

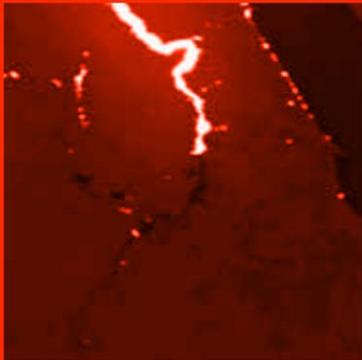
2021年全球实施进展报告

世界卫生组织框架公约
关于烟草控制



F C T C

WHO FRAMEWORK CONVENTION
ON TOBACCO CONTROL



2021年全球实施进展报告

世界卫生组织框架公约
关于烟草控制



FCTC

WHO FRAMEWORK CONVENTION
ON TOBACCO CONTROL

2021年世卫组织烟草控制框架公约实施全球进展报告

ISBN 978-92-4-004176-9 (电子版)

ISBN 978-92-4-004177-6 (印刷版)

© 世界卫生组织 2022 (作为世卫组织框架秘书处的主办组织)
烟草控制公约及其议定书 (公约秘书处)

保留一些权利。本作品可在知识共享署名-非商业性共享相同方式 3.0 IGO 许可下获得 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)。

根据本许可的条款,您可以出于非商业目的复制、重新分发和改编该作品,前提是作品被适当引用,如下所示。在使用本作品时,不应暗示世卫组织认可任何特定组织、产品或服务。不允许使用 WHO 标志。如果您改编作品,那么您必须在相同或等效的知识共享许可下许可您的作品。如果您创建此作品的翻译,您应在建议的引文中添加以下免责声明:“此翻译不是由世界卫生组织 (WHO) 创建的。世卫组织不对本翻译的内容或准确性负责。英文原版为具有约束力的正本”。

任何与许可纠纷相关的调解均应按照世界知识产权组织的调解规则 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)进行。

建议引用。2021 年《世界卫生组织烟草控制框架公约》实施全球进展报告。日内瓦:世界卫生组织; 2022. 许可证: CC BY-NC-SA 3.0 IGO。

出版编目 (CIP) 数据。CIP 数据可在 <http://apps.who.int/iris> 获得。

销售、权利和许可。要购买 WHO 出版物,请参见 <http://apps.who.int/bookorders>。要提交商业使用请求以及有关权利和许可的查询,请参见 <http://www.who.int/copyright>。

第三方材料。如果您希望重复使用本作品中归属于第三方的材料,例如表格、图表或图像,则您有责任确定该重复使用是否需要许可并获得版权所有者的许可。因侵犯作品中任何第三方拥有的组件而引起的索赔风险完全由用户承担。

一般免责声明。本出版物中使用的名称和材料的呈现方式并不意味着世卫组织对任何国家、领土、城市或地区或其当局的法律地位,或对其划界的任何意见。边界或边界。地图上的点划线表示可能尚未完全一致的大致边界线。

提及特定公司或某些制造商的产品并不意味着它们得到世卫组织的认可或推荐,优先于未提及的其他类似性质的公司。除错误和遗漏外,专有产品名称以首字母大写区分。

世卫组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。

但是,发布的材料在分发时没有任何明示或暗示的保证。解释和使用材料的责任在于读者。在任何情况下,世卫组织均不对因使用其造成的损害负责。

内容

致谢	v
前言	六
执行摘要	七
一、简介	1
方法说明 2. 公约实施的总体	3
进展 3. 按规定执行公约	7
	11
一般义务 (第 5 条)	12
减少对烟草的需求	19
减少烟草需求的价格和税收措施 (第 6 条)	19
防止接触烟草烟雾 (第 8 条)	26
烟草制品成分监管 (第 9 条)和烟草制品披露监管 (第 10 条)	34
烟草制品的包装和标签 (第 11 条)	40
教育、交流、培训和公众意识 (第 12 条)	46
烟草广告、促销和赞助 (第 13 条)	53
关于烟草依赖和戒烟的措施 (第 14 条)	58
有关减少烟草供应的措施	58
烟草制品非法贸易 (第 15 条)	66
向未成年人销售 (第 16 条)	70
烟草种植和支持经济上可行的替代品 (第 17 条)以及保护环境和人的健康 (第 18 条)	74
责任 (第十九条)	80
研究、监视和信息交流 (第 20 条)	83
报告和信息披露 (第 21 条)	89
国际合作 (第 22 条)	92
4. 新型和新兴烟草制品和尼古丁制品 5. 烟草使用流行率:趋势和预测 6. 优先事项、需求 和差距以及挑战 7. 2021 年初从缔约方收到的进一步信息 8. 加速烟草控制全球战 略 -全球战略指标的基线数据 9. 结论	99
	107
	113
	121
	125
	143
附件 1. 截至 2020 年 5 月 22 日,在 2018-2020 年实施《公约》的进展情况	146
	162
各缔约方在 2020 年报告周期内	176

人物一览

图 1 2018-2020 年实质性条款的平均执行率 (%) (n=181)* 图 2 报告到 2020 年执行第 5、6、8、11 和 13 条下所有关键措施的缔约方数量 (n=181)*	8
图 3 2018-2020 年拥有烟草控制基础设施的缔约方百分比 (%) (n=181)	9
图 4 2018-2020 年执行第 5.3 条规定的缔约方百分比 (%) (n=181)	13
图 5 到 2020 年缔约方根据第 5 条采取的措施数量 (n=181)	16
图 6 2018-2020 年报告已在不同环境中实施完全或部分禁烟的缔约方百分比 (%) (n=181)	19
图 7 室内工作场所、室内公共场所全面禁烟的场所数量	28
到 2020 年缔约方报告的公共交通 (n=181)	30
图 8 2018-2020 年报告执行第 9 条规定的缔约方百分比 (%) (n=181)	34
图 9 2018-2020 年报告执行第 10 条规定的缔约方百分比 (%) (n=181)	39
图 10 2018-2020 年执行第 11 条有时限规定的缔约方百分比 (%) (n=181)	41
图 11 到 2020 年缔约方报告的有效包装和标签措施数量 (n=181)	42
图 12 在教育和公众意识方面涵盖各个领域的缔约方百分比 (%)	49
计划 (2018 年 n=162;2020 年 n=166)*	49
图 13 计划针对特定群体的缔约方百分比 (%) (2018 年 n=162;2020 年 n=166)* 图 14 报告已禁止不同类型烟草广告的缔约方百分比 (%)	50
促销和赞助 (n=181)	53
图 15 到 2020 年缔约方禁止的烟草广告、促销和赞助方式数量 (n=181)	54
图 16 报告纳入吸烟诊断和治疗的缔约方百分比 (%)	58
停止其 2018-2020 年国家战略、计划和方案 (n=181)	58
图 17 2018-2020 年按服务/环境类型分列的卫生保健系统中拥有烟草依赖诊断和治疗规划的缔约方百分比 (%) (2018 年 n=125;2020 年 n=125)* 图 18 报告将烟草依赖治疗纳入课程的缔约方百分比 (%)	63
2018-2020 年不同卫生专业人员的数量 (n=181)	65
图 19 2018-2020 年报告实施非法贸易管制规定的所有缔约方的百分比 (%) (n=181)	66
图 20 报告要求在包装上标识的缔约方百分比 (%) (n=181)。	68
图 21 2018-2020 年报告第 16 条规定执行情况的缔约方百分比 (%) (n=181)	71
图 22 2018-2020 年报告在烟草种植和制造中实施保护措施并推广可行替代品的烟草种植缔约方百分比 (%) (2018 年 n=84;2020 年 n=87)	76
图 23 2018-2020 年有责任准备金的缔约方百分比 (%) (n=181)	81
图 24 2018-2020 年已针对不同主题建立国家监测系统的缔约方百分比 (%) (n=181)	83
图 25 2020 年所有缔约方中成人和青年吸烟和无烟烟草使用的最新报告流行率数据 (n=181)	84
图 26 2018-2020 年按援助领域报告提供或接受援助的缔约方百分比 (%) (n=181)	93
图 27 报告无烟烟草和水烟烟草制品的缔约方百分比 (%)	100
2018-2020 年国家市场和特定产品政策和法规的实施 (n=181)	104
图 28 报告新型和新兴烟草制品和尼古丁制品的缔约方百分比 (%)	104
2018-2020 年国家市场和特定产品政策法规的实施 (n=181)	109
图 29 2005-2019 年按世界银行收入组划分的 15 岁以上当前烟草使用流行率的估计趋势 图 30 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方对实现当前烟草使用相对减少 30% 目标的预测	110
2025 年 15 岁以上的烟草使用流行率,按世界银行收入组划分* 图 31 缔约方强调的	114
优先事项 图 32 2020 年报告的就世卫组织框架公约的各种条款开展工作的非政府组织数量	136

表列表

表 1 2018 年与 2020 年按世卫组织区域划分的总税负以及全球税负加权和中位数 表 2 按世卫组织区域基于 2020 年报告周期的卷烟消费税制度 表 3 每包 20 支香烟的最低和最高价格 (以美元计) 2018 年和 2020 年按世卫组织区域划分的表 4 缔约方报告的与世卫组织框架公约各项条款下的技术领域相关的差距。	21
表 5 包括 WHO FCTC 实施 (或其任何方面)的机构、组织和倡议	21
在他们的战略或计划中。	23
	116
	132

致谢

本报告由世界卫生组织烟草控制框架公约秘书处编写。公约秘书处知识管理、报告和交流小组协调员 Tibor Szilagyi 博士领导了数据分析和报告编写的整体工作。该报告受益于公约秘书处负责人 Adriana Blanco Marquizo 博士提供的指导和意见。来自 WHO FCTC 监测知识中心的 Hanna Ollila 协调了数据分析。

Ramona Brad、Leticia Martínez López、Dominique Nguyen、Hanna Ollila、Robert Tripp 和 Tibor Szilagyi 起草了报告的部分内容。特别感谢公约秘书处其他团队对各种草案的审阅所做出的贡献。世卫组织健康促进部无烟草股 (TFI) 的艾莉森·路易斯·科马尔 (Alison Louise Commar) 对烟草使用流行率部分做出了重要贡献。

世卫组织烟草控制框架公约特定文章的分析来自世界卫生组织烟草控制框架公约知识中心,包括国际合作知识中心、法律挑战知识中心、无烟烟草知识中心、监测知识中心、知识税收中心、水管知识中心、第 5.3 条知识中心以及第 17 条和第 18 条知识中心。联合国工业发展组织统计司的 Martin Haitzmann 和 Nina Goltsch 特别表扬缔约方会议观察员,获取有关全球烟草制造趋势的数据。所有这些贡献都得到了热烈的承认。

前言

这份关于实施世卫组织烟草控制框架公约的 2021 年全球进展报告是自世卫组织烟草控制框架公约 (WHO FCTC) 于 2005 年 2 月 27 日生效以来编写的系列报告中的第九份。

该报告是在全球社会努力应对 2019 年冠状病毒病 (COVID-19) 时编写的,这是一个多世纪以来最严重的流行病。它出版之际,烟草再次被证明是致命的,不仅因为它本身,而且由于与 COVID-19 相关的发病率和死亡率增加,这是由严重急性呼吸综合征冠状病毒 2 引起的。COVID-19 大流行已经使全球卫生系统和经济不堪重负,许多医院和诊所全球范围内夺走超过 430 万人生命的大流行期间努力维持运营。

这份报告——尽管主要基于世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方在 2020 年报告周期中提交的信息——于 2021 年与世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议第九届会议 (COP9) 同时发布,该会议已于因疫情推迟一年。为确保在 2021 年 11 月虚拟举行的第九届缔约方会议上向缔约方提供最新数据,请缔约方提供关于其实施工作的补充信息,如果有的话,涵盖自 2020 年报告周期。这一新信息作为一章包含在本报告中。

由于其他三个原因,这份 2021 年全球进展报告也是独一无二的。首先,这是该报告首次包含与《加速烟草控制全球战略:通过实施 2019-2025 年烟草控制框架公约》促进可持续发展的指标相关的基线数据。该基线数据将为衡量和监测《全球战略》中提及的缔约方和各利益攸关方如何接受本战略文件提供基础。

其次,本报告试行了另外两种数据收集和分析方法。所有世卫组织烟草控制框架公约知识中心都以各种方式对缔约方报告的信息的分析做出了贡献。此外,对有时限措施的分析现已得到对指标的聚类分析的补充,这为缔约方在处理这些有时限条款下的各种复杂要求时使用的方法的全面性提供了更现实的画面。

第三,本报告基于公约生效 15 周年期间收集的数据。着眼于公约实施的进一步改进和许多创新实例——在越来越多的缔约方设想将烟草制品的使用降至最低限度的尾声战略的背景下——公约秘书处对缔约方取得的进展充满热情正在共同应对全球烟草流行。即使在这些困难时期,公约秘书处也致力于进一步帮助缔约方。

公约秘书处

执行摘要

2020 年世界卫生组织烟草控制框架公约 (WHO FCTC) 报告周期是根据世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议 (COP) 的 FCTC/COP4(16) 号决定, 使用 2016 年建立的在线报告平台进行的。虽然根据《公约》第 21 条, 报告是所有缔约方的义务, 但它也是缔约方分享信息和在其自身实施 WHO FCTC 过程中吸取的经验教训以及反思挑战和需求的机会和实施障碍。

这种信息可以提高其他缔约方对有效执行做法的理解, 这也可以促进他们的执行工作。报告中提供的数据和信息是公约秘书处开展的所有实施援助计划的基础。此外, 它们使缔约方会议能够“定期审查公约的实施情况并作出必要的决定以促进其有效实施”(公约第 23.5 条)。

2020 年报告周期的数据收集工作于 2020 年 1 月 1 日开始。将报告纳入《世界卫生组织烟草控制框架公约》实施情况的 2021 年全球进展报告的截止日期已延长至 2020 年 4 月 26 日——超出原计划三个月报告期——让缔约方有更多时间在 2019 年冠状病毒病 (COVID-19) 大流行造成的特殊情况下编写报告。提交报告后, 公约秘书处向每个报告缔约方提供了反馈, 缔约方有机会在 2020 年 5 月 22 日之前对公约秘书处的反馈作出回应。在该日期之前收到的所有报告、信息和数据都在编制过程中被考虑在内这份全球进展报告。在此日期之后提交的所有报告都将在下一份全球进展报告中进行分析和提及。应该指出的是, 世界卫生组织《烟草控制框架公约》的姊妹条约《消除烟草制品非法贸易议定书》的第一个报告周期也按照与公约报告相同的时间表进行。

在被要求在 2020 年报告周期报告的 181 个公约缔约方中, 139 个 (77%) 正式提交了 2020 年执行报告, 而其余大多数缔约方——那些尚未提交正式的完整报告的缔约方——更新了一些在线报告数据库中的信息。自上一个报告周期以来, 一个新的缔约方安道尔于 2020 年 5 月 11 日加入了《公约》, 但它只需在下一个报告周期中首次报告。该分析还包括对收到的 21 份报告的审查, 这些报告是针对有关使用 COP 为 WHO FCTC 某些条款通过的实施指南的附加 (自愿) 问题而收到的。

2021 年全球进展报告是缔约方会议通过《加速烟草控制全球战略: 通过实施 2019-2025 年世界卫生组织烟草控制框架公约》促进可持续发展之后发布的第一份报告。全球战略中确定的一组指标的基线数据报告现已纳入本全球进展报告 (第 7 章)。

虽然自 2005 年《公约》生效以来执行状况不断改善, 但在全面执行其各项

文章仍然参差不齐,执行率从 13% 到 85% 不等。对于大多数条款,在 2018 年至 2020 年期间观察到平均执行率小幅上升。第 8 条和第 11 条下的有时限措施仍然是执行最多的,而第 13 条的执行 - 的另一个有时限要求公约——继续远远落后。本报告的分析采用了一种新方法,将《公约》关键条款下的各种指标结合起来,发现此类新指标组的执行情况较低,即使是有时限的条款(第 8、11 和 13 条)也是如此。这强调需要更好地利用为缔约方制定的准则。此外,本文件的附件 4 首次为缔约方提供了反思其各自实施状况的机会,其中列出了报告在所有实质性条款下实施的关键条款的数量。

与前几个报告周期的情况一样,第 8 条(防止接触烟草烟雾)、第 11 条(烟草制品的包装和标签)、第 12 条(教育、交流、培训和公众意识)和第 16 条(向和未成年人)似乎实施得最为成功。

同时,第 17 条(提供经济上可行的替代活动的支持)、第 18 条(保护环境和人员健康)和第 19 条(责任)的实施仍然最不成功。由于几乎一半的缔约方表示其管辖范围内种植烟草,因此缔约方必须在公约生效 15 年后争取在传统烟草控制工具包中未包含的条款方面取得更多进展,但根据公约的要求。

与往常一样,这份全球进展报告重点介绍了在每条条款下执行《公约》的先进做法。例如:

- 根据第 5 条(一般义务),注意到越来越多的缔约方通过制定国家战略和立法以及同时建立国家协调机制,将其具体要求作为“一揽子”解决。此外,缔约方的报告表明,更多缔约方认识到需要并根据《公约》第 5.3 条实施指南的建议参与监测烟草业及其行动。
- 关于烟草制品税收(第 6 条),区域和次区域取得了一些进展,而一些国家已着手制定涵盖未来数年的增税路线图,而不是逐年增税。
- 根据第 8 条(防止接触烟草烟雾),当有儿童在场时,已经确立的将吸烟禁令扩大到户外区域和汽车的模式仍在继续。另一个重要的观察是缔约方更加强调执行无烟规则。
- 关于《公约》第 9 条(烟草制品成分的规定)和第 10 条(烟草制品披露的规定),在禁止烟草制品中表征香精和添加剂方面似乎存在积极趋势。· 根据第 11 条(烟草制品的包装和标签),越来越多的缔约方(16 个)已经采用或正在采用无装饰包装。
- 关于第 12 条(教育、交流、培训和公众意识),更多缔约方能够进一步继续和扩展其先前建立的交流活动,而且更多缔约方似乎在设计其新活动时利用了方案评估结果。
- 根据第 13 条(烟草广告、促销和赞助),越来越多的缔约方报告将其广告、促销和赞助禁令扩大到新型和新兴烟草产品和尼古丁产品。

- 关于第 14 条（与烟草依赖和戒烟有关的减少需求措施），越来越多的缔约方报告说已经制定了国家戒烟指南，并且在世界卫生组织烟草控制框架公约的协调下，一些国家已经做出了额外的努力乌拉圭国际合作知识中心，将戒烟与结核病/艾滋病毒预防和控制计划相结合。
- 第 15 条（烟草制品非法贸易）要求的几乎所有措施都取得了进展。这可部分归因于世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方再次努力成为议定书缔约方。这种趋势在引入烟草产品的跟踪和追溯制度时尤其明显。
- 根据第 16 条（向未成年人和由未成年人销售），提高未成年人法定年龄的趋势购买烟草制品的工作仍在继续，新缔约方将其年龄限制从之前的下限设定为至少 18 岁。
- 根据第 17 条（为经济上可行的替代活动提供支持），尽管只有不到三分之一的烟草种植缔约方报告说它们促进了可行的替代活动，但在本报告周期中也出现了一些良好做法的积极例子。
- 关于第 19 条（责任），一些缔约方报告了针对烟草公司的一些重大诉讼。
- 在研究、监督和信息交流领域（第 20 条），许多缔约方报告说，它们进一步加强了监测系统，特别是检测烟草消费的模式、健康和其他后果，而且重要的是记录接触烟草烟雾。
- 关于国际合作（第 22 条），越来越多的缔约方报告说接受并提供了援助，而且越来越多的缔约方承认它们从 WHO FCTC 知识中心获得的援助。
- 关于新型和新兴烟草产品和尼古丁产品，据观察，无烟烟草、水管、电子尼古丁输送系统和电子非尼古丁输送系统 (ENDS/ENNDS) 在国内市场的可用性增加需要加快监管。关于加热烟草产品 (HTP)，可用性和监管不太常见。

尽管取得了进展，但实施方面的挑战仍然存在，它们阻碍了《公约》充分发挥其影响。在本报告周期中，最常提到的实施差距是缺乏财政资源，而最常提到的障碍是烟草行业的干扰，包括生产新型和新兴烟草产品和尼古丁产品的行业。

值得注意的是，世界卫生组织烟草控制框架公约正在继续产生影响。第二次——在 2018 年全球进展报告中首次发现它之后——全球烟草使用再次下降。然而，没有自满的余地。仍有一些缔约方没有执行公约有时限条款下的所有措施。此外，在大多数允许新型和新兴烟草制品和尼古丁制品进入市场的缔约方中，它们继续以牺牲传统烟草制品为代价获得市场份额。

1 简介

2021 年《世界卫生组织烟草控制框架公约》实施全球进展报告是《世界卫生组织烟草控制框架公约》(WHO FCTC)于 2005 年 2 月 27 日生效以来的第九份此类报告。与 WHO FCTC 缔约方会议 (COP) 在其第一届会议上通过的决定 FCTC/COP1(14) 建立了公约下的报告安排,以及在其第四届会议上通过的 FCTC/COP4(16) 决定,协调公约下的报告周期与缔约方会议的常会。此外,在下一项决定中,缔约方会议要求公约秘书处根据缔约方在各自报告周期内提交的报告,向缔约方会议每届例会提交关于实施《公约》的全球进展报告,供缔约方会议审议。由于 2019 年冠状病毒病 (COVID-19) 大流行而推迟 COP 也导致本报告的发布延迟。为了从延迟中受益,公约秘书处要求、接收和分析了截至 2021 年初缔约方实施工作的最新数据,包括关于大流行如何影响烟草控制进展的数据。

介绍

这份全球进展报告的范围是三倍的。首先,它根据缔约方在2020年报告周期提交的信息概述了《公约》的执行情况,并介绍了缔约方报告在处理《公约》要求的措施方面的一些先进做法。其次,报告强调了与执行《公约》有关的需求和挑战,并提出了关键意见和结论供缔约方会议在决策过程中使用,以确定可能的前进方向。最后,本报告首次提供了缔约方为衡量在实施《加速烟草控制全球战略:通过实施2019-2025年公约》促进可持续发展方面取得的进展而制定的指标的基线数据。

在2020年报告周期内,有两份问卷可供缔约方使用:1)核心问卷,由COP于2010年通过,随后针对2014年、2016年和2020年报告周期进行了修订;2)一套“关于使用缔约方大会通过的实施指南的附加问题”,自2014年起供缔约方使用,并针对2016年报告周期进行了更新。两份问卷都属于公共领域,可在世卫组织框架公约网站上查看。自2016年,首次使用在线问卷报告核心问卷,自2018年以来,每个缔约方都填写了在线问卷他们最新的可用实施报告中的数据。值得注意的是,托管这两种报告工具的在线平台在报告周期之间保持活跃和开放,缔约方可以随时修改数据并提交报告。

在需要参与本报告周期的181个公约缔约方中,139个(77%)通过在线平台正式提交了2020年实施报告,直至报告纳入本次全球分析的截止日期;然而,更多缔约方在确定的截止日期后的几个月内提交了2020年报告。一些缔约方还在报告周期内更新了部分数据,但尚未正式提交报告;这些缔约方输入报告平台的新数据也在分析中被考虑在内。自2018年以来,提交执行报告的缔约方数量略有下降,当时有142个缔约方(占2018年181个缔约方的78%)在给定的时间范围内提交了报告。自2018年全球进展报告发布以来,又有10个缔约方在在线平台上提交了2018年报告,其中一些缔约方在开幕前更新了2018年的部分数据

1 http://www.who.int/fctc/reporting/reporting_instrument/ 2020年报告期于2020年3月31日结束,但应缔约方的要求,数据提取日期为

扩展。对于此处提供的分析,使用了截至5月22日报告系统中所有提交和更新的数据。下列缔约方当时已正式提交报告:阿富汗、阿尔及利亚、安提瓜和巴布达、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴林、孟加拉国、白俄罗斯、比利时、伯利兹、贝宁、多民族玻利维亚国、波斯尼亚和黑塞哥维那、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、布隆迪、佛得角、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、乍得、智利、中国、哥伦比亚、科摩罗、刚果、库克群岛、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、塞浦路斯、捷克、民主人民大韩民国、刚果民主共和国、丹麦、吉布提、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、爱沙尼亚、欧盟、斐济、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、德国、加纳、几内亚比绍、圭亚那、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、印度、伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、爱尔兰、意大利、牙买加、日本、约旦、基里巴斯、科威特、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、黎巴嫩、莱索托、利比亚、立陶宛、卢森堡、马来西亚、马里、毛里塔尼亚、毛里求斯、墨西哥、密克罗尼西亚联邦、莫非政府组织、黑山、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、瑙鲁、尼泊尔、荷兰、新西兰、尼加拉瓜、尼日尔、纽埃、挪威、阿曼、巴基斯坦、帕劳、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、圣卢西亚、萨摩亚、圣多美和普林西比、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞尔维亚、塞舌尔、塞拉利昂、新加坡、斯洛伐克、所罗门群岛、西班牙、苏丹、苏里南、瑞典、叙利亚阿拉伯共和国、泰国、北马其顿共和国、多哥、汤加、特立尼达和多巴哥、突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、图瓦卢、阿拉伯联合酋长国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、坦桑尼亚联合共和国、乌拉圭、瓦努阿图、委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)、越南和津巴布韦。

2020 年报告周期。在这份 2021 年全球进展报告中,更新的 2018 年数据集用于所有 181 个缔约方之间的比较分析。

可在 WHO FCTC 网站上查看定期更新的报告提交状态。³该报告尽可能地遵循公约的结构和报告文书的结构。

在报告文书中,缔约方有机会通过开放式问题提供更详细的《公约》实施进展信息。这种定性信息被用于确定几个缔约方倾向于取得进展的新方法或主题的例子。此外,还从世界卫生组织《烟草控制框架公约》实施数据库中定期发布的更新中搜索了各个缔约方的进展示例。⁴

此外,21 个缔约方⁵通过填写附加问卷提交了关于其使用 COP 通过的实施指南的信息,该信息也用于报告中。

方法说明

在全球进展报告中,《公约》的执行情况传统上从两个层面进行分析:1) 作为执行个别关键措施的缔约方的百分比; 2) 作为实质性条款的平均执行率。平均执行率的计算见第 2 章的脚注,标题为《公约》执行的总体进展。关键指标的完整列表可在 WHO FCTC 网站上获得。⁶作为对先前报告的更改,第 8 条在不同环境中实施的禁烟令,以及根据第 8 条实施的不同类型的烟草广告禁令。现在所有缔约方都对第 13 条进行了评估,以更好地了解这些具体且大多有时限的措施在全球范围内的实施情况。

还应该指出的是,第 17 条(为经济上可行的替代活动提供支持)和第 18 条(保护环境和人的健康)的实施仅在烟草种植缔约方中考虑,但调查表仍然只允许关于烟草制品制造和烟草工人(在工厂)和个体销售者(烟草制品)转向替代生计的数据收集很少。

本报告还提供了缔约方如何在实施公约方面取得进展的例子。其中包括近期活动、立法程序和其他行动的示例。这些示例基于缔约方对核心问卷中开放式问题的回答、对附加问题的回答,或基于在世界卫生组织《烟草控制框架公约》实施中公布的最后两个报告周期之间期间确定或收到的新闻和更新数据库或 WHO FCTC 社交媒体上。除了关于实施实质性条款的个别章节外,缔约方与具体条款相关的经验可在关于优先事项、需求和差距以及关于新型和新兴烟草制品和尼古丁制品的部分下参考。

³ <http://www.who.int/fctc/reporting/timeline-status/en/>

⁴ 在<http://untobaccocontrol.org/impldb/updates/> 下查看它们。请注意,此部分会定期更新为新的信息来自缔约方。

⁵ 安提瓜和巴布达、比利时、贝宁、布基纳法索、哥斯达黎加、欧盟、斐济、格鲁吉亚、印度、伊朗、伊拉克、牙买加、日本、立陶宛、荷兰、尼日利亚、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、菲律宾和西班牙。

⁶ http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/who-fctc-annex-1-indicators-current-status-implementation.pdf

在 2020 年报告周期中,首次评估了缔约方对《公约》的执行情况,同时评估了实质性条款下关键条款的执行情况。就报告而言,所有缔约方的分析侧重于《全球战略》中强调的条款,即第 5、8、11 和 13 条。这些分析审查了源自报告工具的一组指标(用于评估目前的实施状态),并在文章章节中相应分析脚注中提供了综合指标的详细列表。对于同样包含在全球战略中的第 6 条,还对总税收进行了新的分析。

此外,为了向缔约方提供一个新的机会来反映其当前执行《公约》的状况,计算了所有缔约方在实质性条款下报告要执行的关键条款的数量。选定的条款与本报告中定义和使用的评估当前执行状况的关键指标相对应。对于第 8、11 和 13 条,使用了与上述新分析中相同的指标。对于第 17 条和第 18 条,计数仅在报告烟草种植的缔约方中计算。缔约方可在本报告附件 4 中获得结果。

还应注意有关数据分析的一些限制。缔约方的执行报告无需经过系统验证。例如,确认对法律、法规和规划文件(例如国家战略或行动计划)的答复并不总是包括执法和合规方面,除非缔约方在开放式问题中提供此信息(第 8 条部分除外)核心问卷,其中缔约方必须提供有关其执法活动的信息。这可能导致实施报告中反映的信息与实地经验之间存在一些差异。此外,根据第 13 条(烟草广告、促销和赞助)对回应的分析也很困难,应谨慎解释,因为缔约方倾向于将其对烟草营销的监管解释为全面的,同时他们表示没有在其禁令中包括《公约》第 13 条实施指南附件中列出的各种广告和营销手段,该指南指导在分析期间用于定义全面禁止烟草广告、促销和赞助的理解。

图表数据来源说明

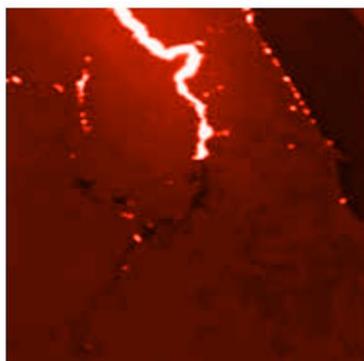
除非另有说明,本文件中的所有图表均由公约秘书处根据报告周期收到的信息编制。每张照片都对本报告中发布的照片表示感谢。

就这些数字而言,高达 100% 的百分比反映了未提交的报告、未得到答复的问题(包括对相关缔约方“不适用”的问题)以及在各自的答复中的“否”报告中的问题。

在 2020 年报告周期中,首次评估了缔约方对《公约》的执行情况,同时评估了实质性条款下关键条款的执行情况。

公约实施的总体 进展

2



实施现状⁷

根据世卫组织框架公约报告平台中包含的信息评估公约的实施状况,其中包括来自 2020 年提交报告的缔约方的新数据或修订数据,以及从先前报告中存储的信息循环。《公约》的 16 条实质性条款⁸共考虑了 152 项关键指标。

图 1 显示了各实质性条款的平均执行率⁹以及缔约方在 2020 年报告周期内提供的最新数据。从图中可以看出,各篇文章的执行率非常参差不齐,从 13% 到 85% 不等。

执行率最高、平均至少有 65% 的缔约方执行的条款按降序排列:

- 第 8 条 (防止接触烟草烟雾) · 第 11 条 (烟草制品的包装和标签) · 第 12 条 (教育、交流、培训和公众意识) · 第 16 条 (向未成年人销售和由未成年人销售) · 第 5 条 (一般规定) 义务)
- 第 6 条 (减少烟草需求的价格和税收措施)。

⁷ 截至 2020 年 5 月 22 日的实施情况评估

⁸ 由于烟草税收和定价定量数据的特殊性,第 6 条的实施状况在关于该条的部分进行了更详细的描述

⁹ 每项指标的执行率计算为要求提交进度报告的所有缔约方 (2020 年有 181 个)对相关条款的执行作出肯定回答的百分比

紧随其后的是一组执行率处于中等范围的条款,由至少一半缔约方执行,并且再次按降序排列: · 第 15 条(烟草制品的非法贸易) · 第 10 条(烟草制品的管制)烟草制品披露) · 第 20 条(研究、监督和
信息交流)

· 第 14 条(关于烟草依赖和戒烟的减少需求措施)

· 第 9 条(烟草制品成分的规定)

· 第 13 条(烟草广告、促销和赞助)。

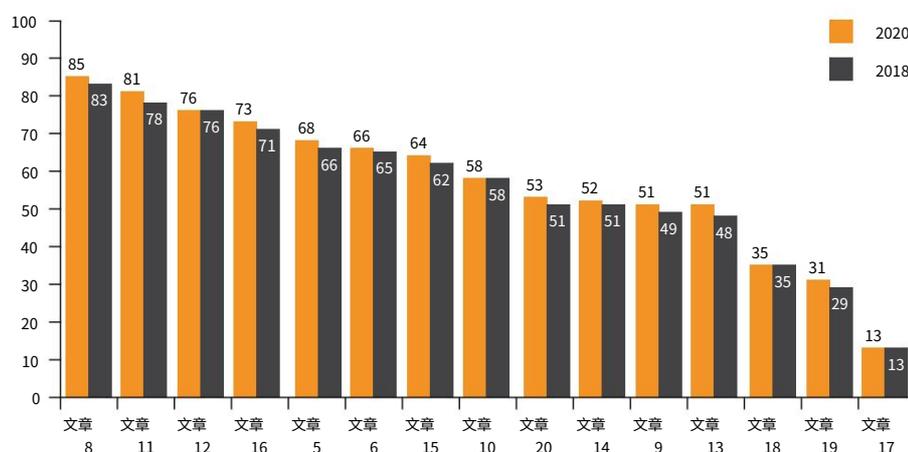
执行率最低的文章继续是:

· 第 18 条(保护环境和人员健康) · 第 19 条(责任)

· 第 17 条(为经济上可行的替代活动提供支持)¹⁰

在评估 2018 年和 2020 年报告周期内所有缔约方实质性条款的总体执行率时,11除第 12 条、第 17 条和第 18 条外,所有条款均出现小幅上升趋势(图 1)。与上一份报告相比,尽管总体有所改善,但任何一篇文章的平均执行率都没有发生重大变化。

图 1 2018 年和 2020 年实质性条款的平均执行率(%) (n=181)^{*}



^{*}注:2020 年,对于第 8 条和第 13 条,与 2018 年不同的是,计算了所有缔约方的平均执行率。第 17 条和第 18 条的平均执行率仅在报告文书中报告其管辖范围内的烟草种植的缔约方中计算。由于方法的变化,第 8 条和第 13 条的平均执行率低于上一次报告。

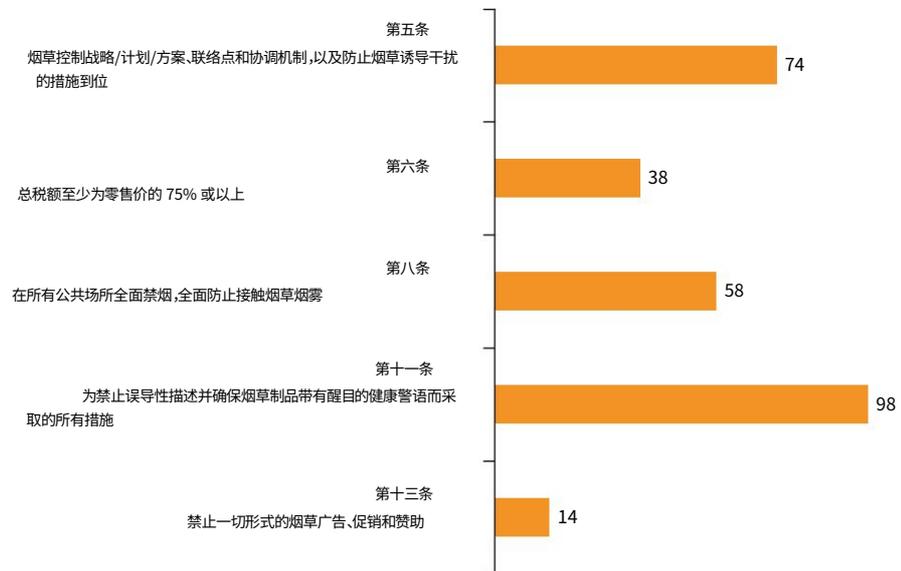
请参阅方法说明以获取更多详细信息。

¹⁰ 第 17 条和第 18 条的平均执行率仅在烟草种植缔约方中计算。

¹¹ 对所有 181 个缔约方的 2018 年执行率进行了重新计算,以包括在 2018 年报告周期提交的所有 152 份报告,而不仅仅是在 2018 年指定报告周期结束时提交的 142 份报告。

作为这份全球进展报告中的一个新内容,对于全球战略中的大多数优先条款,即第 5 条(一般义务)、第 6 条(减少烟草需求的价格和税收措施)、第 8 条(防止接触烟草)对烟草烟雾)、第 11 条(烟草制品的包装和标签)和第 13 条(烟草广告、促销和赞助)进行了新的分析,以阐明缔约方所采取措施的全面性。报告下文各节中介绍的这项新分析表明,尽管个别措施(即指标)的执行率很高,但在全面的通过实施所有关键措施的方式。如图 2 所示,这些文章的实现的全面性差异很大。执行所有关键措施的缔约方数量最多的是第 5 条和第 11 条,而很少有缔约方全面处理第 13 条的执行。

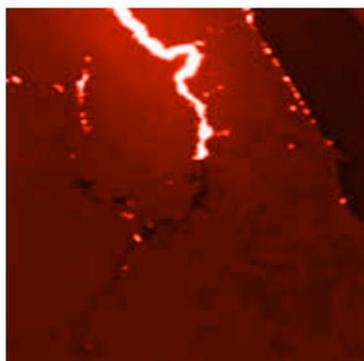
图 2 报告执行所有关键措施的缔约方数量(图 2 报告到 2020 年执行第 5、6、8、11 到 2020 年根据第 5、6、8、11 和 13 条 (n=181)*)

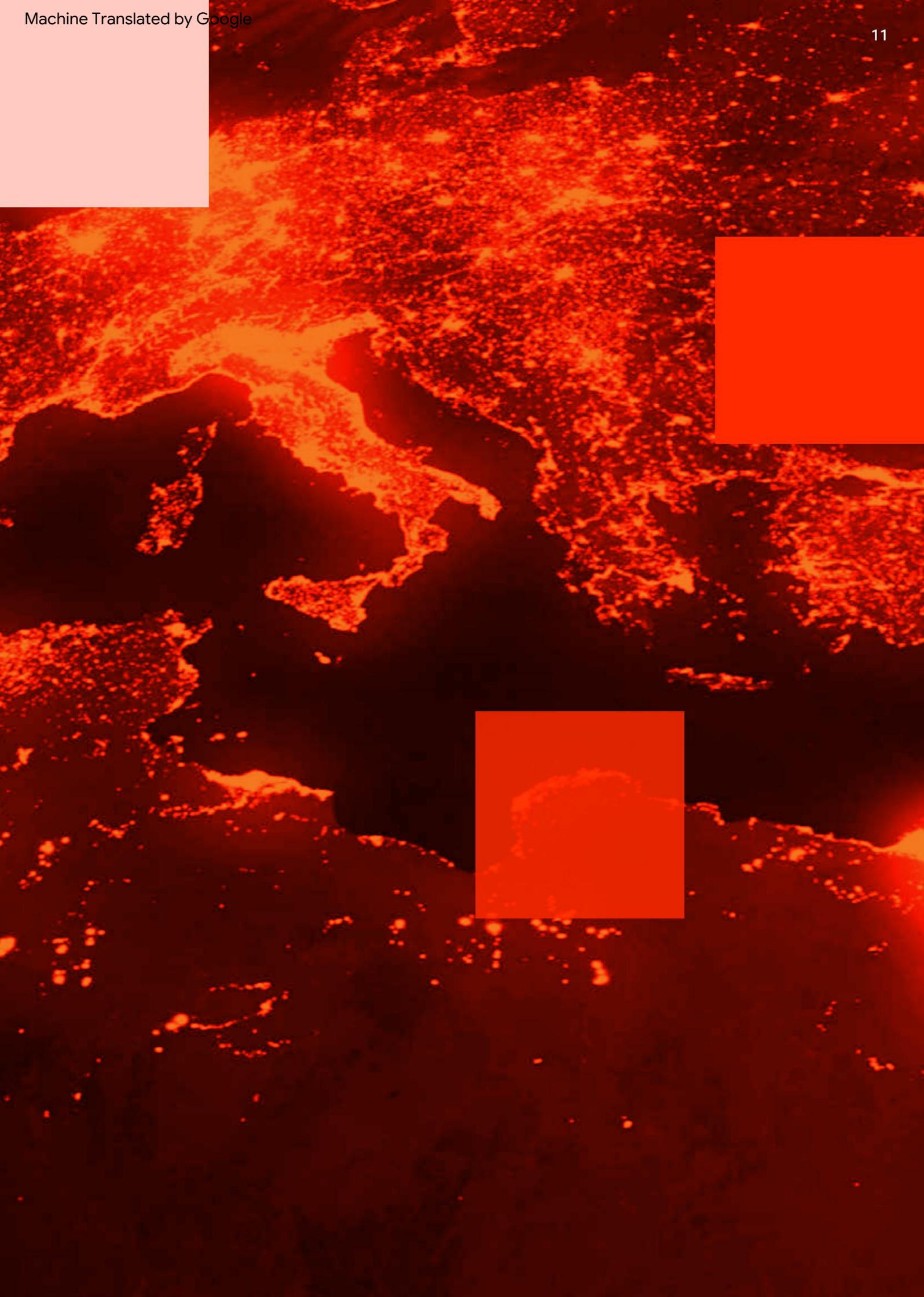


* 注:包含的关键措施在相应的文章章节中有详细描述。

按规定执行公约

3





一般义务（第 5 条）

关键观察

n 缔约方在制定新的或更新现有的

烟草控制立法或法规,以使其符合《公约》的要求。

n 作为一种新趋势,许多缔约方通过制定立法和国家战略或行动计划,同时致力于建立国家烟草控制基础设施,以全面的方式满足第 5 条的要求。

n 随着第 5.3 条（在报告文书中向缔约方提供的新指南和分步说明）中对报告文书的修订,缔约方似乎在更具体的开放式指南的指导下提供了更详细的数据结束的问题。收到的新信息表明,缔约方更加重视防止烟草业的干扰。

n 烟草业针对实施世界卫生组织烟草控制框架公约的法律或法规提出的重大法律挑战的结论是有益于公共卫生。

全面的多部门烟草控制战略、计划和规划（第 5.1 条） 2020 年,约 71% 的缔约方制定了此类战略、计划和规划。

它们现在比 2018 年更为普遍（67%）。

19 个缔约方报告说自上一个报告周期以来制定了新的战略、计划和方案,一个缔约方报告说正在制定其战略。

其中,一些缔约方报告将烟草控制纳入范围更广的公共卫生或发展战略、计划或规划。这是一个受欢迎的趋势,因为它一方面会提高《世界卫生组织烟草控制框架公约》的形象,并动员非卫生部门为公约的实施做出贡献;另一方面,它促进了世界卫生组织烟草控制框架公约作为经济财富和发展的关键贡献者。

例如,在此背景下,哥伦比亚将烟草控制纳入其 10 年公共卫生和癌症控制计划,以及最近的国家发展计划（2018-2022 年）。在捷克,政府批准的国家毒品战略（2019-2027 年）及其实施行动计划（2019-2021 年）包括烟草控制。其他缔约方（澳大利亚、佛得角、加拿大、乍得、哥斯达黎加、科特迪瓦、丹麦、伊拉克、立陶宛、荷兰、巴拉圭、波兰、俄罗斯联邦、沙特阿拉伯、突尼斯、土耳其和大联合王国英国和北爱尔兰）制定并通过或修订了其国家烟草控制战略、计划和方案。

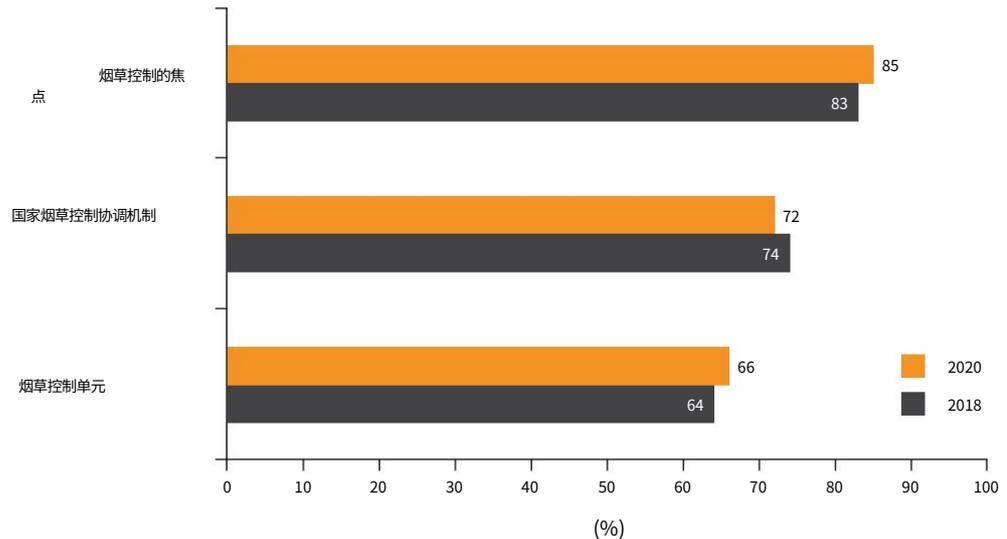
一些缔约方（中国、丹麦和荷兰）强调,其战略、计划和方案中的许多活动都是针对青年的。此外,作为实现无烟一代的工具,越来越多的缔约方（或联邦结构国家的州或地区）旨在使他们的社会无烟或无烟。总体而言,包括在前几个报告周期中已经提到的那些,在无烟组中我们可以计算加拿大、芬兰、爱尔兰、荷兰,在无烟组中我们有新西兰和英国（包括北爱尔兰、苏格兰、威尔士——以及根西岛和泽西岛）;其中大约一半指定了实现目标状态（无烟或无烟）的目标日期。

同样,根据这些思路,俄罗斯联邦政府于 2019 年 11 月 18 日发布了一项法令,通过该法令批准了“实施国家政策以控制在俄罗斯使用烟草和其他含尼古丁产品的概念”,直到 2035 年。该概念的目的是减少烟草和尼古丁使用的流行,以及随后考虑将烟草和尼古丁产品分阶段撤出市场。此类活动的协调

由俄罗斯联邦卫生部下属的烟草控制协调委员会执行。

烟草控制基础设施（第 5.2(a) 条）。坚实的烟草控制基础设施是良好治理的基础,这反过来又确保了世界卫生组织《烟草控制框架公约》的实施是有效和可持续的,并且不受烟草业的干扰。大多数缔约方报告有烟草控制联络点,三分之二的缔约方报告有烟草控制单位。此外,超过三分之二的缔约方报告说已建立并运行国家烟草控制协调机制（图 3）。

图 3. 2018-2020 年拥有烟草控制基础设施的缔约方百分比 (%) (n=181)



几个缔约方报告了这一领域的最新发展。一些缔约方——布隆迪（与公约第 15 条相关）、佛得角、中国、哥斯达黎加、冈比亚、基里巴斯、利比亚、巴拉圭、沙特阿拉伯、苏丹——报告说他们已经建立了一个新的国家烟草协调机制控制,或者他们进一步发展或重组了现有机制。例如,在巴拉圭,2019 年通过总统令（第 1711 号法令）成立了就实施世卫组织框架公约提供建议的国家执行委员会。由各部委代表组成的委员会预计每六个月向总统提出建议。

同样,在利比亚,在实施烟草使用相关措施的部委的参与下,成立了全国打击烟草使用委员会。其他一些缔约方（乍得、萨尔瓦多、墨西哥、秘鲁和委内瑞拉）报告说,它们正在建立此类国家协调机构。

乍得

案例分析

全面处理《公约》第 5 条

乍得最近的事态发展为如何全面处理《公约》第 5 条所要求的措施提供了一个很好的例子。如果存在政治意愿,这也是如何加强公约实施的一个例子。

乍得在公约秘书处及其合作伙伴的协助下,于 2017 年进行了需求评估。在需求评估后阶段,启动了与第 5 条相关的各种活动,并产生了近期的影响和成果。

关于第 5.2(a) 条,在公共卫生部长的领导下于 2007 年成立的全国烟草控制多部门委员会得到进一步发展,并成立了省级小组委员会。委员会——体现了各部委、民间社会和其他合作伙伴的参与——成立了一个工作组,以监测 2020 年烟草业的干预。在国家和省级定期举行协调会议。

目前,正在制定一项关于重组国家烟草控制多部门委员会的法令。

关于第 5.2(b)条,已经制定了一系列法令以促进《公约》各项条款的实施。这些如下:

- 关于第 5.3 条:关于防止烟草业干预的 2019 年第 1523 号总统令。
该法令基于《公约》第 5.3 条实施指南的建议,并在联盟的协助下制定,该联盟是一个被认可为缔约方会议观察员的非政府组织 (NGO)。除其他措施外,该法令禁止烟草业赞助(也符合公约第 13 条),呼吁公务员采取行动防止烟草业干预,并呼吁与烟草业发生的任何互动保持透明。
- 关于第 8 条:关于在公共场所禁止吸烟的 2019 年第 1522 号总统令。
该法令全面禁止在所有工作场所、公共场所和公共交通工具内吸烟。它还规定了对违规行为的罚款,并指定了监督这些措施执行情况的当局(卫生警察)。2019 年第 1611 号总统令规定了卫生警察的运作。
- 关于第 16 条:公共卫生部长和私营部门采矿、工业发展、贸易和促进部长关于建立烟草销售点的联合部长令 2018 年第 179 条。该法令加强了 2010 年烟草控制法的要求规定烟草销售单位的设置和经营规则,禁止经营烟草移动销售点等。

所有这些总统和部长令都基于并旨在进一步加强该国 2010 年 6 月 10 日《烟草控制法》的实施。



关于第 5.1 条,制定了烟草控制多部门战略计划 (2018-2022 年)和 2019-2023 年宣传计划。

作为动员社会支持烟草控制措施的一部分,在学校成立了反烟草俱乐部。

乍得目前正在通过公约秘书处的 FCTC 2030 项目获得援助。

采取和实施有效的立法、行政、行政和/或其他措施（第 5.2(b) 条）。通过国家立法或其他行政、行政和/或其他措施对于实施公约至关重要，特别是在各部门应共同努力满足世卫组织框架公约要求的领域。

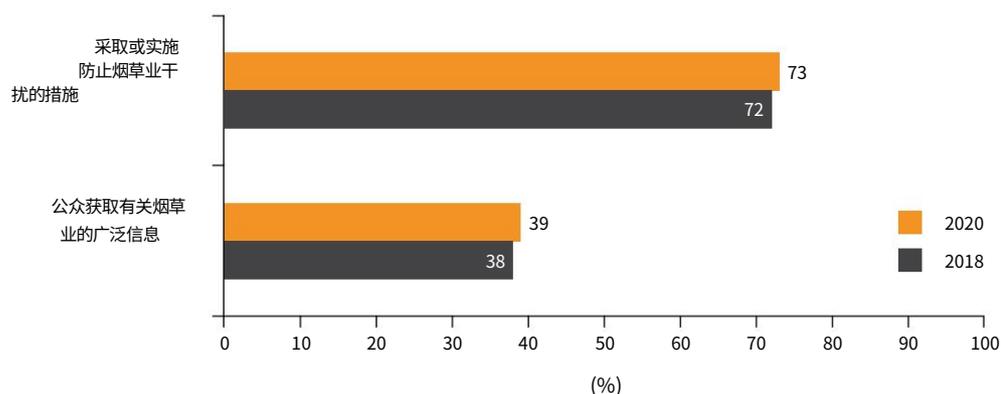
在本报告周期内，一些缔约方（安提瓜和巴布达、白俄罗斯、玻利维亚、加拿大、中国、科特迪瓦、冈比亚、卢森堡、沙特阿拉伯和新加坡）报告说制定了新的或更新了现有的烟草控制立法（或同等的行政或行政措施）和另外两个（佛得角和乍得）报告说它们正在制定新的立法。例如，冈比亚继 2016 年通过了《烟草控制法》之后，于 2018 年制定了《烟草控制（开始）令》，并于 2019 年制定了《烟草控制条例》。中国通过了第一部综合卫生法，于 2020 年 6 月 1 日生效；该法第 78 条涵盖烟草控制。安提瓜和巴布达、玻利维亚和科特迪瓦根据《公约》通过了它们有史以来第一个全面的烟草控制法案。

