

**FCTC**世界卫生组织  
烟草控制框架公约

## 世界卫生组织烟草控制框架公约 缔约方会议

第五届会议  
大韩民国首尔，2012年11月12-17日  
临时议程项目 4

**FCTC/COP/5/5**  
**2012年9月13日**

---

# 世卫组织框架公约全球实施进展：主要调查结果

## 公约秘书处的报告

### 导言

这份公约实施情况全球进展报告是该系列中的第五份。它按缔约方会议的两项决定编写：一项是其第一届会议作出的决定（FCTC/COP1(14)号决定），要求确立《世界卫生组织烟草控制框架公约》（世卫组织框架公约）下的报告安排；另一项是其第四届会议作出的决定（FCTC/COP1(16)号决定），要求根据缔约方提交的两年期实施报告编写全球进展报告并提交缔约方会议届会讨论。

这份全球进展报告的范围包括三部分：

- 第一，在缔约方于 2012 年报告周期中提交的报告基础上，概述全球实施公约的情况<sup>1</sup>；
- 第二，跟踪不同报告周期在实施公约方面取得的进展；
- 第三，就公约实施方面的总体进展、挑战和趋势得出结论。

---

<sup>1</sup> 提交缔约方实施报告的期限是 2012 年 1 月 1 日至 2012 年 4 月 30 日。秘书处已将这一期间收到的报告以及 2012 年 6 月 15 日之前收到的更多报告纳入这份全球进展报告。根据 FCTC/COP4(16)号决定，在向新的两年报告周期过渡期间，已于 2011 年提交了实施报告的缔约方不必于 2012 年再次提交报告。因此，31 份于 2011 年提交的缔约方报告被算作 2012 年报告周期的一部分。

在 2012 年报告周期中，秘书处收到了 126 个缔约方提交的报告，占应当提交报告的 174 个缔约方的 72%。本报告从始至终，除非另外提及，否则信息均以 126 个缔约方提交的报告为依据<sup>1</sup>。

本报告阐述主要调查结果，另外还有一份关于全球条约实施情况的详尽报告，将公布在世卫组织框架公约网站上<sup>2</sup>。本报告尽可能紧贴公约及其报告文书的结构。

## 1. 目标、指导原则和一般义务（公约第 II 部分）

### 一般义务（第 5 条）

**综合性烟草控制战略、计划和规划（第 5.1 条）。**半数以上缔约方（74 个）报告已具备这类战略、计划和政策。若干缔约方还就公约下这项具有总体重要性和影响的义务指明了自己所面对的具体挑战。

### 烟草控制基础设施（第 5.2(a) 条）。

**烟草控制联络点。**大多数缔约方（102 个）报告已经指定了国家烟草控制联络点。但是，在某些情况下该联络点的责任涉及更多领域，这可能表明国家烟草控制能力依然不足。

**烟草控制单位。**半数以上缔约方（76 个）报告已经建立了烟草控制单位。多数情况中，这种单位隶属于卫生部或卫生部下辖的一个卫生机构。

**国家烟草控制协调机制。**三分之二以上缔约方（91 个）报告已经确立了这样一种协调机制。

---

<sup>1</sup> 阿富汗、阿尔巴尼亚、阿尔及利亚、安提瓜和巴布达、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴哈马、巴林、孟加拉国、巴巴多斯、白俄罗斯、比利时、贝宁、不丹、玻利维亚（多民族国）、波斯尼亚和黑塞哥维那、博茨瓦纳、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、柬埔寨、加拿大、中非共和国、乍得、智利、中国、哥伦比亚、科摩罗、刚果、库克群岛、哥斯达黎加、克罗地亚、塞浦路斯、朝鲜民主主义人民共和国、丹麦、吉布提、厄瓜多尔、埃及、爱沙尼亚、斐济、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、德国、加纳、希腊、危地马拉、圭亚那、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、伊拉克、爱尔兰、以色列、意大利、日本、约旦、哈萨克斯坦、科威特、吉尔吉斯斯坦、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、马达加斯加、马来西亚、马里、马耳他、墨西哥、密克罗尼西亚（联邦）、蒙古、黑山、纳米比亚、尼泊尔、荷兰、新西兰、尼日尔、挪威、阿曼、帕劳、巴拿马、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、卢旺达、圣基茨和尼维斯、圣文森特和格林纳丁斯、圣马力诺、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞尔维亚、塞舌尔、塞拉利昂、新加坡、斯洛文尼亚、所罗门群岛、南非、西班牙、斯里兰卡、苏丹、苏里南、斯威士兰、瑞典、多哥、汤加、特里尼达和多巴哥、突尼斯、土耳其、图瓦卢、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、瓦努阿图、越南和也门。

<sup>2</sup> 所有全球进展报告可从 [http://www.who.int/fctc/reporting/summary\\_analysis/](http://www.who.int/fctc/reporting/summary_analysis/) 获取。

**防止公共卫生政策受烟草业的商业和其他既得利益的影响（第 5.3 条）。**半数以上缔约方（68 个）报告已经采取步骤防止烟草业干预烟草控制政策。但是，只有约四分之一缔约方（34 个）表示按照第 12(c)条要求采取措施向公众提供关于烟草业活动的信息。

## 2. 减少烟草需求（公约第 III 部分）

### 减少烟草需求的价格和税收措施（第 6 条）

在于 2012 年报告周期提交实施报告的 126 个缔约方中，98 个提供了充分信息，足以对烟草制品的税收和/或定价情况进行分析。近三分之二缔约方（81 个）报告实行了税收政策，对旨在减少烟草消费的卫生目标具有促进作用。

