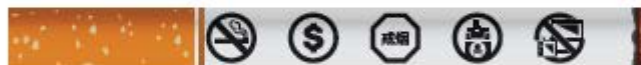


国际烟草控制政策评估项目（ITC）

中国

调查报告



第一轮至第五轮的研究发现（2006-2015）

2018年1月

（加）方德智 主编

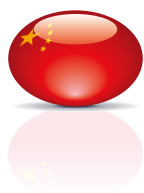
国际烟草控制政策评估项目 (ITC)

中国调查报告

第一轮至第五轮的研究发现

2006-2015

主编 (加) 方德智



图书在版编目(CIP)数据

国际烟草控制政策评估项目(ITC)中国调查报告第
一轮至第五轮的研究发现: 2006-2015 / (加)方德智主编.
-北京: 中国纺织出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5180-4950-9

I. ①国… II. ①方… III. ①烟草—控制—政策—调
查报告—中国—2006—2015 IV. ①R163

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第078670号

责任编辑: 国帅 责任印制: 王艳丽

中国纺织出版社出版发行

地 址: 北京市朝阳区百子湾东里A407号楼 邮 编: 100124

销售电话: 010-67004422 传 真: 010-87155801

网 址: <http://www.c-textilep.com>

中国纺织出版社天猫旗舰店

官方微博: <http://weibo.com/2119887771>

北京金吉士印刷有限责任公司印刷 各地新华书店经销

2018年5月第1版第1次印刷

开 本: 889mm×1194mm 1/16

印 张: 8.875

字数: 235千字 定价: 36.00元

凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页, 由本社图书营销中心负责调换

编写委员会

- 主 编：方德智（加拿大滑铁卢大学）
- 副 主 编：姜垣（中国疾病预防控制中心）
- 委 员：Anne C.K. Quah（加拿大滑铁卢大学）
Gang Meng（加拿大滑铁卢大学）
Genevieve Sansone（加拿大滑铁卢大学）
Janet Chung-Hall（加拿大滑铁卢大学）
Lorraine Craig（加拿大滑铁卢大学）
Mi Yan（加拿大滑铁卢大学）
Steve Shaowei Xu（加拿大滑铁卢大学）
冯国泽（中国疾病预防控制中心）

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，15岁以上人群吸烟率为27.7%，其中男性吸烟率高达52.1%，吸烟人数逾3亿，每年导致超过100万人死亡，烟草使用给人民健康带来了巨大的危害。

健康是促进人类全面发展的必然要求，是经济社会发展的基础条件。实现国民健康长寿，是国家富强、民族振兴的重要标志，也是全国各族人民的共同愿望。习近平总书记指出，没有全民健康，就没有全面小康。为此，2016年中共中央、国务院印发了《“健康中国2030”规划纲要》（简称《纲要》），提出了健康中国建设主要指标，要求2030年重大慢性病过早死亡率比2015年降低30%，人均预期寿命达到79.0岁。如果不实施有效的烟草控制措施，减少烟草使用和二手烟暴露，《纲要》中的这些指标几乎不可能实现。

为遏制烟草流行，我国政府签署了世界卫生组织制定的《烟草控制框架公约》（简称《公约》）。自2006年1月9日《公约》在我国正式生效以来，我国政府从多个方面开展了控烟履约活动。在无烟草环境创建方面，18个城市相继制定、修订了控制吸烟的地方性法规，其中北京、上海等城市的法规要求室内全面禁烟。此外，《公共场所控制吸烟条例》已被国务院法制办纳入二类立法计划。国家卫生和计划生育委员会在全国范围内开展了控烟宣传教育工作，开展无烟卫生计生系统创建，推进戒烟服务，组织烟草流行监测。人大代表、政协委员、控烟非政府组织积极推动、监督控烟履约工作，在我国《广告法》、《慈善法》及《公共场所控制吸烟条例》的出台、修订过程中发挥了重要作用。提高烟草税收和价格是控制烟草使用最有效的手段，2009年、2015年我国两次对烟草税进行了调整。

控烟履约的效果需要使用实证数据来评估。国际烟草控制政策评估项目（ITC项目）中国调查显示，《公约》在我国生效10多年后，相关控烟政策、措施的效果有限。因此，要实现《纲要》中的控烟指标，需要切实履行《公约》中提出的控烟措施，降低居高不下的吸烟率，这不仅会挽救数以百万计的人的生命，而且将帮助中国踏上更健康、更富强的未来之路。

中华预防医学会会长

中国工程院院士

中华人民共和国卫生部前副部长



序

中国在烟草使用方面面临着巨大挑战。中国有超过 3.15 亿吸烟者，包括一半以上成年男性。中国对烟草依赖的快速增长给公共卫生造成了巨大伤害，并给国家未来的经济和社会发展带来了严峻挑战。

因此，采取烟草控制行动对中国至关重要。然而过去 10 多年里，中国在控烟方面的进展十分有限。ITC 项目中国调查第一至第五轮报告强调了中国需要加快烟草控制的关键领域。本报告的结论更提出应迫切采取以下行动：实施室内公共场所 100% 全面禁烟的全国无烟立法；卷烟包装上采用显著的图形健康警示；全面禁止任何形式的烟草广告；进一步提高烟草税。报告还表明，这些控烟政策很可能受到中国民众的欢迎。例如，超过 90% 的吸烟者和非吸烟者支持在餐厅和其他公共场所全面禁烟。因此，立法者应有信心民众会支持他们实施和执行全面的烟草控制政策，这将对中国 14 亿公民的健康产生立竿见影的积极影响。

有令人鼓舞的迹象表明，中国现在已经做好准备采取实际行动遏制吸烟率的上升。在过去几年中，中国 3 个一线城市——北京、深圳和上海已经通过并开始实施了公共场所 100% 全面禁烟的控烟条例。中国还在 2015 年对烟草广告进行了更严格的限制，包括禁止向未成年人发送任何形式的烟草广告。同年，中国财政部宣布提高烟草税，同时实现了卷烟零售价格的随之上升。然而，中国目前的卷烟价格仍然很低，离有效抑制烟草使用还有一定距离。

现在，中国的决策者们制定且推行强有力的国家烟草控制措施的时机已经成熟。这些措施已被证明能在世界各地有效地提高公众对吸烟危害的认识、鼓励吸烟者戒烟并预防公众开始吸烟。中国既有机会又有能力采取这些措施打破目前对烟草的依赖。

这份由 ITC 项目和中国疾病预防控制中心合作完成的报告及时表明了中国需要果断行动，扭转其烟草流行趋势。本报告提出的建议如果能被采用，将不仅有助于中国在履行其作为世界卫生组织《烟草控制框架公约》缔约方的义务方面取得前所未有的进展，并能让中国在实现国家主席习近平提出的“健康中国 2030”伟大愿景的道路上步伐更加坚定。

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Bernhard Schwartländer'.

Dr. Bernhard Schwartländer, M.D.
WHO Representative in China



序

近 90% 的中国人死于各种慢性非传染性疾病，中国疾病预防控制中心疾病负担研究结果显示，导致慢性病高发的第二原因就是吸烟。目前我国 3 亿多吸烟者消费了全球 45% 的卷烟。每年因吸烟死亡的人数超过 100 万人。如果没有采取有效措施减少烟草使用，预计到 2050 年，中国与烟草相关的死亡人数将达到 300 万。

为保护人民健康，中国政府于 2005 年批准了世界卫生组织《烟草控制框架公约》（简称“公约”）。《公约》生效以来，中国政府制定了系列控烟政策，开展了大量的控烟工作。这些政策和工作的效果如何，需要科学、系统评估。评估也能为今后制定控烟政策提供依据。

监测和评估是控烟履约的基础性工作，中国疾病预防控制中心控烟办公室、北京等十个疾控中心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）”，以评估我国控烟履约相关政策、措施的效果。从 2006 年至 2015 年已开展了五轮调查。

通过近 10 年的纵向队列调查，及与其他参与 ITC 调查的国家的比较，本次 ITC 项目中国第一至第五轮调查报告得出一些有意义的发现，例如，中国部分禁烟的无烟法规不足以保护亿万成年人和儿童免受二手烟危害，只有严格依照《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；中国价格和税收政策在提高卷烟实际价格方面无效，绝大多数中国吸烟者并不考虑吸烟带来的经济负担，低价卷烟的存在阻碍吸烟者戒烟；中国纯文字警示在教育吸烟者烟草使用危害和促成他们戒烟方面效果不佳，远不及图形方式的健康警示。

该报告提供了有力的证据，证明中国需要加速全面实施《公约》多项措施，以降低高吸烟率，鼓励吸烟者戒烟，防止青少年开始吸烟。对总结中国过去 10 余年控烟工作，指导今后控烟工作的开展具有重要的参考作用。而报告的一个重大发现——中国公众对更强有力的控烟政策（包括无烟法律和图形警示）有着很高的支持度，将为实施循证有效的控烟工作奠定坚实的群众基础。

我们也期望这份报告发布能推动尽快出台全国性的控烟法规、尽快在烟盒上印制图形方式的健康警示、能全面禁止烟草广告促销和赞助，人群吸烟率、二手烟暴露率能大幅度下降，早日实现“健康中国”的战略目标。

梁晓峰，MD，MPH

中国疾病预防控制中心副主任



序

中国为烟草流行付出了巨大代价。每年因烟草使用导致超过 100 万人死亡，并因高额医疗费用、丧失生产力、生病等原因影响中国民众健康和国民经济。

中国于 10 多年前批准了《世界卫生组织烟草控制框架公约》，有国际义务实施强有力的烟草控制措施。在过去 10 年中，ITC 项目中国调查是一个重要的证据收集系统，使我们能够理解和评估中国烟草控制工作的成效。ITC 项目中国调查第一至第五轮报告清楚地表明，中国在烟草控制方面取得的进展甚微，尤其是在税收、无烟政策和包装警示等政策方面。中国烟草税依然极其低，仍然无全国性无烟法律并且还没有在卷烟包装上引入任何图形警示。

来自本报告的跨国比较证据提醒我们，与其他 ITC 国家相比，中国在烟草控制方面不仅表现不尽人意，报告还为中国指出清晰途径，如何与其他国家一样，通过实施和执行强有力的、符合《公约》及其实施准则的控烟政策，显著改善烟草控制工作的成效。这些研究发现有助于指导中国政府制定和实施类似的强有力控烟政策，如全面无烟法律和大的图形健康警示。

自 2013 年以来，中国加快了烟草控制工作的步伐。事实上，中国在过去几年里所取得成就，比前 20 年所取得成就更多。这些成就包括：向政府官员和人民解放军发出禁止吸烟规定；教育部颁布的学校禁烟相关文件；国家广告法和慈善法中的烟草条款；小幅度增加烟草税导致的烟草价格上涨；北京、深圳和上海实施全面无烟法规，和目前正在起草的全国无烟法律。

当然，中国还有很长的路要走，还需要做很多的工作来应对烟草流行，但是在民众当中，支持强有力的控烟势头正在增长。北京无烟法规的成功就是一个很好的例子，因为它表明，严格执法的法规将能在中国发挥作用，能保护人民（包括儿童）的健康。正如我们在其他国家看到的，一旦烟草控制政策（如禁烟和图形警示）开始，那么其势头将会一直持续下去。因此，中国迫切需要保持目前的控烟势头，实施本报告中所建议的有力的、全面的法律法规。其中最具挑战的举措是，应取消国家烟草专卖体制参与控烟工作的权力和影响，否则中国烟草控制工作不太可能取得成功。

随着中国烟草控制工作中的进展，评估其近期和即将实施的烟草控制政策的成效至关重要。我感谢滑铁卢大学的 ITC 项目和中国疾病预防控制中心致力于对中国烟草控制政策展开严谨评估，并在本报告中分享其非常有价值的成果。

烟草控制工作有利于中国的财富和健康。现在采取的行动将避免未来付出巨大的经济代价。

Prof. Dr. Judith Mackay, SBS, OBE, JP, FRCP(Edin), FRCP(Lon)
Director, Asian Consultancy on Tobacco Control
Senior Advisor, Vital Strategies (Formerly World Lung Foundation)
Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use
Senior Policy Advisor, World Health Organization

摘要

中国烟草流行

中国有超过 3 亿吸烟者，是世界上吸烟人数最多的国家。每年有超过 100 万人死于吸烟相关的疾病，另外约有 10 万人死于二手烟暴露。如果不采取有效措施减少烟草使用，预计到 2050 年，中国与烟草相关的死亡人数将达到 300 万。

世界卫生组织《烟草控制框架公约》

世界卫生组织《烟草控制框架公约》（以下简称《公约》）是世界首部全球卫生公约，其 180 个缔约方有责任推行以证据为基础的烟草控制政策，例如，全面无烟法律、大型图形健康警示、禁止烟草广告、促销和赞助以及强有力的烟草产品税收政策，以减少烟草需求。中国于 2003 年签署《公约》，《公约》于 2006 年在中国正式生效。

评估控烟进展：ITC 项目中国调查

本报告评估了中国在实施《公约》及其实施准则方面所取得的进展。研究结果来自于国际烟草控制政策评估项目（ITC 项目）的调查。这项队列调查在 28 个国家展开，旨在衡量烟草控制政策的成效。2006~2015 年间，ITC 项目中国调查对中国的成年吸烟者和非吸烟者进行了 5 轮调查（每轮调查每个地点约 800 名吸烟者和 200 名非吸烟者）。ITC 中国调查由来自加拿大（滑铁卢大学）的 ITC 项目国际研究团队和中国疾病预防控制中心共同开展。ITC 中国项目第一至第三轮报告于 2012 年 12 月发布（见 <http://www.itcproject.org/resources/view/1143>）。第一至第五轮的报告更新了中国在批准《公约》6~10 年后在烟草控制方面的进展，同时也与其他参与 ITC 调查的国家的控烟进展进行了比较。

来自《国际烟草控制政策评估项目（ITC）中国调查报告》第一轮至五轮的主要研究发现

《公约》生效 10 多年来，中国在烟草控制方面付出了很多努力，取得了一定进展。其中包括：禁止领导干部在公共场所吸烟（2013 年 12 月）；北京（2015 年 6 月）、深圳（2017 年 1 月）和上海（2017 年 3 月）实施全面无烟法规；禁止在大众传播媒介或者公共场所、公共交通工具、户外发布烟草广告，禁止向未成年人发送任何形式的烟草广告（2015 年 9 月）；卷烟批发环节从价税从 5% 增至 11%（2015 年 5 月），并实现了税价联动。

尽管中国在控烟政策方面取得了重要成就，ITC 项目中国第一至第五轮调查报告提供了有力证据，证明需要加速全面实施多项措施，以降低高吸烟率，鼓励吸烟者戒烟并防止青少年开始吸烟。以下主要发现突出表明了中国迫切需要继续采取强有力的行动来应对烟草流行，保护人们当下和未来的健康。

尽管近年来公共场所吸烟率有所下降，但大多数成人和儿童仍未能免受二手烟带来的危害

截至 2015 年，中国至少有 18 个城市通过了部分室内场所禁烟的法规，在保护人们免受烟草烟雾危害方面取得了一些进展。这具体表现在公共场所和工作场所二手烟暴露率下降以及城市家庭内禁烟比例增加。自 2015 年来，中国在几个城市实施的全面无烟法规是实现在公共场所全面保护公众免受二手烟危害的重要一步。然而，来自 ITC 项目的结果显示，中国仍需要再接再厉，尽快通过全国性公共场所禁烟法规并严格实施。

尽管过去 10 年中国吸烟者对吸烟危害的认识水平在逐渐提高，但是还有提升空间，尤其是在农村地区，可以通过图形健康警示和公众教育来提升

虽然民众有关吸烟知识水平在提高，但与其他 ITC 国家相比，中国吸烟者知道吸烟导致脑卒中（40%）和冠心病（61%）的比例依然最低，而这两种疾病都是导致过早死亡的主要原因。ITC 调查结果还表明，农村地区对吸烟健康危害的认识水平更低。2013~2015 年间，与城市吸烟者相比，农村吸烟者对 11 项吸烟相关的健康影响中的 9 项认识水平明显较低。这种认知差距可能是因为与城市地区相比，农村地区吸烟者较少接触吸烟危害的信息——2013~2015 年间，几乎一半（43%）的农村吸烟者表示他们“从未”注意到反烟草信息，而在城市吸烟者中，这个比例为 31%。

中国纯文字健康警示的小幅变更在教育吸烟者烟草使用危害及鼓励他们戒烟方面影响不大

国际研究证据表明，与纯文字健康警示相比，大而清晰的图形健康警示在提高吸烟危害认识和促进戒烟方面更有效。卷烟包装上的健康警示是最具成本效益且能广泛接触公众的健康干预措施之一——每天抽 1 包烟（每天 20 支卷烟）的吸烟者每年可能看到 7300 次健康警示。事实上，ITC 中国调查的结果显示，与其他渠道相比，更多的中国吸烟者从烟盒上得到有关吸烟危害的信息，即使这些信息仅以纯文字形式存在。然而，尽管大多数吸烟者注意到这些警示，但卷烟包装上的文字警示并不能有效地促成吸烟者戒烟。2009 年和 2013~2015 年间，每 10 个中国吸烟者中，少于 2 个报告说警示标识使他们想到吸烟的危害或使他们更可能戒烟。这说明由于没有使用图形警示，中国丧失了告知烟草使用者吸烟危害以及促使他们戒烟的机会。

尽管中国 2015 年卷烟税的增加明确显示政府做好了准备采取有效措施遏制吸烟，但是对消费者而言，若想使卷烟变得更不可负担，中国仍需进一步推动税制改革和提高卷烟价格

提高烟草制品的价格和税收是促进吸烟者戒烟、预防青少年开始吸烟以减少烟草使用的最有效方法。由于中国 2009 年和 2015 年的卷烟价格和税收调整未能跟上收入快速增长的步伐，卷烟随着时间的推移变得越来越可负担。ITC 的调查结果表明，绝大多数中国吸烟者并不考虑吸烟带来的经济负担。在 19 个 ITC 国家中，中国男性吸烟者过去 30 天内“经常”想到吸烟花费的比例（15%）排名倒数第 2 位。在 2013~2015 年间，可负担的卷烟价格是促成吸烟者选择其品牌的最常见原因——有 91% 的吸烟者表示这是他们选择当前品牌的原因之一。

中国城市吸烟者戒烟比例在增加

中国城市吸烟者的戒烟率从 6%（2006~2007/2008 年）增长至了 9.2%（2011/2012~2013/2015 年）。这显示了中国在戒烟方面取得了进步，但是与其他国家相比，中国吸烟者戒烟意愿较低。在 20 个 ITC 国家中，中国吸烟者没有戒烟意愿的比例为 59%，居第三位。由于中国的卷烟价格依然可负担，很少有吸烟者将卷烟价格列为促使他们戒烟的原因。

不论是吸烟者还是非吸烟者都支持更强的烟草控制政策

ITC 中国调查显示，中国公众甚至吸烟者对更强有力的烟草控制政策表现出很高的支持度。这些政策包括全面的无烟法律、图形健康警示和全面禁止烟草广告。

- 在所有调查中，超过 3/4 的吸烟者和非吸烟者“同意/非常同意”中国政府推行更多的控烟措施。
- 2007~2013/2015 年间，吸烟者对室内全面禁烟的支持度有所增加，而且其支持度比欧洲实施无烟法律前的吸烟者支持度高很多。例如，2013~2015 年，每 10 名吸烟者中，中国有 4 名吸烟者支持酒吧内全面禁烟，而 6 个 ITC 欧洲国家实施全面无烟法律之前，支持的吸烟者不到 2 名。超过 90% 的吸烟者和非吸烟者认为在餐厅和其他公共场所禁烟“好/非常好”。
- 2013~2015 年间，超过 2/3 的吸烟者（67%）和非吸烟者（75%）称他们支持使用图形健康警示。

将烟草控制工作，尤其是公众教育宣传和戒烟服务，覆盖到农村人口非常重要

中国是世界上人口最多的国家，有近一半的人口生活在农村地区。中国农村居民吸烟行为导致的残疾和早逝对公共卫生构成巨大威胁，因此应是控烟工作的重点之一。

ITC 第五轮调查结果显示，虽然城市居民和农村居民在一些吸烟行为上存在一些相同之处（包括餐厅内和家庭内吸烟，以及烟草广告整体暴露情况），研究结果也凸显了诸多城乡吸烟者间的一些差异：与城市吸烟者相比，农村吸烟者每天吸烟数量更大，也更可能计划戒烟；城市吸烟者对吸烟的具体危害有着更多的认识，也能接触到更多的反烟草信息；然而，中国的纯文字健康警示对农村吸烟者认知和行为的影响更强。这些发现与健康警示在健康信息资源较为匮乏的地区作用更大的研究不谋而合。

因此，我们迫切需要针对农村地区推动更持续的、包括公众教育运动和戒烟帮助在内的控烟手段，ITC 调查表明这些努力将得到公众的支持。ITC 中国项目第五轮调查的一个重大发现是，中国公众对更强有力的控烟政策（包括无烟法律和图形警示）的支持不仅高于其他国家，而且中国城乡吸烟者的支持度也非常相似。

对中国控烟的启示

ITC 中国调查第一至第五轮调查结果以及控制烟草最佳实践提示，中国有机会继续扩大其近年来在减少烟草使用方面取得的成就和进展。我们对中国今后应如何加强控烟提出以下建议：

- 依照北京全面无烟法规和上海、深圳的类似法规，实施全国性的全面无烟法律，同时开展强有力的、严格的执法工作。
- 使用覆盖烟盒包装至少 50% 面积的大型图形健康警示，因为国际最佳实践和科学证据表明警示的有效性随着面积大小的增加和图形的使用而增加。
- 设计开展更多的公众教育行动，以提高公众对烟草危害的认识并鼓励戒烟。
- 定期提高烟草税，提高卷烟零售价，从而使卷烟随着时间的推移变得不太可负担。

目录

1	国际烟草控制政策评估项目中国调查
3	中国烟草使用及控烟政策
15	ITC 调查方法
25	结果
25	吸烟行为、信念和看法
41	戒烟
48	无烟公共场所和工作场所
64	健康警示标识
73	教育、宣传和公众意识
86	烟草广告、促销和赞助
96	烟草价格和税收
106	中国卷烟的成分
108	结论及对中国控烟的启示
110	ITC 项目联系方式
111	参考文献

图表目录

表 1	ITC 项目中国调查第一至第五轮随访率	17
表 2	ITC 项目中国调查第一至第五轮调查样本	19
表 3	ITC 项目中国调查第一至第五轮样本：吸烟者和非吸烟者人口特征	20
表 4	ITC 项目中国调查第五轮样本：城市地区和农村地区吸烟者和非吸烟者的人口特征对比	22
表 5	ITC 项目中国调查第一至第五轮吸烟者戒烟率——仅限城市地区	41
表 6	ITC 项目中国调查第一至第五轮（2006~2015 年）调查地区的无烟法规	48
表 7	ITC 问卷关于无烟法规的指标	49
图 1	2008~2014 年中国与其他国家卷烟可负担性变化	7
图 2	中国控烟政策与 ITC 中国第一至第五轮调查时间对照表	16
图 3	ITC 项目中国调查第一至第五轮调查地区	18
图 4	不同国家男性每天吸烟者平均每天吸烟支数	26
图 5	不同国家男性吸烟者吸工厂生产的卷烟、手卷烟或两种都吸的比例	27
图 6	不同国家男性卷烟吸烟者醒后 5 分钟内吸第一支烟的比例	28
图 7	不同国家男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”如果可以重来一次，他们不会开始吸烟的比例	29
图 8	不同国家男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”社会反对吸烟的比例	30
图 9	不同国家男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”对他们重要的人认为他们不应该吸烟的比例	31
图 10	2006~2011/2012 年吸烟者在“低害”和普通卷烟品牌 / 系列之间的转换率	32
图 11	不同国家男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”淡味卷烟比普通卷烟危害更低的比例	33
图 12	各轮调查中受访者曾经使用过电子烟的比例——仅限城市地区	36
图 13	不同国家男性吸烟者和戒烟者曾经使用过电子烟的比例	37
图 14	第五轮调查不同城市吸烟者和戒烟者曾经使用过电子烟的比例	38
图 15	第五轮调查中受访者回答因不同原因使用过电子烟的比例	39
图 16	各轮调查中不同吸烟状态受访者认为电子烟比普通卷烟危害小的比例——仅限城市地区	40
图 17	不同国家男性吸烟者的戒烟意愿	42

图 18	第五轮调查中受访者过去 6 个月因不同原因在“很大”程度上考虑戒烟的比例（吸烟者考虑戒烟；戒烟者戒烟）	44
图 19	不同国家男性吸烟者过去 1 年 / 6 个月 / 上次调查后看过医生且得到过戒烟建议的比例	45
图 20	不同国家男性吸烟者过去 1 年（或自上次调查之后）使用过戒烟产品的比例	47
图 21	各轮调查中不同城市吸烟者在工作场所看到有人吸烟的比例	50
图 22	不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去 1 个月在室内工作场所看到有人吸烟的比例	51
图 23	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	52
图 24	不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去 1 年在餐厅内看到有人吸烟的比例	53
图 25	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	54
图 26	不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去 1 年在酒吧和咖啡馆内看到有人吸烟的比例	55
图 27	各轮调查中不同城市吸烟者报告不能在家庭室内任何区域吸烟的比例	56
图 28	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	57
图 29	第五轮调查中各个城市吸烟者认为应在室内工作场所、餐厅和酒吧禁烟的比例	58
图 30	各轮调查中不同城市吸烟者支持工作场所内全面禁烟的比例	59
图 31	各轮调查中不同城市吸烟者支持餐厅内全面禁烟的比例	60
图 32	各轮调查中不同城市吸烟者支持酒吧内全面禁烟的比例	61
图 33	中国支持在酒吧内禁烟的吸烟者比例（2013~2015 年）和其他国家实施酒吧禁烟前后吸烟率的对比：爱尔兰（2004 年）、苏格兰（2006 年）、英国（2007 年）、法国（2008 年）、德国（2007~2008 年）、荷兰（2008 年）	62
图 34	各轮调查中不同城市吸烟者认为在餐厅和其他室内公共场所禁烟是“好”或“非常好”的比例	63
图 35	中国健康警示的演化史（第一至第四轮警示）	64
图 36	2009 年马来西亚将烟盒侧面的纯文字警示转变成图形警示	65
图 37	中国各轮调查中健康警示对吸烟者认知和行为的影响——仅限城市地区	66
图 38	第五轮调查中健康警示对城市和农村地区吸烟者的影响	67
图 39	各个国家男性吸烟者“经常”或“非常经常”注意到健康警示的比例	69
图 40	各个国家男性吸烟者报告烟盒上的健康警示在“很大”程度上使他们考虑到吸烟对健康的危害的比例	70
图 41	乌拉圭（2012~2013 年；烟盒正反面面积的 80%）和毛里求斯（2009 年至今；烟盒正面面积的 60%，反面面积的 70%）使用的带有情绪冲击力的警示标识	71
图 42	第五轮调查中吸烟者和非吸烟者支持强化健康警示的比例	72
图 43	各轮调查中吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例——仅限城市地区	74

图 44	不同国家男性吸烟者和戒烟者认为吸烟可导致脑卒中的比例	75
图 45	不同国家男性吸烟者和戒烟者认为吸烟可导致心脏病的比例	76
图 46	第五轮调查中吸烟者和非吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例	77
图 47	不同国家男性吸烟者和戒烟者认为吸烟可导致非吸烟者患肺癌的比例	78
图 48	第五轮调查中城市地区和农村地区吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例	79
图 49	不同国家男性吸烟者过去 1 个月“经常”或“非常经常”考虑到吸烟对健康的危害的比例	80
图 50	各轮调查中吸烟者过去 6 个月“经常”、“偶尔”或“从不”注意到反对吸烟广告或信息的比例——仅限城市地区	81
图 51	第五轮调查中吸烟者过去 6 个月在各类场所看到反对吸烟的广告或信息的比例	82
图 52	各轮调查中吸烟者过去 6 个月把卷烟作为礼品送给家人、朋友或家人、朋友把卷烟作为礼品送给他们的比例	83
图 53	过去 6 个月中城市吸烟者和农村吸烟者没有、1 次、2~5 次或超过 5 次收到家人或朋友把卷烟作为礼品送给他们的比例	84
图 54	各轮调查吸烟者和非吸烟者“同意”或“非常同意”政府应该采取更多措施进行控烟的比例——仅限城市地区	85
图 55	不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去 6 个月“经常”或“非常经常”注意到鼓励吸烟事物的比例	87
图 56	第五轮调查中吸烟者和非吸烟者过去 6 个月在禁止烟草广告的场所看到烟草广告的比例	88
图 57	第五轮调查中吸烟者和非吸烟者过去 6 个月在没有明确禁止烟草广告的场所看到烟草广告的比例	89
图 58	第五轮调查中吸烟者和非吸烟者过去 6 个月注意到任何形式的烟草促销或赞助的比例	91
图 59	第五轮调查中吸烟者和非吸烟者过去 6 个月在媒体上“偶尔”或“经常”看到烟草使用或促销的比例	92
图 60	第五轮调查中不同城市吸烟者和非吸烟者“有些支持”或“非常支持”在商店内全面禁止烟草广告的比例	93
图 61	第五轮调查中不同城市吸烟者和非吸烟者“有些支持”或“非常支持”全面禁止商店内展示卷烟的比例	94
图 62	第五轮调查中不同城市吸烟者和非吸烟者支持全面禁止户外烟草广告的比例	95
图 63	第五轮调查中吸烟者选择目前卷烟品牌的原因及其比例	97
图 64	各轮调查中吸烟者“经常”考虑吸烟的花费或设法得到优惠价的比例（仅限城市地区）	98

图 65	不同国家男性吸烟者和戒烟者过去 30 天“经常”或“非常经常”想到吸烟（或过去吸烟）花费的比例	99
图 66	不同国家男性吸烟者报告过去 6 个月卷烟价在“有点”或“很大”程度上使他们想到戒烟的比例	100
图 67	各轮调查中吸烟者报告过去 6 个月把应购买家庭必需品（如食物）的钱用来买卷烟的比例（仅限城市地区）	101
图 68	不同国家男性吸烟者过去 6 个月男性吸烟者把应购买家庭必需品（如食物）的钱用来买烟的比例	102
图 69	2006~2015 年中国卷烟相对收入价格的变化	103
图 70	2014~2015 年卷烟市场结构的变化	105
图 71	卷烟市场份额（2007~2015 年）	105
图 72	中国（2009 年和 2012 年）部分卷烟重金属平均含量与不同 ITC 国家（2012~2013 年）比较	107

国际烟草控制政策评估项目中国调查

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

2006 年开始，加拿大滑铁卢大学和中国疾病预防控制中心合作，开展了 ITC 项目中国调查。该调查采取了面对面的方式，在 2006 年 4 月至 2015 年 7 月期间，在多个城市针对吸烟者和非吸烟者进行了 5 次调查。ITC 项目中国调查第一至第四轮在 6 个城市进行：北京、长沙、广州、上海、沈阳和银川。昆明自第三轮加入调查，成为第 7 个城市。第五轮调查包括 5 个参与前期调查的城市（北京、广州、昆明、上海和沈阳）和 5 个农村地区（长治、湖州、铜仁、伊春和西宁）。每一轮调查中，在各个地点选取具代表性的成年吸烟者（约 800 人）和成年非吸烟者（约 200 人）组成样本开展调查。

中国于 2003 年签署《公约》，2005 年正式批准《公约》。作为《公约》的缔约国，根据《公约》条文及缔约方会议通过的《公约》实施准则，中国应通过强有力的循证政策以预防和减少烟草消费。本报告使用 ITC 项目中国调查数据，研究了中国吸烟者及非吸烟者与吸烟相关的态度和行为，评估了中国控烟政策的效果，可为决策者实施有效的控烟政策提供参考。

ITC 项目中国调查中国研究团队

中国疾病预防控制中心控烟办公室

姜垣*、冯国泽、王聪晓、肖琳、李强、杨焱、冯薇薇、赵国栋

地方团队

北京市疾病预防控制中心：董忠、周滢

湖南省疾病预防控制中心：李光春、胡李平、朱国平

广州市疾病预防控制中心：罗不凡、梁伯衡、吴家刚

云南省健康教育所：赵白帆、罗欣萍、石瑜

上海市疾病预防控制中心：施燕、姚海宏、徐继英

沈阳市疾病预防控制中心：张春青、李恂、吕艺

宁夏回族自治区疾病预防控制中心：赵建华、杨艺、谢帆

长治市疾病预防控制中心：路爱刚、杜中强、崔晓雯、杨扬

湖州市疾病预防控制中心：沈益妹、俞梅华、韩健康

浙江省疾病预防控制中心：徐水洋、徐越

铜仁市碧江区疾病预防控制中心：万兆明、杨可珍、杨江艳

贵州省疾病预防控制中心：李凌、周婕

青海省疾病预防控制中心：周敏茹、李晓萍、许志华

伊春市疾病预防控制中心：鹿鸿雁、许春林、曲惠颖

ITC 项目中国调查国际团队

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

Richard O'Connor——美国罗斯维尔园肿瘤所

K. Michael Cummings——美国南卡罗来纳医科大学

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

Gary Giovino——美国纽约州立大学布法罗分校

* 项目负责人

项目管理

Anne C.K. Quah (加拿大滑铁卢大学 ITC 项目研究科学家)

李强 (加拿大滑铁卢大学 / 中国疾病预防控制中心 ITC 中国项目经理, 第一至第五轮调查)

冯国泽 (中国疾病预防控制中心 ITC 中国项目经理, 第五轮调查)

Thomas Agar (加拿大滑铁卢大学 ITC 中国项目经理, 第五轮调查)

许韶伟 (加拿大滑铁卢大学 ITC 中国项目经理, 第五轮调查)

严幂 (加拿大滑铁卢大学数据分析师)

孟钢 (加拿大滑铁卢大学高级数据分析师)

Tara Elton-Marshall (加拿大滑铁卢大学研究生项目经理, 第一至第三轮调查)

Jilan Yang (加拿大滑铁卢大学研究生项目经理, 第一至第三轮调查)

Natalie Sansone (加拿大滑铁卢大学研究生项目经理, 第三至第四轮调查)

ITC 项目中国调查研究资金

美国国家肿瘤研究所 (RO1CA125116)

加拿大卫生研究院: 运营基金 (#79551, #115016) 以及知识转移与利用基金 (#104765)

中国疾病预防控制中心控烟办公室

安大略省癌症研究院高级研究员奖

加拿大癌症协会预防科学家奖

致谢

我们感谢 Grace Jingyuan Hu 女士组织了报告的翻译, 同时也对 Mi Yan 女士、Grace Li 女士的校对工作表示感谢。另外, 感谢中国疾病预防控制中心控烟办公室的冯国泽副研究员、滑铁卢大学 Steve Shaowei Xu 博士对报告初稿的审核以及校对。

我们感谢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、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、沈阳市疾病预防控制中心、云南省健康教育所、浙江省疾病预防控制中心、湖州市疾病预防控制中心、青海省疾病预防控制中心、贵州省疾病预防控制中心、铜仁市碧江区疾病预防控制中心、长治市疾病预防控制中心以及伊春市疾病预防控制中心所有参与 ITC 中国调查的工作人员, 没有他们多年来不懈努力所收集的数据, 我们不可能完成这份报告。

我们也感谢 Nigar Nargis 博士和郑榕博士审阅《烟草价格和税收》章节并提供建议, 同时感谢王洋和胡筱为该章节提供中国烟草总公司的卷烟价格信息。

中国烟草使用及控烟政策

本节介绍了在 ITC 中国项目第一至第五轮调查期间(2006 年 4 月至 2015 年 7 月),中国烟草供应、使用和控烟政策的概况ⁱ。中国于 2006 年加入世界卫生组织(WHO)《烟草控制框架条约》(《公约》),作为缔约方,中国有责任采取有效的控烟政策。

中国有长久的烟草文化、强大的烟草行业和执法薄弱的控烟法规,这些不利因素导致控烟政策进展缓慢。但近年来,中国政府在应对烟草流行方面展现出了诚意,在国家和地方层面上出台了更严格的控烟政策和行动,以减少烟草使用。

1. 2013 年 12 月,中国共产党中央办公厅、国务院办公厅联合发布了《关于领导干部带头在公共场所禁烟有关事项的通知》。

2. 2014 年 11 月,国务院法制办公室公布《公共场所控制吸烟条例(送审稿)》。该条例禁止在所有室内公共场所、工作场所和公共交通内吸烟,并禁止任何形式的烟草广告、促销和赞助,同时要求在烟盒上印制图形健康警示^[1]。《公共场所控制吸烟条例》已列入国务院 2016 年立法工作计划中力争年内完成的项目。

3. 2015 年 5 月,中国财政部对每包卷烟增收 0.10 元(0.017 美元)的从量税,并将卷烟批发环节从价税税率由 5% 提高至 11%。2009 年中国在生产环节增加税收,增加部分由中国烟草总公司内部全部消化了。与之前不同的是,2015 年中国财政部在批发环节上增加税收,其目的很明确,即保证至少一部分的增税能反映到零售环节,进而使卷烟价格上升,达到降低消费的目的^[2]。

4. 2015 年 9 月,新《广告法》正式实施,其中禁止在大众传媒、公共场所和公共交通发布任何烟草广告,禁止针对未成年人的任何形式的烟草广告^[3]。

5. 2015 年 6 月,北京实施了全面无烟法规,规定在所有室内公共场所、工作场所和公共交通内全面禁烟且毫无例外。北京的无烟法规是中国所有城市中最强的无烟法规,完全符合《公约》第八条的要求。深圳于 2017 年 1 月 1 日实施了全面的无烟法规,而 2016 年 11 月上海通过的全面无烟法规也于 2017 年 3 月 1 日生效。

i. 本章内容更新至 2017 年 2 月 7 日。

中国烟草控制以及履行《公约》的主要障碍

中国国家烟草专卖体系

中国烟草业属于国有行业。中国烟草总公司控制中国境内烟叶销售以及卷烟生产，同时接受国家烟草专卖局的管理和监督。国家烟草专卖局和中国烟草总公司是同一个机构，机构人员、行政隶属及办公场所相同，只是牌子不同^[45]。国家烟草专卖局和中国烟草总公司的双重身份意味着政府和公司是一体的。2008年起，由国家烟草专卖的主管部门工业和信息化部作为履约工作部际协调领导小组的组长单位，负责《公约》的决策/履约工作，而不是由国家卫生和计划生育委员会来负责。国家烟草专卖局（与中国财政部一起）也直接负责制订履约有关健康警示、禁止向未成年人销售卷烟以及价格和税收方面的政策。



中国烟草总公司的发展与壮大

中国生产和销售的烟草制品比世界上任何一个国家都要多。中国烟草总公司和国家烟草专卖局控制着中国 90%~97% 的卷烟市场，卷烟产量超过世界总产量的 40%^[5]。在批准《公约》之后，中国卷烟产量在 2005~2014 年期间增长了约 34%。烟草业收入也在逐年递增。作为当前世界上最大的卷烟生产商，中国烟草总公司 2014 年生产了 2.6 万亿支卷烟，几乎是它的竞争对手菲利普莫里斯国际（Phillip Morris International）的 3 倍^[6]。2015 年，中国烟草总公司全国卷烟批发销售额为 1.4 万亿元（约 2200 亿美元），全年实现利润 3030 亿元（约 470 亿美元），是中国盈利最高的公司^[7]。

中国烟草总公司生产的大部分卷烟用于中国境内消费而非用于出口。2010 年，中国烟草总公司卷烟出口量仅占其卷烟总产量的 1%^[4]。但由于 2005 年开始，国内市场开始接近饱和，中国烟草总公司启动国际化的策略，以拓宽其海外业务。中国卷烟出口量从 2004 年开始增加，至 2013 年已达到总产量的 5%^[8]。

在过去 10 年中，中国烟草业采用的另一个战略为“重点品牌”战略，卷烟生产集中于少量的重点品牌，这样做有利于更好地参与国际卷烟市场竞争^[8]。2009 年，中国烟草总公司指定了 30 个重点品牌，并开始限制生产非重点品牌卷烟。中国卷烟品牌数量从 20 世纪 90 年代末的近 2000 个减少到了 2013 年的 90 个^[8]。期间，重点品牌卷烟的产量急剧增加，而非重点品牌卷烟的产量基本保持不变^[9]。2015 年，中国烟草总公司重点品牌卷烟的销售量达到了市场份额的 83.7%，销售金额达到了市场份额的 93.9%^[7]。

中国社会对吸烟行为的较高接受度

中国社会普遍认为送烟和派烟是一种重要且得体的行为，可建立和维护人与人之间的关系。普遍的送烟和派烟行为增加了吸烟行为的社会接受度，诱使非吸烟者开始吸烟，同时也导致吸烟者戒烟的失败，从而限制了控烟政策发挥其有效性^[10,11]。

中国吸烟率及趋势

中国是世界上吸烟人数最多的国家，有超过 3 亿的吸烟者，约占全球吸烟者总数的 30%^[12]。中国市场的卷烟消费量超过了其他所有中低收入国家卷烟消费量的总和。

全国卫生服务调查显示，自 20 世纪 90 年代初期，男性与女性的吸烟率都在下降，但是吸烟者每天吸烟的数量在增加，开始吸烟的年龄在降低，戒烟率也在降低^[13,14]。2010 年的全球成人烟草调查（GATS）和 2014~2015 年的中国成人烟草调查ⁱⁱ 提供了中国烟草使用情况的最新结果。对比两项调查，吸烟率基本没有发生变化：2015 年，15 岁及以上的成年人吸烟率为 27.7%^[15]。尽管吸烟率保持不变，由于人口的增长，吸烟者的人数在 5 年内增长了约 1500 万，在 2015 年预计达到约 3.16 亿^[15]。中国吸烟者平均每日吸烟的数量也从 2010 年的 14.2 支，增加到了 2015 年的 15.2 支^[15,16]。

中国吸烟率性别差异巨大。2015 年中国成人烟草调查表明，中国男性吸烟率为 52.1%，而女性吸烟率仅为 2.7%。这个数据与 2010 年的 GATS 调查数据相吻合（男性吸烟率为 52.9%，女性吸烟率为 2.4%）^[15,16]。导致这一性别差异的可能原因在于，中国社会非常不认同女性吸烟，而对男性吸烟的接受程度较高，甚至鼓励男性吸烟行为。但是，随着人们性别平等意识的上升以及西方价值观念的影响，女性吸烟率有可能上升^[17]。同时，烟草业也开始通过推出细支卷烟等各种营销手段，越来越多地将女性吸烟者作为营销目标。随着时间的推移，社会对女性吸烟行为的认可度将会缓慢提高^[18]。如果女性吸烟率增加，那么中国烟草使用代价将会高于目前的预期。

中国青少年，尤其是女性青少年的吸烟率似乎呈增长趋势^[19]。2014 年全球青少年烟草调查（GYTS）显示，19.9% 的中国年龄在 13~15 岁的青少年曾经尝试过烟草制品，目前青少年吸烟率为 6.4%，其中男性青少年的吸烟率更高，为 10.6%，而女性为 1.8%^[20]。这组数据均高于 1999 年 GYTS 的数据，后者青少年平均吸烟率为 4.7%^[21]。但是，仅就这两项调查进行比较有其局限性，因为 1999 年 GYTS 的数据是从 4 个省份收集的，而 2014 年 GYTS 的数据则来源于全国代表性的样本。

全球范围内，电子烟使用率在不断增加，但在包括中国在内的中低收入国家，其使用率依然很低。2015 年中国成人烟草调查显示，大约 40% 的中国吸烟者报告他们听说过电子烟，但是只有 0.5% 的吸烟者在使用电子烟（每天使用或者不是每天使用）^[15]。尽管如此，近年来，随着国家烟草专卖局对新型烟草产品开发的支持，中国电子烟市场迅速增长^[22]。中国是世界上最大的电子烟制造国，世界上 95% 的电子烟生产于深圳^[23]。目前，在中国没有针对电子烟的管理规定，因此需要密切监测电子烟的使用趋势。

中国烟草使用负担

在中国，烟草使用造成了巨大的健康负担。大约 2/3 的中国男性在成年初期开始吸烟，而全国范围内的队列研究表明，他们之中至少有一半的人最终将会死于与吸烟有关的疾病^[24]。最近的估计显示，在中国，17%~18% 的男性死亡和 2%~3% 女性死亡是由吸烟导致的^[14,23]。如果目前的吸烟趋势继续下去，预期未来的死亡率会继续上升。目前中国每年吸烟导致的死亡已经高达 140 万，这个数字预计在 2050 年将达到 300 万以上^[24,25]。

虽然中国女性的吸烟率和由吸烟导致的死亡率低得多，但是由于男性吸烟者数量的不断增加，女性非吸烟者因暴露于二手烟而面临更大的健康危险。一项关于中国女性非吸烟者肺癌危险因素的最新荟萃分析显示，工作场所、家庭和人的一生中总的二手烟暴露程度会显著增加肺癌的概率^[26]。与其他国家相比，尽管中国女性总体的吸烟率较低，但是她们得肺癌的概率非常高。男性与女性的肺癌死亡率也在增加，每年新增案例约为 50 万^[27]。据估计，中国有 7.4 亿非吸烟者，其中包括 1.8 亿儿童，通常 1 周内至少有 1 天暴露于二手烟，而二手烟暴露每年导致的死亡人数高达 10 万^[28]。

ii TQS 调查由中国疾病预防控制中心组织开展，是 GTSS 的一部分。TQS 使用了一部分 GATS 的问题，也沿用了 GATS 的抽样方法。在中国，该调查名为《2015 年中国成人烟草调查》。

烟草使用对公共健康和经济带来的代价不断升高，给中国的经济发展带来了巨大的负担。

吸烟给中国带来巨大的经济负担。国家卫生服务调查数据显示，吸烟给中国带来的负担已经从 2003 年的 170 亿美元上升到了 2008 年的 290 亿美元，这相当于中国 GDP 的 0.7%。2008 年由吸烟造成的直接医疗费用估计为 62 亿美元^[29]。2014 年，急性心肌梗死的治疗费用为 134 亿元（约 19 亿美元）。自 2004 年，该疾病住院治疗费用平均每年增长 8.7%^[30]。烟草使用对公共健康和经济带来的代价不断升高，给中国的经济发展带来了巨大的负担。联合国开发计划署（UNDP）和《公约》秘书处认识到烟草与发展之间的紧密联系，呼吁加快推行强有力的烟草控制政策，通过多个部门及整个政府的努力，将《公约》纳入国家的卫生发展计划^[31]。有证据显示，控烟政策具有极高的成本效益，可减少烟草使用的经济代价，给政府带来可用于健康和发展工作的重要收入^[32]。

总体来说，中国吸烟者的戒烟率依然很低。2010 年的 GATS 数据显示，在过去的 12 个月，只有 36.4% 的吸烟者（包括 35.9% 的男性和 46.4% 的女性）曾尝试戒烟^[16]。在 2015 年的中国成人烟草调查中，该比例降到了 31.5%（包括 31.3% 的男性和 35.9% 的女性）^[15]。在参与 2013~2014 年中国部分城市成人烟草调查（CCATS）的 14 个城市中，仅有 8%~22% 的吸烟者打算在接下来的 12 个月中戒烟，吸烟者戒烟意愿偏低^[33]。因此，吸烟的人口构成以及吸烟者普遍缺乏戒烟意愿进一步加重了中国现已沉重的烟草使用负担。

农村地区烟草相关死亡率迅速增长

2015 年人口数据显示，中国 44% 的人口居住在农村地区，这一比例比美国的 19% 要高出很多^[34,35]。农村地区的吸烟率在上升，因此居住在农村地区的人口是中国烟草控制非常重要的一环。根据 2015 年中国成人烟草调查数据，农村地区的吸烟率（29.4%）高于城市地区（26.1%）^[15]。在男性吸烟者中，农村地区当前的吸烟率（54.0%，城市地区为 48.9%）、吸烟者平均每人吸烟数量（15.7 支烟，城市地区为 14.7 支烟）、卷烟消费占可支配收入比例（17.3%，城市地区为 8.8%）等均高于城市地区^[24]。

农村居民教育程度普遍较低，使他们掌握的烟草健康危害相关知识也更有限。在农村地区，用于非传染性疾病控制和预防方面等的公共卫生资源也较少。农村地区的医疗保健系统与城市地区相比资源匮乏，难以应对非传染性疾病水平的上升^[36-38]。因此，我们迫切需要针对农村地区采取更持续的烟草控制干预措施，以遏制这些地区的烟草流行。

中国控烟政策进展

2003年，中国签署了《公约》，并于2005年正式批准，2006年1月生效。《公约》是世界上首部公共卫生公约，旨在通过价格和税收（第六条）、接触烟草烟雾（第八条）、烟草制品的包装和标签（第十一条）、烟草广告、赞助和促销（第十三条）、戒烟和治疗（第十四条）等一系列控烟措施减少烟草的供需，进而减少全球烟草流行。2017年1月，《公约》缔约方达到180个，是有史以来最成功的公约之一。

自2005年以来，由于结构性阻力和根深蒂固的体制障碍，中国在履行《公约》规定的控烟政策方面前期进展缓慢，但是近期取得了明显的进展。中国最近实施了一系列的新措施来应对烟草所带来的问题，包括禁止烟草广告、增加烟草税收以及在北京、深圳和上海实施全面无烟法规。这些举措将给中国改变其烟草流行现状带来巨大的机会，也将使中国迈上意义深远的公共卫生和经济收益之路^[5]。

烟草价格与税收

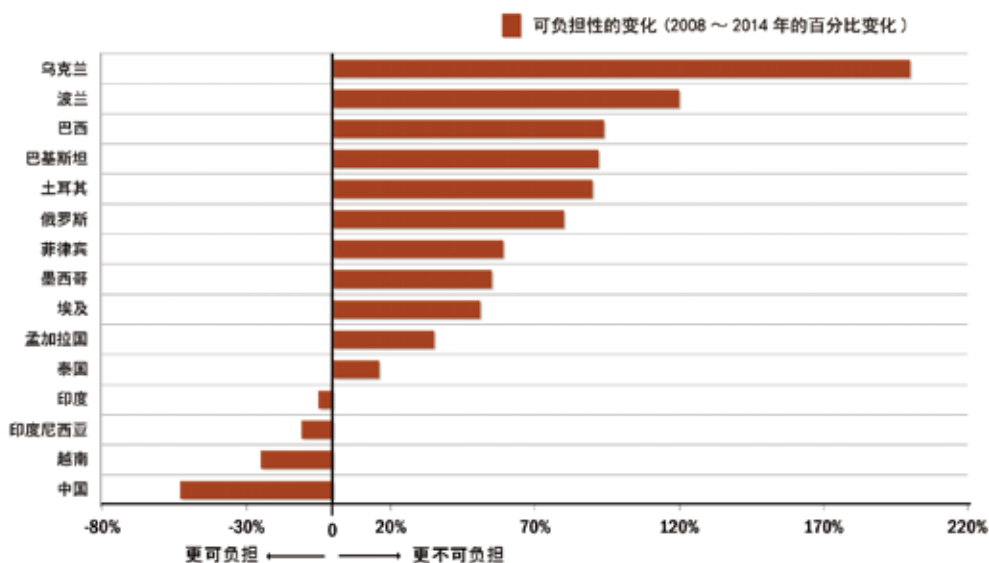
提高烟草产品税收是全面控烟政策中最具成本效益的部分，对中低收入国家的青少年来说尤其如此^[32,39]。

《公约》第六条规定，各缔约方有责任采取价格和税收措施（如提高卷烟零售价等）来减少烟草消费。同时，《公约》第六条实施准则建议，如果从量税能够根据物价指数和收入进行调整，则应更多地依靠从量税而不是从价税，作为最有效降低烟草消费的征税方式。

随着经济的迅猛发展，中国城市和农村地区的可支配收入均明显上升，这进一步加重了吸烟的威胁。这是因为中国烟草可负担性显著上升：在1990~2005年间，中国烟草可负担性加倍^[40]。根据世界卫生组织的估计，在2008~2014年，与其他14个国家相比，中国的卷烟可负担性是最高的（图1）^[41]。中国烟草总公司将低成本的卷烟品牌价格压得很低，这加大了不同卷烟品牌之间的价格差异并导致低社会经济地位和农村地区的吸烟者吸烟率上升^[42]。如果不出台能够增加价格的加税政策，预计中国烟草可负担性仍会继续增加。



图1 2008~2014年中国与其他国家卷烟可负担性变化^{iii, [41]}



iii Reprinted from WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: Raising Taxes on Tobacco, World Health Organization, Copyright (2015).

成本效益研究表明，提高税收和价格的措施能为中国带来健康及财政方面的显著收益，包括延长寿命、降低医疗成本、增加税收以及减少因贫富差距导致的健康和经济差别^[43]。例如，根据 SimSmoke 模型，如果中国按照世界卫生组织的建议将卷烟税收增至零售价的 75%，那么 2010~2050 年，吸烟率估计将降低 12%~13%，使死亡人数减少 300 万以上^[44]。

2009 年 5 月，中国增加了卷烟从价税，以增加财政收入，改善卷烟税收结构。此次增税将生产环节的税收增加了 11.7%，将零售环节的税收增加了 5%，但是增税并没有反映到消费者层面（即卷烟零售价格没有改变）。因为卷烟零售价没有提高，中国政府失去了一次降低吸烟率、减少因吸烟所致死亡的机会。研究者估计，如果 2009 年的增税以零售价的形式转嫁给了消费者，那么可能会促使 200 多万人戒烟^[45]。

2015 年 5 月，中国政府再次增税，将原有批发环节的 5% 消费税增至 11%。同时，对每支卷烟增加了 0.005 元的从量税，即每包（20 支）卷烟增加 0.1 元的从量税。这一举措促将使卷烟的零售价格增长 7%~10%。对此次增税效果的初步评估显示该举措带来了正面的影响。零售价增加之后，销量减少了，中国吸烟者的数量也减少了^[46,47]。但是，由于价格增幅依然很小，而卷烟依然是可负担得起的，限制了税收增加的潜在影响^[46]。有鉴于此，我们应该继续监测 2015 年增税对零售价格、卷烟消费、吸烟行为以及政府税收的影响，为出台符合《公约》要求的更强和更有效的税收政策提供明确证据，以降低卷烟可负担性和需求、同时增加税收收入。

无烟政策

《公约》第八条要求各缔约方采取有效措施防止人们暴露于烟草烟雾。第八条实施准则要求各缔约方在公约生效 5 年内，在室内公共场所、工作场所、公共交通工具及其他适当的公共场所内全面禁烟。该实施准则也为实现 100% 无烟环境设定了核心原则，包括对执法的监测和评估。

自《公约》批准以来，中国在实现室内禁烟方面取得了一定进展，但是与其他国家相比，其进展相对缓慢，二手烟暴露仍是一个棘手的公共健康问题。2010 年 GATS 调查结果表明，通常情况下，每 10 个中国成年非吸烟者中有 7 人每周至少有 1 次曾暴露于二手烟，每 10 人中有 6 人注意到其室内工作场所有吸烟现象^[16]。一项最近的荟萃分析总结了关于中国二手烟暴露的 46 项研究成果，该分析表明非吸烟者二手烟暴露的比例在 1995~2013 年为 48.7%，且在调查期间仍居高不下^[48]。城市地区的二手烟暴露比农村地区更加严重，但是男性与女性之间的二手烟暴露程度并没有显著差异。

在最近 10 年里，中国的几个城市开始带头实施公共场所无烟法规。根据 2015 年中国成人烟草调查，这些努力取得了一定的效果，与 2010 年 GATS 数据相比，在工作场所、公共交通、公共场所和家庭里的二手烟暴露程度有所降低^[15]。但是中国的二手烟暴露程度与其他国家相比依然非常高^[49]。

中国目前没有全国性的无烟法律，但是至少有 18 个城市实施了地方性无烟法规。然而在 2015 年之前，没有一个城市的法规完全符合《公约》第八条实施准则的要求，因为这些地方法规均未全面禁烟，且缺乏强有力的执法。对这些部分禁烟法规的效果分析显示，它们在降低二手烟暴露方面不如全面无烟法规有效^[49]。



2015年6月1日，北京的无烟法规正式生效。《北京市控制吸烟条例》是中国首部完全符合《公约》第八条要求的法规，也是中国史上力度最强的控烟法规。条例规定所有室内公共场所和工作场所及许多室外场所全面禁烟，并取消机场内的吸烟室。为了增强无烟法规的有效性，北京市还实施了以下几项措施：对违反规定的个人处以50~200元罚款，对违反规定的场所处以最高10000元的罚款。除了罚款，凡违反《北京市控制吸烟条例》被查处过3次以上的场所，其不良记录将在单位醒目位置和政府相关网站上公示。政府也设立了热线，方便公众举报公共场所吸烟的案例。初步报告显示，很多人在使用举报热线，这反映出了公众的支持。另外，有成千上万的志愿者报名通过举报违法行为的方式支持条例的执行。到2015年10月，志愿者人数已经超过11000名^[50]。

一项在北京无烟法规生效5个月前和1个月后的观察性评估研究表明，法规生效初期公众守法程度极高。在暗访的176个餐厅中，吸烟率从禁烟前的40%降到了禁烟后的15%，贴有无烟标识的餐厅比例从53%增加到了82%^[51]。但是只有不到一半的无烟标识根据法规要求提供了禁烟热线号码，餐厅经营者在看到吸烟行为时也并没有制止，这说明有必要加大执法力度^[51]。一项2016年的研究更进一步证明了北京的无烟法规对减少公众场所吸烟有积极影响。在该无烟法规实施1年后，吸烟者过去30天在一系列室内场所和工作场所看到吸烟的比例大幅下降。其中，餐厅内的吸烟率下降幅度最大——从2014年的65.3%下降至2016年的32.5%^[33,260]。吸烟者报告吸烟率在室内工作场所（2014年为35.7%，2016年为20.0%）、中小学校（2014年为33.4%，2016年为19.1%）、政府大楼（2014年为19.9%，2016年为10.8%）和医疗机构（2014年为13.4%，2016年为6.2%）也显著下降。酒吧和夜总会内吸烟率最高，从2014年至2016年仅小幅降低（2014年为89.1%，2016年为80.3%）。

北京的无烟法规为其他城市树立了榜样，而且极有可能推动全国无烟法律的实施。2016年11月，上海通过了重新修订的《上海市公共场所控制吸烟条例》，于2017年3月1日生效^[52]。新版的无烟法规规定包括室内工作场所和公共交通在内的所有室内公共场所100%全面禁烟。但是，该条例包含一项例外规定：“因特殊情况设置的室内吸烟室的具体要求，由上海市人民政府作出规定”。按照《公约》第八条要求的，如果希望拥有完全无烟且并无任何例外的无烟法规，此规定最好永远不要被使用^[53]。同时，深圳于2017年1月1日全面实行了其全面无烟法规，在中国其他地方通过更严格无烟法规的势头也越来越大。

在国家层面上，2014年11月，国务院颁布了《公共场所控制吸烟条例（送审稿）》。该条例拟议在公共场所、工作场所和公共交通全面禁烟，且无任何例外。该送审稿的立法优先级别从2015年国务院立法工作计划预备项目上升到了2016年工作计划内力争完成的项目。虽然将此项全国性条例纳入国务院立法工作计划使之离此出台更进一步，但是直到撰写本报告时，全面禁烟的法律尚未出台。

健康警示

《公约》第十一条要求各缔约方采取和实施有效的包装和标识政策。2008年通过的《公约》第十一条实施准则规定更为严格，要求各缔约方应在烟盒（包括正面和背面）使用大而显眼的图形警示，覆盖主要可见部分至少50%的面积，并定期轮换。

2009年1月之前，中国的健康警示标识很小，位于烟盒侧面，并只有一句话：“吸烟有害健康”。2008年10月，中国宣布将于2009年1月增大文字警示。但是，这些警示并不符合《公约》第十一条实施准则的多项要求。修改后的健康警示仅覆盖烟盒正反面的30%且位于底部，而《公约》建议覆盖正反面的50%并位于烟盒顶部。

2009年警示标识包含两条笼统但意思大致相同的信息：“吸烟有害健



康”和“戒烟可减少对健康的危害”。烟盒背面的警示全部使用英文而不是中文。一项 ITC 研究表明，4 个城市中，只有 10% 的成年吸烟者可以读懂该英文警示^[54]。

2011 年 8 月，中国烟草总公司宣布进一步调整烟盒健康警示。自 2012 年 4 月起，在中国境内生产和销售的卷烟必须使用新的文字健康警示。新的警示字体必须为原来的 2 倍（高度不低于 4 毫米）。同时，按照《公约》对健康警示为国家官方语言的建议，将背面所有英文警示改为中文。但是，警示依然只占烟盒正面及背面面积的 30%，也没有使用清晰可见并轮换的图形警示。中国的警示标识仍与《公约》第十一条的最低要求相去甚远。

2014 年 11 月，鉴于中国健康警示效果不佳，中国政府在国家无烟条例征求意见稿中提出要在烟草包装上使用图形健康警示，且警示至少覆盖烟盒的一半面积。但是，国家烟草专卖局副局长在 2016 年 3 月的全国人民代表大会上反对此政策，强调在烟盒上印图形警示不符合中国传统文化^[55]。2016 年 10 月开始，在中国境内生产和销售的卷烟必须含有与之前警示信息相似的三条警示中的一条（“吸烟有害健康，请勿在禁烟场所吸烟”，“早戒烟有益健康，戒烟可减少对健康的危害”和“劝阻青少年吸烟，禁止中小学生吸烟”）。警示标识的大小略有增加，改成覆盖烟盒包装正反面的 35%，这一改变仍远低于《公约》建议的 50%。同时，警示文字的大小从 4 毫米增加到了 4.5 毫米^[56]。

淡味 / 柔和产品描述

《公约》第十一条也要求各缔约方禁止使用有欺骗性的烟草产品包装标识，禁止“直接或间接制造某一烟草制品比其他烟草制品危害小的虚假印象”^[57]，使用包括“低焦油”、“淡味”、“超淡味”或“柔和”等描述性语言。中国于 2006 年开始禁止使用这些描述。但是，烟草业仍使用其他的手段来营销低焦油卷烟，如不断降低焦油最高限量^[58]。

研究表明中国公众普遍认为“淡味”或“低焦”卷烟危害更小。2010 年，GATS 发现大部分中国公众依然对“低焦”和“低害”有着错误的认识，只有 14% 的受访者知道低焦烟与普通烟的危害相同^[16]。2015 年中国成人烟草调查结果显示，中国公众对于“低焦”烟的危害仍然缺乏正确认识，有 75.5% 的受访者无法正确回答出低焦是否等于低害的问题^[15]。

2009 年 ITC 中国调查结果也显示了吸烟者的自身感官认识对认知烟草危害的重要性，其中认为所抽品牌卷烟刺激较小的吸烟者也更容易认为这些品牌的危害更小^[58]。在中国，卷烟品牌刺激变小主要是由于有些卷烟增加了滤嘴通风性，烟草公司通过这种技术来降低卷烟焦油含量。所以，根据《公约》第十一条的建议，应该在烟盒上取消与焦油含量等产品成分及排放有关的信息。

教育、交流与公众意识

根据《公约》第十二条规定，各缔约方有责任通过教育、交流和培训的手段促进公众对烟草控制问题的认识，包括烟草消费对健康所造成危害、戒烟的益处以及如何获得烟草业相关信息。

中国根深蒂固的吸烟文化是增强公众对吸烟危害认识的一大障碍。直到最近，中国很少有国家层面上提升公众对吸烟危害认识的持续行动。因此，与其他国家相比，中国公众对由吸烟所带来的特定健康危害的认知水平较低。2010 年 GATS 结果表明，只有 23% 的中国成年人相信吸烟能引发脑卒中、心脏病和肺癌^[16]。



根据2015年的中国成人烟草调查,和5年前相比,有更多的中国公众意识到了二手烟带来的危害:64.6%的公众知道二手烟会导致肺癌,41.7%的公众知道二手烟会导致心脏病,65.2%的公众知道二手烟会导致儿童肺部疾病^[15]。但是,同期公众对吸烟危害的认知并没有明显增加。尽管80%的公众知道吸烟会导致肺癌,只有31%知道吸烟可导致脑卒中、42.6%知道吸烟可导致心肌梗死、19.7%知道吸烟会导致勃起功能障碍。

