

FEJLŐDÉS  
A GYAKORLATBAN

# A világméretű járvány megfékezése

A kormányzatok szerepe és a  
dohányzásellenőrzés gazdaságtana

VILÁGBANKI  
KIADVÁNY

A **Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet** megbízásából az Egészségügyi Szolgáltatások és  
Menedzsment világbanki project keretében a **Világbank** engedélyével az angol  
eredetiből (Curbing the Epidemic) fordította **Rácz Ferenc** 2000 december  
Lektorálta: Dr. Csépe Péter és Demjén Tibor  
Kiadja: NEFI, 2001  
Felelős kiadó: Dr. Olaszky Anna Mária  
Nyomdai kivitelezés: Reprográf Kft.

*Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*  
Copyright © 1999 by  
The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank  
1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A.

*A világméretű járvány megfékezése:  
A kormányzatok szerepe és a dohányzásellenőrzés gazdaságtana*  
Copyright © 2000  
Nemzetközi Újjáépítési és Fejlesztési Bank/Világbank  
1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A.

This Work was originally published by the World Bank in English as *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control* in 1999. This Hungarian translation is not an official World Bank translation. The World Bank does not guarantee the accuracy of the translation and accepts no responsibility whatsoever for any consequence of its interpretation or use.

A jelen művet a Világbank eredetileg 1999-ben, angol nyelven adta ki *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control* címen. A magyar fordítás nem hivatalos világbanki fordítás. A Világbank nem kezeskedik a fordítás helyességéért és nem vállal felelősséget a fordítás értelmezéséből vagy felhasználásából származó következményekért.

A Világbank nem kezeskedik a kiadványban szereplő adatok helyességéért és nem vállal felelősséget az adatok felhasználásából származó következményekért. A kiadványban található térképeken szereplő határok, színek, elnevezések és egyéb információk nem jelentenek ítéletet a Világbank Csoport részéről bármilyen terület jogi státuszára vonatkozóan illetve nem jelentik ezen határok jóváhagyását vagy elfogadását.

Minden jog fenntartva

A tanulmányban szereplő megállapítások, értelmezések és következtetések kifejezetten a szerzőé (szerzőké) és semmiképpen sem tulajdoníthatók a Világbanknak, társszervezeteinek, illetőleg az Igazgatóságnak vagy azoknak az országoknak, akit képviselnek. A Világbank nem kezeskedik a kiadványban szereplő adatok helyességéről és nem vállal felelősséget az adatok felhasználásából származó következményekért.

ISBN 0-8213-4519-2

<i>Előszó</i>	5
<i>Bevezető</i>	7
<i>Összefoglaló</i>	8
<b>Mire szolgál ez a tanulmány?</b>	8
<b>A jelenlegi tendenciák</b>	8
<b>Az egészséget érintő következmények</b>	9
<b>Tudomásuk van-e a dohányosoknak a kockázatokról és viselik-e a költségeket?</b>	10
<b>Megfelelő válaszok</b>	12
<b>Intézkedések a dohánytermékek iránti kereslet csökkentésére</b>	12
<b>A dohánytermékek kínálatának csökkentésére vonatkozó intézkedések</b>	14
<b>A dohányzásellenőrzés költségei és következményei</b>	15
<b>Kifizetődik-e a dohányzásellenőrzés?</b>	16
<b>Cselekvési terv</b>	16
<b>1. Globális dohányzási tendenciák</b>	18
<b>Növekvő fogyasztás a kis- és közepes jövedelmű országokban</b>	18
<b>Regionális dohányzási szokások</b>	19
<b>A dohányzás és a társadalmi-gazdasági státusz</b>	20
<b>Az életkor és dohányzásra való rászokás</b>	21
<b>Globális leszokási szokások</b>	22
<b>2. A dohányzás egészségügyi következményei</b>	24
<b>A dohányzás függőségi jellege</b>	24
<b>A betegségteher</b>	25
<b>A betegség csak hosszú idő után alakul ki</b>	26
<b>Hogyan öl a dohányzás</b>	27
<b>A járvány változása hely és idő szerint</b>	27
<b>A dohányzás és a szegények egészségi hátránya</b>	28
<b>Mások füstjétől származó kockázat</b>	29
<b>A leszokás működik</b>	30
<b>3. Tudják-e a dohányosok, hogy milyen kockázatokat vállalnak és viselik-e ezek költségeit?</b>	31
<b>A kockázatok tudatosítása</b>	32
<b>Fiatalság, függőség, valamint jó döntési képesség</b>	32
<b>A nemdohányzók vállára tett terhek</b>	34
<b>Megfelelő válaszok a kormányzatok részéről</b>	36
<b>A függőség kezelése</b>	37

<b>4. Intézkedések a dohánytermékek iránti kereslet csökkentésére</b>	<b>38</b>
<b>A cigaretta adójának emelése</b>	<b>38</b>
<b>Nem-árjellegű intézkedések a kereslet csökkentésére:</b>	
<b>fogyasztók tájékoztatása, hirdetések betiltása, és a dohányzás korlátozása</b>	<b>45</b>
<b>Nikotinhelyettesítő terápia és egyéb leszokást segítő intervenciós módszerek</b>	<b>52</b>
<b>5. A dohánytermékek kínálatának csökkentésére vonatkozó intézkedések</b>	<b>56</b>
<b>A kínálati oldalon történő beavatkozások korlátozott hatásossága</b>	<b>56</b>
<b>Határozott intézkedések a csempészet ellen</b>	<b>61</b>
<b>6. A dohányzásellenőrzés költségei és következményei</b>	<b>65</b>
<b>Károsítja-e a dohányzásellenőrzés a gazdaságot?</b>	<b>65</b>
<b>Kifizetődik-e a dohányzásellenőrzés?</b>	<b>73</b>
<b>7. Cselekvési terv</b>	<b>76</b>
<b>A változtatás politikai akadályainak legyőzése</b>	<b>77</b>
<b>Kutatási prioritások</b>	<b>78</b>
<b>Ajánlások</b>	<b>79</b>
<b>„A” Függelék A dohány megadóztatása: A valutaalap véleménye</b>	<b>82</b>
<b>„B” Függelék Háttéranyagok</b>	<b>83</b>
<b>„C” Függelék A világ felosztása jövedelem és régiók szerint</b>	
<b>(Világbank-féle osztályozás)</b>	<b>84</b>

## Előszó

**A** jelenlegi dohányzási szokások mellett a ma élők közül mintegy 500 millió embert fog megölni a dohányzás. Több mint felük jelenleg még gyerek vagy tizenéves. Legkésőbb 2030-ra a világon a dohányzás fogja okozni a legtöbb halálesetet mivel évente mintegy 10 millió ember haláláért lesz felelős. E nagy teher csökkentése prioritást élvez úgy az Egészségügyi Világszervezetnél (EVSz) mint pedig a Világbanknál egészségjavító illetve szegénységcsökkentő feladatuk részeként. Mindkét szervezet azzal, hogy lehetővé teszi a hatékony dohányzásellenőrzési koncepciók meghatározását és végrehajtását (különösen gyerekeknel) megvalósítja küldetését és elősegíti a világméretű dohányzási járvány okozta szenvedések és költségek csökkentését.

A dohányzás más mint a többi egészségügyi kihívás. A cigarettát igénylik a fogyasztók és sok társadalomban a dohányzás a társadalmi szokások részét képezi. A cigaretta széles körben forgalmazott és nyereséges termék, melynek gyártása és fogyasztása hatással van úgy a fejlett mint a fejlődő országok társadalmi és gazdasági erőforrásaira. A dohányzás gazdasági vonatkozásai éppen ezért kritikus szerepet játszanak a dohányzás elleni küzdelemről folytatott eszmecserekből. Azonban ez idáig ezekre a szempontokra a világ csak igen kis mértékben figyelt.

A jelen tanulmány célja ezen hiányosságok megszüntetése. Azokkal a fontos kérdésekkel foglalkozik, amelyekkel a politikai döntéshozók szembetalálkoznak amikor a dohányzásról valamint ellenőrzéséről, az ellene való küzdelemről gondolkodnak. A tanulmány fontos részét képezi az EVSz és a Világbank közötti partneri kapcsolatnak. Az EVSz az egészségügyi kérdések legfontosabb nemzetközi szervezeteként „Dohányzásmentes kezdeményezésével” élére állt a járvány elleni küzdelemnek. A Világbank az élre álló szervezettel való partneri viszonyt célozza meg, felajánlva speciális közgazdasági elemzési ismereteit. 1991 óta a Világbank hivatalos koncepcióval rendelkezik a dohányiparágra vonatkozóan mivel felismerte annak egészségkárosító hatását. Ez a koncepció megtiltotta a Világbanknak a dohányipárnak történő hitelnyújtást és támogatja a dohányzásellenőrzési erőfeszítéseket.

A tanulmány időszerű is. A dohányzás okozta halálesetek növekedésének fényében sok kormányzat, civil szervezet és az Egyesült Nemzetek Szövetségén (ENSZ-en) belül található szervezetek – pl. az UNICEF, a FAO – valamint a Nemzetközi Valutaalap felülvizsgálja a saját dohányzásellenőrzési politikáját. Ez a tanulmány felhasználja az ezekből a felülvizsgálatokból származó, a nemzeti és a nemzetközi szinten történt termékeny együttműködés eredményeit.

A tanulmány főként a politikai döntéshozóknak azon aggályaira igyekszik válaszolni, hogy a dohányzásellenőrzési politika hatással lesz a gazdaságra. A dohányzásellenőrzésnek az egészségre és főként a világban élő gyerekekre való jó hatása egyértelmű. Azonban ennek vannak költségei is és ezeket gondosan mérlegelniük kell a politikai döntéshozóknak. Azokban az esetekben ahol a dohányzásellenőrzési politika a társadalom legszegé-

nyebbjére ró költségeket, ott a kormányok egyértelműen felelősek e költségek csökkentéséért például a szegény dohánytermesztő gazdálkodóknak nyújtott átállási programokon keresztül.

Az emberiség eddigi történetében a dohányzás a megelőzhető és idő előtti elhalálozások legjelentősebb okai között található. Ennek ellenére már vannak olyan viszonylag egyszerű és gazdaságos eljárások, melyek csökkentik pusztító erejű hatását. Azon kormányzatok számára, amelyek a szilárd gazdaságpolitika keretén belül szándékoznak javítani állampolgáraik egészségét, a dohányzásellenőrzés terén tett intézkedések különösképpen vonzó megoldást jelenthetnek.

David de Ferranti  
elnökhelyettes  
Emberi erőforrás-fejlesztési hálózat  
Világbank

Ji Chen  
ügyvezető igazgató  
Egészségügyi Világszervezet

**A tanulmányt készítő munkacsoport:** A tanulmányt a Prabhat Jha vezette munkacsoport készítette. A munkacsoport tagjai voltak: Frank J. Chaloupka (vezetőtárs), Phyllida Brown, Son Nguyen, Jocelyn Severino-Marquez, Rowena van der Merwe, és Ayda Yurekli. Értékes segítséget és tanácsokat adott: William Jack, Nicole Klingen, Maureen Law, Philip Musgrave, Thomas E. Novotny, Mead Over, Kent Ranson, Michael Walton és Abdo Yazbeck. A tanulmány sokat merített a Világbank egy korábbi dohányossal kapcsolatos tanulmányából, melyet Howard Barnum írt. Az Egészségügyi Világszervezettől származó adatokat Derek Yach és az USA Betegségmegelőzési Központjából származó adatokat Michael Eriksen szolgáltatta. A munka Helen Saxenian, Christopher Lovelace és David de Ferranti irányításával folyt. Richard Feachemnek nagy része volt a tanulmány elkészítésének kezdeményezésében. A hibák a munkacsoport saját hibáinak tekintendők.

A tanulmány technikai munkáiban Dan Kagan, Don Reisman, és Brenda Mejia vett részt.

A tanulmányt sok konzultáció segítette. A tanulmányt támogatta a Human Development Network of the World Bank, az Institute for Social and Preventive Medicine a Lausanne Egyetemen, az Office on Smoking and Health at the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Segítségüket hálással köszönjük.

## Bevezető

A jelen tanulmány keletkezése egy többek által közösnek tekintett probléma megválaszolásához vezethető vissza: a dohányzásellenőrzéssel kapcsolatos vitákban viszonylag elhanyagolták a probléma gazdasági részét. Az 1997-ben Pekingben tartott X. Dohányzási Világkonferencián a Világbank konzultációt szervezett a dohányzásellenőrzés gazdaságtanáról. Ez az ülés a Bank saját koncepciójának folyamatban levő felülvizsgálatának részét képezte. A konzultáció során egyértelműen felismerésre került az a tény, hogy a világban nem fordítanak elegendő figyelmet a dohányzási járvány gazdasági vonatkozásainak. A résztvevők abban is egyetértettek, hogy a gazdaságtudományt sok országban nem alkalmazzák a dohányzásellenőrzés során, és még ahol a gazdasági megközelítést használják is, a módszertanuk igen változó minőséget mutat.

Ugyanabban az időben amikor a Világbank elkezdte koncepciójának felülvizsgálatát, Dél-Afrikában a Cape Town Egyetem közgazdászai beindítottak egy programot, mely a dohányzásellenőrzés gazdaságtanával foglalkozott Dél-Afrikában. Ezen kezdeményezések összefogásából – a Lausanne Egyetem közgazdászaival és másokkal is szövetkezve – alakult ki ez az átfogóbb felülvizsgálat. A munka 1998 februárjában érte el csúcspontját a Cape Townban tartott konferencián. A konferencia anyaga külön került kiadásra<sup>1</sup> Az együttműködés a dohányzásellenőrzés gazdaságtanának átfogóbb elemzéséhez vezetett, melyben igen sok országból és intézményből vettek részt közgazdászok és egyéb kutatók. Az elemzésből származó tanulmányok közül néhányat hamarosan ki fognak adni.<sup>2</sup> A jelen tanulmány ezeknek a tanulmányoknak azokat a megállapításait összegzi, melyek érdekesek a politikai döntéshozók számára.

### Jegyzetek

1. Abedian, Iraj, R. van der Merwe, N. Wilkins, és P. Jha szerk. 1998. *A dohányzásellenőrzés gazdaságtana: az optimális dohányzáspolitikai elegy felé.* Cape Town Egyetem, Dél-Afrika
2. *Dohányzásellenőrzési politikák a fejlődő országokban.* Jha, Prabhat és F. Chaloupka, szerk. Oxford University Press, megjelenés előtt.

# Összefoglaló

**A** dohányzás a világon már most 10 felnőtt közül egyet megöl. 2030-ra – vagy talán már egy kicsit hamarabb is – ez az arány egy a hathoz lesz, azaz évente 10 millió halálestet – több mint bármilyen más okból. Míg eddig ez a krónikus betegségekkel és idő előtti halálalozással járó járvány főként a gazdag országokat érintette, most gyorsan áterjed a fejlődő országokra. Legkésőbb 2020-ra a dohányzás által megölt minden 10 emberből 7 a kis- vagy közepes jövedelmű országokban fog élni.

## Mire szolgál ez a tanulmány?

Kevesen vitatják, hogy a dohányzás világméretben károsítja az emberek egészségét. Azonban sok kormányzat kitért a dohányzásellenőrzési intézkedések megtétele elől – pl. nagyobb adók, a reklámok és promóció átfogó tiltása, vagy a dohányzás nyilvános helyeken való korlátozása – mivel attól tartottak, hogy beavatkozásuk káros gazdasági hatással járhat. Egyes politikai döntéshozók például attól félnek, hogy a cigarettaértékesítés csökkenése több ezer munkahely végleges megszűnését jelentené, hogy a dohánytermékek magasabb árai az állami bevételek csökkenését eredményezné és, hogy a magasabb árak előmozdítanák a nagymérvű cigarettacsempészetet.

A tanulmány azokat a gazdasági kérdéseket vizsgálja, melyeket a politikai döntéshozóknak meg kell válaszolniuk amikor a dohányzásellenőrzést fontolgatják. A tanulmány felteszi a kérdést, hogy a dohányosok ismerik-e kockázatokat és viselik-e annak költségeit, valamint vizsgálja, hogy a kormányzatoknak milyen választási lehetőségei vannak amennyiben úgy döntenek, hogy a beavatkozás indokolt. A tanulmány felméri a dohányzásellenőrzés várható következményeit az egészségügyre a gazdaságra és az egyes emberekre nézve. Kimutatja, hogy a politikai döntéshozókat az intézkedésektől eltántorító gazdasági félelmek jórészt alaptalanok. A dohánytermékek iránti keresletet csökkentő intézkedések – mint például a dohánytermékek adójának emelése – a legtöbb országban nem okozná a munkahelyek csökkenését hosszú távon. A magasabb dohánytermék adók az adóbevételeket sem csökkentenék, sőt a bevételek közép távon még növekednének is. Ezek az intézkedések összességükben példátlan egészségügyi hasznot hoznának anélkül, hogy káros hatásuk lenne a gazdaságra.

## A jelenlegi tendenciák

Világszerte ma kb. 1,1 milliárd ember dohányzik. 2025-re várhatóan ez 1,6 milliárdra fog növekedni. A nagyjövedelmű országokban a dohányzás összességében már évtizedek óta csökken, bár még néhány rétegnél emelkedést mutat. A kis- és közepes jövedelmű országokban ezzel szemben a cigarettafogyasztás növekszik. A cigarettákkal való szabadabb kereskedelem az elmúlt években elősegítette ezekben az országokban a fogyasztásnövekedést.



A dohányosok többsége fiatal korban kezd dohányozni. A nagyjövedelmű országokban tízből nyolc ember tizenéves korában kezd cigarettázni. Bár a kis- és közepes jövedelmű országokban a többség a húszas évei elején szokik rá a dohányzásra, már ezekben az országokban is csökken a rászokási életkor. Ma az országok többségében inkább a szegények dohányoznak mint a gazdagok.

### **Az egészséget érintő következmények**

A dohányzásnak kettős következménye van az egészségre. Először a dohányos gyorsan nikotinfüggővé válik. A nikotin függőséget okozó tulajdonságai adatokkal jól alá vannak támasztva, azonban a fogyasztó ezt gyakran alábecsüli. Az Egyesült Államokban az utolsó éves középiskolás tanulók között folytatott vizsgálatok azt mutatják, hogy öt olyan dohányosból akik hisznek abban, hogy öt éven belül le fognak szokni kevesebb mint kettő szokott le ténylegesen. A nagyjövedelmű országokban 10 felnőtt dohányosból mintegy 7 azt mondta, hogy sajnálja, hogy rászokott és szeretné abbahagyni. Az évtizedek során és a dohányzással kapcsolatos ismeretek növekedésével a nagyjövedelmű országokban jelentős az olyan korábbi dohányosok száma akik sikeresen leszoktak. Azonban az egyéni leszokási próbálkozások sikeraránya alacsony: a leszoktatást segítő programok nélkül próbálkozók mintegy 98%-a egy éven belül újrakezdte a dohányzást. A kis- és közepes jövedelmű országokban a leszokás igen ritka.

A dohányzás halálos valamint munkaképtelenséget okozó betegséget okoz és az egyéb kockázatos magatartásformákhoz képest az idő előtti elhalálozás kockázata rendkívül nagy. A hosszú távon dohányzók felét végül a dohányzás fogja megölni, és ezek fele munkaképes középkorúként fog meghalni, ezzel 20-25 évet veszítve el az életéből. A dohányzással kapcsolatos betegségek jól dokumentáltak: ide tartozik a tüdő- és egyéb szervek rákbetegsége, ischaemiás szívbetegség és egyéb keringési betegségek, valamint légzőszervi betegségek pl. emphysema. Azokban a régiókban ahol a tuberkulózis jelen van, a dohányosoknak nagyobb a kockázatuk mint a nemdohányzóknak arra, hogy ebben a betegségben fognak meghalni.

Mivel a szegények inkább dohányoznak mint a gazdagok, körükben nagyobb a dohányzás okozta és idő előtti elhalálozás is. A nagy- és közepes jövedelmű országokban a legalsó társadalmi-gazdasági osztályokban levő férfiak kétszer nagyobb valószínűséggel fognak meghalni középkorban mint a felső társadalmi-gazdasági osztályban levők, és a dohányzás legalább felét teszi ki ennek a többletkockázatnak.

A dohányzás a nemdohányzók egészségére is hatással van. A dohányos anyák csecsemőinek kisebb a születési súlya, veszélyeztetettebbek a légzőszervi betegségekkel szemben, nagyobb valószínűséggel halnak meg bölcsőhalálban mint a nemdohányzó anyák gyermekei. A felnőtt nemdohányzóknak a passzív dohányzás következtében kis de növekvő mértékben kell szembenézniük a halásos és munkaképtelenséget okozó betegségek kockázatával.

## **Tudomásuk van-e a dohányosoknak a kockázatokról és viselik-e a költségeket?**

A modern közgazdaság elmélet azt tartja, hogy a fogyasztó maga tudja legjobban eldönteni, hogyan költse el pénzét a különféle árukra és szolgáltatásokra. Ez a fogyasztói szuverenitás bizonyos feltételezéseken alapul: először azon, hogy a fogyasztó ésszerűen és tájékozottan dönt miután mérlegelte a vásárlás költségeit és hasznát, és másodsor, hogy a fogyasztó viseli döntésének minden költségét. Amikor minden fogyasztó ilyen módon gyakorolja szuverenitását – ismerve a kockázatokat és viselve a költségeket – akkor a társadalom erőforrásai elméletben a lehető leghatékonyabban kerülnek szétosztásra. A jelen tanulmány megvizsgálja a fogyasztók dohányzási indítékait, felteszi a kérdést, hogy dohányzásra vonatkozó döntésük vajon éppen olyan-e, mint a többi fogyasztási döntésük, és vajon a társadalom erőforrásainak hatékony felosztását eredményezi-e, majd ezt követően foglalkozik a kormányzatok szerepével.

A dohányosok egyértelműen a dohányzás előnyeit érzékelik – például a dohányzás nyújtotta élvezetet és azt, hogy dohányzáskor nem jelentkezik az elvonási tünet –, és döntésükben ezeket teszik a mérlegre az általuk fizetett költségekkel szemben. Így meghatározva, az érzékelt előnyök többet nyomnak a latban mint az érzékelt költségek, mert különben a dohányosok nem fizetnének azért, hogy dohányozzanak. Azonban úgy tűnik, hogy a dohányzásra vonatkozó döntés három tekintetben is más mint az egyéb fogyasztási cikkek vásárlására vonatkozó döntés.

Először is bizonyíték van arra, hogy sok dohányos *nincs* teljesen tudatában annak, hogy döntésük milyen nagy kockázatot jelent a betegségek és az idő előtti elhalálozás tekintetében. A kis- és közepes jövedelmű országokban sok dohányos egyszerűen nem tud ezekről a kockázatokról. Kínában 1996-ben például a megkérdezett dohányosok 61%-a azt hitte, hogy a dohányzás „kis vagy semmi ártalommal sem jár”. A nagyjövedelmű országokban a dohányosok tudják, hogy fokozott kockázattal néznek szembe, de ezeket a kockázatokat kisebbnek és kevésbé megalapozottnak tekintik mint a nemdohányzók, és saját személyükre nézve minimálisnak tekintik a kockázatokat.

Másodsor, az emberek a dohányzást általában serdülőkorban vagy korai felnőttkorban kezdik el. A fiatalok még ha meg is kapják a megfelelő tájékoztatást, nem mindig képesek azt alkalmazni és jó döntéseket hozni. A fiatalok kevésbé vannak tudatában annak, mint a felnőttek, hogy a dohányzás milyen kockázatokat jelent egészségükre nézve. A kezdő dohányosok és a leendő dohányosok többsége alábecsüli a nikotinfüggőség kockázatát is. Emiatt jelentősen alábecsülik a dohányzás jövőbeni árát – azaz annak az árát, hogy életük során később már nem lesznek képesek egy fiatalkorú döntésük visszacsinálásra. A társadalom általában elfogadja, hogy a serdülőkori döntéshozási képesség korlátozott, és ezért korlátozza a fiatalok szabadságát bizonyos döntések meghozatalánál: például azt a jogukat, hogy szavazzanak a választásokon vagy házasságot köthessenek bizonyos életkor elérése előtt. Hasonlóképpen a társadalom jogosnak tekinthetné a fiatalok azon jogának a korlátozást, hogy dohányzásfüggővé váljanak, mivel ez a magatartás a lehetséges halál jóval nagyobb kockázatát hordja magában mint a fiatalok által folytatott tevékenységek többsége.

Harmadszor, a dohányzás a nemdohányzókat is károsítja és költségekkel is terheli őket. Mivel a dohányosok költségeinek egy részét mások viselik, így ösztönzést érezhetnek arra, hogy többet dohányozzanak annál mintha nekik kellene viselni minden költséget. A nemdohányzóknak okozott károk közé tartozik a passzív dohányzás miatti egészségkárosodás valamint a környezeti ártalom és az irritálás. Ezen kívül a dohányosok költségekkel is terhelhetnek másokat. Ezeket a költségeket nehezebb beazonosítani és mennyiségileg meghatározni, azonkívül helytől és időtől függően változnak is, tehát jelenleg még nem tudjuk megállapítani, hogy mennyiben ösztönzik az egyes embereket arra, hogy többet vagy kevesebbet dohányozzanak. Ennek ellenére két ilyen költséget ismertetünk röviden: az egészségügyi ellátást és a nyugdíjat.

A nagyjövedelmű országokban a dohányzással összefüggő egészségügyi ellátás a teljes éves ellátási költség 6-15%-át teszi ki. Ezek a számok nem vonatkoznak szükségszerűen a kis- és közepes jövedelmű országokra, ahol a dohányzással összefüggő betegségjárvány még korai szakaszában van. Az éves költségek nagyon fontosak a kormányok számára, azonban az egyes fogyasztók esetében a fő kérdés az, hogy milyen arányban viselik ők illetve mások a költségeket.

Egy adott évben a dohányosok egészségügyi ellátási költségei átlagosan meghaladják a nemdohányzókéét. Amennyiben az egészségügyi ellátást bizonyos mértékben általános adózásból fizetik, akkor a nemdohányzó viselik a dohányzó népesség költségeinek egy részét. Azonban egyes elemzők amellett érvelnek, hogy mivel a dohányosok általában korábban halnak meg mint a nemdohányzó, élethossziglani ellátási költségei nem nagyobbak és esetleg még kisebbek is mint a nemdohányzóké. A kérdés vitatható, azonban a nagyjövedelmű országokban újabb vizsgálatok azt sejtetik, hogy a dohányosok élethossziglani ellátási költségei mégis valamennyivel nagyobbak mint a nemdohányzóké a rövidebb életkoruk ellenére is. Azonban, legyen nagyobb vagy kisebb, az, hogy a dohányosok milyen mértékben terhelik saját költségüket másokra, sok tényezőtől függ például a cigaretta adójának mértékétől és attól, hogy milyen szintű egészségügyi ellátást nyújt az állam. A kis- és közepes jövedelmű országokban még nem készült megbízható vizsgálat erre vonatkozóan.

A nyugdíjak kérdése szintén igen összetett. A nagyjövedelmű országokban néhány elemző azt állította, hogy a dohányosok „eltartják magukat” azzal, hogy hozzájárulnak az állami nyugdíjalapokhoz majd átlagosan korábban halnak meg mint a nemdohányzó. Azonban ez a kérdés jelentéktelen a kis- és közepes jövedelmű országokban ahol a dohányosok többsége él, mivel az állami nyugdíjban részesülők száma ezekben az országokban igen alacsony.

Összegezve: bizonyos, hogy a dohányosok károkat okoznak – többek között egészségkárosodást, kényelmetlenséget és irritálást – a nemdohányzóknak. Esetleg még költségekkel is terhelik őket, ezek körét azonban még nem határozták meg egyértelműen.

## **Megfelelő válaszok**

Nem valószínű, hogy a dohányosok többsége ismeri döntése minden kockázatát vagy viseli annak teljes költségét. A kormányok fontolóra vehetik tehát, hogy a beavatkozás indokolt elsősorban azért, hogy a gyerekeket és a serdülőkorúakat elriassa a dohányzástól és védje a nemdohányzókat, de azért is, hogy a felnőtteknek megadja a jól tájékozott döntéshez szükséges információkat.

A kormányzatok beavatkozásának ideális esetben egyedi módon kellene orvosolnia a fent megjelölt problémákat. Tehát például a gyerekeknek a dohányzás egészségügyi hatásaival kapcsolatos hiányos ítéletét, gondolkodását a gyerekek valamint szülei jobb oktatása illetve a gyerekek cigarettához való hozzájutásának korlátozása révén lehet kezelni. De a serdülők rosszul reagálnak az egészségügyi nevelésre, tökéletes szülők pedig ritkák, és a fiatalok cigarettához való hozzáférésnek korlátozása nem működik még a nagyjövedelmű országokban sem. A valóság az, hogy a leghatékonyabb mód a gyerekek dohányzásra való rászokásának megakadályozására a dohánytermékek adójának növelése. A magas árak jó néhány gyereknél és serdülőnél megakadályozzák a cigarettára való rászokást és a már dohányzókat arra ösztönzik, hogy csökkentsék fogyasztásukat.

Az adózás azonban egy tompa, életlen eszköz, és ha emelik a cigaretta adóját akkor a felnőtt dohányosok kevesebbet fognak dohányozni és többet fognak fizetni a mégis megvásárolt cigarettáért. Az adózás amellest, hogy teljesíti a gyerekek és a serdülők megvédésének célját, költségeket ró a felnőtt dohányosokra is. Ezek a költségek azonban elfogadhatónak tekinthetők attól függően, hogy a társadalom mennyire értékeli a gyerekek cigarettafogyasztásának megfékezését. Mindenesetre a felnőtt fogyasztás csökkentésének egyik hosszú távú hatása az lehet, hogy még inkább távol tartja a gyerekeket és a serdülőket a dohányzástól.

A nikotinfüggőség problémájával is foglalkozni kell. A leszokni kívánó régi dohányosoknál a nikotinelvonás költsége igen jelentős. A kormányzatok mérlegelhetik a beavatkozást ezen költségek csökkentése érdekében a teljes dohányzásellenőrzési csomag részeként.

## **Intézkedések a dohánytermékek iránti kereslet csökkentésére**

Most rátérünk a dohányzásellenőrzési intézkedések megtárgyalására egyenként értékelve az intézkedéseket.

### *Adóemelés*

A különböző jövedelemszintű országokból származó adatok egyaránt azt mutatják, hogy a cigaretta árának emelése igen hatékony a kereslet csökkentése terén. A magasabb adók jó néhány dohányzót leszokásra készítenek és másokat megakadályoznak abban, hogy rászokjanak. Csökkentik azon leszokott dohányosok számát is akik újra rászoknak a dohányzásra valamint csökkentik a továbbra is dohányzók fogyasztását. Átlagosan egy doboz cigaretta árának 10%-os emelése várhatóan kb. 4%-kal csökkenti a keresletet a nagyjövedelmű országokban és kb. 8%-kal a kis- és közepes jövedelmű országokban, ahol a kisebb jövedelmek az embereket érzékenyebbé teszik az árváltozásokra. A gyerekek és a serdülők érzékenyebbek az árváltozásokra mint az idősebb felnőttek, tehát ennek a beavatkozásnak jelentős hatása lesz rájuk.

A jelen tanulmányhoz készített modellek azt mutatják, hogy a cigaretták tényleges árát 10%-kal emelő adóemelés 40 millió 1995-ben életben levő dohányos leszokását okozná és minimum 10 millió dohányzással összefüggő elhalálozást akadályozna meg. Az áremelés másokat viszont megakadályozna abban, hogy elkezdenek dohányozni. A modell alapjául szolgáló feltételezések szándékosan óvatosak, tehát ezeket a számokat minimális becsléseknek kell tekinteni.

Amint azt sok döntéshozó jól tudja, az adó helyes szintje nagyon összetett kérdés. Az adó nagysága szövevényes módon olyan tapasztalati tényektől függ, melyek még esetleg nem is állnak rendelkezésre: például a nemdohányzóknál és a jövedelemszinteknél jelentkező költségarányok. Függ az eltérő társadalmi értékektől is, például, hogy milyen mértékben kell védeni a gyerekeket és, hogy a társadalom mit remél elérni az adón keresztül: egy bizonyos bevételnövekedést vagy a betegségteher bizonyos csökkentését. A tanulmány azt a következtetést vonja le, hogy egyelőre a politikai döntéshozók azt az adószintet alkalmazzák példaként, amelyet azon országok fogadtak el az átfogó dohányzásellenőrzési intézkedések részeként, melyekben a cigarettafogyasztás csökkent. Ezekben az országokban egy csomag cigaretta árának adókomponense a kiskereskedelmi költség kétharmada és négyötöde közé esik. Jelenleg a nagyjövedelmű országokban az adók átlagosan egy doboz cigaretta kiskereskedelmi árának mintegy kétharmadát vagy ennél többet teszik ki. A kisebb jövedelmű országokban az adók nem haladják meg egy doboz cigaretta kiskereskedelmi árának a felét.

#### *Nem-árjellegű intézkedések a kereslet csökkentésére*

Az árak emelése mellett a kormányzatok sokféle más hatékony intézkedést is alkalmaztak. Ezek közé tartozik például a dohánytermékek reklámozásának átfogó betiltása; tájékoztatással kapcsolatos intézkedések mint például ellenreklámozás a tömegkommunikációs eszközökben, szembetűnő egészségvédelmi feliratok, a dohányzás egészségügyi következményeivel kapcsolatos kutatási eredmények publikálása és elterjesztése, valamint a dohányzás korlátozása munkahelyeken és nyilvános helyeken.

A tanulmány bizonyítékokat szolgáltat arról, hogy ezek az intézkedések csökkenthetik a cigaretta iránti keresletet. Például az olyan „információs sokkok”, mint a dohányzás egészségügyi hatására vonatkozó jelentősen új információkat tartalmazó kutatási eredmények publikálása csökkenti a keresletet. Hatásuk akkor a legnagyobb amikor a lakosság viszonylag kevésbé van tudatában az egészségügyi kockázatoknak. A reklámozás átfogó betiltása mintegy 7%-kal csökkentheti a keresletet a nagyjövedelmű országokban végzett ökonometriai vizsgálatok szerint. A dohányzáskorlátozás egyértelmű előnyökkel jár a nemdohányzókra nézve, és arra is vannak bizonyítékok, hogy a korlátozások csökkenthetik a dohányosok népességben belüli arányát.

A tanulmányhoz készített modellek azt jelzik, hogy ezek a nem-árjellegű intézkedések egy csomagként és globálisan alkalmazva mintegy 23 millió 1995-ben életben levő dohányost tudnának meggyőzni arról, hogy szokjanak le, és megelőznék, hogy közülük 5 millió ember meghaljon a dohányzás következtében. Hasonlóan az adóemeléshez, ezek a becslések is óvatos becslések.

### *Nikotinhelyettesítés és egyéb leszoktatási gyógymódok*

A harmadik beavatkozás a leszokni kívánókat segítené azzal, hogy megkönnyítené számukra a nikotinhelyettesítő terápiákhoz (NRT) és egyéb leszoktatást segítő intervenciós módszerekhez való hozzájutást. A nikotinhelyettesítő terápiák kifejezetten növelik a leszoktatási próbálkozások hatékonyságát és csökkentik az egyes emberek elvonási költségeit. Ennek ellenére sok országban nehéz ezekhez a terápiákhoz hozzájutni. A tanulmányhoz készített modellek azt jelzik, hogy az NRT szélesebb körben való elérhetősége jelentősen elősegítené a dohánytermékek iránti kereslet csökkenését.

A fenti keresletcsökkentő intézkedések együttes hatása nem ismeretes mivel a dohányzásellenőrzési politikával rendelkező országok többségében a dohányosokat egyszerre több ilyen intézkedés érinti és egyik sem tanulmányozható elszigetelten. Azonban bizonyítékok vannak arra, hogy egy beavatkozás bevezetése támogatja a többi sikerét és ez aláhúzza annak fontosságát, hogy a dohányzásellenőrzési intézkedéseket egy csomagként kell bevezetni. Összességükben ezek az intézkedések sok millió halálesetet tudnának elhárítani.

### **A dohánytermékek kínálatának csökkentésére vonatkozó intézkedések**

Miközben a dohánytermékek keresletének csökkentésére szolgáló intézkedések valószínűleg sikeresek lesznek, addig a kínálat csökkentését célzó intézkedések kevésbé ígéretesek. Ennek az az oka, hogy egy szállító tevékenységének a bezárása egy másik szállítónak ad ösztönzést a piacralépésre.

Az a szélsőséges intézkedés, hogy a dohányt betiltsák gazdasági szempontból indokolatlan valamint nem reális és valószínűleg eredménytelen is marad. Más terménnyel való helyettesítést gyakran javasolják mint a dohánykínálat csökkentésének egyik eszközét, de alig van bizonyíték arra, hogy ez csökkenti a fogyasztást mivel jelenleg a gazdálkodók jobban vannak ösztönözve a dohánytermesztésre mint a többi termény többségére. Míg a más terménnyel való helyettesítés nem hatékony módja a fogyasztás csökkentésének, ugyanakkor hasznos stratégia lehet ott ahol segíteni kell a legszegényebb dohánytermesztő gazdálkodókat más megélhetési formára való áttérésre egy széleskörű diverzifikációs (több növénykultúrát termesztő) program részeként.

Az eddigi adatok arra utalnak, hogy a kereskedelmi korlátozások – például az import tilalma – csak kis hatással lesz a világ cigarettafogyasztására. Az egyes országok ehelyett nagyobb sikerrel fékezhetik meg a dohányfogyasztást a keresletet hatékonyan csökkentő intézkedések bevezetésével és ezen intézkedéseknek az importált és a hazai gyártású cigaretákra való szimmetrikus alkalmazásával. Hasonlóképpen, a szilárd alapokon nyugvó kereskedelmi és mezőgazdasági politika keretén belül nincs sok értelme a főként a nagyjövedelmű országokban megtalálható dohánytermesztési támogatásoknak. Megszüntetésük mindenesetre csak igen kis hatással lenne a kiskereskedelmi árra.

Azonban a kínálati oldalon is van egy intézkedés, mely a hatékony dohányzásellenőrzési stratégia kulcsa: a csempészet elleni tevékenység. A hatékony intézkedések közé tartozik a jól látható adózárjegy és a helyi nyelven írott figyelmeztetés a cigarettadobozon, valamint a csempészeket elriasztó kemény büntetések agresszív végrehajtása és következetes alkalmazása. A csempészet szigorú ellenőrzése növeli a kormányzatok dohánytermékadó emeléséből származó bevételeit.

