



2004 年实质性会议

2004 年 6 月 28 日至 7 月 23 日，纽约

临时议程* 项目 7(h)

协调、方案和其他问题：烟草或健康

烟草管制特设机构间工作队

秘书长的报告

摘要

本报告是遵照经济及社会理事会第 2002/242 号决定编写的。秘书长根据该决定向理事会 2004 年实质性会议报告烟草管制机构间特设工作队在烟草或健康多部门协作方面取得的进展。第一和第二份报告已呈交 2000 年和 2002 年实质性会议。

* E/2004/100。



一. 引言

1. 吸烟被列为全球 10 个主要危害因素之一。在世界各地，与吸烟相关的死亡占三分之一多。2000 年，吸烟是第二主要的致死原因。吸烟每年造成约 500 万人死亡，预料这一数字在 20 年内会增加一倍。目前世界各地有 13 亿人吸烟，如果不采取遏制行动，到 2025 年，这一数字将会增加至 17 亿人。

2. 吸烟影响发展并与贫穷密切相关。贫穷男子往往最可能吸烟。吸烟导致严重疾病大大增加，病人由于要接受治疗和无法工作，受到重大的经济打击。吸烟还造成穷人家庭丧失大量机会。他们要花费大量金钱来满足其烟瘾，而不是将这些钱用于粮食、教育或保健。烟草种植也损害农民的经济。农民往往积欠烟草业沉重的债务，而近年来烟草种植的收益大大减少。由于烟草种植需要大量使用强力的农药和密切接触烟叶内的尼古丁，因此对健康造成危害。除了对穷人造成影响外，烟草也对环境造成损害，因为需要砍伐森林和使用木柴来烤烟叶，而农药流失和烟草植物沥滤土壤的养分也是造成损害的因素。

3. 基于以上事实，减少吸烟也会有助于实现《千年发展目标》中减少贫穷、疾病、饥饿和环境退化的目标。烟草的消费也涉及与性别问题有关的发展问题。将烟草管制纳入旨在实现千年发展目标的发展援助方案中，会大大改善贫穷、营养不良和环境问题。

4. 世界卫生组织（卫生组织）《烟草管制框架公约》于 2003 年 5 月世界卫生大会期间获得卫生组织 192 个成员国一致通过。它是卫生组织主持下制订的首个公共卫生条约。由于框架公约的通过，在国家一级执行条约所载的综合烟草管制规定现在成了优先事项。工作队每个成员机构的专门知识将大大有助于按需要建设国家技术能力来支助和加强国家烟草管制方案。

5. 工作队成员着重指出因烟草使用而受到重大不利影响的 5 个领域。这些领域需要各国政府、政府间机构和非政府组织在致力执行国家烟草管制措施时彻底处理。这些领域是烟草对健康、经济增长、贫穷和财政的影响，以及全球化对国家一级烟草使用的影响。

二. 烟草管制特设机构间工作队的由来以及关于工作队机制的最新资料

6. 经济及社会理事会在其 1993 年 7 月 30 日第 1993/79 号决议中，请秘书长在卫生组织的支持下，并在现有资源范围内设立一个联合国系统现有各机构之间的协调中心，负责处理有关烟草生产与消费的经济及社会方面影响的多部门协作问题，同时特别考虑到吸烟对健康的严重后果。联合国贸易和发展会议（贸发会议）获委任负责这项工作。在 1993 年至 1998 年期间，协调中心向秘书长以及 1994

年、1995年和1997年实质性会议提交了三个报告(E/1994/83、E/1995/67和Add. 1和E/1997/62)。

7. 1998年,秘书长同意指派一个烟草管制特设机构间工作队,由卫生组织领导,以取代设在贸发会议的协调中心安排。做出这项决定是为了加强联合国的共同反应,激励全球对烟草管制的支持。行政协调委员会组织委员会在1999年4月12日和13日在日内瓦举行的1999年第一届常会第二期会议上赞同设立这一新的工作队(见ACC/1999/2,第七节)。

8. 经济及社会理事会1999年7月实质性会议通过了第1999/56号决议,其中经社理事会赞同设立一个由卫生组织领导的联合国特设机构间工作队。秘书长遵照该决议就工作队在烟草或健康方面的多部门协作中的进展,向理事会2000年7月实质性会议提出报告(E/2000/21),其中特别强调制定适当的战略,研究烟草或健康倡议的影响所涉的社会和经济问题。继工作队举行头两届会议之后,编写了秘书长的第一次工作队报告。

9. 本报告,即第三次报告,是遵照理事会第2002/242号决定编写的。该决定请秘书长就工作队的持续工作情况向理事会2004年7月实质性会议提出一份报告。

10. 工作队第一届会议于1999年9月29日和30日在纽约联合国儿童基金会(儿童基金会)举行;联合国13个组织、世界银行和国际货币基金组织(货币基金组织)出席了工作队的第一届会议。第一届会议的目的是概述行政协调委员会成员在一般烟草方面目前和今后应采取的行动,拟订业务工作方法,确保联合国在框架公约各部分内立场一致。

