



PromoSan-CRSPB



Ziua Mondială fără Tutun (World No Tobacco Day - WNTD) 31 mai 2017

2. Analiza de situație

Costul fumatului: decese premature și resurse sustrate sănătății

R. Negoescu, C. Bălan, D. Nițulescu, M. Bănățeanu

Sumar

1. Preambul
2. Interacțiuni globale în triunghiul Consum de tutun – Control – Dezvoltare
3. Povara economică globală atribuită fumatului în 2012
4. Regiunea Euro-OMS
5. România recentă: imagine de ansamblu
 - 5.1 Consumul și industria tutunului
 - 5.2 Controlul tutunului: ponderea măsurilor FCTC
 - 5.3 Costul fumatului: decese premature și resurse sustrate dezvoltării
6. Concluzii
7. Bibliografie
8. Anexe

1. Preambul

Cu ocazia **Zilei Mondiale Fără Tutun (WNTD) 2017**, OMS cheamă țările să dea prioritate eforturilor privind controlul tutunului ca parte a contribuției fiecăreia la obiectivele Agendei pentru Dezvoltare Durabilă (SDG) 2030 [1].

Controlul tutunului este considerat una dintre măsurile cele mai eficiente către atingerea obiectivului 3.4 SDG ce prevede reducerea până în 2030 cu 1/3 a deceselor premature cauzate de bolile netransmisibile (BNT), în principal bolile cardiovasculare, cancerul și bolile pulmonare obstructive cronice [2].

Epidemia tabagică afectează dezvoltarea durabilă pe multiple căi, începând cu efectele dezastruoase asupra sănătății, prin povara economică enormă asociată fumatului*.

* Cititorul este rugat să observe că numeroase cifre din textul ce urmează sunt organizate în grafice aparținând Informării despre celebrarea WNTD, piesă a pachetului suport care își propune în primul rând impactul vizual; spre deosebire, Analiza de situație pune accentul pe fluența discursului pe care apariția graficelor o poate uneori întrerupe; din același motiv unele tabele voluminoase au fost plasate în Anexa.

Astfel, tema WNTD 2017 “*Tutunul – o amenințare severă la adresa dezvoltării*” și sloganul “*Fumatul ruinează sănătatea și contribuie la sărăcie!*” reprezintă avertismente privind impactul fumatului asupra indivizilor și economiei, în termenii costurilor pentru îngrijirea sănătății și ai pierderii de productivitate asociate morbidității tabagice.

Scopul WNTD 2017 este de a pune în lumină amenințările industriei și consumului de tutun la adresa dezvoltării țărilor, incluzând sănătatea și bunăstarea economică a cetățenilor.

Obiectivul principal al campaniei este evidențierea relațiilor în triunghiul format de consumul produselor din tutun - controlul tutunului - dezvoltarea durabilă, în vederea identificării celor mai eficace măsuri de reducere a consumului în interesul națiunilor, comunităților și indivizilor.

2. Interacțiuni globale în triunghiul Consum de tutun – Control – Dezvoltare

Consumul de tutun

Numărul fumătorilor este estimat la circa 1,1 miliarde, dintre care 80% trăiesc în țări cu venituri mici și medii, iar 13 țări însumează aproape 2/3 din numărul total de fumători.

Deși în lume s-au înregistrat progrese substanțiale în reducerea fumatului, iar prevalența este în scădere, numărul absolut al fumătorilor nu este încă în declin, în mare parte datorită creșterii populației. Fără măsuri de control mai ferme obiectivul de reducere globală a fumatului cu 30% până în 2025 - stabilit de Adunarea Mondială a Sănătății în 2013 - ar putea fi compromis.

La nivel mondial, peste 80% dintre fumători sunt bărbați. Diferențele între fumătorii de gen masculin și feminin sunt deosebit de ridicate în Regiunile Asia de Sud-Est, Pacificul de Vest și în țările cu venituri mici și medii.

În privința tinerilor, deși rata fumătorilor rămâne mai ridicată în rândul băieților decât al fetelor, diferența este mai mică decât aceea dintre bărbați și femei. În toate regiunile lumii, rata fumătorilor în rândul fetelor se apropie sau, în unele țări, o depășește pe cea din rândul femeilor.

La nivel global, 346 milioane adulți și circa 13 milioane tineri folosesc surogate de tutun (țigarete electronice).

Fumatul pasiv rămâne o problemă gravă.

În cele mai multe țări, între 15% și 50% din populație suferă din cauza fumatului pasiv, iar expunerea involuntară la fumul de tutun poate ajunge să afecteze până la 70% din populația unor state [3] atrăgând aceeași patologie ca la fumători.

La femeile gravide fumatul pasiv provoacă greutate mică la naștere a fătului și poate fi implicat în moartea subită a sugarului. În 2004, copiii reprezentau 28% din decesele atribuibile fumatului pasiv.

