

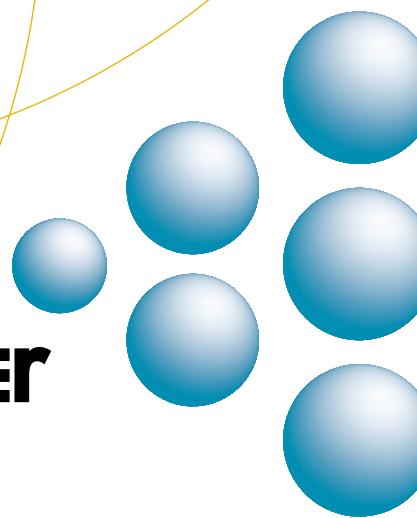


世界卫生组织

世卫组织2021年全球烟草流行报告
应对新型和新兴制品

fresh and alive

mpower



**电子尼古丁传送系统
(ENDS) 具有致瘾性，
并非无害**



**使用电子尼古丁传送系
统的儿童和青少年吸烟
的风险会增加一倍**

ouwer

应严格管制ENDS，最大程度地保护公众健康

mpo



- M** 监督烟草使用和预防政策
- P** 保护人们免受烟草烟雾危害
- O** 提供戒烟帮助
- W** 警示烟草危害
- E** 确保禁止烟草广告、促销和赞助
- R** 提高烟税

烟草控制工作必须 继续以减少烟草使 用为重点，并避免 烟草和相关行业造 成的干扰

《世卫组织2021年全球烟草流行报告：应对新型和新兴制品》是世卫组织跟踪烟草流行状况和防治烟草流行干预措施系列报告中的第八份报告。

世卫组织2021年全球烟草流行报告: 应对新型和新兴制品 [WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products]

ISBN 978-92-4-005555-1 (网络版)

ISBN 978-92-4-005556-8 (印刷版)

© 世界卫生组织 2022年

保留部分版权。本作品可在知识共享署名——非商业性使用——相同方式共享3.0政府间组织 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.zh>) 许可协议下使用。

根据该许可协议条款, 可为非商业目的复制、重新分发和改写本作品, 但须按以下说明妥善引用。在对本作品进行任何使用时, 均不得暗示世卫组织认可任何特定组织、产品或服务。不允许使用世卫组织的标识。如果改写本作品, 则必须根据相同或同等的知识共享许可协议对改写后的作品发放许可。如果对本作品进行翻译, 则应与建议的引用格式一道添加下述免责声明: “本译文不由世界卫生组织 (世卫组织) 翻译, 世卫组织不对此译文的内容或准确性负责。原始英文版本为应遵守的正本”。

与许可协议下出现的争端有关的任何调解应根据世界知识产权组织调解规则进行 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)。

建议的引用格式。 世卫组织2021年全球烟草流行报告: 应对新型和新兴制品 [WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products]。日内瓦: 世界卫生组织; 2022年。

许可协议: CC BY-NC-SA 3.0 IGO。

在版编目 (CIP) 数据。 在版编目数据可查阅 <http://apps.who.int/iris/>。

销售、版权和许可。 购买世卫组织出版物, 参见 <http://apps.who.int/bookorders>。提交商业使用请求和查询版权及许可情况, 参见 <https://www.who.int/zh/copyright>。

第三方材料。 如果希望重新使用本作品中属于第三方的材料, 如表格、图形或图像等, 应自行决定这种重新使用是否需要获得许可, 并相应从版权所有方获取这一许可。因侵犯本作品中任何属于第三方所有的内容而导致的索赔风险完全由使用者承担。

一般免责声明。 本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世卫组织对任何国家、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卫组织所认可或推荐, 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。

世卫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。世卫组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。



世界卫生组织

世卫组织2021年全球烟草流行报告

应对新型和新兴制品

得益于**彭博慈善基金会**的资助

目录

- 15 序言 (作者:世卫组织总干事谭德塞博士)
 - 17 序言 (作者:世卫组织非传染性疾病全球大使Michael R. Bloomberg)
 - 19 序言 (作者:《世卫组织烟草控制框架公约》秘书处首长Adriana Blanco Marquizo博士)
-

20 摘要

24 《世卫组织烟草控制框架公约》和消除烟草制品非法贸易议定书

30 新型和新兴制品

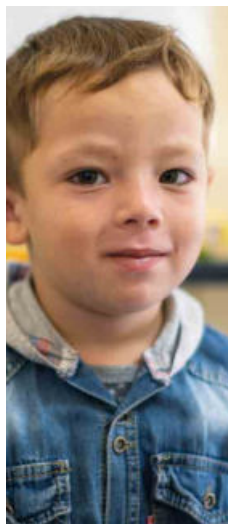
44 烟草业的干扰

50 烟草和2019冠状病毒病大流行

59 有效的烟草控制措施

- 60 监测烟草使用和预防政策
- 64 保护人们免受烟草烟雾危害
- 68 提供戒烟帮助
- 72 警示烟草危害
- 76 大众媒体反烟草宣传行动
- 80 确保禁止烟草广告、促销和赞助
- 86 提高烟税
- 94 国家烟草控制规划
- 98 新兴烟草和尼古丁制品

108 结论



110 参考文献

- 119 技术说明一： 现有政策和合规评价
128 技术说明二： 世卫组织会员国的吸烟流行率
130 技术说明三： 世卫组织会员国的烟草税
- 139 附件一： MPOWER措施区域摘要
153 附件二： 电子尼古丁传送系统
179 附件三： 选定烟草控制措施达到最高实现水平的年份
193 附件四： 世界最大100个城市在选定的最高实现水平烟草控制措施方面的状况
199 附件五： 《世卫组织烟草控制框架公约》和《消除烟草制品非法贸易议定书》现状

207 致谢

- 附件六： 全球烟草控制政策数据
附件七： 国家概况
附件八： 烟草税收
附件九： 烟草税、价格和可负担性
附件十： 2019年烟草使用的年龄标准化流行率估计数
附件十一： 国家提供的流行率数据
附件十二： 全球烟草控制政策数据地图

附件六至十二可线上查阅 http://www.who.int/tobacco/global_report/en



mpower

“尽管面临2019冠状病毒病大流行的挑战，在过去一年中，许多国家仍然将烟草控制作为一项关键的健康重点工作坚持推进。”

世界卫生组织总干事谭德塞博士

目前，53亿人口受到至少一项达到最高实现水平的MPOWER措施的覆盖

自2019年世卫组织发布上一份《全球烟草流行报告》以来，世界发生了不可估量的变化。尽管面临2019冠状病毒病大流行的挑战，在过去一年中，许多国家仍然将烟草控制作为一项关键的健康重点工作坚持推进。本报告所展现的进展是这一坚持努力的明证。

烟草所致疾病包括肺病和心脏病、慢性呼吸道疾病、癌症和糖尿病，所有这些疾病都可能增加2019冠状病毒病的严重程度。保护民众免受烟草危害从来没有像现在这样重要过。

实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》是公认的全球发展优先事项，在“可持续发展目标”中有专门的具体目标。减少烟草使用对于减轻占全球死亡人数71%的非传染性疾病负担至关重要。

今天，75%的国家和53亿人受到至少一项达到最佳实践水平的控烟措施的保护，

50%受到至少两项措施的保护。从全球来看，15岁以上人群的烟草流行率已从22.7%降至17.5%。

这是令人鼓舞的进展。与此同时，我们必须对电子尼古丁传送系统和加热烟草制品等新产品带来的挑战保持警惕。

《世卫组织2021年全球烟草流行报告：应对新型和新兴制品》强调了这些产品是如何被作为“更安全”或“无烟”的传统卷烟替代品进行推广的。虽然其全部风险尚未可知，但电子尼古丁传送装置的影响是清楚的。

在将这些产品框定为对全球烟草控制的贡献的同时，烟草和相关行业使用相同的既往营销策略来推广新工具，使儿童对尼古丁上瘾，并规避烟草立法。与此同时，他们继续反对旨在保护全球人民免受烟草多种危害的措施和立法。

烟草是世界上最大的可预防的过早死亡原因之一，每年导致超过800万人死亡，

给全球经济造成1.4万亿美元的损失。这不成比例的影响着中低收入国家的人民。面对从烟草中获利的强大的既得利益集团，政治领导人必须挺身而出。

所有国家都有义务通过打击一切形式的烟草祸害来保护本国人民的健康。



世界卫生组织
总干事
谭德塞博士

“我们必须对电子尼古丁传送系统和加热烟草制品等新型制品带来的挑战保持警惕。”

mpower

**“反对烟草使用确实需要共同努力，
就我们已经开展的工作而言，仍然需
要取得更多的进展。”**

迈克尔R. 布隆伯格，世卫组织非传染性疾病和伤害大使彭博慈
善基金会创始人

尽管出现了一个全球性大流行病，自上次报告以来，已有24个国家采取了一项或多项最佳实践的MPOWER措施

自13年前第一份《世卫组织全球烟草流行报告》发布以来，该报告一直是抗击烟草使用、拯救生命斗争中一个至关重要的资源。它所包含的数据有助于领导人明确有效的政策，并帮助公众让民选官员对保护人民健康负责。虽然去年取得了更有希望的进展，但2019冠状病毒病大流行也突出表明，迫切需要采取更多、更快的行动，结束烟草流行。

证据显示，吸烟者更有可能因2019冠状病毒病这一攻击肺部的呼吸系统疾病住院或死亡。该冠状病毒对患有心脏病、癌症和高血压等非传染性疾病的人构成了更高的风险，而这些疾病都与吸烟有关。

烟草是造成可预防死亡的最大单一原因，每年夺去870万人的生命，并导致数千万人患上本可避免的疾病。好消息是：我们知道如何对付这个杀手。

13年前，当世卫组织发布第一份报告时，卷烟的销量数十年来一直在稳步攀升，而且在世界大部分地区，并没有任何措施来保护公众。在MPOWER烟草控制措施

的推动下，2012年全球卷烟销量开始下降，而且尽管全球人口增长，卷烟销量的下降一直持续到现在。MPOWER措施已经挽救了超过3700万人的生命。随着越来越多的吸烟者戒烟，越来越多的人决定永远不开始使用烟草，越来越多的公众受到保护，免受二手烟的致命影响，这个数字每天都在增加。

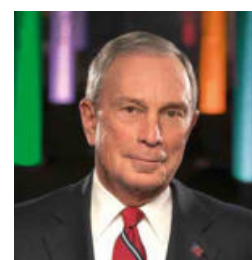
如今，75%的国家（这些国家的总人口数量超过53亿）至少采取了一项MPOWER措施。全球一半国家有两项或两项以上这样的措施。在过去两年里，尽管面临大流行的挑战，又有5个国家通过了国家级无烟政策，另有8个国家开始要求在烟草包装上印有健康警示。

但我们还远未胜利。全球仍有超过10亿人吸烟。而且随着卷烟销量下降，烟草公司一直在积极营销电子烟和加热型烟草制品等新产品，并游说政府限制监管。他们的目标很简单：让下一代人对尼古丁上瘾。我们不能让这种情况发生。

这份报告特别关注这些新型制品，以及我们可以做些什么来保护儿童免受它们

的伤害。大约80个国家已经采取措施应对电子烟的危害，但在世界上很多地方，电子烟仍然未被管制。

这份报告是对行动的呼吁，是在我们已取得进展的基础上进一步努力的纲领。反对烟草使用确实需要大家共同的努力，而就我们已经取得的成绩而言，仍然需要取得更多的进展。齐心协力，我们就能继续前进，拯救更多的生命。



迈克尔R.布隆伯格

世卫组织非传染性疾病和伤害全球大使
彭博慈善基金会创始人

“随着卷烟销量下降，烟草公司一直在积极营销电子烟和加热型烟草制品等新产品，并游说政府限制监管。他们的目标很简单：让下一代人对尼古丁上瘾。我们不能让这种情况发生。”

mpower

“烟草控制是发展议程的一个必不可少的组成部分，不仅有助于实现可持续发展目标3（具体目标3.a呼吁在所有国家加强实施《世卫组织烟草控制框架公约》），也有助于实现其他直接或间接受到烟草种植和使用影响的目标。”

Adriana Blanco Marquizo博士，《世卫组织烟草控制框架公约》
秘书处首长

2020年,《世卫组织烟草控制框架公约》和《议定书》缔约方数量均有所增加

《世卫组织烟草控制框架公约》(WHO FCTC) 和《消除烟草制品非法贸易议定书》(议定书) 秘书处欢迎《世卫组织2021年全球烟草流行报告》的发布。

该报告是在2019冠状病毒病大流行这一历史上最严重的突发卫生事件之一期间发布的。这次大流行不仅在全球夺去了数百万人的生命,而且严重影响了经济,暴露并加剧了国家之间和国家内部的不平等状况,并有可能逆转数十年来为改善人类健康和福祉所作努力所取得的成果,特别是为弱势群体所作努力的成果。

该报告提供的数据显示了一些好消息:至少有一或两项全面实施的《世卫组织烟草控制框架公约》措施覆盖的世界人口百分比正在增加。2020年,《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方增至182个,议定书缔约方增至62个。

不幸的是,烟草业无休止的干涉也在增加。在2019冠状病毒病大流行期间,该行业(以及那些致力于促进其利益的人)已经加强了他们的“企业社会责任”努力,表示可以帮助政府挽救受COVID-19影响最严重的人的生命,而这些人往往就是最初被烟草业置于危险境地的人。吸烟者面对的COVID-19结局是

最糟糕的,而所有非传染性疾病患者亦如此,因为烟草是一个常见和主要的风险因素。

尽管报告中显示的进展令人鼓舞,但有必要加快实施《世卫组织烟草控制框架公约》及其议定书。烟草控制是发展议程的一个必不可少的组成部分,不仅有助于实现可持续发展目标3(具体目标3.a 呼吁在所有国家加强实施《世卫组织烟草控制框架公约》),也有助于实现其他直接或间接受到烟草种植和使用影响的目标。

尽管病毒引起的大流行很难预防,烟草引起的隐秘而不断增长的大流行却完全可以从道德上进行防范。与科学家夜以继日寻找治疗药物和预防疫苗的COVID-19大流行不同,“烟草大流行”的解决方案显而易见:《世卫组织烟草控制框架公约》及其议定书。

最后,新的挑战摆在面前。电子尼古丁传送系统(也被称为电子烟)和新型烟草制品正在被其生产企业(主要是烟草业)及其支持者作为更健康的吸烟替代品进行推广。在独立研究显示出这些产品的真正风险之前,各国政府应该保持谨慎。指导他们行动的应该是基于科学的证据而不是营销手段。

我呼吁《世卫组织烟草控制框架公约》及其议定书缔约方各国政府齐心协力,加强实施工作,为本国人民建设一个新的未来,在这样的未来,大家不仅战胜了COVID-19,也消除了烟草使用造成的危害。我们正处于一个前所未有的紧迫时刻:支持民众戒烟,提高烟草制品税收,这不仅是为了遏制烟草消费,也是为了增加急需的收入,为大流行的恢复努力提供资金。



Adriana Blanco Marquizo博士

《世卫组织烟草控制框架公约》秘书处首长

在独立研究显示出[ENDS]的真正风险之前,各国政府应该保持谨慎。指导他们行动的应该是基于科学的证据而不是营销手段。”

摘要

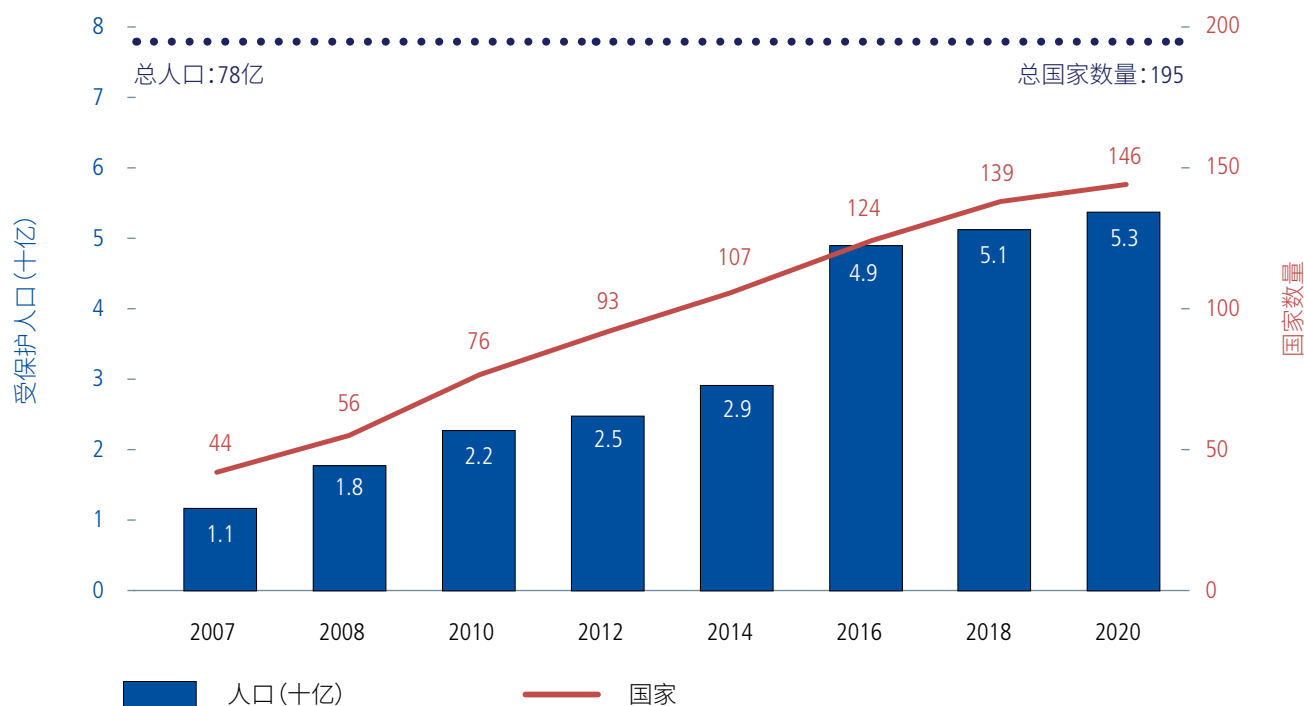
自2008年发布第一份《世卫组织全球烟草流行报告》以来，各国在烟草控制方面取得的稳步进展已在每份双年度更新中得以展示。本报告为最新报告。尽管2020年COVID-19大流行带来了不同寻常的挑战，但这一进展仍在继续。最新结果显示，截至2020年，超过53亿人（占世界人口的69%）得到了至少一项在最高水平实施的MPOWER措施的覆盖。令人鼓舞的是，现有98个国家得到了至少两项已经采用的MPOWER措施的覆盖。

采用MPOWER措施的国家数量每年都在继续增加。采用一项MPOWER措施的国家数量自2007年以来已经增加到之前的三倍（从44个增加到146个国家）。自上一份《世卫组织全球烟草流行报告》以来，实施至少两项最高实现水平的MPOWER措施的国家数量已从84个增加到98个（占全部监测国家的一半以上）。此外，目前居住在实施至少两项MPOWER措施的国家的人口数量从2018年的35亿人增加到2020年的44亿人，短短两年内在世界人口中的占比从45%增加到56%。

在尚未采取任何最高水平MPOWER措施的49个国家中，有38个国家的规定仅比一项或多项MPOWER措施的最佳实践低一级。自上一份报告以来，进展一直稳定，七个之前没有采取最佳实践措施的国家（库克群岛、科特迪瓦、埃塞俄比亚、伊拉克、摩洛哥、巴拉圭和汤加）开始采取行动，在一项或多项措施上达到最高水平。

目前，四分之三的国家 and 5.3亿人口至少获得了一项最高实现水平MPOWER措施的覆盖。

至少一项MPOWER政策最高实现水平 (2007—2020)



现在，世界上超过一半的国家被两项最高实现水平的MPOWER措施覆盖

在目前至少实施两项措施的98个国家中，31个国家采取了三项最高实现水平的措施，5个国家采取了四项最高实现水平的措施（约旦、爱尔兰、马达加斯加、新西兰、西班牙）。与此同时，在最佳实践水平采用所有MPOWER措施的国家数量仍为两个，即巴西和土耳其。

ENDS需要被管制

这是《世卫组织全球烟草流行报告》首次纳入电子尼古丁传送系统（ENDS）的数据，显示出共有111个国家以某种方式对ENDS进行管制。其中有32个国家（覆盖24亿人口）禁止销售ENDS，其他79个国家（部分或全部）采取了一项或多项立法措施来管制ENDS，覆盖32亿人口。

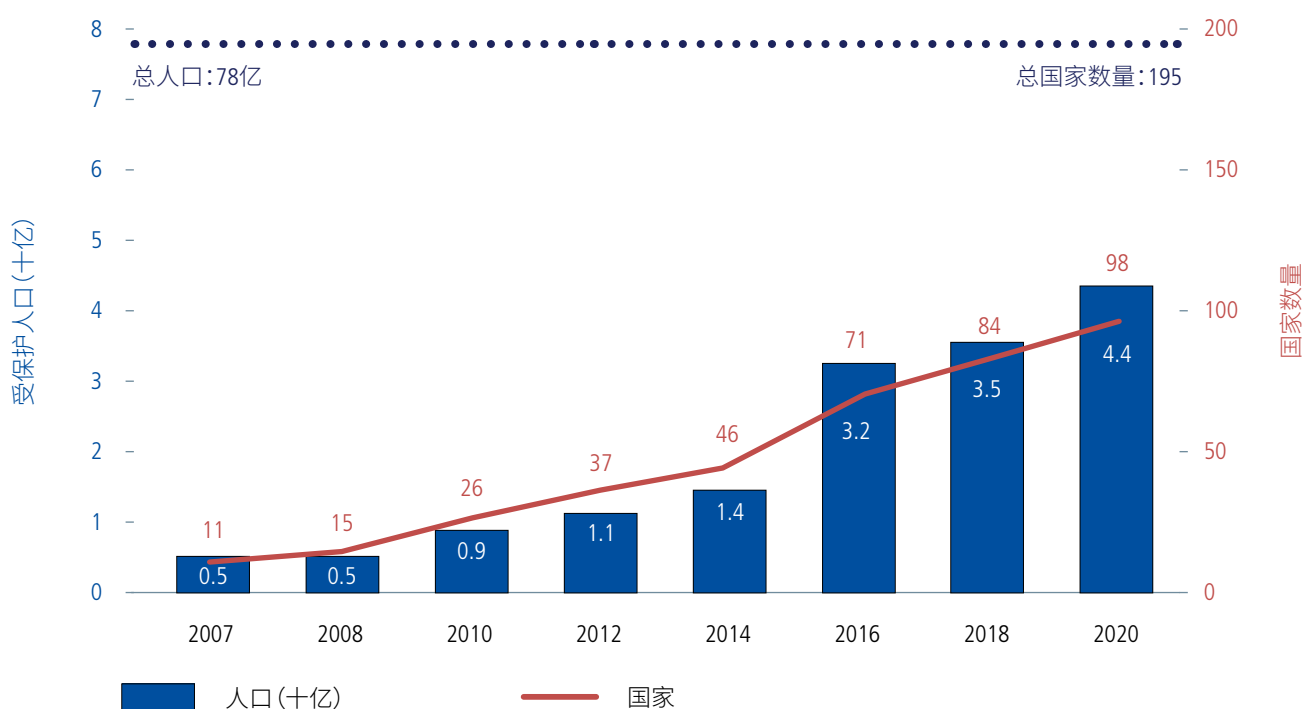
在禁止销售ENDS的国家中，18个是中等收入国家，9个是高收入国家，其余5个是低收入国家。79个国家目前采取的管制选项包括一系列广泛的措施，针对这些产品并无共同的做法。有84个国家仍然没有针对ENDS的禁令或管制规定，这使得它们特别容易受到烟草和相关工业活动的影响。

在禁止吸烟的公共场所使用ENDS可能使在公共场所吸烟重新成为常态。然而，只有30个国家完全禁止在所有室内公共场所、工作场所和公共交通工具上使用ENDS。只有8个国家强制要求在ENDS包装上出现大幅图片健康警示。22个国家完全禁止ENDS装置、电子烟液或两者的广告、促销和赞助（只有15个国家对两者同时采取了广告、赞助和促销禁令）。

通过具有全国代表性的调查，越来越多地在全球范围内监测儿童和青少年以及成年人使用ENDS的情况。有87个国家收集了青少年当中ENDS使用流行率数据，56个国家收集了成年人ENDS使用流行率数据。

在可获得ENDS税务数据的86个国家中，超过三分之一的国家没有对电子烟液征收任

至少一项MPOWER政策最高实现水平（2007—2020）



98个国家的44亿人获得了至少两项最高实现水平的MPOWER措施的覆盖。

何消费税。在实施了税收的地方，税率通常很低，只有三个国家以零售价格的75%或更多对ENDS电子烟液征税。

在未禁止ENDS的国家中，只有42%的国家对ENDS的销售和购买实行了年龄限制，只有九个国家具有对ENDS口味的管制规定。

尽管COVID-19在全球大流行，但烟草控制仍在继续取得进展

尽管COVID-19在全球大流行，各国仍然继续取得进展。尤其是有101个国家现已采用了最高实现水平的健康警示法律和法规。这意味着，有47亿人（或世界人口的60%）现在受到大幅图形烟盒警示的保护，这些警示具有所有推荐特征，已成为人口覆盖率最高和覆盖国家最多的MPOWER措施。必须指出的是，到2020年底，有17个国家已通过立法规定烟草制品必须无装饰包装，并发布了具有实施截止日期的法规。其他一些国家已经通过法律要求无装饰包装，但尚未发布实施细则。

尽管戒烟措施在自2007年以来的多数年份取得了进展，但戒烟服务政策仍然匮乏，只有26个国家在最佳实践水平上提供这些服务。虽然采用这一措施的国家数量最少，但这些国家拥有25亿人口，几乎占世界人口的三分之一，这使得该措施成为就覆盖人口而言的第二大MPOWER措施。

完全无烟的室内公共场所、工作场所和公共交通现在覆盖了67个国家的18亿人，

这使其成为就所覆盖国家而言的第二大MPOWER措施。

尽管烟草广告、促销和赞助（TAPS）禁令仍是一项未被充分采纳的措施，完全的TAPS禁令保护着57个国家的16亿人。尤其是中低收入国家在TAPS禁令方面取得了进展。有12个已经采用完全TAPS禁令的国家为低收入国家（占所有低收入国家的41%），31个国家为中等收入国家（占中等收入国家的30%），14个国家为高收入国家（占高收入国家的23%）。

不幸的是，烟草使用监测受到COVID-19大流行的严重影响。2020年期间，大多数国家的数据收集工作受阻，2018年和2019年完成的调查结果的发布也受到阻碍。

通过税收提高价格是减少烟草使用最有效的方法，但这仍然是人口覆盖率最低的政策。2016年至2018年期间，人口覆盖率大幅增加（从2016年的8%增至2018年的13%），但在最佳实践水平上，受税收保护的世界人口比例一直停留于13%。

所有区域的国家都在采取MPOWER措施

自上份报告以来，已在最佳实践水平采用各项MPOWER措施的新增国家：

- 五个国家（多民族玻利维亚国、埃塞俄比亚、约旦、巴拉圭、圣卢西亚）新通过了全面无烟法律，覆盖所有室内公共场所、工作场所和公共交通。

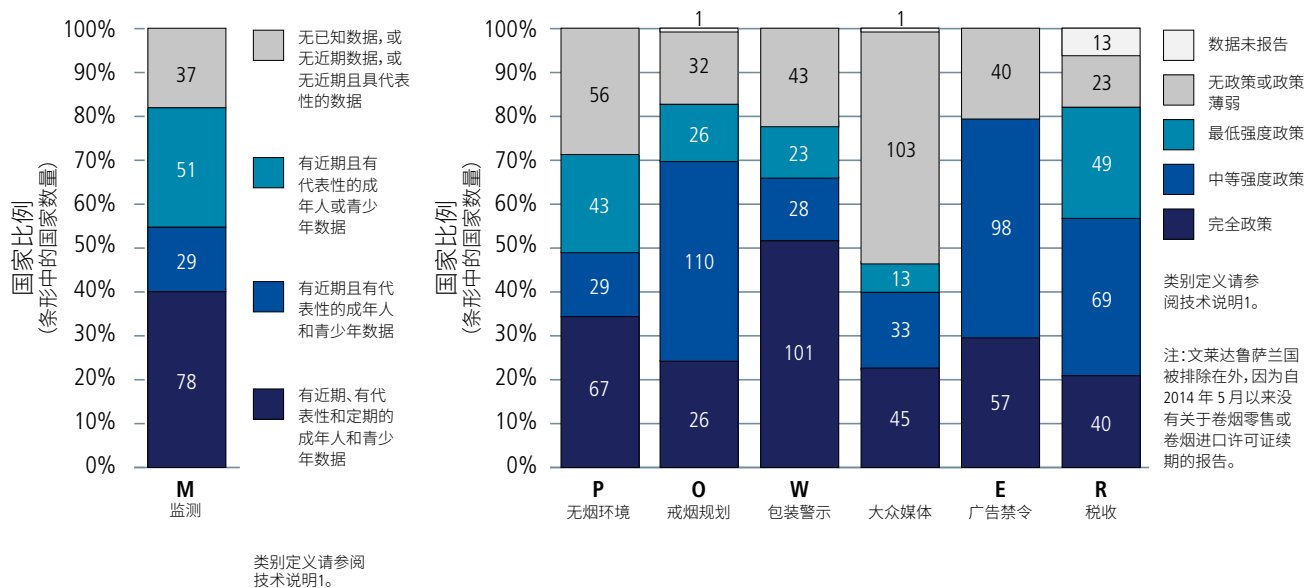
- 五个国家（奥地利、库克群岛、约旦、菲律宾、汤加）在其戒烟服务方面达到最佳实践水平。然而，在同一时期，其他三个国家从最高组中下降，因此最后只净增了两个国家。543

- 八个国家（埃塞俄比亚、冈比亚、毛里塔尼亚、黑山、尼日尔、尼日利亚、卡塔尔、美国）采用了大幅图形烟盒警示。

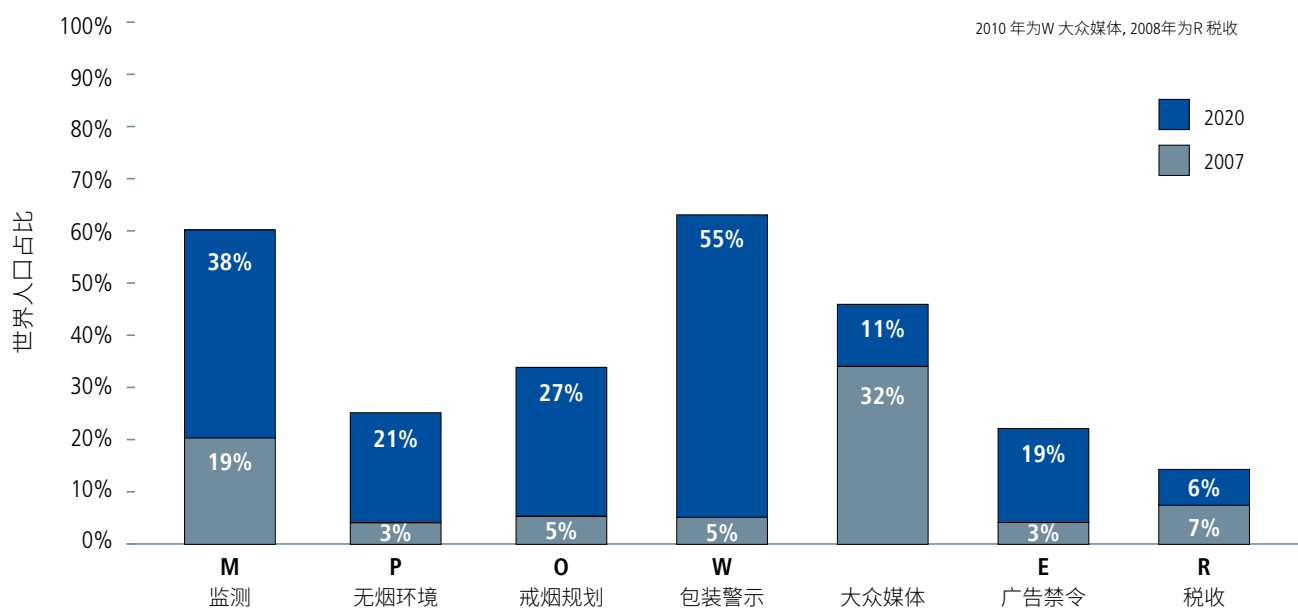
- 五个国家（科特迪瓦、埃塞俄比亚、伊拉克、约旦、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国））引入了完全禁止烟草广告、促销和赞助（包括在销售点）的禁令。

- 六个国家（丹麦、格鲁吉亚、摩洛哥、荷兰、葡萄牙、斯里兰卡）通过征收至少占零售价格75%的税收，跻身最佳实践组。

2020年世界选定烟草控制政策状况



选定烟草控制政策所覆盖世界人口的增加, 2007年*至2020年



仍有49个国家尚未采取一项最高实现水平的MPOWER措施。

一些国家尚未采取MPOWER措施

所有国家都可以采取和实施全面的烟草控制措施, 以防止烟草使用和接触二手烟

造成的巨大负担。然而, 到2020年, 仍有49个国家尚未采取一项最高实现水平的MPOWER措施, 使24亿人易受烟草业策略和营销的负面影响。

此外, 某些MPOWER措施的进展速度比其他措施要慢。必须加快采用彻底的TAPS禁令, 实施全面的戒烟服务, 并将烟草税提高到足够高的水平。

《世卫组织烟草控制框架公约》和《消除烟草制品非法贸易议定书》

《世卫组织烟草控制框架公约》和《议定书》简介

《世卫组织烟草控制框架公约》(WHO FCTC)是一份以证据为基础的条约,重申所有人民享有最高健康水平的权利。该公约于2003年得到世卫组织会员国的通过,为其缔约方实施烟草控制措施提供框架,以持续和大幅减少烟草使用的流行和烟草烟雾的暴露。它是联合国历史上最广泛接受的条约之一,共有182个缔约方,包括世界人口的90%以上。自2005年生效以来,WHO FCTC取得了明显的成功,并一直是地方、国家、区域和全球烟草控制进展与合作的组织原则。

在成为《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方的过程中,各国承担着彼此相互加强的义务,以减少烟草制品的需求和供应。世卫组织开发的MPOWER技术包通过为各国的成就提供可衡量的金标准并监测其进展情况,帮助各国实施绝大部分的措施,从而减少对于烟草制品的需求。不过,尽管MPOWER系列的成本效益证明了这一重点是合理的,但也需要采取减少供应的措施,以采取全面、协同的做法,支持烟草控制的政治经济工作。

《公约》还包含了对这些减少需求和供应措施(特别是MPOWER系列中包含的措施)至关重要的一般义务。第5条为烟草控制的治理提供了基础,第1款和第2款呼吁采取多部门、全政府的做法,并制定适当的国家立法和战略。

第5条第3款以及执行第5.3条的指导方针为保护烟草控制公共卫生政策远离烟草业和为促进其利益而工作的人的影响提供了基础。这些措施,加上有关烟草业责任的第19条,使《公约》具有创新能力,能够针对烟草业这个以使用欺骗手段、将利润优先于公共健康而闻名的行业。

WHO FCTC的理事机构是两年一次的缔约方大会(COP),这是讨论《公约》实施和任何新出现的烟草控制问题并达成共识的主要全球论坛,也是对《公约》条款作出权威解释的唯一机构。2012年,在大韩民国举行的第五届缔约方会议上,各缔约方通过了一项新的国际条约:《消除烟草制品非法贸易议定书》。《议定书》以处理烟草制品非法贸易的《公约》第15条为基础,但防止非法贸易的跨界合作的复杂性要求一套更广泛和更精确的义务。烟草制品的非法贸易对减少需求的关键措施,特别是价格措施和健康警示,构成重大威胁。

《议定书》于2018年9月生效,截至2021年5月25日,目前共有63个缔约方。它的目标是消除一切形式的烟草制品非法贸易,其义务包括防止非法贸易的工具和促进国家间合作的众多机制。《议定书》缔约方承担实质性义务:控制烟草制品的供应链;规定任何与非法贸易有关的行为都是违法的;并在防止非法贸易方面与其他国家进行合作。《议定书》也有自己的理事机构即缔约方会议(MOP),与公约缔约方大会一样,每两年召开一次。

WHO FCTC还授权缔约方大会设立公约秘书处,为缔约方实施《公约》提供政策支持,并支持缔约方大会和其他附属机构会议的运作。《议定书》规定,公约秘书处也是其秘书处,具有类似的职能。世卫组织与公约秘书处合作,支持《世卫组织烟草控制框架公约》和《议定书》缔约方的实质性要求和报告要求,并倡导增加《世卫组织烟草控制框架公约》和《议定书》缔约方的数量。

减少需求的措施	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9条：	烟草制品成分管制
	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
减少供应的措施	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
	第17条：	对经济上切实可行的替代活动提供支持
一般义务	第4条：	指导原则
	第5条：	一般义务
	■ 5.1:	全面、多部门的国家烟草控制战略、计划和规划
	■ 5.2:	国家烟草控制协调机构或联络点
	■ 5.3:	防止烟草控制政策受烟草业的商业和其他既得利益的影响
其他措施	第18条：	保护环境和人员健康
	第19条：	责任
	第20条：	研究、监测和信息交换
	第21条：	报告和信息交换
	第22条：	科学、技术和法律方面的合作及有关专业技术的提供

2018年，缔约方大会第八次会议将加热烟草制品定义为烟草制品，因此受《世卫组织烟草控制框架公约》各项规定的制约。



COVID-19对实施WHO FCTC/议定书的影响

COVID-19大流行造成的破坏清楚地表明，有必要加快实施《世卫组织烟草控制框架公约》和《议定书》，特别注重利用MPOWER技术包扩大成就。无可辩驳的证据表明，COVID-19与过去和现在的烟草使用之间存在致命的相互作用：比起非烟草使用者，病毒感染者和烟草使用者遭受的疾病进展更为严重；卫生系统的脆弱性被加剧；烟草使用增加了大流行造成的人员和经济损失[1-6]。因此，除非“烟草大流行”以及造成危机的其他脆弱性得以解决，全球和国家为更好地重建而作出的努力将是不完整的。

更广泛的说，COVID-19大流行和随之而来的全球经济衰退打乱了政治议程。在某些情况下，这是以牺牲诸如烟草控制等可能显得不那么紧迫或不经济的活动为代价的。这已经对《世卫组织烟草控制框架公约》和《议定书》的实施进展构成了挑战。最引人注目的是，原定于2020年11月举行的第九届公约缔约方大会（COP9）和第二届缔约方会议（MOP2）被推迟到2021年11月。

但COVID-19大流行也为推进烟草控制措施提供了机会。例如，东地中海区域的17个国家已经禁止在公共场所使用水烟，南非在应对全国的疫情期间全面禁止“非必需品”的销售，这暂时禁止了烟草销售。与此类似，南非和俄罗斯联邦等其他国家已经提高了烟草税，以拯救生命，同时募

集资金收入来抗击这一大流行及其相关的经济危机。

烟草业已利用这一形势，混淆有关烟草与COVID-19之间的联系的科学，并将自己定位为国家COVID-19恢复努力的经济和发展伙伴。许多主要的烟草业行为者打着所谓企业社会责任的旗号，将其巨大资源的一小部分用于大肆宣传的COVID-19相关慈善项目。正如《世卫组织烟草控制框架公约》第13条实施准则所指出的，这些活动是一种赞助形式。

COP9（2021年11月8日至13日）和MOP2（2021年11月15日至18日）

COVID-19大流行意味着即将召开的COP和MOP会议将以虚拟方式举行。在会上，代表们将注意到已取得的实施进展，并明确推进和加强各文件全面实施的挑战和可能的机会。缔约方将通过新的决定，指导这些文件的未来执行方向，做法包括但不限于设立新的附属机构，澄清对于各项义务的解释，并要求公约秘书处和/或邀请世卫组织承担一些任务和就具体事项进行报告。

在因大流行而中断了近两年的烟草控制议程之后，尽管临时议程被缩短，COP9和MOP2都有重要议题项目供审议，例如为《世卫组织烟草控制框架公约》和《议定书》所提议设立的投资基金，这是一种旨在为实施这两项文件提供急需资源的创新筹资机制。

MOP2临时议程的一个亮点是审议MOP1所设立的烟草制品跟踪和追溯制度附属机构的报告。根据《议定书》第8条，缔约方同意在2023年9月之前建立一个全球跟踪和追溯机制。这一全球机制将包括旨在确保缔约方能够确保烟草制品供应链安全的国家和区域系统，以及设在公约秘书处的全球信息共享联络点，使缔约方能够交流信息，以便更好地应对非法贸易。MOP对这一问题的审议对于指导和促进及时履行这一涉及复杂技术的义务至关重要。

新型和新兴烟草制品和尼古丁产品

自2008年以来，缔约方大会就新型和新兴烟草制品和尼古丁产品的管制提供了指导，特别关注加热烟草制品（HTPs）、电子尼古丁传送系统（ENDS）和电子非尼古丁传送系统（ENNDS）[7]。COP对现状进行了如下定义。HTPs为烟草制品，通过加热烟草装置产生含有尼古丁和其他化学物质的气溶胶，这些制品受到WHO FCTC的规定。相比之下，ENDS和ENNDS不含烟草，而是蒸发由多种化合物组成的溶液，就ENDS而言包括尼古丁，就ENNDS而言可能不含尼古丁。关于后一类产品，COP6促请各缔约方“出于为人类健康提供高水平保护的考虑，考虑作为烟草制品、医疗产品、消费品或其他类产品，酌情禁止或管制电子尼古丁传送系统/电子非尼古丁传送系统”[8]。在COP7上，还促请各缔约方采取管制措施，酌情禁止或限制ENDS/ENNDS的生产、进口、经销、展示、销售和使用[9]。

正如一份世卫组织提交给COP8的报告中
所指出,烟草业在每一类产品里的推广都
可被视为是对高收入国家卷烟销售下降的
反应[10]。

迄今为止COP处理ENDS的工作

在COP3上,公约秘书处被要求邀请世卫组
织向COP4提交一份报告,明确向监管机构
报告内容、排放和产品特性(包括电子系统)
的最佳实践做法。从那时起,有多份报告
和决定处理了这个问题。

最相关的决定来自COP6,该会议确定了
缔约方在处理ENDS/ENNDs时应追求的基本
目标,包括:(a)预防非烟民和青年开始
使用新型烟草制品,同时特别关注弱势群体;
(b)尽可能最大限度减轻对于使用者的
潜在健康风险,并防止非烟民接触其释放
物;(c)预防未经证明的ENDS/ENNDs健康
声明;(d)防止控烟活动受到所有商业利益

及其他与这些制品有关的既得利益,包括
烟草业利益的破坏。此外也促请缔约方出
于为人类健康提供高水平保护的考虑,
酌情考虑包括作为烟草制品、医疗产品、
消费品或其他类产品,禁止或管制ENDS/
ENNDs[8]。

在此之后,2016年,COP7作出一项决定,
促请缔约方考虑酌情根据本国法律和公共
卫生目标,禁止或限制生产、进口、经销、
展示、销售和使用ENDS/ENNDs。促请尚未
完全禁止这些制品的缔约方遵循一份非详
尽的管制选项清单(由世卫组织编写的一
份报告中提供),以实现COP6决定中规定
的各项目标。这些目标已得到缔约方审议
和批准[8]。这类管制涉及将《世卫组织烟
草控制框架公约》的大部分减少需求和减
少供应的措施应用于ENDS/ENNDs,以及
协同应用第5.3条[11]。

迄今为止COP处理HTPs的工作

HTPs出现以来,一直以健康和戒烟的声
称进行市场营销,但这样的声称并没有
独立、可靠的证据支持[12]。《世卫组织烟
草控制框架公约》第14条的实施准则将
戒烟定义为“停止使用任何烟草制品的
过程……”,因此,声称可以通过改用另
一种烟草制品来戒烟是不可信的。2016
年,COP7要求公约秘书处邀请世卫组织
在之后的会议上报告与HTPs相关的具体
问题[13]。

按照这份报告,2018年,COP8将HTPs定
义为烟草制品,“因此必须遵守《公约》
规定”。会议促请各缔约方优先考虑某些
措施,以处理HTPs等新型和新兴烟草制品
以及用于消费此类产品的装置所构成的挑
战。这样的措施包括:(a)预防人们开始使
用新型和新兴烟草制品;(b)防止人们接触
其释放物,并且根据WHO FCTC第8条将无

COP ENDS相关决定和报告时间线



烟立法范围明确扩展至这些产品；(c)预防有关这些制品的健康声称；(d)根据WHO FCTC第13条就这些制品的广告宣传、促销和赞助采取措施；(e)根据WHO FCTC第9条和第10条对这些制品的成分和成分披露进行管制；(f)根据WHO FCTC第5.3条，防止控烟政策和活动受到所有商业利益及其他与这些制品有关的既得利益，包括烟草业利益的破坏；(g)管制，包括限制或酌情禁止制造、进口、经销、推介、销售和使用这些制品，酌情遵照其本国法律，同时考虑到以高水平保护人类健康；(h)适当时将上述措施应用到为消费此类产品而设计的装置[9]。

2018年，缔约方大会还邀请公约秘书处、世卫组织和世卫组织烟草实验室网络报告新型和新兴烟草制品，特别是HTPs的各种特性，并监测市场发展和这些制品的使用情况。尽管HTPs明确属于烟草制品，但其产品的一些特性对其定义和分类以及对《世卫组织烟草控制框架公约》的全面应用构成了监管挑战。为此，缔约方会议要求公约秘书处并邀请世卫组织向缔约方大会第九届会议提供关于新型烟草制品尤其是HTPs的更多信息[9]。

《世卫组织2021年全球烟草流行报告》的背景

在烟草业正在利用新战略将自己定位为发展伙伴之际，本报告的重点——应对新型和新兴制品——尤为重要。由缔约方大会设定的ENDS和HTPs管制工作的基础已经对于在国家层面将技术建议转化为政治行动至关重要。

本章所分析的各文件均为《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方就ENDS和HTPs的管制所作出的政治决定。在可靠和独立的科学提出一种不同的情形供缔约方考虑之前，这些决定提供了《世卫组织烟草控制框架公约》促请各缔约方遵循的管制选项。

它们是全球看法的标志，能够打破围绕着这些制品的商业利益噪音和烟草业的浑水。这些决定对国家法规产生影响，也可以包含对《世卫组织烟草控制框架公约》条款的法律权威解释。

**2018年，缔约方大会第八次会议将加热烟草制品
定义为烟草制品，因此受《世卫组织烟草控制框
架公约》各项规定的制约。**



新型和新兴制品： 应对电子尼古丁传送系统

全球控烟工作在减少烟草使用和确保世界许多地区的人民免受烟草危害方面取得了重大进展。然而，近年来，新型和新兴的尼古丁和烟草制品，如电子尼古丁传送系统（ENDS），在许多市场迅猛增加。烟草业暗示，这些制品更加安全，因为它们不含烟草，于是通过吸引更年轻的使用者等方式，ENDS持续扩大着烟草业的客户基础。

包括ENDS、加热烟草制品（HTPs）和袋装尼古丁在内的一些尼古丁和烟草制品迅速出现在不同的市场，造成严重的健康问题。《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方第八届会议将HTPs认定为烟草制品，应遵守《世卫组织烟草控制框架公约》的各项规定。因此，本报告中将不详细讨论这些问题。本报告主要关注电子传送系统（EDS）及其在烟草业和相关行业战略中发挥的日益突出的作用¹

什么是电子传送系统？

出于本报告的目的，有两种类型的电子传送系统：电子尼古丁传送系统（ENDS）和电子非尼古丁传送系统（ENNDS）。这些系统加热液体，产生气雾，供使用者吸入。这些“电子烟液”含有尼古丁（而不是烟草）²和其他会对人体健康有毒的添加剂、香味剂和化学物质。ENNDS和ENDS本质上是一样的，但ENNDS所使用的电子烟液是作为不含尼古丁进行市场营销的。

最常见的ENDS是“电子卷烟”，也被称为“电子烟”、“电子雾化烟”或“笔式电子烟”。其他类别的ENDS包括“电子水烟”、“电子烟斗”和“电子雪茄”。有些产品与传统的烟草制品相似；其他的形状则像钢笔、USB记忆棒或基本的圆柱体。

为何将电子非尼古丁传送系统（ENNDS）包括在本报告中

ENNDS和ENDS几乎没有区别：它们通常会增强口味来吸引年轻人，并通常被认为“更加安全”和不会上瘾。然而，虽然根据定义ENNDS不应含有尼古丁，但在实践中，许多标记为“零尼古丁”的电子烟液在检测中被发现含有尼古丁^[14]。此外，根据使用的装置，使用者可以选择含有或不含尼古丁的电子烟液，并可以在配方为不含尼古丁的电子烟液中添加尼古丁。因此，要区分ENDS和ENNDS几乎是不可能的。

即使ENNDS不含尼古丁，它们使用的电子烟液也存在其他令人担忧的问题。电子烟液中含有有害和潜在有害的成分，吸入后可能会对健康产生长期影响^[15]。此外，和ENDS一样，使用ENNDS的行为模仿传统卷烟的使用，这种行为模式会导致试图戒烟的人无法成功戒烟，甚至还可能导致非吸烟者（特别是儿童和青少年）开始使用传统的卷烟。对政策制定者来说，非尼古丁电子传送系统的存在和可获得性进一步加剧了旨在保护人们免受烟草和尼古丁危害的管制机制的复杂化和混乱程度，可能产生漏洞，被商业利益利用。

基于上述原因，应采用与ENDS相同的方式管制和监控ENNDS。

1 这里的“行业”指烟草业、ENDS生产商以及任何具有ENDS或ENNDS商业利益的组织机构。

2 大多数ENDS使用从烟草中提取的尼古丁，这导致包括美国在内的一些国家将其归类为烟草制品。



应将新型和新兴制品纳入烟草控制的全面办法

之所以将应对ENDS作为烟草控制战略的一部分，原因如下：

- 《世卫组织烟草控制框架公约》第5.2条责成缔约方实施有效措施，防止和减少烟草消费、尼古丁成瘾和接触烟草烟雾，第FCTC/COP7(9)号决定促请各缔约方考虑采取管制措施（如FCTC/COP7/11号文件所述措施），根据本国法律和公共卫生目标，酌情禁止或限制ENDS的制造、进口、经销、展示、销售和使用的。
- 含有尼古丁，这是烟草中高度成瘾性的成分。使用ENDS会给包括儿童和青少年在内的人群带来尼古丁成瘾的风险。研究结果显示，ENDS的使用者更有可能成为吸烟者，使他们暴露于吸烟的有害影响[16]。
- ENDS是有害的。例如，尼古丁会对大脑发育产生有害影响，特别是对儿童和青少年造成长期后果[15]。
- ENDS有数千种口味，这会增加产品的适口性，并帮助它们专门以儿童和年轻人
- 人为目标。在许多社会环境中，吸烟已经成为“非常态”，尤其是在室内公共场所。ENDS的使用模仿了与传统吸烟产品相关的从手到嘴的动作。因此，使用ENDS可能会带来吸烟行为重新被常态化的风险，在年轻人群中尤其如此[17-19]。
- 烟草业和相关行业以及ENDS的倡导者已经试图通过游说、争取让ENDS的使用成为例外情况来破坏室内吸烟禁令。ENDS会产生一种看起来类似于烟草烟雾的气雾，这种关联由于难以对这些装置和HTPs（像卷烟一样含有烟草）进行区分而变得更加复杂。因此，通常很难判断一个人是在吸烟还是在使用ENDS。
- 烟草和相关行业利用许多既定的策略（见“烟草业的干扰”章节），以年轻人为其产品的目标客户来营销和推广ENDS。

ENDS最初是由独立于烟草业的公司开发的,但烟草生产商自此之后进入了ENDS市场

ENDS市场的早期增长主要是由独立于传统烟草公司的公司推动的,如Juul电子卷烟的开发公司Pax Labs。然而,几乎所有主要的跨国烟草公司,如英美烟草公司、菲利普莫里斯国际公司和奥驰亚公司,都购买了ENDS公司的股份和/或发展了自己的品牌[20,21]。现在,在欧盟有超过30000个ENDS(装置和电子烟液)品牌在销售[20]。

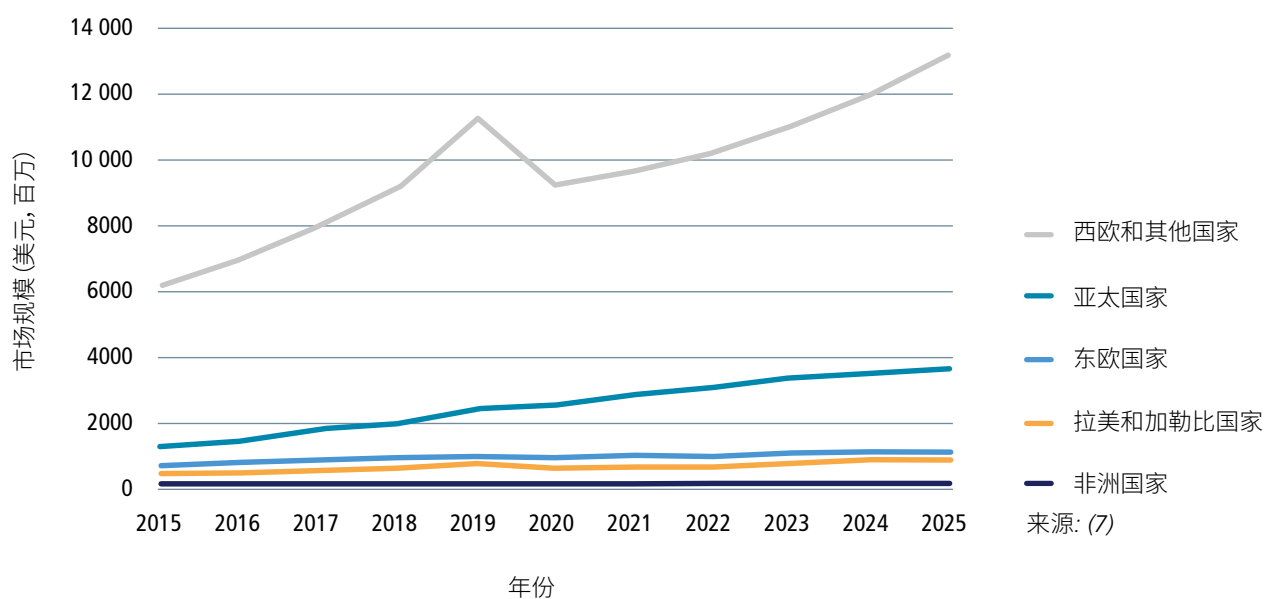
2014年,ENDS全球销售额为27.6亿美元,2019年达到150亿美元。2018年,ENDS和加热烟草制品销售的总市值不到总市值的2.2%,而卷烟销售一项便占到了总市值的91%[22]。西欧和其他国家(包括美国和加拿大)的消费者占这个市场最大的份额,其次是亚太国家的消费者。根据2015-2018年的数据和推算,预计ENDS的使用量将从短暂的下降(2019年至2020年)中恢复,并继续在全球增加[20]。来自烟草业本身的一些证据表明,鉴于近年来市场的增长,过去几年尼古丁使用者总量(新使用者)有所增加[23]。

ENDS装置种类繁多,发展迅速

ENDS装置的形状、大小和功能各不相同。新的设计也在不断地被开发。根据技术和它们的设计使用方式,ENDS还具有各种各样不同“代”的产品。

开放式系统具有可改装的填充罐,而封闭式系统则无需改装,而是使用预填充的小盒或袖珍容器,或已预先填充,就像一次性ENDS一样。随着时间的推移,新产品的开发包括了增加发电量。装置产生的电力和加热溶液的温度会增加喷雾中的尼古丁含量,从而传送给使用者。一些ENDS已增加到超过250W(早期型号的功率约为10W),从而增加了使用者接触有害和潜在有害成分的风险[24-26]。

按联合国区域分列的ENDS销售现状和预计



各代ENDS 装置举例

	仿真烟 这些一次性制品具有传统卷烟的外观和感觉。这可能会使吸烟重新常态化。		笔式电子烟 这类产品使得使用者可以根据自己的喜好变换电子液体配方。一些产品使用预填充式烟盒，其他产品则可以由使用者再次填充烟弹。
	一次性产品 此类产品为最新版本的ENDS，通常形似弹头，但设计成电子液体用尽后即丢弃。有多种口味供选择，而且容易藏匿。		盒装系统 这类产品使得使用者可以变换几乎所有的使用者体验元素，包括电子液体配方和电池电量。
			烟弹 新一代ENDS。由于这一代产品常常用尼古丁盐，因此可提供更高剂量的尼古丁，但却不会有涩口的感觉。装置常常貌似U盘，方便使用者（例如年轻人或学生）藏匿。

五花八门的电子烟液及其内容物

烟液的内容物各不相同。除了不同水平的尼古丁，它们常常含有各种各样的调味剂、水、丙二醇，通常有甘油和其他化合物。此外，这些产品在烟液雾化后产生的气雾含有化合物，其中一些是有毒的。例如致癌物质甲醛[27]。一些最常见的烟液成分如下：

尼古丁

尼古丁是一种高度成瘾的物质，包含在所有的ENDS中，另据报道，在一些作为ENNS销售的制品中也发现了尼古丁[14]。ENDS中所含的尼古丁通常来自烟草，但有些制品使用的是合成尼古丁。ENDS中的尼古丁含量从0毫克/毫升到超过66毫克/毫升甚至更多（至少是标准卷烟尼古丁含量的两倍）。除了浓度之外，还有几个因素会决定使用者将接触到的尼古丁量。装置中

产生的电量、使用者的抽吸方式以及电子烟液中所含的成分都有可能增加使用者的尼古丁摄入[28]。

电子烟液中使用的尼古丁可能以不同的形式存在。游离基尼古丁是尼古丁的一种改性形式，在传统卷烟中以不同的浓度存在，通过将尼古丁迅速传送到大脑，使卷烟更容易成瘾。最近，ENDS生产商开发出了尼古丁盐配方，向使用者提供更高水平的尼古丁，同时掩盖其涩口感[29]。

在一些市场上，大约有16 000种 独特的口味可供选择，其中许多 对儿童很有吸引力。

口味

在一些市场上，大约有16 000种独特的口味可供选择，其中许多对儿童很有吸引力[17, 18, 30, 31]。这些口味可以掩盖尼古丁的涩口感，并在人们决定第一次尝试使用ENDS时发挥作用[32]。口味可以使人们更愉悦地使用产品，更容易吸入气雾，并改

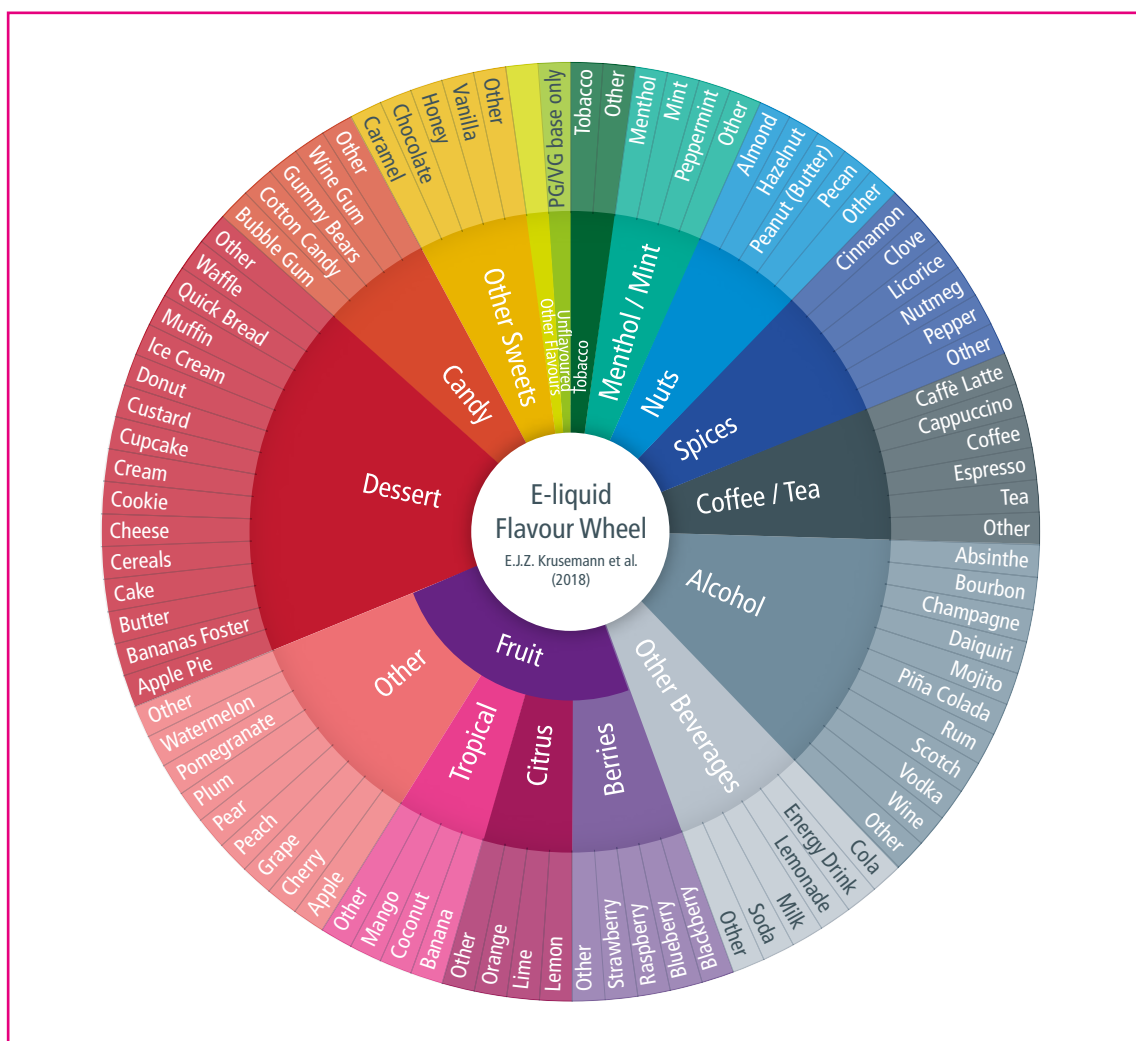
变与其使用相关的感知风险[33]。例如，薄荷等口味有助于助长和维持烟草制品的使用，而肉桂等口味可以改善产品的适口性[34, 35]。下图展示了电子烟液的口味轮，其中超过一半的口味对儿童和青少年是很有吸引力的[36]，而其他的水果和薄荷口味也可能吸引特定的成人人群体（如女性或某些族群）和非吸烟者[32, 37]。

电子烟液口味轮

由于市场上可获得众多口味，研究人员建议使用该工具对电子烟液口味进行分类，并提供一个共享和可比的词汇表。

丙二醇(PG)和甘油

作为尼古丁和这些制品中使用的某些调味剂的载体，这些化合物存在于几乎所有的ENDS中。这两种化合物的比例通常决定了电子烟的体验，因为它们会影响使用过程中的柔滑度、击喉感和产生的烟流（烟团）。PG常被用作某些食品的添加剂，而且在口服摄入时“一般认为是安全的”。但是，其吸入时的影响尚未得到充分研究。

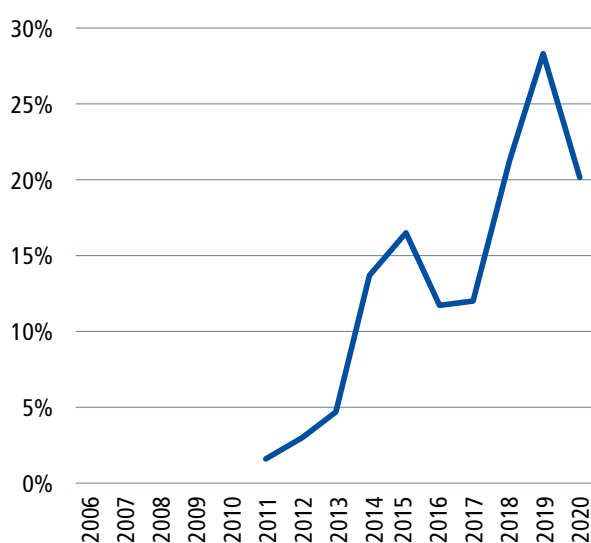


来源: (36)

