

Dohányfüstmentes Magyarország Esettanulmány

2014. február

Készült az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája és a magyar kormány között létrejött együttműködési szerződés (WHO BCA) keretében.

Szerkesztette

Demjén Tibor

Készítették

Balku Eszter

Berki Júlia

Joó Tamás

Demjén Tibor

Kimmel Zsófia

Dr. Varsányi Péter

Dr. Vitrai József

Dohányzás Fókuszpont

Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI)

Postacím: 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2. III. em. 321.

T: 06 1 3125 020

F: 06 1 4288 228

E-mail: tibor.demjen@gmail.com

Web: <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/>

Tartalom

Tartalom.....	2
Információk Magyarországról	6
A dohányzás visszaszorításának története – Magyarország	7
Helyzetkép a dohányzás visszaszorításával kapcsolatban a nemdohányzók védelméről szóló törvénymódosítás időszakában.....	7
Jogsabályi környezet:.....	7
A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon.....	9
Kedvező feltételek, a törvénymódosítás bevezetését elősegítő illetve hatását befolyásoló tényezők ismertetése .	10
Parlament összetétele.....	10
Képekkel és illusztrációkkal kombinált figyelmeztetések bevezetése a dohánytermékek csomagolásán	10
A fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló törvény.....	10
Érvek és ellenérvek, reakciók a törvénymódosítás parlamenti vitája előtt, alatt és után	12
Összefoglaló	12
Részletes áttekintés	13
2008-2009	13
2010	14
2011. február - március.....	14
2011. április.....	15
Tapasztalatok és tanulságok a törvény elfogadási folyamata során.....	16
A nemdohányzók védelméről szóló törvénymódosítás részletes ismertetése.....	17
A hatályba lépés ütemezése	17
A törvény főbb jellemzői.....	17
Az Nvt. módosítással összefüggő intézkedések	19
Irányító Testület.....	19
Médiakampány	19
Az Nvt. hatásvizsgálatával kapcsolatos intézkedések	20
Leszokást támogató intézményrendszer megerősítése a lehetőségek bővítése.....	20
Dohányzási korlátozással érintett, illetve dohányzásra kijelölt helyeket jelölő felirat vagy más egyértelmű jelzés	20
Az Nvt. betartásának hatósági ellenőrzése	21
A törvénymódosítás végrehajtásával kapcsolatos kihívások	22
Törvény hatályba lépését követő kisebb változtatások.....	22
Dohányterméket Utánzó Elektronikus Termékek (DUET) mint például az e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízpipa használata	22

Evaluáció	24
A törvény betartása, hatósági ellenőrzések.....	24
Munkavállalók védelme, beltéri légszennyezettség	24
Felnőtt és ifjúsági dohányzási szokások felmérésének eredményei a törvénymódosítás előtt 2012-ben, és után 2013-ban	25
Felnőtt felmérések eredményei.....	25
Dohányterméket Utánzó Elektronikus Termékek (e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízpipa) elterjedtsége a felnőttek körében	27
2012-es és 2013-as ifjúsági felmérések eredményei	27
Dohányterméket Utánzó Elektronikus Termékek (e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízpipa) elterjedtsége a fiatalok körében	28
Egészség hatás	30
Előzmény	30
Módszertan	30
Eredmények	30
Fekvőbeteg ellátási adatok	30
Járóbeteg ellátási adatok	31
Halálozási adatok	31
Összegzés	32
Gazdasági főbb mutatók	34
Dohányvertikum.....	34
Dohányáru-nagykereskedelem	34
Adópolitika	34
Cigaretta átlagára.....	35
Kiskereskedelmi forgalom főbb árucsoportonként	36
Vendéglátás.....	36
Kereskedelmi szálláshelyek.....	36
Következtetések.....	37
WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény.....	37
A dohányzás tiltása a közforgalmú helyeken egyértelműen sikertörténet Magyarországon	37
Szakirodalom.....	38
Táblázatok	39
1. táblázat: A vizsgálat során használt BNO kódok és az elemzés során használt megnevezésük	39
2. táblázat: A tanulmányban vizsgált BNO kódok és rövid elnevezésük.....	40
3. táblázat: 2011-ben és 2012-ben az egyes betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi fekvőbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya.....	42

4. táblázat: 2011-ben és 2012-ben az egyes betegségtípusok betegségek miatt igénybevett átlagos havi járóbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya	43
5/A. táblázat: A 2011-ben és 2012-ben a feltűntetett betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi fekvőbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya.....	44
5/B. táblázat: 2011. április – 2012. március közötti időszak, valamint a 2012. április és 2013. január közötti időszakban a feltűntetett betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi fekvőbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya (A második időszak a rendelkezésre álló adatok hiányában nem 12 hónapos.)	44
6/A. táblázat: A 2011-ben és 2012-ben a feltűntetett betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi járóbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya.....	45
6/B. táblázat: A 2011. április – 2012. március közötti időszak, valamint a 2012. április és 2013. január közötti időszakban a feltűntetett betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi járóbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya (A második időszak a rendelkezésre álló adatok hiányában nem 12 hónapos.)	45
7. táblázat: Az egyes betegségeknek tulajdonítható halálozások száma 2008 és 2012 között	46
8. táblázat: 2011. április – 2012. március közötti időszak, valamint a 2012. április és 2013. január közötti időszakban az egyes betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi fekvőbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya (A második időszak a rendelkezésre álló adatok hiányában nem 12 hónapos.)	47
9. táblázat: Dohányáru-nagykereskedelemmel foglalkozó vállalkozások árbevétele.	48
10. táblázat: A költségvetés dohányzásból származó bevételei. (milliárd Ft)	49
11. táblázat: Magyarországi adópolitika 2001-től 2013-ig	50
12. táblázat: A cigaretta fogyasztói árának adótartalma az Európai Unió tagállamaiban	51
13. táblázat: Fogyasztói-árindexek az egyéni fogyasztás rendeltetés szerinti osztályozása (COICOP) alapján, havi A dohányárak fogyasztói-árindexe 2011. ápr. - 2013. ápr.	52
14. táblázat: Harmonizált fogyasztóiár-indexek az egyéni fogyasztás rendeltetés szerinti osztályozása (COICOP) alapján, havi A dohányárak harmonizált fogyasztói-árindexe 2011. ápr. – 2013. ápr.	53
15. táblázat: A kereskedelmi vendéglátóhelyek száma 2001-2012	54
Ábrák	55
1. ábra: A képviselők megoszlása és száma 2011	55
2. ábra: A kötelező felirat illetve jelzés	56
3. ábra	57
4. ábra	58
5. ábra	59
6. ábra	60
7. ábra	61
8. ábra	62
9. ábra	63
10. ábra	64
11. ábra	65

12. ábra	66
13. ábra	67
14. ábra	68
15. ábra	69
16. ábra	70
17. ábra	71
18. ábra	72
19. ábra	73
20. ábra	74
21. ábra	75
22. ábra	76
23. ábra	77
24. ábra	78

Információk Magyarországról¹

Főváros: Budapest

Terület: 93 000 km²

Népesség: 10 millió

WHO FCTC ratifikáció dátuma: 2005.

Nemdohányzók védelméről szóló törvény: 1999.

Törvény utolsó jelentősebb módosításának hatályba lépése: 2012. január 1.

Dohányzás gyakorisága a felnőtt lakosság körében (2013):

Dohányzás gyakorisága a felnőtt lakosság körében (2013):

Dohánytermékek

- férfiak: 25%
- nők: 16%
- összesen: 20,5%

Cigaretta

- férfiak: 21,83%
- nők: 14,66%
- összesen: 18,09%

Dohányzás gyakorisága a 13-15 év közötti fiatalok körében (2013):

Dohánytermékek

- fiú: 32,5%
- lány: 28%
- összesen: 30,5%

Cigaretta

- fiú: 24%
- lány: 23,5%
- összesen: 23,7%

Cigaretta fogyasztói ára Magyarországon (2013):

- hazai cigaretta (csomagonként 19 szál)
 - o legolcsóbb: Viceroy; 870 HUF= 3,8 USD, legdrágább: Sopianae; 930 HUF= 4 USD
- importált cigaretta (csomagonként 19 szál)
 - o legolcsóbb: Bond; 870 HUF= 3,8 USD, legdrágább: Marlboro; 950 HUF= 4,1 USD

¹ Források:

EU: <http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/hungary/>

CIA: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/hu.html>

WHO: <http://www.who.int/countries/hun/en/>

UNDP: http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/HUN_print.html

A dohányzás visszaszorításának története – Magyarország

Helyzetkép a dohányzás visszaszorításával kapcsolatban a nemdohányzók védelméről szóló törvénymódosítás időszakában

(Demjén Tibor, Kimmel Zsófia)

Jogszabályi környezet:

(Demjén Tibor, Kimmel Zsófia)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2003 májusában megtartott Közgyűlésén fogadták el a tagországok a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményt, WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC).² A Keretegyezmény célja, hogy a dohányzást minimális szintre szorítsa vissza, gátat vessen a dohányzás járványszerű terjedésének, mérsékelje az egészségre káros hatásokat, és elfogadható mértékre csökkentse a társadalomra rótt dohányzással összefüggő költségeket. A Keretegyezménynek jelenleg 177 Részecs Fele van.

Magyarország 2004. április 7. óta Részecs Fél, a Keretegyezményt a 2005. évi III. törvény hirdette ki.

Az FCTC dohányfüst expozíció elleni védelemről szóló 8. cikkéhez³ kapcsolódó irányelvet a 2. Részecs Felek konferenciája (COP 2) fogadta el 2007-ben, amely a WHO FCTC legfontosabb ajánlása a nem dohányzók védelmével kapcsolatban.

Az Országgyűlés 2011. április 26-án fogadta el a nemdohányzók védelméről szóló 1999. évi XLII. törvény (Nvt.) módosítását. A törvénymódosítás 2012. január 1-jén lépett hatályba három hónap türelmi idő biztosítása mellett.

A módosítás kezdeményezés célja a nemdohányzók és dohányzók fokozottabb védelme volt figyelembe véve a világban bekövetkezett változásokat. Az Európában és a világon is az elsők között 1999-ben meghozott magyarországi nemdohányzók védelméről szóló törvény és néhány apróbb módosítása már nem felelt meg az Európai Bizottság és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szakmai ajánlásainak. A legújabb tudományos eredmények szerint a dohányfüstnek nincs biztonságos az egészséget már nem veszélyeztető minimális szintje⁴, és zárt légtérben a műszaki megoldások nem képesek megvédeni az egészségkárosító hatásaival szemben.⁵ A törvényalkotók figyelemmel voltak az egészséghöz, az egészséges környezethez fűződő alkotmányos jogok érvényesülésének elősegítésére. A módosítás különös szükségességét indokolták a magyar dohányzási szokásokra vonatkozó rendkívül kedvezőtlen adatok, a dohányzással összefüggő katasztrofális mortalitási és morbiditási mutatók és az ezekből eredő a bevételeket messze meghaladó gazdasági teher.

A WHO FCTC végrehajtást segítő irányelvek és a Részecs Felek számára kötelező jegyzőkönyv összhangban vannak az Európai Tanács által a dohányfüstmentes környezetről kidolgozott ajánlással (2009/C 296/02)⁶, melynek célja, hogy segítsen a Tagállamoknak, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (FCTC)

² WHO Framework Convention on Tobacco Control, http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html, EVSZ Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény, <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/evsz-dohanyzas-ellenorzesi-keretegyezmeny-iranyelvek-jegyzokonyvek-jelentesek>

³ Article 8, Guidelines on Protection from Exposure to Tobacco Smoke; http://www.who.int/fctc/cop/art%208%20guidelines_english.pdf,

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye dohányfüst-expozíció elleni védelemről szóló 8. cikkének végrehajtására vonatkozó irányelvek http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/iranyelv_8_cikkhez.pdf

⁴ How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease, A Report of the Surgeon General 2010, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Public Health Service Office of the Surgeon General, Rockville, MD

⁵ Institute For Health and Costumer Protection Activity Report 2003.

⁶ Az Európai Parlament 2009. november 26-i állásfoglalása a dohányfüstmentes környezetről, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:296:0004:0014:HU:PDF>

által lefektetett kötelezettségeik teljesítésében. Az Ajánlás szerint többek között a Tagállamoknak hatásos intézkedésekkel gondoskodniuk kell arról, hogy a lakosságot és kiemelten a gyermekeket, megóvják a dohányfüst-expozíciótól.⁷

A dohánytermékekhez történő hozzáférést szabályozza az 1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről⁸ melynek értelmében kiskorúak dohánytermékkel való kiszolgálása az árusítás jogának felfüggesztésével járhat.

A reklámokra sem számíthat a dohányipar. A tagállamok dohánytermékek reklámozására és szponzorálására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseinek közelítését szolgáló 2003/33/EK rendelet⁹, és a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény¹⁰ 19-20. §-a kimondja, hogy tilos a dohánytermékek közvetlen és közvetett reklámja. Ez alól csak a dohánytermékek forgalmazóinak szóló szakmai célú reklámok képeznek kivételt, valamint azon sajtótermékek, amelyek nem az Európai Gazdasági Térség államainak területén nyomtattak és adtak ki, így nem ezeken a területeken kerülnek forgalmazásra.

⁷ A dohányzás teljes tiltásának támogatását a tagállamok azonban már 2007-ben megkezdték. Az Európai Tanács ajánlásával kiadták a „Zöld Könyv- A dohányfüstmentes Európáért: Az Európai Unió politikai lehetőségei kidolgozásával”⁷ vitairatot melynek célja a tagállamok és a civil szervezetek véleményének megismerése.

Más szabályzók is a megfelelő irányba hatnak, mint például az Európai Parlament és Tanács által kiadott 2001/37/EK irányelv⁷ (2001. június 5.) amely szabályozza a tagállamok dohánytermékek gyártására, kizsigerelésére és árusítására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseit.

⁸ http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700155.TV

⁹ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:15:07:32003L0033:HU:PDF>

¹⁰ <http://www.complex.hu/kzldat/t0800048.htm/t0800048.htm>

A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon¹¹

(Dr. Vitrai József, Dr. Varsányi Péter, Balku Eszter)

Dohányzással összefüggésbe hozható betegséggel fél millió beteget láttak el a magyar kórházakban 2010-ben, a betegek több mint harmada (36%; 180 ezer), a férfi betegek közel fele (46%), a nők több mint negyede a dohányzás következtében került kórházba. A járóbeteg szakrendelésen regisztrált 3,6 millió eset 36%-nak ellátását valamilyen dohányzásnak tulajdonítható megbetegedés tette szükségessé.

2010-ben 20.470 ember halt meg Magyarországon dohányzás következtében, ami az összes halálozás egyhatodát (16%) tette ki. A korai (65 év előtt bekövetkezett) halálozások közel harmadát (29%) a dohányzás okozta. A dohányzás miatt elhunytak közül minden második 65 évnél fiatalabb volt. Átlagosan a dohányzó férfiak legalább 16, a nők legalább 19 évvel rövidítették meg az életüket. A veszteség kétharmada a gazdasági szempontból legaktívabb életszakaszra, a 35 és 65 év közötti időszakra esett.

2010-ben a dohányzással kapcsolatos állami bevételek az általános forgalmi adóból, a jövedéki adóból és egyéb befizetésekből (személyi jövedelemadó, társasági adó, járulékok) meghaladták a 360 milliárd forintot. Ennek közel háromnegyedét a jövedéki adó, negyedét az ÁFA tette ki. A magyar lakosság dohányzása miatt fellépő közvetlen és közvetett kiadások 2010-ben több mint 441 milliárd forint volt. A magyarországi dohányzás miatt fellépő, egyéni és állami összes kiadás illetve bevétel szaldója 80 milliárd forint veszteség volt 2010-ben, ami a GDP 0,29%-nak felelt meg.

A dohányzás miatt szükségessé vált közvetlen egyéni és állami kiadások összesen 354 milliárd forintot tettek ki. Ebből az államra háruló kiadások megközelítették a 300 milliárd forintot, aminek háromnegyede, vagyis 225 milliárd az Egészségbiztosítási Alapot (E-Alap) terhelte. A dohányzás egészségügyi költségvetést (E-Alap) terhelő közvetlen kiadásai értékék annak 15%-át, és a 2010 évi hiányának közel két és félszeresét.

¹¹ A DOHÁNYZÁS TÁRSADALMI TERHEI MAGYARORSZÁGON 2012,
<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/dohanyzasellenorzes-gazdasagtana>

Kedvező feltételek, a törvénymódosítás bevezetését elősegítő illetve hatását befolyásoló tényezők ismertetése

Parlament összetétele

(Joó Tamás)

Magyarország demokratikus ország, amelynek államformája köztársaság. Az Országgyűlésnek 386 tagja van, amelyből 176 képviselőt egyéni választókerületben, 210 képviselőt pedig pártlista alapján választottak meg. A parlamenti pártok száma hat, azonban nem mindegyik párt rendelkezik saját országgyűlési frakcióval. A kormányzó párt a FIDESZ, amely kétharmados többséggel rendelkezik az Országgyűlésben, koalíciós partnerével, a KDNP-val együtt. A kétharmados többség különösen széles mozgásteret biztosít a pártnak, amelynek saját hatáskörben alkotmánymódosításra is van lehetősége. (1. ábra)

Képekkel és illusztrációkkal kombinált figyelmeztetések bevezetése a dohánytermékek csomagolásán

(Demjén Tibor)

A képes egészségvédő figyelmeztetések bevezetése a dohánytermékek csomagolásán – amit a magyar lakosság közel négyötöde támogatott - fontos előrelépés volt. 2012. szeptember 1-től csak képekkel és illusztrációkkal kombinált figyelmeztetésekkel ellátott dohánytermék gyártható, 2013. január 1-től csak a kombinált figyelmeztetésekkel ellátott dohánytermék forgalmazható Magyarországon. Az Európai Bizottság által javasolt összes kombinált figyelmeztetés, mind a 42 db bevezetésre került úgy, hogy a dohányiparnak mindegyiket évente fel kell használnia és adott szabályok szerint kell rotálnia. Ezekből 6 darabon van lehetőség az adott tagországban működő leszokást támogató szolgáltatás elérhetőségeinek, egy honlapnak és egy telefonszámnak a feltüntetésére. Magyarországon, ezeken a felületeken a www.leteszemacigit.hu honlapcím, és a 06 40 200 493-as telefonszám látható. Ezen a telefonszámon a leszokás támogatáson kívül 0-24 órában észrevételt lehet tenni a nemdohányzók védelméről szóló törvény dohányzási tilalommal kapcsolatos előírásainak megszegése esetén.

A fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló törvény

(Demjén Tibor)

Az Országgyűlés 2012. szeptemberében fogadta el a „fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről” szóló törvényt, más néven „trafiktörvényt”, amely alapján a dohánytermékek értékesítése kizárólag ellenőrzött keretek között működő szakboltokban engedélyezhető, amelyekben valóban csak 18 éven felüliek vásárolhatnak. Dohányterméken túl azonban árusítható szerencsejáték, szeszes ital, energiatital, kávé (csomagolt kávé) vagy helyben is fogyasztható kávéital, ásványvíz és üdítőital, újság, napilap, folyóirat, periodikus kiadvány is.

A törvény célja a dohánytermékek széleskörű beszerezhetőségének, illetve megjelenésének korlátok közé szorítása; annak érdekében, hogy a fiatalok körében elősegítse a dohányzás visszaszorítását. További cél, hogy a dohányzók dohánytermékekkel való ellátása szakszerű és kielégítő, a fogyasztóvédelmi szempontoknak megfelelő legyen, így módon megelőzni az engedély nélküli dohánytermék kereskedelmet.

A törvény eredményeképpen, 2013. július 1-jével a korábbi országosan több mint 40 000 elárúsító hellyel szemben csak 7 000 ellenőrzött helyen férhető hozzá dohánytermék a koncessziós dohányboltokban. A kiskereskedelmi tevékenység folytatása során törekedni kell arra, hogy fiatalok dohánytermékhez ne juthasson. Abban az esetben, ha gyanú merül fel a fogyasztó életkorával kapcsolatban, a kiskereskedő köteles a fogyasztó életkorát igazolni

dokumentum ellenőrzésére. A rendelkezések be nem tartásáért a dohánytermék-kiskereskedővel szemben a fogyasztóvédelmi hatóság bírságot szabhat ki.

A dohánybolt külső felületén semmilyen olyan kép, látvány nem jeleníthető meg, amely dohánytermékre, illetve dohányzásra utal. Az intézkedések eredményeképpen megnehezült a fiatalok dohánytermékekhez történő hozzáférése.

TERVEZET

Érvek és ellenérvek, reakciók a törvénymódosítás parlamenti vitája előtt, alatt és után

(Demjén Tibor, Kimmel Zsófia)

Összefoglaló

1999

- Magyar Parlament elfogadta a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvényt, dohányzó és nemdohányzó helyeket el kell különíteni, de a dohányzás zárt légtérben korlátozásokkal megengedett.

2008-2009:

- Dohányzás Fókuszpont¹² (DF) előzetes hatásbecslést készít, mely a nemdohányzók védelméről szóló törvény (Nvt.) szigorítása mellett érvel.
- Magyar Vendéglátók Ipartestületének megbízásából a Magyar Tudományos Akadémia (MTA) a dohányzás korlátozásának társadalmi-gazdasági következményeivel kapcsolatos tanulmányt készít, mely egy lehetséges Nvt. szigorítás negatív hatásait emeli ki.
- Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Karának egészséghatás vizsgálatért felelős munkacsoportja előzetes hatásbecslést készít.
- 2009. szeptemberben a Parlament Egészségügyi Bizottsága napirendre tűzi az Nvt. törvénymódosítás témát, de előrelépés nem történik.

2010:

- Új kormány alakul.
- 2010 szeptemberében a Parlamenti Egészségügyi Bizottság újra napirendre tűzte a dohányzás visszaszorítását Magyarországon.

2011. február-március:

- 2011. február 25., kormánypárti képviselők javaslatot tettek a nemdohányzók védelméről szóló törvény (Nvt.) szigorítására.
- 2011. február-március, az Nvt. szigorítás mellett és ellen jelentős médiatevékenység kezdődött.
- 2011. március 5., a WHO Európai Régiójának igazgatója levelet küldött a Miniszterelnöknek és a parlamenti képviselőknek melyben támogatásáról biztosította és üdvözölte a törvény szigorítását
- 2011. március 8., a Parlament Egészségügyi Bizottsága megvitatta az Nvt. módosítással kapcsolatos pro és kontra érveket
- 2011. március 16., parlamenti vita befejeződött, a végső szavazás azonban halasztásra került

2011. április:

- 2011. április 19., egy nappal a parlamenti szavazás előtt, a vendéglátó ipar sajtótájékoztatóval egybekötött konferenciát tartott a szigorítás ellen.

¹² 1989-ben alakult az Országos Egészségfejlesztési Intézet jogelődjében. A Dohányzás Fókuszpont korábbi neve Dohányzás vagy Egészség csoport volt. Feladata a dohányzás visszaszorításával összefüggő valamennyi kérdésben a minisztérium szakmai munkájának támogatása, koordináció, kutatások és elemzések végzése, valamint a hazai és nemzetközi intézményekkel, szervezetekkel a kapcsolattartás. <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/>

- 2011. április 20., a WHO Magyarországi Iroda sajtóközleményt jelentet meg üdvözölve és tényekkel alátámasztva a szigorítás szükségességét.
- **2011. április 26., a magyar parlament elfogadja az Nvt. szigorítását, hatálybalépés 2012. január 1.**

Részletes áttekintés

2008-2009

A nemdohányzók védelmének érdekében készült előzetes hatásbecslések, tanulmányok és a lehetséges szigorítások kedvezőtlen gazdasági hatásait bemutatni igyekező anyagok felváltva jelentek meg és kaptak több kevesebb nyilvánosságot a köz és profitorientált médiumokban egyaránt.

2008-ban a nemdohányzók védelméről szóló törvény módosítás tervezetének parlamenti vitáját jóval megelőzően a Dohányzás Fókuszpont munkatársai előzetes hatásbecslést és költség-haszon becslést végeztek figyelembe véve a nemzetközi tapasztalatokat.¹³ A tanulmányban bemutatják azokat a tudományos bizonyítékokat, amelyek alátámasztják, hogy a passzív dohányzás egészségkárosító és nincs minimális szint, ami alatt biztonságosnak mondható. Továbbá a szerzők bemutatják a törvenymódosítás lehetséges pozitív hatásait, pl. a dohányzásellenes politikák támogatottsága növekedik, a dohányosok aránya és az elszívott cigaretták mennyisége is várhatóan csökkenni fog.

A Magyar Vendéglátók Ipartestülete a jóval a törvenymódosítás hatályba lépése előtt, még 2008-ban megbízta a Magyar Tudományos Akadémia (MTA), Társadalomtudományi Kutatóközpont, Politikatudományok Intézetét a dohányzás korlátozásának társadalmi-gazdasági következményeivel kapcsolatos „A zárt nyilvános vendéglátóhelyeken történő dohányzás magyarországi betiltásának nemzetközi környezete, lehetséges társadalmi és gazdasági hatásai” című 141 oldalas tanulmány megírására¹⁴.

A tanulmány szerzői szerint a dohányzás teljes tilalmának vendéglátóhelyekre való kiterjesztése rövidtávon akár 10%-ot is meghaladó mértékben csökkentheti a vendéglátóipar bevételeit. A tanulmány javasolja, hogy a tulajdonosoknak/üzemeltetőknek legyen módjuk üzleteikben fizikai szeparáció, légtechnikai megoldásokkal kiegészített dohányzó vagy nem-dohányzó szekciók kialakítására. Továbbá ajánlják, hogy a dohányzás teljes tilalmát lépcsőzetesen, legalább két-három éves átmeneti időszakban hajtsák végre.

A népegészségügyi szakértők szerint a Magyar Vendéglátók Ipartestületének megbízásából készült tanulmány egyoldalúan mutatja be a témát, melyet alátámaszt az MTA elnökének a tanulmánytól való nyilvános elhatárolódása¹⁵.

