

遏制烟草流行

政府与 烟草控制经济学

李燕生等 译



世界银行
出版物

中国财政经济出版社

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized



邊制烟草流行

政府与烟草控制经济学

李燕生等 译

中国财政经济出版社

Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control

Copyright © 1999 by

The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

This Work was originally published by the World Bank in English as *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control* in 1999. This Chinese translation was prepared and produced by China Financial and Economic Publishing House, and is not an official World Bank translation. The World Bank does not guarantee the accuracy of the translation and accepts no responsibility whatsoever for any consequence of its interpretation or use.

遏制烟草流行：政府与烟草控制经济学

©1999年，版权所有

国际复兴开发银行/世界银行

本书原版由世界银行以英文出版，书名为《遏制烟草流行：政府与烟草控制经济学》。中文版由中国财政经济出版社组织翻译并出版，并非世界银行的官方翻译。世界银行不保证翻译的准确性，也不对本书的解释或使用引起的后果承担责任。

世界银行不保证本书数据准确无误，并对任何人引用其中的观点和数据引起的后果不承担任何责任。本书所附地图的疆界、颜色、名称和其他资料，并不表示世界银行的任何部门对任何地区的法律地位的看法，也不意味着对这些疆界的认可或接受。

本书的出版得到美国疾病控制中心吸烟与健康办公室的慷慨帮助。

目 录

绪 论	(1)
前 言	(4)
摘 要	(6)
第一章 全球烟草使用情况	(19)
中低收入国家的烟草消费量正在上升	(19)
吸烟的地区性格局	(21)
吸烟与社会经济地位	(21)
年龄与开始吸烟	(24)
全世界戒烟状况	(26)
第二章 吸烟造成的健康后果	(27)
吸烟成瘾的实质	(27)
疾病负担	(29)
接触烟草与患病之间存在长期滞后	(30)
吸烟如何致害于人	(31)

2 遏制烟草流行

吸烟危害因地点和时间不同而不同·····	(31)
吸烟与穷人在医疗保健方面的劣势·····	(32)
其他人吸烟造成的风险·····	(33)
戒烟是可行的·····	(35)
第三章 吸烟者是否了解其风险并承担了代价·····	(36)
认识风险·····	(37)
青年人、成瘾，以及作出稳妥决定的能力·····	(38)
给他人造成的代价·····	(40)
政府的适当措施·····	(43)
解决成瘾问题·····	(44)
第四章 减少烟草需求的措施·····	(46)
提高香烟税·····	(46)
减少需求的非价格措施：消费者信息，禁止广告和促销， 以及限制吸烟的规定·····	(55)
尼古丁替代疗法和其他戒烟干预措施·····	(65)
第五章 减少烟草供应的措施·····	(68)
绝大多数供方干预措施的效果有限·····	(68)
与走私坚决斗争·····	(75)
第六章 控制烟草的代价与后果·····	(78)
控制烟草会危及经济吗？·····	(78)
值得为控制烟草花钱吗？·····	(88)
第七章 行动议程·····	(91)
排除进行变革的政治障碍·····	(94)

研究工作的优先重点·····	(96)
建 议·····	(97)
附录 A 烟草税：国际货币基金组织的观点 ·····	(98)
附录 B 背景材料 ·····	(100)
附录 C 致 谢 ·····	(102)
附录 D 世界银行按收入和区域对国家组别的划分 ·····	(106)
文献注释 ·····	(113)
文献目录 ·····	(117)
图	
1.1 吸烟问题在发展中国家日益严重·····	(20)
1.2 吸烟在受教育较少的人群中更为普遍·····	(23)
1.3 开始吸烟的年龄较低·····	(24)
2.1 年轻吸烟者体内尼古丁水平急剧上升·····	(28)
2.2 教育与吸烟致死风险的关系·····	(33)
2.3 吸烟与穷人和富人之间扩大的健康差距·····	(34)
4.1 香烟的平均价格、税，以及税款占每盒香烟价格的 百分比·····	(48)
4.2 香烟价格与消费量背道而驰·····	(50)
4.2a 加拿大 1989—1995 年间香烟的实际价格与年人均 香烟消费量·····	(50)
4.2b 南非 1970—1989 年间香烟的实际价格和每位成年	

4 遏制烟草流行

人（15岁及以上）的年香烟消费量	（ 50 ）
4.3 措辞强硬的警示	（ 58 ）
4.4 大规模禁绝广告降低了香烟消费量	（ 61 ）
5.1 烟草走私通常随腐败程度的加深而扩大	（ 76 ）
6.1 烟草税提高后，收入也增加了	（ 84 ）
7.1 现在的吸烟者如不戒烟，在今后 50 年内因烟草而死 亡的人数将大幅度增加	（ 94 ）

表

1.1 吸烟的地区分布	（ 22 ）
2.1 目前和未来预计因烟草死亡的人数	（ 29 ）
4.1 将烟价提高 10% 后，经劝说可能戒烟的吸烟者人数 以及挽救的生命数	（ 54 ）
4.2 采取一揽子非价格措施后，经劝说可能戒烟的吸烟 者人数以及挽救的生命数	（ 64 ）
4.3 各种戒烟方法的效果	（ 65 ）
5.1 位列前 30 名的烟草生产大国	（ 70 ）
6.1 关于减少和取消烟草消费对就业影响的研究报告	（ 81 ）
6.2 烟草控制措施的成本效益	（ 89 ）

专栏

1.1 每天有多少年轻人吸烟？	（ 25 ）
4.1 评估控烟措施对全球烟草消费的影响：提供给模型 的有关信息	（ 52 ）
4.2 欧盟关于烟草广告和促销的禁令	（ 62 ）
6.1 帮助最贫困的农民	（ 82 ）
7.1 世界卫生组织（WHO）与烟草控制框架公约	（ 92 ）
7.2 世界银行的烟草政策	（ 93 ）

绪 论

根据目前的吸烟状况来看，约有 5 亿今天还活着的人将最终死于吸烟，其中大多数是现在的儿童和十几岁的少年。到 2030 年，烟草预计会成为全球最主要的死因，它每年会导致约 1000 万人死亡。提高健康水平和减轻贫困是世界卫生组织（WHO）和世界银行使命之一，积极行动以减轻烟草导致的死亡负担已成为这两个组织的首要工作。通过确定并有效地实施烟草控制政策（尤其是在儿童中）等卓有成效的努力，这两个机构将能够履行这一使命，协助减少吸烟这个恶习造成的痛苦和代价。

烟草不同于其他多种卫生保健问题。香烟的需求是由消费者提出的，还构成了很多社会中社会习俗的一部分。香烟贸易的规模巨大，是有利可图的商品，它的生产与消费对发达国家和发展中国家的社会与经济资源都具有影响。因此，烟草使用的经济内容就成为进行烟草控制这场争议的关键。但直到目前为止，这些内容还没有受到全世界的关注。

本报告的宗旨就是协助弥合这个差距。它论述了当绝大多数社会和决策者研究烟草或烟草控制问题时会面临的关键问题。本报告是 WHO 和世界银行伙伴关系中的重要部分。WHO 是解决卫生保健问题的主要国际机构，它以《无烟倡议》率先对吸烟这一流行病

作出了反应。世界银行的目标是与 WHO 这个牵头机构合作，提供它在经济学方面突出的分析资源。1991 年以来，世界银行已意识到烟草对健康造成的危害，正式制定了关于烟草问题的政策。这项政策禁止世界银行为烟草业提供贷款，鼓励开展烟草控制工作。

本报告的出版也恰逢其时。由于因烟草而死亡的人数不断增加，很多国家的政府，非政府组织，联合国（UN）系统中的机构，如联合国儿童基金会和粮农组织，以及国际货币基金组织等，都正在研讨各自关于烟草控制的政策。本报告汲取了很多有益的合作成果，它们来自国家和国际层次上的这类研究报告。

本报告的主旨是，解决决策者提出的关于烟草控制政策对经济的影响问题。烟草控制对健康，尤其是对全世界儿童健康的益处是显而易见的。但烟草控制是有代价的，决策者需要认真权衡。在烟草控制政策要社会中的赤贫者付出代价的情况下，政府显然有责任协助减少这种代价，如采取为贫穷的烟农建立转移支付机制等方式。

烟草是人类历史中造成可预防死亡和早亡的最主要原因。但人们已制定出可以减轻其破坏性影响的政策，它们比较简便易行，成本效益也较好。对那些想在良好的经济政策框架内提高人民健康水平的政府来说，控制烟草的行动通常是一种有吸引力的选择。



David de Ferranti

世界银行

人力开发网络副总裁



陈洁

世界卫生组织

非传染性疾病部门

执行主任

报告起草小组：本报告由以 Prabhat Jha 为首的小组起草，成员有 Frank J.Chaloupka（负责人之一），Phyllida Brown, Son Nguyen, Jocelyn Severino-Marquez, Rowena van der Merwe, and Ayda Yureklio William Jack, Nicole Klingen, Maureen Law, Philip Musgrove, Thomas E.Novotny, Mead Over, Kent Ranson, Michael Walton, 和 Abdo Yazbeck 提供了宝贵的意见和建议。本报告受益于世界银行的 Howard Barnum 以前对烟草问题进行的大量研究。来自 WHO 的意见是由 Derek Yach 提供的，Michael Eriksen 则提供了来自美国疾病控制中心的意见。报告的撰写是在 Helen Saxenian, Christopher Lovelace 和 David de Ferranti 的总指导之下进行的。在着手起草报告时，Richard Feachem 发挥了作用。报告中的任何错误统归起草小组负责。

本报告的印制人员是 Dan kagan, Don Reisman 和 Brenda Mejia。

本报告极大地受益于各种各样的咨询活动（见附件 C、致谢）。世界银行人力开发网络、洛桑大学社会与预防医学院，以及美国疾病控制中心吸烟与健康办公室为本报告提供了支持，特致真诚的感谢。

前 言

本报告的初衷是集中众多伙伴的力量来解决一个共同的问题：在关于烟草控制的争论中，经济问题相对而言被忽视了。在1997年于中国北京召开的第10届烟草问题国际会议上，世界银行就烟草控制的经济议题组织了一次咨询会议。这次会议组成了世界银行目前正在对自己的政策进行审查的一部分。会议代表坦率地承认，世界各国对吸烟流行的经济学内容没有给予充分的关注。他们还认为，经济学原理在很多国家还未被用于烟草控制工作，即使有些国家使用了经济手段，但其方法在质量上也是参差不齐的。

在世界银行开始审查其政策的同时，南非开普敦大学的经济学家已着手实施研究南非烟草控制中经济学问题的项目。通过与瑞士洛桑大学的经济学家和其他方面的合作，这些研究结果被汇集到一起，形成了一份内容更广的报告。这项工作于1998年2月召开的开普敦会议上受到了很高赞誉。这次会议的文献已单独出版¹。这类合作扩大了对烟草控制经济学问题的分析范围，参与其中的有来自众多国家和机构的经济学家等人士。源自这项分析工作的若干份

研究报告将于不久后出版²。本报告概括了这些研究报告中与决策者相关的内容。

注 释

1. Abedian, Iraj, R. van der Merwe, N. Wilkins 和 P. Jha 等编，1998 年。《烟草控制经济学：努力实现理想的综合性政策方案》，南非开普敦大学。
2. 《发展中国家的烟草控制政策》，Jha. Drabhat 和 F. Chaloupka 编，牛津大学出版社，即将出版。

摘 要

在世界范围内，每 10 个成年人中已有 1 人因吸烟死亡。到 2030 年或许更早些时候，这一死亡比例将为 6 比 1，或每年死亡 1000 万人——所造成的死亡比其它任何原因都更多。然而直至不久前，受这一慢性病流行和造成早逝影响的还主要是富裕国家，但目前正在迅速向发展中世界转移。到 2020 年，每 10 个因吸烟导致死亡的人中将有 7 人生活在低收入和中等收入国家。

为什么要撰写本报告？

对于吸烟正在损害着全球人类健康这一问题目前几乎没有争议。然而，很多国家的政府由于担心其干预措施可能产生有害的经济影响而回避采取控制吸烟的行动，如提高税率，全面禁止广告和推销，或限制在公共场所吸烟等。例如，一些决策者担心减少香烟的销售将意味着永久失去成千上万的就业机会；提高烟草税收将减少政府的收入；以及提高价格将鼓励大范围的香烟走私。

本报告审议了决策者在筹划烟草控制时必须解决的经济问题。它提出的问题包括：吸烟者在作出消费选择时是否了解面临的危害及承担的代价，它还探讨了在政府认为采取干预行动合理可行时可

以选择的几种方案。报告评估了控制吸烟将对健康、经济及个人带来的预期后果。报告阐明，阻碍决策者采取行动的经济方面的担忧大部分是没有根据的。减少烟草需求的政策，例如决定增加烟草税的政策，将不会在大多数国家造成就业机会的长期丧失。提高烟草税也不会减少税收收入；相反，收入将在一段时期内有所增加。总的来说，这种政策将在不损害经济的情况下对健康带来空前的益处。

当前趋势

全世界大约有 11 亿人吸烟。到 2025 年，这一数字预计将超过 16 亿。在高收入国家，尽管吸烟者在一些人群中继续增多，但是总体来讲在近几十年中已呈下降趋势。与此相反，在低收入和中等收入国家，香烟的消费在不断增加。更自由的香烟贸易是这些国家近年来消费增加的原因。

大多数吸烟者吸烟始于年轻时代。在高收入国家，10 个吸烟者中大约有 8 个从青少年时期就开始吸烟。虽然低收入和中等收入国家的大多数吸烟者在 20 岁出头就开始吸烟，但这些国家烟民开始抽烟的年龄峰值却在下降。当前，在大多数国家中，穷人较富人更有可能吸烟。

健康后果

吸烟的健康后果是双重的。首先，吸烟者很快对尼古丁成瘾。对尼古丁的成瘾性有详尽的文献记录，但却往往被消费者低估。在美国，对高中毕业班学生开展的研究表明，那些相信他们将在 5 年之内戒烟的吸烟者，5 个之中只有不到两个确实戒了烟。在高收入国家，10 个成人吸烟者中，大约有 7 个说他们后悔染上烟瘾并希

望戒烟。在过去几十年中，随着知识的增多，高收入国家中有相当多的吸烟者成功地戒了烟。然而，个人尝试戒烟的成功率很低：在未接受戒烟计划帮助而试图戒烟者中，大约有 98% 的人在一年内重新吸烟。在低收入和中等收入国家中，很少有人戒烟。

吸烟引起死亡和残疾，并且，与其它危险行为相比较，早亡的风险特别高。长期吸烟者中的一半将最终死于烟草，这些死亡者中的一半将在年富力强的中年死亡，损失 20 至 25 年的寿命。对于与吸烟有关的疾病有详尽的文献记载，它们包括肺和其它器官的癌症，缺血性心脏病和其它循环系统疾病，以及呼吸道疾病，例如肺气肿。在肺结核病流行地区，吸烟者面临的死于这一疾病的风险要高于非吸烟者。

由于贫困者比富有者更有可能吸烟，因此他们面临的与吸烟有关的死亡和早逝的风险也更大。在高收入和中等收入国家的最低社会经济组别中，男子中年死亡的人数大约是最高社会经济组别中男子的两倍，而吸烟至少是形成额外风险的一半原因。

吸烟也影响非吸烟者的健康。吸烟母亲所生婴儿的出生体重较低，他们比不吸烟母亲所生婴儿更易患呼吸道疾病，并更有可能死于突发性婴儿综合症。不吸烟的成人接触其他人的烟雾时，面临着患上致命和致残疾病的轻微风险，但这种风险在增加。

吸烟者知道他们的风险及所承担的代价吗？

现代经济理论认为，消费者对于如何为商品和服务付费通常能作出最好的判断。消费者决定权的这一原则基于如下假设：首先，消费者在对费用和购买益处进行权衡之后作出合理与知情的选择；第二，消费者为作出的选择承担所有费用。当消费者在了解他们的风险并承担他们的费用这种方式行使其决定权时，从理论上讲，社会的资源就可能得到最有效的配置。本报告研究了消费者的

吸烟动因，提出了他们所作的这种选择是否与其它消费选择相仿这个问题，并在讨论对政府的影响之前提出了它是否能使社会资源得到有效配置等问题。

吸烟者肯定能感受到吸烟的好处，例如感到愉快并避免因戒烟带来的不良感觉，他们在这些好处及其选择的个人代价之间作出权衡。以这种方式来界定，吸烟者认为所获得的益处超过了支付的费用，否则他们就不会花钱吸烟了。然而，对吸烟的选择与购买其它消费品的选择似乎在三个具体方面有所不同。

首先，有证据显示，很多吸烟者并不充分了解他们的选择存在着患病和早逝的高风险。在低收入和中等收入国家，很多吸烟者可能完全不知道这些危害。例如，在中国 1996 年调查中，有 61% 的吸烟者认为烟草对他们“有少量或没有危害”。在高收入国家，吸烟者知道面临着增多的风险，但是与非吸烟者相比，他们对这些风险的判断偏低，并未牢固建立风险意识，他们还尽量缩小个人与这些危害的关系。

第二，吸烟通常始于青少年或成人初期。即便得到信息，年轻人往往也没有能力利用这些信息作出明智的决定。青年人可能不如成人更加了解吸烟对他们健康的危害。大多数新吸烟者和将要吸烟者也低估了尼古丁成瘾的风险。其结果是，他们严重低估了吸烟为今后带来的代价——即在后半生都无力扭转年轻时作出的吸烟选择所付出的代价。社会普遍认为，青少年的决策能力有限，并限制青年人作出某些选择的自由，例如直到某一特定年龄才享有投票或结婚的权利。同样，社会也可以认为限制青年人对吸烟成瘾的选择自由是合理的，因为吸烟这一习惯与其他青年人参与的危险活动相比，导致最终死亡的风险要大得多。

第三，吸烟要非吸烟者付出代价。对吸烟者来说，与所有代价由他们自己负担相比，如果其他人也能负担一部分代价的话，那么，吸烟可能对他们具有更大诱惑力。非吸烟者所付出的代价显然

包括健康损害以及接触烟草烟雾环境受到的刺激和烦躁不安。此外，吸烟者可能给其他人造成经济代价。这种代价更加难以确定和数量化，还会因地点和时间而变化不定，因此，尚不可能确定它们可能对个人吸烟数量的多少产生何种影响。然而，我们仍要简要讨论两类开支，即卫生保健和养老金。

在高收入国家，与吸烟有关的医疗保健支出占全年医疗保健费用的6%至15%。这一比例并不一定适用于低收入和中等收入国家，这些国家与吸烟有关的疾病流行尚处于早期阶段，可能具有其它本质上的区别。年度费用对政府来说极为重要，而对个体消费者来说，关键问题是由其本人或由其他人承担费用的程度。

在任何一个特定的年份，吸烟者医疗保健的平均费用都将高于非吸烟者。如果医疗保健费在一定程度上由公共总税收支付，非吸烟者则将承担烟民的一部分费用。然而，一些分析家认为，由于吸烟者寿命往往不如非吸烟者长，因此他们的终生医疗保健费用可能不会多于，甚至可能低于非吸烟者。这个问题存在着争议，但是，最近在高收入国家进行的调查表明，尽管吸烟者的寿命较短，但他们终生的费用毕竟多少高于非吸烟者。然而，费用不管是较高或较低，吸烟者对其他人造成的费用水平取决于很多因素，例如香烟税收的现有水平，以及公共部门能提供多少医疗保健服务。同时，低收入和中等收入的国家没有这些问题的可靠研究。

养老金问题同样是复杂的。高收入国家的一些分析家认为，吸烟者通过向公共养老金计划缴款而“支付了份内的费用”，而他们的寿命平均来说却短于非吸烟者。然而，这个问题与大多数吸烟者所居住的低收入和中等收入国家无关，其原因是在这些国家的公共养老金覆盖率很低。

总而言之，吸烟者无疑对非吸烟者造成一些身体伤害，包括健康损伤、刺激和烦躁不安。他们还可能造成经济损失，但损失的情况尚不清楚。

适当的措施

然而，绝大多数吸烟者似乎不可能既了解其选择的所有风险，也知道所承担的全部代价。因此，政府可以认为采取干预措施是合理的，其内容主要是防止儿童和青少年吸烟并保护非吸烟者，但是也应向成人提供他们所需要的所有信息，以便作出知情选择。

最理想的政府干预措施是具体纠正每一个具体问题。例如，通过改进对儿童及其父母的宣传教育或限制他们获得香烟的可能性等手段，来最有针对性地解决儿童关于吸烟对健康影响的判断失准问题。但是，青少年对健康教育的反应很差，称职的父母也不多，现行限制向年轻人销售香烟的种种方法即便在高收入国家也不奏效。实际上，阻止儿童吸烟的最有效方法是提高烟草税率。香烟的高价格可防止一些儿童和青少年开始吸烟，并有助于那些已吸烟者减少消费量。

税收是一个直截了当的方法，然而，如果提高香烟的税率，成人吸烟者可能减少吸烟量，但他们购买香烟时确实要付更多的钱。因而，在实现保护儿童和青少年目标的过程中，税收将增加成人吸烟者的开支。然而，这笔开支可否被认为是可接受的，要取决于社会对抑制儿童消费香烟问题重视的程度。无论如何，减少成人消费的一个长期效果可能是进一步阻止儿童和青少年吸烟。

尼古丁成瘾的问题也必须解决。对于已养成吸烟习惯而愿意戒烟者来说，戒除尼古丁的费用相当高。政府可考虑采取干预措施帮助减少这些费用，将其作为烟草控制全盘计划的一个组成部分。

减少烟草需求的措施

现在我们开始讨论控制烟草的措施，并依次评价每一项措施。

提高税率

来自各种收入水平国家的证据表明，提高香烟价格能非常有效地减少需求。提高税率可促使一些吸烟者戒烟并防止其他的人开始吸烟。提税也可使戒烟后重新开始吸烟的人数减少并减少继续吸烟者的消费量。一包烟提价 10% 预计平均可使香烟需求量在高收入国家减少约 4%，而在中低收入国家可减少约 8%，因为较低的收入往往使人们对价格变化更加敏感。儿童和青少年比年长的成人对提价更加敏感，因此这一干预措施将对他们产生重大影响。

本报告的模型表明，全球性的提税以使香烟实际价格上升 10%，在 1995 年会使 4000 万吸烟者戒烟，还可以至少避免与烟草相关的 1000 万例死亡。提价也会阻止其他人开始吸烟。模型基于的假设故意定得很保守，因此这些数据应当被视为最低估计数。

许多决策者认识到，确定适当水平的税率是一个复杂的问题。税赋的多少巧妙地取决于可能尚不具备的经验性数据，例如给非吸烟者造成的代价有多大以及收入水平。它还取决于不同的社会价值观（例如，保护儿童的程度），以及社会希望通过征税达到的目的（例如，收入的具体用途，或减少疾病负担的特定目标）。报告认为，力图减少吸烟的决策者在目前应将已实施综合烟草控制政策，且香烟消费量已经下降的国家所采用的税率作标准。在这些国家，税额在一包香烟的价格中所占部分为零售价的三分之二至五分之四。目前，高收入国家中的税额平均为一包香烟零售价的三分之二以上。在低收入国家中，税额最多不超过一包香烟零售价的二分之一。

减少需求的非价格措施

除了提高价格，各国政府还采用了一系列其它有效的措施。其中包括全面禁止烟草广告和促销；信息措施，例如大众媒介反烟广告、醒目的健康警告标识、发表和宣传关于吸烟对健康影响的研究结果，以及限制在工作场所和公共场所吸烟等。

本报告提供了证据，表明这些措施都能减少对香烟的需求。例如，发表“令人震惊的信息”将减少需求，如披露吸烟对健康影响最新信息的研究报告等。当人们对健康风险的一般意识相对较少时，这些措施的效果似乎最为显著。根据在高收入国家的经济学研究，全面禁止广告和促销可使需求减少7%左右。限制吸烟显然有益于非吸烟者，还有一些证据表明，限制吸烟也可以降低吸烟率。

本报告的模型表明，如果作为一揽子计划，在全球使用这类非价格措施在1995年可促使约2300万吸烟者戒烟，并可使其中500万人免于因烟草而死亡。同提高税额的估算一样，这些估算是保守的。

尼古丁替代和其它戒烟疗法

第三种干预措施是，使用尼古丁替代疗法（NRT）和其他戒烟疗法，帮助那些希望戒烟的人容易戒烟。尼古丁替代疗法可显著地提高戒烟的效果，而且也可减少个人戒断症状的代价。但是，在许多国家尼古丁替代疗法开展很少。本次调查的模型表明，如果能更广泛地提供尼古丁替代治疗，将有助于大量减少需求。

所有这些需求减少措施的联合作用尚不清楚，因为在具有烟草控制政策的多数国家中，吸烟者接触的是综合性控制措施，不可能对其中任何一项严格地进行孤立的研究。但是，有证据表明，实施一项干预措施可对其它措施的成功起到支持作用，这突出地说明了将烟草控制措施作为一揽子计划实施的重要性。总之，综合利用这

些措施，就可以避免成百万例死亡。

减少烟草供应的措施

虽然减少烟草需求的干预措施很可能会成功，但减少烟草供应措施成功的希望却较小。这是因为如果一家供应厂商停业，就会刺激另一家供应厂商进入市场。

从经济上讲，禁止烟草的极端措施既不当也不现实，并很可能会失败。有人常常建议把农作物替代作为减少烟草供应的一种手段，但是几乎没有根据表明这会减少消费，因为目前对农民来说，种植烟草的积极性要远远大于种植其它多数农作物。虽然农作物替代不是减少消费的有效方法，但在需要帮助最贫穷的烟草种植者改变其谋生手段的地方，它作为更广泛的多种经营规划的一部分，仍不失为一种有用的战略。

同样，现有证据表明，禁止进口等贸易限制对世界范围内烟草消费的影响是微不足道的。相反，通过采用有效地减少需求的措施，并对进口和国产香烟对等地使用这些措施，各国更有可能成功地控制烟草消费。同样，在合理的贸易和农业政策的框架内，主要见于高收入国家的烟草生产补贴是没有意义的。无论在何种情况下，取消这些补贴对总体零售价都不会产生什么影响。

但是，有一项供方措施是有效的烟草控制战略的关键：即打击走私的行动。有效的措施包括香烟盒上醒目的印花和用本地文字书就的警告，以及有力地推行和坚持实行严厉的惩罚措施以制止走私。严格控制走私可增加政府来自烟草增税的财政收入。

烟草控制的代价与后果

决策者通常会对采取控制烟草的行动提出一些问题。关注的首

要问题是烟草控制会造成一国经济出现永久性的工作机会丧失。但是，烟草需求量的减少并不意味着国家总就业水平的下降。吸烟者曾经用于香烟的钱将转而用于其它商品和服务，从而产生其它的就业机会以弥补烟草行业方面的任何损失。本报告的调查表明，如果烟草消费减少，多数国家不会发生就业人数净减的情况，在有些国家中还会出现净增。

但是，有很少的几个国家（大多位于撒哈拉以南非洲）在经济上严重依赖于烟草种植。虽然国内需求量减少不会对这些国家产生很大的影响，但全球需求量减少将造成失业。在这种情况下，协助调整的政策是必不可少的。但是，应当强调，即使需求量显著下降，其过程也将是缓慢的，需要几十年或更长的时间。

关注的第二个问题是，提高税率将减少政府收入。事实上，经验表明，提高烟草税将使烟草税收额增加。其部分原因是由于吸烟成瘾的消费者对价格上涨的反应较慢，故需求量减少的比例与税额增加的比例并不相等。本研究提供的模型认为，对全世界香烟消费税作 10% 的少量增加将使总体烟草税收额增加约 7%（各国情况可有所不同）。

第三个问题是，提高税率将导致走私的大量增加，它维持着香烟的高消费，但减少了政府的税收。走私是一个严重的问题，但本报告认为，即使在发生率很高的地方，提高税率也会增加税收额并减少消费。因此，对走私的适当反应是打击犯罪活动，而不是放弃提高税率。

第四个问题是，增加香烟税将对较贫穷的消费者造成过分严重的影响。与富裕的消费者相比，现有烟草税在贫穷消费者的收入中所占的比例确实较高。但是，决策者主要关注的问题应当是整个税收和开支体系的分配性影响，而不应当是孤立地考虑某些税种。值得注意的是，与富裕的消费者相比，贫穷的消费者通常对物价上涨更加敏感，所以在增税之后其香烟消费量将有更明显的下降，他们