În prezent numai 1,3 miliarde de nefumători (18% din populația lumii) sunt protejați de lege față de fumatul pasiv [4].

Controlul tutunului

Controlul tutunului este esențial pentru atingerea obiectivului global convenit de către Adunarea Mondială a Sănătății (AMS) în 2013: reducerea cu 25% până în 2025 a mortalității premature prin bolile netransmisibile, subsumând o reducere cu 30% a prevalenței globale a fumatului [5].

Măsurile de control al tutunului stipulate de primul tratat internațional de sănătate publică - FCTC – sunt în general bine primite de majoritatea publicului, iar respectarea acestora este mai riguroasă când există mecanisme de supraveghere și sancțiuni legale.

Se știe că sporirea accizelor și a prețurilor en-detail reprezintă măsura FCTC cu influența cea mai puternică în privința reducerii fumatului.

La rândul lor, măsurile cuprinzătoare tip “liber de tutun”- de exemplu cele îndreptate împotriva fumatului la locul de muncă sau în spațiile publice închise – au impact considerabil asupra consumului de tutun.

Industria tutunului reprezintă obstacolul major pentru adoptarea politicilor “liber de tutun”; argumentul industriei că astfel de politici ar dăuna afacerilor și dezvoltării ignoră creșterea productivității muncii și reducerea costurilor de întreținere și curățenie a spațiilor de lucru prin eliminarea fumatului.

Literatura menționează studii ce au constatat că politicile liber de tutun nu au consecințe economice negative pentru întreprinderi, restaurante și chiar baruri, în unele situații fiind înregistrate chiar anumite efecte economice pozitive [3].

Principalele prevederi FCTC privind controlul tutunului au fost grupate sub acronimul **MPOWER**, astfel: **Monitorizarea** epidemiologică; **Protecția** față de fumul de țigară; **Oferirea** ajutorului pentru renunțarea la fumat; **Avertizarea** (Warn) privind efectele fumatului; **Întărirea** (Enforce) interzicerii publicității și promovării; **Creșterea** (Raise) taxelor.

Din păcate, statisticile OMS arată că la nivelul anului 2014 cele mai multe măsuri se aplicau la nivel de rigoare moderat sau minimal; de exemplu, mai puțin de 40% dintre țări monitorizau an de an prevalența fumatului atât la adulți cât și la tineri [6].

Relația dintre dezvoltarea socio-economică și consumul de tutun

Costurile economice ale epidemiei tabagice includ cheltuieli semnificative pentru tratarea bolilor atrase de fumat și pierderi economice importante echivalente cu încetinirea dezvoltării, prin scăderea productivității cauzate de morbiditatea și mortalitatea specifice.

În țările bogate, chiar dacă fumătorii au speranța de viață mai mică, costurile și duratele îngrijirilor medicale pe durata vieții sunt semnificativ mai ridicate pentru fumători față de populația generală.

Consumul de tutun în țările cu venituri mici exacerbează sărăcia prin îmbolnăvire, scăderea productivității și reducerea veniturilor, creșterea costurilor de îngrijire a sănătății care deturneză resursele limitate ale familiei de la nevoi de bază precum hrana și educația. În aceste țări, tendințele în consumul de tutun, precum și relativa îmbunătățire a calității și accesului la asistență medicală vor duce în viitorul apropiat la creșterea poverii economice specifice [3].

Relația dintre politicile anti-tutun și dezvoltare

În privința pierderilor locurilor de muncă, argument des folosit de industria tutunului împotriva măsurilor anti-tutun, statisticile arată că numărul locurilor de muncă legate de cultivarea tutunului, fabricarea și distribuția produselor specifice era deja în scădere în majoritatea țărilor chiar înainte de aplicarea FCTC.

Analiza economică arată că frunzele de tutun reprezintă o proporție foarte mică (<1%) din exporturile și importurile agricole mondiale și puține țări depind major de câștigurile din acest comerț. Majoritatea producției de tutun provine din muncă intensivă în mici ferme de familie situate preponderent în țările cu venituri mici/mijlocii, fiind apoi vândută la prețuri mici, în timp ce fabricarea țigaretelor – partea cea mai profitabilă – este azi automatizată și dominată de câteva mari multinaționale cu baza în țările cu venituri ridicate [3].

În legătură cu culturile de tutun, sunt menționate efecte negative atât asupra mediului cât și asupra lucrătorilor ale cantităților mari de pesticide și îngrășăminte – poluante pentru apă și toxice pentru animale; cultivarea tutunului acoperă, încă, circa 4,3 milioane de hectare obținute prin defrișări (între 2% și 4% din suprafețele împădurite de pe glob) și lasă în urmă peste 2 milioane tone deșeuri solide/an [2].

*

Alături de noile tehnologii de fabricație, transferul capacității de producție din portofoliul statului în proprietate privată, survenit în multe țări, a redus notabil forța de muncă specifică.

