

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

FAJČENIE VO SVETE

BAKALÁRSKA PRÁCA

ROBERT MILLER

Praha 2016

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

FAJČENIE VO SVETE

Bakalárska práca

ROBERT MILLER

Stupeň vzdelania: bakalár

Názov študijného oboru: Všeobecná sestra

Vedúca práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Praha 2016

SCAN SCHVÁLENÍ NÁZVU PRÁCE (BEZ NADPISU)

PREHLÁSENIE

Prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracoval samostatne, že som riadne citoval všetky použité zdroje a literatúru a že táto práca nebola využitá k získaniu rovnakého alebo iného titulu.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej bakalárskej práce k študijným účelom.

V Prahe dňa 20.04.2016

podpis

POĎAKOVANIE

Predovšetkým by som chcel poďakovať MUDr. Lidmile Hamplovej, PhD., za profesionálne vedenie a cenné rady pri písaní tejto práce. Ďalej by som chcel poďakovať všetkým, ktorí mi pomohli pri tvorbe tejto práce, či už radou, alebo morálnou podporou.

ABSTRAKT

Miller, Robert. Fajčenie vo svete. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikácie: Bakalár (Bc.). Vedúca práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD., Praha 2016, 78 s.

Bakalárska práca zdokumentovala problematiku fajčenia tabakových výrobkov vo svete s dôrazom na najľudnatejšie krajiny sveta. V prvej, všeobecnej časti sa popisuje história tabakovej závislosti vo svete, vývoj tabakovej závislosti v 20. storočí, súčasný stav fajčenia vo svete, kľúčové faktory ovplyvňujúce tabakovú závislosť ako sú reklama tabakových výrobkov, zdanenie tabakových výrobkov, nelegálny obchod s tabakovými výrobkami, stav verejného zdravotníctva a programy odvykania od nikotínovej závislosti, životný štýl. Ďalšou popisovanou oblasťou sú škodlivé účinky fajčenia, najmä ich vplyv na rozvoj srdcovo- cievnych a onkologických ochorení.

V praktickej časti sa charakterizuje stav fajčenia tabakových výrobkov vo vybraných štátoch, ktoré spolu predstavujú viac ako polovicu svetovej populácie. Dôraz sa položil na ázijské krajiny, keďže v nich žije väčšina svetovej populácie. Vo výbere nie sú uvedené európske krajiny s výnimkou Ruska, keďže v tejto oblasti existuje veľké množstvo spoľahlivých štúdií. Podobne sa vynechali africké krajiny, kde je problém získať spoľahlivé dáta. Popísal sa stav fajčenia tabakových výrobkov v najľudnatejších krajinách sveta ako sú Čína, India, Indonézia, Pakistan, Bangladéš, Japonsko a Vietnam. Z ďalších krajín k nim boli priradené USA a Rusko pre ich geopolitický význam. Zvláštnu kapitolu sa venovala Austrálii, ktorú považuje WHO za jednu z najlepších krajín, naplňujúcich odporúčania tejto organizácie.

Skúmala sa závislosť prevalencie fajčenia v mužskej populácii a vývoja hrubého domáceho produktu krajiny. Ďalšou témou bolo stanovenie závislosti prevalencie fajčenia v mužskej populácii od vývoja výdavkov na verejné zdravotníctvo v danej krajine. Výdavky na verejné zdravotníctvo sú udávané ako podiel na hrubom domácom produkte.

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii ako porovnávací faktor sa zvolila, pretože prevalencia fajčenia v ženskej populácii je v mnohých sledovaných krajinách zanedbateľná a tak by jej porovnanie s hrubým domácim produktom a výdavkami na zdravotníctvo neprinieslo preukazné výsledky.

Kľúčové slová :

Prevalencia fajčenia. Hrubý domáci produkt. Výdavky na zdravotníctvo

ABSTRACT

Miller, Robert. Smoking in the world. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Prague. 2014. 78 pages.

First part of the work is focused on history of tobacco use in the world, trends in tobacco use in the previous century, current trends in smoking of tobacco products, key factors influencing tobacco addiction, for example propagation of tobacco products, taxation of tobacco products, illegal trade in illicit tobacco, healthcare and programs of cessation of smoking. The next part is about harmful effects of smoking and illnesses caused by this habit.

The practical part of the work focused on description of chosen countries. The criteria of choosing the countries were the size of population and the geopolitical significance. Following 10 countries were chosen for the work : China, India, Indonesia, Pakistan, Bangladesh, Japan, Vietnam, Russia, USA and Australia. The most important factors influencing the trends in tobacco use were studied. The trends and mutual impacts of GDP growth, healthcare expenditure trends and prevalence of smoking in the male population were also analysed in chosen countries.

The prevalence of smoking in the male population was chosen due to the fact, that the prevalence of smoking in the female population is much less significant than the prevalence of smoking in the male population.

Key words :

Prevalence of smoking. Gross Domestic Product. Healthcare expenditures.

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK.

WHOWORLD HEALTH ORGANISATION

HDPHRUBÝ DOMÁCI PRODUKT

USASPOJENÉ ŠTÁTY AMERICKÉ

ČLRČÍNSKA ĽUDOVÁ REPUBLIKA

SB......SVETOVÁ BANKA

ZOZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZOV.

Prevalencia fajčenia – rozšírenie fajčenia v populácii vyjadrené ako percentuálny podiel fajčiarov na celkovej populácii

Hrubý domáci produkt – celková hodnota všetkých tovarov a služieb vytvorená na území danej krajiny

ZOZNAM GRAFOV

Graf č.1. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Číne	43
Graf č.2. Vývoj HDP v Číne	46
Graf č.3. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Číne	47
Graf č.4. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Indii.....	49
Graf č.5. Vývoj HDP v Indii.....	52
Graf č.6. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Indii.....	53
Graf č.7. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Indonézii.....	55
Graf č.8. Vývoj HDP v Indonézii.....	58
Graf č.9. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Indonézii.....	59
Graf č.10. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Pakistane.....	61
Graf č.11. Vývoj HDP v Pakistane.....	63
Graf č.12. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Pakistane.....	64
Graf č.13. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Bangladéši.....	66
Graf č. 14. Vývoj HDP v Bangladéši	68
Graf č. 15. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Bangladéši.....	69
Graf č.16. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Japonsku.....	71
Graf č.17. Vývoj HDP v Japonsku.....	74
Graf č. 18. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Japonsku	75
Graf č.19. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii vo Vietname.....	77
Graf č.20. Vývoj HDP vo Vietname.....	79
Graf č.21. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo vo Vietname.....	80
Graf č.22. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Rusku.....	82
Graf č.23. Vývoj HDP v Rusku.....	84
Graf č.24. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Rusku.....	85
Graf č.25. Prevalencia fajčenia v USA.....	87
Graf č.26. Vývoj HDP v USA	89

Graf č.27. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v USA	90
Graf č. 28. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Austrálii.....	92
Graf č.29. Vývoj HDP v Austrálii.....	94
Graf č.30. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Austrálii.....	95

Poznámka :

Všetky grafy popisujú obdobie rokov 2007 - 2014

Obsah

Zoznam použitých skratiek
Zoznam použitých odborných výrazov
Zoznam grafov

Úvod	17
1. Historický prehľad vývoja tabakovej závislosti	18
1.1. Vývoj tabakovej závislosti do 20.storočia.....	19
1.2. Vývoj tabakovej závislosti vo svete v 20. Storočí.....	21
2. Škodlivé účinky fajčenia	26
2.1. Zložky tabakového dymu.....	27
2.2. Zdravotné následky fajčenia	29
2.3. Pasívne fajčenie.	33
2.4. Odvykanie od nikotínovej závislosti.....	34
2.5. Elektronické cigarety ako alternatíva k fajčeniu tabaku.	36
3. Kľúčové faktory ovplyvňujúce tabakovú závislosť vo svete	37
3.1. Oblasť reklamy, propagácie a sponzoringu tabakových výrobkov.....	37
3.2. Oblasť zdanenia tabakových výrobkov.....	37
3.4. Stav verejného zdravotného systému	39
3.5. Programy odvykania od tabakovej závislosti.....	39
3.6. Životný štýl	40
 Praktická časť	
4. Fajčenie v Číne	41
4.1. Stručná charakteristika krajiny	41
4.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	41
4.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii	42
4.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia	43
4.5. Porovnanie vývoja HDP a výdavkov na zdravotníctvo	45

5. Fajčenie v Indii	46
5.1. Stručná charakteristika krajiny.....	48
5.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	47
5.3. Prevalencia fajčenia v populácii.	48
5.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	49
5.5. Porovnanie vývoja HDP a vývoja výdavkov zdravotníctvo	51
6. Fajčenie v Indonézii	53
6.1. Stručná charakteristika krajiny	53
6.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	53
6.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii	54
6.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	55
6.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo.	57
7. Fajčenie v Pakistane	58
7.1. Stručná charakteristika krajiny	59
7.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	59
7.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii	59
7.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	60
7.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo	62
8. Fajčenie v Bangladéši	64
8.1. Stručná charakteristika krajiny	64
8.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	64
8.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii	65
8.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	65
8.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo	67
9. Fajčenie v Japonsku	69
9.1. Stručná charakteristika krajiny	69
9.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	69
9.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii	70
9.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	71
9.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo	72

10. Fajčenie vo Vietname	75
10.1. Stručná charakteristika krajiny	75
10.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	75
10.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii	76
10.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	76
10.5. Porovnanie vývoja HDP a vývoja výdavkov na zdravotníctvo	78
11. Fajčenie v Rusku	81
11.1. Stručná charakteristika krajiny	81
11.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	80
11.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii	82
11.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	82
11.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo	83
12. Fajčenie v USA	85
12.1. Stručná charakteristika krajiny	85
12.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	85
12.3. Prevalencia fajčenia v populácii	86
12.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	87
12.5. Porovnanie vývoja HDP a vývoja výdavkov na zdravotníctvo	88
13. Fajčenie v Austrálii	89
13.1. Stručná charakteristika krajiny	90
13.2. Vývoj tabakovej závislosti.....	90
13.3. Vývoj prevalence fajčenia v mužskej populácii	91
13.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia.....	92
13.5. Porovnanie vývoja HDP a vývoja výdavkov na zdravotníctvo	93
14. Diskusia	95
15. Záver	108

Zoznam použitej literatúry

Úvod

Fajčenie tabakových výrobkov patrí medzi najviac rozšírené negatívne javy na celom svete. Na rozdiel od iných návykových látok je fajčenie legálne a tak ho mnoho ľudí považuje za spoločensky prijateľné. V posledných desaťročiach Svetová zdravotnícka organizácia rozvinula rozsiahlu kampaň na obmedzenie tohto javu. (WHO, 2014)

V niektorých krajinách je protifajčiarska kampaň úspešná a prevalencia fajčiarov v populácii klesá. V iných je úspešnosť malá, prevalencia fajčenia v populácii stagnuje alebo rastie. Pokles prevalence fajčenia je jedným z hlavných cieľov, ktorých splnenie výrazne zlepšuje kvalitu verejného zdravia. Na určenie vhodnej stratégie je potrebné zistiť, ktoré sú kľúčové faktory vplyvajúce na prevalenciu fajčenia a ako navzájom pôsobia. Poznatky získané štúdiom kľúčových faktorov ovplyvňujúcich prevalenciu fajčenia v populácii pomôžu zodpovedným orgánom zvoliť vhodnú stratégiu pri obmedzovaní tohto negatívneho javu. Pri vypracovaní bakalárskej práce sa stanovili ciele zvlášť pre teoretickú a zvlášť pre praktickú časť práce.

Ciele teoretickej časti :

Cieľ 1 : Charakterizovať vývoj tabakovej závislosti vo svete do 20. storočia

Cieľ 2 : Charakterizovať vývoj tabakovej závislosti v 20. storočí

Cieľ 3 : Upozorniť na zdravotné riziká fajčenia

Ciele praktickej časti :

Cieľ 1 : Určiť kľúčové faktory pôsobiace na prevalenciu fajčenia v populácii.

Cieľ 2 : Zistiť ako sa podieľajú kľúčové faktory na stave prevalence fajčenia

Cieľ 3 : Zistiť ako sa vyvíjal hrubý domáci produkt, výdavky na

zdravotníctvo a prevalencia fajčenia v mužskej populácii v sledovanom období.

Prieskumný problém:

Analýza prevalencie fajčenia vo vybraných štátoch sveta s ohľadom na vývoj HDP a realizáciu vládnych opatrení zameraných na zníženie prevalencie fajčenia v týchto štátoch.

Formulácia prieskumnej otázky :

Existujú zásadné rozdiely v stratégii znižovania prevalencie fajčenia v populácii v analyzovaných štátoch ?

Vstupná literatúra

Pešek, Roman, Nečasová, Kateřina. Kouření aneb závislost na tabáku, Písek, Arkáda, 2008, 42 s., ISBN 978-80-254-3580-9

Kalina, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha, Grada, 2008, 392s., ISBN 978-80-247-1411-0

LE VERT SUZANNE. 2007. The facts about nicotine. Marshall Cavendish Benchmark (New York), 2007, ISBN: 0761422447, 112 pages.

PEACOCK PAUL. 2007. The smoking & curing, Publisher: The Good Life Press, 2007, ISBN : 9781904871231, 160 pages.

Popis rešeržnej stratégie

Vyhľadávanie odborných publikácií, ktoré boli využité pre tvorbu bakalárskej práce s názvom Fajčenie vo svete, prebehlo v časovom období máj 2015 až marec 2016. Pre vyhľadávanie boli použité elektronické databázy Bibliographia medica Cechoslovaca, EBSCO, PUBMED, Google Scholar.

Metodika práce v praktickej časti.

Pri vypracovaní bakalárskej práce sa použila metóda sekundárnej analýzy zberu dát s dostupnej literatúry, najmä zo zdrojov Svetovej banky a Svetovej zdravotníckej organizácie. Pri sekundárnej analýze dát týkajúcich sa prevalencie fajčenia v populácii vybraných krajín sa porovnávali dáta z rozličných zdrojov.

Pri charakterizovaní prevalencie fajčenia vo svete sa určila vzorka 10 krajín, ktoré spolu predstavujú väčšinu svetovej populácie. Kritérium zaradenia krajiny do vzorky bola jej ľudnosť, u Austrálie išlo o krajinu s najlepším plnením doporučení Svetovej zdravotníckej organizácie.

Analýza prevalencie fajčenia sa zamerala na prevalenciu fajčenia v dospeljej mužskej populácii. Prevalencia fajčenia u ženskej populácie bola vo všetkých analyzovaných ázijských krajín s výnimkou Japonska, niekoľkonásobne nižšia ako u mužskej populácie. Fajčenie u ženskej populácie je málo významným problémom vo väčšine analyzovaných krajín. Okrem toho údaje o prevalencii fajčenia v ženskej populácii sú menej presné, keďže mnohé ženy do dotazníkov udávajú nepresné údaje, pretože sa hanbia za svoj fajčiarsky návyk. (SB, 2015)

1. Historický prehľad vývoja tabakovej závislosti.

1.1. Vývoj tabakovej závislosti do 20.storočia

Fajčenie rôznych substancií bolo vo svete rozšírené od najstarších čias. Existoval výrazný rozdiel medzi fajčením v tzv. Starom svete tj. V Európe, Amerike, Ázii a Novým svetom – Amerikou. (Stewart, 2007)

V Európe, Ázii a čiastočne aj v Afrike prevažovalo fajčenie látok, spôsobujúcich zmenu stavu vedomia. Najrozšírenejšou a najznámejšou látkou, ktorá sa používala na fajčenie bola rastlina konopa indická, pochádzajúca povodne zo Strednej Ázie. Jej užívanie je zdokumentované v starovekých indických textoch. Často sa využívala pri náboženských obradoch na sprostredkovanie spojenia z nadprirodzenom. Po nástupe kresťanstva a neskôr i islamu, bolo fajčenie konopí v oblastiach vplyvu týchto náboženstiev zavrhané ako prežitok pohanských náboženstiev. Nové náboženstvá, kresťanstvo a islam sa intenzívne bránili užívaniu akýchkoľvek vedomie ovplyvňujúcich látok a fajčenie konopí tvrde potláčali. Fajčenie sa tak stalo od ranného stredoveku až po novovek často ilegálnou záležitosťou a bolo vo všeobecnosti pokladané za niečo nevhodného. (Le Vert, 2007)

Iná situácia bola v tzv. Novom svete, kde prevládalo fajčenie tabaku. Fajčenie tabaku na rozdiel od fajčenia konopí nemá účinky spôsobujúce zmeny vedomia. Je to účinný stimulant podobne ako káva a čaj. Tabak je rastlina voľne rastúca v subtropickom a tropickom pásme Ameriky. Na fajčenie sa používali usušené tabakové listy. Tieto sa používali buď ako náplň do hlinených fajok alebo sa fajčili priamo, zrolované do trubičky. Fajčenie bolo rozšírené hlavne v oblasti Karibiku a strednej Ameriky.

Po prvý krát sa Európania stretli s fajčením tabaku až na konci 15 . storočia po objavení Ameriky. Fajčenie sa pomerne rýchlo rozšírilo do Európy ako jeden z dôležitých stimulantov. Medzi hlavné prednosti tabaku boli pokladané jeho stimulujúce

účinky. Vlády niektorých európskych štátov sa snažili fajčenie zakázať.

Dopyt po stimulantoch ako boli káva, čaj a tabak v Európe neustále narastal. Nové stimulanty boli považované za vhodnú náhradu nadmerného konzumovania alkoholu, ktoré bolo prakticky v celej Európe významným problémom. Postupné nahradzovanie alkoholu kávou, tabakom a najmä čajom bolo v niektorých krajinách, napr. V Anglicku, pomerne úspešné.

Vzhľadom na skutočnosť, že sa tabak dostal do podobnej skupiny stimulantov ako boli káva a čaj, nebol považovaný za výraznú zdravotnú hrozbu. Systematické zdravotné výskumy vplyvu určitých látok na zdravie obyvateľstva prakticky až do 19. storočia neexistovali a preto bol tabak považovaný za relatívne neškodnú látku. (Lynette, 2008)

Pokiaľ sa objavovali výhrady voči fajčeniu tabaku, boli skôr estetického rázu, namietalo sa, že fajčenie produkuje nepríjemný zápach a spôsobuje zožltnutie kože. Nízky vek dožitia väčšiny obyvateľov Európy spôsoboval, že sa nestihli prejavíť dlhodobé negatívne účinky konzumácie tabaku. Väčšina európskej populácie sa nedožila veku, kedy sa vo zvýšenej miere začínajú prejavovať choroby spôsobené fajčením.

Za kľúčový faktor rozšírenia fajčenia tabaku sa považuje jeho ekonomická výhodnosť pre pestovateľov, spracovateľov i distribútorov. (Le Vert, 2007)

Tabak má v porovnaní s inými plodinami tri základné výhody :

- vysokú cenu na vypestovanú jednotku
- dlhú životnosť po usušení tabakových listov
- jednoduchú dopravu a skladovanie na dlhé vzdialenosti

Doprava po mori bola až do 19. storočia pomerne drahá. Neexistovali presné pomôcky na navigáciu a mnohé lode neboli odolné voči búrkam, problém predstavovali aj piráti. Značná časť lodí sa nedostala do miesta určenia. Preto obchodníci vyhľadávali tovar,

ktorý bol pomerne drahý a tak zaplatil riskantné diaľkové platby. Dôležité tiež bolo, aby bol tovar dostatočne trvanlivý a vydržal niekoľkomesačnú plavbu cez Atlantický, alebo iný oceán. Tovar musel byť tiež odolný proti nárazom lode za špatného počasia. Tabak splňoval všetky tieto požiadavky.

Tabak je možné pestovať iba v teplých klimatických oblastiach. Hospodársky najsilnejšie štáty sveta sa nachádzali najmä v oblastiach, kde sa tabak nedal pestovať. Treba zdôrazniť, že od 13. storočia až do polovice 19. storočia bola v Európe výrazne chladnejšia klíma, prebiehala tzv. malá doba ľadová. Všetok tabak sa tak musel do hospodársky najrozvinutejších krajín Európy dovážať.

1.2. Vývoj tabakovej závislosti vo svete v 20. storočí

Fajčenie tabakových výrobkov nebolo až do polovice 19. storočia masovým trendom. Prakticky sa nevyskytovalo fajčenie u žien, tak, ako je tomu doteraz v mnohých rozvojových štátoch. Prevládalo fajčenie fajky, čo bola časovo dosť náročná operácia. Fajku bolo treba pravidelne čistiť a spaľovanie tabaku v nej vyžadovalo určitú zručnosť. Fajčenie cigár bolo podobne ako je tomu i dnes výrazne minoritnou záležitosťou pre ich vysokú cenu.

K výraznému zrýchleniu konzumácie tabaku došlo po vynáleze moderných cigariet vo Francúzsku v 40. rokoch 19. storočia. Postupne, ako sa zvyšovala kúpischopnosť obyvateľstva, rástla i spotreba tabaku. Cigarety postupne vytlačali fajčenie fajky. Až do 20. storočia nebolo fajčenie príliš rozšírené v oblastiach, kde sa tabak nepestoval. Kúpischopnosť obyvateľstva bola nízka, málokto si mohol dovoliť kupovať dovozový tovar. V krajinách, ktoré pestovali tabak sa fajčenie týkalo takmer výlučne mužskej populácie. (Peacock, 2007)

V 20. storočí došlo v oblasti užívania tabakových výrobkov v najvyspelejších štátoch sveta k prelomovým zmenám. Za hlavné dôvody nárastu spotreby tabakových výrobkov

možno považovať :

- zvýšenie kúpischopnosti obyvateľstva
- zavedenie cigariet do potravinových balíčkov vojakov bojujúcich na frontoch prvej i druhej svetovej vojny
- prudký nárast fajčenia cigariet u žien
- rozvoj nových metód marketingu a predaja
- zpochybnenie dôveryhodnosti štúdií o škodlivosti fajčenia zo strany výrobcov tabakových produktov

Na konci 19. a na začiatku 20. storočia došlo k výraznému nárastu kúpischopnosti obyvateľstva mnohých krajín v dôsledku industrializácie a iných faktorov. Nárast kúpischopnosti sa týkal novoindustrializovaných krajín západnej a strednej Európy, ako boli Anglicko, Nemecko, Rakúska ríša, Poľsko, Škandinávia. V týchto krajinách žila väčšina európskeho obyvateľstva. Obyvatelia týchto krajín si mohli dovoliť kúpiť dovozové výrobky v podstatne väčšom rozsahu. Jedným z dovozových výrobkov, predtým považovaných za luxus, bol i tabak.

Prakticky všetky štáty bojujúce na frontoch druhej svetovej vojny zaviedli pre svojich vojakov bezplatné prídely cigariet. Vlády bojujúcich štátov hľadali možnosti, ako poskytnúť vojakom stimulanty zvyšujúce ich bojové nasadenie. Kávu a čaj bolo treba dovážať cez nebezpečné moria, zatiaľ čo tabak sa pestoval vo veľkom v južnej Európe i v USA. Bol relatívne lacný a bolo ho k dispozícii dostatočné množstvo. Tak sa dostali milióny mužov do pravidelného kontaktu s tabakovými výrobkami a postupne si mnohí z nich vypestovali tabakovú závislosť. Výrobcovia tabakových produktov využili vojnu ako skvelú príležitosť pre reklamu svojich výrobkov. Vytvorili obraz hrdinského vojaka brániaceho svoju vlasť, fajčiaceho cigarety. (Le Vert, 2007)

Po 1. svetovej vojne došlo vo všetkých bojujúcich štátoch v výrazným spoločenským zmenám. Mnohé starobylé štáty zanikli a nové sa vytvorili. Začala vznikať konzumná spoločnosť, tak ako ju poznáme dnes, prudko sa zvýšil vplyv masmédií, hlavne rozhlasu. Masmédia začali výrazne ovplyvňovať priority obyvateľov pri nákupoch. Vypracovali sa účinné metódy na ovplyvňovanie nákupných rozhodnutí spotrebiteľov. Tieto metódy sa významnou mierou podieľali na náraste spotreby tabakových výrobkov vo vyspelých krajinách. Reklama tabakových výrobkov zohrala dôležitú úlohu pri náraste prevalencie fajčenia v populácii v 20. storočí.

Určitú úlohu pri zvýšení popularity fajčenia zohral aj zákaz alternatívnych stimulantov, hlavne kokainu v medzivojnovom období vo väčšine štátov sveta. V USA bol tiež zakázaný predaj alkoholu od 20tych až do prvej polovice 30tych rokov. Tabakové výrobky však zostali legálne. Pre určitú časť populácie pôsobili ako substitút zakázaných látok.