¹³

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/nemdoh_vedelme_hatastanulmany_OEFI_DF_2008.pdf

¹⁴ A tanulmány egyfelől áttekinti a nemzetközi szinten (elsősorban az Európai Unió tagországaiban) az elmúlt időszakban bevezetett nyilvános helyi dohányzástiltalom hatásait, a tilalom általános és a vendéglátószektorra gyakorolt tapasztalatait, valamint a magyarországi dohányzástiltalom esetleges bevezetésének, illetve a tilalom különféle fokozatainak és módozatainak a vendéglátóipar gazdasági teljesítményére gyakorolt hatásbecslését tartalmazza.

¹⁵ Pálkás József az MTA elnöke kijelentette: "A Magyar Tudományos Akadémia tudományos tényként kezeli a dohányzás egészségre való káros hatását, és minden ettől eltérő nézettől elhatárolódik. A Magyar Tudományos Akadémia Politikai Tudományok Intézetének tanulmánya, amelyet a Magyar Vendéglátók Ipartestületének megrendelésére készített, kizárólag a dohányzás betiltásának gazdasági következményeit elemzi. A tanulmányban foglaltak a tanulmány készítője, nem pedig az Akadémia véleményét tükrözi".

Válaszul a tanulmányra, a Dohányzás Fókuszpont munkatársai egy szakértői véleményt készítettek. A szakértők szerint, a tanulmány nem tárgyalja a dohányzás és a passzív dohányzás egészség károsító hatását, valamint a munkáltató ilyen irányú felelősségét és az egyén döntésére bízna, hogy él-e alapvető emberi jogával. Tudományos bizonyítékok vannak arra nézve, hogy a műszaki megközelítések alkalmazása nem biztosít védelmet a dohányfüst expozíciótól, ugyanis a dohányfüstnek nincs biztonságos szintje és a toxicitásra vonatkozó küszöbértékekre való bármiféle elképzelés elutasítandó¹⁶. Összességében ki kell jelenteni, hogy az egészséghez való jog fontosabb érték minden gazdasági szempontnál, amik érthetőek ugyan, de csak másodlagos szempontok lehetnek az egészség mögött.

2009-ben az Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Karának egészséghatás vizsgálatért felelős munkacsoportja, hatásvizsgálatot¹⁷ készített az 1999. évi XLII nemdohányzók védelméről szóló törvény módosításának lehetséges népegészségügyi hatásairól.

2009 szeptemberében a Parlamenti Egészségügyi Bizottsága javaslatot tett az Nvt.. törvénymódosításra, de a parlament nem tárgyalta meg.

2010

2010-ben új kormány alakult és 2010 szeptemberében a Parlamenti Egészségügyi Bizottság újra napirendre tűzte a dohányzás visszaszorítását Magyarországon.

2010. novemberben a Dohányzás Fókuszpont publikált egy a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos dokumentumot, melynek részét képezte: hazai helyzetkép, dohányzás megelőzése és a leszokás segítségének részletei, a passzív dohányzás visszaszorításával, a nemdohányzók védelmével kapcsolatos lehetséges megoldások, valamint a dohánytermékek szabályozásának lehetséges formái.

2011. február - március

2011. február 25.-én 15 kormánypárti FIDESZ-es képviselő javaslatot tett a nemdohányzók védelméről szóló törvény (Nvt.) szigorítására, melyet jelentős média tevékenység követett. Politikusok, szakemberek ismertették a törvénymódosítás lehetséges pozitív hatásait. Február 27.-én a minisztérium kérésére a Dohányzás Fókuszpont felvette a kapcsolatot különböző egészségpolitikai szervezetekkel, beleértve a Szövetséget a Dohányzás Visszaszorításáért ernyőszervezetet, hogy véleményüket és egyetértésük esetén támogatásukat kérje a nemdohányzók védelméről szóló törvény módosításához.

Ezzel egy időben a vendéglátó ipart és dohányipart képviselők, ellen médiakampányba kezdtek a törvény szigorításának megakadályozásáért. Álláspontjukból egy idézet: „Javasoljuk, hogy a módosított, új törvény továbbra is engedélyezze a munkahelyeken, beleértve a vendéglátóhelyeket, elkülönített, megfelelő levegőztetéssel felszerelt dohányzó helyiségek működtetését.” Az állásfoglalást a következők írták alá:

¹⁶ A tanulmány a lehetséges és a vendéglátóipar által elfogadható megoldások között említi a fizikai elkülönítést a dohányzó helyeknek. Ebben az esetben a belépéskor tájékoztatás kapna az illető és saját elhatározása alapján lépne be. Ez azonban nem oldja meg a munkavállalók egészségkockázatát jelentő a fentiekben már ismertetett problémákat.

A szakértők hiányolják a tanulmányból a WHO FCTC magyarországi ratifikálásra történő utalást, valamint a 12. cikkhez készült irányelv ajánlásainak megemlítését.

A tanulmány utal arra, hogy a dohányzás visszaszorításában aktív intézetek által végzett és a vendéglátóipart képviselők megrendelésére készült hatásbecslések és hatásvizsgálatok eltérő eredményeket mutatnak. Az előbbiek szerint egy átmeneti időszak után nincs forgalom illetve bevétel csökkenés, sőt néhány helyen növekszik, az utóbbiak szerint legjobb esetben változatlan marad, de valószínű, hogy inkább csökken a bevétel és ez a csökkenés rövidtávon meghaladhatja 10%-ot.

¹⁷ Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kar, Egészséghatás Vizsgálat Munkacsoport, Egészséghatás vizsgálat, A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról 2009

Magyar Vendéglátók Ipartestülete, Magyar Dohányipari Szövetség, Kereskedők és Vendéglátók Országos Érdekképviselői Szövetsége, Turisztikai és Vendéglátó Munkaadók Országos Szövetsége, Füstölgők Társasága, Magyar Pipaklub Egyesület.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium és a Dohányzás Fókuszpont új adatokkal aktualizálta a már meglévő dokumentumait és március 3.-án az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) honlapján közleményt adott ki „A dohányzás visszaszorítása népegészségügyi érdek” címen.

A Dohányzás Fókuszpont nemzetközi civil szervezetekkel vette fel a kapcsolatot, például a Smokefree Partnership¹⁸ segítségét kérte. A parlamenti képviselők véleményformálását segítő, a tekintélyes civil szervezet vezetője egy levelet küldött a parlamenti képviselőknek, az Egészségügyi Bizottság tagjainak és egyéb döntéshozóknak a törvény szigorításának előnyeit hangsúlyozva és támogatásukat kérve a módosítás elfogadásában.

Március 4.-én váratlanul megjelent a Nemzeti Adó és Vámhivatal (NAV) hatásbecslése, mely szerint a törvénymódosítás hatására 50 millió Ft veszteség éri majd az államot. A dohányzás visszaszorításával foglalkozó szakemberek szerint az Nvt. módosítás ellen elkészített NAV dokumentum a felhasznált szakirodalmak¹⁹ miatt részrehajlóan, egyoldalúan mutatta be a lehetséges következményeket. Az adóbevételek jelentős csökkenését prognosztizáló NAV dokumentum minden médiában fő hírként került bemutatásra.

Március 5.-én, ebben a fontos pillanatban, Dr. Jakab Zsuzsanna a WHO Európai Régiójának igazgatója levelet küldött, Dr. Pusztai Zsófia a WHO Magyarországi Irodája vezetőjének koordinációjával Orbán Viktor Miniszterelnöknek és a parlamenti képviselőknek, melyben üdvözölte a törvény szigorítását.

Március 8.-án a Parlamenti Egészségügyi Bizottsága megvitatta az Nvt. módosítással kapcsolatos pro és kontra érveket, a Dohányzás Fókuszpont szakmai háttéranyagait valamint a NAV által kiadott közleményt.

Március 16.-án befejeződött a törvénymódosítás parlamenti vitája, a végső szavazást elhalasztották.

2011. április

Április 19.-én egy nappal a parlamenti szavazás előtt a vendéglátó ipar képviselői jelentős médiafigyelemmel kísérve egy sajtótájékoztatóval egybekötött konferenciát tartottak, melyre törökországi kávézó tulajdonosok szervezeteinek a képviselőit, valamint a Horvát Kereskedelmi - és Iparkamara képviselőit is meghívták azzal a céllal, hogy bemutassák, mennyire visszaesett a forgalmuk és romlottak a gazdasági mutatók az ottani a Magyarországon bevezetni tervezetthez hasonló dohányzáskorlátozás bevezetése után.

Háber Tamás, a Magyar Vendéglátók Ipartestületének elnöke ismertette az európai dohányzást korlátozó szabályozások vendéglátóiparra gyakorolt negatív hatását, valamint a Századvég Kutatóintézet felmérésnek eredményeit. Bemutatták a smoke&talk dohányzásra alkalmas kabint, amely éttermekben lehetővé tenné a dohányzást, mivel véleményük szerint elzárná a füstöt a nemdohányzóktól. A rendezvény sajtómeghívóján ez szerepelt: az ÁNTSZ levegő munkacsoportja által bevizsgált dohányzókabint tisztítórendszerén keresztül megszűrt levegő tisztább, mint a környező levegő.

¹⁸ <http://www.smokefreepartnership.eu/>

¹⁹ Corporate Responsibility Consulting Ltd, Smoking gun: is the smoking ban a major cause of the decline of the British pub? David W. Kuneman és Michael J. McFadden, A DOHÁNYZÁS BETILTÁSÁNAK KÖSZÖNHETŐ GAZDASÁGI VESZTESÉGEK KALIFORNIÁBAN ÉS MÁS ÁLLAMOKBAN

Április 20.-án a WHO magyarországi irodája sajtóközleményt adott ki és ellensúlyozta a vendéglátó ipar konferenciáján elhangzott az európai tapasztalatokra vonatkozó megtévesztő információkat.

2011 Április 26.-án a magyar parlament döntő többséggel (84% igen) elfogadta a nemdohányzók védelméről szóló törvény szigorítását.

Tapasztalatok és tanulságok a törvény elfogadási folyamata során

- Előzetesen, ajánlott felmérni és azonosítani a változtatás ellen várhatóan aktívan fellépő és kommunikáló intézményeket és szervezeteket, javasolt elemezni a vélt vagy valós érdekellentétek alapján részükről várható érveket.
- Fontos a szabályozásra vonatkozó jogalkotási folyamatot jóval megelőzően és az alatt, a hazai és nemzetközi tapasztalatokon és tanulmányokon alapuló szakmai érvek, álláspontok, és előzetes hatásbecslések elkészítése és folyamatos és hangsúlyos kommunikálása a politikai döntéshozók és a lakosság felé.
- Fontos a hazai és a nemzetközi szakmai intézményekkel és civil szervezetekkel az együttműködés, a támogatásuk kérése.
- A bevezetés során a türelmi idő lehetőséget teremt az érdekvédelmi szervezetek, a munkavállalók, munkáltatók az egész lakosság tájékoztatására.

A nemdohányzók védelméről szóló törvénymódosítás részletes ismertetése

(Demjén Tibor, Kimmel Zsófia)

A hatályba lépés ütemezése

A törvénymódosítás 2012. január 1-jén lépett hatályba három hónap türelmi idő biztosítása mellett. Ez azt jelenti, hogy a hatályba lépett új részekkel kapcsolatban, azok betartását is ellenőrizte a hatóság, de bírságot csak 2012. április 1-jétől, a három hónap türelmi idő lejártá után szabott ki, addig csak figyelmeztetett.

A 3 hónap türelmi idő egyrészt lehetőséget adott a változásokkal kapcsolatos intenzív kommunikációra, másrészt az intézményeknek, vendéglátóhelyeknek megfelelő idő állt rendelkezésre a felkészüléshez.

A törvény főbb jellemzői

A törvénymódosítás kezdeményezésének célja a nemdohányzók és dohányzók fokozottabb védelme volt. Az Európában és a világon is az elsők között 1999-ben meghozott magyarországi nemdohányzók védelméről szóló törvény és néhány apróbb módosítása, már nem felelt meg az Európai Bizottság és a WHO szakmai ajánlásainak.

A törvénymódosítással jelentős mértékben szigorodtak a dohányzás térbeli korlátozására vonatkozó törvényi rendelkezések. A jelenleg hatályos szabályozás szerint a kijelölt helyek kivételével nem szabad dohányozni közforgalmú intézmény nyilvánosság számára nyitva álló helyiségeiben, közösségi közlekedési eszközön, munkahelyen, a gyalogosforgalom számára nyitva álló aluljárókban és egyéb, zárt légterű közforgalmú közlekedő, összekötő terekben, valamint közterületi játszótereken, továbbá a játszóterek külső határvonalától számított 5 méteres távolságon belül. Ugyancsak tilos rágyújtani a vasúti pályaudvarok utasok által használt területein, továbbá a busz-, villamos- és trolibuszmegállókban, és várakozó helyeken, valamint azok külső határvonalától számított 5 méteres távolságán belül.

Nem lehet dohányzó helyet kijelölni közforgalmú intézmények és munkahelyek zárt légterű helyiségeiben, helyi tömegközlekedési eszközökön, a HÉV-en, a távolsági buszon, valamint a menetrend szerint közlekedő személyszállító vonaton.

Közüktatási, gyermekjóléti, és gyermekvédelmi intézményben, továbbá az egészségügyi szolgáltatóknál még nyílt légterben sem jelölhető ki dohányzóhely.

Zárt légterben is ki lehet jelölni dohányzóhelyet:

1. büntetés-végrehajtási intézményekben,
2. rendőrségi előállító helyiségekben, fogdáknak és az őrzött szálláshelyeken a fogvatartottak – köztük a kóros elmeállapotúak – számára,
3. pszichiátriai intézetben a pszichiátriai betegek számára,
4. valamint azon munkavállalók részére, ahol a munkahelyi klíma zárttéri munkahelyen a korrigált effektív hőmérséklet a 24°-ot meghaladja,
5. bizonyos feltételekkel a fokozottan tűz- és robbanásveszélyes, a tűz- és robbanásveszélyes, valamint tűzveszélyes munkahelyeken, létesítményekben.

A módosítás hatálybalépésekor a vendéglátóhelyeken, szállodákban már működő ún. szivarszobák amennyiben a hatóságnál egy határidőig kérvényezték, továbbra is működhetnek. Összesen 13 kérelem érkezett be az egész országban, további engedélyezésre nincs lehetőség.

A magánszférában a közös használatú, zárt légterű helyiségben való dohányzás tilalma a társasházakra, lakásszövetkezetekre is kiterjed, ha az összes tulajdonos, vagy lakásszövetkezeti tag legalább négyötöde másként nem dönt.

Az Nvt. 7. § szakasza rendelkezik a dohánytermékek fogyasztására vonatkozó tilalmak megszegése esetén teendő intézkedésekről. Az egészségügyi államigazgatási szerv ellenőrzi a dohányzási tilalmak betartását és azok megsértése esetén a jogsértő természetes vagy jogi személlyel, illetve jogi személyiség nélküli szervezettel szemben egészségvédelmi bírságot szab ki²⁰.

Dohányzási tilalmak megszegésének észlelése esetén bejelentést lehet tenni az egészségügyi államigazgatási szervnél illetve észrevétel tehető 0-24 órában a 06 40 200 493-as telefonszámon.

²⁰ Az egészségvédelmi bírság összege:

- a) A dohányzással összefüggő tilalmak, korlátozások megsértése esetén legalább 20 000 Ft²⁰, legfeljebb 50 000 Ft.
- b) A dohányzóhelyek kijelölésére vonatkozó kötelezettség nem vagy nem megfelelő teljesítése, valamint a dohányzást érintő tilalmak, korlátozások megtartására vonatkozó ellenőrzési kötelezettség elmulasztása esetén
 - ba) legalább 100 000 Ft, legfeljebb 250 000 Ft az ezen kötelezettségek betartásáért felelős személy tekintetében, illetve
 - bb) legalább 1 000 000 Ft, legfeljebb 2 500 000 Ft az intézmény, szervezet, üzemeltető vagy gazdasági társaság tekintetében.

Az Nvt. módosítással összefüggő intézkedések

Irányító Testület

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságának felkérésére az Nvt.-vel összefüggő intézkedések megtervezésére és a megvalósult tevékenységek monitorozásának összehangolására megalakult egy Irányító Testület a Dohányzás Fókuszpont vezetésével. Az Irányító Testületben tagként felkérésre kerültek a dohányzás visszaszorításában szerepet játszó minisztériumi és állami intézmények és a civil szervezetek vezetői, valamint a WHO Magyarországi Iroda vezetője is.

Az Irányító Testület rendszeresen megvitatta a különböző témákban aktuális kérdéseket. Ilyenek voltak például a változásokról a média bevonásával a lakosság pontos tájékoztatása, a hatékony informálás módja a dohányzási korlátozással érintett helyekről vagy helyiségekről, a hatósági ellenőrzések eredményei, illetve a dohányzással és passzív dohányzással kapcsolatos attitűdben, szokásokban és expozícióban kialakuló változásoknak a mérése.

Médiakampány

A passzív dohányzás elleni, valamint a leszokásra motiváló és lehetőségekről informáló médiakampány több szakaszban került megvalósításra, amelyeket a következő tematikus portálok segítettek:

- „Ne szívj tovább!” <http://neszivj.postr.hu/> ,
- „Fellelegezhetünk!” <http://fellelegezhetunk.hu/web/>
- Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szakmai információkat és aktualitásokat is tartalmazó honlapja <https://www.antsz.hu/>
- Dohányzás Fókuszpont szakmai honlapja <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/>,
- valamint a leszokást támogató <http://www.leteszemacigit.hu> . és <http://leszokaspont.hu/>

A portálok és a médiában sugárzott rövidfilmek széles körben, közérthető módon tájékoztatták a lakosságot a törvényi szigorítás fontos részleteiről, illetve azt a célt szolgálták, hogy erősítsék a lakosság azzal kapcsolatos pozitív attitűdjét. A feldolgozott témák a törvény rendelkezéseire, a szigorítás szükségességének okaira, az érintettek, az érintettség módjára vonatkozó kérdésekre adtak választ. A rövidfilmek készítésekor külön figyelmet fordítottak a lakosság törvény által érintett különböző célcsoportjaira, mint például: munkaadók, munkavállalók, pedagógusok, egészségügyben dolgozók, fiatalok, vendéglátóiparban dolgozók, közösségi közlekedésben résztvevők.

A hatásosság érdekében hiteles és a célcsoportok befolyásolására alkalmas személyek bevonásával készültek a rövidfilmek. A honlapokon humoros ábrák, képek és animációk tartották fenn az odalátogatók figyelmét. A törvény bevezetésének sikeressége érdekében ki kellett használni az elektronikus médiában és a személyes kommunikáció során terjeszthető nyomtatott tájékoztató anyagokban rejlő lehetőségeket. A kampány részét képezték a közterületeken elhelyezett óriásplakátok, és egyéb infokommunikációs eszközök.

A médiakampányok mellett megvalósult a szórakoztató és vendéglátást nyújtó intézményekben a hatályba lépő Nvt. módosítás HORECA (Hotels, Restaurants, Cafes) promóciója. Stílusjegyeiben megegyezett a dohánytermékek direkt, helyszíni promóciójához hasonló hostess promócióival. A direkt hostess promóció a szórakozóhelyek, vendéglátóegységek (klubok, kávézók, hostelek) bevonásával valósult meg, melynek keretében felhívták a figyelmet a dohányzás káros hatásaira, szénmonoxidméréssel megmutatták a dohányzók részére, hogy a mérgező gáz a dohányzás után több órával is kimutatható a tüdejükben, és motiválták a résztvevőket a leszokásra. A hostess promóció keretében tájékoztató anyagokkal, egészség kvízzel és vitamin portával hívták fel a célcsoport figyelmét a dohányzás káros hatásaira, biztatták a lakosságot az egészséges életmódra.

Az Nvt. hatásvizsgálatával kapcsolatos intézkedések

Az Nvt. módosításával összefüggésben az OEFI Dohányzás Fókuszpont szakmai irányításával egy hatásvizsgálati szakmai csoport által kivitelezett komplex, átfogó hatásvizsgálat kezdődött. 2013 első felében egy előzetes hatásvizsgálat készült, mely tartalmazza az Nvt. következtében kialakuló azonnali változásokat, a beltéri levegőminőség javulását és a sikeres médiakampánnyal kapcsolatos adatokat.

A hatásvizsgálat részeként 2012-ben és 2013-ban a fiatal és a felnőtt lakosság körében megvalósult egy-egy dohányzási szokásokkal kapcsolatos felmérés, melyek elősegítették a részletes, átfogó hatásvizsgálat elkészítését. Az OEFI Dohányzás Fókuszpont szakmai irányításával megvalósuló vizsgálat kitért az Nvt. módosítás következtében bekövetkezett dohányzási szokások változására, a lehetséges egészséghatásokra, valamint a főbb gazdasági mutatók változásaira.

Leszokást támogató intézményrendszer megerősítése a lehetőségek bővítése

A dohányzásról leszokáshoz segítséget nyújtó lehetőségek Magyarországon az utóbbi években jelentős mértékben kibővültek. Európai uniós támogatásból 2012 októberében létrejött az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben. A Módszertani Központ által elindított leszokás támogatási telefonos szolgáltatás ("call center") keretében a 06 80 44-20-44-as, ingyenesen hívható telefonszámon képzett pszichológusok és orvosok adnak információt, nyújtanak tanácsadást a dohányzással, leszokással kapcsolatban feltett kérdésekre, valamint telefonon keresztül leszokási programot valósítanak meg.

2013 második felétől európai uniós támogatásból hálózati rendszerben országszerte közel 90 tüdőgondozóban dohányzás leszokást támogató csoportos tanácsadás indult. Ezzel egyidejűleg kötelező jelleggel - a központi költségvetés terhére - végzik a támogatásban részesült tüdőgondozókban az egyéni leszokás-támogatást is.

Országszerte elérhető lesz a tüdőgondozókban az egyéni és csoportos dohányzás leszokás támogatás.

A tüdőgondozók szakszemélyzete továbbképzésen vehet részt az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központban. A képzett szakemberek a dohányzásról való leszokást segítő csoportos és egyéni tanácsadást végeznek a lakosság számára ingyenesen hozzáférhető módon, valamint a leszokás támogatás témakörében helyi szakmai és lakossági kommunikációt folytatnak.

A tüdőgondozók dohányzás leszokás támogatásába történő bevonása jól kiegészíti az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központban működő call center munkáját, illetve hálózatszerűen teremti meg a leszokás támogatás intézményrendszerét.

Dohányzási korlátozással érintett, illetve dohányzásra kijelölt helyeket jelölő felirat vagy más egyértelmű jelzés

A törvénymódosítás által előírt felirat vagy más egyértelmű jelzés kötelező változatai letölthetők a szakmai portálokon.

A [2013.03.01-től hatályos 39/2013. \(II. 14.\) Korm. rendelet](#) a dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelmeztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól pontosan meghatározza a felirat jellemzőit. A jogi szabályozás útján egy telefonszám és egy webcím

minden a dohányzási korlátozással érintett, illetve dohányzásra kijelölt helyeket megjelölő jelzés szövegében közforgalmú helyen és munkahelyen kötelezően kihelyezésre került. (2. ábra)

A telefonszám a leszokás segítése mellett a törvény betartatásával kapcsolatos észrevételek rögzítésére szolgál. A szolgáltatás 0-24 órában automata nyomógombos rendszerként működik.

Az Nvt. betartásának hatósági ellenőrzése

Az Nvt. betartásának hatósági ellenőrzésében a kormányhivatalokban működő Népegészségügyi Szakigazgatási Szervek (NSZSZ) és a kistérségi intézetek munkatársai vesznek részt. A törvény betartásának ellenőrzése során keletkezett adatokból kinyerhető összesítés különböző mennyiségi és minőségi követelményeknek kell, hogy megfeleljen. Ehhez mindenképpen egy erre a célra fejlesztett és az iktatási rendszerhez illeszkedő új szoftver elkészítése volt szükséges. Az új szoftver és az ellenőrzések során alkalmazott új **jegyzőkönyv és a hozzá tartozó, az ellenőrzés helye szerint 10 félé specifikus melléklet** segítik a hatósági munkát a gyűjtött adatok informatikai feldolgozása és elemzése folyamatosan történik.

A szoftver alkalmazásával készült elemzések segítik a törvény hatásainak vizsgálatát. A tapasztalatokhoz számítógépes adatok formájában történő hozzáférés segít az ellenőrzések hatékonyabb végrehajtási módszertanának fejlesztését. A szoftver támogatja a törvény betartatását, emeli az ellenőrzésre felhatalmazott hatósági szervek adatszolgáltatásának minőségét és segíti a hatóság és ezen keresztül az állam hitelességének megőrzését.

A törvénymódosítás végrehajtásával kapcsolatos kihívások

(Demjén Tibor, Kimmel Zsófia)

Törvény hatályba lépését követő kisebb változtatások

A törvénymódosítás végrehajtása során több kérdés is felmerült, ezért a 2011 áprilisában elfogadott törvényszöveghez képest többször módosult a törvény. A 2011. évi CLXVI. törvény a zárt légterű kijelölés alóli kivételek közé emelte azokat a munkahelyeket, ahol a korrigált effektív hőmérséklet a 24°-ot meghaladja, a 2012. évi XXVI. törvény alapján a rendőrségi előállító helyiségekben, fogdáknban és az őrzött szálláshelyeken, illetve a tűz- és robbanásveszélyes munkahelyeken is ki lehet jelölni *zárt légterű dohányzóhelyet*²¹.

Dohányterméket Utánzó Elektronikus Termékek (DUET) mint például az e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízpipa használata

A dohányzás visszaszorítása összetett tevékenység, fontos szerepe van a dohány fogyasztás denormalizálásának, a dohányzás társadalmi elfogadottsága csökkentésének. Ez ellen hat, ha az emberek cigaretta imitációkat használnak, olyan esetekben is, amikor hagyományos cigarettát tilos használni.