包括佛得角、加拿大、乍得、科特迪瓦、冈比亚、巴拉圭和沙特阿拉伯。其中，佛得角、乍得、中国和沙特阿拉伯在所有三个领域都做了一些工作。

这是一个受欢迎的新趋势，表明《公约》规定的一般义务可以用作在全面执行《公约》方面取得进展的基石。巴林和哥斯达黎加还表示，它们已经建立了一个基金来可持续地支持其国家计划，而巴拉圭则表示其计划的资金来自国家预算的拨款。

保护公共卫生政策免受烟草业的商业和其他既得利益（第 5.3 条）和相关挑战。总体而言，大多数缔约方报告说，它们采取或实施了一些措施——《实施准则》第 5.3 条中建议的措施——以防止烟草业干扰（图 4）。此外，超过三分之一的缔约方报告向公众提供烟草业活动信息。实际上，自 2018 年以来，这些措施的实施率只有很小的变化。

图 4. 2018-2020 年执行第 5.3 条规定的缔约方百分比 (%)
图 4. 2018-2020 年执行第 5.3 条规定的缔约方 2018-2020 年 (n=181)



第 5.3 条实施指南。共有 71% 的缔约方报告说他们使用了这些准则,从 2018 年 (68%)观察到增加。缔约方根据第 5.3 条实施指南的建议报告的行动,按提及的降序排列,包括:开展宣传运动;为政府雇员举办关于第 5.3 条的培训讲习班和宣传活动;运营资料库或网站,向公众提供有关烟草业的信息;制定指令、指导方针、通告或任何其他形式的指导;制定或正在制定行为准则。例如,2019 年 6 月,为满足加拿大政府的公开性和透明度要求,加拿大卫生部烟草控制局实施了一个网页,其中包含与烟草和电子烟行业的监管磋商有关的会议的公开记录,以及有关科学和电子烟行业的信息。技术很重要。本项目符合《实施指南》第 5.3 条的原则 2 和原则 3。墨西哥目前正在审查其针对与烟草业接触的公务员的行动协议。该文件将适用于墨西哥的所有州,符合《世界卫生组织烟草控制框架公约》第 5.3 条及其指南。

第 5.3 条实施指南中强调的一个具体方面是需要国家层面监测烟草业的活动。在这方面,国家和区域层面都有倡议或发展。例如,2019 年 7 月,南亚区域联合烟草控制中心也在斯里兰卡成立。该中心是监测烟草业活动和世界卫生组织烟草控制框架公约第 5.3 条在南亚地区实施情况的观察站。该联盟的合作伙伴组织来自阿富汗、不丹、孟加拉国、印度、马尔代夫、尼泊尔、巴基斯坦和斯里兰卡。其项目之一是“揭开烟草面具”,它提供有关烟草业的循证信息,以及烟草公司的详细资料。Tobacco Unmasked 网站¹²还包含烟草业盟友的简介,以及与该行业相关的机构和个人的简介。据报道,烟草业的论点及其对不同政策过程的回应也可用作参考。获取烟草业活动信息的移动应用程序也在开发中。此外,孟加拉国、埃及和乌克兰在世界卫生组织烟草控制框架公约第 5.3 条知识中心的技术援助下建立了烟草业监测中心。

缔约方还报告了他们在实施《公约》期间面临的法律挑战(另见关于第 11 条的章节)。2019 年 11 月,肯尼亚最高法院驳回了英美烟草公司的上诉,结束了该公司对《烟草控制条例》的挑战。该决定基于所有理由维持了高等法院和上诉法院先前作出的有利于肯尼亚卫生部的裁决。法院认为,公众参与制定法规的权利并未被剥夺,实施第 5.3 条的规定并未歧视英美烟草,因为鉴于烟草业的负面健康,对其进行区别对待是合理的。影响,披露义务不侵犯烟草公司的知识产权或隐私,因为它们与保护公共健康的需要相称,而且烟草公司向补偿基金捐款的要求在宪法上是有效的。该决定是最终决定,没有进一步的上诉途径。这是公共卫生领域的里程碑式胜利,也是维护第 5.3 条实施免受法律挑战的重要先例。¹³

¹² http://www.tobaccounmasked.com/index.php/Main_Page

¹³ 详情见:<https://untobaccocontrol.org/kh/legal-challenges/supreme-court-kenya-rejects-british-american-tobacco-opinion-tobacco-control-regulations/>;和 <https://www.tobaccocontrol.org/litigation/decisions/ke-20191126-british-american-tobacco-ltd-v>

澳大利亚

案例分析

公职人员与烟草业互动指南

根据其《世界卫生组织烟草控制框架公约》的义务和承诺,澳大利亚于 2019 年 11 月 1 日发布了《公职人员与烟草业互动指南》。

本指导文件概述了《世界卫生组织烟草控制框架公约》第 5.3 条对政府机构和官员的法律义务,包括代表任何政府部门或政府级别的人,例如顾问,关于保护与烟草控制有关的公共卫生政策来自烟草业的商业和其他既得利益。根据第 5.3 条的要求和 COP 的决定,它还将保护烟草控制政策的义务从烟草业的商业和其他既得利益扩展到新型和新兴烟草产品和尼古丁产品,例如电子烟和加热烟草产品。

该指导文件旨在被视为烟草控制综合战略的一部分。该文件以第 5.3 条的原则为指导,承认烟草业与公共卫生政策利益之间存在根本且不可调和的冲突。它展示了烟草业如何继续试图破坏政府在保护公共卫生政策方面的作用。它在与烟草业打交道时坚持问责制和透明度的重要性,以及保护其烟草控制政策设置免受烟草业干预和利益的预防措施。

根据该指导文件,与烟草业的磋商应严格限制在公职人员或机构制定有效烟草控制措施所必需的范围内。总体而言,该文件强调了以下方面的具体和具体的指导方针和建议: 1) 限制与烟草业的互动; 2) 避免和管理与烟草业的利益冲突; 3) 要求烟草业提供的信息透明、准确; 4) 拒绝与烟草业合作; 5) 避免优待; 6) 揭露烟草业的“社会责任”活动。鼓励所有机构将本指导文件纳入员工入职材料。

澳大利亚是少数几个采用适用于所有公职人员处理烟草业干扰的国家指导材料的国家之一。它一直在采取积极措施降低吸烟率,并实施有关烟草控制和烟草业干预的有效监管框架和政策。

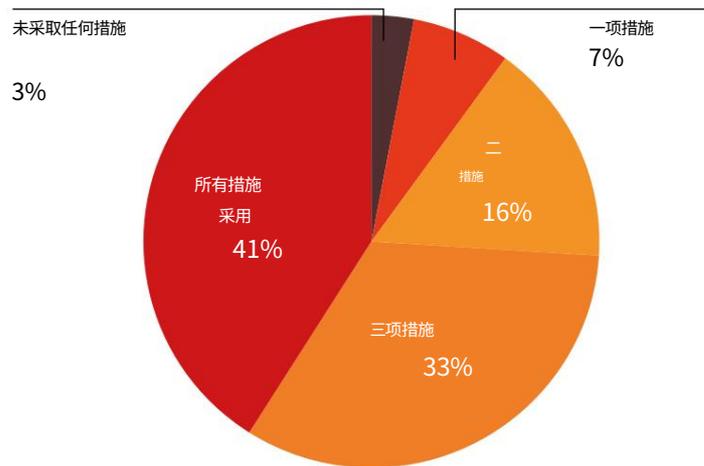
澳大利亚自 2004 年 10 月 27 日起成为《世界卫生组织烟草控制框架公约》的缔约方,是第一个对烟草使用无装饰包装的国家,是世界上吸烟率最低的国家之一。



第5条实施的全面性。除了分析第5条要求的个别措施外,还通过审查与国家战略、烟草控制基础设施和保护免受烟草侵害有关的一系列措施来分析实施的全面性行业干扰。

使用的指标包括国家多部门烟草控制战略、计划和方案;烟草控制联络点;烟草控制的国家协调机制;以及防止烟草业干扰的措施。到2020年,不到一半(74个缔约方)采取了所有这些措施(图5)。此外,三分之一(60个缔约方)采取了这四项措施中的三项。

图5到2020年缔约方根据第5条采取的措施14数量(n=181)
图5到2020年缔约方根据第5条采取的措施14数量(n=181)



14 使用了报告工具中的以下指标:1) 国家多部门烟草控制战略,计划和方案; 2) 烟草控制联络点; 3) 烟草控制的国家协调机制; 4) 防止烟草业干扰的措施。

减少对烟草的需求

减少烟草需求的价格和税收措施（第6条）

关键观察

- 根据《烟草控制法》第6.3条的要求报告与烟草税收和定价相关的数据。公约对许多缔约方来说仍然是一个挑战，特别是对于卷烟以外的烟草制品。根据2020年报告周期提交的数据，四分之三的缔约方提供了税务信息；然而，只有不到三分之一的缔约方提供了2020年的价格数据。
- 自上次分析以来，为公共卫生指定烟草税的缔约方比例或禁止或限制国际旅行者进口免税和免税烟草制品的缔约方数量均未发生变化。

烟草制品征税。在最近的数据集中，153个缔约方（85%）回应称它们已实施税收政策，并酌情实施了烟草制品价格政策，而2018年这一比例为81%。在考虑到2020年报告中提交的信息后，有138个缔约方（76%）报告，有足够的烟草税和价格信息纳入分析。大多数缔约方只提供了关于卷烟的数据。43个缔约方（24%）没有提供税务信息，甚至没有提供香烟信息。

全球总税负中位数——即消费税、增值税和/或其他销售税以及其他关税和征费，以零售价的百分比表示——烟草产品最受欢迎的价格类别为60%，低于2018年数据的63%。与上一个报告周期一样，世界卫生组织（WHO）欧洲区域的税收负担中位数仍然最高。在上述138个缔约方中，104个缔约方回答了2020年报告周期总税负的问题，34个缔约方（25%）未报告其平均总税负。对这些答复的分析（如表1所示）还包括2018年的另外32个答复，以说明2020年未提供答复的缔约方。在这136个报告了2018年和2020年平均总税收负担的缔约方中，38个缔约方报告的平均总税负至少为75%及以上。

世卫组织非洲区域的税负中位数为34%，自2018年以来保持不变（表1）。在全球范围内，这代表了最低的税负中位数。不幸的是，除世卫组织东地中海区域外，所有区域的税收负担均未发现积极变化，该区域最近的海湾烟草税政策的影响似乎已反映在数据中。

表 1. 2018 年与 2020 年世卫组织区域总税负以及全球税负加权和中位数

总税负中位数		
世卫组织区域	2018	2020
非洲人	34%	34%
美洲	53%	49%
东南亚	76%	54%
欧洲的	78%	76%
东地中海	60%	68%
西太平洋	63%	60%
全球税负加权平均数和中位数 ¹⁵		
加权平均全球税负	57%	55%
全球税负中位数	63%	60%

根据 2020 年提交的最新信息,共有 138 个缔约方报告了其卷烟消费税结构。其中,119 个缔约方也报告了 2018 年的税收结构,因此可以进行比较(表 2)。119 家中有 10 家报告称,自上一报告期以来,他们的消费税结构发生了变化。其中两个国家实行从价制度;其中一个变成了混合系统,一个变成了纯粹的特定系统。三个国家有一个混合系统;其中两个变成了纯粹的特定制度,一个变成了纯粹的从价制度。三个国家取消了特定消费税,转而依赖进口关税。剩下的两个国家有一个特定的系统;一个国家转为混合制度,一个国家转为从价制度

系统。表 2 显示,全球最常见的税收结构是一种混合税收结构,它包含从价税和从量税。

表 2.按世卫组织区域分列的基于 2020 年报告周期的香烟消费税制度

世卫组织区域	消费税类型						仅进口关税	%	总数报告(即有税务答复)	没有税回答	
	仅具体	%	仅从价	%	从量价和从价价	%					
非洲人	6	29%	6	29%	8	38%	20	1	5%	21	2
东地中海	3	17%	5	28%	5	28%	13	5	28%	18	0
欧洲的	3	9%	0	0%	30	91%	33	0	0%	33	0
美洲	4	22%	2	11%	12	67%	18	0	0%	18	0
东南亚	2	50%	1	25%	1	25%	4	0	0%	4	1
西太平洋	15	71%	2	10%	3	14%	20	1	5%	21	1
全面的	33	29%	16	14%	59	51%	108	7	6%	115	4

从价税率和从价税率相结合仍然是欧洲地区最受青睐的消费税制度,该地区大部分缔约方都在使用。国家

¹⁵ 加权平均衡量标准考虑了每个区域的缔约方总数,以考虑每个区域之间的差异。

中位度量对于偏态分布很有用,它表示位于该分布中点的值。

属于欧盟 (EU) 的国家有义务根据欧盟指令 2011/64/EU 实施这种混合系统。世卫组织西太平洋区域约 71% 的缔约方拥有纯粹的特定税制, 《实施第 6 条指南》建议采用这种税制而不是从价税。

可以在区域或次区域层面观察到重要的事态发展。作为非洲地区的一项重要发展,最近通过的西非国家经济共同体 (ECOWAS) 税收指令 C/DIR.1/12/1716 改善了消费税结构,提高了消费税水平并有助于协调烟草制品的消费税。

从历史上看,西非经共体成员国的烟草税率一直低于全球平均水平和撒哈拉以南非洲的平均水平。新指令要求西非经共体成员国将烟草制品的从价消费税设定为至少为出厂价值 (对于国内生产)或成本保险运费值 (对于进口)的 50%,并且对于首次引入最低特定税,税率为每包 20 支香烟 40 美元 (或每支 0.02 美元)。在新指令下引入特定消费税部分是一项重大的积极变化,可确保西非经共体地区的消费税更加符合世卫组织框架公约。

2016 年,海湾阿拉伯国家合作委员会成员国¹⁷

同意集体税收改革,包括首次对烟草制品征收消费税。这将以税后价格的 100% 的选择性税和 5% 的增值税的形式适用,基于税后价格和消费税的总和。根据这一决定,该政策已在 GCC 国家推广,现在除了一个 (科威特)外,它们都实施了烟草税改革。

跨报告周期的税收变化。根据世界卫生组织烟草控制框架公约第 6 条实施指南的建议,发现定期调整烟草税率的趋势也很重要。一些国家采用的一项创新举措是宣布未来几年的增税路线图。例如,菲律宾明确宣布从 2020 年到 2023 年每年增加消费税,然后从 2024 年起每年增加 5% (见文本框)。另一个例子是澳大利亚,自 2013 年以来,该国一直以四年为周期,每年将卷烟消费税提高 12.5%。芬兰在 2018 年至 2019 年期间将税率平均提高了 21%。每六个月实施一次增税,预计将在 2020 年和 2021 年继续。

烟草制品的价格。根据最新信息,126 个缔约方掌握了足够的国产和/或进口品牌卷烟价格 (任何年份)信息,可纳入卷烟最低和最高价格分析。该信息列于表 3。

缔约方在提交的每份执行报告中提供最新或当前的价格信息仍然是一项挑战。尽管存在这一挑战,但在报告卷烟价格数据方面取得了进步。对于 2020 年的分析,在拥有任何年份价格信息的 126 个缔约方中,这 126 个缔约方中有 39 个 (31%)提供了 2020 年的当前价格数据。相比之下,142 个缔约方中有 24 个 (17%)提供了当前价格数据在 2018 年报告周期内。

¹⁶ 关于协调西非经共体成员国烟草产品消费税的指令 C/DIR.1/12/17。可用的:

<http://ecotipa.ecowas.int/wp-content/uploads/2018/05/3-DIRECTIVE-TOBACCO-2017-DEC-FOLDER.pdf>

¹⁷ 前身为海湾合作委员会。该区域组的成员是:巴林、科威特、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯和阿拉伯联合酋长国。值得一提的是,在欧盟,烟草税也受到烟草税指令的协调和监管,最近一次修订是在 2011 年。<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:176:0024:0036:EN:PDF>

在 2020 年报告的 138 个缔约方中,66 个缔约方要么没有更新价格信息,要么根本没有提供任何信息,因此无法与上一个报告周期进行比较。在其余 72 个缔约方中,58 个 (81%) 报告说烟草制品的价格自 2018 年以来有所上涨。其中四个报告年度上涨。三个缔约方报告烟草制品价格下降,尽管征收或增加了消费税。11 个缔约方报告烟草制品价格与上一个报告期相比没有变化。

表 3 列出了 2018 年和 2020 年按世卫组织区域划分的最广泛销售品牌的每包 20 支卷烟的最高和最低价格,以美元表示,采用市场汇率,以及每个区域内两种价格的比率。¹⁸

表 3. 2018 年和 2020 年世卫组织各地区每包 20 支香烟的最低和最高价格

世卫组织区域	2018			总报告 2018 年的聚会	2020			全部的 报告 2020 年派对
	最低 (国家)	最大值 (国家)	比率		最低 (国家)	最大值 (国家)	比率	
	美元\$	美元\$			美元\$	美元\$		
非洲人	0.07	7.35	105.0	32	0.04	10.27	256.8	27
美洲	1.14	11.47	10.1	23	1.00	18.12	18.1	21
东南亚	1.22	4.55	3.7	7	0.24	2.60	10.8	4
欧洲的	0.87	14.79	17.0	39	1.12	14.79	13.2	33
东地中海	0.42	6.04	14.4	19	0.22	6.04	27.5	17
西太平洋	0.90	16.54	18.4	22	0.78	20.23	25.9	24
全部的				142				126

根据收到的新数据,欧洲地区是唯一一个在两个报告期之间经历了最低价格上涨和最高最低价格比率下降的地区。对于其他五个世卫组织区域,报告的最低价格甚至低于 2018 年;然而,在六个地区中的四个地区,2020 年报告的最高价格高于 2018 年。随后,在世卫组织六个区域中的五个区域中,2020 年最高与最低价格的比率高于 2018 年,这反映了最高价格的上涨。

指定烟草税用于资助烟草控制。在 2018 年和 2020 年分析之间,报告指定烟草税的缔约方比例没有变化。在纳入 2020 年提交的最新信息后,所有缔约方中有 34 个 (19%) 表示,它们指定一定比例的税收收入用于资助任何国家计划、烟草控制战略或其他活动,例如体育。

免税烟草产品。近三分之二的缔约方 (64%) 表示禁止或限制国际旅行者进口烟草,49% 的缔约方表示限制向国际旅行者出售卷烟。这两个比例都与 2018 年持平。

第 6 条实施指南。到 2020 年,61% 的缔约方报告使用了这些指南,而 2018 年这一比例为 57%。

18 本表所列卷烟价格数据来源于缔约方 2020 年提交的报告。

菲律宾人

案例分析

探索烟草税改革的政治经济学

第 10351 号共和国法案,俗称罪恶税法,于 2012 年颁布,是菲律宾烟草税改革长期计划的重要第一步。该法律通过在五年内将多个层级分解为一个层级来简化消费税结构。消费税的大幅增加使卷烟的负担能力大大降低。2012 年至 2015 年间,菲律宾成年人的吸烟率从 29% 下降到 25%,¹⁹其他来源报告下降到 23.8%。²⁰在同一时期,青少年 (18-

24 年)从 35% 下降到 22%。²¹

尽管烟草业游说者做出了努力,但该法律还是通过了,他们成功地阻碍了之前的消费税改革。2012 年的《罪恶税法》表明,烟草税在政治上可以接受,并且可以实现其发展和健康目标。这为未来的税收改革铺平了道路,如下文所述。

1. 实现健康和发展目标

两项法律——分别于 2019 年和 2020 年颁布的第 11346 号共和国法和第 11467 号共和国法——更新了烟草税率,并引入了加热烟草/蒸汽产品的税率。每种产品的收入旨在为实现健康和其他发展目标提供资金,具体如下:

- 在从烟草制品征收的总消费税的 50% 中, 80% 将用于国家健康保险计划,作为实施《全民医疗保健法》的一部分。剩余的 20% 将用于改善卫生设施增强计划下的卫生基础设施。
- 在加热烟草和蒸汽产品的 100% 消费税中, 60% 将用于作为全民医疗保健法实施的一部分的国家健康保险计划,20% 用于卫生设施增强计划,其余 20% 用于实现可持续发展目标的计划。

2. 根据《公约》第 17 条指定专款以促进替代生计

在第 11346 号共和国法案中,为烟农的生计拨款相当于税收的 5%,但不超过 40 亿菲律宾比索 (约 8000 万美元)。这专门用于烟草生产省份,以便为这些地区的烟农和工人推广经济上可行的替代品。

菲律宾继续实施世界卫生组织烟草控制框架公约第 6 条战略,持续且可预测地提高消费税,使烟草产品随着时间的推移变得越来越难以负担。根据烟草制品的最新税表 (第 11346 号共和国法案)

¹⁹ Kaiser, K., Bredenkamp, C. 和 Iglesias, R. (2016)。菲律宾的罪恶税改革:改变公共财政、卫生和治理以实现更具包容性的发展。世界银行出版物。

²⁰ 全球成人烟草调查:2015 年国家报告。

2020 年单一消费税 22 增加到 45 菲律宾比索 (0.90 美元), 2021 年至 2023 年期间每年增加 5 菲律宾比索 (0.10 美元), 然后从 2024 年起根据通货膨胀调整 5%。这将进一步减少卷烟消费并改善国内资源调动, 以资助全民健康覆盖并支持烟农寻找替代收入来源。



PhilHealth 执行副总裁兼首席运营官 Ruben John A. Basa、卫生部长 Francisco Duque、PhilHealth 代理高级副总裁兼兼任副总裁 Nerissa R. Santiago、财政部长 Dominguez 以及前财政部副部长兼首席经济学家 Karl Kendrick T. 蔡英文于 2019 年 5 月 17 日在马尼拉举行联合新闻发布会后, 展示了他们对 “Yosi Kadiri” 的拳头立场, 重申参议院需要迅速就未决法案采取行动, 以增加将用于全民医疗保健的罪恶税收入。(照片由菲律宾卫生部 Grace Fe R. Buquiran 博士提供)

21 Kaiser, K., Bredenkamp, C. 和 Iglesias, R. (2016)。菲律宾的罪恶税改革: 改变公共财政、卫生和治理以实现更具包容性的发展。世界银行出版物。

22 RA 11467 Section 3 C. 对于机器包装的香烟

防止接触烟草烟雾（第 8 条）

第 8 条是《全球战略》确定的优先事项之一,是有时限的条款,仍然是《公约》执行最多的条款;缔约方在加强其政策以确保对其公民免受环境烟草烟雾的更高水平的保护方面继续取得进展。

越来越多的例子表明,地方管辖区建立并加强现有的全国性禁烟令,将其扩展到各种户外区域。这是通过法令、行政和行政命令以及此类地方实体可以使用的其他机制来完成的。

在从部分禁烟到全面禁烟方面仍需取得更多进展,尤其是在酒店业和私人工作场所。

防止环境烟草烟雾的措施。2020 年,总体而言,94% 的缔约方实施了措施,通过在室内工作场所、公共交通、室内公共场所以及酌情在其他公共场所。与 2018 年的 92% 相比略有增加。

大多数缔约方 (89%) 在其国家立法中包含某种形式的禁烟令,高于 2018 年的 84%。此外,27% 的缔约方报告说他们有关于无烟环境的地方立法。另一方面,20% 的缔约方报告根据自愿协议制定了禁烟令。几个缔约方在其进展说明中描述了新的立法措施 (或对其现有立法的修订),以加强保护其公民免受二手烟危害。报告称自 2018 年以来通过或颁布了与《公约》第 8 条有关的措施的新立法的缔约方包括安提瓜和巴布达、白俄罗斯、科特迪瓦、刚果民主共和国、格鲁吉亚、日本、拉脱维亚、立陶宛、马来西亚、毛里塔尼亚、纽埃、大韩民国、圣卢西亚、瑞典和泰国。

无烟环境的要求最常包含在缔约方的综合烟草控制法律中。在其他情况下,与公约第 8 条有关的措施与其他烟草控制措施一起包含在更全面的健康促进或公共卫生法案中。在许多情况下,法律辅以其他文书,例如法规、法令以及行政和行政文书,这些文书提供了有关当局需要如何实施禁烟的更多细节。在那些以前有建立无烟环境的较低级别法规 (如通函、部长命令或法令) 的国家中,许多国家已将此类文书替换为国家法律和相应法规,同时使其监管框架更加合规并符合公约的要求。

也有很多例子是缔约方使用多种工具 (法律、法规、法令、行政/行政命令或地方法令等)。例如,除了全国性措施外,一些缔约方报告称,包括地方政府在内的地方管辖区主动禁止在户外区域吸烟,如上所述。在澳大利亚和加拿大等联邦州,地方无烟政策很普遍,但没有联邦结构的国家在国家一级禁烟令尚未颁布或不完整时也会使用此选项。

作为一个例子,我们发现大韩民国的国家法律为烟草控制行动提供了框架; 1995 年《国家健康促进法》规定

禁止吸烟的目标设施,并预计对不遵守规定的罚款。在此基础上,市政当局可以根据市政章程指定禁烟区并处以罚款。

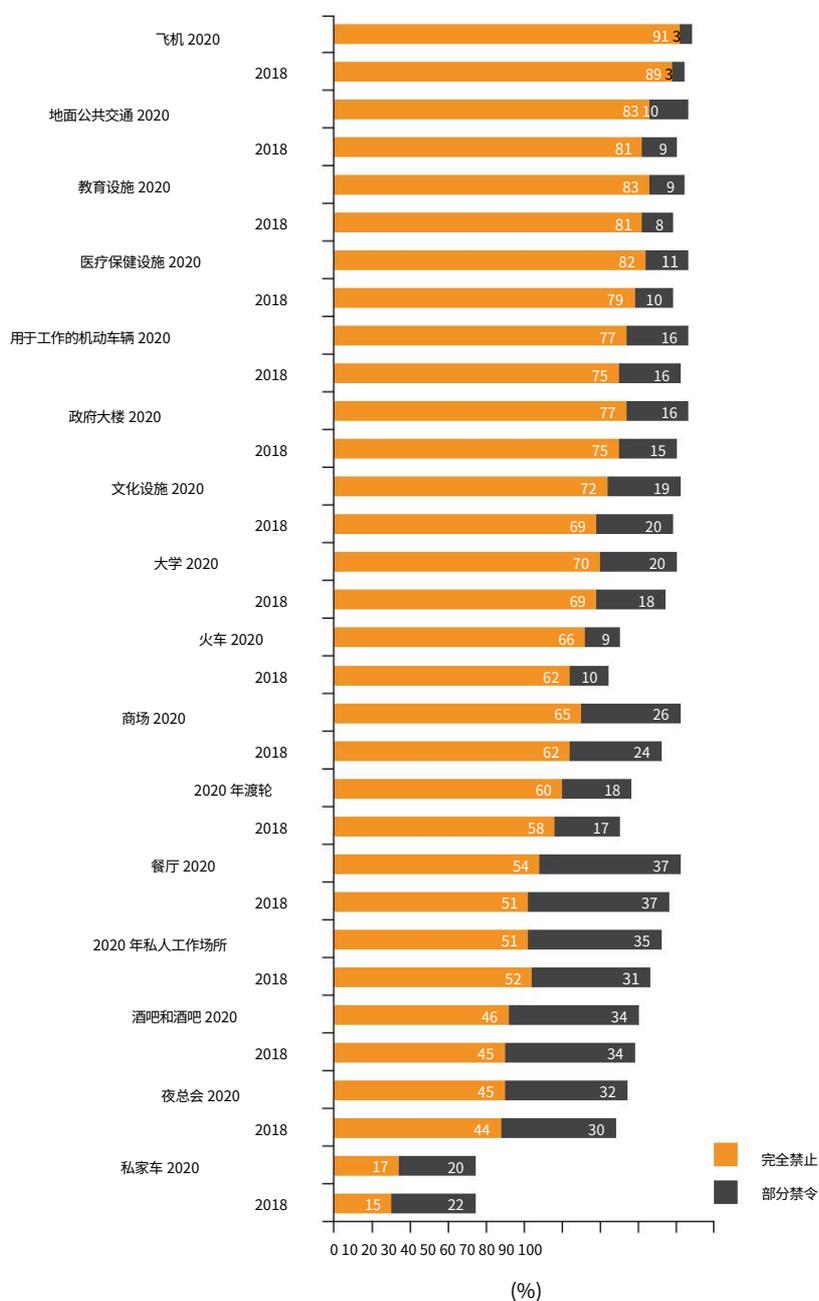
一项行政命令——《执法条例》——规定了不遵守规定的处罚范围,例如在无烟区吸烟。一些机构,如大学的学生俱乐部、公司和公寓居民有权通过自下而上的举措采取自我监管(自愿协议)来禁止吸烟。

最后,以互补的方式,一些私营公司在绩效评估和招聘程序中反映了员工的吸烟习惯。卫生和福利部每年都会在世界无烟日颁发一个奖项,以表彰那些在促进员工健康方面表现最为出色的公司,例如开展戒烟计划。

许多国家使用立法、行政、行政或其他措施来提供无烟环境的其他例子包括但不限于奥地利、白俄罗斯、智利、克罗地亚、捷克、法国、巴拿马、秘鲁、菲律宾、新加坡、泰国和土耳其。他们报告说拥有两种以上的工具——相互构建——以确保对环境烟草烟雾进行尽可能高的保护。

如图 6 所示,全面禁烟在飞机、地面公共交通、教育设施和医疗保健设施中最为常见,超过 80% 的缔约方在这些环境中实施。部分禁令在招待场所(餐馆、酒馆、酒吧和夜总会)和私人工作场所仍然很常见;大约三分之一的缔约方在这些环境中只有部分禁令。与 2018 年相比,完全禁烟在大多数环境中变得更加普遍。私家车内的禁烟令仍未普及。

图 6 报告禁烟用完全禁烟或部分禁令的缔约方百分比报告(在 2018-2020 年的不同环境中采用 (n=181))



当儿童在场时,将禁烟令扩大到户外区域和汽车的既定趋势仍在继续。在涉及的室外区域中,运动场和体育场是最常被覆盖的,但在一些缔约方,公园、公共花园、动物园、主题公园、水上乐园甚至街道或城市部分地区等其他场所也已实现无烟化。

此外,在越来越多的缔约方中,无烟村庄和城市的概念正在传播,这些措施是基于地方或地方政府或其他有关当局的行政/行政命令。中国报告称,目前有 20 个无烟城市,覆盖了中国总人口的十分之一。斐济报告有四个无烟村庄和三个无烟城市。在基里巴斯,224 个社区(村庄/maneaba 大厅)宣布自己为无烟社区。在墨西哥,三个联邦实体(州)制定了要求无烟环境的法律(阿瓜斯卡连特斯、恰帕斯和尤卡坦)。巴拉圭报告称,其 94 个(总共 254 个)城市已经通过了无烟条例。

伊朗伊斯兰共和国报告称,库姆成为无烟城市,与沙特阿拉伯的麦加和麦地那等其他圣城一样。

在菲律宾,越来越多的地方政府部门采用当地法令来创造 100% 无烟环境;那些执行此类条例的人可以获得红兰花奖,以激励其他人也采取行动。围绕红兰花奖的宣传部分也用于提高人们对根据公约第 12 条加强实施无烟措施的必要性的认识。

一些缔约方还强调在有儿童的情况下禁止在车内吸烟,但儿童的年龄定义各不相同(通常为 18 岁,但其他选项为 12 或 14 岁)。在意大利和立陶宛,孕妇也受到这种保护,并且不允许在有孕妇的情况下在车内吸烟。在保加利亚,即使在允许吸烟的开放公共场所,18 岁以下的人也被禁止吸烟。

普遍保护免受接触烟草烟雾。正如第 8 条实施指南中重申的那样,缔约方应努力在《公约》对其生效后的五年内提供普遍保护,确保所有室内公共场所、所有室内工作场所、所有公共交通工具和可能的其他(户外或准户外)公共场所依法不得接触二手烟。为了评估对这一义务的遵守情况,对缔约方报告的全面禁烟令进行了分析,分析了报告文书中使用的关键指标的关键环境。

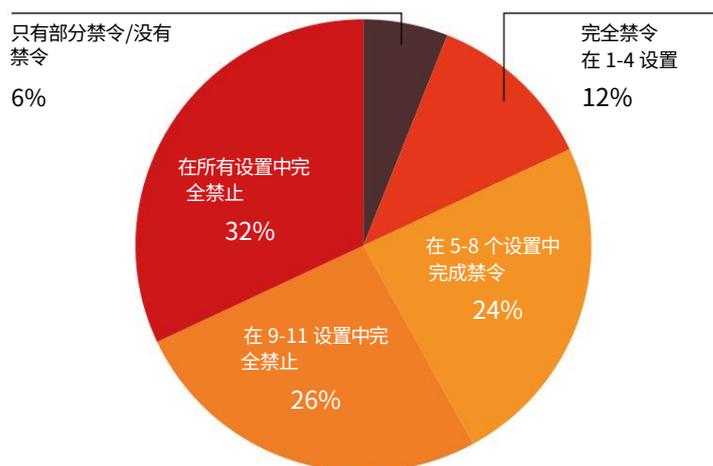
尽管在大多数情况下单个指标的执行率都很高,但观察集群中的指标(例如,指标的组合),情况不再那么乐观。分析集群实施率可能是国家立法/法规全面性的一个指标:集群实施率越高,通过的立法/法规越全面。

对于室内工作场所和室内公共场所的普遍保护,分析中包括以下环境:政府大楼、医疗保健设施、教育设施、大学、私人工作场所、用作工作场所的机动车辆(例如,出租车、救护车或送货车辆)、文化设施和购物中心。到 2020 年,只有 75 个缔约方(占 181 个缔约方的 41%)报告说他们在所有这些环境中都完全禁止吸烟。

此外,82 个缔约方(45%)报告在所有酒馆、酒吧和餐馆全面禁烟。公共交通(另一个综合指标)最好地履行了普遍保护的义务,共有 146 个缔约方(81%)报告说,到 2020 年,它们在地面公共交通(公共汽车、无轨电车和有轨电车)和飞机上都全面禁烟。 23

总体而言,为了履行《公约》规定的提供普遍保护免于接触烟草烟雾的义务,缔约方应依法在所有或尽可能多的环境中全面禁止烟草使用。在评估所有上述环境中的遵守情况时,只有不到三分之一 (58) 的缔约方报告在所有这些环境中都完全禁烟 (图 7)。然而,另外 48 个缔约方报告了在这些环境中的大多数完全禁烟 (图 7)。

图 7. 室内公共场所和公共交通中全面禁烟的场所数量,按缔约方报告的范围(工作场所) (1)



执法机制/基础设施。约 82% 的缔约方报告说已经建立了执行无烟措施的机制/基础设施。许多缔约方提供了其实施的执法基础设施的详细信息,包括如《准则》所建议的负责执法的一个或多个主管部门,以及监测遵守情况和起诉违规者的系统。

有效执行无烟立法是确保高影响力的关键组成部分,学习缔约方的执法经验需要在未来得到更多关注。因此,对缔约方提供的有关其执法基础设施和活动的详细信息进行了彻底分析。所涉及的主要利益相关者、机构,特别是负责执法的官员、地方政府和司法系统,以及他们在执法活动中参与和相互协调的方式,各方之间存在显著差异。但是,可以观察到一些一般模式。

首先,大多数缔约方利用现有的基础设施和合规机制来检查营业场所和工作场所。30 多个缔约方表示,在政府中,卫生部 (以及在较小程度上,其他部委,如内政部、司法部及其附属机构,例如公共卫生机构) 在整体协调烟雾执法活动中发挥作用- 免费政策。在类似程度上,30 多个缔约方报告说警察部队 (在某些情况下是卫生警察和民警) 在这一过程中发挥了作用,少数缔约方报告说海关也在对地面。23 个缔约方特别强调了地方政府及其地方当局的参与,包括消防、交通、住房和劳动监管部门,这是由

24 报告仪器中包含的设置列表: 1) 飞机; 2) 地面公共交通工具 (公共汽车、无轨电车和有轨电车); 3) 政府大楼; 4) 保健设施; 5) 教育设施; 6) 大学; 7) 私人工作场所; 8) 用作工作场所的机动车辆 (例如出租车、救护车或送货车辆); 9) 文化设施; 10) 商场; 11) 酒馆和酒吧; 12) 餐馆。

第 8 条实施指南。这些当局雇用的检查员,其职责是监督无烟规则的实施,包括卫生、公共卫生、环境、食品安全和消费者保护检查员(“授权官员”)。马绍尔群岛报告称,2011 年 3 月根据国家法律成立的社区非营利组织 Kumit Bobrae 联盟也在执行无烟立法方面发挥作用。

具有联邦结构的国家,包括澳大利亚和加拿大,报告说它们的执法基础设施很复杂,并且因州而异。澳大利亚对各州的执法机构做了很好的总结,加拿大在其描述中提供了执法程序的例子。大不列颠及北爱尔兰联合王国提交了一份题为“英格兰实施无烟立法:议会监管官员指南 - 第二版”的文件,25作为描述执法基础设施及其运作的指导文件示例。

哥伦比亚还提交了一个平台的详细信息,其中包含关于首都波哥大的监控基础设施和举措的信息。26

一些缔约方建立了特定实体来执行无烟规则或实施特定项目——主要基于信息技术——以帮助执行执法行动。例如,在汤加,卫生部内设立了一个专门的烟草执法部门,负责在包括其外岛在内的全国各地开展执法活动。在土耳其,使用移动设备的检查系统正在使用中,通过该系统,甚至在检查期间拍摄的照片也可以在线获取。附在它上面的是一个绿色探测器移动应用程序,任何人都可以在其中通知违法行为。俄罗斯联邦也有类似的系统可供公众举报违反无烟立法的行为。

一些缔约方还报告了加强其现有的无烟规则执行。例如,阿塞拜疆在其《行政违法法典》中对在禁止吸烟的地方实施了新的处罚;即使是在工作时吸烟的公交车司机也可以向当局举报。在奥地利,宪法法院确认,无论是传统烟草制品还是新型和新兴烟草制品,全面禁烟都不应有例外;因此,禁令应同样适用于所有类型的电子烟和水管。

在执行方面,17 个缔约方特别强调了将合规责任置于受监管场所的所有者、管理者、看护人或其他负责人身上的重要性,后者还明确了他们需要采取的行动。

进一步分析和记录无烟执法基础设施的运作情况,可以为缔约方提供更实际、更实际的成功干预实例,从而确保法律的有效实施。在无烟立法通过和颁布之后的几年里,这一点尤其重要,直到这些规则成为日常生活和日常实践的一部分。

第 8 条实施指南。到 2020 年,73% 的缔约方报告使用了这些指南,而 2018 年这一比例为 70%。

25 <https://www.cieh.org/media/1258/implementation-of-smokefree-legislation-in-england-guidance-for-council-regulatory-officer-second-edition.pdf>

26 <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-ambiental/libreshumo/>

塞舌尔

案例分析

与世卫组织合作开展烟草合规试点项目的缔约方

为了加强世卫组织报告有关烟草控制政策遵守情况的准确、优质、可靠和可比数据的能力,世卫组织开展了一项试点调查项目,以测试收集数据的不同方法,以监测遵守无烟政策和烟草广告、促销和禁令的情况。赞助。塞舌尔是 2019 年这项研究的七个参与试点国家之一。

2009 年颁布的《塞舌尔烟草控制法》规定全面禁止在所有封闭场所吸烟,全面禁止所有直接和间接的烟草广告、促销和赞助。在实施过程中,塞舌尔参与了对规定措施的遵守情况的评估。2011 年和 2014 年在酒店场所进行了两次常规合规调查。²⁷由于该国对监测合规性的内在兴趣,塞舌尔也在 2019 年参与了新的世卫组织项目。

在试点项目中,使用了三种数据收集方法:

1. 由训练有素的数据收集者在全国范围内进行的常规调查
抽样场地,作为“黄金标准”;
2. 扩大专家调查,征求 40-60 名卫生专业人员的意见
在全国各地;和
3. 众包调查,通过使用移动应用程序 (TobaccoSpotter) 的合规和不合规报告来征求公众的意见。

鉴于塞舌尔人口稀少,常规调查的合格地点包括位于马埃岛和普拉兰岛两个主要岛屿的 829 家注册卫生设施、教育设施、餐厅、酒吧、酒店、商店、媒体渠道、交通选择和私人办公室。

众包调查是通过为期四个星期的宣传活动引入的,目的是通过印刷媒体上的广告、广播节目和社交媒体上的帖子来鼓励公众参与。向政府办公室、私人组织和青年团体发送电子邮件,以鼓励公众参与。

传统和众包调查分为三个部分:无烟、销售点和媒体。对于无烟调查,参与者被要求观察医疗保健设施、教育设施、大学、政府设施、室内办公室、餐馆、酒馆、酒吧和公共交通。然后参与者被问到一系列问题:“你有没有看到有人在场地的任何封闭区域吸食传统烟草产品?使用电子尼古丁输送系统?

有烟灰缸和禁烟标志吗?”这些主要和次要指标用于计算每种无烟场所类型的合规率。

对于销售点和媒体调查,参与者被要求观察国家电视和广播、地方杂志、广告牌和户外广告,以及销售点零售店的广告、产品展示、价格折扣、品牌延伸和

²⁷ 之前在塞舌尔进行的两次调查结果都在提交给卫生部的报告中进行了分析和汇编,并公布了 2011 年调查的结果 (Viswanathan B 等人;烟草控制 2011;20:427-30)。

分享和烟草赞助。这些指标用于计算每个销售点和媒体类型的合规率。

共有 640 份常规调查提交、891 份众包调查提交和 60 份扩展专家调查提交。

总体而言,该试点项目表明公众高度遵守塞舌尔的无烟措施。与其他方法相比,众包高估了不合规,因为用户倾向于只报告异常情况(即不合规)。众包可能会为传统的合规调查提供一种具有成本效益的替代方案,但需要更多的研究来建立关于向公众开放的众包应用程序产生的数据的可靠性和有效性的证据。此外,该方法的社会可接受性需要进一步评估。

烟草控制委员会成员与世卫组织团队讨论试点调查的实施情况。



(照片由心血管疾病预防和控制单位 Bharathi Viswanathan 提供
疾病,塞舌尔公共卫生局)。

烟草制品成分监管（第 9 条）和烟草制品披露监管（第 10 条）

关键
观察

尽管近年来取得了进展,但只有大约一半的缔约方对烟草制品的成分和释放物进行监管、测试或测量。

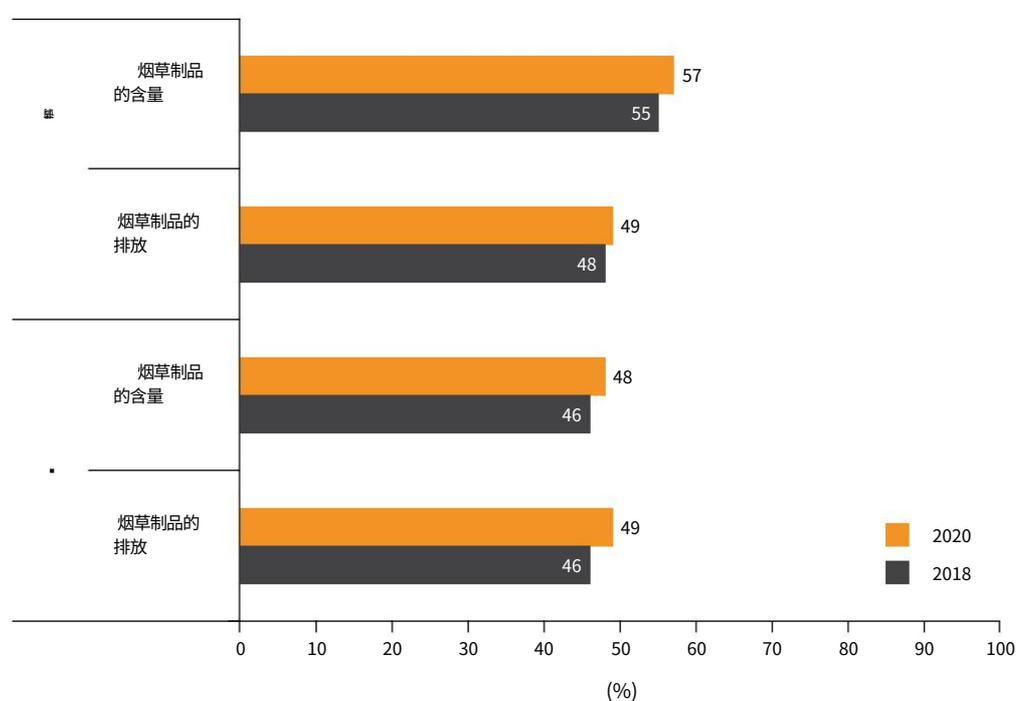
禁止在烟草产品中使用特征香料或添加剂似乎是一个积极的趋势。

三分之二以上的缔约方要求披露其内容的信息

烟草产品向政府当局提交,但对产品释放物的要求较少。公开披露,尤其是与排放有关的披露,仍然很少见。

管制烟草制品的成分和释放物根据最新信息,超过一半的缔约方对烟草制品的成分和几乎一半的释放物进行管制。(图 8)

图 8. 2018-2020 年报告根据第 9 条执行条款的缔约方百分比



几个缔约方强调了在调节香精和添加剂等其他成分以及增加产品吸引力的设计特征方面取得的进展,包括着色特性或添加吸引人的气味。加拿大于 2018 年修订了其《烟草和电子烟产品法》,禁止在所有烟草产品中使用薄荷醇和丁香。薄荷醇禁令于 2020 年在所有欧盟国家和土耳其生效。比利时、波兰和土耳其也报告禁止在其任何成分中含有香料的烟草产品,例如过滤嘴、纸、包装和胶囊,或任何允许改变烟草产品气味或味道、烟雾强度或颜色的设计特征。他们的排放量。波兰和土耳其的法规还要求过滤嘴、纸和胶囊不含烟草或尼古丁(有关土耳其法规的更多详细信息,请参见文本框)。



世界卫生组织《烟草控制框架公约》第9条和第10条国际技术研讨会,中国北京,2019年12月。(图片由公约秘书处提供)。

缔约方还报告了其他领域的进展。澳大利亚报告说,根据第9条和第10条的部分实施指南的建议,在其管辖范围内生产或进口的所有卷烟都必须遵守降低引燃倾向以防止火灾风险的强制性标准。此外,澳大利亚报告说,这些条款是被视为当前烟草控制立法专题审查的一部分。菲律宾报告称,其第11467号共和国法案加强了菲律宾食品和药物管理局对电子尼古丁输送系统和电子非尼古丁输送系统(ENDS/ENNDS)和加热烟草产品(HTP)生产商的监管权限。

还报告了加强第9条和第10条实施的信息交流和跨党派合作努力的例子。中国国家市场监督管理总局、外交部、中国检验检疫研究院在北京召开了实施第九条、第十条国际座谈会。丹麦报告了欧盟烟草控制联合行动中的工作,该行动旨在支持实施烟草产品指令2014/40/

欧盟在欧盟成员国中。具体而言,联合行动促进了对通过欧盟共同入口门收集的烟草制品成分数据的访问,协助成员国建立网络并加强研究机构和烟草检测实验室之间的合作,并为成员国制定关于烟草制品的政策提供支持。产品监管和更新重点添加剂清单等。2826伊朗伊斯兰共和国注意到与世卫组织国家办事处合作编写的关于第9条和第10条实施情况的新报告,强调了政策差距并提出了前进的道路。

测试和测量烟草制品的成分和释放物。大约一半的缔约方报告说他们测试和测量了烟草制品的成分和释放物(图8)。一些缔约方报告说正在推进该领域的立法。科特迪瓦报告称,要求分析烟草制品成分和释放物的新立法已于2019年通过,目前正在制定相关法规。刚果民主共和国报告说,与第9条和第10条有关的规定已纳入其公共卫生立法,正在等待通过和颁布实施措施。毛里求斯报告说,已采取措施将《公约》第9条和第10条要求的措施纳入其烟草控制条例。纽埃报告称,其2018年烟草控制法案包含遵守第10条的规定,该法案于2019年获得通过。帕劳报告称,其全面的烟草控制立法,包括遵守第9条和第10条的规定,已提交给国会。巴拉圭报告称,其国家监管机构正在制定测试和测量含量和排放物的法规。

火鸡

案例分析

香精、添加剂和技术特性的新规定

在土耳其,烟草制品监管被纳入国家烟草控制立法。除了测试和调节烟草产品的成分外,过滤器的成分也受到限制,过滤器通风和压降分析是由 2014 年 29 月在官方公报上发布的已废除的烟草和酒精市场监管局理事会决定要求的, 30土耳其拥有独立实验室,农业和林业部要求的分析由烟草业支付。

卫生部授权的科学委员会根据 WHO FCTC 评估成分。

2019年,烟草制品成分和释放物法规进一步发展,通过了《烟草制品生产类型、标签和监督程序和原则规定》。这项由农林部制定的新法规于 2019 年 3 月 1 日在官方公报上发布,并于 2020 年 1 月 5 日生效。³¹该法规对成分提出了几项新要求,包括:

- 不得将具有特征风味的香烟和手卷烟放入市场。
- 含有以下添加剂的烟草制品不得投放市场: a) 维生素或其他添加剂,给人以烟草制品含有健康益处或降低健康风险;
- b) 咖啡因、牛磺酸或其他与能量和活力有关的添加剂和兴奋剂化合物;
- c) 对排放物具有着色特性的添加剂;和
- d) 用于吸烟的烟草制品,促进吸入或尼古丁吸收的添加剂;以及未燃烧形式具有致癌、致突变、生殖毒性的添加剂。
- 任何成分中含有香料的香烟和手卷烟,例如过滤嘴、纸、包装和胶囊,或允许改变相关烟草产品的气味或味道或其烟雾强度的任何技术特征,不得被投放市场。过滤器、纸和胶囊不得含有烟草或尼古丁。
- 除防腐剂和保湿剂外,不得在卷烟生产中使用任何添加剂。

29 董事会关于确定用于烟草产品的过滤器的技术特性的决定发表在 2014 年 9 月 5 日的官方公报上,编号为 28995。

30 理事会关于评估成分通知和毒理学数据表中数据的决定”发表在 2012 年 5 月 30 日的官方公报上,编号为 28308。

31 烟草制品生产类型、标识和监督程序和原则规定”于 2019 年 1 月 3 日在官方公报上发布,编号为 30701。



2019 年的法规还授予农业和林业部向制造商收取相应费用的权利,以评估烟草产品是否具有特征风味,以及是否使用了违禁添加剂或调味剂。此外,对于评估烟草产品是否含有大量添加剂,其毒性或成瘾作用或相关烟草产品的致癌、致突变、生殖毒性的数量是否会显着增加和可测量的程度,以及授予的法规,也可以收取类似的费用。该部有权禁止将此类产品投放市场。

在 2019 年法规出台之前,2015 年在官方公报上发布的理事会决定已经禁止使用任何数量的薄荷醇。³²该禁令于 2019 年 1 月 1 日在制造商层面生效,并于 5 月在零售层面生效 2020 年 1 月。

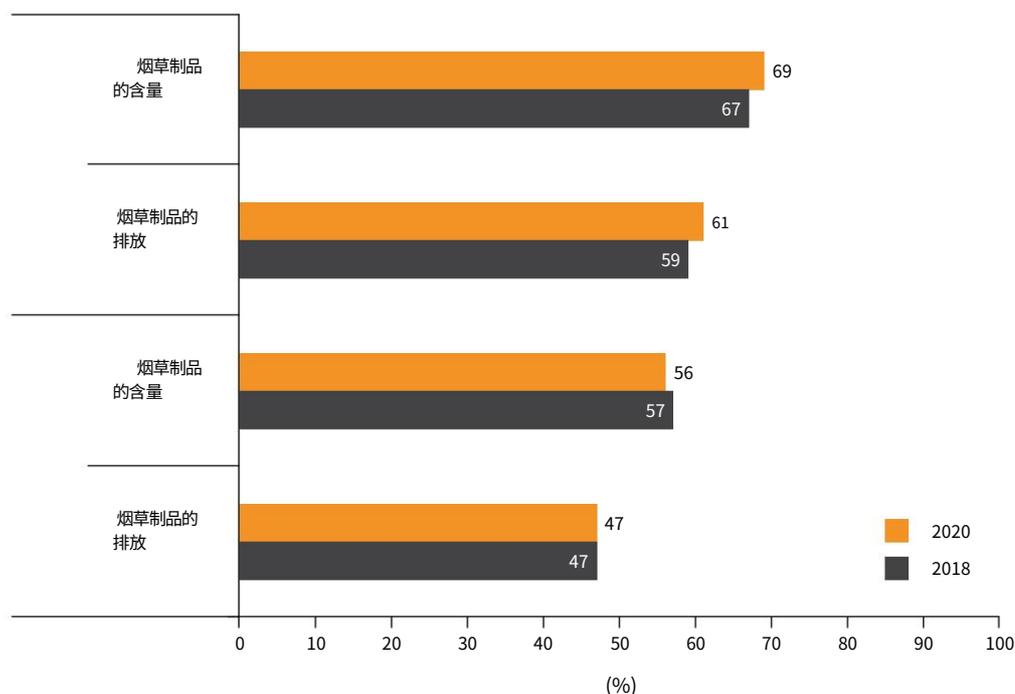
³² 理事会决定修改理事会关于评估成分通知和毒理学数据表中数据的决定,该决定发表在 2015 年 1 月 4 日的官方公报上,编号为 29313。