V Spojených štátoch amerických tabakové koncerny zistili, že fajčenie sa síce významne rozšírilo medzi mužskou populáciou, u ženskej populácie však zostávalo okrajovou záležitosťou. Po prvej svetovej vojne sa tabakové koncerny zamerali na rozšírenie fajčenia medzi ženami. Využili pri tom všetky moderné prostriedky reklamy a v pomerne krátkom čase sa im podarilo získať pre fajčenie cigariet obrovské množstvo žien. Veľmi smutnú úlohu v rozšírení fajčenia na ženskú časť populácie zohral filmový priemysel, ktorého vplyv v medzivojnovom období bol značný. Na plagátoch sa objavovali filmové hviezdy s cigaretou v ruke ako prejavom modernosti, slobody a emancipácie. Tabakové koncerny dokonca poriadali pre ženy zvláštne školenia, kde inštruktori učili ženy správne fajčiť. Súčasťou školenia boli často aj drobné darčeky pre účastníčky. Pri rozširovaní fajčenia medzi ženskú populáciu zohral významnú úlohu aj fakt, že fajčenie tabaku má okrem stimulačných účinkov aj schopnosť potláčať chuť do jedla. Sloganom sa stalo, že pokiaľ si chce žena udržať štíhlu líniu, fajčí cigarety. V 30. rokoch už v USA fajčili asi dve tretiny mužov a asi polovica žien. (Lynette, 2008)

Situácia v Európe sa čiastočne podobala situácii v USA. Po prvej svetovej vojne došlo k emancipácii žien, získali napríklad všeobecné volebné právo. K rozšíreniu fajčenia medzi ženskú populáciu nedošlo v takej miere ako v USA. Pravdepodobnou príčinou tohto javu boli dva dôvody. Prvým dôvodom bolo, že značná časť európskej populácie žila na vidieku, ktorý si zachoval konzervatívny charakter. Fajčenie žien sa tu pokladalo za nežiadúce. Druhým dôvodom bola výrazne znížená kúpischopnosť obyvateľov vo vojnu zničenej Európe. Prevalencia fajčenia v ženskej populácii zostávala v Európe výrazne nižšia ako v USA až do 60. rokov 20. storočia.

V 30. rokoch došlo k prudkému nárastu kancerogénnych ochorení v USA. Niektorí vedci upozorňovali na možnú závislosť medzi fajčením a vznikom kancerogénnych ochorení, ich názory však zostávali osamotené, vzhľadom na skutočnosť že USA museli riešiť veľmi závažné problémy spôsobené úpadkom hospodárstva v dôsledku veľkej krízy 30. rokov. Argumenty odporcov fajčenia boli umlčané tvrdením, že od pestovania tabaku a jeho spracovania závisí v USA množstvo pracovných miest a v prípade obmedzenia fajčenia by došlo k zániku mnohých z nich. Bohužiaľ, nezamestnanosť bola v 30. rokoch v USA na veľmi vysokej úrovni – bez práce bolo 15 až 25 percent práceschopného obyvateľstva. Udržovanie a tvorba nových pracovných miest mali prioritu. (Heather, Miller, 2008)

Podobná situácia bola i v Európe. Veľká hospodárska kríza 30. rokov spôsobila, že sa štúdiám o škodlivosti fajčenia neprikladala veľká dôležitosť. Podobne ako v USA sa museli riešiť, z pohľadu súčasníkov, podstatne závažnejšie problémy.

V prvej polovici 40. rokov prebiehala druhá svetová vojna. V druhej polovici 40. rokov sa uskutočňovala povojnová obnova Európy. Problematike fajčenia sa venovala v dôsledku celosvetových udalostí iba minimálna pozornosť.

V 50. rokoch sa po prvý krát dostali štúdie o závislosti fajčenia a vzniku onkologických ochorení na verejnosť. Americká ekonomika prosperovala a tak argument straty pracovných príležitostí v tabakovom priemysle stratil svoju váhu. Zdalo sa, že

nespochybniteľné fakty o škodlivosti fajčenia povedú k jeho výraznému obmedzeniu.

V decembri roku 1953 došlo k stretnutiu vrcholných predstaviteľov tabakového priemyslu v New Yorku, kde sa vytvorila dlhodobá koncepcia spochybňovania vedeckých výsledkov týkajúcich sa škodlivých účinkov fajčenia. Rozhodlo sa o financovaní vedeckých štúdií, ktoré spochybňovali závislosť medzi fajčením a vznikom rôznych ochorení. (Peacock, 2007)

Tieto pseudovedecké štúdie mali veľkú publicitu a snažili sa dokázať, že na zvýšenej chorobnosti sa podieľajú iné faktory ako fajčenie . Tieto štúdie poukazovali na fakt, že existujú dlho žijúci jedinci, ktorí celý život fajčili a i napriek tomu sú vo veľmi dobrej kondícii. Podobne sa poukazovalo na veľké množstvo zdravotníckych pracovníkov, najmä lekárov, ktorí fajčia. Paradoxom je, že sa pre túto kampaň podarilo získať len veľmi málo lekárov, ktorý boli ochotní verejne sa priznať, že fajčia a fajčenie im nespôsobuje žiadne problémy. Naopak, filmový priemysel našiel mnoho slávnych osobností, ktoré nemali problém tvrdiť, že im fajčenie nespôsobuje žiadne problémy, naopak, výrazne zlepšuje kvalitu ich života. (WHO, 2014)

Prostriedky vydávané na reklamu sa prudko zvýšili a odbyt cigariet rástol až do 70. rokov. Cigarety predstavovali jednu z najviac reklamovaných komodít vôbec. K zvratu tohto trendu došlo až v 70. rokoch 20. storočia, kedy sa po dlhom úsilí podarilo presvedčiť značnú časť populácie USA o škodlivosti fajčenia. Európa viac menej kopírovala vývoj v USA. Spotreba tabakových výrobkov rástla podobne ako v USA až do 70. rokov 20. storočia. Spotreba cigariet od 70 rokov 20. storočia začala v Európe pomaly klesať.

V súčasnosti je vo väčšine vyspelých krajín badať pokles prevalencie fajčenia v celkovej populácii. V mnohých rozvojových krajinách však naopak dochádza k rastu prevalencie užívania tabakových výrobkov v dospeljej populácii. Hlavnými dôvodmi poklesu konzumácie tabakových výrobkov vo vyspelých krajinách je vysoké zdanenie tabakových výrobkov, malý podiel pašovaných cigariet na celkovom predaji, účinná

zdravotnícka osveta a celková zmena životného štýlu obyvateľstva.

Hlavnými dôvodmi nárastu prevalencie fajčenia v populácii rozvojových krajín je zvýšená kúpischopnosť obyvateľstva, nízka miera zdanenia tabakových výrobkov, vysoký podiel pašovaných cigariet na trhu., neúčinná zdravotnícka osveta a silný vplyv lobby pestovateľov a výrobcov tabaku.

Problémom je často aj vymáhateľnosť práva. I v prípade, ak má krajina pomerne dobrú protifajčiarsku legislatívu, jej uplatňovanie v praxi je niekedy sporné. Mnohé rozvojové štáty trpia vysokou mierou korupcie, ktorá znemožňuje postihovať neplnenie protifajčiarskych právnych noriem. Štatistické dáta získané v rozvojových krajinách sú niekedy nepresné, čo sťažuje ich celkové hodnotenie. (SB, 2014)

2.Škodlivé účinky fajčenia

2.1. Zložky tabakového dymu

Alkaloidy

Kľúčovou zložkou tabakového dymu je alkaloid nikotín. Nikotín je hlavným dôvodom, prečo dochádza ku konzumácii tabakových výrobkov. Už niekoľko sekúnd po vdýchnutí cigaretového dymu sa tento alkaloid dostáva do krvného riečišťa, ktorým sa dostáva do centrálnej nervovej sústavy, kde obsadzuje špecifické nikotínové receptory. Nikotín spôsobuje zvýšenú aktivitu tráviaceho traktu, zvyšuje krvný tlak, zvyšuje obsah mastných kyselín v organizme, spomaľuje syntézu estrogénov a pri dlhodobom užívaní posilňuje syntézu endorfínov. Postupne dochádza k potrebe navyšovať dávku tohto alkaloidu, podobne ako je tomu i u iných návykových látok.

Nikotín sa v organizme asi zo 70 percent metabolizuje na kotinin, ktorý sa ukladá v ľudskom organizme najmä vo vlasoch. Kotinin je ideálnym markerom na zisťovanie nikotínovej závislosti. Asi 10 až 15 percent nikotínu sa vylúči z organizmu priamo.

Ďalším alkaloidmi ktoré obsahuje cigaretový dym sú anatabin, anabasin a anatalin. Nemajú však na rozdiel od nikotínu stimulujúce účinky. (Le Vert, 2007)

Nitrosaminy a polycyklické aromatické uhľovodíky

Najnebezpečnejšími zložkami tabakového dymu sú zo zdravotného hľadiska nitrosaminy a polycyklické aromatické uhľovodíky. Nitrosaminy sú karcinogény spôsobujúce rakovinu pľúc. Vyskytujú sa aj v bežných potravinách, ich denná dávka však pri štandardnom zložení jedálnička nepresahuje u priemerného konzumenta 1 mikrogram. Pre porovnanie, jedna cigareta obsahuje 0,5 až 1 mikrogram nitrosamínov. Fajčiar, ktorý denne vyfajčí krabičku cigariet, dostáva takmer 20 násobnú dávku týchto karcinogénov v porovnaní s nefajčiarom.

Polycyklické aromatické uhľovodíky vznikajú najmä nedokonalým spaľovaním tabaku. Majú podobne ako nitrosaminy karcinogénny a mutagénny účinok. Polycyklické aromatické uhľovodíky sa ukladajú v dýchacích cestách a v pľúcnych alveoloch. Pri ich odbúravaní vznikajú voľné radikály, ktoré poškodzujú pľúcne tkanivo a významne zvyšujú riziko vzniku rakoviny pľúc. Najvýznamnejším z polycyklických aromatických uhľovodíkov, nachádzajúcich sa v cigaretovom dyme je benzoapyren. Jedna cigareta obsahuje asi 20 nanogramov tejto látky. Polycyklické aromatické uhľovodíky sú dominantnou príčinou vzniku rakoviny pľúc. (Peacock, 2007)

Ťažké kovy v tabakovom dyme

Tabakový dym obsahuje tiež zdraviu škodlivé ťažké kovy, z ktorých sú najnebezpečnejšie nikel, kadmium, polónium a rádioaktívne olovo. Zlúčeniny niklu sú klasifikované ako karcinogén prvej triedy, zatiaľčo samotný kovový nikel je karcinogénom druhej triedy. Nikel a jeho zlúčeniny sú najčastejšie sa vyskytujúcimi ťažkými kovmi v tabakovom dyme. Ďalším nebezpečným ťažkým kovom je kadmium. Fajčiari tabakových výrobkov majú v krvi výrazne vyššiu hladinu kadmia ako nefajčiari. Kadmium pôsobí toxicky na ľadviny, môže vyvolať hyperkalciúriu, poruchy metabolizmu vápnika a zvýšenú tvorbu ľadvinových kameňov. Kadmium a jeho zlúčeniny sú klasifikované ako karcinogén prvého stupňa. Rádioaktívne polónium a rádioaktívne olovo sa dostávajú do tabaku nie celkom známym spôsobom. Oba tieto prvky sú produktom rozpadu rádioaktívneho uránu, ktorí sa niekedy vyskytuje v pôde. Predpokladá sa, že oba prvky sa dostávajú do tabaku pri používaní fosfátových hnojív. Urán sa viaže na fosfáty a tak sa môže dostať spolu z prvkami vznikajúcimi jeho rozpadom do rastlín, ktoré sú hnojené fosfátmi.

Toxické plyny

Tabakový dym obsahuje viacero toxických plynov. Medzi najvýznamnejšie patria oxid uhoľnatý, oxidy dusíka, formaldehyd a akrolein. Dym obsahuje malé množstvá amoniaku, oxid siričitého a kyanovodíka.

Oxid uhoľnatý sa viaže na hemoglobín v červených krvinkách, čím znemožňuje prenos kyslíka v krvi. U silných fajčiarov dochádza k vyradeniu významného množstva hemoglobínu z činnosti, čo spôsobuje zdravotné problémy najmä u osôb z chronickým ochorením dýchacej sústavy. Ďalšími nebezpečnými plynmi sú oxidy dusíka. V tabakovom dyme sa nachádza zmes týchto plynov. Najnebezpečnejší z nich je oxid dusičitý, ktorý dráždi sliznice dýchacích ciest. Trvalé dráždenie dýchacích ciest môže viesť k viacerým ochoreniam dýchacieho traktu, najmä k chronickej bronchitíde a k emfyzému pľúc. Ďalšími nebezpečnými plynmi, ktoré obsahuje cigaretový dym sú formaldehyd a akrolein, ktorých účinkov na ľudský organizmus je podobný ako účinkov oxidu dusičitého. (Bousquet, Khaltsev, 2007)

Pevné častice dymu.

Spaľovaním tabaku vzniká decht. Jeho drobné častice sa ukladajú v dýchacích cestách a v pľúcach . Vytvárajú film, ktorý výrazne sťažuje fajčiarovi dýchanie. Pľúca fajčiara sa výrazne líšia od pľúc nefajčiara, pri autopsii sú často čierne. Táto farba je spôsobená dlhodobým ukladaním dechtu v pľúcnych alveolách.

2.2. Zdravotné následky fajčenia

Onkologické ochorenia

Fajčenie je podľa údajov WHO zodpovedné asi za jednu tretinu nádorových ochorení. Najčastejšími nádorovými ochoreniami spôsobenými fajčením sú karcinóm bronchov, pľúc, dutiny ústnej, hltanu, hrtanu a pažeráku. Fajčenie tiež výrazne zvyšuje riziko vzniku nádorových ochorení pankreasu, močového mechúra a ľadvín. (WHO, 2014)

Vzťah medzi rakovinou pľúc a fajčením platí za dokázaný. Riziko vzniku rakoviny sa zvyšuje z počtom vyfajčených cigariet a do značnej miery závisí od veku, kedy začne človek fajčiť. Čím skôr začne človek fajčiť, tým je riziko vzniku karcinómu vyššie.

Ženy sú v priemere viac náchylné na vznik onkologického ochorenia. Ak žena vyfajčí za život rovnaký počet cigariet ako muž a začne fajčiť v podobnom veku, je riziko vzniku onkologického ochorenia u nej výrazne vyššie.

V prípade, ak fajčiar prestane fajčiť, riziko onkologického ochorenia sa u neho výrazne zníži. Pokiaľ fajčiar abstínuje minimálne 10 rokov, riziko vzniku onkologického ochorenia sa zníži o 20 až 50 percent.

Z celkového počtu ochorení na rakovinu pľúc je asi 90 percent u fajčiarov. Rakovina pľúc sa vyskytuje aj u nefajčiarov, jej podiel na celkovom množstve ochorení je iba 10 až 15 percent.

Zvýšenie rizika rakoviny pľúc je okrem fajčenia spôsobené vdychovaním rádioaktívnych látok, napríklad radónu a dlhodobému účinku niektorých chemických látok, hlavne rozpúšťadiel. Rakovinu pľúc môže u nefajčiarov spôsobiť aj práca z azbestom, čo je minerál, ktorí sa v minulosti využíval pre svoje protipožiarne vlastnosti v stavebníctve. Kombinácia fajčenia, rádioaktívnych a chemických látok, prípadne azbestu je mimoriadne nebezpečnou pre vznik onkologického ochorenia pľúc. Osoby, ktoré pracujú s azbestom alebo chemikáliami by sa mali čím skôr podrobiť odvykacej liečbe.

Jedným z prvých príznakov onkologického ochorenia pľúc je kašeľ. Nefajčiari, pokiaľ sa u nich prejavuje chronický kašeľ, pomerne skoro navštívia lekára a tak je možnosť zachytiť u nich rakovinu v rannom štádiu, kedy sú prognózy na úplné vyliečenie najlepšie. Na rozdiel od nefajčiarov, fajčiari často trpia chronickou bronchitídou a tak je kašeľ u nich bežným prejavom dlhodobej závislosti na tabakových výrobkoch. Fajčiari na rozdiel od nefajčiarov navštevujú lekára neskoro, väčšinou až keď začnú vykašľovať krv, prípadne sa u nich začnú prejavovať chronické bolesti, nechutenstvo, chronická únava a strata hmotnosti. Častokrát je už pomerne neskoro a prognóza ich liečby je výrazne horšia ako u nefajčiarov. (WHO, 2014)

Najrozšírenejšou rakovinou pľúc je malobunečný a nemalobunečný karcinóm pľúc.

Presné rozlíšenie jednotlivých druhov karcinómu sa robí histologickým vyšetrením. Pri liečbe malobunečného karcinómu sa využíva chemoterapia, u nemalobunečného chirurgický zákrok. Rakovina pľúc je najrozšírenejším druhom rakoviny u mužov a ročne usmrtí na celom svete 1, 3 milióna jedincov.

Ďalšími onkologickými ochoreniami, u ktorých fajčenie zvyšuje riziko výskytu sú karcinom ústnej dutiny, rakovina hrubého čreva a konečníku. U karcinómu ústnej dutiny je pravdepodobnosť jeho výskytu u fajčiarov zhruba dvojnásobná ako u nefajčiarov. U kolorektálneho karcinómu štúdie uvádzajú, že fajčenie spôsobuje okolo 12 percent smrteľných prípadov tohto ochorenia. Hlavnou príčinou vzniku rakoviny je dlhodobé pôsobenie nitrosamínov a polycyklických aromatických uhl'ovodíkov na ústnu dutinu i na sliznicu hrubého čreva. (WHO, 2014)

U kolorektálneho karcinómu hrá významnú úlohu i nedostatok vlákniny, najmä ovocia a zeleniny. Ďalším faktorom spôsobujúcim zvýšený výskyt kolorektálneho karcinómu je nadmerné pitie piva. Ak sa všetky tieto tri faktory spoja, t.j. fajčenie, nedostatok čerstvého ovocia a zeleniny a nadmerné pitie piva, výsledkom je veľmi vysoký výskyt tohto druhu ochorenia.

U žien sa negatívne účinky fajčenia prejavujú zvýšeným výskytom rakoviny prsníka. Nebezpečné je hlavne fajčenie v období vývoja a aktivity prsnej žľazy, t.j. v puberte, dospievaní a kojení.

Fajčenie výrazne zvyšuje pravdepodobnosť vzniku karcinómu močového mechúra a ľadvín. Na vznik a rozvoj týchto druhov rakoviny majú vplyv karcinogény z tabakového dymu so špecifickou afinitou k močovej sústave. Jedná sa najmä o 4 – aminobifenyl a 2 - naftalynamin. Podobne pôsobia i metabolicky aktivované karcinogény tabakového dymu, ktoré sa vylučujú močovým ústrojenstvom z organizmu. Výskyt rakoviny močového mechúra a ľadvín je vo všeobecnosti nižší ako výskyt rakoviny pľúc alebo rakoviny prsníka. Podobne ako u iných druhov rakoviny, výživa zohráva veľmi dôležitú úlohu pri znižovaní rizika vzniku tohto ochorenia. (Peacock, 2007)

Niektoré štúdie o tabakovom dyme upozornili na zvýšený výskyt leukémie u detí, ktoré žijú v domácnostiach silných fajčiarov. Za najvýznamnejší faktor ovplyvňujúci tento druh rakoviny sa pokladá benzén, ktorého koncentrácia v domácnostiach silných fajčiarov nadobúda biologicky významné hodnoty.

Vplyv fajčenia na ochorenia kardiovaskulárneho systému.

Presný mechanizmus pôsobenia jednotlivých zložiek, ktoré obsahuje cigaretový dym, nie je presne známy. Predpokladá sa, že významnú úlohu pri vzniku kardiovaskulárnych ochorení hrá oxidačný stres. Oxidačný stres vzniká pri neschopnosti organizmu dostatočne rýchlo odbúravať kyslíkové radikály. Tabakový dym obsahuje zvýšené množstvo kyslíkových radikálov, najmä peroxidu vodíka. Pri ich absorpcii dochádza k poškodzovaniu tkanív organizmu. Zároveň sa znižuje hladina oxidu dusného, ktorý sa pôsobením kyslíkových radikálov mení na iné oxidy dusíka. Oxid dusný má výrazné antiaterogénne účinky, čo znamená, že zabraňuje tvorbe aterómových plátov v artériách. Oxidačný stres ďalej spôsobuje dysfunkciu endotelu, poruchy homeostázy, poruchy metabolizmu lipidov a hemodynamické zmeny.

Najčastejšie sa pri vdychovaní cigaretového dymu zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy, ischemickej choroby srdca, ischemickej choroby mozgových tepien, a ischemickej choroby dolných končatín.. (WHO, 2014)

Riziko ischemickej choroby sa výrazne zvyšuje v kombinácii s inými faktormi, najmä s nesprávnou výživou. Výživa, ktorá neobsahuje dostatok čerstvého ovocia a zeleniny je rizikovým faktorom pre vznik ischemickej choroby. Čerstvá zelenina a ovocie obsahujú flavonoidy a polyfenoly, ktoré majú výrazne antioxidačný účinok. Ak sa výživa chudobná na čerstvú zeleninu a ovocie skombinuje s fajčením, negatívne dôsledky oxidačného stresu sa v organizme zvyšujú. Fajčenie taktiež zvyšuje riziko obnovenia ischemickej choroby po bypasse koronárnych ciev.

Ostatné ochorenia ovplyvnené fajčením tabakových výrobkov.

Fajčenie zhoršuje priebeh mnohých chronických ochorení, najmä ochorení dýchacieho systému. Dráždivé účinky tabakového dymu zhoršujú priebeh astmy, chronickej nádchy a mnohých alergických ochorení. Negatívne pôsobenie fajčenia sa zhoršuje, ak pacient trpí cukrovkou. Niektoré štúdie uvádzajú negatívny vplyv fajčenia aj na priebeh chronickej artritídy. Spôsobuje tiež zrýchlené starnutie pokožky a stratu jej prirodzenej farby. Podobne zapríčiňuje zožltnutie zubnej skloviny. (Peacock, 2007)

2.3. Pasívne fajčenie.

Pasívne fajčenie je vdychovanie tabakového dymu nefajčiarmi.

Hlavným problémom pasívneho fajčenia je dlhodobý pobyt nefajčiarov v prostredí, kde sú vysoké koncentrácie cigaretového dymu. Obzvlášť nebezpečné je pasívne fajčenie u detí, ktorých organizmus je podstatne viac náchylný na určité ochorenia napríklad leukémiu, ktorej riziko vzniku sa zvyšuje pri vdychovaní cigaretového dymu. Klinické štúdie ukázali, že výskyt rakoviny pľúc je u nefajčiarov, vystavených cigaretovému dymu, o 17 percent vyšší než u nefajčiarov, ktorí vôbec nie sú vystavený tabakovému dymu. Podobne, nefajčiari vystavený cigaretovému dymu majú o 20 percent vyššiu pravdepodobnosť vzniku ischemickej choroby ako nefajčiari, ktorí nie sú vystavený cigaretovému dymu. Podľa niektorých štúdií, nefajčiari, ktorí žijú v spoločnej domácnosti s fajčiarom majú zvýšené riziko vzniku ischemickej choroby až o 20 percent. Toto platí za predpokladu, že nefajčiar je sústavne vystavený cigaretovému dymu. Pre porovnanie, fajčiar, ktorý vyfajčí 20 štandardných cigariet denne má zvýšené riziko vzniku ischemickej choroby o 30 percent. Pasívne fajčenie má negatívny dopad na dýchacie cesty, pasívny fajčiari majú zvýšený výskyt chronickej bronchitídy, astmy, chronickej nádchy a iných ochorení respiračného systému. (Le Vert, 2007)

Ochrana nefajčiarov pred pasívnym fajčením sa v jednotlivých krajinách výrazne líši.

Niektoré štáty, napríklad Austrália a Brazília sa snažia úplne vytesniť fajčiarov zo všetkých uzavretých priestorov, tak, aby sa cigaretový dym nemohol hromadiť na jednom mieste. Iné štáty, hlavne v Ázii, formálne zakazujú fajčenie vo vzdelávacích, zdravotníckych a iných verejných inštitúciách. Formálne zákazy bohužiaľ nedokážu zmeniť mentalitu ľudí, a tak sa do veľkej miery obchádzajú. Pre mnohých mužov v menej rozvinutých krajinách je naopak možnosť začať fajčiť, najmä zahraničné cigarety, prejavom ich spoločenského vzostupu. Štatistiky totiž neuvádzajú, koľko mužov zostáva nefajčiarimi iba z ekonomických dôvodov. (WHO, 2014)

Najväčším problémom pasívnych fajčiarov je bezohľadnosť konzumentov tabaku. Fajčiari častokrát úplne ignorujú požiadavky nefajčiarov ako na pracovisku, tak i v súkromí.

2.4. Odvykanie od nikotínovej závislosti.

Nikotínová závislosť má dve roviny, biologickú a sociálnu. Biologická závislosť je ťažšie odbúrateľná ako sociálna závislosť.

