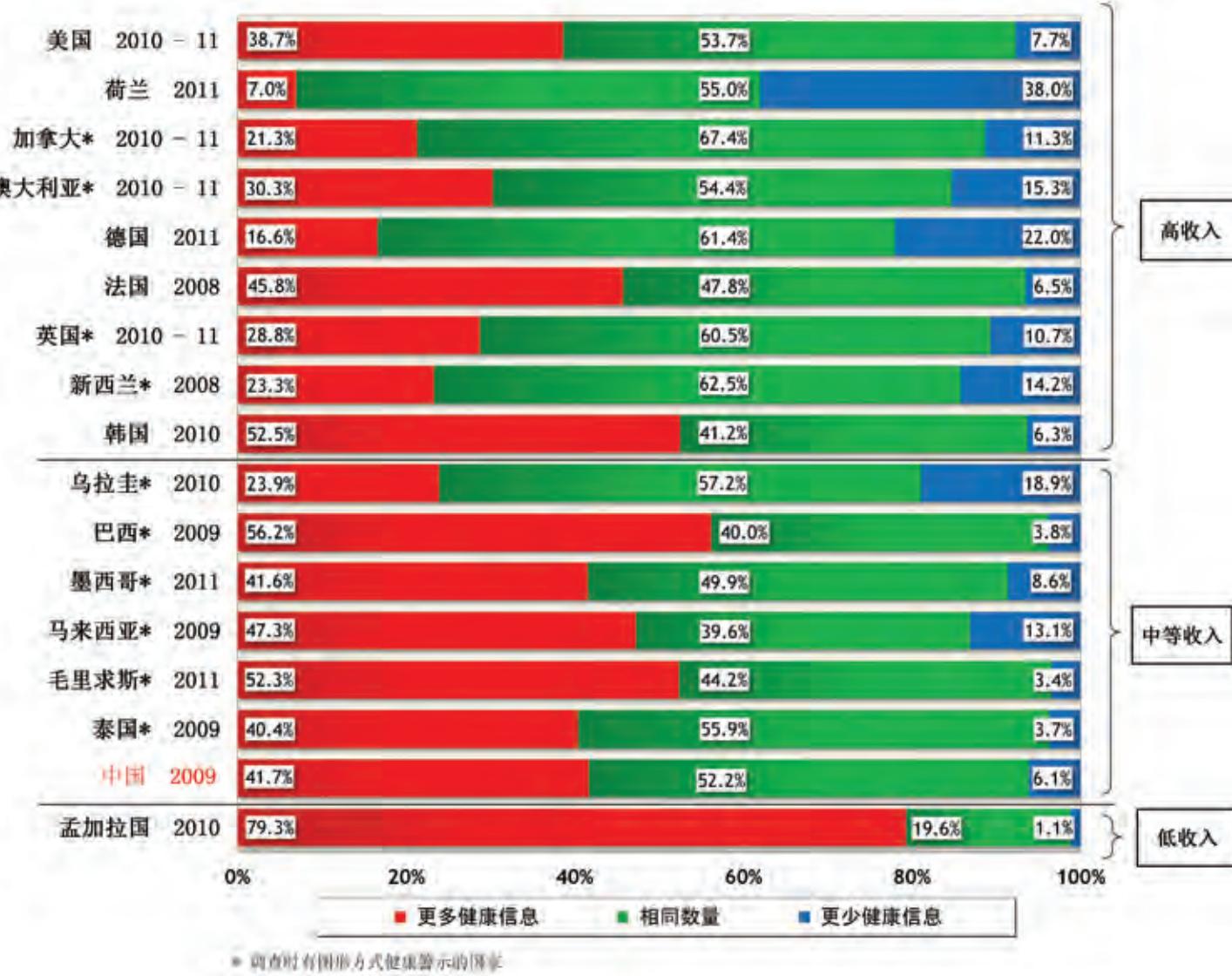
图24. 毛里求斯使用的图形方式烟盒健康警示



对更有效的健康警示的支持

我国吸烟者希望增加健康警示中的信息。第二轮调查发现，超过三分之一的吸烟者（40%）希望增加健康警示中的信息。第三轮调查发现，在采用了2008版健康警示后，40%的吸烟者仍然希望增加健康警示信息量，仅有7%的吸烟者希望减少信息。与其他ITC国家相比，我国男性吸烟者希望增加健康警示信息量的比例与实施了图形健康警示的中等收入国家相近（图25）。这些结果显示，烟盒健康警示是一种非常符合成本效益的健康教育方式。

图25. 不同国家男性吸烟者对烟盒上提示健康信息应该更多、更少还是保持不变的意见



我国2008版文字健康警示占烟盒正面及背面面积的30%，不符合《公约》第11条实施准则使用图形方式健康警示并至少占烟盒正面及背面面积的50%的要求。我国吸烟者支持在健康警示中提供更多信息。在实施2008版健康警示后，40%的吸烟者仍要求更多信息。

有关图形方式健康警示在我国有效性的证据

2009年，我们在四个城市（北京、上海、昆明、银川）对1169名成年吸烟者、成年非吸烟者及青少年开展了一项有关烟盒健康警示的实验性研究，结果发现，我国2008版文字健康警示的有效性远远低于图形方式的健康警示⁴⁷。该研究采用了旧版中国健康警示（侧面纯文字）、2008版纯文字警示标识（烟盒正面和背面各占30%面积，但并不十分醒目）以及使用加拿大、新加坡、香港和欧盟图形+文字健康警示制作的8个健康警示，让研究对象从多个方面对其进行排序、评分，包括促使吸烟者戒烟和阻止青少年开始吸烟的有效性等（图26）。

研究结果在不同城市、不同性别、不同人群（成年吸烟者、成年非吸烟者和青少年）中基本一致。四种图文形式的健康警示在促使吸烟者戒烟和阻止青少年开始吸烟的有效性方面排位和得分都最高，同样四组健康警示的纯文字版得分居中，最后才是我国2008版文字方式健康警示（正面及背面30%面积），仅比旧版侧面纯文字健康警示稍好。

对英文警示的理解

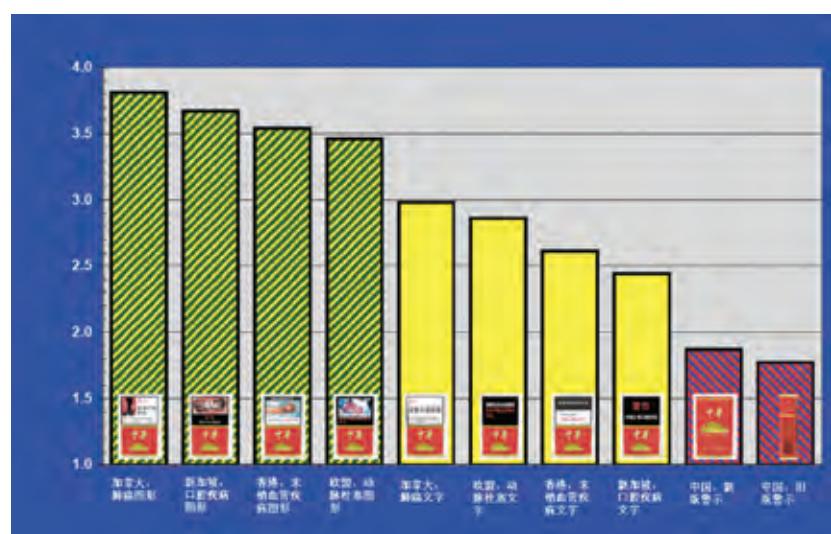
实验结果显示，烟盒背面的英文健康警示基本是无效的——接近四分之三（73%）的成年吸烟者不能翻译“smoking is harmful to your health”（吸烟有害健康），90%不能翻译“quit smoking early is good for your health”（尽早戒烟有益健康）。这一结果证实，各国不应当使用外语向其人民宣传重要的健康信息。

图26. 研究中使用的烟盒健康警示，包括中国新旧健康警示

	加拿大 肺癌	新加坡 口腔疾病	香港 未梢血管疾病	欧盟 动脉阻塞	中国实际警示 (上为旧版警示, 下为 新版警示)
文字警示					
文字+图形					
具体文字	吸烟导致肺癌： 85%的肺癌由吸烟引起。 80%的肺癌患者在3年内死亡。	警告： 吸烟导致口腔疾病。	吸烟导致末梢血管疾病。	吸烟引起动脉阻塞并导致心脏病和中风。	吸烟有害健康。尽早戒烟有益健康。

注：每个图像下面的数字是对每个图像的随机编号

图27. 不同健康警示的有效性评分均值：“每个警示在促使吸烟者戒烟方面有多大效果？”（所有调查对象）





烟盒健康警示标识 结论及建议

- 与旧版警示相比，2008年10月开始实施的健康警示有效性没有提高。
- 2008版健康警示的有效性低于图形方式健康警示。
- 我国吸烟者认为图形方式健康警示比相同内容的文字警示更为有效。
- 依照《公约》第11条实施准则修改健康警示可以显著改善我国健康警示的效果。建议采用图形方式健康警示，警示位置放在烟盒正面及背面的上部，占据两面面积至少50%以上。
- 目前全球已有超过60个国家或地区国家采用了图形方式健康警示，因此有很多健康警示的例子可供我国参考，以设计更为有效的健康警示。
- ITC研究结果提示，我国应修改健康警示，使之符合《公约》第11条实施准则的要求，以提高公众对于吸烟健康危害的认识，并促进吸烟者戒烟。

烟草制品的价格和税收

提高烟草制品的税收和价格被公认为烟草控制最有效的策略之一。《公约》第6条要求缔约国采取价格和税收政策以降低烟草消费。

2009年5月，我国政府调整了烟草制品消费税率：从量税（每包卷烟0.06元）保持不变，而从价税有所提高。然而，税率的改变没有影响烟草制品的零售价格。因此，这次烟草制品税率的调整并没有起到控制烟草消费的作用。ITC中国调查结果表明，我国仍有很大空间采取更为有力的价格和税收政策，以减少卷烟消费，遏制烟草流行。

提高烟草税收和价格可减少烟草消费，降低烟草流行水平，改善公共健康，被公认为一项最有效且最具成本效益的干预措施^{50,51}。改变我国目前的烟草制品税收和价格政策可提高现在吸烟者的戒烟水平并减少青少年开始吸烟，对我国公共卫生产生积极、重大的影响。

我国卷烟价格很低（可支付性很高），这对我国控烟工作提出了巨大挑战。中国在过去10年中经历了快速经济增长。2000年至2008年城镇地区人均家庭收入上涨了4倍，农村地区也增加了96%之多⁵²。烟税和烟价在此期间并没有明显上涨。因此，卷烟相对就变得更便宜，更能买得起。因为价格是决定需求的最重要因素，卷烟的高可支付性成为减少中国烟草使用的主要障碍之一。

作为《公约》的缔约国，我国有义务按《公约》第6条要求，采取价格和税收政策减少烟草消费。2009年5月，我国上调了卷烟消费税，这是2001年后的首次卷烟消费税调整。这次调整也被宣布为我国履行《公约》义务的一项措施。表7为这次调整的详情：