的相对经济负担也会相应地减少。尽管如此，他们在吸烟既得利益方面的损失可能相对更大。

是否值得为烟草控制拨款？

对考虑进行干预的政府来说，要进一步研究的一个重要问题是与其它卫生干预措施相比烟草控制措施的成本效益。本报告进行的初步估算，是将实施烟草控制计划的公共成本与其获得的潜在健康生命年数相比较。这种结果与以前的研究是一致的，它表明，在中低收入国家中，烟草控制作为基本公共卫生一揽子计划的一部分具有极高的成本效益。

用获得一个健康生命年所花费的成本进行衡量，提高税率具有很高的成本效益。根据不同的假设，这一手段在中低收入国家中获得一个健康生命年需要花费 5 美元¹ 至 17 美元。与儿童免疫等通常由政府资助的卫生干预措施相比，这就很合算了。在许多情况下，非价格措施也具有很高的成本效益。在多数情况下，开放获得尼古丁替代疗法的途径，也很可能具有较好的成本效益，如通过改变其销售方式等。但是，在决定为吸烟的穷人提供尼古丁替代疗法及其它戒烟干预措施的补贴之前，各国都需要进行谨慎的评估。

征收烟草税可以提高财政收入的独特潜力不可忽视。如在中国，保守的估计表明，香烟税增加 10% 将会使消费减少 5%，税收增加 5%，而增加的金额将足以为中国最贫穷的一亿公民中的三分之一提供基本卫生服务一揽子计划融资。

行动议程

每个社会对涉及个人选择的政策作出自己的决定。在现实中，

多数政策将综合考虑各方面标准，而不仅是经济标准。多数社会希望减少因烟草造成的疾病负担和过早死亡造成的无法统计的痛苦和精神损失。对力图改善公众健康状况的决策者来说，烟草控制也是一项具有吸引力的方案。规模如此大的疾病负担即使有很少量的减轻，也会产生非常显著的健康效益。

有些决策者会认为，进行干预的最可靠办法是阻止儿童吸烟。但是，以阻止儿童吸烟为唯一目标的战略是不现实的，而且在数十年内不会对公众健康产生显著的效益。预计在今后 50 年内发生的与烟草相关的多数死亡病例将发生在目前的吸烟者中。因此，关注中期健康效益的政府可考虑采用有助于成人戒烟的更广泛措施。

本报告提出两项建议：

1. 如果政府决定采取强有力的行动制止烟草流行，就应当采用多方并进的战略。其目的应当是阻止儿童吸烟，保护非吸烟者，并向所有吸烟者提供关于烟草对健康影响的信息。该战略应当针对每个国家的需求进行调整，其中包括（1）提高税率，税率高低参照实施全面烟草控制政策且烟草消费量下降的国家所采用的税率。在这些国家，税占香烟零售价的三分之二至五分之四；（2）发表和宣传关于烟草对健康影响的研究结果，在香烟盒上增加醒目的警告标签，全面禁止广告和促销，并限制在工作场所和公共场所吸烟，以及（3）扩大获得尼古丁替代及其它戒烟治疗的途径。

2. 联合国机构等国际组织应当审查现有规划和政策，以确保对烟草控制给予应有的重视；它们应当资助对吸烟的原因、后果和费用以及地方干预措施的成本效益的研究；它们还应当解决跨境的烟草控制问题，包括与世界卫生组织倡议的《烟草控制框架公约》进行合作。重点行动领域包括：促进就控制香烟走私达成国际协定，讨论税收协调问题以减少走私的鼓励因素，以及涉及到全球媒体的禁绝广告与促销等。

吸烟对全人类健康造成的威胁是史无前例的，但使用成本效益好的政策降低与吸烟相关的死亡率的潜力也是空前的。本报告显示了可获得的巨大成就：适宜的行动就可以确保为 21 世纪带来巨大的健康收益。

注 释

1. 美元金额均以现值美元计。

第一章

全球烟草使用情况

虽然人类使用烟草已有数百年历史，但直到 19 世纪，香烟才以大规模生产的形式出现。从此，吸烟这种行为就在全世界广为流行开来。目前约有三分之一的成年人，即 11 亿人吸烟。其中约 80% 生活在中低收入国家。到 2025 年，烟民的总数预计将达到约 16 亿，其部分原因是成年人口的增加，部分原因是消费率的上升。

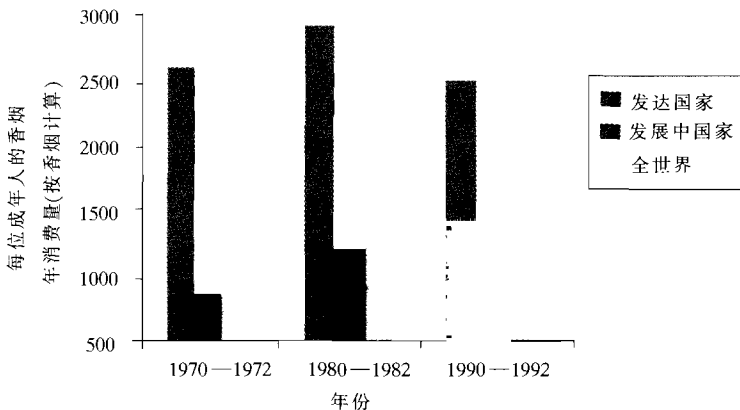
以前烟草通常是供人咀嚼的，也可以用各种烟斗吸食。这类吸烟方式虽然还存在，但正在日益减少。在全球消费的烟草总量中，机制香烟和“比第斯”这类手制卷烟（常见于东南亚和印度）占了 85%。与以前吸食烟草的形式相比，吸香烟似乎对健康构成了更大的危害。因此，本报告将着重讨论机制卷烟和“比第斯”问题。

中低收入国家的烟草消费量正在上升

大约从 1970 年开始，中低收入国家烟民的香烟消费量就一直在上升（见图 1.1）。虽然上升的势头自 90 年代初开始略有减缓，但这些国家的人均消费量在 1970 年至 1990 年间是稳步上升的。

图 1.1 吸烟问题在发展中国家日益严重

成年人人均香烟消费量的变化情况



资料来源：世界卫生组织，1997年。《烟草与健康：全球形势报告》，瑞士日内瓦。

虽然吸烟在中低收入国家的男人中越来越普遍，但高收入国家中男性烟民的数量却在同一时期内出现了总体下降。例如，美国在20世纪中期烟草消费高峰时，55%以上男性吸烟，但这个比例到90年代中期已下降到28%。高收入国家中烟民的人均消费量总的来说也下降了。但在这些国家的某些人口组别中，如青少年和年轻女性，吸烟者的比例在90年代上升了。从总体上看，吸烟这种恶习正在从其期初的重点人群，即高收入国家中的男子，蔓延至高收入国家中的妇女和低收入地区中的男性人群。

近年来，国际贸易协定已开放了很多货物与服务的全球性贸易。香烟也不例外。取消贸易壁垒会带来更激烈的竞争，它会使物价降低，还会扩大广告和促销活动以及其他刺激需求的活动。一份研究报告认为，日本、韩国、中国台湾和泰国这4个亚洲经济体，

为了对付美国的贸易压力，在 80 年代开放了它们的市场，它们在 1991 年的人均香烟消费量要比市场继续关闭时的消费量高了几乎 10%。本报告开发的模型认为，贸易自由化程度的提高是香烟消费量上升的重要原因，在中低收入国家更是如此。

吸烟的地区性格局

世界卫生组织（WHO）利用 80 多份独立的研究报告，编写了各地区吸烟人群分布数据。为撰写本报告，这些数据用来估计在世界银行 7 个国家组别中分别的吸烟率。如表 1.1 所示，各地区间的差别很大，不同地区妇女吸烟率的差异尤为显著。例如，在东欧和中亚（主要是前社会主义国家），1995 年有 59% 的男子和 26% 的妇女吸烟，高于其他任何一个地区。但在东亚和太平洋地区，男子吸烟的比例同样高达 59%，但只有 4% 的妇女吸烟。

吸烟与社会经济地位

从历史上看，随着人们收入的提高，吸烟者的数量也会增加。在高收入国家，在吸烟流行开来的前几十年中，富人比穷人更有可能成为烟民。但在过去的三四十年中，这种格局似乎已发生了转变，至少是男子的吸烟格局已经改变，这方面的数据是唾手可得的²。高收入国家中富有的男子已逐步放弃了烟草，但较穷的男子则依然故我。以挪威为例，高收入男子吸烟的百分比已从 1955 年的 75% 下降到 1990 年的 28%。在同一时期内，低收入男子吸烟百分比的下降则平缓得多，即从 1955 年的 60% 下降到 1990 年的 48%。在当今的绝大多数高收入国家中，吸烟在不同社会经济群体中的流行

表 1.1 吸烟的地区分布

15 岁及以上人群不同性别的估计吸烟率,按世界银行地区划分,1995 年

世界银行划分的地区	吸烟率 (%)			吸烟人数	
	男性	女性	总计	百万	占吸烟者总数的百分比
东亚和太平洋地区	59	4	32	401	35
东欧和中亚	59	26	41	148	13
拉丁美洲和加勒比地区	40	21	30	95	8
中东和北非	44	5	25	40	3
南亚 (香烟)	20	1	11	86	8
南亚 (比第斯)	20	3	12	96	8
撒哈拉以南非洲	33	10	21	67	6
低/中收入	49	9	29	933	82
高收入	39	22	30	209	18
全世界	47	12	29	1142	100

注:数字已四舍五入。

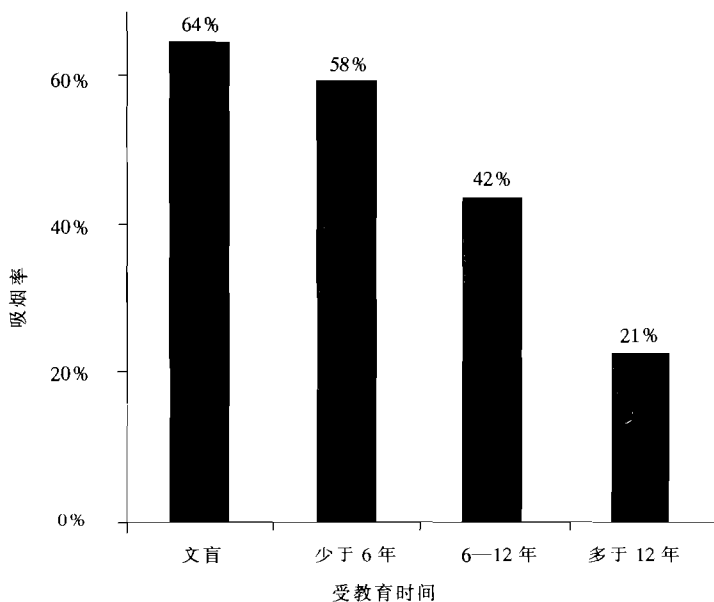
资料来源:作者根据世界卫生组织资料计算,《烟草或健康:全球形势报告》,1997,日内瓦,瑞士。

程度存在着明显差异。如在英国的最高等级社会经济群体中,只有 10% 的妇女和 12% 的男子吸烟,而在最底层的社会经济群体中,上述比例要高出三倍以上,分别是 35% 和 40%。在受教育程度(社会经济状况的标志)与吸烟之间,也存在着同样的反比关系。一般来说,与受教育较多的人相比,没受过教育或受教育很少的人更有可能吸烟。

直到最近人们才发现,中低收入国家的情况是不同的。最新的研究认为,与社会经济地位高的男人相比,地位低的男人更有可能吸烟。教育水平明显是印度 Chennai 地区人们吸烟的决定性因素(图 1.2)。在巴西、中国、南非、越南和若干中美洲国家的研究报告认同这个结论。

图 1.2 吸烟在受教育较少的人群中更为普遍

印度 Chennai 男性的吸烟率，按受教育程度划分



资料来源：Gajalakshmi, C.K., P.Jha, S.Nguyen, 和 A.Yurekli: 《烟草使用状况和健康后果》, 背景材料。

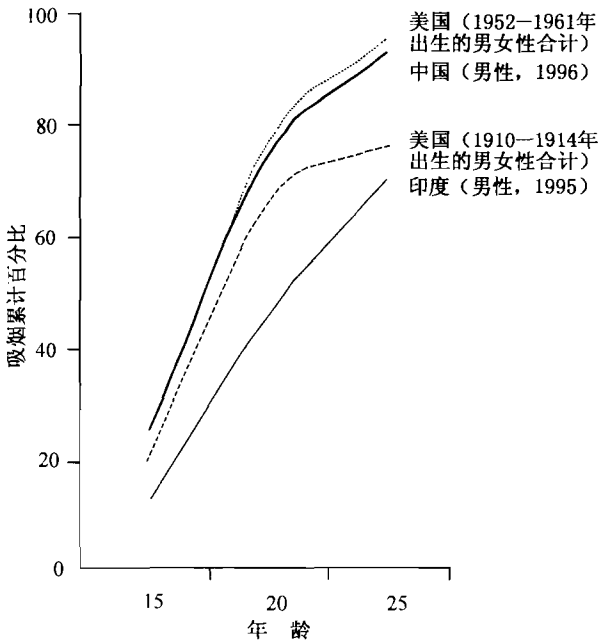
然而，虽然吸烟率在全世界范围内都是在穷人和受教育较少者中明显较高，但关于不同的社会经济组别人群每天吸烟数量的数据却不多。除某些例外，高收入国家中的穷人和受教育较少者每日的吸烟量高于较富和受教育程度较高的男子。尽管人们可能预计中低收入国家中贫困男子的吸烟量少于富有的男子，但现有数据表明，与受教育水平高者的香烟消费量相比，受教育水平低的烟民的香烟消费量与之相同或略多一些。印度是个显著的例外，该国受过大学教育的烟民通常消费较多的比较昂贵的香烟，而教育水平低的烟民则消费数量更多的廉价“比第斯”，这是很正常的。

年龄与开始吸烟

一个人如能在青少年时代或成年早期避免染上烟瘾，就不太可能在日后成为烟民。目前，绝大多数烟民是在 25 岁之前开始吸烟的，而且通常始于青少年时代（见专栏 1.1 和图 1.3），在高收入

图 1.3 开始吸烟的年龄较低

中国、印度、美国居民吸烟年龄累计分布



资料来源：中国预防医学科学院，1997年《中国吸烟与健康研究：全国吸烟行为的流行病学调查》，北京，科技出版社；Gupta, P.C. 1996年，“印度孟买 99598 例吸烟者社会人口特征调查，使用手提计算机”，《烟草控制》5:114~20；美国医学总监 1989 年和 1994 年报告。

专栏 1.1 每天有多少年轻人吸烟？

年轻时就开始吸烟的人很可能成为烟瘾很大的烟民，在余生死于与吸烟有关的疾病的风险也增加了。因此，了解每天有多少儿童和年轻人吸烟便具有重要意义。我们将在此尝试回答这个问题。

我们运用（1）世界银行划分的各地区中在 1995 年已年满 20 岁的男女儿童和青少年数量的数据，及（2）世界卫生组织的上述各地区中低于 30 岁的所有年龄组吸烟率的数据。最高估计，假设每一地区不同性别每天吸烟的年轻人数量为上述（1）×（2）之积。最低估计，用最高估计数减去地区别 30 岁以后开始吸烟者的估计数得出。

我们作出了三项保守的假设：第一，开始吸烟的平均年龄长期变化不大。年轻的中国男性开始吸烟的年龄近年有下降的趋势，但假设几乎没有变化的含义是，即使有变化，我们的数字也是低估的。第二，我们关注的是经常吸烟者，不包括数量多得多的尝试吸烟但尚未成为经常吸烟者的儿童。第三，对那些成为经常吸烟者的年轻人来说，我们假设他们在成年之前很少能戒烟。虽然戒烟的年轻经常吸烟者在高收入国家中为数众多，但在中低收入国家，这个数量目前还很少。

根据这些假设，我们计算出，在所有高收入国家中，每天吸烟的儿童和年轻人数量为 1.4—1.5 万。在中低收入国家，估计数为 6.8—8.4 万。就是说，全世界每天有 8.2—9.9 万名年轻人吸烟和承担迅速成瘾的风险。这些数字与对各高收入国家目前所作的估计数字是一致的。

国家，五分之四的烟民在少年时即开始吸烟。在有统计数据的中低收入国家，绝大多数烟民在 20 岁出头的年龄便开始吸烟了，而且这个年龄还在趋于下降。以中国为例，在 1984 年至 1996 年间，开始吸烟的 15—19 岁年轻男性的数量明显增加了。在高收入国家，开始吸烟的年龄也出现了类似的下降。

全世界戒烟状况

虽然有证据表明吸烟始于年轻时代已成为全球性问题，但戒烟者的比例在高收入国家和世界上其他地区之间却明显不同，至少迄今为止情况如此。在关于烟草对健康影响的信息稳定增加的环境中，吸烟率逐步下降，在这几十年中积累起来的戒烟者的数量已是一个很可观的数字。在绝大多数高收入国家，男性人口中约 30% 以前曾吸烟。与之对照的是，1993 年戒烟的中国男性只有 2%，印度男子戒烟的比例在同一时期内仅为 5%，越南男子在 1997 年戒烟的比例也只有 10%。

注 释

1. 这些分组情况见附件 D。简言之，分组情况如下：(1) 东亚和太平洋地区，(2) 东欧和中亚（本组包括绝大多数前社会主义国家），(3) 中东和北非，(4) 拉丁美洲和加勒比地区，(5) 南亚，(6) 撒哈拉以南非洲，以及 (7) 高收入国家，大致为经济合作与开发组织 (OECD) 成员国。
2. 关于妇女吸烟状况的研究还非常有限。如果妇女已有几十年的烟龄，那么社会经济地位和吸烟之间的关系则与男子相似。在作出结论之前，还需要掌握更可靠的信息。

第二章

吸烟造成的健康后果

吸烟对健康的影响已有大量文献记载。本报告无意详细重复这类信息，而只是想概述一下这方面的证据。本章分为两个部分，首先简要地讨论尼古丁成瘾问题，其次论述由烟草造成的疾病负担。

吸烟成瘾的实质

烟草中含有尼古丁，这是一种被国际医疗机构公认为可使人上瘾的物质。烟草依赖被列为国际疾病分类表之中。尼古丁达到了成瘾或依赖性的关键标准，包括强制性使用，而不论是否有欲望和是否多次尝试戒烟；包括尼古丁对大脑所产生的神经显著效应，以及由这种神经显著物质的“强化”效果激发的行为。卷烟与咀嚼的烟草不同，它能使尼古丁在人吸入的几秒钟之内迅速到达大脑，而且吸烟者还能一口一口地调节吸入量。

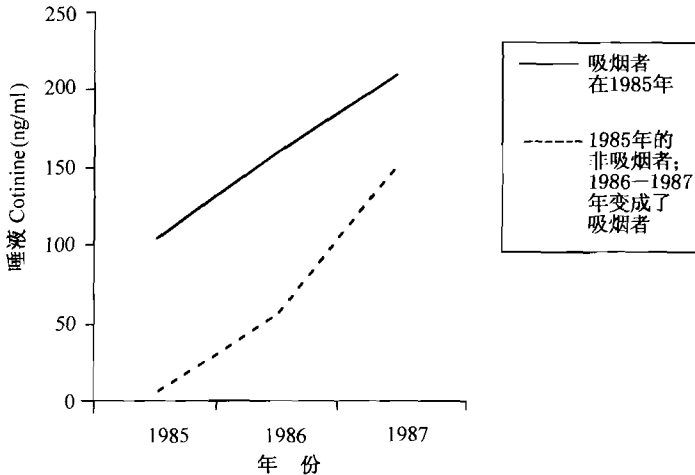
尼古丁成瘾的过程是非常迅速的。在最初开始吸烟的年轻人当中，唾液 Cotinine 浓度，尼古丁降解产物，随着时间的推移稳定地上升至老烟客的水平（图 2.1）。吸入尼古丁的平均水平足以产生神

经效应，并在强化吸烟习惯方面发挥作用。但很多年轻人低估了成瘾的风险。在美国年轻的吸烟者中，有 1/2 至 3/4 的人说，他们已至少尝试戒烟一次，但没有成功。对高收入国家所作调查表明，在年轻的 16 岁的吸烟者中，很大一部分人为染上烟瘾而懊悔，但他们却没有能力戒烟。

永久戒烟当然是可能的，有关其他成瘾性物质的情况便说明了问题。但若没有戒烟干预措施，个人戒烟的成功率是很低的。最新的研究成果认为，在未获帮助而试图戒烟的经常吸烟者中，有 98% 会在一年内复吸。

图 2.1 年轻吸烟者体内尼古丁水平急剧上升

英国少女唾液中 Cotinine 的浓度



资料来源：McNeill, A, D等，1989年。“年轻吸烟者的尼古丁摄入：唾液 Cotinine 浓度纵向研究”。《美国公共卫生杂志》，79 (2)：172 - 175。

疾病负担

仅在明年这一个年度内，预计烟草就会使全世界约 400 万人丧生。在每 10 例成年人死亡中，因烟草致死的已占一成；到 2030 年，这个比例预计会达到六分之一，即每年造成 1000 万人死亡，这高于其他任何原因造成的死亡，也高于在同一年中预计死于肺炎、腹泻病、肺结核和分娩综合症的人数总和。如果照目前的情况发展下去，今天尚存活的约 5 亿人最终将被烟草夺走生命，其中有一半人死于富有活力的中年，丧失 20—25 年的生命。

与吸烟有关的死亡曾一度被认为仅发生在高收入国家的男子身上，但目前正扩散到高收入国家的妇女和全世界的男子（表 2.1）。就与吸烟有关的死亡而言，尽管在 1990 年有 2/3 与吸烟相关的死亡发生在高收入国家或东欧前社会主义国家和中亚，但到 2030 年，十分之七的这类死亡将发生在中低收入国家。在今天活着但预计会死亡的 5 亿人中，约有一亿将是中国男性。

表 2.1 目前和未来预计因烟草死亡的人数

(百万/年)

	2000 年因烟草 而死亡人数	2030 年预计因烟 草而死亡人数
发达国家	2	3
发展中国家	2	7

资料来源：世界卫生组织，1999 年《产生差异》，世界卫生报告，1999 年，瑞士日内瓦。

接触烟草与患病之间存在长期滞后

但是，除高收入国家之外，因吸烟致死致残的人数尚无统计数据。其原因是吸烟引起的疾病要用好几十年时间才形成。即使在人们普遍吸烟的情况下，它对健康的危害可能并不明显。肺癌在美国的发展情况能最明确地说明这个问题。尽管美国香烟消费量增长最快的阶段是1915年至1950年，但直到1945年前后，肺癌发生率才开始急剧上升。30年代至50年代间，用年龄标化的肺癌发生率增加了两倍，但在1955年以后，发生率急剧上升：到80年代，它已比1940年的水平高出11倍。

目前，全球吸烟者的四分之一生活在中国，该国的香烟消费量高达美国1950年的水平，当时的人均消费量达到了峰值。在那个时期，烟草在全美中年人死因中所占份额为12%。40年后，美国的烟草消费量已经下降，但烟草在全美中年人死因中所占份额却上升至大约30%。美国的经历今天又发生了令人震惊的重复：在中国男性中年人死因中，估计烟草所占份额约为12%。研究人员预计，这个比例将在几十年内上升至大约30%，即达到美国的水平。在过去20年中，中国年轻女性吸烟的人数没有显著增加，吸烟的女性大多是老年人。因此，照目前吸烟的格局看，中国女性因烟草而导致的死亡可能会从目前占死亡总数的大约2%下降到1%以下。

即使是在人们已接触烟草长达数十年的高收入国家，对与烟草相关疾病的清晰描述也要花费至少40年才能完成。研究人员通过对吸烟者与非吸烟者健康进行比较的前瞻性研究，计算出吸烟者死亡的额外风险。在长达20年的追踪研究之后，研究人员于七十年代初确信，吸烟者面临着每四人就有一人死于烟草的风险，根据更多的数据，他们认为这种风险目前已上升为二比一。

吸烟如何致害于人

在高收入国家，长期前瞻性研究报告提供了吸烟如何置人于死地的可靠证据，如跟踪了 100 多万美国成年人的美国癌症学会第二期预防癌症研究就是一例。美国中年吸烟者死于肺癌的可能性比非吸烟者高 20 倍，在中年死于血管性疾病的可能性高 3 倍，这类疾病包括心力衰竭、中风和其他动脉或静脉疾病。由于缺血性心脏病是高收入国家的常见病，因此吸烟者的额外风险便转变为数量众多的死亡，从而使心脏病成为这些国家与吸烟相关的死亡中最普遍的原因。吸烟还是慢性支气管炎和肺气肿的主要诱因。它与其他器官的癌症都有关联，包括膀胱、肾、喉、口腔、胰腺和胃等。

就患上肺癌的危险性来说，成为吸烟者的年数比每天吸烟的支数具有更直接的影响。换句话说，吸烟年数增加 3 倍就会使肺癌风险提高 100 倍，而每天吸烟的数量增加 3 倍只会使肺癌的风险增加 3 倍。因此，从十几岁就开始吸烟且继续吸烟的人面临着最大的风险。

香烟制造商有几年曾销售某些“低焦油”和“低尼古丁”牌子的香烟，很多吸烟者认为这种改进能使吸烟更加安全。实际上，与吸烟者和非吸烟者之间的风险差别相比，吸食低焦油和低尼古丁香烟者的早亡风险与吸食普通香烟者早亡风险的差别要小得多。

吸烟危害因地点和时间不同而不同

由于绝大多数长期研究报告仅限于高收入国家，所以有关烟草对其他国家人民健康影响的数据还不充分。但最近中国的主要研究

报告和正在编写中的印度的报告都说明，虽然持续吸烟的总风险与美国和英国这类高收入国家同样大，但这些国家与吸烟相关的疾病的发展模式却截然不同。中国的数据表明，与西方相比，缺血性心脏病造成的死亡占因烟草而死亡总数中的比例要小得多，致死的主要疾病是呼吸道疾病和癌症。令人惊异的是，次要致死疾病中肺结核也为数不少。其他差异也可以出现在其他人群中，如在南亚，这种模式就受到心血管疾病高发病率的影响。这些结果强调了在所有地区监测吸烟这种流行病发展的重要性。但是，尽管吸烟与疾病关联的模式在不同的人群中有所差异，但因长期吸烟而最终死亡的总比例在很多国家的人群中基本上是 1/2 左右。

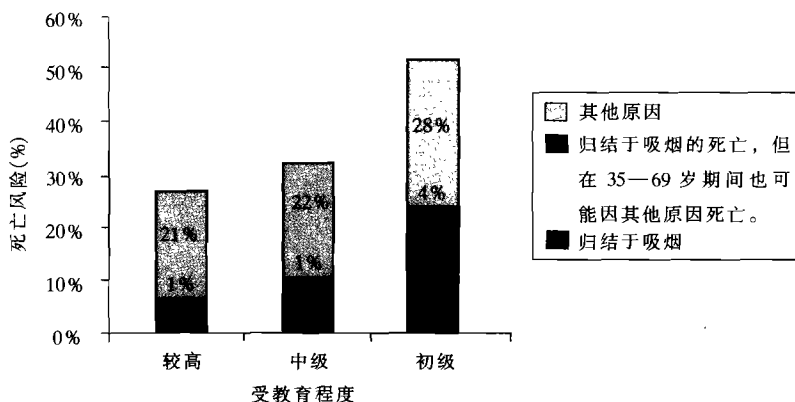
吸烟与穷人在医疗保健方面的劣势

正如吸烟与贫困和社会经济地位低下相关一样，它对人类健康的损害性影响也是如此。本报告的分析表明的是，在四个吸烟盛行的国家中——加拿大、波兰、英国和美国，吸烟对不同的社会经济群体中（用收入、社会阶层和受教育水平衡量）男性的存活有何影响。