Sociálna závislosť spočíva v návykoch a sociálnych väzbách, ktoré si fajčiari vytvárajú. Príkladom je napríklad fajčenie cigariet spolu s pitím kávy. Niektorí fajčiari udávajú, že im káva chutí v tejto kombinácii lepšie, nie je však na to žiaden vedecký dôkaz. Je to skôr otázka zvyku. Pomerne významnou sociálnou bariérou pri odvykaní od nikotínovej závislosti sú sociálne väzby, ktoré si fajčiari vytvárajú. Veľmi častým je napríklad ponúknutie cigarety alebo požiadanie o cigaretu, čím dávajú fajčiari najavo ochotu nadviazať kontakt. Ďalšou výhodou je možnosť získať prestávky v pracovnej dobe, na ktoré nefajčiari nemajú nárok. Fajčiari tak majú možnosť odpracovať menej času za rovnaký plat ako majú nefajčiari. Okrem toho fajčenie v pracovnej dobe pomáha utužovať sociálne väzby medzi fajčiarimi. Moja osobná skúsenosť je, že fajčiari na rozdiel od nefajčiarov majú podstatne lepšie sociálne väzby, čo im okrem iného často umožňuje rýchlejší kariérny vzostup. (Peacock, 2007)

Biologická závislosť na nikotíne súvisí s pôsobením nikotínu na určité mozgové receptory. Pri odvykaní od tejto závislosti vznikajú abstinenčné príznaky, jeden až dva dni od začiatku odvykacej liečby v závislosti od toho, ako je fajčiar senzitívny na nikotín. Prejavujú sa nervozitou, nesústredenosťou, nespavosťou. Môže sa dostaviť búšenie srdca, bolesti hlavy a nadmerné potenie. Silná potreba cigarety sa odborne označuje ako craving. Väčšina fajčiarov sa nevie svojej závislosti zbaviť bez podpornej liečby. Pri liečbe nikotínovej závislosti sa využívajú prípravky obsahujúce nikotín, prípravky obsahujúce vareniklin a niektoré antidepresíva. Súčasťou odvykacej liečby môže byť aj akupunktúra alebo rastlinné preparáty. (WHO, 2014)

Prípravky obsahujúce nikotín sa predávajú vo forme náplastí, žuvačiek, bonbónov alebo inhalátorov. Princíp pôsobenia nikotínových preparátov pri odvykacej liečbe je postupné znižovanie dávky nikotínu tak, aby sa ľudský organizmus postupne prispôboval na čoraz nižšie dávky, až sa na koniec zbaví nikotínovej závislosti úplne. Liečba trvá väčšinou niekoľko mesiacov. Najznámejšími výrobkami reprezentujúcimi tento druh preparátov sú Nicorette a Niquitin. V mnohých krajinách sú nikotínové preparáty vo voľnom predaji. Lieky na báze vareniklinu prinášajú podobné uspokojenie ako nikotín. Pri užívaní týchto preparátov dochádza k zníženiu pôžitku s fajčenia cigariet. Na začiatku liečby pacient fajčí cigarety tak, ako je zvyknutý, postupne však u neho dochádza k poklesu záujmu o tabakové výrobky v dôsledku pôsobenia vareniklinu. Liečba vareniklinom trvá v priemere tri mesiace. Najznámejším preparátom na trhu je Champix. Niekedy sa dostávajú pri užívaní tohto lieku nežiadúce účinky ako je sucho v ústach, búšenie srdca alebo bolesti hlavy. Značnou nevýhodou liečby vareniklinom je jeho vysoká cena. (Peacock, 2007)

Najčastejšími antidepresívami používanými pri liečbe nikotínovej závislosti sú lieky obsahujúce bupropion. Táto látka ovplyvňuje v mozgu neuromediátory dopamin a noradrenalin. Antidepresíva pôsobia proti abstinečným príznakom spôsobeným nedostatkom nikotínu a zlepšujú celkový psychický stav fajčiara pri odvykacej kúre.

2.5. Elektronické cigarety ako alternatíva k fajčeniu tabaku.

Svetová zdravotnícka federácia vydala v roku 2008 stanovisko, v ktorom nedoporučuje elektronické cigarety ako prostriedok k odvykaniu od závislosti na tabaku. Faktom však je, že elektronické cigarety sú podstatne menej zdraviu škodlivé ako tabakové výrobky. Vyplýva to z princípu ich fungovania. Pri klasických tabakových výrobkoch fajčiar vdychuje produkty spaľovania tabaku, u elektronických cigariet dochádza k vytváraniu zmesi pár propylénglykolu, glycerínu a nikotínu. Keďže u elektronických cigariet nedochádza k procesu horenia, nevznikajú pri ich používaní nitrosaminy ani polycyklické aromatické uhľovodíky, ktoré sú hlavnou príčinou karcinogenity tabakového dymu. Zatiaľ nie je známe, že by dlhodobé užívanie pár glycerínu a propylénglykolu malo karcinogénne účinky. Pokiaľ sa jedná o elektronické cigarety vyrobené niektorým z renomovaných výrobcov, cigarety neobsahujú toxické prímiesy, ako sú napríklad ťažké kovy. (Le Vert, 2007)

Faktom ale zostáva, že elektronické cigarety obsahujú nikotín, takže všetky negatívne účinky dlhodobého užívania nikotínu sa prejavujú aj u užívateľov elektronických cigariet. Elektronické cigarety výrazne obmedzujú riziko vzniku onkologických ochorení, na druhej strane výrazne neeliminujú riziko vzniku srdcovocievnych ochorení. Zatiaľ je tento typ cigarety relatívne málo rozšírený. Elektronické cigarety nepodliehajú tak vysokému zdaneniu ako tabakové výrobky. Na trhu sú lacnejšie ako klasické cigarety. Elektronické cigarety by mohli byť vhodnou alternatívou pre ľudí, ktorým nezabrala klasická odvykacia liečba. Sú výrazne menším zlom ako klasické cigarety alebo iné tabakové výrobky.

3. Kľúčové faktory ovplyvňujúce tabakovú závislosť vo svete

WHO sa dlhodobo snaží o znižovanie prevalencie fajčenia vo svete. Za kľúčové prvky, ktoré ovplyvňujú prevalenciu považuje oblasť reklamy tabakových výrobkov, oblasť zdanenia, oblasť nelegálneho obchodu s tabakovými výrobkami, stav verejného zdravotného systému, programy odvykania od nikotínovej závislosti, životný štýl.

3.1. Oblasť reklamy, propagácie a sponzoringu tabakových výrobkov.

Podľa štúdie WHO zákaz reklamy propagácie a sponzoringu tabakových výrobkov sa prejavuje v spotrebe tabakových výrobkov asi o 7 percent. Niektoré členské štáty WHO odhadujú, že zákaz sponzoringu im pomôže znížiť spotrebu tabakových výrobkov až o 16 percent. Iba 39 členských štátov WHO, ktoré predstavujú 12 percent svetovej populácie, uviedlo do praxe úplný zákaz tabakových výrobkov. Asi tretina členských štátov má minimálne obmedzenia v tejto oblasti. (WHO, 2014)

3.2. Oblasť zdanenia tabakových výrobkov.

Vysoké zdanenie tabakových výrobkov je predpokladom úspešného obmedzovania spotreby. Je účinné najmä u nízkopríjmových skupín obyvateľstva a mládeže. Uvádza sa, že zvýšenie cien tabakových výrobkov o 10 percent vedie k zníženiu spotreby o 4 percentá vo vyspelých krajinách a o 5 percent v rozvojových štátoch. Iba 33 členských štátov WHO, ktoré predstavujú asi 10 percent svetovej populácie zaviedlo odporúčané zdanenie vo výške 75 percent ceny výrobku. Ako dôvody pre odmietanie vyššieho zdanenia tabakových výrobkov udávajú niekedy vládne organizácie a tabaková lobby základné argumenty. Prvým je ochrana pracovných miest v oblasti pestovania a spracovania tabaku. Druhým je ohľad na názory voličov v demokratických krajinách. Akékoľvek zvýšenie cien obľúbených výrobkov sa môže premietnuť do poklesu volebných preferencií vládnucej strany alebo strán. Tretím významným dôvodom je

obava z rastu podielu pašovaných cigariet na celkovom predaji. (WHO, 2014)

Tieto argumenty sú však veľmi vratké. V súčasnej dobe v dôsledku prudkých zmien vo výrobných technológiách dochádza k masívnemu zániku pracovných miest v tradičných priemyselných odvetviach, ako je napríklad textilný priemysel. Zánik pracovných miest v oblasti spracovania tabaku je v porovnaní so zánikom pracovných miest v iných oblastiach zanedbateľný. Tabak často patrí medzi najlukratívnejšie plodiny pre poľnohospodárov, a tak sa uvádza, že zníženie spotreby tabaku môže znamenať existenčné ohrozenie pre niektorých z nich. Oblasť pestovania tabaku je preto v mnohých krajinách veľmi citlivou záležitosťou. Najväčším argumentom, je, že vysoké ceny tabakových výrobkov neznížia ich spotrebu, naopak povedú k zaplaveniu trhu pašovaným tovarom. Naopak príjmy štátu z daní z tabaku sa prudko znížia, keďže spotrebitelia prestanú kupovať tovar, z ktorého je platená daň.

Dane z tabakových výrobkov často predstavujú veľmi významný zdroj príjmu štátneho rozpočtu. Náklady na zdravotnú starostlivosť, vyplývajúcu z liečby ochorení spôsobených fajčením však do značnej miery eliminujú finančný prínos dane z tabaku. Okrem toho sú tu dôležité etické hľadiská, získavať príjmy z produktu, ktorý preukázateľne škodí zdraviu, je veľmi nemorálne. (SB, 2014)

3.3. Obchod s nelegálnymi tabakovými výrobkami.

Tabakové výrobky patria najviac ilegálne obchodované produkty. WHO uvádza, že vo svete asi 10 percent tabakových výrobkov pochádza z nelegálnych zdrojov, t.j. nebola u nich zaplatená daň z tabaku, prípadne iná daň, platná pre danú krajinu.

Vzhľadom na veľké rozdiely v príjmoch jednotlivých krajín, existujú i veľké rozdiely v zdanení a cenách tabakových výrobkov. Preto existuje významný presun tabakových výrobkov z nízkopríjmových krajín do krajín vysokopríjmových. Vysokopríjmové krajiny sa bránia dovozu lacných cigariet zo zahraničia zavedením ciel. V praxi sa však platba ciel vo veľkej miere obchádza. V mnohých krajinách preto nie je problém získať

podstatne lacnejšie pašované tabakové výrobky, najmä cigarety. Pri pašovaní cigariet hrá významnú úlohu fakt, že tabakové výrobky zaberajú pri preprave pomerne malý objem, dajú sa preto dobre schovať. Ďalším dôvodom sú pomerne nízke tresty pre pašerákov cigariet v porovnaní s trestami pre pašerákov drog. Významnú úlohu hrá aj postoj medzinárodných tabakových koncernov, ktoré oficiálne síce bojujú proti pašovaniu tabakových výrobkov, podľa WHO však v skutočnosti svojimi aktivitami pašovanie cigariet nepriamo podporujú. Časť svojej výroby presúvajú do krajín, kde sú nízke dane na tabakové výrobky a nízke výrobné náklady. Ak sa značná časť produkcie z nízkonákladových krajín nelegálne exportuje do susedných krajín s vyššími daňami, producenti to nepovažujú za svoj problém. (WHO, 2014)

3.4. Stav verejného zdravotného systému

Významným faktorom stimulujúcim odvykanie od tabakovej závislosti je všeobecné zdravotné poistenie populácie. Väčšina štátov sa snaží zaviesť všeobecné zdravotné poistenie, toto úsilie je však limitované finančnými zdrojmi, ktoré má daná krajina k dispozícii. Pokiaľ nie sú obyvatelia plošne zdravotne poistení, vo všeobecnosti prevláda neochota obmedzovať konzumáciu tabakových výrobkov. Dane z tabakových výrobkov sú totiž príjmom štátneho rozpočtu, zatiaľ čo liečba ochorení spôsobených fajčením je individuálnou záležitosťou jednotlivca. Typickým príkladom tejto situácie je Čínska ľudová republika. Pred niekoľkými rokmi, mala ČLR malú mieru informovanosti o škodlivosti fajčenia a veľmi nízku mieru odvykania od nikotínovej závislosti. Po rozhodnutí, zaviesť v krajine plošné zdravotné poistenie, sa podstatne zvýšila ochota vlády zmeniť stav v tejto oblasti. (SB, 2014)

3.5. Programy odvykania od tabakovej závislosti

Verejný zdravotný systém sa v každej krajine snaží zlepšovať zdravotný stav populácie. V oblasti fajčenia tabaku je veľmi významným odvykanie od tabakovej závislosti.

Najdôležitejšími prvkami odvykacích programov sú :

- dostatočná informovanosť verejnosti o škodlivých účinkoch fajčenia
- verejne podporované programy na liečbu nikotínovej závislosti.
- ochota verejnosti zmeniť návyky v oblasti životného štýlu

Dostatočná informovanosť verejnosti závisí od postoja vládnych orgánov. Existujú síce skupiny aktivistov, ktoré upozorňujú na potrebu odvykania od nikotínovej závislosti, ich vplyv na širokú verejnosť je však malý. Vládna pomoc programom na odvykanie od tabakovej závislosti existuje iba v 24 krajinách, ktoré predstavujú asi 15 percent svetovej populácie. Bez podpornej terapie je úspešnosť odvykania od nikotínovej závislosti asi 5 až 10 percent. Pri použití vhodnej terapie sa úspešnosť zvýši na 20 až 40 percent. Krajiny so systémom verejného zdravotného poistenia poskytujú zdarma poradenstvo pri odvykaní od nikotínovej závislosti. Niekedy tiež hradia lieky používané pri liečbe ako sú nikotínové náplaste, antidepresíva alebo preparáty na báze vareniklinu. (WHO, 2014)

3.6. Životný štýl

Životný štýl obyvateľov a najmä ochota tento životný štýl zmeniť hrá veľmi významnú úlohu vo vývoji prevalencie fajčenia v populácii. Ochota zmeniť životný štýl závisí od kultúrnych zvyklostí obyvateľov v jednotlivých krajinách. Pokiaľ je ochota zmeniť zaužívané zvyky malá, prevalencia fajčenia v krajinách z rozšírenou konzumáciou tabakových výrobkov stagnuje alebo rastie. Príkladmi takýchto krajín sú Indonézia alebo Pakistan. Pokiaľ je krajina otvorená zmenám, prevalencia fajčenia v populácii klesá. Príkladom môžu byť USA alebo Austrália. (WHO, 2014)

4. Fajčenie v Číne

4.1. Stručná charakteristika krajiny

Čína sa nachádza vo východnej Ázii. Je najľudnatejšou krajinou sveta, podľa odhadov v nej žije 1,4 miliardy ľudí. Je štvrtou najväčšou krajinou sveta podľa rozlohy. Ekonomicky je Čína druhou najsilnejšou ekonomikou sveta, hneď po USA. Krajina má nedemokratický, autoritársky režim s regulovaným trhovým hospodárstvom. Do roku 1949 bol tabakový priemysel v súkromných rukách. Hlavnými vlastníkmi boli zahraničné firmy. Po roku 1949 bol celý priemysel zoštátnený a dodnes má štát monopol na výrobu a spracovanie tabaku.

4.2. Vývoj tabakovej závislosti

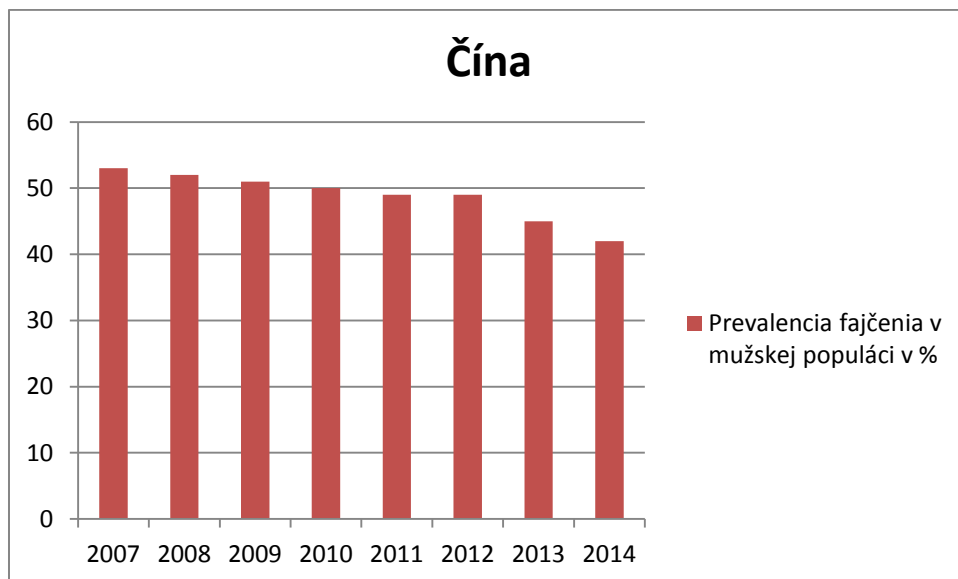
Tabak sa do Číny dostal začiatkom 17. storočia z Japonska a Filipín. Podobne ako v Európe i v Číne existovala snaha zakázať fajčenie tabaku, bola však neúspešná. Čínskym špecifikom bolo fajčenie ópia, ktoré až do konca 18. storočia zostávalo menšinovým javom. Bohužiaľ, fajčenie ópia sa značne rozšírilo v 19. storočí a to najmä v dôsledku európskeho tlaku. V Európe došlo v 18. a 19. storočí k prudkému nárastu dovozov z Číny. Európskym krajinám sa však nedarilo vyvážať svoje výrobky do Číny. Čínsky obchodníci vyžadovali platbu v zlate alebo striebre, čím dochádzalo k značnému úbytku drahých kovov z nášho kontinentu. Keďže drahé kovy boli v tom čase základom finančného systému, európske štáty sa dostali do zložitej situácie. Riešenie, ktoré sa našlo na riešenie problémov obchodnej bilancie s Čínou patrí medzi najtemnejšie stránky modernej histórie. Ako platba za čínsky tovar sa začalo používať ópium, ktorého výroba bola veľmi lacná a nenáročná na dopravu. Čínska vláda po čase zakázala užívať ópium v celej krajine a vypovedala európskych obchodníkov. Na to reagovala Veľká Británia vyhlásením, tzv. ópiových vojen. Čína bola vojensky porazená a musela legalizovať užívanie ópia. Masové užívanie ópia spôsobovalo krajine obrovské ekonomické, sociálne

a zdravotné problémy. Užívanie tabaku javilo ako vhodná náhrada za užívanie ópia. Fajčenie tabaku je podstatne menej zdravotne škodlivé ako fajčenie ópia a tak sa tabak nepovažoval za negatívum, ale za riešenie problémov spôsobených masovým užívaním ópia. Ženská populácia zostala pomerne imúnna, dodnes v Číne fajčí asi 10 krát menej žien ako mužov. (SB, 2011)

4.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii

Podľa údajov WHO fajčí v súčasnosti v Číne okolo 40 percent mužov a asi 3 percentá žien. Podobne ako v iných ázijských krajinách je fajčenie tabaku významným problémom u mužov, nie však u žien. (SB, 2015)

Graf č.1. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Číne v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii bola v sledovanom období pomerne stabilná až na posledné dva roky v sledovanom období. V posledných dvoch rokoch prevalencia fajčenia v mužskej populácii výrazne klesla.

4.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama a sponzoring tabakových výrobkov

Reklama tabakových výrobkov je zakázaná v médiách, v televízii, v rozhlase, v novinách a časopisoch. Až donedávna bola povolená reklama cigariet na verejných priestranstvách prostredníctvom billboardov, v súčasnosti sa však čínska vláda snaží tento druh reklamy obmedziť. Špecifickým problémom je sponzoring rôznych verejnoprospešných aktivít výrobcami cigariet. Štátne podniky sponzorujú výstavbu škôl a nemocníc v chudobných oblastiach Číny, čo paradoxne nevyvoláva príliš veľké protesty. Pre obyvateľov chudobných oblastí Číny má malý význam, odkiaľ peniaze na školy a nemocnice pochádzajú. Krabičky cigariet musia obsahovať varovanie formou textu, ktoré pokýva 30 percent prednej i zadnej strany. (WHO, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov

Zdanenie tabakových výrobkov je v krajine pomerne nízke, predstavuje priemerne 40 percent z celkovej ceny. Významným problémom je fakt, že príjmy zo zdanenia tabakových výrobkov boli až do nedávna najvyššou samostatnou položkou príjmov štátneho rozpočtu. Príjmy z daní z tabakových výrobkov predstavovali 10 percent príjmu štátneho rozpočtu. Zavedenie nových daní, najmä DPH, význam dane z tabakových výrobkov v poslednom čase znížilo. Štát má monopol na výrobu i predaj tabakových výrobkov. Zisky z výroby i predaja sú k dispozícii ministerstvu financií. To vytvára priestor pre určité tlaky niektorých štátnych orgánov proti obmedzovaniu fajčenia.

Nelegálny obchod z tabakovými výrobkami.

Podľa oficiálnych čínskych údajov predstavuje podiel pašovaných cigariet na celkovom trhu 2 až 4 percentá. Cena cigariet domácej výroby patrí medzi najnižšie na svete, pašeráci nemajú dôvod pre pašovanie porovnateľných výrobkov. Iná je situácia u dovozových cigariet renomovaných značiek. Tie sú zaťažené značnou dovozovou daňou. Ich pašovanie je do určitej miery lukratívne.

Verejný zdravotný systém

Verejný zdravotný systém sa v Číne niekoľkokrát výrazne zmenil od konca druhej svetovej vojny. Po víťazstve komunistického strany v roku 1949 krajina zaviedla bezplatný všeobecný zdravotný systém podľa sovietskeho vzoru, ktorý dosiahol značné úspechy v odstraňovaní infekčných chorôb. V 80tych rokoch minulého storočia došlo k privatizácii zdravotného systému, väčšina obyvateľov si musela za zdravotnú starostlivosť platiť v hotovosti. Od začiatku nového milénia štát investuje podstatne viac prostriedkov do zdravotnej starostlivosti. Od roku 2002 do roku 2015 klesla priemerná spoluúčasť pacientov na zdravotnej starostlivosti zo 60 na 30 percent. Najchudobnejší obyvatelia sú poistený priamo štátom, ich finančná spoluúčasť na liečbe je minimálna. Čínska vláda chce zaviesť do roku 2020 univerzálne zdravotné poistenie pre všetkých občanov podľa vzoru vyspelých krajín. Predpokladá sa, že výdavky na zdravotnú starostlivosť prudko stúpnu. Cieľom vlády je obmedziť chorobnosť a tak udržať výdavky na zdravotníctvo v určitej výške. Jedným z hlavných nástrojov na zníženie chorobnosti je obmedzenie fajčenia. (SB, 2015)

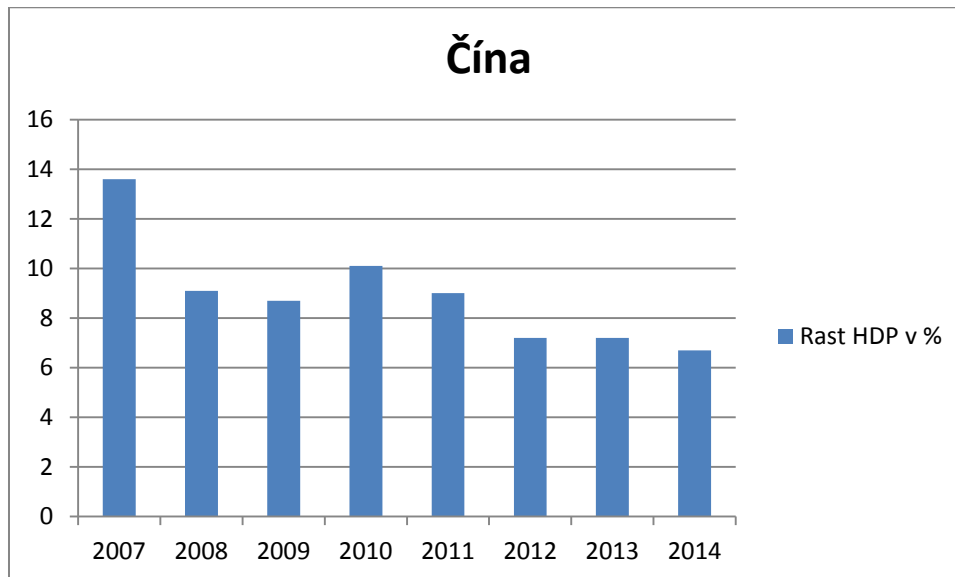
Čína ma jeden z najvyšších podielov fajčiarov medzi lekármi. Podľa oficiálnych odhadov, okolo 60 percent čínskych lekárov mužov fajčí. Ako dôvod sa udáva mimoriadne vysoká hladina stresu v zdravotníckych zariadeniach, ktoré trpia nedostatkom financií, byrokraciou a rozporom medzi reálnymi možnosťami a požiadavkami pacientov. Čínska vláda vyhlásila, že všetky zdravotnícke zariadenia budú do roku 2011 nefajčiarske. Napriek výrazne represívnemu charakteru čínskej štátnej správy je naplňovanie tohto cieľa iba na báze dobrovoľnosti. Nie sú stanovené sankcie pre prípad, že zdravotnícke zariadenie tento cieľ nesplní. Keďže je v čínskom zdravotníctve vysoký podiel fajčiarov, je zrejme, že dosiahnutie tohto cieľa bude značne problematické. Vysoký podiel lekárov fajčiarov výrazne znižuje ochotu pacientov prestať fajčiť. (WHO, 2015)

Programy odvykania od nikotínovej závislosti

Jedným z hlavných problémov pri odvykaní od tabakovej závislosti je používanie cigariet ako spoločenského a kultúrneho symbolu. Cigarety sú často prejavom pozornosti alebo vďačnosti. Krabičky cigariet až do nedávnej doby neobsahovali varovanie pred ich škodlivými účinkami. Povedomie o škodlivých účinkoch fajčenia je v Číne nízke, asi len polovica fajčiarov si je vedomá toho, že fajčenie spôsobuje rakovinu. Pre porovnanie, v Európe a v Severnej Amerike je to okolo 90 percent fajčiarov. Ešte nižšie je povedomie o tom, že fajčenie spôsobuje srdcovocievne a respiračné ochorenia.