Studiile sugerează că, în aproape toate țările, politicile de control încadrate de măsuri compensatorii de reconversie a culturilor de tutun, vor avea fie niciun efect semnificativ, fie un anumit efect pozitiv în privința ocupării forței de muncă în ansamblu.

În cele câteva țări sărace care depind substanțial de exportul frunzelor de tutun, se consideră că pierderea treptată a unui număr limitat de locuri de muncă, în urma politicilor globale anti-tutun este puțin probabil să afecteze semnificativ actuala generație a cultivatorilor de tutun.

Studiile arată că populațiile cu venituri mici reacționează mai mult la suprataxarea tutunului și creșterea prețului en-detail decât populațiile cu venituri mari; în consecință se poate reduce presiunea pe sistemele de sănătate și se pot disponibiliza resurse pentru dezvoltare.

Prin reducerea consumului de tutun în țările cu venituri mici, politicile anti-tutun pot contribui la întreruperea cercului vicios dintre fumat și sărăcie [3].

*

În numeroase țări se încearcă compensarea cheltuielilor enorme impuse de fumat sistemelor de sănătate prin suprataxarea cunoscută drept “taxa pe viciu”, cu efecte pozitive care includ scăderea consumului prin mecanismul prețurilor en-detail.

Pe de altă parte, evaziunea fiscală și contrabanda subminează sever eficiența acestei măsuri, mai ales în țările cu niveluri ridicate de corupție, abordare permisivă a comerțului ilicit și administrație fiscală inefficientă.

Măsurile adecvate de supraveghere, control și sancționare pot limita evaziunea și comerțul ilicit, chiar când taxele și prețurile la tutun sunt ridicate - arată experiența multor țări; rezultatul este creșterea veniturilor fiscale – vărsate în mare parte sistemelor de sănătate - și scăderea consumului de tutun [3].

3. Povara economică globală atribuită fumatului în 2012

În 2012, povara economică globală atrasă de bolile atribuite fumatului a totalizat circa 422 miliarde US\$, adică 5,7% din cheltuielile pentru sănătate. Costul economic total al fumatului (cheltuielile pentru sănătate împreună cu pierderile de productivitate) au totalizat 1436 miliarde US\$ (echivalentul a 1,8% din PIB-ul anual global), suportate în proporție de 40% de statele în curs de dezvoltare cu PIB-uri foarte modeste [7].

Povara economică a fumatului este semnificativ mai mare în Regiunea Euro-OMS față de alte regiuni, reprezentând în medie 2,5% din PIB-ul anual, cu 3,6% în subregiunea Est față de 2,0% în restul regiunii. Similar cu Euro-OMS, în SUA și Canada costurile fumatului reprezintă în medie 3,0% din PIB. Brazilia, Rusia, India și China (BRIC) – țări cu populații numeroase și prevalențe ridicate ale fumatului - plătesc circa 25% din costul economic global [7].

În Regiunile OMS Africa și Est-Mediteraneană, unde prevalența fumatului este în prezent mai scăzută comparativ cu Europa de Est, costul de sănătate al fumatului este proporțional mai mic. Multe țări din Africa și din alte regiuni se găsesc însă în stadiul incipient al epidemiei, când costul social integral al fumatului nu este încă evident.

4. Regiunea Euro-OMS

Cu 28% fumători de ambele genuri (38% bărbați și 19% femei), Europa prezenta în 2013 cea mai mare prevalență globală a fumatului la persoanele ≥ 15 ani între regiunile OMS, precum și una dintre cele mai ridicate în rândul adolescenților.

În unele țări precum Cehia, Letonia sau Lituania prevalența fumatului la adolescenți era apropiată de nivelul înregistrat la adulți.

Este semnificativă diferența între cele 19% dintre persoanele de gen feminin care fumau în regiunea noastră și cele 2-3% în Regiunile Africa, Asia de Sud-Est, Mediterana de Est și Pacificul de Vest. Însfârșit, în unele țări Euro-OMS, precum Danemarca, Irlanda, Olanda, Norvegia, Suedia și Regatul Unit, diferența între bărbați și femei în privința fumatului era foarte mică (<5%), traducând o prevalență în rândul femeilor depășind notabil media de 19%.

Considerând prevalențele proiectate de OMS pentru 2025, anume 31% pentru bărbați și 16% pentru femei (echivalând cu reduceri relative cu 22% la bărbați și 25% la femei în intervalul 2010-2025), Regiunea Euro-OMS trebuie să intensifice politicile anti-tabac pentru atingerea obiectivului global de reducere relativă cu 30% a prevalenței fumatului la persoanele peste 15 ani în 2010-2025 [5].

