

北京市控烟政策分析 (1996-2012)

培 养 单 位 :

申 请 人 :

指 导 教 师 :

二〇一三年十二月

关于学位论文使用授权的说明

摘 要

烟草是目前人类健康的最大威胁,吸烟是可有效预防的首位死因,是需要给予优先处理的公共卫生问题,控烟已成为全人类的共识。2006 年《烟草控制框架公约》在我国生效后,政府采取了一系列控烟措施,但效果甚微。因此,选取典型城市进行研究,系统分析控烟政策,监测吸烟状况,评估政策实施效果,据此提出全面可行政策建议,具有相当的理论价值和实践意义。

本文通过对北京市 1996~2012 年控烟政策和实施的系统回顾分析,对全市和重点行业吸烟状况及控烟效果监测数据进行了定量分析,对政策实施效果进行了评估,结合文献定性分析、访谈调研和个案分析,形成对北京市控烟政策的综合评价。结果显示,在全国控烟工作整体疲软的形势下,北京市控烟成效显著。自 1995 年颁布国内第一部地方控烟法规以来,采取了法制建设、行政管理、健康教育和社会支持等一系列干预措施,并借无烟奥运将北京控烟工作推向高潮。北京市 6 次居民吸烟状况调查结果显示,总体吸烟率从 1997 年的 34.50% 下降到 2011 年的 20.89%,被动吸烟率从 1997 年的 54.20% 下降到 2008 年的 25.58%。对北京市控烟政策进行效果评价,十类完全禁烟公共场所大多达到 80% 以上的完全禁烟率,基本达到法规设定要求;实施收益大于实施成本,属于合理、有效的法规条例。对医疗卫生系统、中小学校、出租车行业、餐饮业、旅店业和无烟奥运控烟效果监测分析显示,各项工作有序开展,成效明显。

对比《烟草控制框架公约》要求,北京市控烟也存在一系列亟待解决的问题。控烟策略上,立法未与时俱进,执法力度羸弱,欠长效机制,缺专职人员。监测结果提示男性吸烟率居高不下、青少年控烟任重道远,戒烟服务疲软、戒烟执行不力。效果评估提示公共场所卫生间、公共交通工具、餐饮业、宾馆旅店、小型商店和互联网服务类场所应进一步加强禁烟。

根据分析、监测、评估结果,从公共治理的视角,借鉴国内外控烟成功经验,扬长抑短,对北京市未来控烟体系的构建和控烟政策提出针对性组合建议。建议确立市级烟草控制总负责人并充分表达在北京地区全面控烟的意愿和承诺,组建北京市烟草控制工作委员会,根据国家立法和政策制定北京市烟草控制规划,各

部门制定并实施部门内烟草控制方案，通过法制建设、行政管理、健康教育和社
会支持策略，在立法、执法、教育、科技、文化、宣传等多领域开展工作。

本文创新点主要有三个方面：一是首次对省级城市的控烟政策进行系统全面
的政策分析，从政策与实施回顾，到吸烟状况描述，到法规实施评价，形成一个
完整的逻辑分析链，避免了以往其他学者只攫取部分问题进行单点研究的局限；
二是对北京市十余年长时段跨度的综合调研跟踪评价，填补了国内长时段控烟政
策跟踪研究的空白，在国际相关研究领域也属创新。对一手调查数据的全角度分
析，对多影响因素的综合评价，通过长时段跨度来消除个别大事件的影响，结果
更真实客观。三是首次将公共治理理论运用在控烟领域，打破国内以政府控烟为
主导的现状，通过对调查数据系统全面的定量分析，结合实证分析结果，从公共
治理的视角，为北京市未来控烟工作给出重构控烟系统和控烟策略的政策建议。

本文研究成果，将为制定《北京市控制吸烟条例》提供支持，为北京实现“十
二五”规划控烟目标提供帮助，为国内兄弟省市控烟提供参考，为世界发展中国
家控烟提供借鉴，为北京建设“世界无烟之都”的构想奠定基础，并最终为提高
北京居民平均期望寿命贡献力量。

关键词：北京市； 烟草控制； 吸烟状况； 政策分析； 控烟体系

Abstract

Tobacco is currently the greatest threat to human health and tobacco control has become the consensus of all mankind. Smoking, as the first cause of preventable death, is the public health issue which needs to be given priority. After the "Framework Convention on Tobacco Control" took effect in China from 2006, the government adopted a series of tobacco control measures; however, the effect is minimal. As a result, it has great theoretical significance and practical value to select a typical city to make researches, analyze tobacco control policies, monitor smoking status, evaluate the effect of policy deployment and hence propose feasible suggestions on policy-making.

This article reviews and analyzes the tobacco control policy in Beijing from 1996 to 2012. Supplemented with the literature qualitative analysis methods as well as interviews, surveys and case studies, we gave a comprehensive assessment of Beijing's tobacco control policy based on the quantitative analysis of the monitoring data concerning the smoking status and tobacco control effects in the whole city and some key industries, which show that the Beijing tobacco control effect is remarkable in the situation of sluggish national tobacco control overall. Since the first local tobacco control legislation was issued in 1995, under the auspices of the Beijing Patriotic Health Campaign Committee, Beijing has taken a series of interventions in the field of legal construction, administration, health, education and social support. What's more, tobacco control work came to a climax by the historical opportunity of the smoke-free Olympic Games. The six times survey results of Beijing residents smoking status showed that the overall smoking rate dropped from 34.50 percent in 1997 to 20.89 percent in 2011 and the passive smoking rate dropped from 54.20 percent in 1997 to 25.58 percent in 2008. Evaluation of the effects of tobacco control policies in Beijing showed that most of the ten categories of completely non-smoking public places achieved the rate of completely non-smoking more than 80%; the implementation of the policies basically achieved the requirements of regulations. As a reasonable and effective policy, the benefits of implementation outweigh the cost. Monitoring and analysis of tobacco control effects on health care systems, elementary and secondary schools, taxi industry, catering, hotel industry and smokeless Olympics showed that all tasks were conducted well and the effect was significant.

In contrast with "Frame Convention on Tobacco Control", a series of tobacco control problems still need to be solved in Beijing, which include the legislation not keeping pace with the times, weak law enforcement, lack of long-term mechanism, lack of full-time staff, and so on. Monitoring results suggest the following aspects: the high rate of male smokers, a long way to go for youth tobacco control, sluggish smoking cessation services, weak enforcement of smoking cessation. Impact assessment prompted smoking control in public places toilets, public transport, catering, hotels, Inns, small shops and Internet service areas should be further strengthened.

Based on the analysis, monitoring and evaluation of the outcomes of tobacco control and successful tobacco control home and abroad, from the perspective of public governance, we proposed pertinent suggestions on the construction of future tobacco control system in Beijing and its tobacco control policies. We proposed to establish a municipal chief of tobacco control who should fully express the willingness and commitment of comprehensive tobacco control in the Beijing area, set up the Beijing tobacco control working Committee and formulate Beijing tobacco control programs in accordance with national legislation and policy. By developing and implementing tobacco control programs within the department, each department should carry out corresponding work in legislation, enforcement, education, technology, culture, publicity and many other areas through the legal system construction, administration, health and education, social support strategies.

The innovative points of the article lie in the following three aspects. Firstly, it made a systematic and complete analysis on the tobacco control policies of an provincial city for the first time, which constituted a complete logic chain from the review of policy implementation to the description of smoking status and the evaluation of the implementation of regulations and avoided the limitation of the single point researches on some problems made by other scholars; Secondly, the comprehensive survey and tracking evaluation on the tobacco control policy implementation in Beijing for more than ten years fill in the gap in the long-term tobacco control policy tracking analysis domestically, which belong to an innovation in relevant research fields abroad. Based on the multi-perspective analysis of the survey data and comprehensive evaluation of different influence factors, the results were more realistic and objective through the long-period study which eliminates the influence of individual events. Thirdly, public governance theories were introduced into the tobacco control for the first

time, which broke the status quo of domestic tobacco control led by the government. From the perspective of public governance, in combination with the empirical analysis results, the article proposed suggestions on the reconstruction of tobacco control system and tobacco control strategies of the future tobacco control work in Beijing through the full quantitative analysis of survey data.

The research outcomes of the article would provide support for the formulation of the "Tobacco Control Regulations of Beijing", contribute to the realization of the tobacco control targets in the Twelfth Five-year Plan, give reference for the tobacco control work made by other provinces and developing countries sharing similar status, lay the foundation for the construction of the "No-tobacco Capital" of Beijing and make contributions to the improvement of the average life expectancy of the citizens in Beijing ultimately.

Key words: beijing municipality; tobacco control; smoking status; policy analysis;
tobacco control system

目 录

第 1 章 引言	1
1.1 选题背景和意义	1
1.1.1 选题背景	1
1.1.2 选题目的和意义	3
1.2 文献综述	4
1.2.1 我国烟草控制现状及主要进展	4
1.2.2 现行烟草控制策略及主要进展	6
1.3 研究内容和方法	9
1.3.1 研究内容	9
1.3.2 研究方法	10
1.4 研究理论框架	12
1.4.1 立法后评估理论	12
1.4.2 公共治理理论	13
第 2 章 FCTC 解读及国内外控烟实践	15
2.1 FCTC 解读	15
2.1.1 FCTC 的产生过程和主要内容	15
2.1.2 FCTC 的策略启示	16
2.2 国外控烟实践与启示	17
2.2.1 美国	17
2.2.2 欧洲	18
2.2.3 亚洲	19
2.2.4 经验启示	19
2.3 国内控烟实践与启示	19
2.3.1 香港	19
2.3.2 上海	20
2.3.3 广州	21
2.3.4 经验启示	23
第 3 章 北京市控烟政策与实施回顾	25
3.1 北京市的基本情况与控烟概述	25

3.1.1 北京市基本情况	25
3.1.2 北京市控烟概述	25
3.2 北京市控烟系统现状	26
3.2.1 执法主体	26
3.2.2 执法实施	27
3.3 北京市控烟干预措施	29
3.3.1 行政管理	29
3.3.2 健康教育	31
3.3.3 社会支持	32
3.3.4 无烟奥运	32
3.4 北京市控烟政策特点分析	34
第 4 章 北京市居民吸烟状况调查分析	35
4.1 1997 年~2011 年北京市居民吸烟情况监测研究.....	35
4.2 1997 年~2011 年北京市居民吸烟情况监测结果.....	36
4.2.1 调查对象基本情况	36
4.2.2 北京市居民烟草使用情况	36
4.2.3 北京市居民对烟草危害的认知情况	43
4.2.4 北京市吸烟人群的烟草依赖与戒烟情况	44
4.3 北京市烟草流行分析与启示	51
第 5 章 北京市控烟政策效果评价	53
5.1 抽样调查与数据获取	53
5.2 法规实施的效能和效用评估	53
5.2.1 应当完全禁烟的公共场所履行禁烟职责的情况	53
5.2.2 部分区域禁烟的公共场所履行禁烟职责的情况	56
5.2.3 宣传教育工作开展情况	58
5.2.4 法规执行机构的执法开展情况	59
5.3 法规实施的成本效益分析	61
5.3.1 法规实施的成本测算	61
5.3.2 法规实施的收益测算	63
5.3.3 整体成本—收益评估	65
5.4 重点行业控烟效果监测分析	65
5.4.1 北京市医疗卫生系统	65

5.4.2 北京市中小学校	68
5.4.3 北京市出租车行业	69
5.4.4 北京市餐饮业	70
5.4.5 北京市旅馆业	71
5.5 北京无烟奥运实施效果监测分析	72
5.6 评估结论	73
5.6.1 执行效能的基本结论	73
5.6.2 执行效率的基本结论	74
第 6 章 北京市未来控烟体系构建和政策建议	75
6.1 构建北京控烟系统	75
6.1.1 控烟系统的要素分析	75
6.1.2 北京控烟系统的结构与分工	76
6.2 控烟策略的构建与实施	78
6.2.1 法制建设策略与实施	79
6.2.2 行政管理策略与实施	82
6.2.3 健康教育策略与实施	85
6.2.4 社会支持策略与实施	88
第 7 章 结论	90
参考文献	95
致 谢	错误！未定义书签。
声 明	98
个人简历、在学期间发表的学术论文与研究成果	错误！未定义书签。

第1章 引言

1.1 选题背景和意义

1.1.1 选题背景

国内外数以万计的烟草烟雾相关研究表明,已知烟草燃烧产生的4000多种化学物质中,有毒有害的高达数百种,其中更有五十余种致癌物质。烟草烟雾对人类健康危害已成共识,吸烟与肺癌、冠心病、中风等呼吸、心血管系统疾病的发生发展直至死亡均有循证关系。^{①②}世界卫生组织(World Health Organization,简称WHO)指出吸烟是可有效预防的人类健康最大威胁,作为公共卫生问题需各国政府优先处理。^{③④}

由于烟草进入中国后的快速发展,目前中国烟草种植、产销量、烟税、烟民人数、吸烟相关疾病死亡人数及其增长速度均居全球首位^{⑤⑥};每年死于吸烟相关疾病100多万人,约占全国总死亡人数的12%^⑦,占全世界吸烟相关疾病死亡人数的20%^⑧。烟草产业是我国的重要支柱产业之一,部分省份对烟草产业的依赖性较高。但是,与烟草带来的社会危害相比,即使仅从经济上考量,烟草产业所带来的“好处”也已经远远不足以弥补全社会的成本付出^⑨。统计资料显示,2005年中国烟草产业产生的社会负效益高达126亿元^⑩;到2010年,烟草产业带来的社会负效益进一步扩大到618亿元。因此,不论从国家公共卫生安全考虑,让十三亿人民生活得更健康、长寿、幸福和高质量;还是从整体社会效益和良好的国际形象考虑;全面控制烟草危害都是一个负责任政府应该有效提供的公共服务¹¹。

① World Health Organization.Tobacco:deadly in any form or disguise[R].Geneva,2006.

② Boffetta P,Aagnes B,Weiderpass E,et al.Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs[J].Int J Cancer,2005,114(6):992-995.

③ 陆轶,张进.上海市控烟立法北京与内容综述[J].中国卫生法制,2010,18(2):20.

④ World Health Organization.WHO Report on the Global Tobacco Epidemic,2008:The MPOWER package [R].Geneva,2008.

⑤ 岳经纶,陈泽涛.不情愿的控烟运动:中国控烟政策的发展及其局限[J].公共管理研究,2008,6:137-138.

⑥ 胡鞍钢,胡琳琳.从消极控烟到积极控烟[J].中国卫生政策研究,2011,4(3):17.

⑦ Liu B Q,Peto R,Chen Z M,et al.Emerging tobacco hazards in China:Retrospective proportional mortality study of one million deaths[J].BMJ,1998,317(7170):1411-1422.

⑧ 新版《烟草地图》展示烟草在世界各地导致的死亡人数[EB/OL]. http://www.tobaccochina.com/news_gj/roundup/wu/20099/20099381030_375552.shtml, 2013-10-22.

⑨ 杨功焕、胡鞍钢:《控烟与中国未来——中外专家中国烟草使用与烟草控制联合评估报告》,经济日报出版社,2011年版,第5-8页。胡德伟、毛中正:《中国烟草控制的经济研究》,经济科学出版社,2008年版,第22-23页。吸烟带来的社会负担主要包括:治疗吸烟相关疾病的直接医疗成本、吸烟的间接医疗成本以及因吸烟相关疾病引起的间接死亡成本。

⑩ 李玲,陈秋霖,贾瑞雪,等.中国的吸烟模式和烟草使用的疾病负担研究[J].中国卫生经济,2008,27(1):26-30.

11 杨功焕,胡鞍钢.控烟与中国未来[M].北京:经济日报出版社,2011:26.

中国的控烟运动从 20 世纪 70 年代后期开始。烟草特殊的成瘾性、烟草行业的巨大利润诱惑以及反控烟的掣肘,使得控烟阻力重重。以 1999 年中国加入《世界卫生组织烟草控制框架公约》(World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control,以下简称 WHO FCTC)谈判来划分,可分为两个阶段:1999 年以前主要是由专家学者主导的控烟,1999 年以后逐步发展为由政府主导的控烟。三十多年来,经过政府、专家、学者和各控烟人士的努力,取得一定成效,人群吸烟率有所降低,吸烟有害健康认识有所提高,烟草广告受到控制等;但控烟运动整体颇显乏力,立法滞后,政策制定缺乏共识,控烟执行不力。^①

《2010 全球成人烟草调查——中国报告》(以下简称“2010 年《GATS 报告》”)显示,我国 15 岁及以上人群的现在吸烟率与 2002 年相比,虽有微弱下降,仍高达 28.1%,全国现在吸烟总人数更是惊人的超过 3 亿人,半数以上非吸烟者暴露于二手烟。我国政府于 2003 年 11 月 10 日签署了 FCTC,全国人大常委会于 2005 年 8 月批准了 FCTC 并于 2006 年 1 月生效,承诺自 2011 年 1 月 9 日起在公共场所全面禁烟。结果如何呢?2011 年对 FCTC 履约关键的 5 项政策执行情况评价,中国平均得分仅为 37.3 分(满分为 100 分),排在 100 多个 FCTC 缔约国最末几名^②。公共卫生专家评估认为我国控烟基本不成功^③。

在全国控烟工作整体疲软的形势下,北京市于 1995 年率先出台国内首部地方性控烟法规《北京市公共场所禁止吸烟的规定》,并借无烟奥运的历史机遇于 2008 年颁布了政府令《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》,在原法规基础上拓宽了禁烟范围并有效实施^④,将北京控烟工作推向高潮。2008 年,北京市卫生局、中国疾病预防控制中心、北京市爱国卫生运动委员会办公室(以下简称“北京市爱卫办”)联合在北京市开展了媒体宣传和健康教育,支持无烟奥运和无烟城市行动,在北京电视台多个频道以及公交移动电视上混合滚动播出 6 部控烟公益广告片。编印《健康 2008——珍爱生命 远离烟草》5 万册,通过全市 40 家中石化加油站向广大市民发放。在地铁 5 号线和 10 号线制作了 50 块灯箱广告,宣传无烟奥运和创建无烟环境。在新浪网上开辟了“珍爱生命 远离烟草”专栏。在《奥运健康手册》中设立了“烟草与健康”专题。在《中国日报》上刊登了控烟宣传文章。配合北京市的无烟出租车、无烟餐馆、无烟医院和健康促进学校活动,起到了很好的宣传效果,实现了无烟奥运的既定目标^⑤。

① 岳经纶,陈泽涛.不情愿的控烟运动:中国控烟政策的发展及其局限[J].公共管理研究,2008,6:137-138.

② World Health Organization.WHO Report on the Global Tobacco Epidemic,2008:The MPOWER package [R].Geneva,2008.

③ 刘远立.中国的控烟形势与任务[R].北京,2010.

④ 渠滢.北京市控烟执法工作的完善路径分析[J].法制与社会.2011(11):84.

⑤ 北京市卫生局,《北京卫生年鉴》编辑委员会.北京卫生年鉴 2008 [M].北京:北京科学技术出版社,2008:8.

北京市自1995年立法控烟以来,尤其是将禁止吸烟的场所从单纯公共场所扩大到工作场所和公共交通工具后,在无烟出租车、无烟医院、无烟学校、无烟餐饮业、无烟商场等方面均走在全国前列。全市15岁以上人口吸烟率从1997年的34.50%(其中女性吸烟率为9.76%,男性吸烟率为56.72%)^①降至2011年的20.89%(其中女性吸烟率为2.99%,男性吸烟率为41.47%),低于同期上海、广州等国内一线城市和伦敦等国际大型城市的吸烟率。在中国控烟不力的背景下,北京何以控烟效果显著?有哪些经验和教训值得国内兄弟省市借鉴?现行以政府为主导背离公共治理思想的控烟政策到底能走多远?未来的控烟路径又在哪里?

显著成效的背后,我们也看到了北京市2000多万常住人口中仍有400多万吸烟人口。面对如此庞大的吸烟人群,北京市控烟工作存在无专职机构,无专职人员,工作经费严重不足,以及法规规定滞后等一系列问题亟需解决^②。尽管北京卫生事业“十二五”规划明确提出了控烟目标,力争在2015年底前在全市室内公共场所和工作场所以及公共交通工具完全禁烟。距2015年仅剩两年时间,若非强有力控烟策略干预,任务定难完成。为此,笔者试图通过对北京以往控烟政策进行系统分析,找出北京市在开展控烟执法工作中的成效之举和不足之处,扬长避短,同时引入公共治理理念,对未来控烟路径给出政策建议,以期对北京市“十二五”规划控烟目标的实现产生积极作用,为国内国际控烟大业提供参考。

1.1.2 选题目的和意义

1. 选题目的。通过系统分析1996年以来,北京市采取的包括法制建设、行政管理、健康教育和社会支持等各项控烟策略,对比各控烟政策实施前后的效果,评价政策的有效性及相关影响因素;同时借鉴国内外成功控烟经验,从公共治理的视角,重新设计一套控烟的组合策略,为北京市推进无烟环境建设,实现北京市“十二五”规划控烟目标,提供技术支持和政策建议。

2. 选题意义。控烟是个世界性的难题,本研究通过对1996~2012年北京市控烟策略的分析,评价各项政策实施效果,借鉴国内外成功经验,并首次引入公共治理理念,为北京市未来控烟提出政策建议,具有相当的理论价值和现实意义。北京作为首都,控烟的成败不仅事关每个市民的健康权益,也事关建设世界城市的目标;对中国而言,北京的经验可以为其他兄弟省市提供借鉴,北京控烟的成败也会影响中国控烟的成败;对世界发展中国家来说,中国的经验可以为他们提供参考,中国作为烟草和烟民大国,控烟的成败也必将影响世界控烟的发展。

① 崔小波,周裕斌,郭爱民,等.《北京市公共场所禁止吸烟的规定》1996-1997年执行效果评价[J].中国健康教育,1998,14(5):5.

② 崔小波.对北京市控烟工作十二五规划的建议[J].中国卫生法制,2010,18(5):34.

1.2 文献综述

1.2.1 我国烟草控制现状及主要进展

1. 控烟形势依然严峻。我国是世界上烟草生产和消费量最大的国家，每年香烟销量达 1.8 万亿支；总烟民超过 3.5 亿，约占全球烟民的 1/3，且以 300 万/年的速度增长，被动烟民更是高达 7.4 亿。我国每年死于吸烟相关的疾病约有一百多万人，专家估计至 2025 年归因于烟草的疾病死亡人数将超过二百万人，占总死亡人数 33 %^①，烟草导致的疾病负担在未来五十年内将成为现实。

(1) 人群吸烟率居高不下。2010 年《GATS 报告》显示，我国 15 岁及以上人群的现在吸烟率与 2002 年相比，虽有微弱下降，仍高达 28.1%。男性吸烟率比 1996 年和 2002 年调查数据有微弱下降但一直处于高平台期，为 62.8%；女性吸烟率处于相对较低水平，为 3.1%。^②人均吸烟量基本不变，为 14.8 支/日。中国男性烟草使用的流行水平已经达到高峰，目前处于平台期，没有明显的下降趋势^③。

(2) 吸烟人口呈低龄化，青少年吸烟率上升。根据杨功焕等人 2002 年的调查显示，我国 15~24 岁人群吸烟率上升，15 岁以上吸烟者总数达到 3.5 亿人，较 1996 年增加 3000 万人^④。其他相关研究结果表明，我国 15 岁至 19 岁的年轻烟民约 900 万人，还有超过 1800 万人在尝试吸烟。初中、高中、大学男生吸烟率有上升趋势，分别高达 34%、45%和 46%；初次吸烟的年龄是 10.7 岁。^⑤

(3) 被动吸烟率居高不降。1996年和2002年两次被动吸烟暴露的调查结果几乎相等，人群中被动吸烟暴露水平分别为53.5 %和52.9%。2010年按照相同定义估算，被动吸烟暴露水平也未显示有所降低。公共场所、工作场所和家中室内是被动吸烟暴露的主要场所，在公共场所接触二手烟的比例甚至有所上升^⑥，目前有高达7.4亿人仍在遭受二手烟危害，其中有1.8亿为15岁以下青少年儿童。^⑦

2. 控烟工作取得的主要进展。

(1) 创造政策支持性环境。2003 年 11 月 10 日，中国政府签署了 FCTC，使我国成为第 77 个签署该公约的国家。为切实有效履行 FCTC 的各项要求，2007 年 4 月 27 日，国务院批准成立了《烟草控制框架公约》履约工作部际领导小组。

① 李恩昌，彭松，王飞.从烟草的巨大危害看国家的控烟责任[J].中国卫生事业管理，2009，10：652-653.

② 杨功焕，胡鞍钢.控烟与中国未来[M].北京：经济日报出版社，2011：109.

③ 杨功焕，马杰民，刘娜，等.中国人群 2002 年吸烟和被动吸烟的现状调查[J].中华流行病学杂志，2005，26 (2)：77-83.

④ 北京市卫生局，《北京卫生年鉴》编辑委员会.北京卫生年鉴 2008 [M].北京：北京科学技术出版社，2008：8.

⑤ 新探健康发展研究中心.中国控烟现状与评析.第 12 届全国吸烟与健康学术研讨会暨第二届烟草控制框架公约论坛论文集[C].深圳：会议论文，2005：132.

⑥ Yang GH,Fan LX,Tan J,et al.Smoking in China:findings of the 1996 National Prevalence Survey[J].JAMA, 1999,282(13):1247-1253.

⑦ The GTSS Collaborative Group.A cross country comparision of exposure to secondhand smoke among young [J].Tobacco Control,2006, (Suppl II):ii4-ii19.

国家财政增加了对烟草控制活动的支持，设立专项经费，主要用于开展控烟监测和干预的相关工作。每年投入 2000 多万元，尽管近年来有所递增，但仍与需求相距甚大。同时卫生部（现为国家卫生计生委）开始修订《公共场所卫生管理条例》，于 2011 年 3 月 10 日颁布并于 2011 年 5 月 1 日实施《公共场所卫生管理条例实施细则》，加强了禁止在公共场所吸烟的有关规定。

（2）香烟生产和销售的阻抑。我国在 1991 年出台的烟草专卖法中规定不允许扩大烟草生产能力，不允许再建新烟厂，原有 180 多家烟厂陆续减少了近 1/3；严格限制烟草种植面积，严禁增加产量；对烟草批发、零售、进出口及技术合作均严格实行许可制度；烟草行业开始要求在烟盒包装印上占烟盒正面 30~50% 的健康警句，广告法中有关烟草广告的内容也有了严格的限制。

（3）无烟环境建设。FCTC 在中国生效前后的十几年间，全国各地开展了大量的创建无烟环境的项目和活动，如“无烟学校”、“无烟医院”、“无烟奥运”、“迈向无烟中国”、“无烟环境促进”、“创建无烟医学院校”等。据不完全统计，这些项目已经覆盖了近百座城市，其中包括全部的直辖市，24 个省会城市和计划单列市，覆盖人口达 3 亿人。^①

（4）控烟立法。我国至今尚未有一部统一的、专门的国家级控烟法律，相关的法律条文多散见于其他法律法规和部门规章的某些条款中。常见含有控烟条款的法律有《消防法》、《未成年人保护法》、《烟草专卖法》、《广告法》等；部门规章有国家烟草专卖局《境内销售卷烟包装标识的规定》、全国爱卫会等六部门《关于在公共交通工具及其等候室禁止吸烟的规定》、卫生部《公共场所卫生管理条例实施细则》等。

3. 控烟工作面临的主要困难。

（1）现有公共场所禁止吸烟的地方法规与 FCTC 存在差距。目前我国尚无全国性的专门法律来规范公共场所禁烟。截至 2012 年 5 月，我国 53 个^②拥有地方立法权的城市中，有 47 个进行了控烟立法。^③但是，同 FCTC 要求相比，这些立法中的大部分都存在不足和差距。首先是禁止吸烟场所采用罗列的方式进行规定，只限于医疗机构、学校等场所，常挂一漏万且未能完全覆盖 FCTC 要求的所有场所；其次是执法主体和规范内容模糊；再有就是许多规定操作性不强，如“行政处分”、“依有关规定处罚”等表述既未规定执行主体，也未明确具体实施方式，易沦为一纸空文。

（2）中国人群对烟草危害的认知度和控烟意识低下。2010 年《GATS 报告》显示，3/4 以上的人群未能全面了解吸烟和二手烟对健康的危害，知晓吸烟会引起

① 杨功焕，胡鞍钢.控烟与中国未来[M].北京：经济日报出版社，2011：58.

② 我国拥有地方立法权的主体有 80 各，其中省、自治区、直辖市 31 个，省会城市 27 个，经济特区 4 个，较大市 18 个。其中拥有地方立法权的城市 53 个，省、自治区 27 个。

③ 杨寅.我国控制吸烟地方立法研究[J].行政法学研究，2012，4：12.

肺癌、冠心病、中风三种疾病和知晓二手烟会引起儿童肺部疾病、成人肺癌、冠心病三种疾病的比例均不足 1/4，分别为 23.2%和 24.6%。仍有 86%的国人对“低焦油等于低危害”存在错误认识。^①虽然我国人群戒烟率从 1996 年的 9.42 %上升到 2002 年的 11.5 %，但不打算戒烟者依然占了绝大多数，达到 74%，这一结果与北京朝阳医院的调查结果相似，北京现有的烟民中有戒烟意向的仅为 16%。^②

(3) 送烟、敬烟、吸烟的不良风气积重难返。中国五千年文化造就了国人的热情好客，许多地区盛行以烟待客、送烟敬烟，以此当成社交的需要，甚至把敬烟当成有礼貌的表现。吸烟者往往把吸烟当成个人的事，别人无权干涉；甚至大部分不吸烟者也这么认为，致使在公共场所劝阻吸烟的情况不甚理想。据 2008 年天津市成人吸烟现状调查，近七成人表示吸烟者吸烟时从未征求自己意见，而对此明确表示反对只有 26%，74%的人从没有反对过或仅偶尔反对。^③这个结果与北京市的监测调查结论相似。

4. 公众对于控烟的态度。杨功焕等人 2002 年的调查显示，积极支持在政府机关、医院、学校等公共场所实施禁烟的占 61.1%；2006 年中国疾病预防控制中心在上海等七个城市的调查显示，支持率达到 80%，与同年对北京市的调查结果相似^④。甚至对餐厅和网吧等禁烟重点难点场所实施禁烟的支持率也超过了 50%。公众对于控烟的积极支持态度是控烟立法的基础，国际控烟的成功经验表明，随着立法、普法和执法的深入开展，公众的认同度会逐步提高。公共场所禁烟立法已经成为公众共识。

1.2.2 现行烟草控制策略及主要进展

1. 行政管理策略。FCTC 在中国生效前，我国开展的控烟活动主要依靠公共卫生专家学者的研究和呼吁；生效后则转变为一项政府行为，政府和社会各界按照 FCTC 要求施行了一系列行政管理策略。主要表现为两会代表和委员积极提交建议和提案，支持控烟立法；自 2007 年以来，全国两会每年烟草控制相关的建议提案逐年递增，近几年达到几十件，内容包括控烟立法、制定国家控烟规划和行动计划、全面控制烟草广告、在公共场所禁烟、强化烟草有害警示、烟草加税提价等。各地和相关职能部门纷纷出台各种禁烟法规规章制度，开展禁烟、控烟和预防二手烟危害相关工作，全面创建无烟环境；相关职能部门积极履约，抵制烟草广告和促销、赞助活动；采用文字和图片形式进行健康警示，提高市民对烟草危害的

① 杨功焕，胡鞍钢.控烟与中国未来[M].北京：经济日报出版社，2011：101-103.

② 新探健康发展研究中心.中国控烟现状与评析.第 12 届全国吸烟与健康学术研讨会暨第二届烟草控制框架公约论坛论文集[C].深圳：会议论文，2005：132.

③ 陈晨，李学军，袁媛媛，等.天津市成人吸烟及被动吸烟现状调查[J].中国健康教育,2008,24（9）：703-705.

④ 崔小波，孙贤理，王亚东，等.《北京市公共场所禁止吸烟的规定》2001 年执行情况居民抽样调查报告[J].中国健康教育，2002，18（1）：22-24.

认识；开展了提高卷烟税收进而提高烟草制品价格的研究和探索。^①北京市通过在医院、疾控系统、大学、中小学、出租车行业、餐饮业、旅店业等实施行政管理控烟。研究结果显示，这种通过行政管理方式实施团体控烟效果良好。

2. 健康教育策略。尽管大多数人认同“吸烟有害健康”，但对具体危害及危害大小并不甚明了，吸烟者易形成危害不大的侥幸心理；尽管80%以上人群支持控烟，但由于烟草特殊的成瘾性，加上社会和个人的综合因素影响，控烟工作困难重重。按照健康促进理论，观念的改变往往先于并能促进行为的改变，在控烟工作中施行健康教育策略就显得尤为重要。通过舆论科普宣传教育，提高吸烟有害健康的认识，更新健康观念，进而促进吸烟行为的改变。江滨等人^②研究表明，首要的戒烟原因是认识烟害；但王文志等人^③调查显示，仅采取健康教育的方式对大人群进行控烟干预的效果不明显，需要多措并举，这一结果与黄弋冰等人^④的研究、1996年全国吸烟调查^⑤结果相似。可见，健康教育策略的干预人群、实施方式、教育技巧等尚需进一步研究。利用大众传媒进行烟草危害知识宣传以及利用名人效应来传播健康信息，都能提高健康教育的效果^⑥。2008年，北京市卫生局、中国疾病预防控制中心、北京市爱卫办联合在北京市开展了媒体宣传和健康教育，在北京电视台、公交移动电视滚动播放公益广告片，编印宣传册，在地铁制作灯箱广告，在网站开辟专栏，在报纸刊登宣传文章，宣传无烟奥运；通过无烟餐馆、无烟医院、无烟出租车和健康促进学校活动，创建无烟环境，起到了很好的宣传效果^⑦。

3. 社会支持策略。吸烟是个人行为，也是社会问题；戒烟和控烟需要吸烟者个人努力，也需要全社会的支持和帮助。按照科学规律和方法施行社会支持策略，创造一个良好的社会戒烟和控烟大环境，将有助于提升控烟的实际效果。

(1) 青少年儿童的社会支持策略。钱跃升等人^⑧的调查显示，79.2%青少年吸烟者认为最初吸烟主要受父母、老师、同学、朋友等周围人群的影响，“同伴教育”^⑨、“女生参与”^⑩、“儿童劝阻”¹¹、“代际交流”¹²等项目的成功实施，朱锡

① 杨功焕，胡鞍钢.控烟与中国未来[M].北京：经济日报出版社，2011：52-64.

② 江滨，王文志，吴升平，等.社区人群控烟方法及其效果评价[J].卫生研究，2003，32（5）：477-479.

③ 王文志，吴升平，谢立亚，等.社区群体水平健康教育与控烟效果评价[J].中国慢性病预防与控制，1997，5（1）：31-32.