缔约方报告中的大多数数据涉及的是卷烟。至于其他烟草制品，数据不足，无法计算价格指数或平均税率，因此，分析时只考虑了卷烟的税收和价格。

**税收。**缔约方报告中含载的信息使得能够详细分析消费税、增值税和其他类似税收以及进口关税。

**消费税。**提供关于税收数据的绝大多数缔约方（83 个）都表示对卷烟征收某种形式的消费税。在适用各种形式消费税（从价税、从量税或两种皆用）方面，各缔约方实行的主要卷烟税收类型有很大差别。

**增值税。**76 个缔约方报告实行增值税或其任何替代税收，如销售税或商品和服务税。除世卫组织东地中海区域外，其他各区域的绝大多数缔约方都实行增值税或销售税，而东地中海区域的缔约方普遍以进口关税为主，没有其他形式税收，包括消费税。

**进口关税。**进口关税的征收及其重要性往往能体现每个国家的对外贸易和生产结构。例如，在非洲和东地中海区域的许多缔约方以及西太平洋和东南亚区域的一些小经济体中，进口关税在税收结构中占主导地位，这些国家越来越多地依靠进口关税作为征税机制。

**卷烟税收总负担。**根据所获得的报告，全球卷烟税收总负担平均为 59.4%，不过，缔约方之间以及区域之间存在显著差异（就缔约方而言，税收负担最低为 7%，而最高可达 86.3%）。

两个报告周期的税收变化。卷烟税收方面可以注意到若干趋势。首先，征收消费税的国家比例从 2010 年发表前一份全球进展报告时的 67% 增加到了 2012 年的 85%。其次，征收从量税或混合税收的国家比例从 2010 年的 49% 增加到了 2012 年的 58%。最后，必须指出，各区域对某些形式的消费税具有偏爱：非洲和美洲区域缔约方偏爱从价税，欧洲区域缔约方侧重混合税收，而西太平洋区域缔约方则偏爱从量税。

**价格。**根据前一份全球进展报告，2010 年一盒卷烟的平均价格为 2.53 美元，而 2012 年已涨到 3.81 美元。除东南亚区域以外，其他世卫组织各区域的缔约方中都存在这种上升趋势。最低价格也出现大幅增长，特别是在非洲区域、欧洲区域和美洲区域。至于东南亚区域，需要获得来自更多缔约方的信息方能就税收政策和价格结果方面的趋势得出明确结论。

#### 与烟草制品价格和税收有关的其他措施以及烟草经济学

**免除国内税和关税的烟草制品。**不到三分之一缔约方（38 个）报告禁止或限制向国际旅行者销售免除关税的制品。

**专用于健康目的的烟草税。**各缔约方的报告表明，其中一些在消费税上增加特定的百分比以征收用于特殊目的，包括健康目的的税款，而另一些缔约方则对特定的烟草税份额指定用途。14 个缔约方就指定用途的税收提供了信息。三个缔约方近几年通过了新的烟草控制法规，预计设立专项基金，至少在部分上为烟草控制规划提供资金。

**烟草使用的经济负担。**只有近四分之一缔约方（35 个）提供了这方面数据。由于烟草相关费用继续上升，给卫生系统造成沉重负担，因此投入资源以监测这些费用并报告可靠的数据将愈发重要。50 个缔约方报告了烟草相关死亡率数据，这些数据随国家大小而有很大差异。就两个报告周期而言，能提供死亡率数据的缔约方数量从 2010 年的 15 个增加到本报告中的 50 个。15 个缔约方在两个报告周期中都报告了死亡率数据，但其中只有两个提供了可比较的数据，这两者都表明烟草相关死亡率有所下降。预计下一份全球进展报告将提供更广泛的比较基础。

#### **防止接触烟草烟雾（第 8 条）**

**防止接触烟草烟雾的措施。**总共 120 个缔约方报告为防止其公民接触烟草烟雾采取了措施，在室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所以及酌情在其他公共场所（完全或部分）禁止吸烟，具体途径各种各样：绝大多数缔约方（93 个）通过国家立

法途径，其他一些缔约方（49 个）通过颁布行政和实施令，还有一些缔约方（23 个）则依赖自愿协议。

**执法机制/基础设施。**三分之二以上缔约方（88 个）报告建立了机制/基础设施以执行措施防止民众接触烟草烟雾，87 个缔约方提供了有关这些基础设施的详细情况。一些缔约方报告了与监测实施和执法情况，包括与应用行政处罚有关的挑战。

**不同程度吸烟禁令所涵盖的环境。**在报告文书提及的所有环境中，飞机、卫生保健设施和地面公共交通设施是完全禁烟令最经常涵盖的场所。而另一方面，只有 40-45 个缔约方报告颁布了可适用于私人工作场所、餐厅、酒馆、酒吧和夜总会的完全禁烟令。

### 实施时限

公约第 8 条实施准则<sup>1</sup>为缔约方规定了时限，要求在五年内普遍实现防止环境烟草烟雾，为此需确保在所有室内公共场所和工作场所、所有公共交通工具和其他可能的（室外或准室外）公共场所免于接触二手烟草烟雾。

报告文书涵盖 16 种应适用这种禁令的公共场所。只有四个缔约方表示已在所有这 16 种公共场所实行了禁烟措施，同时几乎半数缔约方表示其禁令涵盖 11-15 种公共场所。四分之一缔约方报告只涵盖 1-5 种公共场所，七个缔约方报告未在上述任何一类公共场所实行禁烟令。

### **烟草制品成分管制（第 9 条）**

**检测和测量烟草制品成分和燃烧释放物。**不到一半缔约方（51 个）报告说要求检测和测量成分，55 个缔约方表示要求测量烟草制品燃烧释放物。一些缔约方报告其检测实验室在培训人员或购置新设备方面加强了能力，另一些缔约方则表示建立这种国家能力存在挑战。

**管制烟草制品成分和燃烧释放物。**略微超过半数缔约方（65 个）报告对成分实行管制，57 个缔约方表示管制烟草制品燃烧释放物。一些缔约方报告在通过新法规方面

---

<sup>1</sup> 见《世卫组织烟草控制框架公约：实施准则：第 5.3 条、第 8 条、第 9 条和 10 条、第 11 条、第 12 条、第 13 条、第 14 条》。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。可从 [http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/guidel\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/guidel_2011/en/index.html) 获取。