通过大众传媒的宣传教育行动能有效教育公众、降低吸烟的社会接受度、减少开始吸烟的情况,对于减少青少年开始吸烟尤其有效。尽管ITC中国调查显示在2006~2009年间,仅有较小比例的公众接触到反烟宣传,但是从多种渠道接触到此类宣传的公众更有意愿戒烟^[59]。这一结果一方面说明了在中国进行控烟教育宣传的重要性,另一方面也说明我们还有更多的工作要做。

自2008年以来,中国定期在全国和地方大众媒体上进行反烟宣传。例如,在全国范围内,中国每年都配合“世界无烟日”的主题,在大众媒体上开展反对吸烟的宣传活动。

2008~2010年间,世界肺健基金会利用大众传媒,在各地增强公众对吸烟危害的意识,其中包括北京的“海绵”运动以及以电视和海报的形式在多个城市开展的“送烟就是送危害”宣传,以抵制送烟的风俗。该活动有效增强了人们对吸烟危害的知识,降低了用烟送礼的接受程度^[10]。

媒体宣传活动也被用于增强公众对中国控烟法律的认识,例如在2008年无烟奥运中的北京出台的限制吸烟新法规。新探健康发展研究中心也于2011年发起了一个创新性宣传,即提倡在中国使用图形警示,该宣传范围广泛并取得了公众强有力的支持^[60]。

直到最近,中国很少有国家层面上提升公众对吸烟危害认识的持续行动。因此,与其他国家相比,中国公众对由吸烟所带来的特定健康危害的认知水平较低。



在中国，社交媒体也是促进健康宣传的一种形式。中国原卫生部（2013年成为中国国家卫生和计划生育委员会）于2011年成立的中国健康教育中心开展了中国首个政府主导的控烟宣传，利用社交媒体新浪微博发布关于吸烟危害的信息，并鼓励戒烟。对此次宣传的效果分析表明，含有吸烟危害和自我效能内容的微薄增强了网上的互动性（如评论、分享和点赞）^[61]。2014年5月，由中国国家卫生和计划生育委员会赞助的反对吸烟广告“支持公共场所禁烟，为自己，为他人！”也使用了社交传媒的形式。该广告在中央和地方电视台上持续播放，也在微信、微博等新媒体和户外广告牌上宣传了1个月。而在2015年6月北京全面无烟法规实施前后，北京以多种媒体形式（如户外、社交媒体和大众传媒）面向城市和农村地区的居民进行了教育宣传。

另外，中国也通过报告和改变吸烟的社会规范等形式的开展教育宣传。2012年5月30日，中国卫生部（现为中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会）发布了其第一份关于吸烟危害的正式报告——《中国吸烟危害健康报告》。该报告使用了中国及国际研究的科学证据，描述吸烟和二手烟的危害^[62]。报告发布后，新组建的国家卫生和计划生育委员会发布了后续信息，如基于原卫生部研究报告的《控烟知识初级读本》和《控烟健康教育核心信息》^[63]。

2013年12月，中国共产党中央办公厅和国务院办公厅联合发布了《关于领导干部带头在公共场所禁烟有关事项的通知》，禁止政府官员在公共场所吸烟及使用公费购买卷烟，以此为大众做出积极的带头作用^[64]。

这些努力显示出中国政府和公众越来越多地支持更强有力控烟行动，也为未来更多的改观奠定了基础。

烟草广告、促销和赞助

《公约》第十三条要求各缔约方实施有效措施禁止烟草广告、促销和赞助（TAPS）。《公约》第十三条实施准则建议全面（或尽可能全面地限制）禁止烟草广告、促销和赞助，包括禁止具有跨国影响的广告、促销和赞助，禁止在销售点展示烟草制品，禁止使用自动售烟机或网络销售烟草制品，以及禁止使用诱人的包装或突出产品特色。

事实充分证明了烟草广告、促销和赞助对烟草使用的影响。有证据表明，接触烟草广告、赞助和促销会促进烟草消费，而全面禁止烟草广告、促销和赞助能减少烟草使用，部分禁止则效果不佳甚至没有效果^[65,66]。



2015年9月开始，禁止向未成年人发布任何形式的烟草广告，禁止在大众传媒、公共场所、交通工具上发布烟草广告。禁止烟草品牌的变相广告。

在2015年之前，只有一个城市（深圳）实施了全面禁止烟草广告、促销和赞助的禁令，中国尚没有禁止烟草广告、促销和赞助的全国性法规^[41]。中国烟草产品广告受1991年《中华人民共和国烟草专卖法》和1994年《广告法》的管制，这两部法律禁止在电视、报纸、期刊上发布直接的烟草广告，但是并没有禁止在户外、零售点和网络上发布广告，这使烟草公司仍能够通过广告牌或网络广告等方式使用赞助和促销，继续在市场上营销^[67]。中国烟草公司还会在其包装上印有显示中国地标和文化标志的图片，以达到利用中国地标和文化标志来进行品牌宣传和营销的目的^[4]。

在之前的法律规定下，公众依然暴露于大量直接和间接的烟草广告之下。根据2010年GATS结果表明，中国大约有20%的成年人在过去30天内注意到某种形式的烟草广告、促销和赞助，暴露程度在青年人（15~24岁男性）中尤其高，为39%^[16]。2012年一项对6个国家学龄前儿童的烟草营销研究表明，中国5~6岁儿童最容易识别出至少一个卷烟品牌的商标，比例为86%^[68]。中国儿童更容易在媒体上看到烟草广告、促销和赞助的信息与其识别出卷烟品牌标识的可能性是呈正相关的，这也与吸烟意愿的程度呈正相关^[68]。

近年来，中国实施了新的烟草广告、促销和赞助限制法规，例如2011年，新法规严格限制在电影、电视剧中出现吸烟的镜头；2012年的《中国烟草控制规划》表达了加强中国现有烟草广告、促销和赞助禁令的决心^[69]。2015年4月，新《广告法》通过，并于2015年9月生效。这部新法禁止在大众传媒、户外场所、公共场所、交通工具上发布烟草广告，禁止向未成年人发布任何形式的烟草广告，禁止烟草品牌的变相广告^[3]，同时也加大了对违法的惩罚力度。但是在新的法规中，并没有明确定义什么是公共场所，此漏洞给烟草公司提供了潜在便利^[70]。

另一部新法律也对烟草广告、促销和赞助进行了限制，即全国人民代表大会于2016年3月通过的《中华人民共和国慈善法》。该法于2016年9月1日正式生效，规定任何组织和个人不得利用慈善捐赠违反法律规定宣传烟草制品。但是，该规定并没有明确禁止烟草公司以其他形式以赞助慈善活动、教育行动或免费诊所以及其他筹款活动进行捐赠^[71]。《互联网广告管理暂行办法》也禁止在互联网上推广烟草制品，该规定于2016年9月生效^[259]。

戒烟与治疗

《公约》第十四条要求各缔约方实施更有效的措施来鼓励戒烟，包括烟草依赖诊断、咨询、预防和治疗，以及推广方便、优惠的治疗方式。《公约》第十四条实施准则推荐了广泛的干预手段，如人群干预，以及在资源允许的情况下，实施更强有力的各种个人干预手段。实施准则为中低收入国家全面的戒烟和治疗战略所需的基础设施提出了“阶梯式建设方案”。

最近一项针对全国吸烟率变化趋势、历时超过 14 年的队列研究发现，与 2006 年 9% 的男性吸烟者戒烟相比，男性戒烟率有所上升，但是依然很低^[24]。该研究也表明尽管自 20 世纪 90 年代开始，烟草导致的死亡率不断上升，但是对戒烟者而言，死亡的风险降低，且死亡风险也随戒烟时间的延长而进一步降低。所以，中国需要采取更有效的措施来推动戒烟，以此降低过早死亡和残障。



中国的戒烟项目非常少，而且几乎没有针对吸烟者戒烟进行相关因素的研究。尽管医生的戒烟建议能有力地推动吸烟者戒烟，但是 2015 年中国成人烟草调查发现，中国只有 58% 的医生会建议吸烟的病人戒烟，而这个比例在 2010 年的 GATS 中只有 33%^[15,16]。2013~2014 年 CCATS 结果显示，在 14 个城市中，吸烟者得到医生戒烟建议的比例为 42%~70%^[33]。

中国于 1996 年开始举办“中国国际戒烟竞赛”。到 2006 年，这项竞赛已经扩展到了 31 个省，有近 13 万吸烟者参加^[72]。有些城市已经建立了戒烟门诊和戒烟热线，如首都医科大学附属北京朝阳医院的戒烟热线。2009 年，前卫生部 and 世界卫生组织一起，设立了首个全国戒烟热线。2015 年，在国家卫生和计划生育委员会的支持下，另一个全国戒烟热线也被启动。2014 年，一个试验性的非营利公共卫生热线为公众提供戒烟服务，该热线现扩展到了所有省份，全国 31 个省份中有 28 个能获得该服务，覆盖了超过 10 亿的人口^[73]。尽管中国提供了这些戒烟服务，但是公众使用率非常低，很多诊所被迫关门^[25,74]。同时，戒烟治疗药物目前不包括在全国医疗保险范围内，对很多人来说价格太高^[75]。

国家卫生和计划生育委员会发布了多条关于医生和医院增加戒烟服务的通知。根据前卫生部 and 全国爱国卫生运动委员会 2008 年颁布的《无烟医疗卫生机构标准》的要求，所有的无烟医院必须提供戒烟服务医生和戒烟热线^[76]。2014 年 1 月，国家卫生和计划生育委员会发布了行政通知，要求进一步加强控烟和《公约》的履约工作。该通知要求卫生计生机构建立首诊询问吸烟史制度，将其纳入病历考核标准，为吸烟病人提供戒烟指导和服务^[77]。2015 年 5 月，《中国临床戒烟指南（2015 年版）》出版，用来指导医疗人员治疗病人的烟瘾^[78]。

另外，国务院 2014 年起草的无烟法案中包括帮助吸烟者戒烟的措施，例如通过电话服务提供戒烟建议，以及为医疗机构中的就诊病人提供简短戒烟干预。如果资源允许，医疗机构可以提供戒烟门诊和专业的戒烟服务。

尽管中国提供了一些戒烟服务，但是吸烟者使用率非常低。中国需要采取更有效的措施来推动戒烟，以此降低过早死亡和残障。

ITC 调查方法

概述

ITC 项目是一项在超过 28 个国家开展的国际性研究，参与国家包括加拿大、美国、英国、澳大利亚、爱尔兰、泰国、马来西亚、中国、韩国、新西兰、墨西哥、乌拉圭、法国、德国、荷兰、巴西、毛里求斯、孟加拉国、不丹、印度、肯尼亚、赞比亚、西班牙、罗马尼亚、希腊、匈牙利、波兰和阿布扎比（阿拉伯联合酋长国）。

ITC 项目主要目的是对《公约》相关的国家控烟政策的社会心理和行为效应进行严谨的评估。ITC 项目的大规模前瞻性队列调查针对世界上 50% 以上的人口、60% 以上的吸烟者和 70% 以上的烟草使用者所在国家的《公约》政策。各国 ITC 调查包括相同或者功效相同的所有《公约》政策领域的关键指标，从而方便跨国间的比较。ITC 项目还利用“自然实验”的设计对控烟政策进行效果评估：当一个 ITC 国家实施了一项控烟政策时，ITC 调查比较该国实施此政策前后的效果，找出与该政策相关变量的变化，并与其他没有此政策变化的国家进行比较。这种研究设计的内在效度极高，对政策可能产生效果的判断更精确。有关概念模型的描述和 ITC 项目的目标，详见 Fong 等人的研究（2006 年）^[79]；有关调查方法的描述，详见 Thompson 等人的研究（2006 年）^[80]。

ITC 项目中国调查：第一轮至第五轮

2006 年，加拿大滑铁卢大学和中国疾病预防控制中心（中国 CDC）合作开展了 ITC 项目中国调查。ITC 项目中国调查研究方法与在其他国家开展的调查相似，旨在系统评估控烟法规对吸烟者社会心理以及行为的影响，为《公约》相关政策提供循证依据，并系统评估控烟政策效果。

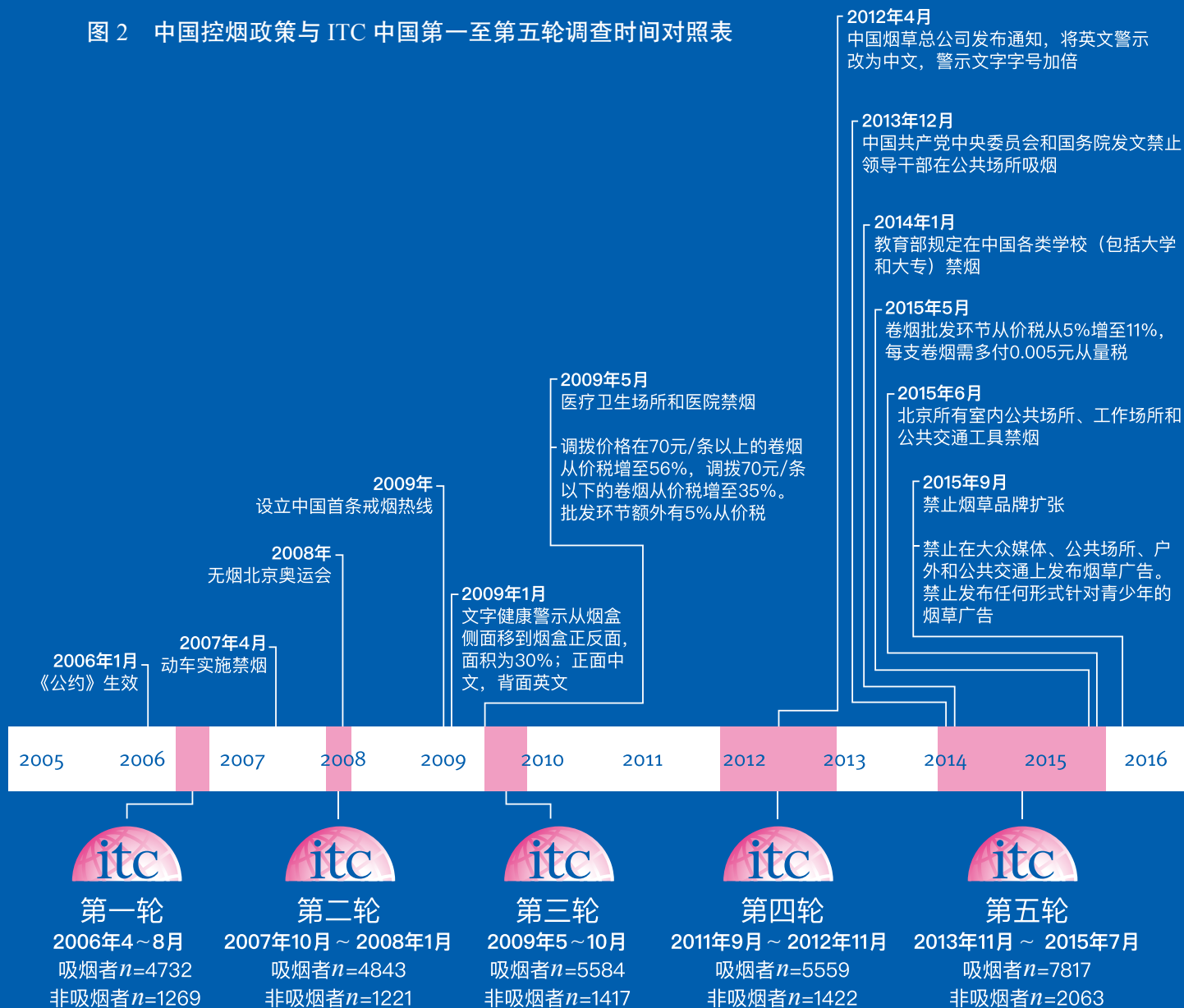
与所有 ITC 项目调查一样，ITC 项目中国调查根据中国控烟的特殊环境设计出了问题。例如，在 ITC 第一至第三轮调查中包含了一组关于“中国国际戒烟竞赛”的问题（针对吸烟者和非吸烟者）。第二轮针对吸烟者调查中，询问了关于酒精消费的问题。第三轮针对吸烟者的调查中，询问了送烟的问题。在第四轮和第五轮，更详细地询问了吸烟者和非吸烟者关于送烟、电子烟使用和无烟法规的问题。

ITC 项目中国调查第一轮（2006 年）于《公约》在中国生效后不久（2005 年 10 月批准，2006 年 1 月生效）展开。ITC 项目中国调查第二至第五轮（2007~2015 年）在几项新的烟草控制政策实施期间展开。这些政策包括两轮纯文字健康警句修订（2009 年 1 月和 2012 年 4 月）、一些城市餐厅和工作场所部分禁烟（2008~2010 年）和增税（2009 年 5 月），第五轮调查的开展适逢 2015 年 5 月的增税和 2015 年 6 月北京无烟法规实施^{iv}。图 2 显示了中国控烟政策与 ITC 中国调查时间对照表。



iv. 北京 2015 年 6 月无烟法规于第五轮调查后生效，而绝大部分调查在 2015 年 5 月增税前完成，所以这些法规的影响未被评估。

图 2 中国控烟政策与 ITC 中国第一至第五轮调查时间对照表



抽样设计

ITC 项目中国调查是针对中国吸烟者和非吸烟者（18 岁或以上）进行的前瞻性队列（纵向追踪）研究，数据收集采用面对面的调查方式。ITC 中国项目调查研究方法的详细描述可参考 Wu 等人的研究（2010 年和 2015 年）^[81,82]。有关抽样设计、抽样权重的建设和随访率的更多信息，请参见 ITC 中国项目技术报告，网址：www.itcproject.org^[83-87]。

ITC 项目中国调查具体由中国疾病预防控制中心的成员和调查所在地区的疾病预防控制中心执行，但昆明的调查是由云南省健康教育所完成。ITC 项目中国调查第一至第四轮在中国的 6 个城市进行：北京、长沙、广州、上海、沈阳和银川。昆明自第三轮开始加入调查，成为参与中国调查的第 7 个城市。第五轮调查进一步扩展到其他城市，以了解政策效果是否因地区有所差别，尤其是是否需要在资源贫乏的农村地区采取更强有力的行动。因此，第五轮调查包括 5 个城市（北京、广州、昆明、上海和沈阳）和 5 个新的农村地点（长治、湖州、铜仁、伊春和西宁），其中 4 个城市位于

烟草制造省份。参与第五轮调查的 10 个地点是根据其地域、经济发展、对烟草经济的依赖程度和烟草使用方面的广度和多样性挑选而来。

ITC 中国调查第一轮共有 4732 名成年吸烟者和 1269 名非吸烟者参与。第二至五轮调查的研究样本包括前几轮的队列参与者，以及新招募的受访者（补充样本）以补充流失的受访者。在第五轮，研究样本还包括来自 5 个农村地区的 4971 名新的受访者（如上所述）。表 1 总结了第一至第五轮吸烟者和非吸烟者的随访率。

表 1 ITC 项目中国调查第一至第五轮随访率

	<i>n</i>	随访率 (%)
吸烟者		
第一轮	4732	—
第二轮	4843	83.0
第三轮	5584	81.0
第四轮	5559	66.4
第五轮	7817	72.3*
非吸烟者		
第一轮	1269	—
第二轮	1221	84.0
第三轮	1417	82.6
第四轮	1422	77.6
第五轮	2063	80.3*
合计		
第一轮	6001	—
第二轮	6064	83.2
第三轮	7001	82.6
第四轮	6981	68.7
第五轮	9880	74.0*

* 第一至第五轮的随访率来自北京（第一至第五轮）、长沙（第一至四轮）、广州（第一至第五轮）、昆明（第三至五轮）、上海（第一至第五轮）、沈阳（第一至第五轮）和银川（第一至四轮）的 7 个城市的队列样本。

ITC 中国第一轮调查采用多阶段整群抽样法，以获得 6 个城市户籍居民中成年吸烟者和成年非吸烟者代表性的样本(图 3)^v。在每个城市内，首先使用依街道人口比例的概率抽样法抽取 10 个街道。在每个抽中的街道内再使用人口比例概率抽样法抽取 2 个居委会。在每个居委会内，以不放回简单随机抽样法进一步抽取 300 个住户并进行家庭登记。然后对这 300 个家庭进行随机排序，并按排序顺序对家庭成员中的成年吸烟者和非吸烟者进行调查，直到达到抽样数量（40 个成年吸烟者和 10 个成年非吸烟者）。由于中国女性吸烟率很低，为了增加样本中女性吸烟者的数量，在可能的情况下，在选中的每个住户中选择一名女性吸烟者为调查对象。如果调查对象在随后几轮调查中失访，则需要用其他随机抽取的调查对象替换（补充样本）。替换方法与第一轮调查的抽样设计相同。

第五轮调查中，使用了和第一轮调查相同的多阶段整群抽样法来获得 5 个新增农村地区户籍居民的成年吸烟者和非吸烟者的代表性样本。在昆明，由于拆迁和行政区域调整，6 个新选择的居委会代替了 6 个原有居委会。剩下来的 14 个原有居委会被保留。在铜仁，从碧江区所有 9 个乡镇中选择了 20 个村委会，然后通过简单随机抽样在每个村委会中抽取 350 户家庭进行登记。长治、湖州、伊春和西宁使用了同样的抽样方法，但是使用与人口成比例的概率法选择了 10 个乡镇，并在每个乡镇选择了两个村委会。在每个村委会，共计 300 户家庭被随机抽取并进行家庭登记。最终在这 300 户家庭中随机采访了 40 名成年吸烟者和 10 名成年非吸烟者。

图 3 ITC 项目中国调查第一至第五轮调查地区



第一至第五轮样本特征

吸烟者的定义为吸卷烟已经超过 100 支，且目前每周至少吸烟 1 次的受访者。

表 2 提供了 ITC 中国调查各轮各地点吸烟者和非吸烟者的样本数据。表 3 和表 4 总结了第一至第五轮调查样本的人口统计特征。

v. 在前两轮调查中，有第7个调查城市——郑州。但是由于该城市调查数据质量不够高，所以来自该城市的数据未包含在ITC中国总体调查数据中。

表 2 ITC 项目中国调查第一至第五轮调查样本

	第一轮 (n)		第二轮 (n)		第三轮 (n)		第四轮 (n)		第五轮 (n)	
	吸烟者	非吸烟者	吸烟者	非吸烟者	吸烟者	非吸烟者	吸烟者	非吸烟者	吸烟者	非吸烟者
城市地区										
北京	785	219	801	218	802	217	796	218	774	225
长沙	800	205	795	185	772	204	798	193	—	—
广州	791	226	833	211	829	206	798	216	783	223
昆明	—	—	—	—	801	195	793	201	804	205
上海	784	204	803	204	784	204	808	203	815	205
沈阳	781	200	799	198	788	199	790	195	684	191
银川	791	215	812	205	808	192	776	196	—	—
农村地区										
长治	—	—	—	—	—	—	—	—	804	200
湖州	—	—	—	—	—	—	—	—	799	201
铜仁	—	—	—	—	—	—	—	—	804	213
西宁	—	—	—	—	—	—	—	—	750	199
伊春	—	—	—	—	—	—	—	—	800	201
合计	4732	1269	4843	1221	5584	1417	5559	1422	7817	2063

表3 ITC项目中国调查第一至第五轮样本：吸烟者和非吸烟者人口特征

	吸烟者									
	第一轮		第二轮		第三轮		第四轮		第五轮	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
性别										
男性	4501	95.1	4589	94.8	5287	94.7	5260	94.6	7493	95.9
女性	231	4.9	254	5.2	297	5.3	299	5.4	324	4.1
年龄 (岁)										
18~24	56	1.2	46	1.0	95	1.7	77	1.4	199	2.6
25~39	792	16.7	766	15.8	1038	18.6	951	17.1	1430	18.3
40~54	2314	48.9	2352	48.6	2566	46.0	2429	43.7	3351	42.9
55+	1570	33.2	1679	34.7	1885	33.8	2098	37.8	2831	36.2
月收入 (人民币)										
<1000	925	19.6	794	16.4	549	9.8	282	5.1	477	6.1
1000~2999	2132	45.1	2199	45.4	2134	38.2	1565	28.2	1605	20.5
3000~4999	860	18.2	977	20.2	1584	28.4	1728	31.1	1601	20.5
5000~6999	299	6.3	357	7.4	617	11.1	921	16.6	1386	17.7
7000~8999	84	1.8	80	1.7	186	3.3	411	7.4	590	7.6
9000+	89	1.9	110	2.3	188	3.4	387	7.0	966	12.4
缺失	343	7.3	326	6.7	326	5.8	265	4.8	1192	15.3
教育程度										
没上过学	152	3.2	155	3.2	170	3.0	152	2.7	315	4.0
小学	468	9.9	433	8.9	491	8.8	456	8.2	1462	18.7
初中	1505	31.8	1515	31.3	1655	29.6	1659	29.8	2992	38.3
高中/技校	1593	33.7	1685	34.8	1889	33.8	1838	33.1	1823	23.3
大专	586	12.4	627	13.0	793	14.2	813	14.6	676	8.7
大学及以上	423	8.9	398	8.2	567	10.2	590	10.6	515	6.6

续表

	非吸烟者									
	第一轮		第二轮		第三轮		第四轮		第五轮	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
性别										
男性	515	40.6	477	39.1	547	38.6	534	37.6	700	33.9
女性	754	59.4	744	60.9	870	61.4	888	62.5	1363	66.1
年龄 (岁)										
18~24	54	4.3	48	3.9	64	4.5	59	4.2	113	5.5
25~39	258	20.3	238	19.5	291	20.5	302	21.3	409	19.8
40~54	509	40.1	489	40.1	515	36.3	518	36.5	803	38.9
55+	448	35.3	446	36.5	547	38.6	542	38.1	737	35.7
总收入 (人民币)										
<1000	238	18.8	173	14.2	115	8.1	52	3.7	163	7.9
1000~2999	594	46.8	611	50.0	587	41.4	454	31.9	414	20.1
3000~4999	237	18.7	247	20.2	440	31.1	473	33.3	368	17.8
5000~6999	71	5.6	76	6.2	161	11.4	223	15.7	387	18.8
7000~8999	19	1.5	21	1.7	26	1.8	85	6.0	149	7.2
9000+	16	1.3	18	1.5	25	1.8	83	5.8	247	12.0
缺失	94	7.4	75	6.1	63	4.5	52	3.7	335	16.2
教育程度										
没上过学	44	3.5	37	3.0	39	2.8	33	2.3	127	6.2
小学	108	8.5	106	8.7	125	8.8	104	7.3	413	20.0
初中	325	25.6	305	25.0	336	23.7	337	23.7	640	31.0
高中/技校	426	33.6	438	35.9	492	34.7	480	33.8	460	22.3
大专	230	18.1	205	16.8	237	16.7	273	19.2	231	11.2
大学及以上	136	10.7	122	10.0	173	12.2	183	12.9	184	8.9

表 4 ITC 项目中国调查第五轮样本：城市地区和农村地区吸烟者和非吸烟者的人口特征对比

	城市地区				农村地区			
	吸烟者		非吸烟者		吸烟者		非吸烟者	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
性别								
男性	3632	94.1	396	37.8	3861	97.6	304	30.0
女性	228	5.9	653	62.3	96	2.4	710	70.0
年龄 (岁)								
18~24	61	1.6	39	3.7	138	3.5	74	7.3
25~39	613	15.9	170	16.2	817	20.7	239	23.6
40~54	1564	40.6	388	37.0	1787	45.2	415	40.9
55+	1616	41.9	451	43.0	1215	30.7	286	28.2
总收入 (人民币)								
<1000	46	1.2	6	0.6	431	10.9	157	15.5
1000~2999	425	11.0	124	11.8	1180	29.8	290	28.6
3000~4999	916	23.7	224	21.4	685	17.3	144	14.2
5000~6999	998	25.9	300	28.6	388	9.8	87	8.6
7000~8999	460	11.9	128	12.2	130	3.3	21	2.1
9000+	696	18.0	186	17.7	270	6.8	61	6.0
缺失	319	8.3	81	7.7	873	22.1	254	25.1
教育程度								
没上过学	64	1.7	21	2.0	251	6.3	106	10.5
小学	264	6.8	82	7.8	1198	30.3	331	32.6
初中	1165	30.2	235	22.4	1827	46.2	405	39.9
高中/技校	1324	34.3	345	32.9	499	12.6	115	11.3
大专	569	14.7	196	18.7	107	2.7	35	3.5
大学及以上	462	12.0	165	15.7	53	1.3	19	1.9

ITC 项目中国调查内容

ITC 中国项目是由加拿大滑铁卢大学、中国疾病预防控制中心控烟办公室、澳大利亚维多利亚肿瘤所、美国罗斯维尔园肿瘤所以及纽约州立大学布法罗分校发起的。调查方法和问题主要来源于自 2002 年起在全球超过 25 个国家中进行的 ITC 调查的标准方案。在 ITC 中国调查中，吸烟者回答以下几类问题：

吸烟者回答以下问题

1. 吸烟行为与戒烟：吸烟史和频率、现阶段的吸烟行为和依赖性、品牌选择和购买、送烟以及戒烟行为；
2. 卷烟替代产品：对电子烟和中草药卷烟的认识和使用、使用原因以及对其危害的认识；
3. 有关吸烟的知识及想法：吸烟危害健康的知识、关于吸烟和戒烟的重要想法、对烟草相关疾病的风险和严重程度的认识；
4. 烟草控制政策：对《公约》降低需求的政策领域（烟盒健康警示、价格 / 税收、广告 / 促销、无烟法规、淡味 / 柔和等描述语）的认知、影响和相关想法；
5. 其他重要的社会心理预测变量：有关吸烟行为和其他潜在的调节变量（如态度、规范性想法、自我效能和戒烟打算）；
6. 与吸烟相关的个体差异变量：如抑郁、压力和时间观；
7. 人口特征：如年龄、性别、婚姻状况、教育程度和职业。

非吸烟者要回答除吸烟和戒烟以外的其他问题。ITC 中国调查问卷从英文问卷开始设计，然后翻译为中文以便进行面对面调查。成年吸烟者完成调查的时间约为 30~40 分钟，而成年非吸烟者的调查时间为 15 分钟。完整的调查问卷可以在 ITC 项目网站上获取，网址为：www.itcproject.org

抽样次数效应

ITC 中国调查的纵向跟踪特性决定了这项调查可以测量控烟政策实施前后中国吸烟者的行为变化。在 ITC 中国第一至第五轮调查实施的 9 年中，跟其他所有纵向跟踪调查一样，调查对象必然会发生失访。为保持足够的样本量，该调查在第二至五轮中进行了样本补充。所以，在第二至五轮中，受访群体是由不同调查阶段参与进来的受访者组成的。例如，第三轮被调查对象中有 3142 名吸烟者及戒烟者完成了全部三轮调查，有 783 名吸烟者和戒烟者完成了两轮调查（有的完成了第二轮和第三轮调查，有的完成了第一轮和第三轮调查），还有 1660 名吸烟者只完成了一轮调查（即第三轮调查中新招募的补充样本）。样本的构成非常重要，因为研究表明，对调查问题的回答与被调查对象完成调查的轮数密切相关。新招募的受访对象与之前完成过一轮的受访对象对问题的回答存在差异，而完成过一轮调查的受访对象与完成了之前两轮调查的受访对象之间同样存在差异。这样的现象被称为“抽样次数效应”且在其他国家的 ITC 调查中也已发现^[88-91]。接下来，我们将描述调整抽样次数效应以及其他可能的混淆因素的方法。

分析方法

在评估政策相关变量随时间的变化时，我们使用了 ITC 中国调查全部五轮的数据（特别注明的除外）。戒烟者仅在评估指标与之密切相关时才被纳入分析。全部五轮吸烟者的分析数据包括 14158 名吸烟者的 27040 个观察数据。在这 27040 个观察数据中，第一轮有 4732 个，第二轮有 4626 个，第三轮有 5210 个，第四轮有 5080 个，第五轮有 7392 个。

对多轮调查中重复提出的问题，且该问题在数据中的变量（应变量）为分类变量的数据，我们采用复杂调查逻辑回归分析方法（由广义估计方程拟合），用以估计标准化的或混淆变量（协变量）调整后的，随时间变化的描述性统计值（比例）。协变量包括性别、年龄段、吸烟状态、调查轮次以及抽样次数（调查对象参与调查的次数随调查时间而变化）。我们感兴趣的结果变量则作为应变量。回归模型中同样考虑了抽样设计中的分层和聚类信息，每轮的重复调查效应，以及调查权重。由逻辑回归模型得出的参数值可得到应变量经过协变量调整后的百分比。协变量的调整是根据所有一到五轮整体的数据分布决定的。这一方法称作描述性统计量的逻辑回归调整。与此类似，如果应变量为连续变量，我们采用复杂调查线性回归模型进行调整。这种方法可直接类比于在流行病学和人口统计学中对两组或更多组人口的死亡率进行比较时的年龄调整^[92]。

值得注意的是，预测的平均值（百分比）与纳入模型的混淆变量（或协变量）密切相关。在本报告中，除非另有说明，预测值都经过了协变量的调整，包括性别、年龄组、吸烟状况（如每日吸烟者、非每日吸烟者，在适当情况下也包括戒烟者）、轮数和抽样次数效应。因为抽样次数对调整后的结果影响最大，这一估值被称为抽样次数调整值。所以，这些抽样次数调整值有助最好地了解 ITC 中国五轮调查中给定变量随轮次演变结果的数值。在本报告中，除非另有说明，调整后的估计值用于所有的表格中，用以代表各轮之间的变化。分析中，未调整的均值及调整后的均值均使用 SAS9.4 和 SUDAAN11.0.1 得出。

除非另有说明，我们仅对 ITC 中国第一至第五轮城市的吸烟者进行纵向分析（不包括在第五轮增加的农村地区）。只有第五轮的结果包含城市和农村受访者。

在跨国比较中，因为各国样本在构成上有差别，我们使用了同样的调整方法。多国比较中包含吸烟者和戒烟者（仅在适用时包括），并控制了包括年龄、吸烟状态（每日吸烟和非每日吸烟）以及抽样次数的变量。由于各国女性吸烟者的分布差异较大，本报告的多国比较仅使用了男性吸烟者和戒烟者数据。孟加拉国、印度、肯尼亚和赞比亚的吸烟者包括卷烟吸烟者和使用其他烟草产品的吸烟者，如比迪（特别注明的除外）。值得注意的是，由于调整方法的差异，在跨国比较中显示的中国第五轮的比例可能与本报告提供的第五轮调查结果略有不同。

结果

吸烟行为、信念和看法

中国是全球最大烟草生产国和消费国，有 3 亿多烟民。尽管中国女性吸烟率很低，仅为 2.7%，但是男性吸烟率为世界最高的几个国家之一，为 52.1%^[15,16,93]。烟草造成的死亡总人数预计将从 2010 年 100 万人增加至 2030 年 200 万人，2050 年将进一步增加至 300 万人^[24]。

《公约》要求各缔约方采取措施，预防和减少烟草消费，并监测烟草使用的规模和模式，以保护公共健康。ITC 中国调查第一至第五轮列入了几种评估烟草使用行为的测量指标，例如卷烟消费、使用“低害”卷烟、以及使用尼古丁传送系统替代品，如电子烟。ITC 调查还测量了吸烟者对吸烟的态度和想法，包括对成瘾性的认识、对开始吸烟的后悔、对吸烟的看法及对吸烟所带来伤害的认识。

每日吸烟量

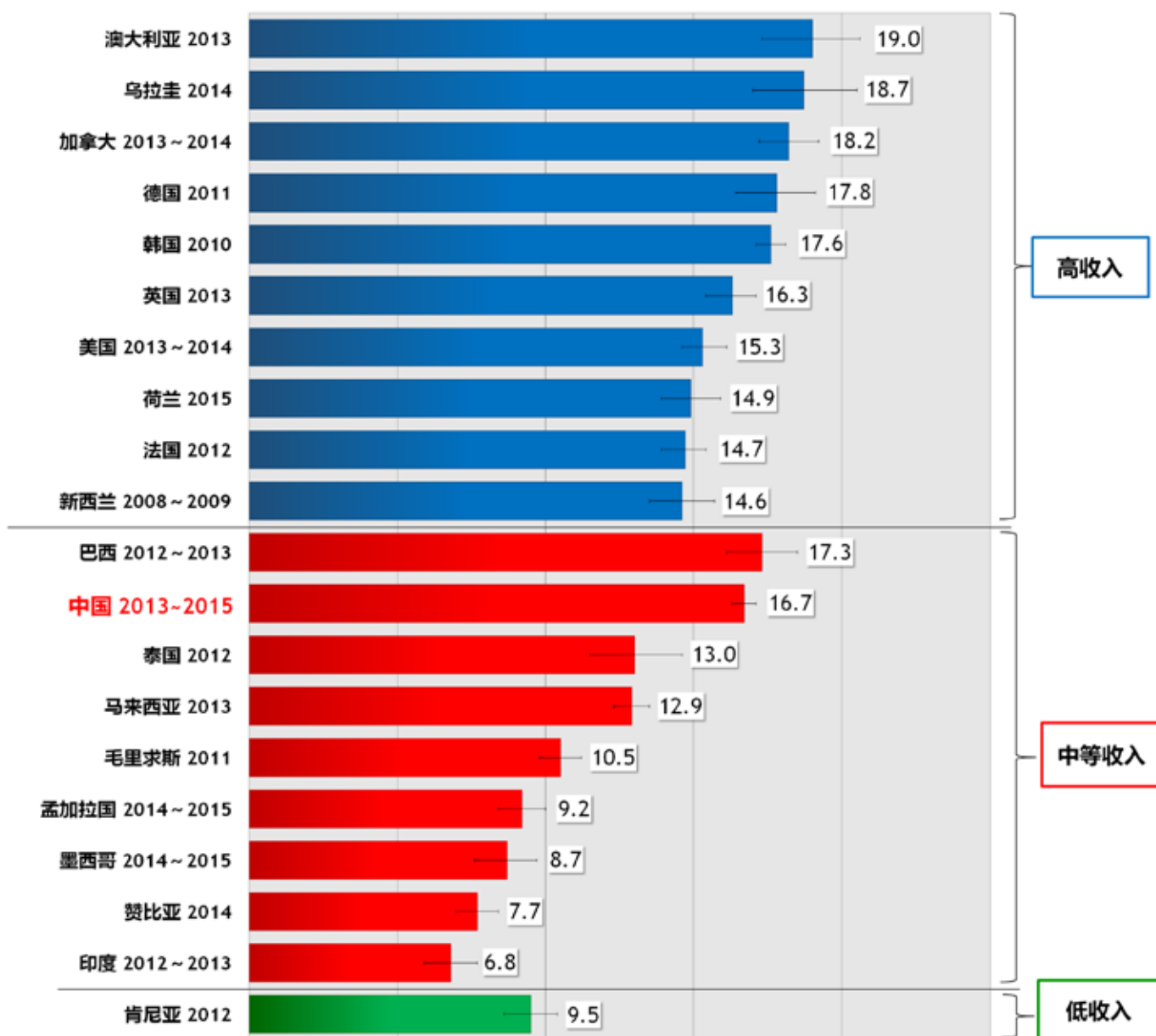
中国绝大多数吸烟者都是每日吸烟者。在第五轮，93%的男性吸烟者和87%的女性吸烟者报告每天吸烟。在男性每日吸烟者中，每天吸烟的平均数为 17 支。与其他中低收入国家的男性吸烟者相比，中国男性吸烟者的平均每日吸烟量较高。在第五轮，中国男性吸烟者每日吸烟数量在 10 个 ITC 中低收入国家中排名第二高（图 4）。

在烟草使用形式多样的中低收入国家中——如吸烟（卷烟、比迪、水烟）及使用无烟（khaini、gutka、含有烟草的槟榔）烟草——平均每日吸烟量可能较低。例如，GATS 调查估计显示，印度 1/3 的男性吸烟者使用无烟烟草（33%）^[94]。ITC 数据显示，无烟烟草是参与调查的四个邦最常使用的烟草制品（从西孟加拉邦的 52% 到马哈拉施特拉邦的 84%）⁹⁵。ITC 数据还显示，以下国家中接近 1/4 的男性烟草使用者使用无烟烟草：肯尼亚（24%）^[96]、孟加拉国（20%）^[97]和赞比亚（18%）^[98]。但是，除印度以外，这些国家中有烟烟草的使用率仍大于无烟烟草。这突出了实施适用于所有形式有烟和无烟烟草制品的有效控烟政策的重要性。在中国，绝大多数烟草使用者吸卷烟，且每日吸烟数量较高，需要更强有力的政策来抑制高卷烟消费水平。

总体而言，第五轮农村地区吸烟者平均每日吸烟量显著高于城市地区吸烟者（农村为 18.4 支，城市为 15.9 支）。在城市中，广州（17.3 支）吸烟者每日吸烟量最高，其次是沈阳（16.1 支）和上海（15.8 支），北京（15.4 支）和昆明（15.3 支）最低。在农村地区，与长治（17.6 支）、西宁（17.4 支）和伊春（17.3 支）相比，湖州（20.0 支）和铜仁（19.4 支）吸烟者的每日吸烟量较高。



图 4 不同国家男性每天吸烟者^{*} 平均每天吸烟支数



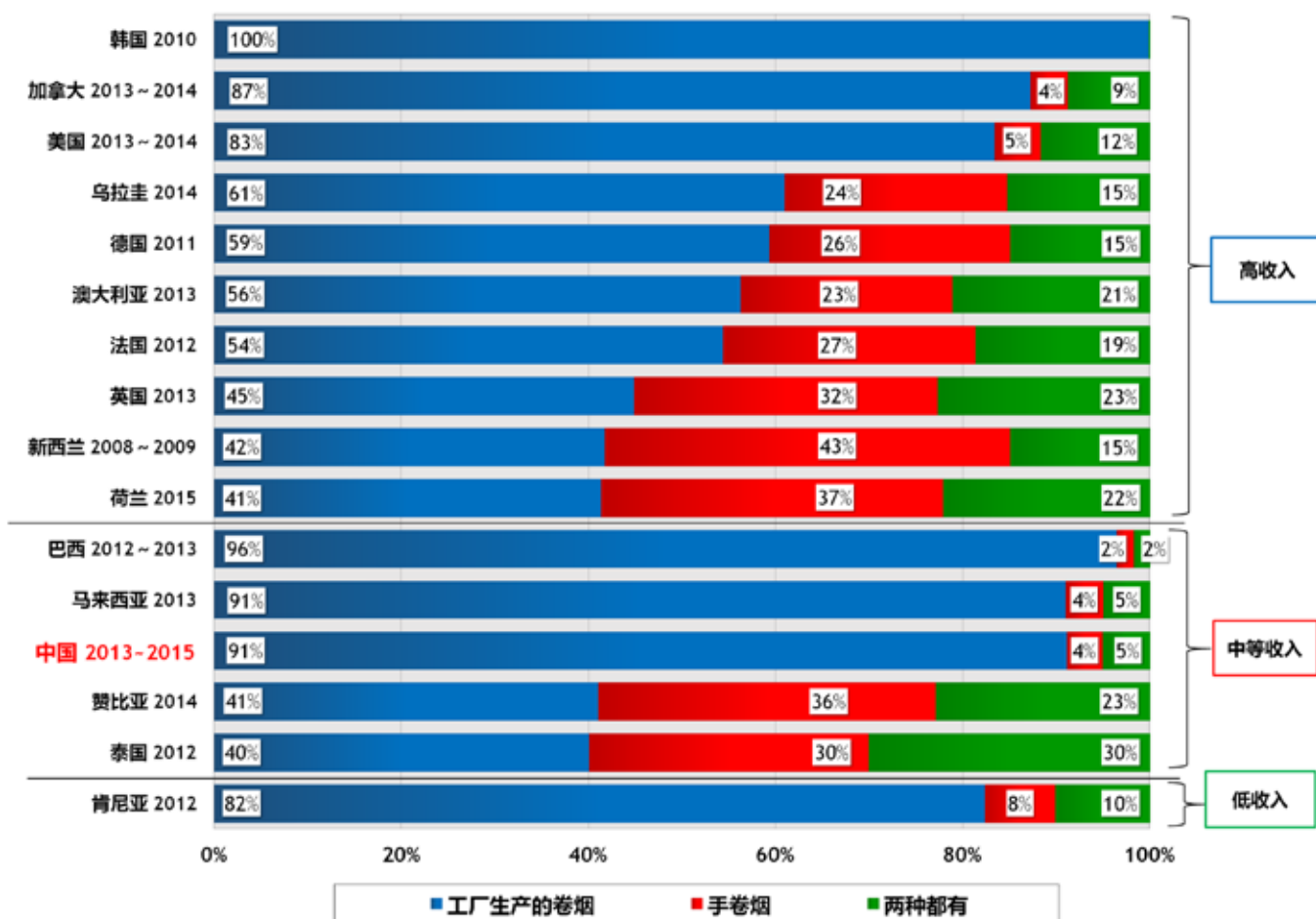
* 对于该变量，所有的结果根据各个国家抽卷烟的吸烟者抽烟量测量而来（不包括孟加拉国、印度、赞比亚和肯尼亚抽多种烟草产品的吸烟者）

工厂生产的卷烟和手卷烟的使用情况

在第五轮，89%的吸烟者只吸工厂生产的卷烟，6%的吸烟者既吸工厂生产的烟，也吸手卷烟，只有5%的吸烟者只吸手卷烟。

与其他 ITC 国家相比，中国机制卷烟的吸烟率非常高。在 16 个 ITC 国家中，中国（和马来西亚）吸烟者只吸机制卷烟的比例为第三高（91%），仅次于韩国（100%）和巴西（96%）（图 5）。

图 5 不同国家男性吸烟者吸工厂生产的卷烟、手卷烟或两种都吸的比例

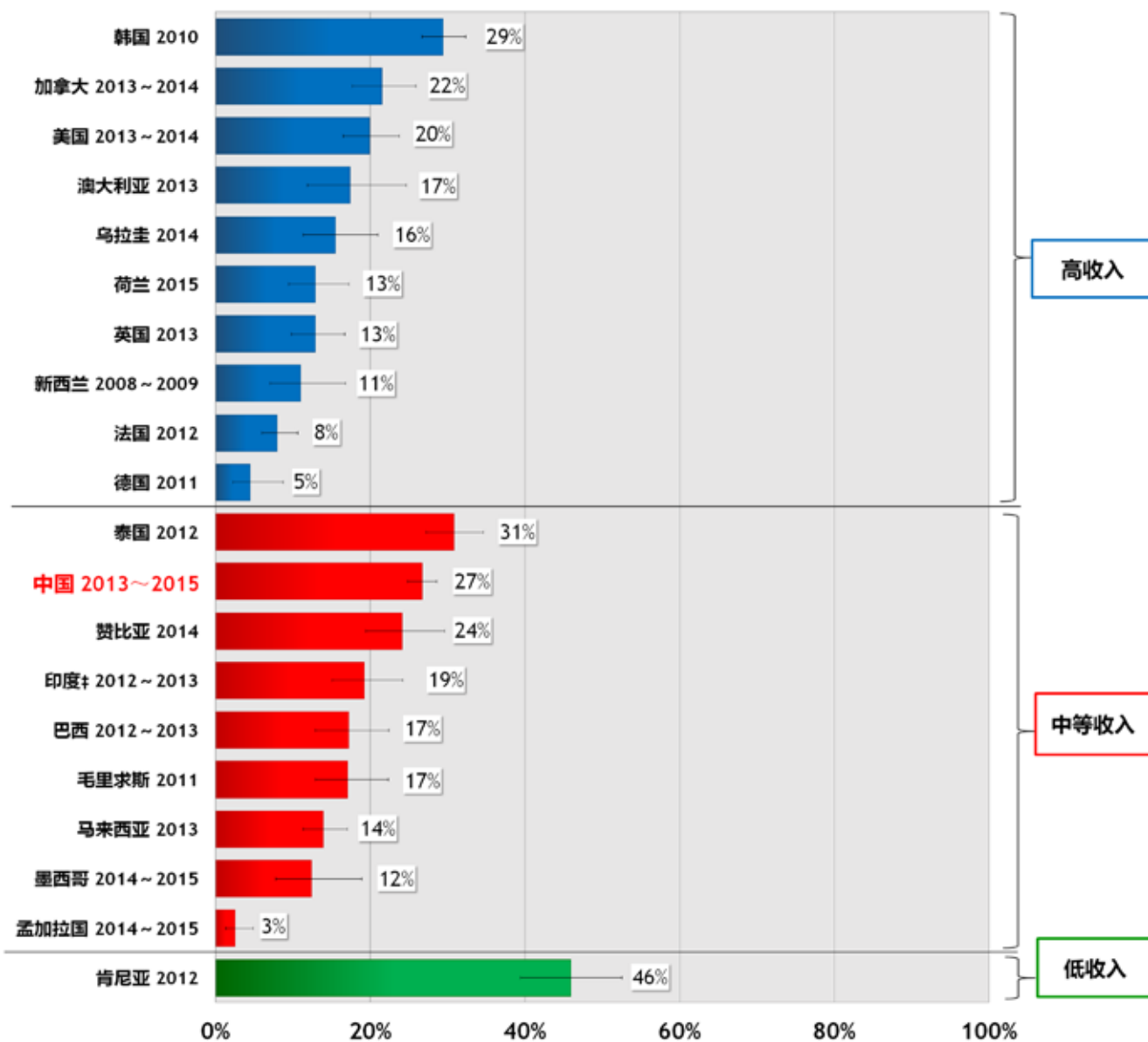


卷烟依赖

卷烟中含有的尼古丁是已知具有高度成瘾性的物质，因此吸烟者戒烟很难^[99,100]。事实上，研究表明尼古丁比海洛因、可卡因、大麻和酒精更令人上瘾^[101-103]。ITC 调查第一至第五轮询问吸烟者每日醒来后多久吸第一支烟，这是一个测量尼古丁依赖/成瘾很好的单项问题，比其他任何问题更能预测戒烟成功率^[104,105]。通常在醒来后 5 分钟内吸第一支烟的吸烟者比在醒后 30 分钟或更晚的时间内吸第一支烟的吸烟者更依赖尼古丁，因此不太可能戒烟，在戒烟后复吸的概率也更大^[105-108]。跨国对比表明，中国吸烟者的尼古丁成瘾性很高。在 20 个 ITC 国家中，中国吸烟者醒后 5 分钟内吸第一支烟的比例为第四高（27%），仅次于肯尼亚（46%）、泰国（31%）和韩国（29%）（图 6）。

ITC 中国第一至第五轮调查还测量了吸烟者对成瘾的感知。与吸第一支卷烟时间的调查结果一致，第五轮调查中，28% 的吸烟者说他们的烟瘾“比较大”或“非常大”，而说自己“没有一点”烟瘾的吸烟者比例仅为 14%。

图 6 不同国家男性卷烟吸烟者^{*}醒后 5 分钟内吸第一支烟的比例



* 对于该变量，所有的结果根据各个国家抽卷烟的吸烟者抽烟量测量而来（不包括孟加拉国、印度、赞比亚和肯尼亚抽多种烟草产品的吸烟

‡ 在印度，该问题询问吸烟者的该日的“第一根烟”，而不是第一根卷烟

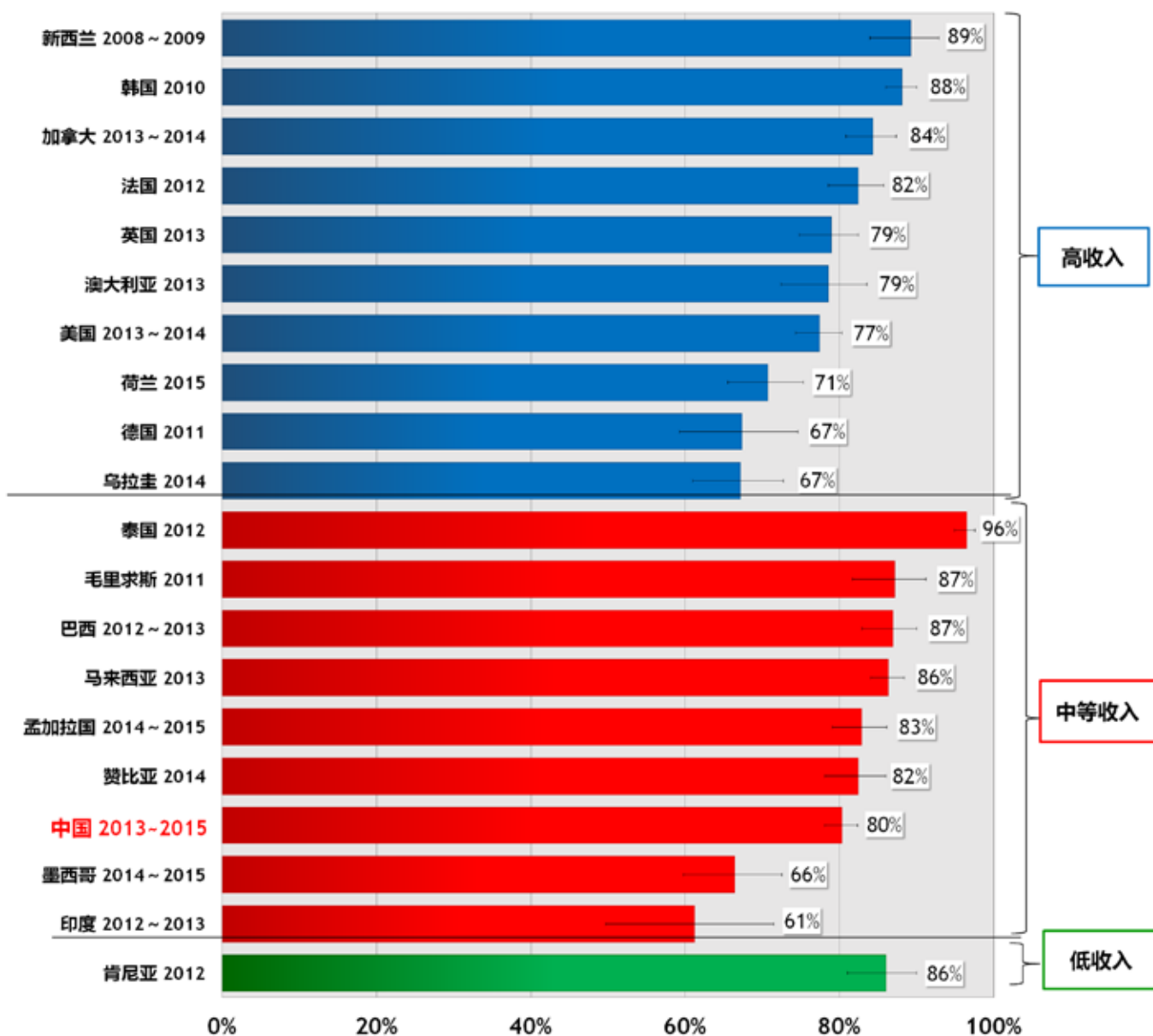
吸烟者后悔吸烟

虽然烟草业声称吸烟者是快乐的，他们喜欢吸烟，并且完全了解开始吸烟的风险，但是研究证据表明，这些说法绝大多数是不真实的。例如，ITC 在加拿大、美国、英国和澳大利亚的调查发现，这 4 个国家大约 90% 的吸烟者表示，如果重新选择，他们不会开始吸烟^[109]。吸烟者后悔开始吸烟也是吸烟相关社会风俗的重要风向标，同时也是预测未来戒烟行为的关键指标^[109,110]。此外，研究表明，戒烟者不仅在戒烟后更快乐，与现在的吸烟者相比，他们也更幸福^[111-113]。

ITC 中国调查第一至第五轮询问吸烟者如果可以重新选择,他们是否会选择开始吸烟。在四轮中,大约 3/4 的吸烟者 (74%~78%) “同意”或“非常同意”如果重新选择,他们不会吸烟。

跨国对比表明,中国男性吸烟者对吸烟的后悔率 (80%) 不如其他中低收入国家那样高,如泰国 (96%)、毛里求斯 (87%)、巴西 (87%)、马来西亚 (86%) 和肯尼亚 (86%) (图 7)。这与以前 ITC 跨国研究结果一致,表明与那些拥有较强控烟历史的国家 (如泰国) 相比,烟草控制政策较弱国家 (如中国) 的吸烟者后悔率往往更低^[110]。然而,中国吸烟者表示后悔的比例与几个高收入国家相当,如英国 (79%) 和澳大利亚 (79%),但高于荷兰 (71%)、德国 (67%) 和乌拉圭 (67%) 等有些高收入国家。

图 7 不同国家男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”如果可以重来一次,他们不会开始吸烟的比例

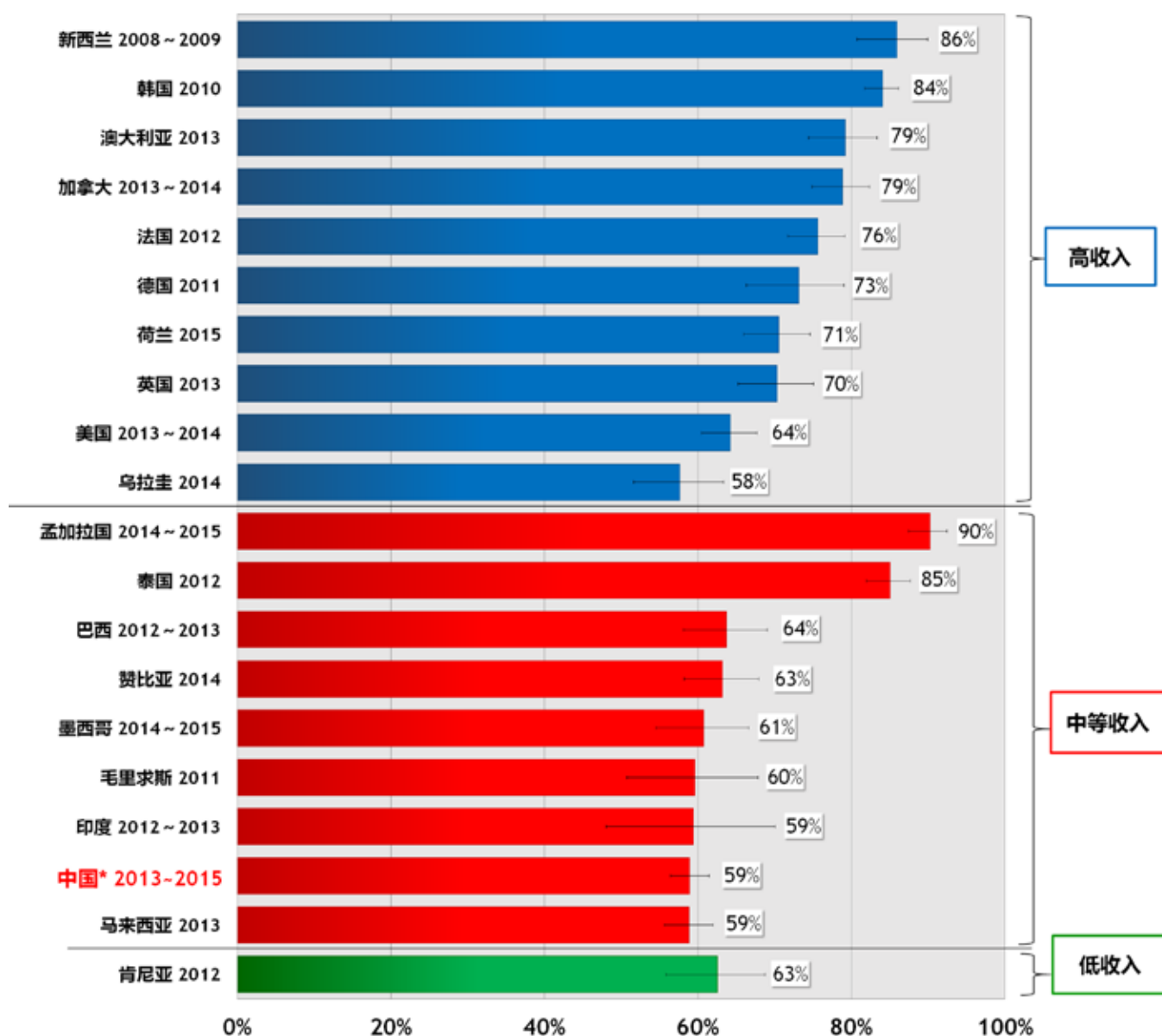


吸烟者对吸烟行为及相关规范的认识

烟草业创造并促进了关于吸烟和积极价值观之间存在联系的假说，以阻止吸烟者戒烟并吸引新的吸烟者。例如，在中国，吸烟已被视为个人自由的象征，被视为社会交往习惯的一部分^[114]。中国第一至第五轮调查包括了几项评估吸烟者观点和对吸烟行为看法的问题。总体而言，结果表明，在中国，尤其是在男性吸烟者中，应该增加旨在推动反对吸烟风俗的行动。

ITC 项目中国调查显示中国大部分吸烟者对吸烟存在负面看法。在第五轮，超过一半的吸烟者（57%）认为吸烟“不好”或“非常不好”。很多吸烟者也认为中国社会普遍不接受吸烟。在第五轮，大多数吸烟者（61%）认为中国社会不认同吸烟。但是，ITC 跨国对比研究表明，与其他国家相比，中国认为社会不接受吸烟的比例依然很低（图 8）。在 20 个 ITC 国家中，中国以及印度、马来西亚的男性吸烟者认为社会不认同吸烟的比例排行倒数（59%）。

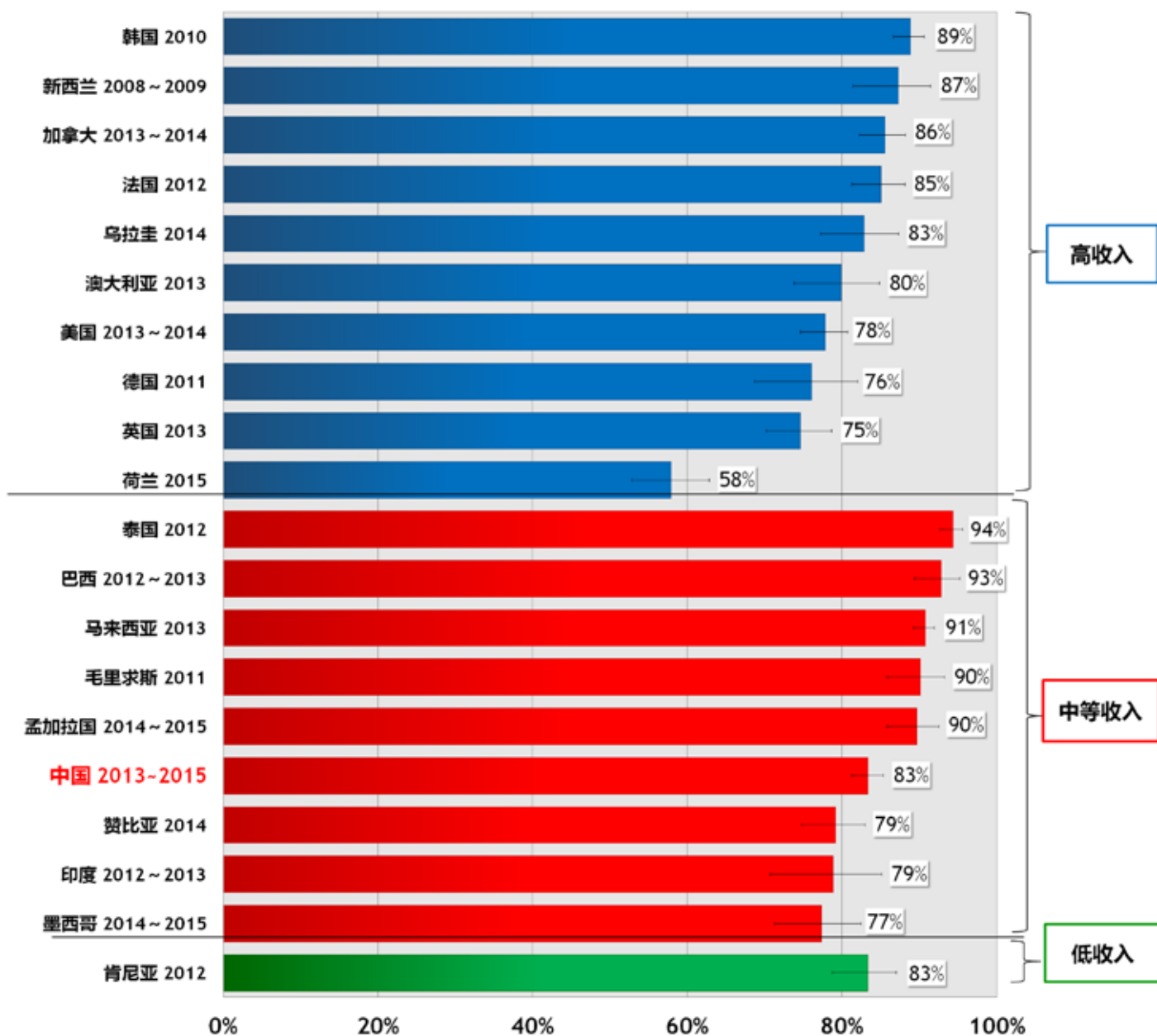
图 8 不同国家男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”社会反对吸烟的比例



