

DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSA

2016



DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSA

2016

DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSA 2016

SZERZŐK:

Dr. Alpár Ákos
Balku Eszter
Berki Júlia
Demjén Tibor
Kimmel Zsófia
Kiss Judit
Dr. Kovács Gábor
Taller Ágnes
Dr. Varsányi Péter

SZERKESZTŐ:

Demjén Tibor

LEKTOR:

Dr. Pusztai Zsófia

2016. augusztus

Készült az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája és a Magyar Kormány között létrejött együttműködési szerződés (WHO Biennial Collaborative Agreement BCA 2014-15) keretében a WHO Magyarországi Irodájának koordinálásával.

További információk:

**Dohányzás Fókuszpont
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI)**

1113 Budapest, Diószegi út 64.

Telefon: 06-1-3651540

E-mail: tibor.demjen@gmail.com

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

ELŐSZÓ

A nemdohányzók védelméről szóló törvény (Nvt.) módosítása 2012. január 1-jén lépett hatályba. Ezt követte a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló törvény, ami a dohánytermék árusító helyek számának drasztikus csökkentésével és így többek között a 18 év alattiak hozzáféréseinek ellenőrizhetőbb korlátozásával Magyarországot példává tette a világ számára. Az Egészségügyi Világszervezet a dohányzás visszaszorítása és a nemdohányzók védelme érdekében végzett munkájáért Orbán Viktor miniszterelnököt 2013-ban díjjal tüntette ki, kifejezve ezzel is, hogy a magyar szabályozás megfelel a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének (FCTC) és a vonatkozó irányelveknek, valamint az uniós szabályozásoknak egyaránt. Mindemellett 2011 óta, a kormányzati intézkedések nyomán nagy lendületet kapott a dohányzásról való leszokás támogatásának ügye is, amely szintén kulcstevékenység - az FCTC alapján is - a dohányzás visszaszorításában és a dohányzással kapcsolatos ártalmak csökkentésében egyaránt.

Az utóbbi években a szabályozás területén jelentős előrelépések történtek hazánkban a dohányzás visszaszorítása területén, azonban a statisztikai adatok alapján más jellegű intézkedésekre is szükség van.

Hazánkban az elmúlt 15 évben a felnőtt lakosság tekintetében a napi rendszerességgel dohányzók aránya a középkorú férfiak esetében csökkenő tendenciát mutat, míg a nőknél csak jelzésértékű változás tapasztalható. A legfrissebb hazai ifjúsági felmérések eredményei alapján elmondható, hogy az elmúlt időszakban a 13-15 éves fiatalok körében nőtt a nemdohányzók és csökkent az alkalmi és a naponta dohányzók számaránya. Az eredményekből az is jól látszik, hogy a fiatalok ismeretei a dohányzás és a passzív dohányzás káros hatásairól, valamint ezek megítélése változatlan vagy kedvezőtlen az előző évekhez képest.

2010-ben a dohányzás következtében a magyar lakosság közel 600 ezer egészségben eltöltött életévet veszített el (DALY), ezzel Magyarország az Európai Unió 28 tagországa között a legrosszabb helyen állt, annak ellenére, hogy 1990 óta csökkenő tendencia figyelhető meg a dohányzással összefüggő mutatókban, mind az aktív, mint a passzív dohányzás tekintetében. A dohányzás okozta halálozás tekintetében is az európaihoz hasonló trend figyelhető meg, azaz míg a férfiak esetében csökken a halálozások száma, a nőknél nincs változás.

A kiadvány az aktuális hazai dohányzáspolitikai helyzetkép áttekintésére vállalkozik, beleértve a statisztikai és egészség-gazdaságtani elemzések eredményeinek felvázolása mellett, a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményében foglalt területek hazai vonatkozásainak bemutatását. A kiadvány emellett bemutatja a jelen új kihívásait (e-cigaretta), feltárja a szabályozások hiányosságait és felvázolja a megoldásra váró új feladatokat, mint például az új dohánytermék-irányelvnek a csomagolásra és címkézésre vonatkozó előírásainak való megfelelés hazai szintű biztosítását, a hazai joganyagok ez irányú módosítását, vagy a dohánytermékekre kivetett adók további növelését a WHO ajánlásainak megfelelően. A WHO Keretegyezmény 6. cikkéhez kapcsolódóan irányelvet hozott létre, amely a dohányzás okozta költségek, illetve gazdasági és társadalmi terhek kapcsán felhívja a figyelmet arra, hogy a dohánytermékekre kivetett adók növelése nem csupán a terheket csökkenti, de többletbevételt is termel a költségek enyhítésére. Hazánkban az utóbbi években a dohánytermékekre kivetett adók többször is emelkedtek, ezt a gyakorlatot a következő években is ajánlott folytatni, mivel a dohánytermékekre kivetett adók növelése a dohányzás visszaszorításának egyik leghatékonyabb módszere.

Összegezve megállapítható, ahhoz, hogy valóban jelentős változásokat érijünk el a hazai lakosság dohányzásának visszaszorítása területén, a jogszabályi intézkedéseket egyéb beavatkozásokkal, pl. bizonyítottan hatásos megelőzési programokkal, kommunikációval célszerű kiegészíteni. Ismert tény, hogy a felnövekvő generációk naponta dohányzó fiataljai nagyobb eséllyel maradnak felnőttként is rendszeres dohányosok. Így lényeges, hogy olyan szociális készségekre és kompetenciákra irányuló, komplex megelőzési programokat dolgozzunk ki és alkalmazzunk, amelyek megfelelnek a legújabb egészségmagatartás megváltoztatására vonatkozó elméleteknek, valamint magukban foglalják a legújabb jó gyakorlatok eredményeit. Mindezek megvalósításához a politikai döntéshozóknak, a népegészségügyi szakembereknek és a civil szférának együttesen kell fellépnie, a lakosság aktív támogatásával.

TARTALOMJEGYZÉK

Előszó	4
Statisztikák a dohányzás hazai elterjedtségéről	10
Nemzetközi kitekintés: statisztikai helyzetkép a dohányzás prevalenciájáról	10
A dohányzás elterjedtsége a hazai fiatalok körében	14
Adatok a passzív dohányzásnak való kitettségéről	15
Következtetések	16
Dohányzás okozta megbetegedés és halálozás	18
Aktív és passzív dohányzás okozta megbetegedés	18
Fekvőbeteg ellátási adatok	18
Járóbeteg ellátási adatok	19
Dohányzásnak tulajdonítható halálozás	20
Következtetések	21
Az aktív és passzív dohányzás társadalmi és gazdasági terhei	22
Nemzetközi kitekintés	22
Hazai helyzetkép	23
Gazdasági terhek	24
A dohányzásnak tulajdonítható közvetlen költségek	25
A dohányzásnak tulajdonítható közvetett költségek	26
Következtetések	26
A dohányzás visszaszorításához kapcsolódó fontosabb nemzetközi rendelkezések	27
A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye	27
Az Európai Unió új dohánytermék-irányelve	27
Dohánytermesztés, dohánytermék gyártás, káros anyag tartalom	29
Nemzetközi kitekintés	29
A dohánytermékek összetevői és a dohánytermékből származó kibocsátások szabályozása	29
A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény, és az Európai Parlament és a Tanács 2014/40/EU irányelve a dohánytermékekre vonatkozóan	29
Hazai helyzetkép	32
A magyar szabályozás: a nemdohányzók védelméről szóló törvény és a végrehajtását szabályozó kormányrendelet	33
Következtetések	33
A dohánytermékek csomagolása és címkézése	34
Nemzetközi kitekintés	34
Az Európai Unió és WHO FCTC előírásai	34
A dohánytermékek csomagolása és címkézése Magyarországon	36
Következtetések	37

A dohánytermékek adóztatása és árképzése	38
Nemzetközi kitekintés	38
Adó- és árpolitika a dohányzás visszaszorítása érdekében a WHO FCTC ajánlása alapján	38
Adó- és árpolitika a dohányzás visszaszorítása érdekében az EU ajánlások szerint	39
A dohánytermékekre kivetett adók alakulása Magyarországon	41
Következtetések	41
Reklámozás, promóció és szponzorálás	43
Reklámozás, promóció és szponzorálás a dohányzás visszaszorítása érdekében a WHO FCTC ajánlása alapján	43
Dohánytermékek formáját utánzó termékek	43
Szponzorálás	43
Reklámozás, promóció és szponzorálás a dohányzás visszaszorítása érdekében a EU irányelve alapján	44
Közvetlen és közvetett reklám szabályozása, tudatosan nem észlelhető reklám és kihívások Magyarországon	44
Következtetések	46
A dohány fogyasztásának és feketepiacának alakulása az elmúlt években	47
Nemzetközi kitekintés	47
Fogalmi keretek	47
A feketepiac okai	48
A feketepiac mérése	48
A magyarországi dohányfogyasztás alakulása az elmúlt években	49
A feketepiac elleni harc lehetséges eszközei	50
A termékpálya nyomon követés	50
Következtetés	51
Dohánytermékekhez való hozzáférés életkorhoz kötött engedélyezése	52
Nemzetközi kitekintés	52
A dohánytermékekhez való hozzáférés korlátozása Magyarországon	52
Következtetések	53
A dohányzás leszokás támogatása	54
Nemzetközi kitekintés	54
Leszokás támogatási irányelvek	54
A hazai helyzet	55
Leszokás Támogatási Módszertani Központ	55
Eredményességi mutatók	56
Következtetések	56
Nemdohányzók védelme	57
Nemzetközi kitekintés	57
A nemdohányzók védelméről szóló törvény módosítása, eredményei	57
Az Elektronikus Nikotint Kibocsátó Rendszerek, mint például az e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízipipa használata	62
A tapasztalatok alapján meglévő kihívások a jelenlegi szabályozás módosítása, illetve lehetséges új területei	62
Következtetés	62

Lakossági tudatosság és a megelőzés fontossága	63
Nemzetközi kitekintés	63
Dohányzás visszaszorítás a hazai lakosság körében	63
A megelőzés fontossága	64
A megelőzés lehetőségei	64
Következtetések	66
 Új kihívások: az e-cigaretta használata	 67
Nemzetközi kitekintés	67
Az e-cigaretta, mint termék jogi szabályozása	67
Hazai helyzetkép	67
E-cigaretta és leszokás	68
Következtetés	68

Melléklet	69
1.sz. Melléklet	70
A Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény (FCTC) felépítése	70
2.sz. Melléklet	72
A Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményhez kapcsolódó jegyzőkönyvek és irányelvek	72
3. sz. Melléklet	73

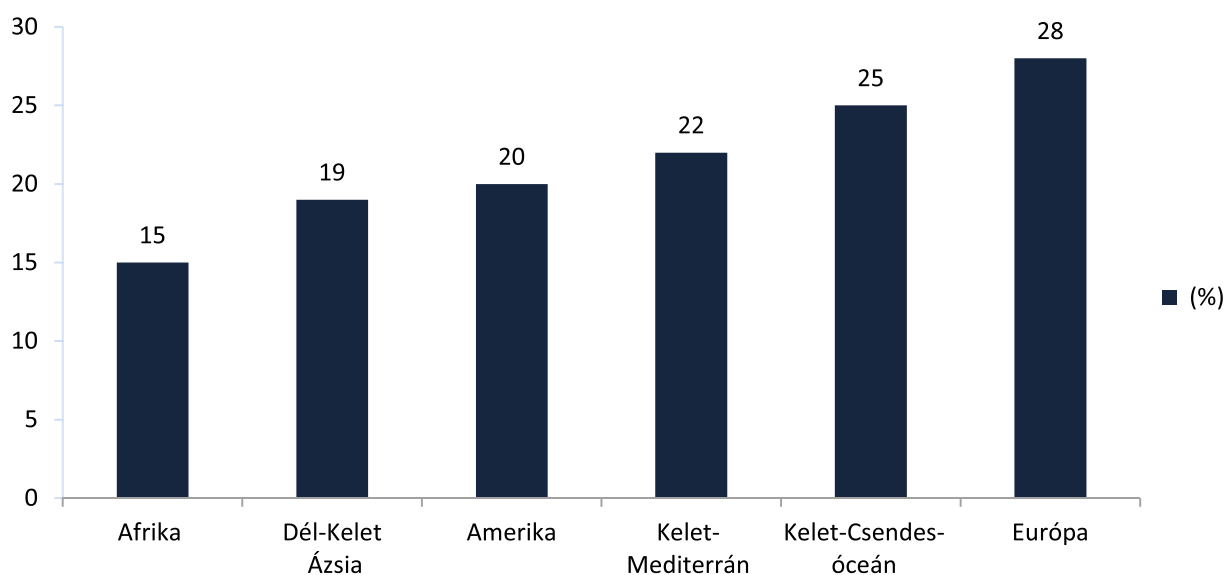
STATISZTIKÁK A DOHÁNYZÁS HAZAI ELTERJEDTSÉGÉRŐL

Kiss Judit

Nemzetközi kitekintés: statisztikai helyzetkép a dohányzás prevalenciájáról

A dohányzási prevalencia vizsgálatát nemzetközi kitekintéssel érdemes indítani: az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egyes világrégiói szerinti bontásban, illetve az Európai Régió országai szerinti tagolásban is felvázolhatóak a nemzetközi trendek.

A nemzetközi statisztikai helyzetképet a WHO egyik legfrissebb, 2013-ban közreadott időszaki kiadványa¹ mutatja be a leghitelesebb adatokkal alátámasztott, WHO FCTC országjelentések összegzése alapján. Ahogyan azt az 1. ábra is jelzi, a dohányzás elterjedtsége az Európai Régióban volt a legmagasabb: a 15 év feletti európai lakosság 28%-a rendszeresen dohányzott 2013-ban.



1. ábra: **Dohányzási gyakoriság (%) a WHO régióiban, 2013-ban**

A 2012-es Eurobarometer² adatai alapján az európai lakosság 28%-a vallotta magát dohányzónak, míg 51%-uk sohasem dohányzott, további 21%-uk korábban már leszokott a dohányzásról. Az előző (2009. évi) adatfelvétel eredményeihez képest nem mutatkozott szignifikáns különbség az európai dohányzási trendekben. A 2014. évi felmérés legfrissebb adatai alapján - 2012-höz viszonyítva - két százalékkal, azaz 28%-ról 26%-ra csökkent a dohányzók aránya az Európai Unióban.³

A nemi bontások alapján elmondható, hogy 2014-ben a megkérdezett férfiak 31%, a nők 22%-a dohányzik rendszeresen. A korcsoportos adatokból az látszik, hogy a rendszeres dohányzók zömmel a középkorú, 25-39 (33%) és a 40-54 évesek (34%) közül kerülnek ki. Az előző felméréshez viszonyítva, a legnagyobb arányban a 15-24 éves korosztály körében csökkent a dohányzók aránya: 29%-ról 25%-ra.

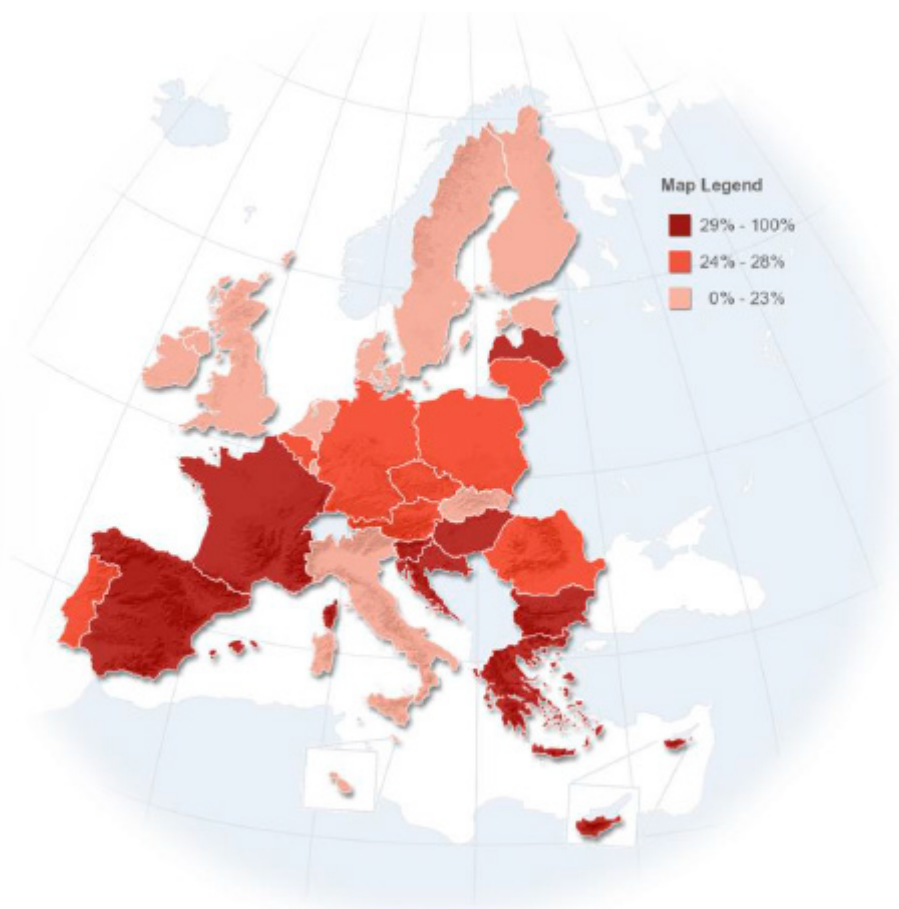
¹ European Tobacco Control Status Report 2013 (WHO Regional Office for Europe, 2013.)

² Attitudes of Europeans towards Tobacco - Report (European Commission, Special Eurobarometer 385, 2012.)

³ Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes - Summary (European Commission, Special Eurobarometer 429, 2014.) http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_sum_en.pdf

Az elmúlt évtized távlatából vizsgálva a hazai dohányzási helyzetképet elmondható, hogy európai összehasonlításban a dohányzás elterjedtsége tekintetében Magyarország sokáig nagyon kedvezőtlen pozícióban állt. A 2005-ös Eurobarometer adatai alapján hazánk az első 10 ország között szerepelt az európai összesítésben a naponta dohányzók számarányát (30%) tekintve, 3 százalékponttal meghaladva a 25 EU tagország átlagát (27%), de a 2012. évi Eurobarometer adatai is hasonló eredményeket mutattak: a hazai lakosság 32%-a dohányzott az előző felmérés idején. A legfrissebb, 2014-es adatfelvétel alapján hazai lakosok 30%-a dohányzik, ami 2 százalékponttal kevesebb a 2012. évi adathoz képest és 4 százalékponttal haladja meg az EU átlagot.

A WHO Health For All⁴ adatbázisa alapján (WHO HFA, 2009.) nem javult a statisztikai helyzetkép, a naponta dohányzók aránya továbbra is 30% felett maradt, de a 2014. évi Eurobarometer adatai is hasonló eredményeket mutattak **(2. ábra)**. A nemi bontások tekintetében az derült ki, hogy a megkérdezett férfiak 38%, a nők 23%-a dohányzik rendszeresen Magyarországon. A korcsoportos adatokból jól látszik, hogy a rendszeres dohányosok zömmel a középkorú, 25-39 (41%) és a 40-54 évesek (39%) közül kerülnek ki. A rendszeresen dohányzók túlnyomó része (59%-uk) 15 és 18 éves kora között kezdett el dohányozni.



2. ábra: **A rendszeresen dohányzók aránya (%) a 15 év feletti európai népességben belül az Európai Régió országaiban (2014.)**

A WHO 2012-es Európai Egészségjelentésében⁵ az európai országok tekintetében a 15 év feletti, rendszeresen dohányzó férfiak esetében a 13., míg a nők esetében a rendkívül kedvezőtlen 3. helyen álltunk.

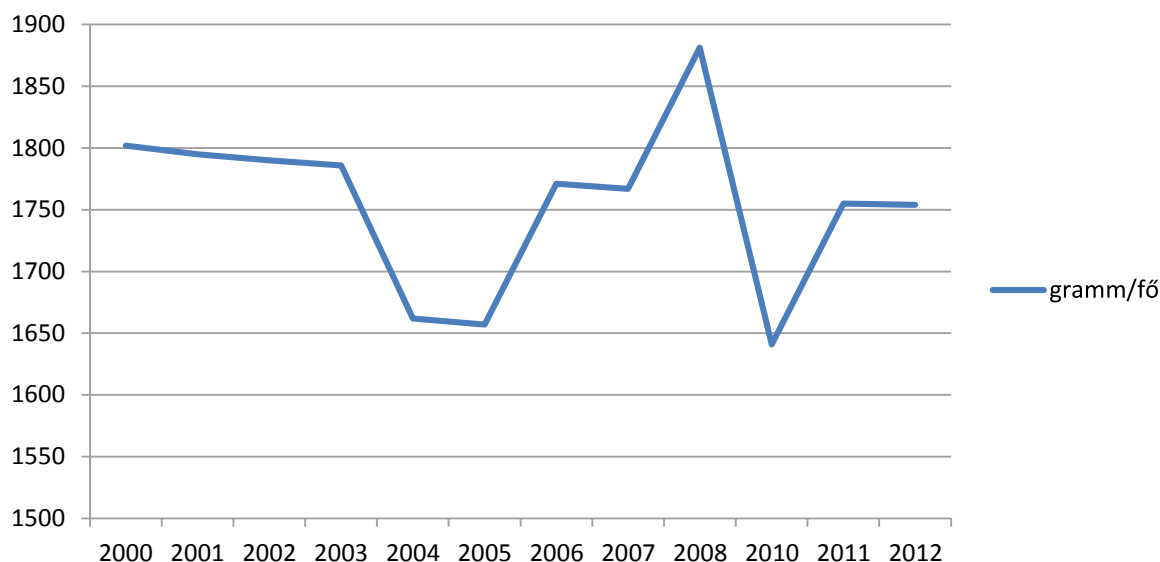
⁴ Forrás: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>

⁵ The European Health Report 2012. WHO Regional Office for Europe, 2013.

A dohányzás elterjedtsége a hazai felnőtt lakosság körében

A nyolcvanas évek közepétől napjainkig számos kérdőíves kutatásban vizsgálták a hazai lakosság dohányzási jellemzőit. Az időbeli trendek nyomon követését megnehezíti, hogy az eltérő módszertani megoldások miatt a vizsgálati eredmények nem összevethetőek. Az elmúlt egy évtized távlatából tekintve, az Országos Dohányfüstmentes Egyesület és a Magyar Gallup Intézet által kivitelezett Magyar Dohányzásmonitor 2006-os eredményei⁶ alapján Magyarországon a hazai felnőtt korú népesség 33%-a, azaz minden 3. felnőtt dohányzott. Ami a nemek közti különbséget illeti, a nők 30%-a, míg a férfiak 44%-a volt dohányzó. Összességében elmondható, hogy 10 évvel ezelőtt 10 felnőttből 3,3 napi rendszerességgel dohányzott Magyarországon.

Az egy főre jutó, grammokban kifejezett elfogyasztott dohány mennyiség 2000 és 2012 közötti változásait a GYEMSZI adattárházából⁷ származó OECD adatok alapján tudjuk nyomon követni **(3. ábra)**. Az ábrából is jól látszik az éves dohányfogyasztás csökkenése az elmúlt 10 év vonatkozásában, annak ellenére is, hogy a fogyasztás nem követett lineáris trendet. A Központi Statisztikai Hivatal STADAT rendszerében viszont az egy főre jutó éves dohány mennyiség-fogyasztás 2000 és 2012 között 1,5 kg körül ingadozott, számottevő változás nélkül⁸ (1970 és 1990 között az egy főre jutó éves fogyasztás mértéke 2,0 és 2,4 kg között ingadozott, azóta folyamatos csökkenés következett be az KSH hivatkozott adatai alapján).



3. ábra: A 15 éves és idősebb lakosságra jutó éves dohányfogyasztás (gramm/fő) változása 2000 és 2012 között

2012-ben⁹ és 2013-ban¹⁰ az aktuális dohányzási prevalencia helyzet vizsgálatára az Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontjának (OEFI DF) szakmai irányításával

⁶ Forrás: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzasra_vonatkozó_felmeresek_adatai_2000_2009.pdf

⁷ Forrás: <http://imea.gyemszi.hu/Report/ReportQueryTable.jsp?report=OECD&indicatorId0=20236&indicatorId1=20235&year0=1990&year1=1991&year2=1992&year3=1993&year4=1994&year5=1995&year6=1996&year7=1997&year8=1998&year9=1999&year10=2000&year11=2001&year12=2002&year13=2003&year14=2004&year15=2005&year16=2006&year17=2007&year18=2008&year19=2009&year20=2010&year21=2011&year22=2012>

⁸ Forrás: https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/elm13.html

⁹ Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_honlapra_20131009.pdf

¹⁰ Felnőtt Dohányzás Felmérés 2013. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_II_honlapra_20140128_v2.pdf

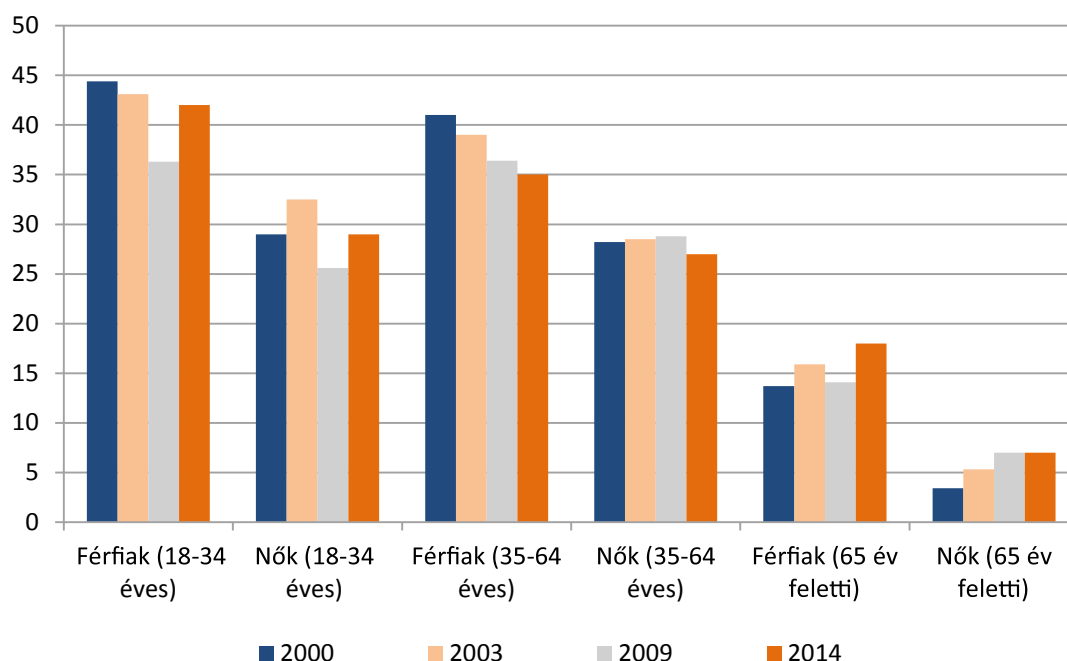
dohányzásfelmérés készült a felnőtt (18 év feletti) hazai lakosság reprezentatív mintáján a CDC GATS¹¹ kérdőívének felhasználásával. A felmérés eredményei azt jelezték, hogy a vizsgált időintervallumban a dohányzás gyakorisága a felnőtt lakosság körében csökkenő tendenciát mutatott¹².

A 2012-es felmérés alapján a nem dohányzók aránya 55%, a dohányzók aránya 29%, míg a leszokottak aránya 16% volt a vizsgálati populációban. A 2013-ban kapott eredmények szerint a nem dohányzók aránya 57%, a dohányzóké 21%, míg a leszokottak aránya 22% volt **(4. ábra)**.

A nemi különbségeket vizsgálva elmondható, hogy a nők 24%-a, a férfiak 32%-a napi rendszerességgel dohányzott a 2012-es felmérés alapján. 2013-ban ugyanez az adat a férfiak esetében 23%-ra, nők esetében 15%-ra csökkent. Ami az életkori megoszlásokat illeti, 2012-ben a naponta dohányzók zöme (32,4%) középkorú, azaz 35-64 év közötti, míg további 30%-uk 18 és 24 év közötti fiatal felnőtt volt.

