

# Az egészségpolitika legfontosabb feladatai a dohányzás témakörében

*A Nemzeti Egészségügyi Tanács kérésére összeállított javaslat*

*Összeállította: Dr. Mucsi János,*

*a Nemzeti Egészségügyi Tanács tagja, a Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért elnöke*

## Összefoglalás

Célunk a dohányzók számának és arányának jelentős csökkentése Magyarországon, s ennek révén a dohányzással összefüggésbe hozható megbetegedések morbiditási mutatóinak javítása. Ezt a célt három módszer egyidejű alkalmazásával lehet elérni:

- a dohányzás megelőzése, vagyis minél kevesebb fiatal szokjon rá a dohányzásra (társadalmi prevenció);
- a nemdohányzók védelme a vonatkozó jogszabályok szigorításával (törvényi szabályozás, környezet);
- a már dohányzók számának a csökkentése a leszokás-támogatás elősegítésével (egészségügyi, orvosszakmai feladat).

Az Országgyűlésnek és a kormánynak elkötelezettnek kell lennie a dohányzás visszaszorítása terén, és meg kell valósítania mindazt, amit a nemzetközi szakmai ajánlások javasolnak, illetve amit a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény törvénybe iktatásával Magyarország maga is vállalt ezen a téren.

Az elsődlegesen meghozandó intézkedések a lakosság többségének és az orvosszakmai társaságoknak a támogatását élvezik jelenleg is, valamint megfelelnek az Európai Unió (EU) központi ajánlásainak:

- **a zárt közterületekre vonatkozó teljes dohányzási tilalom bevezetése,**
- **a leszokást támogató orvosi ellátás elérhetővé tétele,**
- **a dohánytermékek árának emelése kb. 1%-os termékdíj bevezetésével.**

A nemzetközi tapasztalatok szerint ezek az intézkedések már 1-2 éven belül – tehát még bőven ebben a választási ciklusban – kedvező eredményeket hoznak mind a lakosság egészségi állapotának, mind a közhangulat javulásának tekintetében.

A vonatkozó jogszabályok megalkotása a jelenlegi kormány 2/3-os többségének birtokában kizárólag politikai akarat kérdése, anyagi terhet a költségvetés számára sem rövid, sem hosszú távon nem jelent. Az Európai Unió támogatja, sőt sürgeti a fenti intézkedések meghozatalát.

## Háttér

Magyarországon a 14 évesnél idősebb lakosság 34 százaléka dohányzik rendszeresen (a nők 28 és a férfiak 40 százaléka). Ez az EU országai közül az ötödik legrosszabb arány. Különösen sok a dohányos a fiatalok között, hiszen a 20 évesnél fiatalabbak több mint 40 százaléka dohányzik rendszeresen. A 18–30 év közötti férfiak és nők ugyanolyan arányban dohányoznak, majdnem minden második fiatal férfi és nő dohányos. **A dohányosok aránya összességében nem csökken, sőt a nők és a fiatalok körében folyamatosan növekszik.**

A dolgozó felnőttek 53 százaléka és a fiatalok 80 százaléka passzív dohányosként kénytelen elviselni a környezeti dohányfüstöt.

A dohányzással összefüggő betegségek következtében évente mintegy ötmillió ember hal meg világszerte, s ebből harmincezer Magyarországon, ami minden ötödik hazai halálozást jelent. A passzív dohányzás miatt évente elvesztett emberéletek száma 2300–3000 közé tehető, amely mintegy háromszorosa a közlekedési balesetek miatt 2010-ben meghaltak számának. Jogos igény tehát, hogy legalább annyi figyelmet és erőforrást kell fordítani a passzív dohányzás megszüntetésére, mint a közlekedési balesetek visszaszorítására.

A tüdőrák halálozását tekintve Magyarország világelső, s ennek a betegségnek a 90 százaléka a dohányzás számlájára írható. Az idült hörghurut és a tüdőtagulás (COPD) előfordulásának 80 százaléka függ össze a dohányzással.