## A dohányzásellenőrzés költségei és következményei

A politikai döntéshozóknak már régóta többféle aggályuk van a dohányzásellenőrzési intézkedések tekintetében. Ezek között az első az, hogy a dohányzásellenőrzés a munkahelyek számának tartós csökkenését fogja okozni a gazdaságban. Azonban a dohánytermékek iránti kereslet csökkenése nem jelenti azt, hogy egy ország foglalkoztatottsági szintje csökkeni fog. A dohányosok által korábban elköltött pénzt ehelyett más termékekre és szolgáltatásokra fogják költeni ezáltal új munkahelyeket teremtve a dohányiparban elvesztett munkahelyek helyettesítésére. A tanulmány céljára készült elemzések azt mutatják, hogy a legtöbb országban nincs nettó munkahelycsökkenés valamint, hogy néhány országban nettó munkahely-növekedés tapasztalható a dohányfogyasztás csökkenése esetén.

Vannak azonban kis számban olyan országok – főként a Szahara alatti Afrikában – amelyek gazdasága erősen függ a dohánytermesztéstől. Ezeknél az országoknál, bár a hazai kereslet csökkenésének csak kis hatása lenne, a globális keresletcsökkenés munkahelyek elvesztését eredményezné. Ilyen esetekben igen fontos lenne kiigazítást segítő intézkedések megtétele. Azonban hangsúlyozni kell, hogy amennyiben a kereslet jelentősen csökkenne is, az lassan történne egy vagy több generáció élete során.

A második aggály az, hogy a nagyobb adókulcsok csökkenteni fogják a kormányzatok bevételeit. Valójában a tapasztalati tények azt mutatják, hogy a megemelt dohánytermék adók nagyobb adóbevételeket eredményeznek. Ez részben azért van mert az arányos keresletcsökkenés nem illeszkedik az adóemelés arányos mértékéhez mivel a nikotinfüggő fogyasztók viszonylag lassan reagálnak az áremelésekre. A tanulmányhoz készített modellből az a következtetés vonható le, hogy az egész világra kiterjedő, szerény 10%-os cigaretta jövedéki adóemelés a cigaretta adóbevételeket összességében kb. 7%-kal emelné és ennek hatása más és más lenne az egyes országokban.

A harmadik aggály szerint a nagyobb adók a csempészet hatalmas növekedéséhez fognak vezetni és ezáltal a cigarettafogyasztás nagy maradványt a kormányzati bevételek csökkennek. A csempészet komoly probléma azonban a tanulmány azt a következtetést vonja le, hogy még ott is ahol a csempészet jelentős, az adóemelés nagyobb bevételeket hoz és csökkenti a fogyasztást. Tehát az adóemelések feladása helyett a csempészettel szemben a megfelelő válasz a bűnözői tevékenységre való lecsapás.

A negyedik aggály az, hogy a cigaretta adójának emelése aránytalan hatással lesz a szegény fogyasztókra. A jelenlegi dohánytermékadók arányosan többet vesznek el a szegény fogyasztók jövedelméből, mint a gazdag fogyasztókéból. Azonban a politikai döntéshozók fő gondjának a teljes adó- és költségrendszer elosztási hatása kell legyen és nem annyira egy-egy adónem elszigetelten. Fontos figyelembe venni, hogy a szegény fogyasztók általában érzékenyebbek az áremelkedésekre, mint a gazdagok, tehát cigarettafogyasztásuk az adóemelés követően meredekebben fog csökkeni és viszonylagos *pénzügyi* terhek ennek megfelelően csökken.

## **Kifizetődik-e a dohányzásellenőrzés?**

A beavatkozást tervező kormányzatoknál egy fontos további szempont a dohányzásellenőrzési intézkedések költséghatékonysága a többi egészségügyi beavatkozáshoz képest. Előzetes számításokat végeztünk a jelen tanulmány keretében, melyekben a dohányzásellenőrzési program végrehajtásának állami költségeit mértük össze a megmentett egészséges életévek potenciális számával. Az eredmények összhangban vannak azokkal a korábbi tanulmányokkal, melyek azt állítják, hogy az alapvető közegészségügyi csomag részeként a dohányzásellenőrzés a kis- és közepes jövedelmű országokban nagyon költséghatékony.

A megmentett egészséges életévek évenkénti költségével mérve az adóemelések költséghatékonyak lesznek. Sok feltételezéstől függően a dohányzásellenőrzés megmentett egészséges életévenként 5-17 USA dollár közötti összegbe kerülne a kis- és közepes jövedelmű országokban. Ez a kormányzatok által általában finanszírozott sok egészségügyi beavatkozást is felülmúl – pl. a gyermekoltásokat. Sok környezetben a nem-árjellegű intézkedések is költséghatékonyak. A nikotinhelyettesítő terápiához való hozzáférést liberalizáló intézkedések – például értékesítési feltételeinek megváltoztatása – sok környezetben valószínűleg költséghatékonyak lennének. Azonban az egyes országoknak nagy körültekintéssel kellene felmérniük a helyzetet mielőtt úgy döntenének, hogy támogatást adnak a szegény dohányosoknak a nikotinhelyettesítő terápiánál (NRT) vagy egyéb leszoktatási beavatkozásoknál.

A dohánytermék adónak a bevételek növelését biztosító egyedülálló lehetőségét nem lehet figyelmen kívül hagyni. Kínában például óvatosságot mutatnak a cigaretta adójának 10%-os emelése 5%-kal csökkentené a fogyasztást, az állami bevételeket 5%-kal növelné, és ez a bevételnövekedés elegendő lenne Kína 100 millió legszegényebb polgárának egyharmada számára a nélkülözhetetlen egészségi szolgáltatások biztosításának finanszírozására.

## **Cselekvési terv**

Minden társadalom maga dönt az egyéni döntésekkel kapcsolatos koncepciókról. A valóságban e koncepciók többsége többféle kritériumon alapszik nemcsak a gazdasági kritériumokon. A legtöbb társadalom szeretné csökkenteni azokat a mennyiségileg meghatározhatatlan szenvedéseket és érzelmi veszteségeket, melyeket megbetegedés és idő előtti elhalálozás formájában a dohányzás okoz. A közegészségügyet jobbitani kívánó politikai döntéshozók számára is vonzó lehetőséget jelent a dohányzásellenőrzés. Egy ilyen méretű betegségteher esetében még a legszerényebb csökkenés is jelentős egészségügyi haszonnal járna.

Egyes politikusok úgy gondolják, hogy a beavatkozás legerősebb indítók a gyerekek dohányzástól való visszatartása. Azonban csupán a gyerekek visszatartásán alapuló stratégia nem célszerű, és több évtizeden át nem fog jelentős hasznot hozni a közegészségügy számára. A következő 50 évre előrejelzett, dohányzás okozta halálesetek többsége a jelenlegi dohányosoknál fog bekövetkezni. A középtávon az egészség terén javulást elérni kívánó kormányzatoknak tehát olyan széleskörű intézkedéseket kell elfogadniuk, melyek a felnőttek leszokását is segítik.



A tanulmány két ajánlást tesz:

1. Ahol a **kormányzatok** úgy döntenek, hogy komolyan fellépnek a dohányzási járvánnyal szemben, ott többágú stratégiát kell alkalmazniuk olyan célokkal, mint a gyerekek dohányzástól való visszatartása, a nemdohányzók védelme, valamint minden dohányos ellátása a dohányzás egészségügyi hatásaival kapcsolatos információval. Az egyes országokhoz szabott stratégia az alábbiakat tartalmazná: (1) adóemelést, azokat az adókulcsokat alkalmazva példaként, amelyet azon országok fogadtak el az átfogó dohányzásellenőrzési politikájuk részeként, melyekben a cigarettafogyasztás csökkent. Ezekben az országokban az adó a cigaretták kiskereskedelmi árának kétharmada és négyötöde között van; (2) a dohányzás egészségügyi hatásaira vonatkozó kutatási eredmények publikálása és elterjesztése, jól látható figyelmeztető feliratok alkalmazása a cigarettáknál, a reklám és promóció átfogó tilalmának foganatosítása, valamint a dohányzás korlátozása munkahelyeken és nyilvános helyeken; (3) a nikotinhelyettesítő és egyéb leszoktatást segítő terápiákhoz való hozzájutás kiszélesítése.
2. **A nemzetközi szervezeteknek – például az ENSZ szerveinek – felül kell vizsgálniuk jelenlegi programjaikat és politikáikat annak biztosítása érdekében, hogy a dohányzás elleni küzdelem megfelelő teret kapjon; szponzorálniuk kell a dohányzás okait, következményeit és költségeit valamint a helyi szinten történő beavatkozások gazdaságosságát vizsgáló kutatásokat; és megoldást kell találniuk a határokon átnyúló problémák megoldására beleértve az együttműködést az EVSz javasolt Dohányzásellenőrzési Keretegyezményével. A cselekvési kulcsterületek közé tartozik a csempészet elleni nemzetközi megállapodások elősegítése, az adóharmonizációval kapcsolatos tárgyalások a csempészet indítékának csökkentése érdekében, valamint a globális kommunikációs médiában folytatott reklámozás betiltása.**

A dohányzás által az egész világ egészségét érintő fenyegetés példa nélkül álló, de költséghatékony politikával lehetőség van a dohányzással kapcsolatos mortalitás csökkentésére. A jelen tanulmány azt mutatja be, hogy mi érhető el: megfontolt intézkedések jelentős egészségjavulást eredményezhetnek a XXI. században.

Megjegyzés:

1. A dollárban megadott összegek mai dollárban értendők.

# 1. Globális dohányzási tendenciák

Bár az emberiség már több évszázada dohányzik, a cigaretta tömeggyártás formájában csupán a XIX. században jelent meg. Azóta a cigarettázás hatalmas méretekben terjedt el az egész világon. Ma már minden három felnőtt közül egy, vagyis 1,1 milliárd ember dohányzik. Ezek mintegy 80%-a a kis- vagy közepes jövedelmű országokban él. Részben a felnőtt lakosság számbeli növekedése és részben a növekvő fogyasztás miatt a dohányosok összlétszáma 2025-re várhatóan eléri 1,6 milliárd főt.

A múltban a dohányt gyakran rágták, vagy különböző fajtájú pipákban szívták. Bár ezek a fogyasztási módok még léteznek, de csökkenő tendenciát mutatnak. A gyártott cigaretták valamint a különböző fajtájú kézzel sodort cigaretták – például a Délkelet-Ázsiában és Indiában népszerű *bidis* – ma már a világon fogyasztott összes dohány 85%-át teszi ki. Úgy látszik, hogy a cigarettázás nagyobb veszélyt jelent az egészségre nézve, mint a korábbi dohányfogyasztási formák. Jelen tanulmány éppen ezért főleg a gyárilag előállított cigarettával és a *bidis*-szel foglalkozik.

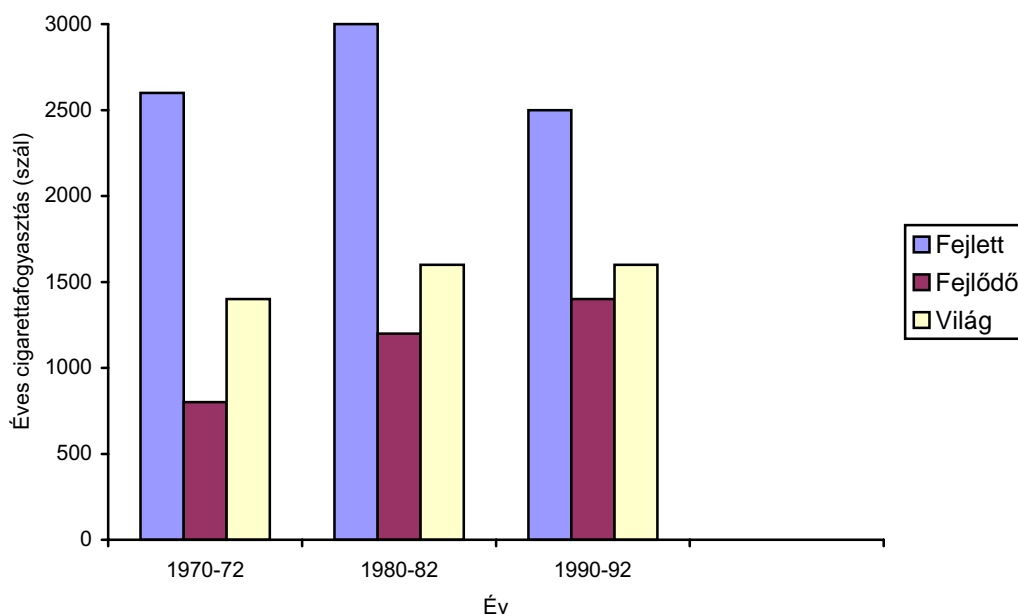
## Növekvő fogyasztás a kis- és közepes jövedelmű országokban

A kis- és közepes jövedelmű országok lakossága 1970 óta növeli cigarettafogyasztását (lásd az 1.1. ábrát). Az egy főre eső fogyasztás ezekben az országokban folyamatosan nőtt 1970 és 1990 között, bár ez a növekvő tendencia talán valamelyest lelassult az 1990-es évek elején.

Miközben a férfiak körében dohányzás gyakoribbá vált a kis- és közepes jövedelmű országokban, ugyanabban az időszakban a nagyjövedelmű országokban általános csökkenés volt megfigyelhető a férfiak körében. Például az Egyesült Államokban a férfiak több, mint 55%-a dohányzott a fogyasztási csúcsideszakban a XX. század közepén, ez az arány az 1990-es évek közepére 28%-ra csökkent. Az egy főre eső fogyasztás a nagyjövedelmű országokban egészében véve szintén csökkent, azonban néhány csoportban, mint például a tizenévesek és a fiatal nők körében a dohányzók száma növekedett az 1990-es években. Általában elmondható, hogy a dohányzási járvány az eredeti gócpontjától, a nagyjövedelmű országokban élő férfiaktól, a nagyjövedelmű országokban élő nők és az kisjövedelmű régiókban élő férfiak irányába terjed.

## 1.1. ábra: A DOHÁNYZÁS NŐ A FEJLŐDŐ VILÁGBAN

Egy felnőttre eső cigarettafogyasztás



Forrás: Egészségügyi Világszervezet 1997. Dohányzás és Egészség: Globális Helyzetjelentés. Genf, Svájc

Az elmúlt néhány évben a nemzetközi kereskedelmi egyezmények sok áru és szolgáltatás terén liberalizálták a világkereskedelmet. A cigaretta sem volt kivétel. A kereskedelmi akadályok általában nagyobb versenyt indukálnak, mely alacsonyabb árakat, nagyobb reklámot és egyéb, a keresletet növelő tevékenységeket eredményez. Egy tanulmány azt állapította meg, hogy négy olyan ázsiai gazdaságban (Japán, Dél-Korea, Tajvan és Thaiföld), melyek az 1980-as évek során az USA kereskedelmi nyomására megnyitották piacaikat, a fejenkénti cigarettafogyasztás majdnem 10%-kal volt nagyobb, mint akkor lett volna ha a piacok zárva maradtak volna. Ennek a tanulmánynak a keretében kidolgozott ökonometriai modell megállapította, hogy a kereskedelmi liberalizáció jelentősen hozzájárult a cigarettafogyasztás növekedéséhez különösen a kis- és közepes jövedelmű országokban.

### Regionális dohányzási szokások

Az Egészségügyi Világszervezet több mint 80 különböző tanulmányból gyűjtött össze adatokat a dohányosok számáról a világ különböző régióiban. A jelen tanulmány céljára ezeket az adatokat használtuk fel a dohányosok népességben belüli arányának meghatározására a Világbank által meghatározott országcsoportokban. Jól látható az 1.1. táblázatban, hogy az egyes régiók között nagyok az eltérések, különösen a női dohányosok aránya tekintetében. Például Kelet-Európában és Közép-Ázsiában (főként a korábbi szocialista gazdaságokban) 1995-ben a férfiak 59%-a és a nők 26%-a dohányzott, mely több mint bármelyik más régióban. Ugyanakkor Kelet-Ázsiában, ahol a dohányosok aránya éppen ilyen magas (59%), a nőknek csak 4%-a volt dohányos.

## 1.1. táblázat: A DOHÁNYZÓK REGIONÁLIS MEGOSZLÁSA

A dohányzók népességben belüli becsült aránya nemek szerint, valamint a dohányzók száma a 15 éven felüli népességben a Világbank által meghatározott régiókban

Világbanki régió	Dohányzók népességben belüli aránya (%)			Összes dohányos	
	Férfiak	Nők	Összesen	millió	összes dohányos %-a
Kelet-Ázsia és a csendes-óceáni térség	59	4	32	401	35
Kelet-Európa és Közép-Ázsia	59	26	41	148	13
Latin-Amerika és a Karibi-térség	40	21	30	95	8
A Közép-Kelet és Észak-Afrika	44	5	25	40	3
Dél-Ázsia (cigaretta)	20	1	11	86	8
Dél-Ázsia (bidis)	20	3	12	96	8
Szahara alatti Afrika	33	10	21	67	6
Kis ill.középjövedelmű	49	9	29	933	82
Nagyjövedelmű	39	22	30	209	18
Világ	47	12	29	1142	100

Megjegyzés: Kerekített számok

Forrás: A szerző számításainak alapja: Egészségügyi Világszervezet 1997. A dohányzás és egészség: Globális helyzetjelentés, Genf. Svájc

### A dohányzás és a társadalmi-gazdasági státusz

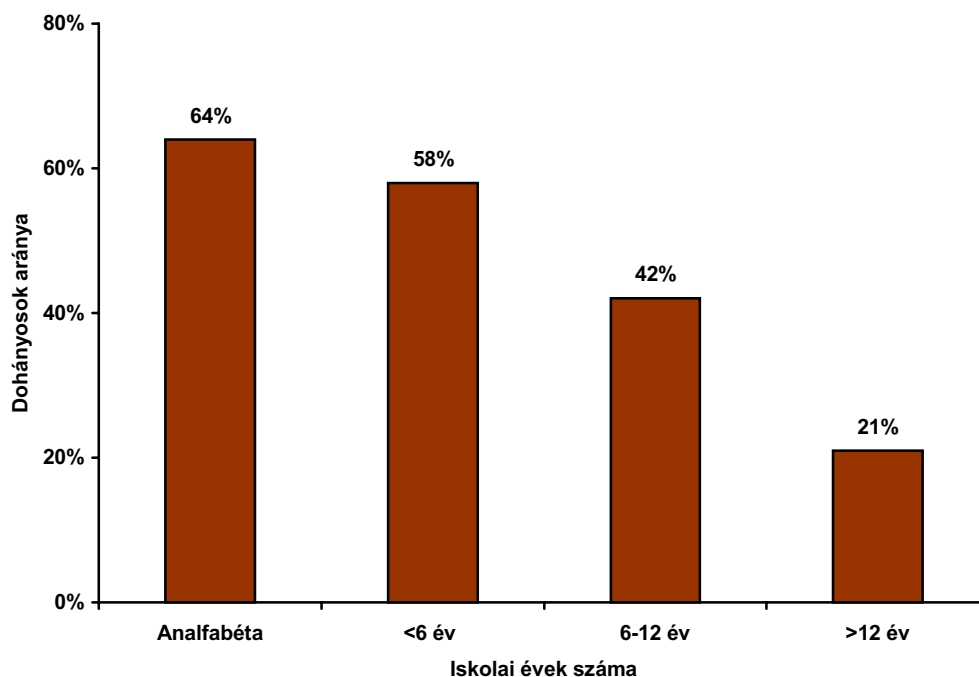
A múltban ahogyan a népességben belül nőttek a jövedelmek, úgy növekedett a dohányzó emberek száma is. A dohányzási járvány korai évtizedei alatt a nagyjövedelmű országokban a dohányosok inkább a jómódúak közül kerültek ki mint szegények közül. Azonban az elmúlt 3-4 évtized során úgy tűnik, hogy ez a megoszlás megfordult legalábbis a férfiak között, ahol több adat áll rendelkezésre. A jómódú emberek a nagyjövedelmű országokban növekvő számban hagyták abba a dohányzást, míg a szegényebbek nem. Norvégiában például a nagy jövedelemmel rendelkező dohányzó férfiak aránya az 1955. évi 75%-ról 28%-ra csökkent 1990-re. Ugyanezen időszak alatt a kisjövedelmű dohányzó férfiak aránya kevésbé meredeken csökkent az 1955. évi 60%-ról 48%-ra 1990-re. Jelenleg a nagyjövedelmű országok többségében jelentős különbségek vannak a dohányosok arányát tekintve az egyes társadalmi-gazdasági csoportok között. Az Egyesült Királyságban például a legmagasabb társadalmi-gazdasági csoportban csupán a nők 10%-a és a férfiak 12%-a dohányzik; a legalacsonyabb társadalmi-gazdasági csoportban viszont a megfelelő számok háromszor nagyobbak: 35% ill. 40%. Ugyanez a fordított összefüggés található az iskolai végzettségi szintek – mely a társadalmi-gazdasági státusz egyik jelzője – valamint a dohányzás között. Általában a kis végzettséggel vagy semmilyen végzettséggel sem rendelkezők inkább dohányoznak mint a magasabb végzettségűek.

Egészen mostanáig általában úgy vélték, hogy a helyzet más volt a kis- és közepes jövedelmű országokban. Azonban a legújabb vizsgálatok kimutatták, hogy ott is az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú férfiak inkább dohányoznak mint a magas társadalmi-gazdasági státuszú férfiak. Az iskolai végzettség egyértelmű dohányzás-meghatározó tényező az Indiában található Chennai-ban (1.2. ábra). Brazíliában, Kínában, Dél-Afrikában, Vietnámban valamint több Közép-Amerikai országban végzett vizsgálatok is megerősítik ezt a modellt.

Míg tehát egyértelmű, hogy a *dohányosok aránya* az egész világon magasabb a szegény és az alacsony végzettségűek között, kevesebb adat áll rendelkezésre a különböző társadalmi-gazdasági csoportok által naponta *elszívott cigaretták számára* vonatkozóan. A nagyjövedelmű országokban néhány kivételtől eltekintve a szegények és alacsonyabb végzettségű férfiak naponta több cigarettát szívnak el mint a gazdagabb és magasabb végzettségű férfiak. Bár az ember azt tételezné fel, hogy a szegényebb férfiak a kis- és közepes jövedelmű országokban kevesebb cigarettát szívnak mint a jobb módú férfiak, a rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy általában a kisebb végzettségű dohányosok ugyanannyi vagy valamennyivel több cigarettát szívnak el mint a magasabb végzettségűek. Egy fontos kivétel India, ahol – és ez nem meglepő – a felsőfokú végzettségű dohányosok több cigarettát szívnak (mely viszonylag drágább), míg az alacsonyabb végzettségűek több olcsó *bidis*-t szívnak.

## 1.2. ábra: A DOHÁNYZÁS GYAKORIBB AZ ALACSONYABB VÉGZETTSÉGŰEK KÖZÖTT

A dohányosok aránya a férfiak között Indiában, Chennaiban, iskolai végzettség szerint



*Forrás: Gajalakshmi, C. K. P. Jha, S. Nguyen, és A. Yureki. Dohányfogyasztási szokások és egészségügyi következmények. Háttéranyag*

### Az életkor és dohányzásra való rázkódás

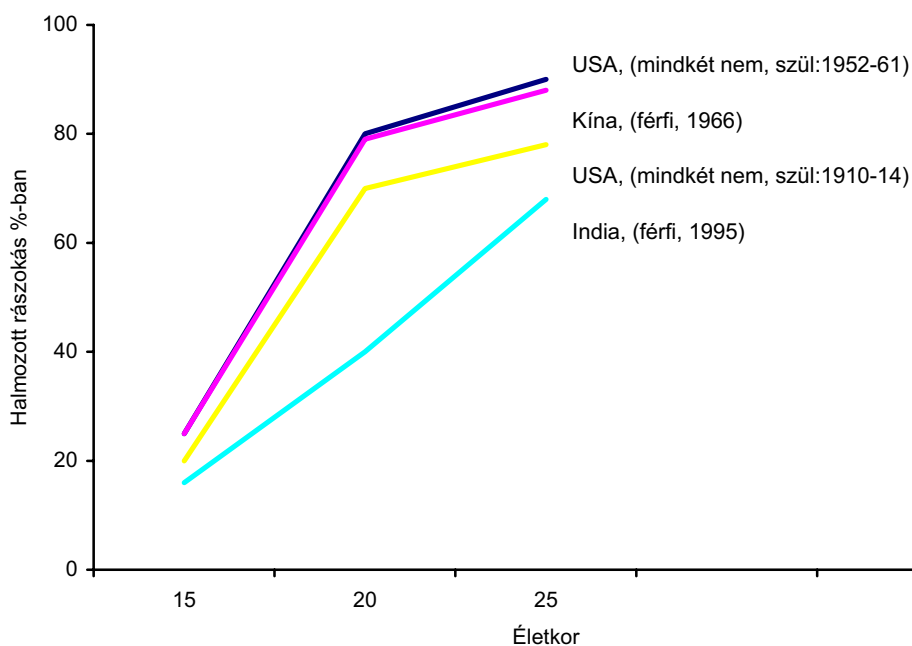
Nagyon valószínű, hogy azok akik serdülőkorukban vagy fiatal felnőttkorukban nem kezdenek el dohányozni valaha is dohányosokká váljanak. Manapság a dohányosok túlnyomó többsége 25 éves kora előtt kezd el dohányozni, gyakran gyerek- vagy serdülőkorban (lásd az 1.1. keretes írást és az 1.3. ábrát). A nagyjövedelmű országokban 10-ből nyolc tizenéves korban kezd el dohányozni. Azokban a közepes- és kisjövedelmű országokban ahol vannak

adatok, úgy tűnik, hogy a dohányosok többsége a húszas évei elején kezdi el, és a tendencia az ennél fiatalabb kor felé halad. Kínában például 1984 és 1996 között jelentősen megnőtt azon 15 és 19 év közötti fiatalok száma, akik rászoktak a dohányzásra. Hasonló csökkenés volt megfigyelhető a kezdési életkor tekintetében a nagyjövedelmű országokban is.

### Globális leszokási szokások

Bár vannak arra nézve bizonyítékok, hogy a dohányzás az egész világon fiatal korban kezdődik, a dohányzástól leszokók aránya élesen eltérő, legalábbis jelenleg, a nagyjövedelmű országok valamint a világ többi része között. Olyan környezetben ahol a dohányzás egészségügyi hatásaival kapcsolatos ismeretek folyamatosan nőnek a dohányzók aránya fokozatosan csökkent és az évtizedek során jelentős számúvá növekedett a volt dohányosok száma. A nagyjövedelmű országok többségében a férfi lakosság mintegy 30%-a a leszokott korábbi dohányos. Ezzel szemben 1993-ban a kínai férfiak csak 2%-a volt leszokott dohányos, ugyanekkor az indiai férfiak csupán 5%-a, és 1997-ben a vietnámi férfiak csupán 10%-a volt leszokott dohányos.

1.3. ábra: A DOHÁNYZÁS AZ ÉLET KORAI SZAKASZÁBAN KEZDŐDIK  
A leszokási életkor eloszláshalmaza Kínába, Indiában és az Egyesült Állomokban



Forrás: Kínai Megelőző Orvostani Akadémia. 1997. *Dohányzás Kínában: 1996 Országos felmérés a dohányzási szokásokról*. Peking. Gupta, P.C. 1996. *A dohányzás társadalmi-demográfiai jellemzői 99.598 egyén között Bombayban, Indiában*. Tobacco Control 5:114-20. és USA Surgeon General Reports, 1989 és 1994

---

## 1.1. KERETES ÍRÁS: NAPONTA HÁNY FIATAL KEZD EL DOHÁNYOZNI?

Akik fiatal korban szoktak rá a dohányzásra általában erős dohányosokká válnak és fokozott kockázattal néznek szembe azzal, hogy életük későbbi szakaszában dohányzással kapcsolatos betegségben fognak meghalni. Éppen ezért fontos annak ismerete, hogy hány gyermek és fiatalkorú szokik rá a dohányzásra naponta.

Megpróbálunk válaszolni erre a kérdésre.

Az alábbi adatokat használtuk fel:

(1) azon mindkét nembeli gyermekek és fiatalkorúak számára vonatkozó világbanki adatokat, akik 1995-ben érték el a 20. életévüket az egyes világbanki régiókban, valamint (2) a 30-éves korig bezárólag az egyes korcsoportokban a dohányosok arányára vonatkozó EVSz adatokat ugyan-ezekre a régiókra vonatkozóan. Felső becslésként azt feltételeztük, hogy a naponta rászokó fiatalok száma nemenként és régióként a fenti adatok (1 és 2) szorzata. Alsó becslésként ezt csökkentettük a 30. életévük után rászokók becslést számát jelző régióspecifikus értékkel.

Három óvatos becslést tettünk: először, hogy az idők során minimális változások történtek a rászokási életkor terén. Újabban csökkenő tendencia történt a fiatal kínaiak

rászokási életkorát tekintve, tehát a mi számaink ha valamelyest tévesek is, akkor is alulbecslésnek tekinthetők. Másodszor, a rendszeres dohányosokra koncentráltunk és nem számítottuk be azt a nagyszámú gyereket, akik kipróbálják a dohányzást, de nem válnak rendszeres dohányosossá.

Harmadszor azt feltételeztük, hogy a rendszeres dohányosokká váló fiataloknál ritka a felnőttkor elérése előtti leszokás.

Míg azon felnőtt rendszeres dohányosok száma, akik leszoktak jelentős a nagyjövedelmű országokban, a kis- és közepes jövedelmű országokban jelenleg nagyon alacsony.

A fenti feltételezésekkel a számításaink szerint a naponta a dohányzásra rászokó gyerekek és fiatalok száma 14000 és 15000 között változik a nagyjövedelmű országok összességében. A közepes- és kisjövedelmű országokban a becslést számok 68000 és 84000 között mozognak. Ez azt jelenti, hogy minden nap világszerte 82000 és 99000 közötti fiatal kezd el dohányozni és kockáztatja a nikotinfüggőséget.

A fenti számok összhangban vannak az egyes nagyjövedelmű országokban levő becslésekkel.

## 2. A dohányzás egészségügyi következményei

**A** dohányzásnak az egészségre való hatását már széleskörűen dokumentálták. A jelen tanulmány nem kívánja részletesen megismételni ezeket az információkat, hanem egyszerűen össze kívánja foglalni a bizonyítékokat. A jelen fejezet két részre oszlik: először röviden tárgyalja a nikotinfüggőséget, és másodsor ismerteti a dohányzásnak tulajdonítható betegségterhet.

### A dohányzás függőségi jellege

A dohány nikotint tartalmaz, egy olyan anyagot, amelyet a nemzetközi orvosi szervezetek addiktívnek, függőséget okozónak tekintenek. A dohányfüggőség szerepel a Nemzetközi Betegségosztályozás listáján. A nikotin teljesíti a függőség főbb kritériumait így a kényszerítő erejű fogyasztást a leszokás iránti vágy és többszöri leszokási próbálkozás ellenére; a pszichoaktív hatásokat, melyeket az anyagnak az agyra való hatása produkál; valamint a pszichoaktív anyag „megerősítő” hatásai által ösztönzött viselkedést. A cigaretta a rágott dohánytól eltérően lehetővé teszi, hogy a nikotin gyorsan – a füst beszívását követő néhány másodperc alatt – eljusson az agyba és a dohányos egyik pöfékeléstől a másikig szabályozhatja a dózist.

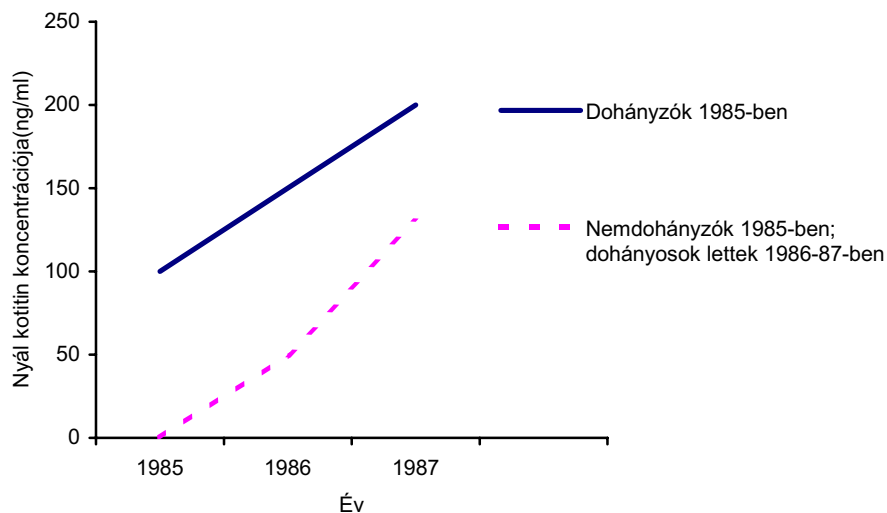
A nikotinfüggőség igen gyorsan létrejöhet. Azoknál a fiatal felnőtteknél akik nemrég szoktak rá a dohányzásra a nyál nikotin koncentrációja (a nikotin bomlásterméke) gyorsan emelkedik olyan szintre mint a régi dohányosoknál (2.1. ábra). A beszívott átlagos nikotinszint elegendő ahhoz, hogy farmakológiai hatást fejtsen ki és, hogy szerepet játsszon a dohányzás fenntartásában. Ennek ellenére sok fiatal alulbecsüli a függővé válás kockázatait. Az Egyesült Államokban a fiatal dohányosok fele-kétharmada mondja, hogy legalább egyszer megpróbált leszokni és ez nem sikerült neki. A nagyjövedelmű országokban végzett felmérések azt mutatják, hogy a 16 éves fiatal dohányosok jelentős része sajnálja, hogy cigarettázik, de úgy érzi, hogy nem tudja abbahagyni.

Természetesen lehetséges a cigarettától való végleges tartózkodás éppen úgy, mint a többi függőséget okozó anyagtól. Azonban a leszokást segítő beavatkozások nélkül az egyéni sikerarány igen alacsony. A legújabb kutatások azt a következtetést vonták le, hogy azon rendszeres dohányosok közül akik segítség nélkül próbáltak leszokni, 98% újra elkezdte a dohányzást egy éven belül.



---

2.1. ábra: A NIKOTINSZINT GYORSAN NŐ A FIATAL DOHÁNYOSOKNÁL  
A nyál kotitinkoncentrációja serdülő lányok között az Egyesült Királyságban



*Forrás: McNeill, A. D. és mások. 1989 Fialat dohányosok nikotinfelvétele: a nyál kotitinkoncentrációjának vizsgálata. American Journal of Public Health 79(2): 172-75.*

---

## A betegségteher

Egy éven belül a dohányzás várhatóan világszerte kb. 4 millió embert fog megölni. Már most is tízből egy felnőtt halálesetért felelős; 2030-ra ez az arány várhatóan hatból egy lesz, vagyis 10 millió haláleset minden évben – több, mint bármilyen egyéb okból és több, mint az előrejelzett halálesetek száma tüdőgyulladásból, hasmenéses betegségekből, tuberkulózisból valamint a szülési komplikációkból egy adott év alatt *összesen*. Ha a jelenlegi tendencia megmarad, a ma élők közül mintegy 500 millió embert fog megölni a dohányzás, akiknek fele életük termékeny középkorában fog meghalni 20-25 évet veszelve életéből.

A dohányzás okozta halálozások – melyek valamikor a nagyjövedelmű országok férfilakosságára korlátozódtak – ma már áttérjed a nagyjövedelmű országokban élő nőkre és világszerte a férfiakra (2.1. táblázat). Míg 1990-ben háromból két dohányzás okozta haláleset vagy a nagyjövedelmű országokban vagy pedig Kelet-Európa és Közép-Ázsia korábbi szocialista országaiban történt, addig 2030-ra tízből hét ilyen haláleset a kis- és közepes jövedelmű országokban lesz. A ma élő embereket sújtó mintegy félmilliárd halálesetből mintegy 100 millió lesz kínai férfi.

## A betegség csak hosszú idő után alakul ki

Azonban a dohányzás okozta halálesetek és rokkantság még csak ezután fog érződni a nagyjövedelmű országokon kívüli térségekben. Ez azért van, mert a dohányzás okozta betegségek több évtized alatt fejlődnek ki. Még abban az esetben is ha a dohányzás nagyon gyakori a lakosság körében, egészségügyi következményei még nem láthatóak. Ez a megállapítást legegységesebben a tüdőráknak az Egyesült Államokbeli tendenciájával lehet bizonyítani. Míg az Egyesült Államokban a cigarettafogyasztásban a legnagyobb növekedés 1925 és 1950 között volt, a tüdőrák mértéke 1945-ig nem kezdett el meredeken emelkedni. A betegség életkorral standardizált mértéke ugyan megháromszorozódott az 1930-as és az 1950-es évek között, de 1955 után a mérték sokkal jobban emelkedett: az 1980-as évekre már *11-szer* volt nagyobb mint 1940-ben.

Kínában, ahol a világ dohányosainak egynegyede él, ma a cigarettafogyasztás olyan nagy mint 1950-ben volt az Egyesült Államokban, amikor az egy főre eső fogyasztási szint a csúcshoz közeledett. Az USA-beli járványnak ebben a szakaszában a dohányzás volt a felelős az ország középkorú lakossága halálozásának 12%-áért. Negyven évvel később amikor a cigarettafogyasztás az USA-ban már csökkent, a dohányzás volt felelős az ország középkorú lakossága mortalitásának mintegy *egyharmadáért*. Manapság az USA-beli tapasztalat szembeszökő utánpótlásként a dohányzást tartják felelősnek a középkorú férfiak 12%-ának haláláért Kínában. A kutatók arra számítanak, hogy néhány évtizeden belül ez az arány kb. egy a háromra fog nőni, mint nőtt korábban az Egyesült Államokban. Ezzel szemben a kínai nők körében az elmúlt két évtizedben nem emelkedett szembeszökően a dohányzás, és a dohányzó nők többsége idősebb. Tehát a jelenlegi dohányzási modell alapján Kínában a dohányzás okozta női halálozás a jelenlegi 2%-ról esetleg akár 1% alá is csökkenhet.