2012-ben a dohányzók 72%-a fogyasztott gyári cigarettát, 67%-uk csak ezt a dohányterméket használta, míg 4%-uk kézzel sodort cigarettát, 1%-uk pedig elektromos cigarettát is használt. 2013-ban a legtöbb dohányzó (64,5%) gyári cigarettát fogyasztott, a kézzel sodort cigaretta használati aránya 31%, míg elektromos cigarettát nikotinos utántöltővel 3,7%-uk szívott.

A 2014-ben végzett Európai lakossági egészségfelmérés eredményei¹³ alapján a dohányzók aránya 2%-kal csökkent a 2009-es eredményekhez¹⁴ képest. A felmérés eredményei szerint a felnőtt lakosság 29%-a dohányzik, szemben a 2009-es 31%-os aránnyal. A két időpont között azonban csak az alkalmi dohányzók aránya esett vissza, a rendszeres dohányzóké lényegében nem változott (2014-ben 25,8, 2009-ben 26,2%). 2014-ben az alkalmanként rágyújtók aránya elenyésző, mindössze 1,6% volt.



4. ábra: **A rendszeresen dohányzók százalékos arányai nemenként és korcsoportonként 2000 és 2014 között a hazai OLEF (2000, 2003.) és ELEF (2009, 2014.) publikált eredményei alapján**

¹¹ A WHO és az amerikai CDC által kidolgozott módszertan és kérdőív alapján (Global Adult Tobacco Survey).

¹² Fontos itt megjegyezni, hogy mivel a felmérésben résztvevők száma viszonylag alacsony volt, másrészt a minta demográfiai összetételét tekintve jelentősen eltért a 2012-es felmérés mintájától, az eredmények értelmezésekor és a 2012-es adatokkal való összehasonlításakor indokolt az óvatosság.

¹³ <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

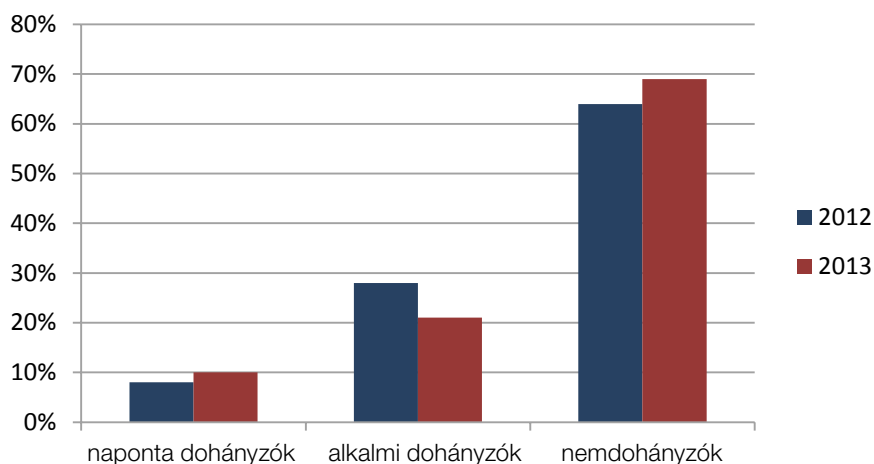
¹⁴ <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyorjel/jel310021.pdf>

A korcsoportos és nemi bontással kapott adatok ettől eltérő eredményeket jeleznek: vannak olyan korcsoportok, ahol növekedés, máshol csökkenés tapasztalható a vizsgálati évek vonatkozásában. A középkorúak körében 2000 óta mindkét nem esetében csökkent a dohányzók aránya, a csökkenés üteme ugyanakkor eltér egymástól: a férfiaknál határozott, egyértelmű irányú a változás, míg a nőknél inkább jelzés értékű. Szintén mindkét nemre jellemző, hogy a legidősebb korosztályok esetében növekedés tapasztalható 2000 óta folyamatosan.

A dohányzás elterjedtsége a hazai fiatalok körében

Az OEFI Dohányzás Fókuszpontja által koordinált Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés¹⁵ (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) 2012-ben és 2013-ban¹⁶ kivitelezett országosan reprezentatív kutatása a 13-15 év közötti fiatalok dohányzási szokásait vizsgálta. A GYTS a cigaretta és más dohánytermékek használatának gyakoriságáról, illetve a dohányfogyasztás meghatározó tényezőiről (hozzáférés/elérhetőség, passzív dohányzás, leszokás, média és reklám, valamint iskolai tananyag) szolgáltat adatokat. A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a kipróbálási gyakoriság a fiatalok körében igen magas volt: megközelítőleg minden 2. fiatal kipróbálta már a dohányzást eddigi élete során (2012: 57%, 2013: 45%).

A dohányzási gyakoriság kapcsán megállapítható, hogy míg 2008-ban a nemdohányzók aránya 62%, 2012-ben 64,5% (fiúk: 59%, lányok: 70%) volt a megkérdezett fiatalok körében, addig 2013-ra 69,5%-ra emelkedett ez az arány (fiúk: 67%, lányok: 72%). Az alkalmi dohányosok aránya 2012-ben 28% volt, míg 2013-ra 21%-ra csökkent **(5. ábra)**. A naponta dohányzó 13-15 évesek aránya 2012-ben 7,5% volt, míg 2013-ra ez az arány 9,5%-ra emelkedett (2008-ban 6% volt a naponta dohányzók aránya).



5. ábra: A dohányzás gyakorisága a 13-15 éves fiatalok körében a GYTS 2012-es és 2013-as felmérése alapján

A dohánytermékek használata kapcsán megállapítottuk, hogy a fiatalok zömmel gyári cigarettát szívtak, viszont a havi prevalencia adatok vizsgálatából jól látszik, hogy 2012-ben a dohányzó fiatalok 13%-a használt kézzel sodort cigarettát, 20%-uk szívott pipát vagy vízpipát, 13%-uk pedig használt

¹⁵ A felmérést a WHO és az amerikai CDC 1998-ban indította útjára. Az adatfelvételt rendszeres időközönként megismétlik a projektben résztvevő országok, Magyarországon eddig 4 alkalommal (2003, 2008, 2012, 2013) valósult meg a kutatás. A GYTS iskolai-alapú felmérés, amelynek mintájában 7-9. évfolyamba járó, zömmel 13-15 éves tanulók kerülnek be.

¹⁶ Részletes adatok: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/0_IDF_Tenylep_Mo_VEG-LEGES_20130211.pdf

elektromos cigarettát is havi rendszerességgel. 2013-ban a kézzel sodort cigaretta használati aránya 14,5% volt, míg vízipipát 17%-uk, elektromos cigarettát 9%-uk szívott, azaz néhány százalékos csökkenés volt tapasztalható ezeknek a termékeknek a használatában. Kedvezőtlen tendencia viszont, hogy a kézzel sodort cigaretta és a vízipipa használat havi gyakorisága közel kétszeresére emelkedett a 2008-ban kapott eredményekhez képest.

Fontosnak tartjuk itt kiemelni, hogy 2012-ben a fiatalok jelentős hányada (45%) boltban, trafikban vásárolt cigarettát magának. Ez a magas arány 2013-ban a Nemzeti Dohányboltok megnyitása után 20%-ra, azaz jelentősen csökkent. Az esetek közel felében (42%) nem utasították vissza őket a bolti eladók a kiszolgálás során a korukra való hivatkozással, ez az arány sajnos 2013-ban sem változott. A két felmérés eredményeiből megállapítható volt, hogy bár a vizsgálati időszakban növekedett a nemdohányzó fiatalok aránya (egy év alatt 5%-kal), de eközben 7%-kal csökkent az alkalmi dohányzók aránya, míg 2%-kal nőtt a naponta dohányzók aránya.

Adatok a passzív dohányzásnak való kitettségéről

A 2009-es Eurobarométer adatai alapján a 15 éven felüli hazai lakosság 45%-a munkahelyén, 38%-uk otthon, 78%-uk bárokban, 42%-uk éttermekben ki volt téve a passzív dohányzás ártalmainak a lekérdezést megelőző időszakban.

A 2009-es hazai ELEF eredmények alapján a 15 év feletti lakosság 5%-a naponta több mint 5 órát, 7,7%-a naponta 1-5 órát, 9,5%-a naponta kevesebb, mint egy órát volt kitéve dohányfüstnek otthonában, míg 77,8%-uk sohasem. Otthonán kívül a megkérdezettek 1,7%-a naponta több mint 5 órát, 5,4%-a naponta 1-5 órát, 22,9%-uk naponta kevesebb, mint egy órát töltött dohányfüstös környezetben, míg 69,9%-uk egyáltalán nem volt dohányfüstnek kitéve. A válaszadók 2,5%-a naponta több mint 5 órát, 4%-a naponta 1-5 órát, 10%-a kevesebb, mint 1 órát, 31,1%-uk pedig egyáltalán nem volt kitéve dohányfüstnek a munkahelyén.

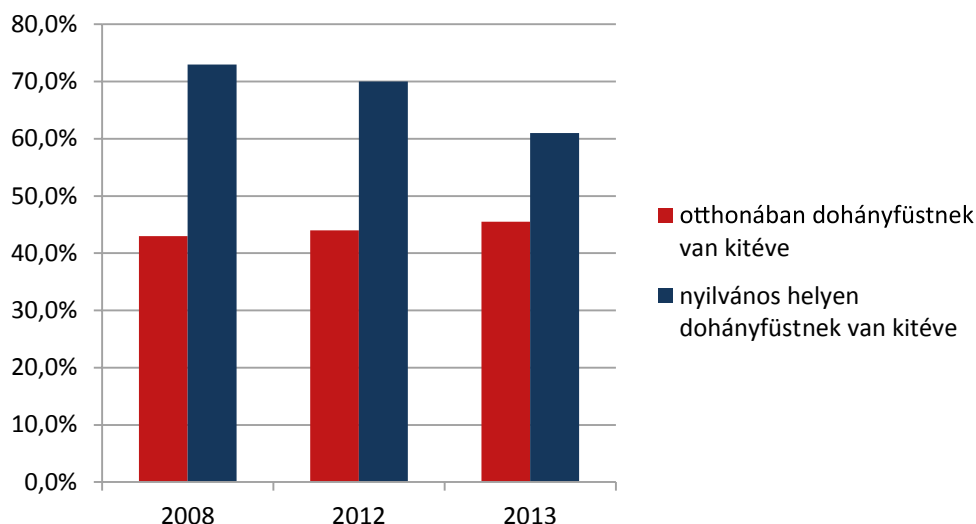
2012 óta jelentősen csökkent a törvény által szabályozott zárt illetve nyílt légtérű helyeken történő rágyújtás lehetősége. A DF 2012. évi felnőtt korú lakosságra vonatkozó kutatási adatai alapján a dohányosok kétharmada (66%) gyújtott rá a saját otthonában. A nemdohányzók mintegy 7%-a volt kitéve dohányfüstnek a munkahelyén vagy a vendéglátóhelyeken, zárt légtérben. A nyílt légtérű közösségi helyeken a nemdohányzók 10%-kal gyakrabban tapasztaltak dohányfüstöt, mint zárt légtérben. A nemdohányzók ötöde (21%) a közösségi közlekedés várakozó és megálló helyein is ki volt téve dohányfüstnek.

Ugyanezen felmérés alapján 2013-ban 33%-ról 63%-ra emelkedett azon dohányzók aránya, akik otthonukban, zárt légtérben nincsenek dohányfüstnek kitéve. A nemdohányzók esetében ez az arány közel 4%-al emelkedett. A nemdohányzók szerint továbbra is előfordult, hogy passzív dohányzásnak voltak kitéve a törvény által szabályozott zárt és nyílt légtérben egyaránt. 2012-höz képest a dohányfüstnek való kitettség 4%-kal emelkedett az egészségügyi intézményekben, azonban csökkenés volt tapasztalható a többi zárt légtérben. A nemdohányzók szerint, 2012-höz képest a dohányfüstnek való kitettség 10%-kal emelkedett aluljárókban és 5%-kal játszótéren, azonban enyhe csökkenést érzéltek várakozó és megálló helyeken.

A 2014. évi hazai ELEF eredményei alapján elmondható, hogy jelentős javulás mutatkozik a 2009-es adatokhoz képest a passzív dohányzásnak való kitettség vonatkozásában. 2014-ben a megkérdezettek 6%-a napi több mint egy órát, 2,2%-uk naponta kevesebb, mint egy órát töltött dohányfüstös környezetben, míg 84,5% egyáltalán nem volt kitéve otthonában dohányfüstnek. Otthonukon kívül

a megkérdezettek 2,3%-a napi több mint egy órát, 1,7 %-uk kevesebb, mint egy órát volt kitéve dohányfüst expozíciónak, míg 80,3%-uk egyáltalán nem töltött időt dohányfüstös környezetben. A válaszadók 14,3%-a (férfiak: 19,2%, nők: 9,9%) nyilatkozott úgy, hogy előfordult vele az elmúlt 30 napban, hogy a munkahelyén ki volt téve a dohányzás káros hatásainak.

Az ifjúsági kutatások eredményeit tekintve elmondható, hogy a 2008. évi hazai GYTS adataiból kitűnik **(6. ábra)**, hogy a 13-15 éves fiatalok 43%-a olyan háztartásban élt, ahol mások az ő jelenlétükben dohányoztak, míg 73%-uk nyilvános helyeken dohányfüstnek volt kitéve. A 2012. évi GYTS eredményei alapján a fiatalok 44%-a (2013: 45,5%) élt olyan háztartásban, ahol mások az ő jelenlétükben dohányoztak, 70%-uk (2013: 61%) otthonán kívüli helyeken volt dohányfüstnek kitéve.



6. ábra: A passzív dohányzásnak kitétt 13-15 éves tanulók arányának változása 2008 és 2013 között a hazai GYTS felmérések adatai alapján

Az eredmények értelmezéséhez hozzátartozik, hogy 2012-ben a megkérdezettek 49%-ának legalább az egyik szülője dohányzott, míg 22%-nak a legtöbb vagy minden barátja dohányzott. A szakirodalom megerősíti azt a feltételezést, miszerint a dohányzás és a passzív dohányzás megítélése befolyásolja a fiatalok dohányzási szokásait. A felmérés ismeret és attitűd blokkjának eredményeiből az is kiderült, hogy 2012-ben a fiatalok 60%-a gondolta azt, hogy mások dohányzása káros az ő számára, míg 2013-ban mindössze 43%-uk gondolta ugyanezt.

Következtetések

A felnőtt korú hazai lakosságot tekintve elmondható, hogy a napi rendszerességgel dohányzók aránya 2000 óta a középkorú férfiaknál csökkenő tendenciát mutat, míg a nőknél csak jelzésértékű változás volt tapasztalható az elmúlt 15 év vonatkozásában¹⁷. A 2013-as Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés eredményei alapján elmondhatjuk, hogy a 13-15 éves fiatalok körében csökkent azok aránya, akik kipróbáltak már valamilyen dohányterméket, valamint nőtt a nemdohányzók aránya oly módon, hogy csökkent az alkalmi, de nőtt a naponta dohányzók aránya.

A felnövekvő generációk naponta dohányzó fiataljai nagyobb eséllyel maradnak felnőttként is rendszeres dohányosok. Az eredményekből az is kiderült, hogy a fiatalok ismerete a dohányzás káros hatásairól, valamint a dohányzás megítélése változatlan vagy rosszabb az előző évekhez képest.

¹⁷ <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

A fiatalok körében a dohányzással kapcsolatos negatív prevalencia és attitűdváltozás jelzi, hogy az iskolai dohányzás megelőzési programok országos elterjesztését minél előbb meg kell kezdeni. Ahhoz, hogy a felnőtt felmérés pozitív eredményét, a naponta rágyújtók arányának csökkenését fenntarthassuk, fontos, hogy a fiatalok dohányzási szokásait is megváltoztassuk.

Ami a jövőbeli trendeket illeti, a WHO 2013-ban közreadta a „Nem fertőző Betegségek Megelőzésének és Kontrolljának Akciótervét” (*Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2013-2020*), amelyben a tagországok számára kilenc - 2025-ig elérendő - célt határozott meg, illetve hatásos és elérhető beavatkozásokat kínált fel ezek elérése érdekében. A dohányzás vonatkozásában az elérendő cél: 30%-os relatív csökkenés 15 év feletti lakosság dohányzási prevalenciájában 2025-re.

DOHÁNYZÁS OKOZTA MEGBETEGEDÉS ÉS HALÁLOZÁS

Balku Eszter, Dr. Varsányi Péter

Aktív és passzív dohányzás okozta megbetegedés

A nemzetközi szakirodalomban számos forrás elérhető, amely a dohányzással összefüggésbe hozható megbetegedéseket gyűjti össze. Az alábbi, a dohányzásnak tulajdonítható megbetegedéseket tartalmazó lista ezek alapján készült, és csak olyan betegségeket tartalmaz, amelyek bizonyítottan összefüggésbe hozhatók az aktív illetve a passzív dohányzással. A betegségek és a hozzájuk tartozó BNO kódok kiválasztásánál kiemelt szempont volt, hogy csupán azok a betegségek kerüljenek be az elemzésbe, amelyek bizonyítottan az egész lakosságot érintik (**1. táblázat**).

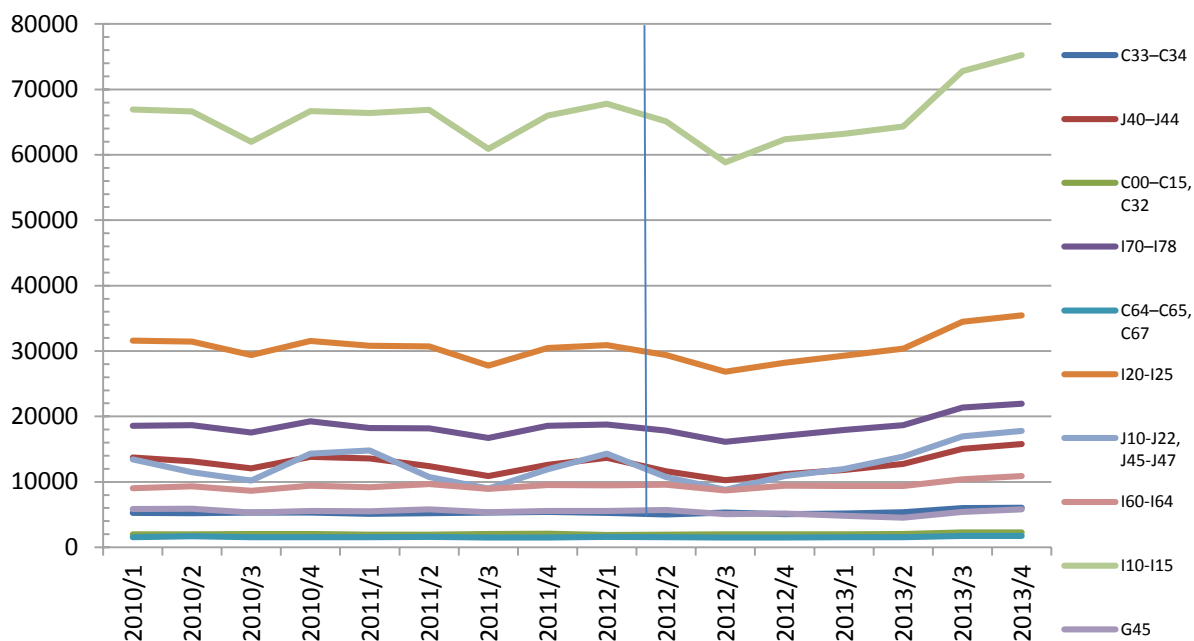
BNO	Megnevezés
C00–C14, C15, C32	Szájüregi- és gégerák
C33–C34	Tüdőrák
C64–C65, C67	Vese- és húgyhólyagrák
E11, R7300	2. típusú cukorbetegség
G45	Átmeneti agyi ischaemiás attackok (TIA)
I10–I15	Magas vérnyomás
I20–I25	Ischaemiás szívbetegség (ISZB)
I60–I64	Stroke
I70–I78	Érbetegségek
J10–J22, J45–J47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

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

Az elemzés során az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé jelentett, a magyar állampolgárokat érintő azon fekvő- és járóbeteg ellátások számát összegeztük, amelyekhez a megadott BNO kódok között az 1. táblázatban szereplő kódok bármelyike előfordult. Az elemzés a 2010-től 2013-ig terjedő időszakra vonatkozik, külön kiemelve a „Nemdohányzók védelméről szóló” 1999. évi XLII. törvény (Nvt.) módosításának hatályba lépését követő időszakot.

Fekvőbeteg ellátási adatok

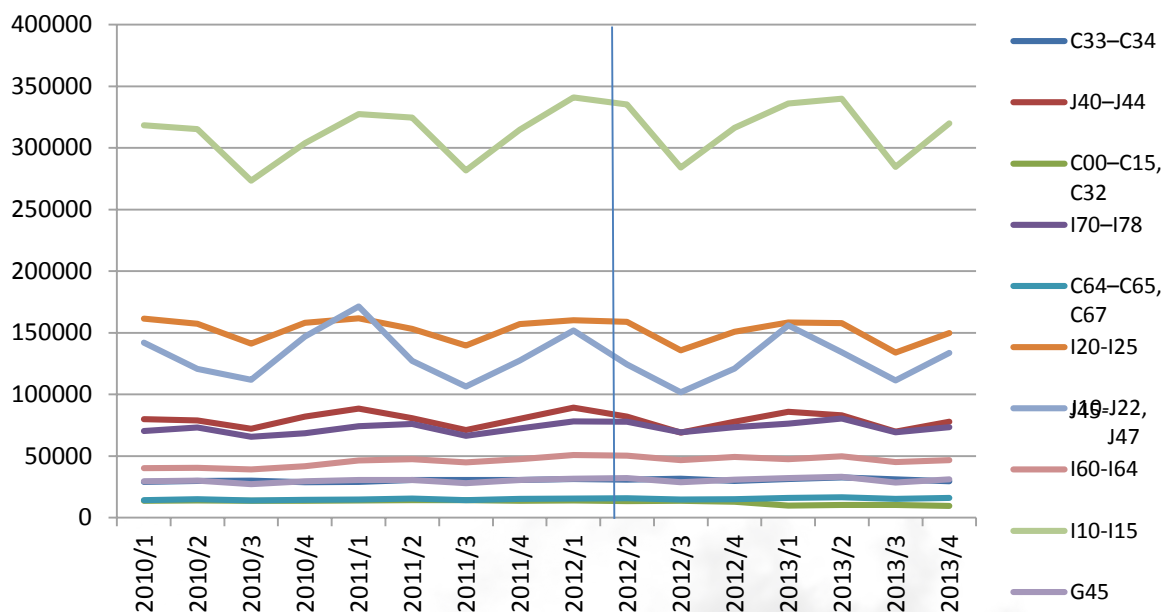
A vizsgált betegségekhez tartozó fekvőbeteg ellátási adatok negyedévenkénti átlagát mutatja be a **7. ábra**. Az ábra alapján elmondható, hogy 2010 és 2013 között közel minden betegség esetében erősen hullámzó eredmények figyelhetők meg. Az ellátások száma összességében stagnáló tendenciát mutat. A legmagasabb ellátási számok a magas vérnyomás esetében fordultak elő, amelyek közel kétszeresei a második helyen álló ischaemiás szívbetegségek következtében bekövetkező ellátásoknak. Jelentős csökkenés a fekvőbeteg ellátás esetében itt sem tapasztalható, inkább enyhe növekedés figyelhető meg az utolsó vizsgált öt negyedévre. Az Nvt. módosításának hatályba lépésétől (2012. 1. negyedév) számított időszakban nem figyelhető meg számottevő csökkenés a vizsgált betegségek fekvőbeteg ellátási adataiban. Sőt, 2012 harmadik negyedétől enyhe növekedést lehet megfigyelni a legtöbb ellátást igénylő betegségek esetében.



7. ábra: Az egyes betegségekhez tartozó fekvőbeteg ellátások átlagos száma negyedévenként 2010-től (Az Nvt. módosítás hatályba lépését a függőleges vonal jelzi.)

Járóbeteg ellátási adatok

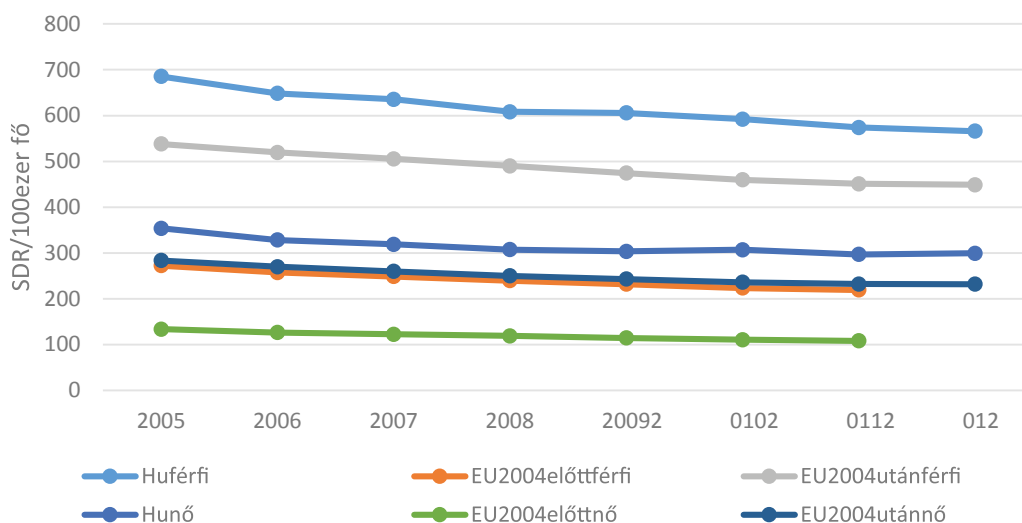
A járóbeteg ellátási adatok esetében is erőteljesen hullámzó értékek figyelhetők meg az idő előrehaladtával. A fekvőbeteg ellátási adatokhoz hasonlóan itt is a legtöbb jelentett egészségügyi megjelenés a magas vérnyomás esetében fordult elő. A második helyen az ischémiás szívbetegség, a harmadik helyen az alsó légúti megbetegedés miatti járóbeteg ellátás áll, azonban jelentős csökkenés itt sem tapasztalható. A tapasztalt trendekre az Nvt. módosítás hatálybalépése sem volt hatással. **(8. ábra: Az egyes betegségekhez tartozó járóbeteg ellátások átlagos száma negyedévenként 2010-től (Az Nvt. módosítás hatályba lépését a függőleges vonal jelzi.)).**



8. ábra: Az egyes betegségekhez tartozó járóbeteg ellátások átlagos száma negyedévenként 2010-től (Az Nvt. módosítás hatályba lépését a függőleges vonal jelzi.)

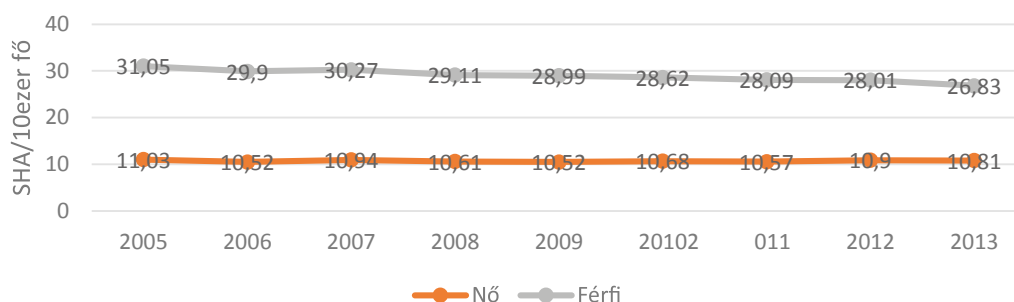
Dohányzásnak tulajdonítható halálozás

Az Európai Unió tagországaival való összehasonlításhoz a WHO által becsült dohányzással összefüggő halálozás, azaz néhány, a dohányzással egyértelműen összefüggésbe hozható betegség miatti halálozás mutatóját használtuk. Ez alapján megállapítható, hogy Magyarországon a férfiak esetében a dohányzásnak tulajdonítható halálozás az európai trendeknek megfelelően csökkenő tendenciát mutat, azonban még így is messze meghaladja az Európai Unió tagállamok esetében előforduló arányt. Nőknél mind az európai, mind a hazai adatok alapján változatlan trend figyelhető meg, azonban a magyar halálozási arányok ebben az esetben is messze meghaladják az Unió tagállamokét (9. ábra).