Tekintettel arra, hogy az Nvt. 1. § b) pontja szerint a dohányzás dohánytermék füstképződéssel járó elégetése és a DUET nem bocsát ki füstöt és nem tartalmaz dohányt, így nem minősül dohányterméknek, tehát a használata nem minősül dohányzásnak, azaz a dohányzási tilalmak nem vonatkoznak rá. A DUET használója nikotint juttathat a szervezetébe ott ahol dohányozni tilos, ezért az ezeket a termékeket használók aránya megnőtt a dohányzás tiltásának bevezetése után.

A nikotin tartalmú DUET-ek gyógyszernek minősülnek Magyarországon. Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (a továbbiakban: Gytv.) alapján gyógyszernek tekintendők azok az anyagok, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében alkalmazhatóak.

E (funkcionális) gyógyszerdefiníció alapján nincs arra szükség, hogy egy adott terméket gyógyszerként áruljanak, ahhoz, hogy arra a gyógyszer szabályozás vonatkozzon.

A nikotin olyan farmakológiai hatású anyag, amelyre a gyógyszer szabályozás vonatkozik, összhangban az európai uniós rendelkezésekkel. A nikotin tartalmú DUET-ek a dohányzáshoz, mint betegséghez²² kapcsolódó nikotinfüggőség, mint kóros állapot kezeléseként szolgálnak, még akkor is, ha ez csak tüneti kezelést jelent, azaz a dohányzó ember szervezetében a nikotinhány miatt zavart szenvedő élettani funkciók helyreállítása formájában valósul meg.

²¹ A módosítás indoka az volt, hogy a hőexpozíciós munkahelyek, valamint azon nemzetgazdasági érdekből jelentős vegyipari, olajipari és gyógyszeripari létesítmények esetében, ahol a nyílt légtérben történő dohányzás a munka törvénykönyvében biztosított munkaközi szünet keretében, a tűzvédelmi szabályokra és a folytatott tevékenységre tekintettel nem megvalósítható, a munkavállalók számára a zárt légterű dohányzóhely ne a munkáltató egyedi mérlegelése alapján, hanem az egészségügyi államigazgatási szerv engedélyével legyen kijelölhető. Az igazgatási szolgáltatási díjhoz kötött eljárás a jogkövető magatartást biztosítja. A módosítás emellett a büntetés-végrehajtási intézetek analógiájára tekintettel pontosította a zárt légterű dohányzóhely kijelölésének lehetőségét a rendőrségi előállító helyiségekben, fogdáknban és az őrzött szálláshelyeken.

²² betegségek nemzetközi osztályozási (BNO) rendszere szerinti kód F17

Különös veszélyt jelenthet, hogy a patronokban használt folyadék különböző aromákat tartalmaz (csokoládé, vanília, karamell, puncs stb.), kifejezetten vonzóvá teheti a terméket a fiatalkorúak számára, abban az esetben is, ha eddig még dohányt tartalmazó terméket nem fogyasztottak.

A nemdohányzó fiatalok esetében a nikotint tartalmazó folyadék patronnal forgalmazott DUET használat kockázatos lehet. Az esetlegesen kialakuló nikotinfüggőség - túl azon, hogy önmagában kóros állapot - átjárást jelenthet a dohányzás irányába.

TERVEZET

Evaluáció

A továbbiakban a 2012-ben és 2013-ban meghozott a dohányzás visszaszorítását célzó főbb intézkedések eredményeit tekintjük át, amik a következők voltak: a dohányzás térbeli korlátozása, a cigarettásdobozokon a képekkel kombinált figyelmeztetések bevezetése, dohánytermékek adójának emelése, és a dohánytermékeket forgalmazó helyek számának csökkentése.

A törvény betartása, hatósági ellenőrzések

(Demjén Tibor, Kimmel Zsófia)

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) Népegészségügyi Szakigazgatási Szervei (NSZSZ), és a Népegészségügyi Intézetek (NI) munkatársai által végzett ellenőrzéseket, egy a törvényi módosításnak is megfelelő jegyzőkönyv, illetve az ellenőrzött egység típusra specifikus mellékletek (10 féle) segítségével végezték. Ezeknek egy új, a törvenymódosítás hatásainak vizsgálatát elősegítő szoftvert tette lehetővé a számítógépes feldolgozást.

Az egészségügyi államigazgatási szerv a hatósági ellenőrzések számát és eredményeit az ÁNTSZ a belső kommunikációs rendszerében az intraneten teszi közzé, illetve sajtótájékoztatókon időszakosan ismerteti. A törvény hatályba lépését követő türelmi időszakban (2012. január-március) a munkatársak összesen 6 024 egységet ellenőriztek, melyből csak 318 volt kifogásolható.

Az NSZSZ és a NI munkatársai az első céllenőrzést 2012. április 1-én tartották, melynek keretén belül 1 150 egységet ellenőriztek, melyből 42 egység volt kifogásolható. 2012 áprilisában összesen 6 792 egységet ellenőriztek országszerte, melyből 97 egység volt kifogásolható. Az ezt követő időszakban csökkenő számú ellenőrzést végeztek (május: 5 382, június: 4 519, július: 3 294, augusztus: 2 857).

2012. november 19-től 25-ig az NSZSZ és a Népegészségügyi Intézetek munkatársai újabb céllenőrzést tartottak, mely során 3 897 egységet ellenőriztek, melyből 24 volt kifogásolható. 2012. november 1. – 30. között vizsgált időszakban az ellenőrzött egységek száma 6 063, a kifogásolt egységek száma 22, a hatósági intézkedések száma 29, míg a munkaidőn túl végzett ellenőrzések száma 619 volt.

2012. január 1. és december 31. közötti időszakban az ellenőrzött egységek száma összesen 55 947 volt. (3. ábra)

A 2012. áprilistól-decemberig talált kifogásolt egységek 28,5%-a szórakoztató, vendéglátó-ipari egység, 25,4%-a közforgalmi intézmény volt, míg 23,2%-ban közterületen találtak szabálysértést.

A 2012. év folyamán áprilisban történt a legtöbb hatósági intézkedés, 66 db. A nyári hónapok alatt az ellenőrzések számának csökkenésével arányosan a hatósági intézkedések száma is csökkent, majd szeptemberben 28 db, november 29 db intézkedés történt. (4. ábra)

A legfrissebb adataink szerint 2012-ben és 2013-ban összesen 17 478 000 Ft értékben szabtak ki bírságot.

Munkavállalók védelme, beltéri légszennyezettség

(Demjén Tibor, Kimmel Zsófia)

Az Egészségügyi Világszervezet és az amerikai Centers for Disease Control and Prevention, (CDC) valamint más szakértői tanulmányok alapján a belélegzett levegőbe jutó dohányfüstnek nincs olyan minimális szintje, ami alatt az expozíció már biztonságosnak mondható. Az Nvt. módosításának

köszönhetően a zárt légtérű közösségi helyek levegőjének minősége pozitívan változott, elősegítve ezzel az aktív és passzív dohányzás visszaszorítását.

A törvény betartásának ellenőrzésére, illetve az intézményekben megváltozott levegőminőség változásának mérésére, ezáltal a szigorítás hatásának monitorozására az Országos Környezetegészségügyi Intézet Levegőhigiénés Osztálya, az Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontja és a fővárosi VI., VII., VIII., IX. kerületi Népegészségügyi Intézetek munkatársai kidolgoztak és megvalósítottak egy a szórakoztató vendéglátó ipari létesítmények belső téri levegőminőségét vizsgáló kutatást.

A vizsgálatban a szálló por $2,5\mu\text{m}$ alatti frakciója ($\text{PM}_{2,5}$) került kiválasztásra, mint indikátor anyag, mivel ezen porfrakció a beltéri dohányzásra nagyon érzékeny. A cigarettákból származó dohányfüst részecskék átmérője a finom és az ultra finom részecsketartomány ($0,02 - 2\mu\text{m}$) közé esik.

A végzett felmérés eredményei egyértelműen igazolták azt a felvetést, hogy a dohányzást tiltó rendelkezések hatására a beltéri légszennyezettség jelentős mértékben csökkent. A vizsgált $2,5\mu\text{m}$ alatti részecskék tömegkoncentrációja szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabbnak bizonyult valamennyi vizsgált vendéglátó ipari egységben, ha volt dohányzás az adott belső térben.

Az átlag $\text{PM}_{2,5}$ koncentrációban 90% körüli csökkenés figyelhető meg az összes vizsgált zárt légtérű helyszínen a törvénymódosítás hatálybalépése után. (5. ábra)

A vendéglátóhelyek előtt, kültéren végzett mérések, a külső térre jellemző lényegében változatlan $\text{PM}_{2,5}$ eredmények igazolták, hogy a vizsgált belső terekben a cigarettafüst számít a magas $2,5\mu\text{m}$ alatti aeroszol koncentráció legfőbb forrásának.

A vizsgálat eredményei rávilágítanak arra, hogy a zárt légtérű közforgalmú helyeken dohányzás törvényi tiltása következtében a belső terek levegőminősége jelentős mértékben javult, a számos egészségkárosító hatással bíró $2,5$ mikron alatti részecskék szintje ($\text{PM}_{2,5}$) lényegesen alacsonyabb lett.

Felnőtt és ifjúsági dohányzási szokások felmérésének eredményei a törvénymódosítás előtt 2012-ben, és után 2013-ban²³

(Dr. Vitrai József, Dr. Varsányi Péter, Balku Eszter, Kimmel Zsófia)

Az Nvt. módosítás hatáselemzésének részeként 2012-ben alapállapot felmérést végeztünk a dohányzási szokásokkal kapcsolatban a felnőtt és fiatal magyar lakosság körében. 2013-ban a felméréseket megismételtük, így az aktuális eredmények összehasonlíthatók az alapállapottal.

Felnőtt felmérések eredményei

Az alapállapot felmérés 2012. februárban és márciusban, majd az azt követő 2013-as felmérés adatainak rögzítése szeptemberben valósult meg. Az országos, reprezentatív felmérések keretén belül 1 500, 17 évnél idősebb magyar lakost vizsgáltak. Fontosnak tartjuk felhívni a figyelmet arra, hogy a felmérésben résztvevők száma viszonylag alacsony volt, és a 2013-as minta demográfiai összetételét tekintve jelentősen eltért a 2012-es felmérés mintájától, így az eredmények értelmezésekor és a 2012-es adatokkal való összehasonlításakor az óvatosság indokolt.

2012-es felmérések alapján a dohányzók aránya 29%, a naponta dohányzók aránya 28%, míg az alkalmanként dohányzók gyakorisága 1% volt. A leszokottak aránya 16,5%, a nem dohányzók aránya 54,5% volt 2012-ben. 2013-ban a dohányzók aránya 20,5%, a naponta dohányzók aránya pedig 18,5% volt, az alkalmi dohányzók aránya azonban 2%. A leszokottak aránya 22%, a nem dohányzók aránya 57% volt 2013-ban. (6. ábra)

²³ Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpont, Felnőtt Dohányzás Felmérés Magyarországon 2013
<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok>

Összességében megállapítható, hogy 2013-ra jelentősen csökkent a dohányzók és különösen a naponta rágyújtók aránya, és ennek következtében emelkedett a leszokottak aránya. Továbbá kismértékű, 1%-os emelkedést figyelhetünk meg az alkalmanként dohányzók gyakoriságában.

2012-es felmérés eredményei alapján elmondható, hogy a naponta dohányzók aránya mindkét nem esetében a 35-64 év közötti korosztályban volt a legmagasabb, míg az alkalmanként dohányzók aránya mindkét nem esetében a 18-34 év közötti korosztályra volt jellemző. 2013-ban a naponta dohányzó férfiak aránya a 35-64 év közötti korosztályban volt a legmagasabb (27%), míg a naponta dohányzó nők aránya a 18-34 év közötti korosztályban volt a legmagasabb (20%).

2012-es eredményekhez viszonyítva, 2013-ra a naponta dohányzók aránya minden vizsgált korcsoport és mindkét nem esetében jelentősen csökkent, míg az alkalmanként dohányzók aránya a fiatalok és a középkorúak körében mindkét nem esetében kismértékben (0,5-2%) nőtt.

2012-ben az iskolai végzettséggel meredeken csökken a dohányzó férfiak aránya: míg a legfeljebb 8 általánost végzett férfiak 44%-a dohányzik, addig ez az arány a legfeljebb érettségiig jutó férfiaknál 34%, az ennél magasabb végzettségűeknél 20%. A nőknél a középiskolát végzeteknél legmagasabb a dohányzás gyakorisága (23%-27%-19%).

A 2013-as eredményekből megállapítható, hogy mind a férfiaknál, mind a nőknél a középfokú iskolai végzettséggel rendelkezők dohányoztak a legtöbben, kerekítve a középfokú végzettséggel rendelkező férfiak 31%-a, a nők 21%-a.

A 2012-es eredményekhez viszonyítva az alacsony végzettséggel rendelkező férfiak és nők körében a dohányzás aránya közel felére csökkent 2013-ra. A középfokú és felsőfokú végzettséggel rendelkező férfiak és nők körében szintén csökkenés tapasztalható.

Megvizsgáltuk továbbá, hogy a fenti változások hogyan jelentkeznek a dohányzók iskolai végzettsége szerinti összetételében.

2012-ben mind a dohányzó férfiak, mind a dohányzó nők közül a középfokú végzettséggel rendelkezők voltak többségben (61% és 57%). 2013-ban a dohányzó férfiak közül az alacsony végzettséggel rendelkezők, míg a dohányzó nők közül a középfokú végzettséggel rendelkezők voltak többségben, kerekítve 53% és 47%.

2012-es eredményekhez viszonyítva látható, hogy mind a dohányzó férfiaknál, mind a dohányzó nőknél az alacsony végzettséggel rendelkező részaránya emelkedett, míg a középfokú végzettségű nők és férfiak részaránya csökkent 2013-ra. A felsőfokú végzettséggel rendelkező dohányzó nők részaránya kis mértékben emelkedett, míg a férfiaké kis mértékben csökkent.

2012-ben az elszívott cigaretták száma összesen 12,3 milliárd volt, a sodort cigaretták száma 3,8 milliárd, a gyári cigaretták száma 8,4 milliárd volt. 2013-ra a dohányzók által elszívott cigaretták száma csökkent 12,3 milliárdról 8,3 milliárdra. A gyári és sodort cigaretták megoszlási aránya tovább változott, 31%-ról 37%-ra nőtt a sodort cigaretták aránya.

2012-es felmérés eredményei alapján a dohányosok 34%-a, a nem dohányzók 88%-a soha nincs kitéve dohányfüstnek otthonában. 2013-ra 63%-ra emelkedett a dohányzók és 91%-ra emelkedett a nem dohányzók aránya, akik soha nem voltak otthonunkban, zárt légtérben dohányfüstnek kitéve.

2012-ben a nemdohányzók dohányfüstnek való kitétsége zárt légtérben, bárók/diszkókban (46,5%) és kocsikban (44,5%) volt a legmagasabb. 2013-ra a nemdohányzók dohányfüstnek való kitétsége zárt légtérben minden általunk vizsgált helyszínen 10% alá csökkent, kivéve az egészségügyi intézményekben, ahol 4%-os emelkedés volt tapasztalható.

2012-ben a nemdohányzók dohányfüstnek való kitettsége nyílt légtérben, a megállóhelyeken volt a legmagasabb (48%). 2013-ra a nemdohányzók dohányfüstnek való kitettség a megálló és várakozó helyeken csökkent, míg a játszótérek és aluljárókban növekedett, 20% illetve 43%-ra.

2012 óta a dohányosok önbevallása alapján tovább csökkent a törvény által szabályozott zárt illetve nyílt légtérű helyeken történő rágyújtás. Kivételt képez a játszótér, melyen a rágyújtás gyakorisága 5%-al nőtt 2013-ra.

2012-es felmérés eredményei alapján a dohányzásnak az egészségügyi, közoktatási és más közintézményekben, valamint játszótérek való korlátozását a dohányzók és nem dohányzók egyaránt támogatták. A nemdohányzók többsége (61%) egyetértett azzal, hogy bárókban, kocsmákban tiltják a dohányzást, sőt a dohányosok negyede is így vélte. Az éttermekre, a közlekedési eszközökre és a munkahelyekre vonatkozóan a nemdohányzók 80%-a, a dohányosok fele támogatta a tiltást. 2013-ban a dohányzás korlátozására vonatkozó szabályozással a nemdohányzók túlnyomó többsége, míg a dohányosok igen nagy százaléka egyetértett, azonban a bárókban, diszkókban (53%), kocsmákban (45%) való tiltást csak minden második dohányzó támogatta.

Dohányterméket Utánzó Elektronikus Termékek (e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízpipa) elterjedtsége a felnőttek körében

A 2012-es és 2013-as felmérés során is megkérdeztük a magyar felnőtt lakosságot a DUET-ek használatával kapcsolatban. 2012-ben a 17 éven felüliek 2%-a használt elektronikus cigarettát. 2013-ban külön válaszlehetőségként adtuk meg a nikotinos és nikotinmentes elektronikus cigarettát, ezek alapján a válaszadók 3,7%-a használt nikotin tartalmú e-cigarettát, 0,5%-a nikotinmentes e-cigarettát és 0,2%-a használt elektronikus szivart. (7. ábra)

2012-ben az elektronikus cigarettát használók 1,5%-a fogyasztott gyári cigarettát és 0,5% fogyasztott sodort cigarettát az e-cigaretta mellett.

2013-ban az DUET (nikotinos és nikotinmentes e-cigaretta, nikotinos e-szivar) használók 2,4%-a fogyasztott gyári cigarettát és 2% használt sodort cigarettát az e-termék mellett.

2013-ban a 8 235 962 fős (forrás: KSH) 17 év feletti felnőtt magyar lakosságból 74 942 fő használt DUET-et (nikotinos és nikotinmentes e-cigarettát, valamint nikotinos e-szivart).

Össességében elmondható, hogy 2013-ban a felnőtt lakosságon belül kevesebben dohányoztak és kevesebb dohányterméket fogyasztottak. A dohányzók aránya a felnőtt lakosság körében egy év alatt több mint 8%-kal csökkent és összességében több mint 4 milliárd szálal kevesebb cigaretta fogyott 2013-ban.

A felnőtt lakosság körében 2013-ra 2%-kal emelkedett a Dohányterméket Utánzó Elektronikus Termékek használatának gyakorisága.

2012-es és 2013-as ifjúsági felmérések eredményei

Az ifjúsági felmérések 2012-ben és 2013-ban a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) keretén belül valósultak meg. A felmérés a 13-15 éves korosztályt illetően a 7., 8., és 9. évfolyamos diákokat célozza meg.

2012-ben a 13-15 éves korosztály 57%-a próbálta ki már a dohányzást. Ez az arány 2013-ra 46%-ra csökkent. Jelentős csökkenés volt tapasztalható a fiúk körében, 61%-ról 47%-ra csökkent azok aránya, akik kipróbáltak már valamilyen dohányterméket, míg a lányok esetében 52%-ról 44%-ra csökkent ez az arány. (8. ábra)

A 2012-es felmérés eredménye szerint a diákok 35%-a a kérdezés idején is fogyasztott valamilyen dohányterméket, ez az arány 2013-ra 31%-ra csökkent.

2012-ben a jelenleg cigarettázók - a naponta és alkalmi cigarettázók együtt- aránya 27% volt, a fiúk 31% a lányok 24% cigarettázott. 2013-ban ez az arány 3%-al csökkent, a csökkenés a fiúk körében volt tapasztalható, 2013-ra 24%-ra csökkent a jelenleg cigarettázó fiúk aránya, míg a lányok körében nem volt változás megfigyelhető.

2012-ben a 13-15 éves korosztály 7%-a cigarettázott naponta, a fiúk 9%-a, a lányok 5%-a. 2013-ra, 9%-ra emelkedett a naponta cigarettázó fiatalok aránya, a fiúk körében 1%-os a lányok körében 2%-os emelkedés volt megfigyelhető. (9. ábra)

2012-ben azoknak a fiataloknak az aránya, akik az elmúlt 30 napban fogyasztottak kézzel sodort cigarettát 13% volt, míg 2013-ban ez az arány 14,5%-ra emelkedett. A fiúk 15%, a lányok 10%-a fogyasztott kézzel sodort cigarettát az elmúlt 30 napban. 2013-ra ez az arány a fiúk körében nem változott, azonban a lányok körében 3,5%-kal emelkedett.

Az elmúlt 30 napban fogyasztott egyéb dohánytermékek (szivar/mini szivar, szivarka, rágódohány/tubák, pipa, vízipipa) gyakoriságát is vizsgáltuk 2012-ben és 2013-ban. 2012-ben a 13-15 éves korosztály 6%-a fogyasztott szivart/mini szivart/szivarkát, ez az arány 2013-ra 2%-al növekedett. A pipa fogyasztása nem változott 2013-ra (4%). A rágódohány/tubák és vízipipa fogyasztásának gyakorisága 1-2%-al csökkent 2012-ről 2013-ra.

A 2012-es felmérés eredményei alapján a 13-15 éves korosztály 13%-a próbálta ki 10 éves kora alatt a cigarettázást, míg 2013-ban ez az arány 21,5%, az emelkedés tehát jelentős.

2012-ben a fiatalok 45%-a boltban vette a cigarettát, ez az arány 2013-ban 20%-ra, azaz jelentősen csökkent. 2012-ben a fiatalok 43%-át nem utasították vissza az eladók a kiszolgálás során a korukra való hivatkozással, 2013-ban ez az arány sajnos növekedett, a 13-15 éves korosztály 50%-át nem utasították el kiszolgálás során életkora miatt.

A 2012-es felmérés eredményei alapján a 13-15 éves korosztály 44%-a volt dohányfüstnek kitéve otthonában. 2013-ban a fiatalok 46%-ra volt jellemző, hogy jelenlétükben dohányoztak otthonukban. 2012-ben a fiatalok 70% volt dohányfüstnek kitéve otthonán kívüli helyeken, ez az arány 2013-ra 9%-al csökkent (61%). A 13-15 éves korosztály 97%-a értett egyet a dohányzás tiltásával 2012-ben, míg 2013-ban a fiatalok 92%-a nyilatkozott így.

A 2012-es felmérés eredményei alapján a fiatalok 60%-a gondolta úgy, hogy biztosan árt mások cigarettafüstje az ő számukra, 2013-ban már csak 43% gondolkozott hasonlóképpen.

Dohányterméket Utánzó Elektronikus Termékek (e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízipipa) elterjedtsége a fiatalok körében

A 2012-es felmérés eredményei alapján a 13-15 éves korosztály 13%-a használt az elmúlt 30 napban elektronikus cigarettát. 2013-ban ez az aránya 9%-ra csökkent. (10. ábra)

A nem dohányzók azaz a dohánytermékeket nem fogyasztók 1%-a használt e-cigarettát 2012-ben, míg ez az arány 2013-ban 3%-ra emelkedett.

Az e-cigarettát használók 5%-a nem használt dohányterméket 2012-ben, míg 2013-ban ez az arány 24%-ra emelkedett.

2013-ban vizsgáltuk az e-cigarettát használók megoszlását a 13-15 éves korosztály körében, a patronban használt folyadék összetétele alapján. A fiatalok 26%-a használt ízesített és nikotinos patron, 21%-a használt ízesített és nikotinmentes patron, 17% használt nikotinos, nem ízesített patron és 16% használt nikotinmentes, nem ízesített folyadékot tartalmazó patron, 21% nem volt ismert.

Össességében elmondható, hogy 2013-ra a 13-15 éves korosztály körében az alkalmi dohányzók arányának nagymértékű csökkenése miatt, csökkent a dohányzók aránya. A naponta dohányzó fiatalok körében azonban kismértékű növekedés volt tapasztalható. 2013-ra a fiatalok körében csökkent az elektronikus cigaretta használat gyakorisága.

TERVEZET

Egészség hatás

(Dr. Vitrai József, Dr. Varsányi Péter)

Előzmény

Mivel az aktív illetve a passzív dohányzás okozta egészség problémák nyomon követhetőek az egészségügyi ellátás valamint a halálozási adatok alapján, ezért az 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről (Nvt.) 2012. január 1.-én hatályba lépett módosításának hatása vizsgálható az ilyen adatok felhasználásával.

A tanulmányban arra kerestük a választ, hogyan változtak az Nvt. módosítása után az aktív és passzív dohányzással összefüggő betegségek ellátási adatai, mind a fekvő-, mind pedig a járóbetegre vonatkozóan, valamint a halálozási adatok ugyanezen betegségek következtében. Megfigyelhető volt-e bármilyen változás az Nvt. módosítás hatályba lépése és a 3 hónap türelmi időszak után az adott betegségek ellátási adataiban?

Módszertan

Tanulmányunk a nemzetközi szakirodalom alapján összeállított azon betegségek listáján alapszik, amelyek bizonyítottan összefüggésbe hozhatók a vizsgált jogszabály feltételezett hatásával (1. táblázat). A BNO kódok kiválasztásánál szempont volt, hogy csupán azok a betegségek kerüljenek be a vizsgálatba, melyek bizonyítottan az egész lakosságot érintik, így egyes meghatározott csoportokra igazolt megbetegedéseket kizártunk a vizsgálatból (pl.: középfülgyulladás olyan gyermekek körében, akiknek valamelyik szülője dohányzik). A 2. táblázat tartalmazza az egyes BNO csoportokhoz tartozó valamennyi BNO kód felsorolását.

Az elemzés során az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé jelentett, a magyar állampolgárokat érintő azon fekvő- és járóbeteg ellátások számát vizsgáltuk, amelyekhez a megadott BNO kódok között az 1. táblázatban szereplő kódok bármelyike előfordult. Fekvőbetegknél egy ellátási eseménynek tekintettük a kórházi felvételtől a kórházi elbocsátásig terjedő időszakot, járóbeteg esetén pedig a rendelésen való egyszeri megjelenést. Összesen közel 140 millió ellátási eseményt dolgoztunk fel, amelyből több mint 28,5 millió (kb. 20%) került be a vizsgálatba.