此外,许多缔约方强调了测试和测量方面的其他进展。布基纳法索报告说,现在可以从其国家实验室获得进口和本地生产烟草的尼古丁和焦油含量结果。丹麦指出,每年进行一次测试周期是为了评估对欧盟烟草产品指令和国家立法的遵守情况。在波兰,化学物质局于 2019 年开始核实提交销售的烟草制品通知,以检查含有对生殖特性具有致癌、致突变或毒性影响的维生素或添加剂的产品。大韩民国报告称,韩国食品药品监督管理局公布了 2018 年 HTPs 中 11 种有害物质(包括尼古丁和焦油)和严重肺部疾病诱发物质(包括大麻诱发物质和维生素 E 醋酸盐)的含量分析结果)来自 2019 年国内流通的电子烟液体。

与第 9 条相关的第 9 条和第 10 条实施部分指南。到 2020 年,52%的所有缔约方报告已使用这些部分指南,与 2018 年(51%)相比略有增加。

向政府当局和公众披露。根据缔约方报告中最新更新的信息,约三分之二的缔约方要求烟草制品制造商或进口商向国家当局披露有关产品成分和释放物的信息(图 9)。目前,大约一半的缔约方要求向公众提供此类披露。与 2018 年相比,向公众披露的情况没有改善,但在要求相关部门披露方面出现了轻微的积极趋势。

图 9 报告执行条款的缔约方百分比(%) 图 9.18 2018-2020 年报告根据第 10 条执行条款的缔约



几个缔约方报告了在向政府当局披露信息方面的最新进展。布基纳法索报告说,他们的国家实验室现在向国家烟草控制委员会提供有关定期出售的卷烟样品的成分和释放物的信息。在科特迪瓦,2019年的新立法要求烟草制品制造商和进口商每年向卫生部通报与烟草制品的质量、数量、成分和释放物有关的所有信息。在巴林,烟草制品制造商被要求提交关于其产品成分的年度报告。此外,2020年建立了一个新系统,向卫生部注册烟草产品。系统应记录每种产品的成分及其图片警告。洪都拉斯指出,他们新的国家烟草控制计划预见烟草制品信息披露的规定。

此外,加拿大修订了其《烟草报告条例》,规定了报告有关烟草制造商的销售、制造过程、成分、成分、排放物和研发活动以及促销活动的信息的要求。修订旨在更新和澄清要求,使其更符合当前环境并消除多余的要求,并更新了烟草制品抽样和检测的官方检测方法,以反映技术进步。预计这些修正案将提高烟草业提交的信息的质量和完整性。

一些缔约方报告公开披露了在欧盟产品通知过程中收集的信息。例如,法国报告说,国家食品、环境和职业健康安全局公开信息,这不属于工商业保密范围。截至2019年底,数据库中列出了2500多种烟草产品在法国宣布销售,28000多种电子烟产品。西班牙报告称,与欧盟共同入口门户网站(上文也提到与丹麦有关)的烟草制品及其排放物清单发布在卫生部的网站上,并每月更新。瑞典报告称,已在其网站上公布了已向公共卫生局报告的烟草产品清单。

与第10条相关的第9条和第10条的部分实施指南。到2020年,51%的缔约方报告使用了部分指南,与2018年(50%)相比略有增加。

烟草制品的包装和标签（第 11 条）

这篇文章在最高执行方面继续排名第二

在所有公约条款中,在有时限条款中排名第二。

三分之二的缔约方现在要求健康警句至少覆盖烟草包装的主要展示区域的 50%,在大多数缔约方中,该区域占主要展示区域的不低于 30%。

越来越多的缔约方采用了无装饰包装,加速了

限制使用烟草包装作为一种广告和促销形式并提高健康警句有效性的国际趋势。在这方面,世界贸易组织 (WTO) 上诉机构的总体结论认为无装饰包装对公共卫生做出了有意义的贡献,这可能会鼓励更多国家实施这一措施。

健康警句。根据缔约方的最新信息,大多数需要健康警句,但仍有 18 个缔约方不需要任何健康警句 (图 10)。在实施第 11 条的各项要求方面可以发现一些总体进展;在健康警句的大小和向图形健康警句的过渡方面取得的进展更为显著。

近三分之二的缔约方报告说健康警句覆盖了包装主要展示区域的 50% 或更多 (2018 年为 59%),82% 的缔约方要求警告语的大小不小于主要展示区域的 30% (78 2018 年的百分比)。基于这两个指标,36 个缔约方 (20%) 报告说它们的主要展示区域尚未达到 50% 或更多的要求,但要求不少于 30%。

一些缔约方详细说明了它们为增加健康警句的大小而采取的措施。科特迪瓦 2019 年的一项法律规定,图形健康警句至少覆盖烟草产品包装主要表面的 70%。

伊拉克中央标准化和质量控制组织通过的烟草制品法规修正案将包装正面和背面的图形健康警句尺寸从 30% 增加到 40%。在日本,从 2020 年 4 月 1 日起,健康警句必须占据不少于 50% 的主要展示区域。

黑山在 2019 年采用了图形健康警句,覆盖了每包烟草制品 65% 的主要表面积。巴基斯坦报告称,他们已在 2018 年 6 月将健康警句的大小增加到 50%,然后自 2019 年 6 月起增加到 60%。新加坡在 2019 年通过了新法规,要求将新的图形健康警句的大小增加到至少占主要展示区域的 75%。苏丹还将警告的大小从包装表面的 30% 增加到 75%。

土耳其于 2019 年通过了一项法规,将图形健康警句的尺寸增加到吸烟烟草产品包装正面和背面的 85%。

许多缔约方 (哥伦比亚、哥斯达黎加、厄瓜多尔、毛里求斯、巴拿马、秘鲁、菲律宾、大韩民国、摩尔多瓦共和国和苏里南) 报告自上次报告以来已通过和/或实施了一套新的健康警句。

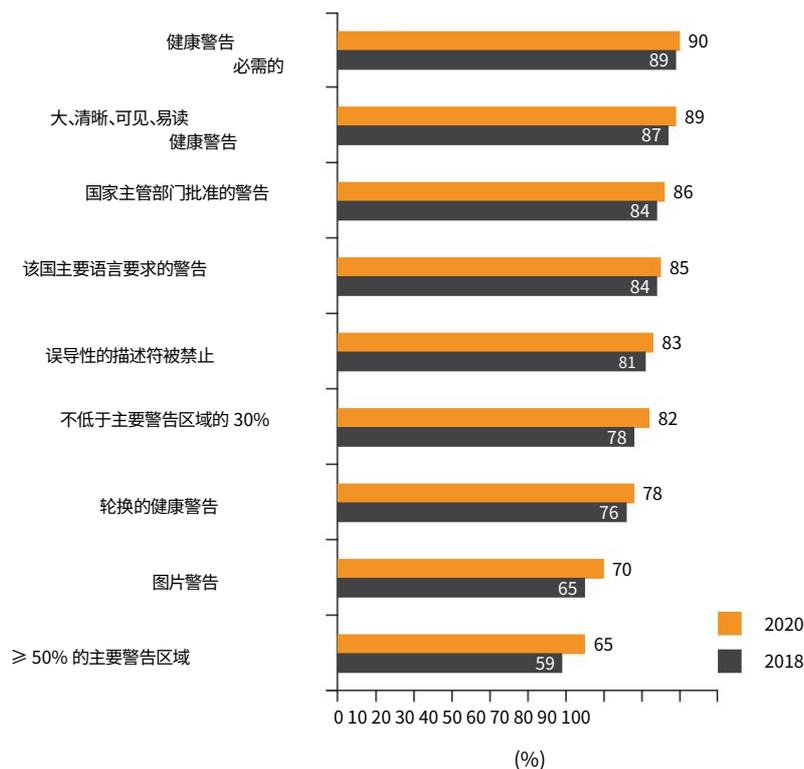
关于健康警句的语言,苏里南报告称,自 2018 年 12 月以来,健康警句出现在该国的两种官方语言 (英语和荷兰语) 中。瓦努阿图的图形健康警句占据了包装正面和背面的 90%,以三种语言 (比斯拉马语、法语和英语) 出现。

加拿大政府就烟草制品的新健康相关标签进行了公众咨询,除其他建议外,还提出了在每根烟棒上印制健康警句的建议。公众咨询于 2018 年底进行,其报告于 2019 年 8 月发布。³³据报道,加拿大卫生部

33 <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/consultation-new-labelling-tobacco-what-we-heard.html>

制定新一轮包装警告和将警告直接纳入卷烟本身的法规。

图10. 2018-2020年执行第11条规定的有时
2018-2020年根据第11条 (n=181)



使用图片警告。约三分之二的缔约方要求在烟草制品包装上以图片或象形图的形式出现健康警语（图10），与2018年相比显着增加。

一些缔约方报告采用了图形健康警语。在冈比亚,2016年《烟草控制法》要求的图形健康警语需要在2020年底之前出现在卷烟包装上。尼日尔还要求从2020年11月起在所有烟草产品包装上使用图形健康警语。大韩民国已制定并实施HTP的图片健康警告,自2017年6月起在该国提供。

泰国通过连续发布两套法规报告了若干事项的进展。第一个 (BE 2561)限制在包装中使用促销元素。第二个于2018年12月采用 (BE 2562),引入了卷烟无装饰包装,使泰国成为亚洲第一个对烟草产品采用无装饰包装的国家。同时,图形健康警示语将覆盖85%的正反面,而文字警示语将覆盖60%的侧面区域。

一些缔约方报告了与包装和标签政策有关的研究。

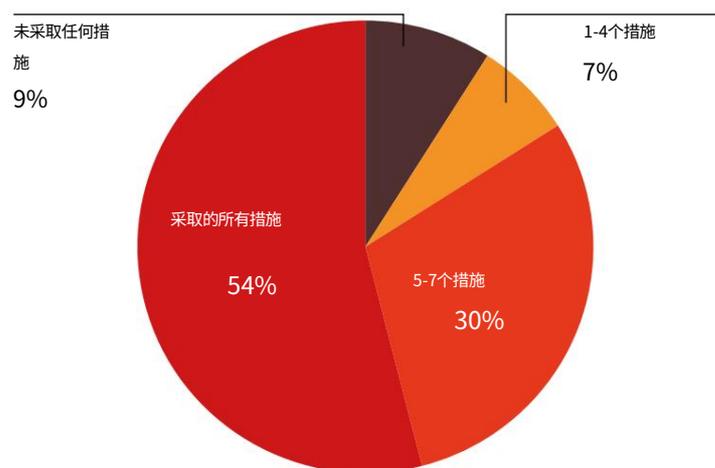
塞内加尔、苏丹和越南报告称,他们评估了图形健康警语的有效性。具体而言,越南评估了其先前的一组图形健康警语的有效性,此外,还提出了12个新的健康警语样本供公众咨询。

在执法方面,柬埔寨报告称,已对490名烟草检查员进行了培训,以监督和执行2015年通过的《关于印制高棉语健康警告和烟草制品包装图片的次级法令》,并组织了讲习班为地方当局。

突出健康警示。正如第 11 条实施指南中所重申的那样,带有图片的较大警告更容易引起注意,更可能传达健康风险,更可能引起更大的情绪反应,并增加烟草使用者戒烟和戒烟的动机。与只有文字的小型健康警示语相比,减少他们的烟草消费。为评估有效包装和标签措施的采用情况,从缔约方的报告中分析了以下一组指标:禁止误导性描述;需要健康警示;国家主管当局批准的健康警示语;轮换的健康警示语;大、清晰、可见和易读的健康警示语;健康警示语占主要展示区域不低于30%;健康警示语占主要展示区域50%以上;和图片或象形图形式的健康警示语。到 2020 年,超过一半(98 个)缔约方报告采取了上述所有措施,并通过突出的健康警示语履行了采取和实施有效包装和标签措施的义务(图 11)。该条规定的低遵守率更令人担忧,因为实施这些措施的时间表是在《公约》批准后三年。

此外,在仍仅实施文字警示语的 54 个缔约方中,有 7 个缔约方报告其纯文字警示语占主要显示区域的 50% 或更多。25 个缔约方报告说,它们的纯文字警示语甚至没有覆盖 30% 的主要展示区域。

图 11 有效包装和标签措施的数量图 11 截至 2020 年报告的缔约方 (n=118)³⁴ 采用



34 报告文书中包含的措施清单: 1) 禁止误导性描述; 2) 需要健康警示; 3) 经国家主管部门批准的健康警示语; 4) 轮换健康警示语; 5) 大、清晰、醒目、易读的健康警示语; 6) 健康警示语占主要展示区域不低于30%; (七)占主要展示面积50%以上的健康警示语; 8) 图片或象形图形式的健康警示语。

普通的包装

截至 2021 年 3 月,以下各方已强制执行无装饰包装,按采用日期排列:

派对	收养日期
澳大利亚	2012 年 12 月 1 日
法国	2017 年 1 月 1 日
大不列颠及北爱尔兰联合王国	2017 年 5 月 20 日
新西兰	2018 年 6 月 6 日
挪威	2018 年 7 月 1 日
爱尔兰	2018 年 9 月 30 日
匈牙利	2019 年 5 月 20 日
泰国	2019 年 12 月 8 日
乌拉圭	2019 年 12 月 22 日
沙特阿拉伯	2020 年 1 月 1 日
火鸡	2020 年 1 月 5 日
斯洛文尼亚	2020 年 1 月 1 日
以色列	2020 年 1 月 8 日
加拿大	2020 年 2 月 7 日
新加坡	2020 年 7 月 1 日
荷兰	2020 年 10 月 1 日
比利时	2021 年 1 月 1 日

此外,平装法和法规已经通过,仅等待格鲁吉亚(2023 年 1 月 1 日)生效或实施,而布基纳法索和罗马尼亚需要发布其他法规(当前立法包括制定标准化包装的授权条款规定)。最后,其他一些缔约方报告说它们也已开始制定立法和/或有兴趣采用无装饰包装,其中包括智利、丹麦、厄瓜多尔、芬兰、伊朗伊斯兰共和国、约旦、科威特、立陶宛、毛里求斯、巴拿马、大韩民国、南非、斯里兰卡、瑞典、乌克兰和缅甸。

2020 年 6 月,在此问题上的另一项重要国际进展中,世贸组织上诉机构报告了几个国家针对澳大利亚就普通(标准化)包装立法提出的争端结果。该裁决确认了无装饰包装有助于实现其公共卫生目标,这一决定可被视为公共卫生领域具有里程碑意义的法律胜利。有关更多详细信息,请参阅责任部分(第 19 条)。

沙特阿拉伯

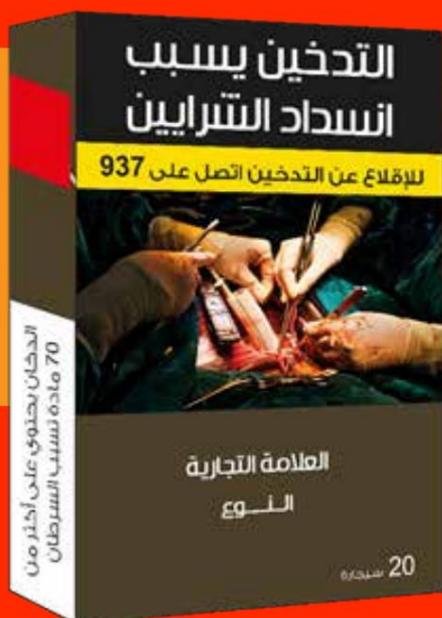
案例分析

东地中海开创性的平装

2018 年 6 月,沙特阿拉伯卫生部准备了一份关于在烟草产品中引入平装的提案草案。经过技术和法律审查以及世贸组织的反馈,该提案被沙特食品和药物管理局批准为技术法规。

平装法规于 2018 年 12 月发布,于 2019 年 8 月生效,首先适用于所有进口烟草制品,自 2020 年 1 月起适用于所有烟草制品,包括卷烟、雪茄、烟草糖浆、散装烟草和类似烟草制品。预计这项公共卫生措施的采用将阻止青少年消费烟草制品并支持烟草使用者戒烟。

该政策使沙特阿拉伯成为东地中海地区第一个采用无装饰包装的国家,使其符合《公约》第 11 条及其实施指南的要求。沙特的经验可能会为该地区的发展铺平道路,加强公约的实施。此外,海湾阿拉伯国家合作委员会正在讨论这一措施,以便在其他国家选择性实施。



缔约方发现在加强其包装和标签措施方面取得进一步进展变得越来越具有挑战性。烟草业一直反对制定、采用和执行包装和标签措施,这一问题反映在缔约方的报告中。例如,在阿富汗,烟草进口商设法阻挠图形健康警语的批准以及用当地语言书写警告的要求。为了在法庭上打击烟草业,哥伦比亚使用了第 11 条实施指南,为卫生部采取措施从包装中去除促销和广告元素,从而降低烟草产品包装的吸引力进行辩护。在刚果,缺乏正式法令阻碍了包装和标签法律条款的适用。约旦烟草制品监管委员会中烟草业代表的存在阻碍了现有法规的加强。基里巴斯的当地制造商尽管犯了罪,但并未遵守通过的法规。

烟草业继续发起法律挑战,以防止、延迟或削弱烟草控制法律法规的通过。据报道,有一个案件有利于公共卫生:2020 年 6 月 9 日,世贸组织上诉机构结束了始于 2012 年的争端,并公布了洪都拉斯和多米尼加共和国对澳大利亚提起的争端的报告³⁵。WTO 专家组的调查结果表明,澳大利亚的烟草平装法有助于公众健康,并且符合 WTO 涵盖的协议。上诉机构的结论是,“洪都拉斯和多米尼加共和国未能成功确定澳大利亚的[烟草平装]措施与相关协议的规定不符”。它发现,无装饰包装对贸易的限制不超过实现其公共卫生目标所必需的程度,它符合知识产权义务,并且澳大利亚的无装饰包装法与其他烟草控制措施相结合,“易于,并且做,为公共卫生做出有意义的贡献”。

这一决定是公共卫生和烟草控制的重大胜利,结束了始于 2012 年的争端,包括古巴、多米尼加共和国、洪都拉斯、印度尼西亚³⁶ 和乌克兰 (最初是投诉的一部分,乌克兰于 2015³⁷ 年决定退出) 就澳大利亚的平装法提出法律投诉。目前已有 17 个缔约方实施了平装,还有更多缔约方正在采用这种方式。

第 11 条实施指南。到 2020 年,69%的缔约方报告使用了这些指南,比 2018 年 (67%)略有增加。

35 <https://www.who.int/fctc/mediacentre/press-release/wto-landmark-legal-victory-tobacco-plain-packaging/en/>

36 https://www.wto.org/english/tratop_e/dispu_e/cases_e/1pagesum_e/ds435sum_e.pdf

37 <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/WT/DS/434-17.pdf&Open=True>

教育、交流、培训和公众意识 (第十二条)

关键 观察

n 大多数缔约方实施教育和公众意识方案。重要的是,一些缔约方成功地维持和进一步发展了在上一个报告期或之前建立的运动或活动。

n 缔约方已开始突出并提交其竞选活动的结果或计划评估研究。缔约方可以从此类评估结果中受益,它们还可以进一步鼓励其他缔约方在预先测试和循证方法上建立新的干预措施。

n 许多缔约方加强了更广泛范围的认识和参与利益相关者在他们的沟通和公众意识计划中,例如通过为决策者组织有针对性的培训和宣传活动,或通过促进教育和卫生机构之间的战略合作。

实施教育和公众意识计划。根据缔约方提供的最新信息,大多数缔约方(92%)报告说它们已经实施了教育和公众意识方案。一些缔约方成功地继续或进一步发展了它们先前建立的运动或活动。其中包括奥地利、阿塞拜疆、白俄罗斯、保加利亚、哥斯达黎加、朝鲜民主主义人民共和国、厄瓜多尔、斐济、芬兰、法国、格鲁吉亚、德国、牙买加、立陶宛、毛里求斯、荷兰、新西兰、阿曼、巴基斯坦、巴拿马、秘鲁、摩尔多瓦共和国、塞内加尔、新加坡、汤加、土耳其、大不列颠及北爱尔兰联合王国和越南。

其中,巴拿马报告称已于 2019 年 6 月组织了第三届“*At Full Lung*”,这是一项针对卫生和教育专业人士、学生和公众的体育赛事。

该活动伴随着一天的体育活动(例如尊巴舞)和一个提供疫苗接种、物理治疗、血压测量和营养咨询等服务的健康博览会。还举行了带有反吸烟信息的艺术表演。该活动的收益将捐给巴拿马的烟草控制联盟。

斐济(工作场所禁止吸烟)、冰岛(吸烟成本)、约旦(立法合规运动)、拉脱维亚(包括烟草和电子烟在内的成瘾物质)、墨西哥(多渠道青年运动)报告了新的宣传活动,缅甸(二手烟)、挪威(健康风险和戒烟)、波兰(二手烟,ENDS)、葡萄牙(针对吸烟女性的运动)、大韩民国(吸烟、二手烟和 HTP、戒烟的好处)、俄罗斯联邦(促进健康的生活方式和预防非传染性疾病)和大不列颠及北爱尔兰联合王国(例如,苏格兰青年的“选择生活”运动)。

世界无烟日仍然是缔约方最常强调的活动,阿富汗、中国、哥伦比亚、捷克、朝鲜民主主义人民共和国、牙买加、缅甸、阿曼、巴拿马、巴拉圭、菲律宾、塞内加尔、土耳其和大不列颠及北爱尔兰联合王国。例如,哥伦比亚报告称,在 2019 年世界无烟日,与各地区的卫生部长,特别是波哥大卫生部长协调开展了多项行动,而在 2020 年世界无烟日,国家癌症研究所正在推动一项运动促进青年参与世界无烟日宣传。

教育和公众意识计划的目标群体和信息。大多数已实施教育和公众意识方案的缔约方针对儿童或年轻人 (96%) ,大多数也针对成年人或公众 (94%) 。大多数缔约方还报告了针对女性 (78%) 、男性 (77%) 和孕妇 (73%) 。例如,中国报道称,全国妇联支持家庭成员共同营造无烟生活环境。不同的活动包括在他们的材料中分享烟草使用风险的信息,并在他们的活动和与家人和父母的面对面会议中讨论主题。

自 2018 年以来,各个重点领域没有显着变化。针对族裔群体的情况仍然最不常见,只有不到三分之一的缔约方 (29%) 报告了这一情况。

一些缔约方报告了在方案和活动方面取得的进展,特别是在学校方面。例如,在巴林,发起了一项针对 9 至 10 岁小学生的新运动,以提高人们对烟草有害影响的认识并防止早期试验。在加拿大,当地公共卫生部门和无烟安大略省合作伙伴共同制定了一项新的青少年预防战略。它旨在防止吸食烟草以及将社会或实验性吸烟升级为日常吸烟,并包括诸如无烟大专校园和转介戒烟服务等举措。冰岛报告了一项针对 11 至 15 岁儿童的学校课程计划的延续,该计划已为 11 至 15 岁儿童开展了大约 20 年,最近的发展包括预防使用 ENDS 和烟草使用。在伊拉克,已经启动了一个新的无烟学校项目,目标是初中生、他们的家人和老师。秘鲁报告称,卫生部继续运营禁烟巴士,该巴士自 2017 年以来在教育机构和大学中流通。到 2020 年,该巴士已惠及 26 000 名学童和大学生。

世卫组织所有区域的缔约方都指出,世界无烟日仍然是最常强调的事件。

捷克

案例分析

促进最弱势群体健康的倡议

捷克于 2018 年启动了一个为期五年的项目——为面临贫困和社会排斥风险的人提供有效的健康促进,其中包括处理烟草使用预防和咨询的项目。该项目由国家公共卫生研究所实施,并由欧盟的欧洲社会基金共同资助。

该倡议旨在以外展干预的形式支持目标群体的健康决定,该群体在该国占 150 万。该组约 65% 的成年人吸烟,包括孕妇,并且还面临其他风险因素,这导致预期寿命缩短和发病率高。

(照片由国家公共卫生研究所提供)

烟草使用预防计划

该项目需要建立缺失的基础设施以支持目标群体的健康,包括建立区域健康促进中心,以实施新的健康促进干预计划,该计划于 2020 年开始。

两项计划通过提高人们对烟草使用后果(包括二手烟和三手烟的风险)和戒烟的认识来关注烟草使用。

该项目的产出是预期目标群体的健康知识和行为改变方面的改进,这可以通过干预前后的世卫组织健康素养测试以及训练有素的现场工作人员和训练有素的讲师的可用性得到验证。从长远来看,该项目有望减少健康不平等,改善健康并增加就业,从而减少国家因疾病造成的经济损失。

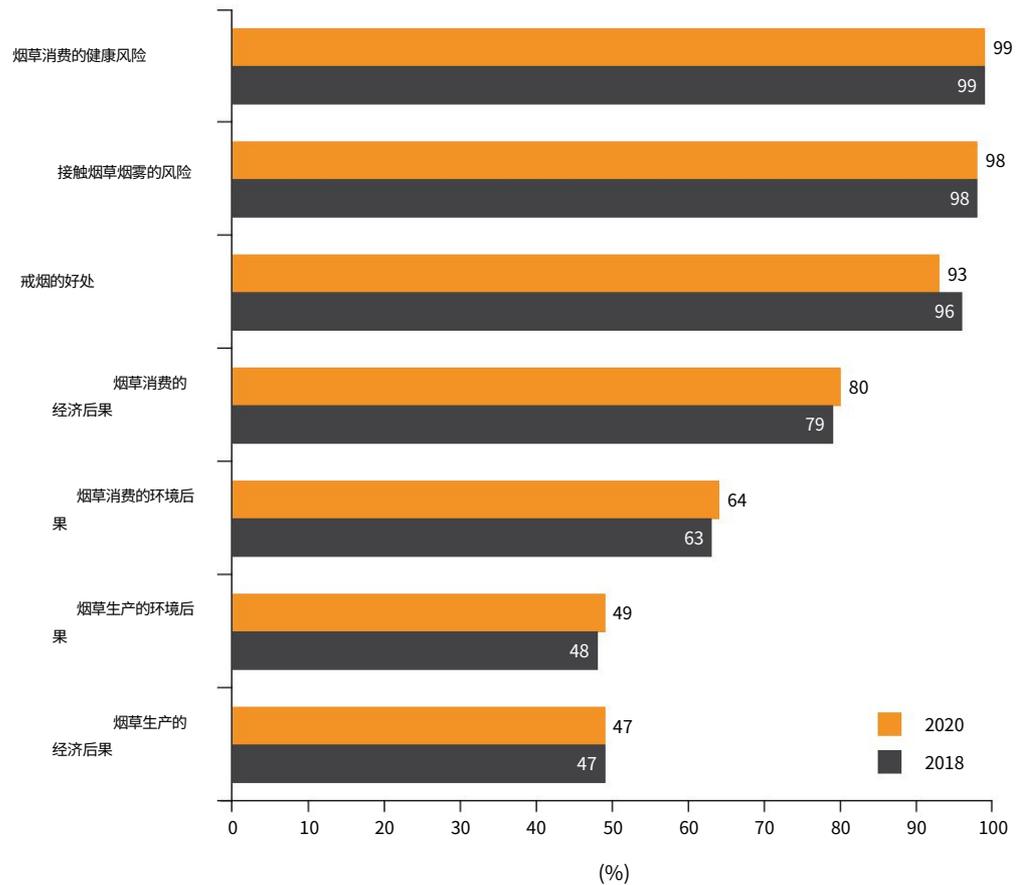


(照片由捷克国家公共卫生研究所提供)

几乎所有报告实施这些规划的缔约方都在其信息中涵盖了烟草使用的健康风险和接触烟草烟雾的风险（图 2）。

12)。大多数缔约方也涵盖了戒烟的好处,但与 2018 年相比变得不那么普遍了。对于其他主题,比例保持相似。烟草生产的经济和环境后果仍然是这些计划中覆盖最少的领域。作为交流戒烟好处的一个例子,巴拿马报告了他们在与 COVID-19 相关的交流中的活动。例如,准备了几种不同的信息和材料,以提高对吸烟者感染 COVID-19 严重性的认识。

图 6.1. 在教育领域,教育方案中涵盖各主题领域的缔约方百分比(%) (图 6.2. 在教育领域,教育方案中涵盖各主题领域的缔约方百分比(%) (2018 年 n=162; 2020 年 n=166)*)

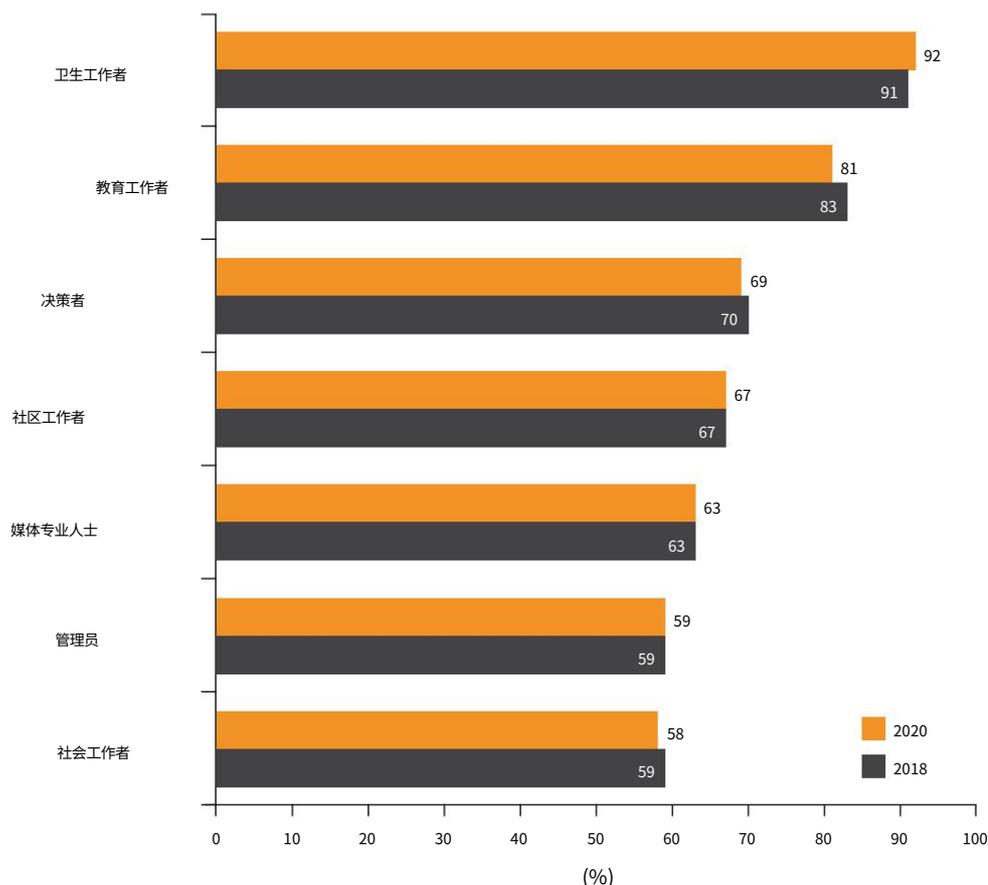


* 注:在已将诊断和治疗纳入医疗保健系统的缔约方中计算。

针对特殊群体开展烟草控制培训或宣传计划。

在已实施教育和公众意识方案的缔约方中,大多数已将其培训或宣传方案针对至少一个特定群体。有针对性的培训或计划最常针对卫生工作者和教育工作者,其次是决策者和社区工作者(图 13)。2018-2020 年未观察到重大变化,仅针对教育工作者的比例略有下降。

图 13 将方案针对特定群体的缔约方百分比(%) 图 14 将方案针对特定群体的缔约方百分比(%)



* 在已实施教育和公众意识方案的缔约方中计算

大多数针对与戒烟咨询或计划相关的卫生工作者的培训示例,主要侧重于简短的建议和行为咨询。

许多缔约方成功地继续了以前为该目标群体开展的培训活动,但文莱达鲁萨兰国、中国、匈牙利、波兰、卡塔尔、西班牙和大不列颠及北爱尔兰联合王国报告了新的培训活动。例如,中国疾病预防控制中心和中日友好医院在中国开展了大规模的国家级培训活动,地方组织在省、市、县和医院开展戒烟培训。诊所。在波兰,全国范围的戒烟培训是在国家健康计划中实施的。西班牙于 2019 年开发了一个在线课程,涵盖初级保健中戒烟简短建议的方法。在大不列颠及北爱尔兰联合王国的威尔士,“让每次接触都算数”(MECC)倡议现在包括一个关于吸烟的课程模块,该模块专为初级保健工作者使用而设计。

许多缔约方报告说,他们正在推进针对决策者和其他主要利益攸关方的有针对性的培训或方案。在亚美尼亚,利用政府提供的新资金,

为政府代表、非政府组织和地方领导人组织了各种运动、培训课程和活动,以帮助他们提高对烟草和二手烟对健康的负面影响的认识。科特迪瓦报告了对议员和参议员的培训和能力建设,从而建立了一个议员烟草控制网络。在吉布提,为社区发展中心的人员组织了培训,并成立了一个辅导小组来支持该国打击烟草和毒瘾。秘鲁报告了新的烟草控制领导力培训计划。在圣卢西亚,连续两次针对政策制定者、教育工作者、媒体和卫生人员的反吸烟运动。苏丹报告为烟草控制和媒体专业人员设立了专门委员会。在冈比亚,针对最近的烟草法案和法规,针对酒店、餐馆和酒吧老板开展了一场全国宣传运动。

缔约方还继续提到他们在其方案中针对的其他几个群体。其中包括宗教、社会和社区领袖;警察和地方当局;青年工人;学员及其主管;军事人员;烟草零售商;私营组织和非卫生公共部门的雇员;父母和养父母;和学生。例如,阿富汗报告指派一名宗教领袖担任烟草控制大使。中国报告称,新的《健康中国行动计划(2019-2030年)》要求对烟草控制进行广泛宣传和教育。

新的活动包括一个新的全国青年烟草控制志愿者联盟;促进信息交流的会议、学术会议和烟草控制论坛;以及为媒体专业人士举办的研讨会。此外,国家卫健委发布了关于在地方层面加强宣传活动的通知,重点关注青少年烟草使用和 ENDS。在菲律宾,红兰花奖旨在表彰当地政府单位在努力实施无烟环境方面的模范工作。自2009年奖项启动以来,已有109名名人堂获奖者和108名红兰花获奖者在城市和直辖市申报。2019年,颁发了区域红兰花奖。



2017年菲律宾红兰花颁奖典礼。(照片由菲律宾卫生部提供)。

机构和组织的意识和参与,以及利用研究来指导计划的发展。在已实施规划的缔约方中,大多数(96%)涉及公共机构,大多数(89%)涉及非政府组织参与制定和实施跨部门烟草控制规划和战略。一些缔约方报告了在国家一级教育组织参与方面取得的进展。在智利,卫生部和教育部联合制定并实施了一项全国烟草教育计划。这些活动包括年度活动、为教师提供的支持材料,以及在学校与家长和监护人定期举办的研讨会。哥伦比亚在2018-2022年国家计划“哥伦比亚契约”中报告了一条新的战略方针,重点关注学校环境。开发了一个针对学前班、基础学校和中学教师的新的药物滥用预防培训模块,其中包含一个新的教学协议,用于解决学校环境中的药物滥用问题。葡萄牙报告称,2018年签署了教育国务秘书和卫生国务秘书之间的合作协议。教育总局和卫生总局目前正在共同努力,以加强在学校和促进无烟一代。在捷克,2019年修订并发布了由捷克教育、青年和体育部制定的《儿童和青少年危险行为初级预防有条不紊的建议》。拉脱维亚报告说,关于健康教育主题的学校计划,包括2019年制定了1至12年级的烟草预防计划。在缅甸,教育部和卫生部于2019年联合举办了全国研讨会和讲习班。此外,还启动了同伴教育计划,教育部与家长合作以及教师协会和学生会,以提高对烟草使用预防的认识。

缔约方还继续报告许多其他利益攸关方参与战略和方案的制定和实施。其中包括学术和高等教育机构、社区和科学团体、专业学院、警察和军队、媒体以及包括世卫组织在内的国际组织。例如,意大利报告称,自2017年以来,约有30个科学团体合作在意大利发起了一场烟草残局运动。38

共有78%的缔约方报告说,按照第12条的实施准则,使用研究来指导其传播、教育、培训和公众意识方案的制定、管理和实施,并要求进行预测试、监测和评估。与2018年(75%)相比,该百分比略有增加。然而,很少有缔约方在其说明中给出这方面的例子。在澳大利亚,可以从名为“不要让吸烟成为你的故事”的全国烟草运动中获得评估结果,该运动的重点是土著吸烟者、最近戒烟者及其家人。在爱尔兰,2018年委托并开展了对全国戒烟运动的评估。在大不列颠及北爱尔兰联合王国,北爱尔兰完成了对10年烟草控制战略的中期审查,其中包括与第12. 越南报告了2014-2018年烟草控制基金烟草预防运动新评估研究的结果。

第12条实施指南。到2020年,67%的缔约方报告使用了这些指南,与2018年(66%)相比略有增加。

烟草广告、促销和赞助 (第十三条)

钥匙
观察

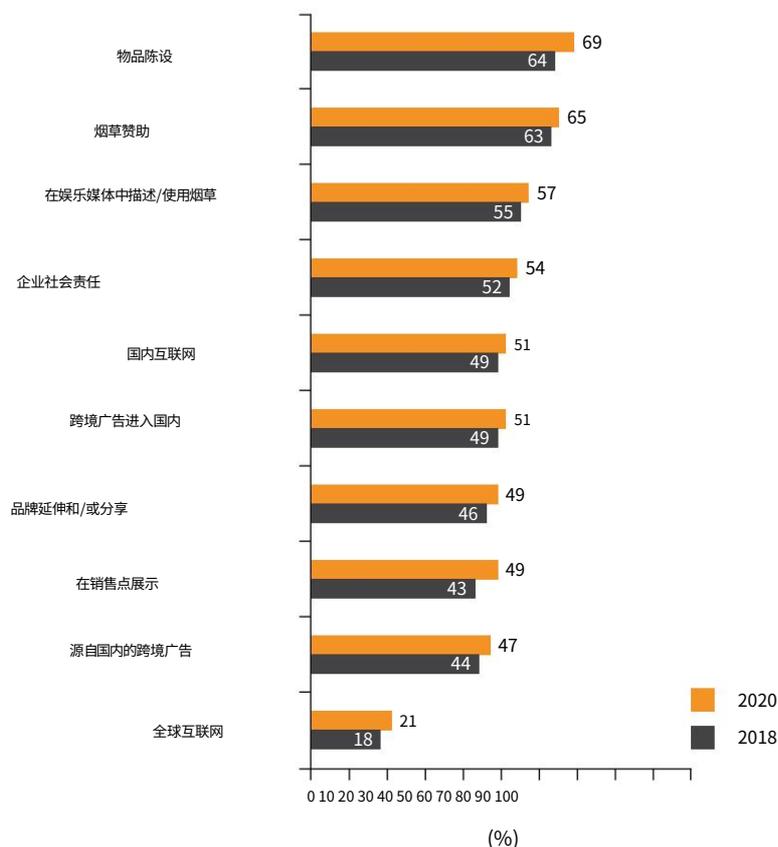
n更多缔约方报告称,它们将新型和新兴烟草制品和尼古丁制品纳入其烟草广告、促销和赞助法规。

n尽管这是公约规定的一项有时限的措施,但仍有四分之一的缔约方将全面禁止所有烟草广告、促销和赞助,以遵守全球战略确定的优先事项。

n尽管有证据显示通过互联网接触广告和促销的风险,特别是在儿童和青少年的情况下,但大多数缔约方仍需在规范这一平台方面取得进展。

全面禁止烟草广告、促销和赞助 (TAPS)。在所有缔约方中,75% 的缔约方报告全面禁止所有 TAPS,与 2018 年 (73%) 相比略有增加。然而,缔约方对全面禁止 TAPS 的定义各不相同,并不总是涵盖第 13 条实施指南所要求的所有具体措施。如图 14 所示,到 2020 年,在所有缔约方中,禁止与产品植入、烟草赞助和娱乐媒体中的烟草描述有关的 TAPS。

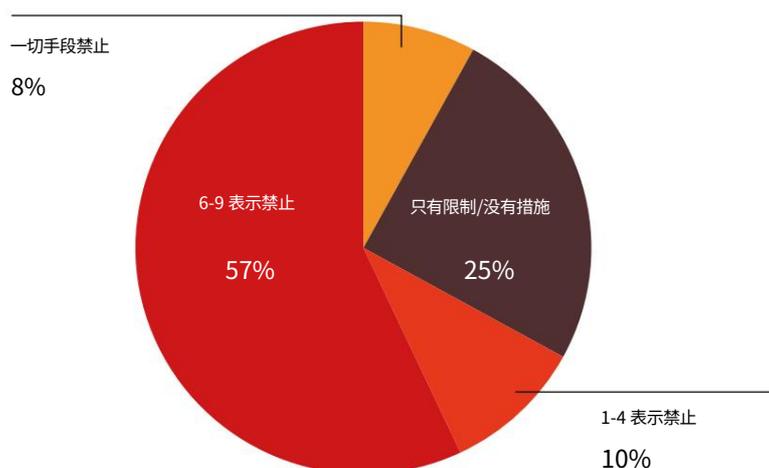
图 14. 报告禁止不同类型烟草的缔约方百分比 (%) 图 14 报告禁止不同类型烟草广告、促销和赞助的缔约方百分比
广告、促销和赞助 (n=181)



为进一步评估全面禁令的建议范围如何得到满足,对上述措施作为所有缔约方的一个集合进行了额外分析。到 2020 年,只有 14 个缔约方 (不到十分之一的缔约方) 报告已禁止所有所列类型的 TAPS,因此,完全按照第 13 条实施准则的建议制定了全面的 TAPS 禁令 (图. 15)。积极的一面是,103 个缔约方,超过一半

在所有缔约方中,已禁止大多数 TAPS 方式。少数 19 个缔约方仅禁止了四种或更少类型的 TAPS。在重新审视报告已制定全面 TAPS 的缔约方数量 (136 个缔约方)时,这一新分析表明,一些缔约方需要显着提高其 TAPS 禁令的覆盖范围。此外,45 个缔约方仍然继续仅依靠限制而不是禁令,或者根本没有限制 TAPS。

图 15 烟草广告、促销和赞助方式的禁令数量。从 2019 年烟草广告、促销和赞助方式数量 39 (n=181) 到 2020 年缔约方禁止的烟草广告、促销和赞助方式数量 (n=181)



亚美尼亚、布隆迪、科特迪瓦、纽埃和委内瑞拉报告了新的综合 TAPS 立法。巴哈马、伯利兹、丹麦、德国、伊拉克、牙买加、立陶宛、荷兰和佛得角共和国等其他缔约方报告说正在制定或准备批准包括新的 TAPS 条例在内的法案草案。在 2020 年报告期内,各项规定在国家立法中的纳入略有加强,但在综合评价中纳入来自本国的产品植入、销售点展示和跨境广告的缔约方比例取得了显著进展。禁令 (图 13) 对后者的改进与烟草广告、促销和赞助专家组报告 (FCTC/COP/8/7) 和缔约方会议关于该主题的最新决定 (FCTC/COP8(17)) 提供的建议保持一致。

巴基斯坦和萨摩亚已禁止在销售点展示产品,而在拉脱维亚和格鲁吉亚,该措施分别于 2020 年 10 月和 2021 年初生效。在中国,国家广电总局已责成广播电视制作机构执行相关规定,控制电视剧中的吸烟行为等场景,避免展示烟草品牌标识及相关内容,避免展示未成年人购买香烟,吸烟或在有人吸烟时在场不会出现。为了“艺术需要”而需要吸烟的场景被尽可能地替换或减少。此外,《少年节目管理条例》规定,“未成年人节目不得含有表达吸烟、贩卖烟草的内容”,适用于广播、电视、网络等少年节目。在土耳其,对第 4207 号法律第 3/6 条进行了修订,并宣布:“禁止在电视节目、电影、电视剧、音乐视频、商业和宣传片以及在电影院放映的作品中使用和展示烟草制品。剧院。此外,禁止将烟草产品和图像用于商业用途

39 报告文书中包含的 TAPS 方式清单: 1) 在销售点展示烟草制品; 2) 国内互联网; 3) 全球互联网; 4) 品牌延伸和/或分享; 5) 产品植入; 6) 在娱乐媒体中描绘/使用烟草; 7) 国际事件/活动的烟草赞助; 8) 企业社会责任; 9) 来自国内的跨境广告; 10) 跨境广告进入国内。

在互联网、社交媒体或向公众开放的类似环境中的目的或广告目的。”

白俄罗斯、中国、克罗地亚、黑山、新西兰和大韩民国等缔约方已将电子烟的 TAPS 法规纳入其立法。

克罗地亚和黑山禁止广告和促销不被视为烟草制品但因其形式、名称或目的而直接鼓励消费此类产品的产品,例如使用 HTP 的设备。欧盟修订了视听媒体服务指令,将香烟和其他烟草产品的视听商业传播的禁令扩大到电子烟和再填充容器。该措施专门适用于视频共享平台,该平台必须在其条款和条件中包含并适用该规定。修订后的指令于 2018 年 12 月生效,必须在 2020 年 9 月 19 日之前在欧盟成员国中实施。

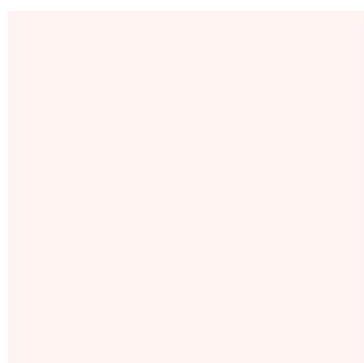
跨境广告、促销和赞助。禁止来自一个国家并在另一个国家观看的跨境广告是第 13 条下的第二个有时限的措施,除了一般的 TAPS 禁令。然而,到 2020 年,只有 47% 的缔约方实施了这项措施。与 2018 年相比,这项措施的实施有所改善,从 44% 的缔约方涵盖了 TAPS 禁令中的措施。2018-2020 年,跨境广告处罚从 36% 上升到 41%,但仍有不到三分之一 (30%) 的缔约方合作消除。

在没有全面的 TAPS 禁令的情况下的限制。总体而言,25% 的缔约方报告说他们没有对 TAPS 实施全面禁令。在这些缔约方中,只有三个缔约方——加拿大、日本和墨西哥——表示它们的宪法或宪法原则禁止它们实施全面的 TAPS 禁令。在实施限制而非全面禁令的缔约方中,只有超过三分之一 (36%) 的缔约方要求对所有 TAPS 进行限制。只有两个 (4%) 没有全面禁止 TAPS 的缔约方要求披露烟草广告支出,情况自 2018 年起甚至进一步恶化 (五个缔约方,11%)。TAPS 最常见的限制是对广播 (64%)、电视 (60%) 和印刷媒体 (47%) 的限制。限制最少的领域是来自国内的跨境广告 (18%)、全球互联网 (22%) 和烟草赞助 (38%)。在限制对国际事件和活动的烟草赞助方面,与 2018 年相比 (34%) 显着增加,在限制参与者赞助方面也有显着增加 (从 2018-2020 年的 28% 到 33%)。

立法的执行。布基纳法索报告了民间社会参与监督对已通过条例的遵守情况。牙买加广播委员会已执行通过的法规,就如何遵守法规向众多广告商和制作公司提供建议。与此同时,正在审查儿童节目守则,并将加强烟草广告法规以及与其他有害物质相关的法规的执行。沙特阿拉伯商务部还成立了一个完整的部门来监控通过互联网进行的烟草产品的广告、促销和销售,因为所有销售烟草产品的网站和社交媒体都被禁止。中国、牙买加和西班牙对违反广告和促销禁令的人实施了制裁。

实施挑战。巴拿马、巴拉圭和越南认为,控制电视和电影以及新社交媒体平台中的广告和促销活动具有挑战性。在巴拿马,卫生部设法与一个互联网平台 (谷歌) 进行了沟通,表明巴拿马访问的平台中包含 TAPS 违反了国家法规,该平台发出了全球通讯,确立了全面禁止在其数字平台。

第 13 条实施指南。到 2020 年,65%的缔约方报告使用了这些指南,比 2018 年 (60%)有所增加。



禁止跨境广告是第 13 条下的第二项有时限措施,除了一般的 TAPS 禁令,但只有三分之一的缔约方实施了该措施。

缔约方对全面禁止 TAPS 的定义各不相同,并不总是涵盖第 13 条实施指南所要求的所有具体措施。

这对评估缔约方的广告和促销禁令提出了挑战。

巴基斯坦

案例分析

巴基斯坦加强在其境内的广告和促销禁令

巴基斯坦一直在加紧努力,以充分遵守《世界卫生组织烟草控制框架公约》第 13 条及其实施指南的要求。该国于 2018 年 9 月重组了烟草广告指南委员会,该委员会根据 2002 年《禁止吸烟和保护非吸烟者健康条例》第 7 条的要求设立,明确授权对烟草广告、促销和赞助进行监管符合公约第 13 条。

根据上述 2002 年《卫生条例》第 7 条,任何人或公司不得在任何媒体或任何地方和任何公共服务车辆上宣传烟草和烟草制品,如果此类广告不符合某委员会。这一过程取得成功的一个关键事实是,2018 年 9 月 26 日通知烟草广告指南委员会将烟草业观察员赶下台,并纳入省政府和卫生专家的代表。

2002 年颁布的《禁止吸烟和保护非吸烟者健康条例》已经包括禁止在印刷和电子媒体上刊登烟草产品广告。委员会在 2019 年 2 月提出的新建议作为卫生部烟草控制小组编写的摘要提交巴基斯坦内阁批准。随后,巴基斯坦政府于 2020 年 1 月 30 日通知了新的第 72(I) 号法定监管令,设法弥补了国家法律中仍然存在的一些空白和漏洞。

新规定包括禁止在销售点进行广告宣传,无论是在室内还是室外或任何其他地方,也不得使用任何材料。电子媒体不再展示烟草制品,该禁令还覆盖所有电影院和剧院,禁止在这些媒体中付费放置烟草制品。该命令还禁止在销售点内外展示和展示烟草产品,包括移动或固定零售店和街头小贩。此外,该国禁止通过宣传或信息材料(包括通过社交媒体或个人邮件)直接针对个人。另一项新规定是禁止向零售商付款或做出其他贡献(如免费商品、礼品、折扣等),以鼓励或诱使他们销售特定产品,并避免特定产品的独家销售或显眼展示。



该法对先前的规定进行了扩展,但仍需纳入某些义务以保证第 13 条的全面实施。

然而,巴基斯坦继续推进保护年轻一代的现在和未来免受烟草业策略的影响。

(照片由巴基斯坦烟草控制小组提供)

关于烟草依赖和戒烟的措施 (第十四条)