表7. 2009年5月中国卷烟消费税调整前后的卷烟消费税率⁵³

	2009年5月31日前	2009年5月31日后
每盒卷烟从量税		
	0.06元/盒	0.06元/盒
从价税		
每盒调拨价	甲类卷烟：调拨价 \geq 5元/盒 税率 = 45%	甲类卷烟：调拨价 \geq 7元/盒 税率 = 56%
	乙类卷烟：调拨价<5元/盒 税率 = 30%	乙类卷烟：调拨价<7元/盒 税率 = 36%
每盒批发价	0%	5%

以下因素以及ITC中国调查的发现证实，我国现行的卷烟价格和税收政策是导致吸烟率持续不降的原因之一：

卷烟消费税率低

我国税收占卷烟零售价的比例在2009年税率调整前为40%，调整后为43%，远远低于世界上65-70%的平均水平。而对于中国最流行的卷烟品牌，税收占零售价的比例更低，仅有36%^{54,55}。

税收结构中从量税比例过低，从价税比例过高

与从价税相比，从量税在减少烟草消费方面更为有效：由于从量税是按量计征而非按价，消费者无法通过购买低价卷烟来降低税负。我国卷烟税中从量税水平非常低，仅为每盒（20支）0.06元，而且在2009年并未调整。与此相反，从价税按价计征，因此消费者可通过购买低价卷烟来降低税负。我国的卷烟从价税两级结构的变化进一步增大了这种可能性：更多品牌的卷烟（调拨价在5.00到7.00元之间）目前成为了乙类卷烟而计征较低的从价税税率，同时，甲乙两类卷烟的从价税税率差进一步增大，由税率调整前的15%（甲类45%，乙类30%）提高到20%（甲类56%，乙类36%）。

只有当卷烟税的变化影响了零售价格时，才有必要分析调税是否影响了消费者的行为。我国卷烟调税的真正问题也正在于此：2007-2010年，卷烟税的调整被中国烟草公司吸收，卷烟零售价没有发生任何变化。

ITC调查发现，2007至2010年，各城市内销量最好的3种卷烟（6城市共18种）的平均价格几乎没有发生变化：2007年为7.90元，2009年为7.79元，2010年为7.83元。经过通货膨胀调整后，卷烟的实际价格在2007年到2010年下降了。

此外，ITC中国第一轮调查发现67%的吸烟者报告其过去一个月内“从未”考虑吸烟的花费，这一比例在第二轮增加到75%，第三轮增加到76%。与此相比，自报过去一个月内“偶尔”或“经常”考虑吸烟花费的吸烟者由第一轮的33%降低到第二轮的25%，第三轮的24%（见图28）。因此，ITC中国调查发现，我国2009年5月的卷烟消费税调整没有引起卷烟零售价的变化，不能被认为是履行《公约》第6条的措施。

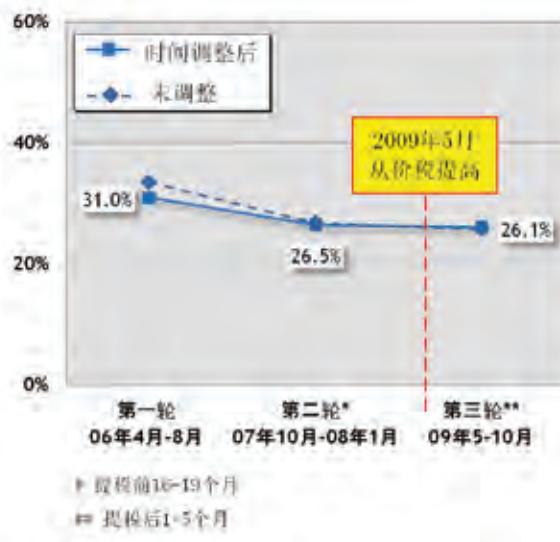
卷烟价格过低

在ITC中国调查中，吸烟者购买每盒卷烟价格的中位数仅为6.00元，约四分之一的吸烟者报告其最近一次购买的卷烟价格为每盒4.20元甚至更低。

我国吸烟者关注卷烟的价格。在ITC中国第一轮调查中，67%的吸烟者报告他们选择卷烟品牌的时候考虑价格因素，这一比例在第二轮上升到69%，第三轮上升到80%。同样，中国烟草总公司也关注价格，并对旗下各公司生产的低价烟做出了一定的配额规定。中国烟草总公司声称此举可满足低收入人群的需要，实际上，这种策略为他们留住了低收入的吸烟者。Li等人的研究发现，自报购买低价烟的吸烟者戒烟意愿较低，证实低价烟的存在可能起到阻止吸烟者戒烟的作用⁵⁶。

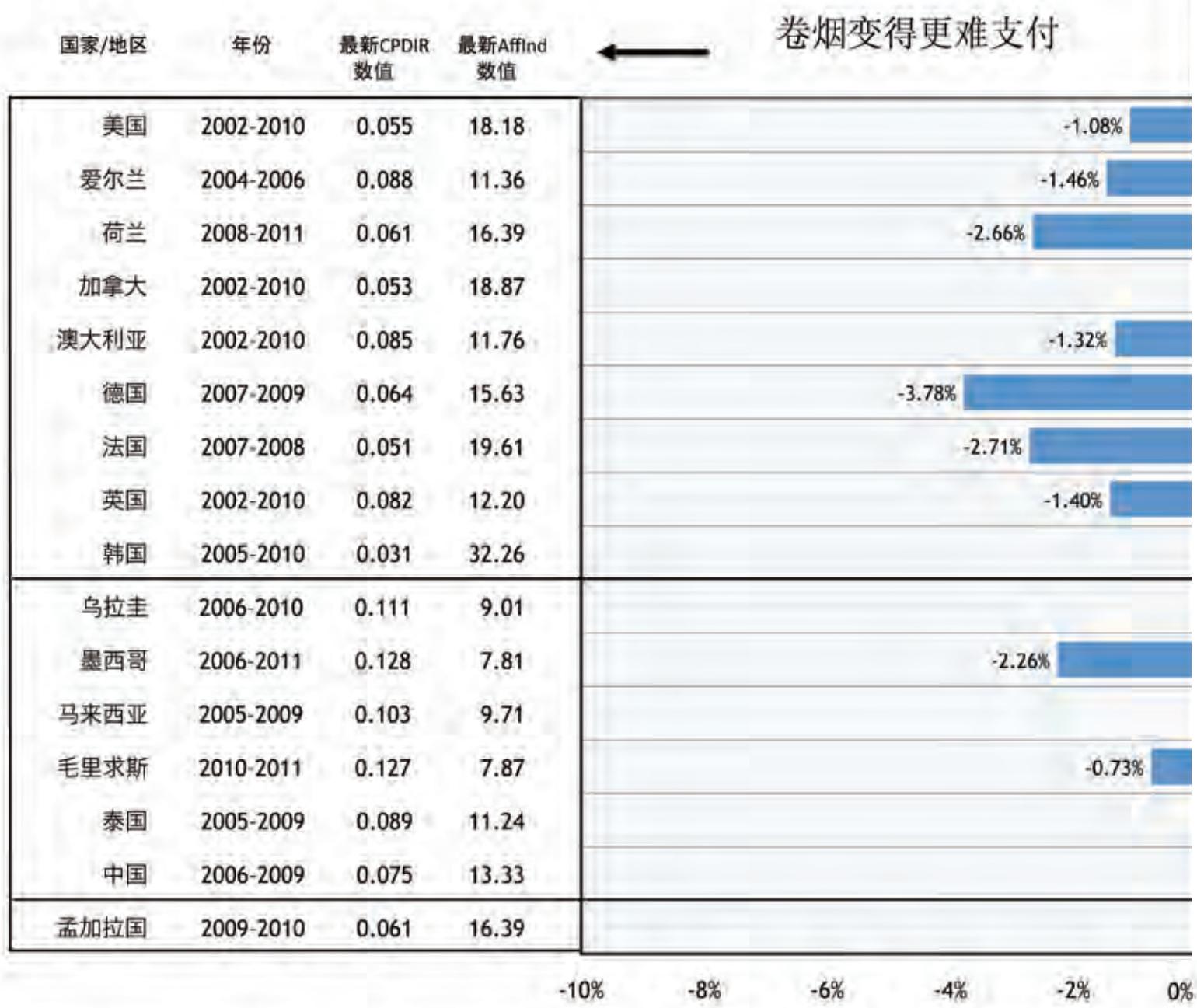
目前我国的价格/税收政策在很大程度上成为吸烟率持续不降的主要原因之一，尤其是对低收入人群。低价烟品牌的存在将弱化提价带来的公共卫生影响，因为吸烟者有机会转吸低价烟而不是减少消费量或戒烟。

