

NEMZETI STRATÉGIA A DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSÁRA

Szakmai előterjesztés

Háttér

Hazánkban az éves 125 000 halálesetből mintegy 25000, tehát minden ötödik a dohányzással összefüggésbe hozható megbetegedések miatt következik be.

Egyes szív és érrendszeri betegségek, közülük is elsősorban a koszorúsér betegségek következtében kialakuló akut miokardiális infarktus, a perifériás artériás érszűkületek, az agyvérzés, de a kiterjedt érelmeszesedés és a magas vérnyomás betegség háttérében is a dohányzás a leggyakoribb kóroki tényező. A dohányzás az első kóroki tényező a tüdőrák, a szájüregi és gégerákok esetében. Emellett más rosszindulatú tumorok kialakulásában is döntő kockázati tényező a dohányzás. Ugyancsak a dohányzás tehető felelőssé a több, mint félmillió embert érintő krónikus légzőszervi betegségek, a bronchitisz és az emfizéma kialakulásáért. Nem véletlen, hogy a nemzetközi irodalomban a kardiovaszkuláris betegségekről, a tüdőrákról és a COPD-ről közös kóroki tényezőjük, a dohányzás miatt, mint a „nagy triászról” tesznek említést.

A dohányzással összefüggő többlet halálozás két harmada a legproduktívabb években, 35-64 éves korban fordul elő. Ezeknek az embereknek az életét a tartós dohányzás átlagosan 21 évvel rövidíti meg. Minden korcsoportot figyelembe véve a dohányzók átlagosan tíz évvel hamarabb halnak meg nemdohányzó társaiknál.

Egészség-gazdaságtani szempontból nézve ezek az emberek először aktív keresőből passzív eltartottakká válnak, így éveken át fokozott terhet jelentenek az országnak, az egészségügynek, a szociális és rokkant nyugdíj rendszernek és nem utolsósorban a családjuknak. Ha a dohányzás ösztársadalmi költségeit nézzük, akkor a dohánytermékekből beszedett 326 MD Ft adóval szemben 457 MD Ft közvetlen és közvetett kiadás jelenik meg (2007). Eszerint évente mintegy 130 MD Ft többlet kiadást jelent a dohányzás.

A dohányzás és a dohányzás következményeinek a visszaszorítása az egész társadalom érdeke.

Célkitűzés

A dohányzók arányának a jelentős csökkentése Magyarországon, s ennek a révén a dohányzással összefüggésbe hozható megbetegedések morbiditásának a javítása.

Ezt a célt három eszköz egyidejű alkalmazásával lehet elérni:

- a) **A dohányzás megelőzése, vagyis minél kevesebb fiatal szokjon rá a dohányzásra (társadalmi prevenció)**
- b) **A nemdohányzók védelme a vonatkozó jogszabályok szigorításával**

(törvényi szabályozás, környezet)

c) A már dohányzók számának csökkentése a leszokás támogatás elősegítésével (egészségügyi, orvoszakmai feladat)

A felvállalt Nemzeti Stratégia multiszektoriálisan és intézményesen, a tevékenységgel összekötött forrásokkal, időhatárok és kontroll beiktatásával határozza meg mindazokat a feladatokat, amelyek révén a célkitűzés elérhető.

A „nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek forgalmazásáról...” szülő jogszabály 2011 tavaszán elfogadott szigorító módosítása jó alapot, kedvező társadalmi hozzáállást teremt meg ahhoz, hogy a jogszabály 2012 januári életbelépéséig megteremthessük a hatékony dohányzás leszokás támogatás feltételeit. A dohányzás visszaszorítását célul maguk elé kitűző orvosi társaságok elsősorban a leszokás támogatás terén játszhatnak szerepet. Ezért ez a stratégia is elsősorban a leszokás támogatás területén jelentkező feladatokat részletezi.