关键
观察

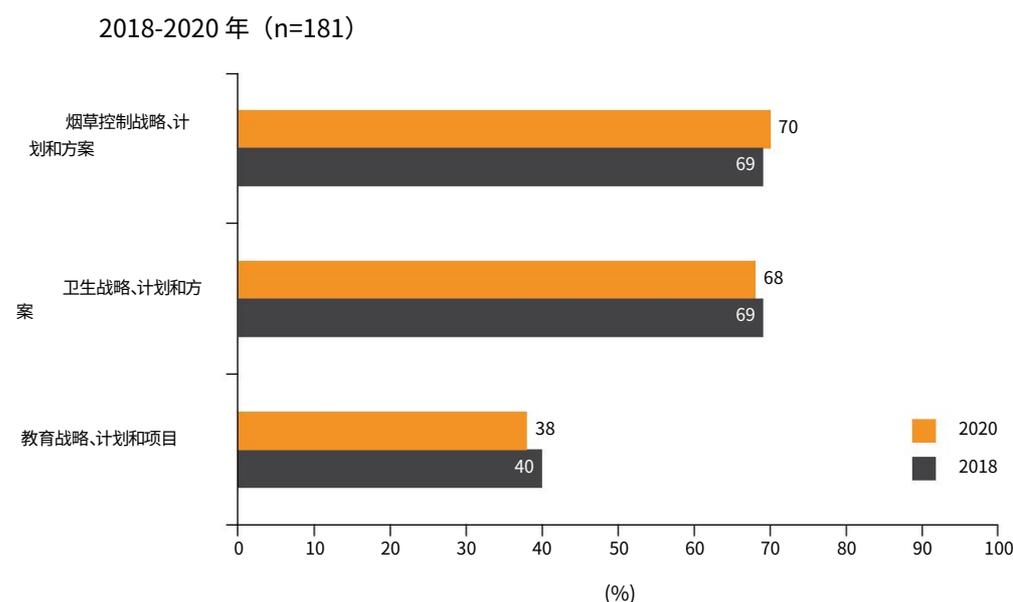
n 与 2018 年相比,有更多缔约方报告制定或实施了国家戒烟指南,目前几乎三分之二的缔约方已实施。

n 尽管如此,只有一半以上的缔约方报告说它们将烟草依赖纳入医学院课程中的治疗,更不用说其他卫生专业人员的课程。

国家戒烟指南。总体而言,64% 的缔约方报告说制定了基于科学证据和最佳做法的国家戒烟指南,这一比例略高于 2018 年 (61%)。若干缔约方在报告期内继续更新其准则。布基纳法索、拉脱维亚和俄罗斯联邦报告了新的指南。在斐济,卫生和医疗服务部正在制定 2020 年国家戒烟指南。芬兰报告称,2018 年更新了针对尼古丁依赖治疗和预防的国家临床指南。意大利报告称,2020 年,意大利烟草学会翻译和传播由 COP 观察员欧洲吸烟和烟草网络 (ENSP)⁴⁰ 制定的戒烟指南。墨西哥强调了最近制定的在初级保健中提供简短建议的能力标准。

将戒烟的诊断、治疗和咨询服务纳入国家规划、计划和战略。约三分之二的缔约方将烟草依赖诊断、治疗和咨询服务纳入其烟草控制和健康国家战略、计划和规划 (图 16)。此外,超过三分之一的缔约方将这些纳入其国家教育战略、计划和方案。比例保持在与 2018 年相似的水平。

图 16 报告将诊断和治疗纳入国家战略、计划和方案的缔约方百分比 (%) 2018-2020 年战略、计划和计划

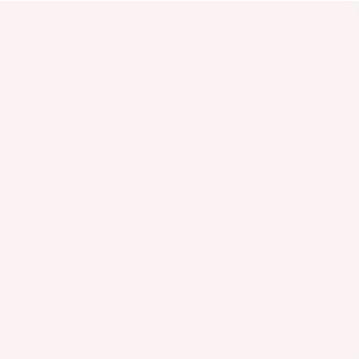


在进度说明中,帕劳报告说,它根据建议采取了逐步采取全面的国家戒烟政策的方法

⁴⁰ 戒烟是 ENSP 的主要工作重点领域之一。ENSP 制作的戒烟指南是在定期更新的网页上提供 18 种语言 (其中一些目前正在设计和印刷): <http://电子学习-ensp.eu/mod/page/view.php?id=532>。

第 14 条实施指南。通过不同利益攸关方的意见,完成了国家情况分析,并将起草停止政策。

除其他外,该政策将包括指定戒烟联络点、分配戒烟预算、在医疗保健系统中整合简短的建议、使尼古丁替代疗法 (NRT) 可用且负担得起,将戒烟放在卫生保健机构中的优先事项- 护理人员 and 孕妇。



约三分之二的缔约方将烟草依赖诊断、治疗和咨询服务纳入其烟草控制和健康的国家战略、计划和规划。



世界卫生组织《烟草控制框架公约》知识中心 参与促进实施的国际合作

第十四条

位于乌拉圭蒙得维的亚的国际烟草控制合作中心 (CCICT) 自 2015 年以来一直担任世界卫生组织烟草控制框架公约国际合作知识中心。

在最近完成的一个项目中,知识中心帮助艾滋病病毒感染和/或结核病 (TB) 流行率高的国家实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》第 14 条的建议。此外,作为该项目的一部分,知识中心还编写了一份手册,以加强或创建必要的国家机制,将戒烟干预措施纳入 HIV/TB 控制规划,并向需要的烟草使用者提供可用的支持治疗他们的毒瘾。

该手册可在实施数据库的“资源”部分以西班牙语和英语获得。⁴¹该手册对于希望推动在这些弱势人群中应用《公约》第 14 条的缔约方可能非常有用。

烟草依赖的治疗与初级卫生保健相结合,也包括在 TB/事实证明,在卫生专业人员的密切控制下,艾滋病治疗计划具有很高的成本效益,可以同时改善三种疾病的结果,即结核病、艾滋病和烟草依赖。



从左到右坐着:Beatriz Goja,医学博士;迭戈·罗德里格斯,理学硕士;厄尔巴·埃斯特维斯,医学博士;劳拉·兰比博士; Amanda Sica, Psy D. Standing: Miguel Asqueta, MD (照片由乌拉圭世界卫生组织烟草控制框架公约国际合作知识中心提供)

41 <https://untobaccocontrol.org/impldb/article-14/>

促进普通人群戒烟的活动和计划。大多数缔约方（81%）报告说，他们利用世界无烟日等当地活动带来的机会来促进戒烟。此外，超过三分之二（73%）的人开展了关于戒烟重要性的媒体宣传（另见第12条部分），超过三分之一（39%）的人为普通人群提供了电话戒烟热线。大约三分之一的缔约方报告说，它们有专门为孕妇（39%）和一般妇女（30%）设计的方案。自2018年以来，这些比例没有发生重大变化。

几个缔约方注意到其电话咨询服务取得了进展。加拿大报告称，在安大略省，自2019年10月以来，公民可以通过安大略远程医疗轻松获得戒烟支持。这是一项免费电话服务，可为吸烟者提供专业的医疗建议、健康信息和健康服务转介。在巴拿马，在COVID-19大流行期间，通过自动呼叫系统（ROSA）提供了戒烟咨询。在佐治亚州，最近建立了一条免费戒烟热线，由训练有素的顾问提供简短的咨询。约旦报告说，戒烟热线的号码已经确定，并于2020年进行了员工培训。立陶宛于2019年实施了戒烟热线试点项目。波兰报告说，吸烟者援助电话诊所现已投入运营。

俄罗斯联邦报告称，2019年，他们的健康生活方式咨询电话线接到了超过65万个电话，包括戒烟。

此外，中方报告称，还组织了第14条实施国际研讨会的中日友好医院（世卫组织戒烟和呼吸系统疾病预防合作中心）加入了世卫组织戒烟项目，并开发了新的戒烟应用程序。匈牙利报告说，国家戒烟支持方法中心协调了新软件应用程序的开发。此外，在挪威，无烟戒烟软件应用Slutta也在不断更新更新中，并于2019年开源代码上线，自2013年上线以来，已下载超过800次在一个拥有540万人口的国家，000倍。

在不同环境中促进戒烟的活动和计划。

四分之三以上（78%）的缔约方报告说，促进戒烟的方案在医疗保健机构中最为常见。此外，超过一半的缔约方报告了教育机构（59%）和工作场所（54%）的此类计划。不到三分之一（31%）报告了体育环境中的项目。这一比例与2018年持平。

一些缔约方报告了进展，特别是在工作场所。例如，比利时报告了由健康生活研究所领导的法兰德斯新的基于工作场所的预防计划。在实践中，公司教练会协助提高对健康选择的认识，其中包括提供戒烟支持。大韩民国报告说，在几个工作场所开展了戒烟运动。

在柬埔寨，150名卫生专业人员接受了培训，以在工作场所和社区提供简短的干预措施，并推广无烟卫生设施。

将戒烟纳入卫生保健系统并让各种卫生专业人员参与其中。约69%的缔约方报告称，它们将诊断和治疗纳入其卫生保健系统。在这些缔约方中，大多数报告已将其纳入初级卫生保健（图17）。与2018年相比，提供诊断和治疗的不同结构没有发生重大变化。一些缔约方还继续提到，其现有卫生保健系统中的其他结构提供了戒烟服务，例如职业卫生服务和提供戒烟服务的中心。精神科护理。

哥伦比亚

案例分析

建设治疗烟草依赖的能力

2016 年,哥伦比亚卫生和社会保护部制定了一份指导文件,以制定一项解决烟草成瘾问题和帮助戒烟的计划。本指南的目的是帮助制定和实施国家戒烟计划,使其与国家的卫生服务相结合,并以循证干预为基础。从那时起,波哥大首都和卡塔赫纳市这两个城市以及昆迪纳马卡省、桑坦德省和考卡山谷省已经实施了该计划,另外六个省正处于实施的初始阶段。



(照片由卫生和社会保障部提供,

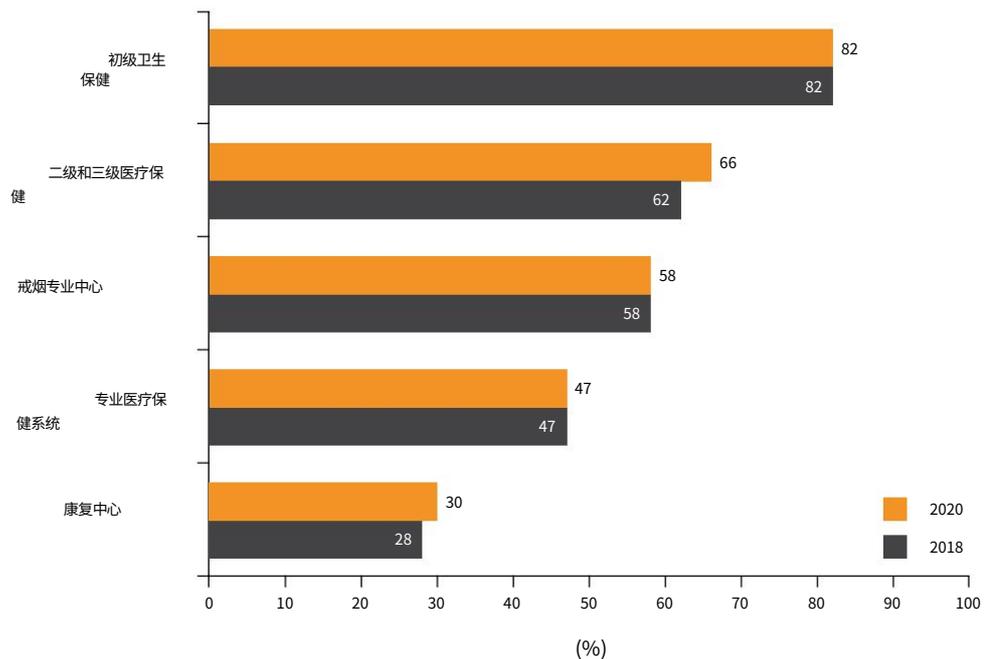
哥伦比亚)

根据这些计划,在不同城市举办了能力建设讲习班,迄今已培训了 553 名卫生专业人员。目前,与此同时,通过国家学习服务的虚拟平台有一个继续教育计划,到 2019 年,使用这种虚拟模式已经培训了 1600 名额外的卫生专业人员戒烟。同样,卫生和社会保护部正在推动在初级卫生保健层面应用简短的建议,并培训团队以全面解决烟草依赖者的需求。

这套干预措施的综合效果是支持那些准备戒烟的哥伦比亚人,从而减轻烟草使用的负担,并在各级国家行政部门进行有效协调。

布基纳法索、哥斯达黎加、约旦、巴拿马、苏丹和土耳其报告了新的戒烟专门中心。值得注意的是,内战国家利比亚报告称,通过初级卫生保健成功开设了多家戒烟诊所,并与世卫组织合作组织培训医生在戒烟诊所工作。

图 4.1 拥有戒烟和治疗规划的缔约方提供服务/环境类型在医疗保健系统中拥有烟草依赖服务/环境类型分列 2018-2020 年 (2018 年 n=125;2020 年 n=125)*
(2018 年 n=125;2020 年 n=125)*



* 注:在已将诊断和治疗纳入医疗保健系统的缔约方中计算。

一些缔约方注意到改进现有服务的外联。例如,马来西亚报告称,自 2018 年以来,在公共和私人设施中注册马来西亚戒烟服务 (mQuit) 的吸烟者人数有所增加。此外,还建立了一个新网站,向公众通报可用服务,以及 2019 年推出了带有 mQuit 促销的新禁止吸烟标志,以配合无烟餐厅的实施。还报告了一些试点项目。在智利,初级保健干预的试点测试在大都市区的三个社区进行。干预方案现已评估,预计干预措施将在 2020-2021 年进一步制定和实施。拉脱维亚报告说,开展并评估了一项关于团体咨询的试点研究。墨西哥报告说,实施并评估了一个基于能力标准的简短咨询试点项目。

若干缔约方报告了改进对特殊群体的支持的情况。在加拿大,新的烟草战略更加关注面临较高烟草使用率和健康不平等的人口亚群。加拿大公共卫生署为几个戒烟项目提供了资金。芬兰报告说,芬兰肺健康协会 (FILHA) 有几个针对弱势群体的戒烟项目。新西兰制定了支持戒烟服务的指南,以更好地吸引年轻的毛利女性吸烟者。在挪威,一项旨在加强重度吸烟者戒烟的新试点项目于 2020 年启动。该项目包括健康生活中心、医院和一般医疗实践等之间的合作,以及医药产品的部分报销。大韩民国注意到分发了三冠王生活指导计划 (CROWN) 手册,以鼓励青少年吸烟者从 2019 年开始戒烟。在泰国,戒烟服务与全国监狱和惩戒机构的新无烟政策一起实施。

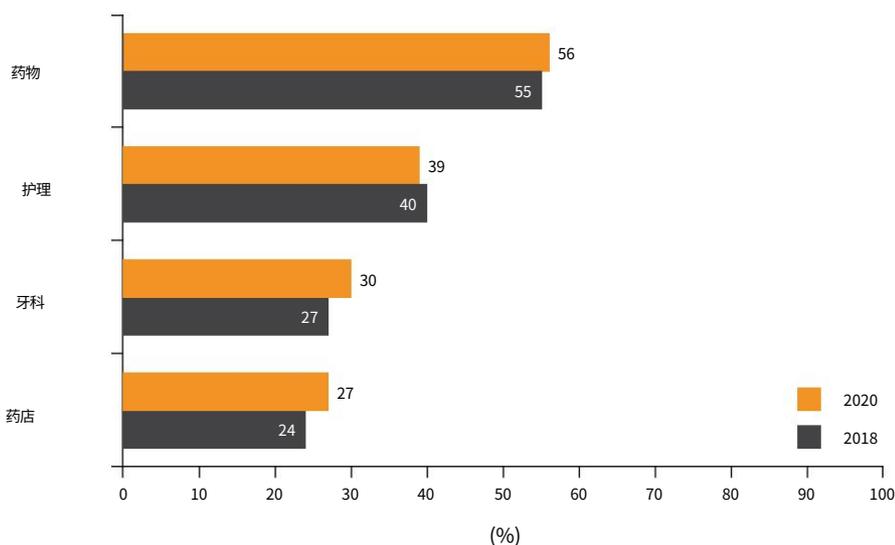
将诊断和治疗纳入医疗保健系统的大多数缔约方报告说有医生 (90%)、护士 (81%) 和家庭医生 (67%) 参与提供咨询。超过一半的缔约方涉及牙医 (56%) 和社会工作者 (52%), 与 2018 年相比略有增加 (分别为 53% 和 50%)。与 2018 年 (50%) 相比, 涉及药剂师的情况 (47%) 略少。超过三分之一的缔约方涉及助产士 (42%) 和社区工作者 (38%)。此外, 五分之一 (22%) 的缔约方报告说, 传统医学从业者在协助戒烟方面发挥了作用。

一些缔约方提供了涉及不同专业人员的新项目的例子。在奥地利施蒂利亚州, 一项名为“六周无烟”的计划包括由受过培训的心理学家和医生为成人和青少年提供团体咨询, 以提供戒烟建议。

波斯尼亚和黑塞哥维那报告说, 塞族共和国公共卫生研究所在六个社区保健中心实施了一个家庭医生 (初级保健) 项目。在文莱达鲁萨兰国, 多专业团队组织反烟草展览和路演, 他们提供简短的建议并将吸烟者推荐到最近的戒烟诊所。在保加利亚, 肺病专家小组在布拉戈耶夫格勒市、索非亚市和弗拉察地区的五个定居点开展了筛查活动, 其口号是“现在停止, 明天更健康”。该筛查活动旨在及早发现吸烟者和暴露于环境烟草烟雾的人的肺部疾病, 由卫生部组织和资助, 作为 2014-2020 年非传染性疾病预防国家规划的一部分。

卫生专业人员的课程。略多于一半的缔约方报告称, 它们将烟草依赖治疗纳入了医学院的课程 (图 18)。将其纳入其他卫生专业人员培训的课程并不常见, 与 2018 年的数据相比, 它仅对药学和牙科专业有所改善。葡萄牙报告了一个积极的例子, 该国更加重视培训本科学校的卫生专业人员, 以提供简短的干预措施。

图 18. 报告将烟草依赖治疗纳入不同卫生专业人员课程的缔约方占缔约方总数的百分比 (%)
2018-2020 年不同卫生专业人员课程中的治疗 (n=181)



治疗费用的公共资助或报销计划。在将诊断和治疗纳入其医疗保健系统的缔约方中, 大多数 (83%) 通过公共资金或报销计划全额或部分支付初级卫生保健的服务和治疗费用。一些缔约方在其进度说明中报告了推进免费戒烟服务的获取。例如, 比利时报告说, 在一些社区, 团体或个人咨询的参与是免费的。在芬兰, 芬兰医疗保健选择委员会是政府任命的常设机构

与社会事务和卫生部合作,于 2018 年开始准备将戒烟服务纳入公共卫生服务范围的建议。这些建议预计将在 2020 年准备就绪。在菲律宾,与随着《全民医疗保健法》的通过,政府扩大了现有的福利方案,以提供有关戒烟的简短建议。

用于治疗烟草依赖的药物的可及性和可负担性。超过一半 (61%)的缔约方报告说促进了用于治疗烟草依赖的药物的可及性和可负担性。这些缔约方中的大多数 (90%)报告说它们在其管辖范围内合法地提供了 NRT,大约三分之二的缔约方拥有安非他酮 (64%)和伐尼克兰 (64%)。据报告可获得的最常见的其他药品是金雀花碱 (有 7 个缔约方提及)和去甲替林 (有 5 个缔约方提及)。例如,加拿大报告说,金雀花碱——一种被认为具有治疗作用的天然产品——在其管辖范围内可用于治疗烟草依赖而无需处方。科特迪瓦和约旦报告称,他们将 NRT 列入了国家基本药物清单。

在合法获得 NRT 的缔约方中,超过一半 (53%) 报告称其全部或部分费用由公共资金或报销计划支付。在合法获得安非他酮和伐尼克兰的缔约方中,全部或部分支付的费用分别为 56% 和 55%。伐尼克兰的成本覆盖率与 2018 年相比显著提高 (50%)。

伊拉克在他们的进展报告中报告说,由于在所有实施短暂戒烟干预的初级卫生保健中心提供 NRT 的财政支持不足,他们试图在每个省仅设立一个中心来提供免费药物。荷兰报告称,自 2020 年 1 月起,与行为支持结合使用时,用于戒烟的药品和处方药是免费的。

在卡塔尔,公共卫生机构和私人药房制定了 NRT 报销计划,并建立了转诊系统以支持转诊到提供戒烟服务的医疗保健机构。泰国报告称,通过全国社会保障基金向吸烟者免费提供伐尼克兰。阿拉伯联合酋长国报告说,戒烟药物对其公民是免费的。

第 14 条实施指南。到 2020 年,59%的缔约方报告使用了这些指南,比 2018 年 (57%)略有增加。

有关减少烟草供应的措施

烟草制品非法贸易（第 15 条）

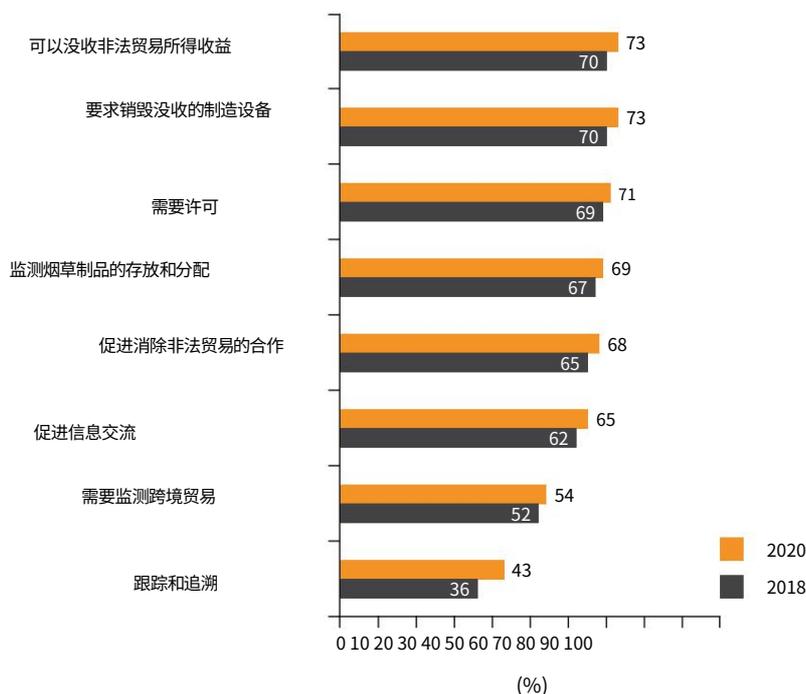
关键
观察

2020 年报告周期标志着同时也是《消除烟草制品非法贸易议定书》缔约方的 WHO FCTC 缔约方第一次必须报告其根据《议定书》开展的工作。⁴²

与之前的数据相比,本文中大部分措施的实施情况持续改善。例如,在制定跟踪和追溯制度以进一步保护分销系统并协助调查非法贸易方面取得了显著进展。

制定或加强打击非法贸易的立法。对于根据《公约》第 15 条实施的大多数措施,与以前的数据相比,都取得了进展。总体而言,约四分之三的缔约方 (76%) 报告已通过或加强了打击烟草制品非法贸易的立法,这一比例比 2018 年的 73% 持续增加。具体措施执行率的变化将在以下段落中解释。

图 19. 报告 2018-2020 年实施非法贸易管制规定的缔约方的百分比 (%) 图 19. 报告 2018-2020 年实施非法贸易管制规定的缔约方的百分比 (%) (n=181)



42 为了更全面地了解与控制烟草制品非法贸易有关的措施的全球进展情况,另请阅读关于《消除烟草制品非法贸易议定书》的第一份全球进展报告。

没收和销毁。大多数缔约方报告允许没收来自烟草制品非法贸易的收益,大约三分之二的缔约方监测、记录和控制,在暂停税收和关税的情况下持有或移动的烟草制品的储存和分配(图 19)。此外,大多数人要求销毁没收的设备、假冒和违禁卷烟以及来自非法贸易的其他烟草产品,尽可能使用环保方法,或根据国家法律对其进行处置。

几个缔约方提供了这方面的最新例子。在中国,海关总署在“国门剑”行动下,先后组织开展打击走私联合专项行动。这些操作针对传统烟草产品以及 ENDS 和 HTP。中国海关会同有关部门,多次对没收的卷烟进行公开销毁。哥伦比亚在 2018-2019 年捣毁了 7 个专门从事香烟走私和非法贸易的犯罪组织,抓获 59 人,没收 368 项资产,价值 2700 万美元。

立陶宛和委内瑞拉玻利瓦尔共和国报告说,它们最近开始使用非侵入式检查设备,例如 X 射线系统,以更有效地检测烟草制品,特别是卷烟的非法贸易。

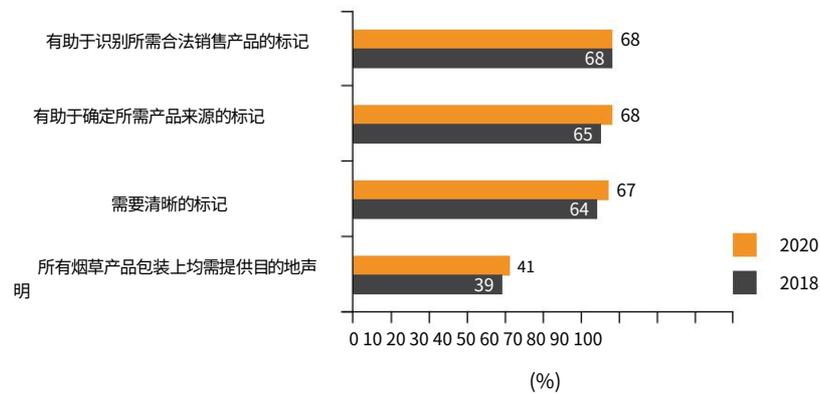
许可。近四分之三的缔约方现在需要许可或采取其他行动来控制或规范生产和分销,以防止非法贸易,与 2018 年相比略有增加(图 19)。例如,在尼加拉瓜,烟草进口商和分销商的注册在 2019 年成为强制性规定。向遵守强制性标签的进口商、分销商和制造商颁发许可证,如果他们有注册,则对其公司的场所进行检查。

跟踪和追踪。超过一半的缔约方报告称,它们需要监测和收集烟草制品跨境贸易的数据,包括非法贸易。超过三分之一的缔约方报告说制定或实施了实用的跟踪和追溯制度,以确保分销系统安全,并协助调查非法贸易,与 2018 年相比显著增加(图 19)。这一增长还可能归因于引入跟踪和追查制度是《议定书》规定的一项有时限的措施。

例如,2019 年 5 月 20 日,欧盟范围内的烟草产品可追溯性和安全特征系统开始运行。它是世界上最大的此类跟踪系统,可捕获每包烟草产品的数据,并为当局提供对供应链上所有活动的可见性。在运行的前 10 个月中,欧盟可追溯系统通过欧盟超过 140 万个注册设施的网络跟踪和追溯了超过 210 亿包卷烟和卷烟产品。

促进合作。总体而言,约三分之二的缔约方报告说促进了国家机构与相关区域和国际政府间组织(IGO)之间的合作,以消除烟草制品的非法贸易(图 19)。

图 20 报告要求在包装上标识的缔约方百分比 (%) (n=181)



包装标记。如图 20 所示,约三分之二的缔约方报告称,他们需要标记以帮助确定烟草产品是否在国内市场上合法地销售和/或帮助确定产品的原产地。同样,大约三分之二的缔约方报告要求标记清晰易读和/或以该国的一种或多种主要语言呈现。然而,只有不到一半的缔约方要求零售和批发烟草制品的单位包装带有“仅允许在……销售”的声明,或有任何其他有效标记表明最终市场目的地。

全国烟草市场上非法烟草产品的份额。从缔约方收集的信息表明,衡量烟草制品非法贸易对它们来说仍然是一项重要挑战。只有 21% 的报告缔约方回应称掌握了国家烟草市场中非法烟草产品百分比的信息,自 2018 年以来略有改善 (18%)。33 个缔约方提供了与非法烟草制品的国家市场份额有关的数据。在大多数情况下,数据由海关当局和其他政府部门或机构提供。

2021年发布的第一份 议定书执行情况报告

根据《消除烟草制品非法贸易议定书》第 32 条,要求其缔约方定期报告其执行情况。在编写本报告时,已有 62 个缔约方批准了《议定书》,其中 57 个需要在 2020 年报告周期内提交报告。

分享关于缔约方的工作及其在执行议定书方面的进展以及记录遇到的挑战的信息,促进了共同学习和更好地了解如何有效执行议定书规定的措施。这也是有助于确定缔约方需要更多援助的领域的关键手段。



在这份 WHO FCTC 全球进展报告的同时,还编写了该议定书的第一份此类报告。它提供了基准数据和一些实施议定书各个方面的例子。

根据议定书缔约方会议第一届会议在 FCTC/MOP1(10) 号决定中的要求,议定书调查表与 WHO FCTC 调查表格式相同,并已纳入现有报告平台。2019 年,作为《公约》和《议定书》秘书处的公约秘书处制定了涵盖《议定书》各项条款的《议定书》报告工具。该问卷在 2019 年最后一个季度最终确定之前与几个缔约方进行了试点。报告周期与世界卫生组织烟草控制框架公约的报告周期于 2019 年 12 月 18 日一起启动,并以与世界卫生组织烟草控制框架公约相同的方式进行。

提交的报告确认议定书缔约方处于不同的执行阶段。该报告还强调了构成挑战的领域以及在我们推进议定书实施过程中解决差距的重要领域。缔约方根据每项条约条款报告的报告和信息,除机密部分外,可通过议定书执行数据库访问。⁴³

2021 年《消除烟草制品非法贸易议定书》执行情况全球进展报告是第一份为已实施措施提供基线数据的报告。为确保对《议定书》的执行进行适当监测,《议定书》缔约方将需要加强努力,履行其报告义务,更多的缔约方需要分享其关于执行进度、需求、差距和挑战的国家数据。

43 <https://untobaccocontrol.org/impldb/>

向未成年人销售（第 16 条）

▫ 缔约方继续加强对第 16 条所有规定的执行。

▫ 尽管如此,18 个缔约方尚未报告禁止向未成年人销售烟草制品,6 个缔约方报告称购买烟草的最低年龄低于 18 岁。

▫ 禁止以任何方式销售烟草制品的规定

它们可以直接访问,例如开放式货架和自动售货机,仍需要缔约方进一步关注。

向未成年人销售。总体而言,与 2018 年相比,第 16 条所有措施的执行情况有所改善。2020 年,共有 90% 的缔约方报告禁止向未成年人销售烟草制品,其中大多数 (76%) 也禁止向未成年人销售。购买烟草的法定年龄为 15 至 24 岁,平均为 18 岁。

斯里兰卡的法定年龄最高 (24 岁),其次是洪都拉斯、科威特、蒙古、帕劳、萨摩亚和新加坡 (21 岁);日本、泰国和乌兹别克斯坦 (20 岁);尼加拉瓜和大韩民国 (19)。报告的最低法定年龄是科摩罗 (15 岁),其次是吉布提、马里、北马其顿共和国 (16 岁)以及朝鲜民主主义人民共和国和东帝汶 (均为 17 岁)。以前有最低年龄限制之一的两个缔约方,即奥地利和比利时,采取了重要步骤。在奥地利,从 2019 年 1 月开始禁止向 18 岁以下 (从 16 岁)的未成年人出售烟草及相关产品,包括电子烟和水管。此外,购买和消费烟草产品的法定年龄现在为 18 岁。在比利时,年龄限制也从 16 岁提高到 18 岁,也包括 ENDS。

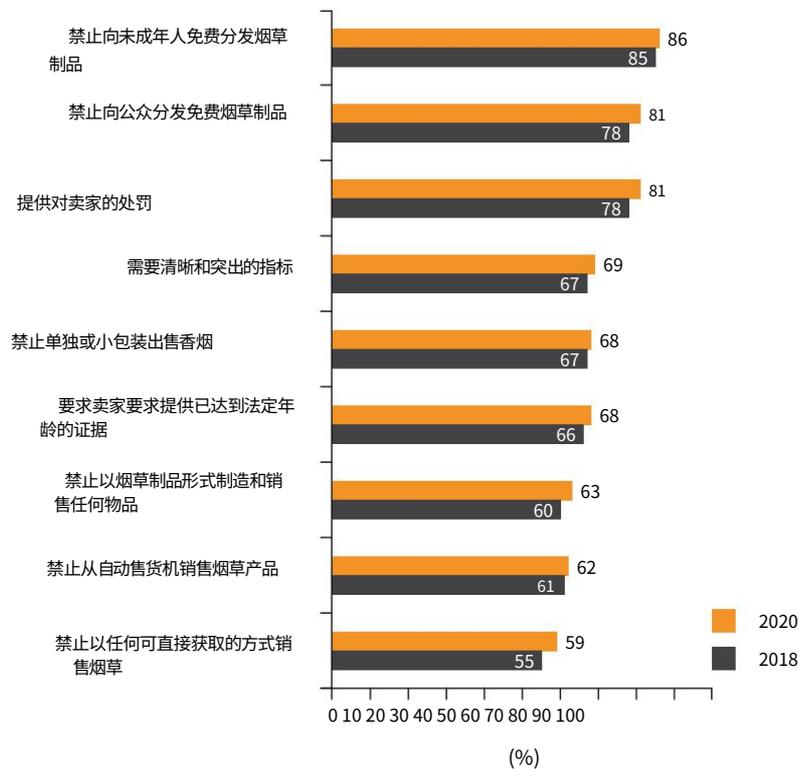
一些缔约方报告了在采取新措施确定烟草销售或购买最低年龄方面取得的其他进展。

许多缔约方现在规定了 18 岁的年龄限制。

其中包括刚果、科特迪瓦、冈比亚、黑山、圣卢西亚和图瓦卢。约旦报告称,2019 年颁布了新规定,规定购买 HTP 和 ENDS 的年龄限制为 19 岁。立陶宛报告称,卫生部于 2020 年 3 月在议会登记了《烟草控制法》修正案草案,以

禁止向 18 岁以下的人销售用于消费烟草和相关产品的设备。

图 21. 2018-2020 年报告第 16 条规定执行情况的 2018-2020 年 (n=181)



对烟草零售商的要求。大约三分之二的缔约方要求所有烟草制品销售商在其销售点内放置一个明确和突出的标志,说明禁止向未成年人销售烟草(图 21)。类似的比例要求烟草产品的销售者要求购买者提供已达到法定年龄的证据。约三分之二的缔约方禁止通过自动售货机销售烟草,超过一半的缔约方禁止以任何可直接接触的方式进行销售,例如开放式货架。大多数缔约方禁止向未成年人和一般公众分发免费样品。

缔约方还注意到对烟草零售商的一些新要求。例如,在科特迪瓦,2019 年的法律对零售商提出了几项新要求。它禁止在包括高等教育在内的教育机构销售烟草;在医疗机构;在体育、文化或政府设施中;在法律规定的其他机构附近(半径 200 米)。此外,禁止在线销售、自动售货机和免费分发。

黑山报告说,他们现在要求在零售店展示购买烟草产品的年龄限制的显著指标。在荷兰,到 2022 年,仅允许在销售人员监督下操作的标准化(普通)自动售货机。

禁止对未成年人有特殊吸引力的烟草制品。约三分之二的缔约方禁止单独或小包装销售卷烟(图 21)。类似的比例禁止以烟草产品的形式制造和销售糖果、零食、玩具或任何其他物品。缔约方提供的一些进展说明也与这些措施有关。在科特迪瓦,禁止单独销售烟草,并于 2019 年设定了 20 支香烟的最小包装尺寸。制造、销售、分销以及提供或赠送具有形状或形状的糖果、玩具或任何其他材料禁止品尝烟草或烟草制品。在塞舌尔,禁止销售的法规

2019 年生效,要求每包至少 10 支卷烟。在图瓦卢,2016 年《2008 年烟草法》修正案也禁止销售或要约销售散装卷烟和散装烟草。

执法和制裁。大多数缔约方规定了对卖方和分销商的处罚,以确保遵守法规(图 21)。一些缔约方报告了在增加制裁方面取得的进展。阿塞拜疆报告说,对《阿塞拜疆共和国行政违法法》的一项新修正案现在规定了对未成年人获得、给予或接受烟草产品的处罚(100 阿塞拜疆马纳特)。

此前,该守则已经规定了向未成年人销售的处罚。在丹麦,对向未成年人销售的罚款提高了,反复向未成年人销售烟草的卖家现在可能会被暂时禁止销售烟草。伊朗伊斯兰共和国也报告增加了处罚,而科特迪瓦、黑山和塞舌尔则实施了新的处罚。

一些缔约方注意到加强了执法或监测活动。例如,法国报告了 2019 年在烟草商中进行的一项新的合规研究的结果。最常见的不合规行为是在销售点展示所需的标志、要求证明法定年龄和阻止向未成年人销售。在塞尔维亚,检查员有权使用“神秘购物”来帮助发现违规行为。

新加坡

案例分析

提高烟草制品的最低法定年龄

作为新加坡持续努力降低吸烟率的一部分,卫生部于 2019 年 1 月 1 日将购买、使用、拥有、销售和供应烟草产品的最低法定年龄从 18 岁提高到 19 岁。最低法定年龄为随后于 2020 年 1 月 1 日升至 20 岁,并于 2021 年 1 月 1 日升至 21 岁。

本地研究发现,大部分吸烟者在相对年轻的时候就开始吸烟。10 名 18 至 39 岁的年轻吸烟者中有 9 人在 21 岁之前第一次吸烟,三分之二的未成年吸烟者从朋友和同学那里获得烟草。

提高最低法定年龄的目的是通过限制接触烟草产品来防止青少年吸烟,并进一步非正常吸烟,特别是对于 21 岁以下的人。

作为烟草(广告和销售控制)(修正案)的一部分,提高最低法定年龄的提案于 2017 年 11 月 7 日在议会辩论并通过

2017 年法案,在 2015 年 12 月至 2016 年 3 月以及 2017 年 6 月 13 日至 7 月 10 日进行的公众咨询之后。该法律适用于烟草零售商和向低于最低法定年龄的人提供任何烟草产品的人。

提高最低法定年龄是对先前旨在保护青少年免受烟草危害的措施的补充——例如,通过自动售货机销售烟草产品、销售单支香烟和销售仿制烟草产品(如糖果)都被禁止。该国也禁止 ENDS 和 HTP。



烟草种植和支持经济上可行的替代品（第 17 条）以及保护环境 and 人的健康（第 18 条）

关键观察

n 在烟草种植缔约方中,超过三分之二的缔约方仍未促进可行的烟草种植者的替代品,超过十分之九的人不为烟草工人或个人卖家推广替代品。

n 缔约方可以从与其管辖范围内的烟草种植者和工人数量相关的更标准化的监测和数据收集中受益。

n 采取了减少烟草包装和过滤嘴对环境影响的创新措施,影响了一些缔约方。

烟草生长。在所有缔约方中,48% 的缔约方报告其管辖范围内种植烟草。这一比例略高于 2018 年 (46%)。作为一个积极的事态发展,科特迪瓦报告称,其 2019 年 7 月通过的法律禁止工业化种植烟草,过渡期为三年。

从缔约方的报告中可以明显看出,烟草种植数据的可得性和质量以及初级生产阶段的就业人数存在很大差异。例如,加拿大报告了监测烟草农场和持牌烟草种植者的数量,但没有具体监测涉及的工人数量。在其他几个国家中,克罗地亚报告称,烟草种植部门主要雇用季节性工人,因此难以估计此类工人的确切人数。

另一方面,许多缔约方更容易获得关于烟草种植土地或烟草产量的数据。尽管缔约方提供的数据大多来自官方农业或劳工统计数据,但有些数据完全依赖于烟草种植者协会或烟草业的估计。

在能够提供烟叶生产价值在国家国内生产总值中的确切份额的缔约方中,这一数字通常远低于 1%。

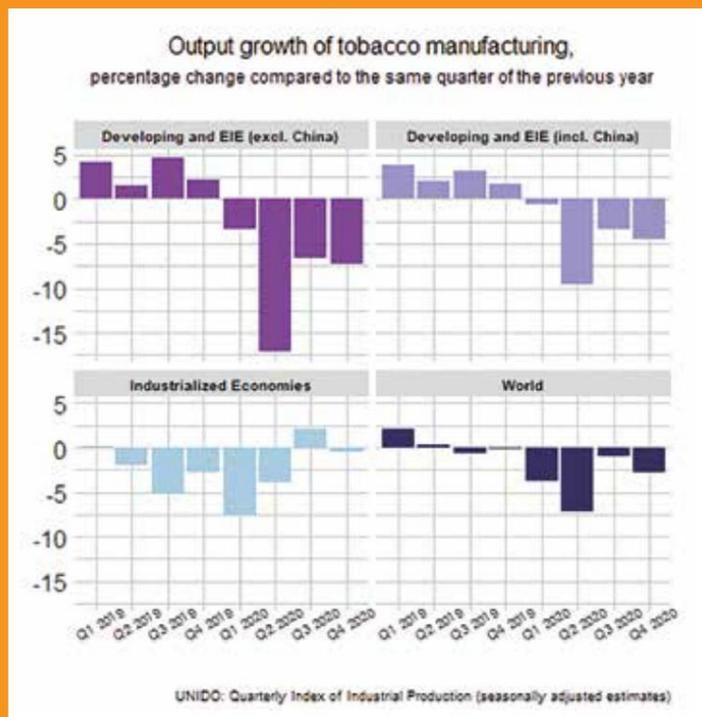
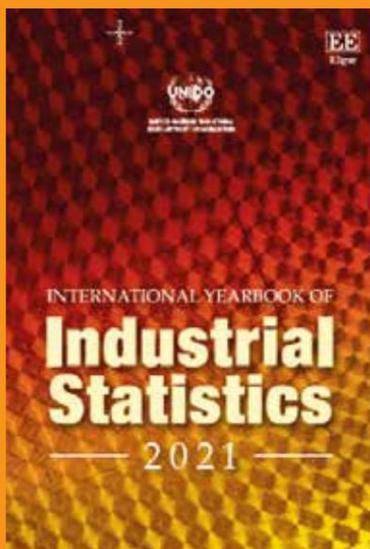
联合国工业发展组织:44全球烟草制品制造的最新趋势

以 2015 年不变价格衡量,全球烟草制造业增加值的年增长率在 2010 年至 2015 年增长 0.7% 之后,从 2015 年至 2019 年下降了 1.6%,如 2021 年国际工业统计年鉴表 1.9所示。联合国工业发展组织 (UNIDO).45

工业化经济体增加值持续下降,而发展中和新兴工业经济体的增长模式更加多样化。

近期发展的一个例子是基于季度工业生产季节性调整指数,重点是可变产出而不是附加值。 46

与去年同期相比,2019 年全球烟草产量稳步下降。2020 年全球爆发的 COVID-19 进一步强化了这一下降趋势,因为许多国家停止了部分经济活动数月之久。与上年同期相比,经季节性调整的增长预测显示,2020 年第四季度将收缩 2.8%。此外,2020 年的产出下降 3.7%,而 2019 年的产出增长 0.4%。2020 年,工业化经济体 (-2.5%)以及发展中和新兴工业经济体 (不包括中国) (8.6%)的烟草制造业产量也出现下降,而中国增长了 0.9%。



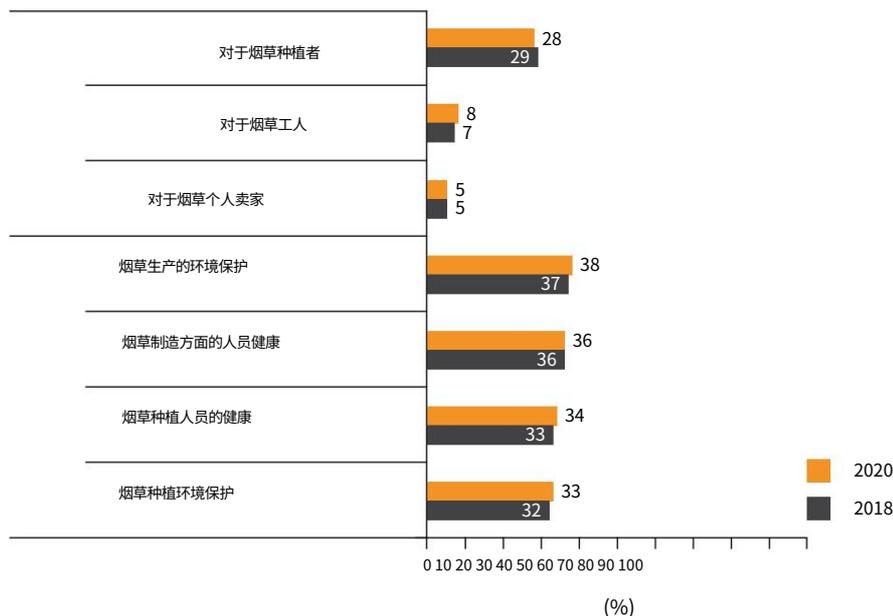
44 联合国工业发展组织 (工发组织)是缔约方大会的观察员。

45 <https://www.unido.org/resources-publications-flagship-publications/international-yearbook-industrial-statistics>

46 <https://www.unido.org/resources-statistics/Quarterly-report-manufacturing>

经济上可行的替代活动。在烟草种植缔约方中,不到三分之一的缔约方为烟草种植者推广可行的替代品,不到十分之一的缔约方为烟草工人和个体烟草销售者这样做(图 22)。许多烟草种植缔约方报告了正在进行的项目,以提高认识并为烟草种植者或工人提供可行替代品方面的培训。烟草的替代作物包括蘑菇、花卉、萝卜和有机大米(中国);玉米、panela(未精制的全蔗糖)和柠檬(哥伦比亚);可可(厄瓜多尔);和红麻(马来西亚)。一些缔约方支持向牲畜或食品加工过渡。

图 22 报告国烟草种植和烟草销售措施的可替代烟草种植和销售的报告在烟草种植和报告中实施保护性维护可行的替代品 (2018 年 n=84;2020 年 n=87) 2018-2020 年可行的替代品 (2018 年 n=84;2020 年 n=87)



例如,中国报告称,2012-2019 年间,烟草种植面积从 141 万公顷减少到 89 万公顷。在同一时期,烟农数量减少了一半,从 184 万减少到 92.4 万。

据报道,2019 年非烟草收入增加了 90 亿元。近年来,烟草、食品、药用植物等多种轮作模式已经规划和启动,新项目包括蔬菜无土栽培。

马来西亚报告称,红麻种植面积和种植人数稳步增加 47,烟农人数从 2017 年的 134 人减少到 2019 年的 115 人。在菲律宾,2018 年开展了烟农家庭生计培训班。例如,开设肉类加工课程;面条、面包和糕点的生产;农业机械工作和莎丽莎丽(社区便利)商店管理。

厄瓜多尔报告称,生产、外贸、投资和渔业部已向工厂工人和小型烟草销售商提供创业服务,例如业务发展培训,以支持向可行替代方案的过渡。在乌拉圭,公共卫生部于 2013 年开始在卷烟生产设施关闭后支持烟草工人过渡的工作。前烟草工人已接受培训,以执行与烟草控制法规监督有关的任务,开展提高认识的活动,并为此目的准备和分发材料。该合作社的合同每两年更新一次。

47 红麻 (Hibiscus cannabinus) 是芙蓉 (锦葵科) 的一种快速生长的植物。该名称也适用于其纤维,一种韧皮纤维组,主要用作黄麻替代品。

墨西哥表示,农业和农村发展部在国家层面与烟草生产国合作,推广经济上可行的替代品,帮助烟草生产商将农业生产转变为更有利可图的替代作物,并根据所生产作物的多维研究制定规划在墨西哥。到2030年实施的战略规划侧重于生产力、盈利能力和竞争力,以消除贫困和促进更平衡的区域发展,同时考虑到有利可图的战略作物、生产潜力、人力资本、水资源可用性和烟草产区的农业气候条件。

2020年,公约秘书处发布了一份新报告,《实施世界卫生组织烟草控制框架公约》第17条(烟草种植的经济可持续替代方法)的国家实践,

48由欧盟委员会资助。该报告提供了以下缔约方的措施和进展示例,按出现在报告中的顺序排列:斯里兰卡、埃及、孟加拉国、阿曼、欧盟、保加利亚、西班牙、加拿大、巴西、菲律宾、中国、肯尼亚、马来西亚、坦桑尼亚联合共和国和墨西哥。例子涉及产生政治承诺、制定立法、支持多样化的金融计划、了解烟草种植的社会经济背景的研究、非政府组织在促进经济上可行的替代活动和潜在的南南合作方面的潜在作用。

与第17条和第18条有关的政策选择和建议,针对第17条。到2020年,26%的烟草种植缔约方报告使用了这些政策选择和建议,比2018年(24%)略有增加。

保护环境和人们的健康。据报道,大约三分之一的烟草种植缔约方在烟草种植和制造方面采取了保护措施,与2018年相比没有显著进展(图1)。

22)。然而,一些缔约方报告了在执行第18条方面的最新进展。玻利维亚和智利报告说,烟草种植和制造现在受到现行环境和职业健康法规的约束。在伊朗伊斯兰共和国,议会于2019年批准了一项土壤保护法。伊拉克报告说,卫生部发布了一份烟草制造指令清单,涉及这些工厂的产品储存和工人保护。

作为一项具有前瞻性的区域倡议,欧盟报告称,关于减少某些塑料产品对环境影响的指令2019/904(一次性塑料指令-SUPD)于2019年获得通过。SUPD规定了措施用于带过滤器的烟草产品;它要求它们在其包装或产品本身上带有明显、清晰易读和不可磨灭的标记,告知消费者产品中存在塑料,以及乱扔垃圾的负面影响,以及需要适当的产品的废物管理。禁止标记要求将于2021年7月3日生效。此外,该指令引入了扩大生产者责任计划,涵盖清理垃圾的成本,适用于烟草过滤器等产品。

第18条与第17条和第18条相关的政策选择和建议。到2020年,28%的烟草种植缔约方报告使用了这些政策选择和建议,比2018年(18%)略有增加。

48 报告见 <https://www.who.int/fctc/publications/techseries/en/>

49 该指令见 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L0904&from=EN>



许多烟草种植缔约方报告了正在进行的项目,以提高认识并为烟草种植者或工人提供可行替代品方面的培训。

缔约方提供了替代作物的例子,其他一些缔约方支持向牲畜或食品加工过渡。

巴西:Fundação Oswaldo Cruz 将作为新的 WHO FCTC

第 17 条和第 18 条的知识中心

2020 年 7 月 9 日,公约秘书处和 Fiocruz 基金会签署了一项谅解备忘录,以建立世界卫生组织烟草控制框架公约第 17 条和第 18 条知识中心。新的知识中心将开发、分析、综合并向世界卫生组织烟草控制框架公约传播关于烟草种植的经济可持续替代品以及烟草种植对环境和小农健康的有害影响的缔约方、知识和信息。

主办知识中心的组织,Fundação Oswaldo Cruz,是巴西卫生部下属的联邦公共行政机构。其使命是生产、传播和分享旨在加强和巩固巴西统一卫生系统的知识和技术,并为促进巴西人民的健康和生活质量做出贡献。

鉴于其在开展与《公约》第 17 条和第 18 条相关的研究和技术合作项目方面的丰富经验,Fiocruz 指定国家公共卫生学院 Sergio Arouca 烟草与健康研究中心 (CETAB) 实施知识中心的活动过去几年的公约。特别是,CETAB 在制定烟草种植者综合保健指南方面发挥了重要作用。关于第 17 条,CETAB 一直在与政府实体 (如国家实施 WHO FCTC 委员会)以及非政府组织一起监测国家烟草种植区多样化规划的技术问题和政策方面。

CETAB 作为世界卫生组织烟草控制框架公约第 17 条和第 18 条的知识中心,预计将通过利用根据缔约方会议为第 17 条和第 18 条通过的政策选择和建议,并符合 2030 年可持续发展议程,采取多部门和跨学科方法。



巴西的烟草种植者。(照片由第 17 条和第 18 条知识中心经理 Marcelo Moreno 提供)

责任（第十九条）

关键
观察

n 烟草控制立法中的刑事责任措施在本报告周期中变得更加普遍。

n 若干缔约方正在对烟草公司提起重大诉讼。

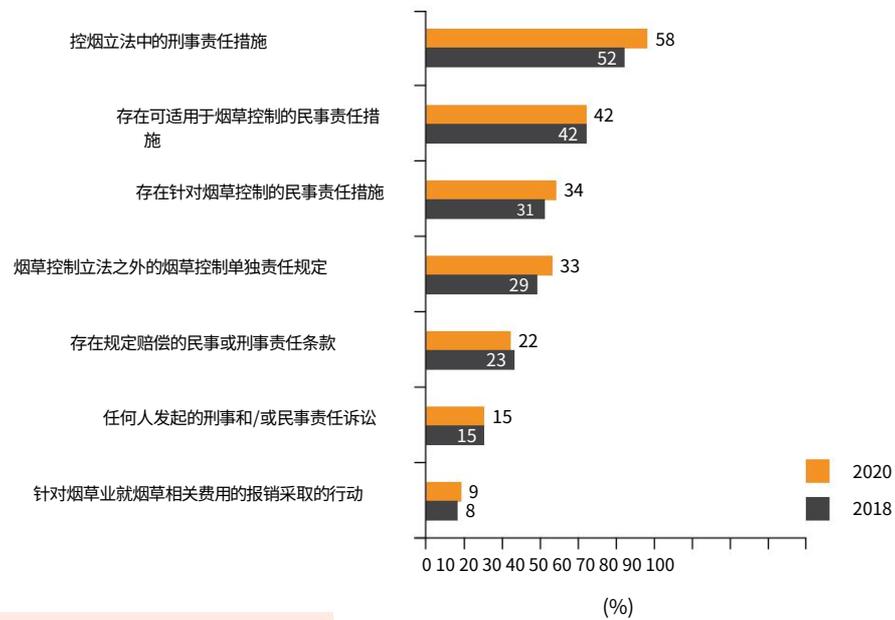
超过一半的缔约方报告说,刑事责任包含在其烟草控制立法中(图 23)。2018 年至 2020 年期间,报告在其烟草控制立法中包括刑事责任措施的缔约方比例显著增加。格鲁吉亚报告说,根据《格鲁吉亚刑法》,在烟草控制方面有单独的刑事责任条款,规定了释放、储存、销售或运输没有消费税印章的应税货物的刑事责任。在菲律宾,烟草业可能会因违反食品和药物管理局通过的新型和新兴烟草产品法规而承担责任。

