

**Nemzeti Erőforrás Minisztérium**

**Tájékoztató**

**az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága részére  
a dohányzási szokásokról és az egészségpolitika ez irányú  
feladatairól**

**Budapest, 2010. november**

## Tartalomjegyzék

I. Vezetői Összefoglaló .....	3
II. Helyzetkép.....	5
<i>Dohányzási szokások és passzív dohányzás felnőttek körében</i> .....	5
1. ábra Jelenleg dohányzók %-os aránya a népességben belül 2009-ben. ....	6
<i>A dohányzás és a passzív dohányzás egészségkárosító hatásai és epidemiológiája</i> .....	7
III. A dohányzás visszaszorításával kapcsolatos intervenciók.....	12
III.1. Rákszokás megelőzése .....	12
III.2. Leszokás segítés .....	17
<i>Dohányzásról történő leszokással kapcsolatos nemzetközi és hazai adatok</i> .....	17
III.3. Nemdohányzók védelme .....	19
III.4. Dohánytermékek szabályozása.....	26
III.5. Dohánytermékeket imitáló termékek (vízipipa, e-cigaretta, cigaretta formájú rágógumi, csoki szivar stb.).....	32
V. Népegészségügyi termékadj bevezetése .....	38
VI. Összefoglalás .....	43

## I. Vezetői Összefoglaló

A dohányzás a legjelentősebb megelőzhető halálok a fejlett országokban így Magyarországon is. Sajnos hazánk a dohányzási szokásokat tekintve az EU27 országok közül 25. a listában, a lakosság 38%-a dohányzik, 15%-a korábban dohányzott, de már leszokott és csupán 47%-a, aki sohasem dohányzott élete során. A nők és a férfiak napi átlag cigarettafogyasztása az unió átlaga feletti. Az EU-ban évente mintegy 650 000 ember hal meg a dohányzással összefüggő betegségekben. A dohányzás felelős az EU-ban a rák okozta halálozások 25%-áért, illetve a bekövetkező halálozások 15%-áért. Óvatos becslések szerint 2002-ben az Európai Unióban 7 300 felnőtt – köztük 2 800 nem dohányzó – halt meg a környezeti dohányfüstnek való munkahelyi kitettség következtében. További 72 000 felnőtt, köztük 16 400 nem dohányzó halála vezethető vissza a környezeti dohányfüstnek való otthoni kitettségre. A tüdőrák halálozását tekintve Magyarország világelső, s ennek a betegségnek a 90 százaléka a dohányzás számlájára írható.

Az Európai Unió országaiban a dohányzás költségei elérik az évi 98-130 milliárd eurót, ami az Unió 2000. évi GDP-jének 1,04-1,39%-ának felelt meg. A környezeti dohányfüstnek való munkahelyi kitettség az EU 27 tagállamában becslések szerint évi 2,46 milliárd euró makrogazdasági költséggel jár. 2004-ben Magyarország nemzeti össztermékének (GDP) 1,7%-a veszett el dohányzás miatt. A passzív dohányzás 2004-ben 2300 halálesetet okozott a 35 év feletti korcsoportban, és – bár költségei „csak” a GDP 0,1%-át teszik ki – a 17 milliárd forintos okozott kár szintén jelentős. 2004-ben az aktív és passzív dohányzás közel 350 milliárd forint kiadást okoztak a költségvetésnek. 2004-ben az állam a dohánytermékek jövedéki adójából (183,9 milliárd) és áfájából (70,3 milliárd) összesen 254 milliárd forint bevételre tett szert, azaz majdnem 100 milliárddal kevesebbet, mint amennyit állampolgárai dohányzása miatt elköltött. A dohányzás visszaszorítása magyarországi folyamatának fontos állomásaként az Országgyűlés az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét (WHO FCTC) a 2005. évi III. törvénnyel kihirdette, ami 2005. február 27-én lépett hatályba. 2009-ig a tagállamok összesen négy irányelvet fogadtak el: a dohányfüst expozíció elleni védelemről, a dohányipari érdekekkel szembeni védelemről, a dohánytermékek csomagolásáról és címkézéséről, valamint dohányreklámról és a dohányipari szponzorációról szóló irányelveket.

**A rászokás megelőzése, a gyermekkorban illetve fiatalkorban történő dohányzás, illetve a gyermekeket, fiatalokat érő dohányfüst expozíció kiemelt területe a dohányzás visszaszorításának.** 1999-ben a fővárosi óvodások 39,6%-a volt passzív dohányos, ami 2009-re 10%-al csökkent, de még mindig a gyermekek 29%-a volt dohányfüstnek kitéve az otthonában. A 13-15 évesek dohányzási szokásait, attitűdjét vizsgáló Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés 2003-as és 2008-as magyarországi adatait összehasonlítva látható, hogy csaknem minden adat esetén csökkenés, azaz javuló tendencia volt tapasztalható, kivéve a cigarettán kívül más dohánytermékek fogyasztását. **A tanulók több mint fele kipróbálta már a cigarettát élete során** és közülük közel minden ötödik tanuló tíz éves kora előtt szívta el az első slukkot. Nyilvános helyeken a soha nem dohányzó tanulók 87,9%-a ki van téve mások dohányfüstjének, 10 tanulóból közel 8 támogatná a dohányzás nyilvános helyeken történő teljes betiltását. 2003-ról 2008-ra 84%-ról 43%-ra csökkent azoknak a gyerekeknek az aránya, akik olyan háztartásban élnek, ahol az ő jelenlétükben dohányoznak. Bár jelentős a csökkenés, de még mindig **majdnem minden második 13-15 év közötti fiatal van kitéve az otthoni dohányfüstnek.** A dohányzás visszaszorításában nélkülözhetetlen a lakosság tájékoztatása, véleményformálása, széles körű hozzáférést kell biztosítani a hatásos oktatási és lakossági programokhoz.

Az Eurobarometer 2009-es jelentése alapján, az elmúlt egy évben a dohányosok 14%-a egy, 13%-a kettő és öt között, illetve 1%-a ötnél többször megpróbálta abbahagyni a dohányzást. 2009-ben a Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium, a Kardiológiai Szakmai Kollégium, a Pszichiátriai Szakmai Kollégium, a Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium, a Megelőző Orvostani és Népegészségügyi Szakmai Kollégium, a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke, és az Országos Alapellátási Intézet közös munkája eredményeként elkészült a „**A dohányzás leszokás támogatásának szakmai irányelve**”. A leszokás segítése nem lehet sikeres a minimálintervenció széleskörű a jelenleginél elterjedtebb alkalmazása, a telefonos leszokást segítő szolgáltatások működésének támogatása, a segítséget nyújtó intézmények, szakemberek munkájának támogatása nélkül.

A magyar társadalomban a nemdohányzók és dohányzók többsége is egyetért a zárt légtérű munkahelyek dohányfüst-mentessé nyilvánításának fontosságában. A passzív dohányzás jelentős népegészségügyi és gazdasági terhet jelent, amelynek csökkentése a dohányzás visszaszorítás fontos területe kell, hogy legyen. A közeljövőben szükséges a **törvény további szigorítása, a nemdohányzók fokozottabb védelme** a vendéglátóhelyeken dolgozókat is beleértve valamint az ellenőrző szankcionáló rendszer megerősítése. Az egészségügyi ágazat a „**Zéró-tolerancia**” elvét vallja. Tekintettel arra, hogy a teljes tiltás Írországból, Cipruson, Nagy Britanniában is mind a népegészségügy, mind a gazdaság területén pozitív eredményeket produkált, ennek a jogszabályi háttérnek megerősítése elsőrendű feladat.

**A dohánytermék az egyetlen legálisan kapható árucikk, amely a gyártó előírása szerinti használat esetén öl ezért fontos a termék gyártásának és forgalmazásának szabályozása ellenőrzése.** Az optimális megoldás érdekében szükséges a dohánytermékek előállításával, az adalékanyagokkal összefüggő nemzetközi és hazai szabályozás továbbgondolása, folyamatos felülvizsgálata. Az ehhez szükséges kutatásoknak azonban mivel rengeteg idő és anyagi ráfordítást jelentenének, semmiképpen nem az adófizetők pénzéből kellene megtörténnük, hanem a dohányiparnak kell finanszíroznia.

A csomagolás terén is tovább kell lépni az egyik legfontosabb feladat a **színes fényképekkel ellátott egészségügyi figyelmeztetések** bevezetése. A szövegekkel ellátott képek figyelmeztetnek a dohányzás következtében nagyobb gyakorisággal bekövetkező betegségek kockázatára segítenek a leszokással kapcsolatban, felhívják a figyelmet a passzív dohányzás veszélyeire, valamint érzékeltetik a terhesség alatti dohányzás magzatkárosító hatását.

Komoly következményekkel járhat a **dohánytermékeket imitáló termékek** megjelenése és gyors elterjedése a hazai piacokon. Veszélyességükre már több nemzetközi szakmai szervezet is felhívta a figyelmet. Az elektronikus cigaretta és a vízpipa a közhiedelemmel ellentétben egészségkárosító hatású lehet, mindenképpen indokolt a forgalmazásukat és fogyasztásukat szabályozni, ezen a téren jelentős hiányosságok tapasztalhatók. A termékek különböző **aromákban** (csokoládé, vanília, karamell, stb.) történő árusítása veszélyes, mivel csökkenti a fiatalok dohányzással kapcsolatos negatív attitűdjét.

**Az egészségpolitikai intézkedések területén szükség lenne a témához kapcsolódó jogszabályi felülvizsgálatra.** Továbbá a dohánytermékek adójának folyamatos, az infláció és a reálkeresetek növekedését meghaladó mértékű emelésére, amely ma az egyik leghatékonyabb **dohányzással szembeni intézkedés**, mely főként a fiatalok dohányzás csökkentése irányában hat. A dohánytermékekre a szálszálankénti illetve vágott/őrölt dohány esetén grammonként számított népegészségügyi termékadójának bevezetése megoldást jelenthetne a dohányfogyasztás csökkentésére.

## II. Helyzetkép

### *Dohányzási szokások és passzív dohányzás felnőttek körében*

Az Eurobarometer<sup>1</sup> 2009-es jelentése alapján az Európai Unió lakosainak megközelítőleg egyharmada jelenleg is dohányzik (29%), 22%-a leszokott a dohányzástól, és közel fele sosem dohányzott. A legalacsonyabb a dohányzók aránya Svédországban (16%) és Finnországban (21%). A dohányosok legnagyobb arányban a Dél-európai országokban találhatóak, mint például Görögország, ahol számuk meghaladja a 40%-ot. Továbbá kifejezetten magas a dohányosok aránya a következő országokban is: Bulgária (39%), Törökország (37%) és Macedónia (37%). *Sajnos Magyarország 25. a listában a lakosság 38%-a dohányzik, 15%-a korábban dohányzott, de már leszokott és csupán 47%-a aki sohasem dohányzott élete során.*

Jelenleg dohányzók %-os aránya a népességben belül 2009-ben	EU 27 (%)	Magyarország (%)
Összes	29	38
Férfi	35	46
Nő	25	32
15-24	35	39
25-39	37	50
40-54	35	49
55+	17	20

1. Táblázat Special Eurobarometer 332, Tobacco. European Commission, 2009

A Gallup Intézet<sup>2</sup> 2007-es jelentése szerint **Magyarországon szignifikánsan nem változott a dohányzók aránya 2004 és 2007 között.** 2004-ben a lakosság 31%-a, 2006-ban és 2007-ben 33%-a dohányzott napi rendszerességgel. **Tíz nőből 2,5, míg tíz férfiből 4 dohányzott rendszeresen.** A férfiak között a dohányzók aránya 5 százalékponttal emelkedett a 2004-es adatokhoz képest, a nők körében nem változott a dohányzók aránya. A teljes lakosság 18 százaléka dohányzott korábban, de sikeresen leszokott.

---

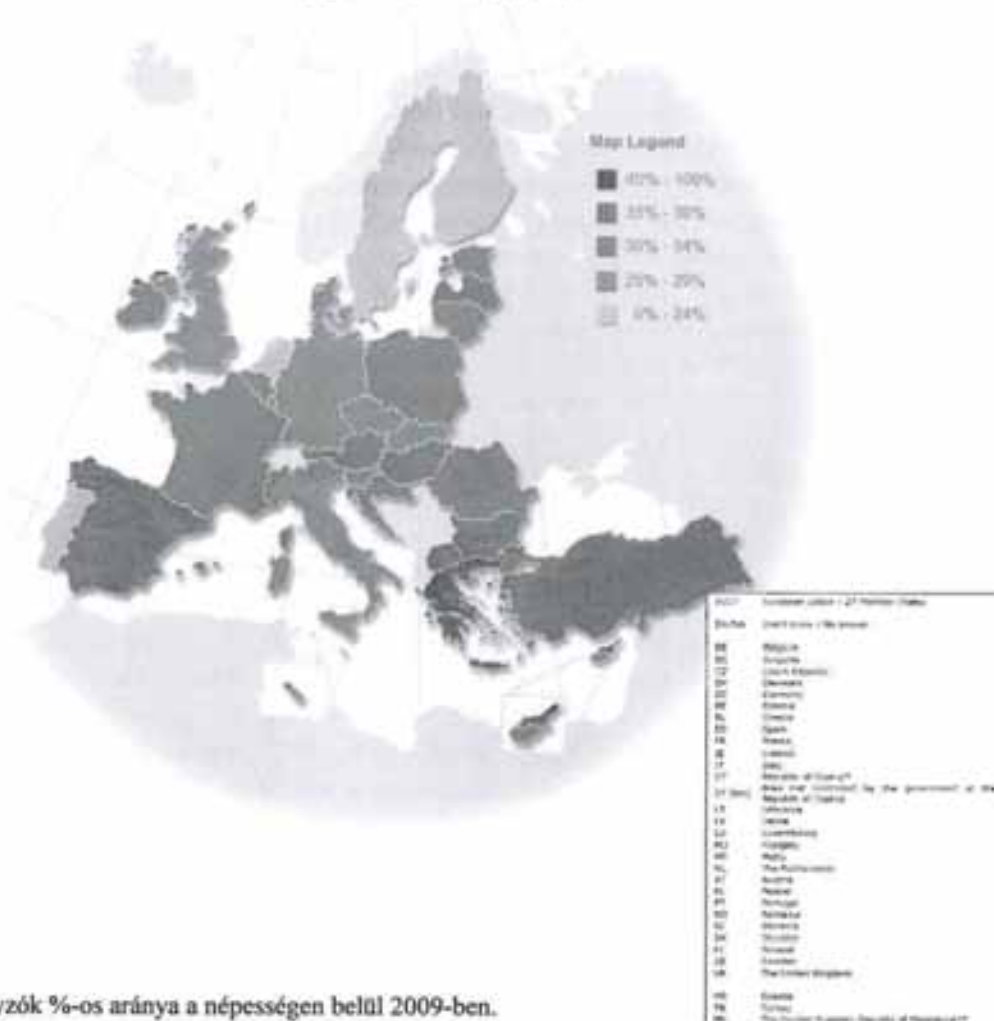
<sup>1</sup> Special Eurobarometer 332, Tobacco. European Commission, 2009

<sup>2</sup> ODE Dohányzás Monitor. Az Országos Dohányfüstmentes Egyesület Magyar Gallup Intézet támogatásával végzett monitoring vizsgálatai (2002 –2004 –2006 -2007)



Jelenleg dohányzók %-os aránya a népességben belül 2009-ben.

(cigaretta, szivar, pipa)



1. ábra Jelenleg dohányzók %-os aránya a népességben belül 2009-ben.

Szintén a Gallup felmérésekből ismert, hogy 2004-ben 17,4 db-ot, 2006-ban 16,2 db-ot, 2007-ben 16,5 darabot szívtak el átlagosan fejenként a dohányosok. 2000 óta jelentős csökkenés tapasztalható az elszívott cigaretta mennyiség terén: 2000-ben még a dohányosok 22%-a szívtak el napi 20-nál kevesebbet, a többiek ennél többet, 2004 őszén már 45%, 2006-ban 52%, 2007-ben 53% tartozik a „20 szál alattiak” táborába. A 2009-es Eurobarometer szerint mind a nőknél, mind a férfiaknál az unió átlaga feletti a napi átlag cigarettafogyasztás hazánkban.

Elszívott cigaretták száma napi átlag (db) 2009-ben	EU 27	Magyarország
Összes dohányos	14.4	16.3
<b>Férfi</b>	15.7	17.5
<b>Nő</b>	12.8	14.8

2. Táblázat Special Eurobarometer 332, Tobacco. European Commission, 2009

## *A dohányzás és a passzív dohányzás egészségkárosító hatásai és epidemiológiája*

Az Egészségügyi Világszervezet<sup>3</sup> (WHO) szerint napjainkban a világon a megelőzhető halálokok között első helyen a dohányzás áll. Évente több mint öt millió embert veszítünk el a dohányzás hatásai miatt, többet, mint HIV/AIDS, malária és tuberkulózis következtében együttesen. A dohányzók több mint fele a szenvedélyükkel összefüggő betegségekben hal meg.

