



中国无烟政策

效果评估及政策建议



中国无烟政策

效果评估及政策建议
2015年10月



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Smoke-free policies in China: evidence of effectiveness and implications for action

1. Smoking – prevention and control. 2. Smoking cessation. 3. Tobacco use cessation. I. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.

ISBN 978 92 9061 729 7 (NLM Classification: WM 290)

引用建议：世界卫生组织西太平洋区域办事处、滑铁卢大学国际烟草控制政策评估项目（ITC项目）。中国无烟政策：效果评估及政策建议。世界卫生组织西太平洋区域办事处，马尼拉；2015.

© 世界卫生组织 2015

版权所有。世界卫生组织出版物可从世界卫生组织网站（www.who.int）获取，或从世界卫生组织新闻处（World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, 电话：+41 22 791 3264；传真：+41 22 791 4857；电子邮件：bookorders@who.int）购买。

欲获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可——无论是为了出售或非商业性分发，应向世界卫生组织出版办公室提出申请，地址同上（传真：+41 22 791 4806；电子邮件：permissions@who.int）。欲获得复制世卫组织西太平洋区域出版物的许可，应向世卫组织西太平洋区域办事处出版办公室（Publications Office, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, P.O. Box 2932, 1000, Manila, Philippines；传真：(632)521- 1036；电子邮件：publications@wpro.who.int）提出申请。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位，或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时，并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐，或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外，凡专利产品名称均冠以大写字母，以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是，已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

目录

图表目录.....	iv
缩写.....	v
致谢.....	vi
序	vii
摘要.....	x
背景.....	1
无烟政策.....	2
世界卫生组织《烟草控制框架公约》——有效无烟政策的核心要素	2
中国推动更有力的无烟政策所取得的进展	3
其他国家有关无烟立法成效的证据	7
中国无烟立法与其他国家和香港特别行政区无烟立法的对比	10
中国现有无烟立法的有效性以及对国家全面无烟立法的支持	13
ITC项目中国调查	13
ITC项目对无烟政策的评估	13
中国无烟政策的有效性	14
结论和建议	29
参考文献.....	31

图表目录

表1:	中国6座城市无烟法规的细节	5
表2:	其他金砖国家的国家无烟立法	11
图1:	中国无烟政策与ITC中国调查时间对照表	14
图2:	第四轮调查中不同城市吸烟者在室内工作场所、餐厅和酒吧看到有人吸烟的比例	15
图3:	各轮调查中不同城市吸烟者在室内工作场所看到有人吸烟的比例	16
图4:	不同国家男性吸烟者和男性戒烟者（如果有工作）在室内工作场所看到有人吸烟的比例	17
图5:	各轮调查中不同城市吸烟者在餐厅内看到有人吸烟的比例	18
图6:	不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去六个月在餐厅内（如果去过）看到有人吸烟的比例	19
图7:	2008–2012年间7个中国ITC城市的餐厅吸烟率与其它国家实施全面无烟立法前后餐厅吸烟率的对比：爱尔兰（2004），苏格兰（英国）（2006），法国（2008），德国（2007–2008），荷兰（2008），墨西哥城（2008），其他墨西哥城市（2008）和毛里求斯（2009）	20
图8:	各轮调查中不同城市吸烟者在酒吧内看到有人吸烟的比例	21
图9:	不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去六个月在酒吧内（如果去过）看到有人吸烟的比例	22
图10:	不同国家男性吸烟者和男性戒烟者报告不能在家庭室内任何区域吸烟的比例	23
图11:	第四轮调查中吸烟者支持中国城市全面禁烟的比例	24
图12:	各轮调查中不同城市吸烟者支持工作场所内全面禁止吸烟的比例	25
图13:	各轮调查中不同城市吸烟者支持餐厅内全面禁止吸烟的比例	26
图14:	各轮调查中不同城市吸烟者支持酒吧内全面禁止吸烟的比例	27
图15:	中国支持在酒吧内禁烟的吸烟者比例（2011–2012年）和其他国家的比例对比	28

缩写

AMI	急性心肌梗塞
Article 8 Guidelines	世界卫生组织《烟草控制框架公约》第8条防止接触烟草烟雾实施准则
BRICS	金砖五国——巴西、俄罗斯、印度、中国、南非
China CDC	中国疾病预防控制中心
COP	缔约方会议
CTFK	无烟草青少年行动
DSA	制定吸烟区域
DSR	制定吸烟房间
GDP	国内生产总值
ITC Project	国际烟草控制政策评估项目
NCD	非传染性疾病
NHFPC	国家卫生和计划生育委员会
PM2.5	直径小于等于2.5微米的颗粒物
SHS	二手烟雾
WHO FCTC	世界卫生组织《烟草控制框架公约》
WLF	世界肺健基金会

致谢

本报告由加拿大滑铁卢大学国际烟草控制政策评估项目（ITC项目）的研究团队为世界卫生组织准备。研究团队成员包括：Genevieve Sansone 博士，许韶伟博士，Mi Yan, Lorraine Craig, Anne C.K. Quah 博士和 Geoffrey T. Fong (方德智) 博士。感谢世界卫生组织驻华代表处无烟草行动技术官员 Angela Pratt 博士在报告框架形成、文本修改以及协调同行审议过程中所提供的帮助及展现的领导能力。感谢以下同仁在本报告初稿修改过程中所提供的帮助：ITC中国项目首席科学家姜垣教授（中国疾病预防控制中心），ITC中国项目经理冯国泽（中国疾病预防控制中心），Luminita Sanda（世界卫生组织总部），Kelvin Khoo（世界卫生组织西太平洋区域办公室），Judith Mackay 博士（世界肺健基金会），Tom Carroll 博士（世界肺健基金会），Steve Tamplin（约翰·霍普金斯大学），甘泉博士（国际防痨和肺部疾病联合会），印曦（无烟草青少年行动），石琦博士（中国国家卫生和计划生育委员会）。感谢许韶伟博士将此报告翻译成中文和胡静远（滑铁卢大学）、冯国泽、孙佳妮（世界卫生组织驻华代表处）在中文版翻译和校对过程中所提供的帮助。

特别感谢来自中国疾病预防控制中心、北京市疾病预防控制中心、上海市疾病预防控制中心、广州市疾病预防控制中心、沈阳市疾病预防控制中心、湖南省疾病预防控制中心、宁夏回族自治区疾病预防控制中心和云南省健康教育所许许多多的工作人员。没有他们在ITC中国项目多轮调查中所付出的劳动和努力，就没有本报告所采用的数据。本报告经费主要由世界卫生组织驻华代表处在彭博慈善基金会的支持下提供。此外，该项目还得到加拿大卫生研究院基金和方德智博士获得的安大略癌症研究所高级研究员奖以及加拿大癌症协会研究所预防科学家奖的支持。



序

中国烟草消费居世界之首：2014年，中国的卷烟消费量竟高达全球的44%，比排名第二及之后的29个国家消费量加在一起都高。这些卷烟的主要消费群体为中国男性——在中国，半数以上男性都吸烟。

烟草依赖让中国的国民健康和社会经济发展蒙受巨大损失。当前，中国每年约100万人死于烟草相关疾病。如果不尽快采取行动来消除烟草依赖，到2050年，这个数字将持续上升至约300万。而且，中国吸烟者伤害的不仅是他们自己——中国的二手烟暴露比例极高，其中工作场所吸烟的严重程度目前居世界之首。

但形势正在发生变化。自2015年6月1日起，在中国首都北京，一部全面禁止室内公共场所吸烟的立法——《北京市控制吸烟条例》（以下简称《条例》）开始生效。该条例是迄今为止中国最严格的控烟立法，要求北京的餐厅、宾馆、工作场所、机场等所有公共场所的室内区域（以及某些公共场所的室外区域）无一例外必须百分之百禁烟。《条例》还包括严厉的处罚条款，完全符合世界卫生组织《烟草控制框架公约》第八条的要求。

《条例》的施行，是中国烟草控制工作的重大突破。《条例》为其他地方性无烟立法的制定或修订设置了新的标杆，也为全国性无烟立法的出台加足了马力。

正因如此，这份报告来得正当其时。这份报告是世界卫生组织和国际烟草控制政策评估项目的合作成果，它证明：全国性无烟立法一旦通过并全面施行，将能够改善国民健康并促进贸易和经济。全国性无烟立法也必将受到公众（包括吸烟者）的热烈欢迎。中国公众对餐厅酒吧全面禁烟的支持率已经高出了许多国家在通过全面无烟立法之前的公众支持率。更重要的是，一部全国性的无烟立法将挽救数百万人的生命。

2015年，中国的烟草控制工作正面临着突破的契机。这份报告里的证据和建议一经采纳，将帮助中国抓住这一契机，实现质的飞跃，踏上更健康、更富强的未来之路。

世界卫生组织驻华代表
施贺德博士
2015年10月



序

吸烟和二手烟是人类健康的致命杀手。我国是世界上最大的烟草生产国和消费国，2010年全球成人烟草调查结果显示，我国吸烟人数逾3亿，成年男性吸烟率高达52.9%。烟草使用不仅危害吸烟者的健康——每年导致我国超过100万人死亡——同时也引起另一个严重的公共卫生问题：二手烟暴露。全球成人烟草调查显示，我国15岁及以上的非吸烟者中，有72.4%的人正在遭受二手烟暴露。2013–2014中国青少年烟草调查发现，在调查前的7天内，72.9%的初中学生在家里、室内公共场所、室外公共场所或交通工具中暴露于二手烟。研究发现，我国每年因二手烟暴露导致的死亡人数超过10万人。因此，减少烟草使用、降低二手烟暴露水平是提高我国人民健康水平的重要措施。

二手烟暴露没有安全水平，世界卫生组织《烟草控制框架公约》第8条规定：在室内公共场所、室内工作场所、公共交通工具和必要的室外场所全面禁止吸烟。近年来，我国有18个城市相继制定了控制吸烟的地方性法规。《北京市控制吸烟条例》于今年6月1日正式生效，明确规定所有公共场所、工作场所室内区域及公共交通工具禁止吸烟。该条例是目前国内最接近《公约》要求的地方性法规，被媒体称为“史上最严禁烟令”。

为评估我国控烟履约相关政策、措施的效果，中国疾病预防控制中心控烟办与加拿大滑铁卢大学的ITC项目组联合开展了“国际烟草控制政策评估项目中国调查（ITC中国调查）”，从2006年至今已开展了五轮调查。本报告中的结果主要来自于ITC中国调查，并与其他国家ITC调查结果进行了比较。结果显示，只有严格依照世界卫生组织《烟草控制框架公约》以及实施准则的要求，制定公共场所全面禁烟的法律法规，严格执法，才能有效保护非吸烟者免受二手烟危害。

公共场所禁烟需要政府立法、社会管理多部门严格实施、公民自觉遵循，通过共同努力，共创无烟环境，共享健康生活！

王宇

中国疾病预防控制中心主任
王宇博士
2015年10月



序

中国是全球人口最多的国家，无论中国发生什么事情，都具有里程碑式的意义。“里程碑式”这一词非常适合用于描述烟草使用对中国公共卫生、社会和经济领域所造成的危害。每年中国有140万人死于与烟草有关的疾病，约10万人死于二手烟暴露。预计到2050年，这个数字将会是现在的3倍。烟草使用是导致非传染性疾病的首要因素，也是联合国公认的公共卫生和国民经济的重大威胁。而这见解非常符合中国现状。因此需要采取强有力且可持续的措施来减少烟草使用。对中国乃至全世界来说，就是严格有效地履行世界卫生组织《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》）——全球首部在世界卫生组织协调下通过的条约。而无烟立法是强有力控烟工作的核心要素。

《公约》第八条要求缔约方采取有效措施保护公众在室内公共场所、工作场所和公共交通工具上免受烟草烟雾的危害。《公约》第八条实施准则则列出了有效无烟政策的核心要素：可以成功促进行为改变的宣传教育行动，加上清晰的监督执法机制。在多个国家（包括参与国际烟草控制政策评估项目的国家）开展的研究成果表明：符合《公约》第八条以及其实施准则要求的无烟立法几乎能够完全消除公共场所吸烟现象。

但是，在2015年6月《北京市控制吸烟条例》生效之前，中国并没有任何国家或地方无烟法律法规完全符合《公约》第八条以及其实施准则的要求。这些无烟法律法规只是要求部分公共场所禁止吸烟，存在许多漏洞，导致执法困难。在开展国际烟草控制政策评估项目的国家中，中国工作场所吸烟的比例最高、餐厅吸烟和酒吧吸烟的比例名列第二、在家吸烟的比例也是最高的。后果就是，每天都有成千上万的非吸烟者持续暴露在有毒的烟草烟雾之下。

该报告为支持中国实施符合《公约》第八条及其实施准则要求的、强有力且全面的无烟立法提供了科学依据。中国有超过3亿吸烟者，每年消耗全球超过40%的卷烟。如能有力实施真正意义上的全面无烟立法，中国将会取得巨大的公共卫生和经济收益。

Geoffrey T. Fong（方德智）博士，加拿大医学科学院院士
加拿大滑铁卢大学心理学、公共健康和医疗系统教授
安大略省癌症研究所高级研究员
ITC项目首席科学家
2015年10月

摘要

烟草使用给中国带来的巨大危害

烟草使用给中国公共卫生带来了巨大危害。每年超过1百万人死于吸烟相关疾病，超过10万人死于二手烟暴露。每天都有7.4亿人，其中包括1.82亿儿童，暴露于二手烟雾危害之下。如果不采取有效措施禁止公共场所吸烟，中国因二手烟而导致的疾病和死亡将持续上升，从而更加加重烟草使用带来的危害。

100%无烟立法的重要性

二手烟暴露没有安全水平，因此全面的无烟立法是保护公众健康的关键。中国于2005年批准了世界卫生组织《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》）。《公约》要求缔约方颁布相关法律、法规，使室内公共场所、工作场所以及公共交通工具内全面禁烟。

按照《公约》第8条以及其实施准则的要求出台的全国性无烟立法，是保护所有中国公民免受烟草烟雾危害的唯一有效途径。中国在实施强有力的、全面的全国性无烟立法方面不仅落后于许多国家，而且也是金砖五国中，唯一一个没有出台国家无烟立法的国家。

2004–2014年期间，中国有超过12座城市实施了地方性无烟法规。初步评估显示，这些法规在减少公共场所吸烟方面虽然取得了一些成效，但截止至2014年，仍没有任何一部地方性法规实现了全面禁止在公共场所吸烟（例如要求室内场所全面禁烟，不留任何例外），也没有强有力的执法和公共宣传教育活动等核心要素来确保法规得以有效实施。

北京——突破

然而，2015年6月1日，中国首都北京正式施行《北京市控制吸烟条例》（以下简称《条例》）。《条例》是中国首部在所有室内公共场所（包括学校、幼儿园在内的部分室外区域）全面禁烟的地方性无烟立法。《条例》完全符合《公约》第8条以及其实施准则的各项要求，是中国史上最严厉的无烟立法。虽然现在去评估《条例》的实施效果还为时尚早，但无疑该条例为其他城市在制定或者修订无烟立法时，以及在中国国务院审议首部全国性无烟立法——《公共场所控制吸烟条例（送审稿）》时，设立了很高的标杆。

中国——全球公共场所吸烟比例最高的国家

国际烟草控制政策评估项目（以下简称ITC项目）已经在全球22个国家开展了调查。ITC项目的主要研究目标是评估《公约》控烟政策的有效性，其中包括无烟政策。在过去超过6年的时间里（2006

年4月至2012年11月），ITC项目在中国七个城市：北京、上海、沈阳、广州、长沙、昆明和银川对成年吸烟者和非吸烟者连续进行了多轮队列调查。该报告总结了ITC项目中国调查的研究成果，其中包括以下关键测量指标：每个城市所采取的无烟行动是否有效、各城市与其他已经推行了全国性无烟立法国家相应指标间的比较。这些国家中有些实施了完全符合《公约》第8条以及实施准则的无烟立法，有些只要求部分公共场所禁止吸烟。