Az Nvt. módosítása 2012. január 1.-én lépett hatályba, ezért leíró elemzésünk a 2011. január 1. és 2011. december 31. valamint a 2012. január 1. és 2012. december 31. közötti időszakokban igénybe vett ellátási eseményekre terjed ki. Megjegyezzük, hogy a vizsgált időszakban ténylegesen megtörtént ellátások egy része nem jelenik meg az általunk használt adatokban, mivel az OEP által az ellátó intézményeknek hiányosság miatt visszaküldött rekordok javítási időszaka túlnyúlhat az általunk vizsgált időszakon. A hatályba lépést 3 hónap türelmi idő követte, azaz csak 2012. április 1.-ével vált büntethetővé a módosítások megszegése. Ennek figyelembe vételével a 2011. április 1.-től 2012. március 31.-ig és a 2012. április 1.-től 2013. január 31.-ig terjedő időszakra vonatkozóan is elvégeztünk az elemzéseket. Mivel a két időszakra vonatkozó elemzések eredményei lényegében nem tértek el, ezért a türelmi időszakra vonatkozó elemzések eredményeit a Mellékletben mutatjuk be (16, 17. ábra, 8. táblázat).

Mind a fekvő-, mind a járóbeteg ellátásának leíró elemzéséhez 2011-re és 2012-re vonatkozóan kiszámoltuk az átlagos havi ellátás számát és annak 95%-os megbízhatósági tartományát (MT).

Eredmények

Fekvőbeteg ellátási adatok

Az 11. ábrát tanulmányozva megállapítható, hogy a vizsgált betegségek esetén az Nvt. módosítás hatályba lépése után nem figyelhető meg jelentős változás a fekvőbeteg ellátások számában. A néhány görbe esetében 2012-ben megfigyelhető csökkenő tendencia a 2011-ben is látható tendencia folytatásának tekinthető.

Az egyes vizsgált betegségekre vonatkozó átlagos havi fekvőbeteg ellátási adatok összehasonlításához nyújt segítséget a 12. ábra. Az ábráról leolvasható, hogy a két vizsgált időszak közötti változások elenyészőek.

A 3. táblázat segítségével a vizsgált időszakok közötti változás mértékéről kaphatunk pontos képet. Az Nvt. módosítás előtti és utáni egy évben a vizsgált betegségekre vonatkozó átlagos havi ellátások számát összehasonlítva, csupán a gümőkór esetében figyelhető meg statisztikailag is jelentősnek tekinthető 27%-os csökkenés. A gümőkór után, a legnagyobb arányú csökkenés (4-5%-os) a krónikus tüdőbetegségek, az alsó légúti megbetegedések²⁴, az iszkémiás szívbetegség²⁵, az átmeneti agyi vérkeringési zavar, valamint a 2. típusú cukorbetegség fekvőbeteg ellátási adatainál figyelhető meg.

Járóbeteg ellátási adatok

Az 13. ábrát tanulmányozva megállapítható, hogy a vizsgált betegségeknél az Nvt. módosítás hatályba lépése után nem figyelhető meg jelentős változás a járóbeteg ellátások számában. A néhány görbe esetében 2012-ben megfigyelhető csökkenő tendencia a 2011-ben is látható tendencia folytatásának tekinthető.

Az egyes vizsgált betegségekre vonatkozó átlagos havi járóbeteg ellátási adatok összehasonlításában nyújt segítséget a 14. ábra. Az ábráról leolvasható, hogy a két vizsgált időszak közötti változások elenyészőek, azok pontos mértékéről a 4. táblázat nyújt információt.

A 4. táblázatról leolvasható, hogy – ahogyan a fekvő beteg ellátási adatok esetében is – úgy a járóbeteg ellátások számát vizsgálva is a gümőkórnál következett be a legnagyobb arányú (9%) csökkenés. Szintén viszonylag nagy, 6%-os visszaesés tapasztalható az alsó légúti megbetegedés²⁴ miatt igénybe vett járó beteg ellátások számában is. Bár a fekvőbeteg adatoknál nem volt megfigyelhető növekedés 2012-ben 2011-hez képest, azonban a járó betegek esetében több esetben is kimutatható ilyen irányú eltérés (pl.: stroke, 2. típusú cukorbetegség), de a tapasztalt változások statisztikailag nem tekinthetők jelentősnek.

Halálozási adatok

A dohányzással összefüggésbe hozható, 1. táblázatban felsorolt betegségek által okozott halálozási adatok időbeli alakulását is megvizsgáltuk. Ahogyan az egészségügyi ellátások számában, úgy a halálozások számában sem találtunk statisztikailag jelentősnek mondható változást a vizsgált betegségek többségében a 2011-es és 2012-es adatok összehasonlítása során. (15. ábra)

²⁴ Több nemzetközi publikáció az ellátások számának csökkenését jegyezte le az Nvt. módosításához hasonló szabályozás következtében a gyermekkori alsó légúti megbetegedésekkel és asztmával kapcsolatban. Ezért külön is megvizsgáltuk ezeket a csoportokat – az eredmények a mellékletben megtalálhatóak – azonban az ellátások számának csökkenése hasonlóan alakult, mint a fent vizsgált csoport esetében, így az egész lakosságra vonatkozó elemzés került bemutatásra a dokumentumban.

²⁴ Az iszkémiás szívbetegségek közé tartozik az akut miokardiális infarktus (AMI) is. Több nemzetközi publikáció az AMI-val kapcsolatos ellátások számának csökkenését jegyezte le az Nvt. módosításához hasonló szabályozás következtében. Ezért külön is megvizsgáltuk ezt a csoportot – az eredmények a mellékletben megtalálhatóak – azonban hasonlóan alakult az ellátások számának csökkenése, mint az ISZB esetében, így a tágabb tartományú csoport került bemutatásra a dokumentumban.

Kivételt képez az influenza miatt bekövetkező halálesetek száma, ugyanis a csökkenés (56-ról 5-re) statisztikailag jelentősnek bizonyult. (7. táblázat)

Megjegyzendő, hogy mivel a halálozási adatok a KSH által meghatározott diagnosztikus csoportosításban álltak rendelkezésre, így a vizsgált betegségek nem teljes mértékben felelnek meg az 1. táblázatban megadott csoportoknak.

Fontos továbbá megemlíteni, hogy a legújabb kutatások alapján egy adott országban a dohányzásnak tulajdonítható halálozás megbízható becslése nem alapozható az egyes betegségekre vonatkozó külföldi vizsgálatból származó halálozási kockázatokra. Megoldásként felmerül hosszútávú követéses vizsgálatok megvalósítása vagy a halálozási dokumentációnak a dohányzási státuszra vonatkozó kiegészítése.

Összegzés

Összehasonlítva az Nvt. módosítás hatályba lépése előtti és utáni egy év egészségügyi ellátási adatait a dohányzással összefüggésbe hozható betegségek többségében nem sikerült statisztikailag jelentős változást kimutatni. Csupán a vizsgált betegségekhez viszonyítottan alacsony esetszámot képviselő gümőkór következtében végzett egészségügyi ellátások száma csökkent nagyobb mértékben, azonban ennek magyarázata további vizsgálatot igényel. Kiegészítő elemzéseket végeztünk az akut miokardiális infarktusokkal, a gyermekkori alsó légúti megbetegedésekkel és a gyermekkori asztmával kapcsolatos ellátásokra is, azonban az eredmények hasonlóan alakultak, mint a dokumentumban bemutatott tágabb értelmezésű csoportok esetében. Hasonlóan negatív eredménnyel járt a módosítás hatályba lépését követő 3 hónap türelmi időszak vége előtti illetve utáni adatok összevetése. A halálozási adatok vizsgálata során ugyancsak nem volt kimutatható az Nvt. módosítás hatásba lépésével összefüggésbe hozható változás. Kivételként említhető az influenzának tulajdonítható halálesetek számának nagyarányú csökkenése, melyet a 2011-es influenzajárvány, valamint a hozzá kapcsolódó oltási kampány nagysága magyarázhat.

A vizsgálat eredményeinek értelmezésekor számos módszertani korlátot érdemes figyelembe venni. Mivel az egészségügyi ellátás során keletkező adatokat finanszírozási céllal gyűjtik, azok más célra való felhasználása kockázattal jár. Nem zárható ki ugyanis, hogy az ellátó gazdasági érdeke ismeretlen mértékű torzítást okoz a betegségek kódolásban. Továbbá, míg az Nvt. módosítása főként a passzív dohányosokat érinti, addig a nemzetközi gyakorlatban vizsgált betegségek mind az aktív, mind a passzív dohányzással összefüggésbe hozhatók. Végül, mivel az ellátás során gyűjtött keletkező adatok nem tartalmazzak a betegek életmódjára, így a dohányzási szokására vonatkozóan sem információt, ezért nem volt lehetőség megkülönböztetni, mely ellátásokat vették igénybe az aktív illetve a passzív dohányosok. Végül, korlátozza az eredmények értelmezését, hogy az Nvt. módosítás utáni rövid időszakra álltak csak rendelkezésre ellátási adatok, míg a szakirodalomban fellelhető tanulmányok többségében hosszabb időtartamot vizsgáltak. Figyelembe véve, hogy a metaanalízisek alapján az ellátások számában bekövetkező csökkenés viszonylag kis mértékű, ennek kimutatását a rövidebb vizsgálati időszak megnehezíthette.

Ezen korlátok figyelembevételével feltételezhető, hogy mivel az Nvt. módosítás kiemelt célcsoportjára, azaz a passzív dohányosokra vonatkozóan nem lehetett önálló elemzést készíteni, ezért nem kizárható, hogy a passzív dohányosok körében jelentkező kedvező hatást elfedik az aktív dohányosok egészségügyi ellátásában mutatkozó esetleges változások.

Az Nvt. módosítás egészségügyi ellátások számában kimutatható hatását természetesen befolyásolhatja, hogy az érintettek milyen valószínűséggel veszik igénybe az egészségügyi ellátó rendszert. A módosítás a közterületeken, a zárt légtérű helyiségekben, szórakozóhelyeken való dohányzás visszaszorítására irányul, így leginkább a fiatal felnőttek aktív és passzív dohányzását korlátozhatja. Az életkori sajátosságok miatt ez az érintett lakossági csoport ritkábban

vesz igénybe egészségügyi ellátást, emiatt az Nvt. kedvező hatása az alkalmazott módszertani megközelítéssel nehezebben mutatható ki.

Az előbbiekben felsorolt módszertani nehézségek magyarázhatják, hogy az aktív és passzív dohányzás utóbbi egy évben megfigyelhető mérséklődése ellenére a 2012-es ellátási és halálozási adatok felhasználásával miért nem sikerült kimutatni a Nvt. módosítás rövidtávú hatását. Habár a szakirodalomban található példa arra, hogy hasonló dohányzást visszaszorítását célzó intézkedések hatása rövid időn belül megjelenik az egészségügyi ellátási adatokban²⁶, a magyar adatok vizsgálatával – összhangban a nemzetközi kutatások többségével – ilyen rövidtávú hatást nem lehetett igazolni.

Mindezek figyelembevételével javasolt az egészségügyi ellátás és a halálozás dokumentálása során az egészséget meghatározó legfontosabb tényezőkre, köztük a dohányzásra is vonatkozó adatok gyűjtésének bevezetése valamint az Nvt. módosítás hosszútávú hatásaira vonatkozó további vizsgálatok.

²⁶ „There was a small but significant reduction in the number of emergency admissions for myocardial infarction after the implementation of smoke-free legislation (–2.4%, 95% confidence interval –4.06% to –0.66%, P=0.007)” (lásd 7. szakirodalmi hivatkozás)

Gazdasági főbb mutatók

(Joó Tamás, Berki Júlia)

Dohányvertikum

A hazai dohánylevél-termesztés és –feldolgozás, a dohánytermék-gyártás és -forgalmazás gyökeres átalakuláson ment keresztül a rendszerváltás után. A dohánytermelés az EU-csatlakozás előtt évi 10 ezer tonna körüli volt, amely nagyságrendileg a 2012-es évre is megmaradt (18. ábra).

A dohánytermelés ipari ágazatról nagyon kevés elérhető információ áll rendelkezésre, mivel a termelő egységek száma a statisztikai publikálási határ alá került. A dohányvertikum gazdasági jelentőségét a dohányáru-nagykereskedelmen keresztül szemléltetjük.

Dohányáru-nagykereskedelem

A dohányáru-nagykereskedelemmel foglalkozó vállalkozások árbevétele 2009 óta folyamatos emelkedést mutat, valamint az érintett cégek vesztesége a 2011-ig tartó folyamatos növekedés mellett, 2012-ben mérséklődött (9. táblázat).

Elemzésünkben csak azon nagykereskedőket vizsgáltuk, melyek főtevékenységként a dohányáru-nagykereskedelmet tüntették fel, illetve teljesítettek bevallást az adott évre vonatkozóan. A diagramon szereplő adatok a dohányáru-nagykereskedelmi főtevékenységű vállalkozások forgalmát tartalmazzák. Azonban előfordulhat, hogy a vállalkozások árbevételének nem teljes része származott dohányáru értékesítéséből. Továbbá előfordulhat kismértékű átfedés is, mely a dohány nagykereskedők egymás közti értékesítéséből származhat.

A főtevékenységként dohányáru-nagykereskedelemmel foglalkozó cégek kasszájába nagy összegek folytak be az elmúlt években: 2012-ben a 27 dohányáru-nagykereskedő összesen 559 milliárdos árbevételt ért el, egy évvel korábban 26 vállalkozás 527 milliárdos, 2010-ben 27 cég 511 milliárdos és 2009-ben szintén 27 cég 480 milliárdos forgalmat vallott be. Ez azt jelenti, hogy 2012-ben az előző évhez képest 6,1 százalékkal emelkedett az érintett nagykereskedők árbevétele.

Az egy cégre vetített átlagos árbevétel is emelkedett. 2009-ben ez az összeg 17,8 milliárd forintra rúgott, 2010-ben közel 19 milliárdot tett ki, egy évvel később átlépte a 20 milliárd forintot, 2012-ben pedig elérte a 20,7 milliárd forintot.

Az adózott eredményt vizsgálva láthatjuk, hogy 2009-től 2011-ig folyamatosan nőtt az érintett vállalkozások vesztesége, 2011-re elérte a 3,7 milliárd forintot. 2012-ben azonban csaknem a 2011-es szint 50 százalékára, 1,8 milliárd forintra mérséklődött.

A legnagyobb dohányáru-nagykereskedőket külön-külön vizsgálva kiderül, hogy a 2012-ben az összesített árbevétel jelentős részét (382 milliárd forint) két vállalkozás adta. Ezzel a két cég a teljes árbevétel 68,3 százalékát tette ki, mely azt mutatja, hogy mérsékelten ugyan, de emelkedett a dominanciájuk a nagykereskedői piacon, ugyanis 2011-ben még 65,8% volt a részesedésük.

Adópolitika

Az EU-hoz való 2004-es csatlakozást követően az állam által realizált adó nagysága jelentősen emelkedett, aminek elsőszámú magyarázó tényezője a jövedéki adók volumenének emelkedése volt. Míg 2004-ben a dohánytermékek utáni adóbevétel 257 milliárd forint volt, addig 2009-ben ez a nagyság elérte már a 389

milliárd forintot. Kiemelendő, hogy 2012-ben igen jelentősen emelkedtek a költségvetés dohányzásból származó bevételei (áfa és jövedéki adó), ami elérte a 466 milliárdos hihetetlennek tűnő nagyságrendet. Az abszolút emelkedés 2011-hez viszonyítva 82 (!) milliárd forintot ért el, amelyre a megelőző években nem találunk példát (10. táblázat).

A központi költségvetés igen jelentős mértékű adóbevételre tesz szert a dohánytermékek után. A dohány jövedéki adók a központi költségvetés bevételeinek 2,7-3,7%-át jelentik (19. ábra). A befolyt összeg az EU csatlakozás után folyamatosan növekedett, mértéke 2,7-3,5-szer haladta meg a dohánytermékek után befolyt áfa-bevételeket. (19. ábra)

Az előzőekben említett 2012-es rekord nagyságú 466 milliárd forint adóbevétel többek között a 2012-es háromszori jövedéki adóemelésnek volt köszönhető (11. táblázat).

A 12. táblázatból látható, hogy EU-s relációban a magyar adózási technika a legmagasabbak közé tartozik (a cigaretta fogyasztói ára 87%-ban tartalmaz adót).

Cigaretta átlagára

A 20. ábrán látható, hogy mindhárom típus esetén a cigaretta éves fogyasztói átlagárának emelkedése 2012-ben meghaladta a 20%-ot, ami igencsak jelentősnek tekinthető.

A fogyasztóiár-index a háztartások (lakosság) által a saját felhasználásra vásárolt termékek és szolgáltatások időben bekövetkező (átlagos) árváltozását méri. A 13. táblázat az előző év azonos hónapjához viszonyított adatokat mutatja, így a 12 hónap alatt bekövetkező árváltozásokat láthatjuk.²⁷

Az Eurostat által irányított és koordinált harmonizált fogyasztóiár-index (HICP) célja, hogy lehetővé tegye az Európai Unió tagországaiban a nemzetközi összehasonlítást.

A 14. táblázatból is látszik, hogy a fogyasztóiár-index változás a vizsgált időszakban jelentősen meghaladja az EU28 átlagot. Magyarországon a növekedés 41,85%, míg a 28 tagállamot tekintve csupán 12,25%. A Magyarországon történő jelentős fogyasztóiár változás oka a jövedéki adó ezen időszakban történő többszöri megemelése (Lásd 11. táblázat). Magyarország az EU irányelvekben lefektetett a dohánytermékekre kivetett adókra vonatkozó előírásokkal kapcsolatban kétszer is derogációt kért és kapott. A 2002/10/EC irányelvben előírt adómérték bevezetésére 2008-ig, a 2011/64/EU irányelvben foglaltakra pedig 2018-ig kapott derogációt.

A dohánytermékekre kivetett adók megemelése és ezáltal a dohánytermékek kiskereskedelmi árának fokozatos növekedése hatást gyakorol a fogyasztásra. A fogyasztás mérséklődése nem csupán az aktív, de a passzív dohányosok dohányfüstnek való kitettségét is csökkenti. Az adómérték emelése és a dohánytermékek kiskereskedelmi árának növekedése a nemdohányzók védelméről szóló törvény módosítás hatását erősítette.

²⁷ <http://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz36.html>

Kiskereskedelmi forgalom főbb árucsoportonként

A 21. ábra alapján elmondható, hogy 2012-ben kiskereskedelmi eladási forgalom mellett a dohányáru eladási forgalom is emelkedett a megelőző évhez viszonyítva.

Vendéglátás

A 13. táblázat és a 22. ábra alapján egyértelműen kijelenthető, hogy a kereskedelmi vendéglátóhelyek (étterem, büfé, cukrászda, ital üzlet, zenés szórakozóhely) száma és az egységek bevétele is növekedett 2011-ről 2012-re.

2012-ben 267 egységgel több kereskedelmi vendéglátóhelyet tartottak nyilván, mint egy évvel korábban. A vendéglátóhelyek bevételeit vizsgálva pedig egy megközelítőleg 32 milliárd forintos emelkedést tapasztalhatunk.

Kereskedelmi szálláshelyek

Elemzésünkben nem csak a kereskedelmi vendéglátóhelyek számának és bevételeinek alakulását vizsgáltuk, hanem kitértünk a kereskedelmi szálláshelyek vendégforgalmára és szállásdíjbevételeire is. A 23. ábra és a 24. ábra bemutatja, hogy a különböző sajtóorgánumban megjelent téves információkkal ellentétben, 2012-ben a szálláshelyek vendégforgalma és szállásdíjbevétele is emelkedett a korábbi évhez viszonyítva.

Következtetések

(Demjén Tibor)

WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény

A világon a dohányzás és a passzív dohányzás miatt kialakuló megbetegedések, bekövetkező halálozások és az ezekre visszavezethető társadalmi, gazdasági károk csökkentésének céljából létrejött WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének jelenleg 177 részes fele van. A tagországok által kidolgozott és elfogadott jegyzőkönyv és irányelvek minden ország számára a legfontosabb szakmai útmutatók a dohányzás visszaszorításában.

Magyarország 2004 óta részes fél, a Keretegyezményt a 2005. évi III. törvény hirdette ki, és az elmúlt néhány évben a kormányzat összehangolt intézkedések sorozatát valósította meg. Ezek közül a jelentősebbek a dohányzás korlátozása a közforgalmú zárt légterű és egyes nyílt légterű helyeken, a cigaretta adótartalmának jelentős emelése, a képekkel kombinált figyelmeztetések alkalmazása a cigarettákon és a dohánytermékek árusítóhelyei számának drasztikus csökkentése.

Ezek közül jelen tanulmányban az egyik legjelentősebbre fókuszáltunk, a dohányzás teljes betiltására a közforgalmú zárt légterű és bizonyos nyílt légterű helyeken.

A dohányzás tiltása a közforgalmú helyeken egyértelműen sikertörténet Magyarországon

A közvélemény kutatási adatok, a munkáltatói és munkavállalói szervezetek véleménye és a törvény betartását ellenőrző hatóság adatai alapján is megállapítható, hogy az intézkedés magas támogatottsága a bevezetést követő két évben sem csökkent.

Fontos üzenet, minden a teljes dohányzás tilalmat bevezetni szándékozó ország részére, hogy az intézkedés Magyarországon a bevezetést követő években a dohányosok népességen belüli arányában és a cigarettafogyasztásban jelentős csökkenést eredményezett.

A zárt légterű helyeken a dohányzás teljes tiltásának a gazdasági hatásai is kedvezőek, sem a vendéglátóiparban dolgozók száma, sem a vendéglátóhelyek száma, sem a vendéglátásból és szállásszolgáltatásból származó bevételek nem csökkentek, sőt növekedtek!

Szakirodalom

1. Felnőtt Dohányzás Felmérés, 2012, Balku E., Demjén T., Vámos M, Vitrai J., 2014. február 11-én letöltve. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_honlapra_20130108.pdf
2. Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2012. ténylep; 2014. február 11-én letöltve. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/0_IDF_Tenylep_Mo_VEGLEGES_20130211.pdf
3. Felnőtt Dohányzás Felmérés, 2013, Balku E., Demjén T., Kimmel Zs., Varsányi P., Vitrai J., 2014. február 11-én letöltve. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_II_honlapra_20140128_v2.pdf
4. Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2013. <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok>
5. WHO FCTC country report 2013; 2014. február 11-én letöltve. <http://www.who.int/fctc/reporting/en/>
6. A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon; 2012; Bakacs M.; BalkuE.; Bodrogi J.; Demjén T.; Joó t.; Vámos M.; Vitrai j.; Vokó Z.; 2014. február 11-én letöltve. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf
7. Elektronikus cigaretta GYIK; 2014. február 11-én letöltve. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/0_e-cigi_CSAK_GYIK.pdf
8. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 2000-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008;57(45):1226-1228.
9. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies (2009: Lyon, France)
10. Lin HH, Ezzati M, Murray M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2007;4:e20-e20
11. Majid Ezzati, Ph.D., and Elio Riboli, M.D Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases N Engl J Med 2013; 369:954-964
12. Michael J. Thun et al. Smoking vs Other Risk Factors as the Cause of Smoking-Attributable Deaths Confounding in the Courtroom. JAMA, 2000, 284:706:712.
13. Michael J. Thun, Brian D. Carter, Diane Feskanich, Neal D. Freedman, Ross Prentice, Alan D. Lopez, Patricia Hartge, Susan M. Gapstur: 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States. N Engl J Med. 2013 January 24; 368(4): 351–364.
14. Sims M ,Maxwell R ,Bauld L ,Gilmore A. Short term impact of smoke-free legislation in England: retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction. BMJ 2010;340:c2161
15. Freddy Sitas, Sam Egger, Debbie Bradshaw, Pam Groenewald, Ria Laubscher, Danuta Kielkowski, Richard Peto. Differences among the coloured, white, black, and other South African populations in smoking-attributed mortality at ages 35–74 years: a case-control study of 481 640 deaths. Lancet 2013; 382: 685–93
16. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. – [Atlanta, Ga.] : U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, [2006]
17. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2007;298:2654-2664

Táblázatok

1. táblázat: A vizsgálat során használt BNO kódok és az elemzés során használt megnevezésük

BNO	Megnevezés
A15-A19	Gümőkór
C00–C14, C15, C32	Szájüregi és gégerák
C33–C34	Tüdőrák
C64–C65, C67	Vese- és húgyhólyagrák
E11, R7300	2. típusú cukorbetegség
G45	Átmeneti agyi ischaemiás attackok (TIA)
I10-I15	Magas vérnyomás
I20-I25	Ischaemiás szívbetegség (ISZB)
I60-I64	Stroke
I70–I78	Érbetegségek
J10-J22, J45-J47	Alsó légúti megbetegedések
J40–J44	Krónikus tüdőbetegség