Markos Kyprianou, egészségügyi és fogyasztóvédelmi európai biztos nyilatkozata<sup>4</sup> szerint, az EU-ban évente mintegy 650 000<sup>5</sup> ember hal meg a dohányzással összefüggő betegségekben. Az Európai Parlament 2009. november 26-i állásfoglalása<sup>6</sup> szerint a dohányzás felelős az EU-ban a rák okozta halálozások 25%-áért, illetve a bekövetkező halálozások 15%-áért.<sup>7</sup> Óvatos becslések szerint 2002-ben az Európai Unióban 7 300 felnőtt – köztük 2 800 nem dohányzó – halt meg a környezeti dohányfüstnek való munkahelyi kitettség következtében. További 72 000 felnőtt, köztük 16 400 nem dohányzó halála vezethető vissza a környezeti dohányfüstnek való otthoni kitettségre.<sup>8</sup>

*A dohányzással összefüggő betegségek következtében Magyarországon közel harmincezer ember hal meg, ez minden ötödik hazai halálesetet jelenti.*

A dohányzás egészségkárosító hatásait könyvtárnyi szakirodalom rögzíti.<sup>9</sup> A dohányzás hatására jelentősen fokozódik a **kardiovaszkuláris megbetegedések** (hipertónia, érelmeszesedés, trombózis, angina, szívinfarktus, agyvérzés, agyi érelzáródás), egyes **daganatok** (tüdőrák, szájüregi daganatok, gégerák, nyelöcsőrák és hólyagrák) és az idült hörgőhurut-tüdőtágulás (COPD) kockázata. A dohányzás szerepet játszik a **csonttritkulás**, a **szürkehályog**, a **macula degeneráció** megjelenésében is. Jelentős szövődménye a dohányzásnak a **fertilitás csökkenése** és az **impotencia**. A terhes anyák dohányzása nem csak az anya, de a **magzat egészségét, életkilátásait is rontja**.

A dohányzás okozta betegségek megoszlása: kardiovaszkuláris megbetegedések (41%); tüdőrák (21%); COPD (13%); egyéb daganatok (13%); egyéb légzőszervi betegségek (6%); egyéb betegségek (7%).

*A tüdőrák halálozását tekintve Magyarország világszerte a legrosszabb, s ennek a betegségnek a 90 százaléka a dohányzás számlájára írható.* Az idült hörgőhurut és a tüdőátágulás (COPD) előfordulásának 80 százaléka függ össze a dohányzással. A szív és érrendszeri betegségek miatti halálesetek egynegyede is a dohányzás következményének tekinthető. A dohányzás nem csak számos betegség gyakoriságát növeli meg, de a lefolyásukat is súlyosbítja. Annak a

<sup>3</sup> WHO World No Tobacco Day 2009 [http://www.who.int/tobacco/wntd/2009/questions\\_answers/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/wntd/2009/questions_answers/en/index.html)

<sup>4</sup> <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/1013&format=HTML&aged=1&language=HU&guiLanguage=en>

<sup>5</sup> Tobacco or health in European Union: Past, present and future. Report of the ASPECT consortium. European Commission, October 2004. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)

<sup>6</sup> Az Európai Parlament 2009. november 26-i állásfoglalása a dohányfüstmentes környezetről P7\_TA(2009)0100 <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2009-0100+0+DOC+XML+V0/HU>

<sup>7</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/tobacco\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_en.htm)

<sup>8</sup> The Smoke Free Partnership (2006). Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe Brussels, Belgium: European Respiratory Society.

<sup>9</sup> Kovács G., Manchin R., eds. Dohányzás vagy egészséges életmód. Budapest, Medicina 2006

valószínűsége, hogy egy dohányos szívinfarktusban meghaljon két-háromszorosa a nemdohányzók kockázatához képest. A rendszeresen napi 20 szál cigarettát elszívók körében 15-ször gyakoribb a tüdőrák és 12-szer gyakoribb a COPD, mint a nemdohányzóknál. A kockázat értelemszerűen növekszik a dohányzással töltött évek és a naponta elszívott cigaretták számával.

#### *Népegészségügyi és gazdasági hatások*

A dohányzás következményeként a **morbidity és mortality mutatók** kedvezőtlenek és ez az országok gazdasági fejlődését is negatívan befolyásolja.

*Az Európai Unió országaiban a dohányzás költségei elérik az évi 98-130 milliárd eurót, ami az Unió 2000. évi GDP-jének 1,04-1,39%-ának felelt meg.<sup>10</sup>*

A dohányfüstmentes környezetről szóló tanácsi ajánláshoz készült hatásvizsgálat szerint a környezeti dohányfüstnek való kitettség is jelentős pénzügyi terhet jelent. A környezeti dohányfüstnek való munkahelyi kitettség az EU 27 tagállamában a becslések szerint évi 2,46 milliárd EUR makrogazdasági költséggel jár.<sup>11</sup> Ezt az összeget a dohányzással összefüggő megbetegedésekre fordított, 1,3 milliárd EUR-t meghaladó egészségügyi kiadás (beleértve a nem dohányzó alkalmazottak ellátására fordított 560 millió EUR-t), valamint több mint 1,1 milliárd EUR nem egészségügyi jellegű, a termelékenységben bekövetkezett veszteségekhez kapcsolódó kiadás (beleértve 480 millió EUR-t a nem dohányzó alkalmazottakkal összefüggésben) alkotja. A környezeti dohányfüstnek való kitettség **mikrogazdasági terhei** közé a munkavállalók alacsonyabb termelékenysége, a dohányzóeszközök által előidézett tüzkár, valamint a dohányzáshoz kapcsolódó további takarítási és felújítási költségek tartoznak.

Az Európai Bizottság által 2003 februárjában rendezett "Dohányzásellenes és fejlesztéspolitikai magas szintű kerekasztal"<sup>12</sup> résztvevői arra a következtetésre jutottak, hogy az országok gazdasági teljesítőképességének egyik alapvető befolyásoló tényezője az, hogy az illető ország mennyire sikeres a dohányzás visszaszorításában.

Egy 2006-ban a GKI Gazdaságkutató Zrt.<sup>13</sup> által végzett kutatás, nemzetközileg elfogadott módszertant alkalmazva, a 2004-es megbetegedési és halálozási adatok felhasználásával számította ki a dohányzás társadalmi káraitra vonatkozó adatokat. Eszerint 2004-ben Magyarországon körülbelül 23 ezer 35 év feletti állampolgár halt meg dohányzás következtében. Majdnem minden harmadik 35 év feletti férfi (30%) dohányzás miatt hal meg. A költségek körülbelül fele-fele arányban közvetlen és közvetett költségek. Jelentős tétel a gyógyszerkiadás, a rokkantnyugdíj és fekvőbeteg-ellátás költsége, valamint a betegség miatti jövedelem-kiesés.

---

<sup>10</sup>Tobacco or health in European Union: Past, present and future. Report of the ASPECT consortium. European Commission, October 2004.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)

<sup>11</sup> AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA Brüsszel, 2009. július 1. (01.07)– Kísérő dokumentum a dohányfüstmentes környezetről szóló tanácsi ajánlásra irányuló javaslatához A HATÁSVIZSGÁLAT ÖSSZEFOGLALÁSA

<sup>12</sup> HIGH LEVEL ROUND TABLE ON TOBACCO CONTROL AND DEVELOPMENT POLICY, BRUSSELS, 4 FEBRUARY 2003

<sup>13</sup> Barta J, Szilágyi T, Tompa T: A dohányzás társadalmi költsége, a dohányadók hatása.



Ez azt jelenti, hogy 2004-ben Magyarország nemzeti össztermékének (GDP) 1,7%-a veszett el dohányzás miatt.

Tétel	Költség (milliárd forint)
<b>Közvetlen hatások</b>	
Fekvőbeteg ellátás	13,5-13,9
Jövedelem kiesés betegség miatt	27,7-28,5
Rokkantsnyugdíj	35,9-37,1
Háziorvosi ellátás	7,1-7,3
Táppénz	9,3-9,6
SZJA adóbevétel kiesés	0,7
Gyógyszerkiadás	50,4-51,9
Hálapénz	3,6-3,8
Tűzkár	0,25
<b>Közvetlen kiadások összesen</b>	<b>148,5-152,9</b>
<b>Közvetett hatások</b>	
Jövedelem kiesés halálozás miatt	166,6-176,8
<b>Közvetett kiadások összesen</b>	<b>166,6-176,8</b>
<b>Kiadások összesen</b>	<b>315-330</b>

3. Táblázat Barta J, Szilágyi T, Tompa T: A dohányzás társadalmi költsége, a dohányadók hatása.

A passzív dohányzás 2004-ben 2300 halálesetet okozott a 35 év feletti korcsoportban, és – bár költségei „csak” a GDP 0,1%-át teszik ki – a 17 milliárd forintos okozott kár szintén jelentős.

Tétel	Költség (milliárd forint)
<b>Közvetlen hatások</b>	
Fekvőbeteg ellátás	1,97
Jövedelem kiesés betegség miatt	1,3-1,4
Rokkantsnyugdíj	2,2-2,3
Háziorvosi ellátás	0,45-0,46
Táppénz	0,04
SZJA adóbevétel kiesés	0,34-0,35
Gyógyszerkiadás	2,4-2,5
Hálapénz	0,17-0,18
Tűzkár	0,012
<b>Közvetlen kiadások összesen</b>	<b>8,5-8,7</b>
<b>Közvetett hatások</b>	
Jövedelem kiesés halálozás miatt	8,1-8,6
<b>Közvetett kiadások összesen</b>	<b>8,1-8,6</b>
<b>Kiadások összesen</b>	<b>16,6-17,3</b>

4. Táblázat Barta J, Szilágyi T, Tompa T: A dohányzás társadalmi költsége, a dohányadók hatása.

2004-ben az aktív és passzív dohányzás közel 350 milliárd forint kiadást okoztak a költségvetésnek. Ugyanabban az évben az állam a dohánytermékek jövedéki adójából (183,9 milliárd) és áfájából (70,3 milliárd) összesen 254 milliárd forint bevételre tett szert, azaz majdnem 100 milliárddal kevesebbet, mint amennyit állampolgárai dohányzása miatt elköltött.

### *Mérföldkövek a dohányzás visszaszorításában*

A dohányzás visszaszorítása magyarországi folyamatának fontos állomásaként az Országgyűlés az **Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét** (WHO FCTC) a 2005. évi III. törvénnyel kihirdette, ami 2005. február 27-én lépett hatályba.<sup>14</sup> A több mint 160 ország által aláírt egyezmény célja, hogy a **dohányzást minimális szintre szorítsa vissza**, gátat vessen a dohányzás járványszerű terjedésének, mérsékelje az egészségre káros hatásokat, és elfogadható mértékre csökkentse a társadalomra rótt dohányzással összefüggő költségeket.

A keretegyezmény egyes cikkeivel kapcsolatos alapelveket és teendőket a tagállamok megtárgyalják és konszenzus esetén az egyes témákhoz kapcsolódó irányelveket alkotnak, melyek segítik a tagországokban a megfelelő jogalkotást, intézkedések meghozatalát és azok érvényesítését.

*2009-ig a tagállamok összesen négy irányelvet fogadtak el, amelyek magyar nyelvre lefordítva az Interneten is megtalálhatók:*

- A dohányfüst expozíció elleni védelemről szóló 8. irányelvet a 2. Résztes Felek konferenciája (COP 2) fogadta el 2007-ben: *A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye dohányfüst-expozíció elleni védelemről szóló 8. cikkének végrehajtására vonatkozó irányelvek.*<sup>15</sup>
- A dohányzás visszaszorítással kapcsolatos politikák dohányipari érdekekkel szembeni védelméről szóló 5.3 irányelvet a Résztes Felek harmadik konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban: *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 irányelvek.*<sup>16</sup>
- A dohánytermékek csomagolásáról és címkézéséről szóló 11. irányelvet a Résztes Felek harmadik konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban: *A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 11. cikkének (Dohánytermékek csomagolása, címkézése) végrehajtására vonatkozó irányelvek.*<sup>17</sup>
- A dohányreklámról és a dohányipari szponzorációról szóló 13. irányelvet a Résztes Felek 3. konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban: *A WHO Dohányzás-ellenőrzési*

---

<sup>14</sup> - 2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről

<sup>15</sup> [http://www.who.int/fctc/cop/art\\_8\\_guidelines\\_english.pdf](http://www.who.int/fctc/cop/art_8_guidelines_english.pdf) magyar:  
[http://color.oefi.hu/melleklet/fctc/iranyelv\\_8\\_cikkhez.pdf](http://color.oefi.hu/melleklet/fctc/iranyelv_8_cikkhez.pdf)

<sup>16</sup> [http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_5\\_3.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3.pdf) magyar:  
[http://color.oefi.hu/melleklet/fctc/iranyelv\\_5\\_3\\_cikkhez.pdf](http://color.oefi.hu/melleklet/fctc/iranyelv_5_3_cikkhez.pdf)

<sup>17</sup> [http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_11.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11.pdf) magyar:  
[http://color.oefi.hu/melleklet/fctc/iranyelv\\_11\\_cikkhez.pdf](http://color.oefi.hu/melleklet/fctc/iranyelv_11_cikkhez.pdf)

*Keretegyezménye 13. cikkének (Dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás) végrehajtására vonatkozó irányelvek.<sup>18</sup>*

A tagországok jelentésekben számolnak be a megvalósításról. Ezekben a következő területekről található adatok:

- demográfia,
- dohányzás gyakoriság, nem és életkor szerinti bontásban,
- törvényalkotás
- adózás
- dohányzás visszaszorítását szolgáló programok
- együttműködések

A jelentéseket a hat hivatalos ENSZ nyelv valamelyikén kell benyújtani, amelyek alapján a titkárság elemzi majd a keretegyezmény megvalósításának folyamatát, összefoglalókat, elemzéseket készít és tesz hozzáférhetővé, várhatóan az Interneten is. A jelentéseket Magyarországnak a ratifikálást követő két, illetve öt éven belül, azaz 2007., illetve 2010. február 27-ig kellett eljuttatnia az egyezmény titkárságára.<sup>19, 20</sup> A következő jelentést 2013-ban kell elkészíteni a kibővített kérdőív alapján.

---

<sup>18</sup> [http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_13.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13.pdf) magyar:

[http://color.oefi.hu/melleklet/fctc/iranyelv\\_13\\_cikkhez.pdf](http://color.oefi.hu/melleklet/fctc/iranyelv_13_cikkhez.pdf)

<sup>19</sup> FIRST (TWO-YEAR) IMPLEMENTATION REPORT <http://www.who.int/fctc/reporting/hun/en/index.html>

<sup>20</sup> SECOND (FIVE-YEAR) IMPLEMENTATION REPORT  
<http://www.who.int/fctc/reporting/hun/en/index.html>

### III. A dohányzás visszaszorításával kapcsolatos intervenciók

#### III.1. Rásmegelőzés

##### *Dohányzási szokások és passzív dohányzás gyermekek és fiatalok körében*

A gyermekkorban, fiatalkorban történő dohányzás, illetve a gyermekeket, fiatalokat érő dohányfüst expozíció kiemelt figyelmet érdemel.

A budapesti óvodások passzív dohányzási prevalenciáját az ÁNTSZ Fővárosi Intézete<sup>21</sup> először 1999-ben vizsgálta. *Eredményeik szerint a fővárosi óvodások 39,6%-a passzív dohányos és a családok 50,5%-ában található dohányzó személy.* A dohányzó családokban kisgyermekük jelenlétében rendszeresen 29,7%-ában, alkalmanként 47,8%-ában dohányoznak.

*2009-ben ez a vizsgálat megismétlésre került<sup>22</sup> és igaz ugyan, hogy 10 év alatt 10%-ot csökkent a gyerekek passzív dohányzás prevalenciája, de a fővárosi óvodásoknak még mindig 29%-a passzív dohányos.* A gyermek jelenlétében dohányzó családokban a gyerekek 23,7 százaléka naponta 1-5 db cigaretta füstjét kénytelen beszívni, 42,4 százalékuk 6-10 db cigarettát, 22 százalékuk 11-20 db cigarettát, 11,9 százalékuk pedig 21 db cigarettánál is többet.

A családok 41%-ában dohányzik valaki és a gyermek jelenlétében rendszeresen 21,5%-ban, alkalmanként 50,5%-ban dohányoznak.

*A kutatást végzők javaslatai szerint már ebben a korban a gyermekeknek lehetőséget kell biztosítani, hogy passzív dohányzás elleni programokban részt vehessenek.*

A 13-15 évesek dohányzási szokásait, attitűdjét vizsgáló **Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés**<sup>23</sup> (Global Youth Tobacco Survey - GYTS) elnevezésű, a világ sok országára kiterjedő kutatás projekt 2003-ban és 2008-ban Magyarországon is megvalósult. A magyarországi kutatás a cigaretta és más dohánycikkék használatának gyakoriságáról szolgáltat adatokat, illetve a **dohányfogyasztás öt meghatározó tényezőjéről** informál: Hozzáférés/elérhetőség és ár, passzív dohányzás, leszokás, média és reklám, és iskolai tananyag. Ezek az eredmények jól hasznosíthatók egy magyarországi átfogó dohányzásellenőrzési program összetevőiként.

