

گزارش هم‌پیمانان علیه بیماری‌های غیر واگیر (NCD) و هم‌پیمانان معاهده‌ی کنترل دخانیات (FCA)

“بیماری‌های غیر واگیر، کنترل دخانیات و معاهده‌ی جهانی کنترل دخانیات”

“کنترل دخانیات، ضروری‌ترین و بالاترین اولویت است” (۱)

“غلبه بر موانعی که در سر راه اجرای معاهده کنترل دخانیات وجود دارد، می‌باید نقشی محوری داشته باشد”

(مرکز مطالعات راهبردی و بین‌المللی، فوریه‌ی ۲۰۱۱) (۲)

هم‌پیمانان علیه بیماری‌های غیر واگیر، به دنبال تسریع در اجرای معاهده کنترل دخانیات (FCTC) هستند (۳):

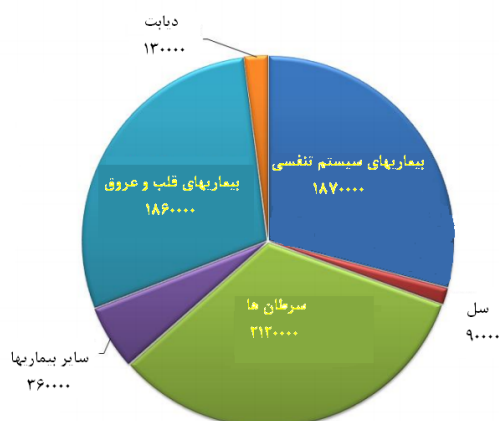
- این پیمان به عنوان یک سرمایه‌گذاری پایدار، با نتایجی آشکار، در ایجاد یک جمعیت سالمتر، توانا تر سهیم خواهد بود؛
- این پیمان، باعث افزایش مزایای سرمایه‌گذاری‌هایی خواهد بود که تاکنون برای دستیابی به اهداف توسعه‌ی هزاره (MDGs) انجام شده است.

دخانیات: خطری برای سلامتی

بیش از یک‌چهارم جمعیت جهان، دخانیات مصرف می‌کنند؛ دخانیات آن چنان به موضوعی عادی تبدیل شده است که به آسانی می‌توان زبان‌های آن را برای سلامت و رفاه بشریت آشکار کرد. مصرف دخانیات به عنوان تنها عامل خطر مشترک در چهار علت عمده‌ی بیماری‌های غیر واگیر و عامل ۱ مورد از هر ۶ مورد مرگ ناشی از بیماری‌های غیر واگیر است (۴). علاوه بر این، در صورت عدم مصرف دخانیات میزان مرگ ناشی از سل، ۲۰٪ کاهش می‌یابد (۵).

هر روز، بیش از ۱۵۰۰۰ نفر به علت مصرف دخانیات جان خود را از دست می‌دهند، و این رقم، ۱۰۰۰ نفری را که هر روز به علت استنشاق دود غیر مستقیم دخانیات می‌میرند، شامل نمی‌شود (۶).

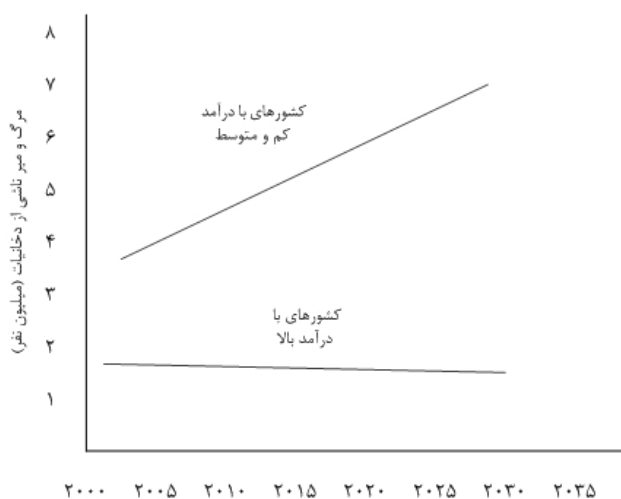
مطابق تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت، تا سال ۲۰۱۵، مرگ و میر ناشی از دخانیات به ۶/۴ میلیون نفر خواهد رسید (۹)



اگر چه طبق پیش‌بینی‌ها، مرگ‌های ناشی از دخانیات در کشورهای با درآمد بالا، بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۳۰ به میزان ۹٪ کاهش خواهد یافت، اما در صورت عدم اتخاذ اقداماتی قوی، این رقم در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، از ۳/۴ میلیون نفر به ۶/۸ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۱۰).