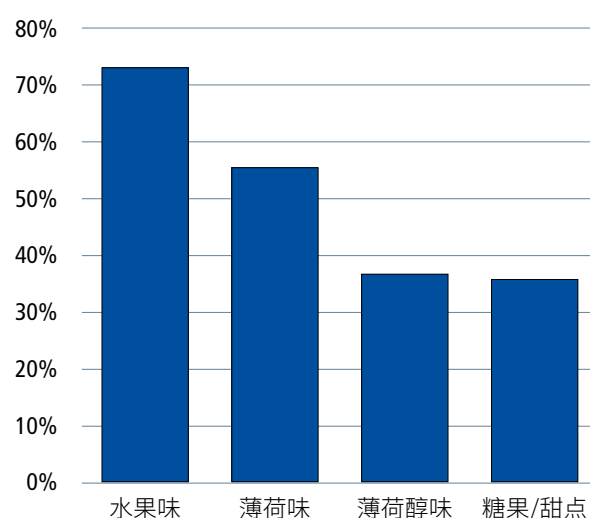
美国的研究表明，口味在儿童和青少年使用电子烟中起着重要作用：

- 自2011年以来，美国中学生使用电子烟的比例从1.5%上升到2020年的19.6%（图表1）。虽然最近电子烟的使用率有所下降，但比例仍然高得令人担忧。
- 自2014年到2020年，目前使用调味电子烟的电子烟使用者比例从65.1%上升到84.7%。
- 在目前使用任一调味电子烟类型的中学生中，最常用的口味类型是水果味（73%）、薄荷味（56%）、薄荷醇味（37%）和糖果、甜点或其他甜食味（37%）（图2）。
- 目前70%的青少年（12岁至17岁）电子烟使用者说他们使用电子烟是“因为它们有我喜欢的口味”。

图表1：
美国中学生电子烟使用现状
(过去30天)



图表2：
美国中学生调味电子烟使用现状



来源: (38–40)

使用ENDS对健康的许多长期影响仍是未知的，越来越多的证据表明，这些制品并非无害。

ENDS的多样性对理解、监控和管制它们提出了挑战

根据特定区域的监管环境、人口背景和市场不同，ENDS的演变也不尽相同。除了ENDS设计的多样性、产品类型和变体、可互换的部件，以及使用者可以自己混合各种各样的电子烟液和口味类型，许多ENDS也可以在售后由使用者定制，有些甚至可以由生产商远程操作[41]。可定制装置意味着可以通过改变制品的不同方面来操控它们，比如电池功率、加热线圈和加热组件所达到的温度。这会对使用者和旁观者所接触到的释放物产生重大影响。

越来越多的证据表明ENDS有害

烟草和相关行业将ENDS作为比传统卷烟“更安全”的替代品进行营销和推广；许多使用者认为ENDS的“危害大大低于”烟草制品，特别是卷烟[42]。然而，尽管使用ENDS对健康的许多长期影响仍是未知的，越来越多的证据表明，这些制品并非无害[43]。例如，最近的研究表明，ENDS对包括心率和血压在内的心血管健康有急性不良影响[44-46]，且每日使用ENDS与心肌梗死风险增加有关。此外，关于使用ENDS对呼吸系统健康影响的研究表明，这会对人体和动物器官和细胞健康、对人体外健康产生明显的不利影响，并可能与哮喘和慢性阻塞性肺病相关[47, 48]。

对于这些制品使用者的健康影响也很可能取决于与ENDS设计范围及其使用方式有关的许多因素，以及使用者同时使用的其他产品和该消费行为的数量或模式。例如，ENDS通常被用作是吸烟的补充品而不是替代品，特别是在没有禁止使用ENDS的无烟环境中。这意味着许多ENDS使用者同时使用ENDS和传统卷烟(双重使用)[49]，这种使用模式实际上可能比仅使用ENDS或传统卷烟对使用者的健康产生更加有害的影响。在美国，几乎70%的成年ENDS使用者目前也吸烟[50]。ENDS和卷烟的双重使用也可能会造成持续的尼古丁依赖。一些研究表明，与单独使用相比，双重使用与呼吸和心血管疾病风险的增加更相关[51-53]。

尼古丁对青少年的大脑发育有害，并在怀孕期间构成风险

尼古丁高度成瘾。不吸烟的人如果使用ENDS，可能会对尼古丁成瘾，并且很难停止使用ENDS，而且/或者对传统烟草制品成瘾。由于许多ENDS通过吸引年轻人来进行营销，因此一些国家大量的青少年和儿童已经开始使用这些产品。尼古丁成瘾通常是在青春期形成的，这造成了年轻使用者尼古丁依赖的非常真实的风险[54]。与不使用ENDS的人相比，尝试使用ENDS的年轻人发展成常规使用传统卷烟的可能性是前者的两到三倍[55]。如果ENDS使用者转而使用烟草制品，他们将容易受到与烟草

使用有关的健康结局的影响，如癌症、心血管疾病、呼吸系统疾病和高血压。

尼古丁还对儿童、青少年和孕妇构成健康风险。儿童和青少年摄入尼古丁会对大脑发育产生有害影响，对大脑发育造成长期后果，并可能导致学习障碍和焦虑障碍[56-58]。孕妇接触尼古丁也会对胎儿的大脑发育产生类似的后果[59, 60]。

其他电子烟液成分也可能对健康有害

除尼古丁外，人们已经知道，电子烟液的一些常见成分对健康有影响，然而对更多的成分知之甚少[25, 61]。例如，在ENDS和ENNS中使用的一些调味剂已经被证明会增加其气雾的毒性[62]。例如，香草和肉桂醛这样的醛类调味剂已经被证明会导致毒性，而用来产生黄油味的成分已知会导致闭塞性细支气管炎（有时被称为“爆米花肺”）[47]。

2019-2020年美国爆发的使用电子烟或电子烟产品导致的肺损伤(EVALI)凸显了与这些制品相关的潜在危险。根据美国疾病控制中心的最新数据，EVALI共导致2807例病例和60例死亡[63]。虽然这些死亡的原因尚未最终确定，但维生素E醋酸酯(VEA)作为一种含有大麻(或THC)的常见ENDS添加剂，被认为在这些肺损伤病例中发挥了重要作用[64]。虽然通过食物口服VEA和在皮肤上使用VEA是安全的，



使用ENDS的儿童和青少年使用传统卷烟的可能性会高两倍多。

但吸入VEA的影响尚不完全清楚。这个例子说明为什么应该对ENDS进行监管，加拿大、大不列颠及北爱尔兰联合王国（英国）和美利坚合众国的一些州等司法管辖区目前是禁止使用这种添加剂的[41, 65]。

电子传送系统也被认为与一些人身伤害有关，这样的人身伤害包括当产品不符合预期标准或被使用者篡改而导致爆炸或故障所造成的烧伤。意外接触电子烟液中高浓度的尼古丁也很危险，甚至会导致死亡。儿童意外摄入有毒电子烟液的案例尤其令人担忧，有一项在美利坚合众国为期5年的研究发现，在此期间超过8000名6岁以下儿童接触了有毒电子烟液。在这些病例中，八名儿童遭受了严重的健康后果，一名1岁男孩死亡[65-68]。

二手释放物有可能对旁观者造成伤害

研究表明，在室内测量时，使用ENDS会使空气中的颗粒物浓度高于背景水平[69-71]。二手气雾(SHA)中的尼古丁、颗粒物和潜在致癌物的水平超过了《世卫组织烟草控制框架公约指南》中所规定的最高建议水平[72-74]。这是令人担忧的，因为人类暴露于使用ENDS过程中产生的颗粒物，包括微细颗粒物和超细颗粒物（可穿透肺泡）、挥发性有机化合物、重金属和尼古丁等[75]已被证明与心肺疾病风险增加有关。虽然目前还不清楚源自ENDS与SHA有关的健康风险，但一项系统综述研究得出结论，ENDS“蒸气”有可能对旁观者造成伤害[71]。需要进一步研究以充分了解二手接触ENDS气雾对健康的影响。

成人ENDS使用的流行率很低，但各国之间存在很大差异和波动

虽然并非所有国家都具备可靠的数据，但目前在监测该疾病的国家，成人中使用ENDS的情况差异很大，从爱沙尼亚的11%（2018年）到乌拉圭的0.2%（2016-17年），见附件二和附件十一。在人群中，ENDS的使用率也会在短时间内迅速变化[41]：在英国，2017年成人ENDS使用率上升到7.1%，但在2020年下降到6.3%[49]。

在人口层面的调查中，越来越多地包括了成人和青少年使用ENDS（以及ENNDs）的问题，而且《烟草调查问卷》（TQS）也纳入了这类问题[76]。然而，制品和命名的多样性对监控和监测这些产品和其他新出现的尼古丁和烟草制品构成了真正的挑战。



此外，ENDS产品类别与HTPs产品类别的合并[23]也使人很难知道人们正在使用哪些产品以及是如何使用它们的。监测标准必须特别严谨和细致，以捕捉这些产品和各国使用模式之间目前和正在演变的细微差别。

必须防止儿童和青少年使用ENDS

最近的一项系统综述研究发现，在所有具有数据的国家和地区（总共67个国家中有50个国家报告了某些方面的ENDS使用情况），儿童和青少年中曾使用ENDS的比例估计为19.9%。对于目前使用ENDS（最近30天内使用），60个国家的全面估计为8.8%[77]。在美国，儿童和青少年使用电子烟的程度导致美国公共卫生署署长在2019年宣布这一问题成为一种流行病[78]。最近的多个调查发现，电子烟在这一人群中的流行程度有所下降，但必须仔细监测这些趋势[79]。

儿童和青少年使用ENDS增加了他们将来使用传统卷烟和其他烟草制品的可能性

在许多国家，20岁以下的儿童和青少年使用ENDS是一个令人关注的问题，这不仅是因为尼古丁对于这个年龄段群体的不利影响，还因为大多数的ENDS年轻使用者为非吸烟者，ENDS的使用可能导致未来烟草制品的消费和成瘾[80]。换言之，ENDS可能成为通向烟草消费的“门户”[81]。最近的一项全球系统综述研究发现，即使只是实验性质的使用，这样使用ENDS的儿童和青少年之后使用传统卷烟的可能性（包括过去和现在的使用）会高两倍多[82]。

关于ENDS在戒烟中的潜在作用的证据仍不确定

迄今为止，关于使用ENDS作为戒烟辅助品的证据还不确定。最近的一项Cochrane综述提出，电子烟可以帮助吸烟者戒烟[83]。该综述比较了ENDS与行为支持和其他尼

古丁替代疗法（NRT），并汇集了四项研究的结果，发现ENDS使用者的戒烟率有微小但有显著意义的提高。结果表明，在100名使用NRTs的人中，有6人可能成功戒烟，而在100名使用电子烟戒烟的人中，有10人可能成功戒烟。

对于这一结论有一些需要注意的地方。首先，作者注意到这些发现的确定性为低（与行为支持相比）到中度（与NRTs相比）。其次，这些研究包括在治疗环境中使用单一产品类型，这被认为不能与当前真实世界的电子烟使用情况相比较。第三，也许是最重要的，是对戒烟的定义问题。戒烟可以被看作是停止吸用烟草制品，或停止使用任何烟草制品或停止使用任何尼古丁产品。在该Cochrane综述中，人们戒掉任何烟草制品都被认为是成功的戒烟。换言之，一个人可以从使用传统卷烟转向正在使用ENDS，从而被认为已经成功“戒烟”。这就留下了一个问题，即预计此人将会在多长时间内继续使用ENDS作为戒烟工

具，特别是因为长期使用可能会增加接触与ENDS相关的潜在健康风险。NRTs的设计使尼古丁含量在整个治疗过程中逐步降低，以减少对尼古丁的依赖。

美国公共卫生署署长的戒烟报告总结道：“从总体上看，推断电子烟有助于戒烟的证据并不充分”[84]。另外，欧盟健康、环境和新兴技术风险科学委员会（SCHEER）对电子烟的《意见》得出结论是：“电子烟对戒烟的影响缺乏强有力的纵向数据。在获得此类研究之前，电子烟只能被认为是在有限的时间内并在监督下支持戒烟”[85]。事实上，一些研究表明，在某些情况下，ENDS会延长或增加尼古丁成瘾，从而阻碍某些人的戒烟[86]。

迄今为止，关于使用ENDS作为戒烟辅助品的证据还不确定。最近的一项Cochrane综述提出，电子烟可以帮助吸烟者戒烟[83]。该综述比较了ENDS与行为支持和其他尼古丁替代疗法（NRT），并汇集了四项研究的结果，发现ENDS使用者的戒烟率有微小但有显著意义的提高。结果表明，在100名使用NRTs的人中，有6人可能成功戒烟，而在100名使用电子烟戒烟的人中，有10人可能成功戒烟。

对于这一结论有一些需要注意的地方。首先，作者注意到这些发现的确定性为低（与行为支持相比）到中度（与NRTs相比）。其次，这些研究包括在治疗环境中使用单一产品类型，这被认为不能与当前真实世界的电子烟使用情况相比较。第三，也许是最重要的，是对戒烟的定义问题。戒烟可以被看作是停止吸入烟草制品，停止使用任何烟草制品或停止使用任何尼古丁产品。在该Cochrane综述中，人们戒掉任何烟草制品都被认为是成功的戒烟。换言之，一个人可以从使用传统卷烟转向正在使用ENDS，从而被认为已经成功“戒烟”。这就留下了一个问题，即预计此人将会在多长时间内继续使用ENDS作为戒烟工具，特别是因为长期使用可能会增加接触与ENDS相关的潜在健康风险。NRTs的设计使尼古丁含量在整个治疗过程中逐步降低，以减少对尼古丁的依赖。

美国公共卫生署署长的戒烟报告总结道：“从总体上看，推断电子烟有助于戒烟的证据并不充分”[84]。另外，欧盟健康、环境和新兴技术风险科学委员会（SCHEER）对电子烟的《意见》得出结论是：“电子烟对戒烟的影响缺乏强有力的

纵向数据。在获得此类研究之前，电子烟只能被认为是在有限的时间内并在监督下支持戒烟”[85]。事实上，一些研究表明，在某些情况下，ENDS会延长或增加尼古丁成瘾，从而阻碍某些人的戒烟[86]。

考虑到ENDS的多样性，需要更多的证据来做出结论，说明任何特定ENDS产品作为戒烟工具的潜力。目前，仍然有一些未知的因素，这意味着在人群层面不能推荐ENDS作为戒烟的辅助用品。目前可用的戒烟治疗，如NRTs（口香糖和贴剂）和药物治疗法（丁氨苯丙酮和瓦伦尼克林），必须得到各国监管机构的批准才能在该国上市和供应，并遵守管制要求[87]。目前，在大多数销售ENDS的国家，ENDS并不受这一管制措施的约束，因此不能享受与其他戒烟治疗用品相同的质量保证和监督。

处方ENDS：澳大利亚的独特案例

2021年10月1日，澳大利亚将成为世界上第一个禁止消费者购买或进口ENDS的国家，除非他们具有有效的医生处方。全科医生提供处方的主要原因是帮助使用者戒烟。

由于目前在澳大利亚治疗用品注册系统（ARTG）上没有经批准的尼古丁电子烟，医生自己可能需要向治疗用品管理局（澳大利亚政府的一个监管机构）提出申请，以便在签发处方之前获得未经批准的产品。患者获得这些产品的途径仅限于某些“未经批准的”处

方药。更多信息请访问：<https://www.tga.gov.au/nicotine-e-cigarettes>。

收紧的ENDS法规旨在遏制澳大利亚年轻人使用尼古丁电子烟的显著增加，在2016年至2019年期间，18-24岁年轻人在接受调查时报告会每天、每周、每月或少于每月使用电子烟的比例几乎翻了一番，从2.8%升至5.3%。这些法规还为当前的吸烟者提供机会，使他们能从医生处获得有关戒烟的好处和与ENDS有关的风险的适当建议。

来源：(88)

ENDS对目前未使用烟草或ENDS的更广泛人群的潜在影响

除了ENDS能否帮助吸烟者戒烟的问题外，ENDS还提出了许多与烟草消费模式有关的问题[89]。例如，当人们，特别是成年人，开始使用ENDS时，他们在多大程度上减少了烟草使用（如果的确有减少的话）？使用的ENDS或ENNDs类型之间有什么不同？在人口层面上，市场上的可获得性是否增加或减少了戒烟的尝试？对于已戒烟者来说，ENDS是否具有吸引力，而且曾经长期吸烟的戒烟者是否开始使用ENDS[90]？而且，如果ENDS确实能帮助人们戒烟，那么与那些开始使用这些产品的儿童和青少年的数量增长风险相比，这样的健康益处如何[89]？这些问题中有许多问题没有快速的答案，而且答案可能并不适用于所有国家，但确保对ENDS进行适当管制以保护人群的健康是可以立即实现的。如果不加以适当管制，它们可能会破坏目前旨在保护人民健康的措施。

ENDS是烟草控制的重要威胁和挑战

在过去二十或三十年里，烟草控制取得了重大进展。本报告发现，仅在过去12年里，全球吸烟流行率就从2007年的22.7%下降到2019年的17.5%，而且随着许多国家在国家、省和市级采取无烟环境等措施，烟草使用已非常态化[91]。法律规定已经限制了购买烟草的年龄，并确保禁止烟草制品广告，从而保护儿童和青少年免受烟草的危害。今天，通过至少一项MPOWER措施，超过53亿人得到保护，免受烟草的危害。

ENDS在许多国家的出现可能会破坏控烟进展

ENDS的支持者认为，“危害更少的”替代品的存在有助于降低烟草使用的流程度，改善人群健康。但是，尽管戒烟产品的创新是值得欢迎的，ENDS目前的营销是为了吸引新用户（例如，并不仅限于面向想要戒烟的烟草使用者销售），而且在缺乏有力证据明确ENDS使用相关的风险（或者甚至在面对越来越多的相反证据）时，向公众传递错误的信息。ENDS目前对公共卫生构成重大挑战，并可能破坏迄今为止在烟草控制方面取得的一些来之不易的进展。



立法和监管机制难以跟上不断变化的产品特性	由于ENDS往往不具有与传统产品相同的特性，而且在不断发展，它们可能未被现有法律覆盖，并可能存在于监管空白之处。开放式系统（可更改的）ENDS尤其难以进行监管[92]，而且法规往往无法跟上产品特性不断变化的步伐。
儿童和青少年当中的ENDS可能导致烟草使用	通过使用调味料和促销策略等做法，ENDS积极面向儿童和青少年营销[93,94]，而且它们的使用会导致年轻人开始使用各种更加有害的尼古丁形式或者烟草消费。高浓度尼古丁溶液和尼古丁盐的出现可能会增加新使用者对尼古丁的依赖，并增加他们继而使用传统烟草卷烟的可能性[95, 96]。
ENDS破坏了控烟法律，从而破坏了控烟成果	许多ENDS使用者援引能够避开各项无烟禁令的能力是他们使用这些产品的一个主要动机[97]。如果在无烟空间中不禁止ENDS，人们不仅会接触到二手释放物，而且现有的HTPs（很难与ENDS区分开来）等烟草制品禁令可能会更难以实施，从而破坏保护旁观者的措施。
ENDS正在使吸烟在社会上重新常态化	ENDS的使用模仿从手到嘴的吸烟行为，产生的气雾与烟草烟雾非常相似。在没有规定限制其使用的地方，在公共场所使用ENDS可能会让使用者周围的人并不感到不快，可能增加人们对吸烟的接受程度[98, 99]。
ENDS可能会诱使之前的吸烟者开始使用ENDS	ENDS可能会提醒吸烟者，并导致曾经吸烟的人开始使用ENDS或再次使用烟草制品[100]。
通过延长双重使用或继续使用尼古丁产品，ENDS会阻止吸烟者完全戒烟	目前仍然不清楚ENDS的使用是否会最终带来戒烟。从烟草转向ENDS或双重使用可能会延长烟草制品的使用，超过戒烟者本可依赖NRTs或其他基于证据的戒烟干预措施完成戒烟的时间[86, 101, 102]。

对ENDS的监管决不能削弱加强控烟的整体工作

与ENDS有关的主要问题之一是，它们故意分散人们对于防止每年因吸烟导致800多万人死亡这一工作的注意力[103]。目前尚不清楚ENDS未来对人口健康的确切危害或风险水平，但目前使用这些产品的人数只是暴露于已知烟草危害人数的一小部分

[54]。在必须密切关注这些产品的同时，不能忽视烟草控制的主要目标。在控烟法律牢固确立的地方，将有可能利用更有效的对策来应对ENDS和其他新型和新兴的尼古丁和烟草制品。

“.....每一缔约方应根据其能力，采取和实行有效的立法、实施、行政和/或其他措施并酌情与其他缔约方合作，以制定适当的措施，防止和减少烟草消费、尼古丁成瘾和接触烟草烟雾。”

WHO FCTC第5.2条

有许多监管机制和可选方案来保护人群免受ENDS的伤害

本报告发现，目前共有32个国家禁止使用ENDS。在没有禁止ENDS的地方，ENDS应该得到管制，而且各国已经采取了一些不同的做法[104]。鉴于ENDS市场的增长速度及其产品的发展，有必要立即对ENDS实施监管控制。这可能意味着暂时禁止这些制品或根据现有的类别，如烟草制品、医药产品或消费品，暂时对它们进行分类。但从长远来看，各国应确保其烟草控制法

律法规足够全面，以管制所有形式的新型和新兴尼古丁和烟草制品，从而确保相关产业无法利用任何监管或法律漏洞来销售和营销这些产品（例如，将ENDS归类为无烟烟草可能意味着它们可以在室内公共场所使用）。监管措施的有效采用和实施将取决于若干因素，包括：该国到目前为止在实施WHO FCTC和最高水平MPOWER方面取得的成就；这些产品的监管当局；该国的控烟政策目标；在不断变化的环境中管理一套高

度复杂的产品的现有资源和能力；以及该国目前ENDS市场的规模[50]。行之有效的政策工具包（如MPOWER）已经存在，应该被高效地应用于ENDS和ENNDs（见下表）。向2014年缔约方大会提交的世卫组织报告（FCTC/COP/6/10 Rev.1）所提供的指导，以及向2016年第七次缔约方大会提交的世卫组织报告中所作的进一步阐述（在对开页中概述），仍具有相关性。

如何将MPOWER应用于ENDS

减少需求的措施

M	建议各国政府使用本国现有的烟草监测和监督系统，以便按性别和年龄评估ENDS和尼古丁使用方面的事态发展。
P	不使用ENDS的人应受到保护，避免接触ENDS释放物。室内无烟场所不应免除对ENDS（或ENNDs或HTPs）的禁令。
O	与已被证实的方法相比，关于使用ENDS作为潜在的戒烟辅助手段的证据仍在辩论中，并且没有足够的证据支持在人群层面使用它们。各国也应使用基于证据的方法支持想要戒烟的ENDS使用者[105]。
W	应根据阻止年轻人使用烟草的总体控制战略，对所有ENDS制品强制使用强有力的图片健康警示。
E	鉴于使ENDS对成年吸烟者有吸引力的促销因素同样会使其对儿童和非吸烟者有吸引力，应强制执行有关禁止和限制ENDS广告、促销和赞助的有效禁令。关于管制广告、促销和赞助的进一步建议见FCTC/COP/6/10 Rev.1 [106]。
R	ENDS本身就带有健康风险。因此，应根据国家标准对这些制品征税，防止初吸，特别是在儿童和青少年当中（更多信息见《世卫组织烟草税收政策和管理技术手册》）[22]。

亦应采取MPOWER之外的其他政策方法。芬兰已经实施了对口味的禁令，这会降低ENDS的吸引力，对未成年人而言尤其如此。此外，与烟草一样，应在全球范围内禁止向未成年人销售和分发ENDS，并应禁止互联网和其他远程销售，以避免利用这项服务规避年龄限制和其他管制。

建议

各国应：

1. 确保通过《世卫组织烟草控制框架公约》的所有规定和全面实施MPOWER，继续注重全面的循证烟草控制措施，以减少尼古丁成瘾和烟草使用。这是工作的优先重点。
2. 在禁止生产、销售和经销ENDS的地方，采取适当的监管措施，实现保护民众免受潜在健康风险的关键目标；防止有关ENDS的未经证实的声称；保护控烟活动，避免受到商业利益的影响[107]。有关可选监管做法的摘要请参见下文方框。
3. 考虑禁止销售使用者可改式ENDS（无论是改动其功能还是电子烟液的成分）[50]。
4. 在禁止生产、销售和经销ENDS是保护一国人口健康的首选监管做法的地方（在烟草控制的更广泛背景下，并根据具体的国内管制环境），各国应严格执行禁令，不受行业的任何干涉，确保对儿童和青少年的高度保护。
5. 监测ENDS的使用，并确保按年龄和性别分解数据。国家级的代表性调查必须掌握所有形式的新型和新兴制品的使用情况，使研究人员能够进行严谨的分析，各项监管做法充分知情。
6. 所有这些建议也全都应该应用于ENNDS。

监管ENDS和ENNDS的各目标和选项[基于缔约方大会决定FCTC/COP6/10/rev]

目标:

防止非吸烟者和青少年开始使用ENDS和ENNDS，特别关注弱势群体

各项措施可包括禁止未成年人销售、分发和拥有ENDS和ENNDS；禁止或限制ENDS/ENNDS的广告、促销和赞助；对ENDS/ENNDS征税，征税水平应使未成年人无法支付得起这些装置和电子液体；禁止或限制使用调味剂；监管销售场所、密度和渠道。

目标:

尽可能减少对ENDS和ENNDS使用者的潜在健康风险，并避免非使用者接触它们的释放物

- a. 尽可能减少对ENDS和ENNDS使用者的潜在健康风险，并避免非使用者接触它们的释放物。
- b. 尽量减少对于非使用者的健康风险：以法律禁止在室内空间使用ENDS及ENNDS；要求就其使用产生的潜在健康风险发出健康警告。健康警句还可告知公众ENDS中尼古丁的成瘾性质；降低意外急性尼古丁中毒的风险。

目标:

防止未经证实的关于ENDS和ENNDS的健康声称

各项措施可包括，除非得到专门政府机构的批准，否则禁止隐含或明确地声称ENDS/ENNDS作为戒烟辅助工具的有效性；禁止隐含或明确声称ENDS/ENNDS无害或不会上瘾；除非已得到专门政府机构的批准，否则禁止隐含或明确声称相对于任一产品而言的ENDS相对安全性或成瘾性。

目标:

保护烟草控制活动不受与ENDS和ENNDS相关的所有商业和其他既得利益的影响，包括烟草业利益的影响

下一章将详细介绍实现这一目标的各项措施。简而言之，各措施可能包括拒绝与烟草业建立伙伴关系；提高对行业可能干涉缔约方烟草控制政策的认识；对国有烟草业和其他烟草行业一视同仁；禁止烟草业所称的“社会责任”活动，并采取措施防止政府官员和雇员的利益冲突。

烟草业的干扰:面对不断演变的策略, 加强应对

尽管每年有超过800万人死于与烟草使用有关的疾病[103], 烟草业仍然继续在世界范围内大力营销其产品, 并破坏《世卫组织烟草控制框架公约》和MPOWER系列政策的实施。但是, 《世卫组织烟草控制框架公约》的实施得益于政府消除这种干扰的坚定承诺。《公约》缔约方在法律上有义务(根据第5.3条)“根据国家法律采取行动, 防止这些政策受烟草业的商业和其他既得利益的影响”[108]。然而, 烟草业投入大量资源反对在国家和国际层面采取强有力的烟草控制措施。在试图阻止、拖延或破坏《世界卫生组织烟草控制框架公约》(以及削弱该公约)失败之后, 烟草业现在试图通过部署各种各样的策略来阻碍烟草控制措施, 从而破坏其全面实施。其中一些策略是公开的, 而另一些则比较隐蔽。然而, 总的来说, 目标就是削弱有效的烟草控制。

烟草业干扰的多个方面

烟草业阻挠戒烟的策略并不新鲜[109]。停止烟草组织和制品(STOP)伙伴关系明确了九种烟草和相关行业的常见策略[90,110]:

- 策略 1
建立联盟和前沿团体来代表其立场——“第三方技术”
- 策略 2
试图分裂和削弱公共卫生界
- 策略 3
争论和压制公共卫生信息
- 策略 4
制造和传播具有误导性的研究和信息
- 策略 5
直接游说和影响决策
- 策略 6
影响“上游”政策, 包括贸易条约, 使公共卫生法规更难通过
- 策略 7
诉讼或威胁诉讼
- 策略 8
便利烟草走私, 制造相关混乱, 以此对抗控烟
- 策略 9
寻求管理和提高自己的声誉, 以提高其影响政策的能力

应对烟草业策略

消除行业干扰对有效实施《世卫组织烟草控制框架公约》至关重要。2008年, 《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方大会通过了实施第5.3条的准则。这些准则以科学证据和缔约方的经历为基础, 旨在协助缔约方履行《世卫组织烟草控制框架公约》规定的法律义务。

这些准则在打击烟草业干扰方面继续发挥重要作用, 应在管制传统和新兴尼古丁和烟草制品的背景下加以适用。烟草业在阻止监管努力的同时, 试图将自己表现为烟草控制的合作伙伴。因此, 应拒绝与烟草及相关行业的伙伴关系, 并应针对从事烟草控制工作的政府官员和政府雇员的利益冲突制定明确的规则。

每当烟草公司面临一项重大威胁时，他们都会推出新产品，承诺比传统卷烟危害更小。最终，它们只是破坏了控烟进展，同时为该行业提供了一种新的赚钱方式。

政府应对烟草业干扰的行动应包括以下内容：

- 要求披露并明确沟通研究机构、学术机构和科学研究的资金来源，以防止政策的科学基础中存在看不见的偏见，并澄清非政府组织、商业和贸易协会、消费者团体、智库、专业协会和其他寻求参与或为烟草控制政策进行资源投入的组织的动机。
- 拒绝与烟草业和为其利益工作的人建立伙伴关系和非约束性或无法执行的协议，包括对烟草业与烟草控制有关的活动提供财务支持、激励和认可。
- 提高对烟草和含尼古丁制品已知成瘾性和危害性性质以及烟草业干扰烟草控制政策的意识。
- 不使其正常化，并尽量管制和禁止有关宣传活动，这些活动被烟草业描述为“社会责任”活动。
- 禁止传播与烟草控制政策有关的误导性信息。
- 要求烟草业公开有关营销、游说、慈善等活动信息，且提供的信息是透明和准确的，并且要定期、真实、完整、准确地提供烟草业活动信息。政府与烟草业的所有互动都应记录下来，并向公众公开。
- 为参与制定、实施和执行烟草控制政策的决策者和官员制定和执行有效的利益冲突政策。
- 对国有烟草企业和其他烟草公司一视同仁。政府不应给予任何烟草和尼古丁公司任何特权或影响力。
- 确保非卫生机构采取同样的行动，遵守第5.3条并采用《实施准则》。
- 阻止政府与烟草及相关行业资助的“声称无烟世界而努力”的前沿组织之间的互动（谭德塞博士讲话）^[111]。

各国政府应鼓励和赋权民间社会，使其在预防和解决烟草业干扰方面发挥作用。针对烟草和尼古丁行业的有效宣传需要获得来自捐助者的技能培训、能力建设和长期投资，以确保可持续性^[112]。

烟草及相关行业的干扰和ENDS

“每当烟草公司面临一项重大威胁时，他们都会推出新产品，承诺它们（比传统卷烟）的危害更小。他们利用这些产品来保护自己的销售，将自己定位为解决方案的一部分，并与政策制定者重新建立联系。最终，它们只是破坏了控烟进展，同时为该行业提供了一种新的赚钱方式。”

STOP行动^[113]

烟草和相关的尼古丁行业使用许多策略来销售其产品。下文概述了一些关于新型和新兴制品的关键策略。

吸引新客户，维持现有客户

ENDS的目的是吸引新的、年轻的使用者

烟草和ENDS公司利用产品设计特点增加产品的吸引力，特别是对年轻使用者的吸引力。这些产品看起来像时髦的新技术，通常在光鲜亮丽、超现代的商店里出售。与ENDS相关的一些设计看起来像小巧的USB存储棒，小到可以隐藏起来让人无法看见，这使得它们在学校环境中特别有用，因为学生可以把它们隐藏起来，不让老师和其他权威人士看到^[114]。此外，这些产品还会在音乐节等对年轻人友好的活动中推广，生产商还会利用吸引年轻观众的社交媒体影响力来推广产品^[115]。吸引新使用者的其他产品特点使用广泛的口味，尤其对儿童和青少年有吸引力的口味。

1 “尼古丁行业”指尼古丁和非尼古丁产品的生产商、批发分销商和进口商，包括协会或其他实体，以及行业游说者。

在客户基础中维持成瘾

电子烟液内容物的设计也是为了吸引人们更多的使用。多年来，烟草公司一直在传统卷烟中加入添加剂，如各种酸和氨，使卷烟更适口，降低尼古丁的涩口感，并增强尼古丁对大脑的传送[116]。类似地，在一些ENDS中，尼古丁盐（见第33页）等不仅有助于增加产品使用的适口性，它们还向使用者提供更大量的尼古丁，这可能会增加其成瘾性。

传播错误信息，干扰科学研究

关于ENDS和加热烟草制品（HTPs）的错误信息

烟草业经常把HTPs、ENDS和ENNDs作为“更安全”的传统烟草替代品进行促销。它们还被宣传为或被间接地界定为戒烟产品，可以帮助烟草使用者戒烟。这样的活动会影响已经被证实、有助于戒烟的干预措施，因为它们有可能误导消费者。根据错误的信息，本想要吸烟的人可能会转而选择戒烟成功率较低的产品。

大量的研究是由烟草和尼古丁行业资助的

尽管存在无可置疑且不可避免的利益冲突，大量关于新型和新兴尼古丁和烟草制品的现有文献都是由包括烟草业在内的产品生产制造商资助的[117]。这给证据的

解读带来了许多挑战，因为选择性和有利的结果更有可能被报告和呈现给公众。例如，人们对菲利普·莫里斯国际公司（Philip Morris International, PMI）就HTP气雾进行的科学研究以及该公司无法提供长期研究的数据感到严重担忧[118]。

合并产品类别

模糊ENDS和HTPs之间的界限，并混淆它们的相关风险

为了有利于自己，比如从更宽松的监管中获益，烟草公司会将HTPs宣传为“类似于ENDS”的电子制品。然而，在ENDS被禁止的地方，HTPs会被宣传为不属于现有类别的烟草制品[119]。这使得无论是在普通公众中还是出于监管目的，这些产品的类别会被混淆。HTPs是烟草制品，并应根据《世界卫生组织烟草控制框架公约》对其进行管制，但通过模糊HTPs和ENDS之间的区别，烟草业试图规避严格的监管[120]。HTPs经常被作为戒烟辅助工具进行推广，特别是面向监管机构时。然而，没有可靠的烟草业独立证据表明使用HTP对常规戒烟的影响。使用HTP就是烟草使用。事实上，一般而言，关于HTPs长期健康影响的证据有限。

每当烟草公司面临一项重大威胁时，他们都会推出新产品，承诺比传统卷烟危害更小。最终，它们只是破坏了控烟进展，同时为该行业提供了一种新的赚钱方式。

烟草和ENDS企业使用产品设计功能来增加产品的吸引力，特别是对年轻用户的吸引力。

HTPs和ENDS

HTPs和ENDS有时被公司合并在一起。菲利普莫里斯国际公司 (Philip Morris International, PMI) 在其Hold my light活动中，自己就将HTPs描述为“就像电子烟一样”。这是一个非常严重的问题，因为HTPs是烟草制品，这意味着它们有不同的风险。

HTPs有助于吸引新的消费者

最近的研究表明，PMI试图通过吸引目前不吸烟的消费者来扩大其市场。为了做到这一点，他们使用营销定价策略，将其HTP产品 (IQOS) 确立为一个有抱负的品牌，而不是一个旨在吸引想戒烟的吸烟者的产品[23]。PMI的商业模式和策略代表了其他烟草业行为体的追求。

PMI利用了FDA决定的混淆之处

为了支持其HTPs是更安全的制品的声称，PMI向美国食品药品监督管理局 (FDA)提交了一份将HTPs归类为“风险已改良的烟草制品”申请。2020年7月7日，美国FDA授予了一项“接触修改”令，但拒绝了PMI申请的“风险修改”令。换言之，减少接触HTPs中的有害化学物质并不会使它们变得无害，也不会降低对人类健康的风险[121]。

事实上，FDA的声明指出，“即使采取了这一措施，这些产品也不安全”或者是“FDA批准的”。接触修改令也不允许公司做出任何其他风险经改良的声称或任何明确或隐含的陈述，传达或可能误导消费者相信产品得到了FDA的认可或批准，或FDA认为消费者使用产品是安全的。

2020年7月27日，世卫组织发表声明，提醒作为《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方的会员国，HTPs是烟草制品，这意味着《世卫组织烟草控制框架公约》完全适用于这些制品。具体而言，第13.4(a)条规定缔约方有义务禁止“采用任何虚假、误导或欺骗或可能对其特性、健康影响、危害或释放物产生错误印象的手段，推销烟草制品的所有形式的烟草广告、促销和赞助”。

在破坏公共卫生职能和进步的同时，操纵舆论以获得“尊重”

以公众健康的名义宣传ENDS，同时反对有效的控烟措施

烟草业越来越多地将自己定位为烟草控制的合法合作伙伴和利益攸关方，但其利益与控烟努力存在着根本分歧。烟草业在将自己描绘成致力于实现“无烟”未来的同时，在世界各地推广传统有烟烟草制品，并从中获取大部分利润。2019年《英美烟草年度报告》[122]显示，通过销售ENDS产生的大部分利润并非来自使用ENDS取代其烟草消费的客户，而是来自在使用ENDS的同时继续使用传统烟草的双重使用者。因此，该行业继续从所有可能的途径获取

利润，同时似乎在努力改善人口健康。此外，来自前瞻性研究的新证据表明，双重使用烟草可能确实比单纯使用传统卷烟更有害[123]。

关于“减少危害”的争论使公共卫生团体产生分歧

减少危害是一种公共卫生方法，旨在减少以其他方式难以消除的物质或行为所造成的危害。一些人赞同这种想法，即ENDS可以作为减少危害方法的一部分，其他人则警告量化长期风险的证据的重要性，与双重使用ENDS和卷烟(一种常见的使用模式)相关的风险，以及儿童和青少年中初吸的风险[124]。

烟草和相关行业目前所实行的ENDS商业化和营销与公共卫生事业并不一致。虽然烟草业声称致力于减少危害，但其两面性体现在他们还同时在可能的地方，特别是在低收入和中等收入国家大力推广烟草产品[23]，继续规避和破坏管制传统烟草制品的立法[125,126]，并利用法律漏洞推广和销售新型产品[127]。

烟草业在戒烟过程中干扰公共卫生努力的策略

《世界卫生组织烟草控制框架公约》第14条实施准则将“戒烟”定义为“停止使用任何烟草制品的过程，不论有无帮助”。尼古丁替代疗法旨在帮助人们戒烟，并最

终停止使用尼古丁替代疗法。从烟草使用转向像IQOS这样的HTPs并不构成烟草使用的停止。

PMI的“无烟 (unsmoke)”运动 (主要集中在HTPs) 鼓励“不戒烟的”人“转向更好的替代品”，这符合PMI的目标，即“用我们正在开发和销售的无烟产品取代卷烟”。这项运动通过提供一种诱人和简便的“替代品”来使人戒掉尼古丁瘾，并通过将这种烟草使用形式描述为社会可接受的方式来破坏成功的烟草控制倡议 (这样的控烟倡议在许多国家已使吸烟去正常化)。

直接或通过“无烟世界基金会”等前沿组织干扰各国的立法程序

在过去几年里，烟草业通过试图减缓烟草控制或完全阻止烟草控制措施的推进，干扰了国家级的控烟立法。例如，PMI和由PMI资助的团体，如无烟世界基金会，利用宣传和其他策略试图向政府施压，使这些产品进入国内市场，并被豁免于烟草控制管制 (特别是TAPs禁令、税收和无烟法律)，从而破坏了烟草控制倡议，削弱了《世卫组织烟草控制框架公约》的实施 [23,128]。

干扰破坏目前的烟草控制措施

ENDS为烟草业创造了规避广告法规的新途径

ENDS已经被公开广告。在数十年的市场营销限制之后，烟草业再次利用电视等过去针对年轻人和青年人的媒体渠道。如果没有适当的法律来防止这种情况，广告中就会使用烟草产品的品牌名称，从而不仅有助于销售ENDS产品，还有助于销售原创品牌的烟草制品。

消失在监管空白中：在以色列管制ENDS的战斗

当以色列政府正在制定法律管理ENDS时，一家名为E-Cig Ltd的制造商申请了进口和销售电子烟的许可。由于该产品的有效性和安全性未经证实，且进口该产品违反了国家的制药相关法律，政府拒绝了公司的申请。该公司质疑政府的这一决定，理由是ENDS是娱乐产品，而不是药品，这得到了法庭的认同。

然而，2018年12月，以色列立法机构通过了一项管理烟草产品和ENDS的新法律，该法律限制ENDS广告，并要求ENDS产品进行无装饰包装。JUUL实

验室和特拉维夫商会 (Chamber of Tel Aviv, Chamber) 对这些规定提出了质疑，理由是电子烟产品的危害比卷烟小，并可能会鼓励经常吸烟者转而使用ENDS。他们认为，因此，禁止和限制电子烟产品的广告侵犯了商会成员的权利。

最终，以色列成功地修改了烟草法规，对包括电子烟在内的有烟产品实施无装饰包装，但该案例表明，各公司是如何希望将ENDS处于监管的空白地带。

来源: (110, 119, 129)

在泰国反对烟草业推翻ENDS禁令

2015年，泰国禁止进口和销售所有类型的ENDS，PMI在2017年开始推广其IQOS后，支持ENDS的团体游说政府取消禁令。一个在泰国支持ENDS的组织“泰国ENDS吸烟组织”（ENDS Cigarette Smoking Thailand, ECST）与菲利普莫里斯泰国有限公司（PMTL）共同反对这项禁令，他们采用了六种策略：

- 创建前沿团体
- 游说决策者
- 进行公关活动
- 试图诋毁控烟倡导者
- 资助减少烟草危害的研究
- 让各政府部门相互斗争

尽管这项禁令被强烈反对，泰国政府和泰国烟草控制组织对于保护公众免受有害烟草制品影响的承诺，以及反对跨国烟草公司参与泰国烟草业的烟草工人工会的帮助，确保了ENDS仍然是非法的（截至2021年1月）。

随着烟草公司继续向更多的低收入和中等收入国家施压，应更加注意过去烟草业利用法律和行政影响/措施来防止这种影响，并建立基于科学的监管框架。卫生倡导者还应说服非卫生机构保持符合《世卫组织烟草控制框架公约》的政策。

来源: (130)



烟草与COVID-19大流行：联系

烟草在COVID-19病例和死亡中的作用问题在大流行早期就出现了，许多研究已试图更好地理解烟草和COVID-19之间的关系。

虽然大多数COVID-19病例没有症状或只有轻微症状，但在一些人中，COVID-19可引发危及生命的肺炎[131-134]和其他严重后果。患有肥胖症[135, 136]和患有心血管疾病、糖尿病和慢性阻塞性肺病(COPD)等基础疾病的人面临更严重的COVID-19结局的风险更高，包括进入重症监护病房、需要呼吸机，在某些情况下甚至死亡[137]。烟草是这些疾病以及肺炎和结核病(TB)等传染性呼吸道疾病的已知风险因素。

烟草在传染性呼吸道疾病中的作用非常明确

烟草损害肺功能，而COVID-19主要影响肺。吸烟也是许多呼吸道感染导致严重疾病的已知风险因素[54]，包括冠状病毒SARS（2003年首次发现）和MERS-CoV（2012年6月首次记录）[138-140]。

吸烟还会损害免疫系统，之前的研究已经明确，烟草使用与结核病[141]和肺炎[142]患者预后更差有关。事实上，吸烟使肺炎球菌、军团菌和支原体肺炎增加了三至五倍[143]。

吸烟恶化COVID-19结局

目前的证据表明，吸烟者（目前吸烟者和曾经吸烟者）更有可能遭受更严重的COVID-19结局[144]。多项系统综述和荟萃分析提供了吸烟与COVID-19严重程度之间直接相关的证据，与不吸烟者相比，吸烟者COVID-19进展和死亡的风险显著增加[144-147]。此外，严重形式的COVID-19或COVID-19导致的死亡在与烟草使用相关的共病（包括慢性阻塞性肺病、肺癌和心血管疾病）患者中更为常见[131-134]。目前，与其他烟草制品（如加热烟草制品、水烟、雪茄）和电子尼古丁传送系统（如电子烟）有关的COVID-19信息有限，尽管这些产品被认为在COVID-19严重程度方面发挥不利作用[148, 149]。

有关COVID-19和烟草使用之间生物学机制的证据越来越多

一些证据表明，参与病毒感染的生物学机制可能使吸烟者更容易感染COVID-19[150]。这些发现为观察到的吸烟和COVID-19结局之间的相关性提供了合理的解释，不过它们并非毫无争议。与此同时，有假设提出，尼古丁可能通过抗炎作用和抑制细胞因子风暴来保护人们免受COVID-19影响。一项临床试验正在进行中，以调查尼古丁在COVID-19中发挥的具体作用[151]，但在获得更多信息之前，不应得出结论。

Information note on COVID-19 and tobacco



TOBACCO USERS MAY BE AT INCREASED RISK OF GETTING INFECTED WITH THE CORONAVIRUS.

Some characteristics of tobacco use contravene sound advice on how to prevent COVID-19.



Tobacco use requires increased contact of the fingers (and possibly contaminated cigarettes) with the mouth, which makes avoiding touching hands to face difficult.



Tobacco use is often a social activity, which diminishes the chances of safe physical distancing.



Waterpipes have a communal nature – a single mouthpiece is often shared among people and is not necessarily cleaned properly as it passes between users. This compromises the avoidance of sharing and proper and frequent disinfecting.

TOBACCO USERS MAY BE AT INCREASED RISK OF COMPLICATIONS WITH COVID-19.



People with poor lung function (as a result of tobacco use or anything else) may be at higher risk of complications from COVID-19.



The coronavirus attacks the lungs, so it could pose an especially serious threat to those who use tobacco.



People who use tobacco generally face higher risks of respiratory tract infections, such as lung and chest infections.



Tobacco use compromises the immune system, making it more challenging to fight infection.

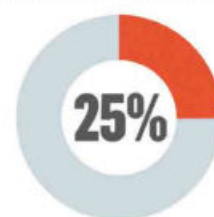
ANYONE EXPOSED TO SECOND-HAND TOBACCO SMOKE MAY BE SIMILARLY VULNERABLE TO COVID-19 AS TOBACCO USERS.



Children's exposure to second-hand smoke in the WHO European Region – in homes, cars and public places – remains high.

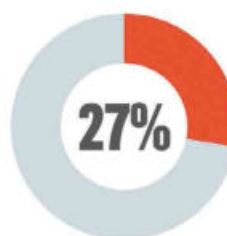


Eight countries are leading a regional trend towards protecting children's rights to smoke-free air in private cars and outdoor playgrounds.

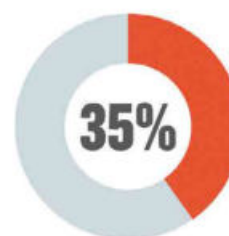


Twenty-five per cent of countries in the Region prohibit smoking in all public places.

PRELIMINARY EVIDENCE FOR COVID-19 REVEALS TOBACCO USERS AND MEN EXPERIENCE A MORE SEVERE PROGRESSION OF THE DISEASE (INCLUDING DEATH).



Nearly 27% of the population in the WHO European Region use tobacco.



More than 35% of men in the Region are tobacco users.

COVID-19: TOBACCO USE AND VAPING

SMOKING

Smoking cigarettes/*bidis*/*kreteks*/*sheesha* and other forms of smoking products can increase your chances of getting COVID-19 by:

Transferring the virus by bringing your hands to your mouth



Smoking damages lungs, heart and other body parts and may increase your risk of getting a severe case of COVID-19.

VAPING

Vaping makes lungs more vulnerable to infection and disease. It also weakens the immune system.



SHEESHA

Sharing tobacco products such as waterpipe/*sheesha*/*hukka* can transmit the virus between people.

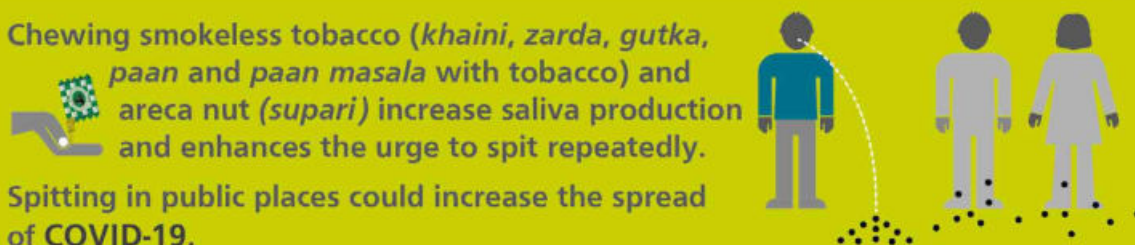
The *sheesha* apparatus (including the hose and chamber) itself may contribute to this risk by providing an environment that promotes the survival of the virus outside the body, as it is not cleaned often in social and community settings.



SMOKELESS TOBACCO AND BETEL NUT CHEWING

Chewing smokeless tobacco (*khaini*, *zarda*, *gutka*, *paan* and *paan masala* with tobacco) and areca nut (*supari*) increase saliva production and enhances the urge to spit repeatedly.

Spitting in public places could increase the spread of COVID-19.



QUIT NOW – IT IS NEVER TOO LATE TO QUIT!



▲ 东南亚区域办事处于2020年初发起了一场媒体宣传活动，旨在让人们了解在COVID-19大流行期间使用烟草、电子烟、水烟、无烟烟草和槟榔的相关风险。

关于感染COVID-19风险的证据和错误信息

在大流行开始时，人们对吸烟与COVID-19之间的潜在联系存在很大的混淆，部分原因是媒体上的错误信息。一些早期研究声称，在住院的COVID-19患者中确定的吸烟者患病率低于普通人群，这导致一些人声称，吸烟，尤其是尼古丁，可能是预防COVID-19的一种保护因素。^{*}这些调查中一直主要令人担忧的是数据和数据分析的质量，以及参与这些研究的一些研究人员固有的利益冲突。尽管研究仍在进行，以更好地量化吸烟者感染COVID-19的风险，重要的是要认识到，在解读这些数据方面存在许多挑战，特别是在全球突发疫情之时[130, 152]。以下是一些关键的挑战：

医院环境中自我报告的烟草使用情况

临床环境发表的吸烟状况报告很少，这在大流行开始时尤其如此。自我报告的烟草使用情况很难收集，特别是在突发情况下。在医院环境中，人们入院时的健康状况各不相同，卫生保健工作者通常不会优先收集吸烟状况信息，而且如果有人入院时昏迷不醒，这一数据可能永远不会被收集。有关过去吸烟状况和已戒烟多长时间的信息通常不被收集，那些身处重症监护的患者甚至常常没有被纳入已发表的病例系列研究之中。

此外，取决于具体情况，有些人不愿与医生分享他们的烟草使用信息(例如，年轻人向成年人隐瞒他们的烟草消费情况，或在女性认为社会不接受吸烟的情况下)。此外，鉴于呼吸道疾病爆发的背景，一些吸烟者可能在最近开始感到不适后停止吸烟，并报告已经不再吸烟。

研究人群的代表性

让我们了解吸烟与COVID-19之间联系的许多研究都是在选定的人群中进行的，如卫生保健工作者或患有共病的人。与一般人群相比，这些人群会表现出非常不同的吸烟流行趋势。入院的人也往往不能代表整个人群。有些因素会使得他们不同于一般人群。例如，在第一波期间因COVID-19入院的人更有可能是年纪较大，并患有非传染性基础疾病。无论从地理位置还是社会经济背景来看，这些人也可能有更好的机会去医院。重要的是，研究吸烟与COVID-19结局之间关系的大多数研究没有对年龄等相关混杂因素进行调整，因此对结果的解读很容易出错

基于人群的队列研究中的检测偏倚

一些研究表明，在接受COVID-19检测的人群中，吸烟者的检测结果显示阳性率较低，这被认为意味着吸烟者感染该疾病的可能性较低。然而，考虑到吸烟者更有可能出现咳嗽等呼吸道症状，他们也更有可能被检测为疑似病例。如果参加测试的吸烟者比例高于不吸烟者，那么无论真假，吸烟者感染COVID-19的风险似乎都会更低。

为了克服这些潜在的偏倚来源，最好的研究设计是一项大型的前瞻性队列研究，随时间推移跟踪具有一般人群代表性的人群(以及我们具有完整的吸烟史数据和年龄、其他基础疾病的混杂因素数据的人群)，了解他们是否感染了COVID-19，以及感染的严重程度。在撰写本文时，现有证据尚未就吸烟与感染COVID-19风险之间的关系得出结论[153]。

^{*}调查型记者揭示，一些认为吸烟者感染COVID-19的可能性较低的有争议论文的作者与烟草业有关。一篇值得注意的论文被《欧洲呼吸杂志》撤稿，原因是作者与烟草业之间存在未公开的利益冲突[154]。

COVID-19促使采取大胆的烟草控制措施

自COVID-19大流行开始以来，大多数政府都试图通过宵禁、隔离和居家令等行动限制行动，减缓疾病的传播。在这些情况下，一些国家采用“必要物品清单”来限制某些产品的销售，从而限制了人们在公共场所的流动。在少数国家，这些清单还被用来限制获得烟草和尼古丁制品等不健康产品。

一些国家采用的关于烟草销售和使用的禁令和限制令

例如，南非和博茨瓦纳利用这个机会将烟草和尼古丁产品认定为非必需品，从而对其销售实施临时禁令[155]。其他国家限制了特定地点的烟草使用，如西班牙将禁烟范围扩大到室外[156]，中东的15个国家禁止在室内使用水烟[157]。在印度，许多地方都实施了吐痰禁令(一项与咀嚼烟草有关的法令)[158]。与此同时，在已经实行了十多年禁烟令的不丹，解除了禁烟令以减少跨境传播，并通过国有零售商出售烟草[159]。

其中一些行动为今后的烟草控制提供了重要教训。例如，对南非禁令进行的一项研究表明，如果不实施其它协调的烟草控制措施，销售禁令可能不会成功减少烟草使用[160]，而在美国，“电子烟”商店不遵守非必需品关店的命令意味着，囤积这些产品的电子烟使用者与试图减少使用或戒烟的人一样多[161]。

COVID-19对吸烟行为的影响是复杂的

这些国家行动是减轻烟草对人口脆弱性影响的前所未有的步骤，并很可能已经对烟草控制产生了积极和消极的影响。例如，在南非，关于临时烟草销售禁令影响的汇编证据表明，许多吸烟者试图戒烟或减少每天吸烟的数量[162]。在全球范围内，这一流行病对吸烟行为的影响在不同人群中似乎差别很大。据报告，一些人比平时更多地吸烟，以减轻压力或在家的孤独感[163,164]。与此同时，一些研究表明，由于COVID-19大流行以及人们意识到烟草使用与出现COVID-19更严重症状之间的联系，试图戒烟的吸烟者数量创下了纪录[165]。

由于COVID-19促使人们戒烟，戒烟服务至关重要

由于COVID-19大流行，更多的人可能会考虑自己的健康，并可能考虑戒烟。在世界许多地区，戒烟服务原本已经不足或无法获得，在大流行期间更被进一步忽视，而且不太可能在COVID-19经济复苏期间得到优先供资。为此，世卫组织和合作伙伴已致力于将更多注意力放在帮助人们戒烟上。2021年，世卫组织发起了几项创新举措，包括世界无烟日“承诺戒烟”宣传行动，以有助于鼓励人们放弃烟草。

COVID-19大流行突显了世界人口的脆弱性，但烟草和电子烟行业利用这一背景来实现自己的商业目的。

承诺戒烟！世界无烟日活动

世卫组织认识到许多想戒烟的吸烟者无法获得适当的支持，而且大流行给了更多的人尝试戒烟的理由，因此制定了一些新举措，以帮助鼓励人们成功戒烟。这些举措包括吸烟者日记、创新的聊天机器人和第一个人工智能戒烟举措Meet Florence。世界无烟日活动通常是一个24小时的活动，旨在提高人们对烟草控制某一方面的认识，但在2021年该活动被调整为长达一年的活动，以覆盖全球，帮助1亿人尝试戒烟。



烟草业在COVID-19期间的策略

虽然COVID-19大流行凸显了世界人口对于严重呼吸道感染的脆弱性，烟草和电子烟行业找到了多种方法来绕过限制获取非必需产品的公共卫生措施，并利用这一背景来实现自己的商业目的。巴斯大学的STOP活动系统地记录了自COVID-19大流行开始以来的行业干扰案例。以下是他们已经明确的一些策略：

- 对国家的捐赠被描述为企业社会责任(CSR)。例如，在希腊，由于发现吸烟导致人们更可能遭受COVID-19的重症结局，菲利普莫里斯国际公司向重症监护病房捐赠了几台呼吸机。该行业进而在其网站上和向股东所作的报告中宣传这些行为是社会责任行为，而对使用其产品的直接危害三缄其口。
- 试图在科学讨论中获得发言权。例如，参与烟草植物疫苗开发的研究使烟草业成为“解决方案的一部分”。
- 制作宣传材料，这些材料看似与卫生当局提供的官方公共卫生沟通材料几乎完全相同。
- 广泛分发促销商品，如带有行业标志的口罩。
- 为电子烟“非接触式配送”和路边投放点提供大幅折扣和促销。
- 使用可能会破坏“最低购买年龄限制”的非接触式配送，并在至少一个国家的HTPs配送点免除身份验证要求。
- 挪用“留在家中”社交媒体标签（该标签曾被政府和公共卫生官员使用），以推广加热烟草制品和ENDS。
- 利用社交媒体发帖宣传ENDS和其他制品是居家办公人士的理想伴侣。
- 声称ENDS具有健康益处。例如，美国比迪电子烟公司 (Bidi Vapor) 在Instagram上声称，“每天一根比迪烟，从此不用看医生”。
- 通过质疑“必不可少”企业的分类，干扰政策，以确保其业务不受负面影响。
- 在包括孟加拉国、印度尼西亚、巴基斯坦和俄罗斯联邦在内的国家，在大流行期间游说政府尽早让烟草/卷烟厂重新开工，进行政策干预。这已导致在印尼有两名工人死于COVID-19。
- 烟草业也一直在利用大流行的影响破坏即将采取的烟草控制措施。例如，在欧洲，烟草业代表已经利用大流行推迟了对薄荷卷烟的销售禁令[154, 166-168]。

Sources: (154, 166–168)

烟草控制界可以从COVID-19大流行的经历中吸取一些经验教训

此处仅为一些经验教训举例：

■ **提供有关公众危害的可靠和基于证据的信息的重要性。** 众所周知，吸烟是导致肺部和心脏疾病的一个风险因素，警告人们吸烟可能会在影响心肺的一种新型传染病中造成潜在的危害是很重要的。目前正在调查烟草使用与COVID-19之间的关系，必须采用稳妥的方法学和分析方法，确保使用强有力和可靠的证据来指导适当的行动。

■ **“更好的重建”的必要性：** COVID-19对健康和经济福祉造成了巨大损失，我们现在知道，许多非传染性疾病（NCDs）使人们更容易受到其最严重后果的影响。烟草控制是改善人口健康的一种具有成本效益的方法。在各国面临经济挑战、卫生系统努力应对大流行之际，烟草控制仍然是一项重要投资，可以帮助预防数百万人死亡和许多疾病。烟草是许多非传染性疾病的一个关键风险因素，但更强有力的烟草控制措施有助于切实保护人们在未来免

受其不利影响。特别是，提高烟草税可以发挥核心作用，提供在大流行后经济复苏期间为政府创造所急需的收入潜在途径。

■ **促进负责任的新闻报道和打击错误信息的重要性：** 媒体必须承担责任，确保向公众提供可信、可靠的信息。考虑到许多情况未明，在新冠疫情大流行期间，在线快速发表研究数量大幅增加，凸显出未经充分同行评审的研究结果。这是必须避免的。还应制定政策和立法，以管理社交媒体平台上的信息，应对错误信息和信息超载（“信息疫情”）的影响。

■ **对烟草业的干扰保持警惕的必要性：** 烟草业和相关的尼古丁行业是不懈的机会主义者。即使在危机时刻，他们也找到了营销其产品的方法，避开旨在保护人民健康的各种限制。各个国家、公司和个人必须对这些行业策略保持警惕。

■ **加强戒烟服务的重要性：** COVID-19大流行提高了人们对健康问题的认识，这可能会鼓励一些人尝试戒烟。如果有合适的支持，潜在的戒烟者成功的可能性更大。应向所有人提供尼古丁替代疗法，如口香糖和贴片，以及经过验证的戒烟服务，如由训练有素的卫生保健工作者提供的简短建议、免费戒烟热线和手机短信方案，并在全球得到加强。

博茨瓦纳在2019冠状病毒病大流行期间加强烟草控制

2020年，博茨瓦纳发布了具有里程碑意义的COVID-19紧急条例，禁止在大流行期间进口和销售烟草和烟草相关产品。议会通过了2020年第61号法定文书，使博茨瓦纳成为（继南非之后）第二个在COVID-19大流行紧急封锁期间禁止烟草和烟草制品销售的非洲国家。这一举措被许多人称赞为将公共卫生利益置于商业和贸易利益之上的大胆举措。这也使得博茨瓦纳政府让健康成为每位公民的权利的承诺得到了确认。

博茨瓦纳总统通过社交媒体、脸书和推特，要求公民在COVID-19突发事件中关心自己的健康，他说：“不要喝酒或吸烟，与他人保持至少两米的距离，避免握手。”他还建议人们留在家中，经常用肥皂和水洗手，咳嗽或打喷嚏时用弯曲的肘部内侧遮掩口鼻，保证家人安全。

15个东地中海地区国家禁止使用水烟筒

在越来越多的研究表明烟草使用与更容易感染COVID-19之间存在联系后，控制水烟筒的使用成为东地中海区域烟草控制专家和倡导者的主要重点。水烟筒吸烟的公共性

（在社交聚会中，使用者经常共用一个筒嘴和软管）明显违背了对限制COVID-19传播至关重要的社交距离措施。

为此，世卫组织东地中海区域办事处与该区域各国卫生部密切合作，鼓励禁止在所有室内和室外公共场

所使用水烟筒。截至2021年4月，15个国家和领土（巴林、埃及、伊拉克、约旦、科威特、黎巴嫩、巴勒斯坦被占领土¹（包括东耶路撒冷）、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、突尼斯、阿拉伯联合酋长国和也门）采用了在所有室内和室外公共场所禁止使用水烟筒的临时禁令，加入到两个已经实施了水烟筒永久禁令的国家（伊朗（伊斯兰共和国）和巴基斯坦）行列之中。

这项禁令是全球烟草控制工作一项独特而重要的成功。这表明，即使受到政府和烟草业的强烈抵制，烟草控制政策（此处为无烟法律）仍是可行和有效的。



1. 本报告中也使用“巴勒斯坦被占领土”来指代“巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）”。

mpower

有效的烟草控制措施



m

M

监督烟草使用和预防政策



p

P

保护人们免受烟草烟雾危害



o

O

提供戒烟帮助



w

W

警示烟草危害



e

E

确保禁止烟草广告、促销和赞助



r

R

提高烟税

监测烟草使用和预防政策

《世界卫生组织烟草控制框架公约》第20条规定：“.....各缔约方应制定.....烟草消费和接触烟草烟雾的流行规模、模式、影响因素和后果的监测规划.....缔约方应将烟草监测规划纳入国家、区域和全球健康监测规划，使数据具有可比性，并在区域和国际层面进行分析.....”。(174)

监测加强烟草控制

监测烟草使用和接触的模式和趋势是抗击烟草流行和加强WHO FCTC—可持续发展目标之一（SDG 3.a）的关键。可靠、及时的数据对于了解烟草控制措施未得到满足的需求和已经实施的烟草控制措施的效果至关重要。数据为政策制定者提供了他们需要的证据，以倡导更多的烟草控制努力和实施资源。