În concordanță cu prevalența ridicată a fumatului, consumul de tutun în Euro-OMS era responsabil de 16% din totalul deceselor la adulții de peste 30 ani - iarăși un procentaj dintre cele mai mari între Regiunile OMS - multe survenind prematur. Pentru referință, în Regiunile Africa-OMS sau Est-Mediteraneană rata deceselor atribuite fumatului era de 3% respectiv 7%, iar media mondială de 12% [5].

5. România recentă: imaginea de ansamblu

Consumul de tutun era încă ridicat, cu prevalența globală (ambele genuri, persoane ≥ 15 ani) de 27% în 2014 (numai cu 1 procent sub media record a Euro-OMS - vedeți mai sus), însemnând circa 4,3 milioane de fumători.

Aspectele ce urmează au fost selectate din meta-analiza consacrată aspectelor economice ale fumatului publicată de Szabó Á et al în 2016 [8].

Prevalența fumatului la adolescenții de 13-15 ani era estimată în 2013 la 12,2% la băieți și de 10,1% la fete.

Față de reperul 1990, prevalența fumatului la femei s-a dublat în decursul a 20 ani; în ultimii ani se semnalează o anumită tendință de scădere.

Circa 82% dintre fumători începuseră fumatul la vârste sub 20 ani, iar aproximativ 39% la 16 ani.

În privința intensității fumatului curent (zilnic), peste jumătate dintre fumători declarau un consum de cel puțin 20 de țigarete/zi.

Tratarea bolilor asociate fumatului a costat în 2012 peste 1,2 miliarde lei, reprezentând circa 5,7% din cheltuielile pentru sănătate (cf. Ciobanu M. et al citați în [8]). În 2010 au fost atribuite fumatului 42.800 decese premature.

Deși accizele au crescut începând cu 2007, dinamica veniturilor a făcut produsele din tutun mai accesibile în anii recentți decât la începutul anilor 2000.

Odată cu aderarea la UE, cultivarea tutunului a scăzut considerabil (micii producători aproape au dispărut), producția locală bazându-se mai ales pe importul de materie primă.

Trei mari multinaționale de tutun domină piața internă: British American Tobacco, Japan Tobacco International și Philip Morris International.

Se estimează că mai mult de 1/5 fumători (20,4%) și circa 1/6 nefumători (16,4%) nu conștientizau implicarea fumatului în etiologia AVC, IMA sau a cancerului pulmonar.

5.1 Consumul și industria tutunului

Dinamica 1981-2011 a fumatului global (ambele genuri), extrasă din date omogene GATS

publicate în 2012, arată creștere către 33-34% în 1993-99, urmată după 2002 de o descreștere care se accelerează după 2005 și se încetinește după 2010 (cf. Szabó Á et al [8] de la care provine informația din acest subcapitol).

Prevalența recentă a fumatului global se ridică în 2011 la 26,7% (37,4 la bărbați; 16,7 la femei) conform GATS 2012 și la 27% (33 bărbați; 22 femei) conform Eurobarometrului din noiembrie-decembrie 2014. Prevalența foștilor fumători crește continuu (mai rapid după 2002) între aproximativ 2,5% în 1990 și circa 12,5% în 2011.

În privința fumatului la adolescenții 13-15 ani, studiul Global Youth Tobacco Survey (GYTS) realizat în 2004, 2009 și 2013 arată că prevalența globală a scăzut semnificativ cu fiecare treaptă de timp, de la 17,6% în 2004 la 9,4% în 2013; scăderea prevalenței fumatului este mai consecventă la băieți, ceea ce a redus decalajul între genuri. Conform aceluiași studiu, circa 14% dintre subiecți (atât băieți cât și fete) se declarau tentați să crească consumul de tutun, în timp ce puțin peste 1/3 declarau că nu au fumat vreodată.

Conform datelor ESPAD privind fumatul la 16 ani studiat între 1999 – 2015, se schițează o creștere a prevalenței globale, în opoziție cu tendința dominantă la adulți, comentată mai sus. Începând cu 2007 diferența intra-gen se estompează: în 2015, 31% dintre băieți și 30% dintre fete raportau că fumaseră în ultima lună.

*

În spatele consumului de tutun din România, datele privind dinamica vânzărilor de țigarete în intervalul 2001 – 2015 arată o scădere de la peste 41 miliarde de țigarete în 2001 la puțin sub 20,9 miliarde în 2015. În contrast, vânzările de produse surogat (țigarete electronice, “vaping”), au crescut dramatic în ultimii ani, triplându-se de la 26,4 mil. RON în 2010 la 81,1 mil. RON în 2015.

În intervalul 2001-2014, dinamica producției de țigarete arată scădere moderată până în 2005 - 2006, urmată de creștere accentuată după 2007. În 2014, majoritatea producției din România (aproximativ 65 mld țigarete) era destinată exportului (peste 45 mld) mai ales către țările UE (cu precădere în Italia, Olanda, Austria și Grecia). Importurile erau sub 10 mld bucăți în 2014.