بر خلاف مالاریا، ایدز یا بیماری‌های گرمسیری، که ناقل آنها یک پشه، ویروس یا انگل است، دخانیات دارای یک ناقل انسانی به شکل یک صنعت بزرگ، نیرومند و چندملیتی است. درآمد صنعت دخانیات باعث کاهش تولید ناخالص داخلی بسیاری کشورها شده و میلیاردها دلار برای بازاریابی محصولاتش در کشورهای با درآمد متوسط و پایین خرج می‌کند (۱۱). در حالی که جهان به دنبال کاهش فقر، مقابله با بحران‌های مالی، سوءتغذیه و تغییرات آب و هوایی است، اما هیچ کشوری نمی‌تواند پیامدهای بهداشتی، اقتصادی و محیطی دخانیات را جبران کند.

مرگ و میر ناشی از دخانیات



دخانیات: مانعی برای توسعه

مصرف دخانیات مانع توسعه اقتصادی و اجتماعی است. نیمی از افراد سیگاری به علت مصرف دخانیات می میرند، و نیمی از این مرگ‌ها در دوران پربازده میانسالی افراد (۳۵ تا ۶۹ سال) روی می‌دهد (۱۲). در بیشتر کشورهای با درآمد پایین و متوسط، فقرا بیشترین مصرف‌کنندگان دخانیات را تشکیل می‌دهند، در نتیجه، کسی که همزمان متحمل بار سنگین فقر و بیماری‌های ناشی از دخانیات می‌باشد، به فردی بسیار آسیب‌پذیر تبدیل می‌گردد (۱۳). در کشورهای کم‌درآمد، خرید محصولات دخانی تا ۱۰٪ مجموع هزینه‌های خانوار را تشکیل می‌دهد (۱۴).

پولی که خرج دخانیات می‌شود، می‌تواند برای خرید کالاهای ضروری مانند غذا (۱۵)، آموزش (۱۶)، و خدمات بهداشتی (۱۷) هزینه شود. همچنین هنگامی که مصرف دخانیات باعث ایجاد بیماری‌های مزمن در نان‌آور خانواده می‌شود، علاوه بر هزینه‌های زیادی که برای تهیه دارو و درمان و بستری شدن او صرف می‌شود، خانواده‌ی او نیز در گذران زندگی با مشکل مواجه می‌شوند (۱۸).

بدون تردید باید گفت که مصرف دخانیات، مانعی بزرگ برای مبارزه با "بیماری‌های مهمی که بر بشریت اثرگذار هستند" - همان گونه که در ششمین هدف برنامه توسعه‌ی هزاره بیان شده است (۱۹). مصرف دخانیات، پیشبرد سایر اهداف هزاره از جمله، تساوی جنسیتی و سلامت مادر و کودک را نیز با مشکل مواجه می‌کند.

اگر چه در سطح جهان و به ویژه در کشورهای کم‌درآمد، تعداد زنان سیگاری بسیار کمتر از مردان سیگاری است، اما زنان و کودکانشان بیشتر در معرض دود غیر مستقیم دخانیات هستند. دود غیر مستقیم دخانیات سالانه باعث مرگ حداقل ۶۰۰۰۰۰ نفر از افراد غیر سیگاری می‌شود که حدود نیمی از این مرگ‌ها در زنان و بیش از یک‌چهارم آن در کودکان زیر پنج سال روی می‌دهد (۲۰). اغلب زنان، کنترل زیادی بر مسائل مالی خانواده‌ی خود ندارند و در خانوارهای کم‌درآمد که پول زیادی برای خرید دخانیات صرف می‌شود، سلامت و آموزش کودکان، به ویژه دختران، در معرض خطر است (۲۱).