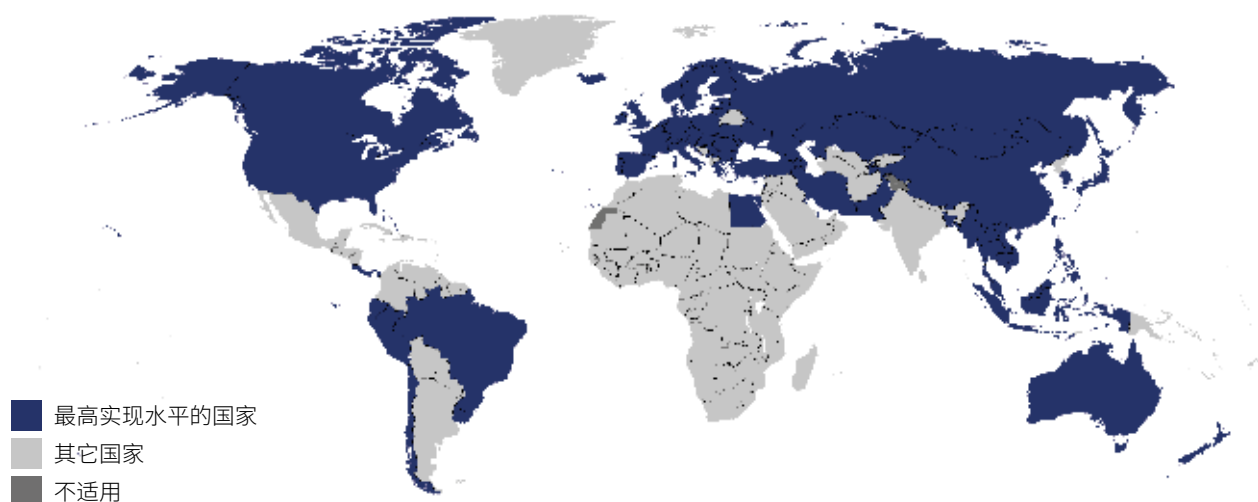
需要跟踪的主要产品包括：

- 吸食卷烟和其他形式的烟草(例如雪茄、烟斗、比迪烟、水烟管、加热烟草制品)；
- 无烟烟草制品（口服或鼻用烟草）；
- 新型和新兴烟草制品，如烟草汽化器；和

- 非烟草形式的尼古丁使用（例如ENDS）。

除了监测烟草控制政策干预措施的影响之外[169]，在可行的情况下监测和跟踪烟草业活动也很重要[170,171]。这样的数据可有助于调整和加强烟草控制策略。

监测烟草使用流行率——最高实现水平国家, 2020年



最高实现水平的国家：亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴哈马、孟加拉国、比利时、不丹、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、柬埔寨、加拿大、智利、*中国、库克群岛、哥斯达黎加、克罗地亚、塞浦路斯、捷克、丹麦、厄瓜多尔、埃及、爱沙尼亚、芬兰、法国、格鲁吉亚、德国、希腊、匈牙利、冰岛、印度尼西亚、伊朗（伊斯兰共和国）、爱尔兰、意大利、日本、哈萨克斯坦、科威特、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、黎巴嫩、立陶宛、卢森堡、马来西亚、马耳他、蒙古、黑山、缅甸、荷兰、新西兰、挪威、巴基斯坦、帕劳、巴拿马、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、韩国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、塞尔维亚、新加坡、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、*塔吉克斯坦、泰国、土耳其、乌克兰、英国、美利坚合众国、乌拉圭、越南。

* 2018年12月31日以来新达到最高水平的国家。

自2007年以来，MPOWER措施的全球覆盖率不断提高，已帮助全球吸烟率从22.7%降至2019年的17.5%。

强大的烟草使用监测系统覆盖世界一半地区

78个国家的44亿人口占世界人口的一半以上，他们所生活的国家拥有强有力的监测系统，包括进行近期、有代表性的定期基于人口的调查以及基于学校的调查，询问成年人和青少年烟草使用情况。这些实施全面监测的国家大多数（78个国家中的46个）是高收入国家。尽管拥有充足的资源，25%的高收入国家在过去5年中没有完成对其人口中烟草使用情况的监测。但是，在本报告中，一个低收入国家首次加

入了在最佳做法水平进行监测的国家组（塔吉克斯坦）。全世界共有37个国家没有完成近期（自2014年以来）的调查。

对一些国家来说，持续监测烟草使用是一项挑战

自2018年以来，在最佳做法水平进行监测的国家数量从76个增加到78个。生活在以最佳做法水平开展监测的国家的人口从30亿增加到44亿。加入最佳做法组的两个国家为中国和塔吉克斯坦。

由于COVID-19大流行期间开展全国基于人口的调查的种种挑战，许多计划于2020年进行的调查被推迟或取消。此外，2019年进行的一些调查的结果未能及时发布，无法进入本报告。这种情况导致11个在2018年达到最佳做法水平的国家无法保持成就。因此，拥有5.77亿人口的这11个国家（巴哈马、孟加拉国、不丹、柬埔寨、哥斯达黎加、埃及、科威特、缅甸、巴基斯坦、巴拿马、卡塔尔）在本报告中作为例外保留在最佳做法组别。

投资于定期调查和其他措施减少烟草使用，塔吉克斯坦

自2004年以来，塔吉克斯坦开展了数次全国性调查，以监测烟草控制的进展情况，包括2012年和2017年的人口与健康调查；2016年全球成人烟草调查；2016年世卫组织监测非传染性疾病风险因素的阶梯式方法（STEPS）；2006年的全球校本学生健康调查和2004年、2014年和2019年的全球青少年烟草调查（GYTS）。

在此期间进行的成人调查结果表明，男性中的烟草使用流行率为中等至高水平，女性烟草流行率很低（总流行率为13.5%，男性烟草流行率为25.7%，女性烟草流行率为0.2%）。无烟形式的烟草似乎是需要关注的主要领域，10.3%的人口总体和19.7%的男性使用无烟烟草（172）。

STEPS的第二轮调查正在计划中，这将为监测国内成人烟草使用趋势提供机会。此外，塔吉克斯坦还计划在2024年举行第4轮GYTS，该调查以成年人

和青少年为对象，收集最近的、有代表性的和定期数据，展现塔吉克斯坦对监测烟草使用工作的坚定承诺。

为解决烟草使用问题，《2013-2023年塔吉克斯坦共和国预防和控制非传染性疾病和伤害国家战略》包括到2023年将吸烟和nasvai烟草（一种无烟烟草形式）使用减少20%的目标。

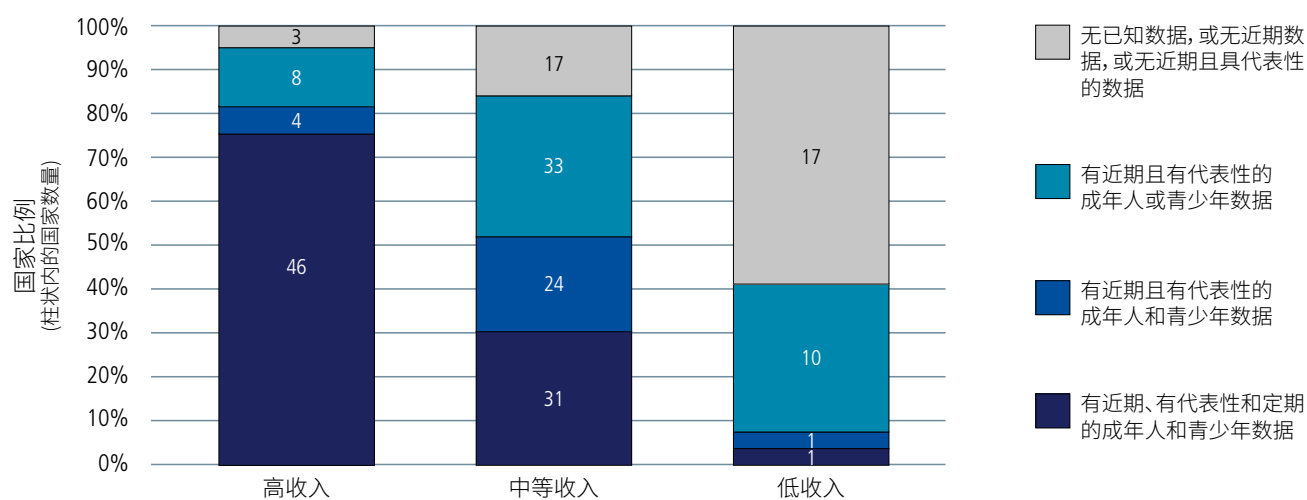
塔吉克斯坦重申了该国对烟草控制的承诺，并受益于流行调查证据所产生的政治意愿，于2013年成为《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方，并于

2018年通过了一项强有力的新烟草控制法。新法律适用于所有烟草制品，包括卷烟、雪茄以及水烟、无烟烟草和电子烟，并包含符合《世卫组织烟草控制框架公约》的有效烟草控制措施。

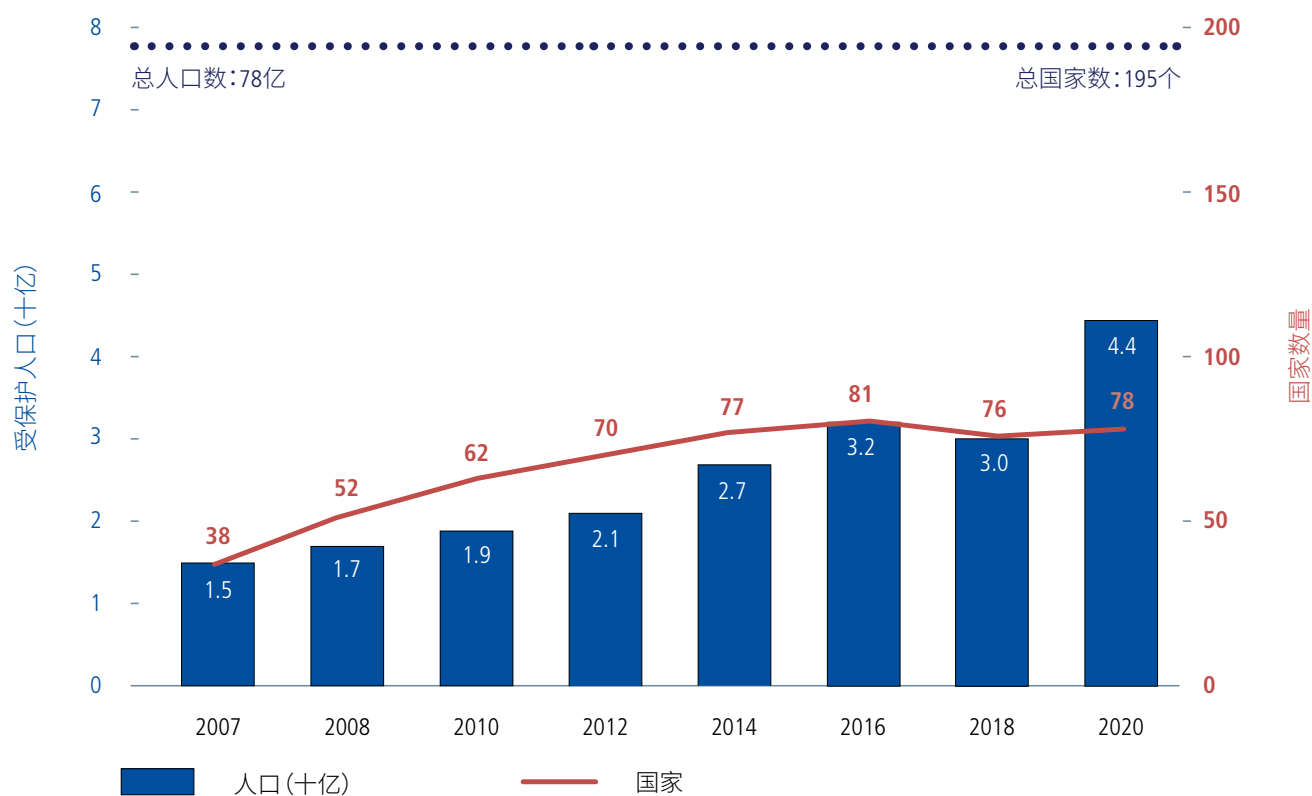


图片说明：塔吉克斯坦学生填写2019年全球青少年烟草调查报告

监测(2020)



监测工作的进展 (2007—2020)



自2007年以来, 在最佳做法水平, 新增40个国家的29亿人得到了烟草使用监测的覆盖。

95%的高收入国家和80%的中等收入国家在过去5年中至少完成了一次针对成年人或青少年的全国性调查。然而, 只有40%

的低收入国家(12个国家)这样做了。2020年, 共有117个国家没有在最高水平上监测其烟草流行情况, 然而, 有29个国家距离全面监测水平仅一步之遥。如果这29个国家缩小差距, 达到最佳做法水平, 将增加18亿人(世界人口的23%)生活在确保有效

监测烟草流行的国家, 以更好地为今后的政策措施提供信息。

调查在促进烟草政策发展方面发挥了重要作用，中国

中国是世界上最大的烟草生产国和消费国，拥有3亿多烟民（占全球烟民总数的四分之一）。在中国，每年有100多万人死于由烟草引起的疾病。为监测烟草流行情况，中国定期开展具有全国代表性的烟草使用调查。

2010年，中国开展了“全球成人烟草调查”。调查结果为推动中国的控烟政策提供了重要数据，如提高烟草税和禁止烟草广告、促销和赞助。调查结果还被用于通过新闻报道和社交媒体内容提高普通公众的认识，并为强调烟草控制紧迫性的政策建议提供信息。

为了确定青少年当中烟草问题的严重性，中国于2013年至2014年开展了第一轮全球青少年烟草调查（GYTS）。调查时，中国正在修订其国家级《广告法》，因此调查结果为推动加强公共场所烟草广告监管的相关规定提供了有力证据。2019年，中国实施了第二轮调查，结果显示，青少年中电子烟丁传送系统（ENDS）的使用正在增加。这些调查数据被公共卫生组织用于在全国人民代表大会上倡导在“未成年人保护法”中加强有关电子烟的条款。

由于中国幅员辽阔和情况多样，全国性监测面临着挑战：数据收集者很难接触到偏远地区的家庭，有时还要花几天时间到居民家中完成调查问卷。然而，稳健的研究设计确保了数据的成功收集和全国代表性。随着中国在监测烟草使用方面达到MPOWER最佳做法水平，现在又有14亿人获得了具有全国代表性、定期收集的有助于遏制烟草流行的数据覆盖。中国的目标是继续完善其烟草监测系统，以加强烟草控制，减少烟草使用。



图片说明：中国的烟草使用调查报告

超过10亿人吸烟，比2007年减少了不到1亿人

全世界15岁及以上的烟民总数近10亿人。这个数字与2007年的略多于10亿烟民相比变化不大。目前，有8.47亿男性吸烟（比2007年减少4600万），1.53亿女性吸烟（比2007年减少3600万）。

尽管四分之三的国家禁止向18岁以下的未成年人销售烟草，还有10个国家设定了更高的烟草购买年龄限制，但估计全世界有2400万13至15岁的儿童吸烟，1300万使用无烟烟草(91)。

全球吸烟率正在下降

2007年至2019年期间，全球吸烟率从22.7%降至17.5%，12年间相对下降了23%。低收入国家的吸烟率约为高收入国家的一半，这一比率在此期间变化不大。2007年至2019年期间，高收入国家的吸烟率相对下降了20%，低收入国家为19%。而在中等收入国家（占世界人口四分之三的国家），相对下降比例仅为12%。

虽然高收入国家的吸烟率平均下降速度最快，但2019年这些国家的平均吸烟率总体而言仍是所有收入群体中最高的（21.6%）。在同期的十年中，男性吸烟人数从37.5%降至29.6%，女性吸烟人数从8.0%降至5.3%。

2019年，高收入国家女性吸烟率仍是所有国家各收入群体中最高的（16.4%），是低收入和中等收入国家平均吸烟率（3.5%）的4倍以上。相比之下，中等收入国家的男性烟民比例最高（35.3%），几乎是低收入国家平均比例（20.2%）的两倍。

目前，由于世界上许多区域的数据仍然匮乏，尚无ENDS使用的全球估计数量。

保护人们免受烟草烟雾危害

WHO FCTC第8条规定：

“.....科学已明确证实接触烟草烟雾会造成死亡、疾病和功能丧失.....[缔约方]应采取和实行.....措施，以防止在室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所，适当时，包括其他公共场所接触烟草烟雾。”

《世卫组织烟草控制框架公约》第8条准则旨在帮助缔约方履行其在WHO FCTC第8条下的义务，并为缔约方采取适当措施提供明确的时间表（在WHO FCTC对缔约方生效后5年内）[174]。

二手烟的危害

接触二手烟没有安全水平，即使是短暂接触也会造成伤害[175]。接触二手烟可导致严重或致命疾病，包括心脏病、呼吸系统疾病和癌症[41,176,177]，而与吸烟者生活在一起的非吸烟者患这类疾病和过早死亡的风险更大[178]。儿童和婴儿尤其易患呼吸系统疾病、中耳疾病和婴儿猝死综合征[179-184]，且风险较高。接触二手烟的孕妇更有可能发生死产，且其胎儿更有可能出现先天性畸形和低出生体重[184]。充分保护吸烟者和非吸烟者免受二手烟伤害的唯一方法是完全消除室内吸烟[178]。例如，一项基于巴西数据的分析表明，在16年的时间里，实施全面无烟法律可能避免了多达15 000名婴儿死亡[185]。

无烟必须意味着彻底无烟

以为允许指定吸烟室的无烟场所就是无烟，而且可以保护不吸烟的人免受二手烟伤害的理解是错误的。指定吸烟区或房

间、通风系统、空气交换器和过滤装置等例外情况并不能起到保护作用，并且不能消除所有的二手烟[41,186,187]。事实上，此类设施削弱了无烟法律的影响。完全保护人们远离二手烟的唯一方法是不允许有任何例外[187-189]。这是因为，当全面实施无烟法律时，对于吸烟者和非吸烟者而言，都能非常有效地减少接触和提高室内空气质量[186,190,191]。

无烟法律的广泛益处影响深远

强有力的证据表明，有禁烟法律的公共场所减少了急性冠状动脉综合征的住院人数，并降低了吸烟相关疾病的死亡率[187]。无烟法律使吸烟更难以接受，对儿童和青少年来说更不可见，并鼓励更健康的行为，例如不在家中或车内吸烟[192-194]。无烟环境还可以鼓励吸烟者减少烟草使用，尝试戒烟，并长期保持无烟状态[191,195]。

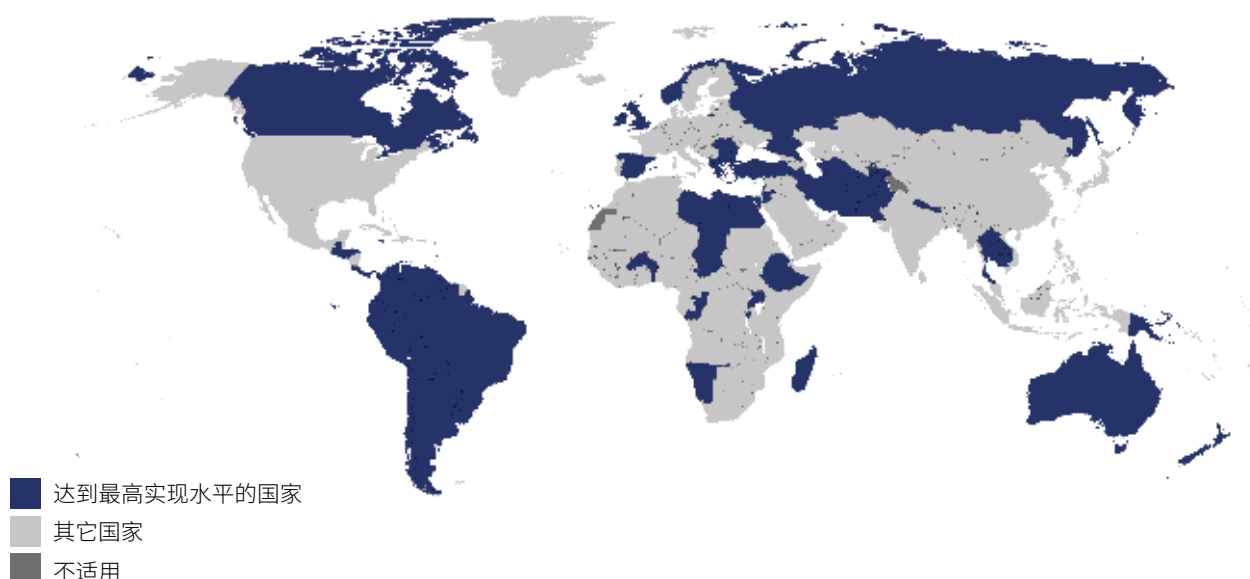
无烟法律不会损害商业

尽管烟草业的断言与此相反，但最优设计的研究报告指出，无烟法律对包括酒店服务业在内的业务没有不利的经济后果[196-198]。事实上，无烟法律一经实施，必定会得到压倒性的公众支持[191,199]，并鼓励有孩子的家庭去他们以前不去的地方消费。无烟法律相对容易通过，而且在经济和政治上可行，越来越多的国家继续在国家级和次国家级通过全面无烟立法。

但是，完全禁止吸烟的国家仅为34%，占世界人口的24%

2007年，世界上只有10个国家实施全面禁烟令，仅覆盖世界人口的3%，此后禁烟法的通过取得了持续的进展。自那时以来，已有新增57个国家的16亿人获得最佳做法的无烟法律的保护。这意味着，目前有18亿人(世界人口的四分之一)生活在禁烟令达到最高做法水平的67个国家中。

无烟环境——最高实现水平国家，2020年



达到最高实现水平的国家和地区：阿富汗、阿尔巴尼亚、安提瓜和巴布达、阿根廷、澳大利亚、巴巴多斯、贝宁、*多民族玻利维亚国、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、布隆迪、柬埔寨、加拿大、乍得、智利、哥伦比亚、刚果、哥斯达黎加、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、*埃塞俄比亚、冈比亚、希腊、危地马拉、圭亚那、洪都拉斯、伊朗（伊斯兰共和国）、爱尔兰、牙买加、*约旦、老挝人民民主共和国、黎巴嫩、利比亚、马达加斯加、马耳他、马绍尔群岛、纳米比亚、瑙鲁、尼泊尔、新西兰、纽埃、北马其顿、挪威、巴勒斯坦被占领土、巴基斯坦、巴拿马、巴布亚新几内亚、*巴拉圭、秘鲁、罗马尼亚、俄罗斯联邦、*圣卢西亚、塞舌尔、西班牙、苏里南、塔吉克斯坦、泰国、特立尼达和多巴哥、土耳其、土库曼斯坦、乌干达、联合王国、乌拉圭、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）。

* 2018年12月31日以来新达到最高水平的国家。

虽然各收入群体中约有三分之一的国家得到了全面无烟禁令的覆盖，但2020年，在这些实施全面无烟禁令的国家中，有一半以上（67个国家中的39个）是中等收入国家。在高收入国家非常普遍的是，完全没有禁烟令，或者是最低限度的禁烟令不够全面，不足以保护人们免受二手烟的危害。事实上，其中18个国家（30%）的人口暴露在公共场所的二手烟中。25个中等收入国家（22%）和13个低收入国家（45%）也是如此。

在过去两年中，有5个国家加入了提供最佳做法水平保护的国家组，所有公共场所都完全无烟。其中一个国家（圣卢西亚）从只覆盖医疗卫生和政府设施的最低限度的法律，发展到全面禁烟令覆盖所有公共场所和工作场所。三个国家（多民族玻利维亚国、埃塞俄比亚和约旦）将禁烟范围从三到五个公共场所扩大到全面禁烟，一个国家（巴拉圭）将禁烟范围扩大到两个新增地点（餐馆和咖啡馆/小酒馆/酒吧），从而达到最佳做法水平。

37%的国家和38%的世界人口所实行的部分禁烟令没有达到最佳做法

代表1.24亿人口的12个国家只需将禁烟令再多覆盖一处便能加入其他67个具有全面禁烟法律的国家行列：汤加（大学）；朝鲜民主主义人民共和国（政府设施）；库克群岛、毛里求斯、乌克兰和赞比亚（室内办公室）；塞内加尔（餐厅）；不丹（咖啡馆、小酒馆、酒吧）；亚美尼亚、塞浦路斯、格鲁吉亚和匈牙利（公共交通）。另外17个拥有16亿人口的国家只需将禁烟令多覆盖两处就可以达到采用最佳做法水平。

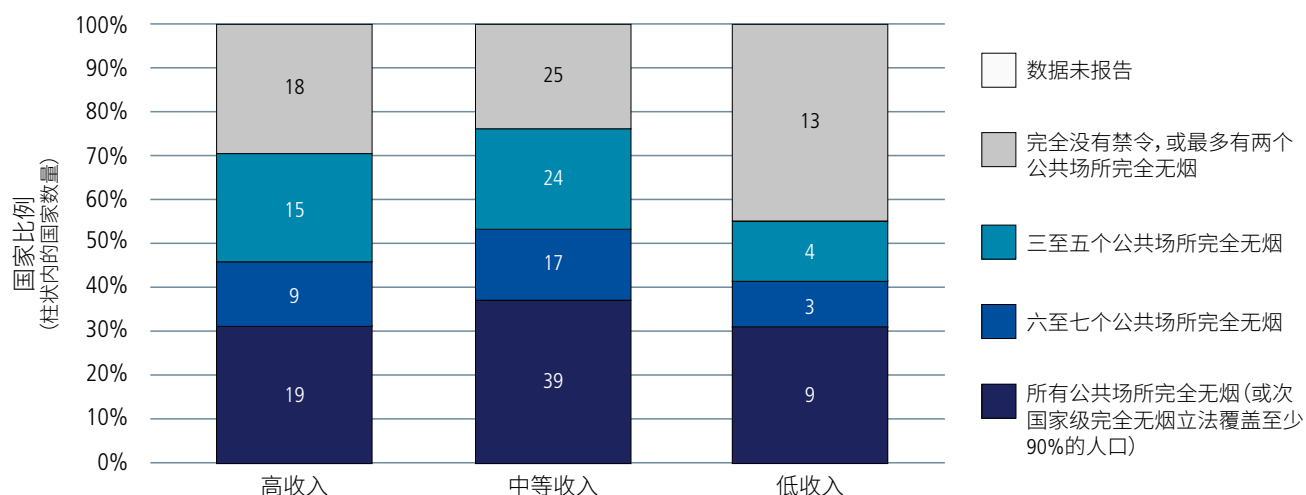
6个国家（总人口2.6亿）自2018年以来改进了自己的无烟法律，但在2020年未能达到最佳做法水平。14个国家（总共16亿人口）将可通过直接取消法律允许的指定吸烟室来实现全面禁烟。

居住在世界100大城市之一的5.24亿人（世界人口的6.7%）中，受到全面禁烟法保护的

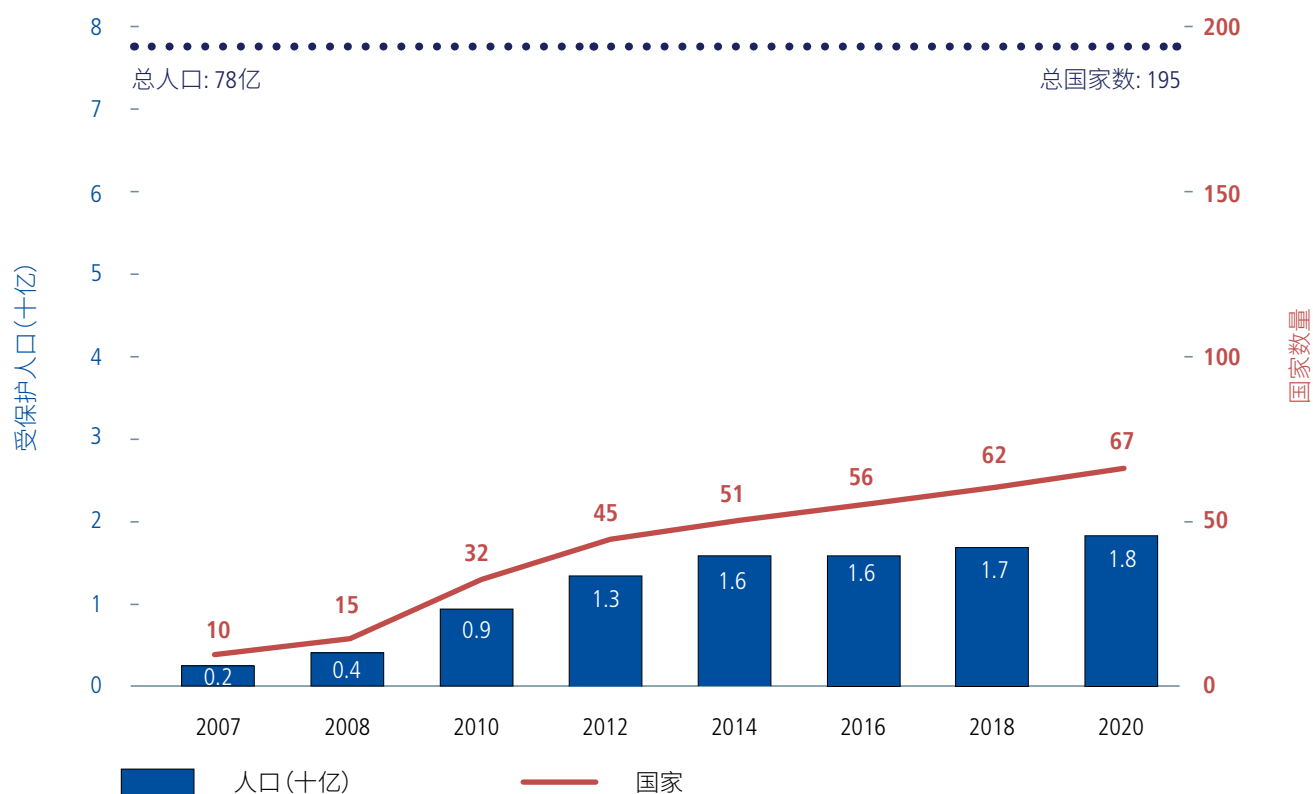
的只有2.99亿人（47个城市）。其中5个城市（万隆、北京、香港特别行政区、雅加达和棉兰）被城市级无烟法律覆盖；7个城市被国家或省级无烟法律覆盖；剩下的35个城市则由国家法律覆盖。与其等待国家级立法的通过，目前没有国家级最佳做法法律保护保护的其余52个世界最大城市也可以采取城市、州或省级法律，以更快地保护其庞大的人口。

三分之一的国家已制定全面的无烟立法

无烟立法(2020)



无烟立法进展 (2007—2020)



埃塞俄比亚接待业实行无烟

2019年2月，埃塞俄比亚通过了一项法律，要求公共建筑和工作场所（包括酒店）100%无烟（第1112/2019号公告）。该法律禁止在任何公共场所或工作场所的任何入口、可操作的窗户或进气系统10米以内的任何室内及室外空间吸烟或使用烟草。

接待业具有一些接触二手烟的最高水平，这意味着，如果埃塞俄比亚的无烟执法和合规工作要取得成效，该部门就必须完全参与进来。2019年，埃塞俄比亚食品和药物管理局（EFDA）——受权在埃塞俄比亚执行和协调烟草控制活动的实施——采取了措施，在全国范围内加大无烟法规的执行力度。EFDA提高了全国和当地员工对新法律的认识，并在包括亚的斯亚贝巴的酒店和度假村的利益攸关方中介绍和宣传了新法律。组织了概述酒店或度假村业主角色和责任的情况介绍讲

习班。印制及散发超过15000张“禁止吸烟”贴纸及3000张海报。在这些能力建设活动之后，进行了合规检查。自2019年以来，据报道，全国各地的监管机构对各种公共场所进行了超过16 000次的检查。

在新的公告发布后，许多酒店做出了巨大的努力来实施100%无烟法。在预订和入住酒店时，酒店会有“禁止吸烟”的标志和口头告知客人，禁止在酒店内及酒店的任何地方吸烟。没有指定的吸烟房间或吸烟区，或烟灰缸。酒店员工对这项新法律表示欢迎，因为它同时保护了顾客和员工。



图片说明：亚的斯亚贝巴一家酒店的禁烟标志

受COVID-19证据的激励，巴拉圭禁止在室内公共场所吸烟

2019年，巴拉圭估计有5000人死于烟草相关疾病，其中近700人死于二手烟接触相关原因（200）。在2019冠状病毒病大流行期间，烟草使用对巴拉圭人口健康的影响进一步凸显，证据表明，烟草使用者更有可能遭受该疾病的严重后果。事实上，2019冠状病毒病与烟草使用之间的联系是2020年巴拉圭加强烟草控制的部分原由。

自2006年批准WHO FCTC以来，巴拉圭已着手确保其烟草控制政策与公约保持一致。在采取全面无烟法律的几次尝试失败后，2020年12月通过的第4624号法令规定，传统(雪茄、卷烟)、加热或电子烟草制品将只被允许在非吸烟者经过区域以外的、不拥挤的露天公共场所使用。这填补了该国之前的管制空白（允许在封闭的、接待空间中吸烟）。

通过使所有室内公共场所和工作场所以及公共交通完全无烟，该法令使巴拉圭遵守了《世界卫生组织烟草控制框架公约》的一项核心任务：保护民众免受烟草的有害影响。同时，该法规的通过使南美洲成为美洲第一个完全做到100%无烟的次区域。



图片说明：巴拉圭禁止吸烟和禁止使用电子烟的标志

《世卫组织烟草控制框架公约》第14条规定：

“每一缔约方应……采取有效措施以促进戒烟和对烟草依赖的适当治疗……。每一缔约方应……制定和实施旨在促进戒烟的有效的规划”。WHO FCTC第14条准则旨在协助缔约方履行其在《世卫组织烟草控制框架公约》第14条下的义务[174]。

戒烟愿望强烈,但帮助过少

许多国家的烟草控制政策成功地促使人们尝试戒烟。平均而言,在开展“全球成人烟草调查”的国家中,超过60%的吸烟者表示他们打算戒烟,超过40%的吸烟者在调查前的12个月里试图戒烟。尽管这是令人鼓舞的,但戒烟支持仍然较少[91]。

戒烟具有立竿见影的益处

戒烟的健康益处可在几个小时甚至几分钟内就感觉到。在一天内,戒烟可帮助降低人的心率和血压,而血液一氧化碳水平预期会恢复正常[201]。在戒烟后的3个月内,循环和肺功能改善,在1-9个月内,咳嗽和呼吸短促普遍减少[201]。由于烟草使用的死亡风险在戒烟后很快开始减少。肺癌死亡的风险在戒烟后的10年内减少30-50% [201],目前的证据表明,在戒烟后的5年内,缺血性心脏病死亡的风险减半,中风的风险在5-15年内回到从未吸烟者水平。

戒烟支持至关重要

尼古丁是如此的令人上瘾,以至于四分之一的青少年在吸食三到四支卷烟后就会依赖它,而在吸了五包烟后,近60%的人 would 依赖它[202]。大多数经常使用烟草的人之所以会这样,就是因为他们对尼古丁上瘾。这意味着他们因此可以从一系列有效的烟

草戒烟干预中获益良多。在没有戒烟帮助的情况下,只有大约4%的戒烟尝试是成功的[203]。

经过证实的戒烟药物和专业的支持可以使烟草使用者成功戒烟的机会增加一倍[204],有许多不同的方法已经得以开发来帮助人们戒烟成功。这些方法可被宽泛地分类为行为或药物干预,在其强度、成本和有效性方面有所不同。将行为和药物治疗的干预措施相结合会更有效,并且可以将成功戒烟的几率增加一倍(与简短的建议或支持相比,戒烟成功的几率会相对增加70%至100%) [205]。

行为干预效率高并有机会影响到潜在的戒烟者

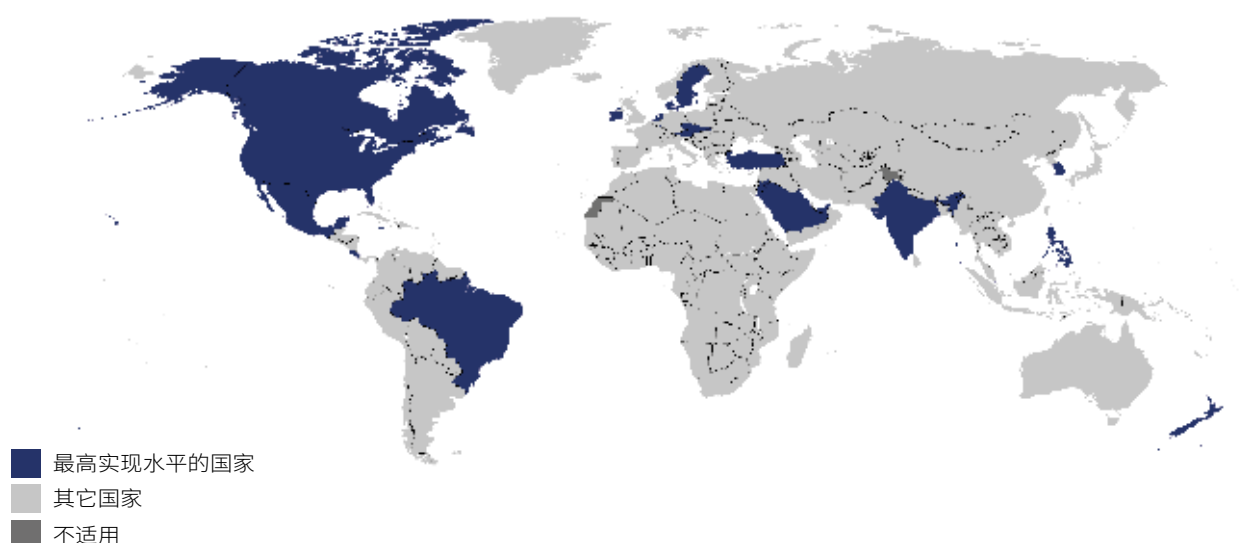
当烟草使用者访问基层或专业护理服务时,医疗卫生工作者将有机会提议或提供个性化的咨询服务。这种来自卫生专业人员的“简短的建议”,作为常规问诊或互动的一部分,有效地利用了现有的医疗保健系统[205]。

免费的戒烟热线是潜在戒烟者获得简短和潜在密集行为咨询的另一个方便的方法。戒烟热线使用者的绝对戒烟率增加4个百分点,和试图戒烟却没有得到任何帮助的人相比,这表明戒烟成功率增加了一倍[204]。如果戒烟热线是“主动”的,而且咨询师会电话随访潜在的戒烟者,则该比率可进一步提高。近来基于应用程序的戒烟干预大有潜力,短信戒烟干预将绝对戒烟率提高了4%[206]。

药物干预多样化,并且在联合使用时效果更好

与不使用干预的人相比,帮助戒烟的药物的有效性通常更高。戒烟率的增加从单个种类的尼古丁替代疗法(NRT)的6%到伐尼克兰的近15%不等。戒烟的药物疗法干预措施包括NRTs,以及不含尼古丁但能减轻烟草戒断症状的药物。联合使用多个NRT(贴片和一种快速起效的形式)也可以提高NRT的有效性。

烟草依赖的治疗—最高实现水平国家, 2020年



最高实现水平的国家: *奥地利、巴西、加拿大、*库克群岛、哥斯达黎加、捷克、丹麦、印度、爱尔兰、牙买加、*约旦、科威特、卢森堡、墨西哥、荷兰、新西兰、*菲律宾、大韩民国、沙特阿拉伯、新加坡、斯洛伐克、瑞典、*汤加、土耳其、阿拉伯联合酋长国、美利坚合众国

* 2018年12月31日以来新达到最高水平的国家。

全面戒烟服务覆盖全世界30%以上的人口

截止2020年, 全世界26个国家的25亿人, 即全世界32%的人口, 可获得全面的戒烟服务。采取全面戒烟措施的国家数量落后于其他MPOWER措施, 只有17个高收入国家和9个中等收入国家提供全面戒烟支持。目前没有低收入国家提供最佳做法的服务。

在全球范围内, 几乎所有高收入国家(89%) 都至少部分覆盖了戒烟服务的费用。大多数中等收入国家(72%) 也这样做, 而18%的低收入国家提供了一些服务费用的覆盖。有32个国家没有提供任何戒烟支持。这些数字表明, 虽然工作已经开始, 但仍有许多工作要做。

对戒烟服务的需求很高, 必须满足这些需求

2018年以来, 提供戒烟全面服务的国家从24个增加到26个; 戒烟全面服务覆盖的世界人口比例从31%增加到32%。五个人口总数为1.29亿的国家(奥地利、库克群岛、约旦、菲律宾和汤加) 在过去两年中开始提供全面的戒烟服务。然而, 令人失望的是, 受此保护的人口数量被三个国家(澳大利亚、萨尔瓦多和塞内加尔, 代表4800万人口) 抵消了, 这三个国家在该时期掉出了最佳做法组。

只有4个高收入国家(61个高收入国家中的7%) 不提供支持帮助使用者戒烟, 12个中等收入国家(11%) 和16个低收入国家(55%) 不向烟草使用者提供支持。

尽管自2007年以来, “O” 项的进展一直慢于其它MPOWER措施, 采用最佳做法水平

戒烟服务的国家从2007年的10个(5%的世界人口) 增加到了2020年的26个(32%的世界人口), 这意味着另有21亿人现在得到了该措施的保护。2020年可获得最佳做法水平戒烟服务的人口是2007年的6倍(当时只有4.06亿人)。

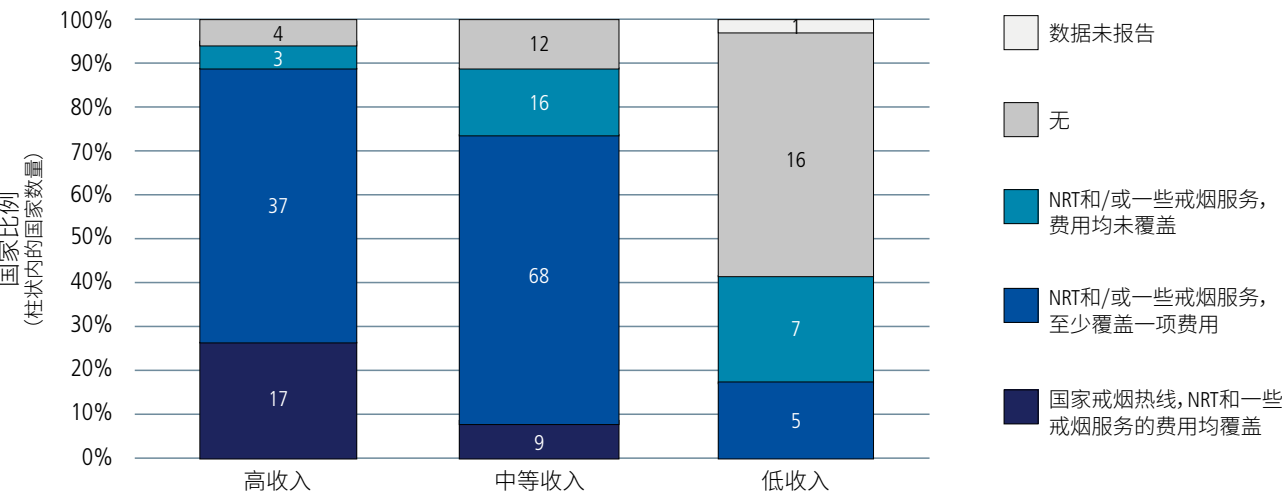
拥有22亿人口的67个国家提供了戒烟支持一揽子方案, 这些方案只缺少一项要素便可实现最佳做法实施水平: (i) 全国免费戒烟热线; (ii) 覆盖NRT的成本; 或(iii) 在临床环境或社区内戒烟服务的费用覆盖。在这67个国家中, 有26个国家需要增加一条国家免费戒烟热线, 以便为另外8.27亿人提供全面戒烟支持, 38个国家需要提供覆盖费用的NRTs, 以覆盖另外13亿人, 3个国家需要在临床环境或社区提供一项或多项覆盖费用的戒烟服务, 以覆盖另外5000万人。

在2019冠状病毒病大流行期间卫生保健服务受到严重影响的情况下，现另有1.2亿人可以获得
免费戒烟热线服务和其他戒烟工具。

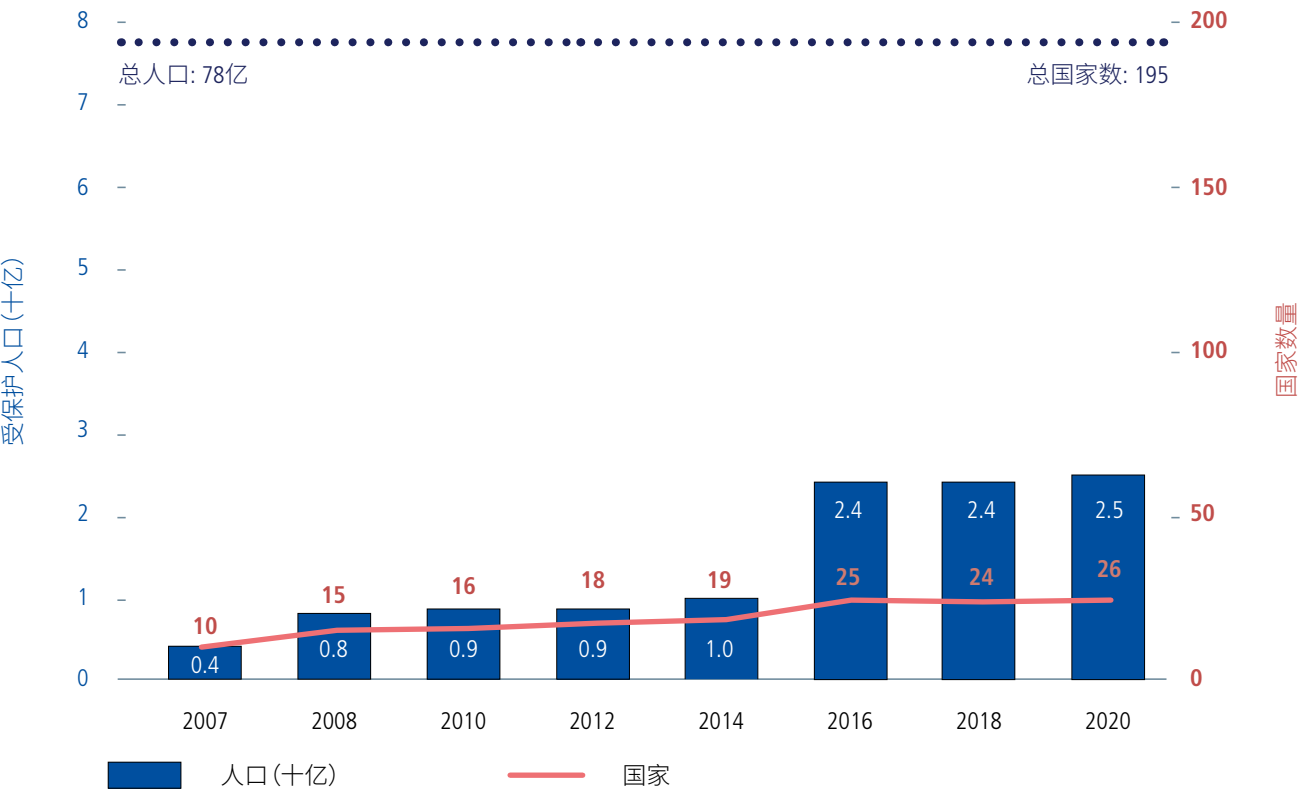
居住在世界一百个最大城市的5.24亿人（世界人口的6.7%）中，得到全面戒烟服务的人只有2.52亿人（48个城市）。其中两个城市（香港特别行政区和伦敦）得到城市层面政策的覆盖，其余46个城市受国家

政策的覆盖。与其等待一项国家政策的实施，其余52个目前没有受到国家最佳做法水平政策保护的大城市可以采取城市、州或省级政策，更快保护其庞大的人群。

烟草依赖的治疗(2020)



烟草依赖治疗进展 (2007年—2020年)



汤加成为第一个提供全面戒烟支持的太平洋岛国

汤加是世界上吸烟流行率最高的国家之一，2017年有40%的男性和16%的女性吸烟（18岁至69岁）(207)。为解决这一问题，汤加实施了降低烟草负担能力的法律和政策；防止烟草广告、促销和赞助；扩大无烟公共场所；并加强执法。这些行动增加了对戒烟服务的需求，53.9%的男性吸烟者和62.9%的女性吸烟者在过去12个月内至少试图戒烟一次(207)。

卫生部的“现在就戒烟”活动于2016年发起，通过电视、广播、社交媒体和户外招牌开展，重点是增加戒烟的动力，向想戒烟的人提供支持，并倡导更强有力的政策来限制烟草制品在汤加的销售、分销和使用。

2016年，作为该活动的一部分，汤加在南太平洋地区率先开通了首条全国免费戒烟热线。训练有素的戒烟热线

顾问在周一至周五的工作时间接听电话，提供简短的咨询支持。三分之一通过戒烟热线获得支持的吸烟者成功戒烟至少六个月。

作为政府全面戒烟规划的一部分，在汤加各地对初级卫生保健工作者进行定期简短的烟草干预培训，政府还部分覆盖尼古丁替代疗法的费用。

2017年的一项评价显示，18岁至64岁的汤加人中有95%了解这项活动，对于戒烟热线的了解从40%提高到74%(208)。汤加的例子突出表明，强有力的政府承诺和专门的资源是戒烟的关键。这些努力得到了国际认可，卫生部和汤加健康促进基金会于2018年获得世界无烟日奖。



图片说明：汤加的戒烟热线广告

扩大戒烟服务，约旦

约旦的吸烟率为41%，在约旦，烟草是导致非传染性疾病（NCDs）的主要风险因素，2019年导致近17%的所有死亡人数(200)。根据约旦2019年的STEPS调查，约50%的成年吸烟者在过去12个月试图戒烟，但只有一小部分人获得了戒烟支持(209)。

为此，约旦卫生部通过与世卫组织、联合国非传染性疾病预防和控制机构间工作队和烟草与健康人口评估(PATH)之间的联合行动“戒烟准入倡议”建立伙伴关系，获得非传染性疾病药品和产品联盟的支持，大大扩大了国家戒烟服务。该倡议旨在帮助各国在COVID-19大流行期间提供全面的戒烟服务。2020年，约旦成为世卫组织东地中海区域第四个提供全面戒烟服务的

国家，通过新设立的国家免费戒烟热线、加强初级保健中的戒烟支持和免费提供尼古丁替代疗法（NRT）实现了这一目标。

约旦还接受了捐赠的NRT产品，帮助5400名一线工作人员和非传染性疾病患者、难民戒烟，大幅扩大了在国内各个初级卫生保健中心的戒烟服务。除了这种支持，烟草使用者还可以自由接触世界卫生组织的第一个虚拟卫生工作者Florence，她帮助人们制定个性化的戒烟计划，并可以将他们转到戒烟热线等戒烟服务。



图片说明：约旦的戒烟咨询

健康警示标签

《世卫组织烟草控制框架公约》第11条指出：

“每一缔约方应.....采取和实行.....有效措施以确保.....烟草制品包装和标签不得以任何虚假、误导、欺骗或可能对其特性、健康影响、危害或释放物产生错误印象的手段推销一种烟草制品”。

《世卫组织烟草控制框架公约》第11条准则旨在帮助缔约方履行其在《世卫组织烟草控制框架公约》第11条下的义务，该条款为缔约方采取适当措施提供了明确的时间表（在《世卫组织烟草控制框架公约》对某一缔约方生效后3年内）[174]。

图形健康警示标签 至关重要

许多烟草使用者仍然不知道或不完全了解他们自己和他人因消费烟草而接触的危险[210]。在这种情况下，消费者有权就其购买和使用的产品对健康的影响得到警告[210-212]。图形健康警示提供了与烟草使用相关风险的准确信息，并有助于鼓励烟草使用者减少消费和戒烟[213,214]。有效的健康警示还可以传达他人接触二手烟风险的信息[215]。有重要证据表明，准确、醒目的警示会促使烟草使用者考虑戒烟，并可能导致烟草使用的减少[216,217]。

包装的力量

包装使公司能够通过操纵人们对味道、烈度以及与之相关的健康影响的感知来“销售”其产品[218]。暗示降低健康风险的营销术语，包括“淡味”、“超淡味”和“低焦油”等，具有欺骗性，应该被禁止[216]。然而，这可能不足以减少与这些卷烟类型相关的风险降低的误解[219,220]。其他要求，如平装，可能有助于改变人们的看法。

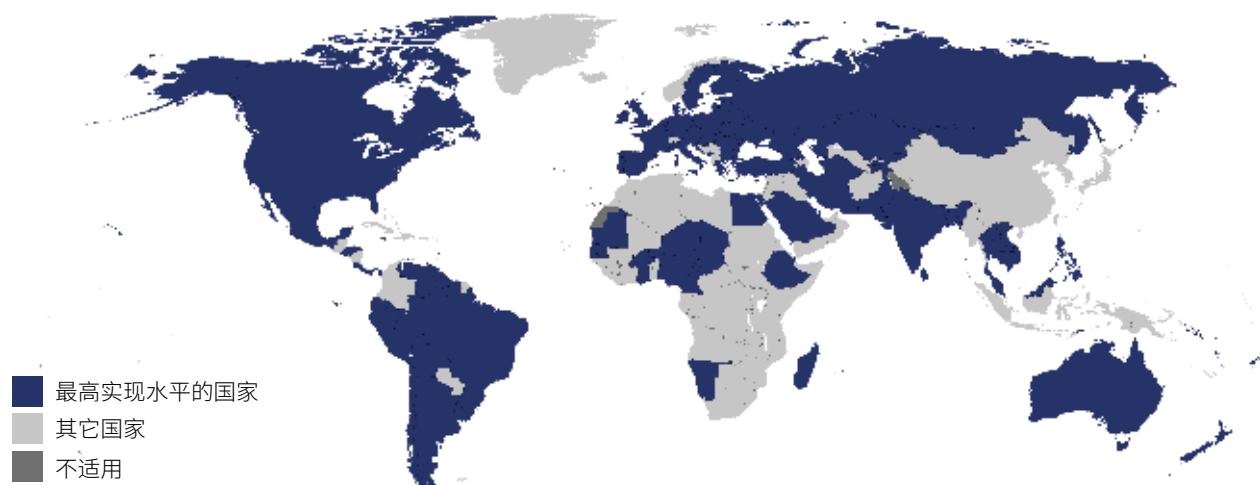
烟草制品包装上的图形健康警示是向使用者传递重要信息的可靠方式[221]，也是政府相对便宜的公共沟通方式[221]。图形健康警示比大多数其他烟草控制措施更受到公众的支持[215,222]。

当这些警示用图片、图形、全面和强烈措辞时最为有效[223,224]，在阻止青少年和青年使用卷烟和无烟烟草方面尤其有效[225]。为了有效，它们应该很大，至少覆盖包装表面的一半（正面和背面）[221]，并应提及烟草使用的具体健康影响。为了保持

它们的影响力，标签应该定期轮换[226]。随着时间的推移，加强警示可以增加烟草危害知识，并可以增加戒烟尝试，减少卷烟消费[227]。

强有力的图形烟盒警示现已面向101个国家的近47亿人——占全球人口的一半以上（60%）和所有国家的一半以上。与其他MPOWER措施相比，更多的人受到这一措施的保护，52%的国家在最高水平上采用了图形烟盒警示要求：69%的高收入国家、50%的中等收入国家和24%的低收入国家。只有43个国家（6个高收入国家、24个中等收入国家和13个低收入国家）采用了覆盖面积少于30%烟盒面积的警示或没有采用任何警示标签，另有51个国家发布了覆盖30%、但不到50%主要包装展示区域的警示（低于《世卫组织烟草控制框架公约》的最低要求）。

健康警示标签——最高实现水平国家，2020年



达到最高实现水平的国家：阿根廷、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、孟加拉国、巴巴多斯、白俄罗斯、比利时、多民族玻利维亚国、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、乍得、智利、哥斯达黎加、克罗地亚、塞浦路斯、捷克、丹麦、吉布提、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、爱沙尼亚、*埃塞俄比亚、斐济、芬兰、法国、*冈比亚、格鲁吉亚、德国、加纳、希腊、圭亚那、洪都拉斯、匈牙利、印度、伊朗(伊斯兰共和国)、爱尔兰、意大利、牙买加、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、立陶宛、卢森堡、马达加斯加、马来西亚、马耳他、*毛里塔尼亚、毛里求斯、墨西哥、蒙古、*黑山、纳米比亚、尼泊尔、荷兰、新西兰、*尼日尔、*尼日利亚、巴基斯坦、巴拿马、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、*卡塔尔、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、圣卢西亚、萨摩亚、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞舌尔、新加坡、斯洛伐克、斯洛文尼亚、所罗门群岛、西班牙、斯里兰卡、苏里南、瑞典、塔吉克斯坦、泰国、东帝汶、特立尼达和多巴哥、土耳其、土库曼斯坦、乌克兰、*联合王国、美利坚合众国、乌拉圭、瓦努阿图、委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)、越南

* 2018年12月31日以来新达到最高水平的国家。

超过一半以上的国家目前都已在最佳做法水平上实现了烟草包装上具有图形警示

在过去的2年里，新增8个国家（占世界人口的9%）加入要求在烟草制品上具有大型图形警示标签的93个国家。两个是高收入国家（美国和卡塔尔），三个是中等收入国家（毛里塔尼亚、黑山和尼日利亚），其他三个是低收入国家（埃塞俄比亚、冈比亚和尼日尔）。所有8个国家都加强了现有法律，以达到最佳做法水平。

在所有的MPOWER措施中，自2007年以来，就采取行动的国家数和最佳做法措施涵盖的人口而言，在卷烟上具有大型图形烟盒警示这一措施取得了最大的进展。2007年，只有9个国家（占世界人口的5%）在卷烟上具有大型图形烟盒警示，自那以来，新增92个国家（占世界人口的55%）已采取行动，满足全面的图形烟盒警示要求。

与其它MPOWER措施相比，更多的国家已采用强有力的图形健康警示

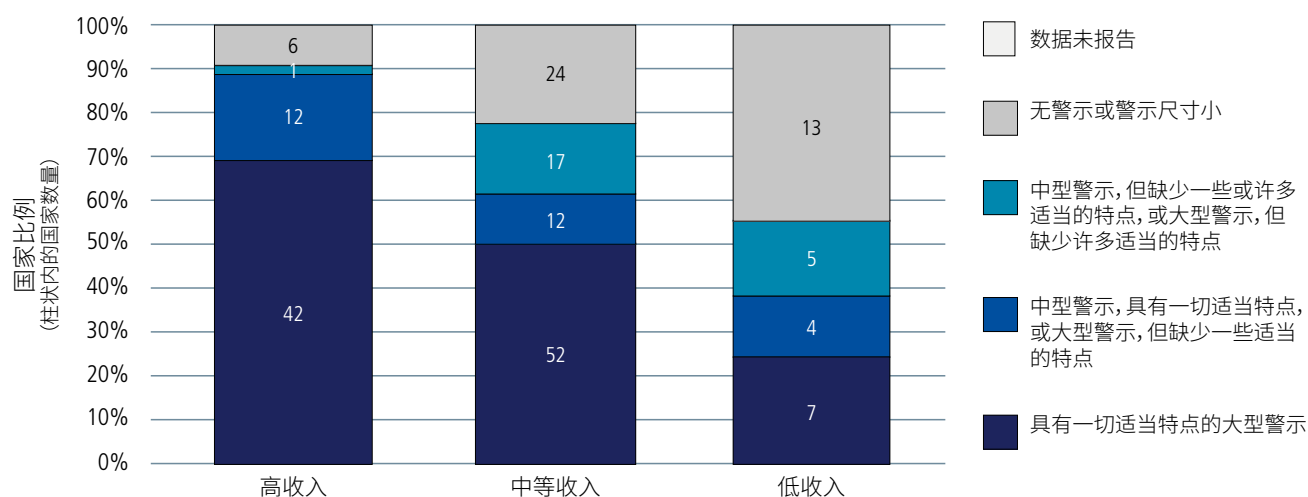
代表6.58亿人的23个国家距离最佳做法的图形健康警示只有一步之遥。

总计有4.35亿人口的8个国家只需要增加图形健康警示的尺寸，覆盖更多20%的烟盒，便可以满足大型图形烟盒健康警示的所有最佳实践标准。另外6个人口总数为2000万的国家只需要增加对图形图像（而不是仅文本）的要求，就能满足最佳做法要求。其他总人口为2.03亿的九个国家已经规定大型图形警示要覆盖至少50%的烟盒面积，只需要增加一项标准即可实现最佳做法——其中八个国家只需要规定警

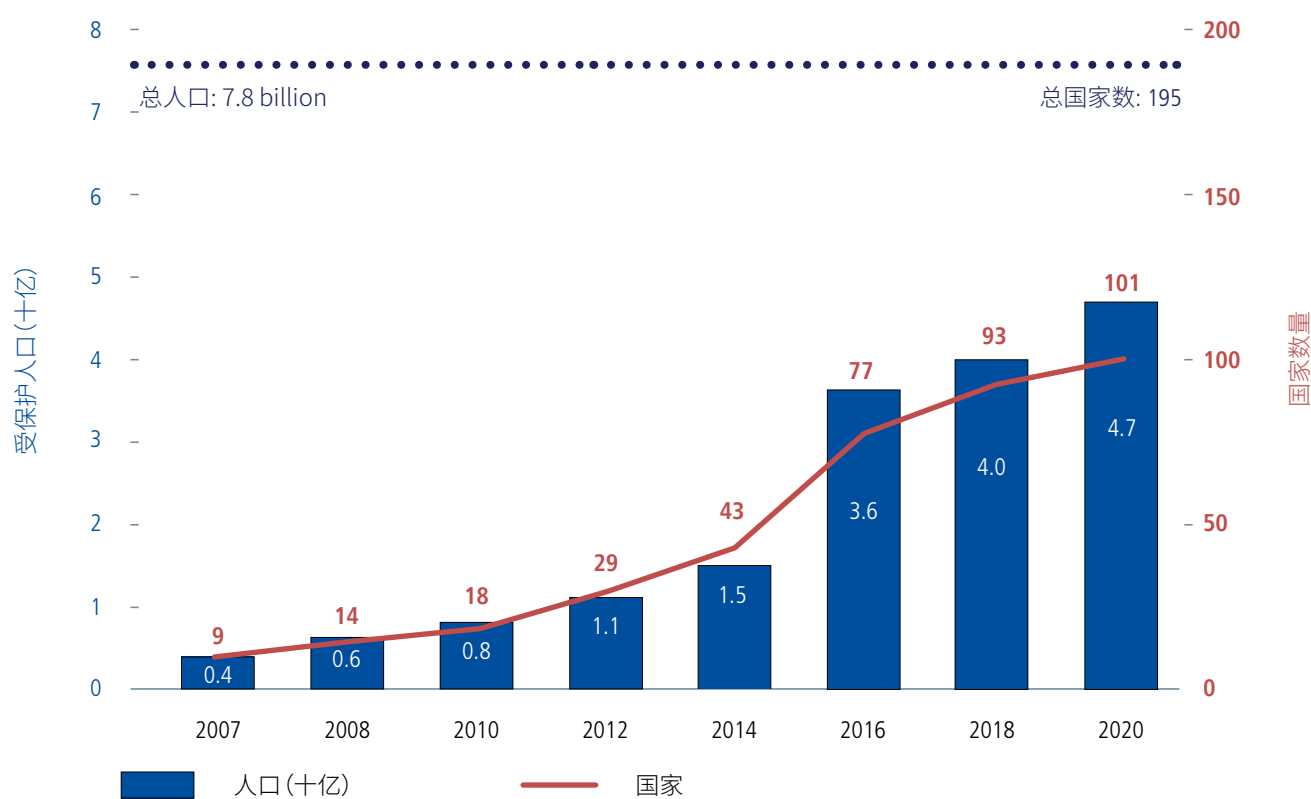
示应出现在每个烟盒和零售中使用的任何外包装上，而一个国家只需要规定轮换警句。拥有2.55亿人口的7个国家（伊拉克、以色列、日本、马尔代夫、纽埃、乌干达、乌兹别克斯坦）自2018年以来改进了其立法，但在2020年未能达到最佳做法水平。

居住在世界一百个最大城市的5.24亿人（世界人口的6.7%）中，只有3.79亿人（67个城市）通过卷烟烟盒上展示的大型图形警示标识了解到烟草使用的危害。其中一个城市被市级立法覆盖（香港特区），其余66个城市被国家法律覆盖。

健康警示标签(2020)



健康警示标签进展(2007年—2020年)



越来越多的国家要求烟草制品平装

一些国家正在推进平装。截至2020年底, 已有17个国家通过立法要求烟草制品进行无装饰包装, 并发布了规定实施日期的法规

- 澳大利亚、
- 法国、
- 以色列、
- 挪威、
- 斯洛文尼亚、
- 英国、
- 比利时、
- 匈牙利、
- 荷兰、
- 沙特阿拉伯、
- 泰国、
- 乌拉圭
- 加拿大、
- 爱尔兰、
- 新西兰、
- 新加坡、
- 土耳其、

