

البحث الموجز حول التبغ لتحالف مواجهة الأمراض غير المعدية NCD

المنتدى العالمي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2011: مواجهة تحديات الأمراض غير المعدية، موسكو

أول مؤتمر وزاري علمي حول الأساليب الحياتية الصحية ومكافحة الأمراض غير المعدية

موسكو، في 27 و 28 و 29 من إبريل

"أكثر الأولويات الواجب القيام بها على نحو عاجل وفوري هي مكافحة التبغ"- جريدة لانسيت (إبريل 2011)

"يجب أن يقوم التغلب على العوائق في تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ بدور مركزي"- مركز الدراسات الاستراتيجية والدولية (فبراير 2011)

يدعو التحالف لمواجهة الأمراض غير المعدية لتنفيذ فوري ومؤثر للاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ:

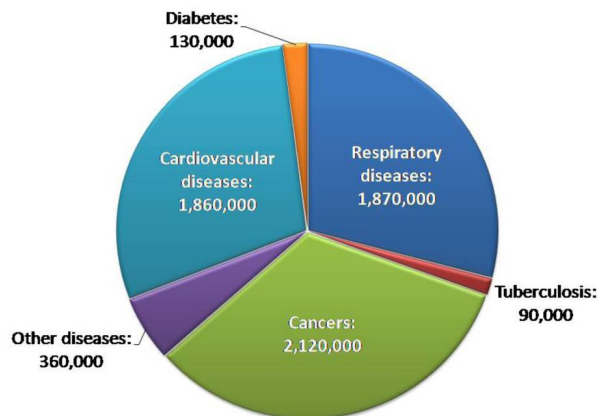
• وكنوع من الاستثمار المستدام ذو النتائج الفعالة الذي سيسهم بدوره في إنتاج تعداد سكاني عالمي أكثر صحة وقدرة وإنتاجية بغرض:

• زيادة مزايا الاستثمار التي وضعت بالفعل لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

التبغ: خطر على الصحة

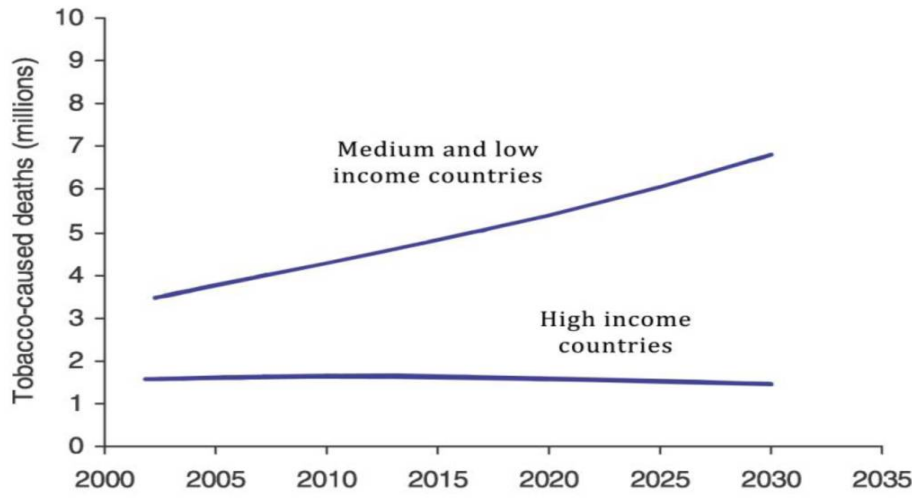
التبغ هو شيء مألوف للغاية حيث أن ربع البالغين عالمياً يستخدمونه كما أنه من السهل ملاحظة كم الخطورة غير الاعتيادية التي يسببها التبغ على صحة البشر. وبصفته عامل الخطورة الأوسع المشترك ضمن الفئات الرئيسية للأمراض غير المعدية، نجد أن استهلاك التبغ حالياً يتسبب في 1 إلى 6 حالات وفاة تنتج عن الأمراض غير المعدية. علاوةً على ذلك، نجد أنه يمكن تجنب 1 من 5 حالات وفاة تنتج عن مرض السل إذا كان الوالدان لا يدخان. هذا يعني أن هناك أكثر من 15000 شخص يفقدون حياتهم يومياً بسبب استهلاكهم التبغ ناهيك عن أن هناك أكثر من 1000 شخص يموتون يومياً جراء التدخين السلبي.