中国从2006年起成为《公约》缔约方，因此有责任采取有效措施以减少烟草使用和保护公众免受二手烟危害。但是对中国无烟政策效果的评估显示，中国在有效保护公众免受二手烟危害上进展缓慢，然而北京新的控制吸烟条例可能是个突破。ITC项目中国调查显示，中国所实施的全国或者地方性无烟法律法规并没有显著减少公共场所烟草烟雾的暴露情况。在研究进行的2007至2012年期间，公共场所吸烟现象虽然有小幅减少，但是在绝大多数室内公共场所中二手烟暴露率仍然非常之高（2011–2012年间），其中：工作场所（52–81%）、餐厅（67–91%）、特别是酒吧（在所调查的3座城市中，超过90%的酒吧存在吸烟现象）。

与参与ITC项目的其他15个国家相比，中国室内工作场所的吸烟率最高（70%），餐厅和酒吧内吸烟率名列第二（分别为82%和89%），吸烟者在家不吸烟的比例最低（20%）。来自其他国家的证据表明，若中国已经实施了全面禁止公共场所吸烟的全国无烟立法，应可显著减少公众在公共场所内暴露于二手烟的几率。例如，法国和爱尔兰全面禁止公共场所（包括餐厅和酒吧在内）吸烟的法律生效之后，餐厅和酒吧的吸烟率降到了不到5%。

公众期待无烟政策

有这样一个认识误区，认为吸烟者都会抵触无烟立法。然而，ITC项目中国调查结果显示，与其他国家一样，包括吸烟者在内的中国公众对无烟政策表现出了大力支持。不仅如此，公众的支持率也在不断增加。来自其他国家的经验显示，在实施国家无烟立法之后，其支持率还会继续攀升。在2011–2012年调查期间，中国绝大多数的吸烟者认为室内工作场所应该禁止吸烟（不同城市比例在44–70%之间），超过1/3的吸烟者支持餐厅全面禁止吸烟（不同城市比例在34–53%之间）。对酒吧禁止吸烟的支持率最低，但是2011–2012年间该比例也增长到了平均35%，高于其他国家（如法国、爱尔兰、英国和北爱尔兰）在无烟立法生效之前吸烟者对无烟酒吧的支持率。

中国迫切需要国家无烟立法

本报告的研究证明中国迫切需要全国性无烟立法，以履行《公约》的义务，同时履行《宪法》中有关保护13亿人民健康的责任。而已经施行的《北京市控制吸烟条例》开创了中国无烟立法之先河，全面禁止室内公共场所吸烟，这令人十分欣喜。若顺势通过国家级的无烟立法（《公共场所控制吸烟条例》），并辅之以严格执法，则千千万万经常无辜暴露于有毒二手烟之下的中国公众将得到保护。如果该条例能够通过，将会对中国乃至全球实现降低吸烟率的目标作出巨大贡献，也是与烟草使用这一中国头号致病和致死因素作战过程中实现质的飞跃。

背景

中国烟草使用和无烟立法的迫切性

中国是世界最大的烟草产品生产和消费国。中国有超过3亿吸烟者，占成年人口的28%。超过半数的成年男性吸烟，消费了全球约1/3的卷烟。烟草使用给中国公共卫生带来巨大危害。每年中国有140万人因烟草使用而死亡。如果当前的吸烟率保持不变，到2050年，每年因烟草而死亡的人数预计将会增长到超过300万。(1)

中国的高吸烟率导致家庭、工作场所以及其他公共场所二手烟暴露程度也非常高。女性吸烟率虽然很低（2.4%），但中国妇女儿童的二手烟雾暴露程度却居全球前列。(2) 据估计，有7.4亿非吸烟者，其中包括1.82亿儿童，每天至少有一次机会暴露于二手烟。每年有超过10万人死于因二手烟暴露而引发的疾病。(3)

中国公众越来越关注空气污染所带来的健康和环境危害。有证据显示，充满二手烟的室内空间PM2.5（直径小于等于2.5微米颗粒物，常用于衡量空气污染严重程度）浓度更高，显著高于户外，即使在严重大气污染的日子也不例外。(4,5)

二手烟雾含有超过7,000种化学物质，其中包括数百种有毒物质和至少69种致癌物。(6) 二手烟雾会对非吸烟成年人的健康造成包括肺癌、心脏病和中风在内的诸多危害。对婴儿和儿童，二手烟还会导致婴儿猝死综合征、低出生体重、呼吸道疾病、中耳炎以及哮喘加重。

二手烟暴露没有安全水平，(7) 故《公约》要求缔约方通过立法和其他方法防止公众在室内公共场所、工作场所、公共交通工具以及其他公共场所接触二手烟。

创建全面无烟环境是有效防止公众接触有毒二手烟的唯一途径，(7,8) 无烟政策还被证实可以降低烟草消费，同时促进戒烟。(7,9,10)

报告概要

本报告旨在为中国政策制定者提供无烟立法有效性的证据，以支持中国尽快颁布并实施全国性无烟立法。报告总结了全球在制定以及实施无烟政策过程中的最佳实践和经验教训，同时指出相对于其他国家，中国公共场所的二手烟暴露水平很高，且绝大多数中国吸烟者和非吸烟者均对出台强有力的国家无烟立法表示支持。

本报告所采用的研究证据来自于国际烟草控制政策评估项目（以下简称ITC项目）。ITC项目是全球首个针对控烟政策所带来的心理及行为上的影响进行评估的国际性队列研究，也是唯一一个衡量《公约》核心政策影响的研究项目。ITC项目在全球包括中国在内的22个国家开展。在2006至2012年间，ITC项目在中国的七个城市中针对5,600成年吸烟者和1,400非吸烟者进行了4轮调查。这些ITC项目在中国及其他国家的研究结果能够为决策者绘制出一幅用以制定和实施全面禁止公共场所吸烟立法的路线图。

无烟政策

世界卫生组织《烟草控制框架公约》——有效无烟政策的核心要素

世界卫生组织《烟草控制框架公约》是全球首部公共卫生条约。《公约》于2003年世界卫生大会上通过，并于2005年生效。《公约》是历史上最迅速和最广泛被各国接受的联合国条约。截至2015年6月为止，一共有180个国家和地区加入了《公约》。中国于2005年10月批准了《公约》，并于2006年1月正式生效。

100%的无烟环境是有效保护公众免受二手烟雾毒害的唯一途径，因此《公约》第8条要求缔约方通过立法和其他手段保护公众在室内公共场所、工作场所、公共交通工具以及其他公共场所中避免暴露于烟草烟雾。(8)

2007年《公约》缔约方会议¹上通过的《公约》第8条实施准则建议各缔约方应在《公约》生效5年之内，实现“全面保护”公众免暴露于烟草烟雾之下的目标。就中国而言，5年期限就是2011年1月。《公约》实施准则旨在帮助各缔约方履行《公约》所承诺的义务。《公约》第8条实施准则为有效无烟立法提供了一个框架，摘要如下：(11)

《公约》第8条实施准则：有效无烟立法的几条指导原则

- 消除室内公共场所的烟草烟雾，且没有任何豁免
- 保护所有公民免暴露于烟草烟雾
- 使用简单、清晰、可执行的法律手段，而不是自愿措施
- 为法律实施和执法提供资源
- 鼓励民间团体积极参与法律立法、实施和执法过程
- 监测和评估无烟立法
- 当出现新循证措施时，如有必要，强化和扩展现行无烟立法

《公约》文本不仅要求在所有“室内”公共场所采取防止二手烟暴露的措施，而且要求“必要时”，也要将“其他”公共场所（比如室外或类似室外区域）纳入其中。在确定“其他”公共场所是否有必要纳入无烟立法规定范围中时，政府应考虑该场所可能存在二手烟危害方面的证据。一旦确认危害存在，政府应采取保护措施。

¹ 缔约方会议（COP）是世卫组织烟草控制框架公约的理事机构，由该公约的所有缔约方组成。

公约第8条实施准则的其他建议

除了以上几个基本原则之外，《公约》第8条实施准则还给出以下经缔约方一致同意的3项建议，确定缔约方必须采取的行动，以履行《公约》所规定的义务。

1. 对公众的通报、协商和动员

《公约》第8条实施准则强调了不断进行关于二手烟危害的宣传教育活动的重要性。在强有力的无烟立法颁布之前，宣传教育活动可以争取公众和舆论引导者的支持。在无烟立法颁布之后，宣传教育活动可以教育和动员社区居民，并争取公众对遵法执法的支持。在立法实施之前，针对公共场所经营者和管理者的宣传教育非常重要，一方面可以普及立法及他们需履行的责任，另一方面可以确保立法得以顺利实施和严格遵守。此外，关于非吸烟者权利和感谢吸烟者遵守法律的宣传内容也可以建立公众对执法的支持。

2. 执法

《公约》第8条实施准则指出有效的无烟立法应清楚地规定经营场所的法律责任和义务，对违法者应处以高额罚款，以儆效尤。法律应明确建立一套执法体系，包括明确执法部门、建立监督管理系统以实现对场所经营者和个人的监管。立法还应该明确公众在监督执法和举报的过程中可扮演的角色。无烟立法能否得以有效实施，法律生效后的紧接着的执法行动和针对场所经营者的宣传教育活动非常重要。

3. 监测和评估

《公约》第8条实施准则强调监测和评估无烟措施的重要性：加强和扩展法律规定的政治和公众支持；记载成功经验，以通报并协助其他国家；确定并公布烟草业破坏执行措施的情况。实施准则列举了多项涉及过程及成果的评估指标，包括公众对无烟政策的了解、态度和支持情况，执行和遵守情况，公共场所、工作场所以及家庭减少二手烟雾的接触，吸烟率的变化，以及经济影响。除了《公约》第8条实施准则之外，还有包括信息产品、技术指导和帮助阐明基本原则的具体案例在内的其他资源。(12,13)

中国推动更有力的无烟政策所取得的进展

国家无烟立法和政策

《公约》第8条以及实施准则推荐各缔约方应在《公约》生效5年之内，达到“全面保护”公众免受二手烟雾暴露的目标。如上所诉，中国在履行《公约》第8条的方面进展缓慢。但是近年来，在推进更有力的国家无烟政策方面，中国采取了几个关键步骤。

中国第12个5年规划（2011–2015）明确提出公共场所要禁止吸烟。2009年，原卫生部宣布了到2011年底全国医疗卫生系统实现全面禁烟的决定。2011年5月，原卫生部公布了《公共场所卫生管理条例实施细则》，规定部分公共场所禁止吸烟。但是这两部无烟法规力度很弱，举例来说，缺少如

何执法和如何处罚违法者的具体条款。因此这两部国家无烟法规未能有效实施，没有显著减少公共场所的吸烟现象。2013年12月，中国共产党中央办公厅、中国国务院办公厅印发《关于领导干部带头在公共场所禁烟有关事项的通知》，禁止各级领导干部在禁止吸烟的公共场所吸烟。2014年1月，教育部下发通知，重申所有中小学幼儿园内禁止吸烟，所有高等学校建筑物内一律禁止吸烟。2014年2月，国家卫生和计划生育委员会下发《国家卫生计生委办公厅关于进一步加强控烟履约工作的通知》，具体提出在全国卫生计生系统如何创建全面无烟环境。

2014年11月，中国国务院发布了《公共场所控制吸烟条例（送审稿）》，明确提出在所有室内公共场所、室内工作场所、公共交通工具全面禁止吸烟，而且没有任何例外；要全面禁止烟草广告、促销和赞助；烟盒包装上要印有图形健康警示。《公共场所控制吸烟条例（送审稿）》还明确给出了监测机制和执法模式。

中国还为减少吸烟流行率定下了雄心目标：2012年公布的《中国烟草控制规划》提出，到2015年底，中国的吸烟率从2010年的28.1%减少到2015年的25%，达到相对减少超过10%的水平。此目标与世界卫生组织成员国2013年采纳的全球慢病目标一致：从2010年开始到2025年，吸烟率相对减少超过30%。

中国如能颁布一部全面禁止公共场所吸烟的国家级无烟立法，就意味着其在履行《公约》的道路上向前迈出了一大步。辅之以严格执法，此立法将会保护千千万万中国公众免受二手烟雾之毒害，也将对中国乃至世界实现显著减少吸烟的目标作出巨大贡献。

根据模型估算，仅实施全面无烟立法这一举措，2050年中国的吸烟率能降低10%（相对值），从2015年到2050年间，可避免多达340万人死亡。(14) 正如《公约》所要求的，如果无烟立法和增加烟草税、在烟草包装上采用图形警示、全面禁止烟草广告、促销和赞助等控烟措施一起实施，吸烟率降低幅度会更大，能避免更多人死亡——到2050年，可避免多达1,280万人的死亡。(14)

城市无烟立法

自2008年起，包括首都北京在内的十几座中国城市已经颁布或者修订了其无烟法规。表1详细给出了中国目前无烟法规立法质量最好的6座城市及其规定。在这6座城市中，只有自2015年6月1日起生效的新版《条例》完全符合《公约》第8条的各项要求。

表1. 中国6座城市无烟法规的细节

城市	是否符合《公约》要求	生效日期	禁烟范围	对违法的处罚
北京 (15)	是*	旧法2008年5月1日, 新法2015年6月1日	公共场所、工作场所的室内区域以及公共交通工具内禁止吸烟。部分公共场所、工作场所的室外区域禁止吸烟*	场所的经营者、管理者处2,000元以上10,000元以下罚款; 个人处50元罚款; 拒不改正的处200元罚款*
广州 (16)	否	2010年9月1日	部分室内公共场所、工作场所以及所有公共交通工具全面禁烟, 包括国家机关、学校、公共文化场馆。部分室内公共场所限制吸烟, 包括餐厅、歌舞娱乐、游戏休闲场所。提供住宿休息服务的旅馆、宾馆等经营场所, 设置无烟客房	场所的经营者违反规定的, 处10,000元以上30,000元以下罚款; 管理者不履行职责的, 且拒不改正的, 处以3,000元以上5,000元以下的罚款; 个人处以50元罚款
哈尔滨 (17)	否	2012年5月31日	所有室内公共场所、室内工作场所以及公共交通工具。但是宾馆、餐厅的室内场所可以指定吸烟区	场所的经营者或者管理者违反条例且情节严重的, 处以10,000元以上30,000元以下的罚款。个人处以200元罚款
上海 (18)	否	2010年3月1日, 正在筹备修改条例	部分室内公共场所及所有公共交通工具全面禁烟。部分室内公共场所限制吸烟, 包括餐厅、歌舞娱乐、游戏休闲场所。提供住宿休息服务的旅馆、宾馆等经营场所, 设置无烟客房。国家机关限制吸烟, 其他室内工作场所无限制吸烟	场所的经营者或者管理者违反条例, 逾期不改正的, 处以2,000元以上10,000元以下的罚款; 个人处以50元以上200元以下罚款
深圳 (19)	否	2014年3月1日	所有室内公共场所、工作场所以及公共交通工具内。但是酒吧、茶艺馆、歌舞厅等娱乐休闲场所在2016年12月31日之前为限制吸烟场所	场所经营者或者管理者违反条例, 逾期不改正的, 处以30,000元罚款; 个人处以50元罚款; 拒不改正的, 处以200元罚款
天津 (20)	否	2012年5月31日	部分室内公共场所、室内工作场所及所有公共交通工具完全禁烟。部分室内公共场所和工作场所限制吸烟, 包括餐厅、歌舞娱乐、游戏休闲场所, 提供住宿休息服务的旅馆、宾馆等	场所经营者或者管理者违反条例, 逾期不改正的, 处以5,000元罚款; 个人处以50元以上200元以下罚款

*新版《北京市控制吸烟条例》2015年6月1日生效。《条例》是中国首部符合《公约》要求的无烟立法。表1中的信息来自此条例

来源: ITC 项目, 滑铁卢大学, 基于参考文献15-20信息编制的未发表表格

城市无烟立法的影响

中国城市无烟政策是否有效？以下对表1所列城市立法所评估的结果显示：不全面的公共场所禁烟规定，如部分公共场所允许吸烟，或者允许设立吸烟区，其减少二手烟暴露的效果远不如全面禁止吸烟来得明显。