*A 2008-as adatfelvétel alapján hazánkban a tanulók több mint fele (57.9%) kipróbálta már a cigarettát élete során (fiúk: 56,5%, lányok: 58,4%). Ezen belül a valaha dohányzóknak 18%-a 10 éves kora előtt szívta el az első slukkot. Hozzávetőlegesen a tanulók egynegyede dohányos, azaz dohányzott az elmúlt 30 napban.*

Mindezek mellett, részben az elmúlt években széles körben megvalósult dohányzás prevenciók köszönhetően - a **2003-as és a 2008-as adatok összevetése** esetén elmondható, hogy csaknem minden adat esetén csökkenés, azaz **javuló tendencia volt tapasztalható, kivéve a cigarettán kívül más dohánytermékek fogyasztását.** Sajnos a

<sup>21</sup> Végh E., Kiss É., Ferenczi L., Pintér M. Budapesti óvodások passzív dohányzási prevalenciája. Egészségnevelés, 2000/4., 2000

<sup>22</sup> Dr. Végh Erzsébet, Jacsó Györgyné, dr. Gálné Seres Mária. budapesti óvodások passzív dohányzási prevalenciája 2009. Konferencia előadás: XVII. primer Prevenció Fórum, 2010. május 20., Budapest

<sup>23</sup> Demjén T., Kiss J., Lőrincz E., Bóti E., Papp N., Kelemen A. (2008): Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (GYTS), Zárótanulmány, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2008 [Magyar Elektronikus Könyvtár, <http://mek.oszk.hu/07900/07959/index.phtml> ]

cigaretán kívül más dohánytermékek fogyasztása meredek emelkedést mutat, több mint kétszeresére emelkedett a megkérdezett tanulók körében, összességében 5.5%-ról 13.8%-ra, míg 8.2%-ról 16.8%-ra a fiúk és 3%-ról 10.4%-ra a lányok körében.

A fiúk között azok gyakorisága, akik valaha dohányoztak, akár csak egy vagy két slukkot is szignifikánsan csökkent, 67.1%-ról 56.5%-ra. Általános csökkenés figyelhető meg a soha nem dohányzók körében abban a tekintetben, hogy hány százalékuk tartja valószínűnek azt, hogy a következő egy éven belül el fog kezdeni dohányozni (23.9%-ról 18.5%-ra).

A hazai 13-15 éves tanulók kb. felének (50.7%) legalább az egyik szülője dohányzik, míg a válaszadók közel negyedének (22.2%) a legjobb barátai is.

*Nyilvános helyeken a soha nem dohányzó tanulók 87,9%-a ki van téve mások dohányfüstjének, ez is indokolja azt az adatot, hogy 10 tanulóból közel 8 támogatná a dohányzás nyilvános helyeken történő teljes betiltását.*

A jelenleg dohányzóknak több mint fele (52%), míg a soha nem dohányzóknak ennél szignifikánsan magasabb aránya (66,2%) véli úgy, hogy mások dohányzása (azaz a környezeti dohányfüst) ártalmas az egészségére.

Általánosságban elmondható, hogy a jelenleg dohányzóknak jóval nagyobb hányada (90%) van kitéve dohányfüstnek az otthonában, mint a soha nem dohányzóknak (70%). Továbbá mind a soha nem dohányzó (80,7%) mind a jelenleg dohányzó (95,9%) falusi tanulók valamennyi kategóriában szignifikánsan nagyobb arányban vannak kitéve a környezeti dohányfüst ártalmainak, mint a városi régióban (beleértve Budapestet is) élő kortársaik.

Nemi bontásban nem adódtak jelentős különbségek a környezeti (passzív) dohányzás kategóriáit tekintve. Jelentős különbségek vannak továbbá a dohányzó és nemdohányzó tanulók szüleinek otthoni dohányzási szokásait illetően: a dohányzó gyerekek szülei közel kétszeres arányban dohányoznak otthonukban, mint a nemdohányzók szülei. A testvérek tekintetében ez akár három-négyszeres eltérést is mutat, különös tekintettel a vidéki gyerekekre. A soha nem dohányzó tanulók több mint harmadának (34,8%), míg a jelenleg dohányzók több mint felének (56,8%) édes- vagy nevelőapja dohányzik otthon. Ezek az arányok alacsonyabbak az anya esetében: 27,3% a soha nem dohányzóknál és 50,4% a jelenleg dohányzóknál). A falusi településeken a jelenleg dohányzók jóval magasabb arányban (63,5%) vannak kitéve az anya dohányzásának, mint a vidéki városokban élő dohányzó tanulók (47,5%). Az arányok 2003-ban is hasonló tendenciákat jeleztek, sőt a környezeti (passzív) dohányzás minden összetevője némi javulást mutat a 2008-as adatok alapján, ráadásul a dohányzás nyilvános helyeken történő teljes betiltásának támogatottsága szignifikánsan magasabb 2008-ban (76.9% a 2003-as 69.7%-hoz képest) és a fiúk körében is (77.4% a 2003-as 70.6%-hoz képest). Több mint háromszor annyi jelenleg is dohányzó tanulónak (43,8%) dohányzik a testvére(i) otthon, mint a soha nem dohányzóknak (13,9%). A különbség még szembetűnőbb a legjobb barát esetében: a jelenleg dohányzók között ötször magasabb azoknak az aránya (50,3%), akiknek legjobb barátja dohányzik a jelenlétükben, mint a soha nem dohányzók között (9,1%).

<b>Passzív dohányzás</b>	2003	2008	
olyan háztartásban él, ahol az ő jelenlétükben dohányoznak	84	43	Szignifikáns különbség
nyilvános helyeken dohányfüstnek van kitéve	92,8	72,6	Szignifikáns különbség
úgy gondolja, hogy a dohányzást ki kellene tiltani a nyilvános helyekről	69,7	76,9	Szignifikáns különbség

5. Táblázat Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés, Zárótanulmány, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2008

A dohányzás visszaszorításában nélkülözhetetlen a **lakosság tájékoztatása, véleményformálása. Széles körű hozzáférést kell biztosítani a hatásos és át fogó oktatási és lakossági, figyelemfelkeltést szolgáló programokhoz.** A következő témákkal javasolt kiemelten foglalkozni:

- dohánymentes életmód előnyei,
- a dohányfogyasztás és a dohányfüst-expozíció egészségi kockázatai,
- a nemdohányzók védelme,
- az addiktív jellemzők,
- a leszokás módjai és a segítség igénybevételének lehetőségei,
- a dohánytermékekre és a dohányiparra vonatkozó lényeges információk,
- a dohánytermék-előállítás és dohányfogyasztás káros gazdasági és környezeti következményeire vonatkozó információk.

A kampányok fontos **célcsoportjai** lehetnek az egészségügyi dolgozók, közösségi dolgozók, szociális munkások, a tömegtájékoztatási szakemberek, pedagógusok, politikai és gazdasági döntéshozók, vezetők.

A kampányok mellett a **színtereken** külön is folyamatosan biztosítani kell a dohányzás megelőzési és leszokásban segítő programokhoz való hozzáférés lehetőségét. Ezek a részben készségfejlesztésen alapuló programok, a véleményformáláson kívül a gyakorlatban is azonnal hasznosítható tudást és ismeretanyagot biztosítanak a résztvevők számára, mindennapi életük és munkájuk egészségtudatosabb vitele, illetve minőségének javítása érdekében.

#### ***Következtetések***

Az elmúlt években tapasztalható fiatalkorúak dohányzásával és passzív dohányzásával kapcsolatos statisztikai adatokban mutatkozó változások „A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény”(Nvt.) bevezetésére történtek.

#### ***Célok***

Mivel a statisztikai adatok és az elvégzett hatásvizsgálatok egyértelműen igazolják a gyermekkorban elkezdett prevenció szükségességét és hatásosságát, a legfontosabb cél a **különböző korosztályok számára (óvoda, iskola) kialakított dohányzás megelőzési programok minél szélesebb körben történő elterjesztése, azaz teljes országos lefedettség biztosítása.** Ezen cél megvalósításában komoly előrelépést jelentene a dohányzás prevenció

programok javaslatként történő beépítése „Az Óvodai nevelés országos alapprogramja”-ba, illetve az iskolai Nemzeti Alaptantervbe, elősegítve ezzel a programokról történő tájékozódást a pedagógusok nevelők részére illetve a programok hozzáférhetőségét minden gyermek számára.

Nem feledkezhetünk meg arról, hogy az iskolás életkorban a jelentős kortársnyomás mellett már kialakult szokások, életideálok határozzák meg a fiatalok életét. Ebben az életkorban (12–18 év) már nem lehet hatékony prevenciót végezni. Az egészségfejlesztés akkor lehet hatékony, ha az megfelelő alapokon nyugszik. Az egészségfejlesztés alapjait már egészen kisgyermekkorban el kell kezdeni. Az **iskoláskorúak teljes körű egészségfejlesztésének** keretében kell a tanulókat a egészséges életmódra nevelni. Ennek egyik részét képezi a dohányzás, az alkohol, a drog stb. fogyasztás megelőzését szolgáló tudatos ismeretterjesztés.

### *Cselekvési terv*

A dohányzás elleni küzdelmet az Európai Unió is az egyik legfontosabb közegészségügyi céljává tette. A több éve nemzetközi szinten zajló **„Help- a dohányfüstmentes életért”** program nemcsak a dohányzás, hanem a passzív dohányzás tekintetében is véleményt formál a fiatalok között, illetve leszokásra buzdítja a dohányosokat. A kampány elsősorban pozitív üzeneteket sugároz a 18 év feletti fiatalok részére. A még nem dohányzó tinédzserek számára a kampány üzenete, hogy a dohányzásra nem is érdemes rászokni. A már dohányzó fiatalok számára azt közvetíti, hogy van elérhető segítség a dohányzásról leszokás elősegítéséhez, melyet érdemes használni. A passzív dohányzással kapcsolatos üzenet pedig az, hogy senkit sem lehet akarata ellenére dohányfüstnek kitenni.

Hazánkban több dohányzás prevenció program valósult meg, amelyek a hazai dohányzás helyzet javításának eszköztárát alkotják.

Magyarországon az óvodai megelőzési program az Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontjának **Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja**. A program célja az óvodáskorú gyermekek egészségének védelme. Feladatai: a dohányzással kapcsolatos egyéni ismeretek feltérképezése, az életkori sajátosságoknak megfelelő szintű információk átadása, az egészséges életmód választását megkönnyítő dohányzással kapcsolatos attitűd formálása, és a passzív dohányzás kényszere elleni aktív fellépés kialakítása. Az intervenció nemcsak késlelteti, vagy megakadályozza, hogy a gyermek dohányozni kezdjen, hanem másodlagos hatása révén a felnőttek dohányozási szokásait is befolyásolni képes. Ezáltal csökken a gyermekek passzív dohányzásnak való kitettsége.

Az óvodai program hosszú távú eredményességének biztosítása érdekében kifejlesztésre került a **„Ciki a cigi” iskolai programot**. A program a mai gyermekek érdeklődési körét figyelembe véve készült és beépíthető az iskolai tananyagba a 3-5. osztályba járók, illetve a 6-10. osztályos tanulók részére. Egy tanmenetet és több mint 100 diából álló interaktív eszközcsoportot tartalmaz. Játék szoftverrel, hordozható érintőképernyős számítógéppel (HÉSZ) és egy dohányzás megelőzésre szolgáló honlappal ([www.cikiacigi.hu](http://www.cikiacigi.hu)) próbálja a gyermekek figyelmét az egészséges életmód felé fordítani az attitűdjüket formálni.

Az **Egészségesebb Óvodák Nemzeti Hálózata** dohányzás elleni programjának egyik célja a dohányzásmentes magatartásra nevelés feladatainak beépítése az óvodák mindennapi nevelési tervébe. A dohányzás elleni óvodai nevelőprogram kétirányú: a gyermekek, illetve a felnőttek (nevelők, szülők) körére irányuló. A dohányzástól visszatartó nevelés a gyermekek között a mindennapos óvodai programban nem képez különálló akcióprogramot, hanem tervszerűen és szervesen kapcsolódik a napi tervszerű, folyamatos egészségnevelő, testnevelő és

mozgásprogramokhoz, valamint az óvodai nevelőközösség tagjainak mintaadásához. A program további célja a felnőttek között folytatott, dohányzást megelőző program részeként az óvoda éves nevelési tervében szerepeljen a szülők felkérése a dohányzásmentes magatartás propagálására és mediációjára.

Semmelweis Egyetem Általános Orvoskarának Társadalomorvosi- és Orvostörténeti Intézetének Kortársoktató modell programjának lényege, hogy önként vállalkozó orvostanhallgatókat egy aktív tréningen felkészítenek kortársoktató képzésre, majd ezek a kiképzett kortársoktató orvostanhallgatók az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Egészségvédelmi Osztályai és az iskolaegészségügyi szolgálat közös szervezésével az ország középiskoláiban három napos (36 órás) képzéseket szerveznek hangadó középiskolások számára. Jelenleg az országban hozzávetőlegesen 3,5 és 4 ezer ilyen módon kiképzett kortársoktató található. Tudományos bizonyítékok alapján módszertana követendő gyakorlatként ajánlható az egészségfejlesztés szakterületén.

A nemdohányzó életmód támogatásában jelentős szerepet játszanak a védőnők. Rendszeresen megrendezik a **„Megelőzés és a leszokás támogatása, avagy mit tehet a védőnő a nemdohányzó életmódért”** elnevezésű 50 órás továbbképző tanfolyamot. A gyakorlati program jelenleg az általános iskolák 6. osztályaiban valósul meg.

Az ÁNTSZ regionális és kistérségi intézetei is részt vesznek a dohányzás prevencióis tevékenységekben. Szervbemutató órákat, **„Füstmentes osztály”** programot és vándorkiállításokat szerveznek. A szervbemutató órák célja a dohányzás ártalmainak ismertetése, a dohányzásról való leszokás elősegítése és a rászokás megelőzése. Célcsoportja a 13-18 éves korosztály. A **„Füstmentes osztály”** program célja a nemdohányzó magatartás támogatása, erősítése, valamint a már dohányzó gyerekek körében a leszokás elősegítése, a rendszeres dohányossá válás megakadályozása.

A dohányzásellenes vándorkiállítások során az ÁNTSZ munkatársai CO-mérést szerveznek, ismertetik a leszokási módszereket, tanácsadást tartanak és leszokást segítő tájékoztatókat adnak az érdeklődőknek, különös hangsúlyt fektetnek a dohányzás káros hatásaira.

#### **Indikátor**

Folyamat indikátorok: mennyi óvodában/iskolában valósulnak meg a programok, mennyi gyermekhez jutott el a program, programokhoz tartozó hatásvizsgálati kérdőívet hányan töltötték ki és küldték vissza a programgazdának, mennyi óvodába/iskolába volt biztosítva a program eszköztára.

Eredmény indikátorok: dohányzás és passzív dohányzás prevalenciája gyermekek és nevelők körében, felnőtt lakosság dohányzás és passzív dohányzás prevalenciája, passzív dohányzásnak való kitettség prevalenciája gyermekek/felnőttek körében, elszívott cigaretták száma, cigarettára költött pénz összege, leszokási szándék prevalenciája, dohányzással szembeni attitűdök változása, dohányzással összefüggő megbetegedések aránya.



### III.2. Leszokás segítés

#### *Dohányzásról történő leszokással kapcsolatos nemzetközi és hazai adatok*

Az Eurobarometer<sup>24</sup> 2009-es jelentése alapján, az elmúlt egy évben a dohányosok 14%-a egy, 13%-a kettő és öt között, illetve 1%-a ötnél többször megpróbálta abbahagyni a dohányzást.

Az elmúlt egy évben megpróbálta abbahagyni a dohányzást (2009)	EU27 (%)	Magyarország (%)
<b>1x</b>	15	14
<b>2-5x</b>	10	13
<b>5x-</b>	3	1

6. Táblázat Special Eurobarometer 332, Tobacco. European Commission, 2009

Az utolsó leszokási próbálkozásnak mennyi volt az időtartama (2009)	EU27	Magyarország (%)
<b>Kevesebb, mint egy hét</b>	51	59
<b>1-8 hét között</b>	29	26
<b>több mint két hónap</b>	19	14
<b>nem tudja</b>		

7. Táblázat Special Eurobarometer 332, Tobacco. European Commission, 2009

A Gallup 2007-es felmérése alapján a dohányosok közel fele (45%) szeretne leszokni a dohányzásról, ami pár százalékkal kevesebb, mint 2006-ban (51%), illetve 2004-ben (50%). Csökkent 2004-hez (63%) és 2006-hoz (60%) képest a felsőfokú végzettségű dohányosok körében a leszokási hajlandóság (48%). Az életkor előrehaladtával és különösen 50 év felett csökken azoknak az aránya, akik eldobnák e szokásukat. A leszokni szándékozók döntő része (81%) olyan dohányos, aki már próbálkozott a leszokással, minden második közülük az elmúlt évben. Segédeszközt kevesen, mindössze 17%-uk használt.

A 2007-es adatok alapján a dohányosok háromnegyedét (77%) már megkérdezte orvos, hogy dohányzik-e, de jóval kevesebben vannak azok, akiknek tanácsolták is, hogy szokjon le a dohányzásról (55%). A budapestieknek inkább tanácsolják ezt az orvosok, mint a falun élőknek. Az orvosok a 60 feletteknek javasolták leginkább a dohányzásról való leszokást, de a 30 felettek is inkább kapták ezt a tanácsot, mint a fiatalabbak.