---

### 2.1. táblázat: A DOHÁNYZÁS OKOZTA JELENLEGI ÉS BECSÜLT JÖVŐBENI HALÁLESETEK (millió évente)

	Dohányzás okozta halálesetek száma 2000-ben	Dohányzás okozta előrelátható halálesetek száma 2030-ban
Fejlett	2	3
Fejlődő	2	7

*Forrás:* Egészségügyi Világszervezet. 1999. Különbégtétel. Egészségügyi világjelentés 1999. Genf, Svájc

---

Még a nagyjövedelmű országokban is ahol a lakosság sok évtizeden át ki volt téve a dohányzás veszélyeinek, legalább 40 évet vett igénybe míg tiszta kép alakult ki a dohányzás okozta betegségekről. A kutatók a dohányosok halálozási többletkockázatát prognosztikai vizsgálatok segítségével számítják ki, melyek összehasonlítják a dohányosok és a nemdohányzók egészségének alakulását. Hús éven át folytatott nyomonkövető, ellenőrző vizsgálat után az 1970-es évek elején a kutatók úgy vélték, hogy a dohányosok kockázata egy a négyhez ahhoz, hogy a dohányzás megöli őket, azonban most már több adat birtokában úgy vélik, hogy a kockázat egy a kettőhöz.

## Hogyan öl a dohányzás

A nagyjövedelmű országokban a hosszútávú prognosztikai vizsgálatok – mint pl. az Amerikai Rákellenes Társaság által folytatott második rákmegelőző vizsgálat, mely több mint 1 millió amerikai felnőttet kísért figyelemmel – megbízható bizonyítékokat szolgáltatott arról, hogy hogyan öl a dohányzás. A dohányosok az Egyesült Államokban 20-szor nagyobb valószínűséggel halnak meg tüdőrákban középkorban mint a nemdohányzók, és háromszor nagyobb valószínűséggel halnak meg középkorban érrendszeri megbetegedésben beleértve a szívromot, stroke-ot és az artériák és a vénák egyéb megbetegedéseit. Mivel az ischaemiás szívbetegség igen elterjedt a nagyjövedelmű országokban, a dohányosok többlet rizikójából nagyszámú haláleset lesz, és ez a szívbetegséget a leggyakoribb dohányzással kapcsolatos halálókká teszi ezekben az országokban. A dohányzás a krónikus hörghurut és a tüdőtágulás legfontosabb oka is. Kapcsolatba hozható egyéb szervek pl. a hólyag, vese, gége, száj, hasnyálmirigy és a gyomor rákbetegségeivel is.

Egy egyénnél a tüdőrák kialakulásának kockázatára nagyobb hatással van a dohányzóként eltöltött idő hossza mint az általa naponta elszívott cigaretták száma. Másként megfogalmazva ez azt jelenti, a dohányzás időtartamának háromszoros növelése 100-szoros tüdőrák rizikóval jár, ugyanakkor a naponta elszívott cigaretták számának háromszorosára való növelése csak háromszoros tüdőrák rizikóval jár. Tehát azok néznek szembe a legnagyobb kockázattal akik tizenéves korukban kezdenek el dohányozni és tovább folytatják a dohányzást.

Néhány éve a cigarettagyártók bizonyos márkákat „alacsony kátránytartalmúként” és „alacsony nikotintartalmúként” árulnak, mely módosításról sok dohányos azt hiszi, hogy biztonságosabbá teszi a cigarettát. Azonban az alacsony kátránytartalmú és alacsony nikotintartalmú cigarettát fogyasztó dohányosok valamint a közönséges cigarettát fogyasztók korai elhalálozási kockázata közötti különbség jóval kisebb mint a nemdohányzók és a dohányzók kockázata közötti különbség.

## A járvány változása hely és idő szerint

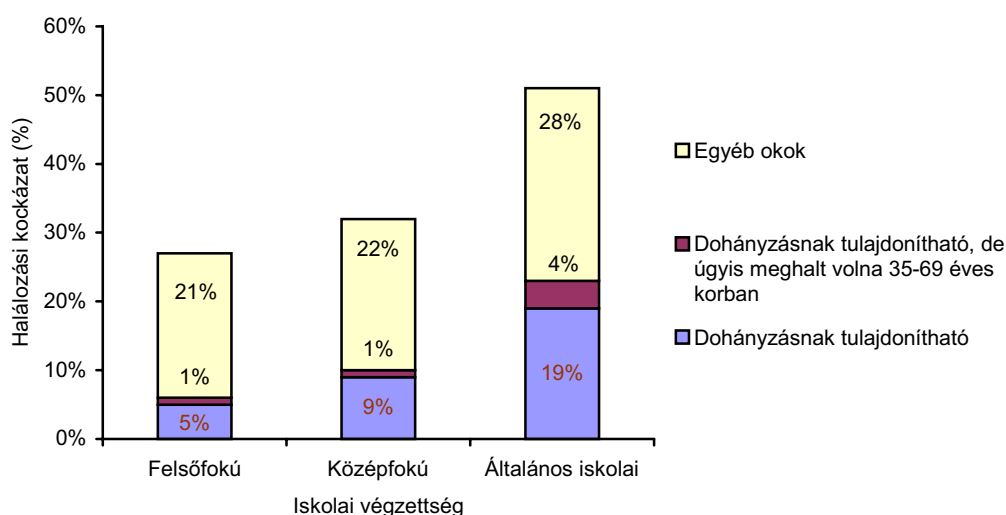
Mivel a hosszú távú vizsgálatok a nagyjövedelmű országokra korlátozódtak, a dohányzás más helyeken való hatásáról kevés adat van. Azonban a nemrégiben Kínában folytatott nagyléptékű vizsgálatok valamint az Indiában most előtérbe kerülő vizsgálatok azt jelzik, hogy bár a tartós dohányzással járó összkockázat éppen olyan nagy mint a nagyjövedelmű országokban – pl. az Egyesült Államokban és Angliában –, a dohányzással kapcsolatos betegségek struktúrája ezekben az országokban lényegesen eltérő. A Kínából származó adatok azt mutatják, hogy az ischaemiás szívbetegségből származó halálesetek kisebb arányt tesznek ki a dohányzás okozta összes halálozások közül mint a nyugati országokban, ugyanakkor a légzőszervi megbetegedések és rákbetegségek teszik ki a halálesetek többségét. Szembetűnő, hogy jelentős a tuberkulózis előfordulása. Más népcsoportoknál esetleg más különbségek fordulnak elő; például Dél-Ázsiában a struktúrát a szív- és érrendszeri betegségek előfordulásának nagy aránya befolyásolhatja. Ezek az eredmények aláhúzzák a járvány folyamatos ellenőrzését az összes régióban. Mindazonáltal, a dohányzással kapcsolatos betegségeknek a különböző népcsoportokban való eltérő struktúrája ellenére, úgy látszik, hogy azon egyének *összaránya*, akiket végül is a tartós cigarettázás fog megölni igen sok népcsoportnál általában egy a kettőhöz.

## A dohányzás és a szegények egészségi hátránya

Ahogy a dohányzás a szegénységhez és az alacsony társadalmi-gazdasági státuszhoz társítható, ugyanez vonatkozik az egészségre való káros hatására is. A tanulmány keretében elvégzett elemzések mutatják a dohányzás hatását a különböző társadalmi-gazdasági rétegekből származó férfiakra (jövedelem, társadalmi osztály, illetve iskolai végzettség alapján meghatározva) négy olyan országban ahol a dohányzási járvány már kifejlett állapotban van – Kanadában, Lengyelországban, Angliában és az Egyesült Államokban.

### 2.2. ábra: ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÉS A DOHÁNYZÁS-OKOZTA ELHALÁLOZÁS KOCKÁZATA

A különböző iskolai végzettségű, középkorú férfiak elhalálozása. Lengyelország 1996.



Megjegyzés: Kerekített számok

Forrás: Bobak, Martin, P. Jha, M. Jarvis, és S. Nguyen. *Szegénység és dohányzás. Háttér tanulmány*

Lengyelországban 1996-ban a középkorú, felsőfokú végzettségű férfiak halálozási kockázata 26% volt. A csak általános iskolai végzettségű férfiaknál ez 52% volt – kétszer akkora. A dohányzás okozta halálozás arányának az egyes csoportokban végzett elemzése alapján a kutatók úgy becsülték, hogy a dohányzás volt felelős a csak általános iskolai végzettségű csoport *többletkockázatának* mintegy kétharmadáért. Más szóval ha a dohányzást megszüntetnék, akkor a két csoport közötti túlélési szakadék határozottan szűkülne. A halálozási kockázat 28%-ra esne vissza a középkorú, általános iskolai végzettségű férfiaknál és 20%-ra a felsőfokú végzettségűek férfiaknál (2.2. ábra). Hasonló eredmények mutatkoznak a vizsgálatban résztvevő többi országokból is és azt mutatják, hogy a dohányzás felelős a legmagasabb illetve a legalacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú felnőtt férfiak mortalitása közötti különbség több mint a feléért ezekben az országokban. Továbbá a dohányzás erőteljesen hozzájárult a túlélési szakadéknak az évek során történő szélesedéséhez (2.3. ábra).

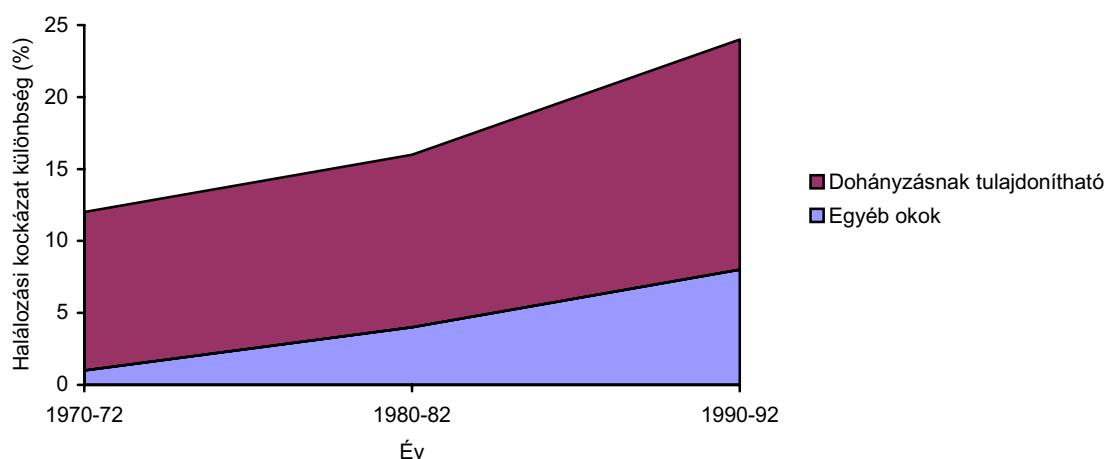
## Mások füstjétől származó kockázat

A dohányosok nemcsak saját egészségüket befolyásolják, hanem a körülöttük levőket is. Azok a nők, akik terhességük alatt dohányoznak nagyobb valószínűséggel veszítik el magzatjukat spontán abortusz révén. A dohányzó anyák csecsemői a nagyjövedelmű országokban jóval nagyobb valószínűséggel születnek kis súllyal és 35%-kal nagyobb valószínűséggel fognak meghalni csecsemőkorban mint a nemdohányzóké. Továbbá a légzőszervi megbetegedésekkel szemben is nagyobb a veszélyeztetettségük. A legújabb kutatások kimutatták, hogy a kizárólagosan a dohányfüstben talált rákkeltő anyag van jelen a dohányos anyák újszülötteinek vizeletében.

---

### 2.3. ábra: DOHÁNYZÁS ÉS A SZÉLESEDŐ EGÉSZSÉGSZAKADÉK SZEGÉNYEK ÉS GAZDAGOK KÖZÖTT

Dohányzás és a halálzási kockázat magasabb és alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú, középkorú férfiaknál az Egyesült Királyságban



*Megjegyzés:* Az Egyesült Királyságban a társadalmi-gazdasági státuszt öt csoportba sorolják az I.-től (legmagasabb) az V.-ig (legalacsonyabb). Ez az ábra az I. és II. csoportot hasonlítja össze az V. csoporttal.

*Forrás:* Bobak, Martin, P. Jha, M. Jarvis, és S. Nguyen. *Szegénység és dohányzás*. Háttéranyag

---

A cigarettázás számlájára írható a szegényebb sorú anyák csecsemőinél található egészségi károsodások többsége. Az amerikai fehér asszonyok körében a dohányzás egymaga felelős a felsőfokú végzettségű anyák illetve a középfokú vagy alacsonyabb végzettségű anyák csecsemői közötti születési súlykülönbség 63%-áért.

A mások által szívott cigaretták füstjének tartósan kitett felnőtteknél kicsi de valós a tüdőrák kockázata, nagyobb a szív- és érrendszeri betegségek kockázata, míg a dohányosok gyerekei már sokféle egészségi problémától és funkcióbeli korlátozástól szenvednek.

A dohányfüstnek kitett nemdohányzók közé tartoznak a dohányosok gyerekei és házastársai főként saját otthonukban. Továbbá igen sok nemdohányos dolgozik együtt dohányosokkal, vagy olyan füstös környezetben ahol az idők során jelentős mértékben ki vannak téve a dohányfüst hatásának.

## **A leszokás működik**

Minél korábban kezd el egy dohányos dohányozni annál nagyobb a munkaképtelenséget okozó betegségek kockázata. A hosszú távú adatokkal rendelkező nagyjövedelmű országokban a kutatók kimutatták, azoknál a dohányosoknál akik korán kezdik el és rendszeresen dohányoznak, nagyobb valószínűséggel alakul ki a tüdőrák mint azoknál akik még fiatal korban abbahagyják a dohányzást. Angliában azok az orvosoknak, akik 35. életévük előtt hagyják abba a dohányzást ugyanolyan jó az életbemaradási valószínűségük, mint azoknak, akik soha sem dohányoztak. A 35. és 44. életévük között abbahagyóknál is jelentős az előnyök, és a későbbi életkorban is vannak előnyei a leszokásnak.

Összefoglalva tehát a dohányzással összefüggő betegségjárvány terjeszkedést mutat az eredeti fókuszpontból a nagyjövedelmű országok férfipopulációjából a nagyjövedelmű országok női lakossága valamint a kis- és közepes jövedelmű országokban élő férfiak felé. A dohányzás egyre inkább társítható a jövedelmi szinttel és az iskolai végzettséggel kifejezett társadalmilag hátrányos helyzettel. Az új dohányosok többsége alábecsüli a nikotinfüggővé válás veszélyét; felnőtt korban sokan sajnálják, hogy elkezdtek dohányozni és úgy érzik, hogy nem tudják abbahagyni. A hosszú távú dohányosok felét végül is a dohány fogja megölni és ezek fele középkorúként fog meghalni.

### 3. Tudják-e a dohányosok, hogy milyen kockázatokat vállalnak és viselik-e ezek költségeit?

**E**bben a fejezetben megvizsgáljuk, hogy mi ösztönzi az embereket a dohányzásra. Mérlegeljük, hogy a dohányzás éppen olyan-e, mint a többi fogyasztási döntés, valamint hogy a társadalom erőforrásainak hatékony felosztását eredményezi-e. Ezt követően foglalkozunk ennek kormányzati következményeivel.

A modern közgazdaság elmélet azt tartja, hogy a fogyasztó maga tudja legjobban eldönteni, hogyan költse el pénzét a különféle árukra például rizsre, ruházatra, vagy mozira. Ez a fogyasztói szuverenitás bizonyos feltételezéseken alapul: először azon, hogy a fogyasztó ésszerűen és tájékozottan dönt miután mérlegelte a vásárlás költségeit és hasznát, és másodsor, hogy a fogyasztó viseli döntésének minden költségét. Amikor minden fogyasztó ilyen módon gyakorolja szuverenitását – ismerve a kockázatokat és viselve a költségeket – akkor a társadalom erőforrásai elméletben a lehető leghatékonyabban kerülnek szétosztásra.

A dohányosok egyértelműen a dohányzás előnyeit érzékelik mert máskülönben nem fizetnének érte. A dohányzás előnyei közé sorolják az élvezetet és elégedettséget, az egyéni arculatot, a stressz legyőzését és a már függővé vált dohányos esetében a nikotinelvonási tünetek elkerülését. Így meghatározva, az érzékelt előnyök többet nyomnak a latban, mint az érzékelt költségek.

Azonban a dohányzásra vonatkozó döntés három tekintetben is más mint az egyéb fogyasztási cikkek vásárlására vonatkozó döntés.

- Először is megállapítható, hogy sok dohányos *nincs* teljesen tudatában annak, hogy döntésük milyen nagy megbetegedési és idő előtti elhalálozási valószínűséget jelent. Ez a dohányzás legnagyobb ára magára a dohányosra nézve.
- Másodsor megállapítható, hogy a fiatalok nem mindig képesek megfelelő módon mérlegelni a dohányzás egészségügyi hatásaira vonatkozó, birtokukban levő információkat. Ugyanilyen fontos az is, hogy a kezdő dohányosok alulbecsülik a nikotinfüggőséggel járó jövőbeni költségeket – azaz annak a költségeit, hogy életük során később a függőségük miatt már nem lesznek képesek egy fiatalkori döntésük visszacsinálására.
- Harmadsor megállapítható, hogy a dohányosok költségekkel terhelik a nemdohányzókat is – közvetlenül és közvetve. A közgazdászok általában azt feltételezik, hogy az emberek csak akkor mérlegelik megfelelően döntésük költségeit és előnyeit ha maguk fizetik ezeket a költségeket és maguk élvezik ezeket az előnyöket. Amennyiben költségeik egy részét mások viselik akkor ebből az következik, hogy a dohányosok többet dohányoznak mint akkor ha nekik kellene viselni az összes költséget.

Az alábbiakban egyenként vizsgáljuk meg ezeket a megállapításokat.

### **A kockázatok tudatosítása**

Az embereknek a dohányzás egészségre gyakorolt hatásaival kapcsolatos ismeretei a legjobb esetben is csak részlegesek, különösképpen a kis- és közepes jövedelmű országokban, ahol az ezekkel a veszélyekkel kapcsolatos tájékoztatás igen korlátozott. Kínában például az 1996-ban megkérdezett felnőtt dohányos 61%-a azt hitte, hogy a cigaretták „kevésbé vagy semmit sem ártnak nekik”.

A nagyjövedelmű országokban a dohányzás egészségi hatásaival kapcsolatos ismeretek kétségkívül nőttek az elmúlt évtizedekben. Azonban sok vita folyt arról, hogy a nagyjövedelmű országokban mennyire pontosan érzékelik a dohányosok megbetegedési kockázataikat. Az elmúlt két évtized során végzett kutatások vegyes következtetéseket eredményeztek erre vonatkozóan. Egyes kutatások úgy találták, hogy az emberek felnagyították a veszélyeket, mások úgy találták, hogy alábecsülték, míg más kutatások szerint megfelelően érzékelték. Az ezekben a kutatásokban alkalmazott módszertant azonban több okból is kritizálták. A kutatási irodalom áttekintése alapján a közelmúltban azt a következtetést vonták le, hogy a dohányosok a nagyjövedelmű országokban általában tudatában vannak annak, hogy a megbetegedési kockázatuk nagyobb, viszont ezeket a kockázatokat kisebbnek és kevésbé megalapozottnak tartják mint a nemdohányzók. Továbbá, még ott is ahol az egyének meglehetősen pontosan látják a dohányosok *csoportjának* egészségi kockázatait, ezen információknak személyükre vonatkozó helytállóságát minimalizálják és azt hiszik, hogy a többi dohányos kockázata nagyobb, mint sajátjuk.

Végül több országból is van bizonyíték arra, hogy egyes dohányosoknak torzított képük van a dohányzás egészségügyi kockázatairól az egyéb egészségügyi kockázatokkal összehasonlítva. Példának okáért Lengyelországban 1995-ben a kutatók felnőtteket kértek fel, hogy rangsorolják „az emberi egészséget befolyásoló legfontosabb tényezőket”. A leggyakrabban választott tényező a „környezet” volt, ezt követte az „étkezési szokások” és „stressz és zaklatott életmód”. A dohányzás csak negyedik helyen volt, és a megkérdezett felnőttek mindössze 27%-a említette meg. Ténylegesen a dohányzásra vezethető vissza a középkorú férfiak idő előtti elhalálzásának egyharmada Lengyelországban, és ez jóval nagyobb, mint bármelyik másik rizikófaktor.

### **Fiatalság, függőség, valamint jó döntési képesség**

Az 1. Fejezetben említettük már, hogy a dohányzást az esetek többségében fiatalkorban kezdik és, hogy a gyerekek és a tizenévesek kevesebbet tudnak a dohányzás egészségügyi hatásairól mint a felnőttek. 15-16 évesek között nemrégiben Moszkvában végzett felmérés szerint a megkérdezettek több mint fel vagy egyáltalán nem tudott semmilyen dohányzás okozta betegségről vagy csupán egyet tudott megnevezni: a tüdőrákot. Még az Egyesült Államokban is, ahol arra számítanánk, hogy a fiatalok nagyobb tájékoztatást kapnak, a 13 évesek csaknem fele azt gondolja, hogy napi egy csomag cigaretta elszívása nem fog nagy bajt okozni nekik. A serdülők, hiányos ismereteik miatt nagyobb akadályokkal néznek szembe akkor, amikor jó tájékozottságon alapuló döntéseket kell hozniuk.



Éppen ilyen fontos az is, hogy a fiatalok alábecsülik a nikotinfüggővé válás kockázatát, és ezáltal nagyon alábecsülik jövőbeni dohányzási költségeiket. Az Egyesült Államokban azon utolsó éves középiskolai diákok közül akik dohányoznak, de hiszik, hogy öt éven belül abba fogják hagyni, ötből nem egészen ketten hagyják abba ténylegesen. A többi még öt év után is dohányzik. A nagyjövedelmű országokban 10 felnőtt dohányosból hét azt mondja, hogy bánja, hogy a dohányzás mellett döntött. A jelenlegi és a múltbeli dohányzás közötti összefüggés ökonometriai modelljének alkalmazásával USA-beli adatok alapján a kutatók úgy becsülik, hogy a nikotinfüggőségre vezethető vissza az éves cigarettafogyasztás legalább 60%-a de lehetséges, hogy akár 95%-a is.

Még azok a serdülők is csak korlátozottan képesek arra, hogy bölcsen használják fel az információkat akiknek elmagyarázták a veszélyeket. A legtöbb tizenéves nehezen képzelel el, hogy 25 éves lesz, nem is beszélve arról, hogy 55 éves lesz, és az a figyelmeztetés, hogy a dohányzás majd valamikor károsítani fogja egészségüket nem valószínű, hogy csökkentené a dohányzás iránti vágyukat. A legtöbb társadalomban elismerik annak veszélyét, hogy a fiatalok okatlan döntéseket hoznak és ez nem csak a dohányzásra vonatkozó döntésekre vonatkozik. A legtöbb társadalom korlátozza a fiatalok lehetőségét bizonyos döntések meghozatalában, bár ez eltérő lehet a különböző kultúráknál. A demokráciák többsége például tiltja, hogy a fiatalok bizonyos életkor alatt szavazhassanak; van ahol bizonyos életkorig kötelező iskolába járni; és sok helyen bizonyos életkor alatt nem köthetnek a fiatalok házasságot. A társadalmak többsége egyetért abban, hogy az a legjobb, hogy néhány döntést a felnőttkorra hagynak. Hasonlóképpen a társadalom úgy is gondolhatja, hogy korlátozni kell a fiatalok döntési szabadságát abban, hogy függővé váljanak.

Az is felhozható érvként, hogy a fiatalok vonzódnak a veszélyes tevékenységekhez például a száguldó autóvezetéshez vagy az alkoholos mulatozáshoz, és a dohányzás sem tér el ezektől. Azonban több különbség is fennáll. Először, a világ nagy részén a dohányzást kevésbé szabályozzák, mint a többi veszélyes viselkedést. A gépkocsivezetőket a gyorsajtásért általában komoly pénzbüntetéssel vagy akár a jogosítvány elvételével büntetik, és büntetik a túlzott italozás okozta veszélyes viselkedést is például a részeg állapotban való autóvezetést. Másodszor, a dohányzás az egész élettartamot tekintve sokkal veszélyesebb, mint a veszélyes tevékenységek többsége. A nagyjövedelmű országokból származó adatok alapján végzett extrapoláció azt mutatja, hogy a jelenleg a kis- és közepes jövedelmű országokban élő minden ezer 15 éves férfiből 125-öt a dohányzás fog megölni középkorban amennyiben folytatják a rendszeres dohányzást, és további 125 férfi fog meghalni öregkorban. Összehasonlításként: mintegy 10 fő fog meghalni középkorában közúti balesetben, kb. 10 fő erőszakos cselekmények miatt, és kb. 30 férfi alkoholfogyasztással összefüggő okok miatt, beleértve néhány közúti balesetből illetve erőszakos cselekményből származó halálesetet is. Harmadszor, a veszélyes tevékenységek közül kevés jár olyan nagymérvű függőségi kockázattal mint a dohányzás, így többségüket könnyebb abbahagyni és abba is hagyják őket amikor felnőtt korba lépnek.

## A nemdohányzók vállára tett terhek

A dohányosok költségekkel terhelik a nemdohányzókat. Elméletileg a dohányosok kevesebbet dohányoznának, ha számolnának ezekkel a költségekkel, mivel a fogyasztás társadalmilag optimális, az erőforrásoknak a társadalomban hatékonyan elosztott szintje akkor érhető el, ha minden költséget a fogyasztó visel. Ha a költségek egy részét a nemdohányzók viselik, akkor a dohányfogyasztás a társadalmilag optimális szintnél nagyobb lehet. Az alábbiakban röviden ismertetjük a nemdohányzókra terhelt költségek különböző típusait.

Először is a dohányosok egészségileg károsítják és ezáltal közvetlen költségekkel terhelik a nemdohányzókat. A 2. fejezetben részletesen tárgyalt egészségi hatások közé tartozik az alacsony születési súly és a dohányos anyák kisgyerekeinek nagyobb veszélyeztetettsége különböző betegségekkel szemben, valamint a passzív dohányzásnak kitett gyermekek és felnőttek megbetegedése. Egyéb közvetlen költségeket okoz még a dohányzás okozta környezeti ártalom valamint a ruhák és bútorok tisztítása. Bár a bizonyítékok kevésbé egyértelműek, de felmerülhetnek a tüzzel, a környezet leromlásával, erdőirtással, dohánytermeléssel- és feldolgozással kapcsolatos költségek is.

A meglévő adatokból nehéz megállapítani és mennyiségileg meghatározni, hogy a dohányosok mekkora költséggel terhelnek másokat. A jelen tanulmányban nem kísérleljük meg meghatározni ezeket a költségeket, hanem ehelyett ismertetünk néhány olyan területet, ahol ilyen költségek keletkeznek. Először a dohányosok egészségügyi ellátásával, majd a nyugdíjak kérdésével foglalkozunk.

A nagyjövedelmű országokban a dohányzással összefüggő egészségügyi ellátás a teljes éves ellátási költség 6-15%-át teszi ki. Ezek a számok nem vonatkoznak szükségszerűen a kis- és közepes jövedelmű országokra mert itt a dohányzással összefüggő betegségjárvány még korai szakaszában van. Azonban várható, hogy itt is növekedni fognak ezek a költségek a jövőben. A jelen tanulmány keretében Kínára és Indiára vonatkozó előrejelzések szerint a dohányzással kapcsolatos éves egészségügyi kiadások nőni fognak és a bruttó hazai termék nagyobb százalékát fogják kitenni a jövőben mint ma.

A kormányzatok számára létfontosságú, hogy ismerjék az éves egészségügyi költségek összegét valamint az állami szektor által viselt részét, mivel ezek olyan tényleges erőforrásokat jelentenek, melyeket ezáltal nem költhetnek más árukra és szolgáltatásokra. Az egyéni dohányfogyasztók részére viszont az a kulcskérdés, hogy milyen mértékben kell nekik illetve milyen mértékben kell másoknak fizetni a költségeket. Amennyiben a költségek egy részét várhatóan a nemdohányzók viselik akkor ez arra ösztönzi a fogyasztókat, hogy többet dohányozzanak mint abban az esetben, ha nekik kellene fizetniük a teljes költséget. Azonban amint ez az alábbi fejtegetésekből látható, a költségek felmérése igen összetett dolog, és most még nem lehetséges következtetéseket levonni arra vonatkozóan, hogy ez hogyan befolyásolja a dohányosok fogyasztási döntéseit.

Egy adott évben egy dohányos egészségügyi ellátása átlagosan többbe kerül mint egy ugyanolyan korú és nemű nemdohányosé. Azonban mivel a dohányosok általában korábban halnak meg mint a nemdohányzók, a dohányosok és a nemdohányzók *élethossziglani* egészségügyi ellátási költségei a nagyjövedelmű országokban valószínűleg hasonlóak. A dohányosok és nemdohányzók élethossziglani egészségügyi ellátási költségeit mérő vizsgálatok a nagyjövedelmű országokban egymásnak ellentmondó következtetésekre jutottak. Hollandiá-

ban és Svájcban például a vizsgálatok szerint a dohányosok és nemdohányzók költségei hasonlóak voltak, míg az Egyesült Királyságba és az Egyesült Államokban egyes vizsgálatok szerint a dohányosok költségei a magasabbak. Az újabb vizsgálatok, melyek figyelembe vették a dohányzás okozta megbetegedések növekvő számát valamint egyéb tényezőket is, arra a következtetésre jutottak, hogy a dohányosok élethossziglani költségei a nagyjövedelmű országokban valamivel magasabbak mint a nemdohányzóké korábbi elhalálozásuk ellenére is. A kis- és közepes jövedelmű országokban nincsenek megbízható vizsgálatok az élethossziglani egészségügyi ellátási költségekről.

Nyilvánvalóan igaz a világ minden régiójára nézve, hogy azok a dohányosok, akik maguk viselik orvosi ellátásuk teljes költségét nem okoznak költségeket a többieknek bármilyen mértékben magasabbak is ezek a költségek mint a nemdohányzóké. De az orvosi ellátást, és különösen a kórházi ellátáshoz kapcsolódó részét az állami költségvetésen vagy magánbiztosításon keresztül finanszírozzák. Amennyiben bármelyik finanszírozási konstrukcióban a befizetések, hozzájárulások – adók vagy biztosítási díjak formájában – nem differenciáltan magasabbak a dohányosok számára, akkor a dohányosok magasabb orvosi ellátási költségeit legalább részben a nemdohányzók fogják viselni.

Példaként említhetjük, hogy a nagyjövedelmű országokban az egészségügyi közkiadások teszik ki az összes egészségügyi kiadás 65%-át vagy a GDP mintegy 6%-át. Tehát ha a dohányosok nettó élethossziglani egészségügyi ellátási költségei magasabbak, akkor a nemdohányzók anyagilag támogatják a dohányosok egészségügyi ellátási költségeit. A hozzájárulás pontos összegének meghatározása bonyolult és mértéke változó a biztosítási formától valamint attól függően, hogy milyen adózási forrásból fedezik a közkiadásokat. Ha például csak a 65 éven felüliek ellátási költségeit fedezi az állam, akkor a dohányosok általi nettó közpénzfelhasználás alacsony mivel sokuk igényel orvosi ellátást a dohányzás okozta betegségekre és meghal *mielőtt* elérné ezt az életkort. Amennyiben viszont a közkiadásokat jövedéki adókból finanszírozzák, beleértve a cigaretta adóját is, akkor a dohányosok esetleg nem is terhelnek másokat költségekkel. A helyzet itt is eltérő a kis- és közepes jövedelmű országokban, ahol az összes egészségügyi ellátási költség állami része átlagosan kisebb, mint a nagyjövedelmű országokban: az összköltség kb. 44%-a vagy a GDP 2%-a. Azonban amint ezen országok is többet fognak költeni az egészségügyre, úgy fog nőni az összköltség állam által finanszírozott része.

Amilyen bonyolult felmérni a dohányosok illetve a nemdohányzók viszonylagos egészségügyi ellátási költségeit, a nyugdíjak kérdése legalább ilyen vitatottnak bizonyult. Néhány elemző azt állítja, hogy a dohányosok a nagyjövedelmű országokban nagyobb mértékben járulnak hozzá az állami nyugdíjalapokhoz mint a nemdohányzók, mivel közülük sokan fizetik a nyugdíjjárulékot a nyugdíjkorhatár eléréséig és még azelőtt meghalnak, hogy járadékuk jelentős részét felvették volna. Azonban a rendszeres dohányosok negyedét középkorban öli meg a dohányzás, tehát még azelőtt meghalnak, hogy befizették volna a teljes nyugdíjjárulékot. Jelenleg nem tudjuk, hogy a nagyjövedelmű országokban a dohányosok többel vagy kevesebbel járulnak hozzá az állami nyugdíjalaphoz mint a nemdohányzók. Ez a kérdés nem időszerű sok kis- és közepes jövedelmű országban. A kisjövedelmű országokban minden 10 felnőttből csupán egy kap állami nyugdíjat, és a közepes jövedelmű országokban ez az arány a lakosság negyede és fele között mozog az egyes országok jövedelmi szintjétől függően.

Összegezve: nyilvánvaló, hogy a dohányosok egészségileg károsítják és ezáltal költségekkel terhelik a nemdohányzókat. Az egészségügyi ellátási és a nyugellátási költségeket nehezebb beazonosítani és mennyiségileg meghatározni.

### **Megfelelő válaszok a kormányzatok részéről**

A fentiekben felvetett problémák alapján nem látszik valószínűnek, hogy a dohányosok többsége ismeri döntése minden kockázatát vagy viseli annak teljes költségét. Tehát fogyasztási döntésük az erőforrások nem hatékony elosztását eredményezheti. A kormányok tehát jogosan lépnek közbe, hogy úgy alakítsák a fogyasztók érdekeltségét, hogy kevesebbet dohányozzanak.

A társadalom úgy gondolhatja, hogy a kormányok legfőbb oka a közbeavatkozásra az, hogy a gyerekeket és a serdülőkorúakat elriassza a dohányzástól mivel ők nehezen tudnak hozzájutni a dohányzással kapcsolatos információkhoz, dohányzásfüggővé válhatnak, és csak korlátozottan képesek jó döntéseket hozni. Kevésbé erős ok a közbeavatkozásra a nemdohányzók megvédése a dohányzók által rájuk rótt terhektől és költségektől, mivel ezek természete még nem egyértelmű. Végül egyes társadalmak úgy gondolhatják, hogy a kormányoknak szerepet kell játszani abban, hogy a felnőtteknek biztosítsák a jó fogyasztói döntéshez szükséges információkat.

A kormányzatok beavatkozásának ideális esetben egyedi módon kellene orvosolnia a fent megjelölt problémákat. Ez azonban nem mindig lehetséges. Így például a gyerekeknek és a serdülőknek a dohányzás egészségügyi hatásaival kapcsolatos hiányos ítéletét, gondolkodását úgy lehetne kezelni, hogy a gyerekeknek valamint szüleiknek ezekkel kapcsolatos oktatását javítanánk. Azonban a valóság az, hogy a gyerekek rosszul reagálnak az egészségügyi oktatásra és a szülők pedig nem tökéletes képviselők, akik nem mindig teszik azt, ami a gyermekeik érdekében állna. A valóságban az adózás – bár egy nyers és életlen eszköz – a leghatékonyabb és legcélszerűbb módszer a gyerekeknek és serdülőknek a dohányzástól való elriasztására. Sok tanulmány bizonyítja, hogy gyerekek és a serdülők kisebb valószínűséggel szoknak rá a dohányzásra illetve dohányzó kortársaik nagyobb valószínűséggel szoknak le a dohányzásról ha a cigaretta ára emelkedik.

A nemdohányzók védelmének leghatározottabb módja a dohányzásra használható helyek korlátozása lenne. Bár ez védené a nemdohányzókat a nyilvános helyeken, de nem csökkentené a jelentős passzív dohányzást otthon a lakásokban.

A nemdohányzókra terhelt költségek (pl. a dohányosok egészségügyi ellátásának többletköltsége) problémájának legközvetlenebb megoldása az lenne, ha az egészségügyi ellátás finanszírozási rendszerét úgy alakítanánk át, hogy az tükrözze az egyének dohányzási magatartását; tehát például a dohányosok nagyobb járulékot fizetnének mint a nemdohányzók. A gyakorlatban a dohányosok általi hozzájárulás növelésének a legkönnyebb módja a dohánytermék adó kivetése lenne.

Elméletileg ha cigarettára kivetett adót akarjuk felhasználni a gyerekek és a serdülők dohányzástól való elrettentésére, akkor a gyerekekre kivetett adónak nagyobbak kellene lenni mint a felnőttekre kivetett adónak. Ilyen differenciált megoldást azonban gyakorlatilag lehetetlen megvalósítani. Ugyanakkor egyforma adókulcs használata gyerekeknél és felnőtteknél is (mely egy gyakorlatiasabb lehetőség) terhet róna a felnőttekre is. A társadalom

ennek ellenére úgy gondolhatja, hogy jogos adót kivetni a felnőttekre azért, hogy védjük a gyerekeket. Továbbá, ha a felnőttek csökkentik cigarettafogyasztásukat, akkor esetleg a gyerekek a is kevesebbet cigarettáznak azon megállapítás tükrében, hogy a gyerekek dohányzási hajlamát az befolyásolja, hogy a szülei vagy egyéb felnőtt példaképei dohányoznak-e.

A gyerekekre és felnőttekre nézve differenciált adórendszer bevezetésének egyik módja a gyerek cigarettához jutásának korlátozása lenne. Elméletileg egy ilyen korlátozás ténylegesen növelné azt az árat, amit a gyerekeknek a cigarettáért fizetniük kell – anélkül, hogy befolyásolná a felnőttek által fizetett árat. A gyakorlatban azonban kevés bizonyíték van arra, hogy a meglévő korlátozások a nagyjövedelmű országokban eredményesek lennének. A kis- és közepes jövedelmű országokban pedig ahol az ilyen korlátozások kezelésének és betartásának a lehetősége valószínűleg még kisebb, még nehezebb lenne bevezetni egy ilyen rendszert. Tehát a gyerekek dohányzástól való elrettentésére a második legjobb módszert, a magasabb adókat támogatjuk.