4.5. Porovnanie vývoja HDP a výdavkov na zdravotníctvo

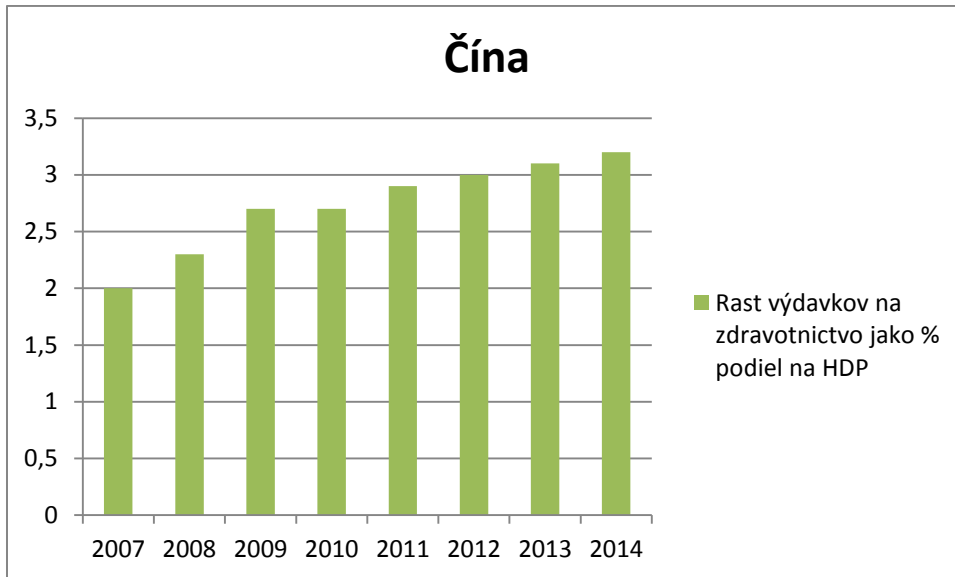
Graf č.2. Vývoj HDP v Číne v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

V porovnávanom období 8 rokov je vidieť pravidelný významný rast HDP. Rast HDP je v krajine spôsobený najmä veľkými výdavkami na infraštruktúru a silným exportom.

Graf č.3. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Číne v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

V porovnávanom období 8 rokov je vidieť nárast výdavkov na zdravotníctvo. V posledných rokoch sa podiel výdavkov na zdravotníctvo zvyšuje napriek tomu, že rast HDP klesá. Podľa údajov čínskej vlády sa podiel výdavkov na zdravotníctvo bude naďalej zvyšovať. (SB, 2015)

5. Fajčenie v Indii.

5.1. Stručná charakteristika krajiny

India je krajina vo východnej Ázii. Je druhou najľudnatejšou krajinou, počet jej obyvateľov sa odhaduje podľa oficiálnych údajov asi na 1,3 miliardy. Je siedmou najväčšou krajinou sveta podľa rozlohy. Indická republika je demokratická krajina, s čiastočne regulovanou trhovou ekonomikou. Tabakový priemysel je z väčšej časti v súkromných rukách. V krajine existujú stovky drobných výrobcov miestnych cigariet bidis. Značná časť tabaku sa predá priamo spotrebiteľom, ktorí ho užívajú v žuvacích zmesiach. Výroba a predaj cigariet je v krajine málo významná vzhľadom na veľkosť populácie.

5.2. Vývoj tabakovej závislosti

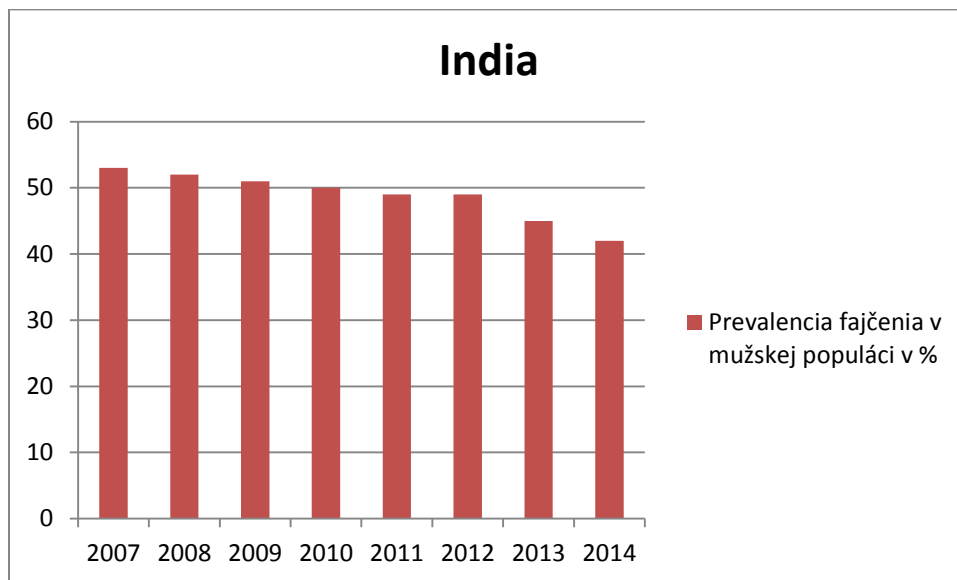
Fajčenie v Indii má niekoľko tisícročnú tradíciu. V minulosti sa však nefajčil tabak, ale prevažne indické konope. Navodenie zmeneného stavu vedomia fajčením konope hralo významnú úlohu pri hinduistických náboženských obradoch. Doteraz je fajčenie konope v Indii pomerne rozšírené, napriek oficiálnemu zákazu. Tabak sa do Indie dostal v 17. storočí prostredníctvom európskych obchodníkov. Keďže fajčenie už bolo v tom čase v Indii pomerne rozšírené, neexistovali tu snahy užívanie tabaku obmedziť alebo zakázať. Fajčenia tabaku sa v Indii nerozšírilo do takej miery ako v iných ázijských krajinách napr. v Číne alebo Japonsku. Na tento stav vplýva viacero faktorov, za jeden z najdôležitejších sa považuje životný štýl miestnych obyvateľov. Je výrazne menej stresujúci ako životný štýl v iných ázijských krajinách zameraný hlavne na veľmi vysoký pracovný výkon. Tabak sa v Indii väčšinou užíva iným spôsobom, ako v ostatných ázijských krajinách. Veľmi rozšíreným je žuvanie tabaku v zmesi iných látok rastlinného pôvodu. Žuvanie tabaku

bolo v minulosti rozšírené aj v iných častiach sveta, napr. v Európe alebo v Amerike, v súčasnosti však bolo prakticky úplne nahradené fajčením cigariet. Žuvanie tabaku spôsobuje poškodenie ústnej dutiny, ktoré v niektorých prípadoch môže progredovať do zhubných nádorov. Na druhej strane, tento druh konzumácie tabaku nezapríčiňuje rakovinu pľúc. Podľa štatistík WHO je najrozšírenejším spôsobom fajčenia tabaku konzumácia podomácky vyrobených cigariet tzv. bidis. Bidis sa vyrábajú tak, že sa malé množstvo tabaku zabalí do listu ebenovníka a následne zaviaže povrázkom. Bidis obsahujú podstatne menej tabaku ako klasické cigarety, ich veľkou nevýhodou však je, že neobsahujú žiaden filter a tak množstvo škodlivín, ktoré inhalujú užívatelia je dokonca vyššie ako u klasických cigariet s filtrom. Fajčenie štandardných cigariet je v Indii pomerne málo rozšírené, cigariet sa vyfajčí asi 7 krát menej ako bidis. Fajčenie cigariet sa obmedzuje na vyššie príjmové skupiny a je určitým symbolom. (WHO, 2015)

5.3. Prevalencia fajčenia v populácii.

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii je podľa údajov WHO okolo 40 percent, zatiaľ čo v ženskej populácii sa pohybuje len okolo 2 percent. Pri zisťovaní prevalence fajčenia je významným problémom nespoľahlivosť údajov, ktoré poskytuje indická strana WHO. Indická štátna správa má bohatú históriu skresľovania štatistických údajov od gramotnosti obyvateľstva až po vyhodnocovanie podvýživy detí alebo prevalence výskytu HIV v populácii.

Graf č.4. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Indii v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii stagnovala až do roku 2013. Od roku 2013 dochádza k výraznému poklesu prevalencie fajčenia v mužskej populácii. (SB, 2015)

5.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

Reklama tabakových výrobkov je zakázaná v médiách, v televízii, rozhlase, novinách a časopisoch. Indická vláda financuje protifajčiarske reklamné spoty v televízii. Protifajčiarsky aktivisti však kritizujú ich malú variabilitu a frekvenciu vysielania. Krabičky cigariet musia obsahovať grafické varovanie, ktoré pokrýva 20 percent prednej i zadnej plochy. Od roku 2016 plánuje indická vláda povinnosť používať grafické varovanie pokrývajúce 85 percent prednej i zadnej strany. Špecifickým problémom je skrytá reklama fajčenia cigariet vo filmoch miestnej produkcie . Zatiaľ čo do 90. rokov bolo fajčenie v indických filmoch spojené s negatívnymi postavami, najmä zahraničného

pôvodu, od 90. rokov sa rozšírilo zobrazovanie kladných indických hrdinov s cigaretou. Úsilie indickej vlády, aby filmový priemysel obmedzil zobrazovanie fajčenia bolo iba čiastočne úspešné. Indickej vláde sa podarilo presadiť varovanie o škodlivosti fajčenia pred začiatkom filmového predstavenia, po jeho skončení a v čase komerčných prestávok počas premietania filmov. Vo všeobecnosti sa toto opatrenia považuje za nedostatočné. Neúspech obmedziť propagovanie fajčenia na filmovom plátne výrazne podryva ostatné edukačné kampane. (WHO, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov

Zdanenie tabakových výrobkov predstavuje v Indii iba obmedzený nástroj na potlačenie fajčiarskej závislosti. Značná časť konzumovaného tabaku pochádza od drobnopestovateľov, ktorí odvádzajú iba veľmi malé dane. Minimálne sú zdanené bidis, podiel daní na ich celkovej cene sa pohybuje okolo 9 percent. Cigarety sú zdanené asi 40 percentami, čo je výrazne pod odporúčanou mierou zdanenia. (WHO, 2015)

Nelegálny obchod s tabakovými výrobkami

Podľa indických údajov predstavujú pašované cigarety asi 1 až 4 percentá celkového trhu. Pašujú sa najmä cigarety exkluzívnych zahraničných značiek. Vzhľadom na štruktúru spotreby tabaku v krajine je problém pašovania cigariet na rozdiel od iných krajín málo významný. (WHO, 2015)

Verejný zdravotný systém a programy odvykania od nikotínovej závislosti

India má verejný zdravotný systém, ktorý zabezpečuje základnú zdravotnú starostlivosť. Na bezplatnú zdravotnú starostlivosť majú nárok občania, ktorí žijú pod oficiálnou hranicou chudoby. Ostatní obyvatelia majú finančnú spoluúčasť . Iba 17 percent indických občanov má zdravotné poistenie, jedná sa väčšinou o štátnych zamestnancov. V oblastiach, kde žije 70 percent populácie pracuje iba 2 percentá indických lekárov. Zlý stav verejného zdravotného sektoru je jedným z najviac diskutovaným problémom štátu. Nová indická vláda síce prisľúbila zavedenie všeobecného zdravotného poistenia pre

50

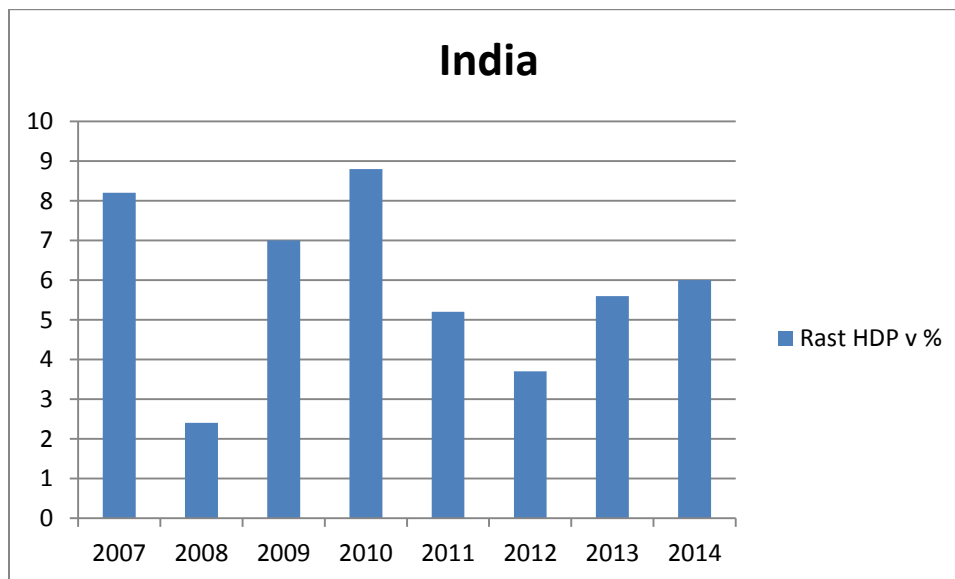
všetkých občanov, s finančných dôvodov však jeho zavedenie odložila na neskoršiu dobu. Hlavným poskytovateľom zdravotníckych služieb v krajine je súkromný sektor. Za poskytnuté služby sa platí v hotovosti. (SB, 2015)

Programy na odvykanie od nikotínovej závislosti.

V krajine existuje bezplatná infolinka poskytujúca informácie o odvykacej liečbe. Oficiálne by mal verejný zdravotný systém uhradiť časť nákladov na odvykaciu liečbu, najmä potrebných liekov. V praxi je však úhrada odvykacej liečby otázna. (WHO, 2015)

5.5.Porovnanie vývoja HDP a vývoja výdavkov zdravotníctvo

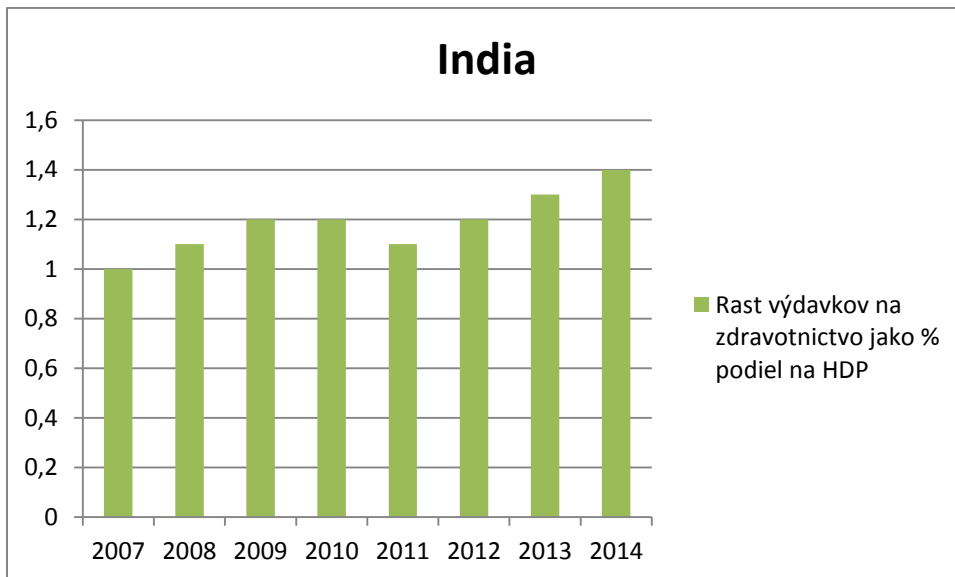
Graf č.5. Vývoj HDP v Indii v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

V sledovanom období 8 rokov rast HDP menil výrazne svoje hodnoty, celkove však zostával nadpriemerne dobrý v porovnaní s vyspelými štátmi. V posledných dvoch rokoch sa rast HDP opäť zvyšuje.

Graf č.6. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Indii v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

V sledovanom období došlo k výraznému zvýšeniu podielu výdavkov verejného zdravotníctva na celkovom HDP. Pozitívny je najmä nepretržitý rast výdavkov na zdravotníctvo v posledných 4 rokoch. Podiel výdavkov na verejné zdravotníctvo však zostáva veľmi malý v porovnaní s inými rozvojovými krajinami, najmä s Čínou.

6. Fajčenie v Indonézii

6.1. Stručná charakteristika krajiny

Indonézia je štvrtou najľudnatejšou krajinou na svete, počet jej obyvateľov sa odhaduje na 255 miliónov . Podľa rozlohy územia je 14. najväčšou krajinou sveta. Indonézia je demokratická krajina z regulovaným trhovým hospodárstvom. Tabakový priemysel bol až do 90. rokov minulého storočia skoro výlučne v domácich rukách. Vzhľadom na rozšírenie fajčenia a neschopnosť vlády prijať akékoľvek účinné opatrenia na obmedzovanie užívania tabakových výrobkov, časť miestneho tabakového priemyslu prešla do rúk medzinárodných tabakových koncernov, najmä British American Tobacco a Phillip Morris. (SB, 2015)

6.2. Vývoj tabakovej závislosti

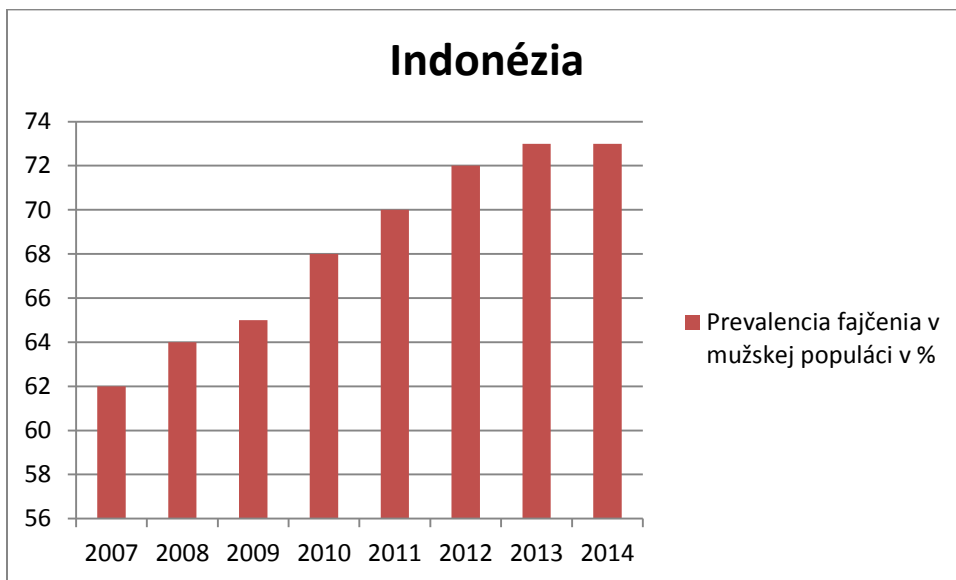
Tabak sa na územie dnešnej Indonézie dostal v 17. storočí. Fajčenie tabaku ostalo pre pôvodných obyvateľov marginálnou záležitosťou až do 19. storočia. Fajčenie tabaku sa rozšírilo najmä medzi kolonizátormi krajiny, Holanďanmi. Pôvodné obyvateľstvo dávalo prednosť žuvaniu betelových listov, ktoré má mierne narkotizujúce účinky. V druhej polovici 19. storočia sa v krajine začali vyrábať klinčekové tzv. kretekové cigarety . Tieto cigarety sa postupne stali najpopulárnejším tabakovým výrobkom v krajine. Okolo 90 percent fajčiarov v krajine fajčí kretekové cigarety, obsahujúce zmes tabaku, klinčekov a kakaového prášku. Dym, ktorý vzniká spaľovaním kreteku má údajne zvláštnu medovú príchuť, ktorá spôsobuje mimoriadnu obľubu tohto druhu cigariet. Indonézia je krajinou, odkiaľ pochádzajú klinčky a dodnes patrí medzi významných producentov tohto korenia. Bohužiaľ značná časť indonézkej produkcie klinčekov končí práve v cigaretách kretek. Kretekové cigarety sú nebezpečnejšie ako klasické cigarety vzhľadom na fakt, že spaľovaním ich obsahu vzniká asi 4 krát viac dechtových látok ako spaľovaním obsahu klasických cigariet. Mimoriadne nebezpečnou zložkou kretekových

cigariet je eugenol, čo je klinčekový olej. Jeho spaľovaním vznikajú agresívne kancerogény výrazne zvyšujúce riziko rakoviny pľúc. Výroba tabakových výrobkov v Indonézii zamestnáva priamo 180 000 ľudí a podľa vládnych údajov ďalších 6 miliónov obyvateľov úplne alebo čiastočne závisí od pestovania tabaku a klinčekov. (WHO, 2015)

6.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii

Prevalencia fajčenia je asi 73 percent u dospelých mužskej populácie. Prevalencia fajčenia u žien je okolo 5 percent. Významným problémom je aj fajčenie dospievajúcich chlapcov, podľa štatistík WHO má Indonézia najvyšší podiel fajčiarov chlapcov vo vekovej skupine 13 – 15 rokov. (WHO, 2015)

Graf č.7. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Indonézii v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii je jednou z najvyšších na svete. V sledovanom období rástla až do roku 2013, v roku 2014 stagnovala.

6.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

Krajina prakticky neobmedzuje reklamu tabakových výrobkov v médiách. Cigarety patria medzi najviac reklamovaný tovar v televízii, rozhlase, novinách i časopisoch. Situácia pripomína stav v USA alebo európskych krajinách v 50. rokoch minulého storočia. Vláda síce zaviedla povinnosť označovať krabičky cigariet varovnými nápismi, tieto opatrenia však majú iba malý efekt v porovnaní s masívnou reklamou výrobcov tabaku. Tabakový priemysel patrí medzi najdôležitejších sponzorov podujatí pre mládež. Propagácia tabakových výrobkov prostredníctvom rôznych zliav a súťaží je pomerne rozšírená. Veľmi kontroverzným je sponzorovanie športových klubov a športových podujatí. Vzniká tak dojem, že šport a fajčenie patria spolu. V krajine sa bohužiaľ prevláda názor, že fajčenie je súčasťou životného štýlu, podobne ako to bolo v Európe a v Severnej Amerike v polovici 20. storočia. (SB, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov

Zdaňovanie tabakových výrobkov v Indonézii je pomerne komplikované. Daňovo zvýhodnený sú malý výrobcovia a lacné cigarety, veľký výrobcovia a drahšie cigarety sú zdaňované vyššou sadzbou. U lacnejších kretekových cigariet je zdanenie asi 40 percent ceny, u drahších cigariet je to asi 55 až 60 percent. Zdanenie štandardných cigariet je okolo 50 až 60 percent maloobchodnej ceny. (WHO, 2015)

Obchod s nelegálnymi tabakovými výrobkami

Pašovanie cigariet sa zameriava na klasické cigarety, ktorých spotreba je v krajine málo významná. Pašujú sa hlavne drahšie cigarety exkluzívnych značiek, na ktorých dovoz je uvalené vysoké clo. Hlavnou krajinou, odkiaľ sa pašujú cigarety je Singapur. Vzhľadom na spotrebu klasických cigariet je tento problém málo aktuálny. Významnejším problémom ako je pašovanie cigariet, je vyhýbanie sa plateniu daní z tabakových výrobkov miestnymi výrobcami kretekových cigariet. V krajine ich pôsobí veľké

55

množstvo a tak je problematické ich sústavne kontrolovať. Vláda odhaduje, že podiel nelegálnych cigariet na celkovom trhu je 5 až 10 percent. (WHO, 2015)

Verejný zdravotný systém

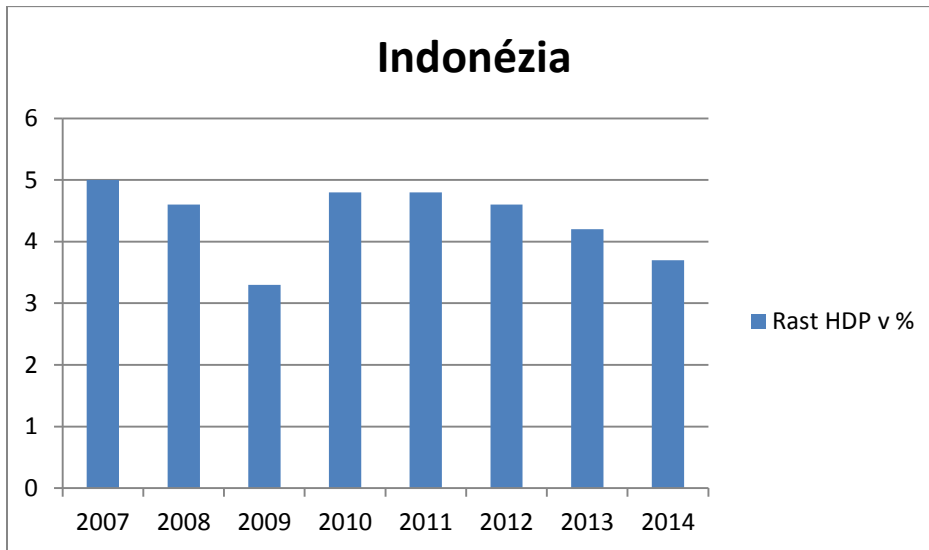
Pôvodne sa indonézsky zdravotný systém podobal zdravotným systémom v iných rozvojových krajinách. Štát poskytoval bezplatnú zdravotnú starostlivosť pre svojich najchudobnejších občanov a časť občanov, najmä štátni zamestnanci mala zdravotné poistenie. Značná časť obyvateľstva nemala žiadne zdravotné poistenie a musela si všetku zdravotnú starostlivosť platiť v hotovosti. Situáciu čiastočne zlepšovali moslimské charitatívne organizácie, ktoré poskytovali vybrané druhy zdravotnej starostlivosti bezplatne. V roku 2014 prijala indonéská vláda zákon o všeobecnom zdravotnom poistení, ktorí by mal do roku 2019 pokrývať celú populáciu. Zaviedlo sa povinné zdravotné poistenie pre zamestnávateľov, 5 percent zo mzdy, a zamestnancov, 1 percento zo mzdy. Živnostníci majú tiež povinnosť platiť poistenie podľa tohto zákona. Štát do schémy poistenia prispieva 1 percentom štátneho rozpočtu. Všeobecné zdravotné poistenie pokrýva iba základnú zdravotnú starostlivosť. Kapacity zdravotníckych zariadení sú preťažené, nový systém zatiaľ nie je pripravený na zvýšený počet pacientov. Krajina má nedostatok lekárov, na 3000 obyvateľov pripadá jeden lekár. (SB,2015)

Programy na odvykanie od nikotínovej závislosti

Fajčenie kretekových cigariet je v mužskej časti populácie silne zakorenené. Mnohí ho považujú za súčasť kultúrnej identity Indonézana. K odvykaniu dochádza zväčša, až keď fajčiar trpí vážnym ochorením, ktoré mu fajčenie znemožňuje. Všeobecné zdravotné poistenie nepokrýva odvykaciu liečbu od nikotínovej závislosti. Súkromné zdravotné zariadenia poskytujú odvykaciu liečbu za poplatok v hotovosti. Indonézia je moslimská krajina. Niektoré moslimské skupiny poskytujú bezplatnú pomoc pri odvykaní od nikotínovej závislosti. Podľa určitých interpretácií koránu je fajčenie tabaku nábožensky nevhodné, podobne ako konzumácia alkoholu.