* 在中国，该问题为“中国的现实社会对吸烟的态度是什么？”。调查结果来自回答“中国社会反对吸烟”的回答

结果还表明，中国社会对男性吸烟接受程度比女性的高很多。在第五轮，62%的吸烟者“同意”或“非常同意”接受男性吸烟。相比之下，只有21%的吸烟者“同意”或“非常同意”接受女性吸烟。第一至第五轮调查还询问吸烟者对他们来说重要的人（如爱人、子女、朋友等）是否不同意他们吸烟。与其他ITC国家相当，大部分中国男性吸烟者报告对他们来说重要的人认为他们不该吸烟（83%）（图9）。

图9 不同国家男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”对他们重要的人认为他们不应该吸烟的比例

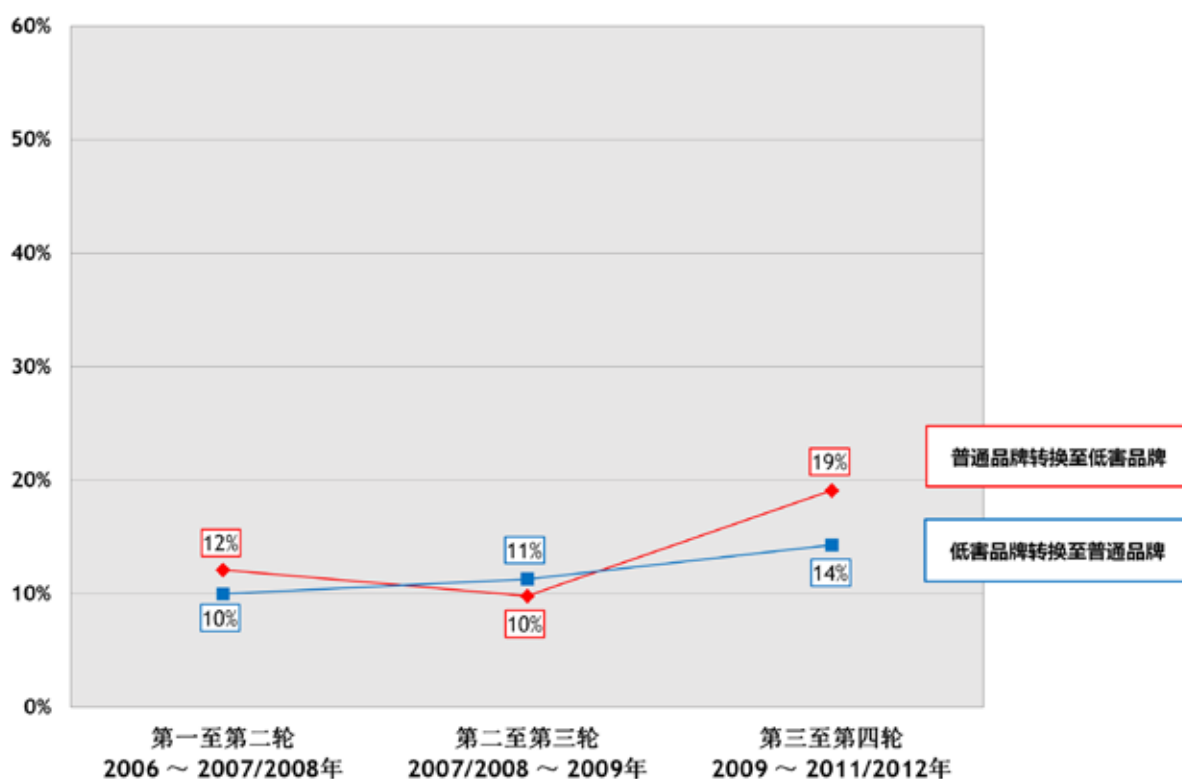


使用“低害”卷烟

过去 10 年中，中国烟草总公司不断加大力度，推广所谓的“低害”卷烟，声称这些产品比普通卷烟更安全、更健康。

随着越来越多的中国公众意识到吸烟的健康危害^[25]，越来越多的吸烟者可能转而选择使用“低害”卷烟，比如低焦油、中草药和天然 / 有机卷烟。例如，ITC 中国第一至四轮调查对品牌条形码数据的初步解读^{vi}显示，随着时间的推移，吸烟者从普通卷烟品牌转换至“低害”品牌的比例增加。2006~2007/2008 年间，12% 的吸烟者从普通品牌转变为“低害”品牌。然而，在接下来的 2~4 年间，吸烟者从普通品牌转为“低害”品牌的比例从 2007/2008~2009 年的 10% 增加至了 2009~2011/2012 年的 19%，比例将近翻倍。相比之下，吸烟者从“低害”品牌转换为普通品牌的比例相对稳定，从 2006 年的 10% 至 2011/2012 年的 14%（图 10）^[115]。

图 10 2006~2011/2012 年吸烟者在“低害”[†]和普通卷烟品牌 / 系列之间的转换率



注：调查结果来自 6 个 ITC 中国城市（北京、长沙、广州、上海、沈阳和银川）。但是 2009~2011/2012 年的数据来自 7 个城市（昆明于第三轮加入调查）。两组数据没有显著差异

[†] 低焦、中草药和天然卷烟品牌都被列为“低害”品牌

淡味 / 柔和与低焦油卷烟

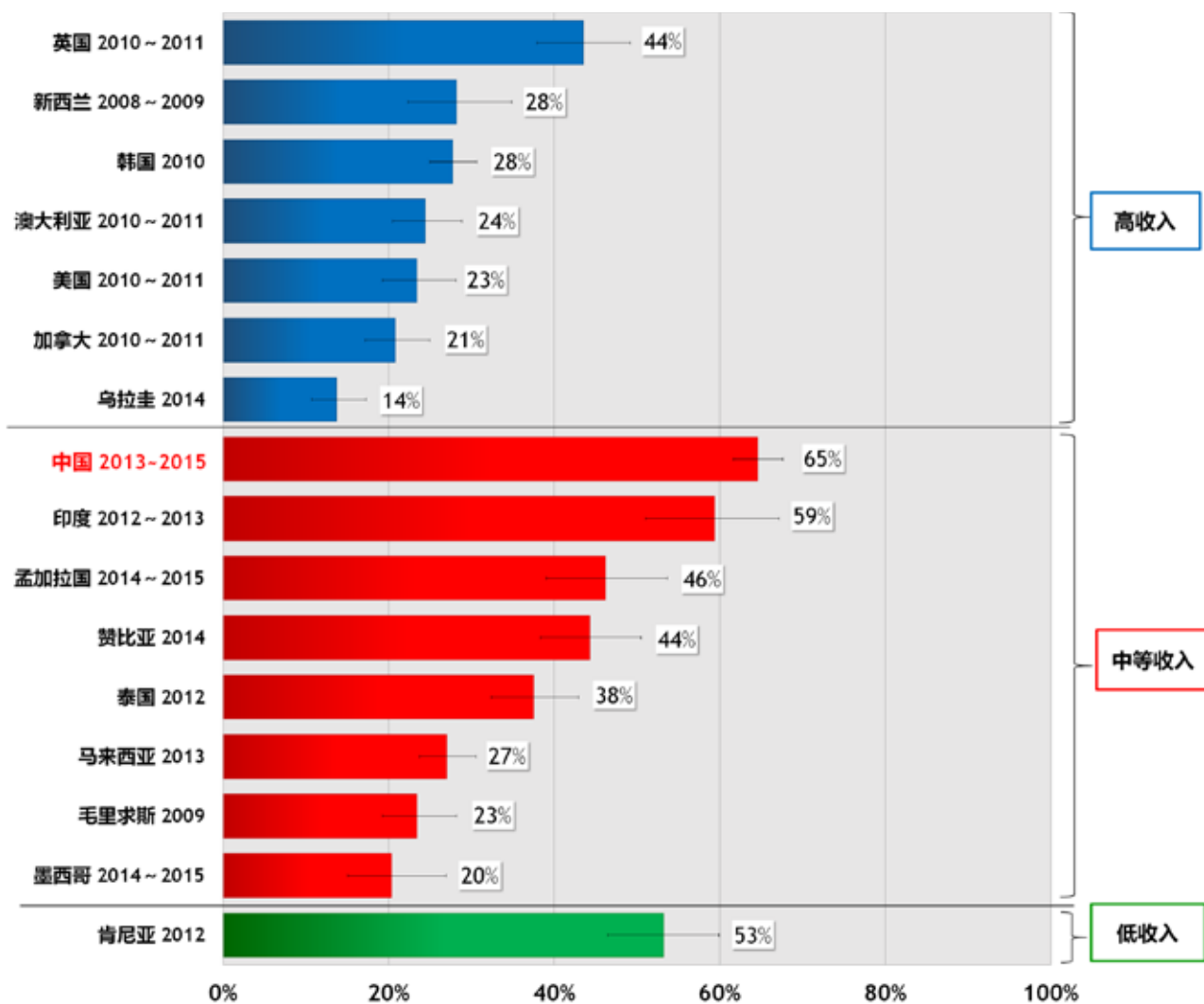
中国自 2006 年 1 月起禁止在卷烟包装上使用“淡味”、“柔和”或“低焦”等误导性的描述词语。国家烟草专卖局也在不断减少 ISO 焦油含量上限，从 2001 年的 17 毫克减至 2013 年的 11 毫克^[116]。然而，烟草业依然大力推广淡味和低焦油卷烟，鼓吹它们可降低吸烟危害^[117]。有证据表明，这些营销策略与添加剂（如薄荷）和卷烟设计特征（如滤嘴通风）等一并使用已经成功地误导了中国吸烟者，使他们相信低焦油的卷烟危害较小。例如，研究表明，使用淡味 / 柔和类卷烟的吸烟者认为吸烟时感觉到的柔和感是使他们认为该类卷烟危害更小的主要原因，且相当一部分中国吸烟者错误地认为淡味或低焦油卷烟比普通卷烟危害要小^[16,58,118]。

vi. 请注意品牌规格编码根据每个卷烟包装条形码上的通用产品代码，使用分类方案分配。

烟草行业还为旨在研究低焦卷烟的项目提供资金^[119-124]，该类研究缺乏科学依据并进一步误导公众此类卷烟的危害低。

ITC 中国项目还包括了调查吸烟者对淡味和低焦油卷烟观点的几个问题。在第五轮，大多数吸烟者“同意”或“非常同意”淡味和低焦油卷烟对呼吸道的刺激更小（淡味卷烟为 73%，低焦油卷烟为 70%）。第五轮中大部分的吸烟者也“同意”或“非常同意”淡味和低焦油卷烟比一般卷烟的危害小（淡味卷烟为 69%，低焦油卷烟为 72%）。事实上，ITC 跨国调查显示，在 16 个 ITC 国家中，中国男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”淡味卷烟比普通卷烟危害更低的比例（65%）是最高的（图 11）。同时，超过半数的吸烟者“同意”或“非常同意”戒掉淡味或低焦油卷烟比较容易（淡味卷烟为 62%，低焦油卷烟为 58%）。

图 11 不同国家男性吸烟者和戒烟者“同意”或“非常同意”淡味卷烟比普通卷烟危害更低的比例



这些结果与以往的研究发现一致，表明仅仅禁止使用误导性的卷烟描述语言并不能消除吸烟者对“低害”卷烟产生的错误印象。例如，烟草业继续使用替代性的策略为吸烟者制造“细腻”的感觉，包括改变滤嘴通风度和尼古丁含量^[125-128]、改变包装设计特征^[129-131]和以新的描述语言来替换禁用的术语（例如“细腻”、“Silver”）^[129,132]。这些更“细腻”的感官体验加强了吸烟者对该类卷烟能减少危害的错误印象。在中国，卷烟品牌名称基本上不受监管，而品牌名称是烟草公司营销烟草产品的关键。例如，使用包括国家标识、中草药、旅游景点等名称来向吸烟者传达着使用卷烟的正面形象^[133]。为了消除对卷烟危害的认识误区和降低吸烟率，中国需要实施全面的措施，除了禁止“淡味”、“柔和”等字眼，还要禁止其他具有欺骗性信息的产品描述。

使用中草药卷烟

在中国，含有烟草和中草药混合物的中草药烟自 20 世纪 70 年代后期就已在市场上出售。中国烟草业推广中草药卷烟，意图将其作为可替代普通卷烟的更安全的产品^[134]。然而，与烟草业声称的中草药卷烟拥有的各种健康益处相反，证据表明，中草药卷烟中的致癌物并不比普通卷烟少^[135]。

ITC 中国项目第五轮调查询问吸烟者是否曾经尝试过中草药卷烟。结果表明，只有大约 1/4 的吸烟者曾经尝试过该类卷烟（29%）。但是，在那些曾经使用过中草药卷烟的吸烟者中，绝大多数的吸烟者表示他们目前并不吸该类卷烟（84%），只有 4% 的受访者表示他们每日使用该产品。

这一发现与 ITC 中国第一至四轮烟盒条形码解码数据趋势一致，显示所有四轮中吸烟者中草药卷烟的使用率非常低（少于 3% 的男性吸烟者和女性吸烟者）。同时，其他数据表明虽然中国中草药卷烟的市场有所扩大，但其市场份额依然很小^[135]。

使用薄荷味卷烟

自 20 世纪 30 年代以来，烟草业一直销售薄荷味香烟，将它们营销为比普通卷烟更加“健康”的替代品。该类卷烟尤其针对年轻人、妇女、特定种族人群及因考虑健康因素而有可能戒烟的吸烟者^[136]。与上述的吸烟者对淡味卷烟的误解相似，薄荷味卷烟通常被吸烟者误认为更为“细腻”，危害更低^[137-139]。

在过去的几年中，越来越多的国家和地区通过立法禁止了薄荷类卷烟产品，包括巴西、欧盟以及加拿大、埃塞俄比亚、摩尔多瓦和土耳其的几个省^[140]。中国目前没有限制薄荷味或其他味道的卷烟产品。

ITC 中国第三至五轮调查询问吸烟者通常使用的品牌是否是薄荷味卷烟。所有调查中，薄荷味卷烟的使用率都非常低，吸烟者中使用率只有 7%~11%。

ITC 第一至第五轮调查评估了吸烟者对薄荷味卷烟和普通卷烟危害对比性的认识。吸烟者“同意”或“非常同意”薄荷味卷烟比普通卷烟危害更小的比例从第一轮的 47% 增加至第二轮的 59%，然后在第五轮逐渐降至 49%。

对电子烟的认识和使用

电子烟也被称为电子尼古丁输送系统（ENDS），是一种电池操作的装置，将不同浓度的尼古丁、调味剂、植物甘油或丙二醇和其他化学品蒸发成与普通卷烟一样可吸入的雾气。鉴于吸烟的健康危害极高，使用电子烟的危害可能远远小于普通卷烟。事实上，迄今为止对已有证据（2015~2016年出版）的回顾得出的结论是，电子烟对个人和他人的危害可能比使用普通卷烟小很多。此外，虽然现有研究的总体质量依然较低，但有一些证据表明，电子烟可能会有效帮助一些成年吸烟者戒烟^[141-145]。而另一方面，美国卫生总监于2016年12月发表的关于电子烟的报告警告了青少年和年轻人使用电子烟的风险。该报告的结论是，使用含尼古丁的电子烟具有成瘾性，对青少年大脑发育产生不良影响，且电子烟的使用与青少年和青年对其他烟草制品的使用密切相关^[146]。我们需要对电子烟的长期健康影响及其潜在的公共卫生影响进行严格的科学评估，方能对这些产品（尤其是对青少年）的安全性和有效性给出确定性结论。

近年来，电子烟的使用在北美和欧洲的高收入国家变得越来越流行^[99,147-150]。电子烟目前在中国市面上可以买到，但是因为它们既不是烟草产品也不是药物，所以尚没有针对该类产品及其营销的监管和限制法规。目前中国电子烟的使用率与高收入国家的使用率相比依然很低^[15]，但由于中国消费者越来越容易获得该类产品，而且生产商不断加大电子烟在国内市场的广告和促销，电子烟在中国有着巨大的市场潜力^[151,152]。中国烟草总公司也在将注意力转向电子烟市场，国家烟草专卖局湖北分公司于2014年在武汉推出了第一批电子烟系列产品^[153]。

第三至五轮调查询问吸烟者、非吸烟者和戒烟者是否曾经听说或使用过电子烟。结果表明，随着时间的推移，城市吸烟者和戒烟者对电子烟的知晓显著增加。吸烟者听说过电子烟的比例从第三轮的29%上升到第五轮的60%，戒烟者听说过电子烟的比例从第三轮的35%增加至了第五轮的60%。与吸烟者和戒烟者相比，非吸烟者知道电子烟的可能性较小，且这种情况随时间的推移并无变化（第四轮和第五轮比例均为39%）。

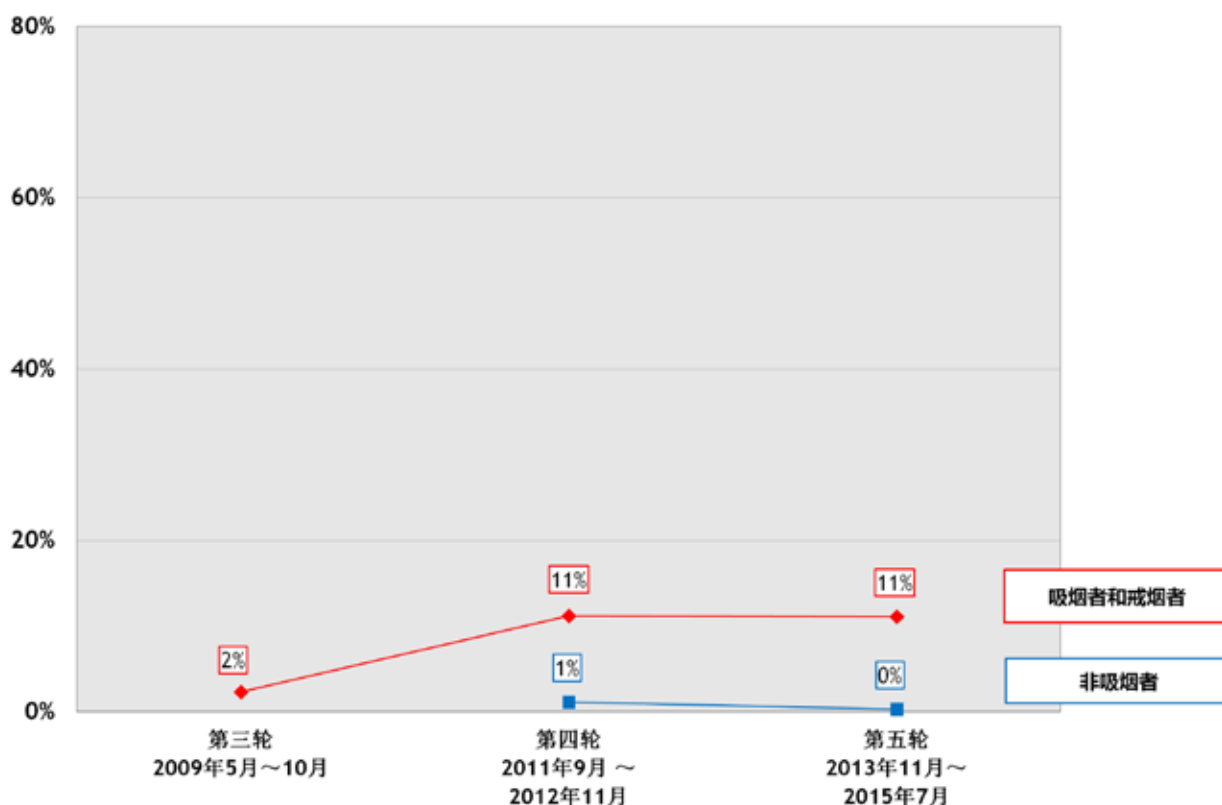
目前中国电子烟的使用率与高收入国家的使用率相比依然很低，但由于中国消费者越来越容易获得该类产品，而且生产商不断加大电子烟在国内市场的广告和促销，电子烟在中国有着巨大的市场潜力。



利用促进健康的信息进行带欺骗性的电子烟市场营销

结果还显示在城市吸烟者和戒烟者中，尝试过电子烟的比例有上升的趋势。吸烟者和戒烟者尝试电子烟的比例增加了5倍以上，从第三轮的2%增加到了第五轮的11%。相比之下，第四轮和第五轮非吸烟者尝试电子烟的比例小于2%（图12）。

图12 各轮调查中受访者^{*}曾经使用过电子烟的比例——仅限城市地区

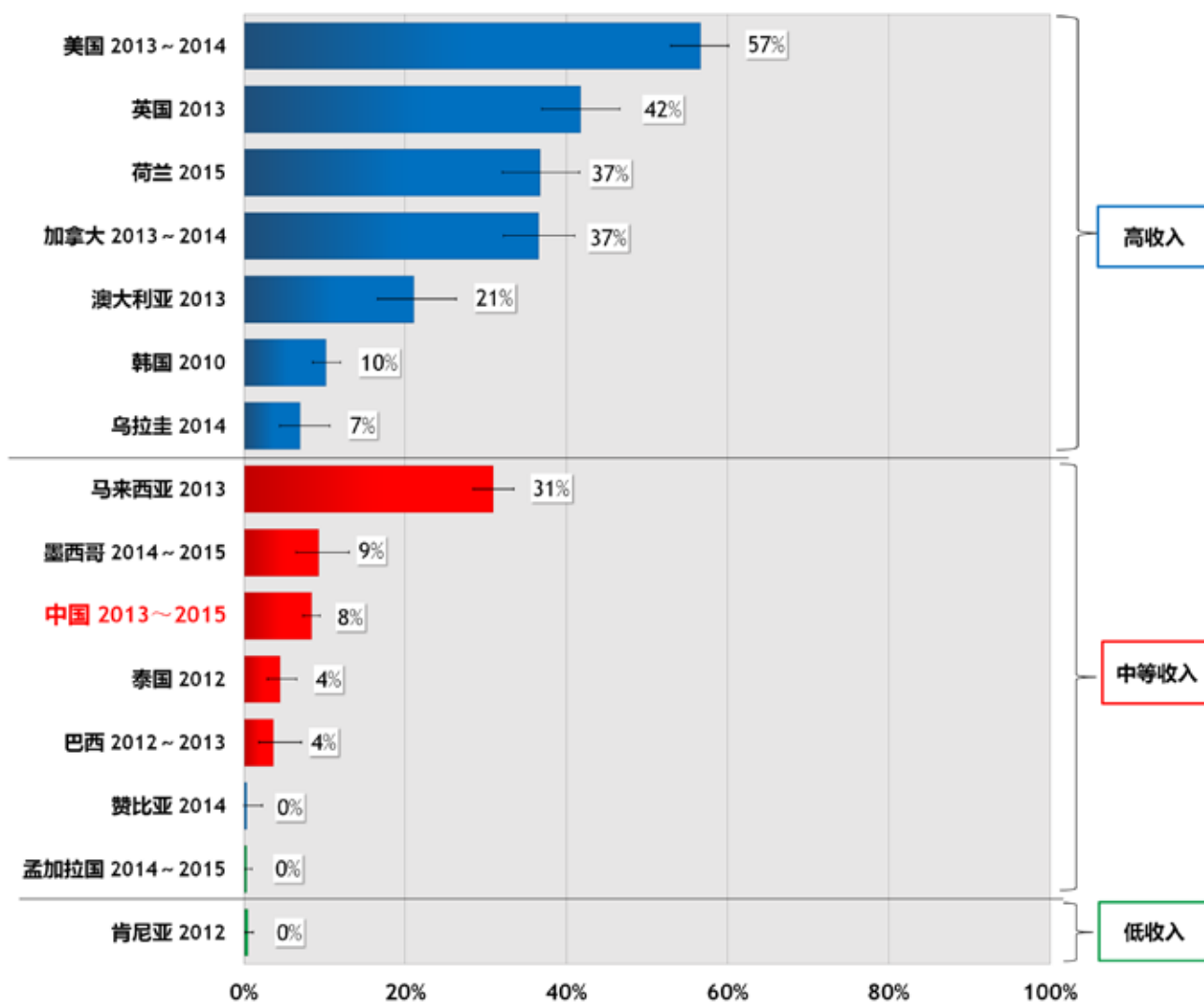


* 以上调查结果仅包括城市吸烟者（不包括农村地区吸烟者）

吸烟者听说过电子烟的比例从第三轮的29%上升到第五轮的60%，戒烟者听说过电子烟的比例从第三轮的35%增加至了第五轮的60%。结果还显示吸烟者和戒烟者尝试电子烟的比例增加了5倍以上，从第三轮的2%增加到了第五轮的11%。相比之下，第四轮和第五轮非吸烟者尝试电子烟的比例小于2%。

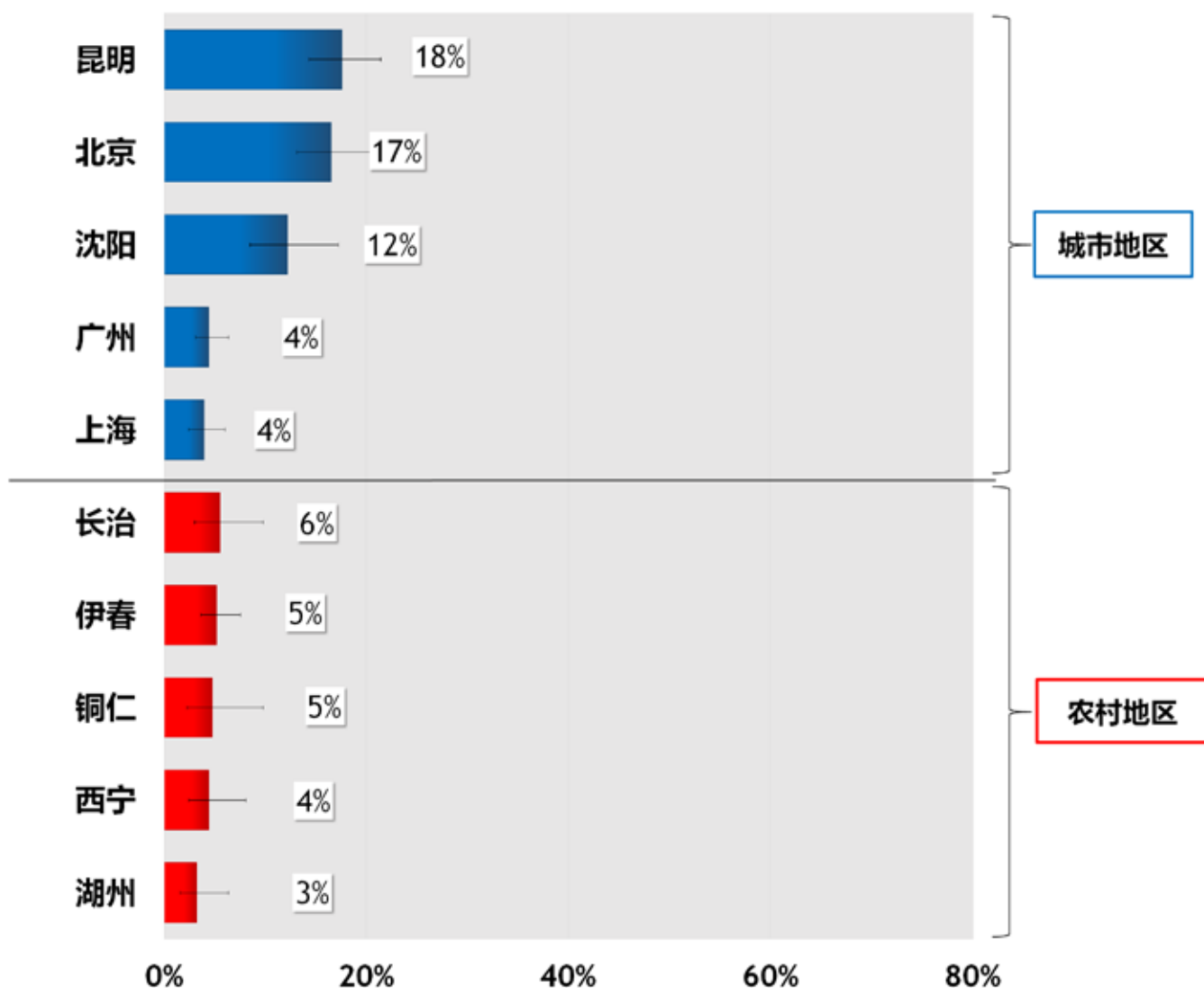
虽然中国吸烟者和戒烟者尝试电子烟的比例随着时间的推移而增加，但跨国对比表明，中国第五轮调查中男性电子烟使用率（8%）仍比美国（57%）、英国（42%）、加拿大（37%）、荷兰（37%）和澳大利亚（21%）等其他高收入国家低得多（图 13）。

图 13 不同国家男性吸烟者和戒烟者曾经使用过电子烟的比例



如图 14 所示，第五轮吸烟者和戒烟者的电子烟使用率在不同地区有所不同，城市地区受访者尝试电子烟的比例（11%）显著高于农村地区（5%）。在城市地区，昆明（18%）、北京（17%）和沈阳（12%）受访者曾经使用过电子烟的比例比广州（4%）和上海（4%）要高得多。相比之下，农村地区电子烟使用比例非常低，分别为：长治（6%）、伊春（5%）、铜仁（5%）、西宁（4%）、湖州（3%）。

图 14 第五轮调查不同城市吸烟者和戒烟者曾经使用过电子烟的比例



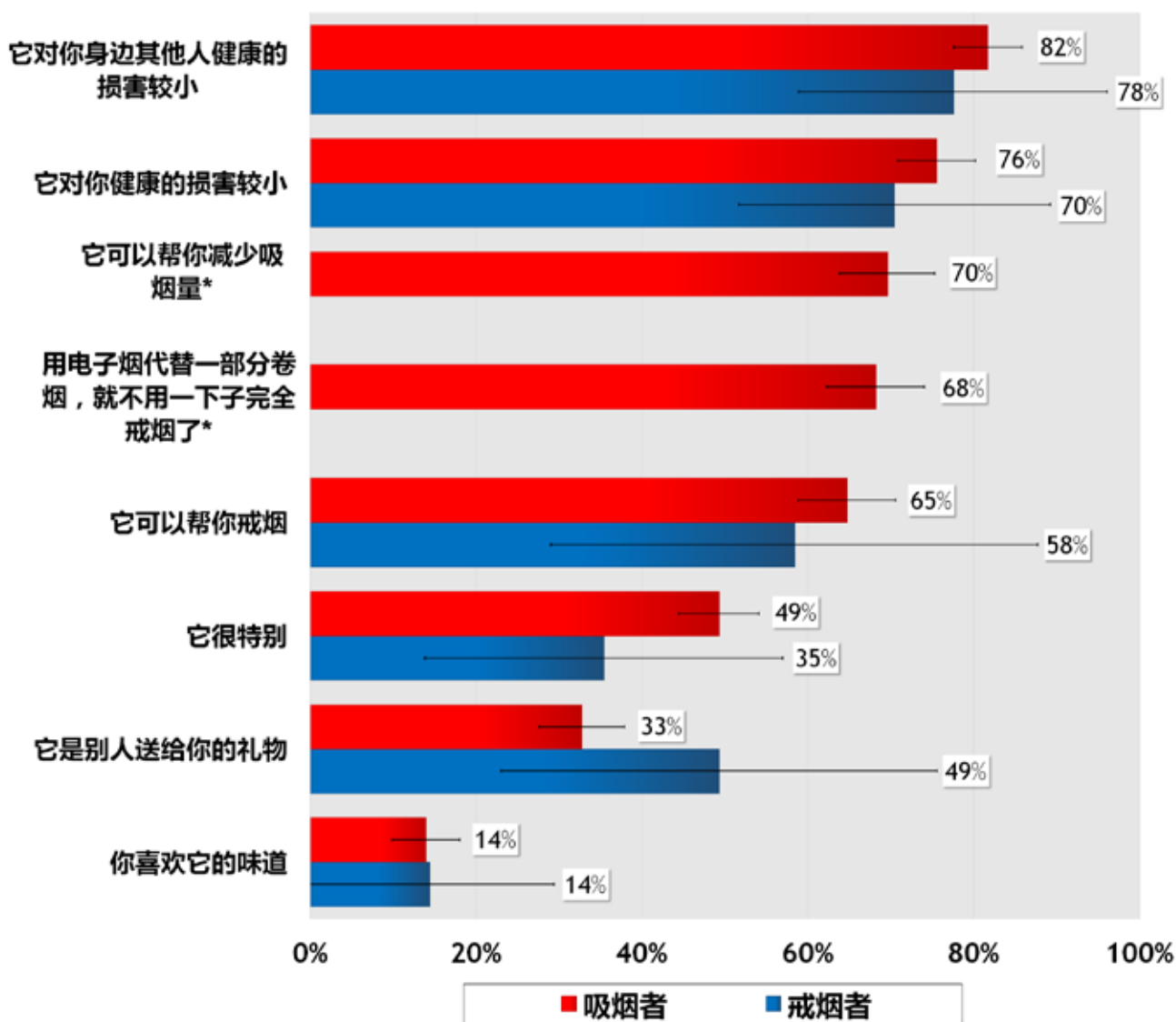
第五轮调查询问曾经使用过电子烟的吸烟者和戒烟者他们目前的使用频率。几乎所有的吸烟者都说他们不经常使用电子烟（92%， $n=495$ ），少数人目前每天使用（2%， $n=13$ ）、每周使用（3%， $n=10$ ）、每月使用（1%， $n=6$ ）或达不到每月使用（2%， $n=8$ ）。在戒烟者中，没有人报告目前正在使用电子烟。

第五轮调查还询问目前使用电子烟的吸烟者（8%， $n=37$ ）他们当前使用的品牌是否含有尼古丁。在目前使用电子烟的吸烟者中，29% 报告他们目前使用的品牌含有尼古丁，9% 表示他们不知道。

使用电子烟的原因

ITC 中国项目第三至五轮调查询问吸烟者和戒烟者为什么使用电子烟。图 15 表明，第五轮吸烟者和戒烟者都表示，电子烟危害较小且可以帮助戒烟是受访者最常给出使用电子烟的理由。绝大多数曾经使用过电子烟的吸烟者和戒烟者说他们使用电子烟的原因是，电子烟对他们周围的人危害较小（吸烟者为 82%，戒烟者为 78%），对他们自己的危害也较小（吸烟者为 76%，戒烟者为 70%）。

图 15 第五轮调查中受访者回答因不同原因使用过电子烟的比例

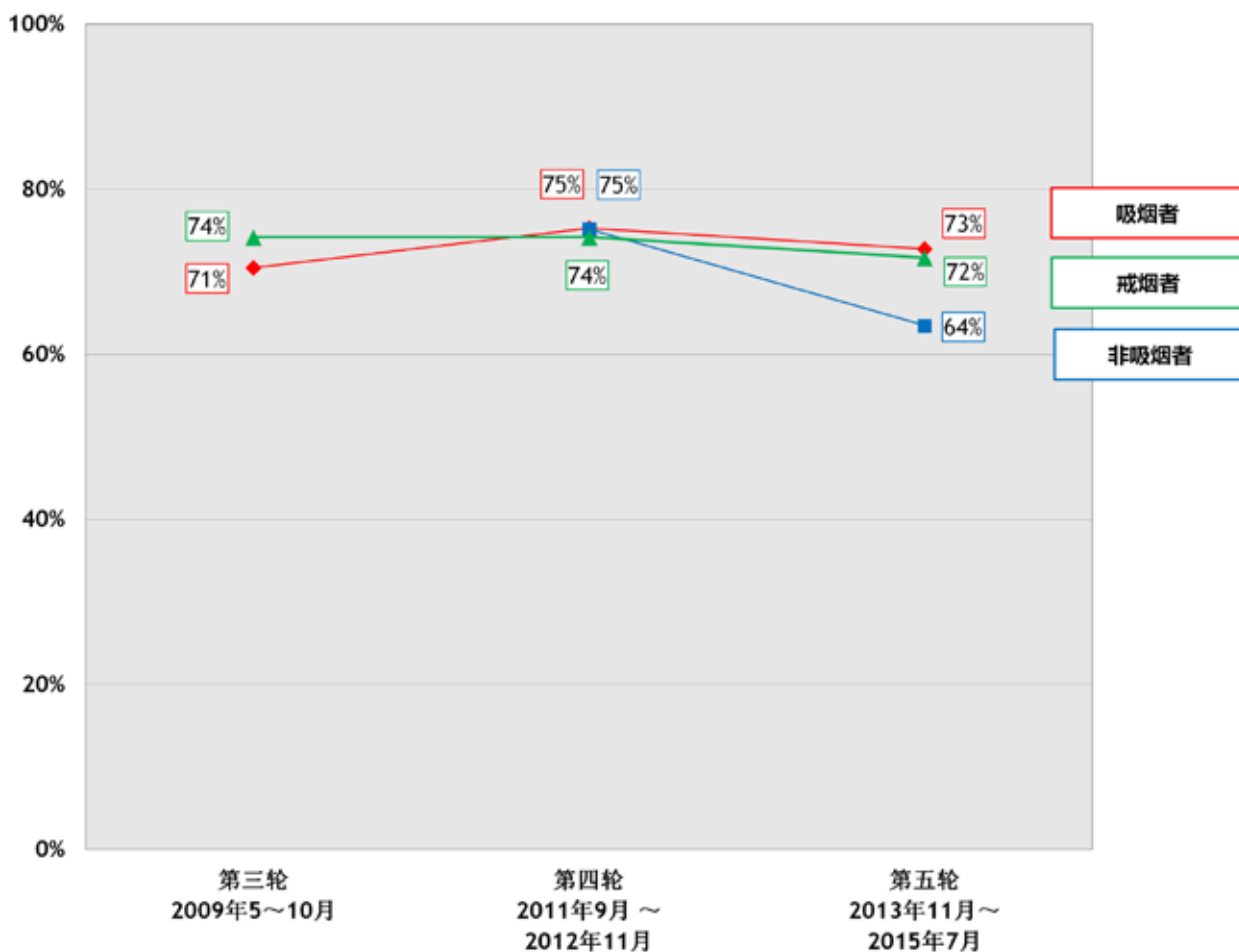


大部分曾经使用过电子烟的受访者表示，电子烟帮助他们戒烟（吸烟者为 65%，戒烟者为 58%）或减少吸烟量（吸烟者为 70%）。尽管大约 2/3 的用过电子烟的吸烟者使用电子烟来帮自己戒烟或减少吸烟量，但是研究表明，相当一部分的吸烟者说他们使用电子烟以替代戒烟。在第五轮，68% 的吸烟者使用电子烟来取代一些他们常吸的卷烟，这样一来，他们不必完全放弃常吸的卷烟。该结果突出表明，我们需要特别监测电子烟是否促进与卷烟的双重使用，以及是否降低了中国吸烟者完全戒烟的可能性。

至少 1/3 曾经使用过电子烟的吸烟者和戒烟者说他们使用电子烟是因为电子烟很特别（吸烟者为 49%，戒烟者为 35%）或因为电子烟是别人送给他们的礼物（吸烟者为 33%，戒烟者为 49%）。喜欢电子烟的味道是电子烟使用的最不常见的原因，只有 14% 的吸烟者和戒烟者因为该原因使用电子烟。

第三至五轮调查询问吸烟者、非吸烟者和戒烟者与普通卷烟相比，电子烟的危害性如何。总的来说，大部分受访者认为电子烟比普通卷烟危害更小。在第三至五轮调查中，大约 3/4 的城市吸烟者（71%~75%）和戒烟者（72%~74%）认为电子烟比普通卷烟的危害“小一些”或“小很多”。同样，第四轮调查中，城市非吸烟者认为电子烟比普通卷烟的危害“小一些”或“小很多”的比例为 75%，该比例在第五轮下降至 64%（图 16）。

图 16 各轮调查中不同吸烟状态受访者认为电子烟比普通卷烟危害小的比例——仅限城市地区



* 以上调查结果仅包括城市吸烟者（不包括第五轮调查中的农村地区吸烟者）

戒烟

《公约》第十四条要求各缔约方采取有效措施以促进戒烟，并为烟草依赖提供治疗。证据表明，吸烟者很难戒烟。在美国进行的研究表明，尝试戒烟的吸烟者中只有 3%~5% 能够戒烟超过 6 个月^[154]。在中国，吸烟者很少尝试戒烟，戒烟率非常低，且复吸率非常高。例如，ITC 项目在 15 个国家的一项研究发现，近期尝试过戒烟的吸烟者不到 20%，远低于泰国（约 50%）、美国（约 40%）等国家^[155]。1996 中国烟草流行调查显示，仅有超过 4% 的中国吸烟者成功戒烟^[156]。对 16 个国家的全国代表性横断面入户调查（14 个低收入国家的 GATS 数据和美国及英国的人口调查）分析表明，中国每日吸烟者不再吸烟的比例为倒数第二（男性 12.6%，女性 16.8%）^[93]。因为戒烟是降低吸烟者健康危害的唯一途径，对公共卫生而言，提升中国吸烟者的戒烟率迫在眉睫。

根据《公约》第十四条及其实施准则，采取有效烟草依赖治疗干预措施对于改善吸烟者的戒烟结果和减少因吸烟而造成的死亡至关重要。烟草依赖治疗领域的领导专家认为，大多数国家可以实施的低成本的有效措施包括：在所有医疗记录中记录烟草使用状况；在现有的医疗保健系统提供简单的戒烟建议；帮助医护人员戒烟；建立通过短信提供戒烟信息的项目；提供可负担的戒烟药物，如金雀花碱；制定国家官方戒烟策略和治疗指南^[157]。

ITC 中国调查第一至第五轮测量吸烟者的戒烟意愿、尝试戒烟的次数、戒烟原因、是否收到的戒烟帮助和对政府支持戒烟的态度。

戒烟的吸烟者

ITC 中国调查显示中国吸烟者戒烟率在升高。在 ITC 调查城市中，吸烟者戒烟率有明显上升，从第一、二轮（2006 年至 2007~2009 年）的 6.0% 上升至第四、五轮（2011~2012 年至 2013~2015 年）的 9.2%（表 5）。

表 5 ITC 项目中国调查第一至第五轮吸烟者戒烟率——仅限城市地区

	吸烟者总数(<i>n</i>)	各轮调查间吸烟者戒烟人数(<i>n</i>)	戒烟率(%)*
第一至二轮	3863	212	6.0%
第二至三轮	3726	244	6.8%
第三至四轮	3425	275	8.8%
第四至五轮	2602	211	9.2%

* 戒烟率根据调查期间年龄、性别和城市调整估算

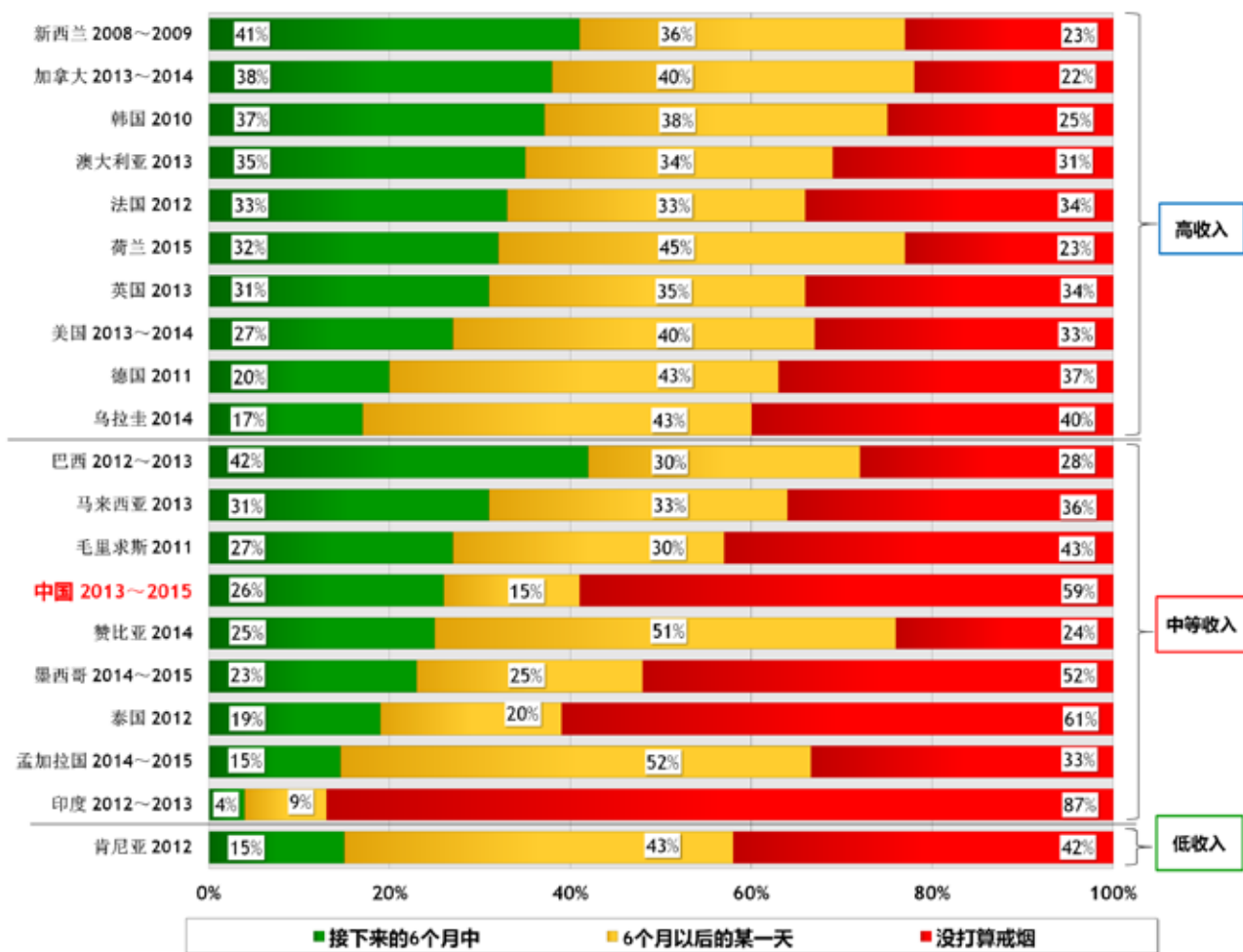
戒烟意愿和尝试

戒烟意愿是预测未来戒烟尝试以及戒烟成功率的重要指标^[158,159]。既往研究表明，中国吸烟者的戒烟意愿较低（15%~31%）^[160]，而中国吸烟者戒烟的比例不到 10%^[24]。相比之下，其他高收入国家和中等收入国家吸烟者的戒烟率通常超过 50%^[93]，如澳大利亚、加拿大、英国、美国（65%~81%）^[161]、毛里求斯（78%）^[162]、泰国（40%）和马来西亚（54%）^[163]。

ITC 中国第一至第五轮调查询问吸烟者是否计划戒烟，以及在什么时间内戒烟。如图 17 所示，大多数中国吸烟者没有戒烟意愿。在第五轮，超过一半的吸烟者（57%）表示他们“没有打算戒烟”。每 10 个吸烟者中，少于 2 个有意在“下个月之内”戒烟（11%）、在“接下来的 6 个月中”戒烟（15%）、在“6 个月以后的某一天戒烟”（14%）。最后，3% 的吸烟者说“不知道”自己是否要戒烟以及何时戒烟。

在 20 个 ITC 国家中，中国男性吸烟者不打算戒烟的比例是第三高（59%），仅次于印度（87%）和泰国（61%）（图 17）。

图 17 不同国家男性吸烟者的戒烟意愿



进一步的研究表明，与城市吸烟者相比，农村地区吸烟者更有可能在“下个月内戒烟”（农村地区为 14%，城市地区为 8%）。同样，与城市吸烟者相比，农村地区的吸烟者也不太可能报告说他们“不打算戒烟”（农村地区为 54%，城市地区为 60%）或不知道是否或何时打算戒烟（农村地区为 2%，城市地区为 4%）。

调查还问及吸烟者以前的戒烟尝试。在第五轮，大约 2/3 的吸烟者（65%）报告自上次调查以来，他们没有尝试过戒烟。

中国吸烟者戒烟意愿较低，这一事实说明我们需要采取更加强有力的政策来激励吸烟者戒烟，并为那些想要戒烟的人提供相应的支持与服务。

戒烟原因

ITC 中国调查第一至第五轮询问过去 6 个月中，哪些控烟政策使受访者（吸烟者）考虑戒烟或导致他们（戒烟者）戒烟。问题的程度选项为“很大”、“有点”或“一点也不”。

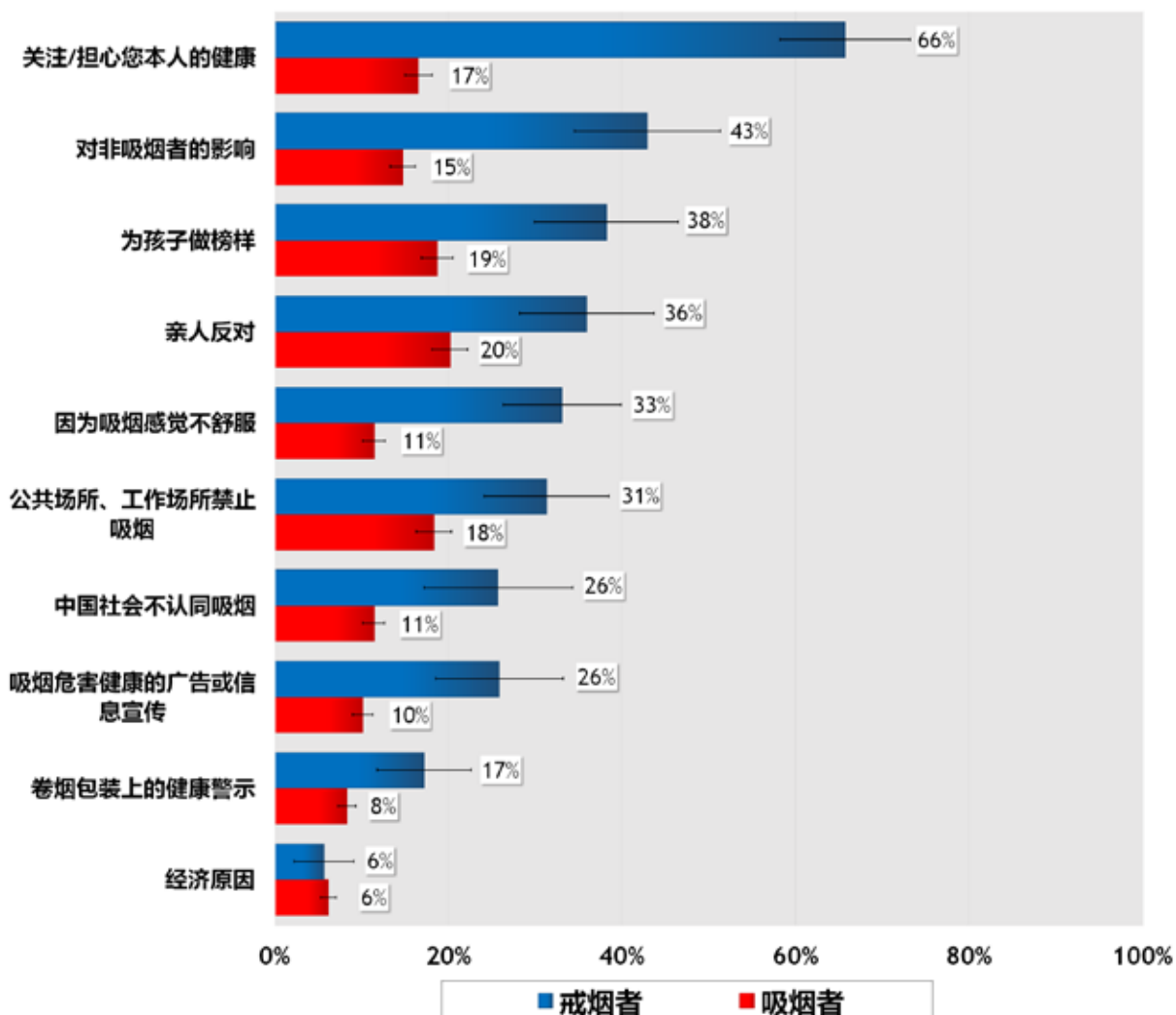
国际研究提供了强有力的证据，证明全面的无烟法律^[164]、烟草包装上的图形健康警示^[165,166]和通过提高烟草制品税收来提高价格^[32,39]是降低吸烟率和鼓励吸烟者戒烟的最有效的策略。尽管中国近期采取了很多重要举措减少吸烟，然而，有证据显示在第五轮调查期间（2013~2015 年），中国仍落后于其他许多国家，尚未实施多项与《公约》一致的强有力的政策。中国目前没有全国性无烟法律。截至 2017 年，只有 3 个城市在所有室内公共场所、工作场所和公共交通实施了全面禁烟：北京（2015 年 6 月 1 日生效）、深圳（2014 年 3 月生效，2017 年 1 月 1 日完全无烟）和上海（2017 年 3 月 1 日生效）。目前中国只有文字健康警示，占烟盒正面及背面面积的 35%。中国的健康警示远远低于《公约》实施准则的最低要求，即占烟盒正面及背面面积的 50%，2016 年在 205 个国家 / 地区中排名第 115 位（见《健康警示》章节）^[167]。中国卷烟消费税很低，大多数品牌卷烟价格仍然非常低廉。2015 年，中国最受欢迎的卷烟品牌的税率估计为零售价的 50%^[168]，远低于《公约》建议的 75%。此外，最近一次卷烟消费税的提税不足以抵消收入的增长，且随着时间的推移，卷烟将变得更加可负担（见《烟草价格和税收》章节）^[40,169]。因此，中国吸烟者不认为无烟环境措施、健康警示和烟草价格和税收是促使他们戒烟的原因，这表明需要在这些领域继续实施更加强有力的政策^[72]。



在第五轮调查中，表明各种烟草控制政策促使他们考虑戒烟的吸烟者比例比承认这些政策促使他们戒烟的戒烟者的比例要低（图 18）。使吸烟者考虑戒烟和戒烟者实际戒烟最常见的与政策相关的原因是公共场所、工作场所禁止吸烟（吸烟者为 18%，戒烟者为 31%），其次是有关吸烟危害健康的广告或宣传信息（吸烟者为 10%，戒烟者为 26%）和卷烟包装上的健康警示（吸烟者为 8%，戒烟者为 17%）。经济原因是最不常见的促使吸烟者考虑戒烟（6%）或戒烟者戒烟（6%）的原因。这一发现尤其值得注意，因为在高税收国家，吸烟者将经济原因列为促使他们考虑戒烟最常见的原因之一。如本报告《烟草税收和价格》一章所述，ITC 的跨国调查表明，在烟草税收较高的国家，大多数男性吸烟者报告过去 6 个月卷烟的价格使他们“有点”或在“很大”程度上想到戒烟，比如澳大利亚（79%）、英国（76%）、加拿大（75%）、法国（74%）和泰国（74%）（图 66）。相比之下，中国只有 35% 的男性吸烟者报告卷烟的价格使他们“有点”或在“很大”程度上想戒烟。

总体而言，与直接的控烟政策相比，大部分受访者说他们因其他一些个人原因而考虑戒烟或戒烟。两个最常见的个人原因是对个人健康的关注（吸烟者为 17%，戒烟者为 66%）和对非吸烟者的影响的担忧（吸烟者为 15%，戒烟者为 43%）。这与调查数据一致，表明虽然中国公众对烟草使用的健康危害的认识与其他国家相比仍然很低，但是在过去 10 年中有所改善^[25]。受访者列举的其他常见的个人原因包括想为孩子做榜样（吸烟者为 19%，戒烟者为 38%）和亲人反对吸烟（吸烟者 20%，戒烟者 36%）。超过 1/4 的戒烟者说他们戒烟的原因是因为吸烟让他们不舒服（33%）或中国社会不认同吸烟（26%）。相比之下，只有 11% 的吸烟者说这些原因使他们想到戒烟。

图 18 第五轮调查中受访者过去 6 个月因不同原因在“很大”程度上考虑戒烟的比例
(吸烟者考虑戒烟；戒烟者戒烟)



戒烟有明显益处。例如，戒烟改善预期寿命并降低癌症、脑卒中和冠心病等与烟草有关疾病的风险^[170-173]。ITC 中国调查第一至第五轮询问吸烟者如果能在未来 6 个月中彻底戒烟，会对他们的健康及其他方面有多大好处。在第五轮调查中，只有 1/3 的吸烟者（37%）报告说，他们将有“很大”收益，这表明大多数吸烟者不知道戒烟的直接和长期好处。ITC 的其他调查数据与此形成鲜明对比：其他 16 个 ITC 国家中有超过 50% 的吸烟者表示，如果戒烟，他们将“很”或“非常”受益^[72]。虽然仅有小部分的中国吸烟者认为戒烟将大大改善他们的健康并带来其他的好处，第五轮调查结果显示，大多数戒烟者（72%）说，他们将因继续保持戒烟状态而得到“很大”收益。这表示如果吸烟者能更多了解戒烟的益处，那么他们便更有可能尝试戒烟。或者，如果吸烟者停止吸烟，他们则更可能明白戒烟的好处。因此，通过宣传教育提高公众对戒烟益处的认识是非常重要的，可以鼓励更多的吸烟者采取措施戒烟，并保持戒烟状态。

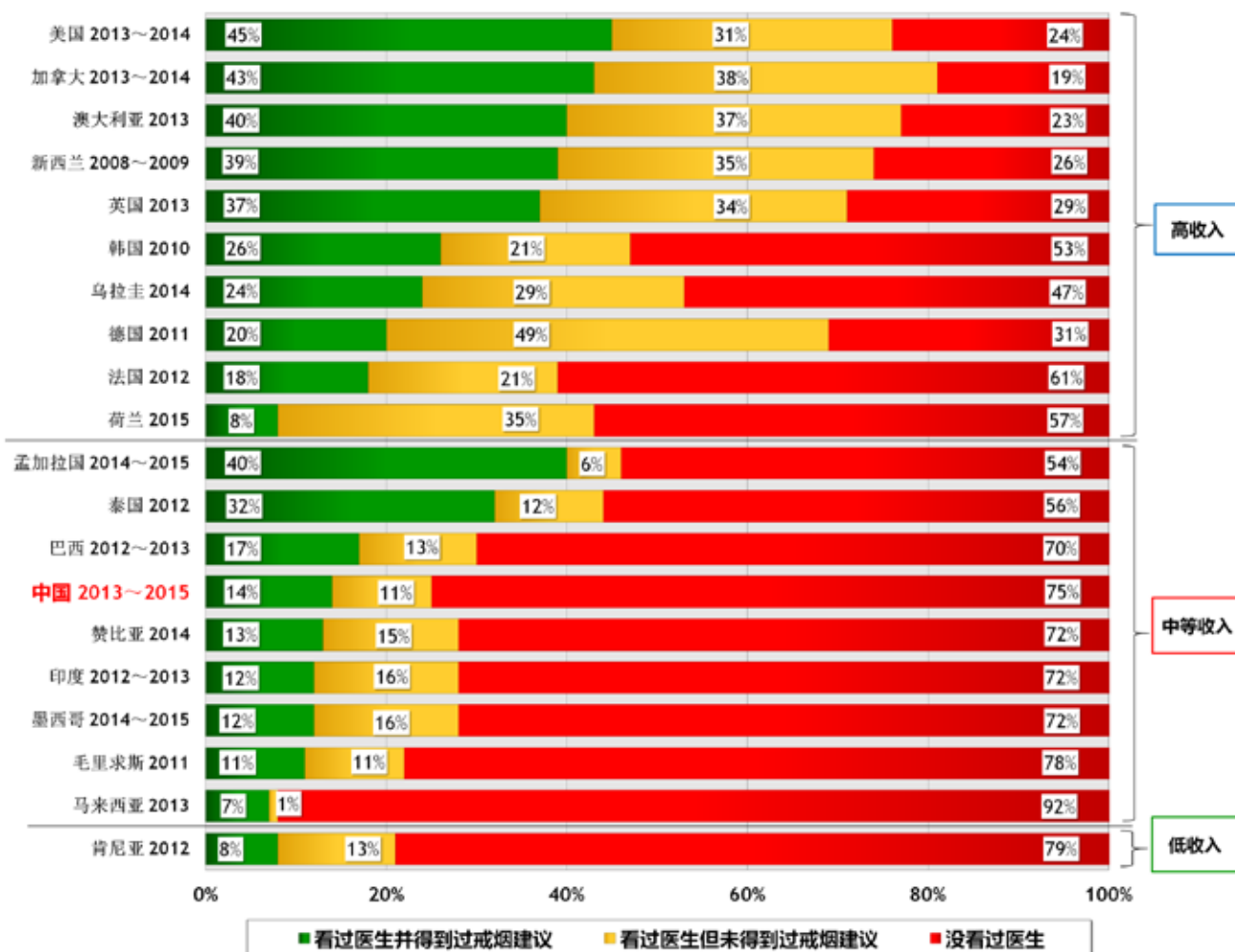
使用戒烟帮助

医生提供简短戒烟建议是鼓励戒烟的一种有效且划算的措施。研究证据表明，医生的建议可以帮助吸烟者戒烟，即使简单的建议也可以将戒烟率提高1%~3%^[174]。然而，中国和许多其他国家的医生通常缺乏关于戒烟技能的正规培训，也不经常建议吸烟者戒烟或介绍吸烟者去戒烟服务机构^[175,176]。

ITC 中国第一至第五轮调查询问吸烟者和戒烟者在过去6个月中看病时是否得到过各种类型的戒烟帮助。在第五轮调查中，28%的吸烟者和63%的戒烟者在过去6个月中（或自上次访问后）看过病。在这些受访者中，57%的吸烟者说他们在看病期间得到过戒烟建议，该比例在戒烟者中为41%。每10个受访者中，少于2个受访者表示他们获得了额外戒烟帮助或被推荐到相关机构帮他们戒烟（吸烟者为10%，戒烟者为15%），或收到戒烟手册（吸烟者为6%，戒烟者为13%）。

总体而言，ITC 跨国比较表明，与其他许多国家的吸烟者相比，中国的男性吸烟者不太可能去看医生。此外，在那些看过医生的男性吸烟者中，得到戒烟建议的比例低于其他大多数国家。如图19所示，在20个ITC国家中，中国男性吸烟者没看医生的比例排名第4位（75%），得到戒烟建议的比例排名倒数第6位（14%）。

图 19 不同国家男性吸烟者过去1年/6个月/上次调查后* 看过医生且得到过戒烟建议的比例



* 询问吸烟者过去6个月看医生情况的国家为：孟加拉国、巴西、德国、印度、肯尼亚、荷兰和赞比亚。中国和法国询问新受访者过去6个月看医生的情况，询问旧受访者上次调查之后看医生的情况。在其他国家，询问新受访者过去1年看医生的情况，询问旧受访者上次调查之后看医生的情况

调查还询问吸烟者和戒烟者是否收到过其他来源的戒烟建议或信息，如戒烟专线或当地戒烟服务机构。中国于 2009 年启动了第一条国家戒烟热线，并于 2015 年设立了第二条国家戒烟热线。戒烟咨询已经纳入了公共卫生热线服务范围，并于 2014 年扩大到了所有省份，目前在 31 个省份中，有 28 个省份拥有该项服务^[73]。然而在中国，戒烟热线的使用率仍然很低，在第五轮调查中，几乎没有吸烟者（3%）和戒烟者（4%）报告他们从戒烟热线中获得了帮助。戒烟热线如果被正确推广，可以提高戒烟的短期和长期成功率^[177,178]。一个可能帮助中国吸烟者提高戒烟意识和使用戒烟服务的策略是在卷烟包装上提供戒烟热线。例如，来自澳大利亚^[179]、新西兰^[180]和加拿大^[181,182]的 ITC 调查证据表明，在卷烟包装上提供戒烟热线号码是增加戒烟电话使用数量和扩大服务覆盖范围的有效手段。