9. ábra: **A dohányzásnak tulajdonítható standardizált halálozási arány alakulása Magyarországon az EU tükrében**

A dohányzásnak tulajdonítható halálozás 2005 és 2013 közötti magyarországi alakulását mutatja a 10. ábra¹⁸. Az adatok időbeli változása alapján megállapítható, hogy 2005 óta a férfiak körében enyhe csökkenés figyelhető meg, míg a nőknél stagnálás mutatkozik. Míg 2005-ben 31 volt a 10 ezer főre számolt standard halálozási arányszám, addig 2013-ra ez 27/10 ezer főre változott. Nőknél ez az arányszám mindkét évben 11/ 10 ezer körül mozgott.



10. ábra: **A dohányzásnak tulajdonítható halálozás alakulása Magyarországon 2005-től 2013-ig**

¹⁸ Országos Egészségfejlesztési Intézet Halandósági adatbázisa (<http://www.oefi.hu/halalozas/>)

Következtetések

A dohányzás okozta halálozás tekintetében Magyarországon is az európaihoz hasonló trend figyelhető meg, azaz míg a férfiak esetében csökken a halálozások száma, a nőknél stagnálás detektálható. A dohányzással összefüggésben vizsgált betegségek miatt igénybe vett ellátások számát elemezve az elmúlt években nem volt megfigyelhető jelentős változás.

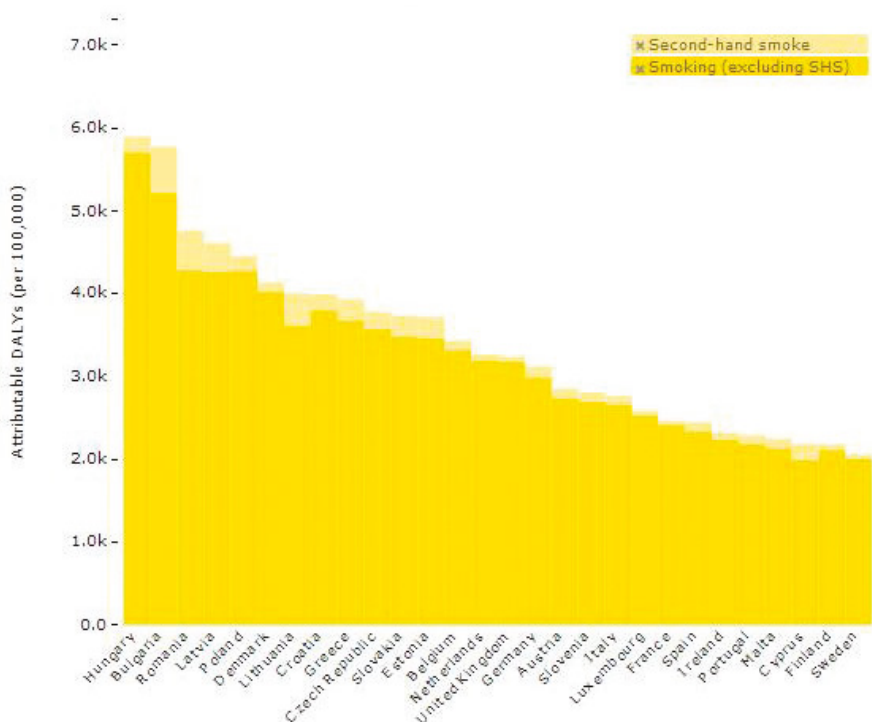
AZ AKTÍV ÉS PASSZÍV DOHÁNYZÁS TÁRSADALMI ÉS GAZDASÁGI TERHEI

Balku Eszter, Dr. Varsányi Péter

Nemzetközi kitekintés

Az egészségveszteségek mérésére mára leginkább a Globális Betegségteher Vizsgálat (GBD) által bevezetett *Disability-Adjusted Life Year (DALY)* mutató terjedt el, amelynek kialakításában több mint 100 ország 1000-nél is több tudományos munkatársa vett részt. Ez a mutató egy populáció egészségi állapotát jellemzi az optimálishoz viszonyítva úgy, hogy egy adott időszakra vonatkozóan összegzi az egészségproblémák miatt elvesztett életéveket. A megromlott egészség két okból vezethet az életévek elvesztéséhez: egyfelől az egészségprobléma nyomán kialakuló korlátozottság miatt, másfelől a betegségek miatt bekövetkező „idő előtti” halálozás miatt.

A GBD vizsgálata szerint 2010-ben világszerte a dohányzáshoz köthető megromlott egészséges életév veszteség (DALY) több mint 150 millió év volt, amelyből több mint 130 millió év az aktív dohányzásnak tulajdonítható, és közel 20 millió év a passzív dohányzásnak. 1990 és 2010 között a dohányzásnak tulajdonítható egészségveszteség stagnálást mutat, azonban összetételét tekintve a passzív dohányzás okozta teher esetében egyértelmű csökkenés jelentkezik. Ha a 100 ezer főre számított megromlott egészség miatti életévveszteségeket vizsgáljuk, az Európai Unió 28 tagországból Magyarország Bulgáriával együtt a legrosszabb helyen áll (közel 6 ezer DALY / 100 ezer fő), míg a legkevesebb veszteséget Svédországban okozza a dohányzás (2 ezer / 100 ezer fő) (**11. ábra**).



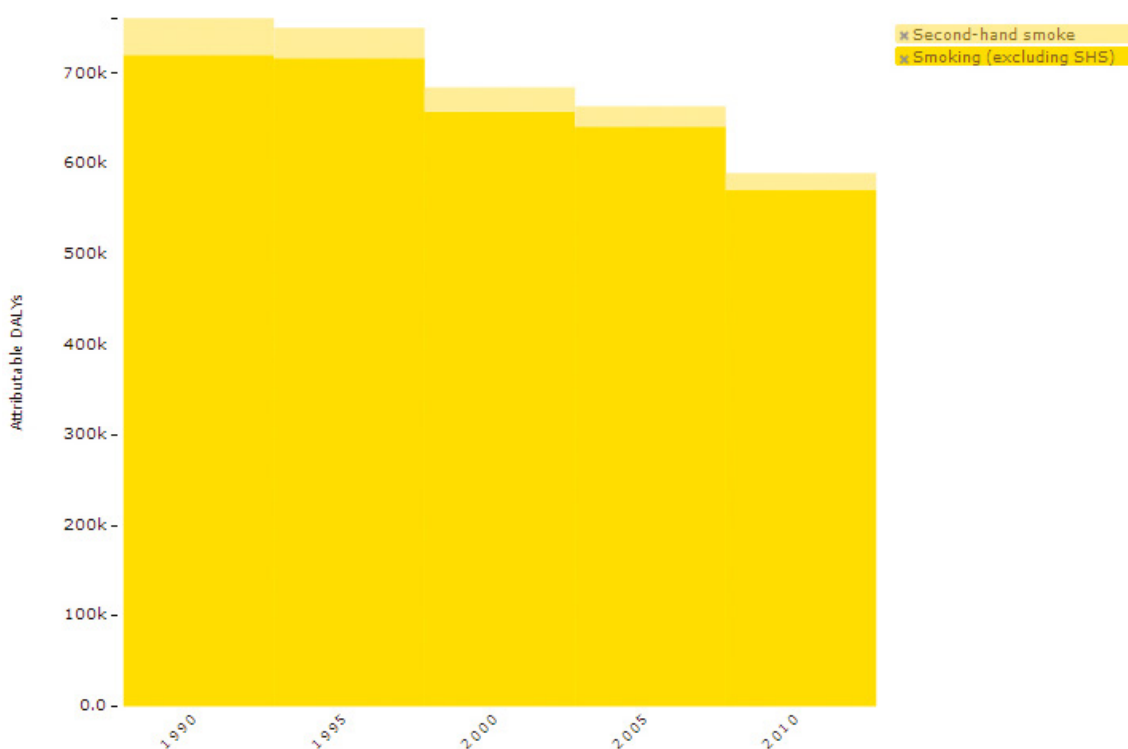
11. ábra: **A dohányzás okozta megromlott egészség miatti életévveszteség (DALY) az EU 28 tagországában, 100.000 főre számítva, 2010-ben¹⁹**

¹⁹ Forrás: <http://www.healthdata.org> (Jelölés: sötét sárga- aktív dohányzás okozta DALY, világos sárga- passzív dohányzás okozta DALY)

Hazai helyzetkép

Az elemzés során a GBD adatbázisában elérhető legfrissebb, 2010-es adatokat használtuk fel. Az egészségveszteségek gazdasági következményeinek becsléséhez a WHO dolgozott ki módszertant, amely szerint a munkakiesés miatt minden megromlott egészség miatti életévvesztés (MEÉV) megfeleltethető az egy főre jutó GDP elvesztésével.²⁰ A KSH-nak a GDP-re vonatkozó adatai szerint 2010-ben a nemzeti össztermék 26.513 milliárd Ft volt, míg az egy főre jutó összeg 2,65 millió Ft volt. A gazdasági veszteségek kiszámításához csak a 30-64 éves korosztályban elvesztett egészséges éveket használtuk fel, hiszen az egészségvesztés okozta munkakiesés csak e korosztályt érinti.

2010-ben Magyarországon a dohányzás miatt megromlott egészséges életévvesztés közel 590 ezer DALY-t tett ki, ezzel a dohányzás a harmadik legnagyobb egészségvesztést okozó rizikótényező volt az étrendi kockázatok és a magas vérnyomás mögött. Az adatokból kitűnik, hogy ennek a veszteségnek a jelentős részét az aktív dohányzás okozta, a passzív dohányzásnak tulajdonított egészségvesztés csupán 19 ezer DALY, amely elenyésző az aktív dohányzáshoz képest. Az 1990-től 2010-ig terjedő időszakot vizsgálva egyértelmű csökkenés figyelhető meg mind az aktív, mind a passzív dohányzás tekintetében. Míg 1990-ben az aktív dohányzás több mint 700 ezer DALY veszteséget okozott, addig 2010-ben ez már csak 570 ezer DALY veszteség volt. Passzív dohányzás tekintetében ez a mutató a húsz év alatt 40 ezerről 19 ezerre csökkent. **(12. ábra: A dohányzás okozta megromlott egészség miatti életévvesztés (DALY) alakulása Magyarországon 1990 és 2010 között)**



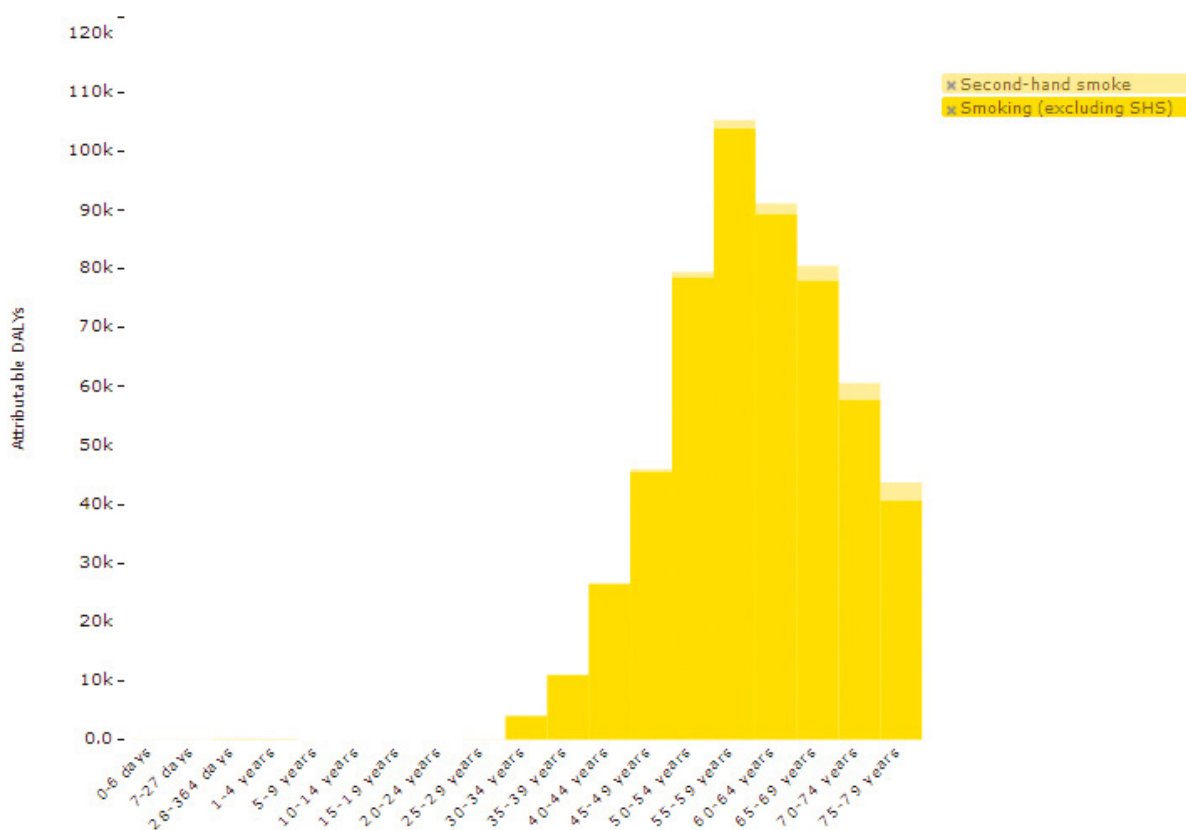
12. ábra: A dohányzás okozta megromlott egészség miatti életévvesztés (DALY) alakulása Magyarországon 1990 és 2010 között²¹

²⁰ Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization 2001.

²¹ Forrás: <http://www.healthdata.org> (Jelölés: sötét sárga- aktív dohányzás okozta DALY, világos sárga- passzív dohányzás okozta DALY)

A dohányzás miatti egészségveszteségek több mint kétharmadát (404 ezer DALY) a férfiak és csupán egyharmadát (185 ezer DALY) szenvedik el a nők dohányzás miatt. A hazai egészségveszteség korcsoport szerinti megoszlását mutatja a **13. ábra**. Jól látható, hogy főként az aktív munkavállalók korcsoportjaira jellemző a DALY veszteség, azon belül is főként az idősebbekre, az 55 év feletti korosztályra.

A WHO által kidolgozott módszertan segítségével a megromlott egészség miatti életévvesztésből (DALY) kiszámítható az elvesztett évek gazdasági vesztesége is. Ez alapján 2010-ben Magyarországon a kockázati tényezők közül a dohányzás okozta a legnagyobb gazdasági veszteséget, közel 1000 milliárd forintot, amely a 2010-es egészségügyi kiadások (1477 Mrd Ft) kétharmadának felelt meg.



13. ábra: **Dohányzás okozta megromlott egészség miatti életévvesztés korcsoportos megoszlása Magyarországon 2010-ben**²²

Gazdasági terhek

A dohányzás és annak következményei jelentős népegészségügyi valamint gazdasági károkat okoznak és hatékony beavatkozás hiányában a jövőben sem fog változni a helyzet. A dohányzás okozta terhekről 2013-ban készült a legfrissebb tanulmány²³, amely 2010-es adatokat dolgozott fel. A tanulmányban a dohányzásnak tulajdonítható költségeket, amelyek csak az aktív dohányzásra vonatkoznak, két csoportra osztották, közvetlen és közvetett költségekre. Közvetlen egészségügyi költségek

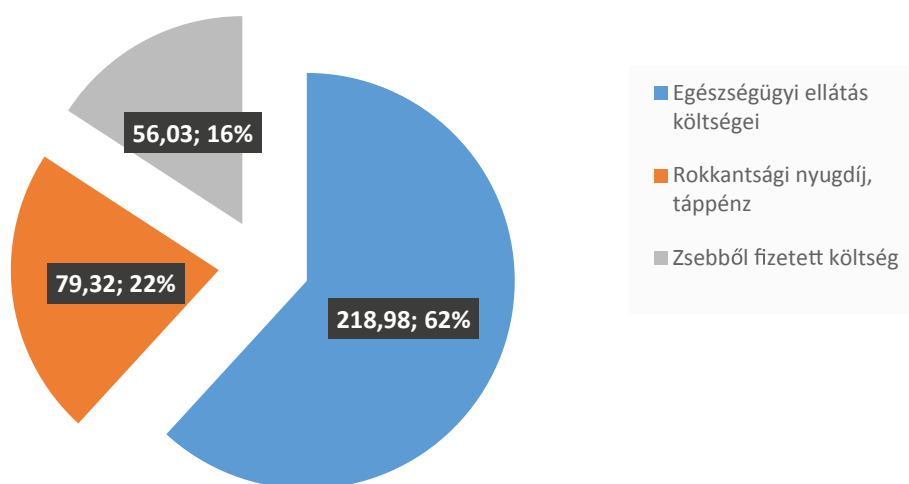
²² Forrás: <http://www.healthdata.org> (Jelölés: sötét sárga- aktív dohányzás okozta DALY, világos sárga- passzív dohányzás okozta DALY)

²³ A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon, Joó Tamás, Bakacs Márta, Balku Eszter, Vámos Magdolna, Demjén Tibor, Vitrai József, Bodrogi József, Vokó Zoltán [Népegészségügy - 2013. 91. évf. 2. sz.](#)

közé tartoztak az egészségügyi ellátás költségei, a rokkant nyugdíj és a táppénz költségei, valamint az egyéni kiadások, mint pl. a hálapénz. Közvetett költségnek minősült a korai halálozás miatti jövedelemvesztés, illetve a betegségek miatti jövedelem kiesés.

A dohányzásnak tulajdonítható közvetlen költségek

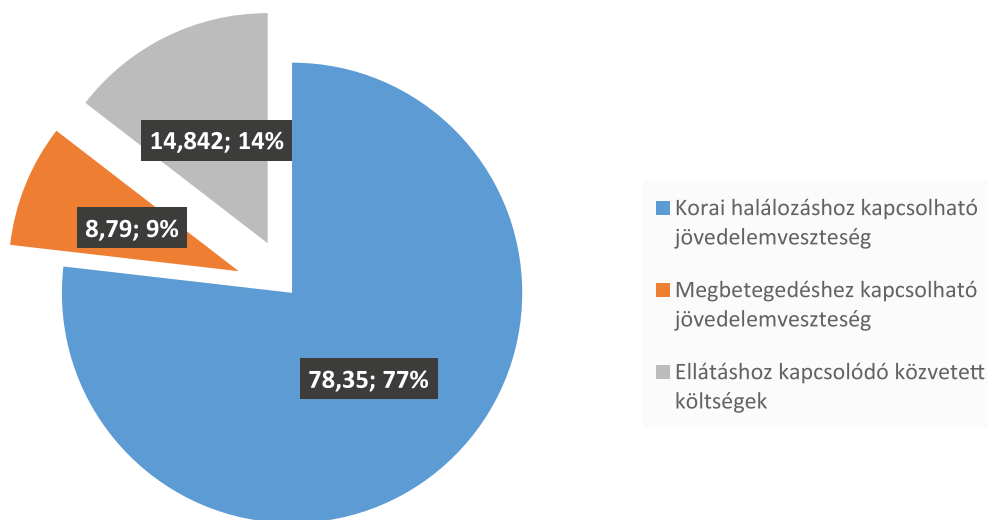
2010-ben Magyarországon a dohányzáshoz kapcsolható egyéni és állami kiadások a 350 milliárdot is meghaladták. Ennek a háromötödét az egészségügyi ellátás költségei tették ki, egyötödét a társadalombiztosítás költségei és szintén egyötödét az egyént terhelő, ún. zsebből fizetett költségek **(14. ábra: A dohányzásnak tulajdonítható közvetlen költségek alakulása Magyarországon, 2010.)**.



14. ábra: A dohányzásnak tulajdonítható közvetlen költségek alakulása Magyarországon, 2010.

A dohányzásnak tulajdonítható közvetett költségek

A közvetett költségek, azaz a korai halálozás illetve a megbetegedés miatt kiesett jövedelem meghaladta a 100 milliárd forintot 2010-ben hazánkban **(15. ábra)**.



15. ábra: **A dohányzásnak tulajdonítható közvetett költségek alakulása Magyarországon, 2010.**

Következtetések

2010-ben dohányzás miatt a magyar lakosság közel 600 ezer egészségben eltöltött életévet veszített el (DALY), ezzel Magyarország az EU 28 országa között a legrosszabb helyen áll. A magas egészségvesztés jelentős részét az aktív dohányzás okozza, csak elenyésző része köthető a passzív dohányzáshoz. 1990-től csökkenő tendencia figyelhető meg a dohányzás miatti DALY mutatókban, mind az aktív, mint a passzív dohányzás tekintetében.

A 2010-es dohányzás okozta terhekre többféle becslés is készült: az Országos Egészségfejlesztési Intézet által készített tanulmány²⁴ a dohányzás közvetlen és közvetett költségeit az akkor elérhető adatok alapján 441 milliárd forintra becsülte. A GBD által 2010-re DALY-ban számolt egészségvesztés nagyobb volt, mint az előző tanulmányban használtak, így annak becsült költsége is többnek mutatkozott, mintegy 1000 milliárd forintnak. A becslések módszertana, pontossága és felhasznált adatai alapján tehát a dohányzás okozta 2010-es magyar veszteség vélhetően 450 milliárd és 1000 milliárd Ft közé esett.

²⁴ Forrás: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf

A DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FONTOSABB NEMZETKÖZI RENDELKEZÉSEK

Berki Júlia

A dohányzás visszaszorítását számos nemzetközi dokumentum támogatja, melyek közül a legátgóbb az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye és az Európai Unió új dohánytermék irányelve. Annak érdekében, hogy a dokumentumokban leírt ajánlásokat megfelelően végre tudják hajtani az országok további irányelveket, határozatokat fogalmaztak meg.

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2003 májusában megtartott Közgyűlésén fogadták el a Részes Felek a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményt (WHO Framework Convention on Tobacco Control). A Keretegyezmény célja a dohányzás visszaszorítása, a dohányzás egészségkárosító hatásainak mérséklése, illetve a dohányzás által társadalomra rótt költségek elfogadható mértékre való csökkentése **(1. sz. melléklet)**. A Keretegyezmény az első nemzetközi egyezmény, ami a WHO felügyelete és szakmai irányítása alatt jött létre. A Keretegyezménynek jelenleg 180 Részes Fele van²⁵. Magyarország 2004. április 7. óta Részes Fél, a Keretegyezményt a 2005. évi III. törvény hirdette ki.

A Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény 21. cikke előírja, hogy a Részes Felek a Keretegyezmény Titkárságán keresztül időszakos jelentéseket nyújtanak be a Részes Felek Konferenciájának a Keretegyezmény végrehajtásának státuszáról. A Keretegyezmény végrehajtásáról Magyarország 2016-ban az ötödik Országjelentést nyújtja be. A Részes Felek jelentéseiből levont következtetések alapján irányelvek és jegyzőkönyvek formájában a Keretegyezmény végrehajtása elősegíthető, illetve a dohányzás visszaszorítása érdekében tett nemzetközi fellépés továbbfejleszhető. A Részes Felek mindezülig nyolc irányelvet és egy protokollt fogadtak el **(2. sz. melléklet)**.

Ilyen protokoll vonatkozik például az illegális dohánykereskedelem visszaszorítására (Protocol to eliminate illicit trade in tobacco products), mely a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény kiegészítéseként fogalmazódott meg.

Az Európai Unió új dohánytermék-irányelve

2001/37/EK Irányelv helyébe lépő 2014/40/EU irányelvet az Európai Parlament és Tanács 2014. április 3-án fogadta el. Az új irányelv kidolgozása a tudományos, piaci és nemzetközi fejlemények okán vált szükségessé. Az uniós szintű szabályozás a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének végrehajtásához is szükséges. Az irányelvet a tagállamok 2016. május 20-ig kötelesek átültetni, így a megváltozott követelményekhez Magyarország jogszabályainak is ez idáig szükséges alkalmazkodniuk. Az irányelv előírásokat határoz meg a cigarettára, cigarettadohányra, pipadohányra, szivarokra, szivarkákra, füstmentes dohánytermékekre, az elektronikus cigarettákra és a dohányzási célú gyógynövénytermékekre is.

²⁵ A 2016. 07. 28. szerinti állapot alapján.

Az irányelv főbb rendelkezései közé a következők tartoznak:

- az irányelv hatálybalépését követően tilos az ízesített dohánytermékek forgalmazása;
- a gyártókat szigorú jelentéstételi kötelezettség terheli a dohánytermékekben felhasznált összetevőkre vonatkozóan;
- a dohánytermékek csomagolására és címkézésre vonatkozó előírások tovább szigorodnak;
- az elektronikus cigarettákra vonatkozóan biztonsági és minőségi követelmények kerültek meghatározásra;
- új dohánytermék kategóriák esetén a gyártók kötelesek értesítést benyújtani.

Az irányelv kiegészítéseként, a hatékony megvalósítás érdekében, több végrehajtási rendeletet fogalmaztak meg, pl. a közös jelentési rendszer megvalósításával kapcsolatos 2015/2186 végrehajtási határozatot vagy az elektronikus cigarettákra és az utántöltő flakonokra vonatkozó értesítések közös formátumának meghatározásáról szóló 2015/2183 végrehajtási határozatot.

Az irányelvek alkotása során érvényesül az ágazatközi együttműködés, melynek következménye, hogy egyéb irányelvekben is megjelenik a dohányzás visszaszorítás (pl. a dohánygyártmányok jövedéki adójával kapcsolatos 2011/64/EU irányelv).

DOHÁNYTERMESZTÉS, DOHÁNYTERMÉK GYÁRTÁS, KÁROS ANYAG TARTALOM

Demjén Tibor

Nemzetközi kitekintés

A dohányzás visszaszorítása végső soron a dohánytermékek gyártásának csökkenésével jár és ez értelemszerűen hat a dohánytermesztésre. Ezt szem előtt tartva az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (FCTC) **17. és 18. cikkéhez** kapcsolódva 2014-ben a Részres Felek Konferenciáján (COP) elfogadásra került a dohánytermesztés gazdaságilag fenntartható alternatíváival kapcsolatos Irányelv²⁶. Az Irányelv szerint a fenntartható gazdasági alternatívák megvalósításának a gazdasági tevékenységek diverzifikációjának koncepcióján kell alapulnia. Ajánlott a dohánytermesztésről más növénykultúrára, gazdasági tevékenységre áttérést segíteni hivatott nemzeti programok kialakításába a dohánytermesztők, valamint az alkalmazottak bevonása.

A nemzeti programok kialakításakor figyelembe kell venni a már rendelkezésre álló jó gyakorlatok körét, valamint ezeknek illeszkedniük kell más fenntartható fejlesztési programokhoz is. Javasolt a dohánytermesztés fenntartható gazdasági alternatíváit érintő programok kialakításakor és végrehajtása során a holisztikus szemléletmód követése, valamint ezen programokat a dohányipar üzleti érdekeitől vezérelt hatásoktól lehetőség szerint védeni kell. Nem cél a dohánytermesztők szankcionálása, ugyanakkor más gazdasági tevékenység végzésére történő áttérésüket támogatni kell.

Fontos a dohánytermesztésben, feldolgozásban alkalmazottak körében jelentkező munkahelyi ártalmak korai felismerésével kapcsolatos vizsgálatok, valamint útmutatók kialakításának támogatása, különös tekintettel az ún. zöld dohány betegségeire.

A dohánytermékek összetevői és a dohánytermékből származó kibocsátások szabályozása

A dohánytermékek olyan fogyasztható termékek, amelyek akár csak részben is –géntechnológiával módosított vagy módosítatlan formában – dohányt tartalmaznak. A dohánytermékek két fő csoportra oszthatók: a dohányzásra szánt dohánytermékek és a füst nélküli dohánytermékek. Az összetevők, valamint ezeken belül az adalékanyagok szabályozása egyre inkább előtérbe kerül a dohányzás visszaszorítását célzó nemzetközi szervezetek munkájában.

