

ŁUKASZ BALWICKI
MAŁGORZATA BALWICKA-SZCZYRBA

Antynomie opieki zdrowotnej – sukcesy i wyzwania w zakresie działań na rzecz ograniczenia konsumpcji tytoniu

Palenie tytoniu powoduje rocznie ok. 8 mln zgonów na świecie, a w Polsce wg ostatnich szacunków 80 tys. [27]. Są to w znacznej mierze zgony przedwczesne, możliwe do uniknięcia, które by nie występowały w tak dużej skali, gdyby nie choroby odtytoniowe. Zaliczamy do nich m.in. choroby sercowo-naczyniowe (w tym zawały i udary), choroby układu oddechowego (w tym POChP), choroby nowotworowe (w tym rak płuc, nosogardzieli, pęcherza moczowego) i wiele innych, których występowanie jest warunkowane wdychaniem dymu tytoniowego. Wymienione choroby powodują niepotrzebne cierpienie i obciążają palaczy skomplikowanym leczeniem. Według obliczeń Global Burden of Disease Study 2019 palenie tytoniu stanowi w Polsce czynnik ryzyka zdrowotnego nr 1, przed nadciśnieniem tętniczym oraz wysokim wskaźnikiem BMI pod względem liczby utraconych DALY, tj. lat skorygowanych niepełnosprawnością [1]. Choroby odtytoniowe generują również ogromne koszty ekonomiczne, zarówno koszty bezpośrednie, związane z leczeniem, jak i pośrednie, związane z utraconą produktywnością. Ich wysokość w 2012 r. była szacowana na 57 mld złotych i stanowi konsekwencje palenia ok. 8 mln dorosłych Polaków [17].

Ostatnie lata przynoszą kolejne zagrożenia wynikające z pojawienia się na rynku nowych wyrobów zawierających tytoń lub nikotynę pochodzącą z tytoniu. Niektóre z nich są promowane przez ich producentów jako remedium wobec zjawiska palenia tytoniu. Elektroniczne papierosy, zwane także e-papierosami, w obecnej formie pojawiły się na rynku w 2004 r. Ich używanie stało się dość powszechnym zjawiskiem, które ma tendencję wzrostową w Europie, w tym również w Polsce. W latach 2012-2014 odsetek Polaków, którzy kiedykolwiek używali papierosa elektronicznego, zwiększył się z 12,4% do 14,6% [14]. Niepokojący jest również trend ich używania wśród młodzieży [15]. Odrębny problem stanowi używanie tzw. nowatorskich wyrobów tytoniowych np. tytoniu podgrzewanego, których konsumpcja jest stymulowana przez intensywne zabiegi marketingowe.

W niniejszym opracowaniu przeanalizowane zostanie, czy wieloaspektowe działania dotyczące ograniczenia konsumpcji tytoniu, podejmowane w Polsce zarówno na

szczeblu centralnym, jak i lokalnie, były adekwatne do zjawisk epidemiologicznych, a nadto, czy i w jakim zakresie działania te wymagają modyfikacji, bądź zintensyfikowania, by skuteczniej chronić Polaków przed używaniem tytoniu. Przedstawione zostały zatem sukcesy, jak i wyzwania polityki antytytoniowej w Polsce na kolejne lata.

Sukcesy w zakresie działań ograniczających konsumpcję wyrobów tytoniowych

Polska osiągnęła w ostatnich dekadach wymierny sukces w redukcji odsetka palących wyroby tytoniowe. Jak podsumowuje w swoim artykule Jassem i wsp., w latach 80. paliło 65-75% mężczyzn, natomiast w 2010 r. było to już ok. 30% [20]. W konsekwencji zmniejszenia liczby palaczy spadła zachorowalność na wiele chorób tytoniozależnych, co szczególnie obrazuje spadek zapadalności na raka płuc [20]. Również odsetek osób narażonych biernie na wdychanie dymu tytoniowego zdecydowanie się zmniejszył, ograniczając negatywne konsekwencje u osób niepalących często zmuszonych do wdychania szkodliwych substancji.