Dinamica investițiilor 2005-2014 în industria tutunului arată o creștere progresivă (cu o sincopă în 2008 în legătură probabilă cu incertitudinile legate de aderarea României la UE) însoțită de sporirea în acord a producției (dublare între 2005 și 2014, de la 34,5 la 69,4 miliarde bucăți), ceea ce califică țara noastră ca o importantă sursă regională de țigarete.

Însfârșit, în ultimele decenii, culturile de tutun s-au redus substanțial; astfel în 1989 se produceau 27.500 tone Frunze de tutun pe 35.200 ha de teren; în 1995 (anul asocierii României la UE) producția era de 13.358 tone (-50%) pe 9.623 ha (-70%); cifrele pentru 2015 erau diminuate la circa 1500 tone /1500 ha.

5.2 Controlul tutunului: ponderea măsurilor FCTC

Dacă se compară fumatul curent la persoanele ≥ 15 ani, cu măsurile de control al tutunului în intervalul 2003-2011, se constată că, în timp ce măsurile de control în perioada de pre-aderare UE (2003-04) par doar a tempera creșterea prevalenței fumatului, sporirea accizelor odată cu 2007 curbează puternic fumatul la bărbați, urmat de o revenire în 2008, pentru ca aplicarea măsurilor FCTC din 2009 să ducă la o descreștere a fumatului la ambele genuri [9].

Contribuțiile procentuale la reducerea fumatului în 15 ani ale unor prevederi FCTC importante, în ipoteza aplicării la nivelul maxim, au fost estimate de sursele OMS [10] în cazul României după cum urmează:

- 20,8% prin creșterea taxelor accizelor de la nivelul actual de 56% la 75%;

- 5,9% prin interzicerea cuprinzătoare (însoțite de control și sancțiuni) a promovării tutunului - incluzând publicitatea directă și indirectă - și a sponsorizărilor de către industria tutunului;
- 3,7% prin creșterea intensității campaniilor mass-media de la moderat la înalt;
- 3,2% prin aplicarea mai strictă a legilor antifumat aflate deja în vigoare;
- 3% prin creșterea impactului avertismentelor grafice de sănătate pe ambalajele produselor de tutun;
- 2,5% prin evoluția de la acțiuni în stadiul incipient la campanii de renunțare la tutun cuprinzătoare și bine mediatizate.

Stadiul aplicării în România a măsurilor MPOWER (grupând principalele prevederi FCTC) este ilustrat de următoarele:

- **Monitor:** prevalența fumatului la persoane ≥ 15 ani era 26,7% în 2011 (bărbați: 37,4%; femei: 16,7%); următoarea estimare este datorată Eurobarometrului 2014.
- **Protect:** toate spațiile publice închise sunt libere de fum conform Legii 15 din 2016; nerespectarea legislației implică amendarea patronului dar nu și a unității; nu există fonduri destinate controlului și aplicării sancțiunilor.
- **Offer help to quit:** există unele servicii specializate în clinici publice sau private, cu costuri acoperite integral de asigurările de sănătate; terapia de substituție este disponibilă contra-cost în farmacii.
- **Warn:** s-au introdus 16 avertismente de sănătate standardizate, incluzând pictograme, ce acoperă 30 respectiv 40% din suprafețele frontală și posterioară a pachetului de țigarete.
- **Enforce:** cheltuielile totale pentru verificarea măsurilor anti-fumat (incluzând costurile campaniilor mass-media), sunt de circa 7,94 mil US\$, corespunzând unui nivel moderat de finanțare.
- **Raise taxes:** un pachet de țigări costă circa 14,50 RON (4,39 US\$), din care 75,41% reprezintă taxele (19,35% TVA-ul + 56,06% accizele).

Global, intensitatea aplicării MPOWER poate fi considerată moderată, cu progrese notabile pentru măsurile P, W și R.

În problema sensibilă a interdicțiilor privind publicitatea, promovarea și sponsorizările dinspre industria tutunului, trebuie menționat că mai multe forme de publicitate directă și indirectă au fost interzise în 2004 printr-o lege completată în 2008 ce prevede amenzi drastice în cazul non-conformării. Astfel, este interzisă publicitatea directă prin televiziuni și posturi de radio naționale și internaționale, reviste și ziare locale, panouri și publicitate exterioară, publicitate online, dar nu și publicitatea prin reviste și ziare internaționale sau la punctele de vânzare.

În privința publicității indirecte, reamintim că sunt interzise produsele non-tabac utilizând denumiri ale mărcilor de tutun precum și apariția mărcilor de tutun la televiziune și/sau în filme, dar sunt tolerate distribuția gratuită prin poștă sau prin alte mijloace, discounturile promoționale, apariția produselor de tutun la televiziune și/sau în filme, evenimentele sponsorizate, produsele de tutun expuse la punctele de vânzare.