بحلول 2015، أشارت تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن التبغ سيسبب 6.4 مليون حالة وفاة.



وفي حين أنه من المتوقع انخفاض حالات الوفاة الناتجة عن التبغ بمقدار 9% فيما بين عامي 2002 و2030 في الدول مرتفعة الدخل، وما لم نتخذ رد فعل أقوى حالياً، فإن هذا الرقم سيتضاعف من 3.4 إلى 6.8 مليون في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل بحلول عام 2030.

عدد الوفيات سيتضاعف في الدول منخفضة و متوسطة الدخل



وبخلاف الملاريا أو الإيدز أو الأمراض الاستوائية المهملة التي تقوم فيها البعوضة أو الفيروس أو الطفيل بدور الناقل، نجد أن التبغ له ناقل بشري في صورة صناعة غنية وقوية ومتعددة الجنسيات. تحد عائدات صناعة التبغ من الناتج القومي الإجمالي في العديد من البلدان، كما أن الصناعة قد استغلت ملياراتها لتسوق منتجاتها بكل قوة في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل. وبما أن العالم يكافح لخفض الفقر وعلاج الأزمة المالية وعدم الأمن الغذائي وتغير المناخ، إلا أنه لا يمكن لأي دولة أن تتحمل العواقب الصحية أو الاقتصادية أو البيئية لاستهلاك التبغ.

التبغ: عائق أمام التنمية

يعوق استهلاك التبغ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية. يموت نصف المدخنين من استهلاكهم للتبغ ونصف حالات الوفاة هذه تحدث خلال سنوات الإنتاجية الاقتصادية في منتصف العمر أي من 35 إلى 69 سنة. في معظم الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، نجد أن الفقراء غالباً هم الذين يدخنون، وبالتالي، فهي الفئة المستضعفة التي تتحمل العبء الأكبر من الفقر والمرض الناتجين عن التبغ. في الدول منخفضة الدخل، نجد أن عمليات شراء التبغ يمكنها إهدار حتى 10% من إجمالي النفقات المنزلية لأن النقود المنفقة لا تُستغل في الضروريات الأساسية مثل الغذاء والتعليم والرعاية الصحية. أيضاً استهلاك التبغ يحرم العائلات من الأجور عندما يصاب رب الأسرة بأمراض مزمنة مما يثقل كاهله بتكاليف هائلة للسداد مقابل الدواء والإقامة بالمستشفى وغيرها من الرعاية الطبية.

وبلا شك، نجد أن استهلاك التبغ يقف كعائق كبير أمام مكافحة "الأمراض الرئيسية التي تصيب البشرية" حسبما أشير إليها في المؤتمر السادس للأهداف الإنمائية للألفية. فاستهلاك التبغ يعوق أيضاً التوجه نحو تحقيق الأهداف الأخرى الإنمائية للألفية بما في ذلك الأهداف حول المساواة بين الجنسين وصحة الأم والطفل. بالرغم من أن عدد النساء عالمياً في استهلاك التبغ أقل من الرجال وبخاصة في الدول منخفضة الدخل، إلا أنهن وأطفالهن عرضة بشكل كبير للتدخين السلبي المسؤول عن 600000 حالة وفاة على الأقل سنوياً ضمن غير المدخنين. تقع نصف حالات الوفيات هذه تقريباً ضمن النساء وأكثر من ربعها يقع ضمن الأطفال ممن هم دون الخامسة. غالباً ما يكون لدى النساء قليل من السيطرة على الأمور المادية المنزلية حيث أنه في الدول منخفضة الدخل التي يُنْفَق فيها المال على التبغ، نجد مدى معاناة صحة الأطفال وتعليمهم وبخاصة الإناث.