11. 工作队第二届会议于2000年3月7日在联合国粮食及农业组织(粮农组织)总部罗马举行。联合国10个组织、世界银行和世界贸易组织出席了第二届会议。第二届会议的主要目标是考虑具体的战略和项目,加强和扩大工作队成员组织之间的机构间协作。

12. 工作队第三届会议于2000年12月8日以全球视像会议的形式召开。在这次视像会议中,联合国8个组织以及世界银行和世界贸易组织都联接在一起。该届会议提供了各机构与烟草相关工作的最新资料,并为成员们介绍了经济及社会理事会2000年7月实质性会议讨论的最新情况。工作队成员还把重点放在制定2001年机构间合作的工作计划上,并讨论了为支助《烟草管制框架公约》进行技术合作的问题。

13. 工作队第四届会议于2001年12月5日在日本神户举行。联合国7个组织以及世界银行和世界海关组织参加了这次会议。第四届会议的重点是起草提交经济及社会理事会2002年7月的实质性会议的秘书长的第二次报告和更新联合国系统禁烟政策的最新资料。工作队成员还讨论了在第四届会议召开之前的两天在神户举行的“关于烟草管制的经济、社会和健康问题”的国际会议。在该会议上,

国际专家们审查了联合国在国际烟草管制领域中正在开展的各项工 作，探讨了与技术任务相关的经济转型问题，以及工作队成员，特别是卫生组织、粮农组织、国际劳工组织（劳工组织）和世界银行正在开展的各项工 作。

14. 工作组第五届会议于 2003 年 10 月 21 和 22 日在哥伦比亚特区华盛顿世界银行总部举行。联合国 8 个组织以及世界银行和国际货币基金组织（货币基金组织）参加了这次会议。工作队成员深入讨论工作队在卫生组织《烟草管制框架公约》通过后应当集中注意的新方向和活动。

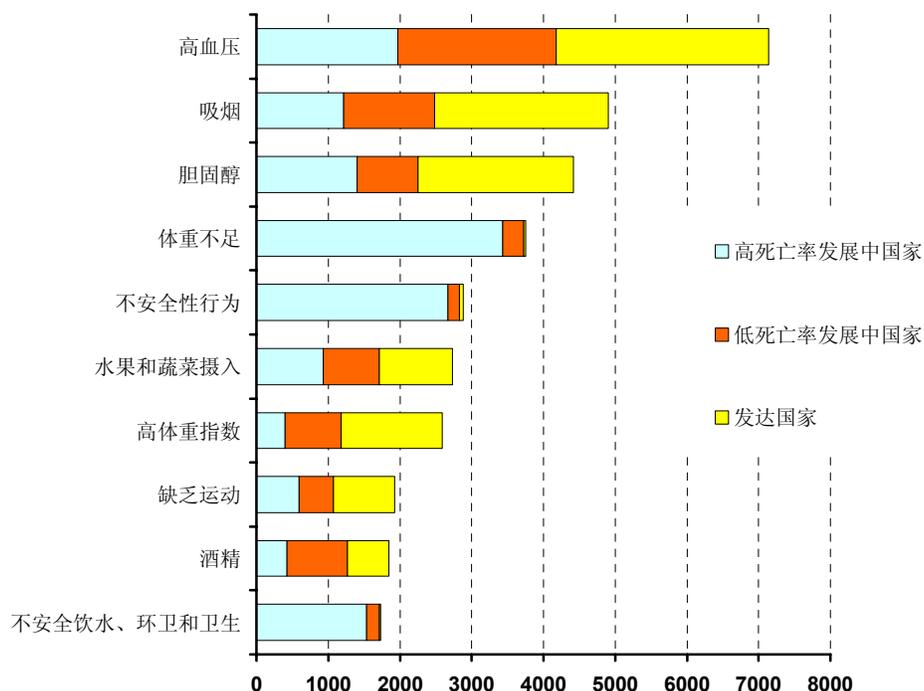
三. 吸烟：问题的多方面

A. 健康

15. 《2002 年世界卫生报告》报道的一个扩大研究项目编纂了主要的全球危险因素、这些因素对健康的影响和减少这些因素以促进健康生活的途径。“危险”的定义是“产生有害结果的可能性，或提高这一可能性的因素”。吸烟被列为全球 10 个主要危害因素之一。在世界各地，与吸烟相关的死亡占三分之一多（见图 1）。

图 1

2000 年因某些主要危险因素造成的世界死亡人数（以千计）



吸烟每年造成约 500 万人死亡。根据顺序排列, 2000 年, 吸烟是第二大致死原因。在发达国家, 吸烟是第二主要的致死原因, 而在死亡率高的发展中国家, 吸烟排名第六, 在死亡率低的发展中国家,¹ 吸烟是第二重要的致死原因。就疾病负担的危险因素而言,² 吸烟是全球第四高的危险因素, 在发达国家中名列第一, 在死亡率高的发展中国家中名列第九, 在死亡率低的发展中国家中名列第三。所有这些数字明确显示, 吸烟不再只是在发达国家对健康形成严重威胁, 在发展中国家也形成严重威胁。