④ 黄弋冰，郑频频，傅华.中国控烟干预策略的研究综述[J].环境与职业医学，2011，28（3）：172.

⑤ 杨功焕.1996年全国吸烟行为的流行病学调查[J].中国肿瘤，1992，7（2）：3-5.

⑥ 郭欣，邓瑛，陶立元.北京市中小学校控烟效果评价[J].中国学校卫生，2008，29（8）：772.

⑦ 北京市卫生局，《北京卫生年鉴》编辑委员会.北京卫生年鉴2008[M].北京：北京科学技术出版社，2008：8.

⑧ 钱跃升，武轶农，于文平，等.中学生吸烟现状及相关因素分析[J].中国学校卫生，1999，20（2）：97-98.

⑨ 仲学锋，祖光怀，徐剑峰，等.同伴教育对中学生吸烟行为干预效果的评价[J].中国学校卫生，2001，22（5）：405-406.

⑩ 杨廷忠.“女同学参与”控烟效果观察[J].现代预防医学，1996，23（1）：46-47.

11 张可友，毕宏琪，王华敏，等.山东省威海市长征小学“我劝爸爸不吸烟”活动案例分析[J].中国健康教育，2000，16（5）：281-282.

12 林益强，严玲，孙建新.“代际交流”在控烟健康促进中的应用[J].中国健康教育，2000，16（11）：675-677.

莹等人^①的“同伴关系教育法”、郑频频等人^②的“我能戒烟”培训课程,充分说明了周围人群影响的双向性,既可以影响吸烟,也可以影响戒烟和控烟,鉴于吸烟人口低龄化、青少年吸烟率上升的现状,如能通过青少年儿童周围人群的积极干预遏制其吸烟,也就从源头控制了人群吸烟率。

(2) 发挥特殊人群的榜样效应。就控烟而言,领导干部、医务人员和人民教师这三个特殊群体的榜样效应最为明显。领导干部既是控烟政策的决策者,也是控烟工作的实践者和监督者,如自身吸烟则必然被诟病为“只许州官放火”。领导干部的言行和理念会直接影响所在地区、部门和单位的控烟工作,其不但应成为无烟榜样,更应该主动创造条件支持控烟。医务人员不仅掌握了医学知识,健康理念和健康知识也是整个社会最先进和全面的,加上和患者之间特殊的医患关系,通过医务人员的干预显然比一般的健康教育更为有效^③,而医务人员自身不吸烟的榜样作用将使其戒烟建议更具可信度。董彩婷等人^④调查显示,仍有20%的医院院长鉴于人财物的限制和医生吸烟可缓解压力的观念而不支持控烟。可见,提高医院领导的控烟意识,通过立法和行政管理赋予医院和医务人员参与控烟的职责,并提供必要的人财物支持,营造良好的社会支持环境,尤为重要。人民教师为人师表,尤其是中小学教师,其言行举止对学生形成潜移默化的影响,尤其是学生喜欢和崇拜的老师往往会成为模仿对象,更应成为无烟榜样;此外,班主任老师由于跟学生的交流更多,其控烟态度也会直接影响控烟干预效果^⑤。

(3) 创造社会控烟大环境。政府、社会组织、企事业单位、个人和宣传媒体的全面参与,有助于营造良好控烟环境,刘熹等人^⑥认为成都市控烟取得成效主要得益于社会控烟大环境的营造。全国各地开展的“无烟学校”、“无烟医院”、“无烟工厂”、“无烟居委会”、“无烟奥运”、“迈向无烟中国”、“无烟环境促进”、“创建无烟医学院校”等活动,也都取得了相应的成效。推动媒体参与,取消烟草广告,增加控烟宣传力度,限制烟草促销,禁止向未成年人售烟,也有助于创造良好控烟环境。

综上所述,我国控烟工作局面已逐步打开,行政管理、健康教育、社会支持等多措并举,多管齐下,法制体系雏形初现,组织体系逐步加强,实施体系日渐完善,舆论氛围初步形成。但人群吸烟率居高不下,吸烟人口呈低龄化,青少年吸烟率上升,被动吸烟率居高不降,现有法律法规与FCTC要求存在差距,人群对

① 朱锡莹.关于吸烟行为团体干预法的研究[J].心肺血管病杂志, 1998, 17(2): 139-142.

② 郑频频,符英英,杨顺英,等.基于社会认知理论的小组戒烟研究[J].复旦学报:医学版, 2006, 33(2): 187-191.

③ 陈秀弟.医务人员吸烟KAP研究——一项关于温州市某医院的调查[J].中国卫生事业管理, 2008, 25(8): 564-566.

④ 董彩婷,兰亚佳,杨青,等.成都市25位医院院长控烟知信行调查[J].中华预防医学杂志, 2005, 39(3): 221-222.

⑤ 文孝忠,陈维清,梁彩花,等.健康促进学校干预模式对学校和家庭控烟环境的影响[J].中国学校卫生, 2007, 28(3): 207-209.

⑥ 刘熹,罗远沛,熊茂德,等.成都市控烟社会环境分析[J].预防医学情报杂志, 2002, 18(4): 327-328.

烟草危害的认知度和控烟意识低下，送烟、敬烟、吸烟的不良风气积重难返，控烟工作依然任重道远。

1.3 研究内容和方法

1.3.1 研究内容

基于目前已有相关研究的基础上，对国际、国内控烟历史沿革和实施现状进行梳理，提取对北京市控烟有益的经验启示。分析北京市控烟系统、控烟政策及实施现状；收集北京市 1996~2012 年的控烟政策和实施效果评估相关的资料，通过对北京市居民吸烟情况和重点行业控烟监测结果的分析，初步形成北京市控烟政策的评估结论。根据北京市控烟实际，从公共治理的视角，借鉴国内外成功经验，研究适合北京的控烟组合策略，为北京市下一步控烟提出政策建议。

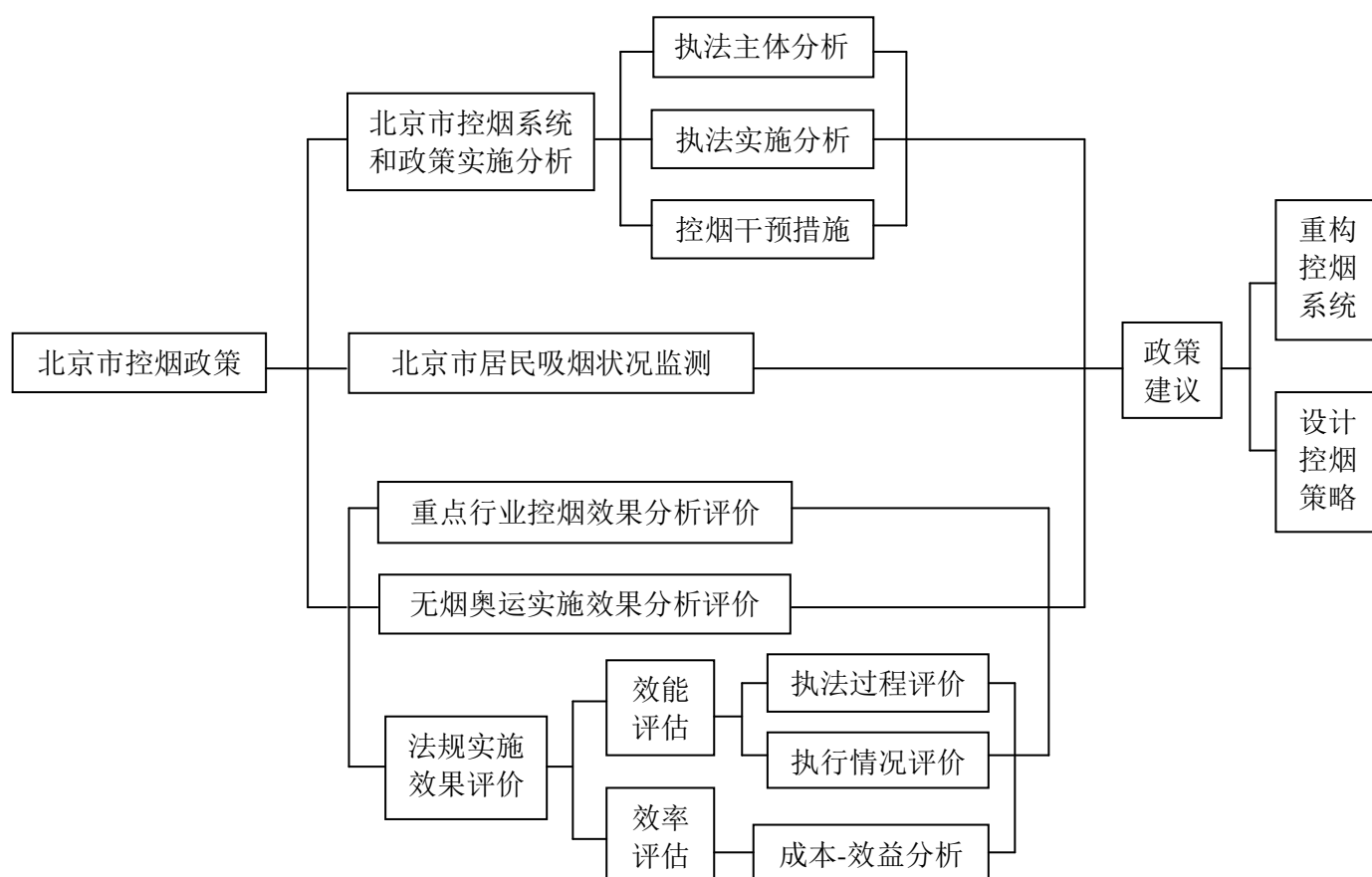


图 1.1 分析评估框架图

1.3.2 研究方法

1. 文献研究。通过文献、书籍、数据库、杂志、报刊、网络等途径搜集北京市 1996~2012 年采取的各类控烟措施及居民吸烟情况，辅以北京卫生年鉴、统计报告等权威数据，掌握国内外学者对北京市控烟的研究。通过文献研究，理清本研究主题的研究脉络和动态，完成本研究的政策文本分析。

2. 访谈调查。对北京市控烟的相关部门，包括北京市卫生局、北京市爱卫办、北京市疾控中心、北京市卫生监督所等部门相关负责人进行访谈调研，了解北京市控烟的各类措施和实施效果。

3. 数据分析。分析北京市 1997 年、2001 年、2004 年、2007 年、2008 年和 2011 年开展的 6 次北京市居民吸烟情况调查的全部调查数据，以及北京市开展的医疗卫生系统、中小学校、出租车行业、餐饮业、旅馆业等重点行业控烟干预措施的调查评估资料和北京市自 1996 年以来采取的包括法制建设、行政管理、健康教育、社会支持等各类控烟策略。调查数据中，大部分是笔者直接参与的调查，个别既往数据是查阅档案间接获取的数据，详见表 1.1。通过对调查数据的定量分析，比较各个政策实施前后的效果，用实证分析方法对政策进行评价，结合文献定性分析方法对定量分析结果进行可能的解释，从而实现对各控烟政策的评价。

4. 个案分析。在文献研究与访谈调查的基础上，本研究将以典型行业和历史事件（北京奥运会）的实际控烟情况为案例进行个案分析，以期能够反映出真实情况，总结经验，从而提出具有针对性的政策建议。

表 1.1 本文使用的调查数据及来源情况

序号	调查数据	调查时间	调查目的	调查对象及样本量	数据来源	用于论文位置
1	北京市居民吸烟情况监测数据	1997 年 2001 年 2004 年 2007 年 2008 年 2011 年	了解我市居民吸烟行为的变化情况和本市烟草控制计划的实施进展。	北京市内所有 15 岁及以上人群，样本量分别为 4223 人、2954 人、3121 人、5407 人、5629 人、6208 人。	北京市卫生局、北京市爱卫会组织首都医科大学实施调查。	第四章 4.1 4.2
2	北京市控烟立法后评估调查数据	2009 年 4 月	对《北京市公共场所禁止吸烟的规定》进行立法后评估。	针对不同特性禁烟公共场所抽取了 15 大类 65 小类公共场所单位；公众抽取居住在北京的 18 周岁以上居民；法规执行适用机构抽取北京市、区县爱卫会及相关机构。共获得有效问卷 1244 份。	北京市爱卫会和北京市法制办组织清华大学公共管理学院实施调查。	第五章 5.1 5.2 5.3

续表 1.1 本文使用的调查数据及来源情况

3	北京市医疗卫生系统控烟情况监测数据	2011年11月	了解北京市医疗卫生系统无烟环境创建情况、工作人员吸烟和被动吸烟相关知识态度和行为、临床医生提供戒烟服务能力。	全市16个区县的69家医疗卫生机构（7家卫生行政部门、14个公共卫生机构、48个医疗机构）的5550名工作人员	北京市爱卫办组织北京市健康教育协会和北京市疾病预防控制中心健康教育所实施调查。	第五章 5.4.1
4	北京市中小学校学生吸烟情况监测数据	2005年 2008年 2010年	了解北京市学生人群烟草使用情况，为北京市学生人群中开展更加合理和有效的控烟策略提供数据支持。	调查对象包括小学、初中、高中和职高的学生人群，2005年、2008年和2010年分别调查13149人、16316人和11181人。	北京市疾控中心学校卫生所开展调查。	第五章 5.4.2
5	北京市出租车行业控烟情况监测数据	2008年4月	了解《北京市出租车全面禁烟的规定》实际控烟效果，进一步做好出租车控烟工作。	北京市三元、首汽友联、万泉寺和北汽九龙4家公司的3471名司机。	北京市爱卫办组织北京市疾病预防控制中心健康教育所联合北京市交管局出租车管理处实施调查。	第五章 5.4.3
6	北京市餐饮业控烟情况监测数据	2008年4月 2009年8月	了解餐饮业禁烟现状和政府令实施的成效。	2008年调查了115个餐厅，包括14个全面禁烟餐厅，33个设有吸烟室或吸烟区的部分禁烟餐厅，68个允许吸烟餐厅，收回有效问卷286份。2009年调查了418个餐厅，包括189个全面禁烟餐厅，162个设有吸烟室或吸烟区的部分禁烟餐厅，67个允许吸烟餐厅，收回有效问卷1198份。	北京市爱卫办开展调查。	第五章 5.4.4
7	北京市旅馆业控烟情况监测数据	2009年8月	了解旅馆业禁烟现状和政府令实施的成效。	调查20个单位（其中宾馆10个，旅店6个，招待所2个，培训中心1个，度假村1个），共37人（其中旅馆负责人28人，区爱卫会负责人9人）。	北京市爱卫会联合国家工商总局开展调查。	第五章 5.4.5

续表 1.1 本文使用的调查数据及来源情况

8	无烟奥运调查评估数据	2008年8月 2008年9月	了解2008北京无烟奥运执行情况。	针对奥运场馆内外人员及场馆周边社区居民的公众调查和针对政府机关、控烟专业团体以及在京主流媒体的专业调查，分别完成800份和22份有效问卷。	北京市爱卫会组织首都医科大学实施调查。	第五章 5.5
---	------------	--------------------	-------------------	---	---------------------	------------

注：本文作者为北京市卫生系统工作人员，参与了其中的相关工作。

1.4 研究理论框架

1.4.1 立法后评估理论

本研究以立法后评估理论为基础，对北京市控烟法规规章及相关政策的质量和效果进行分析评价，包括制度设计合理性、立法内容针对性、法律条款操作性和法律实施效果等^①，进而提出政策建议。

立法后评估自1981年首次作为正式制度被美国引入立法实践后，各国广泛借鉴。目前国际上已发展为以美欧为代表的立法导向型评估体系和以英法为代表的需求导向型评估体系。2004年国务院发布《全面推进依法行政实施纲要》，首次将立法后评估作为一项制度引入我国。目前的做法主要是糅合了英国和法国的规制影响评估制度设计，尚无统一规范。

美国和欧盟行政立法评估采取的主要方法是成本-效益分析。计算成本主要有经济计量分析、支出测算研究、工程成本分析、生产率研究和一般均衡分析等方法；衡量收益主要通过询问人们愿意为立法所付金额和实际为立法所付金额两种方法进行计算。对于难以量化或当前尚未显现的收益，可通过贴现折算进行估算。

英国和法国采取的是管制影响评估分析制度。评估方法上采用与美国和欧盟相同的成本-效益分析作为主要分析方法，与美欧不同的是，不仅注重对成本-效益的评估，也注重对其他指标的评估，根据不同的需求按照不同的标准进行评估。评估原则包括明确性、可衡量性、适宜性、一致性和目标性。

本研究借鉴国内外经验，采用成本-效益分析评估北京市法规规章实施后的经济学意义。成本分直接成本和间接成本，直接成本是指禁烟义务单位履行义务的成本和法规执行机关的执法成本，具体包括禁烟义务单位和法规执行机关为实施禁烟进行一次性投入的固定成本（例如改造/维护场所的费用、额外设立/维护禁

① 丁贤，张明君.立法后评估理论与实践初论[J].政治与法律，2008（1）：131—137.

烟区的费用、设立/维持专门机构费用、办公费用等)和维护成本(例如日常管理费用、设立检查员及检查员行使职能的费用、禁烟义务单位和法规执行机关宣传教育活动经费、监督管理执法人员工资福利表彰激励费用等);间接成本是指法规实施给相关单位或产业造成的实质性影响,主要包括禁烟带来的烟草销售收入损失、税收损失、商业场所营业损失等,以及直接成本所产生的机会成本。法规实施的收益是指法规实施所带来的社会收益,也分直接收益和间接收益,直接收益主要包括健康收益、安全收益、生产收益和其他社会收益;间接收益是指社会公民对法规规章认可形成的社会文明收益等。

1.4.2 公共治理理论

控烟不同于刑事问题,也不同于传染病和突发公共事件的控制,国内现行控烟政策大多以政府为主导,短期内能取得一定控烟成效,长远来看后劲不足。本研究以公共治理理论为基础,基于北京控烟政策分析、吸烟状况描述和法规实施评价的结论,从公共治理的视角,提出政策建议。

长期以来,治理(governance)和统治(government)因英文含义交叉而被混淆,直到上世纪80年代后期,“治理”被西方政治经济学者赋予新内涵后广泛应用于政治、经济、社会等领域研究中。不同组织和学者对治理进行了不同的定义,联合国开发计划(United Nations Development Programme, UNDP)认为治理是国家、私人部门和公民社会行使政治、经济权力来管理国家公共事务,并充分表达其利益、权利和义务。全球治理委员会将治理定义为各种公共的或私人的个人和机构管理其共同事务的诸多方式的总和^①。罗西瑙、星野昭吉、过勇等学者也对治理进行了定义。尽管表述不同,却可以看出治理不同于统治,具有如下基本特征:治理是一个过程,是公共管理的总模式,而不是一套规则,一种活动;治理是一种协调,而不是控制;治理是一种持续的互动,而不是一套正式的制度;治理主体多样,公共部门、私人部门、公民社会组织和个人都可以成为主体。治理是一种不同于统治的公共管理思想,其核心是多元主体共同参与公共事务。公共治理就是多元主体对一定范围内公共事务的协同管理过程。

公共治理与一般的政府管理比较,在行为主体、目标效果、管理方式、政策工具、运行机制、责任界限和行为规范等方面都有所不同。行为主体打破政府管理单一主体的弊端,强调主体多元的协调统一;目标效果超越政府管理的善政水平,最大限度达到善治,增进公共利益;管理方式打破政府传统的官僚管理,融合了市场化管理、自主管理和新公共管理,强调公共服务和科学治理,让市场发

① 全球治理委员会.我们的全球伙伴关系[M].牛津:牛津大学出版社,1995:23.

挥作用，同时充分调动多元主体的积极性和能动性；政策工具改变政府管理的单向性和强制性，带着明显的市场化因素，具有交易性和广泛性；运行机制打破政府管理的科层等级地位，强调平等互通，层级扁平，信息公开共享；责任界限打破政府单一承担的宏观管理责任，多元主体间责任界限日益模糊；行为规范打破政府管理的刚性和法性，更具主动性、灵活性和协调性，体现柔性管理。

随着经济社会的发展，政府管理显现了明显的不足；当然，公共治理也不是万能的，它不能完全取代政府管理。在我国现行政治经济体制下，公共治理可以作为政府管理的拓展，对一定范围内的公共事务实施权变的公共管理。

公共治理理论及其思想对北京市控烟政策至少有四方面的启示：一是北京控烟主体除了政府，至少还应该包括社会控烟相关组织、团体、烟草生产经营者、公共场所经营管理者、烟民、社会公众等；二是北京控烟政策不应再单纯地定位为政府主导下的控烟，而应充分发挥多元主体的积极作用；三是控烟的权威和资源不应由政府垄断，而应在多元主体间合理分配，协调作用以实现最高效率；四是动员和鼓励多元主体参与控烟并为扶持其发展创造条件，提供参与渠道，充分发挥其作用。只有控烟多元主体的充分合作、协调互动，才能真正推动北京控烟的发展，最终实现“世界无烟之都”的构想。

本文通过分析北京市控烟政策及实施效果，结合 1997~2011 年北京市 6 次居民吸烟情况监测、无烟奥运实施效果监测和重点行业控烟效果监测结果，引入立法后评估理论，对法规实施的效能、效率进行评估，借鉴国内外控烟成功经验，从公共治理的视角，为北京市下一步控烟提出政策建议。分析线路遵循“提出问题——分析问题——解决问题”的逻辑思路，形成研究逻辑框架。

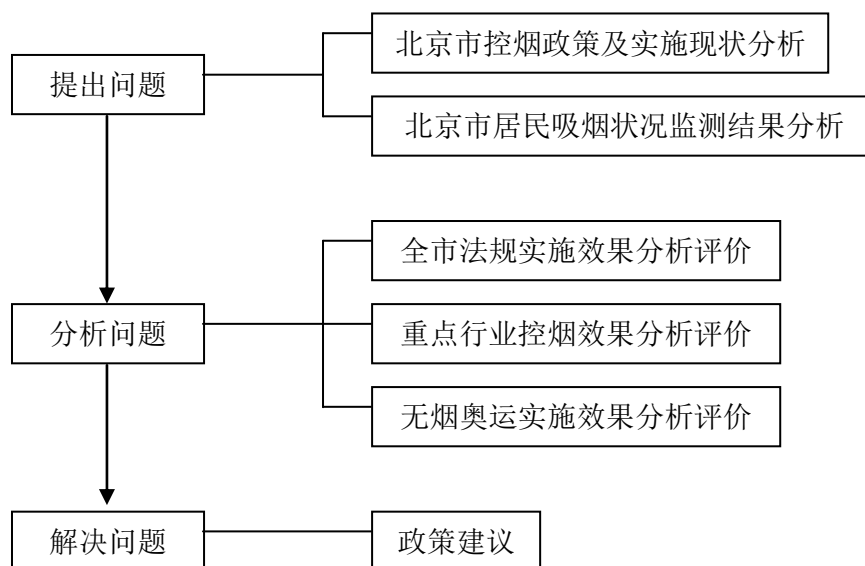


图 1.2 研究逻辑框架图

第2章 FCTC^①解读及国内外控烟实践

2.1 FCTC解读

2.1.1 FCTC的产生过程和主要内容

早在二十世纪 50 年代, 多国科学家就发现了吸烟对健康的危害, 仅 1950 年就有来自美国(4 项)和英国(1 项)的 5 项关于吸烟与健康的重要研究成果问世。此后 60 多年来, 世界各国学者通过实验研究、流行病学调查、临床实践等研究从不同角度论证了吸烟有害健康。WHO 从二十世纪 70 年代开始重点关注烟草对健康的危害, 并持续重视控烟工作, 世界卫生大会自 1970 年至二十世纪末先后针对烟草相关问题作出了 16 项决议。这些决议促进了会员国的控烟工作, 并提出了很好的政策建议。在 WHO 推动下, 新加坡、瑞典、美国、英国、法国、加拿大、哥斯达黎加、约旦等国家陆续开展控烟工作, 逐步形成国际控烟运动。

1995 年 WHO 首次提出制订 FCTC 并于 1996 年第 49 届世界卫生大会要求总干事着手实施, FCTC 是在世界卫生组织主持下谈判的第一份公约^②。FCTC 坚持减少需求战略和供应问题的重要性, 重申所有人民享有最高健康水平的权利^③。2003 年 5 月 21 日, FCTC 在第 56 届世界卫生大会上获得 192 个国家全票通过, 并于 2005 年 2 月 27 日在全球 40 个国家生效。FCTC 是第一个由 WHO 主导制定的关于烟草控制的国际协议, 也是具有法律规制性的公共卫生国际公约。^④

FCTC 将保护公众健康作为最高目标, 基本思路是通过采取综合性措施以减少烟草需求, 从而实现控烟目标。文本共分 11 部分, 38 条条款, 包括序言、目标、原则、定义、一般性义务、机构、实施机构、程序性问题和最后条款。^⑤可以看出, FCTC 在贸易优先还是健康优先中作出了“优先考虑保护公众健康”的抉择, 着重解决对公众健康的保护性措施、对烟草制品的管理和控制、采取经济措施和打击

① World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control

② World Health Organization.WHO framework convention on tobacco control[R].Annex2:History of the WHO FCTC process.Geneva:WHO,2003.

③ World Health Organization.WHO framework convention on tobacco control overview[R].Geneva:WHO,2003.

④ 吴楠.对我国控烟立法的反思与重构[D]:[硕士学位论文].成都:西南交通大学, 2010.

⑤ 第 I 部分是术语解释和与其他协定法律关系; 第 II 部分是公约目标、指导原则和一般义务; 第 III 部分是减少烟草需求, 包括价格和税收措施和非价格措施: 防止接触烟草烟雾、烟草制品成分管制、烟草制品披露的规定、烟草制品的包装和标签、教育、交流、培训和公众意识、烟草广告、促销和赞助及与烟草依赖和戒烟有关的降低烟草需求的措施; 第 IV 部分是减少烟草供应; 第 V 部分是环境保护; 第 VI 部分是与责任有关的问题; 第 VII 部分是科学和技术合作与信息沟通; 第 VIII 部分是机构安排的财政资源相关内容; 第 IX 部分是公约争端的解决机制; 第 X 部分是公约及公约附件的通过和修正事项; 第 XI 部分是关于公约的加入、退出、保留和生效的相关规定。

烟草非法贸易等核心问题，为各国控烟活动提供了一个明确的方向和切实可行的操作措施，促进了各国的控烟进程。

2.1.2 FCTC的策略启示

2003年11月，我国政府签署了FCTC，成为第77个签约国，并于2005年8月28日第十届全国人大常委会第十七次会议审议通过，2006年1月9日FCTC在我国正式生效，并设定了五年的过渡期和准备期，即2011年1月9日我国要在FCTC要求的各类公共场所^①全面禁烟。五年间，尽管我国政府为履行FCTC作出了积极努力，制定了一系列关于烟草控制的法律法规和烟草生产流通的技术规范、标准，建立烟草使用流行病学调查报告制度，加强控烟健康教育与能力建设，加强烟草危害健康宣传教育和国际合作，推进卫生机构开展对烟草依赖的治疗与戒烟咨询服务。但控烟效果甚微，烟草流行水平居高不下，总吸烟人数超3.5亿，7.4亿非吸烟者遭受二手烟雾。中国控烟履约得分仅为37.3分。

我们不禁要反思，为什么我们的控烟结果与FCTC还有这么大的差距？FCTC提出了减少烟草供应和需求两方面控制措施；2008年WHO按FCTC要求提出了扭转烟草流行的系列政策，即MPOWER政策包^②；这些都将为我国和地方控烟提供有价值的参考。鉴于国家实行烟草专卖制度，地方对烟草供应缺乏干预手段，本文仅对减少烟草需求方面展开探讨。

MPOWER具体包括6项政策：

1.M (Monitor, 监测烟草使用)。监测烟草使用政策的重要性毋庸置疑，不但可以准确了解烟草使用的流行病学现状，也是MPOWER中其他五项政策得以顺利实施的信息保障。我国目前已开展了多次全国性的烟草使用流行调查，各地也在持续监测烟草使用，但呈现各自为政且缺乏长效机制；如能建立全国性的监测系统，并通过立法固化该项政策，对不同领域、不同行业、不同部门、不同人群实施定期和不定期的监测，将有利于提高其他控烟政策的针对性和调整的及时性。

2.P (Protect, 保护人们免受烟草烟雾危害)。烟草烟雾危害的逻辑起点是吸烟，在公共场所禁烟是保护人们免受烟草烟雾危害的唯一途径。制定严格的公共场所禁烟法律、法规、规章制度并有效实施，对遏制“二手烟”、“三手烟”^③等烟草烟雾危害至关重要。

3.O (Offer, 提供戒烟帮助)。吸烟者使用烟草产品，由于尼古丁的成瘾性而

① 包括室内公共场所、室内工作场所、公共交通工具和其它可能的室外公共场所。

② 中国疾病预防控制中心.流行病通讯[J].2011, 5 (1): 14.

③ 美国能源部下属伯克利劳伦斯国家试验所的研究人员发现并提出的，即烟草燃烧后附着在衣服、墙壁、地毯、家具、头发和皮肤表面的烟草燃烧后残留物。

产生的一系列生理性、心理性以及行为性的改变，形成烟草依赖。这就需要医疗卫生系统发挥技术专长，为烟民提供必要的戒烟帮助，包括：戒烟治疗进入基本公共卫生服务，建立便捷且免费的戒烟热线，提供低廉的药物治疗等。同时，全社会也要积极营造社会环境，如科研机构对戒烟技术和药品的研发、单位和家庭的支持等。

4.W (Warn, 警示烟草危害)。确保烟草制品包装和标签按要求标注健康警示标识，不得以欺骗或误导的手段推销烟草制品，包括某烟草产品危害小的误导标识或词语，如“低焦油”、“淡”、“柔”等。让吸烟者和不吸烟者都了解，烟草使用只能导致疾病和死亡，将有利于控烟和戒烟。

5.E (Enforce, 禁止烟草广告与促销)。通过立法和严格执法，确保全面禁止烟草广告、促销和赞助，会使烟草消费量减少。政府及有关 NGO 应开展反烟草广告和烟草促销的行动，积极宣传烟草的危害和无烟社会的益处。

6.R (raise, 提高烟税)。由于我国实行烟草专卖制度，税率相关政策只能由国家层面统一制定实施，地方无权干预。国家通过提高烟税间接提高烟草价格，可在一定程度减少烟草消费，是遏制低收入群体和青少年儿童吸烟的有效手段。

2.2 国外控烟实践与启示

2.2.1 美国

以美国纽约市为例。纽约是全美控烟力度最大的城市之一，2002 年颁布《无烟空气法案》，并于 2009 年和 2011 年通过了两次修正案，逐步扩大禁烟范围，由最初在所有工作场所、酒吧、餐厅禁烟，扩大到医院外围，再扩大到纽约的所有公园、海滩和广场。纽约禁烟令以禁烟范围广泛^①、处罚严厉^②、大幅提高烟草税著称。法案规定由纽约市卫生署负责实施，同时赋予纽约市楼宇局等 5 部门授权的工作人员执法权。自 2003 年《无烟空气法案》生效以来，公众的支持和遵守度一直很高，超过 97%。经过十年的控烟取得了显著的效果，纽约市的吸烟率从 2002 年的 22% 降至 14%，约 45 万人戒了烟。禁烟规定实施后，餐馆和酒吧的税收收入和就业上升，吸烟率下降。在 2002~2003 年间，由于通过增加税收使香烟价格增

① 2002 年的禁烟令规定在公共场所内禁止吸烟，包括所有餐馆、酒吧、会所、剧院、商场、公共交通工具、办公大楼、工厂和库房等，这也成为当时全美最严格的禁烟令之一。2009 年修正案禁止在纽约医院的入口、出口、庭院、诊断治疗中心和住宅卫生保健设施的 15 英尺内吸烟，2011 修正案禁止在所有的公园、海滩、游艇、木板铺成的小道和行人广场吸烟。

② 初犯者将被处 200 美元~400 美元罚款。如果一年内再次违反，将被处 500 美元~1000 美元罚金。如果一年内有 3 次或 3 次以上违规，则罚款金额达 1000 美元~2000 美元。如果酒吧和饭店的营业者有多次允许店内人员抽烟的违法行为，将可能面临被勒令停业的危险。

高，纽约市成人吸烟率明显下降；随着《无烟空气法案》的实施，2003~2004 年吸烟率进一步降低。其中，夜总会和酒吧一直是纽约控烟治理的难点，为解决这一问题，卫生署派出密探，如果俱乐部被发现多次违法，卫生署可以撤销俱乐部的经营许可证。

2.2.2 欧洲

以英国为例。《卫生法令》、《关于场所和执法的规定》、《关于标识的规定》和《关于处罚和折扣金额的规定》组成了英国的无烟法律。英国无烟法律以禁烟范围广^①和处罚严厉^②著称。英国无烟法律的执法机构是地方理事会和港口卫生局，执行政策由各地方当局自行规定，监督员在检查其他工作时顺带进行控烟检查。英国的禁烟得到了公众的支持，取得了不错的效果，覆盖面广的禁烟场所和严厉的惩罚措施使得英国吸烟率大幅下降。从 2007 年 7 月到 2008 年 3 月，共有 65000 多名监督员在伦敦进行了检查，发现 98.6%的场所达到了无烟法令的要求，86.7%场所能达到标识要求。从 2007 年至 2010 年累计 81 万多人次执法数据显示，全国和伦敦的遵守率均超过 98%。法令实施后，酒吧空气质量得到了极大的改变，从以前不健康达到现在的无烟标准，酒吧的工作人员受到二手烟侵害的机会也大幅减少。执行一年后的报告显示 76%的人支持该法令，81%的企业决策者认为通过该法律是“一个好主意”，70%的人认为无烟环境对人们的健康有积极的作用。企业对该法的实施也很赞同，87%的企业认为执行得很好或非常好，40%的企业认为对他们的公司有积极作用，仅有 3%认为有负面作用。

西班牙的控烟也是以处罚严厉著称。对一般违法情况处以 30~600 欧元（1 欧元约合 8.27 元人民币）罚金，例如在禁烟区吸烟，未设置禁烟标识等；对严重违法情况处以 601~10000 欧元罚金，例如在不允许设置吸烟区的场所中设置吸烟区，允许在禁止吸烟的场所内吸烟，在禁烟区吸烟累计违法三次；对非常严重违法情况处以 10001~600000 欧元罚金，例如烟草广告、促销和赞助行为。

① 几乎包括所有的室内公共场所和工作场所，包括工作车辆及所有公共交通工具。除了旅馆指定的房间、长期护理院、姑息收容所、监狱、海上设施比如石油钻井平台。其实这些地方也属于公共场所或工作场所，其人员也会受到二手烟的侵害。

② 对违法者可以进行警告、罚款或者提起法律诉讼。场所的负责人有义务张贴禁烟标识，对吸烟者进行劝阻。如果没有阻止吸烟者吸烟的，场所负责人经简易程序定罪后将会被处于高达 2500 英镑（1 英镑约合 9.74 元人民币）的罚款。不遵守标牌要求的，将会被处于高达 1000 英镑的罚款。在无烟场所吸烟的个人将会被处于高达 200 英镑的罚款。当违法者接受定额罚款，并在规定的时间内缴纳罚款的，罚款金额将会有折扣。

2.2.3 亚洲

以新加坡为例。新加坡是世界各国中禁烟成果较显著的国家，早在二十世纪70年代初就提出无烟国的控烟战略目标，并持续采取了一系列卓有成效的控烟措施。三十多年来在公共场所严格禁烟并逐步扩大禁烟范围，禁止烟草广告，加大处罚力度^①，通过宣传教育使吸烟者变得“招人讨厌”。1993年还通过了两项规定，18岁以下青少年禁止吸烟，穿着军服的部队人员在公共场所严格禁烟。2013年1月15日，新加坡再次扩大公共场所禁烟范围，至此新加坡几乎所有室内和有上盖的公共场所都禁烟。值得一提的是，新加坡是全球唯一禁止烟草进口的国家。

2.2.4 经验启示

从世界各国控烟的成功经验看，尽管控烟手段各有特色，但无外乎通过政府立法确定禁烟范围并逐步扩大、加大执法力度、烟盒上进行吸烟有害健康的图片警语警示、控制烟草进口和提高烟税等措施。这些措施中，政府立法显然是行之有效的手段，而提高烟草税是通过市场手段迫使吸烟者在消费和吸烟中抉择，是最有力的控烟手段之一。研究表明，烟草需求弹性为-0.3~-0.5，即烟草价格每上涨10%会导致销售量下降3~5%。^②美国在上世纪80年代通过提高烟价使200万人戒烟^③，英国自上世纪90年代起烟税提高30%致使消费量降低20%，新西兰烟价提高50%致使消费量降低20%。加大执法力度能对公共场所吸烟者起到威慑作用。吸烟有害健康的图片警语警示也是一有效手段，美国、日本、法国、英国分别使用“卫生总监断定吸烟有害健康”、“为了健康不要吸得过多”、“预防总比死亡好”、“吸烟有害健康”等。

2.3 国内控烟实践与启示

2.3.1 香港

香港的控烟立法一直走在全球前列，控烟成果瞩目。其最主要的控烟法令是《吸烟（公共卫生）条例》，1982年通过施行后，历经7次修订，逐步扩大禁烟范围。最近一次2006年修订时，将禁烟区扩至全部室内公共场所和部分室外公共场

① 随地扔烟头将被处以500新元（1新元约合4.89元人民币）罚款。在任何禁烟区吸烟的人，初犯者罚款250新元，再犯者500新元，第三次违反规定则处罚1000新元，屡教不改者要做义工或接受最高1年的有期徒刑。

② Steven A.Schroeder.Tobacco Control in the Wake of the 1998 Master Settlement Agreement[J].The New England Journal of Medicine,2004(3):293-310.