ابزارهای مستندی برای مقابله با دخانیات موجود است

یکی از مشخصه‌های برجسته‌ی پاندمی دخانیات آن است که ما اکنون، پس از بیش از نیم قرن تحقیق و تحلیل، به خوبی می‌دانیم که چگونه باید این بار را کاهش دهیم. در واقع، اکنون رویکردی مستند برای کنترل دخانیات در دست است که از نظر بین‌المللی اجماع در مورد آن وجود دارد: کنوانسیون بین‌المللی کنترل دخانیات (FCTC)، متعلق به سازمان جهانی بهداشت، که بیش از ۱۷۰ کشور عضو این سازمان با دارا بودن ۸۵٪ کل جمعیت جهان، عضو آن هستند (۲۲).

سیاست‌های مؤثر کنترل دخانیات، باعث کاهش بیماری‌های غیر واگیر می‌شود: وقوع بیماری‌های قلبی عروقی و تنفسی و پس از آن، وقوع سرطان و سایر بیماری‌ها کاهش می‌یابد (۲۳ و ۲۴). هزینه‌های خدمات بهداشتی کاسته شده (۲۵) و بهره‌وری افزایش خواهد یافت (۲۶). این اقدام همچنین باعث افزایش قابل توجه درآمد دولت‌ها می‌شود. افزایش مالیات دخانیات می‌تواند بیش از هر اقدام دیگری، حداقل در کوتاه‌مدت، باعث کاهش مصرف دخانیات شود. مالیات دخانیات در صورت اجرای درست، می‌تواند هزینه‌ی مورد نیاز برای سیاست‌های کنترل دخانیات، کنترل بیماری‌های غیر واگیر یا سایر اقداماتی را که دولت‌ها انجام می‌دهند، تأمین کند.

معاهده جهانی کنترل دخانیات از زمان تصویب در نشست سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳ تاکنون نقشی محوری در شتاب بخشیدن به تصویب سیاست‌های مؤثر کنترل دخانیات در سراسر جهان داشته است. پیشینه‌ی تحقیقاتی مربوط به کارایی و سودمندی سیاست‌ها و مداخلات کنترل دخانیات، بسیار گسترده و از نظر علمی، دقیق است. این دانش انبوه، همراه با دهه‌ها تجربه‌ی اجرای برنامه‌های مختلف، در شکل‌گیری بسته‌ی جامع سیاست‌ها و برنامه‌های FCTC نقش داشت. تأکید این پیمان بر مداخلات کم‌هزینه با اثری اثبات‌شده و گسترده بر تمام کشورها است. مطابق این پیمان، مداخلات مؤثر، اثر تقویت‌کنندگی متقابل دارند و همچنین، برای کاهش بار جهانی بیماری‌های ناشی از دخانیات، اتخاذ راهبردی جامع ضرورت دارد.