16. 由于近数十年来全球吸烟人数一直增加, 这一威胁不大可能在不久的将来消失, 估计吸烟的趋势在今后二十年会继续上升。卫生组织出版物《吸烟的过去、目前和未来趋势》估计了全球和各地区实际和未来的吸烟情况。有关结果显示目前世界的吸烟者人数估计为 13 亿 (2003 年), 假如全球吸烟比率保持不变, 预期到 2025 年吸烟者人数会上升至 17 亿以上 (根据联合国人口司的估计, 假设收入增加 2% 和中等的人口变量)。即使假设整体的吸烟率每年减少 1%, 预期到 2025 年吸烟人数仍会增至 14.6 亿。这就是说, 基于烟草生产的经济在短期和中期会保持不变。因此, 需要在各国, 特别是在越来越因为吸烟威胁健康的发展中国家实施更强力的烟草管制措施。

17. 粮农组织刚出版了两个研究报告:《至 2010 年的烟草生产、消费和贸易预测》和《全球烟草经济的问题: 一些选定的个案研究》。根据这些预测文件的主要结论, 全球的生产和消费将会增加, 但是会从发达国家转到发展中国家。在发达国家, 假设目前的政策和趋势保持不变, 烟叶的生产将在 2010 年降低至 100 万吨以下, 而 2000 年则为 120 万吨。同时, 在发展中国家, 预测烟叶的生产将从 2000 年近 500 万吨增至 2010 年约 600 万吨。消费也有类似的趋势。假如烟草管制政策或关税和非关税壁垒不变, 预期发展中国家会成为净出口国, 而发达国家将成为烟叶净进口国。这些结果表明, 就目前而言, 不用担心发展中国家种植烟叶的农民会丧失生计。这些结果还导致一项迫切的结论, 即发展中国家需要有更强力的烟草管制政策, 以保护人口在目前和今后几十年免受烟草越来越严重的危害。《全球烟草经济问题》载述某些选定的发展中国家的烟草生产情况, 以便更好地了解烟草生产对经济的贡献以及烟草管制可能对生产国和出口国造成的影响。该项研究还审查了农业和其他部门吸收农业多出的劳动力和资源的能力, 以及这些替代企业可以获得多少收入的问题。列入研究的国家为巴西、中国、印度、马拉维、土耳其和津巴布韦。

B. 发展与贫穷

18. 宏观经济学和卫生委员会是卫生组织总干事于 2000 年为评估卫生在全球经济发展中的位置而设立的。委员会包括来自学术界、政府和国际机构的世界最重要的经济学家和决策人士。委员会强调投资卫生以促进特别是低收入国家经济发展和减贫的重要性。委员会确认疾病加重了负担——传染性疾病和非传染性疾病

对所有发展中国家都产生重大影响——并确认烟草是一个重大危险因素。委员会于 2001 年发表一份报告，还委托编写一些文件，包括研究烟草消费贸易自由化的影响。委员会于 2003 年 10 月举行了第二次协商，重点讨论关于提高医疗提供系统的效率和增加用于卫生方面的国内和国外资源的问题。

19. 欧洲联盟委员会特别将烟草问题确认为是一个发展问题。2003 年 2 月 3 日和 4 日，委员会在布鲁塞尔举行了“烟草管制和发展政策”高级别圆桌会议。为会议准备的一份文件指出，很多发展中国家使用烟草的人数增加，与烟草有关疾病造成的死亡率上升。这为已在奋力减轻艾滋病毒/艾滋病、肺结核病和疟疾等传染性疾病的卫生影响的发展中国家增加了非常沉重的负担。烟草生产和消费使贫穷加剧，破坏了可持续发展。基于这些论点，委员会在会议中申明，它愿意利用国家一级现有的发展合作手段，向愿意管制烟草的发展中国家提供支助。

20. 发展和援助委员会同经济合作与发展组织(经合发组织)和卫生组织协作，于 2003 年在其《准则和参考丛刊》中发表了一份有关贫穷和卫生的报告。报告确认非传染性疾病对贫穷人口的健康产生显著影响，与烟草有关的疾病与贫穷也有着密切的关系。预计到 2030 年，因长期使用烟草将使发展中国家每年约有 700 万人死于与烟草有关的疾病，其中有 50% 在亚洲。烟草对低收入国家的贫穷和营养不良产生重大影响，特别是烟草产品的支出占用了贫穷家庭可能用于购买食物的匮乏资源。低收入和低教育男性使用烟草的普遍性之广，已对贫穷产生严重影响，因为发展成危险疾病和早逝的风险大大增加。为了消除特别是穷国和低收入国家使用烟草的有害影响，各开发机构应利用政策对话、技术和财政合作，支持改变政策。

21. 烟草消费是直接促成非传染性疾病增加的一个主因，它也帮助增加了肺结核病等传染性疾病。贫穷助长疾病的传播，而治疗疾病又为贫穷户带来沉重的财政负担。烟草使贫穷户承受重大的机会成本，这些家庭的吸烟成瘾者将家庭资源的重大部分用于烟草消费。在发展中国家的贫穷家庭，用于购买烟草产品的家庭支出比例很容易就达到家庭总支出的 10% 以上。这就是说，这些家庭用于食品、教育和保健等基本项目的支出就得减少。除了对健康产生不利影响外，烟草的使用还会增加保健支出和过早死亡。它还会加剧营养不良和产生更高的文盲率，因为用于购买烟草的资金本可以用于食品和教育。在一些国家的研究中着重提到了这些调查结果。有些事实强调如下：