Feladatok

1. A dohányzási szokások felmérése

(aktuális kiindulópont reális megismerése)

Mindenek előtt a jelenleginél pontosabban kell meghatározni Magyarországon a dohányzók arányát: összességében, nemenként és az egyes korcsoportokat illetően. Pontosabban kell ismernünk az elmúlt évtizedek dohányzási szokásait, és a trendeket. Ellentmondó adatok állnak rendelkezésre. A felnőtt lakosság dohányzása tekintetében 31 és 38% közötti értékeket adnak meg különböző keresztmetszeti kutatások és felmérések (KSH, OLEF, Gallup, Tombor, Bácskai, Paulik közlései). A trendeket illetően is emelkedő és csökkenő dohányzási arányt kimutató kutatások állnak rendelkezésre (longitudinális analízisek). *Kritikusan meg kell vizsgálni az egyes epidemiológiai kutatások eltérő adatainak az okát és meg kell szervezni egy korrekt lakossági felmérést és rendszeresen (évente, kétévente, esetleg panel vizsgálat) monitorozni szükséges a dohányzási arányt, a dohányzási szokásokat.* Mindaddig, amíg pontos adatok nem állnak rendelkezésre, addig a dohányipar az aktuális érdekeinek is megfelelő pontatlan adatokat adhat közre a dohányzási szokásainkról, a cigaretta forgalmazásról, valamint a dohánytermelésről.

Amíg a fejlett nyugati országokban, de most már a környező Közép-Európai országokban és más régiók egyes országaiban is, a határozott intézkedések eredményeként a dohányzás határozott csökkenését tapasztalják, addig Magyarországon ez nincs így.

2. Hol tartunk nemzetközi összehasonlításban a dohányzás visszaszorítását eredményező intézkedések terén?

Hiányosságokat tapasztalunk a jogszabályalkotás, a dohánytermékeket érintő ár és adópolitika, a lakosság felvilágosítása, az oktatás, a média hozzáállása, a dohánytermékek reklámozása és forgalmazása, a leszokás szervezett támogatása terén. Ezek a hiányosságok nehezítik meg a hatékony dohányzásellenes küzdelmet.

Az EU pontozza az egyes országokat mindezen szempontok alapján. Ezt a pontrendszert és Magyarország pozícióját haladéktalanul meg kell ismertetni a hazai politikusokkal és szakemberekkel. 2007-ben eszerint Magyarország a száz pontos skálán 2005-höz képest 4 ponttal rosszabb eredménnyel, 43 ponttal a 30 országot reprezentáló skálán (EU27 + Norvégia, Izland és Svájc) a 22. helyen szerepelt. 2011 márciusában ugyanezen a skálán 34 ponttal hátracsúsztunk a 27-ik helyre. Az időközben elfogadott jogszabály módosítás következtében ugyan várható a felfelé mozdulás, de igazán csak tartós eredményt hozó hatékonyabb

intézkedésekkel (ilyen pl. a leszokás támogatás rendszerének a kialakítása és működtetése) juthatunk előre.

3. Politikai elkötelezettség és nemzeti dohányzásellenes koordináció

A „nemdohányzókat védő...” jogszabály szigorító módosításának az elfogadása kifejezte az egészségügyi kormányzat politikai szándékát és nagy sikerként értékeljük azt. Ugyanakkor mindez csak a megfelelő kerete és feltétele annak, hogy meg is történjenek azok a lépések, amelyek nyomán valóban csökkenhet a dohányosok aránya.

A dohányzás visszaszorítását célzó multiszektoriális intézkedéseket **koordinálni kell**. *Erre a legalkalmasabb az egészségügyi adminisztráció (NEFMI) megfelelő főosztálya lehet.* Ez az intézmény rendelkezik a hatósági jogosítványokkal, információkkal és lehetőséggel más tárcákkal való tárcaközi egyeztetésekre. Az egészségügyi probléma jelenlegi mérete és a jövőbeli veszélyeztetettség mértéke feljogosítja a tárcát a proaktív javaslatételre. Pénzügyi eszközei révén céltámogatásokkal, pályázati források mobilizálásával segítheti az egészségügy keretein belüli megoldandó feladatok végrehajtását, sőt kezdeményezheti és koordinálhatja más tevékenységek menetét is. A koordináló egység *országos dohányzás ellenes epidemiológiai felügyeleti rendszert* működtethet, amely *már meglévő, vagy erre a célra életre hívott honlap segítségével* folyamatosan tájékoztathat a dohányzási indikátorok állásáról, az eredményekről, a vonatkozó jogszabályokról. Ez a rendszer arra is alkalmas lehet, hogy rendszeresen beszámoljon az egyes területek eredményeiről, vagy éppen nehézségeiről.

Világosan kell azonban látni, hogy a dohányzás visszaszorítása a fentiekben taglalt hármas célkitűzés mentén lehetséges csak, és ezek megvalósítása együtt, párhuzamosan szükséges.

Kiragadott tevékenységek és a cél megjelölése nélkül, nem koordináltan elköltött adóforintok kárba vesznek, mint ezt az elmúlt években láhattuk (pl. óriásplakátok és egyéb eredménytelen, rövid életű média kampányok).