Powyższe pozytywne zjawiska są uwarunkowane licznymi interwencjami i działaniami o wieloaspektowej naturze, w szczególności prawnej i edukacyjnej. W konsekwencji stanowią więc wypadową wielu działań. Na wyeksponowanie zasługuje właśnie owa wieloaspektowość i integracja działań przeciwdziałających uzależnieniu od tytoniu z różnych obszarów, które podejmowane równolegle, lecz spójne w swojej koncepcji, przynoszą dobre rezultaty.

Działania w obszarze prawa

W obszarze działań natury prawnej warto wyeksponować zastosowanie takich narzędzi kontroli konsumpcji tytoniu jak podwyżki podatków na wyroby tytoniowe, ustawowe zakazy ich reklamy i promocji, zakaz sponsoringu, wprowadzane ostrzeżenia na paczkach papierosów czy też ustawowe zakazy palenia.

Podstawowym polskim aktem prawnym dotyczącym omawianej problematyki jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (zwana w dalszej części niniejszego opracowania „ustawą antytytoniową”) [23]. Stanowi ona istotne narzędzie prawne do walki z uzależnieniem od tytoniu i wyrobów tytoniowych. Ustawa ta w art. 3 wyraźnie określa, że jej cele powinny być realizowane przez kształtowanie polityki zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej, do której należy: ochrona prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego, pary z papierosów elektronicznych i substancji uwalnianych za pomocą nowatorskich wyrobów tytoniowych; promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych oraz palenia papierosów elektronicznych; działalność wychowawcza i informacyjna; tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu; informowanie o szkodliwości palenia tytoniu na opakowaniach wyrobów tytoniowych; obniżanie norm dopuszczalnych zawartości sub-

stancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych; leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu.

Na wyeksponowanie zasługuje zwłaszcza problematyka „stref wolnych od tytoniu”. Obecne brzmienie art. 5 ust. 1 ustawy, zawierającego katalog obszarów objętych ustawowym zakazem palenia wyrobów tytoniowych, istotnie różni się od jego brzmienia w dniu wejścia w życie ustawy, który był zdecydowanie węższy. Katalog ustawowych zakazów palenia został istotnie zmieniony nowelizacją ustawy z dnia 8 kwietnia 2010 r., która weszła w życie z dniem 15 listopada 2010 r. [30]. Wprowadzone zmiany polegały na zdecydowanym rozszerzeniu katalogu obszarów objętych ustawowym zakazem palenia, w tym też na obszary otwarte o charakterze publicznym [6].

Kolejną pozytywną zmianą jest zdefiniowanie i uregulowanie w polskiej ustawie antytytoniowej zagadnień dotyczących papierosów elektronicznych i nowatorskich wyrobów tytoniowych. Przed nowelizacją ustawy antytytoniowej, dokonaną z dniem 8 września 2016 r., wyrażane były liczne wątpliwości co do statusu prawnego e-papierosów w świetle prawa polskiego w zakresie możliwości zakwalifikowania papierosów elektronicznych jako „wyrobów tytoniowych” [6]. W wyniku nowelizacji z dnia 22 lipca 2016 r. do ustawy antytytoniowej wprowadzono szereg nowych definicji legalnych, w tym definicji określających podstawowe pojęcia związane z używaniem e-papierosów oraz wyrobów nowatorskich, eliminując wskazane wątpliwości.

Warto także wyeksponować nowelizacje ustawy zmierzające do poszerzenia ustawowych zakazów reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, a także zakazu sponsoringu przez podmioty branży tytoniowej [7].

Odnośnie do polityki podatkowej Polska dostosowała (po okresie przejściowym wynegocjowanym przed wejściem do Wspólnoty Europejskiej) obciążenia akcyzowe do minimalnych wymogów unijnych (nie mniej niż 90 euro za 1000 papierosów). Miało to skutek w odczuwalnych podwyżkach cen papierosów i redukcji sprzedaży wyrobów tytoniowych.

Nie bez znaczenia jest tło prawne dokonywanych działań. Należy podkreślić, że Rzeczpospolita Polska jest stroną Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzonej dnia 21 maja 2003 r. (zwanej dalej Ramową Konwencją WHO) [7]. Jej celem jest ochrona dzisiejszych i przyszłych pokoleń przed zgubnymi zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi następstwami konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy poprzez przedstawienie ram dla środków ograniczenia użycia tytoniu, jakie strony będą wprowadzać na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym w celu ciągłego i znacznego ograniczenia rozpowszechnionej konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy.