2. táblázat: A tanulmányban vizsgált BNO kódok és rövid elnevezésük

BNO	Megnevezés	Rövid elnevezés
A15-A19	A15 Bakteriológiai és szövettani vizsgálattal igazolt légúti gümőkór A16 Légzőszervi gümőkór, bakteriológiai vagy szövettani vizsgálattal nem igazolt A17 Az idegrendszer gümőkórja A18 Egyéb szervek gümőkórja A19 Miliaris tuberkulózis	Gümőkór
C00– C14, C15, C32	C00 Az ajak rosszindulatú daganata C01 A nyelvgyök rosszindulatú daganata C02 A nyelv egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata C03 A fogíny rosszindulatú daganata C04 A szájfenék rosszindulatú daganata C05 A szájpad rosszindulatú daganata C06 A száj egyéb és nem meghatározott részeinek rosszindulatú daganata C07 A parotis rosszindulatú daganata C08 Egyéb és nem meghatározott nagyobb nyálmirigyek rosszindulatú daganata C09 A mandula rosszindulatú daganata C10 A szájgarat rosszindulatú daganata C11 Az orrgarat rosszindulatú daganata C12 A sinus piriformis rosszindulatú daganata C13 A hypopharynx rosszindulatú daganata C14 Rosszindulatú daganat az ajak, a szájüreg, a garat egyéb és rosszul meghatározott részein C15 A nyelvcső rosszindulatú daganata C32 A gége rosszindulatú daganata	Szájüregi és gégerák
C33–C34	C33 A légcső rosszindulatú daganata C34 A hörgő és tüdő rosszindulatú daganata	Tüdőrák
C64– C65, C67	C64 A vese rosszindulatú daganata, kivéve a vesemedencét C65 A vesemedence rosszindulatú daganata C67 A húgyhólyag rosszindulatú daganata	Vese- és húgyhólyagrák
G45	G45 Átmeneti agyi ischaemiás attackok (TIA) és rokonszindrómák	TIA
I10-I15	I10 Magasvérnyomás-betegség (elsődleges) I11 Hypertensív szívbetegség I12 Hypertensív vesebetegség I13 Magasvérnyomás eredetű szív- és vesebetegség I15 Másodlagos hypertonia	Magas vérnyomás
I20-I25	I20 Angina pectoris I21 Heveny szívizomelhalás I22 Ismétlődő szívizomelhalás I23 Heveny szívizomelhalást követő bizonyos egyidejű szövődmények I24 Egyéb heveny ischaemiás szívbetegségek I25 Idült ischaemiás szívbetegség	Iszkémiás szívbetegség (ISZB)
I60-I64	I60 Pókhálóhártya alatti vérzés I61 Agyállományi vérzés I62 Egyéb nem traumás koponyaűri vérzés I63 Agyi infarktus I64 Szélütés (stroke), nem vérzésnek vagy infarktusnak minősítve	Stroke

BNO	Megnevezés	Rövid elnevezés
I70–I78	I70 Atherosclerosis I71 Aorta-aneurysma és dissectio I72 Egyéb aneurysma I73 Egyéb perifériás érbetegségek I74 Artériás embólia és thrombosis I77 Az artériák és arteriolák egyéb rendellenességei I78 A hajszálerek betegségei	Érbetegségek
J10-J22, J45-J47	J10 Identifikált influenzavírus okozta influenza J11 Influenza, vírus nem identifikált J12 Vírusos tüdőgyulladás m.n.o. J13 Streptococcus pneumoniae okozta tüdőgyulladás J14 Haemophilus influenzae okozta tüdőgyulladás J15 Bakteriális tüdőgyulladás m.n.o. J16 Egyéb fertőző organizmusok okozta tüdőgyulladás m.n.o. J17 Tüdőgyulladás máshova osztályozott betegségekben J18 Tüdőgyulladás, kórokozó nem meghatározott J20 Heveny hörghurut J21 Heveny bronchiolitis J22 Nem meghatározott alsó légúti fertőzés J45 Asztma J46 Status asthmaticus J47 Bronchiectasia	Alsó légúti megbetegedések
J40–J44	J40 Bronchitis, nem hevenynek vagy idültnek meghatározva J41 Egyszerű és mucopurulens idült bronchitis J42 Nem meghatározott idült bronchitis J43 Emphysema J44 Egyéb idült obstruktív tüdőbetegség	Krónikus tüdőbetegség
E11, R7300	E11 Nem inzulin dependens cukorbetegség R73 Emelkedett vércukorszint	2. típusú cukorbetegség

3. táblázat: 2011-ben és 2012-ben az egyes betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi fekvőbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya

	2011. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	2012. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	változás (utána/ előtte)
Gümőkór	616	534	699	451	385	516	73%
Szájüregi és gégerák	1 992	1 927	2 057	1 943	1 860	2 025	98%
Tüdőrák	5 255	5 067	5 443	5 158	4 960	5 356	98%
Vese- és húgyhólyagrák	1 521	1 471	1 571	1 527	1 471	1 583	100%
2. típusú cukorbetegség	25 895	23 943	27 846	24 886	22 486	27 287	96%
TIA	5 563	5 282	5 844	5 364	4 945	5 782	96%
Magas vérnyomás	65 044	62 633	67 455	63 548	60 705	66 391	98%
ISZB	29 940	28 828	31 051	28 837	27 651	30 024	96%
Stroke	9 313	8 976	9 651	9 280	8 947	9 613	100%
Érbetegségek	17 916	17 287	18 546	17 443	16 729	18 157	97%
Alsó légúti megbetegedések	11 612	10 363	12 861	11 178	9 955	12 401	96%
Krónikus tüdőbetegség	12 366	11 724	13 007	11 701	10 929	12 473	95%

4. táblázat: 2011-ben és 2012-ben az egyes betegségtípusok betegségek miatt igénybevett átlagos havi járóbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya

	2011. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	2012. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	változá s (utána/ előtte)
Gümőkór	2 931	2 807	3 055	2 672	2 524	2 820	91%
Szájüregi és gégerák	14 020	13 566	14 474	13 544	12 977	14 111	97%
Tüdőrák	30 243	29 164	31 322	30 940	29 743	32 138	102%
Vese- és húgyhólyagrák	14 953	14 266	15 641	15 194	14 536	15 852	102%
2. típusú cukorbetegség	106 890	100 309	113 471	111 865	105 028	118 702	105%
TIA	29 903	28 278	31 528	30 881	29 148	32 613	103%
Magas vérnyomás	312 223	294 621	329 824	319 195	299 952	338 439	102%
ISZB	152 854	143 488	162 221	151 380	142 368	160 391	99%
Stroke	46 497	44 483	48 511	49 286	47 099	51 473	106%
Érbetegségek	72 293	68 500	76 086	74 662	70 772	78 551	103%
Alsó légúti megbetegedések	133 043	118 562	147 523	124 731	113 278	136 184	94%
Krónikus tüdőbetegség	80 020	75 080	84 960	79 535	74 245	84 825	99%

5/A. táblázat: A 2011-ben és 2012-ben a feltűntetett betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi fekvőbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya

	2011. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	2012. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	változás (utána/ előtte)
Akut miokardiális infarktus	3810	3681	3939	3654	3313	3995	96%
Alsó légúti megbetegedések (0-18 év)	3562	2952	4172	3212	2729	3694	90%
Asztma (0-18 év)	948	912	983	929	904	955	98%

5/B. táblázat: 2011. április – 2012. március közötti időszak, valamint a 2012. április és 2013. január közötti időszakban a feltűntetett betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi fekvőbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya (A második időszak a rendelkezésre álló adatok hiányában nem 12 hónapos.)

	2011. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	2012. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	változás (utána/ előtte)
Akut miokardiális infarktus	3855	3709	4001	3488	3112	6600	90%
Alsó légúti megbetegedések (0-18 év)	3334	2883	3784	2921	2525	5446	88%
Asztma (0-18 év)	944	909	979	921	887	1808	98%

6/A. táblázat: A 2011-ben és 2012-ben a feltűntetett betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi járóbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya

	2011. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	2012. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	változás (utána/ előtte)
Akut miokardiális infarktus	4820	4635	5005	4959	4701	5217	103%
Alsó légúti megbetegedések (0-18 év)	33558	29033	38082	30093	26668	33517	90%
Asztma (0-18 év)	21171	18852	23490	19464	18309	20619	92%

6/B. táblázat: A 2011. április – 2012. március közötti időszak, valamint a 2012. április és 2013. január közötti időszakban a feltűntetett betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi járóbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya (A második időszak a rendelkezésre álló adatok hiányában nem 12 hónapos.)

	2011. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	2012. jan.- dec.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	változás (utána/ előtte)
Akut miokardiális infarktus	4904	4717	9621	5018	4678	5357	102%
Alsólégúti megbetegedések (0-18 év)	31841	28638	60479	28016	25210	30821	88%
Asztma (0-18 év)	21180	18866	40046	19245	17902	20588	91%

7. táblázat: Az egyes betegségeknek tulajdonítható halálozások száma 2008 és 2012 között

	2008. év	2009. év	2010. év	2011. év	2012. év
Gümőkór (A15-A19)	118	122	107	78	92
Ajak, szájüreg, garat, nyelőcső, légcső, gége rosszindulatú daganata (C00-C15, C32)	9 475	9 627	9 833	9 687	10 011
Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata (C33-C34)	8 330	8 453	8 648	8 533	8 896
A vese, a húgyhólyag rosszindulatú daganata (C64, C67)	7 169	7 236	7 671	7 911	8 167
Cukorbetegség (E10-E14)	2 865	2 654	2 559	2 782	2 843
Magasvérnyomás betegség I10-I15	6 338	6 405	6 767	6 988	7 184
Ischaemiás szívbetegség (I20-I25)	32 828	33 186	33 842	33 230	32 951
Agyinfarktus, agyembólia, trombózis, stroke (I63, I64, I66)	704	788	801	845	787
Érelmeszesedés (I70)	2 277	2 367	2 304	2 225	2 246
Influenza (J09-J11)	11	82	59	56	5*
Tüdőgyulladás (J12-J18)	693	706	742	789	782
Idült alsólégúti betegségek (J40-J47)	4 875	4 930	4 821	5 070	5 321

* 5%-os szinten szignifikáns eltérés

8. táblázat: 2011. április – 2012. március közötti időszak, valamint a 2012. április és 2013. január közötti időszakban az egyes betegségtípusok miatt igénybevett átlagos havi fekvőbeteg ellátások száma és azok 95%-os megbízhatósági tartománya

(A második időszak a rendelkezésre álló adatok hiányában nem 12 hónapos.)

	2011. ápr.- 2012. márc.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	2012. ápr.- 2013. jan.	95%-os MT alsó határ	95%-os MT felső határ	változá s (utána/ előtte)
Gümőkór	565	495	635	404	328	481	72%
Szájüregi és gégerák	1 984	1 914	2 053	1 991	1 879	2 103	100%
Tüdőrák	5 294	5 106	5 483	5 192	4 950	5 433	98%
Vese- és húgyhólyagrák	1 540	1 488	1 592	1 522	1 452	1 592	99%
2. típusú cukorbetegség	26 007	24 047	27 967	23 704	20 905	26 503	91%
TIA	5 570	5 293	5 847	5 332	4 841	5 824	96%
Magas vérnyomás	65 403	62 989	67 816	62 808	59 664	65 951	96%
ISZB	29 965	28 922	31 008	28 425	27 187	29 664	95%
Stroke	9 390	9 088	9 691	9 263	8 873	9 654	99%
Érbetegségek	18 053	17 411	18 695	17 119	16 442	17 795	95%
Alsó légúti megbetegedések	11 494	10 328	12 661	10 415	9 517	11 313	91%
Krónikus tüdőbetegség	12 396	11 743	13 049	11 204	10 634	11 773	90%

9. táblázat: Dohányáru-nagykereskedelemmel foglalkozó vállalkozások árbevétele.

ÉV	CÉGEK SZÁMA	ÉRTÉKESÍTÉS NETTÓ ÁRBEVÉTELE (MRD HUF)	ADÓZOTT EREDMÉNY (MRD HUF)
2009	27	480	-2,0
2010	27	511	-2,5
2011	26	527	-3,7
2012	27	559	-1,8

Forrás: Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, Céginformációs és az Elektronikus Cégeljárásban Közreműködő Szolgálat

10. táblázat: A költségvetés dohányzásból származó bevételei. (milliárd Ft)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
EXCISE TAX	184	173	213	253	271	298	263	287	345
VAT	74	67	63	73	77	92	90	97	121
TOTAL	258	241	276	326	348	389	353	384	466

Forrás: Nemzetgazdasági Minisztérium

11. táblázat: Magyarországi adópolitika 2001-től 2013-ig

EXCISE TAXES IN HUNGARY - CIGARETTES (2001-2013)				EXCISE TAXES IN HUNGARY - FINE CUT TOBACCO (2001-2013)			
YEAR	MINIMUM EXCISE (HUF/1000 CIGARETTES)	SPECIFIC EXCISE (HUF/1000 CIGARETTES)	AD VALOREM EXCISE	YEAR	MINIMUM EXCISE (HUF/KG)	AD VALOREM EXCISE	
2004	10 380	6 450	23,00%	2004	3 500	47,00%	
2005	11 220	6 450	23,00%	2005	3 625	47,00%	
2006	01.01.-31.08.	12 630	27,00%	2006	01.01.-31.08.	4 170	52,00%
	01.09.-31.12.	13 090	27,50%		01.09.-31.12.	4 320	52,00%
2007	01.01.-31.03.	13 090	27,50%	2007	01.01.-31.03.	4 320	52,00%
	01.04.-31.08.	13 730	27,75%		01.04.-31.08.	4 530	52,00%
	01.09.-31.12.	13 965	28,00%		01.09.-31.12.	4 610	52,00%
2008	01.01.-31.03.	13 965	28,00%	2008	01.01.-31.03.	4 610	52,00%
	01.04.-31.08.	14 460	28,20%		01.04.-31.08.	5 785	52,00%
	01.09.-31.12.	14 875	28,30%		01.09.-31.12.	5 950	52,00%
2009	01.01.-30.06.	15 175	28,30%	2009	01.01.-30.06.	6 070	52,00%
	01.07.-31.12.	16 000	28,30%		01.07.-31.12.	6 720	52,00%
2010	17 330	9 350	28,30%	2010	7 280	52,00%	
2011	01.01.-31.10.	18 080	28,40%	2011	01.01.-31.10.	7 860	52,00%
	01.11.-31.12.	19 530	28,40%		01.11.-31.12.	8 790	52,00%
2012	01.01.-31.01.	19 530	28,40%	2012	01.01.-31.01.	8 790	52,00%
	01.02.-30.06.	21 100	30,00%		01.02.-30.06.	10 150	52,00%
	01.07.-30.11.	22 300	31,00%		01.07.-30.11.	11 150	52,00%
	01.12.-31.12.	24 920	31,00%		01.12.-31.12.	12 460	52,00%
2013	01.01.-	24 920	31,00%	2013	01.01.-	12 460	52,00%

Forrás: Nemzeti Adó és Vámhivatal

12. táblázat: A cigaretta fogyasztói árának adótartalma az Európai Unió tagállamaiban

2012. JANUARY		2013. JANUARY	
COUNTRY	TOTAL TAX - INCL VAT (as % of WAP)	COUNTRY	TOTAL TAX - INCL VAT (as % of WAP)
BG	86,65	UK	88,97
HU	84,76	EL	88,00
EE	84,38	NL	87,15
PL	84,28	HU	87,01
EL	83,70	PL	84,61
RO	83,42	EE	83,89
SK	82,52	IE	83,65
IE	82,17	SK	83,48
UK	82,12	BG	83,48
LV	82,09	SI	82,43
NL	81,87	RO	82,34
SE	80,83	FI	81,35
PT	80,72	LV	81,28
FI	80,70	EU27	80,82
FR	80,64	FR	80,64
EU27	80,01	DK	80,61
DK	79,22	ES	79,92
ES	79,00	PT	79,76
LT	77,74	LT	78,39
CZ	77,69	CZ	77,69
MT	77,49	MT	77,49
SI	77,47	CY	77,38
AT	77,15	SE	77,06
DE	77,10	BE	76,84
BE	76,60	DE	76,44
IT	75,78	AT	76,40
CY	73,98	IT	75,88
LU	70,12	LU	70,12

Source: European Commission's publication Excise Duty Tables. Part III – Manufactured Tobacco

13. táblázat: Fogyasztói-árindexek az egyéni fogyasztás rendeltetés szerinti osztályozása (COICOP) alapján, havi
A dohányárak fogyasztói-árindexe 2011. ápr. - 2013. ápr.

	Mutató
Időszak	Fogyasztóiár-index, előző év azonos időszaka = 100,0 (százalék)
2011. április	96,6
2012. április	121,2
2013. április	117

Forrás: KSH

14. táblázat: Harmonizált fogyasztóiár-indexek az egyéni fogyasztás rendeltetés szerinti osztályozása (COICOP) alapján, havi
A dohányárak harmonizált fogyasztói-árindexe 2011. ápr. – 2013. ápr.

	Mutató	
	Harmonizált fogyasztóiár-index, 2005=100,0 (százalék)	
Időszak	Magyarország	EU28
2011. április	136,15	142,17
2012. április	165,02	151,73
2013. április	193,13	159,59

Forrás: Eurostat

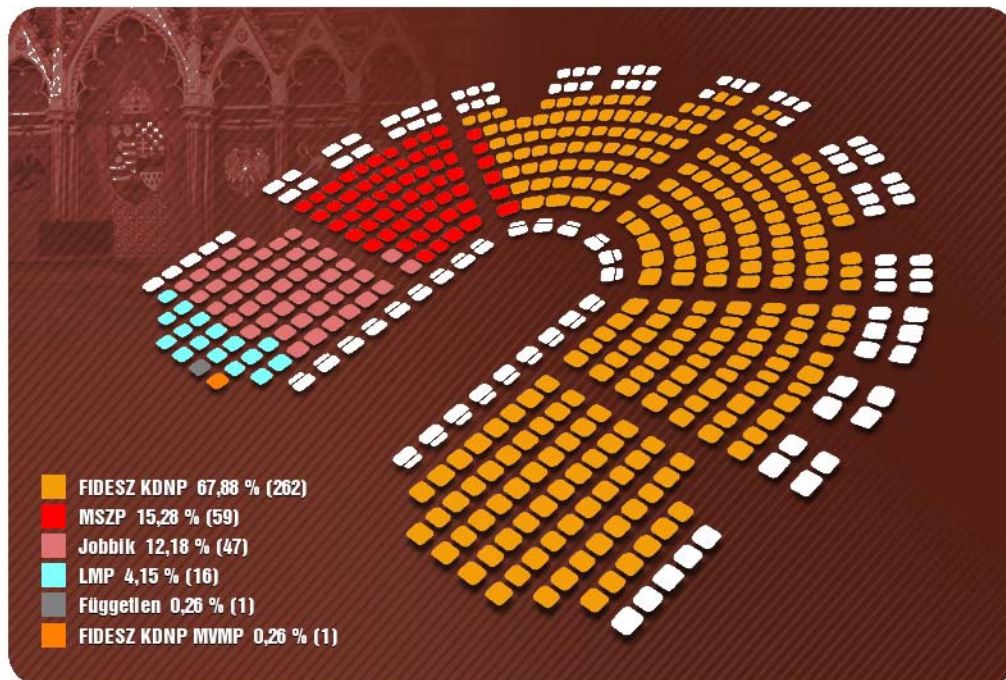
15. táblázat: A kereskedelmi vendéglátóhelyek száma 2001-2012

Típus	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Étterem, büfé	33 666	34 473	34 891	34 830	34 801	34 777	34 596	33 905		24 709	25 245	25 929
Cukrászda	1 764	1 805	1 842	1 850	1 847	1 824	1 745	1 705		3 312	3 283	3 362
Italüzlet és zenés szórakozóhely	12 521	12 923	13 344	13 648	13 827	13 753	14 078	14 003		21 511	21 529	21 033
Kereskedelmi vendéglátóhely	47 951	49 201	50 077	50 328	50 475	50 354	50 419	49 613		49 532	50 057	50 324

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

Ábrák

1. ábra: A képviselők megoszlása és száma 2011



2. ábra: A kötelező felirat illetve jelzés



TILOS A DOHÁNYZÁS

**NO SMOKING
INTERDICTION DE FUMER
RAUCHEN VERBOTEN
КУРЕНИЕ ЗАПРЕЩЕНО**

**A dohányzásról leszokáshoz segítséget kaphat, illetve
törvényszegés észlelése esetén észrevételt tehet**

az alábbi telefonszámon:

06 40 200 493

www.leteszemacigit.hu



DOHÁNYZÁSRA KIJELÖLT HELY

**SMOKING AREA
ZONE FUMEUR
RAUCHERZONE
МЕСТО ДЛЯ КУРЕНИЯ**

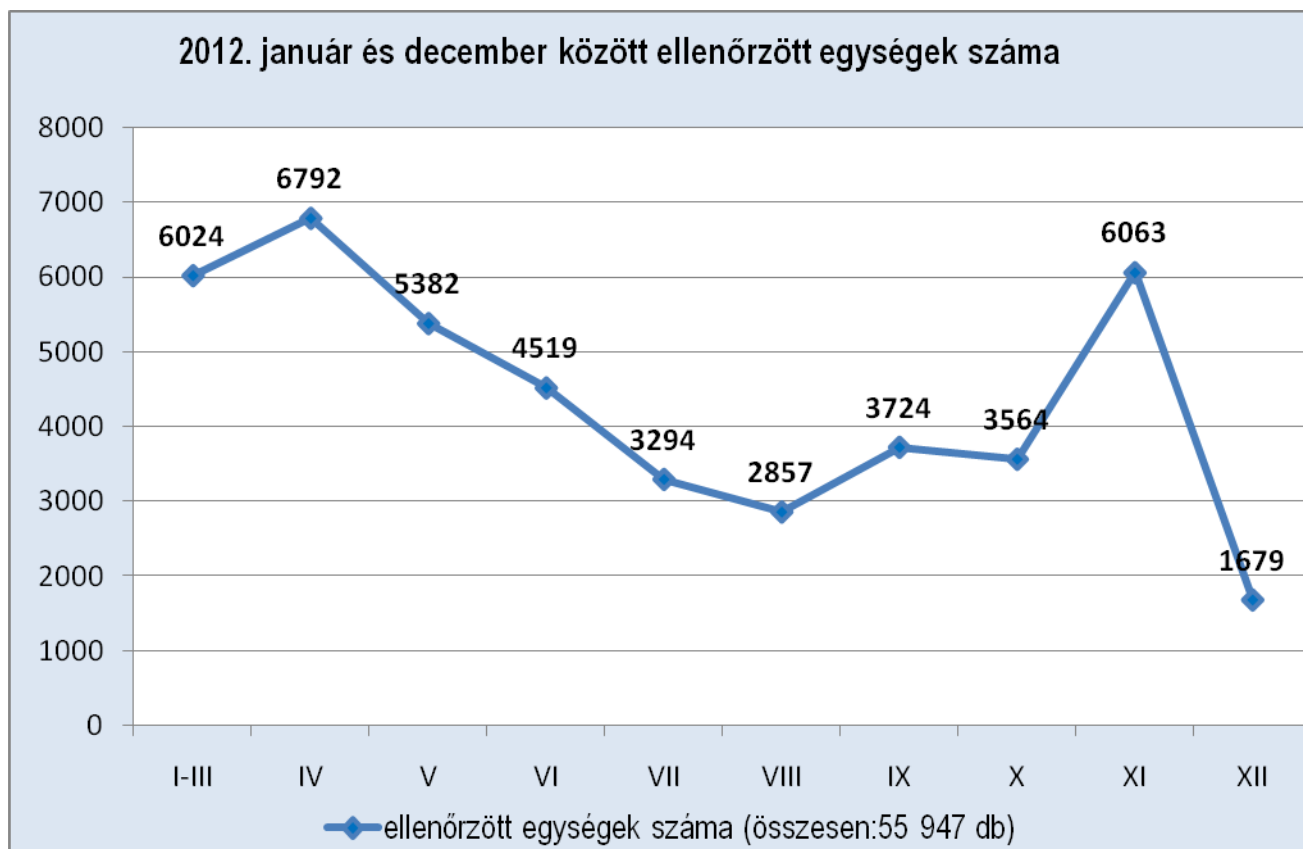
**A dohányzásról leszokáshoz segítséget kaphat, illetve
törvényszegés észlelése esetén észrevételt tehet**

az alábbi telefonszámon:

06 40 200 493

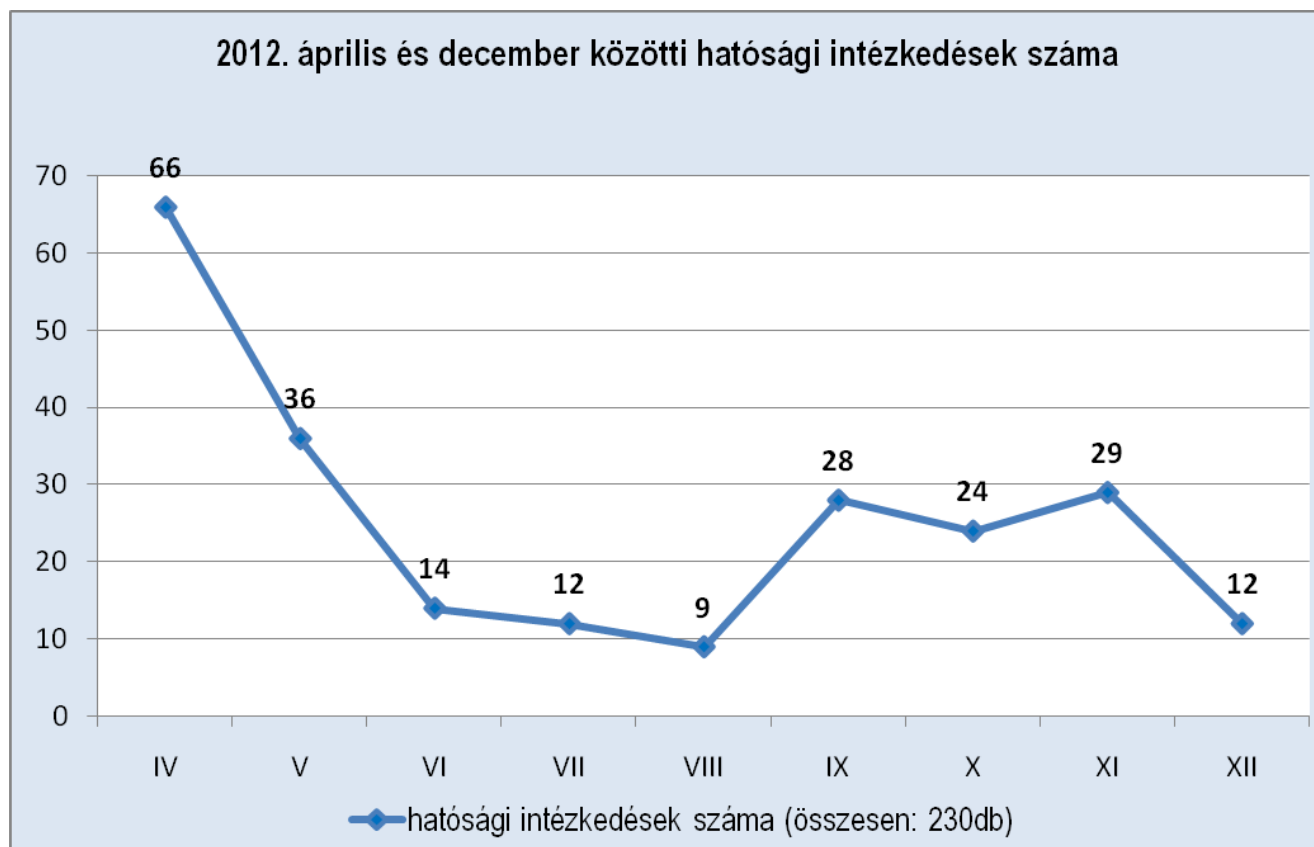
www.leteszemacigit.hu

3. ábra



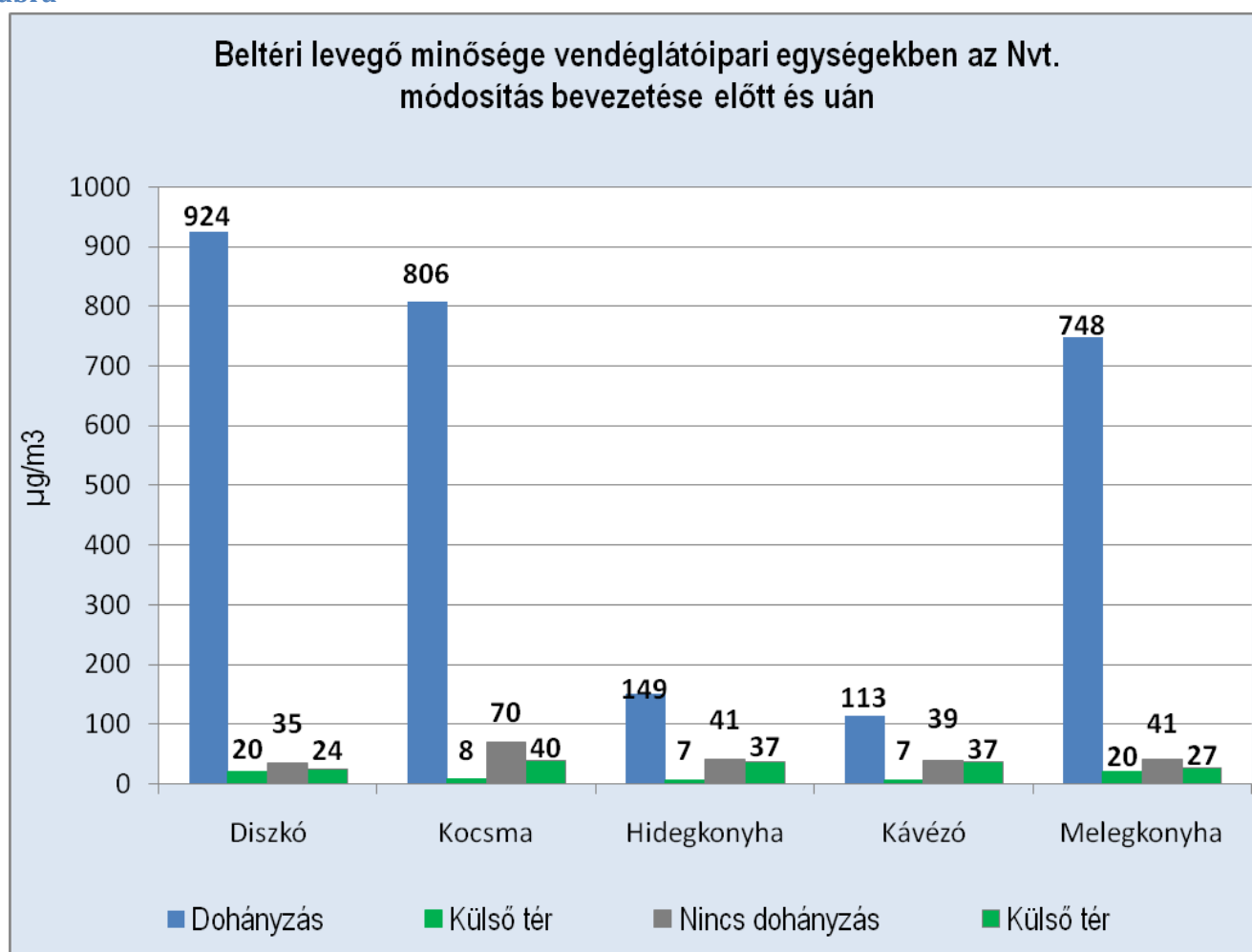
Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal

4. ábra



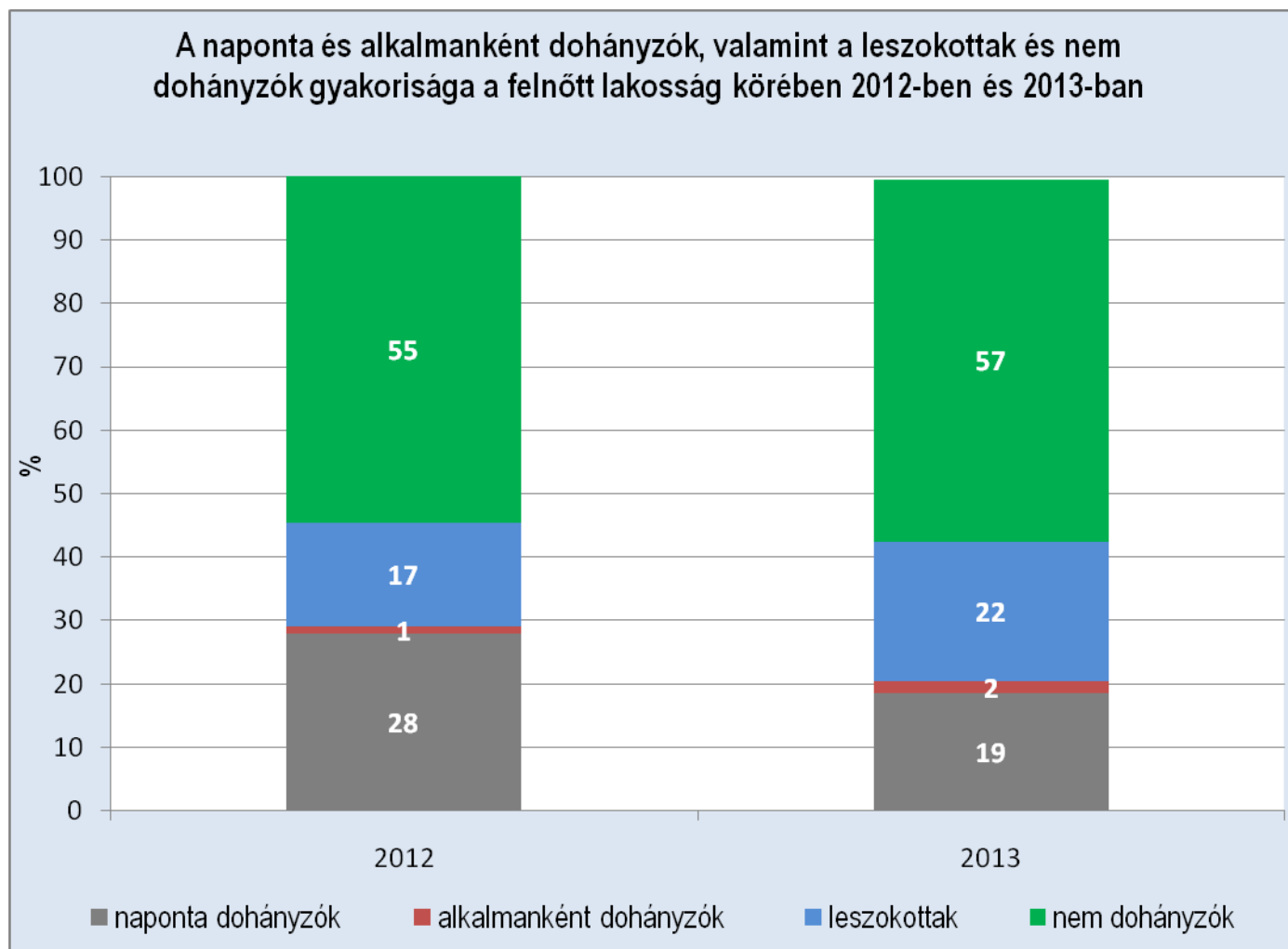
Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal

5. ábra



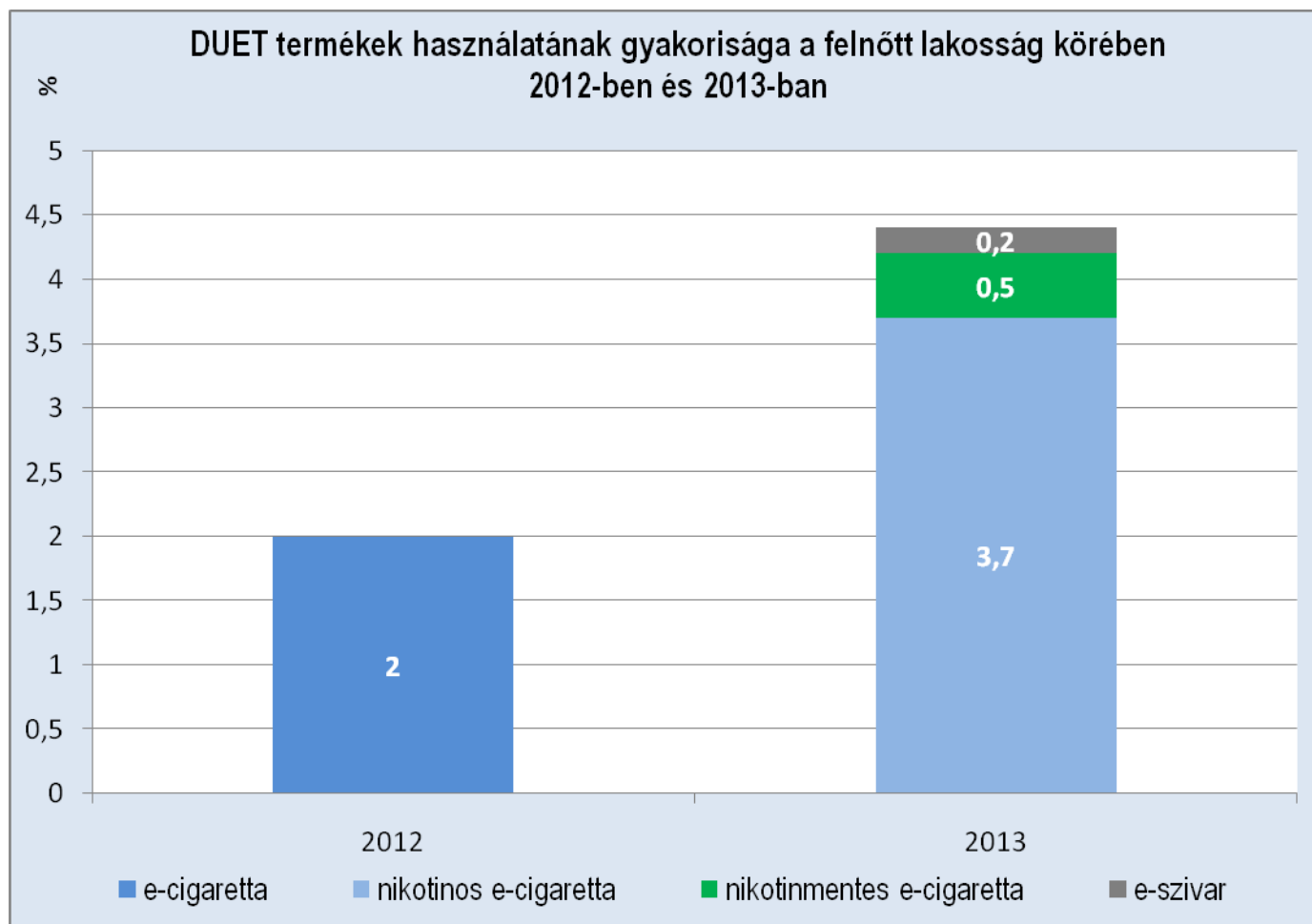
Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal

6. ábra



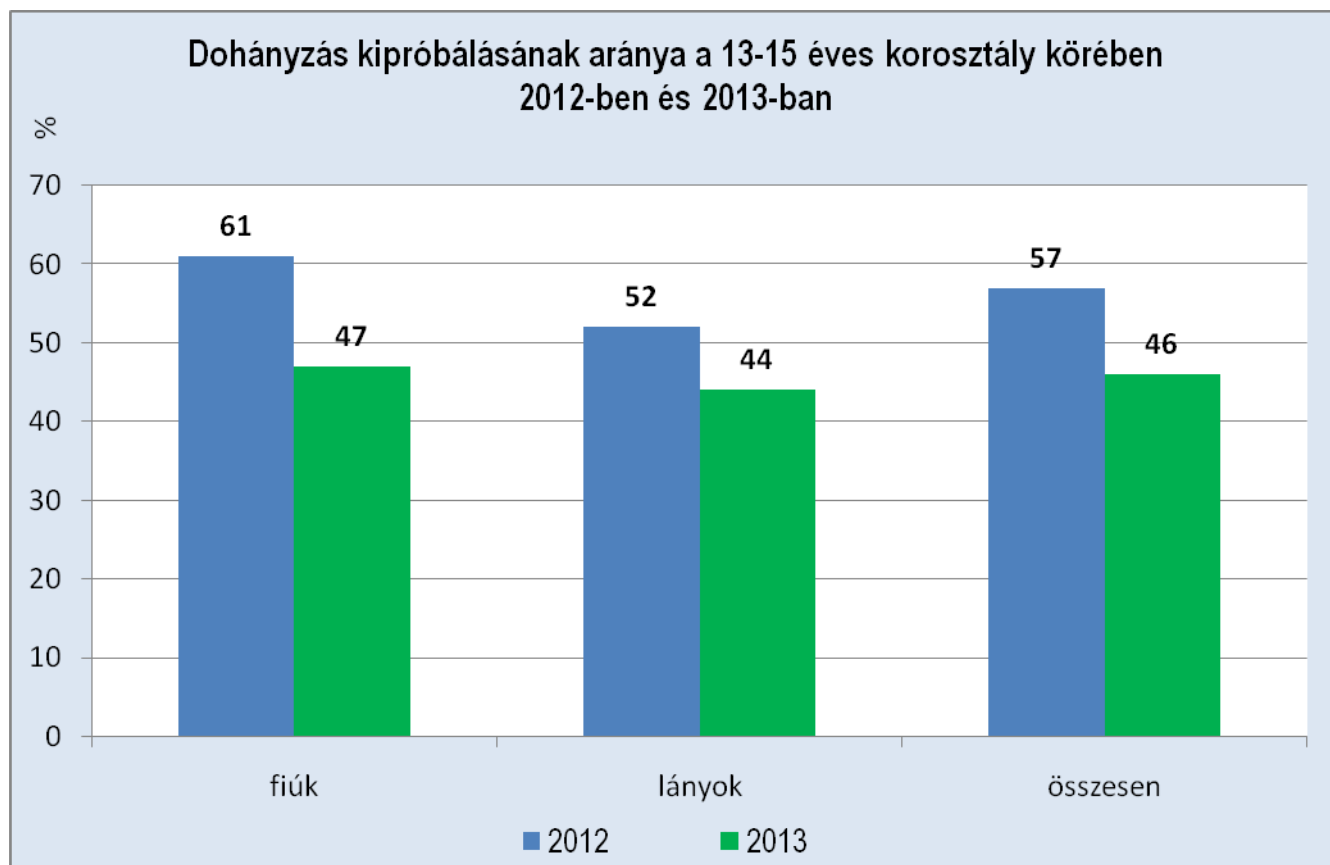
Forrás: Felnőtt Felmérés 2013.

7. ábra



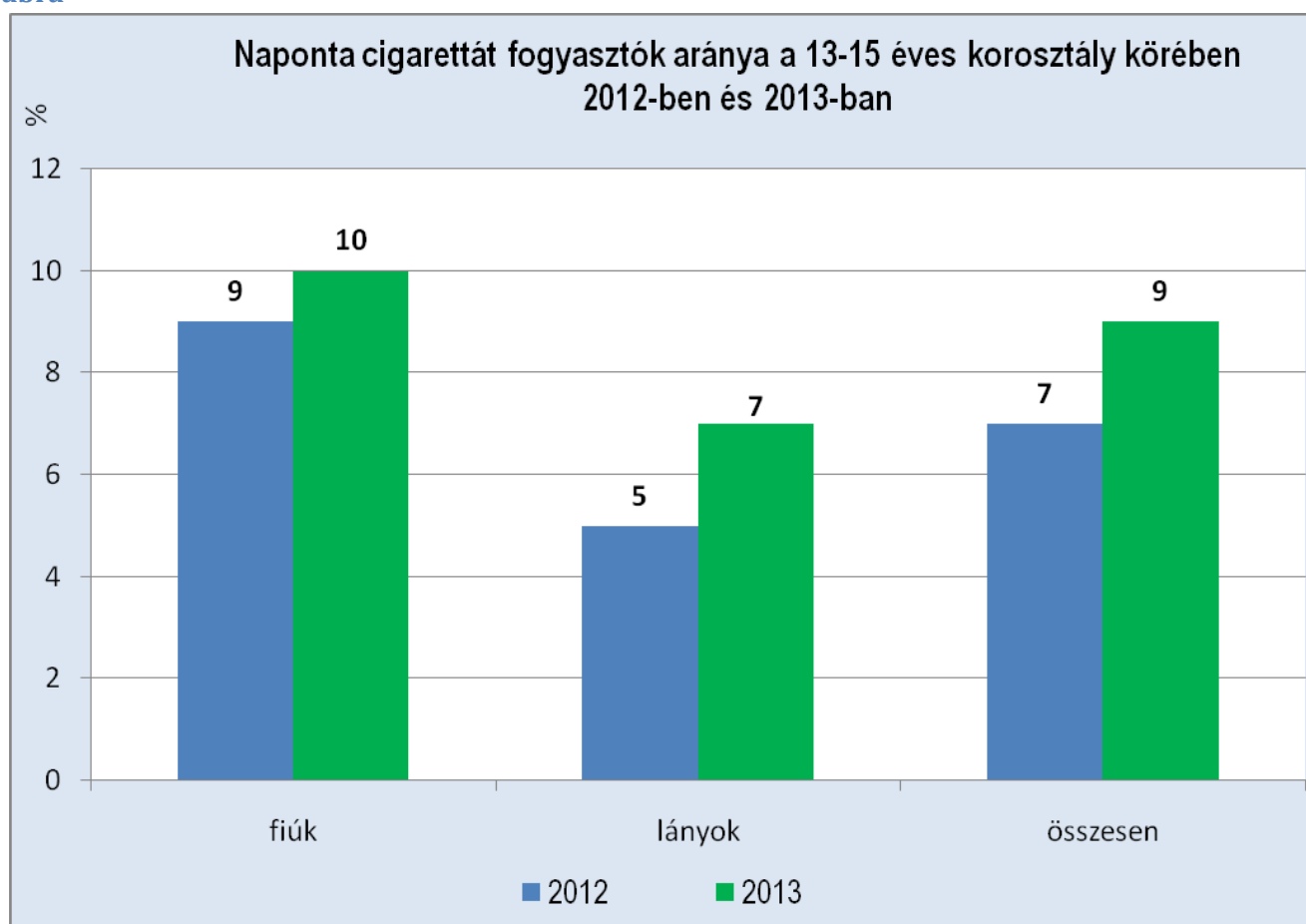
Forrás: Felnőtt Felmérés 2013.

8. ábra



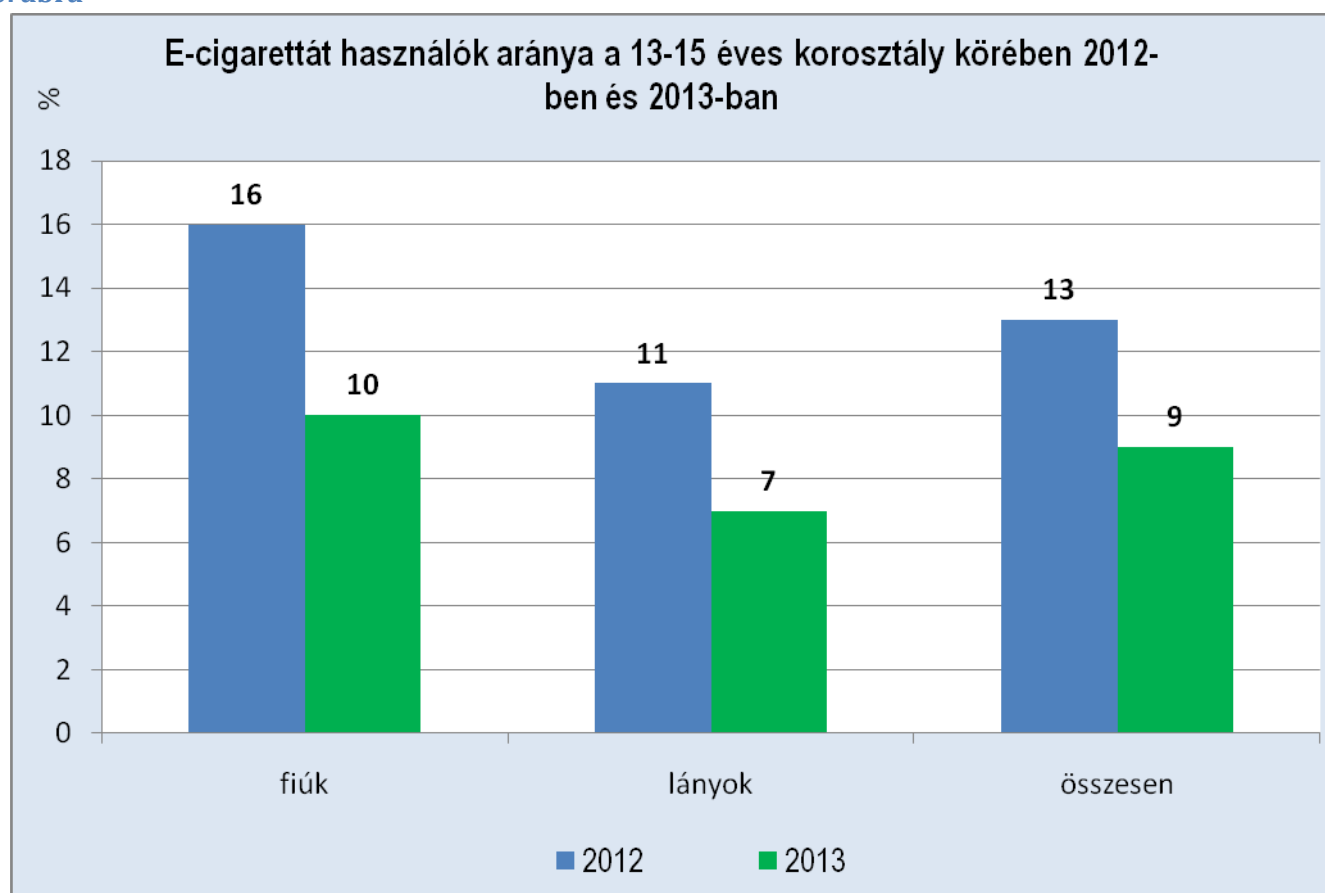
Forrás: Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2013.

9. ábra



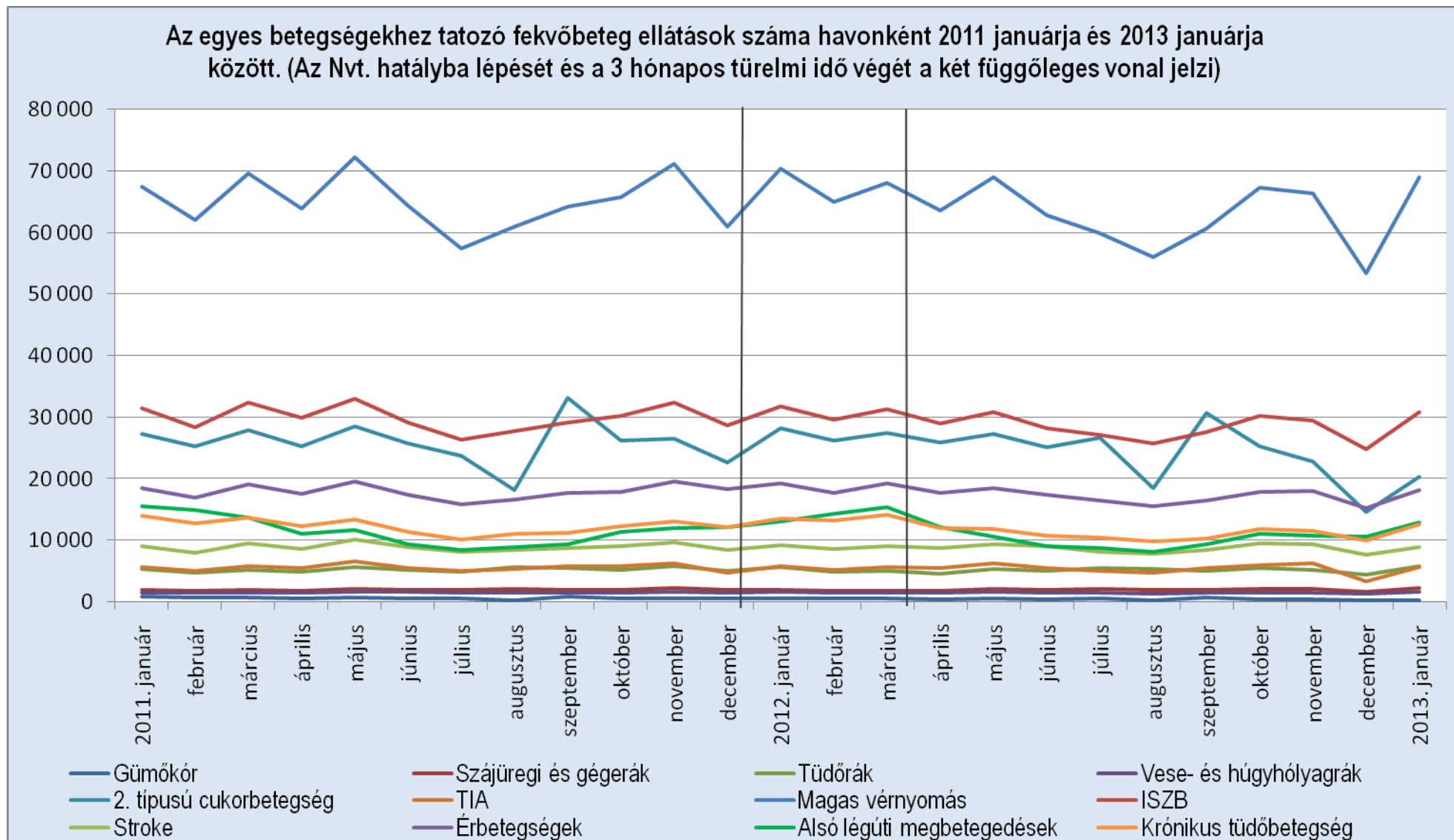
Forrás: Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2013.