### **A függőség kezelése**

A dohányzók fogyasztási döntéseiből származó eredménytelenség kijavításának igénye mellett a nikotinfüggőség problémájával is foglalkozni kell. A függőség miatt a felnőtt dohányosok magas költségekkel néznek szembe ha meg akarják változtatni az esetek többségében fiatal korukban hozott döntésüket. A társadalom elhatározhatja, hogy olyan intézkedéseket tesz, melyek segítik a dohányzást abbahagyókat, hogy csökkentsék ezeket a költségeket. Ilyen intézkedések közé tartozik az olyan információkhoz való könnyebb hozzájutás, melyek felhívják a dohányos figyelmét a dohányzás folytatásának költségeire valamint a leszokás előnyeire, valamint szélesebbkörű hozzáférés olyan leszokást segítő terápiákhoz, melyek csökkentik a leszokás költségeit. Nyilvánvaló, hogy a magasabb adók jó néhány dohányost arra fognak bízgatni, hogy szokjanak le, de ugyanakkor költségeket is fognak jelenteni számukra. A kormányzati politikai döntéshozók azzal csökkenthetik ezeket a költségeket, hogy szélesebbkörű hozzáfutást biztosítanak a dohányosoknak a leszokást segítő terápiákhoz. Az elvonási költségekkel még foglalkozunk a 6. fejezetben. Azoknál a gyerekeknél akik még nem váltak nikotinfüggővé, az adózás hatékony stratégiát jelentene, mivel a nemdohányzási döntést nem kísérnék elvonási költségek.

A következőkben áttérünk néhány olyan intézkedésre, amelyet már néhány kormány alkalmazott a dohányzás ellenőrzésére. Az intézkedéseket egyenként fogjuk elemezni. A 4. fejezetben a dohányzás iránti kereslet csökkentésére tett intézkedéseket tárgyaljuk, majd az 5. fejezetben a kínálat csökkentését célzó intézkedéseket értékeljük ki.

### **Jegyzet:**

Még abban az esetben is ha a dohányosok azzal, hogy fiatalon meghalnak csökkentik a mások vállára tett nettó költségeiket, félrevezető lenne azt sugallni, hogy a társadalom jobb helyzetbe kerül ezen idő előtti halálesetek következtében. Ez azt jelentené, hogy elfogadjuk azt a gondolatmenetet, hogy a társadalom jobb helyzetben van idősebb felnőtt polgárai nélkül.

## 4. Intézkedések a dohánytermékek iránti kereslet csökkentésére

A sikeres dohányzásellenőrzési politikával rendelkező országok többféle intézkedést alkalmaznak egyszerre. Ezeket fogjuk most egyenként tárgyalni és összefoglaljuk a hatásosságukra vonatkozó bizonyítékokat.

### A cigaretta adójának emelése

Évszázadokon keresztül a dohányt ideális fogyasztási cikknek tekintették az adózás szempontjából: nem életszükségleti cikk, széles körben fogyasztják és az iránta való kereslet viszonylag rugalmatlan, tehát várhatóan megbízható és könnyen kezelhető állami bevétel jelent. Adam Smith 1776-ban a *Nemzetek gazdagsága* c. művében azt írja, hogy a dohánytermék adó lehetővé tenné a szegények számára, hogy “jobban éljenek, olcsóbban dolgozzanak és olcsóbban vihessék termékeiket a piacra”. A munkájuk iránti igény növekedne és ezáltal nőne a szegények jövedelme, mely az egész gazdaság javára válna<sup>1</sup>.

Két évszázaddal később szinte minden kormány megadóztatja – néha igen súlyosan – a dohányt különféle módokat alkalmazva. Indítékuk szinte mindig a bevételek szerzése volt, de az elmúlt néhány évben az adók azt a növekvő aggodalmat is tükrözték, hogy szükség van a dohányzás okozta egészségkárosodás csökkentésére.

Ebben a fejezetben áttekintjük, hogy az adó emelése hogyan befolyásolja a cigaretta és egyéb dohánytermékek iránti keresletet. Fontos, hogy a magasabb adók hatása várhatóan a fiatalokra van a legnagyobb hatással, akik érzékenyebbek az áremelkedésekre mint az idősebbek. Éppen ilyen fontos az is, hogy a magasabb adók a dohánytermékek iránti keresletet leginkább kis- és közepes jövedelmű országokban fogják csökkenteni, ahol a dohányosok érzékenyebbek az áremelkedésekre mint a nagyjövedelmű országokban élők. Azonban még a csökkent kereslet sem fog ártani az állami bevételeknek. Amint azt a 8. fejezetben kimutatjuk, a magasabb adók jelentősen nagyobb bevételeket hozhatnak rövid vagy közép távon.

Röviden összefoglaljuk a kormányzatok többsége által alkalmazott dohánytermék adó formáit és felmérjük, hogy az áremelések hogyan befolyásolják a keresletet. A kis- és közepes jövedelmű országokból származó bizonyítékokat összehasonlítjuk a nagyjövedelmű országok bizonyítékaival. Foglalkozunk a szakmapolitikai vonatkozásokkal is.

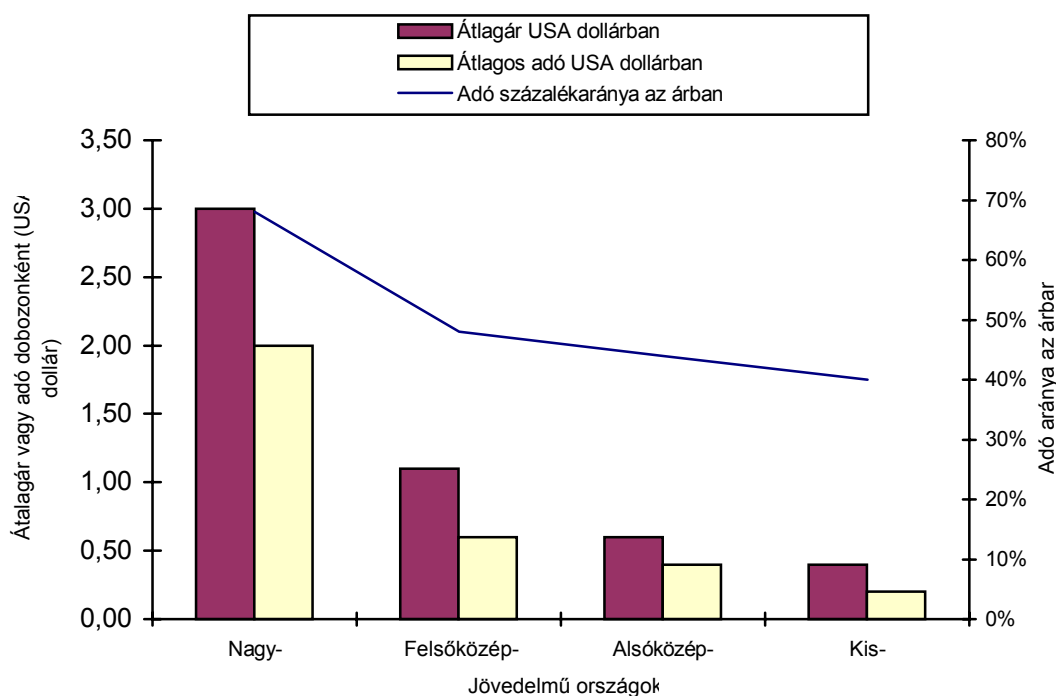
#### *A dohánytermék adó formái*

A dohánytermék adó többféle formát ölthet. A dohánytermékek *különleges adója*, melyet egy fix összegként adnak hozzá a cigaretta árához biztosítja a legnagyobb rugalmasságot és lehetővé teszi a kormányzat számára az adóemelést kisebb kockázattal arra vonatkozóan,

hogyan a dohányipar olyan lépésekkel fog válaszolni, amelyek csökkentik a tényleges emelés értékét. Az érték szerinti adót (ad valorem) az eladási helyen vetik ki, vagy mint sok afrikai országban a nagykereskedelmi árra vetik ki. Az adók változhatnak a gyártási helytől vagy a termék típusától függően, pl. néhány kormányzat nagyobb adókat vet ki a külföldön gyártott cigarettára mint a hazai gyártásúra, vagy a nagyobb kátránytartalmú cigarettára szemben az alacsony kátránytartalmúval. Egyre több ország teszi félre a dohánytermékekből származó adó egy részét dohányzás elleni tevékenységek vagy egyéb speciális tevékenységek céljára. Más országokban a dohánytermékek adójának egy meghatározott részéből támogatják az egészségügyi szolgáltatásokat.

Az adó mértéke országonként változik (4.1. ábra). A nagyjövedelmű országokban az adók egy csomag cigaretta kiskereskedelmi árának két harmadát vagy még többet tesznek ki. Ezzel szemben a kisjövedelmű országokban az adók nem haladják meg egy csomag kiskereskedelmi árának a felét.

4.1. ábra: A CIGARETTA DOBOZONKÉNTI ÁTLAGÁRA, ADÓJA ÉS AZ ADÓ ARÁNYA A VILÁGBANK ÁLTAL MEGHATÁROZOTT JÖVEDELEMCSOPORTOK SZERINT, 1966



Forrás: A szerző számításai

### *Az adóemelés hatása a cigarettafogyasztásra*

A közgazdasági alaptörvény szerint ha egy áru ára emelkedik, akkor azon termék iránti mennyiségi kereslet csökkenni fog. A múltban a kutatók azzal érveltek, hogy a dohány függőségi jellege kivételt jelent ezen szabály alól: a dohányosok a fenti érvelés szerint elegendő mértékben nikotinfüggők ahhoz, hogy bármilyen árat megfizetnek azért, hogy

ugyanannyi cigarettát szívhassanak el szükségletük kielégítése érdekében. Azonban egyre több kutatás mostanában azt állapította meg, hogy a fenti érv hibás és, hogy a dohányosok dohány iránti keresletét erősen befolyásolja az ár. Példának okáért az 1982 és 1992 között Kanadában bevezetett adóemelés erősen megemelte a cigaretta tényleges árát és a fogyasztás jelentősen csökkent (4.2.a. ábra). Hasonlóképpen a magasabb adók Dél-Afrikában (4.2.b. ábra), az Egyesült Királyságban és sok más országban is csökkentették a cigarettafogyasztást. A kutatók következetesen azt észlelték, hogy az áremelés egyeseket a dohányzás abbahagyására ösztönzött, másokat megakadályozott abban, hogy rászokjanak, és csökkentette azon már leszokott dohányosok számát akik visszaszoktak a dohányzásra.

#### *A nikotinfüggőség hogyan befolyásolja magasabb árakra való reagálást*

A nikotinfüggőségnek az áremelésekre való hatását vizsgáló modellek különböző feltételezésekből indulnak ki arra vonatkozóan, hogy a dohányosok gondolnak-e cselekedeteik következményeire vagy sem. Abban azonban mindegyik modell egyetért, hogy egy olyan függőséget okozó anyagnál mint a nikotin az egyén jelenlegi fogyasztási szintjét a múltbeli fogyasztási szintje valamint az áru jelenlegi ára határozza meg. Ennek a múltbeli fogyasztás és a jelenlegi fogyasztás közötti összefüggésnek fontos kihatásai vannak az áremeléseknek a dohány keresletére való hatásának a modellezésénél. Ha a dohányosok nikotinfüggők, akkor viszonylag lassan fognak reagálni az áremelkedésekre, de reagálásuk hosszú távon nagyobb lesz. A közgazdasági szakirodalom azt állítja, hogy egy tényleges és állandó áremelés hosszú távon körülbelül kétszer akkora hatással lesz a keresletre mint rövidtávon.

#### *Változó reagálások az áremelkedésekre a kisjövedelmű illetve a nagyjövedelmű országokban*

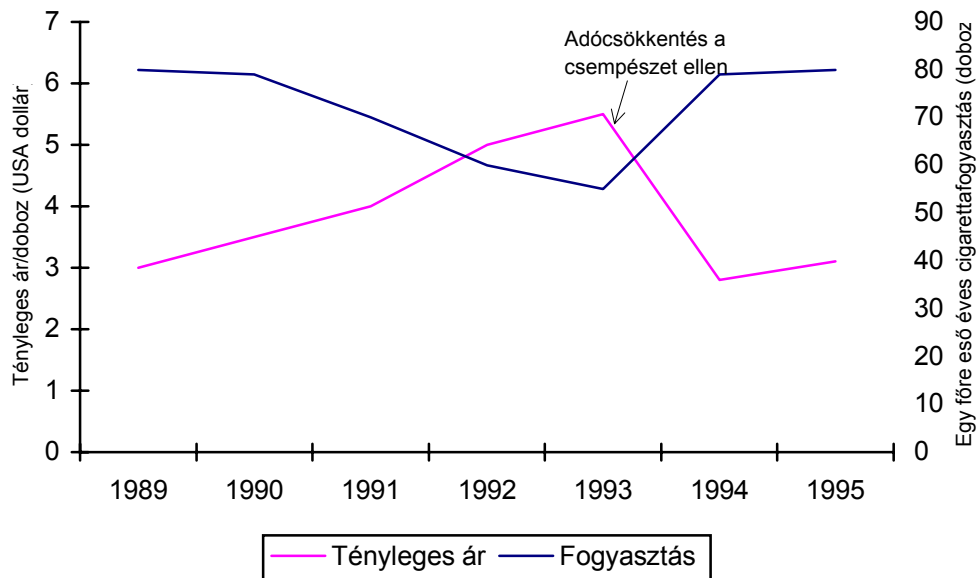
Amikor egy áru ára emelkedik a kisjövedelmű emberek általában nagyobb valószínűséggel fogják vissza ennél a terméknél a fogyasztásukat mint a nagyobb jövedelemmel rendelkezők; és fordítva, amikor csökkennek az árak akkor nagyobb valószínűséggel növelik fogyasztásukat. A fogyasztók egy termék iránti keresletének az árváltozás hatására történő változásának mértékét a kereslet ár 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 becsült értéke 0.8.

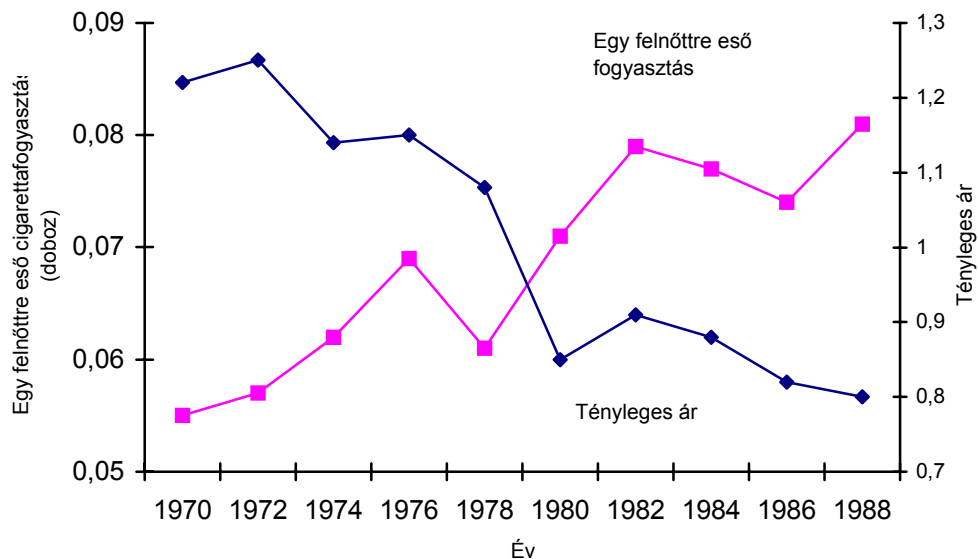


## 4.2. ábra: A CIGARETTA ÁRA ÉS FOGYASZTÁSA ELLENKEZŐ TRENDET MUTAT

4.2.a: A cigaretta tényleges ára és az egy főre eső éves cigarettafogyasztás, Kanada, 1989-1995



4.2.b: A cigaretta tényleges ára és az egy felnőttre (15 év felett) eső éves cigarettafogyasztás, Dél-Afrika, 1970-1989



Megjegyzés: A fogyasztási adatok az eladási adatokból származnak.

Forrás: 4.2.a: A szerző számításai. 4.2.b: Saloojee, Yussuf. 1995. „A cigaretta iránti kereslet ár- és jövedelemrugalmassága Dél-Afrikában”. Slama K. szerk. Dohányzás és egészség. New York, NY. Plenum Press; Townsend, Joy. 1998. Az adópolitika szerepe a dohányzásellenőrzésben. Abedian és mások, szerk. A dohányzásellenőrzés gazdaságtana, Cape Town. Dél-Afrika, Alkalmazott Adópolitikai Kutatóközpont, Cape Town Egyetem.

További okai is vannak annak, hogy a kisjövedelmű országokban élő emberek miért reagálnak nagyobb valószínűséggel a cigaretta áremelésére mint a nagyjövedelmű országokban élők. A kisjövedelmű országok többségében a lakosság kormegoszlása általában fiatalabb és a nagyjövedelmű országokban végzett vizsgálatok arra utalnak, hogy egészében véve a fiatalok árérzékenyebbek mint az idősebbek. Ez részben azért van mert kisebb a szabadon felhasználható jövedelmük, részben azért mivel néhányuk még kevésbé nikotinfüggő, részben azért mert magatartásuk jelenorientált, és részben azért, mert fogékonyabbak a kortársi befolyásra. Tehát ha egy fiatal abbahagyja a dohányzást mivel anyagilag már nem engedheti meg magának, akkor a barátai nagyobb valószínűséggel követik példáját mint tennék az idősebb korcsoportok tagjai. Az USA Betegséglegküzdési és Megelőzési Intézete által végzett vizsgálat megállapította, hogy az Egyesült Államokban a 18-24 év közötti fiataloknál a keresletrugalmasság  $-0.6$  volt, mely nagyobb mint az összes dohányosnál mért érték. A kutatók azt a következtetést vonták le, hogy amikor magasak az árak, akkor nemcsak a jelenlegi fiatal dohányosok fognak nagyobb valószínűséggel leszokni, hanem kevesebb potenciális dohányos fog rászokni a dohányzásra.

A jelenlegi bizonyítékok alapján két egyértelmű következtetést vonhatunk le. Először azt, hogy az adóemelés igen hatékony módja a dohányfogyasztás csökkentésének a kis- és közepes jövedelmű országokban ahol a dohányosok többsége él most; és másodsor, hogy az ilyen adóemelések hatása észrevehetőbb lesz ezekben az országokban mint a nagyjövedelmű országokban.

#### *Az adóemelés potenciális hatása a dohány iránti globális keresletre*

A jelen tanulmány keretében a kutatók modellezték a különböző mértékű adóemelések hatását a cigaretta keresletére világszerte. A modell vázlatát és a betáplált adatokat a 4.1. keretben ismertetjük. A modell alapját képező feltételezések mint az árugalmasság, az egészségügyi hatások és egyéb változók igen óvatos számításokon alapulnak, tehát az eredmények valószínűleg alábecsülik a lehetőségeket. A modell kimutatja, hogy még egy szerény áremelés is meglepő hatással lehet a dohányosok arányára és a dohányzás okozta korai elhalálozások számát illetően az 1995-évi népesség körében. A kutatók kiszámították, hogy amennyiben a cigaretta átlagos becsült árát minden régióban ténylegesen és tartósan 10%-al megemelnék, akkor világszerte 40 millió ember hagyná abba a dohányzást és sok olyan embert tartana vissza a dohányzás elkezdésétől, akik különben elkezdtek volna dohányozni. Feltételezve, hogy a dohányzást abbahagyók közül nem mindenki kerülne el a halált, a megakadályozott korai halálozások száma így is rendkívüli bármilyen mércével mérve is – 10 millió vagyis az összes dohányzás okozta halálozás 3%-a – pusztán ebből az áremelésből. A megakadályozott korai halálozásokból 9 millió lenne a fejlődő országokban, melyek közül 4 millió lenne a kelet-ázsiai és Csendes óceáni térségben (4.1. táblázat).

#### *A cigaretta optimális adószintjének kiszámítási nehézségei*

Különböző kísérletek történtek annak meghatározására, hogy mi legyen a cigaretta “helyes” adószintje. Ennek eldöntéséhez a politikai döntéshozóknak bizonyos empirikus tényekkel kellene rendelkezniük, amelyek azonban még nem állnak rendelkezésre: például a nemdohányzókra eső költségek mértékével. Ez az adószint a jövedelmektől valamint az értékek alapján tett feltételezésektől függ, melyek eltérnek egymástól a különböző

társadalmakban. Egyes társadalmak például nagyobb hangsúlyt helyeznek a gyerekek védelmére mint más társadalmak.

#### 4.1. táblázat: 10 SZÁZALÉKOS ÁREMELEÉS ESETÉN A POTENCIÁLIS LESZOKOTTAK ILLETVE A MEGMENTETT ÉLETEK SZÁMA

Az 1995-ben életben levő dohányosokra gyakorolt hatás a világbanki régiók szerint. (millió)

Régió	Dohányosok számának változása	Halálesetek számának változása
Kelet-Ázsia és a Csendes óceáni térség	-16	-4
Kelet-Európa és Közép-Ázsia	-6	-1.5
Latin-Amerika és a Karibi-térség	-4	-1.0
A Közép-Kelet és Észak-Afrika	-2	-0.4
Dél-Ázsia (cigaretta)	-3	-0.7
Dél-Ázsia (bidis)	-2	-0.4
Szahara alatti Afrika	-3	-0.7
Kis ill. középjövedelmű	-36	-9
Nagyjövedelmű	-4	-1
Világ	-40	-10

*Megjegyzés:* Kerekített számok.

*Forrás:* Ranson, Kent, Jha, F. Chaloupka, és A. Yurekli. *Az áremelések és egyéb dohányzásellenőrzési beavatkozások hatásossága és költséghatékonyasága.* Háttéranyag

#### 4.1. KERETES ÍRÁS: A DOHÁNYZÁSELLENŐRZÉSI INTÉZKEDÉSEKNEK A GLOBÁLIS DOHÁNYFOGYASZTÁSRA VALÓ HATÁSÁNAK FELBECSLÉSE: A MODELLBEN FELHASZNÁLT ADATOK

Először a kutatók felbecsülték a népesség számát az egyes régiókban korcsoportok és nemek szerinti lebontásban a Világbanknak a hét világbanki régióra vonatkozó népesség-előrejelzése alapján. Másodsor, felbecsülték a dohányosok népességen belüli arányát nemek szerint lebontva a hét régió mindegyikében az Egészségügyi Világszervezet által használt, az egyes országokból származó mintegy 80 tanulmány segítségével (az adatok az 1. fejezetben az 1.1.táblázatban található). India esetében, ahol a *bidis* elterjedt alternatívát jelent a cigarettával szemben, a dohányosok arányát helyi vizsgálatokból nyertük mindkét dohányzási típus esetében. Harmadsor, a rendelkezésre álló adatok alapján a kutatók minden régióban megállapították a dohányosok kórkeresztmetszetét az egyes

országok nagyléptékű tanulmányainak extrapolálása segítségével, és felbecsülték a felnőtt illetve fiatal dohányosok egymáshoz való arányát. Negyedszer, a dohányosok összlétszámát és a dohányzásnak tulajdonítható halálozások előrejelzett számát becsülték fel régió, nem és kor szerint. Ebben a lépésben a kutatók abból a feltételezésből indultak ki, a fejlett országokban minden három dohányosból egy fog végső fokon meghalni ezen szokása következtében. Ez a feltételezés óvatosságnak tekinthető (az Egyesült Királyságból, az Egyesült Államokból és máshonnan is származó vizsgálatok arra utalnak, hogy a tényleges szám egy a kettőhöz), és valószínűleg alábecslés is, mivel a Kínából származó legújabb vizsgálatok szerint a dohányzás által megölt dohányzók aránya hamarosan

meg fog egyezni a Nyugaton levő aránnyal.

Ezt követően a kutatók az EVSz adatai valamint a különböző epidemiológia tanulmányokban szereplő adatok alapján kiszámították az egy dohányos által elszívott cigaretták számát minden régióban. Kiszámították a felnőttek illetve a fiatalok által elszívott cigaretták számát is és így kapták meg a felnőtt–fiatal napi dohányzási arányt.

A kutatók ezt követően megpróbálták felmérni a cigaretta iránti kereslet árrugalmasságát minden egyes régióban több mint 60 vizsgálat alapján. Ha több vizsgálat is folyt egy-egy országban, akkor az eredményeket átlagolták. Az adatokat összesítették, és így kapták meg a kis- illetve nagyjövedelmű régiókra vonatkozó értékeket, melyeket életkor szerint is súlyoztak mivel a fiatalok sokkal érzékenyebbek mint az idősebbek. A nagyjövedelmű országoknál a rövid távú

árrugalmasság viszonylag alacsony, úgymint -0.4, míg a kisjövedelmű országokban -0.8.

A kutatók egyéb kutatási bizonyítékokkal összhangban azt feltételezték, hogy a fiatal leszokott dohányosok nagyobb valószínűséggel kerülnek el a dohányzás okozta halált mint az idősebbek és, hogy a dohányzás okozta halál kockázata megmarad a dohányzást továbbra is folytató minden dohányosnál függetlenül attól, hogy csökkentik az elszívott cigaretták számát.

A modell minden változójánál elvégezték az érzékenységi elemzést a bizonytalanság számításba vétele érdekében a számításoknál használt bázisvonal-adatok 75-125%-os tartományában. Hangsúlyozni kell, hogy mindazok a feltételezések, amelyeken a modell alapul óvatos feltételezések, tehát a kapott eredmények inkább alulbecslésnek mint felülbecslésnek tekinthetők.

---

Közgazdasági értelemben az optimális adó az lenne ami egyenlőnek veszi az utolsó elfogyasztott cigaretta marginális társadalmi költségét annak marginális társadalmi előnyeivel. Azonban amint azt az előző fejezetben láttuk, ezen szociális költségek és előnyök nagyságrendje nem ismert, mérésük szinte lehetetlen, és komoly, folyamatban levő viták tárgyát képezik. Kevés kétség fér ahhoz, hogy a dohányosok kárt okoznak a nemdohányzóknak, akiknek be kell lélegezniük az általuk kifújta füstöt és a passzív dohányzás legnagyobb terheit a dohányosok gyerekei és házastársai viselik. Mégis, mivel egyes közgazdász a családot tekinti az alapvető döntéshozó egységnek a társadalomban, a gyerekek és házastársak passzív dohányzását belső kárnak tekinti és nem olyan külső kárnak, melyet a dohányosok másoknak okoznak. Ugyanakkor az olyan költségek mértékét – mint például az államilag finanszírozott egészségügyi ellátás azon költségeit, melyet a dohányzás okozta betegségek kezelésére fordítanak – nehéz meghatározni amint ezt már a fentiekben láttuk. Az Egyesült Államokban folytatott tanulmányok, melyek megpróbálták a közgazdaságilag optimális adót kiszámítani igen eltérő becsléseket produkáltak: a skála néhány dollárcenttől egészen néhány dollárig terjedt.

Az adószintek meghatározásának másik módja annak az adómértéknek a kiválasztása, mely a cigarettafogyasztás egy meghatározott csökkenését eredményezné és ezáltal teljesítene egy meghatározott egészségügyi célt és nem a dohányzás társadalmi

költségét fedezné. Egy másik célkitűzés lenne olyan adószintek megállapítása, melyek az ezekből a viszonylag hatékony adókból szerzett bevételeket maximalizálnák.

A jelen tanulmány ahelyett, hogy javaslatot tenne egy optimális adószintre, pragmatikusabb megközelítést javasol: az átfogó és hatékony dohányzásellenőrzési politikát folytató országok adószintjeinek megvizsgálást. Ezekben az országokban egy csomag cigaretta árának adókomponense a teljes kiskereskedelmi ár kétharmada és négyötöde között mozog. Ezeket az adószinteket mértékül vehetjük az árak arányos emelésére más országokban.

### **Nem-árjellegű intézkedések a kereslet csökkentésére: fogyasztók tájékoztatása, hirdetések betiltása, és a dohányzás korlátozása**

Számos bizonyíték van arra a nagyjövedelmű országokban, hogy a felnőtt dohányosok tájékoztatása arról, hogy a dohányzás függőséget valamint halálos és rokkantságot okozó betegségeket okoz, segíthet abban, hogy csökkentsék cigarettafogyasztásukat. Ebben a pontban áttekintjük, hogy mit tudunk ezen információk hatékonyságáról beleértve a dohányzás egészségügyi következményeiről nyilvánosságra hozott kutatásokat, a cigarettadobozokon és a hirdetésekben szereplő figyelmeztetéseket, valamint az ellenreklámozást. Továbbá összefoglaljuk a dohányhirdetéssel és promócióval kapcsolatos ismereteinket és azt, hogy mi történik ha ezeket a tevékenységeket betiltják. A nagyjövedelmű országokból származó bizonyítékok egyre növekvő száma azt jelzi, hogy ezek mindegyikének nagy a hatása. Az is fontos, hogy ez a hatás változó a különböző társadalmi csoportoknál. Általában a fiatalok kevésbé fogékonyak a dohányzás egészségügyi hatásaival kapcsolatos információkra mint a felnőttek, és a magasabb végzettségűek gyorsabban reagálnak az új információkra mint legalacsonyabb végzettségűek. Fontos, hogy a politikai döntéshozók ismerjék ezeket a különbségeket amikor többféle, a saját országuk igényeihez szabott beavatkozást terveznek.

#### *Nyilvánosságra hozott kutatási eredmények a dohányzás egészségügyi hatásairól*

A dohányzók népességben belüli arányának hosszú távú csökkenő tendenciája az elmúlt három évtizedben a nagyjövedelmű országok többségében egybeesett az embereknek a dohányzás káros hatásaival kapcsolatos ismereteinek hosszú távú növekvő tendenciájával. 1950-ben az Egyesült Államokban a felnőttek csupán 45%-a nevezte meg a dohányzást a tüdőrák egyik okaként. 1990-ben már a felnőttek 95%-a nevezte meg. Körülbelül ugyanebben az időszakban az Egyesült Államok lakosságában a dohányosok aránya több mint 40%-ról mintegy 25%-ra csökkent.

Számos alkalommal a nagyjövedelmű országokban a lakosság a dohányzás egészségügyi hatásaival kapcsolatos "információs sokknak" van kitéve, például amikor a témával foglalkozó és a médiákban nagy publicitást kapó hivatalos jelentéseket publikálják. Ezek hatását vizsgálták olyan egymástól különböző országokban mint Finnország, Görögország, Svájc, Törökország, az Egyesült Királyság, az Egyesült Államok és Dél-Afrika. Általában a hatás a legnagyobb és legtartósabb a dohányzással kapcsolatos betegség járványának korai szakaszaiban amikor a dohányzás egészségügyi veszélyeinek ismertségi

szintje még alacsony. Az ismeretek növekedésével az új információs sokkok kevésbé hatékonyakká válnak.

### *Figyelmeztető feliratok*

Még azokban az országokban is, ahol a fogyasztók megfelelően hozzáférhetnek a dohányzás egészségügyi hatásaira vonatkozó információkhoz, a bizonyítékok arra utalnak, hogy széleskörű félreértés van ezekkel a hatásokkal kapcsolatosan és ez részben a csomagolásnak és a feliratozásnak tudható be. Az elmúlt két év során például sok gyártó “alacsony kátránytartalmúnak” vagy “alacsony nikotintartalmúnak” címkézett bizonyos cigaretta fajtákat. Sok dohányos a nagyjövedelmű országokban azt hiszi, hogy ezek a márkák biztonságosabbak mint a többi cigaretta annak ellenére, hogy a kutatási szakirodalom szerint semmilyen cigaretta sem biztonságos. A vizsgálatok arra utalnak, hogy sok fogyasztó zavarban van a dohányfüst összetételével kapcsolatosan, és a csomagolás nem ad megfelelő tájékoztatást az általuk vásárolt termékekről.

Az 1960-as évek eleje óta egyre több kormányzat megkövetelte a cigarettagyártóktól, hogy egészségvédő figyelmeztetést nyomtassanak a termékeikre. 1991-re 77 ország követelte meg ezt a figyelmeztetést, bár néhány ország ragaszkodott a dobozon körbefutó erőteljes figyelmeztetésekhez amire példa a 4.3. ábrán látható.

Törökországi vizsgálatok azt jelzik, hogy az egészségvédő figyelmeztetések mintegy 8%-os fogyasztáscsökkenést eredményeztek 6 év alatt. Dél-Afrikában, ahol a komoly figyelmeztető feliratokat 1994-ben vezették be, a fogyasztás jelentősen csökkent. A vizsgálatban megkérdezett dohányosok több mint fele (58%-a) állította, hogy őket a figyelmeztető feliratok ösztönözték arra, hogy hagyják abba vagy csökkentsék a dohányzást. A figyelmeztető feliratok egyik lényeges hibája az, hogy nem jutnak el a kisjövedelmű országok szegényeihez, különösen a gyermekekhez és a serdülőkhöz. Ezeknél a fogyasztóknál az a mindennapos, hogy darabszámra vásárolják a cigarettát és nem dobozonként.

Néha az az érv is felmerül, hogy a jobban tájékozott néesség körében ahol a dohányzás több évtized óta szokásban van, a dohányosok aránya nem fog tovább csökkenni a cigarettás dobozokon szereplő egészségvédelmi figyelmeztetéstől. Azonban Ausztráliából, Kanadából és Lengyelországból származó adatok arra utalnak, hogy ezek a feliratok még mindig hatásosak lehetnek feltéve ha nagyméretűek, szembetűnők és ütőképes konkrét tárgyi információkat tartalmaznak. Lengyelországban az 1990-es évek végén a vizsgálatok szerint az új figyelmeztető feliratok, melyek a cigarettadoboz mindkét nagyobb oldalának 30%-át foglalták el erőteljesen összefüggtek a dohányosok leszokásra vagy kevesebb dohányzásra vonatkozó döntésével. A lengyel férfi dohányosok közül 3% állította, hogy a feliratok bevezetését követően hagyták abba a dohányzást; további 16% állította, hogy megpróbált leszokni és további 14% állította, hogy már jobban ismeri a dohányzás egészségügyi hatásait a feliratoknak köszönhetően. A nők körében a hatás hasonló volt. Ausztráliában 1995-ben tették erőteljesebbé a figyelmeztető feliratokat. A dohányosok leszokásra való ösztönzése terén a hatás úgy tűnik, hogy nagyobb volt mint amikor kevésbé erős szavakat használó feliratokat használtak. Kanadában egy 1996-ban végzett felmérés szerint a leszokni vagy a dohányzást csökkenteni szándékozók felét az motiválta, amit a cigarettadobozokon olvasott.

---

4.3. ábra: ERŐS FIGYELMEZTETŐ FELIRAT  
Javasolt cigarettacsomagolási prototípus Ausztráliában



Forrás: Orvosi Intézet. Dohányzás nélkül felnőni: A nikotinfüggőség megelőzése gyerekeknél és fiataloknál. 1994. National Academy Press. Washington D.C.

---

### *Tömegkommunikációs ellenreklám*

Sok tanulmány elemezte a dohányzásra vagy a cigarettázásra vonatkozó negatív üzenetek hatását. Ezeket a negatív üzeneteket, vagy más szóval ellenreklámokat a kormányzatok és az egészségfejlesztési hivatalok terjesztik és az Észak-Amerikában, Ausztráliában, Európában és Izraelben úgy országos mint helyi szinten végzett vizsgálatok következetesen azt mutatták ki, hogy csökkentik az össz fogyasztást. A svájci kutatók egy 1954 és 1981 között a felnőtt dohányfogyasztásról készített tanulmányban azt a következtetést vonták le, hogy a tömegkommunikációban folytatott dohányzásellenes hirdetések maradandóan 11%-al csökkentették a fenti időszak alatt a fogyasztást. Finnországban és Törökországban is úgy találták, hogy a dohányzásellenes kampányok hozzájárultak a fogyasztás csökkenéséhez.

### *Iskolai dohányzásellenes oktatási programok*

Az iskolai dohányzásellenes programok igen elterjedtek különösen a nagyjövedelmű országokban. azonban kevésbé tűnnek hatásosnak mint sok más ismeretterjesztési forma. Úgy látszik, hogy még azoknak a programoknak is melyek kezdetben csökkentették a dohányzásra való rászokást csak ideiglenes hatásuk van; valamelyest késleltetik a rászokást de nem akadályozzák meg. Az iskolai programok nyilvánvaló gyengesége nem annyira a programok természetének hanem a megcélzott hallgatóságnak tudható be. Amint arról már szó volt a korábbiakban, a serdülők reagálása az egészségüket érintő hosszú távú hatásokkal kapcsolatosan nem ugyanaz mint a felnőtteké, részben inkább jelen-orientált magatartásuk és részben amiatt, hogy a serdülők hajlamosak lázadni a felnőttek tanácsai ellen.

### *Cigaretta-reklámozás és -promóció*

A dohányzásellenőrzésében érdekelt politikai döntéshozóknak tudniuk kell, hogy a cigaretta-reklámozás és -promóció hatással van-e a fogyasztásra. A válasz az, hogy majdnem biztosan igen, bár az adatok nem egyértelműek. A legfontosabb következtetés az, hogy a reklám és promóció betiltása hatásosnak bizonyul de csak akkor ha széleskörű és minden médiumra, minden márkanévre és logóra kiterjed. Az alábbiakban röviden ismertetjük az ezt bizonyító tényeket.