取得进展，这些法规旨在降低卷烟或所有烟草制品中焦油、尼古丁和一氧化碳的最高含量，或旨在使其管辖范围内出售的卷烟符合降低点燃倾向标准。

### 烟草制品披露的规定（第 10 条）

**向政府当局披露。**近三分之二缔约方（80 个）要求烟草制品生产商或进口商向政府当局披露关于烟草制品成分和释放物的信息。约半数缔约方要求披露释放物。

**向公众披露。**近半数缔约方（59 个）报告说要求向公众披露烟草制品的成分信息；56 个缔约方表示要求向公众披露有关释放物的信息。

### 烟草制品的包装和标签（第 11 条）

第 11 条规定每一缔约方应在公约对该缔约方生效后三年内采取和实施有关包装和标签的有效措施。以下概述关于适用三年期限的措施以及实施这些措施的情况。

**烟草制品包装上的健康警句。**总共 107 个缔约方（85%）报告已采纳政策要求烟草制品带有说明烟草使用有害后果的健康警句。

**误导或欺骗性包装和标签。**四分之三缔约方（95 个）报告已禁止在包装和标签上带有任何误导性、欺骗或可能对制品产生错误印象的描述。

**警句审批。**四分之三以上缔约方（101 个）报告说要求由国家主管当局审批健康警句。

**轮换。**几乎四分之三缔约方（91 个）报告说要求轮换使用健康警句，32 个缔约方表示未作规定。

**位置和编排。**四分之三以上缔约方（102 个）已采取措施确保健康警句大而明确、醒目和清晰。这些缔约方中 78 个表示其国家法律作为最低要求对字体的格式、尺寸和颜色进行了规定，以便使警句明确、醒目和清晰。

**尺寸。**再一次，几乎四分之三缔约方（90 个）要求健康警句占据主要可见部分不少于 30%，但只有约三分之一缔约方表示要求健康警句覆盖主要可见部分的 50% 或以上。

**象形图的使用。**不到一半缔约方（53 个）报告说要求健康警句采取或包括图片或象形图的形式。多数缔约方报告未实行这种规定。在使用象形图的 53 个缔约方中，29 个表示拥有对这些图片的版权，并表示将颁发非专属性、免使用费许可证以便于其他缔约方使用其警句。

### 实施时限

在已达到各自三年期限的 119 个缔约方中，24 个报告已实行受此期限约束的所有八项关于包装和标签的措施；70 个缔约方表示已实行了其中 5-7 项措施；13 个缔约方报告实行了其中 1-4 项措施；12 个缔约方表示 8 项措施中尚未实行任何一项。

缔约方会议在其 2008 年第三届会议上通过第 11 条实施准则时，同意在其第五届会议上考虑是否对这些准则展开审查。缔约方会议在考虑上述事项时不妨注意第 11 条的实施进展。

### 第 11 条下的其他措施

第 11 条下的其他三项措施包括：在烟草包装上公布关于成分或释放物的信息；以有关国家的一种或多种主要语言呈现警句；以及从包装或单支卷烟或其他烟草制品上删除任何广告和促销。这三项措施每一项都约有三分之二缔约方予以实施。

## **教育、交流、培训和公众意识（第 12 条）**

**实施教育和公众意识规划。**根据各缔约方的报告，115 个缔约方自从按照报告文书要求提交上一份报告以来实施了“教育和公众意识规划”。

**教育和公众意识规划针对的人群和传递的信息。**90% 以上缔约方报告已针对儿童、青少年或普通大众实施了规划。关于针对性别的各种规划（以妇女、孕妇或男性为目标），分别约有四分之三缔约方加以实施。

**有针对性的培训或宣传规划。**最常见的目标人群是卫生工作者和教育工作者，105 个缔约方报告的是前者，84 个缔约方报告的是后者。以媒体工作者和决策者为目标缔约方各有 60%。除报告文书中载明的类别外，13 个缔约方还报告以其他一些不经常作为目标的人群为焦点，如宗教、社会、社区和青年领导人；法律专业人员（律师和法官）；警察和地方当局；妇女组织；大学；接待部门；乃至足球比赛中的观众等。

## 烟草广告、促销和赞助（第 13 条）

**广泛禁止广告、促销和赞助（有时限的规定）。**三分之二以上缔约方（86 个）已实行广泛禁令，39 个缔约方报告尚未实行；53 个已实行禁令的缔约方将源自其领土的跨国广告、促销和赞助也包括在内。5 个报告尚未实行广泛禁令的缔约方<sup>1</sup>说明其宪法或宪法原则使其无法采取这样一种禁令。缔约方对广泛禁止广告、促销和赞助的定义也各不相同，并不都能够涵盖第 13 条实施准则中要求采取的所有具体措施。例如，在表示已实行广泛禁令的缔约方中，只有四分之三将植入式广告包括在内，并只有略微超过半数缔约方将品牌共享纳入禁令；此外，如上所述，这些缔约方中不到三分之二禁止跨国广告、促销和赞助。

**限制所有的烟草广告、促销和赞助。**未按第 13 条要求实行广泛禁令的缔约方预计应报告所采用的限制措施。未实行广泛禁令的 39 个缔约方绝大多数限制在广播、电视和印刷媒体上作广告，并有近半数限制烟草业赞助国际活动以及利用直接或间接奖励手段鼓励购买烟草，或要求所有余留的烟草广告附有健康警句。

### 实施时限

第 13.2 条要求每一缔约方在公约对其生效后五年内，根据宪法或宪法原则广泛禁止所有的烟草广告、促销和赞助。109 个缔约方已经达到这一期限，其中 75 个报告实行了广泛的广告禁令，但只有 47 个报告将源自其领土的跨国广告也涵盖在禁止范围内；34 个缔约方尚未实行两项规定中的任何一项。

## 与烟草依赖和戒烟有关的措施（第 14 条）

**国家指南。**半数缔约方报告已经在科学证据和最佳实践基础上制定了综合的国家戒烟指南，15 个缔约方在其报告附件中或通过网络链接切实提供了其指南文本。

**促进戒烟的规划和环境。**105 个缔约方认为利用世界无烟日等机会组织地方活动是传递戒烟讯息的最佳时机。约三分之二缔约方报告开展了新闻媒体运动以强调戒烟的重要性。只有约三分之一缔约方实施了针对未成年女童、妇女和孕妇的专门规划。约三分之一缔约方（45 个）报告开设了电话戒烟热线以促进戒烟。