③ 郑榕.烟草税在全球控烟中的运用及中国烟草税制的改革[J].税务研究，2009（10）：54-58.

所。《吸烟（公众卫生）条例》施行 30 年来，烟民减少了一半，吸烟率降至 11.1% 的世界先进水平。香港是中国吸烟率最低的城市，正逐步迈向无烟城市。香港的控烟能取得如此效果，取决于其立法先进、执法独立严苛。具体表现为：一是立法规定的禁烟范围广泛，目前的禁烟范围包括全部室内公共场所和部分室外“有盖”的公共运输设施。二是执法力度强。2007 年 1 月 1 日施行新修订的《吸烟（公众卫生）条例》至 2010 年，香港的控烟行动走过了力度最大、效率最猛的四年。尤其是 2009 年 9 月引入定额罚款制度后，对违规者定额罚款 1500 港币，更是凸显执法力度；最高可罚 5000 港币，也是国内地方控烟对个人处罚的最高额度。从 2009 年 9 月 1 日至 12 月 31 日的 4 个月时间内，共签发了超过 1400 个定额罚款单，从 2010 年的 1 月到 11 月，更是签发了超过 7200 个定额罚款单^①。三是市民自助权和救济权的充分保障。卫生署控烟办设置了 24 小时热线、网页、传真等多种投诉举报方式，市民随时可以投诉举报。仅 2010 年，控烟办就处理了近 2 万件投诉。香港的吸烟条例有一个遗憾是没有对场所经营管理者的责任作出规定，即不处罚场所，这是以后其他地区立法需要弥补的一个不足。

2.3.2 上海

上海是国内较早开展控烟的城市，1994 年出台了控烟的政府规章《上海市公共场所禁止吸烟暂行规定》，实施三年后于 1997 年进行了修订，2009 年进一步将规章提升为地方法规，于 2009 年 12 月 10 日颁布并于 2010 年 3 月 1 日起施行《上海市公共场所控制吸烟条例》。上海控烟系统采取由健康促进委员会牵头，卫生、教育、交通等 12 个监管部门在各自领域内开展控烟的执法模式；创设性采用“限定场所、分类管理”的监管方式，亮点是网吧、电梯完全禁烟；加大处罚力度，对个人可处 200 元的最高罚款，场所和单位可处 3 万元的最高罚款；同时鼓励社会力量参与控烟^②。《上海市公共场所控制吸烟条例》实施一年多后显现了控烟的效果，2010 年 9 月与 2 月相比，吸烟率由 37.6% 下降到了 18.6%，法定禁烟场所吸烟劝阻率由 19% 上升到 54.1%，公共场所员工被动吸烟率下降了 13.3%。特别是 2010 年世博会期间，世博园区商业点禁售烟草，园区除户外指定吸烟区外任何场所禁止吸烟。全市 18 个区县共组织 40 批、800 多人次控烟志愿者参与入园劝阻活动；共劝阻 8482 人次，成功劝阻 8213 人次，劝阻成功率 96.8%。网吧、餐馆等场所是控烟“攻坚地带”，网吧作为室内完全禁烟场所，吸

① 罚单的大部分（超过 2000）是在娱乐游戏中心，640 个是在餐厅。

② 2010 年 3 月 1 日前，全市招募控烟志愿者 3.9 万人，市健康促进委员会在此基础上又组建了一支千余人（每区社区志愿者 50 人，单位一线工作人员 15 人）的市级控烟志愿者队伍，具体由区县健康促进委员会管理，每季度巡访重点场所控烟状况并记录在表、统一汇总。

烟率位居法定禁烟场所之首，高达 40.5%，控烟效果不明显。餐饮行业也是吸烟重灾区，在餐馆和咖啡吧、酒吧中，分别有 26.8%和 28.2%的人吸烟，一些餐馆出于经济利益考虑，仅划定了很小的控烟区域。^{①②③}

2.3.3 广州

广州是我国较早开展控烟的城市，1995 年市政府出台了《关于禁止在公共场所吸烟的通告》。由于该通告已不能适应经济社会发展的需要，2009 年广州市人大常委会通过了《广州市控制吸烟条例》并于 2010 年 9 月 1 日开始实施，是我国较为完备的地方控烟立法之一，曾被认为是国内史上最严厉、范围最彻底的“禁烟令”。《广州市控制吸烟条例》在立法上呈现如下特点：（1）控烟范围相对较广，亮点是把办公室全面纳入了禁烟范围。但是，控烟范围通过列举的形式，分为禁烟区和限制吸烟区，并没有把所有的室内公共场所和工作场所纳入完全禁烟范围，与 FCTC 的规定相比，范围还是较窄。（2）执法模式为由各区县市的爱卫会牵头，负责执法和协调工作，卫生、教育、体育、旅游、文化、工商等在各自范围内负责本部门管辖范围内的控制吸烟工作，赋予 15 个职能部门和单位行政执法权^④。（3）对违法者规定了相对严厉的责任。经营管理者违法的，最高可罚 3 万元；个人违法的，可处 50 元罚款。（4）市爱卫会设置并公布全市统一的举报和投诉电话 12319，方便单位和个人对违反本条例规定的违法行为或者不依法履行职责的行为进行举报和投诉。市爱卫办接到举报投诉后，应当要求相关部门、单位和机构及时处理。广州市禁烟令取得一定成效，2010 年 9 月至 2011 年 9 月，广州市卫生局等 15 个控烟执法部门共发出整改通知文书 4006 份，开出罚单 4 张，其中 3 张是餐饮单位，1 张是个人，累计罚款 10550 元。需要引起重视的是，广州控烟执法中也普遍存在取证难、程序多、处罚难等问题。

① 李翔，郑频频，傅华，等.《上海市公共场所控制吸烟条例》实施半年的效果评价[J].中国健康教育，2011，27（10）：735-739.

② 朱燕红，向伦辉.《上海市公共场所控制吸烟条例》颁布前后居民控烟知信行现状和控烟环境调查[J].中国健康教育，2011，27（10）：658-660.

③ 王轶.《上海市公共场所控制吸烟条例》实施情况调研[J].法制与社会，2013（2）：83-86.

④ 15 个部门及单位分别是卫生局、公安局、教育局、文广新局、旅游局、体育局、工商局、食品药品监督管理局、人力资源和社会保障局、经贸委、交委、广州港务局、广东省机场管理集团、广铁集团、市地铁总公司。

表 2.1 国内三地控烟政策比较

MPOWER 政策	具体措施	香港	上海	广州
M (Monitor, 监测烟草使用)	监测制度	√	√	√
P (Protect, 保护人们免受烟草烟雾危害)	完全禁烟区域	二十项	十三项	十二项
	部分禁烟区域	十一项	三项	四项
	临时禁烟区域	-	根据需要可设置临时禁止吸烟场所。	-
	设置禁烟标志	√	√	√
	执法牵头部门	卫生署的控烟督察及香港警务处	市、区县健康促进委员会，日常办事机构设在同级卫生行政部门。	市、区县爱国卫生运动委员会。
	执法协作部门	24 部门	10 部门	15 部门
	禁烟义务单位职责	√，非常详细	四项职责	四项职责
	个人制止/举报吸烟权利	√	√	√
	社会组织参与	√	√	√
	公众参与	√	√	√，亮点：政府可以购买控烟服务。
O (Offer, 提供戒烟帮助)	鼓励/奖励控烟	√	√	√
	信息公开	√	√	√
W (Warn, 警示烟草危害)	举报电话	√	√	√
	戒烟帮助	√	√	√
E (Enforce, 禁止烟草广告与促销)	支持相关科研	√	√	√
	健康警示	√，非常详细	统一实施烟草专卖制度。	√
R (raise, 提高烟税)	宣传教育	√	√	√
	学校健康教育	√	√	√
	禁止向未成年人售烟	√，非常详细	-	√，同时仅售孕妇
罚则	禁止烟草广告/促销/赞助	√，非常详细	-	√
	世界无烟日禁售	-	-	5月31日世界无烟日停止售烟一天。
R (raise, 提高烟税)		烟税约占烟价60%。	统一实施烟草专卖制度。调拨价格70元/条(含)以上的甲类卷烟税率为56%，其余为乙类卷烟税率为36%；批发环节加收从价税5%。	
施行时间	单位	-	2000~30000 元	3000~30000 元
	个人	1500~5000 港元	50~200 元	50 元
施行时间		2007 年 1 月 1 日	2010 年 3 月 1 日	2010 年 9 月 1 日

2.3.4 经验启示

我国控烟失效的原因众多，本文对宏观原因不过多阐述，主要讨论一下国内地方城市控烟的经验和启示。就香港、上海、广州的控烟立法而言，香港侧重于发挥全社会力量参与控烟，更具公共治理思维，而上海和广州把更多的责任赋予政府和禁烟义务单位。MPOWER 政策使用上，香港、广州采用了更全面的策略。禁烟范围看，香港确定的禁烟范围明显大于上海、广州，几乎囊括了所有的公共交通工具、室内公共场所和工作场所，以及部分室外公共场所。具体实施上，虽各有困境，香港的执法力度和效率更优。三地都存在一个致命的弱点：没有充分吸纳控烟多元主体并赋予不同功能，尽管香港好于上海和广州，也仍然没有摆脱政府主导的格局。北京控烟立法时，在充分借鉴其他地方立法经验的同时，还应引入公共治理理念，重点解决以下问题：

1. 执法困境。国内多项研究表明，执法主体控烟执法过程中面临的最大困难是“控烟取证难”。小小烟头一丢出手，如何判定是谁抽烟？尤其在人员流动较大的餐厅和网吧，根本无从取证。烟民众多，执法人员有限，公共场所责任主体没有处罚权，加之控烟影响经济利益的担忧，往往导致消极控烟。

2. 责任分担。控烟不能只靠政府，即使是多部门联合执法，面对庞大的烟民数量，也会力不从心。应树立禁烟场所禁烟第一责任人的意识，进一步加强责任主体的控烟意识，建立责任分担机制和奖惩激励机制，通过分担责任、奖惩并济，施加压力的同时将积极性调动起来。

3. 加强宣教。根据烟民年轻化的特点，在进一步加强控烟宣传教育工作的同时，也应与时俱进地考量宣传方式，对不同群体开展有针对性的宣传教育工作。如对中小學生可以引入时下流行的角色扮演来宣传控烟；针对社会青少年可以在人群聚集的地方开展健康讲座和公益广告。同时借鉴国外成功经验，在烟草包装印制“癌变腐烂的肺”、“骷髅头”等恶心图片，进行最直观的警示。

4. 公众参与。尽管最近发布的地方法规都积极鼓励公众参与禁烟，但往往流于形式。电话无法接通、无人接听的情况时有发生，致使公众的救济权无从保障。举报投诉无果，不仅会丧失参与控烟监督的热情，甚至质疑政府公信力。因此，执法部门应确保禁烟救济途径的通畅，让公众切实参与控烟。

5. 长效建制。国内外已有的控烟成功经验表明，控烟是场持久战。如新加坡早在 1970 年就提出成为无烟国的目标并实施一系列的控烟措施，才有今天的控烟成果；香港也是一个控烟持久战的例子。加强控烟工作的长效机制建设，才能在这场持久战中赢得最后的胜利。

6. 刚柔并济。控烟工作任重道远，加强执法力度的同时注重柔性控烟手段的

运用；重典未必能实现大治，提升公众控烟意识才是最重要的决定因素。20 世纪 80 年代波兰由于施行烟草定量配给制度导致烟草消费量剧增^①，就是控烟意识反作用的例子。

① 朱秀敏.谈倡导公众意识与控烟——解读《烟草控制框架公约》.中国社区医师（综合版），2007，9（14）：3.

第3章 北京市控烟政策与实施回顾

3.1 北京市的基本情况与控烟概述

3.1.1 北京市基本情况

北京市辖14个区、2个县，全市乡镇级区划数为317个，包括135个街道办事处和182个乡镇。2011年，北京市常住人口2018.6万人；户籍人口1277.9万人，其中男性642.4万人，女性635.5万人；非农业人口1013.8万人，农业人口264.1万人。全市户籍居民平均期望寿命81.12岁，孕产妇死亡率9.09/10万，婴儿死亡率2.84‰，上述主要健康指标达到发达国家水平。^①

3.1.2 北京市控烟概述

1. 担首善之名，开立法先河。北京作为祖国首都，是全国政治、文化中心和经济金融决策管理中心，其烟草控制工作对全国乃至国际烟草控制工作都有着深远的影响和示范意义。新中国的烟草控制工作起源于北京，1985年首都医科大学附属朝阳医院翁心植院士开展了第一次全国51万人吸烟情况调查，结果显示全国人群的总吸烟率为33.88%，其中男性总吸烟率为61.00%，女性总吸烟率为7.04%^②。

1995年，在全国尚没有任何禁止吸烟立法的情况下，北京市率先开展了控制吸烟立法，1995年12月21日北京市第十届人民代表大会常务委员会第二十三次会议通过并于1996年5月15日开始施行《北京市公共场所禁止吸烟的规定》，明确了9类公共场所禁止吸烟^③，为国内控烟立法开了先河，被后来多地立法所借鉴。

2. 借无烟奥运，留健康遗产。为实现温家宝总理向WHO总干事李仲郁承诺举办一届无烟奥运会，2008年3月24日北京市政府第2次常务会议审议通过，并自2008年5月1日起施行《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》（第204号政府令），对1995年的《北京市公共场所禁止吸烟的规定》禁止吸烟的公共场所范围进行了扩大，执法主体和罚则依然执行原规定。第204号政府令对禁止吸烟的场

① 北京市卫生局，《北京卫生年鉴》编辑委员会.北京卫生年鉴2012[M].北京：北京科学技术出版社，2012：5.

② 翁心植，洪昭光，陈丹阳，等.1984年全国五十万人吸烟抽样调查.心肺血管病杂志[J].1986(2)：44.

③ 9类禁烟公共场所包括：（一）医疗机构的候诊区、诊疗区和病房区；（二）托儿所、幼儿园；（三）中、小学校；（四）除前项以外的各类学校的教学场所；（五）会议室；（六）影剧院、音乐厅、录像厅（室）、体育馆、展览馆、博物馆、美术馆、图书馆（室）、科技馆、档案馆、少年宫；（七）商店、金融业、邮电业的营业厅；（八）公共交通工具内及等候室、售票厅；（九）市人民政府确定的其他禁止吸烟的公共场所。

所分两类做了要求：一是 10 类公共场所严格禁止吸烟^①且不准设立吸烟区或吸烟室，二是 3 类可设吸烟室或吸烟区的部分禁烟公共场所^②。此外，204 号政府令还有两大进步，一是要求提供住宿休息服务经营场所^③设置无烟客房或者无烟楼层，二是规定机关、团体、企事业单位工作场所和内部公共场所^④禁止吸烟。

从 1995 年的《北京市公共场所禁止吸烟的规定》，到 2008 年的《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》，见证着北京控烟的种种努力。无烟奥运的实现，使北京烟草控制工作一度达到高潮，为中国烟草控制工作带来了新的起点，极大鼓舞了全球控烟运动，为国际烟草控制工作作出了一定的贡献。

3. 建长效机制，佐监测评估。《北京市公共场所禁止吸烟的规定》确定了北京市爱国卫生运动委员会（以下简称“爱卫会”）作为执法主体，开始了从立法宣传到执法队伍建设，日常的禁烟检查和法规执行情况的调查和评价等各项工作。法规施行后，北京市同步建立了对法规执行情况的定期调查监测评估制度，约每 3 年进行一次全市性居民吸烟情况调查，不定期开展行业性吸烟情况调查，以评价法规执行情况和存在问题，为控烟政策的决策和措施调整提供科学依据。截至目前，北京市已于 1997 年、2001 年、2004 年、2007 年、2008 年、2011 年共完成了 6 次全市性居民吸烟情况调查，以及 2004 年全市中小学生吸烟情况调查、2007 年全市餐馆宾馆执行法规情况调查、2008 年无烟医院、无烟出租车、无烟学校等专项研究。

3.2 北京市控烟系统现状

3.2.1 执法主体

1995 年《北京市公共场所禁止吸烟的规定》和 2008 年《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》的制定都是由北京市爱卫会牵头组织完成的，并赋予了其执行机构北京市爱国卫生运动委员会办公室（以下简称“爱卫办”）负责本行政区域

① 包括：（一）医疗机构的室内区域；（二）托儿所、幼儿园；（三）中、小学校，中等职业学校；（四）高等学校和其他教育、培训机构的区域；（五）影剧院、音乐厅、展览馆、博物馆、美术馆、图书馆、科技馆、档案馆、少年宫、纪念馆等科教、文化、艺术场所；（六）商业、金融业、邮政业和电信业的营业厅；（七）公共汽车、出租车、轨道交通等公共交通工具内及其售票厅、室内站台；（八）对社会开放的文物保护单位；（九）体育馆、健身馆；（十）健身场，体育场的比赛区和座席区。

② 包括：（一）餐饮、互联网上网服务营业场所等经营场所的服务区域；（二）公园、游乐场等公共场所；（三）飞机、火车、长途汽车等公共交通工具的等候室。

③ 宾馆、旅店、招待所、培训中心、度假村等提供住宿休息服务的经营场所，应当按照规定设置无烟客房或者无烟楼层。

④ 机关、团体、企业、事业单位的办公、会议等工作场所和食堂、通道、电梯、卫生间等内部公共场所禁止吸烟。机关、团体、企业、事业单位可以根据实际情况，确定除前款规定以外的单位内部的禁止吸烟公共场所，并做好相关管理工作。

内公共场所禁止吸烟的监管职责^①。北京市爱卫会是各级政府的一个议事协调机构，常务机构是北京市爱卫办。北京市爱卫会由主管副市长担任主任，成员单位包括市卫生局、市市政市容委、中直机关事务管理局、国务院机关事务管理局、总后卫生部、武警北京总队、市委宣传部、市发展计划委员会、市经济和信息化委员会、市商务委员会、市教育委员会、市住房和城乡建设委员会、市农村工作委员会、市政府法制办公室、首都城市环境综合整治委员会办公室、市财政局、市园林局、市旅游发展委员会、市工商行政管理局、市国土资源和房屋管理局、市环境保护局、市农业局、市水利局、市公安交通管理局、市政府天安门地区管理委员会、北京铁路分局、北京首都机场集团公司及各区县政府等 40 多个部门和单位。北京市爱卫办设在北京市卫生局，控烟工作只是其众多职责^②中的一项。

法规和规章将执法主体赋予北京市爱卫会，主要是从爱卫会具有广泛的群众基础角度出发的，但由于爱卫会作为议事协调机构，专职人员十分有限，各区县爱卫办只有 2~3 人，街道办事处只有 1 名干部作为卫生专干兼职做爱卫会的控烟工作。全市各行业虽都有部门领导参与组成爱卫会系统，但都是兼职人员。据统计，北京市爱卫会系统有专兼职人员和检查员 12 万名左右，但绝大部分为兼职人员和检查员。

3.2.2 执法实施

1996 年 5 月 15 日《北京市公共场所禁止吸烟的规定》开始施行，赋予北京市爱卫会系统执法权，并规定了先教育后罚款，对拒不改正者处以 10 元罚款。全市执法工作主要依靠 12 万专兼职卫生专干和检查员开展，虽然罚款额度仅为每人每次 10 元，但起到了明显的教育作用，使得市民很快了解了新法规并主动遵守。

然而，由全国人大颁布并于 1996 年 10 月 1 日起施行的《中华人民共和国行政处罚法》^③规定行政处罚应由具有行政处罚权的行政机关在法定职权范围内实

① 市和区、县爱国卫生运动委员会领导本行政区域内的公共场所禁止吸烟工作；市和区、县爱国卫生运动委员会办公室负责本行政区域内的公共场所禁止吸烟的监督管理。

② 根据北京市人民政府办公厅《关于印发北京市卫生局主要职责内设机构和人员编制规定的通知》（京政办发〔2012〕50 号），北京市爱卫办负责拟定本市健康促进工作的规划和政策措施，并组织实施；组织开展国家卫生城市、健康城区、健康社区创建和社会卫生整体评价等工作；负责统筹协调有关部门开展爱国卫生工作；组织开展农村改水、改厕和卫生村、镇创建及农民健康教育工作；依法负责开展禁控烟工作和全市除“四害”的组织与监督工作。

③ 《中华人民共和国行政处罚法》第十五条规定“行政处罚由具有行政处罚权的行政机关在法定职权范围内实施。”第十八条规定“行政机关依照法律、法规或者规章的规定，可以在其法定权限内委托符合本法第十九条规定条件的组织实施行政处罚。行政机关不得委托其他组织或者个人实施行政处罚。委托行政机关对受委托的组织实施行政处罚的行为应当负责监督，并对该行为的后果承担法律责任。受委托组织在委托范围内，以委托行政机关名义实施行政处罚；不得再委托其他任何组织或者个人实施行政处罚。”第十九条规定“受委托组织必须符合以下条件：（一）依法成立的管理公共事务的事业组织；（二）具有熟悉有关法律、法规、规章和业务的工作人员；（三）对违法行为需要进行技术检查或者技术鉴定的，应当有条件组织进行相应的技术检查或者技术鉴定。”

施。非法定条件下经法定程序不得委托给其他组织或个人。按照该法律规定，北京市爱卫会系统的兼职人员和检查员不再具有实施行政处罚的执法权，只能进行批评教育。

法规执行的第一年便遭遇了尴尬，法规制定的初衷受到了限制，执法只能由具有行政执法资格的执法机关实施。2008 年北京市政府令实施后，全市的执法工作除北京市爱卫会系统专职干部具有执法权外，主要的执法工作正式委托给北京市卫生监督所来完成。然而，北京市卫生监督系统从事公共场所监督工作的人员不足 200 人，且控烟执法仅是其一项工作而已，难言执法力度。

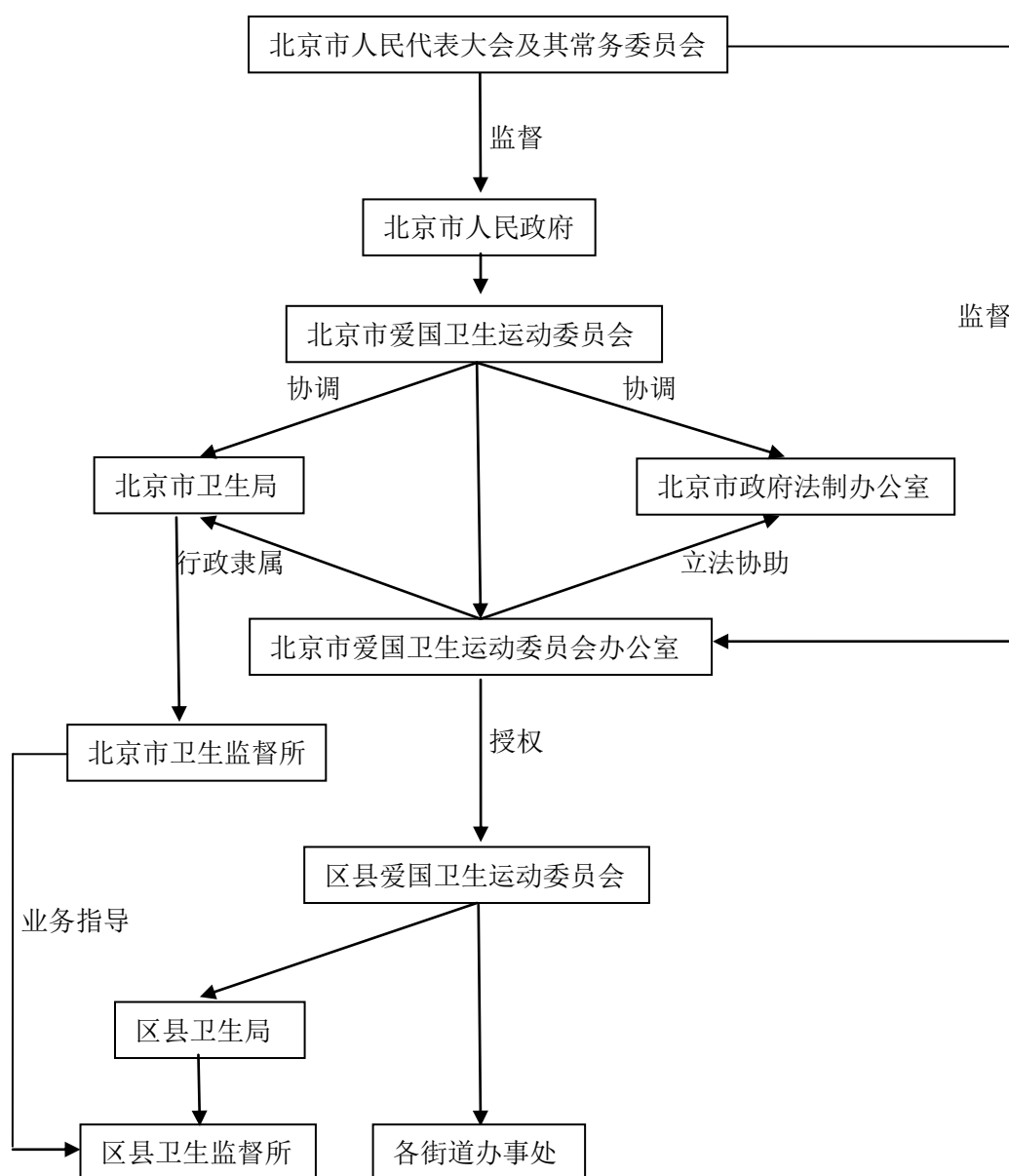


图 3.1 北京市禁烟领导机构的组织管理图

3.3 北京市控烟干预措施

北京市自1995年颁布国内第一部地方控烟法规以来，一直都在探索有效的烟草控制策略和措施。尽管执法中受《行政处罚法》影响致使处罚力度有所下降，在北京市爱卫会主导下，依然采取了行政管理、健康教育和社会支持等一系列干预措施，并借无烟奥运的历史机遇将北京控烟工作推向高潮。

3.3.1 行政管理^①

1. 法制化建设。《北京市公共场所禁止吸烟的规定》为北京市的控烟工作提供了法律武器，《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》为落实无烟奥运各项工作奠定了法律基础，两个规定为北京市控烟事业的发展发挥了积极作用。奥运会之后，北京市的控烟工作一直受到社会的广泛关注。为实现公共场所、工作场所、公共交通工具全面禁烟的目标，2011年市人大将修订《北京市公共场所禁止吸烟的规定》列入法规预调研项目，项目专家组提出了《北京市控制吸烟条例（专家建议稿）》，制定《北京市控制吸烟条例》正式进入立法程序，预计2014年底或2015年初可正式颁布施行。

2. 行政和行业干预。针对《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》要求禁止吸烟的十类公共场所开展了专项宣传和监督检查工作，对其经营者开展了培训。北京市目前有62000多家各类餐饮服务单位，对于吸烟人数多、影响大的餐饮服务场所，1995年的法规和2008年的政府令都作了可以建立吸烟区的规定，与履行FCTC的要求不符。北京市2008年开展了无烟餐饮单位创建活动，当年先后有一千余家餐饮单位达到标准要求。针对出租车司机吸烟率高，无烟出租车创建艰难的状况，北京市卫生局、市爱卫会、市交管局于2007年10月联合开展“绿色TAXI——无烟车厢，人人健康”为主题的控烟活动，在北京举行了隆重的无烟出租车建设活动启动仪式，出台了《北京市出租车全面禁烟的规定》，要求2007年10月1日开始全市所有出租车实行全面禁烟，明确出租车驾驶员不得在驾驶室内吸烟，同时具有管理和劝阻乘车人在车内吸烟的义务。为加强无烟出租车工作，在每辆出租车内张贴禁烟提示标志，由出租车执法大队监督管理无烟出租车工作。一旦发现违规吸烟车辆，罚款驾驶员200元。为发挥医疗卫生系统的示范作用，2009年卫生部（现为国家卫生计生委）等四部委《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》将无烟医院创建工作由民间促进上升为政府主导推进，禁烟范围扩至卫生系统所有室内区域，并要求在2011年全面执行，创造了以行业行政干预为特点的无烟机构建设示范。

^① 参考了北京市爱卫办历年的工作总结。

3. 大型活动干预。大型活动是指各级政府确定的具有特定规模和影响的政治、经济、文化、体育以及其他重大活动。作为国际化大都市的北京，每年都要承办一百多项重大活动。大型活动通常有大量媒体宣传报道，在大型活动和重大节日开展公共场所禁止吸烟活动，具有宣传面广，影响人群范围大的特点。近年来，北京市爱卫会坚持在全国两会和北京市两会期间积极开展无烟两会的工作，通过专家提出无烟两会的建议，利用卫生监督员加强对两会会场的检查督导，逐步实现了无烟两会。2008年北京奥运会，打开了北京建设成为世界城市的大门。举办新一届无烟奥运会，不仅是对北京和中国留下奥运健康遗产，也是对国际奥委会和世界卫生组织FCTC的积极贡献。为实现北京无烟奥运，确保奥运村、奥运场馆室内区域、奥运签约酒店没有烟草烟雾，所有观看奥运会比赛的观众不抽烟，在进场安检时严禁携带打火机。奥运举办城市建立和完善地方性禁烟法规、规章，禁止烟草广告和促销活动，使奥运举办城市成为全国控烟表率，并继续为推动无烟社会的建设发挥作用。

4. 日常监督检查。市区两级爱卫办采取周期性检查和举报检查相结合的方式，坚持月监督检查制度，每月集中检查一次公共场所禁止吸烟工作，遇到大型节假日和重大活动，根据工作实际加大监督检查和执法力度。市爱卫会委托北京市吸烟与健康协会收集汇总执法检查情况，并以简报形式上报市委、市政府、市人大、市政协、各区县政府、各级爱卫会及其成员单位等。据统计，2008年5月以来，全市共组织监督检查公共场所427392户次，其中417293户（占97.6%）的公共场所能较好的落实有关要求，对10099个不合格单位进行了警告、限期整改的行政处罚；劝阻在禁烟场所吸烟者65667人次。通过加强公共场所禁止吸烟的监督检查，强化了公共场所禁烟。

5. 执法能力建设。为加强公共场所禁烟监督员的执法能力和业务水平，保证公共场所禁止吸烟监督员队伍素质的提高，市爱卫会对全市爱卫系统的千余名公共场所禁止吸烟监督员进行了多次培训。如2010年9月，对市、区全体公共场所禁止吸烟监督员进行专业法规知识、执法程序和执法文书制作培训，并对全体监督员进行了专业法规知识考核。对授权北京市卫生监督系统开展公共场所禁烟执法的200多名卫生监督员进行了培训；各社会单位禁止吸烟检查员约10万人经区县、街乡镇培训后，发放了《公共场所禁烟检查员检查证》，较好地保障了日常公共场所禁烟监督检查工作的开展。

3.3.2 健康教育

1. 媒体宣传。坚持以宣传教育为先导的方针，每年5月1日、5月15日、5月31日，结合法规、规章的实施日和世界无烟日，市爱卫会广泛开展控烟宣传。一是在地铁和公交站台、候车亭、公交车厢内开展控烟公益广告宣传；利用北广传播、城市电视连续播放控烟宣传广告片。二是采取北京电视台“健康播报”跟踪采访、播放控烟专题片、发送短信和发放报刊科普手册等形式进行宣传。三是以每年5月31日“世界无烟日”宣传为契机，围绕主题开展系列宣传和专家义诊咨询活动。如：2011年5月31日，首都机场三座航站楼内全面禁止吸烟，36个吸烟室全部关闭，成为国内首个无烟的大型国际机场。四是对不同群体，开展不同形式的控烟活动。在妇女孕妇中，举办拒吸二手烟的知识讲座；在医院，组织烟草与相关疾病和临床戒烟技巧培训；在社区，设立控烟宣传站进行控烟法规和烟草烟雾危害咨询；在单位，宣传劝导烟民不在公共场所吸烟，培训有关人员控烟专业技能；在社会，利用搜狐网、新浪网和千龙网举行控烟知识有奖竞赛活动。此外，印制大量控烟海报、宣传画，编制控烟宣传折页、禁烟工作手册，出版《控烟工作指南》，制作控烟公益广告宣传光盘发放到各个不同的群体中，每年在全市张贴的各类宣传单达6万张。