北京

2014年11月，北京市人大通过一部全面无烟立法，规定所有公共场所、工作场所的室内区域以及公共交通工具内无一例外禁止吸烟，且幼儿园、学校和妇幼医院等公共场所的室内外区域也禁止吸烟。《北京市控制吸烟条例》规定了严格的处罚条款：对违反规定的场所经营者、管理者处2,000元以上10,000元以下罚款；对违反规定的个人处50元罚款，拒不改正的处200元罚款。

2015年6月1日生效的《北京市控制吸烟条例》，是目前为止中国最严格的地方无烟法规。今后相当长的时间内，它将促使吸烟人数减少并保护2,000万市民免受二手烟危害。《北京市控制吸烟条例》符合《公约》规定，树立了无烟立法的典范，为中国颁布首部全国无烟立法铺平了道路。

广州

一项比较2010年实施《广州市控制吸烟条例》前后广州公共场所二手烟暴露变化程度的研究揭示：调查对象自报二手烟暴露水平在全面禁止吸烟的公共场所显著下降；但是，在宾馆、室内工作场所、餐厅、咖啡厅、酒吧、夜总会，吸烟率只有轻微的下降，二手烟暴露水平仍然很高。(21)

哈尔滨

哈尔滨于2012年开始实施《哈尔滨市防止二手烟草烟雾危害条例》，尽管其中关于旅馆、餐饮场所禁烟的规定未能得到全面贯彻，但哈尔滨仍是中国最早实施全面无烟条例的几个城市之一。(1) 条例实施与开展烟草使用和二手烟危害相关宣传教育活动相结合，增强了哈尔滨市民对二手烟危害的了解和对条例的支持。条例生效一年后，对哈尔滨市1,860个场所展开的一项调查显示：88%的场所遵守了无烟条例（通过观察是否有人吸烟来判断），其中交通工具和中小学校等相关场所为100%遵守。但是，餐厅、酒吧和网吧等场所遵守比例较低。在这些场所应加强执法，提高其守法性，确保所有场所都设置醒目的禁烟标志，并应删除允许设置吸烟区域的条款。(22)

上海

上海市政府公布的《2014年上海市公共场所控烟状况》白皮书显示：2010年实施了《上海市公共场所控制吸烟条例》之后，公共场所的吸烟率逐年下降。2014年禁烟公共场所的吸烟率为14.6%，比2013年下降2.6个百分点，降幅为历年最大。从2013年到2014年，娱乐场所的吸烟率下降4%，餐饮场所的吸烟率下降6.4%。2014年网吧的吸烟率虽较2013年出现了1.1%的回升，但仍比2012年低11.5%。(23)

上海正在筹备修订2010年3月1日起实施的《上海市公共场所控制吸烟条例》，全面推进室内公共场所全面禁烟，建立更为有效的执法机制，增加禁止烟草广告、促销、赞助相关规定。2014年3月1日，上海市控烟热线投入使用。

深圳

深圳市政府最近公布了一项调查报告，评估了2014年新修订的《深圳经济特区控制吸烟条例》实施一周来的控烟进展。(24) 报告指出在法定禁烟场所吸烟情况明显减少，尤其是医疗机构、宾馆、候车厅等场所。但是网吧（2016年12月31日之前为限制吸烟场所）、中小餐厅、批发/农贸市场、办公室仍然是吸烟“重灾区”。公众非常支持2014年修订的《深圳经济特区控制吸烟条例》，91%的场所管理者和在公共场所参与调查的81%的市民都支持室内全面禁烟。

天津

2012年天津实施了《天津市控制吸烟条例》。2013年8月至9月在1,852个场所开展了一项条例实施效果评估调查显示：73%的场所遵守了该条例。与哈尔滨的调查结果一致，网吧、酒吧和餐厅的遵守情况较差，调查的多数场所都有人吸烟。该研究发现提示，要减少这些场所的吸烟率，必须提高公众对控烟条例的认识，并删除这些将餐厅等场所区别对待的条款。(25) 另一项天津的调查显示：从2010年到2013年，天津市民急性心梗入院总人数上涨了4.2%，然而，《天津市控制吸烟条例》颁布实施后，在室内场所工作者因急性心梗入院人数却下降了26.8%——凸显了天津控烟条例给公众所带来的健康效益。(26)

其他国家有关无烟立法成效的证据

全面无烟立法显著减少室内吸烟

全面无烟立法如果在立法过程中符合《公约》第8条的要求而且执法严格，包括对违法行为处以高额罚款、相关执法机构权责明确，可以显著减少甚至消除公共场所的二手烟现象。反过来，二手烟雾减少之后，可以对吸烟者和非吸烟者的健康产生积极影响，例如呼吸道问题减少，心脏病发作减少。(27,28,29)

ITC项目在数个国家对吸烟者和非吸烟者进行队列调查，评估公共场所无烟政策的有效性。在每个国家，调查对象被问及在无烟立法实施前后，他们是否注意到各种室内公共场所内的吸烟现象。不同国家的调查结果一致显示：有全面无烟立法并严格执行的国家，能大幅减少室内场所的吸烟现象。例如：

- 2008年法国全国无烟法生效²。法律生效8个月后，吸烟者自报的观察结果显示：餐厅吸烟现象由71%下降到2%，酒吧由97%下降到4%，工作场所由48%下降到20%。(30)

2 法国全国性的公共场所禁烟分两阶段实施。禁烟范围被认为近乎于全面。虽然允许设立吸烟室，但是对其建造有着非常严格的技术规定（吸烟室必须有独立的通风系统，此房间不能提供任何服务，不能超过建筑面积的20%，不能超过35平方米），因此，吸烟室在法国并不普遍。(32)

- 爱尔兰自2004年开始实施无烟法。法律生效9个月后，吸烟者自报的观察结果显示：工作场所吸烟现象由62%下降到14%，餐厅由85%下降到3%，酒吧由98%下降到5%。(31)

相比之下，没有全面无烟立法或者未严格执法的国家（比如某些公共场所得到豁免或者没有在大众传媒上开展有效宣传教育活动的国家）则吸烟现象减少幅度较小。例如，在实施全国无烟法律之后，德国和荷兰（部分禁烟）的酒吧吸烟现象下降程度少于爱尔兰和法国（全面禁烟）。参与调查的每一个国家都发现，吸烟者更加支持无烟立法、更了解二手烟的危害，对吸烟持更负面看法，在国家实施禁烟法律后，他们在酒吧吸烟的可能更小。(32)

- 2007年8月至2008年7月，德国几个州相继实施无烟立法。此后，吸烟者自报的结果显示：餐厅的吸烟现象由86%下降到29%，酒吧的吸烟现象由94%下降到50%。(33)
- 荷兰2008年开始禁止在餐厅和其他服务场所吸烟，法律生效8个月之后，吸烟者自报的结果显示：餐厅的吸烟现象由83%下降到5%，但是酒吧的吸烟现象下降幅度小，由93%降到30%。(34)

实施无烟政策之后，公共场所空气污染水平下降

空气质量研究成果显示无烟立法促使室内空气污染水平显著下降。无烟立法可减少酒吧、餐厅和其他服务场所的PM2.5浓度：

- 2004年爱尔兰100%无烟立法实施，一年后无烟酒吧PM2.5浓度比禁烟前降低了83%。(35)
- 在32个国家中，有全面无烟立法国家的PM2.5浓度比没有完全无烟立法国家平均低87%。(36)

正如背景部分所提及的，证据显示中国充满二手烟的室内环境PM2.5浓度大大高于户外，即使是大气污染严重的日子也不例外。(4,5)

无烟政策减少二手烟对吸烟者和非吸烟者的健康危害

全面无烟立法短期内即可带来显著的健康益处。无烟立法可显著改善呼吸道和心脏健康状况：

- 2004年爱尔兰开始禁止在酒吧吸烟，1年以后，在酒吧工作的非吸烟雇员肺功能明显改善，呼吸道问题和过敏症状减少。(35) 3年之后，人群死亡率总体下降13%，其中缺血性心脏疾病下降了26%，中风导致的死亡下降了32%，慢性阻塞性肺疾病导致的死亡下降了38%。(37)

- 2006年乌拉圭开始实施全面无烟立法，2年之后，急性心肌梗塞病住院人数下降22%。立法后4年的随访调查（全面无烟立法对急性心肌梗塞影响最长的随访研究）显示，急性心肌梗塞病的住院人数持续稳定下降（4年下降17%）。(38)

全球证据一致证明已实施无烟立法国家地区，居民与吸烟有关的心脑血管和呼吸系统疾病发病风险更低。2012年一篇涉及45项研究、33部无烟立法的荟萃分析发现全面禁止公共场所吸烟可显著减低患冠心病和其他心脏疾病、脑血管意外和呼吸系统疾病的住院率和死亡率。禁烟法规越全面，相关疾病住院率越低。此荟萃分析有几篇论文证明由于心血管或呼吸系统疾病住院率降低，医疗费用也相应降低。(39)

越来越多的研究显示，无烟立法可改善母婴和儿童健康。一篇针对11项研究（包括北美洲5项地方禁烟法规和欧洲6项国家禁烟法规）的分析发现：无烟立法可显著减少婴儿早产（减少10.4%）和儿童因哮喘而住院的人数（减少10.1%）。(40)

无烟立法帮助吸烟者戒烟

研究还证实无烟立法除了能减少空气中的污染物和保护非吸烟者免于烟草烟雾的暴露之外，还可促使吸烟者戒烟以及预防青少年吸烟。(41)

- 爱尔兰46%的吸烟者报告2004年的无烟立法使他们更愿意戒烟，80%的已戒烟者报告无烟立法帮助他们戒烟。(31)
- 苏格兰（英国）2006年实施无烟立法后44%的戒烟者报告该法帮助他们戒烟。(42)

全面无烟立法还可促使与吸烟有关的社会规范发生变化：增加公众对禁烟的支持，(31)降低吸烟行为的社会接受度，(43,44,45)减少吸烟者吸烟的机会，减少诱使吸烟行为的社会因素。(46,47) 这几点对中国尤其重要，因为长期以来，吸烟行为一直形象正面，而且已经融入了许多社会交往习惯和风俗之中。(1)

无烟立法实施之后家庭内吸烟减少

ITC项目提供了有力证据，证明公共场所和工作场所实施无烟立法之后，吸烟者在家吸烟的情形不会上升。相反，无烟立法让吸烟者清楚认识到烟草烟雾的危害，促使他们自愿在家遵守无烟规定：

- 德国、法国、荷兰和爱尔兰在实施无烟立法之后，在家完全禁烟的吸烟者比例显著上升，法国增加了17%，德国增加了38%。(48)
- 2006年乌拉圭实施无烟立法之后，在家禁烟的吸烟者比例也上升，2006年21%吸烟者表示他们在家禁烟，2012年这一比例上升到37%。(49)

类似于公共场所禁止吸烟的效果，多项研究证实无烟家庭也有助于促使吸烟者尝试戒烟。(50,51,52)

来自ITC项目纵向数据进一步表明，无烟家庭不仅可鼓励吸烟者尝试戒烟，而且在帮助吸烟者成功戒烟过程中可起重要作用：加拿大、英国、澳大利亚和美国有全国代表性的样本显示无烟家庭可促进吸烟者尝试戒烟并可减少戒烟之后的复吸。(53)

无烟立法对商业和经济的益处

公共场所和工作场所的吸烟现象造成巨大经济负担，包括：医疗费用增加、因疾病丧失劳动生产力、更高的保险费用、保洁及物业管理支出上升。自2004年以来，中国卫生总费用不断增加，2012年仅治疗急性心肌梗塞和中风的医疗支出就高达500亿元人民币。而且，来自烟草税的财政收入远不足以承担中国卫生总费用。(1)

全球各地不少研究涉及无烟立法对餐饮服务业的经济影响，结果显示无烟立法对其客户量、销售、利润要么没有影响，要么有一些正向影响（对餐厅及整个行业）。(54,55,56,57) 实际上，多项研究显示无烟立法可以带来不少经济益处：减少与二手烟暴露有关的医疗支出、减少吸烟雇员的生产力损失、减少保险和物业管理支出。(58,59)

中国无烟立法与其他国家 和香港特别行政区的无烟立法对比

其他国家和地区的无烟立法

无烟立法是全球最广泛采用的控烟手段。全球16%的人口（超过10亿人）得到了全面无烟法律法规的保护。(60) 到2012年12月，世界卫生组织43个成员国实施了最全面的保护公众免受二手烟危害的法律，即：全国所有公共场所全面禁止吸烟，或者地方全面无烟法规覆盖超过90%的人口。这43个成员国包括11个高收入、29个中等收入和3个低收入国家。(61)

巴西、俄罗斯、印度、南非、中国经济迅速增长，总国内生产总值（GDP）占全球20%，总人口占全球50%，合称金砖五国。作为金砖五国的一员，中国在控烟方面落后于其他四国。(62) 中国不仅卷烟产量最高，每年与烟草相关的死亡人数最多，而且是唯一一个没有国家无烟立法的国家。虽然与《公约》的吻合程度及其执法力度各有不同，但其他四个金砖国家均已有国家无烟立法。详细见表2：

表2. 其他金砖国家的国家无烟立法³

国家	是否符合《公约》要求	生效日期	禁烟范围	对违法的处罚
巴西 (63)	否	2014年12月3日	所有对公众开放的封闭区域, 包括共享的空间。以下场所可以豁免: 须使用烟草产品的宗教仪式场所、烟草产品研发场所、需要拍摄吸烟镜头的电影影像制品拍摄场所、有吸烟特殊设计的烟店、和医生批准患者吸烟的医疗机构	违例场所处以罚款或者取消其经营执照。罚款数额从2,000雷亚尔 (648美元) 至150万雷亚尔 (486,123美元)。不针对吸烟者个人罚款
印度 (65)	否	2004年5月2 日	公共场所, 包括工作场所, 医疗教育机构和公共交通工具, 在机场、超过30房间的旅店、和超过30座位的餐厅可以划定吸烟区。2015年1月的无烟法修订草案, 除了国际机场外, 取消所有室内吸烟区	无烟法令修订草案提出对违规个人增加罚款, 从200卢比增加到1,000卢比 (3-16美元)。经营者须支付与违规个人同等数量的罚款
俄罗斯 (64)	是	2014年6月1日	室内公共场所, 包括酒吧和餐厅; 不允许在餐厅划定吸烟区。唯一允许吸烟的例外情况是长途客轮	违例场所最高处以90,000卢布 (1,670美元) 罚款, 个人违反规定处以500至1,500卢布罚款 (9至28美元)
南非 (66)	否	2001年1月	2001年1月生效: 室内公共场所, 工作场所以及公共交通工具。允许指定吸烟区域 (最多为建筑面积的25%); 但是卫生部正在修改条例, 取消指定室内吸烟区域, 并规定部分室外区域禁烟	场所经营者违反无烟立法, 处以50,000兰特 (4,106美元) 罚款; 个人处以500兰特 (41美元) 罚款

来源: ITC 项目, 滑铁卢大学, 基于参考文献63-66信息编制的未发表表格

中国香港特别行政区的无烟立法

2007年1月1日起, 修订之后的香港《吸烟 (公共卫生) 条例》禁止在室内公共场所和工作场所吸烟。2009年, 禁烟范围扩大到有顶的公共交通设施和酒楼、餐厅或茶餐厅。违例者可被处以1,500港币罚款。2014年, 执法部门发出超过8,000张在禁烟区吸烟的罚单。(67) 大陆城市深圳紧邻香港, 每年有数千万人次大陆居民由此进入香港。国家旅游局为此发出提示, 提醒大陆访港旅客须遵守香港比大陆更严格的无烟立法。(68) 虽然香港无烟立法被普遍认为是一个很好的例子, 但是它并没有完全符合《公约》第8条的要求, 允许在宾馆房间、机场指定吸烟区域和拘留机构、收容所和雪茄试烟区域吸烟。酒吧的遵守情况也较差, 尤其是前开式场所, 因为这些场所的所有者不对违规负责。