Prawo do ochrony zdrowia stanowi podstawowe prawo człowieka. Między innymi Deklaracja Kapsztadzka z dnia 9 marca 2018 r. (Cape Town Declaration on Human Rights and a Tobacco-free World) akcentuje, że produkcja i sprzedaż tytoniu naruszają prawo człowieka do zdrowia, a w konsekwencji strony przyznają pierwszeństwo prawu do ochrony zdrowia publicznego i szanują prawo wszystkich do korzystania z najwyższego możliwego do osiągnięcia standardu zdrowia fizycznego i psychicznego wyrażonego w art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturowych z 1966 r. [4, 10].

Pod wpływem zobowiązań płynących z prawa międzynarodowego wskazana wyżej polska ustawa antytytoniowa była wielokrotnie nowelizowana, a kierunki jej zmian miały na celu dostosowanie polskich regulacji prawnych do standardów międzynarodowych. W obecnym kształcie ustawa nie spełnia wielu kryteriów wynikających z Ramowej Konwencji WHO, a nie można jej jeszcze uznać za optymalne rozwiązanie, w pełni realizujące zasadę ochrony zdrowia przed szkodliwym wpływem tytoniu. Niewątpliwie jednak kolejne zmiany ustawowe, dokonywane na osi czasu, przybliżają polskie unormowania antytytoniowe do pożądanego wzorca ochrony [3].

Działania w obszarze edukacji

W zakresie wskazywanych wieloaspektowych działań podkreślenia wymaga działalność organizacji pozarządowych, zwłaszcza na płaszczyźnie edukacyjnej. Aktywności te polegały przede wszystkim na prowadzeniu kampanii zachęcających do rzucenia palenia tytoniu czy wprowadzeniu zakazów palenia w miejscach publicznych. Na wyeksponowanie zasługuje działalność takich podmiotów, jak Fundacja Promocji Zdrowia i Stowarzyszenie MANKO. Fundacja Promocji Zdrowia była inicjatorem największej kampanii „Rzuc palenie razem z nami”, która skłoniła w latach 1992-2006 pół miliona Polaków do udziału w niej, a ok. 4 mln palaczy do rzucenia palenia. Jej prezes, prof. Witold Zatoński, był liderem wielu inicjatyw edukacyjnych, także skierowanych do środowisk decydenckich, co miało kluczowy wpływ na wprowadzenie zmian prawnych.

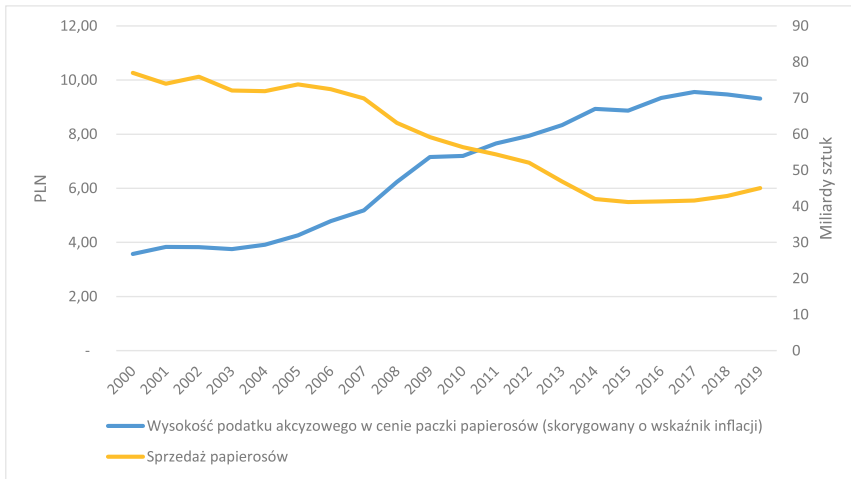
Stowarzyszenie MANKO było w latach 2009-2011 organizatorem ogólnopolskiej kampanii „Lokal bez papierosa”, której prowadzenie przyczyniło się do skutecznego wprowadzenia zakazów palenia w miejscach publicznych. Nie bez znaczenia była także rola Inspekcji Sanitarnej, która prowadziła i prowadzi programy edukacyjne w placówkach przedszkolnych i szkolnych od wielu lat w skali całego kraju.