شواهدی برای برخی مداخلات کلیدی بر اساس معاهده‌ی کنترل دخانیات

- افزایش قیمت محصولات دخانی از طریق مالیات، علاوه بر بالا بردن درآمد دولت‌ها، باعث کاهش مصرف، جلوگیری از مصرف دخانیات توسط افراد جوان و ایجاد انگیزه‌ی ترک دخانیات در افراد می‌شود (۲۷). مطالعات متعدد در کشورهای با درآمد بالا نشان داده است که افزایش ده درصدی در قیمت سیگار، مصرف آن را تا ۴٪ کاهش می‌دهد (۲۸). داده‌های موجود نمایانگر آن است که مصرف دخانیات در کشورهای با درآمد کم و متوسط، در مقابل افزایش قیمت، حساسیت بیشتری دارد: طبق تخمین‌ها، مصرف دخانیات در چین، مکزیک و آفریقای جنوبی، به ترتیب ۵/۵، ۵/۲ و ۵/۴ درصد کاهش خواهد داشت (۲۹، ۳۰، ۳۱). غیر از سیگار صنعتی، در مورد سایر محصولات دخانی، مطالعات اندکی موجود است، اگر چه در این موارد نیز نتایج مشابهی یافت شده است (۳۲).
- قوانین مربوط به ممنوعیت همه‌جانبه‌ی تبلیغ، ترویج، و حمایت از دخانیات، علاوه بر اجرای آسان و کم‌هزینه، در کاهش دادن مصرف نیز مؤثر است. این قوانین به ویژه در کشورهایی اهمیت دارد که مصرف دخانیات در آنها، پایین، اما رو به رشد است (۳۳).
- ممنوعیت مصرف دخانیات در محیط‌های کاری سربسته و مکان‌های عمومی، در کاهش مواجهه با دود غیر مستقیم دخانیات، بسیار مؤثر است و می‌تواند به افزایش قابل توجه ترک دخانیات در افراد سیگاری منجر شود (۳۴ و ۳۵). هشدارهای بهداشتی بر روی بسته‌های دخانیات، روشی ساده و کم‌هزینه برای ترغیب افراد سیگاری به ترک دخانیات است (۳۶).
- با ارزیابی دقیق رسانه‌های جمعی، آشکار شده است که این رسانه‌ها می‌توانند در کاهش مصرف دخانیات در جوانان و بزرگسالان، بسیار مفید باشند (۳۷). مداخلات کم‌هزینه، مانند همکاری با روزنامه‌نگاران برای پوشش رسانه‌ای مطلوب از فعالیت‌های کنترل دخانیات، به طرز موفقیت‌آمیزی در بسیاری از کشورها تجربه شده است.
- رویکردهای مؤثری برای ایجاد انگیزه‌ی ترک دخانیات در افراد وجود دارد. مداخلات اثبات‌شده‌ای مانند توصیه‌ی متخصصان بهداشت در مورد چگونگی ترک دخانیات را می‌توان با صرف هزینه‌ی کم، در اختیار تعداد زیادی از مصرف‌کنندگان قرار داد (۳۸). برای کسانی که نمی‌توانند به تنهایی مصرف خود را قطع کنند، درمان‌های مستندی موجود است که در مقایسه با هزینه‌ی درمان بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات، بسیار باصرفه‌تر هستند (۳۹).

تسریع در اجرای معاهده کنترل دخانیات

از زمان اجرای معاهده کنترل دخانیات در سال ۲۰۰۵ تاکنون، پیشرفت‌های مهمی در تصویب سیاست‌های مستند به دست آمده است. پیش از آن زمان، تنها پنج کشور قوانین جامع ضد دخانیات را تصویب کرده بودند، اما اکنون بیش از ۶۰ کشور جهان، قوانین نیرومندی را برای مبارزه با دخانیات در سطح ملی یا محلی تصویب کرده‌اند و برخی دیگر نیز به دنبال ارزیابی مزیت‌های بهداشتی این اقدامات هستند (۴۰).

از زمان تصویب راهنمای معاهده کنترل دخانیات در مورد برچسب‌گذاری محصولات دخانی در سال ۲۰۰۸، تعداد کشورهایی که الصاق تصاویر هشداردهنده را بر روی محصولات دخانی الزامی کرده‌اند، افزایش پیدا کرده و اکنون به ۳۹ کشور رسیده است، و تعداد بسیار بیشتری نیز در حال آماده‌سازی مقدمات الصاق این تصاویر هستند.

با وجود این موفقیت‌ها، اجرای قوانین مذکور در بسیاری از کشورها، مطابق انتظارات، قاطعانه و منظم نبوده است (۴۱).

سه گام اساسی برای پیشرفت‌های آتی

- افزایش سرمایه‌گذاری برای ظرفیت‌سازی در کشورهای با درآمد کم و متوسط
- تقویت تعهد و همکاری در سطح دولتی
- متوقف کردن دخالت صنعت دخانیات در سیاست‌های بهداشتی

افزایش سرمایه‌گذاری برای ظرفیت‌سازی

تمام کشورها برای طراحی سیاست‌ها و اجرای قاطعانه‌ی آنها و همچنین برای اجرای دقیق‌تر سیاست‌ها و آیین‌نامه‌های موجود خود، به ظرفیت‌سازی نیاز دارند. هشتاد درصد مرگ و میر ناشی از دخانیات در سطح جهان، در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد، اما سرمایه‌گذاری آنها برای کنترل دخانیات، تنها یک درصد هزینه‌های جهانی را شامل می‌شود. بیشتر برنامه‌های کنترل دخانیات در سطح ملی، از نظر تعداد کارکنان و تخصیص منابع، با مشکل مواجه است (۴۲).

برای اجتناب از تلفات انسانی و اقتصادی فاجعه‌بار مصرف دخانیات، می‌باید به دنبال سرمایه‌گذاری برای اجرای سیاست‌های مؤثر کنترل دخانیات باشیم.