图28. 烟税增加前后，吸烟者报告过去一个月考虑吸烟花费的比例



ITC中国调查的发现提示，我国仍有很大空间实施强有力的价格和税收政策以降低卷烟消费及吸烟率。

图29. 16个国家卷烟可支付性以及每年可支付性的变化



卷烟变得更容易支付

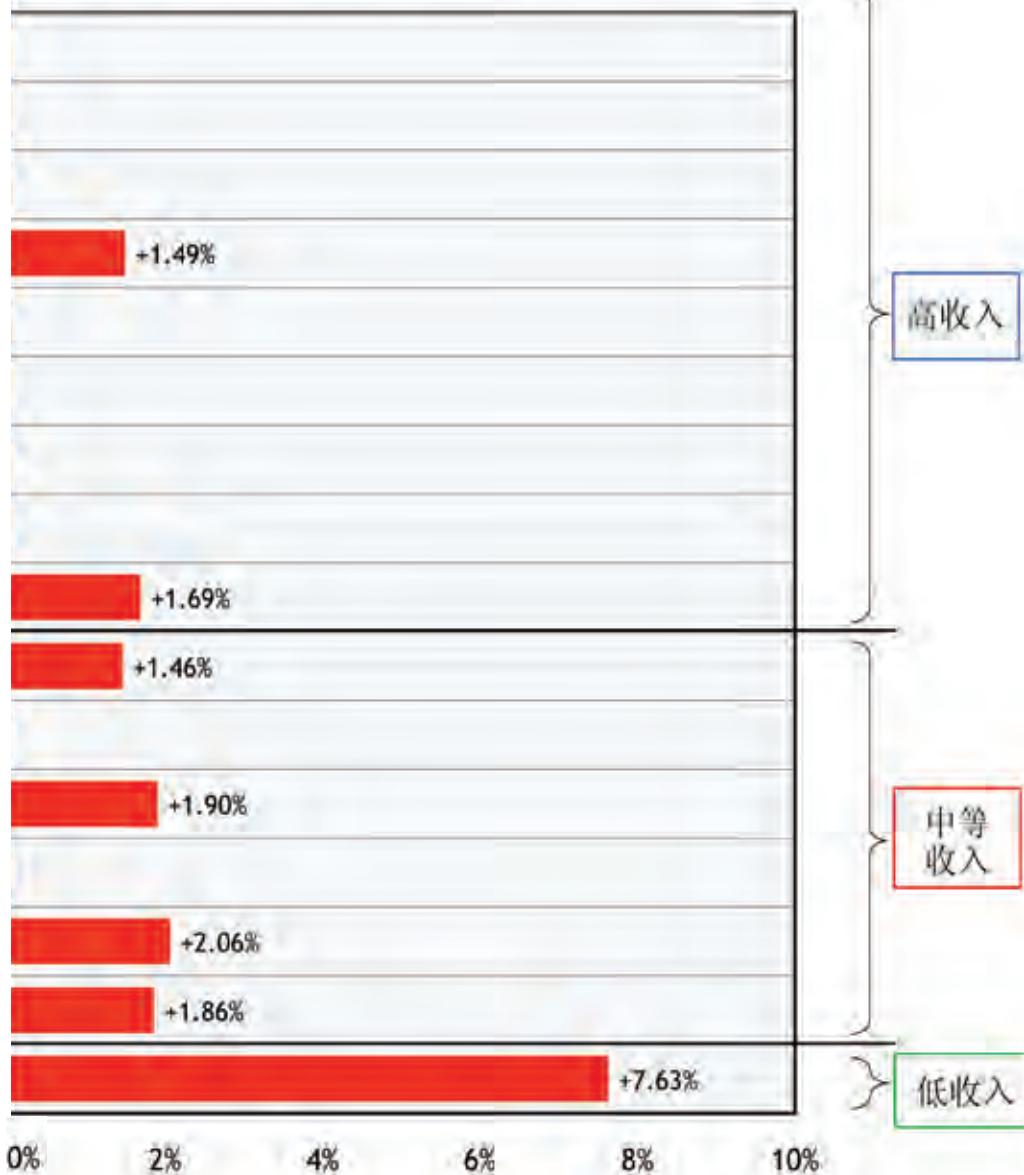


图29报告了16个ITC项目国家的结果：(a)毛里求斯的数据为第二轮(2010)及第三轮(2011)数据。其他国家数据均为第一轮及最近一轮的数据；(b)最新CPDIR数值：最近一轮的CPDIR(每日收入中每日吸烟花费所占比例)数值；(c)最新AffInd数值：最近一轮的可支付性指数(CPDIR的倒数)。*

*每年可支付性指数的变化= (最近一年可支付性指数-第一年可支付性指数)
/[(第一轮现场调查进行到1/3时的日期与最近一轮调查进行到1/3时的日期之间的天数) /365]。之所以选择调查进行到1/3的日期是因为在此时间各国调查通常都完成了约50%。



银川第一轮ITC调查现场

吸烟者很少考虑花费

三轮调查中，超过四分之三的吸烟者感觉他们在吸烟上花了太多钱（第一轮79%，第二轮80%，第三轮81%）。然而，我国吸烟者“经常”考虑吸烟花费的比例非常低（第一轮为12%，第三轮为6%），在19个有数据的ITC国家中列倒数第一。这些发现证实中国和其他国家一样，当卷烟价格和税收增加时，将引起吸烟者戒烟的想法和行动。



长沙第二轮ITC调查现场

卷烟的可支付性增加

三轮调查中卷烟平均价格基本没有变化，我们监测了21种卷烟品牌在前三轮调查期间的价格，发现三轮调查中，这21种卷烟的平均价格在6.26-6.40元之间。经过通货膨胀调整后，从2007年至2010年，卷烟的实际价格下降了⁵⁷。

我们还使用ITC数据进行了卷烟可支付性的分析。卷烟可支付性是指购买一盒卷烟所需要的资源总量（或者收入）。可支付性越高，也就意味着每盒卷烟的价格占吸烟者日平均收入的比例越低。使用ITC中国调查数据，我们计算了可支付性指数（每日所吸卷烟的价格占每日收入比例的倒数），以测量我国卷烟可支付性在第一轮（2006年）到第三轮（2009年）之间的变化。分析中考虑到了ITC数据中最近一次购买卷烟的价格、每日吸烟量以及家庭收入。结果显示，在第一轮与第三轮之间，卷烟的可支付性有所升高，平均每年可支付性指数上升1.86%（图29）。吸烟者在卷烟上的花费只占其收入的1.4%。

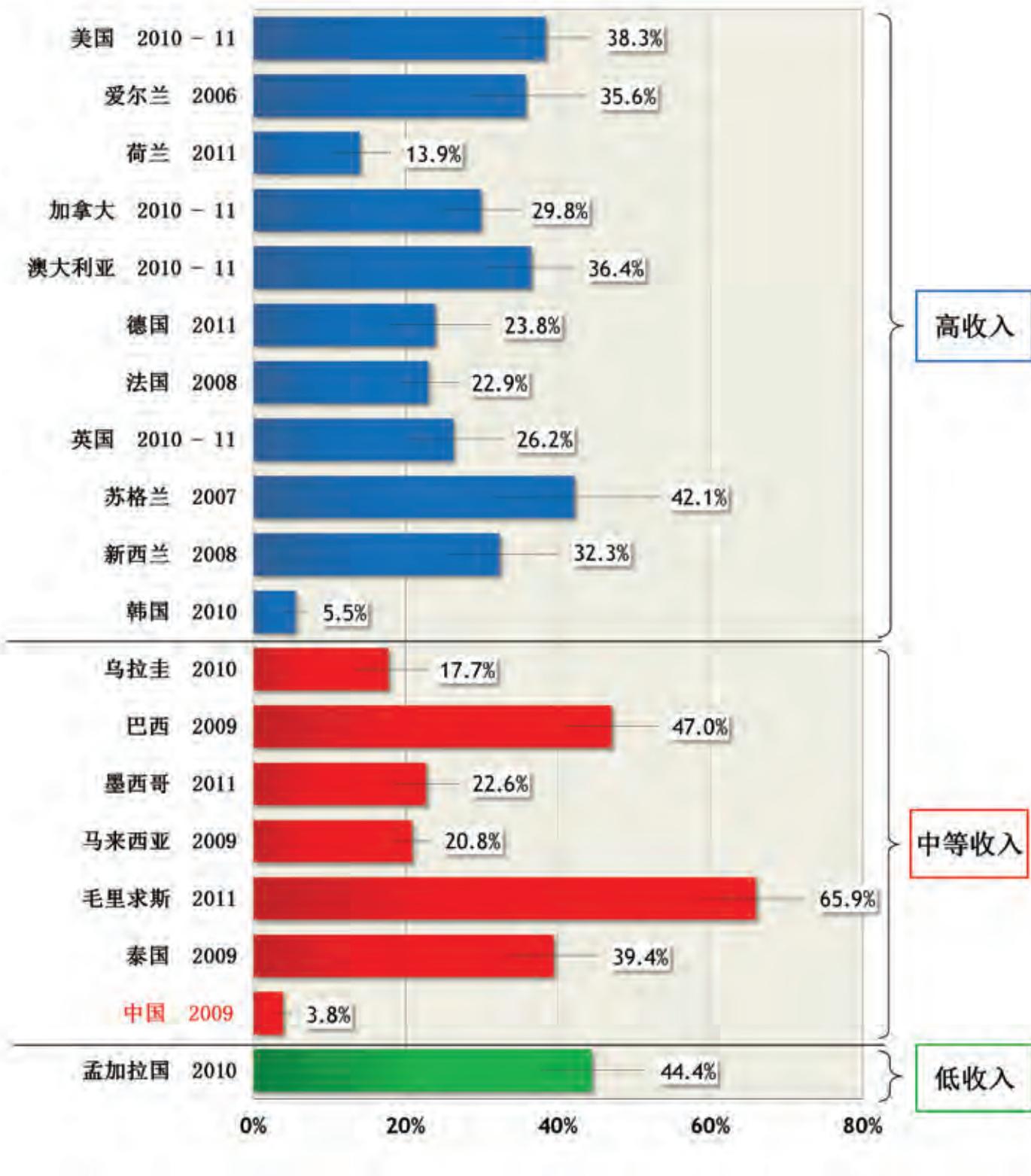
ITC调查还询问了另外一个问题以测量卷烟的可支付性，即“在过去6个月中，你是否把应该购买家庭必需品（如食品）的钱用来买烟？”调查结果进一步证实我国卷烟的可支付性在增加。第一轮调查中，仅有10%的吸烟者自报使用本应用来买家庭必需品的钱买烟，而该比例在第三轮调查中降至5%。

这些因素导致吸烟者缺乏戒烟的动力。在第三轮调查中，只有3%的吸烟者认为卷烟价格在“很大”程度上使其想到戒烟，这一比例与第一轮（5%）和第二轮（3%）相比几乎没有变化。如图30所示，在有数据的19个ITC国家里，我国男性吸烟者因卷烟价格而想到戒烟的比例最低。



云南石林音乐演奏者帽子上的卷烟商标

图30. 不同国家男性吸烟者认为卷烟价格使其考虑戒烟的比例



烟草制品的价格和税收 结论及建议

我国目前的卷烟价格和税收政策无法起到控烟作用。我国卷烟的可支付性过高。由于市场上存在大量低价卷烟，消费税的结构中从价税比例过高而从量税过低，导致卷烟价格上涨后很多吸烟者转吸低价卷烟而不是戒烟。

基于ITC中国调查的发现以及其他烟草税收方面的经济学研究，我们建议对我国税收政策进行以下调整：

税价联动

- 移除税价联动的人为障碍，我国可以履行《公约》缔约国的义务，实施更为有效的烟草控制政策，以促进成年吸烟者戒烟并减少青少年开始吸烟。中国卷烟价格由2007年至2010年几乎没有变化，而且，2009年卷烟消费税的调整并未影响卷烟零售价格。
- 2009年5月的卷烟消费税调整使我国卷烟税率上升了约11.7%。如果这样的改变传递到零售价上，将使零售价上涨3.4%，政府收入将增加196.3-225.8亿，吸烟者人数减少64-209万，避免21-70万归因于吸烟的早亡¹²。
- 与其他国家相比，我国吸烟者对卷烟价格的敏感性很低。研究估计中国卷烟的价格弹性（价格上涨引起的需求变化）在-0.08至-0.15之间，远低于西方发达国家的卷烟价格弹性水平（-0.3到-0.5之间）^{58, 59}。如此低的价格弹性很可能归因于中国卷烟较高的可支付性以及大量低价烟的存在。如果中国开始实施真正有效的价格税收政策以履行缔约国的履约义务，将在公共卫生方面有巨大收获。

提高消费税

- 有人认为提高烟草税会减少税收，事实并非如此。由于卷烟需求较为缺乏弹性，根据基本的经济学原理，提高烟草税不仅可减少卷烟消费，政府收入也会增加：这是国家经济和公共卫生的双赢局面。
- 假设价格弹性为-0.15，保守估计，如果我国卷烟零售价提高3.4%，全国卷烟消费总量（1069.8亿包）将会减少545万包，政府收入将增收225.8亿元（34亿美元）⁶⁰。

提高从量税，消除两级从价税

- Hu等人（2010）建议对目前的两级税收结构进行以下改变：（1）提高从量税，使其在税收结构中占更大比例；（2）消除两级从价税结构，防止吸烟者转吸低价卷烟而不减少吸烟量或戒烟¹²。