1996 年，受过高等教育的波兰男性在中年的死亡风险为 26%。而对只上过小学男性而言，风险为 52%——高出一倍。通过分析各组中因吸烟而死亡的比例，研究人员估计，在仅受过初级教育的人群中，烟草占额外风险的大约三分之二。换句话说，如能取消吸烟这个因素，这两个组别的存活差距就能大幅度缩小。仅有初级教育水平人群的中年死亡风险将下降到 28%，受过高等教育者的人群这种风险将降到 20%（图 2.2）。研究报告中其他国家的结果也差不多，这说明，在这些国家中，社会经济地位最高阶层与最低阶层的成年男性死亡率不同，有一多半是由吸烟引起的。在这些国

图 2.2 教育与吸烟致死风险的关系

波兰 1996 年各种教育背景的中年男性死亡情况



注：数字已经四舍五入。

资料来源：Bobak, Martin, P.Jha, M.Jarvis 和 Nguyen:《贫困与烟草》,背景材料。

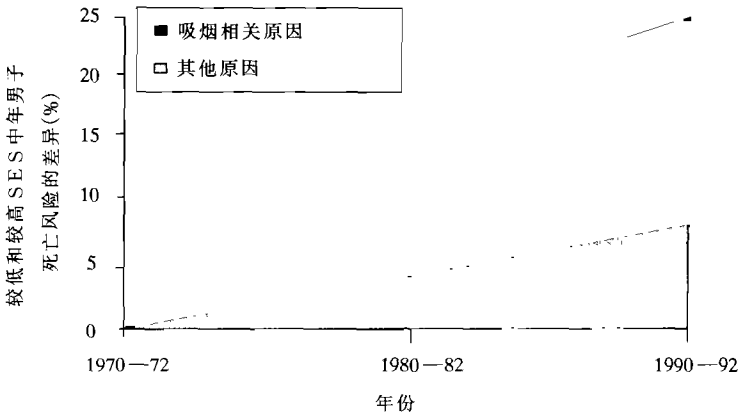
家富足与贫困男性的存活差距随时间不断扩大，吸烟也是个重要原因（图 2.3）。

其他人吸烟造成的风险

吸烟者不但会影响自身的健康，还会影响周围人群的健康。在孕期吸烟的妇女发生流产的可能性更高。与非吸烟者所生婴儿相比，高收入国家中吸烟母亲所产婴儿出生时体重不足的可能性更大，在婴儿期死亡的可能性要高 35%。他们还面临着患呼吸系统疾病的更高风险。最新研究成果已经表明，在吸烟者所生新生儿的尿液中，出现了只能在香烟烟雾中发现的致癌物。

图 2.3 吸烟与穷人和富人之间扩大的健康差距

英国处于较高社会经济水平与较低社会经济水平上 (SES) 的中年男子的吸烟状况和死亡风险的差异



注：在英国，社会经济地位分为从 I（最高）到 V（最低）的五个组别。本图研究的是第 1、第 2 组与第 5 组中年男子在一定时期内死亡风险的差异。

资料来源：Bobak, Martin, P. Jha, M. Jarvis 和 S. Nguyen:《贫困与烟草》,背景材料。

较贫困妇女所生婴儿的健康缺陷，吸烟是主要原因。在美国的白人妇女中，受过高等教育的妇女所生婴儿与学历为高中或不到高中妇女所生婴儿的出生体重是不同的，仅吸烟这一项就占了差异成因的 63%。

长期置身于他人烟雾中的人也面临着患肺癌的风险，风险虽不大，但却确实存在。他们还有患心血管疾病的较大风险。吸烟者的子女则蒙受着一系列健康问题和功能性障碍造成的痛苦。

置身于烟雾中的非吸烟者包括吸烟者的子女和配偶，地点大多是在家中。还有很多非吸烟者与吸烟者共事，或是身处充满烟雾的

环境中，随着时间的推移，他们的接触量也很惊人。

戒烟是可行的

人们开始吸烟的年头越早，患致残疾病的风险越高。在拥有长期数据的高收入国家，研究人员发现，与年轻时便戒了烟的吸烟者相比，很早就开始吸烟且每天都吸的人患肺癌的可能性要高得多。在英国，35岁以前戒烟的男性医生生存的机率与从不吸烟的人几乎相等。在35—44岁期间戒烟的人也能获得明显的健康收益，这种收益在老年期也是存在的。

简言之，吸烟相关疾病的流行正由原来集中于高收入国家的男性，扩大到高收入国家中的女性和中低收入国家中的男性。吸烟越来越明显地同以收入和教育水平衡量的社会地位低下相关。绝大多数新吸烟者低估了尼古丁成瘾的风险；在长大成人的头几年，很多人后悔染上烟瘾但又无力戒除。长期吸烟者中一半将最终死于烟草，这些死亡者中的一半将在中年死亡。

第三章

吸烟者是否了解其风险 并承担了代价

我们将在本章研究人们吸烟的动机。我们先研究吸烟是否同于其他消费选择，是否会形成社会资源的有效配置。而后再讨论对政府的影响。

现代经济理论认为，个体消费者能就如何为大米、服装和电影等货物所作支出作出最佳判断。这种消费者决定权原则是基于某些假设：首先，在权衡了购买的成本与效益之后，每位消费者会作出合理与明智的选择，第二，消费者承担这种选择的全部费用。当所有消费者都以这种方式行使其权力时——即了解其选择的风险和承担其费用——社会资源从理论上讲就能得到尽可能有效的利用。

吸烟者显然因吸烟而获益，否则他们不会为此付钱。所谓的益处包括愉悦和满足、自我形象的扩大，紧张情绪的控制，以及成瘾的吸烟者能避免尼古丁戒断带来的痛苦。与这些益处相应的个人代价包括：用于烟草产品的金钱，对健康的危害，以及尼古丁成瘾。要是这样定义的话，所谓益处肯定超过了上述代价。

但是，购买烟草产品的选择在三个具体的方面不同于购买其他

消费品的选择。

- 第一，有证据表明，很多吸烟者并没有完全意识到其选择所含疾病及早亡的高概率。这是吸烟的主要个人代价。

- 第二，有证据表明，儿童和青少年可能没有能力正确地评估其获得的关于吸烟对健康影响的所有信息。同样重要的是，也有证据表明，刚开始吸烟的人可能会严重低估日后与尼古丁成瘾相关的费用。这种未来代价可能会被认为是无力改变年轻时作出的吸烟决定的成年吸烟者的代价，尽管他们愿意戒烟，但因成瘾，也没戒成。

- 第三，有证据表明，吸烟者直接或间接地给其他人造成了支出。经济学家通常假设，个人只有在自行承担这些支出和享受这些益处时才能正确地衡量支出与益处。如其他人负担部分支出，那么随即出现的就是吸烟者的消费量要高于他们自己承担所有支出时的数量。

我们依次逐个研究这些证据。

认识风险

人们对吸烟带来健康风险的了解最多只能算是一知半解，在这些危害信息并不充分的中低收入国家尤其如此。以中国为例，1996年调查的成年吸烟者中有61%认为，香烟对他们造成的只是“有少量或没有危害”。

在过去的40年中，高收入国家公众对吸烟的健康影响的认识无疑是提高了。但关于这些国家的烟民是否确切地了解患病的风险还存在争论。在过去20年中完成的各类研究报告对人们认识吸烟风险的确切程度得出了不同的结论。有些人认为，人们夸大了风险，也有人认为风险被低估了，还有人认为风险意识已经足够了。

但这些报告中使用的方法受到了来自不同角度的批判。最近，一份关于这类研究报告的评论得出结论说，高收入国家的烟民普遍认识到了他们患病的风险在增加，但与非吸烟者相比，他们认为这些风险的规模较小，也不那么根深蒂固。此外，即使有些人对吸烟者作为群体所面临的健康风险有比较清楚的认识，他们也会尽量淡化个人与这种信息的牵连，因为他们认为其他吸烟者的风险要高于他们自身。

最后，各国都有证据表明，与其他健康风险相比较，有些烟民对吸烟的健康风险形成了扭曲的认识。以波兰为例，研究人员曾在1995年要求该国的成年人顺序列出“影响人类健康的最重要因素”。被选中频率最高的因素是“环境”，其后是“饮食习惯”，以及“紧张和喧嚣的生活方式”。吸烟被列为倒数第四位，而且只有27%参加调查的成年人提及这个因素。事实上，在波兰中年男子的早亡风险中，吸烟占了1/3以上，远远高于其他风险因素。

青年人、成瘾，以及作出稳妥决定的能力

正如第1章所言，绝大多数人吸烟都始于年轻时代，儿童和青少年对吸烟对健康影响的了解要少于成年人。最新一份对莫斯科15—16岁青少年进行的调查表明，有一半以上不知道与吸烟有关的疾病，或只能说出肺癌这一种病。即使是在其青年人据信掌握有更多信息的美国，几乎1/2的13岁少年目前仍认为每天吸一盒烟并无大碍。考虑到青少年的知识还不够完备，因此在作出明智的选择方面，他们面临的困难比成年人的更大。

同样重要的是，年轻人低估了尼古丁成瘾的风险，因而也就从根本上低估了他们今后要为吸烟付出的代价。在美国高中毕业生中，有些人吸烟，但相信自己能在今后5年中戒烟，而实际能戒烟

的尚不足五分之二。其他人在5年后仍在吸烟。在高收入国家，约有十分之七的成年烟民为他们当初开始吸烟的选择后悔。运用当前吸烟与以往吸烟相互关系的经济学模型，研究人员依据美国的数据估计，因尼古丁成瘾吸烟在任何一年中都至少占香烟消耗量的60%，甚至可能占到95%。

有些青少年已被告之吸烟的风险，但他们明智地利用这种信息的能力是有限的。对绝大多数青年而言，设定为25岁（且不提55岁），因有关吸烟将在日后某一天损害其健康的警告而减少其吸烟的欲望是困难的。绝大多数社会都认为年轻人有作出荒谬选择的风险，因此他们作出吸烟的选择也是正常的。虽然文化各不相同，但绝大多数社会对年轻人作出某些决定的权力都是有所限制的。例如，大多数民主国家都禁止年轻人在某个年龄之前投票选举，有些国家实施直至某个年龄的强迫教育，还有很多国家规定了结婚的最低年龄。绝大多数国家的共识是，有些决定最好等到成年后再考虑。同样，社会也可以认为年轻人选择成瘾的自由应受到限制。

年轻人为很多危险行为所吸引，如开快车和酗酒等，因此吸烟也不例外，对这种观点还有争论。但是，这里存在着若干不同之处。第一，在世界的绝大多数国家，吸烟受到的限制要低于其他危险行为。驾车超速通常会受到缴纳巨额罚金甚至吊销驾照的处罚，对酒后驾车这类与酗酒有关的危险行为，也订有处罚规定。第二，吸烟在一生中造成的危害要比绝大多数风险活动大得多。根据高收入国家数据作出的推论表明，在1000名现居于中低收入国家中的15岁少年中，如果他们继续经常抽烟，那么125名将在中年死于吸烟，另外125名将在老年死于吸烟。与之相比，这些人中约有10人将在中年时死于道路交通事故，约有10人在中年死于暴力，还有约30人在中年时死于与酒精相关的原因，如某些交通事故和暴力死亡事件。第三，没有哪种危险行为具有吸烟成瘾的高风险，绝大多数的危险行为在长大成人后比较容易放弃（或已放弃）。

给他人造成的代价

吸烟者给他人造成的代价既有有形的，也有金钱上的。从理论上讲，如果吸烟者考虑了这些代价，他们就会吸得少些，其原因是，当所有的代价都由消费者承担时，消费便能达到令社会满意的程度，即资源在社会中得到了有效的配置。如果这类代价中有部分是由非吸烟者承担的，那么香烟消费量就会高于社会满意的水平。现在我们简要地讨论一下对其他人造成的各类代价。

首先，吸烟者直接使非吸烟者付出了健康代价。第二章描述过的对健康的影响包括：新生儿低出生体重，吸烟母亲所产婴儿患多种疾病的风险增加，以及长期吸入二手烟的儿童和成年人的疾病等。其他直接代价还包括因烟雾而造成的烦躁和厌恶，以及洗衣费用和清洗家具的费用。虽然有关证据尚不完全，但也可能存在着火灾造成的代价，或因种植和加工烟草而造成环境的退化和森林砍伐，以及吸烟的后果等代价。

就现有数据而论，吸烟者给其他人造成的经济损失是难以确定和数量化的。本报告不想尝试估算这些损失，而是要描述会遭受这些损失的某些主要领域。我们首先讨论吸烟者的医疗保健费用问题，而后再讨论养老金问题。

在高收入国家，归因于吸烟的年度医疗保健费用总额据估计占医疗保健费用总额的6%—15%。在绝大多数中低收入国家，因吸烟而造成的医疗保健年度支出目前低于这个比例，其部分原因是，与烟草有关的疾病流行尚处于初期阶段，以及其他一些因素，如最常见的与烟草有关的疾病种类和它们所需要的治疗。但这些国家将来可能会注意到其用于与吸烟有关的医疗保健的年度费用有所上升。为本报告所作的关于中国和印度的预测表明，用于与吸烟有关

疾病的医疗保健年度费用将逐步增加，从而在国内生产总值中占据的比例高于今日。

对决策者而言，了解这些年度医疗保健费用和由公共部门负担的比例是至关重要的，因为它们体现的是无法用于其他货物与服务的实际资源。另一方面，对消费者个人来说，关键的问题是这些费用要在多大程度上由他们或其他人负担。如果有些费用可能由非吸烟者负担，那么消费者就有积极性消费多于由其负担全部费用时的香烟。但正如下面的讨论所示，评估这些费用是复杂的，因此目前还不可能就费用是如何影响吸烟者消费选择这个问题得出任何结论。

平均而言，在任何一个给定的年份，吸烟者用于医疗保健的开支都高于同龄和同性别的非吸烟者。但由于吸烟者的寿命通常短于非吸烟者，因此高收入国家中吸烟者与非吸烟者在一生中负担的医疗保健费用基本是相等的。测算高收入国家吸烟者与非吸烟者一生医疗保健费用的研究报告得出了相互矛盾的结论。如在荷兰和瑞士，人们发现吸烟者和非吸烟者的费用相近，但在英国和美国，有些研究报告的结论是吸烟者的终生费用实际上更高些。最近的几份报告考虑了因烟草造成的疾病和其他因素有所增加，其结论是，高收入国家中吸烟者的终生费用从总体上看高于非吸烟者的费用，尽管吸烟者的寿命更短。关于中低收入国家的终生医疗保健费用，目前尚无这类可信的研究报告。

在全世界各个地区，负担医疗服务全部费用的吸烟者显然不会使别人付出费用，但其费用要明显高于非吸烟者的费用。然而大多数医疗保健，尤其是与医院治疗有关的医疗保健，或是通过政府预算，或是通过私人保险解决资金问题的。就对这种融资体制所作贡献的程度而言——以税收和保险费的形式，对吸烟者的要求也没有明显提高，支付给吸烟者的较高医疗费用至少有一部分将由非吸烟者承担。

例如，高收入国家用于医疗方面的公共支出占卫生总支出的大约65%，或占GDP的约6%。这样，如果吸烟者的终生医疗保健费用净额较高的话，非吸烟者就将补贴吸烟者的医疗保健费用。具体的数额难以计算且多变，这要取决于计算涉及的范围，以及用以支付公共开支的税收来源。假如只有65岁以上的人其医疗保健费用由公共资金支付，那么就很多与吸烟有关的医疗保健和在活到这个年龄之前死亡这一点而言，吸烟者使用的公共收入净额并不多。同样，如果公共支出源自消费税（含烟草税），那么吸烟者可能就不会使他人付出代价。这种情况在中低收入国家中还是有区别的，这些国家医疗保健总支出中的公共部分平均低于高收入国家，大约占总支出的44%，或占GDP的2%。但随着各国增加对医疗卫生事业的支出，由公共资金支持的总开支份额通常也会增加。

可以说，评估吸烟者与非吸烟者的相对医疗保健费用是个复杂的问题，而养老金问题也被证实至少还没有定论。有些分析人士认为，高收入国家的吸烟者对公共养老金体系的贡献要大于非吸烟者，原因是很多人交纳养老金直至退休年龄，尔后在享受大部分收益之前就死亡了。但四分之一的吸烟者在中年就因烟草丧命，因此在缴纳全额养老金之前可能就去世了。目前，尚无人知晓高收入国家中的吸烟者是否在总体上多缴或少缴了养老金。这个问题目前与很多中低收入国家暂无关系。在低收入国家，只有十分之一的成年人享有公共养老金，在中等收入国家，这个比例占人口的四分之一至二分之一，这取决于各国的收入水平。

概言之，吸烟者显然使非吸烟者付出了直接代价，如健康损害。虽然难以确定或数量化，但金钱代价可能也是存在的，如对医疗保健的支出等。

政府的适当措施

就我们确定的三个问题而言，绝大多数吸烟者看来不可能了解其风险的全部内容，或负担其选择的全部代价。因此他们的消费选择可能导致资源的无效配置。于是各国政府有理由实施调整鼓励消费者消费的干预措施，以使他们减少吸烟的数量。

社会各界可能认为，政府干预的最有力理由就是阻止青少年吸烟，因为他们面临着无法充分获得烟草信息的复杂问题，面临着成瘾的风险，他们作出稳妥决定的能力也有限。为了防止吸烟者对非吸烟者造成直接的有形代价，政府进行干预也是有正当理由的。防止其他人为吸烟者付出金钱代价的理由可能不那么充分，因为这种情况还不清晰。最后，有些国家认为，政府有责任向成年人提供他们作出明智消费选择所需的全部信息。

政府的干预最好能用具体的措施来解决各个具体问题。但这并非总能行得通，有些干预措施可能会产生更大的影响。例如，解决青少年对吸烟的健康影响认识不清这个问题的最具体措施是，提高他们关于这些影响的认知水平，以及提高其家长的文化水平。但在现实生活中，孩子们不太关注健康教育，家长也不称职，他们不能时时保护儿童的最高利益。实际上，防止青少年吸烟的最有效和最可行的方法就是税收，尽管这是个粗鲁的方法。若干份研究报告的证据说明，如果烟价上涨，青少年开始吸烟的可能性就会降低，吸烟的伙伴也更有可能戒烟。

保护非吸烟者的最专门化措施是对吸烟者有可能吸烟的地点进行限制。显然这能在公共场所保护非吸烟者，但却不能减少在家中大量接触其他人吞云吐雾的机会。因此，税收应成为使吸烟者负担他们对非吸烟者造成的代价的又一手段。

为解决对非吸烟者造成经济负担这个问题，如吸烟者额外的医疗费用，最直接的机制就是使医疗融资体系反映出个人的吸烟行为：例如，吸烟者缴纳的医疗保险费用要高于非吸烟者，或要求他们开立反映其可能更高费用状况的医疗储蓄帐户。在实践中使吸烟者付出更多的较易行方法是征收烟草税。

从理论上讲，如果用香烟税来阻止青少年吸烟的话，那么对儿童的税赋就重于对成年人的税赋。但这种有差别的税赋待遇实际上是不可能实行的。对儿童和成年人实行统一税率是更为实际的方案，但它会对成年人形成负担。社会各界仍会认为，为了保护儿童，给成年人加上这种负担是有道理的。此外，如果成年人减少了香烟消费量，儿童也将如此，因为有证据表明，儿童吸烟的嗜好或是受到父母的影响，或是其他成年偶像吸烟的影响。

对儿童和成年人实行有差异的税收制度的一个途径是限制儿童接近香烟。从理论上讲，这种限制应能有效地提高儿童必须支付的香烟价格，同时又不会影响到成年人支付的烟草价格。但在实践中，没有什么证据能说明高收入国家中的现行限制措施是有效的。中低收入国家管理和实施这类限制措施的能力可能更差，它们实施这些措施的困难更大些。因此，为防止儿童吸烟，提高税收这个次佳的工具受到了有关方面的偏爱。

解决成瘾问题

除了有必要解决吸烟者消费选择带来的无效率问题以外，还应解决成瘾问题。由于这个问题的存在，成年吸烟者如想改变大多是在年轻时代作出的决定，就面临着付出沉重代价的局面。社会可能会决定提出干预措施，以期帮助可能的戒烟者降低其代价。这类干预措施包括增加获得信息的途径，这种信息将警示吸烟者继续吸烟

的代价和戒烟的好处，以及增加获得有利于降低戒烟代价的戒烟疗法的途径。显然，提高税率会促使某些吸烟者戒烟，但也会使这些人付出代价。其中包括丧失吸烟的所谓好处，以及与脱瘾相关的有形代价。决策者可以通过扩大吸烟者获得戒烟疗法的途径来降低代价。我们将在第六章讨论脱瘾代价这个问题。对尚未染上尼古丁毒瘾的儿童来说，税收将是一种有效的战略，因为与不吸烟决定相关的脱瘾成本是不存在的。

我们现在开始考虑某些国家的政府为了控制烟草而业已采用的某些干预措施。我们将依次评估每一项干预措施。在第四章，我们将讨论旨在降低烟草需求的措施，在第五章，我们要评估旨在减少烟草供应量的措施。

注 释

1. 即使吸烟者因年轻时死亡而减少了对别人形成的净费用，说社会因这些早亡而获益的论点也有误导作用。如果这样的话，就是要人们接受社会因没有年长的成年人而受益这种逻辑。

第四章

减少烟草需求的措施

制定了成功控烟政策的国家都采用了多种方法。我们现在开始依次讨论，并概括出关于各种方法效果的论据。

提高香烟税

几个世纪以来，香烟一直被视为理想的征税消费品：它并不是必需品，但消费面很广，对它的需求也比较稳定，因此它有可能成为政府收入的一个可靠和易于管理的来源。亚当·斯密在 1776 年写就的《国富论》中提出，通过征收这种税，穷人“可以免除某些最沉重的税赋，免除对生活必需品和制成品征收的税赋”。斯密认为，烟草税会使穷人“生活得更好，劳动成本更低，因而就能以更低的费用将其货物送往市场”。对他们工作的需求将上升，从而相应地提高穷人的收入，使整个经济受益。

两个世纪之后，几乎所有国家的政府都通过各种不同的方法对烟草征税，有时是课以重税。其初衷几乎全是创造收入，但近年来也反映出各国政府越来越关注尽量减少吸烟对健康的危害的必要性。

本章研究的是提高税收将如何影响对香烟和其他烟草产品需求的论据。其结论是，增税的确会大幅度地减少烟草消费。重要的是，增税可能会对年轻人产生最明显的影响，与长辈相比，年青人对烟价上涨更为敏感。同样重要的是，本章认为，增税造成的烟草需求下降在中低收入国家表现得最为剧烈，与高收入国家的烟民相比，这些国家的烟民对烟价上涨更为敏感。但即使需求有所下降，政府的收入也不会受到损失。的确，正如我们将在第八章说明的那样，增税会在中短期内明显地增加收入。

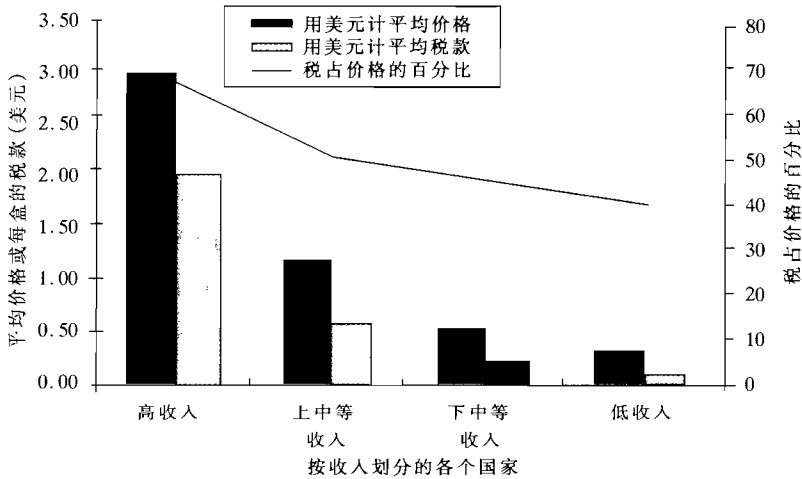
我们在此简洁地概括大多数国家政府使用过的各类烟草税，并且要评估价格上涨是如何影响需求的。我们比较了中低收入国家的证据和高收入国家的证据。还要讨论政策的影响。

香烟税的种类

香烟税可以采用若干种形式。特定的烟草税是以固定的数额加在烟价之中的，它具有最显著的灵活性，并且使政府在增税的同时面临的风险较小，即烟草行业会采取行动，使征收的实际数额保持在低水平。从价税，如附加税或销售税，它们是基价的某个百分比，各国实际上都开征这种税，而且通常位列专门消费税之首。从价税可以在销售点开征，或象很多非洲国家那样，在批发价的基础上开征。根据产地或产品的种类，税率可能会有差异；如有些国家政府对外国香烟征的税高于国产香烟，或对高煤焦油香烟征的税高于低煤焦油香烟。目前有越来越多的国家将烟草税税款用于反对吸烟的活动和其他具体的行动。例如，重庆是中国最大的城市之一，它和美国的几个州一样，将来自烟草税的部分收入指定用于关于烟草作用的教育，用于反烟广告和其他控制性活动。其他国家利用专项烟草税款来支持卫生保健服务。

各国征税的数额有所不同(图 4.1)。在高收入国家，税款占一盒香烟零售价的三分之二以上。相比之下，收入较低国家的税款还

图 4.1 香烟的平均价格、税，以及税款占每盒香烟价格的百分比（按世界银行收入组别统计，1996 年）



资料来源：作者的计算。

不到一盒香烟零售价的一半。

提高香烟消费税的影响

经济学的一条基本原理是，随着一种商品价格的上升，对该商品的需求数量将出现下降。研究人员曾认为，烟草使人成瘾的特性能使其成为例外；根据这个观点，吸烟者的烟瘾大到了以下程度，即为了满足其需要，他们为同等数量的香烟将付出任何代价也还要继续吸烟。但现在有越来越多的研究文献表明，这个观点是错误的，吸烟者对香烟的需求虽然比较固定，但也受到烟价的很大影响。例如，加拿大在 1982—1992 年间提高了税率，这造成了香烟零售价格的大幅度上升，消费量则明显下降了（图 4.2a）。同样，

税收的提高也减少了南非、英国和若干国家的香烟消费量（图 4.2b）。研究人员不断发现，涨价能促使某些人戒烟，还能防止某些人染上烟瘾，涨价还减少了戒烟复吸者的数量。

烟瘾是如何对烟价上涨作出反应的

为了尝试评估尼古丁成瘾对烟价上涨效果的影响，人们建立了一些模型，它们对吸烟者是否关注其行为的后果提出了不同的假设。但所有的模型都认为，对像尼古丁这类成瘾的物质来说，个人目前的消费水平将由他或她以往的消费水平和这种商品目前的价格所决定。在建立价格上涨对烟草需求的影响的模型时，以往的消费与当前消费之间的关系具有重要的影响。如果吸烟者已经成瘾，他们对烟价上涨的反应就比较缓慢，但他们的反应在长期内将比较剧烈。经济学文献认为，价格的实际和永久性上涨在长期内对需求的影响要比在短期内对需求的影响大约大一倍。

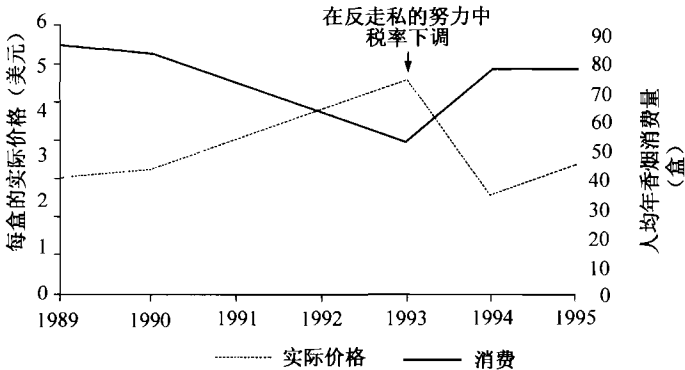
低收入国家和高收入国家对价格上涨的不同反应

当一种商品的价格上涨时，低收入者通常比高收入者更有可能减少对该商品的消费；或反过来说，当这种价格下降时，他们增加消费的可能性更大。消费者因价格变化而对某种商品的需求变化的程度叫做需求的价格弹性。例如，如果物价上涨 10% 导致需求数量下降 5%，那么需求弹性就是 -0.5 。对物价敏感的消费者越多，需求的弹性就越大。