2. 以创建无烟单位为契机，开展控烟的宣传教育工作。北京市的无烟单位创建工作始于1991年，北京市教育局、共青团北京市委印发《关于禁止中小学生吸烟的几点意见》，要求各中小学校积极响应“师生齐努力，争当无烟校”号召，创建“无烟学校”。1996年，为加强公共场所禁止吸烟法规的宣传力度，北京市教委系统在教师内部积极开展了禁止在校园和学生面前吸烟的活动，在全市所有中小学门口都制作了“做不吸烟的新一代”宣传栏，并开展了每个学期一堂吸烟有害健康的健康教育课。从2005年开始，北京市爱卫会统一为基层单位免费发放禁烟标志，标志的张贴情况作为爱卫会检查禁烟工作的重要考核指标之一。按照“自愿申报、指导评估、典型引路、推广交流”的原则，鼓励指导各类社会单位开展无烟单位创建活动。在市爱卫会的指导下，全面推进的同时又每年有所侧重。2007年创建“无烟单位”，149个单位荣获“北京市无烟单位”称号。2008年创建“无烟奥运场馆”，实现无烟奥运目标；同年创建“无烟餐饮单位”，先后有1076家餐饮单位荣获“北京市无烟餐饮单位”称号。2010年全市医疗卫生单位全面开展无烟环境的创建活动。2013年开展无烟机关、无烟单位创建活动，成立无烟机关、无烟单位创建活动领导小组，并印发《北京市无烟机关、无烟单位标准》（试行）。通过创建无烟单位，起到了良好的宣传作用，全面推进了控烟工作。

3.3.3 社会支持

1. 市爱卫会聘请了 20 余名市人大代表为“北京市公共场所禁止吸烟特约监督员”。北京市吸烟与健康协会负责与特约监督员控烟信息的沟通，并协助市爱卫会组织召开“市人大代表控烟座谈会”。市人大代表随机抽查医院、学校等单位控烟工作开展情况，对控烟工作给予了充分肯定，并提出了许多建设性意见和建议。北京的控烟工作不仅得到了市人大的大力支持和帮助，也得到了社会各界广泛支持，2011 年 10 月，市爱卫会、市人大科教文卫体办公室、市政协科教文卫体委员会和新探健康发展研究中心联合召开了“北京市控烟工作座谈会”；2011 年 12 月，人大代表、政协委员与控烟专家就加强北京市的控烟工作进行座谈，这些活动有力地推进了全市公共场所禁止吸烟和控烟工作的深入开展。

2. 积极开展控烟的科研工作。为探讨更加适合北京的控烟模式，首都医科大学无烟立法项目组、中国疾病预防控制中心控烟办联合举办了“北京市无烟环境建设发言人培训班”。为做好修订《北京市公共场所禁止吸烟的规定》准备工作，首都医科大学无烟立法项目组和《中国卫生法制》杂志编辑部联合举办“北京市控烟执法论坛”，就公共场所禁止吸烟执法对法规实施有效性的作用和意义，控烟执法的证据和处罚手段，控烟执法能力建设及国际经验进行交流。此外还开展了“控烟工作研讨班”、“两岸四地烟害防制交流会”等学术活动，对北京市控烟经验进行总结和交流。定期开展全市烟草使用情况调查，及时了解和掌握全市吸烟率的变化情况，为北京控烟工作的科学决策提供支持。

3.3.4 无烟奥运

1. 北京无烟奥运的背景。无烟奥运诞生于 1988 年加拿大卡尔加里冬季奥运会，此后成了国际奥委会的一项政策，其后的历届奥运会原则上都是无烟奥运会。2004 年 4 月 20 日，温家宝总理在接见 WHO 总干事李钟郁博士时答应了他提出的一个“小小的要求”，即中国在 2008 年办一届新的无烟奥运会。2007 年，第二十九届奥运会组委会致函北京市，发来《卫生部国际合作司关于转送温家宝总理会见世界卫生组织总干事会谈记录的函》及刘淇书记的批示“这是一个大决策，要拿出方案，执委会决定后报国务院”。为此，由卫生部、WHO、北京奥组委及各奥运城市组成了一个合作小组，在国际奥组委的指导下开展无烟奥运工作。

2. 北京无烟奥运的策略

无烟奥运会要求有根据 FCTC 制定的公共场所禁止吸烟的法律，各种比赛场馆、训练场馆和奥运村禁止吸烟；奥运会禁止烟草广告、促销和赞助；积极传播关于无烟奥运的信息，警告人们烟草的危害，保护人们不接触烟草烟雾，并帮助人们

戒除烟草的使用。据此确立无烟奥运目标：一是确保奥运村、奥运场馆室内区域、奥运签约酒店没有烟草烟雾。所有观看奥运会比赛的观众不抽烟。二是奥运举办城市建立和完善地方性禁烟法规，禁止烟草广告和促销活动，逐步扩大无烟公共场所的范围。三是使奥运城市成为全国控烟表率，并继续为推动无烟社会的建设发挥作用。具体策略：

（1）制订实施控烟政策和规章制度。2006年9月，北京奥组委发布《北京2008无烟奥运工作方案（草案）》，2008年3月24日颁布《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》，2008年5月发布《关于奥运场馆落实无烟奥运政策的实施意见的通知》，为无烟奥运提供了政策支持和具体措施指导。北京市还相继出台了《关于在全市出租汽车行业开展控烟工作的通知》、《关于在北京市餐饮业开展控烟工作的通知》、《关于在全市医疗机构开展控烟工作的通知》等一系列行业控烟文件。

（2）加强控烟能力建设。北京市奥组委和北京市爱卫会成立了无烟奥运行动领导小组，负责为奥运工作人员和数十万城市志愿者进行无烟奥运知识及劝阻吸烟技能培训；委托北京卫生监督系统并培训卫生监督人员负责查处在禁烟区吸烟的行为。

（3）广泛开展控烟宣传教育。各有关部门利用电视、网络、广播等新闻媒体每天多角度宣传吸烟危害和控烟政策。

（4）加强多部门控烟协作，提高控烟力度。部际协调领导小组密切配合，及时发现并查处了烟草公司参与火炬接力的网络宣传、印有奥运标志的假冒卷烟等事件。北京市上下一盘棋，市政府领导重视，在政府令实施当天，市政府领导亲自带队检查；爱卫会各成员单位密切配合，先后开展了四次全市性督导检查；卫生监督员在全市范围内不间断开展了监督检查，共检查22435个公共场所单位；检查员制止劝阻违规吸烟近30000人次；建立了公共卫生投诉举报热线12320。北京市还针对学校、餐馆、医院和出租车等窗口行业开展了重点行业控烟工作。学校：2007年5月在全市中小学校开展“清新校园，无烟行动”，在1000多所中小学校开展烟草危害健康教育课，开展控烟知识有奖竞赛和“拒吸第一支烟”签名活动等。餐馆：2008年4月北京市卫生局、商务局、旅游局、爱卫会等部门联合印发《在餐饮业开展控烟工作的通知》。医院：2007年5月启动“健康使者 控烟表率——首都医务人员控烟大行动”，随后北京市内219家医院和全市疾病预防控制中心机构实施了无烟政策。出租车：2007年9月，市卫生局、运输管理局、交通执法总队、爱卫会联合启动“绿色TAXI——无烟车厢，人人健康”行动，对全市6.6万辆出租车实施控烟。

3.4 北京市控烟政策与实施特点分析

整体而言,北京市控烟政策措施得当,实施有效。在行政管理、健康教育、社会支持和无烟奥运等一系列政策措施干预下,北京市居民吸烟率从1997年的34.50%下降到2011年的20.89%,达到国内领先、国际同类特大型城市较好水平。成绩的背后,我们也看到,现行控烟政策以政府管理为主,缺乏公共治理思维,未能最大限度发挥控烟多元主体的作用,与北京市“十二五”规划控烟目标仍有差距,与国际控烟先进的国家和城市也有距离,与未来建设“世界无烟之都”的构想更是差之甚远。总结成效之举,更应看到不足之处。对北京市控烟政策特点和存在问题进行分析并针对性解决,才能进一步推进北京控烟的发展,为兄弟省市提供经验,为发展中国家提供借鉴,为“世界无烟之都”的梦想跨出坚实一步。

1. 立法虽早,欠与时俱进。北京作为首善之区,于1995年率先出台控烟法规,在控烟立法方面一度领先。但之后缺乏与时俱进,在我国签署FCTC,国内外掀起立法高潮时,亦无所表现。虽借2008年北京奥运之机,出台了政府令,除稍微扩大禁烟范围外,并无建树。目前在禁烟范围、无烟环境建设、执法手段力度、提供戒烟帮助、烟草危害警示、健康宣传教育、禁止广告促销等方面与FCTC的要求还有差距,在国内也被部分城市赶超,与建设世界城市的目标亦不相符。

2. 建制齐全,缺专职人员。北京市爱卫会及其执行机构北京市爱卫办负责北京控烟工作,卫生、教育、交通等各部门参与开展控烟。但现有建制附于爱卫会系统,非独立控烟机构,非专职控烟人员。各部门协调不力,缺乏工作力度。

3. 专项常有,少长效机制。北京市常年大型活动不断,借助大型活动进行专项控烟工作,如无烟医院、无烟餐馆、无烟出租车等专项活动,能起到一定效果,但缺乏长效控烟工作机制和系统控烟规划,致使专项工作难以持续。且专项工作不够精细,如尚未开展控烟效果明显的无烟家庭活动。

4. 定期检查,无执法力度。如前文所述,2008年5月以来,全市共组织监督检查公共场所427392户次,除了进行警告和限期整改外,没有其他行政处罚;劝阻在禁烟场所吸烟者65667人次,亦无处罚。如此执法,谈何力度?

5. 奥运遗产,没发扬光大。不可否认,北京无烟奥运是成功的;既是北京控烟工作的转折点,也将北京的控烟工作推向了新的高度。奥运留下的健康遗产也是丰厚的,政府立法、广泛宣传、多部门协作、公众支持等成功经验,没有被发扬光大,大多随着奥运的结束一起结束了。

6. 宣传教育,需持之以恒。每逢大型活动期间全媒体立体式的无烟宣传教育,为控烟工作发挥了一定的作用,但缺乏持之以恒,有点像打运动战似的。且宣传教育方式、内容、手段老套,未能充分利用新媒体,在内容和形式上与时俱进。

第4章 北京市居民吸烟状况调查分析

4.1 1997年~2011年北京市居民吸烟情况监测研究

《北京市公共场所禁止吸烟的规定》施行后,北京市卫生局、北京市爱卫会制定了系统监测居民吸烟情况的方案,每三年进行一次全市居民吸烟状况调查,了解我市居民吸烟行为的变化情况和本市烟草控制计划的实施进展。截至目前,分别于1997年、2001年、2004年、2007年、2008年和2011年开展了6次全市吸烟情况调查。

1. 调查目标人群。包括北京市内所有15岁及以上人群。^①

2. 样本含量的估计。按照随机抽样调查设计的样本含量估算公式进行估算。

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}}{\delta} \right)^2 p(1-p)$$

公式中,

n 代表样本含量;

δ 代表允许误差,本研究取总体率可信区间的一半为1%;

p 代表可能出现样本率中最接近50%的那个值,本研究以上一次北京市总体吸烟率为参考值,1997年第一次调查时以全国总体吸烟率为参考值。

$z_{1-\alpha/2}$ 代表着 Z 界值,本研究取 $1-\alpha=95\%$ 的临界值,结果为1.96。

3. 研究对象抽样。根据计算的样本含量和北京市上一年常住人口总数作为参考标准,计算出调查人数占全市人口总数的比例,采取多阶段等比例分层整群随机抽样的方法,按照“城区总体——样本城区——样本街道办事处——样本居委会——居民楼或胡同——家庭——个人”的程序。以2011年的抽样为例,首先随机选取北京市6个区县作为一级抽样单位,其次随机选择上述样本区县的街道或乡镇作为二级抽样单位,接着在每个街道或乡镇根据具体情况随机选取居委会组成三级抽样单位,最后在每个居委会随机选取社区作为样本单位,以辖区所组成的胡同或居民楼作为四级抽样单位,由此组成的家庭^②内15岁以上的居民作为调查的最终样本。经过统一培训过的调查员在当地社区管理人员的带领下,进行居民入户面问卷调查。在进行社区调查时,首先在社区画出分布图,再进行完全随机抽样的方法选取楼门或胡同,由此组成调查的样本户。如果按照上述抽样方

① 目标人群指15岁及以上所有认为这个城市是其主要居住地的人,既包括户籍居民,也包括户籍不是北京市但在北京市居住半年以上的常住居民和不到半年的流动居民,以及在北京市居住的外籍居民,仅15岁以下未成年人被排除在调查范围之外。

② 北京市调查中家庭定义与《联合国:人口和住房普查的原则和建议》一致。

法抽到的样本户无法进行访问，则以下一个合格样本户进行递补。

4. 调查工具。按照 1995 年《北京市公共场所禁止吸烟的规定》和 2008 年《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》的各项规定，参照世界卫生组织《关于吸烟情况标准化调查方法的建议》和《关于普通人群吸烟调查指南建议》拟定调查方案和调查表，经专家讨论并实施预调查，反复修改后正式使用。

5. 调查内容。调查内容包括社会人口学信息、烟草使用现状、戒烟态度和戒烟史、被动吸烟情况、法规和烟草危害知晓情况、执行公共场所控烟法规情况等。

6. 统计分析。调查员经统一培训并严格按照指导手册进行入户面对面调查，调查问卷缺失 10% 以上的信息视为无效问卷。合格问卷用 Epi-data 软件建库，用 SPSS 软件进行统计分析。

4.2 1997年～2011年北京市居民吸烟情况监测结果

4.2.1 调查对象基本情况

北京市分别于 1997 年、2001 年、2004 年、2007 年、2008 年和 2011 年开展了 6 次全市居民吸烟情况调查，调查人数分别为 4223 人、2954 人、3121 人、5407 人、5629 人和 6208 人。前 3 次男性偏多，后 3 次女性偏多。

表 4.1 北京市 6 次调查抽样调查人数及性别构成

调查年份	男性		女性		合计
	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)	
1997 年	2225	52.7	1998	47.3	4223
2001 年	1563	53.1	1391	46.9	2954
2004 年	1616	51.8	1505	48.2	3121
2007 年	2597	48.0	2810	52.0	5407
2008 年	2692	47.8	2937	52.2	5629
2011 年	2912	46.9	3296	53.1	6208

4.2.2 北京市居民烟草使用情况

1. 总体吸烟率情况及分性别变化情况。从 6 次调查结果来看，北京市控烟成果显著，全市 15 岁以上人口综合吸烟率从 1997 年的 34.50%（其中男性吸烟率为 56.72%，女性吸烟率为 9.76%）降至 2011 年的 20.89%（其中男性吸烟率为 41.47%，女性吸烟率为 2.99%）。男性吸烟率从 1997 年到 2001 年有大幅度下降，之后一直

下降至 2008 年达到最低 40.82%，2011 年略有反弹，从 2007 年到 2011 年男性吸烟率变化不大，维持在 41% 上下的较高水平；女性吸烟率从 1997 年到 2004 年变化不大，一直维持在 8% 以上，而后持续下降，至 2011 年达到最低 2.99%。

表 4.2 北京市 6 次调查居民吸烟率变化情况

调查年份	男性			女性			合计		
	吸烟人数	调查人数	吸烟率 (%)	吸烟人数	调查人数	吸烟率 (%)	吸烟人数	调查人数	吸烟率 (%)
1997 年	1262	2225	56.72	176	1998	8.76	1457	4223	34.50
2001 年	715	1563	45.75	112	1391	8.05	827	2954	28.00
2004 年	706	1616	43.69	134	1505	8.90	840	3121	26.91
2007 年	1075	2597	41.39	166	2810	5.91	1241	5407	22.95
2008 年	1099	2692	40.82	109	2937	3.71	1208	5629	21.46
2011 年	1208	2912	41.47	99	3296	2.99	1297	6208	20.89

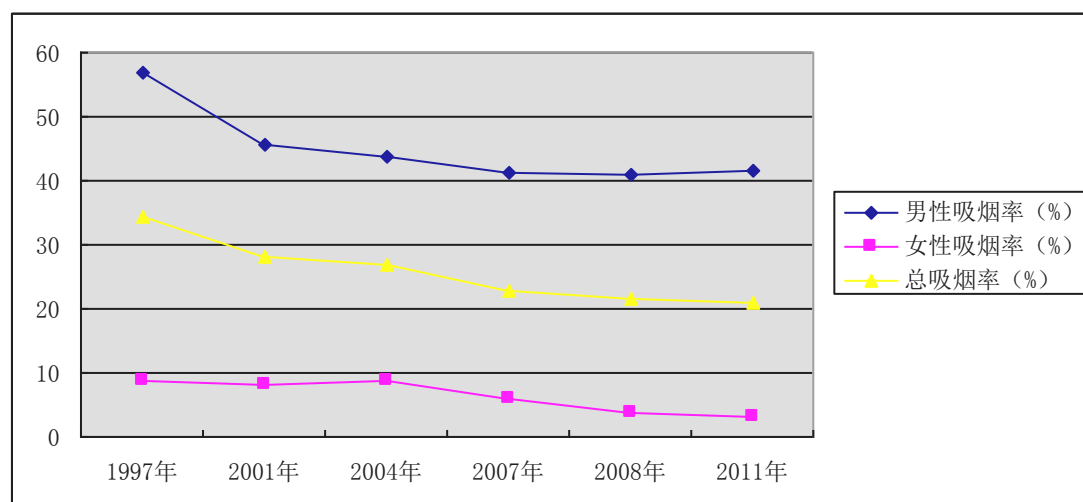


图 4.1 北京市 6 次调查居民吸烟率变化情况

2. 不同年龄段人群吸烟率变化情况。北京市 6 次调查中，吸烟率最高的分别为 1997 年 40~45 岁和 25~30 岁年龄组 38.0% 以上，2001 年 35~40 岁年龄组 36.8%，2004 年 60~65 岁年龄组 34.9%，2007 年 45~50 岁年龄组 29.6%，2008 年 45~50 岁年龄组 29.9%，2011 年 50~55 岁年龄组 26.8%。

从不同年龄段人群吸烟率变化情况来看，25~30 岁年龄组人群的吸烟率下降最显著，从 1997 年的 38.3% 降至 2011 年的 18.7%，其次是 65 岁以上人群，从 1997 年的 29.7% 降至 2011 年的 15.3%，20~25 岁、30~35 岁、40~50 岁及 60~65 岁年龄组人群的吸烟率也均下降了 10% 以上。其他年龄组人群吸烟率虽有不同

程度下降,但幅度相对较小。

从吸烟起始年龄看,85%以上的吸烟者是在15~30岁之间开始吸烟的,尤其是15~25岁之间开始吸烟的占到74%以上,15岁以前开始吸烟的在2008年和2011年的调查中基本稳定在4.8%左右,35岁以后开始吸烟的仅占3~4%。由此可见,低龄青少年人群的控烟工作极其重要,还应进一步加强,尤其是6次调查中,15~20岁年龄组吸烟率呈现起伏不定的状态,应引起重视。

3. 不同职业人群吸烟率变化情况。从不同职业人群吸烟率变化情况来看,企业主、企业工人和农民维持在较高吸烟率水平,在校中学生、大学生、家庭妇女、教师和医务人员吸烟率较低。企业工人、科技人员吸烟率有上升趋势,企业主、离退休人员吸烟率下降较为明显,医务人员、服务人员、农民、家庭妇女吸烟率有起伏,但变化不大。

表 4.3 北京市 6 次调查不同职业人群吸烟率变化情况 (%)

职业	不同调查年份					
	1997 年	2001 年	2004 年	2007 年	2008 年	2011 年
企业主	63.3	49.1	48.1	21.5	35.4	—
企业职员	35.5	34.1	27.6	21.2	22.7	19.6
企业工人	42.3	36.6	42.3	33.9	34.1	50.4
干部	37.6	32.1	20.1	24.2	27.1	30.7
教师	18.1	14.8	20.5	13.3	11.3	11.5
医务人员	16.4	12.1	16.0	12.3	8.7	17.8
科技人员	—	23.1	19.3	25.2	20.7	32.5
服务人员	20.3	22.6	22.0	26.4	23.3	19.3
离退休	38.7	25.6	26.6	17.5	15.8	14.9
农民	52.4	39.1	40.8	35.0	26.9	48.0
家庭妇女	—	5.7	18.8	11.0	6.1	—
中学生	—	5.0	5.2	3.8	11.0	4.6
大学生	13.5	15.0	3.0	8.8	9.2	
无业	34.2	37.1	40.3	35.0	32.4	17.6
其他	—	—	—	34.2	26.4	28.2
合计	34.50	28.00	26.90	22.95	21.46	20.89

注: 由于 6 次调查问卷中职业划分有所调整, 调查结果存在部分缺失和合并。

4. 不同文化教育水平人群吸烟率变化情况。从不同文化教育水平人群吸烟率变化情况来看,大专学历人群吸烟率变化不明显,其他各学历人群吸烟率均有下降,幅度最大的是没上过学人群。从总体看,没上过学和初中学历人群吸烟率较高,随着文化教育水平提高,吸烟率呈明显下降趋势,可见吸烟率与其文化教育水平呈负相关关系。

表 4.4 北京市 5 次调查不同文化教育水平人群吸烟率变化情况 (%)

调查年份	不同学历						合计
	没上过学	小学	初中	高中/中专	大专	大学及以上	
2001 年	34.3	28.0	33.1	27.6		22.7	28.00
2004 年	36.3	32.9	31.2	29.2		19.5	26.90
2007 年	20.3	19.2	25.6	25.1	23.2	15.6	22.95
2008 年	23.5	19.5	24.3	23.8	21.5	13.5	21.46
2011 年	21.6	19.7	23.7	22.9	23.0	16.5	20.89

注: 1997 年调查未纳入, 缺失年份均由于当年调查时未设置该项目或数据不可用, 下同。由于 5 次调查问卷中学历划分有所调整, 调查结果存在部分合并。

5. 不同收入水平人群吸烟率变化情况。从不同收入水平人群吸烟率变化情况来看, 中等收入及以下人群的吸烟率下降明显, 高收入人群的吸烟率下降幅度较小。从 2008 年和 2011 年的调查数据比较来看, 高收入人群的吸烟率不降反升, 可能与其工作压力较大有关。

表 4.5 北京市 5 次调查不同收入水平人群吸烟率变化情况 (%)

调查年份	不同收入水平								
	低收入			中低收入		中等收入		高收入	
	<270	270~	500~	1000~	2000~	3000~	5000~	7000~	9000~
2001 年	27.4	23.0	28.6	29.6	29.2	37.4		31.6	
2004 年	29.6	25.9	25.7	30.0	25.3	24.7		25.8	
2007 年		27.6			20.8	25.2	24.7	29.3	20.0
2008 年		24.0			19.7	23.7	23.5	11.9	19.3
2011 年		18.1			18.8	26.7	24.5	30.8	28.1

注: 由于 5 次调查问卷中收入标准有所调整, 调查结果存在部分合并。

6. 不同婚姻状况吸烟率变化情况。从不同婚姻状况吸烟率变化情况来看，未婚者吸烟率略有上升但变化不大；分居者起伏不定但维持在较高吸烟率水平；同居者除 2007 年调查显示出不正常的低值外，其他年份呈现明显上升趋势，应引起重视；其他婚姻状况人群吸烟率均有下降。总体来看，分居者吸烟率最高，未婚和已婚者吸烟率较低，可见婚姻关系的稳定性和吸烟率有一定的负相关性。

表 4.6 北京市 5 次调查不同婚姻状况吸烟率变化情况 (%)

调查年份	不同婚姻状况					
	未婚	已婚	离异	分居	同居	丧偶及其他
2001 年	19.8	29.8	33.8	50.0	25.4	25.8
2004 年	16.6	28.6	30.6	33.3	30.6	35.6
2007 年	18.7	24.4	29.4	62.5	9.5	15.3
2008 年	18.3	22.4	23.0	20.0	36.0	17.4
2011 年	23.9	16.5	22.2	40.0	48.7	13.4

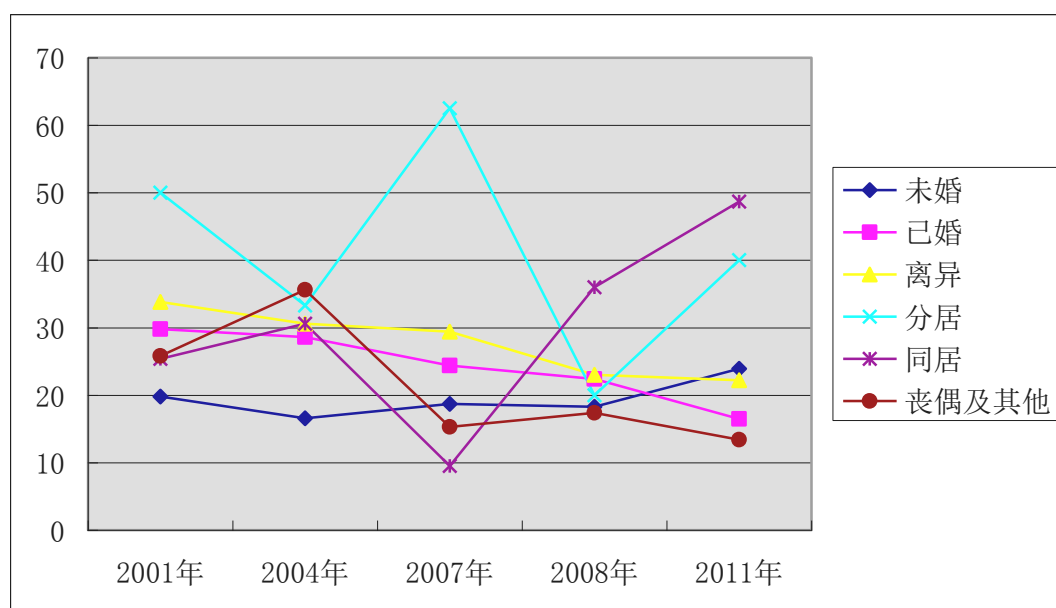


图 4.2 北京市 5 次调查不同婚姻状况吸烟率变化情况

7. 不同地区吸烟率变化情况。北京市 6 次调查中，近三次调查（2007 年、2008 年和 2011 年）涉及了远郊区县居民。从这三次调查结果来看，远郊区县居民吸烟率略低于近郊居民吸烟率，但差别不明显；三次的吸烟率变化起伏不定。

8. 平均吸烟量变化。近三次调查结果显示，85% 以上的吸烟居民日平均吸烟量在 20 支以下。

表 4.7 北京市 3 次调查日均吸烟量变化情况

调查年份		日均吸烟量（支）				合计
		10 及以下	11~20	21~30	30 以上	
2007 年	频数	531	465	83	43	1122
	率（%）	47.33	41.44	7.40	3.83	100.0
2008 年	频数	478	522	109	66	1175
	率（%）	40.68	44.43	9.28	5.62	100.0
2011 年	频数	568	448	82	64	1162
	率（%）	48.88	38.55	7.06	5.51	100.0

9. 吸烟人群的健康及就医情况。2011 年的调查结果显示，吸烟居民在过去 2 周内，18.16% 的人有咳嗽症状，4.35% 和 2.47% 的人有胸闷和哮喘症状，少数反映有心慌、胸痛等症状。在过去 12 月内，吸烟居民就医时，43.6% 的医护人员问过患者是否吸烟，只有 39.11% 的医护人员向患者建议过戒烟。

10. 被动吸烟变化情况。

（1）被动吸烟总体变化情况。前五次调查（1997 年、2001 年、2004 年、2007 年、2008 年）中，被动吸烟采用不吸烟者平均每天有 15 分钟以上被动吸烟时间的标准，1997 年调查显示，54.2% 居民每天都生活在被动吸烟环境中；2001 年下降为 30.5%，说明《北京市公共场所禁止吸烟的规定》施行后被动吸烟控制作用明显，2004 年进一步降低至 28.6%，2007 年较大幅度反弹至 36.9%，说明法规实施一段时间已明显滞后需要修订，也存在偏倚的可能。2008 年政府令施行和无烟奥运，被动吸烟率又降低到 25.6%，可见新规章的影响还是很显著的。2011 年采用 WHO 的新标准，每周至少有 1 天曾暴露于燃着卷烟末端散发出的或吸烟者呼出的烟雾的不吸烟者，即一周内闻到烟味就算被动吸烟，结果显示被动吸烟率又反弹到 31.3%，应该与标准变化有关。

表 4.8 北京市 5 次调查被动吸烟情况变化（%）

调查年份		被动吸烟频率					不清楚
		几乎每天	平均每周 3 天以上	平均每周 1~3 天	平均每周 1 天以下	没有	
2001 年	男	29.6	8.4	9.6	12.3	28.5	11.7
	女	31.0	9.5	11.4	10.4	27.8	10.0
	合计	30.5	9.1	10.8	11.0	28.0	10.5
2004 年	男	22.7	10.0	8.6	9.5	35.9	13.2
	女	31.3	9.9	10.6	8.2	31.2	8.9
	合计	28.6	10.0	10.0	8.6	32.7	10.2

续表 4.8 北京市 5 次调查被动吸烟情况变化 (%)

2007 年	男	41.9	7.5	9.0	6.5	28.3	6.8
	女	32.4	5.7	8.2	8.0	41.0	4.8
	合计	36.9	6.6	8.6	7.3	34.9	5.7
2008 年	男	26.9	13.3	12.3	13.0	23.9	10.7
	女	24.6	10.7	10.6	14.1	31.0	9.0
	合计	25.6	11.8	11.4	13.6	27.9	9.7
2011 年	男	30.3	6.8	15.7	9.8	33.0	4.3
	女	31.8	7.0	11.6	10.7	33.6	5.3
	合计	31.3	6.9	13.0	10.4	33.4	5.0

注：2001 年、2004 年、2007 年、2008 年采用接触二手烟超过 15 分钟的标准，2011 年采用一周内闻到烟味就算的标准。

(2) 被动吸烟分场所变化情况。从 2001 年~2008 年被动吸烟的场所分布来看，家中室内和公共场所被动吸烟比例高。从被动吸烟率看，除 2007 年不正常的升高外，家中室内和公共场所被动吸烟率呈现下降趋势；而工作场所被动吸烟率略微上升，但变化不明显。

表 4.9 北京市 4 次调查被动吸烟的场所分布及变化情况 (%)

调查年份	工作场所			家中室内	公共场所		
	办公室	工作场所	会议室		餐饮场所	娱乐场所(酒吧/KTV)	出租车内
2001 年	18.7	23.0	13.2	41.3		44.4	
2004 年	19.0	18.3	14.3	38.3		26.4	
2007 年	56.1		40.8	61.2	66.4	60.3	24.4
2008 年	21.6		14.7	33.5	42.5	25.0	8.7

注：由于 4 次调查问卷中场所分布有所调整，调查结果存在部分合并。

2011 年采用新标准定义被动吸烟，故单独分析。按照被动吸烟的暴露场所来看，政府大楼和政府办公室几乎每天暴露于被动吸烟的比例最高，为 42.28%；其次是工作场所，为 41.29%；而餐厅和公共交通工具及室内等候室等公共场所暴露率较低，分别为 34.48%和 34.58%。说明北京市被动吸烟率存在公共场所和工作场所的分布差异，工作场所和公共办公场所是被动吸烟的主要区域。

(3) 被动吸烟分年龄描述。按照被动吸烟的年龄分布来看，2011 年调查显示，几乎每天被动吸烟率最高的是 45~49 年龄组，为 36.52%；60~64 年龄组最低为 24.53%。

(4) 被动吸烟分地区描述。按照抽样地区来看,2011 年调查抽取东城、海淀、丰台、大兴、顺义和怀柔等六个区县,怀柔区和顺义区几乎每天都暴露被动吸烟的比例分别为 41.15%和 35.39%,明显高于其他区。海淀区被动吸烟的暴露率最低,仅为 26.60%。由此可见,北京市被动吸烟的暴露率存在地区差异,城区暴露率低于远郊区县。

4.2.3 北京市居民对烟草危害的认知情况

1. 吸烟有害健康的认知。从居民对吸烟危害认识的变化情况看,2001 年、2004 年和 2011 年调查中居民认为吸烟对健康有害(前两次调查包括轻度有害和重度有害,2011 年调查包括肯定有害和可能有害)分别为 91.09%、89.23%和 90.85;认为被动吸烟对健康有害分别为 92.39%、89.44%和 91.50%。可见居民对吸烟和被动吸烟对健康危害的认识几年来变化不明显。

2. 拒绝二手烟权利的认知。从居民对拒绝二手烟权利的认识情况看,2007 年和 2011 年调查中居民表示介意(包括非常介意和有些介意)别人在其附近吸烟的分别为 76.19%和 75.70%。2007 年、2008 年和 2011 年调查中居民认为不吸烟者有拒吸二手烟权利分别为 76.56%、82.44%和 81.95%;但当有人在附近吸烟时会(包括经常会或一定会)进行劝阻的分别为 28.53%、20.57%和 30.90%,且分别有 32.10%、29.01%和 27.33%的居民认为禁止吸烟是对吸烟者权利的侵犯。北京十多年来的控烟宣教,使 75%以上的居民意识到不吸烟者有拒吸二手烟的权利,也很介意别人在其附近吸烟,但行动起来进行劝阻的仅有 20~30%,可见不吸烟者的权利意识并没有有效转化为有助于控烟的实际行动。此外,值得注意的是,约 30%的居民认为禁止吸烟是对吸烟者权利的侵犯。

3. 误导宣传的认知。从居民对低焦油就是低危害的认识看,2011 年调查中,认为“和普通卷烟相比,低焦油卷烟危害更小”的占 39.07%,认为“低焦油就是低危害”的说法是错误的仅占 32.65%,表示不知道的占 28.28%。可见居民对于低焦油是否就是低危害的认识存在误区,烟草制造商和销售商正是利用这一点,错误地引导民众从而达到其销售目的。因此今后控烟宣传中应着重宣传低焦油并不是低危害,不要受烟草商营销手段的蒙蔽。

4. 禁烟法律法规的认知。从居民对北京市控烟立法的知晓情况看,2004 年、2008 年和 2011 年调查中,知晓《公共场所卫生管理条例实施细则》、《北京市公共场所禁止吸烟的规定》和《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》分别为 79.68%、80.96%和 79.47%,而了解其有关内容的仅占 50%左右。可见居民对北京市控烟立法的知晓率较高,但还应对其内容细则有更具体的了解。

5. 控烟执法意向。从居民对控烟执法影响看, 2007 年和 2011 年调查中, 有 66.74% 和 67.48% 的居民认为应该建立一支专职的控烟执法队伍。2007 年和 2008 年调查中, 84.56% 和 84.37% 的居民希望或认为室内工作场所和公共场所应全面禁止吸烟。

4.2.4 北京市吸烟人群的烟草依赖与戒烟情况

烟草依赖又称尼古丁成瘾, 是吸烟者由于使用烟草产品而产生的一系列生理性、心理性以及行为性的改变, 这类改变会导致对烟草使用产生依赖, 现已作为一种精神神经疾病 (F17.2) 列入国际疾病分类。评价烟草依赖程度可为开展烟草控制工作提供科学参考, 本文中关于烟草依赖性评价是采用国际通用的尼古丁依赖评价量表。该量表中, 烟草依赖性等级划分标准是: 评分 1~3 分属于低度依赖性, 4~6 分属于中度依赖性, 7 分及以上属于高度依赖性^①。本文以 2011 年北京市居民吸烟情况调查数据来分析北京市吸烟者的烟草依赖程度。

表 4.10 尼古丁依赖评价量表

吸烟者评估	3 分	2 分	1 分	0 分
a. 您通常早晨醒来后多长时间吸第一支烟?	≤5 分钟	6~30 分钟	31~60 分钟	>60 分钟
b. 您在许多禁烟场所 (图书馆、电影院等) 是否会感到很难坚持做到不吸烟?	是	否	—	—
c. 您认为最不愿意放弃哪一支烟?	早晨第一支	其他	—	—
d. 您每天抽多少支烟?	≤10 支	11~20 支	21~30 支	>30 支
e. 您在早晨醒来后第一个小时内的吸烟是否多于其他时间?	—	—	是	否
f. 您是否在患病卧床期间仍在吸烟?	—	—	是	否

1. 吸烟人群的烟草依赖情况。2011 年调查结果显示, 北京市吸烟人群中, 轻度烟草依赖的比例最高, 为 63.70%; 中度其次, 为 27.32%; 高度所占比例最低, 为 8.99%。

(1) 年龄分布。从年龄来看, 轻度依赖性分布呈现两边高中间低的特点, 最低为 45~49 年龄组; 高度依赖恰相反, 呈现两边低中间高的特点, 最高为 45~49 年龄组。

① Chen,X., Zheng,H., Sussman,S., Gong,J., Stacy,A., Xia,J., et al. Use of the Fagerstrom tolerance questionnaire for measuring nicotine dependence among adolescent smokers in China: A pilot test. Psychology of Addictive Behaviors,2002,16,160-263.doi:10.1037/0893-164X.16.3.260.