设置卷烟最低零售价，减少提价引起的品牌转移

- ITC调查发现，我国最贵的卷烟比最廉价的卷烟价格高100倍。卷烟价格的高变异性以及大量低价烟的存在导致只有3%的吸烟者报告卷烟价格使他们“很大”程度上想到戒烟。设置卷烟最低零售价可减少吸烟者（尤其是低收入吸烟者）转吸低价烟的可能（如果最低零售价设置得足够高）。
- 《公约》要求缔约国采取价格和税收政策以减少烟草消费。然而，如果我国提高卷烟价格，大量低价烟的存在将导致吸烟者很容易地找到一种较便宜的卷烟以取代他们以前吸的卷烟。这样的替代会降低政策的效果。因此，如果我国准备按《公约》要求采取价格和税收政策，应同时采取其他措施以减少不同卷烟品牌之间的价格差异，避免吸烟者的品牌转移。

教育、宣传和公众意识

《公约》第12条要求缔约方通过关于烟草健康风险和戒烟益处的公众健康教育，推动和强化人们对于烟草控制问题的认识，并使公众能够获得关于烟草企业的信息。

我国在全国层面上开展的提高公众关于吸烟危害认识的举措很少。2008年到2010年间，世界肺健基金会开展了几项旨在提高吸烟危害认识的地方媒体活动，包括在北京市开展的“海绵篇”图片宣传活动和在11座城市开展的“送烟等于送危害”宣传活动。

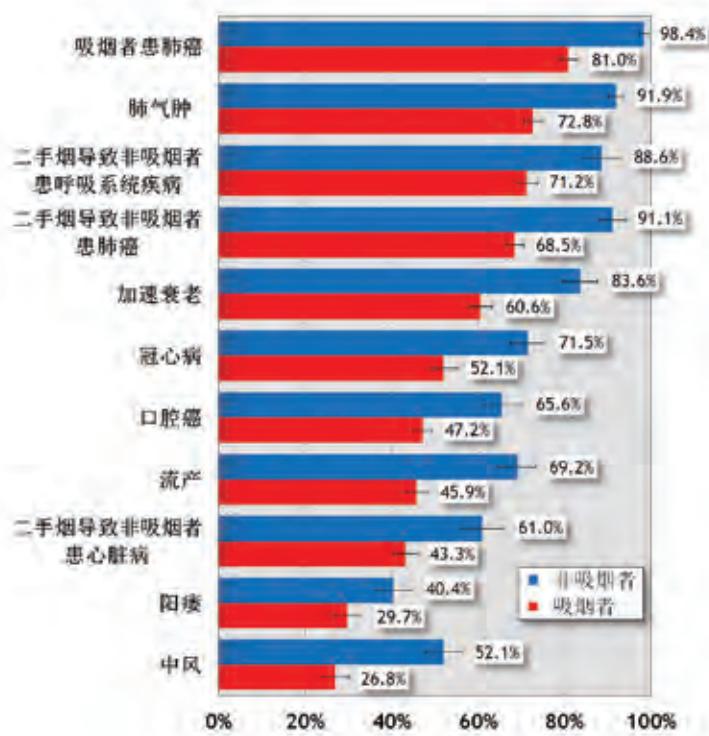
ITC中国调查对我国公众关于吸烟危害和戒烟益处信息的认识进行了评估，确定了这方面信息的主要来源，并询问了公众对烟草企业的态度。ITC中国调查第三轮调查也包括了评价反对送烟的媒体活动的指标。

关于吸烟危害的知识

ITC中国调查测量了调查对象对吸烟具体健康危害的认识，结果发现，第三轮调查时我国吸烟者及非吸烟者有关吸烟危害的知识水平有所提高，然而与部分西方国家相比，有关吸烟导致中风及冠心病的知识水平仍处于非常低的水平，而这两种疾病正是我国人群的两大重要死因⁶¹。

在第三轮调查当中，多数吸烟者知晓吸烟可以导致肺癌（81%）、肺气肿（73%）、早衰（61%）和冠心病（52%），但是只有不到一半的吸烟者知晓吸烟可导致中风（27%）、阳痿（30%）、流产（46%）和口腔癌（47%）。总体来讲，我国非吸烟者对吸烟危害的认识水平高于吸烟者，这与其他ITC项目国家相似。在第三轮调查时，多数非吸烟者认为吸烟可以导致肺癌（98%）、肺气肿（92%）、早衰（84%）、冠心病（72%）、流产（69%）、口腔癌（66%）和中风（52%）（图31）。在参加了所有三轮调查的吸烟者当中，其对各种健康影响的认识水平在第一轮和第三轮调查之间都有很大提高（图32）。

图31. 吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例

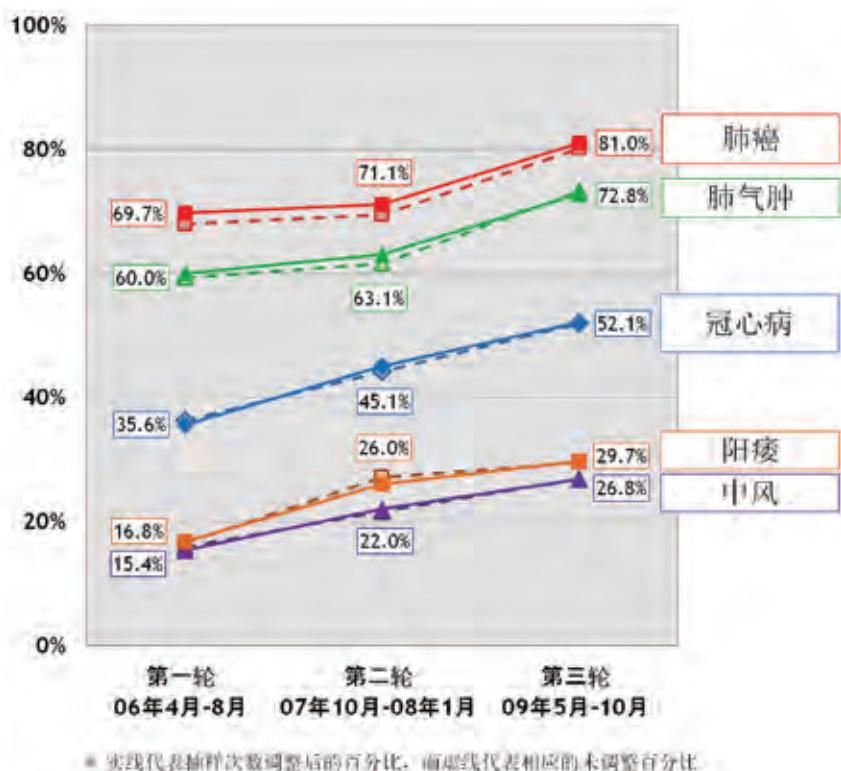


我国吸烟者及非吸烟者有关吸烟危害的知识水平有所提高，然而与部分西方国家相比，有关吸烟导致中风及冠心病的知识水平仍处于非常低的水平。

我国吸烟者和非吸烟者对二手烟健康危害的认识在提高。在第三轮调查时，绝大多数的非吸烟者（91%）认为二手烟可以导致非吸烟者患肺癌。尽管有69%的吸烟者认为二手烟可以导致非吸烟者患肺癌，但与其他15个ITC国家相比，我国男性吸烟者的知晓率仍处于最低水平（图33）。第三轮调查时大多数吸烟者（71%）和非吸烟者（89%）都认为二手烟可以导致非吸烟者患呼吸系统疾病，但仅有43%的吸烟者和61%的非吸烟者认为二手烟会导致非吸烟者患心脏病。

虽然我国吸烟者对吸烟危害的认识不断提高，但吸烟者很少考虑吸烟对自己健康的危害。仅有32%的男性吸烟者在过去一个月内“经常”考虑吸烟对自己的危害，该比例在17个有数据的ITC国家中排名倒数第三（图34）。37%考虑过吸烟对他人的危害。第三轮调查时，仅14%的吸烟者认为吸烟已经对自己的健康造成了“很大”的危害，这一比例与前面两轮调查的结果比较基本没有变化（第一轮是19%，第二轮是15%）。

图32. 各轮调查中吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例*



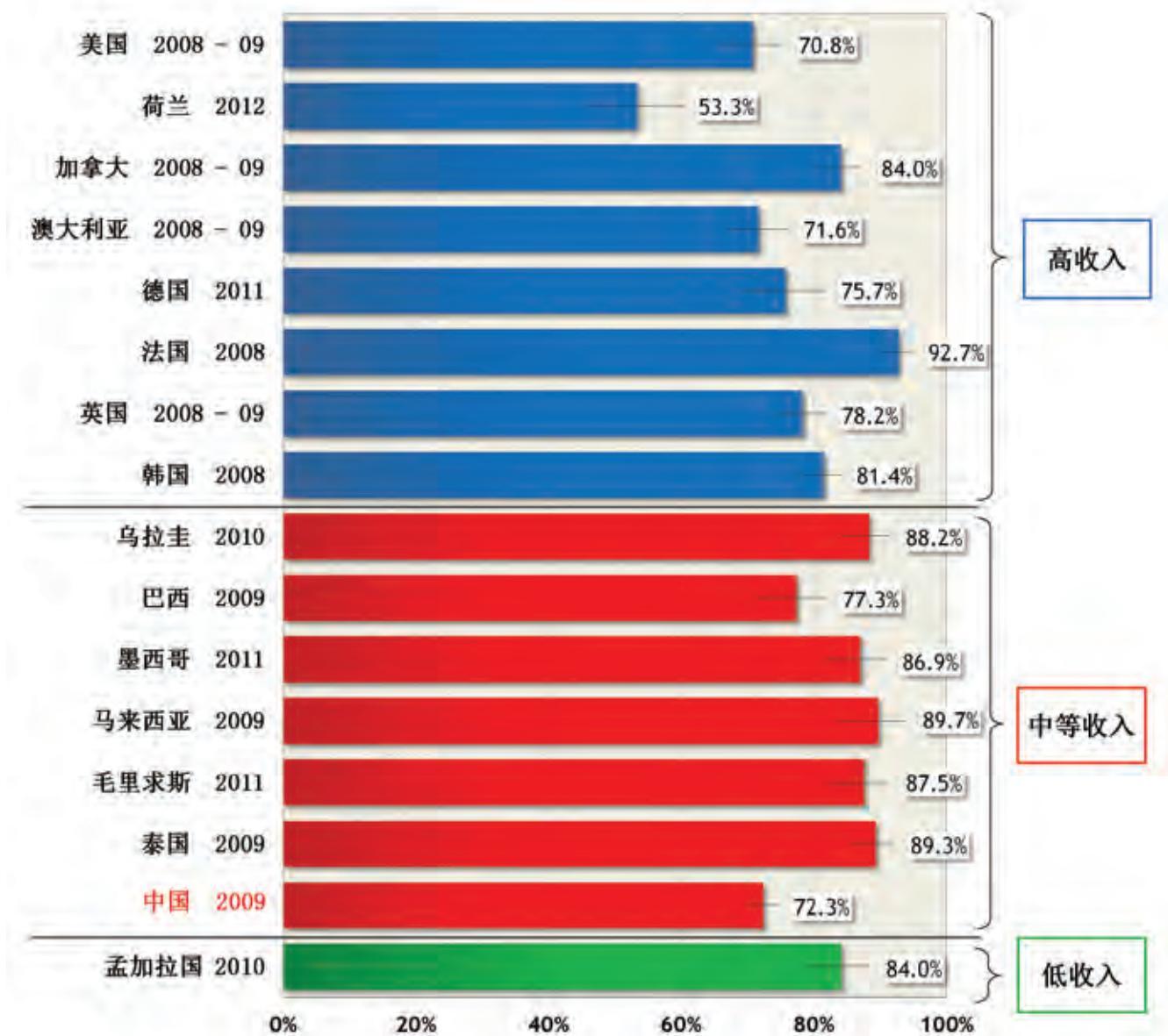
对淡味/柔和卷烟的看法

2006年1月，我国禁止在烟盒上使用“淡味”、“超淡味”、“柔和”和“低焦油”等描述词。不过烟草企业同时也得到了一个实施禁令的宽限期，最迟须在2006年4月（第一轮调查开始的时间）前执行禁令。第一轮调查发现，大多数吸烟者认为“淡味”和/或“低焦油”的卷烟与普通卷烟相比危害更小⁶²。这些错误认识在很大程度上都与这类卷烟的对呼吸系统更加温和这一观点有关，教育程度高的吸烟者更倾向于相信“淡味”或“低焦油”卷烟危害更小。然而，这些英文的描述词并不在禁令禁止之列，仍然会保留在卷烟包装上。尽管禁止了中文描述词的使用，但是烟盒上的“light”和“mild”这些词语的使用仍然会给我国吸烟者会带来错误的信息。在第三轮调查时，大多数吸烟者仍然认为“淡味”和“低焦油”卷烟比普通卷烟危害更小（错误认识比例分别为69%和78%）——然而事实上并无证据显示这些卷烟实际危害更小。我国这些错误认识的比例在所有ITC项目国家当中是最高的。