6.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo.

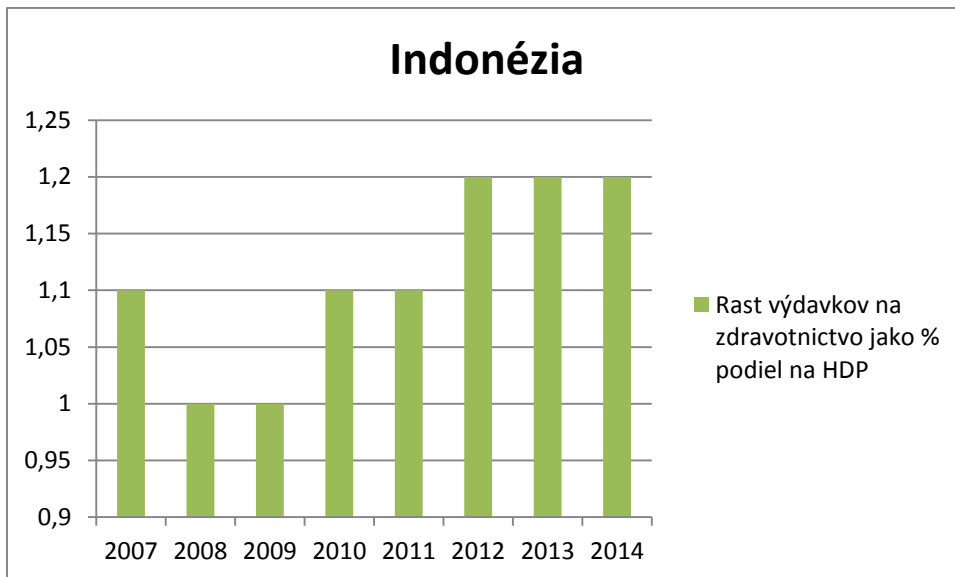
Graf č.8. Vývoj HDP v Indonézii v rokoch 2007 - 2014



Zdroj : Svetová banka

V sledovanom období 8 rokov došlo v krajine v stabilnému rastu HDP. Rast HDP sa dlhodobo pohybuje na úrovni 4 až 5 percent. Vláda predpokladá, že sa jej podarí túto úroveň rastu udržať aj v nasledujúcich rokoch.

Graf č.9. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Indonézii v rokoch 2007 - 2014



Zdroj : Svetová banka

Rast výdavkov na zdravotníctvo bol v sledovanom období výrazný v roku 2010 a v roku 2012. Od roku 2012 výdaje na zdravotníctvo stagnujú . Sú výrazne pod úrovňou odporúčanou WHO.

7. Fajčenie v Pakistane

7.1. Stručná charakteristika krajiny

Pakistan je krajina v južnej Ázii . Je šiestou najľudnatejšou krajinou na svete, počet jej obyvateľov sa odhaduje na 200 miliónov. Podľa rozlohy je 34. najväčšou krajinou na svete. Krajina je islamskou republikou, má demokratický systém so silným vplyvom náboženstva. Tabakový priemysel je v súkromných rukách. Je koncentrovaný do niekoľkých veľkých spoločností, ktoré zabezpečujú hlavnú časť produkcie. Oficiálny dovoz tabakových výrobkov je minimálny.

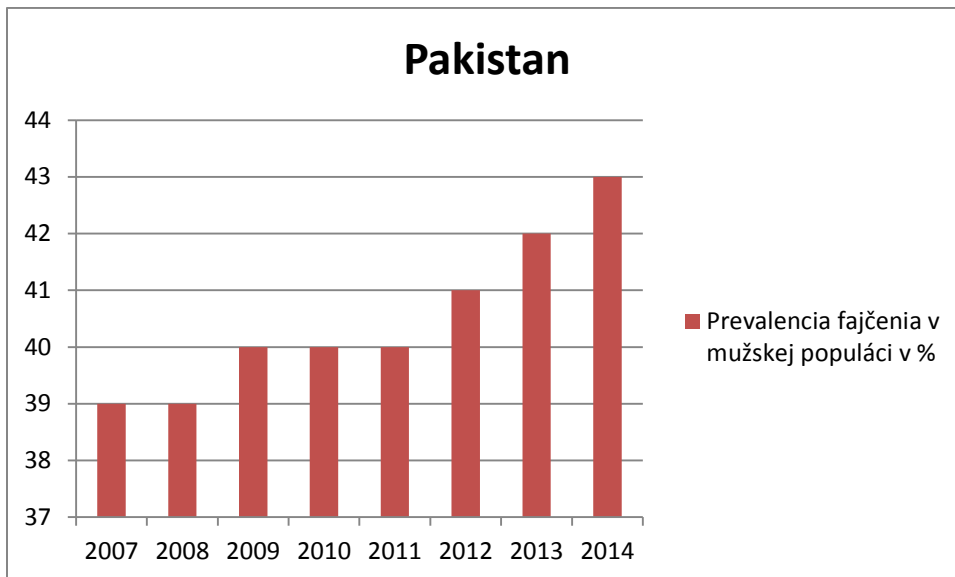
7.2. Vývoj tabakovej závislosti

V krajine sa fajčia hlavne cigarety. Na rozdiel od Indie je podiel žuvacieho tabaku a bidis na celkovej spotrebe malý. Fajčenie tabaku sa výraznejšie rozšírilo až v 19. storočí. Prevládalo podobne ako v iných krajinách fajčenie fajky, s nástupom cigariet prevládlo fajčenie tohto druhu tabakových výrobkov.

7.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii

Prevalencia fajčenia je v súčasnej dobe okolo 45 percent u mužov a asi 5 percent u žien. Pakistan je jednou z mála sledovaných krajín, kde prevalencia fajčenia rastie. (SB, 2015)

Graf č.10. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Pakistane v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v krajine v sledovanom období rastie. K najvýraznejšiemu nárastu prevalence fajčenia dochádza v rokoch 2011 až 2014.

7.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

Reklama tabakových výrobkov je zakázaná v médiách, v televízii, v rozhlase, v novinách a časopisoch. V krajine je pomerne rozšírený skrytý sponzoring tabakovými koncernami. Reklama tabakových výrobkov je v obmedzenej miere povolená na miestach ich predaja. Oficiálne by tabakové výrobky mali obsahovať grafické varovanie pokrývajúce 85 percent prednej i zadnej strany. V praxi je však dodržiavanie tohto opatrenia otázne. (WHO, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov.

Zdanenie cigariet je v priemere okolo 50 percent s celkovej ceny. Existujú dve daňové pásma na zdaňovanie cigariet. Nižšie pásmo je pre lacnejšie cigarety, naopak u drahších cigariet je zdanenie vyššie. Pakistanská vláda dlhodobo bojuje s nízkym výberom daní, čo spôsobuje značný deficit štátneho rozpočtu. Príjmy z daní z predaja cigariet sú nižšie ako v iných ázijských krajinách, napriek tomu tvoria významnú položku štátneho rozpočtu. Tento fakt obmedzuje úsilie vlády o zníženie konzumácie tabakových výrobkov. (WHO, 2015)

Nelegálny obchod s tabakovými výrobkami

Oficiálne predávané cigarety sú pre značnú časť pakistanskej populácie cenovo nedostupné. Táto skutočnosť vytvára priestor pre veľký rozvoj čierneho trhu. Pakistan patrí medzi krajiny s najvyšším podielom pašovaných cigariet na celkovom predaji. Podľa oficiálnych údajov, okolo 20 percent predaných cigariet pochádza z nelegálnych zdrojov. Neoficiálne údaje hovoria až o 50 percentom podiely pašovaných cigariet na celkovom predaji. Cigarety sa pašujú hlavne z Afganistanu, kde je vplyv ústrednej vlády v dôsledku dlhodobej občianskej vojny minimálny. Tento fakt prakticky znemožňuje spoluprácu pakistanských a afgánskych úradov v boji proti pašovaniu cigariet. Pakistansko -afgánska hranica je veľmi dlhá a zabezpečiť jej úplnú ochranu je pri súčasných finančných možnostiach pakistanskej vlády nemožné. Okrem toho, existujú na severe Pakistanu, na hraniciach s Afganistanom regionálne autonómne oblasti, kde je vplyv centrálnej vlády z Islamabadu veľmi obmedzený. V najbližšom čase asi nedôjde v oblasti boja proti pašovaniu cigariet vzhľadom na uvedené skutočnosti k výrazným zmenám. (SB, 2015)

Verejný zdravotný systém.

Dominantnú úlohu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zohráva súkromný sektor. Za poskytované služby sa platí v hotovosti. Poskytuje asi 80 percent celkovej zdravotnej

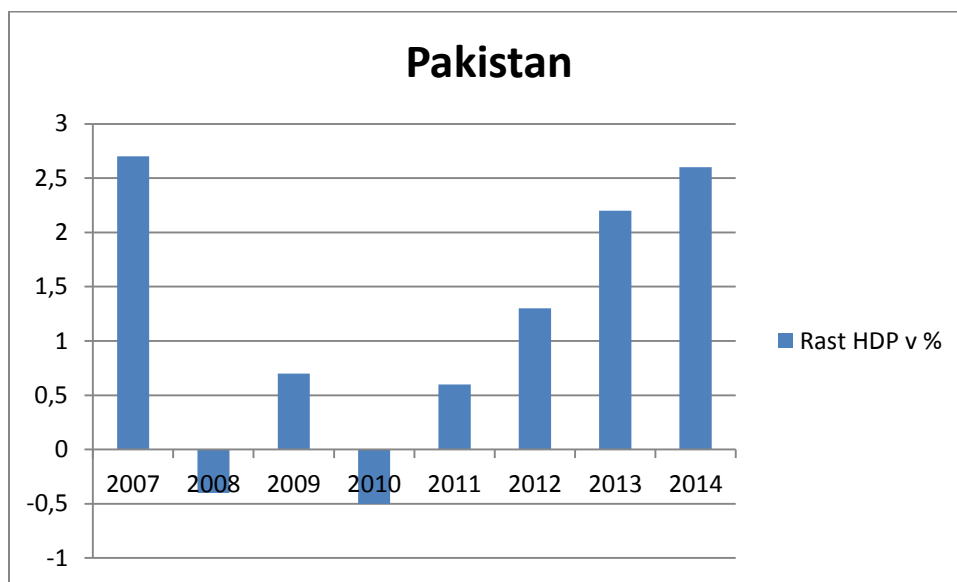
starostlivosti. Zdravotné poistenie podobne ako v Indii je dostupné len pre malú skupinu občanov krajiny. Pre občanov žijúcich po hranicou chudoby je určený verejný zdravotný sektor, ktorého kvalita je však v porovnaní so súkromným zdravotným sektorom výrazne nižšia. Významnú úlohu v zdravotnej starostlivosti hrajú moslimské charitatívne organizácie, ktoré sú často financované zo zahraničia, najmä z bohatých arabských štátov..

Programy odvykania od tabakovej závislosti

Verejný zdravotný sektor pomoc pri odvykacej liečbe neposkytuje. Asistenciu pri odvykaní od nikotínovej závislosti poskytujú súkromné zariadenia za poplatok v hotovosti.. Bezplatnú asistenciu pri odvykaní poskytujú aj niektoré konzervatívne moslimské organizácie, ktoré považujú fajčenie podobne ako konzumáciu alkoholu za návyky odporujúce islamskému náboženstvu. (SB, 2015)

7.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo

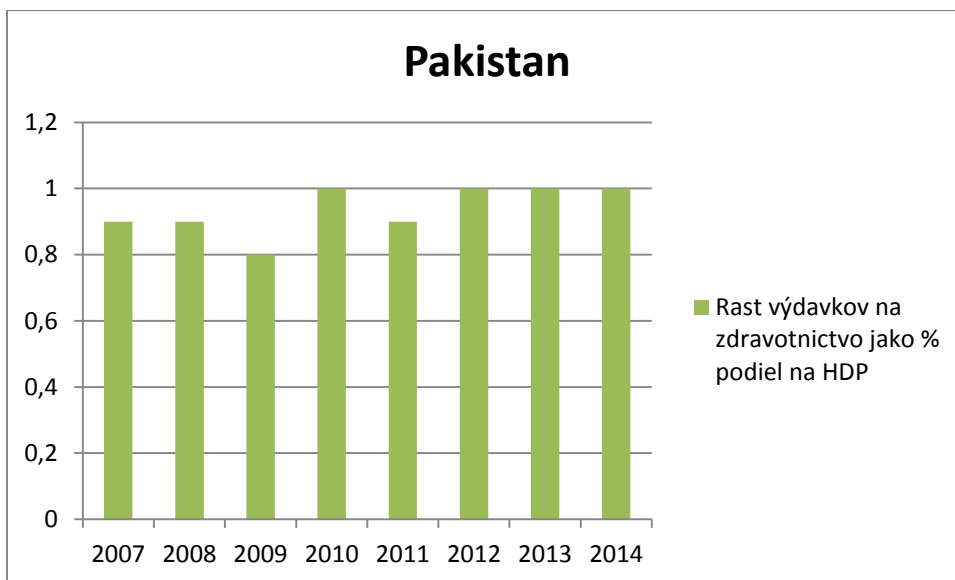
Graf č.11. Vývoj HDP v Pakistane v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

Vývoj HDP v sledovanom období vykazuje značné odchylky. V rokoch 2008 a 2010 došlo k poklesu HDP, v ostatných sledovaných rokoch k jeho rastu. Posledné 4 roky sledovaného obdobia sa rast HDP zrýchľuje. Celkovo je však rast HDP malý v porovnaní s inými ázijskými rozvojovými krajinami.

Graf č.12. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Pakistane v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

Výdavky na zdravotníctvo sú stabilné počas celého sledovaného obdobia 8 rokov. Ich podiel na HDP je však veľmi nízky a je hlboko pod úrovňou doporučenou WHO.

8. Fajčenie v Bangladéši

8.1. Stručná charakteristika krajiny

Bangladéš je krajina v južnej Ázii s počtom obyvateľov asi 180 miliónov. Je ôsmou najľudnatejšou krajinou sveta. Podľa rozlohy je Bangladéš na 94. mieste na svete, jeho rozloha je asi len o 20 percent väčšia ako rozloha ČR. Bangladéš je sekulárnou demokratickou krajinou. Hlavný podiel na výrobe cigariet majú zahraničné firmy. V krajine existuje vysoký počet výrobcov miestnych cigariet, tzv. bidis. Časť tabaku sa predá na priamu spotrebu a používa sa v zmesi s niektorými rastlinami ako žuvací tabak.

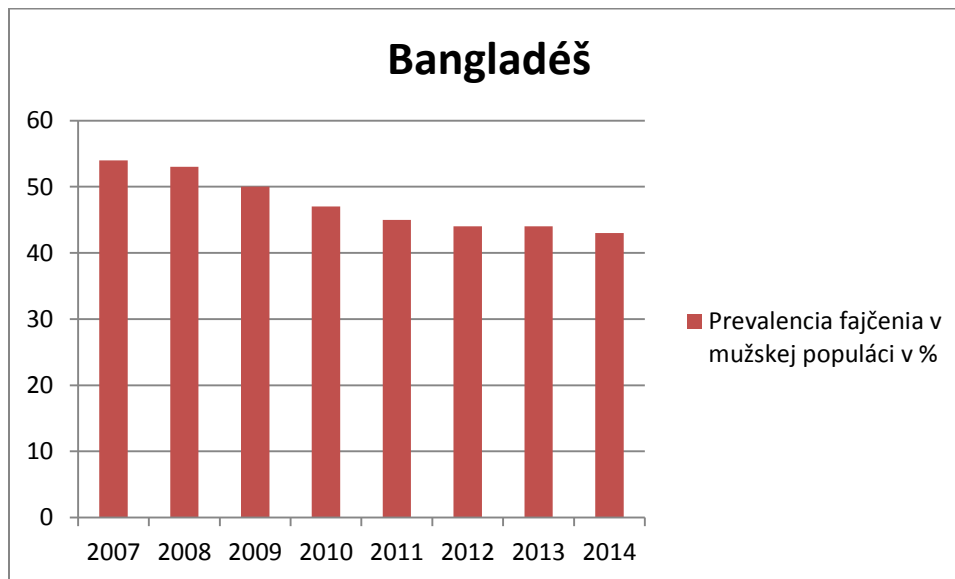
8.2. Vývoj tabakovej závislosti

Bangladéš bol politickou a kultúrnou súčasťou indického kontinentu až do 50rokov 20.storočia. Tabak sa dostal na územie dnešného Bangladéša v 17. storočí prostredníctvom európskych obchodníkov. Ako v iných krajinách, fajčenie sa masovo rozšírilo až v 20. storočí. Významným problémom je nárast prevalencie fajčenia v populácii v posledných 20tich rokoch. Najrozšírenejšou formou fajčenia tabakových výrobkov v krajine je fajčenie miestnych cigariet tzv. bidis. Predstavujú asi 70 percent spotreby tabakových výrobkov určených na fajčenie. . Klasické cigarety predstavujú asi 20 percent spotreby. Asi štvrtina populácie, mužov i žien konzumuje pravidelne žuvací tabak, väčšinou v kombinácii s betelovými listami. (WHO, 2015)

8.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii

Prevalencia fajčenia v krajine je u mužov okolo 40 percent, u žien asi 5 percent. Podobne ako v iných ázijských krajinách, je prevalencia fajčenia u žien podstatne nižšia.

Graf č.13. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Bangladéši v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v sledovanom období klesla najvýraznejšie v rokoch 2009, 2010 a 2011. Od roku 2012 prevalencia fajčenia v mužskej populácii stagnuje na pomerne vysokej úrovni okolo 40 percent.

8.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

V krajine je zakázaná reklama tabakových výrobkov v televízii, rozhlase, novinách i časopisoch. Reklama je povolená na miestach, kde sa tabakové výrobky predávajú.

Problémom je skrytá reklama tabakových výrobkov vo filmoch indickej výroby, ktoré sú v Bangladéši mimoriadne obľúbené. Sponzoring zo strany výrobcov a distribútorov tabaku sa v krajine toleruje. Tabakové výrobky musia obsahovať textové varovanie pokrývajúce 30 percent prednej a zadnej plochy balenia.

Zdanenie tabakových výrobkov

Tabakové výrobky sú zdanené na základe ich maloobchodnej ceny. Maloobchodná cena je určená centrálnne, je však zvyčajne nižšia než skutočná cena v obchodoch. Z maloobchodnej ceny sa určuje daň z tabaku, ktorá je u štandardných cigariet okolo 50 percent celkovej ceny. U bidis je daňové zaťaženie podstatne nižšie, pohybuje sa okolo 10 až 20 percent celkovej ceny. WHO odporučila vláde zvýšenie daní z predaja tabakových výrobkov, v praxi však bude ťažké toto opatrenie uskutočniť. Zvýšenie oficiálnej ceny by pravdepodobne viedlo k ďalšiemu nahradeniu oficiálne predávaných tabakových výrobkov nelegálnymi produktmi. (WHO, 2015)

Nelegálny obchod s pašovanými výrobkami

Pašovanie klasických cigariet je veľkým problémom. Krajina nemá dostatočnú kontrolu hraníc, ktoré sú veľmi porézne. Klasické cigarety sa pašujú najmä z Myanmaru, bývalej Barmy. Zahraničné cigarety sa dostávajú na čierny trh aj s bezcolných obchodov na letiskách. Bohužiaľ, značná časť predaja bezcolných obchodov na letiskách nekončí v zahraničí, ale na domácom trhu. Ďalším problémom je neplatenie daní z tabaku u bidis. Tieto cigarety sa často vyrábajú v malých závodoch, kde je pre štátne orgány obtiažne kontrolovať produkciu. Odhaduje sa, že podiel nelegálnych tabakových výrobkov na trhu je 30 až 50 percent. (WHO, 2015)

Verejný zdravotný systém .

Hlavnú časť zdravotnej starostlivosti zabezpečuje súkromný sektor. Za poskytnuté zdravotné služby sa platí v hotovosti. Verejný zdravotný sektor je v priemere na lepšej úrovni ako v Indii alebo Pakistane. Jeho nedostatkom je akútny nedostatok lôžok a s ním

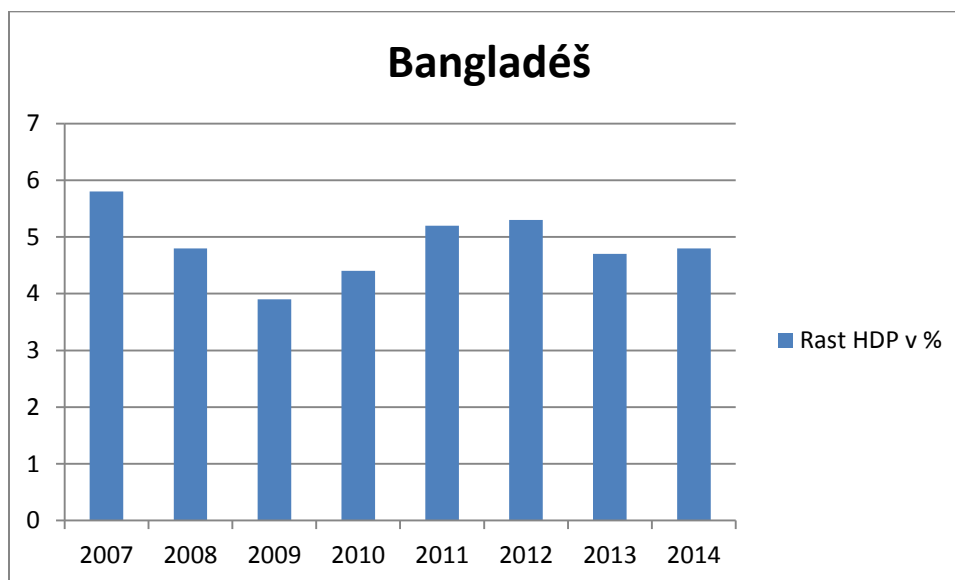
súvisiace dlhé čakacie doby na určité výkony. Významnú úlohu zohrávajú neziskové organizácie, ktoré prevádzkujú nemocnice v najodľahlejších oblastiach. Zvyčajne sú financované darmi z bohatých arabských štátov. Boj proti fajčeniu nepatrí medzi priority miestneho zdravotníctva. Tými sú boj proti infekčným chorobám ako je malária, tbc a iné.

Programy odvykania od tabakovej závislosti

Asistovanú odvykaciu liečbu poskytujú súkromné zariadenia za poplatok. Verejný zdravotný systém pomoc pri odvykacej liečbe poskytuje iba vo veľmi obmedzenej miere.. Bezplatnú asistenciu pri odvykacej liečbe poskytujú aj charitatívne organizácie propagujúce konzervatívny islam. Považujú fajčenie, podobne ako konzumáciu alkoholu za návyk, ktorý odporuje zásadám islamu. (WHO, 2015)

8.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo

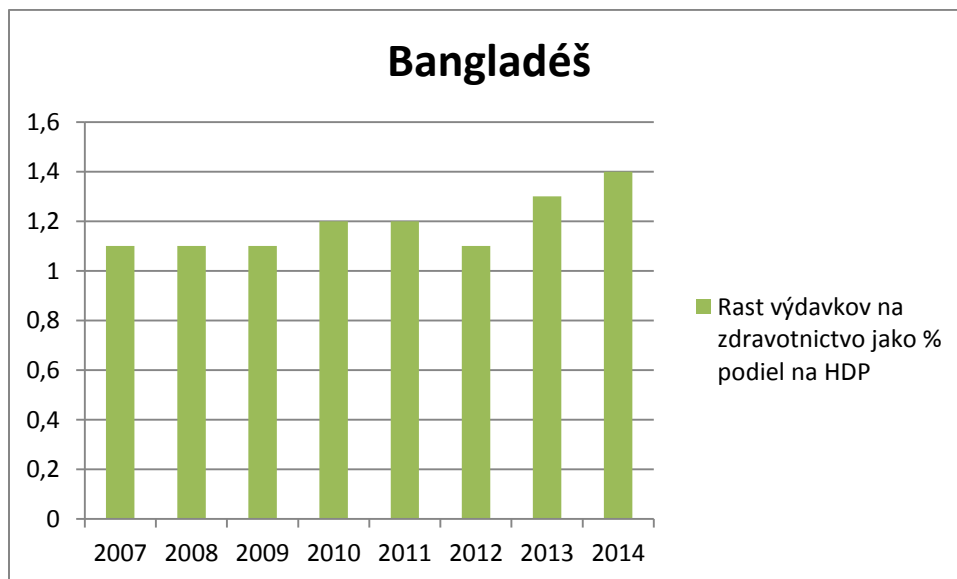
Graf č.14. Vývoj HDP v Bangladéši v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

Vývoj HDP v sledovanom období bol pomerne stabilný. Pohyboval sa v rozpätí 4 až 5 percent. Celkový vývoj HDP v danom období je uspokojivý, napriek tomu, že je v posledných rokoch nižší ako v susednej Indii. Rast HDP je spôsobený najmä rozsiahlymi investíciami do nízkonákladových odvetví priemyslu.