În legătură cu cele de mai sus, domeniile ce necesită măsuri suplimentare de control (interdicție) și sancțiuni legale sunt considerate următoarele [10]:

- propaganda privind activitățile companiilor/industriei tutunului (inclusiv “implicarea socială”);

- propaganda privind activitățile entităților implicate în comercializarea tutunului, altele decât industria tutunului;
- sponsorizările/finanțările contribuțiilor de orice fel (inclusiv în natură) oferite de industria tutunului companiilor media de prevenire a fumatului inclusiv campaniilor adresate tineretului.

Însfârșit, este considerată oportună impunerea difuzării unor avertismente standard anti-fumat înainte, în timpul sau după difuzarea emisiunilor de tele-varietăți.

Data fiind situația actuală în controlul tutunului, trebuie menționat că evoluția României se reflectă în progresul pe scala europeană privind Controlul Tutunului (TCS) între 2013 și 2016 [11].

TCS atribuie scoruri maximale (ponderi) fiecăruia dintre principalele 6 măsuri de control al fumatului, însumând 100 puncte. Tabelul complet pentru 35 euro-țări este prezentat în Anexa 1 și ilustrează saltul spectaculos realizat de România de pe locul 19 în 2013 pe locul 7 în 2016 cu 56 puncte, depășind Belgia (49) sau ultima clasată – Austria (36), aflate sub pragul de 50 puncte.

UK, Irlanda, Islanda și Franța, Norvegia și Finlanda – sunt singurele țări cu scor peste 60 în 2016.

5.3 Costul fumatului: decese premature și resurse sustrase dezvoltării

Este larg acceptat faptul că fumătorii trăiesc cu cel puțin 10 ani mai puțin decât cei care n-au fumat niciodată [12].

Astfel, studiul american publicat în 2014 [13] a calculat că în 1964-2012 aproximativ 17,7 milioane de decese premature au fost atribuite fumatului (la o populație 316,3 mil loc în 2010), cu 8,0 milioane mai puține față de scenariul în care ar fi lipsit măsurile de control al tutunului. Cele 8 milioane reprezentau 5,3 milioane de bărbați și 2,7 milioane de femei. Mai departe, modelul de calcul folosit a condus la concluzia că măsurilor anti-fumat li se datorau aproximativ 157 milioane ani de viață salvați (111 milioane pentru bărbați, 46 de milioane pentru femei), corespunzând unei medii de 19,6 ani pentru fiecare beneficiar. În acest timp, speranța de viață la vârsta de 40 de ani a crescut cu 7,8 ani pentru bărbați și 5,4 ani pentru femei, dintre care controlul tutunului era asociat cu un plus de 2,3 ani pentru bărbați și de 1,6 ani pentru femei.

Pornind de la prevalența actuală a fumatului și nivelurile politicilor anti-fumat practicate în România, decesele premature atribuite fumatului în 15 ani sunt proiectate să depășească 2,1 milioane dintre cei circa 4,3 milioane fumători de azi (acest calcul se bazează pe riscurile relative conform studiilor efectuate în țările cu venituri ridicate) [10].

În spatele faptului că decesele premature cauzate de fumat în țările sărace sunt mai puțin numeroase decât în țările bogate (vedeți tabelul specific din Informarea despre celebrare) este în legătură cu speranța de viață la naștere (LEB) semnificativ mai mare în țările dezvoltate; pentru fixarea ideilor, 1 decedat cauzat de fumat la vârsta de 60 ani duce la pierderea a 10 ani de viață într-o țară cu LEB-ul de 70 ani, față de 20 într-o țară cu LEB-ul de 80 ani.

În Anexa 2 sunt prezentate: proiecții pentru eficiența principalelor măsuri anti-tutun asupra prevalenței fumatului și a deceselor atribuibile fumatului în România, într-o perspectivă mai îndepărtată [10].

În tabelul din această anexă sunt listate: *măsurile pentru controlul tutunului; protejarea prin legi antifumat; oferirea de servicii pentru renunțarea la fumat; campaniile mass-media anti-fumat; avertismentele inscripționate pe pachetele de țigări; întărirea restricțiilor împotriva comercializării tutunului; creșterea taxelor pe tutun.*

Combinate, aceste măsuri (care includ nucleul dur MPOWER) prezintă un potențial de reducere a prevalenței fumatului cu 26% în decurs de 5 ani, cu 34% în 15 ani și cu 42% în 40 ani. Aproape 900 000 decese ar putea fi evitate pe termen lung. Modelul de calcul al efectelor simple și combinate este SimSmoke – dezvoltat la Georgetown University (o descriere prescurtată a modelului Sim Smoke se găsește în [12]).

*

În privința, costurilor impuse de fumat sistemului de sănătate, Ciobanu M. et al [14] documentează că tratarea bolilor atribuite fumatului în 2012 a costat 4,489 mld lei, dintre care bolile cauzate exclusiv de fumat 1,252 mld lei, reprezentând circa 5,7% din bugetul total al sănătății de circa 22,076 mld lei.