(2) 性别分布。从性别来看,轻度依赖女性显著高于男性,高度依赖男性高于女性,中度依赖男女差别不大,可见女性吸烟群体中烟草依赖程度低于男性。

表 4.11 北京市 2011 年吸烟人群的烟草依赖构成及不同性别分布情况

依赖程度	男 (%)	女 (%)	合计	
			频数	构成比 (%)
轻度	63.22	68.80	886	63.69
中度	27.24	26.24	380	27.32
高度	9.54	4.96	125	8.99

(3) 教育文化水平分布。从教育程度看,轻度依赖以大学及以上学历为主,中度依赖比例高的是没上过学的,高度依赖比例高的是初中、高中,说明教育文化程度对烟草依赖程度影响较大。

表 4.12 北京市 2011 年吸烟人群的烟草依赖不同教育程度分布情况 (%)

教育程度	依赖程度		
	轻度	中度	高度
没上过学	50.00	40.63	9.37
小学	61.19	29.85	8.96
初中	61.35	25.77	12.88
高中/中专	55.77	34.13	10.10
大专	70.97	21.15	7.88
大学及以上	73.15	22.96	3.89

(4) 婚姻状况分布。从婚姻状况来看,未婚和已婚者轻度依赖比例高,中度依赖比例高的是分居和丧偶者,高度依赖比例高的是同居和离婚者。说明异常婚姻状况对烟草依赖程度影响较大。

表 4.13 北京市 2011 年吸烟人群的烟草依赖不同婚姻状况分布情况 (%)

婚姻状况	依赖程度		
	轻度	中度	高度
未婚	67.61	25.57	6.82
已婚	63.71	27.24	9.05
同居	47.06	23.53	29.41
分居	33.33	66.67	0.00
离婚	57.90	21.05	21.05
丧偶	45.83	50.00	4.17

2. 不同烟草依赖者对控烟立法的知识态度情况。

(1) 法规知晓率。不同烟草依赖程度吸烟人群对法规、规章的知晓程度差别不大,对FCTC知晓率均较低,不足一半;对《公共场所卫生管理条例实施细则》中有关室内公共场所禁止吸烟规定及北京市法规规章知晓率均较高。

表 4.14 北京市 2011 年不同烟草依赖程度的吸烟人群对法规、规章的知晓情况 (%)

法规、规章	依赖程度		
	轻度	中度	高度
FCTC	42.57	42.74	41.46
《公共场所卫生管理条例实施细则》	80.12	74.19	80.65
《北京市公共场所禁止吸烟的规定》	81.33	78.99	80.21
《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》	81.42	77.93	81.12

(2) 对吸烟者罚款金额意向。不同烟草依赖程度的吸烟人群希望对违反禁烟规定的吸烟者罚款金额 20 元以下比例最高,希望罚款金额 100~150 元比例最低。横向来看,希望罚款金额 20 元以下的高度依赖烟民比例最高,而轻度依赖烟民比例最低。说明不同烟草依赖程度的烟民都希望处罚额度低点,且烟草依赖程度对烟民罚款额度意向有影响。

表 4.15 不同烟草依赖程度吸烟人群对违反禁烟规定的吸烟者罚款金额意向情况 (%)

罚款金额	依赖程度		
	轻度	中度	高度
20 元以下	37.96	39.89	54.54
50~100 元	27.48	29.11	21.49
100~150 元	12.15	8.63	6.61
200 元以上	22.41	22.37	17.36

(3) 对场所经营者罚款金额意向。不同烟草依赖程度的吸烟人群希望对违反禁烟规定的场所经营者罚款金额 1000~3000 元比例最高;相对而言高度依赖烟民比例更高,轻度依赖烟民比例最低。可见不同烟草依赖程度的烟民都希望处罚额度低点,烟草依赖程度对烟民罚款额度意向有影响但不大。

表 4.16 不同烟草依赖程度吸烟人群对违反禁烟规定的场所经营者罚款金额意向情况 (%)

罚款金额	依赖程度		
	轻度	中度	高度
1000~3000 元	40.83	41.08	44.72
5000~1 万元	14.91	22.97	16.26
1 万~3 万元	14.44	12.43	11.38
罚款加名誉处罚	14.67	9.73	12.20
无所谓	15.15	13.78	15.45

(4) 建立专职执法队伍意向。不同烟草依赖程度的吸烟人群认为应该建立专职公共场所禁烟执法队伍的比例均最高；相对而言高度依赖烟民比例最低，而轻度依赖烟民比例最高。可见烟草依赖程度对建立专职公共场所禁烟执法队伍意向有影响。

表 4.17 不同烟草依赖程度吸烟人群对建立专职公共场所禁烟执法队伍意向情况 (%)

建立禁烟执法队伍	依赖程度		
	轻度	中度	高度
应该	56.50	50.27	43.90
不应该	11.14	13.44	17.89
无所谓	25.21	29.03	32.52
不清楚	7.15	7.26	5.69

3. 吸烟者和戒烟者对北京市戒烟服务知晓情况。从居民对北京市戒烟服务知晓情况看，知晓医院开设戒烟热线的整体比例很低，不及 30%；医务人员问及吸烟史和有医务人员建议戒烟的比例也不高。现吸烟者知晓医院开设戒烟热线、医务人员问及吸烟史、有医务人员建议戒烟的比例均低于已戒烟者。由此可见，医院开设戒烟热线、医务人员问及吸烟史、医务人员建议戒烟有可能会对成功戒烟有帮助。

表 4.18 北京市 2011 年现吸烟者和已戒烟者对北京市戒烟服务知晓情况

知晓情况	现吸烟者		已戒烟者	
	例数	构成比 (%)	例数	构成比 (%)
对医院开设戒烟热线是否知晓				
是	381	28.86	187	29.97

续表 4.18 北京市 2011 年现吸烟者和已戒烟者对北京市戒烟服务知晓情况

否	508	38.49	222	35.58
不知道	431	32.65	215	34.45
合计	1320	100.00	624	100.00
对医院开设戒烟热线是否知晓				
是	549	43.78	279	48.02
否	539	42.98	247	42.51
不知道	166	13.24	55	9.47
合计	1254	100.00	581	100.00
对医院开设戒烟热线是否知晓				
是	499	39.14	184	62.80
否	605	47.45	88	30.03
不知道	171	13.41	21	7.17
合计	1275	100.00	293	100.00

4. 不同烟草依赖者戒烟情况及趋势。

(1) 戒烟时间。从不同烟草依赖程度的吸烟人群最近一次认真戒烟距现在时间间隔看, 轻度依赖者的时间间隔在 1 个月的比例最高, 中度、重度依赖者的时间间隔在 3 年以上的比例均最高。而从最后一次尝试戒烟停止吸烟时间看, 所有烟民的最后一次尝试戒烟而停止吸烟时间在 1 个月以下的比例均最高, 说明烟民停止吸烟的时间间隔都比较短。

表 4.19 北京市 2011 年不同烟草依赖程度吸烟人群戒烟时间 (%)

最近一次认真戒烟距现在时间间隔	依赖程度			合计
	轻度	中度	高度	
<1 月	24.39	20.41	21.43	22.90
1~3 月	14.63	9.52	7.14	12.39
3~6 月	10.80	11.56	7.14	10.71
6 月~1 年	12.89	15.65	2.38	12.82
1 年~3 年	17.77	14.29	16.67	16.60
>3 年	19.51	28.57	45.24	24.58
最后一次尝试戒烟停止吸烟时间				
<1 月	43.51	50.00	46.34	45.74

续表 4.19 北京市 2011 年不同烟草依赖程度吸烟人群戒烟时间 (%)

1~3 月	25.61	25.00	29.27	25.74
3~6 月	9.82	9.03	9.76	9.57
6 月~1 年	9.82	8.33	7.32	9.15
1 年~3 年	7.72	3.47	2.44	5.96
>3 年	3.51	4.17	4.88	3.83

(2) 戒烟原因。从不同烟草依赖程度的吸烟人群戒烟原因来看, 家庭反对吸烟、为家人和孩子的健康考虑戒烟的比例分列第一二位, 而考虑法规限制和经济原因的比例则分列倒数第一二位, 说明影响烟民戒烟的原因较多, 戒烟服务主要考虑社会支持系统, 尤其是家庭因素。

表 4.20 北京市 2011 年不同烟草依赖程度吸烟人群戒烟原因分析 (%)

戒烟原因	依赖程度			合计
	轻度	中度	高度	
医生建议	18.49	28.48	20.45	21.77
自己得病	22.60	27.81	25.00	24.44
预防疾病	25.68	27.15	29.55	26.49
看到别人患病	6.51	5.96	6.82	6.37
家庭反对吸烟	27.05	35.10	31.82	29.98
法规限制	1.71	3.97	6.82	2.87
经济原因	2.05	3.97	2.27	2.67
为家人和孩子的健康	27.05	28.48	20.45	26.90
为避免别人被动吸烟	4.11	5.30	6.82	4.72
找到合适的戒烟方法	3.08	3.31	2.27	3.08

(3) 戒烟次数。从 2011 年吸烟者戒烟成功人群的戒烟次数来看, 大部分 (69.0%) 烟民在 1~2 次戒烟之后就能成功戒烟; 而戒烟成功的原因分析来看, 主要靠意志力、决心和社会的支持。

表 4.21 北京市 2011 年吸烟者戒烟成功情况分析 (%)

戒烟成功者	比例 (%)
戒烟成功者的尝试次数	
1~2 次	69.0
3 次~	15.0

续表 4.21 北京市 2011 年吸烟者戒烟成功情况分析 (%)

5 次~	6.0
13 次~	1.0
数不清	9.0
戒烟成功的原因描述 (可多选)	
药物使用	10.8
意志力坚强	55.3
亲人或朋友支持	23.0
医生建议	17.7
戒烟决心大	32.5
禁烟法律环境影响	3.8

(4) 戒烟意愿。从 2011 年不同烟草依赖程度吸烟人群是否有戒烟打算看, 轻度烟草依赖的烟民选择戒烟的比例最高, 而高度依赖的烟民比例最低, 烟草依赖程度和戒烟愿望呈负相关关系。从吸烟者是否尝试戒烟来看, 中度烟草依赖的烟民尝试戒烟的比例最高, 但不同烟草依赖程度吸烟人群差别不大。从戒烟趋势看, 选择可能会戒烟的比例最高为 44.49%; 选择一定会的比例最低为 14.23%, 轻度烟草依赖者比例相对较高; 明确不会戒烟的仍高达 24.85%, 高度烟草依赖者比例相对较高。说明烟草依赖程度对于烟民未来选择戒烟及戒烟服务的影响较大。

表 4.22 北京市 2011 年不同烟草依赖程度吸烟人群戒烟趋势分析 (%)

	依赖程度			合计
	轻度	中度	高度	
戒烟打算				
是	41.51	32.88	23.58	37.36
否	40.40	50.54	68.29	45.92
无确定	18.09	16.58	8.13	16.72
是否尝试过戒烟				
是	33.98	39.83	35.04	35.75
否	66.02	60.17	64.96	64.25
戒烟趋势				
一定会	14.77	13.46	13.33	14.23
可能会	47.65	38.46	44.44	44.49
可能不会	17.45	16.67	8.89	16.43
不会	20.13	31.41	33.33	24.85

4.3 北京市烟草流行分析与启示

1. 男性居民仍是控烟重点。北京市 6 次调查结果显示,北京市居民的总体吸烟率一直呈稳步下降趋势,总吸烟率、男性吸烟率、女性吸烟率分别下降了 13.61%、15.25%和 5.77%。虽然男性吸烟率下降幅度较女性大,但女性吸烟率已低至 2.99%,而男性吸烟率仍高居 40%以上,且近几年不降反略升,可见男性居民的控烟工作已接近瓶颈,控烟工作重点仍在男性居民,应开拓思路,创新工作方法,进一步降低男性吸烟率。

2. 青少年控烟工作任重道远。1997 年调查中 25~30 岁年龄组人群的吸烟率为各年龄组中最高,后 5 次调查显示该年龄组吸烟率下降最明显;而 15~20 岁年龄组人群的吸烟率始终起伏不定,结合起始吸烟年龄在 25 岁之前占 80%左右来看,青少年控烟工作任重道远。做好青少年的控烟工作,也就卡住了控烟的咽喉;推迟起始吸烟年龄,降低青少年吸烟率,对降低全人群吸烟率意义重大。

3. 戒烟执行不力,应加强戒烟宣传教育。对北京市连续调查中不同年龄段人群吸烟率变化可以看出,虽然吸烟率最高的年龄组不同,但很可能是同一批吸烟人群,如 1997 年、2001 年、2007 年、2011 年分别是 25~30 岁年龄组、35~40 岁年龄组、45~50 岁年龄组、50~55 岁年龄组吸烟率最高,这可能是同一批吸烟人群在不同调查时间形成的吸烟率,如事实如此则可见戒烟不力。此外,对吸烟人群调查显示明确会戒烟的仅 14.23%,明确不会戒烟的高达 24.85%,还有很大部分纠结者属于可争取的对象,可见应进一步加强戒烟教育。

4. 戒烟服务疲软,应加强戒烟服务宣传和能力建设。吸烟者和戒烟者知晓医院开设戒烟热线的不及 30%;医务人员问及吸烟史和有医务人员建议戒烟的比例也不高,可见戒烟服务疲软。现吸烟者知晓医院开设戒烟热线、医务人员问及吸烟史、有医务人员建议戒烟的比例均低于已戒烟者,可见戒烟服务可能对成功戒烟有帮助,应进一步加强戒烟服务宣传和能力建设。

5. 吸烟是受职业、文化教育、收入水平、婚姻状况等多因素影响的社会行为。具有明显的职业特点,与个人受教育水平相关。从事简单体力劳动的企业工人和农民吸烟率较高,在校学生、医务人员和教师等人群吸烟率相对较低,这也间接地印证了受教育水平和吸烟率呈负相关关系。收入水平对吸烟率的影响呈双向性,低收入人群一般学历较低、从事工作偏重于简单的体力操作,前些年调查中这部分人群吸烟率较高,随着社会经济文化发展,健康意识提高,物价上涨等因素影响,近几年低收入人群吸烟率降幅比中高收入人群更明显。婚姻状况的稳定性与居民吸烟率也有一定关系,婚姻关系稳定的已婚和未婚者吸烟率较低,婚姻关系不稳定的分居、离婚者吸烟率较高,近几年同居者吸烟率上升明显。应针对不同

人群采取针对性控烟措施。

6. 被动吸烟和戒烟原因提示应重点开展无烟家庭活动。北京市整体被动吸烟率在 25~35%之间, 低于全国平均水平, 但家中室内、公共场所和工作场所依然是被动吸烟重灾区, 达 40%以上。应进一步加强公共场所和工作场所无烟环境建设。结合吸烟者戒烟原因主要源于家庭反对吸烟和为家人孩子健康考虑, 可以重点开展无烟家庭活动。

7. 烟草依赖程度受年龄、性别、婚姻状况、教育文化水平等多因素影响, 以轻度烟草依赖为主。吸烟人群中轻度烟草依赖约占 2/3; 轻度依赖性年龄呈两边高中间低分布, 高度依赖恰相反; 女性吸烟群体中烟草依赖程度低于男性; 异常婚姻状况与烟草依赖程度负相关; 教育文化程度与烟草依赖程度负相关。应针对不同烟草依赖的吸烟者采取针对性控烟措施。

8. 公众控烟态度积极, 健康知识权利意识待加强。吸烟有害健康的认知高达 90%左右, 拒绝二手烟权利的认知也高达 80%左右; 但吸烟劝阻率却不及 1/3, 且有近 1/3 居民认为禁止吸烟是对吸烟者权利的侵犯; 禁烟法律法规知晓率高达 80%左右, 而了解内容仅一半, 不同烟草依赖程度差别不大; 对烟草误导宣传能准确认知的仅 1/3; 积极支持控烟执法, 约 2/3 居民认为应建立专职控烟执法队伍, 85%的居民希望全面禁烟, 烟草依赖程度与支持率负相关。对吸烟者和场所经营者罚款金额意向分别以 20 元以下和 1000~3000 元比例最高, 烟草依赖程度与罚款金额意向负相关。应积极引导公众控烟的积极性, 辅以针对性的健康知识、控烟权利等宣传教育, 鼓励公众参与控烟; 适当提高处罚力度, 提高执法效能。

9. 应采取综合控烟措施并有所侧重。综上烟草流行趋势分析, 北京市今后的控烟工作应从源头抓起, 重心放在在校学生、刚毕业大学生和刚入职的年轻职工上, 通过各种途径和方式加强吸烟有害健康的宣传教育, 使其从思想上摒弃吸烟行为; 开展无烟家庭活动, 加强戒烟和戒烟服务宣传, 提高戒烟服务能力, 有效促进戒烟; 进一步完善公共场所和室内工作场所禁止吸烟的有关法律法规, 从制度上对吸烟者进行约束; 加强宣传, 唤醒非吸烟者拒绝二手烟的权力意识, 通过综合措施切实降低居民吸烟率。

第 5 章 北京市控烟政策效果评价

5.1 抽样调查与数据获取

数据获取方式包括通过对公共场所禁烟义务单位、公众和法规适用机构的问卷调查及对法规制定机构和监管机构进行访谈调研的方式获取一手数据；通过查阅国内外文献、法规文献、先期文献参考和统计数据获得二手数据。数据主要选择 2008 年的相关数据，兼询 2007 年情况。

抽样区域考虑了北京市城区、近郊区和远郊区的不同禁烟情况，抽取了 2 个城区（东城和崇文区）、2 个近郊区（朝阳和丰台区）和 1 个远郊区（门头沟区）。针对 1995 年《北京市公共场所禁止吸烟的规定》和 2008 年《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》（以下分别简称“1995 年法规”和“2008 年规章”）规定的禁烟公共场所不同特性抽取了 15 大类 65 小类公共场所单位；公众抽取居住在北京的 18 周岁及以上居民；法规执行适用机构抽取北京市、区县爱卫会及相关机构。共获得有效问卷 1244 份。

5.2 法规实施的效能和效用评估

5.2.1 应当完全禁烟的公共场所履行禁烟职责的情况

1. 禁烟场所和单位的禁烟执行状况。调查结果显示，对北京 1995 年法规第三条和 2008 年规章第二条所规定的各类有禁烟义务的公共场所，禁烟职责履行情况良好，能做到基本完全禁烟。

相对而言，禁烟工作开展较好的公共场所是幼儿园/托儿所、中/小学校、商店/金融/邮电营业厅。幼儿园/托儿所和中/小学校禁烟效果较好可能是吸烟人群原本就较少，且单位内教师和前往接送学生的家长都比较重视孩子的健康，因此在这些场所会自觉禁烟。商店/金融/邮电营业厅禁烟效果较好可能是单位的重视，出于经营利益的考虑需要为客户提供良好的消费环境。当然，即使是这些禁烟较好的单位，卫生间的禁烟力度还需进一步加强。

禁烟工作开展困难的有公共交通工具及室内站台、商业培训机构。公共交通工具及室内站台禁烟效果不佳可能是乘客/旅客流动性大，停留时间短加上售票员工作繁忙，致使吸烟者还未被制止就已经换乘了。大量出租车司机自身是吸烟者，常不会劝阻乘客吸烟。高等教育学校禁烟困难可能是由于场所面积大，人员流动

性大，不便管理；其他培训机构的禁烟效果不佳可能是由于人员的复杂性和流动性，及培训机构自身重视程度不够。

表 5.1 各公共场所室内禁烟情况表（%）

单位类别	禁烟情况	办公场所	营业场所	会议室	室内通道	食堂	电梯	卫生间	其他
医疗机构 (46 家)	基本完全禁烟	80.4	67.4	73.9	80.4	60.9	58.7	54.3	43.5
	偶尔有吸烟者	11.0	6.5	6.5	6.5	6.5	2.2	26.1	15.2
	仍存在大量吸烟者	0	0	0	2.2	0	0	8.7	4.3
	未答	8.6	26.1	19.6	10.9	32.6	39.1	10.9	37.0
托儿所/幼儿园(32 家)	基本完全禁烟	93.8	65.6	90.6	96.9	93.8	46.9	87.5	78.1
	偶尔有吸烟者	0	0	0	0	0	0	3.1	3.1
	仍存在大量吸烟者	0	0	0	0	0	0	3.1	3.1
	未答	6.2	34.4	9.4	3.1	6.2	53.1	6.3	15.7
中/小学校 (58 家)	基本完全禁烟	75.9	25.8	79.3	74.1	70.7	22.4	74.1	56.9
	偶尔有吸烟者	1.7	0	1.7	3.4	0	0	3.4	1.7
	仍存在大量吸烟者	0	0	0	0	0	0	1.7	0
	未答	22.4	74.2	19.0	22.5	29.3	77.6	20.8	41.4
高校/其他 教育培训机构 (10 家)	基本完全禁烟	60	40	40	40	30	30	10	10
	偶尔有吸烟者	30	0	20	10	10	0	20	10
	仍存在大量吸烟者	0	0	0	0	0	0	0	80
	未答	10	60	40	50	60	70	70	0
文化娱乐场所 (31 家)	基本完全禁烟	71.0	58.1	61.3	61.3	45.2	38.7	48.4	38.7
	偶尔有吸烟者	6.5	3.2	6.5	6.5	0	0	12.9	6.5
	仍存在大量吸烟者	0	3.2	0	3.2	0	0	3.2	0
	未答	22.5	35.5	32.2	29.0	54.8	61.3	35.5	54.8
商店/金融/ 邮电营业厅 (293 家)	基本完全禁烟	58.7	75.8	40.6	56.3	33.1	27.0	41.3	32.8
	偶尔有吸烟者	3.4	3.1	3.7	3.8	4.1	1.7	8.2	2.0
	仍存在大量吸烟者	0.7	2.7	0.7	1.0	0.3	0.3	3.7	0.7
	未答	37.2	18.4	55.0	38.9	62.5	71.0	46.8	64.5

续表 5.1 各公共场所室内禁烟情况表 (%)

公共交通工具 (16家)	基本完全禁烟	81.3	50.0	93.7	62.5	68.7	37.5	62.5	50.0
	偶尔有吸烟者	6.3	12.5	0	12.5	0	0	0	0
	仍存在大量吸烟者	6.3	0	0	0	0	0	12.5	0
	未答	6.1	37.5	6.3	25.0	31.3	62.5	25.0	50.0
文物保护单位 (5家)	基本完全禁烟	60	60	80	60	80	20	60	60
	偶尔有吸烟者	40	20	20	0	0	0	20	20
	仍存在大量吸烟者	0	0	0	0	0	0	0	0
	未答	0	20	0	40	20	80	20	20
健身场所 (23家)	基本完全禁烟	69.6	65.2	65.2	65.2	26.1	34.8	52.2	39.1
	偶尔有吸烟者	4.3	8.7	0	8.7	4.3	0	21.7	4.3
	仍存在大量吸烟者	0	0	0	0	0	0	0	0
	未答	26.1	26.1	34.8	26.1	69.6	65.2	26.1	56.6

2. 禁烟场所和单位日常禁烟工作管理情况。禁烟工作得到禁烟场所和单位的高度重视,通常由单位的最高领导负责本单位的禁烟工作。调查显示,98%的医疗机构由院长或门诊主任主管禁烟,84%的托儿所/幼儿园由园长主管禁烟,72%的中小学校由校长或书记主管禁烟,60%的高校/培训中心由校长主管禁烟,71%的文化娱乐场所由总经理/馆长主管禁烟,75%的商店/金融/邮电营业厅由店长/支行行长主管禁烟,93%的公共交通工具由单位经理/车队队长主管禁烟,60%的文物保护单位由院长/协会主管禁烟,73%的健身场所由经理主管禁烟。

32%(165/514)的禁烟场所和单位有内部的禁烟管理规定,日常管理方式主要采取检查员检查,当面制止并进行书面记录,向直接主管人员进行日报或月报,直接主管人员书面或口头向最高主管报告。检查员的数量和占单位员工的比例一定程度上可反映该单位对禁烟工作的重视程度和执行情况。

表 5.2 各禁烟场所和单位设置检查员情况

单位类别	抽样单位数	设置检查员的单位		检查员的人数	
		数量	比例(%)	平均人数	比例(%)
医疗机构	46	35	76.1	13.0	12.6
托儿所/幼儿园	32	24	75.0	3.7	7.4
中/小学校	58	42	72.4	5.6	5.7
高校/其他培训机构	10	8	80.0	3.6	6.2
文化娱乐场所	31	24	77.4	5.7	16.2
商店/金融/邮电营业厅	293	186	63.5	7.7	18.3
公共交通工具	16	14	87.5	7.9	2.7
文物保护单位	5	3	60.0	7.3	34.6
健身场所	23	19	82.6	9.4	25.7

3. 禁烟设施的设置。按照《北京市公共场所禁止吸烟的规定》要求，禁止吸烟公共场所/单位应设置明显统一的禁烟标志。调查显示，履行设置禁烟标志义务比例较高（>80%）的有医疗机构、托儿所/幼儿园、中小学校、高校/其他培训机构、文化娱乐场所。比例低的是公共交通工具，仅 50%。禁烟标志均设置在较明显的位置，如：入口处、营业场所、会议室等。

表 5.3 各公共场所设置禁烟设施情况

单位类别	抽样单位数	设置禁烟标志的单位比例（%）	设置禁烟标志的位置
医疗机构	46	82.6	入口、通道、诊室、观察室、办公室等
托儿所/幼儿园	32	91.0	门口、食堂、教室、办公区等
中/小学校	58	82.7	教室、会议室、楼道等
高校/其他培训机构	10	80.0	入口、会议室、楼梯处
文化娱乐场所	31	83.9	入口、营业大厅、剧场
商店/金融/邮电营业厅	293	75.1	入口、营业厅、收银台、办公室
公共交通工具	16	50.0	无
文物保护单位	5	60.0	入口、景区内
健身场所	23	69.5	入口、场地、休息室、更衣室、健身区、咖啡吧台处

4. 应完全禁烟公共场所履责特点分析。应完全禁烟公共场所重视禁烟工作，职责履行情况良好，大部分能做到基本完全禁烟，卫生间的禁烟力度还需进一步加强。设置禁烟标志和日常禁烟检查义务履行较好，公共交通工具禁烟标志设置有待加强。

5.2.2 部分区域禁烟的公共场所履行禁烟职责的情况

根据《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》第三条、第六条和第七条规定，餐饮、互联网上网服务营业场所、公园、游乐场、公共交通工具等候室等公共场所可以设置吸烟区或吸烟室。

1. 吸烟区设置情况。本次调查了部分区域禁烟单位共 541 个，其中餐饮业和网吧 376 个，休闲娱乐场所 9 个，旅店 156 个。餐饮业和网吧设置吸烟区的仅占 42.8%；公园、游乐园更低，仅 33.3%。吸烟区设置密度方面，餐饮业和网吧的吸烟区密度为 0.007，即每 143 平方米有一个吸烟区，相对密集；公园、游乐园是 0.002，即每 500 平方米有一个吸烟区。平均是 0.003，即每 333 平方米有一个吸烟区，相对适中。按照法规规章要求，部分禁烟的单位应逐步取消吸烟区，创建

无烟单位。但调查中，大部分无烟单位仍保留着吸烟区，未能真正实现无烟化。公园、游乐园中的非无烟单位中大部分仍未设置无烟区。

2. 吸烟区内禁烟标志设置情况。调查显示，吸烟区设置明显标志的餐饮单位和网吧占 33.0%，公园、游乐园仅有 11.1%。设置了明显标志的密度为 1.58，即每个吸烟区平均有 1.58 个标志。在未设置明显禁烟标志的单位中，68.5% 的单位设置了吸烟标志，只是不明显而已，密度为 2.38，即每个吸烟区平均有 2.38 个标志。

3. 吸烟区和无烟区的隔离情况。目前仅有 23.4% 的单位实现吸烟区和无烟区的完全隔离，公园、游乐园均没有实现完全隔离，12.7% 的单位完全没有隔离。

4. 住宿服务场所无烟客房/无烟楼层设置情况。根据法规和规章的规定，住宿服务单位须设置无烟客房或无烟楼层。调查显示，设置无烟客房的单位占 42.3%，无烟客房数量平均占到其客房总数的 38.8%；仍有 7.0% 的单位明确承认没有设置无烟客房。无烟客房中，仅有 46.0% 设置了无烟标志，无烟标志密度达到 0.75，即基本上达到了每间无烟客房内都有无烟标志。设置无烟楼层的单位占 35.3%，无烟楼层数量平均占到楼层总数的 51.8%。

5. 创设无烟单位的情况。调查显示，创建无烟单位工作进展顺利，已有 44.7% 的部分禁烟单位创建并转化为无烟单位，较为突出的餐饮业和网吧，无烟单位已超过一半（51.3%）；禁烟难度较大的公园、游乐园也有 22% 的单位创建成无烟单位。值得注意的是，尚未成为无烟单位的，有 39.8% 的单位明确表示无意创建无烟单位，尤其是公园、游乐园高达 85.7% 的单位无意创建无烟单位。

表 5.4 部分禁烟单位创建无烟单位情况

单位类别	抽样单位数	无烟单位创建情况		非无烟单位创建无烟单位意愿		
		无烟单位	非无烟单位及其他	有意创建无烟单位	无意创建无烟单位	不确定或其他
餐饮业/网吧	376	193 (51.3%)	183 (48.7%)	58 (31.7%)	66 (36.1%)	59 (32.2%)
公园/游乐园	9	2 (22.2%)	7 (77.8%)	0 (0%)	6 (85.7%)	1 (14.3%)
宾馆/招待所	156	47 (30.1%)	109 (69.9%)	29 (26.6%)	47 (43.1%)	33 (30.3%)
合计	541	242 (44.7%)	299 (55.3%)	87 (29.1%)	119 (39.8%)	93 (30.8%)

6. 部分区域禁烟公共场所履责特点分析。

(1) 与完全禁烟的公共场所和单位相比，部分禁烟的公共场所和单位禁烟难度更大，法规实施情况相对较差。主要存在三方面问题：一是吸烟区的设置不符合法规要求，仍有很多单位未设置吸烟区、大部分吸烟区与无烟区无法做到完全

间隔，未在吸烟区内设置明显的吸烟标志。二是无烟客房和无烟楼层的普及率较低。三是无烟单位的创建工作存在问题，无烟单位仍保留吸烟区，无法实现真正的无烟化，部分单位对创建无烟单位抱有消极抵触心理。

(2) 餐饮业和网吧作为禁烟工作的重要对象，可以看出管理部门和执行机构对此类场所的重视。其设施建设已相对完善，吸烟区的设置、禁烟标志的设置和无烟单位的创建情况都明显优于其他两类单位。但是，餐饮业和网吧禁烟的实际效果与设施建设不相匹配，21%的单位在创建无烟单位后仍保留吸烟区，设置的吸烟区与无烟区难以间隔，致使吸烟区的设置形同虚设。

(3) 公园、游乐园由于场所构成的特殊性，禁烟难度较大。设施建设不完善，吸烟区的设置、无烟单位的创建及实际禁烟效果都比较差。

5.2.3 宣传教育工作开展情况

1. 禁烟单位宣传工作。调查的 1015 个样本中，宣传工作的主要形式依次为内部禁烟工作会议（61.5%）、悬挂禁烟相关横幅标语（59.1%）、张贴禁烟相关宣传海报（54.1%）和设置禁烟宣传栏（44.8%）等。

由禁烟单位对宣传效果进行主观评分，最高分值为 5 分，最低为 0 分，效果较好的形式为内部禁烟工作会议（3.87 分）、悬挂禁烟相关横幅标语（3.57 分）、张贴禁烟相关宣传海报（3.42 分）和设置禁烟宣传栏（3.42 分）等。禁烟单位根据宣传实际花费进行评分，最高分值为 5 分，最低为 0 分，花费最高的是网站上进行相关知识宣传，最低的是印发禁烟宣传小册子或传单。

表 5.5 各种宣传形式宣传效果、花费情况

宣传形式	使用率（%）	宣传效果	宣传花费
内部禁烟工作会议	61.5	3.87	4.34
悬挂禁烟相关横幅标语	59.1	3.57	3.16
张贴禁烟相关宣传海报	54.1	3.42	3.00
设置禁烟宣传栏	44.8	3.42	3.44
印发禁烟宣传小册子或传单	18.2	2.16	2.76
网站上进行相关知识宣传	7.3	1.46	4.46
通过媒体做禁烟宣传广告	6.6	1.43	3.22