有研究证据表明, 无烟立法导致香港吸烟率下降。2005香港15岁及以上成人的吸烟率为14%, 2007年香港《吸烟 (公共卫生) 条例》修订之后, 到2012年, 吸烟率下降到10.7%。在餐厅禁烟之后, 一项学校调查发现只有13%的儿童在餐厅暴露于二手烟之下, 而在2000年, 这个数字是35%。但是, 多

³ 表2和本报告的货币转换率来自于2015年6月23日xe.com的汇率。

项调查发现公共场所仍存在吸烟现象，其中包括禁止吸烟的场所。比如，一项2013年的调查显示：超过1/3在家庭以外工作的调查对象（39%）报告室内工作场所存在吸烟现象，大约2/3（65%）去过酒吧的调查对象报告酒吧存在吸烟现象。(69)

案例分析: 推行无烟政策的最佳范例

爱尔兰

2004年3月，爱尔兰领先全球，全面禁止在室内公共场所、工作场所以及公共交通工具内吸烟，禁烟范围包括餐厅和酒吧，而且不允许划定可吸烟房间。爱尔兰的成功经验可为许多国家提供借鉴。无烟立法帮助爱尔兰减少了与烟草相关的死亡人数，从2004到2013将爱尔兰的吸烟率降低了7%。(70)

成功经验包括：针对二手烟危害开展广泛的宣传教育，取得公众、政府及反对党、医疗卫生机构、行业协会、公共卫生倡导者等对无烟法律的大力支持，并建立一套有效监测和评估机制，确保无烟立法被严格遵守。爱尔兰的成功经验还表明：即便是在吸烟已成为酒吧文化一部分的国家，即使遭到烟草业、服务业和其他团体的强烈反对，只要有坚定的政治领导力，有效且广受支持的无烟政策就能得到有效执行。(70)

乌拉圭

2006年全面无烟立法生效之后，乌拉圭成为第一个实施100%无烟立法的中等收入国家。乌拉圭法律全面禁止室内公共场所、工作场所以及公共交通工具吸烟，范围包括餐厅和酒吧，而且不允许划定室内吸烟区域。在实施无烟立法之前，乌拉圭室内二手烟雾水平是拉丁美洲最高的几个国家之一。在实施无烟立法之后，乌拉圭室内二手烟雾暴露水平与发达国家的水平相当，低于墨西哥其他情况与乌拉圭近似但没有实施全面无烟立法的城市。此结果证实了全面无烟立法比允许设立吸烟区的无烟立法更有效。(71) 自2005年开始，在无烟立法和其他烟草控制措施的共同作用下，乌拉圭吸烟率下降：从2005年到2011年成人吸烟率每年下降3.3%。(72)

乌拉圭无烟立法成功的因素包括：政府有坚定的政治意愿，民间团体、公共卫生和医疗机构、服务业和学术界大力支持无烟立法，建立强有力的监察和执法框架，开展有力宣传教育（包括感谢吸烟者遵法守法），以及使无烟立法成为国家综合控烟战略的组成部分。(73,74)

中国现有无烟立法的有效性以及对国家全面无烟立法的支持

ITC项目中国调查

ITC项目中国调查是一项在中国7座城市针对成年吸烟者和非吸烟者所开展的面对面纵向调查，调查城市依据地理区域、经济发展水平、烟草使用和烟草生产等因素选择。之所以仅在城市一级展开调查，是因为全国调查太复杂，要选取具有全国代表性的样本不具可操作性。(75) 2006至2012年，北京、上海、沈阳、广州、长沙和银川进行了4轮调查。昆明自第三轮（2009年）开始加入调查。在每个参与ITC项目调查的城市，随机选取大约800名吸烟者和200名非吸烟者。此报告的数据来自于ITC项目中国调查第2轮（2007–2008）至第4轮（2011–2012）。关于ITC项目中国调查方法的详细描述可参照Wu 等作者 2010 (75) 和 2014 (76) 的两篇论文以及ITC项目网站 <http://www.itcproject.org/countries/china>。

ITC项目对无烟政策的评估

ITC项目调查的主要目标是测量世界卫生组织《公约》政策的影响。ITC项目调查内容包括评估无烟政策等具体控烟政策影响的问题。调查问题涉及对禁烟规定的了解情况，以及自述在室内工作场所、餐厅、酒吧和其他场所是否观察到吸烟现象。调查还问及调查对象他们家是否禁止吸烟，以及他们是否支持在室内工作场所、餐厅、酒吧和其他场所全面禁止吸烟。

调查数据来自于在地方以及国家无烟法律法规生效前后，同一吸烟者或者非吸烟者队列对上述问题的回答。这些无烟法律法规的禁烟程度和执行力度不同，因此可以测量中国无烟政策的有效性以及与其他国家进行比较。此外，在7个参与调查城市中，昆明和长沙在90年代初（在《公约》生效之前）就制定了相关无烟立法。其他5座城市，在中国批准《公约》之后，根据《公约》要求制定了新的或者修订了无烟立法。因此，调查数据还可用来对比实施《公约》前后，无烟政策有效性的变化。

ITC项目调查采用标准化的调查方法，使用相同或者类似的问题，从而使得20多个国家⁴之间无烟政策及其他控烟政策的有效性具有可比性，以便为制定烟草控制政策提供最佳案例和参考。

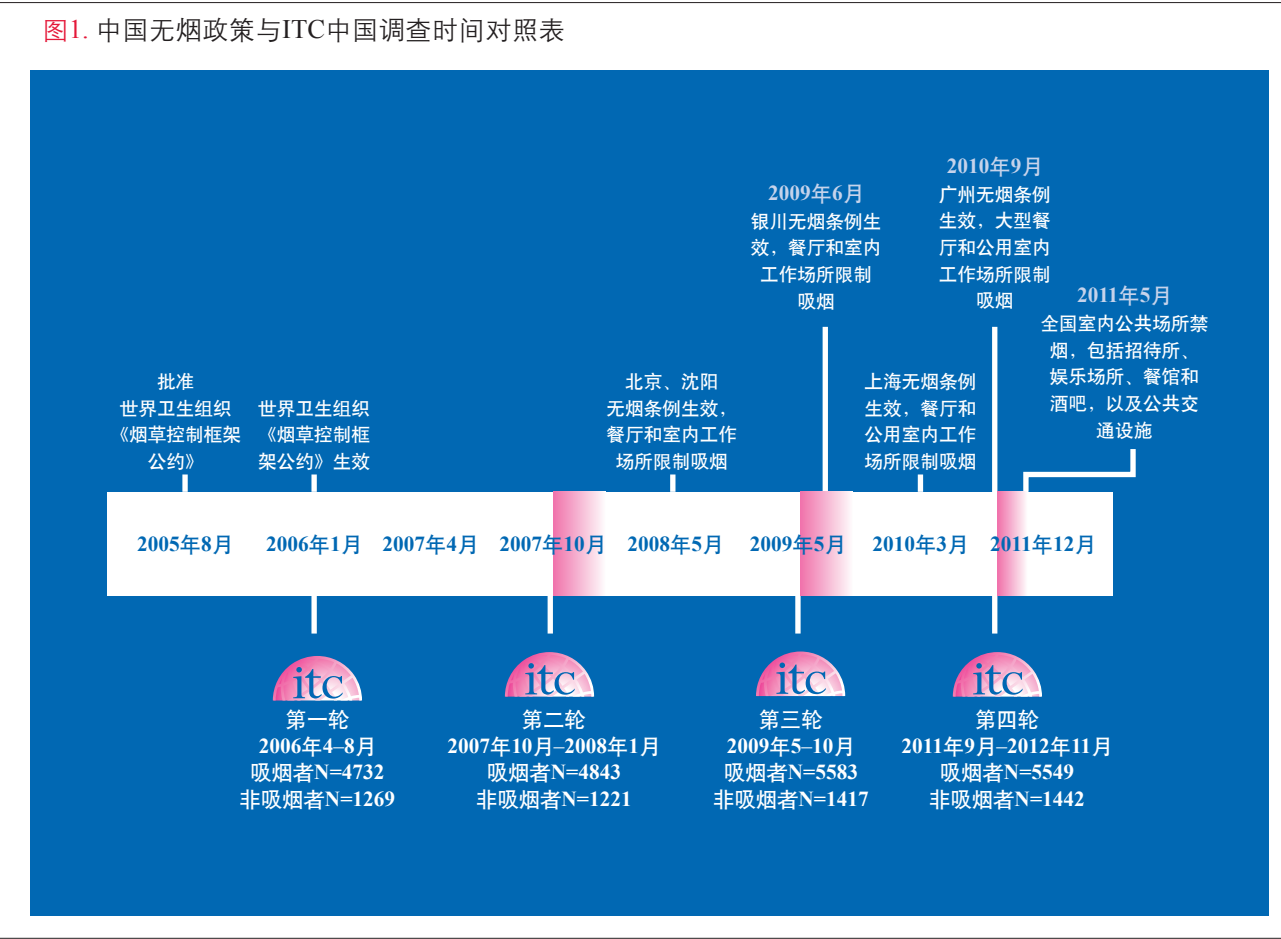
ITC项目中国调查的问卷在以下网站可以找到：<http://itcproject.org/surveys>。

⁴ 由于国家之间的比较涉及是否问及相关问题和最后一轮调查是否在2008年以后完成，所以参与比较的国家数目可能有所不同。所以比较结果可能因涉及国家的数目有所不同。

中国无烟政策的有效性

2008至2011年间，参与ITC项目中国调查的大多数城市在其他既有无烟规定的基础上，实施了各种在室内工作场所和餐厅禁烟的新政策。此外，2011年5月，原卫生部公布《公共场所卫生管理条例实施细则》，要求部分公共场所禁止吸烟。ITC项目中国第2–4轮调查数据测量了这些无烟政策实施前后的影响（图1）。但是本报告没有评估在2012年以后实施的无烟政策，包括北京在2014年通过的新版全面无烟条例。

图1. 中国无烟政策与ITC中国调查时间对照表



来源：图1信息来源于参考文献(77)

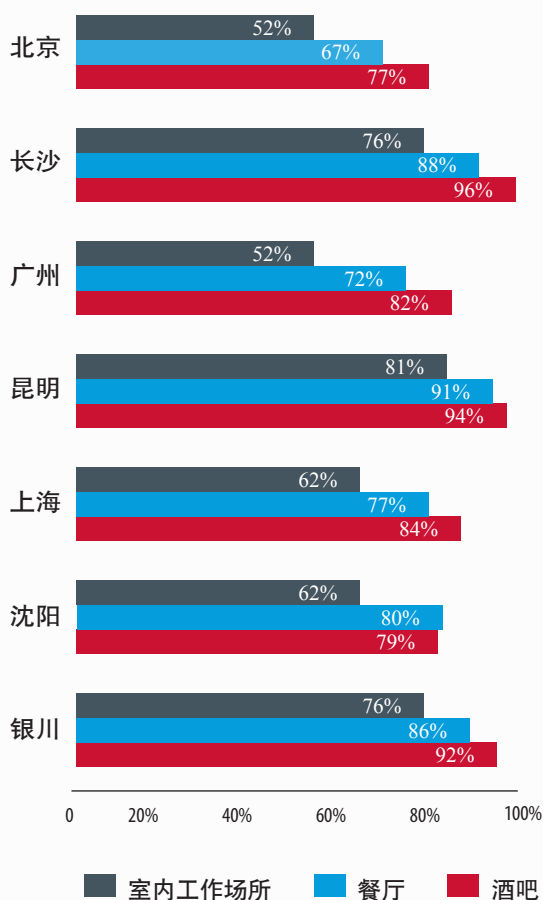
ITC项目中国调查成果评估了中国无烟立法在室内工作场所、餐厅和酒吧的有效性，结果如下：和其他的研究一致，来自于ITC中国项目的证据显示中国目前各地自行制定的地方无烟规定和分散的全国无烟规定不能明显减少公共场所吸烟现象。(78) 千千万万中国公众仍受二手烟雾之毒害。因此，中国急切需要从国家层面制定一部符合《公约》第8条以及其实施准则的、不设任何特殊豁免情况的、全面的公共场所禁烟立法，并严格执行。

公共场所所观察到的吸烟现象

图2 给出了2011–2012在工作场所、餐厅和酒吧的吸烟流行率。工作场所数据来源于不在家工作而且在室内环境下工作的吸烟者；餐厅和酒吧数据来自最近6个月曾经去过这些场所的吸烟者。所列出的百分比是吸烟者在最近一次去餐厅和酒吧时看到室内吸烟现象的比例和吸烟者在最近6个月内在室内工作场所看到有人吸烟的比例。

结果显示尽管国家规定在室内公共场所禁烟，但是每一个城市的公共场所吸烟发生率仍然高得惊人。在2011–2012期间，广州和北京超过半数的工作场所观察到有吸烟现象，而在长沙、昆明和银川超过3/4的工作场所存在吸烟现象。所有7个城市，超过2/3的餐厅观察到存在吸烟现象。无烟政策对酒吧禁烟没有明文规定，这导致酒吧吸烟现象尤其之高——在长沙、昆明和银川有超过90%的酒吧观察到吸烟现象。以下部分提供了2007–2008 年到2011–2012 年期间这些场所所观察到的吸烟率的变化趋势以及与其他国家相应场所的比较。

图 2. 第四轮调查中不同城市吸烟者在室内工作场所、餐厅和酒吧看到有人吸烟的比例
(2011年9月–2012年11月)

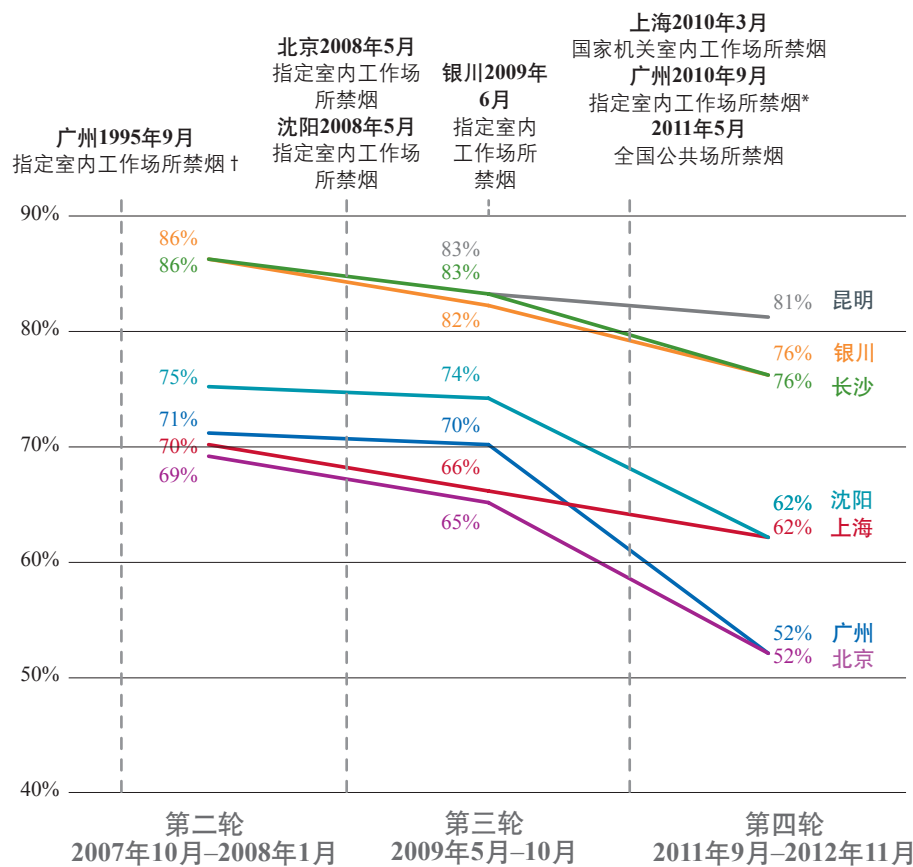


来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

室内工作场所吸烟情况

ITC中国项目在七个城市的调查表明：2009 到2012年期间，每个城市室内工作场所吸烟现象都有所减少。但是，只有北京和沈阳这两座城市吸烟现象在统计学上呈现显著减少（这两个城市均有限制工作场所禁烟的规定）。2011–2012年间，每个城市仍然观察到有超过半数以上的室内工作场所存在吸烟现象，比例从最高的81%（昆明）、76%（银川、长沙）到较低的52%（广州、北京）（图3）。