Az epidemiológiai felmérés szükséges azért is, mert az egyes feladatcsoportok finansiális igényét csak így lehet megbecsülni és időkeretekhez kötni.

A koordinációt végző minisztériumi főosztály alá tartozhat egy **dohányzás leszokás támogatási módszertani központ**, amely regisztrálhatja a leszokási programban részt vevőket, felelős lehet a szakmai irányelv karbantartásáért, akkreditálhatja az egyes leszokási szakrendeléseket és szerepet vállalhat a finanszírozás ellenőrzésében is. A módszertani központ munkájában támaszkodik az elmúlt két évtizedben összegyűjtött hazai tapasztalatokra is ezen a területen.

A **nemzeti dohányzásellenes koordinációt végző minisztériumi főosztály, illetve módszertani központ** mellett a feladatok végrehajtásának ellenőrzésében szerepe lehet a Kormányhivatalokban működő Népegészségügyi Intézeteknek (ellenőrzések), illetve az Országos Egészségfejlesztési Intézetnek (OEFI) (prevenciós módszertani kérdések). A dohányfüggőség [nikotin addikció] orvosi kórkép, ezért az addiktológia kutatási, **módszertani** vonatkozásait illetően feladatai lehetnek a létesítendő Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetnek is. Az **operatív feladatokat** illetően a megelőzés terén az OEFI és az oktatásügy adminisztratív irányítói, a leszokás támogatás terén pedig az **Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet (OKTPI)**, a **Dohányzásról Leszokást Támogató Központ (DLTK)** és az **orvosszakmai társaságok** fóruma játszhat szerepet.

Rendelkezésre áll a nemzetközi tapasztalatokon és evidenciákon alapuló magyar szakmai ajánlás a leszokás módszertanára és eszközeire vonatkozóan (A dohányzás leszokás támogatásának szakmai irányelve, 2009; a szakmai irányelv alapján több eljárási protokoll is rendelkezésre áll mind a csoportos, mind az egyéni leszokás támogatás, a telefonos tanácsadás

terén). A már valamilyen a dohányzással összefüggő betegségben szenvedő dohányosok leszokás támogatására a szakmai irányelven alapuló módszertani levelek, protokollok hozhatók létre, megjelölve benne a beteg utakat is.

A leszokás **egészségügyi hasznára** vonatkozóan rendelkezésre állnak adatok, evidenciák és becsülhető az ebből adódó költséghaszon is. A leszokás az egyik leginkább költséghatékony tevékenység a nagy kockázatú és a már beteg egyének gyógyítása terén is.

A koordináció fontos területe a nemzetközi kapcsolatok kiépítése és megtartása egyrészt a nemzetközi szervezetekkel (WHO, EU, ENSP [European Network of Smoking Prevention], ENQ [European network of Quitlines]), másrészt a szomszédos országokkal. Számos nemzetközi kapcsolódási pont található a megfelelő honlapokon, ami presztízs emelést és szakmai segítséget jelenthet. Ezt kiegészíthetik az orvosi társaságok a saját nemzetközi kapcsolataikkal.

4. Ár- és adópolitika

Egy szakmailag korrekt és hatékony leszokás támogatási infrastruktúra kialakítása és működtetése elképzelhetetlen anyagi források megteremtése nélkül. A jelenlegi korlátozott és önmagában véve is csekély OEP finanszírozás inkább gátja, mint előmozdítója a leszokás támogatásnak. Ahhoz, hogy az egészségügyi szakemberek motiváltak legyenek kellő díjazásban kell részesíteni őket. Ugyanakkor a páciens oldaláról is támogatni kell a leszokás támogató készítmények árát valamilyen mértékben.

Jelenleg az alábbi forrásokat tartjuk elképzelhetőnek a fentiek finanszírozására:

1. Az EU-s költségvetésben 26 MD Ft szerepel prevenció programokra. Ebből eddig 6 MD-ot költöttünk el és kb. 6-8 MD Ft van lekötve. A fennmaradó forrás optimális fedezet lehet.
2. A norvég alaphoz hasonló svájci alap is lehetőséget jelenthet pályázati úton elérhető forrásokra.
3. TÁMOP; minisztériumi pályázati források, amelyek az egyes rendelkezések beindításánál, illetve az egészségügyi dolgozók leszokási programjánál lehetnek források
4. Népegészségügyi termékadj (egészségre ártalmas ételekre kivetett többletadó). Sajtóértesülések szerint éppen a dohánytermékek maradnának ki ebből, amivel nem értünk egyet. Ugyanakkor a mintegy 30-35 MD Ft-ra tervezett bevételből jócskán kitelne a leszokás támogatás infrastruktúrájának kialakítására, működtetésére és a készítmények támogatására fordítandó kb. 2 MD Ft (ebből egy milliárd forintot jelenthet a kialakítás, de főleg a működtetés, beleértve a quitline szolgáltatást is, a szakemberek díjazása, s kb. 900 millió Ft a leszokás támogató készítmény ártámogatása 50%-os támogatást és a törvényszerű lemorzsolódást figyelembe véve, mintegy negyvenezer dohányosnak a leszokási programba vonása esetén).
5. Továbbra is javasoljuk egészségügyi termékadj bevezetését valamennyi dohánytermékre, amelynek mértéke az adott dohányárú teljes árának 1%-a legyen. Ezzel a dohányzók maguk fizetnék meg a leszokásuk költségeit (a leszokást támogató rendszer működése, illetve a leszokást támogató szerek támogatása költségei).
6. Az SZJA 1%-át kiemelt költségvetési előirányzatként a dohányzás prevenciójára is fel lehetne ajánlani. Ebből így elsősorban a fiataloknak szervezett iskolai programokat lehetne finanszírozni, melyek a nemzeti alaptantervvel összhangban, az óvodás kortól a középiskoláig biztosíthatják a dohányzás megelőzését célzó tevékenységet.

Nemzetközi tapasztalatok alapján a dohányzás visszaszorításának az egyik eredményes eszköze a dohánytermékek *árának a megfelelő szintre emelése*. Erre egyébként az EU is szorítja a magyar ár- és adópolitikát. Ezen a területen még mindig van tennivaló, hiszen nem értük el az elvárható árszintet.

Termékdíj bevezetése: Más országokban van erre példa (például Románia). 0,1-0,2 Euro többlet költséget állapítanak meg minden doboz cigarettn és ezt az összeget - amit lényegében véve a dohányosok azért fizetnek ki, hogy elősegítsék a dohányzás hatékonyabb visszaszorítását - a megelőzés és a leszokás költségeire fordítják. Ezt az extra összeget akár egy erre a célra létrehozott megfelelően kontrollált közalapítvány is kezelhetné.

Az áremelést ugyanakkor kísérnie kell egy *hatékony pénzügyőri tevékenységnek a csempészet megfékezésére*, hiszen egyes szomszédos országokban lényegesen olcsóbb a cigaretta, ami kiváltja a kishatár menti, illetve nagybani csempészetet. A csempészet növekedése többszörös kockázatot jelent az egészségre az ismertnél is károsabb szennyezett dohánytermékek beáramlása és a dohányzási arány stagnálása révén. Emellett az adóbevételek sem a magyar államháztartásba kerülnek.

A *dohánytermelőket* a pontos termelési adatok ismeretében annak függvényében kell kártalanítani, hogy milyen mértékben csökken a hazai dohányfelvásárlás a dohányzás – remélt – fokozatos visszaesését követően. A dohánytermesztőket segíteni kell más növényi kultúrákra történő átállásukban.

5. A dohánytermékek forgalmazása és promóciója (jogi szabályozás és ellenőrzés)

A dohánytermékek tisztaságát, minőségét, összetételét folyamatosan ellenőrizni kell, nehogy a dohányipar az addikciót fokozó adalékanyagokat keverjen a cigarettákhoz (ahogy erre külföldön volt már példa). A dohánytermékekhez adott adalékanyagokat ugyanúgy tételesen tüntessék fel a csomagoláson, mint az az élelmiszerek esetében történik. A hozzászokást, illetve a dohánytermékek elfogadását (attraktivitását) elősegítő adalékanyagok alkalmazását be kell tiltani. A cigarettásdobozokon fel kell tüntetni a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő feliratokat és ábrákat (nagy méretű képes figyelmeztetések) és a leszokás pontokat. Ennek érdekében is módosítani kell a jogszabályokat. Jogszabályban kell rögzíteni az egységes csomagolás bevezetésének az időpontját is.

A reklámtevékenység minden formáját tiltani kell (a médiumokban megjelenő burkolt reklámokat is). Az üzletekben ne lehessen nyíltan látni a dohánytermékeket.