此外,制定针对烟草控制的民事责任措施以及在烟草控制立法之外单独制定烟草控制责任条款变得越来越普遍。尽管如此,只有不到十分之一的缔约方报告了针对烟草业报销烟草相关费用的行动。

例如,在阿塞拜疆,烟草控制法的新修正案规定,“自然人和法人有权要求对因他人违法而对其生命、健康和财产造成的损害进行赔偿”。在纳米比亚,二手烟的受害者如果觉得有人在他们面前吸烟冒犯了他们,可以向有关当局投诉。同样,俄罗斯联邦最高法院也发布了一项裁决,根据该裁决,对在接触二手烟草烟雾和烟草消费后果的健康保护领域侵犯公民权利的行为追回精神损害赔偿金,例如,在公寓楼的阳台上吸烟。

双方报告的责任案件数量也更多。例如,2019 年 5 月,巴西政府对烟草业发起了一项责任行动,寻求收回与吸烟相关疾病的医疗保健费用(见案例研究)。在加拿大,2019 年 5 月,魁北克上诉法院维持了一项集体诉讼裁决,判给受烟草相关疾病影响的人赔偿超过 150 亿加元,烟草公司还面临另外 5000 亿加元的成本追回诉讼。省级政府。诉讼和付款已暂停至 2020 年 9 月,等待公司与其所有债权人之间的和解谈判。在大韩民国,追讨医疗费用的诉讼也在继续取得进展。2018 年 12 月,荷兰民间社会提起的旨在援引烟草业刑事责任的案件结束,荷兰法院拒绝下令起诉——法院承认消除烟草使用目标的社会相关性,迈向无烟社会,但确定这一目标的实现应通过进一步的烟草控制立法而不是荷兰刑事制度来实现。巴拿马针对烟草制品非法贸易的犯罪展开了多项刑事调查。

图 23. 2018-2020 年有责任的缔约方百分比 (%) (n=181)



2018 年至 2020 年期间,报告在其烟草控制立法中包括刑事责任措施的缔约方比例显著增加。

巴西

案例分析

启动医疗保健成本回收行动

烟草使用是世界上可预防死亡的主要原因,巴西也不例外。在南美洲最大的国家,每年有 156 000 人死于烟草制品(占全国死亡人数的 12.6%),巴西卫生保健系统每年的直接和间接成本为 170 亿美元。然而,烟草业的收入只占其中的一小部分,烟草税产生的政府收入仅达到 35 亿美元。

2019 年 5 月 21 日,为保护巴西人的生命和健康,巴西总检察长办公室 (Advocacia-Geral da União) 对跨国烟草公司及其巴西子公司提起历史性诉讼,以追回用于治疗烟草相关疾病的资金。巴西医疗保健系统中的疾病。该诉讼旨在追回联邦政府在过去五年中因烟草消费和接触烟草烟雾引起或加重的 26 种疾病的费用,以及预计未来费用的一部分。

该诉讼还要求赔偿因烟草公司的欺骗行为而造成的集体精神损害,这些公司隐瞒了这些产品的有害影响。

此外,该诉讼考虑的行为包括遗漏和操纵有关吸烟有害影响、二手烟和尼古丁成瘾能力的信息。

该诉讼凸显了烟草对卫生服务的巨大影响以及政府对实施《世界卫生组织烟草控制框架公约》的承诺,尤其是第 19 条,该条鼓励缔约方“在必要时考虑采取立法行动或促进其现有法律,以处理刑事和民事责任,包括适当的补偿”。巴西政府正在采取这一举措,根据巴西宪法和民事立法的规定推广其现行法律。

这一起诉讼是拉丁美洲的第一起此类诉讼,此前在加拿大和美利坚合众国采取了类似的法律行动,导致烟草业被要求支付数十亿美元的罚款。

2020 年 5 月,被告对诉讼作出回应,最近巴西检察署 (Ministério Público Federal) 提交请愿书,要求法官考虑到所涉及的社会和公共利益,介入此案。

研究、监督和信息交流 (第 20 条)

关键
观察

n 报告显示,缔约方继续加强其国家系统

烟草使用的决定因素、模式和后果的流行病学监测。尤其是在烟草烟雾暴露监测系统方面观察到了改进。

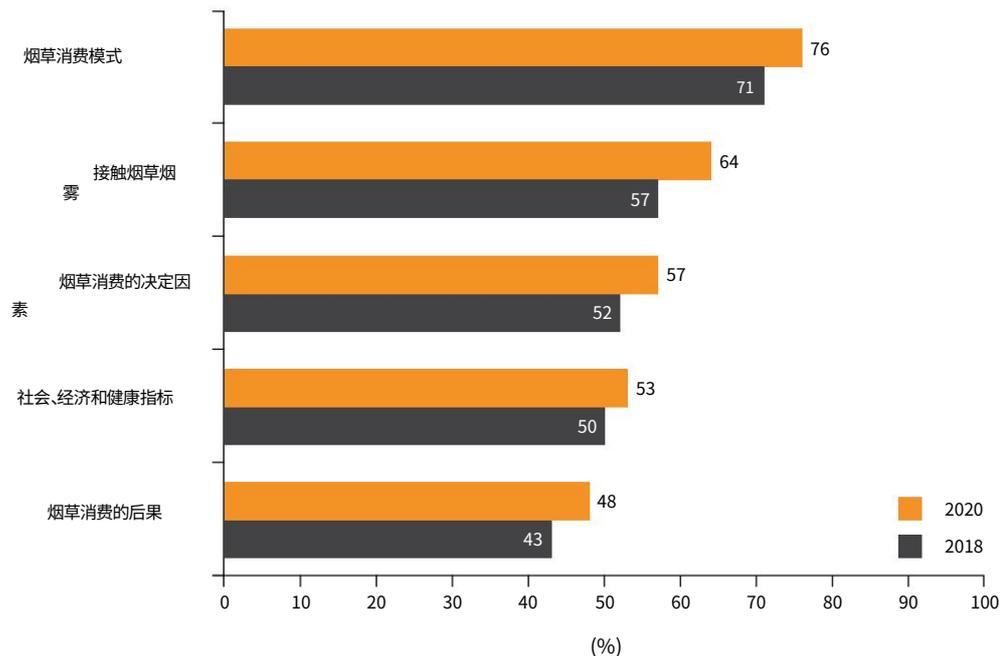
n 大多数缔约方报告说拥有一些与使用、决定因素、

烟草使用的模式或后果源自主题国家研究,但对此类指标进行定期监测的情况仍然不太常见。因此,根据第 20.2 条更加重视制定此类烟草监测计划非常重要。

n 报告了新的合作研究和投资案例研究的重要进展,尤其是低收入或中等收入国家,与 2018 年相比,烟草相关死亡率和经济负担数据的可用性显著提高。

国家流行病学监测系统。到 2020 年,大多数缔约方报告说已经建立了烟草消费模式流行病学监测国家系统(图 24)。此外,约三分之二的缔约方拥有国家烟草烟雾暴露监测系统;超过一半的烟草消费决定因素以及社会、经济和健康指标。几乎一半的缔约方建立了烟草消费后果的国家监测系统。提到的所有指标的百分比自 2018 年起继续增加,特别是在拥有烟草烟雾暴露国家流行病学监测系统的缔约方比例方面有显著改善。

图 24. 2018-2020 年为不同主题建立国家监测系统的缔约方百分比 (%)
2018-2020 年不同主题 (n=181)



一些缔约方在以烟草或非传染性疾病为重点的全球或区域流行病学监测系统内收集其国家数据。例如，55 个缔约方引用了在世卫组织非传染性疾病风险因素逐步监测方法 (STEPS) 中收集的成人烟草使用数据，19 个缔约方报告了全球成人烟草调查 (GATS) 的结果。

其他数据主要来自国家人口或健康监测系统。对于青年数据，全球青年烟草调查 (GYTS) 是引用最多的单一调查，由 107 个缔约方报告。紧随其后的是 10 个缔约方引用的学龄儿童健康行为 (HBSC) 调查、8 个缔约方引用的全球学校学生健康调查 (GSHS) 以及关于酒精和其他药物的欧洲学校调查项目 (ESPAD)，由五个缔约方提出。许多缔约方还引用了他们自己的全国学校调查。

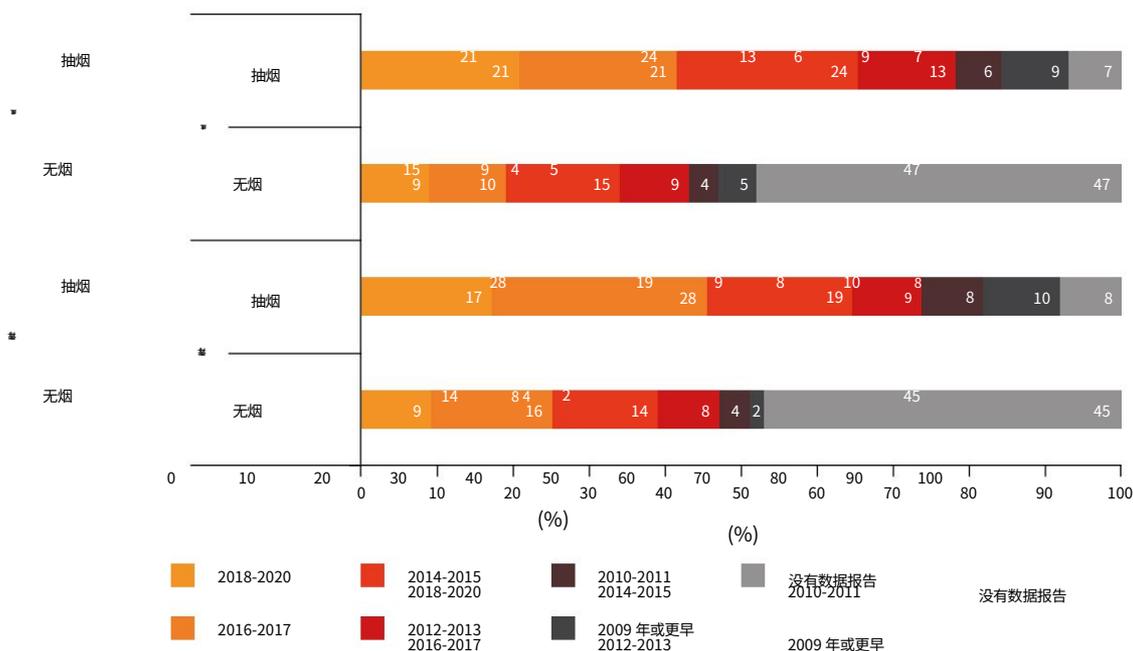
关于烟草使用流行率和接触烟草烟雾的数据的可用性。

超过 90% 的缔约方在报告平台上提供了成人和青少年吸烟率数据。五分之一的缔约方报告了在 2018-2020 年报告周期中收集或公布的成人吸烟新数据，报告青少年吸烟新数据的比例略小（图 25，另见附件 2）。略多于一半的缔约方报告了成人和青少年无烟烟草使用的流行数据。只有十分之一的缔约方报告了 2018-2020 年报告周期中成人或青年的新无烟烟草数据。

大多数 (84%) 缔约方报告了其人口中接触烟草烟雾的数据。30 个缔约方报告了 2018-2020 年期间的新暴露数据。此外，只有 23% 的缔约方表示他们拥有种族群体的烟草使用数据。

缔约方的报告还显示，大多数缔约方报告了一些暴露数据 (84%，如上一段所述)，但仍未对暴露进行系统监测，只有 64% 的缔约方报告称它们已将暴露包括在内与烟草相关的定期监测中对烟草烟雾进行监测（图 24）。似乎更多的缔约方现已开始系统监测暴露，但总体而言，已经拥有暴露数据的缔约方的比例没有重大变化。

图 25 最新报告的吸烟和无烟烟草流行率数据图 25 最新报告的吸烟和无烟烟草流行率数据图
2020 年所有缔约方中成人和青年吸烟和无烟烟草使用的最新报告流行率数据 (n=181)
2020 年所有缔约方中的成人和青年使用 (情况 181)



许多缔约方期待最近进行的调查的结果,例如 2017-2018 年的 HBSC 和 2019 年的 ESPAD。40 多个缔约方报告说计划在 2020 年进行新的调查。预计这将大大增加拥有最近流行率数据的缔约方数量。

重要的是,许多最近才开始烟草控制监测或烟草监测历史相对较少的缔约方在报告平台上有新的或最近的数据。对于成人烟草使用,这些国家包括阿富汗、朝鲜民主主义人民共和国、厄瓜多尔、冈比亚、北马其顿、阿曼、土库曼斯坦、阿拉伯联合酋长国和坦桑尼亚联合共和国。对于青少年烟草使用,这些国家包括安提瓜和巴布达、玻利维亚、中国、冈比亚、伊拉克、基里巴斯、马达加斯加、毛里塔尼亚、土耳其、图瓦卢和越南。

除了吸烟和无烟烟草使用的流行率之外,缔约方还有可能报告水烟烟草使用的流行率。在 2020 年报告周期中,还针对新型和新兴烟草产品和尼古丁产品提出了新问题,例如 ENDS/ENNDS 和 HTP。这些产品的数据可用性在缔约方之间差异很大,数据仍需单独分析(见第 4 章关于新型和新兴烟草产品和尼古丁产品)。

烟草相关死亡率 and 经济负担数据的可用性。在进行本分析时,半数缔约方(50%)报告说他们掌握了其管辖范围内与烟草相关的死亡率的信息。该百分比从 2018 年的 44% 继续显著增加。

现有数据范围从 2000 年到 2019 年,但只有 20 个缔约方报告了 2017 年之后收集的死亡率数据。大约 81 个缔约方提供了过去任何数据点的人口中每年因使用烟草而死亡的人数的信息。报告的数字显示出广泛的差异,具体取决于国家的规模。一些缔约方报告每年有超过 50 000 人死于烟草,其中包括孟加拉国、巴西、法国、德国、意大利、日本、墨西哥、缅甸、巴基斯坦、大韩民国、俄罗斯联邦、塞内加尔、泰国和联合王国大不列颠及北爱尔兰。对于烟草的经济负担,超过三分之一(40%)的缔约方表示他们有可用的信息,与 2018 年的 34% 相比明显增加。72 个缔约方提供了他们所掌握数据的进一步细节。数据收集年份从 2005 年到 2019 年不等。只有 17 个缔约方在 2018-2020 年报告期内收集了数据。

一些缔约方报告了新的合作努力或新组织参与烟草控制经济学研究。孟加拉国癌症协会于 2018 年与达卡大学、美国癌症协会和英国癌症研究中心合作,估计孟加拉国烟草使用和接触二手烟的直接和间接成本。在秘鲁,发展分析小组和秘鲁研究所之间开展了一项新的合作,以开展一项研究,以及一个关于税收政策和烟草需求的研讨会。在塞尔维亚,塞尔维亚公共卫生研究所在世卫组织和卫生部的支持下,正在开展一项关于 2019 年烟草使用的经济和社会影响的研究。塞内加尔报告了经济和社会研究联盟和国家烟草控制方案开展的一项研究。阿拉伯联合酋长国报告了海湾阿拉伯国家合作委员会成员国关于烟草经济学的新研究。

许多缔约方报告了其烟草控制投资案例研究的结果;此类研究在作为 FCTC 2030 项目合作伙伴的所有缔约方实施。例如,最近成为 FCTC 2030 缔约方的亚美尼亚报告说,非传染性疾病的直接和间接成本估计数是使用世卫组织和联合国开发计划署(UNDP)开发的模型计算的。该模型计算了 2018 年至 2033 年间糖尿病、心血管疾病和慢性呼吸道疾病的发病率、流行率和死亡率的预测值。烟草控制措施

发现投资回报率最高。在另一个 FCTC 2030 缔约方约旦,2019 年发表的一项研究表明,烟草使用每年造成 16 亿约旦第纳尔的总经济损失,相当于 2015 年 GDP 的 6%。烟草使用造成的巨大生产力损失(约旦所有烟草相关成本的 87%)表明烟草使用阻碍了约旦的发展,超出了健康范围。其他几个《公约》2030 缔约方也提到了他们最近的烟草控制投资案例。

研究课题。大多数(71%)缔约方开发和/或促进了针对烟草使用决定因素的研究,并且与 2018 年(68%)相比变得更加普遍。大约三分之二的缔约方正在开展和/或促进关于烟草使用后果的研究(66%)以及与烟草消费有关的社会和经济指标(64%)。超过一半(59%)的缔约方发展和/

或促进有关接触烟草烟雾的研究。不到一半(46%)报告了女性,尤其是孕妇的烟草使用情况,相似百分比(46%)报告了确定治疗烟草依赖的有效方案。

开展和/或促进关于确定替代生计的研究仍然非常少见,只有 15% 的缔约方报告。

若干缔约方报告了为制定或评估其烟草控制政策而开展的新研究。例如,阿塞拜疆、文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、中国、斐济、意大利和菲律宾报告了有关遵守烟草控制政策,特别是各种环境中的无烟政策的新调查。欧盟委员会委托进行了一项关于卷烟非法贸易的欧洲晴雨表调查,该调查在(当时的)欧盟 28 个成员国进行并于 2019 年发布,并进行了几项研究以协助起草一份关于适用 2021 年欧盟烟草产品指令。在大韩民国,2018-2019 年,国家健康促进基金资助了一些研究项目。这些项目涵盖的众多主题中的一些例子包括税收和价格政策、平装、健康不平等、HTP 和其他新产品,以及对烟草产品安全和监管立法的研究回顾。在西班牙,目前正在更新之前关于电子烟的证据审查,卫生部网站上发布了关于 HTP 的新证据审查。

在哥斯达黎加,科学、技术和电信部、卫生部和国家科学技术研究委员会于 2018 年 9 月签署了一项谅解备忘录,以促进有助于改善烟草依赖预防、诊断和治疗的研究。2018 年 10 月,在题为“烟草控制和相关健康问题的健康计划研究、技术开发和创新”的联合框架内,首次征集研究资金。资金面向由公共机构和私营非营利机构组成的公共机构和财团,以及经经济、工业和商业部认证的中小企业。第二次征集申请于 2019 年 6 月进行。

2018 年,世界卫生组织烟草控制框架公约知识中心在芬兰开展了一个关于烟草监测的项目,以帮助中低收入国家建立烟草监测系统。在该项目中,通过网络研讨会和知识中心网站上仍然可用的材料提供了技术援助。 50

交流信息和培训,并支持研究。三分之二的缔约方报告了公开可获得的国家科学、技术、社会经济、商业和法律信息的区域和全球交流,比 2018 年 (63%)高出几个百分点。据 41% 的缔约方报告,关于烟草业做法的信息交流不太常见。与 2018 年 (39%)相比,略有增加。24%的缔约方报告了与烟草种植有关的信息交流。约三分之二 (63%)的缔约方报告说为从事烟草控制活动 (例如研究、实施和评估)的人员提供培训。

报告了一些区域信息交流的实际例子。例如,丹麦报告说,卫生部和丹麦卫生局参加了与北欧理事会下属的对口部门的会议。巴拉圭报告称,在担任南方共同市场 (南方共同市场)临时主席期间,它正在恢复活动以履行南方共同市场政府间烟草控制委员会作出的承诺,该委员会旨在重新开始讨论以就烟草控制政策达成共识,以及该地区国家之间的信息交流与合作。在秘鲁,新的国家组织已开始参与烟草控制经济方面的研究,例如发展分析小组和秘鲁研究所,包括与民间社会组织常设国家烟草控制委员会合作。

在沙特阿拉伯,为国家烟草控制委员会创建了一个网站,以促进信息传播和交流。

法律法规数据库。大多数 (71%) 缔约方维护了国家烟草控制法律法规数据库,高于 2018 年的 68%。大约一半 (52%) 的缔约方报告说,该数据库还包含有关这些法律法规执行情况的信息。四分之一的缔约方 (25%)建立了相关判例数据库。例如,加拿大报告了由非政府组织运营的两个数据库。加拿大无烟医师协会维护着一个涉及烟草公司的诉讼网站。

在提供与烟草相关的法律、法规和判例的获取方面,加拿大法律信息研究所是自由获取法律运动的成员,该运动包括参与全球免费、公开法律出版的主要利益相关者。 51

苏里南

案例分析

加强监测以保护苏里南青年旨在保护其当代和后代免受

烟草消费和接触烟草烟雾的影响。减少开始吸烟是其优先事项之一,根据公约第 20 条的要求监测烟草使用是实现这一目标的战略的一部分。在 2018 年世界无烟日,发布了来自全球青少年烟草调查/全球学校学生健康调查的一组新流行率数据。这是该国第四轮此类研究;数据是从具有全国代表性的青年人口样本中收集的,涉及国家机构和国际组织之间的一项合作倡议。

结果显示,与 2009 年相比,当前烟草使用者、吸烟者和无烟烟草使用者的流行率以及在家中和其他封闭公共场所接触烟草烟雾的人数有所下降。本轮引入新问题,首次收集全国水管(8.5%学生)和电子烟(5.9%学生)使用数据。

调查结果的发布为卫生部提供了一个机会,以提高与青年合作的部门对新型烟草制品风险和监测其消费重要性的认识。为了补充烟草控制和预防战略,成立了一个由来自七个部委的代表组成的跨部门工作组,其任务是制定一项行动计划,以进一步加强衡量和实施措施,以更好地控制青少年的烟草使用。该计划包括恢复国家健康促进学校委员会,以实施“安全和健康的学校”项目,在所有学校推广无烟环境,提高对烟草制品监管的认识,并将烟草预防纳入学生和教育工作者课程。

跨部门工作组,由教育部、内政部、财政部、区域发展部、社会事务部、青年和体育部以及卫生部的代表组成。

(照片由苏里南卫生部提供)



报告和信息交流（第 21 条）

关键 观察

在编写本报告时,139 个缔约方 (77%)通过报告平台提交了 2020 年报告周期的完整报告。52 其余大多数缔约方在未正式提交报告的情况下更新了一些信息。

制定了《加速烟草控制全球战略:通过实施 2019-2025 年《公约》促进可持续发展的第一个指标汇编,并收集了全球战略指标的基线数据。它们作为单独的一章包含在本报告中。

自 2018 年以来,缔约方可以使用预先填写的在线报告工具,供其提交有关其《公约》执行情况的最新信息。

与往常一样,提交的报告已在 WHO FCTC 实施数据库中的公共领域提供,53 缔约方可以在该数据库中查看和搜索报告以及报告工具的指标。还应注意的是,在线问卷的更新 PDF 版本可在公约秘书处的网站上获得,54 如果需要,这允许在不同的数据提供者之间分发问题。出于同样的目的,并应一些缔约方的要求,公约秘书处还提供了 Microsoft Word 格式的报告文书。此外,核心问卷已应要求以葡萄牙语提供给一些缔约方,但仅供参考;报告仍应以一种联合国正式语文提交。

在报告文书中,缔约方可以就其使用和进一步发展报告文书的经验提供反馈。

虽然预先填写的在线报告工具大受欢迎,但一些缔约方指出,他们将受益于在填写在线调查表时导出或将其作为单独的 Microsoft Word 文件的可能性。这被认为是有用的,特别是当几个不同的利益相关者参与报告过程时,这通常是必要的,以便在不同的文章下收集足够的信息。

在缔约方难以访问互联网或需要访问文件的备份副本的情况下,导出调查表的可能性也被认为是有益的。为此,发现提供 Microsoft Word 版本的问卷是一个有用的替代方案。

一些缔约方继续要求缩短调查表。关于在线问卷中的字段启用的详细程度的一些说明,重复上传支持文件,更正非英文版本的一些翻译错误,并要求仅在相应措施的情况下显示更多有条件的问题是在地方也做了。一些缔约方要求更好地解释关于使用缔约方会议通过的实施指南的附加问题的必要性和重要性。对于一些采用联邦系统的缔约方来说,适应地方法规和活动对响应的变化仍然具有挑战性。还注意到在紧急情况下和 COVID-19 大流行期间难以履行报告义务。

一般来说,报告工具的开发是一个不断发展的过程。

缔约方可在缔约方会议上作出可能对报告文书中包含的问题产生影响的决定。自在线报告工具推出以来,公约秘书处还注意到需要改进有关不同条款实施进展的信息收集。目前的报告文书包含 16 个开放式问题,缔约方可以提供进展信息;

52 定期更新的表格显示缔约方报告的状态,包括核心报告和其他问题的数量以及提交日期,可在世卫组织框架公约网站上查阅。

53 <http://untobaccocontrol.org/impldb/>

54 http://www.who.int/fctc/reporting/reporting_instrument/

然而,并非所有缔约方都利用这一机会,而且在许多情况下,先前报告的进展信息在随后的报告周期中保留,这减慢了数据分析。

自 2016 年以来,报告工具中的问题基本保持不变。ENDS/ENNDS 问题首次纳入 2016 年报告周期;它们现在在报告工具的核心问卷和附加问题(可选模块)中都有提及。55 2020 年,ENDS/ENNDS 在国内市场的可用性问题以及有关这些产品的法规被划分分别为 ENDS 和 ENNDS 提供信息。此外,还增加了有关 HTP 的可用性和监管的新问题。2020 年,报告工具的流行部分也扩大了,提出了关于 ENDS、ENNDS 和 HTP 使用流行的问题。鉴于与这些产品的普遍使用有关的数据的可用性和类型存在很大差异,以及新产品范围的快速发展,报告工具中的问题需要进一步完善。

如上所述,现在很明显,随着我们着手进行数据收集,将导致在 2023 年发布第 10 份全球进展报告,世卫组织框架公约的报告系统将受益于进一步的改进。世卫组织外聘审计员在 2018 年底回顾公约秘书处的运作时指出,“随着不断发展,因此建议纳入在回答问卷时作为保证参数的指南,以确保准确、一致和信息的完整性”。审计建议制定质量保证指南,作为“一种工具,可以作为整体补充 WHO FCTC 报告平台和安排,从而协助秘书处实施和完成报告,即 GPR [全球进展报告],在承诺的资源和时间表内为所有目标用户提供尽可能高质量和经过验证的数据”。随着我们向公约第 10 个报告周期迈进,对审计的建议进行反思并制定改进数据质量和报告以更好地协助 COP 决策的选项将是及时的。

随着《加速烟草控制全球战略:通过实施 2019-2025 年世界卫生组织烟草控制框架公约》促进可持续发展的通过,缔约方在其实施报告中提供的一些信息也可作为报告《烟草控制框架公约》的重要数据来源。全球战略的实施进展。2019 年 12 月,世卫组织《烟草控制框架公约》监测知识中心主办了一次专家会议,以最终确定《加快烟草控制全球战略:通过实施 2019-2025 年《公约》促进可持续发展的指标纲要第一版。指标简编是为了响应缔约方大会第八届会议(COP8)赋予公约秘书处的任务,即收集全球战略中确定的指标范围的基线数据并每两年报告一次,关于其实施的进展情况。随着《指标纲要》的制定,全球战略指标基线数据的第一份汇编已作为本报告的一部分出版。

随着《消除烟草制品非法贸易议定书》的生效,为该议定书制定了新的报告工具,该议定书的第一个报告周期与 WHO FCTC 报告周期平行开放。公约秘书处发布的系列全球进展报告于 2020 年扩大,

55 这些变化是根据缔约方会议第六届会议的任务授权进行的,缔约方会议在第六届会议上要求公约秘书处包括对这些产品的提及。如果是 ENDS/ENNDS: [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6\(9\)-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(9)-en.pdf);如果是水烟烟草制品: [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6\(10\)-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(10)-en.pdf) (报告文书中已提及无烟烟草产品,新的重点是针对此类产品的具体政策)。

第一份关于《消除烟草制品非法贸易议定书》执行情况的全球进展报告。

此外,2020年,公约秘书处委托并出版了《公约》缔约方关于将可持续发展目标具体目标 3.a 纳入自愿国家审查的指南,该指南可在公约秘书处网站上查阅。作为对可持续发展目标进展情况的定期跟踪和评估的一部分,2030年可持续发展议程鼓励国家主导的自愿国别评估(VNRs) 分享在实现可持续发展目标过程中获得的经验和教训。在 VNR 中包括目标 3.a (酌情在所有国家加强世界卫生组织烟草控制框架公约的实施)是提高对实施 WHO FCTC 的认识的一个重要因素。在 VNR 中处理目标 3.a 的实施时,建议缔约方不仅包括指标 3.a.1 的数据,还描述政策结果、实施成就和经验教训,并解释 WHO FCTC 实施与其他目标。

鉴于与这些产品的普遍使用有关的数据的可用性和类型存在很大差异,以及新产品范围的快速发展,这些问题可以进一步细化以捕捉它们。

国际合作（第 22 条）

n 与 2018 年相比,2020 年更多缔约方报告提供或接受援助。

n 缔约方承认世卫组织和其他联合国机构、公约秘书处、缔约方本身、区域组织、非政府组织和世卫组织框架公约知识中心是重要的援助来源。

n 越来越多的缔约方注意到,世卫组织框架公约知识中心越来越积极地根据全球战略的具体目标 1.1.2（加强知识中心在协助缔约方方面面的作用）帮助缔约方。

援助领域。超过三分之一的缔约方报告称,它们在国家烟草控制战略、计划和规划方面的专业知识以及技能和技术转让方面向其他缔约方提供了援助。此外,大约三分之一的缔约方报告了根据第 12 条对人员进行的培训和认识（图 2）。

26)。对于与尼古丁成瘾治疗相关的方法和研究,提供援助是最不常见的。

大约三分之二的缔约方报告说获得了援助,特别是在国家烟草控制战略、计划和规划方面的专业知识以及技能和技术转让方面。根据这些报告,与 2018 年相比,2020 年缔约方更有可能提供或接受援助,令人鼓舞的是,有更多缔约方报告了其合作项目。

作为缔约方提供的关于它们接受或提供的援助的定性信息的一部分,烟草控制的合作伙伴基础显然正在扩大。

缔约方获得的援助。缔约方列举了一些政府间组织,包括来自联合国大家庭的,作为其烟草控制工作的援助来源。其中,世卫组织和泛美卫生组织（世卫组织美洲区域）在本组织各级,包括总部、区域和国家办事处,以及世卫组织合作中心是最常提及的实体;两人已收到超过 70 次提及。紧随其后的是公约秘书处,包括其旗舰项目 FCTC 2030 及其知识中心。UNDP、联合国儿童基金会（UNICEF）、联合国人口基金（UNFPA）、世界银行和联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作组（UNIATF）也被提及协助烟草控制。国家一级。

另一个提供援助的广泛群体是缔约方本身。澳大利亚、巴西、加拿大、中国、厄瓜多尔、萨尔瓦多、欧盟、约旦、肯尼亚、挪威、卡塔尔、泰国、大不列颠及北爱尔兰联合王国和乌拉圭至少被另一缔约方提及为援助来源国。此外,各缔约方的国家机构也被列为援助提供者,其中美国疾病控制和预防中心（美利坚合众国为非缔约方）是最常提及的。

区域实体,包括加勒比公共卫生署、非洲临床试验共同体、东非共同体、西非国家经济共同体（ECOWAS）、欧亚经济联盟、海湾阿拉伯国家合作委员会和提到美洲药物滥用委员会作为援助来源。美利坚合众国的大学（加利福尼亚大学洛杉矶分校、加利福尼亚大学旧金山分校、约翰霍普金斯大学和埃默里大学）也向一些缔约方提供了援助。

正如《公约》序言第 4.7 条和《全球战略》所承认的,民间社会组织正在尽最大努力帮助缔约方实施《公约》,这一点得到缔约方自己的认可。

作为 COP 观察员的非政府组织和 IGO——非洲能力建设基金会、企业问责制、无烟儿童运动、ENSP、东南亚烟草控制联盟、太平洋共同体、联盟（和重要战略）——以及非政府组织尚未成为 COP（世界肺基金会、Vichealth、澳大利亚肺癌基金会、Quit Victoria 和欧洲呼吸学会）观察员的国家也得到了缔约方的认可。作为缔约方会议观察员的非政府组织的贡献也在其两年期报告中得到强调,可在公约秘书处的网站上查阅。56 彭博慈善基金会和比尔和梅琳达盖茨基金会也被提及为在公约秘书处的烟草控制工作提供财政资源。派对。

这些合作伙伴在与公约实施相关的许多领域提供支持（图 26）,同时也根据全球战略的战略目标 1.1（优先考虑加速实施 WHO FCTC 的扶持行动,包括有效形式的技术和财务协助在确定的优先行动领域支持缔约方）。

图 26 报告提供援助的缔约方百分比,按援助领域列出的 2019-2020 年按援助领域



公约秘书处、其知识中心、世卫组织和缔约方会议的各种观察员在图 26 所列领域提供各种类型的援助。缔约方在 2020 年报告中确定的在法律和监管事项方面提供援助的一些举措包括：

- FCTC 2030 项目旨在通过向选定的一组国家提供密集支持,并为所有缔约方提供实施资源,扩大在低收入和中等收入缔约方的实施。几个缔约方利用 FCTC 2030 项目的支持通过了新的烟草控制法。(请参阅下面文本框中的马达加斯加的具体示例。)
- 世界卫生组织及其区域办事处在与烟草控制法律法规的制定、实施和执行有关的若干领域向缔约方提供援助,并与公约秘书处及其知识中心合作(如具体目标 1.2.2 中所预见的)全球战略)在这些领域。



- 位于澳大利亚墨尔本的 McCabe 法律和癌症中心的法律挑战知识中心开展了一项关于法律和非传染性疾病的国际法律培训计划,重点关注烟草控制。该计划侧重于烟草控制的法律和监管措施,并在确保卫生、贸易、投资和可持续发展之间的政策一致性以及多部门合作的实用技能的背景下解决其他非传染性风险因素;制定、实施和执行法律;并为法律挑战辩护。学员在课程结束后获得直接技术支持以完成优先项目,其中包括法律起草项目和法律挑战的辩护。知识中心还维护有关贸易法、投资法和实施 WHO FCTC 的国内法律挑战的资源,并且正在为缔约方开发在线课程。 57

- 无烟儿童运动国际法律联盟在制定和起草烟草控制法律方面向缔约方提供援助,包括在起草和制定法律法规方面提供培训和直接技术援助。国际法律联盟还提供资源,包括关于无装饰包装和电子烟监管的工具包以及烟草控制法网站,58并管理反烟草贸易诉讼基金 59,该基金可以支持缔约方为捍卫法律挑战而支付财务费用。 60

除了如上所述在制定立法、法规和政策方面获得援助外,一些缔约方表示它们在世卫组织框架公约的某些特定领域获得了援助。在援助提供者中,税收知识中心指导缔约方制定或修订法律和

57 如需更多信息,请访问<https://untobaccocontrol.org/kh/legal-challenges/> 58 www.tobaccocontrol.org

59 <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/global/legal/trade-litigation-fund> 60 如需更多信息,

请访问<https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/global/legal/what-we-do>

关于烟草税的规定。知识中心（位于开普敦大学经济学院的应税产品经济学研究单位）开展与烟草控制经济学、烟草税和烟草制品非法贸易相关的培训和技术援助计划，它还可以根据要求向缔约方提供更有针对性和个性化的援助。世界卫生组织《烟草控制框架公约》国际合作知识中心（乌拉圭）、监督（芬兰）、无烟烟草（印度）、水管（黎巴嫩）和第 5.3 条（泰国）在其专业领域内向缔约方提供援助，这可能涉及法律、监管和政策问题，视情况而定。例如，第 5.3 条的知识中心为应对当前的 COVID-19 大流行，举办了网络研讨会并准备了可用于解决大流行期间烟草业干扰的新资源。

缔约方提供的援助。许多缔约方在其报告中还描述了它们为其他缔约方实施公约提供的援助。援助形式包括但不限于提供使用健康警句的许可；主办世界卫生组织烟草控制框架公约会议；接待其他缔约方进行考察访问，主要集中在执法和访问烟草检测实验室；向公约秘书处提供财政资源，使后者能够向缔约方提供援助。

可以在以下一些示例中找到提供的一些帮助示例。

约旦协助突尼斯培训戒烟培训师。菲律宾向缅甸和越南提供了技术援助，特别是与世界卫生组织烟草控制框架公约第 6 条有关的援助。

新加坡支持公约缔约方，并帮助烟草制品监管和检测领域的能力建设。在 2018 年 3 月 1 日至 2020 年 1 月 31 日期间，新加坡为东南亚和西太平洋国家的监管机构提供烟草检测支持，从而帮助这些国家履行其在《世界卫生组织烟草控制框架公约》下的义务。从斐济、基里巴斯、密克罗尼西亚联邦、纽埃、帕劳、萨摩亚、所罗门群岛、东帝汶和汤加收到的各种形式的烟草制品样品在新加坡进行了测试，以帮助那些没有国家实验室可以携带烟草制品检测；来自这些测试的信息可作为参考，并有助于在这些国家开展产品监管活动。新加坡还通过世卫组织烟草实验室网络作为缔约方参与了许多与产品监管相关的世卫组织框架公约活动和规划。同样，肯尼亚报告说，它们接待了其他缔约方，就实施控制烟草制品非法贸易的措施（第 15 条），特别是烟草制品的跟踪和追溯，进行了考察和经验分享。肯尼亚还接待了乌干达政府就烟草控制立法进行了基准考察。

澳大利亚、欧盟、挪威、巴拿马、大韩民国和大不列颠及北爱尔兰联合王国向公约秘书处提供了财政资源，以帮助缔约方开展实施工作。其中包括支持根据缔约方会议通过的工作计划制定的其他项目。特别是，澳大利亚、挪威和大不列颠及北爱尔兰联合王国为支持 FCTC 2030 项目提供了慷慨的资金。区域合作努力在知识传播和共享方面也发挥着重要作用。中国、欧盟、巴拿马和大韩民国报告称，它们组织和主办了与实施一些 WHO FCTC 条款有关的各种会议。北欧烟草控制网络、中亚烟草控制网络和欧盟下的烟草控制联合行动等区域倡议只是几个缔约方报告中强调的区域合作努力的例子。

关于它们提供的援助,一些缔约方还提到了国内倡议。其中包括通过培训和信息会议与其他非卫生部门接触。议会的决策者、所有部委的公职人员、卫生和教育专业人员、检查员和其他执法人员以及非政府组织社区是卫生部门报告为特定烟草相关信息计划目标的一些例子。

通过区域和国际组织的成员资格提供实施援助。

总体而言,只有 22% 的缔约方报告说鼓励向中低收入国家和经济转型缔约方提供财政援助,以帮助它们履行《公约》规定的义务,与 2018 年相比没有变化。

通过加入区域和国际组织促进世卫组织框架公约的实施通常需要国内各政府部门之间的有效合作,因为缔约方可能在不同的论坛上由不同的政府部门代表。因此,所有人都“以相同的声音说话”至关重要,但要做到这一点,良好的治理和有效的跨部门合作是必须的。在这些方面,加拿大报告称,它在国际劳工组织 (ILO) 理事会第 337 届会议上批准了一项可以确保国际劳工组织不接受来自烟草业的资金的决定。巴拿马报告了其在世卫组织和世卫组织美洲区域 (泛美卫生组织) 的各种论坛上促进实施世卫组织框架公约的努力。沙特阿拉伯报告称,它在海湾阿拉伯国家合作委员会上支持烟草包装,特别是无装饰包装的区域方法。

马达加斯加

案例分析

FCTC 2030 项目中的多部门主义在马达加斯加，

FCTC 2030 项目为卫生部召集其他部门加强参与烟草控制提供了支持。2018年,开发署、公约秘书处、世卫组织和卫生部在马达加斯加举办了为期五天的务虚会,以加强烟草控制方面的多部门协调并制定该国的国家战略。务虚会由卫生部国家烟草控制办公室主办,来自 10 个政府部门的 25 名代表出席。

参与战略务虚会的联合国机构根据案头审查和访谈提供了有针对性的指导和支持,为全面的差距分析提供了依据。

政府代表对其部门在烟草控制中的作用(包括烟草控制如何促进其部门的利益)进行了宣传,他们确定了世卫组织框架公约下的要求,这些要求属于其部门的职权范围。

国家战略的首要任务包括一系列加强烟草控制机构能力的活动,包括国家和地区层面的协调机制。通过该战略的行动计划,马达加斯加将加强协调,并追究已承诺开展活动、时间表及其在烟草控制中的一般作用的其他部门的责任。

除了最终制定了 2019 年批准的国家战略外,这次务虚会还为政府利益相关者创造了急需的势头,以加强马达加斯加的国家协调机制,即 Comité Consultatif pour la Lutte Antitabac (CCoLAT)。为此,马达加斯加政府目前在 FCTC 2030 项目下与公约秘书处、世卫组织和联合国开发计划署合作,以加强 CCoLAT 成员的能力,并促进多部门和多利益攸关方参与烟草控制政策的制定和实施。

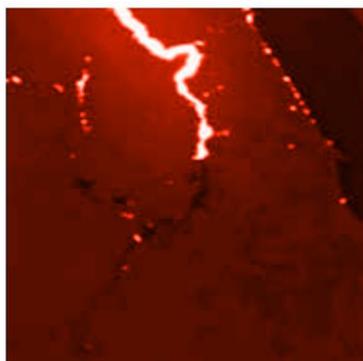
通过这种方式,国家烟草控制办公室得到了 FCTC 2030 项目的支持,以改进 CCoLAT 的职权范围,并在委员会内成立了技术工作组,专注于重点领域,如烟草产品税、烟草包装上的图形健康警句或将其烟草控制政策更新为全面的烟草控制立法。



(照片由 FCTC 2030 项目提供)

新型和新 兴烟草制品⁶¹ 和 尼古丁制品

4



61 根据世卫组织的说法，“新”或“新型”烟草制品除了含有烟草外，还必须至少满足以下一项要求：

以下标准：

- 使用了新的或非常规的技术，例如将烟草汽化到肺部或使用薄荷醇丸香烟过滤嘴。
- 产品类型上市不足12年；其中包括可溶解的烟草制品。
- 该产品类型上市时间较长，但市场份额在该类型未上市的地区有所增加，传统上使用的，例如将无烟烟草产品引入以前无法获得的国家。
- 该产品已上市，或已发表作品以允许其上市，并声称它可以减少曝光对有害化学物质。

世界卫生组织烟草制品管制研究小组：烟草制品管制科学基础报告：世界卫生组织研究小组第五次报告。可在：<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161512/9789241209892.pdf?sequence=1>

**关键
观察**

国内市场上无烟烟草、水烟斗以及电子尼古丁和非尼古丁输送系统 (ENDS/ENNDS) 的可用性有所增加。特定于这些产品的政策和法规变得更加普遍,但仍然落后于产品的可用性。

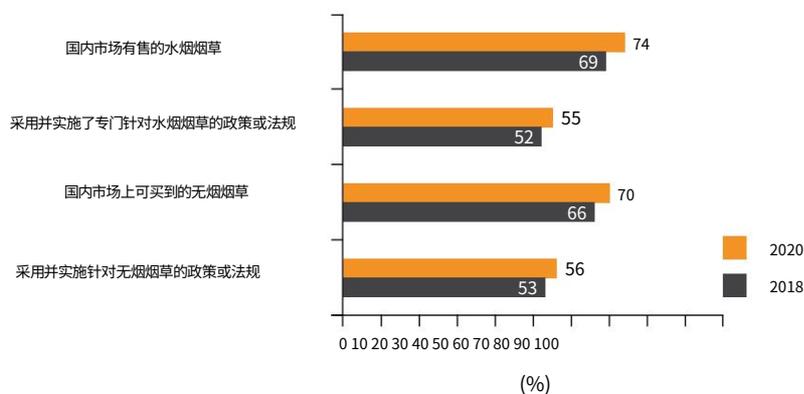
加热烟草制品 (HTP) 的供应较少且监管较少,这表明这是今后需要加强行动的一个领域。

在实施《公约》方面关于无烟烟草的一些良好做法已记录在案,包括在测试和测量此类产品的含量方面。

无烟烟草和水烟烟草制品

几个缔约方传统上使用无烟烟草和水烟斗,但最近在世界许多地方,此类产品的供应有所扩大。如图 27 所示,大多数缔约方宣布在其国内市场上销售水烟烟草,紧随其后的是无烟烟草。与 2018 年相比,这两种烟草制品的供应量都有所增加。超过一半的缔约方表示制定了适用于无烟烟草和水烟烟草制品的政策,与 2018 年相比也有所增加。

图 10 报告国水烟烟草和水烟烟草的特定产品政策(产)品 2018 年 2020 年 181 个国家市场烟草和水烟烟草法规的实施 (n=181)
和法规 2018-2020 (n=181)



一些缔约方注意到根据《公约》的不同条款推进其对于水烟烟草的监管。例如,阿拉伯联合酋长国联邦税务局禁止供应、转让、储存和拥有没有数字印花税票的水烟烟草和电子烟。该计划旨在打击逃税行为,并允许对从制造工厂到消费者的指定产品进行数字跟踪。该禁令原定于 2020 年 6 月 1 日生效;但是,由于大流行,实施被推迟到 2021 年 1 月 1 日。2018 年,沙特食品和药物管理局发布了一项规定,要求自 2020 年 1 月 1 日起对烟草糖蜜(水烟烟草)进行平装(更多详情,见第 11 条)。在奥地利,宪法法院确认,在各地全面禁止烟草使用不应有任何例外,无论它们是传统(吸烟)烟草产品还是新型和新兴烟草产品,包括所有类型的电子烟,水管和水烟/水烟筒。

受 COVID-19 大流行的影响,埃及政府采取了严格的控制措施,禁止在咖啡馆和公共场所使用水管,对不遵守规定的咖啡馆处以罚款和没收。首次采用多部门方法——卫生部、内政部和地方当局的合作行动——来监督禁令的实施。早期结果表明,自大流行开始以来,一种水烟烟草产品哈贝的生产量已显著下降,因为需求下降了 90% 以上。

2020 年 3 月,世卫组织东地中海区域办事处和世卫组织《烟草控制框架公约》水烟知识中心发布的证据表明,使用水烟烟草会恶化 COVID-19 患者的健康状况并助长病毒传播。仅在世卫组织东地中海区域,就有 17 个国家因 COVID-19 大流行而禁止在公共场所使用水烟斗烟草。还开展了一些提高认识的活动。这些法规和活动的示例可在世卫组织东地中海区域的网站上找到。

几个缔约方传统上使用无烟烟草和水烟斗,但最近在世界许多地方,此类产品的供应有所扩大,但只有一半以上的缔约方表示制定了适用于它们的政策。

印度

案例分析

经营国家烟草检测实验室

印度各州生产和消费了无数形式的有烟烟草和无烟烟草。烟草烟雾中含有 7000 多种化学物质,其中许多会致癌。这些包括多环芳烃;烟草特有的亚硝胺;芳香胺;甲醛、乙醛、1,3-丁二烯和苯等挥发性致癌物,以及各种金属。此外,无烟烟草制品中含有大量化学成分,其中 28 种已被证实为致癌物。^{62,63}最丰富的致癌物是烟草特有的 N-亚硝胺,尚未确定该化学物质的安全水平。

为了应对这一挑战,印度政府颁布了全面的立法,即 2003 年《香烟和其他烟草制品法》(禁止广告和监管贸易和商业、烟草制品的生产、供应和分销),并通过以下方式启动了国家烟草控制计划卫生和家福利部。建立国家烟草检测实验室是国家烟草控制计划的主要成果之一。

根据 2003 年法案以及世界卫生组织烟草控制框架公约第 9 条和第 10 条及其部分指南的要求,国家对各种烟草制品的毒物、释放物、含量和成分的检测能力的需求正在通过建立三个国家烟草检测实验室。它们分别在孟买的中央药物检测实验室、古瓦哈蒂的区域药物检测实验室和诺伊达的国家癌症预防和研究研究所(NICPR)建立,该研究所还主持了世卫组织框架公约关于无烟烟草的知识中心。已经制定了检测无烟烟草制品的指南,并正在各个实验室实施。⁶⁴

国家烟草检测实验室被设想为经过认证的世界级实验室,致力于为生烟草和烟草制品提供分析设施,为公众健康提供科学信息。烟草制品的分析取决于烟草样品的类型;实验室收集、储存、运输和处理的方式;以及分析方法的类型。

三个检测实验室均采购了六大类设备。这些是连续流量分析仪、近红外光谱仪、带 CO 分析仪的吸烟机(旋转式)、压降重量周长和通风测量装置、带检测器的气相色谱仪和环境室。此外,正在通过中央医疗服务协会以 31.5 印度卢比(约 430 000 美元)采购五种半主要类型的设备(每个实验室一台)。

62 国家癌症研究所,无烟烟草与健康,国际视角。医学博士贝塞斯达:国家癌症研究所,吸烟和烟草控制专着 2

63 国际癌症研究机构。无烟烟草和一些烟草特有的 N-亚硝胺,里昂,法国:世界卫生组织国际癌症研究机构,2007 年,国际癌症研究机构关于评估致癌风险和人类第 89 卷的专着。

64 卫生和家福利部,政府。印度的。国家烟草检测实验室操作指南。
<https://ntcp.nhp.gov.in/assets/document/Operational-Guidelines-for-NTTL.pdf>



这些实验室是世卫组织东南亚区域的第一个此类实验室,将生成有关目前在印度和邻国消费的各种有烟和无烟烟草产品的信息。



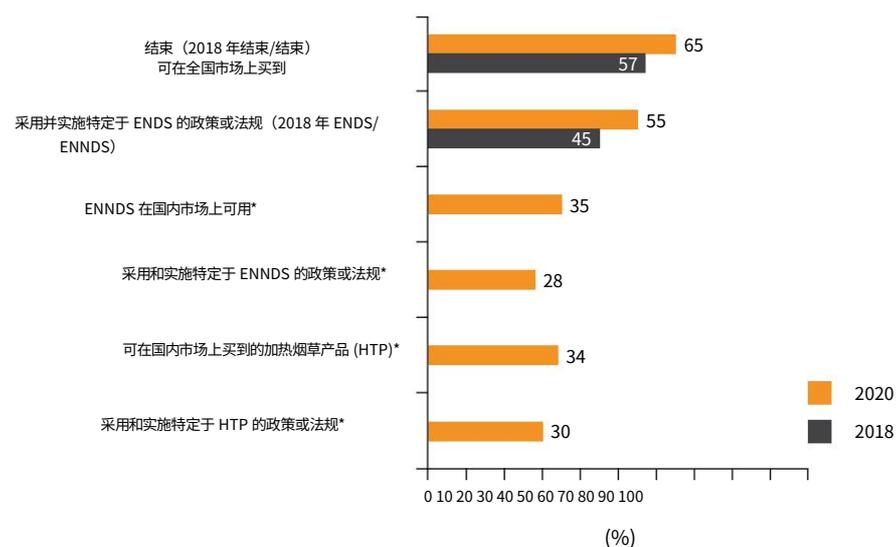
诺伊达测试实验室的吸烟机。

(照片由国家科学研究院提供
癌症预防和研究,诺伊达(印度))

电子尼古丁输送系统 (ENDS)、电子非尼古丁输送系统 (ENNDS) 和加热烟草产品 (HTP)。电子烟行业的快速增长也反映在缔约方的报告中,因为大约三分之二的缔约方报告其国内市场有电子烟(图 28)。2020 年,超过一半的缔约方报告说它们有针对这些产品的政策或法规。与 2018 年相比,这些产品在全国市场的供应量以及这些产品的政策或法规都有显著增加,但两者之间仍然存在差距。此外,大约三分之一的缔约方报告说他们在国内市场上有 ENNDS 和 HTP(图 28),但只有不到三分之一的缔约方报告说他们有 ENNDS 或 HTP 的政策或法规。65