توجد أداة فعالة لعلاج مشكلة التبغ

هناك خاصية تميز وباء التبغ ألا وهي أنه بعد مرور أكثر من نصف قرن من الأبحاث والتحليل، نعرف كيف يمكن التقليل من هذا العبء. ليس هذا فحسب، بل لدينا مجموعة من إجراءات مكافحة التبغ الفعالة والمتفاوض بشأنها دولياً والمُلزِمة قانوناً بالإضافة للاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ التابعة لمنظمة الصحة العالمية التي وقَّع عليها كأطراف 170 دولة هي الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية حيث يُعتبرون أكثر من 85% من التعداد العالمي للسكان.

تقلل سياسات مكافحة التبغ الفعالة من الأمراض غير المعدية: ينخفض حدوث أمراض الأوعية القلبية وأمراض الجهاز التنفسي أولاً ويعقبه انخفاض في السرطان والأمراض الأخرى ومن ثم الانخفاض في تكاليف الرعاية الصحية وزيادة الإنتاجية مما ينتج عنه أيضاً عائدات كبيرة لدى الحكومة. يمكن لزيادة الضرائب على التبغ أن تؤتي ثمارها أكثر من أي إجراء آخر وذلك لخفض استهلاك التبغ على المدى القصير على الأقل. يمكن للضرائب على التبغ المُهيكلَة بشكل مناسب السداد مقابل مكافحة التبغ للعمل على الأمراض غير المعدية أو أي أهداف عامة مفيدة أخرى قد تختارها الحكومة.

ومنذ العمل بها في منظمة الصحة العالمية في عام 2003، نجد أن الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ قد قامت بدور كبير في تعجيل العمل بالسياسات الفعالة لمكافحة التبغ حول العالم. المؤلفات الأدبية الأكاديمية حول مدى الفعالية والوفرة في التكلفة التي تقدمها سياسات مكافحة التبغ وتدخلاتها هي شاملة للغاية وصارمة بشكل علمي. فالمعرفة المتراكمة وعقود الخبرة الخاصة بتنفيذ البرنامج قد تم استخدامها لصياغة المجموعة الشاملة من الإجراءات الخاصة بسياسة وبرنامج الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ. تؤكد الاتفاقية على التدخل بسياسة خفض التكلفة والتأثير على مدى التعداد السكاني في كافة أنماط البلدان، كما أنها تعترف بأن أكثر التدخلات فعالية هي التي تعزز بشكل متبادل حيث أنه تجدر الحاجة لاستراتيجية شاملة لخفض العبء العالمي من الأمراض الناتجة عن استهلاك التبغ.

الدليل لبعض التدخلات الرئيسية الخاصة بالاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ

• تقلل زيادة أسعار التبغ عن طريق الضرائب من استهلاك التبغ كما أنها تحد من إقبال الشباب على استهلاك التبغ بالإضافة إلى أنها تُحفِّز الناس إلى الإقلاع عن التدخين في حين يمكن للعوائد الحكومية أن تزداد. أظهرت العديد من الدراسات في البلدان مرتفعة

الدخل أن الزيادة بمقدار 10% في سعر السجائر يقلل من الاستهلاك بنسبة 4%. وتشير البيانات المتاحة إلى أن الاستهلاك في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل يستجيب بشكل أكبر تجاه السعر. فمثلاً، ستصبح الانخفاضات التقريبية حوالي 5.5% في الصين و 5.2% في المكسيك و 5.4% في جنوب إفريقيا. بالنسبة لمنتجات التبغ فضلاً عن السجائر المصنعة، نجد أن الدراسات بشأنها نادرة بعض الشيء بالرغم من ظهور آثار مشابهة.