---

<sup>1</sup> 加拿大、库克群岛、加纳、日本和墨西哥。



**在国家规划、计划和战略中纳入对烟草依赖的诊断和治疗并将戒烟纳入现有卫生保健系统。**半数以上缔约方（76 个）报告已将对烟草依赖的诊断和治疗以及咨询服务纳入其国家烟草控制战略、计划和规划。49 个缔约方报告已将这些项目纳入教育规划、计划和战略。

在将针对烟草依赖的诊断和治疗规划纳入卫生保健系统方面，几乎三分之二缔约方（81 个）报告已经这样做，而且其中半数以上报告已经建立了专门的中心，提供戒烟咨询服务和对依赖的治疗。

**公共资助或偿付计划。**四分之一缔约方（32 个）报告对纳入初级卫生保健的服务给予全部偿付，29 个缔约方表示给予部分偿付，18 个缔约方表示这类服务尚未纳入公共资助范畴。

**参与咨询和对依赖的治疗服务的卫生专业人员及其他人员以及他们的培训。**内科医生、护士和家庭医生是参与最多的卫生专业人员。参与这方面服务的其他卫生专业人员包括精神卫生领域的护士、健康视察员、专门的“戒烟顾问”、健康教育人员和公共卫生专家。

**卫生专业人员的课程。**近三分之一缔约方（46 个）报告将对烟草依赖的治疗纳入医疗专业人员的课程。就其他类别卫生专业人员（例如护理、牙科和药剂学的专业人员）而言，该数字降至约 20%。

**用以治疗烟草依赖的药物的可及性和可负担性。**半数以上缔约方（72 个）表示促进获得可负担得起的对烟草依赖的治疗，包括相关药品。74 个缔约方报告提供尼古丁替代疗法；但是只有 55 个缔约方报告提供瓦伦尼克林，52 个缔约方提供丁氨苯丙酮。12 个缔约方报告提供可用以治疗烟草依赖的其他药品。就可获得的药品进行报告的缔约方还须按要求说明用这些药品进行治疗的费用是否由公共资金负担或得到偿付；就尼古丁替代疗法而言，19 个缔约方报告给予全部偿付，10 个缔约方给予部分偿付；就丁氨苯丙酮而言，11 个缔约方报告给予全部偿付，12 个缔约方表示给予部分偿付；就瓦伦尼克林而言，10 个缔约方报告给予全部偿付，10 个缔约方表示给予部分偿付。有关趋势还表明在 2009 年首次将尼古丁替代疗法纳入《世卫组织基本药物标准清单》后，越来越多的缔约方将这种疗法纳入其本国的基本药物清单。

### 3. 减少烟草供应（公约第 IV 部分）

#### 烟草制品非法贸易（第 15 条）

三分之二缔约方报告已颁布或加强了打击烟草制品非法贸易的法律。

**扣押。**半数以上缔约方（69 个）提供了关于扣押烟草制品的信息。25 个缔约方在答复中表示具有关于走私烟草制品在本国烟草市场中百分比的信息，而且 17 个缔约方提供了这一百分比。根据所提供的数字，不同国家的百分比差别很大，从 0.20% 到 40% 不等。

**外包装上有标志。**将近三分之二缔约方（78 个）报告说要求烟草外包装上有标志以协助确定烟草制品的来源，同时还要求有标志以确定该制品是否可在国内市场上合法销售。但是，只有近三分之一缔约方（48 个）要求零售和批发的烟草制品的每盒和单位包装带有一项声明：“只允许在……销售”或带有说明制品最终目的地的任何其他有效标志。

**跟踪和追溯。**关于是否已建立切实可行的跟踪和追溯制度以进一步保障营销系统并协助调查非法贸易这一问题，超过四分之一缔约方（36 个）作出了肯定答复。半数缔约方表示要求监测和收集有关烟草制品跨国界贸易，包括非法贸易的数据。

**没收和销毁。**半数以上缔约方（69 个）报告允许没收烟草制品非法贸易所得，并监测、记录和控制所持有或运送的免除国内税或关税的烟草制品的存放和销售。75 个缔约方称要求尽可能以不影响环境的方法销毁，或根据国家法律处置没收的设备、假冒和走私卷烟以及其他源自非法贸易的烟草制品。

**发放许可证。**关于是否要求颁发许可证或采取其他行动控制或管制烟草制品生产和销售以防非法贸易的问题，近三分之二缔约方（79 个）作出了肯定答复。

**促进就烟草制品非法贸易问题开展合作。**71 个缔约方在答复中表示促进国家机构与相关区域和国际政府间组织之间的合作，以求消除烟草制品非法贸易。

#### 向未成年人销售和由未成年人销售（第 16 条）

**向未成年人销售和由未成年人销售。**将近 90% 缔约方（112 个）报告说禁止向未成年人销售烟草制品。法定成年年龄从 16-21 岁不等。三分之二缔约方报告说禁止由未

成年人销售烟草制品。若干缔约方提到执法，包括应用行政处罚方面的挑战，其中一些还提供了为监测遵守情况开展的具体活动实例。

### 生产对未成年人具有吸引力的产品以及烟草制品的分发

**禁止生产对未成年人具有吸引力的产品。**半数以上缔约方（75 个）报告说禁止生产和销售对未成年人具有吸引力的烟草制品形状的糖果、点心、玩具或其他任何实物。

**分发免费烟草制品。**80%以上缔约方（105 个）报告已采取措施禁止向未成年人分发免费烟草制品。

**分支或小包装销售卷烟。**三分之二缔约方报告已采取政策防止分支或小包装销售卷烟。

### 烟草销售的各种情况

**在销售点内设置清晰醒目的告示。**半数以上缔约方（75 个）称要求在销售点内设置关于禁止向未成年人销售烟草的清晰醒目告示。

**要求提供达到法定年龄的证据。**再次，半数以上缔约方（73 个）表示要求烟草制品销售商在有怀疑时请购买者提供适当证据证明已达到法定年龄。

**对销售商实行处罚。**四分之三缔约方（94 个）报告为确保遵纪守法规定了对销售商和批发商的处罚措施。

**销售点烟草制品的可及性。**近半数缔约方（60 个）报告禁止以可直接选取烟草制品的任何方式，如售货架等出售此类产品。

**自动售烟机。**半数以上缔约方（69 个）报告已禁止使用自动售货机出售烟草制品，但 50 个缔约方（40%）仍允许这种销售。不过，这 50 个缔约方中，30 个表示要求自动售烟机不能被未成年人所使用，并且/或者不向未成年人促销烟草制品。仍采用自动售货机的若干缔约方提供了一些做法实例，可以此削减通过自动售货机获取的机会，防止未成年人购买烟草制品。