Graf č.15. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Bangladéši v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

Rast výdavkov na zdravotníctvo je v sledovanom období je pomerne výrazný. Napriek tomu však zostáva výrazne pod úrovňou odporúčanou WHO. Vláda predpokladá, že podiel výdavkov na zdravotníctvo bude rásť aj v nasledujúcich rokoch. Predpokladom na rast výdavkov na zdravotníctvo je stály rast HDP a stabilná politická situácia.

9. Fajčenie v Japonsku

9.1. Stručná charakteristika krajiny

Japonsko je krajina vo východnej Ázii. Počtom obyvateľov je 11. najväčšou krajinou na svete. Počet jej obyvateľov sa odhaduje na 128 miliónov. Rozlohou je 61. najväčšou krajinou na svete. Patrí medzi najvyspelejšie demokratické štáty sveta, jeho ekonomika je treťou najsilnejšou na svete. Hlavným výrobcom tabakových výrobkov v Japonsku je spoločnosť Japan Tobacco, skrátene JT. Je to tretí najväčší výrobca cigariet na svete. Spoločnosť je v súkromných rukách, štát však vlastní tretinový podiel a má právo veta v rozhodujúcich aktivitách. Tabaková lobby je v krajine mimoriadne silná a tak sa väčšina opatrení v oblasti obmedzovania fajčenia deje na dobrovoľnej báze.

9.2. Vývoj tabakovej závislosti

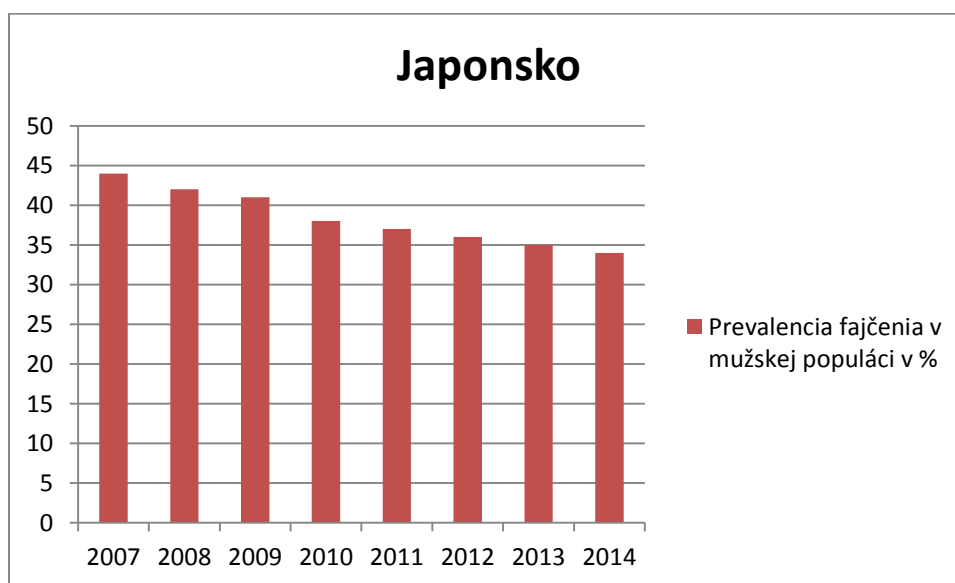
Tabak sa do Japonska dostal v 17. storočí prostredníctvom európskych obchodníkov. Spočiatku sa rozšírilo, podobne ako v iných krajinách, fajčenie fajky, neskôr v 19. a najmä 20. storočí fajčenie cigariet. Na začiatku 20. storočia získal štát monopol na výrobu a predaj tabakových výrobkov. Po získaní monopolu štát výrazne obmedzil import. Vrchol dosiahla prevalencia fajčenia v 60tych rokoch, kedy fajčilo 80 percent mužov a 16 percent žien. Od 70tych rokov prevalencia fajčenia v populácii postupne klesá. Japonsko, na rozdiel od iných vyspelých štátov, je pomerne liberálne v oblasti regulácie fajčenia. Fajčenie je oficiálne zakázané iba v zdravotníckych a vzdelávacích inštitúciách a v prostriedkoch hromadnej dopravy, kde nie je možné oddeliť fajčiarsku a nefajčiarsku časť. V japonských vlakoch je napríklad fajčenie povolené v špeciálnych fajčiarskych vozňoch. Fajčenie v podnikoch verejného stravovania a zábavného priemyslu nie je nijak regulované. Záleží na konkrétnej reštaurácii alebo zábavnom podniku, akú politiku si v oblasti regulácie zvolí. Väčšina malých reštaurácií a barov je fajčiarska, väčšie podniky sú často rozdelené na fajčiarsku a nefajčiarsku časť.

Pre krajinu sú typické zelenobiele informačné tabule, ktoré sú umiestnené na verejných miestach. Ich úlohu je informovať fajčiarov, ako sa majú správať na verejnosti tak, aby neobťažovali ostatných. Tabule napríklad uvádzajú, aký odstup by fajčiar mal mať od nefajčiara, ako má nakladať s nedopalkom cigarety alebo ako má postupovať, keď si jeho okolie žiada, aby nefajčil. Tabakové výrobky sú veľmi ľahko dostupné, v krajine sa nachádza okolo pol milióna automatov na cigarety a cigarety je tiež možné zakúpiť takmer v každom obchode. Japonsko povoľuje nákup a užívanie cigariet osobám starším ako 20 rokov. Na nákup cigariet z automatov je potrebná zvláštna karta, ktorá umožní nákup iba osobám spĺňajúcim tento vekový limit. (WHO, 2015)

9.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii

Prevalencia fajčenia v dospeljej mužskej populácii je 30 percent a v dospeljej ženskej populácii 10 percent. Je to najnižší údaj od roku 1965, odkedy sa prevalencia fajčenia sleduje. V krajine je minimálna prevalencia fajčenia u osôb mladších 20 rokov.

Graf č.16. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Japonsku v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v sledovanom období postupne klesá. Najväčší pokles prevalence fajčenia bol v rokoch 2007 až 2010. Po roku sa tempo poklesu prevalence fajčenia v populácii spomalilo, naďalej sa však udržuje pozitívny trend.

9.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

Tabakový priemysel z vlastnej iniciatívy neinzeruje v elektronických médiách. Propagácia tabakových výrobkov je vo všeobecnosti veľmi nenápadná a nesnaží sa priťahovať pozornosť. V Japonsku je možné nájsť skromné reklamy, propagujúce miernu konzumáciu cigariet. V krajine však existujú, najmä na školách, varovné verejné upozornenia varujúce pred škodlivými účinkami fajčenia cigariet. Krabičky cigariet musia obsahovať varovanie pred škodlivými účinkami fajčenia, ktoré musí pokrývať minimálne 30 percent prednej a zadnej strany krabičky. Varovanie je formou textu. (WHO, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov

Zdanenie tabakových výrobkov sa v súčasnosti pohybuje na úrovni 60 percent z celkovej ceny, čo je menej, ako doporučuje WHO. Predpokladá sa, že zdanenie cigariet bude v krajine naďalej narastať. Polovica príjmov z daní ide do štátneho rozpočtu, polovica zostáva v rozpočte miestnej samosprávy. Kvôli postupne sa zvyšujúcemu daňovému zaťaženiu celkové príjmy z daní z cigariet klesajú iba mierne. (WHO, 2015)

Nelegálny obchod s tabakovými výrobkami

Japonsko neposkytuje informácie o podiely pašovaných cigariet na celkovom trhu. Predpokladá sa, že tento problém je v krajine veľmi malý. Súvisí to s všeobecne nízkou

mierou zločinnosti v krajine a vysokým právnym vedomím obyvateľov. Významnú úlohu hrá aj ostrovná izolovanosť krajiny a dobrá ochrana hraníc. Krajina má veľmi dobre fungujúci justičný systém, ktorí pôsobi značne demotivujúco na potencionálnych pašerákov.

Verejný zdravotný systém

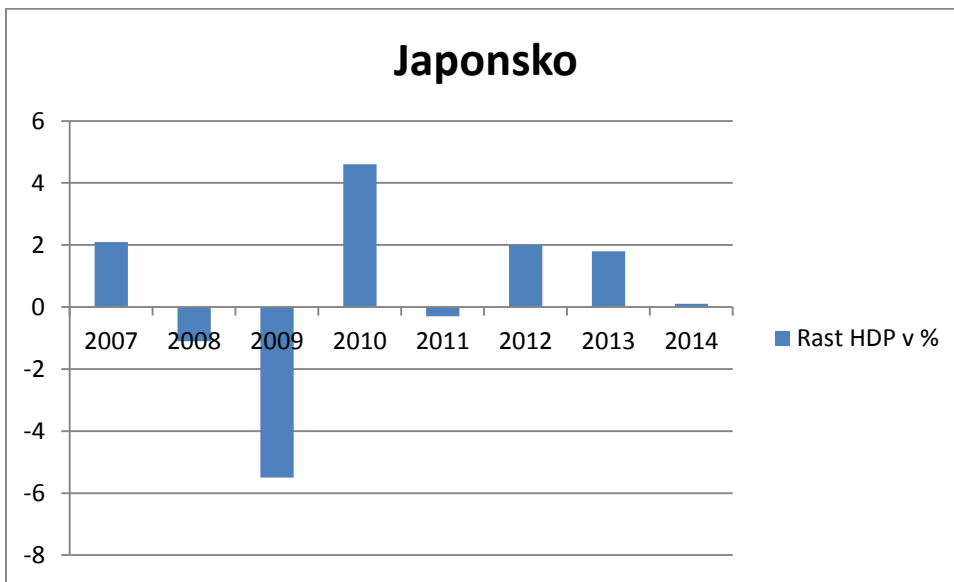
V krajine existuje systém všeobecného zdravotného poistenia. Časť zdravotného poistenia si platí zamestnanec, časť zamestnávateľ. Živnostníci sú povinný platiť individuálne zdravotné poistenie. Pomerne vysoká je finančná spoluúčasť poistencov. Pohybuje sa od 10 do 30 percent. Vláda však stanovuje poplatky za zdravotné služby tak, aby spoluúčasť nepredstavovala pre poistencov prílišnú záťaž. Náklady na zdravotnú starostlivosť pre občanov, ktorí nemajú zdravotné poistenie preberá štát. Pre japonských občanov je typická vysoká frekvencia návštev u lekára, v priemerný občan navštívi lekára 13 krát ročne. (WHO, 2015)

Programy odvykania od fajčenia

Na rozdiel od iných ázijských krajín je počet fajčiarov snažiacich sa o zbavenie nikotínovej závislosti vysoký. Verejný zdravotný systém poskytuje dostupnú poradenskú činnosť pri odvykaní od fajčenia. Časť liekov, potrebných pri odvykacej liečbe si musia pacienti hrať. Podľa štúdie spracovanej Japonskou farmaceutickou spoločnosťou, ročne sa pokúsi prestať fajčiť asi 40 percent fajčiarov. Úspešnosť asistovanej odvykacej liečby je asi tretinová, u neasistovanej odvykacej liečby asi 10 percent. Hlavnými motívmi odvykacej liečby v krajine sú obava z negatívnych zdravotných účinkov fajčenia, vysoká cena cigariet a celková zmena životného štýlu. (WHO, 2015)

9.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo

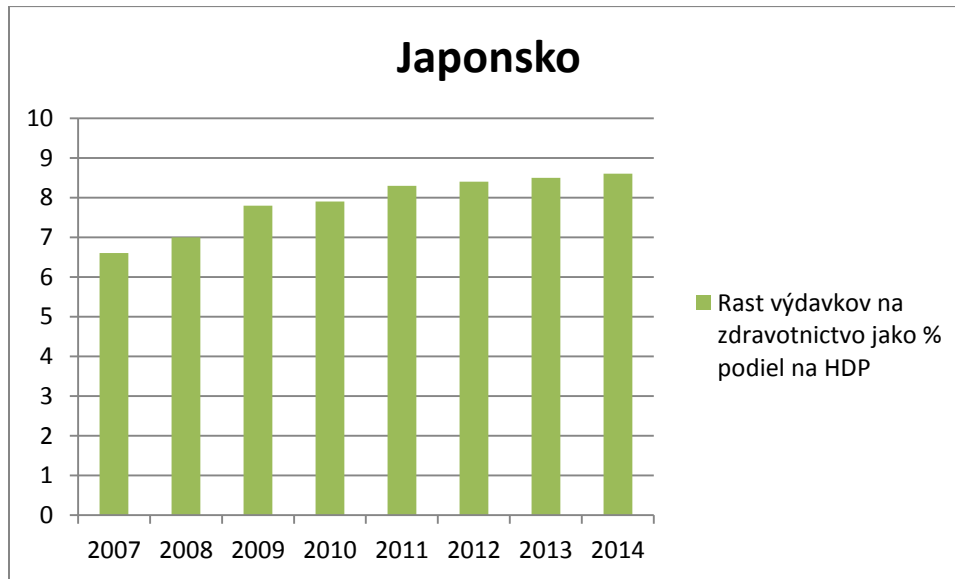
Graf č.17. Vývoj HDP v Japonsku v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

Vývoj HDP v sledovanom období 8 rokov vykazuje značné výkyvy. V výraznom poklese HDP došlo v roku 2009, naopak, v roku 2010 došlo k výraznému nárastu HDP. Rast HDP v posledných 4 rokoch sledovaného obdobia sa pohybuje od 0 až do 2 percent.

Graf č.3. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Japonsku v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

Výdavky na zdravotníctvo sa v sledovanom období výrazne zvýšili. V posledných 4 rokoch došlo k spomaleniu rastu výdavkov na zdravotníctvo. V súčasnosti je podiel výdavkov na zdravotníctvo na celkovom HDP veľmi vysoký a pohybuje sa okolo 8 až 9 percent.

10.Fajčenie vo Vietname

10.1. Stručná charakteristika krajiny

Vietnamská socialistická republika je štát v juhovýchodnej Ázii ktorý má asi 90 miliónov obyvateľov. Krajina je 12. najväčším štátom sveta podľa počtu obyvateľov. Rozlohou je Vietnam 65. najväčšou krajinou na svete. Krajina je autoritatívnym štátom s regulovaným tržným hospodárstvom, podobne ako Čínska ľudová republika. Štát má monopol na výrobu cigariet. Okrem daní z predaja tabakových výrobkov je súčasťou štátneho rozpočtu aj časť zisku výrobcov . Na rozdiel od ČLR však príjmy z daní z tabakových výrobkov nepredstavujú najdôležitejšiu položku v štátnom rozpočte.

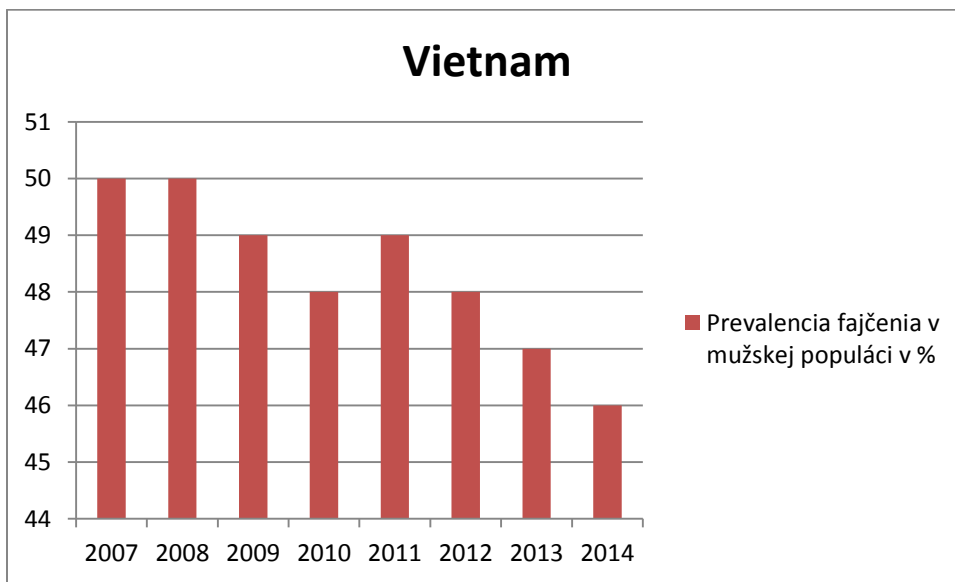
10.2. Vývoj tabakovej závislosti

Tabak sa dostal do krajiny spolu s európskymi obchodníkmi v 17. storočí. Fajčenie nebolo v populácii príliš rozšírené až do 20. storočia. Najrozšírenejším druhom tabakových výrobkov vo Vietname sú cigarety. Druhým najrozšírenejším spôsobom konzumácie tabaku je fajčenie vodnej fajky. Dominantným spôsobom užívania tabakových výrobkov v krajine je fajčenie štandardných cigariet. V krajine sa v posledných rokoch výrazne zvýšila kúpischopnosť obyvateľstva, čo sa prejavilo na rastúcej prevalencii fajčenia v populácii. Na druhej strane, sa vláda snaží dosiahnuť zníženie prevalencie fajčenia v dospeljej mužskej populácii zo súčasných 50 percent na 40 percent v roku 2020.

10.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii

Podľa oficiálnych údajov fajčí v krajine okolo 45 percent dospelých mužov. Prevalencia fajčenia u dospelých žien je výrazne nižšia, pohybuje sa okolo 3 percent. (SB, 2015)

Graf č.19. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii vo Vietname v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v sledovanom období mierne klesá. Za obdobie 8 rokov sa prevalencia fajčenia znížila o asi 8 percent .Naďalej však zostáva veľmi vysoká v porovnaní s inými krajinami.

10.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

Reklama tabakových výrobkov je zakázaná v televízii, rozhlase, novinách i časopisoch. Je povolená v obmedzenej miere na miestach, kde sa predávajú tabakové výrobky. V roku 2014 bola zavedená povinnosť označovať cigaretové krabičky varovnými nápismi,

ktoré majú pokrývať polovicu prednej i zadnej plochy balenia. Varovné označenie krabičiek je grafické, zobrazujúce následky chorôb spôsobených fajčením. Podľa oficiálnych vietnamských údajov toto opatrenie znížilo spotrebu cigariet. (WHO, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov.

Zdanenie cigariet je v priemere vo výške asi 30 percent z celkovej ceny, čo je pod úrovňou zdanenia doporučenou WHO. Tabak, ktorý sa používa pri fajčení vodnej fajky nie je zdanený vôbec. Vláda plánuje ďalšie postupné zvyšovanie daní tak, aby sa na jednej strane obmedzilo fajčenie v krajine a na druhej strane sa zvýšili príjmy štátneho rozpočtu. Predpokladá sa, že zvýšenie daní bude mať pozitívny efekt na príjmy štátneho rozpočtu. Zvyšovanie zdaňovania sa bude odohrávať po etapách, tak aby nedošlo k významnému nárastu nezamestnanosti v oblasti pestovania a spracovania tabaku. (WHO, 2015)

Obchod z nelegálnymi tabakovými výrobkami

Pašovanie cigariet je vo Vietname značným problémom. Odhaduje sa, že podiel pašovaných cigariet na celkovom trhu je 30 percent. Pašované cigarety sú výrazne lacnejšie, neobsahujú grafické varovanie o škodlivosti fajčenia a nemajú ani kolok, ktorí potvrdzuje zaplatenie dane. Pašované cigarety sa vyrábajú v Indonézii a dostávajú sa do Vietnamu cez Kambodžu, kde sú výrazne slabšie opatrenia na obmedzovanie fajčenia ako vo Vietname. Vláda plánuje posilniť kontrolu vietnamsko – kambodžských hraníc tak, aby sa obmedzilo pašovanie na minimum. (WHO, 2015)

Verejný zdravotný systém

Verejný zdravotný systém poskytuje rozhodujúcu časť zdravotnej starostlivosti v krajine. Súkromný sektor zdravotnej starostlivosti je pomerne malý a obmedzuje sa na poskytovanie starostlivosti cudzincom a najbohatším Vietnamcom. Vo verejnom zdravotnom sektore je vysoká spoluúčasť pacientov, pohybuje sa od 20 do 80 percent nákladov liečby. Značne sú rozšírené aj platby nad rámec tarífov za poskytnuté služby.

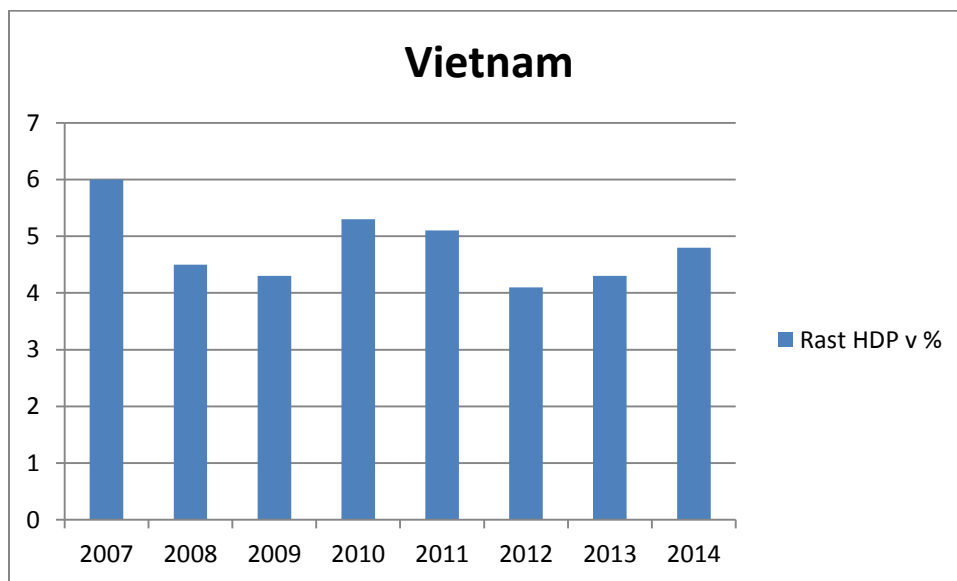
Zdravotný systém je preťažený, trpí akútnym nedostatkom lôžkových kapacít v nemocniciach. Obyvatelia vidieka musia často cestovať na veľké vzdialenosti, aby sa dostali k dostatočnej zdravotnej starostlivosti. (SB, 2015)

Programy na odvykanie od nikotínovej závislosti.

Verejný zdravotný systém poskytuje záujemcom iba všeobecné informácie o možnostiach zbavenia sa tabakovej závislosti. Krajina nemá bezplatnú telefónnu linku určenú záujemcom o ukončenie fajčenia. Všetky lieky potrebné pri odvykacej liečbe si pacienti musia kúpiť z vlastných prostriedkov. Platenú odvykaciu liečbu poskytuje aj súkromný sektor.

10.5. Porovnanie vývoja HDP a vývoja výdavkov na zdravotníctvo

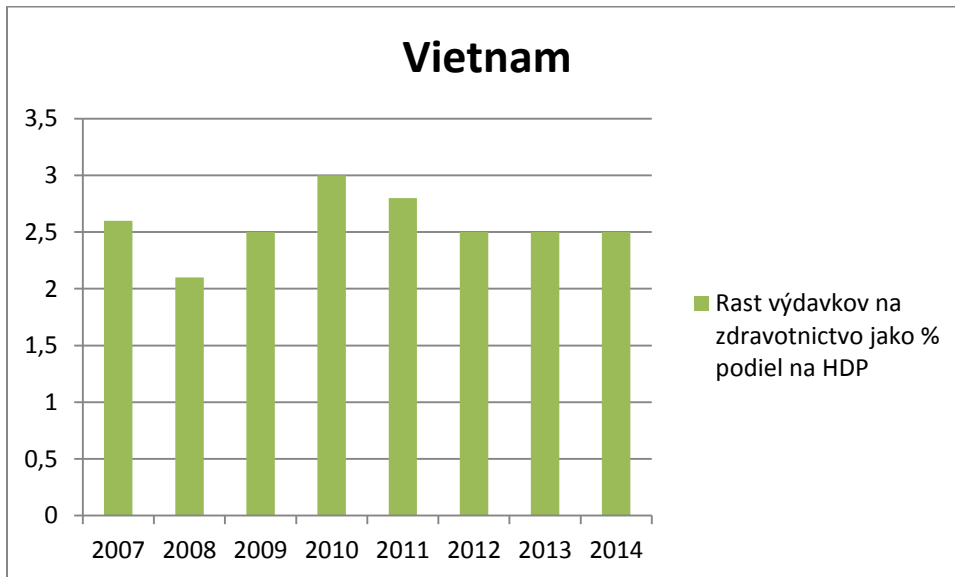
Graf č.20. Vývoj HDP vo Vietname v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

Rast HDP v sledovanom období sa pohybuje v rozsahu 4 až 6 percent ročne. Výkyvy v jednotlivých rokoch sú malé. Od roku 2012 je viditeľný vzostupný trend.