A fiatalkorúaknak dohányterméket kiszolgáló eladókat és üzleteket a törvény betűje szerint szigorúan szankcionálni kell.

6. A lakosság felvilágosítása (prevenció)

A lakosság számára minden lehetséges eszközzel világossá kell tenni a dohányzás ártalmosságát, a függőség jelentőségét és a leszokás valamint a leszokás támogatás szervezeti lehetőségeit. Ezt elsősorban az *írott és az elektronikus média* eszközeivel lehet elérni. A kormánzatnak el kell érnie azt, hogy a médiumok teret adjanak a dohányfüst mentes életmód hirdetésének és a leszokás orvos szakmailag ajánlott lehetőségeinek a megismerésére.

Összehangolt média megjelenésekre lenne szükség az elkövetkező években, de elsősorban már 2011 őszén. A média és a lakosság várható érzékenysége megnövekszik a jogszabály januári bevezetését megelőzően. Várható a dohányipar és a vendéglátóipar negatív kampánya is. Ezért szeptembertől fokozatosan erősödő és folyamatos megjelenésre van szükség amely folyamatosan napirenden tartja a legfontosabb előnyeit a dohányzás visszaszorításának és cáfolja a gazdasági hátrányait a jogszabálynak.

Érdeemes népszerű sorozatok, riportok, beszélgetések segítségével is pozitív példákat bemutatni.

Az **oktatásban** minden korosztálynak a saját képzettségi szintjén találkoznia kell a dohányzás ártalmasságával foglalkozó ismeretekkel, akár már az óvodás kortól. Ennek megfelelően kell módosítani az alaptantervet. Az ifjúság körében végzendő prevenciós tevékenység érdekében kortárs segítő fiatalokat kell képezni a feladatra.

Az **egészségügyben** minden orvosnak, egészségügyi dolgozónak meg kell valósítania dohányzó páciensei esetében a leszokás támogatás minimális intervencióját. Ennek érdekében minél előbb teret kell nyernie a graduális képzésben is a dohányzás leszokás támogatás ismereteinek. Minden dohányzó beteget el kell látni egyszerű, egylapos felvilágosító szöveggel, amely motiválhatja a leszokásra és ismerteti az ehhez vezető betegutat. A kórházakban tájékoztató anyagokkal ellátott „dohányzás leszokás pontokat” kell kialakítani. Lehetőség szerint országszerte leszokás támogató szakrendeléseket kell működtetni, ahol akkreditált képzettségű szakember áll a jelentkező dohányos páciensek rendelkezésére.

Az **egészségügyi szakdolgozóknak, védőnőknek** kiemelt szerepet kell kapniuk a dohányzás leszokás támogatás minimális intervenciójában. Éppen ezért a szakdolgozók minden szintű képzésében helyet kell biztosítani a dohányzás megelőzés és leszokás támogatás oktatásának. Kiemelt szerepe lenne a terhes gondozásban dolgozó védőnőknek ezen a téren.

Szükséges a **civilszervezetek** bevonására mind a lakosság tájékoztatása, mind a prevenció, mind a leszokás támogatás terén.

7. Leszokás

Strukturált és célhoz kötött leszokás támogatás
(egészségügyi tevékenység)

A fogyasztás csökkentése és az egészségkárosodások mérséklése érdekében lehetővé kell tenni az országban a leszokás támogatási programok széleskörű elterjedését. Ennek feltételei:

a) **minőségbiztosítás** (csak evidencia alapú, a hazai szakmai irányelvnek megfelelően történhessen leszokás támogatás). Az érdekelt orvosi társaságok és a dohányzás leszokás támogatási módszertani központ által meghatározott és a szakmai irányelvben javasolt módszer az irányadó. A Kormányhivatalokban működő Népegészségügyi Intézet hivatott arra, hogy ellenőrizze az egyes rendelkezéseket, hogy a javasolt módszer szerint történik-e a leszokás támogatás.

b) **megfelelő ambuláns infrastruktúra** (jelenleg a tüdőgondozói hálózatban történik szervezeten programszerű leszokás támogatás [a finanszírozás rendkívül alacsony mértéke, illetve korlátozása és sok helyen a hiánya miatt csökkenő aktivitással], és a Dohányzásról Leszokást Támogató Központ (DLTK) végez egyéni, csoportos és proaktív telefonos leszokás támogatást, mint leszokás támogató szakrendelés, képző és tudásközpont). Lehetővé kell tenni a feltételek biztosításával azt, hogy a tüdőgondozók mellett önálló leszokás támogató szakrendelések működhessenek. Ezek egyben a prevenció és a rehabilitáció részei is, ezért az orvos szakmai figyelem kiemelten erre irányul. A szakambulanciák felé irányíthatók a páciensek a megfelelő beteg utak kialakításával. A szakellátási igény jogosságát a dohányzás addiktív jellege is alátámasztja.