从宣传效率看，结合宣传效果和宣传花费综合考量，宣传效果平均分 2.76，宣传花费平均分 3.48，将二者的分界线分别划为 2.8 和 3.5，据此将不同宣传方式的宣传效率划分为低效经济型、低效浪费型、高效经济型和高效浪费型。其

中高效经济型的宣传方式包括张贴禁烟相关宣传海报、悬挂禁烟相关横幅标语、设置禁烟宣传栏，在禁烟单位今后的宣传中可以重点采用。

表 5.6 各种宣传形式宣传效率

宣传效率		宣传花费	
		低	高
宣传效果	弱	低效经济型：印发禁烟宣传小册子或传单、通过媒体做禁烟宣传广告	低效浪费型：网站上进行相关知识宣传
	强	高效经济型：张贴禁烟相关宣传海报、悬挂禁烟相关横幅标语、设置禁烟宣传栏	高效浪费型：内部禁烟工作会议

2. 社会公众获得禁烟知识的渠道。公益广告和健康类栏目/宣传是公众了解禁烟知识的最主要途径，其他途径尚未发挥重要作用。可见北京市公众获取禁烟知识的渠道相对单一，本应发挥巨大作用的互联网及其他新媒体未发挥相应的作用。

5.2.4 法规执行机构的执法开展情况

针对北京 1995 年法规规定的执法主体^①在法规执行中的组织管理工作开展访谈调研，收回 21 份问卷，包括区县爱卫办 3 份和基层街道办事处 18 份。

1. 监督管理机构的组织管理情况。在行政单位的职责描述中，大多数街道办事处和爱卫会将禁烟宣传（18/21）、禁烟监察（15/21）和检查员培训与日常管理（14/21）作为自己的主要工作职责。而日常检查工作主要由禁烟义务单位内部的检查员执行。

禁烟经费来源方面，禁烟工作没有专项经费，各单位或自筹或从行政经费中划拨，如街道办事处的工作经费多为区政府下拨的行政经费。

从执法监督抽查频度看，频度最高的五类公共场所分别为：C/D 级餐馆、托儿所/幼儿园、宾馆、A/B 级餐馆和招待所，频度最低的五类公共场所分别为：地铁/城铁内部、出租车内、地铁/城铁售票厅、地铁站台和度假村/培训中心。从基层执法派出人员数量看，派出人数最多的五类公共场所为：商业培训机构的教室、C/D 级餐馆、音乐厅、高校教学区域和 A/B 级餐馆，派出人数最少的五类公共场所为：电信营业厅、公共汽车内部、邮政营业厅、文物保护单位和飞机场候机厅。

① 市和区、县爱国卫生运动委员会领导本行政区域内的公共场所禁止吸烟工作；市和区、县爱国卫生运动委员会办公室负责本行政区域内的公共场所禁止吸烟的监督管理。

表 5.7 公共场所禁烟监督检查频度、派出人数情况

公共场所	抽查次数	抽查频率排序	派出人数	派出人数排序
医院室内区域	2.10	12	7.67	19
托儿所/幼儿园	4.25	2	8.11	15
小学	2.38	8	6.94	20
中学/中等职业教育学校	2.10	12	7.73	18
高校教学区域	1.30	20	12.50	4
商业培训机构教室	1.50	18	18.20	1
电影院	0.75	28	8.11	15
音乐厅	0.86	26	13.20	3
博物馆/展览馆	0.94	24	10.00	8
图书馆	0.95	23	9.00	13
少年宫	0.81	27	10.00	8
大型购物商城	2.18	11	7.92	17
大型仓储式超市	1.92	15	9.50	11
中小型便利超市	3.10	7	10.00	8
街边小商店	3.44	6	11.73	7
金融机构营业厅	1.61	16	3.39	32
邮政营业厅	1.46	19	3.05	35
电信营业厅	0.94	24	3.36	33
文物保护单位	0.73	31	2.75	36
公共汽车内部	1.21	21	3.36	33
地铁/城铁内部	0.58	34	3.70	28
出租车内	0.58	34	3.70	28
地铁/城铁售票厅	0.58	34	3.70	28
地铁站台	0.58	34	3.70	28
室内健身馆或体育馆	2.30	9	8.17	14
室外健身比赛场所的座席区	0.66	32	5.19	25
A、B 级餐馆	3.83	4	12.39	5
C、D 级餐馆	5.56	1	17.56	2
大型网吧	1.06	22	5.70	23
小型网吧	2.05	14	5.06	26

续表 5.7 公共场所禁烟监督抽查频度、派出人数情况

公园	2.25	10	6.39	21
游乐场	0.75	28	3.90	27
飞机场候机厅	0.75	28	2.38	37
火车站/长途汽车站候车室	1.56	17	5.93	22
宾馆	4.05	3	9.28	12
招待所	3.64	5	11.75	6
度假村/培训中心	0.64	33	5.70	23

2. 执法机构行政处罚情况。对违反禁烟规定的个人主要采用劝阻、宣传教育、警告和罚款四种方式。调查中，全部 21 个执法单位都未使用过罚款，仅有 5 个曾使用警告的方式，主要以劝阻和宣传教育为主。各执法单位认为禁烟难的主要原因是：目前的行政处罚缺乏明晰的执法依据、缺乏有力的强制措施、处罚权规定不明确、执法机构监管力度不够、执法成本高等。

3. 表彰和奖励情况。每年市、区县爱卫会都会对控烟先进单位和个人进行表彰，以精神奖励为主。

5.3 法规实施的成本效益分析

国内尚没有成熟的关于控烟法规实施的成本、效益计算方法，本研究借鉴已有的经验，尝试对法规实施的成本和效益进行测算。由于变量多且数据取得困难，需要进行多变量的估算，能力所限只能得到粗略的结果。

5.3.1 法规实施的成本测算

法规实施成本主要包括直接成本和间接成本。

1. 直接成本。包括法规规定的禁烟义务单位履行义务的成本和法规执行机关的执法成本两部分。

（1）义务单位成本：义务单位履行义务的成本通过对完全禁烟单位、部分禁烟单位、内部禁烟单位和未纳入分类自愿创立的无烟单位分别进行测算。

从各类单位禁烟平均成本看，完全禁烟单位的成本明显高于其他单位；从支出结构看，设立检查员和改造/维护场所的花费最大，而根据全面效能评估状况看，各单位普遍存在禁烟设施和人员虚置的情况，使得资源被无效配置。宣传教育方面的支出明显较少，使得各单位实施法规更为困难。

表 5.8 样本中四类单位 2008 年履行禁烟义务的平均成本

各类成本（元）		单位类别			
		完全禁烟单位	部分禁烟单位	内部禁烟单位	自愿创立无烟单位
日常管理成本	日常管理费用	807.56	678.45	1476.83	100.00
	研究经费	278.73	364.59	380.00	175.00
	活动/项目宣传费用	540.51	464.61	100.95	0.00
	其他费用	750.12	97.20	172.22	0.00
	合计	2376.92	1604.85	2130.00	275.00
设立检查员费用	专职检查员费用	4896.57	2954.84	731.39	5.00
	兼职检查员费用	8979.19	2287.14	2294.00	810.00
	合计	13875.76	5241.98	3025.39	815.00
改造/维护场所的费用		7064.98	947.98	2310.19	114.29
单位内部宣传教育费用		837.91	759.62	344.68	75.00
平均成本合计		24155.57	8554.43	7810.26	1279.29

根据不同类别单位的平均成本及全市该类单位总数量，可以粗略推算出 2008 年北京市所有义务单位履行禁烟义务的成本约为 6 亿元~6.5 亿元之间。

（2）执法机构成本：2008 年市爱卫会在禁烟工作方面获得的专项拨款数额为 600 万元。区县一级执行机构的主要成本是行政管理费用和工作人员的工资支出，根据调查数据推算出 2008 年全市 317 个街道/乡镇共 334 个执行机构成本约为 60 万元。市区两级共计 660 万元，主要经费由市级爱卫会控制，区县及以下执行机构经费明显不足。

从执行机构成本总额看，与义务单位履行义务的成本差距巨大，一方面反映义务单位第一责任人的特点，另一方面也反映出执行机构投入不足的问题，直接导致法规的强制性欠缺，实际履行效果难以得到有效监督。

2. 间接成本。间接成本是指法规实施给相关单位或产业造成的实质性影响，主要包括禁烟带来的烟草销售收入损失、税收损失、商业场所营业损失等；以及直接成本所形成的机会成本。据《北京市统计年鉴》，北京市 2007 年和 2008 年烟酒类批发和零售销售额分别为 3209908 万元和 3727834 万元，同比增长了 517926 万元，增长 16.1%。考虑到不禁烟可能会有增长幅度的变化但难以计算，经过同比、环比及与其他省市横向对比的综合考量，谨慎认为禁烟未产生该项间接成本。北京市 2007 年和 2008 年烟草制造业的工业总产值分别为 246051 万元和 296734 万元，北京市无大型卷烟厂，工业总产值基数小，且国家实行烟草专卖制度，北京市的控烟对其影响甚微，故谨慎忽略烟草生产及相应税收因为禁烟而受到影响。商业场所营业损失难以计算，但调查中有超过 50% 的公众选择“禁烟后更愿意去”，

谨慎认为现阶段禁烟不会给商业场所带来营业损失。直接成本所形成的机会成本按照6~12%的投资收益率计算,机会成本约为3600万元~7800万元之间。因此,禁烟工作带来间接成本为3600~7800万元。

综上,2008年北京市禁烟工作总成本为6.4亿元~7.3亿元之间。

5.3.2 法规实施的收益测算

法规实施的收益指法规实施所带来的社会收益,主要包括健康收益、安全收益和其他社会收益。由于数据取得困难,本部分主要以估算的方式进行测算。

1. 健康收益。吸烟带来的健康收益主要包括吸烟者本身的健康收益和被动吸烟者的健康收益。我们选择与吸烟相关性和致死率最高的肺癌、心脏病和呼吸道疾病进行测算。根据前文的调查结论,北京市民吸烟率由2007年的22.95%下降为2008年的21.46%,被动吸烟率由2007年的36.92%下降为2008年的25.58%。结合北京市常住人可推算北京市2008年的戒烟人数约为 $22.95\% \times 16330000 - 21.46\% \times 16950000 = 110265$ 人;被动吸烟人数减少约为 $36.92\% \times 16330000 - 25.58\% \times 16950000 = 1693226$ 人。据统计,2008年我国肺癌死亡率为166.97/10万^①,吸烟者比不吸烟者得肺癌概率高10~15倍,被动吸烟导致肺癌概率增加20~30%。吸烟使心脏病的得病概率提高约25%,被动吸烟得心脏病概率提高25~30%。吸烟者比不吸烟者患呼吸道疾病的概率平均提高1.74倍,被动吸烟使患呼吸道系统疾病增加1.57~2.16倍,北京市2008年呼吸道疾病致死率59.83/100000人。因此,由于吸烟和被动吸烟减少的肺癌、心脏病和呼吸道疾病死亡人数在1714人~1832人之间。

表5.9 禁烟工作减少死亡人数

疾病分类	2008年疾病死亡率(/100000)	吸烟者发病率/非吸烟者发病率	减少主动吸烟而减少的死亡人数(人)	被动吸烟者发病率/正常人发病率	减少被动吸烟而减少的死亡人数(人)	减少的总死亡人数
肺癌	166.97	11.0~16.0	153.42~160.97	1.2~1.3	200.84~257.02	361.81~410.44
心脏病	141.36	1.25	55.67~54.88	1.25~1.3	854.84~876.51	910.51~931.39
呼吸道疾病	59.83	2.74	28.65~26.20	2.57~3.16	412.61~463.95	441.25~490.15

① 北京肺癌发病死亡率居首吸烟是致癌首因[EB/OL]. <http://www.yongyao.net/newshtml/d4bab59a-0fff-4d2f-b059-5ba2387d5cff.htm>, 2013-10-22.

对于每一名死亡病人，其主要的支出和成本包括医疗费用和人本身可能创造的价值。医疗费用根据《北京市基本医疗保险》的规定，北京市城镇人口每年可报销的最高限额为 100000 元/年；根据各郊区新型农村合作医疗实施细则，海淀区年报销最高限额最低，为 40000 元/年，由于本次测算为死亡病例，医疗费用远超一般疾病，因此按最高限额计算。人本身可能创造的价值根据《最高人民法院关于审理人身损害赔偿案件适用法律若干问题的解释》第二十九条的规定“死亡赔偿金按照受诉法院所在地上一年度城镇居民人均可支配收入或者农村居民人均纯收入标准，按二十年计算。但六十周岁以上的，年龄每增加一岁减少一年；七十五周岁以上的，按五年计算。”

根据 2005 年的统计，女性肺癌平均发病年龄为 58 岁，男性肺癌平均发病年龄为 62 岁。研究表明肺癌发病年龄在不断降低，因此 2008 年肺癌发病（死亡）年龄按六十岁计，赔偿按 20 年标准计，并将收益按 2008 年的一年定期存款利率 3.33% 进行贴现。据《北京市统计年鉴》，2008 年北京市城镇人口年均可支配收入为 24725 元，农民人均纯收入 10747 元；城乡人口比例为 1439.1/255.9，约 5.6/1。据此可推算出 2008 年北京市禁烟工作减少的人均死亡损失约为： $(24725 \times 1439.1 + 10747 \times 255.9) \div (1439.1 + 255.9) \times 20 \times (1 + 0.0333) = 467355.2$ 元。

表 5.10 禁烟工作带来的社会健康收益

疾病分类	减少的 总死亡 人数	人均医 疗成本	减少的医 疗开支	人均死亡 损失	减少的死亡损 失	总健康收益
肺癌	361.81~ 410.44	40000~ 100000	14472400~ 41044000	467355.2	169093785~ 191821268	183566185~ 232865268
心脏病	910.51~ 931.39	40000~ 100000	36420400~ 93139000	467355.2	425531583~ 435289960	461951983~ 528428960
呼吸道 疾病	441.25~ 490.15	40000~ 100000	17650000~ 49015000	467355.2	206220482~ 229074151	223870482~ 278089151

通过对肺癌、心脏病以及呼吸道疾病控制获得的 2008 年健康收益约为 8.7 亿元~10.4 元之间。

法规实施所获得的实际健康收益还应考虑吸烟相关的其他疾病健康收益和控烟成效归因于法规实施的比例。国内尚没有相关文献介绍，本研究按照疾病占比和政策归因进行类比估算：肺癌、心脏病以及呼吸道疾病占吸烟相关疾病健康收益的 3/4，控烟成效归因于法规实施的比例为 2/3，据此可算得法规实施所获健康收益为 7.7 元~9.2 元之间。

2. 安全收益。公共场所禁烟带来的安全收益主要是火灾的减少，据统计，2007

年和2008年北京市火灾损失分别为1913万元和841万元，火灾归因于吸烟约为15%。由此可算得2008年禁烟工作的安全收益约为 $(1913-841) \times 15\% = 160.8$ 万元。

综上，2008年北京市禁烟工作总收益为7.8亿元~9.3亿元之间。

5.3.3 整体成本—收益评估

根据上述对法规实施的成本和收益测算进行成本—收益分析，北京市实施法规所获收益大于成本。社会净收益为0.5亿元~2.9亿元之间，法规呈现经济有效性。

5.4 重点行业控烟效果监测分析

5.4.1 北京市医疗卫生系统

1. 无烟医院。医疗机构是提供医疗服务的特殊公共场所，国际控烟实践表明，只要医院创建无烟环境，做“无烟”表率，就能带动全社会公共场所实现无烟环境；只有医生吸烟率下降，才有全民吸烟率的下降。1995年《北京市公共场所禁止吸烟的规定》即将“医疗机构的候诊区、诊疗区和病房区”列为禁止吸烟公共场所的第一项。2001年中国控烟协会和中国医院协会提出开展无烟医院创建活动，各地八百多家医院积极响应。2005年，卫生部在《2005年卫生工作要点》中明确要求创建无烟医院，北京朝阳医院和北京医院作为北京市创建“全国无烟医院”试点。2008年，WHO烟草或健康合作中心在北京朝阳医院创建无烟医院的经验基础上，协助中国20余省、市、自治区的40家医院开展创建无烟医院工作。2009年卫生部（现为国家卫生计生委）等四部委《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》将无烟医院创建工作由民间促进上升为政府主导推进，禁烟范围扩至卫生系统所有室内区域，并要求在2011年全面执行。北京朝阳医院自2005年作为卫生部开展无烟医院创建工作的试点医院，从2005年4月至2008年1月实施创建工作，取得良好效果：员工支持创建无烟医院，并认同为医院文化的一部分；员工吸烟率由2005年11月的11.5%降至2007年6月的4.9%；院区建筑物内100%禁止吸烟，并计划在室外禁止吸烟；戒烟门诊出诊时间由每周一个下午改为每周一~五全天；戒烟服务热线8610-65089393升级为全国戒烟热线4008885531。

2. 戒烟门诊。戒烟门诊是对吸烟者进行专业化戒烟干预的一种有效途径和方式。中国的戒烟门诊始于1996年，WHO烟草或健康合作中心在北京朝阳医院开设

了全国第一家戒烟门诊，形成建制规范并推广至全国。2007年，WHO烟草或健康合作中心推出《中国临床戒烟指南》，促进了我国戒烟治疗的规范化。目前国内已有超过800家医院开设了戒烟门诊，但戒烟门诊就诊量少、戒烟治疗不专业、戒烟门诊就诊流程不规范等问题也制约了其自身的发展。因此，除努力探索符合中国特色的戒烟门诊发展模式，争取医院和主管部门的支持，创造一个良好的就诊环境，配备具有专业戒烟技能的医师，适宜的检查方法和就诊模式外；还要注意加强对戒烟门诊的宣传，引导吸烟者到戒烟门诊接受专业化的戒烟干预；同时加强对医务人员的教育培训，使其认识到干预吸烟是最为有效的降低疾病发病风险、防止死亡和提高生活质量的措施，比任何其他临床预防措施更符合成本效益，所有医务人员都应积极参与戒烟干预工作。

3. 北京市医疗卫生系统监测结果。

(1) 监测对象：覆盖了全市16个区县的69家医疗卫生机构（7家卫生行政部门、14个公共卫生机构、48个医疗机构）的5550名工作人员。其中男性1931人，占34.8%；女性3619人，占65.2%；以30~39岁年龄组为主，占31.2%；以本科学历为主，占41.4%；医疗机构工作人员为主，占62.5%；工作岗位以专业技术为主，占72.2%。

(2) 烟草使用：现在吸烟率为12.8%，其中男性36.2%，女性0.3%；整体和以性别分层后的男性，不同年龄组、不同学历、不同工作岗位、不同类别医疗卫生机构吸烟率存在统计学差异。整体和男性中，50岁及以上年龄组最高，分别占28.0%和50.8%；高中/中专及以下学历最高，分别为25.6%和58.5%；行政职能岗位人员（分别为21.1%和44.2%）高于专业技术人员；卫生监督人员最高，分别为22.6%和45.0%。现在吸烟者中，每日吸烟者占85.9%，平均每天吸烟支数为13.1支。现在吸烟者中，只有20.8%从不在上班时间吸烟，高达79.2%的吸烟者在上班时间吸烟（包括有时和经常吸烟），其中56.1%的人会在单位室内吸烟，吸烟场所集中在洗手间、休息室/值班室、办公室、走廊、单位公务车内等。

(3) 烟草依赖与戒烟：调查显示41.5%的每日吸烟者早晨醒来后30分钟内吸第一支烟。现有吸烟者中54.0%的人曾戒过烟，37.9%的人有戒烟打算，27.1%的人准备在一个月内开始尝试戒烟。

(4) 被动吸烟：调查显示被动吸烟率为75.3%，男（76.3%）女（75.0%）无统计学差异。工作期间被动吸烟率为46.2%，男（55.4%）女（43.1%）差异有统计学意义。

(5) 烟草危害认识：调查中询问了8种与吸烟相关的疾病，其中吸烟与肺癌相关的知晓率最高为97.0%，吸烟与骨质疏松相关的知晓率最低为70.4%。被动

吸烟与相关疾病知晓情况中,与成人肺癌、儿童肺部疾病、成人心脏疾病及婴儿猝死综合征相关的知晓率分别为 96.2%、85.7%、83.5%和 55.7%。整体知晓情况较高,女性高于男性,专业技术人员高于行政职能人员,研究生学历高于其他学历,卫生监督人员最低。对烟草使用的认识误区中,36.6%的调查对象错误地认为过滤嘴可以降低吸烟的危害,27.6%的调查对象错误地认为低焦油的烟对身体的危害小。

(6) 控烟相关培训:过去一年参加过控烟培训的比例为 49.8%,内容包括单位禁烟规定、烟草危害知识、戒烟知识等。临床医生接受过简短戒烟干预技术培训的比例有 26.2%。

(7) 单位创建无烟环境:调查中 88.2%的调查对象回答所在单位室内(43.9%)或室内外(44.3%)全面禁烟,而实际上本次调查中所有医疗卫生机构室内均全面禁烟。过去 30 天有 27.7%的调查对象看到有人在本单位室内吸烟,其中 17.5%的人见到的吸烟者仅为本单位人员,32.0%仅为外单位人员,50.5%两者都有;医疗机构中被发现的吸烟者仅为外单位人员的占 41.7%,非医疗机构仅占 15.1%;吸烟者被发现的主要场所为洗手间、楼梯间和走廊,比例分别在 65~70%,在办公室吸烟的比例也高达 48.4%。发现时总是劝阻或经常劝阻的占 37.9%,其中医疗机构为 47.0%,非医疗机构为 22.1%。调查对象选择创建无烟医疗卫生机构最重要的因素排序为:出台控烟奖惩制度(68.4%)、单位领导支持控烟工作(62.7%)和设立室外吸烟区(49.0%)、单位定期或不定期进行监督检查(48.9%)。

(8) 临床医生戒烟服务提供:调查中 1789 名临床医生中听说过简短戒烟干预技术的占 52.0%;听说过戒烟药物的占 65.5%,使用过的却仅占 4.6%。能为想戒烟者制定戒烟计划和处理戒断症状的临床医生分别为 32.4%和 26.2%。戒烟服务需求方面,近 30 天仅 13.4%的医生接到过吸烟患者的戒烟帮助请求。近半年出门诊的 1097 名临床医生中 25.3%从不或很少主动询问患者的吸烟情况,主要原因是认为患者病情与吸烟无关(60.2%)、诊疗时间所限(49.4%)、吸烟者不听劝说(35.5%)、没有相关规定(32.0%);20.1%的门诊医生会在患者疾病与吸烟相关时询问;54.6%的门诊医生会经常主动地询问患者吸烟史,其中会建议患者戒烟及与其谈论吸烟与健康关系分别为 80.4%和 68.7%。

4. 结论建议。将本次调查结果与 2010 年《GATS 报告》相比较,得出如下结论:北京市医疗卫生系统工作人员现在吸烟率(12.8%)低于全国(28.1%);被动吸烟情况(75.3%)不容乐观,高于全国(72.4%);烟草相关知识知晓及态度好于全国,但仍应提高;无烟环境建设仍应加强;临床医生戒烟服务提供情况好于全

国，但服务能力不足。因此，建议在下一阶段的无烟医疗卫生系统创建工作中，应加强医务人员自身控烟能力建设，包括普及烟草相关知识、纠正错误认识、提高戒烟服务能力等；同时应加大无烟环境建设，重点从出台控烟奖惩制度、获取单位领导支持、设立室外吸烟区和单位定期或不定期进行监督检查等措施入手。

5.4.2 北京市中小学校

1. 调查结果。

(1) 调查对象：北京市于2005年、2008年和2010年开展了三次中小學生吸烟流行状况抽样调查，分别调查了13149人、16316人和11181人，性别和城郊分布均无统计学差异。

(2) 尝试吸烟情况：2005年、2008年和2010年三次调查中北京市中小學生总体尝试吸烟率为16.03%，17.01%和24.70%。由于前两次调查中发现，小学生尝试吸烟率不高，职业高中学生尝试吸烟率较高，在2010年调查中没有收集小学生的信息，而加大了职业高中人群的抽样，导致三次调查中学生构成不同。以2005年中學生人群的学校类型比例为标准对2008年和2010年数据进行标化后显示，中學生的尝试吸烟率分别为22.38%、24.02%和22.38%，无统计学差别。学生尝试吸烟率随年级的升高而升高，男生高于女生，城区低于郊区。尝试吸烟年龄60%发生在12~18岁，40%发生在6~11岁。首次尝试吸烟地点主要是学校和家里，出于好奇是首位原因。第一支烟近半数是从同学或朋友处获取。

(3) 现在吸烟情况：2005年、2008年和2010年三次调查中北京市中小學生总体现在吸烟率为5.37%，6.01%和9.07%。标化后中學生现在吸烟率为8.85%，10.38%和7.59%。学生现在吸烟率随年级的升高而升高，男生高于女生，城区低于郊区，重点学校低于普通学校。

(4) 被动吸烟情况：2008年调查中，45.31%的学生在近30天内每周至少有1天暴露于吸烟者呼出的烟雾中15分钟以上，2010年降至38.47%。学生被动吸烟率随着年级的升高而升高，男女生无统计学差异，城区低于郊区。

2. 结论建议。北京市小学生尝试吸烟率(7.34%~7.56%)和现在吸烟率(0.62%~0.73%)均较低；中學生尝试吸烟率为22.38%~24.02%，现在吸烟率7.59%~10.38%。男生高于女生，城区低于郊区。因此青少年控烟工作应加强学校内控烟，争取家长及社区参与控烟，积极开展多样化控烟教育，获取大众传媒支持烟草危害知识宣传及利用名人效应来传播健康信息。

5.4.3 北京市出租车行业

1. 调查结果。

(1) 监测对象：2008年4月调查抽取了北京市三元、首汽友联、万泉寺和北汽九龙4家公司的3471名司机，其中男性3359名，占96.8%，女性112名，占3.2%；平均年龄 40 ± 6.4 岁；高中、中专和技校占56.9%，初中及以下学历占40.5%。

(2) 烟草使用：司机吸烟率63.5%，男性为64.0%，女性为43.4%；各年龄组间吸烟率有差别但不大，30~40岁年龄组最低为60.7%，50岁以上年龄组最高为67.0%。不同文化水平吸烟率无明显差别。

(3) 控烟相关培训：表示调查前半年内接受过公司举办的控烟培训的司机占64.9%，内容主要为法规（99.0%）、烟草危害健康（97.2%）、戒烟方法及戒烟益处（89.3%）。

(4) 烟草危害认识：共调查吸烟和被动吸烟危害健康核心知识5题，认为“非常有害”得2分，“有害”得1分，5题共10分。出租车司机平均得分7.58分，男女无明显差别，不同年龄组有差别，不吸烟者高于吸烟者，接受过控烟培训者高于非接受培训组。

(5) 司机在出租车内吸烟情况：35.3%的吸烟司机表示调查前一个月在出租车内吸过烟，男女无明显差别；各年龄组间有明显差别，50岁以上年龄组比例高达46.7%，接受过控烟培训者低于非接受培训组。

(6) 对乘客在出租车内吸烟的态度及劝诫情况：84.4%的司机明确表示反对乘客在出租车内吸烟，只有1.4%的司机赞成。反对的司机中，50岁以上年龄组反对的比例最低，吸烟司机明显低于不吸烟司机，接受过控烟培训者高于非接受培训组。98.5%的司机在调查前一个月对乘客在出租车内吸烟进行劝阻，不同性别间、不同年龄组间、吸烟司机与非吸烟司机间均无明显差别，接受过控烟培训者高于非接受培训组。值得注意的是，71.8%的司机回答劝阻乘客吸烟时发生过不愉快的经历。

(7) 对北京市出租车实施全面禁烟规定的态度：98.1%的司机支持北京市出租车实施全面禁烟的规定。不同性别间、不同年龄组间、吸烟司机与非吸烟司机间均无明显差别，接受过控烟培训者高于非接受培训组。

(8) 对出租车司机经济收入的影响：56.1%的司机认为没有变化，8.4%的司机收入增加，35.5%的司机收入减少。认为收入减少的原因依次为公共交通降价（96.5%）、汽油涨价（93.3%）、实行禁烟规定（18.8%）。

(9) 车体和车厢内的无烟环境：97.2%的出租车内张贴禁烟标志，16.0%的

车内有烟头、烟灰或烟烧的窟窿，14.7%有相关烟草支配广告，6.1%车内有烟味。

2. 结论建议。北京市自2007年10月1日起全面实施《北京市出租车全面禁烟的规定》，要求全市所有出租车实行全面禁烟，明确出租车驾驶员不得在驾驶室内吸烟，同时具有管理和劝阻乘车人在车内吸烟的义务。公共场所禁烟立法能否发挥其应有的作用，关键在于其是否得到有效执行。从调查结果看，98.1%的司机支持北京市出租车实施全面禁止吸烟的规定，64.9%的司机在调查前半年内接受过公司举办的控烟培训，只有1.2%的吸烟司机表示调查前一个月经常在出租车内吸烟，1.4%的司机赞成乘客在出租车内吸烟，98.5%的司机在调查前一个月对乘客在出租车内吸烟行为进行劝阻。由此可见，北京市出租车全面禁烟政策得到了有效执行。当然，出租车司机在执行全面禁烟立法上也存在一些问题，仍有35.5%的司机表示偶尔在车内吸烟，14.0%的司机对乘客在出租车内吸烟持无所谓态度。此外，接受过控烟培训的司机在吸烟及被动吸烟危害健康的知识水平、赞同出租车内全面禁烟、在出租车内不吸烟及反对并对乘客在出租车内吸烟行为进行劝阻的比例均明显高于没有接受培训的司机。因此，要进一步做好出租车全面禁烟工作应继续加强对出租车司机进行控烟相关知识的培训教育。由于出租车司机工作时间较长，常通过吸烟短暂缓解疲劳，远超一般人群的高吸烟率，都会造成执行全面禁烟的客观困难。因此，为出租车司机提供规范的戒烟服务也是非常必要的。

5.4.4 北京市餐饮业

1. 调查结果。

(1) 调查对象：2008年4月（政府令实施前）调查了115个餐厅，包括14个（12.2%）全面禁烟餐厅，33个（28.7%）设有吸烟室或吸烟区的部分禁烟餐厅，68个（59.1%）允许吸烟餐厅，收回有效问卷286份。2009年8月（政府令实施后）调查了418个餐厅，包括189个（45.2%）全面禁烟餐厅，162个（38.8%）设有吸烟室或吸烟区的部分禁烟餐厅，67个（16.0%）允许吸烟餐厅，收回有效问卷1198份。2009年全面禁烟和部分禁烟的餐厅明显多于2008年。

(2) 对法规的知晓率及态度：2009年调查中餐厅工作人员对2008年5月1日全市餐饮场所开始禁止吸烟的知晓率（95.9%）明显高于2008年（77.2%）。2009年调查中工作人员对于餐厅内禁烟的支持率（82.9%）高于2008年（72.1%）。2009年调查中工作人员认为实施无烟餐厅可行的（88.4%）高于2008年（79.7%）。

(3) 对餐厅内随意吸烟现象的态度：2009年调查中工作人员对于餐厅内随意吸烟现象反感比例（84.5%）高于2008年（69.2%）。2009年调查中工作人员会

主动劝阻客人不要吸烟比例（80.2%）高于2008年（64.1%）。

（4）餐厅禁烟对业务收入影响的态度：2008年调查中，认为无影响、有好影响、有不好影响、不确定是否有影响分别占25.7%、8.7%、29.3%和36.2%；2009年调查中，认为无影响、有好影响、有不好影响、不确定是否有影响分别占37.2%、17.6%、20.3%和25.0%。可见，2009年餐厅工作人员认为餐厅禁烟对业务收入影响的乐观度好于2008年。

（5）对烟草危害的认知和态度：2009年调查中餐厅工作人员认为顾客吸烟行为对自身健康有害比例（95.8%）高于2008年（92.7%）。赞同“餐厅是我的工作场所，我有权拒绝二手烟，有权禁止顾客吸烟”的说法2009年的93.1%高于2008年的88.9%。

2. 结论建议。调查结果显示，政府令的实施对餐饮业控烟取得一定成效，餐饮单位工作人员对于餐厅禁烟支持率、对烟草危害和拒绝二手烟的态度、劝阻就餐客人吸烟等都有所提高，也反映出部分经营管理者对禁烟影响餐厅收入的担忧。因此在下一阶段餐饮业禁烟工作中，应进一步加强教育培训，尤其是要消除经营管理者对禁烟影响收入的顾虑。

5.4.5 北京市旅馆业

1. 调查结果。

（1）调查对象：2009年8月对北京部分宾馆、旅店、招待所、培训中心、度假村开展了禁烟情况调查，共调查20个单位（其中宾馆10个，旅店6个，招待所2个，培训中心1个，度假村1个），共37人（其中旅馆负责人28人，区爱卫会负责人9人）。

（2）无烟客房：三星以上酒店均设有无烟客房，无烟客房比例占25%；一二星级酒店80%设有无烟客房，无烟客房比例占24.5%；普通旅馆均未设置无烟客房。

（3）无烟活动：三星以上酒店不定期开展无烟活动，如展览、板报、海报、会议等，形式多样；一二星级酒店80%不定期开展无烟活动，形式单一；普通旅馆40%偶尔开展无烟活动，以会议宣传为主。

（4）禁烟标志：三星以上酒店80%在接待大厅设有禁烟标志，80%在非无烟客房设有禁烟标志，酒店均未摆放烟具；一二星级酒店接待大厅均有禁烟标志，40%在接待大厅摆放有烟具，在非无烟客房中均有禁烟标志，均未摆放烟具；普通旅馆60%在接待大厅设有禁烟标志，20%在接待大厅摆放有烟具，90%在普通客房中摆放有禁烟标志，40%在客房中摆放有烟具。

2. 结论建议。调查结果显示，三星以上酒店控烟氛围较浓，而普通旅馆数量

多、规模小、禁烟意识淡薄、监管难度大。下一步控烟工作中，应因地制宜制订禁烟方案，采取联合执法，提高执法效能。

5.5 北京无烟奥运实施效果监测分析

1. 监测结果。调查分为针对奥运场馆内外人员以及场馆周边社区居民的公众调查问卷和针对政府机关、控烟专业团体以及在京主流媒体的专业调查问卷。前者采用路边拦截方式进行调查，共计完成 800 份有效问卷；后者采用电话访谈进行调查，共得到 22 份有效问卷。

(1) 满意度：调查中采用综合评分加权方式计算满意度， $\text{满意度} = (\text{非常满意人数} \times 1 + \text{满意人数} \times 0.9 + \text{一般人数} \times 0.6 + \text{不满意人数} \times 0.3 + \text{非常不满意人数} \times 0) / \text{总人数} \times 100$ 。对公众调查显示，无烟奥运宣传效果和执行的满意度分别为 78.79 分和 80.96 分。残奥会无烟状况的满意度高于奥运会 6.87 分，说明残奥会期间继续加大无烟奥运的执行力度。对控烟组织的调查显示，90.0% 的组织对北京市无烟奥运工作满意，认为北京无烟奥运工作部署完善的占 89.47%，但对宣传效果和执行力的满意度仅为 74.0% 和 66.6%；所有专家都认可奥运村内无烟草广告或烟草销售活动，认可禁烟标志的张贴。