自 1996 年以来，中国也开始设立戒烟门诊，目前全国共有 800 多家^[183]。在第五轮调查中，一半的吸烟者（50%）说他们“肯定”或“可能”去可以提供有关吸烟以及如何成功戒烟的信息的门诊。然而，只有 10% 的吸烟者和 8% 的戒烟者说，他们从当地的戒烟服务（如医院或诊所）中获得过该类信息。

使用戒烟药物

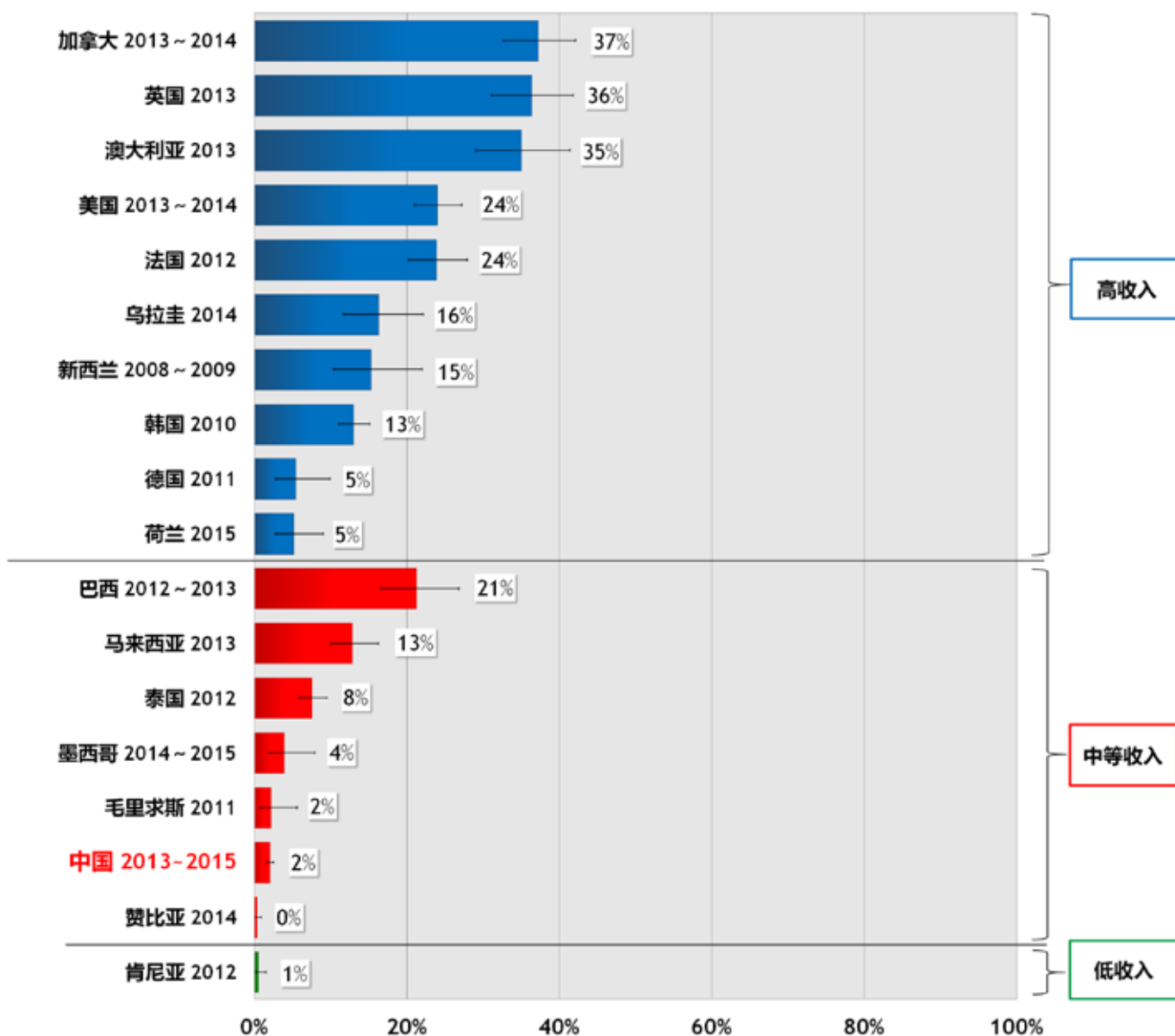
戒烟药物，如尼古丁替代物、安非他酮、伐尼克兰和金雀花碱，可有效帮助吸烟者戒烟，当它们与其他行为戒烟支持服务结合使用的时候尤其如此^[184,185]。中国国家医保目前不涵盖戒烟药物，而这些药物的价格往往是吸烟者无力承担的^[186]。此外，药房中并不常备有戒烟药物，且中国吸烟者对该类产品的使用兴趣不高^[72]。

因此，第五轮调查中，自上次调查后至少有一次尝试戒烟的吸烟者和戒烟者中，几乎没有人使用以下的戒烟药物：尼古丁贴片（吸烟者为 5%，戒烟者为 0.2%）、安非他酮（吸烟者为 2%，戒烟者为 1%）。以下戒烟产品的替代品的使用率也很低：其他药物或治疗（吸烟者为 8%，戒烟者为 1%）、针灸（吸烟者为 3%，戒烟者为 1%）。

ITC 跨国比较表明，在中国，男性吸烟者使用戒烟药物的比例比大多数其他国家低得多。在 18 个 ITC 国家中，中国男性吸烟者使用戒烟药物的比例（2%）为倒数第 3 位（图 20）。

医生提供简短戒烟建议是鼓励戒烟的一种有效且划算的措施。ITC 跨国比较表明，与其他许多国家的吸烟者相比，中国的男性吸烟者不太可能去看医生。此外，在那些看过医生的男性吸烟者中，得到戒烟建议的比例低于其他大多数国家。

图 20 不同国家男性吸烟者过去 1 年（或自上次调查之后*）使用过戒烟产品的比例



* 在巴西，调查询问吸烟者是否使用过任何类型的戒烟产品。在毛里求斯，调查询问吸烟者在上次戒烟过程中是否使用过戒烟产品。其他国家调查询问新受访者过去 12 个月中是否使用过戒烟产品，询问旧受访者上次调查之后是否使用过戒烟产品

支持禁止烟草产品

第五轮调查询问吸烟者、戒烟者和非吸烟者如果政府通过戒烟门诊等方式帮助他们戒烟，他们是否支持在 10 年内完全禁止烟草制品。几乎所有非吸烟者（95%）和戒烟者（91%）和绝大多数吸烟者（82%）表示他们“支持”或“非常支持”这样的禁令。这清楚地表明，包括吸烟者在内，公众普遍支持在中国禁止烟草制品以及增加政府对戒烟的支持。

无烟公共场所和工作场所

《公约》第八条表明，二手烟暴露没有安全水平，呼吁缔约方采取有效措施保护公众免受二手烟的危害。2007年缔约方会议上通过《公约》第八条实施准则，要求各缔约方在《公约》生效5年之内，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全面禁烟且无任何例外（在中国截至2011年）。《公约》第八条实施准则同时也确立了实现100%无烟环境的核心要求，其中包括通过强有力的执法和教育宣传，提高公众对二手烟危害的认识。

中国在实施《公约》第八条方面有所进展，但截至2011年，尚未实施全国性的全面无烟法律。这导致了极高的有害二手烟暴露率，每年因二手烟暴露死亡的人数超过10万。近年来，政府采取了重要措施以减少二手烟暴露的情况。不过，之前提出的全国全面无烟法律已不列在政府议事日程之上。假设政府重启该法律的立法议程，且该法律得到实施，则将会带来巨大的公共卫生和经济效益。目前，中国有18个城市（其中包括4个ITC城市）实施了地方性无烟法规，但只有3个城市实施了符合《公约》第八条实施准则的全面无烟法规：北京（2015年6月实施）、深圳（2014年3月开始实施，2017年1月全面实施）和上海（2017年3月实施）。

在ITC中国项目第一至第五轮（2006~2015年）调查期间，中国只实施了极少涉及无烟的法规。在地方实施的无烟法规中，没有任何一个城市的法规规定全面禁烟，这并不符合《公约》第八条的规定（表6）。有明确证据表明，如表6中所列的仅在公共场所部分区域禁烟的法律，并不能保护公众免受二手烟危害^[187]。例如，有些城市在餐厅内禁烟但允许设置指定吸烟区，而在吸烟区和非吸烟区之间并没有明显隔离，这使得禁烟形同虚设。其他ITC城市和5个农村地区在此期间没有实施任何无烟法规。

表6 ITC项目中国调查第一至第五轮（2006~2015年）调查地区的无烟法规

日期	城市	说明
2008年5月	北京	餐厅和工作场所部分禁烟
	沈阳	餐厅和工作场所部分禁烟
2009年6月	银川	餐厅和工作场所部分禁烟
2010年3月	上海	大型餐厅部分禁烟；公共工作场所禁烟
2010年9月	广州	大型餐厅部分禁烟；特定室内工作场所禁烟
2014年11月	北京	室内公共场所和公共交通全面禁烟，于2015年6月1日实施（第五轮北京实地调查结束之后）

ITC 中国调查使用了多项指标评估无烟政策（表 7）。通过询问吸烟者和非吸烟者是否在如室内工作场所、酒吧、餐厅和出租车等公共场所内看到吸烟行为，来评估了目前部分公共场所禁烟法规的有效性。调查还询问了吸烟者关于他们家庭内吸烟的规定，以评估实施无烟法规是否会影响家庭内吸烟。

表 7 ITC 问卷关于无烟法规的指标

指标	问卷问题	答案选项
去过餐厅（酒吧）	在过去6个月中，你是否去过〈城市〉的餐厅（酒吧）？	是 或 否
上次去的餐厅（酒吧）：是否在该场所内看到吸烟	你上次去的餐厅（酒吧）有什么样的禁烟规定？	是 或 否
在家以外的地方工作	你有工作吗？	是 或 否
在室内或室外工作	你经常在室内工作吗？	是 或 否
工作场所吸烟	在过去的6个月中，在你工作的场所是否有人在室内吸烟？	是 或 否
对无烟场所的支持	在下面的每一个公共场所，你认为应该有怎样的禁烟规定？ 医院、工作场所、餐厅、学校、政府办公楼、酒吧、出租车	不能在室内任何区域吸烟/ 只能 在室内某些区域吸烟/没有规定或限制
对禁烟的支持	总体上说，你认为在餐厅和其他室内公共场所禁烟是好还是不好？	非常好/好/无所谓/不好/非常不好
家庭内吸烟	下面哪一项最恰当地描述了你家室内吸烟的情况？	不能在室内任何区域吸烟/ 只能 在室内某些区域吸烟/没有规定或限制

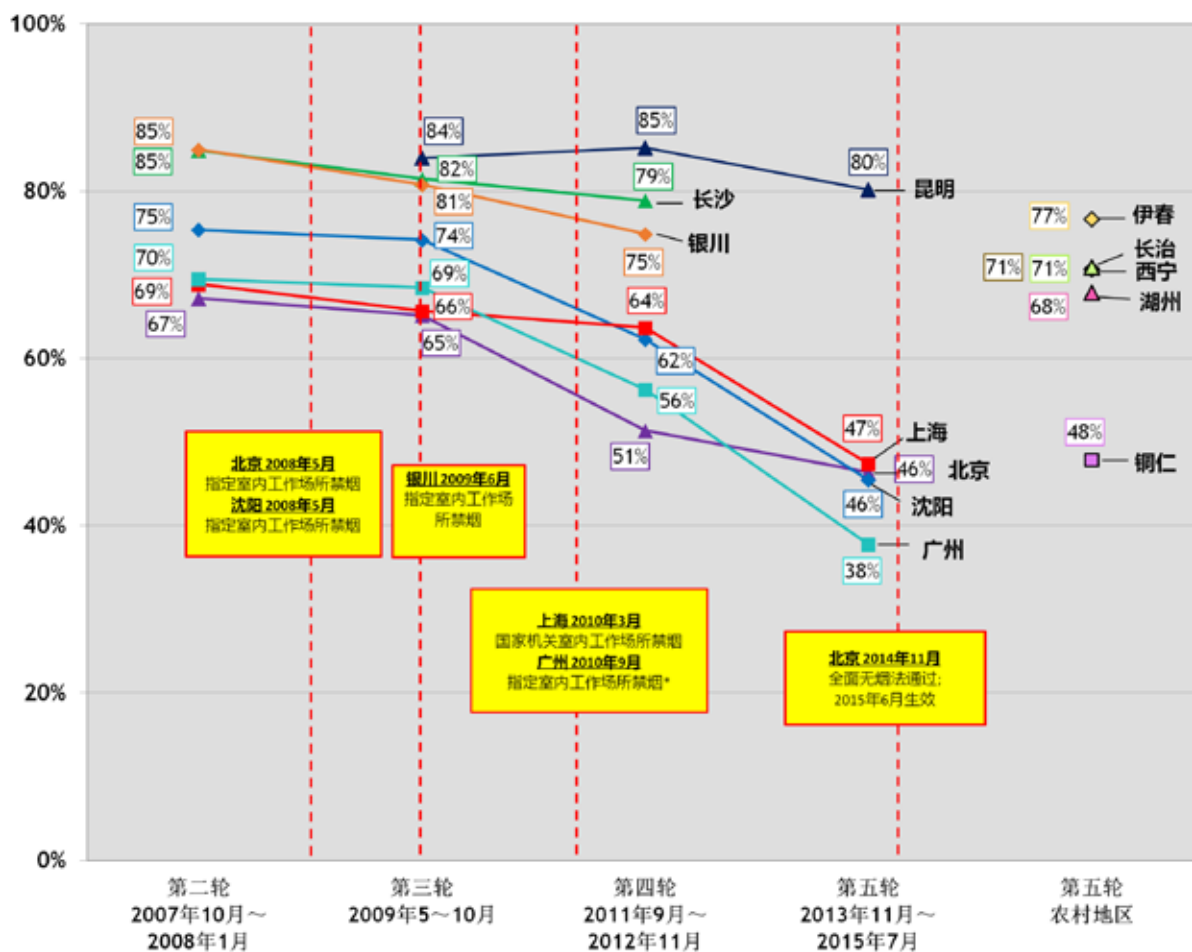
室内工作场所吸烟

工作场所全面禁烟是一项避免公众暴露于二手烟的重要控烟措施。事实上，这是世界卫生组织《公约》唯一一条直接保护非吸烟者健康的政策措施。来自中国和其他国家的研究显示，工作场所全面的无烟政策比部分禁烟更能减少吸烟和二手烟暴露^[188,189]。例如，一项上海的研究调查显示，全面禁烟的工作场所的吸烟率和吸烟者每天吸烟的数量比有禁烟条例但设置了吸烟室的工作场所低，戒烟的尝试也更多^[190]。但是，在中国，各个城市无烟法规对工作场所的禁烟规定差别较大，而且在北京 2015 年无烟法规之前，没有任何工作场所全面禁烟。这些无烟法规要么允许在室内吸烟室内吸烟，要么仅在几类特定的工作场所禁烟。

在 ITC 中国项目第一至第五轮的调查期间，5 个城市（北京^{vii}、沈阳、银川^{viii}、上海和广州）对部分工作场所禁烟，而其他城市和农村地区并没有类似的工作场所禁烟政策。2010 年 9 月（第三轮调查之后），广州实施了当时中国史上最强的无烟法规，禁止在 12 种室内公共场所吸烟，其中包括工作场所。但是只有个别工作场所（如政府办公楼）实施了全面禁烟。其他的室内工作场所（如餐厅和酒吧）允许设置吸烟室。

从第二至四轮，大部分室内工作的吸烟者报告在过去 6 个月中，在其工作场所中看到吸烟行为（图 21）。在参与第五轮调查的城市中，昆明在调查期间没有实施无烟法规，其工作场所吸烟率高达 80%。而在沈阳（46%）、北京（46%）和上海（47%），有将近一半的工作场所仍存在吸烟行为。

图 21 各轮调查中不同城市吸烟者在工作场所看到有人吸烟的比例



* 办公室、会议厅、食堂、电梯和通道禁止吸烟

注：这一问题仅针对目前在室内工作的吸烟者。这导致符合条件可回答此问题的农村吸烟者人数远远小于城市吸烟者的人数，所以调查结果的置信区间较宽

vii. 北京2015年6月无烟法规于第五轮现场调查后生效，所以该法规的影响未被评估

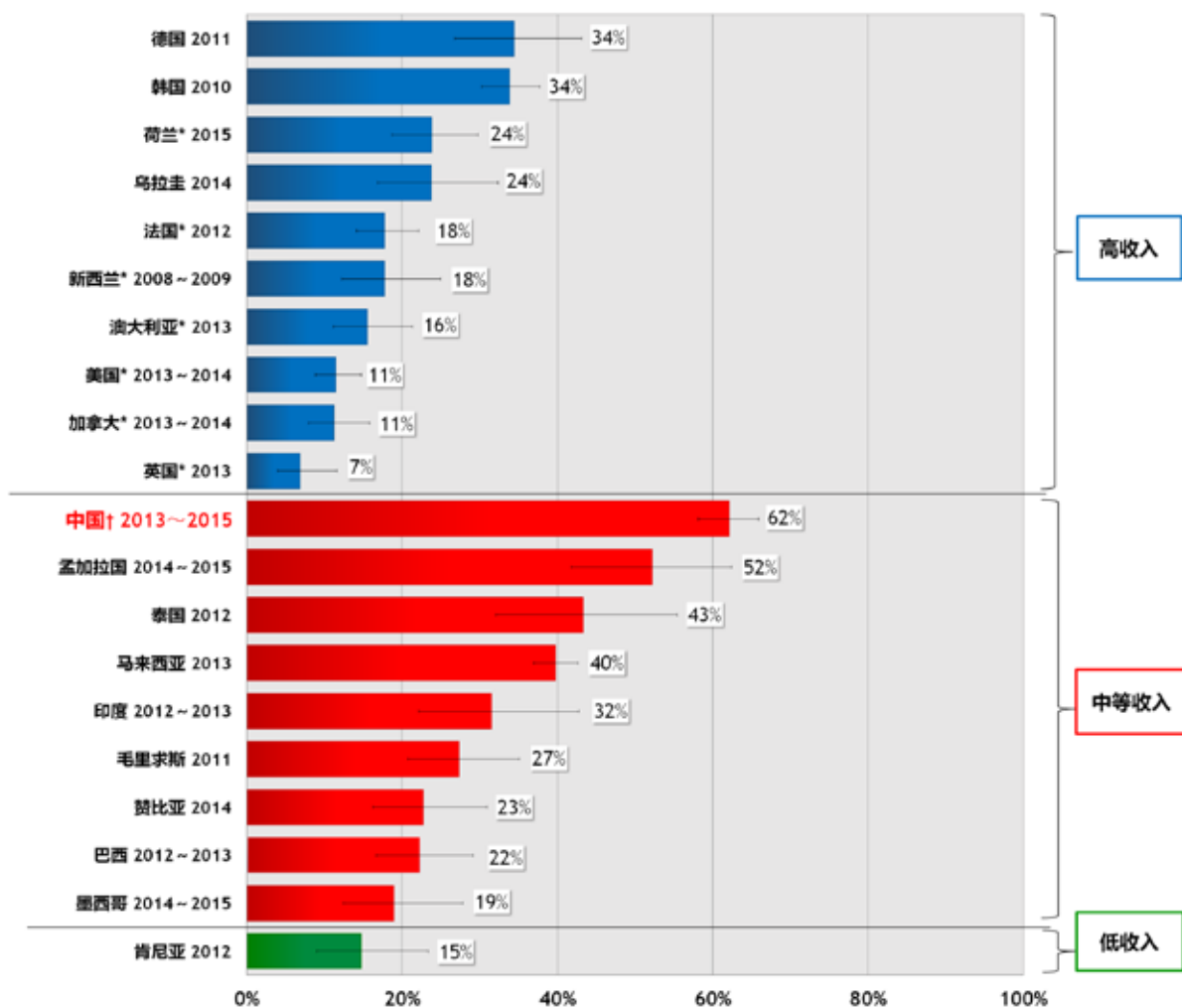
viii. 银川和长沙不在ITC中国第五轮调查范围内

相比之下,广州的工作场所吸烟率在2010年实施禁烟令后降到最低(38%)。和第三轮相比,北京、上海和沈阳在第五轮调查时已经实施了部分场所禁烟法规,工作场所的吸烟率也相应降低。

在第五轮调查期间,在室内工作的农村吸烟者人数较少,但在这部分吸烟者中,除铜仁(48%)以外的所有农村地区有2/3的受访者(68%~77%)在过去6个月内注意到室内场所有人吸烟。

尽管ITC中国调查进行期间,室内工作场所的吸烟率有所下降,但是与其他参与ITC调查国家的数据相比,中国工作场所的吸烟率依然非常高。事实上,在20个参与ITC调查的国家中(图22),中国男性吸烟者和男性戒烟者在室内工作场所看到吸烟行为的比例是最高的(62%)。而在有着强有力无烟法律的高收入国家中,工作场所吸烟的比例很低,为7%~34%。

图 22 不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去 1 个月[†]在室内工作场所看到有人吸烟的比例

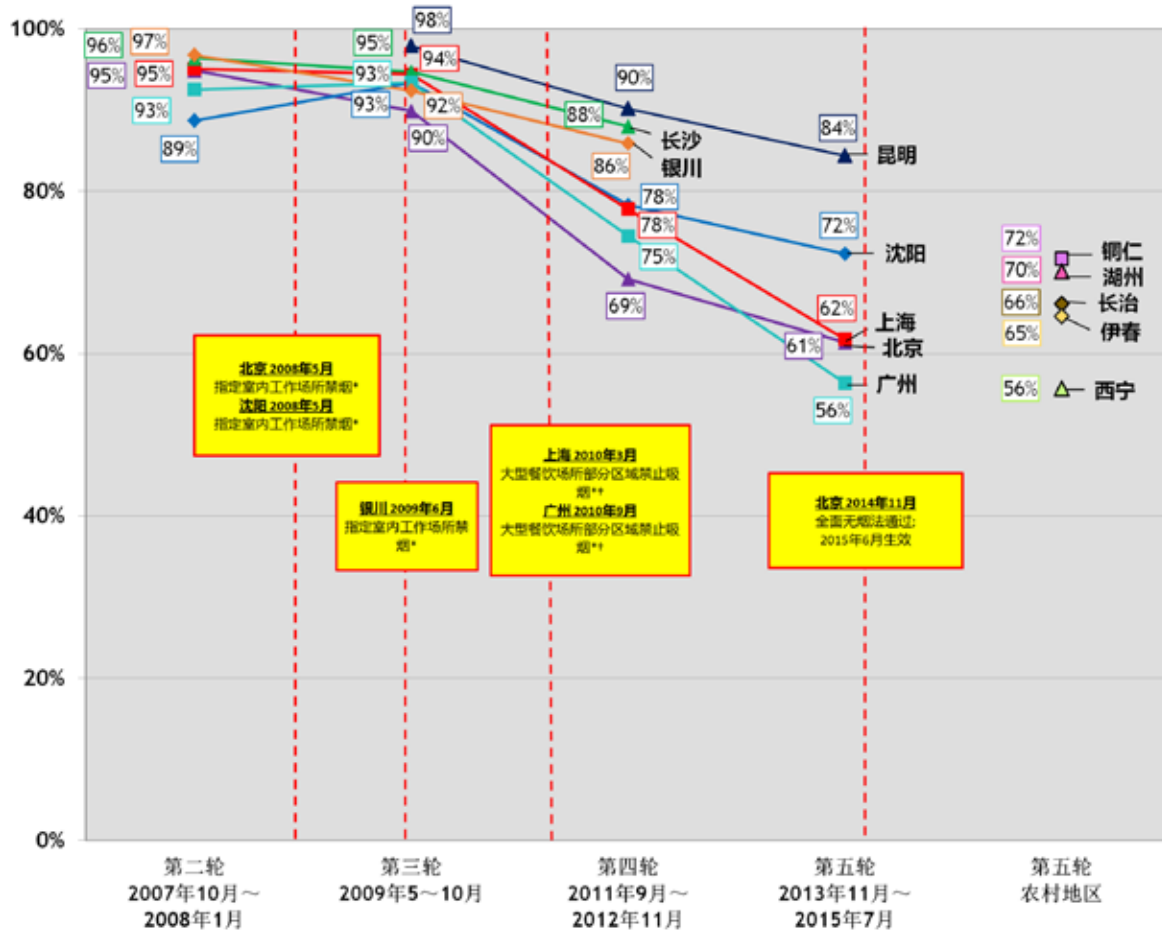


* 这些国家的调查对象为在家以外工作的人员,包括室内工作和室外工作。其他国家的受访者都为室内工作者
[†] 在中国,受访者被问及在最近6个月是否看到有人吸烟

ITC 中国项目在第二轮调查后评估了北京、沈阳、银川、上海和广州餐厅的部分禁烟法规。如表 6 所示，这些法规均没有全面禁烟，只是规定大型餐厅禁烟或者允许餐厅建立吸烟室。

从第二轮到第五轮调查，在参与调查的所有地区，大部分过去 6 个月去过餐厅的吸烟者报告在最近一次去的餐厅内发现吸烟行为。这一数据并不令人意外，因为这些城市的餐厅都没有全面禁烟(图 23)。餐厅吸烟率随着时间推移而降低，其中广州在 2010 年实施部分禁烟法规后，餐厅吸烟率降幅最大，从 2009 年第三轮调查期间的 93% 降低至 2013~2015 年第五轮调查期间的 56%。但是在第五轮调查中，各调查地区仍有超过一半的餐厅存在着吸烟行为，其中昆明的吸烟率最高（84%）。

图 23 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

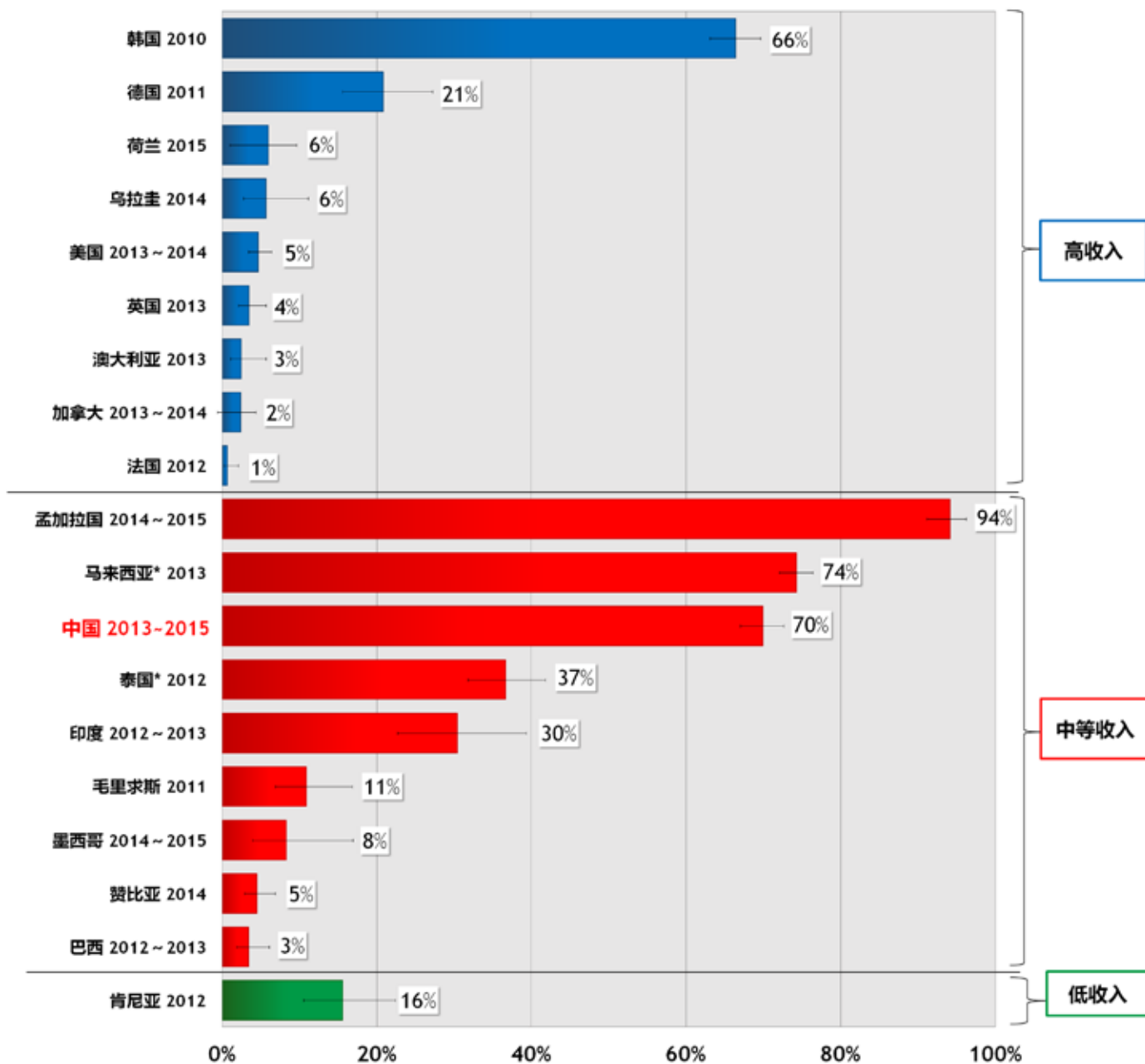


* 可设置吸烟室；银川划定吸烟区
 † 经营场所餐位在 75 位以上或使用面积在 150 平方米以上的餐饮场所

这些结果表明部分餐厅禁烟法规对减少二手烟暴露影响微弱。相比之下，爱尔兰在 2004 年实施全面无烟法规后，受访者注意到了餐厅吸烟率的显著降低，从 85% 降至 3%，餐厅内几乎没有吸烟现象^[191]。

ITC 的跨国数据对比进一步表明中国应该强化餐厅内无烟法律，因为在 19 个国家中，中国的餐厅吸烟率是第三高（70%）（图 24）。相比之下，在大部分非亚洲的 ITC 国家，餐厅内吸烟率为 5% 或更低。

图 24 不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去 1 年在餐厅内看到有人吸烟的比例



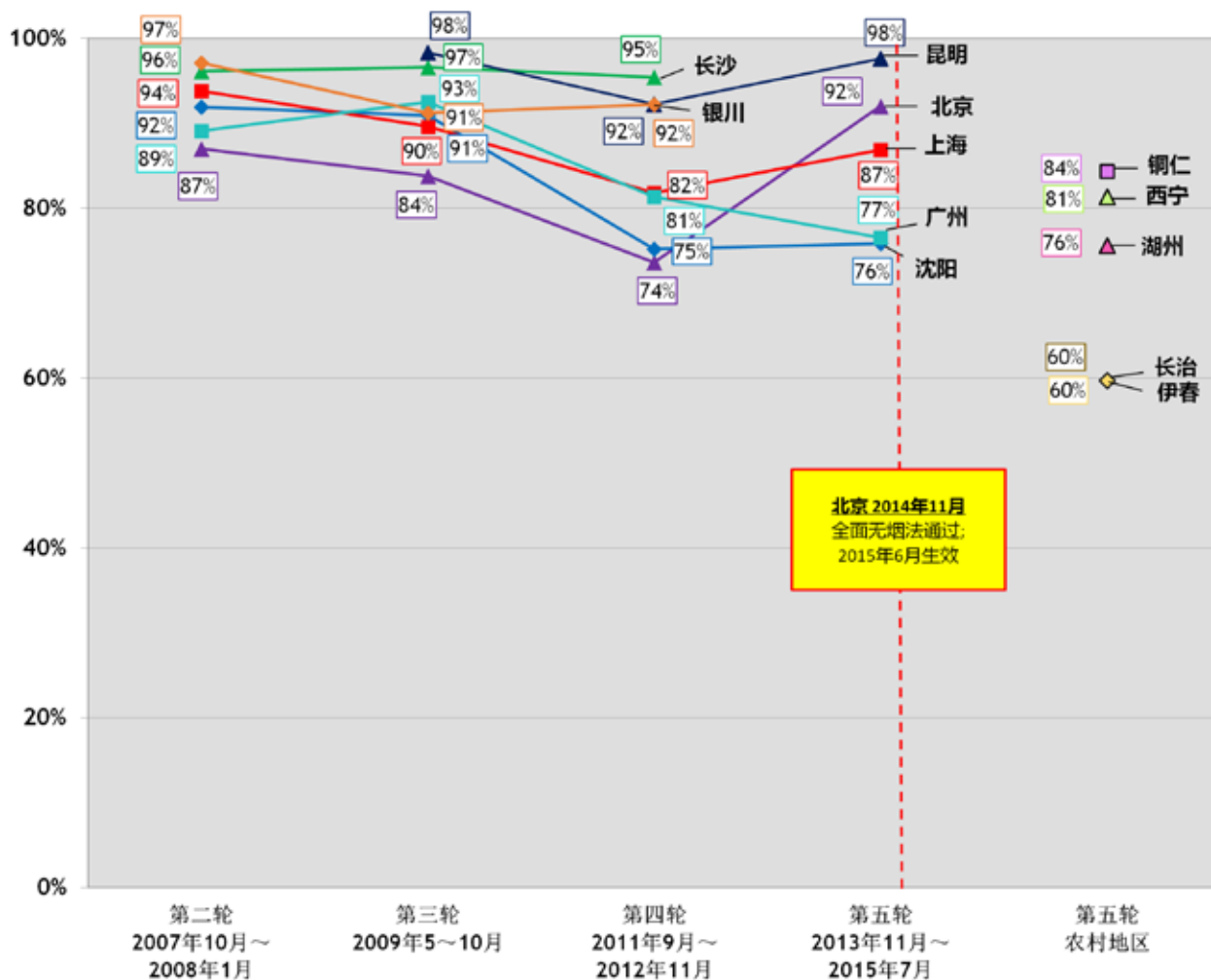
* 在马来西亚和泰国，调查结果为室内有空调设备的餐厅和室内没有空调或室外餐厅的禁烟区的平均数

酒吧内吸烟

在 ITC 中国调查第一至第五轮期间，在所有调查的城市酒吧内没有任何禁烟规定，这导致了极高的二手烟暴露水平。

问卷问及过去 6 个月中，去过酒吧的吸烟者是否在最近一次去酒吧的时候看见有人吸烟。从第二轮至第五轮，ITC 中国调查城市中的酒吧吸烟率一直居高不下，在第二轮的城市中，比例为 87%~97%，在第五轮的城市中，比例为 76%~98%，其中昆明在第三轮和第五轮时是酒吧内吸烟率最高的城市（98%）（图 25）。尽管在第三至四轮间，酒吧吸烟率略有减少，但是 3 个城市（昆明、北京和上海）的吸烟率在第四轮和第五轮期间上升了。

图 25 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

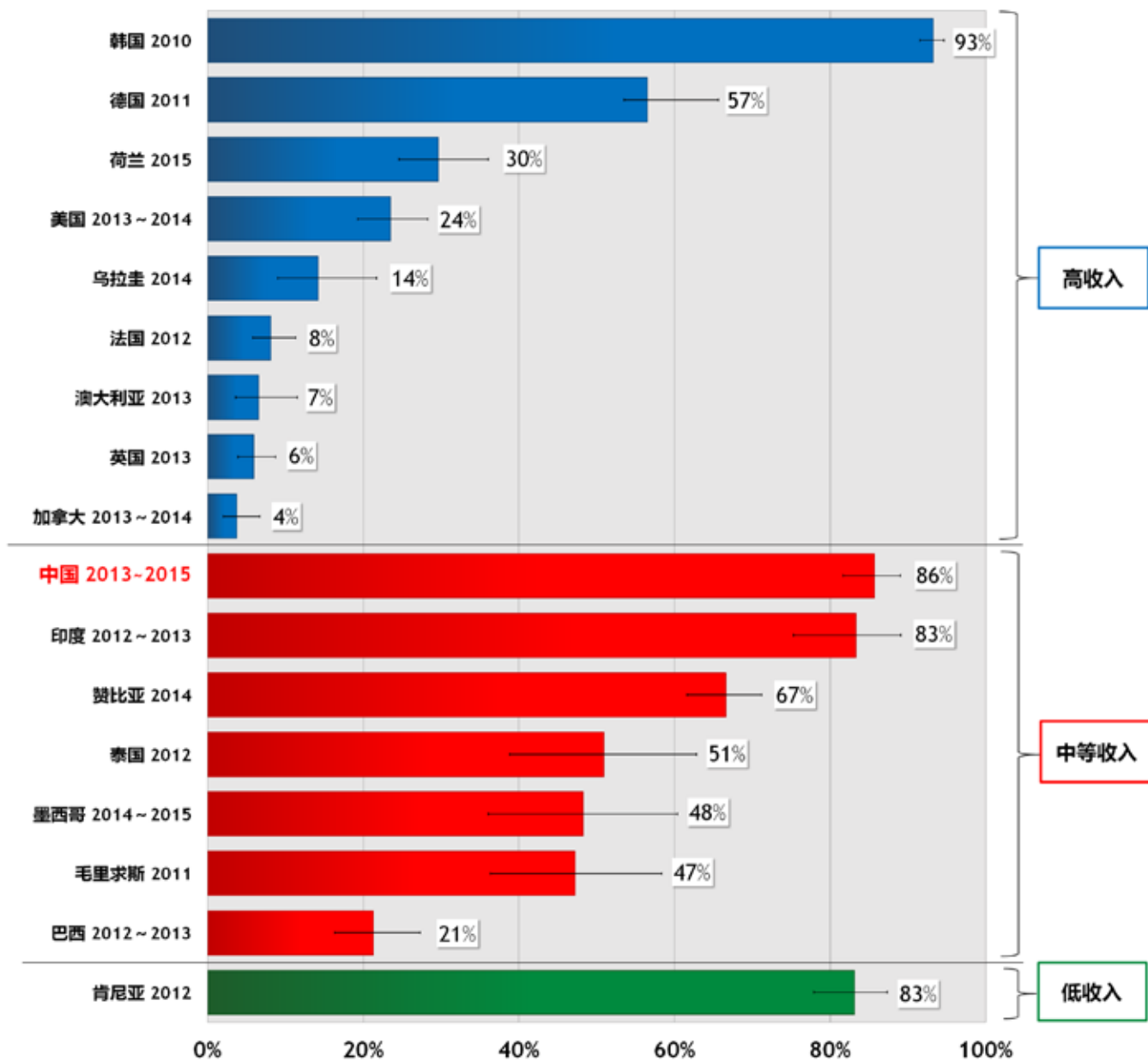


注：过去 6 个月去过酒吧的吸烟者只被问及他们最近一次去过酒吧的禁烟规定
解读此数据时，须认识到很多城市的受访者数量较小，尤其是乡村地区，所以调查结果的置信区间较宽

第五轮中，几乎没有农村地区吸烟者报告去过酒吧，但是在那些去过的人中，60%~84%的吸烟者在上一次去酒吧时看到吸烟行为。

ITC 跨国调查中也显示中国酒吧普遍居高不下的吸烟率。该调查显示，在 17 个国家中，中国酒吧吸烟率为第二高（86%），仅次于韩国（93%）（图 26）。相比之下，加拿大和英国等发达国家的数据表明，在包括酒吧在内的公共场所实施强有力的无烟法律，这些场所可以实现低吸烟率。

图 26 不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去 1 年在酒吧和咖啡馆内看到有人吸烟的比例

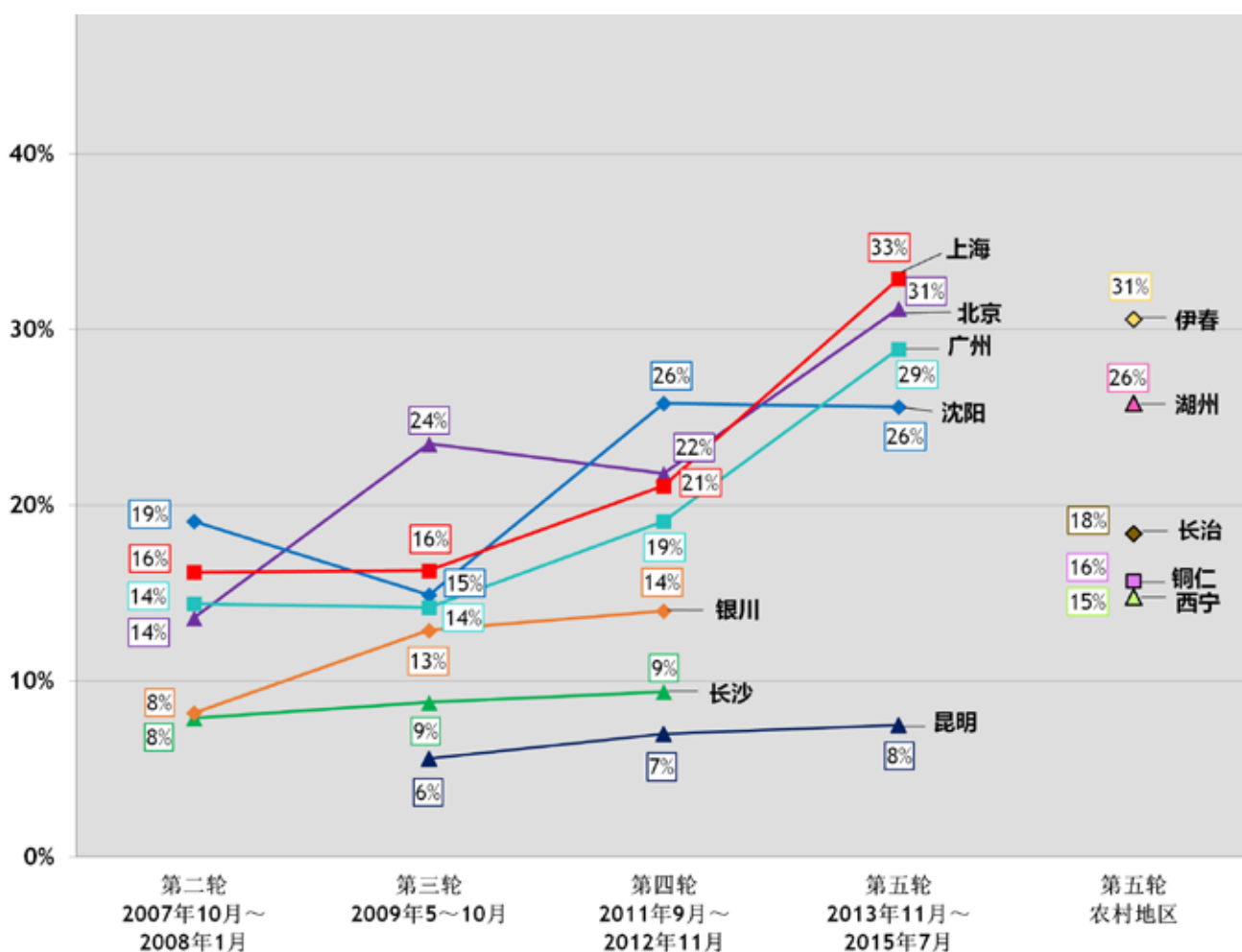


家庭内吸烟

在第五轮调查期间，不到 1/3 的吸烟者表明家里从来不可以吸烟（图 27）。昆明在第五轮调查中只有 8% 的吸烟者在家里全面禁烟，该比例为 10 个调查地点中最低。但是，在第二轮至第五轮调查期间，吸烟者所在的家庭全面禁烟的比例有所提升。北京和上海在实施部分禁烟法规之后家庭内禁烟比例最高。广州自 2010 年无烟法规生效之后，家庭内禁烟比例也从第三轮调查时的 14% 增加至了第五轮的 29%。

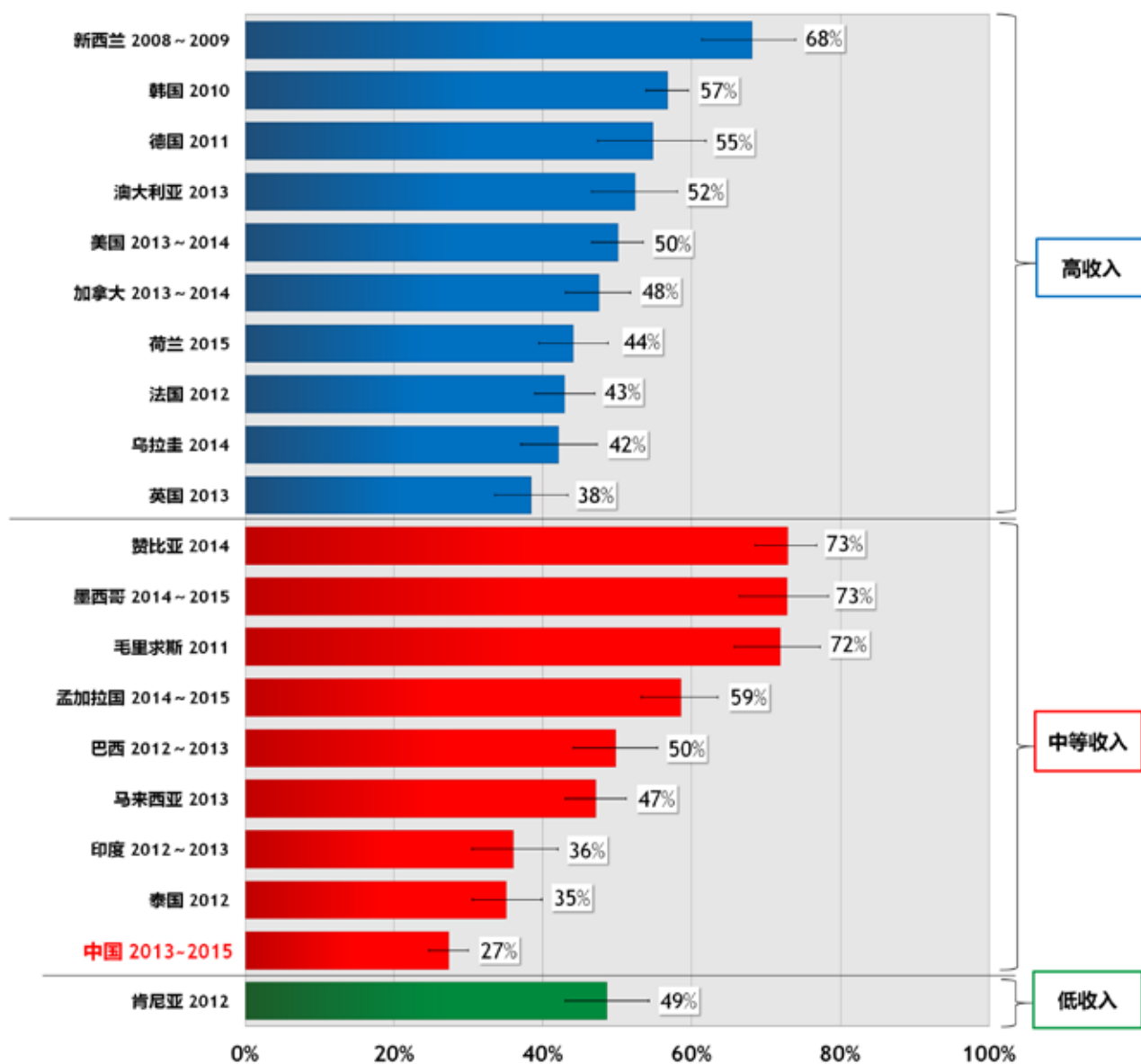
这些数据支持了 ITC 之前的研究结果，说明公共场所禁烟并不会提高家庭内吸烟的比例。相反，公共场所禁烟往往能提高无烟家庭的比例^[191-193]。这一发现证明，如果中国颁布全面无烟法律，那么更多酒吧和包括家庭在内的私人场所会加入禁烟行列，进一步降低二手烟暴露，这对于保护妇女和儿童的健康是非常重要的。

图 27 各轮调查中不同城市吸烟者报告不能在家庭室内任何区域吸烟的比例



尽管在 ITC 调查期间有越来越多的吸烟者在家庭内禁烟，但是该调查结果证明，如果中国实施全国性无烟法律，那么家庭内禁烟的比例会有大幅度提高。在 20 个 ITC 国家中，中国目前在家庭内禁烟的比例最低（27%），也就是说中国家庭内二手烟暴露程度是最高的（图 28）。

图 28 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

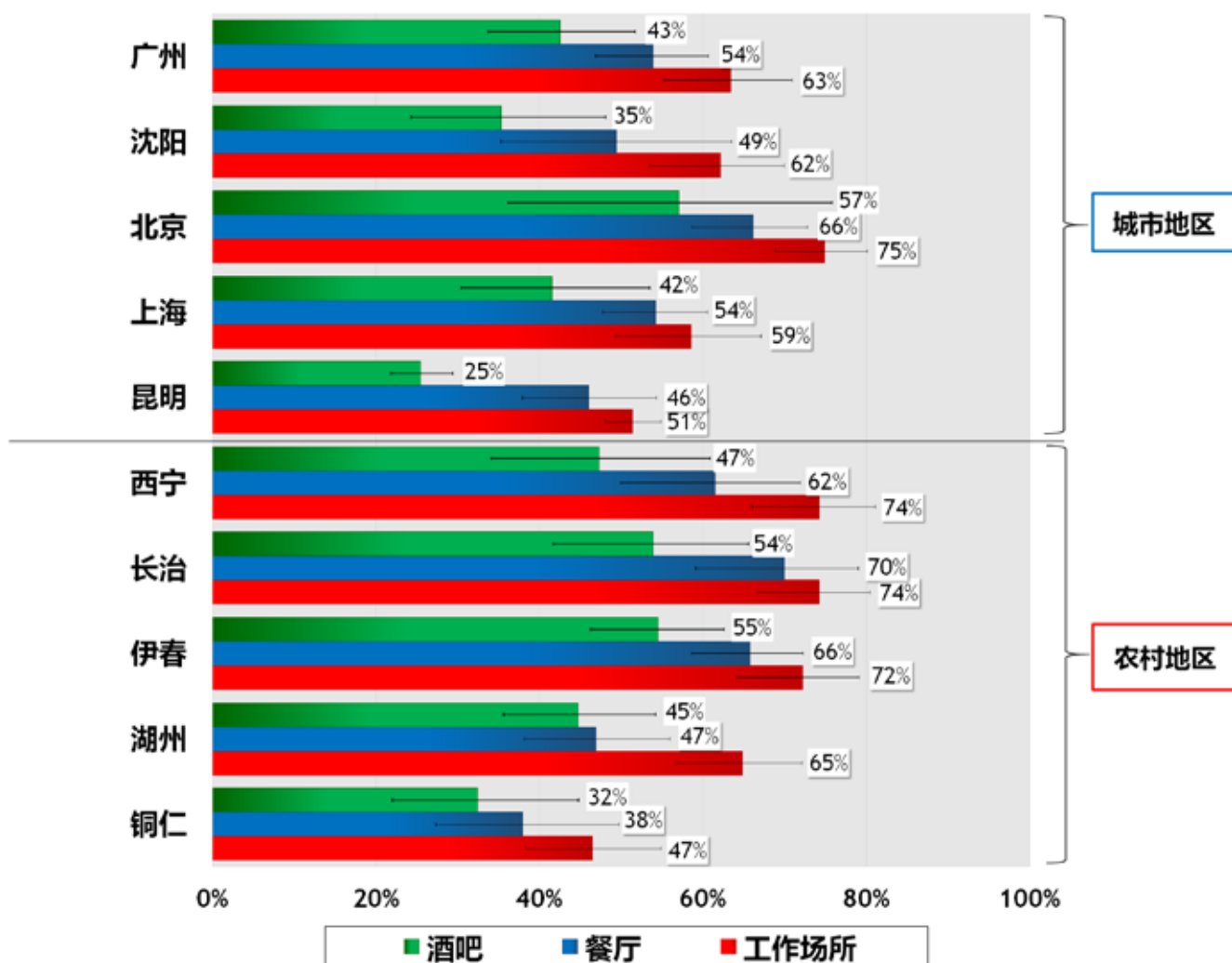


公众对无烟法律的支持

ITC 中国调查询问受访者认为是否应该允许在若干公共场所内吸烟。图 29 总结了 ITC 中国第五轮调查（2013~2015 年）各个地区吸烟者对工作场所、餐厅和酒吧禁烟的支持度。尽管各个地区的支持度有所不同，但所有地区对工作场所禁烟的支持度最高（47%~75%），对酒吧禁烟的支持度最低（25%~57%）。城市地区和农村地区对各个场所的支持度的平均值差异不大，这显示了全国无论城市地区还是农村地区，都一致支持无烟法规。



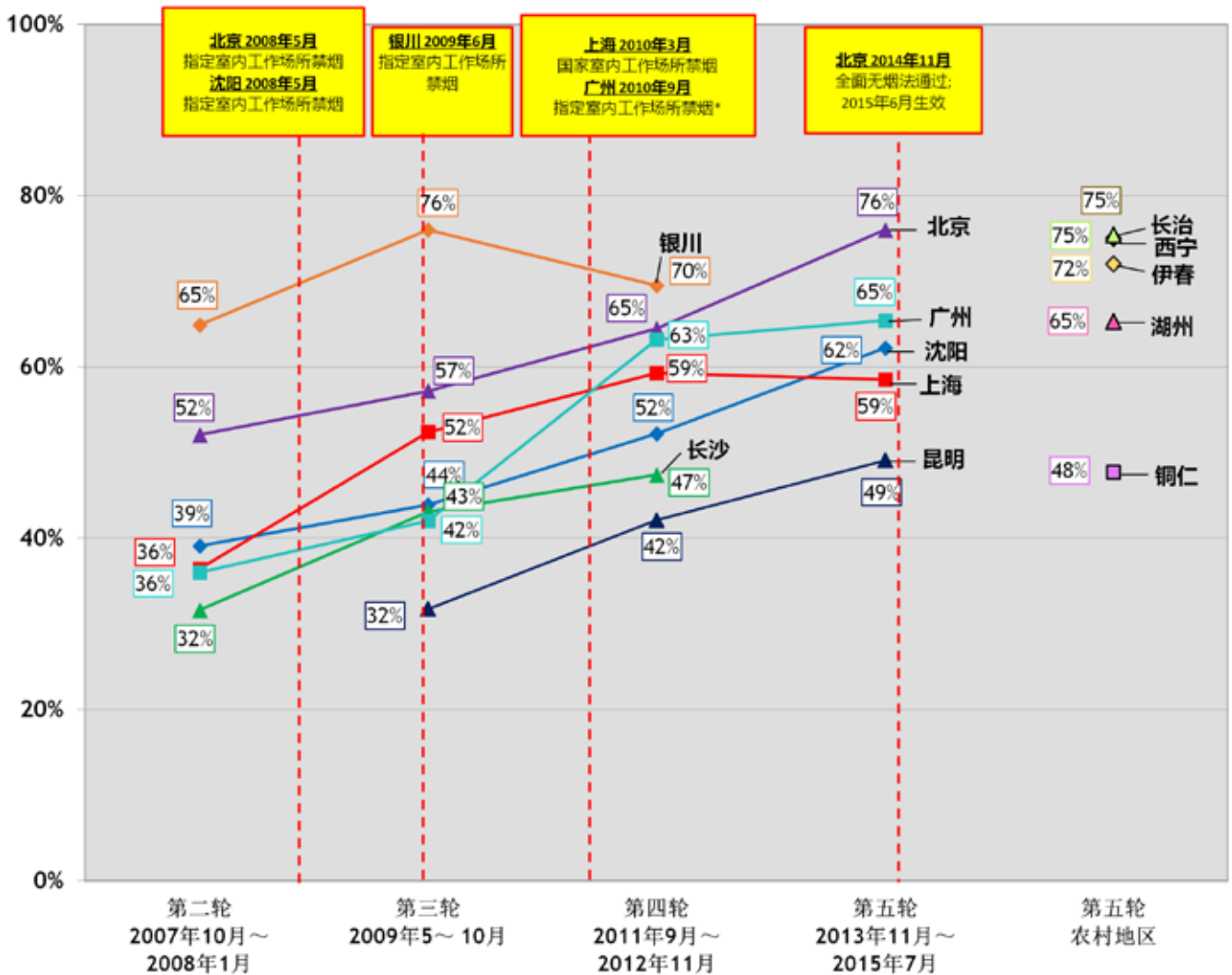
图 29 第五轮调查中各个城市吸烟者认为应在室内工作场所、餐厅和酒吧禁烟的比例



对无烟工作场所的支持

除了银川第三至四轮间支持度略有降低以外，其余各个城市吸烟者对于在室内工作场所全面禁烟的支持度在第二至五轮期间持续增加（图 30）。在第五轮，除了铜仁（48%）和昆明（49%），其他所有地区有超过一半的吸烟者支持工作场所全面禁烟，其中北京支持率最高（76%）。

图 30 各轮调查中不同城市吸烟者支持工作场所内全面禁烟的比例

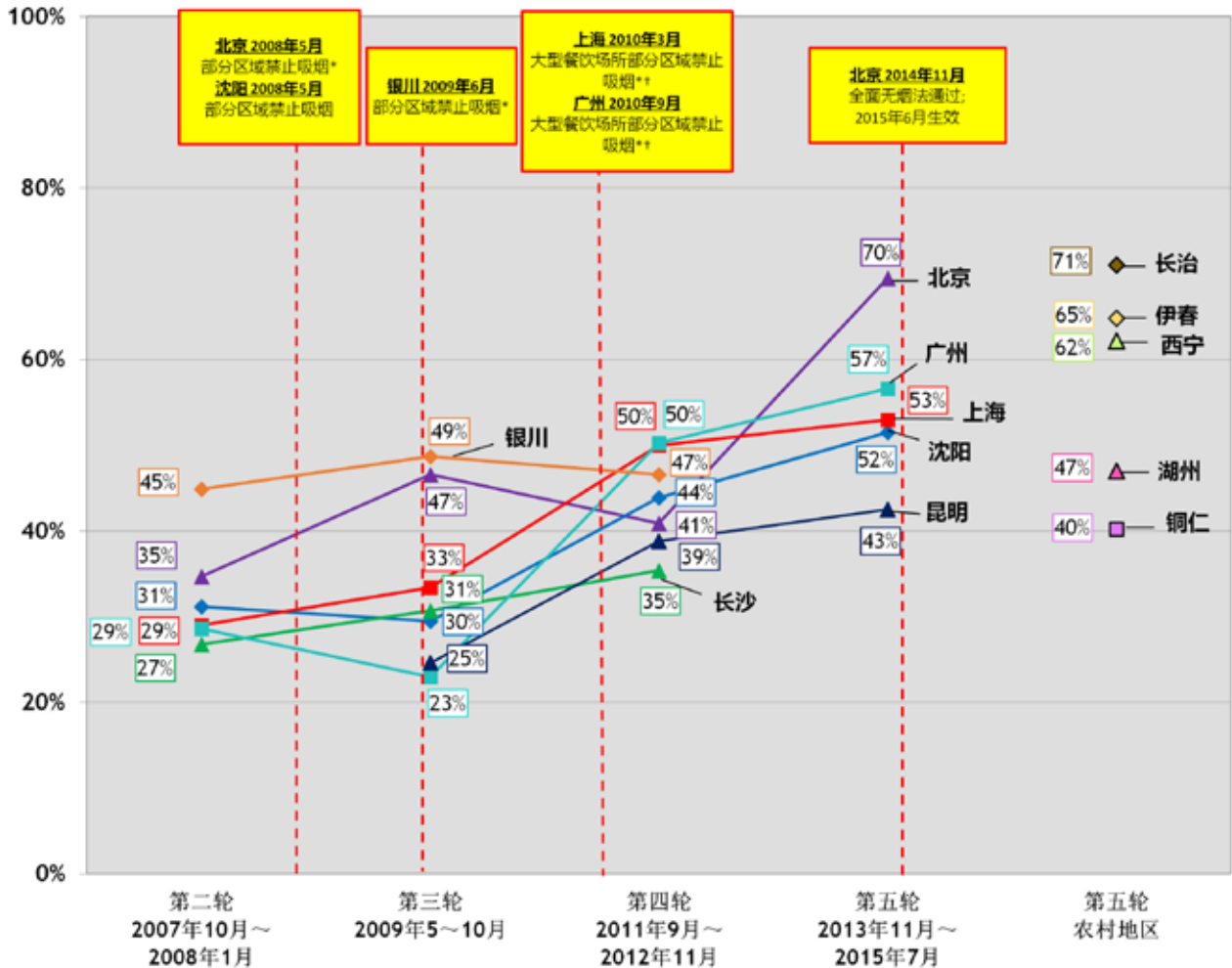


* 办公室、会议厅、食堂、电梯和通道 禁止吸烟

对无烟餐厅的支持

在第二至五轮调查期间，吸烟者对餐厅内全面禁烟的支持度总体上升（图 31）。在第五轮，伊春（65%）、北京（70%）和长治（71%）有大约 2/3 的吸烟者支持在餐厅内全面禁烟，沈阳（52%）、上海（53%）、广州（57%）、西宁（62%）的支持率均超过一半。支持率最低的为第五轮调查中的铜仁（40%）。

图 31 各轮调查中不同城市吸烟者支持餐厅内全面禁烟的比例



* 可设置吸烟室；银川划定禁烟区

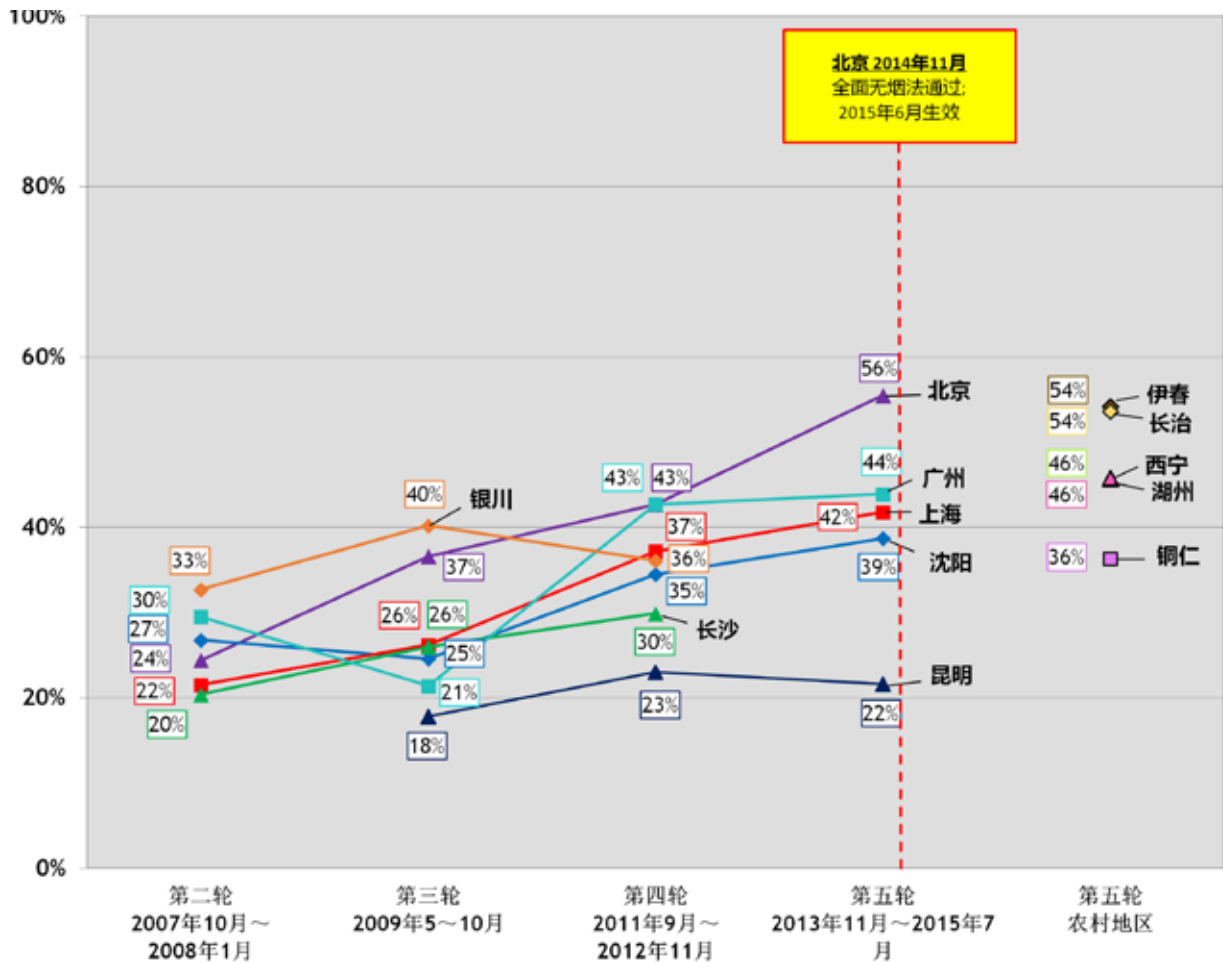
† 经营场所餐位在 75 位以上或者使用面积在 150 平方米以上的餐饮场所

在第四轮到第五轮期间，对餐厅全面禁烟支持度增加最大的是北京（从 41% 增加至 70%），说明越来越多的中国吸烟者支持餐厅内全面禁烟。同时，北京公众（包括吸烟者在内）对禁烟的大力支持表明他们已经为 2014 年 11 月颁布、2015 年 6 月实施的全面禁烟法规做好了准备。实际上，北京和上海（2017 年 3 月实施全面禁烟法规）的公众在第五轮时对餐厅禁烟的支持度比爱尔兰在实施其非常成功的全面禁烟法之前（45%）还要高^[191]。