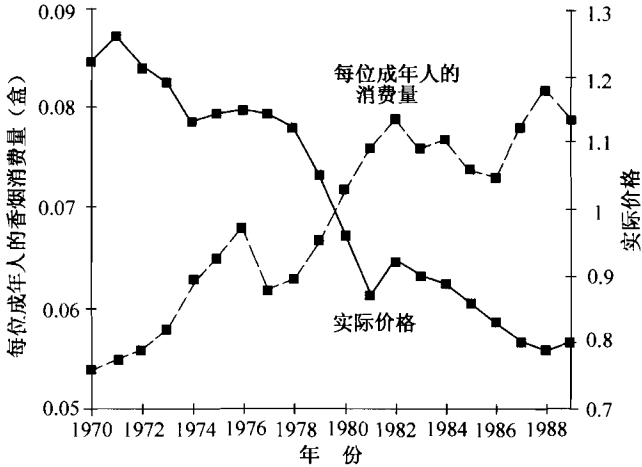
每份研究报告对弹性的估计都是有差异的，但有令人信服的证据表明，中低收入国家的需求弹性高于高收入国家。以美国为例，研究人员发现，一盒香烟的价格提高 10% 会使需求降低大约 4%（弹性为 -0.4 ）。关于中国的研究报告发现，价格上涨 10% 需求减少的幅度要大于高收入国家；根据这份报告，该国的弹性据估计约为 -0.6 — -1.0 。关于巴西和南非的研究报告也得出了相同的结

图 4.2 香烟价格与消费量背道而驰

4.2a 加拿大 1989—1995 年间香烟的实际价格与年人均香烟消费量



4.2b 南非 1970—1989 年间香烟的实际价格和每位成年人 (15 岁及以上) 的年香烟消费量



注：消费量取自销售数据。

资料来源：4.2a：作者的计算。4.2b：Saloojee, Yusuf, 1995 年，“南非香烟需求的价格与收入弹性”，In Slama, K 编，《烟草与健康》，纽约，Plenum 出版社；Townsend, Joy, 1998 年，《税收政策在烟草控制工作中的作用》，Abadian, I 等人编辑《烟草控制经济学》，南非开普敦，开普敦大学应用财政研究中心。

论。就目前的数据来看，对中低收入国家作为一个整体的平均需求弹性的合理估计值应为 -0.8 。

至于低收入国家人民为什么比高收入国家人民更有可能对烟价上涨作出反应还有更深的原因。低收入国家人口的年龄结构大多比较年轻，而来自高收入国家的研究则表明，年轻人总体上比老年人对价格更加敏感。其部分原因是他们的可支配收入较少，或是有些年轻人目前尼古丁成瘾的程度还不深，还有部分原因是他们的行为更加注重眼前，更易受同伴的影响。就是说，如果年轻的他或她由于无力承担这笔支出而戒烟，其朋友随即戒烟的可能性要比老年组更大。美国疾病控制中心的一份研究报告认为，美国18—24岁年轻人的需求弹性为 -0.6 ，高于吸烟者的总体水平。研究人员认为，当价格走高时，不仅现有的年轻吸烟者更有可能戒烟，而且潜在的想开始吸烟的年轻人数量也会减少。

根据目前掌握的证据来看，我们可以得出两条明确的结论。第一，增税是中低收入国家减少烟草消费量的非常有效的手段，大多数吸烟者都居住在这些国家中。第二，这种增税的作用在这类国家表现得比在高收入国家更加明显。

增税对全球烟草需求的潜在影响

为了撰写这份研究报告，研究人员为增税对全球香烟需求的一系列潜在影响建立了模型。模型的设计及有关信息的描述见专栏4.1。本模型依据的假设涉及价格弹性、健康影响和其他变量，它们都是非常保守的。因此其结果很可能低估了潜在因素。这个模型揭示出，即使是并不明显的涨价也会对吸烟率、对1995年生存者中因烟草导致的早亡数量产生令人震惊的影响。研究人员计算出，如果香烟价格发生持续的实际上扬，高于各地区平均估计价格的10%，那么全球将有4000万人戒烟，还有很多原想开始吸烟的人也会打消这个念头。即使不是所有戒烟者都能避免死亡，能避免的

专栏 4.1 评估控烟措施对全球烟草消费的影响： 提供给模型的有关信息

首先，研究人员估算出各地区的人口，并用世界银行为其七个地区所作的标准人口预测值按年龄组和性别分类（见附件 D）。第二，他们使用世界卫生组织的一整套关于各国情况的 80 多份研究报告（数据见第一章，表 1.1），估计出不同性别的吸烟率。在印度，比第斯是普遍流行的香烟替代物，这两类吸烟率是从当地的研究报告中推算出来的。第三，研究小组利用现有数据估算出各地区吸烟者的年龄分布，并从大规模的国别研究报告中推算和估计出了成年人吸烟者与年轻吸烟者的比例。第四，对吸烟者的总数和因烟草而死亡者的预测数是按地区、性别和年龄估计的。在估计时，研究人员假设发达国家中的吸烟者只有 1/3 最终会死于吸烟。考虑到英国、美国和其他国家的研究报告认为实际数据是 1/2，因此这个假设还是保守的，而且还很可能低估了，因为最近关于中国的研究文献指出，该国因烟草而致死的烟民比例不久即将与西方的比例持平。

下一步，研究人员利用 WHO 的数据和已出版的流行病学研究报告，估计了各地区每位烟民每天吸食香烟或比第斯的数量。为了计算出成年人与年轻人每日吸烟率的比值，他们还估算了各地区成年人与年轻人吸烟的数量。

早亡人数用任何标准衡量仍将是庞大——1000 万，或是所有与烟草相关的死亡总数的 3%，其原因仅仅是烟价的上涨！避免的早亡中有 900 万人生活在发展中国家，其中的 400 万在东亚和太平洋地区（表 4.1）。

为香烟计算出理想的税收水平困难重重

人们一直在进行各种尝试，以确定香烟的“适当”税率是多少。为了确定这个水平，决策者们需要掌握某些经验性数据，但一

专栏 4.1 (续)

研究人员尔后使用 60 多份研究报告中的数据, 尝试着测算出各地区香烟需求的价格弹性。假如任何一个国家完成了一份以上的研究报告, 它们得出的数字就会被平均化。研究人员把这些数字进行综合, 求出高低收入地区的平均值。由于年青人对价格比成年人更加敏感, 因此这些数字用年龄作了加权计算。求出的高收入国家短期价格弹性比较低, 为 -0.4 , 而低收入国家的计算结果是 -0.8 。

根据一份主要的研究报告成果, 研究人员认为, 价格上涨的一半影响体现在吸烟者的人数上, 另一半则体现为继续吸烟者吸食香烟的数量上。他们还根据其他研究成果提出, 年轻戒烟者比年老的戒烟者更有可能避免因烟草而导致的死亡, 这种死亡的风险将持续地存在于所有继续吸烟的烟民中, 即使减少了吸烟的数量也是如此。

考虑到某些不确定性, 模型中所有变量均用计算时采用值的 75%—125% 作了敏感性分析。应该强调指出, 模型依据的假设都是保守的数字, 因此计算结果更可能在低端而不是高端出错。

些数据目前还没有, 如对非吸烟者造成代价的尺度等。税率水平还取决于收入和对价值观基础的假设, 而这些在各个社会中都是不同的。例如, 有些社会认为保护儿童比保护其他人更加重要。

用经济学的观点来看, 理想的税收应能使最后消费的香烟的边际社会成本等于其边际社会效益。但正如我们在上一章注意到的, 这些社会成本与效益的规模尚不得而知, 且几乎无法测算, 这是一个正在进行激烈争论的主题。很少有人会怀疑吸烟者会给被迫吸入二手烟的非吸烟者造成有形的代价, 从而使其子女和配偶承担被动

表 4.1 将烟价提高 10% 后，经劝说可能戒烟的吸烟者人数以及挽救的生命数

对 1995 年尚存活的吸烟者的影响，按世界银行地区划分
(百万)

地 区	吸烟者数量的变化	死亡人数的变化
东亚和太平洋地区	-16	-4
东欧和中亚	-6	-1.5
拉丁美洲和加勒比地区	-4	-1.0
中东和北非	-2	-0.4
南亚（香烟）	-3	-0.7
南亚（比第斯）	-2	-0.4
撒哈拉以南非洲	-3	-0.7
低/中收入	-36	-9
高收入	-4	-1
全世界	-40	-10

注：数字已经四舍五入。

资料来源：Ranson, Kent, P. Jha, F. Chaloupka, 和 A. Yurekli. 《提价与其他烟草控制政策干预措施的效果与成本效益》，背景资料。

吸烟的最沉重负担。但由于某些经济学家认为家庭是社会中最基本的决策单位，因此他们认为配偶及子女接触吸烟是一种内部成本，应在该家庭作出关于吸烟的决定时予以考虑，而不是一种由吸烟者加于他人的外部成本。同时，其他成本的规模，如治疗吸烟相关疾病的公共融资医疗费用等，是难以判定的，我们已经注意到这个问题。来自美国的某些研究报告试图计算出经济上合理的税额，它们得出的估计值范围较广，从几美分到几美元都有。

确定税收水平的另一种方法是选定一个能明确减少香烟消费量的比率，由此实现公共卫生的具体目标，而不是抵补吸烟的社会成本的目标。还有一个目的是确定税收水平，以尽可能多地获取来自这些较有效税种的收入。

本报告并不试图建议一种理想的税收水平，而是建议采取一种更加务实的方法：即观察运用综合和有效的控烟政策的国家，看它们采用了何种税收水平。在这类国家，一盒香烟价格中的税收成分占零售总成本的三分之二和五分之四。这些比例可用作其他国家适当提高烟价的参照。

减少需求的非价格措施：消费者信息，禁止广告和促销，以及限制吸烟的规定

高收入国家有大量证据说明，向成年消费者提供关于烟草成瘾的特性及其导致致死致残疾病的信息，有助于减少这些人的香烟消费量。我们将在本节研讨一系列这类信息的效果，包括业已公布的关于吸烟对健康影响的研究；香烟盒与广告中的警示；以及反烟广告信息等。我们还将概述烟草广告与推销活动的效果问题，以及当这些活动被禁之后将发生的事件。由于消费者通常能同时获得不同类型的信息，因此难以分别计量这些信息各自的效果，但高收入国家越来越多的研究成果和经验表明，每种信息都能产生巨大的影响。重要的是，这种影响对不同的社会群体来说是不同的。总的来说，与较年长的成年人相比，年轻人对烟草影响健康的信息不甚敏感，受过较多教育的人对新信息的反应速度要快于文盲或教育水平很低的人。当决策者策划符合本国之需的一揽子干预措施时，认识这些区别是有益的。

已公布的吸烟对健康影响的研究成果

在过去 30 年中，绝大多数高收入国家的吸烟率都出现了长期下降的趋势，这与人们提高了对吸烟危害性的认识这个长期趋势是吻合的。美国在 1950 年只有 45% 的成年人认为吸烟是肺癌的诱

因，到1990年，这个比例已达到95%。大体上在同一时期内，美国吸烟人口的比例从40%以上降到了大约25%。

在高收入国家，公众有很多机会置身于关于吸烟对健康影响的“信息冲击”之中，如官方关于这个问题的报告一经出版即被媒体广为宣传报道。芬兰、希腊、瑞士、土耳其、英国、美国和南非等不同国家都对这些信息的影响作了研究。一般而言，在公众对吸烟的健康风险尚未全面认识时，这种影响在与烟草有关疾病流行初期的人群中最为显著，也最为持久。随着认识的提高，新信息的冲击效果便减弱了。

有一份关于美国的分析报告是根据30年代至70年代末之间的时间系列数据作出的，它认为，包括美国医学总监1994年颇具影响力的报告在内的信息冲击有三次，它们总计减少了这一时期香烟消费量的30%。在最近的几十年中，来自若干个高收入国家的研究报告认为，公布关于烟草对健康影响的信息使消费量持续下降。以1960年至1994年的美国为例，有子女的父母能比无子女的单身成年人更加迅速地减少香烟消费量。研究人员认为，父母提高了对被动吸烟危害其子女的认识，这使他们放弃了吸烟。

中低收入国家迄今几乎没进行监测信息冲击影响的研究。但在不久前出版了关于吸烟对中国人健康影响的重要研究报告之后，中国开始监测吸烟的趋势。显然，公布能描述吸烟给健康造成后果的数据有一个前提条件，即要在第一地点收集这些数据。南非和印度最近发起运动，叫做“清点死于烟草的人数”，其方式是在死者的死亡证书上标明其吸烟状况，这种费用低廉的方法有助于提供描述各地区吸烟流行趋势与规模所必需的数据。

警示标签

即使是在消费者比较易于获得关于吸烟对健康影响等信息的国家，也有证据表明，关于这些影响的误解是广泛存在的，其部分原

因就是香烟的包装和警示。例如，在过去的 20 年中，很多制造商将香烟标为“低焦油”和“低尼古丁”等若干等级。高收入国家的很多烟民相信这些牌号比其他牌号的香烟更安全，而研究文献的结论则是没有哪种香烟是安全的。研究报告表明，很多消费者并不清楚烟草烟气的成分，包装上也未能向消费者提供他们所购商品的全面信息。

从 60 年代初开始，越来越多的国家要求香烟生产厂商在其产品包装上印刷健康警示语。到 1991 年，已有 77 个国家提出了这类要求，但坚持用反复出现的词句提出严重警告的很少，如图 4.3 所示。

一份来自土耳其的研究报告提出，健康警示在 6 年中使该国的消费量下降了大约 8%。南非于 1994 年使用了措辞严厉的警示语后，香烟消费量大幅度下降。在该项研究报告询问的烟民中，有一半以上（58%）提出他们是在警示的促动下戒烟或减少吸烟量的。但警示的一个致命弱点是它们无法使低收入国家中某些较贫困的群体获知，尤其是儿童和青少年。这些消费者在购买香烟时通常是论支而不是成盒购买。

人们有时争辩道，在某些信息来源较广且吸烟在几十年来不断蔓延的人群中，香烟盒上的警示语不太可能使吸烟率水平下降很多。但来自澳大利亚、加拿大和波兰的证据说明，只要这种警示字体大且显著，包含有震撼性的言辞和具体的实证信息，它们就依然有效。波兰在 90 年代末出现的新式警示分别占据了烟盒两个最大侧面的 30%，人们发现这与烟民决定戒烟或减少吸烟关系密切。在波兰男性烟民中，3% 宣称他们在新式警示使用后戒了烟；另外的 16% 说他们曾尝试戒烟；还有 14% 说，警示使他们更清楚地了解了吸烟对健康的影响。在女性中也有相似的效果。澳大利亚于 1995 年强化了警示措辞。与以前使用的措辞较为温和的警示相比，其促使烟民戒烟的影响看来更大些。1996 年加拿大的一份调查表

图 4.3 措辞强硬的警示

澳大利亚拟议中的平装香烟包装图例

<p>吸烟导致肺癌</p> <p>卫生部门警告</p>	<p>卫生部门关于肺癌的警告 烟草的烟气中含有很多致癌化学物质。当你吸入烟气时这些化学物质会损伤肺并导致肺癌。肺癌通常会在人们注意到之前生成并扩散。在大多数情况下，它会迅速致人死亡。</p>
<p>(图案)</p> <p>超级柔和</p> <p>30支</p>	<p>吸烟对心肺会立即产生不良影响，在数年后还会引起严重的疾病，如心脏病、中风、肺气肿，以及肺癌。如果你终生吸烟，那么你因吸烟而早亡的机会就高 1/4。开始吸烟的时间越早，吸得越多，吸得时间越长，你的危险就越大。</p> <p>吸食你二手烟的其他人也会受到伤害。你的烟会增加他们患胸部疾病、癌症和心脏病的风险。</p> <p>怀孕期间吸烟会伤害胎儿。</p> <p>由于尼古丁的作用，吸烟会上瘾。对尼古丁的强烈需求使戒烟产生困难。</p> <p>在任何年龄戒烟都有助于你的健康，减少患重病风险。</p> <p>如需更多信息或戒烟帮助，拨打戒烟热线 00811538</p>

资料来源：医学院《在无烟的环境中成长：防止儿童和青年尼古丁成瘾》，1994年，国家科学院出版社，华盛顿特区。

明，在有意戒烟或减少吸烟量的烟民中，有一半是因为读了烟盒上的警示语而促使他们作出了上述决定。

大众媒体的反烟广告运动

分析吸烟的负面信息对香烟消费量影响的研究报告已完成了若干份。这些负面信息或曰反烟广告，是由政府和健康促进机构散发

的，根据来自北美、澳大利亚、欧洲和以色列国家和地方层次的研究报告，它们一向被认为可以减少消费总量。瑞士的研究人员根据一份 1954 年至 1981 年进行的成年人烟草消费报告认为，大众媒体的反吸烟宣传持续地将同期的香烟消费量减少了 11%。在芬兰和土耳其，反吸烟运动也被认为有助于香烟消费量的下降。

学校反对吸烟的教育计划

学校普遍开展了反对吸烟的教育计划，高收入国家更是如此。但与其他多种信息传播手段相比，它们的效果似乎差些。即使是有些计划起初能减少开始吸烟者的数量，但它们的影响只是临时的；它们可以推迟开始吸烟的时间，但无法防止吸烟。以学校为基础的计划的明显缺陷与其说与计划的本质相关，倒不如说与它确定为目标的学生有更大的关系。正像我们已经观察到的那样，对关于某种行动对其健康带来的长期后果这类信息，年轻人的反应不同于成年人，其部分原因是更现时的行为，以及青少年通常会对抗成年人的建议。

香烟的广告和促销

有志于控烟的决策者应了解香烟广告和促销是否会影响消费。虽然没有直接的数据，但答案几乎是肯定的。关键的结论是禁止广告和促销是有效的，但前提是禁止活动要广泛开展起来，要覆盖所有媒体和所有在用的香烟名称和标记。我们在此简要地讨论一下有关证据。

关于香烟广告对消费者的影响存在着激烈的争论。一方面，公共健康的拥护者认为这类广告肯定增加了消费量。另一方面，烟草行业则宣称，其广告并未吸引更多的人开始吸烟，而只是鼓励现有的烟民继续吸烟或转向某一种牌子的香烟。面对这种情况，研究广告与销售之间关系的实证性报告通常的结论是，广告对消费量没有

积极的影响，或者是广告只产生了非常有限的积极影响。但这些报告可能会产生误导作用，原因如下。第一，经济理论认为，广告将对需求产生逐步递减的边际影响；即当加大了对某一产品的广告宣传后，消费者对其他更多广告的反应就会逐步减弱，直至增多的广告最终不会对消费者产生任何影响。烟草行业的广告花费水平较高，约占销售收入的6%，比其他行业的平均水平高大约50%。就是说，任何可能源自增加广告而来的消费增加量很可能微乎其微，而且难以察觉。这并不是说在没有广告的情况下消费量一定会与有广告时一样多，唯一可以忽略的是增加广告的边际影响。第二，广告对销售影响的数据通常是较长时间内所有广告商在所有媒体作用的高度集中反映，而且覆盖众多人口。因此，在较高离散分析水平上可能出现的任何细微变化被掩盖了。在使用聚集度较低数据的研究报告中，研究人员发现了广告对消费具有积极影响的更多证据，但这类报告成本不菲且耗费时日，因此并不常见。

考虑到这方面的种种问题，研究人员转为研究在将禁止烟草广告和促销作为衡量它们对消费有何影响的间接手段时，将发生哪些情况。

广告禁令的影响

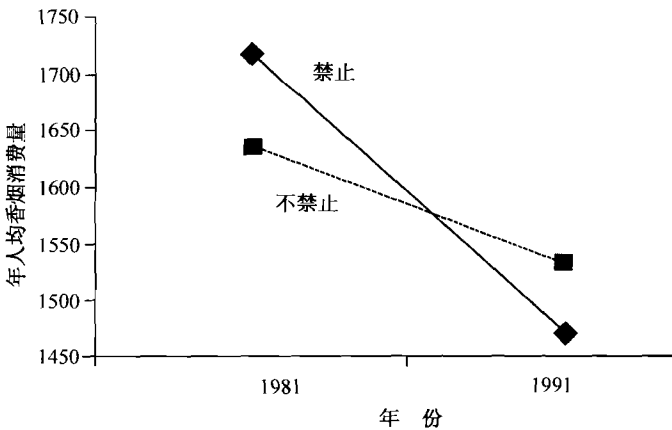
当政府在一种媒体上（如电视）禁止香烟广告时，烟草业会在其他媒体上用其他广告替代，而且几乎不会影响到销售总开支。有些研究报告查验了部分禁止香烟广告的效果，它们也同样发现这对吸烟几乎没有影响。但若对所有媒体上的广告和促销活动进行多重限制，烟草行业的选择余地就比较小了。绝大多数高收入国家自1972年起开始对更多的媒体和各类赞助实行更严格的限制。最近有一份关于22个高收入国家的研究报告根据1970—1992年的数据得出结论，认为大规模地禁止香烟广告和促销可以减少吸烟量，但范围较小的部分禁止则很少或没有什么作用。报告认为，如能实施

绝大多数限制措施，高收入国家的烟草消费量将下降6%以上。根据这些估计作出的模型说明，欧盟对广告的禁令（专栏4.2）能在欧盟范围内将香烟消费量减少近7%。另一份报告研究的是100个国家的情况，它比较了对广告和促销实行较全面禁止的国家和不加禁止国家的长期消费趋势。在几乎全面禁止香烟广告的国家，消费量下降的趋势明显得多（图4.4）。重要的是要注意，在这份研究报告中，某些国家消费量的下降可能还有其他原因。

除了经济方面的论述外，还有一些其他种类的研究工作，如调

图4.4 大规模禁绝广告降低了香烟消费量

大规模禁绝广告的国家与不禁止广告的国家相比人均香烟加权消费量变化趋势



注：这份分析涉及102个国家，不论是否大规模禁绝了香烟广告，15岁至64岁成人的人均香烟消费数据的变化，用1980—1982年和1990—1992年之间的人口加权。与非禁绝组相比，大规模禁绝广告的国家开始时处于较高的消费水平，但后来消费量较低。变化的原因是禁绝组消费量减少的速度要高于非禁绝组。

资料来源：Saffer, Henry: 《烟草广告与促销的控制》，背景材料。

专栏 4.2 欧盟关于烟草广告和促销的禁令

1989年，作为防治癌症扩充议案的一部分，欧洲委员会提出了一项指导方针，旨在限制以报纸和广告牌及海报等形式刊登烟草产品广告。欧洲议会于1990年修改了欧委会的提议，并表决通过了广告禁令。

委员会认为，当时它只能保证就部分禁止达成协议，但随后又认为，可以提出一项全面禁止的议案，这要根据各成员国取得的进展而定。1991年6月，委员会公布了一项经修改的提议，就烟草问题提出了指导意见。

在1992年至1996年期间，由于至少三个成员国（德国、荷兰和英国）的反对，在贯彻这项提议方面没有取得进展，但当工党赢得大选后，英国于1997年撤回了反对意见，它声明保证实行烟草广告禁令。1998年6月，提议提出的指导方针文本终于为欧委会采用。方针规定，在欧盟版图内，将全面禁止烟草产品的直接和间接广告（含赞助活动），所有条款将于2006年10月全面和最终生效。其要点如下：

- 欧盟所有成员国必须在2001年7月30日之前通过国家立法。
 - 在其后的一年中，印刷媒体上的所有广告必须清除。
 - 在其后的两年中，赞助活动（全球规模上组织的活动例外）必须取消。
 - 全球性的烟草赞助活动（如F-1车赛）可以继续三年，但在2006年10月1日之前必须终止。在这个逐步取消阶段，必须减少对赞助活动的总体支持，还要自愿限制烟草在这些活动中的出现次数。
 - 在销售点允许产品信息的存在。
 - 烟草贸易出版物可以刊登烟草广告。
 - 不是专门针对欧盟市场的第三国出版物不受此禁令限制。
- 禁令目前正在实施之中。
-

查儿童回忆广告词语的工作，它们认为，广告和促销的确影响着对香烟的需求，而且吸引着更多的人开始吸烟。这类广告吸引了儿童

的注意力，他们能记住广告的内容。越来越多的证据表明，烟草行业正将日益增多的广告和促销活动份额导向行将增长或有增长潜力的市场，包括某些年轻人的市场和特定的少数人群体，吸烟在这些人中刚刚流行开来。有些决策者关注人口中特殊群体的吸烟趋势，他们对这种研究的非经济部分可能会尤其感兴趣。

对在公共场所和工作场所吸烟的限制

目前，越来越多的国家和州政府正在对在餐馆和交通设施这类公共场所吸烟进行限制。在像美国这样的一些国家中，有些工作场所也受到公共限令的制约。这些限制的最明显收益显然属于非吸烟者，因为他们再不用置身于健康风险中，也不用再受环境中的烟雾之害。但正像我们已注意到的，绝大多数非吸烟者接触二手烟的地点通常不是公共场所或工作场所，而是在家里。由此说来，这些限制措施仅仅能部分地满足非吸烟者之需。

限制吸烟措施的第二个影响是它们减少了某些烟民的消费量并促使某些人戒烟。根据不同机构的估计，这类限制使美国的烟草消费量下降了4%—10%。要想使限制措施生效，看来必须获得对这些措施的普遍社会支持，要认识到置身于烟雾环境中的健康后果。除美国外，关于室内吸烟限制措施的成效数据尚不多见。

非价格措施对全球烟草需求的潜在影响

我们已描述了某些非价格措施效果的证据，包括消费者信息，公布科学报告和研究成果，警示，反烟广告，大规模禁止广告和促销活动，以及吸烟限制措施。作为本报告准备工作的一部分，专栏4.1描述过的模型用来评估这些众多非价格一揽子措施对全球香烟消费量的潜在影响。由于直到目前还几乎没人试图估计这些措施的总和影响，所以这个模型是建立在保守估计之上的。它提出，基于各种非价格措施效果的现有测算数据，其综合影响可以劝说2%—

10%的消费者戒烟。为保险起见，模型认为，对那些不戒烟的人来说，这些措施对他们每天吸食的香烟数量没有影响。

根据这些假定，1995年一揽子非价格措施将能使全世界吸烟者减少2300万，既使用这个假设的较低值，即如果在全世界实施各种非价格措施，也只能减少2%的消费者（见表4.2）。运用以前关于可以避免死亡的戒烟者的数量假定，该模型认为有500万人的生命可以得到挽救。

表 4.2 采取一揽子非价格措施后，经劝说可能戒烟的吸烟者人数以及挽救的生命数

(百万)

对1995年存活的吸烟者而言

地区	如一揽子措施降低了以下比例的吸烟率，吸烟者数量的变化		如一揽子措施降低了以下比例的吸烟率，死亡人数的变化	
	2%	10%	2%	10%
东亚和太平洋地区	-8	-40	-2	-10
东欧和中亚	-3	-15	-0.7	-3
拉丁美洲和加勒比地区	-2	-10	-0.5	-2
中东和北非	-0.8	-4	-0.2	-1
南亚（香烟）	-2	-9	-0.3	-2
南亚（比第斯）	-2	-10	-0.4	-2
撒哈拉以南非洲	-1	-7	-0.4	-2
低/中收入	-19	-93	-4	-22
高收入	-4	-21	-1	-5
全世界	-23	-114	-5	-27

注：数字已经四舍五入。

资料来源：Ranson, Kent, P.Jha, F.Chaloupka 和 Yurekli, 《提价和其他烟草控制政策干预措施的效果和成本效益》，背景材料。

尼古丁替代疗法和其他戒烟干预措施

除了增税和非价格措施外，还有第三套措施有助于减少烟草消费。它们是戒烟治疗和各类计划，如个人培训、医院治疗、咨询方案，以及品种不断增加的用来帮助戒烟的尼古丁替代治疗产品（NRT），还有商品名为 Bupropion 的抗抑郁症药品。NRT 产品的形式有膏药、口香糖、喷雾制剂等，吸入器可以在喷出少量尼古丁的同时，不散发出烟草烟雾中含有的其他有害成分。如果使用得当，高收入国家的主要医疗机构都认为 NRT 是安全和有效的。大量的研究成果认为，不论是否同时使用其他的干预措施，NRT 可以将其他戒烟工作的成功率提高一倍（表 4.3）。Bupropion 在美国试用时也显示出它是有效的。NRT 的一个重要优点是它可以自我管理。在那些提供干预支持的医疗专业人员资源有限的国家，这提高了它对于那些希望戒烟的烟民的实用潜力。