Graf č.21. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo vo Vietname v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

V sledovanom období je podiel výdavkov na zdravotníctvo stabilný. Je výrazne vyšší ako v iných rozvojových ázijských krajinách napríklad v Indii alebo v Indonézii. V súčasnosti je však nižší ako v Číne, aj keď na začiatku sledovaného obdobia obe krajiny vydávali približne podobné prostriedky na zdravotníctvo.

11. Fajčenie v Rusku

11.1. Stručná charakteristika krajiny

Rusko je krajina, ktorá sa rozkladá na území východnej Európy a značnej časti ázijského kontinentu. Je to najväčší štát sveta podľa rozlohy. Počtom obyvateľov je to 9. najľudnatejšia krajina sveta. Počet jej obyvateľov sa odhaduje na 142 miliónov. Krajina je demokraciou s určitými autoritárskymi prvkami. Rusko patrí medzi štáty s najvyššou prevalenciou fajčiarov v mužskej populácii na svete. Výrazne znepokojujúca je prevalencia fajčenia vo vekovej skupine mladistvých bez rozdielu pohlavia vo veku 13 až 15 rokov. Podľa najväčších svetových producentov tabaku American British Tobacco, Phillip Morris a Japan Tobacco má Rusko v súčasnosti jedny z najprísnejších protifajčiarskych zákonov na svete.

11.2. Vývoj tabakovej závislosti

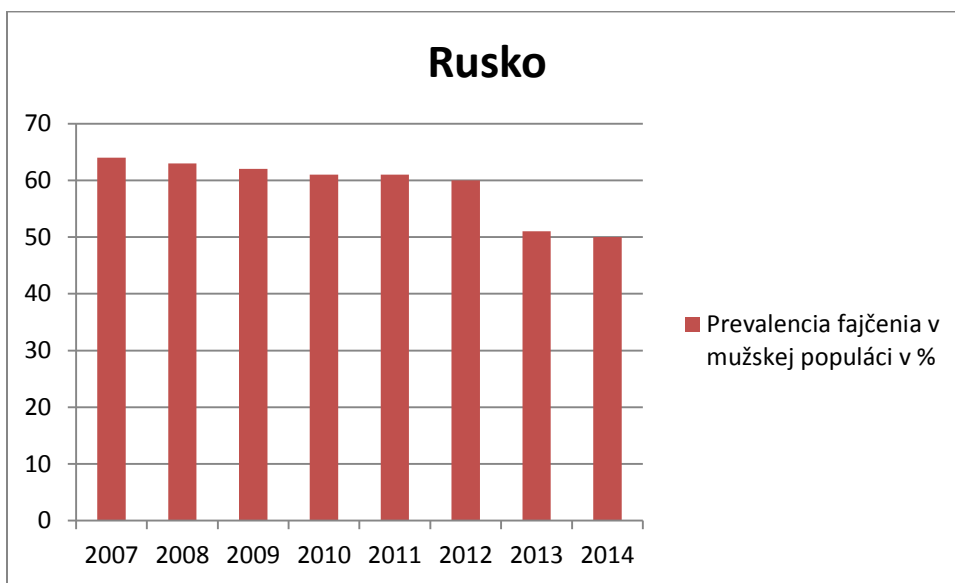
História fajčenia tabaku v Rusku siaha do 16. storočia. Až do konca 17. storočia bolo fajčenie považované za nežiadúci zlozvyk a bolo prísne trestané. Obrat nastal koncom 17. storočia kedy veľký ruský reformátor cár Peter 1. začal fajčenie v krajine propagovať ako symbol modernizácie krajiny. Od tej doby obľuba fajčenia rástla. V období komunizmu boli na trhu tabakové výrobky domácej výroby, ktorých bol však nedostatok. Po páde komunizmu sa dostupnosť tabakových výrobkov nanešťastie výrazne zlepšila. V 90. rokoch došlo v krajine výraznému ekonomickému prepadu, na spotrebe tabakových výrobkov sa to však neprejavilo. V poslednom čase prijala ruská vláda viacero opatrení na obmedzovanie spotreby tabaku. (SB, 2015)

11.3. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii

Prevalencia fajčenia v krajine patrí medzi najvyššie medzi vyspelými krajinami.

V súčasnosti je okolo 50 percent u mužov a asi 20 percent u žien.

Graf č.22. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Rusku v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii bola stabilne veľmi vysoká až do roku 2013, kedy došlo k výraznému poklesu. Ruská vláda zdôvodňuje pokles prevalence fajčenia rozsiahlymi protifajčiarskymi opatreniami, ktoré prijala v danom roku. Otázkou je, do akej miery sú štatistické údaje poskytované ruskou stranou hodnoverné. Zníženie prevalence fajčenia o takmer 20 percent v priebehu jedného roka je veľmi málo pravdepodobné.

11.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

Reklama tabakových výrobkov je zakázaná v televízii, rozhlase, novinách a časopisoch. Vláda a nevládne organizácie otvorene propagujú zdravý životný štýl bez fajčenia. V krajine sa rozmiestňujú billboardy upozorňujúce na negatívne účinky fajčenia. Televízia pravidelne vysiela reklamné šoty upozorňujúce na zhubné účinky fajčenia. Výrazne sa obmedzil počet miest, kde je možné kúpiť cigarety. Krabičky cigariet musia od roku 2013 obsahovať grafické varovanie pred škodlivými účinkami fajčenia, ktoré pokrýva 40 percent prednej i zadnej strany balenia. (WHO, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov

Cena cigariet sa od roku 2012 do roku 2015 ztrojnásobila. Podľa ruských údajov, vzorom pre prudké zvýšenie cien cigariet je Austrália, kde významný nárast cien viedol k významnému zníženiu prevalence fajčenia v populácii. Daň z predaja tabakových výrobkov je pomerne nízka, 25 percent z predajnej ceny. Celkové daňové zaťaženie je však výrazne vyššie, vzhľadom na fakt, že cigarety sú zaťažené aj inými daňami. Dane predstavujú v priemere 50 až 60 percent ceny výrobku. (SB, 2015)

Nelegálny obchod s tabakovými výrobkami

Podľa oficiálnych údajov ruských úradov predstavuje podiel pašovaných cigariet na celkovom predaji 5 až 10 percent. V poslednom čase sa podiel pašovaných cigariet na trhu zvyšuje v dôsledku prudkého nárastu ceny v posledných 3 rokoch. Hlavnou krajinou odkiaľ sa cigarety pašujú je Bielorusko, s ktorým má Rusko relatívne otvorenú hranicu. (WHO, 2015)

Verejný zdravotný systém

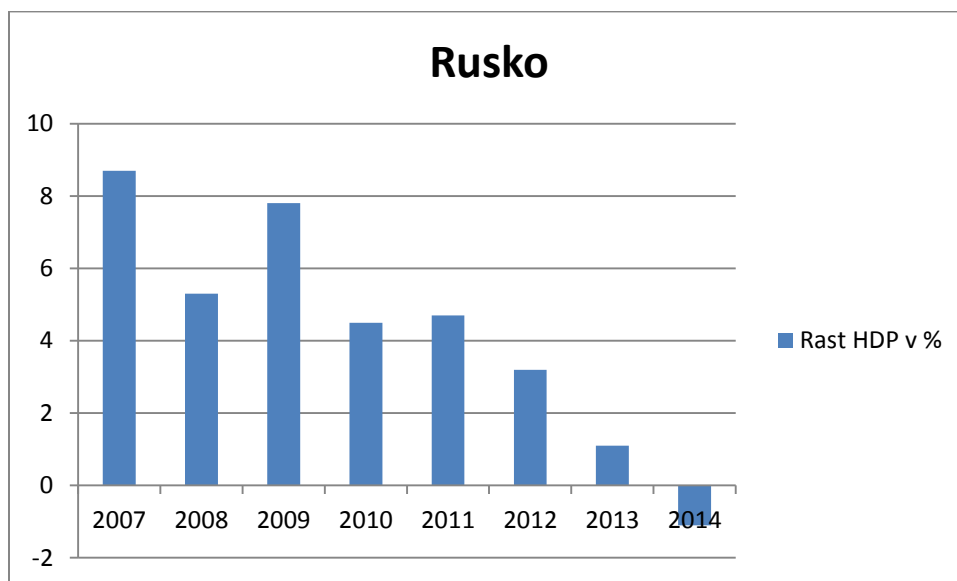
Podľa ústavy majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Krajina má dostatočný počet zdravotníkov, lekárov i sestier. Kvalita zdravotníctva je rôznorodá.

Programy odvykania od nikotínovej závislosti

Verejný zdravotný sektor poskytuje bezplatné poradenstvo pri odvykaní od fajčenia. V krajine existuje bezplatná telefonická infolinka informujúca fajčiarov o možnostiach ukončiť fajčenie. Lieky potrebné pri odvykacej liečbe si musia pacienti hrať sami.

11.5. Porovnanie vývoja HDP, vývoja výdavkov na zdravotníctvo

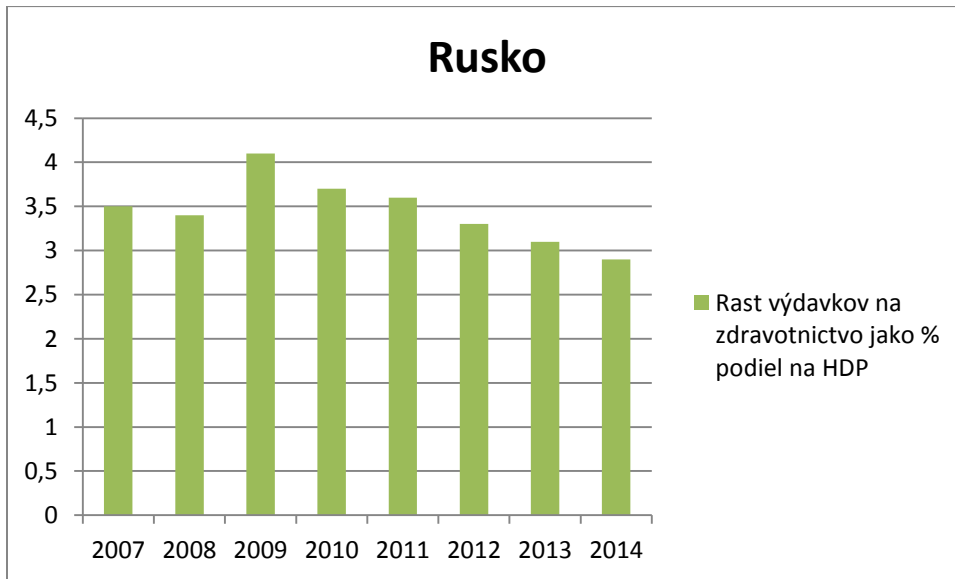
Graf č.23. Vývoj HDP v Rusku v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

V sledovanom období 8 rokov, je možné charakterizovať dve podobné obdobia. Do roku 2011 vykazovala krajina pomerne vysoký hospodársky rast, od roku 2011 do konca sledovaného obdobia dochádza k jeho prudkému poklesu..

Graf č.24. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Rusku v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

Podiel výdavkov na zdravotníctvo sa od roku 2011 pomaly znižuje. Pohybuje sa okolo 3 percent HDP, čo je hodnota hlboko pod európskym priemerom. Najvyšší podiel dosiahli výdavky na zdravotníctvo v roku 2009, kedy boli 4 percentá HDP. Podľa analyzovaných údajov, zdravotníctvo rozhodne nepatrí medzi priority ruskej vlády.

12. Fajčenie v USA

12.1. Stručná charakteristika krajiny

Spojené štáty americké sú krajina v severnej časti amerického kontinentu. Počet obyvateľov sa odhaduje na 320 miliónov. Tento údaj zahŕňa jednak občanov USA, ľudí s legálnym pobytom v krajine ako i nelegálnych prisťahovalcov. USA sú rozlohou treťou najväčšou krajinou po Rusku a Kanade. V súčasnosti sú ekonomicky najsilnejšou krajinou sveta. USA je demokratickou krajinou. Tabakový priemysel v USA je v súkromných rukách. Najväčšími producentmi tabakových výrobkov v krajine sú spoločnosti American British Tobacco a Phillip Morris. Vplyv producentov a distribútorov tabaku na rozhodovanie vlády je malý.

12.2. Vývoj tabakovej závislosti

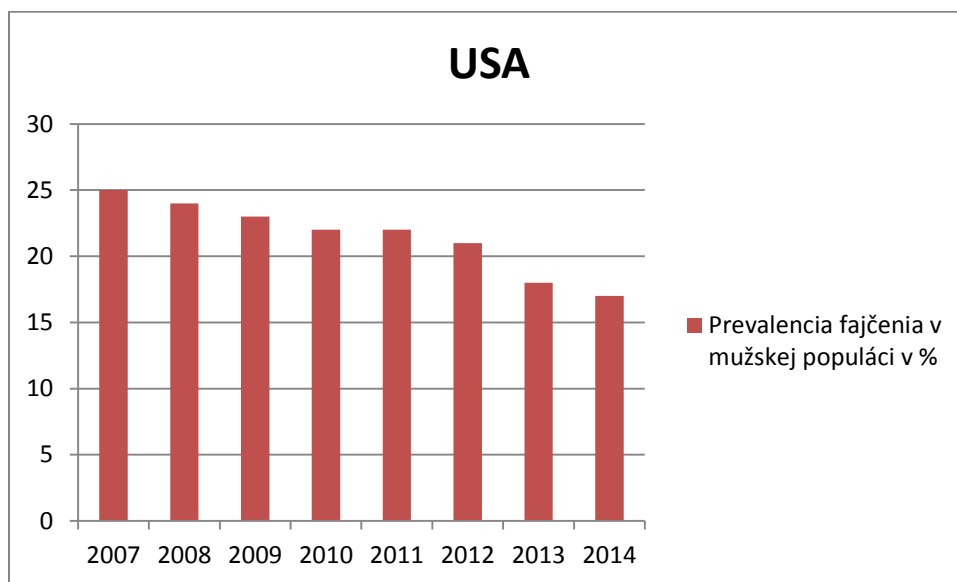
Tabak sa fajčil na území dnešných USA už pred objavením Ameriky Európanmi. Konzumácia tabakových produktov sa však obmedzovala iba na južné oblasti krajiny, kde sa tabak pestoval. Pri vzniku USA zohral tabak kľúčovú úlohu. Bol jednou z hlavných tzv. cash crops. Cash crops boli plodiny určené na predaj na rozdiel od bežnej farmárskej produkcie, ktorá bola určená na miestnu spotrebu. Tabak sa pestoval hlavne na vývoz do Veľkej Británie, ktorá bola pre severoamerických osadníkov materskou krajinou. Finančné zdroje získané z vývozu tabaku umožnili prudký rozvoj britských osád a následne rozšírenie kolonizácie na celý severoamerický kontinent. Pestoval sa spolu s bavlnou najmä v južnejších oblastiach dnešných USA, na území štátov Virginia, Georgia, Severná a Južná Karolína. Tabak sa dokonca v určitých obdobiach používal ako núdzová mena. V boji za nezávislosť USA napísal George Washington v roku 1776 svojim spoluobčanom :„ Ak nemôžete poslať peniaze pošlite tabak... Tabak tak zohral významnú úlohu pri financovaní boja za nezávislosť na Veľkej Británii. (WHO, 2015)

USA je jediná krajina na svete, kde boli výrobcovia cigariet nútení rozhodnutím súdu zaplatiť fajčiarom vysoké finančné odškodnenie za újmu na zdraví. Súd prijal argumenty fajčiarov, že výrobcovia cigariet vedeli o škodlivosti svojich výrobkov, spotrebiteľov však nevarovali pred následkami ich užívania.

12.3. Prevalencia fajčenia v populácii

V súčasnej dobe je prevalencia fajčenia u dospeljej populácie 17 percent, v krajine je malý rozdiel v prevalencii u mužov a u žien. U mužov je prevalencia fajčenia 19 percent, u žien 16 percent. (SB, 2015)

Graf č.25. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v USA v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v sledovanom období klesá. K najvýznamnejšiemu poklesu prevalencie došlo medzi rokmi 2013 až 2014. Celkovo sa prevalencia fajčenia v sledovanom období znížila asi o jednu tretinu.

12.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

V USA je vo všeobecnosti zakázaná reklama tabakových výrobkov. Tabakové výrobky sa nesmú propagovať v médiách, v televízii, v rozhlase, v novinách a časopisoch. Značná časť legislatívy týkajúcej sa tabakových výrobkov je v kompetencii jednotlivých štátov. V 28 z 51 štátov platí zákaz fajčenia vo všetkých uzavretých priestoroch. Najprísnejšie zákony na obmedzovanie fajčenia majú štáty na východnom pobreží, hlavne štát New York a na západnom pobreží California. Okrem štátnej legislatívy upravujúcej fajčenie existuje aj miestna legislatíva, ktorá môže štátne zákazy a nariadenia sprísniť. Tabakové výrobky musia obsahovať varovanie formou textu, ktoré pokrýva 50 percent prednej i zadnej strany balenia. (WHO, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov

Priemerné zdanenie cigariet je v porovnaní s inými vyspelými štátmi pomerne nízke, v priemere predstavuje okolo 43 percent ceny tabakového výrobku. Existujú značné rozdiely v miere zdanenia cigariet medzi jednotlivými štátmi, najvyššiu mieru zdanenia majú štáty New York a California. (WHO, 2015)

Pašovanie cigariet

USA neuvádzajú údaje, aký je podiel pašovaných cigariet na celkovom trhu. Predpokladá sa, že podiel pašovaných cigariet na celkovom predaji je nižší ako v iných vyspelých krajinách. Pašeráci sa zameriavajú na pašovanie lukratívnejších návykových látok ako sú kokaín, heroín a amfetamíny.

Verejný zdravotný systém

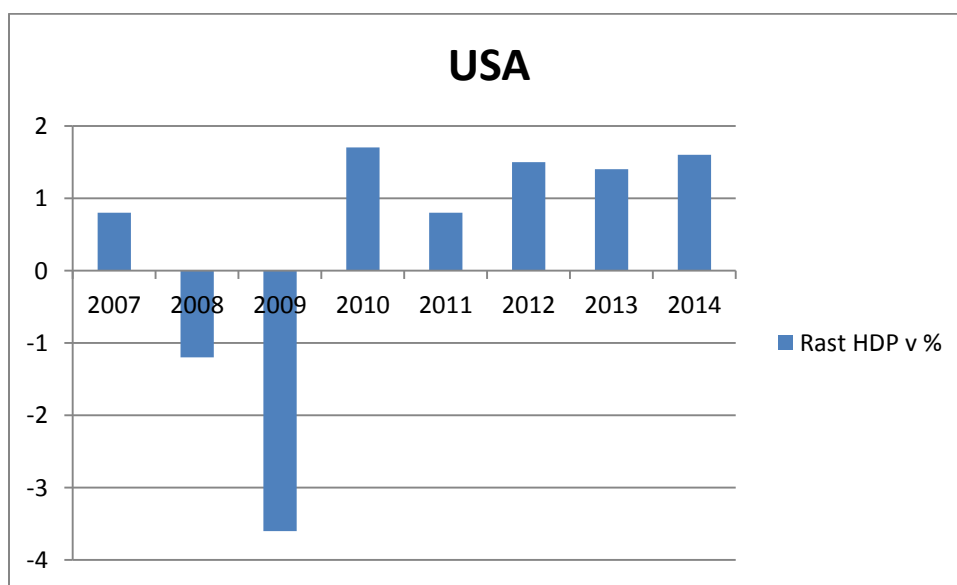
Viac ako polovica populácie je poistená v rámci federálnych programov Medicare a Medicaid. Za poistencov v oboch programoch platí poistenie federálna vláda. Na rozdiel od iných vyspelých krajín, mnohí obyvatelia majú komerčné zdravotné poistenie. Poplatky komerčného zdravotného poistenia sú nízke u zdravých ľudí, prudko však stúpajú u poistencov s horším zdravotným stavom. (SB, 2015)

Programy na odvykanie od nikotínovej závislosti.

Komerčné zdravotné poisťovne financujú odvykanie od tabakovej závislosti v rámci pripoistenia k základnému poisteniu. Federálne programy Medicare a Medicaid financujú odvykaciu liečbu u pacientov, ktorí o ňu požiadajú. Oba programy čiastočne platia za lieky, potrebné pri odvykacej liečbe. (WHO, 2015)

12.5. Porovnanie vývoja HDP a vývoja výdavkov na zdravotníctvo

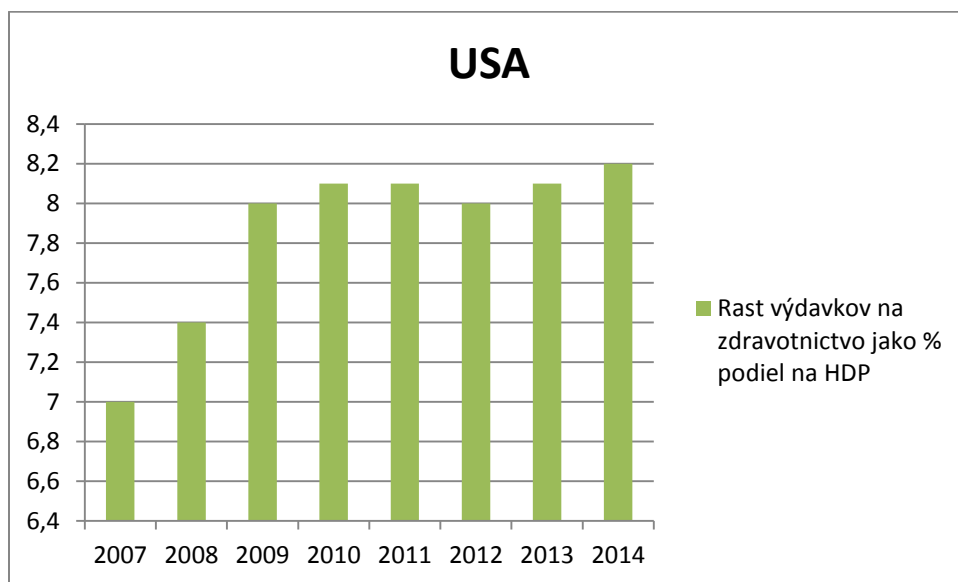
Graf č.26. Vývoj HDP v USA v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

HDP v sledovanom období 8 rokov dvakrát poklesol a 6krát sa zvýšil. K výraznému poklesu HDP došlo v rokoch 2008 a 2009 v súvislosti so svetovou hospodárskou krízou. Od roku 2010 hospodársky vývoj zaznamenal mierny rast.

Graf č.27. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v USA v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

V sledovanom období došlo k výraznému nárastu výdavkov na zdravotníctvo. K najrýchlejšiemu tempu rastu došlo v období rokov 2007 až 2010. Po roku 2010 výdavky na zdravotníctvo stagnujú. Patria však k najvyšším na svete.

13. Fajčenie v Austrálii

13.1. Stručná charakteristika krajiny

Austrália je samostatný kontinent na južnej pologuli. Krajina je na 52. mieste na svete podľa počtu obyvateľov. Počet jej obyvateľov je asi 23 miliónov. Podľa rozlohy je Austrália 6. najväčším štátom sveta. Patrí medzi vyspelé demokratické štáty. Tabakový priemysel je úplne v súkromných rukách. Výrobu tabakových výrobkov zabezpečujú medzinárodné firmy, najmä Phillip Morris a British American Tobacco. Vplyv tabakovej lobby je v krajine malý. Austrália vyváža asi 20 percent svojej produkcie tabakových výrobkov do zahraničia. (WHO, 2015)

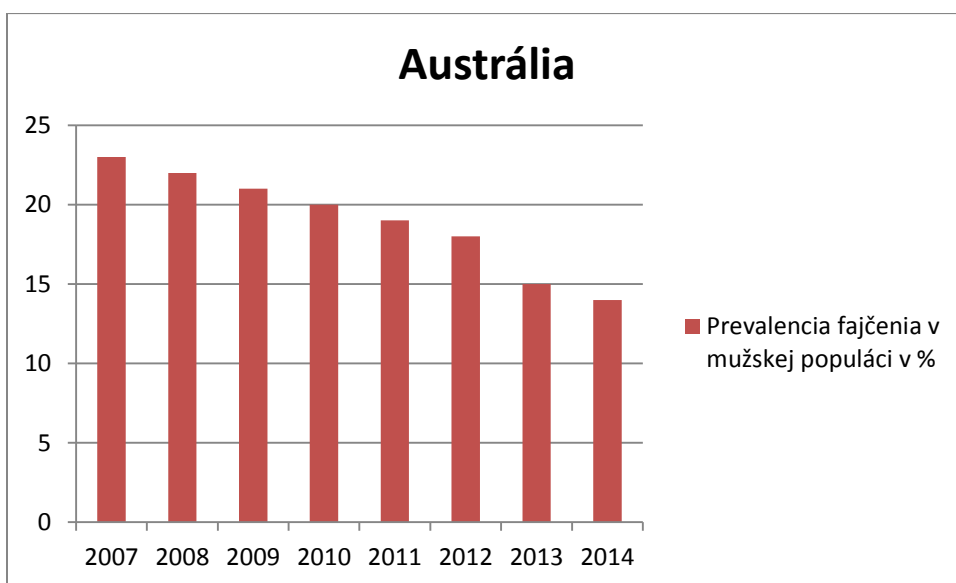
13.2. Vývoj tabakovej závislosti

Tabak sa do krajiny dostal koncom 18. storočia spolu s prvými európskymi osadníkmi. Až do konca 19. storočia bolo rozšírené fajčenie fajky, od konca 19. storočia začína prevažovať v krajine fajčenie cigariet, ktoré je v dnešnej dobe najvýznamnejším spôsobom konzumácie cigariet. Vrchol dosiahla prevalencia fajčenia v 60tych rokoch 20. storočia, kedy v krajine fajčili dve tretiny mužov a asi pätina žien. Od 60tych rokov dochádza k poklesu prevalencie fajčenia a v súčasnosti krajina patrí medzi krajiny s najnižším percentuálnym podielom fajčiarov v populácii. Austrália patrí medzi krajiny z najväčšími úspechmi pri obmedzovaní fajčenia. Vláda uplatnila v praxi mix efektívnej edukačnej kampane, vysokého zdanenia cigariet a finančných dotácií pri odvykacej liečbe. Pri znižovaní prevalencie fajčenia zohral významnú úlohu aj životný štýl miestnych obyvateľov, ktorý je pre väčšinu z nich pomerne málo stresujúci, na rozdiel od iných vyspelých štátov, napríklad USA, Japonska alebo niektorých európskych štátov. Voľnejšie životné tempo znižuje dopyt po rozličných stimulantoch, medzi ktoré patrí aj nikotín.