对无烟酒吧的支持

与 ITC 其他国家的调查结果相符，公众对酒吧禁烟的支持度比对其他公共场所禁烟的支持度要低。在第二至四轮之间，各个城市只有少于半数的吸烟者支持在酒吧内禁烟（图 32）。但是，酒吧禁烟的支持度随着时间推移略有提高，其中增加最快的是北京（在第二轮时为 24%，第五轮时达到 56%）。在第五轮，有 3 个城市（北京、伊春和长治）过半的吸烟者认为酒吧应该全面禁烟。

图 32 各轮调查中不同城市吸烟者支持酒吧内全面禁烟的比例

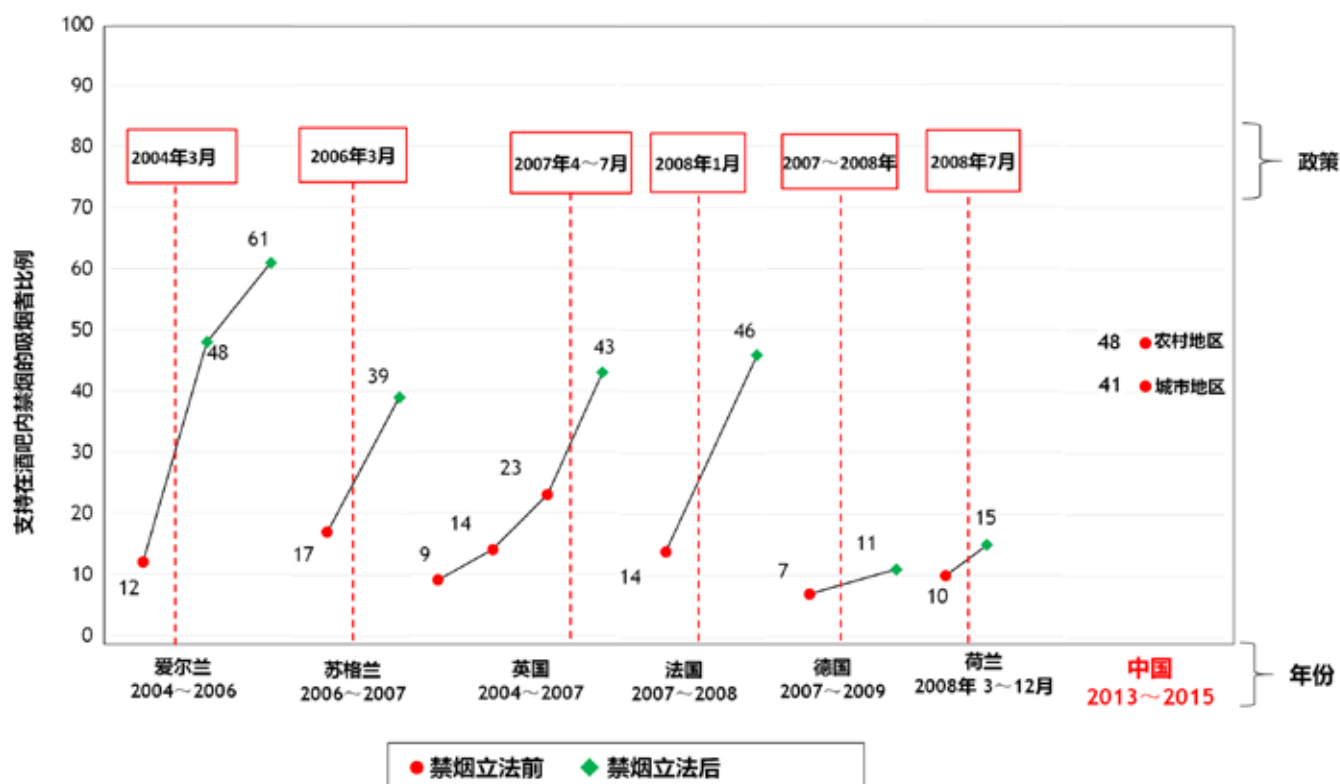


2013~2015 年间，92% 的吸烟者和 93% 的非吸烟者认为在餐厅和其它公共场所禁烟“好”或“非常好”。这些高度支持表明中国吸烟者已经准备好接受强有力的全国性无烟法律。

中国城市（41%）和农村（48%）吸烟者对酒吧禁烟的支持度远高于 6 个欧洲国家实施全面禁烟法律（包括酒吧禁烟）之前的支持度（图 33）。例如，在爱尔兰 2004 年实施无烟法律之前，只有 12% 的吸烟者支持在酒吧内禁烟。

图 33 中国支持在酒吧内禁烟的吸烟者比例（2013~2015 年）和其他国家实施酒吧禁烟前后吸烟率的对比：

爱尔兰（2004 年）、苏格兰（2006 年）、英国（2007 年）、法国（2008 年）、德国（2007~2008 年）、荷兰（2008 年）



注：中国数据的比例代表了各个城市和农村地区的平均值

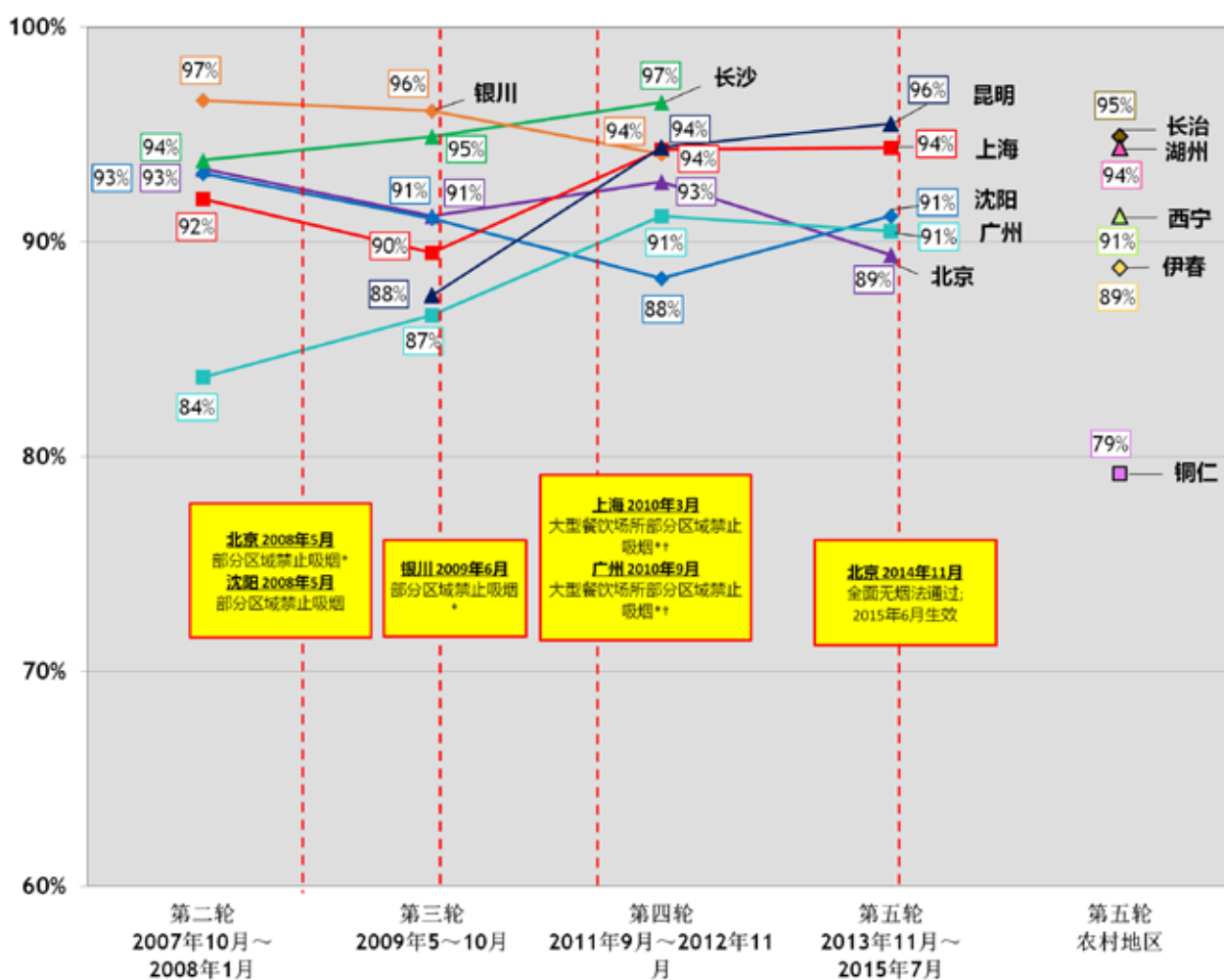
对其他公共场所禁烟的支持

在第五轮调查，吸烟者和非吸烟被问及是否认为各类室内场所和公共交通上应该允许吸烟。公众大力支持在各类公共场所全面禁烟——超过 80% 的吸烟者和非吸烟者认为应该在学校、出租车、政府大楼和医院内禁烟。吸烟者和非吸烟者最支持在学校内全面禁烟（吸烟者 90%，非吸烟者 93%），对酒吧全面禁烟的支持度最低（吸烟者 44%，非吸烟者 53%）。

对无烟法律的总体支持度

最后，为了调查公众对无烟法律的总体支持度，ITC 中国调查在第二至五轮期间向吸烟者和非吸烟者询问他们认为在餐厅及其他公共场所禁烟是好还是不好。在各轮调查中，绝大部分的受访者（每轮平均至少 90% 的吸烟者和非吸烟者）认为禁烟“好”或者“非常好”。在第五轮调查的各个地区中，吸烟者对禁烟的支持很高（铜仁为 79%，其他地区至少为 89%；图 34）。但是城市吸烟者（95%）对禁烟的支持远大于农村吸烟者（89%）。尽管如此，第五轮中吸烟者（92%）和非吸烟者（93%）对禁烟的平均支持度是一致的。

图 34 各轮调查中不同城市吸烟者认为在餐厅和其他室内公共场所禁烟是“好”或“非常好”的比例



* 可设置吸烟室；银川划定禁烟区

† 经营场所餐位在 75 位以上或者使用面积在 150 平方米以上的餐饮场所

总体而言，中国吸烟者对公共场所全面禁烟的高度支持表明他们已经准备好接受强有力的全国性无烟法律。随着二手烟危害的教育普及和公众对无烟法律健康益处的认识的增强，公众对无烟法律的支持将会进一步提高。

健康警示标识

《公约》第十一条要求各缔约方在公约生效 3 年内应采用大且显著的健康警示，并定期轮换。2008 年 11 月通过的《公约》第十一条实施准则，要求各缔约方使用彩色图形健康警示，面积至少达到烟盒正面及背面面积的（如果包装多于两面，则在所有主要面积上）50%（且不少于 30%），并使用该缔约国的主要语言^[57]。

中国在履行《公约》第十一条实施指南，实施有效健康警示方面进展缓慢。尽管在 1992~2016 年间，烟盒上的健康警示已经更换了 4 轮，但是时至今日，中国仍没有采用图形警示。

中国的健康警示

图 35 列出了中国健康警示的演化史。

- 1992 年生效的《中华人民共和国烟草专卖法》仅要求在烟盒侧面印有小文字警示（第一轮警示）
- 2009 年 1 月，纯文字健康警示占烟盒正反面底部的 30%，包括两条笼统的警示信息，而反面的警示信息为英文（第二轮警示）
- 2012 年 4 月，新版文字健康警示生效，但是仍然并没有达到《公约》的最低要求，也没有图形警示。烟盒背面的文字警示从英文调整成了中文，字体大小也为原来的两倍（高度不低于 4 毫米），但是警示的总体大小不变（第三轮警示）
- 2016 年 10 月 1 日，新版文字健康警示生效，要求警示的面积达到烟盒的 35%，字体变为 4.5 毫米，并新增 3 条文字警示（第四轮警示）。但是，警示方式仍是纯文字。

图 35 中国健康警示的演化史（第一至第四轮警示）

第一轮警示 (1992~2008年)	第二轮警示 (2009年1月~2012年3月)	第三轮警示 (2012年4月~2016年10月)	第四轮警示 (2016年10月至今 ^{ix})
			
侧面纯文字	正面30%（中文），背面30%（英文）；纯文字；字体 2 mm	正反面30%纯文字（中文）；字体加倍，增大到4mm	正反面35%纯文字（中文）；字体增大到4.5mm

ix. 截至2017年1月使用的是第四轮健康警示

ITC 中国研究显示需要图形警示

烟草健康警示是一种非常醒目、低成本的向吸烟者和非吸烟者宣传烟草使用危害的有效手段。包括 ITC 项目以及其他研究在内的全球研究成果表明，健康警示是有效增强吸烟危害意识、减少烟草消费和吸烟率的工具^[167,194]。研究结果同时显示有效性随着警示的增大以及是否包括图片而增加。大的图形警示比纯文字警示更能增加人们对吸烟危害的认识、考虑吸烟健康风险以及激发戒烟意愿或行为（回避健康警示、放弃抽一根烟）^[165,195,196]。

ITC 项目研究显示中国 2009 年的健康警示改进（将侧面文字警示变成占用烟盒正反面 30% 面积的文字警示）没有取得效果。针对 2009 年健康警示改进之后的一项实验研究表明，中国吸烟者和非吸烟者认为这些警示在促进吸烟者戒烟和劝说青少年不吸烟方面的有效性远低于加拿大、新加坡及欧盟的图形警示^[54]。该调查还发现大部分成年吸烟者无法理解烟盒背面的英文警示，侧面证明了《公约》建议的正确性——为了方便公众理解，警示应使用各国主要语言。

ITC 证据表明，如果中国使用图形警示，会取得的潜在效果。调查比较了中国吸烟者对第二轮文字警示的反应和马来西亚吸烟者对同年实施的图形警示的反应（图 36）。结果发现中国纯文字警示的有效性远低于马来西亚的图形警示，说明中国错过了一次实施有效健康警示的机会^[197]。

图 36 2009 年马来西亚将烟盒侧面的纯文字警示转变成图形警示



ITC 中国调查中健康警示相关指标

每轮 ITC 中国调查均采用了一系列问题来评估健康警示的有效性。例如，在测定警示标识显著性时询问吸烟者的问题包括：（1）过去 1 个月内看到警示标识的频率。（2）是否仔细阅读过健康警示的内容（两个问题均为 3 级打分，选项为“从不”、“偶尔”或“经常”）。在测定吸烟者认知反应时询问的问题包括：健康警示在多大程度上：（1）使他们考虑到吸烟对健康的危害。（2）使他们更想戒烟（两个问题均为 3 级打分，选项为“一点也不”、“有点”或“很大”）。最后，在测定吸烟者行为反应时询问的问题包括：在过去 1 个月，他们几次因为健康警示而没有吸烟（选项为“从不”、“一次”、“有时”或“经常”）。

ITC 第一至第五轮调查结果表明中国健康警示影响微弱

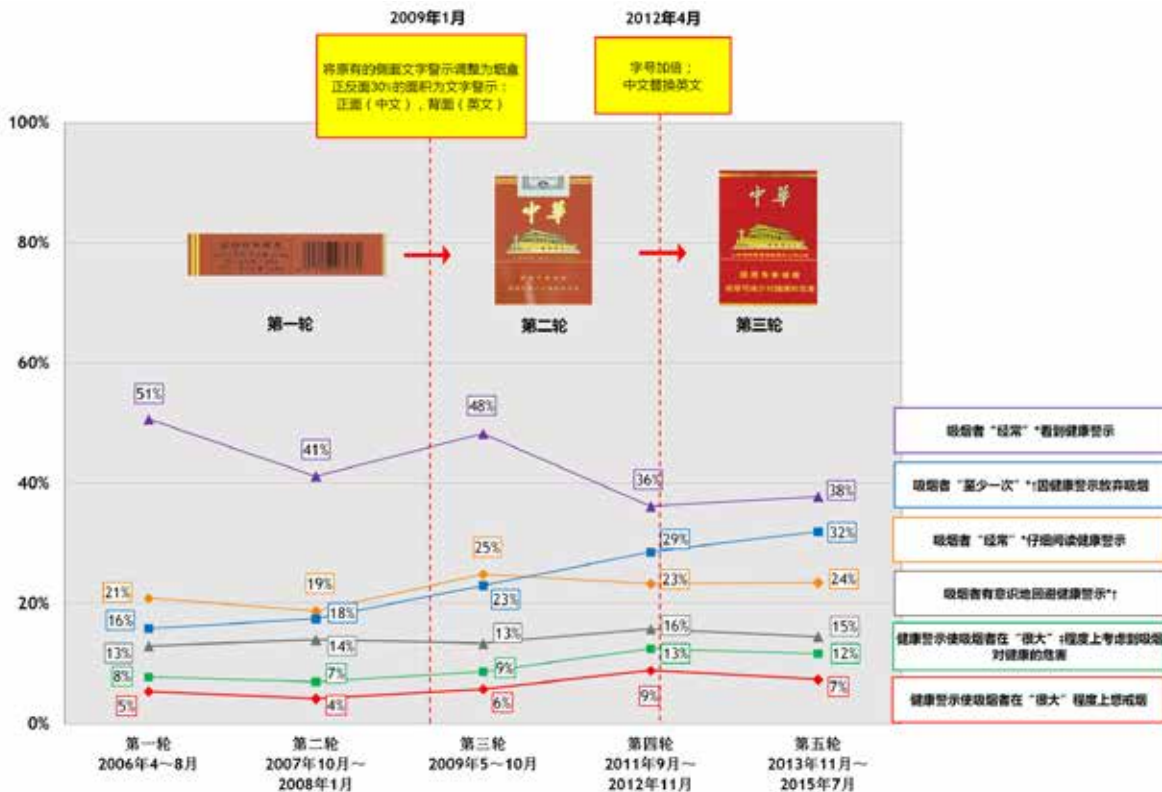
ITC 中国项目第一至第五轮调查结果表明烟盒侧面（第一轮警示）和正反面 30% 面积（第二轮、三轮警示）的纯文字健康警示影响微弱。第五轮的调查数据被用于评估 2012 年 4 月（第三轮警示），即第四轮调查结束前 7 个月生效的微小警示变化的影响^x。

图 37 显示了健康警示对 ITC 中国城市吸烟者认知和行为的影响趋势（第五轮新加入的农村地区除外）。总体而言，第一至第五轮调查期间，除了第二至三轮调查间，警示从烟盒侧面改至正反面 30% 面积（第二轮烟盒警示）使吸烟者的意识略有提升外——过去 1 个月“经常”看到健康警示的比例从 41% 升至 48%——吸烟者意识到警示的比例显著下降或保持不变。在第三轮调查时，吸烟者报告“经常”仔细阅读健康警示的比例也大幅增加，从第二轮调查的 19% 升至第三轮调查的 25%。

但是，第三轮调查以后，烟盒健康警示的显著性又显著降低，吸烟者“经常”注意到警示的比例从 48% 降至第四轮调查的 36%。

除了健康警示显著性低之外，第一至第五轮期间各个城市少于 1/3 吸烟者将戒烟的行为和认知与健康警示联系在一起（图 37）。一个令人鼓舞的发现是，吸烟者报告健康警示阻止他们至少一次吸烟的比例从第一轮调查的 16% 升至第五轮调查的 32%。但是，第一至第五轮调查间对其他健康警示指标的测量显示其效果并没有显著提高。在各轮调查期间，只有 13%~16% 的吸烟者有意识地回避健康警句，7%~13% 的吸烟者报告健康警句在“很大”程度上使他们考虑到吸烟对健康的危害，只有 4%~9% 的吸烟者报告健康警句在“很大”程度上使他们想戒烟。

图 37 中国各轮调查中健康警示对吸烟者认知和行为的影响——仅限城市地区



注：数据来源只包含城市地区（第五轮农村地区不包含在内）

* 这些问题询问受访者过去 1 个月或 30 天的情况

† 这些问题只针对回答在过去 30 天至少“偶尔”注意到警示的受访者

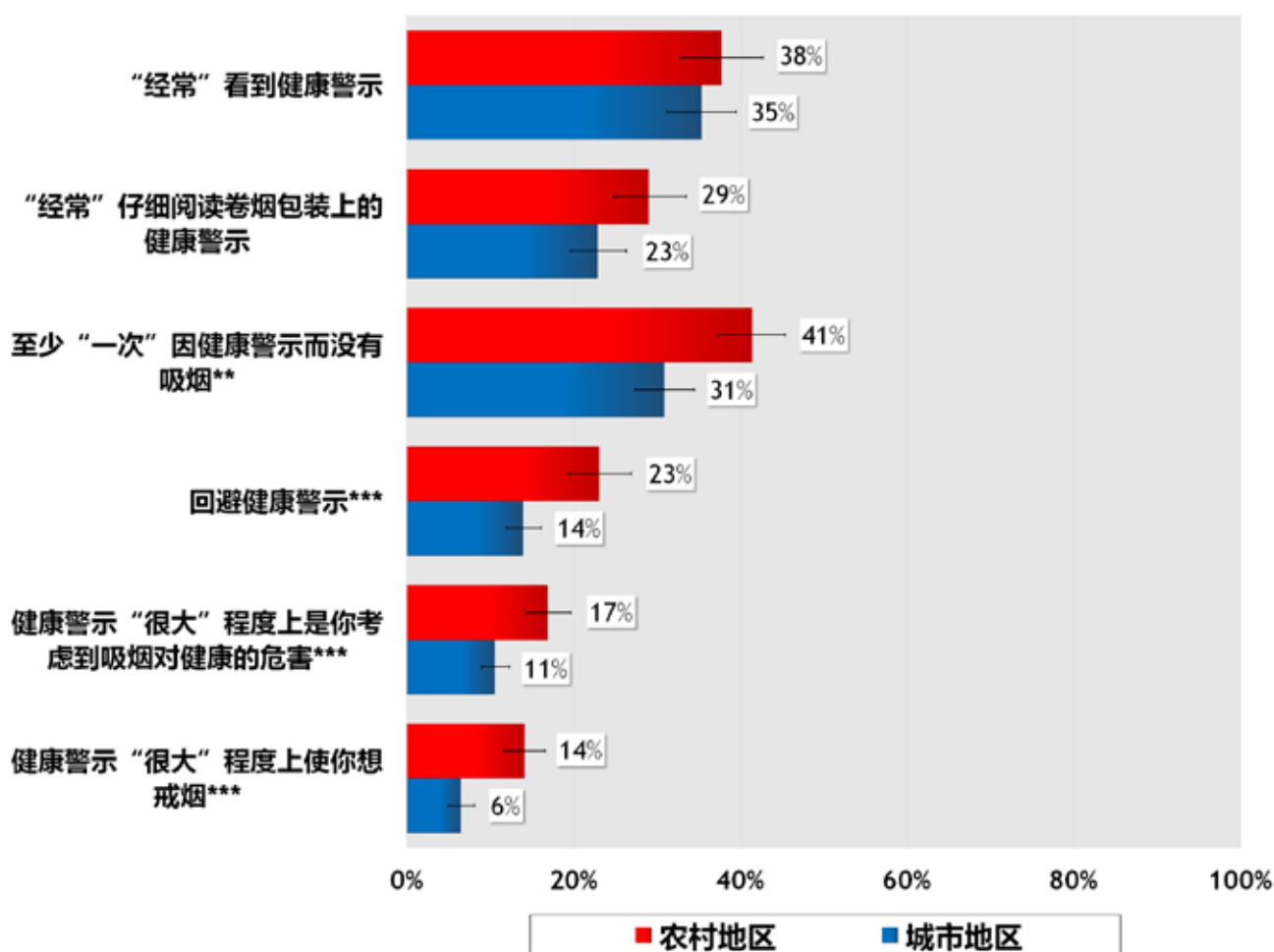
x. 本章分析样本中大约 26% 的吸烟者的调查日期在 2012 年 4 月 1 日以后（即变更后的健康警示生效之后）。但是，这些受访者也被纳入第四轮样本分析之中。早期的健康警示在新规定生效后的几个月内有可能仍存在于一部分烟盒上。所以，我们假定第四轮调查者的回答依然针对早期的健康警示。

2012年4月中国对健康警示进行的微小改变（第三轮警示：增大字体并将烟盒背面的英文警示改为中文）并没有增加警示的有效性。第四至五轮期间，新警示实施之后，健康警示的效果并没有显著变化（图37）。

警示对城乡地区影响的差异

第五轮调查新增的5个农村地区为中国健康警示有效性的城乡对比提供了依据。如图38所示，在第五轮中，城市和农村地区警示标识的显著性（看见和阅读）并无显著差别。但是相对城市吸烟者而言，健康警示对农村吸烟者的认知和行为有着更大的影响。就第五轮整体而言，农村吸烟者更可能有意识地回避警示（农村地区为23%，城市地区为14%），警示会阻止他们吸烟（农村地区为41%，城市地区为31%），更容易使他们“经常”想到吸烟对健康的危害（农村地区为17%，城市地区为11%），也使他们在“很大”程度上想戒烟（农村地区为14%，城市地区为6%）。

图38 第五轮调查中健康警示对城市和农村地区吸烟者的影响



注：城市和农村地区之间的显著差异表示为：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$

农村地区医疗和教育资源相对缺乏，中国健康警示在农村地区对认知和行为的影响更显著，这一发现与其他研究健康警示效果与社会经济状况之间关系的发现相符。尽管有关健康警示对不同人群影响的研究不多，但是有证据表明这些警示对社会经济地位低的吸烟者影响更大。例如，ITC 有一项研究对比了4个欧洲国家警示的影响，发现警示标识对低收入和中低教育程度的受访者影响更大^[198]。在墨西哥的一项实验研究也发现与教育程度高的吸烟者相比，教育程度低的吸烟者更加认

可图形警示的效果^[199]。

健康警示对农村地区吸烟者影响更大这一结果也与 ITC 中国项目第五轮调查对吸烟危害认识的调查结果相吻合（见教育、宣传和公众意识章节）。该结果显示与城市吸烟者相比，农村吸烟者更不容易认识到吸烟的具体健康危害。

研究发现，由于接触面广，健康警示不仅是一个特别重要且有效提高公众对烟草使用危害认知的手段，它也能有效地将这些信息传播给社会经济地位低的人群。同时，图形警示比文字警示更能帮助减少健康警示对不同社会经济地位人群影响的差距，因为后者需要有一定文化水平的人才能读懂^[199,200]。所以，如果中国推行图形警示，将能明显提高其在各类收入和教育程度的人群中的有效性，对农村地区来说尤其如此。



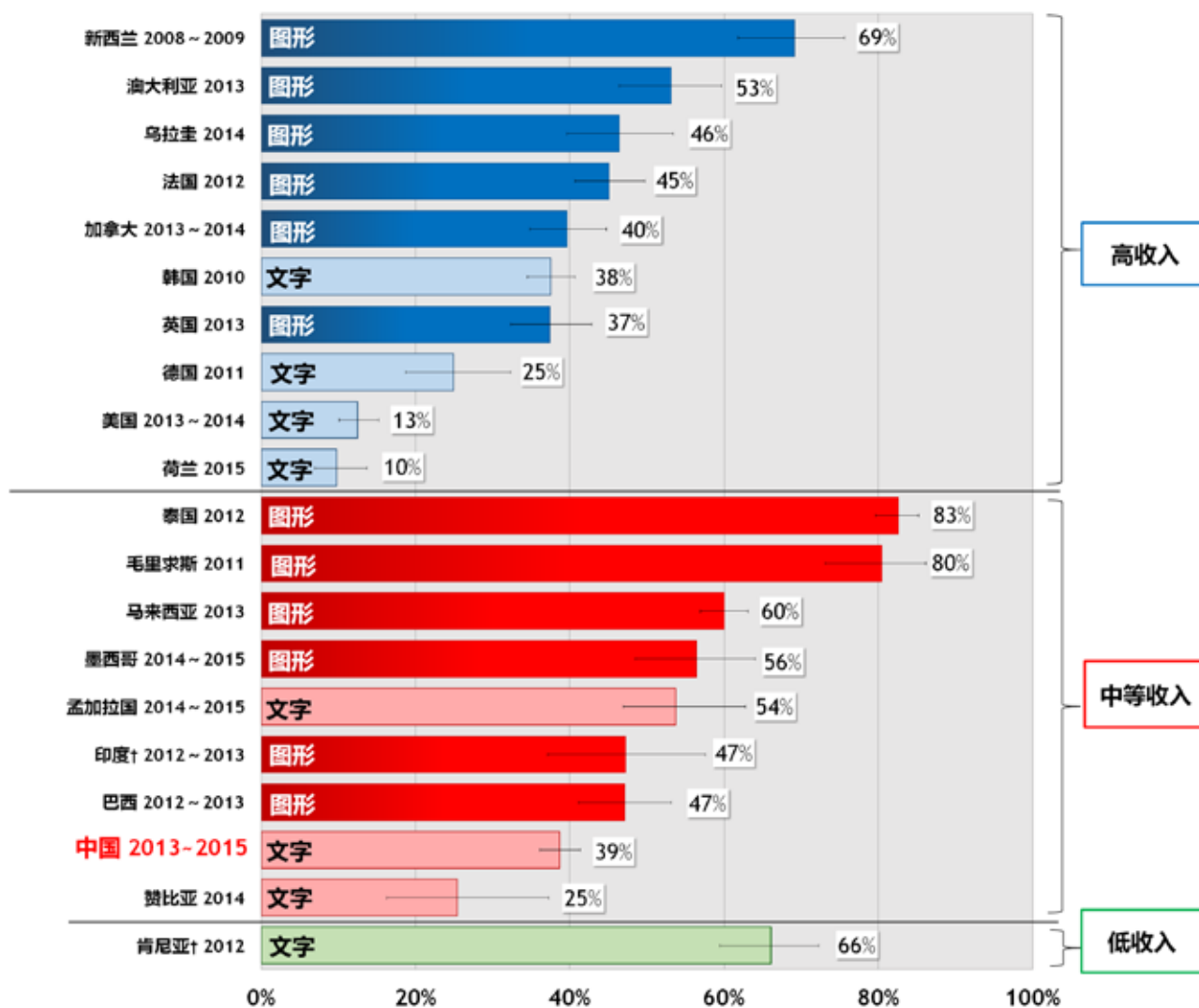
各个国家间的差异

使用相同的测量手段对健康警示的有效性进行评估后发现，中国纯文字形式健康警示与其他国家相比处于弱势。总体而言，中国2013~2015年只有39%的男性吸烟者报告在过去1个月内“经常/非常经常”看到健康警示，其比例在10个中低收入国家中为倒数第二（图39）。相比之下，调查期间所有拥有图形健康警示国家的男性吸烟者注意到健康警示的比例都高于中国（英国除外，比例为37%，调查时图形警示仅印在烟盒背面）。

同时值得关注的是，注意到文字警示的比例高和其他测量警示有效性指标之间并不一定有关联。例如，在肯尼亚（文字警示占烟盒正面面积的30%、背面面积的50%），2/3的吸烟者报告“经常”或“每当我吸烟时”都会注意到警示（图39）。但是，ITC数据表明，和其他国家相比，肯尼亚的吸烟者对吸烟危害的了解程度较低，而大

部分吸烟者希望能在烟盒上看到更多有关的健康信息^[96]。另外，与中国吸烟者相比，较少的肯尼亚吸烟者报告他们有意识地回避文字警示（13%）或文字警示阻止他们吸烟（20%）^[96]。

图 39 各个国家男性吸烟者“经常”或“非常经常”注意到健康警示的比例

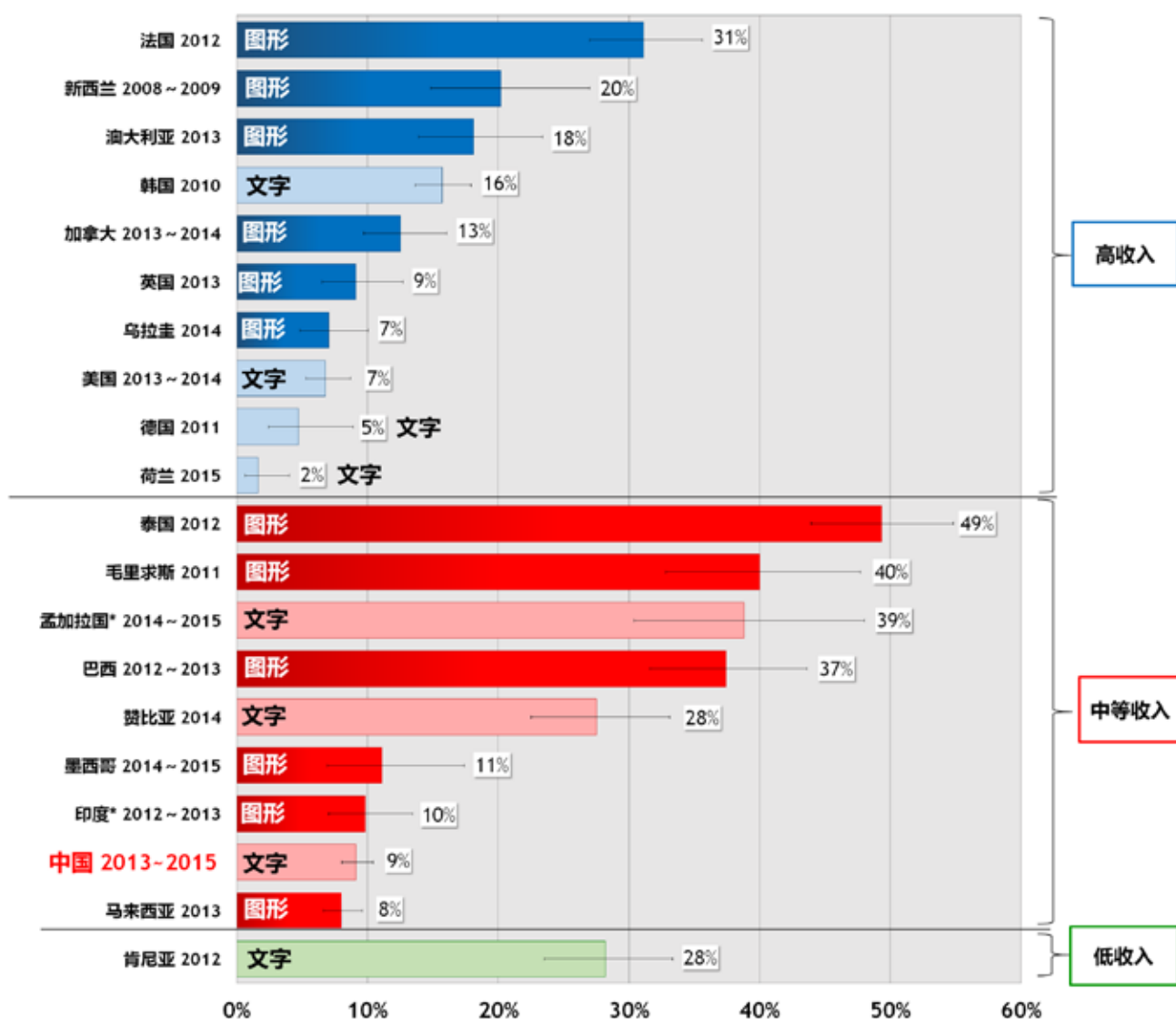


† 在印度和肯尼亚，有一段附加的问题：“据你的了解，印度/肯尼亚的烟盒包装上有任何健康警示吗？”如果答案是否定的，那么受访者将对“看到健康警语的频率”问题的答案将自动为“从不”

调查结果基于回答“经常”或“非常经常”的答案。以下国家除外：在赞比亚，回答为“经常”或“定期”。在印度和肯尼亚，回答为“经常”或“每当我吸烟时”。在中国，回答为“经常”，没有“非常经常”的选项

在中国第五轮调查中，只有 9% 的男性吸烟者表示健康警示在“很大”程度上使他们考虑到吸烟对健康的危害，这个比例在 ITC 调查的 20 个国家内排名倒数第六（图 40）。相比之下，那些采用了大的图形警示的国家的吸烟者报告警示使他们考虑到吸烟对健康的危害的比例最高，如泰国（调查时警示面积占烟盒正反面的 55%）、毛里求斯（烟盒正面面积的 60%，背面面积的 70%）和巴西（烟盒背面面积的 100%）。

图 40 各个国家男性吸烟者报告烟盒上的健康警示在“很大”程度上使他们考虑到吸烟对健康的危害的比例



* ITC 印度和孟加拉国调查询问的是比迪烟而不是卷烟的问题

总体而言，这些证据表明中国目前的健康警示在增强人们对吸烟危害的认识和促进吸烟者戒烟方面并无效果。

对健康警示的情绪反应

ITC 中国调查使用几个问题测量吸烟者对健康警示的情绪反应。研究表明，当健康警示使用带情绪冲击力的图像内容时（如人类因吸烟或病变器官而饱受折磨），其影响效果更大^[165,200]。

图 41 乌拉圭（2012~2013 年；烟盒正反面面积的 80%）和毛里求斯（2009 年至今；烟盒正面面积的 60%，反面面积的 70%）使用的带有情绪冲击力的警示标识



ITC 中国第五轮调查结果显示，中国纯文字健康警示不能激起吸烟者强烈的情绪反应，这也再次反映了中国健康警示影响力之薄弱。大部分吸烟者报告警示不能引起或只能引起很少的情绪反应。例如，当问到健康警示是否令吸烟者警觉时（选项级别从“非常警觉”至“非常平静”），43%的吸烟者报告觉得无所谓。除此之外，当问到健康警语是否令他们不愉快时（选项级别从“非常不愉快”至“非常愉快”），68%的吸烟者报告无所谓。当被问到健康警语是否令他们害怕时（问题为 5 级打分，选项级别从“根本不害怕”至“非常害怕”），大部分（53%）的吸烟者报告他们“根本不害怕”。只要少于 10%的吸烟者报告健康警示使他们“非常害怕”（9%）、“非常警觉”（8%）或“非常不愉快”（4%）。

在第五轮，调查询问吸烟者认为健康警语是否可信，问题为 5 级打分，选项级别从“根本不可信”至“非常可信”。只有 17%的吸烟者报告认为警示“非常”可信，而有大约 1/3 的吸烟者（35%）认为这些警示“有点可信”或“根本不可信”。对比之下，毛里求斯吸烟者认为 2009 年实施的图形警示“非常”或“很”真实的比例要高很多（62%）（图 41）^[201]。尽管毛里求斯的健康警示会激起“警觉”和“不愉快”等强烈的情绪反应，但是他们仍被认为这是真实可信的。

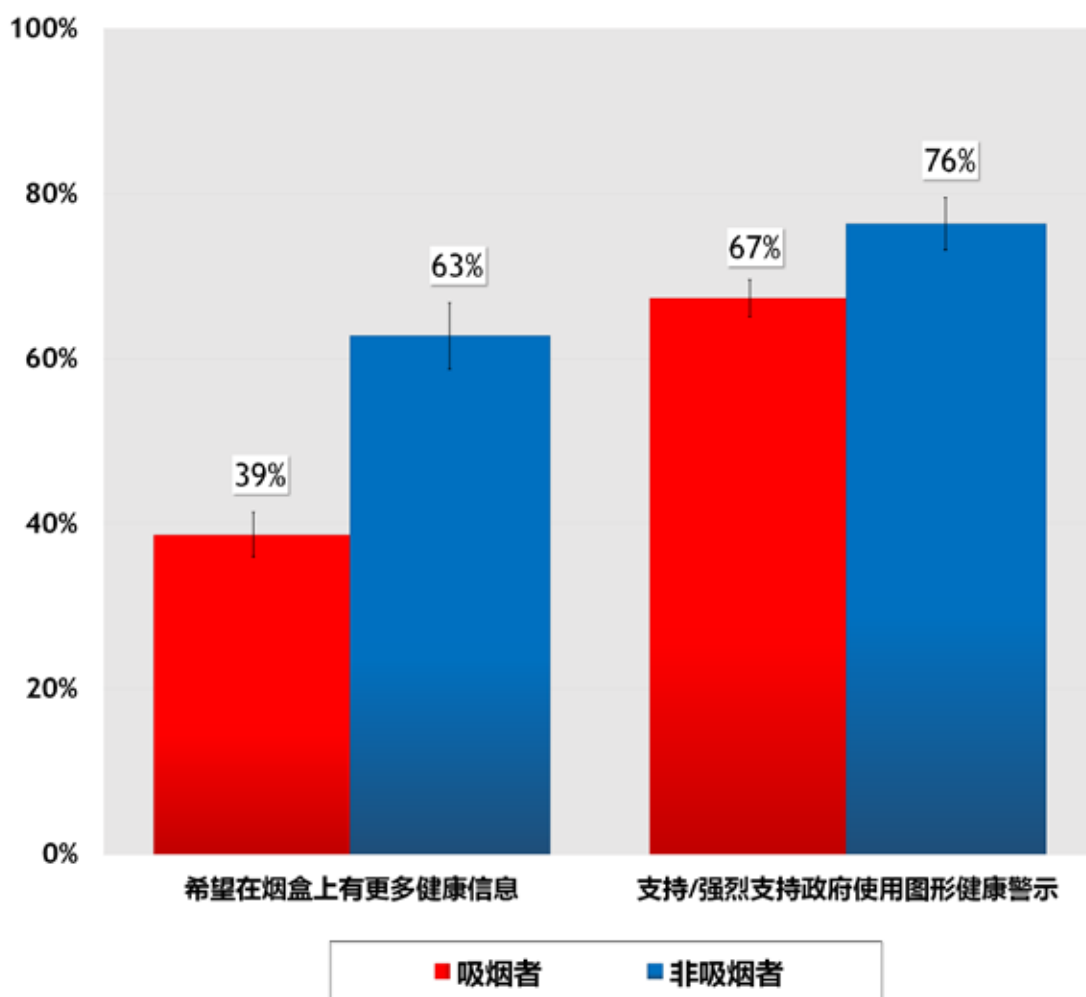
对更有效的健康警示的支持

中国第二至五轮调查询问吸烟者和非吸烟者认为烟盒上的健康信息数量应该更多、更少还是保持不变。总体而言，ITC 中国城市超过 1/3 的吸烟者认为烟盒上的健康信息应该更多，支持度在 2007~2015 年间变化很小（第二轮为 38%、第三轮为 41%、第四轮为 40%、第五轮为 38%）。第五轮农村地区的支持度和城市支持度相当，平均 42%的吸烟者认为烟盒上应该有更多的健康信息。如图 42 所示，第五轮非吸烟者（63%）比吸烟者（39%，戒烟者除外）更支持烟盒上应有更多的健康信息。

第五轮调查询问吸烟者和非吸烟者是否支持政府在烟盒上使用图形方式的健康警示，大部分受

访者都支持图形健康警示：76%的非吸烟者和67%的吸烟者报告“支持”或“非常支持”政府在烟盒上使用图形警示（图42）。这一发现和以前的调查结果相符，表明中国吸烟者认为图形警示在促进吸烟者戒烟和预防青少年吸烟方面更有效^[54]。

图 42 第五轮调查中吸烟者和非吸烟者支持强化健康警示的比例



吸烟者和非吸烟者强烈支持在烟盒上使用图形警示——67%的吸烟者和76%的非吸烟者报告“支持”或“非常支持”政府在烟盒上使用图形警示。

教育、宣传和公众意识

《公约》第十二条要求缔约方通过旨在增强和推动公众对烟草控制问题认识的公众健康教育项目。这些项目涉及使用烟草的风险和戒烟的益处，并为公众提供能够获得烟草业信息的渠道。

直到最近，中国在国家层面上开展提高公众对吸烟危害认识的行动较少。2008~2010 年间，世界肺健基金会的一些地方媒体上多次举办了宣传活动，以提高公众对吸烟危害的认识，其中包括“海绵”行动（通过图形方式描绘吸烟对肺部造成的伤害）、在 11 个城市开展的“送烟就是送危害”运动（旨在提高公众对送烟负面健康影响的认识）。媒体宣传也被用于提高公众对中国新控烟法规的认识，如北京 2015 年的无烟法规。此外，2015 年 5 月政府举行了一项促进无烟生活方式的运动，以呼应世界无烟日。公众和政府越来越支持更强有力的烟草控制行动，其中包括教育宣传，旨在改变中国容纳吸烟的社会规范。

ITC 中国调查评估中国公众对吸烟危害和戒烟益处的认识，确认这些信息的主要来源以及其对吸烟者的影响。调查也评估了公众对烟草使用和二手烟危害的认识，并调查了他们对送烟习俗的看法。

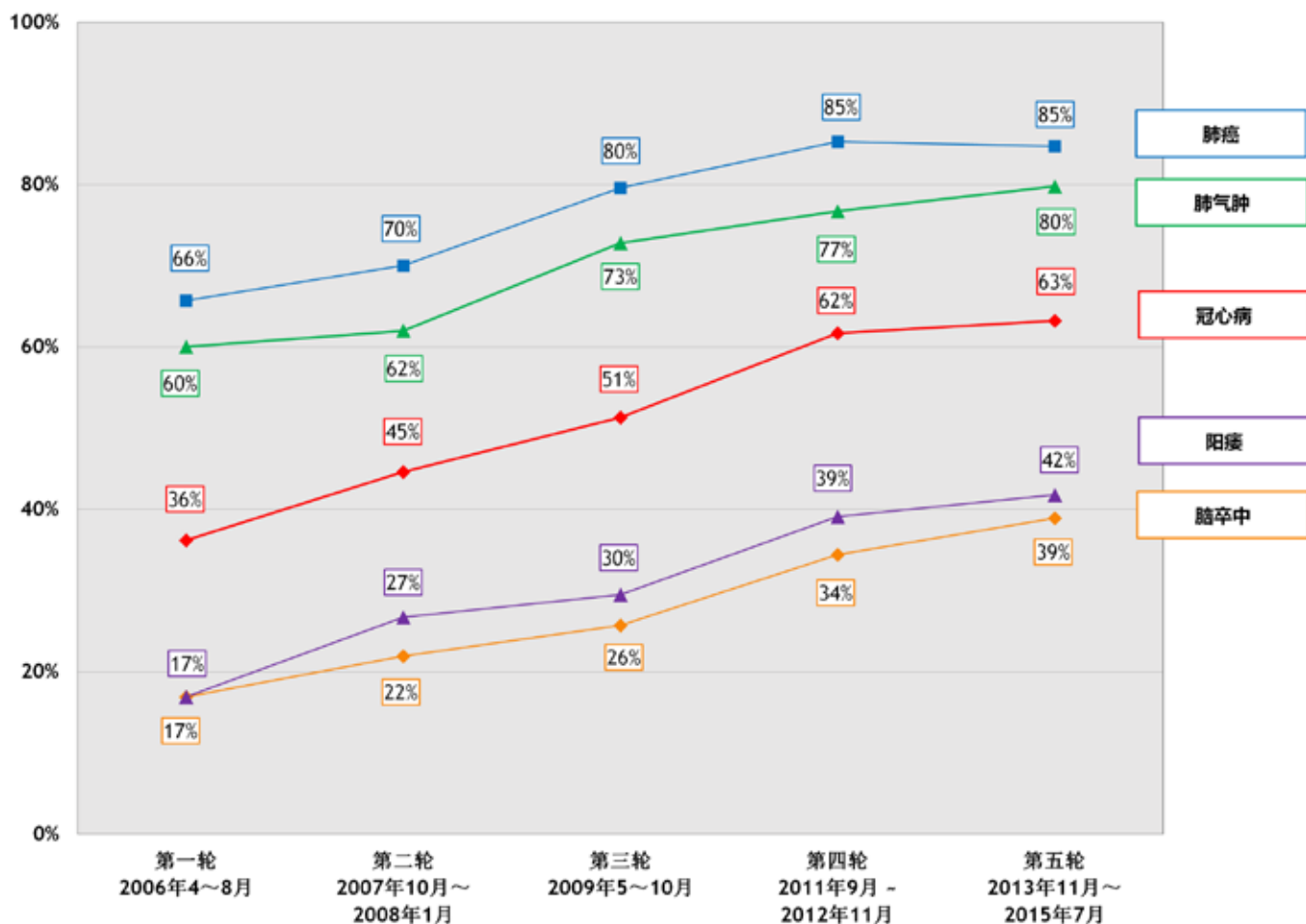
对吸烟危害的认识

为了测量受访者对吸烟危害的了解程度，ITC 中国调查询问吸烟者和非吸烟者是否知道吸烟和二手烟有关的一系列健康影响。调查发现，在中国和西方国家，公众对健康风险的认识与吸烟及戒烟行为（包括戒烟意愿）密切相关^[202,203]。研究结果表明，中国吸烟者第一至第五轮期间对吸烟危害的知识和认识有所增加。但是，与其他 ITC 国家的吸烟者相比，中国吸烟者对吸烟造成的具体危害认识不足，尤其是脑卒中和冠心病这两种中国居民的主要死亡原因^[204]。由于中国缺乏针对吸烟具体健康危害的持续性大众传媒宣传活动及大的图形健康警示等能够提高吸烟者对烟草使用危害认识的举措，目前存在这样的知识差距并不奇怪^[202]。



图 43 显示 ITC 中国调查中，城市地区第一至第五轮间吸烟者对 5 种吸烟有关的具体疾病的知晓比例增加了。在每轮调查中，吸烟者都最有可能知晓的吸烟相关疾病为呼吸系统疾病，如肺癌和肺气肿。其中，吸烟者对于肺癌的认识程度最高，从第一轮 66% 增加至第五轮的 85%。吸烟者对吸烟造成肺气肿的认识度从第一轮的 60% 增至第五轮的 80%。吸烟者对吸烟造成冠心病的认识从第一轮的大约 1/3（36%）增至第五轮的大约 2/3（63%）。但事实上，吸烟导致更多的人死于冠心病而不是癌症，而超过 1/3 的吸烟者仍然不知道吸烟会导致冠心病，这表明需要进一步提升公众对吸烟具体危害的知识。

图 43 各轮调查中吸烟者[†]认为吸烟可导致具体健康危害的比例——仅限城市地区



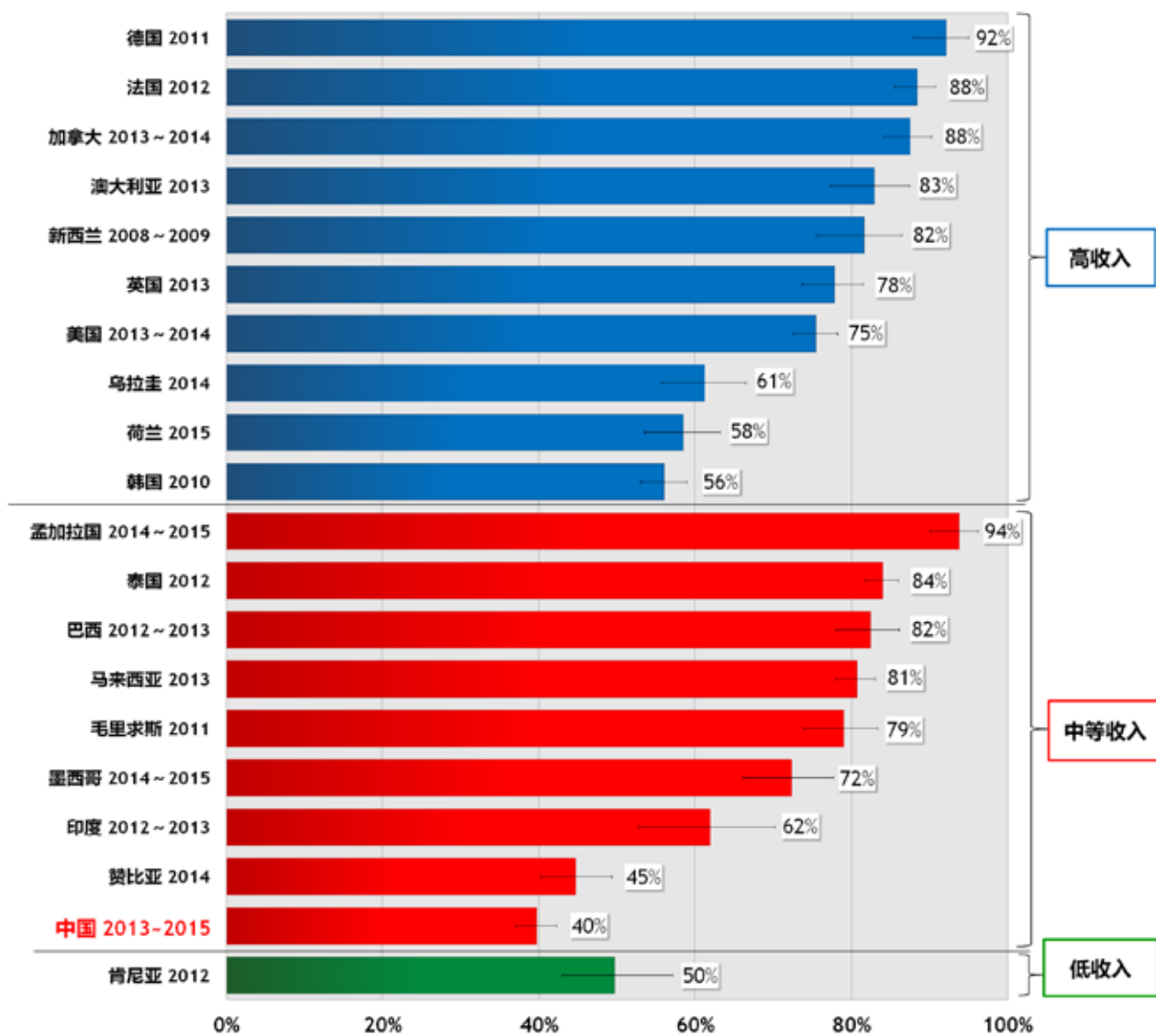
†注：数据来源仅限城市地区（不包括第五轮农村地区数据）

调查发现公众对吸烟可造成阳痿和脑卒中的知识也相当匮乏。尽管认识水平有所提高，每轮调查中，仅有不到一半的吸烟者认为吸烟会导致阳痿（从第一轮 的 17% 至第五轮的 42%）或脑卒中（从第一轮 的 17% 至第五轮的 39%）。

2006~2015年间，中国吸烟者对吸烟有关的疾病的知识普遍增加。但是，ITC跨国调查显示，中国男性吸烟者和戒烟者对吸烟导致脑卒中和冠心病的认识是最低的，而这两种疾病是中国居民的主要死亡原因。

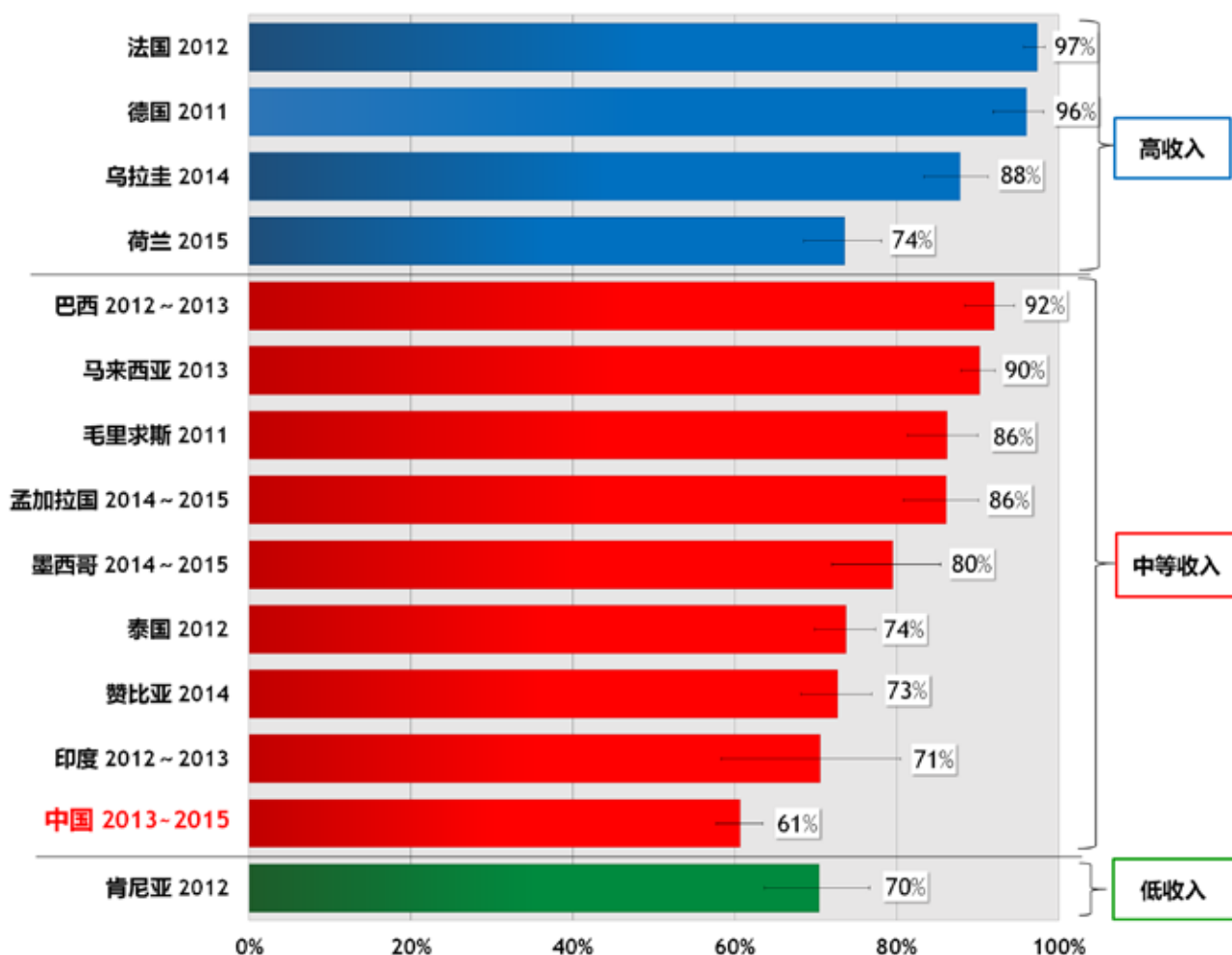
ITC 跨国比较数据也清楚显示中国吸烟者的认识差距。调查表明，中国男性吸烟者和戒烟者认为吸烟会导致脑卒中的比例（40%）在 20 个参与 ITC 调查的国家中最低（图 44）。

图 44 不同国家男性吸烟者和戒烟者认为吸烟可导致脑卒中的比例



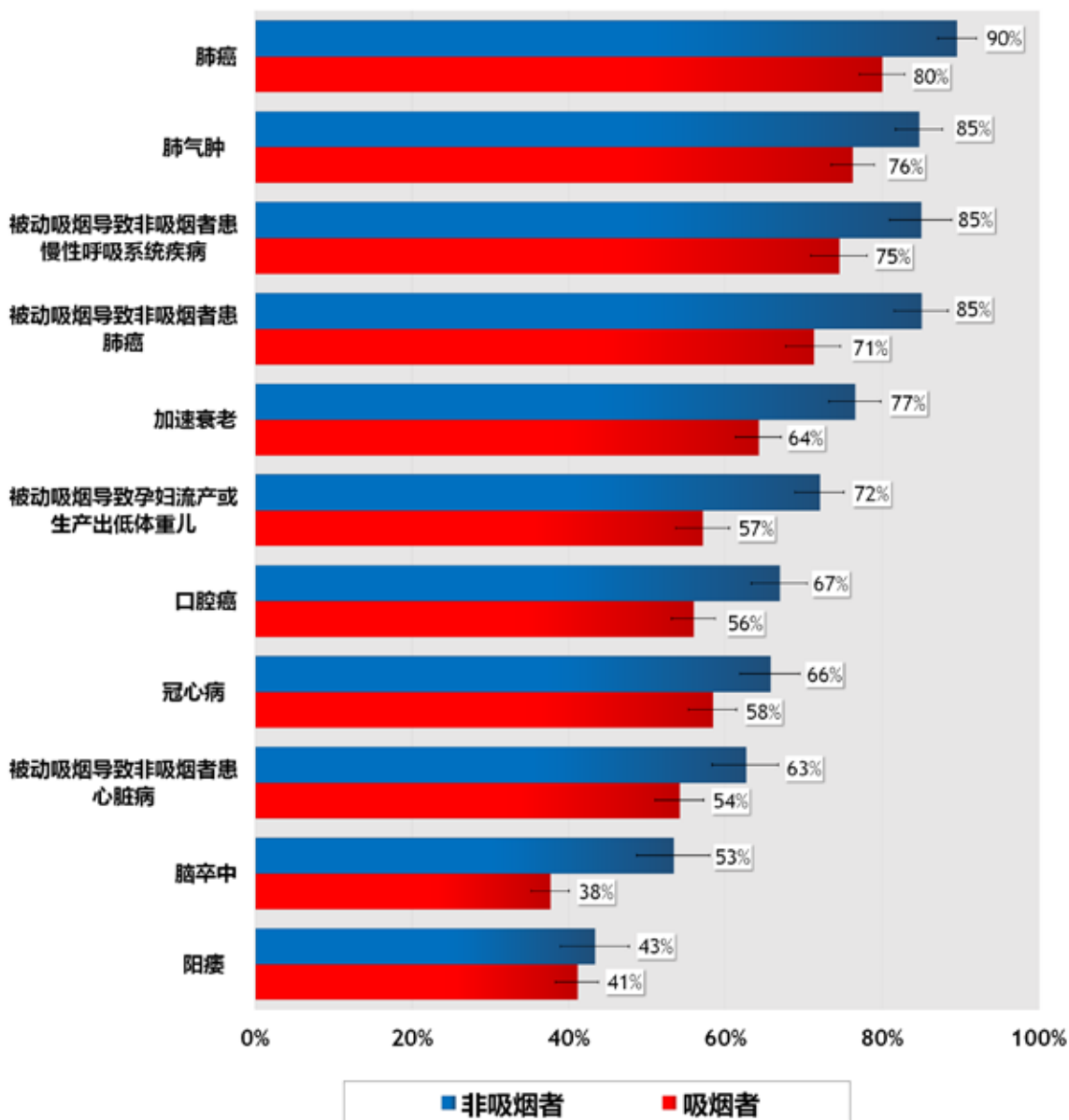
同样，中国男性吸烟者和戒烟者认为吸烟会导致心脏病的比例（61%）在 14 个参与 ITC 调查的国家中也是最低（图 45）。

图 45 不同国家男性吸烟者和戒烟者认为吸烟可导致心脏病的比例



总体而言，第五轮调查中非吸烟者对吸烟危害的认识比吸烟者高（图 46）。这一发现与其他国家研究结果一致，表明吸烟者对吸烟的风险没有足够的认识，且他们往往低估自己面临的吸烟风险^[202,205]。但是，中国吸烟者和非吸烟者在最了解和最不了解的具体健康影响方面惊人地相似。他们最倾向于相信吸烟会导致肺癌（非吸烟者为 90%，吸烟者为 80%）和肺气肿（非吸烟者为 85%，吸烟者为 76%），他们最不相信吸烟会导致脑卒中（非吸烟者为 53%，吸烟者为 38%）和阳痿（非吸烟者为 43%，吸烟者为 41%）。这些研究结果表明，中国公众缺乏对卷烟引起的一系列严重健康风险的认识。