- أوامر الحظر الشاملة على إعلانات التبغ والترويج والدعم ليست باهظة الثمن لتنفيذها كما أنها تعتبر فعالة في تقليل الاستهلاك. إنها أوامر هامة وبخاصة في البلدان التي يقل فيها انتشار استهلاك التبغ لكنه في تصاعد.
- الأماكن العامة وأماكن العمل الداخلية التي يحظر فيها التدخين هي عامل هام في خفض التعرض للتدخين السلبي و"زيادة مدى احتمالية المدخنين للإقلاع عن التدخين بنجاح". التحذيرات الصحية الموجودة على عب التبغ هي طريقة رخيصة الثمن وسهلة لتوعية المدخنين الحاليين ومن يتوقع قيامهم بالتدخين مستقبلاً.
- تم تقييم الحملات الإعلامية بشكل صارم حيث أظهرت أنها فعالة للغاية في خفض كلاً من استهلاك الشباب والبالغين للتبغ. فالتدخلات منخفضة التكلفة مثل العمل مع الصحفيين لعمل تغطية إعلامية مناسبة لمواضيع مكافحة التبغ قد استخدمت بنجاح في العديد من البلدان.
- إن مساعدة المستخدمين على إنهاء إدمانهم للتبغ يُكْمَل من المفاهيم واسعة الانتشار تجاه مكافحة التبغ. تحفز مفاهيم السياسة مستهلكي التبغ على محاولة الإقلاع. يمكن للتدخلات المثبتة مثل تقديم المشتغلين بالصحة للنصائح الموجزة حول كيفية الإقلاع أن تصل لعدد كبير من مستهلكي التبغ وبتكلفة منخفضة. بالنسبة لهؤلاء الذين لا يستطيعون الإقلاع، فإن أنماط العلاج المثبتة تعتبر موفرة في التكلفة للغاية مقارنةً بعلاج الأمراض الناتجة عن التبغ.

دفع تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ

تم التقدم الكبير في العمل على التغيير في السياسة منذ أن أصبحت الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ قيد التنفيذ في عام 2005. وقبل هذا الوقت، قامت خمس بلدان بسن قوانين شاملة لحظر التدخين، والآن أكثر من 60 دولة حول العالم قد تبنت قوانين دولية ومحلية لحظر التدخين حيث ان بعضها قد عمل بالفعل على تقييم المزايا السريعة على الجانب الصحي. ومنذ العمل بتوجيهات الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ في عام 2008 بشأن وضع العلامات على منتجات التبغ، نجد ازدياداً حاداً في عدد البلدان التي وضعت تحذيرات مصورة على عب التبغ حتى وصل العدد إلى 39 حيث يعمل العديد في إطار وضع تحذيرات كبيرة مصورة. انظر شكل 3.

بالرغم من هذه النجاحات، لم يكن التنفيذ سريعاً أو قوياً في العديد من البلدان.

ثلاث خطوات واضحة لتحقيق التقدم مستقبلاً:

- زيادة الاستثمار بالكامل بالنسبة للبلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل
- تعزيز الالتزام والتعاون من جانب الحكومة

• وقف تدخل صناعة التبغ في سياسة الصحة

زيادة الاستثمار بالكامل

تحتاج كافة البلدان إلى القدوة على تصميم سياسات بشكل جيد وتشريعها وتفعيل القوانين والتشريعات الحالية. يُعتبر العائد على هذا الاستثمار هائلاً، وفي بعض الجوانب فورياً. تحتل البلدان منخفضة ومرتفعة الدخل 80% من حالات الوفيات العالمية الناجمة عن التبغ، لكن إنفاقها على مكافحة التبغ يساوي 1% من الإنفاق العالمي المعلن عنه من جانب الحكومات. معظم برامج التبغ القومية لا تحتوي على ما يكفي من الموارد وأطقم العاملين، ولتجنب التكاليف الهائلة بشرياً واقتصادياً الناجمة عن استهلاك التبغ، علينا الاستثمار بوضع السياسة الفعالة لمكافحة التبغ في مكانها الصحيح.