一些缔约方在其报告中表示,该行业近年来开展了积极的营销活动,以推广新型和新兴烟草产品和尼古丁产品,而其现行国家立法并未涉及这些产品。一些缔约方报告说对这些产品进入其国内市场,特别是针对年轻人口的产品有所了解和关注。此外,许多缔约方提到与新型和新兴烟草制品和尼古丁制品有关的问题是其实实施公约的制约因素和障碍(详见优先事项和评论章节)。一些缔约方已开始应对这些挑战,例如让相关国家当局参与提高认识和修订现行烟草控制立法的进程,以扩大其范围,包括新的和新兴的烟草制品和尼古丁制品。(见以色列的例子)。

图 28 报告新型和新兴烟草制品的缔约方百分比 (%) 和图 28 报告国家市场上新型和新兴烟草制品和尼古丁产品的缔约方百分比 (%) 以及产品特定政策和法规,2018-2020 (n=181) 政策和法规,2018-2020 (n=181)



* 注:2020 年世界卫生组织烟草控制框架公约报告文书中的新问题。

65 在本报告周期中,问题首次被用于衡量

报告工具与成人和年轻人中新型和新兴烟草产品和尼古丁产品 (HTP、ENDS、ENNDS 和其他) 的使用率有关。收到的信息仍然有限;只有 23 个缔约方报告了此类产品用于成人,31 个缔约方报告了青少年此类产品。希望在未来几年内,允许将此类产品引入国家市场的其他缔约方将衡量和报告这些产品的使用情况。

对于成年人,报告的最高 ENDS 患病率 (男性和女性合计) 为 16.7% (文莱达鲁萨兰国),最低报告的患病率为 0.3% (格鲁吉亚和卢森堡)。对于 HTP,相同的数字是 4.7% (立陶宛) 和 0.2% (德国)。在青少年中,报告的 ENDS 患病率最高 (男孩和女孩合计) 为 37.8% (西班牙),最低为 1.1% (墨西哥)。在 HTP 的情况下,相同的数字是 10.3% (俄罗斯联邦) 和 0.1% (德国)。

以色列

案例分析

将烟草控制监管扩大到新型和新兴烟草产品和尼古丁产品

克服烟草业对烟草控制政策的强烈干预和停滞,以色列议会(以色列议会)于2018年成功通过了名为《禁止广告和限制烟草和吸烟产品营销的法律》的第七次修正案,填补了现有漏洞并瞄准保护未成年人的健康。⁶⁶

这项新法律扩展了烟草产品的定义,不仅包括 HTP,还包括其他产品,例如 ENDS/ENNDS,以及基于不含任何烟草的草药的吸烟产品。这一扩展定义允许禁止向未成年人出售电子烟,并将无烟法适用于在公共场所使用这些产品。

每个制造商或进口商必须提交的成分和排放年度报告的要求还包括所有上述产品。

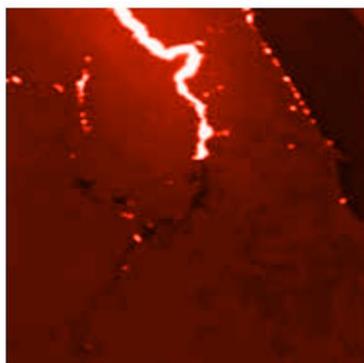
最具创新性的元素是从2020年1月开始对电子烟和电子烟油应用平装,其中包括“该产品高度成瘾,对您的健康有害”的健康警告,必须以两种官方语言出现。每一个都覆盖了包装或瓶子两个主要区域的30%。无烟烟草产品和 HTP 也必须使用平装,包括覆盖65%包装区域的文字健康警告,与卷烟相同。

这些修订符合 COP 为应对新型和新兴烟草制品和尼古丁产品带来的挑战而提供的指导,并力求将 WHO FCTC 各条款要求的措施适用于这些产品。



烟草使用流行率:趋势和预测

5



关键观察

根据到 2019 年的趋势和到 2025 年的预测表明,大多数缔约方需要加快烟草控制活动,以实现在 2010 年至 2025 年期间将烟草使用减少 30% 的自愿性全球非传染性疾病目标。值得注意的是,124 个缔约方未能按计划实现除非紧急制定有效的政策,否则减排目标。

为了更好地进行更准确的趋势分析以及估计和预测,公约缔约方需要继续加强其监督和监测系统,并更广泛地扩大其对公约第 20 条的实施并交换收集到的数据。

吸烟和无烟烟草使用流行率的可比估计。

根据第 20 条,缔约方应酌情制定国家、区域和全球监测烟草消费和接触烟草烟雾的幅度、模式、决定因素和后果的计划。关于监测系统的进展和缔约方报告的流行数据类型在关于第 20 条的章节中进行了描述。此外,缔约方报告的成人和青年目前吸烟和无烟烟草使用的流行率见附件 2。

为进一步利用缔约方提供的流行率数据,世界卫生组织卫生促进部使用 2020 年和早期报告周期报告的数据以及可在公共领域获得的其他国家调查,计算了烟草使用的全球和区域趋势。用于计算这些估计值的统计模型⁶⁷

⁶⁷ 世界卫生组织使用缔约方在 2020 年实施报告中报告的国家调查数据来扩充世界卫生组织烟草使用流行率数据集,以计算烟草使用的可比趋势估计值的方法。

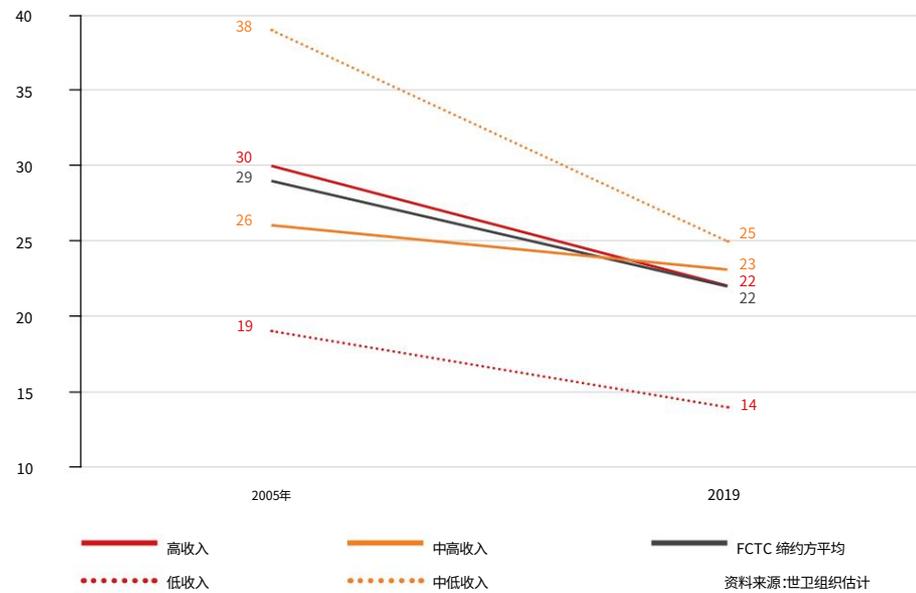
克服了由于调查涵盖的不同年龄范围、年份和烟草指标而导致的可比性问题。尽管许多缔约方尚未进行国家调查以衡量这些特定年份的流行率,但世卫组织模拟的估计数使得将 2019 年的烟草使用率与 2005 年的比率进行比较成为可能。

2009 年至 2020 年间,167 个缔约方收集了关于一项或多项烟草使用指标的具有全国代表性的数据。在这些调查中,161 个缔约方报告了吸烟指标,157 个缔约方报告了吸烟指标,112 个缔约方报告了无烟烟草指标,126 个缔约方报告了任何烟草使用情况,包括有烟烟草和无烟烟草。这些调查与可追溯到 1990 年的早期调查相结合,以估计烟草使用的趋势。假设没有无烟烟草使用数据的缔约方的使用水平可以忽略不计。

2005 年所有缔约方目前的全球平均烟草使用率估计为 29% 的 15 岁或以上人口(46% 的男性和 13% 的女性)。到 2019 年,吸烟率平均下降到 22% (男性为 37%,女性为 8%)。烟草使用包括使用有烟和/或无烟烟草制品,这取决于每个缔约方常用的和接受调查的品种。当前使用是指在调查时每天或偶尔使用。

世界银行的所有缔约方收入组均呈下降趋势,目前的平均烟草使用率(图 29)。2005 年,中低收入缔约方的平均烟草使用率集体最高,为 38%,但由于平均使用率下降最快,到 2019 年,该收入组已降至 25%,仅略高于所有国家的平均水平。中高收入缔约方的进展最为缓慢,总体下降从 2005 年的 26% 降至 2019 年的 23%。平均而言,低收入缔约方的吸烟率最低。

图9 世界银行19岁及以下青少年烟草使用流行率趋势 2005-2019年 资料来源:世卫组织估计



资料来源:世卫组织估计

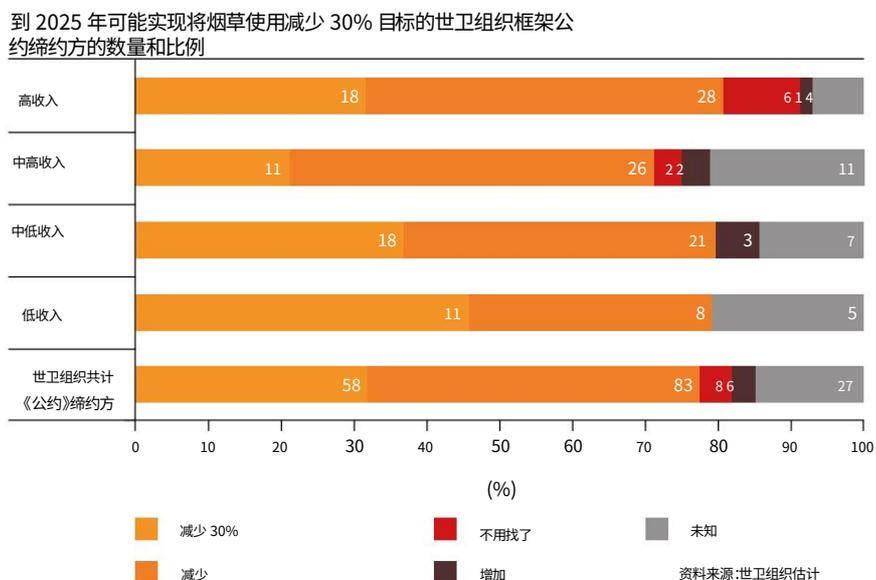
关于青年人的烟草使用,大多数缔约方一直在监测青年人的使用率,尤其是 13-15 岁的青年人。大约 156 个缔约方在 2009 年至 2019 年间完成了一项全国学校调查,该调查衡量了当前的烟草使用或当前吸烟情况。使用这些调查的数据,13-15 岁儿童的烟草使用平均流行率为 10.2% (男孩为 12.8%,女孩为 7.3%)。平均而言,男孩的烟草使用率接近女孩的两倍,但在 19 个缔约方中,女孩的烟草使用率高于男孩。仅看看这些调查中报告的吸烟情况,13-15 岁儿童的总体平均流行率为 5.3% (男孩为 6.9%,女孩为 3.3%)。

实现减少烟草使用目标

世卫组织 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划 (WHA66.10 号决议) 包括一项自愿目标,即在 2010 年至 2025 年期间将 15 岁及以上人群的烟草使用流行率相对降低 30%。实现这一目标将大大有助于实现将非传染性疾病过早死亡率降低 25% 的总体目标。可持续发展目标包括具体目标 3.a,呼吁酌情在所有国家加强实施世卫组织框架公约,并制定一项指标来衡量 15 岁及以上人群中当前烟草使用的年龄标准化流行率。

世卫组织估计显示,到 2025 年有 58 个缔约方 (32%) 可能实现目标 (图 30)。另外 83 个缔约方 (46%) 的比率正在下降,只需加快它们已经在做的工作即可。值得注意的是,预计 8 个缔约方的吸烟率不会下降,另外 6 个缔约方预计烟草使用率会增加,除非紧急实施有效的政策。在 27 个缔约方报告的全国代表性调查不足的情况下,趋势未知。大多数缔约方需要加快烟草控制活动以实现非传染性疾病目标。

图 30. WHO FCTC 缔约方对实现相对减少 30% 目标的预测图 30 WHO FCTC 缔约方对在 2025 年实现 15 岁以上当前烟草使用流行率 30% 的目标的预测,按世界银行收入组划分*
2025 年 15 岁以上当前烟草使用流行率的降低情况,按世界银行收入组划分*



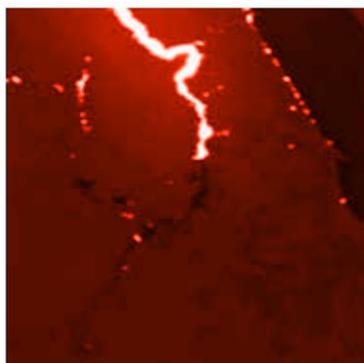
*注:在本图中,列内的数字代表相应类别中的缔约方数量。

这些趋势估计反映了缔约方在进行最近一次调查之前已经实施的烟草控制行动的效果。如果自政策实施以来未进行过调查,则在进行下一次调查之前不会看到新政策的效果。因此,这些预测仅反映迄今为止在调查中捕获的内容,并将随着新政策的实施和新调查的发布而重新计算。本报告系列中的早期估计仅涉及吸烟率。这些对烟草使用的估计与早期的估计不可比。

到 2025 年,只有三分之一的缔约方可能实现烟草使用目标,因此,大多数缔约方需要加快烟草控制活动以实现该目标,并随后实现各自的非传染性疾病目标。

优先事项、需求 和差距以及挑战

6



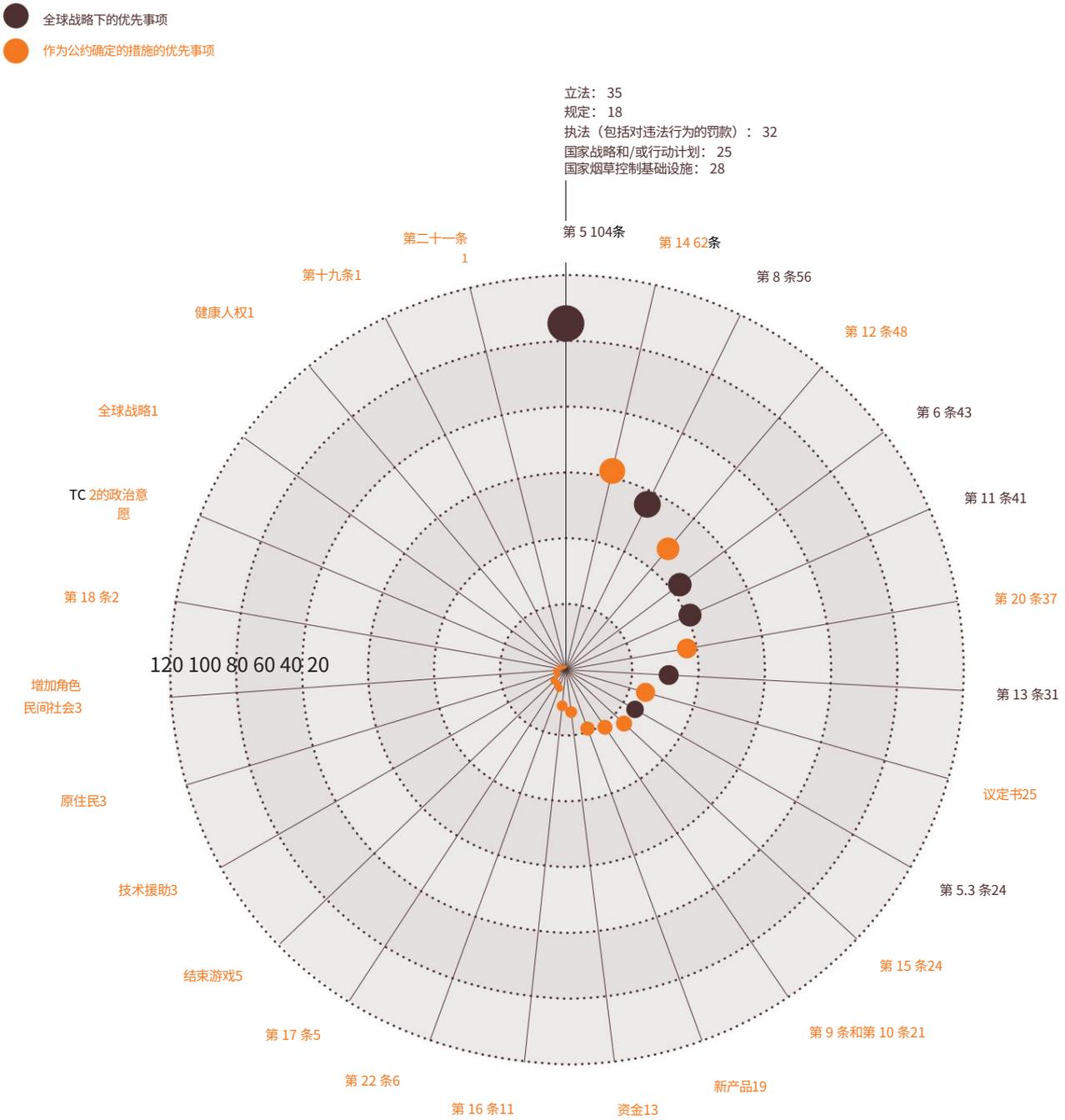
优先事项

大多数缔约方都回答了这个问题。在答复中,与《全球战略》目标相对应的义务明显过多,最重要的是《公约》第 5 条(一般义务)。提到的主要优先事项包括制定立法、执行现有法规,包括对违法行为处以罚款、建立国家烟草控制基础设施、制定国家烟草控制战略和/或行动计划,以及制定规则,按此发生顺序。第 5 条下的这些项目被提及 104 次。

第 14 条(与烟草依赖和戒烟有关的减少需求措施)是第二优先事项,其次是第 8 条(防止接触烟草烟雾)、第 12 条(教育、交流和公众意识)、第 6 条(价格和税收措施)和第 11 条(包装和标签)。议定书的批准和/或实施,以及 WHO FCTC 第 15 条(烟草制品非法贸易)的实施也在优先事项中排名靠前。

市场上出现的新型和新兴烟草制品和尼古丁制品继续使一些缔约方将其控制作为优先事项——包括禁止或规范这些产品,执行已通过的法规,提高对其消费风险的认识,以及监测烟草制品的出现。新产品——一些人首次提到了他们对烟草残局战略的关注。下面的图 31 显示了缔约方提到的各种优先事项,也反映了这些优先事项被提及的次数。

图 31. 缔约方强调的优先事项



需求和差距。与 2018 年类似,60% 的缔约方回应说,他们已经确定了可用资源与实施公约中确定的需求之间的具体差距。对在 2020 年报告周期提交报告的 139 个缔约方的差距和需求进行了更详细的分析。其中,78 个缔约方就其差距发表了评论,其中 26 个缔约方报告了一项差距,52 个缔约方报告了一项以上差距。

在报告了差距的 78 个缔约方中,其中 53 个缔约方报告的差距自 2018 年以来没有改变。在 15 个案例中,差距已部分改变,因为一些差距已填补和/或其他一些差距已更改或新添加到清单中。这一发现可能表明,如果不提供支持,仅缔约方就无法解决其执行差距。

因此,有能力帮助这些缔约方在执行工作中取得进展的利益攸关方需要采取协调一致的行动。

一些缔约方在介绍他们发现的差距时,提到了世界卫生组织《烟草控制框架公约》需求评估、非传染性疾病预防能力评估活动或投资案例报告,作为帮助他们确定需求和差距的过程。因此,在向缔约方提供必要的援助以解决这些需求和差距时,开展此类活动并以此为基础非常重要。

最常提到的差距是缺乏足够的财政资源,大约有三分之一的报告缔约方提到了这一差距。一些缔约方认为政府提供的资源不足,一些缔约方表示其唯一的资助者是世卫组织或来自国外的合作伙伴/捐助者。缩小这一差距意味着需要更多地关注公约第 26 条和全球战略的具体目标 3.2.3 (为烟草控制调动可持续资源)。

大约四分之一的缔约方报告的第二个最常提到的差距与该国有有限的工作人员和技术能力有关。在此背景下,特别是在 2020 年报告周期提交报告的缔约方中有十分之一提到在执行各种烟草控制措施领域需要更多资源。

缔约方还列举了一系列具体的技术需求和差距(表 4)。在技术需求中,最常被提及的五个是:加强戒烟工作;需要开展更多的提高认识活动;研究、监测和监督活动;加强烟草制品监管;烟草税收和经济研究,包括烟草控制的投资案例。

表 4. 缔约方报告的与世界卫生组织《烟草控制框架公约》各项条款下技术领域相关的差距

第 4.7 条	<ul style="list-style-type: none"> · 非政府组织参与世卫组织框架公约实施的程度有限
第五条	<ul style="list-style-type: none"> · 实施世界卫生组织烟草控制框架公约的人员和技术能力有限,包括在国家以下/地方一级;训练公职人员就与世界卫生组织烟草控制框架公约有关的事项 · 缺乏全面的烟草控制规划、计划或战略 · 缺乏符合世卫组织框架公约的国家立法或法规 · 多部门合作不足 · 非职能部门委员会,国家协调会议预算不足 · 非卫生部对烟草控制缺乏兴趣 · 缺乏专业协会的参与 · 缺乏政治意愿和承诺,烟草控制不是重点
第六条	<ul style="list-style-type: none"> · 缺乏税收政策 · 低税率
第八条	<ul style="list-style-type: none"> · 需要规范无烟环境 · 需要加强执法活动
第 9 条和第 10 条	<ul style="list-style-type: none"> · 对排放和成分数据缺乏了解 · 缺乏执行第 9 条和第 10 条的政策 · 缺乏实验室检测能力
第十一条	<ul style="list-style-type: none"> · 需要引入平装
第十二条	<ul style="list-style-type: none"> · 对实施问题(法律内容、烟草业干预、缺乏媒体宣传或教育材料,以及针对年轻一代的媒体战略) · 需要对烟草税相关人员进行关于提高烟草税影响的培训
第十三条	<ul style="list-style-type: none"> · 有关广告的立法存在漏洞 · 销售点广告仍未被禁止
第十四条	<ul style="list-style-type: none"> · 与戒烟服务相关的问题(不存在、推广此类服务、培训服务供应商) · 药物/尼古丁替代疗法不可用 · 没有全国戒烟热线 · 缺乏国家戒烟指南或全面的戒烟计划
第十五条	<ul style="list-style-type: none"> · 需要解决非法烟草贸易和/或批准/加入议定书 · 缺乏跟踪和追溯制度和许可
第十六条	<ul style="list-style-type: none"> · 仍允许出售单根烟棒 · 货架可供买家直接访问
第十七条	<ul style="list-style-type: none"> · 没有可用的替代生计计划 · 缺乏对替代作物的研究
第十八条	<ul style="list-style-type: none"> · 没有采取保护环境的措施
第二十条	<ul style="list-style-type: none"> · 需要更多的研究和/或分析能力(在以下领域:替代生计;烟草非法贸易;烟草使用对健康和经济的影响;监测和评估烟草控制立法及其影响;新型和新兴烟草制品;因素决定戒烟的;关于青少年和成人烟草使用的流行病学研究) · 需要投资案例研究
新型和新兴烟草产品和尼古丁产品	<ul style="list-style-type: none"> · 需要提高对新型和新兴烟草产品和尼古丁产品的认识 · 需要更多容量来处理这些产品
第二十六条	<ul style="list-style-type: none"> · 财政资源不可用或不足 · 有更多资金可用于参加缔约方会议

缔约方在报告文书这一问题下报告的需求和差距将无意中与限制和障碍部分重叠。

约束和障碍。全球战略的战略目标 3.2 旨在支持和鼓励缔约方努力消除国家层面烟草控制工作的障碍。在 2020 年报告周期正式提交执行报告的 139 个缔约方中,31 个缔约方报告了一个执行障碍,74 个缔约方报告了一个以上障碍。其余缔约方未报告任何限制或障碍。

在报告限制或障碍的 105 个缔约方中,有 64 个缔约方未首次报告它们,而 19 个缔约方报告的限制或障碍与其上次报告相比仅部分改变。这些发现表明,持续的限制或障碍的演变与在需求和可用资源之间确定的差距非常相似,如上一节所述。再次,需要向这些缔约方提供更多和有针对性的援助,以便它们能够摆脱这种僵局并消除现有的障碍,正如全球战略所预见的那样。

查看缔约方报告的限制和障碍,可以观察到它们与全球战略中战略目标 3.2 下列出的具体目标产生了很好的共鸣。下文对所报告的障碍进行了分析,按提及这些障碍的缔约方数量递减顺序排列。

与之前的报告周期类似,超过三分之一的缔约方 (46 个缔约方)在 2020 年报告周期提交报告,无论其收入水平如何,都指出烟草业及其盟友的干扰是最常见的障碍。执行公约。在相关问题上,10 多个缔约方将生产新型和新兴烟草制品和尼古丁制品的行业称为试图干预政策制定的行业。

20 多个缔约方还报告了其他制约因素/障碍。它们是国家层面缺乏人力资源和技术能力,以及烟草控制计划缺乏足够和可持续的资金。

此外,缔约方还强调各部门之间缺乏或不充分的部门间协调是实施的障碍。在许多场合,非卫生部门被认为是需要更多参与公约实施的部门,在少数场合特别提到了金融部门。例如,一个缔约方特别提到其财政法不允许直接拨款用于烟草控制,尽管这可能是解决财政资源分配不足的一个办法。

关于治理,10 多个报告缔约方指出,在其他相互竞争的优先事项中,对烟草控制的政治意愿和承诺不足或缺乏或重视程度不高。政局不稳 (包括当前的全球大流行)以及政治舞台和人员的频繁变动也不利于一些缔约方的有效烟草控制。一个缔约方 (刚果民主共和国)报告说,改进地方对烟草控制的协调将是有益的,另一个缔约方 (吉布提)报告说,更多的区域和政府间合作可以对国家成果产生更好的影响。三个缔约方提到缺乏足够的民间社会参与是一个障碍。

俄罗斯联邦描述了一个有趣的阻碍进展的区域障碍。俄罗斯联邦是其成员的欧亚经济联盟 (EAEU)不是世界卫生组织烟草控制框架公约的缔约方,这对在欧亚经济联盟成员国内实施公约的某些条款造成了障碍。壁垒由管理俄罗斯联邦与其他欧亚经济联盟国家之间关系的国际贸易协定组成,限制了统一烟草制品消费税,从而阻止俄罗斯联邦将烟草消费税提高到建议的水平由谁。参考文献

俄罗斯联邦在这个问题上应该提醒我们,世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方取得的大部分进展都与在国家层面实施此类区域集团所采取的政策有关。提及欧盟成员国是合乎逻辑的,因为它们是公约的缔约方。但加勒比共同体(加共体)或海湾阿拉伯国家合作委员会和西非经共体分别为促进第 11 条和第 6 条的实施而采取的措施是这些区域集团取得积极成果的例子,可以促进实施多个会员国的烟草控制措施。

越来越多的缔约方提到与执法有关的困难。有 20 多个缔约方报告说,在执行现有烟草控制措施方面遇到困难,特别是那些涉及无烟环境和向未成年人出售和由未成年人销售的措施,可被视为有效实施的障碍。14 个缔约方报告称,它们认为没有烟草控制法——或延迟通过烟草控制法或相关法规——是实施障碍。

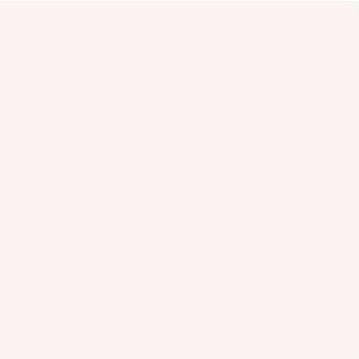
超过 10% 的报告缔约方指出,缺乏认识或需要更多行动者开展提高认识活动是实施的障碍。在许多情况下,缺乏认识成为障碍。例如,一些缔约方报告称,包括决策者在内的各利益攸关方对《公约》缺乏认识,缺乏与烟草使用对使用者的影响相关的信息,以及公众和公众对现行法律法规缺乏信息,也包括那些需要实施这些措施作为遵守的障碍。这些调查结果强调需要以全面的方式加强对《公约》第 12 条的处理,并针对需要更多信息的利益攸关方群体提供具体信息。

10 多个缔约方报告称,它们将与新型和新兴烟草制品和尼古丁制品有关的问题视为实施障碍。缺乏对这些产品的研究、生产公司的营销策略激增以及不存在或不完整的监管环境增加了这一挑战。俄罗斯联邦更详细地描述了其在新产品方面面临的挑战,以及它们对未成年人构成的危险。2019 年,市场上出现了通过咀嚼或吸吮消费的口腔产品,不含烟叶,而是尼古丁。根据俄罗斯联邦现行立法和欧亚经济联盟的适用法规,它们不属于烟草制品的定义,因此未成年人可以使用它们。这种产品的一个例子是英美烟草公司的 LYFT,它现在在 EAEU 国家销售。它类似于鼻烟,但不含生烟草;然而,它含有尼古丁和各种食品添加剂,包括调味剂。产品的份量称为“包”或“pauchi”。该产品的投放市场引发了各种形式的尼古丁产品(糖果、锭剂)的大量出现。总而言之,这导致了未成年人中尼古丁中毒的案例,因此,必须采取紧急措施将这些产品撤出市场,并通过立法彻底禁止它们。68 冈比亚和加纳报告称考虑到尼古丁的传播水烟是一个新的实施障碍,需要通过立法加以解决。

尽管缔约方会议已经做出了决定,并且在这个问题上有大量可用的技术材料,但缔约方在面临此类挑战时可以从更有针对性的信息和指导中受益。请参阅“新型和新兴烟草制品和尼古丁制品”部分,了解有关一些缔约方采取的方法和实施的政策的更多信息。

68 该法律已于 2020 年 7 月 31 日通过。更多信息请访问: <https://untobaccocontrol.org/impldb/>
俄罗斯联邦关于含尼古丁产品的新法规通过/

一些缔约方提到了公约中对实施造成限制的特定领域和条款。7个缔约方将低税和烟草税遇到的困难称为实施障碍,同样数量的缔约方表示,戒烟是一个需要开展更多工作的领域。四个缔约方提到了非法贸易,另外三个缔约方表示,未批准议定书可被视为实施障碍。实施公约第9条和第10条,特别是没有经认可的实验室来测试烟草制品、第13条(执法)、第17条(为小农提供资金替代方案)、第20条(计划/政策和烟草业监测)一些缔约方也将其视为障碍。

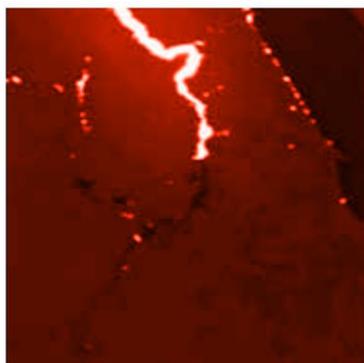


最常报告的差距是缺乏足够的财政资源,而报告最多的挑战/障碍仍然是烟草业的干扰。



2021 年初从缔约 方收到的进一 步信息

7



由于 COVID-19 大流行,世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方大会第九届会议于 2020 年被推迟,公约秘书处与缔约方联系,以收集有关公约实施的最新信息。请缔约方提供自提交 2020 年报告以来发生或收集的任何实施新闻和新数据。截至 2021 年 2 月,17 个缔约方已发送更新。

12 个缔约方报告称,在提交 2020 年报告后,已对《公约》的任何条款采取了新的立法或法规或其他行政或行政措施。其中,比利时、捷克、丹麦、俄罗斯联邦、塞尔维亚、斯洛伐克和乌拉圭报告提高了烟草税。

观察到一种趋势,即要求对电子烟及其补充液以及 HTP 等产品征税。这些缔约方中的大多数将这些法规纳入“税收日历”,该日历也涵盖传统烟草产品,并计划在未来几年增加税收。

关于第 13 条,比利时已禁止在烟草店和售卖烟草制品的报刊店内部和门前的标志上使用烟草制品的商标,德国采取了额外的 TAPS 禁令,包括禁止电影广告(贴有标签的电影除外)“禁止青少年释放”)以及在专卖店外提供免费样品(从 2021 年 1 月起)。此外,德国从 2022 年开始禁止常规烟草产品的户外广告,从 2023 年开始禁止 HTP,从 2024 年开始禁止电子烟和再填充容器。

在澳大利亚,治疗用品管理局宣布将尼古丁重新安排(重新分类)用于非治疗性人类使用,从“危险毒药”改为“仅限处方”,并且需要医生的处方才能在澳大利亚合法获取尼古丁电子烟和液体尼古丁。俄罗斯联邦根据《公约》第6条、第8条、第9条和第10条、第11条、第12条、第13条、第14条和第16条等条款,制定了对含尼古丁产品和消费装置的监管。69

2020年12月,丹麦通过了一项新的《烟草法》,作为《儿童和青少年吸烟国家行动计划》的一部分。新法案涵盖了针对电子烟和再填充容器的广泛措施,包括禁止在销售点展示和禁止烟草以外的香料以及平装;后者也适用于HTP。

“烟草替代品”在本《烟草法》中被定义为含有尼古丁但不含烟草的产品,它们不是烟草产品或电子烟(尼古丁袋是市场上这些产品中的第一个),并且也将被纳入健康警告和税收措施。此外,该法律禁止在某些条件下在教育中心使用和销售烟草产品、烟草替代品、草药吸烟产品和电子烟,并规定更严格地禁止(直接和间接)广告和赞助等。2021年1月,丹麦安全技术管理局禁止销售含有薄荷醇的卷烟,因为这被认为是禁止增强吸入的添加剂的一部分,而不仅仅是表征欧洲烟草产品指令已经禁止的口味。

自通过关于减少某些塑料产品对环境影响的指令2019/904(一次性塑料指令或SUPD)以来,欧盟已经批准了一项关于一次性塑料的法规71,建立了统一的标记规范除其他外,带有过滤嘴的烟草产品和销售用于与烟草产品结合使用的过滤嘴并含有塑料的烟草产品。SUPD在第17条和第18条的章节中有更详细的描述。

其他一些缔约方表示正在讨论各自的法案。在智利,正在讨论一项将ENDS/ENNDS监管为烟草产品的提案,同时另一项提案寻求平装、禁止使用添加剂(包括香精)和禁止在销售点展示烟草产品。在西班牙,立法草案旨在扩大无烟环境,规范电子烟的消费和作为烟草产品的推广,提高烟草税,并采用平装。

关于采用新的国家烟草控制战略、计划或方案,丹麦确认新的《烟草法》是作为《儿童和青少年吸烟国家行动计划》的一部分制定的。欧盟发布了“战胜癌症计划”,其中包括“实现无烟欧洲”一节,其中包含到2040年烟草使用流行率低于5%的明确目标以及与欧盟层面的烟草控制相关的行动。2020年8月,意大利批准了新的2020-2025年国家预防计划,其中包含与非传染性疾病及其风险因素作斗争的目标,其中包括烟草使用,旨在采用一种跨部门和跨学科的方法,整合符合世卫组织的有效政策公约。

其他缔约方提供了关于制定战略、计划或方案的信息。比利时正在努力制定一项计划,以打造无烟一代。

智利正在制定一项针对18岁及以上人口戒烟的国家计划。同样,斯洛伐克正在制定一项在地区公共卫生办公室设立的戒烟咨询中心的新战略。西班牙确认起草2021-2025年全面烟草预防和控制计划。

69 详见:<https://untobaccocontrol.org/impldb/russian-federation-new-regulations-on-nicotine-contains-products-adopted/>

70 该指令可在<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L0904&from=EN>

71 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=uriserv:OJ.L_2020.428.01.0057.01.ENG

在促进全球战略中确定的优先事项的创新方法方面,只有两个缔约方报告了进展,而且都与世界卫生组织烟草控制框架公约第 8 条有关。一方面,比利时提供了有关民间社会倡议“无烟一代”⁷²的信息,该倡议的重点是为儿童创造尽可能多的无烟环境,以确保 2019 年出生的每个儿童都能在无烟环境中长大,防止他们从开始吸烟到沉迷于烟草制品或电子烟。

另一方面,丹麦指出,新的《烟草法》还为所有小学和青少年教育引入了无烟上学时间,其中包括使用无烟烟草和电子烟。

关于发表新的研究或研究,七个缔约方报告了新的流行率调查结果的发布:巴拿马和西班牙的全国成年人调查;对捷克、丹麦、葡萄牙和乌拉圭的学生和年轻人进行的调查;以及欧洲人对欧盟烟草和电子烟态度的调查。

多个缔约方发表了大量研究论文,包括关于烟草制品的使用(捷克和斯洛伐克)、关于 COVID-19 大流行期间的生活习惯(包括烟草使用)(瑞典)以及关于烟草控制措施的影响关于医疗保健费用(乌拉圭)。

来自意大利的一些研究论文涉及国家研究人员,并涉及与意大利背景相关的问题,例如使用电子烟和烟草产品的年轻人的概况和推广无烟家庭,以及几个欧洲国家的研究,例如吸烟者概况、儿童在户外空间接触二手烟,以及儿童和成人吸烟和接触二手烟对疾病负担的研究。

德国政府评估了 2016 年生效的电子烟和电子水烟销售禁令对未成年人消费这些产品的影响。该报告将于 2021 年底发布。

鉴于 COVID-19 大流行,某些缔约方通过或实施了烟草控制政策,旨在支持控制大流行。博茨瓦纳政府从 2020 年 3 月至 2020 年 6 月禁止进口和销售烟草或烟草相关产品,仍然禁止使用、销售和出租水烟。在德国,联邦健康教育中心推出了一个名为 Corona and Smoking 的特殊在线博客,德国联邦政府药物专员发起了一项针对戒烟的全国性运动。作为将消费税提高 20% 的理由之一,俄罗斯联邦财政部表示,在疫情导致预算支出增加的情况下,有必要履行国家的社会义务。西班牙发布了关于在密闭环境中消费烟草的建议;这是通过与自治区当局协调制定的关于大流行期间烟草和新型产品消费的立场文件的形式完成的。还编写了一篇关于尼古丁与 COVID-19 之间关系的论文,并评估了当前大流行对烟草流行的影响。

在某些情况下,由于大流行造成的相互竞争的优先事项,烟草控制措施被推迟。例如,博茨瓦纳发现在实施世界卫生组织烟草控制框架公约方面取得进展具有挑战性,包括延迟通过全面的烟草控制法案,以及在全国建立戒烟中心以支持那些愿意戒烟的人。

72 <https://www.generationsmokefree.be/generation-smoke-free>

全球加速战略

8

烟草控制——全球战略指标的基线数据

全球战略的指标 加速烟草控制:基线数据状态报告

COP8 通过 FCTC/COP8(16) 号决定通过了《加速烟草控制全球战略:通过实施 WHO FCTC 2019-2025 促进可持续发展》。该决定还要求公约秘书处: 1) 收集全球战略中确定的一系列指标的基线数据; 2) 每两年报告一次全球战略的实施进展,作为其关于公约实施情况的两年期定期全球报告的一部分。

全球战略包含 20 项指标,旨在衡量其三个战略目标下各项目标的实施进展情况。为描述这些指标,公约秘书处编制了全球战略指标纲要,可在公约秘书处网站上查阅。⁷³本报告旨在为全球战略指标提供基线数据,它是该系列的第一篇。其定期更新将使利益相关者能够检测和记录全球战略实施进展。

本状态报告基于截至 2019 年底收集的信息。对于那些基于缔约方《公约》实施报告的指标,以 2018 年报告周期提交的报告为基准。此外,还提供了 2020 年报告周期的数据以检测任何发展。对于其他指标,信息是通过案头研究或根据指标汇编中提供的描述从利益相关者那里收集的信息收集的。对于那些在 WHO FCTC 报告工具中没有提供信息的指标,根据《指标汇编》中定义的方法,使用了代理指标和/或其他数据源。在后一种情况下,本状态报告还就如何进一步发展各自的指标,或者应该使用哪些额外的资源和数据提出了一些建议。

按战略目标和指标划分的状态

每个指标的当前状态将按照这些指标在全球战略中出现的顺序呈现。

战略目标 1

战略目标 1:加快行动

战略目标 1 下的指标是指缔约方开展的实施工作,以及缔约方从世界卫生组织《烟草控制框架公约》知识中心或通过南南合作和三方合作项目提供的援助中受益的程度。

报告已收到或提供财政和/或技术支持的缔约方数量

该指标反映了世卫组织框架公约报告文书国际合作和援助部分的一些问题,这些问题已包含在公约初始版本的报告文书中。在 2018 年报告周期中,86 个缔约方报告提供了资金和/或技术支持,130 个缔约方报告说获得了资金和/或技术支持。在 2020 年报告周期中,这两个数字分别为 86 和 134。

连续的全球进展报告还列举了缔约方如何提供或接受援助的例子,以及非缔约方行为者(例如,政府间组织和非政府组织)如何向缔约方提供援助的例子。对于后者,作为缔约方会议观察员的非政府组织提交的两年期报告也描述了此类援助的其他例子。⁷⁴

然而,似乎有迹象表明缔约方在该指标下存在一些少报的情况。例如,公约秘书处及其合作伙伴运作的援助机制,如需求评估和相关活动;一些缔约方报告了这些问题,但另一些缔约方在其

⁷³ 通过实施《2019-2025 年世界卫生组织烟草控制框架公约》促进可持续发展的全球战略:指标汇编。2020 年 1 月。见: https://www.who.int/fctc/cop/gs-2025/GS-2025_Indicator Compendium.pdf

⁷⁴ https://www.who.int/fctc/cop/observers_ngo/

执行报告。应努力进一步鼓励缔约方就其提供或接受的援助以及可能需要的任何财政或技术援助提供更完整和更详细的信息。

已将成本核算的国家烟草控制计划作为其定期世卫组织框架公约报告的一部分提交的缔约方数量

WHO FCTC 及其相关报告工具并未提及制定“成本核算”的国家烟草控制计划。在没有指标汇编中概述的此类具体指标的情况下,报告文书中可用作代理指标的相关问题 75指的是具有以下条件的缔约方:

1. 报告了综合多部门的发展和实施
国家烟草控制战略、计划和规划
习俗;和
2. 建立或加强和资助烟草控制联络点和/或
烟草控制单位和/或国家烟草控制协调机制。

根据缔约方在 2018 年报告周期提交的报告,120 个缔约方报告称已制定和实施多部门国家烟草控制战略、计划和方案,并已建立或加强和资助至少一种类型的烟草控制基础设施——联络点、如上所述的烟草控制单位或国家协调机制。到 2020 年,缔约方的数量分别为 127 个。有关 2018 年和 2020 年报告周期的各种机制和基础设施类型的详细信息(按指标分类)见附件 1。

间接地,报告文书中的另一个问题可能会提供有关可用于烟草控制计划的资源的更多信息。询问缔约方是否指定任何百分比的来自烟草制品销售的税收收入用于资助参照《公约》第 26 条的任何国家战略、计划或方案。

公约秘书处的网页上提供了一份简短的补充研究,该研究还提供了一些专门用于烟草控制的资源示例。 76

世卫组织收集的国家数据也可能包含一些相关数据;其会员国为世卫组织 2019 年全球烟草流行报告向世卫组织报告的数据表明,34 个缔约方为烟草控制战略、计划和规划分配了预算。 77

未来,由于世界卫生组织烟草控制框架公约的报告文书不要求提供有关“成本核算”战略的信息,因此应考虑在报告文书中包括与第 5.1 和 26.2 条相关的这方面的信息。

实施价格和税收措施的缔约方数量

世界卫生组织烟草控制框架公约报告文书中使用的与第 6 条相关的指标之一确定了“已通过并实施烟草产品税收政策和酌情价格政策以促进实现旨在实现健康目标的缔约方”。减少烟草消费”。

在 2018 年报告周期中,146 个缔约方报告已采取此类措施。 2020 年报告周期为 153.78

75 在没有直接测量或符号的情况下,近似或代表现象的间接测量或符号。

76 https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/resources/Convention_Secretariat_Earmarking_Analysis_2015.pdf

77 表 6.14 - 国家烟草控制计划(https://www.who.int/tobacco/global_report/en/)

78 请参阅本 2020 年全球进展报告第 6 条和 2018 全球进展报告。

此外,连续的全球进展报告还提供了实施价格和税收措施的良好做法的例子;世界卫生组织烟草控制框架公约报告文书中包含的任何指标也是如此。

由于该指标已包含在当前报告工具中,后续的全球进展报告仍将是与该全球战略指标进展相关的最重要信息来源。鉴于收集和报告此类信息的困难,信息的完整性和准确性是需要进一步发展的重要因素。在对世界卫生组织烟草控制框架公约报告文书的任何进一步修订中都将考虑到这一考虑。

加强国家烟草控制措施的缔约方数量

这是一个复杂的指标,需要在两个报告周期之间对多个单独指标的执行情况进行比较;此外,根据《全球战略指标汇编》,分析该指标的重点是缔约方针对《公约》的时限要求(与第 8、11 和 13 条相关)实施的措施。提醒一下,第 8 条规定的时限措施包含在缔约方会议第二届会议在决定 FCTC/COP2(7)中通过的相关实施指南中,而第 11 条和 13 被列入公约本身。

为评估该指标,对缔约方在 2016 年(或以前的可用报告)和 2018 年(或最新的可用报告)报告周期中的答复进行了比较。由于分析中允许更新的时间,在 2020 年报告周期中重复了相同的程序。“自愿协议”不被视为改进。

比较 2016 年和 2018 年报告周期的信息,124 个缔约方报告了根据第 8 条、第 11 条和第 13 条执行至少一项措施的进展。其中,109 个缔约方报告了其中一个条款的进展,15 个缔约方报告了更多比一篇文章。在比较 2018 年和 2020 年报告周期的数据时,可以观察到 91 个缔约方取得了进展。有关各个措施的附加信息(按文章)显示在以下部分中。

第 8 条 (防止接触烟草烟雾)

就本条规定的措施而言,如果缔约方对“已通过并实施立法、行政、行政或其他措施禁止在室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所吸烟,以及作为适当,其他公共场所”由“无”变为“有”,或由“无”变为“部分”或“完整”,或由“部分”变为“完整”。

2018 年,大约 65 个缔约方报告了在报告文书中列出的任何环境中禁止吸烟的某种程度的“改进”(如上文所定义)。在 2020 年报告周期中,观察到的改进数量(77 项)有所增加。

第十一条 (烟草制品的包装和标签)

对于第十一条,执行中的“改善”是指在任一类别中由“否”变为“是”的回应。2018 年,约有 27 个缔约方报告了根据第 11 条的任何具体指标取得的进展。在 2020 年报告周期,这一数字仅为 13 个。

第十三条 (烟草广告、促销和赞助)

2018 年,与 2016 年全面禁止烟草、广告、促销和赞助 (TAPS) 报告周期的数据相比,“改善”(改变

从“否”到“是”)在 10 个缔约方中检测到;另有 37 个缔约方在某些广告媒介方面取得了一些进展,但并非全部。2018 年和 2020 年数据之间的同比较突出显示了 7 个缔约方报告在全面实施广告和促销禁令方面取得了进展,而 33 个缔约方报告了在报告文书中包含的任何广告媒体方面取得了一些进展。

已将实施世卫组织框架公约确定为发展重点的缔约方数量,包括在其联合国发展援助框架 (UNDAF)中

由公约秘书处和联合国开发计划署联合编写的题为《世界卫生组织烟草控制框架公约:促进可持续发展的加速器》79的讨论文件重申了烟草控制的事项,长期以来,烟草控制对于可持续发展在其社会、经济和环境方面。该文件记录了《世界卫生组织烟草控制框架公约》的加强实施和实现可持续发展目标具体目标 3.a 的进展如何与其他可持续发展目标具体目标相互作用。

全球战略旨在为实现可持续发展目标 3 (良好的健康和福祉)的总体目标做出有意义的贡献,特别是关于非传染性疾病的可持续发展目标具体目标 3.4。此外,与实施《公约》第 5 条的进展密切相关的是,可持续发展目标 17 认识到只有坚定致力于全球伙伴关系和合作才能实现这些目标。

世界卫生组织《烟草控制框架公约》在 2015 年第三次发展筹资问题国际会议的亚的斯亚贝巴行动议程中也被引用为提高认识和调动资源的一种手段,指出“烟草价格和税收措施可以成为减少烟草消费和医疗保健费用,是许多国家发展筹资的收入来源”。烟草控制措施一直被认为是改善全球健康的“最佳选择”,因为它们以相对较小的投资带来了巨大的收益。

根据《指标纲要》,该指标指的是通过将活动作为其国内参与联合国发展援助框架 (UNDAF)的一部分,将实施世卫组织框架公约作为发展重点的国家。80

搜索从相应数据库 (2012 年至 2018 年的文件)中提取的最新联发援框架,发现“烟草”有 47 个匹配项,“世界卫生组织烟草控制框架公约”有 28 个匹配项,有四个缔约方的联发援框架提到了两者。

从世界卫生组织烟草控制框架公约知识中心获得援助的缔约方数量

该指标的定义是,在其与公约相关的专业知识范围内,至少从一个世卫组织框架公约知识中心获得任何形式援助的缔约方数量。81每个知识中心在其提交给公约的年度报告中秘书处,描述了它向缔约方提供的援助。因此,知识中心的此类报告可作为衡量该指标的基础。

79 <https://www.who.int/fctc/implementation/publications/who-fctc-accelerator-for-sustainable-development/>

80 核心数据源由 UNDAF 数据库表示: <https://unsdg.un.org/resources/cooperation-framework>。

UNSDG 知识门户上的合作框架仪表板提供了对不同国家合作框架周期的更多见解: https://unitednations.sharepoint.com/sites/DCO-WG-UNSDG_CF/SitePages/Cooperation%20

框架%20Dashboard.aspx。由公约秘书处、其合作伙伴和相关缔约方利益攸关方联合开展的需求评估报告所代表的补充数据源还通过与联合国国家

国家队。

81 该指标的数据来源包括:关于知识中心运作的年度或半年度技术报告

提交给公约秘书处的公约秘书处通讯,其中包含关于知识中心工作的信息以及公约秘书处关于缔约方向知识中心请求援助的记录。

截至 2019 年底,世界卫生组织《烟草控制框架公约》知识中心共向 68 个缔约方提供了 116 次援助。接受援助的缔约方的区域细分如下: 15 个来自非洲区域的缔约方;来自东地中海区域的 8 个缔约方;来自欧洲地区的 15 个缔约方;美洲区域的九个缔约方;东南亚区域的八个缔约方;西太平洋区域的 13 个缔约方。

需要指出的是,所有知识中心的范围都是全球性的,并应要求向任何缔约方提供技术援助,无论其地理区域如何

作为提供方或接受方参与南南合作和三方合作方案的缔约方数量

南南合作和三角合作是促进缔约方根据《公约》第 22 条开展合作的潜在工具。缔约方可能面临类似的挑战,通过同行支持识别和解决这些挑战可以作为互助项目的基础。

缔约方会议自第一届会议以来一直在促进南南合作和三角合作,并要求公约秘书处开展此类项目。迄今为止,已有 17 个缔约方(巴西、哥伦比亚、埃塞俄比亚、加蓬、格鲁吉亚、危地马拉、伊朗伊斯兰共和国、牙买加、马来西亚、摩尔多瓦共和国、蒙古、巴拿马、秘鲁、菲律宾、塞内加尔、泰国和乌拉圭)参加了正式的南南和三角项目,其中一些在不止一个项目中。82 上述缔约方参与的六个项目在以下领域组织: 解决烟草业干扰问题(第 5.3 条,有 11 个缔约方参与项目);国家协调机制(第 5.2 条,有六个缔约方);烟草税(第 6 条;与三个缔约方);包装和标签(第 11 条,有六个缔约方);戒烟(第 14 条,有五个缔约方);和促进替代生计(第 17 条,有四个缔约方)。

之后组织了更多双边援助项目;然而,它们不在这样一个正式的结构之下。由于双边援助项目也可被视为南南项目甚至三角项目,如果有更多的利益攸关方参与,则为今后监测此类情况建立一个平台以供缔约方共享此类信息非常重要,尤其是为了他们对全球战略实施进展的分析。