Principalele surse pentru cheltuielile atribuite fumatului au fost Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) - 6,2% și veniturile proprii ("taxa pe viciu") - 5,2%.

În privința principalelor boli implicate, spitalizarea pentru BCV, bolile respiratorii și cele oncologice atribuite exclusiv fumatului reprezintă circa 13%, 43%, respectiv 33% din total.

6. Concluzii

În absența unei aplicări riguroase a Convenției Cadru pentru Controlul Tutunului, la care au aderat majoritatea țărilor, cele 6 milioane decese/an atribuite astăzi consumului de tutun vor ajunge la 30 milioane în 2030.

Consumul de tutun grevează substanțial economiile naționale prin creșterea costurilor pentru sănătate, sporirea absenteismului și scăderea productivității, constituind o redutabilă barieră în calea progresului socio-economic, începând cu sănătatea mai bună a populațiilor.

În 2012, "factura de sănătate" globală atribuită fumatului a totalizat circa 422 miliarde US\$, adică 5,7% din cheltuielile pentru sănătate. Costul economic total al fumatului (cheltuielile de sănătate împreună cu pierderile de productivitate) au totalizat echivalentul a 1,8% din PIB-ul anual global, suportate în proporție de 40% de statele cu PIB-uri foarte modeste.

Analizele arată că, în majoritatea țărilor, controlul tutunului încadrat de măsuri compensatorii de diversificarea culturilor, vor avea fie niciun efect semnificativ, fie un anumit efect pozitiv în privința ocupării forței de muncă în ansamblu.

*

În România consumul de tutun se menținea încă relativ ridicat în 2014, cu prevalența globală de 27% însemnând circa 4,3 milioane de fumători cu vârsta ≥ 15 ani. Deși accizele au crescut după 2007, sporirea veniturilor face azi produsele din tutun mai accesibile decât la începutul anilor 2000.

În privința controlului tutunului România a înregistrat un salt notabil între 2013 și 2016 pe scară europeană specifică, datorat în esență Legii 15/2016 care interzice complet fumatul în spațiile publice închise.

În 2010 se înregistrau 42.800 decese premature atribuite tutunului. Tratarea bolilor asociate fumatului a costat în 2012 peste 1,2 miliarde lei – circa 5,7% din cheltuielile de sănătate, fonduri sustrase astfel rețehnologizării sistemului de sănătate și cercetării medicale - aspecte notabile ale dezvoltării României.

Se estimează că mai mult de 1/5 fumători și circa 1/6 nefumători nu conștientizează implicarea fumatului în etiologia AVC, IMA sau a cancerului pulmonar. Conștientizarea populației în privința fumatului poate fi astfel considerată o contribuție la dezvoltare și progres socio-economic în care sunt implicați promotorii sănătății.

7. Bibliografie

- [1]. Site-ul oficial OMS: <http://www.who.int/tobacco/en/>
- [2]. Site-ul oficial OMS 2017: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017/event/en/>
- [3]. *** The Economics of Tobacco and Tobacco Control. NCI Tobacco Control, Monograph series 21. In collaboration with World Health Organization, 2016. US Department of Health & Human Services/National Institutes of Health:
https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_exec_sum.pdf
- [4]. Site-ul oficial OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- [5]. Site-ul oficial Euro-OMS: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>
- [6]. Site-ul oficial OMS: http://www.who.int/gho/tobacco/tobacco_001a.png?ua=1
- [7]. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. TC Online First. February 2, 2017. BMJ Publishing Group Ltd:
<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/early/2017/02/02/tobaccocontrol-2016-053305.full.pdf>
- [8]. Szabó Á, Lázár E, Burián H, et al. The economics of tobacco and Tobacco Taxation in Romania. The University of Medicine and Pharmacy of Tîrgu Mureş, Romania 2016:
<http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/11/English-report-online-version-14.11.2016.pdf>
- [9]. Site-ul oficial Euro-OMS: <http://data.euro.who.int/Tobacco/Sites/CountryTimelineChart.aspx?countryId=47&definition=CurrentTobaccoSmoking&demographicCharacteristics=Adults%2cMen%2cWomen>
- [10]. Romania tobacco control Fact sheet. Site-ul Euro-OMS 2016:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/312595/Tobacco-control-fact-sheet-Romania.pdf?ua=1
- [11]. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. The Seventh European Conference on Tobacco or Health, Porto, Portugal, 22-25 March 2017:
<http://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2017/03/TCS-2016-in-Europe-COMPLETE-LoRes.pdf>
- [12]. Smoking and tobacco use. Tobacco-Related Mortality - Update December 2016. Site-ul CDC: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality/
- [13]. Holford Th R, Meza R, Warner K E et al. Tobacco Control and the Reduction in Smoking-Related Premature Deaths in the United States, 1964-2012. JAMA, January 8, 2014.
- [14]. Ciobanu M, Ciolompea T, Bogdan M. Impactul economic al fumatului asupra sistemului public de sănătate din România în anul 2012. Fundația Medicală "Pneuma", 2014:
http://www.aureliacristea.ro/uploads/files/Studiul_final_print.pdf

8. Anexe

Anexa 1. Poziționarea a 35 țări pe scala europeană privind Controlul Tutunului (TCS) în 2016 [11].