毛里塔尼亚从没有健康警示到要求具有大型图形健康警示包装

毛里塔尼亚自2005年以来一直是《世界卫生组织烟草控制框架公约》的缔约方，并于2018年6月推出了首个烟草控制立法，这是关注此问题的议员、民间社会(包括非洲烟草控制中心)和世卫组织国家办事处长期参与努力的结果。

2018年一项关于烟草及其制品的生产、进口、分销、销售、广告、促销和消费的法律规定，烟草制品的烟盒或盒包，以及所有形式的外包装必须包括覆盖至少正反两面70%表面的健康警示。这些警示必须包括图片和文字，并用毛里塔尼亚的官方语言书写。自此之后，卫生部长于2020年2月颁布了一项法令，对警示进行管控。该规定于2021年5月30日生效。法令禁止包含描述性术语或其他标记，不得直接或间接给人造成印象，以为某个特定的烟草制品危害会比其它制品的更少，包括诸如“低焦油”、“淡味”、“超淡味”或“柔和”等术语，或在其他语言中有相

似意思的其他术语。这些要求适用于烟盒和任何外包装，包括纸箱。

从没有警示要求发展到要求具有所有适当特点和更多要求的大型图片警示，毛里塔尼亚是为数不多的这样的国家。该国现在是2020年非洲区在健康警示标签方面实现最高水平的14个国家之一(最近埃塞俄比亚和冈比亚也加入了这一行列)，并已经禁止在公共场所和公共交通工具内吸烟。



图片说明：毛里塔尼亚的图形健康警示标签

图形健康警示标志着美国四十年来在标签上的最大变化

在美国，吸烟仍然是可预防疾病、残疾和死亡的主要原因¹，因此当局已采取步骤加强措施，警告公众与烟草使用有关的风险。

在几次尝试发布和实施与《2009年家庭吸烟预防和烟草控制法案》一致的法规之后（这些尝试遭到了烟草业的法律挑战），2020年3月，美国食品药品监督管理局（FDA）发布了一项新规定，要求有关健康状况的11个新警示必须占据烟草包装正反面的上部50%，以及卷烟广告上部至少20%的面积。这些警示包括文本和图形图像的广泛选择。

这一举措被认为是自1984年以来美国卷烟标签方面最重大的变化。它反映了历届政府致力于保护民众免受烟草造成的危害，并弥合公众对烟草不利影响的理解差距。预计所提议的法规将于2022年7月生效¹，并且使美国根据MPOWER措施，成为美洲地区第22个实现最高水平“W”措施的国家。



图片说明：13种提议的警示标签之一，以文字说明和逼真的彩色图像描绘吸烟不太为人所知的健康风险(228)。

1 美国食品与药物管理局。更多信息见<https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/required-warnings-cigarette-packages-and-advertisements-small-entity-compliance-guide-revised-for-more-information>。

反烟草大众媒体宣传行动

《世界卫生组织烟草控制框架公约》第12条规定：

“每一缔约方应酌情利用现有一切交流手段，促进和加强公众对烟草控制问题的认识。……每一缔约方应……促进……广泛获得有关烟草消费和接触烟草烟雾对健康危害，包括成瘾性的有效综合的教育和公众意识规划；……[每一缔约方应促进]有关烟草消费和接触烟草烟雾对健康的危害，以及戒烟和无烟生活方式的益处的公众意识；……[每一缔约方应促进]有关烟草生产和消费对健康、经济和环境的不利后果信息的公众意识和获得”。《世卫组织烟草控制框架公约》第12条实施准则旨在帮助缔约方履行其在《世卫组织烟草控制框架公约》第12条下的义务[174]。

有力的大众媒体宣传行动是有效和必要的

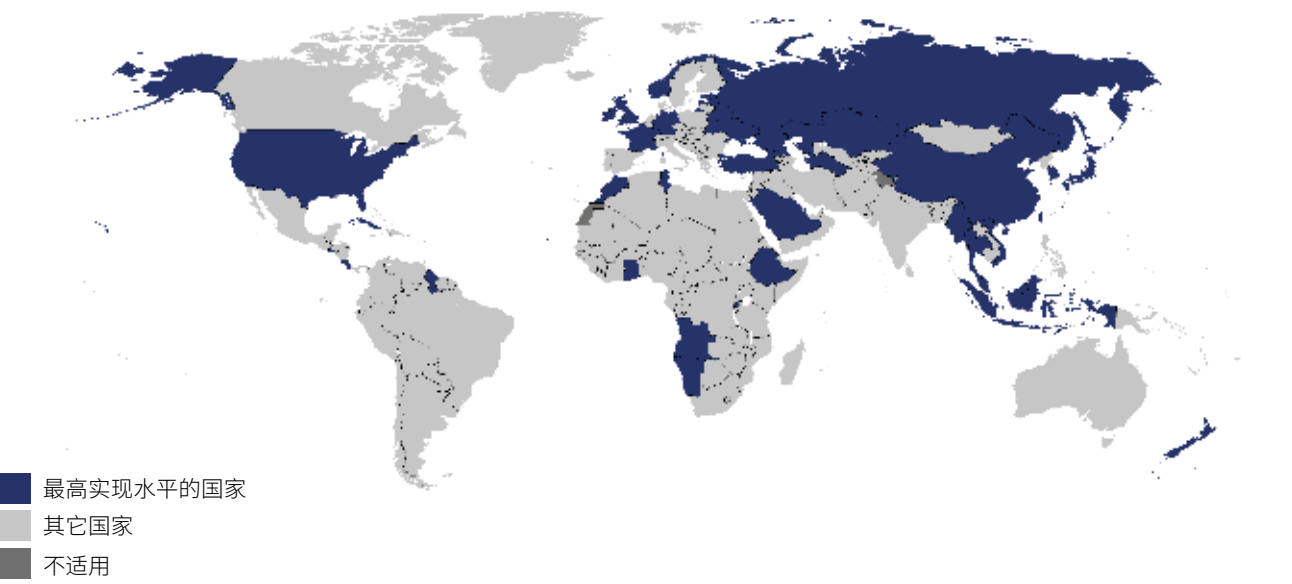
大众媒体反烟草宣传行动通常在高收入国家使用，但在低收入和中等收入国家也已被证明是有效的[229]。强有力的证据表明，如果经过精心设计并且一针见血，它们可以减少烟草使用、增加戒烟尝试、降低青少年的初吸率并减少接触二手烟

[230-235]。因此，这些宣传行动必须成为所有全面烟草控制战略或规划的重要组成部分[236]。

使用图像的电视宣传行动在激励戒烟尝试方面特别有效[234,236]。涉及多种沟通渠道(即电视、广播和互联网)的持续宣传行动更有可能对烟草使用行为产生长期影响，但持续时间短至3周的宣传行动也可产生积极影响[231,237-239]。

虽然花费较多，但大众媒体宣传行动可以快速和有效地触及大量人群[234]，提供关于如何戒烟的信息和资料，并可以在宣传产品上包括免费的戒烟热线号码，例如在海报底部或电视广告的结尾。

反烟草大众媒体宣传行动——最高实现水平国家，2020年



达到最高实现水平的国家： *安哥拉、白俄罗斯、*佛得角、*中国、哥斯达黎加、*古巴、萨尔瓦多、爱沙尼亚、*埃塞俄比亚、法国、格鲁吉亚、德国、*加纳、*圭亚那、印度尼西亚、爱尔兰、*日本、*哈萨克斯坦、*拉脱维亚、*马来西亚、*摩纳哥、*摩洛哥、缅甸、*纳米比亚、新西兰、挪威、*帕劳、卡塔尔、大韩民国、*俄罗斯联邦、*卢旺达、圣卢西亚、*沙特阿拉伯、*泰国、东帝汶、多哥、汤加、*突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、*图瓦卢、*乌克兰、联合王国、美利坚合众国、越南。

* 2018年12月31日以来新达到最高水平的国家。



大众媒体宣传行动被忽视的时间太长——半数以上的国家最近没有开展全国性宣传行动。

2020年，全世界一半以上的人口没有接触到最佳做法的大众媒体宣传行动

全世界近一半的人口（33亿人）生活在过去2年里至少进行过一次最佳做法水平、全国反烟草大众媒体宣传行动的国家。另有39%的人口居住在开展了至少持续3周的大众媒体宣传行动的国家，其中一些（但不是所有）采用了最佳做法标准。

在此期间开展最佳做法反烟草宣传行动的45个国家中，15个是高收入国家（占高收入国家的25%）；27个是中等收入国家（占中等收入国家的26%）；三个是低收入国家（占低收入国家的10%）。世界上半以上的国家（103个）在过去2年里没有进行任何持续的宣传行动，使得17%的世界人口没有接触到任何全国性宣传行动。

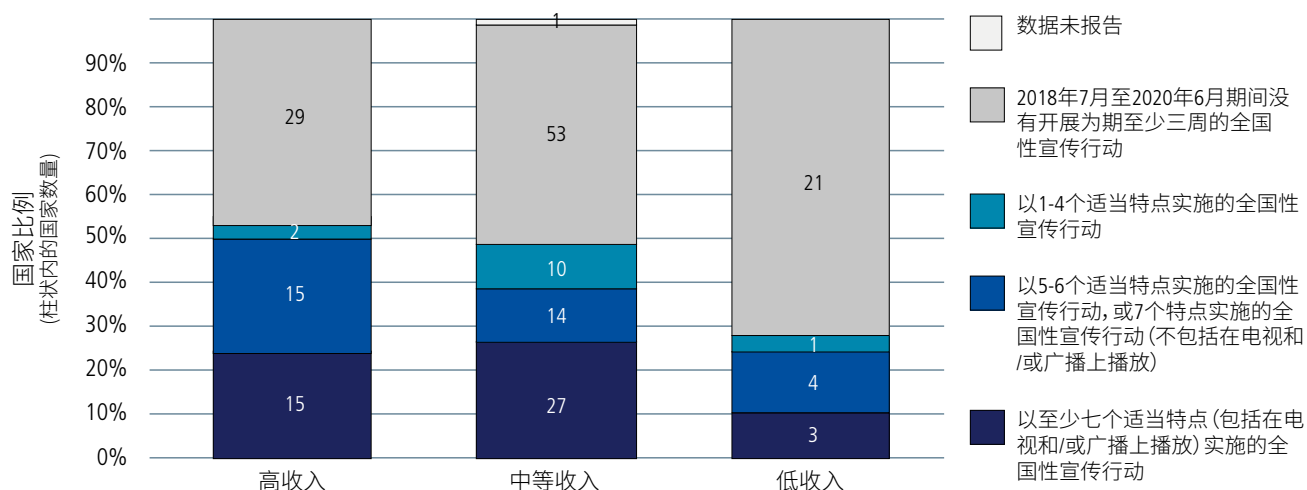
全国性大众媒体的努力继续滞后

低收入国家的人民接触到的反烟草大众媒体最少：生活在21个低收入国家、超过64%的人口在过去两年中没有接触到任何形式的全国性宣传行动。对大众媒体宣传行动进行监测的第一年是2009-10年。此后，接触到最佳做法大众媒体宣传行动的人口总数一直在上升，到2013-14年，有43亿人居住在开展此类大众媒体宣传行动的国家。遗憾的是，2018年，该数字下降到18亿人。2020年，在中国实施的行动使总人口回到33亿。

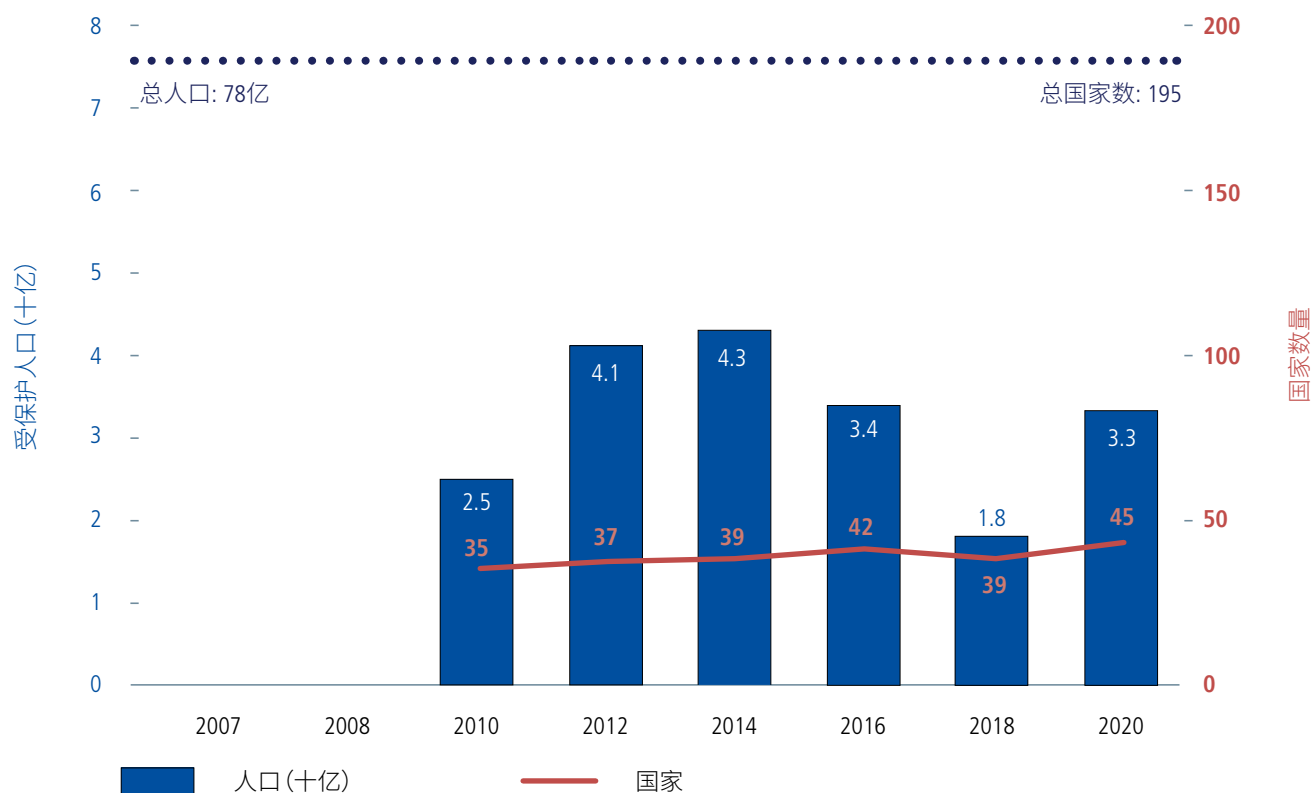
大多数开展宣传行动的国家不会每两年重复一次行动。自2009年-2010年以来，只有三个国家每两年开展一次最佳做法宣传行动（土耳其、英国和越南）。七个国家在6个双年度期间开展了5次最佳做法宣传行

动，只错过了一次维持这一系列宣传行动的机会（澳大利亚、萨尔瓦多、爱尔兰、马来西亚、挪威、大韩民国和美国）。

大众媒体宣传行动(2020)



反烟草大众媒体宣传行动进展(2010年—2020年)



把“无烟”带回家：泰国的大众媒体宣传行动



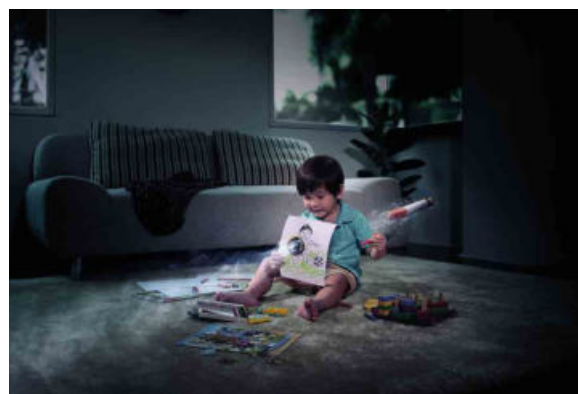
在泰国，烟草使用每年造成7万多人死亡，烟草相关疾病是该国死亡的主要原因（包括约9000人死于二手烟）（200）。尽管《非吸烟者健康保护法B.E. 2535》（1992）规定所有公共场所均为非吸烟区，但人们认识到，家庭是家人，特别是儿童，度过大部分时间的地方，也是他们可能接触到二手烟的地方。特别是，泰国统计厅2017年的调查结果显示，全国有1730万人在家中接触到二手烟。

2019年，来自各行各业的合作伙伴共同开展了一项大众媒体宣传行动，以防止幼儿在家中接触二手烟，这是已确立的“吸烟与健康行动（ASH Thailand）无烟家庭”项目的主题。该宣传行动由来自不同行业的合作伙伴协作进行策略开发，采用与目标受众进行焦点小组讨论的结果，与电视、广播、印刷、户外广告牌、在线广告和交通广告等媒体共同开展，以最大限度地扩大活动的影响。

这一名为“停止破坏你家宝贝的梦想”的活动的主要目标是，提高社会对家中二手烟危害的认识，并鼓励吸烟者为了家人，特别是年幼的儿童的利益而戒烟。目前正在

在评价这项宣传行动的涉及范围 and 影响。

自2010年首次为本报告收集大众媒体数据以来，泰国一直在持续开展反烟草大众媒体宣传行动，使用了用于评估实现水平的八项标准中的至少六项标准。



图片说明：“停止破坏你家宝贝的梦想”反烟草宣传行动，泰国

确保禁止烟草广告、 促销和赞助

《世卫组织烟草控制框架公约》第13条指出：

“.....广泛禁止广告、促销和赞助将减少烟草制品的消费。每一缔约方应.....广泛禁止所有的烟草广告、促销和赞助.....每一缔约方在公约对其生效后的五年内，应采取适宜的立法、实施、行政和/或其他措施，并按第21条的规定相应地进行报告” [41]。《世卫组织烟草控制框架公约》第13条实施准则旨在帮助缔约方履行其根据《世卫组织烟草控制框架公约》第13条承担的义务[174]。

TAPS禁令有助于保护民众 远离烟草业

尽管烟草公司坚称，他们每年花在广告上的数十亿美元只是为了增加自己的市场份额而牺牲了竞争对手的利益，有无可争辩的证据表明，TAPS活动还通过有效招募新的烟草使用者或劝阻烟草使用者戒烟来增加或维持烟草使用[231, 240, 241]。

烟草公司通过规避法规并保持社会可接受性的新产品，针对不同群体和目标特定人群，采用混合营销技术[242]。低收入和中等收入国家的青少年和妇女尤其成为其目标[243]。烟草广告和促销增加了青少年开始使用烟草的可能性，这可能导致未来成年烟草使用者的流行率更高[241, 244, 245]。促销和赞助活动也可以影响那些自身可能从投资于TAPS数十亿美元中获益的企业。

而且，只要有可能，烟草业试图通过采用薄弱的自愿广告准则，质疑禁令的证据基

础，利用说客和诉讼来逃避TAPS禁令，避免被管制[231, 246]。

TAPS禁令减少烟草使用

在世界各地，TAPS禁令有效减少了烟草销售和烟草消费[246-249]，其影响在低收入和中等收入国家可能比在高收入国家更为显著[249]。全面禁止所有TAPS活动是一项关键的烟草控制战略和政策措施[174, 247]，是《世卫组织烟草控制框架公约》仅有的两项具有强制性实施时间框架的规定之一（另一项是公约第11条）。

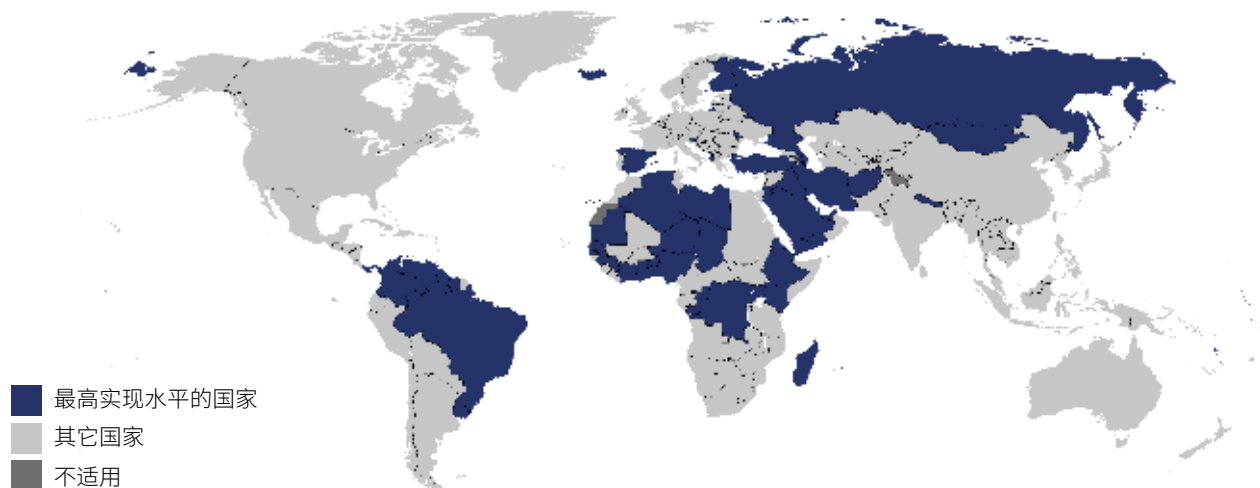
TAPS禁令必须全面、 有力执行

TAPS禁令必须是全面的，因为部分禁令收效甚微或根本没有效果[231, 247, 250]。当禁令不全面时，烟草公司会钻法律漏洞，

或者干脆将投资转向未被禁止的促销形式[247, 251, 252]。因此，禁令必须涵盖所有TAPS活动，包括直接促销（例如电视广告、广播、印刷刊物、广告牌以及销售点的广告）；间接促销（例如品牌延伸和品牌共享、免费分发、价格折扣、电视/电影产品植入以及包括“企业社会责任”计划在内的赞助）[253]。禁令还必须包括会使产品“常态化”的销售点展示，促使人们吸烟，鼓励冲动购买，干预戒烟，并增加儿童和青少年观看和尝试产品的易感性[254-259]。

禁令还必须包括禁止烟草公司可能为正当的或对社会负责的事业向其他实体作出的财务或实物捐助。这些捐款属于《世卫组织烟草控制框架公约》第1(g)条对烟草赞助的定义范围，因此应予以禁止[253]。企业社会责任活动通常被用来说服政府推迟和避免实施烟草控制规划，也应该被纳入TAPS禁令[259]。

执行烟草广告、促销和赞助禁令——最高实现水平国家, 2020年



达到最高实现水平的国家：阿富汗、阿尔巴尼亚、阿尔及利亚、安提瓜和巴布达、阿塞拜疆、巴林、贝宁、巴西、乍得、哥伦比亚、刚果、*科特迪瓦、刚果民主共和国、吉布提、厄立特里亚、*埃塞俄比亚、芬兰、冈比亚、加纳、几内亚、圭亚那、冰岛、伊朗（伊斯兰共和国）、*伊拉克、*约旦、肯尼亚、基里巴斯、科威特、利比亚、马达加斯加、马尔代夫、毛里塔尼亚、毛里求斯、蒙古、尼泊尔、尼日尔、尼日利亚、纽埃、巴拿马、卡塔尔、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞舌尔、斯洛文尼亚、西班牙、苏里南、多哥、土耳其、图瓦卢、乌干达、阿拉伯联合酋长国、乌拉圭、瓦努阿图、*委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)、也门。

* 2018年12月31日以来新达到最高水平的国家。

立法应使用清楚、简单的语言和明确的定义，并避免提供被禁活动的清单，否则这样的清单会或可能被理解为是详尽无遗的[249]。此外，立法必须与强有力的执行和监测结合起来，并对违反行为课以高额的经济处罚[174]。

国现有的禁止TAPS的立法未必清楚或明确地包括对于互联网广告的禁令，因此确保禁令包括基于互联网的媒体是至关重要的[263,264]。在某些情况下，在社交媒体网站上执行TAPS禁令可能需要跨境立法，为此，各国需要合作和协调努力[262]。

比亚、伊拉克、约旦和委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）有效的引入了TAPS禁令，将人口覆盖范围扩大到16亿。

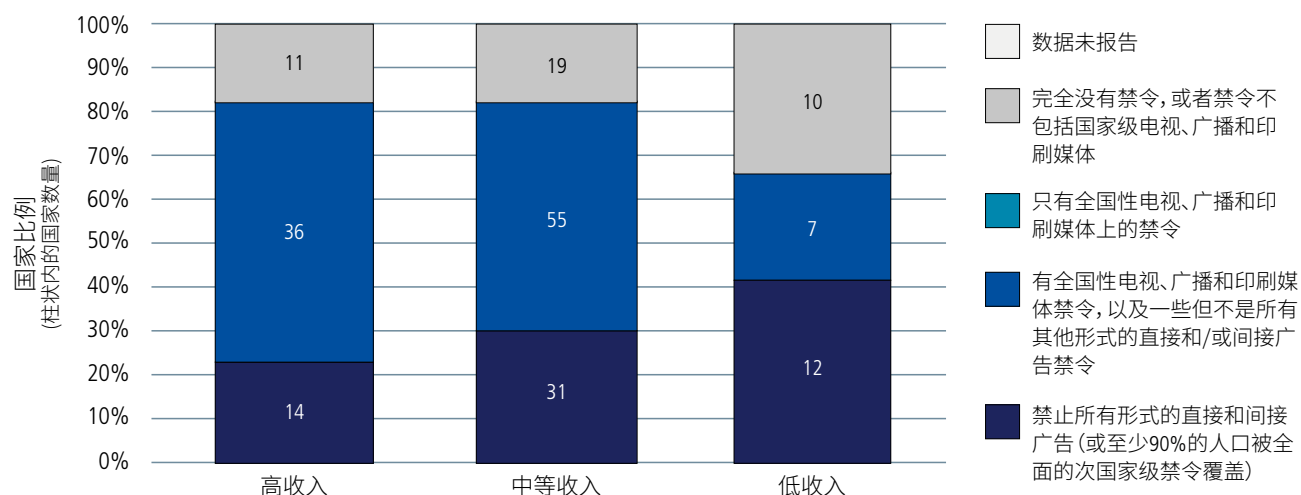
TAPS禁令应适用于数字媒体

通讯技术的发展和基于互联网的移动电话的使用意味着TAPS活动可以通过多个社交媒体平台出现，儿童和青少年尤其容易受到影响[260]，尤其是通过社交媒体影响者、发言人、以及用于推广烟草产品的品牌赞助比赛接触到这样的活动[261,262]。各

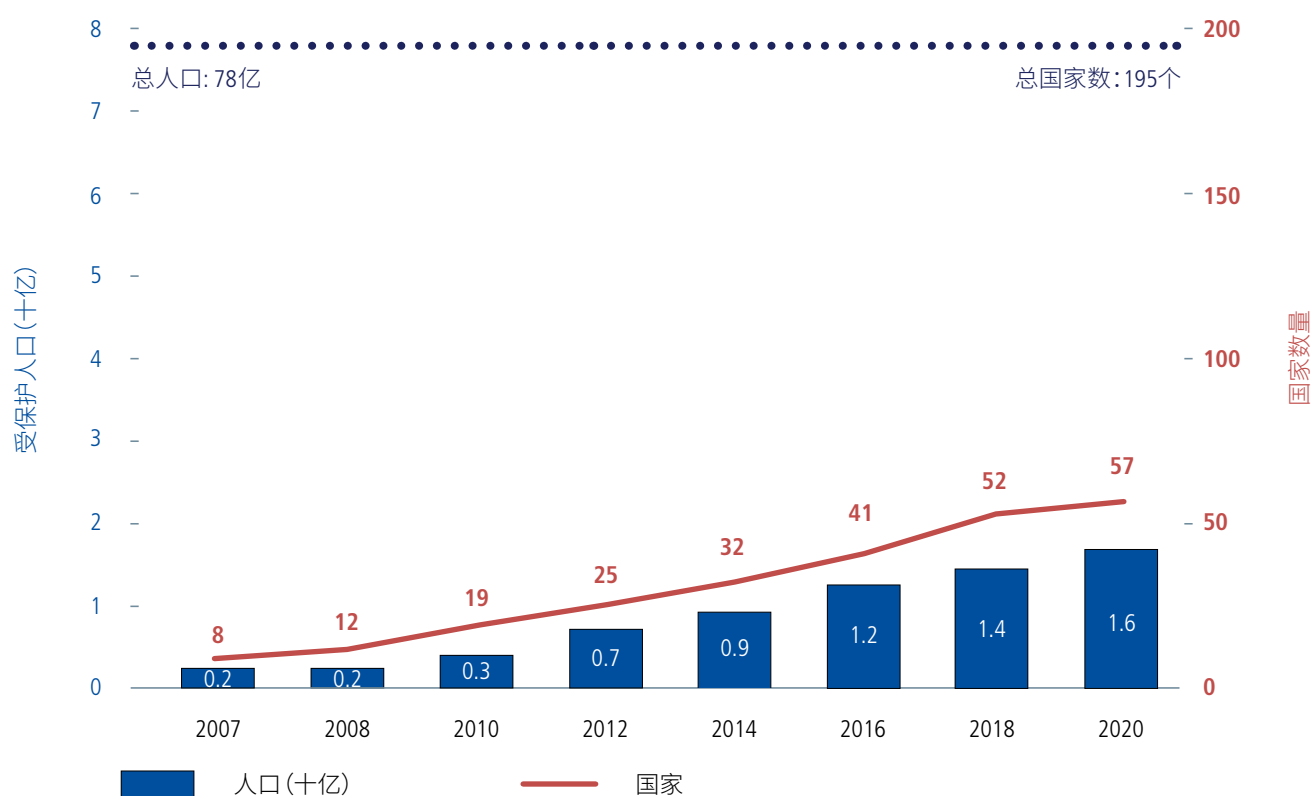
TAPS禁令覆盖的国家数量继续稳步上升

虽然TAPS禁令仍为未充分采用的措施，57个国家（占世界人口的21%）已经具有全面的TAPS禁令。2007年，只有8个国家（占世界人口的4%）设立了最佳做法水平的TAPS禁令。自那时以来，又有49个国家（包括2018年以来的5个国家：科特迪瓦、埃塞俄

烟草广告、促销和赞助禁令(2020)



烟草广告、促销和赞助禁令进展 (2007年—2020年)



超过三分之一的低收入国家具有全面TAPS禁令

2020年，在具有全面TAPS禁令的57个国家中，12个是低收入国家（40%），31个是中等收入国家（30%），14个是高收入国家（23%）。在另外10个低收入国家，TAPS禁令或者是最低限度的（不包括在全国性电视、广播和印刷媒体上的广告），或者是完全没有。19个中等收入国家和11个高收入国家也是如此。共有2.62亿人口的七个国家（亚美尼亚、比利时、多民族玻利维亚国、丹麦、以色列、巴基斯坦和萨摩亚）自2018年以来改进了法律，但在2020年未能达到最佳做法水平。

另有21亿人轻易便可得到TAPS禁令的覆盖

一个最佳做法水平的TAPS禁令有10个适当的特点。2020年，覆盖21亿人口的26个国家规定了这10个特点中的9个，因此距离实现最佳做法水平的TAPS禁令只差一项规定。最常见的缺失规定是在销售点禁止广告（8个国家），其次是禁止品牌延伸（7个国家）。拥有12亿人口的40个国家完全没有TAPS禁令，或只有非常少的禁令。

七个国家只需禁止品牌延伸（克罗地亚、法国、格鲁吉亚、立陶宛、斯里兰卡、泰国、土库曼斯坦）。八个国家（阿根廷、多民族玻利维亚国、库克群岛、印度、马里、黑山、荷兰、南非）只需在销售点禁止烟草

制品广告。五个国家和领土只需禁止行业赞助（埃及、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、英国、越南）。三个国家只需禁止促销折扣（塞浦路斯、黎巴嫩、巴布亚新几内亚）。挪威只需禁止品牌共享，汤加只需禁止烟草制品或品牌出现在电视和/或电影中，包括东耶路撒冷的巴勒斯坦被占领土只需禁止烟草制品的免费分发。

居住在世界100个最大城市中的29个城市的5.24亿人口中，超过四分之一的人受到TAPS禁令的保护。所有这些城市都受全国性法律的保护。与其等待全国性法律的出台，目前没有得到全国性最佳做法水平法律保护的剩余71个世界最大城市也可以尽快采取城市、州、省级立法来保护其庞大的人口。

委内瑞拉玻利瓦尔共和国设立了全面禁止烟草广告、促销和赞助的禁令

2019年，委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）全面实施了该国的第三项MPOWER措施，通过了一项卫生部决议，完全禁止烟草广告、促销和赞助，包括在销售点展示烟草制品。该条例还明确禁止了烟草业行为体的社会企业责任。

尽管在该条例通过之前已经有一些TAPS禁令，但它们并不包括销售点。这是一个特别成问题的不足之处，因为该国2019年的“全球青少年烟草调

查”显示，44.3%的学生在访问销售点时注意到了烟草广告或促销(265)。制定这项禁令需要卫生部和文化部之间的密切协调，因为委内瑞拉玻利瓦尔共和国烟草业采用的策略之一涉及其对于文化活动的促进。

委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）的TAPS禁令是继在包装上印制大型图片健康警示和禁烟令这两项最高水平措施之后的又一项措施。委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）实施《世卫组织烟草控制框

架公约》的工作凸显了卫生部领导的重要性，并表明实施措施并不需要高昂的费用。

几乎三分之一的中低收入国家都得到了全面TAPS禁令的覆盖。

在伊拉克，世卫组织与主要政府伙伴之间的有效合作带来了全面TAPS禁令。



图片说明：推土机推倒了卷烟品牌广告牌。

《世卫组织2019年全球烟草流行报告》发布后，世卫组织东地中海区域无烟草行动与国家级利益攸关方合作，确定了政策执行方面的关键差距，以及如何支持政策进展。

12个东地中海区域国家没有按照《世卫组织烟草控制框架公约》实施全面禁令，因此加强烟草广告、促销和赞助禁令被认为是一个优先事项。世卫组织团队开发了在这一领域支持各国所需的资源，包括制定一项可以在各国不同法律背景下进行调整的部长级法令草案。

各国卫生部和世卫组织国家办事处的国家工作队利用这些技术资源，倡导制定更强有力的规则，禁止TAPS。在高级领导人的承诺下，伊拉克取得了特别的成功。世卫组织与伊拉克卫生部的法律和行政部门合作，通过一项部级法令，支持协调一致的政策改革努力。最终，伊拉克卫生和环境部长引入了一项禁止一切形式的TAPS的决定，使该国在这一MPOWER措施方面达到了最高实现水平。



通过地方行动执行TAPS禁令：巴西、印度尼西亚和大韩民国

全面禁止烟草广告、促销和赞助（TAPS）可有效减少烟草销售和消费。然而，为了实现这些益处，必须很好地执行TAPS禁令。

通过健康城市伙伴关系，三个城市展示了地方政策和活动可以如何加强TAPS禁令的执行。在巴西里约热内卢，该市通过监测合规情况加强了全国性TAPS禁令的实施。市政当局已经对销售点进行了评估，并为检查人员提供了培训，还开展了宣传活动，提高人们对禁令及其限制的认识。

与此同时，大韩民国首尔制定了使用《国民健康促进法》第9条第4项：“禁止或限制烟草广告”，在全市范围内加强执行TAPS规定的计划。该城市的做法包括一项关键信息调查（根据世卫组织提供的全国性模式改编，以供城市使用），以评估公众对合规的了解和做法。

最后，印度尼西亚雅加达的地方当局通过在地方政府官员中建设能力并定期开展执法行动，加强了当地禁止户外广告的TAPS政策的执行。他们还开发了一个简单的手机应用程序，支持户外禁令的执行。该市的目标是室内和室外烟草广告禁令合规率达到90%。



图片说明：里约热内卢TAPS执法人员培训

《世卫组织烟草控制框架公约》第6条指出：

“.....价格和税收措施是减少烟草消费的有效和重要手段.....[各缔约方应采取].....包括以下方面的措施：.....税收政策和.....价格政策，以促进旨在减少烟草消费的卫生目标。” (174)

增加税收以提高烟草产品的价格是最有效的单项烟草控制措施

增加税收在减少烟草使用方面具有很高的成本效益[22,198]。事实上，“卫生财政政策特别工作组”最近发布的一份报告估计，增加税收会使全球烟草价格上涨50%，在未来50年内可避免2720万人过早死亡[266]。烟草税的实施成本也不高，在低收入和中等收入国家，每年征收烟草税的人均成本仅为0.05美元[267]。

平均而言，在低收入和中等收入国家，10%的价格上涨将使消费减少5%（在某些情况下减少高达8%），在高收入国家将减少约4%[198]。大约一半的减少是由于吸烟者戒烟，另一半是现有吸烟者吸烟减少的结果[268]。烟草税被理所当然地认为是一种极具成本效益的“最合算”的干预措施，意味着该措施的回报和经济效益比其成本高出好几倍[269,270]。

增加税收可以为扩展政府健康规划提供资金

税收增加不仅能减少烟草使用和改善健康，还能为政府创收[22,198]。

“卫生财政政策特别工作组”的报告还估计，如果2017年烟草价格上涨50%，未来50年全球将获得额外筹资3万亿美元（按2016年的美元价格折算）[266]。在国家一级增加税收带来的额外资金可用于烟草控制规划以及其他重要的健康和社会活动，这些活动目前已在一些国家被证明获得了成功[271,272]。以这种方式使用税收，将进一步增强公众对增税的支持。

税收应该定期和大幅提高

政府必须监控烟草税率和相对于实际收入的价格，并定期大幅提高税率，以确保烟草产品不会变得更容易负担得起——这是收入和购买力迅速增长的许多国家的普遍

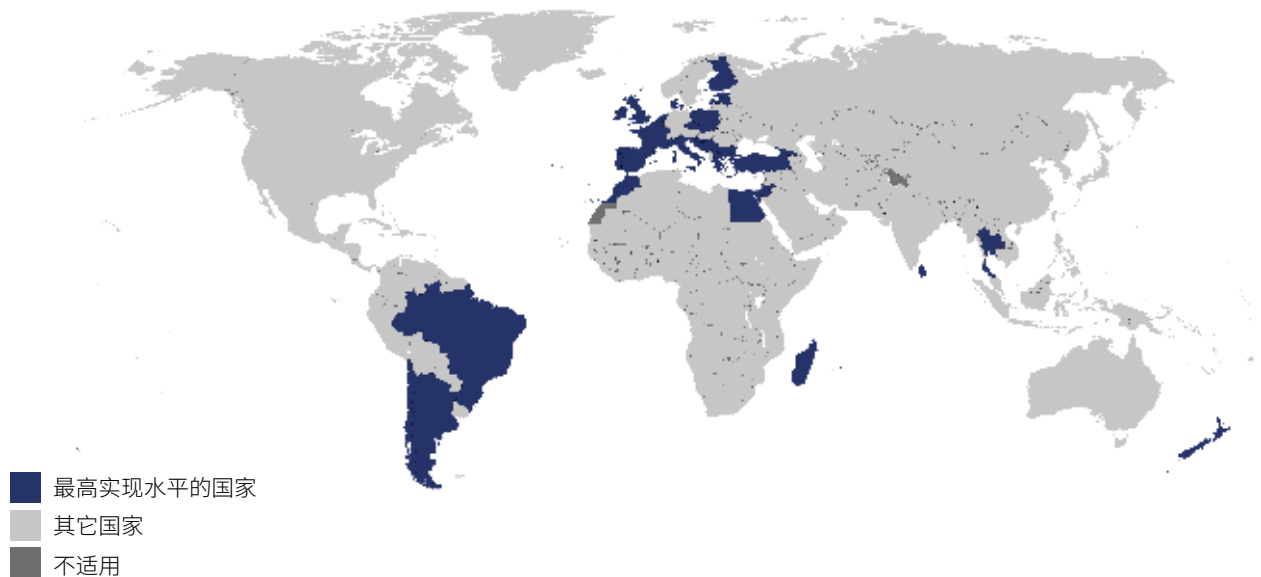
趋势[22]。尽管其中一些国家提高了烟草税率，这并没有抵消通货膨胀和收入增长的影响，导致税收价值和减少消费的效果被降低[22,273]。名义上的提税如果并不会使烟草产品变得更加负担不起，就不太可能减少消费或鼓励戒烟。

烟草税收政策需要强有力的税收管理

如果实施正确的税收政策，税收管理就会变得比较容易。在对烟草制品征收的不同税种中，消费税在提高价格和触发重大健康影响方面最为有效[22,274]。同样，更简单的税收结构管理起来也更容易，因此应避免复杂的税收结构和分级消费税，减弱企业对烟草制品定价的积极性，以免企业的做法破坏烟草税对健康和收入的影响[22]。

加强税收和海关管理，以及提高执法能力，增强烟草税提高带来的影响[22]。改善

提高烟草税——最高实现水平国家, 2020年



达到最高实现水平的国家和地区：安道尔、阿根廷、比利时、波斯尼亚和黑塞哥维那、巴西、保加利亚、智利、克罗地亚、捷克、*丹麦、埃及、爱沙尼亚、芬兰、法国、*格鲁吉亚、希腊、爱尔兰、以色列、意大利、约旦、拉脱维亚、马达加斯加、马耳他、毛里求斯、黑山、*摩洛哥、*荷兰、新西兰、北马其顿、巴勒斯坦被占领土、波兰、*葡萄牙、塞尔维亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、*斯里兰卡、泰国、土耳其、英国

* 2018年12月31日以来新达到最高水平的国家。

税务管理的主要干预措施包括确保合规（通过许可、详细的税务申报要求和先进的信息技术），确保供应链上的控制和执行（例如，通过使用基于风险的方法对执行目标、印花税、跟踪和追踪制度、实施反囤积办法），并在发现烟草非法贸易后采取明确规定的程序（包括高额罚款）[22]。众多国家的经验表明，即使在税收和价格提高的情况下，烟草制品的非法贸易也能成功解决，因此不应以逃税威胁为理由放弃提税[22,275]。

获得政治认同是实施重要税收改革的关键

烟草业有效地利用了围绕烟草税收的政治经济担忧来阻止任何重大有效的烟草税改革。先发制人地解决这些担忧可以极大地有助于顺利通过重要的烟草税改革。这些担忧可以被概括为SCARE策略[22]：

- S - 走私和非法贸易
- C - 法庭和法律挑战
- A - 不利于穷人的言论或倒退
- R - 收入减少
- E - 就业影响

世界各国的经验表明，这些论点或是毫无根据，或是过分夸大，增税实际上是有利于健康、公平、收入和经济整体的，只存在非常少的面临法律威胁的风险，当法律是精心设计和实施时尤其如此[22]。

10亿人受到高额烟草税的覆盖

关于烟草干预的证据表明，减少烟草使用最高效的方法是通过烟草税提高烟草价格。然而，烟草税是最不被采纳的MPOWER措施。2020年，全世界40个国家对最受欢迎的卷烟品牌按照75%或更高的价格征税，保护了生活在这些国家的全世界13%的人口。

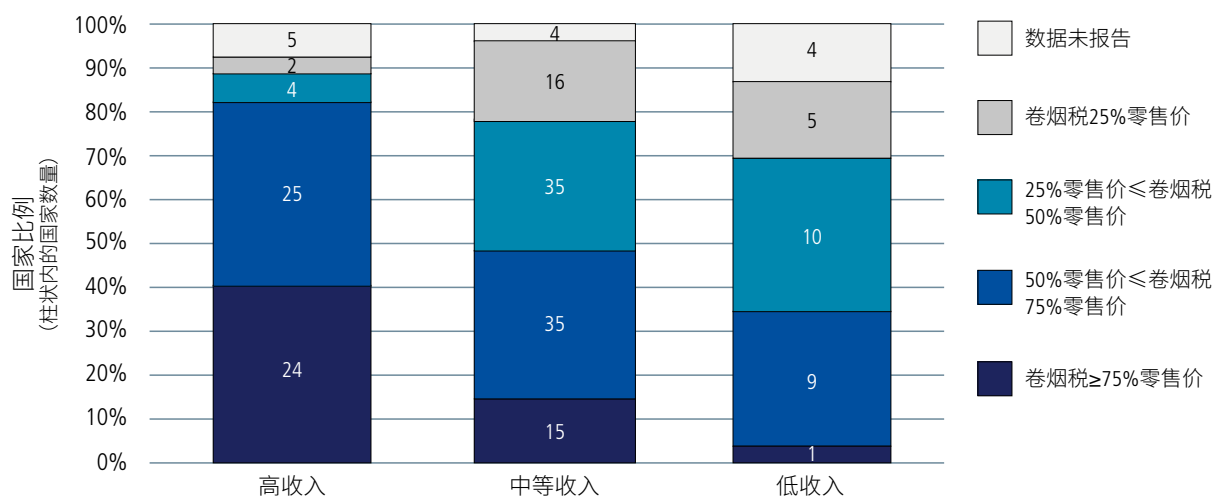
将烟草税提高至最畅销品牌卷烟价格的75%（或以上）的国家总数从2018年的38个增至2020年的40个，但享受这一水平税收保护的人数维持在10亿。在6个国家（丹麦、格鲁吉亚、摩洛哥、荷兰、葡萄牙和斯里兰卡）将其税收提高到了最佳做法水平后，达到最高实现水平的国家总数量增加了2个，这代表了净增量，因为另有4个国家失去了在这一最高组的位置（澳大利亚、奥地利、哥伦比亚和纽埃）。这6个国

家中，斯里兰卡实现了最显著的税收份额增长，其税率从2018年的66.17%提高到了2020年的77.02%。自2018年以来，没有低收入国家将税收提高到75%或以上，但包括8个低收入国家在内的16个国家自2018年以来提高了足够多的税收，使其所在类别升高了一类，更接近最佳做法水平。

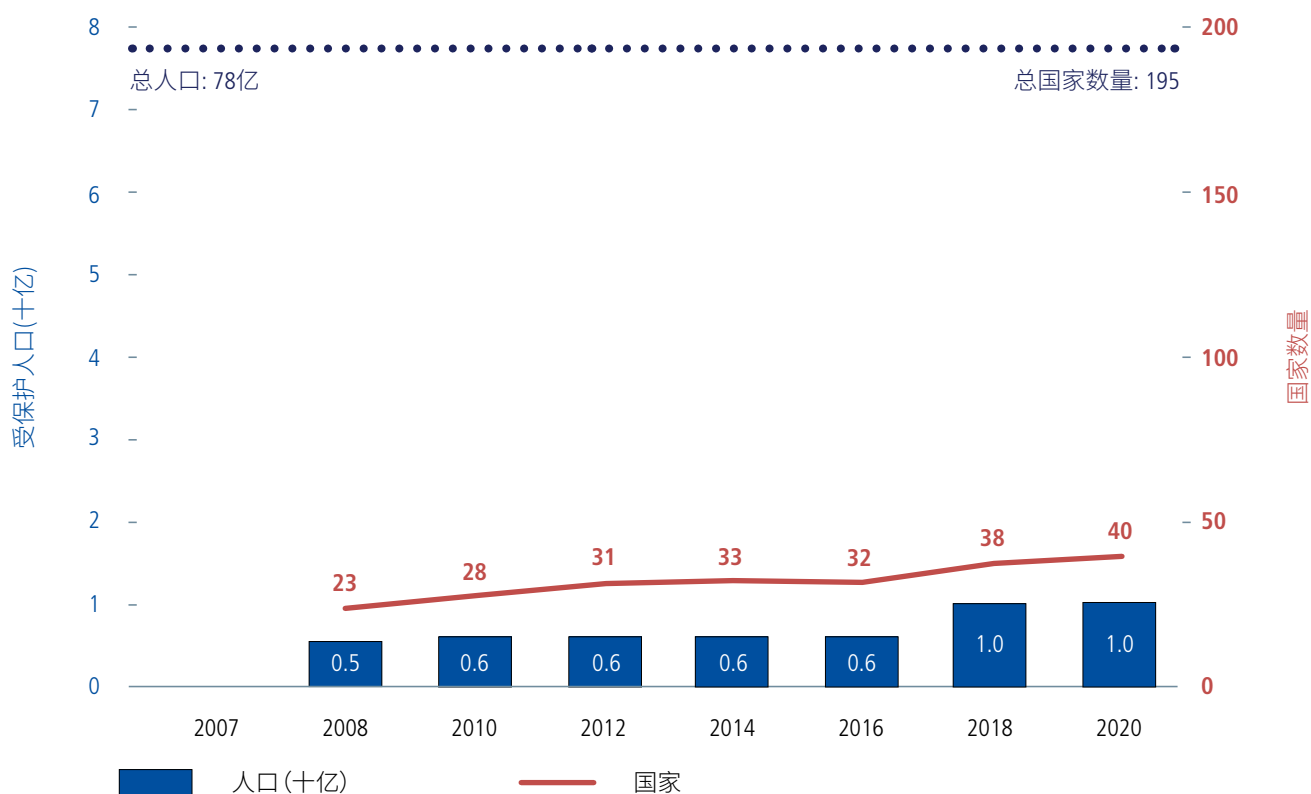
2008年，世界上有23个国家的税率达到了价格的75%或以上，但只覆盖了50万人，占世界人口的7%。自那时以来，又有17个国家的5亿人被最佳做法税收水平覆盖。自2008年以来，虽然有21个国家提高了税收，使其足以达到最高组，但有4个国家掉出了该组别。

今天，在这一措施保护的人口中，中等收入国家占一半以上（61%）。不到3%的受保护人口生活在低收入国家。

卷烟税总额(2020)



卷烟税总额≥零售价75%进展(2008年-2020年)



2020年, 24个 (40%) 高收入国家和15个 (15%) 中等收入国家在最佳做法水平征税。只有一个低收入国家——马达加斯加以最高水平征税。然而, 15个国家 (10个高收入国家、4个中等收入国家和1个低收入国家) 离最佳做法水平仅差5个百分点或更少, 它们的税率介于零售价格的70%

至75%之间。如果这些国家将税率提高到75%, 减少烟草使用的最有效措施将覆盖另外4.65亿人。

此外, 4%的高收入国家、16%的中等收入国家和20%的低收入国家没有征收哪怕是最底水平的烟草税 (即税额低于零售价

格的25%)。所有23个国家都错过了通过将税率提高到这一基本水平来拯救生命的机会。

五分之一的国家现在受到高额烟草 税的保护

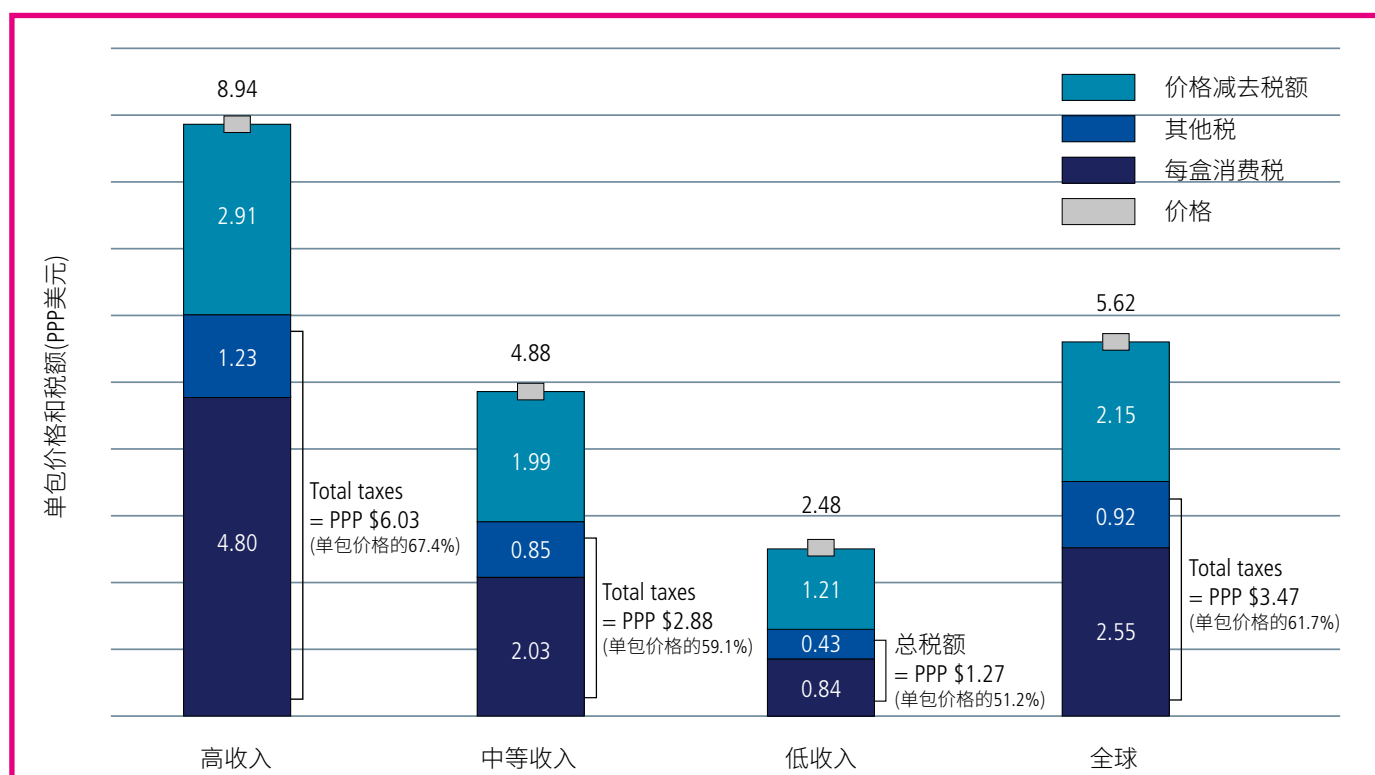
低收入和中等收入国家在提高税额和价格方面有很大进展

高收入国家的价格和税额水平最高，即使在对购买力差异进行调整后也是如此。在低收入和中等收入国家，单包卷烟价格、

税额总额和烟草消费税在单包卷烟价格中占比都较低，低收入国家的平均税额总额占价格的比例为51.2%，中等收入国家为59.1%。在高收入国家，这一比例达到67.4%，尽管全球卷烟价格的非税部分相

当相似。所有国家，特别是低收入和中等收入国家，都有充分的理由进一步提高消费税，使得人们更难买得起卷烟。

2020年最畅销品牌卷烟的加权平均零售价格和税额(消费税和总额)



注:平均值根据世卫组织对2019年各国15岁以上吸烟人数的估计进行加权。价格以购买力平价 (PPP) 调整后的美元或国际美元表示,以反映各国购买力的差异。基于54个高收入国家、99个中等收入国家和23个低收入国家最畅销品牌的价格、消费和其他税收数据,以及购买力平价换算因子。

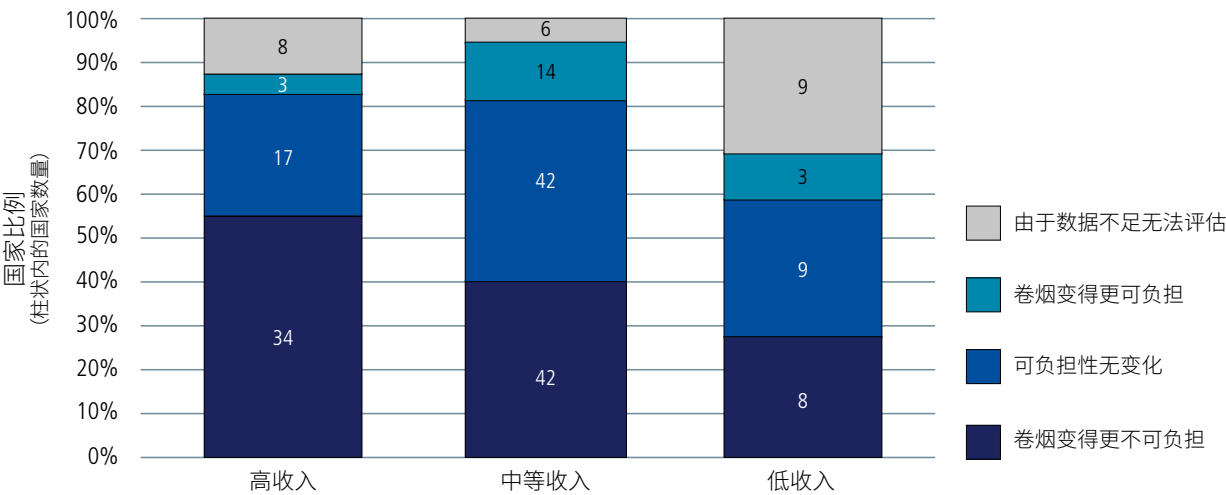
应持续监测和降低可负担性

为了衡量卷烟在某一特定国家是否随着时间的推移变得更容易负担得起，本报告使用了之前版本的价格数据来计算每年购买2000支最畅销品牌卷烟所需的人均GDP。然后为本报告计算了2010年至2020年期间的平均变化。根据这一标准，84个国家的卷烟价格可负担性降低，68个国家没有明显变化，而20个国家的卷烟价格可负担性增加。在这20个国家中，有17个是低收入和中等收入国家。

可负担性会迅速改变，而监测这些变化可为政府提供一个指标，指示何时是实施更高的烟草税的最佳时机。税率可考虑国家经济的波动自动调整。

居住在世界100大城市的5.24亿人（占世界人口的6.7%）中，只有24个城市的1.3亿人受到烟草税的保护。迄今为止，尚无城市独立于国家政府对烟草制品征税，使得烟草制品的税额占比提高到零售价格的75%或更多。

2010年-2020年卷烟可负担性变化



自2010年以来，全球84个国家的卷烟价格可负担性已经降低，这些国家在高收入和中低收入国家之间均匀分布。

摩洛哥：提高税收是全面烟草控制的关键。

在2011年烟草生产自由化之后，该国开始了为期3年的烟草税收结构改革之旅。受其他国家实施烟草控制措施的启发，这项改革主要旨在保护公众健康和巩固国家收入。

摩洛哥之前的烟草消费税制度包括从价税，对所有进入市场的新品牌都有一个固定的最低价格，这一制度鼓励公司引进低成本品牌，并鼓励消费者购买便宜的烟草制品。

为了解决这一问题，2013年，除了现有的从价税制度外，摩洛哥还引入了一项特别税，以及烟草制品的最低课税金额。此外，还规定了最低税负，即课税

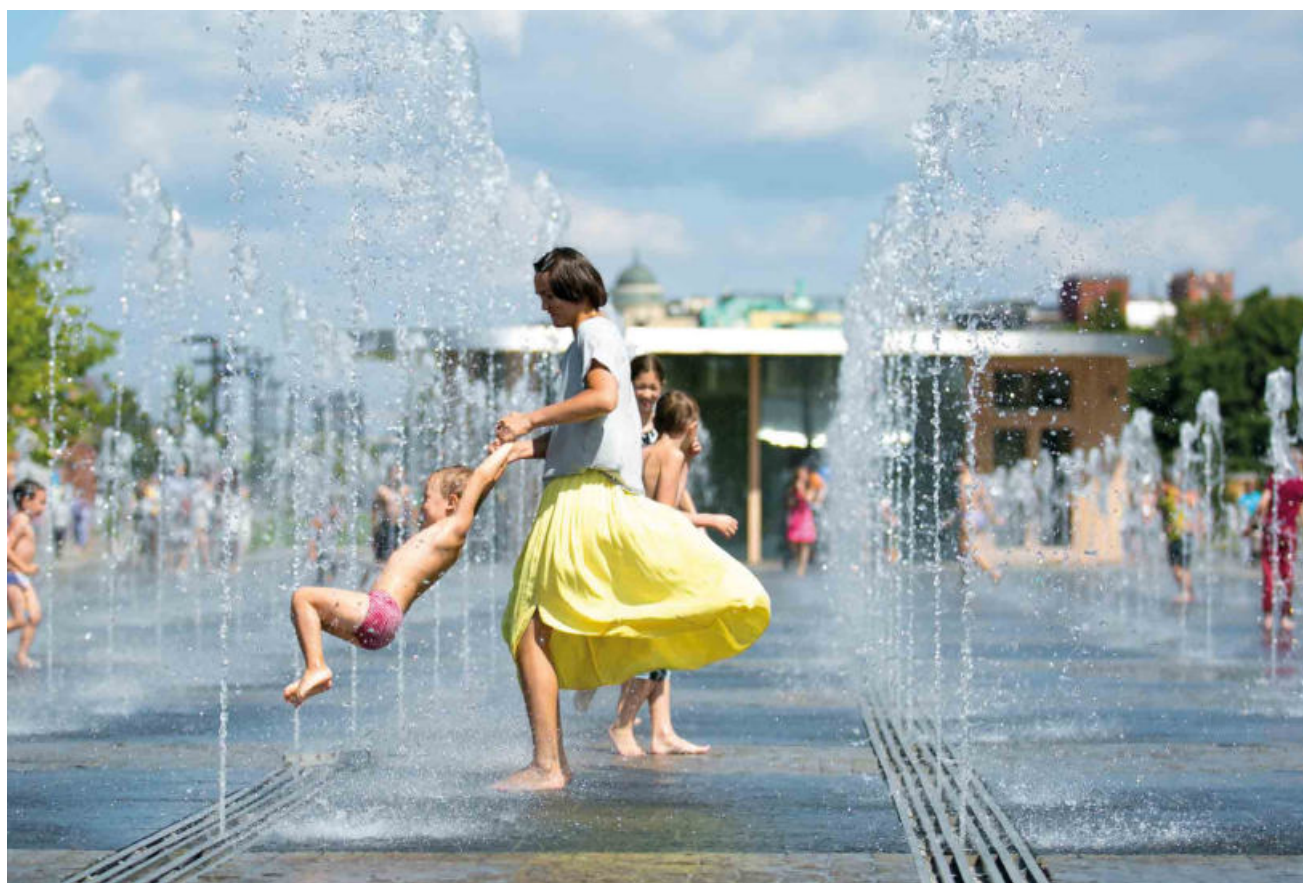
金额不得低于卷烟零售价的53.6%。

2017年，作为进一步简化摩洛哥烟草税收结构努力的一部分，对于深色烟草卷烟的消费税（特许权税）在所有类型的卷烟中逐渐（在3年的时间里）达到统一的税率，不再使用之前设立的双层税收制度。

2019年，摩洛哥进一步提高了卷烟的最低消费税，最低税负也从53.6%提高到了58%。由于这些增加，总税额现在占最畅销品牌卷烟价格的76.1%，达到了MPOWER系列措施R部分的最高实现水平。税收改革和税率提高导致收入增加，从2013年的104亿摩洛哥

迪拉姆增加到2018年的128亿摩洛哥迪拉姆。

2021年，雪茄、小雪茄和水烟的消费税再次上调。该国计划继续定期提高烟草税，以补偿通货膨胀。预计这些逐步增税的工作将提高烟草价格，减少对烟草的需求，从而减少有害消费和疾病负担。



格鲁吉亚的全面税收政策减少了烟草消费

2013年至2019年，格鲁吉亚的烟草税率大幅上升。在分别提高带过滤嘴卷烟和无过滤嘴卷烟的特别消费税之后，到2018年，这两种税率相等，从而对所有类型的卷烟统一征税。一包带过滤嘴卷烟的消费税从每盒20支0.6格鲁吉亚拉里(2013年)提高到1.7格鲁吉亚拉里(2017年)。对于无过滤嘴的卷烟，特别消费税从每盒20支0.15格鲁吉亚拉里(2013年)提高到1.7格鲁吉亚拉里(2017年)。2015年，所有卷烟都要缴纳零售价格5%的新的额外从价税，2016年这一数字升至10%，2019年进一步升至30%。

为了避免替代其他烟草制品，对自制卷烟(RYO)也上调了税额。2013年，1公斤进口未加工烟草的消费税为20格鲁吉亚拉里，到2018年已升至35格鲁吉亚拉里。2019年，未加工烟草的消费税几乎翻了一番，达到每公斤60格鲁吉亚拉里。

到2019年，对无过滤嘴卷烟的需求比上一年下降了96%。对RYO来说，2019年似乎也是一个转折点，消费税从35格鲁吉亚拉里猛增到60格鲁吉亚拉里(增加71%)，使未加工烟草的消费在2020年减少了260%。

下图可以看出由消费税、从价税和增值税组成的格鲁吉亚烟草税负总额的变化情况。到2021年，税收负担上升到最畅销品牌价格的71%，而2012年这一比例仅为15%。2012年至2021年，价格也上涨了2.75倍。

如下图2所示，由于烟草税的持续增加和各产品税额的增加，减少了替代风险，烟草总使用量出现了明显的下降趋势。

图1:

格鲁吉亚2012-2021年最畅销品牌卷烟单包实际价格和税负(2012年基数)