## 烟草种植和支持经济上切实可行的替代活动（第 17 条）

**烟草种植。**62 个缔约方报告在其管辖范围内种植烟草，其中一半提供了关于烟草工人数量以及当前生产烟草的农场或家庭的统计数据。参与烟草种植的农民数量各国有很大差异，斐济为 350-400 人，突尼斯为 7 万人，而中国则达 151 万人。

**经济上切实可行的替代活动。**在此要求缔约方回答是否促进为烟草种植者、烟草工人和烟草制品销售者提供经济上切实可行的替代生计。只有 17 个缔约方报告已经制定了规划促进为烟草种植者提供切实可行的替代生计，而 61 个缔约方在回答时表示此问题对其不适用。

只有 4 个缔约方报告说促进为烟草工人提供替代活动；此外，只有 2 个缔约方表示已为烟草制品的个体销售者制定了具体规划。

## 4. 保护环境（公约第 V 部分）

### 保护环境和人员健康（第 18 条）

在烟草种植方面，18 个缔约方在答复中表示考虑到了保护环境问题，并有相同数量的缔约方表示考虑到了与环境有关的人员健康问题。

在烟草生产方面，24 个缔约方表示适当考虑了保护环境问题，25 个缔约方表示考虑了与环境有关的人员健康问题。

## 5. 与责任有关的问题（公约第 VI 部分）

### 责任（第 19 条）<sup>1</sup>

四分之一缔约方报告，为了控制烟草已实施有关措施处理刑事和民事责任问题，适当时包括给予赔偿。

**刑事和/或民事诉讼。**在答复其管辖范围内是否有任何人就烟草使用造成的任何不良健康后果对任何烟草公司发起任何刑事和/或民事诉讼，（适当时）包括赔偿这一问题时，只有 22 个缔约方（不到五分之一）回答“是”。

---

<sup>1</sup> 关于实施第 19 条的更多信息可参见公约秘书处提交缔约方会议第五届会议的相关报告（文件 FCTC/COP/5/11）。

**针对烟草业的立法、实施、行政和/或其他行动。**只有 6 个缔约方报告了其针对烟草业采取的行动，要求全部或部分偿付其管辖范围内因烟草使用带来的医疗、社会以及其他相关费用。

## 6. 科学和技术合作（公约第 VII 部分）

### 研究、监测和信息交换（第 20 条）

**研究活动。**报告文书使缔约方能够提供信息说明正在就烟草使用与控制的各个方面开展的研究。调查结果表明研究规划最经常涉及的是与烟草消费有关的决定因素以及社会和经济指标，其次是烟草消费和接触烟草烟雾的后果。只有略微超过三分之一的缔约方报告开展了研究以确定对烟草依赖的有效治疗规划。同时，18 个缔约方报告在确定烟草种植的替代生计方面进行了研究。

**培训和支持研究。**近半数缔约方（65 个）报告已制定规划支持那些从事烟草控制活动，包括从事研究、实施和评价活动的人员。

**国家流行病学监测系统。**半数以上缔约方（74 个）报告已将烟草消费模式纳入其国家流行病学监测系统；61 个缔约方报告将接触烟草烟雾涵盖在内；56 个缔约方报告将烟草消费的决定因素涵盖在内；50 个缔约方报告涵盖了烟草消费的后果；50 个缔约方报告涵盖了与烟草消费有关的社会、经济和健康指标。各缔约方的报告提供了其做法实例，说明如何定期收集与烟草有关的国家数据，包括癌症和死亡登记系统的详细运作情况。

**交换可公开获得的信息。**半数以上缔约方（76 个）报告已促进交换科学、技术、社会经济、商业或法律信息；不到半数缔约方（52 个）就烟草业活动交换了信息，四分之一缔约方（30 个）就烟草种植情况交换了信息。

**法律和法规数据库。**约三分之二缔约方（89 个）报告设有国家烟草控制法律和法规数据库。

### 报告和信息交换（第 21 条）

在 2011 年过渡到新的标准两年报告周期之前，各缔约方在公约对其生效两年和五年后提交报告。截至 2010 年 12 月 31 日时，160 个缔约方中 139 个（87%）提交了其

第一份（两年期）实施报告；87 个缔约方中 52 个（60%）提交了第二份（五年期）报告，由此使报告总提交率达到 73%。但是，应当指出，这些缔约方中只有约四分之一表示在其各自限期之前提交报告。

缔约方会议在其 2010 年第四届会议上修订了报告周期，将之与其届会挂钩。在新报告周期的第一轮中，应进行报告的 174 个缔约方中 126 个（74%）提交了其实施报告<sup>1</sup>。尽管报告率大致保持在相同水平，但报告的完整程度以及缔约方对报告文书要求的遵守程度都有显著提高。具体说，缔约方在与烟草有关的社会费用、烟草相关死亡率以及接触烟草烟雾等方面提供了更多信息，并且在开放式问题中提供了更多详情，还为其报告附上了更多的支持性文件。

总体说，自 2007 年 2 月第一个报告周期开始以来直至 2012 年 9 月初本文件定稿时，秘书处从 174 个公约缔约方中的 159 个（91%）收到了至少一份实施报告。15 个缔约方应在 2012 年 9 月之前提交至少一份报告，但目前尚未提交任何实施报告。

## 国际合作和援助（第 22 和第 26 条）

公约第 21.1(c)条要求缔约方提交报告说明为特定烟草控制活动提供或接受的任何技术和财政援助情况。

**援助领域。**在此要求缔约方提供信息说明在与第 22 条各项规定有关的特定领域提供或接受的技术和财政援助情况。

平均而言，约 30 个缔约方报告在第 22.1(a)、(b)、(c)和(d)条规定的领域接受或提供了援助。报告提及最少的是第 22.1(e)和(f)条下的领域，即对尼古丁成瘾的治疗以及开展研究以增强对综合治疗尼古丁成瘾的经济承受能力。