第三轮调查时，约三分之二的吸烟者表示他们“同意”或者“非常同意”“淡味”卷烟（65%）和“低焦油”卷烟（62%）使得戒烟更加容易，64%“同意”或者“非常同意”“淡味”和“柔和”卷烟比一般卷烟成瘾性更小。第一轮调查中，约四分之三的吸烟者“同意”或者“非常同意”“淡味”（75%）和“低焦油”（77%）的卷烟对呼吸道刺激更小。

我国吸烟者关于“淡味/柔和”卷烟危害更小的错误认识非常普遍，这就意味着需要开展更加有效的健康教育，为吸烟者提供信息，揭开“淡味/柔和”卷烟的真相——这些卷烟的危害并不会更小！ITC乌拉圭调查的结果显示，仅仅禁止烟盒上的误导性词语以及要求同一品牌不同品种卷烟烟盒外观统一并不能完全阻止欺骗性的烟盒包装⁶⁸。《公约》第11条及第14条实施准则推荐缔约国使用全警示包装，以防止烟草业通过烟盒设计暗示某些卷烟的危害比其他卷烟小。

图33. 不同国家男性吸烟者认为二手烟可导致非吸烟者患肺癌的比例

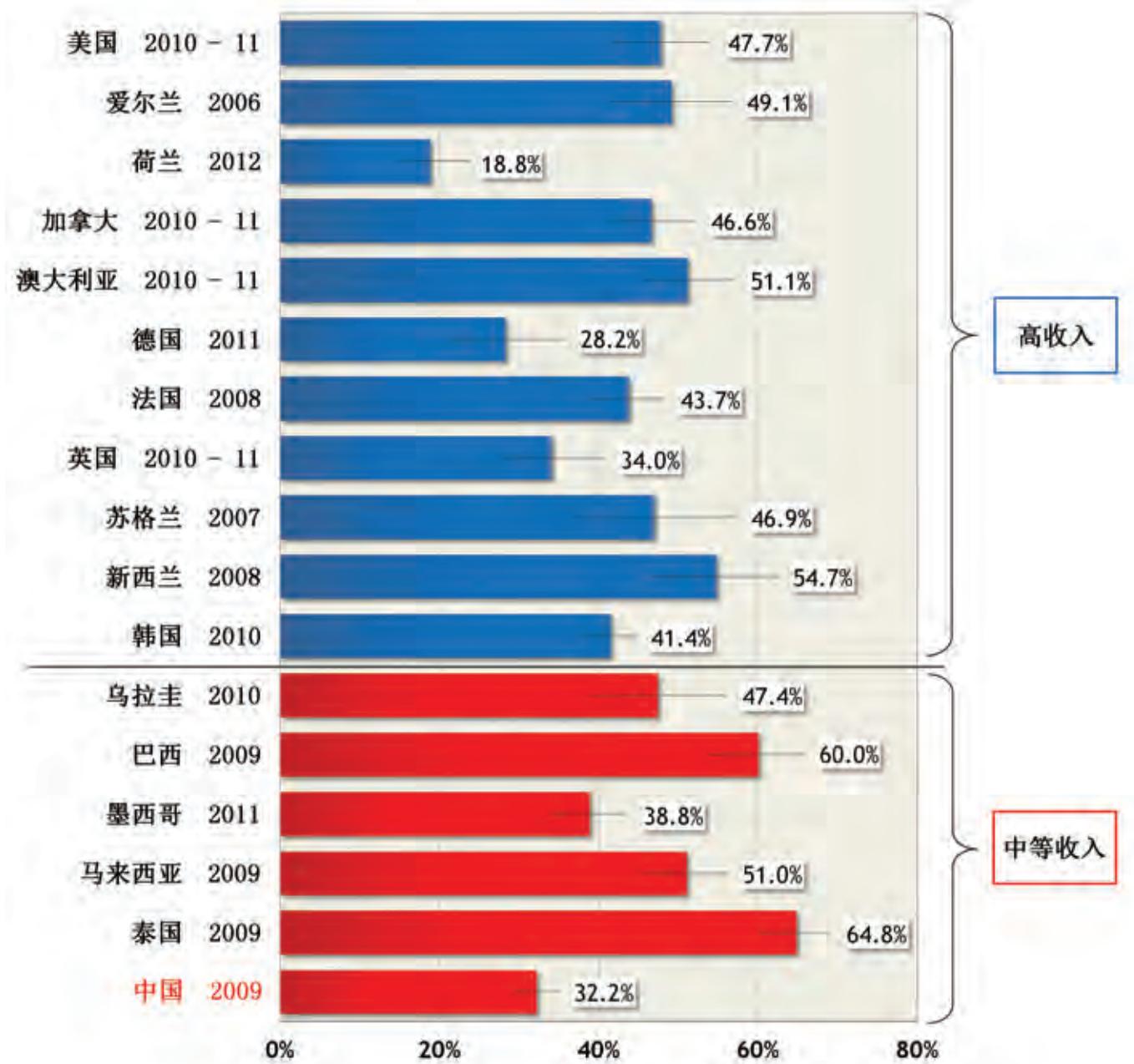


对控烟信息的接触

总体而言，我国吸烟者注意到控烟信息的频率不高。根据第三轮调查的结果，仅有23%的吸烟者表示他们“经常”注意到控烟信息，48%表示他们“偶尔”会注意到这些信息，29%“从来没有”注意到控烟信息。第三轮调查中，关于吸烟危害或者鼓励戒烟的信息最常见的来源分别为烟盒（79%）、电视（70%）、公共交通工具及其站点（61%）、报纸杂志（58%）、商店（36%）、网络（32%）和街头摊贩（19%）。

前三轮调查期间，我国的控烟信息呈上升趋势。与前两轮调查相比，第三轮调查中在各种媒体渠道和场所中之一到控烟信息的吸烟者比例均有所上升。譬如，吸烟者当中报告在工作场所注意到控烟信息的比例从第一轮调查的25%增加到了第三轮的52%。同样，在餐厅和茶馆注意到控烟信息的吸烟者比例从第一轮调查的19%增加到了第三轮时的57%。认为控烟广告降低了吸烟的社会接受度的吸烟者比例也是从第一轮的63%提高到了第三轮的75%。第三轮调查时，看到控烟信息的吸烟者有34%认为这些广告提高了自己戒烟的可能性，而这一比例在第一轮仅为28%。

图34. 不同国家男性吸烟者过去一个月“经常”考虑到吸烟对健康危害的比例



对“送烟等于送危害”宣传的知晓度

相互赠送卷烟是中国文化当中根深蒂固的一种习俗⁶³。第三轮调查当中，9%的吸烟者表示自己在过去一个月中抽某种品牌卷烟比其它品牌更多的原因是那是别人送的烟。第二轮调查中3%的吸烟者以及第三轮调查中2%的吸烟者上次获得卷烟的途径是别人送的礼物。在第三轮调查时，25%的吸烟者表示自己“同意”或者“非常同意”卷烟是很好的礼品。

从2008年9月到2009年2月以及在2010年5月，世界肺健基金同中国CDC和世界卫生组织合作，开展了一次针对11个中国城市的大众媒体行动，旨在反对赠送卷烟。这一名为“送烟等于送危害”的行动包括在全国各项目省份播放电视公益广告，开展移动媒体公益广告宣传和海报宣传。ITC中国调查第三轮调查当中包括了几项对此次宣传效果的评估内容。

虽然回忆看到或者听到过“送烟等于送危害”宣传的中国吸烟者不多（第三轮调查时占吸烟者的15%），但是接触过这一宣传的吸烟者更倾向于认为卷烟不是赠送亲友的好礼物。看过这一宣传的吸烟者当中68%“非常反对”或者“反对”卷烟是好礼物的观点，相比之下，这一比例在没有看过该宣传的吸烟者当中为58%。看过这一宣传的人大多数都表示他们“同意”或者“非常同意”这一宣传使得赠送卷烟的行为更难让社会接受（74%），同时降低了人们向别人赠送卷烟的机率（78%）。

对烟草企业的看法

我国烟草企业归政府所有，因此国人对烟草企业的认识总体上是正面的。超过一半的吸烟者（第一轮调查时为56%，第二轮为58%，第三轮为56%）“同意”或者“非常同意”烟草公司对社会是有益的，第三轮调查时仅有38%的吸烟者表示他们对这一观点是“反对”或者“非常反对”的。非吸烟者对于烟草企业的认识更加负面一些。37%的非吸烟者“同意”或者“非常同意”烟草公司对社会是有益的。

虽然对烟草企业的态度总体上是正面的，公众对于烟草控制的支持率仍然很高。大多数吸烟者（84%）和非吸烟者（91%）表示他们“同意”或者“非常同意”政府应当采取更多措施进行控烟。第三轮调查时，68%的吸烟者和84%的非吸烟者“反对”或者“非常反对”允许烟草企业做广告。

大多数吸烟者（84%）和非吸烟者（91%）“同意”或“非常同意”政府应当采取更多措施进行控烟。

教育、宣传和公众意识： 结论及建议

- 2006-2009年，我国吸烟者对于吸烟危害的知识有所提高，然而，大多数吸烟者仍旧缺乏有关吸烟具体健康危害的知识。例如，在8个中低收入的ITC项目国家当中，我国男性吸烟者对二手烟可导致非吸烟者肺癌的知晓率是最低的。
- 此外，我国吸烟者相信“淡味/柔和”型卷烟危害更低这一错误观点的比例最大。现有的对相关词汇的使用禁令必须扩大到针对所有语种。我国必须实施进一步的包装限制，禁止烟草企业使用颜色和其它包装设计特点，传达某个品牌更加“淡味”或者“柔和”的错误认识——这种手法烟草企业已经在其他国家使用过，而且其有效性不亚于使用“淡味”和“柔和”等词汇传达产品更加安全的效果。
- 近年来注意到控烟宣传的人数比例有所上升。但是，这些宣传仍需要进一步扩大和深化。ITC中国调查的部分证据显示，“送烟等于送危害”宣传是成功的，但是实际注意到这一行动的吸烟者比例非常低。在实现提高人群相关知识水平这一目标过程中我们还面临着很多严峻的挑战，譬如我国极其宽广的地域。
- 加强教育项目和大众媒体行动，为国人（包括吸烟者和非吸烟者，特别是年轻人）提供关于吸烟众多危害的信息是极其必要的。这些项目可以起到促使吸烟者戒烟，阻止青少年开始吸烟的作用。
- 烟盒图形方式健康警示是普及吸烟危害最有效的方法之一。因此，我国应当依据《公约》第11条实施准则强化其健康警示标识，履行作为《公约》缔约国的义务。