(a) 最近在孟加拉国进行的一项研究表明，目前 1 050 多万营养不良的人如果把用于烟草的钱花在食品上，就可以得到适当营养；

(b) 仍在越南三个省进行的研究的初步结果表明，在一年期间，吸烟者用在烟草上的钱比用于教育的钱多出 3.6 倍，比用于服装的钱多出 2.5 倍，比用于保健的钱多出 1.9 倍；

(c) 印度的一些街头儿童和其他无家可归者用在烟草上的钱比用在食品、教育或储蓄的钱都要多；

(d) 中国西南部的贫困户和农村家庭用于购买香烟的钱超过其总支出的 11%；

(e) 尼日尔的学生将 40% 的收入，手工劳动者将 25% 的收入用于购买香烟。

22. 烟草和贫穷形成恶性循环。使用烟草加剧贫穷，而烟草产品使用较多的往往是穷人：

(a) 在大约 13 亿吸民中，84% 居住在发展中国家和经济转型国家；

(b) 1997 年在 Chennai（印度）进行的一项研究表明，男性文盲人口中的吸烟率最高（64%）。吸烟的普遍率随教育年数的增加而降低，在具有 12 年以上教育程度的人中间，吸烟者比例降到三分之一以下（21%）；

(c) 1996 年在波兰进行的一项研究表明，吸烟促成 35 至 69 岁男性早逝的风险，随教育程度的高低而变化；在受过高等教育的中年人口中，与烟草有关疾病而去世的风险为 5%，而在具有初级和中级教育程度的人中间，这一比例几乎增加了一倍（9%）。

23. 烟草不仅损害了烟草消费者的财富，也损害了烟草生产者的财富。有些国家将匮乏的土地资源用于生产烟草而非粮食。还有，很多发展中国家的小型农民严重依赖烟草工业，烟草工业为他们的生产提供贷款、技术援助和确定烟草作物的价格。这使农民们在生产方面很难有任何灵活性，特别是在对烟草工业负债的情况下，不太可能转换其他作物。此外，烟草生产因为直接接触绿色烟草叶子，可通过皮肤吸收大量的烟碱（绿色烟草疾病），³ 使用大量的杀虫剂，又没有穿上适当的保护性衣服，都为健康带来风险。

24. 烟草还危害环境。烟草作物从土壤中浸取养分、杀虫剂和肥料造成污染、烟熏加工烟草造成毁林和为烟草的生长清除土地，这一切都造成环境退化。最近的一项研究评估了每年为烟熏烟草而使用的森林和林地的数量，其结论是在各种烟草种植国家中，有近 5% 的被毁森林是烟草种植造成的。

25. 基于烟草与贫穷之间关系的事实，世界卫生组织决定将烟草与贫穷作为 2004 年世界戒烟日的主题。这项主题传递的主要信息是，烟草加深个人、家庭和国家的贫穷。这与烟草为政府和种植者提供财富这一过于简单但却传播广泛的论点形成鲜明的对照。2004 年世界戒烟日将在巴西开始。众所周知，巴西坚定地致力于烟草管制，并将与减贫有关的问题列为国家议程的高度优先事项。

26. 在全世界范围，男性消费的烟草比女性多出四倍。在很多发达国家，由于越来越多的妇女吸烟，这一差距也越来越小。不过妇女吸烟人数上升的趋势现在也成为发展中国家的一个问题。烟草工业已经了解这一趋势，正在拼命针对妇女，

以赢得过去得不到的部分市场。烟草广告将妇女塑造成具有活力、身材苗条、拥有魅力、个性解放等形象。为男性则传递不同的信息，为男性所作的广告重点是渴望幸福、身体结实、拥有财富、权力和性生活成功。烟草对所有使用者的健康都产生不利影响，但是它也对男女的健康造成具体后果。男性面临生殖能力下降和性无能的风险。对女性烟民来说，特别是在使用口服避孕药期间患上心血管疾病的风险上升，生殖能力下降、婴儿早产、婴儿出生时体重过低、患宫颈癌、更年期提前和容易骨折的比例上升。怀孕期间吸烟对胎儿的发展产生不利影响。新的性别行为也会产生不良社会和经济后果。例如，众所周知，妇女可支配的收入往往少于男子，她们更可能将这些收入花在子女身上。如果更多和更高比例的妇女开始消费烟草，将已经很少的家庭资源用来购买烟草，可能会更加重营养不良、促成更高比例的辍学，很可能带来长期的不良后果。

27. 八项千年发展目标，通过减贫、减少饥饿、疾病、文盲、环境退化和对妇女的歧视，成为到 2015 年极大改善人类条件的一项豪迈的议程。为每一项目标确定了一系列目标和指标，用来追踪在实现这些目标方面所取得的进展。根据上述事实，烟草显然与千年发展目标有关，特别是在疾病、贫穷、饥饿和性别问题方面。因此，工作队建议承认它与实现千年发展目标的发展援助方案之间的必定关系。