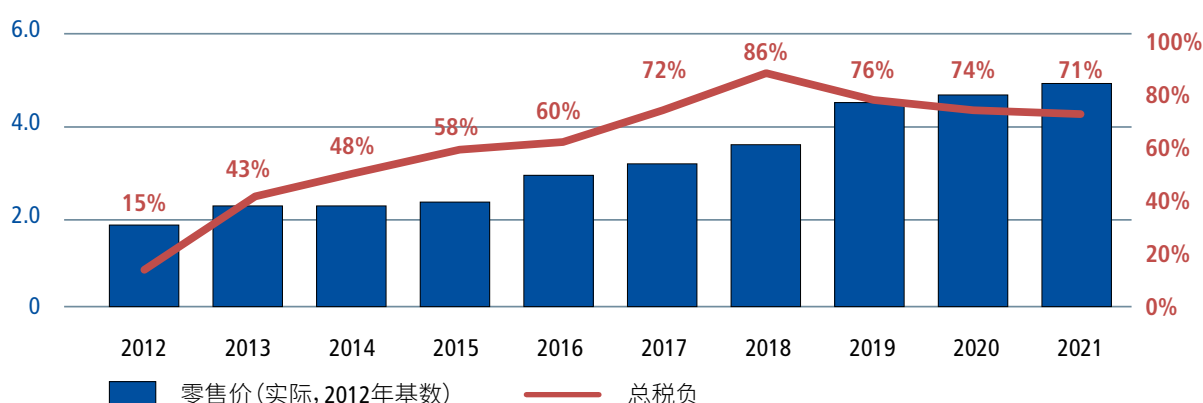
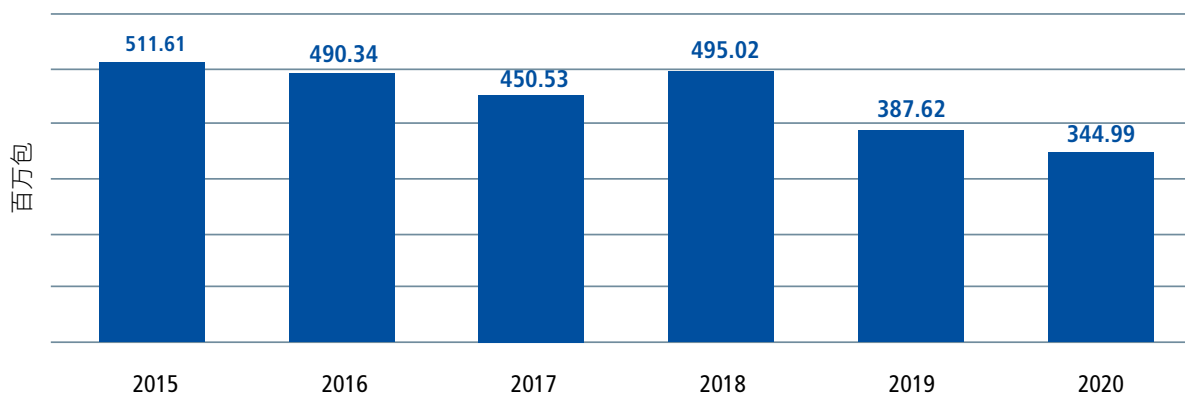
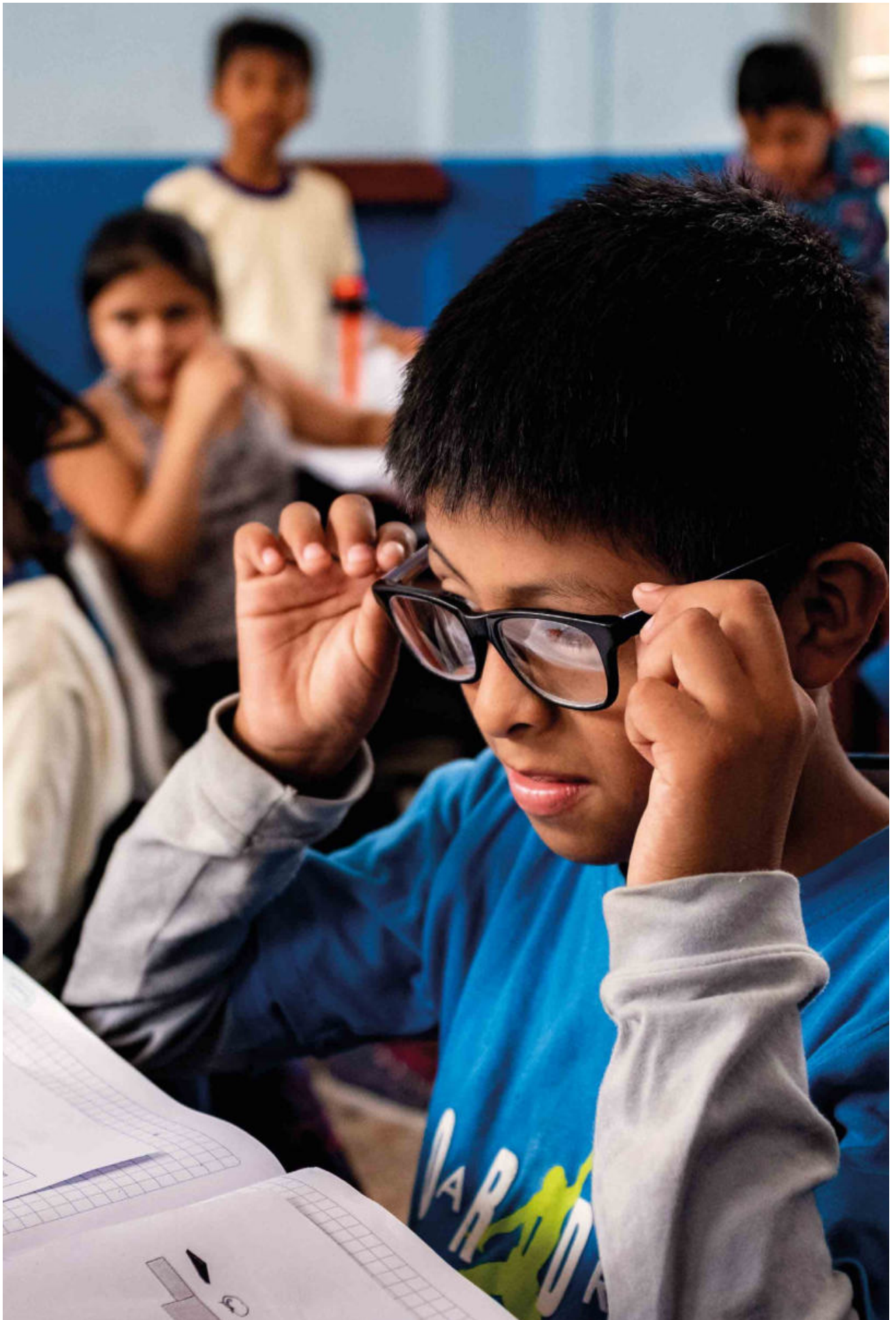


图2:

2015-2020年本地带过滤嘴卷烟、无过滤嘴卷烟和RYO烟草总市场





国家烟草控制规划

《世卫组织烟草控制框架公约》强烈建议各国建立国家烟草控制规划(NTCP)，以领导其烟草控制工作。为此目的，《世卫组织烟草控制框架公约》第5条规定：

“每一缔约方应制定、实施、定期更新和审查国家多部门综合烟草控制战略、计划和规划.....[并]设立或加强并资助国家烟草控制协调机构或联络点。”此外，《世卫组织烟草控制框架公约》第26.2条规定：“每一缔约方应为其旨在实现本公约目标的国家活动提供财政支持” (174)。

每个国家都应该有一个国家烟草控制规划来领导烟草控制工作

《世卫组织烟草控制框架公约》强烈建议各国建立一个放权的国家烟草控制规划(NTCP)，以领导其烟草控制工作。资金充足、重点明确的国家烟草控制规划或协调机制对于制定和维持能够扭转烟草流行的可持续政策至关重要[108]。卫生部或同等的政府机构应在战略烟草控制规划和政策制定方面发挥领导作用，其他部委或机构应向这一集中化的当局机构报告[251]。烟草控制规划还应被纳入各国广泛的健康和发展议程[276]。

在大国或具有联邦政治制度的国家，将NTCP权力下放到国家以下各级可以使政策制定和规划执行更加灵活。必须向适当地方各级的公共卫生和政府领导人提供充足的资源，以建立能够长期持续的执行能力[171]，并使政策和规划能够覆盖尽可能广泛的人口[277]。在这方面，国家烟草控制规划应确保针对烟草使用比例过高的人口亚群的政策和规划能够符合他们的需求[277]。

烟草控制需要民间社会的积极参与

国家烟草控制规划需要适当的非政府组织和其他民间社会团体的参与，以保持国家和全球烟草控制工作的进展[108]。国家烟草控制规划必须明确排除烟草业及其盟友，它们不能成为烟草控制努力合法的利益攸关方[171]。

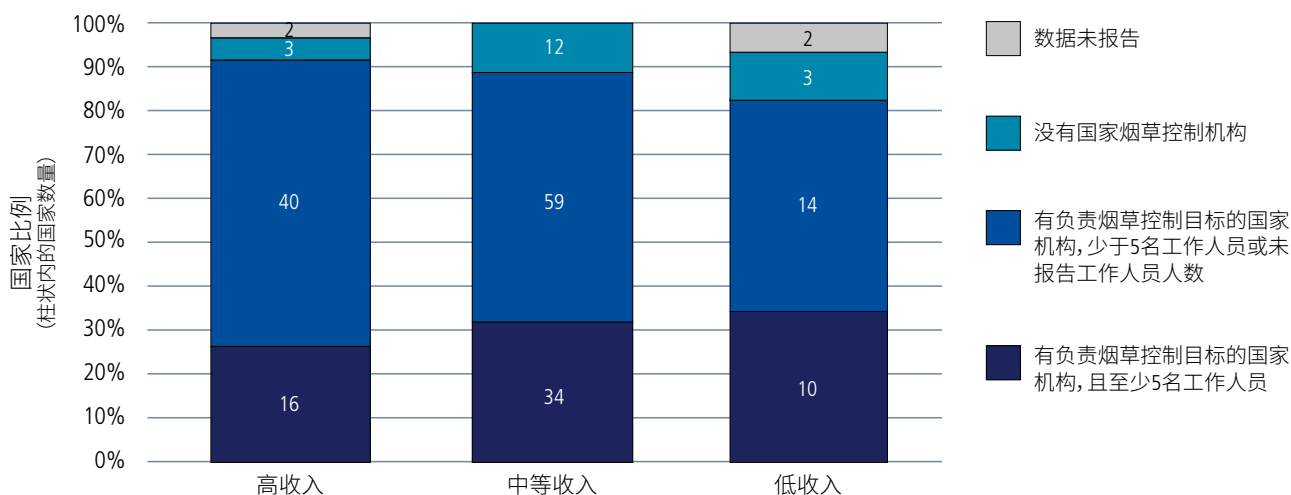
全球近三分之一的国家(60个国家)拥有一个负责烟草控制目标的国家机构，配备至少5名相当于全职的人员，这意味着66%的世界人口由这样的机构提供服务。还有113个国家(占世界人口的三分之一)正在以较少的工作人员(80个国家)或人数不详的工作人员(33个国家)致力于实现烟草控制目标。只有18个国家(1.52亿人口)没有国家烟草控制机构，其中13个是低收入和中等收入国家。

在过去两年中，四个国家(加纳、匈牙利、西班牙和特立尼达和多巴哥)充分加强了其国家烟草控制规划，达到了最高实现水平，使覆盖人口增加了8900万人。与此同时，有一个国家降至最佳做法水平以下：古巴，它减少了全职从事烟草控制的工作人员人数。瑞士则未报告工作人员人数。

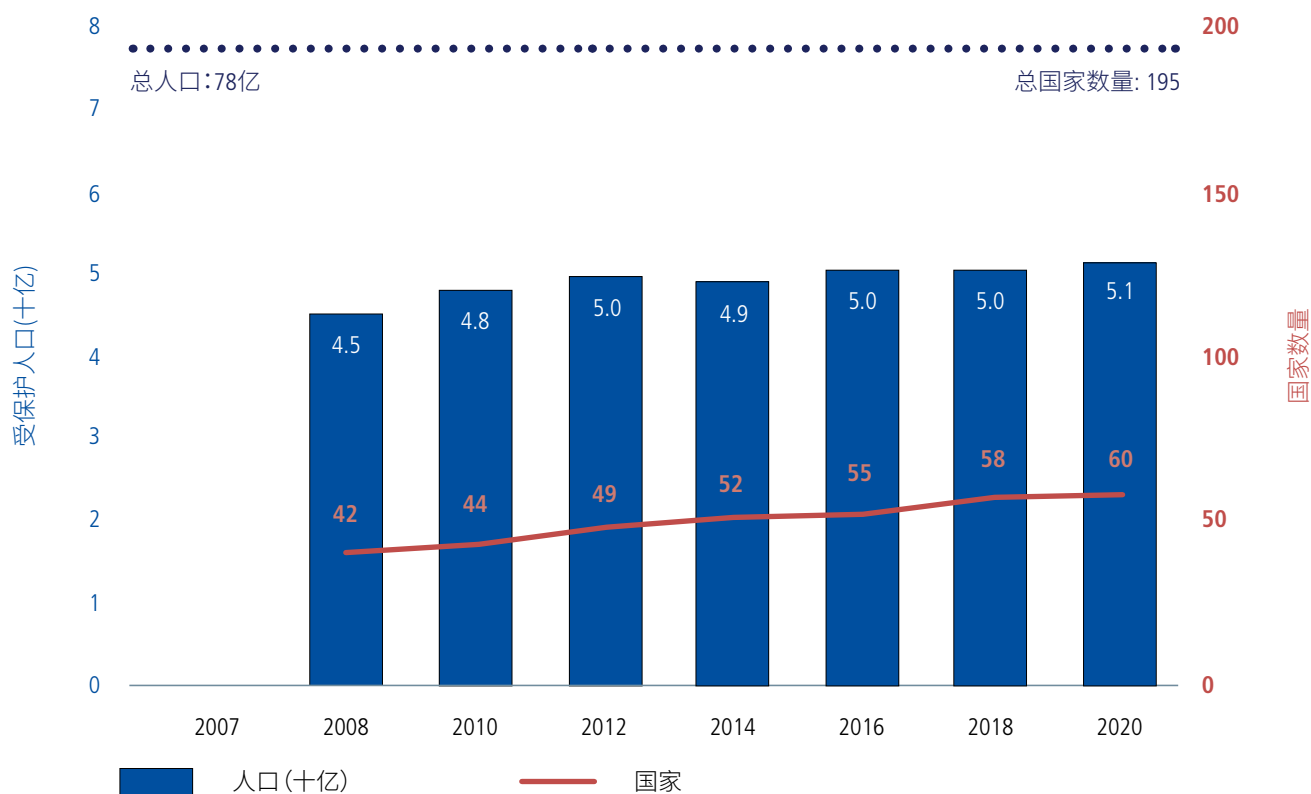
自2008年以来的十多年时间里，已经取得了重大进展，共有18个国家(5.98亿人口)建立了人员配备精良的国家队伍，全职开展烟草控制工作。值得注意的是，这一措施可能低估了各国国家烟草控制规划的真实程度，因为关于国家一级烟草控制规划人员配备的信息是不完整的，而且没有从各国收集这一信息的正式机制。

全球近三分之一的国家都有一个负责烟草控制目标的国家机构， 配备至少有5名相当于全职的工作人员

国家烟草控制规划(2020)



NTCP进展 (2008年—2020年)
最高实现水平



国家烟草控制规划, 印度

强有力的、由国家资助的烟草控制规划是《世卫组织烟草控制框架公约》实施的基石。在《世卫组织烟草控制框架公约》生效后两年内, 印度于2007年建立了世界上最大的、由公共资金资助的国家烟草控制规划 (NTCPs) 之一。印度庞大的NTCP目前在该国全部700个地区实施。

该规划的主要支柱(由国家、州和地区各级供资和配备人员)包括: (a)为包括执法人员在内的利益攸关方提供培训 and 能力建设; (b)教育和交流活动; (c)学校规划; (d)监测烟草控制法律; (e)提供包括药物治疗在内的戒烟支持。根据当地需要调整和设计各项活动和干预措施。

印度政府已经通过mCessation服务和免费的全国戒烟热线进行战略投资, 扩大了戒烟规模。戒烟热线有四个中心, 服务印度不同的区域。戒烟热线由100名训练有素的咨询人员组成,

提供超过15种语言的服务, 以满足印度2.67亿成年烟草使用者的需求。

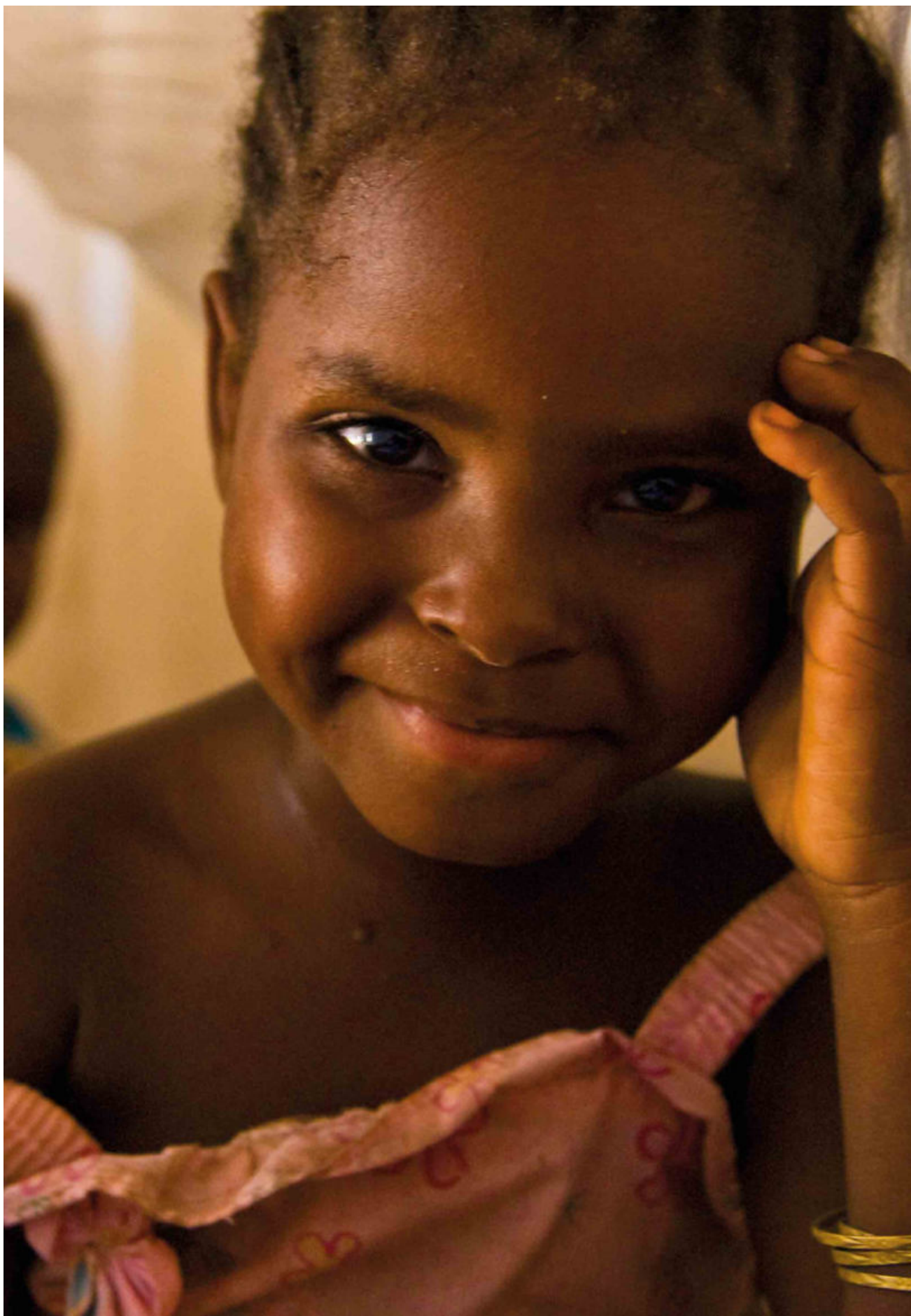
为了支持烟草制品的管制, 政府建立了三个烟草检测实验室, 是世卫组织东南亚地区首批此类实验室。为了跟踪关键的烟草控制指标, 已将强有力的烟草监测(以GATS和GYTS定期调查的形式)与国家规划结合起来, 并进行国家以下各级的估计。

由三个层级构成的NTCP框架(由国家、州和地区的烟草控制单元组成)使政府能够采取强有力的、循证的政策措施, 如禁止ENDS、实施大包装警告、无烟电影政策和无烟教育机构指南。

2009年至2016年期间, 这些政策和举措使成人烟草使用流行率下降了17%(相对下降), 这证明, 即使在高流行率的烟草生产国, 对全面烟草控制政策的充分承诺和公共投资也会带来重大公共卫生收益。



图片说明: 在印度北方邦, 在校青年通过街头游戏 (nukkad natak) 提高对烟草使用不良影响的认识



电子尼古丁传送系统

正如在有关ENDS的背景章节中所述，MPOWER措施以及对销售的年龄限制和口味禁令都可以适用于ENDS。此处我们评估这些措施在全球范围内应用于ENDS时的状态。

几乎一半国家都在监控青少年使用电子烟的情况

大多数问到ENDS使用的调查关注的是电子烟的使用，而不是更广泛的、关于ENDS的具体使用。87个国家通过全国性、以学校为基础的调查来监测青少年当中电子烟的使用情况。这意味着，45%的国家（共计35亿人口）具有儿童和青少年使用电子烟的数据，可用于指导当地的政策决定。

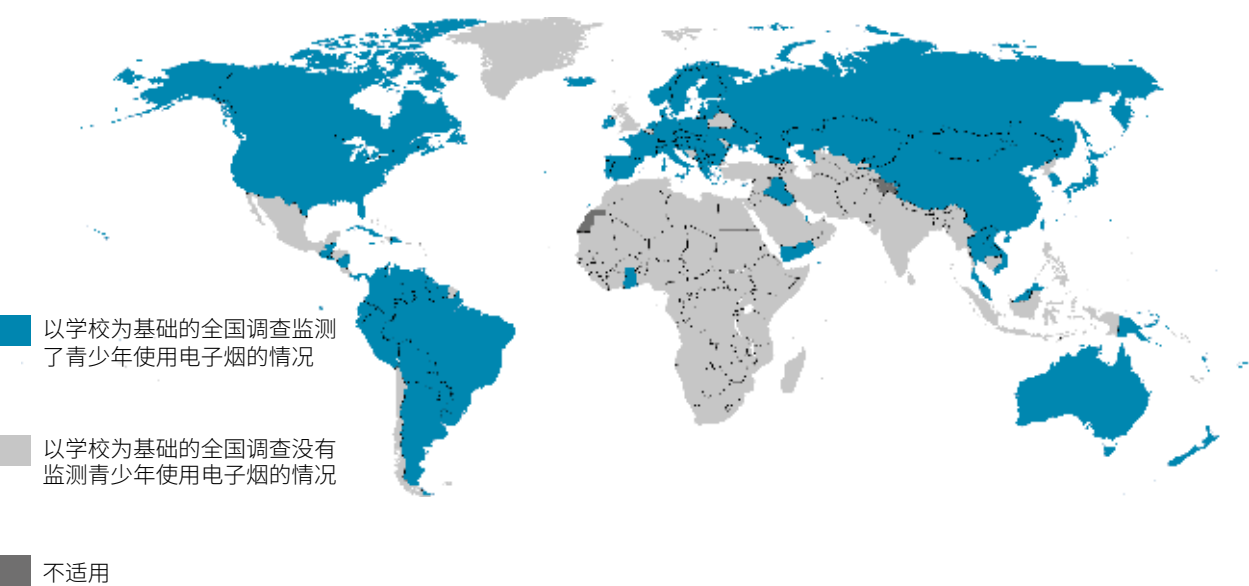
然而，并非所有的调查都具有一致的年龄组，这给全球比较带来了挑战。

监测青少年电子烟使用情况的国家有44个是中等收入国家，42个是高收入国家。目前只有一个低收入国家（也门）对青少年进行了包含当前电子烟使用问题的调查。

成年人使用电子烟的情况应定期纳入全国性的代表性调查

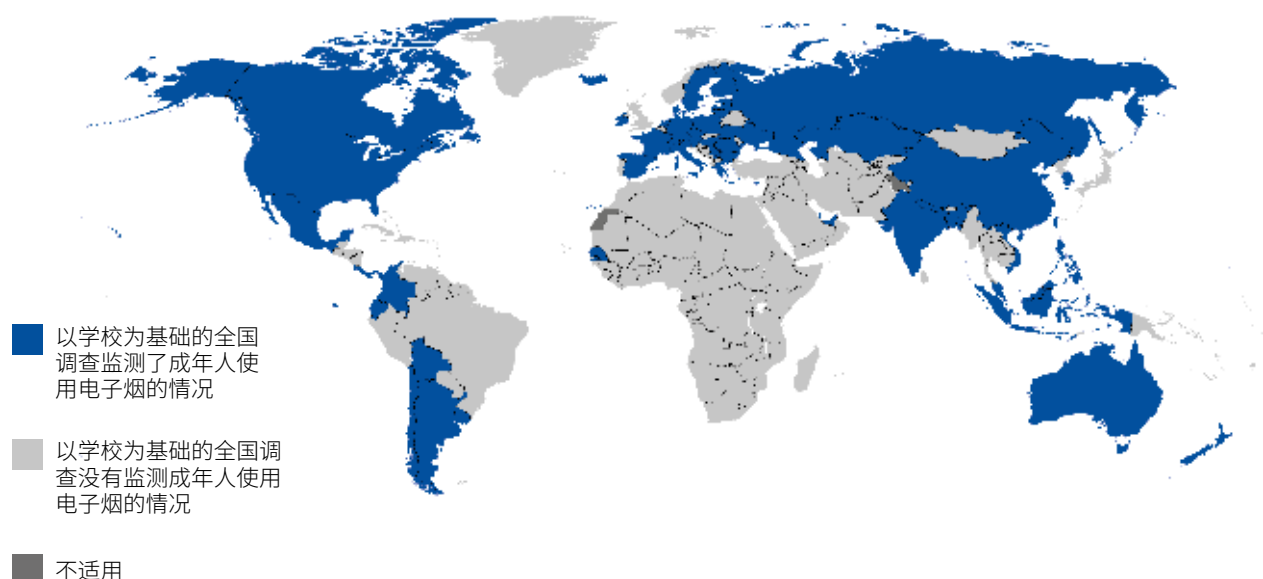
目前，代表49亿人口的56个国家通过具有全国代表性的调查掌握成年人使用电子烟的情况，这些国家都不是低收入国家。与此同时，共有139个国家的28亿人口（有41亿人生活在113个低收入和中等收入国家）根本没有关于当前成年人使用电子烟的数据。

使用2020年或更早完成的全国性以学校为基础的调查，监测青少年使用电子烟的情况



监测青少年电子烟使用情况的国家：阿尔巴尼亚、安提瓜和巴布达、阿根廷、澳大利亚、奥地利、伯利兹、多民族玻利维亚国、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、加拿大、中国、哥伦比亚、克罗地亚、古巴、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、多米尼加共和国、厄瓜多尔、萨尔瓦多、爱沙尼亚、斐济、芬兰、法国、德国、加纳、希腊、格林纳达、危地马拉、圭亚那、匈牙利、冰岛、伊拉克、爱尔兰、意大利、牙买加、日本、哈萨克斯坦、基里巴斯、吉尔吉斯斯坦、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、立陶宛、卢森堡、马来西亚、马耳他、马绍尔群岛、毛里求斯、摩纳哥、蒙古、黑山、荷兰、新西兰、尼加拉瓜、纽埃、北马其顿、挪威、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、秘鲁、波兰、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、圣马力诺、塞尔维亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、苏里南、瑞典、瑞士、泰国、特立尼达和多巴哥、乌克兰、美利坚合众国、乌拉圭、瓦努阿图、委内瑞拉、越南、也门。

使用2020年或更早完成的全国性以学校为基础的调查，监测成年人使用电子烟的情况



监控成年人ENDS使用情况的国家：阿根廷、澳大利亚、奥地利、多民族玻利维亚国、文莱、保加利亚、加拿大、智利、中国、哥伦比亚、哥斯达黎加、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、厄瓜多尔、爱沙尼亚、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、冰岛、印度尼西亚、爱尔兰、意大利、哈萨克斯坦、拉脱维亚、立陶宛、卢森堡、马来西亚、马耳他、马绍尔群岛、墨西哥、尼泊尔、荷兰、新西兰、巴拿马、菲律宾、波兰、卡塔尔、大韩民国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、塞内加尔、塞尔维亚、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、美利坚合众国、乌拉圭、越南。

对于ENDS不应放任不管

有太多国家未对ENDS进行监管

在全球范围内，111个国家已针对ENDS采取措施。其中32个国家禁止销售ENDS。79个国家（超过40%的国家）允许销售ENDS，但已经采取了一项或多项措施全面或部分监管它们。这些措施包括禁止在室内公共场所使用ENDS；禁止广告、促销和赞助；在包装上使用图形健康警告，以及对ENDS销售的年龄限制和口味禁令或限制。其余84个国家的人口占世界人口的近27%，但它们没有针对ENDS的监管法规。

84%的高收入国家制定了法规或实施了销售禁令，一半的中等收入国家和四分之三的低收入国家还没有采取任何有关ENDS的监管行动。

应采取措施，禁止在室内公共场所使用ENDS，就ENDS应用健康警示，并禁止ENDS的广告、促销和赞助

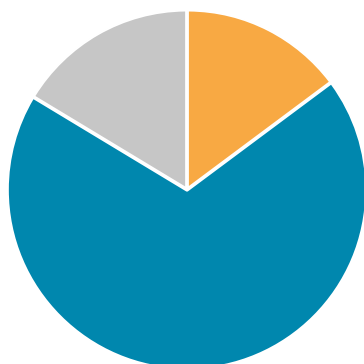
除禁止销售的国家外，有30个国家完全禁止在所有公共场所、工作场所和公共交通工具上使用ENDS；另外45个国家在这些地方部分禁止使用。剩下的120个国家没有无烟场所措施（37个国家），或者已有这些措施的国家（83个国家）没有明确覆盖ENDS。

只有8个国家要求在ENDS包装上使用大型图形健康警示，符合全部标准，两个国家仅对ENDS装置应用这些要求，而对电子液体不适用。另外45个国家规定在ENDS、电子液体或两者上都要具有某种形式的健康警

示。110个国家或是没有图形烟草健康警示措施（24个国家），或是有这些措施、但没有明确覆盖ENDS（86个国家）。32个国家禁止了ENDS的销售，因此没有规定对它们进行健康警示。

22个国家完全禁止广告、促销和赞助ENDS装置、电子烟液或两者同时（15个国家同时禁止装置和电子烟液；四个国家只是禁止ENDS；三个国家只是禁止电子烟液）。另外53个国家已经采取了覆盖ENDS的部分广告、促销和赞助禁止措施。其余120个国家或是尚无此类措施（16个国家），或是有此类措施、但没有明确覆盖ENDS（104个国家）。

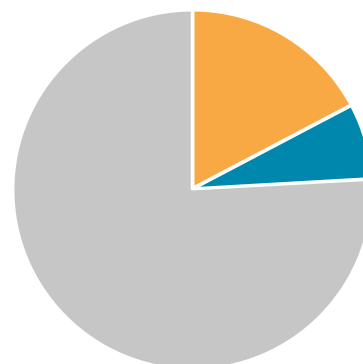
高收入国家



中等收入国家



低收入国家



措施包括：

1. 禁止在室内公共区域使用ENDS
2. 图形健康警示应用于包装
3. 禁止广告、促销及赞助ENDS
4. 对ENDS销售采用最低年龄限制
5. 对于口味的禁令

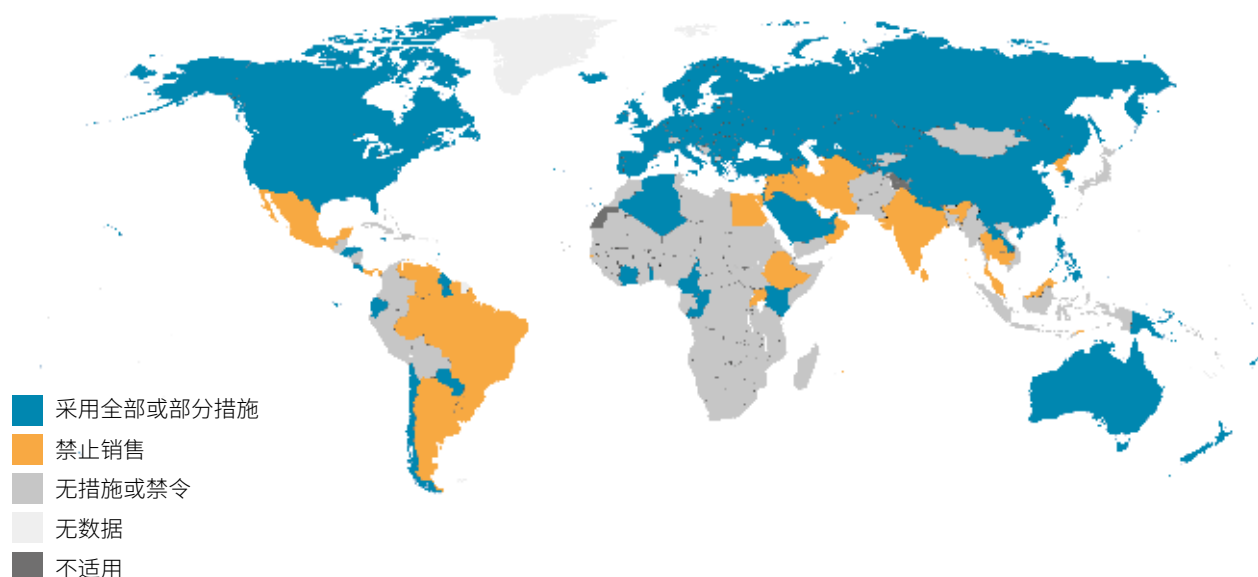
禁止销售

全部或部分措施

无措施



2020年应用于ENDS的措施

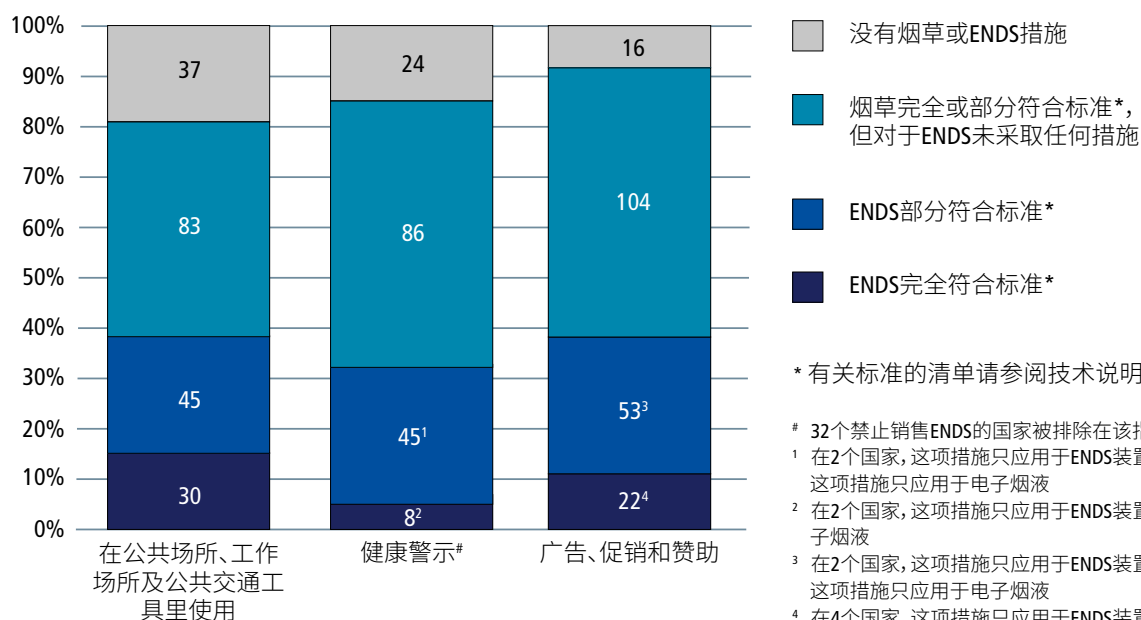


注：有13个国家同时有销售禁令和额外的ENDS法规，这些国家在这里被分类为销售禁令国家。详细情况见附件表2.1。

对ENDS进行监管：阿尔巴尼亚、阿尔及利亚、安道尔、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴巴多斯、白俄罗斯、比利时、保加利亚、喀麦隆、加拿大、智利、中国、刚果、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、塞浦路斯、捷克、丹麦、厄瓜多尔、萨尔瓦多、爱沙尼亚、斐济、芬兰、法国、格鲁吉亚、德国、希腊、圭亚那、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、爱尔兰、以色列、意大利、牙买加、哈萨克斯坦、肯尼亚、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、立陶宛、卢森堡、马耳他、黑山、尼泊尔、荷兰、新西兰、纽埃、挪威、帕劳、巴布亚新几内亚、巴拉圭、菲律宾、波兰、葡萄牙、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、圣卢西亚、圣马力诺、沙特阿拉伯、塞尔维亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、塔吉克斯坦、多哥、土耳其、图瓦卢、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、联合王国、美利坚合众国、乌兹别克斯坦

禁止销售ENDS：阿根廷、巴林、巴西、文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、朝鲜民主主义人民共和国、埃及、埃塞俄比亚、冈比亚、印度、伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、约旦、科威特、黎巴嫩、马来西亚、毛里求斯、墨西哥、巴勒斯坦被占领土、阿曼、巴拿马、卡塔尔、新加坡、斯里兰卡、苏里南、阿拉伯叙利亚共和国、泰国、东帝汶、土库曼斯坦、乌干达、乌拉圭、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）

2020年应用于ENDS的选定法律措施



芬兰禁止在电子烟烟液中添加调味剂和香料

2016年，芬兰推出了开创性的电子烟法规，禁止使用调味剂，对买家设定最低年龄限制，规定进口限制，禁止在非吸烟区使用电子烟，禁止电子烟营销、展示和远距离销售。随着芬兰《烟草法》的修改，用于电子烟的液体在芬兰只能以烟草香料的形式购买。通过迅速采取行动和严格监管，芬兰的吸烟流行率进一步下降（从2016年的15%降至2018年的14%），而每日电子烟的使用量没有出现意外上升（2018年不足1%）。该国制定了一个雄心勃勃的目标，要在未来十年内将烟草和尼古丁制品的流行率降到5%以下。

应禁止各种口味，减少ENDS产品对儿童和青少年的吸引力

除禁止销售ENDS的国家外，只有3个国家（芬兰、匈牙利和黑山）禁止销售除“烟草”味之外的所有口味的ENDS。其他6个国家只禁止某些口味或允许某些口味（丹麦、爱沙尼亚、德国、新西兰、菲律宾、沙特阿拉伯）。

只有69个国家对ENDS销售实行了年龄限制

在163个允许ENDS销售的国家中，69个国家设定了最低销售年龄（62个国家为18岁，1个国家19岁，6个国家为21岁），其余94个国家没有限制。这意味着42%的国家按年龄限制获取ENDS，而在对烟草销售实施年龄限制的国家中，这一比例为90%。

ENDS征税尚不一致

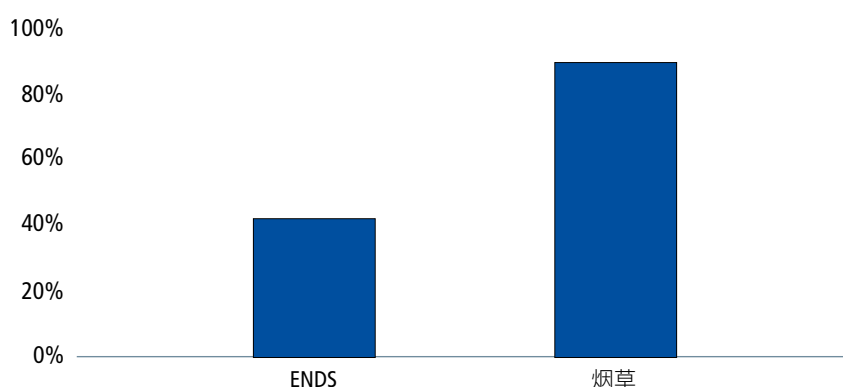
由于通常定价不同，征税不同，人们收集了用于开放式和封闭式系统的电子烟液的数据。开放式系统是指允许使用者购买电子烟液，并加入装置、获得他们想要的混合物的装置（混合物中可不含尼古丁，或具有不同的尼古丁浓度和/或味道）。封闭式系统是指带有预填充容器（称为烟盒、烟弹或烟罐）的产品，使用者无法对内容物自行混合。

在可获得开放式系统ENDS数据的51个国家中，有28个国家（55%）对开放式系统电子烟液不征收消费税。在44个可获得封闭

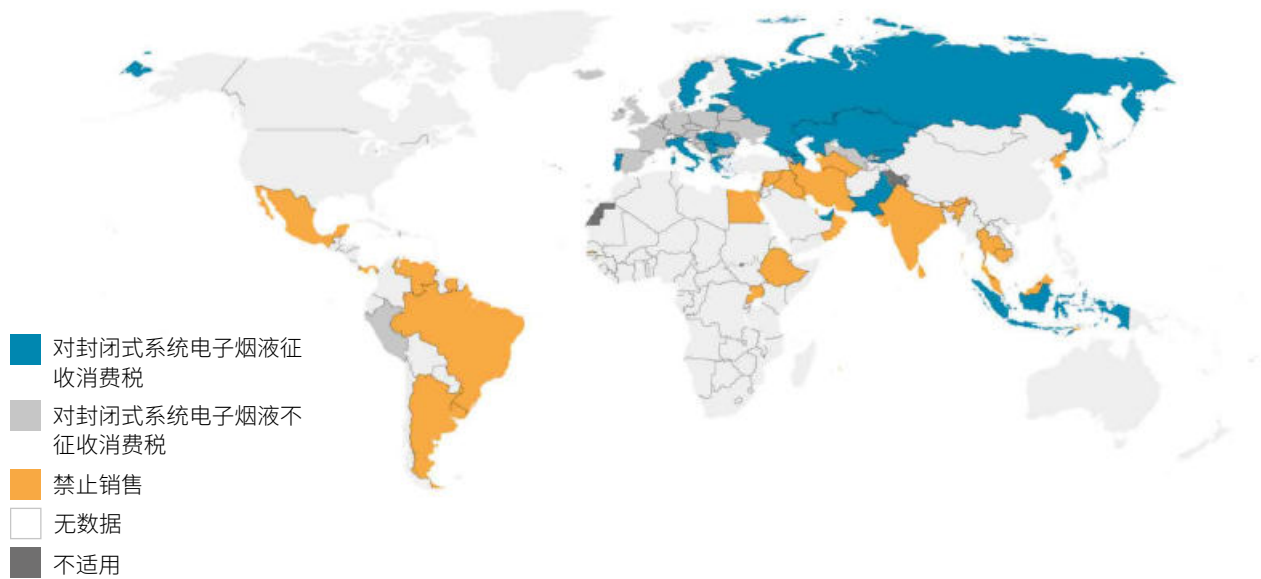
式系统数据的国家中，57%（25个国家）对封闭式系统电子烟液（通常作为烟弹出售）不征收消费税。

在对ENDS电子烟液征收消费税的国家，税率通常很低，只有三个国家征收的税率等于或高于开放式系统电子烟液最便宜品牌价格的75%（葡萄牙、俄罗斯联邦和斯洛文尼亚）。对于封闭式系统电子烟液，没有国家征收高达最便宜品牌封闭式系统ENDS价格的75%的税率。

对于ENDS或烟草实行最低销售年龄的国家

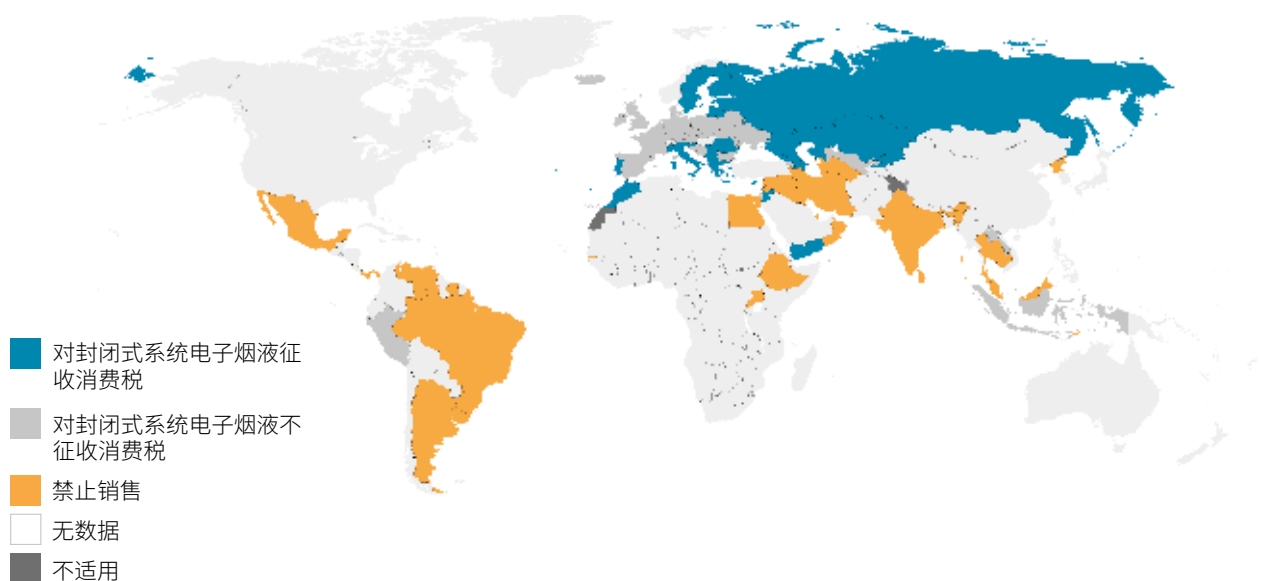


2020年ENDS封闭式系统电子烟液税收政策



亚美尼亚、奥地利、阿塞拜疆、巴林、白俄罗斯、比利时、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、中国、克罗地亚、捷克、丹麦、爱沙尼亚、法国、格鲁吉亚、德国、希腊、匈牙利、冰岛、印度尼西亚、爱尔兰、以色列、意大利、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、立陶宛、卢森堡、马耳他、荷兰、巴基斯坦、秘鲁、波兰、葡萄牙、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、塞尔维亚、西班牙、瑞典、汤加、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、英国、乌兹别克斯坦

2020年ENDS开放式系统电子烟液税收政策



注:约旦既有ENDS销售禁令,也有消费税

亚美尼亚、奥地利、阿塞拜疆、巴林、白俄罗斯、比利时、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、中国、克罗地亚、捷克、丹麦、爱沙尼亚、法国、格鲁吉亚、德国、希腊、匈牙利、冰岛、印度尼西亚、爱尔兰、以色列、意大利、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、立陶宛、卢森堡、马耳他、荷兰、巴基斯坦、秘鲁、波兰、葡萄牙、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、塞尔维亚、西班牙、瑞典、汤加、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、英国、乌兹别克斯坦

各国应考虑将戒断ENDS纳入其戒烟战略

许多想要戒烟的ENDS使用者使用免费戒烟热线、短信方案和专门的烟草依赖治疗等工具。来自美国最大的戒烟热线运营商(服务于23个州和700多个员工和健康计划)的数据显示,在2017年1月至2020年6月期间登记的74646名戒烟热线参与者中,14%使用电子烟,其中2%是纯电子烟使用者。因此,国家戒烟服务应考虑为ENDS使用者提供戒烟支持[1]。

烟草控制必须预料到尼古丁和烟草制品将迅速发展,并为其监管制定计划

近年来,新的尼古丁和烟草制品进入了一些市场。它们正在迅速演变,可能会对监管产生影响。因此,今后应对这些和其他新兴制品的可用性、特性和使用进行密切监测,法规应尽可能地面向未来,与时俱进的覆盖这些制品。本报告没有收集关于尼古丁袋或其他新型尼古丁制品的数据。

应用于ENNDS的措施通常与应用于ENDS的措施不一致

关于ENNDS所收集到的数据表明,尽管有14个国家以相同方式监管(或禁止销售)ENDS和ENNDS,其他国家对这些产品采取了不同的做法,包括在允许销售一种产品的同时禁止销售另一种产品。29个国家禁止销售ENNDS,只有一个国家同时明确禁止销售ENNDS和ENDS(伊拉克)。除了销售禁令外,有35个国家对ENNDS进行监管,但其方式与应用于ENDS的措施不一致。共有117个(共40亿人口)国家没有针对ENNDS采取任何措施。更多细节请参阅附件二。

关于加热烟草制品的说明

《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方第八次会议确认加热烟草制品为烟草制品,并指出它们因此应受《世卫组织烟草控制框架公约》各项规定的约束,并像其他烟草制品一样得到监测和监管。为本报告收集的数据显示,HTPs在11个国家被禁止(具有销售禁令或限制其可及性的其他类型禁令)(巴西、朝鲜民主主义人民共和国、埃塞俄比亚、印度、伊朗(伊斯兰共和国)、墨西哥、挪威、巴拿马、新加坡、阿拉伯叙利亚共和国、东帝汶)。在其余184个国家,加热烟草制品或作为烟草制品得到明确或隐含的管制,或作为其他类别受到明确管制。未来将进行进一步分析,以便更好地了解各国如何处理这些制品。

乌克兰对ENDS和HTPs征税

乌克兰已承诺实施《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方大会第8届会议关于使用与常规烟草制品类似的方法管制新型和新兴尼古丁和烟草制品的决定。因此，2019年乌克兰议会通过了第466-IX号法律，从2021年1月1日起对用于ENDS、ENNDs和HTPs的液体征税。

与此同时，乌克兰努力提高公众对ENDS的了解。2020年11月至2021年1月期间，一个名为“生命”的非政府组织与乌克兰公共卫生中心在全球健康组织“至关重要的战略”的支持下，开展了题为“安全吸烟并不存在”的全国宣传活动。

通过电视、互联网、地铁、火车站等地播放的社会公益视频和广告，提高青少年对使用电子吸烟装置所造成的健康风险的认识。乌克兰首都基辅的居民也在城市的街道上看到了面向全社会的广告。该活动触及了约2500万人，评估显示，73%的人通过该活动获得了新信息，47%的ENDS和HTP使用者因为这个活动而受到触动，决定戒烟。



图片说明：乌克兰议员、医生、专家和活动人士联合起来捍卫所有烟草制品的平等税率

斯里兰卡禁止ENDS

斯里兰卡是东南亚区域最早禁止电子烟的国家之一。根据2016年“受禁烟草制品”的规定，国内任何人不得生产、进口、销售或主动提出销售含有烟草成分的电子烟。这一举措表明，该国致力于有效解决目前的烟草流行问题，因为电子烟可能使人们，特别是年轻人面临尼古丁成瘾的风险。

大韩民国规定的ENDS图片健康警示

在大韩民国，自2014年1月起，ENDS就作为烟草制品受到《烟草业法》的管制。虽然ENDS业强烈反对在ENDS制品上展示健康警示，但法律规定所有尼古丁和烟草制品上都必须具有图片健康警示。

烟草图片健康警示委员会由来自卫生和福祉部、财政部、性别平等和家庭部的代表以及来自公共卫生、青年教育、宣传和民间社会组织的学术界和专家组成。委员会审查了关于烟草制品的最新科学证据，拟出一份警示主题清单。此外，卫生和福祉部进行了焦点小组访谈和在线公众调查，以确定最有力的健康警示文本和图像，并评估了来自世界各地的现有健康警示。

自2016年12月以来，卫生和福祉部已经发布了三轮健康警示，并每两年更换一次ENDS上的警示图像，以更有效地传达使用ENDS带来危害的信息。大韩民国是世界上唯一一个将图片健康警示作为强制性要求的国家，它在这方面的经验提供了一个宝贵的例子，说明如何在科学证据的基础上协商制定和实施有关新兴和新型尼古丁和烟草制品的健康警示。



2016年12月23日至
2018年12月22日



2018年12月23日至
2020年12月22日



2020年12月23日至
2022年12月22日

图片说明：大韩民国电子烟图片健康警示的变化



结论

在监测MPOWER的13年中，烟草控制取得了巨大进步。与此同时，也面临着无数挑战——其中最大的挑战可能是2020年COVID-19的大流行。尽管存在这些障碍，现在仍有53亿人受到至少一项最佳做法烟草控制措施的保护——比2007年覆盖的人数多42亿。相反，仍有24亿人没有受到循证烟草控制最佳做法的保护，这使得他们面临烟草造成的健康和经济危害的风险。

自从通过WHO FCTC和引入MPOWER以来，烟草控制取得了令人鼓舞的进展。数以亿计的生命现在得到了更好的保护，数以百万计的生命多年来得到了拯救。这是通过致力于烟草控制的全球社区的集体和协调努力实现的。但我们还有很多工作要做。世界上只有两个国家（巴西和土耳其）

全面实施了所有MPOWER措施。尽管世界上大部分地区的吸烟率已经下降，但随着总人口的增长，吸烟的总人数仍然很高。

每个国家都有保护其人民健康的义务，WHO FCTC的所有缔约方都承诺实施强有力的烟草控制政策，作为履行其保护人民健康义务的重要手段。可持续发展目标(SDG)也强调了这一承诺的重要性，并呼吁“酌情在所有国家加强实施《世卫组织烟草控制框架公约》”，衡量的指标为成人烟草使用的减少。减少烟草使用也是衡量（并且是大力促进）世卫组织“三个十亿”目标中“更健康的十亿”部分的16项追踪指标之一，该计划旨在帮助各国实现可持续发展目标。

本报告的重点是应对新型和新兴制品，描绘对烟草控制的新威胁。ENDS与其他新型制品（如加热烟草制品和尼古丁袋）一起在许多国家越来越可及。随着它们的出现和快速发展，这些产品可能难以表征，因此带来了许多监管挑战。与此同时，这些新产品背后的烟草和相关行业发起错误信息宣传活动，将其营销为“清洁”、“无烟”或“更安全”，并声称它们是有效的戒烟辅助手段。通过这样做，这些行业试图成为解决烟草流行的一部分，而不是流行的煽动者和肇事者。这些行业还通过使用各种营销策略和成千上万种口味，使得ENDS和其他尼古丁和烟草制品具有吸引力，将儿童和青少年作为目标。当儿童使用ENDS或甚至尝试使用它们时，他们将来使用传统



卷烟的可能性会增加两倍以上。烟草业获得了新客户。

本报告的证据表明，目前有32个国家禁止销售ENDS，并采取坚定立场防止它对本国人群造成潜在危害。另有79个国家已对ENDS实施了室内公共区域使用禁令、广告、促销或赞助禁令或图形健康警示；然而，其中39个国家只是采取了部分措施。这使得总共有84个国家没有针对这些领域的ENDS立法。

数据还显示，只有少数国家禁止在ENDS中使用调味剂，还有一些国家对其进行了监管。与此同时，有94个国家没有限制ENDS的销售最低年龄，使未成年人可以轻而易举的获得这些产品。

在有税率数据的地方，这些税率通常很低，只有三个国家对ENDS电子烟液征收零售价的75%或更高的税。有太多国家仍然

容易受到烟草和相关行业用于扩大其市场的策略的影响。各国应保护其人口，尤其是其儿童和青少年远离不受管制的新型烟草和尼古丁制品。

自MPOWER监测开始以来的13年中取得了令人鼓舞的进展，但要实现各国通过《世卫组织烟草控制框架公约》、可持续发展目标和《非传染性疾病全球行动计划》做出的减少烟草使用和迅速结束烟草流行的承诺，仍存在着众多挑战。各国应保持警惕并继续专注于实施经证明可减少烟草使用的循证措施，并避免新产品大量出现导致的精力分散。随着世界摆脱COVID-19大流行，重建更好世界的呼吁应该成为烟草控制的核心。我们都必须再次致力于加强实施《世卫组织烟草控制框架公约》，努力采取最高实现水平的MPOWER措施，并确保全世界人民免受烟草和尼古丁的危害。



REFERENCES

1. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO Secretariat Report to the WHO Executive Board. Geneva: World Health Organization; 2021 (EB148/7; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_7-en.pdf at paras 24-28, accessed 1 July 2021).
2. 在COVID-19大流行期间和之后应对非传染性疾病。日内瓦: 世界卫生组织; 2020年(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1, 2021年6月1日访问)。
3. UN Interagency Taskforce on NCDs, COVID-19 and NCD risk factors [infographic]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/ncds/un-interagency-task-force-on-ncds/uniaf-policy-brief-ncds-and-covid-030920-poster.pdf?ua=1>, accessed 1 July 2021). (English only)
4. Alqahtani JS, Oyelade T, Aldahiri AM, Alghamdi SM, Almeahmadi M, Alqahtani AS et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking in patients with COVID-19: A rapid systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(5): e0233147.
5. Sitas, F, Harris-Roxas B, Bradshaw D, Lopez AD. Smoking and epidemics of respiratory infections. *Bulletin of the World Health Organization*. 2021;99(2):164–165.
6. Del Sole, F, Farcomeni A, Loffredo L, Carnevale R, Menichelli D, Vicario T et al. Features of severe COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Clinical Investigation*. 2020;50(10):e13378.
7. Secretariat of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Information note on classification of novel and emerging tobacco products. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2019. (English only)
8. 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议。决定FCTC/COP6(9) 电子尼古丁传送系统及电子非尼古丁传送系统。日内瓦: 世界卫生组织; 2014年([https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6\(9\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(9)-en.pdf), 2021年7月21日访问)。
9. 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议。决定FCTC/COP8(22) 新型和新兴的烟草制品。日内瓦: 世界卫生组织; 2018年([https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\).pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf?ua=1), 2020年8月13日访问)。
10. 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议。决定FCTC/COP8(22) 新型和新兴的烟草制品。日内瓦: 世界卫生组织; 2018年([https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\).pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf?ua=1), 2020年8月13日访问)。
11. 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议。在COP FCTC/COP7(9)上通过的决定FCTC/COP7(11)。德里, 印度: 世界卫生组织; 2016年。
12. 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议。在COP FCTC/COP8(21)上通过的决定FCTC/COP8/8。日内瓦: 世界卫生组织; 2018年。
13. 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议。决定FCTC/COP7(14) 进一步制定实施《世卫组织烟草控制框架公约》第9条和第10条的部分指南(烟草制品成分管制的规定和烟草制品披露的规定)。日内瓦: 世界卫生组织; 2016年([https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7\(14\)_EN.pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7(14)_EN.pdf?ua=1), 2021年7月21日访问)。
14. Raymond BH, Collette-Merrill K, Harrison RG, Jarvis S, Rasmussen RJ. The nicotine content of a sample of E-cigarette liquid manufactured in the United States. *Journal of Addiction Medicine*. 2018;12(2):127–131.
15. Tobore TO. On the potential harmful effects of E-Cigarettes (EC) on the developing brain: the relationship between vaping-induced oxidative stress and adolescent/young adults social maladjustment. *Journal of Adolescence*. 2019;76:202–209.
16. O' Brien D, Long J, Quigley J, Lee C, McCarthy A, Kavanagh P. Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2021;21(954):e1-e10.
17. Sæbø G, Scheffels J. Assessing notions of denormalization and renormalization of smoking in light of e-cigarette regulation. *International Journal of Drug Policy*. 2017;49:58–64.
18. Petrescu D, Vasiljevic M, Pepper J, Ribisl K, Marteau T. What is the impact of e-cigarette adverts on children's perceptions of tobacco smoking? An experimental study. *Tobacco control*. 2017;26(4):421–427.
19. Choi K, Grana R, Bernat D. Electronic nicotine delivery systems and acceptability of adult cigarette smoking among Florida youth: renormalization of smoking? *Journal of Adolescent Health*. 2017;60(5):592–598.
20. EcigIntelligence [website]. Regulatory and market intelligence for the e-cigarette sector. London: Tamarind Media; 2021 (<https://ecigintelligence.com/about-ecigintelligence/>, accessed 2 July 2021).
21. E-cigarettes. In: Tobacco Tactics [website]. Bath, UK: University of Bath: 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes/>, accessed 2 July 2021, accessed 2 July 2021).
22. WHO technical manual on tobacco tax policy and administration. Geneva: World Health Organization; 2021. (English only)
23. Addiction at any cost: Philip Morris International uncovered. New York, USA: Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP); 2018 (https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/STOP_Report_Addiction-At-Any-Cost.pdf, accessed 1 July 2021).
24. Wagener TL, Floyd EL, Stepanov I, Driskill LM, Frank SG, Meier E et al. Have combustible cigarettes met their match? The nicotine delivery profiles and harmful constituent exposures of second-generation and third-generation electronic cigarette users. *Tobacco Control*. 2017;26(e1): e23–e28.
25. Traboulsi, H, Cherian M, Abou Rjeili M, Preteroti M, Bourbeau J, Smith BM et al. Inhalation toxicology of vaping products and implications for pulmonary health. *International Journal of Molecular Science*. 2020;21(10).
26. E-cigarette, or vaping, products visual dictionary. Atlanta, GA: Centers for Disease Control [no date] (https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/pdfs/ecigarette-or-vaping-products-visual-dictionary-508.pdf, accessed 2 July 2021).
27. Kosmider L, Cox S, Zaciera M, Kurek J, Goniewicz ML, McRobbie H et al. Daily exposure to formaldehyde and acetaldehyde and potential health risk associated with use of high and low nicotine e-liquid concentrations. *Scientific Reports*. 2020;10(1):6546.
28. Talih S, Salman R, El-Hage R, Karaoghlanian N, El-Hellani A, Saliba N et al. Effect of free-base and protonated nicotine on nicotine yield from electronic cigarettes with varying power and liquid vehicle. *Scientific Reports* 2020;10.
29. Jackler RK, Ramamurthi D. Nicotine arms race: JUUL and the high-nicotine product market. *Tobacco Control*. 2019;0:1–6. doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054796.
30. Zhu SH, Sun JY, Bonnevill E, Cummins SE, Gamst A, Yin L et al. Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. *Tobacco Control*. 2014; 23:iii3–iii9
31. Hsu G, Sun JY, Shu-Hong Z. Evolution of electronic cigarette brands from 2013–2014 to 2016–2017: Analysis of Brand Websites. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(3):e80.