c) megfelelő számú **képzett és akkreditált szakember**. Ennek érdekében már az egyetemeken, főiskolákon kezdődjék meg a hallgatók képzése ezen a területen. Akkreditált tanfolyamokon képezzenek egészségügyi személyzetet. Ebben az orvosi társaságok és a DLTK játszhat szerepet. 2010-2011-ben több, mint száz egészségügyi szakember végezte el a 30 órás intenzív képzést a DLTK szervezésében és mintegy négyszáz orvos, szakdolgozó és gyógyszerész vett részt a tüdőgyógyászati szakma által szervezett egynapos képzésen.

Javasolt az orvostanhallgatók oktatásba és tanácsadásba való bevonása a gyakorlati képzés idején.

d) **kellő finanszírozás:** itt mutatkozik a legnagyobb hiányosság. A jelenlegi OENO tevékenységeket sem jelentik a szolgáltatók, mivel a jelenlegi szabályozás hátrányos diszkriminációval sújtja ezt a tevékenységet (egyéb tevékenységek kizárása, nincs elkülönített óraszám, alulfinanszírozás), holott évente mintegy kilencezer páciens lép be a leszokás támogató programokba és 3-4000 sikeres leszokás történik csak a tudógondozókban. Más szolgáltatók esetében még erről az elégtelen finanszírozásról sem beszélhetünk.

A leszokás támogatás finanszírozása

A leszokás támogatás kulcskérdése a megfelelő finanszírozás. Egyrészt el kell ismerni a szakemberek munkáját, ami ezáltal motiválóként is hat minél több dohányos leszokási programba vonására, másrészt valamilyen mértékben támogatni kell a leszokás támogatáshoz szükséges készítmények árát is, ami viszont a dohányost motiválja a programban való részvételre, végső soron a hatékony leszokásra.

Jelenleg egy három hónapos, egy kezdő és négy-öt követési vizitból álló, a kilélegzett levegő CO mérésével kontrollált leszokás támogató programot összesen 2500-3000 német ponttal díjaz az OEP, már ha szerződött egyáltalán az adott szolgáltatóval, illetve nem korlátozza a finanszírozást a TVK, illetve az időkorlát. A készítményeket semmilyen formában nem támogatja, azt teljes egészében a páciensek fizetik ki. Véleményünk szerint legkevesebb 20 ezer Ft-os díjazást kellene kapniuk a leszokás támogatást végzőknek egy teljes programért. A készítményeket 50%-os ártámogatásban kellene részesíteni.

Annak, hogy ezt a finanszírozást érvényesíthessük, két technikai megvalósítása lehetséges. Az egyik az **OEP finanszírozás**, de megfelelő változtatásokkal. Biztosítani kell a leszokás támogató szakrendelések, illetve tevékenységek finanszírozói befogadását; az erre a célra elkülönített óraszámot; a TVK és a perc korlátozások eltörlését a dohányzás leszokás támogatás esetében; a reálisabb és magasabb német pontszámot, hogy összességében 13-15 ezer pont értékben; a kizárások (pl. egyéb vizsgálatok) törlését; a változó gondozói finanszírozás esetében gondozási -HBCS kialakítását a dohányzás leszokás támogatásra. Szükséges – legalább is a fokozottan veszélyeztetettek (szívinfarktust követően, COPD-s, asztmás betegek) esetében – a leszokáshoz szükséges leghatékonyabb készítmények támogatása is.

A másik lehetőség egy **államilag létesített alapítvány révén**, az OEP finanszírozásától függetlenül. Az alapítvány kuratóriumában részt vennének a minisztérium képviselője, a dohányzás leszokás támogató módszertani központ képviselője, valamint olyan személyek, akik hitelesek, kellő biztosítékot jelentenek az évi mintegy kétmilliárd forint korrekt felhasználására. Az alapítványt a kormány támogatja az erre a célra elkülönített, illetve egyéb források révén, a termékdíjakból, a gyógyszercégektől befolyt támogatásokból, de bármilyen egyéb, akár magánszemélyek 1%-os adója is ide irányulhat támogatásként. Ez a finanszírozási forma garantálja azt, hogy a pénz valóban a leszokás támogatást motiválja, díjazza. Ez utóbbit javasoljuk az OEP bizonytalan, merev és devalválódó finanszírozásával szemben.