图 3. 各轮调查中不同城市吸烟者在室内工作场所看到有人吸烟的比例

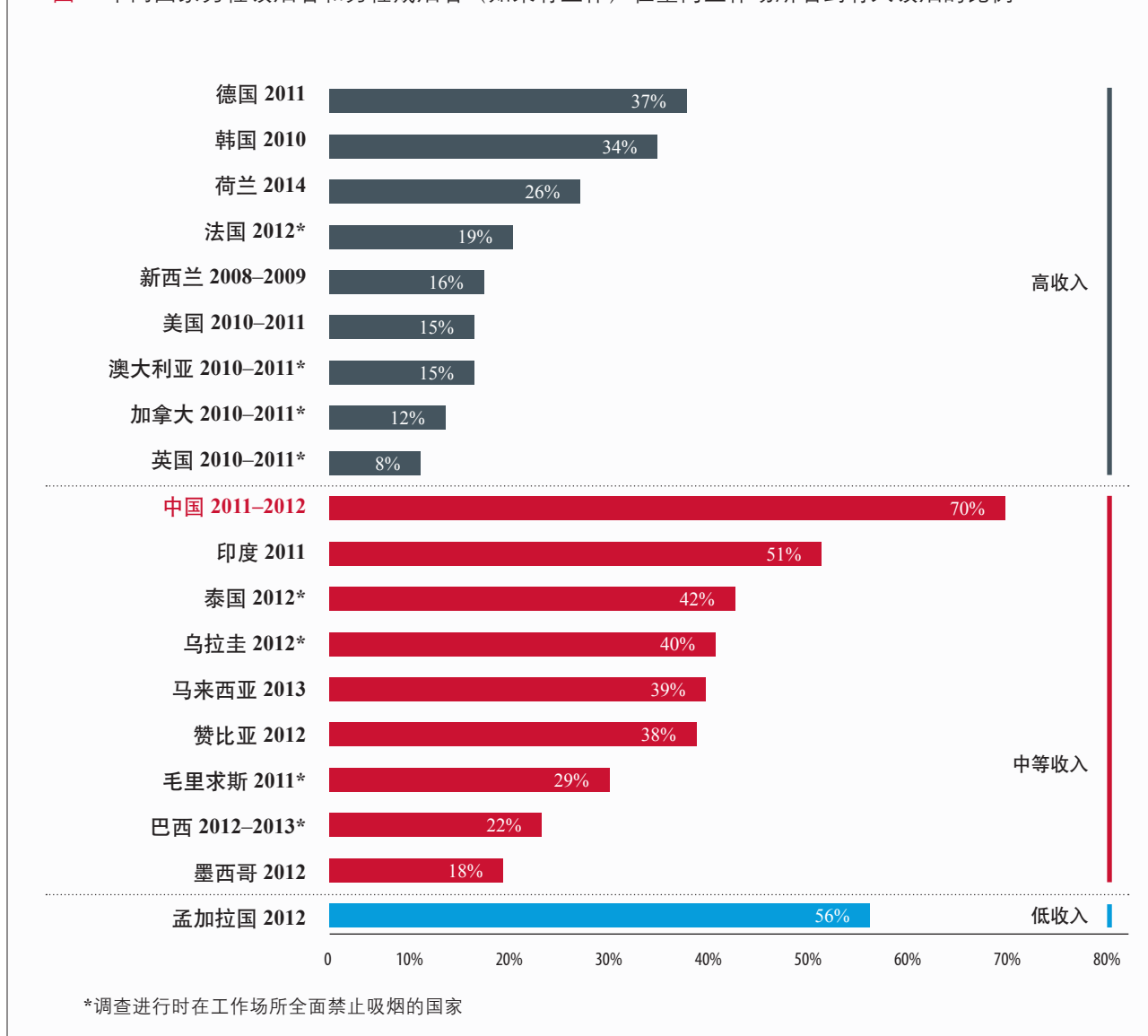


† 机关、团体、部队、学校、企事业单位的课堂、礼堂、会议厅（室）和设有空调设备的办公室
* 机关、团体、部队、学校、企业、事业单位的办公、会议等工作场所和食堂、通道、电梯、卫生间等内部公共场所禁止吸烟

来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

22个国家开展过ITC项目的调查。因此，这些所收集的项目数据允许我们对比中国与其他许多国家的室内工作场所的吸烟率。比较结果见图4。结果显示，中国室内工作场所吸烟水平最高：2011–2012年间，70%在室内工作的中国吸烟者注意到其室内工作场所暴露于二手烟雾之下⁵。

图 4. 不同国家男性吸烟者和男性戒烟者（如果有工作）在室内工作场所看到有人吸烟的比例



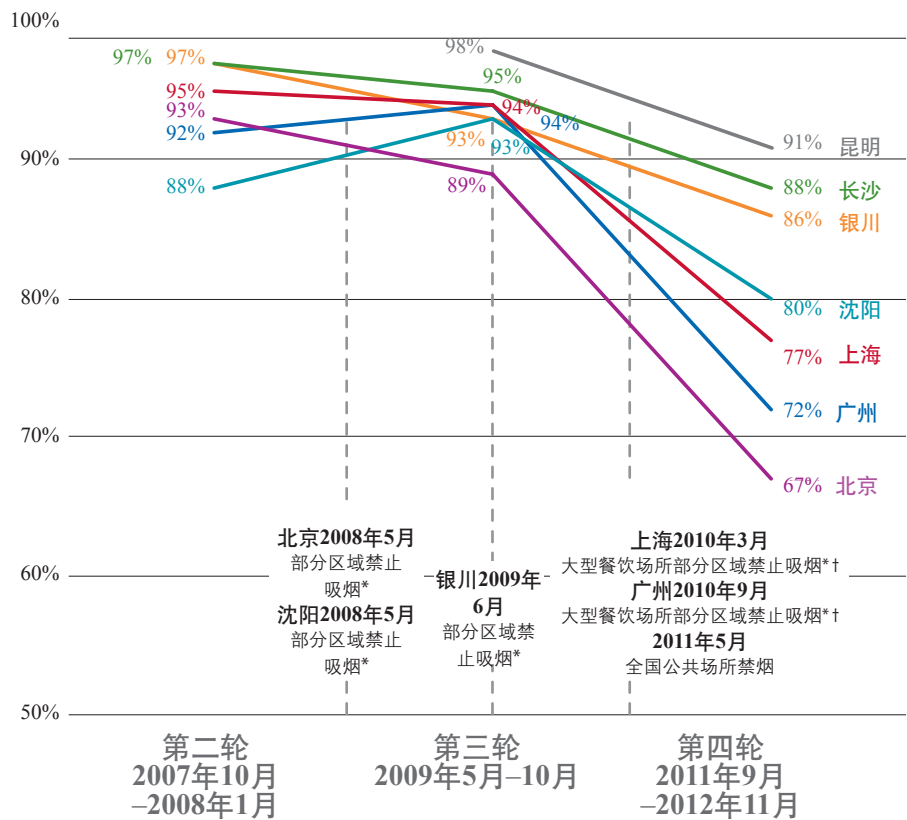
来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

5 估计值根据多国比较研究模型及这些国家的调查结果进行了调整，且只包括男性吸烟者和男性戒烟者的估计值。因此，图4给出的结果不能代表图3显示的各个城市第四轮调查结果的平均值。

餐厅内吸烟情况

ITC中国项目在七个城市的调查数据表明绝大多数的吸烟者注意到餐厅内的二手烟雾暴露现象。例如，长沙、昆明和银川，有超过85%的餐厅观察到吸烟现象（图5）。2009到2012年间，北京、广州和上海是餐厅吸烟现象减少最多的城市（减少超过15%），而这三座城市都对餐厅进行了部分禁烟。一部强有力的、全面的国家公共场所无烟立法能够在减少吸烟现象方面在全国范围内取得更大成效。

图 5. 各轮调查中不同城市吸烟者在餐厅内看到有人吸烟的比例

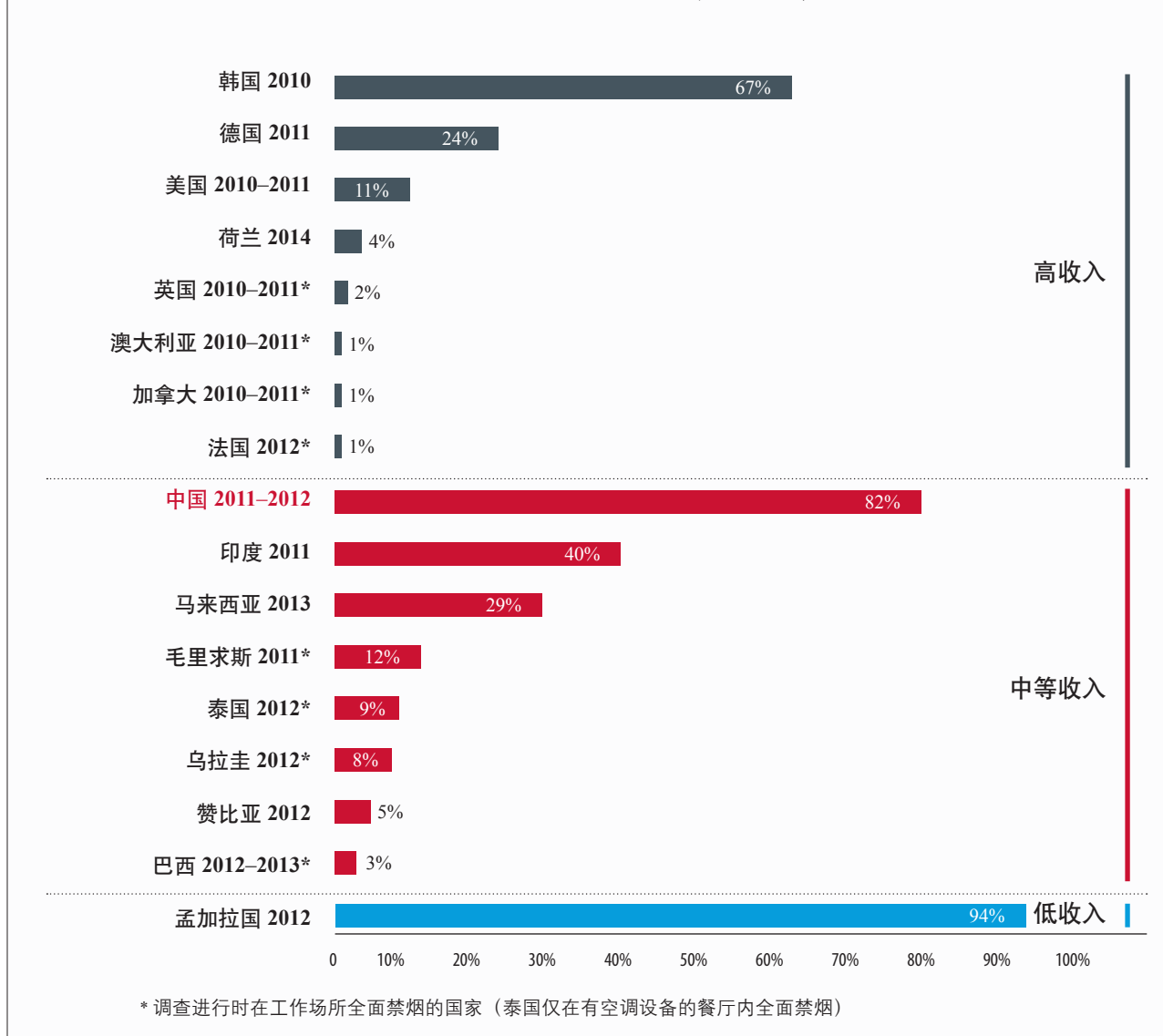


* 可设置吸烟室；银川划定禁烟区
† 经营场所使用面积在150平方米以上或者餐位在75位以上的餐饮场所

来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

图6表明在多个进行了ITC调查的国家中，中国在餐厅内吸烟的比例高居第二。2011–2012年间，超过80%的吸烟者最近一次去过的餐厅存在吸烟现象，仅低于排名第一孟加拉国（94%）⁶。

图 6. 不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去六个月在餐厅内（如果去过）看到有人吸烟的比例

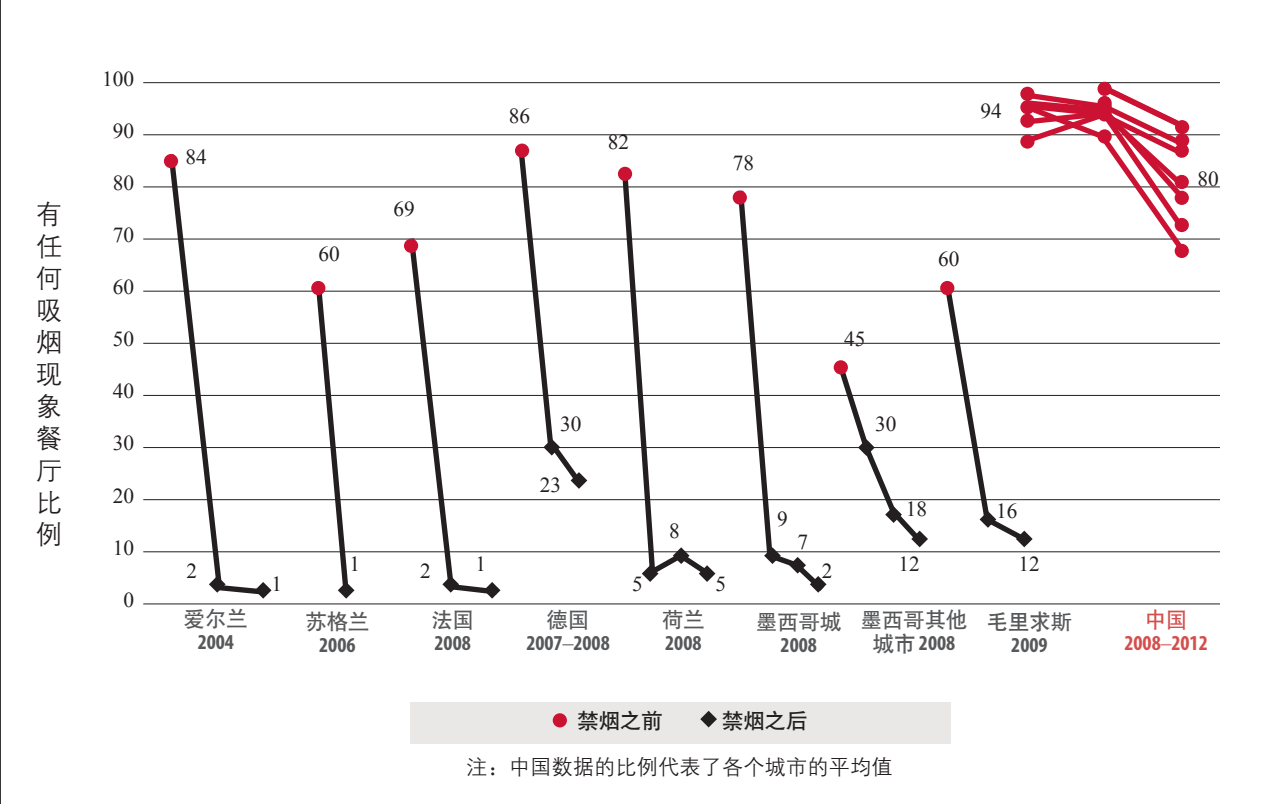


来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

6 估计值根据多国比较研究模型及这些国家的调查结果进行了调整，且只包括男性吸烟者和男性戒烟者的估计值。因此，图6给出的结果不能代表图5给出的各个城市第四轮调查结果的平均值