四. 《世界卫生组织烟草管制框架公约》

28. 2003 年 5 月，世界卫生大会一致通过了《世界卫生组织烟草管制框架公约》。对这项用于限制烟草产品危害健康的国际法律文书，卫生组织成员国进行了历时 4 年的谈判。它由烟草管制的许多不同方面组成：

- (a) 第 6 条至第 14 条是减少需求的核心条款；
- (b) 采用价格和税收措施减少烟草需求；
- (c) 采用非价格措施减少烟草需求，即：
 - 保护人们免受吸烟之害；
 - 管制烟草产品的成份；
 - 管制烟草产品的说明；
 - 烟草产品的包装和标识；
 - 教育、交流、培训和提高公众认识；
 - 烟草广告、推销和赞助；
 - 关于吸烟上瘾和戒烟的减少需求措施。

(d) 第 15 条至第 17 条是减少供应的核心条款：

- 烟草产品非法贸易；
- 向未成年人出售和由未成年人购买烟草；
- 支持经济上可行的替代活动。

该公约代表了全球最低标准，其中的条款鼓励未来的公约缔约国更深入一步并采取更严格的措施。还有，缔约国会议在就公约未来的议定书进行谈判时，将提出一套不断发展并对某些问题规定更具体义务的条约制度。《框架公约》是一项经过积极谈判后通过的微妙平衡和基于证据的文书，其中考虑到有关的科学、经济、社会和政治因素。

29. 2003 年 5 月 21 日世界卫生大会通过了《框架公约》。该公约从 2003 年 6 月 16 日至 6 月 22 日在日内瓦卫生组织总部开放供签署，并从 2003 年 6 月 30 日至 2004 年 6 月 29 日继续在纽约联合国总部开放供签署。在 2004 年 6 月 29 日截止前签署公约的国家通过批准、核准、接受或正式确认该条约，成为公约的缔约国。该条约将从 2004 年 6 月 30 日起开放供加入。公约将在 40 份批准、核准、接受、正式确认或加入书交存联合国保存机构的 90 天之后开始生效。同时，已经批准、核准、接受或加入该条约的国家将受到条约条款的法律约束。在公约批准过程中卫生专业、有关非政府组织和基层团体的烟草管制倡导者也可像在公约谈判中那样，在国际舞台上发挥重大作用。他们可以继续推动公约的批准和执行，继续促进国家制定支持该公约的有效立法。到 2004 年 4 月 21 日为此，共有 103 个成员国加上欧洲共同体签署了该公约，有 10 个成员国批准了该公约。

30. 《框架公约》已获得通过，按照公约规定，在国家一级实施全面烟草管制政策就成了优先事项。不过还没有几个国家实施大幅度减少烟草使用量所需的措施。需要工作队每个成员机构提供专门知识，按需要建立国家技术能力，以支持和加强全国烟草管制方案。该公约是一个非常好的例子，它说明一项文书可以用作有效执行国家烟草管制政策的基线。此外，在公约通过之后，烟草管制全面战略已得到重新定义，其中包括了烟草管制的跨国部分，补充了国家和地方的烟草管制措施。

31. 《框架公约》是一项多部门公约。公约中确认了联合国机构的重要作用。公约序言部分赞扬，“世界卫生组织在制定烟草管制措施方面，发挥了领导作用，联合国系统其他组织和机构以及其他国际和区域政府间组织也作出了努力”。序言部分回顾说，“1966 年 12 月 16 日联合国大会通过的《经济、社会、文化权利国际盟约》第 12 条规定，人人有权享有能达到的最高的体质和心理健康的标准”。它还回顾说，“1979 年 12 月 18 日联合国大会通过的《消除对妇女一切形式歧视公约》规定，该公约缔约国应采取适当措施，消除在保健方面对妇女的歧视”。公约序言部分进一步回顾说，“1989 年 11 月 20 日联合国大会通过的《儿童权利

公约》规定，该公约缔约国确认儿童有权享有可达到的最高标准的健康”。第 5 条第 5 款在一般义务项下规定，“缔约国应酌情与有能力的国际和区域政府间组织和其他机构合作，实现它们签署的公约及其议定书的目标”。

32. 为了消除烟草使用对全球公众健康的威胁，世界卫生组织成员国根据《世界卫生组织组织法》⁴ 第 19 条的规定，行使其缔约能力，加快世界卫生组织烟草管制框架公约和可能的有关议定书的多边谈判。《框架公约》是在世界卫生组织主持下经谈判达成的第一项公共卫生公约。如第 3 条所述，“本公约及其议定书的目标是提供一个由缔约国在国家、区域和国际各级执行的烟草管制措施框架，持续和大幅度减少烟草的使用和吸烟危害，以保护后世后代免受烟草消费和吸烟对健康、社会、环境和经济造成的有害影响”。《框架公约》是一种强有力的公共卫生工具，可用于减轻将来烟草造成的疾病和死亡的负担。

33. 关于秘书处的第 24 条，各成员国指定世界卫生组织为这项公共卫生公约的临时秘书处。如下文所述，世界卫生组织和其他国际组织为实现公约的目标进行技术合作是有利的：