32. Barrington-Trimis J, Samet J McConnell R. Flavorings in electronic cigarettes. *Journal of the American Medical Association*. 2014;312(23):2493.
33. Strombotne K, Buckell J, Sindelar JL. Do JUUL and e-cigarette flavours change risk perceptions of adolescents? Evidence from a national survey. *Tobacco Control*. 2021;Mar;30(2):199–205. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2019-055394. Epub 2020 Apr 16.
34. van de Nobelen S, Kienhuis AS, Talhout R. An inventory of methods for the assessment of additive-increased addictiveness of tobacco products. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(7):1546–1555.
35. Preliminary scientific evaluation of the possible public health effects of menthol versus nonmenthol cigarettes. Silver Spring, Maryland: Food & Drug Administration; 2013.
36. Krüsemann EJ, Boesveldt S, De Graaf K, Talhout R. An e-liquid flavor wheel: a shared vocabulary based on systematically reviewing e-liquid flavor classifications in literature. *Nicotine and Tobacco Research*. 2019;21(7):1310–1319.
37. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA King BA. E-cigarette use among middle and high school students – United States, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(37):1310.
38. Rose, SW, Johnson AL, Glasser AM, Villanti AC, Ambrose BK, Conway K, et al. Flavour types used by youth and adult tobacco users in wave 2 of the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study 2014-2015. *Tob Control*. 2020; 29(4): 432-446.
39. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, King BA. E-cigarette Use Among Middle and High School Students — United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1310–1312. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6937e1>
40. Population Assessment of Tobacco and Health: Wave 4. 2016-2017.
41. ASHRAE Position document on environmental tobacco smoke. Atlanta, Georgia: ASHRAE; 2016 (https://www.ashrae.org/File%20Library/About/Position%20Documents/pd_environmental-tobacco-smoke-2020-07-1.pdf, accessed 2 July 2021)
42. Stevens EM, Hébert ET, Tackett AP, Leavens ELS, Wagener TL. Harm perceptions of the JUUL E-cigarette in a sample of ever users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(13):4755
43. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. World Health Organization Geneva; 2015. (English only)
44. Skotsimara G, Antonopoulos AS, Oikonomou E, Siasos G, Ioakeimidis N, Tsalamandris S et al. Cardiovascular effects of electronic cigarettes: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2019;26(11): 1219–1228.
45. Kennedy CD, van Schalkwyk MCI, McKee M, Pisinger C. The cardiovascular effects of electronic cigarettes: a systematic review of experimental studies. *Preventive Medicine*. 2019;127:105770.
46. Tsai M, Byun MK, Shin J, Crotty Alexander LE. Effects of e - cigarettes and vaping devices on cardiac and pulmonary physiology. *The Journal of Physiology*. 2020;598(22):5039–5062.
47. Gotts JE, Jordt S-E, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? *British Medical Journal*. 2019;366.
48. Wills TA, Soneji SS, Choi K, Jaspers I, Tam EK. E-cigarette use and respiratory disorders: an integrative review of converging evidence from epidemiological and laboratory studies. *European Respiratory Journal*. 2021;57(1):e1-e16.
49. Fact Sheet: Use of e-cigarettes (vapes) among adults in Great Britain. 2020,
50. WHO study group on tobacco product regulation. Report on the scientific basis of tobacco product regulation: eighth report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization; 2021. (English only)
51. Wang JB, Olgin JE, Nah G, Vittinghoff E, Cataldo JK, Pletcher MJ et al. Cigarette and e-cigarette dual use and risk of cardiopulmonary symptoms in the Health eHeart Study. *PLoS One*. 2018;13(7):e0198681.
52. Kim C-Y, Paek Y-J, Seo HG, Cheong YS, Lee CM, Park SM et al. Dual use of electronic and conventional cigarettes is associated with higher cardiovascular risk factors in Korean men. *Scientific Reports*. 2020;10(1):1–10.
53. Reddy KP, Schwamm E, Kalkhoran S, Noubary F, Walensky RP Rigotti NA. Respiratory symptom incidence among people using electronic cigarettes, combustible tobacco, or both. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2021;Apr 15. doi: 10.1164/rccm.202012-4441LE.
54. National Center for Chronic Disease, P, Health Promotion Office on S Health, Reports of the Surgeon General, in The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. 2014, Centers for Disease Control and Prevention (US): Atlanta (GA).
55. Berry KM, Fetterman JL, Benjamin EJ, Bhatnagar A, Barrington-Trimis JL, Leventhal AM et al. Association of electronic cigarette use with subsequent initiation of tobacco cigarettes in US youths. *JAMA Open Network*. 2019;2(2):e187794..
56. Yuan M, Cross S, Loughlin S. Leslie F. Nicotine and the adolescent brain. *Journal of Physiology*. 2015;593(16):3397–3412.
57. Hall F, Der-Avakian A, Gould T, Markou A, Shoaib MJY. Negative affective states and cognitive impairments in nicotine dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015;58:168–185.
58. Quick facts on the risks of e-cigarettes for kids, teens, and young adults. In: Smoking and Tobacco Use [website]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2020 (https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/Quick-Facts-on-the-Risks-of-E-cigarettes-for-Kids-Teens-and-Young-Adults.html, accessed 2 July 2021).
59. Whittington J, Simmons P, Philips A, Gammill S, Cen R, Magann E et al. The use of electronic cigarettes in pregnancy: a review of the literature. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2018;73(9): 544–549.
60. Froggatt S, Reissland N, Covey J. The effects of prenatal cigarette and e-cigarette exposure on infant neurobehaviour: a comparison to a control group. *EclinicalMedicine*. 2020;28:100602.
61. Behar R, Davis B, Wang Y, Bahl V, Lin S Talbot P. Identification of toxicants in cinnamon-flavored electronic cigarette refill fluids. *Toxicology in Vitro*. 2014;28(2):198–208.
62. Krishnan-Sarin S, O' Malley SS, Green BG Jordt S-E. The science of flavour in tobacco products. In: Report on the scientific basis of tobacco product regulation: Seventh report of the WHO study group on tobacco product regulation. Geneva: World Health Organization; 2019:125–142.
63. Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products. In: Smoking and Tobacco Use [website]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2020 (https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html, accessed 2 July 2021).
64. Pray IW, Atti SK, Tomasallo C, Meiman JG. E-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury among clusters of patients reporting shared product use – Wisconsin, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(9):236–240.
65. Public health consequences of e-cigarettes. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018.
66. Seitz CM, Kabir Z. Burn injuries caused by e-cigarette explosions: a systematic review of published cases. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2018;4:32.
67. Rossheim ME, Livingston MD, Soule EK, Zeraye HA, Thoms DL. Electronic cigarette explosion and burn injuries, US Emergency Departments 2015–2017. *Tobacco Control*. 2019;28(4):472–474.

68. Govindarajan P, Spiller HA, Casavant MJ, Chounthirath T, Smith GA. E-cigarette and liquid nicotine exposures among young children. *Pediatrics*. 2018;141(5).
69. Fernández E, Ballbè M, Sureda X, Fu M, Saltó E, Martínez-Sánchez JM. Particulate matter from electronic cigarettes and conventional cigarettes: a systematic review and observational study. *Current Environmental Health Reports*. 2015;2(4):423–429.
70. Li L, Lin Y, Xia T, Zhu Y. Effects of electronic cigarettes on indoor air quality and health. *Annual Review of Public Health*. 2020;41(1):363–380.
71. Hess I, Lachireddy K, Capon A. A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour. *Public Health Research & Practice*. 2016;26(2).
72. 为实施公约拟订准则第8条：防止接触烟草烟雾。世界卫生组织烟草控制框架公约。日内瓦：世界卫生组织；2007年。
73. Borgini A, Veronese C, De Marco C, Boffi R, Tittarelli A, Bertoldi M et al. Particulate matter in aerosols produced by two last generation electronic cigarettes: a comparison in a real-world environment. *Pulmonology*. 2021.
74. Exposure to aerosols from smoking-proxy electronic inhaling systems: a systematic review. Barcelona: Tobacco Control Unit, Institut Català d' Oncologia; 2016
75. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. *PLoS One*. 2015;10(2):e0116732.
76. Tobacco questions for surveys. a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/87331>, accessed 2 July 2021). (English only)
77. Yoong SL, Hall A, Leonard A, McCrabb S, Wiggers J, Tursdan d' Espaignet E, et al. Prevalence of electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*
78. Centers for Disease Control and Prevention. Surgeon General' s Advisory on E-cigarette Use Among Youth. 2019; Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/surgeon-general-advisory/index.html.
79. Choi, B Abraham I. The Decline in e-Cigarette Use Among Youth in the United States—An Encouraging Trend but an Ongoing Public Health Challenge. *JAMA*. 2021; 4(6): e2112464.
80. Perikleous EP, Steiropoulos P, Paraskakis E, Constantinidis TC, Nena E. E-cigarette use among adolescents: an overview of the literature and future perspectives. *Frontiers in Public Health*. 2018;6:86.
81. Barrington-Trimis, JL, Kong G, Leventhal AM, Liu F, Mayer M, Cruz TB, et al. E-cigarette use and subsequent smoking frequency among adolescents. *Pediatrics*. 2018;142(6).
82. Yoong SL, Hall A, Leonard A, McCrabb S, Wiggers J, Tursdan d' Espaignet E, et al. Association between electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems with initiation of tobacco use in individuals aged 83. Hartmann-Boyce, J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 10: Cd010216.
84. Abuse, S, US MHA General OotS. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General [Internet]. 2020.
85. Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER). Opinion on electronic cigarettes. Luxembourg: SCHEER; 2021.
86. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respiratory Medicine*. 2016;4(2):116–28.
87. Sawant AM, Mali DP, Bhagwat DA. Regulatory requirements and drug approval process in India, Europe and US. *Pharmaceutical Regulatory Affairs*. 2018;7(2).
88. Australian Government; Department of Health; Therapeutic Goods Administration. Nicotine e-cigarettes laws are changing. 202' [cited 2021 June]; Available from: <https://www.tga.gov.au/blogs/tga-topics/nicotine-e-cigarettes-laws-are-changing>.
89. Baker TB, Fiore MC. What we do not know about e-cigarettes is a lot. *JAMA Open Network*. 2020;3(6):e204850.
90. Leventhal AM, Goldenson NI, Barrington-Trimis JL, Pang RD, Kirkpatrick MG. Effects of non-tobacco flavors and nicotine on e-cigarette product appeal among young adult never, former, and current smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019;203:99–106.
91. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco. Geneva: World Health Organization; 2019. (English only)
92. Eissenberg T, Soule E, Shihadeh A. 'Open-System' electronic cigarettes cannot be regulated effectively. *Tobacco Control*. 2021;30:234–235.
93. Meernik C, Baker HM, Kowitz SD, Ranney LM, Goldstein AO. Impact of non-menthol flavours in e-cigarettes on perceptions and use: an updated systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(10):e031598.
94. De Andrade M, Hastings G, Angus K. Promotion of electronic cigarettes: tobacco marketing reinvented? *British Medical Journal*. 2013;347.
95. Barrington-Trimis JL, Urman R, Leventhal AM, Gauderman WJ, Cruz TB, Gilreath TD et al. E-cigarettes, cigarettes, and the prevalence of adolescent tobacco use. *Pediatrics*. 2016;138(2).
96. Goldenson NI, Leventhal AM, Stone MD, McConnell RS, Barrington-Trimis JL. Associations of electronic cigarette nicotine concentration with subsequent cigarette smoking and vaping levels in adolescents. *JAMA Pediatrics*. 2017;171(12): 1192–1199.
97. Etter JF, Bullen C. Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. *Addiction*. 2011;106:2017–2028.
98. Neuberger M. The electronic cigarette: a wolf in sheep' s clothing. *Wien Klin Wochenschr*. 2015;127(9-10):385–7.
99. Stanwick R. E-cigarettes: Are we renormalizing public smoking? Reversing five decades of tobacco control and revitalizing nicotine dependency in children and youth in Canada. *Paediatric and Child Health*. 2015;20(2):101–5.
100. Everard CD, Silveira ML, Kimmel HL, Marshall D, Blanco C, Compton WM. Association of electronic nicotine delivery system use with cigarette smoking relapse among former smokers in the United States. *JAMA Open Network*. 2020;3(6):e204813.
101. Manzoli L, Flacco ME, Ferrante M. Cohort study of electronic cigarette use: effectiveness and safety at 24 months. *Tobacco Control*. 2017;26:284–92.
102. Pokhrel P, Herzog TA, Muranaka N. Contexts of cigarette and e-cigarette use among dual users: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015; 15: 859.
103. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): 1223-1249.
104. Goniewicz ML, Hajek P, McRobbie H. Nicotine content of electronic cigarettes, its release in vapour and its consistency across batches: regulatory implications. *Addiction*. 2014;109(3):500–7.
105. How to quit e-cigarettes. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2021. (English only)
106. Electronic Nicotine Delivery systems: Report by WHO Geneva, Switzerland 2014, (English only)
107. COP决定FCTC/COP6/10。

108. 世卫组织烟草控制框架公约。日内瓦：世界卫生组织；2003年，2004年、2005年更新 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>, 2021年7月3日访问)。
109. 烟草业干涉烟草控制。日内瓦：世界卫生组织；2008年。
110. The Israel Supreme Court, Tel Aviv Chamber of Commerce v Israeli Knesset & Ors., HC 4657/19 and HC 1532/19. 2019.
111. Ghebreyesus TA, Vazquez TR. Seeing through big tobacco's smokescreen. In: Project Syndicate [website]. New York: 2017.
112. Matthes BL, Gilmore A. Needs of LMIC-based tobacco control advocates to counter tobacco industry policy interference: insights from semi-structured interviews. *BMJ Open*. 2021;10(11):e044710.
113. STOP: A Global Tobacco Industry Watchdog [website]. (<https://exposetobacco.org/about/>, accessed 3 July 2021).
114. E-cigarettes shaped like USB flash drives: information for parents, educators, and health care providers. In: Smoking & Tobacco use [website]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2020 (https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/factsheet/index.html, accessed 3 July 2021).
115. E-cigarettes. In: Tobacco Tactics [website]. Bath, UK: University of Bath; 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes/>, accessed 2 July 2021, accessed 2 July 2021).
116. Designed for addiction. How the tobacco industry has made cigarettes more addictive, more attractive to kids and even more deadly. Washington, DC: Tobacco Free Kids; 2014 (https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/what_we_do/industry_watch/product_manipulation/2014_06_19_DesignedforAddiction_web.pdf, accessed 3 July 2021).
117. Pisinger C, Godtfredsen N, Bender A. A conflict of interest is strongly associated with tobacco industry-favorable results, indicating no harm of e-cigarettes. *Preventive Medicine*. 2019;119:124–131.
118. Gilmore AB, Braznell S. US regulator adds to confusion around heated tobacco products. *British Medical Journal*. 2020;370:m3528.
119. 与新型和新兴尼古丁和烟草制品管制有关的诉讼。日内瓦：世界卫生组织；2021年。
120. Tobacco Tactics [website]. IQOS Use, "Switching" and "Quitting": The Evidence. Bath, UK: University of Bath; 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/iqos-use-evidence/>, accessed 3 July 2021).
121. WHO statement on heated tobacco products and the US FDA decision regarding IQOS [news release]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/27-07-2020-who-statement-on-heated-tobacco-products-and-the-us-fda-decision-regarding-iqos>, accessed 17 July 2021 (English only)).
122. Goldenson NI, Leventhal AM, Simpson KA, Barrington-Trimis JL. A review of the use and appeal of flavored electronic cigarettes. *Current Addiction Reports*. 2019;6(2):98–113.
123. Felicione NJ, Ozga-Hess JE, Ferguson SG, Dino G, Kuhn S, Haliwa I et al. Cigarette smokers' concurrent use of smokeless tobacco: dual use patterns and nicotine exposure. *Tobacco Control*. 2021;30(1):24–29.
124. McKee M, Daube M, Chapman S. E-cigarettes should be regulated. *Medical Journal of Australia*. 2016;204(9):331.
125. Hiscock R, Silver K, Zatoński M, Gilmore AB. Tobacco industry tactics to circumvent and undermine the menthol cigarette ban in the UK. *Tobacco Control*. 2020;29(e1):e138–e142.
126. Branston JR, Hiscock R, Silver K, Arnott D, Gilmore AB. Cigarette-like cigarillo introduced to bypass taxation, standardised packaging, minimum pack sizes, and menthol ban in the UK. *Tobacco Control*. 2020;tobaccocontrol-2020-055700.
127. Robertson L, Joshi A, Legg T, Wellock G, Ray K, Evans-Reeves K. Exploring the Twitter activity around the eighth meeting of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Tobacco Control*. 2020;tobaccocontrol-2020-055889.
128. van der Eijk Y, Bero L, Malone RE. Philip Morris International-funded "Foundation for a Smoke-Free World": analysing its claims of independence. *Tobacco Control*. 2019;28(6):712–718.
129. The Israel Supreme Court, E-Cig Ltd. v Ministry of Health, HCJ 6665/12. 2014.
130. Patanavanich R, Glantz S. Successful countering of tobacco industry efforts to overturn Thailand's ENDS ban. *Tobacco Control*. 2020. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-056058.
131. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association*. 2020;323(13):1239–1242.
132. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(18):1708–1720.
133. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506.
134. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020;75(7):1730–1741.
135. Gao F, Zheng KI, Wang X-B, Sun Q-F, Pan K-H, Wang T-Y et al. Obesity is a risk factor for greater COVID-19 severity. *Diabetes care*. 2020;43(7):e72–e74.
136. Finer N, Garnett SP, Bruun JM. COVID-19 and obesity. *Clinical Obesity*. 2020;10(3).
137. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, J P et al. Risk factors of critical and mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Infection*. 2020;81(2):e16–125.
138. Alraddadi, BM, Watson JT, Almarashi A, Abedi GR, Turkistani A, Sadran M et al. Risk factors for primary Middle East respiratory syndrome coronavirus illness in humans, Saudi Arabia, 2014. *Emerging infectious diseases*. 2016;22(7):49.
139. Park J-E, Jung S, Kim A, Park J-E. MERS transmission and risk factors: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):574.
140. Kozak R, Prost K, Yip L, Williams V, Leis JA, Mubareka S. Severity of coronavirus respiratory tract infections in adults admitted to acute care in Toronto, Ontario. *Journal of Clinical Virology*. 2020;126:104338.
141. Slama K, Chiang C, Enarson D, Hassmiller K, Fanning A, Gupta P et al. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2007;11(10):1049–1061.
142. Baskaran, V, Murray RL, Hunter A, Lim WS, McKeever TM. Effect of tobacco smoking on the risk of developing community acquired pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2019; 14(7): e0220204.
143. van Zyl-Smit RN, Richards G, Leone FT. Tobacco smoking and COVID-19 infection. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020;8(7):664–665.
144. Li X, Zhong X, Wang Y, Zeng X, Luo T, Liu Q. Clinical determinants of the severity of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250602.
145. Smoking and COVID-19: scientific Brief. Geneva: World Health Organization; 2020. (English only)
146. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research*. 2020;22(9):1653–1656.
147. Gallus S, Lugo A, Gorini G. No double-edged sword and no doubt about the relation between smoking and COVID-19 severity. *European Journal of Internal Medicine*. 2020;77:33–35.

148. Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Singh Sohal S. Smoking upregulates angiotensin-converting enzyme-2 receptor: a potential adhesion site for novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(3).
149. Chen DT, Kyriakos CN. Cigarette and e-cigarettes dual users, exclusive users and COVID-19: Findings from four UK birth cohort studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(8).
150. Russo P, Bonassi S, Giacconi R, Malavolta M, Tomino C, Maggi F. COVID-19 and smoking: is nicotine the hidden link? *European Respiratory Journal*. 2020;55(6).
151. National Institute of Health. Efficacy of nicotine in preventing COVID19 infection (NICOVID-PREV). 2021.
152. Simons D, Shahab L, Brown J, Perski O. The association of smoking status with SARSCoV-2 infection, hospitalization and mortality from COVID-19: a living rapid evidence review with Bayesian meta-analyses (version 7). *Addiction*. 2021;116(6):1319–1368.
153. Haddad, C, Bou Malhab S, Sacre H Salameh P. Smoking and COVID-19: A Scoping Review. *Tob Use Insights*. 2021; 14: 1179173x21994612.
154. Horel S, Keyzer T. COVID-19: How harm-reduction advocates and the tobacco industry capitalised on the pandemic to promote nicotine. *British Medical Journal*. 2021;373.
155. Clancy L, Gallus S, Leung J, Egbe CO. Tobacco and COVID-19: understanding the science and policy implications. *Tobacco Induced Diseases*. 2020;18:1–4.
156. Fernández E Martínez C, Spain: COVID-19 prompts smoking regulation in streets and terraces. 2020.
157. El-Awa F, Fraser CP, Adib K, Hammerich A, Abdel Latif N, Fayokun R et al. The necessity of continuing to ban tobacco use in public places post-COVID-19. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;26(6):630–632.
158. Ahmedabad tackles COVID-19 transmission with ban on smokeless tobacco products and spitting in public. Geneva: World Health Organization; 2020. (English only)
159. Bhutan lifts decade long tobacco ban to prevent COVID-19 transmission. *Addiction* 2020.
160. Filby S, van der Zee K, van Walbeek C. The temporary ban on tobacco sales in South Africa: lessons for endgame strategies. *Tobacco Control*. 2021;0:1–7.
161. Berg CJ, Callanan R, Johnson TO, Schliecher NC, Sussman S, Wagener TL et al. Vape shop and consumer activity during COVID-19 non-essential business closures in the USA. *Tobacco Control*. 2020;0: 1–4.
162. Lighting up the illicit market: Smoker's responses to the cigarette sales ban in South Africa. Washington, D.C. 2020,
163. Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R et al. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. *Tobacco Control*. 2021;0:1–8.
164. Soerjomataram, I, Ginsburg O, Steinberg J, Canfell K, Hughes S, Sarich P, et al. Smoking behaviour during the COVID19 pandemic. (in press). 2021.
165. Many smokers used lockdown to quit. In: Eyewitness News [website] (<https://ewn.co.za/2020/06/08/many-smokers-usedlockdown-to-quit-surveys>, accessed 17 July 2021).
166. Zatonski M, Gilmore A Hird T, The two faces of the tobacco industry during the COVID-19 pandemic, in *Tobacco Control*. 2020.
167. Big tobacco is exploiting COVID-19 to market its harmful products. In: Campaign for Tobacco-Free Kids [website]. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2021 (https://www.tobaccofreekids.org/media/2020/2020_05_covid-marketing, accessed 3 July 2021)
168. STOP: A Global Tobacco Industry Watchdog. 2021 04/04/2021; Available from: <https://tobaccotactics.org/wiki/covid-19/>
169. 2008年世界卫生组织全球烟草流行报告: MPOWER系列政策。日内瓦: 世界卫生组织; 2008年。
170. 2009年世界卫生组织全球烟草流行报告: 落实无烟环境。日内瓦: 世界卫生组织; 2009年。
171. MPOWER: 扭转烟草流行系列政策。日内瓦: 世界卫生组织; 2008年。
172. Tajikistan STEPS Survey <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/270>
173. China Report on Health hazards of Smoking 2020, National Health Commission, Beijing, People's Medical Publishing House, 2021.4
174. WHO Framework Convention on Tobacco Control, Guidelines for implementation: Article 5.3, Article 8, Articles 9 and 10, Article 11, Article 12, Article 13, Article 14. Geneva: World Health Organization; 2013
175. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta: C.f.D.C.a.P. U.S. Department of Health and Human Services, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2006, <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/fullreport.pdf>
176. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2004.
177. Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, Palmer JR, Hammond SK, Salmon AG et al. Active smoking and secondhand smoke increase breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). *Tobacco Control*. 2011;20(7).
178. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J et al. Secondhand smoke exposure among women and children: Evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health*. 2008;98(4):672–679.
179. Fantuzzi, G, Aggazzotti G, Righi E, Facchinetti F, Bertucci E, Kanitz S, et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2007; 21(3): 194–200.
180. Fantuzzi G, Vaccaro V, Aggazzotti G, Righi E, Kanitz S, Barbone F et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2008;21(9):643–647.
181. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*. 1997;52(11):1003–1009.
182. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *British Medical Journal*. 1996;52:22–34.
183. Gilbert SG, Miller E, Martin J, Abulafia L. Scientific and policy statements on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2010;35(2):121–128.
184. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;127(4):734–741.
185. Hone T, Szklo A, Filippidis FT, Lavery AA, Satamini I, Been JV. Smokefree legislation and neonatal and infant mortality in Brazil: longitudinal quasi-experimental study. *Tobacco Control*. 2020;29(3):312–9.
186. Cains T, Cannata S, Poulos R, Ferson MJ, Stewart BW. Designated “no smoking” areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*. 2004;13(1):17–22.
187. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K et al. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(2):194.
188. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*. 2005;14(6):384–388.

189. Gan Q, Hammond SK, Jiang Y, Yang Y, Hu TW. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in China. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(5):570–575.
190. Centers for Disease Control and Prevention. Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2007;56(28):705–708.
191. CDC's Office on Smoking Health. Smoking and Tobacco Use; Fact Sheet; Smoke-Free Policies Reduce Smoking. 2018 2018-05-09T03:15:40Z [cited 2018 Oct 26]; Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/reduce_smoking/index.htm.
192. Cheng KW, Glantz SA, Lightwood JM. Association between smokefree laws and voluntary smokefree-home rules. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;41(6):566–572.
193. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*. 1997;92(11):1427–35.
194. Smoking in the home: attitudes and perceptions and the impact of the 2004 Irish smoking ban. Castlebar, County Mayo: Health Service Executive West; 2006 (<https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/44864/6524.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 3 July 2021).
195. Campaign for Tobacco-Free Kids [website]. Smoke-free laws encourage smokers to quit and discourage youth from starting. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2018 (<https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0198.pdf>, accessed 3 July 2021).
196. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Volume 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2009 (<http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Evaluating-The-Effectiveness-Of-Smoke-free-Policies-2009>, accessed 3 July 2021).
197. Campaign for Tobacco-Free Kids [website]. Smoke-free laws do not harm business at restaurants and bars. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2018 (<https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0144.pdf>, accessed 3 July 2021).
198. The economics of tobacco and tobacco control. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization 2016 (<https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>, accessed 3 July 2021). (English only)
199. Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A et al. 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*. 2006;15:51–58.
200. IHME. GBD. 2019.[website]
201. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: P.H.S. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, and Office on Smoking and Health; 1990 (<https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/nn/catalog.nlm.nih.gov/nlmuid/101584932X37-doc>, accessed 3 July 2021).
202. Upspring WW, DiFranza JR. The loss of autonomy over smoking in relation to lifetime cigarette consumption. *Addictive Behaviors*. 2010;35(1):14–18.
203. Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR et al. Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *The American Psychologist*. 1989;44(11):1355–65.
204. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2013;12(8):CD002850.
205. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2016(3):CD008286.
206. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone - based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;10:4(4):CD006611.
207. An evaluation of the 'Tuku Ifi Leva 2017' antitobacco mass media campaign in the Kingdom of Tonga: Phase 2 Campaign. Sydney 2018
208. Tonga STEPS Survey. Geneva: World Health Organization; 2017 (English only)
209. Jordan STEPS Survey. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.moh.gov.jo/Echobusv3.0/SystemAssets/6209a77f-3767-4c00-a1a0-262e082b9a3c.pdf>, accessed 17 July 2021). (English only)
210. Chapman, S Liberman J. Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. *Tobacco Control*. 2005;14:II8–II13.
211. Kozlowski LT, Edwards BQ. "Not safe" is not enough: smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product. *Tobacco Control*. 2005;14 Suppl 2:ii3–7.
211. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Report on the twenty-second, twenty-third and twenty-fourth sessions, Supplement no. 2. New York and Geneva: United Nations; 2001.
212. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Report on the twenty-second, twenty-third and twenty-fourth sessions, Supplement no. 2. New York and Geneva: United Nations; 2001
213. Fathelrahman AI, Omar M, Awang R, Borland R, Fong GT, Hammond D et al. Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy. *Nicotine and Tobacco Research*. 2009;11(3):248–53.
214. Ngo A, Cheng KW, Shang C, Huang J, Chaloupka FJ. Global evidence on the association between cigarette graphic warning labels and cigarette smoking prevalence and consumption. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(3).
215. Li Z, Elton-Marshall T, Fong GT, Quah ACK, Feng G, Jiang Y et al. Noticing cigarette health warnings and support for new health warnings among non-smokers in China: findings from the International Tobacco Control project (ITC) China survey. *BMC Public Health*. 2017;17(1):476.
216. Kamyab K, Nonnemaker JM, Farrelly MC. Public support for graphic health warning labels in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015;48(1):89–92.
217. International Tobacco Control Policy Evaluation, P, FCTC Article 11: tobacco warning labels, in Evidence and recommendations from the ITC project. Waterloo, Ontario: ITC; 2009.
218. Lempert LK, Glantz S. Packaging colour research by tobacco companies: the pack as a product characteristic. *Tobacco Control*. 2017;26(3):307–315.
219. Yong HH, Borland R, Cummings KM, Lindblom EN, Li L, Bansal-Travers M et al. US smokers' beliefs, experiences and perceptions of different cigarette variants before and after the FSPTCA ban on misleading descriptors such as "light", "mild", or "low". *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(11):2115–2123.
220. Falcone M, Bansal-Travers M, Sanborn PM, Tang KZ, Strasser AA. Awareness of FDA-mandated cigarette packaging changes among smokers of "light" cigarettes. *Health Education Research*. 2015;30(7):81–6.
221. Borland R, Wilson N, Fong GT, Hammond D, Cummings KM, Yong HH et al. Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. *Tobacco Control*. 2009;18(5):358–64.

222. Kowitz SD, Noar SM, Ranney LM, Goldstein AO. Public attitudes toward larger cigarette pack warnings: Results from a nationally representative U.S. sample. *PLoS One*. 2017.
223. Noar SM, Hall MG, Francis DB, Ribisl KM, Pepper JK, Brewer NT. Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies. *Tobacco Control*. 2016;25(3):341-54.
224. Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. *Tobacco Control*. 2011;20:327-337.
225. Francis DB, Mason N, Ross JC, Noar SM. Impact of tobacco-pack pictorial warnings on youth and young adults: a systematic review of experimental studies. *Tobacco Induced Diseases*. 2019;17(41).
226. Strahan E, White K, Fong G, Fabrigar L, Zanna M, Cameron R. Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective. *Tobacco Control*. 2002;11(3):183-90.
227. Noar SM, Francis DB, Bridges C, Sontag JM, Ribisl KM, Brewer NT. The impact of strengthening cigarette pack warnings: systematic review of longitudinal observational studies. *Social Science and Medicine*. 2016;164:118-129.
228. Centers for Disease Control, Satuw. Current cigarette smoking among adults in the United States. . 2020 [cited 2021 accessed 9 June 2021]; Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm.
229. Turk T, Chaturvedi P, Murukutla N, Mallik V, Sinha P, Mullin S. Raw and real: an innovative communication approach to smokeless tobacco control messaging in low- and middle-income countries. *Tobacco Control*. 2017;26(4):476-481.
230. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000 (https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/complete_report/pdfs/fullreport.pdf, accessed 3 July 2021).
231. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2008 (https://www.javeriana.edu.co/documents/245769/3062153/rol_de_los_medios_tabaquismo_ingles.pdf/8c41a392-dc0b-4b38-b4ef-870053747054, accessed 3 July 2021).
232. Siegel M. Mass media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. *Annals of Internal Medicine*. 1998;129(2):128-132.
233. McAfee T, Davis K, Alexander RL Jr, Pechacek TF, Bunnell R. Effect of the first federally funded US antismoking national media campaign. *Lancet*. 2013;382:2003-2011.
234. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco Control*. 2012;21:127-138.
235. Dunlop SM, Wakefield M, Kashima Y. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *Journal of Health Communication*. 2008;13:250-266.
236. Bala MM, Lukasz S, Topor-Madry R, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Systematic Review*. 2013;6(CD004704).
237. Haghpahan H, Mackay D, Pell JP, Bell D, Langley T, Haw S. The impact of TV mass media campaigns on calls to a national quitline and the use of prescribed nicotine replacement therapy: a structural vector autoregression analysis. *Addiction*. 2017;112(7):1229-1237.
238. Murukutla N, Bayly M, Mullin S, Cotter T, Wakefield M. Team IA-SARS. Male smoker and non-smoker responses to television advertisements on the harms of secondhand smoke in China, India and Russia. *Health Education Research*. 2015;30(1):24-34.
239. Bafunno D, Catino A, Lamorgese V, Del Bene G, Longo V, Montrone M et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *Journal of Thoracic Disease*. 2020; 12(7): 3844-3856.
240. DiFranza, JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ Winickoff JP. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics*. 2006; 117(6):e1237-48.
241. Lovato, C, Watts A Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(10): Cd003439.
242. Lee, S, Ling PM Glantz SA. The vector of the tobacco epidemic: tobacco industry practices in low- and middle-income countries. *Cancer Causes Control*. 2012; 23 Suppl 1: 117-29.
243. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44342/9789241599511_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 4 July 2021). (English only)
244. Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR, Winickoff JP. The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: a meta-analysis. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 2006;160(12):1285-96.
245. Centers for Disease Control and Prevention. Decline in smoking prevalence – New York City. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2007;56(24):604-8.
246. Henriksen, L. Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. 2012.
247. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*. 2000;19(6): 1117-37.
248. Kasza KA, Hyland AJ, Brown A, Siahpush M, Yong H-H, McNeill AD et al. The effectiveness of tobacco marketing regulations on reducing smokers' exposure to advertising and promotion: findings from the international Tobacco Control (ITC) four-country survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(2):321-340.
249. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *Journal of Health Economics*. 2008;27(4):930-942.
250. The tobacco industry and the health risks of smoking. Second report. In: www.parliament.uk [website]. London: UK Parliament; 2000 (<https://publications.parliament.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2707.htm>, accessed 4 July 2021).
251. 世界卫生组织烟草控制基础手册。日内瓦: 世界卫生组织; 2018年。
252. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: *Tobacco control in developing countries*, Jha P, Chaloupka FJ, Eds. Oxford: Oxford University Press; 2000.
253. 第13条(烟草广告、促销和赞助)实施准则。世界卫生组织烟草控制框架公约。日内瓦: 世界卫生组织; 2008年。
254. Cohen JE, Planinac L, Lavack A, Robinson D, O' Connor S, DiNardo J. Changes in retail tobacco promotions in a cohort of stores before, during, and after a tobacco product display ban. *American Journal of Public Health*. 2011;101(10):1879-81.
255. Carter OB, Phan T, Mills BW. Impact of a point-of-sale tobacco display ban on smokers' spontaneous purchases: comparisons from post-purchase interviews before and after the ban in Western Australia. *Tobacco Control*. 2015;24(e1):e81-6.
256. Lee JGL, Henriksen L, Myers AE, Dauphinee AL, Ribisl KM. A systematic review of store audit methods for assessing tobacco marketing and products at the point of sale. *Tobacco Control*. 2014; 23(2):98.
257. Robertson L, Cameron C, McGee R, Marsh L, Hoek J. Point-of-sale tobacco promotion and youth smoking: a meta-analysis. *Tobacco Control*. 25. 10.1136/tobaccocontrol-2015-052586.
258. Spanopoulos D, Britton J, McNeill A, Ratschen E, Szatkowski L. Tobacco display and brand communication at the point of sale: implications for adolescent smoking behaviour. *Tobacco Control*. 2014;23:64-69.

259. Fooks GJ, Gilmore AB, Smith KE, Collin J, Holden C, Lee K. Corporate social responsibility and access to policy elites: an analysis of tobacco industry documents. *PLoS Med.* 2011; 8(8):e1001076.
260. Ribisl KM, Jo C. Tobacco control is losing ground in the Web 2.0 era: invited commentary. *Tobacco Control.* 2012;21(2):145–146.
261. Campaign for Tobacco-Free Kids, American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Cancer Society Cancer Action Network, American Heart Association, American Lung Association, et al., Request for Investigative and Enforcement Action to Stop Deceptive Advertising Online. 2018.
262. Freeman B. New media and tobacco control. *Tobacco Control.* 2012;21:139–144.
263. Texting, social networking popular worldwide. In: Pew Research Center [website]. 2012 (<http://www.pewglobal.org/2011/12/20/global-digital-communication-texting-social-networking-popular-worldwide>, accessed 4 July 2021).
264. Social networking popular across globe. In: Pew Research Center 2012 [website] (<http://www.pewglobal.org/2012/12/12/social-networking-popular-across-globe>.webcite, accessed 4 July 2021).
265. Venezuela, Global Youth Tobacco Survey 2019
266. Task force on fiscal policy for health. Health taxes to save lives: employing effective excise taxes on tobacco, alcohol, and sugary beverages. New York, NY: Bloomberg Philanthropies; 2019.
267. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction.pdf, accessed 4 July 2021). (English only)
268. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Volume 14: Effectiveness of tax and price policies for tobacco control. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2011 (https://publications.iarc.fr/_publications/media/download/4018/05229a5e57f58b0bf51364dd0f-3329d45c898839.pdf, accessed 4 July 2021).
269. 预防和控制非传染性疾病：“最合算措施”以及其它推荐干预措施。日内瓦：世界卫生组织；2017年 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1>, 2021年7月4日访问)。
270. 用较少资金挽救更多生命：对非传染性疾病战略性应对。日内瓦：世界卫生组织；2018年 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?ua=1>, 2021年7月4日访问)。
271. Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries. Geneva: World Health Organization 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206007/9789241510424_eng.pdf, accessed 4 July 2021). (English only)
272. Sin tax reform in the Philippines: transforming public finance, health, and governance for more inclusive development. Washington, DC: World Bank Group; 2016 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/638391468480878595/pdf/106777-PUB-PUBLIC-PUBDATE-7-26-2016.pdf>, accessed 4 July 2021) (English only)
273. Tobacco price and taxation: ITC cross-country comparison report. Waterloo, Canada: International Tobacco Control; 2012
274. Fiscal policy: how to design and enforce tobacco excises? Washington, DC: International Monetary Fund Fiscal Affairs Department; 2016 (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/howtonotes/2016/howtonote1603.pdf>) (English only)
275. Confronting illicit tobacco trade: a global review of country experiences. Washington, DC: The World Bank; 2019 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/677451548260528135/Confronting-Illicit-Tobacco-Trade-a-Global-Review-of-Country-Experiences>, accessed 4 July 2021) (English only)
276. Reddy KS, Yadav A, Arora M, Nazar GP. Integrating tobacco control into health and development agendas. *Tobacco Control.* 2012;21:281–286.
277. Tobacco use: equity and social determinants. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, accessed 4 July 2021) (English only)



技术说明

- 技术说明一： 现有政策和合规评价
技术说明二： 世卫组织会员国的吸烟流行率
技术说明三： 世卫组织会员国的烟草税

附件

- 附件一： MPOWER措施区域摘要
附件二： 电子尼古丁传送系统
附件三： 选定烟草控制措施达到最高实现水平的年份
附件四： 世界最大100个城市在选定的最高实现水平烟草控制措施方面的状况
附件五： 《世卫组织烟草控制框架公约》和《消除烟草制品非法贸易议定书》现状

网络附件

- 网络附件六： 全球烟草控制政策数据
网络附件七： 国家概况
网络附件八： 烟草税收
网络附件九： 烟草税、价格和可负担性
网络附件十： 2019年烟草使用的年龄标准化流行率估计
网络附件十一： 国家提供的流行数据
网络附件十二： 全球烟草控制政策数据地图

COVID-19 和世卫组织 2021 年全球烟草流行报告

2021年世卫组织全球烟草流行报告需要数百名公共卫生专家的协调投入。因此，注意到制作本报告所面临的独特的局限性是非常重要的。在数据收集和验证期间，许多国家级烟草控制联络点面临着重大的能力挑战，因为他们必须承担额外的COVID-19应对职能，因此可能会遗漏一些有价值的信息或对我们分析的改进。

我们还注意到，将最新数据与前几年进行比较将需要考虑到2020年的特殊情况，这些情况既在某些方面加快了控烟进程，又在其他方面延缓了进程。例如，在此期间，一些国家设法加强了其烟草控制立法。分

析每个国家的独特背景超出了本报告的范围。

我们想借此机会感谢所有提供宝贵时间和资源以确保本报告能够按时发布的人。报告中涉及的许多人直接遭受了COVID-19的影响，在这个困难时期不得不照顾家人或朋友，并且/或者失去了所爱的人。

我们将这份报告献给在COVID-19中我们失去的所有人。

现有政策和合规评价

本报告提供了每个 MPOWER 措施的国家实现水平摘要指标，本技术说明中描述了用于计算每个指标的方法。为确保一致性和可比性，本报告中使用的数据收集和分析方法主要基于报告的前几版。不过，为本报告之目的，之前的各报告所采用方法的一些细节已进行了修改和加强。在进行修改之处，对以前报告中的数据进行了重新分析，以便结果在不同年份之间具有可比性。本版报告首次包含了关于 ENDS 和 ENNDS 的数据，因此在技术说明中增加了用于与这些产品相关的数据的方法

数据来源

使用以下来源收集数据：

- 对于所有领域：《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方提交给缔约方会议 (COP) 的正式报告及所附文件1。
- 对于M（监测）：未在 COP 报告机制下报告的烟草流行率调查主要通过世卫组织区域和世卫组织国家办事处收集。《技术说明二》提供更多细节。
- 对于P（保护人们远离烟草烟雾）、W（警告烟草的危害）和 E（强制禁止烟草广告、促销和赞助）：所有成员采用的与无烟环境、包装和标签措施以及烟草广告、促销和赞助有关的原始烟草控制

立法（包括法规）。烟草控制法律法规以及产品法规也是 ENDS和ENNDS 的数据来源。如果某项法律在2020年12月31日之前已通过但尚未生效，则对相应法律进行评估并报告数据，并用星号表示“2020年12月31日之前已通过但未实施的规定”。在法律已经通过但尚未实施法规的情况下，报告的数据带有星号“法规待定”。

- 对于W（大众媒体）：反烟草大众媒体活动的数据是从会员国获得的。为避免不必要的数据收集，世卫组织在所有世卫组织国家办事处对反烟草大众媒体宣传行动进行了筛查。在确定了可能具有符合条件的大众媒体宣传行动的国家，联系了每个国家的联络点以获取有关这些媒体宣传行动的更多信息，并收集和系统记录了符合条件的宣传活动的数据。
- 对于O（提供戒烟帮助）：未在 COP 报告机制下报告的数据主要通过世卫组织区域和世卫组织国家办事处收集。
- 对于R（提高烟草税）：通过区域数据收集机构收集销量最高的卷烟品牌、最便宜品牌和溢价品牌的价格。从财政部收集有关卷烟税收（以及可能的情况下，最常用的其他有烟和无烟烟草制品）和烟草税收收入的信息。技术说明三提供了所使用的详细方法。

根据这些信息来源，世卫组织评估了截至2020年12月31日的每项指标。该截止日期的例外情况是烟草制品价格和税收（截止日期为2020年7月31日）和反烟草大众媒体宣传行动（截止日期为2020年6月30日）。

数据验证

对于每个国家，来自于立法的每个数据点都由来自两个不同世卫组织办事处的两位专家人员评估，通常一位来自世卫组织总部，另一位来自各自的世卫组织区域办事处。任何不一致之处都由所涉及的两位世卫组织专家人员进行审查，如有需要，由尚未参与此立法评估的第三位专家人员进行审查。

立法解释上的分歧通过以下方式解决：(i) 检查立法的原始文本；(ii) 试图从参与数据收集的两位专家处获得共识；(iii) 试图从有关国家的法官或律师处获得澄清；(iv) 在分歧仍然存在的情况下，第三位专家的决定。此外还检查了数据的完整性和变量之间的逻辑一致性。

数据签发

每个国家最终、经过验证的数据被发送给各自政府进行审查和签核。为便于政府审查，为每个国家生成了一份汇总表，并在报

告数据库关闭前送交审查。在国家当局要求更改数据的情况下，世卫组织专家工作人员根据法律/材料和国家当局提供的澄清对这些要求进行评估，然后更新数据或保持不变。如果国家当局明确不同意数据评估，则在附件表格中具体注明。关于数据处理程序的更多细节可从WHO获得。每个国家最终、经过验证的数据被发送给各自政府进行审查和签核。为便于政府审查，为每个国家生成了一份汇总表，并在报告数据库关闭前送交审查。在国家当局要求更改数据的情况下，世卫组织专家工作人员根据法律/材料和国家当局提供的澄清对这些要求进行评估，然后更新数据或保持不变。如果国家当局明确不同意数据评估，则在附件表格中具体注明。关于数据处理程序的更多细节可从WHO获得。

数据分析

需要注意的是，有关法律的数据反映了2020年12月31日之前通过的立法的状态，这样的立法具有规定的生效日期，并且没有受到可能影响实施日期的法律挑战。2020年12月31日之前尚未生效的法律数据则有脚注说明。为世卫组织2021年全球烟草流行报告制定的汇总措施与2019年报告使用的措施相同。

报告使用对各措施年度状况的最新评估，对2018年至2020年以及2007年至2020年期间取得的进展进行了分析，以便结果在不同年份之间具有可比性。对于R，最早的可比数据是2008年数据，而对于大众媒体，只能获得从2010

年开始的数据。为了计算每项政策或措施随时间的变化所覆盖的人口百分比，使用了2019年的人口估计数2。在衡量随时间的变化时，使用静态年份可以消除人口增长的影响。根据相关报告评估期后收到的

立法/材料或根据指标方法的变化，重新计算了前几年的指标。本报告中使用的所有收入组均来自世界银行2020年7月1日发布的收入组分类3。本报告将中高收入和中低收入群体合并为一组。

当本报告的分析部分集体提及MPOWER措施的国家或人口总数时，这些总数仅包括烟草控制政策（无烟立法、戒烟服务、警告标签、广告、促销和赞助禁令和烟草税）的实施。

烟草使用监测和反烟草大众媒体宣传行动分别报告。

对之前发布数据的校正

回顾了上次报告中发布的2018年数据，并校正了约3%的数据点。可在世卫组织全球卫生观察站网址<https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/tobacco-control>获得2007年以来的所有年份经校正的全套MPOWER数据。

监测烟草使用和预防政策

国家烟草监测系统的力量通过国家内有代表性的全国青少年和成人调查的频率和定期性来评估。当青少年和成人调查均满足以下列出的所有标准时，国家就被归入最高的监测类别

- 近期是否开展过调查；
- 该调查是否能代表全国人口；
- 是否在5年内重复进行了类似调查（定期）；和
- 是否分别通过以学校为基础的调查及以家庭人口为基础的调查来调查青少年和成人人群。

如调查是在过去5年内进行的，则视为最近进行的调查。就本报告而言，这意味着2015年或更晚。只有采用科学的随机抽样方法以确保全国代表性结果，调查才被认为具有代表性。（尽管它们提供了有用的信息，次国家级调查或特定人群的国家调查提供的信息不足以面向总人口采取烟草控制行动。）如果每5年至少进行一次相同的调查或使用相同或类似问题进行调查，则调查被视为是周期性的调查。下列定义适用于青少年和成人调查：

青少年调查：对13-15岁或其他年龄段学生在中学阶段进行的以学校为基础的调查。调查中提出的问题应提供与“全球青少年烟草调查”问卷和手册中所规定的指标一致的指标。

成人调查：以人群为基础的调查可以认为15岁及以上的成年人（或其他年龄范围，从15岁左右开始，包括15岁以上的人）提供与“全球成人烟草调查”问卷和手册中所规定的指标一致的指标。

监测指标的分组如下所示

	无已知数据或无近期*数据，或数据并非同为近期*和具有代表性**
	具有来自成人或青少年的近期*和代表性**数据
	具有来自成人和青少年的近期*和代表性**数据
	具有来自成人和青少年的近期*、代表性**和定期***数据

* 数据来自2015年或更晚。
** 调查样本代表全国人口。
*** 至少每5年收集一次。

由于在 COVID-19 大流行期间进行以人群或以学校为基础的全国调查存在困难，因此在上一份

无烟立法

有很多地方和机构可以通过法律实现无烟。可以在国家或次国家级制定无烟立法。本报告包括基于国家立法的数据，以及可获得的、国家级法律不完整之处次国家级辖区的立法数据。如ISO 3166所示，对次国家级无烟立法的评估包括一个国家的一级行政部门。附件六所报告的次国家级数据仅反映次国家级法律的内容。次国家级数据旁边的信息备注说明了由国家级立法所覆盖的规定。在一些或所有次国家级司法辖区没有报告无烟立法状态的情况下，我们假定适用现有的国家法律。评估立法以确定无烟法律是否规定在以下八个地方的所有设施内，在所有时间都是完全4的室内无烟环境：

- 医疗卫生机构；
- 大学以外的教育机构；
- 大学；
- 政府机构；
- 未在任何其他类别考虑的室内办公室和工作场所；
- 主要提供食品的餐馆或设施；
- 咖啡店、小酒馆和酒吧或主要提供饮料的设施；
- 公共交通。

无烟立法指标的分组基于完全禁止室内吸烟的场所数量。在国家级没有完全禁烟令、但至少90%的人口都得到了次国家级无烟法律覆盖的国家被归入最高类。

	未报告/未归类
	完全没有禁烟令，或最多两个公共场所完全无烟
	三到五个公共场所完全无烟
	六至七个公共场所完全无烟
	所有公共场所完全无烟（或至少90%的人口被完全无烟的次国家级立法所覆盖）

除了用于上述无烟立法指标分组的数据外，还收集了其他相关数据，如罚款和执法情况，并在附件六中报告。

一些国家的无烟法律允许在某些公共场所和工作场所提供指定吸烟室（DSRs）的例外情况。这被报告为“否”。对于根据“非常严格的技术要求”允许DSRs的少数国家，这在附件表中报告为星号而不是“是”。如果允许DSRs，但立法中缺少或未提及非常严格的要求，则报告为“否”。无烟法律的分组将星号视为“否”，因为允许任何形式的DSRs的法律无法提供完全的保护。

烟草依赖的治疗

烟草依赖治疗的实现指标基于该国是否具有：

- 尼古丁替代疗法（NRT）；
- 戒烟支持；
- 上述任何一项的报销；
- 国家免费戒烟热线。

尽管戒烟热线的成本很低，只有非常少的

低收入或中等收入国家实施了此类方案。因此，国家免费戒烟热线仅作为最高类别的入组资格包括在内。考虑到许多低收入国家有限的国家预算，只在最高的两类中考虑烟草依赖治疗的报销。

最高的前三类反映了政府对提供尼古丁替代疗法和戒烟支持的不同的承诺程度。

烟草依赖治疗指标的分组如下。

	数据未报告
	无
	NRT*和/或一些戒烟服务**（不覆盖成本）
	NRT*和/或一些戒烟服务**（至少覆盖一项成本）
	国家戒烟热线，以及NRT*和/或一些戒烟服务**（覆盖成本）

* 尼古丁替代疗法。
** 下列任何地方提供戒烟支持：健康诊所或其他初级保健设施、医院、卫生专业人员办公室、社区或其他场所。

除了用于烟草依赖治疗指标分组的数据外，还收集了其他相关数据，如国家基本药物清单信息等，并在附件六中报告。

烟草包装上的警示标签

报告中对各国的健康警示立法进行评价的部分包括了卷烟包装上的下列警告信息：

- 是否强制要求提供特定的健康警示；
- 在卷烟包装的正面和背面，规定的警示尺寸所占的百分比；
- 这些警示是否出现在单个包装及零售时使用的任何外包装及标签上；
- 这些警示是否描述了烟草使用对健康的具体危害影响；

- 警示是否尺寸大、清晰、可见及易读（例如规定具体的颜色、字体样式及大小）；
- 警示是否轮换；
- 警示是否用该国的（所有）主要语言书写；
- 警示是否包括图片或象形图。

计算卷烟包装正面及背面的警示尺寸的平均值，以计算警示所覆盖的总包装面积的百分比。将此信息与警示特征相结合，以建立健康警示指标的分组。

健康警示指标的分组如下所示。

	数据未报告。
	无警示或警示尺寸小 ¹
	中型警示 ² ，但缺少一些 ³ 或许多 ⁴ 适当的特点 ⁵ ，或大型警示 ⁶ ，但缺少许多 ⁴ 适当的特点 ⁵
	中型警示 ² ，具有一切适当特点 ⁵ ，或大型警示 ⁶ ，但缺少一些 ³ 适当的特点 ⁵
	具有一切适当特点 ⁵ 的大型警示 ⁶

¹ 包装正面和背面平均不超过30%。

² 包装正面和背面平均在30 - 49%之间。

³ 1至3个。

⁴ 4个或更多。

⁵ 适当特点：

- 规定了特定的健康警示；
- 出现在单个包装上，以及零售中使用的任何外包装和标签上；
- 描述烟草使用对健康的特定有害影响；
- 是否尺寸大、清晰、可见和易读(例如规定具体的颜色、字体风格和尺寸)；
- 轮换；
- 包括图片或象形图；
- 用该国(所有)主要语言书写。

⁶ 包装正面和背面平均至少是50%。

除了用于健康警示指标分组的卷烟数据，也收集了关于其他有烟烟草制品和无烟烟草制品的数据，以及其他诸如出现戒烟热线号码、要求无装饰包装等相关数据，在附件六中报告。

《世卫组织烟草控制框架公约》第11条指导方针将无装饰包装（也称为标准化包装）定义为一种措施，“除以标准颜色和字体显示品牌名称和产品名称外，限制或禁止在包装上使用其他标识、颜色、品牌形象或推销文字”。为了在本报告中出现为已采用无装饰包装的国家，应有一部法律和实施规则要求下列标准（由《世卫组织烟草控制框架公约》第13条实施准则确定）：

- 黑白两色或国家当局规定的其他两种反差颜色；
- 包装上只有品牌名称、产品名称和/或制造商的名称、联系方式和制品数量，除健康警语、税标志和其他政府授权的信息或标记外，没有任何标识或其他特点；
- 关于上述要素规定的字体和尺寸；
- 标准形状、尺寸和材料；
- 烟盒内或烟盒上亦或单支香烟或其他烟草制品上不应含有任何广告或促销材料。

有法律要求无装饰包装但尚未采用实施法规或条例的国家，将不会被报告为已引入无装饰包装，但将在报告中添加脚注“法规待定”。有些国家已通过法律要求具有健康警示，但尚未出台法令、法则、条例等发布适当的文本和/或图像，情况也是如此。

反烟草大众媒体宣传行动

各国开展宣传活动的原因有很多，包括改善公共关系、引起对某一问题的关注、为公共政策提供支持以及促使行为改变。反烟草宣传行动是一项核心的烟草控制干预措施，必须具有特定的特点，才能至少发挥效果：它们必须有足够的持续时间，并且必须旨在有效支持烟草控制的优先事项，包括增加知识、改变社会规范、促进戒烟、防止开始使用烟草，以及增加对良好烟草控制政策的支持。

考虑到这一点，并与上一份报告中关于“反烟草大众媒体宣传行动”的定义保持一致，只有符合下列标准的大众媒体宣传行动才被认为适合分析：(i)旨在支持烟草控制；(ii)至少持续3周和(iii)在2018年7月1日至2020年6月30日期间实施。为了保证后勤的可行性和国家间的可比性，只有国家一级的宣传行动被认为是合适的。与上一份报告保持一致并为了提高准确性，所有国家必须根据合格标准提交和核实宣传活动的材料。

根据以下特点对合格的宣传活动进行了评估，表明采用了全面的宣传方法：

1. 该宣传行动是全面烟草控制方案的一部分。
2. 在宣传行动开始前，进行了研究或审查，以获得对目标受众的全面了解。
3. 行动宣传材料经过目标受众的预先测试，并根据宣传行动目标进行了完善。
4. 播放时间（广播，电视）和/或投放（广告牌，平面广告，等等）通过使用组织自身的内部资源或外部媒体策划者或

代理机构进行购买或获得（该信息表明该宣传行动是否采用了全面的媒体规划和购买过程，以有效和高效地达到目标受众）。

- 5. 执行机构与记者合作，为该宣传行动获得宣传或新闻报道。
- 6. 进行了过程评价，以评估该宣传行动的有效实施情况
- 7. 实施了结果评价程序，以评估宣传行动的影响。
- 8. 该宣传行动已在电视和/或电台播出。

大众传媒宣传行动指标的分组如下。

	数据未报告
	2018年7月至2020年6月期间没有开展为期至少三周的全国性宣传行动
	以1-4个适当特点实施的全国性宣传行动
	以5-6个适当特点实施的全国性宣传行动，或7个特点实施的全国性宣传行动（不包括在电视和/或电台上播放）
	以至少七个适当特点（包括在电视和/或电台播放）实施的全国性宣传行动

广告、促销和赞助禁令

本报告包括国家和国家以下司法辖区的立法数据。对广告、促销和赞助禁令的次

国家级立法的评估包括ISO3166所列的一级行政部门。附件六所报告的次国家级数据仅反映次国家级法律的内容。次国家级数据旁边的备注说明了国家立法覆盖的规定。在一些或所有次国家级司法辖区没有报告广告、促销和赞助立法状况的情况下，我们假定适用现有的国家法律。

国家一级在烟草广告、促销和赞助禁令方面达到的实现水平根据禁令是否覆盖下列广告类型来评估：

- 国家级电视和广播；
- 地方杂志和报纸；
- 广告牌和户外广告；
- 销售点（室内）；
- 以邮寄或其他方式免费分发烟草制品；
- 促销折扣；
- 标有烟草品牌名称的非烟草制品（品牌延伸）；5
- 用于烟草制品的非烟草制品品牌名称（品牌共享）；6
- 在电视和/或电影中出现烟草品牌（产品植入）或烟草制品；
- 赞助（捐款和/或捐款的宣传）。

前四种类型的广告被称为“直接”广告，其余六种被称为“间接”广告。全面禁止烟草广告、促销和赞助通常从禁止在国家媒体上直接做广告开始，再到禁止间接广告以及促销和赞助。

最低的两个组的基本区别是，禁令是否覆盖全国性的电视、广播和印刷媒体，其余各组则是根据法律对问卷中包括的其他形

式的直接和间接广告的禁令的全面程度而完成分组的。在法律没有明确针对跨境广告的情况下，有关的解读是，只有在国家一级完全禁止广告的情况下，该禁令才覆盖国内和国际广告。

广告、促销和赞助禁令指标的分组如下。完全禁止烟草广告、促销和赞助的次国家级立法覆盖了至少90%人口的国家被归入最高类别。

	数据未报告
	完全没有禁令，或者禁令不包括国家级电视、广播和印刷媒体
	只有全国性电视、广播和印刷媒体上的禁令
	有全国性电视、广播和印刷媒体禁令，以及一些（但不是所有）其他形式的直接*和/或间接**广告禁令
	禁止所有形式的直接*和间接**广告（或至少90%的人口被全面的次国家级立法烟草广告、促销和赞助禁令覆盖）

* 直接广告禁令：

- 国家级电视和广播；
- 本地杂志和报纸；
- 广告牌和户外广告；
- 销售点（室内）。

** 间接广告禁令：

- 以邮寄或其他方式免费分发烟草制品；
- 促销折扣；
- 标有烟草品牌名称的非烟草制品（品牌延伸）；
- 用于烟草制品的非烟草制品品牌名称（品牌共享）；
- 在电视和/或电影中出现烟草品牌（产品植入）或烟草制品；
- 赞助（捐款和/或捐款的宣传）。

除了用于广告、促销和赞助禁令指标分组的数据，也收集了其他诸如互联网销售禁令或销售点烟草制品展示等相关数据，并在附件六中报告。

烟草税

根据全部烟草税在最受欢迎卷烟品牌20支盒装零售价中所占的百分比对各国进行分组。评估的税收包括消费税、增值税(或销售税)、进口税(进口卷烟)和任何征收的其他税收。

在根据卷烟长度、生产数量或种类（例如过滤嘴与非过滤嘴）对卷烟征收不同税率水平的国家，在计算中只使用了应用于最受欢迎品牌的税率。

由于缺乏关于特定国家和品牌的零售商和批发商的利润率的信息，他们的利润被假定为零（除非由国家数据收集者提供）。

烟草税指标的分组如下。详情请参阅技术说明三。

	数据未报告
	卷烟税25%零售价
	25%零售价≤卷烟税50%零售价
	50%零售价≤卷烟税75%零售价
	卷烟税≥75%零售价

最畅销卷烟品牌的可负担性趋势

香烟的可负担性是根据本报告从2010年至今每年购买2000支最受欢迎品牌卷烟所需的人均GDP百分比来计算的。通过对可负担性测度的对数值拟合线性回归趋势线，计算可负担性的最小二乘年增长率。

可负担性指标的分组列在下栏顶部。详情请参阅技术说明三。

是	卷烟更难以负担 – 平均而言，从2010年到2020年购买2000支最畅销品牌卷烟的人均GDP增长
否	卷烟更容易负担 – 平均而言，从2010年到2020年购买2000支最畅销品牌卷烟的人均GDP降低
↔	自2010年以来，卷烟可负担性未出现趋势性的变化
...	数据不足，无法进行趋势分析

国家烟草控制规划

对各国的国家烟草控制规划进行分类的依据是是否存在负责烟草控制目标的国家机构。在负责烟草控制的国家机构中至少有5名等同于全职工作人员的国家符合最高组的标准。

国家烟草控制规划指标的分组如下。

	数据未报告
	没有国家烟草控制机构
	有负责烟草控制目标的国家机构，少于5名工作人员或未报告工作人员人数
	有负责烟草控制目标的国家机构，且至少5名等同于全职的工作人员

有关ENDS和ENNDS、与P、W和E措施相关的数据收集和报告

本报告首次包含了收集到的关于ENDS和ENNDS的PWE数据。对于P、W和E相关数据，收集和验证数据的方法和使用的标准与上述技术说明中描述的完全相同。然而，没有对这些制品的次国家级立法进行评估(只有国家级立法)，也没有收集合规数据。

ENDS和ENNDS数据具体说明

就产品管制而言，根据国家立法或法规的规定对ENDS和ENNDS进行分类。对于禁止销售ENDS和ENNDS的国家，我们仍报告了与它们的使用、广告、促销和赞助有关的法规。对于W和E，适用于电子装置的法规和适用于电子液体的法规进行了区别。之前描述的用于P、W和E措施分组的问题都得到了评估，其他相关数据，如最低销售年龄，或口味管制，也得以收集，其中一些在附件二中报告。

合规评估

多达5位国家级专家对国家级和全面的次国家级无烟立法以及广告、促销和赞助禁令的遵守情况进行了评估，他们将这两个领域的合规情况分为“最低”、“中等”或“高”。这五位专家是根据以下标准选出的：

- 国家卫生部的烟草预防负责人或主管烟草控制或烟草相关疾病的最高政府官员；
- 致力于烟草控制的杰出非政府组织负责人；
- 专门研究烟草相关疾病的卫生专业人员（如医生、护士、药剂师或牙医）；
- 大学公共卫生系的工作人员；
- 世卫组织国家办事处的烟草控制联络点。

专家们独立地进行了评估。世卫组织根据五项单独的评估计算平均分，高度执行的政策得2分，中度执行的政策得1分，最低水平执行的政策无分，因此来自这五名专家

打分的总分可能最低为0分，最高为10分。

对2020年4月1日之前通过的立法进行了合规评估。对于立法较晚的国家，合规数据被报告为“不适用”。

合规评估列于附件六。附件一总结了该信息。合规得分与分组分开表示（即合规性不包括在分组类别的计算中）。



背景章节

所有背景章节均作为主题领域的简要总结而编写，并非意欲对现有文献进行全面的回顾。所提出的所有建议均基于已有的会员国协定或已出版的技术指南。

COVID-19与烟草： 联系方法和局限性

本章旨在简要概述COVID-19大流行对烟草使用者和烟草控制的影响。本章以从事烟草控制工作的合作伙伴提供的文献为基础，对关于COVID-19和烟草的文献进行了叙述性综述。所搜索的数据库包括PubMed和Scopus，使用

的搜索词包括“烟草”、“吸烟”、“冠状病毒”、“COVID”、“政策”、“烟草控制”、“法律”和“干预措施”。探讨了三个主要问题：

- 烟草使用和COVID-19之间有什么联系？关于烟草使用与COVID-19结局之间关系的问题，对文献检索中发现的系统综述进行了审查。世卫组织已委托对这一文献进行统一的系统审查（见下文），领导这项工作的研究人员对这方面进行了密切审查。
- 各国如何应对吸烟与COVID-19之间联系的新兴证据？本章的这一节是根据上述文献综述以及世卫组织支持的各个国家在大流行期间

的经历编写的。这不是对所有国家做法的详尽审查，也不打算提供政策指导或建议。

- 烟草业是如何利用这场危机来实现其商业目的的？我们在巴斯大学的合作伙伴STOP Initiative一直在监测烟草业的干扰。同样，这里提供的信息不是详尽的，但提供了对于烟草业进行的更显著的活动的简要概述。

1. 缔约方根据第21条报告《世卫组织烟草控制框架公约》的实施情况。报告的目的是使缔约方能够在实施《世卫组织烟草控制框架公约》方面相互学习经验。缔约方报告也是缔约方会议审查《世卫组织烟草控制框架公约》实施情况的基础。缔约方在《世卫组织烟草控制框架公约》对其生效2年后提交首次报告，随后通过缔约方会议采用的报告文书每3年提交一次。自2012年以来，所有缔约方在同一时间报告，每两年一次。更多信息请访问<https://www.who.int/fctc/reporting/en/>。
2. 联合国经济和社会事务部人口司《世界人口前景年修订版》(2020年生育率预测中值)。更多信息请参考<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>。
3. 世界银行:《世界发展指标》，2020年7月1日发布。更多信息请参考<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/>。
4. 本报告中“完全”是指不允许吸烟，不允许有豁免，除非是在住宅和相当于长期居住设施的室内场所，如监狱和长期健康和社会照顾机构，如精神科和疗养院。通风和任何形式的指定吸烟室和/或区域都不能保护人们免受二手烟草烟雾的危害，唯一能提供保护的法律是那些使得在所有公共场所完全不吸烟的法律。
5. 当立法没有明确禁止用烟草品牌名称来识别非烟草产品(品牌延伸)，也没有提供烟草广告和促销的定义时，有关的解释是，假设适用《世卫组织烟草控制框架公约》的定义，当该国是《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方时，现有的所有形式的广告和促销禁令覆盖了品牌延伸。
6. 当立法没有明确禁止在烟草制品中使用非烟草产品的品牌名称(品牌共享)，也没有提供烟草广告和促销的定义时，有关的解释是，假设适用《世卫组织烟草控制框架公约》的定义，当该国是《世卫组织烟草控制框架公约》缔约方时，现有的所有形式的广告和促销禁令覆盖了品牌共享。
7. 立法中规定的指定吸烟室例外情况，如至少包括下列六项特征中的三项，并至少包括标准5或标准6，则在附件表格中以星号标示。指定的吸烟室必须：
 - 是一个封闭的室内环境；
 - 配备自动门，通常保持关闭；
 - 不在非吸烟者的必经之路上；
 - 配备适当的强制通风机械装置；
 - 安装了适当的装置和功能良好的开口，必须将空气排出场地；
 - 与周围地区相比，保持在不低于5帕斯卡的洼地。