如有公共场所全面禁止吸烟的国家规定并能被有力执行，中国也能如爱尔兰、苏格兰（英国）、法国、德国、荷兰、墨西哥城、墨西哥其他城市和毛里求斯一样，在实施了全面的无烟立法之后基本消除了餐厅内的二手烟雾。图7显示，这些国家在实施无烟立法之后，餐厅内的吸烟现象显著减少。相比之下，参与ITC中国项目的7个城市餐厅内的吸烟现象仍然居高不下。

图 7. 2008–2012年间的7个中国ITC城市餐厅吸烟率与其它国家实施全面无烟立法前后餐厅吸烟率的对比：爱尔兰（2004），苏格兰（英国）（2006），法国（2008），德国（2007–2008），荷兰（2008），墨西哥城（2008），其他墨西哥城市（2008）和毛里求斯（2009）

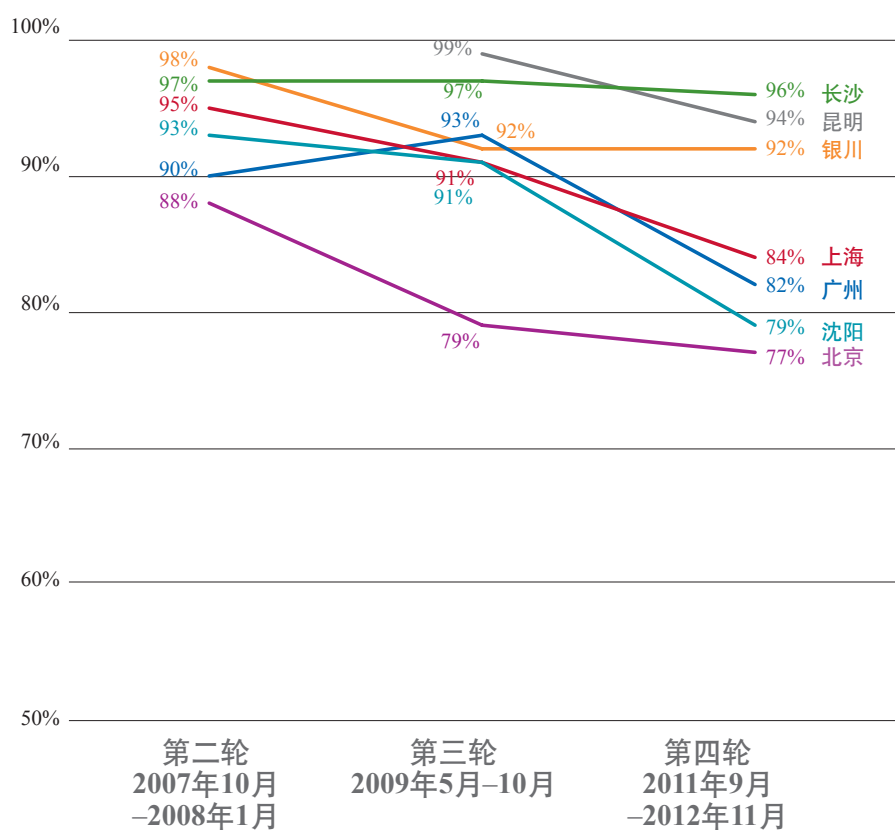


来源：来自方德智博士2015年3月在阿拉伯联合酋长国阿布扎比世界健康与烟草大会上所做的报告：Non-price policies: Smoke-free policies and health warnings

酒吧内吸烟情况

如图8，2011–2012年间，在长沙、昆明及银川这三个城市中，几乎所有的酒吧内都观察到存在吸烟状况，其比例分别为96%、94%及92%。其他城市观察到的酒吧吸烟水平也极高：最低的城市为北京，77%的酒吧存在吸烟现象。

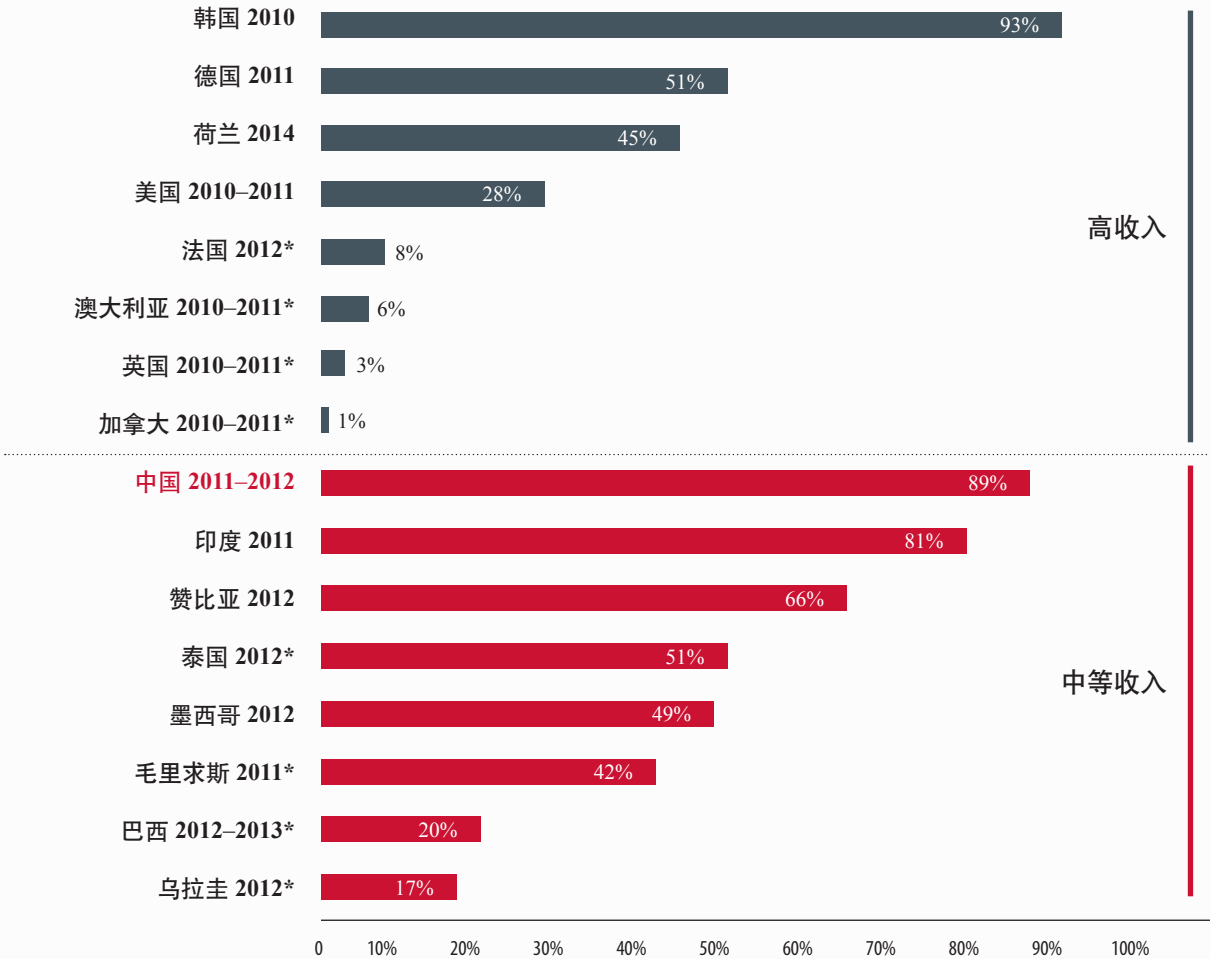
图 8. 各轮调查中不同城市吸烟者在酒吧内看到有人吸烟的比例



来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

ITC项目多国比较研究表明：中国酒吧内吸烟水平在16国中高居第二（图9）。2011–2012年间，89%的酒吧存在吸烟现象⁷。如果存在一个严格的、有力执行的、全面的无烟法律法规，禁止在所有公共场所吸烟，酒吧内的吸烟率将显著下降。例如，法国、英国、澳洲和加拿大，这些国家已经做到酒吧吸烟率减少到10%以下。

图9. 不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去六个月在酒吧内（如果去过）看到有人吸烟的比例



* 调查进行时在工作场所全面禁烟的国家（泰国仅在有空调设备的餐厅内全面禁烟）

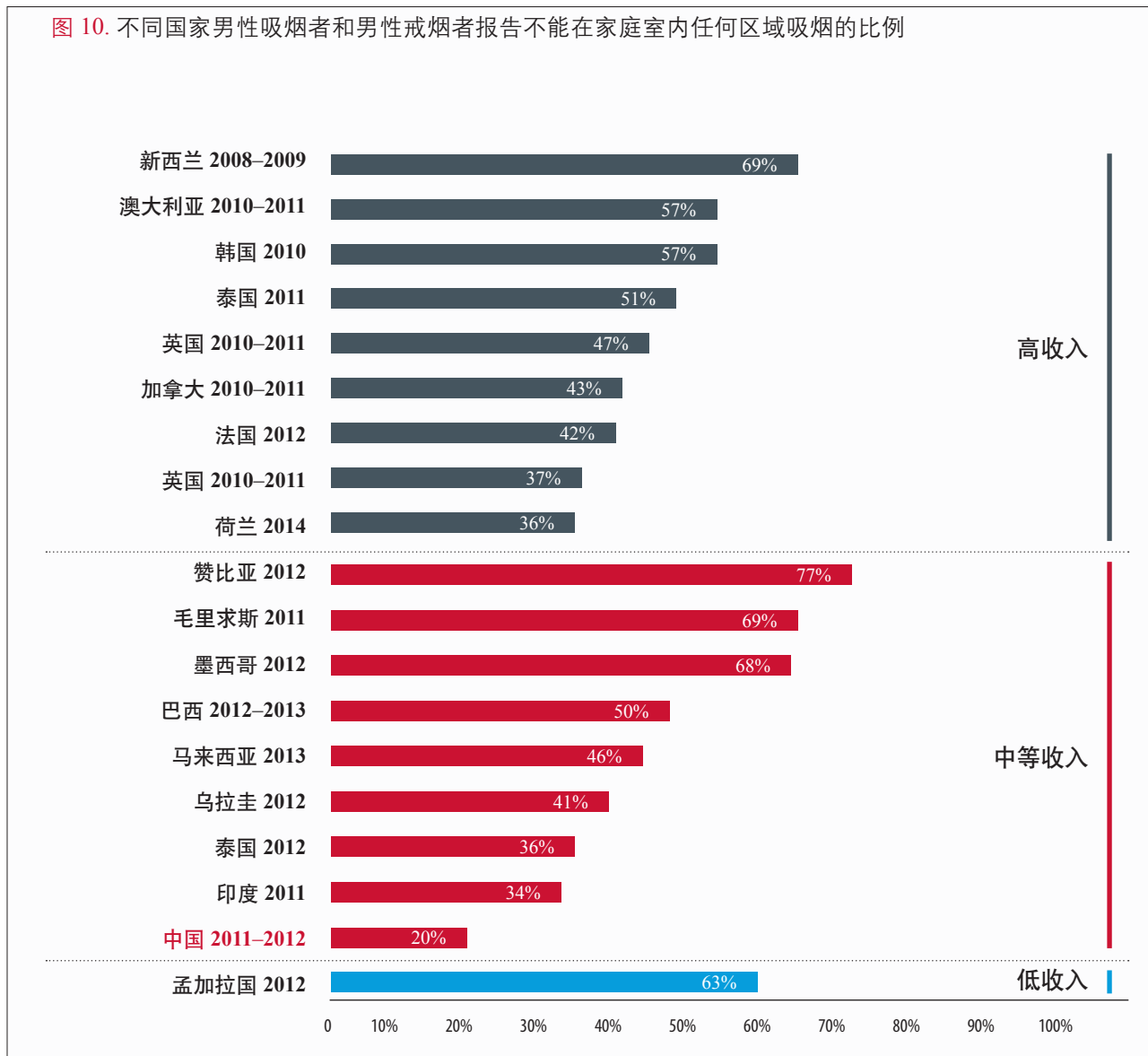
来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

⁷ 估计值根据多国比较研究模型对调查结果进行了调整。只包括男性吸烟者和戒烟者的估计值，因此，图9给出的结果不是各个城市第四轮调查结果的平均值。

家庭内吸烟情况

ITC项目多国比较研究显示，中国无烟家庭的比例最低（20%，2011–2012年间）。也就是说，在19个参与ITC项目的国家中，中国吸烟者在家里吸烟的比例最高（图10）。ITC项目研究发现公共场所禁烟后不会导致更多吸烟者在家吸烟，相反，公共场所禁烟使得在家吸烟现象减少：公共场所禁烟后，更多的吸烟者也让自己的家实现了无烟。(31,48,79) 这些有力证据表明，中国如能实施全面的无烟立法，那么公共场所和包括家庭在内的私人场所的二手烟雾都会得以减少。这对保护妇女和儿童的健康尤为重要，因为中国是全球妇女儿童二手烟雾暴露率最高的国家之一，包括家庭内暴露（2）。

图 10. 不同国家男性吸烟者和男性戒烟者报告不能在家庭室内任何区域吸烟的比例



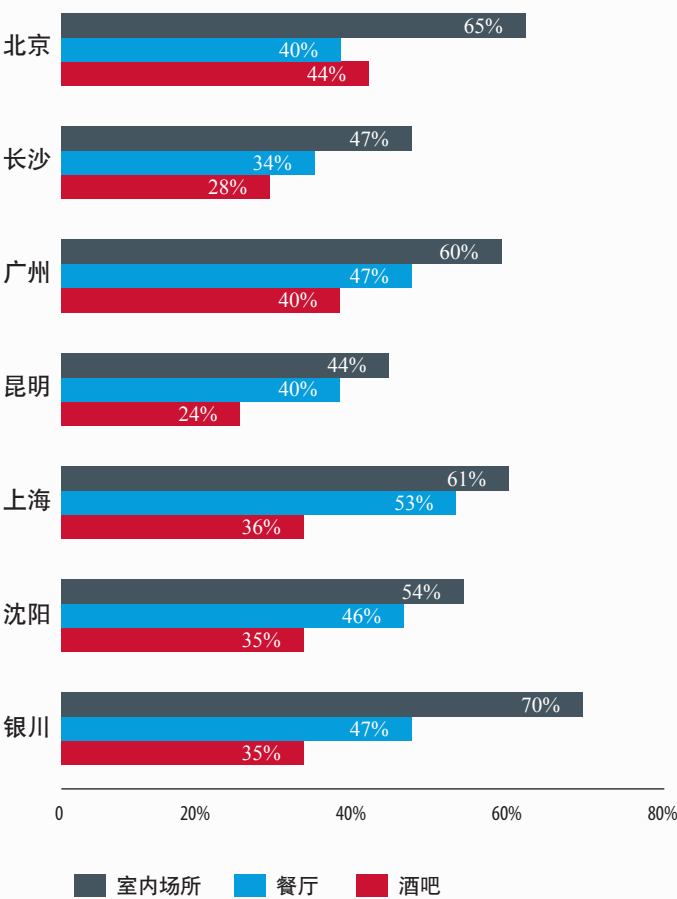
来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

中国公众对无烟立法的支持度

图11总结了2011–2012年间每个城市对 workplaces、餐厅和酒吧全面禁烟的支持度。所列出的百分比是吸烟者认为在公共场所的任何室内区域都不允许吸烟的比例。

调查结果表明，虽然随城市 and 场所不同，对无烟立法的支持会有所变化，吸烟者的支持度总体上较高。每个城市超过或者接近半数的吸烟者支持室内工作场所全面禁烟，并有超过1/3的吸烟者支持餐厅全面禁烟。支持酒吧全面禁烟的吸烟者比例最低（占24–44%的吸烟者），且调查期间无烟法规没有明确要求酒吧禁烟。以下部分将给出2007–2008年至2011–2012年期间吸烟者对这些场所无烟立法支持度的变化趋势。