10. ábra



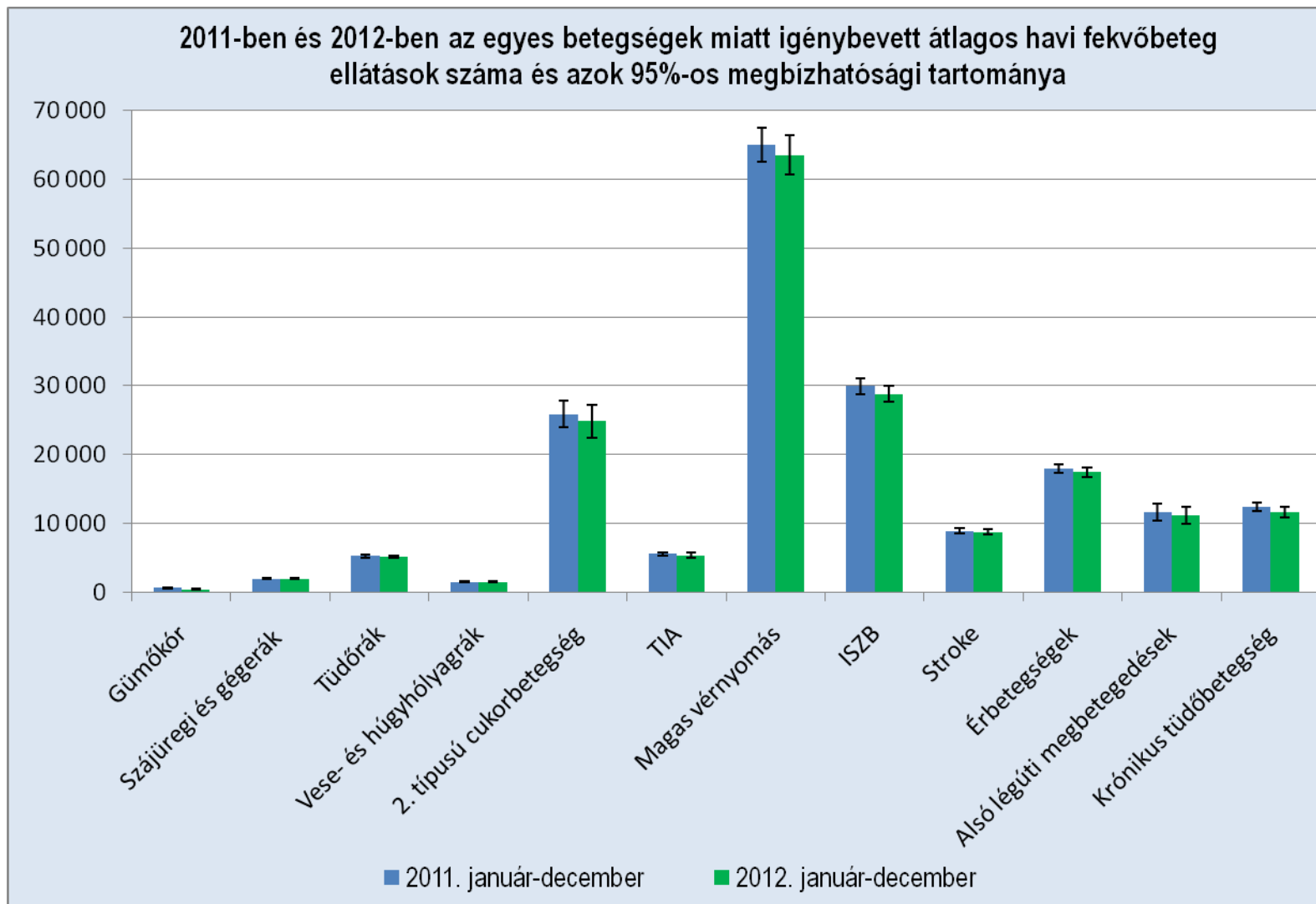
Forrás: Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2013.

11. ábra



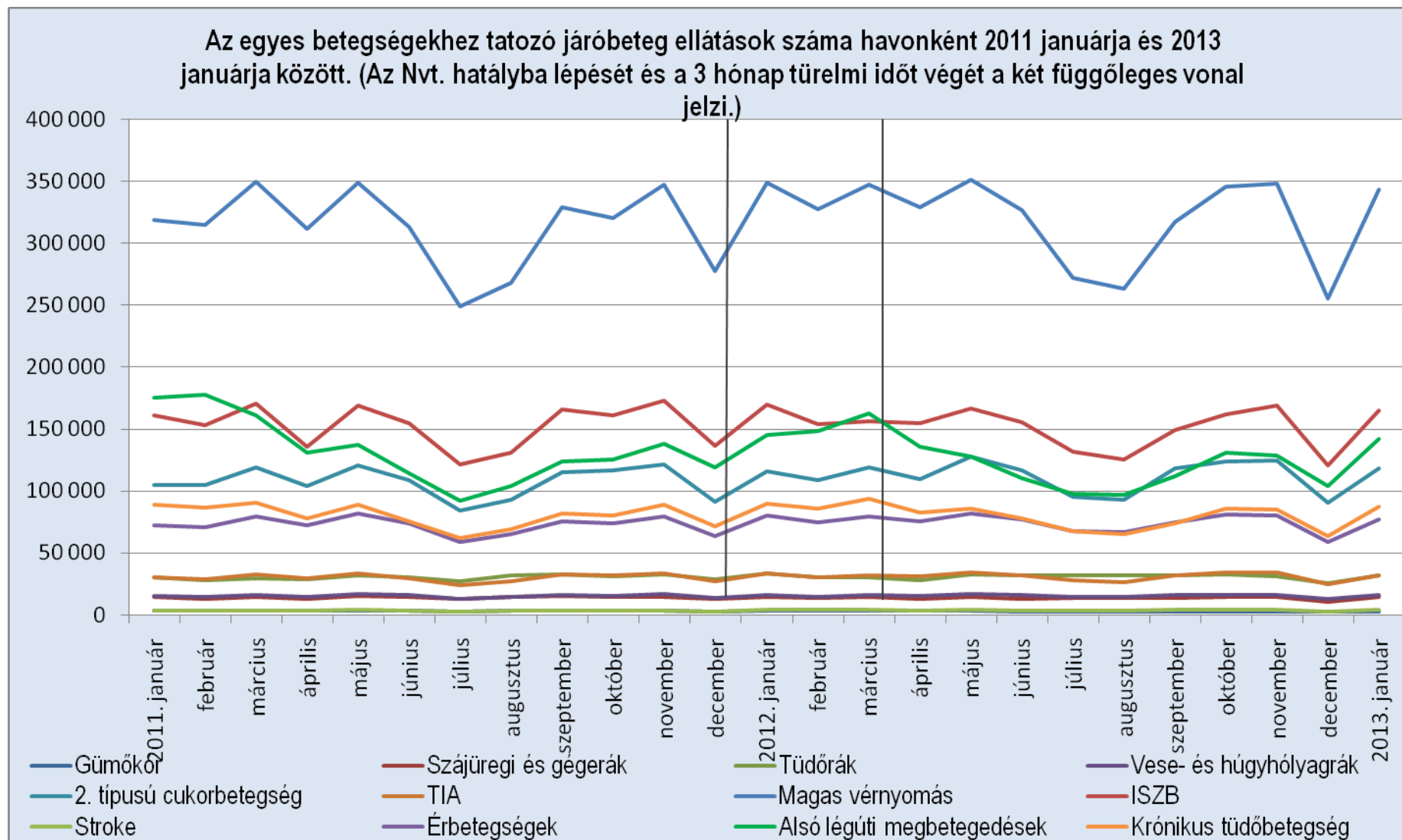
Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Fekvő- és járóbeteg szakellátási adatok 2011, 2012

12. ábra



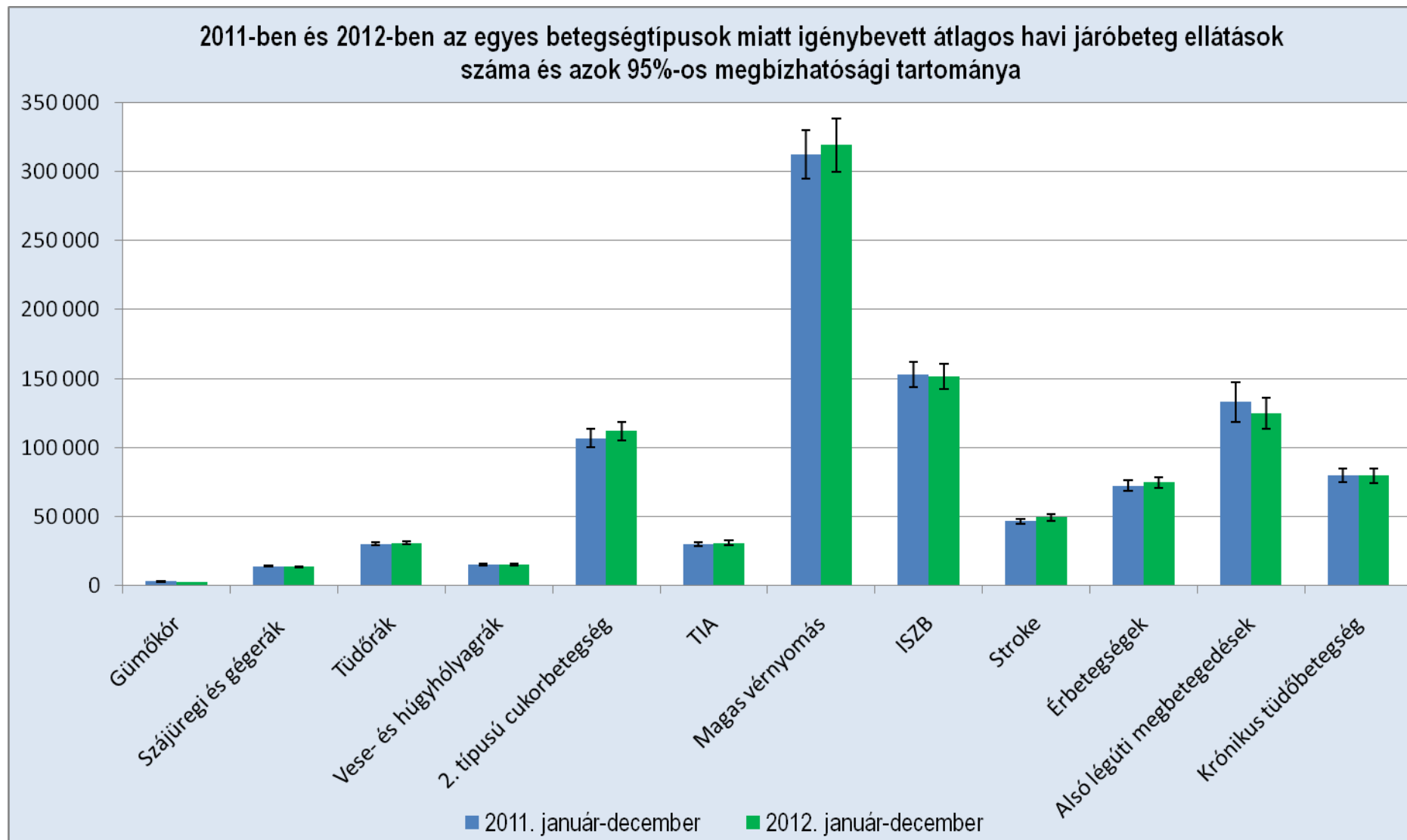
Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Fekvő- és járóbeteg szakellátási adatok 2011, 2012

13. ábra



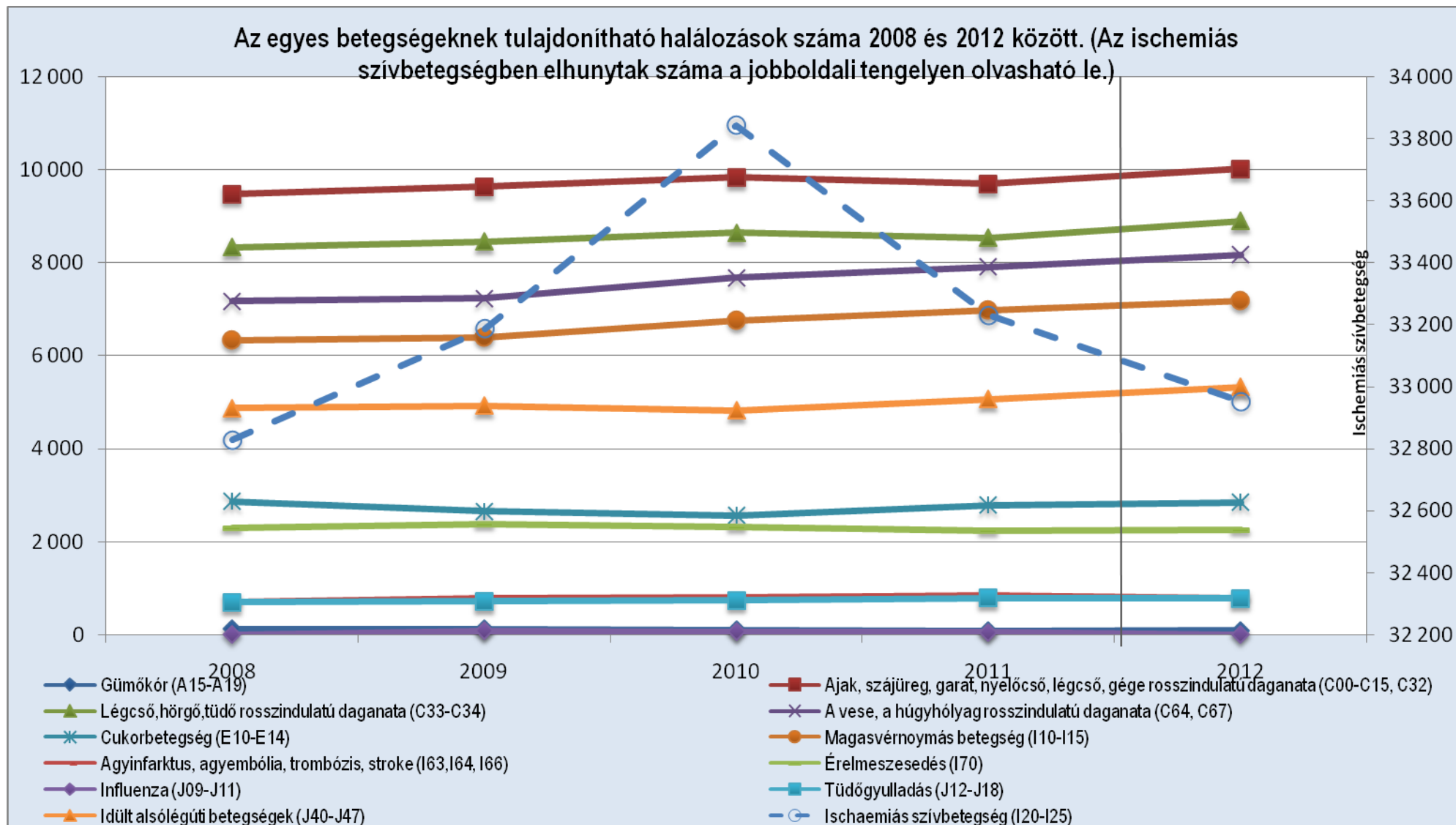
Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Fekvő- és járóbeteg szakellátási adatok 2011, 2012

14. ábra



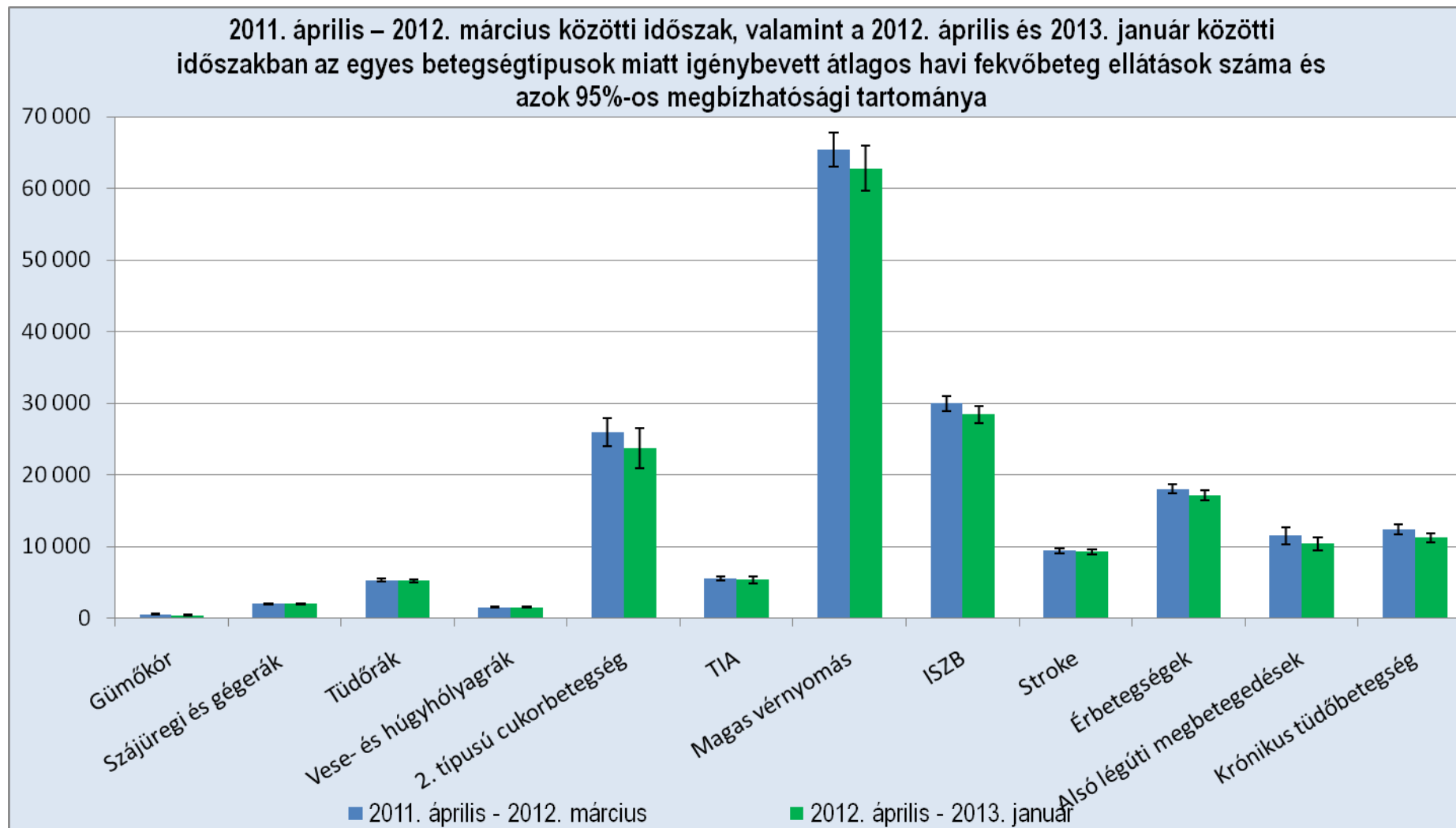
Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Fekvő- és járóbeteget szakellátási adatok 2011, 2020

15. ábra



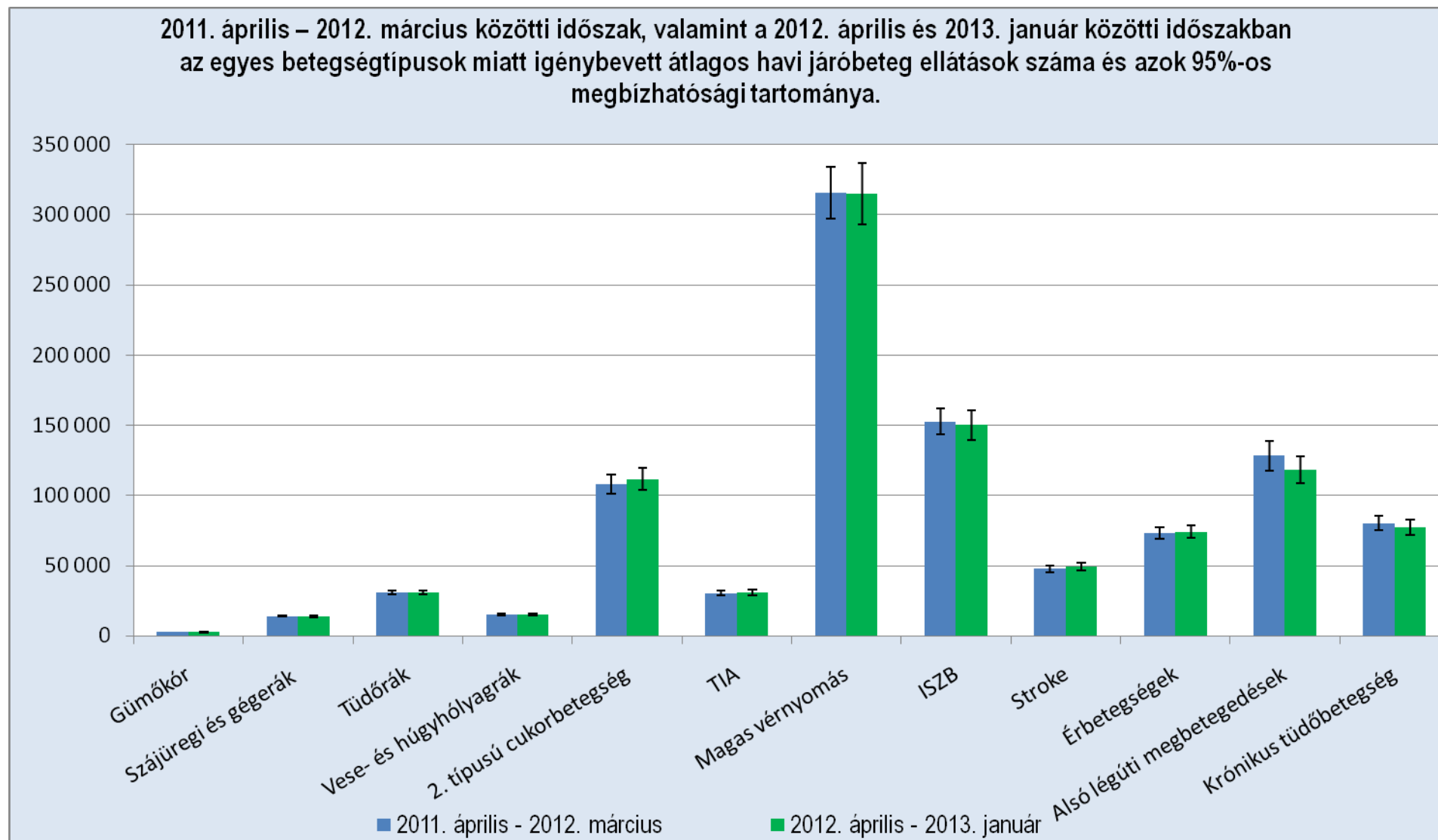
Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Fekvő- és járóbeteg szakellátási adatok 2011, 2012