2009-ben a Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium, a Kardiológiai Szakmai Kollégium, a Pszichiátriai Szakmai Kollégium, a Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium, a Megelőző Orvostani és Népegészségügyi Szakmai Kollégium, a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke, és az Országos Alapellátási Intézet közös munkája eredményeként elkészült a „A dohányzás leszokás támogatásának szakmai irányelve”.<sup>25</sup> A dohányzás leszokás támogatás szakmai irányelvének a célja, hogy az elérhető legmagasabb szintű bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett klinikai döntési ajánlások sorozatával segítse a szakembereket a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában, javítsa a gyógyító-megelőző munka minőségét, hatékonyságát és költség-hatékonyságát. A szakmai szervezetek által javasolt módszerek részletes ismertetése megtalálható az irányelvben az alábbi területeken:

<sup>24</sup> Special Eurobarometer 332, Tobacco. European Commission, 2009

<sup>25</sup> A dohányzás leszokás támogatásának szakmai irányelve,

[http://www.koranyi.hu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=85&Itemid=261](http://www.koranyi.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=85&Itemid=261)

- a minimál intervenció,
- a programszerű leszokás támogatás
  - gyógyszermentes módszerekkel
  - vagy farmakoterápiás módszerekkel
  - vagy magatartás orvoslási terápiával,
- Leszokás speciális esetekben (fiatalok, terhes nők, kórházban fekvő betegek)

*A minimál intervenció lényege, hogy valamennyi orvosnak kötelessége, hogy a páciensekkel történő találkozáskor rákérdezzen azok dohányzási szokásaira, ha dohányoznak, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását. Erősítse meg a leszokási szándékot, a motivációt. Ez a három tevékenység határozza meg alapvetően a „minimál intervenciót”. Ez jelenti a leszokás támogatás első szintjét, kevésbé időigényes, mint a programszerű leszokás támogatás, az esetek egy részénél azonban megfelelő lehet, illetve bevezetheti a későbbi második szintű programszerű leszokás támogatást.*

Az alapellátásban dolgozó orvosok, szakdolgozók, gyógyszerészek találkoznak leggyakrabban a betegekkel, egészséges páciensekkel. Nekik van leginkább lehetőségük arra, hogy felderítsék dohányzási szokásaikat, kezdeményezzék és elősegítsék a dohányzás abbahagyását. Bizonyíték van rá, hogy a minimál intervenció alkalmával rákérdezve a dohányzási szokásokra, ajánlva a leszokást, az erősíti a leszokás motivációját és ezen keresztül a leszokás sikerességét.

*A nem gyógyszeres támogatás jellemzői a leszokásra motiváltak esetében az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás egyaránt bizonyíthatóan növeli a leszokás esélyét, ugyanakkor a kezelés hatékonysága szorosan összefügg a kezelés tartalmával és intenzitásával.*

*A nem gyógyszeres és a gyógyszeres támogatás kombinációja esetén az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás hatékonyságát növeli a gyógyszeres kezeléssel való kombinációja a csak tanácsadási helyzethez viszonyítva és viszont a gyógyszeres kezelés hatékonyságát növeli a tanácsadás a csak gyógyszeres kezeléshez viszonyítva. Éppen ezért a tanácsadásban résztvevőknek minden esetben – ha azt kizáró orvosi indokok nincsenek – fel kell ajánlani a gyógyszeres támogatást is.*

*Programszerű leszokás támogatás: farmakoterápiás módszerekkel is végezhető. A dohányzás abbahagyását a nikotinfüggőség, a dohányzás abbahagyását követően bekövetkező nikotin megvonási tünetek nehezítik meg. Azoknál a dohányosoknál, akiknél közepes, vagy erős nikotinfüggőség állapítható meg nagy valószínűséggel ki is alakulnak ezek a tünetek. Emiatt ezekben az esetekben nem elég pusztán „akaraterejükre”, vagy a gyógyszermentes módszerekre támaszkodni a leszokás során. Ilyenkor indokoltak a különböző farmakoterápiás módszerek.*

A farmakoterápiás módszereknek két típusa ismert: a *nikotinpótló terápia* és a *nikotin mentes készítmények* használata. A szakembernek és a páciensnek közösen kell meghatározni, több körülmény figyelembe vételével a megfelelő módszert.

*Programszerű leszokás támogatás, magatartásorvoslási terápiával módszer esetén a leghatékonyabb az, ha a hatékony készítményeket programszerű leszokás támogatás keretében magatartásorvoslási terápiával kombináltan alkalmazzuk. A program általában három hónapig tart. Ennek keretében több alkalommal találkozik a páciens a leszokást vezető szakemberrel. Leszokási vizitekre és követési vizitekre kerül sor. A kilélegzett levegő szénmonoxid szintjének a mérése kontrollálja a nikotin absztinenciát.*

### *Következtetések*

Az adatokból látszik, hogy az orvos beteg kapcsolat során a betegek több mint háromnegyed részét megkérdezik az orvosok a dohányzási szokásairól (77%), de csak valamivel több, mint a betegek felének (55%) javasolják, hogy hagyja abba a dohányzást. A leszokással összefüggő EU27-es átlag és a magyar adatok igen hasonlóak. A nemzetközi és hazai gyógyszercégek minden országban jelentős erőfeszítéseket tesznek a leszokás támogatás ügyének előmozdítása érdekében. Az uniós forrásból megvalósuló „Help – a dohányfüstmentes életért” program<sup>26</sup> is szerepet játszik a fiatalok, a fiatal felnőttek dohányzási szokásainak befolyásolásában.

### *Célok*

A ténylegesen mentes módszerek mindenki számára váljanak elérhetővé. A szakmai cél, azon dohányosok arányának a növelése, akik megpróbálnak leszokni a jelenlegi 28%-ról magasabbra. Illetve az egy éven túli időtartamot meghaladóan már nem dohányzó, azaz a sikeresen leszokott volt dohányosok arányának a növelése a jelenlegi 15%-ról magasabbra.

### *Cselekvési terv*

A minimálintervenció széleskörű a jelenleginél elterjedtebb alkalmazása. A telefonos leszokást segítő szolgáltatások működésének támogatása. A leszokás támogatásban résztvevő intézmények, szakemberek munkájának támogatása.

### *Indikátor*

Folyamat indikátorok: minimál intervenció elterjedtsége, telefonos leszokás támogatást igénybevevők száma.

Eredmény indikátorok: leszokási kísérletekig eljutó dohányosok aránya, a dohányzást egy évnél hosszabb ideig abbahagyók aránya.

## **III.3. Nemdohányzók védelme**

### *Nemzetközi és hazai adatok*

A környezeti dohányfüstöt az Egyesült Államok Környezetvédelmi Ügynöksége 1993-ban, az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége 2002-ben ismert emberi rákkeltő anyagnak minősítette. Ennek kiegészítéseként a Finn kormány 2000-ben, a Német Kormány pedig 2001-ben munkahelyi rákkeltő anyagnak határozta meg. A Kaliforniai Környezetvédelmi Ügynökség mérgező, légszennyező anyagnak minősítette.

**A belélegzett levegőbe jutó dohányfüstnek nincs olyan minimális szintje, ami alatt az expozíció már biztonságosnak mondható.** Laboratóriumi vizsgálatok eredményei alapján<sup>27</sup> megállapítást nyert, hogy akkor lehetséges elszívó-, illetve füstszűrő berendezésekkel biztosítani a levegőben a káros anyagok koncentrációjának nagyon alacsony szinten tartását a zárt helyiségek légterében, ha a létrehozott levegőáramlás erőssége a helyiséget szélcsatorna jellegűvé tenné. Tudományos bizonyítékok vannak arra nézve, hogy a műszaki megközelítések alkalmazása nem véd a dohányfüst expozíciótól.

<sup>26</sup> <http://hu-hu.help-eu.com/pages/K%C3%B6vesse-a-szem%C3%A9lyre-szabott-HELP-programot-programme-11.html>

<sup>27</sup> [INSTITUTE FOR HEALTH AND CONSUMER PROTECTION Activity Report 2003](#)

*A dohányfüstmentes környezethez mindenkinek joga van, ez következik a testi és szellemi egészség lehető legmagasabb elérhető színvonalához való jogból, mint alapvető emberi jogból.*<sup>28</sup>

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSz) szerint a dohányzási epidémia terjedése komoly közegészségügyi következményekkel járó olyan globális probléma, amely szükségessé teszi a lehető legszélesebb nemzetközi együttműködést és minden ország részvételét egy hatékony, célirányos és átfogó nemzetközi reagálásban. A felismerés következményeként az EVSz irányításával létrejött a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény, melyet a mai napig 168 ország írt alá és közülük 147 ratifikált, köztük Magyarország és az Európai Közösség is. A keretegyezmény egyik fontos területe a nemdohányzók védelme a passzív dohányzástól. A dohányfüst-expozíció elleni védelemről készült irányelvet, amely előírja „olyan hatékony adminisztratív vagy más módszerek bevezetését és végrehajtását, melyek megfelelő védelmet biztosítanak „a dohányfüsttel szemben zárt munkahelyeken, tömegközlekedési eszközökön és, amennyiben az helyénvaló, más közterületeken is.” a részes felek második konferenciája 2007 júliusában elfogadta.

Az Európai Unió Tanácsa 1989-ben fogalmazott meg állásfoglalást<sup>29</sup> a nyilvános helyeken történő dohányzással kapcsolatban, valamint 2002-ben ajánlást<sup>30</sup> tett közzé, amelyben ösztönzi a tagállamokat jogi intézkedések meghozatalára a nemdohányzók védelme érdekében a munkahelyek, zárt légtérű nyilvános helyek, tömegközlekedési eszközök vonatkozásában.

Magyarországon a másodlagos dohányfüst expozíció elleni küzdelem megelőzését célzó rendelkezések többségét a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény tartalmazza. Ennek alapján:

#### **Nem szabad dohányozni a dohányzás számára kijelölt helyek kivételével**

- közforgalmú intézménynek a szolgáltatást igénybevevők számára nyitva álló helyiségeiben, (A dohányzóhelyek térben (fallal) elkülönítendőek vagy megfelelő légtechnikai berendezésekkel biztosítandó a dohányfüst elvezetése. Az egyes helyeken érvényes dohányzással kapcsolatos szabályokat jól látható jelzéssel kell a fogyasztók tudomására hozni.);
- tömegközlekedési eszközön, (vonaton, de egyes vonatokat a MÁV nemdohányzó járattá nyilváníthat, ha a végállomás a kiindulási helytől nem több mint 100 km-re van);
- zárt térben megtartott rendezvényen,
- munkahelyen, a munkáltató rendelkezései szerint meghatározott esetekben.

#### **Nem jelölhető ki dohányzóhely**

- egészségügyi alapellátást (háziorvosi rendelő) és szakellátást (szakrendelő) nyújtó egészségügyi intézmények betegek számára nyitva álló helyiségeiben;
- közoktatási intézmények tanulók számára nyitva álló helyiségeiben;

<sup>28</sup> Egyesült Nemzetek Közgyűlése által 1966. december 16-án elfogadott „Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának” 12. Cikke, amely rendelkezik minden embernek a testi és szellemi egészség lehető legmagasabb elérhető színvonalához való jogáról

<sup>29</sup> Council Resolution on smoking in public places (1989)

<sup>30</sup> Council Recommendation 2003/54/EC of 2 December 2002 on the prevention of smoking and on initiatives to improve tobacco control [Official Journal L 22 of 25.01.2003].

- bentlakásos, gyermekvédelmi és szociális intézményekben;
- helyi és helyközi tömegközlekedési eszközökön (kivéve vonat);
- sportlétesítmények sportolásra alkalmas zárt légtérű helyiségeiben.

**Korlátozás nélkül lehet dohányozni:**

- olyan vendéglátó-ipari intézményekben (kocsmákban), ahol meleg ételt helyi fogyasztás céljára nem szolgáltatnak ki.

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kar Egészségthatás Vizsgálat Munkacsoportja módosítási tervezetet készített 2009-ben a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvényhez. Ezen egészségthatás vizsgálat tervezet alapján az alábbi módosítások lennének szükségesek a jogszabályozás szintjén:

„1. A törvénytervezet szigorítani javasolja a zárt közterületekre, illetve a közforgalmú helyekre vonatkozó dohányzási korlátozásokat.

2. Főszabály szerint valamennyi közforgalmú intézmény és munkahely valamennyi zárt légtérű helyisége dohányfüst-mentessé válna, dohányzóhely zárt légtérben való kijelölésére csak egyes tömegközlekedési eszközökön (100 km feletti menetrendszerinti vasútvonalakon), pszichiátriai intézményekben, szállodai szobákban és színházi vagy mozgókép-művészeti alkotás keretében lenne lehetőség. (A büntetés-végrehajtási szervezetre, fegyveres szervekre továbbra is lehetséges ágazati szabályok alkotása.)

3. Teljes dohányzási tilalom javasolt az óvodákon túl valamennyi közoktatási intézményben. (Jelenleg ilyen szabályozás vonatkozik továbbá a gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekre a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények közösségi helyiségeire is).

4. A tervezet egyes további közterületeken (aluljárókban, a légtér zárt jellegére tekintettel, valamint játszótereken, a gyermekek fokozott egészségvédelme érdekében) dohányzási korlátozás bevezetését javasolja.

5. Magyarországon több helyi önkormányzat helyi rendeleti szabályozást adott ki, vagy tervez kiadni egyes közterületek nemdohányzóvá nyilvánítása érdekében. A kérdés alkotmányos rendezése érdekében a tervezet a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény (a továbbiakban: Nvt.) olyan tartalmú módosítási javaslatát tartalmazza, amely szerint a helyi önkormányzat rendeletben – a törvényben nevesített helyeken túl – közterületet nemdohányzó közterületnek nyilváníthat, amelyet a megfelelő jelölésekkel kell ellátni. A közterületi dohányzási tilalmak megszegőivel szemben indokolt a közterület-felügyelet eljárásában is kiszabható helyszíni bírság kilátásba helyezése.

6. Munkaviszonyban álló, 18. életévét be nem töltött munkavállaló esetén tervezet a munkavégzés során a dohányzást tiltani javasolja. Jelenleg a korhatár 16 év, ebből adódóan viszont jogrendszeri ellentmondás tapasztalható, mivel 18 év alatti személy számára dohánytermék legálisan nem forgalmazható.

7. A gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvénnyel összhangban a dohánytermékek forgalmazási szabályainak módosítása is szükséges.

Ezzel összefüggésben egészségpolitikai szakmai igényként merült fel, hogy további feltételekhez kell kötni az eladás céljára történő hely kijelölését, arra a gyakorlati megfontolásra is tekintettel, hogy sajnos néhány kivételtől eltekintve az eladás helyén – tipikusan a pénztáraknál – nagy mennyiségben és állandóan jelenlévő reklámok 100%-ban eljutnak a 18 év alattiakhoz. Figyelemmel arra, hogy a reklámozás kérdése nem választható el a forgalmazási szabályoktól, a dohányárak eladásával kapcsolatban az Nvt. módosítására is szükség van. A szabályozásnak biztosítania kell, hogy a dohányreklámozásra vonatkozó szabályozás egészségvédelmi szempontból visszalépést ne jelentsen a már elért védelmi szinthez képest. Ez a követelmény egyenesen levezethető a 2005. évi III. törvénnyel kihirdetésre került, az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményéből.

A tervezet a jelenleg legálisan dohányterméket forgalmazó üzletek számának csökkenését nem javasolja, az eladási pontok (helyek) számának csökkentését azonban igen, továbbá a jelenlegi gyakorlatnak is megfelelően rögzíti, hogy csak eladó közreműködésével lehessen hozzáférni a dohánytermékekhez (kivéve a szakboltokat).

A szabályozás illeszkedni képes a mindenkori eladási helyi reklámra vonatkozó szabályokhoz.

A tervezet az üzletenkénti forgalmazási pontok számának üzletméret függvényében történő – maximalizálását javasolja, illetve – ahol lehetséges, pl. a hipermarketek jelenlegi gyakorlatának is megfelelően – elkülönített dohányáruda felállítását teszi kötelezővé.

8. A tervezet az Európai Bizottság által javasolt képes figyelmeztető feliratok bevezetését irányozza elő a cigarettásdobozokon – a jogalkalmazók számára megfelelő felkészülési idő biztosításával.

9. A tervezet – a munkavédelemről szóló 1993. évi CXIII. törvény módosításával – a munkavállalók munkahelyi dohányzásának, valamint a dohányzóhelyek munkavállalók részére történő kijelölésének feltételeire vonatkozó követelményeket ellenőrző hatóságok, és a jogszabálysértések esetén kiszabandó szankciók tekintetében pontosító rendelkezéseket tartalmaz. A munkahelyi dohányzási korlátozásokat ellenőrző hatóságként az ÁNTSZ kijelölése indokolt.

A tervezet a más törvényből következő (pl. tűzvédelmi célú) dohányzási tilalmi kötelezettségek ellenőrzését és az ilyen esetekben kilátásba helyezett szankciók rendszerét nem érinti.

10. A tervezet a fogyasztóvédelmi hatóság feladatkörével kapcsolatban pontosító szabályokat tartalmaz, az szociális ágazat javaslatainak megfelelően.

11. A tervezet a vendéglátóhelyek tekintetében a dohányzási korlátozások bevezetésére fokozatos hatályba léptető rendelkezéseket tartalmaz.”