Magyarország mind a férfiak, mind a nők között vezeti a 65 év alattiak koszorúér-betegség miatti halálozásának listáját az EU-tagországok között, és mindkét nem esetében a második helyen van hazánk a 65 év alattiak stroke halálozásában is. **Halálozási arányszámaink átlagosan háromszorosan haladják meg az európai középmezőny átlagát mind a koszorúér-betegség, mind a stroke vonatkozásában.** Annak a valószínűsége, hogy egy dohányos szívinfarktusban meghaljon, két-háromszorosa a nemdohányzók kockázatához képest. A rendszeresen napi 20 szál cigarettát elszívók körében 15-ször gyakoribb a tüdőrák és 12-szer gyakoribb a COPD, mint a nemdohányzóknál. A kockázat értelemszerűen növekszik a dohányzással töltött évek és a naponta elszívott cigaretták számával.

**A teljes közterületi dohányzási tilalom bevezetését követő első évben jelentősen, várhatóan 11–20%-kal csökken a szívinfarktus miatt történő kórházi beutalások száma.**

Az EU pontozza az egyes országokat a következő szempontok alapján: 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. Ezt a pontrendszert és Magyarország pozícióját haladéktalanul meg kell ismertetni a hazai politikusokkal és szakemberekkel.

E pontrendszer szerint 2007-ben Magyarország a 100 pontos – 30 országot (EU27 + Norvégia, Izland és Svájc) reprezentáló – skálán 2005-höz képest 4 ponttal rosszabb eredménnyel, 43 ponttal a 22. helyen szerepelt. 2011 márciusában adják közre a legújabb értékelést, és tarthatunk attól, hogy most még hátrébb rangsorolják hazánkat.

Az Európai Unió 2011 márciusában átfogó médiakampányt indít a 25–34 év közötti dohányosok leszokásának elősegítése érdekében. Ebben a korosztályban várható ugyanis a legnagyobb egészség és GDP-termelő nyereség a leszokástól.

Ennek a korosztálynak a munkában és egészségben tartása elsődleges fontosságú mind az Európai Unió egésze, mind az egyes tagországok számára. A hároméves kampány első 6 hónapjában több mint 16 millió eurót (kb. 4,5 milliárd forintot) fordítanak leszokásra ösztönző PR-célokra.

Magyarországnak nem szabad kimaradnia ebből a lehetőségéből, és készen kell állnunk a leszokni akaró fiatal dohányosok segítésére.

### **Elsődlegesen meghozandó intézkedések**

Az egészségügy jelenlegi forráshiányos helyzetében és a magyar lakosság elkészerítően rossz általános egészségi állapotában is gyorsan, a lakosság nagy többségének támogatását élvező politikai döntéseket lehet hozni.

#### **I. Törvény a dohányfüst-expozíció elleni védelemről**

(A nemdohányzók védelméről szóló törvény teljes megújítása)

A leggyorsabb eredmény a nemdohányzók védelméről szóló törvény teljes megújításával, gyors elfogadásával és következetes betartásával, betartatásával érhető el, hiszen egyedül a szívinfarktus miatt kórházba szállítottak száma már a bevezetést követő első évben várhatóan 11–20%-kal csökken. Ehhez a *Magyar Országgyűlésnek végre be kell terjesztenie és el kell fogadnia – az EU ajánlásoknak megfelelően – a zárttéri dohányzás teljes körű tiltásáról szóló törvényt, amely kivétel nélkül megtiltja a dohányzást valamennyi közforgalmú intézményben, tömegközlekedési eszközön és azok megállóiban, illetve várótermeiben, a munkahelyeken és valamennyi zárt térben tartott rendezvényen, beleértve a vendéglátó és szórakozóhelyek fedett helyiségeit is.*

A fenti szellemben meghozandó törvény sikerének a kulcseleme annak betartása, valamint a törvény betartatása során a korrupció lehetőségének a minimalizálása. Ennek érdekében az ellenőrzéssel és a bírságotalással megbízott állami szervet, az *ÁNTSZ-t anyagilag is érdekeltté kell tenni az ellenőrző tevékenységének gyakorlásában* ugyanúgy, ahogy a vám- és az adóhatóság is jelentős mértékben részesedik az általa kivetett adók, vámok bevételeiből.