(a) 联合国粮食及农业组织(粮农组织)：公约缔约国在序言部分铭记“有些发展中国家和转型期经济国家的中长期烟草管制方案可能产生社会和经济困难”。它们还认识到这些国家需要“在编写可持续发展的国家战略方面获得技术和财政援助”。关于支助经济可行的替代活动的第 17 条规定：“缔约国应相互合作并同有能力的国际和区域政府间组织合作，向烟草工人、种植者和在有些情况下向个人销售者酌情推广经济上可行的替代办法”。关于进行科学、技术和法律方面的合作并提供有关专门知识的第 22 条第 1 款(b)项(三)目强调，需要“根据情况帮助烟草种植者以经济上可行的方式从烟草生产转向替代作物生产”。提供的技术援助得益于许多专门组织，特别是粮农组织的投入。例如，粮农组织最近的一项研究“全球烟草经济问题”回顾了若干经挑选的发展中国家的烟草生产和替代作物多样化的可能性。

(b) 国际劳工组织(劳工组织)：世界卫生组织和劳工组织的技术合作会有益于关于支助经济可行的替代活动的第 17 条和关于进行科学、技术和法律方面的合作并提供有关专门知识的第 22 条的实施，特别是第 22 条第 1 款(b)项(三)目，其中规定，缔约国应进行合作，促进有关计划和方案，旨在“以经济上可行的方式酌情协助烟草工人寻求经济和法律上可行的适当替代生计”。关于免受吸烟之害的第 8 条第 2 款规定，“每个缔约国应在国家法律确定的现有国家管辖范围内通过和执行有效的立法、行政管理和/或其他措施，并在其他管辖范围内积极促进这些措施的采用和执行，规定在室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所和酌情考虑的其他公共场所保护个人免受吸烟之害”。劳工组织通过法律文书、对烟草部门社会和劳工问题的研究和技术合作方案，一直为国家政府、雇主和工人处理工作领域的各种问题提供指导，因此，它处于独特的地位，能够促进工作地

点的行动，特别是通过社会对话采取行动。具体来说，劳工组织采取两种行动保护工人免受吸烟的伤害。一是题为“工作场所吸烟问题工作文件：审查具体和管制措施”的报告，它可从劳工组织网站⁵中查阅。二是题为“解决工作中的心理与社会问题”的劳工组织教育方案，称之为 SOLVE 方案，⁶ 它从工作场所政策和行动一级解决工作场所受吸烟之害的问题。

(c) 联合国儿童基金会(儿童基金会)：如上所述，公约序言中明确表示，各成员国对全世界儿童和少年吸烟和其他形式的烟草消费不断增多表示关注，特别是吸烟年龄越来越小。有必要把执行《儿童权利公约》有关健康的条款与《框架公约》关于向未成年人出售和由未成年人购买烟草的第 16 条相结合，特别是因为烟草已列为《儿童权利公约》国家报告指导方针的内容。

(d) 联合国开发计划署(开发计划署)：公约缔约国在《框架公约》前言中表示，他们“严重关切全世界，尤其是发展中国家的香烟和其他烟草产品消费和生产的数量增加，以及给家庭、穷人和国家保健系统造成的负担”。烟草的使用对低收入发展中国家的贫穷和营养不良产生深远影响。按照《千年发展目标》，开发计划署进行投入，在国家一级减少烟草使用和减轻它对穷人可能造成的负担，可以推动消除贫穷的斗争。

(e) 联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)：《框架公约》题为“教育、交流、培训和提高公众认识”的第 12 条明确规定：“每个缔约国应酌情采用现有的各种交流工具，宣传和加强公众对烟草管制问题的认识。为此，每个缔约国应通过并执行有效的立法、行政管理或其他措施，以促进：人们广泛参与关于危害健康的有效和全面的教育和提高公众认识方案，包括烟草消费和吸烟易上瘾特点……”。卫生组织和教科文组织在国家一级的密切合作将促进并加速人们参与有关教育和提高公众认识方案。

(f) 联合国环境规划署(环境规划署)：关于保护环境和个人健康的第 18 条规定：“为了履行本公约的义务，缔约国同意在各自领土内的烟草种植和制作环境方面，适当注意保护环境和个人健康”。在卫生组织和环境规划署的合作下，有可能在国家一级进一步促进有利环境的烟草种植和制作过程。

(g) 联合国人口基金(人口基金)：《框架公约》缔约国在序言中承认，“科学证据清楚表明，孕期吸烟不利婴儿的健康和发育”。这是联合国人口基金直接关注的一个领域，人口基金支持关于帮助妇女、男子和青年并改善生殖健康的方案。

(h) 世界银行和国际货币基金组织：根据关于采取价格和税收措施减少烟草需求的第 6 条，人们明确认识到增加税收和提高价格对减少烟草使用的重要性，第 6 条规定：“在不损害缔约国确定和建立税收政策的主权权利情况下，每个缔约国应考虑到关于烟草管制的国家卫生目标并采取或酌情保持下列有关措施：(a)