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény, és az Európai Parlament és a Tanács 2014/40/EU irányelve a dohánytermékekre vonatkozóan

Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (FCTC), amit Magyarországon a 2005. évi III. törvényben hirdettek ki, valamint a Keretegyezményt ratifikáló Részres Felek szakértői munkacsoportjai által kidolgozott irányelvek is tartalmazznak erre a témára vonatkozó

²⁶ Policy options and recommendations on economically sustainable alternatives to tobacco growing (in relation to Articles 17 and 18) http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/Recommendations_Articles_17_18_English.pdf?ua=1

részeket. A feladatok között szerepel, hogy Magyarországnak hatékony törvényhozói, végrehajtói, igazgatási vagy más intézkedéseket kell hozni és foganatosítani, amelyek megkövetelik a dohánytermékek gyártóitól és importőreitől, hogy közöljék a kormányzati hatóságokkal a dohánytermékek tartalmára és kibocsátására vonatkozó információkat²⁷. Ezen kívül biztosítani kell a dohánytermékek toxikus összetevőire és az általuk termelt kibocsátásokra vonatkozó információk nyilvánosságra hozatalát.

Az FCTC **9-10. cikkei** - a dohánytermékek összetétele, dohánytermékekkel kapcsolatos adatok nyilvánosságra hozatala - végrehajtásához kapcsolódó részleges irányelv kidolgozása még folyamatban van²⁸. Célja, hogy olyan dohánytermék-szabályozás készüljön, ami - a dohánytermékek vonzerejének csökkentésével, a függőség kialakulásában játszott szerepük csökkentésével és mérgező hatásuk csökkentésével - magában rejtje azt a lehetőséget, hogy hozzájáruljon a dohányzásnak tulajdonítható betegségek és az idő előtti elhalálozások arányának mérsékléséhez. Ismert tény, hogy a dohányfüst kellemetlen és irritáló jellege akadályt jelent a dohánytermékek kipróbálása és kezdeti használata szempontjából. A dohányiparból származó dokumentumok rámutattak arra, hogy jelentős erőfeszítést tettek e kedvezőtlen jellemzők csökkentése érdekében. A kellemetlen íz számos módon mérsékelhető, köztük: különböző összetevők hozzáadásával. Ezek például cukrok és édesítőszer (a glukóz, a melasz, a méz és a szorbitol), a további ízesítő anyagok közé tartozik a benzaldehid, a maltol, a mentol és a vanillin, valamint bizonyos fűszerek és gyógynövények is (a fahéj, a gyömbér és a menta). A dohánytermékekben különböző alkotórészeket alkalmaztak azon látszat keltésének elősegítése érdekében, hogy az ilyen termékek használata egészségügyi előnyökkel jár, illetve hogy használatuk kevesebb egészségügyi kockázattal jár. A példák közé tartoznak a vitaminok, mint a C és E vitamin, a gyümölcsök és zöldségek (és a feldolgozásukból származó termékek, mint a gyümölcslevek), az aminosavak, mint a cisztein és a triptofán, valamint az esszenciális zsírsavak, mint az omega-3 és az omega-6.

A szabályozás betartásának ellenőrzését az Irányelv szerint a Részes Feleknek biztosítaniuk kell. A megfelelés nyomon követéséhez, valamint a jogérvényesítési tevékenységekhez szükséges infrastruktúrának a létrehozatala és működtetése fontos, ezért erre a célra költségvetést kell biztosítani. A Részes Feleknek ajánlott a dohánytermékek mintáinak begyűjtése az importőrök létesítményeiből, a kiskereskedelmi egységekből, valamint a szükséges esetekben a gyártók létesítményeiből. E mintákat ezt követően a megfelelést vizsgáló laboratóriumokban vizsgálni kell abból a szempontból, hogy található-e bennük tiltott vagy korlátozás alá eső alkotórész.

A Részes Feleknek biztosítaniuk kell, hogy jogérvényesítő hatóságaik felkészültek legyenek arra, hogy gyorsan és határozottan reagáljanak a meg nem felelés eseteire. A korai esetekre adott erőteljes és gyors válaszok világossá teszik, hogy elvárják a megfelelést, és megkönnyítik a jövőbeni jogérvényesítést. A törvények be nem tartásától történő elrettentés érdekében a Részes Feleknek megfelelő szankciókat kell hozniuk – így büntetőjogi szankciókat, pénzbüntetéseket, javító intézkedéseket, valamint a működési és import engedélyek felfüggesztését, korlátozását, vagy megszüntetését.

Az FCTC előírja, hogy a Részes Felek együttműködjenek az illetékes nemzetközi szervezetekkel egy globális rendszer fokozatos létrehozásában és fenntartásában, amely rendszeresen gyűjti és terjeszti a dohánytermelésre, dohánygyártásra és a dohányipar tevékenységeire vonatkozó, a Keretegyezményre vagy a nemzeti dohányzás-visszaszorítási tevékenységekre kihatással bíró információkat.²⁹ A Részes Feleknek ezen kívül hatékony intézkedéseket kell hoznia a dohánytermékek toxikus összetevőire és az általuk termelt kibocsátásokra vonatkozó információk nyilvánosságra hozatala érdekében.³⁰

A fogyasztókkal történő kommunikációban a dohányipar már régóta kiemelten és profi módon kezeli

²⁷ WHO FCTC 10. Cikk A dohánytermékek adatai nyilvánosságra hozatalának szabályozása

²⁸ Partial guidelines for implementation of Articles 9 and 10

http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_9and10/en/

²⁹ WHO FCTC 20. Cikk Kutatás, felügyelet és információcsere 4. c)

³⁰ WHO FCTC 10. Cikk A dohánytermékek adatai nyilvánosságra hozatalának szabályozása

a csomagolásban és címkézésben rejlő reklám lehetőségeket. Az egészségvédelem szempontjából ugyanilyen fontos a csomagolás és címkézés, a Keretegyezmény 11. cikke foglalkozik a dohánytermékek csomagolásával és címkézésével kapcsolatos kérdésekkel, irányelv is készült az ajánlások rögzítése céljából.³¹ A képekkel és illusztrációkkal ellátott egészségvédő figyelmeztetések alkalmazásának módja a méret, az elhelyezés és váltogatás, a rotáció, valamint az, hogy mit nem tüntethet fel az ipar a csomagoláson – megtévesztő vagy valótlan információk tiltása - lényeges elemei ennek a szakmai területnek.

Az Európai Bizottság (Bizottság) is régóta kiemelten foglalkozik a dohánytermékek és kapcsolódó termékek gyártásának, kizserelésének és értékesítésének szabályozásával. Az első kötelező irányelv az Európai Parlament és a Tanács 2001/37/EK irányelve. Ugyanakkor 2001 és 2013 között egyértelműen kiderültek azok a területek, ahol változtatni szükséges uniós szinten a szabályozáson.

2014. április 3-án az Európai Parlament elfogadta, a jogalkotók aláírták a dohánytermékek és kapcsolódó termékek gyártásáról, kizsereléséről és értékesítéséről szóló új irányelvet az Európai Parlament és Tanács 2014/40/EU irányelvét (Irányelv).³²

Az új irányelv egyes területeken további részletes szabályok kidolgozását írja elő a Bizottság számára felhatalmazáson alapuló jogi aktusok révén. A Bizottság a munkát a tagországokból delegált szakértőkből álló bizottsággal, szakmai csoportokkal és szakmai alcsoportokkal végzi. A szakértői csoportok segítik a Bizottságot az új irányelv megvalósításában, a végrehajtási jogi aktusok elfogadásában. A szakértői csoportnak tanácsadó szerepe van a felhatalmazáson alapuló jogi aktusok előkészítésében, emellett egyfajta fórumként szolgál a dohányzás visszaszorításához kapcsolódó ügyekben. Az Irányelv megvalósítása, a hazai joganyagokba történő átültetése és a felhatalmazáson alapuló jogi aktusok alapján további EU-s szabályozás megalkotása, a Bizottság által javasolt és a tagországok egyetértésével meghatározott ütemterv szerint történik³³.

Az Irányelv hazai joganyagba történő átültetése során a tagországok döntési jogkörébe utalt kérdésekben többnyire a felkínált alternatívák közötti választás történik, de bizonyos területeken a tagországok további szigorítással élhetnek.

A dohánytermék minden csomagolási egységén és minden gyújtócsomagon meghatározott egészségvédő figyelmeztetésnek kell szerepelnie annak a tagállamnak a hivatalos nyelvén vagy nyelvein, amelyben a terméket forgalomba hozzák. Előírja, hogy a kombinált (képből és szövegből álló) figyelmeztetéseknek a cigarettásdobozok és a cigarettadohány-csomagolások elő- és hátoldali felületének 65%-át le kell fedniük. Betiltja mindenfajta reklámcélú, illetve félrevezető elem megjelenítését a csomagoláson.

Az EU irányelve betiltja a jellegzetes ízesítésű cigarettákat és a cigarettasodrásra szánt jellegzetes ízű dohánytermékeket. Ez nem jelenti az egyes adalékanyagok használatának teljes kizárását, viszont kötelezik a gyártókat, hogy olyan mértékben csökkentsék az adalékanyagokat vagy az adalékanyagok kombinációját, hogy használatuk ne eredményezzen jellegzetes ízt. Az érlelési folyamat során elveszett cukortartalmat pótló cukor használata meg lesz engedve, amennyiben nem eredményez jellegzetes ízt, illetve nem növelik a termék függőséget okozó tulajdonságait, illetve rákkeltő, mutagén vagy reprodukciót károsító tulajdonságait (CMR tulajdonságait).

A cigaretták megengedett legnagyobb kátrány (10 mg), nikotin (1 mg) és szén-monoxid (10 mg) szintjét az EU irányelve szintén szabályozza. Az ellenőrzésre szolgáló mérési eljárás lényege, hogy standard körülmények között gép szívja el a cigarettát, és ez alapján méri a füstben lévő nikotin, kátrány,

³¹ A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 11. cikkének (Dohánytermékek csomagolása, címkézése) végrehajtására vonatkozó irányelvek

³² Az Európai Parlament és a Tanács 2014/40/EU irányelve (2014. április 3.) a tagállamoknak a dohánytermékek és kapcsolódó termékek gyártására, kizserelésére és értékesítésére vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezései közelítéséről és a 2001/37/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről

³³ Indicative Implementation Plan (up to 2016) – Tobacco Products Directive
http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/implementation_plan_en.pdf

és szén-monoxid mennyiséget³⁴. Ugyanakkor a dohányzó emberek a géptől eltérő és egymáshoz képest is különböző módon dohányoznak. A szippantás mennyisége, időtartama, időköze és a cigaretta tartása, illetve ajkakkal történő összenyomása ugyanannál a dohányosnál is eltérő lehet. A gépi vizsgálat alapján tehát nem állapítható meg, hogy egy adott dohányos ember egy adott márka egy szál cigarettájából mennyi kátrányt, nikotint és szén-monoxidot juttat a tüdejébe. Mivel a cigarettás dobozokon feltüntetett kátrány, szén-monoxid, nikotin értékek félrevezetőek a fogyasztók számára, így ezek az értékek az Irányelv szerint 2017. május 20-tól már nem tüntethetők fel a csomagoláson! Az EU irányelve kötelezi a dohányipari szereplőket, hogy részletes jelentéseket nyújtsanak be a tagállamoknak a dohánytermékekben – különösen a cigarettákban és a cigarettasodrásra szánt dohánytermékekben – felhasznált összetevőkről és adalékanyagokról. A jelentésekben gyártónak, importőrnek, vagy forgalmazónak be kell számolni a dohánytermék függőséget okozó hatásáról, fel kell tüntetni a toxicitását, vagy rákkeltő, mutagén vagy reprodukciót károsító tulajdonságait (CMR tulajdonságok).

Hazai helyzetkép

A dohánytermesztéssel kapcsolatban Magyarországon két területet mindenképpen javasolt vizsgálni: az egyik a foglalkoztatottak száma, a másik a termesztésre használt terület nagysága.

A dohánytermesztésben foglalkoztatottak száma pontosan sajnos nem állapítható meg, igen jelentős eltérést mutatnak az állítások attól függően, hogy melyik adatforrást vesszük figyelembe. A KSH adatai szerint a dohánytermesztés szakágazatra (0115 TEÁOR '08) vonatkozó létszámadatok alapján 2012. évben 145 fő volt a szervezett tevékenységben résztvevők³⁵ létszáma.

Az Általános Mezőgazdasági Összeírás szerint, ami olyan gazdaságokat vesz számba, ahol dohánytermesztéssel is foglalkoznak - a statisztikában szereplők tehát nem feltétlenül csak dohánytermesztéssel foglalkoznak - a 2010-es adatok alapján a dohány vetésterülettel rendelkező egyéni gazdaságok száma 770, családi munkaerő 1 935 fő, az alkalmazottak száma 236 fő. A dohány vetésterülettel rendelkező gazdasági szervezetek száma 40, az alkalmazottak száma 106 fő.

Az Agrárgazdasági Kutatóintézet egyik tanulmányának adatai³⁶ szerint 20 ezer ember dolgozik a dohánytermesztésben, főleg Kelet-Magyarország területén. Ennek megoszlása: 10 ezer főállású és 10 ezer időszaki (6-8 hónap) munkavállaló. A dohánytermesztésben dolgozók 70%-a nő.

Az elmúlt tíz évben a dohánytermesztésre használt terület 6700 és 4700 hektár között változott, túlnyomórészt Virginia, és Burley dohányt termesztenek.

³⁴ A cigaretta kátránykibocsátását az ISO 4387, nikotinkibocsátását az ISO 10315, míg szén-monoxid-kibocsátását az ISO 8454 szabvány alapján kell mérni.

³⁵ A szervezett tevékenységben résztvevők: az alkalmazásban állók, a munkaszerződés szerint havi átlagban 60 munkaóránál rövidebb munkaidőben foglalkoztatottak, valamint az egyéb foglalkoztatottak.

³⁶ Agrárgazdasági Kutatóintézet 2008. A dohánypiac helyzete és a dohánytermesztés lehetséges jövője Magyarországon és az Európai Unióban a KAP reform tükrében

A magyar szabályozás: a nemdohányzók védelméről szóló törvény és a végrehajtását szabályozó kormányrendelet

A hatályos magyar szabályozás a 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet³⁷ (Kmr.) megfelel a régi irányelvnek az Európai Parlament és a Tanács 2001/37/EK irányelvének³⁸, tartalmazza a kátrány, nikotin és szén-monoxid maximális határértékeket, jelentési kötelezettséget ír elő a dohánytermékek gyártói és importőrei számára, hogy nyújtsanak be egy listát az illetékes hatósághoz a dohánytermékek gyártásában felhasznált valamennyi összetevőről és azok mennyiségeiről márkanévenként és típusonként. A listát nyilatkozatnak kell kísérnie, amely megindokolja, miért kell az egyes összetevőket az adott dohánytermékekbe elegyíteni. A nyilatkozatnak jeleznie kell az összetevők rendeltetését és típusát. Az EU új irányelvének megfelelés érdekében jelentős mértékben módosítani szükséges a nemdohányzók védelméről szóló törvényt³⁹ és a hatályos kormányrendeletet. A tagállamoknak az Irányelvben foglaltak átültetésére a határidő: 2016. május 20.

A jellegzetes ízesítésű dohánytermékek és az alkotóelemeikben ízesítést tartalmazó dohánytermékek forgalomba hozatalának tilalma a mentolos cigaretta és a mentolos cigarettadohány esetében 2020. május 20-i hatállyal kerül bevezetésre. A cigarettától és a cigarettadohánytól eltérő dohánytermékek – szivar, szivarka és a pipadohány – az irányelv alapján mentesülnek a jellegzetes ízesítésű dohánytermékek, illetve alkotóelemeikben ízesítést tartalmazó dohánytermékek forgalomba hozatalának tilalma alól.

Következtetések

A dohánytermékek - a legszigorúbb szabályozás mellett - sajnos a jövőben is toxikus, rákkeltő és mutagén anyagokat fognak tartalmazni. Ami ugyanakkor a szabályozástól elvárható, hogy a dohánytermék vonzóságát, a karakteres ízeket szüntesse meg. A nikotin a dohánynövény része, ezért szabályozott mennyiségben a cigarettában, illetve egyelőre szabályozatlan mennyiségben a többi dohánytermékben is engedélyezett, de a függőség kialakulására és fenntartására vagy fokozására alkalmas adalékanyagokat azonosítani kell és megtiltani a használatukat.

³⁷ 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet a dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelemztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól

³⁸ Az Európai Parlament és a Tanács 2001/37/EK irányelve (2001. június 5.) a tagállamoknak a dohánytermékek gyártására, kiszerelésére és árusítására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezései közelítéséről <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/ALL/?uri=CELEX:32001L0037>

³⁹ 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól

A DOHÁNYTERMÉKEK CSOMAGOLÁSA ÉS CÍMKÉZÉSE

Berki Júlia

Nemzetközi kitekintés⁴⁰

A Canadian Cancer Society 2014. szeptemberi *Package Health Warnings*⁴¹ című nemzetközi helyzetjelentése szerint jelentős előrelépés látható a dohánytermékek csomagolásán feltüntetett egészségvédő figyelmeztetéseket illetően, az egészségvédő figyelmeztetések mérete egyre növekedik, egyre több ország írja elő a kombinált egészségvédő figyelmeztetések alkalmazását.

A jelentés készítésének idején 77 ország (a 198 vizsgált országból) írta elő a kombinált egészségvédő figyelmeztetések alkalmazását. 2012-ben ez a szám még csupán 55 volt. Jelenleg Thaiföld előírásai a legszigorúbbak, a dohánytermékek első és hátsó főoldalának 85%-át kell lefedniük a képeknek. Ausztrália 2012-ben vezette be az egységes csomagolás (plain packaging) követelményét, amelynek értelmében a dohánytermékek gyártóinak tilos a dohánytermékre jellemző színeket, logókat, és márkajelzéseket alkalmaznia a csomagoláson. Írország, az Egyesült Királyság és Franciaország szintén megkezdte az egyszerű csomagolások bevezetésének folyamatát, amelynek lehetőségét a tagállamokban 2016. május 20-ig átültetésre kerülő Európai Unió új dohánytermék-irányelv is nyitva hagyja.

Érdekes összehasonlítani a visegrádi országok gyakorlatát (Lengyelország, Csehország, Magyarország, Szlovákia). Előljáróban fontos megállapítani, hogy a visegrádi országok mindegyike tagja az Európai Uniónak, illetve mind a négy ország aláírta és ratifikálta WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét. Magyarországot leszámítva egyik ország sem követeli meg a képekkel kombinált egészségvédő figyelmeztetések alkalmazását. Az egészségvédő figyelmeztetések aránya Lengyelország, Csehország és Szlovákia esetében 30% az első és 40% a hátsó oldalon, míg Magyarország esetében 43% illetve 53%.

Az Európai Unió és WHO FCTC előírásai

A dohánytermékek gyártói nagy hangsúlyt fektetnek a dohánytermékek csomagolására. A csábító, színes csomagolások vonzóbbá teszik a termékeket, ösztönöznek a rászokásra és megnehezítik a leszokást. Ezt felismerve mind a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye⁴², mind az Európai Unió dohánytermékekre vonatkozó irányelve jelentős hangsúlyt szentel a dohánytermékek csomagolásának és címkézésének szabályozására.

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye külön cikkben foglalkozik a dohánytermékek csomagolásával és címkézésével (**11. Cikk**). A cikk egyebek mellett tiltja a dohánytermékek csomagolásán található félrevezető és megtévesztő információk közlését (pl. „light”); előírja a jól látható egészségvédő figyelmeztetések alkalmazását, amelyek képek formájában is megjelenhetnek; valamint a dohánytermékek összetevőire, kibocsátására vonatkozó információk feltüntetését. A

⁴⁰ WHO – Health Warnings Database; <http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase/en/> Letöltve: 2015. 03. 29.

⁴¹ Tobacco plain packaging a global trend: Canadian Cancer Society report; <https://www.cancer.ca/en/about-us/for-media/media-releases/national/2014/international-warnings-report/?region=en> Letöltve: 2015. 03. 29.

⁴² WHO Framework Convention Tobacco Control; http://www.who.int/fctc/text_download/en/ Letöltve: 2015. 03.29.

WHO a **11. cikk** végrehajtásához irányelvet is rendelkezésre bocsátott a Részes Felek számára.⁴³ Az irányelv értelmében a dohánytermékek csomagolásán elhelyezett egészségvédő figyelmeztetések a lakossági tudatosság növelésének, illetve a dohányfogyasztás csökkentésének hatékony eszközei. Az irányelv többek között kitér az egészségvédő figyelmeztetések elhelyezésének, méretének, színének, illetve az üzenetek tartalmának leghatásosabb módjára is, valamint megfontolásra ajánlja az egyszerű csomagolások bevezetését. Az irányelv értelmében fontos, hogy a Részes Felek a csomagolási és címkézési intézkedéseik hatását kövessék nyomon és értékeljék.

Az Európai Parlament és a Tanács 2001/37/EK⁴⁴ irányelve szigorú szabályozásokat határozott meg a dohánytermékek csomagolására és címkézésre vonatkozóan, a követelményeket az új dohánytermék-irányelv (2014/40/EU)⁴⁵ azonban még tovább szigorította.

A dohányzásra szánt dohánytermékek csomagolásán fel kell tüntetni a „*A dohányzás halált okoz – szokjon le most!*” vagy pedig „*A dohányzás halált okoz!*” általános figyelmeztetést, illetve „*A dohányfüst több mint 70 rákkeltő anyagot tartalmaz.*” tájékoztatást. Az irányelv előírásainak megfelelően a dohányzásra szánt dohánytermékek valamennyi csomagolási egységen és gyűjtőcsomagján kombinált egészségvédő figyelmeztetéseket kell feltüntetni.

A dohányzásra szánt dohánytermékeken belül a cigarettától, cigarettadohánytól és vízpipadohánytól eltérő termékek esetében a tagállamok mentességet adhatnak a tájékoztatás, valamint a kombinált egészségvédő figyelmeztetés alkalmazásának kötelezettsége alól. Ebben az esetben a termékeken az irányelv által meghatározott figyelmeztető feliratok valamelyikét kell feltüntetni.

A füst nélküli dohánytermékek esetében valamennyi csomagolási egységen és minden gyűjtőcsomagon fel kell tüntetni az „*Ez a dohánytermék károsítja az Ön egészségét és függőséghez vezet.*” egészségvédő figyelmeztetést.

Az új dohánytermék-irányelv hatálybalépésével szigorodnak a dohánytermékek csomagolásán feltüntetett termékismertetésre vonatkozó követelmények is. A csomagolási egység és a gyűjtőcsomagok címkézése, valamint maga a dohánytermék nem tartalmazhat olyan elemet vagy megoldást, amely a dohányterméket téves benyomást keltő módon reklámozza, fogyasztására ösztönöz. Ennek értelmében például a címkék nem tartalmazhatnak a dohánytermék nikotin-, a kátrány- és a szén-monoxid-tartalmára vonatkozó információt. A dohánytermékek címkézése nem sugallhatja, hogy egy adott dohánytermék kevésbé káros vagy annak használata bármilyen egészségügyi, életmódbeli előnyökkel jár. A termékismertetés nem utalhat ízre, illatra. A csomagolási egység és a gyűjtőcsomagok nem sugallhatnak gazdasági előnyt (pl. „egyet fizet, kettőt kap”).

Az új dohánytermék-irányelv hatályba lépését követően egy csomagolási egységnek kötelező erejűen legalább 20 szál cigarettát kell tartalmaznia.

A fent említett előírások jelentős változást hoznak a 2001/37/EK dohánytermék-irányelvhez képest, amelyek főként a következő szabályozásokban érhetőek nyomon:

⁴³ A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 11. cikkének (Dohánytermékek csomagolása, címkézése) végrehajtására vonatkozó irányelvek; http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/iranyelv_11_cikk-hez.pdf. Letöltve: 2015. 04.23.

⁴⁴ Directive 2001/37/EC Of The European Parliament and of the Council; http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir200137ec_tobaccoproducts_en.pdf. Letöltve: 2015. 03. 29.

⁴⁵ Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council; <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0040&from=EN>. Letöltve: 2015. 03. 29.

- A dohánytermékek csomagolásán és címkézésén nem közölhető adat a dohánytermékek nikotin, kátrány és szén-monoxid tartalmára vonatkozóan. Szintén nem tartalmazhat ízesítésre, illatra vonatkozó információkat a termékismertetés.
- A cigaretta, cigarettadohány és vízipipadohány esetében kötelező a kombinált egészségvédő figyelmeztetések alkalmazása. A kombinált egészségvédő figyelmeztetések méretét a korábbi irányelvhez mellékelt tájékoztató legalább 40%-ban határozta meg, míg az új irányelv értelmében 65%-át kell elfoglalniuk annak a területnek a felületének, amelyre nyomtatták. A kombinált egészségvédő figyelmeztetésnek a csomagolás mindkét főoldalon szerepelniük kell.
- Bizonyos dohánytermék típusok csomagolásán kötelező alkalmazni „A dohányfüst több mint 70 rákkeltő anyagot tartalmaz.” tájékoztatót.
- Általános figyelmeztetésnek a korábbi 30% helyett a felület 50%-át kell elfoglalnia.
- A cigaretta csomagolási egységének legalább 20 cigarettát, míg a cigarettadohány csomagolási egységének legalább 30 g dohányt kell tartalmaznia.

A dohánytermékek csomagolása és címkézése Magyarországon

Magyarországon a dohánytermékek döntő többsége 2012. szeptember 1-től csak kombinált egészségvédő figyelmeztetésekkel ellátva gyártható, 2013. január 1-től csak ilyen módon forgalmazható.^{46,47}

Az Európai Bizottság által javasolt összes (42 darab) kombinált egészségvédő figyelmeztetés bevezetésre került úgy, hogy a dohányiparnak mindegyiket évente fel kell használnia és egyenlő arányú megjelenését meghatározott szabályok szerint kell biztosítani. A kombinált egészségvédő figyelmeztetések közül a tagországoknak 6 darabon van lehetőségük leszokást támogató szolgáltatás elérhetőségeinek feltüntetésére. Magyarországon ez a www.leteszemacigit.hu honlapcím, illetve a 06 40 200 493-as telefonszám, amely a leszokni vágyókat tovább irányítja a 06 80 44 20 44-es zöldszámra.



A törvénymódosítás előkészítéseként az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) megbízásából 2009 áprilisában kérdőíves felmérést készült. Az eredmények értelmében a 18 év feletti felnőtt

⁴⁶ 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól

⁴⁷ 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet a dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelmeztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól

lakosság háromötödére, a 12-18 év közötti diákok pedig közel háromnegyedére hatnak visszatartó erővel a kombinált egészségvédő figyelmeztetések.⁴⁸ A 2009-es Eurobarometer felmérés eredményei alapján a lakosság 78%-a értett egyet a cigarettás dobozokon elhelyezett kombinált egészségvédő figyelmeztetések bevezetésével.⁴⁹

Az új dohánytermék-irányelv előírásait Magyarországnak 2016. május 20-ig kellett átültetni, 2016. augusztus 20-án hatályba léptek az Európai Unió 2014-ben elfogadott irányelvével összhangban a dohánytermékek csomagolását szabályozó kormányrendelet új rendelkezései. A kormányrendelet többek között szabályozza a cigaretták és cigarettadohányok csomagolására vonatkozó kötelező előírásokat. 2017. május 20-tól csak azon termékek kerülhetnek forgalomba, melyek megfelelnek a rendeletben meghatározott feltételeknek, miszerint a csomagolás elő és hátoldali felületének 65 százaléka képpel kombinált szöveges figyelmeztetést tartalmaz.

Ezen felül a magyar szabályozás bevezeti a cigaretták és cigaretta dohányok egységes csomagolását is, meghatározott színnel és betűtípussal kell megjeleníteni a márkaneveket és termékneveket, ezen kívül a csomagoláson minden logó, szín, márka imázs vagy promóciós információ alkalmazását korlátozza vagy tiltja a szabályozás.

Az új márkájú és új alfajú cigarettát, illetve cigarettadohányt, amit 2016. augusztus 19-e előtt már forgalomba hoztak, 2018. május 20-tól, valamint azon termékeket amelyeket 2016. augusztus 20. után hoznak forgalomba, már csak olyan csomagolásban lehet forgalmazni, amelyen nincs márka jelzés, illetve védjegy. 2019. május 20-tól már minden cigaretta és cigarettadohány csak egységes csomagolásban kerülhet a polcokra.