**利用在国际组织中的成员身份鼓励提供实施援助（第 26.4 条）。**只有 16 个缔约方报告利用了这一机制，并且它们全部提供了有关这方面努力的详情。

---

<sup>1</sup> 各缔约方的报告情况，包括报告数量和提交日期可查阅：[http://www.who.int/fctc/reporting/reporting\\_timeintro/](http://www.who.int/fctc/reporting/reporting_timeintro/)。

## 7. 实施公约的总体进展

### 当前实施情况<sup>1</sup>

对公约各项实质性条款总体实施情况的评估以报告文书所涵盖的每一条款下各项规定的平均实施率<sup>2</sup>为基础。这包括 16 项实质性条款总共 138 项指标。

根据所作的分析，实施率最高的条款，即接受分析的 126 个缔约方的平均实施率超过 65% 的条款，按降序依次为第 8 条（防止接触烟草烟雾）、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）和第 11 条（烟草制品的包装和标签）。其次是一组实施率在 40%-60% 之间的条款，按降序依次为第 15 条（烟草制品非法贸易）、第 5 条（一般义务）<sup>3</sup>、第 10 条（烟草制品披露的规定）、第 20 条（研究、监测和信息交换）、第 14 条（与烟草依赖和戒烟有关的降低烟草需求的措施）、第 6 条（减少烟草需求的价格和税收措施）、第 9 条（烟草制品成分管制）和第 13 条（烟草广告、促销和赞助）<sup>4</sup>。实施率最低，即不到 25% 的条款是第 18 条（保护环境和人员健康）<sup>5</sup>、第 22 条（科学、技术和法律方面的合作及有关专业技术的提供）、第 19 条（责任）和第 17 条（对经济上切实可行的替代活动提供支持）<sup>6</sup>。

### 两个报告周期的实施进展比较

对部分条约条款在两个报告周期<sup>7</sup>的全球实施进展也努力进行了评估。两个报告组中的缔约方重叠率很高（107 个缔约方同时出现在两个报告组中），因此可以进行适当比较。针对每组报告，考虑了选定的指标：即在两个不同报告周期都出现的那些指标。在评估实施进展时使用了能够进行这种比较的总共 52 项指标<sup>8</sup>。

有三项条款在两个报告周期中发生了较大的积极变化。第 8 条中各项规定的平均实施率<sup>9</sup>提高了 15 个百分点（由 44% 增加到 59%）；其次发生较大积极变化的是第 13

<sup>1</sup> 截至 2012 年 6 月 15 日。

<sup>2</sup> 实施率按 126 个提交报告的缔约方中就实施每项规定给予肯定答复的缔约方百分比计算。

<sup>3</sup> 实施率有差异，关于防止烟草业利益影响的第 5.3 条的实施率为 41%，而涉及多部门协调、战略和规划的第 5.1 和 5.2 条的实施率在 60%-65% 之间。

<sup>4</sup> 根据第 13.2 条包括广泛禁止源自本国领土的跨国广告、促销和赞助。

<sup>5</sup> 只考虑了那些表示烟草种植和生产方面相关规定对其适用的缔约方的答复。

<sup>6</sup> 只考虑了那些表示与烟草种植者、工人和个体销售者有关的规定对其适用的缔约方提交的答复。

<sup>7</sup> 即 2007-2010 年期间提交的报告以及 2011-2012 年期间提交的报告

<sup>8</sup> 由于烟草税收和定价方面数据的特定性质，第 6 条的实施进展在该条款下阐述

<sup>9</sup> 实施率按两个报告周期中具有可比较报告的 107 个缔约方中对所分析的每项规定的实施情况作出肯定答复的缔约方的百分比计算。

条（在广泛禁止广告方面增加了 12 个百分点）<sup>1</sup>；接下来是第 12 条（增加了 11 个百分点）。另有四项条款进展稍慢：第 16 条（增加了 7 个百分点）；第 20 条（增加了 5 个百分点）；第 22 条<sup>2</sup>（增加了 4 个百分点）；和第 14 条（增加了 3 个百分点）。其余条款的变化不很显著。

总体上，就分析的全部义务而言，两个报告周期的趋势显示所有实质性条款各项规定的平均实施率在此期间增加了 4 个百分点，从 2010 年的 52% 增加到 2012 年的 56%。

2014 年预计完成的一项类似工作将因报告文书达到稳定状态而具有更广泛的比较基础。在此期间，必须继续加倍努力提高所报告数据的可比性。这方面努力应包括增强有关国家的报告能力，加强报告人员的知识、技能和培训，以及通过加强对报告文书中数据要求的共同理解来促进在国家层面收集针对条约的特定数据。秘书处建议进一步发展和促进报告文书中使用的定义和指标，缔约方会议第五届会议将审议这一建议。

进展方面的一个补充情况是，据 2007 年以来至少提交了一份实施报告的 159 个缔约方所提供的信息表明，79% 的缔约方在批准公约后加强了其现行法律或通过了新的烟草控制法规。

在回答报告文书涉及政策的各个部分中的开放式问题时，缔约方还就自己在实施具体条约规定方面取得的进展进行了评估和阐释。报告进展情况的缔约方数量随条款而有很大不同。几乎 100 个缔约方报告了在以下方面的进展，包括教育、交流、培训和公众意识；制定烟草控制法规、战略和行动计划并建立支持性基础设施；以及促进无烟环境。相比之下，不到 20% 缔约方报告了在责任、烟草种植替代活动以及保护环境方面的进展。不论数量多少，共享这些信息有助于缔约方确认具有相关经验的其他缔约方并能促进传播好做法。

### 近期显著成就的实例

根据公约第 2 条，许多缔约方报告了近期在实施公约方面采取的更严格措施。这些措施标志着显著成就，正如缔约方会议通过的准则所要求的，而且在某些情况下，这些措施可能激励全球加速实施公约。下面提供一些实例。