烟草广告、促销和赞助

《公约》第13条要求各缔约方采取有效措施禁止烟草广告、促销和赞助。第13条实施准则建议广泛禁止所有形式的烟草广告、促销和赞助。

我国禁止在电视、广播、报纸和杂志上出现直接烟草广告。然而，烟草公司却通过赞助和促销以及在娱乐媒体上的间接促销，轻而易举地保持着市场地位。2011年2月，国家广播电影电视总局责令制片方尽可能缩减荧屏上的吸烟镜头。鉴于电影中的烟草镜头正常化了吸烟行为，并淡化吸烟对健康的负面影响，从而促使青少年对吸烟持有正面看法，所以，这是一项重要举措⁶⁴。



四川，公共场所的烟草广告

烟草广告

ITC项目中国调查的结果显示，尽管我国禁止直接广告，但是吸烟者仍暴露于烟草广告和促销中。第三轮调查中，39%的吸烟者表示，在过去六个月中“经常”或“偶尔”注意到烟草促销。这一比例较前两轮的调查结果（第一轮为40%，第二轮为42%）略有下降。第三轮中，吸烟者大多在以下地方注意到烟草广告：电视（30%）、广告牌（28%）、商店（27%）、报刊杂志（21%）、以及公共交通工具和车站（19%）。超过10%的吸烟者在以下场合注意到烟草制品广告：海报（18%）、歌舞厅（17%）、餐厅和茶馆（17%），街头摊贩（16%），工作场所（16%），广播（16%），以及互联网（12%）。（图35）

尽管直接烟草广告被禁，但是对户外以及互联网广告却没有明确的限制，这使得烟草公司得以钻现有法律的空子。例如，昆明的屋顶标牌和出租车挡风玻璃上，都可以发现烟草公司的名称、图案和网址⁶⁵。旅游景点附近的促销灯笼上印有某烟草公司的名称和品牌。昆明火车站附近的大街和建筑物上也可以看到烟草广告的大幅海报。

烟草促销和赞助

烟草公司通过赞助活动，尤其是体育和慈善活动推销其产品。第三轮调查中，约四分之一的吸烟者表示，在过去六个月中，他们看到或听说过与卷烟品牌或烟草公司有关的体育赛事（21%）或慈善活动（16%）。约有10%的吸烟者注意到以下情形：购买卷烟时看到免费赠品和其他产品的打折优惠促销（14%），与卷烟有关的竞赛（9%），免费卷烟样品（9%），特价优惠（9%），印有卷烟品牌名称或标识的服装或其他物品（7%）。

娱乐媒体也间接对卷烟起到促销作用。第三轮调查发现，81%的吸烟者和85%的非吸烟者报告说，在过去六个月中，他们“经常”或“偶尔”在娱乐媒体上看到有人吸烟。吸烟者中这一比例与前两轮相比（第一轮81%，第二轮78%）变化不大。非吸烟者中，该比例在第三轮（85%）较第二轮（76%）有明显上升（第一轮并未询问非吸烟者该问题）。此外，第三轮调查中有31%的吸烟者和27%的非吸烟者报告其“经常”或“偶尔”在报纸或电视上看到重要人物吸烟。

对广告禁令的支持度

ITC中国调查的结果表明，公众支持对烟草广告采取严格措施。第三轮调查中，68%的吸烟者和84%的非吸烟者表示，他们“不赞同”或“非常不赞同”允许烟草公司随心所欲地为卷烟做广告和促销。大多数吸烟者（74%）和非吸烟者（89%）对全面禁止商店和商场内广告的态度为“有些支持”或者“非常支持”。

我国吸烟者和非吸烟者支持实行严格的反对烟草广告的措施—大多数的吸烟者（74%）和非吸烟者（89%）对全面禁止商店和商场内广告的态度为“有些支持”或者“非常支持”。

图35. 过去6个月中吸烟者在各种场合注意到卷烟或烟草制品广告的比例，第三轮（2009年5-10月）



由烟草公司赞助的学校：四川，烟草希望小学

烟草广告、促销和赞助 结论及建议

- 我国人群对烟草广告的暴露水平很高，说明对烟草广告和促销的限制措施和执行力度有待加强。
- 吸烟者和非吸烟者都大力支持全面禁止烟草广告和促销。我国最近采取措施限制电视电影中吸烟镜头的数量，这符合《公约》第13条实施准则要求。该举措需要推而广之，同样禁止烟草公司赞助活动，禁止在销售点促销以及户外做广告。

中国卷烟的成分

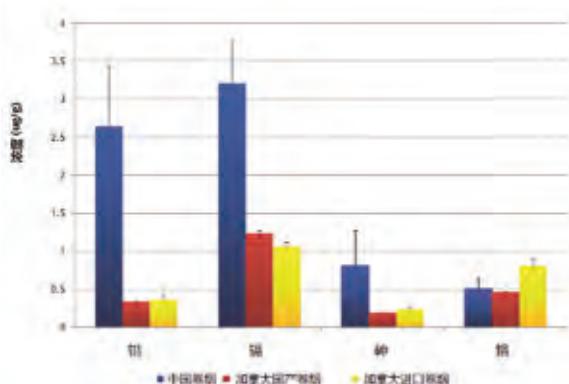
《公约》第9条要求缔约方提出“检测和测量烟草制品成分和燃烧释放物的指南以及对这些成分和释放物的管制指南”。公约第10条要求缔约方采取和实行有效措施以披露烟草制品成分和释放物的信息。ITC研究的结果表明我国销售的卷烟与西方国家销售的卷烟越来越类似，但烟草所含重金属的水平更高，如铅、镉以及砷。

我国是世界上最大的卷烟生产国，中国烟草总公司垄断国内卷烟市场。目前，中国烟草总公司正在缩减品牌数量，并计划大幅增加出口。

ITC项目研究了我国部分常见品牌的卷烟设计和外观特点、标识的释放物、以及烟草金属含量。这些卷烟都是2005年至2007年间在7个城市（北京、长沙、广州、上海、沈阳、银川和郑州）购买的⁶⁶。我们随机选择了13个品牌的卷烟，使用偏振能量色散X-涉嫌荧光检测重金属含量。

检测的13种卷烟品牌都发现了较高水平的重金属，其中一些品牌含有比加拿大卷烟品牌高出三倍的铅、镉和砷（图36）。众所周知，接触重金属中会有严重的患癌症的风险⁶⁶。高剂量的重金属可能来源于种植烟草的土壤，而非加工过程中的污染。这一研究结果表明，我国必须加强烟草产品成分的披露。吸烟者有权知道他们所吸卷烟的成分⁶⁶。

图36. 中国和加拿大卷烟中平均重金属含量的比较



注：源于O'Connor等（2010）

中国卷烟的成分 结论及建议

- 我国卷烟中重金属含量明显高于加拿大卷烟。
- 中国烟草总公司计划增加产品出口，烟草特点的独立监测（包括烟草成分的监测）将变得尤为重要。
- 管理者应该要求披露用于所有产品中烟草的来源和生长条件，并应该考虑基于重金属含量的产品标准。

“本已致命的消费品中出现这样的污染物（重金属），这表明应按《公约》要求，对烟草产品进行强有力监管。中国和世界各地的吸烟者和非吸烟者有权知道卷烟中含有的成分。”

Richard J. O'Connor博士
罗斯维尔园肿瘤所

对我国烟草控制的启示

ITC中国第一至三轮调查以强有力的证据证明，我国烟草使用率高、迫切需要综合控烟措施降低卷烟消费、鼓励吸烟者戒烟并预防青少年开始吸烟。而且，我国应尽快履行《公约》及其实施准则中的控烟措施，这些措施已由176个缔约方（包括中国）一致通过。以下是基于ITC中国调查结果而提出的加强我国烟草控制的建议。

1. 在烟盒包装上使用大幅图形方式健康警示

《公约》第11条实施准则建议采用图形方式健康警示，健康警示应在烟盒上部，覆盖烟盒正面及背面至少50%的面积。我国如按此要求修改健康警示，可以大大增加吸烟者对吸烟有害健康的认知，并促进戒烟。

2. 提高卷烟消费税并实现税价联动，以提高卷烟零售价

目前，我国的卷烟价格太低，无法鼓励吸烟者戒烟。卷烟价格是ITC中国调查中，吸烟者报告最少的戒烟原因。因此，我国需要按《公约》第6条要求，实施强有力的价格和税收措施来促进戒烟。实现税价联动，提高烟草价格可促使成年吸烟者戒烟，预防青少年开始吸烟。此外，我国应考虑按世界卫生组织和其它主要权威机构的建议，改革税收体系，增加从量税在卷烟税收中的比例，从而有效减少烟草消费。

3. 设置卷烟最低零售价以防止吸烟者在价格上涨时转吸低价品牌

低价卷烟品牌的存在削弱了价格上涨的公共卫生意义，因其为吸烟者提供了改吸更低价卷烟的机会，而不是减少吸烟量以及戒烟。设定一个较高的卷烟最低零售价将减少吸烟者（特别是低收入吸烟者）改吸低价卷烟的可能。

4. 加强全国室内公共场所无烟法规的执行力度，对违法行为实施严厉处罚。按《公约》第8条要求修改立法，在室内工作场所禁止吸烟。

2011年5月，卫生部在全国实施了《公共场所卫生管理条例实施细则》，禁止在室内公共场所吸烟，包括接待场所、娱乐场所、餐厅、酒吧以及公共交通设施。《实施细则》向全面无烟迈了一大步，但尚未将室内工作场所纳入，这与《公约》第8条实施准则不相符。为使《实施细则》的执行更为有效，必须开展一系列的教育宣传活动，辅以有力的执法以及对违法行为的严惩。目前世界上已有很多国家成功实施无烟法律的案例，例如北美、拉丁美洲、欧洲及东南亚很多国家均各有特色。我国可以从中借鉴以成功实施无烟立法。

5. 设计并实施公共教育活动以普及烟草使用的危害，鼓励戒烟

我国迫切需要按《公约》第12条要求，开展声势浩大的教育项目和大众媒体宣传来告知公众吸烟的危害，以促使吸烟者戒烟并阻止青少年开始吸烟。尤为重要的是，应实施干预和政策以提高公众对烟草使用危害的认知水平，并营造反对吸烟的社会规范。同时也应强调使用大而有效的图形方式健康警示，向公众传达吸烟及二手烟的具体健康危害（如肺癌、心脏病），这是《公约》第11条对缔约方的要求，也是提高公众吸烟危害相关知识的有效策略。