Következtetések

Az elkövetkezendő időszakban Magyarország feladata az új dohánytermék-irányelv csomagolásra és címkézésre vonatkozó előírásainak való megfelelés biztosítása, a hazai joganyagok ez irányú módosítása. Bizonyítékok állnak rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy az egységes csomagolással a kombinált egészségvédő figyelmeztetések eredményessége javul, csökken a dohánytermékekkel kapcsolatos tévhitek aránya, illetve különösen a fiatalok és fiatal felnőttek körében csökken a marketingfogások hatásának jelentősége. Mindezt figyelembe véve Magyarországon a cigaretta és a cigarettadohány tekintetében bevezetésre kerül az egységes csomagolás.

⁴⁸ Lakossági felmérés a képes egészségvédő feliratok magyarországi bevezetéséről; http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/kepekkel_kombinalt_figy_lakossagi_felmeres_gyorsjelentes_2009.pdf Letöltve: 2015. 03. 29.

⁴⁹ <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/dohanytermekek-szabalyozasa-csomagolas-cimkezes> Letöltve: 2015. 03. 29.

A DOHÁNYTERMÉKEK ADÓZTATÁSA ÉS ÁRKÉPZÉSE^{50,51}

Berki Júlia

Nemzetközi kitekintés⁵²

A WHO Európai régiójának 53 országából 50 ratifikálta a WHO Dohányzás-ellenőrzési keretegyezményét és 25 ország hajtott végre adópolitikát a dohányzás visszaszorítása érdekében.⁵³ A cselekvés elengedhetetlen, hiszen világviszonylatban a WHO Európai régiójában a legmagasabb a dohányzással összefüggésbe hozható halálesetek aránya. A dohánytermékek adóját és árát tekintve a WHO Európai régiója szintén vezető helyen áll. A WHO Európai régiójának 53 országából 29 esetben az adók a cigaretták kiskereskedelmi árának 75% vagy azt meghaladó részét teszik ki.⁵⁴ A visegrádi országok tekintetében megállapíthatjuk, hogy Csehország, Lengyelország, Szlovákia és Magyarország is eleget tesz a WHO adók mértékére vonatkozó ajánlásának.⁵⁵

Adó- és árpolitika a dohányzás visszaszorítása érdekében a WHO FCTC ajánlása alapján

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye külön cikket **(6. cikk)** szentel az ár- és adóintézkedéseknek. A Keretegyezmény ajánlásának értelmében minden országnak szükséges megvalósítania a dohánytermékekre vonatkozó adó- és árpolitikát. A Keretegyezmény Részes Felek adópolitikára vonatkozó szuverén jogát figyelembe véve tesz ajánlásokat.

A dohányzás terjedésének féken tartását célzó módszerek közül azok bizonyulnak a legeredményesebbnek, amelyek közvetlenül a keresletre hatnak. Ezek közül a legköltséghatékonyabb az adók, és ezen keresztül a dohánytermékek árának megemlése. Az országok jövedelmi szintjétől függetlenül a dohánytermékek árának növelése mindenhol hatásosan csökkentheti a keresletet. A magasabb árak ösztönöznek a leszokásra, megelőzik a rászokást, a már leszokók között mérséklük a visszaesés kockázatát, illetve a dohányzók között csökkentik az elfogyasztott mennyiséget.

A dobozonkénti 10%-os áremelés a magas jövedelmű országokban átlagosan 4%-kal csökkenti a dohánytermékek iránti keresletet. Mivel az alacsony-, illetve közepes jövedelmű országok lakosai érzékenyebbek az árváltozásokra, így a kereslet csökkenésének aránya akár a 8%-ot is elérheti. Mivel a gyerekek és a fiatal felnőttek szintén érzékenyebbek az árváltozásra, így körükben akár két-háromszor nagyobb mértékben is csökkenhet a fogyasztás a WHO 2012-es számítása szerint, ha az országok 50%-al emelnék a cigarettát terhelő jövedéki adó mennyiségét, 49 millióval kevesebb

⁵⁰ WHO - World No Tobacco Day 2014 –Raising tax on tobacco;

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112841/1/WHO_NMH_PND_14.2_eng.pdf?ua=1 Letöltve: 2015. 03. 29.

⁵¹ WHO - Tobacco Taxation; <http://www.who.int/tobacco/economics/taxation/en/index1.html> Letöltve: 2015. 03. 29.

⁵² WHO – FCTC Implementation database; <http://apps.who.int/fctc/implementation/database/> Letöltve: 2015. 03. 30.

⁵³ WHO Regional Office for Europe - What have the 53 countries in the WHO? European Region done?; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/249765/fctc-implementation-A4.pdf?ua=1 Letöltve: 2015. 03. 29.

⁵⁴ WHO Regional Office for Europe – Tobacco taxation (factsheet)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/250738/140379_Fact-sheet-Tobacco-Taxation-Eng-ver2.pdf?ua=1 Letöltve: 2015. 03. 29.

⁵⁵ WHO Regional Office for Europe - Tobacco taxation (presentation); <https://euro.sharefile.com/download.aspx?id=sc45e27c42ea4f68b> Letöltve: 2015. 03. 29.

dohányos lenne és legalább 11 millió a dohányzással összefüggő halálesetet lehetne megelőzni.⁵⁶ Mindennek ellenére a kormányok gyakran mégis visszakoznak az ehhez hasonló intézkedések bevezetésétől. Tartanak tőle, hogy az intézkedések negatívan hatnak a gazdaságra, főként a rosszabb gazdasági körülmények között élő dohányosokra, a dohánytermékek gyártásában, a mezőgazdaságban, illetve a kiskereskedelemben foglalkoztatottakra. Azonban, ha szélesebb nézőpontból közelítjük meg a kérdést, megállapíthatjuk, hogy a dohányzás visszaszorítása pozitív hatást gyakorol az egész társadalomra - beleértve a hátrányos helyzetű, szegényebb rétegeket is. Közép és hosszútávon a dohányzók egészsége javul, a jobb egészségi állapot növeli egy ország társadalmi és gazdasági teljesítőképességét.

A másik fontos kérdés a foglalkoztatottság. A nagy dohánytermék gyártóknak és dohánylevél termesztőknek otthont adó országok tartanak az intézkedések által generált munkanélküliségtől. Azonban fontos megjegyezni, hogy a Világbank szerint meglehetősen kevés mezőgazdasági ország függ erősen a dohánygazdálkodástól. A dohányzásellenes politikák nem okoznak nettó veszteséget a munkahelyeket illetően, sőt a dohányzás visszaszorításával ennek ellenkezője érhető el. A globális gazdaság változásával a dohánylevelek értéke folyamatosan csökken, ez pedig rákényszeríti a gazdákat, hogy más megélhetési lehetőségek után nézzenek.

A WHO szerint a legjobb megoldás egy olyan egyszerű adózási rendszer bevezetése, amely minden dohánytermékre egyenlő mértékű, a végső fogyasztói árba legalább 75%-os jövedéki adót vet ki. Célszerű az infláció mértékét meghaladó adóemelés végrehajtása. Adóemelés esetén a fogyasztók olcsóbb dohánytermék típusok (pl. kézzel sodort cigaretta), illetve márkák felé fordulnak, a probléma kiküszöbölésére megoldást kell kidolgozni, például csökkenteni kell a legolcsóbb és legdrágább márkák ára közötti különbséget. Fontos, hogy az adóemelés mellett az országok módszereket dolgozzanak ki az adókikerülés és adócsalás lehetőségének mérséklésére.

Egy ilyen adózási rendszer képes jelentős közegészségügyi eredményeket elérni, illetve megbízhatóvá, stabillá tenni az adók beáramlását. Az adózási rendszer még eredményesebbé tehető, amennyiben biztosított a monitorozás és a nyomon követés. Fontos, hogy mindehhez egy megfelelően működő végrehajtó rendszer párosuljon, amely a szabálysértőket gyorsan és kellő szigorral szankcionálja.

A WHO elkötelezett amellett, hogy segítse a kormányokat egy olyan jól működő adópolitika kialakításában, amely hozzájárul a dohányzás visszaszorításához és növeli az állami bevételeket, ezáltal pedig például lehetőség nyílhat az egészségügyre szánt források kiegészítésére. A WHO javaslatát világszerte egyre több ország ülteti át a gyakorlatba. Az adóemelés költségei 20-szor kisebbek, mint más, hasonló egészséghaszonnal járó intézkedéseké.

Adó- és árpolitika a dohányzás visszaszorítása érdekében az EU ajánlások szerint

A Tanács 2011/64/EU irányelve (2011. június 21.) a dohánygyártmányokra alkalmazott jövedéki adó szerkezetéről és adókulcsáról megállapítja az Európai Unió (EU) országai által a dohánygyártmányokra kivetett jövedéki adó szerkezete és adókulcsa összehangolásának általános elveit.

Az irányelv szerint az Unióban gyártott cigarettákra és a harmadik országokból behozott cigarettákra a vámokat is tartalmazó legmagasabb kiskereskedelmi ár alapján számított ad valorem jövedéki adót és a termék egységére meghatározott tételes jövedéki adót kell kivetni.

A tagállamok kötelesek jövedéki adót kivetni a cigarettán kívüli dohánygyártmányokra is, amely jövedéki adó lehet, egy, valamennyi termék legmagasabb kiskereskedelmi ára alapján kiszámított

⁵⁶ WHO Regional Office for Europe – Tobacco taxes save lives; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/250280/140367E-WNTD-2014-PR-revised.pdf Letöltve: 2015. 03.29.

értékarányos ad valorem adó, egy tételes adó, amelyet kilogrammonkénti, illetve ezer darabra megállapított összeggel határoznak meg, valamint a kettő kombinációja, amely kombinálja az ad valorem összetevőt és a tételes összetevőt.

2014. január 1-étől a tételes összetevő nem lehet a teljes adóteher (tételes jövedéki adó, ad valorem adó, hozzáadottérték-adó) 7,5%-ánál alacsonyabb és 76,5%-ánál magasabb. A cigarettára kivetett teljes jövedéki adó (tételes jövedéki adó, ad valorem adó) a forgalomba hozott cigaretták súlyozott kiskereskedelmi értékesítési átlagárának legalább 60%-a kell, hogy legyen. Ennek a jövedéki adónak a súlyozott kiskereskedelmi értékesítési átlagártól függetlenül 1000 darab cigarettára vonatkozóan legalább a 90 EUR nagyságrendet szükséges elérnie. Azonban azon tagállamoknak, amelyek a súlyozott kiskereskedelmi értékesítési átlagár alapján legalább 115 EUR értékben állapítják meg az 1000 darab cigarettára kivetett jövedéki adó mértékét, nem szükséges alkalmazniuk a 60%-os követelményt.

Az irányelv értelmében a tagállamok kötelesek jövedéki adót kivetni a cigarettán kívüli dohánygyártmányokra is. „A teljes jövedéki adónak legalább a következő mértékeknek vagy minimumösszegeknek kell megfelelnie:

- szivarok és szivarkák: a valamennyi adót magában foglaló kiskereskedelmi eladási ár 5%-a vagy 1000 darabonként vagy kilogrammonként 12 EUR;
- cigarettasodrásra szánt, finomra vágott fogyasztási dohány esetében: a súlyozott kiskereskedelmi értékesítési átlagár 40%-a vagy kilogrammonként 40 EUR;
- egyéb fogyasztási dohány esetében: a valamennyi adót magában foglaló kiskereskedelmi eladási ár 20%-a vagy kilogrammonként 22 EUR.”⁵⁷

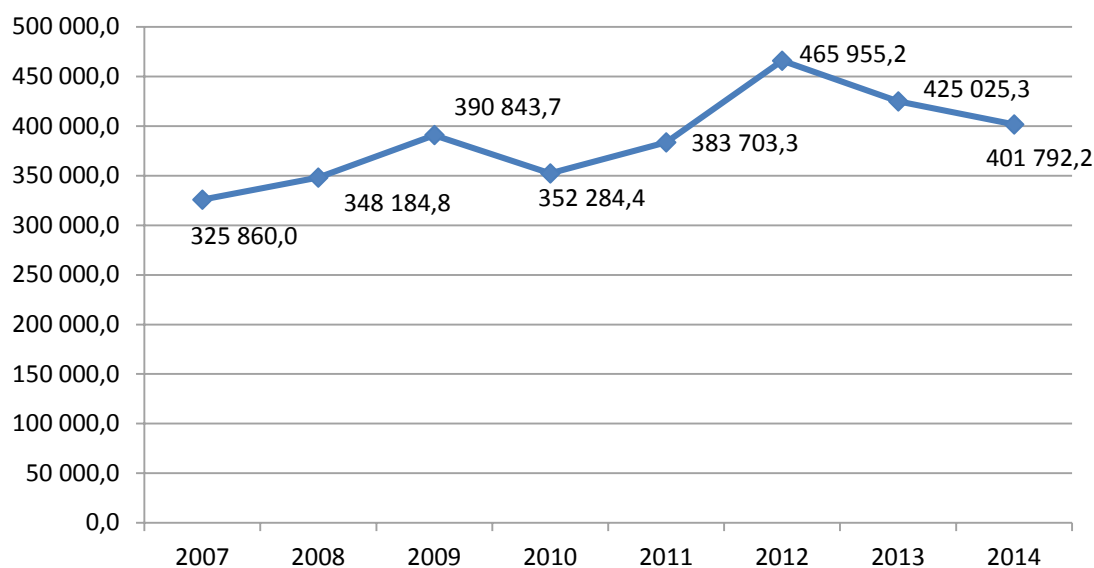
⁵⁷ A Tanács 2011/64/EU irányelve (2011. június 21.) a dohánygyártmányokra alkalmazott jövedéki adó szerkezetéről és adókulcsáról (összefoglaló); http://europa.eu/legislation_summaries/taxation/fi0009_hu.htm Letöltve: 2015. 03. 29.

A dohánytermékekre kivetett adók alakulása Magyarországon

Magyarország a fenti követelmények teljesítése alól 2017. december 31-ig haladékot kapott.

Magyarországon a cigaretta tekintetében a tételes jövedéki adó mértéke 12500 HUF/1000 szál, vagyis egy 19 szálát tartalmazó dobozra nézve 237,5 HUF. Az ad valorem adó a legmagasabb kiskereskedelmi ár 31%-a, de legalább 24920 HUF/1000 szál. A cigarettát a jövedéki adó mellett terheli a 27%-os ÁFA is. (3. sz. melléklet)

Magyarországon a dohánytermékekre kivetett jövedéki adóból és általános forgalmi adóból származó bevételek 2007 óta hullámzó képet mutatnak (**16. ábra**).



16. ábra: **Dohánygyártmányok jövedéki adó és áfa bevétele (millió Ft-ban) 2007 és 2014 között**⁵⁸

Következtetések

A dohánytermékekre kivetett adók növelése a dohányzás visszaszorításának leghatékonyabb módszere, így mindenképpen fontos végrehajtani egy megfelelő, a WHO FCTC ajánlásai nyomán kialakított adópolitikát.

A Keretegyezmény keresletcsökkentő stratégiái között az egyik legfőbb a dohánytermékekre kivetett adók növelése. A Keretegyezmény felhívja a tagállamok figyelmét olyan adópolitikák végrehajtására, amelyek hozzájárulhatnak az egészségügy területén kitűzött célok eléréséhez, a dohánytermékek fogyasztásának csökkenéséhez.

Annak érdekében, hogy támogassák a megvalósítást a tagállamok a Keretegyezmény 6. cikkéhez kapcsolódóan irányelvet hoztak létre.^{59,60} Az irányelv kiemeli a dohányzás okozta költségeket, illetve

⁵⁸ Forrás: Nemzeti Adó- és Vámhivatal

⁵⁹ GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF ARTICLE 6 OF THE WHO FCTC Price and tax measures to reduce the demand for tobacco; http://www.who.int/entity/fctc/guidelines/adopted/Guidelines_article_6.pdf?ua=1 (Letöltve: 2016.07.04.)

⁶⁰ WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1, Letöltve: 2015. 07. 22.

gazdasági és társadalmi terheket, amelyek kapcsán felhívja a figyelmet arra, hogy a dohánytermékekre kivetett adók növelése nem csupán a terheket csökkenti, de többletbevételt is termel a költségek enyhítésére. A dohánytermékekre kivetett adók, a dohánytermékek ára és a népegészségügy közötti kapcsolatot figyelembe véve az irányelv ajánlja, hogy az adópolitikák kialakításakor a Részes Felek vegyék figyelembe többek között a kereslet rugalmasságát, az inflációt, a lakosság jövedelmében bekövetkezett változásokat, hogy mind ezáltal a dohánytermékek valóban egyre kevésbé megfizethetőbbé váljanak.

Az adórendszer kialakítására vonatkozóan a WHO javasolja a tisztán értékarányos adózási rendszerek mellett a tételes jövedéki adózás kialakítását, az adókulcsok folyamatos ellenőrzését (legalább évente) és azok aktuális helyzetéhez igazítását. Az adózási rendszert úgy kell kialakítani, hogy az megakadályozza, hogy áremelkedés esetén a fogyasztók olcsóbb termékekre álljanak át. Szükséges megakadályozni ezek mellett, hogy az adóemelést követően a dohánytermékek gyártói és kereskedői még hosszú ideig az olcsóbb termékeket juttassák el a fogyasztókhoz. A vámmentes üzletek rontják a dohánytermékekre kivetett adók pozitív hatását, könnyebben hozzáférhetőbbé teszik a dohánytermékeket, emellett pedig csökkentik az adókból befolyó kormányzati bevételek összegét. Az irányelv ezen okokból kiindulva javasolja a vámmentes értékesítés betiltását.

Magyarországon az utóbbi években a dohánytermékekre kivetett adók többször is emelkedtek, ezt a gyakorlatot a következő években is ajánlott folytatni a WHO ajánlásainak megfelelően. A WHO becslése alapján a közepes jövedelmű országokban az adók 10%-kal történő megemlése akár 8%-kal is visszaszoríthatja a keresletet.

REKLÁMOZÁS, PROMÓCIÓ ÉS SZPONZORÁLÁS

Demjén Tibor

Reklámozás, promóció és szponzorálás a dohányzás visszaszorítása érdekében a WHO FCTC ajánlása alapján

Bizonyított tény, hogy a dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás fokozza a dohányfogyasztást, továbbá az is, hogy a dohánytermékek reklámozásának, promóciójának és szponzorálásának teljes betiltása csökkenti a dohányfogyasztást. Be kell tiltani a kereskedelmi kommunikációt, ajánlást vagy akciót és mindennemű olyan rendezvényt, tevékenységet, amelynek célja, hatása vagy valószínű hatása valamely dohánytermék vagy a dohányfogyasztás közvetlen vagy közvetett promóciója. A teljes betiltásba beletartozik a határokon átnyúló reklámozás, promóció és a szponzorálás. Az Irányelv szerint a tiltás betartását segíti a monitoring, a kikényszerítés és szankciók.

A WHO FCTC **13. cikke** a dohánytermékek reklámozásával, promóciójával és a szponzorálással foglalkozik, a végrehajtására vonatkozó Irányelv⁶¹ szerint a teljes tiltás lehet csak eredményes, ami minden dohánytermék reklámozására, promóciójára és szponzorálására vonatkozik.

Dohánytermékek formáját utánozó termékek

Nemcsak a reklámok, de azok az édességek, rágcsálnivalók, játékok és bármely más tárgy, amelyek dohánytermékek formájában kerülnek gyártásra a dohánytermékek fogyasztásának társadalmi elfogadottságát erősítik és népszerűsítésükben szerepet játszanak. Ezen termékek - amelyek vonzóvá teszik a kiskorúak számára a dohánytermékeket még az előtt, hogy tényleges tapasztalatuk lehetne a fogyasztásukban - betiltását szintén előírja a Keretegyezmény.⁶²

Szponzorálás

A WHO Keretegyezménynek 13. cikkének (Dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás) végrehajtására vonatkozó irányelvek szerint a dohánytermékek szponzorálása, bármilyen eseményhez, tevékenységhez vagy egyén számára nyújtott hozzájárulás, amelynek a célja, hatása vagy valószínű hatása egy dohánytermék vagy a dohányfogyasztásnak közvetlen vagy közvetett népszerűsítése.

Az Európai Unióban a tagállamokban a dohánytermékek reklámozását és szponzorálását a 2003/33/EK irányelv és a 97/36/EK irányelv szabályozza, amely tiltja a dohányreklámozást a legtöbb médiumban, akár csak a nemzetközi események dohányipar általi szponzorálását.

⁶¹ WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 13. cikkének (Dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás) végrehajtására vonatkozó irányelvek http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/iranyelv_13_cikkhez.pdf

⁶² WHO FCTC 16. Cikk 1. c)

Reklámozás, promóció és szponzorálás a dohányzás visszaszorítása érdekében a EU irányelve alapján

Az EU kiemelten fontosnak tartja a dohányzás visszaszorítását, intézkedési csomagjában irányelv is szerepel – az Európai Parlament és Tanács 2003/33/EK irányelve (2003. május 26.) a tagállamok dohánytermékek reklámozására és szponzorálására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseinek közelítéséről⁶³.

Az Irányelv alapján a sajtóban és más nyomtatott kiadványokban történő reklám kizárólag a dohányipar szakemberei számára szánt kiadványokra, és harmadik országokban nyomtatott és kiadott olyan kiadványokra korlátozódik, amelyeket elsősorban nem a közösségi piacra szánnak. A sajtóban és más nyomtatott kiadványokban történő minden egyéb reklám tilos. A sajtóban és más nyomtatott kiadványokban nem megengedett a reklám, és tilos az információs társadalommal összefüggő szolgáltatásokban is. A dohánytermékek rádióban történő reklámozásának minden formája tilos. Rádióműsorokat nem szponzorálhatnak olyan vállalkozások, amelyek elsődleges tevékenysége dohánytermékek gyártása vagy értékesítése. Több tagállamot érintő vagy több tagállamban zajló, vagy más módon, határokon átnyúló hatást gyakorló rendezvények és tevékenységek szponzorálása tilos.

Tilos a dohánytermékek ingyenes terjesztése az említett rendezvények szponzorálásával összefüggésben, amelyek célja, illetve közvetlen vagy közvetett hatása az ilyen termékek reklámozása⁶⁴.

2008-ban a Bizottság elkészítette az irányelv megvalósításával kapcsolatos értékelését és az általuk megismert adatok alapján megállapították, hogy az irányelvet átültető törvények helyesek és jól megvalósítottak voltak. Általában elmondható, hogy a tagállamok az irányelv javaslatánál jóval szélesebb körű tiltó szabályozást vezettek be.

Követve az EU teljes területére kiterjedő intézkedést, a dohánytermékek márkáinak hagyományos reklámozása és a határokon is átívelő direkt szponzorálás megszűnt az Európai Unión belül.

Közvetlen és közvetett reklám szabályozása, tudatosan nem észlelhető reklám és kihívások Magyarországon

A civil társadalom központi szerepet játszik a dohánytermékek reklámozásával, promóciójával és a szponzorálással foglalkozó jogszabályok támogatásának kiépítésében, azok kialakításában és betartásuk biztosításában, ezért a folyamatba aktív partnerként be kell vonni. Ennek a lehetőségét teremti meg a reklámtörvény⁶⁵ 26. § (2) „A dohánytermék reklámjára, valamint a dohánytermékkel összefüggő szponzorálásra vonatkozó rendelkezések megsértése miatti eljárásban a nemdohányzók védelmét ellátó egyesületet az ügyfél jogai illetik meg.”

A reklám nem mindig azonnal szembetűnő, közvetlen és közvetett népszerűsítő hatása lehet a szavak, a formatervek, a képek, a hangok és a színek alkalmazásának, ideértve a márkaneveket, a védjegyeket, a logókat, a dohánytermékeket gyártók vagy importőrök nevét. A sokféle lehetséges megoldás miatt a jogalkotásban kerülni kell a tiltott tevékenység olyan felsorolását, amely taxatív

⁶³ Az Európai Parlament és a Tanács 2003/33/EK irányelve a tagállamok dohánytermékek reklámozására és szponzorálására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseinek közelítéséről;

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:152:0016:01:HU:HTML>

⁶⁴ Eredeti szöveg: <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/dohanytermekek-reklamozasa>

⁶⁵ 2008. évi XLVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól

vagy taxatívként lenne értelmezhető, ha a jogszabály illet tartalmaz. Egyértelművé kell tenni, hogy a felsorolás csupán példaként szolgál, és nem jelenti a tiltott tevékenységek teljes skáláját.

Az irányelv szerint a kiskereskedelmi értékesítés során a dohánytermék megjelenítése az értékesítési helyeken önmagában reklámozásnak és promóciónak minősül, a láthatósága az értékesítési helyeken szintén reklámozásnak és promóciónak minősül, ennél fogva betiltandó. A Nemzeti Dohányboltok bevezetése óta a 2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szabályozza a külső felületen megjelenhető és kívülről látható elemeket. A 12. § (2) szerint: „A dohánybolt külső felületén semmilyen olyan kép, látvány nem jeleníthető meg, amely dohánytermékre, dohányzásra utal.” Abban az esetben, ha a dohánytermék-kiskereskedelem mozgóbolt útján valósul meg, az üzlethelyiség külső felületére tekintve a dohánytermék nem szabad, hogy látható legyen, csak az üzlethelyiségbe belépve lehet látható.

Az FCTC irányelv szerint a dohányárúsító automatákat be kell tiltani, mivel pusztán jelenlétükkel a reklámozás és promóció eszközének minősülnek. Magyarországon az automatából történő árusítást a 1999. évi XLII. törvény 5. § (3) pont alapján tilos.⁶⁶

A dohánytermékek csomagolása a reklámozás és a promóció fontos eleme. A dohánycsomagolási vagy termékjellemzőket különféle módokon alkalmazzák a fogyasztók csábítására, a termékek népszerűsítésére, a márkaidentitás ápolására és ösztönzésére, például a cigarettás dobozokon vagy dobozokban, cigarettaszálakon vagy más dohánytermékeken alkalmazott logók, színek, betűtípusok, képek, formák és anyagok révén. Ezeknek a trükköknek nagy kevesebb helyet az egészségvédő figyelmeztetések alkalmazása és emellett bemutatják a dohányzás és a passzív dohányzás miatt nagyobb valószínűséggel bekövetkező betegségek tüneteit képekkel és illusztrációkkal kiegészített szövegek segítségével.

A dohánytermékek népszerűsítését szolgálja a márkakiterjesztés és márkamegosztás. **Márkakiterjesztés** (brand stretching), ha valamely dohánymárka neve, emblémája, védjegye, logója vagy kereskedelmi megjelölése vagy megkülönböztető jegye (ideértve a megkülönböztető színekombinációkat) valamely nem dohánytermékhez vagy szolgáltatáshoz kapcsolódik oly módon, hogy a dohánytermék és a nem dohánytermék vagy szolgáltatás valószínűleg asszociálódik.

A **márkamegosztás** (brand sharing) akkor fordul elő, ha valamely nem dohánytermék vagy szolgáltatás márkaneve, emblémája, védjegye, logója vagy kereskedelmi megjelölése vagy bármilyen más megkülönböztető jegye (ideértve a megkülönböztető színekombinációkat) dohánytermékkel vagy dohányipari céggel kerül összefüggésbe oly módon, hogy a dohánytermék vagy dohányipari cég és a nem dohánytermék vagy szolgáltatás között valószínűleg asszociáció alakul ki.

A magyar szabályozás teljes mértékben megfelel az FCTC irányelv ajánlásainak, a reklámtörvény 19. § (1) szerint „Tilos a dohánytermék reklámja.” Ez a tilalom a törvény szerint kiterjed a dohánytermék közvetett reklámjára is. Dohánytermék közvetett reklámja a dohányterméket közvetlenül nem jelöli meg, de a dohánytermékkel összefüggésbe hozható bármely más megjelölés vagy árujelző használatával alkalmas a dohánytermék reklámozására, vagy a dohányterméket más áru elnevezésével, megjelölésével vagy árujelzőjével mutatja be. Tiltott más árut dohánytermék elnevezésével, megjelölésével vagy árujelzőjével bemutatni.

Az FCTC alapján fontos, hogy kerüljenek bevezetésre hatásos, arányos és elrettentő szankciók a jogszabályok figyelemmel kísérése és kikényszerítése érdekében. Legyen kijelölve illetékes, független hatóság, amelyet ellátnak a szükséges jogkörökkel és erőforrásokkal. A civil társadalmat is be

⁶⁶ 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól

kell vonni a jogszabályok figyelemmel kísérésébe és betartásuk kikényszerítésébe és hozzáférést kell biztosítani számukra az igazságszolgáltatáshoz.