表 4.3 各种戒烟方法的效果

干预措施与对照	戒烟 6 个月或更长时间的吸烟者上升的比例
医务人员简单地建议戒烟 (3—10 分钟) 与不建议	2—3
简单建议再加上 NRT 与仅建议一项 或简单建议再加上安慰剂	6
密切支持（如吸烟者门诊）加上 NRT 与 密切支持或密切支持加上安慰剂	8

资料来源：Raw, Martin 等，1999 年，数据来自卫生保健政策与研究部门，以及 Cochnane 图书馆。

NRT 仅供治疗拟戒烟烟民的尼古丁戒断综合症的处方之用。NRT 产品迄今未见与任何心血管疾病或呼吸道疾病有关，人们一致认为，作为尼古丁的来源，它远比烟草更安全。当然，尼古丁肯定会产生生理作用，如血压升高等。但与香烟相比，NRT 产品所含尼古丁含量是较小的，释放速度也比较慢。NRT 是降低经常吸烟者戒烟成本的一种手段。

NRT 在各国的可获性是不同的。在某些高收入国家，NRT 是非处方药，而在其他国家，它们则是处方药。根据美国的数据而作的模型说明，如果将 NRT 视为非处方药，那么与将其视为处方药相比，戒烟的人会多得多，也能挽救更多的生命。模型预测，5 年内仅在美国一地即可挽救几乎 3000 人的生命。也有证据说明，烟民需要这种类型的帮助：在美国，NRT 作为非处方药销售始于 1996 年，到 1998 年，其销量上升了 150%。

在非高收入国家，获得任何形式的 NRT 的状况不尽相同：在阿根廷、巴西、印度尼西亚、马来西亚、墨西哥、菲律宾、南非和泰国，NRT 产品是公开销售的，但在某些国家中，供应仅限于若干主要的城市地区。在某些中等收入国家和很多低收入国家，市面上根本没有 NRT 产品。每天提供 NRT 产品的费用几乎同于每天提供烟草的平均费用，但由于 NRT 是按整个疗程出售的，所以需要每笔支付的数额较大。与香烟相比，NRT 产品的销售管理是很严的。

考虑到有关情况，很多决策者可能会筹划扩大获得 NRT 的途径，将其作为烟草控制政策的重要内容。有一种意见是放松对这些产品销售的控制，如增加这类产品的销售网点和延长销售时间，以及减少对包装的限制。

另一种观点认为，由于 NRT 有助于降低戒烟的成本，因此可以考虑在一段时期内以补贴价格或免费向希望戒烟的低收入烟民提供 NRT。这种方法正在一些地方进行测试。以英国为例，已有议

案建议，如果最贫困的烟民决定戒烟，他们就有资格获得一定量的免费供应的 NRT。将这类服务的目标定位于穷人对所有国家都是一项挑战。

显而易见，任何扩大获得 NRT 途径的决定都应慎重权衡。绝大多数国家都希望避免向儿童促销任何可成瘾物品。但高收入国家中医疗专业人员的一致看法是，如能有效地利用 NRT，它就是有益的，且应向希望戒烟的成年烟民推荐。尼古丁替代疗法的成本效益尚未深入研究，在绝大多数烟民生活的中低收入国家中尤其缺少这类研究。显然，关于成本与效益更多的信息对地方一级的决策者而言是有益的，无论是在确定这些工作是否应占用部分有限的公共资金方面，还是使决策者具有更稳固的行动基础方面，都是如此。

作为本报告背景材料的一部分，在更大范围内获得 NRT 的潜在影响已用与上述内容相同的方法建立了模型。为保险起见，假设这种疗法的效果低于来自高收入国家现有研究报告表明的效果。保守的假设认为，NRT 使用者的戒烟率将比非使用者高一倍，但烟民中只有大约 6% 会使用 NRT 来戒烟，据此我们估计，1995 年 600 万烟民将能戒烟，100 万人的死亡将得以避免。另一方面，如有 25% 的烟民使用 NRT，我们认为 1995 年 2900 万烟民将能够戒烟，700 万人的死亡可以避免。

注 释

1. 亚当·斯密《国富论》，1776 年。Edwin Canaan 编辑的版本，芝加哥大学出版社，芝加哥，1976 年。
2. 例如，如税款占到零售价的五分之四，就要求烟价在每盒厂价（未加税）的基础上增加 4 倍。例如，如果不含税价是 0.5 美元，那么税款就应是 $0.5 \times 4 = 2$ 美元。零售价就是 2 美元（税款）+ 0.5 美元（厂价）= 2.5 美元。当然，对零售价的影响各国是不尽相同的，这要取决于批发价等零售因素，但从广义上讲，这种水平的增长将使中低收入国家中按人口加权的价格上升 80% 至 100%。

第五章

减少烟草供应的措施

尽管有大量证据表明对烟草的需求是可以减少的，但减少其供应量的成功例证却少得多。我们将在本章简要地讨论某些国家试图通过贸易限制或农业政策，限制获得烟草渠道和减少其供应量的经验。在本章的第二部分，我们将讨论政府可以藉以减少烟草供应量的一条关键措施：控制走私活动。

绝大多数供方干预措施的效果有限

关于市场的一个基本观点是，如果某个某种商品的供应者被禁止经营，另一家马上就会出来取而代之，前提是存在着取代的优惠鼓励措施。正如本章讨论指出的那样，目前就存在着明确鼓励供应烟草的措施。

禁烟

考虑到烟草危害健康的能力是空前的，有些公共健康的拥戴者已呼吁禁烟，他们认为烟草的问题不在于其消费，而在于它的生

产。禁烟积极分子指出，当烈酒供应在 20 世纪初期受到限制时，与酒精有关的疾病明显减少。例如，在第二次世界大战中，烈酒的供应在法国巴黎受到了限制，当时的人均酒精消费量下降了 80%。死于肝病的男性在一年内减少了一半，在其后的 5 年内下降了五分之四。战后烈酒的供应又敞开了，肝病死亡率又回到了战前水平。

但由于若干个原因，禁烟可能既不可行又没有成效。首先，就算禁绝了烟草，它们还会被广为使用，就像很多违禁药物的情况一样。第二，禁烟本身也会带来问题：它很可能使犯罪活动增加，并带来警察执法费用高昂这个问题。第三，从经济角度看，最适宜的烟草消费量不是零。第四，在绝大多数国家，禁烟在政治上是不可能被接受的。印度最近曾试图禁绝一种叫“古特卡”的咀嚼烟草，但却失败了，其主要原因就在于反对禁烟的政治势力。

限制年轻人接触烟草

高收入国家多次尝试对向青少年出售香烟加以限制。从现有情况看，这类限制措施还没显示出成功的迹象。总的来看，对年轻人的限制措施难以实施，尤其是十来岁的孩子经常能从较年长的伙伴处，有时是从父母那里得到香烟。此外，在烟草消费量正在上升的低收入国家，实施和强化执行这些措施所必需的体系、基础设施和资源与高收入国家相差很多。

作物替代和多种经营

种植烟草的国家有 100 多个，其中大约 80 个是发展中国家。有 4 个国家的产量占了总产量的三分之二：1997 年，中国的烟草种植占了所有烟草种植总量的 42%，美国、印度和巴西的产量约占总量的 24%。产量最高的 20 个国家占了总产量的 90% 以上（见表 5.1）。在过去 20 年中，高收入国家的产量占全球总产量的份额从 30% 下降到 15%，而中东和亚洲国家的这个份额则从 40% 上升

表 5.1 位列前 30 名的烟草生产大国 (1997 年数据,按产量排序)

国家	产量 (1000 吨)	与 1994 年相比 的产量变化	占世界总产量 的份额 (%)	面积 (1000 公顷)	占世界总面积 的份额 (%)	出口比例 ^a (%)	进口比例 ^b (%)	烟草出口收入 (占 1995 年出口 总值的百分比)
中国	3390.0	51.5	42.12	1880.0	38.4	2.9	4.7	0.68
美国	746.4	4.0	9.27	328.4	6.7	35.5	7.4	0.55
印度	623.7	18.1	7.75	420.2	8.6	23.2	c	0.44
巴西	576.6	30.5	7.16	329.5	6.7	77.0	0.2	2.55
土耳其	296.0	57.7	3.68	323.0	6.6	89.3	0.5	1.17
津巴布韦	192.1	8.0	2.39	99.3	2.0	109.7	c	23.05
印度尼西亚	184.3	15.2	2.29	217.5	4.4	10.2	27.6	0.42
马拉维	158.6	61.7	1.97	122.3	2.5	74.2	c	60.64
希腊	132.5	-2.2	1.65	67.3	1.4	74.5	12.8	2.05
意大利	131.4	0.3	1.63	47.5	1.0	78.7	18.3	0.04
阿根廷	123.2	50.3	1.53	71.0	1.5	60.6	5.1	0.59
巴基斯坦	86.3	-14.0	1.07	45.9	0.9	1.6	c	0.08
保加利亚	78.2	124.3	0.97	48.5	1.0	53.5	58.3	5.40
加拿大	71.1	-0.5	0.88	28.5	0.6	24.0	12.6	0.04
泰国	69.3	17.4	0.86	47.0	1.0	48.5	15.3	0.11
日本	68.5	-13.8	0.85	25.6	0.5	0.5	145.4	0.04
菲律宾	60.9	8.7	0.76	29.4	0.6	17.2	18.3	0.17
韩国	54.4	-44.8	0.68	27.2	0.6	8.4	26.2	0.02

续表

国家	产量 (1000 吨)	与 1994 年相比 的产量变化	占世界总产量 的份额 (%)	面积 (1000 公顷)	占世界总面积 的份额 (%)	出口比例 ^a (%)	进口比例 ^b (%)	烟草出口收入 (占 1995 年出口 总值的百分比)
墨西哥	44.3	-35.1	0.55	25.4	0.5	31.8	8.3	0.11
孟加拉国	44.0	-26.7	0.55	50.3	1.0	c	16.1	0.03
西班牙	42.3	0.1	0.53	13.3	0.3	53.9	126.7	0.06
波兰	41.7	-3.3	0.52	19.0	0.4	6.9	66.4	0.12
古巴	37.0	117.6	0.46	59.0	1.2	13.5	0.8	n. a.
摩尔多瓦	35.8	-15.8	0.45	17.2	0.4	61.4	6.7	6.90
越南	32.0	N/A	0.40	36.0	0.7	n. a.	n. a.	0.04
多米尼加 共和国	30.3	41.7	0.38	21.2	0.4	58.1	2.2	5.26
马其顿	30.0	n. a.	0.37	22.0	0.4	n. a.	n. a.	5.44
吉尔吉斯	30.0	-33.3	0.37	12.0	0.2	76.7	3.3	6.96
南非	29.0	-1.4	0.34	14.9	0.3	41.5	55.5	0.31
坦桑尼亚	25.1	15.1	0.31	n. a.	n. a.	55.8	c	4.53
全球总计	8048.4	25.9	100.0	4893.8	100.0	25.3	24.4	

a. 出口与国内产量之比。

b. 进口与国内生产量之比。

c. 不足 0.1%。

n. a. 没有数据。

资料来源: Van der Merwe, Rowena 等,《烟草控制政策的供方影响》,背景材料(数据根据美国农业部,粮农组织和其他来源的数据编制)。

到60%。非洲的份额从4%上升到6%，其他地区的变化不大。

虽然中国将绝大多数烟草用于国内市场，但其他烟草大国则将其产量的大部分用于出口。巴西、土耳其、津巴布韦、马拉维、希腊和意大利都将其产量的70%以上用于出口。全世界严重依靠烟叶出口以换取出口收入的国家只有两个国家——津巴布韦烟叶出口收入占总收入的23%，马拉维则占61%。其他几个国家，保加利亚、摩尔多瓦、多米尼加共和国、马其顿、吉尔吉斯斯坦和坦桑尼亚都将烟草作为外汇的重要来源，但它们在全球烟草种植市场的份额不大。对马拉维、津巴布韦、印度和土耳其等农业经济为主的国家而言，烟草是一项主要的收入来源。

从历史上看，烟草一向是对农民具有很大诱惑力的作物，它在每单位土地上产生的净收入要高于绝大多数经济作物，且大大高于粮食作物。如在津巴布韦最适于烟叶生长的地区，烟叶的赢利大约比赢利仅低于它的其他作物高6.5倍。农民们出自很多实际原因也认为烟叶是一种有吸引力的作物。首先，与其他作物的价格相比，烟草的国际价格比较稳定。这种稳定性使农民能事先计划，并为其他企业和烟叶种植获得信贷。第二，烟草工业通常向烟农提供强有力的实物支持，包括材料和建议。第三，烟草行业常向烟农提供贷款。第四，其他作物可能会给农民带来储存、收获和运输等问题。烟草不像其他作物那样容易腐烂，烟草行业还能帮助烟民运输和收获；相反，收获延迟，付款不及时和价格波动则会使其他作物蒙受摧残和损失。

目前已有若干项用其他作物替代烟草的试验计划。但除了尚有争论的加拿大案例之外，还没有确凿的证据证明，这些计划作为减少烟草消费的方式获得了成功，其原因就是虽然目前的烟草价格没有波动，但农民缺乏参与的积极性，以及其他烟农已准备好取代想改种其他作物的农民。然而，作物替代在范围更广的多种经营计划中偶尔能有一席之地，其前提是它能帮助最贫困的烟农转而获得其

他谋生手段。我们将在下一章中更详尽地讨论这个问题。

对烟草生产的价格支持和补贴

虽然发展中国家通常会对来自烟草的出口收入征税，但从传统上讲，像美国、欧盟成员国和加拿大这类的高收入国家，中国也同样，还在向种植烟叶的农民提供价格支持和其他补贴。补贴烟草生产的动机包括保持价格的高价位和稳定，支持小型家庭农场，控制从国外进口烟草以节省外汇，以及维护政治上的支持。这种补贴通常是与进口限制措施同时出现的。

高收入国家的政府利用这些为生产者制定的价格支持性政策，人为地提高了烟草和烟草产品的国际价格。经济学家认为，只要价格是以这种方式提高时，烟民就会作出减少消费量的反应。但有证据表明，如果它对消费具有这样影响的话，也是微不足道的。在绝大多数高收入国家，如美国，烟叶的生产者价格只占香烟价格很小的一部分。此外，价格较低的烟草进口量正在上升。因此，这类价格支持和补贴对一盒香烟价格来说，其差异可以忽略不计。最近有一份分析报告指出，这些计划使美国的烟价提高了1%。这种幅度的提高对消费几乎没有影响。同样，取消补贴也不可能造成香烟消费量的大幅度增加。

取消价格扶持和补贴将对全世界的生产产生何种影响尚不清楚。美国国内较高的价格可能有助于生烟叶的国际价格，从而为低收入国家的农民提供更高的收益。另一方面，如果补贴和贸易限制都取消了，那么对低收入国家农民就会造成好坏参半的影响。例如，如果美国自产烟草的价格因补贴的取消而下降，香烟生产商会加大本国烟草的使用量，从而减少进口来自低收入国家的质量较低烟草的数量。但同时，在更加自由的贸易体制下，这种烟草的进口量将会上升。

不论对消费的影响多么微小，这类价格扶持和补贴在农业和贸

易政策稳妥的框架内几乎是没有什么意义的。它们最重要的作用大约在政治方面，即能增加在烟草生产中拥有潜在利益者的人数。

对国际贸易的限制

自由贸易已向世人表明，它能增加消费者的选择和提高生产效率。若干份研究报告认为，自由贸易加速了中低收入国家的经济增长速度。虽然舆论普遍有利于自由贸易且声势浩大，但与绝大多数其他可贸易消费品相比，烟草对健康的危害显然更大些。决策者面临的关键问题是决定如何控制烟草，而又不损害自由贸易原应带来的有益结果。正如我们在第一章所研究的，贸易自由化是中低收入国家烟草消费量增加的原因。贸易限制会相应地妨碍这种增长似乎是符合逻辑的。但还存在着若干个原因来解释为什么这类限制措施会产生不利后果。一个关键的原因是，限制措施很可能会引起报复性行动，进而降低经济增长速度和收入水平。同时，贸易自由化已形成了通过关税及贸易总协定（GATT）作出的国际反应，GATT使各国有权采取和实施保护公共健康的措施。这类措施的条件是它们要平等地适用于本国产品和进口产品。GATT第20款明确指出，因保护人类健康所必需的措施不应受到自由贸易要求的妨碍。

1990年，泰国曾试图禁止香烟进口和广告，这个行动招致了美国烟草公司的挑战。GATT的一个小组调查了情况后裁定，泰国不能禁止香烟的进口，但可以征税，禁止广告，采取价格限制措施，以及要求在泰国出售其产品的所有生产厂商在香烟盒上印刷措辞强硬的警示语及所含成分说明。GATT小组的裁定甚至被解释为这样一种说法，即泰国应禁止所有烟草产品在该国销售，前提条件是禁令同等地适用于国产香烟和外国产香烟。泰国实施了强有力的削减需求措施，包括广为禁止香烟广告和促销，以及在烟盒上印刷措辞强硬的警示语。这项重要的决定以及泰国迅速和坚定的反应为各国树立了一个先例，即如何在维护自由贸易的同时，采取干预措

施以减少烟草需求。

与走私坚决斗争

香烟走私是个严重问题。研究人员估计，国际上出口香烟中有大约 30%，即大约 3550 亿支香烟损失在走私中。这个比例要比绝大多数在国际间交易的消费品比例高得多。在那些税额与邻国存在巨大差异的国家，或腐败普遍流行的国家，以及允许销售走私货的国家，这个问题便更加突出。我们在此将简要地描述走私问题的内容并讨论控制走私的若干方案。控制走私的益处从原则上讲并非它能减少供应量，而是它有助于高效率地进行旨在减少需求的价格上调。

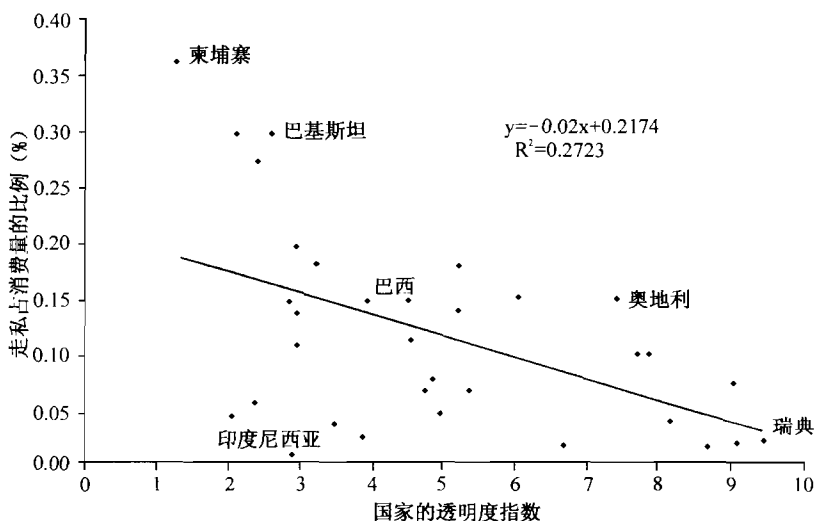
各国香烟价格的差异肯定会提高走私香烟的积极性。但走私的决定性因素看来不仅仅是价格。为本报告准备的一份研究报告对此进行了评估，即诸如一国腐败总体水平之类的其他因素能在多大程度上影响到走私的规模。利用根据透明国际的国别索引而编制的腐败水平标准指标，这份报告认为，除了几处明显的例外，一国烟草走私的水平通常会随该国腐败程度的提高而提高（图 5.1）。

大规模的香烟走私依赖于犯罪组织，依赖于在目的国分配走私香烟的相对复杂的系统，以及对香烟在国际间的流动缺少控制手段等因素。绝大多数走私的香烟都是国际名牌。走私涉及到巨额款项：有组织的走私者花 20 万美元可以买一集装箱的 1000 万支香烟，对此他们并不付税。等量香烟在欧盟的财务价值至少是 100 万美元，其中含国内消费税、增值税（VAT）和进口关税。走私者的利润高到了足以抵补长途运输成本的地步。

香烟通常在原产国和正式目的国之间的转口交易中被走私。为鼓励各国间的贸易，所谓转口交易体系是这样运作的：它们对来自

图 5.1 烟草走私通常随腐败程度的加深而扩大

走私具有透明指数的功能



资料来源：Merriman, David, A.Yurekli 和 F.Chaloupka, 《全球香烟走私问题有多严重?》，NBER 工作文件，马萨诸塞坎布里奇，国家经济研究局，即将出版。

A 国销往 B 国且通过 C 国、D 国等转口的应税货物暂时缓征海关关税、国内消费税和 VAT。但有很多香烟根本到不了目的港，因为它们已被非正式的商人给买卖了。另一种形式的走私称为“往返旅行”，它发生于邻国间烟价差异较大的情况中。如加拿大、巴西和南非的出口香烟已被登记进入了邻国，但又在原产国出现了，这时其价格已降低，也没有上税。

走私能否成功取决于香烟能否在短期内通过众多所有者传递，这实际上使人不可能追踪其去向。此外，对非法销售的处罚不严和难以区分合法与非法的销售也会降低走私者的风险。例如，在俄罗

斯和很多低收入国家，大多数香烟是在街上销售的。

经济学理论认为，烟草行业本身将由于走私的存在而受益。关于走私的影响的研究报告表明，当走私烟占了销售总量较高百分比时，所有香烟（不论是否含税）的平均价格都将下降，从而增加香烟的总销量。因此，在向进口品牌香烟关闭的市场上走私烟的存在，将有助于增加对这些品牌的需求，并由此提高其市场份额。它还将影响政府调低税率。

关于各种反走私措施效果的经验和研究成果迄今尚不多见。但决策者可考虑以下若干个方案。第一，香烟包装应能使消费者和执法者更清楚地看出它是否合法，方式是在已完税香烟的烟盒上加盖不易伪造且显著的税讫章，并对免税烟进行特殊包装。用当地文字书就的措辞强硬的各种警示也有助于区分销售是合法还是非法的。第二，对走私的惩处力度应非常严厉，要足以震慑那些现在还认为吃官司风险不大的那些人。第三，从生产厂商到消费者之间各环节上的所有各方都应领取执照。法国和新加坡就是如此办理的。第四，应要求生产厂家在每盒烟上加盖序号章以便查询。烟盒标注的技术越来越先进，它也应提供分销商、批发商和出口商的信息。第五，应要求生产厂家负责改进簿记工作，以确保其产品的最终目的地与原先正式计划的一致。计算机化的控制系统将使各国政府有能力追踪每一件货物，并在任何时间检查其所在。这套系统已在中国香港建成。第六，应要求出口商在包装盒上注明最终目的国的国名，并用该国的文字印刷健康警示语。如果国际烟草公司在当地生产香烟，这条就应在包装上申明，这有利于识破走私的香烟和提高人们对这些香烟的认识。若干个国家正在加快开展反走私活动的速度。例如，英国最近公布了一项反对烟草和烈酒走私的一揽子计划，其总值超过了5500万英镑，其中包括提供新设的员工职位。随着经验的增加，改善所有受影响国家中控烟工作的前景很可能会更加光明。

第六章

控制烟草的代价与后果

虽然烟草显然对人类的健康构成了威胁，但很多国家的政府，尤其是中低收入国家的政府，还没有采取重大行动来减少它带来的损失。在某些情况下，这是由于威胁的程度被低估了，或是由于对减少烟草消费人们几乎无能为力这个错误观点。但是很多国家的政府之所以犹豫不决的原因是，它们担心控烟会带来不利的经济后果。我们将在本章讨论关于控烟对经济和个人有何后果的某些共同关心的问题，尔后再评估一下干预措施的成本效益。

控制烟草会危及经济吗？

我们将以回答某些最常被问及的问题这种形式，依次简要地讨论某些共同关心的问题。

如果对烟草的需求下降，是否会丧失很多就业机会？

有些国家的政府不对烟草采取行动的一个主要原因是它们担心造成失业。这种担心的主要出处是烟草行业的观点，它认为控烟措

施会在世界范围内造成数百万工作机会的丧失。但若更仔细地审视这个观点以及它们所依据的数据，就会发现，控烟对就业的不利影响被严重地夸大了。在绝大多数经济中，烟草生产只占一小部分。除极少数严重依赖于烟草种植的农业国家外，所有国家都不会发生工作机会的净丧失，而且如果全球烟草的销量下降，工作机会甚至还会增加。其原因在于原来花费在烟草上的钱将用于其他货物与服务，进而创造出更多的工作。即使是少数几个依赖烟草的国家，其市场也大得足以确保在未来很多年内的工作机会，就算是面临着需求逐步下降的局面，情况也是如此。

烟草行业估计，全世界有 3300 万人参与烟草种植。这个总人数包括了季节工、临时工以及烟农的家庭成员。它还包括除烟草外还种植其他作物的农民。在总人数中，大约 1500 万在中国，350 万在印度。津巴布韦的烟农约有 10 万人。高收入国家的雇用规模较小，但也人数不少，如美国有 12 万个烟草农场，欧盟则有 13.5 万个，它们大多是小农场，位于希腊、意大利、西班牙和法国。烟草行业的制造部分只是工作的次要来源，因为它已实现了高度机械化。在绝大多数国家，烟草制造领域的工作岗位大大低于制造业总就业人数的 1%。但这方面有几个重大的例外情况。在依赖于烟草制造的印度尼西亚，烟草制造业占制造业产出的 8%，土耳其、孟加拉国、埃及、菲律宾和泰国的这个比例为 2.5% 至 5%。总体而言，烟草生产显然只是绝大多数国家生产中的一个较小部分。

控烟意味着丧失大量工作机会这个观点的根据通常是烟草行业资助完成的研究报告，它估计了烟草行业各个部门的工作岗位数量、与这些工作相关的收入、烟草销售创造的税收收入，以及烟草在任何有关领域对国家的贸易平衡所作的贡献。这些报告还估计了烟草种植和制造业所获收入对刺激其他经济部门发展的增值效应。但报告使用的方法受到了批评。第一，它们评估的是烟草行业对就业与经济的总贡献。但它们很少考虑的事实是，如果人们不再为烟

草花钱，他们通常会把钱花在其他方面，进而创造出另外的工作机会予以补偿。第二，它们的方法高估了任何减少需求的干预措施的影响，其原因是它们对某些变量的估计，如对吸烟的发展趋向和香烟生产机械化的发展趋向的估计通常是静态的。

关于烟草对具体的经济活动有何影响的独立研究报告得出了不同的结论。研究报告不是考虑烟草对经济的总贡献，而是估算其净贡献，即在考虑了因开支没有用于烟草而创造出其他工作机会的补偿影响后，所有与烟草相关的活动为经济造成的效益。这些报告的结论是，除了极少数几个烟草生产国之外，控烟政策对就业的全局几乎没有什么消极影响。

英国的一份研究报告发现，如果前吸烟者把钱用于奢侈品，或拟减少需求的非税收措施造成税收的任何下降因对其他产品与服务征税而得以抵销，那么1990年工作机会的增加就会超过10万个全日制工作岗位。美国的一份研究报告发现，假如能取消所有国内消费，那么在1993年至2000年间工作数量将增加两万个。虽然在美国烟草种植地区会发生工作的净损失，但由于有些钱不再用来购买烟草，而是注入经济的其他领域，所以全国的就业总人数还会上升。当然，行业调整是艰难的，在短期内会引起社会和政治问题。但各国都可以通过这种调整前进，烟草行业也不会例外。

研究成果不仅限于高收入国家。有些低收入国家也会获得惊人的效益。如根据本报告的背景研究，孟加拉国的香烟几乎都是进口的，如该国的国内消费能被取消，那它将明显受益。在其经济的正常组成内，如果烟民将钱用于其他货物与服务，那么工作净收益将高达18%。

烟草消费的全球性下降对经济的影响将有所不同，这要取决于经济的类型。各国可以编为三组。第一类包括烟草生产量高于消费量的国家，即净出口国，如巴西、肯尼亚和津巴布韦。第二类是产量与消费量持平的国家，即所谓“平衡的”烟草生产国。第三类是消