世卫组织会员国的烟草使用流行率

监测烟草使用流行率是控制全球烟草流行的核心。关于烟草流程度及其影响因素的可靠流行数据为规划、采用和评价烟草控制干预措施的影响提供了所需的信息。本报告包含有关年轻人和成年人吸烟1和无烟草使用的调查数据（附件XI）。也提供了世卫组织建模的、年龄标准化的15岁及以上人群烟草使用流行率估计值（附件X）。本技术说明提供了有关用于生成WHO流行率估计值的方法的信息。

信息来源

为进行分析，探索了以下信息来源（在解释抽样、方法和详细结果的官方调查报告未公开的情况下，要求会员国提供上述信息）：

- 缔约方向《世卫组织烟草控制框架公约》秘书处提供的调查信息；
- 通过世卫组织在“全球烟草监测系统”，特别是“全球成人烟草调查（GATS）”主持下进行的以烟草为重点的调查收集的信息）；
- 通过世卫组织其他调查，包括世卫组织STEPwise调查和“世界卫生调查”收集的烟草信息；
- 其他组织开展的基于系统的调查，包括人口与健康调查（DHS）和多指标类集调查（MICS）等调查；和

- 通过世卫组织区域办事处和国家办事处进行广泛搜索，以确定不属于国际监测系统的国别调查，如阿根廷的国家风险因素调查或毛里求斯的非传染性疾病调查。

为进行分析，使用了1990年以来开展的、符合下列要求的调查信息：

- 被国家卫生部门正式认可；
- 包括了随机选择的参与者，代表一般人群；
- 提供六种烟草使用定义中的一种或多种数据：日常烟草使用者、当前烟草使用者、日常烟草吸烟者、当前烟草吸烟者、日常卷烟吸烟者或当前卷烟吸烟者；和
- 按年龄和性别展现流行值。

上述指标最全面地反映了各国的烟草使用情况，同时有助于最大限度地减少由于缺乏足够数据而需要进一步分析的国家减损。虽然不同国家使用的烟草制品类型和世界不同区域种植或制造的烟草制品存在差异，但大多数国家都有这六个指标中至少一个指标的数据，因此可以进行有力的统计分析²。

上述识别信息存储在世卫组织烟草控制全球数据库中，并与用于生成世卫组织吸烟流行率估计值的源代码一起，和本报告同时发布于<https://www.who.int/health-topics/tobacco/>。

分析和展现烟草使用流行率指标 估算方法

Méthode d'estimation

使用基于贝叶斯负二项元回归的统计模型，分别对各国的男性和女性的每个指标（当前和每日烟草使用、当前和每日烟草吸烟以及当前和每日卷烟吸烟）进行粗略调整和年龄标准化估计。如果增加或减少的后验概率大于0.75，则认为该趋势具有统计学意义。该方法的完整描述可见于一篇经同行评审的文章，发表于《柳叶刀》第385卷，第9972号，第966–976页（2015）。

在将全国调查的流行率汇编成数据集后，拟合该模型以计算上述六个指标的趋势估计值。

该模型有两个主要组成部分：(a)对缺失的指标和年龄组进行调整，(b)运行回归以生成随时间变化的趋势估计以及围绕估算值的可信区间。

根据来自特定国家的调查数据的完整性，该模型有时会利用其他国家的数据来填补信息空白。存在数据缺口的国家“借用”了“先前”的信息，这些信息是由它们的数据与联合国同一次区域国家的数据汇总而成的³。

每项调查所涵盖的年龄组的差异

对任何一个国家的调查结果有时报告不同年龄组的调查结果。在15岁及以上的任何年龄组没有数据的情况下，本模型使用来自一个国家其他调查的现有数据来估计烟草使用的年龄模式。对于该国从未调查过的年龄，该国数据则采用联合国同一次区域国家的平均年龄模式。

测量的烟草使用指标的差异

同样，各国可能在不同的调查中报告不同的指标(例如，在一项调查中报告当前吸烟指标，而在另一项调查中报告每日吸烟指标，或在一项调查中报告烟草吸烟指标而在另一项调查中报告卷烟吸烟指标)。当指标数据缺失时，该模型利用这个国家其他调查的可用数据来估计缺失的信息。对于该国从未报告过的指标，则将联合国同一次区域国家所见到的平均关系数据应用于该国家。

模型结果

将该模型运用于所有调查符合纳入标准的国家。对于调查数据不足(例如，只有一项调查对男性和女性中的流行率进行了详细的年龄细分)的国家，则没有报告结果。

模型的输出是每个国家的一组趋势线，总结了从2000年到最近调查年的流行历史。如果最近的调查早于2019年，那么这一趋势预计将持续到2019年。该预测假设，在各国国家调查所覆盖的时期内，新政策采取的速度和水平到2019年仍保持不变。与有许多调查的国家相比，调查较少的国

家将有更多的借用信息融入其趋势线。为了实现全球可比性，所有国家的趋势计算都是相同的。在出台或完善烟草控制政策的特定年份，不考虑拐点。因此，世卫组织的估计和预测可能与各国自己的估计和预测不同。

本报告将国家层面的趋势归纳为高收入国家、中等收入国家、低收入国家的平均趋势和全球平均水平。展现了2007年至2019年的趋势。

在本报告中，2019年15岁及以上人群当前烟草使用的可比估计值是在国家层面上的。比率具有可比性，因为该模型对调查结果进行了上述标化，然后按照以下所述进行了年龄标化。

在计算全球和世界银行收入组的平均流行率时，对于没有估算值的国家，假设它们的流行率为其所属联合国次区域的平均率，纳入平均水平³。

年龄标准化流行率

如果两个或两个以上的国家在同一时间点或一个国家在不同时间点的粗比率的比较具有明显的年龄分布差异或按性别划分的烟草使用差异，则可能产生误导。年龄标准化的方法通常用于克服这一问题，一旦上述所有其他比较问题都得到解决，就可以对各国的流行率进行有意义的国家间比较。该方法涉及将每个人群中按性别划分的年龄特定比率应用于一个标准人群(本报告使用“世卫组织标准人群”，这是一个虚构的人群，其年龄分布在很大程度上反

映了低收入和中等收入国家的人口年龄结构)。由此产生的年龄标准化流行率指的是每100个世卫组织标准人口中吸烟者的数量。因此，使用这个过程生成的流行率只是假设的数字，没有内在的意义。它们只有在比较一个国家和另一个国家的流行率时才有意义。

与本报告早期版本的吸烟估计值进行比较

本报告的估计数彼此一致，但与本报告早期版本的估计数不一致。虽然估算方法相同，但更新后的1990-2020年数据集更加完整。

例如，自世卫组织2010年全球烟草流行报告以来，来自100个国家的243项国家调查被添加到数据集中，40项现有调查已更新了额外的数据点。世卫组织的每一轮估计都是使用可追溯到1990年的所有可用调查数据进行计算的。可用数据点越多，趋势估计就越可靠。因此，每一轮估算都比之前公布的估算有所改进，并且只应使用最新一轮的估算。虽然本报告中的国家级估计仅适用于2019年，但2000年至2025年的趋势在世卫组织两年一度的2000-2025年吸烟趋势全球报告中公布。

1. 吸烟包括卷烟、雪茄、烟斗、水烟筒、水烟壶、水烟管、加热烟草制品和任何其他形式的吸烟。
2. 对于报告无烟烟草使用流行率的国家，我们已经公布了这些数据。
3. 联合国次区域国家的完整列表，请参阅由联合国经济和社会事务局发布的《世界人口展望》(2019年修订版)的第九页至第十三页<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (2020年12月17日访问)。请注意，为了分析烟草使用情况，作出了以下调整：(i)东非次区域分为两个区域：东非岛屿和东非其余地区；(ii)亚美尼亚、阿塞拜疆、爱沙尼亚、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、拉脱维亚、立陶宛、塔吉克斯坦、乌兹别克斯坦和土库曼斯坦被分入东欧；(iii)塞浦路斯、以色列和土耳其被分入南欧；(iv)中非和南部非洲合并为一个次区域；(v)美拉尼西亚、密克罗尼西亚和波利尼西亚次区域合并为一个次区域；(vi)爱尔兰和英国与北美合并。

世卫组织会员国的烟草税

本报告包括各个附件，根据从每个国家收集的税收政策信息，包含了在最广泛销售的香烟品牌的价格中总税和消费税的份额的信息。本说明包含有关世卫组织使用国家报告数据、估算每盒20支卷烟的价格中总税和烟草消费税所占份额的方法学信息。它还提供了为本报告收集的与烟草税相关的其他数据的信息。并有关于加热烟草制品以及尼古丁和非尼古丁传送系统的价格和税收数据。

1. 数据收集

所有数据均由世卫组织区域数据收集者在2020年6月至2021年2月期间收集。计算总税收和消费税份额的两个主要信息来源是(1)价格和(2)税率和结构。收集了2020年7月最畅销的卷烟品牌、最便宜的品牌和高端品牌的价格。

税收结构的数据是通过与财政部的联系收集的。该信息的有效性与其他来源进行

了核对，对许多国家来说，这是通过世卫组织自2009年以来就烟草税直接与各国财政部合作积累的大量工作和知识来实现的。其他来源，包括税法文件、法令和官方税率和结构表以及贸易信息，在能够获得时，或是由数据收集者提供，或是从部级网站下载。

收集的税收数据侧重于对烟草制品征收的间接税（例如各种类型的消费税、进口关税、增值税），这些税通常对烟草制品的价格影响最大。在间接税中，消费税最为重要，因为它们仅适用于烟草，对提高烟草制品价格和随后减少消费的贡献最大。因此，消费税的税率、金额和适用点是所收集数据的核心组成部分。

某些其他税种，特别是公司税等直接税，可能会影响烟草价格，以致生产商将其转嫁给最终消费者。然而，由于获得这些税收信息的实际困难以及以一致的方式估计它们对各国价格的潜在影响的复杂性，没有对它们进行考虑。

下表描述了所收集的税务信息类型

1. 从量消费税	从量税是对在一个国家内生产、销售，或进口并在该国销售的选定商品征收的税。一般来说，该税种从生产商处征收，或是除进口关税外，在入境点向进口商征收。这些税的形式是按每支、每盒、每1000支或每公斤征收一定金额。例如：20支一盒的每盒卷烟1.5美元。
2. 从价消费税	从价税是对在一个国家内生产、销售，或进口并在该国销售的选定商品征收的税。一般来说，该税种从生产商处征收，或是除进口关税外，在入境点向进口商征收。这些税的形式是在生产/分销链的某个点上，两个独立实体之间的交易价值的一定百分比；从价税一般适用于制造商和零售商/批发商之间的交易价值。例如：制造商价格的60%。
3. 进口关税	进口关税是对进口到一个国家并在该国被消费（即，该商品没有再转运到另一个国家）的特定商品征收的税。一般来说，进口税是在该国的入境点向进口商征收的。这些税可以是按从量税，也可以是从价税。从量进口关税的征收方式与从量消费税相同（例如，每1000支卷烟征收的金额）。从价进口关税一般适用于CIF（成本、保险、运费）价值，即卸货货物的价值，包括产品本身、保险、运输和卸货成本。例如：按CIF征收50%的进口关税。
4. 增值税和销售税	增值税（VAT）是对所有消费品和服务征收的“多阶段”税，与消费者为产品支付的价格税成比例。虽然制造商和批发商在整个制造/分销链中也参与税收的管理和支付，但它们都通过税收抵免系统得到补偿，因此最后支付税费的唯一实体是最终消费者。大多数征收增值税的国家的征收基础包括任何消费税和海关关税。例如：增值税占零售价的10%。 但是，有些国家会改为征收销售税。与销售税不同，销售税通常在零售点对购买的商品和服务的总价值征收。出于本报告的目的，已注意确保增值税和/或销售税所占份额是根据特定国家的规则而计算的。
5. 其他税	也收集了任何其他税收的信息，这些税收不被称为消费税、进口关税、增值税或销售税，但应用于烟草数量或烟草制品的交易价值，已尽可能详细地说明了针对什么征税和如何定义税基。

2. 数据分析

在计算在线附件九的附表9.1中报告的税款占零售价格的份额时，考虑的是最畅销的卷烟品牌的价格。对于根据卷烟的长度、生产数量或类型（例如过滤嘴与非过滤嘴）对卷烟征收不同水平税率的国家，计算时只使用了应用于最畅销品牌的相关税率。

就加拿大和美利坚合众国而言，计算价格和税收的全国平均估计数反映出，州/省级在适用的联邦税收之上应用不同的税率。在巴西，各州增值税各不相同，但大多数州都采用了最高税率。在密克罗尼西亚联邦，各州的增值税税率也各不相同，则采用了收集价格数据的州（波纳佩州）的增值税税率。考虑到中国市场上销售的品牌非常多，我们计算了中国零售价格和税收的加权平均值：最畅销品牌几乎每年都在变化，但只占很小的市场份额，不具有代表性。

进口关税只用于计算进口到该国、最畅销品牌卷烟的税收份额。对于报告的最畅销品牌是在本地生产的国家，即使是国际品牌，在总税收计算中也没有应用进口关税。如果进口卷烟原产于与之签订双边或多边贸易协定而享受关税豁免的国家，

则已经小心确保在计算课时不考虑进口关税。

“其他税”是所有未报告为消费税、进口关税或增值税的其他间接税。环境税就是这样的一个例子。

该操作的下一步是将所有税种转换成相同的基数，在本例中为含税零售价格（以下简称P）。标准化基数对于正确计算税收份额很重要，如表中示例所示。B国显然与A国采用相同的从价税税率（20%），但实际上税率和最终价格更高，因为该税率在分销链中应用较晚。因此，如果不考虑税收适用的阶段，比较所报告的法定从价税税率可能会导致结果出现偏倚。

采用了类似的方法计算各国报告的最常见吸烟类型（除卷烟外）和无烟烟草制品的价格和税收份额。计算了20克任何有烟或无烟烟草制品、20支卷烟、比迪烟和加热烟草制品（HTPs）以及一根雪茄和小雪茄烟的价格。对于封闭式电子尼古丁或非尼古丁传送系统（ENDS/ENNDS）的电子烟液，计算了1毫升的价格和税额，而对于开放式系统，计算了10毫升的价格和税额。为69个国家计算了有烟烟草制品（包括比迪烟、小雪茄、雪茄、斗烟丝、自制手卷烟或水烟）的价格和税额，为21个国家计算了无烟烟草制品（嚼烟、干鼻烟、湿鼻烟或

鼻烟）的价格和税额。为51个国家计算了HTPs的价格和税额，为45个国家计算了封闭式电子尼古丁或非尼古丁传送系统电子烟液的价格和税额，为52个国家计算了开放式尼古丁或非尼古丁传送系统电子烟液的价格和税额（见在线附件九的表9.3和表9.7）。

3. 计算

举例而言，在所进行的计算中，用St_s表示在一种广泛消费的卷烟品牌（20支每盒或等价物）价格中税收所占的份额。然后，

$$S_{ts} = S_{as} + S_{av} + S_{id} + S_{VAT} \quad ①$$
 此处：

S_{ts} = 每盒卷烟价格中税款所占的总份额；

S_{as} = 在一盒卷烟的价格中，从量消费税所占的份额；

S_{av} = 在一盒卷烟的价格中，从价消费税所占的份额；

S_{id} = 在一盒卷烟的价格中，进口关税所占的份额（如果最畅销品牌是进口的）；

S_{VAT} = 在一盒卷烟的价格中，增值税所占的份额。

计算S_{as}很简单，只需将每盒（20支）卷烟的从量税除以总价。与S_{as}不同，从价税所占

	A国 (美元)	B国 (美元)
[A] 生产商价格 (两国相同)	2.00	2.00
[B] A国: 对生产商价格征收从价税 (20%) = 20% x [A]	0.40	-
[C] 零售商和批发商的利润率(两国相同)	0.20	0.20
[D] B国: 对零售商价格征收从价税 (20%) = 20% x [E]	-	0.55
[E] 最终价格 = P = [A]+[B]+[C] or [A]+[C]+[D]	2.60	2.75
总税收份额 (在P中所占%)	0.40/2.60 = 15.4%	0.55/2.75 = 20%

份额 S_{av} 取决于它所适用的基数,可能更难以计算,并且涉及做出如下所述的一些假设。进口关税有时是从量的,有时是基于价值的。因此,如果是从量的, S_{id} 的计算方式与 S_{as} 相同,如果是基于价值的,则与 S_{av} 相同。国家报告的增值税税率通常应用于不含增值税的零售价格,但有时也应用于含增值税的价格。计算 S_{VAT} 从而前后一致地反映增值税在含增值税零售价格中的份额。一盒香烟的价格可以表述如下:

$$P = [(M + M \times ID) + (M + M \times ID) \times T_{av}\% + T_{as} + \pi] \times (1 + VAT\%), \text{ ou}$$

$$P = [M \times (1 + ID) \times (1 + T_{av}\%) + T_{as} + \pi] \times (1 + VAT\%) \quad (2)$$

此处:

P = 每盒(20支)本地最受欢迎消费品牌卷烟的价格;

M = 生产商/经销商的价格,或进口价格(如果品牌是进口的);

ID = 每盒(20支)卷烟的进口税率(如适用);¹

T_{av} = 从价税的法定税率;

T_{as} = 对每盒(20支)卷烟征收的从量消费税;

π = 零售商、批发商和进口商每盒(20支)卷烟的利润(有时表示为加价);

VAT = 含增值税价格的法定增值税税率。

对这一公式的修改基于具体国家的考虑,如从价税和消费税的基数,从价税和从量消费税的存在与否,以及最受欢迎的品牌为本地生产还是进口。在许多情况下(特别是在低收入和中等收入国家),从价税的基础是生产商的价格或CIF价。但事实上,从价税的基数在世界各地有很大的不同,可能包括其他基数,如零售价格、扣除某些税(和/或一些预先设定的利润)的零售价格、扣除所有税的零售价格等。

知道了价格(P)和从量消费税(T_{as}),便可以很容易的求得 S_{as} ($=T_{as}/P$)。在根据法律以零售价格为基础时,计算从价税(以及适用时, S_{id})比较直接。当基础为生产商价格(M),而且需要将其求出以计算从价税额时,计算就较为复杂。在大多数情况下, M 是未知的(除非该国进行了具体的报告),因此必须进行估算。

使用等式(2),可以求得 M :

$$M = \frac{P}{(1 + T_{av}\%) \times (1 + ID)} - \frac{\pi + T_{as}}{(1 + T_{av}\%)} \quad (3)$$

π ,或批发商和零售商的利润,很少公开披露,并且会因国家而异。对于国内生产的最受欢迎的品牌,我们假设零售商和批发商的利润较少,因此在计算 M 时,将 π 设为零(即=0)。然而,将利润设为0将导致高估 M ,从而高估从价税的基数。这相应又会导致从价税金额的高估。由于这一操作的目标是衡量烟草税在典型卷烟价格中所占的份额有多高,因此假设零售商/批发商的

利润(π)为零不会因低估其从价税而惩罚国家。考虑到这一点,我们决定,除非向世卫组织提供了国家具体的信息,否则对于国内生产的品牌,零售商或批发商的利润将被假定为零。

对于最受欢迎品牌为进口产品的国家,进口关税是按CIF价征收的,随后的消费税通常采用包括CIF价和进口关税、但不包括进口商利润的基数来征收。对于国内生产的卷烟,生产商价格中包含了自己的利润,因此自动包含在 M 中。然而,实际上,进口商的利润可能相对较大,如果将其设为零(就像国内生产的卷烟那样),就会大大高估 M ,从而大大高估从价税在最终价格中所占的份额。因此,对进口产品的 M 必须作出不同的估计: M^* (或CIF价)是根据各国的报告或使用二手来源信息(来自联合国Comtrade数据库的数据)计算的。 M^* 通常计算为一个国家的卷烟进口价格(卷烟进口价值除以来自进口国的卷烟进口数量)。但是,在无法获得这类数据的例外情况下(安哥拉、不丹、赤道几内亚和利比亚),则考虑出口价格。然后,从价税和其他税的计算方法与本地卷烟相同,如果适用,使用 M^* 而不是 M 作为基数。

对于增值税,在大多数情况下,基数是不包括增值税的 P (或者,类似地,生产商/经销商的价格加上所有的消费税)。换言之:

$$S_{VAT} = VAT\% \times (1 - SVAT), \text{ équivalent to}$$

$$S_{VAT} = VAT\% \div (1 + VAT\%) \quad (4)$$

1. 在特惠贸易协定的情况下,进口关税可能因原产国而异。世卫组织试图确定每盒烟的来源和在可能的情况下使用这类税率的相关性。

2. <https://comtrade.un.org/>

3. 当数量以重量(公斤)而不是支数报告时,假设一支烟含有一克烟草进行换算。

然而，在某些情况下，我们被告知增值税并没有在供应链的所有层面有效征收，而是主要在进口或生产口征收。在这种情况下，增值税是根据M（或M*）和现阶段征收的不同税收计算的，主要是进口关税和消费税（安哥拉、贝宁、佛得角、赤道几内亚、加蓬、冈比亚、几内亚、基里巴斯、马来西亚、马里、毛里塔尼亚、汤加、乌干达和瓦努阿图）。

总之，税率是用公式计算出来的：

$$S_{ts} = S_{id} + S_{as} + S_{av} + S_{VAT} \text{ ⑤}$$

$$S_{as} = T_{as} \div P$$

$$S_{av} = \frac{(T_{av} \% \times M) \div P \text{ ou } (T_{av} \% \times M^* \times (1 + S_{id})) \div P^4}{\text{如果最受欢迎的品牌是进口的}}$$

$$S_{id} = \frac{(T_{id} \% \times M^*) \div P \text{ (如果进口关税基于价值) ou } ID \div P \text{ (如果进口关税为每盒特定金额)}}$$

$$S_{VAT} = VAT \% \div (1 + VAT \%)$$

4. 价格

本报告和之前的报告中主要收集的价格数据涉及调查零售店。价格数据收集自两种不同类型的零售点：

向数据收集者发送的调查问卷中预先填写了每个国家销量最高的品牌名称。这个受欢迎的品牌是通过2018年调查问卷收集的数据、2020年数据收集者的报告以及世卫组织与各国财政部的密切合作确定的。对于无法获得这类数据的国家，数据收集者被要求说明受欢迎品牌的名称并提供它们的价格。

零售店的两种类型定义如下：

1. 超市/大卖场：连锁或独立零售点，销售面积超过2500平方米，主要销售食品/饮料/烟草和其他杂货。大卖场也销售一系列非杂货类商品。
2. 小卖部/报刊亭/烟草店/独立食品店：以销售食品、饮料和烟草为主的小型便利店、零售点或它们的组合（如小卖部、报刊亭或烟草店）或以杂货为主、产品种类繁多的店铺（独立食品店或独立小杂货铺）。

一直以来都使用最畅销的品牌是为了更好地反映价格的变化。然而，在某些情况下，当最初使用的品牌的市场份额被认为发生了重大变化时，就会改成新的、更流行的品牌。2020年，下列国家的品牌进行了改变：贝宁、巴西、柬埔寨、日本、马达加斯加、密克罗尼西亚联邦、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）（不同品牌但相同价格类别）、乍得、刚果民主共和国、新西兰、巴拿马、秘鲁、圣文森特和格林纳丁斯（变成更便宜的品牌类别）、安哥拉、厄瓜多尔、伊朗（伊斯兰共和国）、菲律宾、塞拉利昂，也门（变成更昂贵的品牌类别）。

在其他4个国家（赤道几内亚、匈牙利、冰岛和印度），2020年报告的品牌是2018年报告品牌的变体，价格水平相似，为了进行价格比较，这两个年份的品牌被视为相同。

与2012年、2014年、2016年和2018年一样，欧盟（EU）27个国家使用的价格是世卫组织收集的销售最多的品牌。在2012年之前，价格和税收信息都是完全通过欧盟税务和关税联盟网站获取的。欧盟过去用来计算税率的价格是最受欢迎的价格类别

（MPPC），该价格类别被认为与本报告收集的畅销品牌价格类别相似。然而，自2011年以来，欧盟基于加权平均价格（WAP）计算和报告税率，因此不再容易获得欧盟国家MPPC的信息。由此，为了与过去几年的估计保持一致，并确保与其他国家的可比性，世卫组织于2012年决定收集最畅销品牌的第一手价格，以计算税率。销售最多的品牌是根据二手来源报告的品牌市场份额确定的，然后由各国验证。同样值得注意的是，欧盟表格使用的WAP是根据前一年的市场数据计算出来的（由于数据的可用性），这意味着它不会反映下一年增税后可能发生的价格变化。这也意味着，由于WAP和税率来自不同的年份，估计的税收份额可能无法代表实际的税收份额。消费税和增值税税率仍从欧盟公布的表格中收集。但是，本报告中计算和展现的税收所占份额不一定与欧盟公布的税率相似。这主要是由于从量消费税占零售价格百分比的计算根据所使用的价格而变化。除芬兰外，所有欧盟国家都使用了销售最多的品牌，芬兰向世卫组织报告了其2008年、2010年、2012年、2014年、2016年、2018年和2020年的加权平均价格（WAP）。

4. 或 $S_{av} = (T_{av} \% \times M^*) \div P$ ，如果从价税只采用CIF价，而不是CIF价+进口关税。

5. 同一价格类别内品牌变化，但价格较2018年有所上涨。

6. 同一价格类别内品牌变化，但价格较2018年有所上涨。

7. 同一价格类别内品牌变化，但价格较2018年有所上涨。

8. 同一价格类别内品牌变化，但价格较2018年有所上涨。

9. 由于缺乏能力，只收集了卷烟的价格，而其他有烟或无烟烟草制品的计算则是在条件具备时使用欧盟表格，包括WAP和税率。

5. 解释税收份额变化时的考虑因素

税收在价格中所占份额的变化不仅取决于税额的变化，也取决于价格的变化。因此，尽管税额增加，税收份额可能保持不变或下降；同样，有时即使税额没有变化/增加，税收份额也会增加。

在目前的数据库中，有一些是2018年至2020年期间税收增加，但税收占价格的百分比份额出现下降的情况。这主要是由于从绝对值上看，价格涨幅大于税收涨幅（特别是在从量消费税增加的情况下）。例如，在肯尼亚，从量消费税从2018年每1000支卷烟2500肯尼亚先令增加到2020年每1000支卷烟3157肯尼亚先令（增加26.3%），而最畅销品牌的价格从每盒130肯尼亚先令增加到250肯尼亚先令（增加92%）。在税收份额方面，2018年消费税占价格的38.5%，2020年降至25.3%。这是因为价格涨幅超过了税收涨幅。

同样，在某些情况下，税收作为价格的一部分的增加（减少）被不直接与税率相关的因素所缓解。在目前的数据库中，这可归因于以下一个或多个原因：

- 在某些情况下，价格上涨而不改变税收，导致从量或混合消费税结构中的税收份额减少（例如安道尔、奥地利、伯利兹、巴西、保加利亚、布隆迪、多米尼加、厄瓜多尔、萨尔瓦多、德国、希腊、马来西亚、毛里求斯、密克罗尼西亚联邦、帕劳、圣多美和普林西比、瑞士、突尼斯、乌干达、坦桑尼亚联合共和国）。

- 在其他情况下，价格上涨超过税收增加，导致从量或混合消费税结构中的税收份额下降（例如澳大利亚、比利时、多民族玻利维亚国、加拿大、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、多米尼加共和国、斐济、冰岛、日本、约旦、肯尼亚、拉脱维亚、莱索托、卢森堡、蒙古、纳米比亚、尼泊尔、新西兰、北马其顿、挪威、巴布亚新几内亚、俄罗斯联邦、萨摩亚、塞尔维亚、塞舌尔、斯洛伐克、斯洛文尼亚、南非、瑞典、塔吉克斯坦、乌克兰、联合王国、乌拉圭、赞比亚、津巴布韦）。

- 对于进口产品，CIF是一个外部变量，也影响着税收份额的计算。当进口关税采用CIF价时，或者当增值税是基于CIF价+消费税、而不是不含增值税的零售价格计算时，在从价税基于CIF价的国家，这会产生影响。例如，如果CIF价增加，则适用该税的基数会更高，如果没有其他变化，就会导致更高的税收百分比。一些国家看到的其税收份额的变化主要就是因为CIF价发生了变化，这样的国家包括加蓬、加纳、尼日尔和瓦努阿图。

- 此外，还应注意2018年至2020年期间销量最高的品牌发生变化的国家。这也对具有从量或混合消费税结构、受影响国家的税收比例产生了影响。在某些情况下，由于报告的新品牌价格更高，尽管税收增加，总税收份额却下降了（安哥拉、也门和菲律宾）。在厄瓜多尔的情况中，尽管税收没有变化，但税收比例却下降了，因为报告的最畅销品牌是一个新的、更昂贵的品牌，因此价格明显上升。

最后，当提供了一些国家在税收和价格方面新的、改善的信息时，根据需要对2008年、2010年、2012年、2014年、2016年和2018年的估算税率计算进行了修正。

6. 新型和新兴尼古丁和烟草制品的税收（HTPs见在线附件九表9.3，ENDS/ENNDs见在线附件九表9.7）

加热烟草制品（HTPs）

与卷烟类似，销售最多的品牌（不是设备）的价格已被收集，并在适用的情况下征税。计算HTPs税的方法与计算卷烟税的方法相同。只有两个显著的区别：当对烟草棒中所含烟草的重量征收从量消费税时，假设每根烟草棒含有0.3克烟草（或每盒20根6克）。这一假设是基于电子烟市场数据提供商ECigIntelligence发布的平均估计得出的。第二个假设是对采用基于CIF价征税的国家的CIF价作出的。由于缺乏有关HTPs进口价值的现有数据，推断HTPs的CIF价大约是卷烟CIF价的两倍。这基于HTP生产成本高于卷烟生产的假设。2018年和2020年最畅销品牌卷烟的CIF价占零售价格的比例估计在10-15%左右。在此基础上，对于需要用CIF价来计算HTPs税负的国家，采用最畅销品牌HTPs零售价的20%作为标准CIF价。

电子尼古丁和非尼古丁传送系统 (ENDS/ENNDS)

鉴于ENDS/ENNDS市场的异质性,很难确定一个畅销品牌,以及难以确定一个最畅销的品牌足以代表某一国家的市场,因此收集了含有尼古丁或非尼古丁(两者中可获得的最便宜的任意一种)电子烟液的最便宜品牌的价格数据。此外,研究人员还收集了分别用于开放式系统和封闭式系统的两类电子液体的数据。税的计算方法与卷烟相同,但基本量有显著差异。对于电子烟液,报告的基本量是每毫升量。由于价格和包装的差异,开放式系统电子烟液的价格标化为每10毫升,而封闭式系统电子烟液的价格标化为每1毫升。和HTPs的情况相类似,在需要CIF价来计算END/ENNDS电子烟液的税收负担时,由于缺乏数据,假设CIF价是报告的最便宜品牌的零售价格的一定比例。假设CIF价代表生产成本,并且基于来自ECigIntelligence的信息——在批发和零售环节的加价可在各环节代表高达100%的成本,假定CIF价将略低于三分之一的价格,相当于最终零售价的20%左右。对于按CIF价来计算从价税或进口关税的国家,设定了以零售价的20%作为基数(摩洛哥和秘鲁除外,这两个国家当局报告了CIF价)。

7. 补充税务信息 (见在线附件九表9.5)

本报告强调的一个重要考虑是,需要考虑烟草税的许多方面,以便评估税收政策是否设计良好。税收占价格的比例并不能说明税收政策有效性的全部情况。为了探索税收政策的其他维度,本报告自2015年以来一直在收集与烟草(卷烟)税收有关的额外信息,并将其汇编成数据,以便为研究人员和政策制定者进一步了解不同国家的税收政策提供信息。

在本报告中,信息是根据税收结构/水平和税收管理两大主题进行汇编和分类的。还收集了有关各国将烟草税指定用于资助健康规划和/或烟草控制活动的信息。每一主题下报告的不同数据/指标集是根据过去的报告提供的证据进行编制和论证的。

1. 税收结构/水平

- 消费税占价格的比例: 更高的税率和更多地依赖消费税更好。
- 采用的消费税类型:
如果消费税是从量税、从价税、两者的混合,或者不采用消费税。
- 统一与分级消费税制度: 统一的消费税比分级制度更容易管理,在分级制度中,根据选定的标准在一种烟草制品中实行可变税率(在不征收消费税的国家不适用)。

- 一个国家是采用从量税还是混合制度,更多地依赖于具体的税收组成(>50%消费税总额为从量税): 从量税通常会带来更高的价格和不同品牌间更小的价格差距,所以更好(不适用于只采用从价税或不执行消费税的国家)。
- 如果采用的消费税是从价税或是混合税,以及是否有最低从量税。最低税率可以保护产品不被低估。它也会迫使价格上涨,因为价格不会低于所付的税额(这一类别不适用于只适用从量消费税或不实施消费税的国家)。
- 适用从价税或混合消费税制度的国家从价税的税基。从价税适用于零售价格或不含增值税的零售价格在行政上更简单。零售价格比生产者价格或CIF价更容易确定,因此被低估的风险更小(不适用于只适用从量消费税或不实施消费税的国家)。
- 如果采用的消费税是从量的或是混合的,以及从量税部分是否根据通货膨胀(或其他)自动调整。如果不随着时间的变化根据通货膨胀(或收入等其他指标)调整从量税,其影响将会减弱。自动调整是一个好办法(这一类别不适用于只适用从价消费税或不实施消费税的国家)。

11. 开放式系统是指允许用户购买电子烟液,并以他们想要的混合方式充入其设备(不含尼古丁,不同的尼古丁浓度和/或口味)。封闭式系统是带有预充容器(称为烟盒、烟弹或烟罐)的产品。

- 价格离散：最便宜品牌价格在高端品牌价格中的份额（最便宜品牌价格÷高端品牌价格×100）。比例越高，差距就越小，替代廉价品牌的机会就越少。

II. 税务管理

免税卷烟的销售：在大多数国家，烟草制品在机场免税商店、国际运输车辆和/或其他免税商店销售时不征收消费税(和其他间接税，如增值税和进口关税)。免税烟草制品通常向出境旅客提供，但现在也向入境旅客提供。禁止出售免税卷烟供个人消费会减少这些制品进入非法市场的机会。此外，没有理由免税出售致命产品；这些放弃的税收是政府的收入损失。一些国家已经采取行动，禁止销售免税烟草制品。这些产品也许仍然可以在机场和其他免税店买到，但它们是含（消费）税的。

III. 指定用途（税收或来自税收收入的一部分专门用于卫生和/或烟草控制）

税收可以产生大量的收入。指定全部或部分烟草税收收入的用途是一个有用的工具，可完善烟草税收入增加的政治经济意义。拨出一部分税收专门用于资助控烟工作或相关的健康规划，有助于使公众、政治家和官员相信大幅提高烟草税的价值，其最终目标是减少烟草使用（见在线附件九的表9.4）。

8. 卷烟可负担性估计（见在线附件九表9.6）

2010年、2012年、2014年、2016年、2018年和2020年每年的卷烟可负担性是根据购买2000支当年报告的销售最多的品牌卷烟的人均GDP来衡量的。本报告对可负担性的分析说明如下：

- 可负担性指数（购买2000支卷烟占人均GDP的百分比）：在各国，本指标越高表明卷烟相对于收入越贵。
- 卷烟是否在2010年至2020年期间变得相对更容易可负担（上述衡量的可负担性指数在2010年至2020年期间的变化）：随着可负担性下降，消费就会受到抑制。

以当地货币单位计算的人均国内生产总值（GDP）是根据国际货币基金组织（IMF）的《世界经济展望》（WEO）数据库得出的，该数据库提供了195个报告国家中的大部分国家的完整估计系列数据。在WEO数据库中没有人均GDP数据的地方，使用了世界银行的人均GDP数据系列。IMF WEO数据库或世界银行人均GDP系列中没有相关数据的国家（安道尔、库克群岛、古巴、朝鲜民主主义人民共和国、古巴、纽埃、索马里、阿拉伯叙利亚共和国和委内瑞拉（玻利瓦尔共和国））被剔除出可负担性分析。对于每个国家-年份数据对，报告的销

售最多的品牌货币单位会与GDP系列的货币单位进行对应，并根据需要进行汇率转换和调整（白俄罗斯、柬埔寨、爱沙尼亚、毛里塔尼亚、拉脱维亚、利比里亚、立陶宛、圣多美和普林西比、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）、赞比亚、津巴布韦）。

为了评估可负担性自2010年以来平均而言是否发生了变化，我们将可负担性的年平均百分比变化计算为所有国家4年或4年以上数据的最小二乘增长率。这一标准自动排除了不丹、马拉维和南苏丹，因为它们可供分析的价格数据不足四年。此外，未报告2020年销售最多品牌价格数据的国家也被排除（巴巴多斯、文莱达鲁萨兰国、中非共和国、库克群岛、古巴、吉布提、厄立特里亚、格林纳达、几内亚比绍、海地、圣基茨和尼维斯、圣马力诺和所罗门群岛）。

如果购买2000支卷烟（即100包20支装的卷烟）所需的人均GDP的最小二乘趋势在5%水平上不显著，则判断卷烟的可负担性没有发生变化。如果购买2000支卷烟所需的人均GDP的最小二乘趋势为正（负），且与5%水平的零有显著差异，则卷烟被判断为平均而言，可负担性已经变得更低（高）。



附件一

MPOWER措施区域摘要

附件一概述了选定的烟草控制政策。为世卫组织每个区域提供了一个概览表，根据技术说明一、二和三所概述的方法，包括以下信息：监测和流行率、无烟环境、烟草依赖的治疗、健康警语和包装、反烟草大众媒体宣传行动、广告、促销和赞助禁令、税收水平和卷烟的可负担性。

国家级的数据通常但并不总是提供诸如法律、法规、政策文件等支持性文件。世卫组织对现有文件进行了评估，本附件提供了每项MPOWER措施的国家实现情况的措施或指标摘要。详细信息，包括每项指标的详细脚注，

关于电子尼古丁传送系统的见附件二，关于无烟环境、健康警语和包装、反烟草大众媒体宣传行动、广告、促销和赞助禁令的见附件六，关于烟草税收和可负担性的见附件九。值得注意的是，有关法律的数据反映了截至2020年12月31日通过的立法的现状，该立法有一个明确的生效日期，并且没有受到可能影响实施日期的法律挑战。

为《世卫组织2021年全球烟草流行报告》制定的摘要措施与2019年报告使用的措施相同。计算各指标的方法见《技术说明一》。但该审查并没有对各国的立法进行全面和详尽的法律分

析。除了无烟环境和禁止烟草广告、促销和赞助外，数据仅在国家/联邦一级收集，因此对次国家级政府在烟草控制方面发挥积极作用的会员国未能提供完整的信息。2019年15岁及以上人口的每日吸烟率是世卫组织根据会员国公布的烟草使用调查模拟的指标。吸烟是国家调查中报告最广泛的指标之一。为便于进行国际比较而计算的世卫组织估计数见《技术说明二》。

表格1.1

非洲

MPOWER 措施小结

国家	成人每日 吸烟流行率 (2019)	M 监测	P 禁烟令	O 戒烟规划	W		E 广告禁令	R	
			线条代表 合规水平		健康警语	大众媒体		税收	自2010年以 来卷烟 更加不可 负担
阿尔及利亚	14%							35.5%	是
安哥拉	...							12.1%	是
贝宁	4%							9.5%	否
博茨瓦纳	13%		—					52.2%	是
布基纳法索	9%							43.5%	↔
布隆迪	7%							37.3%	是
佛得角	6%							19.5%	↔
喀麦隆	5%		...				...	43.2%	↔
中非共和国	...		—				—	...	...
乍得	6%							51.6%	↔
科摩罗	10%							73.8%	↔
刚果	10%							26.9%	是
科特迪瓦	9%		—					34.5%	否
刚果民主共和国	9%							52.1%	否
赤道几内亚	...		—				—	24.2%	是
厄立特里亚	4%		—				...	...	...
斯威士兰	6%		—				...	53.5%	否
埃塞俄比亚	3%							51.2%	↔
加蓬	...							21.6%	↔
冈比亚	9%				⊙			48.7%	是
加纳	2%		—					31.8%	↔
几内亚	...							37.0%	↔
几内亚比绍	7%		—				—	...	...
肯尼亚	7%		—					39.0%	↔
莱索托	18%						—	50.6%	↔
利比里亚	6%		—				—	56.8%	↔
马达加斯加	13%							80.4%	↔
马拉维	7%		—				—	56.3%	...
马里	6%		—					27.7%	否
毛里塔尼亚	7%							5.9%	↔
毛里求斯	15%							81.2%	是
莫桑比克	11%							28.5%	是
纳米比亚	14%							42.0%	↔
尼日尔	4%							31.8%	↔
尼日利亚	3%				⊙			35.1%	↔
卢旺达	9%		—					64.3%	↔
圣多美和普林西比	4%		—					33.7%	↔
塞内加尔	5%							38.2%	是
塞舌尔	15%							69.5%	↔
塞拉利昂	12%		—				—	22.6%	是
南非	17%		—					52.7%	↔
南苏丹							—	66.1%	...
多哥								41.4%	是
乌干达								34.6%	是
坦桑尼亚联合共和国							...	30.0%	否
赞比亚							—	38.8%	↔
津巴布韦							—	29.3%	↔

P 禁烟令	O 戒烟规划	W 健康警句	E 广告禁令	R 税收
自2018年以来POWER指标组内的变化(上升或下降)				
				▲
	▼			
				▲
	▼			
			▲	
	▼			▲
				▼
▲		▲	▲	▲
	▼			
		▲		
				▼
				▲
	▲	▲		
	▼	▲		
		▲		
	▼			
				▲

...	无法获得估算数
	30% 或更高
	20% 至 29.9%
	15% 至 19.9%
	低于15%

监测:流行率数据

	无已知数据或近期数据, 或数据并非近期和具代表性
	有成人或青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期、有代表性和定期数据

	数据未报告/未分类
	完全没有禁烟令,或最多两个公共场所完全禁烟
	三至五个公共场所完全无烟
	六至七个公共场所完全无烟
	所有公共场所完全无烟(或全面的次国家级无烟立法覆盖指示90%的人口)

	数据未报告
	无
	NRT 和/或一些戒断服务 (成本未覆盖)
	NRT 和/或一些戒断服务 (至少覆盖一项服务的成本)
	国家戒烟热线, 而且覆盖NRT和一些戒断服务的成本

	数据未报告
	无警语或警语小
	中型警语,但缺少一些适当的特点,或大型警语,但缺少许多适当的特点
	具有所有适当特征的中型警语或缺少某些适当特征的大型警语
	具有所有适当特点的大型警语

	数据未报告
	2018年7月至2020年6月期间没有开展为期至少三周的国家运动
	开展的国家运动具有一至四个适当的特点
	开展的国家运动具有五至六个适当的特点
	至少七个适当特点进行的国家运动,包括在电视和/或广播上播放

	数据未报告
	完全没有禁令,或者禁令不包括全国性的电视、广播和印刷媒体
	只在全国性的电视、广播和印刷媒体禁止
	在全国性的电视、广播和印刷媒体上禁止广告,以及禁止一些但不是所有其他形式的直接和/或间接广告
	禁止一切形式的直接和间接广告(或次国家级立法覆盖至少90%的人口,完全禁止烟草广告、促销和赞助)

	数据未报告
	税额 < 25% 零售价
	税额在 $\geq 25\%$ 零售额和 $< 50\%$ 零售价之间
	税额在 $\geq 50\%$ 零售价和 $< 75\%$ 零售价之间
	税额 $\geq 75\%$ 零售价

是	卷烟更买不起了——自2010年以来, 购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的增长趋势。
否	卷烟更买得起了——自2010年以来, 购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的下降趋势。
↔	自2010年以来, 卷烟的可负担性没有明显的变化。
...	数据不足, 无法进行趋势分析。

	完全合规 (8/10 至 10/10)
	中等程度合规 (3/10至7/10)
	最低程度合规 (0/10至2/10)

☆	强制要求无装饰包装。
⊙	截止2020年12月31日, 通过但未实施政策。
▼▲	"2018年至2020年间POWER指标组变化(上升或下降)情况。2018年的一些数据在2020年进行了修订。2020年的分组规则适用于这两年。"
...	数据未报告/无法获得。
-	数据未要求/不适用。

表格1.2

美洲

MPOWER 措施小结

国家	成人每日吸烟流行率 (2019)	M 监测	P 禁烟令	O 戒烟规划	W		E 广告禁令	R	
			线条代表 合规水平		健康警告	大众媒体		税收	自2010年以 来卷烟 更加不可 负担
安提瓜和巴布达	...							13.1%	↔
阿根廷	18%							76.6%	是
巴哈马	8%		—					43.2%	是
巴巴多斯	5%						—	...	...
伯利兹	5%		—				—	34.7%	↔
多民族玻利维亚国	...							35.7%	是
巴西	11%							81.5%	↔
加拿大	9%				☆			61.7%	是
智利	19%							80.0%	是
哥伦比亚	5%							73.1%	是
哥斯达黎加	5%							53.6%	是
古巴	13%						—	...	...
多米尼克	...		—				—	22.7%	↔
多米尼加共和国	8%						—	44.3%	↔
厄瓜多尔	4%							66.9%	是
萨尔瓦多	5%							46.5%	是
格林纳达	...		—				—	...	...
危地马拉	5%							49.0%	↔
圭亚那	9%							27.5%	否
海地	5%		—				—	...	...
洪都拉斯	...							42.6%	是
牙买加	7%							42.6%	是
墨西哥	7%							67.6%	↔
尼加拉瓜	...							69.4%	↔
巴拿马	2%							56.5%	否
巴拉圭	8%		—					18.3%	↔
秘鲁	6%							67.7%	是
圣基茨和尼维斯	...		—				—	...	...
圣卢西亚	...						—	51.3%	↔
圣文森特和格林纳丁斯	...		—				—	23.1%	是
苏里南	...							26.5%	是
特立尼达和多巴哥	...							25.7%	是
美利坚合众国	14%		...		⊙		...	40.0%	↔
乌拉圭	18%				☆			65.9%	↔
委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)	...							73.4%	...

自2018年以来的变化

P 禁烟令	O 戒烟规划	W 健康警语	E 广告禁令	R 税收
自2018年以来POWER指标组内的变化(上升或下降)				
	▼			
▲				
				▼
				▼
	▼			
	▼			
				▲
▲				▲
▲				
	▼			
		▲		
			▲	

2019年成人每日吸烟流行率*: 年龄标准化成人每日吸烟流行率(男女合计)

...	无法获得估算数
	30% 或更高
	20% 至 29.9%
	15% 至 19.9%
	低于15%

* 这些数字应严格用于各国之间的比较,不得用于估计一个国家经常吸烟者的绝对人数。

监测: 流行率数据

	无已知数据或近期数据,或数据并非近期和具代表性
	有成人或青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期、有代表性和定期数据

无烟环境: 禁烟令

	数据未报告/未分类
	完全没有禁烟令,或最多两个公共场所完全禁烟
	三至五个公共场所完全无烟
	六至七个公共场所完全无烟
	所有公共场所完全无烟(或全面的次国家级无烟立法覆盖指示90%的人口)

戒烟规划: 治疗烟草依赖

	数据未报告
	无
	NRT 和/或一些戒断服务(成本未覆盖)
	NRT 和/或一些戒断服务(至少覆盖一项服务的成本)
	国家戒烟热线,而且覆盖NRT和一些戒断服务的成本

健康警语: 卷烟包装上的健康警语

	数据未报告
	无警语或警语小
	中型警语,但缺少一些适当的特点,或大型警语,但缺少许多适当的特点
	具有所有适当特征的中型警语或缺少某些适当特征的大型警语
	具有所有适当特点的大型警语

大众媒体: 反烟草运动

	数据未报告
	2018年7月至2020年6月期间没有开展为期至少三周的国家运动
	开展的国家运动具有一至四个适当的特点
	开展的国家运动具有五至六个适当的特点
	以至少七个适当特点进行的国家运动,包括在电视和/或广播上播放

广告禁令: 禁止广告、促销和赞助

	数据未报告
	完全没有禁令,或者禁令不包括全国性的电视、广播和印刷媒体
	只在全国性的电视、广播和印刷媒体禁止
	在全国性的电视、广播和印刷媒体上禁止广告,以及禁止一些但不是所有其他形式的直接和/或间接广告
	禁止一切形式的直接和间接广告(或次国家级立法覆盖至少90%的人口,完全禁止烟草广告、促销和赞助)

税收: 总税收占最畅销品牌卷烟零售价的份额

	数据未报告
	税额 < 25% 零售价
	税额在 ≥25% 零售额和 <50% 零售价之间
	税额在 ≥50% 零售价和 <75% 零售价之间
	税额 ≥75% 零售价

卷烟的可负担性

是	卷烟更买不起了——自2010年以来,购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的增长趋势。
否	卷烟更买得起了——自2010年以来,购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的下降趋势。
↔	自2010年以来,卷烟的可负担性没有明显的变化。
...	数据不足,无法进行趋势分析。

合规: 遵守广告、促销和赞助禁令,并遵守无烟法律

	完全合规 (8/10 至 10/10)
	中等程度合规 (3/10至7/10)
	最低程度合规 (0/10至2/10)

符号图例

☆	强制要求无装饰包装。
⊙	截止2020年12月31日,通过但未实施政策。
▼▲	"2018年至2020年间POWER指标组变化(上升或下降)情况。2018年的一些数据在2020年进行了修订。2020年的分组规则适用于这两年。"
...	数据未报告/无法获得。
-	数据未要求/不适用。

表格1.3

东南亚

MPOWER 措施小结

国家	成人每日 吸烟流行率 (2019)	M 监测	P 禁烟令	O 戒烟规划	W		E 广告禁令	R	
			健康警告		大众媒体	税收		自2010年以 来香烟 更加不可 负担	
			线条代表 合规水平			线条代表 合规水平			
孟加拉国	17%							73.0%	是
不丹	...							8.1%	...
朝鲜民主主义人民共 和国	15%						—	0.0%	...
印度	7%							57.6%	是
印度尼西亚	33%							62.3%	↔
马尔代夫	19%							65.7%	是
缅甸	15%							49.9%	否
尼泊尔	13%							27.0%	↔
斯里兰卡	10%							77.0%	是
泰国	17%				☆			78.6%	↔
东帝汶	23%							21.8%	↔

自2018年以来的变化

P 禁烟令	O 戒烟规划	W 健康警语	E 广告禁令	R 税收
自2018年以来POWER指标组内的变化（上升或下降）				
		▲		
	▼			
				▲

2019年成人每日吸烟流行率*: 年龄标准化成人每日吸烟流行率(男女合计)

...	无法获得估算数
	30% 或更高
	20% 至 29.9%
	15% 至 19.9%
	低于15%

* 这些数字应严格用于各国之间的比较,不得用于估计一个国家经常吸烟者的绝对人数。

监测: 流行率数据

	无已知数据或近期数据,或数据并非近期和具代表性
	有成人或青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期、有代表性和定期数据

无烟环境: 禁烟令

	数据未报告/未分类
	完全没有禁烟令,或最多两个公共场所完全禁烟
	三至五个公共场所完全无烟
	六至七个公共场所完全无烟
	所有公共场所完全无烟(或全面的次国家级无烟立法覆盖指示90%的人口)

戒烟规划: 治疗烟草依赖

	数据未报告
	无
	NRT 和/或一些戒断服务(成本未覆盖)
	NRT 和/或一些戒断服务(至少覆盖一项服务的成本)
	国家戒烟热线,而且覆盖NRT和一些戒断服务的成本

健康警语: 卷烟包装上的健康警语

	数据未报告
	无警语或警语小
	中型警语,但缺少一些适当的特点,或大型警语,但缺少许多适当的特点
	具有所有适当特征的中型警语或缺少某些适当特征的大型警语
	具有所有适当特点的大型警语

大众媒体: 反烟草运动

	数据未报告
	2018年7月至2020年6月期间没有开展为期至少三周的国家运动
	开展的国家运动具有一至四个适当的特点
	开展的国家运动具有五至六个适当的特点
	以至少七个适当特点进行的国家运动,包括在电视和/或广播上播放

广告禁令: 禁止广告、促销和赞助

	数据未报告
	完全没有禁令,或者禁令不包括全国性的电视、广播和印刷媒体
	只在全国性的电视、广播和印刷媒体禁止
	在全国性的电视、广播和印刷媒体上禁止广告,以及禁止一些但不是所有其他形式的直接和/或间接广告
	禁止一切形式的直接和间接广告(或次国家级立法覆盖至少90%的人口,完全禁止烟草广告、促销和赞助)

税收: 总税收占最畅销品牌卷烟零售价的份额

	数据未报告
	税额 < 25% 零售价
	税额在 ≥25% 零售额和 <50% 零售价之间
	税额在 ≥50% 零售价和 <75% 零售价之间
	税额 ≥75% 零售价

卷烟的可负担性

是	卷烟更买不起了——自2010年以来,购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的增长趋势。
否	卷烟更买得起了——自2010年以来,购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的下降趋势。
↔	自2010年以来,卷烟的可负担性没有明显的变化。
...	数据不足,无法进行趋势分析。

合规: 遵守广告、促销和赞助禁令,并遵守无烟法律

	完全合规 (8/10 至 10/10)
	中等程度合规 (3/10至7/10)
	最低程度合规 (0/10至2/10)

符号图例

☆	强制要求无装饰包装。
⊙	截止2020年12月31日,通过但未实施政策。
▼▲	"2018年至2020年间POWER指标组变化(上升或下降)情况。2018年的一些数据在2020年进行了修订。2020年的分组规则适用于这两年。"
...	数据未报告/无法获得。
-	数据未要求/不适用。

表格1.4

欧洲

MPOWER 措施小结

国家	成人每日吸烟流行率 (2019)	M 监测	P 禁烟令	O 戒烟规划	W		E 广告禁令	R	
					健康警语	大众媒体		税收	自2010年以来卷烟更加不可负担
			线条代表 合规水平				线条代表 合规水平		
阿尔巴尼亚	18%		...				...	66.7%	是
安道尔	28%						—	78.4%	...
亚美尼亚	25%							44.2%	否
奥地利	21%							74.5%	是
阿塞拜疆	18%		...				...	49.7%	↔
白罗斯	23%							55.6%	是
比利时	19%				☆			76.9%	是
波斯尼亚和黑塞哥维那	30%		—					84.0%	是
保加利亚	32%							85.3%	否
克罗地亚	31%		...				...	83.6%	↔
塞浦路斯	29%							74.4%	是
捷克	24%							77.2%	是
丹麦	15%						—	78.0%	↔
爱沙尼亚	21%							87.6%	↔
芬兰	15%							88.2%	是
法国	28%				☆			83.2%	是
格鲁吉亚	27%							81.2%	↔
德国	18%		—					63.5%	是
希腊	27%		...				...	80.8%	是
匈牙利	28%		...		☆		...	72.7%	是
冰岛	10%							55.0%	↔
爱尔兰	18%				☆			78.9%	否
以色列	18%		...		☆		...	83.2%	是
意大利	20%		—					76.6%	是
哈萨克斯坦	16%		—					55.7%	是
吉尔吉斯斯坦	22%							52.9%	是
拉脱维亚	30%							79.9%	↔
立陶宛	22%							74.0%	↔
卢森堡	17%		...				...	68.3%	↔
马耳他	19%		...				...	77.6%	否
摩纳哥	...		...				—	...	...
黑山共和国	27%		...				...	77.5%	是
荷兰	17%		...		☆			77.2%	是
北马其顿	...		...				...	80.3%	↔
挪威	12%				☆			61.6%	是
波兰	21%							78.4%	↔
葡萄牙	20%							78.6%	↔
摩尔多瓦共和国	24%		...				...	62.4%	是
罗马尼亚	27%							69.6%	↔
俄罗斯联邦	27%							56.1%	是
圣马力诺	...		...				...	...	...
塞尔维亚	33%							76.5%	是
斯洛伐克	24%							76.3%	是
斯洛文尼亚	20%		...		☆		...	78.7%	↔
西班牙	25%							78.2%	↔
瑞典	9%		—					68.1%	是
瑞士	21%		—				...	59.6%	是
塔吉克斯坦	...							41.9%	↔
土耳其	26%				☆			84.9%	↔
土库曼斯坦	4%							42.2%	是
乌克兰	24%							69.3%	是
大不列颠及北爱尔兰联合王国	13%				☆			79.3%	是
乌兹别克斯坦	9%		...				...	56.3%	↔

[illegible]

表格1.5
东地中海
MPOWER 措施小结

< 指领土

国家	成人每日 吸烟流行率 (2019)	M 监测	P 禁烟令	O 戒烟规划	W		E 广告禁令	R	
					健康警语	大众媒体		税收	自2010年以 来卷烟 更加不可 负担
			线条代表 合规水平				线条代表 合规水平		
阿富汗								20.7%	是
巴林							...	72.2%	是
吉布提							...	...	...
埃及								78.5%	↔
伊朗 (伊斯兰共和国)								15.5%	是
伊拉克								7.6%	↔
约旦								78.0%	是
科威特							...	18.9%	是
黎巴嫩								9.9%	↔
利比亚								9.4%	是
摩洛哥								76.1%	↔
阿曼								92.8%	是
巴勒斯坦被占领土		<						63.6%	是
巴基斯坦								60.8%	↔
卡塔尔								68.2%	是
沙特阿拉伯					☆			73.8%	是
索马里							—	7.1%	...
苏丹								73.4%	否
阿拉伯叙利亚共和国							...	41.8%	...
突尼斯								69.6%	↔
阿拉伯联合酋长国								72.6%	是
也门								50.7%	是

[illegible]

...	无法获得估算数
	30% 或更高
	20% 至 29.9%
	15% 至 19.9%
	低于15%

监测:流行率数据

	无已知数据或近期数据,或数据并非近期和具代表性
	有成人或青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期、有代表性和定期数据

	数据未报告/未分类
	完全没有禁烟令,或最多两个公共场所完全禁烟
	三至五个公共场所完全无烟
	六至七个公共场所完全无烟
	所有公共场所完全无烟 (或全面的次国家级无烟立法覆盖指示90%的人口)

	数据未报告
	无
	NRT 和/或一些戒断服务 (成本未覆盖)
	NRT 和/或一些戒断服务 (至少覆盖一项服务的成本)
	国家戒烟热线, 而且覆盖NRT和一些戒断服务的成本

	数据未报告
	无警语或警语小
	中型警语,但缺少一些适当的特点,或大型警语,但缺少许多适当的特点
	具有所有适当特征的中型警语或缺少某些适当特征的大型警语
	具有所有适当特点的大型警语

	数据未报告
	2018年7月至2020年6月期间没有开展为期至少三周的国家运动
	开展的国家运动具有一至四个适当的特点
	开展的国家运动具有五至六个适当的特点
	以至少七个适当特点进行的国家运动,包括在电视和/或广播上播放

	数据未报告
	完全没有禁令,或者禁令不包括全国性的电视、广播和印刷媒体
	只在全国性的电视、广播和印刷媒体禁止
	在全国性的电视、广播和印刷媒体上禁止广告,以及禁止一些但不是所有其他形式的直接和/或间接广告
	禁止一切形式的直接和间接广告(或次国家级立法覆盖至少90%的人口,完全禁止烟草广告、促销和赞助)

	数据未报告
	税额< 25%零售价
	税额在 $\geq 25\%$ 零售额和 $< 50\%$ 零售价之间
	税额在 $\geq 50\%$ 零售价和 $< 75\%$ 零售价之间
	税额 $\geq 75\%$ 零售价

是	卷烟更买不起了——自2010年以来, 购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的增长趋势。
否	卷烟更买得起了——自2010年以来, 购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的下降趋势。
↔	自2010年以来, 卷烟的可负担性没有明显的变化。
...	数据不足, 无法进行趋势分析。

	完全合规 (8/10 至 10/10)
	中等程度合规 (3/10至7/10)
	最低程度合规 (0/10至2/10)

☆	强制要求无装饰包装。
⊙	截止2020年12月31日, 通过但未实施政策。
▼▲	"2018年至2020年间POWER指标组变化(上升或下降)情况。2018年的一些数据在2020年进行了修订。2020年的分组规则适用于这两年。"
...	数据未报告/无法获得。
-	数据未要求/不适用。

表格1.6
西太平洋
MPOWER 措施小结

2020年指标与合规

国家	成人每日 吸烟流行率 (2019)	M 监测	P 禁烟令	O 戒烟规划	W		E 广告禁令	R	
			健康警语		大众媒体	税收		自2010年以 来卷烟 更加不可 负担	
			线条代表 合规水平			线条代表 合规水平			
澳大利亚	12%		...		☆			73.9%	是
文莱达鲁萨兰国	12%							—	—
柬埔寨	15%							26.4%	否
中国	23%							54.5%	否
库克群岛	17%							...	...
斐济	15%							36.9%	是
日本	17%		—				—	61.0%	是
基里巴斯	37%							41.4%	否
老挝人民民主共和国	24%							11.7%	否
马来西亚	17%		—					51.5%	是
马绍尔群岛	19%							54.1%	否
密克罗尼西亚 (联邦)	...							46.7%	是
蒙古	23%							45.4%	↔
瑙鲁	37%							42.2%	是
新西兰	13%				☆			82.0%	是
纽埃	...		...				...	57.8%	...
帕劳	14%							71.4%	是
巴布亚新几内亚	35%							53.1%	↔
菲律宾	18%							55.7%	是
大韩民国	20%							73.9%	是
萨摩亚	20%		...				...	49.2%	是
新加坡	14%				☆			67.1%	↔
所罗门群岛	29%							...	...
汤加	26%		...				...	67.3%	是
图瓦卢	29%							38.7%	↔
瓦努阿图	12%		—					52.7%	↔
越南	20%							38.8%	否

自2018年以来的变化

P 禁烟令	O 戒烟规划	W 健康警语	E 广告禁令	R 税收
自2018年以来POWER指标组内的变化 (上升或下降)				
	▼			▼
	▲			
	▲			
		▲		
	▼			
				▼
	▼			
	▲			
	▲			

2019年成人每日吸烟流行率*: 年龄标准化成人每日吸烟流行率(男女合计)

...	无法获得估算数
	30% 或更高
	20% 至 29.9%
	15% 至 19.9%
	低于15%

* 这些数字应严格用于各国之间的比较,不得用于估计一个国家经常吸烟者的绝对人数。

监测: 流行率数据

	无已知数据或近期数据,或数据并非近期和具代表性
	有成人或青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期且有代表性的数据
	有成人和青少年的近期、有代表性和定期数据

无烟环境: 禁烟令

	数据未报告/未分类
	完全没有禁烟令,或最多两个公共场所完全禁烟
	三至五个公共场所完全无烟
	六至七个公共场所完全无烟
	所有公共场所完全无烟(或全面的次国家级无烟立法覆盖指示90%的人口)

戒烟规划: 治疗烟草依赖

	数据未报告
	无
	NRT 和/或一些戒断服务(成本未覆盖)
	NRT 和/或一些戒断服务(至少覆盖一项服务的成本)
	国家戒烟热线,而且覆盖NRT和一些戒断服务的成本

健康警语: 卷烟包装上的健康警语

	数据未报告
	无警语或警语小
	中型警语,但缺少一些适当的特点,或大型警语,但缺少许多适当的特点
	具有所有适当特征的中型警语或缺少某些适当特征的大型警语
	具有所有适当特点的大型警语

大众媒体: 反烟草运动

	数据未报告
	2018年7月至2020年6月期间没有开展为期至少三周的国家运动
	开展的国家运动具有一至四个适当的特点
	开展的国家运动具有五至六个适当的特点
	以至少七个适当特点进行的国家运动,包括在电视和/或广播上播放

广告禁令: 禁止广告、促销和赞助

	数据未报告
	完全没有禁令,或者禁令不包括全国性的电视、广播和印刷媒体
	只在全国性的电视、广播和印刷媒体禁止
	在全国性的电视、广播和印刷媒体上禁止广告,以及禁止一些但不是所有其他形式的直接和/或间接广告
	禁止一切形式的直接和间接广告(或次国家级立法覆盖至少90%的人口,完全禁止烟草广告、促销和赞助)

税收: 总税收占最畅销品牌卷烟零售价的份额

	数据未报告
	税额 < 25% 零售价
	税额在 ≥25% 零售额和 <50% 零售价之间
	税额在 ≥50% 零售价和 <75% 零售价之间
	税额 ≥75% 零售价