A leszokás támogatás országos hálózatának a kialakítása

Az egészségügyi ellátórendszerben jelenleg a dohányosok nagyon kevés segítséget kaphatnak, sem a fekvőbeteg hálózaton, sem a járóbeteg ellátórendszeren belül nincs megfelelően és hatékonyan működő leszokás támogatás. A dohányzás elleni küzdelem egyik fontos eleme a minden dohányos számára hozzáférhető és komplex ellátást nyújtó leszokás támogató rendszer. Különösen indokolt egy ilyen rendszer kialakítása most, amikor a jogszabály bevezetését megelőzően várható a megnövekvő társadalmi igény a leszokás támogatásra.

A javasolt rendszer alulról építkezik és felülről ellenőrzött és finanszírozott. Olyan piramist kell elképzelni, melynek alapján, a *legalsó szintjén a házi orvosok és a dohányzás leszokás támogatást csak a minimális intervenció mélységéig művelő szakorvosok* vannak, akik felhívják a dohányosok figyelmét annak veszélyeire, javasolják a leszokást és szükség esetén megfelelő, a leszokás támogatást programszerűen végző egységbe irányítják a páciens. Nagyon fontos, hogy már ezért a tevékenységükért díjazásban részesüljenek. 1500-2000 Ft díjazás járna azért, hogy sikerül egy dohányost leszokás támogatási szakrendelésre irányítani.

A következő szinten vannak a leszokás támogatási szakrendelések, vagy egységek (leszokás pont). Ezekben képzett és akkreditált szakemberek végzik a leszokás támogatást. Ezek lehetnek önálló, csak ezzel a tevékenységgel foglalkozó egységek, de lehetnek olyan rendelők, tudógondozók, ahol a szakemberek (orvosok, pszichológusok) a napi rendelést követően, vagy praxis közösségben végzik a leszokás támogatást. Ezek a szakemberek a teljes programért kb. 18 000 Ft díjazásban részesülnének. A páciens programba vonásakor kapnának 5-6000 Ft-ot és ez havonta emelkedne, ha a páciens a programban marad, s jutna el a teljes összegig. Ebből az összegből akár a költségek is fizethetők. A támogatott szereket csak az ezekben az akkreditált rendelésekben működő szakemberek írhatnák fel.

A piramis csúcán helyezkedne el a *dohányzás leszokás támogatási módszertani központ.* Ez lenne felelős az akkreditációkért, a képzések megszervezéséért, egy olyan regiszter felállításáért és működtetéséért, amelynek segítségével a később a leszokási programban részt vevő dohányosok a biztosító részéről kedvezményben, vagy ellenkezően a részt nem vevők negatív diszkrimináció alá esnének egyéb, a dohányzásukkal összefüggő betegségeikre felírt gyógyszerek ártámogatásában. A módszertani központ feladata lenne az alapítványi konstrukcióban rendelkezésre bocsátott pénzek megfelelő felhasználásáról való gondoskodás is.

A módszertani központ mellett, azzal egy szintben működik a Dohányzásról Leszokást Támogató Központ is, szakembere részt vesz a módszertani központ munkájában is, működtetheti az országos quitline-t, telefonos tanácsadást, képzési programokat szervezhet. Ugyancsak a módszertani központ szintjén lehet szerepe az érintett orvosi társaságok együttműködési fórumának, amely tanácsadással, képzések szervezésével, a szakmai irányelv gondozásával veheti ki a részét a feladatokból.

Országosan 30-40 leszokás támogatási egységet kellene kialakítani. A leszokás támogatás javasolt módszerét alapul véve három hónap alatt hat vizitre kerülhet sor. Ez a vizit 10' szakorvosi és 5' asszisztensi időt jelent. Heti 40 órás olyan munkaidőt véve alapul évente kb. 1000-1100 leszokási programra lehet kapacitás. Ez a gyakorlatban a törvényszerű lemorzsolódás miatt 1500-1800 is lehet. Országosan mintegy 40 ezer dohányos jelentkezik évente a programokra és mintegy 15 ezren le is szokhatnak egy ilyen rendszerben.