Wyzwania w zakresie ograniczania epidemii używania wyrobów tytoniowych

Mimo znacznego spadku odsetka palaczy w ostatnich dekadach, w ostatnich kilku latach nie notujemy już znaczącej poprawy. Trudno też jednoznacznie oszacować odsetek palaczy, gdyż wg badań Eurobarometru w 2017 r. wynosił średnio 30%, podczas gdy w badaniach krajowych przeprowadzonych w 2019 r. już tylko 21% [2, 25]. Być może różnice metodologiczne leżą u podłoża tych rozbieżności. Tym niemniej wielu ekspertów podkreśla spowolnienie procesu redukcji odsetka palaczy, szczególnie w grupie kobiet [20]. Na brak spodziewanej poprawy składa się wiele przyczyn. Są to z jednej strony zaniedbania po stronie decydentów i instytucji odpowiedzialnych za politykę antytytoniową, z drugiej aktywność podmiotów przemysłu tytoniowego, które stale poszukują nowych sposobów dotarcia do konsumentów, dostosowując swoje działania do nakładanych ograniczeń. W obszarze wyzwań można wyeksponować poniższe płaszczyzny.

Brak skutecznej polityki podatkowej

Jedną z najskuteczniejszych metod ograniczania konsumpcji jest podwyżka podatków, która sprawia, że wyroby są coraz droższe, co w konsekwencji ma zniechęcać do ich konsumpcji. Pomimo tego Polska w ostatnich kilku latach nie podwyższała podatków na tyle, by znieść efekt inflacji oraz wzrostu zamożności Polaków – w efekcie mieliśmy do czynienia ze zwiększeniem dostępności cenowej wyrobów tytoniowych i zatrzymaniem trendu spadkowego konsumpcji (wykres 1). Badania pokazują, że podatek może być skuteczny, o ile zmniejsza dostępność [18]. Działania wskazanej natury są zdecydowanie pożądane.



Wykres 1. Podatek akcyzowy i spożycie papierosów w Polsce (2000-2019)

Źródło: Wysokość podatku akcyzowego w cenie paczki papierosów skorygowany o wskaźnik inflacji na podstawie: ceny paczki Marlboro za Economist Intelligence Unit [11], wskaźnika inflacji z Międzynarodowego Funduszu Monetarnego [19], stawki podatku za Komisją Europejską [13], sprzedaż papierosów za Euromonitor International [12].

Brak konsekwentnej i długofalowej polityki antytytoniowej

W obszarze prawnych ograniczeń mamy w dużej mierze do czynienia z akcyjnością wymuszaną zmianami prawa unijnego. Od 2010 r. nowelizacje prawa antytytoniowego miały jedynie charakter dostosowawczy do prawa unijnego, nie korzystano z możliwości wyjścia poza minimalne wymogi regulacyjne, tym samym nie rozszerzając ochrony. Już w 2012 r. było przygotowywane rozporządzenie MZ w sprawie ostrzeżeń obrazkowych w miejsce ostrzeżeń tekstowych, prace nie zostały jednak sfinalizowane w tym okresie [5]. Regulacja ta została wprowadzona dopiero w 2016 r. jako wymóg prawa unijnego, podczas gdy niektóre kraje poszły o krok dalej, wprowadzając ujednoczone opakowania, których oddziaływanie zniechęcające palaczy jest zdecydowanie większe [28]. Mimo obowiązujących zakazów reklamy i promocji brakuje mechanizmów nadzoru i egzekucji przepisów, co skutkuje przykładowo kontaktem odbiorców z reklamą