Az Európai Unió dohányzás-szabályozásnak jelenlegi helyzetét az alábbi táblázat tartalmazza:

<p><b>EU helyzetkép<sup>31</sup></b> Szabályozás három csoportja.</p> <p><b>1. Teljes tiltás az összes zárt munkahelyre és nyilvános helyre vonatkozóan</b> Írország: 2004. március Ciprus: 2010. január Nagy-Britannia: 2006. március – 2007. július régiótól függően</p> <p><b>2. Átfogó tilalom (a dohányzás csak elkülönített dohányzó szobákban megengedett)</b> Franciaország: 2008. január Olaszország: 2005. január Litvánia: 2006. június Lettország: 2004. május, majd a vendéglátóipari egységekben 2007. január Montenegró: 2005. október Hollandia: 2008. július Szlovénia: 2007. augusztus Finnország: 2007. június Svédország: 2005. június</p> <p><b>3. Részleges korlátozás/védelem (Jellemzően a vendéglátóipari egységekben nem tiltott, vagy csak részben tiltott, illetve még megengedett légcserét biztosító berendezések használata.)</b> Belgium: 2006. január Bulgária: 2005. január Csehország: 2006. január Dánia: 2007. augusztus Németország: 2007. augusztus-2009 Észtország: 2007. szeptember Spanyolország: 2006. január Luxemburg: 2006. szeptember Magyarország: 1999. november, módosításokkal 2006. szeptember Ausztria: 2009. január Lengyelország: 2002. január Portugália: 2008. január Románia: 2009. január Szlovákia: 2009. április</p>
---

2. ábra EU helyzetkép – dohányzás-szabályozás

A passzív dohányzással kapcsolatos magyarországi adatok az EU27 átlagával összehasonlításban kedvezőtlenek.<sup>32</sup> Azok aránya, akik a munkahelyükön biztonságban vannak a dohányfüsttől, tehát egyáltalán nincsenek kitéve passzív dohányzásnak az EU27-ban

<sup>31</sup>

[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/tobacco/documents/tobacco\\_implementation\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/tobacco_implementation_en.pdf)

<sup>32</sup> [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_253\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf)

76%, nálunk viszont csak 55%. A bárók esetében az EU27 tagországok átlaga 54%, nálunk viszont mindössze 21%, éttermek esetében pedig szintén Magyarországon a kevesebb 69% és 57%. A háztartásban nincs lényeges eltérés, mind az EU országokban mind Magyarországon 60% körüli azok aránya, akiknél otthonuk egyetlen helyiségében sem lehet dohányozni. A Gallup dohányzásmonitor kutatás szerint emelkedett azok aránya, akik szerint nyilvános helyeken meg kell tiltani a dohányzást: 2004-es 53%-ról, 2007-re 60%-ra.

A Nvt. törvénymódosítás tervezette szigorítani javasolja a zárt közterületekre, illetve a közforgalmú helyekre vonatkozó dohányzási korlátozásokat. Valamennyi közforgalmú intézmény és munkahely valamennyi zárt légtérű helyisége dohányfüst-mentessé válna beleértve az vendéglátóhelyeket is.

A Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet 2009 áprilisában kutatást végzett a törvény tervezett módosításainak megítéléséről a leginkább érintett célcsoportok, azaz a vendéglátóiparban, az egészségügyben és a közoktatásban érintettek részvételével. A kutatás célja az volt, hogy feltárja a válaszadók és a környezet dohányzási szokásait, valamint feltérképezze a tervezett módosítás várható hatását és megítélését.

Az eredmények szerint a vendéglátóiparban dolgozók több, mint fele dohányzik, az egészségügyben és a közoktatásban viszont csak a dolgozók egynegyede szokott rágyújtani. A dohányzók legnagyobb része állítása szerint a legtöbbször a „dohányzásra kijelölt helyen” cigarettázik a munkahelyén, és ezek túlnyomó többsége tisztában van vele, hol a kijelölt hely. A vizsgált vendéglátóipari egységekben megjelent vendégek egynegyede mondta azt, hogy valaki mindig dohányzik körülöttük. A vendéglátóiparban dolgozók között vannak a legnagyobb arányban (38 %) azok, akik szinte teljes munkaidejükben dohányzó emberek környezetében vannak. Az egészségügyben és a közoktatásban dolgozók héttizedének egyetlen percet sem kell dohányzó környezetében tölteni a munkahelyén. A nemdohányzó dolgozók körében ez az arány még magasabb. A dolgozókat jobban zavarja, hogy dohányoznak körülöttük a munkahelyükön, mint a vendégeket, illetve a betegeket. Az érintettek hozzávetőleg felét zavarja a dohányzás. Az érintettek a leginkább az egészségügyben szigorítanák tovább a dohányzást, a legkevésbé pedig (azon kívül, hogy plusz szabadság járjon a nemdohányzóknak) azt támogatják, hogy a vendéglátóipari egységben zárt térben is tilos legyen dohányozni. Ugyanakkor (a többlétszabadságon kívül) a többség a szigorítás minden elemét teljes mértékben támogatja. A dohányzók többsége úgy gondolja, hogy a szigorítás hatására egyáltalán nem fognak változni dohányzási szokásai. 3-7 százalékuk viszont azt állítja, hogy a szigorítás hatására leszokna a cigarettáról. Egyötödük-egyharmaduk pedig úgy véli, hogy legalább valamivel kevesebbet fog dohányozni a szigorítás életbe lépése után.

### ***Következtetések***

A magyar társadalomban a nemdohányzók és dohányzók többsége egyetért a zárt légtérű munkahelyek dohányfüst-mentessé nyilvánításának fontosságával.

A Nvt. értelmében az ÁNTSZ helyi illetékességű szervei végzik a törvény betartásának ellenőrzését, illetve a törvény megszegésének szankcionálását. Szükség esetén rendőri segítséget is hívhatnak. Probléma viszont, hogy amíg segítséget hívnak a jogsértő elhagyja a helyszínt. Az ellenőrzéseket követő adminisztráció nem egységes és nem kellően kidolgozott, így további elemzések készítésére nem alkalmas.

### ***Célok***

A passzív dohányzás jelentős népegészségügyi és gazdasági terhet jelent, amelynek csökkentése a dohányzás visszaszorítás fontos területe kell, hogy legyen. Ennek útja a



törvényi szintű szigorítás, a **nemdohányzók fokozottabb védelme**, az ellenőrző rendszer megerősítése, illetve a passzív dohányzás kényszere elleni tudatos fellépés kifejlesztése megfelelő prevenció programokkal.

#### *Cselekvési terv*

A (T/9856) „A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról” törvényjavaslat újbóli benyújtása és mielőbbi elfogadása.

A megfelelő, nemdohányzók védelmét érintő szabályozás, illetve a határos gyermekeknek és ifjúságnak szóló dohányzás megelőzési programok országos szintű működtetése képes csak csökkenteni a dohányfüst expozícióból eredő terheket. A dohányzás korlátozását érintő szabályozás szigorítása fokozatosan kell, hogy megtörténjen, azaz első lépésben a vendéglátóhelyek közül az éttermek füstmentessé tétele, majd egy-két év elteltével a tilalom kiterjesztése a bárókra, kocsmákra.

Egy szabályozás csak akkor lehet eredményes, ha annak ellenőrzése hatásosan, illetve hatékonyan működik, ezért elengedhetetlen az ÁNTSZ ellenőrző tevékenységének megerősítése, az ellenőrök képzése, jogszabályi feltételek megteremtése, az ellenőrzési folyamat technikai részének standardizálása, azaz egységes jegyzőkönyvek kidolgozása, a begyűjtött adatok további elemzési módszertanának kidolgozása a konkrét problémák kiszűréséhez.

A megvalósításhoz irányadóként szolgálnak a Keretegyezmény dohányfüst-expozíció elleni védelemről készült irányelvében foglaltak: „Tekintet nélkül az alkalmazott mechanizmusra, a folyamatos ellenőrzésnek egy átfogó törvényalkalmazási tervre kell épülnie, amelynek tartalmaznia kell a felügyelők hatékony képzésének folyamatát is. A hatékony ellenőrzés vegyítheti a rendszeres ellenőrzéseket be nem tervezett, váratlan ellenőrzésekkel, továbbá a panaszok nyomán elvégzett látogatásokat. A helyszíni szemlék a törvény hatályba lépését követő időszakban oktatási célúak lehetnek, mivel a szabályok be nem tartása az esetek többségében valószínűleg nem szándékos. A jogszabálynak fel kell hatalmaznia az ellenőröket arra, hogy beléphessenek a jogszabály hatálya alá eső létesítmény területére, mintát vehessenek és bizonyítékokat gyűjthessenek, amennyiben nem lennének még felruházva ezekkel a jogkörökkel a már hatályos jogszabályok értelmében. A jogszabálynak hasonlóan meg kell tiltania azt, hogy az üzleti vállalkozások akadályozzák az ellenőröket munkájuk elvégzésében.”

A folyamatban jelentős előrelépésként értékelhető a budapesti aluljárók füstmentessé tétele, amelyet követően további eredmény lesz a korlátozás kiterjesztése a BKV megállóira, valamint az ország valamennyi játszótérre vonatkozóan.

A passzív dohányzás teher csökkentésének másik összetevője olyan programok megvalósítása és széleskörű elterjesztése az óvodáskortól általános, majd középiskolás koron át egészen a felsőoktatásig, amelynek lényeges eleme a dohányfüst expozícióval járó helyzetek kerülése a megfelelő attitűd és viselkedésformák, készségszintű kialakításával.

#### *Indikátor*

Dohányfüst expozíció mértéke és alakulása a különböző korosztályokban, megelőzési programok elterjedtsége, monitorozása, illetve a törvény betartásának ellenőrzése során talált szabálysértések tényleges számának, a szabálysértések okainak, illetve ezek egymáshoz való arányának alakulása, minőségi nyomonkövetési rendszer megléte.

### III.4. Dohánytermékek szabályozása

#### *Nemzetközi és hazai helyzet bemutatása*

A dohánytermék az egyetlen legálisan kapható árucikk, amely a gyártó előírása szerinti használat esetén öl. Az Egészségügyi Világszervezet és az Európai Parlament éppen ezért kiemelt figyelmet fordít erre a termékre. A dohánytermékek alkotóelemeiről a dohányiparnak tájékoztatni kell az illetékes hatóságokat, amelyhez korábban már elkészült az egész Unió területén ajánlott egységes formanyomtatvány, illetve kiépült a dohánynyal foglalkozó, független uniós laboratóriumok hálózata (GoToLab). Az összetevők bejelentését, nyilvántartását és nyilvánosságra hozását segíti elektronikus formában az EMTOC project, amelynek eredményeként nemcsak az egyes országokon belül, hanem az unió tagországai között is átláthatóbbá válik a nyilvántartás.

Magyarországon a 102/2005. (X. 31.) FVM rendelet a dohánytermékek gyártásáról, forgalmazásáról és ellenőrzéséről 18. § (1) szerint a Vidékfejlesztési Minisztérium (VM) a fogyasztók tájékoztatása érdekében a dohánytermékekről és a dohányterméken található összetevőkről internetes honlapján évente listát tesz közzé, továbbá a beérkezett adatokról köteles tájékoztatni a Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségügyi és szociális ágazatát és a Nemzetgazdasági Minisztériumot. A VM (1) bekezdésben meghatározott adatokat megküldi az Európai Bizottságnak.

Az Európai Parlament és Tanács irányelve<sup>33</sup> szerint a tagországok között a dohánytermékek gyártására, kiszerezésére és árusítására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseket közelíteni kell egymáshoz. Ennek keretében meghatározták a cigaretták megengedett legnagyobb kátrány (10 mg), nikotin (1 mg) és a szén-monoxid (10 mg) (TNCO érték) szintjét. Ezek ellenőrzéséül szolgáló mérési eljárás lényege, hogy standard körülmények között gép szívja el a cigarettát, és ez alapján méri<sup>34</sup> a füstben lévő nikotin, kátrány, és szénmonoxid mennyiséget. A dohányzó emberek azonban a géptől eltérő és egymáshoz képest is különböző módon dohányoznak. A szippantás mennyisége, időtartama, időközze és a cigaretta tartása, illetve ajkakkal történő összenyomása ugyanannál a dohányosnál is eltérő. A gépi vizsgálat alapján tehát nem állapítható meg, hogy egy adott dohányos ember egy adott márka egy szál cigarettájából mennyi kátrányt, nikotint és szénmonoxidot juttat a tüdejébe. Éppen ezért a cigarettás dobozokon feltüntetett TNCO értékek félrevezetők lehetnek a fogyasztók számára.

A kanadai megközelítés szerint a termékből a fogyasztás során lehetséges maximális káros anyag kibocsátást kell mérni. Beszámoltak olyan esetekről, amikor a cigaretta csomag felirata szerint a kátrány tartalom 10mg, a mért tartalom 25mg volt. Álláspontjuk szerint, ha a dohányipar kevesebb nikotint tartalmazó cigarettát gyárt, akkor az a dohányos, akinek megvan a saját nikotin mennyiség igénye, annyit fog szívni, amennyiből ezt meg nem kapja. A kanadai rendszerben a fentiek miatt nincs maximum limit, mivel a fogyasztó dohányzási szokásaitól függ a bevitt káros anyag mennyisége. A közvélemény tájékoztatása kiemelt feladatuk, aminek a honlapjukon elhelyezett információkon kívül szpotok készítésével is igyekeznek megfelelni.

<sup>33</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 2001/37/EK sz. irányelve

<sup>34</sup> ISO 8243

Három különböző mérési eljárás főbb jellemzői az alábbi táblázatban foglalhatók össze.

	ISO 3308 Conditions	Kanada	Massachusetts
szippantás mennyisége	35 ml	55 ml	45 ml
szippantások közti idő	60 s	30 s	30 s
szippantás időtartam	2 s	2 s	2 s
szellőző nyílások elzárása	0 %	100 %	50 %

8. Táblázat különböző mérési eljárások

Az Európai Parlament és a Tanács 2001/37/EK irányelvének 3. cikke szabályozza a cigaretták megengedett legnagyobb kátrány-, nikotin- és szénmonoxid-tartalmát, azaz 2004. január 1-jétől kezdődően a tagállamok területén szabad kereskedelmi forgalomba hozott, árusított vagy gyártott cigaretták nem tartalmazhatnak cigarettánként többet, mint:

- 10 milligramm kátrányt,
- 1 milligramm nikotint,
- 10 milligramm szén-monoxidot.

A cigaretta kátrány, nikotin, szénmonoxid tartalom mérése során kapott eredmények ISO 8243 szabvány szerinti ellenőrzése során a mintavétel módjától függően kétféle megbízhatósági tartományt kell figyelembe venni.

mintavétel módja (idő)	mintavétel módja (helyszín)	megbízhatósági szint	megbízhatósági tartomány	határon belüli érték mg-ban
egy adott időpontban	- eladás helyén - gyártó értékesítési helyein - importáló, nagykereskedő raktárából	95%	kátrány: $\pm 20\%$ nikotin: $\pm 20\%$ szénmonoxid: $\pm 25\%$	8-12 0.8-1.2 7.5-12.5
időszakonként (pl.: félévente, évente)	adott gyártó, importáló, nagykereskedő	95%	kátrány: $\pm 15\%$ nikotin: $\pm 15\%$ szénmonoxid: 20%	8.5-11.5 0.85-1.15 0.8-1.2

9. Táblázat Mintavételek megbízhatósági tartományai

Az irányelv által meghatározott érték értelmezése kétféle lehet. Vagy a megbízhatósági tartomány maximális értékének felső határa, vagy a megbízhatósági tartomány az irányelv érték körüli  $\pm$  változást jelenti.

Az irányelv nem szabályozza, hogy mennyi időnek kell eltelnie a mérések között, az irányelv csak az ismételt mérést írja elő.

**A dohánytermékek összetevőire vonatkozó uniós szabályozás felülvizsgálata, további szigorítás bevezetése is folyamatban van.** Az összetevő a dohánytermékekről szóló EU-s

irányelv<sup>35</sup> fogalom meghatározása szerint: bármely olyan anyag vagy alkotóelem, amelyet egy dohánytermék gyártásához vagy előállításához használnak fel, és amely a késztermékben – akár megváltozott formában – jelen van, beleértve a papírt, a füstszűrőt, a tintát és a ragasztóanyagokat is.

E meghatározás nem foglalja magában magát a dohánylevelet vagy a dohány növény egyéb természetes vagy feldolgozatlan részét.

A WHO és bizonyos más, EU-n kívüli országok (pl. Kanada) dohánytermék-meghatározása azonban magában foglalja magát a dohánylevelet. Az elmúlt években számos publikáció foglalkozott a dohánytermékekben jelenlévő radioaktív és más anyagokkal – radon (Rn), polónium (Po-210), kadmium (Cd) stb. – és azok egészségre gyakorolt hatásaival. E kérdések mind a dohánylevelekkel állnak összefüggésben. Ennek nyomán az Európai Közösségek Bizottsága tanulmányozza, helyénvaló-e a dohánylevél és a dohány növény egyéb természetes vagy feldolgozatlan részeit az összetevők meghatározásába beemelni, ezáltal az irányelv hatálya alá vonva azokat.

A cigaretta gyártás során hozzáadott adalék és ízesítő anyagok befolyással bírnak a fogyasztókra és sajnos az utóbbi években emelkedő tendenciát mutat ezek használata. **Az adalékanyagok nagy része a fiatalok számára teszi vonzóbbá a terméket, ami különösen aggasztó.**

Az összetevőkkel kapcsolatosan az Európai Parlament határozatában a vonatkozó irányelv módosításainak elvégzésére kérte fel a Bizottságot. Például: valamennyi olyan adalékanyag betiltása, amelyről a gyártó és az importőr nem bocsát rendelkezésre teljes adatbázist; a függőséget fokozó valamennyi adalékanyag és a jelenleg rendelkezésre álló toxikológiai adatok szerint – önmagában vagy pirolízist követően – rákkeltőnek, mutagénnek vagy teratogénnek kimutatott valamennyi anyag azonnali betiltása. Az adalékanyagok közül a kumarin bár növelte az eladást, de mint bizonyítottan rákkeltő már betiltásra került.

Kanadában 2009 októberében elfogadott **C32 Törvénnyel**<sup>36</sup> betiltották a mentolon kívül valamennyi dohány adalékanyag használatát. A törvény célja a lakosság és a fiatalok egészségének védelme, a fiatalok megóvása a függővé válástól, a lakosság ezzel kapcsolatos tudásának, tudatosságának fokozása.