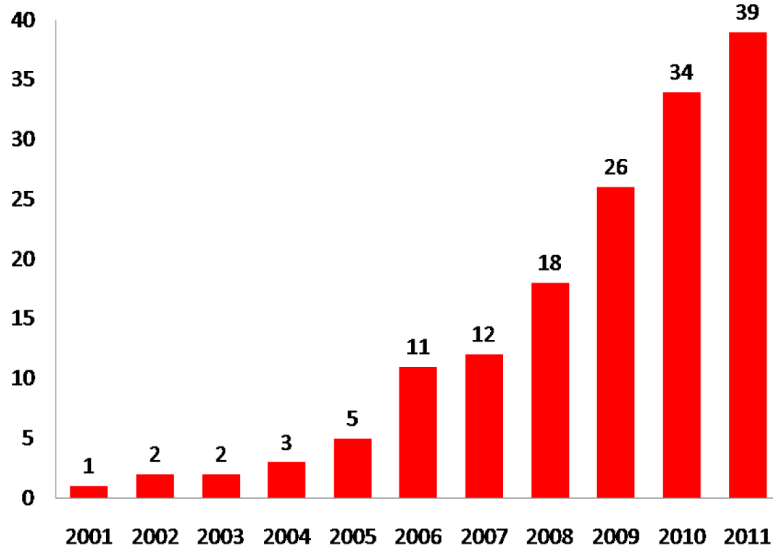
تعزيز الالتزام والتعاون من جانب الحكومة

بالنسبة لبعض أغلب التدخلات الفعالة في صناعة التبغ، نجد أن الإدارات الحكومية فضلاً عن الإدارة الصحية في حاجة لقيادة تطوير السياسة وتنفيذها. على سبيل المثال، نجد أن الضرائب على التبغ ومكافحة المتاجرة غير المشروعة هي تقع بالأساس تحت مسؤولية وزارة المالية والجمارك، وفي بعض البلدان، تقع زراعة التبغ وتصنيعه تحت مسؤولية وزارات الزراعة والتجارة. الالتزام السياسي عالي المستوى من كافة جوانب الحكومة هو شيء ضروري لاحترام العمل بالاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ "لتطوير ودعم الإجراءات الشاملة متعددة القطاعات والاستجابات المنسقة وذلك على كافة الأصعدة قومياً وإقليمياً ودولياً" بغرض تنفيذ سياسات مكافحة التبغ القوية وخفض استهلاك التبغ وإنقاذ الأرواح.

وقف تدخل صناعة التبغ في سياسة الصحة

إن التحدي لاحتواء الأمراض غير المعدية والقضاء عليها هو شيء عظيم جداً يستدعي تكاتف كافة قطاعات المجتمع حسبما دعى لذلك مؤخراً اجتماع منظمة الصحة العالمية عالي المستوى في العاصمة الكورية سول. القطاع الخاص له دور هام في هذا لكن لن يكون هناك أي حل وسط لصناعة التبغ التي لا يمكنها القيام بأي دور في تحديد السياسة بشأن الصحة. وفي الواقع، نجد أن جميع البلدان الأطراف في الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ قد وافقت على أن هناك "تعارض جذري لا يقبل المساومة بين مصالح صناعة التبغ ومصالح سياسة الصحة العامة" حيث أن حكوماتهم ستعمل على حماية هذه السياسات. رد الفعل لمراقبة مدى تأثير صناعة التبغ والتدخل في عملية صنع السياسة وأثناء التنفيذ لهو شيء حيوي.

الدول تحتاج إلى وجود التحذيرات الصحية المصورة على عب التبع



"يجب أن تكون مكافحة التبغ العالمية هي المحرك الرئيسي"

هذا هو استنتاج إحدى المؤسسات العالمية غير المشهورة في مجال السياسة العامة وهي مركز الدراسات الاستراتيجية والدولية وذلك في معرض تحليلها لمدى إمكانية اجتماع الأمم المتحدة عالي المستوى حول الأمراض غير المعدية (19-20 سبتمبر 2011) لإبراز الأمراض غير المعدية على الساحة العالمية. العديد من أشهر علماء العالم والمنظمات الرئيسية غير الأهلية والعاملين بمجال الصحة العامة في البلدان منخفضة ومتوسطة وعالية الدخل هم مشتركون بالفعل في ترتيب البيانات واقتراح التدابير الأولوية لتحقيق تقدم فوري ومستدام.

ألقى مؤتمر الأطراف "الجهة الحاكمة للاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ" الضوء على مؤتمر قمة الأمراض غير المعدية في اجتماعه الأخير ودعى لاتفاق دولي لتنفيذ الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ وحشد المساعدات التنموية الإضافية للحد من استهلاك التبغ.