战略
目标
2

战略目标 2:建立跨部门和民间社会的国际联盟和伙伴关系,为实施世卫组织框架公约做出贡献

战略目标 2 下的指标突出了缔约方在执行《公约》时与合作伙伴互动的方式。其中包括政府间组织,以及 2030 年可持续发展议程下的参与。

将世卫组织框架公约实施纳入其战略或计划的发展机构、政府间组织、国际组织或倡议的数量

《指标纲要》将该指标定义为联合国系统内机构或组织的数量,以及将世卫组织框架公约实施纳入其战略、计划和规划的其他相关国际机构和倡议的数量。

该指标的数据无法在一个明确界定的来源中找到;这些信息可以从公约秘书处各小组开展的工作文件、通讯和国家工作报告中综合提取,主要是关于治理和国际合作以及发展援助的小组。

此外,公约秘书处进行了额外的信息搜索,以确定和审查理事机构的决定、政策、战略、发展机构、政府间组织、国际组织等的计划。在联合国特设机构间工作队的网页上找到了免费信息烟草控制,已纳入 UNIATF、83和UNDP.84 的工作。

在收集有关该指标的信息时,除了案头研究之外,公约秘书处还向相关实体发送了一封电子邮件,要求他们报告是否已将世卫组织框架公约的实施纳入其战略和计划。根据收到的回复(并非所有联系的机构都已回复),已确定 10 个实体(机构和组织)将 WHO FCTC 纳入其战略和计划。

详细信息包含在背面的表格中。

83 https://www.who.int/tobacco/about/partners/un_taskforce/en/

84 <https://www.undp.org/content/undp/en/home.html>

表 5.将 WHO FCTC 实施（或其任何方面）纳入其战略或计划的机构、组织和倡议。

机构、组织和倡议	将世卫组织框架公约实施纳入战略/计划的细节
海湾阿拉伯国家合作委员会 (以前称为海湾合作委员会)	理事会于 2015 年 12 月 9 日至 10 日在沙特阿拉伯利雅得通过了理事会成员国共同消费税协定,该协定明确指出了烟草。
机构和专家 可持续发展目标指标小组	世卫组织和公约秘书处作为可持续发展目标具体目标 3.a 的共同保管人开展合作并监测其指标。他们都是在联合国统计委员会下运作的这个小组的独立成员。
国际劳工组织 组织 (国际劳工组织)	国际劳工组织理事会第 337 届会议 (2019 年 10 月至 11 月)批准了一份国际劳工组织理事会文件 (GB.337/POL/5),其中包含解决烟草部门体面劳动不足的综合战略,该文件提到各国政府“在世界卫生组织烟草控制框架公约下的承诺,强调国际劳工组织的 187 个成员国中有 176 个是世界卫生组织烟草控制框架公约的缔约方。它还指出,综合战略“考虑到联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队制定的联合国系统各机构关于防止烟草业干扰的非约束性示范政策 (示范政策)国际劳工组织是其成员的疾病”。
阿拉伯国家联盟	阿拉伯卫生理事会于 2018 年通过了关于打击吸烟和烟草及其制品的准则。此外,经济及社会理事会也在 2019 年在部长级通过了该准则。
联合国 发展 方案 (开发计划署)	<p>开发署关于健康与发展的企业战略——2016 年艾滋病、健康与发展战略——2021 年:连接点详细阐述了开发署在 2030 年可持续发展议程 85 范围内关于艾滋病与健康的工作,其中提到了世卫组织框架公约,最突出的是行动领域 2 (促进有效和包容性的卫生治理,及其优先事项 2.2 加强治理)以应对非传染性疾病和加快烟草控制)。</p> <p>开发署的兴趣在于扩大与世卫组织和公约秘书处以及其他相关合作伙伴的合作,以支持各国分析糖、酒精和烟草税在健康、健康公平、收入增加和投资回报方面的成本和收益,在为非传染性疾病/烟草控制制定国家投资案例的工作基础上。开发署与公约秘书处密切合作,是支持各国实施公约第 5 条的牵头机构,特别是国家规划、多部门治理和防止烟草业干预政策制定。</p>
联合国 经济和社会 理事会 (经社理事会)	经社理事会成员国一致通过了一项决议 (E/2017/L.21),通过确保联合国系统的活动与烟草业的活动 (根据 UNIATF 主持,以 WHO FCTC 第 5.3 条为基础)。
联合国教育, 科学文化 组织 (教科文组织)	教科文组织支持防止儿童和青少年使用包括烟草在内的有害物质,这是教科文组织《教育战略》中“所有儿童和青少年都能获得安全、包容、促进健康的学习环境”的战略重点的预期成果。健康和福祉, 86通过为教育部门应对酒精、烟草和毒品的使用提供指导来实施。
联合国 跨部门任务 非传染性疾病防控力量 (UNIATF)	作为 UNIATF 在学龄儿童中促进烟草控制领域工作计划的一部分,工作正在进行,涉及 UNIATF、联合国儿童基金会、世界粮食计划署、联合国毒品和犯罪问题办公室、世卫组织和公约秘书处。此外,公约秘书处正在领导一个关于促进烟草种植经济上可持续的替代品的联合项目,该项目涉及 UNIATF、WHO、UNDP、ILO、联合国粮食及农业组织、联合国环境规划署和联合国毒品和犯罪问题办公室。
世界卫生组织 组织 (世卫组织)	<p>世卫组织已将世卫组织框架公约纳入其 2019-2023 年第十三个工作总规划 (GPW13) 作为其规范职能 (促进健康、保持世界安全、为弱势群体服务),在平台 2 加速采取行动预防非传染性疾病和促进心理健康:88</p> <p>“《烟草控制框架公约》显示了世卫组织的规范工作如何带来健康的生活。该公约依赖于缔约国的具有法律约束力的承诺、多部门对话以及不包括烟草业在内的一系列利益相关者的合作。在烟草控制方面取得进展需要会员国的政治承诺、世卫组织提供的宣传和技术专长以支持和监测实施情况,以及民间社会的积极参与,包括监测地方一级烟草业的活动。”</p>

85 <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv--health-and-development-strategy-2016-2021.html>

86 <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/unesco-strategy-education-health-and-well-being-contributing-sustainable>

87 http://www.unesco.org/new/en/media-services/single-view/news/how_the_education_sector_should_respond_to_the_substance_use/

88 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>

今后,应建立一个机制,以改进该指标下的进展记录,最好是在公约秘书处,包括公开的信息或公约秘书处通过各种渠道收到的信息。

世卫组织国家办事处将世卫组织框架公约实施纳入国家合作战略的缔约方数量

世卫组织与其会员国合作,支持它们实现其卫生目标。

世卫组织有六个区域办事处,还在国家、领土或地区设有 149 个实地办事处。所有设有世卫组织国家办事处的国家也有一项国家合作战略,涵盖数年,阐述了世卫组织将如何与政府和其他合作伙伴合作实施国家卫生战略和计划。

另一方面,公约和公约秘书处没有区域结构。这就是公约秘书处经常与世卫组织(包括其区域和国家办事处)合作的原因,特别是在向特定缔约方提供援助以实施世卫组织框架公约的情况下。在世卫组织国家办事处负责人第八次全球会议召开之际,公约秘书处发布了一份信息说明⁸⁹,描述了此类合作对帮助缔约方实施世卫组织框架公约的重要性。

公约秘书处与 WHO 国家办事处之间的合作,以及 WHO 国家办事处在缔约方实施 WHO FCTC 方面可以提供的援助,可能采取不同的形式。其中之一是对世卫组织框架公约实施的支持纳入国家合作战略、东道国与世卫组织国家办事处之间的合作协议。

为了收集有关它们的信息,在世卫组织的“国家合作战略和简报”数据库中进行了搜索。⁹⁰总体而言,在编写《国家合作战略》时从数据库中审查了 84 份完整的国家合作战略和 86 份简报(共 170 份)。本报告。其中,98 个缔约方在其最新的国家合作战略或简报中提及了烟草、世界卫生组织烟草控制框架公约或可持续发展目标具体目标 3.a。

在全部国家合作战略中,70 个缔约方提到了世卫组织框架公约(非洲区域 21 个,东地中海区域 4 个缔约方,欧洲区域 4 个缔约方,美洲区域 13 个缔约方,南美洲区域 8 个缔约方)东亚区域和西太平洋区域 20 个缔约方)。此外,还有 27 个简报包括世卫组织框架公约(非洲区域 11 个,东地中海区域 5 个缔约方,美洲区域 10 个缔约方和西太平洋区域 1 个缔约方),而有 1 个缔约方提及世卫组织 FCTC 在完整的国家合作战略和简报中。

与具体目标 3.a 相关的在其国内实施可持续发展目标情况的自愿报告中纳入世卫组织框架公约实施情况的缔约方数量

世界卫生组织烟草控制框架公约的实施作为 169 项目标之一被纳入可持续发展目标。具体目标 3.a 呼吁努力“酌情在所有国家加强实施世界卫生组织烟草控制框架公约”。自愿国家审查(VNR)报告了各国在实现可持续发展目标方面取得的进展,该报告使各国能够描述其优先行动和汲取的教训。VNR 可在线获取。⁹¹

89 <https://www.who.int/fctc/InformationForHeadsOfWHOCountryOffices.pdf?ua=1>

90 <https://www.who.int/country-cooperation/what-who-does/strategies-and-briefs/>

91 <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>

2019 年,公约秘书处委托进行了一项研究,研究将目标 3.a 纳入缔约方提交给联合国的 VNR。自 2016 年制定第一批 VNR 以来,截至 2020 年 4 月,缔约方已编制了约 158 个 VNR,其中 57 份报告提及了可持续发展目标具体目标 3.a。

为促进在 WHO FCTC 缔约方的 VNR 中提及 SDG 具体目标 3.a,公约秘书处制定了缔约方指南,可在其网站上查阅。 92

让民间社会参与制定和实施国家烟草控制方法的缔约方数量

该公约在其序言和第 4.7 条中强调了非政府组织和其他民间社会行为者对国家和国际烟草控制工作的特殊贡献。《公约》第 12 条和全球战略的实施指南为民间社会参与支持公约和全球战略的实施提供了进一步的指导。正如全球战略指标纲要所述,一些国家严重依赖民间社会的参与来推进公约的实施,特别是在烟草控制可能不被视为公共卫生优先事项的情况下。有效的烟草控制需要集体的、多部门的方法,这些方法超出了政府机构的能力、效率和专业性知识。该指标表明民间社会在制定和实施国家烟草控制方法中的突出作用。

在其 2018 年实施报告中,152 个缔约方报告称,它们促进了不隶属于烟草行业的非政府组织在制定和实施烟草控制跨部门规划和战略中的认识和参与。⁹³在 2020 年报告周期中,这一数字为 148。该信息由缔约方就其执行《公约》第 12 条提供,涉及教育、交流、培训和公众意识方面的计划。缔约方在报告其执行《公约》第 22 条时提供了关于收到和提供的援助的更多详细信息。 94

此外,作为缔约方会议观察员的非政府组织作为重新认可程序的一部分定期提交给公约秘书处的报告也更详细地描述了民间社会参与协助缔约方实施公约的领域,以及他们开展的项目。报告可在《公约》网站的公共领域查阅。 95

获准以观察员身份参加缔约方会议会议的非政府组织的数量

世界卫生组织《烟草控制框架公约》认识到需要促进和利用外部利益相关者,特别是民间社会的贡献,以实现公约的目标。

目标和活动符合世界卫生组织烟草控制框架公约精神、宗旨和原则的政府间组织和区域非政府组织可根据公约秘书处的报告并考虑到第 17 条和第 18 条,申请缔约方会议可能授予的观察员地位公约序言段落,以及公约第 5.3 条 (WHO FCTC 议事规则,规则 31.2)。²³ 获得 COP 观察员地位可以为这些组织为

92 <http://bit.ly/FCTCVNR>

93 WHO FCTC 报告工具中关于该指标的问题 3.2.6.5 体现在 WHO FCTC

用于定量分析民间社会报告参与制定和实施国家烟草控制方法的缔约方数量的实施数据库。 (<https://untobaccocontrol.org/impldb/indicator-report/?wpdtvar=3.2.6.5.b>)

94 <https://untobaccocontrol.org/impldb/indicator-report/?wpdtvar=4.8>

95 https://www.who.int/fctc/cop/observers_ngo/

关于烟草控制的讨论,并间接涉及决策。

在 COP8 上获得观察员地位的非政府组织数量为 21.96 其中,多达 13 名非政府组织观察员实际参加了最新一届 COP 会议(2018 年 COP8)。与会的非政府组织观察员的人数和详细信息可在各缔约方会议的与会者名单中找到;在这种情况下 COP8.97

民间社会组织为推进《公约》实施提供财政和技术支持

这一定性指标对于了解和监测民间社会在促进公约目标方面的作用至关重要。在全球战略指标汇编中,在该指标的背景下,“民间社会组织”是指 COP 的 NGO 观察员,其组织信息可通过 NGO 观察员提交给 COP 的两年期(重新认证)报告获得。公约秘书处对这些报告进行分析,并利用这些信息为每届缔约方会议编制一份报告。有关 NGO 对实施 WHO FCTC 的贡献的最新报告可在公共领域获得。

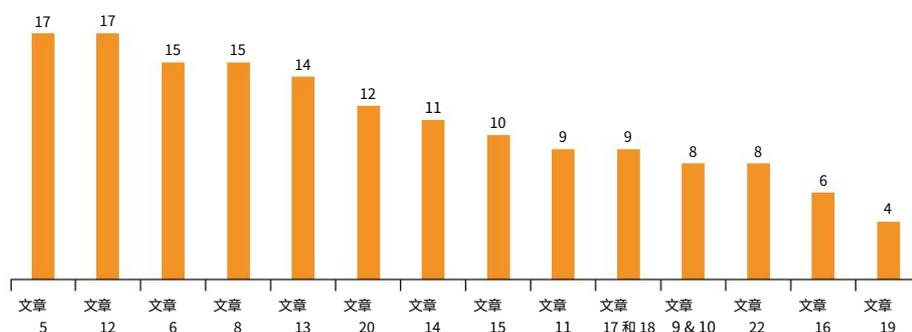
98

这些报告包含按公约条款划分的范围广泛的定性信息。

在报告中,非政府组织被要求描述他们对各种条款的贡献,这些信息包括,除其他外,提供的类型(领域)、形式(项目、计划;技术或财务)和目标(缔约方)这样的支持。

公约秘书处的报告基于对非政府组织作为缔约方会议观察员重新认证程序的一部分提交的信息的分析,描述了非政府组织对世界卫生组织烟草控制框架公约各条款的贡献程度。非政府组织观察员支持实施 WHO FCTC 的项目示例可在为 COP8,99 准备的相关文件以及将为随后的每届 COP 会议准备的类似文件中找到。下图提供了在其 2020 年报告 100 中报告的在各个领域开展活动的非政府组织的数量。

图 32 就《公约》各项条款开展工作的非政府组织数量,图 32.2020 年报告的《公约》
正如 2020 年报道的那样



96 决定:(1) [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC__COP8\(1\).pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC__COP8(1).pdf?ua=1); (2) [https://www.who.int/fctc/cop/session/cop8/FCTC__COP8\(3\).pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/session/cop8/FCTC__COP8(3).pdf?ua=1)

97 https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/LOP_Final.pdf?ua=1

98 https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP_8_19-en.pdf?ua=1

99 <https://fctc.who.int/who-fctc/governance/conference-of-the-parties/eighth-session-of-the-conference-of-the-parties/main文件/fctc-cop-8-19-review-of-accreditation-of-accreditation-of-observers-to-the-conference-of-the-party>

2020 年 100 份非政府组织报告:<https://fctc.who.int/who-fctc/governance/observers/nongovernance-organizations/>非政府组织报告

除了非政府组织观察员的报告外,值得分析缔约方如何看待活跃在国家、区域或国际层面的非政府组织向它们提供的援助(这些信息在某些情况下可能与非政府组织观察员提交的报告重叠)。在报告文书中,在国际合作与援助部分下,缔约方在回答一些开放式问题时还提到了民间社会组织的贡献——见国际合作部分(第 22 条)中的分析更多。

今后,为了更全面地评估该指标的进展情况,非政府组织观察员的报告表应填写有关他们提供技术援助的缔约方数量以及他们为在国家、区域和全球各级实施世卫组织框架公约。

战略
目标
3

战略目标 3:保护完整性并在世界卫生组织《烟草控制框架公约》下的成就基础上再接再厉

战略目标 3 中的指标侧重于世卫组织《烟草控制框架公约》相关活动的有效性和可持续性,同时确保它们不受烟草业干扰。

已建立实施情况审查机制

该指标与全球战略的具体目标 3.1.2 直接相关,其中指出:“到 2020 年,建立一个由同行主导的 WHO FCTC 实施审查机制,以促进解决各个缔约方的差距和挑战,分享经验教训并为实施该战略。”

在收集基线数据时,尚未建立实施审查机制(IRM)。

根据 FCTC/COP8(16) 号决定,101 IRM 试点项目目前正在 12 个自愿缔约方中开展;该试点工作的结果将向 COP9 报告。根据 COP8 决定的要求,该报告应包括成本核算战略和未来 IRM 的拟议职权范围。

公约秘书处的工作计划和预算与全球战略保持一致

该指标确保在制定公约秘书处的后续工作计划和预算供缔约方会议审议的过程中,应在项目数量和通过的预算方面与全球战略保持一致。

公约秘书处将在随后的工作计划和预算中确保这种一致性,包括将提交给 COP9 的工作计划和预算。

一项衡量全球实施世界卫生组织《烟草控制框架公约》资金缺口的指标有待开发

连续的全球进展报告不断强调,资金不足是实施世卫组织框架公约的主要制约因素和障碍之一。

根据公约第 26 条,“每一缔约方应为其旨在实现公约目标的国家活动提供财政支持,

根据其国家计划、优先事项和方案”。根据公约制定、实施并定期更新和审查全面的国家烟草控制战略、计划和规划的缔约方,作为履行公约第 5 条义务的一部分,还应有相关预算。此类关于预算的信息——以及随后关于任何可能缺口的信息——不是通过世界卫生组织烟草控制框架公约的报告工具收集的。因此,需要收集额外的信息以确保公约缔约方能够获得此类信息,特别是支持缔约方会议的讨论和决策。

国际资源调动是全球战略的一个重要组成部分,在公约秘书处筹资战略的背景下,COP 已经解决了这一问题。¹⁰²衡量全球资金缺口对于支持为全球烟草控制调动资源非常重要。

为此,烟草控制框架公约联盟在 2018 年编写了一份报告,研究了烟草控制措施资金的充足性。¹⁰³在报告中,使用公开数据创建了一个模型来估计实施 WHO FCTC 的资金缺口,包括世界卫生组织非传染性疾病成本计算工具、世卫组织卫生支出数据库和其他相关来源。烟草控制措施的成本是通过考虑 WHO FCTC 要求的减少需求措施 (MPOWER 措施) 计算得出的,特别是第 6 条 (减少烟草需求的价格和税收措施)、第 8 条中包含的措施 (防止接触烟草烟雾)、第 11 条 (包装和标签)、第 13 条 (烟草广告、促销和赞助)、第 14 条 (关于停止烟草制品的需求减少措施) 和第 20 条 (研究、监督和交流烟草制品) 信息)。

差距是通过将可用的国内和国际资金与上述估计的实施成本进行比较来衡量的。该报告的计算基于 16 个国家的样本,涵盖了世界人口的 30%,并扩大到全球人口,以产生估计的全球资金缺口。考虑到国内和国际资金,2018 年全球烟草控制资金缺口估计为 274 亿美元。

根据全球战略的要求,上述研究可以作为制定衡量整个 WHO FCTC 资金缺口的指标的起点。由于不存在衡量这种资金缺口的商定指标,因此应该开始制定该指标。

报告执行与第 5.3 条有关的任何措施的缔约方数量

战略目标 3.2 支持和鼓励缔约方努力消除实施国家级烟草控制措施的障碍。许多国家一再将烟草业干扰或颠覆国家烟草控制努力确定为实施公约的主要障碍,包括在 2021 年全球进展报告中。第 5.3 条规定,缔约方应采取行动保护公共卫生政策免受烟草业的商业和其他既得利益的影响。

公约第 5.3 条的实施包含在 WHO FCTC 的核心问卷以及 WHO FCTC 报告文书的附加问题中。

因此,所有报告缔约方定期 (每两年) 提供有关信息,作为其执行报告的一部分,并通过全球进展报告进行分析。

¹⁰² FCTC/COP7(25) 号决定:公约秘书处的筹资工作和协作工作。 https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7_25_EN.pdf?ua=1

¹⁰³ 烟草控制框架公约联盟:实施减少烟草控制需求的资金缺口

WHO FCTC 国家的战略 (https://www.fctc.org/wp-content/uploads/2019/02/FCTC-Funding-Gap-Report_9_18.pdf)

在 2018 年报告周期中,131 个缔约方报告说它们已根据《公约》第 5.3 条采取措施。在 2020 年报告周期中,这一数字为 133 个。但这并不意味着如此多的缔约方已经全面处理了第 5.3 条的执行问题,例如,通过利用第 5.3 条执行准则的所有建议在他们的工作和政策中。

拥有可运作的国家烟草控制多部门协调机制的缔约方数量

多部门协调是实施《公约》和可持续发展目标的核心,因为《公约》实施现在是该全球议程的一部分。一方面,世界卫生组织《烟草控制框架公约》的要求属于各个政府部门的职责范围,另一方面,影响人们健康的决定因素的范围,例如社会、环境和商业决定因素,至少部分取决于政策来自非卫生部门。正如《全球战略指标汇编》中也强调的那样,缔约方可以通过让卫生以外的部门参与进来并采用政府整体的方法来最有效地努力实施《公约》。

根据 2018 年报告周期提交的数据,134 个缔约方报告称已建立或加强并资助了国家烟草控制协调机制。在 2020 年的报告周期中,这个数字是 131。这里做出的一个重要假设是,所有报告的国家协调机制都是多部门和可操作的,执行报告中的信息并不总是显而易见的。

总体而言,可以承认需要更多关注仍然没有国家协调机制的大量缔约方,以通过遵守《公约》第 5.2(a) 条来集中精力加强其部门间合作。

报告烟草业干扰是实施世卫组织框架公约的主要障碍的缔约方数量

正如在连续的全球进展报告中所述,烟草业的干扰是最常报告的 WHO FCTC 实施障碍。为帮助缔约方实施公约第 5.3 条和全球战略的具体目标 3.2.4,公约秘书处建立了公约第 5.3 条知识中心,并在知识中心的帮助下开发了一系列工具和材料来对抗烟草业的策略。缔约方会议还定期处理并做出有助于缔约方实施第 5.3 条的决定。

支持监测该指标的信息可以从缔约方对报告文书优先事项和评论部分的回复中提取。由于这是一个开放式问题,在审查答复时需要按关键词进行额外搜索。

根据 2018 年报告周期收到的数据,39 个缔约方报告称,他们遇到并认为烟草业干扰是实施公约的制约因素/障碍。

在当前基于 2020 年数据的全球进展报告中,46 个缔约方报告烟草业干扰是主要障碍;此外,10 多个缔约方将生产新型和新兴烟草制品和尼古丁制品的行业称为试图干预政策制定的行业。请参阅全球进展报告第 6 节了解更多详情。

完全资助其已计算成本的国家烟草控制计划或战略的缔约方数量

该指标与全球战略战略目标 1.1 下的指标“已提交成本核算的国家烟草控制计划作为其定期 WHO FCTC 报告的一部分的缔约方数量”相关。

制定成本核算的国家烟草计划或战略可以被认为是成功实施世界卫生组织烟草控制框架公约和全球战略的一个重要因素。本着《公约》第 26 条的精神并根据全球战略的战略目标 1.1, 预计缔约方将对国家烟草控制计划进行成本核算。然而, 成本计算计划的存在并不意味着资金确实可用于实施, 因此该指标有必要监测缔约方是否为其烟草控制计划或战略提供充分资金的事实。 104

全球战略指标纲要将世卫组织数据确定为可以找到有关特定国家是否已宣布为烟草控制分配预算的信息的来源。同样, 世卫组织使用的指标 (政府的烟草控制支出) 与全球战略中的指标不完全对应, 因为为烟草控制分配资金并不直接意味着这些资源已用于支持与计划相关的行动或策略。总体而言, 在世卫组织数据库中, 2018 年有 34 个缔约方分配了烟草控制预算。

指标纲要指出了通过 WHO FCTC 报告工具收集的一些数据, 这些数据可以帮助我们了解是否存在受资助的国家计划或战略。建立烟草控制联络点和/或制定全面的多国烟草计划 (在 WHO FCTC 的一般义务部分报告) 可能意味着政府投入资源来维持联络点的地位或实施烟草控制计划。在这些基础上, 121 个缔约方报告称, 在 2018 年报告周期中, 根据《公约》制定和实施了全面的多部门国家烟草控制战略、计划和方案, 而 151 个缔约方报告称已建立或加强并资助了烟草联络点控制。在 2020 年报告周期中, 分别为 128 和 153。

主要意见和经验教训

以全球战略指标纲要为指导,建立全球战略指标基线数据的第一次尝试现已完成。

本节中提供的信息是从各种来源收集的。对于可以从世卫组织框架公约报告文书中提取信息的数量有限的指标,缔约方在随后几年提交的报告被用作主要来源。其他来源包括公约秘书处、作为缔约方会议观察员的组织、世卫组织框架公约知识中心、世卫组织和其他联合国实体可获得和收集的各种信息。

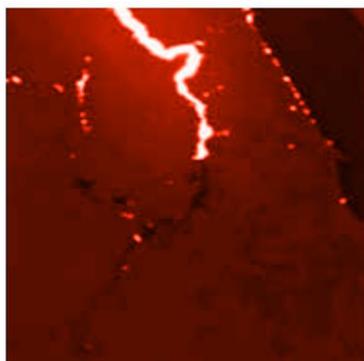
在某些情况下,数据收集仍然面临各种挑战:用于创建此状态报告的数据在可用性、可访问性、完整性和准确性方面差异很大。例如,根本没有特定指标的数据,或者没有必要的详细程度,在这种情况下使用了代理。但是,今后应作出安排,以保证此类数据的准确收集。在其他情况下,特别是来自不定期报告其对实施世界卫生组织烟草控制框架公约的贡献的国际组织的数据,信息难以获得。此外,在某些情况下,数据并不完整。例如,很少有缔约方通过关于使用执行指南的附加问题提交信息,这妨碍了对定性指标的正确分析,而核心调查表中对定性问题提供的细节有限。

此外,在其他情况下,世卫组织框架公约报告工具中提供的连续数据在连续报告周期中缺乏准确性或一致性。

监测全球战略指标的演变肯定会受益于进一步的发展。一方面,还有一个指标(关于全球资金缺口)仍有待确定。在其他情况下,在没有其他数据的情况下仍在使用的代理指标应替换为全球战略中提及的指标。将利用随着世界卫生组织烟草控制框架公约报告工具的进一步发展而出现的改进机会来改进该过程,提高收集最准确和可比数据以评估全球战略实施情况的能力。



9 结论



1 2021 年《世界卫生组织烟草控制框架公约》全球实施进展报告是全球系列进展报告中的第 9 份,是缔约方在实施《公约》方面取得的进展和成就的最新更新报告。它还报告了缔约方会议在《加速烟草控制全球战略:通过实施 2019-2025 年烟草控制框架公约》推进可持续发展中确定的重点领域的进展。

公约秘书处现在增加了对一些优先条款的进一步分析,以便更全面地了解情况。

2 关于实施,《全球战略》中重点关注的《公约》的两条条款(第 8 条和第 11 条)在 2020 年的实施力度最大,而其他重点条款(第 5 条、第 6 条,尤其是第 13 条)的实施仍然稍逊一筹。缔约方设想的 COVID-19 大流行和任何 COVID-19 后恢复计划为加强总体上实施《公约》特别是第 6 条提供了良好机会,因为增加烟草税将导致政府和可能导致烟草控制和第 14 条的支出增加,因为大流行是吸烟者戒烟的好时机,卫生系统也可以帮助他们戒烟。

3关于全球烟草使用流行率,自上次全球进展报告发布以来,我们再次看到当前成人烟草使用流行率再次下降。不幸的是,根据 2018 年报告中的观察,新型和新兴烟草产品和尼古丁产品的不断扩大传播仍然是一个令人担忧的领域。缔约方报告的这些产品中最普遍的类型是 ENDS (181 个缔约方中有 117 个可用),其次是 ENDS (63 个缔约方)和 HTP (62 个缔约方)。

4在这份两年期报告中,一些新的实施模式变得明显或更明显。一些进展的例子包括越来越多的缔约方宣布实现无烟或无烟社会的目标,全面履行一般义务,更多缔约方采用平装,以及将无烟环境扩展到户外区域和有儿童的汽车。

5许多缔约方在执行工作中从一个

越来越多的实体,包括公约秘书处、世卫组织、开发署和世卫组织框架公约知识中心,根据全球战略的具体目标 1.2.2 增加了援助工作。还必须指出的是,在本报告周期中,知识中心,在分析缔约方在其特定工作领域收到的数据方面发挥了更重要的作用。大多数知识中心的此类贡献不仅支持了公约秘书处的分析工作,而且还为知识中心本身提供了机会,以利用他们在国家、区域和全球层面的援助工作中分析的数据。

6为支持联合国工业发展组织 (UNIDO) 报告的近期全球烟草产量下降趋势,这一趋势在 COVID-19 大流行期间更为明显,缔约方现在有机会加速实施公约第 17 条。尽管例如仍有近一半的缔约方报告在其管辖范围内种植烟草,但在推广烟草种植者、工人和个体销售者的可行替代品方面的进展停滞不前。作为一项积极的发展,欧洲推出了减少烟草包装和过滤嘴对环境影响的创新措施,为实施第 18 条提供了新机遇。2020 年 7 月,公约秘书处启动了一个新的知识中心,重点关注第 17 条 18 日,巴西里约热内卢的奥斯瓦尔多克鲁兹基金会担任知识中心,预计将在未来几年支持缔约方实施这些条款。

7根据从缔约方收到的关于报告过程本身的反馈,它

很明显,现在是下一次更新报告工具、报告流程和数据的时候了。2019 年的外部审计也建议这样做,该审计侧重于公约秘书处运作的各个方面。为了进一步改进它们,将制定质量保证框架并将其整合到报告系统和报告过程中。

8关于监测全球战略的实施,并基于

根据初步经验,在现有的 WHO FCTC 报告文书中反映那些与缔约方实施工作有关的全球战略指标将是有益的,而其他指标仍需要更多的关注和细致的工作才能获得相关信息。此外,需要制定一项衡量全球实施世卫组织框架公约的资金缺口的指标。

9继续报告实施方面的差距和挑战。资金匮乏

可用于缔约方执行工作的资源一再被报告为一个关键项目,并且在 COVID-19 大流行之后,这种情况不仅没有改变,而且恶化了。COVID-19 后经济复苏计划应包括有利于烟草控制的措施,并为

政府,例如提高烟草税。除了财务需求外,最常提到的实施障碍仍然是烟草行业的干扰,包括越来越多的新型和新兴烟草产品和尼古丁产品的生产行业的干扰——请记住,在大多数情况下,它们是同一家公司。

10已努力进一步提高国际上对《公约》的认识,并使其成为全球卫生政策叙述的一部分。加强了《公约》与全球非传染性疾病和结核病防治工作的整合,并促进了其按照可持续发展目标具体目标 3.a 的实施。公约秘书处大力参与联合国非传染性疾病机构间工作队的工作,有助于将与工作队工作相关的公约措施纳入工作队成员组织的议程。尽管在这方面还有进一步改进的空间。这对应于全球战略的战略目标 2,对于扩大公约的利益攸关方基础至关重要,以确保公约的实施真正是跨部门的,并被视为每个国家和组织良好治理的一个组成部分。

附件 1。

2018 年实施 WHO
FCTC 的进展——

2020 年,截至 2020
年 5 月 22 日



文章/指标名称	2018*		2020**	
	是的		是的	
第 5 条。 一般义务	%	数量 (n)/ 181	%	数量 (n)/ 181
全面的国家烟草控制战略	67	121	71	128
烟草控制的焦点	83	151	85	153
烟草控制单元	64	115	66	120
国家烟草控制协调机制	74	134	72	131
第 5.3 条。 保护公共卫生政策免受烟草业既得利益的影响	是的		是的	
	%	n/181	%	n/181
防止烟草业干扰的措施	72	131	73	133
公众获取有关烟草业的广泛信息	38	68	39	71
第 6 条。 减少烟草需求的价格和税收措施	是的		是的	
	%	n/181	%	n/181
人群中与烟草相关的死亡率信息	44	80	50	91
关于人口中烟草使用的经济负担的信息	34	61	40	72
只征收特定税	31	57	31	57
只征收从价税	17	30	17	31
从价税和从价税相结合	50	91	52	95
烟草税指定用途	20	36	19	34
减少烟草消费的税收政策	81	146	85	153
禁止/限制向国际旅行者出售烟草	50	91	49	88
禁止/限制国际旅客进口烟草	64	115	64	115
第 8 条。 防止接触烟草烟雾	是的		是的	
	%	n/181	%	n/181
烟草烟雾暴露数据的可用性	85	154	84	152
所有公共场所禁止吸烟	92	166	94	171
规定禁令的国家法律	84	152	89	161

规定禁令的地方法律	24	44			27	48		
规定禁令的行政和行政命令	46	83			46	84		
规定禁令的自愿协议	20	36			20	37		
机制/ 执法基础设施	80	145			82	149		
第 8 条。全面禁烟	完全的		部分的		完全的		部分的	
	%	n/181	%	n/181	%	n/181	%	n/181
在政府大楼	75	135	15	27	77	139	16	29
在医疗机构	79	143	10	19	82	148	11	20
在教育设施中	81	147	8	15	83	151	9	16
在大学里	69	124	18	33	70	126	20	37
在私人工作场所	52	95	31	57	51	93	35	64
在飞机上	89	161	3	6	91	165	3	5
在火车上	62	112	10	19	66	119	9	17
在渡轮上	58	105	17	31	60	108	18	32
在地面公共交通中	81	147	9	16	83	151	10	18
在用于工作的机动车辆中	75	136	16	29	77	139	16	29
在私人车辆中	15	28	22	40	17	30	20	37
在文化设施	69	125	20	37	72	131	19	35
在商场	62	113	24	44	65	117	26	47
在酒馆和酒吧	45	81	34	61	46	84	34	62
在夜总会	44	79	30	54	45	82	32	58
在餐馆	51	92	37	67	54	97	37	67
第 9 条. 烟草制品成分的规定	是的				是的			
	%	n/181			%	n/181		
测试和测量内容物	46	84			48	87		
测试和测量排放	46	84			49	88		
规范内容	55	100			57	104		
监管排放	48	86			49	88		
第 10 条. 烟草制品披露的监管	是的				是的			
	%	n/181			%	n/181		
要求向政府当局披露内容	67	122			69	124		
要求向政府当局披露排放量	59	106			61	110		
要求公开披露内容	57	104			56	102		
要求公开披露排放量	47	85			47	85		

第 11 条 烟草制品的包装和标签	是的		是的	
	%	n/181***	%	n/181***
包装上没有广告或促销	75	136	80	144
误导性描述被禁止	81	147	83	150
需要健康警告	89	161	90	163
国家主管部门批准的健康警告	84	152	86	155
轮换的健康警告	76	138	78	141
需要大、清晰、可见和易读的健康警告	87	157	89	161
法律至少规定字体a的样式、大小和颜色	90	142/157	91	146/161
要求健康警示占不低于30%	78	141	82	148
要求健康警示占 50% 或更多	59	107	65	117
需要图片或象形图形式的健康警告	65	118	70	126
政府拥有的图片的版权b	48	57/118	48	61/126
授予使用健康警告的许可证 b	53	62/118	50	63/126
包装上所需成分的信息	54	98	52	94
包装上要求的排放信息	45	81	40	73
需要使用该国主要语言的警告	84	152	85	154
第十二条 教育、交流、培训和公众意识	是的		是的	
	%	n/181***	%	n/181***
实施教育和公众意识计划	90	162	92	166
针对成人或公众c 针对儿童和青少年c	96	155/162	94	156/166
	99	160/162	96	159/166
针对男性 c	76	123/162	77	127/166
针对女性 c	77	124/162	78	129/166
针对孕妇 c 妇女 c	73	118/162	73	122/166
针对族裔群体 c	30	49/162	29	48/166
反映年龄差异 C	92	149/162	92	152/166

反映性别差异c	80	130/162	80	133/166
反映教育背景差异c	62	101/162	64	106/166
反映文化差异c	44	71/162	43	71/166
反映社会经济差异c	52	84/162	52	87/166
涵盖烟草消费的健康风险c	99	161/162	99	165/166
涵盖接触烟草烟雾的风险c	98	158/162	98	162/166
涵盖停止使用烟草的好处 c	96	155/162	93	155/166
涵盖烟草生产的经济后果c	49	79/162	49	81/166
涵盖烟草消费的经济后果c	79	128/162	80	132/166
涵盖烟草生产的环境后果c	48	78/162	49	82/166
覆盖环境 烟草消费的后果 c	63	102/162	64	107/166
参与计划的公共机构/ 烟草控制战略c	97	157/162	96	159/166
参与计划的非政府组织/ 烟草控制战略c	90	146/162	89	148/166
参与计划的私人组织/ 烟草控制战略c	64	103/162	65	108/166
以研究为指导的项目 c	75	122/162	78	129/166
针对卫生工作者的培训计划c	91	148/162	92	153/166
针对社区工作者的培训计划c	67	109/162	67	112/166
针对社会工作者的培训计划c	59	95/162	58	97/166
针对媒体专业人员的培训计划c	63	102/162	63	105/166

针对教育者的培训计划 C	83	134/162	81	134/166
针对决策者的培训计划 C	70	114/162	69	115/166
针对管理人员的培训计 划C	59	96/162	59	98/166
第 13 条 烟草广告、促销和 赞助		是的 n/181***		是的 n/181***
全面禁止所有烟草广告、促销和 赞助	73	133	75	136
禁止在销售点展示烟草 产品	43	78	49	89
禁止覆盖国内互联网	49	88	51	93
禁止覆盖全球 互联网	18	33	21	38
禁止涵盖品牌延伸和/或共 享	46	84	49	89
禁止覆盖植入式广告	64	115	69	124
禁止覆盖描绘/ 在娱乐媒体中使用烟草	55	99	57	104
禁止烟草赞助国际活动/ 活动	63	114	65	117
禁止涵盖企业社会责任	52	95	54	97
禁止涵盖来自该国的跨境 广告	44	79	47	85
禁止覆盖跨境广告进入该 国	49	89	51	92
宪法禁止实施 全面禁令	11	5/47	7	3/45
限制所有烟草广 告、促销和赞助e	34	16/47	36	16/45
交叉限制 来自国家e的边境广 告	15	7/47	18	8/45
禁止虚假和误导性 广告 方法 ^e	36	17/47	36	16/45
要求使用警告伴随 所有广告e	34	16/47	31	14/45

限制使用直接或间接激励措施e	40	19/47	42	19/45
要求披露广告支出e	11	5/47	4	2/45
对电台e的广告、促销和赞助的限制	64	30/47	64	29/45
限制电视广告、促销和赞助	62	29/47	60	27/45
限制印刷媒体中的广告、促销和赞助	49	23/47	47	21/45
限制国内互联网e上的广告、促销和赞助	32	15/47	36	16/45
限制全球互联网上的广告、促销和赞助广告	21	10/47	22	10/45
限制赞助国际赛事和活动e	34	16/47	38	17/45
对参与者的烟草赞助限制e	28	13/47	33	15/45
消除跨境广告合作	31	56	30	54
对跨境广告的处罚	36	66	41	74
第 14 条 关于烟草依赖和戒烟的减少需求措施		是的		是的
	%	n/181***	%	n/181***
循证综合指南	61	111	64	116
媒体宣传戒烟的重要性	72	130	73	132
为女孩和年轻女性设计的促进戒烟计划	33	59	31	56
旨在促进戒烟的计划	29	53	30	55
女性				
为孕妇设计的促进戒烟计划	38	68	39	70
电话戒线	40	72	39	71

促进戒烟的当地活动	81	146	81	147
促进教育机构戒烟的方案	57	104	59	106
促进医疗机构戒烟的计划	79	143	78	142
促进工作场所戒烟的计划	54	98	54	98
促进在体育环境中戒烟的计划	30	54	31	56
纳入国家控烟的诊治 程式	69	124	70	126
纳入国家卫生计划的诊断和治疗 程式	69	125	68	123
纳入国民教育的诊治 程式	40	72	38	69
纳入医疗保健系统的 诊断和治疗	69	125	69	125
在初级卫生保健中 ^F	82	102/125	82	102/125
在二级和三级医疗保健 中 ^F	62	78/125	66	83/125
在专业的医疗保健系统 中 f 在专门的戒烟中心 f	47	59/125	47	59/125
	58	72/125	58	73/125
在康复中 中心 ^F	28	35/125	30	37/125
参与计划和咨询的医生 ^F	90	112/125	90	112/125
参与项目和咨询的牙医 ^F	53	66/125	56	70/125
参与的家庭医生 计划和咨询 ^F	67	84/125	67	84/125
参与计划和咨询 的传统医学从业 者 ^F	21	26/125	22	27/125
参与计划和咨询的护士 ^F	81	101/125	81	101/125
参与计划和咨询的助产士 ^F	42	53/125	42	52/125
参与计划和咨询 的药剂师 ^F	50	63/125	47	59/125

参与计划和咨询的社区工作者	39	49/125			38	48/125		
F								
参与计划和咨询的社会工作者	50	63/125			52	65/125		
F								
医学院课程中的烟草依赖治疗培训	55	99			56	101		
牙医学校课程中的烟草依赖治疗培训	27	49			30	54		
护理学校课程中的烟草依赖治疗培训	40	72			39	71		
药学院课程中的烟草依赖治疗培训	24	44			27	48		
可访问性和/或促进药品的可负担性	60	109			61	111		
可用的尼古丁替代疗法g	92	100/109			90	100/111		
安非他酮可用g	67	73/109			64	71/111		
伐尼克兰可用g	66	72/109			64	71/111		
第 14.2(b) 条。(c)。公共资金或报销计划涵盖的服务和治疗费用			完全	部分	完全	部分		
	%	n/181***	%	n/181***	%	n/181***	%	n/181***
初级卫生保健项目	46	57/125	36	45/125	47	59/125	36	45/125
F								
二级和三级医疗保健计划	34	43/125	32	40/125	37	46/125	33	41/125
F								
专科医疗保健系统计划f	18	22/125	26	33/125	22	28/125	24	30/125
专门戒烟中心的方案	29	36/125	28	35/125	27	34/125	29	36/125
f								
康复中心项目	11	14/125	18	22/125	16	20/125	20	25/125
F								
尼古丁替代疗法g	27	27/100	26	26/100	26	26/100	27	27/100
安非他酮	23	17/73	32	23/73	24	17/71	32	23/71
伐尼克兰	18	13/72	32	23/72	18	13/71	37	26/71
第 15 条 烟草制品非法贸易			是的		是的			
	%	n/181			%	n/181		
关于国内市场上非法烟草制品百分比的信息	18	32			21	38		

有助于确定所需产品来源的标记	65	118	68	123
有助于识别所需合法销售产品的标记	68	123	68	123
所有包裹均需提供目的地声明	39	70	41	74
制定了跟踪和追溯制度	36	65	43	77
需要清晰的标记	64	116	67	121
需要监测跨境贸易	52	95	54	97
促进信息交流	62	112	65	118
颁布或加强打击非法贸易的立法	73	132	76	137
要求销毁没收的制造设备	70	127	73	132
监控、记录和控制存储和分配的措施	67	122	69	124
可以没收非法贸易所得收益	70	126	73	132
促进消除非法贸易的合作	65	118	68	123
控制生产和分销所需的许可/其他行动	69	124	71	128
第 16 条 向未成年人销售		是的		是的
	%	n/181***	%	n/181***
禁止向未成年人销售烟草制品	87	157	90	163
需要清晰和突出的指标	67	122	69	124
要求卖家要求提供已达到法定年龄的证据	66	120	68	123
禁止以任何可直接获取的方式销售烟草	55	100	59	106
禁止以烟草制品形式制造和销售任何物品	60	109	63	114
禁止从自动售货机销售烟草产品	61	111	62	113
未成年人无法使用烟草自动售货机	38	26/68	42	28/66

禁止向公众分发免费烟草制品	78	142	81	147
禁止向未成年人免费分发烟草制品	85	153	86	156
禁止单独或小包装出售香烟	67	122	68	123
提供对卖家的处罚	78	141	81	146
禁止未成年人销售烟草制品	71	129	76	137
第 17 条:为经济上可行的替代活动提供支持		是的		是的
	%	n/181***	%	n/181***
管辖范围内种植的烟草	46	84	48	87
促进烟草种植者的可行和可持续替代品	29	24/84	28	24/87
促进烟草工人可行和可持续的替代品	7	6/84	8	7/87
促进烟草销售商的可行和可持续替代品	5	4/84	5	4/87
第 18 条:保护环境和人员健康		是的		是的
	%	n/181***	%	n/181***
考虑在领土内种植烟草的环境保护措施	32	27/84	33	29/87
考虑领土内烟草种植人员健康的措施	33	28/84	34	30/87
考虑在境内烟草制造方面保护环境的措施	37	31/84	38	33/87
考虑领土内烟草制造人员健康的措施	36	30/84	36	31/87

第十九条责任	是的		是的	
	%	n/181	%	n/181
控烟立法中的刑事责任措施	52	95	58	105
烟草控制立法之外关于烟草控制的单独责任规定	29	53	33	60
针对烟草控制的民事责任措施	31	56	34	62
可适用于烟草控制的一般民事责任措施	42	76	42	76
规定赔偿的民事或刑事责任条款	23	41	22	40
任何人发起的刑事和/或民事诉讼	15	28	15	27
针对烟草业报销与烟草使用有关的费用采取的行动	8	14	9	17
第 20 条. 研究、监督和信息交流	是的		是的	
	%	n/181	%	n/181
促进烟草消费的决定因素研究	68	123	71	129
促进烟草消费后果研究	67	121	66	119
促进社会经济指标研究	64	116	64	116
烟草研究 在妇女中使用,特别是在孕妇中,促进	48	86	46	83
促进对接触烟草烟雾的决定因素和后果的研究	59	106	59	106
促进烟草依赖治疗有效方案识别研究	47	85	46	84
促进确定替代生计的研究	14	25	15	27
为从事烟草控制活动的人员提供培训和支持	61	111	63	114
国家烟草消费模式监测系统	71	129	76	137

烟草消费决定因素国家监测系统	52	94	57	104
国家烟草消费后果监测系统	43	78	48	86
国家社会、经济和健康指标监测系统	50	90	53	96
国家烟草烟雾暴露监测系统	57	104	64	116
国家科学、技术和法律信息的区域和全球交流	63	114	67	122
关于烟草业实践的国家信息的区域和全球交流	39	71	41	75
国家烟草种植信息的区域和全球交流	24	43	24	44
更新的烟草控制法律法规数据库	68	123	71	129
更新的执法信息数据库	50	91	52	94
相关判例的更新数据库	25	46	25	45
第 22 条和第 26 条。		是的		是的
国际合作与帮助	%	n/181	%	n/181
提供的技能和技术转让援助	39	70	41	75
提供的国家烟草控制战略、计划和方案的专业知识	38	69	40	73
根据第 12 条提供的人员培训和宣传援助	32	58	34	61
提供设备、用品、后勤方面的协助	25	45	26	47
协助确定烟草控制方法,包括治疗尼古丁成瘾,提供	20	36	18	33
就尼古丁成瘾治疗的可负担性研究提供援助	10	18	10	18

获得的技能和技术转让援助	65	118	66	119
获得的国家烟草控制战略、计划和方案方面的专业知识	64	115	66	120
根据第 12 条收到的人员培训和宣传援助	48	86	50	90
收到的设备、用品、后勤援助	45	81	45	81
协助确定烟草控制方法,包括接受尼古丁成瘾治疗	31	56	32	58
获得的关于尼古丁成瘾治疗可负担性研究的援助	18	32	17	31
鼓励区域和政府间组织和发展机构向发展中国家提供财政援助	22	39	22	40
派对				
评估的可用资源与实施需求之间的具体差距	60	109	60	109
<small>世界卫生组织的烟草控制框架公约</small>				
新型和新兴烟草产品和尼古丁产品	是的		是的	
	%	n/181	%	n/181
国内市场上可买到的无烟烟草	66	119	70	126
采用并实施针对无烟烟草的政策或法规	53	96	56	102
国内市场有售的水烟烟草	69	125	74	134
采用并实施了专门针对水烟烟草的政策或法规	52	94	55	99
ENDS (2018 年为 ENDS/ENNDS)在全国市场上销售	57	103	65	117
采用并实施特定的政策或法规	45	82	55	99
结束 (2018 年结束/结束)				
ENNDS 在全国市场上可用 (2020 年新增)			35	63

采用并实施特定的政策或法规			28	50
ENNDS (2020 年新增)				
加热烟草产品 (HTP)可在国家市场 (2020 年新增)			34	62
采用并实施特定的政策或法规			30	55
HTP (2020 年新增)				
使用指南 (自愿问题)	是的		是的	
	%	n/181	%	n/181
第 5.3 条指南	68	123	71	129
第 6 条指南	57	104	61	110
第 8 条指南	70	127	73	132
第 9 条和第 10 条指南,用于艺术。 9	51	92	52	95
第 9 条和第 10 条指南,用于艺术。 10	50	90	51	92
第 11 条指南	67	121	69	124
第 12 条指南	66	119	67	122
第 13 条指南	60	109	65	118
第 14 条指南	57	104	59	106
指导方针				
第 17 条和第 18 条,用于第 17 条 (在烟草种植者中)	24	20/84	26	23/87
第 17 条和第 18 条指南,用于第 18 条 (在烟草种植者中)	18	15/84	28	17/87

*在所有 181 个缔约方中,除非另有说明,否则 152 个缔约方在 2020 年报告周期开始之前正式提交了调查问卷。

在所有 181 个缔约方中,除非另有说明,否则 139 个缔约方在 2020 年 4 月 25 日之前正式提交了问卷。* 如果计算不是在所有缔约方中,则提供各自的分子。有关各个子组分析的详细信息,请参阅指标名称和脚注。

第 8 条、第 11 条和第 13 条下的斜体和粗体指标构成有时限的措施。

问卷中的条件问题标有从 a 到 i 增加的缩进和上标字母,计算方法如下: a 分母是对 C256 回答“是”的缔约方数量:需要大而清晰、可见和易读的健康警句。b 分母是对 C2510:图形健康警句回答“是”的缔约方数量。c 分母是对 C261 回答“是”的缔约方数量:实施教育和公众意识计划。e 分母是对 C271:全面禁止所有烟草广告、促销和赞助回答“否”的缔约方数量。f 分母是对 C285 回答“是”的缔约方数量:包括医疗保健系统中的诊断和治疗。g 分母是对 C2810 回答“是”的缔约方的数量:促进药品的可及性和可负担性,并在 C2812 中指出在管辖范围内具有合法可用的相应产品类别。h 分母是对 C326:禁止从自动售货机销售烟草制品回答“否”的缔约方数量。标有上标字母 j 的问题本身不是有条件的,但第 17 条和第 18 条主要涉及在其管辖范围内种植烟草的缔约方。因此,对于这些问题,分母是对 B71 回答“是”的缔约方数量:在您的管辖范围内种植烟草。