Élénk vita folyik a cigaretta-reklámozásnak a fogyasztókra gyakorolt hatásáról. Egyrészt a közegészségügy szószólói azt hirdetik, hogy az ilyen reklámok valóban növelik a fogyasztást. Ezzel szemben a dohányipar azzal érvelt, hogy a reklám nem toboroz új dohányosokat csupán arra ösztönzi a megrögzött dohányosokat, hogy maradjanak meg egy bizonyos márkánál vagy váltsanak át egy másikra. Látszatra a reklámozás és eladás kapcsolatát vizsgáló empirikus vizsgálatok arra a következtetésre jutottak, hogy a reklámnak vagy nincs pozitív hatása a fogyasztásra vagy csak egy nagyon szerény pozitív hatása van. Ezek a vizsgálatok azonban félrevezetőek lehetnek az alábbi okok miatt. Először, a közgazdasági elmélet azt sugallja, hogy a reklámozásnak csökkenő marginális hatása van a keresletre; azaz amikor egy termék reklámozása növekszik, a fogyasztók fokozatosan egyre kevésbé reagálnak a reklámra és végül a fokozott reklámozás már semmilyen hatással sem lesz rájuk. A dohányiparban a reklámozás viszonylag magas szinten van – az árbevétel 6%-a körül – mely mintegy 50%-al nagyobb mint az ipari átlag. Tehát a fokozott reklámokból származó esetleges fogyasztásnövekedés valószínűleg igen alacsony és nehezen észrevehető lesz. Ez nem azt jelenti, hogy reklámok nélkül a fogyasztás szükségképpen éppen olyan nagy lenne mint reklámokkal – csak azt, hogy a reklámozás fokozásának marginális hatása elhanyagolható. Másodsor, a reklámok értékesítésre való hatását rögzítő adatokat rendszerint hosszú időszakokra, minden reklámozóra, minden médiumra és gyakran nagy népességszámra vonatkozóan összesítik. Bármilyen olyan finom változás mely egy tagoltabb elemzésnél látható lenne, itt homályossá válik. A kisebb mértékben összesített adatokat használó vizsgálatok során a kutatók több bizonyítékot találtak a reklámozásnak a fogyasztásra való pozitív hatására vonatkozóan, de az ilyen vizsgálatok költségesek, időigényesek és ezért ritkák.

A fenti megközelítésekkel kapcsolatos problémák miatt a kutatók ehelyett inkább – a reklámozás fogyasztásra való hatása mérésének közvetlen eszközeként – áttértek annak tanulmányozására, hogy mi történik amikor a dohány-reklámozás és -promóció be van tiltva.



### *A reklámtilalom hatása*

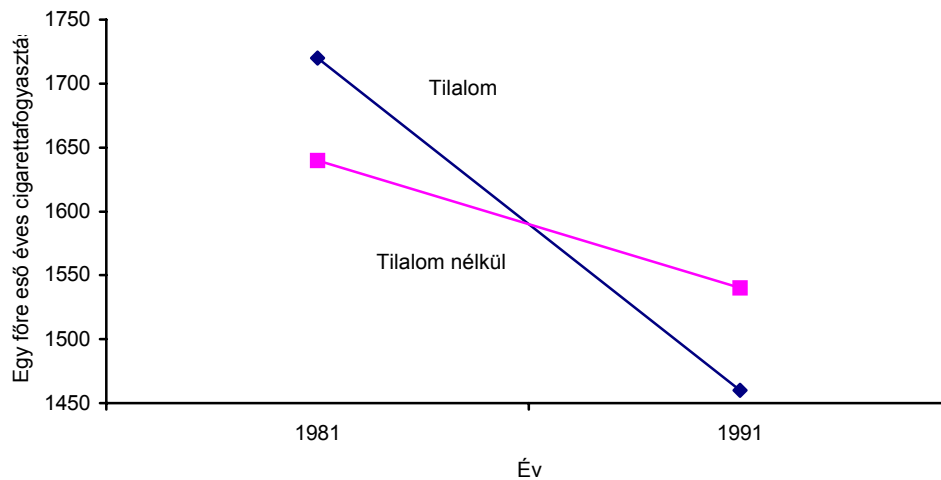
Amikor a kormányok betiltják a dohánytermékek reklámozását az egyik médiában, például a televízióban, akkor az iparág azt helyettesíteni tudja egy másik médiában úgy, hogy az csak kis vagy egyáltalán semmilyen hatással sincs a marketing összköltségre. Ennek megfelelően a cigarettareklámok részleges tilalmát vizsgáló tanulmányok azt állapították meg, hogy csak kis vagy pedig semmilyen hatásuk sincs a dohányzásra. Azonban ott ahol a reklámtevékenységekre többszörös korlátozások vannak életben minden médiában, ott az iparág számára viszonylag kevés alternatív lehetőség van. 1972 óta a nagyjövedelmű országok többsége erőteljesebb korlátozásokat vezetett be több médiában és különböző szponzorálási formáknál. Egy legújabb tanulmány – melyet 22 nagyjövedelmű országban végeztek el 1970-1992 közötti adatok alapján – megállapította, hogy a cigarettareklámozás teljes körű tilalma csökkentheti a dohányzást, de a korlátozottabb részleges tilalmaknak csak kis vagy semmilyen hatásuk sincs. A vizsgálat szerint a legátfogóbb korlátozások esetén a dohánytermék-fogyasztás több mint 6%-al csökkenne a nagyjövedelmű országokban. Az ezekre a számításokra alapuló modellezés azt jelzi, hogy az Európai Unió reklámtilalma (4.2. keretes írás) a cigarettafogyasztást közel 7%-al csökkentheti az Európai Unión belül. Egy másik, 100 országot felölelő vizsgálat a fogyasztási trendeket hasonlította össze az idő függvényében a viszonylag teljes reklám és promóciós tilalommal rendelkező országok valamint az olyan országok között, ahol nincsenek ilyen tilalmak. A közel teljes tilalommal rendelkező országokban a fogyasztás csökkenő tendenciája sokkal meredekebb volt (4.4. ábra). Fontos megjegyezni, hogy itt néhány ország esetében egyéb tényezők is hozzájárultak a fogyasztás csökkenéséhez.

A közgazdasági szakirodalom mellett vannak más típusú kutatások is mint például olyan felmérések, melyek azt vizsgálják, hogy a gyerekek hogyan emlékeznek a reklámüzenetekre. Ezek a felmérések azt állapították meg, hogy a reklámozás és promóció valóban hatással van a cigaretta iránti keresletre és új tagokat von be a dohányzók táborába. Egyre több bizonyíték utal arra is, hogy a dohányipar a reklám- és promóciós tevékenységének egyre nagyobb részét olyan piacok felé irányítja, ahol úgy ítéli meg, hogy növekedés vagy potenciális növekedés van, beleértve olyan fiatalok és kisebbségi csoportok piacát akiknél mostanáig a dohányzás nem volt általános. Ez a nem közgazdasági jellegű kutatómunka különösen érdekes lehet azoknak a politikai döntéshozóknak, akik a lakosság egyes csoportjain belüli dohányzási trendekkel foglalkoznak.

---

#### 4.4. ábra: AZ ÁTFOGÓ REKLÁMTILALOM CSÖKKENTI A CIGARETTAFOGYASZTÁST

Az egy főre eső súlyozott cigarettafogyasztási trendek az átfogó reklámtilalommal rendelkező ill. nem rendelkező országokban



*Megjegyzés:* Az elemzésben 102 olyan ország szerepel ahol van vagy ahol nincs cigaretta reklámtilalom, a fogyasztási adatok 15-64 év közötti felnőttekre vonatkozik a népesség szerint súlyozva 1980-82 illetve 1990-92 között. Az árfogó tilalommal rendelkező országok magasabb fogyasztási szintről indulnak mint a tilalom nélküli csoport, de az időszak végén alacsonyabb a az egy főre eső fogyasztásuk. A változás annak tulajdonítható, hogy a tilalmi körben fogyasztás nagyobb arányban csökkent mint a tilalom nélküli körben.  
*Forrás:* Saffer, Henry. *A dohányreklámozás és -promóció ellenőrzése. Háttér tanulmány.*

### *A dohányzás korlátozása nyilvános helyeken és munkahelyeken*

Egyre több ország vezet be korlátozásokat a nyilvános helyeken (vendéglőkben, közlekedési eszközökön) való dohányzásra vonatkozóan. Egyes országokban például az Egyesült Államokban egyes munkahelyekre is vonatkozik a korlátozás. E korlátozások előnyeit nyilvánvalóan a nemdohányzók élvezik, akik ezáltal elkerülik a passzív dohányzással járó egészségügyi kockázatokat és kellemetlenséget. De mint arról már szó volt a korábbiakban, a nemdohányzók többsége nem a nyilvános helyeken vagy a munkahelyeken van kitéve mások füstjének hanem otthon. Ezek a korlátozások tehát részleges eszközt jelent a nemdohányzók igényeinek teljességében.

## 4.2. KERETES ÍRÁS: AZ EURÓPAI UNIÓ DOHÁNYREKLÁMOZÁSI TILALMA

Az Európai Bizottság a rák elleni szélesebb körű kezdeményezés részeként 1989-ben javasolt egy direktívát a dohánytermékek reklámozásának a sajtóban valamint óriásplakátokon és hirdetőtáblákon való reklámozásának betiltására. Az Európai Parlament 1990-ben módosította a Bizottság javaslatát és megszavazta a reklámozási tilalmat.

A Bizottság megállapította, hogy ebben az időpontban csupán egy

részleges tilalomhoz tud általános megegyezést biztosítani, de hozzátette, hogy sor kerülhet a teljes tilalomra vonatkozó új javaslat benyújtására az egyes országok által tett előrehaladástól függően. 1991. júliusában a Bizottság egy módosított javaslatot nyújtott be a dohányzással kapcsolatos direktívára vonatkozóan.

1992 és 1996 közötti időben nem történt előrehaladás a javaslat

végrehajtását illetően legalább három ország – Németország, Hollandia és az Egyesült Királyság – ellenzése miatt. Azonban az Egyesült Királyságban ez az ellenzés 1997-ben összeomlott amikor a Munkáspárt nyerte meg a választásokat, mivel a párt kiáltványban kötelezte el magát a dohányreklámozási tilalom bevezetéséért. A javasolt direktíva szövegét végül 1998 júniusában fogadta el a Bizottság. A direktíva rögzíti a dohánytermékek minden közvetlen és közvetett reklámozásának (beleértve a szponzorálást is) a tilalmát az Európai Unió tagállamaiban azzal, hogy az összes rendelkezés teljes és végső hatályba lépésének ideje 2006. október. A direktíva főbb pontjai a következők:

- Az Európai Unió tagállamainak legkésőbb 2001. július 31-ig kell hatályba léptetniük a nemzeti jogszabályokat.
- Az írott sajtóban minden reklámtevékenységet be kell szüntetni egy további éven belül.
- A szponzorálást (világméretű események és tevékenységek kivételével) be kell szüntetni még két további éven belül.
- A világesemények (pl. a Forma 1 autóverseny) dohányipari szponzorálása még további három éven át folytatódhat, azonban 2006. októberéig be kell szüntetni. E fokozatos megszüntetés alatt csökkenteni kell a szponzorálás összmenyiségét és önkéntesen korlátozni kell ezen eseményekkel foglalkozó hirdetési tevékenységet.
- A termékinformáció megengedett az árusítás helyén.
- A dohányipari kiadványok közölhetnek dohányhirdetéseket.

- Harmadik országbeli, nem elsősorban az Európai Uniónak szánt kiadványokra nem vonatkozik a tilalom.

A direktíva végrehajtása folyamatban van.

---

A dohányzási korlátozások második hatása az, hogy csökkenti egyes dohányosok cigarettafogyasztását és másokat pedig leszokásra ösztönöz. Az Egyesült Államokban ezek a korlátozások különböző becslések szerint 4-10%-al csökkentették a dohányfogyasztást. Úgy látszik, hogy az ilyen korlátozások akkor működnek jól, ha általános társadalmi támogatás áll mögöttük és ha az emberek tudnak a passzív dohányzás egészségügyi veszélyeiről. Az Egyesült Államokon kívül aránylag kevés adat áll rendelkezésre a beltéri dohányzási korlátozások hatékonyságáról.

#### *A nem-árjellegű intézkedések potenciális hatása a dohány iránti globális keresletre*

A fentiekben ismertettük számos nem-árjellegű intézkedés hatásosságára vonatkozó bizonyítékokat beleértve a fogyasztók tájékoztatását, a tudományos jelentések és kutatások terjesztését, a figyelmeztető feliratokat, az ellenreklámot, a reklámozás és promóció átfogó betiltását, valamint a dohányzási korlátozásokat. A jelen tanulmányhoz végzett háttér munka részeként elkészült és 4.1. keretben ismertetett modellt használtuk fel ezeknek a nem-árjellegű intézkedéseknek a világ cigarettafogyasztására gyakorolt potenciális hatásának felmérésére. Mivel ez idáig csak kevés kísérlet történt ezen intézkedések összhatásának a felmérésére, a modellben óvatos becsléseken alapuló feltételezéseket használtunk. Az egyes nem-árjellegű intézkedéseknél jelenleg használt hatékonyságmérések alapján a modell azt feltételezi, hogy az intézkedések együttes hatása az lesz, hogy rábírja a fogyasztók 2 ill. 10%-át a leszokásra. Az óvatos becslés érdekében a modell azt feltételezi, hogy az intézkedéseknek nem lesz hatásuk arra, hogy azok akik nem hagyták abba a dohányzást hány cigarettát szívnak el naponta.

A fenti feltételezések alapján a nem-árjellegű intézkedési csomag az 1995-ben élő dohányosok számát 23 millióval csökkentené világszerte még az alacsonyabb értékű becslés esetén is – azaz amikor a világ minden részén bevezetett intézkedéscsomag csupán 2%-al csökkenti a fogyasztók számát (lásd a 4.2. táblázatot). A halált elkerülő leszokott dohányosok számára vonatkozó korábbi feltételezések alapján a modell azt jelzi, hogy 5 millió emberélet menthető meg.

#### **Nikotinhelyettesítő terápia és egyéb leszokást segítő intervenciós módszerek**

A magasabb adókon és a nem-árjellegű intézkedéseken kívül van még egy harmadik intézkedési csomag, mely segíti a dohányfogyasztás csökkentését. Ide tartoznak különböző típusú leszokást segítő kezelések és programok beleértve az egyéni tréninget, kórházi kezelést, tanácsadási programot, valamint a leszokást segítő farmakológiai termékek növekvő választékát, melyek közé tartoznak például a nikotinhelyettesítő terápiás (NRT) termékek és egy anti-depresszív szer, melynek generikus neve bupropion. Az NRT termékek tapasz, rágógumi, spray és inhalátor formájában kis dózisban adagolják a nikotint anélkül, hogy a dohányfüst egyéb káros alkotórészét beadnák. Megfelelő alkalmazás mellett az NRT-t a nagyjövedelmű országokban a legfontosabb orvosi szervezetek biztonságosnak és hatékonyan tartják. Kutatások egész sora állítja, hogy megduplázza az egyéb leszokást segítő próbálkozások sikerarányát attól függetlenül, hogy a többi intervenciós módszert alkalmazzák-e ezzel párhuzamosan vagy sem (4.3. táblázat). A bupropionról az Egyesült Államokban végzett kísérletek is kimutatták, hogy hatékony. Az NRT fontos előnye az, hogy önállóan, egészségügyi személyzet nélkül is szedhető. Ez emeli gyakorlati felhasználhatóságát leszokni akaró dohányosoknál olyan országokban, ahol a képzett egészségügyi személyzet rendelkezésre állása korlátozott.

4.2. táblázat: NEM-ÁRJELLEGŰ INTÉZKEDÉSI CSOMAG ESETÉN A POTENCIÁLIS LESZOKOTTAK ILLETVE A MEGMENTETT ÉLETEK SZÁMA  
(millió)

Az 1995-ben életben levő dohányosoknál

Régió	A dohányosok számának változása ha az intézkedéscsomag a dohányosok népességen belüli arányát		A halálesetek számának változása ha az intézkedéscsomag a dohányosok népességen belüli arányát	
	2%-al csökkenti	10%-al csökkenti	2%-al csökkenti	10%-al csökkenti
Kelet-Ázsia és a Csendes óceáni térség	-8	-40	-2	-10
Kelet-Európa és Közép-Ázsia	-3	-15	-0.7	-3
Latin-Amerika és a Karibi-térség	-2	-10	-0.5	-2
A Közép-Kelet és Észak-Afrika	-0.8	-4	-0.2	-1
Dél-Ázsia (cigaretta)	-2	-9	-0.3	-2
Dél-Ázsia (bidis)	-2	-10	-0.4	-2
Szahara alatti Afrika	-1	-7	-0.4	-2
Kis ill. középjövedelmű	-19	-93	-4	-22
Nagyjövedelmű	-4	-21	-1	-5
Világ	-23	-114	-5	-27

Megjegyzés: Kerekített számok.

Forrás: Ranson, Kent, Jha, F. Chaloupka, és A. Yurekli. *Az áremelések és egyéb dohányzásellenőrzési beavatkozások hatásossága és költséghatékossága.* Háttéranyag

Az NRT-t kizárólag csak a leszokni kívánó dohányosok nikotin-elvonási tüneteinek kezelésére írják fel. Az NRT termékeket – a mai napig – még nem hozták kapcsolatba semmilyen szív-és érrendszeri vagy légzőszervi megbetegedéssel, és konszenzus van arra vonatkozóan, hogy sokkal biztonságosabb nikotinforrást jelentenek mint a dohány. A nikotin természetesen élettani hatásokat okoz amelyek közé tartozik a vérnyomás emelése. Azonban a cigarettával összehasonlítva az NRT termékek által adagolt nikotindózisok kisebbek és adagolásuk lassúbb. Az NRT egy olyan eszköz mely a rendszeres dohányosoknál csökkenti a leszokás költségeit.

Az NRT hozzáférhetősége országonként eltérő. Néhány nagyjövedelmű országban a termékek recept nélkül, más országokban csak receptre kaphatók. Az Egyesült Államokból származó adatokon alapuló modellek azt mutatják, hogy ha az NRT termékeket recept nélkül lehetne kapni akkor jóval több ember szokna le és jóval több emberéletet lehetne megmenteni mint amikor az NRT termékek csak receptre kaphatók. A modell előrejelzése szerint öt év során csupán az Egyesült Államokban közel 3.000 embert lehetne megmenteni. Arra is van bizonyíték, hogy a dohányosok igénylik az ilyen segítséget: az Egyesült Államokban az NRT termékek értékesítése 150%-al emelkedett 1996 (amikor a termékek először voltak recept nélkül kaphatók) és 1998 között.

#### 4.3. táblázat: A KÜLÖNBÖZŐ LESZOKÁST SEGÍTŐ MÓDSZEREK HATÁSOSÁGA

<i>Beavatkozás és összehasonlítás</i>	<i>A 6-hónapnál hosszabb ideig absztinens dohányosok százalékarányának növekedése</i>
Rövid leszokásra biztató tanácsadás (3-10 perces) szemben semmilyen tanácsadással	2-3%
Az NRT hozzáadása a rövid tanácsadáshoz szemben a rövid tanácsadással vagy a rövid tanácsadás +placebóval	6%
Intenzív támogatás (pl. dohányzóklinika) +NRT szemben az intenzív támogatással vagy intenzív támogatás + placebóval	8%

*Forrás:* Raw, Martin, és mások. 1999. Az adatok az Agency for Health Care Policy and Research-től és a Cochrane Könyvtártól származnak

A nagyjövedelmű országokon kívül az NRT bármilyen formájához való hozzáférhetőség nem egységes: például az NRT termékek kaphatók Argentínában, Braziliában, Indonéziában, Malaysiában, Mexikóban, a Fülöp-szigeteken, Dél-Afrikában és Thaiföldön, de ezek közül néhány országban a kínálat csak néhány nagyobb városra korlátozódik. Néhány közepes jövedelmű országban és sok kisjövedelmű országban az NRT termékek egyáltalán nem kaphatók. Az NRT termékek egy napi adagja körülbelül ugyanannyiba kerül mint egy napi átlagos cigaretta adag, de mivel az NRT termékeket rendszerint egy teljes kúrára kell megvásárolni, így aránylag nagy egyszeri összeget igényelnek. A cigarettával szemben az NRT termékek árusítása erősen szabályozott.

A bizonyítékok hatására sok döntéshozó fontolgathatja, hogy az NRT-hez való szélesebbkörű hozzájutás értékes alkotóeleme lehet a dohányzásellenőrzési politikának. Az egyik lehetőség ezen termékek értékesítésére vonatkozó szabályozás csökkentése lehetne, például az árusítóhelyek körének és nyitvatartási idejének növelése valamint a csomagolásra vonatkozó korlátozások csökkentése által.

Mivel az NRT segítene a leszokás költségének csökkentésében, egy másik lehetőség annak megfontolása lehetne, hogy az NRT-t támogatott árakkal vagy ingyen bocsátanak rendelkezésre korlátozott időszakra a leszokni kívánó, kis jövedelmű dohányosok részére. Ez a módszert néhány helyen már tesztelik is. Az Egyesült Királyságban például vannak javaslatok arra, hogy a legszegényebb dohányosok köre jogosult legyen korlátozottan ingyenes NRT ellátásra ha úgy dönt, hogy le akar szokni. A szegények célbavétele ezeknél a szolgáltatásoknál komoly kihívást jelent minden országban.

Nyilvánvaló, hogy az NRT-hez való hozzájutás kiszélesítését gondosan meg kell fontolni. A társadalmak többsége el akarja kerülni, hogy függőséget okozó áru gyerekeknek való értékesítését ösztönözze. Azonban a nagyjövedelmű országokban az egészségügyi szakemberek egyhangú véleménye az, hogy az NRT hatékonyan használva jótékony hatású és fel kell karolni használatát a leszokni kívánó felnőtt dohányosoknál. A nikotinhelyettesítő terápia költséghatékonyságát még nem vizsgálták széleskörűen különösen a kis- és közepes jövedelmű országokban ahol a dohányosok többsége él. Nyilvánvaló, hogy a költséghatékonyságra vonatkozó több információ hasznos lenne a helyi szinten levő politikai döntéshozók számára egyrészt annak meghatározásában, hogy ezek az eszközök részesüljenek-e a korlátozott állami pénzekből, másrészt biztosabb alapot biztosítana számukra a cselekvéshez.

A jelen tanulmány háttér munkájaként modelleztük a szélesebb körben rendelkezésre álló NRT potenciális hatását ugyanazon módszerek alkalmazásával mint a fentiekben. Az óvatos becslés érdekében feltételeztük, hogy a terápia hatékonysága kisebb

lesz mint azt a nagyjövedelmű országokban hozzáférhető tanulmányok állítják. Azzal az óvatos feltételezésből kiindulva, hogy az NRT-használóknál a leszokási arány kétszer annyi mint a nem-használóknál, viszont a dohányosoknak csak a 6%-a használja az NRT-t a leszokáshoz, úgy becsüljük, hogy 6 millió 1995-ben életben levő dohányosnak tenné lehetővé a leszokást és 1 millió elhalálozást tudna megelőzni. Másrészt viszont ha a dohányosok 25%-a használna NRT-t, akkor a számításaink szerint 29 millió 1995-ben életben levő dohányosnak tenné lehetővé a leszokást és 7 millió elhalálozást tudna megelőzni.

### Jegyzetek

1. Smith, Adam, Nemzetek gazdagsága. 1776.

2. Például, amennyiben az adó a kiskereskedelmi ár négyötödét teszi ki, akkor a dobozonkénti (adóztatlan) gyári árat négyszeresére kellene megemelni. Tehát például ha az adóztatlan ár 0.50 dollár, akkor az adókulcs  $0.5 \times 4 = 2$  dollár lenne. A kiskereskedelmi ár 2 dollár (adó) + 0.50 dollár = 2.50 dollár lenne. A kiskereskedelmi árra való hatás természetes országonként változna olyan kereskedelmi tényezőktől függően mint a nagykereskedelmi ár, de általában véve egy ilyen szintű áremelés a népességgel súlyozott árat 80-100% közötti mértékben emelné a kis- és közepes jövedelmű országokban.

## 5. A dohánytermékek kínálatának csökkentésére vonatkozó intézkedések

**M**IKÖZBEN rengeteg bizonyíték van arra, hogy a dohány iránti kereslet csökkenthető, sokkal kevesebb bizonyíték van arra, hogy sikeres lehet a kínálat csökkentése. Először röviden foglalkozunk az egyes országok tapasztalataival a dohányhoz való hozzájutás korlátozása valamint annak terén, hogy kereskedelmi korlátozásokkal vagy a mezőgazdasági politikán keresztül csökkentsék a kínálatot. A fejezet második részében egy olyan fontos esz-közzel foglalkozunk, melyen keresztül a kormányzatok csökkenteni tudják a dohánykínálatot: a csempészet ellenőrzésével.

### **A kínálati oldalon történő beavatkozások korlátozott hatásossága**

Alapvető megfigyelés a piacokon az, hogyha egy árú egyik szállítójának működését megakadályozzák, akkor egy másik fog gyorsan feltűnni és átveszi a helyét mindaddig, míg erős indítéka van erre. Jelenleg nyilvánvaló indítékok vannak a dohány szállítására amint ezt az alábbiakban ismertetjük.

#### *A dohány betiltása*

Tekintettel a dohány példanélküli egészségkárosító képességére, néhány közegészségügyi érdekképviselő követelte betiltását azzal érvelve, hogy a probléma nem a dohány fogyasztásában hanem termelésében keresendő. A dohány betiltásának támogatói rámutatnak az alkohol okozta betegségek észrevehető csökkenésére amikor a XX. század elején korlátozták az alkoholellátást. Például amikor az alkoholellátást csökkentették Párizsban a II. világháború alatt, az alkoholfogyasztás fejenként 80%-kal esett. A májbetegség okozta halálozás a férfiaknál egy éven belül a felére esett vissza és négyötödével csökkent öt év elteltével. A háború befejeződése és az alkoholhoz való szabad hozzájutást követően a májbetegség okozta mortalitás visszament a háború előtti szintre.

Azonban számos ok miatt valószínűtlen, hogy a dohány betiltása akár megvalósítható akár pedig hatásos lenne. Először, ha egy anyagot be is tiltanak, attól azt még széles körben használni fogják amint ezt sok tiltott drog példája mutatja. Másodsor, a betiltás létrehozza saját problémáit: valószínűleg növeli a bűnözést és költséges rendőri büntető szankciókat von maga után. Harmadszor, gazdasági szempontból az optimális dohányfogyasztás nem egyenlő nullával. Negyedszer, a dohány betiltása nem valószínű, hogy elfogadható lenne az országok többségében. Indiában új keletű próbálkozások a *gutka* néven ismert rágott dohány betiltására elbuktak, főként a betiltással járó politikai következmények miatt.



### *A fiatalok dohánytermékhez való hozzájutásának korlátozása*

Számos próbálkozás történt a nagyjövedelmű országokban, hogy korlátozzák a tizenévesek cigarettához való hozzájutását. A jelenlegi formájukban ezek a korlátozások nem voltak sikeresek. Általában a fiatalokra vonatkozó korlátozásokat nehéz betartatni, különösen mivel a fiatal tizenévesek gyakran idősebb társaiktól és néha szüleiktől kapják a cigarettát. Továbbá, a kisjövedelmű országokban ahol a dohányfogyasztás nő, a korlátozások bevezetéséhez és betartatásához szükséges infrastruktúra és erőforrások kevésbé állnak rendelkezésre, mint a nagyjövedelmű országokban.

### *Terményhelyettesítés és diverzifikáció*

Több mint 100 országban termesztnek dohányt, melyek közül mintegy 80 fejlődő ország. Négy ország adja a teljes termelés két harmadát: 1997-ben Kína adta az összes termesztett dohány 42%-át és az Egyesült Államok, India és Brazília együttesen mintegy 24%-át. Az első 20 ország termeli az összes termelés 90%-át (lásd az 5.1. táblázatot). Az elmúlt két évtized során a nagyjövedelmű országoknak a globális termelésből való részesedése 30%-ról 15%-ra csökkent, ugyanakkor a Közép-Kelet és Ázsia részesedése 40%-ról 60%-ra nőtt. Afrika részesedése 4%-ról 6%-ra emelkedett, a többi régió részesedése alig változott.

Míg Kína dohánytermésének legnagyobb részét saját piacán használja föl, a többi nagytermelő nagy mennyiségeket exportálnak. Brazília, Törökország, Zimbabwe, Malawi, Görögország, és Olaszország termésének több mint hét-tizedét exportálja. A világon csak két ország függ jelentősen a nyersdohányexport bevételeitől: Zimbabwe, ahol a dohány az export-bevételek 23%-a és Malawi ahol 61%-a. Néhány más ország – Bulgária, a Dominikai Köztársaság, Macedónia, Kirgízia és Tanzánia – jelentős devizaforrásként számít a dohányra, bár a globális dohánytermesztési piacon részesedésük kicsi. A dohány a legfontosabb jövedelemforrás néhány intenzíven agrárgazdasági országban így Malawiban, Zimbabwében, Indiában és Törökországban.

Történelmileg a dohány nagyon vonzó terményt jelent a gazdáknak, egységnyi termőterületre nagyobb nettó jövedelmet biztosít mint más könnyen értékesíthető termény és jelentősen többet mint az élelmiszeripari termények. Zimbabwe legjobb dohánytermő területein például a dohány kb. 6.5-szer jövedelmezőbb mint a következő legjobb alternatív termény. A gazdák a dohányt több gyakorlati okból is vonzóknak tartják. Először, a dohány világpiaci ára viszonylag stabil a többi terményhez képest. Ez a stabilitás lehetővé teszi a gazdák számára a jövőre való tervezést és azt, hogy hitelt kapjanak más vállalkozásaikhoz valamint a dohánytermesztéshez is. Másodsor, a dohányipar a gazdáknak komoly természetbeni juttatásokat nyújt anyagok és tanácsadás terén egyaránt. Harmadszor, a dohányipar gyakran ad hiteleket a gazdáknak. Negyedszer, más termények problémákat okozhatnak a gazdáknak a tárolás, összegyűjtés és szállítás terén. A dohány kevésbé romlandó mint sok más termény, és a dohányipar esetleg segít is szállításában vagy összegyűjtésében; ezzel szemben más terményeket késedelmes összegyűjtés, késedelmes fizetés és áringadozás sújthat.

5.1. táblázat: A 30 LEGNAGYOBB DOHÁNYTERMESZTŐ ORSZÁG  
1967-es adatok a termelés szerint rangsorolásban

Ország	Termelés (ezer tonna)	Termelés változása 1994-hez képest	A világ össztermeléséből való részesedés (%)	Terület (ezer ha)	Világ összterületéből való részesedés (%)	Export aránya <sup>a</sup> (%)	Import aránya <sup>b</sup> (%)	Dohányexport- bevétele (az összes export %-ában) 1995
Kína	3390,0	51,5	42,12	1880,0	38,4	2,9	4,7	0,68
Egyesült Államok	746,0	4,0	9,27	328,4	6,7	35,5	7,4	0,55
India	623,7	18,1	7,75	420,2	8,6	23,2	c	0,44
Brazília	576,6	30,5	7,16	329,5	6,7	77,0	0,2	2,55
Törökország	296,0	57,7	3,68	323,0	6,6	89,3	0,5	1,17
Zimbabwe	192,1	8,0	2,39	99,3	2,0	109,7	c	23,05
Indonézia	184,3	15,2	2,29	217,5	4,4	10,2	27,6	0,42
Malawi	158,6	61,7	1,97	122,3	2,5	74,2	c	60,64
Görögország	132,5	-2,2	1,65	67,3	1,4	74,5	12,8	2,05
Olaszország	134,4	0,3	1,63	47,5	1,0	78,7	18,3	0,04
Argentína	123,2	50,3	1,53	71,0	1,5	60,6	5,1	0,59
Pakisztán	86,3	-14,0	1,07	45,9	0,9	1,6	c	0,08
Bulgária	78,2	124,3	0,97	48,5	1,0	53,5	58,3	5,40
Kanada	71,1	-0,5	0,88	28,5	0,6	24,0	12,6	0,04
Thaiföld	69,3	17,4	0,86	47,0	1,0	48,5	15,3	0,11
Japán	68,5	-13,8	0,85	25,6	0,5	0,5	145,4	0,04
Fülöp-szigetek	60,9	8,7	0,76	29,4	0,6	17,2	18,3	0,17
Dél-Korea	54,4	-44,8	0,68	27,2	0,6	8,4	26,2	0,02

Ország	Termelés (ezer tonna)	Termelés változása 1994-hez képest	A világ össztermeléséből való részesedés (%)	Terület (ezer ha)	Világ összterületből való részesedés (%)	Export aránya <sup>a</sup> (%)	Import aránya <sup>b</sup> (%)	Dohányexport- bevétel (az összes export %-ában) 1995
Mexikó	44,3	-35,1	0,55	25,4	0,5	31,8	8,3	0,11
Banglades	44,0	-26,7	0,55	50,3	1,0	c	16,1	0,03
Spanyolország	42,3	0,1	0,53	13,3	0,3	53,9	126,7	0,06
Lengyelország	41,7	-3,3	0,52	19,0	0,4	6,9	66,4	0,12
Kuba	37,0	117,6	0,46	59,0	1,2	13,5	0,8	n.a.
Moldova	35,8	-15,8	0,45	17,2	0,4	61,4	6,7	6,90
Vietnám	32,0	n.a.	0,40	36,0	0,7	n.a.	n.a.	0,04
Domimika	30,3	41,7	0,38	21,2	0,4	58,1	2,2	5,26
Macedónia	30,0	n.a.	0,37	22,0	0,4	n.a.	n.a.	5,44
Kirgizisztán	30,0	-33,3	0,37	12,0	0,2	76,7	3,3	6,96
Dél-Afrika	29,0	-1,4	0,34	14,9	0,3	41,5	55,5	0,31
Tanzánia	25,1	15,1	0,31	n.a.	n.a.	55,8	c	4,53
Világ összesen	8 048,4	25,9	100,0	4 893,8	100,0	25,3	24,4	

a. az export és a belföldi termelés aránya

b. az import és a belföldi termelés aránya

c. Kevesebb mint 0.1 százalék

n.a. nincs adat

Forrás: van der Merwe, Rowena, és mások. A dohányzásellenőrzési politikák kínálati hatásai. Háttéranyag. (Az adatok az USA Mezőgazdasági Minisztériumából, az Élelmiszeripari és Mezőgazdasági Szervezetből, és egyéb forrásokból származnak.)

Számos kísérlet történt már a dohánynak más terménnyel való helyettesítésére. Azonban a Kanadában végzett vitatható kísérlet kivételével nincs komoly bizonyíték arra, hogy ezek a kísérletek sikeresek voltak a dohányfogyasztás csökkentése terén. Ennek oka, hogy a gazdák nem voltak érdekeltek a részvételben a jelenlegi magas dohányárak mellett valamint, hogy más termelők készen álltak, hogy helyükre lépjenek. A terményhelyettesítésnek azonban esetenként helye van a szélesebbkörű diverzifikációs programokban ha segíti a legszegényebb gazdákat más megélhetési formára való áttérésre. Részletesebben a következő fejezetben foglalkozunk ezzel a kérdéssel.

### *Ártámogatások és szubvenciók alkalmazása a dohánytermesztésnél*

Míg a fejlődő országok azon vannak, hogy megadóztassák a dohányból származó export-bevételeket, a nagyjövedelmű országok mint például az Egyesült Államok és az Európai Unió tagországai Kínával együtt hagyományosan ártámogatásokat és egyéb szubvenciókat adnak azoknak a gazdálkodóknak, akik dohányt termesztenek. A dohánytermelés támogatásának indítékai közé tartozik az árak magasán és stabilan tartása, a kis családi gazdaságok támogatása, a külföldi dohányimport ellenőrzése deviza megtakarítása céljából, és a politikai támogatás megtartása. Ezek a támogatások gyakran együtt járnak az importkorlátozásokkal.

A termelőknek adott ártámogatási politikával a nagyjövedelmű országok kormányai mesterségesen emelik a dohány és dohánytermékek világpiaci árát. A közgazdászok azzal érveltek, hogy amikor az árat ily módon megemelik, a dohányosok a fogyasztásuk csökkentésével reagálnak majd. Azonban a bizonyítékok azt mutatják, hogy ha van is ilyen hatása a fogyasztásra, az nagyon kicsi. A nagyjövedelmű országok többségében például az Egyesült Államokban a dohánylevél termelői ára a cigaretta árának csupán kis részét teszi ki. Ráadásul az olcsóbb dohány importja növekszik. Ilyen ártámogatás és szubvenciók csak elhanyagolható hatással vannak egy csomag cigaretta árára. A legújabb elemzés azt jelzi, hogy ezek a támogatások 1%-kal növelik az árakat az Egyesült Államokban. Egy ilyen nagyságrendű emelésnek szinte semmilyen hatása sincs a fogyasztásra. Következésképpen nem valószínű, hogy a támogatások megszüntetése a cigarettafogyasztás jelentős növekedését okozná.

Nem világos, hogy a az ártámogatások és szubvenciók megszüntetése hogyan befolyásolná a világtermelést. Az Egyesült Államokban a magasabb belföldi árak segíthetnének megemelni a dohánylevél világpiaci árát, jobb jövedelmezőséget biztosítva a gazdálkodóknak a kisjövedelmű országokban. Másrészt viszont vegyes hatás érné a kisjövedelmű országokban a gazdálkodókat akkor, ha megszüntetnék a támogatásokat és a kereskedelmi korlátozásokat egyaránt. Ha például a belföldön termelt dohány ára az Egyesült Államokban a támogatások megszüntetése miatt csökkenne, akkor az ottani dohánytermék gyártók többet használnának fel belőle ezáltal csökkenne a kisjövedelmű országokból származó rosszabb minőségű import. De ugyanakkor a szabadabb kereskedelem révén az ilyen dohány importja növekedhet.

A fogyasztásra gyakorolt minimális hatásuktól függetlenül az ártámogatásoknak és szubvencióknak nincs sok értelme a szilárd alapokon nyugvó kereskedelmi és mezőgazdasági politika keretén belül. Legjelentősebb funkciójuk talán politikai: növelik azok számát akiknek a dohánytermeléshez fűződő érdekei vannak.

## *A nemzetközi kereskedelem korlátozása*

A szabadkereskedelem bizonyítottan növeli a fogyasztók választási lehetőségeit és a termelést hatékonyabbá teszi. Sok tanulmány bizonyította, hogy fokozott fejlődést hoz a kis- és közepes jövedelmű országok számára. Noha a szabadkereskedelem mellett szőlő érvek általánosságban erősek, a dohány egyértelműen károsabb az egészségre mint a többi kereskedelmi forgalomban levő fogyasztási cikk. A politikai döntéshozók számára a legfontosabb kérdés az, hogy hogyan ellenőrizzék a dohányzást anélkül, hogy veszélyeztetnék a szabadkereskedelem egyébként előnyös következményeit. Amint arról az 1. fejezetben már szó volt, a kereskedelem liberalizációja hozzájárult a dohányfogyasztáshoz a kis- és közepes jövedelmű országokban. Logikusnak tűnhet, hogy a kereskedelmi korlátozások megállítanák ezt a növekedést. Azonban számos oka van annak, hogy ezek a korlátozásoknak miért lennének nemkívánatos következményei. Az egyik legfontosabb ok az, hogy a korlátozások valószínűleg olyan megtorló intézkedéseket indítanának el, melyek csökkentenék a gazdasági növekedést és a jövedelmeket. A kereskedelem liberalizálása közben nemzetközi reagálást eredményezett az Általános Vámtarifa és Kereskedelmi Egyezményen (GATT) keresztül, mely feljogosítja az országokat, hogy a közegészségügy védelmére intézkedéseket léptessenek érvénybe. Az ilyen intézkedések feltétele az, hogy a hazai és az importált termékekre egyaránt vonatkozzanak. A GATT XX. cikkelye kifejezetten kimondja, hogy az emberi élet védelméhez szükséges intézkedéseket nem akadályozhatja meg a szabadkereskedelem iránti követelmény.