费量高于产量的国家,即净进口国和完全进口国。到目前为止,这一类国家数量最多,包括如印度尼西亚、尼泊尔和越南这类国家。

对数量最大的那组国家来说,也就是净进口国和完全进口国,控烟的大部分后果要由消费者承担,可能创造出的工作机会要多于丧失掉的(表 6.1)。但少数严重依赖于烟草的农业国可能会出现全国性的工作机会丧失局面。受影响最严重的产烟国会是那些出口绝大部分烟草的国家,如马拉维和津巴布韦。有一个模型表明,如果津巴布韦明天就停止国内的烟草种植,那么它就会净丧失 12% 的工作机会。但应强调,出现这种极端情况是不太可能的。

表 6.1 关于减少和取消烟草消费对就业影响的研究报告

国家的类别, 国名和年份	在某个年度中就业 占经济比例的净变化	假 设
<u>净出口国</u>		
加拿大(1992年)	0.1%	取消全部国内消费支出,根据“平均”消费模式支出。
美国(1993年)	0%	同上
英国(1990年)	+0.5%	减少40%的烟草消费支出,根据“最近终止”消费模式支出
津巴布韦(1980年)	-12.4%	取消全部国内烟草消费和生产,根据“平均”投入产出模式重新分配
<u>进出口平衡的烟草生产国</u>		
南非(1995年)	+0.4%	取消全部国内烟草消费支出,根据“最近终止”消费模式支出
苏格兰(1989)	+0.3%	取消全部国内烟草消费支出,根据“平均”消费模式支出。
<u>净进口国(方)</u>		
美国密执安州(1992年)	+0.1%	同上
孟加拉国(1994年)	+18.7%	同上

资料来源: Buck, David 等, 1995年; Irvine. I.J. 和 W.A.Sims, 1997年; McNicoll, I.H 和 S.Boyle, 1992年; Van der Merwe, Rowena 等, 背景材料; Warner, K.E; 和 G.A.Fulton, 1994年; Warner.K.E 等, 1996年。

在家庭和小型农村社区这个层次上，这种调整意味着收入的损失、动荡，以及可能发生的重新安置。很多国家的政府都认为，设法使这个进程平缓进行具有重要意义（见专栏 6.1）。

专栏 6.1 帮助最贫困的农民

烟草生产出现急剧和突然下降的可能几乎不存在。正像前一章所述，限制烟草生产的供方政策对大多数国家来说都极不可能有实际意义，或能在政治上被接受。同时，如果对烟草的需求下降了，它的速度也是缓慢的，这就能够以同样缓慢的进程对那些受到最大影响的国家进行调整。

对决策者而言至关重要的是，要精确评估逐步下降的需求影响烟草种植社区的方式。绝大多数高收入国家的研究报告表明，这些国家烟草种植区的经济已逐步实现了多样化。在这些国家，烟农从事经济调整已有几十年时间，与以往相比，很多烟草农场社区可以依赖更加多样化的经济活动。人们普遍有兴趣实现进一步的多样化。例如，最近一份关于美国烟农的调查表明，被访者中有一半至少了解本县其他烟农正在开展的其他盈利性农业活动。较年轻和受过较多教育的农民比年长的农民更热衷于多种经营，也更可能认为多种经营是可行的。同样，调查访问的农民中有相当数量的人了解变革的前景，并承认变革将是缓慢的。虽然 80% 以上的受访者说他们本人都期望留在烟草种植业，但有 30% 承认他们不会建议儿女继承父业。

当然，政府有若干条理由向最贫困的农民提供援助来抵补变革的代价。农场是农村就业的主要源泉，并被很多国家视为具有重要的社会意义。此外，农民可以代表反对控烟的重要政治力量。政府的正确措施应包括若干项不同的工作，如鼓励推行稳妥的农业和贸易政策，制定和提出内容广泛的农村发展计划，对作物多样化、农村培训和其他社会安全保障系统提供协助。有些国家建议，这类支持措施的费用应用烟草税支出。政府也可以学习地方工作的成功经验。以美国为例，有些历来依赖烟草的农村社区与公共医疗界结盟，就减少烟草消费和促进农村社区可持续发展的基本原则达成了一致意见。

提高烟草税会减少政府收入吗？

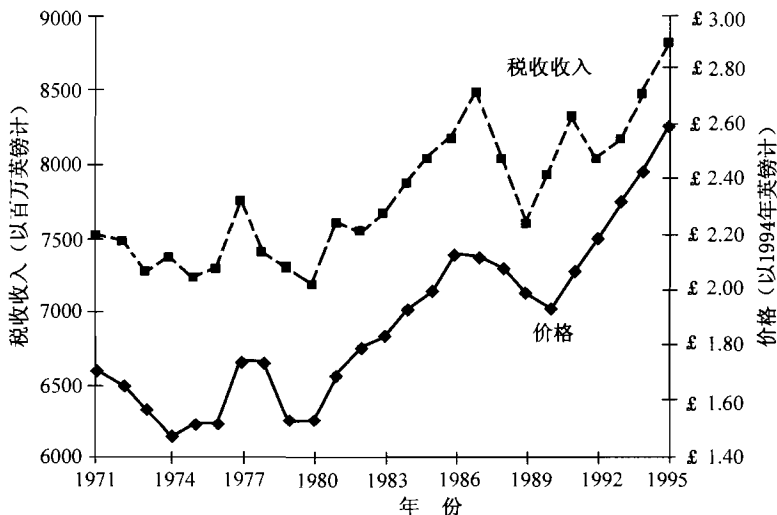
决策者反对提高烟草税的论据通常是这样的，增税导致的需求下降是以牺牲政府最重要的收入为代价的。事实上，在中到短期内，情况恰恰相反，甚至当局势在相当长时间内不甚明朗时也是如此。提高烟价肯定会减少消费，但由于香烟需求的弹性较差，因此税收在短期内可望会上升。香烟消费量会因增税而下降，但幅度会小于烟价的上涨。以英国为例，该国的香烟税在过去30年中多次上调。部分是由于这种上调，部分是由于人们关于吸烟对健康影响的认识在稳步提高，从而使同期内香烟消费量急剧下降，年销售量在30年中从1380亿支下降到800亿支。但收入仍然在增长。在英国，税率每上升1%，政府的收入就会上升0.6%—0.9%（见图6.1）。本报告建立的模型认为，香烟消费税在全球范围内如能适当上调10%，就能使烟草税的总收入增加大约7%，其影响在各国会有所不同。

有些非价格措施，如广告和促销禁令、大众信息和警示语等，预计会使收入降低。开放尼古丁替代疗法的干预措施和其他戒烟干预也会减少消费，进而减少收入。但所有这些对收入的影响都是逐步显现的，包括增税在内的综合性控烟一揽子方案在任何情况下都会导致收入的净增加。

当然，重要的一点是要承认，如果控烟的最终目标是有益于人类健康的话，那么决策者希望看到的理想局面是，烟草消费量最终要下降到烟草税收也开始下降的水平。这种收入的最终丧失可被视为控烟成功的一个尺度——或社会为减少吸烟以有益于健康而付出的意愿。但这是一种理论上的可能性而不是现实。从目前的情况来看，发展中国家烟民的数量在今后30年中预计还会增加。同样重要的是，各国政府完全应开征能取代烟草税收收入的另一种所得税或消费税。

图 6.1 烟草税提高后，收入也增加了

1971—1995 年英国香烟的实际价格和烟草税收收入



资料来源：Townsend, Joy: 《税收政策在烟草控制工作中的作用》，Abedian, I. 等人编著：《烟草控制经济学》，南非，开普敦，应用财政研究中心，开普敦大学。

提高烟草税会使走私大量增加吗？

人们一直在辩解说，增税会造成香烟走私和相关犯罪活动的增加。在此情况下，香烟消费量仍然居高不下，但税收收入则会下降。然而，经济学和对众多高收入国家经验的其他分析表明，即使是在走私率高的情况下，增税也会使收入提高和香烟消费量下降。因此，虽然走私的确是个严重问题，而且各国间烟草税税率的巨大差异是刺激走私的一个因素，但反走私的适当对策不是降低税率或放弃增税。真正应进行的是粉碎犯罪活动。第二个逻辑结论是，邻国间香烟税率的协调将有助于减少刺激走私的诱因。

加拿大的经验清楚地说明了这些问题。在 80 年代初期和 90 年代，加拿大大幅度上调了香烟的税率后，实际价格明显上升。1979 年至 1991 年间，青少年吸烟下降了几乎三分之二，成年人的吸烟也下降了，而香烟税收入却显著增加了。但出自对走私日益猖獗的担心，该国政府大幅度降低了香烟税。青少年吸烟率随即回升，总吸烟率也再次上扬。同时，联邦烟草税收下降的幅度超过了预期的一倍以上。

南非的经验也能说明问题。南非在 90 年代大幅度提高了香烟的消费税，升幅高达 450% 以上。税收占售价的比例从 38% 上升到 50%。走私则从零上升到占市场份额的大约 6% 这个全球平均水平，这并不令人惊奇。销量下降 20% 以上意味着在走私有所增加的情况下，消费还是出现了明显的净下降。与此同时，以实值计的税收总收入增加了一倍多。

一份经济研究报告评价了各种不同的税收安排对在欧洲各国间走私香烟有何刺激的潜在影响。其结论是，即使考虑了走私率数倍于欧洲报告的数字，提高税率仍能带来更多的总收入。报告认为，在那些香烟定价已然很高的国家，由提价导致的走私很可能是个更加严重的问题。向烟价较低国家的走私受提价的影响较小。

贫穷的消费者是否会承担最沉重的财政负担？

很多国家都有这样一种共识，即税收体系应是平等的，其观点是支付能力最强的人应缴纳最高比例的赋税。这种共识在累进税体系中得到了反映，在该体系中，边际税率随着收入的提高而提高。然而烟草税是递减的，即它像对其他消费品征收的消费税一样，将不成比例的沉重财政负担置于低收入者肩头。由于贫困居民的吸烟现象比富足居民更为普遍，贫穷的烟民用于香烟税的支出占收入之比要高于富足的烟民，因此这种递减性会进一步增加。

人们担心，随着税率的提高，贫困烟民将会把越来越多的收入

用于香烟，从而导致家庭生活的明显困顿。即使需求缩减了，但只要贫困烟民继续消费多于富人的烟草，他们仍将支付更多的税，这是真实的情况。众多的研究报告表明，收入较低的人比高收入者对价格变化更为敏感。由于他们的消费下降得更加显著，故其相对税赋与较富的消费者相比也将下降，尽管其支付的绝对值仍然更大些。有两份分别来自英国和美国的研究报告支持了这样一种观点，即尽管烟草税本身是递减的，但烟草税的增加则是累进的。为落实这个结论，还要对中低收入国家作进一步研究。当然，每位烟民都必须放弃自认存在的吸烟益处，并承受为戒烟所付代价而带来的痛苦，而贫困消费者的这类损失相对而言会更大些。

烟草税与其他单一税种一样，需要在确保整个税收和支出体系成比例和渐进发展这个目标框架内运作。目前，绝大多数国家的税收体系是很多不同税种的混合物，尽管某个税种或体系的某个部分是递减的，但总目标还是均衡与递增的。为了抵消烟草税的递减性，各国应开征累进率更高的税种或制定其他转移支付计划。提供诸如教育和医疗方案等目标明确的社会服务将有利于抵消烟草税收的递减性。

尽管公共收益从原则上讲应由总收入提供资金，但不能忽视烟草税对增加收入所具有的独特能力。在中国，估计数字表明，香烟税提高 10% 会使消费下降 5%，收入增加 5%，这已足以为中国最贫困的 1 亿公民中的 1/3 提供一揽子基本医疗保健服务所需资金。

控烟会使个人付出代价吗？

控烟措施通过减少香烟消费量将减少烟民心满意足的感觉或益处，这与控制任何其他消费品的消费会降低消费者的福利水平同理。经常吸烟者必须放弃吸烟的乐趣，或承担戒烟的费用，或二者兼作。这是消费者盈余的一个损失，必须由控烟的收益予以补偿。

但正如我们以前观察到的，由于成瘾性和信息问题，烟草不是

一种能产生典型效益的典型消费品。对后悔吸烟并乐意戒烟的瘾君子来说，吸烟的好处可能就包括可以避免戒烟的戒断症状。如果控烟措施减少了吸烟者的消费量，那么这些人将面临着为中止吸烟而付出重大代价的局面。

考虑到绝大多数经常吸烟者表达过戒烟的愿望但几乎没人能靠自己的力量成功戒烟，看来戒烟的可见成本大于继续吸烟的可见成本，如对健康的伤害。增税通过使继续吸烟的成本高于中止吸烟的成本，可以促使某些烟民戒烟。但这些烟民仍要付出戒烟的代价。提供关于吸烟对健康影响的信息会提高继续吸烟的可见成本，并提醒烟民注意戒烟的好处。扩大获得尼古丁替代疗法（NRT）的渠道和其他的戒烟干预措施应有助于降低戒烟成本。

至于控烟措施对穷人造成的代价是否会高于收入较高者要付出的代价尚有争论。但若对烟草而言确实如此的话，那么在公共卫生领域也绝不会例外。遵循某些卫生干预措施的要求——如儿童免疫或计划生育——对贫困家庭来说代价更大。例如，贫困家庭可能步行到诊所的距离要长于富裕的家庭，而且可能因此而丧失收入。但卫生官员通常会毫不迟疑地指出，像免疫之类的绝大多数干预措施的健康效益是值得花这些钱的，当然，这种费用不能高到较贫困的个人因之不去利用这些服务的程度。

在考虑烟民的消费者盈余损失时，重要的是把经常吸烟者与其他人区分开来。对刚刚开始吸烟或仅仅是潜在吸烟者的儿童和青少年来说，远离烟草的代价可能不那么高昂，其原因就是尚未成瘾，因此戒烟的代价应是最小的。其他代价可能包括，不太受伙伴的欢迎，与家长对抗的满足感降低，以及减少了吸烟的其他欢愉等。

由于迫使烟民到户外吸烟或减少了他们吸烟的机会，对在公共场所和私人工作场地吸烟的限制也会使烟民付出代价。这些干预措施适当地将吸烟的代价由非吸烟者转移给吸烟者。对某些人而言，这种代价的增加又会使他们改变吸烟的方式并会令他们付出代价。

但对非吸烟者来说，控烟政策将带来福利收益。显而易见，如果控烟干预措施能作为一揽子方案实施的话，福利损失将有可能降到最低。

值得为控制烟草花钱吗？

我们现在的的问题是，相对于其他医疗保健干预措施，烟草控制的成本效益状况如何？对考虑采取干预措施的政府来说，这类信息在决定下一步如何行事时是另一个重要的因素。

不同的医疗保健干预措施的成本效益可以这样估算：估测健康生命年的预期收益，每年的收益将依次用实施这些措施所需的必要公共费用来实现。根据世界银行《1993年世界发展报告：投资于健康》，控烟政策被视为具有良好的成本效益，值得包括在最低标准医疗保健的一揽子计划中。现有的研究报告表明，政策干预方案成本大约是每获得一个健康调整生命年需要（一个伤残调整生命年，或 DALY）¹20 至 80 美元。

对本报告来说，估计数的构成来源于第 4 章讨论过的每一种减少需求干预措施的成本效益：这类措施有增税、一揽子非价格措施，包括广告和促销禁令，更多的健康信息和对公共场所吸烟的限制，以及 NRT。这类研究成果对于中低收入国家在评估可能适应其自身需要的具体干预措施哪些是相对重点时尤为有用。

估计是在专栏 4.1 介绍的模型内进行的。模型的假设和相关信息在本报告的背景文件中有全面介绍。像增税和禁止广告和促销这类干预措施，成本为零或极少，因为它们简单易行的措施。为保险起见，模型设定了巨额的实施成本和行政管理成本，以及 NRT 的药物成本。但这些成本并不包括个人可能负担的费用。结论（表 6.2）表明，增税是迄今成本效益最好的干预措施，它与很多医疗

表 6.2 烟草控制措施的成本效益

各种烟草控制干预措施的价值（每获得 1 个 DALY 花费的美元，按地区划分）

地区	价格上调 10%	效果为 5% 的非价格措施	覆盖面为 25% 的 NRT (由公共渠道提供)
东亚和太平洋地区	3—13	53—212	338—355
东欧和中亚	4—15	64—257	227—247
拉丁美洲和加勒比地区	10—42	173—690	241—295
中东和北非	7—28	120—482	223—260
南亚	3—10	32—127	289—298
撒哈拉以南非洲	2—8	34—136	195—206
低/中收入	4—17	68—272	276—297
高收入	161—645	1347—5388	746—1160

注：所有计算都采用了 3% 的贴现率，收益是 30 年的预测值；对非价格措施来说，成本是为期 30 年的预测值。范围来自干预措施成本的变化，从每年 GNP 的 0.005% 至 0.02%。

资料来源：Ranson, Kent, D. Jha, F. Chaloupka 和 A. Yurekli: 《提价和其他烟草控制政策干预措施的效果和成本效益》，背景材料。

保健干预措施相比都更为出色。根据关于增税和监管更多烟草税的行政管理成本假设，实行增税 10% 的成本在中低收入国家还不到每 DALY 5 美元（不会高于每 DALY 17 美元）。这种成本效益与很多由政府出资实行的医疗保健干预措施（如儿童免疫）相比是值得的。非价格措施对中低收入国家来说也是高成本效益的。根据估计数字所依据的假设，提供一揽子措施的成本仅为每 DALY 68 美元。这种成本效益水平优于在公共卫生领域采取过的若干项干预措施，如对病儿进行综合管理的一揽子方案，据估计，它的成本在低收入

国家是每 DALY 30—50 美元，在中等收入国家为 50—100 美元。

研究报告还评估了扩大获得 NRT 的渠道所可能获得的成本效益。这些估计数所假设 NRT 的成本能由公共基金抵补。研究结果显示，在考虑用公共资金提供这些新疗法之前，各国政府应对进行本地的成本效益分析采取适当的谨慎态度。重要的是应注意，放开获得 NRT 的限制本身就极有可能具有良好的成本效益，而且随着效益的提高和希望戒烟的成年人不断增加，NRT 的成本效益也会得以改善。

为了确定这类综合方案的效果，它们在不同收入水平国家中可能达到的成本效益，以及对个人形成的代价，显然还要开展更进一步的研究。

关于实施一项内容广泛的控烟计划的成本，目前只有很粗略的估计。来自高收入国家的证据表明，这种综合计划可以用很少量的支出来实施。推行这种计划的高收入国家每年用于该计划的支出是每人 50 美分到 2.5 美元。从这个水平上看，中低收入国家的控烟计划也是可以负担的，甚至人均公共医疗保健支出极少的国家也可以负担。从世界银行《1993 年世界发展报告：投资于健康》估计，为提供包括控烟措施在内的基本公共医疗卫生干预一揽子措施，低收入国家将为每人花费 4 美元，中等收入国家将花费 7 美元。作为总额的一部分，控烟的开支并不多。

注 释

1. 伤残调整生命年 (DALY) 是一种基于时间的测算单位，它使流行病学家能用一个单一指标来描述因早亡而丧失的生命年数 (早亡的定义是：以日本这个世界上最长寿国家人群的预期寿命为标准人口的出生预期寿命，早亡就是一个人在活到他的预期寿命岁数之前死亡)，以及患有特定严重持续的残疾的生存年数。一个 DALY 就是一个丧失掉的健康生命年。

第七章

行动议程

世界范围内巨大的和不断增加的死因只有两个：人类免疫缺陷病毒（HIV）和烟草。虽然绝大多数国家至少已着手对付 HIV，但遏制全球性烟草流行的工作迄今还很有限而且也不均衡。我们将在本章讨论某些因素，它们可能会影响政府采取行动的决策，以及为采取有效的行动而提出议程的决策。

各国政府都承认，在制定各自的政策时，它们考虑了很多因素，而不仅仅是经济因素。控烟政策也不例外。绝大多数国家都关心儿童的保护，但关心的程度因文化的不同而有所差异。绝大多数国家都希望减少烟草的疾病负担和早亡带来的痛苦和情感损失。经济方面的研究报告到目前为止还未能就这种负担的评估达成共识。对致力于改善公共健康状况的决策者来说，控烟是一项有吸引力的方案。只要能适当减轻规模如此之大的疾病负担，就会产生极为可观的健康收益。各国对希望获得健康收益的共识在世界卫生组织和其他国际组织的烟草政策和行动中反映了出来（见专栏 7.1 和 7.2，以及附件 A）。

很多国家可能认为，采取控烟行动的最根本原因是使儿童和青少年远离吸烟。但正如第三章所揭示的那样，仅以最年轻消费者为

专栏 7.1 世界卫生组织 (WHO) 与 烟草控制框架公约

在 1996 年 5 月召开的世界卫生大会上, WHO 的成员国通过了一项决议, 吁请 WHO 总干事着手拟定控制烟草的框架公约。WHO 在总干事 G.H. 布伦特兰的领导下, 将重新启动控制烟草工作列为优先处理的事项, 还建立了一个新项目, 叫作《无烟倡议》(TFI)。其基础就是 WHO 的烟草控制框架公约 (FCTC)。

WHO FCTC 是一种国际性的法制工具, 其宗旨是限制烟草在全世界的蔓延, 尤其是在发展中国家的蔓延。公约如能生效, 它就会成为 WHO 也是世界第一份此类公约。这也将是首次由 WHO 的 191 个成员国行使 WHO 的法规制订权, 以作为制订一项公约的平台。此外, 这还将是第一份专门重点解决一个公共卫生问题的多边公约。关于吸烟成瘾性和致死性的信息, 以及很多国家都有兴趣利用国际性工具改善烟草法规等, 都有助于 WHO 制定 FCTC。

目前还在使用的国际规章性战略是为了促进达成关于控烟的多边协议和行动, 它是一种框架式的草案—公约方法。它通过将各个问题的谈判分别纳入各个协议的方法, 促进了全世界的共识不断提高:

- 各国首先通过一个框架公约, 它呼吁在实现广为宣传的目标方面进行合作, 并要建立一种多边法制结构的基础性机构。
- 单独的草案协议包括落实宏大目标的具体措施, 这些目标是框架公约所提出的。

框架性的公约—草案方法曾用于解决其他全球性的问题, 如《保护臭氧层的维也纳公约》和《蒙特利尔议定书》。

WHO FCTC 的谈判与实施将有助于控制使用烟草, 其方式是呼唤国家和国际社会正视这个问题, 以及为有效地实施全国控制烟草措施而动员技术和财力资源。公约还将强化跨越国家边界的控烟工作的国际合作, 包括对付烟草产品的全球性销售/促销和走私等方面的合作。虽然各个条约的谈判都是与众不同的, 而且要取决于各国的政治意愿, 但 WHO FCTC 的加速工作计划预计, 公约的通过不会迟于 2003 年 5 月。

专栏 7.2 世界银行的烟草政策

意识到烟草对健康的危害后，世界银行自 1991 年就制订了烟草政策。政策包括 5 个要点。第一，世界银行在卫生领域的活动，如政策对话和贷款活动，不鼓励使用烟草产品。第二，世界银行不直接借贷于、投资于用于烟草的生产、加工或销售的投资，也不为这类投资和贷款担保。但在严重依赖烟草，将其作为收入和外汇来源的少数几个农业国，世界银行的目标是通过对这些国家的发展要求作出最有效的反应来解决这个问题。它的目标是帮助这些国家实现生产的多样化，不再依赖烟草。第三，世界银行在可行的情况下不向烟草生产活动提供间接贷款。第四，烟草及其相关的加工机械设备不能被包括在贷款项下融资的进口清单中。第五，在世界银行与借款国签订的贸易自由化和降低关税协议中，可以不包括烟草和与烟草有关的进口物资。

世界银行的政策与本报告提出的终止补贴的论点是一致的。但自 1991 年至今，以供方为重点的措施并没有以任何可测算的方式减少烟草消费量。在此期间，世界银行在大约 14 个国家开展控烟工作，项目总成本超过了一亿美元。它们主要是健康促进项目和信息项目。世界银行 1997 年的部门战略文件原则上支持将这项工作扩大到以价格和立法为重点的方面。本报告确认了重点将价格作为减少需求的有效方式的重要性。

目标的专门干预措施不可能产生预期效果，虽然这些措施是有效的（主要是税收），而且也会影响到成年人。同样，专为保护非吸烟者而制定的干预措施不能保护他们中的大多数，这方面最有效的方案还是税收。在制定政策的实际工作中，很多国家都会考虑让这些政策更广的影响能为人们所接受，并在务实的条件下，使其受到欢迎。在任何情况中，任何影响力仅限于阻止儿童开始吸烟的控烟政策在几十年中都不会对全球因吸烟而导致的死亡产生影响，其原因在于下个世纪上半叶预计死亡者就是现在的吸烟者（图 7.1）。因此，关心中期健康收益的国家可能希望鼓励成年人也戒烟。

研究工作的优先重点

减少需求的措施包括增税和禁止广告和促销，人们看到它们在高收入国家是奏效的，至于如何不加延误地实施这些措施的方法，我们也了解到很多。但同时还需要一份流行病学和经济学联合研究的议程，以帮助各国政府调整它们的干预一揽子措施，从而获得成功的最机会。某些关键的研究领域如下所示。

在国家和地区层次上对吸烟的原因、后果和成本进行研究

要在国家和地区层次上开展研究，“计算因烟草而死亡的人数”和确定死因。一种简单和低成本措施是查询以前死亡证书中的吸烟记录，并比较过量吸烟而死于烟草的人数和其它死因致死的人数。这种研究的益处已超过了它们的实际价值，即向各国政府通报烟草蔓延的形势或监测控烟工作影响的基线。研究推动各国政府制定应对政策，而且可能会对烟草消费产生重要影响。

虽然对吸烟后果的流行病学研究至少已开始在高收入国家以外逐步开展起来，但对吸烟原因的研究，对吸烟成瘾的本质和与开始吸烟有关的行为因素等问题的研究，依然在北美洲和西欧占绝对主导地位。在实施控烟干预措施的同时，开展对这些问题的相关研究活动会有助于明确这些干预措施的目标，这些措施包括旨在改善为穷人提供医疗信息工作以获得最大效益等。

对经济学家来说，对国家级各种干预措施的研究也是个优先重点。关于中低收入国家价格弹性的更详尽数据将是宝贵的，关于这些国家吸烟的社会成本和医疗保健成本的估计同样宝贵。

就吸烟的疾病负担规模而言，控烟研究获得的资金比预计的要少。在90年代初期，这个数据齐备的最近时间段中，投资于烟草

控制的研究与开发资金是每 1990 例死亡为 50 美元（总计为 1.48 亿至 1.64 亿美元）。与之相比，HIV 的研究与开发资金大约是每 1990 例死亡 3000 美元（总计为 9.19 亿至 9.85 亿美元）。对这两种疾病的支出主要集中在高收入国家。

建 议

本报告提出两项建议

1. 如果政府决定采取坚决行动来遏制烟草的蔓延，就应采取多方并进的策略。其目标应是使儿童远离吸烟，保护非吸烟者，以及向所有吸烟者提供关于烟草影响健康的信息。这种策略应适应各国的需要，它应包括：（1）提高税率，将推行广为控烟政策且消费量下降的国家所采用的税率作为基准。在这些国家，税款占了香烟零售价的三分之二至五分之四。（2）出版和散发关于烟草影响健康的研究成果，在香烟盒上添加明显的警示，大规模地禁绝广告和促销，限制在工作场所和公共场所吸烟；以及（3），扩大获得尼古丁替代和其他戒烟疗法的途径。

2. 像联合国这类国际组织应审查其现行计划和政策，以确保控烟工作得到了应有的重视；它们应资助对吸烟的原因、后果和费用的研究，以及对地方干预措施成本与效益的研究；它们应解决跨境烟草控制的问题，包括与 WHO 倡议的《烟草控制框架公约》合作的问题。行动的重点领域包括：推动就控制香烟走私达成国际协议，讨论税收协调问题以减少走私的鼓励因素，以及涉及到全球媒体的禁绝广告与促销等。

吸烟对世界人民的健康构成了空前的威胁，用成本效益好的政策降低与吸烟相关的死亡率的潜力也是空前的。本报告显示了获得的巨大成就：适宜的行动就能确保为 21 世纪带来巨大的健康收益。

附录 A

烟草税：国际货币基金组织的观点

有些国家为了减少财政赤字，需要动员更多的税收收入，国际货币基金组织（IMF）为这些国家的稳定化计划提供了支持，计划中通常包括的一个内容是提高烟草国内消费税税率。虽然提高烟草产品消费税税率的主要目的是增加收入，但烟草消费量的下降也会产生健康效益。

在确定烟草税税率时，政府需要考虑若干个因素，包括走私的影响、跨境采购，以及在渡轮和飞机上的免税采购等。减少香烟走私不仅仅是为了增加消费税收入，而且也是为了限制来自其他税种的收入损失，如由于地下交易取代了合法交易而造成的所得税和增值税损失，这正是各国政府的兴趣所在。烟草消费税率最终必须反映本地消费者的购买力和邻国的税率，以及最重要的是反映税务机关执法的能力和意愿。

在烟草消费税结构方面，各国应对所有烟草制品征税——香烟、雪茄、烟斗用烟丝、鼻烟及咀嚼烟丝，还有手工卷烟。国际上最好的办法就是在终极产品的基础上征税，据此，进口烟要纳税，

出口烟则免税。

消费税可以是量税（根据数量），也可以是从价税（按价值征收）。如果消费税的主要目的是遏制烟草消费，那么，从量税的强硬作法就是对每一支烟都征收同额的税。由于征收从量税只需确定征税产品的有形数量而无需确定其价值，因此管理起来容易些。但从价税必须比从量税更紧密地跟上通货膨胀的变动，虽然从量税的调整也是经常的。

管理国内烟草消费税需要为纳税人登记、填报和缴纳、收取逾期税款、审计和纳税人服务等制订一个综合性战略。发展中国家和转轨经济国家需要把烟草生产设施视为治外法权设施，并用与管理进口关税类似的方法管理消费税。税务当局应能控制进出这些生产设施的车船等运输工具。

消费税印章有助于确保消费税的缴纳，确保适用于某个司法管辖权下的已纳税货物不会被运至另一地。但采用这种税印章会使消费品的生产者付出可观的代价。如果不能在零售这个层次上监督消费税印章的使用，那么它基本达不到控烟的目的。

附录 B

背景材料

下列背景材料中有些将发表在即将出版的《发展中国家的烟草控制政策》一书中，该书由牛津大学出版社出版，Prabhat Jha 和 Frank Chaloupa 编。

Bobak, Martin, Prabhat Jha, Son Nguyen, and Martin Jarvis. Poverty and Tobacco.