13.3. Vývoj prevalencie fajčenia v mužskej populácii

Podľa oficiálnych údajov je prevalencia fajčenia v dospeljej mužskej populácii 15 percent a v dospeljej ženskej populácii 12 percent. Podobná je prevalencia fajčenia u mladistvých, u osôb mužského pohlavia vo veku 14 až 18 rokov je 14 percent a u osôb ženského pohlavia vo veku 14 až 18 rokov je 11 percent. (SB, 2015)

Graf č.28. Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v Austrálii v rokoch 2007-2014



Zdroj : Svetová banka

Prevalencia fajčenia v mužskej populácii v sledovanom období poklesla. V oblasti obmedzovania prevalencie fajčenia patrí krajina medzi najúspešnejšie štáty sveta. Od roku 2007 do roku 2014 prevalencia fajčenia v mužskej populácii klesla viac ako o tretinu, napriek stagnujúcim výdavkom na zdravotníctvo v posledných rokoch.

13.4. Vplyv kľúčových faktorov na prevalenciu fajčenia

Reklama tabakových výrobkov

Reklama týchto produktov je zakázaná v televízii, rozhlase v novinách i časopisoch. Zakázaná je aj reklama na verejných priestranstvách prostredníctvom billboardov a reklama na miestach, kde sa predávajú tabakové výrobky. Austrálska vláda platí reklamné šoty v televízii upozorňujúce na škodlivé následky fajčenia. Veľmi účinná je aj osвета na školách, počet fajčiarov teenagerov trvale klesá. Krajina má jeden z najprísnejších zákonov upravujúcich varovné nápisy na krabičkách cigariet. Grafické znázornenia následkov fajčenia musia pokrývať 83 percent prednej i zadnej strany cigaretovej krabičky. . Austrália nedávno zaviedla povinnosť predávať všetky cigaretové krabičky v neutrálnom, jednofarebnom obale. (WHO, 2015)

Zdanenie tabakových výrobkov

Zdanenie cigariet v krajine je jedno z najvyšších na svete. Dane z tabaku síce predstavujú iba 51 percent z celkovej ceny, ale okrem nich sa pri zdanení používajú aj ďalšie dane. Rôzne dane predstavujú až 90 percent z celkovej ceny. Toto zdanenie je vyššie ako odporúčaná hodnota zdanenia WHO. (WHO, 2015)

Obchod s nelegálnymi tabakovými výrobkami

Podľa odhadov austrálskeho tabakového priemyslu je podiel pašovaných cigariet na celkovom trhu 15 percent. Vzhľadom na fakt, že ceny cigariet v krajine sú veľmi vysoké, predpokladá sa, že podiel pašovaných cigariet na trhu bude narastať.

Verejný zdravotný systém

V krajine existuje systém všeobecného zdravotného poistenia, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť pre všetkých občanov v krajine. Nazýva sa Medicare a je financovaný zo zdravotného poistenia, ktoré predstavuje 2 percentá z príjmu obyvateľov. U vyšších príjmových skupín je výška zdravotného poistenia 3 percentá. V Austrálii

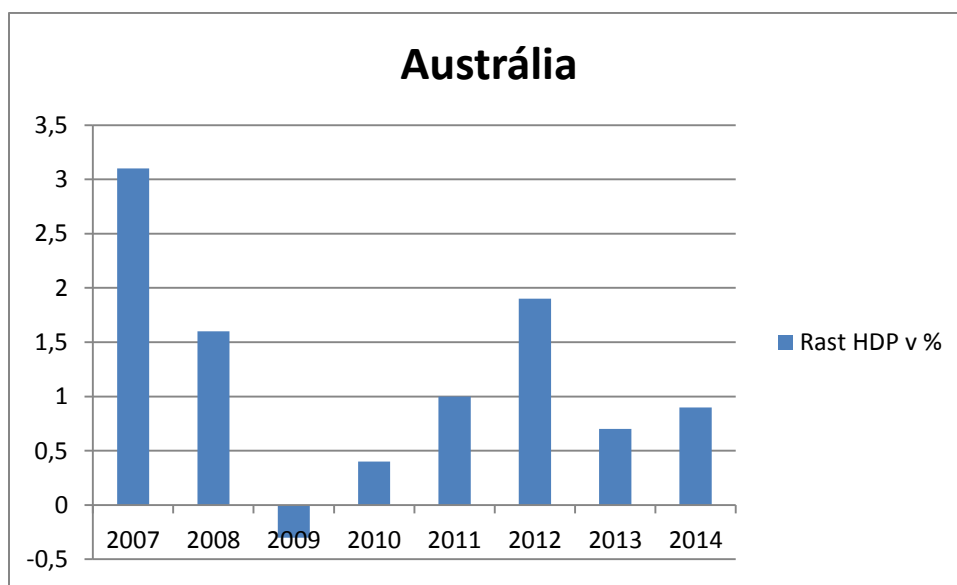
existuje aj súkromný zdravotný sektor, jeho význam je však podstatne nižší ako verejného zdravotného sektoru. Úroveň poskytovaných zdravotných služieb je na veľmi vysokej úrovni. (SB, 2015)

Programy odvykania od tabakovej závislosti

V krajine existuje bezplatná telefónna infolinka, ktorá informuje fajčiarov o možnostiach ukončenia fajčenia. Verejný zdravotný systém ako jeden z mála na svete čiastočne financuje kúpu liekov pomáhajúcich ukončiť tabakovú závislosť. Súkromný zdravotný systém ponúka odvykaciu liečbu za poplatok. (WHO, 2015)

13.5. Porovnanie vývoja HDP a vývoja výdavkov na zdravotníctvo

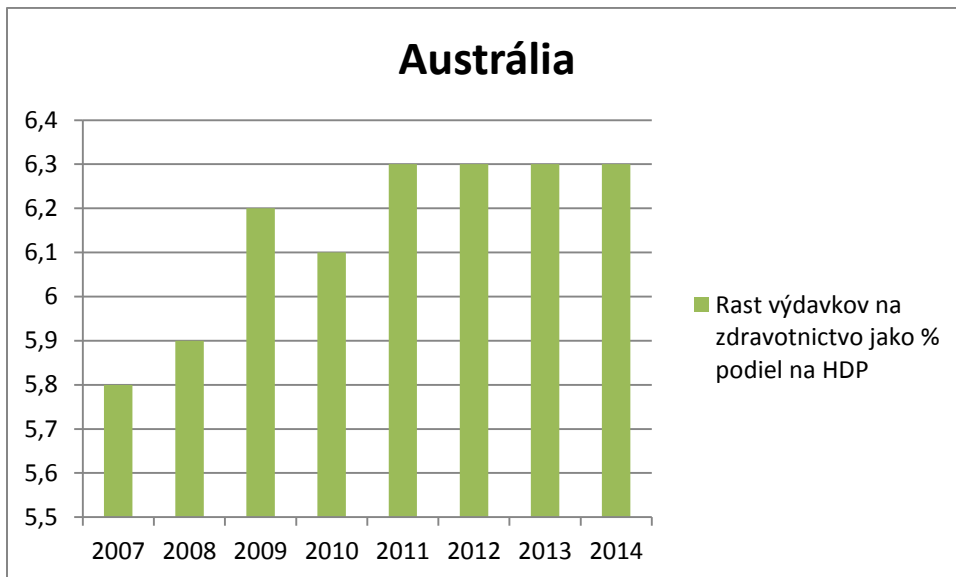
Graf č.29. Vývoj HDP v Austrálii v rokoch 2007 -2014



Zdroj : Svetová banka

V sledovanom období 8 rokov došlo k poklesu HDP iba v jednom roku a to v roku 2009. Od roku 2010 je hospodársky rast krajiny veľmi malý.

Graf č.30. Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Austrálii v rokoch 2007 – 2014



Zdroj : Svetová banka

V sledovanom období došlo k zvýšeniu výdavkov na zdravotníctvo. K najrýchlejšiemu rastu došlo v rokoch 2007 až 2009. Od roku 2011 výdavky na zdravotníctvo stagnujú a v rámci vyspelých krajín sú podpriemerné. Zastavenie rastu výdavkov na zdravotníctvo súvisí s nízkym hospodárskym rastom v krajine.

14. Diskusia

Všetky analyzované štáty v tejto práci, s jednou výnimkou uplatňujú kľúčové zákazy reklamy tabakových výrobkov v médiách.

Indonézia, napriek tlaku zo strany WHO i nevládných organizácii, odmieta zaviesť zákazy propagácie fajčenia do praxe. Vláda tejto krajiny argumentuje, že fajčenie je tak silný kultúrny fenomén, že by bolo značne problematické proti nemu bojovať.

Všetky krajiny vo vzorke pristúpili na odporúčania WHO v oblasti varovných označení na tabakových výrobkoch.

WHO jednoznačne doporučuje používanie grafických varovaní na obaloch výrobkov. V súlade s týmto odporúčaním, 6 krajín vo vzorke, India, Indonézia, Pakistan, Vietnam, Rusko a Austrália, zaviedli povinnosť zobrazovať grafické varovanie v súlade s doporučením WHO. V rozpore s doporučením WHO, 4 krajiny vo vzorke, Čína, Bangladéš, Japonsko a USA, používajú varovania v podobe textu.

Podľa WHO je vhodným spôsobom znižovania spotreby tabakových výrobkov zvyšovanie ich ceny a to tak, aby dane z tabaku dosiahli 75 percent z celkovej ceny výrobku. Toto odporúčanie WHO splnila len jedna krajina vo vzorke, Austrália. Ostatné krajiny toto doporučenie zatiaľ nesplnili.

WHO si je vedomá, že vo svete existuje rozsiahly nelegálny obchod s tabakovými výrobkami, ktorý sťažuje implementáciu tohto opatrenia. Krajiny s nízkou mierou šedej ekonomiky ako je napr. Austrália, si môžu dovoliť zvýšiť ceny tabakových výrobkov bez toho, aby došlo k výraznej substitúcii legálnych tabakových výrobkov ich nelegálnymi kópiami. Krajiny s vysokým podielom šedej ekonomiky ako napríklad India alebo Pakistan, by zvýšením cien tabakových výrobkov iba ešte viac podporili čierny trh.

WHO doporučuje svojim členským štátom zavedenie všeobecného zdravotného

poistenia. Všeobecné zdravotné poistenie motivuje vlády k obmedzovaniu chorobnosti v populácii tak, aby sa znížili výdavky na liečbu ochorení, spôsobených nevhodnými návykmi, napr. fajčením. V súlade s doporučením WHO, zaviedlo alebo zavádza všeobecné zdravotné poistenie pre svojich obyvateľov Čína, Indonézia, Japonsko, Vietnam, Rusko a Austrália. Napriek odporúčaniam WHO, nezaviedli všeobecné zdravotné poistenie India, Pakistan, Bangladéš a USA.

WHO doporučuje, aby systém verejného zdravotníctva podporoval odvykacie programy od nikotínovej závislosti. Vo väčšine krajín je možné dostať bezplatne informácie ohľadom odvykacej liečby, a to buď od verejného zdravotného sektoru alebo charitatívnych organizácií. Čiastočná alebo úplná úhrada liekov potrebných pri odvykacej liečbe je však možná iba v navyspelejších krajinách sveta. Vo vzorke štátov analyzovaných v tejto práci sem patrí Japonsko, USA a Austrália. Rozvojové krajiny úhradu liekov potrebných pri odvykacej liečbe nehradia.

Čína

Za preferovaný nástroj obmedzovania fajčenia v populácii považuje vláda edukáciu obyvateľstva. Vláda tvrdí, že prudké obmedzenie fajčenia formou vysokého zdanenia by viedlo k výraznej nespokojnosti najmä najchudobnejších vrstiev spoločnosti a tým k porušeniu všeobecnej harmónie, princípu, ktorí už dlhší čas presadzuje čínska vláda. Toto tvrdenie je v rozpore s doporučením WHO. Krajina má vysoký hospodársky rast i rastúce výdavky na zdravotníctvo. Vládna stratégia zameraná na zníženie prevalence fajčenia je podľa oficiálnych údajov úspešná.

India

Podobne ako Čína, krajina plánuje používať ako rozhodujúci nástroj edukačnú kampaň, ktorej kľúčovou zložkou sú varovné nápisy na krabičkách tabakových výrobkov. India má zvláštne zdanenie pre miestne cigarety zvané bidis, ktoré je omnoho nižšie, ako zdanenie štandardných cigariet. Toto nízke zdanenie je v priamom rozpore s požiadavkou

WHO. Vláda Indie argumentuje, že nemôže zvýšiť dane v tejto oblasti bez toho, aby sa značná časť tabakových výrobkov nepresunula na čierny trh. Vládna stratégia zameraná na znižovanie prevalence fajčenia je podľa miestnych úradov úspešná napriek stagnujúcim výdavkom na zdravotníctvo.

Indonézia

Indonézia je krajina, kde sa odporúčania WHO v oblasti boja proti nikotínovej závislosti len veľmi ťažko uplatňujú v praxi. Fajčenie kretekových cigariet je tak významný spoločenský fenomén, že úsilie o zníženie prevalence fajčenia je málo úspešné. Krajina neplní prakticky žiadne odporúčania WHO v oblasti obmedzovania fajčenia. Výsledkom je jedna z najvyšších prevalencií fajčenia v mužskej populácii na svete. Vláda nemá žiadnu ucelenú stratégiu znižovania prevalence fajčenia v populácii.

Pakistan

V krajine je problematika nikotínovej závislosti zatlačená do úzadia inými, vážnymi spoločenskými problémami. Najväčším problémom v tejto oblasti je vysoký podiel nelegálnych tabakových výrobkov na trhu. WHO doporučuje bojovať proti nelegálnemu obchodu s tabakovými výrobkami, miestna vláda však tieto doporučená nedokáže uplatniť v praxi. Krajina má nízky rast HDP i výdaje na zdravotníctvo. Vládna stratégia na znižovanie prevalence fajčenia je málo úspešná.

Bangladéš

Napriek odporúčaniam WHO, krajina má nízke zdanenie miestnych cigariet bidis a tento stav sa pravdepodobne nezmení. Krajina prežíva rozsiahlu modernizáciu v posledných rokoch, zatiaľ nie je zrejmé, ako sa tento trend prejaví na prevalencii fajčenia. Bangladéš má vysoký hospodársky rast i zvyšujúce sa výdavky na zdravotníctvo. Vládna stratégia, zameraná na znižovanie prevalence fajčenia je čiastočne úspešná.

Japonsko

Situácia v Japonsku je zaujímavá. Tabakový priemysel sa pomerne úspešne reguluje sám, tak aby si neznepriatelil verejnosť. V krajine je nižšie zdanenie tabakových výrobkov, ako doporučuje WHO, napriek tomu však prevalencia fajčenia v populácii trvale klesá.. Vláda nepotrebuje zvyšovať dane z cigariet, aby znížila prevalenciu fajčenia v populácii. Hlavným dôvodom poklesu prevalencie fajčenia je orientácia obyvateľov na zdravý životný štýl a veľký záujem Japoncov o svoj zdravotný stav. Napriek tomu, že vláda neplní mnohé odporúčania WHO, prevalencia fajčenia klesá. Krajina má nízky hospodársky rast, ale vysoké výdavky na zdravotníctvo. Vládna stratégia, zameraná na znižovanie prevalencie fajčenia je úspešná.

Vietnam

Krajina sa pri obmedzovaní prevalencie fajčenia spolieha na edukačné kampane. Podiel nelegálnych výrobkov na trhu je vysoký a tak by výrazné zvyšovanie daní mohlo viesť k substitúcii legálnych výrobkov. Krajina má pomerne dobre fungujúci represívny aparát, ktorý by mohol proti obchodu s nelegálnymi výrobkami výraznejšie zasiahnuť, ak by na to bola vôľa zo strany vlády. Krajina má vysoký hospodársky rast a stagnujúce výdavky na zdravotníctvo. Vládna stratégia zameraná na znižovanie prevalencie fajčenia je úspešná.

Rusko

Rusko kombinuje v posledných rokoch intenzívnu edukačnú kampaň a prudké zvyšovanie cien tabakových výrobkov. Keďže opatrenia vlády sú v platnosti iba krátko budúcnosť ukáže, do akej miery zvýšenie cien cigariet viedlo k ich substitúcii nelegálnymi výrobkami. Vládna stratégia znižovania prevalencie fajčenia v populácii je podľa vládnych zdrojov mimoriadne úspešná, a to aj napriek poklesu HDP a výdavkov na zdravotníctvo v posledných rokoch.

USA

Väčšia časť legislatívy v oblasti regulácie užívania tabakových výrobkov je v kompetencii jednotlivých štátov, preto sa nepredpokladá, že by sa podarilo vytvoriť jednotnú stratégiu boja proti fajčeniu. Edukačná kampaň v USA patrí medzi najúspešnejšie na svete. Krajina má pomerne nízky hospodársky rast, ale vysoké výdavky na zdravotníctvo. Vládna stratégia na znižovanie prevalence fajčenia je úspešná.

Austrália

Austrália je jednou z mála krajín, kde je celkové zdanenie tabakových výrobkov dokonca výrazne vyššie ako doporučuje WHO. Krajina patrí medzi najúspešnejšie krajiny v oblasti boja proti nikotínovej závislosti. Prevalencia fajčenia v krajine sa trvale znižuje. Substitúcia legálnych výrobkov nelegálnymi kópiami je však rastúci problém. Krajina má nízky hospodársky rast a relatívne vysoké výdavky na zdravotníctvo. Vládna stratégia, zameraná na znižovanie prevalence fajčenia je veľmi úspešná.

15. Záver

Teoretická časť práce charakterizovala podmienky vzniku a rozšírenia tabakovej závislosti z pôvodných oblastí subtropickej a tropickej Ameriky do celého sveta.

Vývoj tabakovej závislosti v 20. storočí poukázal na hlavné faktory, ktoré spôsobili masový nárast fajčenia v severoamerickej a európskej populácii. Zvláštna pozornosť bola venovaná stratégii výrobcov a distribútorov tabaku, ktorá veľmi dlho blokovala snahy o obmedzenie fajčenia. Podrobne boli popísané škodlivé účinky fajčenia.

Praktická časť práce identifikovala kľúčové faktory ovplyvňujúce prevalenciu fajčenia v populácii. Popísala ich vplyv na prevalenciu fajčenia v mužskej populácii. Analyzovala tiež vývoj HDP a výdavkov na zdravotníctvo v danom období.

Zistilo sa, že všetky sledované štáty s výnimkou Indonézie prijali opatrenia na obmedzenie alebo úplný zákaz reklamy tabakových výrobkov. Podobne všetky štáty prijali opatrenia na umiestnenie varovných nápisov na baleniach tabakových výrobkov a to buď vo forme textu alebo grafického znázornenia škodlivých účinkov fajčenia.

Vo väčšine krajín sa neuplatňuje zdanenie doporučené WHO s dôvodu obáv pred nahradením legálnych tabakových výrobkov ich ilegálnymi kópiami. U každej krajiny bol analyzovaný stav obchodu s nelegálnymi výrobkami. Mnohé krajiny majú významný problém s vysokým podielom pašovaných tabakových výrobkov na trhu. Tento fakt výrazne podrýva snahu vládnych orgánov o určenie rozsahu prevalence fajčenia v krajine.

WHO doporučila svojim členským krajinám podporovať programy na odvykanie od nikotínovej závislosti. Zatiaľ iba najvyspelejšie krajiny zo sledovanej vzorky a to Japonsko, USA a Austrália výrazne pomáhajú fajčiarom pri zbavení sa závislosti. Ostatné krajiny vo vzorku poskytujú iba poradenstvo a to buď na báze verejného zdravotného sektoru alebo na charitatívnej báze.

Zoznam použitej literatúry

Becker, H. D. a kol. Chirurgická onkologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 880 s.
ISBN-10: 80-247-0720-9

Králíková, Eva. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, ČKS, 2006. 22s.
ISBN 80-239-7362-2

Machová Jitka, Kubátová Dagmar. Výchova ke zdraví. Praha : Grada, 2009, 296 s.
ISBN 80-903609-6-3

Pešek, Roman, Nečasová, Kateřina. Kouření aneb závislost na tabáku, Písek, Arkáda,
2008, 42 s., ISBN 978-80-254-3580-9

Kalina, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha, Grada, 2008, 392s.,
ISBN: 978-80-247-1411-0

BEAR JACK, GEBHARDT. 2008. The enlightened smoker's guide to quitting: Learn to
forget to smoke. Publisher: Benbella Books, USA, 2008, ISBN: 978 1933771373

BOUSQUET, J.; KHALTAEV, N. 2007. Global surveillance, prevention and control of
chronic respiratory diseases. Publications of the World Health Organization, Switzerland,
2007, ISBN 978-92-4-156346-8, 146 pages.

ESHERICK JOAN. 2009. No more butts: Kicking the tobacco habit. Publisher: Mason
Crest(Broomall, Pa.), 2009, LCCN: 2008013215, 112 pages.

EVANS LESLI. 2009. But all my friends smoke!: Cigarettes and peer pressure.
Publisher: Mason Crest (Broomall, Pa). 2009. ISBN: 1422202399, 112 pages.

HEATHER, MILLER. 2008. Smoking (Health at risk). Publisher: Cherry Lake Publishing, 2008, ISBN-13: 9781602792869, 32 pages.

HUDSON, DAVID L. 2008. Smoking bans. Publisher: Chelsea House Publishers (New York), 2008, LCCN:2008014624, 120 pages.

HUNTER DAVID. 2009. But smoking makes me happy: The link between nicotine and depression, Mason Crest Publishers (Broomall), 2009, ISBN: 1422202445, 112 pages.

LE VERT SUZANNE. 2007. The facts about nicotine. Marshall Cavendish Benchmark (New York) 2007, ISBN: 0761422447, 112 pages.

LYNETTE RACHEL.2008. Tabacco. Heinemann Library (Chicago,Ill.), 2008, ISBN: 140349696, 32 pages.

PATIENCE COSTER. 2012. Teen FAQ Smoking, Publisher: E-Book Published in 2012 by Encyclopedia Britanica, London, ISBN: 13 978-1-84837-707-3, 48 pages.

PEACOCK PAUL. 2007. The smoking & curing, Publisher: The Good Life Press, 2007, ISBN : 9781904871231, 160 pages.

PELHAM, BRETT W.; BLANTON, HART. 2012. Conducting research in psychology: measuring the weight of smoke, Publisher: Cengage Learning, 2012, ISBN 13: 9780495598190, 512 pages.

PRINCE SEAN.2008. Junior drug awareness. Nicotine. Publisher: Chelsea House (New York),2008. ISBN: 0791096963

RAJEV K. GOEL, NELSON MICHAEL A. 2008. Global efforts to combat smoking : An economic evaluation of smoking control. Ashgate Publishing Limited, England, 2008. ISBN: 9780754648659, 156 pages.

SANDERS PETE, MYERS STEVE. 2007. Smoking. Publisher: Stargazer Books (North Mankato, Minn.),2007. ISBN: 9781596040984, LCCN:2005056021, 32 pages.

SEIDMAN, DANIEL F. PhD. 2009. Smoke-Free in 30 days: The pain - free, permanent way to quit. Publisher Fireside, ISBN: 978 1439101117, 218 pages.

STEWART GAIL B.2007. Smoking. Publisher: Erickson Press (Yankton, SD), 2007. ISBN:1602170177, 9781602170179, LCCN: 2007023253, 64 pages.

THOMAS AMY N. 2009. Burning money: The cost of smoking. Publisher: Mason Crest Publishers, (Broomall, Pa.) 2009. ISBN: 1422202429, 9781422202425

Ash Action, Tobacco statistics and facts, 2015, online,

Dostupné z <http://ash.org/resources/tobacco-statistics-facts/>

The Word bank, Data, 2015, online,

Dostupné z <http://data.worldbank.org/indicator/SH.PRV.SMOK.MA>

The World bank, Understand, measure and combat tobacco smuggling, 2015, online,

Dostupné z <http://siteresources.worldbank.org/INTPH/Resources/7Smuggling.pdf>

The World bank, The World bank and tobacco control, the facts, 2015, online,

Dostupné z <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/world-bank-and-tobacco-control-the-facts>

WHO, The Tobacco Atlas, 2015, online

Dostupné z http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/

WHO, The history of tobacco, 2015, online,

Dostupné z <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>

WHO, Tobacco free initiative, 2015, online,

Dostupné z <http://www.who.int/tobacco/research/cessation/en/>