Az egyéni és a csoportos leszokási programok egyaránt finanszírozhatók ebben a rendszerben, hiszen a finanszírozás szempontjából a csoportok tagjai egyénenként értékelendők. Az eredmény a lényeges, nem az egyébként szakmailag elfogadott módszerek közötti különbség.

A finanszírozási összegeket tekintve kb. 40 ezer beutalás a beutaló szakemberek felé max. 100 millió kiadás, a lemorzsolódást figyelembe véve a programok finanszírozása 6-700 millió Ft. A készítmények ártámogatása a támogatás mértékétől függően maximum 1 milliárd Ft lenne. Így a program összes költsége nem haladná meg a 2 milliárd Ft-ot.

A legegyszerűbb támogatási forma a bizonyítottan hatékony vénköteles gyógyszerek árának 50%-os támogatása lenne. Egy másik alternatíva, ha az erre a célra létrehozott állami felügyeletű alapítványon keresztül történik a készítmények támogatása. A készítményeket illetően más országok tapasztalata alapján a kezdő adagot, vagy az első havi adagot a páciensnek kellene megvennie. A második havi adagot, mintegy jutalomként ingyen kapná. A

harmadik havi adagot is kaphatja támogatással, de ha eddig eljutott, már erősen motivált, ugyanakkor ilyenkor is fontos az ártámogatás, mivel ha itt hagyja abba a programot még aránylag nagy a visszaesés kockázata.

8. Leszokási program az egészségügyi intézményekben

A 2012 januárjától hatályos jogszabály – helyesen – megtiltja a dohányzást az egészségügyi intézmények egész területén. Ez, a nagy százalékban dohányzó egészségügyi dolgozók, elsősorban a nővérek miatt konfliktus helyzetet jelenthet. Javasoljuk, hogy valamennyi egészségügyi intézményben legyen egységes elvek alapján, a minisztérium által támogatott leszokási program szeptember-november hónapokban. A támogatás történhet csoport foglalkozás keretében is.

A programot a DLTK, illetve a tüdőgondozók már korábban kiképzett szakemberei vezethetik. Sor kerülhet az egyes intézményekben is további szakember-képzésre, akik később vezethetik ezeket a programokat. Természetesen nem várható az, hogy valamennyi dohányzó egészségügyi dolgozó leszokjon, de 30-40%-uk leszokhat, ami önmagában is óriási eredmény lenne, másrészt januártól nem mondhatják a tovább dohányzók, hogy nem volt lehetőségük leszokni. Egy ilyen akció rendkívül jól kommunikálható lenne a médiában, akár folyamatosan be lehetne számolni róla, hol állnak az egyes intézmények éppen, hányan kezdték el, hányan vannak még a programban, hányan estek már ki és hányan maradtak absztinensek a három hónapos program végén is. Egyfajta leszokási versenyt is meg lehetne hirdetni az intézmények között komoly díjakkal.

Az egészségügyi dolgozóknak – legalábbis 2011-ben és 2012-ben – ingyenessé kellene tenni a leszokási programok keretében alkalmazott leszokás támogató szereket. Ez népszerűbbé tenné a dolgozók között a leszokási programokat és pozitív színben tüntethetné fel a minisztériumot, de az egész dohányzás visszaszorítási aktivitásunkat is a média és a lakosság előtt. Ezt az akciót az egyes gyógyszercégek felajánlásaiból lehetne finanszírozni.

9. Kutatási programok összehangolása

A dohányzás leszokást, illetve a dohányzás egészségkárosító hatásait illetően kapjanak támogatást az egyes kutatói csoportok. Ilyenek az addiktológia-pszichológia, az epidemiológia, illetve az onkológia, az élettani alapkutatások területén történnek. Ezeket a programokat össze kell hangolni a hasonló külföldi, illetve hazai kutatásokkal is.

Ezekre a kutatásokra a minisztériumnak kiemelten kellene forrásokat biztosítani megfelelő európai uniós és egyéb pályázati források bevonásával.

2011 június 27-én

Magyar Tüdőgyógyász Társaság, Magyar Kardiológusok Társasága, Magyar Hypertonia Társaság, Magyar Angiológiai és Érsébeszeti Társaság, Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság, Magyar Menopauza Társaság, Népegészségügyi Képző és Kutatóhelyek egyesülete, Családorvos Kutatók Országos Szervezete, Magyar Orvosi Társaságok és Egyesületek Szövetsége, Magyar Rákellenes Liga, Magyar Nemzeti Szívalapítvány, Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért Szervezet, Dohányzásról Leszokást Támogató Központ