Az FCTC 13. cikkhez készült Irányelv szerint a dohánytermékek ábrázolása a szórakoztató média termékeiben, például filmekben, színházban és játékokban, erősen befolyásolhatja a dohányfogyasztást, különösen a fiatalok körében. Az Irányelv javasolja, hogy bármilyen szórakoztató médiatermékkel összefüggésben vagy tartalmának részeként szabályozva legyen, kerüljön tiltásra az azonosítható dohánytermék-márkák vagy dohánymárka-képek ábrázolása. Kerüljön létrehozásra egy olyan minősítési vagy osztályozási rendszer, amely a szórakoztató médiatermékek minősítése vagy osztályozása során a dohánytermékek, a dohányfogyasztás vagy dohánytermékek képeinek bemutatását figyelembe veszi (például a kiskorúak hozzáférését korlátozó felnőtt besorolás előírása), és amely biztosítja, hogy a gyermekeket megcélzó szórakoztató média (többek között a rajzfilmek) nem ábrázolhat dohánytermékeket, dohányfogyasztást vagy ilyen képeket.

Következtetések

A WHO Keretegyezménynek és a vonatkozó irányelvnek, valamint az uniós szabályozásoknak a magyar szabályozás megfelel. Azonban a médiumokban a dohánytermék és a dohányzás ábrázolása továbbra is jelen van, a régebben készült filmek esetében kifejezetten vonzó formában. Ennek a hatásnak az ellensúlyozására a média műsorpolitikával foglalkozó döntéshozóinak a segítségét kellene kérni és rendszeresen a dohányzás társadalmi elfogadottságának csökkentését célzó, véleményformálásra alkalmas tartalmakat kellene sugározni, kampányokat kellene megvalósítani.

A DOHÁNY FOGYASZTÁSÁNAK ÉS FEKETEPIACÁNAK ALAKULÁSA AZ ELMÚLT ÉVEKBEN

Dr. Alpár Ákos

Nemzetközi kitekintés

Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzásellenőrzési Keretegyezményének 15. cikkelye a dohánytermékek tiltott kereskedelmének felszámolását a dohányzás visszaszorításának lényeges elemeként jelöli meg, pontosan meghatározva a tagországok erre vonatkozó lehetőségeit és kötelezettségeit. A keretegyezmény e cikkének alapján került elfogadásra a Dohánytermékek Illegális Kereskedelmének Megszüntetéséről Szóló Jegyzőkönyv, amely magában foglalja a globális termékpálya nyomon követés (ún. Tracking & Tracing) jövőbeni alkalmazásának kötelezettségét. Ennek az európai jogba való átültetése 2014-ben elfogadott, új Dohánytermék Irányelv (Tobacco Product Directive, a továbbiakban: TPD) 14. cikke az Unióban kötelezően alkalmazandó termékpálya nyomon követésről.

Fogalmi keretek

A dohánytermékek feketepiacával foglalkozó különböző publikációkban általában egy konkrét szám szerepelt a főcímekben, amely a különböző médiumok szerint azt reprezentálta, hogy Magyarországon a teljes dohánypiac tekintetében mekkora a fekete, azaz az illegálisan forgalomba hozott termékek aránya. A tisztánlátás érdekében azonban szükséges tisztázni, hogy milyen adatok állnak rendelkezésre e termékek feketepiacának vizsgálatakor és milyen következtetéseket lehet ezekből levonni.

Az első egyértelműsítésre szoruló kérdés a **dohánytermék** fogalma. A köznyelvben dohánytermék alatt általában a cigarettát és a sodródohányt értik, azonban e fogalom jóval tágabb termékkört ölel fel. A magyar jövedéki törvény dohánygyártmányról beszél, amely egy szűkebb kört jelent, mint a dohánytermékek, azonban a feketepiac szempontjából előbbiek a leginkább érintett és ezáltal lényeges termékek. Ennek oka, hogy Magyarországon jövedéki adó a dohánygyártmányokat terheli. Dohánygyártmány a cigaretta, a finomra vágott fogyasztási dohány (sodródohány), az egyéb fogyasztási dohány (pipadohány, vízipipadohány), a szivar és a szivarka (klasszikusan gyakorlatilag egy kisebb méretű szivar).

A **dohánygyártmányok feketepiac**a gyakorlatilag az illegálisan értékesített dohánygyártmányok összességét jelenti. A fogalom nincs tekintettel az illegálisan értékesített termékek forrására, azonban ez a feketepiac terjedése elleni harc egyik kulcskérdése. Az illegális termékek egyik lehetséges csoportosítása a származási ország szerinti, eszerint a termék lehet belföldi, illetve külföldi (az illegális termékek gyakorlatilag kizárólag az Unió kívülről érkeznek Magyarországra főként Ukrajnából, Fehéroroszországból, Szerbiából, illetve Kínából). Egy másik differenciálási módszer annak figyelembe vétele, hogy a termék külföldön legálisan került forgalomba és a belföldi adófizetés elmaradása miatt csak Magyarországon számít illegálisnak (ennek jele lehet a külföldi adójegy jelenléte a fogyasztói csomagoláson) vagy eleve illegálisan lépett be az ellátási láncba, függetlenül a származási országtól (pl. egy illegális üzemben gyártották például Fehéroroszországban). Különbséget lehet még tenni eredeti, illetve hamisított termékek között. Utóbbi nem csak a költségvetésnek, de a gyártóknak is komoly problémát okoz, hiszen a vélhetően gyengébb minőségű hamisítványok rossz fényt vetnek a márkára, illetve az eredeti márká gyártójára.

A feketepiac okai

Általában véve a feketekereskedelemnek két oka lehet: az egyik, hogy az érintett termék illegális és máshol nem lehet beszerezni, a másik pedig, hogy az ott vásárolt termék valamilyen oknál fogva (általában a különböző adók meg nem fizetése miatt) jóval olcsóbb, mint a legális piacon. A dohánygyártmányok esetén ez utóbbiról beszélhetünk. Tekintettel arra, hogy Magyarországon a cigaretták esetében a kiskereskedelmi ár majdnem 80%-át teszik ki a különböző adók, ezek elkerülésével jóval olcsóbban lehet kínálni e termékeket. 2014-ben körülbelül fél áron (400-500 forint körüli összegért) lehetett cigarettához jutni a feketepiacon, ez pedig már egy olyan jelentős különbség, ami miatt az illegálisan kereskedőknek megéri vállalni a kockázatot, a fogyasztóknak pedig megéri „alternatív megoldásokat” keresni a legális beszerzési források helyett. A kínálatot azonban nem csak a jelentős árkülönbség hívja életre, a kérdéses régióban jellemző átlagbérek és a legális cigaretta átlagos árának aránya (angolul affordability, azaz „megengedhetőség”), az adott országban a feketekereskedelem ellen vívott küzdelem eszköztára, jogi lehetőségei és az ország földrajzi adottságai is fontos szempontok. Ezeket támasztja alá, hogy a magasabb átlagjövedelmű országokban hiába jóval drágább a cigaretta, mint Magyarországon, mégsem szembesülnek komolyabb feketepiaci kihívásokkal.

A feketepiac mérése

Nagyon fontos leszögezni, hogy hiteles feketepiac-mérési módszer *kizárólag* a cigaretták esetében létezik és annak is számos gyenge pontja van (a fogyasztási dohány feketepiacának méretére nem, maximum a jelenlétére lehet következtetni, pl. a cigarettahüvely-eladásokból). Ezt már csak azért is érdemes kiemelni, mert amikor a média számokat közöl a feketepiac méretéről, az egyrészt mindig csak a cigarettára vonatkozhat, másrészt ezek a cikkek általában mindig pontatlanul idézik a témáról szóló kutatásokat, ezáltal félrevezető és hamis konklúziót vonva le belőlük.

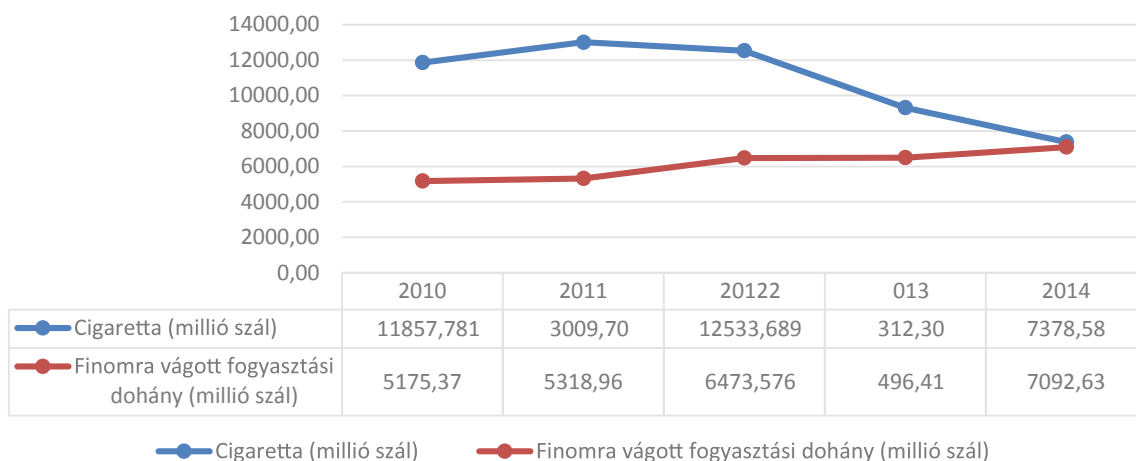
A cigaretták illegális piacát úgy mérik, hogy a felmérést végző cég munkatársai különböző, előre meghatározott elvek alapján kiválasztott településen adott számú üres cigarettás dobozt gyűjtenek a hulladéktárolókból, majd osztályozzák azokat. Attól függően, hogy a terméken van-e eredeti adójegy, és ha igen, az melyik országé, besorolják a cigarettásdobozokat eredeti magyar adózott, eredeti külföldi adózott, eredeti külföldi adózatlan, illetve hamisított kategóriákba. A kutatás végeredményeként meghatároznak egy, az egész országra vetített számot a Magyarországon nem adózott termékek tekintetében. Általában ez az a szám, amit a sajtó úgy szokott interpretálni, mint a cigaretta feketepiacának országos hányada. Ez így ebben a formában nem pontos, ugyanis ebben a számban benne vannak a külföldön adózott és Magyarországra legálisan behozott termékek is (pl. turisták által), tehát ez a szám valamivel nagyobb, mint a valós feketepiac. Ennek a módszertannak a másik gyenge pontja, hogy egyelőre az ország összes településéhez képest aránylag kevés helyen történik mintavétel, az is nagyrészt Kelet-Magyarországon, ami az illegális kereskedelem szempontjából sokkal fertőzöttebb, mint az ország nyugati része (igaz, ezt a „féloldalasságot” a kutatás végeredményénél megfelelő súlyozással enyhítik).

Összefoglalva tehát, bár van olyan kutatás, amelynek eredményeit folyamatában vizsgálva megfelelő következtetéseket lehet levonni a feketepiac méretének tendenciáját tekintve, nagyon oda kell figyelni arra, hogy ezeket megfelelően értelmezzük és a megfelelő konzekvenciákat vonjuk le belőlük.

A magyarországi dohányfogyasztás alakulása az elmúlt években

Pontos, évekre visszamenő, így összehasonlítható fogyasztási (kiskereskedelmi) adatok a dohánytermékekkel kapcsolatban jelenleg nem állnak rendelkezésre, azonban a jövedéki termékek forgalomba hozatali adataiból (melyek azt jelölik, hogy milyen mennyiségű dohánygyártmányt bocsátottak szabadforgalomba) viszonylag egyértelmű következtetéseket vonhatunk le a dohányfogyasztás kapcsán.

A cigaretta és a fogyasztási dohány szabadforgalma



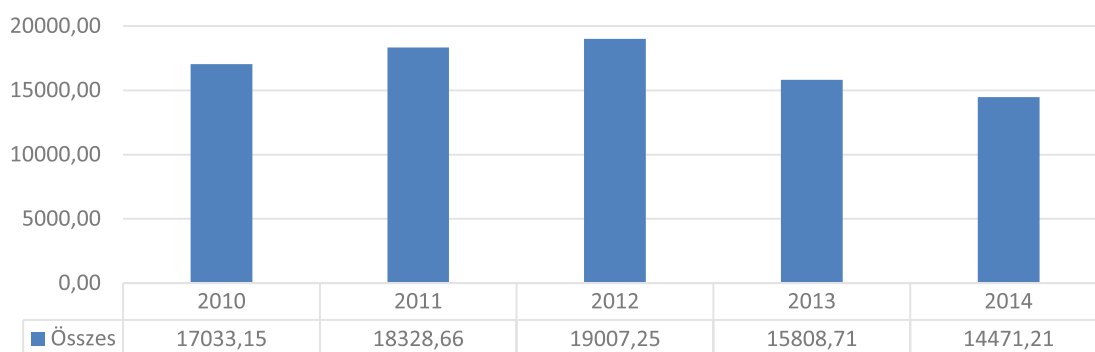
17. ábra: **A cigaretta és a fogyasztási dohány szabadforgalmának alakulása 2010 és 2014 között**⁶⁷

A magyarországi dohányfogyasztás túlnyomó részét a cigaretta és a finomra vágott fogyasztási dohány (sodródohány) teszi ki. Az elmúlt években érdekes tendencia volt megfigyelhető e két termék esetében (**17. ábra**). Míg korábban megkérdőjelezhetetlen volt a cigaretta uralkodó pozíciója a dohánygyártmányok között, addig 2015-re a finomra vágott fogyasztási dohány gyakorlatilag utolérte a cigarettát a szabadforgalomba bocsátott mennyiség tekintetében (a szabadforgalomba bocsátott fogyasztási dohány mennyisége kilogrammban van megadva, ez egy konzervatív 0,8 g/szál konverzióval került átszámolásra az összehasonlíthatóság kedvéért). Ennek oka, hogy a cigarettát terhelő adóterhelés meredeken nőtt az utóbbi években, a finomra vágott fogyasztási dohány adóterhelése viszont csak jóval enyhébb mértékben emelkedett. Ez a folyamat természetesen a két termék szálra vetített árában is visszatükröződik, így ez a folyamat nem szól másról, mint hogy a fogyasztók folyamatosan (és meglehetősen gyorsan) a fajlagosan olcsóbb termék felé fordulnak.

Az elmúlt öt év adatainak tanulmányozása során (**18. ábra**) arra lehetünk figyelmesek, hogy 2012 és 2014 között a szabadforgalomba bocsátott cigaretta és finomra vágott fogyasztási dohány mintegy 24%-a eltűnt a piacról. Ennek a jelentős csökkenésnek több oka is lehet. Egy részét minden bizonnyal a dohányzásról leszokók teszik ki, de egy másik jelentős részét viszont vélelmezhetően az illegális források felé fordulók adják. Sajnálatos módon utóbbit csak részben lehet mérni tekintettel arra, hogy a fogyasztási dohány fekete piacára (pl. a dohányföldesről ellopott dohány illegális értékesítése) nézve még csak becsléseink sincsenek. Az illegális kereskedelem erősödését jelzi az is, hogy a GFK piackutató cég szokásos évi, a cigarettákra vonatkozó fekete piaci felmérése 2012-ben míg csak 5,3%-ra becsülte a Magyarországon nem adózott cigaretták arányát, addig 2013 végén ez a szám már 11,8% volt.

⁶⁷ Forrás: a NAV 2014. évi adatbázisa

Összes szabadforgalomba bocsátott cigaretta és fogyasztási dohány (millió szál)



18. ábra: **Az összes szabadforgalomba bocsátott cigaretta és fogyasztási dohány mennyiségének alakulása 2010 és 2014 között** ⁶⁸

A feketepiac elleni harc lehetséges eszközei

Az adó a bevételi célok elérésén túl a magas adóterhelés generálta magas árakkal népegészségügyi célokat is szolgál azzal, hogy szűkíti az egészségre káros dohánytermékekhez való hozzájutás lehetőségét, különös tekintettel az önálló jövedelemmel nem rendelkező fiatalok számára. A feketepiac jelenléte ezért ártalmas és aláássa mind a népegészségügyi, mind pedig a fiskális, bevételi célok elérését. Éppen ezért talán az egyetlen dolog, amiben globális egyetértés van a dohánygyártmányok feketepiacával kapcsolatban, hogy közös érdek annak visszaszorítása.

Amikor a feketekereskedelem elleni harc eszközeiről beszélünk, alapvetően két csoportra oszthatjuk azokat: lokális (nemzeti) és globális eszközökre. A lokális megoldások előnye, hogy mivel ezeket nem több államnak kell közösen megterveznie és megvalósítania, ezért jóval gyorsabban, olcsóbban és hatékonyabban lehet eljutni a megvalósítás fázisába. További előnye, hogy teljes mértékben az adott állam körülményeihez lehet igazítani, legyen szó akár az adott térség földrajzi jellemzőiről vagy akár a helyi hatóságok infrastruktúrájáról. Hátránya azonban, hogy jellegéből adódóan nem tud globális, kiterjedt választ adni egy alapvetően globális, nemzetközi problémára. A több államot érintő próbálkozások ezzel szemben lehetnek összehangolt, eredményes fegyverek, igaz, az előkészítésük, finanszírozásuk és végrehajtásuk is egy jóval összetettebb és időigényesebb feladat. A feketekereskedelem felszámolására irányuló világszintű konszenzus példája az Egészségügyi Világszervezet Dohányzásellenőrzési Keretegyezményének berkeiben született, a Dohánytermékek Illegális Kereskedelmének Megszüntetéséről Szóló Jegyzőkönyv (a továbbiakban: Jegyzőkönyv), További jó példa a Jegyzőkönyv által életre hívott globális termékpálya nyomon követés (ún. Tracking & Tracing) alkalmazásáról szóló kötelezettség európai jogba való átültetése, a készülő új Dohánytermék Irányelv (Tobacco Product Directive, a továbbiakban: TPD) 14. cikke az Unióban kötelezően alkalmazandó termékpálya nyomon követésről.

A termékpálya nyomon követés

A termékpálya nyomon követés segítségével figyelemmel lehet kísérni a termék útját a kereskedelmi lánc egyes szintjein. A kereskedelmi lánc első szintje a gyártás (esetleg az Unióba való importálás),

⁶⁸ Forrás: a NAV 2014. évi adatbázisa

az utolsó pedig a kiskereskedelem.

A *Jegyzőkönyv* 8. cikke egy globális rendszer létrehozatalát tűzte ki célul, amely a gyártástól a kiskereskedelem előtti utolsó szintig tenné ellenőrizhetővé a dohánytermékek mozgását. Az ok, amely a kiskereskedelmet a nyomon követett szintekből kizárja pusztán gazdasági megfontolású: a legtöbb országban nincs egy szűk körre korlátozva a dohánytermékek kiskereskedelme (mint pl. Magyarországon a nemzeti dohányboltokéra), így a dohányterméket árusító gazdálkodók száma meglehetősen magas. Az összes ilyen tevékenységet végző kiskereskedelmi egység bevonása egy ilyen költség- és adminisztrációigényes rendszerbe nem célszerű, feltehetőleg nagyobb terhet róna a gazdálkodókra és a hatóságokra, mint amennyi hasznot hozna.

A *TPD* tervezetében elképzelt Tracking & Tracing rendszer nagyjából megfelel a *Jegyzőkönyvben* foglaltaknak, néhány paraméterében azonban valamelyest túlterjeszkedik azon, felépítésében és működésében azonban hasonló. A gyártóknak, illetve kereskedőknek folyamatosan adatokat kellene küldeniük (ez feltehetőleg a gyártás és árutovábbítás során automatikusan történne) a rendszerbe, amelyben így megtalálhatóak lennének az Unió területén mozgó szállítmányokkal kapcsolatos releváns információk, úgymint pl. a gyártás helye, a tervezett szállítási útvonal, a célország, a termék megnevezése, típusa stb. A szerveroldali információkhoz természetesen szükség lenne a szállítmányok (termékek) egyedi azonosítására is a két oldal összepárosítása végett. Ennek eszköze a fogyasztói csomagolás egyedi azonosítókkal (ezt a legkönnyebben egy vonalkódként tudjuk elképzelni) való ellátása lenne, ez tárolná azokat az információkat, amelyek segítségével egy ellenőrzés során le lehetne kérdezni a szerverről a gyártó (nagykereskedő) által bejelentett adatokat. Még nem eldöntött kérdés, hogy csak a fogyasztói csomagolásokat vagy minden további szállítási csomagolást is (karton, mesterkarton, raklap) el kell-e látni egyedi azonosítóval. Ha igen, akkor szükséges ezeket az azonosítókat egymáshoz is kapcsolni, azaz egy doboz cigarettáról a jövőben tudni lehetne, hogy melyik kartonban, mesterkartonban, raklapban, illetve szállítmányban (pl. kamionban) kell lennie. Ha a bejelentett adatok és a tények között különbség adódik (pl. egy Németországban gyártott, spanyol piacra szánt terméket Romániában találnak meg), akkor feltehetőleg ott „dolga lesz a hatóságoknak”.

Következtetés

Fentieket összefoglalva elmondható, hogy jelenleg csak nagyon korlátozott és közvetett információkkal rendelkezünk a dohánygyártmányok feketepiacáról. Kiemelendő, hogy hiteles mérési módszer kizárólag a cigaretták tekintetében létezik (üres dobozos gyűjtés), ami nagymértékben megnehezíti a teljes illegális dohánypiac feltérképezését különös tekintettel arra, hogy az elmúlt öt évben egyértelműen megfigyelhető, hogy a fogyasztási dohány Magyarországon átvette a vezető dohánytermék szerepét a cigarettától. Elmondható, hogy bár léteznek nemzeti és nemzetközi kezdeményezések a feketepiac visszaszorítására, azonban ezektől nem várható a probléma teljes körű orvoslása.

DOHÁNYTERMÉKEKHEZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS ÉLETKORHOZ KÖTÖTT ENGEDÉLYEZÉSE

Berki Júlia, Kimmel Zsófia

Nemzetközi kitekintés

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének **16. cikke** megköveteli a Részes Felektől olyan intézkedések végrehajtását, amelyek tiltják a dohánytermékek kiskorúak számára történő értékesítését. A lehetséges intézkedések között a Keretegyezmény a következőket sorolja fel: a dohánytermék árusító helyeken a kiskorúak számára történő árusítás tilalmára figyelmeztető jelzés kihelyezése; az olyan árusítási módok tiltása, amelyek közvetlenül hozzáférhetővé teszik a dohánytermékeket; a dohányterméket imitáló termékek (pl. cigaretta formájú ráógumi vagy csokoládé) árusításának tiltása; a dohányárusító automaták ne legyenek hozzáférhetőek kiskorúak számára. Ezek mellett a Keretegyezmény előírja a dohánytermékek ingyenes terjesztésének tiltását. A Keretegyezmény értelmében szintén tilos a cigaretta kis kiszerezésű, illetve szálszerű történő árusítása.

Az Európai Unió dohánytermék-irányelve szintén kiemelt helyen kezeli a fiatalok védelmét, ezért a hozzáférés korlátozására is jelentős hangsúlyt fektet. Ezt bizonyítják a következők is. A *Tanács 2003/54/EK (2002. december 2.) a dohányzás megelőzéséről és a dohányzás elleni küzdelem javítására irányuló kezdeményezésekről* szóló ajánlása olyan intézkedések bevezetésére ösztönzi a tagállamokat, amelyek megakadályozzák a dohánytermékek fiatalok számára történő értékesítését. Az intézkedések például a következőket foglalhatják magukban:

- a dohánytermékek értékesítőinek ellenőriznie kell a vásárló életkorát; eltávolítani a dohánytermékeket az önkiszolgáló pultokból;
- korlátozni kell a dohánytermékek árusító automatákhoz való hozzáférést;
- korlátozni szükséges a távértékesítést, az internetes vásárlás lehetőségét;
- a dohányterméket imitáló termékek (például cigaretta formájú édességek) árusítását be kell tiltani;
- a cigaretta szálszerű vagy 19 szálszerű kevesebbet tartalmazó csomagban történő értékesítését be kell tiltani.⁶⁹

Az EU által ajánlott intézkedések összhangban vannak a WHO Keretegyezményében foglaltakkal.

A dohánytermékekhez való hozzáférés korlátozása Magyarországon

Magyarország a dohánytermékekhez való hozzáférés korlátozása érdekében jelentős lépéseket tett. Az intézkedések az elmúlt években tovább szigorodtak, amelynek következtében tovább csökkent a dohánytermékek hozzáférhetősége, mindez különösen a fiatalok lakosságra van jelentős pozitív hatással.

⁶⁹ A Tanács 2003/54/EK ajánlása (2002. december 2.) a dohányzás megelőzéséről és a dohányzás elleni küzdelem javítására irányuló kezdeményezésekről (összefoglaló)

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11574_hu.htm

Letöltve: 2015. 03. 29.

Az Országgyűlés 2012. szeptemberében fogadta el a *2012. évi CXXXIV. törvényt a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről*.⁷⁰ A törvény célja a dohányzás visszaszorítása a fiatalok körében azáltal, hogy korlátozza a dohánytermékek széleskörű hozzáférhetőségét, illetve korlátozza megjelenésüket. További cél, hogy a dohányzók dohánytermékekkel való ellátása megfeleljen a fogyasztóvédelmi szempontoknak, ezáltal pedig gátat szabjon az engedély nélküli dohánytermék kereskedelemnek.

A törvény rendelkezései alapján dohánytermékek értékesítése kizárólag ellenőrzött keretek között működő szakboltokban (Nemzeti Dohányboltokban) engedélyezhető. A Nemzeti Dohányboltokban valóban csak 18 éven felüliek vásárolhatnak, hiszen kiskorú személy a boltban nem tartózkodhat. 18 éven aluli személy dohánytermék-kiskereskedelmi tevékenységet sem folytathat. A dohánybolt külső felületén semmilyen olyan kép, látvány nem jeleníthető meg, amely dohánytermékre, illetve dohányzásra utal, így az nem csábítja be a nemdohányzókat és a fiatalokat.

A törvény eredményeképpen, 2013. július 1-től a korábbi országosan több mint 40 000 árusító hely helyett csak 7 000 ellenőrzött helyen férhető hozzá dohánytermék. 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 igazoló dokumentum ellenőrzésére. A rendelkezések be nem tartásáért a dohánytermék-kiskereskedővel szemben a fogyasztóvédelmi hatóság bírságot szabhat ki. Ezen intézkedések eredményeképpen megnehezült a fiatalok dohánytermékekhez történő hozzáférése.

Magyarországon szintén tilos a dohánytermékek távértékesítése, illetve internetes árusítása (mivel ezekben az esetekben nem ellenőrizhető a vásárló életkora, így a *2012. évi CXXXIV. törvény* előírásait nem lehetne betartani). A fogyasztói csomagolási egység cigaretta esetén legalább 19 darab cigarettát tartalmaz és a fogyasztói csomagolási egység nem bontható meg (*39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet*). Tilos továbbá a dohánytermékek közvetett és közvetlen reklámja is, így például a dohánytermékek ingyenes terjesztése is. Az Európai Unió és a WHO előírásaival ellentétben Magyarországon még mindig hozzáférhetőek az elsősorban gyermeket célzó, cigaretta formájú vagy más dohánytermékre emlékeztető édességek forgalmazása.

Következtetések

A Trafik törvény bevezetése példaértékkel bírhat más országok számára is. A törvény hatására a dohánytermékekhez való hozzáférés jelentősen csökkent Magyarországon. Azonban fontos kiemelni, hogy az intézkedés hosszú távú pozitív eredményének érdekében fontos az életkorra vonatkozó korlátozások betartása, melyet folyamatosan ellenőrizni szükséges. Továbbá felhívjuk az országok figyelmét arra, hogy az illegális kereskedelemre vonatkozó adatok alakulásának folyamatos figyelemmel kísérése elengedhetetlen a hozzáférés visszaszorításához.

⁷⁰ 2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről

A DOHÁNYZÁS LESZOKÁS TÁMOGATÁSA

Dr. Kovács Gábor, Cselkó Zsuzsanna

Nemzetközi kitekintés

A WHO Dohányzás Ellenőrzési Keretegyezménye (FCFC) kiemelten foglalkozik **14. cikkében** a dohányzás leszokás segítségével, mint a dohányzás, a dohányzással összefüggő ártalmak csökkentésének hatékony eszközével. A leszokás támogatást, a dohányfüggőség kezelését egészségügyi kompetenciaként határozza meg. Nemzetközileg és történetileg szakmai irányelvekben rögzítették a leszokás támogatás bizonyítékokon alapuló módszereit, eljárásait.