图 11. 第四轮调查中吸烟者支持中国城市全面禁烟的比例 (2011年9月–2012年11月)

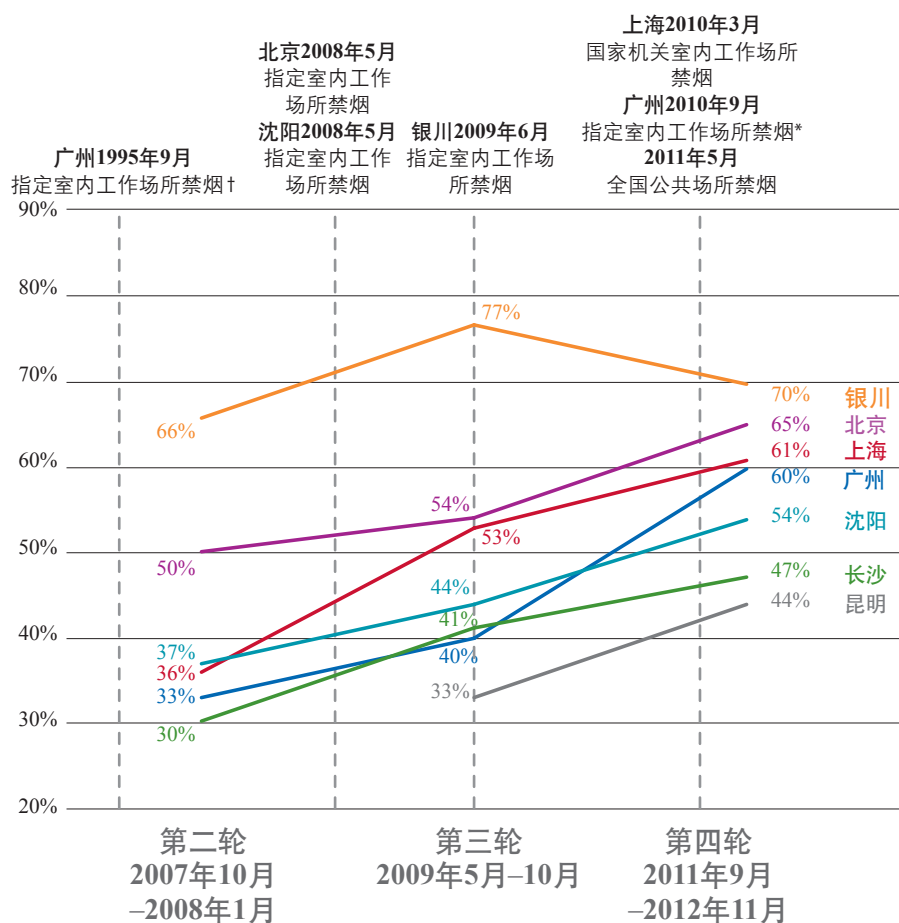


来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

无烟室内工作场所支持度

2009年至2012年，各个城市吸烟者支持室内工作场所全面禁烟的比例显著增加：北京从54%增加到65%；广州从40%增加到60%；沈阳从44%增加到54%；昆明从33%增加到44%（图12）。2011–2012年，四个城市的吸烟者对室内工作场所全面禁烟的支持率至少达到60%：广州（60%）、上海（61%）、北京（65%）和银川（70%）。剩下三个城市的支持率则达到半数左右：沈阳（54%）、长沙（47%）和昆明（44%）。这些增长趋势表明，全国范围内对室内工作场所全面禁烟有着强有力的公众支持。

图 12. 各轮调查中不同城市吸烟者支持工作场所内全面禁止吸烟的比例



† 机关、团体、部队、学校、企事业单位的科室、礼堂、会议厅（室）和设有空调设备的办公室

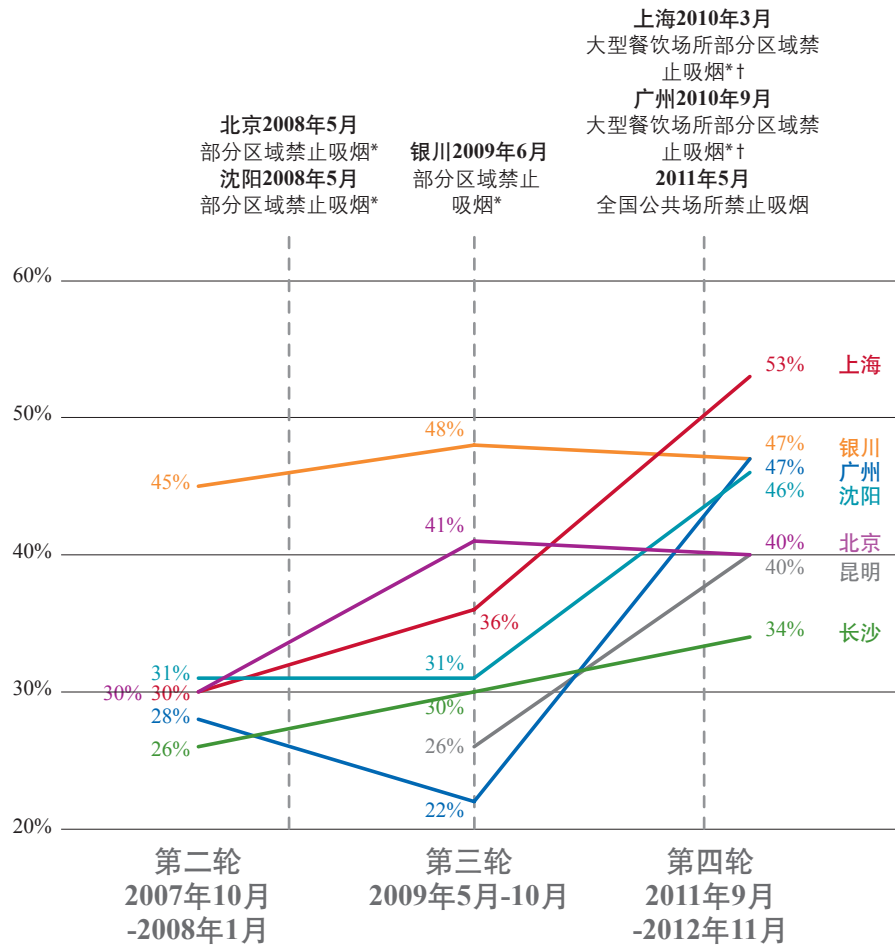
* 机关、团体、企业、事业单位的办公、会议等工作场所和食堂、通道、电梯、卫生间等内部公共场所禁止吸烟

来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

无烟餐厅支持度

从2009年至2012年，四个城市的吸烟者对餐厅全面禁烟的支持比例有所增加（图13）：上海从36%增加到了53%；广州从22%增加到了47%；沈阳从31%增加到了46%；昆明从26%增加到了40%。2011–2012年间，四个城市有大约半数的吸烟者支持餐厅全面禁烟：沈阳（46%）、广州（47%）、银川（47%）、上海（53%）。在所有城市中，吸烟者对餐厅全面禁烟的支持率与2004年爱尔兰实施其非常成功的公共场所禁烟法律前的比率相当（46%）。

图 13. 各轮调查中不同城市吸烟者支持餐厅内全面禁止吸烟的比例



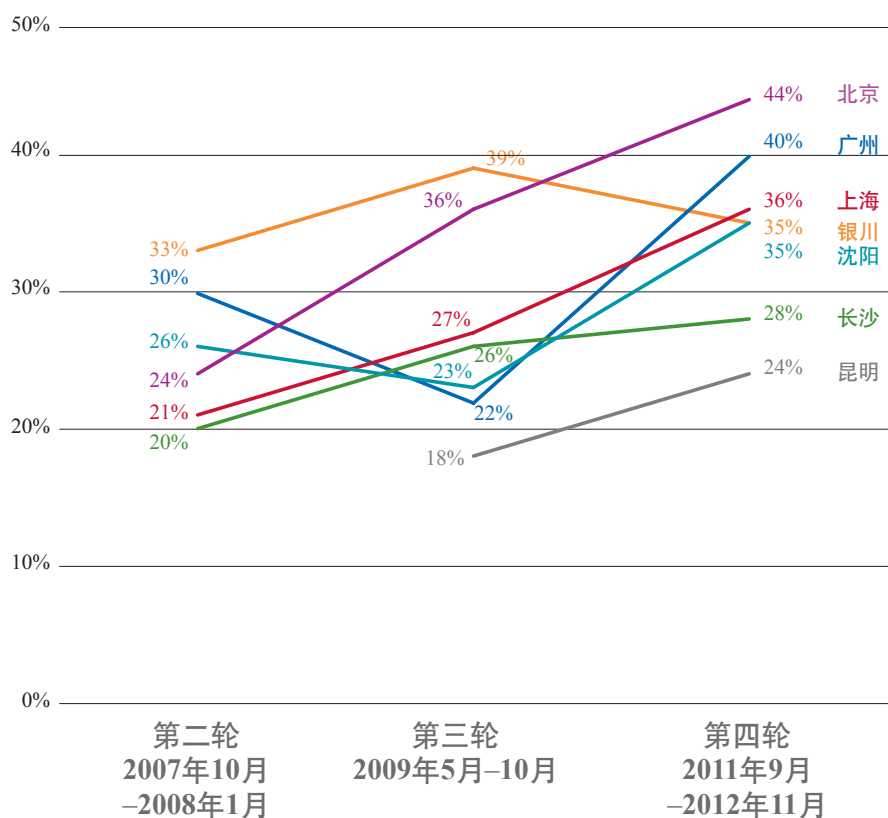
* 可设置吸烟室；银川划定禁烟区
 † 经营场所使用面积在150平方米以上或者餐位在75位以上的餐饮场所

来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

无烟酒吧支持度

吸烟者对酒吧全面禁烟的支持率要低于其他场所。但是，从2009年至2012年，有三个城市的吸烟者对酒吧全面禁烟的支持率有所增加：广州从22%增加到了40%；沈阳从23%增加到了35%；昆明从18%增加到了24%。2011–2012年间，在五个城市有超过三分之一的吸烟者支持酒吧全面禁烟：沈阳（35%）、上海（36%）、银川（35%）、广州（40%）和北京（44%）（图14）。

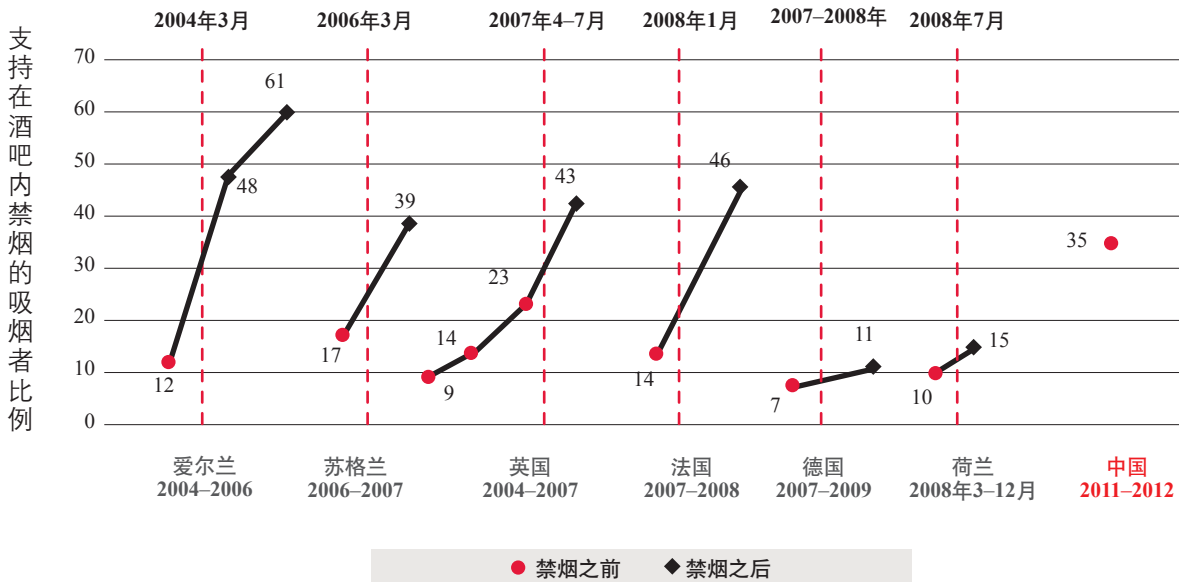
图 14. 各轮调查中不同城市吸烟者支持酒吧内全面禁止吸烟的比例



来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

图15显示，中国吸烟者对无烟酒吧的平均支持水平远高于其他六个国家在实施无烟立法之前吸烟者的支持水平：爱尔兰是第一个为无烟酒吧立法的国家，当时吸烟者对该法律的平均支持率仅为12%、苏格兰（英国）为17%、法国为14%、德国为7%、荷兰为10%。而中国则有35%吸烟者支持无烟酒吧。

图 15. 中国支持在酒吧内禁烟的吸烟者比例（2011–2012年）和其他国家的比较



注：中国数据的比例代表了各个城市的平均值

来源：ITC 项目，滑铁卢大学，未发表数据，2015

结论

二手烟暴露没有安全水平，只有公共场所100%无烟才能有效保护公众免受二手烟雾之毒害。世界卫生组织《烟草控制框架公约》明确要求室内公共场所全面禁止吸烟。当前，中国有7.4亿人经常暴露于二手烟雾之下，其中包括1.8亿儿童。这导致每年超过10万人因此而死亡。(3)

金砖五国中，中国是唯一一个没有国家级无烟立法的国家：巴西和俄罗斯联邦已经实施了强有力的全国无烟立法，没有或者只有极少数的公共场所获得豁免；印度和南非也正在修订更严格的全国无烟立法。如果能够通过并实施正在审议的《公共场所控制吸烟条例》，中国在履行《公约》第8条以及其实施准则的水平可以达到、甚至超过其他金砖四国。

来自20多个国家的ITC项目调查证据显示：中国当前的无烟法律法规既零散也没有得到有效实施，因此不能有效保护中国公众免受二手烟雾暴露。与其他参与ITC项目的国家相比，中国室内工作场所二手烟暴露程度最高：2011–2012年间，70%的吸烟者报告其室内工作场所存在二手烟雾。同时，中国餐厅和酒吧吸烟率也高居第二，分别为82%和89%。

尽管中国已有超过12个大城市积极行动，颁布和推行了地方性无烟法规，但调查结果显示，2009至2012年期间，在ITC中国项目覆盖的城市中，减少公共场所吸烟方面的成效不大。我们的研究成果与其他相关研究成果一致：中国有无烟立法的城市普遍面临执法不严、缺乏公众支持和部分限制吸烟的场所吸烟率极高等问题，这导致公共场所的吸烟现象只略微降低。(80)而这些吸烟现象的减少要大大低于其他国家通过实施公共场所全面禁止吸烟法律并严格执法之后所达到的程度。但令人欣慰的是，深圳以及北京最近颁布的无烟立法已经给中国无烟立法的制定设立了一个更高的标杆。

来自ITC项目的证据显示，无烟立法要取得成效，必须严格遵循《公约》第8条以及其实施准则的要求：全面禁止公共场所吸烟，严格执法，且公众要清楚了解和支持无烟立法。要有效保护公众免受二手烟雾之危害，除了要有全面禁止公共场所吸烟的无烟立法，还要针对利益相关者进行宣传教育，帮助他们了解无烟立法所能带来的益处并实现行为改变。

ITC项目中国调查成果清楚显示，在中国，不论吸烟者还是非吸烟者都已准备好接受一部强有力的全面禁止公共场所吸烟的国家立法。吸烟者对餐厅或酒吧禁止吸烟的支持率已经高于其他任何一个参与ITC项目的国家在实施其无烟立法之前吸烟者的支持率。ITC项目证据还表明，在实施严格的全国无烟立法之后，这种支持度还会继续增加。