Az Egészségügyi Világszervezet által kezdeményezett, és az EU által 2003-ban elfogadott, majd a Magyar Köztársaság Országgyűlése által is törvénybe iktatott Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény (FCTC), 9-10. cikkéhez készülő irányelv tervezete foglalkozik a dohánytermék kipróbálását követően is további fogyasztásra ösztönző, azaz a rászakást elősegítő adalékanyagokkal.

Az új tervezet más országokhoz hasonlóan nálunk is szigorítaná (korlátozná vagy tiltaná) mindazon anyagok alkalmazását, amelyek a dohányterméket élvezhetőbbé teszik (pl. méz, melasz, mentol), vagy olyan hatást keltenének, mintha egészségesebbek vagy legalábbis kevésbé károsak lennének (pl. vitamin, zöldség, gyümölcs), esetleg élénkítő vagy vitalitásfokozó hatásúak (pl. koffein, taurin, guarana, glukuronolakton, amelyek részben további egészségkockázatot is jelenthetnek).

---

<sup>35</sup> Directive 2001/37/EC of the European Parliament and of the Council of 5 June 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco products.

<sup>36</sup> BILL C-32: AN ACT TO AMEND THE TOBACCO ACT

A WHO egy tudományos alapú összefoglaló tanulmánnyal<sup>37</sup> támasztotta alá a dohányfogyasztás korlátozására vonatkozó rendelkezéseket. A tanulmányban részletesen kitér a dohánytermékek összetevőire, az ízesítésekre és egyéb adalékanyagokra és ezek népegészségügyi hatásaira, a biomarkerekre, mennyiségi szabályozásokra és a tudományos eredményeken alapuló ajánlásokra. A dokumentum szintén hangsúlyozza az ízesítések és adalékanyagok veszélyét a fiatalok dohánytermék fogyasztásának növekedése szempontjából.

A SCENIHR, az Új és Újonnan Azonosított Egészségügyi Kockázatok Tudományos Bizottsága a dohány adalékanyagok vonzóságot és függőséget keltő hatásáról készített előkonzultációs jelentést. A SCENIHR ezen jelentésében értékeli a kritériumokat, ami alapján egy adalékanyag függőséget okozó vagy vonzóságot keltő anyagként osztályozható és a módszereket, ennek figyelembe vételével a termék, illetve anyag függőséget vagy vonzóságot keltő tulajdonságait vizsgálják. Az adalékanyagok kérdése napjainkban igen jelentős, hiszen míg 1970-es években alig használtak adalékanyagokat, addig napjainkban a cigaretta súlyának már 10%-át adják.

A bizottság szerint annak ellenére, hogy a válaszok többségében a konkrét bizonyítékok hiánya, a meglévők újbóli alátámasztása merül fel, illetve a legtöbb eredmény a „talán” kategóriába tartozik, nincs értelme újabb vizsgálatokat végezni. Ennek oka:

- A tanulmányból egyértelműen kiderül, hogy a jelenlegi törvényi szabályzások mellett nem lehet teljes körűen embereken vizsgálatokat végezni, az állatokon végzett kísérletek eredményei pedig nagyban eltérnek az embereken végzettektől, továbbá a nem állnak rendelkezésünkre a megfelelő modellek, műszerek. Ezen etikai akadályok megváltozásáig nincs értelme az újabb vizsgálatoknak.
- A finanszírozás kérdése sem megoldott.

Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény a Részes Felek 4. Konferenciájára (COP4) 2010. november 15-20. között kerül sor Uruguayban.

A COP4-en az Európai Unió, amely 26 tagállama mellett maga is részes fél, **egységes álláspontot** fog képviselni. A közös uniós álláspont kialakításának előkészületei az Európai Unió Tanácsa **Népegészségügyi Munkacsoportjában** zajlottak. A Coreper ülésről készült jelentés alapján elmondható:

„A 2010. október 22-i Coreper ülésen a Keretegyezmény 9. cikkéhez, a dohánytermékek összetételének szabályozásához kapcsolódó irányelvek tervezetének tekintetében Magyarország támogató javaslattal élt, melynek segítségével **konszenzus** alakult ki, miszerint külön új bekezdés került be a tervezet 3.1.2 pontjába arról, hogy a Felek a 3.1.2 pont alkalmazásánál a nemzeti körülményeket és prioritásokat figyelembe vevő intézkedéseket vezethetnek be és hivatkozás arra, hogy a Felek megfontolják az adalékanyagokkal kapcsolatos tudományos és egyéb bizonyítékokat és mások tapasztalatait, amikor az összetevőkkel kapcsolatos új rendelkezésről döntenek és megfontolják, hogy az elérhető leghatékonyabb intézkedéseket hajtják végre.

A közös álláspont kialakításra került tekintettel arra, hogy az ajánlások jogi kötő erővel nem bírnak, emellett végrehajtási határidőket nem tartalmaznak, és mindössze orientálják a nemzeti jogalkotást. Továbbá, hogy az eredeti javaslathoz képest a tárgyalások során a tervezet számos ponton kedvező irányba változott, mint például „figyelembe véve a nemzeti

<sup>37</sup> The Scientific Basis of Tobacco Product Regulation. Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series, WHO, 2007

körülményeket és a prioritások", továbbá "hacsak ezek az összetevők nem elengedhetlenek a dohánytermék gyártásánál és nem kapcsolódnak a vonzósághoz" mondatok beillesztésre kerültek."

A **dohánytermékek csomagolása, címkézése** szintén megfelelő szabályozást igényel. A dohánygyártó cégek évente több millió dollárt költenek arra, hogy az új fogyasztókat függővé tegyék és a dohányzók leszokását megakadályozzák. A dohányipar folyamatosan eltereli a figyelmet a dohánytermékek halálos hatásairól reklámokon és promóciós kampányokon keresztül, beleértve a gondosan kialakított csomagolást. Minthogy a cigaretta egészségre veszélyes termék és fogyasztása bizonyítottan fokozott kockázatokkal jár, erről a fogyasztóit megfelelő módon tájékoztatni kell. Jelenleg ennek egyik módja a 2001/37/EK irányelvben meghatározottak szerinti egészségvédelmi figyelmeztető feliratok elhelyezése a dohánytermékek csomagolásán. Ezek egy része - a dohányzás egészségkárosító hatásainak feltűntetésével - a leszokási szándék kialakulását, illetve megerősítését kívánja elősegíteni. Másik része a passzív dohányzással összefüggésben, a dohányzó ember másokkal szembeni felelősségét hangsúlyozza.

*A képes egészségvédő figyelmeztetések bevezetése a dohánytermékek csomagolásán – amit a magyar lakosság közel négyötöde támogat - szintén fontos előrelépést jelentene. Ez egyrészt a fogyasztó felé történő egészséggel összefüggő kommunikáció legcélszerűbb módja, másrészt a fiatalok felé hatásosabb üzenetátadást tesz lehetővé, mint a jelenlegi szöveges figyelmeztetések.*

Kanadában a színes képek bevezetését - az azt másfél évvel követő hatásvizsgálatok szerint - a felnőtt dohányzók 70%-a, a fiatalok 90%-a hatásos módszernek tartotta. Amellett, hogy a dohányosok több mint fele arról számolt be, hogy a képek hatására kevesebbet dohányzik nemdohányzók jelenlétében, azok használata minden negyedik dohányos leszokási szándékát is megerősítette.

Az Nvt. törvényjavaslat szerint növekedne a cigarettás dobozok hátoldalán lévő szöveges figyelmeztető feliratok mérete, illetve rákerülnének a 2003/641/EK határozat szerint szabadon választható képes egészségvédő kombinált feliratok is.

A törvénymódosítás előkészítéseként az OEFI Dohányzás Fókuszpont szakmai irányításával a Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete 2009 áprilisában kérdőíves felmérést készített a dohánytermékeken elhelyezendő képes egészségvédő feliratok tesztelésére.

A képes egészségvédő feliratok a megelőzést, valamint a dohányzásról való leszokás elősegítését is szolgálják, ezért a kutatás két célcsoportra terjedt ki:

- a 18 év feletti dohányzó felnőtt lakosságra (400 fő), valamint
- a 12-18 év közötti általános iskolás és középiskolás diákokra (600 fő).

Az eredmények alapján:

**A felnőtt minta 55,5%-a el szokta olvasni a cigarettásdobozokon feltüntetett figyelmeztető feliratokat, és a válaszadók háromötöde úgy véli, hogy a képes egészségvédő feliratok visszatartó erővel bírnak.**

Az összes tanuló fele, a **dohányzó diákok háromnegyede el szokta olvasni a figyelmeztető feliratokat** a cigarettásdobozokon. A 12-18 év között nem dohányzók egy része is olvassa és ismeri a figyelmeztetéseket, így ezzel a módszerrel nem csak a már dohányzó gyerekek

érhetőek el. A diákok közel háromnegyedére (72,7%) hatnak visszatartó erővel a képes egészségvédő feliratok.

2009-es Eurobarometer felmérés alapján a megkérdezett magyarok 78%-a szerint be kell vezetni a cigarettás dobozokon elhelyezett képes egészségvédő feliratokat.

A jövő a dohánytermékek egyszerű csomagolása az úgynevezett „**plain packaging**” vagy „**generic packaging**”. Ez az egyszerű csomagolás standardizálja a cigaretta csomagolását, így csökkenti státuszszimbólum voltát és „vonzóságát”. A dohánytermék csomagolása így nem tartalmaz színeket, logót, csak a márkanév nyomtatható rá meghatározott betűtípussal, betűmérettel és meghatározott helyre, tartalmazhatja még az egészségügyi figyelmeztetést, más kötelező termékinformációt, mint a káros anyag tartalom, adójegy, a csomag tartalma. A doboz anyaga, mérete és alakja, illetve a celofáncsomagolás jellemzői is meghatározottak. A csomagolás belseje, illetve a cigaretta maga is standardizált.

Az ilyen típusú csomagolást Ausztráliában fogják elsőként bevezetni 2012 januárjától. A vizsgálatok szerint az egyszerű csomagolás kevésbé vonzó és nem ösztönöz fogyasztásra.

### ***Következtetések***

Az optimális megoldás érdekében szükséges a dohánytermékek előállításával, az adalékanyagokkal összefüggő nemzetközi és hazai szabályozás továbbgondolása, folyamatos felülvizsgálata. Az ehhez szükséges kutatásoknak azonban mivel rengeteg idő és anyagi ráfordítást jelentenének, semmiképpen nem az adófizetők pénzéből kellene megtörténniük, hanem a dohányiparnak kell finanszíroznia.

### ***Célok***

A fogyasztást növelő illetve a terméket vonzóbbá tevő dohány adalékanyagok betiltásának támogatása.

A képes egészségvédő feliratok, majd a későbbiekben az ún. plain packaging bevezetése.

### ***Cselekvési terv***

A dohányzás visszaszorítása érdekében tehát az egyik legfontosabb feladat a színes fényképekkel ellátott egészségügyi figyelmeztetések bevezetése. A 2003/641/EK határozat szerint a tagállamok színes fényképek vagy egyéb illusztrációk formájában történő egészségügyi figyelmeztetések alkalmazása esetén, a Bizottság által meghatározott 42 db kombinált figyelmeztetést tüntethetik fel.

A szövegekkel ellátott képek figyelmeztetnek a dohányzás következtében nagyobb gyakorisággal bekövetkező betegségek kockázatára segítenek a leszokással kapcsolatban, felhívják a figyelmet a passzív dohányzás veszélyeire, valamint érzékeltetik a terhesség alatti dohányzás magzatkárosító hatását.

A figyelmeztető szöveg, illetve képek használata rendszeresen változtatva még hatásosabb, ezért azokat célszerű fokozatosan bevezetni és egy szisztematikusan kidolgozott rotációs rendszerben alkalmazni.

### ***Indikátor***

Az EU jogszabályok változása, a magyar jogszabályok változása, illetve betartásának ellenőrzése, a színes fényképekkel ellátott egészségügyi figyelmeztetések feltüntetése a csomagoláson.

### III.5. Dohánytermékeket imitáló termékek (vízipipa, e-cigaretta, cigaretta formájú rágógumi, csoki szivar stb.)

A vízipipa fogyasztás előfordulása az afrikai (különösen Észak Afrikában), Dél-kelet Ázsiai és a Kelet-mediterrán régióban a leggyakoribb. 1990 óta a vízipipa használata új fogyasztói körre terjedt ki, mint az amerikai, brazil és európai egyetemisták/főiskolások, vagy fiatalok. Egy 2008-ban végzett nemzetközi dohányzáskutatás (Global Youth Tobacco Survey) eredményei alapján már Magyarországon is megjelent a vízipipa használata a fiatalok körében (13-15 évesek) és elterjedtsége egyre súlyosabb mértéket ölt. *A 13-15 éves tanulók 11,5%-a szívott pipát/vízpipát a vizsgálat előtti 30 napban. A felnőtt lakosság 6%-a alkalmasszerűen vízipipázik szemben az EU 9%-os átlagával.*

Különböző dohánytermékek fogyasztása	EU27 (%)		Magyarország (%)	
	minden nap	alkalmasszerűen	minden nap	alkalmasszerűen
A következő dohánytermékeket minden nap, alkalmasszerűen vagy egyáltalán nem használja?				
Gyári cigaretták	79	14	80	14
Kézzel sodort cigaretták	15	19	12	20
Szivar	1	12	1	10
Pipa	1	4	0	6
Vízpipa	0	9	0	6

Viszonyítási alap: Dohányzók (EU27:29%, HU:38% a teljes mintából)  
Eurobarometer 72.3 Magyar kutatási eredmények

10. Táblázat Különböző dohánytermékek fogyasztása

A vízipipázás fogyasztásnak elterjedését elősegítette a korábban is említett és teljesen alaptalanul elterjedt feltételezés, hogy a cigarettához képest biztonságosabb valamint az, hogy kellemes társas aktivitásként is szolgálhat. Azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy sok vízipipát használó személy rendszeresen fogyaszt cigarettát is. Az amerikai Járványügyi és Betegségmegelőzési Központ (CDC) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) tanácsadó testületének felhívása szerint a vízipipázás által fogyasztott dohány – amit gyakran melasszal és gyümölcsaromával kevernek – által sokkal több füstnek teszi ki magát az ember és ráadásul több időn keresztül, mint a hagyományos dohányzás alkalmával. Előzetes kutatások azt mutatják, hogy a vízipipázás ugyanazon veszélyeknek teszi ki a fogyasztót, mint a cigaretta, és egyes esetekben egyedien befolyásolja betegségek kialakulásának esélyeit. A tévhitekkel ellentétben a vízipipából származó füst számos mérgező anyagot tartalmaz, amelyek hozzájárulnak a tüdőrák, a szívbetegségek és egyéb megbetegedések kialakulásához. A vízipipa más dohánytermékekhez hasonlóan szintén tartalmazza a függőséget okozó nikotint. Így használata hozzájárul a fogyasztók nikotin függőségének kialakulásához. A vízipipa használata során a dohányzó százszor több nikotint és egyéb káros anyagot vihet be a szervezetébe, mivel egy dohányzási alkalom sokkal több ideig tart, mint egy hagyományos



cigaretta elszívása esetén. A vízpipázó egy dohányzási alkalom alatt annyi füstöt szív be, mint egy hagyományos cigarettát szívó ember 100 vagy több cigarettából.<sup>38 39</sup>

A vízpipa fogyasztása mellett különös figyelmet érdemel az elektronikus cigaretta megjelenése a nemzetközi és hazai piacon. Az e-cigaretta fogyasztására vonatkozó megbízható gyakorisági adatok eddig még nem állnak rendelkezésünkre sem nemzetközi sem hazai szinten. Továbbá az **elektronikus cigaretta hatása az egészségre eddig még szintén tisztázatlan**. Néhány e-cigarettát gyártó vállalat állítása szerint ez a termék nem tartalmaz olyan káros anyagokat, amelyek a hagyományos cigaretta égése során szabadulnak fel. Többen úgy reklámozzák az új generációs cigarettát, mint hatékony dohányzás leszokás támogató eszköz. Az Egészségügyi Világszervezet 2008-ban kijelentette, hogy nem támogatja az elektronikus cigaretta, mint dohányzás leszokást támogató eszköz legális forgalmazását és használatát nem tartja biztonságosnak. A WHO arra hivatkozott, hogy még egyetlen komoly szakmai tanulmány sem támasztotta alá, hogy ez a termék egy megbízható és hatásos eszköz lenne a nikotinpótló terápiák során. 2009-ben az amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatal (U.S. Food and Drug Administration) az e-cigaretták tesztelése során olyan anyagokat talált, amelyek a hagyományos dohányt tartalmazó cigarettában és annak égése során keletkező anyagok között is megtalálhatóak (diethylene glycol és dohány specifikus nitrosaminok). **Számos olyan termékben volt kimutatható a nikotin, amelyről a forgalmazók azt állították, hogy nikotinmentes**. Hazánkban a termék elektromos jellemzőivel kapcsolatban az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI) állított ki igazolást, amely azonban csak a műszaki megfelelésre vonatkozik. Az országos tisztifőorvos hivatkozva az Országos Gyógyszerészeti Intézet szakvéleményére, valamint arra a tényre, hogy az eszköz egyetlen kedvező hatása sem bizonyított és a **nikotin tartalma pontosan nem ismert, a termék forgalmazásának betiltását is lehetségesnek tartja**. Két határozatot hoztak a budapesti VIII-IX. kerületi, és a XX-XXIII. kerületi tisztifőorvosok 2008-ban. A VIII-IX. kerületi tisztifőorvos határozatában az elektronikus cigaretta forgalmazását közegészségügyi okok miatt felfüggesztette. A XX-XXIII. kerületi tisztifőorvos határozatában a nikotin patronos elektronikus cigaretta forgalomba hozatalát, hagyományos kereskedelmi, valamint Interneten történő forgalmazását közegészségügyi okok miatt, felfüggesztette. Ennek ellenére valószínűsíthető, hogy az e-cigaretta használata - köszönhetően az **interneten keresztüli forgalmazásának** - **sajnos egyre elterjedtebb a hazai dohányosok körében is, nem ismerve annak esetleges egészségre káros hatásait.**<sup>40</sup>

Az elektronikus cigaretta és vízpipa különös veszélyt jelenthet abból a szempontból is, hogy az eszközök és tartozékaik különböző aromákban történő árusítása (csokoládé, vanília, karamell, stb.), kifejezetten vonzóvá teheti a termékeket a fiatalkorúak számára, abban az esetben is, ha eddig még dohányt tartalmazó terméket nem fogyasztottak.