Amennyiben az ÁNTSZ anyagi érdekeltisége a bírságok kiszabásában nem valósul meg, akkor a forráshiány a jelenlegi magyar gyakorlat ismeretében egyrészt az ellenőrzési feladatok elhanyagolását vonná maga után, másrészt melegágya lenne a korrupciónak. (Ha nincs a munkahelyek fenntartását segítő bevételi kényszer, természetesen a könnyebb utat választják az emberek: ha nem büntetnek, nincs eljárás, nincs vele munka.)

A nemdohányzók védelméről szóló törvény módosításával azonos időben a *KRESZ módosításával* meg kell tiltani a dohányzást a gépjárművekben abban az esetben, ha a gépjárműben egyidejűleg 18 év alatti személy is tartózkodik.

## **II. A leszokást támogató orvosi ellátás biztosítása**

Strukturált és célhoz kötött leszokás-támogatás (Egészségügyi tevékenység)

*A zárt közterületi teljes dohányzási tilalom bevezetése várhatóan a háromszorosára növeli a leszokás miatt orvosi segítséget kérő függő dohányosok számát. A fogyasztás csökkentése és az egészségkárosodások mérséklése érdekében lehetővé kell tenni az országban a leszokás-támogatási programok széleskörű elterjedését és azok elérhetőségét a lakosság széles rétegei számára az OEP által finanszírozott rendszer keretében.*

Ennek feltételei:

### a) **Minőségbiztosítás**

Csak evidencia alapú, a hazai szakmai irányelvnek megfelelő módon történhessen leszokás-támogatás.

### b) **Megfelelő ambuláns infrastruktúra**

Jelenleg a tüdőgondozói hálózatban történik szervezeten programszerű leszokás-támogatás, emellett csak a Dohányzásról Leszokást Támogató Központ működik mint tudásközpont. Lehetővé kell tenni a feltételek biztosításával azt, hogy a tüdőgondozók mellett önálló dohányzás leszokás-támogató (DL) szakrendelések működ-hessenek, dohányzás leszokás-támogató speciális ellátóhálóként. Ezek egyben a DL prevenció és a rehabilitáció részei is lehetnek, szakrendelői tevékenységgel egészítik ki az alapellátást, ezért az orvos-szakmai figyelem kiemelten erre irányul. A szakambulanciák felé irányíthatók a páciensek a megfelelő betegutak kialakításával. A szakellátási igény jogosságát a dohányzás addiktív jellege is alátámasztja.

### c) **Megfelelő számú képzett és akkreditált egészségügyi szakember**

Ennek érdekében már az egyetemeken és a főiskolákon kezdődjenek meg a hallgatók képzése ezen a területen. Akkreditált tanfolyamokon képezzenek egészségügyi sze-

mélyzetet is. Javasolt az orvostanhallgatók és az egészségügyi főiskolások 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, alulfinszírozás), holott évente mintegy 9 000 páciens lép be a leszokás-támogató programokba, és 3-4 000 sikeres leszokás történik csak a tüdőgondozókban. Más szakterületi szolgáltatók esetében még erről az elégtelen finanszírozásról sem beszélhetünk. 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 realisabb és magasabb német pontszámot; a kizárások (pl. egyéb vizsgálatok) törlését; a változó gondozói finanszírozás esetében gondozási-HBCS kialakítását a dohányzás leszokás-támogatásra. Szükséges – legalábbis a fokozottan veszélyeztetettek (szívinfarktust követően, érműtétek kapcsán, COPD-s és asztmás betegeknél) és egyben addiktív betegek esetében – a leszokáshoz szükséges leghatékonyabb készítmények támogatása is.

## **III. Ár- és adópolitika**

(Források)

Nemzetközi tapasztalatok alapján a dohányzás visszaszorításának egyik eredményes eszköze **a dohánytermékek árának megfelelő szintre emelése**. Erre egyébként az EU is rászorítja a magyar ár- és adópolitikát. Ezen a területen még mindig van tennivaló, hiszen nem értük el az elvárható árszintet. Megengedhetetlen, hogy a dohányipar fogyasztást és rászokást serkentő árcsökkentése miatt csökkenjen az egyes dohánytermékek végső fogyasztási ára (2010 végén az egyik legnépszerűbb magyar cigarettamárka fogyasztói ára a gyártó egyoldalú árcsökkentése miatt 620 Ft-ról 540 Ft-ra csökkent). A dohányipar árcsökkentő kezdeményezését minden

esetben a jövedéki adó olyan nagymértékű emelésével kell kompenzálni, hogy a dohánytermékek fogyasztói ára évről-évre az infláció mértékét meghaladóan emelkedjen.