تقویت تعهد و همکاری در سطح دولتی

در مورد برخی از مؤثرترین مداخلات کنترل دخانیات، سایر بخش‌های دولتی، غیر از بخش بهداشت، نیز می‌باید در هدایت سیاست‌ها و اجرای آنها همکاری نمایند. برای نمونه، وضع مالیات بر دخانیات و مبارزه با تجارت غیر قانونی دخانیات، عمدتاً در

حوزه‌ی مسئولیت وزارت اقتصاد و گمرک و در برخی کشورها، کشت و تولید دخانیات بر عهده‌ی وزارت کشاورزی و وزارت بازرگانی است.

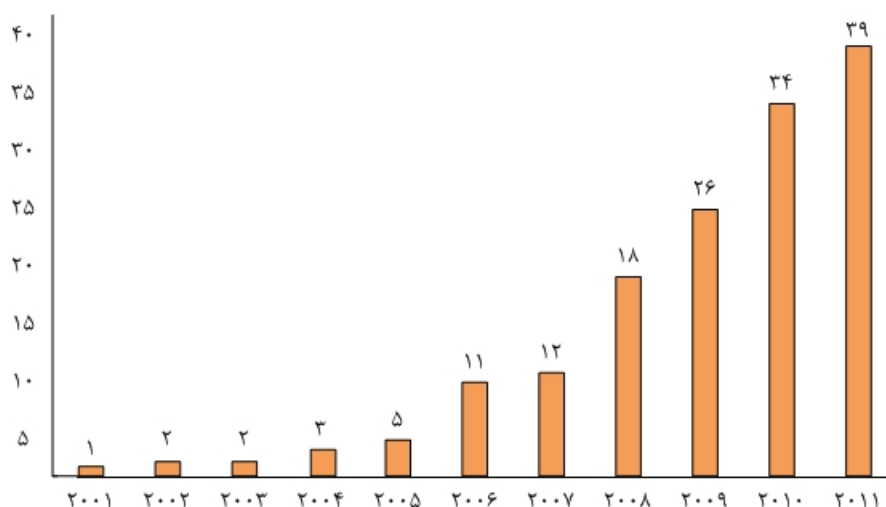
در مورد تأکید معاهده کنترل دخانیات بر "توسعه و حمایت از اقدامات جامع بین بخشی و واکنش‌های هماهنگ، در سطح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی"، تعهد قاطعانه‌ی تمام بخش‌های دولتی ضروری است تا به این طریق بتوان با اجرای دقیق سیاست‌های کنترل دخانیات، مصرف آن را کاهش داد و زندگی افراد را نجات بخشید.

متوقف کردن دخالت صنعت دخانیات در سیاست‌های بهداشتی

همان‌گونه که نشست اخیر مقامات بلندپایه‌ی سازمان جهانی بهداشت در سنول تأکید کرده است، مبارزه و ریشه‌کنی بیماری‌های غیر واگیر آن‌چنان اهمیت دارد که تمام بخش‌های جامعه می‌باید در آن شرکت کنند (۴۳). بخش خصوصی نیز می‌باید در این امر سهیم باشد، اما در مورد صنعت دخانیات، هیچ مصالحه‌ای جایز نیست، چرا که این صنعت نباید به هیچ وجه در تعیین سیاست‌های بهداشتی دخالت کند. در واقع، تمام کشورهای عضو معاهده کنترل دخانیات توافق کرده‌اند که "تعارضی اساسی و غیر قابل حل بین منافع صنعت دخانیات و سیاست‌های سلامت همگانی وجود دارد" و این که دولت‌ها می‌باید در جهت حفاظت از سیاست‌های بهداشتی بکوشند یک ضرورت است. (۴۴).

اتخاذ اقداماتی برای نظارت و مقابله با دخالت‌های صنعت دخانیات در روند سیاست‌گذاری، و همچنین در خلال اجرای این سیاست‌ها، امری بسیار ضروری است.