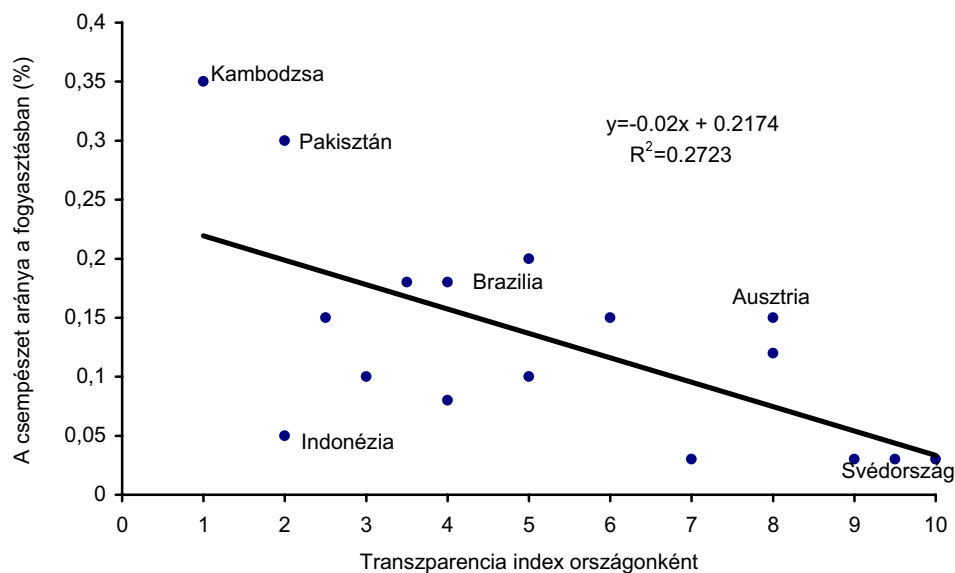
1990-ben Thaiföld megpróbálta betiltani a cigaretta importját és reklámozását, melyet az USA-beli dohánygyártó cégek kifogásoltak. A GATT bizottság megvizsgálta a helyzetet és azt a döntést hozta, hogy Thaiföld nem tilthatja be a cigaretta importját, de kivethet adókat, előírhat reklámozási tilalmat és árkorlátozásokat, valamint megkövetelheti, hogy minden olyan gyártó cég, akinek termékei kaphatók Thaiföldön lássa el termékeit érélyes figyelmeztető feliratokkal és az alkotórészek megnevezésével. A GATT bizottság döntését úgy is értelmezték, hogy Thaiföld *minden* dohánytermék értékesítését megtilthatja az országban feltéve, hogy a tilalom egyaránt érvényes a belföldön gyártott és a külföldön gyártott cigarettákra. Thaiföld érélyes keresletcsökkentő intézkedéseket vezetett be beleértve a reklámozás és promóció átfogó tilalmát valamint érélyes feliratok szerepeltetését a cigarettásdobozokon. Ez a korszakos döntés valamint Thaiföld azonnali és határozott reagálása precedenst teremtett a többi ország számára, hogy közegészségügyi alapon avatkozzanak be a dohánykereslet csökkentése érdekében a szabadkereskedelem elveinek fenntartása mellett.

### **Határozott intézkedések a csempészet ellen**

A cigarettacsempészet komoly probléma. A kutatók becslése szerint a nemzetközileg exportált cigaretták 30%-a, tehát kb. 355 milliárd cigaretta vész el a csempészet által. Ez sokkal nagyobb arányt jelent mint amit a nemzetközi kereskedelemben szereplő fogyasztási cikkek többségénél találunk. A probléma ott égető, ahol nagy különbségek vannak a szomszédos országok adói között, ahol általánosan elterjedt a korrupció, és ahol tolerálják a csempészett termékek értékesítését. Az alábbiakban röviden ismertetjük a csempészet okozta probléma mértékét és tárgyaljuk ellenőrzésének lehetőségeit. A csempészet ellenőrzésének előnye elsősorban nem abban jelentkezik, hogy csökkenti a kínálatot hanem, hogy segíti a keresletet csökkentő áremelések megvalósítását.

---

### 5.1. ábra: A DOHÁNYCSEMPÉSZET ÁLTALÁBAN EGYÜTT NŐ A KORRUPCIÓVAL Csempészet a transzparencia index függvényében



*Forrás:* Merriman, David, A. Yurekli, és F. Chaloupka. „Mekkora a világméretű cigarettacsempészeti probléma?” NBER munkadolgozat. Cambridge, Mass. National Bureau of Economic Research, kiadás előtt.

---

Az egyes országok közötti árkülönbségek nyilvánvalóan ösztönzőleg hatnak a cigaretták csempészésére. Azonban a csempészés meghatározó tényezői között nemcsak az ár szerepel. A jelen tanulmányhoz készített vizsgálat azt elemezte, hogy más tényezők mint például a korrupció szintje az országban milyen mértékben járul hozzá a csempészés okozta problémához. A Transparency International országindexén alapuló, a korrupciós szintet jelző mutatók segítségével a vizsgálat megállapította, hogy – jelentős kivételek mellett – a dohánycsempészés szintje együtt emelkedik az illető országban levő korrupció mértékével (5.1. ábra).

A nagybani dohánycsempészet a bűnöző szervezetekre, a célországban többé kevésbé jól kiépített, a csempészett cigarettát forgalmazó rendszerekre, valamint arra épít, hogy a cigaretta nemzetközi mozgását nem ellenőrzik. A csempészett cigaretták javarésze jól ismert nemzetközi márka. Jelentős pénzüsségekről van szó: a szervezett csempészek egy 10 millió cigarettát (mely után nem fizetnek adót) tartalmazó konténert 200000 dollárért tudnak megvásárolni. Ilyen mennyiségű cigaretta pénzübeli értéke az Európai Unióban legalább 1 millió dollár a vámilletékekkel, a forgalmi adóval (ÁFA) és az importadóval együtt. A csempészek nyeresége így olyan nagy lesz, hogy fedezni tudják a hosszú szállítási költségeket.

A cigarettát általában tranzitban szállítják a származási ország és a hivatalos rendeltetési hely között. Az országok közötti kereskedelem ösztönzése érdekében egy úgy nevezett tranzit rendszer van működésben, mely ideiglenesen felfüggeszti az „A” országból származó és a „B” országnak szánt árukra a vámilleték, jövedéki adó, és ÁFA kifizetését mialatt tranzitban vannak a „C”, „D”, stb. országokban. Azonban sok cigaretta egyszerűen nem érkezik meg a rendeltetési helyére mivel nem hivatalos kereskedők megvették és eladták. A csempészség másik formája az ún. „oda-vissza utaztatás”, mely ott használatos ahol viszonylag nagy árkülönbségek vannak a szomszédos országok között. Dokumentumok vannak arról, hogy például Kanadából, Brazíliából és Dél-Afrikából exportált cigaretták beléptek a szomszédos országba majd újra megjelentek saját származási országukban leszállított áron, adó megfizetése nélkül.

A csempészség sikeressége arra épül, hogy a cigaretta rövid idő alatt nagyon sok tulajdonos kezén megy keresztül, mely szinte lehetetlenné teszi mozgásának követését. Továbbá, az illegális értékesítés enyhe büntetése valamint a legális és illegális értékesítés szétválasztása csökkentheti a csempészek kockázatait. Oroszországban és sok kisjövedelmű országban például a cigaretták többségét az utcán árusítják.

A közgazdasági elmélet szerint maga a dohányipar is hasznot húz a csempészet jelenlétéből. A csempészet hatását vizsgáló tanulmányok megállapították, hogy amikor a csempészt cigaretták az összes értékesítés nagy százalékát teszik ki, akkor az (adózott vagy adómentes) cigaretta ára csökkeni fog, növelve a cigaretták összeladását. A csempészt cigaretták jelenléte egy olyan piacon melyet mindeztideig elzártak az importált márkáktól segíteni fogja ezek a márkák iránti kereslet fokozódását és ezáltal növeli piaci részesedésüket. A kormányzatokat is befolyásolni fogja olyan irányban, hogy alacsonyban tartsák az adókulcsokat.

Eddig nagyon kevés tapasztalat gyűlt össze és kevés kutatómunka folyt a csempészet elleni intézkedések hatásosságával kapcsolatban. Azonban a politikai döntéshozók többféle lehetőséget is mérlegelhetnek. Először, a cigarettásdobozok legális vagy illegális voltát az első szempillantásra észrevehetővé lehetne tenni a fogyasztók és a rendvédelmi szervek számára például jól látható (és nehezen hamisítható) adózárjegyek használatával olyan dobozokon, amelyek után az adót kifizették valamint speciális csomagolás használatával a vámmentes dobozokon. Erélyes és változó figyelmeztető feliratok az illető ország nyelvén szintén segítenek a legális és az illegális értékesítés közötti különbségtételnél. Másodszor, a csempészségért járó büntetést eléggé súlyossá lehetne tenni ahhoz, hogy elriassa azokat akik jelenleg úgy érzik, hogy a bűnvádi kockázatok alacsonyak. Harmadszor, a gyártó és a fogyasztó közötti lánc minden résztvevőjének hatósági engedéllyel kellene rendelkeznie. Ez már megvalósult Franciaországban és Szingapúrban. Negyedszer, a gyártókat kötelezni kellene, hogy egyedi számmal bélyegezzenek le minden egyes cigarettásdobozt a nyomkövetés lehetővé tétele céljából. Az egyre kifinomultabb technika segítségével a dobozjelzés információkat szolgáltat a forgalmazóról, a nagykereskedőről és az exportőrrel is. Ötödös, a gyártókat kötelezni kellene, hogy vállaljanak felelősséget jobb nyilvántartással azért, hogy a termékek végső rendeltetési helye valóban az legyen ahova a termékeket hivatalosan szánták. A számítógépes ellenőrző rendszerek lehetővé tennék a kormányzatok számára, hogy nyomkövessék az egyes szállítmányokat és mozgásuk közben bármikor megvizsgálhassák őket. Egy ilyen rendszer már működik Kínában Hong-Kongban. Hatodszor, az exportőröket kötelezni kellene, hogy jelöljék meg a dobozokon a végső rendeltetési helyet

és nyomtassanak rájuk egészségügyi figyelmeztetést az illető ország nyelvén. Amikor a nemzetközi vállalatok a cigarettáikat helyben gyártják, akkor ezt is fel kellene tüntetni a dobozon a jobb felderítés és a csempészett cigarettákra való figyelemfelkeltés érdekében. Számos ország fokozza a csempészás elleni tevékenységét. Az Egyesült Királyság például nemrég jelentett be egy több mint 55 millió dolláros csomagot a dohány- és alkoholcsempészet elleni harc érdekében beleértve külön ezzel foglalkozó csoportot is. A tapasztalatok növekedésével a jobb ellenőrzés kilátásai minden érintett országban várhatóan javulni fognak.



## 6. A dohányzásellenőrzés költségei és következményei

ANNAK ellenére, hogy a dohányzás az egész világon fenyegeti az egészséget, sok kormányzat – különösképpen a kis- és közepes jövedelmű országokban – eddig nem tett jelentős intézkedéseket az áldozatok számának csökkentése érdekében. Néha ez azért van mert a fenyegetés mértékét alábecsülik vagy azért mert tévesen azt gondolják, hogy úgymint csak keveset lehet tenni a fogyasztás csökkentése érdekében. Azonban sok kormány azért tétovázott a cselekvéssel mert aggódott, hogy a dohányzásellenőrzésnek nemkívánatos gazdasági következményei lesznek. Ebben a fejezetben a dohányzásellenőrzésnek a gazdaságra és az egyénre való hatásával kapcsolatos néhány általános aggályt ismertetünk, majd megvizsgáljuk a beavatkozások költséghatékonyságát.

### **Károsítja-e a dohányzásellenőrzés a gazdaságot?**

A következőkben az általánosan elterjedt aggályok közül néhányat a leggyakrabban feltett kérdésekre adott válaszok formájában vitatunk meg.

*Ha csökken a dohány iránti kereslet akkor sok munkahely fog megszűnni?*

A kormányok dohánnyal kapcsolatos inaktivitásának fő oka az, hogy félnek attól, hogy munkanélküliséget hoznak létre. Ez a félelem főként a dohányipar azon érveléséből származik, hogy a dohányzásellenőrzési intézkedések világszerte több millió munkahely elvesztését fogják eredményezni. Azonban az érvek és az alapul szolgáló adatok közelebbi vizsgálata azt jelzi, hogy a dohányzásellenőrzésnek a foglalkoztatásra gyakorolt negatív hatását nagymértékben túlbecsülték. A dohánytermesztés csupán egy kis rész jelent a legtöbb gazdaságban. A dohánytermesztéstől erősen függő néhány mezőgazdasági ország kivételével nem lenne *nettó* munkahelyvesztés, és talán még munkahelyek száma növekedne is akkor, ha a globális dohányfogyasztás csökken. Ez azért van, mert a dohányra költött pénzeket más árucikre és termékekre költenék és ezáltal több munkahely teremődne. Még az a maroknyi dohányfüggő gazdaság is elég nagy piaccal rendelkezne ahhoz, hogy biztosítsa a gazdálkodók munkahelyeit sok évre előre még a fokozatosan csökkenő kereslet ellenére is.

A dohányipar becslése szerint világszerte 33 millió ember foglalkozik dohánytermesztéssel. Ez a szám tartalmazza az idénymunkásokat, a részmunkaidőben dolgozókat valamint a gazdák családtagjait. Azokat a gazdákat is tartalmazza akik a dohányon kívül más terményeket is termelnek. A teljes létszámból 15 millió van Kínában és 3,5 millió Indiában. Zimbabwében mintegy 100000 munkás dolgozik a dohánygazdaságokban. Viszonylag kicsi de azért jelentős a foglalkoztatottak száma a nagyjövedelmű országokban is: Az Egyesült Államokban például 120000 dohánytermelő gazdaság van, és az Európai Unióban 135000 főként kis gazdaság Görögországban, Olaszországban, Spanyolországban és Franciaországban. A dohányipar gyártási részén kevés a munkahely mivel a gyártás nagyon gépesített.

A legtöbb országban a dohánygyártási munkahelyek jóval kevesebb mint 1%-át teszik ki az összes feldolgozóipari munkahelynek. Van néhány fontos kivétel mint például Indonézia, ahol a dohánygyártás a feldolgozóipari termelés 8%-át jelenti, valamint Törökország, Banglades, Egyiptom, a Fülöp-szigetek és Thaiföld ahol az arány 2,5-5% között van. Egészében véve azonban nyilvánvaló, hogy a dohánytermelés csak egy kis részt képvisel a legtöbb ország gazdaságában.

Azok a megállapítások, hogy a dohányzásellenőrzés tömeges munkahelyvesztést fog jelenteni rendszerint a dohányipar által finanszírozott tanulmányokon alapulnak, melyek kiszámítják a dohánynak tulajdonítható munkahelyek számát az egyes ágazatokban, az ezekhez a munkahelyekhez kapcsolódó jövedelmeket, a dohányértékesítésből származó adóbevételeket, valamint a dohány hozzájárulását az ország kereskedelmi egyenlegéhez. Ezek a tanulmányok felbecsülik dohánytermesztésből és -gyártásból származó pénzek sokszorozódó hatását a gazdaság más területeire. Azonban az ezekben a tanulmányokban alkalmazott módszerek komoly bírálatot kaptak. Először, a dohánynak a foglalkoztatáshoz és a gazdasághoz való *bruttó* hozzájárulását határozzák meg. Ritkán vagy sohasem veszik figyelembe azt, hogyha az emberek nem költenének pénzt a dohányzásra, akkor azt rendszerint másra költenék, és ezzel alternatív, az elveszettekét pótló munkahelyeket teremtenének. Másodszor, módszereik túlbecsülik az egyes keresletcsökkentő beavatkozások hatását mivel egyes változókra (a dohányzási trendekre és a cigarettagyártás gépesítésének trendjére) vonatkozó becsléseik statikusak.

A dohánynak az egyes gazdaságokra gyakorolt hatását vizsgáló független tanulmányok eltérő következtetésre jutnak. A független tanulmányok ahelyett, hogy a dohánynak a gazdaságra való *bruttó* gazdasági hozzájárulásával számolnának, a *nettó* hozzájárulást veszik figyelembe, azaz minden dohánnyal kapcsolatos tevékenységnek a gazdaságra gyakorolt előnyeit azt követően, hogy figyelembe vették azon alternatív munkahelyek kompenzáló hatását, melyet a dohányzásra el nem költött pénzből keletkeznének. Ezeknek a tanulmányoknak a végkövetkeztetése az, hogy a dohányzásellenőrzési politikának kicsi vagy semmilyen negatív hatása sem lenne a teljes foglalkoztatottságra néhány dohánytermelő ország kivételével.

Ezek a megállapítások nem korlátozódnak a nagyjövedelmű országokra. Sőt van néhány olyan kisjövedelmű ország, mely talán nagy előnyöket élvezhetne. A jelen tanulmány keretében készített háttér tanulmány szerint Banglades, amely szinte minden cigarettáját importálja, kifejezetten profitálna abból, ha a belföldi fogyasztás megszűnne. A gazdaság különböző ágazataiban a munkahelyek akár 18%-os nettó növekedése jönne létre ha a dohányosok a pénzüket más árukra vagy szolgáltatásokra költenék.

A dohányfogyasztás globális csökkenésének a gazdaságokra gyakorolt hatása eltérő lesz a gazdaság típusától függően. Az országok három kategóriába sorolhatók. Az első kategóriába tartoznak azok az országok, melyek több nyersdohányt termelnek mint elfogyasztanak, vagyis a nettó exportőrök: például Brazília, Kenya és Zimbabwe. A második kategóriába tartoznak azok az országok, melyek körülbelül annyit fogyasztanak mint amennyit megtermelnek, vagyis az úgy nevezett „egyensúlyban levő” dohánygazdaságok. A harmadik kategória olyan országokból áll, melyek többet fogyasztanak mint megtermelnek, vagyis a nettó és teljes importőrök. Az utóbbi kategóriába tartozik messze a legtöbb ország és olyan országokat foglal magába mint Indonéziát, Nepált és Vietnámot.

A legtöbb országot tartalmazó csoportban – nettó és teljes importőrök csoportjában – a dohányzásellenőrzés hatásainak legnagyobb részét a fogyasztók viselik, és valószínűleg több munkahely fog létrejönni mint elveszni (6.1. táblázat). Azonban néhány, a dohánytól erősen függő mezőgazdasági ország nettó munkahelyvesztést tapasztalhat. A legrosszabbul azokat a dohánytermelő országokat érinti a dohányzásellenőrzés, melyek a dohány javarészét exportálják pl. Malawi és Zimbabwe. Az egyik modell azt állapította meg, hogy ha a holnapi nappal minden belföldi dohánytermesztés megszűnne Zimbabweban akkor 12%-os nettó munkahelyvesztés lépne fel. Hangsúlyozni kell azonban, hogy egy ilyen szélsőséges forgatókönyv nagyon valószínűtlen.

A háztartások és a kis falusi települések szintjén egy ilyen kiigazítás jövedelemvesztéssel, felfordulással és esetleg áttelepítéssel járna, és sok kormány gondolná fontosnak, hogy megkönnyítse az átállási folyamatot.

6.1. táblázat: A LECSÖKKENT VAGY MEGSZÜNT DOHÁNYFOGYASZTÁSNAK A FOGLAKOZTATÁSRA GYAKOROLT HATÁSÁT VIZSGÁLÓ TANULMÁNYOK

<i>Ország típus, megnevezés, év</i>	<i>A foglalkoztatottság nettó változása a gazdaság százalékában a megadott bázisévben</i>	<i>Feltételezések</i>
<b>Nettó exportőrök</b>		
Kanada (1992)	0,1%	A belföldi fogyasztásra fordított jövedelem-felhasználás teljes megszűnése, a fogyasztás az „átlagos” jövedelem-felhasználási struktúra szerint
Egyesült Államok (1993)	0%	A belföldi fogyasztásra fordított jövedelem-felhasználás teljes megszűnése, a fogyasztás az „átlagos” jövedelem-felhasználási struktúra szerint
Egyesült Királyság (1990)	+0,5%	A dohányfogyasztásra fordított jövedelem-felhasználás 40%-os csökkenése, a fogyasztás a „most leszokott dohányos” jövedelem-felhasználási struktúra szerint
Zimbabwe (1980)	-12,4%	A teljes belföldi dohányfogyasztás és -termelés megszűnése, „átlagos” ráfordítási-kibocsátási struktúra szerint újrafelosztva
<b>Dohányegyensúlyban levő országok</b>		
Dél-Afrika (1995)	+0,4%	A belföldi fogyasztásra fordított jövedelem-felhasználás teljes megszűnése, a fogyasztás a „most leszokott dohányos” jövedelem-felhasználási struktúra szerint
Skócia (1989)	+0,3%	A belföldi fogyasztásra fordított jövedelem-felhasználás teljes megszűnése, a fogyasztás az „átlagos” jövedelem-felhasználási struktúra szerint
<b>Nettó importőrök</b>		
Michigan Állam (USA) (1992)	+0,1%	A belföldi fogyasztásra fordított jövedelem-felhasználás teljes megszűnése, a fogyasztás az „átlagos” jövedelem-felhasználási struktúra szerint
Banglades (1994)	+18,7%	A belföldi fogyasztásra fordított jövedelem-felhasználás teljes megszűnése, a fogyasztás az „átlagos” jövedelem-felhasználási struktúra szerint

*Források:* Buck, David és mások, 1995; Irvine, I. J. és W. A. Sims, 1997; McNicoll, I.H. és S. Boyle 1992; van der Merwe, Rowena, és mások háttérjelölget; Warner, K. E. és G. A. Fulton, 1994; Warner K. E. és mások, 1996

---

## 6.1. KERETES ÍRÁS: SEGÍTSÉG A LEGSZEGÉNYEBB GAZDÁLKODÓKNAK

Nemigen lehet számítani a dohánytermesztés meredek és hirtelen csökkenésére. Amint azt a korábbi fejezetekben láttuk, nagyon valószínűtlen, hogy a dohánytermesztés korlátozásával járó politika a legtöbb országban célszerű vagy politikailag elfogadható volna. Ha csökken a dohány iránti kereslet, akkor az lassan fog bekövetkezni, mely lehetővé teszi a közvetlenül érintettek szintén lassú alkalmazkodási folyamatát.

A politikai döntéshozók számára nagyon fontos, hogy pontosan mérjék fel azt, hogy a fokozatosan csökkenő kereslet hogyan fog hatni a dohánytermesztő közösségekre. A nagyjövedelmű országok többségéből származó tanulmányok azt jelzik, hogy a gazdaság dohánytermesztő területei fokozatosan diverzifikálódtak, tértek át más termesztési ágakra. A nagyjövedelmű országokban a dohánytermesztők évtizedek óta végzik a gazdasági korrekciót, és sok dohánytermesztő közösség ma már diverzifikáltabb gazdaságra építhet mint a múltban. Általános jelenség a további diverzifikáció iránti érdeklődés. Az Egyesült Államokban a dohányfarmerek között végzett felmérés azt jelzi, hogy például a megkérdezettek fele legalább is tudott azokról a nyereséges alternatív mezőgazdasági tevékenységekről, amelyeket a saját országukban más dohányfarmerek folytatnak. A fiatalabb és iskolázottabb farmerek jobban érdeklődnek a diverzifikáció iránt és tartják azt megvalósíthatónak, mint az idősebb farmerek. A farmerek egy jelentős

kisebbsége tudott a változtatás lehetőségeiről, de felismerték, hogy a változás lassú lesz. Bár tíz farmerből több, mint nyolc mondta, hogy továbbra is dohánytermesztő marad, háromból egy mondta, hogy azt javasolják gyermekeiknek, hogy ne maradjanak ebben az üzletágban.

Mindazonáltal sok indok van arra, hogy a kormányok miért akarják támogatni a legszegényebb farmereket az átállási költségek terén: a gazdaságok jelentősen hozzájárulnak a vidéki foglalkoztatáshoz és sok társadalom társadalmilag fontosnak tekinti azokat. Továbbá, a gazdák jelentős politikai ellenállást képviselhetnek a dohányzásellenőrzéssel szemben. A kormányok részéről a megfelelő módszer sok különböző tevékenységet foglalna magába, mint például a stabil mezőgazdasági és kereskedelmi politika ösztönzését, széleskörű, vidéki fejlesztési programok biztosítását, a terménydiverzifikáció segítését, mezőgazdasági továbbképzést, valamint egyéb a biztonsági hálót erősítő intézkedéseket. Néhány kormány azt javasolta, hogy ezt a támogatást a dohánytermék-adókból kellene finanszírozni. A kormányzatok a helyi kezdeményezésekből is tanulhatnak. Az Egyesült Államokban például néhány, hagyományosan a dohánytermesztéstől függő, vidéki közösség összefogott a közegészségügyi testületekkel olyan koncepciók egyeztetésére, amelyek csökkentik a dohányfogyasztást és ugyanakkor támogatják a fenntartható vidéki közösségeket.

### *A magasabb dohánytermék adók csökkentik az állami bevételeket?*

A politikai döntéshozók gyakran érvelnek a dohánytermék adó emelése ellen azzal, hogy az ebből származó keresletcsökkenés létfontosságú bevételeket fog elvenni az államtól. Valójában ennek az ellenkezője igaz rövid és közép távon, bár a nagyon hosszú távú helyzet kevésbé biztos. Az adóbevételek várhatóan emelkedni fognak rövid és közép távon mivel bár a magasabb árak nyilvánvalóan csökkentik a fogyasztást, a cigaretták iránti kereslet viszonylag rugalmatlan. Tehát a cigarettafogyasztás csökkeni fog, de kisebb arányban mint az árak fognak emelkedni. Az Egyesült Királyságban például a cigaretta adóját ismételten emelték az elmúlt három évtized során. Részben az emelések miatt és részben a dohányzás egészségügyi következményeinek állandóan fokozódó tudatosulása miatt a fogyasztás meredeken csökkent ez alatt az időszak alatt: az évente eladott cigaretták darabszáma 138 milliárdról 80 milliárdra csökkent három évtized alatt. A bevételek azonban még most is emelkednek. Az Egyesült Királyságban minden 1%-os adóemelés az állami bevételek 0,6-0,9%-os növekedésével járt (lásd a 6.1. ábrát). A jelen tanulmány számára kifejlesztett modell arra a következtetésre jut, hogy a cigaretta jövedéki adójának az egész világra kiterjedő, szerény, 10%-os emelése az adóbevételeket általánosan mintegy 7%-kal növelné országonként más és más mértékben.

Egyes nem-árjellegű intézkedésektől – például a reklámtilalomtól, a tömeges információáramlástól, a figyelmeztető feliratoktól – az ember azt várná, hogy csökkentik a bevételeket. A nikotinhelyettesítő terápiát liberalizáló beavatkozások valamint egyéb leszokást segítő tevékenységek szintén csökkentik a fogyasztást és ezáltal a bevételeket is. Azonban a bevételekre gyakorolt hatásuk fokozatos lesz, és az adóemelést is magába foglaló, átfogó dohányzásellenőrzési csomag várhatóan bevételnövekedéshez fog vezetni.

Természetesen fontos annak felismerése – ha a dohányzásellenőrzés végső célja az, hogy az emberek egészségének javára szolgáljon –, hogy ideális esetben a politikai döntéshozó azt szeretné látni, hogy a dohányfogyasztás olyan alacsony szintre esik vissza, hogy végül a dohánytermék adóból származó bevételek is csökkenni kezdenek. Ez a végső bevételcsökkenés tekinthető majd a dohányzásellenőrzés sikerének fokmérőjének – illetve a társadalom abbéli hajlandóságának, hogy fizessen a lecsökkent dohányzással járó egészségügyi előnyökért. De ez egy elméleti lehetőség és nem egy valószínű forgatókönyv. A jelenlegi dohányzási szokások alapján a dohányosok száma várhatóan növekedni fog a kisjövedelmű országokban az elkövetkező három évtized során. Éppen ilyen fontos az, hogy a kormányok szabad kezet kapjanak olyan alternatív jövedelmi adó vagy fogyasztási adó bevezetésére, amely pótolná a dohánytermék adókból származó bevételt.

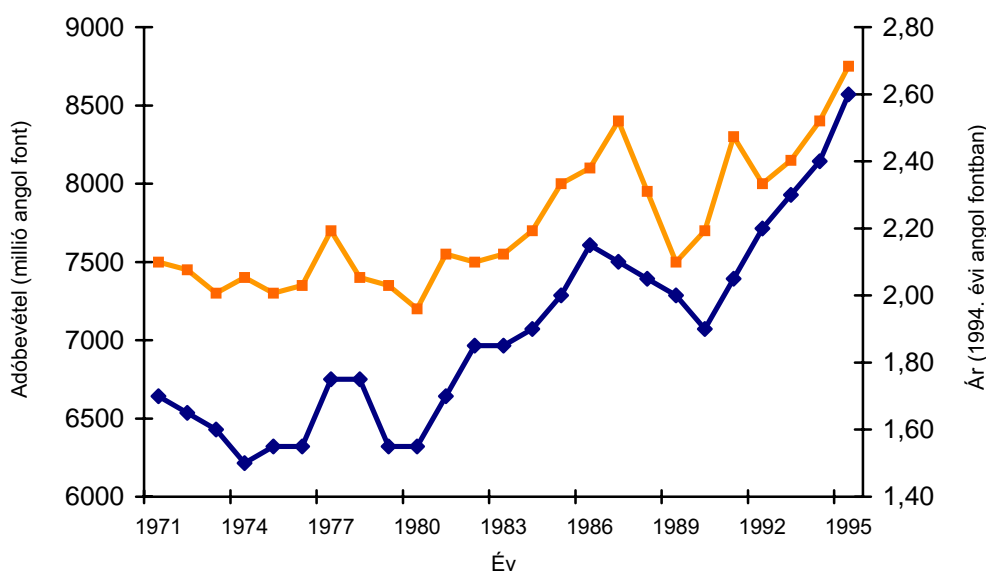
### *A magas dohánytermék adók a csempészet óriási növekedését fogják okozni?*

Vannak akik azzal érvelnek, hogy a magasabb adómértékek hozzájárulnak majd a cigarettacsempészet és az ehhez kapcsolódó bűnözői tevékenységek fokozódásához. Ez a forgatókönyv szerint a cigarettafogyasztás magas marad és az adóbevételek csökkennek. Azonban számos nagyjövedelmű ország tapasztalatainak ökonometriai és egyéb elemzése azt mutatja, hogy az adóemelések még a nagymértékű csempészet jelenlétében is bevételnövekedést hoznak és csökkentik a cigarettafogyasztást. Tehát, bár a csempészet kétségkívül komoly probléma, és bár az egyes országok között a dohánytermék adó mértékében található igen nagy különbségek ösztönzést jelentenek a csempészek számára, a csempészetre való megfe-

elő reagálást nem az adómérték csökkentése vagy az adóemelésről való lemondás jelenti. Ehelyett sokkal helyénvalóbb a bűnözés szigorú kezelése. A második logikai következtetés az, hogy a cigaretta adómértékének a szomszédos országok közötti harmonizálása segítene a csempészet indítékainak csökkentésében.

### 6.1. ábra: A DOHÁNYADÓ EMELÉSÉVEL A KÖLTSÉGVETÉS BEVÉTELEI IS NŐVEKEDNEK

A tényleges árak illetve a dohányadóból származó bevételek az Egyesült Királyságban, 1971-1995



*Forrás: Townsend, Joy. „Az adópolitika szerepe a dohányzásellenőrzésben.” Abedian, I. és mások A dohányzásellenőrzés gazdaságtana. Cape Town, Dél-Afrika. Cape Town Egyetem*

Kanada példája egyértelműen illusztrálja ezt a megállapítást. Az 1980-as és az 1990-es évek elején Kanada erőteljesen megemelte a cigaretta adóját olyan mértékben, hogy a cigaretta tényleges ára jelenősen emelkedett. 1979 és 1991 között a tizenévesek dohányzása közel kétharmadával csökkent, a felnőttek dohányzása csökkent és a cigaretta adóbevételek jelentősen nőttek. Azonban a nagymértékben megnőtt csempészet miatti aggályok következtében a kormány erősen csökkentette az adókat. Erre válaszként a dohányosok aránya megnőtt a tizenévesek körében és ismét emelkedett az egész lakosság körében is. Közben a dohánybevételek az előrejelzésekhez képest több mint kétszeresével csökkentek.

Dél-Afrika tapasztalatai is tanulságosak. Az 1990-es évek során Dél-Afrika nagymértékben – több mint 450%-kal – emelte a cigaretta jövedéki adóját. Az eladási árban az adó aránya így 38%-ról 50%-ra emelkedett. Nem meglepő módon a csempészet is nőtt nulláról 6%-ra, mely a világátlagot jelenti. Az értékesítés több, mint 20%-kal csökkent, mely jelentős nettó fogyasztáscsökkenést jelez a megnőtt csempészet dacára. Közben az összes adóbevételek reálértéken több, mint megduplázódtak.

Egy ökonometriai tanulmány vizsgálta a különböző adóforgatókönyvek potenciális hatását az európai országok közötti cigarettacsempészet indítékaira. Az elemzés megállapítja, hogy az európai csempészet szintjénél többször nagyobb szint mellett is a magasabb adók nagyobb bevételeket hoznának. A tanulmány arra a következtetésre jut, hogy az áremelkedés által ösztönzött csempészet valószínűleg azokban az országokban okoz jelentősebb problémát, ahol a cigaretta ára már amúgy is magas. Az áremelések gyakorlatilag nem lennének hatással az olcsó cigarettával rendelkező országokba való csempészetre.

*A szegény fogyasztók fogják viselni a legnagyobb pénzügyi terheket?*

Sok társadalomban egyetértés van azzal kapcsolatban, hogy az adórendszer igazságos legyen abban az értelemben, hogy azokat kell a legkeményebben megadóztatni, akik leginkább képesek fizetni. Ez a konszenzus tükröződik például a progresszív személyi jövedelemadó rendszerekben, ahol a marginális adókulcsok a jövedelem növekedésével emelkednek. A dohánytermék adók azonban regresszívek, azaz éppen úgy mint más fogyasztási cikkek jövedéki adói aránytalanul nagy pénzügyi terheket rónak a kisjövedelműekre. Ezt a regresszivitást még tovább emeli az, hogy a dohányzás mindennaposabb a szegény háztartásokban, mint a gazdagabbakban, tehát a szegényebb dohányosok jövedelmük nagyobb részét költik a cigaretta adójára mint a gazdag dohányosok.

Felmerül az az aggály, hogy az adók emelésekor a szegény fogyasztók jövedelmük egyre nagyobb részét fogják cigarettára költeni, mely a családban komoly nélkülözéseket fog eredményezni. Még lecsökkent kereslet mellett is igaz lesz az, hogy a szegény fogyasztók többet dohányoznak mint a gazdagok és ezáltal több adót is fognak fizetni. Azonban számos tanulmány kimutatta, hogy a kis jövedelemből élő emberek érzékenyebbek az árváltozásokra mint a nagyjövedelműek. Fogyasztásuk meredekebb csökkenésével a *viszonylagos* adóterhük a gazdagabb fogyasztókhöz képest csökkeni fog, bár így is több adót fognak fizetni. Az Egyesült Királyságból illetve az Egyesült Államokból származó két tanulmány támogatja azt az elgondolást, hogy a dohánytermék adó *emelése* progresszív legyen, bár *maga* a dohánytermék adó regresszív. Szükséges, hogy a kis- és közepes országokban végzett további vizsgálatok megerősítsék ezt a megállapítást. Természetesen minden egyes dohányosnak le kell majd mondania dohányzás érzékelt előnyeiről és el kell szenvednie az elvonás költségeit, és ezek a veszteségek aránylag nagyobbak lesznek a szegény fogyasztók esetében.

A dohánytermék adóknak mint minden más egyszeri adónak azon célkitűzésen belül kell működni mely biztosítja, hogy az adók és kiadások teljes rendszere arányos vagy progresszív. Manapság a legtöbb ország adórendszere sok különböző adó keverékéből áll, ahol az általános célkitűzés az, hogy a rendszer progresszív ill. arányos legyen, még akkor is ha a rendszerben vannak olyan adók vagy elemek, melyek regresszívek. A dohánytermék adó regresszivitásának ellentételezésére a kormányzatok progresszívebb adókat vagy egyéb transzfer programokat vezethetnek be. A jól megcélzott szociális szolgáltatások (pl. oktatás és egészségügyi programok) biztosítása ellentételezni tudná a dohányra kivetett adók regresszivitását.

Bár elvileg a közérdekű dolgokat az általános bevételekből kellene finanszírozni, a dohány megadóztatásának páratlan jövedelemtermelő képességét nem lehet figyelmen kívül hagyni. Kínában becslések szerint a cigaretta adójának 10%-os emelése a fogyasztást 5%-kal csökkentené és a bevételeket 5%-kal növelné, és ez a növekedés elegendő lenne a nélkülözhetetlen egészségügyi szolgáltatások finanszírozására Kína legszegényebb 100 millió polgára részére.

### *Költségekkel jár az egyének számára a dohányzásellenőrzés?*

A cigarettafogyasztás csökkentése révén a dohányzásellenőrzési módszerek csökkentik a dohányos elégedettségét vagy a dohányzás számára nyújtott előnyeit – éppen úgy, mint bármilyen más fogyasztási cikk megnyirbált fogyasztása csökkenti a fogyasztók jólétét. A rendszeres dohányzóknak vagy fel kell adniuk a dohányzás élvezetét vagy meg kell fizetniük a leszokás költségeit, vagy mindkettőt. Ez a fogyasztói többlet csökkenését jelenti, és ezt kell szembeállítani a dohányzásellenőrzés előnyeivel.