**Termékdíj (1%) bevezetése.** Más országokban már van erre példa: például Romániában, ahol 0,1-0,2 euró többletköltséget állapítanak meg minden doboz cigarettán, vagy Izlandon, ahol a dohánytermékek magyarországinál jóval magasabb teljes árának 0,9%-a a termékdíj. Ezt az összeget – amit lényegében véve a dohányosok azért fizetnek ki, hogy elősegítsék a dohányzás hatékonyabb visszaszorítását – a megelőzés és a leszokás költségeire fordítják.

1%-os termékdíj bevezetése csak jelentéktelen mértékben emelné a dohányosok terheit, mégis ennek megfizetésével a dohányos saját maga számára finanszírozhatná a leszokás költségeit, illetve hozzájárulhatna ahhoz, hogy a gyermekeit, szeretteit óvja a rászokástól.

Az **SZJA 1%-át** – a parlagfű visszaszorítását célzó központi programokhoz hasonlóan – lehessen felajánlani a dohányzás megelőzését célzó kampányokra.

A termékdíjból és az SZJA 1%-ra vonatkozó felajánlásokból befolyó extra összeget akár egy-egy – külön erre a célra létrehozott – megfelelően kontrollált minisztériumi közalapítvány is kezelhetné.

## **A dohányzás visszaszorítására vonatkozó egyéb feladatok**

### **IV. A dohányzási szokások felmérése**

(Az aktuális epidemiológiai kiindulópont reális megismerése)

Mindenekelőtt 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 31–38% közötti értékeket adnak meg különböző keresztmetszeti kutatások és felmérések. A trendeket illetően emelkedő, illetve csökkenő dohányzási arányt kimutató kutatások is jelentek meg (longitudinális analízisek).

*Kritikusan meg kell vizsgálni az egyes epidemiológiai kutatások eltérő adatainak az okát*

*és meg kell szervezni egy korrekt lakossági felmérést.* 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.

### **V. A dohánytermékek forgalmazása és promóciója**

(Jogi szabályozás és ellenőrzés)

A dohánytermékek tisztaságát, minőségét, összetételét folyamatosan ellenőrizni kell.

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 dohányzás-leszokás pontok címét. 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 médiahatóság tiltsa meg élő műsorban, illetve a jogszabály megszületése után készült riportokban dohányzó emberek bemutatását, a korábban készült alkotásokban a dohányzás bemutatását kitakarással meg kell akadályozni vagy korhatárossá kell tenni, és a 18 éven felülieknek szóló időszakra korlátozni a vetítésüket. Ezzel jelentősen korlátozni lehetne a bűjtatott dohányipari promóciót, illetve a fiatalok számára a dohányzás követendő példaként való bemutatását.

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

## VI. 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 kormányzatnak el kell érnie azt, hogy a médiumok teret adjanak a dohányfüstmentes életmód hirdetésének és megismertessék a leszokás orvosszakmailag ajánlott lehetőségeit.

Az *oktatásban* minden korosztálynak a saját képzettségi szintjén találkoznia kell a dohányzás ártalmosságával foglalkozó ismeretekkel, akár már az óvodás kortól. Ennek megfelelően kell módosítani az alaptantervet.

Az *egészségügyben* minden orvosnak meg kell valósítania dohányzó páciensei esetében a leszokás-támogatás minimális intervencióját. Minden dohányzó beteget el kell látni egyszerű, egylapos felvilágosító szöveggel, amely motíválhatja 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 és az addikció mértékének megfelelő terápiás eljárást tud nyújtani.

## VII. Nemzeti dohányzásellenes koordináció

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 a lehetőséggel más tárcákkal való tárcaközi egyeztetésekre.