---

<sup>1</sup> 两个报告周期在将源自缔约方本国领土的跨国广告、促销和赞助纳入广泛禁令方面更是发生了急剧变化（增加了 16 个百分点）。

<sup>2</sup> 涉及缔约方接受的实施援助。



就第 9 和第 10 条而言，巴西已禁止在该国出售的卷烟和其他烟草制品中使用添加剂。就第 11 条而言，一些缔约方显著加大了其图形形式健康警语的尺寸 – 例如乌拉圭（尺寸增加到 80%）和毛里求斯（尺寸增加到 65%） – 澳大利亚要求烟草制品采用无装饰包装，其他一些缔约方表示可能会效仿。就第 13 条而言，9 个缔约方<sup>1</sup>报告近期对陈列烟草制品实行了禁令，4 个缔约方<sup>2</sup>禁止在销售点作烟草制品广告。另外，不丹报告通过了法规要求广泛禁止烟草销售，芬兰和新西兰报告在努力实现完全无烟目标。本报告的完整版本中载有其他一些例子。

## 8. 烟草使用流行情况

在收到的 126 份报告中，112 份（89%）载有关于成人和青少年吸烟的最新数据。关于成人的数据，112 份报告中 107 份还提供了按性别分类的数据。最经常提及的年龄组是 13-15 岁青少年（60 份报告），说明大量缔约方进行了全球青少年烟草调查。这些数据连同获得的其他一些流行情况数据，被用于计算加权平均流行率<sup>3</sup>。此外，本节最后对缔约方报告的实际流行率数据进行了分析，以说明各缔约方在两个报告周期所发生的变化，本报告的完整版本中对此作了更详细阐述。

为计算加权平均值，对照所提交的支持性文件或通过与有关数据来源直接联络，核对了缔约方报告的数据。指标按成人和青少年分类，每一类中又按性别以及使用有烟烟草和使用无烟烟草<sup>4</sup>进一步分类。

### 成人使用烟草情况

**有烟烟草。**就全球而言，针对 2010 年估算的成人加权平均流行率表明，36%的男性和 7%的女性为目前吸烟者。

男性中目前吸烟者的比率在不同的缔约方区域小组之间存在差异，世卫组织非洲区域为 18%，而西太平洋区域则高达 48%。女性当中这一比率从非洲区域、东南亚区域和东地中海区域的 3%到欧洲区域的 19%不等。东地中海区域和西太平洋区域两性之间的差异最大，男性目前吸烟者比女性高 12 倍。两性之间差异最小的是美洲区域，男性目前吸烟者是女性的两倍。

<sup>1</sup> 澳大利亚（在次国家级）、加拿大、芬兰、爱尔兰、尼泊尔、新西兰、挪威、帕劳和巴拿马。

<sup>2</sup> 澳大利亚（在次国家级）、芬兰、爱尔兰和尼泊尔。

<sup>3</sup> 这项工作由世卫组织无烟草行动司进行，该司慷慨地向公约秘书处提供了这些估算。

<sup>4</sup> 关于无烟烟草的更多信息可参见公约秘书处提交缔约方会议第五届会议的相关报告（文件 FCTC/COP5/12）。

关于**经常吸烟**，男性中的平均流行率从非洲区域的 12%到西太平洋区域的 42%不等。女性中的平均流行率从非洲区域、东南亚区域和东地中海区域的 2%到欧洲区域的 16%不等。

平均流行率还随国家收入组别而有所不同。中等收入缔约方显示的男性目前吸烟者平均比率最高，而男性经常吸烟者的平均比率中等收入和高收入缔约方类似。低收入国家的男性目前吸烟者和经常吸烟者比率也并未远远落后于全球平均率。就女性而言，高收入国家的平均吸烟率比中等收入和低收入国家高若干倍。

**无烟烟草**。44 个缔约方（35%）提供了通过 2003-2011 年期间所进行的调查获得的关于使用无烟烟草制品的数据。在未提供无烟烟草消费信息的缔约方中，有些表示其管辖范围内禁止销售无烟烟草，而另一些则表示尚未收集关于无烟烟草使用的数据。

通过缔约方提交的数据计算出的无烟烟草加权平均流行率显示，全球 23%的男性和 7%的女性目前使用无烟烟草。就目前的无烟烟草消费者而言，男性平均流行率从美洲区域和西太平洋区域的 1%到东南亚区域的 36%不等；女性的平均流行率从美洲区域近乎 0%到东南亚区域高达 10%不等。

#### 青少年使用烟草情况

**有烟烟草**。就加权平均率来看，全球男童吸烟的比例（16%）几乎是女童（6%）的三倍。区域内部男童和女童之间差异最大的是西太平洋区域，男童吸烟率（18%）比女童（4%）高 4 倍。

**无烟烟草**。针对男童和女童计算的全球加权平均率表明，8%的男童和 6%的女童消费无烟烟草。在女童中，西太平洋区域比例最高（17%），欧洲区域比例最低（2%）。

#### 不同族群烟草使用情况

提交报告的 126 个缔约方中，26 个提供了关于不同族群的烟草使用数据。这部分的数据不足，无法通过比较不同族群的流行率得出结论。在澳大利亚和新西兰，土著人群中烟草使用的流行率超过了国家平均值，而南美三个缔约方（厄瓜多尔、危地马拉和巴拉圭）中土著人群的吸烟率通常低于国家平均值。若干缔约方报告其管辖范围内不同民族的烟草使用程度不同。贝宁和多哥报告说各族群在烟草使用方面存在显著

差异（分别为 2%-54% 和 3%-14%）。帕劳也表示国家内部存在类似差异。不同族群在烟草使用方面的差异需要制定针对这些族群的具体方针。

### 两个报告周期的变化情况

对成人烟草使用流行率的变化进行了评估，办法是比较缔约方所报告的数字，这些缔约方须在两个报告周期具有一个以上数据集，须在两个报告周期使用相同的数据收集方法，并须于 2010 年或以后收集了最新数据。经确定 25 个缔约方拥有两个这类数据集。有关数字显示这 25 个缔约方中 18 个<sup>1</sup>近年来的烟草使用率有所下降，成人总流行率的降低幅度从 0.40 个百分点（大韩民国）到 12.3 个百分点（乌克兰）不等。六个缔约方的流行率有所增加，变化幅度为 0.37 个百分点到 5.80 个百分点。在大多数缔约方，男性和女性中流行率的变化趋势相同。只有一个缔约方报告的数字显示近年来没有任何变化。