w punktach sprzedaży. Polska nie poszła także za przykładem niektórych krajów, które wprowadziły zakaz ekspozycji wyrobów tytoniowych w punktach sprzedaży. Uregulowania polskiej ustawy antytytoniowej, mimo licznych nowelizacji, nadal nie stanowią przykładu dobrej, przemyślanej legislacji. Wiele pojęć w niej zawartych wciąż nie jest jasna, co utrudnia należyte stosowanie ustawy. Przykładowo nie ma jasności co do granic przestrzennych obszarów objętych całkowitym zakazem palenia w art. 5 ust. 1 ustawy, a zwłaszcza wobec niejednoznaczności pojęć: „obiekt”, „pomieszczenie”, „teren” „miejsce”, a także „przystanek komunikacji publicznej”, „miejsce przeznaczone do zabaw dla dzieci”, „obiekt sportowy” czy „lokal gastronomiczno-rozrywkowy” [28]. Brak definicji legalnych tychże pojęć prowadzi do uznaniowości i często do nazbyt wąskiego ujmowania miejsc objętych zakazem palenia, np. jedynie do granic wewnątrz obiektów. Przykładowo nie rzadka jest praktyka palenia wyrobów tytoniowych, np. na zewnątrz budynków na obszarze stanowiących teren uczelni czy za przystankiem komunikacji publicznej.

Niektóre terminy użyte w ustawie odbiegają od ich praktycznego znaczenia, co także nie wpływa na jasność stosowania prawa. Przykładowo w art. 2 pkt 17 ustawy antytytoniowej zawarta jest definicja „palenia papierosa elektronicznego” rozumianego jako „spożycie pary zawierającej nikotynę, wydzielanej przez papieros elektroniczny”. Zwraca uwagę brak poprawności użytego przez ustawodawcę określenia „palenie”. W e-papierosie nie dochodzi bowiem do procesu spalania, a jedynie do podgrzania płynu do formy aerosolu. Jedynie do podgrzania dochodzi także w wyrobach z grupy tytoniu podgrzewanego. Z uwagi na to, użyte określenie może wprowadzać w błąd co do mechanizmu podawania nikotyny, a także do zakresu zakazu używania tych wyrobów [21].

Brak skutecznej ochrony dzieci i młodzieży

Statystyki używania wyrobów tytoniowych są alarmujące. Aktualnie do palenia (w ostatnich 30 dniach) przynajmniej aż 36% nastolatków [15]. Po pierwsze, zauważa się, że kontrola dostępu do wyrobów nikotynowych przez te osoby jest iluzoryczna. Pomimo że art. 6 ust. 1 ustawy antytytoniowej zakazuje udostępniania wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych lub pojemników zapasowych osobom do lat 18, wyeksponować należy problem weryfikacji uprawnienia do zakupu omawianych wyrobów. W świetle art. 6 ust. 1 ustawy jedynie w przypadku wątpliwości co do pełnoletniości kupującego wyroby tytoniowe, papierosy elektroniczne lub pojemniki zapasowe sprzedawca może zażądać okazania dokumentu potwierdzającego wiek (uprawnienie o charakterze fakultatywnym). Rozwiązanie to sprawia, że wskazany zakaz nie jest zazwyczaj przestrzegany, gdyż wiek nabywców wyrobów zawierających nikotynę rzadko jest weryfikowany [16]. Nieletni nie mają w konsekwencji większych trudności z nabyciem wyrobów nikotynowych.

Po drugie, brakuje zdecydowanej i wieloaspektowej polityki mającej na celu przeciwdziałanie używaniu tytoniu przez nieletnich. Przykładowo na wzór dobrych praktyk państw obcych wiek uprawnionych nabywców wyrobów tytoniowych powinien być podniesiony do 21 roku życia [22]. Regulacja podwyższająca wiek nabywców wyrobów tytoniowych do 21 lat obowiązuje na terenie wszystkich stanów USA. Ukazały się już wyniki badań potwierdzające, że podwyższenie dozwolonego wieku nabywców do 21 lat przyczyniło się do zmniejszenia sprzedaży wyrobów nikotynowych, które są preferowane przez młodzież [21].