对烟草产品执行税收政策和酌情执行价格政策，以便协助实现减少烟草消费的健康目标……”。当国家批准并准备执行《框架公约》时，卫生组织可以请世界银行和国际货币基金组织作为主要合作者，用它们的经济专门知识和授权帮助各国制定和执行基于证据的行之有效的政策，以减少烟草的使用。一个重要实例是，与发展中国家政府，特别是与财政部就烟草税收问题展开政策对话，在业务工作中进行合作。

(i) 世界海关组织：《框架公约》列有一项关于烟草产品非法贸易的详细条款（第 15 条），其中列有跟踪和追查烟草产品的规定。世界海关组织是卫生组织在这方面进行技术合作的重要伙伴。

(j) 世界贸易组织(世贸组织)：《框架公约》的各项条款与世贸组织的若干协定相互交叉，其中包括《技术性贸易壁垒协定》（《技术壁垒协定》）；《与贸易有关的知识产权协定》（《贸产协定》）；1994 年《关税及贸易总协定》（《总协定》）；《农业协定》；《服务贸易总协定》（《服务总协定》）和《补贴与反补贴措施协定》（补贴协定）。还有，《框架公约》序言部分第一段说，“本公约缔约国决心优先行使保护公众健康的权利……”。

五. 主要的关切领域

34. 上文提到了在烟草管制问题特设机构间工作队第五届会议上工作队成员批准的结论并总结了本报告所述的问题，本节将重点介绍因烟草的使用而造成严重负面影响的重要领域。提出的这些要点支持了关于烟草管制需要得到高级别政治关注的论点，其中还强调有必要加强国家烟草管制方案。

对健康的影响

现在很少有人质疑烟草的使用造成了全球性的对人体健康的危害。烟草是世界上第二大死因。世界上每十位成年人中就有一位因烟草而死（每年大约 500 万人因烟草而死）。烟草还是造成残疾的重要原因。除非立即广泛采取切实有效的干预措施，否则这一比例将上升到每六位成年人就有一位因烟草而死，或者 20 年后死亡人数翻倍。还需要指出的是，吸“二手烟”（由于别人吸烟而被动吸烟）也会导致生病和死亡。

对经济发展的影响

烟草的使用破坏了经济发展。与烟草有关的疾病影响到劳动生产力。治疗这些疾病，对于政府和个人都很昂贵。此外，在烟草疾病致死的人中，有一半是在正常工作年限内死亡的，严重影响了依靠其收入生活的家庭成员。这些人的死亡，对社会也是一种损失，因为他们作为工人或者为人父母，本来是能够为社会做出贡献的。

对贫穷的影响

烟草与贫穷现象密切相关。许多研究表明，最贫穷家庭的烟草产品在总开支中总是占较高的比例。这笔钱本来可以用于食品、教育和卫生保健等基本需求。烟草对穷人的影响更剧烈，因为烟草加重了健康状况不佳的负担，增加了卫生保健费用，引起夭亡、营养状况下降以及文盲率增高。

财政影响

随着(全世界)人口老龄化的发展，对治疗烟草相关疾病的需求可能会占尽本应用于初级保健方案的资源，并将增加对高成本医疗保健的需求。全球烟草产品贸易也会对财政部门产生影响。已经发生了一些与烟草违禁贸易有关的洗钱案件，也有人提到烟草违禁贸易据称与恐怖主义也有联系。

全球化

全球一级上的烟草产品贸易可以被视为一种全球“坏事”。合法的烟草贸易因违禁贸易、过分的市场宣传推销及所引起的烟草产品生产和消费提高，而产生负面影响。必须在全球一级上规定对这种“坏事”的管制，其中要考虑这种“坏事”对卫生、发展和环境造成的恶劣影响。

六. 结论和建议

35. 工作队的成员谨向经济及社会理事会会员国提出如下建议：

(a) 烟草使用对卫生、贫穷、营养不良、教育和环境造成了负面影响。因此，必须将烟草管制视为努力减少贫穷、提高发展与推动《千年发展目标》取得进展的关键部分。需要在各国致力于实现《千年发展目标》的方案中纳入烟草管制的内容。烟草管制还需要成为总体发展援助方案的关键部分。

(b) 既然已经通过了《世界卫生组织烟草管制框架公约》，就必须在驻地协调员制度一级上考虑烟草管制的问题，以便确保各国在未来执行该条约的时候能够在国家一级上开展技术合作。

(c) 如本报告第三部分所述，《框架公约》是在世界卫生组织主持下制定的首份公共卫生条约。除了公共卫生部分，《框架公约》的许多条款与联合国其他机构以及非联合国机构的专业条款重叠。在这些机构中，一些机构比另外一些机构更多地参与了推进烟草管制的工作。必须采用多部门的办法应对烟草使用的问题，而且不同成员机构的承诺也非常重要。在此方面，联合国发展集团在召集联合国各实体共同处理发展业务问题方面发挥了关键作用。因此，烟草管制的问题可以纳入发展集团即将开展的活动，以便通过加强多部门政府间机构在国家一级上开展协作来推动执行《框架公约》。世界卫生组织既是《框架公约》的临时秘