Azonban amint azt már korábban láttuk, a dohány nem egy szokásos előnyökkel rendelkező tipikus fogyasztási cikk a függőségi és tájékoztatási problémák miatt. A nikotinfüggő dohányos számára aki sajnálja, hogy dohányzik és kinyilvánítja leszokási óhaját, a dohányzás előnyei közé tartozik valószínűleg az elvonás elkerülése is. Ha a dohányzásellenőrzési intézkedések csökkentik az egyes dohányosok fogyasztását akkor ezek a dohányosok jelentős elvonási költségekkel néznek szembe.

Mivel a legtöbb rendszeres dohányos kinyilvánítja leszokási óhaját de egyedül kevesen járnak sikerrel, valószínűnek tűnik, hogy a leszokás érzékelt költsége nagyobb mint a dohányzás folytatásának érzékelt ára mint például az egészségkárosodás. A magasabb adók azzal, hogy a dohányzás folytatásának költségét nagyobbá teszik mint a leszokás költsége, néhány dohányost leszokásra fognak ösztönözni. Azonban ezeknek a dohányosoknak még mindig számolniuk kell a leszokás költségeivel. A dohányzás egészségügyi következményeire vonatkozó tájékoztatás növelné a dohányzás folytatásának érzékelt árát, és figyelmeztetné a dohányosokat a leszokás előnyeire. A nikotinhelyettesítő terápiához (NRT) való szélesebbkörű hozzájutás segítené a leszokási költségek csökkentését.

Érvként felmerülhet, hogy a dohányzásellenőrzési intézkedések nagyobb költségeket fognak róni a szegényebb emberekre, mint a nagyobb jövedelemmel rendelkezőkre. De ha ez igaz a dohány esetében, akkor ez nem egyedülálló a közegészségügy terén. Számos egészségügyi előírás vagy beavatkozás betartása – például a gyermekek védőoltása vagy a családtervezés – gyakran költségesebb a szegény háztartások számára. A szegény családoknak például hosszabb utat kell gyalogolniuk a rendelőbe mint a gazdagabbaknak és közben jövedelemtől eshetnek el.

Amikor a dohányosoknál a fogyasztói többlet csökkenéséről beszélünk, fontos, hogy különbséget tegyünk a rendszeres dohányosok és a többiek között. Az olyan gyerekek vagy tizenévesek számára, akik vagy kezdő vagy csak potenciális dohányosok, a dohányzás abbahagyása kevésbé súlyos költségekkel jár, mivel a függőség még nem alakult ki és ezért az elvonási költségek minimálisak lesznek. Lehet, hogy egyéb árat is kell fizessenek a leszokásért, például, hogy a kortársak kevésbé fogadják be őket, a szülők elleni lázadásból kisebb elégedettséget szereznek, és elvesztik a dohányzással járó egyéb élvezeteket.



## **Kifizetődik-e a dohányzásellenőrzés?**

Most feltesszük a kérdést, hogy a dohányzásellenőrzés a többi egészségügyi beavatkozáshoz viszonyítva költséghatékony-e. A beavatkozást tervező kormányzatok számára ez egy további fontos szempont lehet annak eldöntésében, hogy hogyan tovább.

A különböző egészségügyi beavatkozások költséghatékonyasága úgy mérhető, hogy felbecsüljük, hogy egy-egy beavatkozással várhatóan hány egészséges életévet nyerhetünk a beavatkozáshoz szükséges közpénz fejében. A Világbank „Beruházás az egészségügybe” című 1993. évi, a világ fejlődéséről szóló jelentése szerint a dohányellenőrzési politikák költséghatékonyak tekinthetők és érdemes beleépíteni azokat a minimális egészségügyi ellátási csomagba. Meglévő tanulmányok azt jelzik, hogy a dohányzásellenőrzési politikán alapuló programok egy megmentett diszkontált egészséges életévre (egy rokkantsággal korrigált életév, vagy DALY) vetítve kb. 20-80 dollárba kerülnek.

A jelen tanulmány keretében számításokat végeztünk a 4. fejezetben tárgyalt keresletcsökkentő beavatkozások hatékonyságára vonatkozóan: adóemelés, nem-árjellegű intézkedési csomag, benne a reklámozási- és promóciós tilalom, szélesebbkörű egészségügyi tájékoztatás és a nyilvános helyeken a dohányzás korlátozása, valamint a nikotinhelyettesítő terápiák (NRT). A megállapítások különösen a kis- és közepes jövedelmű országok számára lehetnek értékesek annak meghatározásában, hogy a saját igényeiknek megfelelő beavatkozások mire helyezik a hangsúlyt.

A számításokat a 4.1. keretben ismertetett modell segítségével végeztük. A modell feltételrendszerét és bemenő adatait részletesen a jelen tanulmány háttéranyaga ismerteti. Néhány beavatkozás, mint például az adóemelés vagy a reklámozás és promóció betiltása nulla vagy minimális költséggel jár, ezeket nevezzük „tollvonásos” beavatkozásoknak. Az óvatos becslés érdekében a modell jelentős végrehajtási és adminisztrációs költségeket határozott meg és számolt az NRT gyógyszerköltségével is. Ezek a költségek azonban nem foglalták magukba az egyének által viselt esetleges költségeket. Az eredmények (6.2. ábra) azt jelzik, az adóemelés messze a legköltséghatékonyabb beavatkozás és előnyösen hasonlítható össze sok egészségügyi beavatkozással. A magasabb dohánytermék adók emelésének és figyelésének adminisztrációs költségeire vonatkozó feltételezésektől függően egy 10%-os adóemelés végrehajtása rokkantsággal korrigált életévenként (DALY)<sup>1</sup> 5 dollár alatt lenne (de nem valószínű, hogy több lenne 17 dollárnál). Ez a kormányok által finanszírozott sok más egészségügyi beavatkozással (pl. gyerekek védőoltása) összehasonlítható költséghatékonyasági értékeket jelent. A nem-árjellegű intézkedések szintén nagyon költséghatékonyak lehetnek a kis- és közepes jövedelmű országokban. A számításoknál használt feltételrendszerrel függően egy intézkedés-csomag rokkantsággal korrigált életévenként (DALY) mindössze 68 dollárba kerülne. Ez a költséghatékonyasági szint megfelel sok, a közegészségügyben használt beavatkozásnak, pl. a beteg gyerekek integrált kezelésének melynek becsült költsége rokkantsággal korrigált életévenként (DALY) 30-50 dollár között van a kisjövedelmű országokban és 50-100 dollár között a közepes jövedelmű országokban.

6.2. táblázat: A DOHÁNYELLENŐRZÉSI MÓDSZEREK KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGA  
Különböző dohányzásellenőrzési beavatkozások értékei (USA dollár/megmentett DALY)  
régiók szerint

Régió	10%-os áremelés	5%-os hatékonyságú nem-árjellegű intézkedések	NRT (az állam biztosítja) a költségek 25%-ának fedezésével
Kelet-Ázsia és a csendes-óceáni térség	3-13	53-212	338-355
Kelet-Európa és Közép-Ázsia	4-15	64-257	227-247
Latin-Amerika és a Karibi-térség	10-42	173-690	241-295
A Közép-Kelet és Észak-Afrika	7-28	120-482	223-260
Dél-Ázsia	3-10	32-127	289-298
Szahara alatti Afrika	2-8	34-136	195-206
Kis ill. középjövedelmű	4-17	68-272	276-297
Nagyjövedelmű	161-645	1.347-5.388	746-1.160

*Megjegyzés:* A számításoknál 3%-os diszkontrátát használtunk, az előnyöket 30-éves időperiódusra prognosztizáltuk; a nem-árjellegű beavatkozásoknál a költségeket 30-éves időperiódusra prognosztizáltuk. Az értéktartományok a beavatkozások elvégzése költségeinek az éves GDP 0,005%-ától 0,02%-ig való változtatásából származnak.

*Forrás:* Ranson, Kent, P. Jha, F. Chaloupka, és A. Yurekli. *Az áremelések és egyéb dohányzásellenőrzési beavatkozások hatásossága és költséghatékonysága.* Háttéranyag

A tanulmány vizsgálja a nikotinhelyettesítő terápiákhoz (NRT) való szélesebb-körű hozzájutás költséghatékonyságát is. Ezeknél a számításoknál azt feltételeztük, hogy az NRT költségét közpénzekből fedezik. Az eredmények azt jelzik, hogy a kormányoknak óvatosnak kell lenniük és helyi költséghatékonysági elemzéseket kell végezniük mielőtt úgy döntenek, hogy ezeket az új terápiákat közvetlenül a közellátás keretében biztosítják. Fontos annak kihangsúlyozása, hogy a hozzáférés liberalizálása egymagában valószínűleg sokkal költséghatékonyabb lesz és, ahogy nő a hatékonyság valamint a leszokni kívánó felnőttek száma, úgy fog javulni az NRT költséghatékonysága is.

Nyilvánvaló, hogy még több kutatásra van szükség ahhoz, hogy meg tudjuk határozni az intézkedés-csomagok hatékonyságát, a különböző jövedelmi szintű országokban várható költséghatékonyságát, valamint az egyénekre jutó költségeit.

Csak kezdetleges becslések vannak egy átfogó dohányzásellenőrzési program *megvalósítási* költségeire. A nagyjövedelmű országokból származó bizonyítékok azt jelzik, hogy egy ilyen átfogó programot igen kis összeggel lehet biztosítani. A nagyon átfogó programmal rendelkező nagyjövedelmű országok fejenként és évente 50 dollárcent és 2,50 dollár közötti összeget költenek ezekre a programokra. Ezek szerint a dohányzásellenőrzést a kis- és közepes jövedelmű országok is valószínűleg megengedhetik maguknak még azokban az országokban is, ahol az egy főre jutó egészségügyi kiadások igen alacsonyak. A Világbank „Beruházás az egészségügybe” című 1993. évi, a világ fejlődéséről szóló jelentése becslése szerint egy olyan közegészségügyi beavatkozási csomag bevezetéséhez, mely a dohányzásellenőrzést is magába foglalja, a kormányzatoknak fejenként 4 dollárt kellene költeniük a kisjövedelmű országokban és 7 dollárt a közepes jövedelmű országokban. A dohányzásellenőrzés az egész csomagnak csak egy kis részét jelentené.

## Megjegyzés

1. A rokkantsággal korrigált életév (DALY) időalapú mérőszám mely lehetővé teszi az epidemiológusok számára, hogy egy mutatószámmal határozzák meg a korai halál miatt elvesztett életéveket (ahol a korai halál az a halál ami az előtt az életkor előtt következik be, amit a haldokló személy várhatóan élt volna) valamint egy adott súlyosságú és időtartamú rokkantsággal élt éveket. Egy DALY egy elvesztett egészséges életévet jelent.

## 7. Cselekvési terv

CSUPÁN két olyan halálok van mely nagy és világszerte nő: a HIV vírus és a dohányzás. Míg az országok többsége végre nekilátott, hogy reagáljon a HIV vírusra, a globális dohányzásjárványra adott válasz eddig még korlátozott és bizonytalan volt. Ebben a fejezetben néhány olyan tényezővel foglalkozunk, melyek befolyásolhatják a kormányzatok cselekvési döntését és javaslatot teszünk egy hatékony cselekvési tervre.

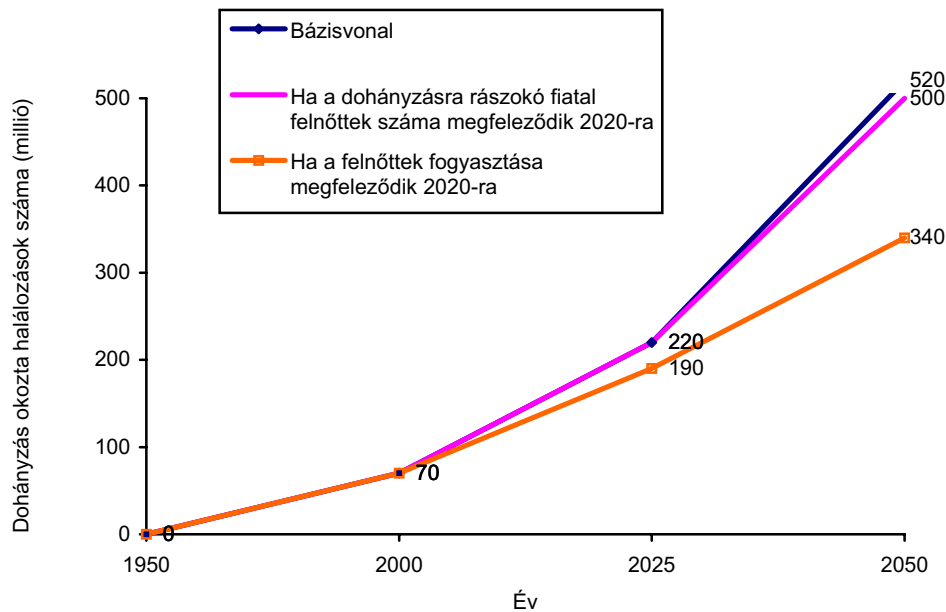
Minden kormány elfogadja, hogy politikájuk formálásakor sok tényezőt kell figyelembe venniük nemcsak a gazdasági helyzetet. A dohányellenőrzési politika sem kivétel. A társadalmak többsége törődik a gyermekek védelmével, bár ennek mértéke kultúránként változik. A társadalmak többsége szeretné csökkenteni a dohányzással járó betegségek és korai halál okozta szenvedéseket és emocionális veszteségeket. A közgazdasági tanulmányok még nem jutottak konszenzusra e teher értékelésében. Egy ilyen nagyméretű betegségtehernek csupán egy szerény csökkentése is jelentős javulást hozna az egészség terén. A különböző társadalmak között a lakosság egészségjavulásának kívánatos voltára vonatkozó konszenzus tükröződik az Egészségügyi Világszervezet és más nemzetközi szervezetek dohányzással kapcsolatos politikájában és cselekedeteiben (lásd a 7.1. és 7.2. keretes írásokat, valamint az „A” Függelék).

Sok társadalom vélheti úgy, hogy a dohányzásellenőrzés terén teendő intézkedések legfontosabb oka az, hogy a gyerekeket és a serdülőket visszatartsa a dohányzástól. Azonban amint azt a 3. fejezetben láttuk a csak a legfiatalabb fogyasztókat megcélzó beavatkozások valószínűleg nem hozzák meg a kívánt hatást, míg azok a beavatkozások melyek hatékonyak – főként az adózás – a felnőttekre is hatnak. Hasonlóképpen a kimondottan a nemdohányzók védelmére kialakított beavatkozások elégtelenek lesznek a nemdohányzók többségének védelmére, és megint csak az adózás lenne itt is a leghatásosabb alternatíva. A valódi politika döntéshozás összefüggésében sok társadalom vélheti úgy, hogy a dohányzásellenőrzési politika szélesebbkörű hatásai elfogadhatók és pragmatikus szempontból még kívánatosak is. Mindenesetre az olyan dohányzásellenőrzési politikának, melynek hatása kizárólag az, hogy a gyerekeket elriassa a dohányzás elkezdésétől, nem lenne semmilyen hatása a globális dohányzással kapcsolatos halálozásokra sok évtizeden keresztül, mivel a következő század első felére előrejelzett haláleseteket a mai dohányosok fogják okozni (7.1. ábra). Tehát azoknak a kormányoknak, amelyek közép távon az egészség terén javulást kívánnak elérni a felnőtteket is leszokásra kell ösztönözniük.

---

## HA A JELENLEGI DOHÁNYOSOK NEM SZOKNAK LE A DOHÁNYZÁSRÓL, AKKOR A DOHÁNYZÁS OKOZTA HALÁLESETEK SZÁMA DRÁMAI MÓDON EMELKEDNI FOG AZ ELKÖVETKEZŐ 50 ÉVBEN

A halmozott dohányzás okozta halálesetek becsült száma 1950-2050 között különböző beavatkozási stratégiák mellett



*Megjegyzés:* Peto és mások 1950 és 2000 között 60 millió dohányzás okozta halálesettel számolnak a fejlett országokban. Mi további 10 millióval számolunk 1990 és 2000 között a fejlődő országokban. Feltételezésünk szerint a fejlődő országokban nem volt dohányzás okozta haláleset 1990 előtt és csak minimális számban volt világszerte 1950 előtt. A 2000. évre való előrejelzések Peto számításain alapulnak (személyes közlés, 1998).

*Források:* Peto, Richard és mások. 1994. *Dohányzás okozta mortalitás a fejlett országokban 1950-2000*. Oxford University Press; és Peto, Richard, személyes közlés.

---

### A változtatás politikai akadályainak legyőzése

Bármely kormány, amely úgy dönt, hogy bevezeti a dohányzásellenőrzést akkor számíthat sikerre ha a döntése mögött széles közvéleményi támogatás van. Bár úgy tűnhet, hogy a dohányosok erősen ellenzik a dohányzásellenőrzést, a valóság meglehetősen más: sikeres dohányzásellenőrzési programokkal rendelkező nagyjövedelmű országokban készített tanulmányok szerint a felnőtt dohányosok többsége támogat legalább valamilyen fajta ellenőrzést például a széleskörű tájékoztatást. A kormányok egyedül nem érhetnek el sikert a civil társadalom, a magánszektor és az érdekcsoportok részvétele nélkül. A programok nagyobb valószínűséggel lesznek sikeresek ha a társadalmi érdekek olyan széleskörű koalíciója áll mögöttük, mely képes a változások végrehajtására és fenntartására.

Eddig kevés próbálkozás történt arra, hogy felmérjék többféle intézkedés egyidejű alkalmazásának összesített hatását. Amint azt a 4. fejezetben láthattuk, minden egyes beavatkozás képes milliányi halálesetet megelőzni, de azt jelenleg még nem tudjuk, hogy egy intéz-

kedéscsomag még több életet tudna-e megmenteni mint az egyes beavatkozások külön-külön számolt és összesített összege. Egy-egy csomag bevezetésekor mindegyik ország valószínűleg eltérő hangsúlyt fog helyezni az egyes beavatkozásokra az illető ország helyzetétől függően. Például egy olyan ország ahol a cigaretta adókulcsa jelenleg alacsonyabb mint a szomszédos országoké, várhatóan az adóemelésnek a cigarettafogyasztásra való erőteljes hatását fogja tapasztalni. Hasonlóképpen, egy viszonylag jól iskolázott és módos népesség kevésbé fog reagálni az áremelésre és jobban az új információkra mint a kevésbé képzett és szegényebb népesség. A kulturális tényezők (pl. múltbeli totalitárius rendszer) szintén hatással lehetnek egyes intézkedések befogadókészségére – például a dohányzás nyilvános helyeken való korlátozására. Ezek az általánosítások túlságosan leegyszerűsítettek, de a politikai döntéshozók számára kiindulási pontként hasznosak lehetnek.

A dohányzásellenőrzést megvalósítani szándékozó kormányoknak komoly politikai akadályokkal kell szembenézniük ha változtatni akarnak. Azonban mind a keresleti mind pedig a kínálati oldalon található legfontosabb érdekelt felek beazonosítása révén a politikai döntéshozók felmérhetik mindkét tábor méretét (akár szétszórva akár koncentráltan találhatók is meg) valamint azokat az egyéb tényezőket, melyek befolyásolhatják az illető tábor reagálását a változásokra. A döntéshozók például figyelembe vehetik, hogy a nyertesek, például a nemdohányzók szétszórt csoportot alkothatnak, míg a veszteseknek, például a dohánytermesztő gazdáknak nagy politikai és érzelmi hangjuk lehet. Gondos tervezőmunka és politikai feltérképezés szükséges a dohányzásban való bízásból a dohányzástól való függetlenségre való sima átálláshoz bármilyen is a gazdaság jellege vagy a politikai rendszer. Ilyen feltérképezési munkát végeztek már például Vietnámban.

### **Kutatási prioritások**

Már láttuk, hogy a keresletcsökkentő intézkedések (például a magasabb adók valamint a reklámozás és promóció betiltása) jól működnek a nagyjövedelmű országokban és már eleget tudunk ahhoz, hogy késedelem nélkül bevezessük ezeket az intézkedéseket. Ugyanakkor azonban egymással együttműködő kutatási tervre lesz szükség a járványtan és a közgazdaságtan területén egyaránt, melynek segítségével a kormányok úgy igazíthatják, módosíthatják beavatkozási csomagjaikat, hogy a legnagyobb esélyük legyen a sikerre. Az alábbiakban néhány ilyen fontosabb területet ismertetünk.

*A dohányzás okaival, következményeivel és költségeivel foglalkozó, országos és helyi szinten végzett kutatások*

Országos és helyi szinten folytatott kutatásokra van szükség a „dohányhalottak megszámlálására” valamint a halálesetek okonkénti minősítésére. Egy egyszerű és olcsó módszer a halotti bizonyítványokra a múltbeli dohányzásra vonatkozó kérdés felvétele, mely lehetővé teszi, hogy összehasonlítsuk a túlzott dohányzás arányát a dohányzás okozta illetve egyéb haláleseteknél. Az ilyen kutatómunka előnyei túlnyúlnak azon a gyakorlati célon, hogy tájékoztassák a kormányzatokat a dohányzási járvány helyzetéről országukban, vagy, hogy egy mérőbázist szolgáltatassanak számukra a dohányzásellenőrzési tevékenység hatásának folyamatos figyeléséhez. A kutatások serkentőleg hatnak a politika reagálására és jelentős hatásuk lehet a dohányfogyasztásra.

Mialatt a dohányzás következményeit vizsgáló járványtani kutatások legalább elkezdtek terjedni a nagyjövedelmű országokon kívüli régiókba is, a dohányzás okaival, a dohányfogyasztás függőséget okozó természetével és a dohányzás elkezdésével kapcsolatos magatartási tényezőkkel foglalkozó kutatások főleg Észak-Amerikával és Nyugat-Európával foglalkoznak. Mialatt folyik a dohányzásellenőrzési beavatkozások bevezetése, a fenti témák ezzel párhuzamosan folyó kutatása segíthet a beavatkozások célpontjainak pontosításában (pl. a szegények számára kidolgozott egészségügyi tájékoztatás terén) a maximális hatás elérése érdekében).

A közzgazdászoknál az országos szinten végzett egyes beavatkozások költséghatékonyságának a kutatása szintén prioritást élvez. A kis- és közepes jövedelmű országokban az árrugalmasságra vonatkozó további adatok értékesek lennének éppen úgy mint a dohányfogyasztás társadalmi és egészségügyi ellátási költségeire vonatkozó becslés ugyanezekben az országokban.

A dohányzásellenőrzést vizsgáló kutatások kisebb finanszírozást kaptak mint ami elvárható lenne a dohányzás egészségkárosításának mértékének a fényében. Az 1990-es évek első éveiben – a legújabb időszak amire vannak adatok – a dohányzásellenőrzést vizsgáló kutatás-fejlesztésbe való beruházás az 1990. évi halálesetenként 50 dollárt tett ki (összesen 148-164 millió dollárt). Ezzel szemben a HIV-kutatás-fejlesztés az 1990.évi halálesetenként kb. 3000 dollárt kapott (összesen 919-985 millió dollárt). Mindkét betegségre fordított kiadások elsősorban a nagyjövedelmű országokra koncentrálnak.

## Ajánlások

A tanulmány két ajánlást tesz:

1. Ahol a *kormányzatok* úgy döntenek, hogy komolyan fellépnek a dohányzási járvánnyal szemben, ott többágú stratégiát kell alkalmazniuk olyan célokkal, mint a gyerekek dohányzástól való visszatartása, a nemdohányzók védelme valamint minden dohányos ellátása a dohányzás egészségügyi hatásaival kapcsolatos információkkal. Az egyes országokhoz szabott stratégia az alábbiakat tartalmazná: (1) adóemelést, azokat az adókulcsokat alkalmazva példaként, amelyet azon országok fogadtak el az átfogó dohányzásellenőrzési politikájuk részeként, melyekben a cigarettafogyasztás csökkent. Ezekben az országokban az adó a cigaretták kiskereskedelmi árának kétharmada és négyötöde között van; (2) a dohányzás egészségügyi hatásaira vonatkozó kutatási eredmények publikálása és elterjesztése, jól látható figyelmeztető feliratok használata a cigarettáknál, a reklámok és promóciók átfogó tilalmának foganatosítása, valamint a dohányzás korlátozása munkahelyeken és nyilvános helyeken; (3) a nikotinhelyettesítő és egyéb leszoktatást segítő terápiákhoz való hozzájutás kiszélesítése.
2. A *nemzetközi szervezeteknek* – például az ENSZ szerveinek – felül kell vizsgálniuk jelenlegi programjaikat és politikáikat annak biztosítása érdekében, hogy a dohányzás elleni küzdelem megfelelő teret kapjon; szponzorálniuk kell a dohányzás okait, következményeit és költségeit valamint a helyi szinten történő beavatkozások gazdaságosságát vizsgáló kutatásokat; és megoldást kell találniuk a határokon átnyúló problémák megoldására beleértve az együttműködést az EVSz javasolt Dohányzásellenőrzési Keretegyezményével. A cselekvési kulcsterületek közé tartozik a csempészet elleni

nemzetközi megállapodások elősegítése, az adóharmonizációval kapcsolatos tárgyalások a csempészet indítékainak csökkentése érdekében, valamint a globális kommunikációs médiában folytatott reklámozás és promóció betiltása

A dohányzás által az egész világ egészségét érintő fenyegetés példa nélkül álló, de költséghatékony politikával lehetőség van a dohányzással kapcsolatos mortalitás csökkentésére. A jelen tanulmány azt mutatja be, hogy mi érhető el: megfontolt intézkedések jelentős egészségjavulást eredményezhetnek a XXI. században.

---

## 7.1. KERETES ÍRÁS: AZ EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZÖVETSÉG ÉS A DOHÁNYZÁSELLENŐRZÉSI KERETEGYEZMÉNY

Az 1996 májusában megtartott Egészségügyi Világgylésen az EVSz tagállamai határozatban kérték fel az EVSz főigazgatóját, hogy kezdeményezze a dohányzásellenőrzési keretegyezmény kidolgozását. Gro Harlem Brundtland főigazgató vezetésével az EVSz prioritást adott a dohányzásellenőrzési munka életreklítésére és beindított egy új programot A Dohányzásmentes Kezdeményezést (TFI). A TFI által végzett munka az EVSz dohányzásellenőrzési keretegyezményére (FCTC) támaszkodik.

Az FCTC egy nemzetközi jogi eszköz lenne, mely arra szolgálna, hogy határt szabjon a globális dohányzási járványnak különösen a fejlődő országokban. Ha hatályba lép, akkor ez lesz az első ilyen egyezmény az EVSz számára és a világ számára is. Ez lesz az első alkalom, hogy a 191 EVSz tagország az EVSz alkotmányos hatáskörét gyakorolja abból a célból, hogy az platformként szolgáljon egy egyezmény kidolgozására. Ezen kívül ez lesz az első olyan többoldalú egyezmény, mely egy közegészségügyi kérdésre összpontosít. Az egyezmény kidolgozását segíteni fogja a dohányfogyasztás függőséget és halált okozó természetére vonatkozó ismeretek, melyekhez csatlakozik még az is, hogy sok ország érdekelt abban, hogy nemzetközi

eszközökkel javítsa a dohányzásra vonatkozó szabályozást.

A dohányzásellenőrzéssel kapcsolatos többoldalú megállapodások és intézkedések elősegítése érdekében a keretegyezmény a kiegészítő jegyzőkönyvi (protokoll) megközelítést alkalmazza, melynek során egyre átfogóbb szakaszok segítségével kívánja megteremteni a globális konszenzust azzal, hogy az egyes kérdések megtárgyalását egyedi megállapodásokra osztja fel:

- Az államok először egy keretegyezményhez csatlakoznak, mely együttműködést kér az általánosságban megfogalmazott célok eléréséhez valamint létrehozza a többoldalú jogi struktúra alapvető intézményeit.
- Ezt követik a különálló kiegészítő jegyzőkönyvi megállapodások, melyek a keretegyezmény általános céljainak megvalósítását szolgáló konkrét intézkedéseket tartalmazzák.
- A keretegyezmény kiegészítő jegyzőkönyvi megközelítését alkalmazták korábban globális problémák megoldásánál, például a Bécsi egyezmény az ózonréteg védelméről, vagy a Montreáli kiegészítő jegyzőkönyv.



Az EVSz keretegyezményének tárgyalása és végrehajtása segítené a dohányfogyasztás fékentartását azzal, hogy a hatékony tagországi dohányzásellenőrzési intézkedések érdekében tudatosítaná a közvéleményben a dohányzás ártalmait és mozgósítaná a műszaki és pénzügyi erőforrásokat. A keretegyezmény a nemzetközi együttműködést is erősítené a dohányzás-

ellenőrzés olyan területein, melyek átlépik az országhatárokat beleértve a dohánytermékek forgalmazását és reklámozását valamint a csempészetet. Bár minden egyes állami szerződés egyedi és az államok politikai akaratától függ, az EVSz FCTC gyorsított munkaterve az egyezmény elfogadásának határidejét legkésőbb 2003. májusára jósolja.

---

## 7.2 KERETES ÍRÁS: A VILÁGBANK DOHÁNYZÁSSAL KAPCSOLATOS POLITIKÁJA

A Világbanknak 1991 óta van dohányzási koncepciója elismerve annak káros hatását az egészségre. A koncepció 5 főbb pontból áll. Először, a Banknak az egészségügy területén folytatott tevékenységei (politikai dialógus és kölcsönnyújtás) akadályt gördítenek a dohánytermékek használata elé. Másodszor, a Bank közvetlenül nem ad kölcsönt dohánytermelésre, -feldolgozásra vagy forgalmazásra, ilyen tevékenységekbe nem ruház be és nem vállal garanciát ezekkel kapcsolatos beruházásokra és kölcsönökre. Azonban néhány olyan mezőgazdasági országban, melyek bevételi- és valutaforrás tekintetében erőteljesen függenek a dohánytól, a Bank úgy próbálja kezelni a kérdést, hogy a leghatékonyabb módon reagál ezen országok fejlesztési igényeire. A Bank célja, hogy segítse ezen országokat a dohányról más terményekre való átállásra. Harmadszor, a Bank a célszerűség mértékéig nem kölcsönöz közvetve se dohányipari tevékenységekre. Negyedszer, a dohány valamint a kapcsolódó

feldolgozógépek és berendezések nem szerepelhetnek a hitelekkel finanszírozott importok között. Ötödször, a dohány és a dohányval kapcsolatos importok kizárhatók a Bankkal kötött, a kereskedelem liberalizálására és a vámtarifák csökkentésére irányuló hitelfelvevői megállapodásokból.

A Bank politikája összeegyeztethető a jelen tanulmányban a támogatók befejezésére vonatkozó érvekkel. Azonban a kínálati oldalon tett intézkedések nem csökkentették mérhetően a dohányfogyasztást 1991-től napjainkig. Ezalatt a Bank dohányzásellenőrzéssel kapcsolatos munkája – mely 14 országban folyt és az összes programköltsége több mint 100 millió USA dollár volt – főként egészségvédelemre és tájékoztatásra koncentrált. Ennek a munkának az árképzésre és a szabályozásra való kiterjesztését elviekben a Bank 1997. évi ágazati stratégiai tanulmánya támogatta. Ez a tanulmány megerősíti, hogy az ár fontos eszköz lehet a kereslet csökkentésében.

## „A” Függelék

### A dohány megadóztatása: A valutaalap véleménye

A dohány jövedéki adókulcsának emelése gyakran részét képezi a Valutaalap által támogatott stabilizációs programoknak olyan országok számára, melyeknek pótlólagos adóbevételeket kell mobilizálniuk költségvetési hiányuk csökkentésére. Míg a dohánytermékek jövedéki adókulcsát elsősorban bevételek szerzése miatt emelik, a csökkentett dohányfogyasztásból egészségügyi előnyök is származnak.

A dohány adókulcsainak megállapításához a kormányoknak több tényezőt is figyelembe kell venniük beleértve a csempészet hatását, a kishatármenti bevásárlásokat, valamint komphajókon és repülőgépeken történő vámmentes vásárlásokat. A kormányok érdekében áll a dohánycsempészet csökkentése nemcsak a jövedéki adóbevételek növelése miatt, hanem azért is, hogy csökkentsék a többi adónemből – beleértve a jövedelemadóból és a forgalmi adóból – származó bevételek elvesztéseket mivel a földalatti ügyletek a törvényes ügyletek helyébe lépnek. Végsősoron a dohány jövedéki adókulcsainak tükrözniük kell a helyi vásárlók vásárlóerejét, a szomszédos országok adókulcsait, valamint mindenekfelett az adóhatóság képességét és hajlandóságát a jogszabályok betartatására.

A dohány forgalmi adójának szerkezetét tekintve az egyes országoknak minden dohányfajtát meg kell adóztatniuk – cigarettát, szivart, pipadohányt, burnótot, rágódohányt, és kézzel sodorható dohányt. A legjobb nemzetközi gyakorlat ha a rendeltetési hely alapján vetik ki a jövedéki adót, mely szerint az importot adóztatják és az exportot adómentessé teszik.

A jövedéki adó lehet különleges adó (a mennyiségen alapuló) vagy ad valorem azaz érték szerinti adó (az értéken alapuló). Ha a jövedéki adó elsődleges célja a dohányfogyasztástól való elriasztás, akkor erősen lehet érvelni a különleges jövedéki adó mellett, mely cigarettaszálanként ugyanazt az adót veti ki. A különleges adók igazgatása könnyebb is mert elegendő az adóztatott termék fizikai mennyiségét meghatározni és nem szükséges meghatározni az értékét. Az érték szerinti adók azonban jobban lépést tartanak az inflációval mint a különleges adók még azon különleges adók esetében is, amelyeket elég gyakran korrigálnak.

A dohány belföldi jövedéki adójának igazgatásához integrált stratégiára van szükség az adófizetői nyilvántartás; beszedés és befizetés; a hátralékos adók beszedése; az auditálás; és az adófizetői szolgáltatások terén. A fejlődő és az átmeneti országoknak a dohánytermékgyártó létesítményeket területen kívülként kell kezeljék és a jövedéki adókat a vámilletékekhez hasonlóan kell igazgatniuk. Az adóhatóság ellenőrizné a gyártólétesítménybe való ki- és beszállítást.

A jövedéki adójegyek segíthetnek az adó befizetésének és annak biztosításában, hogy azokat a termékeket, melyekre kifizették az egyik államnak megfelelő adót, nem fogják átszállítani egy másik állam területére. Az adójegyek bevezetése azonban jelentős költségeket jelent a jövedéki adó alá eső termékek gyártóinak. Az adójegyek nem sok célt szolgálnak ha használatukat nem ellenőrzik folyamatosan a kiskereskedelmi szinten.

## **„B" Függelék**

### **Háttéranyagok**

Az alábbi háttéranyagok közül néhányat az Oxford University Press fog kiadni „Dohányzásellenőrzési politikák a fejlődő országokban" című könyvben Prabhat Jha és Frank Chaloupka szerkesztésében.