(2) 知晓率：知道无烟奥运概念的占 93.1%，看到过无烟奥运的海报或广告的占 79.1%，知道奥运场馆内禁止吸烟、禁止烟草促销、广告和赞助的占 93.4%。知道《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》的占 85.5%，看到或听到过相关节目或广告占 83.4%。

(3) 执行效果：街头拦截调查显示，83.9% 的人认为在公共场所吸烟的人减少了，74.9% 的人认为人们开始接受公共场所禁止吸烟的规定，89.9% 的人看到过禁烟海报/标志，84.8% 的人认为餐厅吸烟人数在减少，77.1% 的人认为奥运会后北京市的禁烟工作能够传承下来。对控烟组织的调查显示，15 个组织(占 68.2%)认为执行政府令后公共场所吸烟人数减少了。

(4) 综合评价：WHO 对北京无烟奥运工作给予了高度评价，认为本届奥运会已经成为无烟奥运会，甚至可能为无烟奥运会设立新标准。烟草控制的各种经验和创新，比赛场馆不允许携带打火机、户外的赛场也禁止吸烟、手机短信首次用于奥运会传播无烟奥运信息、吉祥物晶晶传播无烟奥运理念等等，将成为奥运健康遗产留存下来。政府组织、控烟团体和媒体一致认为在宣传和执法方面还需加强，媒体特别提出控烟宣传工作应加入人性化元素，可以使用卡通等活泼、可爱的形式和语言进行宣传；要加强烟盒包装警示语和警示图片。许多组织认为应尽快修订《北京市公共场所禁止吸烟的规定》并做好相关宣传，解决目前执法主体

不清、监督乏力、举报无门等问题，建议立法规定官方媒体要在黄金时段拿出时间来播放公共场所禁止吸烟的公益广告。调查中有专家提出在火炬传递中，有6个省存在烟草公司工作人员作为火炬手并在公司网站上进行宣传等问题，虽很快得以消除，也应吸取教训。

2. 经验借鉴。政府立法、广泛的宣传教育活动、各部门的协调合作、公众的积极支持都是无烟奥运成功不可或缺的条件。无烟奥运是北京控烟工作的转折点，为北京留下了丰厚的健康遗产，将北京的控烟工作推向新的高度，也为世界控烟工作作出了一定的贡献。

5.6 评估结论

总体而言，北京1995年法规和2008年规章立法实施效果基本达到法规设定要求，并未出现重大非预期结果，实施收益大于实施成本，属于合理、有效的法规条例。当然，法规规章的具体条文中，禁烟范围的设定同当前本市的社会经济发展情况不完全相符，需要进行一定的调整；此外，个别条款的操作性仍需加强，以便进一步提高实施效果。

5.6.1 执行效能的基本结论

北京市控烟管理工作呈现在爱卫会领导下的层级管理模式。《北京市公共场所禁止吸烟的规定》和《北京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》中涉及的十类完全禁烟的公共场所中，领导重视控烟工作，大部分场所都达到80%以上的完全禁烟率，基本达到目标，较好的是托儿所/幼儿园、中小学校、商店/金融/邮电营业厅，这些区域卫生间的禁烟力度需进一步加强。执行难点客观存在，公众对公共交通工具内完全禁烟的强烈需求和公共交通工具实际禁烟效果不佳的矛盾依然存在；部分禁烟公共场所的硬件设施修建工作完成情况良好，而具体的执行情况、场所对于禁烟法规具体含义的理解存在问题。餐饮业、宾馆旅店、小型商店和互联网服务类场所作为禁烟工作的重要对象和执法难点，执行单位派驻执法人员较多，检查频度也较高，吸烟区设施建设相对完善，但实际禁烟效果与设施建设不匹配，21%的单位在创建无烟单位后仍保留了吸烟区，仅有23.4%的单位实现吸烟区和无烟区的完全间隔，近八成单位吸烟区形同虚设。控烟工作在完全禁烟单位执行情况好于在部分禁烟单位的执行情况。单位内部禁烟区的设置和执行效果在一定程度上达到法规要求，难点集中在电梯间和卫生间等场所。无烟单位的创立和激励存在的问题，体现在已设置的无烟单位仍保留吸烟区，无法实现真正的无烟化以及部分单位对创建无烟单位抱有消极抵触心理等。法规和规章中关

于执法主体和执法程序规定有待进一步明晰。当前的执法力量分散在基层街道、单位的兼职检查员中，但禁烟工作在检查员工作的比重在不同单位差异很大，占1%~60%不等。由于基层禁烟工作执法主体规定模糊，不能够从行政经费给予专项经费保障。基于此，执法单位呼吁要进一步明确执法体系、明确管理部门、规范简化执法程序、统筹管理执法队伍，成立专门的执法机构，或者考虑将禁烟执法纳入城管执法范畴。执法中存在缺乏明确执法依据和强制措施，处罚权不明晰，执法机构监管力度不够等问题，应在下一步制定《北京市控制吸烟条例》时予以解决。从公众意愿看，北京市民对禁烟范围的期望同FCTC规定的范围相似，禁烟义务单位和控烟执行单位对于当前的禁烟范围希望进行调整，并进一步加大执法力度。

5.6.2 执行效率的基本结论

在法规实施的成本—收益分析中，北京获得纯收益，符合效率原则，具备继续执行的经济学支撑。北京市禁烟工作开展的成本主要发生在义务单位中，特别是与禁烟相关的设施改造与维护费用，以及临时检查员的报酬。宣传费用主要发生在市爱卫会的行政经费和专项经费中，义务单位和执行单位仅承担少量的内部教育费用。由于北京没有大型的烟草加工企业，烟草的销售又是面向全国，因此禁烟工作的开展并没有从实质上为北京带来间接的控烟经济效益损失成本。禁烟工作的主要收益体现在健康收益方面。餐饮业作为禁烟重点单位可以为社会带来重大的禁烟收益，如何分期分批实现餐饮业的全面禁烟是下一步禁烟工作的重点。

第6章 北京市未来控烟体系构建和政策建议

6.1 构建北京控烟系统

北京市自1995年颁布《北京市公共场所禁止吸烟的规定》以来,在北京市爱卫会主导下,实施了行政管理、健康教育、社会支持和无烟奥运等一系列干预措施,效果显著。北京市居民吸烟率从1997年的34.50%下降到2011年的20.89%,达到国内领先、国际同类特大型城市较好水平。但对比FCTC要求,北京市控烟也存在一系列亟待解决的问题。控烟策略上,立法未与时俱进,执法力度羸弱,欠长效机制,缺专职人员。监测结果提示男性吸烟率居高不下、青少年控烟任重道远,戒烟服务疲软、戒烟执行不力。效果评估提示公共场所卫生间、公共交通工具、餐饮业、宾馆旅店、小型商店和互联网服务类场所应进一步加强禁烟。这些问题的成因,既有控烟系统顶层设计的问题,也有控烟政策及实施的问题。因此,对现行控烟系统各要素进行分析,重构系统结构和分工,做好顶层设计,是控烟政策构建和有效实施的前提。

6.1.1 控烟系统的要素分析

北京现阶段控烟的主要任务是履约FCTC,实现北京市“十二五”规划控烟目标;中期目标是赶超国际控烟先进水平,逐步达到世界领先;为最终实现“世界无烟之都”奠定基础。国内外控烟成功经验表明,构建以政府为主导多方参与的烟草控制系统并由政府强制力保证其运行,同时引入公共治理理论,充分发挥社会力量参与控烟,是当前的重点。

对现有的国家和各省烟草控制系统进行分析,基本包含了硬件和软件两类要素。硬件要素是指控烟的主管机构,以及保证其运行的人、财、物保障。软件要素是指通过硬件要素实施控烟的各项政策,包括法制建设、行政管理、健康教育和社会支持等,涵盖了烟草控制MPOWER政策包中的各项内容。2007年我国就成立了FCTC履约部际领导小组,国家发展改革委(现为工信部)任组长,卫生部和外交部任副组长,成员单位包括财政部、国家烟草专卖局、国家工商总局、海关总署、国家质检总局。这个领导小组加强了FCTC履约工作中部门间的协调配合,但从2011年对FCTC履约关键的5项政策执行情况中国平均得分仅为37.3分可见其作用有限。从领导小组的结构组成看,这种结果有一定必然性。领导小组中所有组成部门都为平级的部级单位,易造成领导力的弱化;国家发展改革委任组长也

容易导致控烟价值取向的偏离。从世界各国的成功案例看，卫生部门主导更利于优先考虑公众健康权利；而国家发展改革委（现为工信部）是国家烟草专卖局（中国烟草总公司）的上级主管部门，其任组长则必然更多的考虑烟草控制对工业发展和经济的影响。从分工看，国家烟草专卖局与中国烟草总公司政企合一，参与了控烟系统的所有功能单元，就像狼在羊圈里讨论如何保护羊羔，显然不合常理。

6.1.2 北京控烟系统的结构与分工

香港、上海、广州等地方以及国家烟草控制系统在组成、分工、实践经验和教训等方面，给北京市烟草控制系统构建提供了很好的启示。现有控烟系统都存在一个致命的弱点：没有充分吸纳控烟多元主体并赋予不同功能，在构建北京控烟系统时应予以解决。

1. 北京首先应确立一名市级烟草控制总负责人并充分表达在北京地区全面控烟的意愿和承诺。鉴于目前北京的烟草控制工作主要由市爱卫会承担，市爱卫会主任由一名副市长兼任，可考虑由该副市长任北京市烟草控制总负责人。但由于烟草控制只是爱卫会众多职责中的一项，最好能把烟草控制系统独立出来提升为与爱卫会平级的协调机构，则更有利于其职能的履行；如不便实施，也可利用现有爱卫会的构架，一个机构一套系统挂爱卫会和控烟系统两块牌子。也可以考虑由市卫生局主导，由于市爱卫会的执行机构市爱卫办挂靠在市卫生局，且卫生部门在健康知识和理念、烟草影响健康、教育培训、戒烟帮助等方面的技术专长，可考虑由卫生局主导北京市的烟草控制工作，由主管卫生的副市长担任市级烟草控制总负责人。

2. 其次应建立多部门组成的并充分吸纳控烟多元主体的北京市烟草控制工作委员会。负责制定北京市烟草控制规划和整体实施，协调督促委员会各控烟主体在各自职责范围内实施控烟，促进地方立法并在科教文卫宣等各领域开展工作。可考虑以下部门组成及分工：

主任（总负责人）

主管副市长：领导全市控烟工作。执行国家烟草控制法律、政策，沟通国家烟草控制系统并接受其指导和监督，领导烟草控制计划的制定和实施，动员烟草控制系统各成员单位开展控烟工作。

常务副主任单位

市爱卫会（或市卫生局）：在本级人民政府领导下，负责本行政区域内控烟工作的组织和协调，组织制定控烟战略规划和政策，推行公共场所禁烟。

副主任单位

市卫生局：组织制定、实施医疗卫生系统（包括医疗机构、卫生行政部门及卫生相关单位）的控烟制度并监督检查落实情况；开展烟草使用状况监测；组织医疗机构提供戒烟服务；开展健康教育；推行公共场所禁烟。

市委宣传部：组织制定、实施媒体宣传部门和单位的控烟宣传制度并监督检查落实情况。加强控烟政策宣传、吸烟危害警示、禁止烟草广告、控制影视剧吸烟镜头等。

市教委：组织制定、实施教育机构的控烟制度并监督检查落实情况；通过多种形式的健康教育课程实施烟草危害教育。

市交通委：组织制定、实施公共交通工具及其等候室、站台等的控烟制度并监督检查落实情况。

市工商局：组织制定、实施管辖范围内各非公有企业的控烟制度并监督检查落实情况。

市食品药品监督管理局：组织制定、实施餐饮业^①的控烟制度并监督检查落实情况。

市监察局：组织制定、实施涉烟公款消费和贿赂的监察制度并监督检查落实情况，对北京市属各行政机关、企事业单位落实控烟政策和开展控烟工作的实际成效进行监察和问责。

北京市吸烟与健康协会：组织制定、实施社会控烟相关组织、团体参与控烟的制度，作为控烟主体参与控烟的顶层设计和具体实施。

成员单位

市政府法制办：组织制定北京市烟草控制的地方性法规，并监督执行。

市体育局：组织制定、实施体育场馆、健身场馆等的控烟制度并监督检查落实情况。

市公安局：组织制定、实施控烟相关的违法犯罪行为的行刑衔接机制，对部分禁烟重点难点场所和单位，探讨实施治安管理处罚。

市广电局：具体落实市委宣传部制定的各项媒体宣传相关的控烟宣传制度。

市科委：加大对控烟相关科研项目的支持力度，包括戒烟帮助、戒烟药物、治疗技术、控烟技术、检测技术、科普宣传等。

市人力社保局：探索将戒烟服务纳入医保范围。

市审计局：对公款消费烟草制品进行审计。

控烟人士代表：作为控烟主体参与控烟的顶层设计和具体实施。

市爱卫办落实执行市爱卫会的决策和具体事务。各区县政府、市发展改革委、

^① 2013年7月12日，北京市人民政府办公厅印发《关于设立北京市食品药品监督管理局的通知》（京政办发〔2013〕39号），设立北京市食品药品监督管理局，市卫生局承担的餐饮服务监管职责划入新组建的市食品药品监督管理局。

市城管局、市市政市容委、市农委、市住建委、市商务委、市旅游委、市综治办、市政府督查室、市城乡环境建设办公室、市财政局、市环保局、市水务局、市安监局、市农业局、市园林绿化局、市文明办、市地铁总公司、市公交集团、市疾控中心、市卫生监督所在各自职责范围内实施控烟政策并监督检查落实情况。

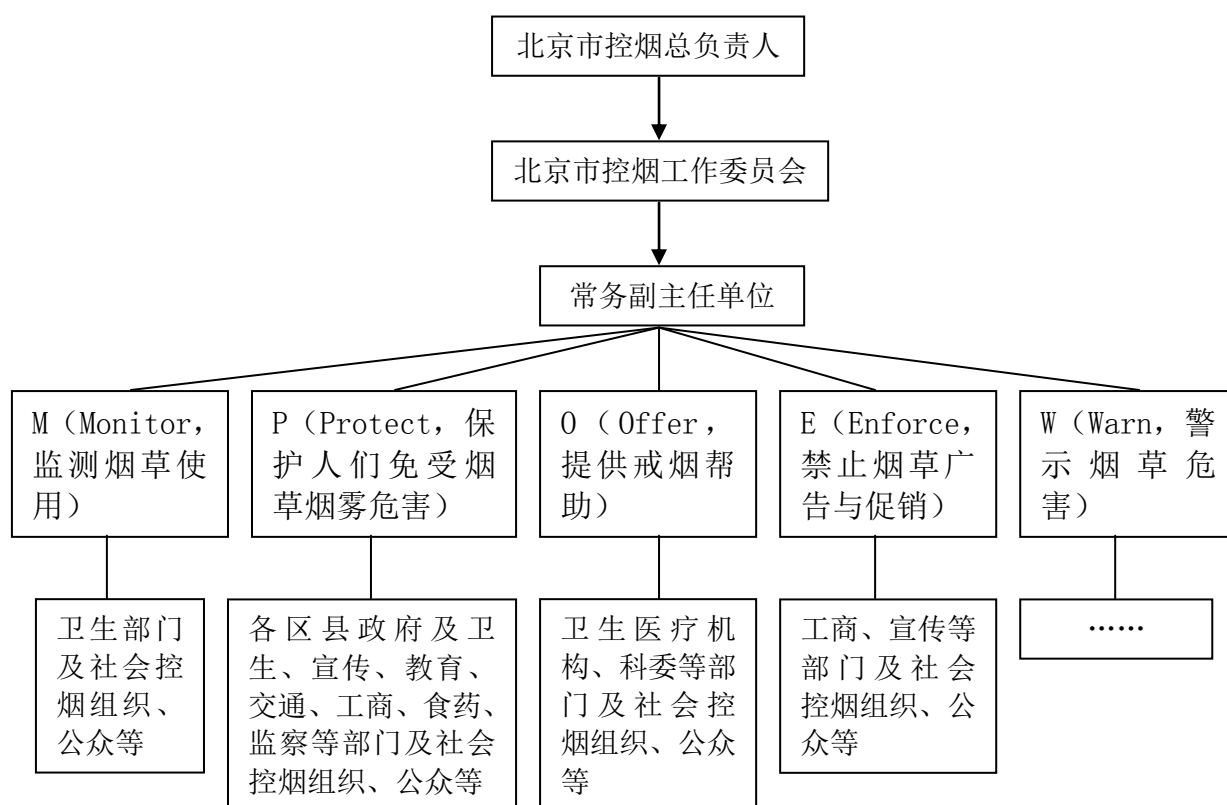


图 6.1 北京市烟草控制系统组织结构图

6.2 控烟策略的构建与实施

控烟需要政府推动，但绝不只是政府的事，更是个社会化的问题。仅依靠政府强推显然不够，更需要全社会的积极参与。北京控烟主体除了政府，至少还应该包括社会控烟相关组织、团体、烟草生产经营者、公共场所经营管理者、烟民、社会公众等；只有充分发动多元主体参与控烟，才能真正推动北京控烟的发展。

北京市自 1995 年控烟法规颁布以来，十余年控烟工作励精图治，有平淡的日常控烟也有无烟奥运的辉煌，有成绩也有教训。未来控烟工作应扬长避短，对无烟奥运和十余年控烟的成功经验予以发扬，对控烟政策和实施过程中存在问题以及医疗卫生系统、中小学校、出租车行业、餐饮业、旅店业等重点行业控烟效果监测中发现的不足予以改进。加大医疗卫生系统无烟环境建设，着力加强医务人

员控烟能力建设；加强青少年控烟工作，立足学校内控烟，争取家长及社区参与控烟，积极开展多样化控烟教育，获取大众传媒支持烟草危害知识宣传及利用名人效应来传播健康信息；加强对出租车司机控烟相关知识培训，为出租车司机提供规范的戒烟服务；加强餐饮业控烟教育培训，消除经营管理者对禁烟影响收入的顾虑；对旅店业因地制宜制订禁烟方案，采取联合执法，提高执法效能。藉此重构法制建设、行政管理、健康教育和社会支持等各项控烟策略，创建有北京特色的控烟体系。

6.2.1 法制建设策略与实施

我国尚未出台全国性烟草控制法律，从北京市 1995 年法规和 2008 年规章的实施效果看，地方根据烟草控制实际制定适合本地的控烟法规是十分必要且行之有效的。北京市控烟工作一直走在全国的前列，《北京市公共场所禁止吸烟的规定》是全国第一个有关控烟的地方性法规，据此北京市控烟工作从粗放式管理进入精细化、法制化发展阶段，之后借助举办奥运会之契机打造无烟奥运的切实践行，充分表明北京市控烟工作已经取得一定进展。控烟法规规章的出台，为北京市控烟工作的顺利开展提供了基本的法律依据；较为先进的控烟理念为控烟工作的切实开展提供了持续的动力；有效的控烟举措构成北京市控烟立法得以实施的重要保障；“无烟奥运”的成功举办对北京市控烟目标的实现具有极强的启示作用。尽管北京的控烟立法在很长时间内都发挥着标杆的作用，也被众多的后来立法者学习和模仿，在促进我国的控烟立法、减少二手烟危害方面起到了不可忽视的作用。但随着经济社会的发展，北京目前的控烟立法已经无法适应北京建设健康城市和世界城市的目标，既与 FCTC 的规定存在相当的差距，也与我国其他城市的控烟立法拉开了差距。主要表现在：北京市控烟立法规定的控烟范围较窄，与世界及其他城市的规定存在差距；执法主体单一，力量不足，执法效果不理想；执法力度弱，不能起到有效的震慑作用；公共场所经营管理者的权利、义务及法律责任不全面，难以充分发挥控烟方面的作用；公民的权利及救济手段不全面，不能充分保护受二手烟侵害的公民权利；公众参与的程度不足，难以调动广大的社会力量参与控烟；缺乏烟草销售的限制及法律责任的规定；缺乏定期监测、评估及信息公开制度，缺乏社会大众的广泛监督。为了解决上述问题，实现公共场所、工作场所、公共交通工具全面禁烟的目标，2011 年北京市人大将修订《北京市公共场所禁止吸烟的规定》列入法规预调研项目，项目专家组提出了《北京市控制吸烟条例（专家建议稿）》，制定《北京市控制吸烟条例》正式进入立法程序。《北京市控制吸烟条例》应以公共治理理论为指导思想，充分发挥控烟多元主体的功能，

在参与机制上进行创新，并重点解决以下几个问题：

1. 调整控制吸烟的范围，应与 FCTC 规定一致或更严。北京 1995 年法规和 2008 年规章关于控烟范围的规定与 FCTC 的内容相比较还存在着以下差距：第一，控烟范围比 FCTC 狭窄，餐厅、网吧、旅店等禁烟要求太松；第二，室外公共场所基本未实施禁烟；第三，对于吸烟室（区）的规定不能从根本上杜绝二手烟产生的危害。建议针对不同的禁烟场所划定不同的禁烟范围。可将全市的公共场所划分为两大类，一类是提供公共服务的场所，应严格实施完全禁烟，如：医疗机构、各类教学场所、影剧院、音乐厅、展览馆、博物馆、美术馆、图书馆、科技馆、档案馆、少年宫、纪念馆等科教文化艺术场所、对社会开放的文物保护单位、体育场馆、各类商业单位的营业厅、单位室内工作场所、公共交通工具内部、餐饮业大厅、网吧等；另一类是满足个人需求的场所，严格实施禁烟警示标志管理，逐步扩大禁烟范围，如：宾馆房间、长途汽车室外等候区域等。因列举控烟范围往往难以穷尽，可采取定义的方式对控制吸烟的范围进行规定。

2. 明确控烟主体及功能分工。行政主体方面要明确控烟工作的执法模式，这关系到控烟立法能否在实践中真正得到贯彻和执行。目前北京控烟执法主体是爱卫会，但对其权责的规定较为模糊，立法时应进一步明确执法主体、具体权责和执法体制等。执法模式建议采用爱卫会作为一个协调监督机构，由卫生、交通、教育、食药等各成员单位各司其职实施控烟。同时充分吸纳控烟多元主体参与控烟，赋予各主体不同功能并拓宽参与渠道，创新参与机制。

3. 明确经营管理者的权利、义务及法律责任。由于禁止吸烟和限制吸烟场所数量庞大、分布广泛，控烟执法人员的执法很难全面覆盖，单纯通过执法人员的执法来促使吸烟者被动停止吸烟很难达到控制吸烟的目的，切实可行的是通过公共场所的经营管理者来实施控烟。因为其具有先天的便利优势，可以随时随地监督劝导吸烟者放弃吸烟。例如，请当事人不要吸烟、停止服务、请当事人离开场所等。为确保全面禁烟，经营管理者除要从自身做起，建立禁止吸烟或者限制吸烟的管理制度，尽可能采取有力、有效措施以杜绝任何烟草烟雾的接触，还要特别注意管理制度的落实，不得在禁止吸烟场所或区域放置烟具和附有烟草广告的物品，并应当设立完整、清晰的有关禁止吸烟的警示标志及举报投诉电话号码标牌。对于违规吸烟者，应赋予经营管理者自助权（有权对吸烟者进行劝阻）和举报权（对不听劝阻的及时向执法部门报告），为防止经营管理者怠于行使权利，立法时还应规定经营管理者的法律责任，并设定可同时处罚单位和个人的双罚制。从法律上予以明确场所经营管理者的法律义务，有助于控烟条例的有效实施。

4. 明确公民的权利及法律责任。吸烟是公民的自主选择，政府介入公民行为

的法理基础是任何人的行为不得损害其他公民的合法权益，作为非吸烟的公民享有维护个人利益的权利。公民应当从以往行政管理客体的被动角色中摆脱出来，开始成为控烟工作的积极参与者。通过被动吸烟危害的宣传教育，充分调动非吸烟者维护自身权益的积极性，形成公共场所控烟的良好社会氛围。鉴于禁烟场所的经营管理者可能会因为经济利益致使控烟动力不足，故应借助社会公众的力量，赋予公民应有的权利，包括要求吸烟者停止吸烟的自助权、向场所经营管理者投诉要求劝导吸烟者停止吸烟的监督权，以及向执法部门投诉举报并对执法部门不作为申请行政复议或提起行政诉讼的救济权。

5. 明确烟草销售的限制及法律责任。自1989年起每年5月31日为世界无烟日，有必要通过立法规定烟草制品销售者在每年的5月31日停止售烟一天，同时规定违反者的法律责任。

6. 提供控烟服务。2006年党的十六届六中全会对构建社会主义和谐社会做出了全面部署，强调要建设服务型政府，强化社会管理和公共服务职能。政府在行政管理过程中应当完善公共服务体系，尤其是医疗卫生服务方面。控烟目标的实现是一项系统工程，服务型政府需要打造监督和服务并重的管理体制。主管部门应通过设立热线、提供咨询指导等各种方式提供控烟戒烟服务。卫生行政部门作为掌控社会卫生系统的行政机关，在建设服务型政府的大背景下，凭借其所拥有的资源优势和专业优势，应承担起提供控烟服务的职责。

7. 鼓励公众参与。控烟事关社会公众的利益，让公众参与到控烟执法中来是必要的，在控烟工作中建立公众参与制度也是必要的。作为人民民主政治化运动中的一部分，在立法、行政和司法的过程中，公众参与都应该有所体现。当前，社会公众对烟草危害的认识有了普遍提高，参与控烟意愿逐步增强，社会中已经形成了一种良好的氛围。通过公众的参与，可以让更多的社会力量和社会资源投入到控制吸烟的工作中，充分发挥他们的积极作用，以弥补目前北京市控制吸烟工作中人力和财力的不足。鉴于《行政处罚法》规定行政处罚应由具有行政处罚权的行政机关在法定职权范围内实施，非法定条件下经法定程序不得擅自转让和委托，故此处的公众参与只是一种在行政执法过程中的参与，而非享有执法权。

8. 建立定期督导检查、评估制度。全面控烟是一场“持久战”，建立常态的巡查、评估制度可以保证控烟的持续性。主要包括以下两个方面：第一，市和区、县爱卫会应当在公众参与下，有层次的、定期的对相关行政管理部门进行督导，相关行政管理部门对重点公共场所和单位进行控烟情况检查，并向社会公布检查结果。通过引入志愿者组织、其他社会组织和个人对控烟工作的参与，特别是对行政机关的监督，可以有效提高检查结果的客观性与公开性。第二，应当建立定

期评估制度。通过评估制度，对之前的控烟工作情况进行评估总结，有助于找出当前工作中存在的问题并加以改进。因此，应在立法中明确规定负责控烟的部门应该定期对本行政区域内的控烟工作进行评估，并提出完善的建议。

6.2.2 行政管理策略与实施

政府牵头，控烟多元主体全面参与，依据现有烟草控制的法律、法规、规章，整合资源，制定烟草控制规划，组织领导烟草控制队伍，实施烟草控制。

1. 制定控烟规划，明确部门职责。2011年3月，国家发布“十二五”规划，首次将“全面推行公共场所禁烟”写入国民经济和社会发展五年规划，是我国政府烟草控制一个里程碑式的进步，标志着开展控烟工作已经成为政府的重要工作和职责。相应的，北京市卫生局于2011年6月发布的《健康北京“十二五”发展规划》第三章中也明确提出：“强化控烟行动，党政机关、教育和医疗卫生系统等率先实现室内无烟目标，在全市公共场所禁止吸烟”。这表明了政府推行禁烟的决心，同时意味着，为实现“十二五规划”目标，政府应采取相关措施以实现公共场所禁烟。北京市在制定本市控烟规划的同时，应同时明确控烟系统各部门的职责和施行时间表。

2. 建立控烟机构和执法队伍。北京市应打造一支强大的控烟执法队伍，以保障控烟法规的有效实施。目前，市、区县和街乡负责控烟工作的兼职人员约1200人，对于吸烟这样一项普遍存在的行为，如果仅仅依靠爱卫会系统的人员是远远不够的。但专门建立起一支执法队伍，将面临执法人员的工资和编制等诸多问题，现实中并不可行。因此，在北京市爱卫会作为控烟工作执法主体的模式下，成立控烟工作办公室，构建一个多元化的执法网络。清晰执法体系，明确执法部门，统筹执法队伍，改变执法形式，将以往直接检查单位控烟成效转变为检查单位控烟制度的建立和实施，构建“单位内部主要负责，专业执法队伍辅助解决疑难执法问题”的格局，并最终形成“爱卫会执法、部门执法、义务单位自查和公众参与检查”四位一体群专结合的执法模式。

（1）爱卫会执法。爱卫会建立一支数十人的执法队伍，主要负责制定全市的执法工作计划，督导卫生、教育、文化、交通、工商、食药等各控烟系统职能部门的控烟工作，处置跨部门、跨区域的疑难执法问题，对各职能部门执法人员进行培训，保证执法标准的统一，提高执法效率。

（2）部门执法，市爱卫办监督和协调卫生、教育、文化、交通、工商、食药等各控烟系统职能部门在各自职能范围内切实履行控烟职责，各行政管理部门应当成立控烟工作领导小组，在各自管辖范围及部门内做好控烟工作，定期向爱卫

会报告本系统管理单位的控烟工作情况。

(3) 义务单位自查, 管理单位或经营单位应当由法人代表负责本单位的控烟工作, 设立专兼职检查员并将其名字上报相应的主管部门, 检查员对在禁止吸烟场所的吸烟者提出劝阻, 对不听劝阻者应当及时举报。

(4) 公众参与检查, 通过公众参与制度的引入, 真正建立起控烟工作的公共治理模式。联合共青团、妇联、残联等社会组织, 通过志愿参与, 必要时也可通过购买服务的方式, 组建起一支人数和能力有保障的志愿者队伍, 对禁止吸烟场所进行明查暗访, 对禁烟场所的吸烟者和身边的家人、朋友的吸烟行为进行劝阻。

3. 改变监管方式。北京市法规规章的第一条明确实施禁烟的目的在于保障人民身体健康, 提倡社会公德, 减少吸烟造成的危害, 执法机构的执法应以此为目标, 因此市区两级爱卫会、街道办事处和各执法机构的主要职能应该是针对禁烟义务单位的监督检查和针对公众的禁烟教育宣传。针对禁烟义务单位的监督检查与义务单位所履行的自查义务有所区别, 应侧重于监督禁烟义务单位的禁烟制度建设和实施。如: 各区县爱卫会和街道办事处应着力检查各义务单位是否已将禁烟的义务具体落实到单位的部门和主管, 并定期进行工作总结和评估, 同时兼顾对禁烟行为的一般检查。考虑在现有有限人力、物力和财力条件下, 检查形式可以抽查为主。根据场所性质不同、禁烟义务履行情况不同, 进行相应的制度监督: 对于禁烟基础较好、公众影响力较大、涉及公众较多、禁烟能力较强的公共场所, 要通过执法机构监督将禁烟管理纳入到单位日常管理, 形成单位自觉管理, 主管部门定期抽查的格局, 并配合完善的举报投诉制度, 辅以宣传、鼓励等方式, 帮助其迅速实现无烟化; 对于地处偏远、规模较小、分布零散、监管难度较大的单位, 应适当考虑暂时放宽限制。更多地从行政体系中加强上传下达的管理手段, 加速义务单位建立自身禁烟监督制度, 配合宣传和行政鼓励的手段, 逐步增加禁烟管理、扩大禁烟范围。这样既有利于资源的有效配置, 又能够维护法律的权威, 避免有法不依、有法难依的局面。

(1) 基层执法。基层执法机构应及时转变及拓展执法方式, 根据公共场所的不同性质和类别, 定期对主要负责人进行培训, 明确向义务单位告知其禁烟义务及相应法律责任。监督辖区内义务单位制定与其法定义务相应的单位内部禁烟管理方案, 检查禁烟职责是否落实到具体的员工职责上, 以及方案履行情况。检查禁烟设施的维护情况, 如禁烟标志的设置、维护和更新情况, 吸烟区或吸烟客房的环境, 是否能与无烟区隔开; 检查单位具体负责禁烟人员的工作情况, 如工作记录等; 对违反禁烟规定的单位或个人给予警告或处罚。

(2) 量化分级管理。将各公共场所和单位的禁烟情况进行分级评定, 定期根

据义务单位禁烟情况的变化更新级别，实施不同管理频率和方式。禁烟情况好的单位减少检查频次，禁烟情况差的单位增加检查频次。将单位的禁烟级别向公众宣传，让公众知晓不同级别的含义。同时发挥举报投诉功能，发动同业竞争者、消费者和公众监督禁烟工作的开展情况。

(3) 表彰先进。对禁烟义务单位工作良好的进行表彰，表彰方式可以由市控烟委员会挂牌授予禁烟先进单位的荣誉称号，尤其是餐饮类的场所，树立这些营业机构的良好公众形象。

4. 制定控烟时间表并实施。不同类别公共场所分期分批逐步履行完成禁烟义务：基于完全禁烟和部分禁烟两类公共场不同禁烟义务，依照“分期分批、中心到边缘、合理合法、稳步推进”的原则实现全市无烟化。可以依据地点、时段、范围进行综合布局，从示范单位开始实施，产生制度创新的传播作用，逐步带动同类别的场所积极禁烟。

不同类别公共场所设立不同禁烟要求：第一，对吸烟可能造成危险的场所，如机场室外区、加油站等，义务单位应在管理部门的指导下建立最严格禁烟制度，违法者严格追究法律责任。第二，对吸烟会造成密集人群健康危害的场所要完全禁烟，并在最短时间建立严格的禁烟标准，如幼儿园/托儿所、中小学校、高校及商业性的教育培训机构。第三，具有示范性作用和窗口作用的重点禁烟公共场所应当建立严格的禁烟制度。如：中央机关和所属事业单位内部、北京市属机关和事业单位内部、医疗机构室内和室外、机场内部、电信/金融/邮电等营业场所内部以及健身场所和体育场馆内部，无论场所是否在城市核心区，现在的禁烟条件如何，都应实现完全禁烟。第四，大型餐饮单位、高级商务区、高级住宅区、三星级以上宾馆要积极创建无烟单位，代表首都形象，提升商业服务格调。第五，小餐饮、非核心区的宾馆和度假村及街边小店等应变被动接受检查为主动维护，在3~5年内逐步实现完全禁烟。第六，公众消费密集的娱乐场所应该加强禁烟力度，如KTV等消费场所。第七，对外文物保护单位室外开发区域需要逐步进行全面禁烟管理。这类场所由于地域广阔难以做到全面和及时，可以通过张贴禁烟等级的方式加强各单位对禁烟荣誉感的认同，辅以抽查和加大处罚力度，力争在3~5年内逐步实现完全禁烟。第八，在短期内容许设立吸烟区、吸烟客房的场所要严格执行禁烟区与吸烟区的完全物理隔离，在办理经营许可证时监督其有效隔离程度。处于同一楼层的吸烟区需要设立单独的抽烟换气管道，不能够同非吸烟区的通风设备共用。第九，在公共交通工具上（公共汽车、市内轨道交通、长途汽车、火车和飞机等），首先从市内公共汽车和轨道交通开始，逐步推进到长途汽车、火车和飞机等，力争在3~5年内实现完全禁烟。基于公交车内禁烟标志设立比例较