16. ábra



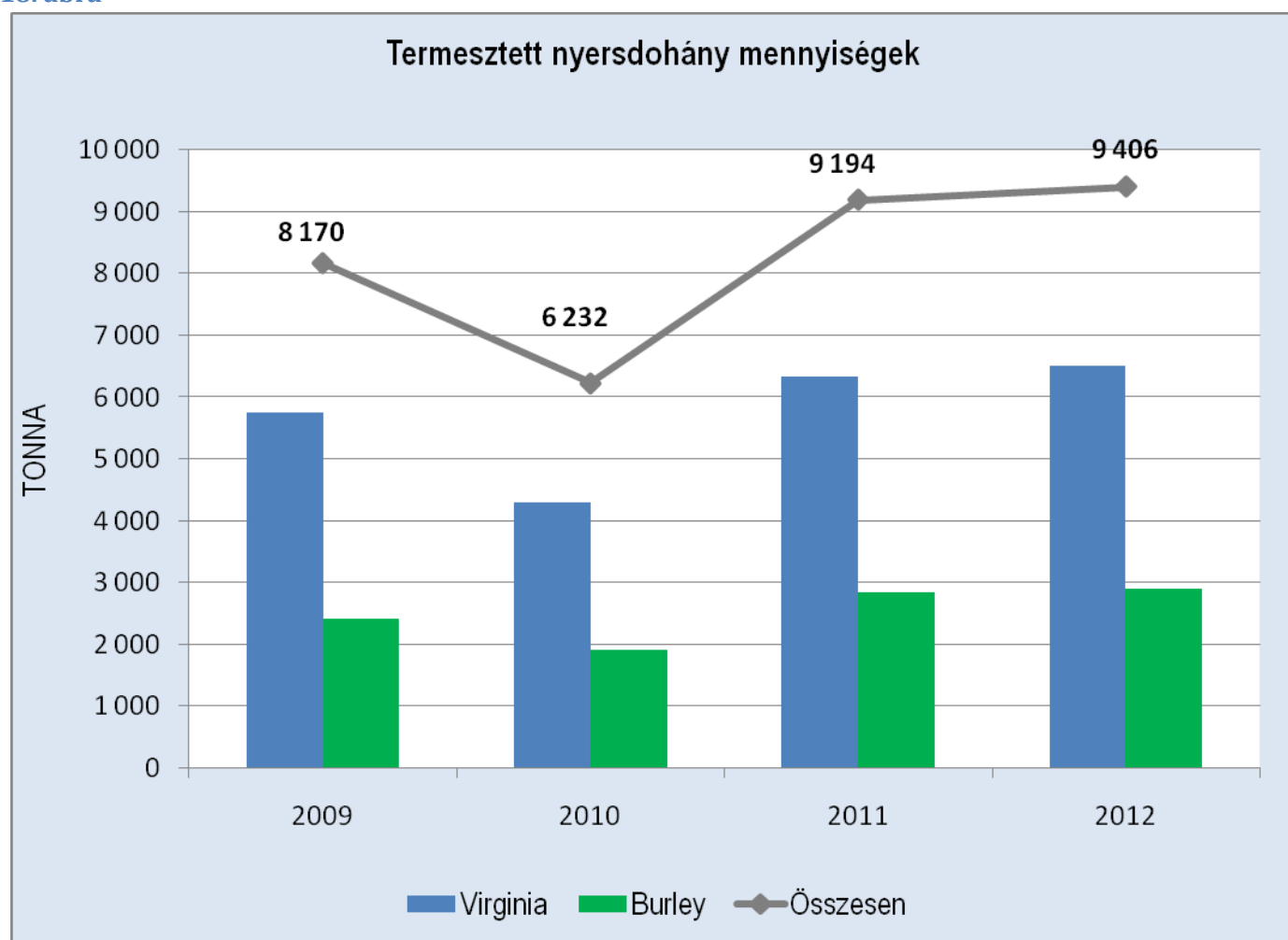
Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Fekvő- és járóbeteg szakellátási adatok 2011, 2012

17. ábra



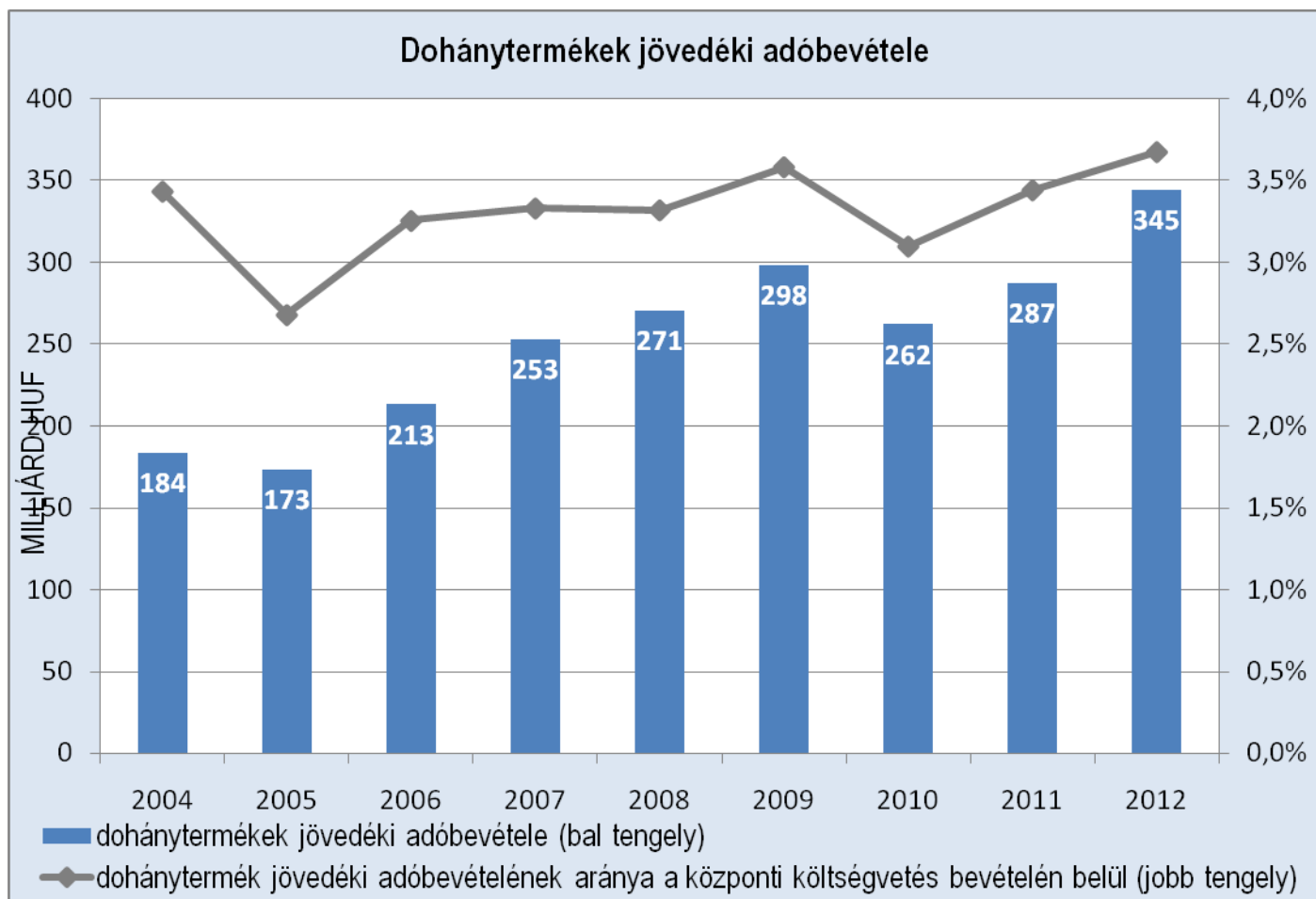
Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Fekvő- és járóbeteg szakellátási adatok 2011, 2012

18. ábra



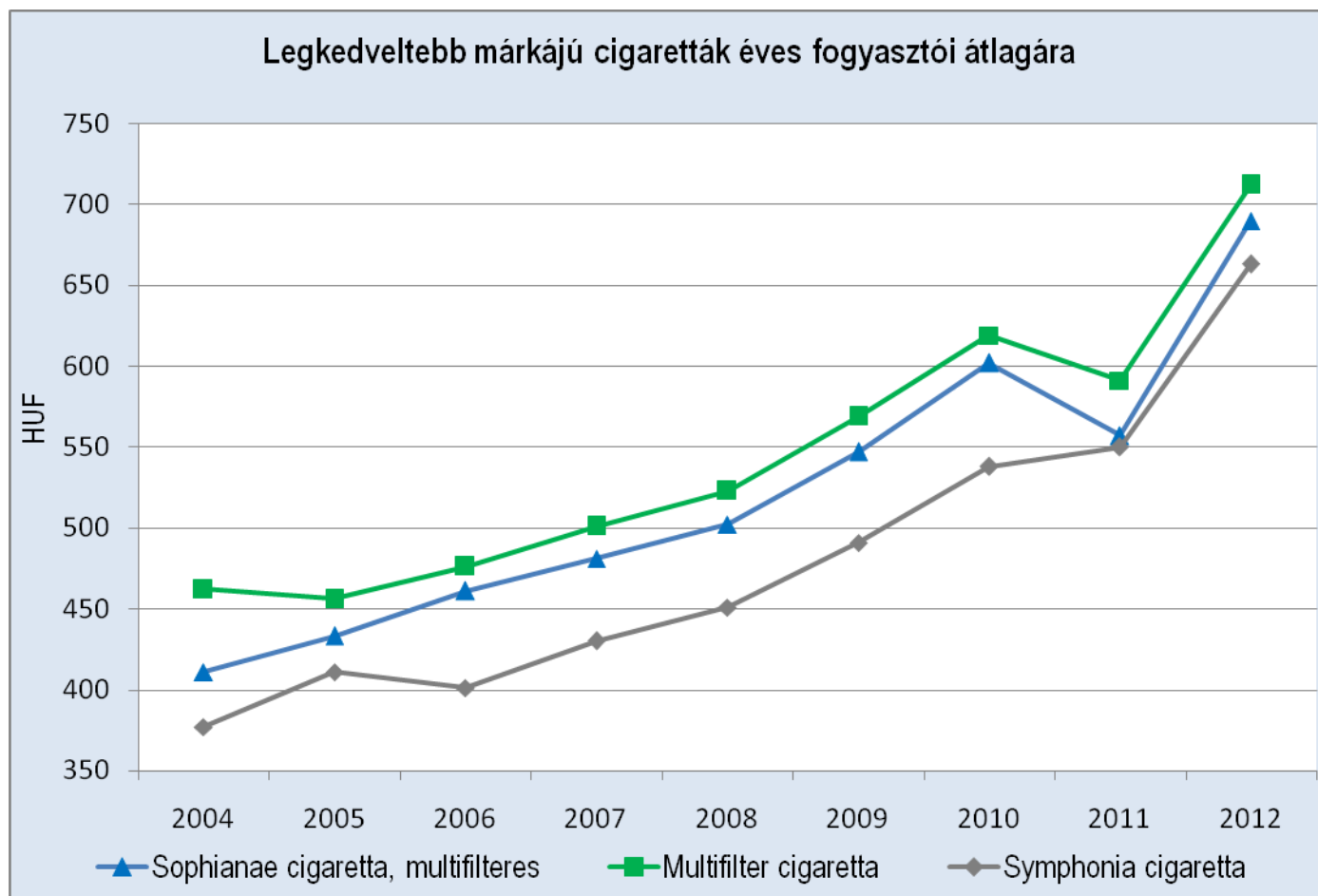
Forrás: MAGYAR DOHÁNYTERMELŐK ORSZÁGOS SZÖVETSÉGE, Vidékfejlesztési Minisztérium

19. ábra

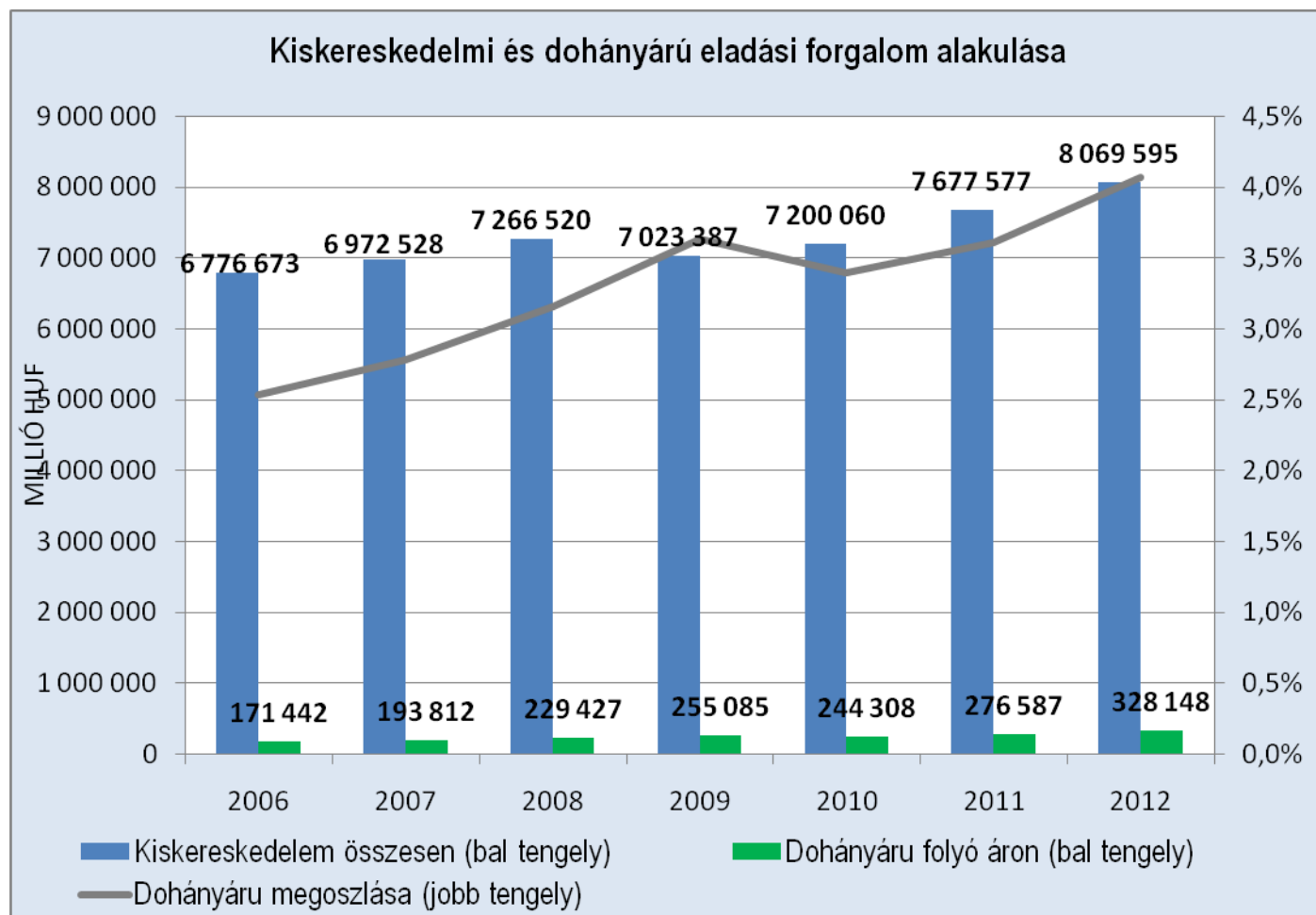


Forrás: Nemzetgazdasági Minisztérium

20. ábra



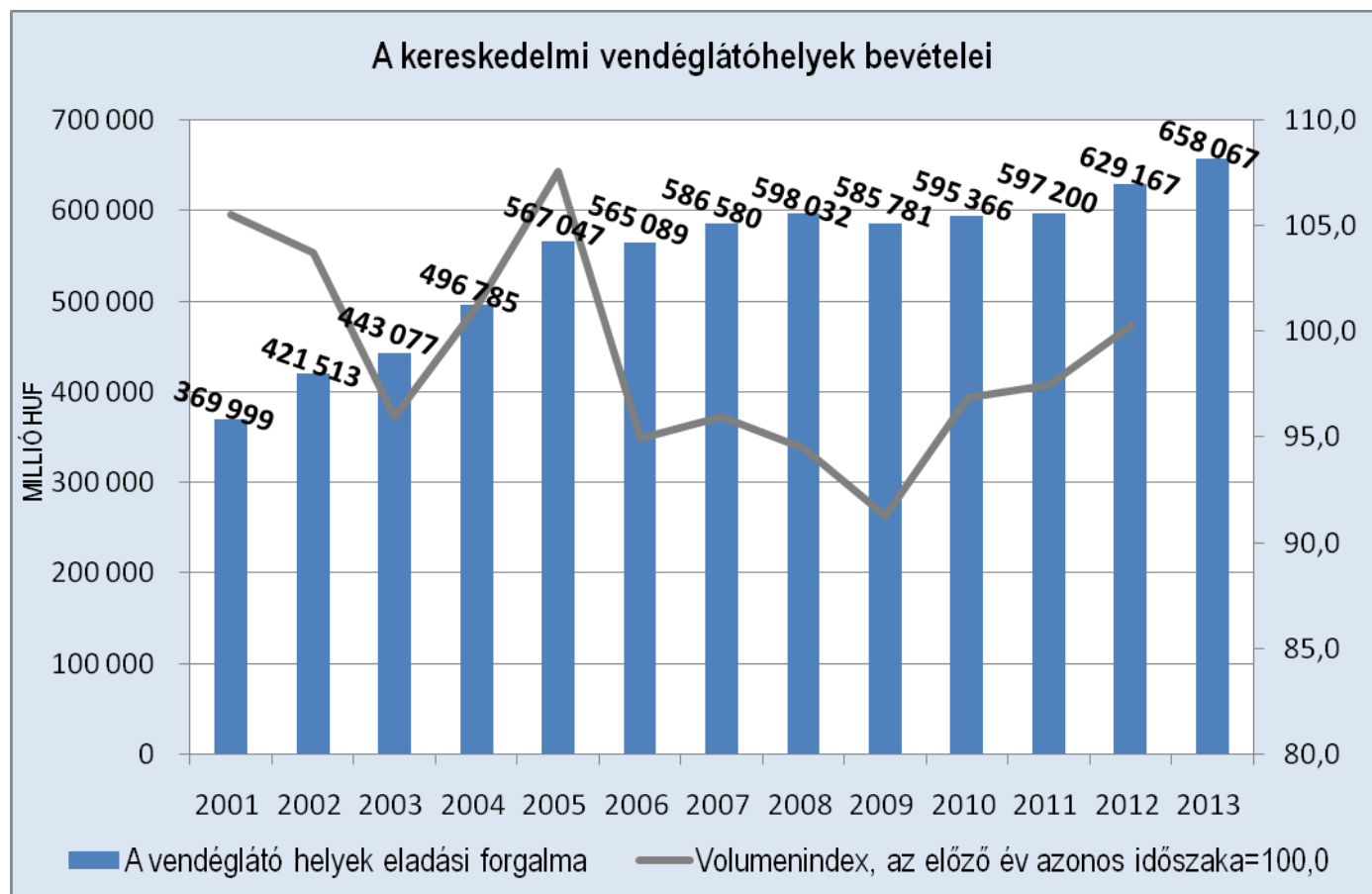
21. ábra



Az adatok nem tartalmazzák a vendéglátás keretében forgalmazott dohányárúkat, melyek forgalma éves szinten 2009 és 2012 között 17 és 21 milliárd Ft között mozgott.

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

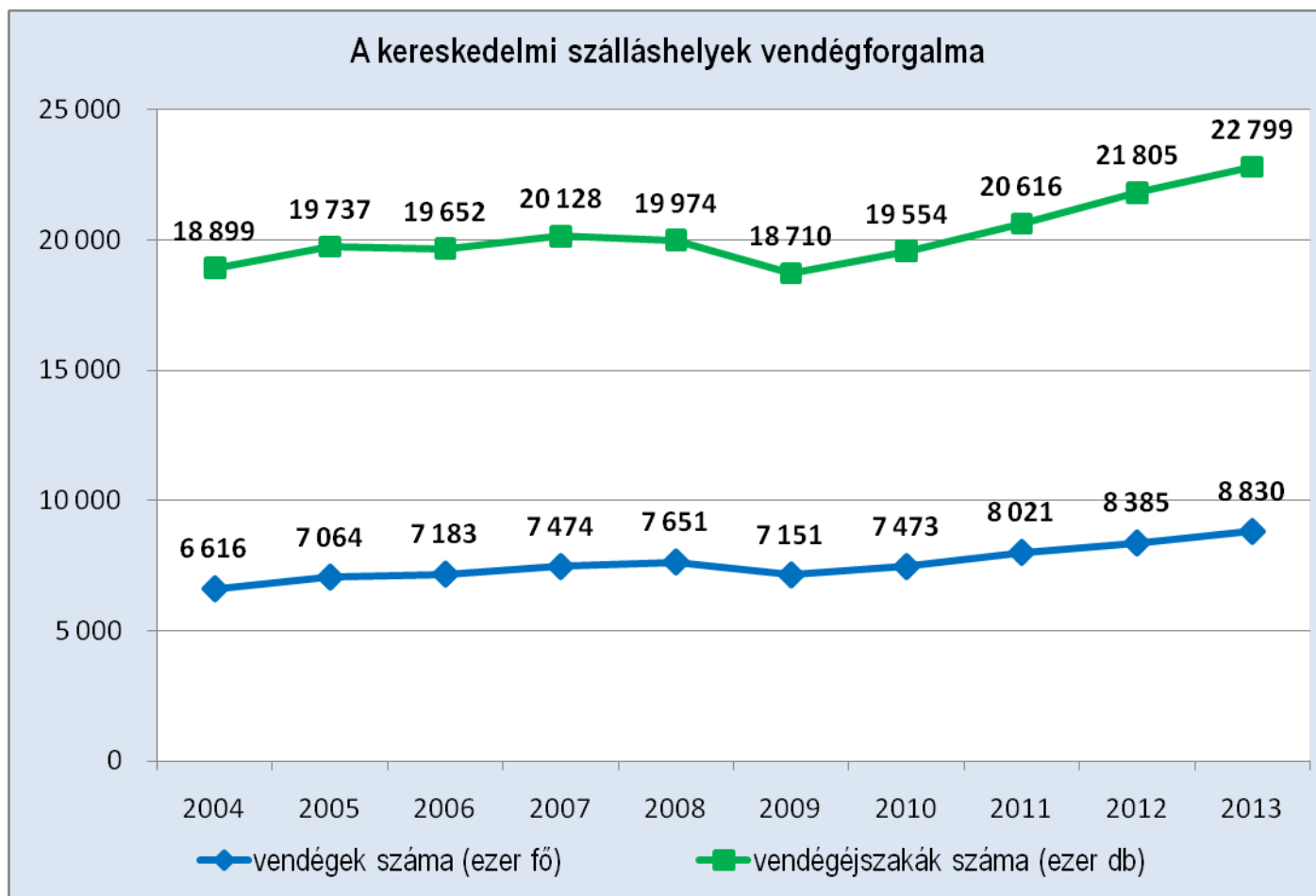
22. ábra



Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_oga008.html

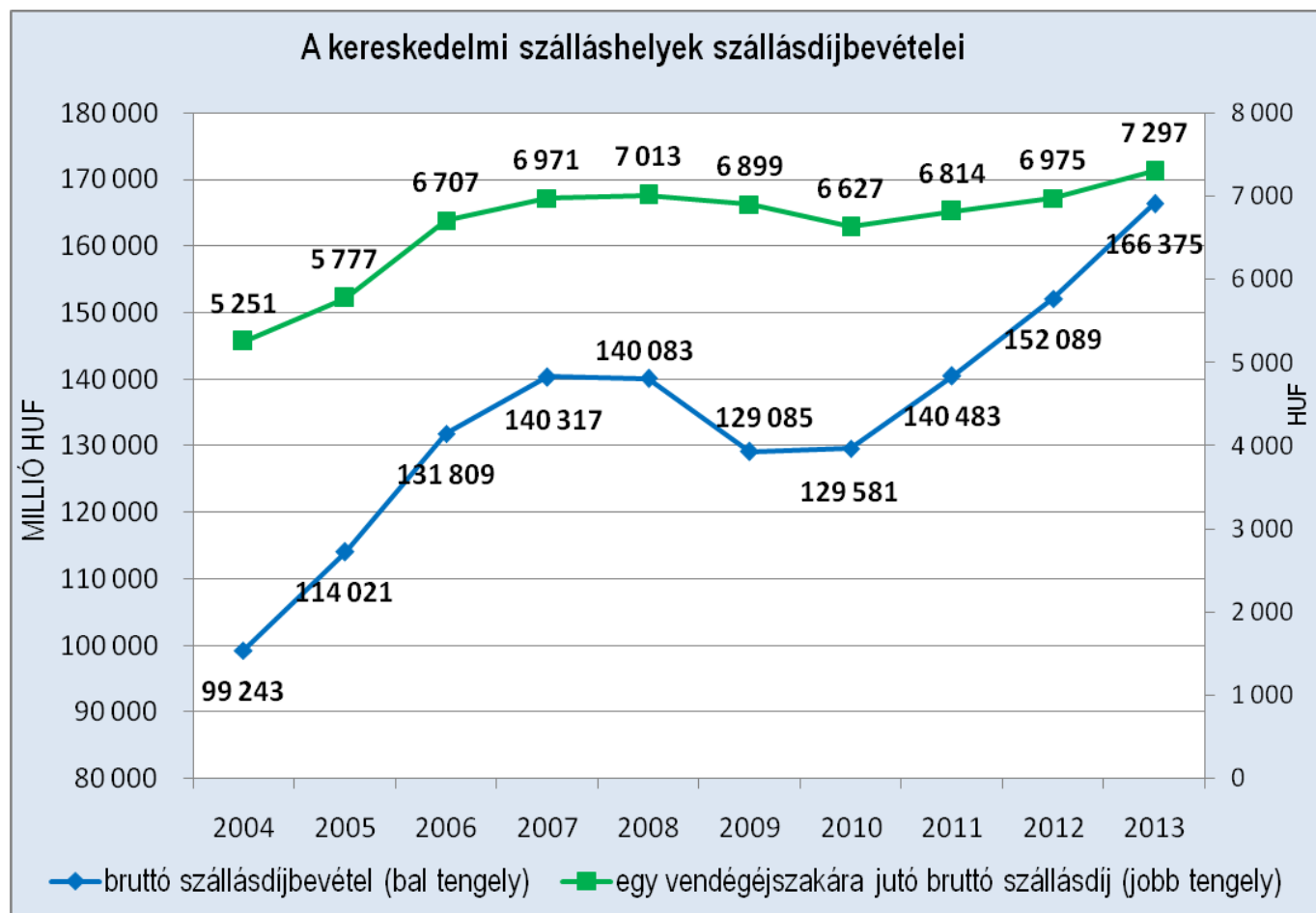
23. ábra



Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_oga008.html

24. ábra



Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_oga006.html