6. 禁止烟草公司的活动赞助、卷烟销售点的促销以及户外烟草广告

ITC中国调查结果表明，我国公众支持实施严厉措施以禁止烟草广告。近期我国对电影和电视中的吸烟镜头进行了限制，这符合《公约》第13条的要求。下一步，我国应进一步禁止烟草公司活动赞助、卷烟销售点的促销以及户外烟草广告。

7. 提高医疗卫生系统的能力，使其在促进戒烟中发挥作用

成功戒烟需要重复干预和多次尝试。因此，应加强对医务人员的培训，鼓励他们提供简短戒烟干预，或推荐病人使用戒烟门诊等专业戒烟服务。更为重要的是，在全国尤其是农村地区，应保证尼古丁替代疗法等戒烟药物以及戒烟服务的全覆盖。我国吸烟者超过3亿，只有按《公约》第14条实施准则要求实行有力的戒烟干预，才能降低烟草的健康负担。

8. 建立烟草制品监督和检测的独立系统

我国卷烟中重金属含量较高，这提示我们应建立一个烟草制品监督和检测系统，采取措施减少卷烟中的有害添加剂等物质。监督与检测应由独立的第三方机构执行，且该机构不可由烟草业拥有或控制。这与《公约》第9条和第10条实施准则相符，也与《公约》中避免烟草业干扰控烟的总体精神一致。

ITC项目联系人及方式

联系方式
联系人

有关ITC中国项目的更多信息：

姜垣
中国疾病预防控制中心控烟办公室副主任
北京市西城区南纬路27号，邮编100050
邮箱：jiangyuan88@vip.sina.com
电话：+86 10 83161028
www.chinacdc.cn

有关ITC项目的更多信息：

Geoffrey T. Fong教授
滑铁卢大学心理学系
加拿大安大略省滑铁卢大学西街200号，邮编N2L 3G1
邮箱：itc@uwaterloo.ca
电话：+1 519-888-4567 分机号：33597
www.itcproject.org

有关ITC调查方法或分析的技术信息：

Mary E. Thompson
滑铁卢大学 统计与精算学系 教授
加拿大安大略省滑铁卢大学西街200号，
邮编N2L 3G1
邮箱：methomps@uwaterloo.ca
电话：+1 519-888-4567 分机号. 35543

Changbao Wu
滑铁卢大学 统计与精算学系 教授
加拿大安大略省滑铁卢大学西街200号，
邮编N2L 3G1
邮箱：cbwu@uwaterloo.ca
电话：+1 519-888-4567 分机号. 35537

及资金来源

联系方式
联系人
联系方式

ITC中国调查小组

ITC中国小组

姜垣*，杨焱，冯国泽、肖琳、李强、王聪晓、赵国栋（第二和第三轮），冯薇薇 –
中国疾病控制预防中心，控烟办公室

ITC国际小组

Geoffrey T. Fong*, Changbao Wu, Mary E. Thompson, David Hammond, Anne C.K. Quah（项目经理）,
Mi Yan, Natalie Sansone（研究生，项目经理）, Jilan Yang（研究生，项目经理）, and
Tara Elton-Marshall（第一至第三轮，研究生，项目经理） – 滑铁卢大学

维多利亚癌症协会 – Ron Borland, Hua-Hie Yong, Lin Li

K. Michael Cummings – 美国南卡罗来纳医科大学

Richard J. O'Connor – 美国罗斯维尔园肿瘤所

纽约州立大学布法罗分校 – Gary Giovino（第一和第二轮）

主要研究者

ITC国际团队

ITC国际研究小组包括全球超过20多个国家的100多位烟草控制的研究者，主要包括：

Geoffrey T. Fong – 加拿大滑铁卢大学

Mary E. Thompson – 加拿大滑铁卢大学

K. Michael Cummings – 美国南卡罗来纳医科大学

Ron Borland – 维多利亚癌症协会

Richard J. O'Connor – 美国罗斯维尔园肿瘤所

David Hammond – 加拿大滑铁卢大学

Gerard Hastings – 英国斯特灵大学和开放大学

Ann McNeill – 英国诺丁汉大学

资金

ITC中国项目资金来源于：

- 美国国家癌症研究所 (ROCA125116)
- 加拿大健康研究所：运作资金 (#79551) 和知识转让和利用补助金 (#104765)
- 中国疾病控制预防中心控烟办公室
- 安大略省癌症研究所资深研究员奖
- 加拿大癌症协会研究所预防科学家奖

更多文献

ITC中国调查

2011.国际烟草控制政策评价项目第三轮（2009）ITC中国技术报告

http://www.itcproject.org/documents/countries/chinamainland/cn3_trfinalaqjan172011pdf

2010.国际烟草控制政策评价项目第二轮（2007-2008）ITC中国技术报告

<http://www.itcproject.org/documents/internaldocuments/1countries/chinamainland/technicalreports/cn2techrpptrevjul72010pdf>

2009（2月）.国际烟草控制政策评价项目. ITC中国调查摘要。滑铁卢大学，滑铁卢，安大略省，加拿大

<http://www.itcproject.org/documents/keyfindings/itccchina4pagerenglishv5webpdf>

2008.国际烟草控制政策评价项目第一轮（2006）ITC中国技术报告

<http://www.itcproject.org/documents/internaldocuments/1countries/chinamainland/technicalreports/cn1techrpptrevjul72010pdf>

ITC项目报告

2012年4月.吸烟及二手烟对心血管系统的危害:全球认知差距及行动启示。

<http://www.itcproject.org/download/.attachments/itc-whf-apr2012v2webpdf;v1>

2012年3月.国际烟草控制政策评估项目跨国比较报告：烟草包装上的健康警示。

http://www.itcproject.org/key_findings

2012年3月.国际烟草控制政策评估项目跨国比较报告：烟草价格和税收。

http://www.itcproject.org/key_findings

2012年3月.国际烟草控制政策评估项目跨国比较报告：无烟政策。

http://www.itcproject.org/key_findings

2010（11月）.国际烟草控制政策评价项目。公约第14条烟草依赖和戒烟，来自ITC项目的证据

<http://www.itcproject.org/documents/keyfindings/itcessationreportpdf>

2009（5月）.国际烟草控制政策评价项目。公约第11条烟草警标标识来自ITC项目的证据和建议

<http://www.itcproject.org/documents/keyfindings/itctobaccolabelsbrov3pdf>

中国烟草控制政策

2010（6月）.广州市人民代表大会。《广州市控制吸烟条例》

<http://www.rd.gz.cn/page.do?pa=402881cd27bbec710127bc59890e0546&guid=fc3c6af2015f4b4d9d0ef404875357ac&og=2c9ec0b128897a5701288d067be50008>

2009. 银川公共场所控制吸烟条例

http://www.law-lib.com/law/law_view.asp?id=345729

2009（4月）银川市公共场所控制吸烟条例

<http://www.chinalaw.gov.cn/article/fgkd/xfg/dxfq/200907/20090700137098.shtml>

2009（12月）.上海人民代表大会。上海市公共场所控制吸烟条例

http://www.law-lib.com/law/law_view.asp?id=307998

2008.北京市政府令#2008-204: 北京公共场所禁止吸烟范围若干规定

<http://politics.people.com.cn/GB/14562/7103943.html>

1997.长沙市公共场所禁止吸烟规定

<http://news.sina.com.cn/c/2005-06-26/21586274061s.shtml>

《烟草控制框架公约》和中国烟草控制

2010（5月）.中国烟草控制报告2010：抵制针对女性的烟草营销与女性吸烟。中国疾病预防控制中心控烟办公室

2010. 杨功焕（编者）控烟与中国未来：中外专家中国烟草使用和烟草控制联合评估报告

2003.世界卫生组织烟草控制框架公约（WHO FCTC）日内瓦，世界卫生组织

<http://www.who.int/tobacco/framework/en/>

世界卫生组织烟草网页 <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>

中国烟草相关调查和结果概要

2010年全球成人烟草调查（GATS）结果概要：中国2010

http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_china_gats_factsheet_2010.pdf