Brak skutecznej reakcji na nowe zagrożenie – e-papierosy oraz tytoń podgrzewany

Mimo pojawienia się na Polskim rynku e-papierosów w 2006 r. i alarmujących danych o ich szkodliwości oraz szybkiej popularyzacji wśród młodzieży dopiero dyrektywa unijna wymusiła zmiany w Polskim prawie w roku 2016 r. i uregulowania statusu prawnego tychże wyrobów (33,34). Wątpliwości w zakresie kwalifikacji prawnej e-papierosów, zaraz po ich pojawieniu się na rynku, związane były z odmienną od tradycyjnych wyrobów tytoniowych naturą tychże wyrobów, polegającą na rozdzielności urządzeń do inhalacji od zawartego w pojemnikach płynu z nikotyną. Jednocześnie nie zakwalifikowano żadnych z dostępnych na rynku e-papierosów jako wyrobów medycznych, w rozumieniu art. 2 pkt 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, bądź jako wyrobów farmaceutycznych, w rozumieniu art. 2 pkt. 32 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.

Przez długi czas wyroby te nie były objęte podatkiem akcyzowym, przyciągając niską ceną nowych użytkowników. Podobnie dopuszczalna była ich reklama i promocja, doprowadzając do ich popularyzacji, szczególnie wśród nieletnich. Szacuje się, że nawet 34% młodzieży używa e-papierosów [16].

Brak systemu pomocy palącym

Mając na uwadze, że rzucenie palenia przynosi natychmiastowe zyski zdrowotne w postaci redukcji ryzyka chociażby zdarzeń sercowo-naczyniowych, konieczne jest intensywne stymulowanie uzależnionych do rozstania się z nałogiem. Medycyna dysponuje metodami, które zdecydowanie zwiększają skuteczność prób rzucenia palenia. Ustrukturyzowana porada lekarska, wsparcie behawioralno-poznawcze oraz farmakoterapia stanowią obecnie złoty standard leczenia znajdujący odzwierciedlenie w wytycznych europejskich i amerykańskich.

W Polsce nie wprowadzono systemowego wsparcia pacjentów zmagających się z problemem nikotynizmu. Obecnie dorośli uzależnieni mogą liczyć jedynie na pomoc telefonicznej poradni pomocy palącym, której numer jest umieszczony na każdej paczce papierosów, oraz kilku poradni specjalistycznych i niewielkiej liczby lekarzy rodzinnych posiadających kontrakty NFZ na udzielanie tego typu świadczeń. To są jedyne formy pomocy finansowane z budżetu państwa. Należy zauważyć jednak, biorąc pod uwagę skalę nikotynizmu, że ta oferta jest zdecydowanie niewystarczająca. Przyczyn tego stanu jest wiele i nakłada się na to wiele lat zaniedbań. Niedofinansowanie poradnictwa, nieodpowiednia organizacja opieki, brak systemu aktywnych zaproszeń to dosłownie kilka powodów. U ich podstaw leży brak rozpoznania przez decydentów znaczenia problemu i docenienia roli prewencji. W tym kontekście zastanawia chociażby finansowanie kosztownych programów przesiewowych raka płuc z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej przy jednoczesnym braku realnego finansowania pomocy w rzuceniu palenia.

Wnioski i rekomendacje

W zakresie działań na rzecz ograniczania epidemii palenia tytoniu na osi czasu można odnotować istotne sukcesy, istnieje równocześnie obszerna płaszczyzna zagadnień wymagających dalszych intensywnych działań. Zauważalnym problemem jest brak spójnej, przemyślanej polityki antytytoniowej, na co wpływ ma brak silnego ośrodka koordynującego ten obszar. Problemem są również potencjalnie sprzeczne interesy różnych grup, w tym decydentów. Handel wyrobami tytoniowymi przynosi dochody przedsiębiorstwom, jak również budżetowi państwa. Mimo że środowiska naukowe dostarczają przekonujących dowodów, że wszystkie potencjalne zyski z upraw tytoniu i sprzedaży wyrobów tytoniowych nie pokrywają kosztów zdrowotnych i społecznych generowanych przez choroby odtytoniowe, zapadają decyzje polityczne, które często nie pozwalają na skuteczną walkę z epidemią palenia tytoniu. Na te decyzje ma również duży wpływ aktywność przemysłu tytoniowego w obszarze lobbingu i public relations. Wiele osób zaangażowanych w promowanie polityki antytytoniowej przyznaje, że przemysł tytoniowy jest bardzo aktywny tworzeniu klimatu ochrony swojej branży przed zagrażającymi ich interesom działaniami [9]. Próby ograniczenia ingerencji przemysłu w proces tworzenia prawa znalazły swój wyraz w art. 5 ust. 3 Ramowej Konwencji WHO, która we wskazanym punkcie nie została zaimplementowana w polskim prawodawstwie.