附件 2。 缔约方报告的烟 草使用流行率



图 A2.1。成人吸烟和无烟烟草使用流行率。有关定义和其他信息,请参阅表格底部

当前吸烟 当前无烟烟草使用	报告的患病率 (%)						年龄范围		年	调查/来源 (完整的调查和来源名称显示在图的末尾)
	男性	女性	合计	男性	女性	合计	从	到		
派对										
阿富汗**	14.2	2.6	8.6	33.7	3.7	19.3	18	69	2018年步骤	
阿尔巴尼亚										
阿尔及利亚**	32.2	0.4	16.5	17.3	0.4	8.9	18	69	2017年步骤	
安哥拉**	10.0	2.6	6.1	3.0	2.0	5.0	15	65	2013/14 CardioBengo-调查/步骤	
安提瓜和巴布达										
亚美尼亚	51.5	1.8	27.9				18	69	2016年步骤	
澳大利亚	18.3	12.1	15.1				18	100	2017/18	澳大利亚局 统计国民健康 民意调查
奥地利	30.2	24.0	27.0	2.7	0.4	1.6	15	99	2015	关于物质使用的一般人口调查
阿塞拜疆	31.9		15.3	0.2		0.1	15 (*18)	100 (*69)	2018 (*2017)	统计年鉴 阿塞拜疆 2019 (*STEPS)
巴哈马	26.9	6.4	16.7	0.9	0.1	0.5	25	64	2012	步骤
巴林	33.4	7.0	19.9				20	64	2007年	全国非传染性 疾病风险因素调查
孟加拉国	36.2	0.8	18.0	16.2	24.8	20.2	15	100	2017	自贸总协定
巴巴多斯	15.5	3.7	9.2				25	86	2012	年全国健康状况调查
白俄罗斯	43.2	10.1	23.7	0.2		0.1	16 (*18)	(*69)	2019 (*2016)	家庭生活水平 调查 (*步骤)
比利时	24.5	14.6	19.4				15		2018	比利时健康 面试调查
伯利兹	16.4	2.1	0.0				15	49	2015	年麦克风
贝宁	9.5	0.5	5.0	8.0	3.2	5.7	18	69	2015年步骤	
不丹	10.8	3.1	7.4	26.5	11.0	19.7	18	69	2014	年步骤
玻利维亚 (多民族 的状态)	21.9	9.1	14.8				14	64	2014	Consejo Nacional de Lucha Contra el Trafico Ilícito de Drogas
波斯尼亚和黑塞哥维那									2012	次国家调查报告:成人健康 状况研究 (2012年)。塞族 共和国公民健康状况调查 (2010年)。
博茨瓦纳	31.4	4.9	18.3				15	69	2014	年步骤
巴西	18.9	11.0	14.7	0.5	0.2	0.3	18	100	2013	服务贸易总协定/国家卫生 民意调查
文莱 达鲁萨兰国	36.3	3.7	19.9	1.7	2.1	1.9	18	69	2016	年步骤
保加利亚	43.4	26.9	34.7				15	98	2014	EHIS
布基纳法索										
布隆迪	11.0	6.0	17.0						2000	未知
佛得角			9.3	3.5	5.8	9.3	15	64	2007年 (*2013)	脚步
柬埔寨	32.9	2.4	16.9	0.8	8.6	4.9	15	99	2014	全国成人烟草 民意调查
喀麦隆	11.8	0.6	8.9	2.2	3.8	3.0	15	100	2013	自贸总协定

加拿大	16.7	13.5	15.1	1.5		0.7	15	100	2017	加拿大烟草、酒精和毒品调查 (CTADS)
中非共和国	22.8	0.1					22		2009 未知	
乍得**	20.2	1.2	11.2				25	64	2008 步骤	
智利	36.7	28.5	32.5				15	100	2016/17	Encuesta nacional de Salud
中国	50.5	2.1	26.6				15	100	2018 世贸总协定	
哥伦比亚	13.8	4.0	8.7				18	80	2018	Encuesta de Calidad de Vida (ECV)
科摩罗	23.8	2.0	12.9	19.5	17.4	18.4	25	64	2011年步骤	
刚果	23.9	0.8	12.3				15	49	2014/15 MICS	
库克群岛	36.6	27.5	32.0				15	79	2011	库克群岛人口普查
哥斯达黎加	13.0	4.0	8.9	0.1	0.0	0.0	15	100	2015 世贸总协定	
科特迪瓦	17.1	0.6	8.5				15	49	2016 年麦克风	
克罗地亚	35.3	27.1	31.1	0.8	0.4	0.6	15	100	2014/15 世贸总协定	
塞浦路斯	49.9	26.8	37.8				15	64	2019	塞浦路斯国家统计局 2019年人口调查
捷克	34.7	22.7	28.5	3.4	1.5	2.4	15	100	2018	烟草和酒精的使用 捷克
民主的朝鲜人民共和国	46.1	0.0	22.0				15		2017	全国成人烟草调查
民主的刚果共和国	26.5	4.1	30.6	20.6	20.1		15	49	2013/14	人口统计和健康调查
丹麦	24.0	22.2	23.1	6.0	2.0	4.0	15	99	2018	丹斯肯瑞格凡的监测
吉布提										
多米尼克	16.6	3.2	10.2	16.0		0.8	15	64	2008 步骤	
厄瓜多尔	23.8	4.0	13.7				18	69	2018年步骤	
埃及	43.6	0.6	20.0	5.5	0.6	3.0	15	65	2016 (*2010)	步骤 (*GATS)
萨尔瓦多	16.9	2.2	8.8				18	100	2014	Encuesta Nacional de Alcohol y Tabaco (ENAT)
赤道几内亚**	24.0	2.0	26.0				15	49	2011	Encuesta Demografica y de Salud
爱沙尼亚	31.4	20.0	24.7	6.4	1.4	3.3	16	64	2018	健康行为 爱沙尼亚成年人口
斯威士兰	11.7	2.5	6.0	2.7	1.8	2.2	15	69	2014 年步骤	
埃塞俄比亚	7.3	0.4	4.2			2.0	15	69	2015年步骤	
欧洲联盟	30.0	22.0	26.0	1.0	0.0	1.0	15		2017 年欧洲晴雨表	
斐济	47.0	14.3	30.8				25	64	2011年步骤	
芬兰	28.4	18.0	23.3	9.0	1.0	5.1	20	64	2018 年全国 FinSote 调查	
法国	35.3	28.9	32.0				18	75	2017 Baromètre santé	
加蓬										
冈比亚	25.4	0.7	13.1	0.8	1.4	1.2	15 (*25)	100 (*64)	2018 (*2010)	人口健康调查 (*步骤)
乔治亚州	55.5	7.8	30.7	0.0	0.0	0.0	18	69	2019年全国烟草调查	
德国	27.0	20.8	23.8				18	99	2014/15	德国健康更新 (GEDA 研究) /EHIS
加纳	4.8	0.1	1.7	1.9	0.3	0.8	15	49	2014	加纳人口与健康调查
希腊	24.6	29.6	27.1				18	74	2017年卡帕研究	

格林纳达										
危地马拉	23.9	3.4	11.2				18			2003年世界健康调查
几内亚										
几内亚比绍	17.0	1.0					15	49		2014 年麦克风
圭亚那	26.6	3.3	15.4	3.0	2.0	5.0	18 (*15)	69 (*49)	2016 年 (*2009)	步骤 (*人口统计 健康调查)
洪都拉斯	37.3	33.3	35.3				12	18	2015	普遍的消费 德罗加斯
匈牙利	33.4	22.2	27.5	0.1	0.1	0.1	15			2014 EHIS
冰岛	10.9	11.6	11.3	11.5	3.0	7.3	18	79	2019	2020 年健康决定因 素调查
印度	19.0	2.0	10.7	29.6	12.8	21.4	15			2016/17 自贸总协定
伊朗 (伊斯兰 共和国)	25.2	4.0	14.2				18	100		2016 年步骤
伊拉克	38.0	1.9	20.7	0.4	0.0	0.2	18	100		2015年步骤
爱尔兰	19.0	16.0	17.0				15	100		2019 年爱尔兰健康调查
以色列	24.7	15.1	19.8				21	64	2017	Kap (知识、态度和实践)
意大利	23.3	15.0	19.0				14	100	2018	日常生活方面的社会调查
牙买加	16.8	5.3	11.0				12	65	2016 年	全国药物使用 流行率调查
日本	29.0	8.1	17.8				20		2018	国民健康和 日本的营养
约旦	66.1	17.4	42.0	0.0	0.0	0.0	18	69		2019年步骤
哈萨克斯坦	42.4	4.5	22.4	2.8	0.0	1.3	15			2014 自贸总协定
肯尼亚	15.1	0.8	7.8	5.3	3.8	4.5	15			2014 自贸总协定
基里巴斯	68.2	34.5	49.9	7.6	1.4	4.2	18	69		2015/16 步骤
科威特	39.2	3.3	20.5				18	69		2014 年步骤
吉尔吉斯斯坦	48.0	3.0	26.0	10.0		5.0	25	64		2013 年步骤
老挝人民 民主的 共和国	50.8	7.1	27.9	0.5	8.6	4.3	15		2015	全国成人烟草 民意调查
拉脱维亚**	38.3	12.0	24.5	0.0	0.0	0.0	15	74	2018	拉脱维亚成年人的健康行为。 2018
黎巴嫩	39.4	31.9	35.7				18	100	2013	全国控烟电话调查
莱索托	48.7	0.7	24.5	3.8	17.1	10.5	14	75		2012 步骤
利比里亚	17.2	2.8	9.9				25	64		2011年步骤
利比亚	49.6	0.7	25.1	2.2	0.1	0.7	25	64		2009 年步骤
立陶宛	48.4	18.9	33.2				15	64		2016年一般人口调查
卢森堡	23.0	20.0	21.0				18		2018	大地之风 卢森堡
马达加斯加	28.5	0.8		24.6	9.6		15	59	2013	Recherche avancé sur le nicotine et le tabac
马来西亚	40.5	1.2	21.3	12.1	0.7	6.5	15	75	2019	国民健康 发病率调查
马尔代夫	42.4	2.7	45.1	3.9	1.4	2.6	15	49 (*64)	2016/17 (*2011)	马尔代夫人口和 健康调查 (*STEPS)
马里	84.2	15.8	100.0	33.0	12.0	45.0	15	64		2013 年步骤
马耳他	27.5	20.7					15	100		2014/15 EHIS
马绍尔群岛	13.3	47.7	9.3	11.6	3.3	7.8	18			2014 年 RMI 行为概况
毛里塔尼亚	34.1	5.7	17.3	5.7	28.3	9.0	15	64		2006 年步骤
毛里求斯	38.0	3.9	19.3				18	65	2015	毛里求斯 非传染性 疾病调查

墨西哥	27.1	8.7	17.6	0.9	0.4	0.6	12	65	2016/17	Encuesta Nacional de 消费德罗加斯, 酒精和烟草 (编码)
密克罗尼西亚 (联邦)	49.7	17.0	31.6	28.3	10.2	18.3	12	98	2012	国家成果 测量调查
蒙古	49.1	5.3	27.1	0.5	0.5	0.5	15	64	2013 年步骤	
黑山	36.2	34.5	35.4				15	64	2017	研究生活质量。黑山居民的生活方式和 健康风险
莫桑比克	21.9	2.9		2.5	7.9	5.6	15 (*25)	64	2011 (*2005)	Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique (*脚步)
缅甸	43.8	8.4	26.1	62.2	24.1	43.2	25	64	2014 年步骤	
纳米比亚	20.9	5.3		1.8	2.3		15	49	2006/07	2006/2007 纳米比亚 人口与健康 民意调查
瑙鲁	49.7	56.0	52.9				15	64	2004 步骤	
尼泊尔	27.0	6.0	16.5	40.0	3.3	22.0	15	69	2016 年	人口统计和 健康调查
荷兰	25.7	19.2	22.4				18	100	2018	健康调查生活方式监测器 (CBS)
新西兰	16.1	12.4	14.2				15	100	2018/19	新西兰健康调查
尼加拉瓜										
尼日尔	10.0	1.0	6.0				31	39	2016 年	尼日尔国家统计局
尼日利亚	7.3	0.4	3.9	2.9	0.9	1.9	15	100	2012	世贸总协定
纽埃	22.6	13.0	17.7				15	100	2012 步骤	
挪威	18.8	15.5	17.2	24.3	10.5	17.6	16	74	2019	挪威吸烟习惯调查
阿曼	14.7	0.0	7.7	1.7	0.0	0.9	15	100	2017 年全国健康调查	
巴基斯坦	22.2	2.1	12.4	11.4	3.7	7.7	15		2014	世贸总协定
帕劳	30.9	9.7	20.6	40.2	48.8	44.4	18	64	2016 年帕劳混合调查	
巴拿马	9.4	2.8	6.1	1.0	0.5	0.8	15	100	2013	世贸总协定
巴布亚新 几内亚	60.3	27.0	44.0				15	64	2007 年步骤	
巴拉圭	22.8	6.1	14.5	3.0	1.6	2.3	15	74	2011	Primera Encuesta Nacional de 莱斯戈因素
秘鲁	30.8	7.7	18.9				15	100	2018	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
菲律宾	40.3	5.1	22.7	2.7	0.7	1.7	15	100	2015	世贸总协定
波兰	26.0	19.0	22.0			1.0	15		2019 年全国调查	
葡萄牙	27.8	13.2	20.0				15	100	2014	INE/INSA。国家调查局
卡塔尔	20.2	3.1	12.1	1.3		0.7	15	65	2013	世贸总协定
大韩民国35.8		6.5	21.1				19		2018	韩国国民健康和 营养检查调查
共和国 摩尔多瓦	43.6	5.6	23.3				18	69	2013 年步骤	
共和国 北马其顿	54.1	33.3	46.0				15	64	2017	在一般人群中 使用精神活性 物质 北马其顿
罗马尼亚	39.2	12.4	25.3				15		2014	健康状况 罗马尼亚人口

俄语 联邦	46.0	14.0	29.0	3.0	3.8	3.3	18	100	2019	俄罗斯舆论 研究中心 (ВЦИОМ)调查
卢旺达	19.1	7.1	12.8				15	64	2013 年步骤	
圣基茨和尼维斯	16.2	1.1	8.7				25	64	2008 步骤	
圣卢西亚	25.3	4.0	14.5	1.3	0.2	0.8	25	64	2012 步骤	
圣文森特和格林纳丁斯										
萨摩亚	36.5	13.7	25.6				18	64	2013 年步骤	
圣马力诺	16.1	14.4	15.2				15	100	2013年抽样调查	
圣多美和普林 西比	9.7	1.7	5.5			3.5	25	64	2009 年步骤	
沙特阿拉伯	23.7	1.5	12.1	0.6	0.2	0.4	15	65	2014	国民健康 信息调查 非传染性 疾病 (SHIS)
塞内加尔	11.0	1.2	6.1	0.3	1.0	0.7	15	100	2015 服贸总协定	
塞尔维亚	36.9	32.1	34.4				18	100	2019	公民接触烟草保护法的 效果和态度 调查 抽烟
塞舌尔	34.1	7.7	20.9	0.3	0.4	0.3	25	64	2013/14 步骤	
塞拉利昂	43.1	10.5	25.8	2.9	12.1	7.8	25	64	2009 年步骤	
新加坡	21.1	3.4	12.0				18	69	2017	全国人口 健康调查
斯洛伐克	40.0	32.0	36.0	2.0	1.0	1.0	18	100	2017 (*2013)	欧洲晴雨表 (*TOHES 调查)
斯洛文尼亚	26.1	21.7	24.0	2.0	0.2	1.1	15	64	2018	全国烟草、酒精和其他药物调查
所罗门群岛54.5		21.0	36.6	4.2	3.0	3.5	18	69	2015年步骤	
南非	37.0	6.8	21.9	6.4	1.3	3.9	15		2016 年	南非人口与健康调查 (SADHS)
西班牙	28.3	20.8	24.4				15	100	2017	Encuesta Nacional de Salud en España
斯里兰卡	29.4	0.1	15.0	26.0	5.3	15.8	18	69	2015年步骤	
苏丹	17.1	0.7	9.6	14.3	0.2		18	69	2016 年步骤	
苏里南	34.0	6.5	20.1				15	64	2013 年步骤	
瑞典	14.0	13.0	13.0	22.0	6.0	14.0	16	84	2018	全国公共卫生调查
阿拉伯叙利亚人 共和国	51.0	10.0	29.0				15	65	2000	全国调查 烟草使用
塔吉克斯坦										
泰国	37.7	1.7	19.1	1.5	2.7	2.1	15	100	2017	吸烟和饮酒行为调查
东帝汶	53.3	4.1	48.6	16.1	26.8	19.8	15 (*18)	59 (*69)	2016 年 (*2014)	人口健康调查 (*脚步)
多哥	12.4	1.8	6.8	5.1	2.2	3.6	15	64	2010 步骤	
汤加	40.0	15.9	24.5				18	69	2017年步骤	
特立尼达和 多巴哥	33.5	9.4	21.1	0.5	0.3	0.4	15	64	2011年步骤	
突尼斯	48.3	2.6	25.1	3.0	0.7	1.8	15	100	2016 Enquête Nationale	"THES"
火鸡	44.1	19.2	31.6				15	80	2016 服贸总协定	
土库曼斯坦	6.6	0.2	3.4	0.4	0.0	0.2	18	69	2018年步骤	
图瓦卢	48.6	22.4	35.0				18	69	2015年步骤	
乌干达										

乌克兰	39.7	8.8	22.8	0.4	0.0	0.2	15	100	2017 世贸总协定
阿拉伯联合酋长国 阿联酋航空	15.7	2.4	9.1				18	50	2018年步骤
大不列颠及北联合王国 爱尔兰	16.5	13.0	14.7				18	100	2018 ONS - 年人口调查/ONS - 意见和生活方式调查
坦桑尼亚联合共和国	12.9	1.1	6.8	2.1	2.3	4.4	15	64	2018 世贸总协定
乌拉圭	23.2	15.9	19.4	0.3	0.0	0.1	15	100	2018 Encuesta Continua (*2017) 德霍加雷斯 (*GATS)
乌兹别克斯坦	27.0	1.0	14.0	23.0		12.0	18	64	2014 年步骤
瓦努阿图	45.8	4.0	23.7				25	64	2011年步骤
委内瑞拉 (玻利瓦尔共和国)	21.6	12.7	17.1	5.7	0.9	3.3	12		2011 Estudio Nacional de Drogas en Poblacion General
越南	45.3	1.1	22.5	0.8	2.0	1.4	15	100	2015 世贸总协定
也门	25.8	7.4	16.4	17.0	5.9	11.3	15	100	2013 年人口健康调查
赞比亚	21.0	1.7		3.0	70.0	16.0	15	65 (*未定义)	2013/14 (*2014) 人口与健康调查 (*国际烟草控制调查 (ITC))
津巴布韦	20.4	2.4	22.8				15	54	2015 人口统计和健康调查

双方提供的数据和调查信息无需根据原始调查报告或文件进行系统验证。在不清楚的情况下,可以与其他来源交叉核对数据,并在本附件表中更正,因此可能与缔约方提交的原始报告中的信息不同。调查名称缩写:EHIS = 欧洲健康访谈调查;欧洲晴雨表 = 关于欧洲人对烟草和香烟态度的特别欧洲晴雨表 458; GATS = 全球成人烟草调查; MICS = 多指标类集调查; STEPS = 世界卫生组织对非传染性疾病 (NCD) 风险因素监测的逐步方法。 (*)

为无烟烟草报告的数据标记不同的年龄组、年份或调查。 **表示报告的流行率是指日常使用而不是当前使用的缔约方。缔约方最常将当前使用描述为日常使用或偶尔使用,通常使用超过 30 天,但也可能包含其他定义。详细定义应对照各缔约方的原始检验文件进行核实。

图 A2.2。青少年吸烟和无烟烟草使用流行率。
有关定义和其他信息,请参阅表格底部

派对	目前吸烟		目前的无烟烟草使用				年龄范围	年	调查/来源 (完整的调查和来源名称显示在图的末尾)
	报告的患病率 (%)		报告的患病率 (%)		从到总计				
	男孩	女孩	男生	女生	总数	总计			
阿富汗	8.0	3.7	8.3	4.8	3.3	4.1	13	15 2017 GYTS	
阿尔巴尼亚									
阿尔及利亚	16.0	3.1	8.8	7.0	0.8	3.5	13	15 2013 GYTS	
安哥拉			19.0				8	12 2016 Encuesta de la Associação Nacional de Luta 魂斗罗 饰演 Drogas	
安提瓜和巴布达	6.3	5.9	6.1	2.6	1.6	2.1	13	15 2017 GYTS	
亚美尼亚	7.0	1.9	4.4				15	15 2017/18 HBSC	
澳大利亚	6.0	5.0	6.0				15	15 2017年澳大利亚中学生酒精和其他药物调查	
奥地利	20.6	22.7	21.6	15.7	4.6		10.2	15 2019 年 ESPAD	
阿塞拜疆	11.6	2.3	7.3	2.4	1.1	1.8	13	15 2016 年 GYTS	
巴哈马	13.8	6.9	10.7	4.0		1.6	2.8	13 2013 GYTS	
巴林	22.7	8.5	15.7	5.2		2.2	3.7	13 2015 GYTS	
孟加拉国	4.0	1.1	2.9	5.9	2.0	4.5	13	15 2013 GYTS	
巴巴多斯	15.7	9.3	12.6	2.9		3.0	2.9	13 2013 GYTS	
白俄罗斯	8.9	9.9	9.4	0.9	0.2	0.6	13	15 2015 GYTS	
比利时	16.1	7.2					15	19 2018年比利时健康访谈调查	
伯利兹	15.7	7.5	12.3	2.9	1.7	2.3	13	15 2014 年 GYTS	
贝宁	5.1	1.3	3.8	5.8	0.8	2.9	13	15 2016 GSHS (2016 年)。步骤 (2015)	
不丹	26.3	8.6	16.5	25.0	18.9		21.6	13 2013 GYTS	
玻利维亚 (多民族的状态)	13.6	8.1	10.9	3.6	2.0	2.8	13	15 2018 GYTS	
波斯尼亚和黑塞哥维那								提供 2018 年次国家级结果:GYTS 斯普斯卡共和国 (2018 年) ; GYTS 波黑联合会 (2018/2019)	
博茨瓦纳	23.3	16.2	14.3				13	15 2008 年 GYTS	
巴西	7.1	6.0	6.6				13	17 2015 Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (笔)	
文莱达鲁萨兰国	13.9	4.3	8.9				13	15 2014 年 GSHS	
保加利亚									
布基纳法索									
布隆迪									
佛得角	0.4	0.3					10	14 2013 年未知	
柬埔寨	1.8		1.5	1.3		1.0	13	15 2016 年 GYTS	
喀麦隆	10.3	4.0	7.4	5.0	2.3	3.7	13	15 2014 年 GYTS	
加拿大	6.8	4.7	5.7	2.5	0.5	1.5	所有年级 7-12	2017 年加拿大学生烟草、酒精和毒品调查 (CSTADS)	
中非共和国									
乍得	20.9	13.9	18.9				13	15 2008 年 GYTS	
智利**	3.9	4.8	4.3				13	17 2017 Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar	
中国	5.8	2.3	4.2					2019年中国青少年烟草调查二年级	
哥伦比亚	9.2	8.6	9.0	4.2	3.5	3.9	13	15 2017 Estudio Nacional de Tabaquismo en Jóvenes en Colombia	
科摩罗	10.5	3.2	6.5				13	15 2015 GYTS	

刚果	27.6		24.3	18.4		16.4	13	15 2009 年 GYTS
库克群岛	19.9	19.4	19.7				13	15 2010 年 GSHS
哥斯达黎加	5.7	4.3	5.0	1.7	1.6	1.6	13	15 2013 GYTS
科特迪瓦	2.5	0.2	1.2				15	19 2016 年 MICS
克罗地亚**	18.8	17.2	18.0				15	15 2014 年 HBSC
塞浦路斯							15	2015 年 16 月 (数据来自 ESPAD)
捷克	18.4	20.0	19.2	6.4		2.8	4.7	13 15 2016 年 GYTS
民主人民党 大韩民国	1.3						13	15 2009 中央统计局
刚果民主共和国	11.5	3.7						14 22 男孩。男 2013/14 人口与健康调查 孩子们。17 个女孩 23 个女孩
丹麦	22.1	21.7	21.9	15.5		5.3	10.4	15 24 2019 青年人使用无烟烟草
吉布提	8.0	4.2		8.1	4.0		13	15 2013 GYTS
多米尼克	30.4	19.8	25.3				13	15 2009 年 GYTS
厄瓜多尔	1.3	0.5	0.9				10	17 2018 Indicadores Encuesta Nacional de Salud y 营养 (ENSANUT)
埃及	16.3	3.1	10.1	2.7	5.4	4.1	13	15 2014 年 GYTS
萨尔瓦多	14.7	9.4	12.2	2.1	2.0	2.0	13	15 2015 GYTS
赤道几内亚								
爱沙尼亚	18.3	15.1	8.7	14.1	4.5	5.7	15	按性别。 共 11 个 15 2017/18 HBSC
斯威士兰	15.8	8.6	11.5	6.0	5.0	5.4	13	15 2009 年 GYTS
埃塞俄比亚	6.3	0.5	3.3				13	15 2003 GYTS
欧洲联盟	26.0	25.0	29.0				15	24 2017 欧洲晴雨表
斐济	9.6	5.5	7.6				13	15 2016 年 GYTS
芬兰	16.0	15.0	15.0	15.0	6.0	10.0	14	16 2019 年全国学校健康促进调查
法国	6.6	8.1	7.3	1.0	0.0	0.5	14	15 2017 Enquête EnCLASS (*18+)
加蓬	7.9	7.0	7.6	1.9	2.9	2.4	13	15 2014 年 GYTS
冈比亚	15.9	4.2	9.2	2.3	0.9	1.5	13	15 2017 GYTS
乔治亚州	16.9	7.6	12.6	5.0	3.2	4.4	13	15 2017 GYTS
德国	9.1	8.3	8.7				12	17 2018 年酒精调查
加纳	3.2	2.3	2.8	2.5	3.7	3.1	13	15 2017 GYTS
希腊	16.9	12.9	15.0	2.5	1.3	1.9	13	15 2014 年健康访谈调查
格林纳达	12.5	7.1	9.7	2.0	1.6	1.8	13	15 2016 年 GYTS
危地马拉	18.0	13.2	15.7	3.0	1.8	2.4	13	15 2015 GYTS
几内亚								
几内亚比绍	7.7		5.4				13	15 2008 年 GYTS
圭亚那	16.1	7.5	11.7	4.6	3.0	4.1	13	15 2015 GYTS
洪都拉斯	9.6	6.4	7.9	2.2	1.9	2.2	13	15 2016 年 GYTS
匈牙利	16.0	20.0	18.0	1.0	1.0	1.0	7-9 年级学生	2016 年青旅
冰岛	3.0	3.0	3.0	6.0	5.0	6.0	15	16 2019 Ungt 民间
印度	11.2	3.7	8.1	11.1	6.0	9.0	13	15 2009 年 GYTS
伊朗 (伊斯兰共和国)	4.8	2.1	3.4	3.1	0.8	1.9	13	15 2016 年 GYTS
伊拉克	18.7	10.4	14.8	1.6	2.1	1.9	13	15 2019 GYTS
爱尔兰	11.4	10.7	11.0				15	17 2014 年 HBSC
以色列	3.5	1.0	2.3				14	14 2011 年 HBSC
意大利	16.2	23.6	19.8				13	15 2018 GYTS
牙买加	25.5	13.4	19.3				13	15 2017 年 GSHS

Machine Translated by Google
172 2021 年世卫组织烟草控制框架公约实施全球进展报告

日本	0.8	0.6	0.7				13	15	2017年未成年人吸烟饮酒调查
约旦	32.8	13.4	23.2	3.9	1.1	2.5	13	15	2014年GYTS
哈萨克斯坦	3.5	1.9	2.8				13	15	2014年GYTS
肯尼亚	9.6	4.0	9.9	4.3	3.3	7.0	13	15	2013 GYTS
基里巴斯	37.0	22.5	29.2	42.5	35.3		13	15	2018 GYTS
科威特	24.2	9.8	16.7	3.1	2.3	2.7	13	15	2016年GYTS
吉尔吉斯斯坦	6.0	2.0	4.0	8.0	3.0	5.0	13	15	2014年GYTS
老挝人民民主共和国	10.7	2.1					13	15	2016年GYTS
拉脱维亚	22.8	20.5	21.5	6.8	3.7	5.3	13	15	2018 GYTS
黎巴嫩	17.7	6.0	11.3				13	15	2011年青旅
莱索托	25.0	20.0					14	16	2008未知
利比里亚									
利比亚	11.0	5.0	8.1				13	15	2010 GYTS
立陶宛	29.0	22.0	26.0				15	15	2018年HBSC
卢森堡	15.0	15.0	不适用				13	14	2018 Le tabagisme au 卢森堡
马达加斯加	16.7	6.8	11.3	1.1	2.0	1.1	13	15	2019 GYTS
马来西亚	24.3	3.7	14.2	17.1	4.5	11.0	10	19	2016年烟草和电子烟调查 马来西亚青少年 (TECMA)
马尔代夫	10.4	5.0	7.9	9.2	2.9	6.2	13	15	2011年青旅
马里	18.0	2.0	9.0				13	15	2008年GYTS
马耳他	12.0	18.0	15.0				15	16	2015年ESPAD
马绍尔群岛									
毛里塔尼亚	19.6	16.2	19.8	6.5	6.8	6.8	13	15	2018 GYTS
毛里求斯	21.2	6.6	13.6				13	15	2016年GYTS
墨西哥	6.7	3.0	4.9				12	17	2016/17 Encuesta Nacional de Consumo de Drogas. 酒精和烟草 (ENCODAT)
密克罗尼西亚 (联邦国家)	43.0	24.4	33.0	26.4	21.7	23.8	13	15	2013 GYTS
蒙古	20.3	8.3	14.3	13.0	5.7	9.5	13	15	2014年GYTS
黑山	18.0	12.0	15.0				16	16	2016年ESPAD
莫桑比克	15.1	14.6	14.9	8.3	6.5	7.5	13	15	2013 GYTS
缅甸	21.0	2.0	11.0	11.0	1.5	6.0	13	15	2016年GYTS
纳米比亚	12.3	11.3	11.9				13	15	2008年GYTS
瑙鲁	19.5	24.5	22.1				13	17	2011年GSHS
尼泊尔	5.5	0.8	3.1	24.6	16.4	20.4	13	15	2011年青旅
荷兰	8.6	7.0	7.8				12	16	2017年HBSC
新西兰	2.9	4.8	3.8	-			15	17	2019年新西兰健康调查
尼加拉瓜	16.4	11.8	4.0	2.9			13	15	2014年GYTS
尼日尔	6.8	0.6	3.5	5.9	5.0	5.4	14	17	2009年未知
尼日利亚	5.6	1.3	3.5				13	15	2008年GYTS
纽埃									
挪威	6.0	3.0	5.0	12.0	6.0	9.0	15	15	2014年HBSC
阿曼	5.1	2.5	3.7	4.2	1.8	2.9	13	15	2016年GYTS
巴基斯坦	9.2	4.1	7.2	6.4	3.7	5.3	13	15	2013 GYTS
帕劳	42.3	28.8	35.4	12.2	16.8	14.7	13	15	2017年帕劳青少年烟草调查
巴拿马	6.2	5.4	5.9	2.2	2.4	2.3	13	15	2017 GYTS
巴布亚新几内亚	34.9	18.2	25.4	10.9	13.6	12.2	13	15	2016年GYTS
巴拉圭	5.9	5.7	7.0	2.3	1.4	1.9	13	15	2014年GYTS
秘鲁	7.1	5.6	6.4	2.2	1.5	1.9	13	15	2019 GYTS
菲律宾	20.5	9.1	14.5	2.9	2.1	2.5	13	15	2015 GYTS

波兰	21.9	18.2	20.0	7.9	3.3	5.6	13	15	2016 年 GYTS
葡萄牙	14.5	14.7	14.6				15	15	2015 年 ESPAD
卡塔尔	18.4	6.2	12.3	9.4	3.2	6.1	13	15	2013 GYTS
大韩民国	6.5	3.5	5.0				15	15	2019 年韩国青少年风险行为网络调查
摩尔多瓦共和国	17.5	9.5	13.6	2.1	1.4	1.7	13	15	2019 GYTS
共和国 北马其顿	56.3	42.0	40.2				15	34	2017 年北马其顿普通人群中精神活性物质的使用 (GPS)
罗马尼亚	12.2	10.1	11.2				13	15	2013 GYTS
俄罗斯联邦	10.6	8.0	15.1	3.8	1.6	2.7	13	15	2015 GYTS
卢旺达	23.5	9.5	33.0				13	15	2008 年 GYTS
圣基茨和尼维斯	10.4	7.8	9.2				13	15	2011 年青旅
圣卢西亚	9.4	6.4	7.9	4.5	2.4	3.5	13	15	2017 GYTS
圣文森特和 格林纳丁斯	16.6	8.5	12.8				13	15	2011 年青旅
萨摩亚	42.2	25.3	33.8				13	15	2017 GYTS
圣马力诺	14.4	15.0	14.6	0.4	0.4	0.4	13	15	2014 年 GYTS
圣多美和普林西比									
沙特阿拉伯	13.0	5.0		15.0	7.1		13	15	2010 GYTS
塞内加尔	9.7	4.9		6.6	1.8		13	15	2013 GYTS
塞尔维亚	15.5	15.2	15.3	2.4	1.2	1.8	13	15	2017 GYTS
塞舌尔	19.6	10.3	14.7	2.8	0.6	1.7	13	15	2015 GYTS
塞拉利昂	14.5	9.7	12.1				13	15	2017 GYTS
	20.3								
新加坡			4.3				13	20	2016 年学生健康调查 2014-16
斯洛伐克	25.0	26.0					15	15	2014 年 HBSC
斯洛文尼亚	14.3	17.1	15.6	3.1	1.6	2.4	15	15	2018 年 HBSC
所罗门群岛	24.3	23.4	24.2				13	15	2008 年 GYTS
南非	16.9	13.1	14.8	8.9	8.1	8.5	15	15	2011 年青旅
西班牙	31.4	38.5	35.0				14	18	2018 Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias
斯里兰卡	2.9	0.0	1.5	4.2	0.5	2.4	13	15	2015 GYTS
苏丹									
苏里南	16.1	7.0	11.1	1.7	0.6	1.1	13	15	2016 年 GYTS
瑞典	8.0	12.0	10.0	13.0	3.0	9.0	15	16	2019 年学生酗酒和吸毒 (Skoleevers drogvapor)
阿拉伯叙利亚共和国	45.0	26.0	36.0				13	15	2007 GYTS
塔吉克斯坦	6.8	2.8	5.9				13	15	2004 GYTS
泰国	17.2	5.2	11.3	4.1	1.3	2.7	13	15	2015 GYTS
东帝汶	39.6	7.0	15.6	7.7	9.3	8.4	13	17	2015 年 GSHS
多哥	14.4	6.6	11.2	4.9	3.5	4.3	13	15	2013 GYTS
汤加 特	22.1	6.8	14.6				13	15	2017 年 GSHS
立尼达和多巴哥	13.6	8.6	11.0	5.0	3.2	4.1	13	15	2017 GYTS
突尼斯	14.2	1.4	7.7	3.8	2.0	2.9	13	15	2017 GYTS
火鸡	23.2	12.1	17.9				13	15	2017 GYTS
土库曼斯坦									2015 (GYTS 可用)
图瓦卢	30.4	11.2	19.8				13	15	2018 GYTS
乌干达	4.3	5.2	4.9	11.5	9.9	10.5	13	13	2011 年青旅
乌克兰	3.3	0.8	2.0				14	17	2017 年国家统计局住户调查服务
阿拉伯联合酋长国	16.4	8.4	16.4	5.6	4.4	5.6	13	15	2013 GYTS
联合国 英国和 北爱尔兰	5.0	5.0	5.0				15	15	2018 年英格兰年轻人的吸烟、饮酒和吸毒情况

坦桑尼亚联合共和国	4.8	1.8		2.9	0.9		13	15	2016 年 GYTS
乌拉圭	9.3	11.4	10.4				13	17	2018 年 8 ^a Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media
乌兹别克斯坦									
瓦努阿图	16.7	11.7	14.1				13	15	2011 年青旅
委内瑞拉 (玻利瓦尔共和国)	5.8	4.2	5.5	2.3	0.3	1.6	12	14	2011 Estudio Nacional de Drogas en Población General
越南	4.6	1.2	2.8				13	17	2019 年 GSHS
也门	19.4	7.9	15.1	6.7	2.6	5.1	13	15	2014 年 GYTS
赞比亚	24.9	25.8	25.6				13	15	2011 年青旅
津巴布韦	17.3	12.8	16.2	6.5	4.6	5.6	13	15	2014 年 GYTS

双方提供的数据和调查信息无需根据原始调查报告或文件进行系统验证。在不清楚的情况下,数据可以与其他来源进行交叉核对,并在本附件表中更正,因此可能与缔约方提交的原始报告中提供的信息不同。(*) 为无烟烟草报告的数据标记不同的年龄组、年份或调查。 **表示报告的流行率是指日常使用而不是当前使用的缔约方。缔约方最常将当前使用描述为日常使用或偶尔使用,通常使用超过 30 天,但也可能包含其他定义。详细定义应对照各缔约方的原始检验文件进行核实。调查名称缩写: ESPAD = European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs; 欧洲晴雨表 = 关于欧洲人对烟草和香烟态度的特别欧洲晴雨表 458; GSHS = 全球学校学生健康调查; HBSC = 学龄儿童健康行为调查; MICS = 多指标类集调查; STEPS = 世卫组织对非传染性疾病 (NCD) 风险因素监测的逐步方法。

附件 3。 实施次数

措施

在各自的 WHO
下报告
各缔约方在
2020 年报告
周期中的《公
约》条款



派对	文章编号																						
	5	6	8*	9	10	11**	12	13***	14	15	16	17****	18****	10	20								
阿富汗	4	2	1				5	0	0			29		0	1102	1	0	510					
阿尔巴尼亚	4	2	3	1	2	3	3					7	1	2	5	10	8	10	0	3	115		
阿尔及利亚	4		1		2	6	2	2				5	7		6	10	10	4	0	2	17		
安哥拉	3		1		1	10	4	4				5	1	2	0	11	6	4	0	0	07		
安提瓜和巴布达	3		1		0	8			0	4		8	4		0		8	0	9	-	-	02	
亚美尼亚	3		0	3	7	4	2					6	1	2	0	12	9	11	0	0	314		
澳大利亚	4	2	3	1	2	0	0					8	1	2	8	18	10	9	-	-	613		
奥地利	2		1		2	7	4	4				8	1	1		8	15	12	9	-	-	114	
阿塞拜疆	1		1		2	7	2	4				5	8		0		5	12	8	0	4	26	
巴哈马	0		0	3	1				0	0		3	0		0	4	11	1	-	-	03		
巴林	4		2	3	9	4	4					8	1	2	8	20	12	11	-	-	616		
孟加拉国	3		0	0	3	0	0					8	6		7		0	4	6	0	0	213	
巴巴多斯	1		1		3	1	2	0	0			6	8		0		1	1	0	8	-	-	32
白俄罗斯	3		2	3	8	4	4					7	1	0	6	16	12	11	-	-	214		
比利时	3		0	3	1	2	4	4				8	6		6	20	11	7	0	0	213		
伯利兹	3		0	3	1	0	0	0				7	1	2	0		1	1	2	1	1	70	
贝宁	2		1		1	10	2	1				5	1	2	8		4	1	2	10	0	0	412
不丹	4		2	3	1	2	2	2				8	1	2	10	11	9	0	-	-	014		
玻利维亚 (多民族国)	1		0	0	7	2	3					8	4		5		2	8	5	0	2	07	
波斯尼亚和黑塞哥维那 (简称:波黑)	1		0		1	4	3	4				6	7		9		7	10	11	0	0	213	
博茨瓦纳	0		2		1	1	2	3	4			6	1	1	9	17	11	10	-	-	218		
巴西	4		2		1	1	2	4	2			7	7		4	1	1	1	7	1	2	419	
文莱达鲁萨兰国	3		1		3	1			1	2		7	4		8	1	2	7	11	-	-	26	
保加利亚	3		2	3	1	2	4	4				8	1	2	0	18	12	10	1	4	315		
布基纳法索	4	2	1	1	2	2	4					8	1	1		9		9	10	9	-	-	315
布隆迪	2		0		1	3	0	0				0	1	0	5		2	5	0	-	-	53	
佛得角	4		1		3	10	0	3				2	1		2		9	9	8	-	-	411	
柬埔寨	4	2	2	1	2	0	0					8	1	0	9	10	4	8	0	4	719		
喀麦隆	4		0	0	7	0	0					8	1	2	6	15	1	2	1	0	0	014	
加拿大	4	2	3	1	2	3	2					8	1	2	0	20	11	9	0	4	717		
中非共和国	1		0	0	0	0	0					0	0		0		0	0	0	0	0	00	
乍得	2	2	1	1	2	0	0					8	1	1	7		7	13	10	0	0	412	
智利	3		2	1	1	10	3					8	5		6		6	3	8	0	2	212	
中国	4	2	3	7	4	2						6	1	2	4	17	12	10	1	4	019		
哥伦比亚	2		1		1	1	2	0	0			7	8	10	12	11	11	11	1	1	115		
科摩罗	3		2	1	1	2	0	4				8	1	1		8	14	10	10	-	-	22	
刚果	3		1		3	7	2	2				8	7		7		7	9	2	-	-	10	
库克群岛	3		2	3	8	4	4					8	1	2	8	18	2	10	-	-	018		
哥斯达黎加	2	2	2	1	2	4	3					8	1	1	9	12	12	11	0	0	115		
科特迪瓦	3		0		1	1	2	0	2			8	1	2	8	11	12	11	-	-	510		
克罗地亚	3		2	1	1	1	4	4				8	1	0	10	13	10	11	0	0	211		
塞浦路斯	4		1		0	1	2	2	4			8	9		5	1	2	1	3	7	-	-	13
捷克	3		1		3	7	4	4				8	6		0	1	3	10	9	-	-	211	
朝鲜民主主义人民共和国	3		1		3	1	1	4	4			5	7		6	1	2	1	1	8	-	-	49
刚果民主共和国	3		2	1	3	4	4					7	0		6		3	8	6	0	0	20	
丹麦	4		1		2	3	4	4				8	0		5		1	1	2	7	-	-	27
吉布提	3		1		3	10	0	4				8	3	10	0	13	11	11	-	-	33		

多米尼克	1	0	1000	0100	100	-	-	01
厄瓜多尔	3	1	31104	87	011108	3	4	015
埃及	3	1	1120	811	71186	-	-	310
萨尔瓦多	1	021202		85	014811	-	-	115
赤道几内亚	0	00000		011	0002	-	-	00
爱沙尼亚	4	03444		76	2121010	-	-	26
斯威士兰	22180		1	0120	5135	-	-	12
埃塞俄比亚	3	1	11242	79104610		0	0	27
欧洲联盟	422044			84	56116	1	2	017
斐济	3	03812		812714911		0	0	014
芬兰	3	1	3244	87	9201310	-	-	414
法国	222744			85	6131310	1	0	415
加蓬	3	1	1200	86	7183	-	-	11
冈比亚	4231000			312813112		-	-	33
乔治亚州	4	1	31142	811108710		0	0	18
德国	4	1	2544	89	01199	0	0	115
加纳	4	23111	1	8117	81311	-	-	312
希腊	2	031032		610015811		1	4	29
格林纳达	2	036	02	30	0040	-	-	01
危地马拉	0	1	11200	30	0037	0	0	03
几内亚	3	1	0202	07	4031	0	2	39
几内亚比绍	1	000	02	02	0100	-	-	00
圭亚那	4	221244		811	10111010	-	-	317
洪都拉斯	2	231244		8125181211		1	4	519
匈牙利	3	1	31044	85	7141210	1	1	112
冰岛	3	1	3932	62	7141111	-	-	09
印度	4	1	31143	81251788		2	3	217
伊朗 (伊斯兰共和国)	4	1	31144	81110181311		0	4	217
伊拉克	4	1	1343	711	615127	-	-	415
爱尔兰	4	1	31244	812619129		0	0	316
以色列	4	1	3400	67	01187	-	-	110
意大利	3	03444		85	617139	0	3	117
牙买加	3	1	21204	811	016134	2	0	217
日本	4	1	2622	711	013126	0	4	312
约旦	4	1	3342	61281558		-	-	012
哈萨克斯坦	1	1	0842	88	0121111	-	-	211
肯尼亚	4231244			7109	81311	-	-	615
基里巴斯	3	1	2744	8126151311		-	-	15
科威特	2	1	21122	77	61578	-	-	212
吉尔吉斯斯坦	4231124			8117181110		1	3	614
老挝人民民主共和国	3	1	31204	8107	028	0	0	013
拉脱维亚	3	0	11034	87	9813111	-	-	513
黎巴嫩	3	1	01212	63	85510	-	-	60
莱索托	3	00000		07	01500	-	-	011
利比里亚	421000			00	0100	-	-	40
利比亚	4	1	1800	511101058		-	-	110
立陶宛	4	1	2921	84	801310	-	-	410
卢森堡	2201122			85	8151210	-	-	17
马达加斯加	4	1	31200	89	83128	0	0	26

Machine Translated by Google
180 2021 年世卫组织烟草控制框架公约实施全球进展报告

马来西亚	3	1	21020	812020910	3	0	012
马尔代夫	4	1	2900	69 71077	-	-	46
马里	3	21702		5126 11117	-	-	111
马耳他	3	201224		81010141210	-	-	313
马绍尔群岛	3	02900		34 3 419	-	-	213
毛里塔尼亚	2	211132		711 4 747	-	-	20
毛里求斯	4	231100		8125151311	-	-	310
墨西哥	2	1	3324	86 0121211	0	0	511
密克罗尼西亚联邦	4	1	3700	011 51809	-	-	016
蒙古	2	21802		751071110	-	-	39
黑山	3	1	01242	77 7101111	0	4	414
莫桑比克	1	0	1 624	56 3 9116	-	-	16
缅甸	4	1	31200	89 81039	0	0	112
纳米比亚	1	1	11241	8125101310	-	-	19
瑙鲁	2	02732		42 1 158	-	-	04
尼泊尔	3	1	2922	8129 9810	-	-	19
荷兰	4	211144		89 617138	-	-	617
新西兰	4	1	31124	89 61999	-	-	315
尼加拉瓜	3	1	31034	85 0 41210	0	4	37
尼日尔	2	0	1 122	811 9 0910	0	0	52
尼日利亚	3	211044		812814811	1	2	711
纽埃	2	1	3724	76 4 6011	-	-	02
挪威	3	031214		77 912910	-	-	413
阿曼	4	221210		8120 678	0	1	014
巴基斯坦	4	1	21100	8125 579	0	4	12
帕劳	4	036	00	010310811	-	-	54
巴拿马	3	231200		81110131111	0	2	217
巴布亚新几内亚	2	0	1800	34 7 003	0	0	07
巴拉圭	4	1	11004	711 914711	0	4	313
秘鲁	1	0	11200	85 0 968	0	0	04
菲律宾	4	23844		812015137	2	2	413
波兰	3	1	0544	06 01480	1	0	015
葡萄牙	4	1	2944	88 7141310	0	0	213
卡塔尔	4	1	31244	8129161211	-	-	311
大韩民国	4	1	3822	8101 2049	0	1	416
摩尔多瓦共和国	4	231244		77 7 91111	1	4	514
北马其顿共和国	2	1	31244	7127121211	0	4	514
罗马尼亚	1	23234		63 51098	0	0	04
俄罗斯联邦	2	1	11243	85 9 7810	0	0	610
卢旺达	2	221200		68 4 4125	-	-	512
圣基茨和尼维斯	1	00000		00 0 002	-	-	00
圣卢西亚	2	1	11202	81001372	-	-	114
圣文森特和格林纳丁斯	1	00000		04 0 100	0	0	03
萨摩亚	4	1	21244	812710810	-	-	29
圣马力诺	2	20900		08 2 209	-	-	02
圣多美和普林西比	2	208	02	72 3 004	-	-	00
沙特阿拉伯	4	1	31044	8129161211	-	-	016
塞内加尔	4	231224		812811117	-	-	316
塞尔维亚	3	1	3920	66 5101210	0	0	313

塞舌尔	4	1	3	12	0	4	8	12	9	11	13	11	-	-	17
塞拉利昂	3	0	2	0	0	0	0	0	0	8	0	0	-	-	0
新加坡	4	1	2	1	0	2	2	8	1	2	8	2	0	0	1
斯洛伐克	3	1	3	1	0	4	0	8	5	1	2	1	0	0	1
斯洛文尼亚	3	2	2	1	2	4	4	8	9	1	0	1	-	-	3
所罗门群岛	3	2	3	1	1	4	2	8	1	0	4	9	0	2	1
南非	1	2	2	2	1	2	3	4	1	2	3	5	0	0	1
西班牙	4	2	3	1	2	4	4	8	1	2	8	1	0	3	5
斯里兰卡	4	2	3	1	0	2	0	8	1	1	6	3	-	-	4
苏丹	3	2	2	5	2	3	3	8	1	1	9	1	0	0	1
苏里南	2	1	2	1	2	0	0	8	0	6	3	7	-	-	0
瑞典	4	0	3	2	4	3	3	7	1	2	7	1	-	-	3
阿拉伯叙利亚共和国	4	2	0	8	4	4	4	5	1	2	7	9	0	0	0
塔吉克斯坦	0	2	3	2	0	0	0	8	1	1	2	1	-	-	1
泰国	4	2	3	1	2	4	4	8	1	2	9	2	0	0	4
东帝汶	2	2	3	4	2	4	4	8	1	2	7	2	-	-	1
多哥	3	1	3	1	2	0	0	7	1	1	0	8	-	-	2
汤加	4	0	3	1	1	4	4	8	1	2	8	2	0	0	1
特立尼达和多巴哥	4	2	3	1	2	2	3	8	1	2	8	1	-	-	2
突尼斯	4	2	3	6	4	4	4	6	1	1	6	2	0	4	1
火鸡	4	1	3	1	2	3	4	8	1	2	7	1	3	4	3
土库曼斯坦	3	2	3	1	2	4	3	7	1	1	9	1	-	-	5
图瓦卢	1	0	3	6	1	1	1	0	4	0	1	0	-	-	0
乌干达	3	0	1	8	4	4	4	5	1	2	0	2	1	0	6
乌克兰	0	1	1	9	2	4	4	7	2	0	3	8	0	0	0
阿拉伯联合酋长国	4	1	1	1	0	4	4	8	9	6	1	8	0	4	4
大不列颠及北爱尔兰联合王国	4	2	2	1	2	4	2	8	9	8	1	6	-	-	2
坦桑尼亚联合共和国	4	1	0	8	0	4	4	4	3	0	0	7	-	-	1
乌拉圭	3	1	3	1	2	1	2	8	5	8	1	2	2	0	0
乌兹别克斯坦	3	1	1	5	1	2	2	5	1	0	3	7	0	4	3
瓦努阿图	2	1	2	1	2	4	4	8	1	2	7	4	0	0	0
委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)	4	1	3	1	2	4	4	8	1	2	9	1	-	-	0
越南	4	0	3	1	2	2	2	7	1	2	6	8	-	-	2
也门	3	1	3	6	4	4	4	8	8	6	9	4	1	0	0
赞比亚	4	2	0	1	0	1	1	4	1	1	0	1	1	0	0
津巴布韦	3	0	3	7	0	0	0	5	1	2	0	1	0	4	1
文章的最大计数	4	2	3	1	2	4	4	8	1	2	1	0	3	4	7

方法论注释:

除非另有说明,否则在每个 WHO FCTC 条款下为该分析选择的指标对应于关键指标列表6。对于每个缔约方,使用截至 2020 年 5 月 22 日的最新可用数据计算了对关键指标的“是”答复数。表格的第一行显示了每篇文章的最大可用数。

- * 对于第 8 条,分析涵盖了以下方面的全部禁令: 1) 飞机; 2) 地面公共交通工具(公共汽车、无轨电车、有轨电车); 3) 政府大楼; 4) 保健设施; 5) 教育设施; 6) 大学; 7) 私人工作场所; 8) 用作工作场所的机动车辆(例如出租车、救护车或送货车辆); 9) 文化设施; 10) 商场; 11) 酒馆和酒吧; 12) 餐馆。这对应于第 3 章中用于分析普遍防止接触烟草烟雾的指标清单。
- ** 对于第 11 条,分析涵盖对以下措施列表的“是”回应:1) 禁止误导性描述; 2) 需要健康警示; 3) 经国家主管部门批准的健康警示; 4) 轮换健康警示; 5) 大、清晰、醒目、易读的健康警示语; (六)健康警示占主要展示区域不低于30%; (七)占主要展示面积50%以上的健康警示语; 8) 图片或象形图形式的健康警示语。这对应于第 3 章中用于分析突出健康警示的指标列表。
- *** 对于第 13 条,分析涵盖对以下措施列表的“是”回应:1) 在销售量; 2)国内互联网; 3)全球互联网; 4) 品牌延伸和/或分享; 5)产品植入; 6) 在娱乐媒体中描绘/使用烟草; 7) 国际事件/活动的烟草赞助; 8) 企业社会责任; 9) 来自国内的跨境广告; 10)跨境广告进入国内。这对应于第 3 章中用于分析全面禁止 TAPS 的手段的指标列表。
- **** 对于第 17 条和第 18 条,计数仅在那些对 B71 中的烟草种植做出“是”回应的缔约方中计算。

世卫组织框架秘书处
烟草控制公约

主办单位:世界卫生组织

阿皮亚大道 20 号,
1211 日内瓦 27,
瑞士

电话: +41 22 791 50 43

传真 +41 22 791 58 30

邮件: ftcsecretariat@who.int

网址: www.who.int/ftc

9789240041769