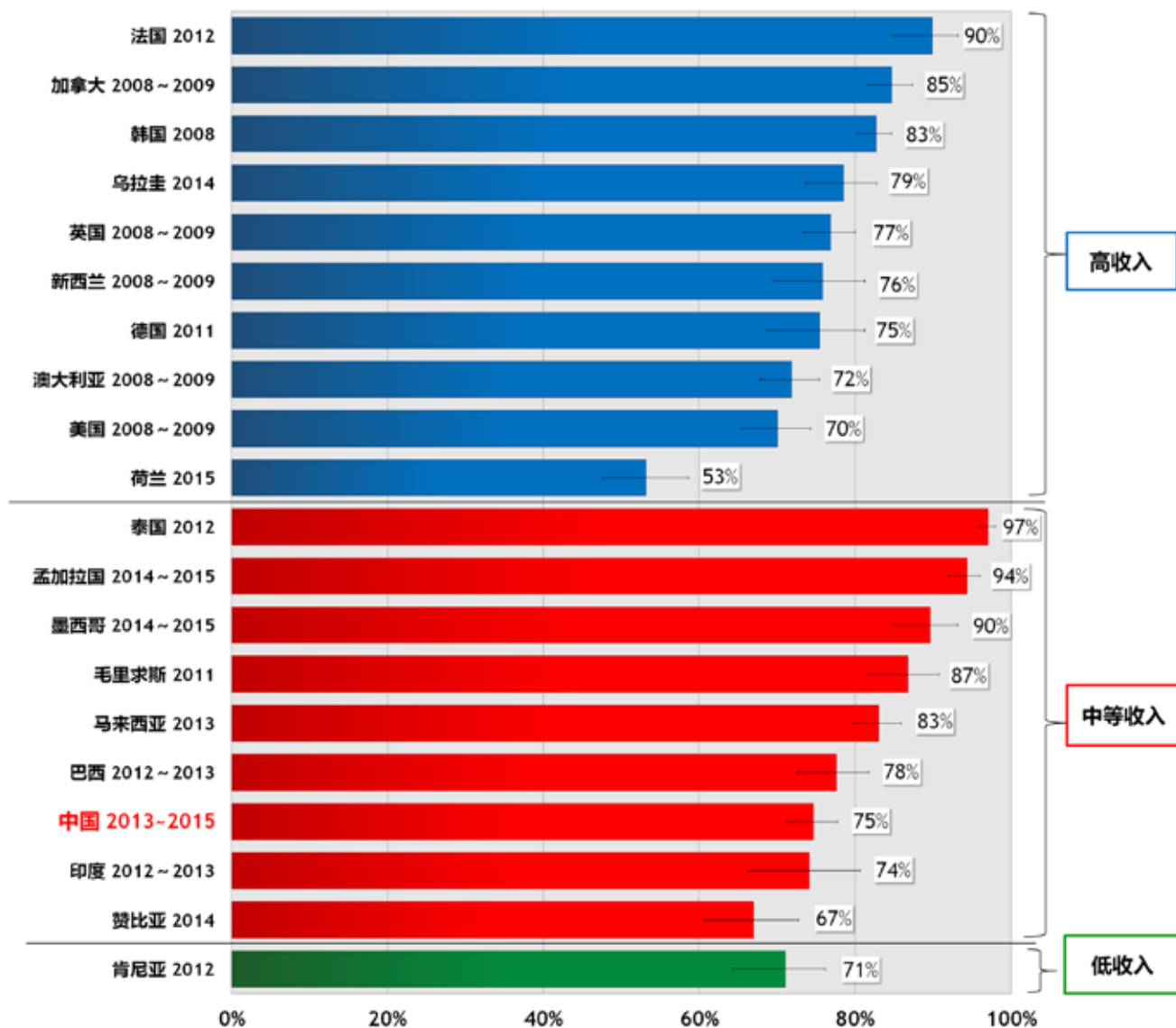
图 46 第五轮调查中吸烟者和非吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例



中国吸烟者和非吸烟者对具体健康影响的认识差距也与参与 ITC 研究的高收入国家的调查结果一致，即绝大多数吸烟者知道吸烟会导致肺癌，但是极少数吸烟者知道和吸烟有关的其他健康影响，如其他形式的癌症、男性阳痿和非吸烟者因接触二手烟而产生的其他疾病^[202]。

例如，ITC 跨国调查显示，在不同国家，人们对二手烟会导致非吸烟者肺癌的知晓水平有所不同——在荷兰，了解这一情况的吸烟者只有 53%（图 47）。中国有 75% 的吸烟者知道二手烟可以导致肺癌，这一知晓水平在 10 个 ITC 中低收入国家中排倒数第四。

图 47 不同国家男性吸烟者和戒烟者认为吸烟可导致非吸烟者患肺癌的比例

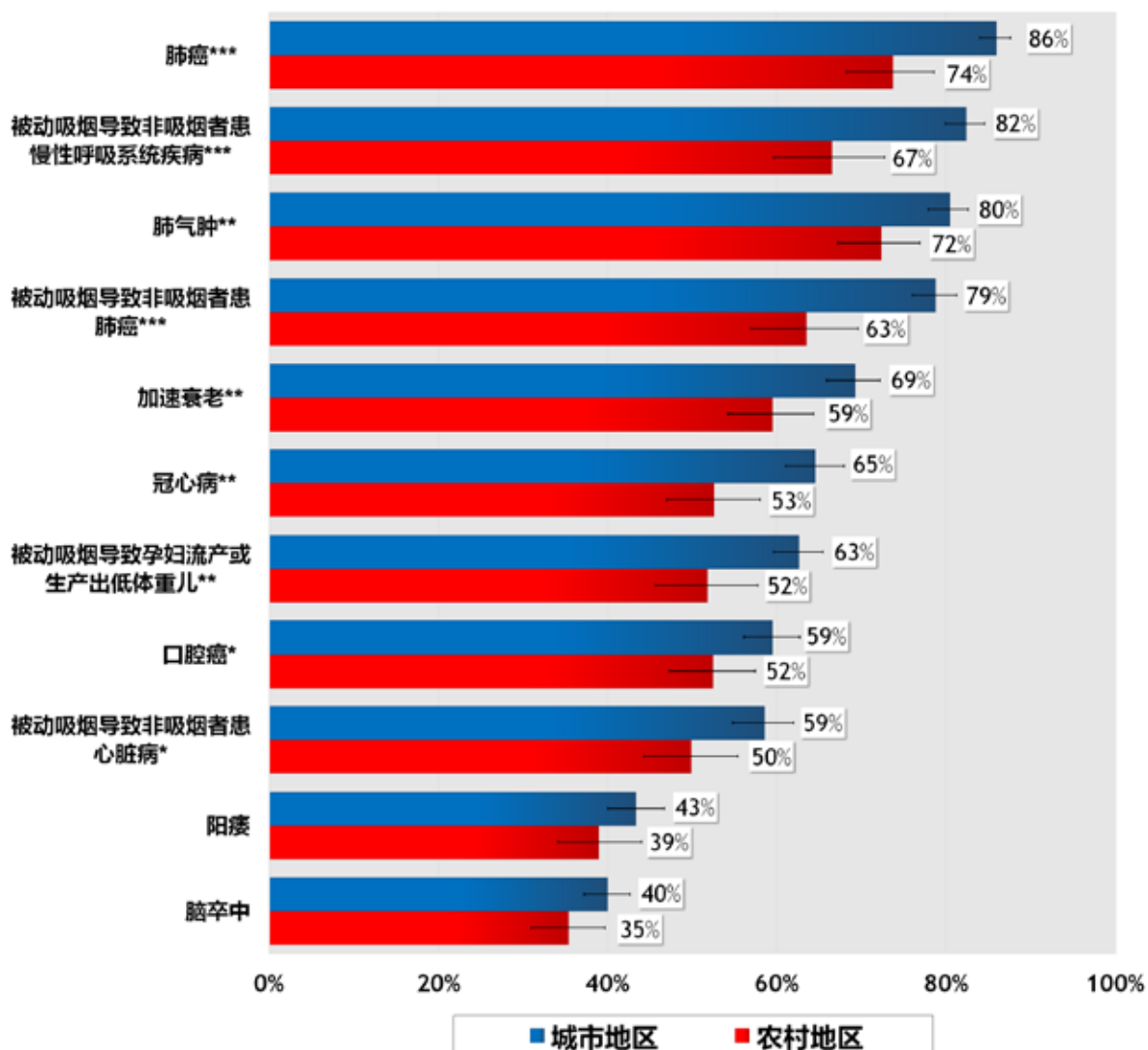


城乡地区知识差异

第五轮调查也对比了城市和农村地区受访者对具体健康影响的认知。探讨吸烟危害相关知识的城乡差异的研究较少，但由于中国农村地区卫生保健和教育措施的资源更加有限，农村地区吸烟者对烟草危害的认知水平较低。ITC 以往的研究调查表明，具有较高教育水平和收入的吸烟者对与吸烟相关的危害有着更高的认识^[206]。来自 ITC 印度的调查数据也表明，城市地区吸烟者比农村地区吸烟者有着更高的健康知识水平^[207]。

如图 48 所示，在第五轮调查，城市受访者对 11 种与吸烟有关的健康危害的认识明显高于农村地区（对吸烟造成阳痿和脑卒中的知晓水平城乡差异并不显著，因为所有地区的受访者对该危害的知晓水平普遍较低）。例如，86% 的城市吸烟者相信吸烟会导致肺癌，而该比例在农村地区仅为 74%。

图 48 第五轮调查中城市地区和农村地区吸烟者认为吸烟可导致具体健康危害的比例



注：城市地区和农村地区的显著差异表示为：* $P < .05$; ** $P < .01$; *** $P < .001$

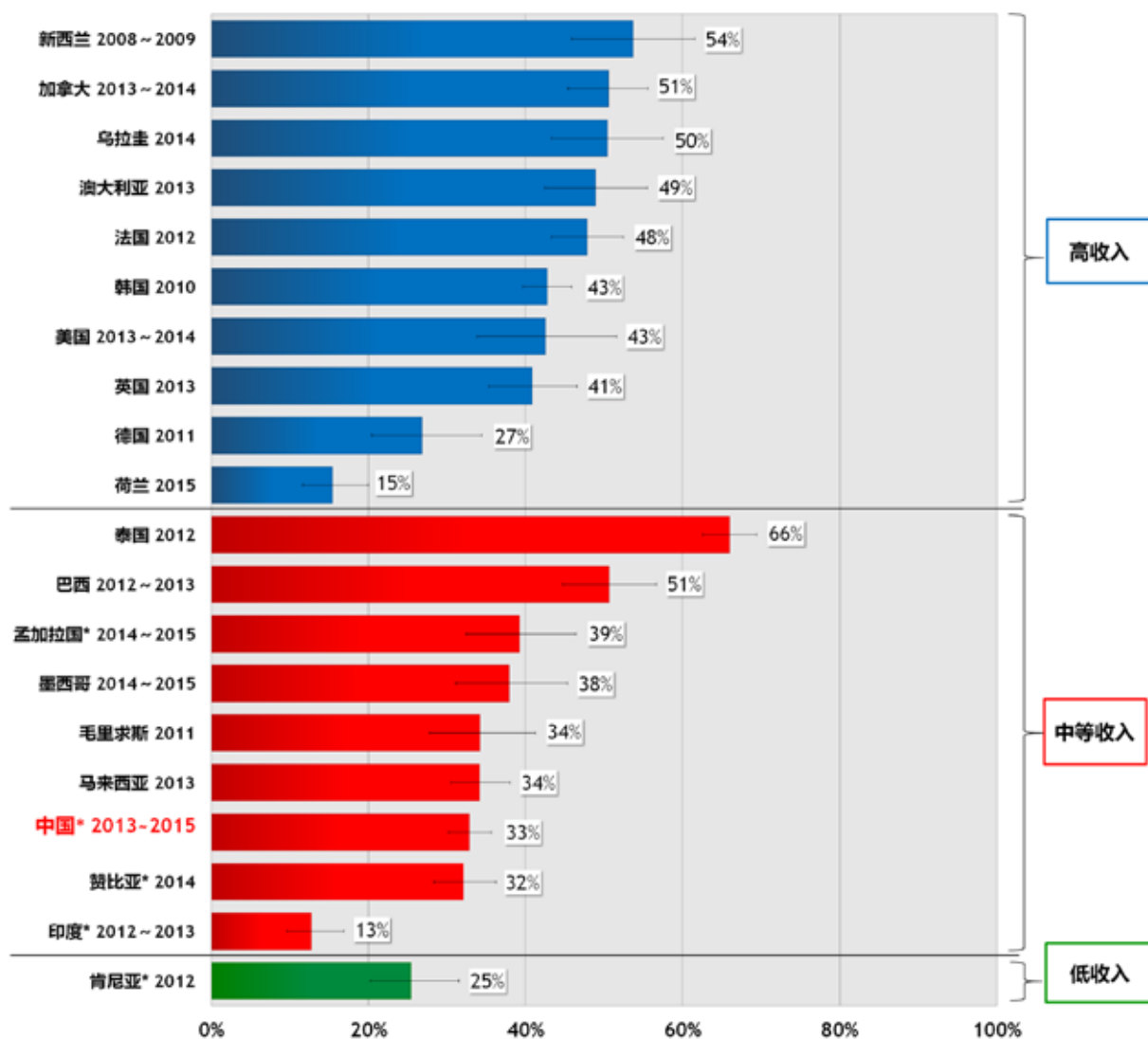
对吸烟危害的关注

对吸烟的健康危害的关注是预测戒烟行为的重要指标。来自 4 个高收入国家（美国、英国、澳大利亚和加拿大）的 ITC 项目研究发现，吸烟者对自身健康的担忧向来是他们考虑戒烟的最常见的理由，并与实际尝试戒烟行为密切相关^[208]。

ITC 中国第五轮调查研究表明，一般而言，大部分中国吸烟者不经常考虑吸烟对自己或二手烟暴露对他人的危害。只有 1/3 的吸烟者报告在过去 1 个月“经常”想到吸烟对他们健康的危害（33%），该比例在城市和农村吸烟者中并无显著差异。同样，只有 36% 的吸烟者报告过去 1 个月中“经常”想到吸烟会对他人健康造成的危害，城市吸烟者比例较高，为 40%，农村吸烟者该比例为 32%。

鉴于对吸烟的健康危害的关注对于推动戒烟行为的重要性，这些调查结果表明，中国吸烟者与其他国家吸烟者相比，不太倾向于考虑戒烟。ITC 跨国调查比较显示，中国男性吸烟者过去 1 个月“经常”想到吸烟对自身健康危害的比例为 33%，这个比例在 20 个 ITC 调查国家中排行倒数第六（图 49）。泰国有着强有力的烟草控制措施，包括大的图形健康警示（调查时图形警示占烟盒正反面面积的 60%），其吸烟者经常考虑到吸烟危害的比例为 66%，是中国吸烟者的 2 倍。

图 49 不同国家男性吸烟者过去 1 个月“经常”或“非常经常”考虑到吸烟对健康的危害的比例



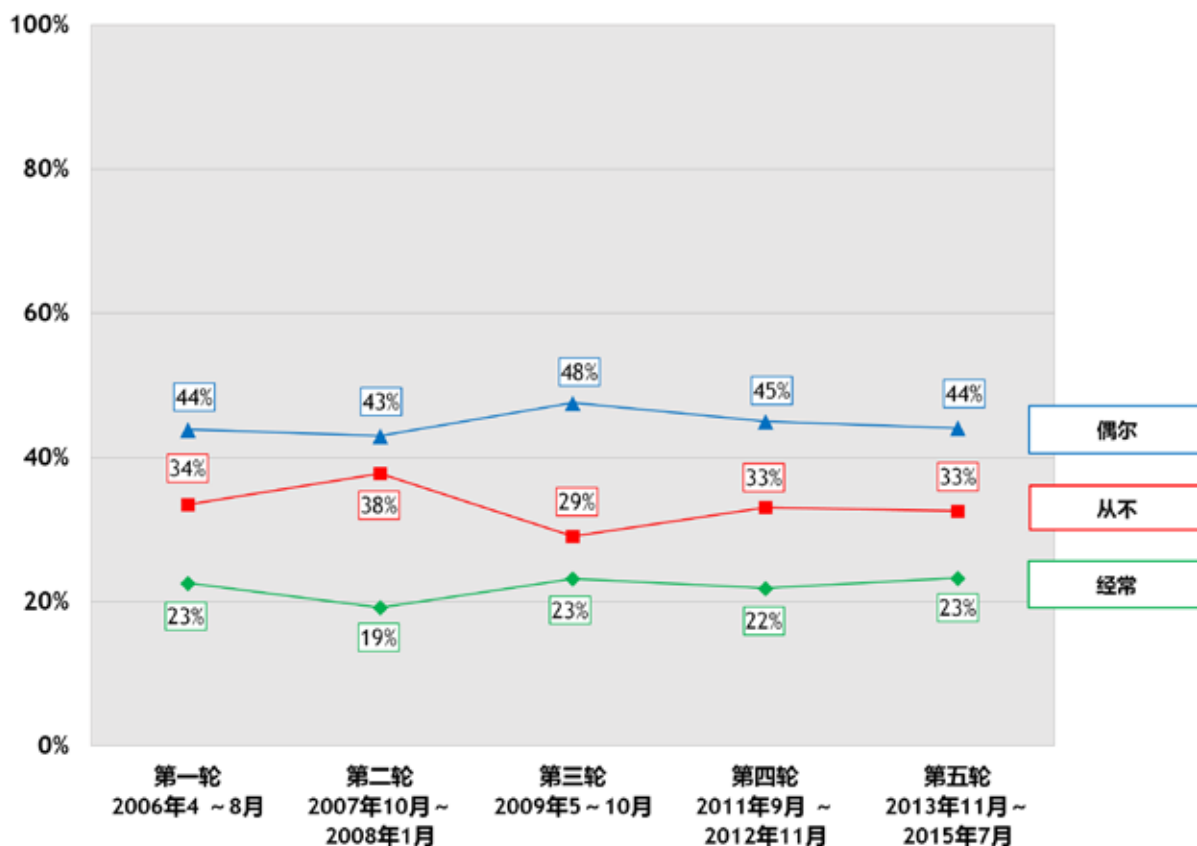
* 在这些国家，问卷选项中没有“非常经常”的选项，所以结果只包含“经常”的选项

对控烟信息的接触

总体而言，ITC 中国第一至第五轮调查显示中国吸烟者不经常注意到反对吸烟的信息或广告。在第五轮，37%的吸烟者（包括城市和农村吸烟者）报告他们过去 6 个月“从未”看到过谈论吸烟危害或鼓励戒烟的广告或信息，43%的吸烟者“偶尔”看到此类信息，只有 20%的吸烟者“经常”看到此类信息。与城市吸烟者相比，更多的农村地区吸烟者报告过去 6 个月“从未”看到过反对烟草的信息（农村地区为 43%，城市地区为 31%）。

在 ITC 中国调查城市中，“经常”注意到反对吸烟信息的吸烟者比例在五轮调查中没有太大变化，为 19%~23%（图 50）。但是，城市吸烟者在第二轮和第三轮间“经常”或“偶尔”看到该类信息的比例显著增加，“从未”看到该类信息的比例下降。这一时期适逢中国开展大众媒体宣传行动，例如 2008 年的无烟奥运和 2009 年的“送烟就是送危害”活动。因此这些结果表明，如果在中国开展更多的大众媒体活动，公众对反对吸烟信息的意识会进一步提高。

图 50 各轮调查中吸烟者[†]过去 6 个月“经常”、“偶尔”或“从不”注意到反对吸烟广告或信息的比例——仅限城市地区



† 注：数据来源仅限城市地区（不包括第五轮农村地区数据）

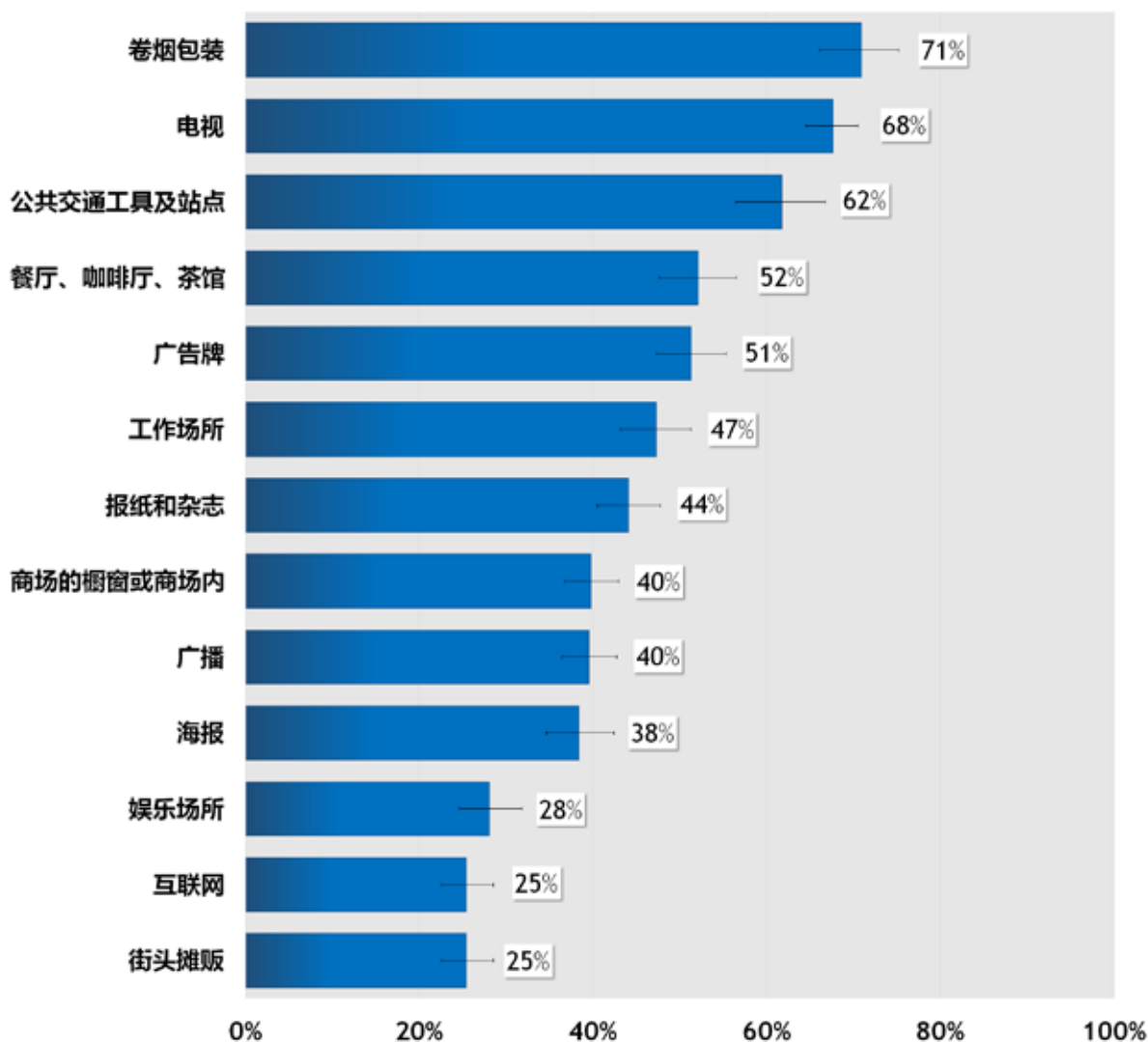
中国 ITC 调查第三至五轮还特别询问吸烟者过去 6 个月是否看到过有关二手烟危害或倡导公共场所禁烟的广告或信息。在第五轮调查，不到一半的吸烟者（43%）报告说看到过此类反对吸烟的广告，该比例低于之前几轮的调查（第三轮为 57%，第四轮为 53%）。

总体而言，这些研究结果表明中国公众接触到反对烟草信息和宣传的程度依然很低，且该状况自《公约》2006 年在中国生效后仅得到了轻微改善。鉴于传播媒体在构建烟草有关知识、观点和行为方面的重要性，中国需要加大努力，扩大和加强反对烟草教育项目和大众媒体行动^[66]。

反对烟草信息的来源

吸烟者也被问及过去 6 个月中在特定场所是否注意到反对烟草的广告。如图 51 所示，第五轮最常见的信息来源是卷烟包装（第五轮吸烟者为 71%）、电视（68%）和公共交通工具或车站（62%），最不常见来源是互联网（25%）和街头摊贩（25%）。

图 51 第五轮调查中吸烟者过去 6 个月在各类场所看到反对吸烟的广告或信息的比例



在烟盒上文字形式的健康警示面积达到正反面的 30% 后，吸烟者报告在烟盒上看到反对吸烟信息的比例显著上升，从第一轮 的 47% 上升到第三轮的 78%。但是，该比例在第三轮后（即烟盒上文字信息细微调整后）并没有明显变化（第四轮为 80%，第五轮为 76%）（详见健康警示标识章节）。卷烟包装是吸烟者获得反对烟草信息最常见来源，这项发现表明，如果中国能实施更强有力的图形健康警示，其潜在的影响力将会是巨大的。

反对吸烟运动的影响

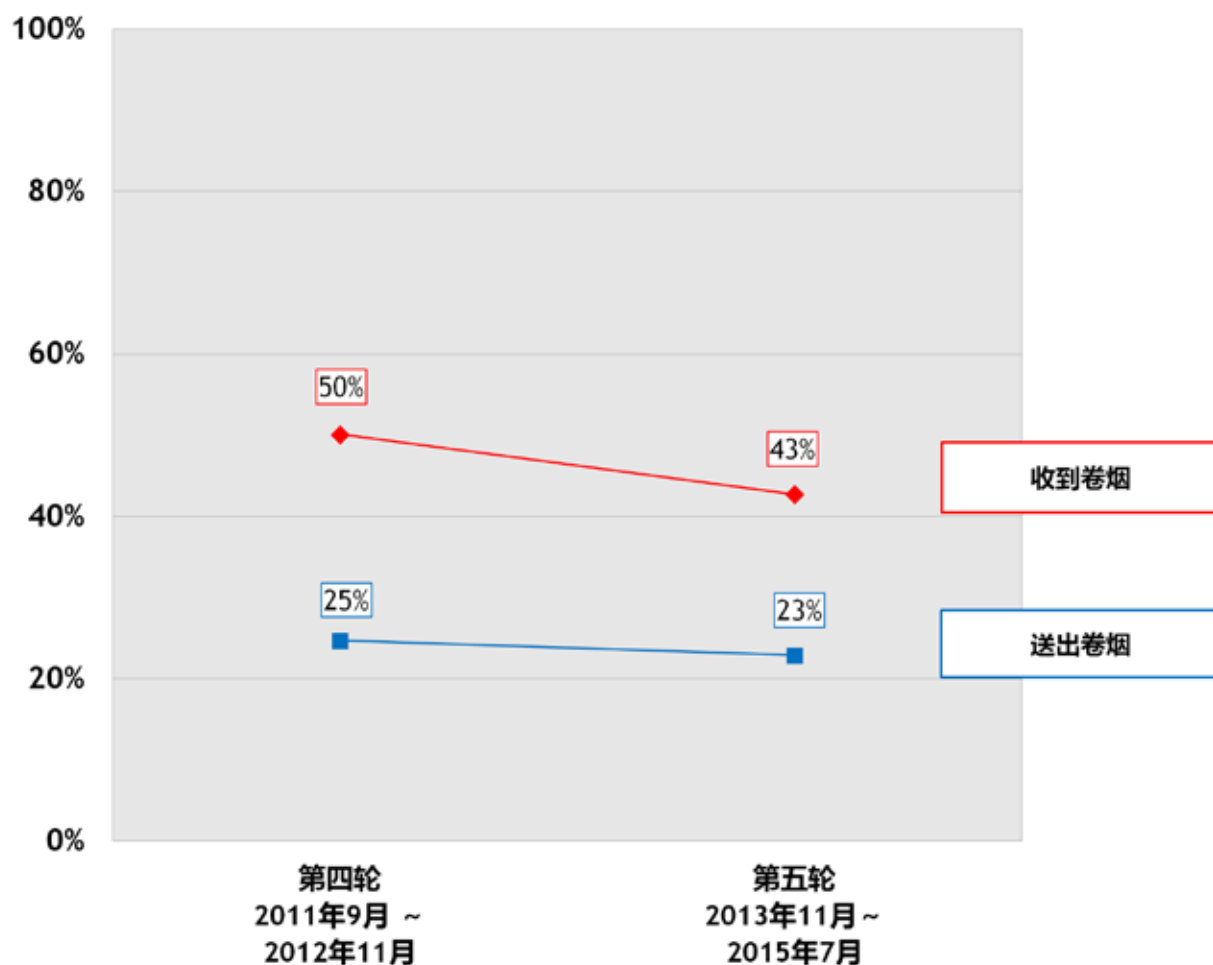
在第五轮，吸烟者被问到他们认为反对烟草行动是否对社会和他们自己戒烟或考虑戒烟的可能性产生影响。结果显示，大多数吸烟者（79%）认为控烟宣传对社会起到了“一点”或“很大”作用。但是，吸烟者并不倾向于认为反对吸烟广告对他们的实际戒烟可能性产生了影响——42% 的吸烟者说控烟宣传使他们更想戒烟，而 55% 的吸烟者表示对他们没有任何影响。

此外，在第五轮中，只有 10% 的吸烟者和 1/4 的戒烟者（26%）报告吸烟健康危害的广告或宣传是导致他们在过去 6 个月中“非常”想戒烟或促使戒烟的因素（在 10 个让人考虑戒烟或促使戒烟的因素中排行倒数第三，见戒烟章节）。

对反对以烟送礼媒体宣传的认识和影响

送烟或递烟是中国根深蒂固的社会陋习^[11]。ITC 中国调查表示，尽管目前送烟的陋习似乎在减少，这种做法依然非常普遍。大约 1/4 的吸烟者报告他们过去 6 个月中至少一次送卷烟给朋友或家人（第四轮为 25%，第五轮为 23%），而在第五轮，不到一半的吸烟者（43%）报告在过去 6 个月中收到过礼品卷烟——这一比例少于第四轮的 50%（图 52）。此外，在第一至第五轮大约有 10% 的吸烟者表示他们之所以选择当前的卷烟品牌，部分原因是因为该品牌卷烟是他们曾经收到的礼物。

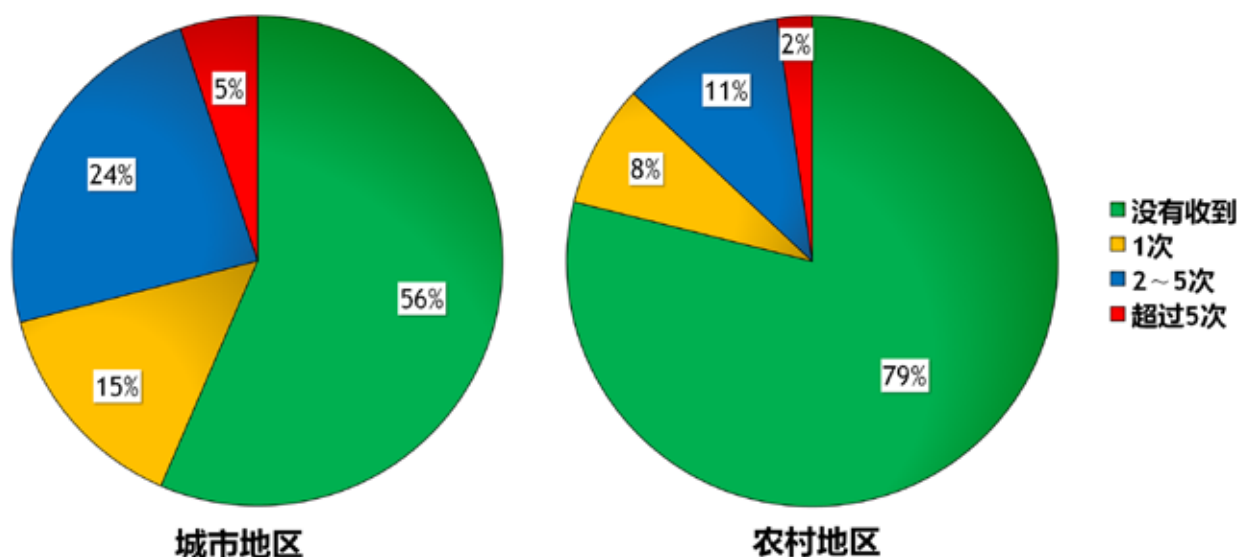
图 52 各轮调查中吸烟者[†]过去 6 个月把卷烟作为礼品送给家人、朋友或家人、朋友把卷烟作为礼品送给他们的比例



[†] 数据来源仅限城市地区（不包括第五轮农村地区数据）

虽然近年来送烟的陋习总体上来说有所减少，但是调查结果表明，与农村地区相比，在城市地区，这种做法依然非常普遍。如图 53 所示，与城市吸烟者相比，农村吸烟者表示过去 6 个月内没有收到礼品卷烟的比例更高（农村为 79%，城市为 56%）。城市吸烟者在过去 6 个月更有可能收到一次、几次或超过 5 次礼品卷烟。

图 53 过去 6 个月中城市吸烟者和农村吸烟者没有、1 次、2~5 次或超过 5 次收到家人或朋友把卷烟作为礼品送给他们的比例



从 2008 年 12 月至 2009 年 2 月，世界肺健基金会、中国疾病预防控制中心和世界卫生组织合作，在 11 个中国城市发起了大众媒体宣传行动，共同抵制送烟陋习。“送烟就是送危害”宣传活动以电视或海报的形式将赠送卷烟的图像与吸烟危害的图像联系在一起^[10]。

之前的 ITC 研究表明，该项宣传有效地增加了对吸烟危害的认识和对以烟送礼的否定程度^[10]。第三至五轮调查结果显示，近年来，将卷烟作为礼品赠送的社会接受度在不断下降。在第三轮（第一次媒体宣传结束后的 3~9 个月后），60% 的吸烟者报告他们“反对”或“非常反对”卷烟是送给家人和朋友很好的礼物这一说法。该比例在第四轮增至 61%，在第五轮增至 67%。

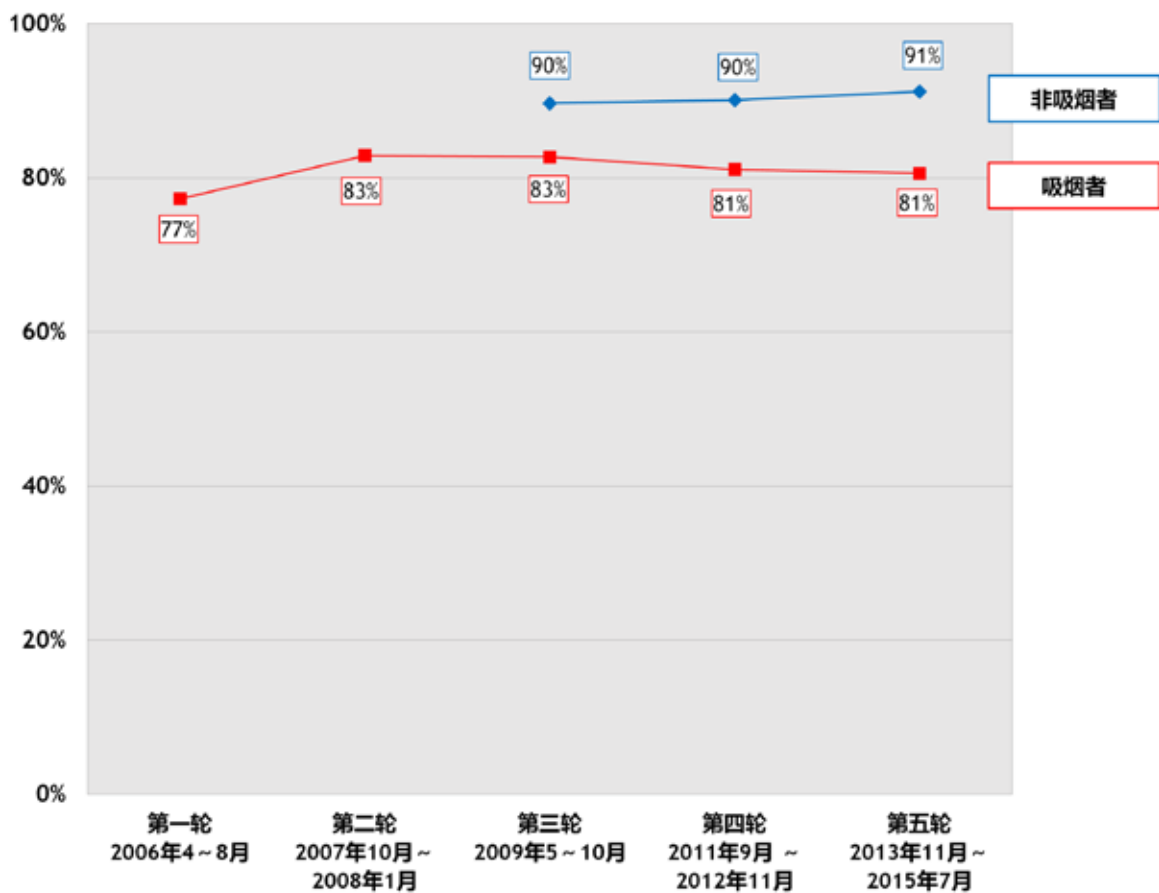
对烟草业的看法

由于中国烟草业是国有的，因此中国公众对烟草业的看法总体上正面并不奇怪。在第一至四轮，至少一半的吸烟者“同意”或“非常同意”烟草公司对中国社会是有益的。然而，该比例在第五轮下降至 40%——这表明中国政府最近采取的烟草控制措施可能有助于降低烟草的可接受度。“反对”或“非常反对”烟草公司对社会是有益的吸烟者比例从第四轮的 39% 增加至了第五轮的 46%。非吸烟者更可能对烟草公司持负面意见，第三至五轮中一半的非吸烟者“反对”或“强烈反对”烟草公司对社会有益（50%~51%）。

尽管对烟草业的态度总体上是非常正面，但吸烟者仍然强烈支持中国加强烟草控制。第一至第五轮调查中，至少 3/4 的吸烟者“同意”或“非常同意”政府采取更多的控烟措施（第五轮该比例为 81%）（图 54）。非吸烟者的支持率更高，第三至五轮间，至少 90% 的非吸烟者“同意”或“非常同意”政府采取更多的控烟措施。



图 54 各轮调查吸烟者和非吸烟者“同意”或“非常同意”政府应该采取更多措施进行控烟的比例——仅限城市地区



注：数据来源仅限城市地区（不包括第五轮农村地区数据）

烟草广告、促销和赞助

《公约》第十三条要求各缔约方在加入《公约》5 年之内全面禁止任何形式的烟草广告、促销和赞助。

中国于 2005 年 10 月批准《公约》，于 2006 年正式生效。《公约》要求中国在 2011 年前全面禁止烟草广告、促销和赞助。中国在《公约》第十三条履约方面进展缓慢。2015 年之前，中国政府都没有按照 1991 年《烟草专卖法》和 1994 年旧《广告法》的要求，有效限制直接的烟草广告（只限制了 5 种媒体形式和 4 类公共场所^{xi}）^[209,210]。2015 年和 2016 年的新措施是禁止烟草广告方面的重要步骤。

目前，针对青少年所有形式的烟草广告已经被禁止，同时也禁止大众传媒、公共场所、公共交通和户外的一切形式的烟草广告（于 2015 年 9 月生效）。通过公益活动和互联网进行烟草产品及品牌的推广方式也被禁止（于 2016 年 9 月生效）。

但是目前禁止烟草广告、促销和赞助的规定存在着几个漏洞，也没有一部在全国范围内禁止一切形式烟草广告、促销和赞助的法律。至 2015 年，只有一个城市（深圳）实施了全面禁止烟草广告、促销和赞助的法规^[211]。烟草产业仍可以采用变相的方法推广烟草产品。例如，烟草产业仍然在未被明令禁止的公共场所发布烟草广告。近年来，烟草公司逐渐将烟草广告发布的重心转移到烟草零售点（大约 550 万个），同时也通过新型电子媒体形式扩张品牌^[70]。

ITC 中国调查第一至第五轮结束之后（2006~2015 年）发布了新的全国性禁止烟草广告、促销和赞助的法规，因此我们的评估没有涵盖这些新增法规的有效性。

烟草广告

ITC 中国第一至第五轮调查询问吸烟者和非吸烟者过去 6 个月中是否在不同的大众传媒和公共场所中看到过直接或间接形式的烟草广告。截至第五轮，中国在以下大众媒体中禁止烟草广告：电视、电影、广播、报纸和期刊。在以下公共场所内也同样禁止烟草广告：等候室、电影和剧院、会议室和会议厅、运动场所和体育馆^{xii}。

总体而言，调查显示中国部分禁止烟草广告、促销和赞助的政策效果并不显著，公众仍然不断暴露于多种形式的烟草广告之下。在第五轮，将近 1/4 的非吸烟者（22%）和一半的吸烟者（47%）报告在过去 6 个月中“偶尔”或“经常”看到过鼓励吸烟的事物。

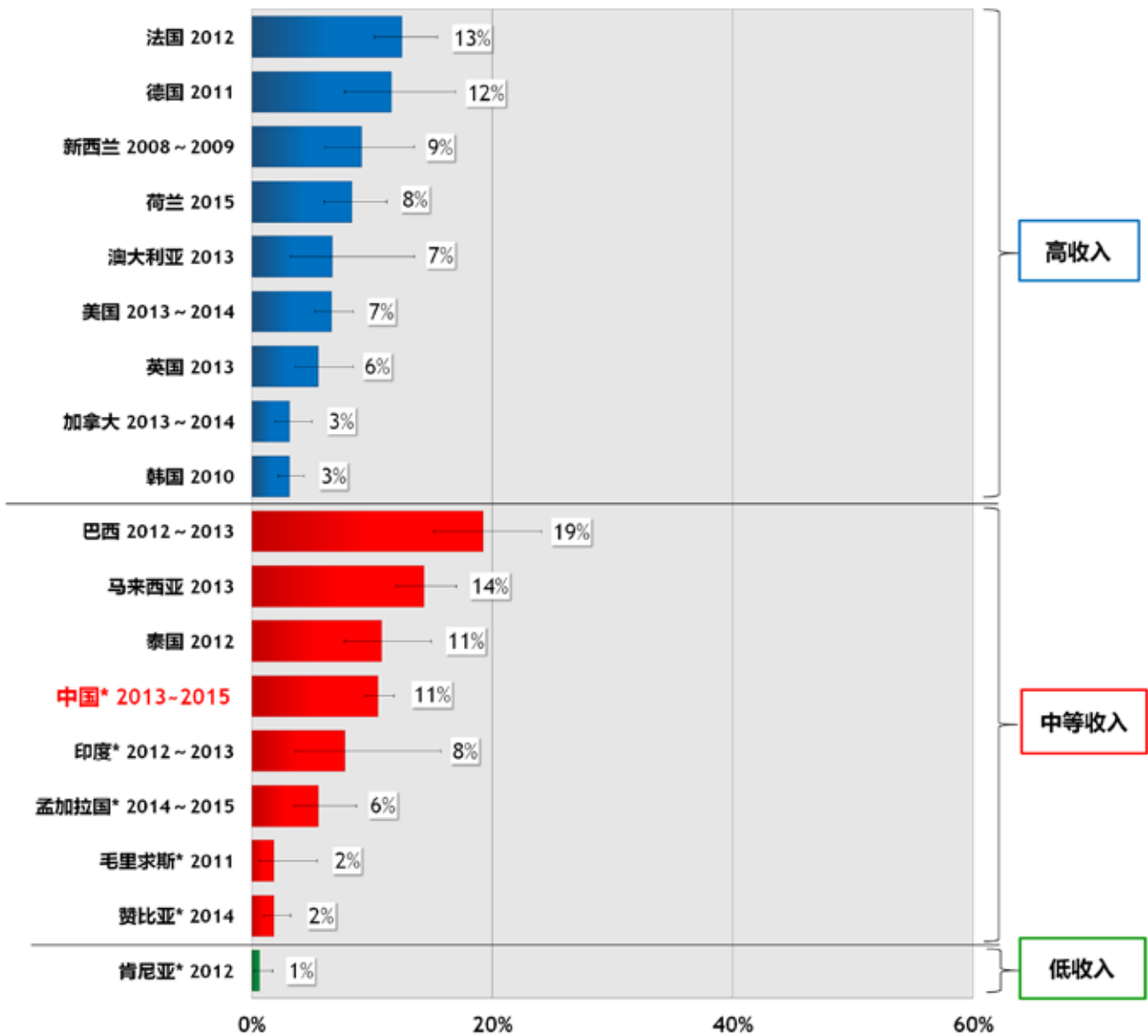
在第五轮新增的 5 个农村调查点为比较城市和农村的烟草广告暴露度提供了依据。总体上，城乡之间的吸烟者（城市地区为 42%，农村地区为 46%）和非吸烟者（城市地区为 24%，农村地区为 16%）“偶尔”或“经常”注意到鼓励吸烟的事物的比例差别并不显著。

ITC 跨国对比显示，对较高收入国家的吸烟者而言，中国吸烟者更容易注意到鼓励吸烟的信息（图 55）。与泰国一样，中国（11%）在 10 个中低收入国家中是第三容易注意到鼓励吸烟信息的国家，仅次于巴西（19%）和马来西亚（14%）。

xi. 1991 年《烟草产品专卖法》规定，禁止在电视、广播、报纸和期刊上发布直接形式的烟草广告。1994 年《广告法》禁止在任何等候室、电影院和剧院、会议室和会议厅及运动场所和体育馆发布直接形式的烟草广告。同时，该法律也扩充了 1991 年的规定，禁止在大众媒体上发布烟草广告，这也包括禁止电影院或剧院在电影开始前播放烟草广告

xii. 1994 年版《广告法》修订之后，针对所有青少年的烟草广告已经被禁止，同时也禁止在大众传媒、公共场所和公共交通上发布烟草广告。这部法律在 ITC 中国第五轮调查之后生效，所以我们没有评估其影响

图 55 不同国家男性吸烟者和男性戒烟者过去 6 个月“经常”或“非常经常”注意到鼓励吸烟事物的比例

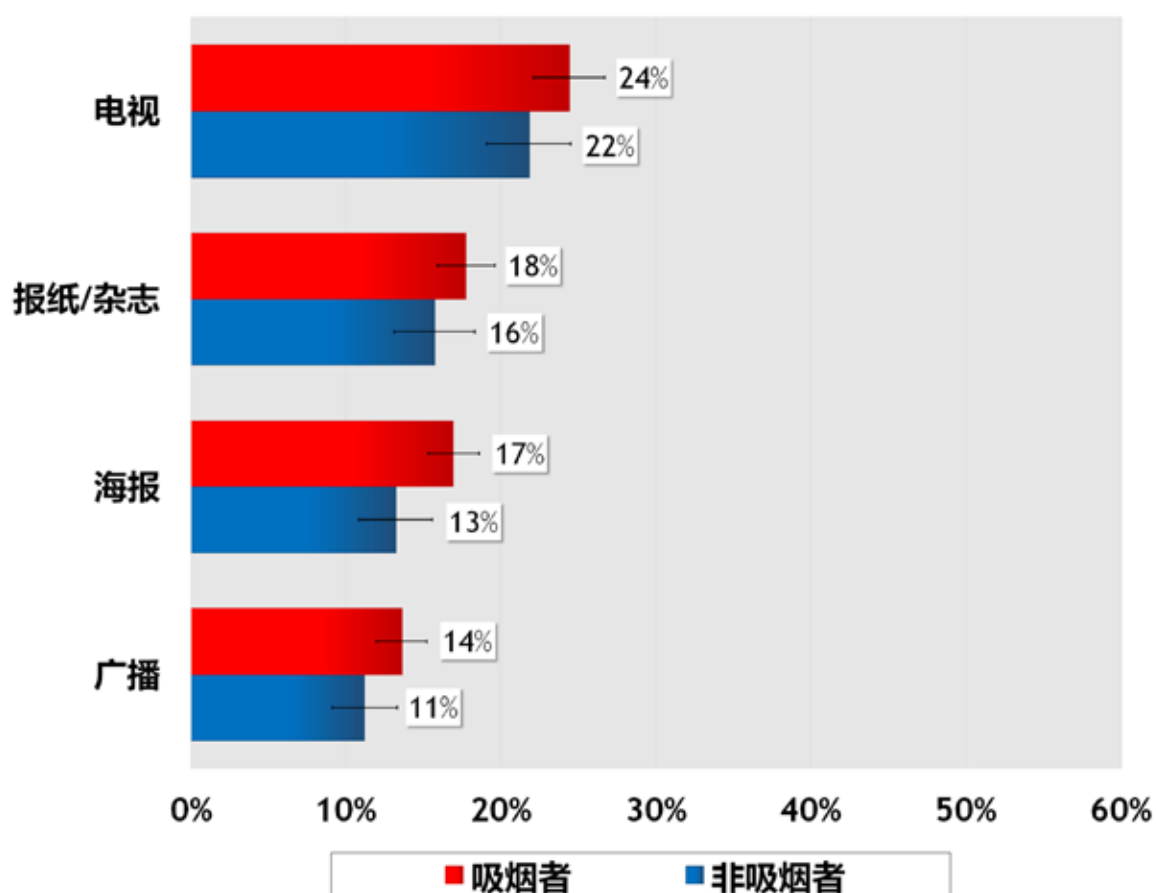


* 在这些国家，没有“非常经常”的选项，所以只包含回答“经常”的结果

研究表明，烟草业仍然在利用已经禁止发布烟草广告的大众媒体（如电视）宣传它们的产品。第五轮调查距离禁止直接在大众传媒（如电视、广播、报纸和期刊）上宣传烟草产品规定的实施已超过 20 年，距离在电影和电视中尽量避免出现吸烟镜头的规定已实施超过 4 年，但是尚有将近 1/4 的吸烟者（24%）和非吸烟者（22%）在过去 6 个月中在电视上仍看到过吸烟广告（图 56）。在中国，电视是主流媒体，覆盖了很大一部分人口。至 2015 年，中国有线电视观众为 2.39 亿，有线数字电视观众为 2.02 亿，电视覆盖率达 98.8%^[212]。这使得烟草公司更有动力继续使用电视作为宣传手段，以此维持其产品的曝光率。

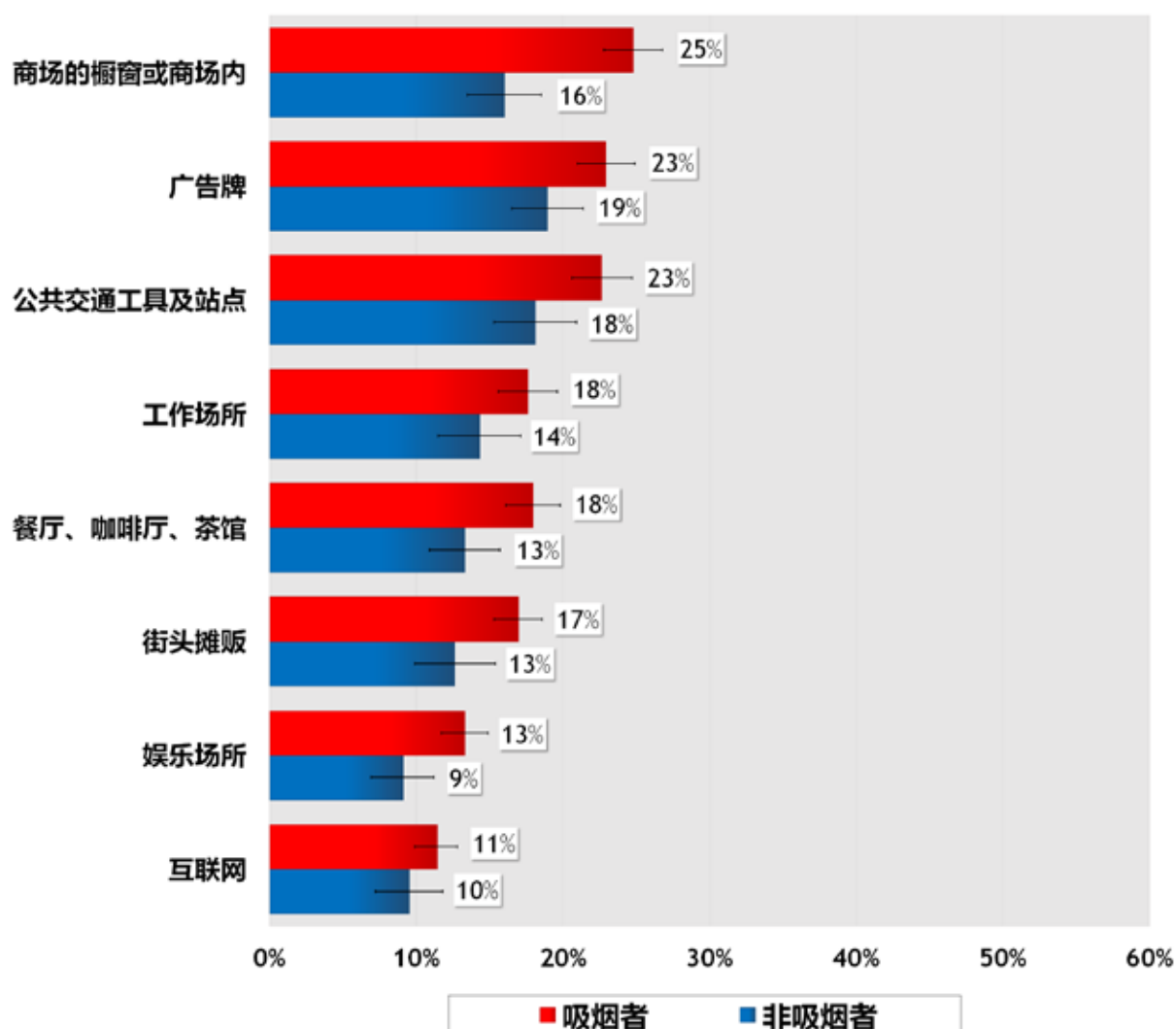
第五轮调查时，通过其他被禁止的大众传媒（如报纸、广播）发布烟草广告的频率较低。但是，仍有 18% 的吸烟者和 16% 的非吸烟者报告过去 6 个月中在报纸和杂志上见到过烟草广告，14% 的吸烟者和 11% 的非吸烟者报告在海报和广播上看到过此类广告（图 56）。

图 56 第五轮调查中吸烟者和非吸烟者过去 6 个月在禁止烟草广告的场所看到烟草广告的比例



调查显示在第五轮调查时（2013~2015 年）公众仍在未被明令禁止的公共场所见到烟草广告。在第五轮，吸烟者和非吸烟者仍常常在以下公共场所见到烟草广告：商场的橱窗或商场内（吸烟者为 25%，非吸烟者为 16%）、广告牌（吸烟者为 23%，非吸烟者为 19%）和公共交通工具及站点（吸烟者为 23%，非吸烟者为 18%）。其他公共场所的烟草广告的暴露率相对较低：少于 1/4 的吸烟者和非吸烟者在工作场所（吸烟者为 18%，非吸烟者为 14%）、餐厅、咖啡厅和茶馆（吸烟者为 18%，非吸烟者为 13%）、街头摊贩及其周边（吸烟者为 17%，非吸烟者为 13%）注意到烟草广告。在娱乐场所（吸烟者为 13%，非吸烟者为 9%）和互联网（吸烟者为 11%，非吸烟者为 10%）看到烟草广告的比例是最低的（图 57）

图 57 第五轮调查中吸烟者和非吸烟者过去 6 个月在
在没有明确禁止烟草广告的场所看到烟草广告的比例



烟草广告暴露的城乡差异

总体而言，第五轮中，与非吸烟者相比，吸烟者报告见到更多的烟草广告。进一步的分析显示，在从多数大众媒体和公共场所接触到烟草广告方面，城乡吸烟者的比例并无显著差异。但是，在以下大众媒体中，城市吸烟者明显比农村吸烟者更多地注意到烟草广告：广告牌（城市为 27%，农村为 22%）、商场的橱窗或商场/店铺内（城市为 32%，农村为 21%）、海报（城市为 24%，农村为 15%）和街头摊贩周边（城市为 22%，农村为 15%）^{xiii}。

xiii. 针对特定形式广告以及促销城乡差别的统计检验，其样本来自已经回答以下问题的吸烟者，（a）过去6个月使用或注意到以下几种形式的大众传媒：电视、报纸/杂志、海报、广播、广告牌和互联网；（b）过去6个月去过或使用过以下几个公共场所：商场/商店、公共交通工具及站点、工作场所、餐厅/咖啡厅/茶馆、街头摊贩和娱乐场所



烟草促销和赞助

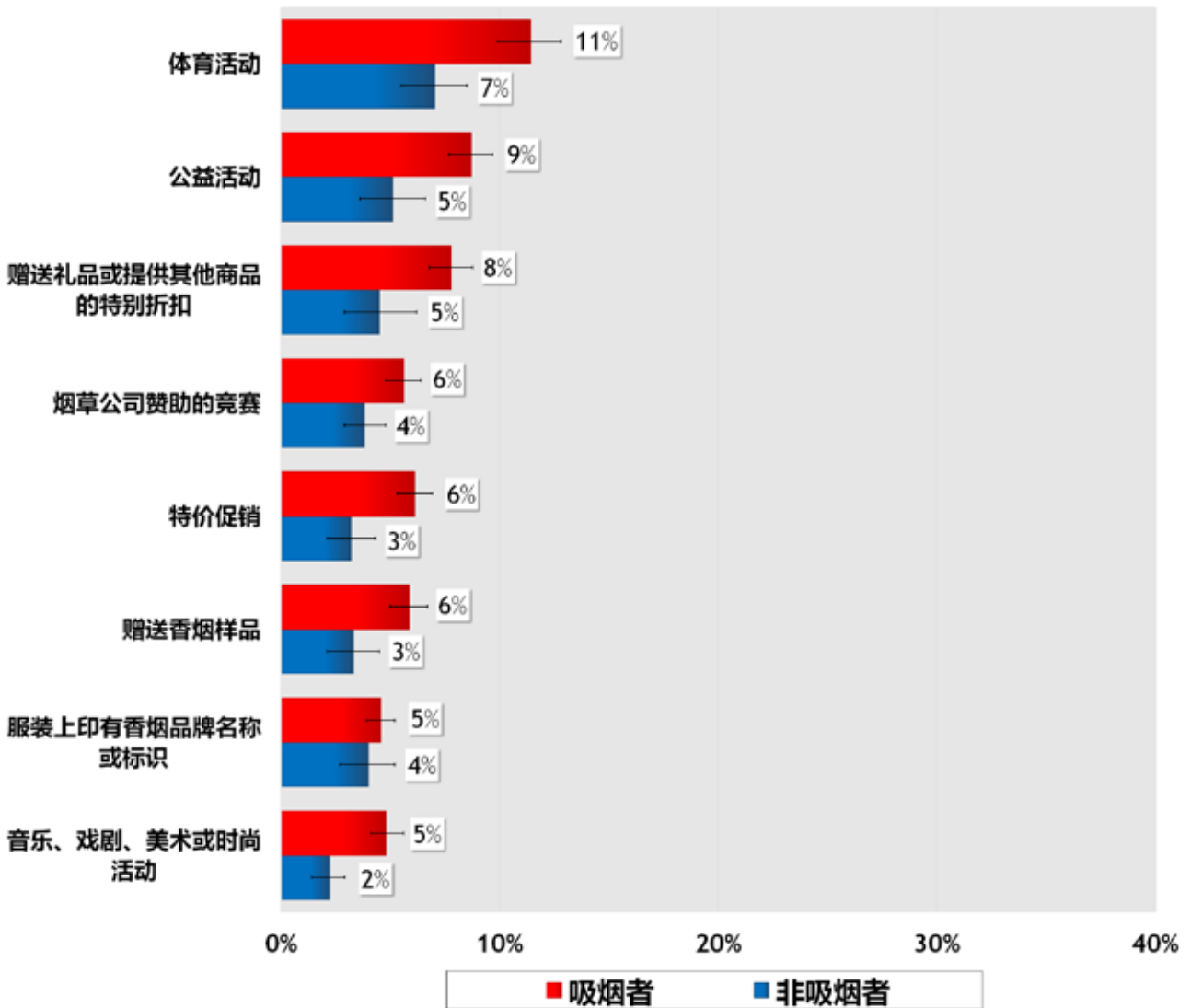
ITC 中国项目第一至第五轮调查问卷询问吸烟者和非吸烟者在过去 6 个月中是否注意到烟草促销。在开展调查时，大多数的烟草促销和赞助形式仍是被允许的，例如烟草公司可以通过赞助活动、提供折扣和赠送样品和品牌扩张等形式来宣传自己的产品^{xiv}。调查显示，尽管这些促销方式并不如其他方式的烟草广告那么常见，它们仍为烟草公司提供了宣传其烟草产品的机会。

与在受欢迎的大众媒体和公共场所上频繁出现的烟草广告相比，吸烟者和非吸烟者报告烟草的促销和赞助的比例较低。在第五轮，仅有少量吸烟者和非吸烟者报告注意到烟草业赞助体育活动（吸烟者为 11%，非吸烟者为 7%）、公益活动（吸烟者为 9%，非吸烟者为 5%）和竞赛（吸烟者为 6%，非吸烟者为 4%）、音乐、戏剧、美术或时尚活动（吸烟者为 5%，非吸烟者为 2%）。少于 9% 的吸烟者和非吸烟者报告注意到买香烟时有促销活动，如买香烟时赠送礼品或提供其他商品的特别折扣（吸烟者为 8%，非吸烟者为 5%）、赠送样品（吸烟者为 6%，非吸烟者为 3%）、特价促销（吸烟者为 6%，非吸烟者为 3%）。只有 5% 的吸烟者和 4% 的非吸烟者注意到在服装或其他物品上印有香烟品牌名称或标识（图 58）。

在第五轮，与非吸烟者相比，吸烟者注意到不同形式烟草促销和赞助的比例较高。进一步调查显示城市吸烟者比农村吸烟者更可能注意到烟草业赞助体育活动（城市为 17%，农村为 5%）、音乐、戏剧、美术或时尚活动（城市为 6%，农村为 3%）、公益活动（城市为 13%，农村为 4%）和竞赛（城市为 9%，农村为 2%）。城市吸烟者也比农村吸烟者更容易注意到买香烟时有礼品赠送或提供其他商品的特别折扣（城市为 13%，农村为 3%）、赠送香烟样品（城市为 9%，农村为 4%）、特价促销（城市为 9%，农村为 4%）和在服装或其他物品上印有香烟品牌名称或标识（城市为 6%，农村为 3%）。

xiv. 1994年版《广告法》经修订之后，禁止烟草品牌分享及延伸活动。2016年《慈善法》禁止通过慈善捐赠促销烟草产品。这两部法律均在ITC中国第五轮调查之后生效，所以，我们没有评估其影响

图 58 第五轮调查中吸烟者和非吸烟者过去 6 个月注意到任何形式的烟草促销或赞助的比例

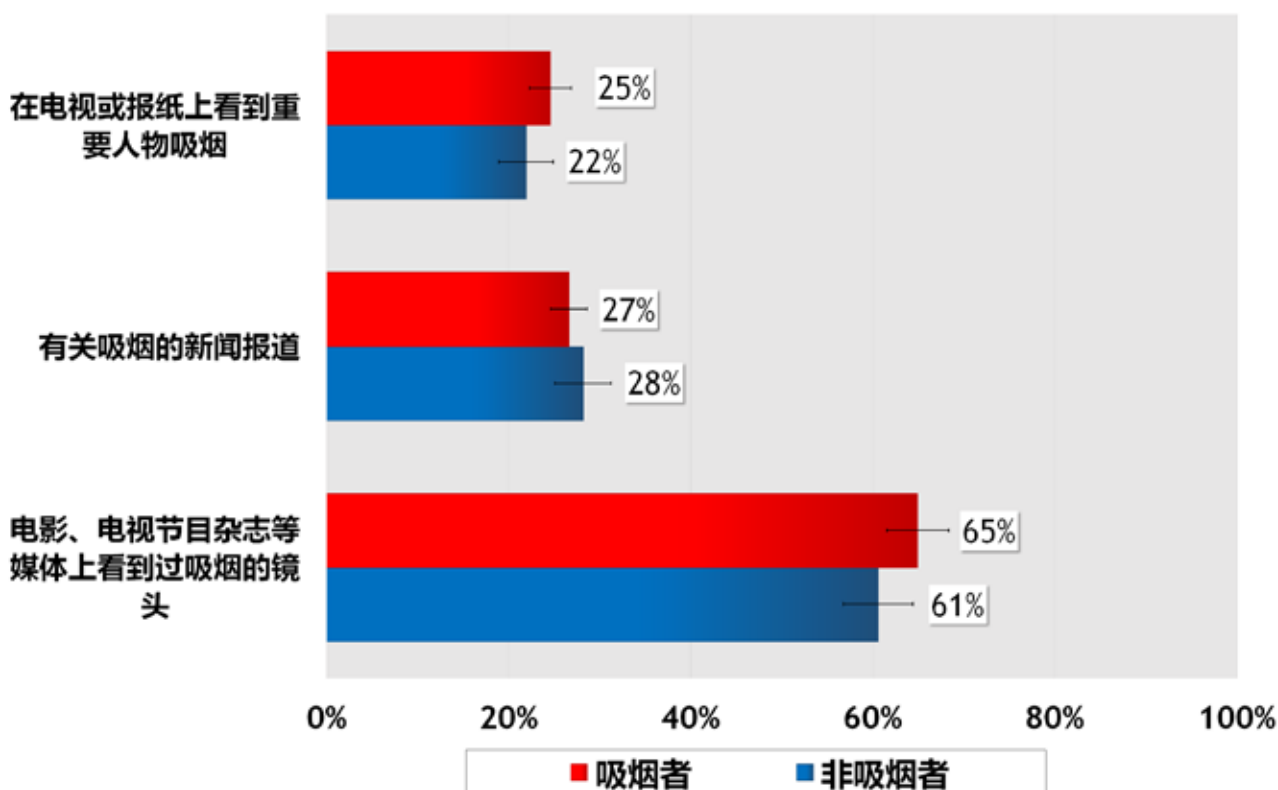


通过娱乐媒体间接鼓励吸烟

在中国，娱乐媒体中经常出现吸烟相关的图片，尤其是在受青少年中喜爱的各类媒体内。例如，针对中国青少年的调查中显示面向他们的动画、卡通、电视剧和电影中有很多吸烟的镜头，传达着吸烟行为被社会接受这一信息^[213-216]。