وكما أشارت جريدة لانسييت، التقدم الذي حققناه على مستوى المعايير الحياتية في القرن الماضي هو الآن "مهديد بأزمات من صنعنا نحن". وفي إطار مواجهة التحديات العالمية الكبيرة على تغيرات المناخ وانعدام الأمن المالي والغذائي، لا يمكننا الفشل في مواجهة أزمة حيث لدينا المعرفة والأدوات للتعامل معها – أزمة الأمراض غير المعدية.

ما الذي نحتاج إليه؟ التزام.

على الصعيد العالمي

- تحديد هدف عالمي قصير الأجل مثل خفض قدره 20% من انتشار استهلاك التبغ بحلول 2016. يجب أن يصاحب ذلك الطموح بجانب الأهداف القومية/ الإقليمية القابلة للتحقيق، كما أن الهدف العالمي يجب مراجعته بانتظام.

- زيادة الإنفاق العالمي على مكافحة التبغ وبخاصة تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ وذلك للوصول إلى هدف معين يتم الاتفاق عليه بين الدول الأعضاء.
- تكامل تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ مع برامج ومخططات دعم التطور الخاصة بالأمم المتحدة ووكالات التطوير ثنائية ومتعددة الجوانب.
- دمج مؤشرات مكافحة التبغ ضمن أي بنود لاحقة للأهداف الإنمائية للألفية.
- تشجيع البلدان التي لم تقم بذلك بعد بالتصديق على الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ
- حماية سياسة الصحة العامة من المصالح المكتسبة لصناعة التبغ.
- على الصعيد القومي
- تزويد الإدارات الحكومية ذات الصلة بتفويض سياسي قوي لتعجيل تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ
- الالتزام برفع رسم الإنتاج على التبغ سنوياً بحيث ينخفض الاستهلاك
- تطوير استراتيجية قومية لتحقيق تخفيضات مستمرة ومستدامة في الاستهلاك جراء الزيادات على ضرائب التبغ
- دمج مكافحة التبغ ضمن كافة الخطط القومية ذات الصلة بالنسبة لخفض الصحة والتطوير والفقير
- تحديد الاحتياجات من الموارد والقدرة الفنية اللازمة للتنفيذ الفعال
- حماية سياسة الصحة العامة من المصالح المكتسبة لصناعة التبغ.

References

- 1 Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al. (2011) Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, Early Online Publication, 6 April 2011doi:10.1016/S0140-6736(11)60393-0
- 2 Sridhar D, Morrison J, Piot P. (2011) *Getting the Politics Right for the September 2011 UN High-Level Meeting on Noncommunicable Diseases*, Washington DC. Global Health Policy Center, Center for Strategic and International Studies
- 3 NCD Alliance (2011) *Proposed Outcomes for the United Nations High-Level Summit on Non-communicable Disease*. <http://www.ncdalliance.org/node/3316>
- 4 Shafey O, Ericksen M, Ross H, Mackay J (2009) *The Tobacco Atlas*. www.tobaccoatlas.org
- 5 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: the 2008 Revision*. <http://esa.un.org/unpp/>

6 Beaglehole R, (op cit)

7 Slama K, Chiang C-Y, Enarson D, Hassmiller K, Fanning A, Gupta P, Ray C. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. Submitted for publication

8 Oberg M, Maritta JS, Woodward A, et al. (2010) Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*. Published Online November 26, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8.

9 Mathers C, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442.

10 Mathers C (op cit)

11 Bostic, C. (Ed.) *Tobacco Watch: Monitoring countries' performance on the tobacco treaty*. Geneva.

12 Guindon GE et al. *The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature*. Geneva, World Health Organization, 2006.

13 World Health Organization (2004) *Tobacco and poverty: a vicious cycle*. Geneva. World Health Organization.

14 World Health Organization (2011) *Systematic review of the link between tobacco and poverty*. Geneva. World Health Organization. (in press)

15 Efroymsen D, Ahmed S, Townsend J, et al. (2001) Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*;10:212-217.

16 Hoang M, Thu L, Tuan T, Van Kinh H, Efroymsen D, FitzGerald S. (2005) Tobacco over education: an examination of the opportunity losses for smoking households. *HealthBridge Vietnam*.