Hasonlóan veszélyes hatást fejthetnek ki a fiatalkorúakra, a **cigarettát vagy szivart imitáló** kiszereleésben árusított **édességek** (cigi rágó és csoki szivar), amelyek a gyermekeket a

---

<sup>38</sup> Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators. Advisory Note. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (Tob Reg), WHO, 2005  
[http://www.who.int/tobacco/global\\_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation\\_Final.pdf](http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation_Final.pdf)

<sup>39</sup> Hookahs, Smoking and Tobacco Use, Centers of Disease Control and Prevention.  
[http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/tobacco\\_industry/hookahs/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/hookahs/index.htm)

<sup>40</sup> Elektronikus cigaretta. Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2010.  
<http://color.oefi.hu/aktualis.htm>

dohánytermékek fogyasztására motiválják, kihasználva azt, hogy a kellemes édes és gyümölcsös ízek élvezete felerősíti a dohányzással szembeni pozitív attitűdöket. Ezen termékek fogyasztásával és árusításával kapcsolatosan szintén nem állnak rendelkezésünkre még megbízható statisztikai adatok.

### *Következtetések*

A dohánytermékeket imitáló termékek többsége nem tartalmaz dohányt, ezért a dohánytermékek szabályozására vonatkozó törvények nem vonatkoznak rájuk. Így forgalmazásukat és fogyasztásukat semmi sem korlátozza, teljesen szabályozatlan területnek számít, amely magyarázza a gyors elterjedésüket. A szabályozás hiánya veszélyeztetheti a magyar lakosság egészségét. Többek között az elektronikus cigaretta hatása az egészségre eddig még tisztázatlan. Az e-cigarettek tesztelése során olyan anyagokat találtak, amelyek a hagyományos dohányt tartalmazó cigarettában és annak égése során keletkező anyagok között is megtalálhatóak (diethylene glycol és dohány specifikus nitrosaminok). Ezen túl számos olyan termékben volt kimutatható a nikotin, amelyről a forgalmazók azt állították, hogy nikotinmentes. Az eszköz egyetlen kedvező hatása sem bizonyított és a nikotin tartalma pontosan nem ismert.

A szintén kifejezetten ártalmasnak számító vízipipa is egyre szélesebb körben terjed el hazánkban a szabályozások hiánya miatt. A vízipipázás által fogyasztott dohány által sokkal több füstnek teszi ki magát a fogyasztó és ráadásul több időn keresztül, mint a hagyományos dohányzás alkalmával. Kutatások azt mutatják, hogy a vízipipázás ugyanazon veszélyeknek teszi ki a fogyasztót, mint a cigaretta, és egyes esetekben egyedien befolyásolja betegségek kialakulásának esélyeit. A vízipipából származó füst számos mérgező anyagot tartalmaz, amelyek hozzájárulnak a tüdőrák, a szívbetegségek és egyéb megbetegedések kialakulásához. A vízipipa más dohánytermékekhez hasonlóan szintén tartalmazza a függőséget okozó nikotint (sokkal nagyobb mennyiségben, mint a cigaretta). Így használata hozzájárul a fogyasztók nikotin függőségének kialakulásához.

Az itt kiemelt dohányterméket imitáló fogyasztási cikkek különös veszélyt jelenthetnek abból a szempontból, hogy az eszközök különböző aromákban történő árusítása (csokoládé, vanília, karamell, stb.), kifejezetten vonzóvá teheti a termékeket a fiatalkorúak számára, abban az esetben is, ha eddig még dohányt tartalmazó terméket nem fogyasztottak. Ezen termékek fogyasztásának akár komoly népegészségügyi következményei is lehetnek.

### *Célok*

A dohánytermékeket imitáló fogyasztási cikkek piaci forgalmazásának hatásos szabályozása. A 79/1998. (IV. 29.) Korm. rendelet ehhez kiindulásként szolgálhat, illetve a termékek bevizsgálási folyamatának kialakítása és felelős szervek kijelölése.

### *Cselekvési terv*

A dohánytermékeket imitáló fogyasztási cikkek hazai piaci forgalomba kerülésének monitorozása javasolt, összevetve nemzetközi adatokkal. Szükséges a nemzetközi és hazai szakmai, kutatási, véleményező tanulmányok elemzése. Fontos a termékekkel kapcsolatos, nemzetközi szakmai szervezetek (WHO, CDC, FDA) által készített véleményezések és ajánlások valamint nemzetközi követendő gyakorlatok figyelembevétele. A termékek engedélyezését konkrét intézményekhez kell rendelni, és a termékek forgalomba hozatalával kapcsolatos rendelet végrehajtását szükséges ellenőrizni.

### **Indikátor**

Dohánytermékeket imitáló termékek fogyasztásának gyakorisága és mennyisége, engedélyezett termékek fogyasztásának gyakorisága és mennyisége, fogyasztásukkal kapcsolatos megbetegedési adatok illetve egészségnyereségek, fogyasztásuk és hagyományos dohánytermékek fogyasztásának prevalencia adatainak követése és összevetése, fiatalok dohányzás prevalencia adatai

---

79/1998. (IV. 29.) Korm. rendelet az áruk és a szolgáltatások biztonságosságáról és az ezzel kapcsolatos piacfelügyeleti eljárásról Nehezen felismerhető és ezért veszélyes árukra vonatkozó különös rendelkezések

2. § (1) Nem hozható forgalomba olyan áru, amelynek tényleges tulajdonsága nem ismerhető fel, és ezért veszélyezteti a fogyasztók egészségét és biztonságát.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott rendelkezés arra az áruira vonatkozik, amely az élelmiszerekről szóló 2003. évi LXXXII. törvény alapján

a) nem minősül élelmiszernek, és külső megjelenítése - különösen formája, mérete, illata, színe -, továbbá csomagolása és címkézése alapján alkalmas arra, hogy a fogyasztók, különösen a gyermekkorúak az árut összetéveszthessék az élelmiszerekkel, vagy

b) élelmiszernek minősül, és külső megjelenítése - különösen formája, mérete, illata, színe -, továbbá csomagolása és címkézése alapján valamely veszélyes, vagy elfogyasztásával, lenyelésével egyébként veszélyessé váló áruira hasonlít, és ezáltal alkalmas arra, hogy a fogyasztók, különösen a gyermekkorúak ezen élelmiszert összetéveszthessék a valóban veszélyes, vagy elfogyasztásával, lenyelésével egyébként veszélyessé váló árukkal.

#### IV. A dohányipar, a dohánytermesztők, valamint a dohányzás ellen és mellette érvelő civil szervezetek szerepe

Abban az esetben, ha ma a cigaretta gyártásához ma valaki engedélyt kérne, a vizsgálati eredmények alapján, **bizonyítottan rákkeltő hatása** miatt, biztos nem kaphatná meg. A termék sajnos előbb elterjedt és csak jóval később kezdődött hatásainak vizsgálata.

**A dohánytermékek legálisak, de halálosak.** Ebben az értelemben a dohányipar specifikus és egyedi. Olyan terméket állít elő és népszerűsít, amelyről tudományosan bizonyították, hogy addiktív, megbetegedést és halált okoz, és különféle társadalmi bajokat vált ki, köztük a szegénység fokozódását. Ebből következően alapvető ellentét áll fenn a dohányipar érdekei és a népegészségügyi politika között. Mivel ez az érdekellentét kibékíthetetlen, a WHO FCTC Résztes Feleknek,<sup>41</sup> azaz a keretegyezményt aláíró és annak szövegét a jogrendjükbe beépítő országoknak, a lehető legnagyobb mértékű védelemben kell részesíteniük a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos népegészségügyi szakpolitikák kialakítását és végrehajtását a dohányiparral szemben. Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének 5.3 cikke előírja, hogy „a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos népegészségügyi politikájuk meghatározása és megvalósítása során a Résztes Felek fellépnek azért, hogy ezeket a politikákat megvédjék a dohányipar kereskedelmi és egyéb anyagi érdekeltségeivel szemben, belső jogukkal összhangban

A dohányreklámról és a dohányipari szponzorációról szóló 13. irányelvet a Résztes Felek 3. konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban:

*A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 13. cikkének (Dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás) végrehajtására vonatkozó irányelvek.*<sup>42</sup>

Az irányelv ajánlásai szerint az alábbi tevékenységek lényegesek a dohányipar népegészségügyi politikákba történő beavatkozásának kezeléséhez:

- A figyelem felhívása a dohánytermékek addiktív és káros jellegére és arra, hogy a dohányipar beavatkozik a Résztes Felek dohányzás-ellenőrzési politikáiba.
- Intézkedések megtétele a dohányiparral zajló kölcsönös viszonyok korlátozására és az átláthatóság biztosítása a létrejövő kölcsönös viszonyokban.
- A dohányiparral kötött partneri viszony, és nem kötelező erejű vagy nem kikényszeríthető megállapodások és partnerségek elutasítása.
- A köztisztviselők és alkalmazottak összeférhetlenségi helyzeteinek elkerülése.
- Annak előírása, hogy a dohányipartól gyűjtött információ legyen átlátható és pontos.
- A dohányipar által „vállalati társadalmi felelősségvállalásként” leírt tevékenységek körének denormalizálása és szabályozása.
- A kedvezményezett bánásmód elkerülése a dohányipari cégek Dohányipari cégek esetében.
- Az állami tulajdonú dohányipari cégeknek a többi dohányipari céggel azonos módon való kezelése.

<sup>41</sup> „A „Résztes Felek” kifejezés azon államokra és szerződőképes egyéb szervezetekre utal, amelyek kifejezett beleegyezésüket adták a szerződéses kötelezettségvállaláshoz és ahol a szerződés az adott államokra és szervezetekre nézve hatályban van.” (Forrás: Egyesült Nemzetek Szerződéseinek Gyűjteménye: <http://untreaty.un.org/English/guide.asp#signatories>)

<sup>42</sup> [http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_13.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13.pdf)

Ajánlások a dohányipar által „vállalati társadalmi felelősségvállalásként” leírt tevékenységek körének denormalizálása és szabályozása céljából:

- A Résztes Felek gondoskodjanak arról, hogy a kormányzat minden ágazata és a közvélemény tájékoztatva legyen a dohányipar által végzett vállalati társadalmi felelősségvállalási tevékenységek valós céljáról és terjedelméről, és tudatában legyen ezeknek.
- A Résztes Felek a dohányipar vállalati társadalmi felelősségvállalási tevékenységeit nem támogathatják, ahhoz támogatást nem nyújthatnak, partnerséget nem alkothatnak, és abban nem vehetnek részt.
- A Résztes Felek nem engedélyezhetik a dohányipar vagy a dohányipar nevében eljáró bármilyen személy részére a vállalati társadalmi felelősségvállalási tevékenységek vagy az ilyen tevékenységekre fordított kiadások nyilvánosságra hozatalát, kivéve amennyiben jogszabály az ilyen kiadások nyilvánosságra hozatalát előírja, például az éves beszámolóban.
- A Résztes Felek semmilyen kormányzati ág vagy az állami szektor részére nem engedélyezhetik a dohányipartól vagy a dohányipar érdekeinek előmozdításán dolgozó más felektől érkező bármilyen politikai, társadalmi, pénzügyi, oktatási, közösségi vagy egyéb hozzájárulás elfogadását, kivéve a jogi egyezségek miatti, vagy jogszabályban vagy jogilag kötelező erejű, végrehajtható szerződésekben előírt kárpótlást.

A dohányiparnak a népegészségügyi szakpolitikákba történő beavatkozását megelőző hatásos intézkedések meghozatala érdekében a Résztes Feleknek tájékoztatásra van szükségük a dohányipar tevékenységéről és gyakorlatáról, így gondoskodva arról, hogy az ágazat átláthatóan működjön. A Keretegyezmény 12. cikke előírja a Résztes Felek számára az ilyen információkhoz való nyilvános hozzáférés előmozdítását a nemzeti jognak megfelelően.

A dohánytermesztők érdekvédelmi szervezeteiken keresztül együttműködnek a dohányiparral, civil szervezetekkel (Füstölgők társasága) illetve sikerrel lobbiznak a hazai Parlamenti, illetve Európai Parlamenti képviselőknél.

A WHO FCTC és az Európai Közösségek Bizottsága kiemelten fontos kérdések közé sorolja a dohánytermékekbe hozzáadott adalékanyagok használatát, amelyek csak arra szolgálnak, hogy édesebb ízűvé, ízletesebbé tegyék a dohányterméket, vonzóbbá téve ezáltal a fiatalok és a nők számára. Például ebben a kérdésben a nemzetközi szintéren megjelenő magyar álláspont kialakításánál inkább került előtérbe a dohánytermesztők érdeke, mint a gyerekek fiatalok védelme.

A dohányzás visszaszorításáért tevékenykedő civil szervezetek 1999-ben szövetségbe tömörültek létrehozva a **Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért**<sup>43</sup> (SzDV) szervezetet. A szervezet célja, hogy a magyar lakosság széles körében (fő célcsoport: ifjúság, család) az egészségi állapotot javítsa; az autonóm tagegységek közös törekvéseit ez irányban

---

<sup>43</sup> új honlapjuk kialakítás alatt áll.

összehangolja. Amíg drogmegelőzésre több mint ötszáz millió Forint értékben lehet pályázni minden évben, sajnos több éve nem kerülnek kiírásra dohányzás visszaszorítása témában célzott pályázatok és ez negatívan hat a civil szervezetek teljesítményére, jelentősen korlátozza a lehetőségeiket.

### *Dohányzás Fókuszpont szerepe*

Magyarország világviszonylatban továbbra is élen jár a dohányzás prevalencia, valamint a dohányzás okozta megbetegedési, halálozási statisztikák és a dohányzás által az államháztartásra háruló gazdasági teher nagysága tekintetében. Komoly teendők vannak még ezen a területen, amelyeket a politikai döntéshozóknak, a szakembereknek, a civil szférának együttesen kell megvalósítani a lakosság aktív támogatásával.

Jelenleg az Országos Egészségfejlesztési Intézetben (OEFI) működik a Dohányzás Fókuszpont. A működéshez a forrás az Nemzeti Erőforrás Minisztérium által az OEFI-nek nyújtott éves előirányzat terhére célfeladatonként projekt pénzekből részlegesen biztosított.

A fókuszpont egészségügyi és szakmai előnyökkel jár a dohányzás visszaszorítása terén, Támogatja a közigazgatási szervek, civil szervezetek, valamint intézmények ilyen irányú tevékenységeit, törekvéseit. Mindezek mellett a fókuszpont tudományos, egészségpolitikai és közigazgatási szükségleteket elégíthet ki, amennyiben a dohányzással és a dohánytermékekkel kapcsolatos adekvát és hiteles információk rendszerezve a megfelelő helyükre kerülnek. A fókuszpont feladata, hogy az eredmények nyilvánosságra hozatalával elérje az ország teljes lakosságát.

## **V. Népegészségügyi termékadj bevezetése**

A dohánytermékek adójának folyamatos, az infláció és a reálkeresetek növekedését meghaladó mértékű emelése ma az egyik leghatékonyabb dohányzásellenes intézkedés, mely főként a fiatalok dohányzás csökkentése irányában hat.

Változók a reagálások az áremelkedésekre a kisjövedelmű, illetve a nagyjövedelmű országokban. Amikor egy áru ára emelkedik, a kisjövedelmű emberek általában nagyobb valószínűséggel fogják vissza ennél a termékénél a fogyasztásukat, mint a nagyobb jövedelemmel rendelkezők; és fordítva, amikor csökkennek az árak, akkor nagyobb valószínűséggel növelik fogyasztásukat. A fogyasztók egy termék iránti keresletének az árváltozás hatására történő változásának mértékét a kereslet rugalmasságának nevezzük. Például ha a 10%-os áremelkedés 5%-os keresletcsökkenést okoz, akkor a keresletrugalmasság értéke -0.5. Minél árérzékenyebbek a fogyasztók, annál nagyobb a keresletrugalmasság. A rugalmasság becsült értékei tanulmányonként változnak, de elfogadható bizonyíték van arra, hogy a közép- és kisjövedelmű országokban a keresletrugalmasság nagyobb, mint a nagyjövedelmű országokban. Az Egyesült Államokban például a kutatók azt állapították meg, hogy egy csomag cigaretta árának 10%-os emelése a keresletet mintegy 4%-al csökkentette (a rugalmasság -0.4). Kínai tanulmányok azt állapították meg, hogy 10%-os áremelkedés a keresletet nagyobb mértékben csökkenti, mint a nagyjövedelmű országokban: a rugalmassági számítások eredményei -0.6 és -1.0 között mozogtak. Brazíliában és Dél-Afrikában végzett vizsgálatok eredményei hasonló

tartományban voltak. A kis- és közepes jövedelmű országok egészére nézve a jelenlegi adatok alapján az átlagos keresletrugalmasság elfogadható becslést értéke 0.8.<sup>44</sup>

**Az egyénre fordított egészségügyi kiadások és az egészségkárosító életmód között pozitív korreláció áll fent.** A különböző betegségek kialakulásában a dohányzásnak és az alkoholfogyasztásnak katalizáló szerepe van, így a káros szenvedéllyel élők nagyobb valószínűséggel fogják igénybe venni az egészségügyi ellátást, így kiadást generálva.<sup>45</sup>

A népegészségügyi termékadj bevezetése felmerülhet a népegészségügyileg nem preferált termékek, az alkoholok és a dohánytermékek esetén. Ahhoz, hogy a jövedéki termékekre egyfajta közvetett adót ki lehessen vetni, annak az előzetes felmérések szerint konkrétan meghatározott céllal kell bírnia.