ITC 中国项目询问吸烟者和非吸烟者过去 6 个月中是否在娱乐媒体上注意到鼓励吸烟的信息。调查结果显示，娱乐媒体中出现吸烟镜头的频率依然很高。在第五轮，大约 2/3 的吸烟者（65%）和非吸烟者（61%）报告“偶尔”或者“经常”见到该类镜头。大约 1/4 的吸烟者和非吸烟者报告在电视或报纸上看到重要人物吸烟（吸烟者为 25%，非吸烟者为 22%），也在电视、广播或报纸上看到或听到有关吸烟的新闻报道（吸烟者为 27%，非吸烟者为 28%）（图 59）。

图 59 第五轮调查中吸烟者和非吸烟者过去 6 个月在媒体上“偶尔”或“经常”看到烟草使用或促销的比例



调查进一步研究了城乡吸烟者的差别。结果显示城市的吸烟者明显比农村的吸烟者更容易在娱乐媒体上看到有人吸烟（城市为 72%，农村为 58%），也更容易在报纸或电视上看到重要人物吸烟（城市为 30%，农村为 20%）。

由于烟草广告、促销和赞助阻碍戒烟、导致烟草消费增加、鼓励青少年开始吸烟^[66,217,218]，中国和世界其他国家的娱乐媒体上出现大量烟草信息的情况着实令人担忧。近年来，缔约方会议呼吁针对娱乐媒体发布烟草信息采取相应措施。在第七届缔约方会议前（2016 年 11 月）准备的一份报告中，公约秘书处表示“尽管几个缔约方已经采取措施，作为其全面禁止烟草广告政策的一部分，禁止在娱乐媒体上传播涉及烟草使用的广告，但是目前的情况依然很糟。”该报告也强调了跨境娱乐渠道（如网络设备、有线电视、跨国飞行娱乐和公共休息室、在线媒体等）扩散迅速，为烟草行业绕过国家禁止烟草广告、促销和赞助的规定提供了便利^[219]。为了减少娱乐行业对吸烟的鼓励，我们需要实施全面禁止在各类娱乐媒体上宣传吸烟的法规，这也是《公约》第十三条和其实施准则所建议的。

对禁止烟草广告和促销的支持

ITC 中国调查第三至五轮中询问吸烟者和非吸烟者是否认为应该允许烟草行业随意推销和做广告。在第五轮，只有 13% 的吸烟者和 8% 的非吸烟者“同意”或“非常同意”允许烟草行业做广告和推销卷烟。

ITC 调查询问吸烟者和非吸烟者是否支持全面禁止任何形式的烟草广告和促销。调查结果显示第五轮中大部分公众支持在烟草零售点（吸烟者为 67%，非吸烟者为 78%）和户外（吸烟者为 65%，非吸烟者为 78%）禁止烟草产品的广告和促销。支持率最高的为广州和北京，超过 90% 的非吸烟者

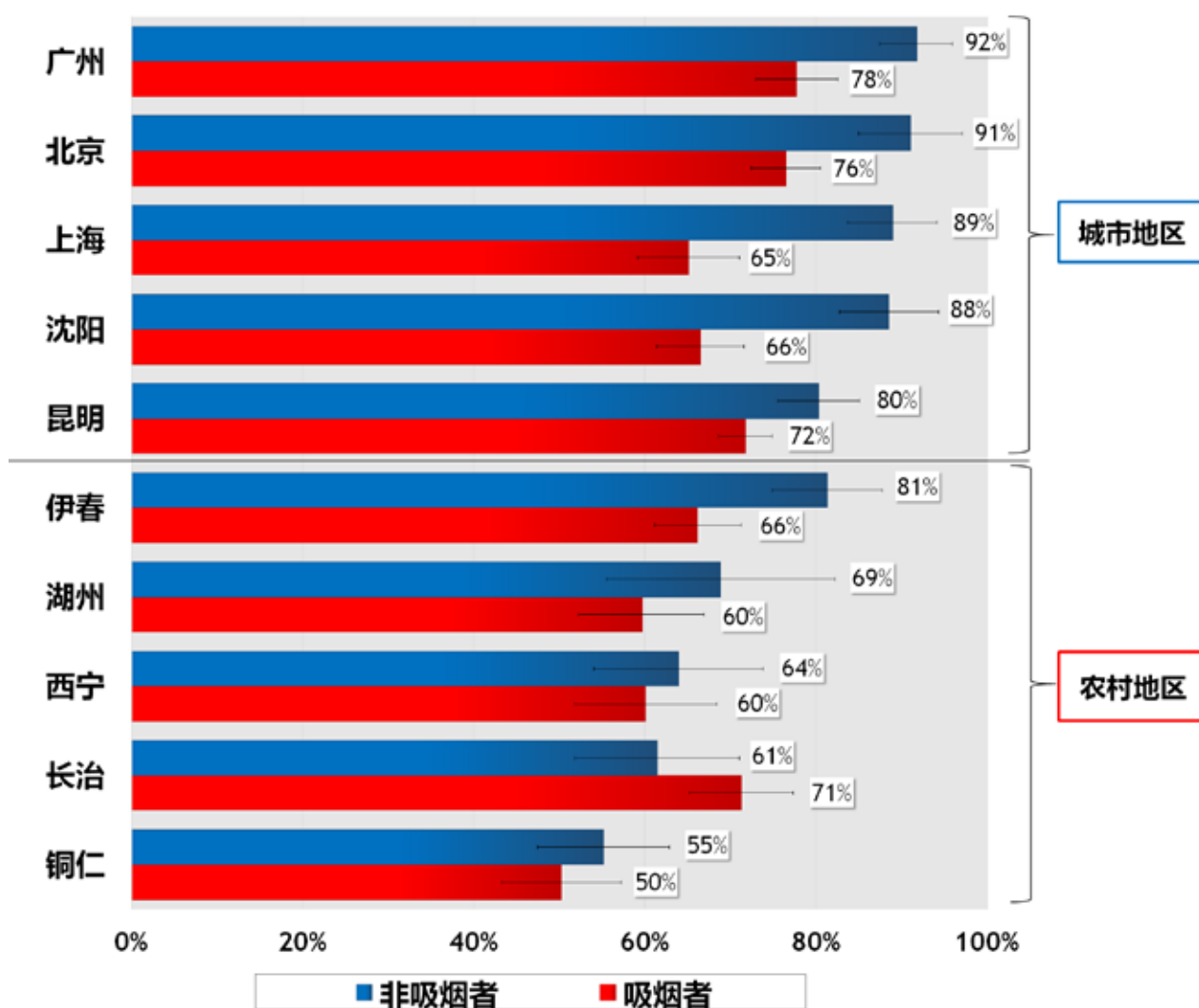
和 75% 的吸烟者支持此禁令。支持率最低的为农村地区铜仁，只有 50% 的吸烟者和非吸烟者支持此禁令。

对商店内全面禁止烟草广告的支持

在第五轮，5 个城市的大部分吸烟者和非吸烟者都“有点支持”或“非常支持”禁止在商场或商店里展示卷烟（图 60）。支持率最高的是广州和北京，至少有 3/4 的吸烟者（广州为 78%，北京为 76%）支持该项禁令。在这两个城市的非吸烟者对禁令的支持率更高，几乎所有人一致认为应该禁止在商场或商店里展示卷烟（广州为 92%，北京为 91%）。

农村地区吸烟者和非吸烟者对此也非常支持，但是 5 个农村地区的支持度总体比城市地区的支持度低。总体来看，伊春的支持率最高，铜仁的支持率最低。农村吸烟者的支持率从铜仁的 50% 到长治的 71% 不等，非吸烟者的支持率从铜仁的 55% 到伊春的 81% 不等。

图 60 第五轮调查中不同城市吸烟者和非吸烟者“有些支持”或“非常支持”在商店内全面禁止烟草广告的比例

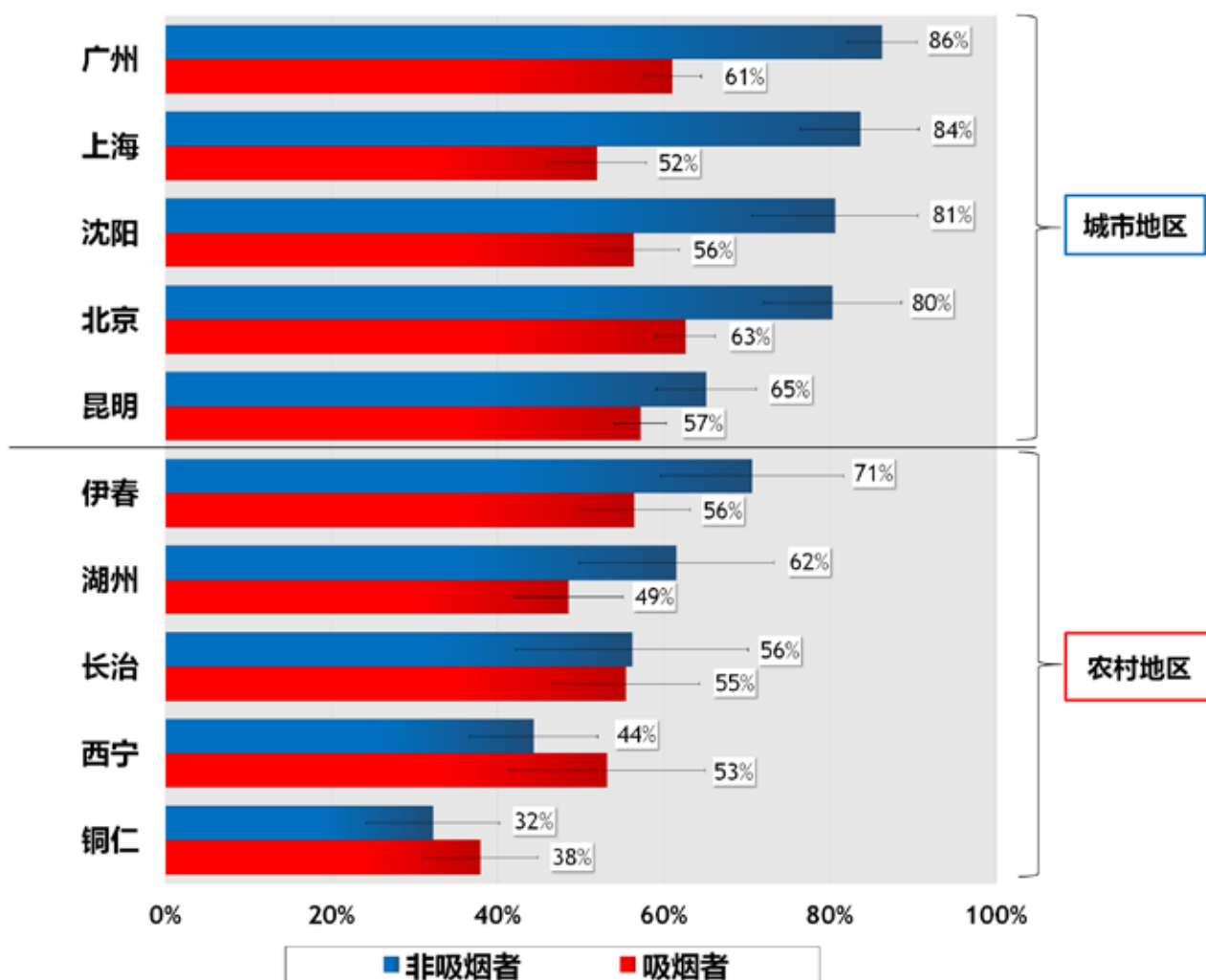


对全面禁止在零售点展示烟草的支持

吸烟者和非吸烟者也很支持全面禁止在商场或商店内展示卷烟，该支持度在城市里尤其高。在第五轮，5个城市中超过一半的吸烟者说他们“有点支持”或“非常支持”禁止在商场或商店里展示香烟，支持率在北京（63%）和广州（61%）最高（图 61）。在5个城市中，非吸烟者支持完全禁止在商场或商店内展示卷烟的比例更高（广州为86%、上海为84%、沈阳为81%、北京为80%、昆明为65%）。

农村地区对禁止烟草展示的支持度比城市低。在5个农村地区中，伊春的支持率最高（吸烟者为56%，非吸烟者为71%），铜仁的支持率最低（吸烟者为38%，非吸烟者为32%）。

图 61 第五轮调查中不同城市吸烟者和非吸烟者“有些支持”或“非常支持”全面禁止商店内展示卷烟的比例

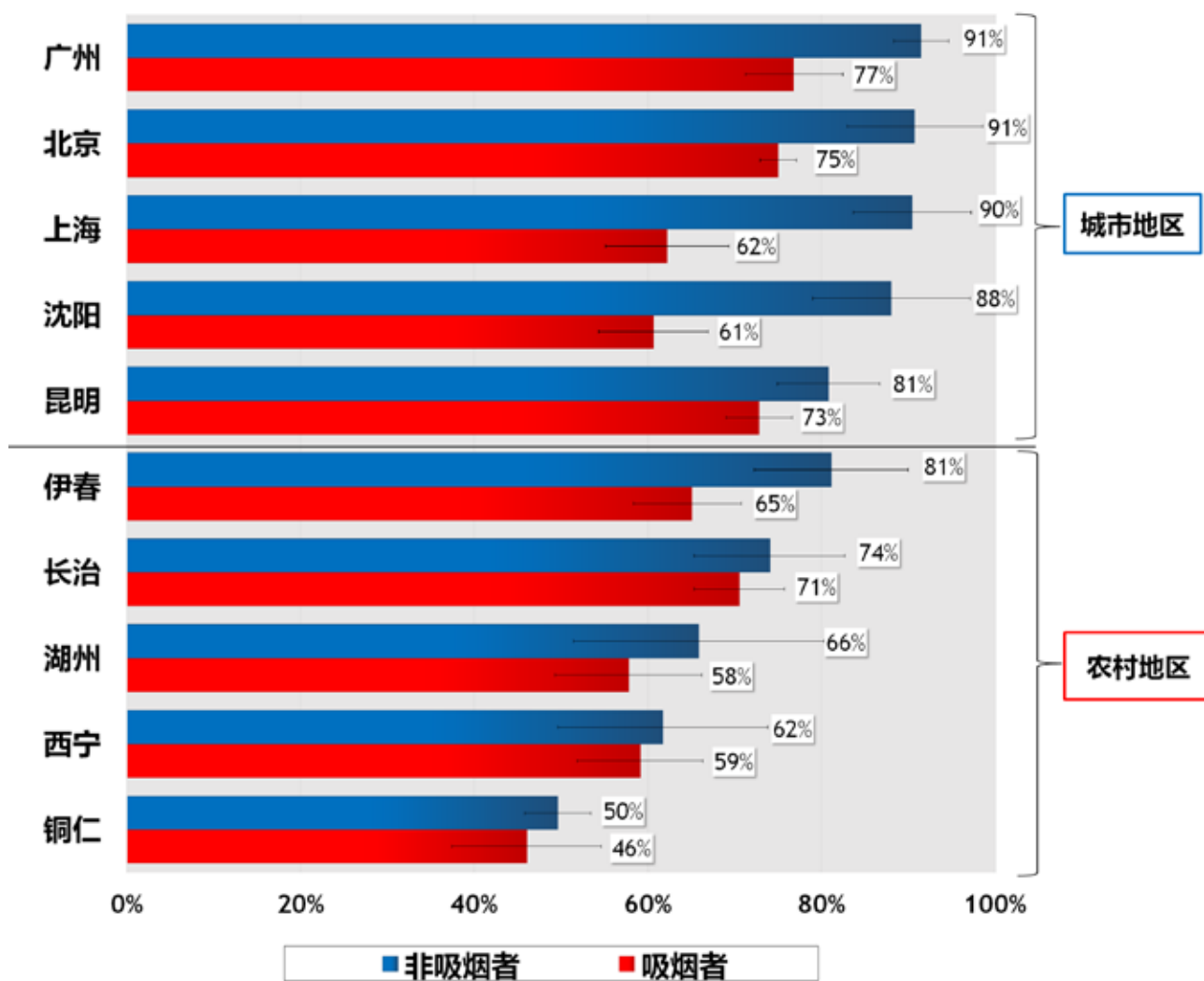


对全面禁止户外广告和促销的支持

公众对全面禁止如海报、广告牌、横幅等形式的户外烟草促销表现出很高的支持度。在5个城市中，对该禁令的支持率为61%（沈阳）到77%（广州）不等（图62）。广州（91%），北京（91%）和上海（90%）以及紧随其后的沈阳（88%）和昆明（81%）的非吸烟者支持率更高，几乎一致同意全面禁止户外烟草促销。

农村地区对户外烟草广告禁止的支持率低于城市地区，且各地区间支持率差距较大。吸烟者中支持率最低的是铜仁（46%），最高的是长治（71%）。非吸烟者中支持率最低的是铜仁（50%），最高的是伊春（81%）。

图 62 第五轮调查中不同城市吸烟者和非吸烟者支持全面禁止户外烟草广告的比例



烟草价格和税收

《公约》第六条要求各缔约国采取价格和税收政策以降低烟草消费。《公约》第六条实施准则进一步建议各缔约国定期调整税收，以使烟草制品随着时间的推移变得更不可负担，包括定期考虑价格和收入弹性、通货膨胀、家庭收入变化等因素，重新对烟草税收进行评估。

自 2006 年 1 月《公约》在中国生效以来直到 2015 年，中国在执行强有力的价格和税收政策方面进展甚微。而这些强有力的价格和税收政策，可在公共卫生方面获得巨大收益。2009 年和 2015 年两次卷烟税制结构和税率的调整所带来卷烟税和价格的增长未足以抵消收入的快速增长。因此，随着时间的推移，卷烟变得更加可负担。目前为止证据表明，2015 年税收增加对减少烟草消费有积极的初步影响，也能增加政府收入，但中国的平均卷烟价格与国际标准相比依然很低。

总体而言，ITC 项目中国调查和来自其他研究的证据表明，中国迫切需要在近期增税的基础上，实施更强有力的烟草税收和价格措施，以减少卷烟消费和吸烟率。

提高烟草制品的税收和价格被公认为最有效的控烟策略之一。全球研究证据表明，显著增加烟草税和价格是最有效减少烟草使用的手段，因为它鼓励当前烟草使用者戒烟，预防潜在烟草使用者开始吸烟，并减少目前烟草使用者的消费量^[32]。提高烟草价格对于降低青少年和社会经济地位低人群的烟草消费和吸烟率尤其有效^[218,220-222]。此外，增加烟草制品的税收能大量增加烟草税收入，其效果已经在包括土耳其、南非、墨西哥、乌克兰和冈比亚内的许多国家得到了证实^[223-227]。

本节概述了中国的烟草价格和税收政策，同时介绍了 ITC 项目中国第一至第五轮调查关于卷烟价格在多大程度上影响吸烟者的品牌选择、对吸烟成本的认识、戒烟动机和购买行为的发现。本节也给出了根据 ITC 中国调查数据得出的卷烟可负担性以及其它经济学研究对中国 2015 年烟草税收调整的初步影响的调查结果。

中国卷烟价格和税收政策

中国政府向烟草业收取 5 种不同的税：烟叶税、增值税、消费税、城市维护建设税和教育附加税。这 5 种税中，消费税对卷烟零售价格的影响最大^[228]。

消费税有两种主要类型：从量税和从价税。从量税基于数量或重量（例如每包 20 支卷烟或每克卷烟，不论基准价格如何，对每支卷烟征收固定金额货币税）。从价税是基于产品的价值（例如制造商价格或零售价的某一特定百分比）^[229]。与从价税相比，从量税有几个优势。后者更容易实施，并且可以通过降低高价和低价品牌之间的价格差异、防止烟草产业通过降低价格应对税收增加以及避免消费者转向更便宜的品牌，从而增强税收政策对公共卫生的影响^[32,230,231]。

中国每包 20 支卷烟的从量税额非常低，生产环节仅有 0.06 元，批发环节为每包 0.10 元。从价税占据卷烟总体烟草税收的最大份额。根据中国烟草总公司的分类体系，中国卷烟品牌分五类（或等级）。第一类和第二类包括高档品牌，第三类包括中等价位品牌，第四类和第五类包括低档品牌。中国在卷烟生产环节税收采用了两级从价结构，对高档品牌采用较高的税率（品牌价格低于 7 元/包的税率为 36%，价格高于 7 元/包的税率为 56%）。在批发环节，批发价格的额外从价税率为 11%。

分级税制结构加上严重依赖从价税削弱了税收对降低卷烟需求的影响，而中国卷烟市场以低价品牌为主导，使得这种影响进一步弱化。如果中国更多地增加烟草税，目前的税收结构可能刺激吸烟者转向税率低的低档卷烟而不是戒烟，使得增税的健康益处大打折扣。

2009年5月，中国政府调整了卷烟产品税收结构，提高从价税，但每包0.06元的从量税保持不变。因为税收的增加并没有反映在零售层面，所以卷烟的消费没有减少^[5]。

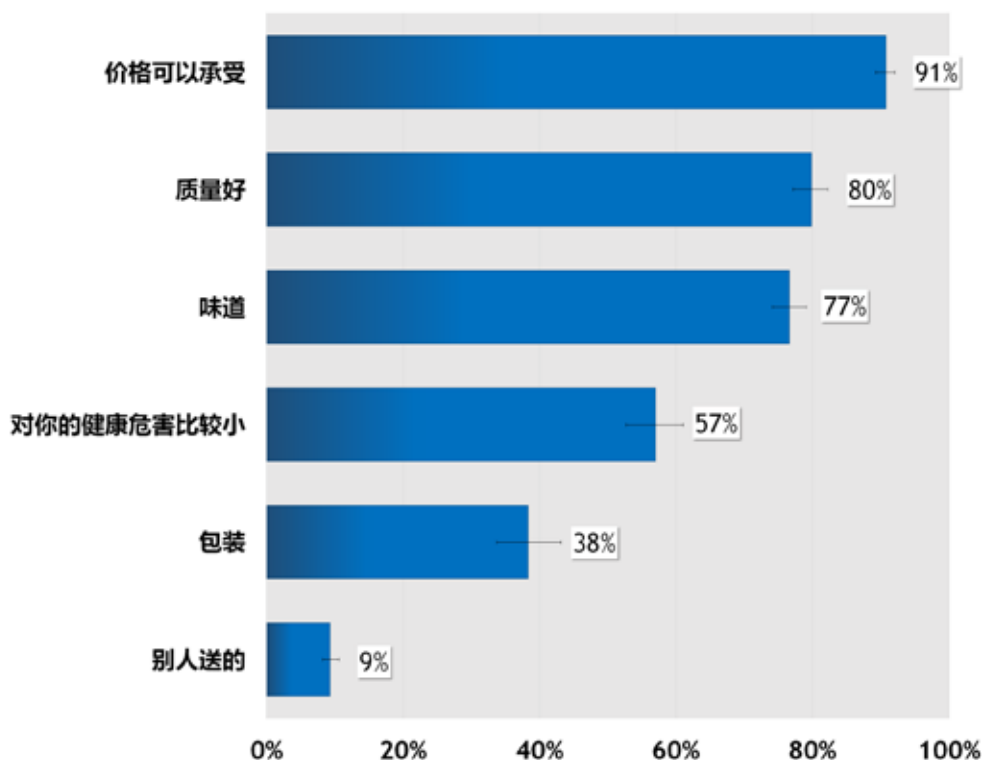
2015年5月10日，中国财政部正式将批发环节的从价税从5%提高至11%。在批发环节还引入了每包20支卷烟的额外0.10元的从量税。初步估计表明，通过增加税收，2015年中国每包卷烟的平均零售价增加了10%，并传导给了消费者^[228]。

吸烟者的品牌选择与卷烟价格密切相关

中国烟草控制的一个主要挑战是卷烟价格非常低。中国烟草总公司称，低价卷烟对低收入消费者至关重要。为了保证供应，中国烟草总公司要求当地烟草公司每年生产一定数量的低档卷烟，并向这些生产商提供补贴，以弥补其相对较低的利润率。从公共卫生角度来看，这种策略是有问题的，因为研究表明，便宜卷烟的存在阻碍戒烟，从而破坏了价格和税收政策的有效性。例如，美国研究表明，与使用价格较高的卷烟相比，使用低价卷烟的吸烟者不太可能戒烟、减少吸烟或尝试戒烟^[232,233]。同样，ITC 调查研究发现，中国使用较低廉卷烟且对吸烟危害知之甚少的吸烟者也不太可能有戒烟意愿^[42]。

ITC 中国项目第一至第五轮调查询问吸烟者是否有常用卷烟品牌和规格。对于有常用卷烟品牌的吸烟者，询问他们选择该卷烟品牌的原因。虽然在第一至第五轮调查期间进行了两轮卷烟税增税，但大多数的城市吸烟者说他们根据可负担能力选择了品牌，且该比例从第一轮的67%增加至了第五轮的89%。事实上，在第五轮调查中涉及的所有调查地点，91%的吸烟者称价格可负担是选择品牌选择最常见的原因（图63）。第五轮吸烟者提到的选择此品牌的其他常见原因有：质量好（80%）、味道（77%）和对他们的健康危害比较小（57%）。超过1/3的吸烟者（38%）称他们选择目前品牌的原因是由于品牌包装。9%的吸烟者表示因为他人赠送而选择某卷烟品牌，这也是最不可能的原因。这些发现为中国卷烟可负担性的不断增长提供了依据。由于中国吸烟者在选择品牌时密切关注卷烟的价格，更强有力的价格和税收措施对于降低高吸烟率就显得尤为重要。

图 63 第五轮调查中吸烟者选择目前卷烟品牌的原因及其比例

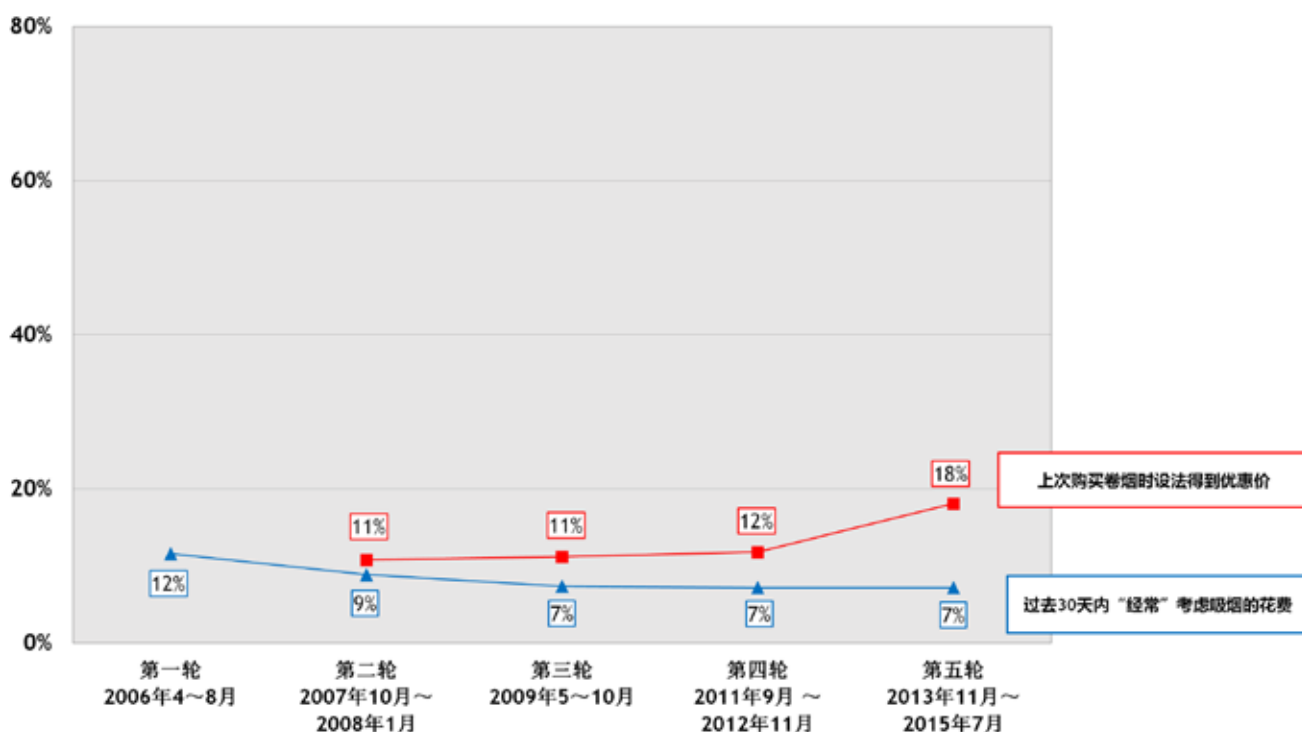


很少吸烟者考虑吸烟的经济成本

ITC 项目中国第一至第五轮调查询问吸烟者在过去 30 天内考虑吸烟花费的频率。如图 64 所示，吸烟者说他们“经常”考虑到吸烟花费的比例从第一轮的 12% 下降至第五轮的 7%。ITC 跨国研究表明，中国和印度男性吸烟者和戒烟者过去 30 天“经常”或“非常经常”考虑吸烟花费的比例（15%）在 19 个国家中排名倒数第二（图 65）。这进一步表明了卷烟在中国是可以负担的，而这可能阻碍吸烟者采取戒烟措施。事实上，ITC 的研究结果证实了烟草高度可负担：在中国，卷烟价格是导致吸烟者考虑戒烟的最不常见的原因（见戒烟章节图 18）。在其他国家，情况恰恰相反。

第二至五轮调查还询问吸烟者上次买烟时是否设法得到优惠价。在各轮调查中，少于 1/5 的吸烟者（11%~18%）表示他们上次买烟时设法得到优惠价（图 64）。

图 64 各轮调查中吸烟者“经常”考虑吸烟的花费或设法得到优惠价的比例（仅限城市地区[†]）



[†] 以上调查结果仅包括城市吸烟者（不包括第五轮调查中的农村吸烟者）

这些研究结果表明，绝大多数的中国吸烟者不关心吸烟的经济负担。要有效控制烟草流行，中国需要更加大幅度的增加烟草税以提高卷烟的价格。

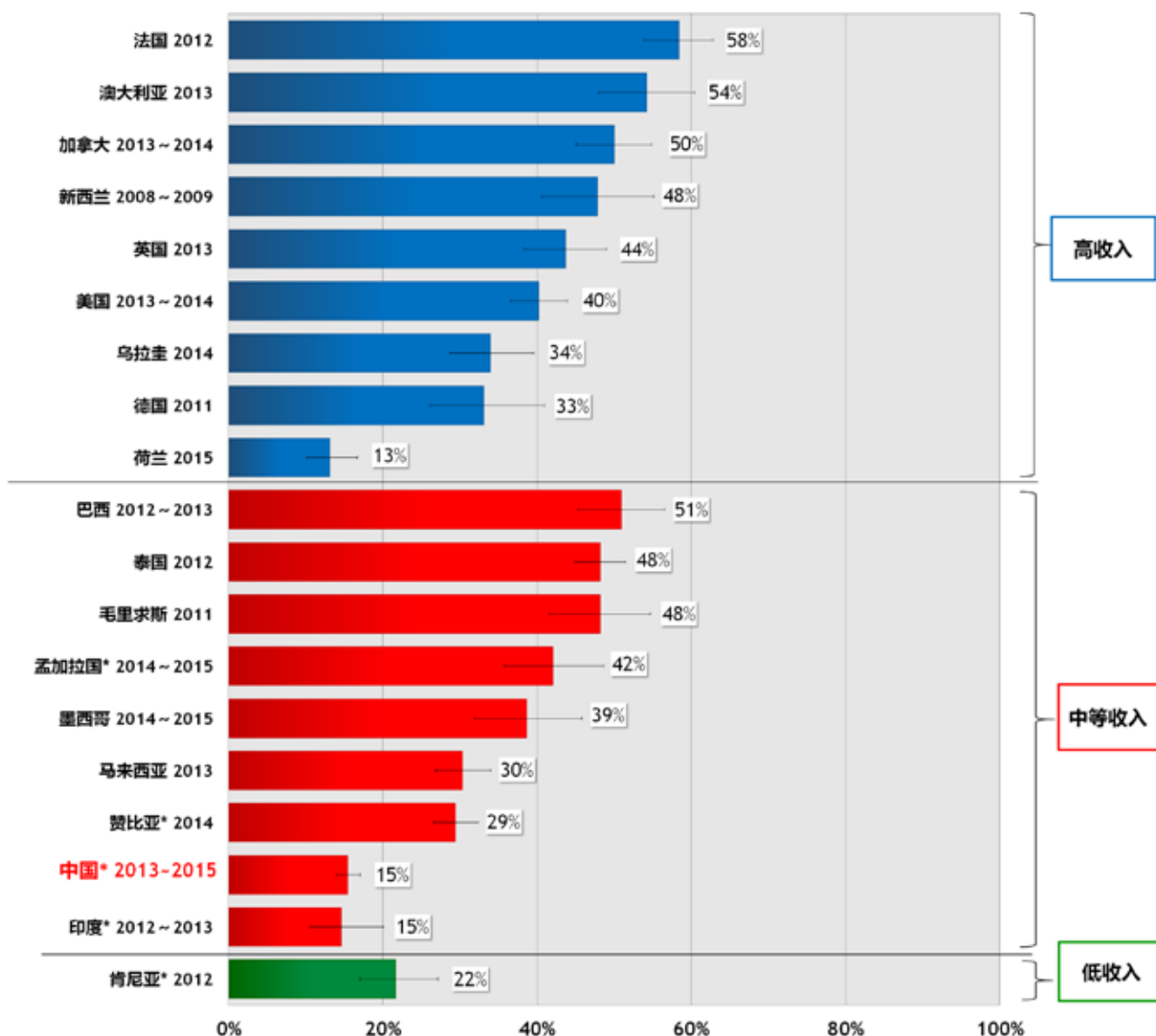
卷烟价格低不会促使吸烟者戒烟

ITC 中国项目第一至第五轮调查询问吸烟者在过去 6 个月中，他们想到戒烟的几种原因及程度（选项为“很大”、“有点”或“一点也不”）。在中国吸烟者中，经济原因是使他们想到戒烟的最不常见的原因。在第五轮，只有 6% 的吸烟者称经济原因在“很大”程度上使他们想到戒烟，而其他个人或政策原因，如“关心/担心本人的健康”（66%）、“对非吸烟者的影响”（43%）、“公共场所、工作场所禁止吸烟”（31%）和“卷烟包装上的健康警示”（17%）（见戒烟章节图 18）等更大程度上使他们想到戒烟。

在中国，农村和城市之间巨大经济差异导致收入严重不均^[234]。例如，城市地区的平均家庭收入估计约比农村地区高 3 倍^[235]，因此在第五轮调查中，与城市吸烟者相比，较大比例的农村吸烟

者表示经济原因“很大”程度上使他们想到戒烟（农村地区为 8%，城市地区为 4%）或“有点”使他们想到戒烟（农村地区为 42%，城市地区为 16%）。这表明增加卷烟价格对推动农村地区的低收入吸烟者戒烟会更有意义，能够有效地消除因吸烟带来的贫困，将家庭在吸烟方面的支出大幅降低。然而应该指出的是，农村和城市大多数的吸烟者均表示，经济原因“一点也不”使他们考虑戒烟（农村吸烟者为 50%，城市吸烟者为 80%）。

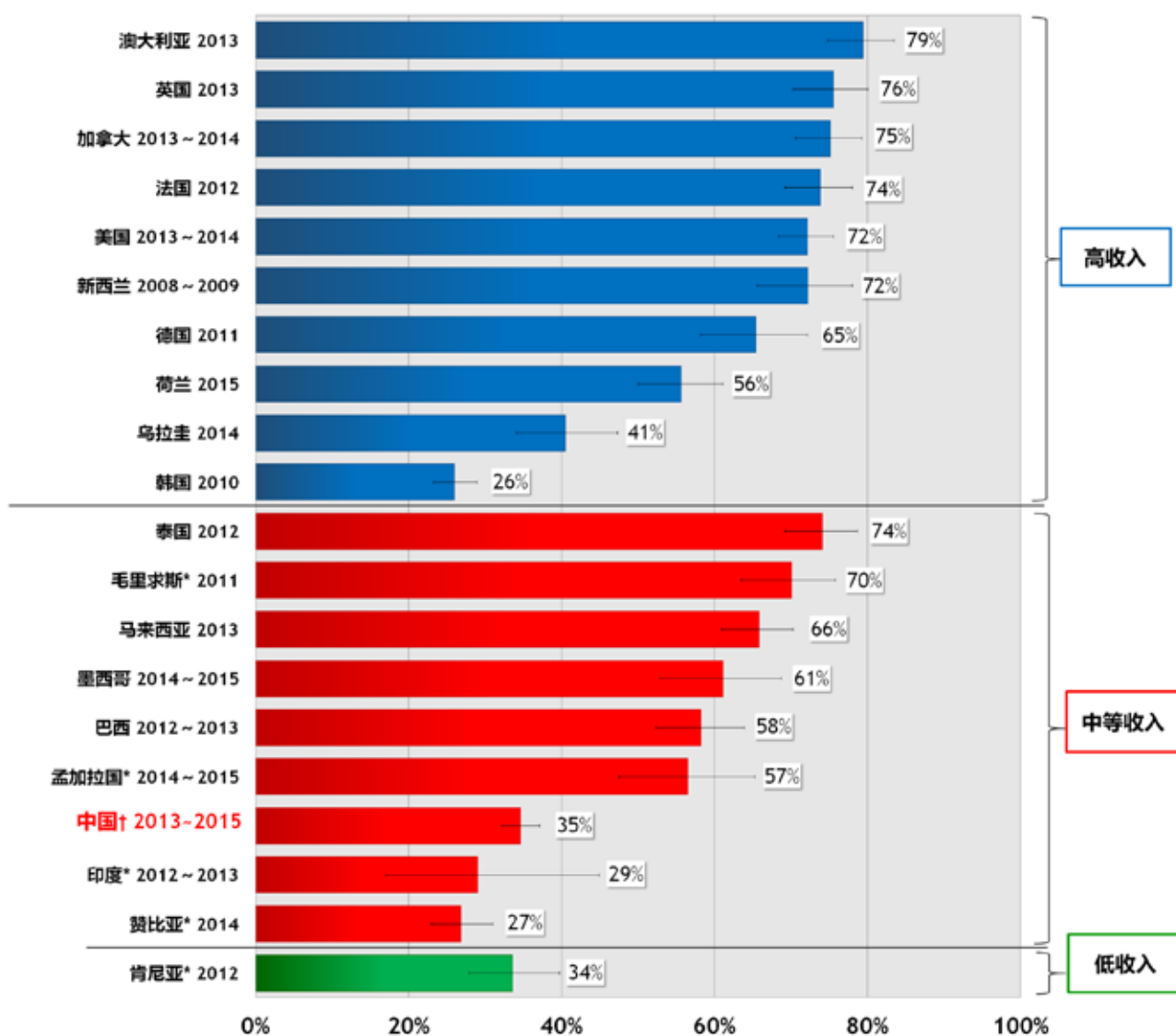
图 65 不同国家男性吸烟者和戒烟者过去 30 天“经常”或“非常经常”想到吸烟（或过去吸烟）花费的比例



* 在这些国家，没有“非常经常”的选项，所以只包含回答“经常”的结果
在中国，针对目前吸烟者的该问题问法稍有不同，为“在过去 30 天内你考虑吸烟的花费的频率是？”

ITC 跨国调查表明，在烟草税和价格都偏高的国家，吸烟者通常更可能提到卷烟的价格使他们考虑戒烟。如图 66 所示，在烟草税率和价格偏高的国家，如澳大利亚（79%）、英国（76%）、加拿大（75%）、法国（74%）和泰国（74%），大多数男性吸烟者表示在过去 6 个月中，卷烟的价格使他们“有点”或“非常”想要戒烟。相比之下，中国只有 35% 的男性吸烟者说卷烟价格使他们“有点”或在“很大”程度上考虑戒烟。

图 66 不同国家男性吸烟者报告过去 6 个月卷烟价在“有点”或“很大”程度上使他们想到戒烟的比例



* 在这些国家，选项为“是/否”而不是“很大/有点/一点也不”。结果为选择“是”的选项。在这些国家，也没有 6 个月的时间限制

† 在中国，该问题问的是“经济原因”而不是“卷烟价格”，选项为“很大/有点/一点也不”

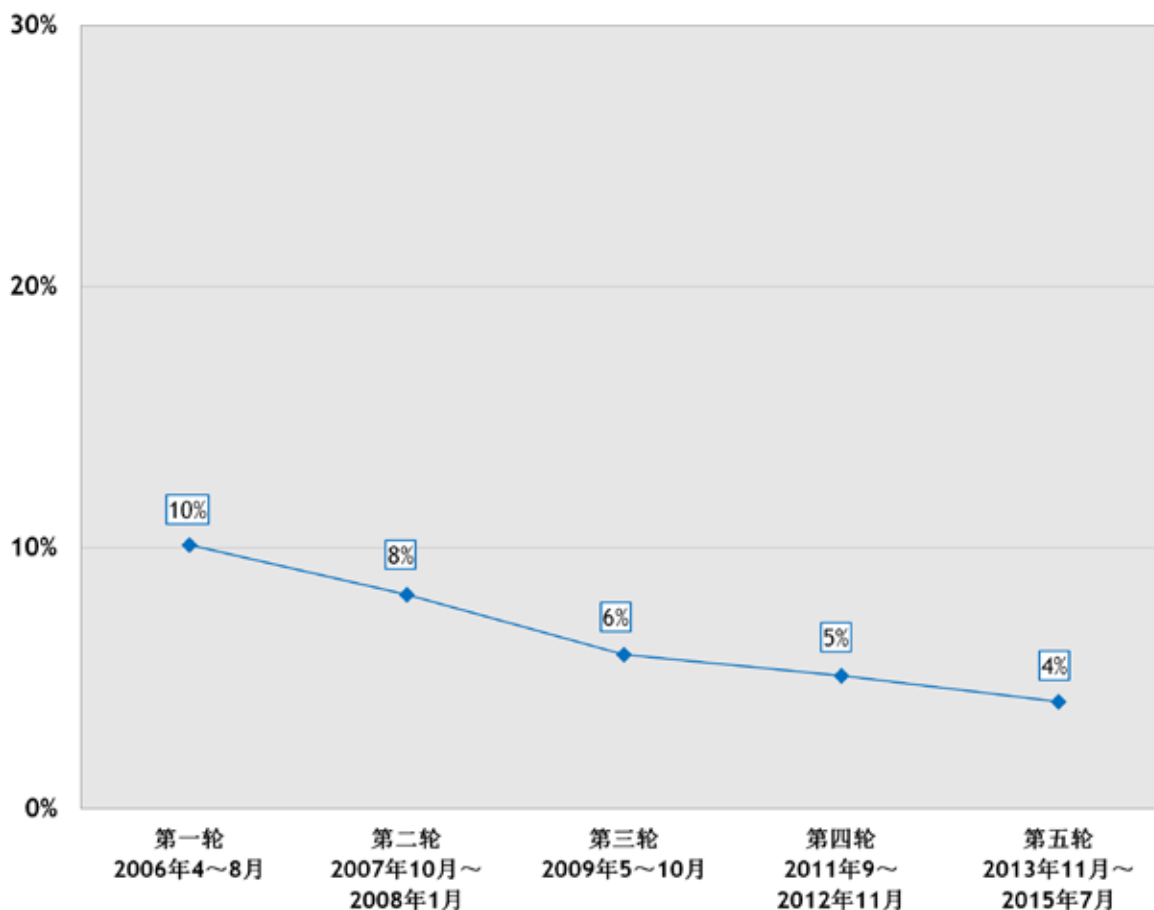
卷烟正变得更可负担

烟草制品的价格与烟草使用者的收入之比即为可负担性。可负担性被认为是决定烟草使用行为的关键因素。增加烟草价格可减少烟草制品的需求，但是价格上涨是否有效遏制烟草使用取决于潜在用户的收入。如果收入比通货膨胀上涨得更快，那么烟草制品的相对成本实际上可能会随着时间推移而减少。《公约》明确规定，制定烟草税收政策时需考虑卷烟可负担性。《公约》第六条实施准则建议“在确立或增加国家税收时，除了其他方面，各缔约方还应需考虑价格弹性和需求收入弹性以及通货膨胀和家庭收入变化等因素，以使烟草制品价格随着时间推移越来越不可负担，从而减少烟草消费和吸烟率。鉴于此，各缔约方应考虑定期调整烟草税^[236]”。

ITC 中国项目第一至第五轮调查询问吸烟者过去 6 个月是否把应花在食物等家庭必需品上的钱花在卷烟上。在所有五轮调查中，只有很小一部分城市吸烟者称将应该花在家庭必需品的钱花在了吸烟上，比例从第一轮的 10% 降低至第五轮的 4%（图 67）。ITC 跨国调查显示，中国男性吸烟者将钱花在卷烟而不是食物等家庭必需品上的比例（9%）在 10 个中低收入国家中排名倒数第二（图 68）。

进一步测试表明，第五轮农村地区的吸烟者比城市吸烟者更可能将钱花在卷烟而不是家庭必需品上（农村地区为 14%，城市地区为 4%）。

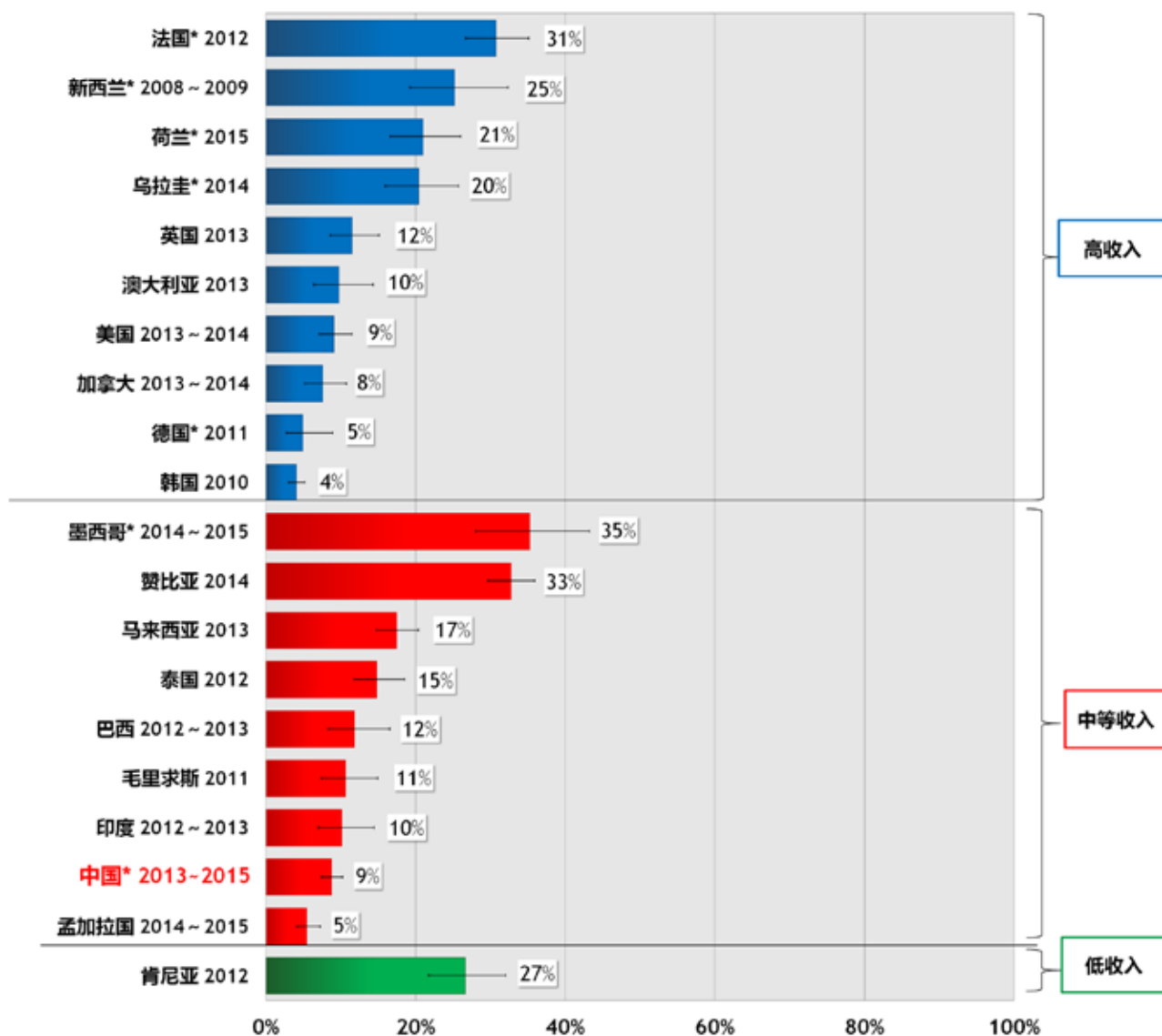
图 67 各轮调查中吸烟者报告过去 6 个月把应购买家庭必需品（如食物）的钱用来买烟的比例（仅限城市地区[†]）



[†] 以上调查结果仅包括回答在过去 6 个月中买过卷烟的城市吸烟者（不包括第五轮调查中的农村吸烟者）

需求的价格弹性被用于衡量卷烟价格每增加 1%，卷烟消费的变化比例^[237]。中国的卷烟需求价格弹性基于大量全国性代表样本，估值通常较小，而且数据趋势表明弹性随时间大幅下降^[238]。例如，对 1980~1996 年国家数据的时间序列分析发现估计价格弹性为 -0.54^[239]。随后使用全国代表性数据的研究发现，估计价格弹性在 2002 年为 -0.15，2006~2010 年间为 -0.12 至 -0.14^[240,241]。这意味着 1980~1996 年卷烟价格上涨 10% 导致消费量减少 5.4%，而在 2002~2010 年卷烟价格上涨 10% 导致消费量减少不到 2%。价格弹性通常随着较低的价格、较高的收入和更便宜品牌的可获得性而降低。这清楚地表明，在过去的 20 年，卷烟税收和价格没有与中国经济及随之而来的收入增长保持同步。

图 68 不同国家男性吸烟者过去 6 个月男性吸烟者把应购买家庭必需品（如食物）的钱用来买烟的比例



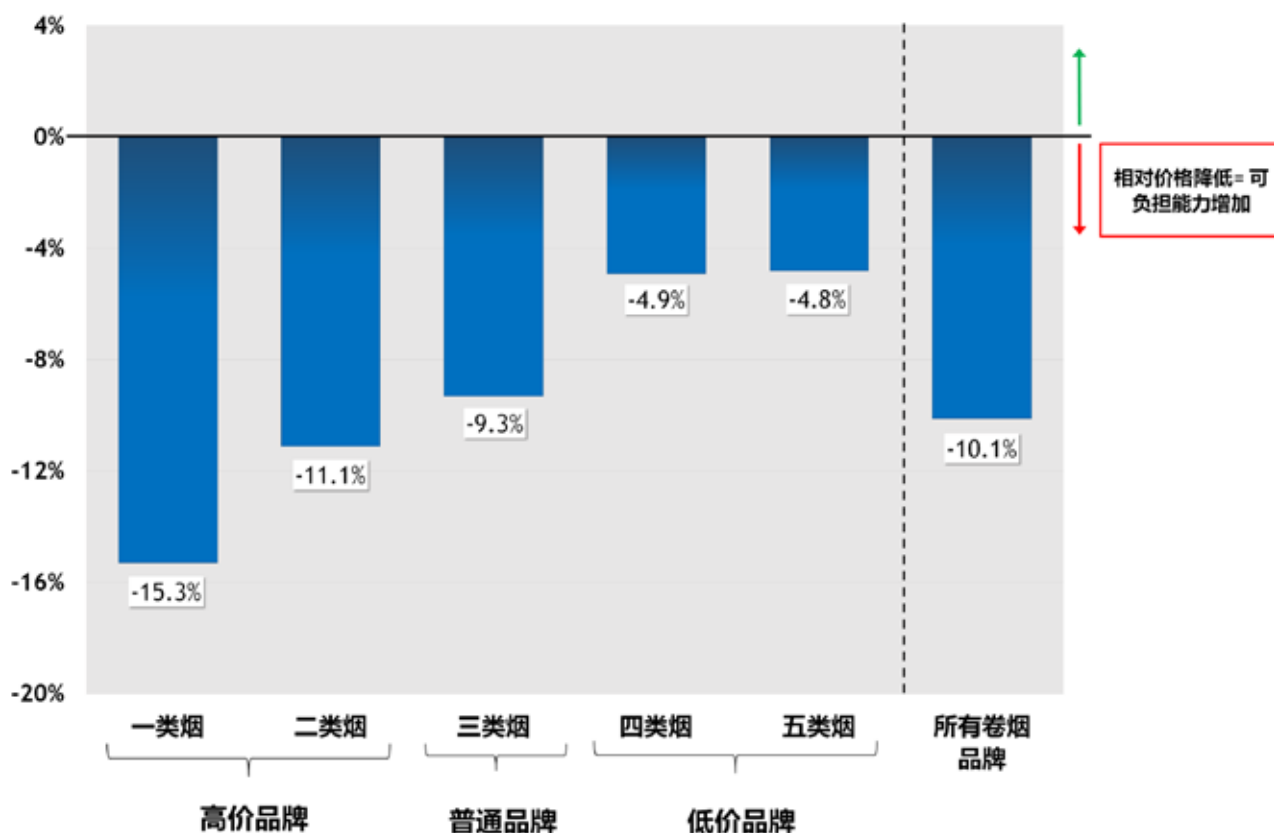
* 在这些国家，问题询问吸烟者是否把钱花在“他们知道应该花在家必需品（如食物）”上（法国、新西兰、荷兰和德国）。在中国，该问题为“是否把英购买家庭必需品（如食物）的钱用来买烟”。在墨西哥和乌拉圭，问题为“是否把应该用来买家庭必需品（如食物）的钱用来买烟”。在其他国家，该问题询问吸烟者是否有过一次因为把钱花在卷烟上而导致没有足够的钱买家庭必需品（如食物）

中国的低价格弹性或许可以反映市场上各卷烟品牌的较大的价格区间。例如，每包 20 支卷烟的价格区间内，最高价格品牌可比最低价格品牌贵 10 倍。在一些零售点，这个区间要高得多，最高价格的可达是最低价格的 50 倍。这种卷烟价格的巨大变化降低了需求的价格弹性，因为它允许吸烟者根据价格上涨而选择转向低价品牌，而不是选择戒烟^[242,243]。

如上所述，中国低价弹性也可能是由于卷烟价格和收入的增长未同步导致的^[243,244]。自 2000 年起，随着经济的迅速发展，居民平均收入不断增加，卷烟变得越来越可负担^[25]。中国烟草总公司的数据显示，中国的人均可支配收入比 1990~2007 年卷烟价格上涨速度高出 2.34 倍。因此，卷烟价格的可负担性在该时间段内也增长了超过 2 倍^[245]。在 2000~2012 年间，卷烟消费的可负担性指数从 2000 年的 1.00 增加到了 2012 年的 1.66，这意味着与 2000 年相比，2012 年的卷烟可负担性增加了 70%^[228]。

Nargis 及其同事最近的一项 ITC 研究（2016 年）也发现，2006~2015 年间，由于不同品牌的相对收入价格均下降，中国的卷烟价格变得更可负担了^[246]。相对价格的降低意味着卷烟可负担性增加。高价品牌（一类高档烟增长了 15.3%，二类高档烟增长了 11.1%）可负担性的增加高于低价品牌（四类低档烟增长了 4.9%，五类低档烟增长了 4.8%）（图 69）。高价卷烟的可负担性增长更快的趋势与其他研究一致，表明 2007~2015 年一类烟和二类烟品牌的市场份额有所增加（图 71）^[47]。这些研究结果证实，如果想要消除收入增长对烟草消费的影响，中国需要加强税收和价格政策。考虑到与高收入国家相比，中低收入国家对烟草制品的需求与价格之间的联系至少同样、甚至更加敏感，实施更强有力的政策尤为重要^[32]。

图 69 2006~2015 年中国卷烟相对收入价格的变化



近年来，包括菲律宾、加拿大、新西兰、澳大利亚和新加坡在内的一些国家已经开始或计划开始定期增加税率，该税率会根据通货膨胀自动进行调整^[247-250]。由于目前中国税收和卷烟价格的增长未能跟上经济和收入的增长，中国迫切需要采取类似的措施。

为了创造双赢的局面以减少对烟草制品的需求并增加可投资于烟草控制或其他医疗卫生领域的政府收入，中国需根据通货膨胀进行调整并定期增加烟草税。

2015 年中国税收改革积极影响的初步证据

2015 年 5 月 10 日，中国财政部提高了卷烟消费税（卷烟批发环节从价税从 5% 增至 11%，每包 20 支卷烟批发环节从量税增加 0.10 元）。国家烟草专卖局将增税反映到了卷烟零售价上。

基于冯国泽（中国疾病预防控制中心）和郑榕博士（北京对外经济贸易大学 WHO 烟草控制与

经济政策合作中心)的分析,本节给出了有关中国 2015 年烟草税收调整影响的初步证据。总体而言,研究结果表明,2015 年的税收调整使中国公共卫生和经济成果有些改善。目前为止的证据表明,在 2015 年增税后,卷烟消费下降,政府收入增加。然而,卷烟价格仍然很低,并且卷烟仍变得越来越可负担。

对消费的影响

初步调查结果显示,自 2001 年以来,2015 年卷烟销量首次下降,较 2014 年下降了 2.36%。2015 年税收调整后,销量持续下降,2015 年 5 月~2016 年 4 月销量与 2014 年 5 月~2015 年 4 月相比下降 4.61%,2015 年 10 月~2016 年 9 月与 2014 年 10 月~2015 年 9 月相比下降 5.36%^[228]。根据中国烟草专卖局数据,2016 年卷烟消费量与 2015 年相比下降了 5.60%^[7]。根据这个早期数据,在 2015 年增税实施后的 12 个月内,中国吸烟人数减少约 500 万^[228]。

对卷烟价格和市场结构的影响

冯国泽和同事利用 ITC 中国第五轮调查(2013~2015 年)的数据,评估了 2015 年增税对卷烟零售价的初步影响。通过 2013 年~2015 年期间在 10 个 ITC 中国调查地点收集的数据,计算出了 352 个卷烟品牌的名义价格和实际价格。结果显示,卷烟的平均名义价格(来自 286 个品种)有所增加,从 2013 年的 24.33 元增加至 2015 年的 24.84 元。2014~2015 年前 10 名最受欢迎卷烟品种的平均名义价格也有增长(从 0.6% 到 7.4% 不等)。虽然卷烟的平均实际价格在 2015 年税收调整后也有上升,但是如果考虑到通货膨胀和购买力等因素,这种增长是非常有限的^[47]。

郑榕博士和同事使用世界卫生组织烟草税模拟模型(TaXSiM)评估了 2015 年税收增加对 5 个卷烟品牌价格的初步影响(从来自 150 个品牌的 870 种不同的卷烟中选择了 5 种卷烟)。研究的早期结果表明,加权平均名义批发价格从 2014 年的每包 10.27 元增长到了 2015 年的每包 11.18 元,平均名义零售价格从 2014 年的每包 11.61 元增长到了 2015 年的 12.81,增长比例为 10.3%。但是,中国加权平均卷烟价格仍然偏低,平均每包低于 2.00 美元^[168]。

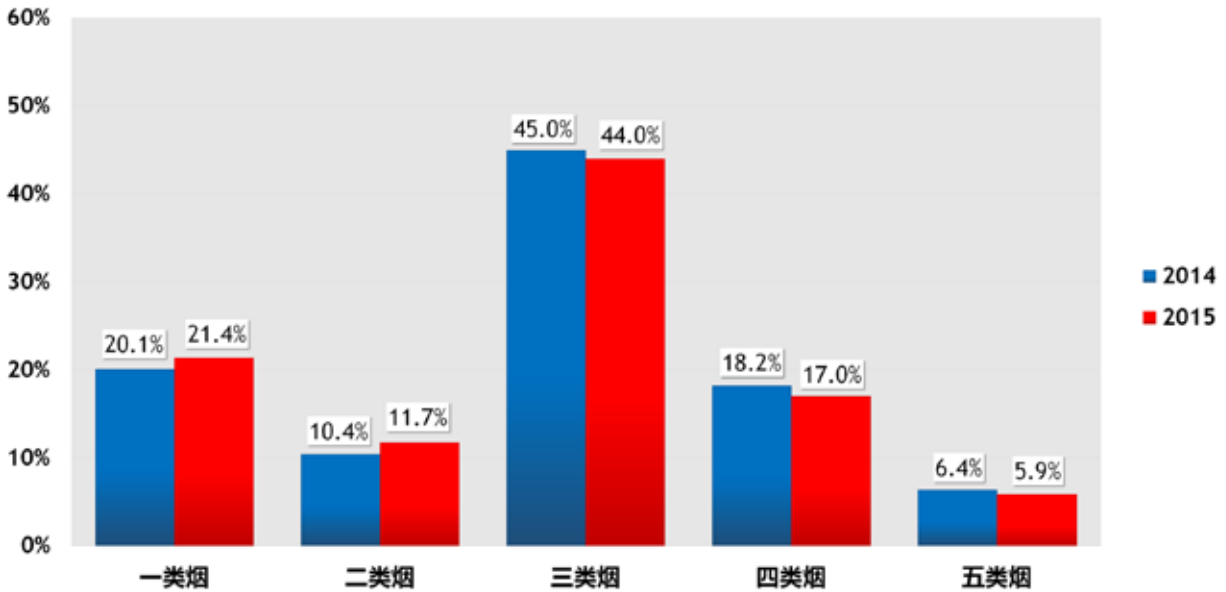
2014~2015 年间,低档品牌(四类和五类烟)的价格增幅大于中高档品牌(二类和三类烟)。这使得不同类别的品牌之间的价格差距缩小,可能会促使吸烟者从低价品牌(四类和五类烟)转到中高价品牌(二类和三类烟)^[228]。

不同价格类别的卷烟品牌之间的巨大价格差异,加上高档品牌的大力营销和可负担性的增加,也导致了高价格的一类和二类高档品牌烟的市场份额增加(图 70,图 71)^[168]。

对税收的影响

卷烟(所有五类)的平均税率占零售价的比例从 2014 年的 52% 上升到了 2015 年的 56%,但是中国卷烟的税率仍然很低。在 2015 年,最受欢迎的卷烟品牌的总税率估计为 50%^[168],远低于世界银行的建议范围(零售价的 66%~80%)^[251]。这个税率也远低于世界卫生组织所建议的 75%,该比例已在 33 个国家成功实施,其中包括约旦(83%)、保加利亚(83%)、英国(82%)、土耳其(82%)、马达加斯加(80%)、法国(80%)和波兰(80%)^[41]。