Mając na uwadze przeprowadzoną w niniejszym artykule analizę, zasadne stają się poniższe rekomendacje:

- Należy nadać większy priorytet polityce antytytoniowej względem interesów podmiotów branży tytoniowej.
- Warto utworzyć ośrodek ciągłego monitorowania i koordynowania polityki antytytoniowej, który będzie aktywnie reagował na aktualną sytuację epidemiologiczną w kraju.
- Trzeba podejmować dalsze inicjatywy ustawodawcze mające na celu dostosowanie polskich unormowań antytytoniowych do standardów międzynarodowych, w tym zawartych w Ramowej Konwencji WHO. Warto także korzystać z doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie przeciwdziałania nikotynizmowi zawartych w ustawodawstwach państw obcych.
- Potrzebny jest nowy, powszechny system wsparcia uzależnionych od nikotyny finansowany ze środków NFZ, który będzie obejmował również młodzież.

Bibliografia

- [1] Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, [dokument elektroniczny] <https://www.aotm.gov.pl/wspolpraca/gbd/gbd--2019/> [dostęp: 8.01.2021].
- [2] *Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. Special Eurobarometer 458. [dokument elektroniczny] <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2f01a3d1-0af2-11e8-966a-01aa75ed71a1/language-en> [dostęp: 8.01.2021].
- [3] Balwicka-Szczyrba M., *Rekomendacje eksperckie w zakresie prawa*, [w:] *Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych*, red. nauk. Ł. Balwicki, Warszawa 2020, s. 42-56.