Leszokás támogatási irányelvek

Az FCTC 14. cikkelyének - amely a leszokás támogatás fontosságával foglalkozik - komoly előzményei voltak. Az 1996-ban megjelent, a dohányzás leszokás támogatására megalkotott amerikai irányelv⁷¹ úttörő volt a szakmában, és a benne foglalt ajánlások a mai napig irányadónak számítanak. 2012-ben, a dohányzás-ellenőrzés területén dolgozó szakemberek azzal az ambiciózus célkitűzéssel hozták létre az e területre vonatkozó európai irányelvet⁷², hogy, - összhangban a WHO FCTC 14. cikkelyével - minden segítséget megadjanak a dohányzók leszokásához és 2040-re Európát dohányfüst-mentessé nyilváníthassák⁷³.

Számos európai és tengeren túli országhoz hasonlóan, a magyar „Egészségügyi szakmai irányelv a dohányzásról való leszokás támogatásáról” című dokumentum az európai, illetve az amerikai irányelveket vette alapul. Ebben tárgyyszerűen foglalkozunk a ma ismert evidencia alapú leszokási módszerekkel, az egyéni és csoportos, gyógyszermentes és farmakoterápiás, valamint telefonos leszokási módszerekkel. Az utóbbi öt évben elkészült, jelentősebb irányelvek között az ausztrál és a kanadai irányelv említhető, amelyek a nemzeti sajátosságok figyelembevételével, az amerikai irányelvre alapozzák ajánlásaikat. Mindkettő külön fejezetben tárgyalja az őslakosok dohányzási szokásait: a lakosságon belül kiugróan magas dohányzási arányt és a népesség átlagát tekintve, fiatalabb korban kezdődő dohányzást, illetve az őslakosok részére kialakított leszokás támogatás speciális vonatkozásait^{74, 75}. A brit irányelv ugyanakkor a nagyszámú bevándorló miatt szentel kiemelt figyelmet a Délkelet-Ázsiából származó lakosság körében elterjedt, füstmentes dohánytermékek fogyasztásának és a leszokás támogatásnak⁷⁶.

⁷¹ U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update. 2008. <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf>

⁷² European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines. 2012. www.ensp.org

⁷³ Egészségügyi szakmai irányelv a dohányzásról való leszokás támogatásáról. Egészségügyi Közlöny 2014;19:2617-2630.

⁷⁴ The Royal Australian College of General Practitioners. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals, 2011. [Updated July 2014]. www.racgp.org.au

⁷⁵ Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice informed Tobacco Treatment. Canadian smoking cessation clinical practice guideline, 2012. www.canadaptt.net

⁷⁶ National Institute for Health and Care Excellence. Smokeless tobacco cessation: South Asian communities, 2012. NICE public health guidance 39. guidance.nice.org.uk/ph39

Említésre méltó a brit irányelvek közelmúltból származó kiegészítése⁷⁷, amely újdonságként tárgyalja az ártalom-csökkentés szerepét. Az irányelv erős nikotinfüggőségben szenvedő páciensek számára fogalmaz meg ajánlásokat, különösen, ha az illető nem tud (vagy nem akar) azonnal leszokni, vagy szeretne leszokni, de nem akar lemondani a nikotinról, vagy nem áll készen a leszokásra, azonban csökkenteni szeretné az elszívott cigaretták számát. Az irányelv ártalom-csökkentésre irányuló ajánlásai, a magatartás orvoslásra és a rövid, vagy hosszú távú nikotinpótló kezelésre alapoznak.

A hazai helyzet

Szervezett leszokás támogatásról 1994 óta beszélhetünk Magyarországon, amikor nálunk is hozzáférhetővé vált a nikotinpótló kezelés. A kilencvenes években a jogszabályok még lehetővé tették, hogy a gyártó részlegesen támogathassa a nikotinpótló tapaszok árát a fogyasztók felé. Akkor évente mintegy hét-nyolcezer dohányos csatlakozott a tüdőgondozói leszokás támogató programokhoz. A jogszabályok változásával a támogatás lehetősége megszűnt, ugyanakkor az OEP nem támogatta a készítményeket. Ezt követően lanyhult is az érdeklődés és a jelentkezők száma évi háromezer alá esett az ezredfordulóra.

A következő előrelépés 2005-ben történt, amikor az OEP a tüdőgyógyászati járóbeteg ellátás keretében finanszírozni kezdte a leszokás támogatás programszerű egyéni formáját. Hiányossága volt a rendszernek az, hogy csak mintegy húsz szolgáltatóval kötött kapacitásbővítési megállapodást, így alig emelkedhetett a programba vont leszokni vágyók száma. 2007 óta hozzáférhető nálunk is a vareniklin, a jelenleg ismert leghatásosabb leszokás támogató készítmény, de sajnos jelenleg sincs a finanszírozotti körben, a páciensek teljes árát fizetnek érte.

A dohányzás visszaszorításának az ügye 2011-ben kapott korábban nem tapasztalt lendületet, amikor az egészségügyi kormányzatnak sikerült elérnie az 1999. évi XLII Tv., dohányzást és a dohánytermékek forgalmazását szabályozó jogszabály szigorító módosítását. Azóta sikerült elérni a zárt téri dohányzás legszélesebb körű tiltását, amely nyomán előbb az alkalmi dohányosok, majd később a rendszeresen dohányzók aránya is csökkent. A jogszabály azonban nem csupán a dohányzás tiltásával, hanem a társadalmi hozzáállás gyors megváltoztatásával is eredményt ért el. A lakosság támogatta a dohányzás korlátozását és a dohányosok is elfogadták az új helyzetet. 2011 óta az elárúsítóhelyek korlátozásával radikálisan csökkent a hozzáférés a dohánytermékekhez. Ez a változás azt eredményezte, hogy a leszokás támogatás terén ismét megnőtt az érdeklődés.

Leszokás Támogatási Módszertani Központ

2013-ban pályázati források lehetővé tették, hogy létrehozzuk a dohányzás leszokás támogatási módszertani központot, amely a szakmai irányelv gondozásával, továbbképzések szervezésével, kutatások koordinálásával, aktív leszokás támogató tevékenységével koordinálja országosan is ezt a munkát. 2014-ban a leszokás támogatás országos hálózattá fejlődhetett. Szintén pályázati források segítségével 86 tüdőgondozóban kezdődhetett meg a csoportos leszokás támogatás. Ezeket a szakrendeléseket már befogadta az OEP, s ezeken a helyeken a csoportos és az egyéni leszokás támogatás is hozzáférhető országszerte. A korábban megszervezett telefonos leszokás támogatásokkal (call center) így teljessé válhatott Magyarországon a leszokás támogatás valamennyi evidencia

⁷⁷ 7. National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: harm-reduction approaches to smoking, 2013. NICE public health guidance 45. guidance.nice.org.uk/ph45

alapú, szakmailag bizonyított módszere, amelyek OEP támogatással működnek. Ennek is köszönhető, hogy 2014-ben már hétezer fölé emelkedett a csoportos leszokás támogatásban résztvevők száma. A telefonos leszokás lehetőségét pedig több mint ötezren vették igénybe. Hiányérzetet csupán az jelent mind a mai napig, hogy sem a nikotinpótló, sem a nikotinmentes készítményeket nem támogatja a biztosító.

Eredményességi mutatók

A leszokás támogató módszerek eredményességét a 12 hónapos leszokási rátával szokás megítélni. A telefonos leszokás támogatás 15-20%-os sikerrátája elfogadható. A csoportos leszokás támogatás hatékonysága nagymértékben függ az egyén motivációjától. Mivel ezek a programok csak 2014-ben indultak, 12 hónapos eredmények korlátozott számban állnak rendelkezésünkre, de az már látható, hogy eléri a 35%-os leszokási arányt ezzel a módszerrel. A korábban elkezdett egyéni leszokás támogatással ennél valamivel magasabb leszokási arányokat (40%) lehetett elérni, amely annak is köszönhető volt, hogy ezzel a módszerrel a tüdőgyógyászati szakrendeléseken főleg a dohányzó COPD-s betegeket igyekeztek támogatni a leszokásban, s nyilván a már panaszos betegeknek a legerősebb a leszokási motivációja.

A lakosság dohányzási szokásainak az alakulását az elmúlt években több kisebb volumenű epidemiológiai vizsgálattal is igyekeztek felmérni, de reális adatokat az idén májusban publikálásra kerülő ELEF (európai lakossági életmód felmérés) vizsgálatról várhatunk. A kisebb vizsgálatok nálunk is a dohányzás jelentős csökkenését jelzik a férfiak körében és a stagnálását, vagy csak minimális csökkenését a nőknél.

Következtetések

Magyarországon 2011 óta tapasztalhatjuk azt, hogy a hatékony kormányzati intézkedések nyomán lendületet kaphatott a leszokás támogatás ügye. Jelenleg hozzáférhető valamennyi evidencia alapú leszokási módszer, az egyéni és csoportos, a gyógyszermentes és a farmakoterápiás, valamint a telefonos leszokás támogatás. Országosan 86 tüdőgyógyászati szakrendelésen foglalkoznak leszokás támogatással képzett szakemberek. A 12 hónapos leszokási ráta tekintetében a hazai mutatók megegyeznek, illetve az egyéni leszokás támogatás tekintetében még jobbak is a nemzetközi adatoknál.

A leszokás kulcs tevékenység a dohányzás visszaszorításában, a dohányzással kapcsolatos ártalmak csökkentésében. Az FCTC is kiemelt jelentőséget tulajdonít ennek. Felhívja a figyelmet a helyi leszokás támogató programok fejlesztésére, a szakemberek képzésére, a támogatás egészségügyi, munkahelyi és szabadidős környezetben történő promóciójára. A dohányfüggőség kezelése és a leszokási tanácsadás egészségügyi kompetencia. Biztosítani kell a függőség kezelését, beleértve a farmakoterápiás lehetőségeket is.

NEMDOHÁNYZÓK VÉDELME

Demjén Tibor

Nemzetközi kitekintés

A WHO FCTC dohányfüst expozíció elleni védelemről szóló **8. cikkéhez**⁷⁸ kapcsolódó irányelvet a 2. Résztes Felek konferenciája fogadta el 2007-ben, ebben a WHO a döntéshozók és a szakma számára részletesen megfogalmazza a nemdohányzók védelmével kapcsolatos ajánlásait.

A WHO FCTC végrehajtást segítő irányelvek és a Résztes Felek számára kötelező jegyzőkönyv összhangban vannak az Európai Tanács által a dohányfüstmentes környezetről kidolgozott ajánlással (2009/C 296/02), melynek célja, hogy segítsen a Tagállamoknak, az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (FCTC) által lefektetett kötelezettségeik teljesítésében. Az ajánlás szerint többek között a Tagállamoknak hatáson intézkedésekkel gondoskodniuk kell arról, hogy a lakosságot és kiemelten a gyermekeket, megóvják a dohányfüst-expozíciótól.

A nemdohányzók védelméről szóló törvény módosítása, eredményei

1999-ben a Magyar Parlament elfogadta a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvényt, amelynek lényegi eleme az volt, hogy a dohányzó és nemdohányzó helyeket el kellett különíteni, elszívó berendezést vagy légttechnikai megoldást kellett alkalmazni, de a dohányzás közforgalmú helyeken, zárt légtérben korlátozásokkal továbbra is megengedett volt.

Jelentős előrelépés volt, amikor 2011. április 26.-án, a Magyar Parlament elfogadta a nemdohányzók védelméről szóló 1999. évi XLII. törvény (Nvt.) módosítását, amelynek elfogadásához a WHO Európai Regionális Irodája és Magyarországi Irodája is támogatást nyújtott. A törvénymódosítás hatálybalépésének időpontja 2012. január 1. volt, három hónap türelmi idő biztosítása mellett. Ez azt jelentette, 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 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 szintje, és zárt légtérben a műszaki megoldások nem képesek megvédeni az egészségkárosító hatásaival szemben. A törvényalkotók figyelemmel voltak az egészségre, 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.

⁷⁸ http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/iranyelv_8_cikkhez.pdf

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 légtérben sem jelölhető ki dohányzóhely.

Zárt légtérben is ki lehet jelölni dohányzóhelyet:

1. büntetés-végrehajtási intézményekben,
2. rendőrségi előállító helyiségekben, fogdáknban 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. szivar-szobák 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 megvalósítandó 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 ki.

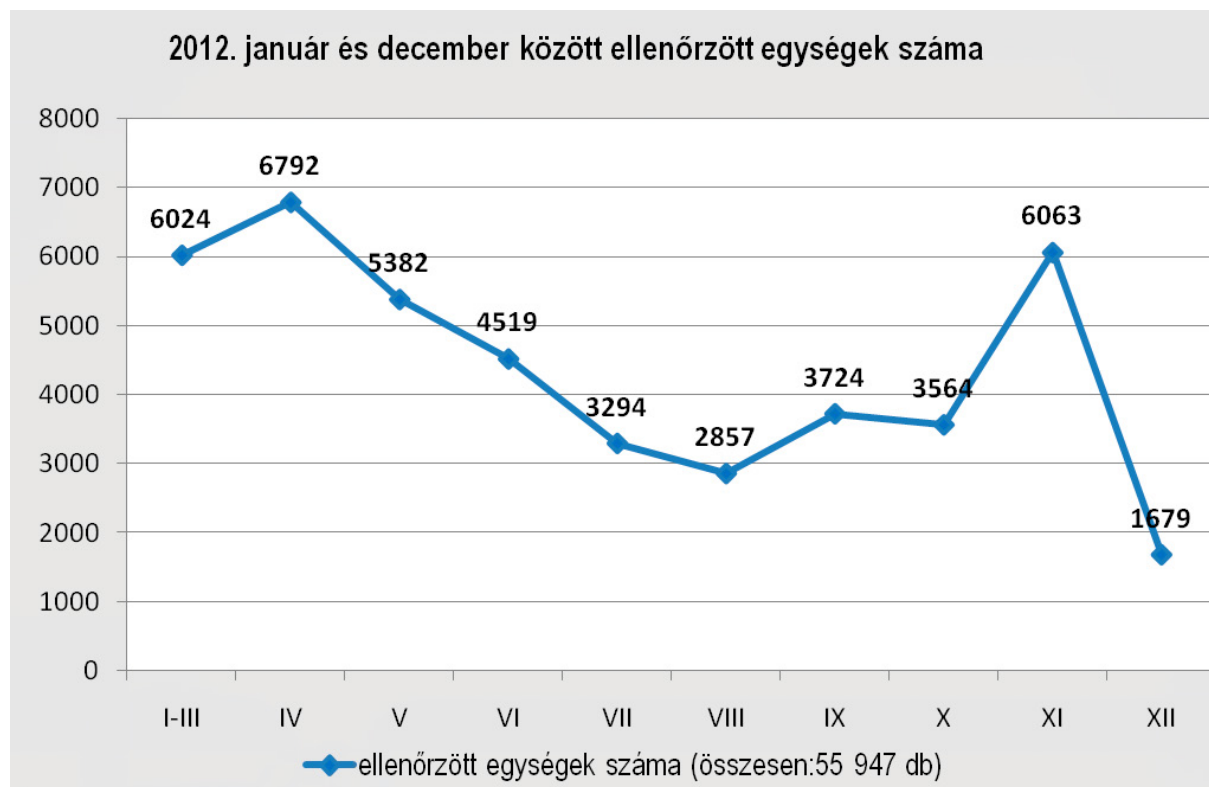
Dohányzási tilalmak megszegésének észlelése esetén bejelentés tehető a területileg illetékes egészségügyi államigazgatási szervnél, illetve észrevétel tehető 0-24 órában a 06 40 200 493-as telefonszámon. Az észrevételeket a Dohányzás Fókuszpont feldolgozza és kivizsgálásra átadja a hatóság részére.

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 féle

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 segíti az ellenőrzések hatékonyabb végrehajtási módszertanának fejlesztését. A szoftver támogatja a törvény betartatását, emeli az ellenőrzésre felhatalmazott hatósági szervek adatszolgáltatásának minőségét és segít a hatóság és ezen keresztül az állam hitelességének megőrzését.

2012. január 1. és december 31. közötti időszakban az ellenőrzött egységek száma összesen 55 947 volt **(19. ábra)**.



19. ábra: **Az ellenőrzött egységek számának alakulása 2012. január 1. és december 31. közötti időszakban**

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. A 2013-as és 2014-es adatok szerint az ellenőrzések számát és a bírságok összegét tekintve arra utalnak, hogy a törvény betartása megfelelő. (2. táblázat)

Egységtípusok	2013				2014			
	Ellenőrzések száma	Kifogások száma*	Kiszabott bírságok száma	Kiszabott bírságok összege (ezer Ft)	Ellenőrzések száma	Kifogások száma*	Kiszabott bírságok száma	Kiszabott bírságok összege (ezer Ft)
büntetés-végrehatási intézmény	20	0	3	60	21	0	0	0
egészségügyi szolgáltató	7 043	1	7	220	4 857	0	2	255
közforgalmú intézmény	9 495	3	24	1 960	6 322	2	25	780
közösségi közlekedési eszköz	218	0	0	20	56	1	0	0
közüktatási, gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmény	5 047	2	17	130	3 177	0	8	230
közterület	3 532	5	145	4 450	2 636	25	150	3 053
munkahelyek	17 000	7	22	3 680	11 576	3	11	620
pszichiátriai intézet	58	0	0	0	23	0	0	0
szálloda	815	3	1	100	624	0	0	0
szórakoztató, vendéglátóipari egység	7 098	6	40	7 393	3 444	2	12	1 515
Összesen	50. 326	27	259	18. 013	32. 736	33	208	6. 453

2. táblázat: **A különböző egységtípusokban tartott ellenőrzések, kifogások és bírságok számának, valamint a bírságok összegének (ezer Ft) alakulása (2013-2014)**⁷⁹

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 kutatást⁸⁰.

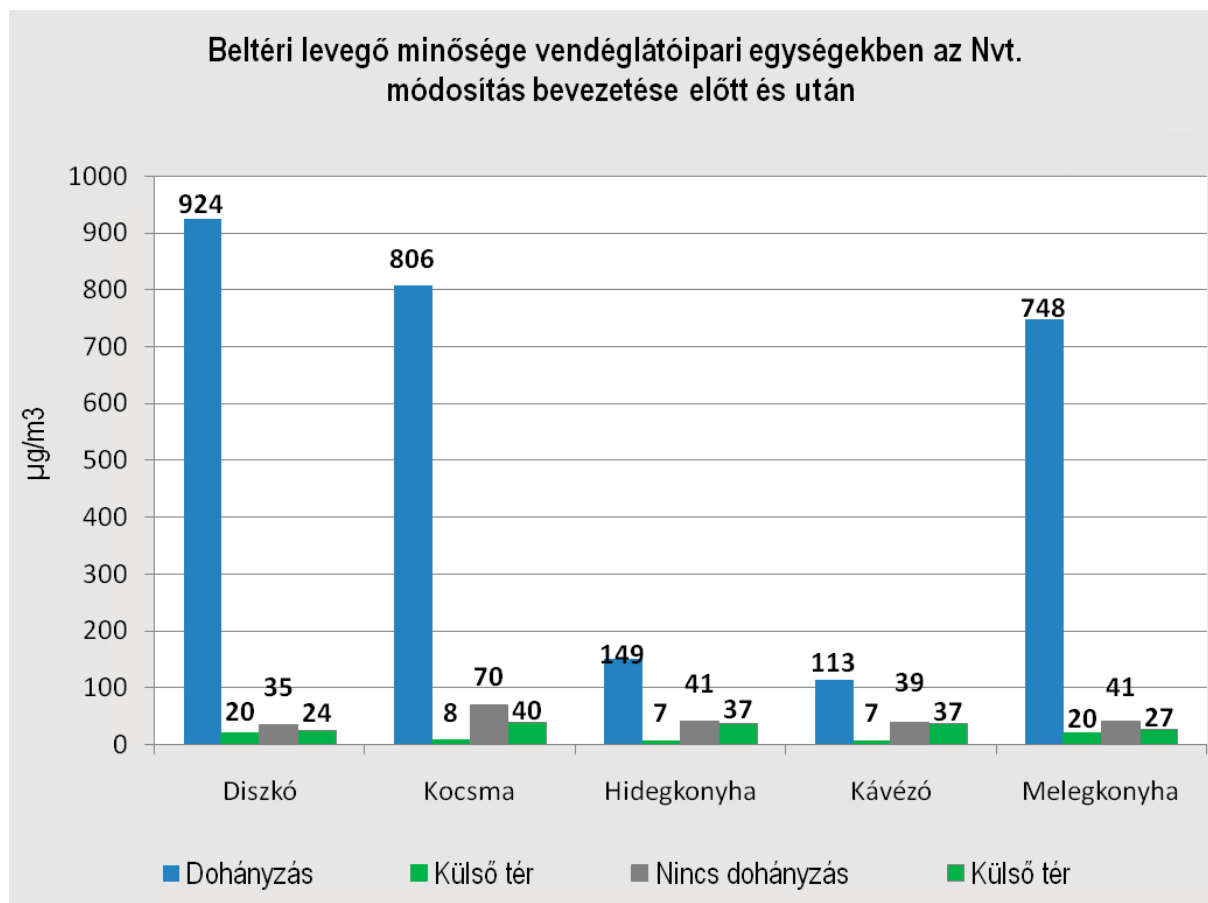
A vizsgálatban a szálló por 2,5 µm alatti frakciója (PM_{2,5}) került kiválasztásra, mint indikátor anyag, mivel ezen porfrakció a beltéri dohányzásra nagyon érzékeny. A cigarettákból származó dohányfüst részecskék

⁷⁹ Az adatok forrása az Országos Tisztifőorvosi Hivatalnak a nemdohányzók védelméről szóló törvény ellenőrzése során használt szakmai és informatikai rendszere.

⁸⁰ http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/Indoor_air_quality_in_hospitality_venues_before_and_after_%20prohibition_%20of_%20smoking_2012.pdf

átmerője a finom és az ultra finom részecsketartomány (0,02 -2 µm) 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 2,5µm alatti részecskék tömegkoncentrációja szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabbnak bizonyult valamennyi vizsgált vendéglátó ipari egységben, ha volt dohányzás az adott belső térben **(20. ábra)**.



20. ábra: **A beltéri levegő minőségének változása a vendéglátóipari egységekben az Nvt. módosításának bevezetése előtt (2011. december) és után (2012. március)**

Az átlag PM_{2,5} koncentrációban 90% körüli csökkenés figyelhető meg az összes vizsgált zárt légtérű helyszínen a törvénymódosítás hatálybalépése után.

A vendéglátóhelyek előtt, kültéren végzett mérések, a külső térre jellemző lényegében változatlan PM_{2,5} eredmények igazolták, hogy a vizsgált belső terekben a cigarettafüst számít a magas 2,5µm 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 (PM_{2,5}) lényegesen alacsonyabb lett.

Összességében elmondható, hogy a vizsgálat eredményei alátámasztják a szakirodalomba leírt eredményeket, melyek alapján elmondható, hogy a dohányzási tilalmak a dohánytermékek fogyasztásának és a dohányfüstnek való kitettség csökkentése által pozitív hatással vannak az egészségre. Számos tanulmányból az derül ki, hogy a dolgozók, különösen a vendéglátó szektorban foglalkoztatottak számára jelent leginkább előnyt a passzív dohányzásnak való kitettség csökkenése. A tilalmak az egészségügyi kimenetelre is pozitív hatással vannak, a legjelentősebb csökkenés az akut koronáriás szindrómával történő kórházi felvételek számában mutatkoznak. Bár az eredmények teljes körű értékeléséhez 20–30 évre lenne szükség, a dohányfüstmentes országokból származó adatok reményt keltőek.

Az Elektronikus Nikotint Kibocsátó Rendszerek, mint például az e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízipipa használata

A dohányzás visszaszorítása összetett tevékenység, fontos szerepe van a dohányfogyasztás 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 az elektronikus cigaretta 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, de azokon a helyeken ahol a dohányzás tilos a fentiekben leírtak alapján az e-cigaretta használatát is korlátozni célszerű. Jelenleg az e-cigaretta használója nikotint juttathat a szervezetébe ott, ahol egyébként dohányozni tilos, ezért az ezeket a termékeket használók aránya megnőtt a dohányzás közforgalmú helyeken történő tiltásának bevezetése után.

A tapasztalatok alapján meglévő kihívások a jelenlegi szabályozás módosítása, illetve lehetséges új területei

Új jelenség az úgynevezett lakáskocsmá. Ételt és italt fogyasztva dohányoznak emberek utcára nyíló ajtajú helyiségben, a lakástulajdonos szerint nem közforgalmú intézmény, holott az utcáról bárki betérhet, szerintük szolgáltatást nem nyújtanak, csak a helyet biztosítják, ami egy magánlakás. Ételt futárszolgálattal lehet rendelni, az italt úgynevezett becsületekasszával rendezik, erről számlát nem adnak. Számottevően nem terjedt el, a hatóságok jelenleg nem tudják mi a megoldás.

Sok a panasz az utcán a vendéglátóhely bejáratáról 5m-re dohányzó, így az esetek egy részében a magánlakások ablaka alatt füstölők miatt. Autókban a passzív dohányzás visszaszorítása a gyerekek fiatalok tekintetében több országban törvényben szabályozott érdemes lenne Magyarországon is ebben az irányban továbblépni.

Következtetés

Összességében elmondhatjuk, hogy vizsgálatunk eredményei rávilágítanak arra, hogy dohányzás törvényi tiltása következtében a belső terek levegőminősége jelentős mértékben javul, a számos egészségkárosító hatással bíró 2,5 mikron alatti részecskék szintje (PM_{2,5}) lényegesen alacsonyabb lett a zárt légtérű közforgalmú helyeken, miközben a statisztikai adatok alapján a szórakoztató és vendéglátó-ipari egységek bevétele és forgalma nem szenvedett kárt.

Magyarországon a nemdohányzók védelme erős politikai támogatás mellett jól szabályozottan és megfelelően ellenőrzött módon, magas szinten megvalósult. Az intézkedések bevezetése után több évvel tovább nőtt a támogatók aránya, a változtatás ellen aktívan fellépő és kommunikáló intézmények és szervezetek száma jelentősen csökkent. Továbbra is fontos a hazai és a nemzetközi szakmai intézményekkel és civil szervezetekkel az együttműködés, a támogatásuk kérése. A tapasztalatok alapján további intézkedések bevezetése is megfontolásra ajánlott a politikai döntéshozók felé.

LAKOSSÁGI TUDATOSSÁG ÉS A MEGELŐZÉS FONTOSSÁGA

Kimmel Zsófia

Nemzetközi kitekintés

Több kutatás⁸¹ is bizonyítja a hatásosságát azoknak a szakpolitikáknak és beavatkozásoknak, amelyek az átfogó dohányzás visszaszorítás részét képezik. Beavatkozás lehet iskolai dohányzás megelőzési program, adóemeléssel keresztüli árnövekedés, képekkel kombinált figyelmeztetés, dohánytermékek reklámjának tiltása, tömegkommunikációs kampányok, nem dohányzók védelmét elősegítő szabályozások, valamint a dohánytermékekhez való hozzáférés korlátozása.

Az Egészségügyi Világszervezet szerint a dohányzás megelőzési programok alkalmazása – az egészséges életmódra nevelés alapvető részeként – kiemelt jelentőségű már fiatal gyermekkorban.⁸² Az FCTC „Oktatás, képzés és lakossági tudatosság” című **12. cikkéhez** kapcsolódóan is lényeges feladat a dohányzás-visszaszorítási kérdésekkel kapcsolatos lakossági tudatosság elősegítése és erősítése.

A CDC 2014-es ajánlása⁸³ szerint, az átfogó dohányzás visszaszorításnak tartalmaznia kell a dohánytermékek árának növelését, átfogó dohányfüstmentes politikákat, valamint támogatnia kell az egészségkommunikációs kampányokat és elérhetővé kell tennie a leszokást segítő rendszert minden dohányos számára. Az átfogó dohányzás visszaszorítás célja, hogy megelőzze a fiatalok és fiatal felnőttek rászakását, elősegítse a leszokást, felszámolja a passzív dohányzásnak való kitettséget, valamint azonosítsa és megszüntesse a társadalom különböző rétegeiben fennálló dohányzással összefüggő egyenlőtlenségeket.