Ranking 2016 (ranking 2013)		Country	Price (30)	Public place bans (22)	Public info campaign spending (15)	Advertising bans (13)	Health warnings (10)	Treatment (10)	Total (100)
1 (1)	–	UK	26	22	3	12	9	9	81
2 (2)	–	Ireland	20	22	2	13	5	8	70
3 (3)	–	Iceland	20	17	13	13	4	2	69
4 (5)	▲	France	19	18	1	11	9	6	64
5 (4)	▼	Norway	20	17	3	13	4	6	63
6 (9)	▲	Finland	16	18	3	13	5	5	60
7 (19)	▲	Romania	17	19		8	5	7	56
8 (7)	▼	Spain	14	21	1	9	4	6	55
9 (11)	▲	Hungary	15	17		11	5	5	53
9 (13)	▲	Netherlands	14	15	3	9	5	7	53
9 (5)	▼	Turkey	17	19		7	5	5	53
9 (11)	▲	Sweden	14	15	1	11	5	7	53
13 (7)	▼	Malta	17	12	1	11	5	5	51
13 (15)	▲	Italy	15	14	2	9	5	6	51
15 (20)	▲	Poland	14	11	1	11	5	8	50
15 (24)	▲	Portugal	17	11	1	10	5	6	50
17 (13)	▼	Belgium	14	15	1	8	5	6	49
17 (10)	▼	Ukraine	11	19		13	4	2	49
17 (new)		Russian Fed.	6	19		13	4	7	49
20 (15)	▼	Bulgaria	16	11		11	5	4	47
21 (18)	▼	Switzerland	13	11	8	2	5	7	46
21 (20)	▼	Estonia	12	12		11	5	6	46
23 (15)	▼	Denmark	13	11	1	8	5	7	45
23 (23)	–	Serbia	21	11		9	1	3	45
23 (26)	▲	Croatia	16	11	1	12	1	4	45
26 (32)	▼	Cyprus	16	8		11	1	8	44
26 (24)	▼	Latvia	14	12		9	5	4	44
28 (20)	▼	Slovenia	13	15		9	1	5	43
28 (29)	▲	Lithuania	12	13	1	8	5	4	43
30 (27)	▼	Slovakia	11	10		9	5	6	41
31 (31)	–	Czech Rep.	14	9		8	5	4	40
31 (29)	▼	Greece	16	7		6	5	6	40
33 (28)	▼	Lux.	5	15		9	1	7	37
33 (33)	–	Germany	13	11		4	5	4	37
35 (34)	▼	Austria	11	8		7	5	5	36

Anexa 2. România: proiecții privind eficiența principalelor măsuri anti-tutun asupra prevalenței fumatului și a deceselor atribuibile fumatului [10].

	Schimbări relative în prevalența fumatului (%)		Reducerea nr. de fumători în 40 de ani	Reducerea numărului de decese atribuibile fumatului în 40 de ani					
	5 ani	40 ani		Total	Barbati ^a	Femei ^a	TOTAL ^a	Barbati ^b	Femei ^b
Măsuri pentru controlul tutunului									
Protejarea prin legi antifumat	-2,8	-3,5	148 678	49 205	25 134	74 339	31 983	16 337	48 320
Oferirea de servicii pentru renunțare la fumat	-1,4	-3,5	151 548	50 155	25 619	75 774	32 601	16 652	49 253
Campanii mass-media anti-fumat	-3,3	-3,9	167 611	55 471	28 335	83 806	36 056	18 418	54 474
Avertismente inscripționate pe pachetele de țigări	-2,0	-4,0	171 908	56 893	29 061	85 954	36 980	18 890	55 870
Întărirea restricțiilor împotriva comercializării tutunului	-4,9	-6,4	273 764	90 602	46 280	136 882	58 891	30 082	88 973
Creșterea taxelor pe tutun	-13,8	-27,7	1 190 095	393 861	201 187	595 048	256 009	130 772	386 781
MĂSURILE COMBINATE	-25,5	-41,8	1 797 620	594 920	303 890	898 810	386 698	197 529	584 227

^a Calcul bazat pe riscuri relative cf studiilor efectuate în țările cu venituri ridicate.

^b Calcul bazat pe riscuri relative cf studiilor efectuate în țările cu venituri mici și mijlocii.