- [4] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Ochrona dzieci przed biernym paleniem wyrobów tytoniowych w świetle regulacji prawnych*, Gdańskie Studia Prawnicze, 2019, nr 2, s. 239-249.
- [5] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Status prawny papierosów elektronicznych*, Gdańskie Studia Prawnicze, 2017, t. 38, s. 109-119.
- [6] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Ustawowy zakaz palenia wyrobów tytoniowych*, Kwartalnik Prawa Publicznego, 2012, R. 12, nr 1, s. 157-174. <https://doi.org/10.21697/kpp.2012.12.1.06>
- [7] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Zakaz reklamowania i promocji wyrobów tytoniowych oraz wyrobów i symboli związanych z tytoniem*, Przegląd Legislacyjny, 2012, R. 19, nr 4, s. 47-60.
- [8] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Zakaz sponsorowania przez podmioty branży tytoniowej*, Kwartalnik Prawa Publicznego, 2013, R. 13, nr 1, s. 65-78. <https://doi.org/10.21697/kpp.2013.13.1.02>
- [9] Balwicki Ł., Stokłosa M., Balwicka-Szczyrba M., Tomczak W., *Tobacco industry interference with tobacco control policies in Poland: legal aspects and industry practices*, Tobacco Control, 2016, vol. 25, nr 5, s. 521-526. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052582
- [10] *Cape Town Declaration on Human Rights and a Tobacco-free World*, [dokument elektroniczny] [dostęp: 10.01.2021].
- [11] Economist Intelligence Unit, *World Cost of Living Survey*, London 2020.
- [12] Euromonitor International, *Passport Database*, London 2020.
- [13] European Commission, *Excise Duty Tables* (Brussels, Belgium, 2020), [dokument elektroniczny] [dostęp: 10.01.2021].
- [14] Filippidis F. T., Laverty A. A., Gerovasili V., Vardavas C. I., *Two-year trends and predictors of e-cigarette use in 27 European Union member states*, Tobacco Control, 2017, vol. 26, nr 1, s. 98-104. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052771
- [15] Goniewicz M. L., Gawron M., Nadolska J., Balwicki Ł., Sobczak A., *Rise in electronic cigarette use among adolescents in Poland*, Journal of Adolescent Health, 2014, vol. 55, nr 5, s. 713-715. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.07.015
- [16] Goniewicz M. L., Leigh N. J., Gawron M., Nadolska J., Balwicki Ł., McGuire C., Sobczak A., *Dual use of electronic and tobacco cigarettes among adolescents: a cross-sectional study in Poland*, International Journal of Public Health, 2016, vol. 61, nr 2, s. 189-197. doi:10.1007/s00038-015-0756-x
- [17] Goodchild M., Nargis N., Tursan d'Espaignet E., *Global economic cost of smoking-attributable diseases*, Tobacco Control, 2018, vol. 27, nr 1, s. 58-64. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053305
- [18] He Y., Shang C., Chaloupka F. J., *The association between cigarette affordability and consumption: an update*. PLOS ONE, 2018, vol. 13, art. e0200665.
- [19] International Monetary Fund, *World Economic Outlook Database*, 2020, [dokument elektroniczny]. [dostęp: 10.01.2021].
- [20] Jassem J., Przewoźniak K., Zatoński W., *Tobacco control in Poland : successes and challenges*, Translational Lung Cancer Research, 2014, vol. 3, nr 5, s. 280-285. doi:10.3978/j.issn.2218-6751.2014.09.12
- [21] Liber A. C., Xue Z., Cahn Z., Drope J., Stokłosa M., *Tobacco 21 adoption decreased sales of cigarette brands purchased by young people: a translation of population health survey data to gain insight into market data for policy analysis*, Tobacco Control, 2020, [online ahead of print]. doi:10.1136/tobaccocontrol-2020-055932
- [22] *Newly signed legislation raises federal minimum age of sale of tobacco products to 21* [dokument elektroniczny] [dostęp: 8.01.2021].
- [23] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*, Dziennik Ustaw, 2017, poz. 957 t.j.
- [24] *PIH o Decyzji MZ w sprawie wymiany ostrzeżeń obrazkowych na wyrobach tytoniowych*, [dokument elektroniczny] <http://www.pih.org.pl/index.php/biuro-prasowe/komunikaty-prasowe/566-pih-o-decyzji--mz-w-sprawie-wymiany-ostrzee-obrazkowych-na-wyrobach-tytoniowych> [dostęp: 10.01.2021].
- [25] Pinkas J., Kaleta D., Zgliczyński W. S., Lusawa A., Wrześniewska-Wal I., Wierzbza W., Gujski M., Jankowski M., *The prevalence of tobacco and e-cigarette use in Poland: a 2019 nationwide cross-sectional survey*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019, vol. 16, art. 4820. doi:10.3390/ijerph16234820
- [26] *Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzona w Genewie dnia 21 maja 2003 r.*, Dziennik Ustaw, 2007, poz. 487.

- [27] Samet J., Buran M., *The burden of avoidable disease from air pollution: implications for prevention*, *Journal of Health Inequalities*, 2020, vol. 6, nr 1, s. 2-6. doi:10.5114/jhi.2020.95701
- [28] Smith D. M., Gawron M., Balwicki L., Sobczak A., Matynia M., Goniewicz M. L., *Exclusive versus dual use of tobacco and electronic cigarettes among adolescents in Poland, 2010-2016*, *Addictive Behaviors*, 2019, vol. 90, s. 341-348. doi:10.1016/j.addbeh.2018.11.035
- [29] Stokłosa M., *Rekomendacje eksperckie w zakresie ekonomii i aspektów ekonomicznych palenia tytoniu*, [w:] *Rekomendacje zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych*, red. nauk. Ł. Balwicki, Warszawa 2020, s. 36-41.
- [30] *Ustawa z dnia 08 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, *Dziennik Ustaw*, 2010, poz. 529.
- [31] White V. M., Guerin N., Williams T., Wakefield M. A., *Long-term impact of plain packaging of cigarettes with larger graphic health warnings: findings from cross-sectional surveys of Australian adolescents between 2011 and 2017*, *Tobacco Control*, 2019, vol. 28(e1), s. e77-e84. doi:10.1136/tobaccocontrol-2019-054988