参考文献

1. International Agency for Research on Cancer. (2008). Methods for evaluating tobacco control policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 12. Geneva: WHO Press. Available at: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook12/index.php>
2. Yang, G., Kong, L., Zhao, W., Wan, X., Zhai, Y., Chen, L.C., & Koplan, J.P. (2008). Emergence of chronic non-communicable diseases in China. *The Lancet* 372: 1697-1705.
3. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package. (2008). Geneva: World Health Organization.
4. Yang, G.-H. (2010). Monitoring epidemic of tobacco use, Promote tobacco control. *Biomedical and Environmental Sciences* 23: 420-421.
5. Yang, L., Sung, H-Y., Mao, Z., Hu, T-w., & Rao, K. (2011). Economic costs attributable to smoking in China: Update and an 8-year comparison, 2000-2008. *Tobacco Control* doi: 10.1136/tc.2010.042028.
6. Chinese Center for Disease Control and Prevention. (2010). Global Adult Tobacco Survey (GATS) China 2010 Country Report. Available at: <http://www.notc.org.cn/jcpq/jcbg/201210/Wo20121108628365808856.pdf>
7. Hitchman, S. & Fong, G.T. (2011). Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bulletin of the World Health Organization* 89: 195-202.
8. China Tobacco Control Report 2010. (2010). Protect women from tobacco marketing and smoke. Chinese Center for Disease Control and Prevention.
9. Li, C. (2012). The political mapping of China's tobacco industry and anti-smoking campaign. John L. Thornton China Center at Brookings. John L. Thornton China Center Monograph Series. Number 5.
10. World Health Organization. (1997). WHO Global Status Report – China – 1997. Tobacco or Health: A global status report. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.cdc.gov/tobacco/who>
11. Hu, T-w., Mao, Z., Shi, J., & Chen, W. (2008). Tobacco Taxation and its Potential Impact in China. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Available at: http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/China_tobacco_taxes_report_en.pdf
12. Hu, T-w., Mao, Z., & Shi, J. (2010). Recent tobacco tax rate adjustment and its potential impact on tobacco control in China. *Tobacco Control* 19: 80-82.
13. Gao, S., Zheng, R., & Hu, T-w. (2012). Can increases in the cigarette tax rate be linked to cigarette retail prices? Solving mysteries related to the cigarette pricing mechanism in China. *Tobacco Control* 21:560-562.
14. Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Global Adult Tobacco Survey (GATS) Fact Sheet China: 2010. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/global/gats/countries/wpr/fact_sheets/china/2010/pdfs/china_2010.pdf
15. People's Daily Online. (2011, February 23). Experts lobby for controversial smoking ban in Chinese city. Available at: <http://english.peopledaily.com.cn/90001/90782/90880/7297898.html>
16. ITC Project. (2009). FCTC Article 11. Tobacco Warning Labels. Evidence and recommendations from the ITC Project. Available at: www.itcproject.org
17. Jiang, Y., Ong, M.K., Tong, E.K., Yang, Y., Nan, Y., Gan, Q., & Hu, T-w. (2007). Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes, and practices. *American Journal of Preventative Medicine* 33(1): 15-22.
18. Li, L., Yong, H.H., Borland, R., Fong, G.T., Thompson, M.E., Jiang, Y., Yang, Y., Sirirassamee, B., Hastings, G., & Harris, F. (2009). Reported awareness of tobacco advertising and promotion in China compared to Thailand, Australia and the USA. *Tobacco Control* 18(3): 222-227.
19. The Associated Press. (2011, February 15). China limits smoking in films, TV shows. Available at: <http://www.cbc.ca/news/arts/film/story/2011/02/15/china-smoking-limits-on-screen.html?ref=rss>
20. Jiang, Y., Elton-Marshall, T., Fong, G.T., & Li, Q. (2010). Quitting smoking in China: Findings from the ITC China Survey. *Tobacco Control* 19(Suppl 2): i12-i17.
21. Hu, T-w. (2008). Tobacco Control Policy Analysis in China: Economics and Health. Singapore: World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.
22. Fong, G.T., Cummings, K.M., Borland, R., Hastings, G., Hyland, A., Giovino, G.A., Hammond, D., & Thompson, M.E. (2006). The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. *Tobacco Control* 15 (Suppl III): iii3-iii11.
23. Thompson, M.E., Fong, G.T., Hammond, D., Boudreau, C., Driezen, P., Hyland, A., Borland, R., Cummings, K.M., Hastings, G., Siahpush, M., MacKintosh, A.M., & Laux, F.L. (2006). Methods of the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 15 (Suppl III): iii12-iii18.
24. Wu, C., Thompson, M.E., Fong, G.T., Jiang, Y., Yang, Y., Feng, G., & Li, Q. (2010). Methods of the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Tobacco Control* 19(Suppl 2): 1-5.
25. ITC Project. (2008). Wave 1 (2006) ITC China Technical Report. Available at: <http://www.itcproject.org/documents/internaldocuments/1countries/chinamainland/technicalreports/cn1techrpervjul72010pdf>
26. ITC Project. (2010). Wave 2 (2007-2008) ITC China Technical Report. <http://www.itcproject.org/documents/internaldocuments/1countries/chinamainland/technicalreports/cn2techrpervjul72010pdf>
27. ITC Project. (2011). Wave 3 (2009) ITC China Technical Report. Available at: http://www.itcproject.org/documents/countries/chinamainland/cn3_trfinalaqjan172011pdf
28. Bailar, B. (1975). The effects of rotation group bias on estimates from panel surveys. *Journal of the American Statistical Association*, 70, 23-30.
29. Ghangerde, P. D. (1982). Rotation group bias in the LFS estimates. *Survey Methodology* 8, 86-101.
30. Wilson, S.E., & Howell, B.L. (2005). Do panel surveys make people sick? U.S. arthritis trends in the Health and Retirement Study. *Social Science and Medicine* 60: 2623-2627.
31. Thompson, M.E., Boudreau, C., & Driezen, P. (2005). Incorporating time-in-sample in longitudinal survey models. Proceedings of Statistics Canada Symposium 2005: Methodological Challenges for Future Information Needs. Session 12: Challenges in Using Data from Longitudinal Surveys. Statistics Canada International Symposium Series - Proceedings. Statistics Canada. Catalogue no. 11-522-XIE.
32. Fong, G.T., Hammond, D., Laux, F.L., Zanna, M.P., Cummings, K.M., Borland, R., & Ross, H. (2004). The near-universal experience of regret among smokers in four countries: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *Nicotine & Tobacco Research* 6 (Suppl 3): S341-351.
33. Feng, G., Jiang, Y., Li, Q., Yong, H-H., Elton-Marshall, T., Yang, J., Li, L., Sansone N., & Fong, G.T. (2010). Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: Findings from the ITC China Survey. *Tobacco Control* 19(Suppl 2): i6-i11.
34. Hyland, A., Laux, F.L., Higbee, C., Hastings, G., Ross, H., Chaloupka, F.J., Fong, G.T., & Cummings, K.M. (2006). Cigarette purchase patterns in four countries and the relationship with cessation: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 15(Suppl 3): iii59-iii64.
35. Yong H-H., Siahpush, M., Borland, R., Li, L., O'Connor, R.J., Yang, J., Fong, G.T., & Yuan, J. (in press). Urban Chinese smokers from lower socioeconomic backgrounds face more barriers to quitting: Results from the International Tobacco Control China survey. *Nicotine & Tobacco Research*.
36. Schroeder, S.A. (2005). What to do with a patient who smokes. *JAMA* 294: 482-7.
37. Stead, L.F., Bergson, G., & Lancaster T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 16(2): CD00165.

38. Li, Q., Hyland, A., O'Connor, R., Zhao, G., Du, L., Li, X., & Fong, G.T. (2010). Support for smoke-free policies among smokers and non-smokers in six cities in China: ITC China Survey. *Tobacco Control* 19(Suppl 2): i40-i46.
39. Fong, G.T., Hyland, A., Borland, R., Hammond, D., Hastings, G., McNeill, A., et al. (2006). 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 ITC Ireland/UK Survey. *Tobacco Control* 15(Suppl 3): iii51-iii58.
40. Hyland, A., Higbee, C., Hassan, L., Fong, G.T. et al. (2007). Does smoke-free Ireland have more smoking inside the home and less in pubs than in the United Kingdom? Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *European Journal of Public Health* 18(1): 63-65.
41. ITC Project (February 2009). ITC France National Report. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; French Institute for Health Promotion and Health Education (INPES), French National Cancer Institute (INCa), and French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (OFDT), Paris, France.
42. ITC Project (January 2010). ITC Germany National Report. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; DKFZ (German Cancer Research Center).
43. Mons, U., Nagelhout, G., Allwright, S., Guignard, R., van den Putte, B., Willemsen, M.C., Fong, G.T., et al. (2012). Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tobacco Control* doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050131.
44. Fong, G.T., Hammond, D., & Hitchman, S.C. (2009). The impact of pictures on the effectiveness of tobacco warnings. *Bulletin of the World Health Organization* 87: 640-643.
45. ITC Project (May 2009). FCTC Article 11: Tobacco warning labels: Evidence and recommendations from the ITC Project. Waterloo, ON. Available at: <http://www.itcproject.org/keyfindi>
46. Hammond, D. (2011). Health warning messages on tobacco products: A review. *Tobacco Control* doi: 10.1136/tc.2010.037630.
47. Fong, G.T., Hammond, D., Jiang, Y., Li, Q., Quah, A., Driezen, P., & Yan, M. (2010). Perceptions of tobacco health warnings in China compared with picture and text-only health warnings from other countries: an experimental study. *Tobacco Control* 19(Suppl 2): i69-i77.
48. Thrasher, J.F., Villalobos, V., Szklo, A., Fong, G.T., Perez, C., Sebrie, E., Sansone, N., Figueiredo, V., Boado, M., Arillo-Edna, S., & Bianco, E. (2010). Assessing the impact of cigarette package health warning labels: A cross-country comparison in Brazil, Uruguay and Mexico. *Salud Publica de Mexico* 52(2): S206-S215.
49. ITC Project (May, 2011). ITC Mauritius National Report. Results of the Wave 2 Survey. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; Mauritius Institute of Health (MIH), Pamplemousses, Mauritius.
50. International Agency for Research on Cancer. (2011). Effectiveness of tax and price policies for tobacco control. IARC Handbooks of Cancer Prevention in Tobacco Control, Volume 14.
51. Chaloupka, F.J., Strait, K., & Leon, M.E. (2011). Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tobacco Control* 20: 235-238.
52. National Bureau of Statistics of China. (2009). China Statistical Yearbook 2009. Beijing: China Statistics Press.
53. Hu, T-w., Mao, Z., Shi, J., & Chen, W. (2010). The role of taxation in tobacco control and its potential economic impact in China. *Tobacco Control* 19: 58-64.
54. National Development and Reform Commission. (2005). Collection of Cost and Return Survey for all national agricultural products. Beijing, China: National Bureau of Statistics.
55. Chaloupka, F.J., & Warner, K.E. (2000). The economics of smoking. In Culyer AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier.
56. Li, Q., Hyland, A., Fong, G.T., et al. (2010). Use of less expensive cigarettes in six cities in China: Findings from the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Tobacco Control* 19(Suppl 2): i63-i68.
57. Li, Q., Hu, T-w., Mao, Z., O'Connor, R.J., Fong, G.T., Zhang, J., Quah, A.C.K., Wang, C., Jiang, Y., & Wu, C. (March 2011). Unpublished data analyses from the ITC China Project.
58. Lance, P.M., Akin, J.S., Dow, W.H., & Loh, C.P. (2004). Is cigarette smoking in poorer nations highly sensitive to price? Evidence from Russia and China. *Journal of Health Economics* 23: 173-89.
59. Mao, Z., & Hu, T-w., (2005). New evaluating of the demand for cigarettes from Chinese residents. *Chinese Health Economics* 25: 45-7.
60. China tobacco tax - history, current situation, and transformation. 1 ed. Beijing: China Taxation Press; 2009.
61. Yang, J., Hammond, D., Driezen, P., Fong, G.T., & Jiang, Y. (2010). Health knowledge and perception of risks among Chinese smokers and non-smokers: Findings from the Wave 1 ITC China Survey. *Tobacco Control* 19(Suppl 2): i18-i23.
62. Elton-Marshall, T., Fong, G.T., Zanna, M.P., Jiang, Y., Hammond, D., O'Connor, R.J., Yong, H-H., et al. (2010). Beliefs about the relative harm of "light" and "low tar" cigarettes: Findings from the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Tobacco Control* 19(Suppl. 2): i54-i62.
63. Ma, S.J., Wang, J.F., Mei, C.Z., Xu, X.F. & Yang, G.H. (2007). Passive smoking in China: Contributing factors and areas for future interventions. *Biomedical and Environmental Sciences* 20: 420-427.
64. Charlesworth, A. & Glantz, S.A. (2005). Smoking in the Movies Increases Adolescent Smoking: A Review. *Pediatrics* 116: 1516-1528.
65. Li, L. & Yong, H-H. (2009). Tobacco advertising on the street in Kunming, China. *Tobacco Control* 18: 63.
66. O'Connor, R.J., Li, Q., Stephens, W.E., Hammond, D., Elton-Marshall, T., Cummings, K.M., Giovino, G.A., & Fong, G.T. (2010). Cigarettes sold in China: Design, emissions and metals. *Tobacco Control* 19(Suppl 2): i47-i53.
67. Fowles, J., & Dybing, E. (2003). Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituents of cigarette smoke. *Tobacco Control* 12: 424-436.
68. ITC Project (August 2012). ITC Uruguay National Report. Findings from the Wave 1 to 3 Surveys (2006-2011). University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; Centro de Investigacion para la Epidemia del Tabaquismo (CIET Uruguay); Universidad de la Republica, Facultad de Ciencias Sociales.

国际烟草控制政策评估项目

ITC项目

评估《烟草控制框架公约》相关政策的效果

超过20个国家 • 世界上50%的人口
世界上60%的吸烟者 • 世界上70%的烟草使用者

澳大利亚
孟加拉
不丹
巴西
加拿大
中国（大陆）
法国

德国
印度
爱尔兰
肯尼亚
马来西亚
毛里求斯
墨西哥
荷兰

新西兰
韩国
泰国
英国
乌拉圭
美国
赞比亚