对青少年<sup>2</sup>进行了类似的评估，在具有两个可比数据集的 24 个缔约方中，15 个<sup>3</sup>显示青少年吸烟总流行率有所降低，幅度在 0.50 个百分点（澳大利亚和乌克兰）到 4.00 个百分点（斯洛文尼亚）之间。但是，在 8 个缔约方流行率增加了 0.90 到 6.80 个百分点。这方面数据表明，男童和女童之间流行率的变化趋势与成年男女之间的趋势相比存在更多不同。一个缔约方报告的数字显示近年来青少年的总吸烟率没有任何变化。

## 9. 实施公约的重点和挑战

**重点。**90%以上缔约方（116 个）报告了实施世卫组织框架公约方面至少一个重点领域。与以往趋势一致，第 5 条下的规定在各缔约方的重点领域清单中仍占据首要位置，半数以上缔约方在该条下报告了一项重点。最经常提及的与第 5 条有关的重点包括：通过并实施法规，包括制定相关条例；制定国家烟草控制战略和行动计划；执行已经颁布的法规；加强烟草控制能力，包括加强联络点或烟草控制单位；以及设立跨部门烟草控制委员会。

许多缔约方还提到优先重视与公约其他条款有关的活动。最经常提及的重点领域是<sup>4</sup>：防止接触烟草烟雾（第 8 条）；教育、交流、培训和公众意识（第 12 条）；烟草

<sup>1</sup> 澳大利亚、加拿大、智利、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、德国、冰岛、以色列、意大利、荷兰、新西兰、挪威、巴拿马、大韩民国、瑞典、土耳其和乌克兰。

<sup>2</sup> 这一分析只纳入了于 2009 年或以后收集了最新数据的缔约方。

<sup>3</sup> 白俄罗斯、不丹、刚果、芬兰、圭亚那、日本、约旦、科威特、新西兰、挪威、新加坡、斯洛文尼亚、西班牙、乌克兰和英国。

<sup>4</sup> 按缔约方提及次数的降序排列。

制品税收（第 6 条）；烟草制品的包装和标签（第 11 条）；对烟草依赖的治疗和戒烟（第 14 条）；以及烟草广告、促销和赞助（第 13 条）。

**需求和差距。**半数以上缔约方（72 个）报告已经确认可用资源与所评估的需求之间的差距，其中一半缔约方表示为烟草控制投入的技术和财政资源与当前需求不相符。在需要其给予进一步关注的技术领域，缔约方表示开展了更多的公众意识运动和培训规划（针对第 12 条）；加强了戒烟努力（第 14 条）；检测和管制烟草制品（第 9 条）；并加强了研究能力，包括研究烟草使用的流行情况以及与烟草使用有关的健康、社会和经济指标（第 20 条）。

**制约或障碍。**缔约方确认的一些差距似乎也妨碍到条约的有效实施。72 个缔约方报告了它们在实施公约中遇到的 30 多种不同制约或障碍。最经常提及的制约是烟草业干扰烟草控制政策的制定工作，其次是缺乏足够的政治意愿；用于烟草控制的财政资源不充分；以及国家内部的跨部门协调不足或薄弱。

## 10. 结论

1. 向与缔约方会议届会挂钩的报告周期过渡的进程较顺利，72% 缔约方于 2012 年报告周期提交了报告。一般而言，报告的质量和缔约方对报告文书要求的遵守程度均有提高，信息量，包括支持性文件的数量都有显著增加，有助于缔约方之间共享和相互学习经验。

2. 在全球实施条约取得总体进展的情况下，实施率继续随不同的政策措施而有差异。根据缔约方的报告，四个实施率最高的领域是：防止接触烟草烟雾（第 8 条）；教育、交流和培训（第 12 条）；向未成年人销售和由未成年人销售（第 16 条）；以及包装和标签（第 11 条）。相比之下，实施率最低的领域是在烟草种植和生产方面保护环境和人员健康（第 18 条）；国际合作及有关专业技术的提供（第 22 条）；责任（第 19 条）；以及对经济上切实可行的替代活动提供支持（第 17 条）。

3. 在实施条约有时限的规定方面，情况也各不相同。就第 11 条而言，已达到其三年期限的缔约方半数以上即将完全落实所有有时限的措施；但是，只有 20% 缔约方表示已经切实实施了全部措施。就第 13 条而言，约三分之二已达到其五年期限的缔约方报告对广告、促销和赞助实行了广泛禁止；同时，不到一半缔约方将跨国广告、促销和赞助纳入其禁令。

4. 在就初始（2007-2010 年）报告周期与 2012 年报告周期进行比较时，实施率发生最积极变化的措施涉及教育、交流和培训（第 12 条）；广告、促销和赞助（第 13 条）；以及防止接触烟草烟雾（第 8 条）。进展稍小但仍然显著的其他一些领域包括：向未成年人销售和由未成年人销售（第 16 条）；研究、监测和信息交换（第 20 条）；缔约方接受的实施援助（第 22 条）；以及与烟草依赖和戒烟有关的措施（第 14 条）。
5. 若干缔约方报告了近期的一些措施，这些措施标志着显著进展并可能激励全球加速实施公约。有关实例包括禁止在烟草制品中使用添加剂，大而突出的健康警句，无装饰包装，广泛禁止销售烟草制品，以及声明成为无烟国家的意愿。
6. 根据缔约方报告，涉及国际合作和缔约方之间相互援助的措施的总体实施率在两个报告周期没有变化，仍然普遍未得到充分利用，因此有很大的改进潜力。
7. 可比数据显示若干缔约方，特别是那些实行强有力烟草控制政策的缔约方的吸烟流行率继续或新近出现下降；但是，要在这方面进行全面评估将需要更多可比数据，这表明有必要在大多数缔约方加强监测和监督工作。
8. 半数以上在最新报告周期提交报告的缔约方指出了妨碍其充分实施公约的大量制约和障碍。烟草业的干扰，缺乏充分的承诺和对各有关政策执行者的调动，以及财政资源水平与实际需求之间不匹配等继续给充分实施公约带来挑战。

## 缔约方会议的行动

请缔约方会议注意本报告并提供进一步指导。

= = =