建议

- 为了保护13亿中国公民免受二手烟雾之危害，中国政府应尽快颁布一部全面的国家无烟法律或法规。相关研究证据非常清楚地显示，仅在部分公共场所禁止或者限制吸烟不能有效保护公众免于二手烟暴露，只有公共场所全面禁止吸烟才有可能有效保护公众免受二手烟雾之毒害。《公共场所控制吸烟条例》的颁布和实施将能帮助中国有效减少公共场所和家庭内吸烟状况、减少二手烟雾危害、提高公共卫生水平及减少与烟草使用有关的经济负担。
- 全面的国家无烟立法要想取得成效，必须有强有力的、严格的执法力量来支持，这包括执法监测和评价机制，还需要制定公众宣传教育的计划和策略，以引导公众行为发生变化，转变与烟草使用有关的社会行为规范。
- 中国国务院颁布的《公共场所控制吸烟条例》送审稿中提出多项重要控烟措施，其中包括禁止烟草广告、促销和赞助和图形警示上烟盒包装。以上措施，作为综合控烟策略的一部分，应与国家无烟立法一并实施。
- 国家无烟立法若想取得成功，还需要采用自下而上的实施策略，而地方政府和民间团体在其中扮演着重要的角色。这是因为，首先，国家无烟立法的实施需要被地方接受并积极推动；其次，民间团体可帮助公众更加支持和遵守国家无烟立法。在中央以及各级地方政府的支持领导下，地方和民间团体可以帮助提高公众对控烟的支持并建立反对烟草使用的社会行为规范。

参考文献

1. Yang G, Wang Y, Wu Y, Yang J, Wan X. The road to effective tobacco control in China. *Lancet*. 2015;385:1019-1028.
2. Caixeta, RB, Khoury, RN, Sinha, DN, Rarick J, Tong V, Dietz P, et al. Current tobacco use and secondhand smoke exposure among women of reproductive age – 14 countries, 2008-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(43):877-882.
3. Ministry of Health. China tobacco control report. Beijing: Government of the People's Republic of China; 2007 (http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/reports_articles/2007%20China%20MOH%20Tobacco%20Control%20Report.pdf).
4. Report on the tobacco smoke pollution in some of the indoor public places in Beijing. Green Beagle Environment Institute; 2012 (<http://www.bjep.org.cn/UploadFiles/Users/admin/2015/p/admin20150209152304931.pdf>, accessed 18 Feb 2015).
5. National city air quality index real time release platform. China National Environment Monitoring Centre (<http://113.108.142.147:20035/emcpublish/>).
6. U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
7. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/).
8. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: Policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf).
9. Hopkins DP, Razi S, Leeks KD, Kalra GP, Chattopadhyay SK, Soler RE. Smokefree policies to reduce tobacco use: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2010;38(2):S275-S289.
10. Smoke-free laws encourage smokers to quit and discourage youth from starting. Campaign for Tobacco Free Kids; 2014 (<http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0198.pdf>).
11. Guidelines of protection from exposure to tobacco smoke. Article 8 of the WHO FCTC. Conference of the Parties. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/fctc/cop/art%208%20guidelines_english.pdf).
12. Making cities smoke-free. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/makingcities_smokefree.pdf?ua=1).
13. Global Smokefree Partnership [website]. (<http://www.globalsmokefreepartnership.org>).
14. Levy D, Rodríguez-Buño RL, Hu T, Moran AE. The potential effects of tobacco control in China: projections from the China SimSmoke simulation model. *BMJ*. 2014;348:g1134.
15. Beijing smoking control ordinance. Bulletin No. 8 of Beijing People's Congress Standing Committee. Beijing People's Congress; 28 November 2014 (<http://zhengwu.beijing.gov.cn/fggz/bjdfgg/t1374530.htm>).
16. Guangzhou smoking control ordinance. Thirty General Assembly of Standing Committee of Guangzhou People's Congress; 26 July 2012 (http://www.gd.xinhuanet.com/zt12/2012-09/03/c_112933085.htm).
17. Harbin regulation on preventing the hazards of second-hand tobacco smoke. Bulletin No. 11 of the Eleventh Assembly of Harbin People's Congress Standing Committee. Harbin Municipal Legislative Affairs Office; 5 September 2011 (http://zwgk.harbin.gov.cn/auto336/auto375/201110/t20111024_71423.html).
18. Shanghai smoking control ordinance in public places. Fifteenth Assembly of the Shanghai People's Congress Standing Committee; 10 December 2009 (<http://www.spesc.sh.cn/shrdgz/node5/node48/n125/userobject1ai50085.html>).
19. Shenzhen Special Economic Zone Smoking Control Ordinance. Twenty-Fifth General Assembly of Shenzhen People's Congress Standing Committee; 29 October 2013 (http://www.sz.gov.cn/ylwslfwzt/zcfg/201402/t20140212_2311132.htm).
20. Tianjin smoking control ordinance. Bulletin No. 38 of Tianjin People's Congress Standing Committee; 28 March 2012 (http://www.tj.gov.cn/zwgk/gsgg/szfgg/201204/t20120413_174948.htm).
21. Ye X, Yao Z, Gao Y, et al. Second-hand smoke exposure in different types of venues: before and after the implementation of smoke-free legislation in Guangzhou, China. *BMJ Open*. 2014;4:ee004273.
22. Smoke-free compliance. Ten cities. Harbin, China. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2014 (http://www.tobaccofreeunion.org/images/stories/factsheet/Harbin_1_year_compliance_evaluation_factsheet1.pdf).
23. Shanghai anticipated to amend the smoke-free regulation, aiming to ban indoor smoking comprehensively. Eastday.com, March 2, 2015 (http://www.jfdaily.com/shanghai/new/201503/t20150302_1281656.html).
24. Shenzhen Tobacco Control Office Issues 8,856 personal tickets. Shenzhen Special Zone Daily, March 1, 2015 (http://sz.southcn.com/content/2015-03/01/content_119050371.htm).
25. Smoke-free compliance. Ten cities. Tianjin, China. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2014 (http://www.tobaccofreeunion.org/images/stories/factsheet/Tianjin_1_year_compliance_evaluation_factsheet1.pdf).
26. Jiang J. The number of hospital admissions for acute myocardial infarction dropped 26.8%. Tianjin Daily Newspaper, September 2014 (http://www.tianjinwe.com/jkpd/yldt/201409/t20140916_700135.html).
27. Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *J Am Med Assoc*. 1998;280(22):1909-1914.
28. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: Making sense of the evidence. Washington: National Academy of Sciences, Institute of Medicine; 2009 (<http://www.iom.edu/Reports/2009/Secondhand-Smoke-Exposure-and-Cardiovascular-Effects-Making-Sense-of-the-Evidence.aspx>).
29. Goodman PG, Haw S, Kabir Z, Clancy L. Are there health benefits associated with comprehensive smoke-free laws. *Int J Public Health*. 2009;54:367-378.

30. Fong GT, Craig LV, Guignard R, Nagelhout GE, Tait MK, Driezen P, et al. Evaluating the effectiveness of France's indoor smoke-free law 1 year and 5 years after implementation: findings from the ITC France Survey. *PLoS ONE*. 2013;8(6):e66692.
31. 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. *Tob Control*. 2006;15:51–58.
32. Nagelhout GE, Mons U, Allwright S, Guignard R, Beck F, Fong GT, Willemsen MC. Prevalence and predictors of smoking in “smoke-free” bars: findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe Surveys. *Soc Sci Med*. 2011;72:1643–1651.
33. ITC Project. ITC Germany National Report. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; DKFZ (German Cancer Research Center); January 2010.
34. ITC Project. ITC Netherlands Survey Summary. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada, and STIVORO, The Netherlands; April 2009.
35. Goodman P, Agnew M, McCaffrey M, Paul G, Clancy L. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *Am J Resp Critical Care Med*. 2007;175(8):840–845.
36. Hyland A, Travers MJ, Dresler C, Higbee C, Cummings KM. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tob Control*. 2008;17:159–165.
37. Stallings-Smith S, Zeka A, Goodman P, Kabir Z, Clancy L. Reductions in cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory mortality following the National Irish Smoking Ban: interrupted time-series analysis. *PLoS ONE*. 2013; 8(4):e62063.
38. Sebríé EM, Sandova E, Bianco E, Hyland A, Cummings KM, Glantz S. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay: experience through 2010. *Tob Control*. 2014;23:471–472.
39. Tan CE, Glantz SA. Associations between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circ*. 2012;126(18):2177–2183.
40. Been JV, Nurmatov UB, Cox B, Nawrot TS, van Schayck CP, Sheikh A. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis protocol. *Lancet*. 2014;383(9928):1549–1560.
41. Fact Sheet: Smoke free laws encourage smokers to quit and discourage youth from starting. Campaign for Tobacco Free Kids; May 2014 (<http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0198.pdf>).
42. Fowkes FJ, Stewart MC, Fowkes FG, Amos A, & Price JF. Scottish smoke-free legislation and trends in smoking cessation. *Addiction*. 2008;103:1888–1895.
43. Albers AB, Siegel M, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Relation between local restaurant smoking regulations and attitudes towards the prevalence and social acceptability of smoking: A study of youths and adults who eat out predominantly at restaurants in their town. *Tob Control*. 2004;13:347–55.
44. Alesci NL, Forster JL, Blaine T. Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults. *Prev Med*. 2003;36:272–281.
45. Dobbie F, Hitchman S, McNeill A, & Baulk L. International tobacco control. *Curr Addict Rep*. 2015;2:1–7.
46. Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control*. 2001;10:267–272.
47. Trotter L, Wakefield M, Borland R. Socially cued smoking in bars, nightclubs, and gaming venues: A case for introducing smoke-free policies. *Tob Control*. 2002;11:300–304.
48. Mons U, Nagelhout G, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Fong GT, et al. Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans – Findings from the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tob Control*. 2012; Advance online publication: doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050131.
49. ITC Project. ITC Uruguay National Report: Findings from the Wave 1 to 4 Surveys. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; Centro de Investigacion para la Epidemia del Tabaquismo and Universidad de la Republica, Uruguay; August 2014.
50. Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP. The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviors. *Tob Control*. 1999;8:261–265.
51. Shopland DR, Anderson CM, Burns DM. Association between home smoking restrictions and changes in smoking behavior among employed women. *J Epid Com Health*. 2006;60(Suppl2):44–50.
52. Pizacani BA, Martin DP, Stark MJ, Koepsell T, Thompson B, Diehr P. A prospective study of household smoking bans and subsequent cessation related behaviour: The role of stage of change. *Tob Control*. 2004;13:23–28.
53. Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smokefree homes: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2005;15(Suppl. 3):42–50.
54. Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz S. Review of the quality of the studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tob Control*. 2003;12:13–20.
55. Summary of studies assessing the economic impact of smoke-free policies in the hospitality industry. Melbourne: VicHealth Centre for Tobacco Control, The Cancer Council Victoria; July 2005 (<http://www.webcitation.org/6LcOtPRDX>).
56. Cornelsen L, McGowan Y, Currie-Murphy LM, Normand C. Systematic review and meta-analysis of the economic impact of smoking bans in restaurants and bars. *Addiction*. 2014;109: 20–727.
57. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free Policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, 2009.
58. Smoke-free environments: Countering industry arguments. Campaign for Tobacco-free Kids; September 2011 (http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/SF_myths_realities_en.pdf).

59. Smoke-free Environments: Smoke-free Laws Benefit the Economy. Campaign for Tobacco-free Kids; September 2011 (http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/SF_help_economy_en.pdf).
60. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf).
61. Tobacco control policies and interventions, 2012. Protecting people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/policies/atlas.html?indicator=i1).
62. China Falling Behind Tobacco Control among BRICS. Campaign for Tobacco-Free Kids; November 2014 (http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/BRICS_brief_en.pdf).
63. Brazil Federal Law 12.456 (Article 49). Presidency of the Republic; 14 December 2011 (<http://www.tobaccocontrolaws.org/files/live/Brazil/Brazil%20-%20Law%20No.%2012546.pdf>).
64. On protecting the health of citizens from the effects of second hand tobacco smoke and the consequences of tobacco consumption. Russian Federation Federal Law No. 15-FZ; 23 February 2013 (<http://www.tobaccocontrolaws.org/files/live/Russia/Russia%20-%20Law%20No.%2015-FZ%20%282013%29.pdf>).
65. Prohibition of smoking in public places rules, 2008. The Gazette of India Notification G.S.R. 417(E). Ministry of Health and Family Welfare; 30 May 2008 (<http://www.tobaccocontrolaws.org/files/live/India/India%20-%20G.S.R.%20417%28E%29.pdf>).
66. Notice relating to smoking of tobacco products in public places. Government Gazette No. R. 975. Minister of Health, South Africa; 29 September 2000 (<http://www.tobaccocontrolaws.org/files/live/South%20Africa/South%20Africa%20-%20Notice%20No.%20R.%20975%20-%20national.pdf>).
67. Hong Kong Tobacco Control Office data. Personal communication, May 14, 2015.
68. Do not eat inside the subway, a tip for mainlanders to visit Hong Kong. Xinhua Net, April 30, 2015 (<http://www.cnta.gov.cn/html/2014-5/2014-5-23-1-45880.html>).
69. McGhee SM, Chen J, Lam TH, Lau L, Lai V. Expansion of statutory smoke-free area and tobacco tax raise. COSH Report No. 14. Hong Kong Council on Smoking and Health; 2014 (http://smokefree.hk/UserFiles/resources/about_us/cosh_reports/COSHRN_E14.pdf).
70. Smokefree Success Stories: Spotlight on smokefree countries - Ireland. Global Smoke-free Partnership; no date (http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/SF_success_ireland_en.pdf).
71. Thrasher JF, Nayeli Abad-Vivero E, Sebríe EM, Barrientos-Gutierrez T, Boado M, Yong HH, et al. Tobacco smoke exposure in public places and workplaces after smoke-free policy implementation: a longitudinal analysis of smoker cohorts in Mexico and Uruguay. *Health Policy Plan*. 2013;28(8):789-798.
72. Abascal W, Esteves E, Goja B, Gonzáles Mora F, Lorenzo A, Sica A, et al. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *Lancet*. 2012;380(9853):1575-1582.
73. Smokefree Success Stories: Spotlight on smokefree countries – Uruguay. Global Smoke-free Partnership; no date. (http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/SF_success_uruguay_en.pdf).
74. Smoke-free Air in Uruguay: A campaign case study. Action on Smoking and Health (ASH); 2015 (http://ash.org/wp-content/uploads/2015/01/CS-Uruguay-DRAFT-2_FINAL.pdf).
75. Wu C, Thompson ME, Fong GT, Li Q, Jiang Y, Yang Y, et al. Methods of the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Tob Control*. 2010;19:i1-5.
76. Wu, C., Thompson, M.E., Fong, G.T., Jiang, Y., Yang, Y., Feng, G., Quah, A.C.K. Methods of the International Tobacco Control (ITC) China Survey: Waves 1, 2, and 3. *Tob Control*. 2014; Published online December 30, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-052025.
77. ITC Project and Office of Tobacco Control, China CDC. ITC China Project Report: Findings from the Wave 1 to 3 Surveys (2006-2009). University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada, and Beijing, China: China Modern Economic Publishing House; December 2012.
78. Wan, X, Stillman F, Liu H, Spires, M, Dai Z, Tamplin, S, Hu D, Samet JM, Yang G. Development of policy performance indicators to assess the implementation of protection from exposure to secondhand smoke in China. *Tob Control*. 2013;22:ii0-ii15.
79. Hyland A, Higbee C, Hassan L, Fong GT, Borland R, Cummings KM, Hastings G. Does smoke-free Ireland have more smoking inside the home and less in pubs than the United Kingdom? Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *Eur J Public Health*. 2008;18(1):63-65
80. Ye, X, Yao, Z, Gao, Y, et al. Second-hand smoke exposure in different types of venues: before and after the implementation of smoke-free legislation in Guangzhou, China. *BMJ Open*. 2014;4:e004273. doi:10.1136/bmjopen-2013-004273.