A termékadj bevezetése során felmerülő adóemelés kérdéskörének megvizsgálásakor a Nemzetgazdasági Minisztérium egyetért azzal az egészségügyi megközelítéssel megállapítással, miszerint **nem lehet önmagában alkalmazni az adópolitikát, mint eszközt**, hiszen az illegális előállítás mértéke, az illegális termékek elérhetősége és az előállítás kockázata (vagy éppen kockázatmentessége) jelentős mértékben befolyásolja minden adópolitika hatékonyságát. Nem érdek az illegális előállítás és kereskedelem felé terelni a lakossági fogyasztást. Az adóterhelés nagyságának kialakításánál – mind az alkoholtermékek, mind a dohánygyártmányok vonatkozásában – erre is figyelemmel kell lenni.

A dohánytermékek vonatkozásában szintén **folyamatosan emelkedtek az adómértékek** (csökkenő cigarettaforgalom mellett), jelenleg a Parlament előtt fekvő adócsomag is előirányoz további emelést. A cigaretta jövedéki adója 4-6 százalékkal emelkedik, a fogyasztási dohányé 12 százalékkal nő. A cigaretta esetében ugyanis 2018-ig fokozatos adóemelések szükségesek a jelentősen megemelt uniós adóminimum eléréséhez.

Amennyiben minden, azonos jövedéki kategóriába eső terméket (pl. az összes cigarettát) terhelne az esetleges különadó, az a Nemzetgazdasági Minisztérium álláspontja szerint nem is minősülne különadónak, hanem egyszerűen jövedéki adó emelésnek.

**Figyelembe véve a fenti megállapításokat a népegészségügyi termékadj bevezetésének javaslatát úgy kell meghatározni, hogy mind egészségügyi, mind költségvetési szempontból kellően alátámasztott és alkalmazható legyen.**

A GKI<sup>46</sup> kutatói szerint Magyarországon a cigaretta kiskereskedelmi árának 10%-os emelése a keresletet körülbelül 4%-al csökkenti. A Világbank szerint egy 10%-os cigarettaár-emelés a dohányzással összefüggő halálozást 1,5%-al csökkenti. Ez azt jelenti, hogy Magyarországon egy évi 10%-os kiskereskedelmi cigarettaár-emelkedést eredményező jövedéki adóemelés 2 181 ember életét menti meg.

Az adóemelésnek van a legfontosabb szerepe abban, hogy Magyarországon az elmúlt években jelentősen csökkent a cigarettafogyasztás. A Magyar Gallup Intézet 2004-es dohányzásmagatartás felmérése szignifikáns csökkenést mért a 25-49 éves korú nők dohányzási prevalenciáját illetően a 2002-es adatokhoz képest. 2006-ban ugyanaz a vizsgálat

---

<sup>44</sup> A világméretű járvány megfékezése: A kormányzatok szerepe és a dohányzásellenőrzés gazdaságtana. (Világbanki kiadvány, 2001) <http://color.oefi.hu/melleklet/konyv/fejezet4.pdf>

<sup>45</sup> Dr. Csiba Gábor- Stratégiai Szövetség a Magyar Kórházakért Egyesület

<sup>46</sup> A dohányzás közgazdasági vonatkozásai és a dohánytermékek adóemelésének hatása a magyar lakosság egészségére, [http://www.gki.hu/docs/articles/tompa\\_dohanyzas.pdf](http://www.gki.hu/docs/articles/tompa_dohanyzas.pdf)

– bár nem észlelt további prevalencia-csökkenést – azt találta, hogy a dohányosok napi 2-3 szállal csökkentették fogyasztásukat. Az adóemelés szerepét a fogyasztás csökkentésében a dohányipar is elismeri.

A Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szakmai irányításával felmérést készített a cigarettavásárlási- és fogyasztási szokásokról, illetve a termék adótartalmának növelésének hatásáról. A kutatás célja annak feltárása, hogy miként érinti a dohányárak fogyasztói árának az adószabályozással összefüggő növekedése a termék fogyasztását, beszerzési szokásait. **A dohányosok kétharmada a jelenlegi árnál lényegesen többet is hajlandó megadni a füstölnivalóért, de egyharmaduk kifejezetten árérzékeny.** A hazai fogyasztás közel háromnegyedét kitevő hét márka átlagos ára az adótartalom növekedésének megfelelő mértékben nőtt, a piacon jelenlévő további 40 márkáé csupán 4 százalékkal. A fogyasztással súlyozott átlagos áremelkedés 8-9 százalékra tehető. A válaszadók által legutóbb vásárolt cigaretta dobozonkénti ára 6 százalékkal (509 forintról 540 forintra) nőtt, ami a termékcsoport tényleges áremelkedésénél kisebb mértékű növekedés. Ebben szerepet játszhat, hogy a fogyasztók egy része olcsóbb márkára váltott (így nőhetett a Golden Gate részesedése), és az is, hogy nőtt az illegális forrásból származó cigaretták aránya. Ennek súlya a teljes fogyasztáson belül körülbelül egytized, és csaknem a kétszeresére nőtt az elmúlt év során.

A dohánytermékek jövedéki adója egy részének elkülönítése és a keletkezett alap felhasználása dohányzásellenes vagy általában egészségfejlesztési tevékenységek finanszírozására egyre több országban alkalmazott pénzügyi eszköz, mely a krónikusan alulfinanszírozott prevenciók tevékenységek számára megfelelő szintű, hosszú távú, biztos támogatást jelentene.

<b>Dohánygyártmány tételes és %-os adó (2010)</b>	
cigaretta (Ft / 1000 db /kisker. eladási ár%-a) (min. Ft / 1000db)	9350 Ft/1000 szál + 28,3 %, de min. 17330 Ft/1000 szál
szivar (kisker. eladási ár %-a)	28,5%
szivarka (kisker. eladási ár %-a)	28,5%
fogyasztási dohány (kisker. eladási ár %-a)	32,5 %, de min. 7280 Ft/kg
finomra vágott dohány (kisker. eladási ár %-a) (min. Ft/kg)	52 %, de min. 7280 Ft/kg

11. Táblázat - Dohánygyártmány tételes és %-os adó (2010)

Forrás: Vám és Pénzügyőrség Országos Parancsnoksága

Egy esetleges adóemelésnél, mivel alapesetben vegyes az adóztatás, azaz van egy tételes (per darab) és egy értékarányos (ár %-a) komponens is, az adóteher növekedés minden egyes árpontra más és más. A súlyozott átlagárra vetített kiszámítás megoldást jelent, ez azonban jelentősen eltérhet attól, ami az alsó árkategóriájú, tételes minimumadóval adózó termékeknél jelentkezik.



<b>Dohánygyártmányok jövedéki adó és áfa bevétele (adatok millió Ft-ban)</b>		
	naptári év	éves bevétel
Dohánygyártmányok jövedéki adója	2000.	102 089,7
	2001.	112 289,8
	2002.	120 247,1
	2003.	151 607,9
	2004.	183 939,6
	2005.	173 247,7
	2006.	213 043,7
	2007.	253 043,8
	2008.	270 839,7
	2009.	298 202,7
	2010.	61 386,7
Dohánygyártmányok ÁFA	2004.	73 903,2
	2005.	67 324,4
	2006.	63 441,8
	2007.	72 816,2
	2008.	77 345,1
	2009.	92 641,1
	2010. április-ig	21 913,5

12. Táblázat - Dohánygyártmányok jövedéki adó és áfa bevétele Forrás: Vám és Pénzügyőrség Országos Parancsnoksága

Az adóteher emelkedésének bevételre gyakorolt hatását nehéz számszerűsíteni. Éppen az adóemelések miatt, az adófizetési kötelezettség keletkezését is jelentő szabadforgalomba helyezés és a tényleges fogyasztás üteme eltér egymástól, az államháztartás bevételei (pénzforgalom) pedig mindkettőtől eltérő időpontban jelentkeznek. Az emelés számított – eredményszemléletű – hatása természetesen megjelenik a pénzforgalomban, de a sok tényező együtthatása miatt ezt pontosan kimutatni nem lehet, és valószínűsíthető, hogy nem naptári éven belül jelentkeznek.

A tényezők, amik a bevételeket befolyásolják, és amelyek változhatnak spontán, akár az elköltethető jövedelmek változásával is, de adóemeléskor valószínű:

- a piac szerkezete, a termékek aránya (cigaretta/vágott dohány),
- az egyes árkategóriák változása a termékpalaletán belül, különös tekintettel a minimummal adózó termékek arányára,
- feketepiac,
- szabadforgalomban lévő készletek mérete,
- a cégek árpolitikája,
- a cégek készletezési politikája
- illetve a cégek készletezési politikáját gátolni/befolyásolni kívánó szabályozók hatékonysága, uniós és hazai szinten.

Előzőekből látható, hogy a forrásteremtésnek a jövedéki adó terhelés növelésével történő módja folyamatosan jelentkező kihívásokat jelenthet.

*A másik lehetséges megoldás a számlankénti illetve vágott/őrölt dohány esetén grammonként számított népegészségügyi termékadj bevezetése. Ez egyszerűbben bevezethető és kalkulálható megoldás.*

*Csak a cigaretta esetében 2011-től bevezetve számlanként 0.08Ft termékadjat, valamint a 2009-es fogyasztást alapul véve, ami 15.2Millárd szál, kb. 1200Millió Ft forrás jönne létre. A dohányzók gyakorlatilag nem éreznék az áremelést, mivel egy csomag ára  $19 \times 0.08 \text{Ft} = 1.52 \text{Ft}$ -al emelkedne. Az erős dohányosok, akik napi egy csomaggal szívnak, havonta ( $30 \times 1.52 \text{Ft} = 45.6 \text{Ft/hó}$ ) 45.6Ft-al költenének többet. Ez bizonyosan elviselhető a dohányosoknak is, és egy dohányzás visszaszorítását szolgáló rendszer kiépítéséhez szükséges kezdő forrásnak megfelelő.*

A keletkező forrás felhasználása egyrészt célzottan egy dohányzás visszaszorítását szolgáló pályázattal rendszer szakmai és adminisztratív elemeinek felépítésére, elindítására és pályázatok finanszírozására valamint a folyamat monitorozására szolgálna. Másik része a már működő programok fenntartását, továbbfejlesztését, és elterjesztését tenné lehetővé.

*Ahhoz, hogy érzékelhető, mérhető változás következzen be az egyes indikátorok tekintetében, tehát a megelőzést és leszokást szolgáló programok a célcsoportok minél több tagjához ténylegesen eljussanak, a rendelkezésre álló forrás folyamatos növelése szükséges körülbelül 4500-5000 millió Ft/év-re három év alatt. Ez a népegészségügyi termékadj inflációt meghaladó és a kívánt forrás eléréséhez elegendő mértékű emelésével biztosítható lenne. Ezzel a szakaszonkénti emelkedést jelentő módszerrel elég idő állna rendelkezésre, hogy a növekvő forrás felhasználására hatásos és költséghatékony rendszerben kerüljön sor, és maga a felhasználás, a megvalósuló pályázatok programok is hatásosak és költséghatékonyak lehessenek.*

*Az első 3-5 év után felül kell vizsgálni a dohányzás-politika prioritásait és a kapcsolódó működő koordináló finanszírozási rendszert és egyes elemek átkerülnek a közfinanszírozott állami elosztórendszerekbe, más elemek aktualitásukat veszíthetik, illetve új prioritások jelenhetnek meg.*

## VI. Összefoglalás

A Tájékoztatóban szereplő cselekvési tervek, melyek az egészségpolitika területén tesznek javaslatot a dohányzás visszaszorításáért, mindenképpen sürgős intézkedéseket tartalmaznak.

A magyarországi egészségmutatókat figyelembe véve elmaradunk az Európai Unió vezető országainak adataitól. Kiemelkedően fontos lenne a megelőzhető halálozások terén előrelépni, ezeket elsősorban primer prevencióval célszerű elindítani. A dohányzási szokásokat és passzív dohányzást gyermekek és fiatalok körében fontos elsőként kiemelni. A statisztikai adatok és az elvégzett hatásvizsgálatok egyértelműen igazolják a gyermekkorban elkezdett prevenció szükségességét és hatásosságát, a legfontosabb cél a különböző korosztályok számára (óvoda, iskola) kialakított dohányzás megelőzési programok minél szélesebb körben történő elterjesztése, azaz teljes országos lefedettség biztosítása. Hazánkban több hatásos és szakmailag megfelelően kidolgozott dohányzás prevenció program valósul meg, amelyek a hazai dohányzás helyzet javításának hasznos eszköztárát alkotják. Fontos a dohányzás-megelőzési programok folyamatos biztosítása és támogatása.

„A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról” törvényjavaslat újbóli benyújtása és mielőbbi elfogadása lenne elsőrendű javaslat. Nyilvánvaló, hogy a passzív dohányzás jelentős népegészségügyi és gazdasági terhet jelent, amelynek csökkentése a dohányzás visszaszorítás fontos területe kell, hogy legyen. Ennek útja a törvényi szintű szigorítás, a nemdohányzók fokozottabb védelme, az ellenőrző rendszer megerősítése, illetve a passzív dohányzás kényszere elleni tudatos fellépés kifejlesztése megfelelő prevenció programokkal.

A leszokni akaró dohányosok támogatása esetén a hatékony készítményeket programszerű leszokás támogatás keretében magatartásorvoslási terápiával kombináltan célszerű alkalmazni. Általános cél, hogy a tétlenségmentes módszerek mindenki számára elérhetővé váljanak. A szakmai cél, azon dohányosok arányának a növelése, akik megpróbálnak leszokni. Illetve az egy éven túli időtartamot meghaladóan már nem dohányzók arányának növelése. További cél a minimálintervenció széleskörű, a jelenleginél elterjedtebb alkalmazása. A telefonos leszokást segítő szolgáltatások működésének támogatása. A támogatásban résztvevő intézmények, szakemberek munkájának támogatása.

Magában a dohánytermékek szabályozásában az elérendő cél a fogyasztást növelő, illetve a terméket vonzóbbá tevő dohány adalékanyagok betiltásának támogatása. A képes egészségvédő feliratok, majd a későbbiekben az ún. „plain packaging” bevezetése. A dohányzás visszaszorítása érdekében az egyik legfontosabb feladat a színes fényképekkel ellátott egészségügyi figyelmeztetések bevezetése. A 2003/641/EK határozat szerint a tagállamok színes fényképek vagy egyéb illusztrációk formájában történő egészségügyi figyelmeztetések alkalmazása esetén, a Bizottság által meghatározott 42 db kombinált figyelmeztetést tüntethetik fel. A figyelmeztető szöveg, illetve képek használata rendszeresen változtatva még hatásosabb, ezért azokat célszerű fokozatosan bevezetni és egy szisztematikusan kidolgozott rotációs rendszerben alkalmazni.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni a dohánytermékeket imitáló termékek (vízipipa, e-cigaretta, cigirágó, stb.) használatának szabályozását sem. A dohánytermékeket imitáló fogyasztási cikkek piaci forgalmazásának hatásos szabályozása. A 79/1998. (IV. 29.) Korm. rendelet ehhez kiindulásként szolgálhat, illetve a termékek bevizsgálási folyamatának kialakítása és felelős szervek kijelölése. A dohánytermékeket imitáló fogyasztási cikkek hazai

piaci forgalomba kerülésének monitorozása javasolt, összevetve nemzetközi adatokkal. Szükséges a nemzetközi és hazai szakmai, kutatási, véleményező tanulmányok elemzése. Fontos a termékekkel kapcsolatos, nemzetközi szakmai szervezetek (WHO, CDC, FDA) által készített véleményezések és ajánlások valamint nemzetközi követendő gyakorlatok figyelembevétele. A termékek engedélyezését konkrét intézményekhez kell rendelni, és a termékek forgalomba hozatalával kapcsolatos rendelet végrehajtását szükséges rendszeresen ellenőrizni.

Az egyénre fordított egészségügyi kiadások és az egészségkárosító életmód között pozitív korreláció áll fent. A különböző betegségek kialakulásában a dohányzásnak és az alkoholfogyasztásnak döntő szerepe van, így a káros szenvedéllyel élők nagyobb valószínűséggel fogják igénybe venni az egészségügyi ellátást, így kiadást generálva. A népegészségügyi termékadj bevezetése felmerülhet a népegészségügyileg nem preferált termékek, az alkoholok és a dohánytermékek esetén. Ahhoz, hogy a jövedéki termékekre egyfajta közvetett adót ki lehessen vetni, annak az előzetes felmérések szerint konkrétan meghatározott céllal kell bírnia.