Chaloupka, Frank, Tei-Wei Hu, Kenneth E. Warner, Rowena van der Merwe, and Ayda Yurekli. Taxation of Tobacco Products.

Gajalakshmi, C. K., Prabhat Jha, Son Mguyen, and Ayda Yurekli. Patterns of Tobacco Use, and Health Consequences.

Jha, Prabhat, Phillip Musgrove, and Frank Chaloupka. Is There a Rationale for Government Intervention?

Jha, Prabhat, Fred Paccaud, Ayda Yurekli, and Son Nguyen. Strategic Priorities for Governments and Development Agencies in Tobacco Control.

Joossens, Luk, David Merriman, Ayda Yurekli, and Frank Chaloupka. Issues in Tobacco Smuggling.

Kenkel, Donald, Likwang Chen, Teh-Wei Hu, and Lisa Bero.

Consumer Information and Tobacco Use.

Lightwood, James, David Collins, Helen Lapsley, Thomas Novotny, Helmut Geist, and Rowena van der Merwe. Counting the Costs of Tobacco Use.

Merriman, David, Ayda Yurekli, and Frank Chaloupka. How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem?

Novotny, Thomas E., Jillian C. Cohen, and David Sweanor. Smoking Cessation, Nicotine Replacement Therapy, and the Role of Government in Supporting Cessation.

Peck, Richard, Frank Chaloupka, Prabhat Jha, and James Lightwood. Cost-Benefit Analysis of Tobacco Consumption.

Ranson, Kent, Prabhat Jha, Frank Chaloupka, and Ayda Yurekli. Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions.

Saffer, Henry. The Control of Tobacco Advertising and Promotion.

Sunley, Emil M., Ayda Yurekli, and Frank Chaloupka. The Design, Administration, and Potential Revenue of Tobacco Excises: A Guide for Developing and Transition Countries.

Taylor, Allyn L., Frank Chaloupka, Emmanuel Guindon, and Michaelyn Corbett. Trade Liberalization and Tobacco Consumption.

Van der Merwe, Rowena, Fred Gale, Thomas Capehart, and Ping Zhang. The Supply-side Effects of Tobacco Control Policies.

Woollery, Trevor, Samira Asma, Frank Chaloupka, and Thomas E. Novotny. Other Measures to Reduce the Demand for Tobacco Products.

Yurekli, Ayda, Son Nguyen, Frank Chaloupka, and Prabhat Jha. Statistical Annex.

附录 C

致 谢

本报告极大地受益于范围广泛的个人和组织的观点、技术素材和批评意见。对各章供稿人的感谢见文献注释。背景文件或总结报告的审稿人名单如下所列。此外，一系列咨询活动提供的意见也是有价值的。

A. 背景文件或总结报告的审稿人名单

Iraj Abedian, Samira Asma, Peter Anderson, Enis Baris, Howard Barnum, Edith Brown-Weiss, Neil Collishaw, Michael Ericksen, Christine Godfrey, Robert Goodland, Ramesh Govindaraj, Vernor Griese, Jack Henningfield, Chee-Ruey Hsieh, Teh-Wei Hu, Gregory Ingram, Paul Isenman, Steven Jaffee, Dean Jamison, Michael Linddal, Alan Lopez, Dorsati Madani, Will Manning, Jacob Meerman, Cyril Muller, Philip Musgrove, Richard Peck, Richard Peto, Markku Pekurinen, John Ryan, David Sweanor, John Tauras, Joy Townsend, Adam Wagstaff, Kenneth Warner, Trevor Woollery, Russell Wilkins,

Witold Zatonski, Barbara Zolty, 以及 Mitch Zeller。

B. 咨询

1. 报告草稿和关键经济问题的检查

1997年8月27日,于中国北京召开的世界烟草与健康大会。世界银行提供了支持。

主席: Thomas Novotny

与会者: Iraj Abedian, Frank Chaloupka, Simon Chapman, Kishore Chaudhry, Neil Collishaw, Vera Luisa da Costa y Silva, Prakash Gupta, Laksmiati Hanafiah, Natasha Herrera, Teh-Wei Hu, Desmond Johns, Prabhat Jha, Luk Joossens, Ken Kyle, Eric LeGresley, Michelle Lobo, Judith Mackay, Patrick Masobe, Kathleen McCormally, Zofia Mielecka-Kubien, Rafael Olganov, Alex Papilaya, Terry Pechacek, Milton Roemer, Ruth Roemer, Lu Rushan, Cecilia Sepulveda, David Simpson, Paramita Sudharto, Joy Townsend, Sharad Vaidya, Rowena Van Der Merwe, Kenneth Warner, Shaw Watanabe, David Zaridze, and Witold Zatonski

2. 背景材料提纲和内容的初步审查

1998年2月20日,在南非开普敦的开普敦大学召开“烟草经济学:向理想的政策组合努力”大会。洛桑大学的社会与预防医学院和开普敦大学提供了支持。

主席: Paul Isenman

与会者: Iraj Abedian, Judith Bale, Enis Baris, Frank Chaloupka, David Collins, Neil Collishaw, Brian Easton, Helmut Geist, Chee-Ruey Hsieh, Teh-Wei Hu, Prabhat Jha, Luk Joossens, Kamal Nayan Kabra,

Pamphil Kweyuh, Helen Lapsley, Judith Mackay, Eddie Maravanyika, Sergiusz Matusia, Thomas Novotny, Fred Paccaud, Richard Peck, Krzysztof Przewozniak, Yussuf Saloojee, Conrad Shamlaye, Timothy Stamps, Krisela Steyn, Frances Stillman, David Sweanor, Joy Townsend, Rowena Van Der Merwe, Kenneth Warner, and Derek Yach

3. 经济学家的技术审查会议

于1998年11月22日至24日在瑞士洛桑召开。由洛桑大学社会与预防医学院及世界银行主办。

两主席:Felix Gutzwiller and Fred Paccaud

与会者:Iraj Abedian, Nisha Arunatileke, Martin Bobak, Phyllida Brown, Frank Chaloupka, David Collins, Jacques Cornuz, Christina Czart, Nishan De Mel, Jean-Pierre Gervasoni, Peter Heller, Tomasz Hermanowski, Alberto Holly, Teh-Wei Hu, Paul Isenman, Dean Jamison, Prabhat Jha, Luk Joossens, Jim Lightwood, Helen Lapsley, David Merriman, Phillip Musgrove, Son Nguyen, Richard Peck, Markku Pekurinen, Thomson Prentice, Kent Ranson, Marie-France Raynault, John Ryan, Henry Saffer, David Sweanor, John Tauras, Allyn Taylor, Joy Townsend, Rowena van der Merwe, Kenneth Warner, Trevor Woollery, and Ayda Yurekli

4. 外部专家审查

1999年3月17日在华盛顿特区举行。由美国疾病控制与中心吸烟与健康办公室主办。

主席:Michael Ericksen

与会者:Iraj Abedian, Samira Asma, Judith Bale, Enis Baris, Phyllida Brown, Frank Chaloupka, Peter Heller, Paul Isenman, Prabhat

Jha, Nancy Kaufman, Thomas Loftus, Judith Mackay, Caryn Miller, Rose Nathan, Son Nguyen, Fred Paccaud, Anthony So, Roberta Walburn, Kenneth Warner, Trevor Woollery, Derek Yach, and Ayda Yurekli.

附录 D

世界银行按收入和区域对国家组别的划分

低收入	东亚和大洋地区	欧洲与中亚	拉丁美洲和加勒比地区	中东与北非	南亚	撒哈拉以南非洲	高收入 OECD 成员国	其他高收入国家和地区
柬埔寨	中国	老挝人民民主共和国	孟加拉国	印度尼西亚和马来西亚	印度尼西亚	孟加拉国	阿富汗	安哥拉
蒙古	缅甸	泰国	柬埔寨	老挝人民民主共和国	印度尼西亚	孟加拉国	尼泊尔	布隆迪
越南	柬埔寨	老挝人民民主共和国	孟加拉国	印度尼西亚和马来西亚	印度尼西亚	孟加拉国	尼泊尔	布隆迪
塔吉克斯坦	科摩罗	刚果民主共和国	刚果共和国	科特迪瓦	赤道几内亚	厄立特里亚	埃塞俄比亚	

续表

东亚和太平洋地区	欧洲与中亚	拉丁美洲和加勒比地区	中东与北非	南亚	撒哈拉以南非洲	高收入 OECD 成员国	其他高收入国家和地区
低收入(续)							
					冈比亚		
					加纳		
					几内亚		
					几内亚比绍		
					肯尼亚		
					莱索托		
					利比里亚		
					马达加斯加		
					马拉维		
					马里		
					毛里塔尼亚		
					莫桑比克		
					尼日尔		
					尼日利亚		
					卢旺达		
					圣多美和		
					普林西比		
					塞内加尔		

续表

东亚和太平洋地区	欧洲与中亚	拉丁美洲和加勒比地区	中东与北非	南亚	撒哈拉以南非洲	高收入 OECD 成员国	其他高收入国家和地区
低收入(续)							
					塞拉利昂		
					索马里		
					苏丹		
					坦桑尼亚		
					多哥		
					乌干达		
					赞比亚		
					津巴布韦		
下中等收入							
斐济	阿尔巴尼亚	伯利兹	阿尔及利亚	马尔代夫	博茨瓦纳		
印度尼西亚	白俄罗斯	玻利维亚	阿拉伯埃及共和国		佛得角		
基里巴斯	保加利亚	哥伦比亚			吉布提		
朝鲜民主主义人民共和国	爱沙尼亚	哥斯达黎加	伊朗伊斯兰共和国		纳米比亚		
	格鲁吉亚	古巴			斯威士兰		
马绍尔群岛	哈萨克斯坦	多米尼加	伊拉克				
密克罗尼西亚联邦	拉脱维亚	多米尼加共和国	约旦				
	立陶宛		黎巴嫩				
巴布亚新几内亚	马其顿*	厄瓜多尔	摩洛哥				

续表

东亚和太平洋地区	欧洲与中亚	拉丁美洲和加勒比地区	中东与北非	南亚	撒哈拉以南非洲	高收入 OECD 成员国	其他高收入国家和地区
下中等收入(续)							
几内亚	罗马尼亚	萨尔瓦多	阿拉伯叙利亚共和国				
菲律宾	俄罗斯联邦	格林纳达					
萨摩亚	土耳其	危地马拉	突尼斯				
所罗门群岛	土库曼斯坦	牙买加	西岸和加沙				
泰国	乌克兰	巴拿马					
汤加	乌兹别克斯坦	巴拉圭					
瓦努阿图	南斯拉夫联邦共和国 ^b	秘鲁					
		圣文森特和格林纳丁斯					
		苏里南					
		委内瑞拉					
上中等收入							
美属萨摩亚	克罗地亚	安提瓜和巴布达	巴林		加蓬		
马来西亚	捷克共和国		利比亚		毛里求斯		
帕劳	匈牙利	阿根廷	阿曼		马约特		
	马恩岛	巴巴多斯	沙特阿拉伯		塞舌尔		
	马耳他	巴西			南非		
	波兰	智利					

续表

东亚和太平洋地区	欧洲与中亚	拉丁美洲和加勒比地区	中东与北非	南亚	撒哈拉以南非洲	高收入 OECD 成员国	其他高收入国家和地区
上中等收入(续)							
	斯洛伐克 共和国	瓜德罗普 墨西哥					
	斯洛文尼亚	波多黎各 圣基茨和 尼维斯 圣卢西亚 特立尼达和 多巴哥 乌拉圭					
高收入国家							
						澳大利亚	安道尔
						奥地利	阿鲁巴
						比利时	巴哈马
						加拿大	百慕大
						丹麦	文莱
						芬兰	开曼群岛
						法国	海峡群岛
						德国	塞浦路斯

续表

东亚和太平洋地区	欧洲与中亚	拉丁美洲和加勒比地区	中东与北非	南亚	撒哈拉以南非洲	高收入 OECD 成员国	其他高收入国家和地区
高收入国家(续)							
						希腊	法罗群岛
						冰岛	法属圭亚那
						爱尔兰	法属波利
						意大利	尼西亚
						日本	格陵兰
						韩国	关岛
						卢森堡	中国香港
						荷兰	以色列
						新西兰	科威特
						挪威	列支敦士登
						葡萄牙	中国澳门
						西班牙	马提尼克
						瑞典	摩纳哥
						瑞士	荷属安的列斯
						英国	新喀里多尼亚
						美国	北马里亚
							纳群岛
							卡塔尔

续表

东亚和太平洋地区	欧洲与中亚	拉丁美洲和加勒比地区	中东与北非	南亚	撒哈拉以南非洲	高收入 OECD 成员国	其他高收入国家和地区
高收入国家(续)							留尼汪
							新加坡
							阿拉伯联合酋长国
							维尔京群岛(美)
资料来源:世界银行,1998年。							

文献注释

第一章 全球烟草使用情况

关于消费和流行病学的讨论引自 Gajalakshmi 等人的背景材料；Lund 等，1995 年；Randson 等背景材料；Wald 和 Hacksan，1996 年，以及世界卫生组织，1997 年。社会经济状况这一节取自 Babak 等人的背景材料；中国预防医学科学院，1997 年；Gupta，1996 年；Jenkins 等，1997 年；Obot，1990 年；Hill 等，1998 年；美国医学总监报告，1989 和 1994 年；英国政府 1998 年；Wershall 和 Eklund，1998 年；以及 White 和 Laixuthai，1996 年；以及 Taylor 等，背景材料。

第二章 吸烟造成的健康后果

关于尼古丁成瘾的讨论引自 Charlton，1996 年；Foulds，1996 年；Lynch 和 Bonnie，1994 年；kessler，1995 年；McNeill，1989

年；以及美国医学总监报告，1988，1989 和 1994 年；关于吸烟造成的疾病负担的讨论引自 Bobak 等人的背景材料；Doll 和 Peto，1981 年；Doll 等 1994 年；环境保护署，1992 年；Gajalakshmi 等人的背景材料；Gupta，1989 年；Jha 等，即将出版；刘等人，1998 年；Meara，即将出版；牛等人，1998 年；Parish 等，1995 年；Peto 等，1994 年，Boreham，1999 年；以及皇家医学院，1992 年。

第三章 吸烟者是否了解其风险并承担了代价：

关于对健康风险认识的讨论基于下列人士的论述：Ayanian 和 Cleary，1999 年；Barnum，1994 年；Chaloupka 和 Warner，报刊文章；中国预防医学科学院 1997 年；John stor 等，1998 年；kenkel 等，人的背景材料；kessler，1995 年；Levshin 和 Droggachih，1999 年；Schoenbaum，1997 年；Viscusi 1990，1991 和 1992 年；Weinstein，1998 年，以及 Zatonski，1996 年。关于对其他造成代价的讨论引自 Lightwood 等人的背景材料，Manning 等，1991 年；Pekurinen，1992 年；Viscusi，1995 年；Warner 等报刊文章，以及世界银行，1994b。

第四章 减少烟草需求的措施

本章引自 Abedian 等，1998 年；Chaloupka 等人的背景材料；Chaloupka 和 Warner 报刊文章；Townsend，1996 年；Jha 等人的背景材料；Kenkel 等人的背景材料；Laugesen 和 Meads，1991 年；Novotny 等人的背景材料；Pekurinen，1992 年；Panson 等人的背

景材料；Raw 等，1999 年；Reid，1996 年；Saffer 和 Chaloupka，1999 年；Saffer 等人的背景材料；Tansel，1993 年；Townsend，1998 年；英国卫生部，1998 年，美国医学总监报告，1989 年；Warner 等，1997 年，以及 Zatonski 等，1999 年。

第五章 减少烟草供应的措施

本章引自 Altman 等，1998 年；Berkelman 和 Buehler，1990 年；Chaloupka 和 Warner 报刊文章；Cresenti，1992 年；粮农组织，1998 年；Ginsbery，1999 年；Merriman 等人的背景材料；Reuter，1992 年；Taylor 等人的背景材料；Thursby 和 Thursby，1994 年；美国农业部，1998 年；Van der Merwe 的背景材料；Warner，1988 年；Warner 和 Fulton，1994 年；Warner 等，1996 年，以及 Zang 和 Husten，1998 年。

第六章 控制烟草的代价与后果

本章引自 Altman 等，1998 年；Buck 等，1995 年；疾病控制与预防中心，1998 年；Chaloupka 等人的背景材料；Doll 和 Crofton，1996 年；Efroymsen 等，1996 年；Irvine 和 Sims 1997 年；Jones，1999 年；Joossens 等人的背景材料；McNicoll 和 Boyle，1992 年；Murray 和 Lopez，1996 年；Orphanides 和 Zervos，1995 年；Suranovic 等，1999 年；Townsend，1998 年；Van der Merwe，1998 年；Van der Merwe 等人的背景材料；Warner，1987 年；Warner 和 Fulton，1994 年，Warner 等，1996 年，以及世界银行，1993 年。

第七章 行动议程

本章引自 Jha 等人的背景材料；Abedian 等，1998 年；WHO，1996a；医务主任，1999 年，以及 Samet 等，1997 年。

文献目录

- Abedian, Iraj, Rowena van der Merwe, Nick Wilkins, and Prabhat Jha, eds. 1998. *The Economics of Tobacco Control: Towards an Optimal Policy Mix*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
- Agro-economic Services, Ltd, and Tabacosmos, Ltd. 1987. *The Employment, Tax Revenue and Wealth that the Tobacco Industry Creates*.
- Altman, D. G., D. J. Zaccaro, D. W. Levine, D. Austin, C. Woodell, B. Bailey, M. Sligh, G. Cohn, and J. Dunn. 1998. "Predictors of Crop Diversification: A Survey of Tobacco Farmers in North Carolina." *Tobacco Control* 7(4):376-82.
- American Economics Group, Inc. 1996. *Economic Impact in the States of Proposed FDA Regulations Regarding the Advertising, Labeling and Sale of Tobacco Products*. Washington, D.C.
- Atkinson, A. B., and J. L. Skegg. 1973. "Anti-Smoking Publicity and the Demand for Tobacco in the UK." *The Manchester School of Economic and Social Studies* 41:265-82.
- Atkinson, A. B., J. Gomulka, and N. Stern. 1984. *Household Expenditure on Tobacco 1970-1980: Evidence from the Family Expenditure Survey*. London: London School of Economics.
- Ayanian, J., and P. Cleary. 1999. "Perceived Risks of Heart Disease and Cancer Among Cigarette Smokers." *Journal of the American Medical Association* 281(11):1019-21.

- Barendregt, J. J., L. Bonneux, and P. J. van der Maas. 1997. "The Health Care Costs of Smoking." *New England Journal of Medicine* 337(15):1052-7.
- Barnum, Howard. 1994. "The Economic Burden of the Global Trade in Tobacco." *Tobacco Control* 3:358-61.
- Barnum, Howard, and R. E. Greenberg. 1993. "Cancers." In Jamison, D. T., H. W. Mosley, A. R. Measham, and J. L. Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford Medical Publications.
- Becker, G. S., M. Grossman, and K. M. Murphy. 1991. "Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption." *American Economic Review* 81:237-41.
- . 1994. "An Empirical Analysis of Cigarette Addiction." *American Economic Review* 84:396-418.
- Berkelman, R. L., and J. W. Buehler. 1990. "Public Health Surveillance of Non-Infectious Chronic Diseases: the Potential to Detect Rapid Changes in Disease Burden." *International Journal of Epidemiology* 19(3):628-35.
- Booth, Martin. 1998. *Opium: A History*. New York: St. Martin's Press.
- British American Tobacco. 1994. *Tobacco Taxation Guide: A Guide to Alternative Methods of Taxing Cigarettes and Other Tobacco Products*. Woking, U.K.: Optichrome The Printing Group.
- Buck, David, C. Godfrey, M. Raw, and M. Sutton. 1995. *Tobacco and Jobs*. York, U.K.: Society for the Study of Addiction and the Centre for Health Economics, University of York.
- Capehart, T. 1997. "The Tobacco Program—A Summary and Update." *Tobacco Situation & Outlook Report*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS-238.
- Chaloupka, F. J. 1990. *Men, Women, and Addiction: The Case of Cigarette Smoking*. NBER Working Paper No. 3267. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- . 1991. "Rational Addictive Behavior and Cigarette Smoking." *Journal of Political Economy* 99(4):722-42.
- . 1998. *The Impact of Proposed Cigarette Price Increases*. Policy Analysis No. 9, Health Sciences Analysis Project. Washington D.C.: Advocacy Institute.
- Chaloupka, F. J., and A. Laixuthai. 1996. *US Trade Policy and Cigarette Smoking in Asia*, NBER Working Paper No. 5543. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Chaloupka, F. J., and H. Saffer. 1992. "Clean Indoor Air Laws and the Demand for Cigarettes." *Contemporary Policy Issues* 10(2):72-83.
- Chaloupka, F. J., and H. Wechsler. 1997. "Price, Tobacco Control Policies and Smoking Among Young Adults." *Journal of Health Economics* 16(3):359-73.

- Chaloupka, F. J., and K. E. Warner. In press. "The Economics of Smoking." In Newhouse, J., and A. Culyer, eds., *The Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North Holland.
- Chaloupka, F. J., and M. Grossman. 1996. *Price, Tobacco Control Policies and Youth Smoking*. NBER Working Paper No. 5740. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Chaloupka, F. J., and R. L. Pacula. 1998. *An Examination of Gender and Race Differences in Youth Smoking Responsiveness to Price and Tobacco Control Policies*. NBER Working Paper No. 6541. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Chalton, A. 1996. "Children and Smoking: The Family Circle." *British Medical Bulletin*, 52(1):90-107.
- Chase Econometrics. 1985. *The Economic Impact of the Tobacco Industry on the United States Economy in 1983*. Bala Cynwyd, Penn.: Chase Econometrics.
- Chinese Academy of Preventive Medicine. 1997. *Smoking in China: 1996 National Prevalence Survey of Smoking Pattern*. Beijing: China Science and Technology Press.
- Coalition on Smoking or Health. 1994. *Saving Lives and Raising Revenue: The Case for a \$2 Federal Tobacco Tax Increase*. Washington D.C.
- Collins, D. J., and H. M. Lapsley. 1997. *The Economic Impact of Tobacco Smoking in Pacific Islands*. Wahroonga, NSW, Australia: Pacific Tobacco and Health Project.
- Collishaw, Neil. 1996. "An International Framework Convention for Tobacco Control." *Heart Beat* 2:11.
- Crescenti, M. G. 1992. "No Alternative to Tobacco." *Tobacco Journal International* 6, November-December 14.
- Doll, Richard, and R. Peto. 1981. *The Causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Doll, Richard, R. Peto, K. Wheatley, R. Gray, and I. Sutherland. 1994. "Mortality in Relation to Smoking: 40 Years' Observations on Male British Doctors." *British Medical Journal*, 309(6959):901-11.
- Doll, Richard, and John Crofton, eds. 1996. "Tobacco and Health." *British Medical Bulletin* Vol. 52, No. 1.
- Douglas, S. 1998. "The Duration of the Smoking Habit." *Economic Inquiry* 36(1):49-64.
- Duffy, M. 1996. "Econometric Studies of Advertising, Advertising Restrictions, and Cigarette Demand: A Survey." *International Journal of Advertising* 15:1-23.
- The Economist. 1995. "An Anti-Smoking Wheeze: Washington Needs a Sensible All-Drugs Policy, Not a 'War' on Teenage Smoking." 19 August, pp. 14-15.

- . 1997. "Tobacco and Tolerance." 20 December, pp. 59–61.
- Efroymsen, D., D. T. Phuong, T. T. Huong, T. Tuan, N. Q. Trang, V. P. N. Thanh, and T. Stone. *Decision Mapping for Tobacco Control in Vietnam: Report to the International Tobacco Initiative*. PATH Canada. Project 94-0200-01/02214.
- Ensor, T. 1992 "Regulating Tobacco Consumption in Developing Countries." *Health Policy and Planning*, 7:375–81.
- EPA (Environmental Protection Agency). 1992. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. EPA, Office of Research and Development, Office of Air and Radiation. EPA/600/6-90/006F.
- Evans, W. N., and L. X. Huang. 1998. *Cigarette Taxes and Teen Smoking: New Evidence from Panels of Repeated Cross-Sections*. Working paper. Department of Economics, University of Maryland.
- Evans, W. N. and M. C. Farrelly. 1998. "The Compensating Behavior of Smokers: Taxes, Tar and Nicotine." *RAND Journal of Economics* 29(3):578–95.
- Evans, W. N., M. C. Farrelly, and E. Montgomery. 1996. *Do Workplace Smoking Bans Reduce Smoking?* NBER Working Paper No. 5567. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- FAO (Food and Agriculture Organization). 1998. Food and Agriculture Organization of the United Nations Database (<http://apps.fao.org>).
- Federal Trade Commission. 1995. "Cigarette Advertising and Promotion in the United States, 1993: A Report of the Federal Trade Commission." *Tobacco Control* 4:310–13.
- Foulds, J. "Strategies for Smoking Cessation." *British Medical Bulletin* 52(1):157–73.
- Gajalakshmi, C. K., and R. Peto. Studies on Tobacco in Chennai, India. In Lu, R., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds. *The Growing Epidemic*, proceedings of the *Tenth World Conference on Tobacco or Health*, Beijing, 24–28 August 1997. Singapore: Springer-Verlag (in press).
- Gale, F. 1997. "Tobacco Dollars and Jobs." *Tobacco Situation & Outlook*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS 239(September):37–43.
- . 1998. "Economic Structure of Tobacco-Growing Regions." *Tobacco Situation & Outlook*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS 241(April): 40–47.
- General Accounting Office. 1989. *Teenage Smoking: Higher Excise Tax Should Significantly Reduce the Number of Smokers*. Washington D.C.
- Ginsberg, S. "Tobacco Farmers Feel the Heat." *Washington Post* January 2, 1999.
- Glantz, S. A., and W. W. Parmley. 1995. "Passive Smoking and Heart Disease: Mechanisms and Risk." *Journal of the American Medical Association* 73(13):1047–53.