书处，也是联合国烟草管制问题特设机构间工作队的主席，因此处于合适的位置上，能够带动此类多部门合作。

(d) 鉴于所处理的问题具有多面性，因此烟草管制还可以纳入各区域经济委员会的议程。例如，亚洲及太平洋经济社会委员会重新调整了工作方案，目前正在围绕三个主题召开会议：全球化、减少贫穷现象以及新兴的社会问题；这三个主题对烟草管制意义重大。

注

¹ 每个国家的分类的进一步资料见 <http://www.who.int/whr/2002/en/MembersETC.dpf>。

² 在这些数字中，残疾调整生命年是一个用于量度全球疾病负担的单位。它是根据由于过早死亡或在一个特定年龄发生残疾而丧失的无残疾未来生命年的目前价值计算的。

³ 绿色烟草病的一般症状是噁心、呕吐、无力、头疼和晕眩，还可包括腹部痉挛和呼吸困难以及血压和心律波动。

⁴ 《世界卫生组织组织法》第 19 条规定，“卫生大会有权就卫生组织职权范围内的任何问题通过公约或协议”。

⁵ www.ilo.org/safework。

⁶ www.ilo.org/safework/solve。

参考

Arcury, T. A. et al., “High levels of transdermal nicotine exposure produce green tobacco sickness in Latino farmworkers”, *Nicotine and Tobacco Research* vol. 5, 2003.

Ballard, T. et al., “Green tobacco sickness: occupational nicotine poisoning in tobacco workers”, *Archives of Environmental Health*, 1995, vol. 50.

Commission on Macroeconomics and Health, *Consultation on Increasing Investments in Health Outcomes for the Poor*, October 2003: http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/.

Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, World Health Organization, December 2001: <http://www.cmhealth.org/>.

Development Assistance Committee Guidelines and Reference Series, *Poverty and Health*, Organization for Economic Cooperation and Development and World Health Organization, 2003.

Efroymsen, D., Ahmed, S., Townsend, J., et al., “Hungry for Tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco on the poor in Bangladesh” *Tobacco Control*, 2001, vol. 10.

Efroymsen, D., FitzGerald, S., *Tobacco and Poverty, Observations from India and Bangladesh*, Programme for Appropriate Technology in Health (PATH Canada), second edition, July 2003.

European Commission, “Tobacco Control and Development Policy”, round table, 3-4 February 2003, Brussels: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/round_table_international_tobacco_en.htm.

Ezzati, M., Lopez, A., “Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000”, *The Lancet*, vol. 362, 13 September 2003.

Gajalakshmi, C. K. and Peto, R., *Studies on Tobacco in Chennai, India*, presented at the tenth World Conference on Tobacco or Health, Chinese Medical Association, Beijing, 1997.

Geist, H. “Global assessment of deforestation related to tobacco farming”, *Tobacco Control*, 1999, vol. 8.

Guindon, G. E., Boisclair, D., Past, Current and Future Trends in Tobacco Use, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 6, World Bank, 2003: http://www1.worldbank.org/hnp/Pubs_Discussion/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf.

Hoang, M. A., Jenkins, A., “The Economics of Tobacco in Vietnam: Tobacco Expenditures and their Opportunity Cost”, ongoing research project by the Programme for Appropriate Technology in Health (PATH Canada) and Viet Nam, funded by Research for International Tobacco Control.

Hu, Teh-wei, Mao, Z., Liu, Y., “Smoking, Standard of Living, and Poverty in China”, forthcoming paper written as part of a study funded by the International Development for Research Centre/Research Institute for Tobacco Control and the World Bank.

SOS Tabagisme-Niger, Tabac et pauvreté au Niger (Tobacco and Poverty in Niger). Niger, 2003.

Campaign for Tobacco-Free Kids, “Golden Leaf, Barren Harvest, the Costs of Tobacco Farming”, Washington, D.C., 2001.

Food and Agriculture Organization of the United Nations, Projections of Tobacco Production, Consumption and Trade to the Year 2010, 2003: <http://www.fao.org/DOCREP/006/Y4956E/Y4956E00.HTM>.

Food and Agriculture Organization of the United Nations, Issues in the Global Tobacco Economy: Selected case studies, 2003.

Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization, 2003: <http://www.who.int/tobacco/fctc/text/final/en/>.

World Health Organization, Gender and Health: Gender and Tobacco, Department of Gender and Women’s Health, 2003: http://www.who.int/gender/other_health/en/.

The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life, World Health Organization, 2002: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.

The World Health Report 2003: Shaping the Future, World Health Organization, 2003: <http://www.who.int/whr/en/>.

附件

协作组织名单

秘书处经济和社会事务部
联合国粮食及农业组织(粮农组织)
国际民用航空组织(民航组织)
国际劳工组织(劳工组织)
国际货币基金组织(货币基金组织)
联合国儿童基金会(儿童基金会)
联合国贸易和发展会议(贸发会议)
联合国妇女发展基金(妇发基金)
联合国开发计划署(开发计划署)
联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)
联合国环境规划署(环境规划署)
联合国国际伙伴关系基金(伙伴基金)
联合国国际药物管制规划署(药物管制署)
联合国人口基金(人口基金)
世界银行
世界海关组织
世界卫生组织(卫生组织)
世界知识产权组织(知识产权组织)
世界贸易组织