低的现状，应增加明显的禁烟标志和禁烟海报、公益广告，出租车和其他交通工具内部及长途汽车、火车站的露天站台则需继续加强控烟管理。

不同类别公共场所采取多种方式来履行禁烟义务：如行政、事业和企业单位内部根据实际灵活确定禁烟的范围和时间表，首先在办公室、会议室、食堂等人群密度相对大的场所尽早实现完全禁烟，可以从规定上班时间禁止吸烟开始，逐步推广到全天候禁烟。对于卫生间、半开放楼道等禁烟难度较大的场所，应禁烟责任到人，辅以物理环境改造和单位内部对禁烟积极分子奖励等方式，逐步实现完全禁烟。物理环境改造主要是降低吸烟区环境的舒适度，要适当降低装修等级、增加通风孔道、人为将吸烟环境恶劣化，如夏季不提供空调，冬季不提供供暖或降低室内温度，逐步将吸烟区转移到室外或半开放区域。在禁烟义务内容上，建立单位内部禁烟管理制度，将禁烟职责落实到具体岗位职责上。义务单位有义务通过直接告知、设置禁烟标志警示等方式告知进入公共场所的公众在该场所内有不吸烟的义务。义务单位应当负责禁烟设施的安裝、定期维护和更新，应当按照其制定的内部禁烟管理制度定期对公共场所内的禁烟情况进行检查。

5. 引入行政监察机制。将监察局引入控烟系统并任副主任单位，对涉烟公款消费和贿赂进行监察，在反腐败方面取信于民；同时，要求党政干部、公务员、公共机构人员带头在公共场所禁烟，对行政机关、事业单位、公有制企业执行烟草控制政策进行监察，对控烟工作开展不力的单位负责人实施问责，这将对北京的控烟工作产生积极影响。

6.2.3 健康教育策略与实施

1. 法规执行机构的健康教育。北京市现有的禁烟宣传教育工作主要集中在宣传普及健康知识，从而树立公民禁烟意识。但无论是义务单位还是社会公众，都存在不完全了解法规，不明确自己享有的法定权利和应履行的法定义务等问题。尽管75%以上的居民意识到不吸烟者有拒吸二手烟的权利，也很介意别人在其附近吸烟，但行动起来进行劝阻的仅有20~30%，约30%的居民甚至认为禁止吸烟侵犯了吸烟者的权利。在这样的情况下法规所规定的权利义务就有沦为一般性建议，丧失其强制性的危险。同时，现有的宣传教育工作模式对社会公德意识较好的义务单位和公众更为有效，而对于社会公德意识较差的义务单位和公众则很难起到明显作用。忽视权利义务普及的宣传工作在法规的延续性和作用范围上存在较大的缺陷。因此应转变宣传教育思路，将宣传健康知识为主转变为大力普及法规，着重宣传法定禁烟义务和公民权利为主的宣传思路，使禁烟工作在法制的框架下健康有序进行。也只有如此，才能保持禁烟工作的延续性，并最终实现全社会禁

烟意识的提升。建议可从以下几个方面开展健康教育工作：

(1) 加大对公众禁烟权利的宣传。前文调查显示，只有不足 30%的公众知道自己有权利在公共场所要求他人停止吸烟。因此，对公众权利的提示和宣传能够使不吸烟的公众更明确地了解自己的权利并保护自己。建议在服务性场所明确提示公众权利，并公布执法部门举报电话，使公众了解自己享有的无烟权利，不仅有利于提高公众禁烟意识，也有利于公众权利意识的培养。

(2) 加大对 FCTC 的宣传普及。前文调查显示，只有 40%的公众知道我国已加入 FCTC。应进一步加强对 FCTC 的宣传，告知公众我国政府应履行的承诺，公众在了解国家应履行的义务后，才能更明确自身的禁烟义务，并协助配合监督政府履约。此外还应广泛向公众宣传 FCTC 的精神，进一步提升公民禁烟意识和健康意识，加强公民的社会责任感，在各种可能的场所尽早实现完成禁烟。

(3) 落实各类宣传品对法规的配套宣传普及。在法规宣传普及过程中，应注意各类宣传品的配套更新。现有的禁烟标志多数只标明禁止吸烟，但没明确说明这是一项法定义务；在各类宣传海报、广告等宣传品种，也缺乏对公民禁烟权利义务的说明。从对公众的调查结果也能看出，大部分公众是从健康节目和公益广告了解禁烟工作的，与法规本身的普及缺乏联系。建议在禁烟标志、宣传册和海报上明确标明法规名称、主要规定及举报电话等内容，在公益广告中加入对法规的宣传。

(4) 开展专项普法活动，提高公民法治意识。除了原有的主要宣传形式，还应考虑拓展法规普及的途径。开展专项普法活动，使公众更好地了解法规，更深入地理解自己应履行的法定义务，更充分地实施其法定权利，在提高公民禁烟意识的同时提高公民的法治意识。

2. 禁烟义务单位的宣传教育。与法规执行机构的宣传教育相比，义务单位的禁烟宣传工作更有针对性。法规执行机构应积极推动和指导禁烟义务单位开展宣传教育工作。一方面培养各义务单位的无烟氛围，提高单位员工的禁烟意识，从而使义务单位能够更积极、有效地履行禁烟义务；另一方面借助义务单位的力量，使接受其服务的社会公众对禁烟工作有更多的了解，对烟草的危害有更深入的认识，从而提高公众无烟意识。因此侧重点在于知识的有效普及和无烟氛围的营造，属于义务单位的社会公益义务。

(1) 加强宣传力度，增加宣传投入。根据于安、戴亦欣等人^①的研究，对遭受被动吸烟最为严重的四类场所：餐饮场所、办公场所、KTV 等娱乐场所和公共交

^① 清华大学公共管理学院受北京市爱卫会和市政府法制办委托开展《北京市公共场所禁止吸烟的规定》后评估工作。

通工具禁烟宣传教育成本与其产生的社会收益进行分析可以看出,禁烟宣传教育投入与其社会收益呈现正相关关系,收益是投入的三至四倍。因此,加大宣传力度是最有效率的开展禁烟工作的方式之一,应进一步加大宣传投入。

(2) 调整宣传方式,提高宣传效率。前文调查显示,不同形式宣传教育的花费/效果比不同,召开内部禁烟工作会议的宣传形式效果好但花费过高,张贴禁烟相关宣传海报、悬挂禁烟相关横幅标语、设置禁烟宣传栏的花费/效果比最佳。因此应调整义务单位的宣传形式,大力发展花费少、效果好的上述宣传形式,缩减不必要的会议开支。针对不同的公共场所,义务单位应采取不同的宣传方式,加大对公众禁烟知识普及:第一,在医疗机构、教育机构等公众密集度高、易受危害群体聚集的公共场所,公众最关心自身健康,对健康知识的普及能够最好地引起公众的注意,并抑制这些场所吸烟者的吸烟意愿。因此,应以提示禁止的禁烟标志为主,以设置宣传栏和发放禁烟宣传单为辅,同时配合一定的宣传海报等手段。这样既能增强此类场所禁烟的强制性,又能利用这些场所对公众普及健康知识。第二,在餐饮、娱乐服务等营业性场所,公众的注意力很难被宣传单或小册子等文字内容过多、侧重传播健康知识的宣传品所吸引。在此类场所,张贴警示作用显著的海报或悬挂相关的横幅等能够快速吸引公众注意,起到明显效果。同时,在宣传内容上可加强对公众权利的宣传,并公布执法部门的举报投诉电话。第三,对机关、事业单位,行政传达、领导重视和表率是制度推行的最好方法,应进一步加强各级、各单位领导对禁烟工作的重视。在现有宣传方式中,可以继续通过召开内部会议的方式进行宣传教育,但应注意节约会议成本。前文调查显示,很多此类单位都不清楚自己的法定禁烟义务,甚至不了解本单位的禁烟设施建设情况,因此应加强对单位管理者的法规普及和宣传教育工作,帮助单位更好地懂法守法,并促进单位自行管理和监督。同时应加强单位内部制度建设,将禁烟工作纳入到相关人员的工作职责,建立定期抽查和巡查制度,定期考核和曝光。领导的重视和表率作用可以带动公职人员禁烟,推动全市禁烟工作的进展。第四,加强无烟单位的创建力度和宣传力度,保证无烟单位的无烟效果。目前无烟单位创建中存在激励不足、禁烟不彻底、效果难持续等问题,一些单位甚至保留着吸烟区。建议按照不同的单位类别将无烟单位与单位的卫生评级、企业评价、绩效考核等更密切地联系在一起,如餐饮业纳入量化分级管理,网吧纳入工商执照年审等,并通过媒体、网络等途径对无烟单位进行宣传。同时加强对已创设的无烟单位实施动态监督管理,对未达到标准的单位应撤销其无烟单位称号并予以公布。

6.2.4 社会支持策略与实施

北京市现阶段禁烟工作主要由政府和各禁烟义务单位承担。广泛动员鼓励社会组织和公众参与控烟工作,营造良好的社会控烟大环境,是北京市实施社会支持策略的重中之重。以公共治理理论为指导思想,充分发挥控烟多元主体的积极性和创造性,才能真正推动北京控烟的发展。

1. 社会组织。一个完善的公民社会离不开社会组织的参与,通过社会组织治理公共问题也是我国和谐社会发展的重要趋势。有效的社会组织参与不仅能够减轻政府的负担,而且以其灵活性、非营利性、非强制性等特点更容易取得公众的认同。北京市现有的主要参与禁烟工作的社会组织包括中国控制吸烟协会和北京市吸烟与健康协会,二者均为政府创立的非营利性组织,在过去十多年的控烟工作中起到了重要的作用。但功能多局限于研究、建议和学术交流,作用相对有限。建议可从以下几方面加强社会组织在禁烟工作中的作用:

(1) 扶持现有的参与禁烟工作的社会组织,积极鼓励创立更多禁烟社会组织。现有的禁烟组织均由政府创立,其独立性受到限制,很难自主开展各项活动。在继续支持现有社会组织的同时,政府应积极鼓励个人和社会自发地成立各类禁烟组织,真正发挥社会组织深入基层,灵活性强的优势。

(2) 赋予禁烟社会组织一定权限,进一步开发其功能。从北京市吸烟与健康协会和中国控制吸烟协会的章程看,参与禁烟工作的社会组织虽然进行了大量的群众知识普及、学术研究、交流等工作,但很少承担直接具体的禁烟工作,其所进行的活动也很少与法规和规章相联系,而更侧重于公众健康知识、吸烟危害的宣传普及,这就大大限制了社会组织在禁烟工作中的作用。而作为机构设置完善、发展较为成熟的社会组织,可以承担更多的管理职能。如无烟单位的评选、义务单位禁烟情况的评级以及公众投诉处理等功能。进一步开发其功能能够有效地减轻管理部门的负担,并引导这项工作进入社会治理层面。

(3) 鼓励禁烟社会组织对禁烟工作进行监督和评估。根据现有禁烟组织的章程,这些组织都能够向政府部门提出建议,但对这些建议的处理和反馈却没有相应的规定。这实际上使这些组织不能真正代表公众起到对政府工作的参与、建议和监督职能。因此应允许并鼓励社会组织和公众对禁烟工作进行监督、评估,这既有利于禁烟工作的不断改善,也是一种有效的宣传教育方式,公众可以通过这些组织参与对政府工作的监督建议中。

2. 公众参与。中国抗击非典的成功经验中,公众参与是不可低估的重要因素。控烟不同于抗击非典,但社会支持策略是共通的,鼓励社会团体、志愿者、个人通过各种形式参与控烟有利于形成良好的社会控烟环境,进而提高控烟效果。

3. 无烟活动。在原有工作基础上，继续开展无烟医院、无烟出租车、无烟学校、无烟餐馆、无烟旅店、无烟单位、无烟企业等各项无烟建设工作。着重开展无烟家庭活动，根据前文监测结果，婚姻状况的稳定性和考虑家庭成员健康因素均对戒烟有积极作用，在实施控烟社会支持策略时，把家庭作为重要的参与单元，通过针对性的宣教和培训项目，让社会公众主动对家庭吸烟者进行干预，将北京市控烟工作从政府承担导向全民参与，走群众路线，有助于最终实现全面控烟。

第7章 结论

本文第一次系统对北京市 1996~2012 年的控烟政策进行分析, 定量和定性结合, 通过对调查数据的定量分析, 比较各个政策实施前后的效果, 引入立法后评估理论, 结合文献定性分析方法对定量的计算结果进行可能的解释和分析, 实现对各控烟政策的评价; 借鉴国内外控烟成功经验, 从公共治理的视角, 为北京市未来控烟工作给出政策建议。本研究填补了国内长时段控烟政策跟踪研究的空白, 在国际相关研究领域也属创新。首次将公共治理理论运用在控烟领域, 研究成果将推进北京控烟发展, 为北京实现“十二五”规划控烟目标提供支持, 为国内兄弟省市控烟提供参考, 为世界发展中国家控烟提供借鉴, 为北京建设“世界无烟之都”的构想奠定基础。

1. 北京市控烟政策与实施分析。北京市自 1995 年颁布《北京市公共场所禁止吸烟的规定》以来, 在北京市爱卫会主导下, 实施了行政管理、健康教育、社会支持和无烟奥运等一系列干预措施, 北京市居民吸烟率从 1997 年的 34.50% 下降到 2011 年的 20.89%, 达到国内领先、国际同类特大型城市较好水平。除社会自身发展因素外, 大部分可归因于控烟政策的实施。显著成效的背后, 也存在一些问题。

(1) 立法虽早, 欠与时俱进。北京于 1995 年率先出台控烟法规后缺乏与时俱进, 虽借 2008 年北京无烟奥运之机出台了政府令, 除稍微扩大禁烟范围外并无建树。目前在禁烟范围、无烟环境建设、执法手段力度、提供戒烟帮助、烟草危害警示、健康宣传教育、禁止广告促销等方面与 FCTC 的要求还有差距, 在国内也被部分城市赶超。

(2) 建制齐全, 缺专职人员。北京市爱卫会及其执行机构北京市爱卫办负责北京控烟工作, 但现有建制附于爱卫会系统, 非独立控烟机构, 非专职控烟人员, 协调不力且缺乏工作力度。

(3) 专项常有, 少长效机制。北京市借助大型活动进行专项控烟工作, 起到一定效果, 但缺乏长效控烟工作机制和系统控烟规划。

(4) 定期检查, 无执法力度。2008 年 5 月以来, 全市共组织监督检查公共场所 427392 户次, 劝阻在禁烟场所吸烟者 65667 人次, 除了进行警告和责令改正外, 没有其他行政处罚, 执法力度微弱。

(5) 奥运遗产, 没发扬光大。北京无烟奥运的成功, 留下了丰厚的健康遗产, 政府立法、广泛宣传、部门协作、公众支持等成功经验, 没有被发扬光大。

(6) 宣传教育, 需持之以恒。每逢大型活动期间全媒体立体式的无烟宣传教

育，像打运动战似的，未能持之以恒；未能充分利用新媒体，在内容和形式上与时俱进。

2. 北京市居民吸烟状况及烟草流行特点。

(1) 居民吸烟整体状况。总体吸烟率从 1997 年的 34.50% 下降到 2011 年的 20.89%，平均每年下降 0.97 个百分点；被动吸烟率从 1997 年的 54.2% 下降到 2008 年的 25.6%；吸烟人群以轻度烟草依赖为主；居民对控烟法规规章的知晓率高达 80% 左右；居民认为吸烟有害健康高达 90%；75% 以上的居民意识到不吸烟者有拒吸二手烟的权利；等等。

(2) 男性居民仍是控烟重点。北京市 6 次调查结果显示，北京市居民的总体吸烟率一直呈稳步下降趋势，总吸烟率、男性吸烟率、女性吸烟率分别下降了 13.61%、15.25% 和 5.77%。虽然男性吸烟率下降幅度较女性大，但女性吸烟率已低至 2.99%，而男性吸烟率仍高居 40% 以上，且近几年不降反略升，可见男性居民的控烟工作已接近瓶颈，控烟工作重点仍在男性居民。

(3) 青少年控烟工作任重道远。1997 年调查中 25~30 岁年龄组人群的吸烟率为各年龄组中最高，后 5 次调查显示该年龄组吸烟率下降最明显；而 15~20 岁年龄组人群的吸烟率始终起伏不定，结合起始吸烟年龄在 25 岁之前占 80~84% 来看，青少年控烟工作任重道远。

(4) 戒烟执行不力，应加强戒烟宣传教育。对北京市连续调查中不同年龄段人群吸烟率变化可以看出，虽然吸烟率最高的年龄组不同，但很可能是同一批吸烟人群，如 1997 年、2001 年、2007 年、2011 年分别是 25~30 岁年龄组、35~40 岁年龄组、45~50 岁年龄组、50~55 岁年龄组吸烟率最高，这可能是同一批吸烟人群在不同调查时间形成的吸烟率，如事实如此则可见戒烟不力。此外，对吸烟人群调查显示明确会戒烟的仅 14.23%，明确不会戒烟的高达 24.85%，还有很大部分属于可争取的对象，可见应进一步加强戒烟教育。

(5) 戒烟服务疲软，应加强戒烟服务宣传和能力建设。吸烟者和戒烟者知晓医院开设戒烟热线的不及 30%；医务人员问及吸烟史和有医务人员建议戒烟的比例也不高，可见戒烟服务疲软。现吸烟者知晓医院开设戒烟热线、医务人员问及吸烟史、有医务人员建议戒烟的比例均低于已戒烟者，可见戒烟服务可能对成功戒烟有帮助，应进一步加强戒烟服务宣传和能力建设。

(6) 吸烟是受职业、文化教育、收入水平、婚姻状况等多因素影响的社会行为。具有明显的职业特点，与个人受教育水平相关。从事简单体力劳动的企业工人和农民吸烟率较高，在校学生、医务人员和教师等人群吸烟率相对较低，这也间接地印证了受教育水平和吸烟率呈负相关关系。收入水平对吸烟率的影响呈双

向性,低收入人群一般学历较低、从事工作偏重于简单的体力操作,前些年调查中这部分人群吸烟率较高,随着社会经济文化发展,健康意识提高,物价上涨等因素影响,近几年低收入人群吸烟率降幅比中高收入人群更明显。婚姻状况的稳定性与居民吸烟率也有一定关系,婚姻关系稳定的已婚和未婚者吸烟率较低,婚姻关系不稳定的分居、离婚者吸烟率较高,近几年同居者吸烟率上升明显。应针对不同人群采取针对性控烟措施。

(7) 烟草依赖程度受年龄、性别、婚姻状况、教育文化水平等多因素影响,以轻度烟草依赖为主。吸烟人群中轻度烟草依赖约占 2/3;轻度依赖性年龄呈两边高中间低分布,高度依赖恰相反;女性吸烟群体中烟草依赖程度低于男性;异常婚姻状况与烟草依赖程度负相关;教育文化程度与烟草依赖程度负相关。应针对不同烟草依赖的吸烟者采取针对性控烟措施。

(8) 被动吸烟和戒烟原因提示应重点开展无烟家庭活动。北京市整体被动吸烟率在 25~35%之间,低于全国平均水平,但家中室内、公共场所和工作场所依然是被动吸烟重灾区,达 40%以上。应进一步加强公共场所和工作场所无烟环境建设。结合吸烟者戒烟原因主要源于家庭反对吸烟和为家人孩子健康考虑,可以重点开展无烟家庭活动。

(9) 公众控烟态度积极,健康知识权利意识待加强。吸烟有害健康的认知高达 90%左右,拒绝二手烟权利的认知也高达 80%左右;但吸烟劝阻率却不及 1/3,且有近 1/3 居民认为禁止吸烟是对吸烟者权利的侵犯;禁烟法律法规知晓率高达 80%左右,而了解内容仅一半,不同烟草依赖程度差别不大;对烟草误导宣传能准确认知的仅 1/3;积极支持控烟执法,约 2/3 居民认为应建立专职控烟执法队伍,85%的居民希望全面禁烟,烟草依赖程度与支持率负相关。对吸烟者和场所经营者罚款金额意向分别以 20 元以下和 1000~3000 元比例最高,烟草依赖程度与罚款金额意向负相关。应积极引导公众控烟的积极性,辅以针对性的健康知识、控烟权利等宣传教育,鼓励公众参与控烟;适当提高处罚力度,提高执法效能。

(10) 应采取综合控烟措施并有所侧重。综上烟草流行趋势分析,北京市今后的控烟工作应从源头抓起,重心放在在校学生、刚毕业大学生和刚入职的年轻职工上,通过各种途径和方式加强吸烟有害健康的宣传教育,使其从思想上摒弃吸烟行为;开展无烟家庭活动,加强戒烟和戒烟服务宣传,提高戒烟服务能力,有效促进戒烟;进一步完善公共场所和室内工作场所禁止吸烟的有关法律法规,从制度上对吸烟者进行约束;加强宣传,唤醒非吸烟者拒绝二手烟的权力意识,通过综合措施切实降低居民吸烟率。

3. 北京市控烟政策效果评价。对《北京市公共场所禁止吸烟的规定》和《北

京市公共场所禁止吸烟范围若干规定》进行立法后评估,涉及的十类完全禁烟公共场所中,领导重视禁烟工作,大部分都达到80%以上的完全禁烟率,实施效果基本达到法规设定要求;实施收益大于实施成本,属于合理、有效的法规条例。2008年借助无烟奥运,北京市将控烟工作推向了高潮,先后对餐饮业、旅店业和出租车行业等重点行业实施严格控烟制度,辅以全方位的立体宣传,实现了既定无烟奥运的目标。此外,无烟医院、戒烟门诊、中小学校禁烟、医疗卫生禁烟等各项工作有序开展,效果显著。

4. 存在问题和政策建议。

(1) 存在问题。北京市控烟成效显著的背后,也存在一系列亟待解决的问题。北京市男性吸烟率近年来一直维持在41%左右的较高水平,初步呈现瓶颈状态;15~20岁年龄组人群的吸烟率起伏不定;居民对建立专职执法队伍意向迫切;居民知晓FCTC的只有40%左右;知晓医院开设戒烟热线的比例不及30%;医务人员问及吸烟史和有医务人员建议戒烟的比例也不高;烟民戒烟意愿不强烈;对烟草公司诸如“低焦油就是低危害”的误导宣传认知不清;居民对吸烟者进行劝阻的仅有20~30%,约30%的居民甚至认为禁止吸烟侵犯了吸烟者的权利;应完全禁烟场所卫生间的禁烟力度需进一步加强,公共交通工具实际禁烟效果不佳;餐饮业、宾馆旅店、小型商店和互联网服务类场所仍是禁烟执法难点,实际禁烟效果与设施建设不匹配;21%的单位在创建无烟单位后仍保留了吸烟区,仅有23.4%的单位实现吸烟区和无烟区的完全间隔;基层控烟执行主体缺乏专门工作经费;执法中存在缺乏明确执法依据和强制措施,处罚权不明晰,执法机构监管力度不够;北京市民禁烟需求强烈;等等。

(2) 政策建议。借鉴国内外控烟成功经验,结合北京市控烟实际,在原有各项工作基础上,引入公共治理理念,对北京市未来控烟体系的构建和控烟政策提出建议。在北京市控烟系统的结构组成和分工方面,建议确立一名市级烟草控制总负责人并充分表达在北京地区全面控烟的意愿和承诺,组建由市爱卫会牵头,卫生、教育、交通、工商、食药、宣传、监察等多部门参与的并充分吸纳控烟多元主体的北京市烟草控制工作委员会。根据国家的立法和政策制定北京市烟草控制规划,各部门制定并实施部门内烟草控制方案,通过法制建设、行政管理、健康教育和社会支持策略,充分发挥控烟多元主体的积极性,在立法、执法、教育、科技、文化、宣传等多领域开展工作。

5. 本文创新点、不足及进一步研究方向。

(1) 可能的创新点。

一是系统全面的政策分析。本文首次对省级城市的控烟政策进行系统全面的

分析,从政策与实施回顾,到吸烟状况描述,到法规实施评价,形成一个完整的逻辑分析链,并通过三者的相互佐证实现对北京控烟政策的完整分析。系统的全链条的分析,避免了以往其他学者只攫取部分问题进行单点研究的局限;对政策效果和效率进行重点分析,更客观、具体、详实的反应北京控烟的成效和问题。

二是长时段跨度跟踪评价和综合全面调研数据分析。本文首次对北京市十余年的控烟政策进行系统回顾和分析,填补了国内长时段控烟政策跟踪研究的空白,在国际相关研究领域也属创新。通过长时段跨度来消除个别大事件的影响,对多影响因素进行综合评价,避免了各项政策的干扰偏倚。文中既有长跨16年监测数据的纵向对比分析,也有整体法规实施效果的横断面评价;既有各重点行业监测数据的独立评估,也有无烟奥运实施效果的个案评价。对一手调查数据的全角度分析,摆脱以往研究中单项政策各自为政的弊端,点面结合,实现整体评估同时兼顾各项政策的独立评估,结果更真实客观,亦更有利政策建议有的放矢。

三是切实可行的组合政策建议。本文首次将公共治理理论运用在控烟领域,打破国内以政府控烟为主导的现状。通过对调查数据系统全面的定量分析,结合实证分析结果,从公共治理的视角,为北京市未来控烟工作给出重构控烟系统和控烟策略的政策建议,着力推进北京控烟发展,为北京实现“十二五”规划控烟目标提供支持,为国内兄弟省市控烟提供参考,为世界发展中国家控烟提供借鉴,为北京建设“世界无烟之都”的构想奠定基础,并最终为提高北京居民平均期望寿命贡献力量。

(2) 不足及进一步研究方向。本研究部分数据来自既往调查数据,可能存在一定偏倚;数据为全市层面,缺乏小范围的微观分析;鉴于流动人口数据获取困难及存在偏倚可能,本文借鉴国内外相关研究以常住人口总数作为分析标准有待进一步斟酌;时间跨度较大,期间经历2008年北京奥运会等大事件,对评估结果可能产生影响;成本-效益分析中,由于数据取得困难和能力所限,进行了多变量估算,结果欠精细。进一步研究考虑两个方向,一是选取代表辖区,进行小范围的整体控烟策略实施和效果评估;二是选取重点行业或重点控烟策略进行跟踪研究。

参考文献

- Boffetta P, Aagnes B, Weiderpass E, et al. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs[J]. Int J Cancer, 2005, 114(6):992-995.
- Chen, X., Zheng, H., Sussman, S., Gong, J., Stacy, A., Xia, J., et al. Use of the Fagerstrom tolerance questionnaire for measuring nicotine dependence among adolescent smokers in China: A pilot test. Psychology of Addictive Behaviors, 2002, 16, 160-263. doi:10.1037/0893-164X.16.3.260.
- Liu B Q, Peto R, Chen Z M, et al. Emerging tobacco hazards in China: Retrospective proportional mortality study of one million deaths[J]. BMJ, 1998, 317 (7170):1411-1422.
- Steven A, Schroeder. Tobacco Control in the Wake of the 1998 Master Settlement Agreement[J]. The New England Journal of Medicine, 2004(3):293-310.
- The GTSS Collaborative Group. A cross country comparison of exposure to secondhand smoke among young [J]. Tobacco Control, 2006, (Suppl II):ii4-ii19.
- World Health Organization. Tobacco: deadly in any form or disguise[R]. Geneva, 2006.
- World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control[R]. Annex2: History of the WHO FCTC process. Geneva: WHO, 2003.
- World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control overview[R]. Geneva: WHO, 2003.
- World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package [R]. Geneva, 2008.
- Yang GH, Fan LX, Tan J, et al. Smoking in China: findings of the 1996 National Prevalence Survey[J]. JAMA, 1999, 282(13):1247-1253.
- 北京肺癌发病死亡率居首吸烟是致癌首因 [EB/OL]. <http://www.yongyao.net/newshtml/d4bab59a-0fff-4d2f-b059-5ba2387d5cff.htm>, 2013-10-22.
- 北京市卫生局, 《北京卫生年鉴》编辑委员会. 北京卫生年鉴 2008 [M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2008: 8.
- 北京市卫生局, 《北京卫生年鉴》编辑委员会. 北京卫生年鉴 2012 [M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2012: 5.
- 陈晨, 李学军, 袁媛媛, 等. 天津市成人吸烟及被动吸烟现状调查[J]. 中国健康教育, 2008, 24(9): 703-705.
- 陈秀弟. 医务人员吸烟 KAP 研究——一项关于温州市某医院的调查[J]. 中国卫生事业管理, 2008, 25(8): 564-566.
- 崔小波, 孙贤理, 王亚东, 等. 《北京市公共场所禁止吸烟的规定》2001 年执行情况居民抽样调查报告[J]. 中国健康教育, 2002, 18(1): 22-24.
- 崔小波, 周裕斌, 郭爱民, 等. 《北京市公共场所禁止吸烟的规定》1996-1997 年执行效果评价[J]. 中国健康教育, 1998, 14(5): 5.

- 崔小波.对北京市控烟工作十二五规划的建议[J].中国卫生法制, 2010, 18 (5): 34.
- 董彩婷, 兰亚佳, 杨青, 等.成都市 25 位医院院长控烟知信行调查[J].中华预防医学杂志, 2005, 39 (3): 221-222.
- 郭欣, 邓瑛, 陶立元.北京市中小学校控烟效果评价[J].中国学校卫生, 2008, 29 (8): 772.
- 胡鞍钢, 胡琳琳.从消极控烟国到积极控烟国[J].中国卫生政策研究, 2011, 4 (3): 17.
- 黄弋冰, 郑频频, 傅华.中国控烟干预策略的研究综述[J].环境与职业医学, 2011, 28 (3): 172.
- 江滨, 王文志, 吴升平, 等.社区人群控烟方法及其效果评价[J].卫生研究, 2003, 32 (5): 477-479.
- 李恩昌, 彭松, 王飞.从烟草的巨大危害看国家的控烟责任[J].中国卫生事业管理, 2009, 10: 652-653.
- 李玲, 陈秋霖, 贾瑞雪, 等.中国的吸烟模式和烟草使用的疾病负担研究[J].中国卫生经济, 2008, 27 (1): 26-30.
- 李翔, 郑频频, 傅华, 等.《上海市公共场所控制吸烟条例》实施半年的效果评价[J].中国健康教育, 2011, 27 (10): 735-739.
- 林益强, 严玲, 孙建新.“代际交流”在控烟健康促进中的应用[J].中国健康教育, 2000, 16 (11): 675-677.
- 刘熹, 罗远沛, 熊茂德, 等.成都市控烟社会环境分析[J].预防医学情报杂志, 2002, 18 (4): 327-328.
- 刘远立.中国的控烟形势与任务[R].北京, 2010.
- 陆轶, 张进.上海市控烟立法北京与内容综述[J].中国卫生法制, 2010, 18 (2): 20.
- 钱跃升, 武轶农, 于文平, 等.中学生吸烟现状及相关因素分析[J].中国学校卫生, 1999, 20 (2): 97-98.
- 渠滢.北京市控烟执法工作的完善路径分析[J].法制与社会.2011 (11): 84.
- 王文志, 吴升平, 谢立亚, 等.社区群体水平健康教育与控烟效果评价[J].中国慢性病预防与控制, 1997, 5 (1): 31-32.
- 王轶.《上海市公共场所控制吸烟条例》实施情况调研[J].法制与社会, 2013 (2): 83-86.
- 文孝忠, 陈维清, 梁彩花, 等.健康促进学校干预模式对学校和家庭控烟环境的影响[J].中国学校卫生, 2007, 28 (3): 207-209.
- 翁心植, 洪昭光, 陈丹阳, 等.1984 年全国五十万人吸烟抽样调查.心肺血管病杂志[J].1986(2): 44.
- 吴楠.对我国控烟立法的反思与重构[D]:[硕士学位论文].成都:西南交通大学, 2010.
- 新版《烟草地图》展示烟草在世界各地导致的死亡人数 [EB/OL].
http://www.tobaccochina.com/news_gj/roundup/wu/20099/20099381030_375552.shtml ,
2013-10-22.
- 新探健康发展研究中心.中国控烟现状与评析.第 12 届全国吸烟与健康学术研讨会暨第二届烟草控制框架公约论坛论文集[C].深圳: 会议论文, 2005: 132.
- 杨功焕, 胡鞍钢.控烟与中国未来[M].北京: 经济日报出版社, 2011: 26, 52-64, 58, 101-103, 109.

- 杨功焕, 马杰民, 刘娜, 等. 中国人群 2002 年吸烟和被动吸烟的现状调查[J]. 中华流行病学杂志, 2005, 26 (2): 77-83.
- 杨功焕. 1996 年全国吸烟行为的流行病学调查[J]. 中国肿瘤, 1992, 7 (2): 3-5.
- 杨廷忠. “女同学参与”控烟效果观察[J]. 现代预防医学, 1996, 23 (1): 46-47.
- 杨寅. 我国控制吸烟地方立法研究[J]. 行政法学研究, 2012, 4: 12.
- 岳经纶, 陈泽涛. 不情愿的控烟运动: 中国控烟政策的发展及其局限[J]. 公共管理研究, 2008, 6: 137-138.
- 张可友, 毕宏琪, 王华敏, 等. 山东省威海市长征小学“我劝爸爸不吸烟”活动案例分析[J]. 中国健康教育, 2000, 16 (5): 281-282.
- 郑频频, 符英英, 杨顺英, 等. 基于社会认知理论的小组戒烟研究[J]. 复旦学报: 医学版, 2006, 33 (2): 187-191.
- 郑榕. 烟草税在全球控烟中的运用及中国烟草税制的改革[J]. 税务研究, 2009 (10): 54-58.
- 中国疾病预防控制中心. 流行病通讯[J]. 2011, 5 (1): 14.
- 仲学锋, 祖光怀, 徐剑峰, 等. 同伴教育对中学生吸烟行为干预效果的评价[J]. 中国学校卫生, 2001, 22 (5): 405-406.
- 朱锡莹. 关于吸烟行为团体干预法的研究[J]. 心肺血管病杂志, 1998, 17 (2): 139-142.
- 朱秀敏. 谈倡导公众意识与控烟——解读《烟草控制框架公约》. 中国社区医师 (综合版), 2007, 9 (14): 3.
- 朱燕红, 向伦辉. 《上海市公共场所控制吸烟条例》颁布前后居民控烟知信行现状和控烟环境调查[J]. 中国健康教育, 2011, 27 (10): 658-660.

声 明