کشورها یا مناطقی که الصاق تصاویر هشداردهنده را بر روی محصولات دخانی، الزامی کرده‌اند



«کنترل دخانیات در سطح جهانی می‌تواند و می‌باید نیروی محرکه باشد»

یکی از برجسته‌ترین نهادهای سیاست‌گذاری عمومی در سطح جهان، یعنی مرکز مطالعات راهبردی و بین‌المللی، این جمله را به عنوان نتیجه‌گیری تحلیلی خود از قابلیت‌های نشست مقامات بلندپایه‌ی سازمان ملل در موضوع بیماری‌های غیر واگیر (۱۹ و ۲۰ سپتامبر ۲۰۱۱) برای ارتقای موضوع بیماری‌های غیر واگیر به سطح یک مشکل جهانی ارائه کرده است.

اکنون در جهان، بسیاری از دانشمندان شناخته‌شده، سازمان‌های غیر دولتی مهم، و متخصصان بهداشت عمومی در کشورهای مختلف با درآمد کم، متوسط و بالا، با هدف کسب پیشرفت‌های فوری و باثبات، در حال گردآوری داده‌ها و تعیین اولویت برای این سیاست‌ها هستند (۴۵).

کنفرانس کشورهای عضو، که مجموعه‌ی تصمیم‌گیر در معاهده کنترل دخانیات است، نشست بیماری‌های غیر واگیر را به عنوان جدیدترین نشست خود مطرح کرده و از جامعه‌ی بین‌المللی خواسته است تا با اجرای سریعتر معاهده کنترل دخانیات و حمایت‌های بیشتر از آن، به کاهش هر چه بیشتر مصرف دخانیات یاری رسانند (۴۶).

همان‌گونه که گزارش Lancet یادآوری کرده، پیشرفت‌هایی که در طول این قرن در عرصه‌ی معیارهای زندگی کسب شده، اکنون «با بحران‌هایی تهدید می‌شود که ساخته‌ی دست خود ماست» (۴۷).

با وجود چالش‌های جهانی مهمی که در مورد تغییرات آب و هوا، اقتصاد، و سوءتغذیه مطرح است، ما نباید از اتخاذ اقداماتی برای مبارزه با بحران بیماری‌های غیر واگیر غافل شویم؛ بحرانی که دانش و ابزار مقابله با آن را در اختیار داریم.

تعهداتی که از رهبران کشورها در نشست سازمان ملل در موضوع بیماری‌های غیر واگیر انتظار می‌رود:

در سطح جهانی

- تعیین یک هدف جهانی کوتاه‌مدت، مثلاً ۲۰ درصد کاهش در مصرف دخانیات تا سال ۲۰۱۶.
- این هدف باید با اهداف ملی/ منطقه‌ای، اما قابل دسترسی همراه شود و روند رسیدن به آن نیز به طور منظم اصلاح و پایش شود.
- افزایش سرمایه‌گذاری جهانی برای کنترل دخانیات، و به ویژه برای اجرای معاهده کنترل دخانیات تا حد یک هدف ویژه که می‌باید مورد توافق کشورهای عضو باشد.
- همگرا کردن اجرای معاهده کنترل دخانیات با برنامه‌ها و طرح‌های توسعه‌ای سازمان ملل و سایر نهادهای چندملیتی.
- وارد کردن شاخص‌های کنترل دخانیات در اهداف توسعه‌ی هزاره و برنامه‌های جانشین آن.
- تشویق کشورهایی که هنوز به معاهده کنترل دخانیات نپیوسته‌اند.
- حفاظت از سیاست‌های بهداشت همگانی در مقابل دخالت‌های صنعت دخانیات.

در سطح ملی

- همگرا کردن بخش‌های دولتی مختلف و ایجاد الزاماتی برای تسریع در اجرای مفاد معاهده کنترل دخانیات.
- تعهد به افزایش سالانه‌ی مالیات دخانیات با هدف کاهش مصرف آن.
- تدوین یک راهبرد ملی برای کاهش اساسی و مداوم در مصرف دخانیات از طریق افزایش مالیات آن.
- همگرا کردن برنامه‌های کنترل دخانیات در تمام برنامه‌ها و سیاست‌های بهداشتی، توسعه‌ای و کاهش فقر.
- شناسایی منابع و ظرفیت‌های فنی موجود و مورد نیاز برای اجرای مؤثر برنامه‌های کنترل دخانیات.
- حفاظت از سیاست‌های بهداشت همگانی در مقابل دخالت‌های صنعت دخانیات.

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-Report_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 Worksites 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, Punta 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)