卷烟的可负担性

是	卷烟更买不起了——自2010年以来,购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的增长趋势。
否	卷烟更买得起了——自2010年以来,购买卷烟所需的人均国内生产总值(GDP)呈每年超过1.45%的下降趋势。
↔	自2010年以来,卷烟的可负担性没有明显的变化。
...	数据不足,无法进行趋势分析。

合规: 遵守广告、促销和赞助禁令,并遵守无烟法律

	完全合规 (8/10 至 10/10)
	中等程度合规 (3/10至7/10)
	最低程度合规 (0/10至2/10)

符号图例

☆	强制要求无装饰包装。
⊙	截止2020年12月31日,通过但未实施政策。
▼▲	"2018年至2020年间POWER指标组变化(上升或下降)情况。2018年的一些数据在2020年进行了修订。2020年的分组规则适用于这两年。"
...	数据未报告/无法获得。
-	数据未要求/不适用。



附件二：

电子尼古丁传送系统

附件二概述了适用于ENDS的选定烟草控制措施。为世卫组织每个区域提供了一个概览表，根据技术说明一、二和三所概述的方法，包括以下信息：监测和流行情况、室内公共区域的ENDS使用、健康警语和包装、广告、促销和赞助禁令、税收水平、销售年龄限制和适用于口味的规定。

附件二提供了关于世卫组织每个区域的ENDS和ENNDS的选定监管方面的详细信息。下列数据在本附件中报告：

ENDS/ENNDS监管规定：

- 应用于ENDS/ENNDS的禁令
- 应用于ENDS/ENNDS的P、W和E措施
- 销售的最低年龄
- 如何监管口味。

ENDS/ENNDS的监测和税收：

- 全国基于人口的成人调查和/或基于学校的青少年调查所获得的关于ENDS使用流行率的数据
- 对ENDS/ENNDS电子烟液征收的消费税（封闭系统和/或开放系统）。

表 2.1.1

非洲

对于ENDS/ENNDS的管制

* * ENNDS与ENDS相同对待
— 不适用，因为禁止销售

国家	禁令
阿尔及利亚	无
安哥拉	无
贝宁	无
博茨瓦纳	无
布基纳法索	无
布隆迪	无
佛得角	无
喀麦隆	无
中非共和国	无
乍得	无
科摩罗	无
刚果	无
科特迪瓦	无
刚果民主共和国	无
赤道几内亚	无
厄立特里亚	无
斯威士兰	无
埃塞俄比亚	"销售、生产、批发、分销、提供销售、进口贸易"
加蓬	无
冈比亚	"销售、进口、生产、分销、*拥有、提供销售"
加纳	无
几内亚	无
几内亚比绍	无
肯尼亚	无
莱索托	无
利比里亚	无
马达加斯加	无
马拉维	无
马里	无
毛利坦尼亚	无
毛里求斯	销售、提供销售、分销*
莫桑比克	无
纳米比亚	无
尼日尔	无
尼日利亚	无
卢旺达	无
圣多美和普林西比	无
塞内加尔	无
塞舌尔	无
塞拉利昂	无
南非	无
南苏丹	无
多哥	无
乌干达	"销售、进口、生产、分销、*加工、提供销售、带入国内"
坦桑尼亚联合共和国	无
赞比亚	无
津巴布韦	无

P 措施	W- 健康警告措施	E 措施	“最低销售年龄”	如何管制口味?
部分	部分 (仅电子烟液)	全部 (仅电子烟液)	18	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	部分 (仅电子烟液) *	全部*	18*	无管制
无	部分 (仅装置) *	全部 (仅装置) *	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	部分 (仅电子烟液)	全部 (仅电子烟液)	18	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
部分	部分 (仅电子烟液)	全部 (仅电子烟液)	18	无管制
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制

表 2.1.2

美洲
对于ENDS/ENNDS的管制

* ENNDS与ENDS相同对待
— 不适用，因为禁止销售

国家	禁令
安提瓜和巴布达	无
阿根廷	销售、进口、分销、商品化、广告、促销
巴哈马	无
巴巴多斯	无
伯利兹	无
多民族玻利维亚国	无
巴西	销售、进口*
加拿大	无
智利	无
哥伦比亚	无
哥斯达黎加	无
古巴	无
多米尼克	无
多米尼加共和国	无
厄瓜多尔	无
萨尔瓦多	无
格林纳达	无
危地马拉	无
圭亚那	无
海地	无
洪都拉斯	无
牙买加	无
墨西哥	销售、进口、分销、展示、促销、生产*
尼加拉瓜	无
巴拿马	销售、进口*
巴拉圭	无
秘鲁	无
圣基茨和尼维斯	无
圣卢西亚	无
圣文森特和格林纳丁斯	无
苏里南	销售、进口、分销*
特立尼达和多巴哥	无
美利坚合众国	无
乌拉圭	销售、商品化、进口、注册商标或专利*
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	销售、促销、商品化*

P 措施	W- 健康警告措施	E 措施	“最低销售年龄”	如何管制口味?
无	无	无	无	无管制
全部	—	部分	—	—
无	无	无	无	无管制
全部	无	无	18	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	—	全部*	—	—
部分*	部分 (仅电子烟液)	部分*	18	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部	全部	部分	18	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部	全部	部分	18	无管制
全部	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	无	全部*	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	全部 (仅装置) *	部分	21*	无管制
全部	全部	部分	18	无管制
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
全部*	—	无	—	—
全部*	无	部分*	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部	全部	无	18	无管制
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	部分 (仅电子烟液)	部分	21	无管制
全部*	—	全部*	—	—
无	—	无	—	—

表 2.1.3

东南亚

对于ENDS/ENNDS的管制

* ENNDS与ENDS相同对待
 — 不适用，因为禁止销售

国家	禁令
孟加拉国	无
不丹	无
朝鲜民主主义人民共和国	销售、进口、出口*
印度	销售、生产、加工、进口、出口、运输、分 销、储存*
印度尼西亚	无
马尔代夫	无
缅甸	无
尼泊尔	生产、进口、分销、促销（禁令只在某些地 点限制）
斯里兰卡	销售、生产、进口、提供销售
泰国	销售、进口*
东帝汶	销售、进口*

P 措施	W- 健康警告措施	E 措施	“最低销售年龄”	如何管制口味?
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
无	—	部分*	—	—
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	无	全部 (仅装置) *	18*	无管制
无	—	无	—	—
无	—	无	—	—
无	—	无	—	—

表 2.1.4

欧洲

对于ENDS/ENNDS的管制

* ENNDS与ENDS相同对待

⊙ 截止2020年12月31日已通过但未实施政策

— 不适用, 因为禁止销售

国家	禁令
阿尔巴尼亚	无
安道尔	无
亚美尼亚	无
奥地利	无
阿塞拜疆	无
白俄罗斯	无
比利时	无
波斯尼亚和黑塞哥维那	无
保加利亚	无
克罗地亚	无
塞浦路斯	无
捷克	无
丹麦	无
爱沙尼亚	无
芬兰	无
法国	无
格鲁吉亚	无
德国	无
希腊	无
匈牙利	无
冰岛	无
爱尔兰	无
以色列	无
意大利	无
哈萨克斯坦	无
吉尔吉斯斯坦	无
拉脱维亚	无
立陶宛	无
卢森堡	无
马耳他	无
摩纳哥	无
黑山	无
荷兰	无
北马其顿	无
挪威	无
波兰	无
葡萄牙	无
摩尔多瓦共和国	无
罗马尼亚	无
俄罗斯联邦	无
圣马力诺	无
塞尔维亚	无
斯洛伐克	无
斯洛文尼亚	无
西班牙	无
瑞典	无
瑞士	无
塔吉克斯坦	无
土耳其	进口(个人消费除外)
土库曼斯坦	仅销售*
乌克兰	无
大不列颠及北爱尔兰联合王国	无
乌兹别克斯坦	无

P 措施	W- 健康警告措施	E 措施	“最低销售年龄”	如何管制口味?
全部*	无	无	18*	无管制
部分	无	无	18*	无管制
部分	全部	部分	18	无管制
部分*	部分	部分*	18*	无管制
部分*	无	全部 (仅装置) *	18*	无管制
部分*	无	部分*	18*	无管制
部分*	部分	部分	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
无	部分	部分	18	无管制
部分	部分	部分	18	无管制
部分*	部分	部分*	18*	无管制
部分*	部分	部分*	18*	无管制
部分*	部分	部分*	18*	一些特定口味被允许 * ^⑥
部分*	部分	部分*	18*	一些特定口味被允许
部分*	部分 (仅电子烟液)	全部*	18*	禁止所有口味*
部分*	部分	部分*	18	无管制
部分	无	部分	18	无管制
无	部分	部分	18	一些特定口味被允许
全部*	部分	部分*	18*	无管制
部分*	部分	部分	18*	禁止所有口味*
部分*	无	全部*	18*	无管制
无	部分	部分	无	无管制
部分	部分	部分	18	无管制
部分	部分	部分	18	无管制
部分*	无	无	21*	无管制
无	无	无	无	无管制
部分*	部分	部分*	18*	无管制
部分	部分	部分	18	无管制
部分*	部分*	部分*	18*	无管制
全部*	部分	部分*	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
部分*	部分	部分*	无	禁止所有口味*
部分*	部分*	部分*	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	部分	部分*	18*	无管制
部分	部分	部分	18	无管制
部分	部分	部分	18	无管制
部分	部分	全部	18	无管制
部分	部分	部分	无	无管制
全部*	无	全部*	18*	无管制
部分*	无	无	18*	无管制
无	无	部分*	无	无管制
无	部分	部分	18	无管制
部分*	部分	全部	18*	无管制
部分	部分	部分	18	无管制
无	部分	部分	18	无管制
无	无	无	无	无管制
全部	全部	部分	18	无管制
全部*	全部 (仅装置) *	全部 (仅装置) *	18*	无管制
无	—	无	—	—
部分*	无	无	无	无管制
无	部分	部分	无	无管制
部分*	无	部分 (仅装置) *	无	无管制

表 2.1.5

东地中海
对于ENDS/ENNDS的管制

- * ENNDS与ENDS相同对待
- 不适用, 因为禁止销售
- < “巴勒斯坦被占领土”应理解为“包括东耶路撒冷在内的巴勒斯坦被占领土”

国家	禁令
阿富汗	无
巴林	销售、进口、分销*
吉布提	无
埃及	销售、进口、贸易*
伊朗 (伊斯兰共和国)	销售、进口、生产、供应、出口*
伊拉克	销售、进口、贸易、生产*
约旦	销售、进口、分销、生产*
科威特	销售、贸易、进口*
黎巴嫩	销售、进口*
利比亚	无
摩洛哥	无
巴勒斯坦被占领土	销售、进口、生产*
阿曼	销售、进口*
巴基斯坦	无
卡塔尔	销售、进口、贸易、展示、生产*
沙特阿拉伯	无
索马里	无
苏丹	无
阿拉伯叙利亚共和国	销售、生产、分销、贸易*
突尼斯	无
阿联酋	无
也门	无

P 措施	W- 健康警告措施	E 措施	“最低销售年龄”	如何管制口味?
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
无	—	无	—	—
无	—	全部*	—	—
全部*	—	无	—	—
部分*	—	全部*	—	—
全部*	—	部分*	—	—
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	—	无	—	—
部分*	部分*	无	无	限制口味*
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
部分*	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	部分 (仅电子烟液) *	全部*	18*	无管制
无	无	无	无	无管制

表 2.1.6

西太平洋

对于ENDS/ENNDS的管制

* ENNDS与ENDS相同对待

⊙ 截止2020年12月31日已通过但未实施政策

— 不适用, 因为禁止销售

国家	禁令
澳大利亚	无
文莱达鲁萨兰国	销售、进口*
柬埔寨	销售、进口*
中国	无
库克群岛	无
斐济	无
日本	无
基里巴斯	无
老挝人民民主共和国	无
马来西亚	仅销售
马绍尔群岛	无
密克罗尼西亚 (联邦)	无
蒙古	无
瑙鲁	无
新西兰	无
纽埃	无
帕劳	无
巴布亚新几内亚	无
菲律宾	无
大韩民国	无
萨摩亚	无
新加坡	销售、进口、分销、提供销售、拥有*
所罗门群岛	无
汤加	无
图瓦卢	无
瓦努阿图	无
越南	无

P 措施	W- 健康警告措施	E 措施	“最低销售年龄”	如何管制口味?
部分	无	无	18	无管制
全部*	—	无	—	—
无	—	无	—	—
无	无	无	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
部分*	无	部分*	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	无	部分*	18*	无管制
无	—	无	—	—
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	无	部分*	18*	限制口味* ⑥
全部*	部分*	全部*	21*	无管制
部分	无	部分	21	无管制
全部	部分 (仅装置)	部分 (仅装置)	18	无管制
部分*	无	全部	21*	一些特定口味被允许*
部分	部分 (仅电子烟液)	部分 (仅电子烟液)	19*	无管制
无	无	无	无	无管制
全部*	—	部分*	—	—
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制
部分*	部分*	全部*	18*	无管制
无	无	无	无	无管制
无	无	无	无	无管制

表2.2.1

非洲
ENDS/ENND监测和税收

* 对于ENDS的征税与ENDS相同
... 数据无法获得

国家
阿尔及利亚
安哥拉
贝宁
博茨瓦纳
布基纳法索
布隆迪
佛得角
喀麦隆
中非共和国
乍得
科摩罗
刚果
科特迪瓦
刚果民主共和国
赤道几内亚
厄立特里亚
斯威士兰
埃塞俄比亚
加蓬
冈比亚
加纳
几内亚
几内亚比绍
肯尼亚
莱索托
利比里亚
马达加斯加
马拉维
马里
毛利坦尼亚
毛里求斯
莫桑比克
纳米比亚
尼日尔
尼日利亚
卢旺达
圣多美和普林西比
塞内加尔
塞舌尔
塞拉利昂
南非
南苏丹
多哥
乌干达
坦桑尼亚联合共和国
赞比亚
津巴布韦

表2.2.2

美洲
ENDS/ENND监测和税收

* 对于ENNDs的征税与ENDS相同
... 数据无法获得

国家
安提瓜和巴布达
阿根廷
巴哈马
巴巴多斯
伯利兹
多民族玻利维亚国
巴西
加拿大
智利
哥伦比亚
哥斯达黎加
古巴
多米尼克
多米尼加共和国
厄瓜多尔
萨尔瓦多
格林纳达
危地马拉
圭亚那
海地
洪都拉斯
牙买加
墨西哥
尼加拉瓜
巴拿马
巴拉圭
秘鲁
圣基茨和尼维斯
圣卢西亚
圣文森特和格林纳丁斯
苏里南
特立尼达和多巴哥
美利坚合众国
乌拉圭
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）

可从国家调查中获得		ENDS/ENNDs系统的征税	
“基于人群的成人调查”	“基于学校的青少年调查”	封闭式系统	开放式系统
否	是	...	...
是	是	禁止销售	禁止销售
否	否	...	...
否	否	...	...
否	是	...	...
是	是	...	...
否	是	禁止销售	禁止销售
是	是	...	...
是	否	...	...
是	是	...	...
是	否	...	...
否	是	...	...
否	否	...	...
否	是	...	...
是	是	...	...
否	是	...	...
否	是	...	...
否	是	...	...
否	是	...	...
否	是	...	...
否	是	...	...
否	否	...	...
否	否	...	...
否	是	...	...
是	否	禁止销售	禁止销售
否	是	...	...
是	是	禁止销售	禁止销售
否	是	...	...
否	是	...	...
否	否	...	...
否	是	...	...
否	是	...	...
否	是	禁止销售	禁止销售
否	是	...	...
是	是	...	...
是	是	禁止销售	禁止销售
否	是	禁止销售	禁止销售

表2.2.3

东南亚

ENDS/ENND监测和税收

* 对于ENNDs的征税与ENDS相同

... 数据无法获得

¹ 数据参考 ENNDs

国家
孟加拉国
不丹
朝鲜民主主义人民共和国
印度
印度尼西亚
马尔代夫
缅甸
尼泊尔
斯里兰卡
泰国
东帝汶

可从国家调查中获得		ENDS/ENNDs系统的征税	
“基于人群的成人调查”	“基于学校的青少年调查”	封闭式系统	开放式系统
否	否	...	...
否	否	...	...
否	否	禁止销售	禁止销售
否	否	禁止销售	禁止销售
是	否	是	否 ¹
否	否	...	...
否	否	...	...
是	否	...	...
否	否	禁止销售	禁止销售
否	是	禁止销售	禁止销售
否	否	禁止销售	禁止销售

表2.2.4

欧洲
ENDS/ENND监测和税收

* 对于ENNDs的征税与ENDs相同
... 数据无法获得

国家
阿尔巴尼亚
安道尔
亚美尼亚
奥地利
阿塞拜疆
白罗斯
比利时
波斯尼亚和黑塞哥维那
保加利亚
克罗地亚
塞浦路斯
捷克共和国
丹麦
爱沙尼亚
芬兰
法国
格鲁吉亚
德国
希腊
匈牙利
冰岛
爱尔兰
以色列
意大利
哈萨克斯坦
吉尔吉斯斯坦
拉脱维亚
立陶宛
卢森堡
马耳他
摩纳哥
黑山
荷兰
北马其顿
挪威
波兰
葡萄牙
摩尔多瓦共和国
罗马尼亚
俄罗斯联邦
圣马力诺
塞尔维亚
斯洛伐克
斯洛文尼亚
西班牙
瑞典
瑞士
塔吉克斯坦
土耳其
土库曼斯坦
乌克兰
大不列颠及北爱尔兰联合王国
乌兹别克斯坦

可从国家调查中获得		ENDS/ENNDs系统的征税	
“基于人群的成人调查”	“基于学校的青少年调查”	封闭式系统	开放式系统
否	是	...	是
否	否	...	...
否	否	否	否
是	是	否	否
否	否	是*	是*
否	否	否	否
否	否	否	否
否	否	否	否
是	是	否	否
否	是	否	否
是	是	...	是*
是	是	否	否
是	是	否	否
是	是	是*	是*
是	是	...	是*
是	是	否	否
否	是	是*	是*
是	是	否	否
是	是	是*	是*
是	是	是*	...
是	是	否	否
是	是	否	否
否	否	否	否
是	是	是	是
是	是	是	是
否	是	是	是
是	是	...	是*
是	是	是*	是*
是	否	否	否
是	是	否	否
否	是	...	...
否	是	...	是*
是	是	否	否
否	是	...	是*
否	是	...	...
是	是	否	否
否	是	是	是
否	否	否	否
是	是	是	是
是	是	是	是
否	是	...	...
是	是	是*	是*
否	是	...	否
是	是	...	是
是	是	否	否
是	是	是	是
是	是	...	...
否	否	...	...
否	否	...	...
否	否	禁止销售	禁止销售
是	是	否	否
否	否	否	否
否	否	否	否

表2.2.5

东地中海

“ENDS/ENND监测和税收”

* 对于ENNDs的征税与ENDS相同

— Politique adoptée mais pas encore entrée en vigueur le 31 décembre 2020

... 数据无法获得

< “巴勒斯坦被占领土”应理解为“包括东耶路撒冷在内的巴勒斯坦被占领土”

¹ 所做的估计是针对电子水烟

² 注:约旦既有ENDS销售禁令,也有消费税

³ 数据参考 ENNDs

国家
阿富汗
巴林
吉布提
埃及
伊朗 (伊斯兰共和国)
伊拉克
约旦
科威特
黎巴嫩
利比亚
摩洛哥
巴勒斯坦被占领土
阿曼
巴基斯坦
卡塔尔
沙特阿拉伯
索马里
苏丹
阿拉伯叙利亚共和国
突尼斯
阿联酋
也门

可从国家调查中获得		ENDS/ENND系统的征税	
“基于人群的成人调查”	“基于学校的青少年调查”	封闭式系统	开放式系统
否	否	...	...
否	否	是 ¹	...
否	否	...	...
否	否	禁止销售	禁止销售
否	否	禁止销售	禁止销售
否	是	禁止销售	禁止销售
否	否	...	是 ²
否	否	禁止销售	禁止销售
否	否	禁止销售	禁止销售
否	否	...	...
否	否	...	是 ³
否	否	禁止销售	禁止销售
否	否	禁止销售	禁止销售
否	否	是	...
是	是	禁止销售	禁止销售
否	否	...	...
否	否	...	...
否	否	...	...
否	否	禁止销售	禁止销售
否	否	...	...
是	否	是*	...
否	是	...	是

表2.2.6

西太平洋

“ENDS/ENND监测和税收”

* 对于ENNDs的征税与ENDS相同
... 数据无法获得

国家
澳大利亚
文莱达鲁萨兰国
柬埔寨
中国
库克群岛
斐济
日本
基里巴斯
老挝人民民主共和国
马来西亚
马绍尔群岛
密克罗尼西亚（联邦）
蒙古
瑙鲁
新西兰
纽埃
帕劳
巴布亚新几内亚
菲律宾
大韩民国
萨摩亚
新加坡
所罗门群岛
汤加
图瓦卢
瓦努阿图
越南

可从国家调查中获得		ENDS/ENNDS系统的征税	
“基于人群的成人调查”	“基于学校的青少年调查”	封闭式系统	开放式系统
是	是	...	...
是	是	禁止销售	禁止销售
否	否	禁止销售	禁止销售
是	是	...	...
否	否	...	...
否	是	...	...
否	是	...	...
否	是	...	...
否	是	...	否
是	是	禁止销售	禁止销售
是	是	...	...
否	否	...	...
否	是	...	...
否	否	...	...
是	是	...	...
否	是	...	...
否	否	...	...
否	是	...	...
是	否	...	...
是	是	是	...
否	否	...	...
否	否	禁止销售	禁止销售
否	否	...	...
否	否	否	否
否	否	...	...
否	是	...	...
是	是	...	...



选定烟草控制措施达到最高实现水平的年份

附件三提供了有关国家在五项MPOWER措施中达到最高实现水平的年份的信息。世卫组织各区域的数据分别显示。

在监测烟草使用方面，最早评估的年份是2007年。然而，尽管2007年被报道为一些国家达到最高实现水平的一年，但它们实际上可能更早达到这一水平。

提高烟草税的MPOWER措施的最高水平实现年份不包括在本附件中。税收在产品价格中所占的份额既取决于税收

政策，也取决于影响生产和零售价格的供求因素。增加税收的国家可能已经看到，如果非税价格份额以同样或更高的比率上升，税收所占份额可能会保持不变，甚至下降，从而使对最高实现水平年份的解释变得复杂。

税收份额的计算详见技术说明三。

表3.1.1

非洲
选定烟草控制措施达到最
高实现水平年份

注:空单元格表示人口未得到最高实现水平措施的覆盖

* 或更早年份

国家
阿尔及利亚
安哥拉
贝宁
博茨瓦纳
布基纳法索
布隆迪
佛得角
喀麦隆
中非共和国
乍得
科摩罗
刚果
科特迪瓦
刚果民主共和国
赤道几内亚
厄立特里亚
斯威士兰
埃塞俄比亚
加蓬
冈比亚
加纳
几内亚
几内亚比绍
肯尼亚
莱索托
利比里亚
马达加斯加
马拉维
马里
毛利坦尼亚
毛里求斯
莫桑比克
纳米比亚
尼日尔
尼日利亚
卢旺达
圣多美和普林西比
塞内加尔
塞舌尔
塞拉利昂
南非
南苏丹
多哥
乌干达
坦桑尼亚联合共和国
赞比亚
津巴布韦

达到最高实现水平的年份				
监测烟草 使用和预防 政策	保护人们 免受烟草 烟雾危害	为停止 使用烟草 提供帮助	警告 烟草危害	确保禁止 烟草广告、 促销和赞助
				2018
	2017			2017
	2010		2015	
	2018			
			2018	
	2010		2015	2010
	2012			2018
				2019
				2018
				2004
	2019		2019	2019
	2016		2019	2016
			2018	2012
				2012
				2007
	2013		2012	2003
			2020	2018
			2008	2008
	2010		2013	
			2019	2006
			2019	2015
			2016	2016
	2009		2012	2009
				2012
	2015			2015

表3.1.2

美洲
选定烟草控制措施达到最高实现水平年份

注:空单元格表示人口未得到最高实现水平措施的覆盖

- * 或更早年份
- ⊙ 截止2020年12月31日, 通过但未实施政策。

国家
安提瓜和巴布达
阿根廷
巴哈马
巴巴多斯
伯利兹
多民族玻利维亚国
巴西
加拿大
智利
哥伦比亚
哥斯达黎加
古巴
多米尼克
多米尼加共和国
厄瓜多尔
萨尔瓦多
格林纳达
危地马拉
圭亚那
海地
洪都拉斯
牙买加
墨西哥
尼加拉瓜
巴拿马
巴拉圭
秘鲁
圣基茨和尼维斯
圣卢西亚
圣文森特和格林纳丁斯
苏里南
特立尼达和多巴哥
美利坚合众国
乌拉圭
委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)

达到最高实现水平的年份				
监测烟草 使用和预防 政策	保护人们 免受烟草 烟雾危害	为停止 使用烟草 提供帮助	警告 烟草危害	确保禁止 烟草广告、 促销和赞助
	2018			2018
	2011		2012	
	2010		2017	
	2020		2009	
2015	2011	2002	2003	2011
2007*	2007	2008	2011	
2007*	2013		2006	
	2008			2009
	2012	2018	2013	
2016	2011		2012	
	2015		2011	
	2008			
	2017		2018	2017
	2010		2017	
	2013	2016	2013	
		2014	2009	
	2008		2005	2008
	2020			
2010	2010		2011	
	2020		2017	
	2013		2016	2013
	2009		2013	
2007*		2008	2020 [⊕]	
2008	2005		2005	2014
	2011		2004	2019

表3.1.3

东南亚

选定烟草控制措施达到最高实现水平年份

注:空单元格表示人口未得到最高实现水平措施的覆盖

* 或更早年份

国家
孟加拉国
不丹
朝鲜民主主义人民共和国
印度
印度尼西亚
马尔代夫
缅甸
尼泊尔
斯里兰卡
泰国
东帝汶

达到最高实现水平的年份				
监测烟草 使用和预防 政策	保护人们 免受烟草 烟雾危害	为停止 使用烟草 提供帮助	警告 烟草危害	确保禁止 烟草广告、 促销和赞助
			2015	
		2016	2016	
2015				
				2010
	2011		2011	2014
			2012	
2008	2010		2005	
			2018	

表3.1.4

欧洲
选定烟草控制措施达到最高实现水平年份

注:空单元格表示人口未得到最高实现水平措施的覆盖

* 或更早年份

国家
阿尔巴尼亚
安道尔
亚美尼亚
奥地利
阿塞拜疆
白罗斯
比利时
波斯尼亚和黑塞哥维那
保加利亚
克罗地亚
塞浦路斯
捷克
丹麦
爱沙尼亚
芬兰
法国
格鲁吉亚
德国
希腊
匈牙利
冰岛
爱尔兰
以色列
意大利
哈萨克斯坦
吉尔吉斯斯坦
拉脱维亚
立陶宛
卢森堡
马耳他
摩纳哥
黑山
荷兰
北马其顿
挪威
波兰
葡萄牙
摩尔多瓦共和国
罗马尼亚
俄罗斯联邦
圣马力诺
塞尔维亚
斯洛伐克
斯洛文尼亚
西班牙
瑞典
瑞士
塔吉克斯坦
土耳其
土库曼斯坦
乌克兰
大不列颠及北爱尔兰联合王国
乌兹别克斯坦

达到最高实现水平的年份				
监测烟草 使用和预防 政策	保护人们 免受烟草 烟雾危害	为停止 使用烟草 提供帮助	警告 烟草危害	确保禁止 烟草广告、 促销和赞助
	2006			2006
2007*			2016	
2007*		2020	2016	
2016				2017
			2016	
2007*			2016	
2008	2012		2016	
2012			2017	
2016			2017	
2010		2018	2016	
2007*		2011	2016	
2007*			2016	
2007*			2016	2016
2007*			2016	
2014			2018	
2007*			2016	
2007*	2010		2016	
2012			2016	
2007*				2006
2007*	2004	2003	2016	
2007*			2016	
2010			2014	
			2014	
2007*			2016	
2008			2016	
2010		2016	2017	
2008	2010		2016	
2016			2019	
2007*		2014	2016	
	2008			
2007*	2013			
2007*			2016	
2007*			2015	
2013			2015	2015
2010	2015		2016	
2012	2013		2014	2013
2012				
2008		2018	2016	
2008			2017	2017
2007*	2010		2017	2010
2007*		2018	2016	
2007*				
2020	2018		2018	
2007*	2008	2010	2012	2012
	2000		2014	
2007*			2009	
2007*	2006		2016	

表3.1.5

东地中海

选定烟草控制措施达到最高实现水平年份

注:空单元格表示人口未得到最高实现水平措施的覆盖

* 或更早年份
< “巴勒斯坦被占领土”应理解为“包括东耶路撒冷在内的巴勒斯坦被占领土”

国家
阿富汗
巴林
吉布提
埃及
伊朗 (伊斯兰共和国)
伊拉克
约旦
科威特
黎巴嫩
利比亚
摩洛哥
巴勒斯坦被占领土
阿曼
巴基斯坦
卡塔尔
沙特阿拉伯
索马里
苏丹
阿拉伯叙利亚共和国
突尼斯
阿联酋
也门

达到最高实现水平的年份				
监测烟草 使用和预防 政策	保护人们 免受烟草 烟雾危害	为停止 使用烟草 提供帮助	警告 烟草危害	确保禁止 烟草广告、 促销和赞助
	2015			2015
				2011
			2008	2007
	2010		2008	
2008	2007		2008	2007
				2020
	2020	2020		2020
		2012		2016
2013	2011			
	2009			2009
	2011			
	2009		2017	
			2019	2016
		2018	2017	2017
		2008		2013
				2013

表3.1.6

西太平洋

选定烟草控制措施达到最高实现水平年份

注:空单元格表示人口未得到最高实现水平措施的覆盖

* 或更早年份

国家
澳大利亚
文莱达鲁萨兰国
柬埔寨
中国
库克群岛
斐济
日本
基里巴斯
老挝人民民主共和国
马来西亚
马绍尔群岛
密克罗尼西亚(联邦)
蒙古
瑙鲁
新西兰
纽埃
帕劳
巴布亚新几内亚
菲律宾
大韩民国
萨摩亚
新加坡
所罗门群岛
汤加
图瓦卢
瓦努阿图
越南

达到最高实现水平的年份				
监测烟草 使用和预防 政策	保护人们 免受烟草 烟雾危害	为停止 使用烟草 提供帮助	警告 烟草危害	确保禁止 烟草广告、 促销和赞助
2007*	2005		2004	
2016	2012		2007	
	2016		2016	
2019				
2008				
			2013	
2007*				
				2013
2015	2016		2016	
2012			2008	
	2006			
2009			2012	2012
	2009			
2007*	2003	2000	2007	
	2018			2018
2012				
	2012			
2007*		2020	2014	
2007*		2006		
			2013	
2010		1999	2012	
			2013	
		2020		
				2008
			2013	2008
2014			2013	



世界最大100个城市在选定的最高实现水平烟草控制措施方面的状况

附件四提供了关于世界100个最大城市的人口是否被选定的最高实现水平的烟草控制措施所覆盖的信息。

城市按字母顺序排列。有很多方法可以从地理上定义和衡量“一座城市”的大小。出于本报告的目的，我们重点关注城市的管辖边界，因为次国家级法律将适用于管辖范围内的人口。如果一座大“城市”包括几个司法管辖区或部分司法管辖区，那么有可能并不是整个“城市”的每个人都受同一法律的管辖。因此，我们使用联合国统计司《人口年鉴》中公布的城市及其人口名单，

因为这些名单是由司法管辖区定义的。

来源数据请参见https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dyb_2018/的表格8。

一些国家没有出现在《人口年鉴》表格8中，因为它们没有报告数据。没有报告数据，但规模足够大、有可能进入100个最大城市名单的国家包括：安哥拉、乍得、刚果民主共和国、尼日利亚、苏丹和越南。

有关最高实现水平的定义，请参阅技术说明一。

表4.1
全球100个最大城市*特定烟草控制措施达到最高实现水平

* 根据联合国统计司《2018年人口年鉴》，仅列出按人口规模排名前100位的城市 (见： <https://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2018/Table08.xls>) 。

N	城市人口被国家立法或最高实现水平的政策覆盖
S	城市人口被州级立法或最高实现水平的政策覆盖
C	城市人口被市级立法或最高实现水平的政策覆盖

注： 空单元格表示有关城市的人口未被最高实现水平的措施覆盖。 有关措施的最高实现水平定义请参阅技术说明I

- 如果是单独的吸烟室，完全封闭，分别向外通风，并保持相对于周围地区的负空气压力，则可被允许。 由于对这些房间所规定的要求非常严格，难以达到，在实际中它们似乎是不可能被建造的，但目前没有可靠的经验证据来确定。

... 数据无法获得

城市	人口	最高实现水平覆盖率	
		保护人们免受烟草烟雾危害	为停止使用烟草提供帮助
阿比让	4 395 243		
亚达那	2 216 475	N	N
亚的斯亚贝巴	4 215 965	N	
艾哈迈达巴德	5 633 927		N
阿勒波	4 450 000		
亚历山大	5 163 750	N	
阿尔及尔	2 712 944	N	
安曼	3 728 346		N
安卡拉	5 445 026	N	N
安塔利亚	2 364 396	N	N
巴库	2 254 175		
万隆	2 525 220	V	
班加罗尔	8 495 492		N
曼谷	8 305 218	N	
北京	18 796 000	V	
贝洛哈里桑塔	2 513 451	N	N
柏林	3 613 495		
茂物	5 162 044		
波哥大	8 181 047	N	
巴西利亚	2 977 216	N	N
布宜诺斯艾利斯	13 879 707	N	
布尔萨	2 936 803	N	N
釜山	3 428 923		N
开罗	9 539 673	N	
卡利	2 445 405	N	
卡萨布兰卡市	3 352 399		
金奈	4 646 732		N
芝加哥	2 704 958		N
吉大港	2 591 681		
大邱	2 465 268		N
大马士革农村 (Rif Dimashq)	2 529 000		
达累斯萨拉姆	5 147 070		
德里	11 034 555		N
达卡	8 906 035		
杜阿拉	2 948 464		
费萨尔巴德	3 203 846	N	
福塔雷萨	2 609 716	N	N
瓜达拉哈拉	5 060 750		N
瓜亚基尔	2 581 884	N	
哈瓦那	2 130 517	...	
香港特别行政区	7 451 000	V	V
休斯顿	2 303 482		N
海得拉巴	6 993 262	É	N
仁川	2 923 047		N
伊斯坦布尔	15 029 231	N	N
伊兹密尔	4 279 677	N	N
斋浦尔	3 046 163		N
雅加达	10 428 001	V	
吉达	3 430 697		N
喀布尔	3 817 241	N	
坎普尔	2 768 057		N
卡拉奇	14 910 352	N	
基辅	2 893 215		
加尔各答	4 496 694		N
科尼亚	2 180 149	N	N
拉合尔	11 126 285	N	

最高实现水平覆盖率			国家
警告 烟草危害	确保禁止 烟草广告、 促销和赞助	提高 烟草税收	
	N		科特迪瓦
N	N	N	土耳其
N	N		埃塞俄比亚
N			印度
			阿拉伯叙利亚共和国
N		N	埃及
	N		阿尔及利亚
		N	约旦
N	N	N	土耳其
N	N	N	土耳其
	N		阿塞拜疆
			印度尼西亚
N			印度
N		N	泰国
			中国
N	N	N	巴西
N			德国
			印度尼西亚
	N		哥伦比亚
N	N	N	巴西
N		N	阿根廷
N	N	N	土耳其
			大韩民国
N		N	埃及
	N		哥伦比亚
		N	摩洛哥
N			印度
N ⊕			美利坚合众国
N			孟加拉国
			大韩民国
			阿拉伯叙利亚共和国
			坦桑尼亚联合共和国
N			印度
N			孟加拉国
N			喀麦隆
N			巴基斯坦
N	N	N	巴西
N			墨西哥
N			厄瓜多尔
...	...	...	古巴
V			中国香港特别行政区
N ⊕			美利坚合众国
N			印度
			大韩民国
N	N	N	土耳其
N	N	N	土耳其
N			印度
			印度尼西亚
N	N		沙特阿拉伯
	N		阿富汗
N			印度
N			巴基斯坦
N			乌克兰
N			印度
N	N	N	土耳其
N			巴基斯坦

城市	人口	最高实现水平覆盖率	
		保护人们 免受烟草 烟雾危害	为停止 使用烟草 提供帮助
利马	10 350 721	N	
伦敦	8 135 667	É	V
洛杉矶	3 976 322	É	N
罗安达	2 487 444		N
勒克瑙	2 817 105		N
马德里	3 203 157	N	
马什哈德	3 001 184	N	
棉兰	2 269 588	V	
麦德林	2 529 403	N	
墨西哥城	21 800 320	É	N
蒙特雷	4 834 971	É	N
莫斯科	11 918 057	N	
孟买	12 442 373		N
名古屋	2 295 638		
那格浦尔	2 405 665		N
内罗毕	3 109 861		
纽约	8 537 673		N
大阪	2 691 185		
巴黎	2 206 488		
普埃布拉-特拉斯卡拉	3 046 766		N
普纳	3 124 458		N
平壤	2 581 076		
奎松城	2 936 116		N
拉瓦尔品第	2 098 231	N	
里约热内卢	6 498 837	N	N
利雅得	5 188 286		N
罗马	2 873 147		
圣彼得堡	4 990 602	N	
萨尔瓦多	2 938 092	N	N
圣地亚哥	5 613 962	N	
圣保罗	12 038 175	N	N
首尔	9 776 305		N
新加坡	5 638 676		N
泗水	2 885 245		
苏拉特	4 501 610		N
坦格朗	3 050 758		
塔什干	2 464 933		
德黑兰	8 693 706	N	
东京	9 272 740		
托卢卡	2 386 157	É	N
多伦多	2 956 024	É	N
仰光	5 211 431		
雅温德	2 873 567		
横滨	3 724 844		

最高实现水平覆盖率			国家
警告 烟草危害	确保禁止 烟草广告、 促销和赞助	提高 烟草税收	
N			秘鲁
N		N	大不列颠及北爱尔兰联合王国
N ⊕			美利坚合众国
			安哥拉
N			印度
N	N	N	西班牙
N	N		伊朗 (伊斯兰共和国)
			印度尼西亚
	N		哥伦比亚
N			墨西哥
N			墨西哥
N	N		俄罗斯联邦
N			印度
			日本
N			印度
	N		肯尼亚
N ⊕			美利坚合众国
			日本
N		N	法国
N			墨西哥
N			印度
			朝鲜民主主义人民共和国
N			菲律宾
N			巴基斯坦
N	N	N	巴西
N	N		沙特阿拉伯
N		N	意大利
N	N		俄罗斯联邦
N	N	N	巴西
N		N	智利
N	N	N	巴西
			大韩民国
N			新加坡
			印度尼西亚
N			印度
			印度尼西亚
			乌兹别克斯坦
N	N		伊朗 (伊斯兰共和国)
			日本
N			墨西哥
N			加拿大
			缅甸
N			喀麦隆
			日本



《世卫组织烟草控制框架公约》和《消除烟草制品非法贸易议定书》现状

附件五显示了《世界卫生组织烟草控制框架公约》（《世卫组织烟草控制框架公约》）和《消除烟草制品非法贸易议定书》的现状。

批准是指已经签署公约的国家正式表示同意受公约约束的国际行为。加入是指尚未签署条约/公约的国家正式表示同意受该条约/公约约束的国际行为。接受和批准在法律上等同于批准。签署公约表明一个国家在法律上不受该条约的约束，但承诺不破坏其条款。

《世卫组织烟草控制框架公约》于2005年2月27日生效。该条约仍然向希望成为缔约国的国家和有资格的区域经济一体化组织无限期开放，供批准、接受、核准、正式确认和加入。

《消除烟草制品非法贸易议定书》于2018年9月25日生效。它须经各国批准、接受、核准或加入，并须经作为《世界卫生组织烟草控制框架公约》缔约方的区域经济一体化组织正式确认或加入。

表5.1
《世卫组织烟草控制框架
公约》状态 截止2021年6月
1日

- * 批准是指已经签署条约或公约的国家正式 表示同意受其约束的国际行为。
- a 加入是指尚未签署条约/公约的国家正式 表示同意受该条约/公约约束的国际行为。
- A 接受是指已经签署条约/公约的国家 正式声明他们同意受其约束的一种国际行为， 类似于批准。
- AA 核准是指已经签署条约/公约的国家 正式声明他们同意受其约束的一种国际行为， 类似于批准。
- c 正式确认是与国家批准相对应的国际行为， 国际组织（就《世卫组织烟草控制框架公约》 而言，有关区域经济一体化组织） 由此正式表示同意受条约/公约约束。
- d 继任是指继任国正式表示同意受最初缔结的 条约/公约约束的国际行为，无论其措词或 名称如何。

国家	签署日期	批准*（或同等法律效力）日期
阿富汗	2004 年6月29日	2010年8月13日
阿尔巴尼亚	2004年6月29日	2006年4月26日
阿尔及利亚	2003年6月20日	2006年6月30日
安道尔		2020年5月11日 a
安哥拉	2004年6月29日	2007年9月20日
安提瓜和巴布达	2004年6月28日	2006年6月5日
阿根廷	2003年9月25日	
亚美尼亚		2004年11月29日 a
澳大利亚	2003年12月5日	2004年10月27日
奥地利	2003年8月28日	2005年9月15日
阿塞拜疆		2005年11月1日 a
巴哈马	2004年6月29日	2009年11月3日
巴林		2007年3月20日 a
孟加拉国	2003年6月16日	2004年6月14日
巴巴多斯	2004年6月28日	2005年11月3日
白罗斯	2004年6月17日	2005年9月8日
比利时	2004年1月22日	2005年11月1日
伯利兹	2003年9月26日	2005年12月15日
贝宁	2004年6月18日	2005年11月3日
不丹	2003年12月9日	2004年8月23日
多民族玻利维亚国	2004年2月27日	2005年9月15日
波斯尼亚和黑塞哥维那		2009年7月10日 a
博茨瓦纳	2003年6月16日	2005年1月31日
巴西	2003年6月16日	2005年11月3日
文莱达鲁萨兰国	2004年6月3日	2004年6月3日
保加利亚	2003年12月22日	2005年11月7日
布基纳法索	2003年12月22日	2006年7月31日
布隆迪	2003年6月16日	2005年11月22日
佛得角	2004年2月17日	2005年10月4日
柬埔寨	2004年5月25日	2005年11月15日
喀麦隆	2004年5月13日	2006年2月3日
加拿大	2003年7月15日	2004年11月26日
中非共和国	2003年12月29日	2005年11月7日
乍得	2004年6月22日	2006年1月30日
智利	2003年9月25日	2005年6月13日
中国	2003年11月10日	2005年10月11日
哥伦比亚		2008年4月10日 a
科摩罗	2004年2月27日	2006年1月24日
刚果	2004年3月23日	2007年2月6日
库克群岛	2004年5月14日	2004年5月14日
哥斯达黎加	2003年7月3日	2008年8月21日
科特迪瓦	2003年7月24日	2010年8月13日
克罗地亚	2004年6月2日	2008年7月14日
古巴	2004年6月29日	
塞浦路斯	2004年5月24日	2005年10月26日
捷克	2003年6月16日	2012年6月1日
朝鲜民主主义人民共和国	2003年6月17日	2005年4月27日
刚果民主共和国	2004年6月28日	2005年10月28日
丹麦	2003年6月16日	2004年12月16日
吉布提	2004年5月13日	2005年7月31日
多米尼克	2004年6月29日	2006年7月24日
厄瓜多尔	2004年3月22日	2006年7月25日
埃及	2003年6月17日	2005年2月25日
萨尔瓦多	2004年3月18日	2014年7月21日
赤道几内亚		2005年9月17日 a
爱沙尼亚	2004年6月8日	2005年7月27日
斯威士兰	2004年6月29日	2006年1月13日
埃塞俄比亚	2004年2月25日	2014年3月25日

国家	签署日期	批准* (或同等法律效力) 日期
欧盟	2003年6月16日	2005年6月30日 c
斐济	2003年10月3日	2003年10月3日
芬兰	2003年6月16日	2005年1月24日
法国	2003年6月16日	2004年10月19日 AA
加蓬	2003年8月22日	2009年2月20日
冈比亚	2003年6月16日	2007年9月18日
格鲁吉亚	2004年2月20日	2006年2月14日
德国	2003年10月24日	2004年12月16日
加纳	2003年6月20日	2004年11月29日
希腊	2003年6月16日	2006年1月27日
格林纳达	2004年6月29日	2007年8月14日
危地马拉	2003年9月25日	2005年11月16日
几内亚	2004年4月1日	2007年11月7日
几内亚比绍		2008年11月7日 a
圭亚那		2005年9月15日 a
海地	2003年7月23日	
洪都拉斯	2004年6月18日	2005年2月16日
匈牙利	2003年6月16日	2004年4月7日
冰岛	2003年6月16日	2004年6月14日
印度	2003年9月10日	2004年2月5日
伊朗 (伊斯兰共和国)	2003年6月16日	2005年11月6日
伊拉克	2004年6月29日	2008年3月17日
爱尔兰	2003年9月16日	2005年11月7日
以色列	2003年6月20日	2005年8月24日
意大利	2003年6月16日	2008年7月2日
牙买加	2003年9月24日	2005年7月7日
日本	2004年3月9日	2004年6月8日 A
约旦	2004年5月28日	2004年8月19日
哈萨克斯坦	2004年6月21日	2007年1月22日
肯尼亚	2004年6月25日	2004年6月25日
基里巴斯	2004年4月27日	2005年9月15日
科威特	2003年6月16日	2006年5月12日
吉尔吉斯斯坦	2004年2月18日	2006年5月25日
老挝人民民主共和国	2004年6月29日	2006年9月6日
拉脱维亚	2004年5月10日	2005年2月10日
黎巴嫩	2004年3月4日	2005年12月7日
莱索托	2004年6月23日	2005年1月14日
利比里亚	2004年6月25日	2009年9月15日
利比亚	2004年6月18日	2005年6月7日
立陶宛	2003年9月22日	2004年12月16日
卢森堡	2003年6月16日	2005年6月30日
马达加斯加	2003年9月24日	2004年9月22日
马来西亚	2003年9月23日	2005年9月16日
马尔代夫	2004年5月17日	2004年5月20日
马里	2003年9月23日	2005年10月19日
马耳他	2003年6月16日	2003年9月24日
马绍尔群岛	2003年6月16日	2004年12月8日
毛里塔尼亚	2004年6月24日	2005年10月28日
毛里求斯	2003年6月17日	2004年5月17日
墨西哥	2003年8月12日	2004年5月28日
密克罗尼西亚 (联邦)	2004年6月28日	2005年3月18日
蒙古	2003年6月16日	2004年1月27日
黑山		2006年10月23日 d
摩洛哥	2004年4月16日	
莫桑比克	2003年6月18日	2017年7月14日
缅甸	2003年10月23日	2004年4月21日
纳米比亚	2004年1月29日	2005年11月7日
瑙鲁		2004年6月29日 a

表5.1
《世卫组织烟草控制框架
公约》状态 截止2021年6月
1日

- * 批准是指已经签署条约或公约的国家正式 表示同意受其约束的国际行为。
- a 加入是指尚未签署条约/公约的国家正式 表示同意受该条约/公约约束的国际行为。
- A 接受是指已经签署条约/公约的国家 正式声明他们同意受其约束的一种国际行为， 类似于批准。
- AA 核准是指已经签署条约/公约的国家 正式声明他们同意受其约束的一种国际行为， 类似于批准。
- c 正式确认是与国家批准相对应的国际行为， 国际组织（就《世卫组织烟草控制框架公约》 而言，有关区域经济一体化组织） 由此正式表示同意受条约/公约约束。
- d 继任是指继任国正式表示同意受最初缔结的 条约/公约约束的国际行为，无论其措词或 名称如何。

国家	签署日期	批准*（或同等法律效力）日期
尼泊尔	2003年12月3日	2006年11月7日
荷兰	2003年6月16日	2005年1月27日 A
新西兰	2003年6月16日	2004年1月27日
尼加拉瓜	2004年6月7日	2008年4月9月
尼日尔	2004年6月28日	2005年8月25日
尼日利亚	2004年6月28日	2005年10月20日
纽埃	2004年6月18日	2005年6月3日
北马其顿		2006年6月30日 a
挪威	2003年6月16日	2003年6月16日 AA
阿曼		2005年3月9日 a
巴基斯坦	2004年5月18日	2004年11月3日
帕劳	2003年6月16日	2004年2月12日
巴拿马	2003年9月26日	2004年8月16日
巴布亚新几内亚	2004年6月22日	2006年5月25日
巴拉圭	2003年6月16日	2006年9月26日
秘鲁	2004年4月21日	2004年11月30日
菲律宾	2003年9月23日	2005年6月6日
波兰	2004年6月14日	2006年9月15日
葡萄牙	2004年1月9日	2005年11月8日 AA
卡塔尔	2003年6月17日	2004年7月23日
大韩民国	2003年7月21日	2005年5月16日
摩尔多瓦共和国	2004年6月29日	2009年2月3日
罗马尼亚	2004年6月25日	2006年1月27日
俄罗斯联邦		2008年6月3日 a
卢旺达	2004年6月2日	2005年10月19日
萨摩亚	2003年9月25日	2005年11月3日
圣马力诺	2003年9月26日	2004年7月7日
圣多美和普林西比	2004年6月18日	2006年4月12日
沙特阿拉伯	2004年6月24日	2005年5月9日
塞内加尔	2003年6月19日	2005年1月27日
塞尔维亚	2004年6月28日	2006年2月8日
塞舌尔	2003年9月11日	2003年11月12日
塞拉利昂		2009年5月22日 a
新加坡	2003年12月29日	2004年5月14日
斯洛伐克	2003年12月19日	2004年5月4日
斯洛文尼亚	2003年9月25日	2005年3月15日
所罗门群岛	2004年6月18日	2004年8月10日
南非	2003年6月16日	2005年4月19日
西班牙	2003年6月16日	2005年1月11日
斯里兰卡	2003年9月23日	2003年11月11日
圣基茨和尼维斯	2004年6月29日	2011年6月21日
圣卢西亚	2004年6月29日	2005年11月7日
圣文森特和格林纳丁斯	2004年6月14日	2010年10月29日
苏丹	2004年6月10日	2005年10月31日
苏里南	2004年6月24日	2008年12月16日
瑞典	2003年6月16日	2005年7月7日
瑞士	2004年6月25日	
阿拉伯叙利亚共和国	2003年7月11日	2004年11月22日
塔吉克斯坦		2013年6月21日 a
泰国	2003年6月20日	2004年11月8日
东帝汶	2004年5月25日	2004年12月22日
多哥	2004年5月12日	2005年11月15日
汤加	2003年9月25日	2005年4月8日
特立尼达和多巴哥	2003年8月27日	2004年8月19日
突尼斯	2003年8月22日	2010年6月7日
土耳其	2004年4月28日	2004年12月31日
土库曼斯坦		2011年5月13日 a
图瓦卢	2004年6月10日	2005年9月26日
乌干达	2004年3月5日	2007年6月20日

国家	签署日期	批准* (或同等法律效力) 日期
乌克兰	2004年6月25日	2006年6月6日
阿拉伯联合酋长国	2004年6月24日	2005年11月7日
大不列颠及北爱尔兰联合王国	2003年6月16日	2004年12月16日
坦桑尼亚联合共和国	2004年1月27日	2007年4月30日
美利坚合众国	2004年5月10日	
乌拉圭	2003年6月19日	2004年9月9日
乌兹别克斯坦		2012年5月15日 a
瓦努阿图	2004年4月22日	2005年9月16日
委内瑞拉 (玻利瓦尔共和国)	2003年9月22日	2006年6月27日
越南	2003年9月3日	2004年12月17日
也门	2003年6月20日	2007年2月22日
赞比亚		2008年5月23日 a
津巴布韦		2014年12月4日 a

来源: 联合国条约集 网站 https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en, 2021年6月11日访问。

列支敦士登虽然不是世卫组织会员国, 但作为联合国会员国, 它也有资格成为世卫组织烟草控制框架公约缔约方, 尽管它尚未采取任何行动。

在提交成为《世界卫生组织烟草控制框架公约》缔约方的文书时, 一些缔约方已列入说明和/或声明。所有说明可参阅 https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en

表5.2

《消除烟草制品非法贸易
议定书》状态 截止2021年6
月1日

- * 批准是指已经签署条约或公约的国家正式 表示同意受其约束的国际行为。
- a 加入是指尚未签署条约/公约的国家正式 表示同意受该条约/公约约束的国际行为。
- A 接受是指已经签署条约/公约的国家 正式声明他们同意受其约束的一种国际行为， 类似于批准。
- AA 核准是指已经签署条约/公约的国家 正式声明他们同意受其约束的一种国际行为， 类似于批准。
- c 正式确认是与国家批准相对应的国际行为， 国际组织（就《世卫组织烟草控制框架公约》 而言，有关区域经济一体化组织） 由此正式表示同意受条约/公约约束。
- d 继任是指继任国正式表示同意受最初缔结的 条约/公约约束的国际行为，无论其措词或 名称如何。

国家	签署日期	批准*(或同等法律效力) 日期
奥地利	2014年1月9日	2014年10月28日
比利时	2013年5月17日	2019年2月22日
贝宁	2013年9月24日	2018年7月6日
博茨瓦纳	2013年10月1日	
巴西		2018年6月14日 a
布基纳法索	2013年3月8日	2016年3月30日
佛得角		2019年10月16日 a
乍得		2018年6月13日 a
中国	2013年1月10日	
哥伦比亚	2013年2月21日	
科摩罗		2016年10月14日 a
刚果		2015年5月14日 a
哥斯达黎加	2013年3月21日	2017年3月7日
科特迪瓦	2013年9月24日	2016年5月25日
克罗地亚		2019年6月10日 a
塞浦路斯	2013年10月23日	2017年8月29日
捷克		2019年7月12日 a
刚果民主共和国	2013年12月9日	
丹麦	2014年1月7日	
厄瓜多尔	2013年9月25日	2015年10月15日
埃及		2020年9月10日 a
斯威士兰		2016年9月21日 a
欧盟	2013年12月20日	2016年6月24日 c
斐济	2013年7月11日	2019年4月24日
芬兰	2013年9月25日	
法国	2013年1月10日	2015年11月30日
加蓬	2013年1月10日	2014年10月1日 A
冈比亚		2016年9月26日 a
德国	2013年10月1日	2017年10月31日
加纳	2013年9月24日	
希腊	2013年7月9日	2021年5月24日
几内亚		2017年5月9日 a
几内亚比绍	2013年9月24日	
匈牙利		2020年6月23日 a
印度		2018年6月5日 a
伊朗（伊斯兰共和国）	2014年1月7日	2018年8月27日
伊拉克		2015年12月2日 a
爱尔兰	2013年12月20日	
以色列	2013年12月23日	
肯尼亚	2013年5月29日	2020年5月4日
科威特	2013年11月11日	2019年2月21日
拉脱维亚		2016年2月4日 a
利比亚	2013年1月10日	
立陶宛	2013年9月6日	2016年12月14日
卢森堡		2019年7月25日 a
马达加斯加	2013年9月25日	2017年9月21日
马里	2014年1月8日	2016年6月17日
马耳他		2018年8月2日 a
毛里求斯		2018年6月26日 a
蒙古	2013年11月1日	2014年10月8日
黑山	2013年7月1日	2017年10月11日
缅甸	2013年1月10日	
荷兰1	2014年1月6日	2020年7月3日 A
尼加拉瓜	2013年1月10日	2013年12月20日
尼日尔		2017年7月12日 a
尼日利亚		2019年3月8日 a
北马其顿	2014年1月8日	
挪威	2013年10月16日	2018年6月29日
巴基斯坦		2018年6月29日 a

国家	签署日期	批准*(或同等法律效力) 日期
巴拿马	2013年1月10日	2016年9月23日
葡萄牙	2014年1月8日	2015年7月22日
卡塔尔	2013年6月18日	2018年7月2日
大韩民国	2013年1月10日	
萨摩亚		2018年6月29日 a
沙特阿拉伯		2015年10月9日 a
塞内加尔		2016年8月31日 a
塞尔维亚		2017年6月30日 a
塞舌尔		2020年1月7日 a
斯洛伐克		2017年9月25日 a
斯洛文尼亚	2014年1月6日	
南非	2013年1月10日	
西班牙		2014年12月23日 a
斯里兰卡		2016年2月8日 a
苏丹	2013年9月30日	
瑞典	2014年1月6日	2019年7月9日
阿拉伯叙利亚共和国	2013年1月10日	
多哥	2014年1月9日	2018年1月31日
突尼斯	2013年1月11日	
土耳其	2013年1月10日	2018年4月26日
土库曼斯坦		2015年3月30日 a
大不列颠及北爱尔兰联合王国	2013年12月17日	2018年6月27日
坦桑尼亚联合共和国	2013年9月24日	
乌拉圭	2013年1月10日	2014年9月24日
也门	2014年1月7日	

来源：联合国条约集 网站 https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en, 2021年6月11日访问。

在提交成为《消除烟草制品非法贸易议定书》缔约方的文书时，一些缔约方已列入说明和/或声明。所有说明可参阅 https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en



致谢

世界卫生组织感谢下列人士对本报告所作的贡献：

世卫组织非洲区： Esther Njinembo Naye, Nivo Ramanandraibe, Nouriney Tcha-Kondor。

世卫组织美洲区： Francisco Armada Perez, Adriana Bacelar Gomes, Maxime Roche, Rosa Sandoval, Kavita Singh。

世卫组织东南亚区： Jagdish Kaur, Arvind Rinkoo。

世卫组织欧洲区： Angela Ciobanu, Elizaveta Lebedeva, Kristina Mauer-Stender。

世卫组织东地中海区： Fatimah El-Awa, Sophia El-Gohary, Radwa el Wakil, Charles Fraser, Heba Fouad。

世卫组织西太区： Melanie Aldeon, Nina Ashley dela Cruz, Mina Kashiwabara, Joung-eun Lee, Angela Pratt, Hai-rim Shin。

世卫组织国家办事处： 世卫组织各国家办事处的许多个人为数据收集和验证过程贡献了时间并提供了宝贵的投入。

世卫组织日内瓦总部： Rebekka Aarsand, Virginia Arnold, Aikaterini Botsiou, Melanie Cowan, Ranti Fayokun, Paul Garwood, Jaimie Guerra, Ni Jin, Kritika Khanijo, Dalia Lourenco Levin, Benn McGrady, Juliette McHardy, Jeremias Paul, Leanne Riley, Kate Robertson, Susannah Robinson, Kerstin Schotte, Moira Sy。

特别感谢《世卫组织烟草控制框架公约》秘书处的Adriana Blanco Marquizo、刘光远和Kelvin Khow Chuan Heng，感谢他们对《世界卫生组织烟草控制框架公约》一章的贡献，以及他们对草稿的总体贡献和评论意见。

Hebe Naomi Gouda协调了这份报告的制作。

提供行政支持的有：Amal Amoune-Naal, Miriamjoy Aryee-Quansah, Gareth Burns, Bent Elsner Jorgensen和Anne Audry Sikanda。

Marine Perraudin负责国家立法评估和分析，得到Priyanka Dahiya的支持。

数据管理、数据分析和表格、图表和附件的创建由Alison Commar完成，得到Rula Khoury Dias和Soothesuk Kusumpa的支持。Simone St Claire负责大众媒体数据的收集和协调。

Alison Commar与Edouard Tursan d'Espaignet合作估算了流行率。

Dongbo Fu对戒烟数据进行了评估。

关于《烟草控制框架公约》的一章由Douglas Bettcher和Juliette McHardy与《世卫组织烟草控制框架公约》秘书处合作起草。

关于电子尼古丁传送系统一章的编写获得了来自Indu Ahluwalia, Jessica Barrington-Trimis, Maria Carmona, Frank Chaloupka, Robert Ekford, Karen Evans-Reeves, Stanton Glantz, Ryan Kennedy, Brian King, Matt Myers, Liping Pan, Rebecca Perl, Gan Quan的宝贵投入。

巴斯大学的Anna Gilmore, Louis Laurence和Mateusz Zatonski的投入大大丰富了报告的其他方面。意大利米兰Mario Negri药理研究所的Silvano Gallus和他的团队对COVID-19这一章节进行了审查。

Anne-Marie Perucic在Itziar Belausteguigoitia, Annerie Bouw, Mark Goodchild, Roberto Iglesias和Jidapa Sodwatana的支持下为本报告提供了烟草经济学分析，包括烟草税收和价格。税收和价格数据是在财政部和卫生部官员以及Luk Joossens和Konstantin Krasovsky的支持下收集的。

我们感谢“减少烟草使用彭博倡议”的Jennifer Ellis, Kelly Henning和Adrienne Pizatella的合作。

我们还感谢世卫组织卫生地理信息系统中心提供地图。

我们还要感谢卫健策略学会就烟草控制大众媒体宣传行动，特别是Rebecca Perl提出的建议。还要特别感谢“无烟草儿童宣传行动”，特别是Kaitlin Donley 和 Meredith Morgan在控烟信息和立法方面的建设性交流。还要感谢加拿大癌症协会的Rob Cunningham就健康警语标签交换信息。

我们感谢Albourn的翻译团队为我们提供了高质量和快速的法律翻译，并感谢世卫组织的翻译团队为将执行摘要翻译成联合国所有正式语文提供了持续的支持。

Douglas Bettcher, Ruediger Krech和Vinayak Prasad审阅了完整的报告并提供了最后的评论。特别感谢我们杰出的编辑Margie Peden和Angela Burton，以及我们的设计师Optima，感谢他们的高效帮助我们按时出版了本报告。

特别感谢各国卫生部的所有烟草归口单位，尽管面临全球COVID-19疫情的压力，但仍抽出时间审查本国数据。

世卫组织本文件的制作得到了彭博慈善基金会的赠款支持。本文件的内容由世卫组织全权负责，不应被视为反映了彭博慈善基金会的立场。

照片和插图

世界卫生组织

第29页 – © 摄影师: Tom Pictrasik
第31页 – © 摄影师: Jawad Jalali
第37页 – © 摄影师: Torgrim Halvari
第38页 – © 摄影师: Ahmed Zouiten
第40页 – © 摄影师: Yoshi Shimizu
第49页 – © 摄影师: Ahmad Yusni Mohammed Said
第57页 – © 摄影师: Mohamed AlArie
第77页 – © 摄影师: Tanuir Murad Tapu
第85页 – © 摄影师: Francisco Guerrero
第91页 – © 摄影师: Sergey Volkov
第93页 – © 摄影师: Sergey Volkov
第97页 – © 摄影师: Arne Hoel
第100页 – © 摄影师: Samy Rakotoniain
第107页 – © 摄影师: Diego Rodriguez
第108-109 页 – © 摄影师: Sanjit Das
第118页 – © 摄影师: Tami Kimelman
第126页 – © 摄影师: Patrick Brown
第138页 – © 摄影师: Ishaq Anis
第152页 – © 摄影师: Gareth Bentley
第178页 – © 摄影师: Sebastian Liste
第192页 – © 摄影师: Sebastian Liste
第198页 – © 摄影师: Rama George-Alleyen
第206页 – © 摄影师: Samy Rakotoniain

其他

第15页 – © 世界卫生组织
第17页 – © 彭博慈善基金会
第19页 – © 《世卫组织烟草控制框架公约》公约秘书处
第61页 – © 健康生活方式中心, 塔吉克斯坦
第63页 – © 中国疾病控制和预防中心, 中国
第67页 – © 卫生部, 埃塞俄比亚
第67页 – © 卫生部, 巴拉圭
第71页 – © 卫生部, 汤加
第71页 – © 世卫组织国家办事处, 约旦
第75页 – © 卫生部, 毛里塔尼亚
第75页 – © 美国食品和药品管理局, 美利坚合众国
第79页 – © 泰国健康促进基金会, 曼谷, 泰国
第84页 – © 卫生部, 伊拉克
第85页 – © 里约热内卢市, 巴西/卫健策略学会
第96页 – © 医疗和卫生服务局, 北方邦, 印度
第105页 – © 乌克兰独立新闻和信息社, 乌克兰
第106页 – © 卫生和福祉部, 国家烟草控制中心, 大韩民国

世卫组织 2021 年全球烟草流行
报告是在彭博慈善基金会的资助
下完成的

mpower



世界卫生组织



TOGETHER
LET'S BEAT
TOBACCO

20, avenue Appia • 1211 Geneva 27 • Switzerland
www.who.int/tobacco



9789240055551

9 789240 055551