- Gong, Y. L., J. P. Koplan, W. Feng, C. H. Chen, P. Zheng, and J. R. Harris. 1995. "Cigarette Smoking in China: Prevalence, Characteristics, and Attitudes in Minhang District." *Journal of the American Association of Medicine* 274(15):1232-34.
- Goto, K., and S. Watanabe. 1995. "Social Cost of Smoking for the 21st Century." *Journal of Epidemiology*, 5(3):113-15.
- Gray, Mike. 1998. *Drug Crazy: How We Got Into This Mess And How We Can Get Out*. New York: Random House.
- Grise, V. N. 1995. *Tobacco: Background for 1995 Farm Legislation*. Agricultural Economic Report No.709. Washington: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service.
- Gupta, P. C. 1989. "An Assessment of Morbidity and Mortality Caused by Tobacco Usage in India." In Sanghvi, L. D. and P. Notani, eds., *Tobacco and Health: the Indian Scene*. Bombay: International Union Against Cancer and Tata Memorial Center.
- . 1996 "Survey of Sociodemographic Characteristics of Tobacco Use Among 99,598 Individuals in Bombay, India, Using Handheld Computers." *Tobacco Control* 5:114-20.
- Hackshaw, A. K., M. R. Law, and N. J. Wald. 1997. "The Accumulated Evidence of Lung Cancer and Environmental Tobacco Smoke." *British Medical Journal* 315(7114):980-88.
- Harris and Associates. 1989. *Prevention in America: Steps People Take—or Fail to Take—For Better Health*, cited in U.S. Department of Health and Human Services. 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: a Report of the Surgeon General*, DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, Office on Smoking and Health, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control, Public Health Service, Washington, D.C.: U.S. Department of Human and Health Services.
- Harris, J. E. 1987. "The 1983 Increase in the Federal Cigarette Excise Tax." In Summers L. H., ed., *Tax Policy and the Economy*. Vol. 1. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- . 1994. *A Working Model for Predicting the Consumption and Revenue Impacts of Large Increases in the U.S. Federal Cigarette Excise Tax*. NBER Working Paper No. 4803. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Hill, D. J., V. M. White, and M. M. Scollo. 1998. "Smoking Behaviours of Australian Adults in 1995: Trends and Concerns." *Medical Journal of Australia* 168 (5):209-13.
- Hodgson, T. A. 1998. "The Health Care Costs of Smoking." *New England Journal of Medicine* 338(7):470.
- Hodgson, T. A., and M. R. Meiners. 1982. "Cost-of-Illness Methodology: A Guide to Current Practices and Procedures." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60:429-62.

- Hsieh, C. R., and T. W. Hu. 1997. *The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic Versus Imported Cigarettes*. Discussion Paper No. 9701. Nankang (Taipei): The Institute of Economics, Academia Sinica.
- Hu, T. W., H. Y. Sung, and T. E. Keeler. 1995a. "Reducing Cigarette Consumption in California: Tobacco Taxes vs. an Anti-Smoking Media Campaign." *American Journal of Public Health* 85(9):1218-22.
- . 1995b. "The State Antismoking Campaign and the Industry Response: the Effects of Advertising on Cigarette Consumption in California." *American Economic Review* 85(2):85-90.
- Hu, T. W., H. Y. Sung, and T. E. Keeler, M. Marcinia, A. Keith, and R. Manning. Forthcoming. "Cigarette Consumption and Sales of Nicotine Replacement Products."
- Hu, T. W., J. Bai, T. E. Keeler, P. G. Barnett, and H. Y. Sung. 1994. "The Impact of California Proposition 99, A Major Anti-Cigarette Law, on Cigarette Consumption." *Journal of Public Health Policy* 15(1):26-36.
- Hu, T. W., T. E. Keeler, H. Y. Sung, and P. G. Barnett. 1995. "Impact of California Anti-Smoking Legislation on Cigarette Sales, Consumption, and Prices." *Tobacco Control* 4(suppl):S34-S38.
- IEC. 1998. IEC Foreign Trade Statistics, World Bank Economic and Social Database. Washington D.C.: The World Bank.
- Irvine, I. J., and W. A. Sims. 1997. "Tobacco Control Legislation and Resource Allocation Effects." *Canadian Public Policy* 23(3): 259-73.
- Jenkins, C. N., P. X. Dai, D. H. Ngoc, H. V. Kinh, T. T. Hoang, S. Bales, S. Stewart, and S. J. McPhee. 1997. "Tobacco Use in Vietnam: Prevalence, Predictors, and the Role of the Transnational Tobacco Corporations." *Journal of the American Medical Association* 277(21):1726-31.
- Jha, P., O. Bangoura, and K. Ranson 1998. "The Cost-Effectiveness of Forty Health Interventions in Guinea." *Health Policy and Planning* 13(3): 249-62.
- Jha, P., R. Peto, A. Lopez, W. Zatonski, J. Boreham, and M. Jarvis. Forthcoming. "Tobacco-Attributable Mortality by Socioeconomic Status."
- Johnston, L. D., P. M. O'Malley, and J. G. Bachman. 1998. Smoking Among American Teens Declines Some. *Monitoring the Future Study*. University of Michigan Institute for Social Research. Press release. December 18. Washington D.C.
- Jones, A. M. 1999. "Adjustment Costs, Withdrawal Effects, and Cigarette Addiction." *Journal of Health Economics* 18:125-37.
- Joossens, L., and M. Raw. 1995. "Smuggling and Cross-Border Shopping of Tobacco in Europe." *British Medical Journal* 310(6991):1393-97.
- Jorenby, D. E., S. J. Leischow, M. A. Nides, S. I. Rennard, J. A. Johnston, A. R. Hughes, S. S. Smith, M. L. Muramoto, D. M. Daughton, K. Doan, M. C. Fiore, and T. B. Baker. "A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion,

- a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation." *New England Journal of Medicine* 340(9):685-91.
- Keeler, T. E., M. Marciniak, and T. W. Hu. Forthcoming. "Rational Addiction and Smoking Cessation: An Empirical Study." *Journal of Socio-Economics*.
- Keeler, T. E., T. W. Hu, P. G. Barnett, and W. G. Manning. 1993. "Taxation, Regulation and Addiction: A Demand Function for Cigarettes Based on Time-Series Evidence." *Journal of Health Economics* 12(1):1-18.
- Kenkel, D. S. 1991. "Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling." *Journal of Political Economy* 99(2):287-305.
- Kessler, D. A. 1995. "Nicotine Addiction in Young People." *New England Journal of Medicine* 333(3):186-89.
- Laugesen, M., and C. Meads. 1991. "Tobacco Advertising Restrictions, Price, Income and Tobacco Consumption in OECD Countries, 1960-1986." *British Journal of Addiction* 86(10):1343-54.
- Leu, R. E., and T. Schaub. 1983. "Does Smoking Increase Medical Expenditures?" *Social Science & Medicine* 17(23):1907-14.
- Levshin, V., and V. Droggachih. 1999. "Knowledge and Education Regarding Smoking Among Moscow Teenagers." Paper presented at the workshop on "Tobacco Control in Central and Eastern Europe." Las Palmas de Gran Canaria. February 26, 1999.
- Lewit, E. M., and D. Coate. 1982. "The Potential for Using Excise Taxes to Reduce Smoking." *Journal of Health Economics* 1(2):121-45.
- Liu, B. Q., R. Peto, Z. M. Chen, J. Boreham, Y. P. Wu, J. Y. Li, T. C. Campbell, and J. S. Chen. 1998. "Emerging Tobacco Hazards in China. I. Retrospective Proportional Mortality Study of One Million Deaths." *British Medical Journal* 317(7170):1411-22.
- Longfield, J. 1994. *Tobacco Taxes in the European Union: How to Make Them Work for Health*. London: UICC and Health Education Authority.
- Lu, R., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds. *The Growing Epidemic*, proceedings of the Tenth World Conference on Tobacco or Health, Beijing, 24-28 August 1997. Singapore: Springer-Verlag (in press).
- Lund, K. E., A. Roenneberg, and A. Hafstad. 1995. "The Social and Demographic Diffusion of the Tobacco Epidemic in Norway." In Slama, K., ed., *Tobacco and Health*. New York: Plenum Press.
- Lynch, B. S., and R. J. Bonnie, eds. *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Mackay, Judith, and J. Crofton. 1996. "Tobacco and the Developing World." *British Medical Bulletin* 52(1):206-21.
- Mahood, G. 1995. "Canadian Tobacco Package Warning System." *Tobacco Control* 4:10-14.

- Manning, W. G., E. B. Keeler, J. P. Newhouse, E. M. Sloss, and J. Wasserman. 1991. *The Costs of Poor Health Habits*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- . 1989. "The Taxes of Sin: Do Smokers and Drinkers Pay Their Way?" *Journal of the American Medical Association* 261(11):1604–09.
- Maravanyika, Edward. 1998. "Tobacco Production and the Search for Alternatives for Zimbabwe." In Abedian, I., and others, eds., *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
- Massing, Michael. 1998. *The Fix*. New York: Simon & Schuster.
- McNeill, A. D., and others. 1989. "Nicotine Intake in Young Smokers: Longitudinal Study of Saliva Cotinine Concentrations." *American Journal of Public Health* 79(2):172–75.
- McNicoll, I. H., and S. Boyle. 1992. "Regional Economic Impact of a Reduction of Resident Expenditure on Cigarettes: A Case Study of Glasgow." *Applied Economics* 24:291–96.
- Meara, E. "Why Is Health Related to Socioeconomic Status?" Ph.D. dissertation. Department of Economics, Harvard University, forthcoming.
- Merriman, David, A. Yurekli, and F. Chaloupka. "How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem?" NBER Working Paper. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, forthcoming.
- Miller, V. P., C. Ernst, and F. Collin. 1999. "Smoking-Attributable Medical Care Cost in the USA." *Social Science & Medicine* 48:375–91.
- Moore, M. J. 1996. "Death and Tobacco Taxes." *RAND Journal of Economics* 27(2):415–28.
- Murray, C. J., and A. D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Mass.: Harvard School of Public Health.
- Musgrove, Philip. 1996. *Public and Private Roles in Health*. Discussion Paper No. 339, Washington, D.C.: The World Bank.
- National Cancer Policy Board. 1998. *Taking Action to Reduce Tobacco Use*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Niu, S. R., G. H Yang, Z. M. Chen, J. L. Wang, G. H Wang, X. Z. He, H. Schoepff, J. Boreham, H. C. Pan, and R. Peto. 1998. "Emerging Tobacco Hazards in China 2. Early Mortality Results from a Prospective Study." *British Medical Journal* 317(7170):1423–24.
- Non-Smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation. 1994. *The Smuggling of Tobacco Products: Lessons from Canada*. Ottawa: NSRA/SHAF.
- Obot, I. S. 1990. "The Use of Tobacco Products Among Nigerian Adults: A General Population Survey." *Drug Alcohol Dependence* 26(2):203–08.

- Orphanides, A., and D. Zervos. 1995. "Rational Addiction with Learning and Regret." *Journal of Political Economy* 103(4):739-58.
- Parish, S., R. Collins, R. Peto, L. Youngman, J. Barton, K. Jayne, R. Clarke, P. Appleby, V. Lyon, S. Cederholm-Williams, and others. 1995. "Cigarette Smoking, Tar Yields, and Non-Fatal Myocardial Infarction: 14,000 Cases and 32,000 Controls in the United Kingdom. The International Studies of Infarct Survival (ISIS) Collaborators." *British Medical Journal* 311(7003):471-77.
- Pearl, R. 1938. "Tobacco Smoking and Longevity." *Science* 87:216-7.
- Pekurinen, Markku. 1991. *Economic Aspects of Smoking: Is There a Case for Government Intervention in Finland?* Helsinki: Vapka-Publishing.
- Peto, Richard, A. D. Lopez, and L. Boqi. "Global Tobacco Mortality: Monitoring the Growing Epidemic." In Lu R., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds., *The Growing Epidemic*. Singapore: Springer-Verlag (in press).
- Peto, Richard, A. D. Lopez, J. Boreham, M. Thun, and C. Heath, Jr. 1994. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press.
- Peto, Richard, Z. M. Chen, and J. Boreham. 1999. "Tobacco: the Growing Epidemic." *Nature Medicine* 5 (1):15-17.
- Price Waterhouse. 1992. *The Economic Impact of the Tobacco Industry on the United States Economy*. Arlington, Virginia.
- Raw, Martin, A. McNeill, and R. West. 1999. "Smoking Cessation: Evidence-Based Recommendations for the Healthcare System." *British Medical Journal* 318(7177):182-85.
- Reid, D. 1994. "Effect of Health Publicity on Prevalence of Smoking." *British Medical Journal* 309(6966):1441.
- . 1996. "Tobacco Control: Overview." *British Medical Bulletin* 52(1):108-20.
- Reuter, P. 1992. *The Limits and Consequences of U.S. Foreign Drug Control Efforts*. RAND Cooperation Publication No. RP-135.
- Rice, D. P., T. A. Hodgson, P. Sinsheimer, W. Browner, and A. N. Kopstein. 1986. "The Economic Costs of the Health Effects of Smoking, 1984." *Milbank Quarterly*: 64(4):489-547.
- Rigotti, N. A., J. R. DiFranza, Y. C. Chang, and others. 1997. "The Effect of Enforcing Tobacco-Sales Laws on Adolescents' Access to Tobacco and Smoking Behavior." *New England Journal of Medicine* 337(15):1044-51.
- Roberts, M. J., and L. Samuelson. 1988. "An Empirical Analysis of Dynamic, Nonprice Competition in an Oligopolistic Industry." *RAND Journal of Economics* 19(2):200-20.
- Robson, L., and E. Single. 1995. *Literature Review of Studies of the Economic Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse.

- Roemer, R. 1993. *Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization.
- Royal College of Physicians. 1962. *Smoking and Health. Summary and Report of the Royal College of Physicians of London on Smoking in Relation to Cancer of the Lung and Other Diseases*. New York: Pitman Publishing Co.
- . 1992. *Smoking and the Young*. London.
- Rydell, C. P., and S. S. Everingham. 1994. *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs*. RAND Cooperation Publication No. MR-331-ONDCP/A/DPRC
- Rydell, C. P., J. P. Caulkins, and S. S. Everingham. 1996. "Enforcement or Treatment? Modeling the Relative Efficacy of Alternatives for Controlling Cocaine." *Operations Research* 44(5):687-95
- Saffer, Henry, and F. Chaloupka. 1999. *Tobacco Advertising: Economic Theory and International Evidence*. NBER Working Paper No. 6958. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Saffer, Henry. 1995. "Alcohol Advertising and Alcohol Consumption: Econometric Studies." In Martin, S. E., ed., *The Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Saloojee, Yussuf. 1995. "Price and Income Elasticity of Demand for Cigarettes in South Africa." In Slama, K., ed., *Tobacco and Health*. New York, NY: Plenum Press.
- Samet, J. M., D. Yach, C. Taylor, and K. Becker. 1998. Research for effective global tobacco control in the 21st century working group convened during the 10th World Conference on Tobacco or Health. *Tobacco Control*: 7(1):72-7
- Schelling, T. C. 1986. "Economics and Cigarettes." *Preventive Medicine* 15(5):549-60.
- Schoenbaum, M. 1997. "Do Smokers Understand the Mortality Effects of Smoking? Evidence from the Health and Retirement Survey." *American Journal of Public Health* 87(5):755-59
- Scitovsky, T. 1976. *The Joyless Economy: An Inquiry into Consumer Satisfaction and Human Dissatisfaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Silagy, C., D. Mant, G. Fowler, and M. Lodge. 1994. "Meta-Analysis on Efficacy of Nicotine Replacement Therapies in Smoking Cessation." *Lancet* 343(8890):139-42.
- Single, E., D. Collins, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, and A. Maynard. 1996. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse.
- Slama, K., ed. 1995. *Tobacco and Health*. New York, NY: Plenum Press.
- Smith, Adam. 1776. *Wealth of Nations*. Edition edited by Canaan, Edwin. 1976. University of Chicago Press. Chicago.

- Stavrinou, V. G. 1987. "The Effects of an Anti-Smoking Campaign on Cigarette Consumption: Empirical Evidence from Greece." *Applied Economics* 19(3):323-29.
- Stigler, G., and G. S. Becker. 1977. "De Gustibus Non Est Disputandum." *American Economic Review* 67:76-90.
- Stiglitz, J. 1989. "On the Economic Role of the State." In A. Heertje, ed., *The Economic Role of the State*. Cambridge, Mass.: Basil Blackwell in association with Bank Insinger de Beauford NV.
- Sullum, J. 1998. *For Your Own Good: The Anti-Smoking Crusade and the Tyranny of Public Health*. New York: The Free Press.
- Suranovic, S. M., R. S. Goldfarb, and T. C. Leonard. 1999. "An Economic Theory of Cigarette Addiction." *Journal of Health Economics* 18:1-29.
- Swenor, D. T., and L. R. Martial. 1994. *The Smuggling of Tobacco Products: Lessons from Canada*. Ottawa (Canada): Non-Smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation.
- Tansel, A. 1993. "Cigarette Demand, Health Scares and Education in Turkey." *Applied Economics* 25(4):521-29.
- Thursby, J. G., and M. C. Thursby. 1994. *Interstate Cigarette Bootlegging: Extent, Revenue Losses, and Effects of Federal Intervention*. NBER Working Paper No. 4763. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Tobacco Institute. 1996. *The Tax Burden on Tobacco. Historical Compilation 1995*. Vol. 30. Washington D.C.
- Townsend, Joy. 1987. "Cigarette Tax, Economic Welfare, and Social Class Patterns of Smoking." *Applied Economics* 19:355-65.
- . 1988. *Price, Tax and Smoking in Europe*. Copenhagen: World Health Organization.
- . 1993. "Policies to Halve Smoking Deaths." *Addiction* 88(1):37-46.
- . 1996. "Price and Consumption of Tobacco." *British Medical Bulletin* 52(1):132-42.
- . 1998. "The Role of Taxation Policy in Tobacco Control." In Abedian, I., and others, eds., *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
- Townsend, Joy, P. Roderick, and J. Cooper. 1994. "Cigarette Smoking by Socioeconomic Group, Sex, and Age: Effects of Price, Income, and Health Publicity." *British Medical Journal* 309(6959):923-27.
- Treyz, G. I. 1993. *Regional Economic Modeling: A Systematic Approach to Economic Forecasting and Policy Analysis*. Boston, Mass.: Kluwer Academic Publishers.
- Tye, J. B., K. E. Warner, and S. A. Glantz. 1987. "Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship." *Journal of Public Health Policy* 8:492-508.

- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 1994. "Medical-Care Expenditures Attributable to Cigarette Smoking—United States, 1993." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 43(26):469–72.
- . 1998. "Response to Increases in Cigarette Prices by Race/Ethnicity, Income, and Age Groups—United States, 1976–1993." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47(29):605–9.
- U.K. Department of Health. 1998. *Smoking Kills: A White Paper on Tobacco*. London: The Stationary Office. (<http://www.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/contents.htm>)
- U.S. Department of Health and Human Services. 1988. *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Disease Prevention, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No.(CDC)88-8406.
- . 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No.(CDC)89-8411.
- . 1990. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
- . 1994. *Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- USDA (U.S. Department of Agriculture). 1998. Economic Research Service Database. (<http://www.econ.ag.gov/prodsrvs/dataproduct.htm>)
- Van der Merwe, Rowena. 1998. "Employment and Output Effects for Bangladesh Following a Decline in Tobacco Consumption." Population, Health and Nutrition Department. The World Bank.
- Viscusi, W. K. 1990. "Do Smokers Underestimate Risks?" *Journal of Political Economy* 98(6):1253–69.
- . 1991. "Age Variations in Risk Perceptions and Smoking Decisions." *Review of Economics and Statistics* 73(4):577–88.
- . 1992. *Smoking: Making the Risky Decision*. New York: Oxford University Press.

- . 1995. "Cigarette Taxation and the Social Consequences of Smoking." In Poterba, J. M., ed., *Tax Policy and the Economy*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Wald, N. J., and A. K. Hackshaw. 1996. "Cigarette Smoking: An Epidemiological Overview." *British Medical Bulletin*, 52(1):3–11.
- Warner, K. E. 1986. "Smoking and Health Implications of a Change in the Federal Cigarette Excise Tax." *Journal of the American Medical Association* 255(8):1028–32.
- . 1987. Health and Economic Implications of a Tobacco-Free Society." *Journal of the American Medical Association* 258(15):2080–6.
- . 1988. "The Tobacco Subsidy: Does it Matter?" *Journal of the National Cancer Institute* 80(2) 81–83.
- . 1989. "Effects of the Antismoking Campaign: An Update." *American Journal of Public Health* 79(2):144–51.
- . 1990. "Tobacco Taxation as Health Policy in the Third World." *American Journal of Public Health* 80(5):529–31.
- . 1997. "Cost-Effectiveness of Smoking Cessation Therapies: Interpretation of the Evidence and Implications for Coverage." *Pharmacoeconomics* 11:538–49.
- Warner, K. E., and G. A. Fulton. 1994. "The Economic Implications of Tobacco Product Sales in a Non-tobacco State." *Journal of the American Medical Association* 271(10):771–6.
- Warner, K. E., and others. *The Medical Costs of Smoking in the United States: Estimates, Their Validity and Their Implications*, forthcoming.
- Warner, K. E., F. J. Chaloupka, P. J. Cook, and others. 1995. "Criteria for Determining an Optimal Cigarette Tax: the Economist's Perspective." *Tobacco Control* 4:380–86.
- Warner, K. E., G. A. Fulton, P. Nicolas, and D. R. Grimes. 1996. "Employment Implications of Declining Tobacco Product Sales for the Regional Economies of the United States." *Journal of the American Medical Association* 275(16):1241–6.
- Warner, K. E., J. Slade, and D. T. Sweanor. 1997. "The Emerging Market for Long-term Nicotine Maintenance." *Journal of the American Medical Association* 278(13):1087–92.
- Warner, K. E., T. A. Hodgson, and C. E. Carroll. 1999. *The Medical Costs of Smoking in the United States: Estimates, Their Validity and Implications*. Ann Arbor, MI: University of Michigan, School of Public Health. Department of Health Management and Policy. Working Paper.
- Watkins, B. G. III. 1990. "The Tobacco Program: An Econometric Analysis of Its Benefits to Farmers." *American Economist* 34(1):45–53.
- Weinstein, N. D. 1998. "Accuracy of Smokers' Risk Perceptions." *Annals of Behavioral Medicine* 20(2):135–40.

- Wersall, J. P., and G. Eklund. 1998. "The Decline of Smoking Among Swedish Men." *International Journal of Epidemiology* 27(1):20–6.
- WHO (World Health Organization). 1996a. *Investing in Health Research and Development*, Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options (Document TDR/Gen/96.1.), Geneva, Switzerland.
- . 1996b. *Tobacco Alert Special Issue: the Tobacco Epidemic: a Global Public Health Emergency*. Geneva, Switzerland.
- . 1997. *Tobacco or Health: a Global Status Report*. Geneva, Switzerland.
- . 1999. *Making a Difference*. World Health Report. Geneva, Switzerland.
- World Bank. 1990. *Brazil: the New Challenge of Adult Health*. Washington, D.C.
- . 1992. *China: Long-term Issues and Options in the Health Transition*. Washington, D.C.
- . 1993. *The World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- . 1994a. *Chile: the New Adult Health Policy Challenge*. Washington, D.C.
- . 1994b. *Averting the Old Age Crisis*. Washington, D.C.
- . 1996. *China: Issues and Options in Health Financing*. Report No. 15278-CHA, Washington, D.C.
- . 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. World Bank Policy Report. Washington, D.C.
- . 1998. *World Development Indicators*. Washington, D.C.
- Zatonski, W. 1996. *Evolution of Health in Poland Since 1988*. Warsaw: Marie Skeodowska-Curie Cancer Center and Institute of Oncology, Department of Epidemiology and Cancer Prevention.
- Zatonski, W., K. Przewozniak, and M. Porebski. 1999. *The Impact of Enlarged Pack Health Warnings on Smoking Behavior and Attitudes in Poland*. Paper presented at the workshop on "Tobacco Control in Central and Eastern Europe." Las Palmas de Gran Canaria. February 26. 1999.
- Zhang, Ping, and C. Husten. 1998. "The Impact of the Tobacco Price Support Program on Tobacco Control in the United States." *Tobacco Control* 7(2):176–82.
- Zhang, Ping, C. Husten, and G. Giovino. 1997. *The Impact of the Price Support Program on Cigarette Consumption in the United States*. Atlanta: Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention.

图书在版编目 (CIP) 数据

遏制烟草流行：政府与烟草控制经济学 / 世界银行《遏制烟草流行：政府与烟草控制经济学》编写组编；李燕生等译。—北京：中国财政经济出版社，2000.5

ISBN 7-5005-4659-9

I. 遏… II. ①世… ②李… III. 戒烟-对策-研究 IV. C913.8

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 09935 号

图字 01-2000-1398

中国财政经济出版社出版

URL: <http://www.cfeph.com>

E-mail: cfeph@drc.gov.cn

(版权所有 翻印必究)

社址：北京东城大佛寺东街 8 号 邮政编码：100010

发行处电话：64033095 财经书店电话：64033436

财经图书发行中心电话：88119132 88119130 (传真)

北京财经印刷厂印刷 各地新华书店经销

880×1230 毫米 32 开 4.375 印张 106 000 字

2000 年 6 月第 1 版 2000 年 6 月北京第 1 次印刷

定价：10.00 元

ISBN 7-5005-4659-9/F·4187

(图书出现印装问题，本社负责调换)

在未来12个月内,烟草将夺去400万人的生命。到2030年,它将超过其他死因,每年杀害1000万人,而这些死者有700万人将生活在香烟曾一度稀罕的低收入和中等收入国家。在大多数社会中,随着受过教育的富裕的人们不再抽烟,抽烟者越来越集中于穷人。至少在富裕国家,穷人的疾病和早亡大部分原因要归咎于吸烟对健康的有害影响。然而,由于顾及控制烟草对经济的影响,许多政府至今仍对采取控烟行动犹豫不决。例如,许多决策者担心由于减少烟草消费会导致永久性失业。

本书第一次简明扼要地对国际经验进行回顾,评估了烟草控制在经济方面的影响。报告认为,提高烟草税在中期内可以在提高政府收入的同时,挽救上百万人的生命,而诸如全面禁止香烟广告和促销活动等其他非价格措施,也可以极大减少吸烟。本书分析考察了控烟政策对就业的影响,发现在大多数国家不会导致永久性工作岗位丧失。

本报告考察了控烟政策的成本,并为政府行动制定了议程,包括如何为贫困烟农提供帮助。本书还指出了国际机构在减少不可避免的与吸烟有关的早亡和残疾造成的损失方面的作用。

“吸烟是世上一大杀手,而它对第三世界的入侵会在将来害死越来越多的人。本书揭示了问题的性质和重要性,并提出了应对的措施。它对有关信息作出了全面的权衡,并提出了及时的行动方案。”

1998年诺贝尔经济学奖获得者

阿马蒂亚·森 教授

“烟草是世界主要杀手,烟草导致的最大代价是它在疾病、痛苦和家庭困境方面所带来的巨大损失。控烟的原因出于健康和非经济的论据,而经济论据则被人们作为阻碍采取控烟政策的盾牌。一些主张常常阻碍着许多政府为遏制烟草这一全球杀手而采取行动,本报告对这些主张提供了极为有用的、及时的审视。”

世界卫生组织总干事

G. H. 布伦特兰 博士



世界银行

1818 H Street, N.W.

Washington, D.C. 20433, U.S.A.

电 话: (202) 477 1234

传 真: (202) 477 6391

电 报: MCI 64145 WORLDBANK
MCI 248423 WORLDBANK

网 址: <http://www.worldbank.org/>

电子信箱: books@worldbank.org

ISBN 7-5005-4659-9



9 787500 546597 >

ISBN 7 - 5005 - 4659 - 9

F · 4187 定价: 10.00元