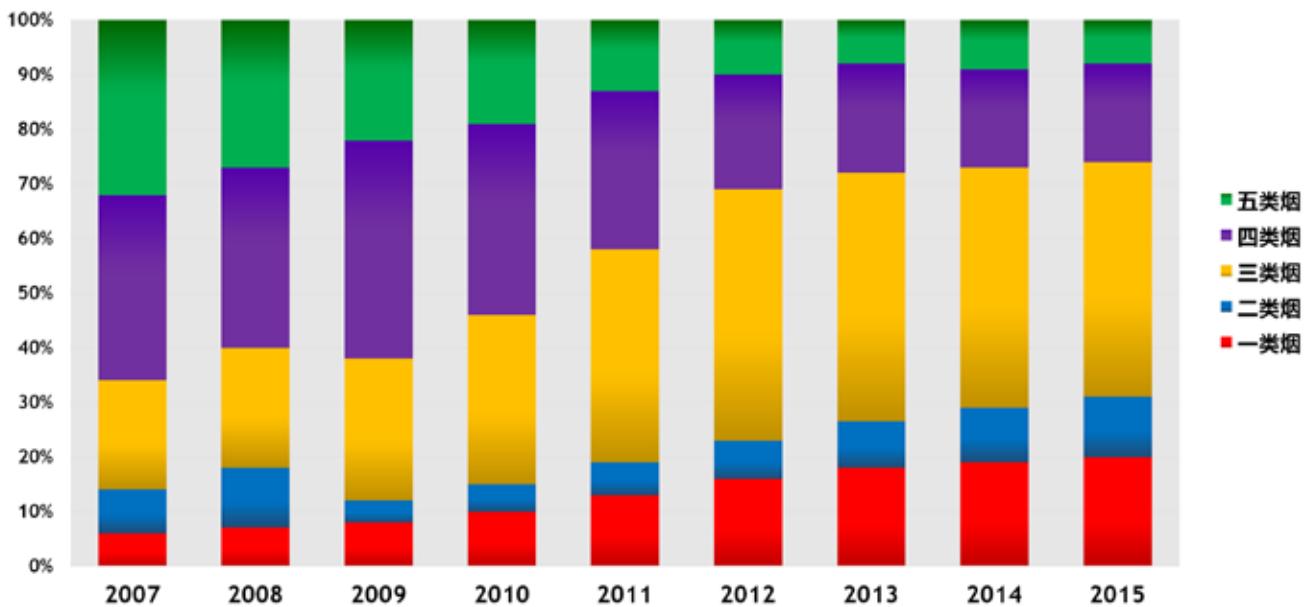
图 70 2014~2015 年卷烟市场结构的变化



对政府收入的影响

有证据表明，2015 年税收调整后，政府的收入有所增加。根据国家烟草专卖局的数据，烟草业在 2015 年缴纳了 8404 亿元的烟草税，与 2014 年相比增加了 9%。作为国有企业，2015 年，烟草业另外还缴纳税后利润 1909.7 亿元，以及向中央政府缴纳了 636 亿元的企业所得税^[228]。中国政府目前尚没有专门指定将烟草税收入用于烟草控制、健康促进和其他与健康有关的活动或项目，与单纯增加税收相比，这些活动或项目能够更大幅度地减少吸烟^[229]。

图 71 卷烟市场份额（2007~2015 年）



中国卷烟的成分

《公约》第九条和第十条规定了烟草制品和其需要披露的内容。《公约》第九条要求缔约方提出检测和测量烟草制品成分和燃烧释放物的指南以及管制这些成分和释放物的指南。《公约》第十条要求缔约方采取和实行有效措施，强制烟草制造商和进口商向政府和公众披露烟草制品成分和释放物的信息。《公约》第九条和第十条的部分实施准则于 2010 年 11 月在世界卫生组织框架公约缔约方大会第四届会议（COP4）上通过，其余部分正在制定中，其中包括 2016 年 11 月缔约方第七届会议新增加的 2 条规定，要求管制以增加产品吸引力为目的的特殊设计（例如细支卷烟和卷烟滤嘴中的味道）并要求制造商和进口商向政府部门报备有关烟草产品成分的信息^[252,253]。目前，实施准则尚未为减少烟草制品的毒性或成瘾性提供指导。但是，一个由不同背景人士组成的小组将审查与成瘾性监管相关的问题，并于 2018 年在缔约方第八届会议上报告其成果^[253]。

吸烟相关的疾病成因是由于人们长年累月在卷烟烟雾中反复吸入各种有毒的成分，包括亚硝胺、多环芳香烃、挥发性有机化合物和几种能在体内累积的有毒重金属元素（特别是砷、镉、铅和镍）^[254]。我们目前已知通过吸烟累积有毒重金属会增加致癌风险，而生物监测研究也确切表明，与非吸烟者相比，吸烟者体内镉和铅的含量更高^[254, 255]。管制烟草制品成分含量可降低烟草制品的成瘾性和毒性，从而减少烟草有关的疾病和过早死亡。



有毒重金属

中国卷烟中有毒重金属含量高是一个严峻的公共卫生问题。烟草能够从所种植的土壤中吸收重金属。研究表明，与其他地方种植的烟草相比，中国种植的烟草某些致癌重金属含量较高，如镉和铅^[256]。

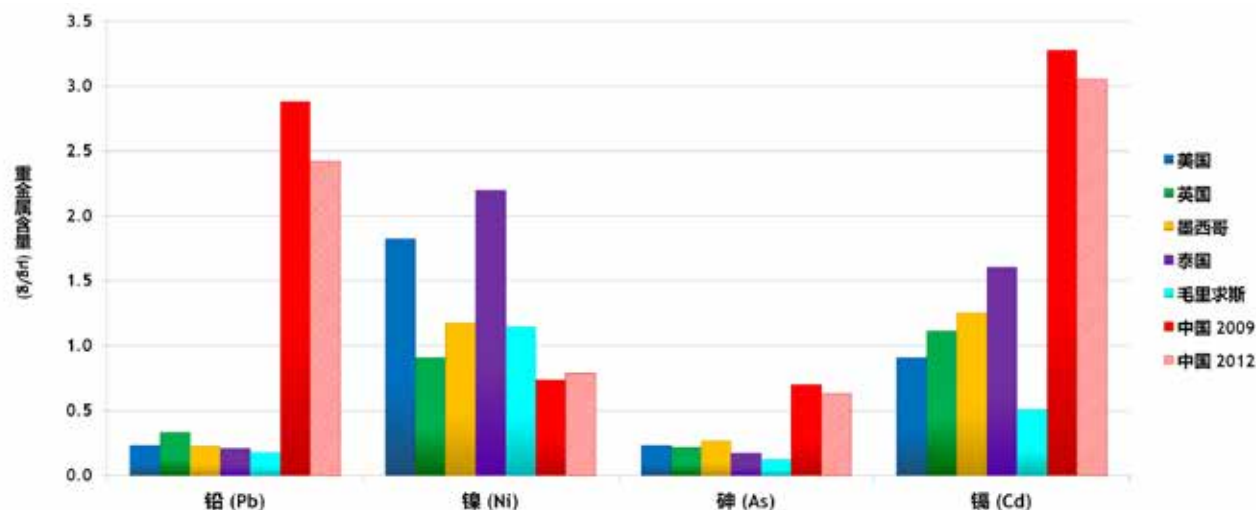
ITC 项目研究了中国卷烟的重金属含量、释放物及设计特征。O'Connor 及其同事在 2005 年/2006~2007 年间以及 2009~2012 年的两次研究中，从中国不同城市收集了一系列不同品牌的卷烟样本^[256,257]。研究人员从每个卷烟包装

中随机抽取卷烟，以测试有毒重金属和尼古丁的浓度，并确定其含量是否随时间、地区或品牌而不同。两项研究中有毒重金属的平均水平相似，并且远高于 2009 年在美国卷烟中测定的水平^[254,256]。2009~2012 年，有毒重金属的水平略有下降，但是只发生在 4 个城市和 1 个品牌（北京牌^{xv}），且尼古丁含量没有显著变化。

中国卷烟中的有毒重金属含量水平也可以与 2012~2013 年使用类似测量手段收集的其他 5 个 ITC 国家（美国、英国、毛里求斯、墨西哥和泰国）卷烟中的含量水平进行比较^[255]。尽管各国和各制造商在卷烟设计和重金属浓度方面存在显著差异，但中国 2009 年和 2012 年卷烟中有毒重金属的含量水平仍高于其他 ITC 国家（图 72）。中国卷烟含有较高的砷（As）（2012 年中国为 0.63ug/g，墨西哥为 0.27ug/g，是其他五个国家中最高的）、镉（Cd）（2012 年中国为 3.06ug/g，泰国为 1.61ug/g）和铅（Pb）（2012 年中国为 2.42ug/g，英国为 0.33ug/g），但镍（Ni）的含量较低（2012 年中国为 0.79ug/g，泰国为 2.2ug/g）。

xv. 请注意，该北京品牌到 2017 年 1 月时已不复存在。

图 72 中国（2009 年和 2012 年）部分卷烟重金属平均含量与不同 ITC 国家（2012~2013 年）比较 ^[255,256]



鉴于中国较高的吸烟率和人均消费量，吸烟者暴露于如此高含量的有毒重金属造成了重大的公共卫生风险，这说明中国需要建立烟草制品监测和测试体系，以便采取行动，减少现有卷烟中的额外危害来源。中国需要建立烟草重金属含量监测系统并设定其含量上限。这套监测和测试体系应由独立于烟草业之外的健康或管理机构来运作。这与《公约》第九条和第十条部分实施准则及《公约》免受烟草业干涉的精神是一致的。世界卫生组织烟草产品监管研究小组（TobReg）是一个由科学家组成的、向世界卫生组织提供基于证据的烟草制品监管建议的组织。TobReg 根据《公约》第九条和第十条确定了涵盖主要烟草产品有毒成分及释放物的非详尽清单用于监管需要 ^[258]。

焦油含量

中国的卷烟包装上必须标明经 ISO 方法测试的焦油、尼古丁和一氧化碳排放量。《公约》第十一条建议应从包装中去掉这些数字，因为它们会使消费者错误地认为一些卷烟的危害程度小于其他卷烟。

中国国家烟草专卖局（STMA）称为了履行其对《公约》的责任，将中国卷烟中 ISO 焦油等级的最高限量从 2001 年的 17 毫克降至 2011 年的 12 毫克，接着于 2013 年降至 11 毫克 ^[116,128]。这样做的目的是继续误导吸烟者认为中国卷烟危害度已经大幅降低了，但是仪器测量焦油含量的减少主要是通过改进卷烟设计，例如增加过滤嘴通风性 ^[128]。这一方法可降低使用 ISO 方法测试的烟雾量，但经证实，ISO 方法不代表人类的吸烟模式，所以从 ISO 机器获得的数据不是判断健康风险的有效指标 ^[257]。这是因为吸烟者可以通过增加吸烟强度来抵消卷烟中焦油和尼古丁的降低，例如大口吸烟、多吸几口烟、增加吸烟数量或阻塞过滤嘴通风孔等方法 ^[128]。

ITC 2009 年和 2012 年的一项研究也发现了这一点。该研究从中国各个城市收集卷烟，以检查其设计特性的变化和所报告的焦油、尼古丁和一氧化碳的含量。该研究发现，中国的烟草公司确实通过增加过滤嘴通风性来达到 2011 年所设定的更低的焦油量限值，因为通风性是测定焦油含量最重要的预测指标，2009~2012 年间增加了 31.7% ^[128]。

中国对降低焦油含量的不断努力主要是通过增加过滤嘴通风性来实现的。这在有害释放物暴露和吸收方面，没有实际的公共卫生益处，甚至可能误导吸烟者认为低焦油卷烟危害较少，从而加重吸烟的健康危害。

结论及对中国控烟的启示

中国于2005年10月11日批准《公约》，是《公约》第一批40个缔约方之一。尽管《公约》生效10多年后，中国在烟草控制方面进展缓慢，但是近期的一系列行动表明控烟履约进程在加速：北京（2015年6月）、深圳（2017年1月）和上海（2017年3月）实施了全面无烟法规；将卷烟批发环节从价税从5%增至11%（2015年5月）；更严格地限制了烟草广告，其中包括禁止向未成年人发送任何形式的烟草广告（2015年9月）。但是中国仍然有工作要做，以减少烟草使用所造成的巨大健康负担：每年因吸烟导致的死亡人数超过100万，如果这一趋势持续下去，到2050年这一数字将增加到300万^[24]。

ITC中国项目第一至第五轮调查（2006~2015年）结果显示，到第五轮调查时（2013年11月~2015年7月），中国已实施的控烟政策产生了积极的影响，但是仍落后于其他已经实施强有力控烟政策的ITC国家。中国需要再接再厉，保持近期已取得成就的势头，对抗烟草流行。

- 与其他ITC国家相比，中国二手烟暴露程度仍然偏高：绝大部分的中国公众在以下场所仍暴露于二手烟危害之下：工作场所（62%）、家庭（73%）、酒吧（82%）和餐厅（70%）。近期在几个主要城市实施的全面无烟法规为其他省市设定了清晰的基准，并将推动全国无烟法律的出台。
- 自2006年以来，吸烟者对吸烟健康危害的总体认识水平有所增加，但是与其他国家相比，吸烟者对吸烟导致的具体健康危害的认识水平仍然很低。在所有ITC国家中，中国男性吸烟者知道吸烟导致脑卒中（40%）和冠心病（61%）的比例最低。
- 烟草包装是获取吸烟危害信息的主要来源：2013~2015年间，71%的吸烟者报告从烟盒上看到控烟信息。但是，中国的纯文字警示并不能有效地促进吸烟者戒烟。在2009~2015年间，每10个吸烟者中，少于2个报告说健康警示使他们想到吸烟的危害或使他们更可能戒烟。
- 中国遵循《公约》建议，在2009年和2015年增加了烟草税，但是由于人均收入不断增长，卷烟依然非常可负担。91%的吸烟者说他们选择当前品牌的原因是因为其价格可负担。在19个ITC国家中，中国男性吸烟者过去30天内“经常”想到吸烟花费的比例（15%）排名倒数第二位。
- 中国城市吸烟者的戒烟率从6%（2006~2007/2008年）增长至了9.2%（2011/2012~2013/2015年）。这显示了中国在戒烟方面取得了进步，但是其他国家吸烟者的戒烟率更高。同时，由于中国卷烟价格一直很低，吸烟者没有经济上的动力戒烟。在2013~2015年，只有6%的吸烟者说经济原因使他们在“很大程度”上想到戒烟，而50%的农村吸烟者和80%的城市吸烟者说经济原因完全不会使他们想到戒烟。

本报告的结果说明中国政府迫切需要持续开展强有力的行动，通过更加有效地履行《公约》来减少烟草使用及其危害。重要的是，ITC 中国调查结果显示，包括吸烟者和非吸烟者在内的大多数中国公众支持这些行动。例如，中国吸烟者对全面无烟法律的支持已经高过许多其他已经成功实施了无烟法律的国家在通过无烟法律之前的支持度。ITC 证据还表明，在推行强有力的国家无烟法律之后，此支持度还会进一步上升。

依据 ITC 中国项目第一至第五轮调查结果以及与其他 ITC 国家进行对比后的发现，我们对中国今后应如何加强控烟提出以下建议：

参考北京、上海和深圳的全面无烟法规，实施全面的全国性无烟法律，同时开展强有力的、严格的执法工作

中国部分禁烟有一定的效果，但是，全球证据显示全面保护公众免受二手烟暴露的唯一途径是实施 100% 无烟法律。如果中国能出台并严格执行全面的国家级无烟法律，那么可以做到大幅度减少公共场所的二手烟暴露，并减少家庭内吸烟。这将对数以亿计的非吸烟者的健康保护产生直接影响，将减少医疗卫生费用和因烟草使用造成的残疾相关的经济负担。全国性全面无烟法律将有助中国政府履行其作为《公约》缔约国的义务，并使其履约程度可以与其他金砖国家（巴西、俄罗斯联邦、印度和南非）相提并论。最近在北京、深圳和上海实施的强有力无烟法规说明全国性全面无烟法规能够在中国落地生根，而且可以得到包括吸烟者在内的大多数中国公众的支持。然而，实施有效的全国性无烟法律还需包括公众教育、强力执法和对违法行为进行严厉惩罚等后续措施。

采用覆盖烟盒包装正反面至少 50% 面积的大型图形健康警示

近年来，尽管公众对吸烟危害的认识水平有所提高，但是中国吸烟者，尤其是农村地区吸烟者，对吸烟和二手烟的危害了解甚少。卷烟包装上的健康警示是告知公众有关吸烟诸多危害的非常重要的途径。因此，如《公约》第十一条所建议的，采用强有力的图形健康警示是中国进一步增进公众对吸烟危害的认识应采取的最重要、也是最具成本效益的行动。大的图形健康警示配以强有力的媒体行动也将有助于鼓励吸烟者戒烟，并为他们提供戒烟所需信息。中国如加入全球 100 多个已经实施图形警示的国家的行列，将成为继巴西（正面的 30%，背面的 100%）、俄罗斯联邦（正面和背面的 50%）、印度（正面和背面的 85%）之后第四个实施图形警示的金砖国家。

设计开展更多的公众教育行动，以提高公众对烟草危害的认识并鼓励戒烟

证据表明，除了使用强有力的图形警示作为其全面控烟战略的一部分，中国应开展持续的、具备充分资金保障的媒体宣传行动，向公众强调吸烟的危害。这将有助于中国提高公众对烟草使用危害的认识，减少开始吸烟的行为并促进戒烟。教育和大众传媒宣传行动也是降低吸烟社会可接受性的一个有效方法——尤其是在中国，因为中国社会对吸烟的接受度非常高，且存在以烟送礼的风俗。

定期增加烟草税，从而提高卷烟的零售价，使卷烟价格随着时间的推移变得不太可负担

卷烟价格非常低是中国控烟的主要障碍。中国过去 10 年中的快速经济发展，使得家庭的平均收入也随之快速增加。尽管政府在 2009 年和 2015 年提高了卷烟税，但是这些增幅并不足以使卷烟价格增长速度赶上通货膨胀。因此，对于大部分人来说，卷烟价格变得越来越可负担，成为中国减少吸烟的主要障碍。事实上，与其他 ITC 国家吸烟者相比，中国吸烟者甚少提及卷烟价格促使他们想到戒烟，也更不可能将该因素归为戒烟原因。因此，中国非常需要根据《公约》第六条及其实施准则的要求，采取更强有力的价格和税收措施，以提高吸烟者的戒烟意愿，使成年吸烟者中戒烟人数增加、青少年开始吸烟的人数减少。

ITC 项目联系方式

联系方式

有关ITC项目中国调查的更多信息：

姜垣

中国疾病预防控制中心控烟办公室主任

北京市西城区南纬路27号，邮编100050

邮箱：jiangyuan88@vip.sina.com

电话：+86 10 83161028

<http://www.notc.org.cn/>

有关ITC项目的更多信息：

Dr. Geoffrey T. Fong

滑铁卢大学心理系教授

加拿大安大略省滑铁卢大学西街200号，邮编N2L 3G1

邮箱：itc@uwaterloo.ca

电话：+1 519-888-4567 分机号：33597

www.itcproject.org

有关ITC调查方法或分析的技术信息：

Dr. Mary E. Thompson

滑铁卢大学统计与精算学系教授

加拿大安大略省滑铁卢大学西街200号，邮编N2L 3G1

邮箱：methomps@uwaterloo.ca

电话：+1 519-888-4567 分机号：35543

Dr. Changbao Wu

滑铁卢大学统计与精算学系教授

加拿大安大略省滑铁卢大学西街200号，邮编N2L 3G1

邮箱：cbwu@uwaterloo.ca

电话：+1 519-888-4567 分机号：35537

参考文献

- [1] State Council Legislation Office. Notice to strengthen effort to improve all areas of patriotic health [Chinese]. 2015; Available at: http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-01/13/content_9388.htm.
- [2] Hu T, Zhang X, Zheng R. China has raised the tax on cigarettes: what's next? *Tob Control*, 2016, 25:609-611.
- [3] National People's Congress of the People's Republic of China. The Advertisement Law of People's Republic of China. 2015.
- [4] Campaign for Tobacco Free Kids. The Chinese tobacco market and industry profile. 2012.
- [5] Li C. The political mapping of China's tobacco industry and anti-smoking campaign. 2012 Nov;5.
- [6] Martin A. The Chinese government is getting rich selling cigarettes. *Bloomberg News*. 2014; Available at: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2014-12-12/the-chinese-government-is-getting-rich-selling-cigarettes>.
- [7] Ling C. Leadership speech at the 2016 National Working Meeting on Tobacco. 2016 Jan.
- [8] Fang J, Lee K, Sejpal N. The China National Tobacco Corporation: from domestic to global dragon? *Global Pub Health*, 2016 Oct, 13:1-20.
- [9] Xu S, Meng G, Elton-Marshall T, Quah ACK, Feng G, Li L, et al. The impact of China's national tobacco company's strategy of growing flagship cigarette brands on Chinese urban smokers: Findings from the ITC China Survey. Presented at the 2016 Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Chicago, Illinois, USA 2016 Mar.
- [10] Huang LL, Thrasher JF, Jiang Y, Li Q, Fong GT, Chang Y, et al. Impact of the 'Giving Cigarettes is Giving Harm' campaign on knowledge and attitudes of Chinese smokers. *Tob Control*, 2015 Nov, 24 Suppl 4:iv28-34.
- [11] Rich ZC, Xiao S. Tobacco as a social currency: cigarette gifting and sharing in China. *Nicotine Tob Res* 2012 Mar;14(3):258-263.
- [12] Yang G, Kong L, Zhao W, Wan X, Zhai Y, Chen LC, et al. Emergence of chronic non-communicable diseases in China. *Lancet* 2008 Nov;372(9650):1697-1705.
- [13] Qian J, Cai M, Gao J, Tang S, Xu L, Critchley JA. Trends in smoking and quitting in China from 1993 to 2003: National Health Service Survey data. *Bull World Health Organ* 2010 Oct;88(10):769-776.
- [14] Li S, Meng L, Chiolero A, Ma C, Xi B. Trends in smoking prevalence and attributable mortality in China, 1991-2011. *Prev Med* 2016 Dec;93:82-87.
- [15] Liang XF. 2015 China Adult Tobacco Survey Report. 2015.
- [16] Chinese Center of Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey (GATS) China 2010 Country Report. 2011; Available at: http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en_gats_china_report.pdf?ua=1.

- [17] Hitchman SC, Fong GT. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bull World Health Organ* 2011 Mar;89(3):195-202.
- [18] Sansone N, Yong HH, Li L, Jiang Y, Fong GT. Perceived acceptability of female smoking in China. *Tob Control* 2015 Nov;24(Suppl 4):iv48-54.
- [19] Han J, Chen X. A meta-analysis of cigarette smoking prevalence among adolescents in China: 1981-2010. *Int J Environ Res Public Health* 2015 Apr;12(5):4617-4630.
- [20] Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Global Youth Tobacco Survey: China Report*. 2014.
- [21] Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C, et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bull World Health Organ* 2000;78(7):868.
- [22] Liao A. Chinese e-cigarette makers shift to domestic markets. *Tobacco Asia*. 2015 Sep 1; Available at: <http://www.tobaccoasia.com/api/content/a9bd6ff2-529d-11e5-92d6-22000b078648>.
- [23] Erikson M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh F, Drope J. *The tobacco atlas, fifth edition*. 2015.
- [24] Chen Z, Peto R, Zhou M, Iona A, Smith M, Yang L, et al. Contrasting male and female trends in tobacco-attributed mortality in China: evidence from successive nationwide prospective cohort studies. *Lancet* 2015 Oct;386:1447-1456.
- [25] Yang G, Wang Y, Wu Y, Yang J, Wan X. The road to effective tobacco control in China. *Lancet* 2015 Mar;385(9972):1019-1028.
- [26] Yu YW, Wang CP, Han YF, Niu JJ, Zhang YZ, Fang Y. Meta-analysis on related risk factors regarding lung cancer in non-smoking Chinese women. *Chin J Epidemiol* 2016 Feb;37(2):268-272.
- [27] Stone ECA, Zhou C. Slowing the Titanic: China's epic struggle with tobacco. *J Thoracic Oncology* 2016 Aug [in-press].
- [28] Ministry of Health. *China Tobacco Control Report*. 2007.
- [29] Yang L, Sung HY, Mao Z, Hu TW, Rao K. Economic costs attributable to smoking in China: update and an 8-year comparison, 2000-2008. *Tob Control* 2011 Jul;20(4):266-272.
- [30] National Center for Cardiovascular Diseases. *Report on cardiovascular diseases in China 2015*. 2016.
- [31] United Nations' Development Programme, WHO FCTC Secretariat. *Development Planning and Control: Integrating the WHO Framework Convention on Tobacco Control into UN and National Development Planning Instruments*; 2014.
- [32] U.S. National Cancer Institute, World Health Organization. *The economics of tobacco and tobacco control: Monograph No. 21*. Bethesda, MD, USA; Geneva, CH: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; WHO Press; 2016.
- [33] CDC Foundation. *Report of China City Adult Tobacco Survey 2013-14*. 2015.
- [34] Statistics China. *2015 National population sample survey main data bulletin*. 2016.
- [35] World Bank. *Urban population (% of total)*. 2015; Available at: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS>.

- [36] Dai YH, Wu ZL. The development history, situation and future of general medicine and community in China. *Trans Med Sci Coll China* 2000;22:13-75.
- [37] Ling RE, Liu F, Lu XQ, Wang W. Emerging issues in public health: A perspective on China's healthcare system. *Public Health* 2011 Jan;125(1):9-14.
- [38] Wagstaff A, Lindelow M, Wang S, Zhang S. Reforming China's rural health system. World Bank; 2009.
- [39] International Agency for Research on Cancer. IARC Handbook on Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 14: effectiveness of tax and price policies for tobacco control. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2011.
- [40] Hu T, Mao Z, Shi J, Chen W. Tobacco taxation and its potential impact in China. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2008.
- [41] World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco. WHO 2015.
- [42] Li Q, Hyland AJ, Fong GT, Jiang Y, Elton-Marshall T. Use of less expensive cigarettes in six cities in China: findings from the ITC China Survey. *Tob Control* 2010;19(Suppl2):63-68.
- [43] Verguet S, Gauvreau CL, Mishra S, MacLennan M, Murphy SM, Brouwer ED, et al. The consequences of tobacco tax on household health and finances in rich and poor smokers in China: an extended cost-effectiveness analysis. *Lancet Global Health* 2015 Apr;3(4):e206-e216.
- [44] Levy D, Rodriguez-Buno RL, Hu T-, Moran AE. The potential effects of tobacco control in China: projections from the China SimSmoke simulation model. *BMJ* 2014 Feb;348(11):g1134.
- [45] Hu T, Mao Z, Shi J. Recent tobacco tax rate adjustment and its potential impact on tobacco control in China. *Tob Control* 2010 Feb;19(1):80-82.
- [46] Marquez PV, Zheng R. China's 2015 tobacco tax adjustment: a step in the right direction. *Investing in Health: The World Bank Blog*. 2016; Available at: <http://blogs.worldbank.org/health/china-s-2015-tobacco-tax-adjustment-step-right-direction>.
- [47] Feng GZ, Wang CX, Yang JQ, Jiang Y. Preliminary influence of 2015 cigarette excise tax up-regulation on cigarette retail price. *Chin J Epidemiol* 2016 Oct;37(10):1370-1372.
- [48] Zeng J, Yang S, Wu L, Wang J, Wang Y, Liu M, et al. Prevalence of passive smoking in the community population aged 15 years and older in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016 Apr;6(4):e009847.
- [49] World Health Organization, Western Pacific Region, University of Waterloo, ITC Project. Smoke-free policies in China: evidence of effectiveness and implications for action. 2015.
- [50] Xiaodong W. Indoor smoking down sharply. *China Daily*. 2015 Nov; Available at: http://europe.chinadaily.com.cn/china/2015-11/26/content_22519665.htm.
- [51] Xiao L, Jiang Y, Liu X, Li Y, Gan Q, Liu F. Smoking reduced in urban restaurants: the effect of Beijing smoking control regulation. *Tob Control* 2017;26:e75-78.
- [52] Xiang Y. New regulation passed! Starting from March 2017, smoking will be prohibited in all indoor places at Shanghai. 2016; Available at: <http://www.spesc.sh.cn/n1939/n2603/n3335/n3337/n3338/>

ulai135718.html.

- [53] World Health Organization. WHO commends Shanghai's move to strengthen smoke-free law; urges strict enforcement as way forward. 2016 Nov; Available at: <http://www.wpro.who.int/china/mediacentre/releases/2016/20161111-mr-shanghai-smoke-free/en/>.
- [54] Fong GT, Hammond D, Jiang Y, Li Q, Quah ACK, Driezen P, et al. Perceptions of tobacco health warnings in China compared with picture and text-only health warnings from other countries: an experimental study. *Tob Control* 2010 Oct;19(Suppl2):69-77.
- [55] Burki TK. Graphic warnings on cigarette packaging in China. *Lancet Resp Med* 2016 May;4(5):350.
- [56] China Tobacco. An Interpretation of the Provisions on the Labeling of Cigarette Packaging in the People's Republic of China. 2016; Available at: http://www.tobacco.gov.cn/html/27/2703/4916673_n.html.
- [57] World Health Organization. Guidelines for implementation of Article 11 of the WHO FCTC (Packaging and labelling of tobacco products). 2008.
- [58] Elton-Marshall T, Fong GT, Yong HH, Borland R, Xu SS, Quah ACK, et al. Smokers' sensory beliefs mediate the relation between smoking a light/low tar cigarette and perceptions of harm. *Tob Control* 2015 Nov;24 Suppl 4:iv21-7.
- [59] Li L, Borland R, Yong HH, Fong GT, Jiang Y, Li Q, et al. Reported exposures to anti-smoking messages and their impact on Chinese smoker's subsequent quit attempts. *Int J Behav Med* 2014 Sep 28;21(4):667-676.
- [60] World Health Organization, Western Pacific Region, University of Waterloo, ITC Project, ThinkTank Research Center for Health Development. Tobacco health warnings in China: evidence of effectiveness and implications for action. 2014.
- [61] Jiang S, Beaudoin CE. Smoking prevention in China: a content analysis of an anti-smoking social media campaign. *J Health Commun* 2016 Jul;21(7):755-764.
- [62] China Ministry of Health, Chen Z. China report on the health hazards of smoking. 2010.
- [63] National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China. Core health education information on tobacco control. 2013.
- [64] Xinhua Network. The circular from General Office of the Communist Party of China Central Committee and the General Office of the State Council to prohibit Party and government officials from smoking in public in order to set an example for all to follow 29 Dec 2013. 2013; Available at: http://news.xinhuanet.com/politics/2013-12/29/c_118753701.htm.
- [65] Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *J Health Econ* 2000 Nov;19(6):1117-1137.
- [66] National Cancer Institute. The role of the media in promoting and reducing tobacco use: smoking and tobacco control: Monograph No. 19. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2008.
- [67] Li L, Yong HH, Borland R, Fong GT, Thompson ME, Jiang Y, et al. Reported awareness of tobacco

advertising and promotion in China compared to Thailand, Australia and the USA. *Tob Control* 2009 Jun;18(3):222-227.

- [68] Borzekowski DLG, Cohen JE. International reach of tobacco marketing among young children. *Pediatrics* 2013 Oct;132(4):e825-e831.
- [69] World Health Organization. Tobacco advertising, promotion and sponsorship in China. 2013.
- [70] Think Tank Research Center for Health Development, Pioneers for Health Consultancy Center. It would be disastrous if tobacco advertisements were to be allowed in the 5.4 million points of sale. 2015; Available at: <http://www.tcrc.org.cn/UploadFiles/2015-02/250/2015020609340996680.pdf>.
- [71] National People's Congress of the People's Republic of China. Philanthropy Law Decree No. 43. 2016 Mar.
- [72] Jiang Y, Elton-Marshall T, Fong GT, Li Q. Quitting smoking in China: findings from the ITC China Survey. *Tob Control* 2010;19(Suppl2):12-15.
- [73] Wang J, Nan Y, Yang Y, Jiang Y. Quitline activity in China. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17(Suppl 2):7-9.
- [74] Kim V. China's smoking cessation clinics are a flop. *The Fix*. 2013; Available at: <https://www.thefix.com/content/china-smoking-cessation-clinics-fail91716>.
- [75] Wu L, He Y, Jiang B, Zhang D, Tian H, Zuo F, et al. The effect of a very brief smoking-reduction intervention in smokers who have no intention to quit: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2015 Dec;15(1):418.
- [76] National Health and Family Planning Commission. Non-smoking health institutions. 2008.
- [77] National Health and Family Planning Commission. Notice on further strengthening tobacco control. 2014.
- [78] National Health and Family Planning Commission. Notice on Chinese clinical guidelines for smoking cessation. 2015.
- [79] Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et al. The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. *Tob Control* 2006 Jun;15(Suppl 3):3-11.
- [80] Thompson ME, Fong GT, Hammond D, Boudreau C, Driezen P, Hyland A, et al. Methods of the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006 Jun;15(Suppl 3):12-18.
- [81] 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;12(Suppl2):1-5.
- [82] Wu C, Thompson ME, Fong GT, Jiang Y, Yang Y, Feng G, et al. Methods of the International Tobacco Control (ITC) China Survey: Waves 1, 2 and 3. *Tob Control* 2015 Nov;24(Suppl 4):iv1-5.
- [83] ITC Project. ITC China Wave 1 (2006) Technical Report. 2010 Jul.
- [84] ITC Project. ITC China Wave 2 (2007-2009) Technical Report. 2010 Jul.
- [85] ITC Project. ITC China Wave 3 (2009) Technical Report. 2011 Sep.

- [86] ITC Project. ITC China Wave 4 (2011-2012) Technical Report. 2015 Jul.
- [87] ITC Project. ITC China Wave 5 (2013-2015) Technical Report. 2017 Apr.
- [88] Bailar BA. The effects of rotation group bias on estimates from panel surveys. *J Am Stat Assoc* 1975 Mar;70(349):23-30.
- [89] Ghangurde PD. Rotation group bias in the LFS estimates. *Survey Method* 1982;8:86-101.
- [90] Wilson SE, Howell BL. Do panel surveys make people sick? U.S. arthritis trends in the Health and Retirement Study. *Social Sci Med* 2005 Jun;60(11):2623-2627.
- [91] Thompson ME, Boudreau C, Driezen P. Incorporating time-in-sample in longitudinal survey model. Proceedings of 2005 Symposium: Methodological challenges for future information needs. *Stats Can* 2005;Session 12.
- [92] Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. 2001; Available at: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>.
- [93] Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet* 2012 Aug;380(9842):668-679.
- [94] World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey: India 2009-2010. 2010; Available at: http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats_india/en/index.html.
- [95] ITC Project. TCP India National Report: findings from the Wave 1 Survey (2010-2011). 2013 Sep.
- [96] ITC Project. ITC Kenya National Report: findings from the Wave 1 (2012) Survey. 2015 Dec.
- [97] ITC Project. Tobacco price and taxation policies in Bangladesh: evidence of effectiveness and implications for action. 2014 May.
- [98] ITC Project. ITC Zambia National Report: findings from the Wave 1 and 2 Surveys (2012-2014). 2015 Dec.
- [99] U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking, 50 years of progress: a report of the Surgeon General. 2014.
- [100] World Health Organization. Report on the scientific basis of tobacco product regulation: third report of a WHO study group. 2010.
- [101] Kandel D, Chen K, Warner LA, Kessler RC, Grant B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend* 1997 Jan;44(1):11-29.
- [102] Campaign for Tobacco Free Kids. Designed for addiction: how the tobacco industry has made cigarettes more addictive, more attractive to kids and even more deadly. 2014; Available at: https://www.tobaccofreekids.org/content/what_we_do/industry_watch/product_manipulation/2014_06_19_DesignedforAddiction_web.pdf.
- [103] Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. Addictiveness and attractiveness of tobacco additives, pre-consultation opinion. 2010; Available at: http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenihr_o_029.pdf.

- [104] International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 12: methods for evaluating tobacco control policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2008.
- [105] Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, Kim SY, et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 2007 Nov;9(Suppl 4):S555-70.
- [106] Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug Alcohol Depend* 1994 Feb;34(3):211-216.
- [107] Toll BA, Schepis TS, O'Malley SS, McKee SA, Krishnan-Sarin S. Subjective reactivity to the first cigarette of the day as a predictor of smoking relapse: a preliminary study. *Drug Alcohol Depend* 2007 Jul;89(2-3):302-305.
- [108] Pillitteri JL, Kozlowski LT, Sweeney CT, Heatherton TF. Individual differences in the subjective effects of the first cigarette of the day: a self-report method for studying tolerance. *Exp Clin Psychopharmacol* 1997;5(1):83-90.
- [109] Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, et al. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res*, 2004 Dec;6(Suppl3):341-351.
- [110] Sansone N, Fong GT, Lee WB, Laux FL, Sirirassamee B, Seo HG, et al. Comparing the experience of regret and its predictors among smokers in four Asian countries: Findings from the ITC Surveys in Thailand, South Korea, Malaysia, and China. *Nicotine Tob Res* 2013 Mar 18;15(10):1663-1672.
- [111] Shahab L, West R. Differences in happiness between smokers, ex-smokers and never smokers: cross-sectional findings from a national household survey. *Drug Alcohol Depend* 2012 Feb;121(1-2):38-44.
- [112] Wang MP, Wang X, Lam TH, Viswanath K, Chan SS. Ex-smokers are happier than current smokers among Chinese adults in Hong Kong: smoking and happiness. *Addiction* 2014 Jul;109(7):1165-1171.
- [113] Stickley A, Koyanagi A, Roberts B, Leinsalu M, Goryakin Y, McKee M. Smoking status, nicotine dependence and happiness in nine countries of the former Soviet Union. *Tob Control* 2015 Mar;24(2):190-197.
- [114] Ma S, Hoang MA, Samet JM, Wang J, Mei C, Xu X, et al. Myths and attitudes that sustain smoking in China. *J Health Commun* 2008 Oct;13(7):654-666.
- [115] Xu S, Meng G, Elton-Marshall T, Gravely S, Quah A, Feng G, et al. Trends in cigarette brand switching among urban Chinese smokers: findings from ITC China Survey. Presented at: 11th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health; 2016 Sep 24: Beijing, China.
- [116] STMA. Notice about adjusting the limit of cigarette tar level. 2012; Available at: <http://www.mofcom.gov.cn/aarticle/b/g/201206/20120608163450.html>.
- [117] Yang G. Marketing 'less harmful, low-tar' cigarettes is a key strategy of the industry to counter tobacco control in China. *Tob Control* 2014 Mar;23(2):167-172.
- [118] Elton-Marshall T, Fong GT, Zanna MP, Jiang Y, Hammond D, O'Connor RJ, et al. Beliefs about the

relative harm of light and low tar cigarettes: findings from the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Tob Control* 2010 Oct;19(Suppl2):54-62.

- [119] Ministry of Science and Technology, P.R. China. List of National Scientific and Technological Progress Awards: research on improving burley tobacco quality and its application in low-tar cigarettes (No. J-211-1-03). 2003; Available at: http://www.most.gov.cn/cxfw/kjjlcx/kjjl2003/200802/t20080214_59048.html.
- [120] Ministry of Science and Technology, P.R.China. List of National Scientific and Technological Progress Awards: technology research and application on reducing the harmful ingredients (No. 54). 2004; Available at: http://www.most.gov.cn/cxfw/kjjlcx/kjjl2004/200802/t20080214_59054.html.
- [121] Ministry of Science and Technology, P.R. China. List of National Scientific and Technological Progress Awards: establishing cigarette hazards evaluation and control system and its application (No. 41). 2010; Available at: http://www.most.gov.cn/ztl/gjxjsjldh/jldh2010/jldh10jlgg/201101/t20110115_84315.html.
- [122] Hvistendahl M. Tobacco scientist's election tars academy's image. *Science* 2012 Jan;335(6065):153-154.
- [123] China Ministry of Health. Press release, 12. 2012 Apr; Available at: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s3582/201204/54488.htm>.
- [124] Xinhua Network. About 100 Academicians ask reviewing Xie' reconsider his validation as a qualified Academician. 2012 May; Available at: <http://news.163.com/12/0530/02/82NHNTV000014AED.html>.
- [125] O'Connor RJ, Caruso RV, Borland R, Cummings KM, Bansal-Travers M, Fix BV, et al. Relationship of cigarette-related perceptions to cigarette design features: findings from the 2009 ITC U.S. Survey. *Nicotine Tob Res* 2013 Nov;15(11):1943-1947.
- [126] Kozlowski LT, O'Connor RJ. Cigarette filter ventilation is a defective design because of misleading taste, bigger puffs, and blocked vents. *Tob Control* 2002 Mar;11(Suppl1):40-50.
- [127] McKinney DL, Frost-Pineda K, Oldham MJ, Fisher MT, Wang J, Gogova M, et al. Cigarettes with different nicotine levels affect sensory perception and levels of biomarkers of exposure in adult smokers. *Nicotine Tob Res* 2014 Jul;16(7):948-960.
- [128] Schneller LM, Zwierzchowski BA, Caruso RV, Li Q, Yuan J, Fong GT, et al. Changes in tar yields and cigarette design in samples of Chinese cigarettes, 2009 and 2012. *Tob Control* 2015 Nov;24(Suppl 4):iv60-3.
- [129] Bansal-Travers M, Hammond D, Smith P, Cummings KM. The impact of cigarette pack design descriptors and warning labels on risk perception in the U.S. *Am J Prev Med* 2011 Jun;40(6):674-682.
- [130] Wakefield M, Morley C, Horan JK, Cummings KM. The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tob Control* 2002 Mar;11(Suppl 1):73-80.
- [131] Kotnowski K, Hammond D. The impact of cigarette pack shape, size and opening: evidence from tobacco company documents: Impact of pack shape, size and opening. *Addiction* 2013 Sep;108(9):1658-1668.
- [132] Tan YL, Foong K. Tobacco industry tangos with descriptor ban in Malaysia. *Tob Control* 2014

Jan;23(1):84-87.

- [133] Wang L, Jin Y, Berman M, Ferketich AK. Would a cigarette by any other name taste as good in China? *Tob Control* 2016 Nov;25(6):638-639.
- [134] Chen A, Glantz S, Tong E. Asian herbal-tobacco cigarettes: not medicine but less harmful? *Tob Control* 2007 Apr;16(2):e3.
- [135] Gan Q, Yang J, Yang G, Goniewicz M, Benowitz NL, Glantz SA. Chinese "herbal" cigarettes are as carcinogenic and addictive as regular cigarettes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009 Dec;18(12):3497-3501.
- [136] Anderson SJ. Marketing of menthol cigarettes and consumer perceptions: a review of tobacco industry documents. *Tob Control* 2011 May;20(Suppl 2):20-28.
- [137] Kozlowski LT, Pillitteri JL. Beliefs about "light" and "ultra light" cigarettes and efforts to change those beliefs: an overview of early efforts and published research. *Tob Control* 2001 Dec;10(Suppl 1):12-16.
- [138] King B, Yong HH, Borland R, Omar M, Ahmad AA, Sirirassamee B, et al. Malaysian and Thai smokers' beliefs about the harmfulness of "light" and menthol cigarettes. *Tob Control* 2010 Sep;19(6):444-450.
- [139] Brennan E, Gibson L, Momjian A, Hornik RC. Are young people's beliefs about menthol cigarettes associated with smoking-related intentions and behaviors? *Nicotine Tob Res* 2015 Jan;17(1):81-90.
- [140] Tobacco Control Legal Consortium. How other countries regulate flavored tobacco products. 2015; Available at: <http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/tclc-fs-global-flavored-regs-2015.pdf>.
- [141] Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: tobacco harm reduction. RCP London 2016 Apr.
- [142] McNeill A, Brose L, Calder R, Hitchman S, Hajek P, McRobbie H. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. 2015.
- [143] Public Health England. E-cigarettes: a new foundation for evidence-based policy and practice. 2015.
- [144] Malas M, van der Tempel J, Schwartz R, Minichiello A, Lightfoot C, Noormohamed A, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a systematic review. *Nicotine Tob Res* 2016 Oct;18(10):1926-1936.
- [145] Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2016.
- [146] U.S. Department of Health and Human Services. E-cigarette use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. 2016.
- [147] Agaku IT, King BA, Dube SR. Current cigarette smoking among adults - United States, 2005-2012. *MMWR* 2014 Jan(63):29-34.
- [148] Pepper JK, Brewer NT. Electronic nicotine delivery system (electronic cigarette) awareness, use, reactions and beliefs: a systematic review. *Tob Control* 2014 Sep;23(5):375-384.
- [149] Brown J, West R, Beard E, Michie S, Shahab L, McNeill A. Prevalence and characteristics of e-cigarette users in Great Britain: Findings from a general population survey of smokers. *Addict Behav* 2014

Jun;39(6):1120-1125.

- [150] Hummel K, Hoving C, Nagelhout GE, de Vries H, van den Putte B, Candel MJ, et al. Prevalence and reasons for use of electronic cigarettes among smokers: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *Int J Drug Policy* 2015 Jun;26(6):601-608.
- [151] Jiang N, Ho SY, Lam TH. Electronic cigarette marketing tactics in mainland China. *Tob Control* 2016 Apr.
- [152] Yao T, Jiang N, Grana R, Ling PM, Glantz SA. A content analysis of electronic cigarette manufacturer websites in China. *Tob Control* 2016 Mar;25(2):188-194.
- [153] O'Neill M. How China is lighting up the e-cigarette market. 2014 Aug; Available at: <http://www.ejinsight.com/20140811-china-e-cigartte>.
- [154] Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004 Jan;99(1):29-38.
- [155] Borland R, Li L, Driezen P, Wilson N, Hammond D, Thompson ME, et al. Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Surveys. *Addiction* 2012 Jan;107(1):197-205.
- [156] Yang G, Ma J, Chen A, Zhang Y, Samet JM, Taylor CE, et al. Smoking cessation in China: findings from the 1996 National Prevalence Survey. *Tob Control* 2001 Jun;10(2):170-174.
- [157] Raw M, Mackay J, Reddy S. Time to take tobacco dependence treatment seriously. *Lancet* 2016 Jan 30;387(10017):412-413.
- [158] Hyland AJ, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill AD, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006 Jun;15(Suppl3):83-94.
- [159] Hyland A, Li Q, Bauer JE, Giovino GA, Steger C, Cummings KM. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6(Suppl 3):S363-9.
- [160] Feng G, Jiang Y, Li Q, Yong HH, Elton-Marshall T, Yang J, et al. Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: findings from the ITC China Survey. *Tob Control* 2010 Oct;19(Suppl 2):6-11.
- [161] Hyland AJ, Laux FL, Higbee C, Hastings G, Ross H, Chaloupka FJ, et al. Cigarette purchase patterns in four countries and the relationship with cessation: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006 Jun;15(Suppl3):59-64.
- [162] Kaai SC, Chung-Hall J, Sun MC, Burhoo P, Moussa L, Yan M, et al. Predictors of quit intentions among adult smokers in Mauritius: findings from the ITC Mauritius Survey. *Tob Prev Cessation* 2016 Oct;2:69-77.
- [163] Siahpush M, Borland R, Yong HH, Kin F, Sirirassamee B. Socio-economic variations in tobacco consumption, intention to quit and self-efficacy to quit among male smokers in Thailand and Malaysia: results from the International Tobacco Control South East Asia (ITC SEA) Survey. *Addiction* 2008 Mar;103(3):502-508.

- [164] Community Preventive Services Task Force. Reducing tobacco use and secondhand smoke exposure: smoke-free policies. 2012; Available at: <http://www.thecommunityguide.org/tobacco/smokefreepolicies.html>. Accessed Jun 12, 2015.
- [165] Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. *Tob Control* 2011 Sep;20(5):327-337.
- [166] Huang J, Chaloupka FJ, Fong GT. Cigarette graphic warning labels and smoking prevalence in Canada: a critical examination and reformulation of the FDA regulatory impact analysis. *Tob Control* 2014 Mar;23(Suppl 1):7-12.
- [167] Canadian Cancer Society. Cigarette package health warnings: International status report. Fifth edition. 2016 Oct.
- [168] Zheng R, GoodChild M, Huang J. Chinese tobacco industry's pricing strategy in response to 2015 cigarette tax adjustment in China. Paper presented at The 11th Asia-Pacific Conference on Tobacco or Health 2016 Sep 23-25.
- [169] World Health Organization China Office. WHO releases preliminary assessment of China's tobacco tax increase. 2015; Available at: <http://www.wpro.who.int/china/mediacentre/releases/2015/2015051502/en/>.
- [170] Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013 Jan 24;368(4):341-350.
- [171] Samet JM. The health benefits of smoking cessation. *Med Clin North Am* 1992 Mar;76(2):399-414.
- [172] U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. 1990.
- [173] Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Shapiro S. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *N Engl J Med* 1985 Dec 12;313(24):1511-1514.
- [174] Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 May 31;5:CD000165.
- [175] Warren CW, Jones NR, Chauvin J, Peruga A, GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation counselling: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-7. *Tob Control* 2008 Aug;17(4):238-247.
- [176] Yang T, Yu L, Bottorff JL, Wu D, Jiang S, Peng S, et al. Global Health Professions Student Survey (GHPSS) in Tobacco Control in China. *Am J Health Behav* 2015 Sep;39(5):732-741.
- [177] Pine-Abata H, McNeill A, Murray R, Bitton A, Rigotti N, Raw M. A survey of tobacco dependence treatment services in 121 countries. *Addiction* 2013 Aug;108(8):1476-1484.
- [178] Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Aug 12;8:CD002850.
- [179] Miller CL, Hill DJ, Quester PG, Hiller JE. Impact on the Australian Quitline of new graphic cigarette pack warnings including the Quitline number. *Tob Control* 2009 Jun;18(3):235-237.

- [180] Wilson N, Li J, Hoek J, Edwards R, Peace J. Long-term benefit of increasing the prominence of a quitline number on cigarette packaging: 3 years of Quitline call data. *N Z Med J* 2010 Aug 27;123(1321):109-111.
- [181] Baskerville NB, Brown KS, Nguyen NC, Hayward L, Kennedy RD, Hammond D, et al. Impact of Canadian tobacco packaging policy on use of a toll-free quit-smoking line: an interrupted time-series analysis. *CMAJ Open* 2016 Feb 17;4(1):E59-65.
- [182] Baskerville NB, Hayward L, Brown KS, Hammond D, Kennedy RD, Campbell HS. Impact of Canadian tobacco packaging policy on quitline reach and reach equity. *Prev Med* 2015 Dec;81:243-250.
- [183] Xiao D. Progress and challenges in expanding the role of health care providers and delivering treatment in China conference report. 2012 Mar 19.
- [184] U.S. Department of Health and Human Services. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. 2008.
- [185] West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, et al. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction* 2015 Sep;110(9):1388-1403.
- [186] Wu L, He Y, Jiang B, Zhang D, Tian H, Zuo F, et al. The effect of a very brief smoking-reduction intervention in smokers who have no intention to quit: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2015 Apr 25;15:418-015-1749-7.
- [187] Campaign for Tobacco Free Kids. Only comprehensive smoke-free laws are effective. 2014.
- [188] Ye X, Yao Z, Gao Y, Xu Y, Xu Y, Zhu Z, 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 Feb 17;4(2):e004273.
- [189] International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 13: evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2009.
- [190] Gao J, Zheng P, Gao J, Chapman S, Fu H. Workplace smoking policies and their association with male employees' smoking behaviours: a cross-sectional survey in one company in China. *Tob Control* 2011 Mar;20(2):131-136.
- [191] 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 Jun;15(Suppl 3):51-58.
- [192] Mons U, Nagelhout GE, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Willemsen MC, 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* 2013 Feb;22(e1):2-9.
- [193] Hyland AJ, Higbee C, Hassan L, Fong GT, Borland R, Cummings KM, et al. 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 Feb;18(1):63-65.

- [194] ITC Project. Health warnings on tobacco packages: ITC Cross-Country Comparison Report. 2012 Mar.
- [195] Fong GT, Hammond D, Hitchman SC. The impact of graphic pictures on the effectiveness of tobacco warnings. *Bull World Health Organ* 2009 Aug;87(8):640-643.
- [196] 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 Sci Med* 2016 Sep;164:118-129.
- [197] Elton-Marshall T, Xu SS, Meng G, Quah AC, Sansone GC, Feng G, et al. The lower effectiveness of text-only health warnings in China compared to pictorial health warnings in Malaysia. *Tob Control* 2015 Nov;24 Suppl 4:iv6-13.
- [198] Hitchman SC, Mons U, Nagelhout GE, Guignard R, McNeill AD, Willemsen MC, et al. Effectiveness of the European Union text-only cigarette health warnings: findings from four countries. *Eur J Public Health* 2012 Oct;22(5):693-699.
- [199] Hammond D, Thrasher J, Reid JL, Driezen P, Boudreau C, Santillan EA. Perceived effectiveness of pictorial health warnings among Mexican youth and adults: a population-level intervention with potential to reduce tobacco-related inequities. *Cancer Causes Control* 2012 Mar;23(Suppl 1):57-67.
- [200] Thrasher JF, Villalobos V, Szklo A, Fong GT, Perez C, Sebrie E, et al. Assessing the impact of cigarette package health warning labels: a cross-country comparison in Brazil, Uruguay and Mexico. *Salud Publica Mex* 2010;52(Suppl 2):206-215.
- [201] ITC Project. ITC Mauritius National Report: results of the Wave 2 Survey. 2011 May.
- [202] Hammond D, Fong GT, McNeill AD, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006 Jun;15(Suppl3):19-25.
- [203] Yang J, Hammond D, Driezen P, Fong GT, Jiang Y. Health knowledge and perception of risk among Chinese smokers and non-smokers: findings from ITC China Survey. *Tob Control* 2010;19(Suppl 2):18-23.
- [204] He J, Gu D, Wu X, Reynolds K, Duan X, Yao C, et al. Major causes of death among men and women in China. *N Engl J Med* 2005 Sep 15;353(11):1124-1134.
- [205] Weinstein ND. Accuracy of smokers' risk perceptions. *Ann Behav Med* 1998 Spring;20(2):135-140.
- [206] Siahpush M, McNeill A, Hammond D, Fong GT. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006 Jun;15(Suppl 3):iii65-70.
- [207] Sansone G, Raute LJ, Fong GT, Pednekar MS, Quah ACK, Bansal-Travers M, et al. Knowledge of health effects and intentions to quit among smokers in India: findings from the Tobacco Control Policy (TCP) India Pilot Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2012 Feb;9(2):564-578.
- [208] Kasza KA, Hyland AJ, Borland R, McNeill A, Fong GT, Carpenter MJ, et al. Cross-country comparison of smokers' reasons for thinking about quitting over time: findings from the International Tobacco

Control Four Country Survey (ITC-4C), 2002-2015. *Tob Control* 2016 Oct 26.

- [209] National People's Congress of the People's Republic of China. The Advertisement Law of People's Republic of China. 1994.
- [210] National People's Congress of the People's Republic of China. China Tobacco Monopoly Law. 2015.
- [211] Shenzhen People's Congress. Shenzhen Smoking Control Regulation. 2013.
- [212] National Bureau of Statistics. Statistical communiqué of the People's Republic of China on the 2015 national economic and social development. 2016; Available at: http://www.stats.gov.cn/TJSJ/zxfb/201602/t20160229_1323991.html.
- [213] Huang Y, Liu Z, Li A, Wang Y, Zhang G, Sun J. Related analysis on smoking behaviour among adolescents, tobacco knowledge and mass media. *Chin J Epidemiol* 2002;23(6):487.
- [214] Er Y, Liu Z, Gao W, Niu Z. Investigation of smoking scenes in movies and television dramas in 2004 and 2005. *Chin J Health Ed* 2008;24(9):719-720.
- [215] Lv R, Duan J, Wang Z. Investigation of tobacco exposure scenes in films and teleplays of 2008. *Chin J Health Ed* 2010;31(9):1049-1050.
- [216] Davey G, Zhao X. 'A real man smells of tobacco smoke' —Chinese youth's interpretation of smoking imagery in film. *Social Sci Med* 2012 May;74(10):1552-1559.
- [217] Pierce JP, Gilpin E, Burns DM, Whalen E, Rosbrook B, Shopland D, et al. Does tobacco advertising target young people to start smoking? Evidence from California. *JAMA* 1991 Dec;266(22):3154-3158.
- [218] U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. 2012.
- [219] World Health Organization Convention Secretariat. Tobacco advertising, promotion and sponsorship: depiction of tobacco in entertainment media. 2016 Aug.
- [220] Bader P, Boisclair D, Ferrence R. Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *Int J Environ Res Public Health* 2011 Oct;8(12):4118-4139.
- [221] Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tob Control* 2011 May;20(3):235-238.
- [222] Chaloupka FJ. Macro-social influences: the effects of prices and tobacco control policies on the demand for tobacco products. *Nicotine Tob Res* 1999;1(Suppl 1):S105-109.
- [223] Campaign for Tobacco Free Kids. Tobacco tax success story: Turkey. 2012; Available at: http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/success_Turkey_en.pdf.
- [224] van Walbeek C. Tobacco excise taxation in South Africa. 2003; Available at: http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/taxation/en/.
- [225] Campaign for Tobacco Free Kids. Tobacco tax success story: Mexico. 2012; Available at: http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/success_Mexico_en.pdf.
- [226] World Health Organization Convention Secretariat. 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2014.

- [227] Nargis N, Manneh Y, Krubally B, Jobe B, Ouma AEO, Tcha-Kondor N, et al. How effective has tobacco tax increase been in the Gambia? A case study of tobacco control. *BMJ Open* 2016 Aug;6(8):e010413.
- [228] Zheng R. China's 2015 tobacco tax adjustment and initial impact. In: Summary report. Expanding the global tax base: Taxing to promote public goods: Tobacco taxes. 2016 May.
- [229] World Health Organization. WHO technical manual on tobacco tax administration. 2010.
- [230] Shang C, Chaloupka FJ, Zahra N, Fong GT. The distribution of cigarette prices under different tax structures: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation (ITC) Project. *Tob Control* 2014 Mar;23(Suppl 1):23-29.
- [231] Smith KE, Savell E, Gilmore AB. What is known about tobacco industry efforts to influence tobacco tax? A systematic review of empirical studies. *Tob Control* 2013 Mar;22(2):144-153.
- [232] Cummings KM, Hyland A, Lewit E, Shopland D. Use of discount cigarettes by smokers in 20 communities in the United States, 1988-1993. *Tob Control* 1997 June;6(Suppl 2):S25-30.
- [233] Hyland A, Higbee C, Li Q, Bauer JE, Giovino GA, Alford T, et al. Access to low-taxed cigarettes deters smoking cessation attempts. *Am J Public Health* 2005 Jun;95(6):994-995.
- [234] Xie Y, Zhou X. Income inequality in today's China. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2014 May;111(19):6928-6933.
- [235] Yang DT. What has caused regional inequality in China? *China Econ Rev* 2002 Dec;13(4):331-334.
- [236] World Health Organization. Guidelines for the implementation of Article 6 of the WHO FCTC (Price and tax measures to reduce the demand for tobacco). 2014; Available at: [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6\(5\)-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(5)-en.pdf).
- [237] Chaloupka FJ, Cummings KM, Morley C, Horan J. Tax, price and cigarette smoking: evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tob Control* 2002 Mar;11(Suppl 1):62-72.
- [238] Hu TW, Mao Z, Shi J, Chen W. The role of taxation in tobacco control and its potential economic impact in China. *Tob Control* 2010 Feb;19(1):58-64.
- [239] Mao ZZ, Jiang JL. Demand for cigarette and pricing policy [Chinese]. *Chin Health Econ* 1997;16:50-52.
- [240] Mao ZZ, Hu TW, Yang G. Price elasticities and impact of tobacco tax among various income groups [Chinese]. *Chin J Evidence-Based Med* 2005;5:291-295.
- [241] Huang J, Zheng R, Chaloupka FJ, Fong GT, Jiang Y. Differential responsiveness to cigarette price by education and income among adult urban Chinese smokers: findings from the ITC China Survey. *Tob Control* 2015 Jul;24(Suppl 3):iii76-iii82.
- [242] White JS, Li J, Hu TW, Fong GT, Jiang Y. The effect of cigarette prices on brand-switching in China: a longitudinal analysis of data from the ITC China Survey. *Tob Control* 2014;23(Suppl 1):54-60.
- [243] Huang J, Zheng R, Chaloupka FJ, Fong GT, Li Q, Jiang Y. Chinese smokers' cigarette purchase behaviours, cigarette prices and consumption: findings from the ITC China Survey. *Tob Control* 2014

Mar;23(Suppl 1):67-72.

- [244] Lance PM, Akin JS, Dow WH, Loh CP. Is cigarette smoking in poorer nations highly sensitive to price? Evidence from Russia and China. *J Health Econ* 2004 Jan;23(1):173-189.
- [245] China National Bureau of Statistics. *China's Statistics Yearbook (1989-2008)*.
- [246] Nargis N, Stoklosa M, Drope J, Fong GT, Quah ACK, Driezen P, et al. The trend in affordability of tobacco products in China and Bangladesh: findings from the ITC China and Bangladesh Surveys. Presented at: 11th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health; 2016 Sep 23-25: Beijing, China.
- [247] Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax of the Southeast Asian Tobacco Control Alliance. ASEAN tobacco tax report card: regional comparisons and trends. SEATCA 2014 Sep(5th Ed).
- [248] Government of Canada, Dept. of Finance. *The road to balance: creating jobs and opportunities. Economic Action Plan 2014*. 2014.
- [249] Government of New Zealand Treasury. *Budget economic and fiscal update 2012*. 2012.
- [250] Government of Australia, Dept. of Health. *Taxation: the history of tobacco excise arrangements in Australia since 1901*. 2014.
- [251] The World Bank. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. 1999.
- [252] World Health Organization. *Partial guidelines for implementation of Articles 9 and 10 of the WHO FCTC (Regulation of the contents of tobacco products and tobacco product disclosures)*. 2012.
- [253] World Health Organization. *Further development of the partial guidelines for implementation of Articles 9 and 10 of the WHO FCTC (Regulation of the contents of tobacco products and tobacco product disclosures)*. 2016 Nov.
- [254] Caruso RV, O'Connor RJ, Stephens WE, Cummings KM, Fong GT. Toxic metal concentrations in cigarettes obtained from U.S. smokers in 2009: results from the International Tobacco Control (ITC) United States Survey cohort. *Int J Environ Res Public Health* 2014 Dec 20;11(1):202-217.
- [255] Caruso RV, Fix BV, Thrasher JF, Cummings KM, Fong GT, Stephens WE, et al. Differences in cigarette design and metal content across five countries: results from the International Tobacco Control (ITC) Project. *Tob Reg Sci* 2016 Apr;2(2):166-175.
- [256] O'Connor RJ, Schneller LM, Caruso RV, Stephens WE, Li Q, Yuan J, et al. Toxic metal and nicotine content of cigarettes sold in China, 2009 and 2012. *Tob Control* 2015 Nov;24(Suppl4):iv55-59.
- [257] O'Connor RJ, Li Q, Stephens WE, Hammond D, Elton-Marshall T, Cummings KM, et al. Cigarettes sold in China: design, emissions, and metals. *Tob Control* 2010 Oct;19(Suppl2):47-53.
- [258] World Health Organization. *Report on the scientific basis of tobacco product regulation: fifth report of a WHO study group*. 2015.
- [259] State Administration for Industry and Commerce. *The Interim Regulation on Internet Advertisement*. 2016 Jul 4. Available at: http://www.saic.gov.cn/fgs/lflg/201612/t20161206_172910.html.
- [260] Beijing Patriotic Health Campaign Committee, Beijing Health and Family Planning Commission. Press release, 29. 2016 Dec; Available at: <http://www.bjjkky.org/html/report/16120765-1.htm>

国际烟草控制政策评估项目

ITC项目

评估《烟草控制框架公约》相关政策的效果

超过25个国家•超过世界上50%的人口

超过世界上60%的吸烟者•超过世界上70%的烟草使用者

澳大利亚

孟加拉国

巴西

不丹

加拿大

中国（大陆）

法国

德国

希腊

匈牙利

印度

爱尔兰

肯尼亚

马来西亚

毛里求斯

墨西哥

荷兰

新西兰

波兰

韩国

罗马尼亚

巴西

泰国

英国

乌拉圭

阿拉伯联合酋长国（阿布扎比）

美国

赞比亚



UNIVERSITY OF
WATERLOO

使用循证策略，阻止全球烟草流行

ISBN 978-7-5180-4950-9



定价：36.00元