Dohányzás visszaszorítás a hazai lakosság körében

2012-ben és 2013-ban, a lakosság körében készített dohányzás felmérések eredményei⁸⁴ alapján elmondható, hogy a felnőtt lakosság körében 2013-ra jelentősen csökkent a dohányzók és különösen a naponta rágyújtók aránya, és ennek következtében emelkedett a leszokottak aránya.

A 2013-as Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés eredményeiből⁸⁵ látható, hogy a 13-15 évesek körében nőtt a nemdohányzók aránya oly módon, hogy csökkent az alkalmi, viszont nőtt a naponta dohányzók aránya, mely eredmények azért is fontosak, mert a felnövekvő generáció naponta

⁸¹ John P Prierce; Victoris M White; Sherry L Emery; What public health strategies are needed to reduce smoking initiation?; Tob Control 2012;21:258-264; (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/258.full.pdf+html>) letöltve 2014.10.13.)

⁸² WHO Framework Convention on Tobacco Control; http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/EVSZ_DK_HU.pdf

⁸³ Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs; CDC; 2014 (http://www.cdc.gov/tobacco/stateand-community/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf) letöltve: 2014. 10. 14.)

⁸⁴ Balku E., Demjén T., Kimmel Zs., Varsányi P., Vitrai J.; Felnőtt dohányzás felmérés 2013., Budapest, 2014. január 28.; (http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_II_honlapra_20140128_v2.pdf, letöltve: 2015.04.08.)

⁸⁵ Balku Eszter, Demjén Tibor, Kimmel Zsófia, Vitrai József PhD; Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2013.; (http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/01_GYTS_2013_osszefoglalo_tanulmany.pdf , letöltve: 2015.04.08.)

dohányzó fiataljai nagyobb eséllyel maradnak felnőttként is rendszeres dohányosok. Ahhoz, hogy a felnőtt felmérés pozitív eredményét, a naponta rágyújtók arányának csökkenését fenntarthassuk, fontos, hogy egy átfogó dohányzás visszaszorításra irányuló program valósuljon meg, melyen keresztül olyan társadalmi elvárások alakulnak ki, amelyek elősegítik a leszokást és megelőzik a rászokást.

A megelőzés fontossága

Ahogy azt a dohányzás prevalencia fejezetben kifejtettük, a 13-15 éves korosztálynak csak a 43% gondolja azt, hogy mások cigarettafüstje káros a számára. 100 fiatal közül csak 61 szerint árt önmagának a cigarettázással. Feltételezhető, hogy a naponta dohányzó fiatalok arányának enyhe növekedésében szerepet játszott a dohányzás és a passzív dohányzás kevésbé negatív megítélése.

A 2013-as ifjúsági felmérés eredményei szerint a megelőzési programok kevesebb gyermekhez jutnak el, a fiatalok 44%-a vett részt a dohányzás ártalmairól szóló oktatáson, illetve 33%-a vett részt olyan tanórán, ahol a vele egyidős fiatalok dohányzásának okairól beszélgettek. A fiatalok körében bekövetkezett dohányzással kapcsolatos attitűdváltozás jelzi, hogy az iskolai megelőzés jelenlegi rendszere nem megfelelő. A GYTS felmérés adatai alapján nem megítélhető, hogy az eredménytelenségben az iskolai megelőző programokban való alacsony részvételi arány, vagy a programok esetleges elégtelen hatása játszik-e nagyobb szerepet.

A fiatalok dohányzási szokásait befolyásoló tényezők feltárása és megértése céljából összefüggés elemzést készítettünk mely alapján elmondható, hogy a fiatalok dohányossá válásának esélyét jelentősen növelte, ha a környezetükben élők (szülők, barátok, az iskolaudvaron dohányzó diákok) dohányoznak. Eredményeink tehát alátámasztják azt a szakirodalomban többszörösen bizonyított tényt, miszerint a társas környezet és befolyásoltság jelentősen meghatározza a fiatalok dohányzási szokásait.

Kutatások bizonyítják, hogy a dohánytermékek árának növelése, a tömegkommunikációs kampányokkal kiegészített közösségi programok, valamint a közösség mobilizálása sikeresen visszaszorítják a fiatalok körében a dohányzást.

Azonban ahhoz, hogy valóban jelentős változásokat érjünk el a fiatalok dohányzásának visszaszorítása területén, a jogszabályi intézkedéseket egyéb beavatkozásokkal, pl. igazoltan hatásos megelőzési programokkal, kommunikációval célszerű kiegészíteni. Így fontosnak tartjuk, hogy olyan szociális készségekre és kompetenciákra irányuló, komplex megelőzési programok kidolgozására kerüljön sor, melyek megfelelnek a legújabb egészségmagatartás megváltoztatására vonatkozó elméleteknek, valamint magukba foglalják a legújabb jó gyakorlatok eredményeit.⁸⁶

A hatásos egészségmagatartás eléréséhez szükség van egyéni szinten történő beavatkozásra, mely alapját adja a rendszerszintű változások eléréséhez is. A viselkedés megváltoztatásához a képességek, lehetőségek és motiváció együttes hatása szükséges, melyet a „COM-B rendszer” foglal magában.⁸⁷

A megelőzés lehetőségei

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja országos szinten eredményesen működik az 1994-ben elvégzett modellkísérlet óta, jelenleg az összes óvoda több mint 50%-ában. A

⁸⁶ Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001293.pub3/pdf> , letöltve: 2015.04.08)

⁸⁷ Michie et al: The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science, 2011. 6:42 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096582/pdf/1748-5908-6-42.pdf> letöltve: 2014.04.08)

program szórakoztatóan, játékosan formálja a gyerekek véleményét a dohányzásról, egyben felkészíti őket arra, hogy ne legyenek elszenvedői a passzív dohányzásnak, hanem aktívan lépjenek fel ellene.

Jelenleg nem áll rendelkezésre megfelelő mennyiségű és minőségű bizonyíték az óvodai dohányzás megelőzési programok hatásosságával kapcsolatban, azonban az egyes programok hatásvizsgálata alapján elmondható, hogy az óvodás korú gyermekeket célzó programok segítik a dohányzás megkezdésének megelőzését. Többek között ilyen jó gyakorlat minősül a kanadai Lungs are for Life dohányzás megelőzési program, mely óvodás és iskolás (12. osztályig) gyermekeknek szól⁸⁸.

A NEFI Óvodai Dohányzás Megelőzési Programjának hatásvizsgálata⁸⁹ alapján elmondhatjuk, hogy a program hatására a gyermekekben kialakul, illetve megerősödik a dohányzás elutasításáért felelős attitűd, bővül a dohányzás káros hatásaival kapcsolatos tudás és kialakul, illetve megerősödik a passzív dohányzás elleni aktív fellépés képessége.

További információ:

http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/ovodai_dohanyzas_megelozesi_program.html

A programdoboz tartalma (néhány eszközt kivéve) térítésmentesen letölthető:

<http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/programdoboz.php>

A „Ciki a cigi” iskolai program az óvodai program során megalapozott ismeretátadás, illetve attitűd-formálást eredményező impulzus és az életkori sajátosságoknak megfelelő szemléletformálás további biztosítására törekszik tanórai keretek között, illetve tanórákon kívül.

Tanórán kívüli használatra a „Ciki a cigi” honlapot (<http://www.cikiacigi.hu/fooldal.html>) ajánljuk, amit az interneten vagy egy hordozható érintőképernyős számítógépen (HÉSZ) keresztül ismerhetnek meg a gyermekek. A HÉSZ célja felhívni a gyermekek figyelmét a honlapon található játékokra, információkra, melyek a dohányzás káros hatásaira hívják fel a figyelmet. A készüléket a kormányhivatalok Népegészségügyi Szakigazgatási Szervénél igényelhetik az iskolák.

A 2008-ban kifejlesztésre került a 3-5., illetve a 6-8. osztályos tanulók részére, interaktív eszközt is tartalmazó tanmenet és eszközcsomag. Az iskolai program olyan kompetenciákat fejlesztő feladatokat, modulokat tartalmaz, amelyek a szakirodalom alapján hatásosnak mondhatók a dohányzás megelőzés területén.

A 3-5. és a 6-10. osztályos korcsoportoknak szánt képzési anyagok közötti különbséget a korosztályok eltérő pszichológiai sajátosságai indokolják. A 3-5. osztályos tanulók számára kialakított program figyelembe veszi a rájuk jellemző kognitív, erkölcsi és képzeleti fejlődést. A megismerési folyamatok, a figyelem, az észlelés, a képzelet, a gondolkodás és az emlékezet ebben az időszakban nagy változásokon megy át, sokszor ugrásszerűen nő meg az elsajátított tudásanyag, információ mennyisége. Ebben az időszakban a szándékos figyelem terjedelme nő, bővül az egyidejűleg észben tartható információk mennyisége, növekszik elraktározásuk és előhívásuk sebessége. A gondolkodási folyamatok egyre logikusabbá, tudatosabbá és következetesebbé válnak, vagyis az úgynevezett konkrét műveletek szintjére kerülnek. Ezért fontosnak tartottuk, hogy programunkban az egyes képzési elemeket a tanulók számára kifejezetten átélhetővé, érzékszervileg érzékelhetővé tegyük. Így ezen módszerek alkalmazásával, a programhoz tartozó oktatási eszközök szemléletesen mutatják be

⁸⁸ <http://www.lungsareforlife.ca/>

⁸⁹ http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/pdf/kindergarten_impact_assessment_summary_english_berkes.pdf

a dohányzás következtében kialakuló betegségeket és azok várható szövődményeit, érzékeltetik a dohányzás pszichés vonatkozásait, amely során tartalommal telnek meg a dohányzás témaköréhez tartozó elvont fogalmak is.

A program három fő területre koncentrál:

- a passzív dohányzás elkerülése,
- a dohányzásra történő rászakás megelőzése,
- a leszokás segítése.

Az eszközcsoomag tartalmaz egy kivetíthető flash alapú interaktív előadást, egy tanári kézikönyvet, valamint egy szöveges segédletet az előadás képanyagához. Mindezek lehetővé teszik a dohányzással összefüggő valamennyi területhez kapcsolódó ismeretek átadását. A flash alapú interaktív előadás felkelti és fenntartja a diákok figyelmét, segíti az ismeretanyag rögzítését, elsajátítását (pl. képek, filmrészletek, animációk stb.).

A tanári kézikönyv a pedagógusoknak ad útmutatást, tanácsokat a foglalkozások megtartásához. A benne foglalt ismeretanyag feldolgozására 8 x 45 perc időtartamot javasunk, amely azonban az iskolai tanórák lehetőségeihez igazodva rövidebb idő alatt is megvalósítható.

A program sikeres lebonyolításához összeállítottunk egy szöveges segédletet, amely tartalmazza a flash alapú interaktív előadás teljes képanyagát, valamint a feldolgozást segítő rövid, szöveges magyarázatot. Ennek segítségével a tíz fejezet könnyedén feldolgozható.

Az iskolák részére regisztrációt követően, az OEFI honlapjáról (<http://reg.oefi.hu/>) térítésmentesen letölthető a tanári kézikönyv, a szöveges segédletet, valamint a videó részletekkel, képekkel, és animációkkal gazdagított flash alapú interaktív előadás.

A legújabb jó gyakorlatok eredményeit összefoglaló tanulmány (Cochrane review)⁹⁰ szerint a szociális hatásokat és szociális kompetenciát befolyásoló kombinált iskolai dohányzás megelőzési program egy évnél rövidebb, illetve hosszabb követés mellett is hatásos tud lenni. Ennek megfelelő a Ciki a cigi iskolai dohányzás megelőzési program, melynek jövőbeni fejlesztését is az összefoglalóban meghatározott elvek mentén kívánjuk megvalósítani.

Az interaktív előadás lejátszható/megtekinthető:

http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/iskolai_megelozesi_program_3-5.html

http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/iskolai_megelozesi_program_6-10.html

Következtetések

Összességében elmondható, hogy ahhoz, hogy fenntartsuk a felnőtt lakosság körében bekövetkezett pozitív változást, illetve jelentős változást érjünk el a fiatalok dohányzásának visszaszorítása területén, a jogszabályi intézkedéseket egyéb beavatkozásokkal, pl. igazoltan hatásos megelőzési programok célszerű kiegészíteni. Így fontosnak tartjuk a már meglévő megelőzési programok megvalósítását, illetve a legújabb egészségmagatartás megváltoztatására vonatkozó elméletek és jó gyakorlatok eredményei alapján történő fejlesztését.

⁹⁰ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001293.pub3/abstract;jsessionid=3993B1D7C87CBE2EB-947B0E1A84FCD93.f02t02>

ÚJ KIHÍVÁSOK: AZ E-CIGARETTA HASZNÁLATA

Nemzetközi kitekintés

Nemzetközi viszonylatban az e-cigaretta használat ismertségét illetően elmondható⁹¹, hogy az EU lakosságának több mint kétharmada hallott már az elektronikus cigarettákról, de 93%-uk még sosem használta ezt a terméket. A rendszeres használók aránya 1% volt, akárcsak az alkalmi használóké, 5%-uk mindössze 1-2-szer próbálta ki a terméket. Az e-cigaretta használatáról kevés adat áll rendelkezésre, de a WHO 2014-es⁹² jelentése alapján megállapítható, hogy 2008 és 2012 között mind a felnőttek, mind a fiatalok viszonylatában a használat a kétszeresére emelkedett az Európai Unióban.

Az e-cigaretta, mint termék jogi szabályozása

A WHO FCTC 6. COP gyűlésén a résztvevők fontos eredményként értékelték a nikotint és nikotint nem tartalmazó elektronikus termékek, más néven elektronikus cigaretták dohányzás visszaszorításba történő adaptálását. Megállapodtak a Felek abban, hogy a dohányzás visszaszorítás mentén kell elindítani az elektronikus termékek szabályozását.

WHO 2014-ben felmérést végzett az elektronikus nikotint továbbító rendszerek szabályozásának megismerése érdekében. Az eredmények szerint a felmérésben résztvevő 59 országból 29 tiltja a termékek kiskorúak számára történő értékesítését.⁹³

Azon tagállamok esetében, ahol az elektronikus cigaretták nem a gyógyszer törvény hatálya alá tartoznak, az új dohánytermék-irányelv meghatározza a termékek csomagolására és címkézésre vonatkozó követelményeket. Az irányelv célja a tagországoknak a dohánytermékekhez kapcsolódó egyes termékek – nevezetesen az elektronikus cigaretták és az utántöltő flakonok, valamint a dohányzási célú gyógynövénytermékek – forgalomba hozatalával és címkézésével kapcsolatos szabályozásának harmonizálása. A követelmények között szerepel az egészségvédő figyelmeztetések szerepeltetése is. Az „Ez a termék nikotint tartalmaz, amely erős függőséget okozó anyag. Fogyasztása nemdohányzók számára nem ajánlott.” vagy „Ez a termék nikotint tartalmaz, amely erős függőséget okozó anyag.” egészségvédő figyelmeztetések közül a tagállamok választhatnak. Az új dohánytermék-irányelv nem tiltja az elektronikus cigaretták kiskorúak számára történő értékesítését, a hozzáférés korlátozására azonban lehetősége van a tagállamoknak.

A tagállamok kötelesek kijelölni azt a szervezetet, amely felelős az új dohánytermék-irányelvben foglalt végrehajtásáért. Magyarország részéről az irányelv végrehajtására kijelölt hatóságokból álló hálózatba az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet került delegálásra.

Hazai helyzetkép

A hazai felnőtt lakosságon belül a gyakoriságok hasonlóak az európai trendekhez: a 18 év feletti lakosság 1%-a használ rendszeresen e-cigarettát, 2%-uk csak alkalmanként, míg további 6% csak 1-2 alkalommal próbálta ki a terméket. A 2012-es és 2013-as hazai felnőtt dohányzás felmérési adatok alapján tovább emelkedett a nikotinos e-cigaretta használók köre 2%-ról 3,7%-ra.

⁹¹ A 2012. évi Erobarométer adatai alapján

⁹² http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-en.pdf?ua=1

⁹³ WHO – Electronic nicotine delivery systems report; http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-en.pdf?ua=1 Letöltve: 2015. 03. 30.

A GYTS hazai felméréseiben 2012-ben és 2013-ban is megkérdeztük a fiatalokat az elektronikus cigaretta használatával kapcsolatban. 2012-ben a fiatalok 13%-a használt elektronikus cigarettát valamilyen gyakorisággal, míg ez az arány 2013-ra 9%-ra csökkent. A nemdohányzók 1%-a használt e-cigarettát 2012-ben, míg ez az arány 2013-ban 3% volt. Ezek az adatok nem csak hazánkra vonatkozóan, de nemzetközi szinten is aggasztóak.

E-cigaretta és leszokás

A közelmúltban összeállított irányelvek már részletesebben elemzik az e-cigaretta szerepét a dohányzásban és a leszokásban. Az irányelvek egységesen megállapítják, hogy nem áll rendelkezésre elégséges bizonyíték – az e-cigaretta gyártóktól független, randomizált kontrollált vizsgálat - amely nagyszámú résztvevő bevonásával és kellően hosszú megfigyelési időszak után vonná le a következtetéseket az e-cigaretta a leszokás támogatásban betöltött szerepéről⁹⁴. Figyelemreméltó megállapítás, hogy az e-cigaretta használata nem csökkenti, hanem fenntartja a nikotinfüggőséget^{95,96,97}. Az e-cigaretta továbbá jelentős mértékben tartalmaz egészségkárosító anyagokat a nikotinon kívül. A majd egy évtizedes használat és a rendelkezésre álló kutatási eredmények még nem elégségesek ahhoz, hogy egyértelműen meg lehessen ítélni az egészségre és a dohányzási szokásokra gyakorolt hosszú távú hatásokat, különösen a krónikus betegségekben szenvedők esetében⁹⁸.

A dohányipar kétségbe vonható állításaival szemben, a használók többsége nincs tisztában a valós ártalmakkal: a legtöbben azt gondolják, hogy az e-cigaretta használata biztonságos és hatékony leszokást támogató eszköz.

Az e-cigaretta használata mérsékelten csökkenti a dohányzás utáni sóvárgást és a megvonási tüneteket, a használók kevésbé tapasztalnak hangulatingadozást, kevésbé ingerlékenyek, idegesek, nyugtalanok, leverték, vagy szétszórtak^{99,100}. Az eszközök használata csökkenti ugyan az elszívott cigaretták számát, azonban nem alkalmas a dohányzás kiváltására¹⁰¹. Az e-cigarettában képződő aeroszol ugyan kisebb mértékben tartalmaz rákkeltő vegyületeket a hagyományos cigarettafüstözhöz képest, de tekintettel arra, hogy már részben ismerjük az egyes összetevők hosszú távú egészségkárosító hatását, vitatott, hogy használatával megvalósul-e az ártalomcsökkentés.

Következtetés

Az e-cigaretta a jövő kihívása. Mérsékelten csökkenti a függő egyéneknél a dohányzás utáni sóvárgást és a megvonási tüneteket, azonban nem alkalmas a dohányzás kiváltására. Mivel a képződő aeroszol is tartalmaz rákkeltő vegyületeket, vitatott, hogy használatával megvalósul-e az ártalomcsökkenés.

⁹⁴ Trtchounian A, Talbot P. Electronic nicotine delivery systems: is there a need for regulation? *Tob Control* 2011;20:47-52.

⁹⁵ Siegel M, Tanwar K, Wood K. E-cigarettes as a smoking cessation tool. *Am J Prevent Med* 2011;40(4):472- 475.

⁹⁶ Siegel M, Tanwar K, Wood K. E-cigarettes as a smoking cessation tool. *Am J Prevent Med* 2011;40(4):472- 475.

⁹⁷ Lee S, Grana RA, Glantz SA. Electronic Cigarette Use Among Korean Adolescents: A Cross-Sectional Study of Market Penetration, Dual Use, and Relationship to Quit Attempts and Former Smoking. *J Adolesc Health*. 2013 Nov 22. pii: S1054-139X(13)00748-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.11.003.

⁹⁸ Pepper JK, Brewer NT. Electronic nicotine delivery system (electronic cigarette) awareness, use, reactions and beliefs: a systematic review. *Tob Control* 2013 Nov 20.

⁹⁹ Etter JF. Electronic cigarettes: a survey of users. *BMC Public Health* 2010;10:231.

¹⁰⁰ Caponnetto P, Polosa R, Russo C, et al. Successful smoking cessation with electronic cigarettes in smokers with a documented history of recurring relapses: a case series. *J Med Case Rep* 2011;5:585.

¹⁰¹ Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Voudris V. Evaluating Nicotine Levels Selection and Patterns of Electronic Cigarette Use in a Group of "Vapers" Who Had Achieved Complete Substitution of Smoking. *Substance Abuse: Research and Treatment* 2013;7 139–146 doi: 10.4137/SART.S1275.

MELLÉKLET

1.SZ. MELLÉKLET

A Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény (FCTC) felépítése

I. Rész - BEVEZETÉS

1. Fogalmak meghatározása
2. A Keretegyezmény kapcsolata más megállapodásokkal és jogi eszközökkel

II. Rész – CÉLOK, IRÁNYELVEK ÉS ÁLTALÁNOS KÖTELEZETTSÉGEK

3. Célkitűzés
4. Vezérelvek
5. Általános kötelezettségek

III. Rész - A DOHÁNY IRÁNTI KERESLET CSÖKKENTÉSÉVEL KAPCSOLATOS INTÉZKEDÉSEK

6. Ár- és adóintézkedések a dohánykereslet csökkentésére
7. Nem-árintézkedések a dohánykereslet csökkentésére
8. A dohányfüst-expozíció elleni védelem
9. A dohánytermékek összetételének szabályozása
10. A dohánytermékek adatai nyilvánosságra hozatalának szabályozása
11. Dohánytermékek csomagolása és címkézése
12. Oktatás, képzés és lakossági tudatosság
13. A dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás
14. A dohányfüggőséget és dohányzás abbahagyását érintő keresletcsökkentési intézkedések

IV. Rész - A DOHÁNYKÍNÁLAT CSÖKKENTÉSÉVEL KAPCSOLATOS INTÉZKEDÉSEK

15. Dohánytermékek tiltott kereskedelme
16. Értékesítés kiskorúak részére és kiskorúak által
17. Támogatás biztosítása gazdaságilag életképes alternatív tevékenységekhez

V. Rész – A KÖRNYEZET VÉDELME

18. A környezet és az emberek egészségének védelme

VI. Rész - FELELŐSSÉGGEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK

19. Felelősség

VII. Rész – TUDOMÁNYOS ÉS TECHNIKAI EGYÜTTMŰKÖDÉS ÉS AZ INFORMÁCIÓK KÖZLÉSE

20. Kutatás, és információcsere
21. Beszámolás és információcsere
22. Együttműködés a tudományos, technikai és jogi területeken, továbbá a vonatkozó szakértelem rendelkezésre bocsátása

VIII. Rész - INTÉZMÉNYI MEGOLDÁSOK ÉS PÉNZÜGYI FORRÁSOK

23. A Felek Konferenciája
24. Titkárság
25. Kapcsolat a Felek Konferenciája és kormányközi szervezetek között
26. Pénzügyi források

IX. Rész - VITÁS KÉRDÉSEK RENDEZÉSE

- 27. Vitás kérdések rendezése

X. Rész - A KERETEGYEZMÉNY TOVÁBBFEJLESZTÉSE

- 28. A Keretegyezmény módosításai
- 29. A Keretegyezmény mellékleteinek elfogadása és módosítása

XI. Rész - ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

- 30. Fenntartások
- 31. Kilépés
- 32. Szavazati jog
- 33. Jegyzőkönyvek
- 34. Aláírás
- 35. Ratifikáció, elfogadás, jóváhagyás, hivatalos megerősítés vagy csatlakozás
- 36. Hatálybalépés
- 37. Letétemenyes
- 38. Hiteles szövegek

2.SZ. MELLÉKLET

A Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményhez kapcsolódó jegyzőkönyvek és irányelvek

- A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos népegészségügyi politikáknak a dohányipar kereskedelmi és egyéb anyagi érdekeltségeivel szembeni védelméről szóló 5.3 cikkének végrehajtására vonatkozó irányelve
- Irányelvek az Egészségügyi Világszervezet 6. cikkeinek (Ár- és adóintézkedések a dohánykereslet csökkentésére) végrehajtásához
- WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye dohányfüst-expozíció elleni védelemről szóló 8. cikkének végrehajtására vonatkozó irányelvek
- Irányelvek az Egészségügyi Világszervezet 9-10. cikkeinek (A dohánytermékek összetételének szabályozása, A dohánytermékek adatai nyilvánosságra hozatalának szabályozása) végrehajtásához
- WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 11. cikkének (Dohánytermékek csomagolása, címkézése) végrehajtására vonatkozó irányelvek
- Irányelvek az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 12. cikkének végrehajtásához (Oktatás, kommunikáció, képzés és lakossági tudatosság)
- A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 13. cikkének (Dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás) végrehajtására vonatkozó irányelvek
- Irányelvek az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 14. cikkének végrehajtásához (A dohányfüggőséget és dohányzás abbahagyását érintő keresletcsökkentési intézkedések)
- A Dohánytermékek illegális kereskedelmének megszüntetéséről (FCTC 15. cikk) szóló Jegyzőkönyv

3. SZ. MELLÉKLET

A cigaretta adómértékének változása (2007-2014)¹

	2007.			2008			2009			2010
Cigaretta (Ft / 1000 db + kisker. eladási ár %-a, de min. Ft /1000db)	01.01-04.01	04.01-09.01.	09.01-12.31.	01.01-04.01	04.01-09.01.	09.01-12.31.	01.01-06.30	06.01-12.31.	07.01.-12.31.	
	7240 Ft/1000 szál +27,5% min.13090 Ft/1000 szál	7420 Ft/1000 szál 27,75 % min. 13730 Ft/1000 szál	7600 Ft/1000 szál +28% min. 13965 Ft/1000 szál	7600 Ft/1000 szál +28% min. 13965 Ft/1000 szál	7800 Ft/ 1000 szál + 28,2 % min. 14460 Ft/1000 szál	8050 Ft/1000 szál +28,3 % min. 14875 Ft/1000 szál	8265 Ft/1000 szál + 28,3 % de min 15175 Ft/1000 szál	8265 Ft/1000 szál + 28,3 % de min 15475 Ft/1000 szál	8405 Ft/1000 szál + 28,3 %, de min. 16000 Ft/1000 szál	9350 Ft/1000 szál + 28,3 %, de min. 17330 Ft/1000 szál
	2011		2012				2013			2014
	01.01-10.31.	11.01-2012.12.31.	01.01-01.31.	02.01-06-30.	07.01.-11.30.	12.01-12.31.	01.01-01.31.	02.01-04.30.	05.01-12.31	01.01-12.31
	9750 Ft/1000 szál + 28,4 %, de min. 18080 Ft/1000 szál	10550 Ft/1000 szál + 28,4 %, de min. 19530 Ft/1000 szál	10550 Ft/1000 szál + 28,4 %, de min. 19530 Ft/1000 szál	11500 Ft/1000 szál + 30 %, de min.21100 Ft/1000 szál	11900 Ft/1000 szál + 31 %, de min.22300 Ft/1000 szál	12500 Ft/1000 szál + 31 %, de min.24920 Ft/1000 szál	12500 Ft/1000 szál + 31 %, de min.24920 Ft/1000 szál	12500 Ft/1000 szál + 31 %, de min.24920 Ft/1000 szál	12500 Ft/1000 szál + 31 %, de min.24920 Ft/1000 szál	12500 Ft/1000 szál + 31 %, de min.24920 Ft/1000 szál

¹ Forrás: Nemzeti Adó- és Vámhivatal

Készült az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája
és a Magyar Kormány között létrejött együttműködési szerződés
(WHO Biennial Collaborative Agreement BCA 2014-15)
keretében a WHO Magyarországi Irodájának koordinálásával.

További információk:

**Dohányzás Fókuszpont
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI)**

1113 Budapest, Diószegi út 64.

Telefon: 06-1-3651540

E-mail: tibor.demjen@gmail.com

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