17 Hu T-w, Mao Z, Shi J, Chen W. *Tobacco taxation and its potential impact in China*. (2008) Paris. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

18 World Health Organization (2004) (op cit)

19 Millennium Development Goal 6. UN General Assembly (2000) Millennium Summit. Millennium Declaration, A/RES/55/2 para 19, New York United Nations. LANGUAGE VERSIONS - <http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/55/2>

20 Oberg M (op cit)

21 World Health Organization (2005) *The millennium development goals and tobacco control*, Geneva. World Health Organization.

22 www.who.int/fctc

23 Lightwood JM, Glantz SA. Short-Term Economic and Health Benefits of Smoking Cessation: Myocardial Infarction and Stroke. *Circulation*. 1997;96(4):1089-96

24 Jemal A, Thun MJ, Ries LA, et al. Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2005, Featuring Trends in Lung Cancer, Tobacco Use, and Tobacco Control. *J Natl Cancer Inst*. 2008;100(23):1672-94

25 Lightwood JM, Dinno A, Glantz SA. Effect of the California Tobacco Control Program on Personal Health Care Expenditures. *PLoS Med*. 2008;5(8):e178.

26 Parrott S, Godfrey C, Raw M. (2000) Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tobacco Control* 9(2):187-92.

27 Jha P, Chaloupka F. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC: World Bank, 1999.

28 World Health Organization (2010) *WHO technical manual on tobacco tax administration*. Geneva. World Health Organization.

29 Hu T-w (op cit)

30 Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, et al. (2010) *The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in Mexico*. Paris. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

http://www.tobaccofreeunion.org/assets/Technical%20Resources/Economic%20Reports/Mexico-Repo6rt_April2010_Online%20Final.pdf

31 Van Walbeek C. *The need for a new excise tax model for cigarettes in South Africa*. Personal communication. 2010

32 John R, Rao R, Rao M, et al. (2010) *The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in India*, Paris. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. www.tobaccofreeunion.org/assets/India_Tobacco_Economics_full_en.pdf

33 Saffer H and Chaloupka F. Tobacco (2000) Advertising: Economic Theory and International Evidence. *Journal of Health Economics* 19(6); 1117-37.

34 Gao J, Zheng P, Goa J, et al. (2011) Workplace smoking policies and their association with male employees' smoking behaviours: a cross-sectional survey in one company in China. *Tobacco Control*; 20; 131-136.

35 Bauer J, Hyland A, Li Q, et al. (2005) A Longitudinal Assessment of the Impact of Smoke-Free Worksite Policies on Tobacco Use. *American Journal of Public Health*; 95:1024-1029.

36 Hammond D, Fong G, McNeill A, et al. (2006) Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking : findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* ; 15; iii19-iii25.

37 National Cancer Institute (2008). *The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Tobacco Control Monograph No. 19.* Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 07-6242, June 2008.

38 Parrott S, Godfrey C, Kind P. (2006) Cost-effectiveness of brief intervention and referral for smoking cessation. *National Institute for Health and Clinical Excellence.* <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH1EconomicModellingReport.pdf>

39 Maciosek M, Coffield A, Edwards N, et al. (2006) Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *American Journal of Preventive Medicine.* 2006;31:52-61.

40 U.S. Department of Health and Human Services. *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010

41 Bostic, C (op cit)

42 World Health Organization (2009) *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Geneva.* World Health Organization. LANGUAGE VERSIONS - http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/index.html

43 World Health Organization (2011) *Seoul declaration on noncommunicable disease prevention and control in the Western Pacific Region.* 18 March 2011. Seoul, Republic of Korea. World Health Organization.

44 *Guidelines for implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on the protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry* http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3.pdf http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3.pdf

45 Beaglehole R (op cit)

46 *Fourth Conference of the Parties (2010) FCTC/COP4(17) Financial resources, mechanisms of assistance and international cooperation,* Punte del Este, Uruguay. http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_DIV6-en.pdf <http://apps.who.int/gb/fctc/E/index.html>

47 Beaglehole R (op cit)