Az egészségügyi probléma jelenlegi mérete és a jövőbeli veszélyeztetettség mértéke feljogosíthatja a tárcát a pro-aktív javaslatételre. Pénzügyi eszközei révén céltámogatásokkal, pályázati források mobilizálásával segítheti az egészségügy keretein belüli megoldandó feladatok végrehajtását, sőt kezdeményezheti és koordinálhatja más, ezen túlmutató tevékenységek menetét is. A koordináló egység *országos dohányzásellenes epidemiológiai felügyeleti*

**rendszer** működtethet, amely *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 célkitűzések megvalósítása mentén lehetséges csak és együtt, párhuzamosan, koordinálva kezelendő. Kiragadott résztevékenységek és a cél megjelölése nélkül, nem koordinált módon elköltött adóforintok kárba vesznek, mint ezt az elmúlt években láthattuk.

Az epidemiológiai felmérés szükséges egyebekben azért is, mivel az egyes feladatcsoportok finansziális igényét csak így lehet megbecsülni és időkeretekhez kötni.

A **nemzeti dohányzásellenes koordinációt végző minisztériumi főosztály** mellett a feladatok végrehajtásának ellenőrzésében szerepe lehet az ÁNTSZ-nek (ellenőrzések), illetve az Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontjának (OEFI DF) (prevenációs 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 DF 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 orvos-szakmai 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 már valamilyen, a dohányzással összefüggő betegségben szenvedő dohányosok leszokás-támogatására a szakmai irányelven alapuló módszertani levelek, protokollok hozhatók létre, megjelölve benne a javasolt betegutakat 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 dohányos egyének gyógyítása terén is.

A koordináció fontos területe a nemzetközi kapcsolatok kiépítése és megtartása, egyrészt a nemzetközi szervezetekkel (WHO, EU), 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.

### **VIII. A dohányipari profit, a GDP és az állami adóbevételek**

A dohányipar nem egy normálisnak tekinthető iparág, hiszen a termékét rendszeresen és „előírászerűen” használó fogyasztóinak a felét elpusztítja. Az évente elhalálozott 30 000 fogyasztó pótlásához a 15–25 éves korosztály dohányossá tételére és a nők meghódítására van szüksége, amelyet az elmúlt 20 évben „sikeresen” el is ért.

A dohányipartól származó adóbevételek összege 2009-ben megközelítette a 400 milliárd forintot, azonban a dohányzás közvetett és közvetlen költségei ezt mintegy 100 milliárd forinttal meghaladják, nem is beszélve az évente idő előtt elveszített 30 000 emberélet nem forintosítható értékéről.

A hatékony dohányzáskontroll csökkenti a dohányipar profitját, és hosszú távon csökkenti az állami adóbevételeket is. A politikai döntéshozóknak hosszú távon (kb. 30–50 év) a dohányipar profitja és az ország GDP-je (és a nem-

zet egészségi állapota) között kell dönteniük. Javaslatunk elfogadása a következő 5–10 éven belül várhatóan nem csökkenti az állam dohánytermékekből származó adóbevételeit. A dohánytermékek árának 10%-os emelkedése 3-4%-kal csökkenti a dohányosok számát. A nemdohányzók védelméről szóló törvény módosításával a teljes zárt közterületi dohányzás tilalmának kimondásával a becslések szerint újabb 3%-kal csökkenthető a dohányosok száma.

### **Köszönetnyilvánítás**

Az összefoglaló összeállításában felhasználtam az alábbi szervezetek javaslatait, korábbi állásfoglalásait: Magyar Tüdőgyógyász Társaság, Magyar Kardiológusok Társasága, Magyar Hypertonia Társaság, Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, Magyar Kardiológiai Rehabilitációs Társaság, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Egyesülete, Családorvos Kutatók Országos Szervezete, Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért, Légúti Betegek Országos Egyesülete, Asztmás és Allergiás Betegek Országos Szövetsége, Asztmás és Allergiás Gyermekek Magyarországi Egyesülete, OKKE/COPD-s Tüdőbetegek Egyesülete, Füstirtók Egyesülete.

Külön köszönet illeti tanácsaiért dr. Kovács Gábort, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnökét, dr. Vadász Imrét, a Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért alapítóját és első elnökét, Demjén Tibort, az OEFI Dohányzás Fókuszpont vezetőjét, Pós Pétert, az Asztmás és Allergiás Betegek Országos Szövetsége elnökét és Félix Pétert, a Füstirtók Egyesületének elnökét. □