Bobak, Martin, Prabhat Jha, Son Nguyen, és Martin Jarvis. *Szegénység és dohányzás.*

Chaloupka, Frank, Tei-Wei hu, Kenneth E. Warner, Rowena van der Merwe, és Ayda Yurekli. *A dohánytermékek megadóztatása.*

Gajalakshmi, C.K., Prabhat Jha, Son Nguyen, és Ayda Yurekli.  
*A dohányfogyasztás strukturái és egészségügyi következményei.*

Jha, Prabhat, Philip Musgrove, és Frank Chaloupka.  
*Van ésszerű magyarázat arra, hogy a kormányok beavatkozzanak?*

Jha, Prabhat, Fred Paccaud, Ayda Yurekli és Son Nguyen.  
*Dohányzásellenőrzési stratégiai prioritások a kormányok és a fejlesztési hivatalok számára.*

Joossens, Luk, David Merriman, Ayda Yurekli, és Frank Chaloupka.  
*A dohánycsempészet kérdései.*

Kenkel, Donal, Likwang Chen, Teh-Wei Hu, és Lisa Bero.  
*A fogyasztók tájékoztatása és a dohányzás.*

Lightwood, James, David Collins, Helen Lapsley, Thomas Novotny, Helmut Geist, és Rowena van der Merwe. *A dohányzás költségeinek kiszámítása.*

Merriman, David, Ayda Yurekly, és Frank Chaloupka.  
*Milyen nagy a világméretű dohánycsempészesi probléma?*

Novotny, Thomas E., Jillian C. Cohen, és David Sweanor. *A dohányzásról való leszokás, nikotinhelyettesítő terápia, és a kormányzat szerepe a leszokás támogatásában.*

Peck, Richard, Frank Chaloupka, Prabhat Jha, és James Lightwood.  
*A dohányfogyasztás költség-haszon elemzése*

Ranson, Kent, Prabhat Jha, Frank Chaloupka, és Ayda Yurekly. *Az áremelések és egyéb dohányzásellenőrzési beavatkozások hatásossága és költséghatékonysága.*

Saffer, Henry. *A dohányreklámozás ellenőrzése.*

Sunley, Emil M., Ayda Yurekli, és Frank Chaloupka. *A dohány jövedéki adójának konstrukciója, igazgatása és potenciális bevételei: Útmutató a fejlődő és átmeneti országok számára.*

Taylor, Allyn L., Frank Chaloupka, Emmanuel Guindon, és Michaelyn Corbett.  
*A kereskedelem liberalizálás és a dohányfogyasztás*

Van der Merwe, Rowena, Fred Gale, Thomas Capehart, és Ping Zhang.  
*A dohányzásellenőrzési politikák kínálat-oldali hatásai.*

Woollery, Tervor, Samira Asma, Frank Chaloupka, és Thomas E. Novotny.  
*Egyéb intézkedések a dohánytermékek keresletének csökkentésére.*

Yurekli, Ayda, Son Nguyen, Frank Chaloupka, és Prabhat Jha. *Statisztikai függelék.*

## „C” Függelék A világ felosztása jövedelem és régiók szerint (Világbank-féle osztályozás)

Kelet-Ázsia és a csendes-óceáni térség	Kelet-Európa és Közép-Ázsia	Latin-Amerika és a Karibi-térség	A Közép-Kelet és Észak-Afrika	Dél-Ázsia	Szahara alatti Afrika	Nagyjövedelmű OECD	Egyéb nagyjövedelmű
<b>Kisjövedelmű Kambodzsa</b>	Örményország	Guyana	Jemeni Köztársaság	Afganisztán	Angola		
Kína	Azerbajdzsán	Haiti		Banglades	Benin		
Laosz	Bosznia-Hercegovina	Honduras		Bhutan	Burkina Faso		
Mongólia		Nicaragua		India	Burundi		
Myanmar	Kirgízia			Nepál	Kamerun		
Vietnám	Moldova			Pakisztán	Közép-afrikai Közt. Csád		
	Tádzsikisztán			Sri Lanka	Comoros		
					Kongói Dem. Közt. Kongói Köztársaság		
					Elefántcsontpart		
					Egyenlítői Guinea		
					Eritrea		
					Etiópia		
					Gambia		
					Ghána		
					Guinea		
					Guinea-Bissau		
					Kenya		
					Lesotho		

Kelet Ázsia és a csendes-óceáni térség	Kelet-Európa és Közép-Ázsia	Latin-Amerika és a Karibi-térség	A Közép-Kelet és Észak-Afrika	Dél-Ázsia	Szahara alatti Afrika	Nagyjövödelmü OECD	Egyéb nagyjövödelmü
				Libéria			
				Madagaszkár			
				Malawi			
				Mali			
				Mauritánia			
				Mozambik			
				Niger			
				Nigéria			
				Ruanda			
				Szenegál			
				Sierra Leone			
				Szomália			
				Szudán			
				Tanzánia			
				Togo			
				Uganda			
				Zambia			
				Zimbabwe			
<b>Alsó-középjövödelmü</b>							
Fiji-szigeteki	Albánia	Belize	Algéria	Maldív szigetek	Botswana		
Indonézia	Belorusz	Bolívia	Egyiptom		Zöldfoki szigetek		
Kiribati	Bulgária	Kolumbia	Irán		Dzsibuti		
Koreai NDK	Észtország	Costa Rica	Irak		Namíbia		
Marsall szigetek	Grúzia	Kuba	Jordánia		Zwaziföld		
Mikronézia	Kazahsztán	Dominika	Libanon				
Pápua-Új-Guinea	Lettország	Dominikai Köztársaság	Marokkó				
Fülöp-szigetek	Macedónia	El Salvador	Szíria				
Szamoa	Románia	Guatemala	Tunézia				
Sólomon-szigetek	Oroszország	Grenada	Nyugati part és Gaza				

Kelet Ázsia és a csendes-óceáni térség	Kelet-Európa és Közép-Ázsia	Latin-Amerika és a Karibi-térség	A Közép-Kelet és Észak-Afrika	Dél-Ázsia	Szahara alatti Afrika	Nagyjövödelmű OECD	Egyéb nagyjövödelmű
Thaiföld	Törökország	Guatemala					
Tonga	Türkmenisztán	Jamaica					
Vanuatu	Ukrajna	Panama					
	Üzbegisztán	Paraguay					
	Jugoszlávia	Peru					
	Venezuela						
<b>Felső-közép jövödelmű</b>							
Amerikai Szamoa	Horvátország	Argentína	Bahrain		Gabon		
Malaysia	Cseh Köztársaság	Barbados	Líbia		Mauritius		
Palau	Magyarország	Brazília	Omán		Mayotte		
	Málta	Chile	Szaúdi-Arábia		Seychelle-szigetek		
	Lengyelország	Mexikó			Dél-Afrika		
	Szlovákia	Puerto Rico					
	Szlovénia	Trinidad és Tobago					
		Uruguay					
<b>Nagyjövödelmű</b>							
		Ausztrália					Andorra
		Ausztria					Aruba
		Belgium					Bahama
		Kanada					Bermuda
		Dánia					Brunei
		Finnország					Kayman-szigetek
		Franciaország					Channel Islands
		Németország					Ciprus
		Görögország					Faere-szigetek
		Izland					Francia Guinea
		Írország					Francia-
							Polinézia
		Olaszország					Grönland
		Japán					Guam

Kelet Ázsia és a csendes-óceáni térség	Kelet-Európa és Közép-Ázsia	Latin-Amerika és a Karibi-térség	A Közép-Kelet és Észak-Afrika	Dél-Ázsia	Szahara alatti Afrika	Nagyjövödelmü OECD	Egyéb nagyjövödelmü
						Koreai Közt. Luxemburg Hollandia Új-Zéland Norvégia Svédország Svájc Egyesült Királyság Egyesült Államok	Hong Kong Izrael Kuvait Liechtenstein Makaó Martinique Monaco Holland- Antillák Új-Kaledónia Qatar Szingapúr Egyesült Arab Emírátus Virgin-szigetek

Forrás: Világbank, 1998

## Bibliography

- Abedian, Iraj, Rowena van der Merwe, Nick Wilkins, and Prabhat Jha, eds. 1998. *The Economics of Tobacco Control: Towards an Optimal Policy Mix*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
- Agro-economic Services, Ltd, and Tabacosmos, Ltd. 1987. *The Employment, Tax Revenue and Wealth that the Tobacco Industry Creates*.
- Altman, D.G., D.J.Zaccaro, D.W.Levine, D.Austin, C.Woodell, B.Bailey, M.Sligh, G.Cohn, and J.Dunn. 1998. „Predictors of Crop Diversification: A Survey of Tobacco Farmers in North Carolina.” *Tobacco Control* 7(4): 376-82.
- American Economics Group, Inc. 1996. *Economic Impact in the States of Proposed FDA Regulations Regarding the Advertising, Labeling and Sale of Tobacco Products*. Washington, D.C.
- Atkinson, A.B., and J.L.Skegg. 1973. „Anti-Smoking Publicity and the Demand for Tobacco in the UK.” *The Manchester School of Economic and Social Studies* 41:265-82.
- Atkinson, A.B., J. Gomulka, and N.Stern. 1984. *Household Expenditure on Tobacco 1970-1980: Evidence from the Family Expenditure Survey*. London: London School of Economics.
- Ayanian, J., and P.Cleary. 1999. „Perceived Risks of Heart Disease and Cancer Among Cigarette Smokers.” *Journal of the American Medical Association* 281(11): 1019-21.
- Barendregt, J.J., L. Bonneux, and P.J. van der Maas. 1997. „The Health Care Costs of Smokong.” *New England Journal of Medicine* 337(15):1052-7.
- Barnum, Howard. 1994. „The Economic Burden of the Global Trade in Tobacco.” *Tobacco Control* 3:358-61.
- Barnum, Howard, and R.E. Greenberg. 1993. „Cancers.” In Jamison, D.T, H.W. Mosley, A.R. Measham, and J.L. Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford Medical Publications.
- Becker, G.S., M. Grossman, and K.M. Murphy. 1991. „Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption.” *American Economic Review* 81:237-41.
1994. „An Empirical Analysis of Cigarette Addiction.” *American Economic Review* 84:396-418.
- Berkelman, R.L., and J.W. Buehler. 1990. „Public Health Surveillance of Non-Infectious Chronic Diseases: the Potential to Detect Rapid Changes in Disease Burden.” *International Journal of Epidemiology* 19(3):628-35.



Booth, Martin. 1998. *Opium: A History*. New York: St. Martin's Press.

British American Tobacco. 1994. *Tobacco Taxation Guide: A Guide to Alternative Methods of Taxing Cigarettes and Other Tobacco Products*. Woking, U.K.: Optichrome The Printing Group.

Buck, David, C. Godfrey, M. Raw, and M. Sutton. 1995. *Tobacco and Jobs*. York, U.K.: Society for the Study of Addiction and the Centre for Health Economics, University of York.

Capehart, T. 1997. „The Tobacco Program – A Summary and Update.” *Tobacco Situation & Outlook Report*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS-238.

Chaloupka, F.J. 1990. *Men, Women, and Addiction: The Case of Cigarette Smoking*. NBER Working Paper No. 3267. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.

1991. „Rational Addictive Behavior and Cigarette Smoking.” *Journal of Political Economy* 99(4):722-42.

1998. *The Impact of Proposed Cigarette Price Increases*. Policy Analysis No.9, Health Sciences Analysis Project. Washington D.C.: Advocacy Institute.

Chaloupka, F.J., and A. Laixuthai. 1996. *US Trade Policy and Cigarette Smoking in Asia*, NBER Working Paper No. 5543. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.

Chaloupka, F.J., and H. Saffer. 1992. „Clean Indoor Air Laws and the Demand for Cigarettes.” *Contemporary Policy Issues* 10(2):72-83.

Chaloupka, F.J., and H. Wechsler. 1997. „Price, Tobacco Control Policies and Smoking Among Young Adults.” *Journal of Health Economics* 16(3):359-73.

Chaloupka, F.J., and K.E. Warner. In press, „The Economics of Smoking.” In Newhouse, J., and A. Culyer, eds., *The Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North Holland.

Chaloupka, F.J., M. Grossman. 1996. *Price, Tobacco Control Policies and Youth Smoking*. NBER Working Paper No. 5740. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.

Chaloupka, F.J., and R.L. Pacula. 1998. *An Examination of Gender and Race Differences in Youth Smoking Responsiveness to Price and Tobacco Control Policies*. NBER Working Paper No. 6541. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.

Chalton, A. 1996. „Children and Smoking: The Family Circle.” *British Medical Bulletin*, 52(1):90-107.

Chase Econometrics. 1985. *The Economic Impact of the Tobacco Industry on the United States Economy in 1983*. Bala Cynwyd, Penn.: Chase Econometrics.

Chinese Academy of Preventive Medicine. 1997. *Smoking in China: 1996 National Prevalance Survey of Smoking Pattern*. Beijing: China Science and Technology Press.

Coalition on Smoking or Health. 1994. Saving Lives and Raising Revenue: The Case for a \$2 Federal Tobacco Tax Increase. Washington D.C.

Collins, D.J., and H.M. Lapsley. 1997. The Economic Impact of Tobacco Smoking in Pacific Islands. Wahroonga, NSW, Australia: Pacific Tobacco and Health Project.

Collishaw, Neil. 1996. „An International Framework Convention for Tobacco Control.” *Heart Beat* 2:11.

Crescenti, M.G. 1992. „No Alternative to Tobacco.” *Tobacco Journal International* 6, November-December 14.

Doll, Richard, and T.Peto. 1981. *The Causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.

Doll, Richard, R. Peto, K. Wheatley, R. Gray, and I. Sutherland. 1994. „Mortality in Relation to Smoking: 40 Years’ Observations on Male British Doctors.” *British Medical Journal*, 309(6959): 901-11.

Doll, Richard, and John Crofton, eds. 1996. „Tobacco and Health.” *British Medical Bulletin* Vol. 52, No. 1.

Douglas, S. 1998. „The Duration of the Smoking Habit.” *Economic Inquiry* 36(1):49-64.

Duffy, M. 1996. „Econometric Studies of Advertising, Advertising Restrictions, and Cigarette Demand: A Survey.” *International Journal of Advertising* 15:1-23.

The Economist. 1995. „An Anti-Smoking Wheeze: Washington Needs a Sensible All-Drugs Policy, Not a „War’ on Teenage Smoking.” 19 August, pp. 14-15.  
1997. „Tobacco and Tolerance.” 20 December, pp. 59-61.

Efroymsen. D., D.T. Phuong, T.T. Huong, T.Tuan, N.Q. Trand, V.P.N. Thanh, and T Stone. Decision Mapping for Tobacco Control in Vietnam: Report to the International Tobacco Initiative. PATH Canada. Project 94-0200-01/02214.

Ensor, T. 1992. „Regulating Tobacco Consumption in Developing Countries.” *Health Policy and Planning*, 7:375-81.

EPA (Environmental Protection Agency). 1992. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. EPA, Office of Research and Development, Office of Air and Radiation. EPA/600/6-90/006F.

Evans, W.N., and L.X. Huang. 1998. *Cigarette Taxes and Teen Smoking: New Evidence from Panels of Repeated Cross-Sections*. Working paper. Department of Economics, University of Maryland.

Evans, W.N. and M.C. Farelly. 1998. „The Compensating Behavior of Smokers: Taxes, Tar and Nicotine.” *RAND Journal of Economics* 29(3): 578-95.

Evans, W.N., M.C. Farrelly, and E. Montgomery. 1996. *Do Workplace Smoking Bans Reduce Smoking?* NBER Working Paper No 5567. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.

FAO (Food and Agriculture Organization). 1998. *Food and Agriculture Organization of the United Nations Database* (<http://apps.fao.org>).

Federal Trade Commission, 1995. „Cigarette Advertising and Promotion in the United States, 1993: A Report of the Federal Trade Commission.” *Tobacco Control* 4:310-13.

Foulds, J. „Strategies for Smoking Cessation.” *British Medical Bulletin* 52(1):157-73.

Gajalakshmi, C.K., and R. Peto. *Studies on Tobacco in Chennai, India.* In Lu, R., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds. *The Growing Epidemic, proceedings of the Tenth World Conference on Tobacco or Health, Beijing, 24-8 August 1997.* Singapore: Springer-Verlag (in press).

Gale, F. 1997. „Tobacco Dollars and Jobs.” *Tobacco Situation & Outlook.* U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS 239(September): 37-43.

1998. „Economic Structure of Tobacco-Growing Regions.” *Tobacco Situation & Outlook.* U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, TBS 241(April): 40-47.

General Accounting Office. 1989. *Teenage Smoking: Higher Excise Tax Should Significantly Reduce the Number of Smokers.* Washington D.C.

Ginsberg, S. „Tobacco Famers Feel the Heat.” *Washington Post* January 2, 1999.

Glantz, S.A., and W.W. Parmley. 1995. „Passive Smoking and Heart Disease: Mechanisms and Risk.” *Journal of the American Medical Association* 73(13):1047-53.

Gong, Y.L., J.P. Koplan, W. Feng, C.H. Chen, P.Zheng, and J.R. Harris. 1995. „Cigarette Smoking in China: Prevalence, Characteristics, and Attitudes in Minhang District.” *Journal of the American Association of Medicine* 274(15):1232-34.

Goto, K., and S. Watanabe, 1995. „Social Cost of Smoking for the 21<sup>st</sup> Century.” *Journal of Epidemiology*, 5(3):113-15.

Gray, Mike. 1998. *Drug Crazy: How We Got Into This Mess And How We Can Get Out.* New York: Random House.

Grise, V.N. 1995. *Tobacco: Background for 1995 Farm Legislation.* Agricultural Economic Report No.709. Washington: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service.

Gupta, P.C. 1989. „An Assessment of Morbidity and Mortality Caused by Tobacco Usage in India.” In Sanghvi, L.D. and P. Notani, eds., *Tobacco and Health: the Indian Scene*. Bombay: International Union Against Cancer and Tata Memorial Center.

1996. „Survey of Sociodemographic Characteristics of Tobacco Use Among 99, 598 Individuals in Bombay, India, Using Handheld Computers.” *Tobacco Control* 5:114-20.

Hackshaw, A.K., M.R. Law, and N.J. Wald. 1997. „The Accululated Evidence of Lung Cancer and Environmental Tobacco Smoke.” *British Medical Journal* 315(7114):980-88.

Harris and Associates, 1989. *Prevention in America: Steps People Take – or Fail to Take – For Better Health*, cited in U.S. Department of Health and Human Services. 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: a Report of the Surgeon General*, DHHS Publication No.(CDC)9ö9411, Office on Smoking and Health, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control, Public Health Service, Washington, D.C.: U.S. Department of Human and Health Service.

Harris, J.E. 1987. „The 1983 Increase in the Federal Cigarette Excise Tax.” In Summers L.H., ed., *Tax Policy and the Economy*. Vol. 1. Cambridge, Mass.: MIT Press.

1994. *A Working Model for Predicting the Consumption and Revernue Impacts of Large Increases in the U.S.Federal Cigarette Excise Tax*. NBER Working Paper No.4803. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.

Hill, D.J., V.M. White, and M.M. Scollo, 1998. „Smoking Behaviours of Australian Adults in 1995: Trends and Concerns.” *Medical Journal of Australia* 168(5):209-13.

Hodgson, T.A. 1998. „The Health Care Costs of Smoking.” *New England Journal of Medicine* 338(7):470.

Hodgson, T.A., and M.R. Meiners. 1982. „Cost-of-Illness Methodology: A Guide to Current Practices and Procedures.” *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60:429-62.

Hsieh, C.R., and T.W. Hu. 1997. *The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic Versus Imported Cigarettes*. Discussion Paper No. 9701. Nankang (Taipei): The Institute of Economics, Academia Sinica.

Hu, T.W., H.Y. Sung, and T.E. Keeler. 1995a. „Reducing Cigarette Consumption in California: Tobacco Taxes vs. An Anti-Smoking Media Campaign.” *American Journal of Public Health* 85(9):1218-22.

1995b. „The State Antismoking Campaign and the Industry Response: the Effects of Advertising on Cigarette Consumption in California.” *American Economic Review* 85(2):85-90.

Hu, T.W., H.Y. Sung, and T.E. Keeler, M. Marcinia, A. Keith, and R. Maning. *Fortcoming*. „Cigarette Consumption and Sales of Nicotine Replacement Products.”

Hu, T.W., H.Y. Sung, and T.E. Keeler, P.G. Barnett, and H.Y. Sung. 1994. „The Impact of California Proposition 99, A Major Anti-Cigarette Law, on Cigarette Consumption.” *Journal of Public Health Policy* 15(1):26-36.

Hu, T.W., H.Y. Sung, and T.E. Keeler, H.Y. Sung, and P.G. Barnett, 1995. „Impact of California Anti-Smoking Legislation on Cigarette Sales, Consumption, and Prices.” *Tobacco Control* 4(suppl):S34-S38.

IEC. 1998. IEC Foreign Trade Statistics, World Bank Economic and Social Database, Washington D.C.: The World Bank.

Irvine, I.J., and W.A. Sims. 1997. „Tobacco Control Legislation and Resource Allocation Effects.” *Canadian Public Policy* 23(3):259-73.

Jenkins, C.N., P.X. Dai, D.H. Ngoc, H.V. Kinh, T.T. Hoang, S. Bales, S. Stewart, and S.J. McPhee. 1997. „Tobacco Use in Vietnam: Prevalence, Predictors, and the Role of the Transnational Tobacco Corporations.” *Journal of the American Medical Association* 277(21):1726-31.

Jha, P., O. Bangoura, and K. Ranson 1998. „The Cost-Effectiveness of Forty Health Interventions in Guinea.” *Health Policy and Planning* 13(3):249-62.

Jha, P., R. Peto, A. Lopez, W. Zatonski, J. Boreham, and M. Jarvis. Forthcoming. „Tobacco-Attributable Mortality by Socioeconomic Status.”

Johnston, L.D., P.M. O’Malley, and J.G. Bachman. 1998. *Smoking Among American Teens Declines Some. Monitoring the Future Study.* University of Michigan Institute for Social Research. Press release. December 18. Washington D.C.

Jones, A.M. 1999. „Adjustment Costs, Withdrawal Effects, and Cigarette Addiction.” *Journal of Health Economics* 18:125-37.

Joossens, L., and M. Raw. 1995. „Smuggling and Cross-Border Shopping of Tobacco in Europe.” *British Medical Journal* 310(6991):11393-97.

Jorenby, D.E., S.J. Leischow, M.A. Nides, S.I. Rennard, J.A. Johnston, A.R. Hughes, S.S. Smith, M.L. Muramoto, D.M. Daughton, K. Doan, M.C. Fiore, and T.B. Baker. „A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation.” *New England Journal of Medicine* 340(9):685-91.

Keeler, T.E., M. Marciniak, and T.W. Hu. Forthcoming. „Rational Addiction and Smoking Cessation: An Empirical Study.” *Journal of Socio-Economics*.

Keeler, T.E., T.W. Hu, P.G. Barnett, and W.G. Manning. 1993. „Taxation, Regulation and Addiction: A Demand Function for Cigarettes Based on Time-Series Evidence.” *Journal of Health Economics* 12(1):1-18.

- Kenkel, D.S. 1991. „Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling.” *Journal of Political Economy* 99(2):287-305.
- Kessler, D.A., 1995. „Nicotine Addiction in Young People.” *New England Journal of Medicine* 333(3):186-89.
- Laugesen, M., and C. Meads. 1991. „Tobacco Advertising Restrictions, Price, Income and Tobacco Consumption in OECD Countries, 1960-1986.” *British Journal of Addiction* 86(10):1343-54.
- Leu, R.E., and T. Schaub. 1983. „Does Smoking Increase Medical Expenditures?” *Social Science & Medicine* 17(23):1907-14.
- Levshin, V., and V. Drozgachih. 1999. „Knowledge and Education Regarding Smoking Among Moscow Teenagers.” Paper presented at the workshop on „Tobacco Control in Central and Eastern Europe.” Las Palmas de Gran Canaria. February 26, 1999.
- Lewit, E.M., and D. Coate. 1982. „The Potential for Using Excise Taxes to Reduce Smoking.” *Journal of Health Economics* 1(2):121-45.
- Liu, B.Q., R. Peto, Z.M. Chen, J. Boreham, Y.P. Wu, J.Y. Li, T.C. Campbell, and J.S. Chen. 1998. „Emerging Tobacco Hazards in China. I. Retrospective Proportional Mortality Study of One Million Deaths.” *British Medical Journal* 317(7170):1,411-22.
- Longfield, J. 1994. *Tobacco Taxes in the European Union: How to Make Them Work for Health*. London: UICC and Health Education Authority.
- Lu, R., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds. *The Growing Epidemic, proceedings of the Tenth World Conference on Tobacco or Health, Beijing, 24-28 August 1997*. Singapore: Springer-Verlag (in press).
- Lund, K.E., A. Roenneberg, and A. Hafstad. 1995. „The Social and Demographic Diffusion of the Tobacco Epidemic in Norway.” In Slama, K., ed., *Tobacco and Health*. New York: Plenum Press.
- Lynch, B.S., and R.J. Bonnie, eds. *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Mackay, Judith, and J. Crofton. 1996. „Tobacco and the Developing World.” *British Medical Bulletin* 52(1):206-21.
- Mahood, G. 1995. „Canadian Tobacco Package Warning System.” *Tobacco Control* 4:10-14.
- Manning, W.G., E.B. Keeler, J.P. Newhouse, E.M. Sloss, and J. Wasserman. 1991. *The Costs of Poor Health Habits*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

1989. „The Taxes of Sin: Do Smokers and Drinkers Pay Their Way?” *Journal of the American Medical Association* 261(11):1604-09.

Maravanyika, Edward. 1998. „Tobacco Production and the Search for Alternatives for Zimbabwe.” In Abedian, I., and others, eds., *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.

Massing, Michael. 1998. *The Fix*. New York: Simon & Schuster.

McNeill, A.D., and others. 1989. „Nicotine Intake in Young Smokers: Longitudinal Study of Saliva Cotinine Concentrations.” *American Journal of Public Health* 79(2):172-75.

McNicoll, I.H., and S. Boyle. 1992. „Regional Economic Impact of a Reduction of Resident Expenditure on Cigarettes: A Case Study of Glasgow.” *Applied Economics* 24:291-96.

Meara, E. „Why Is Health Related to Socioeconomic Status?” Ph.D. dissertation. Department of Economics. Harvard University, forthcoming.

Merriman, David, A. Yurekli, and F. Chaloupka. „How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem? NBER Working Paper. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, forthcoming.

Miller, V.P., C. Ernst, and F. Collin. 1999. „Smoking-Attributable Medical Care Cost in the USA.” *Social Science & Medicine* 48:375-91.

Moore, M.J. 1996. „Death and Tobacco Taxes.” *RAND Journal of Economics* 27(2):415-28.

Murray, C.J., and A.D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Mass.: Harvard School of Public Health.

Musgrove, Philip. 1996. *Public and Private Roles in Health*. Discussion Paper No. 339, Washington, D.C.: The World Bank.

National Cancer Policy Board. 1998. *Taking Action to Reduce Tobacco Use*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Niu, S.R., G.H. Yand, Z.M. Chen, J.L. Wang, G.H. Wang, X.Z. He, H. Schoepff, J. Boreham, H.C. Pan, and R. Peto. 1998. „Emerging Tobacco Hazards in China 2. Early Mortality Results from a Prospective Study.” *British Medical Journal* 317(7170):1423-24.

Non-Smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation. 1994. *The Smuggling of Tobacco Products: Lessons from Canada*. Ottawa: NSRA/SHAF.

Obot, I.S. 1990. „The Use of Tobacco Products Among Nigerian Adults: A General Population Survey.” *Drug Alcohol Dependence* 26(2):203-08.

Orphanides, A., and D. Zervos. 1995. „Rational Addiction with Learning and Regret.” *Journal of Political Economy* 103(4):739-58.

Parish, S., R. Collins, R. Peto, L. Youngman, J. Barton, K. Jayne, R. Clarke, P. Appleby, V. Lyon, S. Cederholm-Williams, and others. 1995. „Cigarette Smoking, Tar Yields, and Non-Fatal Myocardial Infarction: 14,000 Cases and 32,000 Controls in the United Kingdom. The International Studies of Infarct Survival (ISIS) Collaborators.” *British Medical Journal* 311(7003):471-77.

Pearl, R. 1938. „Tobacco Smoking and Longevity.” *Science* 87:216-7.

Pekurinen, Markku. 1991. *Economic Aspects of Smoking: Is There a Case for Government Intervention in Finland?* Helsinki: Vapka-Publishing.

Peto, Richard, A.D. Lopez, and L. Bogi. „Global Tobacco Mortality: Monitoring the Growing Epidemic.” In Lu r., J. Mackay, S. Niu, and R. Peto, eds. *The Growing Epidemic*. Singapore: Springer-Verlag (in press).

Peto Richard, A.D. Lopez, J. Boreham, M. Thun, and C. Heath, Jr. 1994. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press.

Peto, Richard, Z.M. Chen, and J. Boreham. 1999. „Tobacco: the Growing Epidemic.” *Nature Medicine* 5(1):15-17.

Price Waterhouse. 1992. *The Economic Impact of the Tobacco Industry on the United States Economy*. Arlington, Virginia.

Raw, Martin, A. McNeill, and R. West. 1999. „Smoking Cessation: Evidence-Based Recommendations for the Healthcare System.” *British Medical Journal* 318(7177):182-85.

Reid, D. 1994. „Effect of Health Publicity on Prevalence of Smoking.” *British Medical Journal* 309(6966):1441.

1996. „Tobacco Control: Overview.” *British Medical Bulletin* 52(1):108-20.

Reuter, P. 1992. *The Limits and Consequences of U.S. Foreign Drug Control Efforts*. RAND Cooperation Publication No. RP-135.

Rice, D.P., T.A. Hodgson, P. Sinsheimer, W. Browner, and A.N. Kopstein. 1986. „The Economic Costs of the Health Effects of Smoking. 1984.” *Milbank Quarterly* 64(4):489-547.

Rigotti, N.A., J.R. DiFranza, Y.C. Chang, and others. 1997. „The Effect of Enforcing Tobacco-Sales Laws on Adolescents' Access to Tobacco and Smoking Behavior.” *New England Journal of Medicine* 337(15):1044-51.

Roberts, M.J., and L. Samuelson. 1988. „An Empirical Analysis of Dynamic, Nonprice Competition in an Oligopolistic Industry.” *RAND Journal of Economics* 19(2):200-20.



- Robson, L., and E. Single. 1995. Literature Review of Studies of the Economic Costs of Substance Abuse. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse.
- Roemer, R. 1993. Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: World Health Organization.
- Royal College of Physicians. 1962. Smoking and Health. Summary and Report of the Royal College of Physicians of London on Smoking in Relation to Cancer of the Lung and Other Diseases. New York: Pitman Publishing Co.
1992. Smoking and the Young. London.
- Rydell, C.P., and S.S. Everingham. 1994. Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs. RAND Cooperation Publication No. MR-331-ONDCP/A/DRPC
- Rydell, C.P., J.P. Caulkins, and S.S. Everingham. 1996. „Enforcement or Treatment? Modeling the Relative Efficacy of Alternatives for Controlling Cocaine.” *Operations Research* 44(5):687-95.
- Saffer, Henry, and F. Chaloupka. 1999. Tobacco Advertising: Economic Theory and International Evidence. NBER Working Paper No. 6958. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.
- Saffer, Henry. 1995. „Alcohol Advertising and Alcohol Consumption: Econometric Studies.” In Martin, S.E., ed., *The Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Saloojee, Yussuf. 1995. „Price and Income Elasticity of Demand for Cigarettes in South Africa.” In Slama, K., ed., *Tobacco and Health*. New York, NY: Plenum Press.
- Samet, J.M., D. Yach, C. Rayléor, and K. Becker. 1998. Research for effective global tobacco control in the 21<sup>st</sup> century working group convened during the 10<sup>th</sup> World conference on Tobacco or Health. *Tobacco Control*; 7(1):72-7.
- Schelling, T.C. 1986. „Economics and Cigarettes.” *Preventive Medicine* 15(5):549-60.
- Schoenbaum, M. 1997. „Do Smokers Understand the Mortality Effects of Smoking? Evidence from the Health and Retirement Survey.” *American Journal of Public Health* 87(5):755-59
- Scitovsky, T. 1976. *The Joyless Economy: An Inquiry into Consumer Satisfaction and Human Dissatisfaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Silagy, C., D. Mant, G. Fowler, and M. Lodge. 1994. „Meta-Analysis on Efficacy of Nicotine Replacement Therapies in Smoking Cessation.” *Lancet* 343(8890):139-42.

Single, E., D. Collins, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, and A. Maynard. 1996. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse.

Slama, K., ed. 1995. *Tobacco and Health*. New York, NY: Plenum Press.

Smith, Adam. 1776. *Wealth of Nations*. Edition edited by Canaan, Edwin, 1976. University of Chicago Press. Chicago.

Stavrinos, V.G. 1987. „The Effects of an Anti-Smoking Campaign on Cigarette Consumption: Empirical Evidence from Greece.” *Applied Economics* 19(3):323-29.

Stigler, G., and G.S. Becker. 1977. „De Gustibus Non Est Disputandum.” *American Economic Review* 67:76-90.

Stiglitz, J. 1989. „On the Economic Role of the State.” In A. Heertje, ed., *The Economic Role of the State*. Cambridge, Mass.: Basil Blackwell in association with Bank Insinger de Beauford NV.

Sullum, J. 1998. *For Your Own Good: The Anti-Smoking Crusade and the Tyranny of Public Health*. New York: The Free Press.

Suranovic, S. M., R.S. Goldfarb, and T.C. Leonard, 1999. „An Economic Theory of Cigarette Addiction.” *Journal of Health Economics* 18:1-29.

Sweanor, D.T., and L.R. Martial. 1994. *The Smuggling of Tobacco Products: Lessons from Canada*. Ottawa (Canada): Non-Smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation.

Tansel, A. 1993. „Cigarette Demand, Health Scars and Education in Turkey.” *Applied Economics* 25(4):521-29.

Thursby, J.G., and M.C. Thursby. 1994. *Interstate Cigarette Bootlegging: Extent, Revenue Losses, and Effects of Federal Intervention*. NBER Working Paper No. 4763. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.

Tobacco Intitute.1996. *The Tax Burden on Tobacco. Historical Compilation 1995*. Vol. 30. Washington D.C.

Townsend, Joy. 1987. „Cigarette Tax, Economic Welfare, and Social Class Patterns of Smoking.” *Applied Economics* 19:355-65.

1988. *Price, Tax and Smoking in Europe*, Copenhagen: World Health Organization.

1993. „Policies to Halve Smoking Deaths.” *Addiction* 88(1):37-46.

1996. „Price and Consumption of Tobacco.” *British Medical Bulletin* 52(1):132-42.

1998. „The Role of Taxation Policy in Tobacco Control.” In Abedian, I., and others, eds., *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town, South Africa: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.

Townsend, Joy, P. Roderick, and J. Cooper. 1994. „Cigarette Smoking by Socioeconomic Group, Sex, And Age: Effects of Price, Income, and Health Publicity.” *British Medical Journal* 309(6959):923-27.

Treyz, G.I. 1993. *Regional Economic Modeling: A Systematic Approach to Economic Forecasting and Policy Analysis*. Boston, Mass.: Kluwer Academic Publishers.

Tye, J.B., K.E. Warner, and S.A. Glantz. 1987. „Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship.” *Journal of Public Health Policy* 8:492-508.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 1994. „Medical-Care Expenditures Attributable to Cigarette Smoking – United States, 1993.” *Morbidity and Mortality Weekly Report* 43(26):469-72.

1998. „Response to Increases in Cigarette Prices by Race/Ethnicity, Income, and Age Groups – United States, 1976-1993.” *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47(29):605-9.

U.K. Department of Health. 1998. *Smoking Kills: A White Paper on Tobacco*. London: The Stationary Office. (<http://www.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/contents.htm>)

U.S. Department of Health and Human Services. 1988. *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Disease Prevention, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No.(CDC)88-8406.

1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Disease Prevention, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No.(CDC)89-8411.

1990. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Disease Prevention, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No.(CDC)90-8416.

1994. *Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

USDA (U.S. Department of Agriculture) 1998. *Economic Research Service Database*. (<http://www.econ.ag.gov/prodsrvs/dataproduct.htm>)

Van der Merwe, Rowena. 1998. „Employment and Output Effects for Bangladesh Following a Decline in Tobacco Consumption.” *Population, Health and Nutrition Department*. The World Bank.

- Viscusi, W.K. 1990. „Do Smokers Underestimate Risks?” *Journal of Political Economy* 98(6):1253-69.
1991. „Age Variations in Risk Perceptions and Smoking Decisions.” *Review of Economics and Statistics* 73(4):577-88.
1992. *Smoking: Making the Risky Decision*. New York: Oxford University Press.
1995. „Cigarette Taxation and the Social Consequences of Smoking.” In Poterba, J.M., ed., *Tax Policy and the Economy*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Wald, N.J., and A.K. Hackshaw. 1996. „Cigarette Smoking: An Epidemiological Overview.” *British Medical Bulletin*, 52(1):3-11.
- Warner, K.E. 1986. „Smoking and Health Implications of a Change in the Federal Cigarette Excise Tax.” *Journal of the American Medical Association* 255(8):1028-32.
1987. Health and Economic Implications of a Tobacco-Free Society.” *Journal of the American Medical Association* 258(15):2080-6.
1988. „The Tobacco Subsidy: Does it Matter?” *Journal of the National Cancer Institute* 80(2):81-83.
1989. „Effects of the Antismoking Campaign: An Update.” *American Journal of Public Health* 79(2):144-51.
1990. „Tobacco Taxation as Health Policy in the Third World.” *American Journal of Public Health* 80(5):529-31.
1997. „Cost-Effectiveness of Smoking Cessation Therapies: Interpretation the Evidence and Implications for Coverage.” *Pharmaco Economics* 11:538-49.
- Warner, K.E., and G.A. Fulton. 1994. „The Economic Implications of Tobacco Product Sales in a Non-tobacco State.” *Journal of American Medical Association* 271(10):771-6.
- Warner, K.E., and others. *The Medical Costs of Smoking in the United States. Estimates, Their Validity and Their Implications*, forthcoming.
- Warner, K.E., F.J. Chaloupka, P.J. Cook, and others. 1995. „Criteria for Determining an Optimal Cigarette Tax: the Economist’s Perspective.” *Tobacco Control* 4:380-86.
- Warner, K.E., G.A. Fulton, P. Nicolas, and D.R. Grimes. 1996. „Employment Implications of Declining Tobacco Product Sales for the Regional Economies of the United States.” *Journal of the American Medical Association* 275(16):1241-6.
- Warner, K.E., J. Slade, and D.T. Swenor. 1997. „The Emerging Market for Long-term Nicotine Maintenance.” *Journal of the American Medical Association* 278(13):1087-92.
- Warner, K.E., T.A. Hodgson, and C.E. Carroll. 1999. *The Medical Costs of Smoking in the United States: Estimates, Their Validity and Implications*. Ann Arbor, MI: University of Michigan, School of Public Health. Department of Health Management and Policy. Working Paper.

Watkins, B.G. III. 1990. „The Tobacco Program: An Econometric Analysis of Its Benefits to Farmers.” *American Economist* 34(1):45-53.

Weinstein, N.D. 1998. „Accuracy of Smokers’ Risk Perceptions.” *Annals of Behavioral Medicine* 20(2):135-40.

Wersall, J.P., and G. Eklund. 1998. „The Decline of Smoking Among Swedish Men.” *International Journal of Epidemiology* 27(1):20-6.

WHO (World Health Organization). 1996a. Investing in Health Research and Development, Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options (Document TDR/Gen/96.1.), Geneva, Switzerland.

1996b. Tobacco Alert Special Issue: the Tobacco Epidemic: a Global Public Health Emergency: Geneva, Switzerland.

1997. Tobacco or Health: a Global Status Report. Geneva, Switzerland.

1999. Making a Difference. World Health Report. Geneva, Switzerland.

World Bank. 1990. Brazil: the New Challenge of Adult Health. Washington, D.C.

1992. China: Long-term Issues and Options in the Health Transition. Washington, D.C.

1993. The World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press.

1994a. Chile: the New Adult Health Policy Challenge. Washington, D.C.

1994b. Averting the Old Age Crisis. Washington, D.C.

1996. China: Issues and Options in Health Financing. Report No. 15278-CHA, Washington, D.C.

1997. Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. World Bank Policy Report. Washington, D.C.

1998. World Development Indicators. Washington, D.C.

Zatonski, W. 1996. Evolution of Health in Poland Since 1988. Warsaw: Marie Skeodowska-Curie Cancer Center and Institute of Oncology, Department of Epidemiology and Cancer Prevention.

Zatonski, W., K. Przewozniak, and M. Porebski. 1999. The Impact of Enlarged Pack Health Warnings on Smoking Behavior and Attitudes in Poland. Paper presented at the workshop on „Tobacco Control in Central and Eastern Europe.” Las Palmas de Gran Canaria. February 26, 1999.

Zhang, Ping, and C. Husten. 1998. „The Impact of the Tobacco Price Support Program on Tobacco Control in the United States.” *Tobacco Control* 7(2):176-82.

Zhang, Ping, C. Husten, and G. Giovino. 1997. The Impact of the Price Support Program on Cigarette Consumption in the United States. Atlanta: Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention.