



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1882)

107. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 30 listopada 2010 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 46)

(Posiedzeniu przewodniczą zastępca przewodniczącego Michał Okła oraz poseł Beata Malecka-Libera)

(Brak nagrania)

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Adam Fronczak:**

Bardzo cieszę się z dzisiejszego spotkania i zaproszenia.
Szanowni Państwo!

Gdy dwa lata temu rozpoczynaliśmy z panią dyrektor Miśkiewicz rozmowy w Ministerstwie Zdrowia na temat badań GATS, to nie było wiadomo, jak to się zakończy. Potem udało nam się w drodze stosownej procedury wyodrębnić do współpracy dwie instytucje medyczne – Instytut Onkologii, z panem profesorem Zatońskim na czele, i Warszawski Uniwersytet Medyczny. Te dwie instytucje współpracowały ze sobą przy przeprowadzeniu badań, jak i oczywiście Pentor, który bardzo aktywnie włączył się w prace. Dzięki jego wiedzy i zastosowanym technikom udało się zebrać podczas badań bardzo dużo interesujących danych, o których za chwileczkę będą mówić ci, którzy tymi badaniami się zajmowali.

Chcę tylko wspomnieć, że te badania były wykonywane, a właściwie kończone, akurat w okresie procedowania ustawy, uchwalonej wiosną tego roku przez parlament, ustawy, która poszerza strefy wolne od dymu tytoniowego, chroni osoby niepalące, osoby, które nie chcą przebywać w takich pomieszczeniach, a z różnych powodów muszą, czy też chcą. Te osoby mają bowiem prawo uczestniczyć nie tylko w życiu zawodowym, ale i w innych działalnościach, które mają miejsce na przykład w restauracjach. Ta więc ustawa jest tak naprawdę dużym krokiem naprzód. To jest osiągnięcie parlamentu, był to bowiem projekt poselski. W Europie, w innych krajach, w których bywam i mam okazję rozmawiać z władzami i obywatelami tamtych krajów o ochronie zdrowia, jesteśmy dobrze postrzegani, że poszliśmy w tej kwestii naprzód. Oczywiście, nie powiedzieliśmy ostatniego słowa i przyjdzie czas na to, aby tę ustawę w przyszłości szerzej nowelizować. Ale to jest przeszłość.

Na razie musimy okrzepnąć w tych regulacjach prawnych, które obowiązują od 15 listopada. Powiem państwu, że nawet osoby z otoczenia Ministerstwa Zdrowia, osoby, które bywają w restauracjach czy w dyskotekach, mówią, że bardzo się cieszą, że jest ta ustawa. Po prostu wychodzi się z restauracji i człowiek nie musi od razu iść pod prysznic i wrzucać wszystkie rzeczy do pralki. Szczególnie w małych pomieszczeniach, w klubach, to zadymienie było tak potężne, że na pewno oddziaływało negatyw-

nie na zdrowie tych, którzy nie palą, a którzy byli tam ze swoimi przyjaciółmi. Tak że, myślę, ustawa to jest nasz ogromny krok naprzód.

Raz jeszcze dziękuję wszystkim, którzy się przyczynili do wykonania tych badań. One, myślę, obrazują istotę problemu i pokażą za chwileczkę państwu, gdzie jesteśmy, w jakim punkcie. Myślę, że dzięki współpracy z WHO, z panią dyrektorem, Polska była jednym z niewielu krajów w Europie, w których te badania były przeprowadzone. To jest dla nas bardzo korzystne, bo wiadomo, że takie badania kosztują. Ich efekt za chwileczkę poznamy, gdy państwo będą prezentować wszystkie dane.

Tak że dziękuję bardzo i życzę udanej konferencji. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo serdecznie dziękuję panu ministrowi.

O prowadzenie konferencji poproszę panią poseł Beatę Małecką-Liberę, ponieważ, myślę, nikt tak jak nasza młoda, piękna, energiczna koleżanka nie potrafi nas zdyscyplinować czasowo.

Bardzo proszę, Pani Poseł.

(Przewodnictwo obrad obejmuje poseł Beata Małecka-Libera)

Poseł Beata Małecka-Libera:

Przede wszystkim od razu widać, że jak do pracy to kobiety. Tak?

(Przewodniczący Michał Okła: Same chciałyście parytetów.)

Proszę państwa, bardzo przepraszam za spóźnienie, ale właśnie przed chwilą zakończyło się posiedzenie prezydium sejmowej Komisji Zdrowia, na którym ustalaliśmy harmonogram pracy nad pakietem ustaw. Jeszcze raz bardzo przepraszam za małe spóźnienie.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego Przemysław Biliński:

Panie Przewodniczący! Pani Poseł! Szanowni Państwo!

Po raz kolejny państwowa Inspekcja Sanitarna uczestniczy w przedsięwzięciu dotyczącym dbałości o zdrowie obywateli. Zagrożenia zdrowotne wynikające z używania tytoniu należą do najbardziej groźnych. W chwili obecnej, jak pokazał raport, z którym będziecie państwo mogli za chwilę bliżej się zaznajomić, są nadal ogromne. Bez zbiorowego wysiłku, zarówno instytucji państwa, jak i organizacji pozarządowych, jak i zmiany mentalności obywateli, dużej akcji edukacyjnej i społecznej, wprowadzenia mody na niepalenie, wprowadzenia stref wolnych od dymu w miejscach pracy i w miejscach publicznych, bez sukcesywnego, stałego podnoszenia cen nikotyny, nie zwyciężymy tej walki dla dobra obywateli, a celem tej walki jest życie jak najdłużej w zdrowiu.

W tej chwili marzeniem obywatela naszego kraju jest życie w zdrowiu do sześćdziesiątego roku życia. To jest ten okres, kiedy nie musimy korzystać z pomocy i z opieki lekarzy, czyli medycyny naprawczej. Te wszystkie działania, które opisuje ten globalny projekt, i udział w nim Polski, mają właśnie na celu zminimalizowanie zagrożeń zdrowotnych.

Chcę już na wstępie podziękować wszystkim współpracownikom, którzy prowadzili ten program, oraz Światowej Organizacji Zdrowia, a w szczególności pani dyrektor Miśkiewicz za to, że zaprosiła osiemnaście tysięcy pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Główny Inspektorat Sanitarny, do współpracy w tym projekcie. Dziękuję bardzo.

Poseł Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Jeszcze bardzo proszę o zabranie głosu dyrektor Biura WHO, panią Paulinę Miśkiewicz.

Bardzo proszę.

**Dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce
Paulina Miśkiewicz:**

Pani Poseł! Szanowni Państwo!

To, że tytoń został uznany za jeden z najgroźniejszych czynników ryzyka, jeśli chodzi o zdrowie, jest wszystkim powszechnie wiadome. W tym zakresie podjęto wiele działań. Mamy także pierwszy międzynarodowy traktat o zdrowiu publicznym poświęcony właśnie polityce antytytoniowej.

W tej chwili WHO rekomenduje sześć kierunków działań, które najskuteczniej zwalczają palenie tytoniu: ochrona przed dymem tytoniowym, wprowadzanie zakazu palenia w miejscach publicznych, ostrzeganie o szkodliwości palenia, podnoszenie podatków, a więc to, o czym mówił pan minister Biliński, monitorowanie epidemii palenia tytoniu, a więc to badanie, które realizowaliśmy – GATS – oraz oferowanie pomocy osobom palącym, po to, żeby wiedziały do kogo się zgłosić, gdzie uzyskać pomoc, jeśli chcą zerwać z tym nałogiem.

WHO i Ministerstwo Zdrowia oraz Główny Inspektorat Sanitarny bardzo ściśle współpracują. Jest to element dwuletniej współpracy pomiędzy Światową Organizacją Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia. Dzisiaj będziemy mieli zaszczyt przedstawić państwu dwa efekty tej współpracy. Jeden to jest ocena realizacji polityki antytytoniowej w Polsce, drugi to jest wielośrodkowe badanie palenia tytoniu w Polsce, badanie GATS. To badanie było realizowane ogromnym wysiłkiem partnerów międzynarodowych, między innymi CDC Foundation, Instytutu, Johns Hopkins University, World Lung Foundation, WHO w Genewie. Ale przede wszystkim największy ciężar i sukces tego badania jest tych instytucji, które realizowały działania w Polsce, to jest Centrum Onkologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny. Na pewno tego sukcesu nie byłoby też przy zaangażowaniu, koordynującej i jasnej roli, jasnego przekazu Ministerstwa Zdrowia, które bardzo się zaangażowało w ten projekt, szczególnie osobiście pan minister Fronczak oraz Główny Inspektorat Sanitarny, który z rzeszą swoich współpracowników wsparł to badanie w ogromny sposób.

Mamy nadzieję, że te dwa badania, te dwa produkty, pomogą czy przysłużą się do lepszej, bardziej efektywnej realizacji wszystkich działań antynikotynowych, jakie są w Polsce podejmowane. Dziękuję bardzo.

Posel Beata Malecka-Libera:

Bardzo dziękuję, Pani Dyrektor.

Panie Przewodniczący, pilnuję czasu. Mamy nawet mały zapas, ale wiem, że to różnie bywa w określonych wykładach.

Bardzo proszę o zabranie głosu panią Annę Koziel i przedstawienie badań. Dwadzieścia minut. Dam znać, gdy miną.

Koordinator w Biurze Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce

Anna Koziel:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Myślę, że dam radę. Mam dzisiaj przyjemność państwu przedstawić raport, który jest wynikiem wieloletniej współpracy z Ministerstwem Zdrowia, ale również z największymi ekspertami w obszarze kontroli antytytoniowej w Polsce i na świecie. Raport na temat możliwości wdrożenia skutecznej strategii ograniczenia epidemii palenia tytoniu w Polsce.

O co tak naprawdę chodzi? Kilkanaście miesięcy temu zebraliśmy w Polsce grupę osiemnastu ekspertów, którzy przez dwa tygodnie, non stop w dzień i właściwie również w nocy, w weekendy, przez dwa tygodnie pracowali, badając w Polsce sytuację dotyczącą palenia tytoniu, polityki antytytoniowej i działań z tym związanych. Eksperci, pracując przez dwa tygodnie, opracowali później raport końcowy ze swojej pracy. W tym roku we wrześniu odbyła się w Ministerstwie Zdrowia konferencja, na której zaprezentowano ten raport. Mam przyjemność zaprezentować dzisiaj państwu główne wyniki tego raportu oraz główne jego rekomendacje.

Raport był tak naprawdę stworzony po to, aby przyjrzeć się polskiej sytuacji i polityce antytytoniowej w Polsce w sposób konstruktywny, żeby popatrzeć na to, co zostało zrobione, jakie mamy osiągnięcia – mamy ich bardzo wiele – i też popatrzeć na to, jakie elementy są ciągle do zrobienia, jakimi trzeba się zająć. Myślę, że to jest dobre wprowadzenie, dobry kontekst do zaprezentowania wyników raportu GATS, bo same wyniki, same dane są tylko narzędziem do wdrożenia. Mam więc nadzieję, że to będzie też początek dalszej dyskusji, co z tym dalej zrobić.

Analiza stanu faktycznego Polski, jeżeli chodzi o kontrolę antytytoniową, wnioski raportu, o którym mówiłam, są dosyć ambitne, jeżeli chodzi potem o ich rozwiązanie. Wnioski i rekomendacje, które zostały zaproponowane przez ekspertów, tak naprawdę obejmują każdą dziedzinę polityki antytytoniowej w Polsce. Spróbuję w skondensowany sposób państwu to przedstawić, przepraszając jednocześnie, że będą to pewne uogólnienia. Oczywiście, bardzo chętnie podzielimy się później całym raportem.

Biorąc pod uwagę fakt, że palenie tytoniu jest główną z przyczyn umieralności ludzi w Polsce, polityka antytytoniowa powinna być zdecydowanie jednym z priorytetów zdrowotnych w Polsce. To jest jakby punkt wyjścia z którego zaczęliśmy naszą pracę. Polska oczywiście była też przez wiele lat liderem, jeżeli chodzi o politykę antytytoniową w Polsce. Świat natomiast w pewnych obszarach poszedł do przodu, a w Polsce, wydaje się, że są jeszcze takie elementy, w których powinniśmy nadrobić zaległości.

Główny wniosek z raportu, chociaż właściwie nie powinien być pierwszym wnioskiem, ale tak akurat wyszło, jest taki, że przy możliwościach, które mamy i po-

trzebach, które mamy, polityka antytytoniowa w Polsce powinna być znacznie lepiej finansowana. W teorii finansowanie to istnieje, bo ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu daje taką możliwość i daje możliwość finansowania programu. W rzeczywistości tylko 1 milion zł z 65 milionów zł w zeszłym roku przyznanych na papierze pieniędzy na politykę antytytoniową został de facto przekazany na te działania. Czyli tak naprawdę to jest po prostu, po pierwsze, ułamek kwoty, która powinna być przekazana i wydawana na te działania, oraz, po drugie, ułamek potrzeb. To jest więc punkt wyjścia, nad którym musimy się zastanowić.

Drugim elementem raportu – pierwszy dotyczył pieniędzy – są ludzie, czyli zasady, które w Polsce mamy, mówiąc o polityce i o działaniach antytytoniowych. Wnioskiem z raportu było to, że zbyt mało osób zajmuje się polityką antytytoniową w Polsce. Mówimy tu, oczywiście, o osobach z urzędu zajmujących się tylko tym. Czyli ta liczba osób, naszym zdaniem i zdaniem ekspertów, jest o wiele za mała.

Kolejnym wnioskiem z raportu jest to, że choć ustawa o ochronie zdrowia zakazuje koncernom tytoniowym sponsorowania działań sportowych, kulturalnych, społecznych i politycznych, a także służby zdrowia i edukacji, firmy te powszechnie angażują się w inicjatywy promujące społeczną odpowiedzialność biznesu, obejmują także działalność organów wykonawczych i rządowych, samorządowych, na przykład Straży Miejskiej. Jest to coś, co jest niezgodne z polskim prawem, z międzynarodowym prawem i ogólnie szkodzi polityce prozdrowotnej państwa. W naszym kraju brakuje również systemu monitorowania tych działań koncernów tytoniowych. Ma to w skutkach negatywny wpływ na ogólny stan zdrowia obywateli.

Kolejnym wnioskiem z raportu jest to, że realne ceny wyrobów tytoniowych są bardzo niskie. Ceny są jedne z niższych w Europie, nawet gdy porównuje się nas z krajami tak zwanej starej Europy, a ceny, jak wiadomo, wpływają na konsumpcję. Mając niskie ceny, mamy po prostu wysoką konsumpcję wyrobów tytoniowych.

Kolejnym elementem raportu i wnioskiem z tego raportu było to, że system opieki medycznej w Polsce nie przewiduje powszechnie dostępnej i kompleksowej pomocy dla tych, którzy chcą rzucić palenie. To znaczy są oferowane takie usługi, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej są w stanie to zrobić, w rzeczywistości natomiast z tego systemu bardzo niewiele osób korzysta. Z różnych powodów.

Kolejnym wnioskiem z raportu jest to, że mimo wprowadzenia w Polsce zgodnie z FCTC, czyli ramową konwencją na rzecz ograniczania palenia tytoniu, zakazu reklamowania, promowania i zachęcania do palenia papierosów, koncerny tytoniowe promują swoje wybory, umieszczając je na wystawach w punktach sprzedaży. Jest to ewidentna, jawna, śliczna wręcz reklama wyrobów tytoniowych, niemająca nic wspólnego z informacją o wyrobach. Jest to reklama wszędzie dostępna. Również dzieci są na nią narażone. Choć instytucje rządowe i społeczne włożyły wiele wysiłków w ostrzeżenie obywateli przed zgubnymi skutkami palenia, wciąż nie udaje się przez aktualne kampanie edukacyjne osiągnąć celu, jakim jest ograniczenie palenia tytoniu. Z różnych powodów kampanie prowadzone przez ostatnie lata w Polsce nie osiągnęły tego celu, czyli de facto nie pali mniej osób. Mówię o kampaniach prowadzonych przez wiele lat. Głównie chodzi tu o kampanie nakierowane na dzieci i młodzież. Badania światowe również pokazują, że tego typu kampanie po prostu nie działają.

Teraz chciałabym przejść do kluczowego elementu mojej prezentacji, czyli tak naprawdę tego, co naszym zdaniem, w bardzo dużym skrócie, można by i należałoby

zrobić, żeby tę sytuację poprawić. Z jednej strony popatrzyliśmy, jak ta sytuacja wygląda, ale – podkreślam – jeszcze nie mówiłam o tych wszystkich pozytywnych aspektach, które są. Nie mamy bowiem na to czasu.

Chciałabym teraz przejść do wniosków i do rozwiązań, które zostały w tym raporcie zaproponowane. Pierwszy wniosek jest bardzo ambitny. Zdajemy sobie z tego sprawę. Naszym zdaniem jego realizacja jest, po pierwsze, realna, po drugie, bardzo potrzebna. Chodzi o utworzenie w ramach Ministerstwa Zdrowia, czy innej agencji rządowej, specjalnej agencji lub wydziału do spraw kontroli rynku wyrobów tytoniowych, wyspecjalizowanej jednostki, która zajmowałaby się strategicznymi obszarami politycznej prozdrowotnej. Marzylibyśmy, żeby taka instytucja w Polsce funkcjonowała, nawet wydział, nie cała agencja, ale dedykowany tylko i wyłącznie temu obszarowi. Jak wiadomo, ten obszar kontroli antytytoniowej jest bardzo, bardzo obszerny. Na pewno więc byłoby co robić. Dzięki takiej instytucji wzmocniona zostałaby pozycja, rola ministerstwa, powstałby również sprawny mechanizm koordynujący proces wdrażania programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu, co jest zgodne z postanowieniami FCTC.

Kolejnym rozwiązaniem bardzo, bardzo istotnym, jest zapewnienie odpowiedniej kwoty funduszy na działania antytytoniowe. Przy tak ogromnych problemach, o których zresztą za chwilę usłyszymy przy okazji omawiania raportu GATS, jest ogrom epidemii palenia tytoniu w Polsce. Kwoty, które w tej chwili są przeznaczone, są absolutnie niewystarczające i tym bardziej jest to trudne, że teoretycznie one są dostępne. Czyli te 0,5% z akcyzy na wyroby tytoniowe powinno być przeznaczone na walkę z epidemią tytoniu, a nie jest. Apelujemy bardzo o to, aby ta kwota, przewidziana przepisami, była chociaż trochę zbliżona do tej, która jest po prostu w polskim prawie zapisana.

Kolejnym rozwiązaniem, proponowanym przez raport i przez ekspertów WHO, jest tworzenie i wdrażanie wytycznych dotyczących odpowiedniej i przejrzystej komunikacji oraz zasad współpracy członków rządu, parlamentu, samorządów z firmami z branży tytoniowej, zabiegającymi o ich własne interesy, zgodnie z art. 5 FCTC. Mieliśmy świetny przykład współpracy, czy nawet nie współpracy, ale kontaktu przemysłu tytoniowego, przy okazji pracy nad ustawą, gdzie widać było zdecydowaną, ogromną aktywność tego przemysłu przy pracach na posiedzeniach komisji i potem podkomisji sejmowej. Apelujemy więc o stworzenie przejrzystych zasad współpracy z przemysłem.

Kolejnym rozwiązaniem proponowanym w ramach raportu i w ramach misji prowadzonej przez WHO, mówię o tym specjalnie w tym miejscu i w tym gronie, to wprowadzenie całkowitego 100% zakazu palenia w miejscach publicznych, również bez możliwości wprowadzenia palarni. Rzeczywiście, bardzo się cieszymy, że ta ustawa funkcjonuje i widać już jej pozytywne aspekty. W związku z tym, że w tej chwili w dalszym ciągu nie ma ochrony osób pracujących, na przykład w miejscach publicznych, w których są palarnie, nie ma ciągle ochrony tych osób przed dymem tytoniowym, wydaje się, że jedynym skutecznym sposobem wyeliminowania tego zjawiska jest stu procentowy zakaz palenia w miejscach publicznych.

Kolejnym rozwiązaniem w ramach naszego raportu było zwiększenie akcyzy na wyroby tytoniowe. Zwiększenie akcyzy na wyroby tytoniowe ma naszym zdaniem same pozytywne skutki. Po pierwsze, podnoszą się ceny, ludzie palą mniej, a po drugie, mamy większe wpływy do budżetu. Wydaje się więc, że to działanie powinno być sto-

sunkowo proste. W ramach przepisów unijnych, które nas również obowiązują, jesteśmy w stanie jako kraj to zrobić. Ta rekomendacja więc, mam nadzieję, również zostanie rozważona.

Kolejnym rozwiązaniem wypracowanym w ramach raportu było wprowadzenie całkowitego zakazu umieszczania produktów tytoniowych na wystawach w punktach sprzedaży. Jest to również zobowiązanie ramowej konwencji FCTC. Mamy nadzieję, że tego typu de facto reklama wyrobów tytoniowych zostanie w Polsce zakazana. Mamy nadzieję, że jak najszybciej.

Oczywiście, należy też umożliwić palaczom uzyskanie powszechnej porady dotyczącej rzucenia palenia u lekarza pierwszego kontaktu oraz otrzymanie skierowania na terapię ze stosowaniem zamienników nikotyny, które to leki powinny być refundowane. One bowiem na rynku, oczywiście, są, z powodów finansowych natomiast są bardzo często niedostępne.

I coś, o czym już była mowa wcześniej – mówił o tym pan minister i mówiła pani przewodnicząca – być może warto by się zastanowić nad wprowadzeniem poprawek do ustawy i narodowego planu działania, zgodnie z którymi na wszelkich wyrobach tytoniowych muszą znajdować się wyraźne ostrzeżenia graficzne, czyli tak zwane piktoriale, zdjęcia, pokazujące skutki palenia. Ustawa taką możliwość wprowadziła. Mamy nadzieję, że Ministerstwo Zdrowia zajmie się tą sprawą w najbliższym czasie, tak żeby ostrzeżenia obrazkowe na paczkach papierosów jak najszybciej w Polsce widniały.

Mówiłam, że prowadzone w Polsce kampanie, nakierowane na dzieci i młodzież, są często nieskuteczne, nie znaczy to natomiast, że należy ich zaniechać. Wydaje się, że należy opracować szeroką, zakrojoną na cały kraj i strategicznie na wiele lat, strategię komunikacyjną, mającą na celu ograniczenie spożycia tytoniu, obejmującą kampanie społeczne, które by miały mocne przekazy, które by były dobrze monitorowane, które by były szeroko promowane w mediach, również w telewizji, która jest de facto najpopularniejszym i najskuteczniejszym medium tego typu przekazu i które by były ewaluowane na bieżąco, tak żeby można było reagować na bieżąco czy przekazy są skuteczne.

Oczywiście, nie należy zapominać o systemie kontroli i monitorowania epidemii palenia tytoniu. Raport GATS, o którym za chwilę państwo usłyszycie, jest tego świetnym dowodem, jak to można zrobić, jak to powinno być robione. Kolejną rekomendacją tego raportu jest to, żeby tego typu badania były prowadzone może nie co roku, ale co kilka lat. Na pewno zaś chodziłoby o prowadzony jakiś stały standardowy monitoring epidemii tytoniowej.

Chciałabym też na koniec powiedzieć o dwóch rzeczach, które już zaczęły funkcjonować od momentu, kiedy napisaliśmy ten raport i go upowszechniliśmy, co daje dowód na to, że raport był nie tylko dokumentem dla ekspertów, czy dla osób zajmujących się tym obszarem w sposób bardzo szczegółowy, tylko może być narzędziem do wyrażenia polityki. Parlament uchwalił 8 kwietnia ustawę wprowadzającą częściowo miejsca wolne od tytoniu i dającą możliwość wprowadzenia ostrzeżeń obrazkowych na paczkach papierosów. To była jedna z rekomendacji raportu. Chcielibyśmy, żeby to poszło dalej, czyli żeby te przepisy były jeszcze bardziej restrykcyjne.

Kolejnym elementem, który również jest elementem raportu, rekomendacją i ważną kwestią do dyskusji, było zastanowienie się nad kształtem i sposobem funkcjonowania Programu Ograniczenia Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu, który

jest zarządzany i wdrażany przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Rekomendacją raportu było to, żeby się zastanowić nad tym, czy tego programu nie można by ulepszyć, usprawnić jego zarządzania, kształtu, dostosować go do nowych realiów. W tej chwili, wczoraj i dzisiaj, trwają warsztaty organizowane wspólnie przez siedem organizacji zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego, które mają na celu wypracowanie rekomendacji zmiany tego programu, zmiany, oczywiście, na lepsze, tak żeby był sprawniejszym narzędziem do wdrażania polityki antytytoniowej. Naszym zdaniem jest to ważny krok do przodu w programowaniu i planowaniu polityki antytytoniowej. Chcielibyśmy, oczywiście w szerszym gronie, również z państwem, podzielić się rekomendacjami z tych warsztatów i dalszych prac, gdy będziemy mieli już rezultaty.

Chciałabym też zwrócić uwagę na to, że Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu jest bardzo ważnym elementem całej polityki antytytoniowej, czy prozdrowotnej, w Polsce. Tym bardziej jest ważne, żeby był on w takim kształcie, który pozwoli na sprawne działania, monitorowanie tej epidemii, skuteczne jej ograniczenie w Polsce. Dlatego tak bardzo się cieszymy z tych warsztatów i dlatego tak bardzo liczymy na to, że rekomendacje z tych warsztatów zostaną poważnie potraktowane przez odpowiednie instytucje i wdrożone w dalszym działaniu. Dziękuję bardzo.

Posel Beata Małecka-Libera:

Bardzo dziękuję pani za przedstawienie tego badania.

Myślę, że wnioski są naprawdę bardzo ciekawe. Wiem, że część jest kierowana personalnie do nas, do parlamentarzystów. Chcę jednak à propos przyjętej niedawno nowelizacji ustawy powiedzieć, że to była rzeczywiście bardzo trudna nowelizacja. Spędziliśmy wiele godzin na dyskusjach. W mojej ocenie jest to niewątpliwie krok na przód. Wydaje mi się natomiast, że jest ona również wypadkową pewnych różnych spornych stanowisk i argumentów. Myślę, że do tematu będziemy wracać.

Następny wykład zostanie w imieniu pana profesora Bolesława Samolińskiego przedstawiony przez pana doktora Filipa Raciborskiego i dotyczyć będzie metodologii badań GATS.

Bardzo proszę.

**Koordinator Badania GATS
w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Filip Raciborski:**

Dziękuję bardzo.

Mam wielką przyjemność przedstawić państwu dzisiaj metodologię tego niezwykłego projektu. O tym jak ważna jest metodologia tego rodzaju badań wiedzą ci, którzy śledzili wyniki ostatnich badań przedwyborczych, przed wyborami samorządowymi. Nie wystarczy zrobić badania, żeby się czegoś dowiedzieć. Należy je zrobić z najwyższą troską o jakość ich metodologii i dopiero wtedy możemy cokolwiek wnioskować o stanie rzeczy. Metodologia badania GATS stoi na najwyższym poziomie światowym. Została opracowana przez ekspertów, zarówno z WHO, jak i organizacji CDC. Polską wersję metodologii opracował Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz moi koledzy z Centrum Onkologii.

Parę podstawowych informacji na temat sposobu realizacji badania. Badanie GATS ma charakter reprezentatywny. W tym celu wylosowaliśmy czterysta rejonów badawczych. Były to tak zwane rejony statystyczne, które są w terminologii GUS używane do tego rodzaju zadań. Spośród czterystu obszarów badawczych wylosowaliśmy czternaście tysięcy mieszkań i tam zrealizowaliśmy osiem tysięcy wywiadów gospodarstw domowych i indywidualnych. Spośród tych wywiadów zebraliśmy cały materiał badawczy, który dzisiaj państwu przedstawiam. To, co jest najważniejsze, *response rate*, czyli poziom odpowiedzi badania, wyniósł w tym przypadku około 63,5%.

Badanie GATS realizowane w Polsce należy do jednych z najnowocześniejszych badań. Zostało nam przekazanych przez WHO około stu czterdziestu urządzeń typu iPAQ. To jest urządzenie zbliżone do smartfonu. Wyświetla na ekranie tekst pytań oraz umożliwia rejestrację poszczególnych odpowiedzi. Taki system umożliwił bardzo sprawną i bardzo efektywną realizację badania. Przy badaniu pracowało jednocześnie około stu dwudziestu ankieterów specjalnie w tym celu przeszkolonych. Przeszkoliliśmy w sumie około dwustu pracowników, którzy wymieniali się tak, żeby efektywnie realizować to badanie w terenie. Zajęło nam to około osiemnastu tygodni. Muszę przyznać, że na pewno czas badań wydłużył nagły atak zimy, który przeżyliśmy w zeszłym roku, podobnie jak tym razem. Sytuacja się powtarza. Niestety, czas dotarcia do niektórych regionów sprawił, że zamiast planowanych dwunastu tygodni, zajęło nam to o sześć tygodni więcej.

System informatyczny, który w tym celu skonstruowaliśmy, był bardzo nowoczesny. Spośród krajów realizujących badanie GATS nasz był najnowocześniejszy. Na tych urządzeniach gromadziliśmy informację z ankiet i następnie dane te były bezprzewodowo wysyłane na serwer będący w posiadaniu WUM. Tam dane były agregowane i tworzono bazę danych na podstawie której prowadziliśmy wstępne analizy wyników oraz kontrolę jakości. Ta kontrola jakości była dla nas kluczowa. Tak zaawansowane metody kontroli były stosowane głównie w projektach naukowych i są znacznie wyższe od standardów stosowanych w podaniach komercyjnych. O jakości tej kontroli świadczy parę podstawowych faktów. 100% materiału badawczego przeszło kontrolę jakości w postaci elektronicznej. Każda ankietę była weryfikowana pod względem warunków realizacji, czasu relacji, sposobu udzielania odpowiedzi, kolejności udzielania odpowiedzi i poszczególnych elementów związanych z realizacją badania.

Dodatkowo poza kontrolą elektroniczną ponad tysiąc dwieście wywiadów zostało zweryfikowanych telefonicznie. Oznacza to, że ponad 15% wywiadów miało później kontrolę, która polegała na częściowym powtórzeniu materiału badawczego, sprawdzeniu jego jakości. To jest bardzo ważne, żeby mieć pewność, że wyniki, które dzisiaj państwo zobaczą, są najwyższej jakości.

Poza tym organizowaliśmy w terenie spotkania z koordynatorami i ankieterami, tak żeby wyjaśnić wszystkie nieścisłości w trakcie trwania badania, a nie dopiero na poziomie analizy danych, kiedy już nic nie można zrobić. Te wszystkie elementy były jeszcze wspomagane przez kontrolę realizowaną przez WHO i wizytację ośrodków terenowych. W ten sposób uzyskaliśmy materiał, o którego jakości świadczy skala przedsięwzięcia i osoby zaangażowane w jego realizację.

Mam nadzieję, że moje krótkie wystąpienie przedstawiło państwu podstawy dotyczące metodologii tego projektu. W razie pytań jestem do państwa dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Posel Beata Malecka-Libera:

Bardzo dziękuję za zwięzłe przedstawienie nam tej tematyki. Myślę, że wszyscy już mamy jasność, w jaki sposób badania były wykonywane.

W związku z tym bardzo proszę pana profesora Zatońskiego o kolejny wykład.

**Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów
w Centrum Onkologii**

– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Witold Zatoński:

Pani Przewodnicząca! Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Bardzo się cieszymy, że mamy zaszczyt i możliwość przedstawienia państwu wyników naszych badań. Chciałbym – to będzie taka zespołowa prezentacja – przedstawić państwu moich współpracowników. Panią magister Magdę Cedzyńską, która jest dyrektorem naszej kliniki leczącej z palenia tytoniu; co do jej utrzymania przy życiu będziemy się za jakiś czas do pani przewodniczącej zwracać z prośbą, mam nadzieję, że odniesiemy tutaj sukces. Drugim moim współpracownikiem, który na bieżąco był zaangażowany w prowadzenie badania, jest pan Krzysztof Przewoźniak. I nasz młody kolega, który od niedawna z nami współpracuje, który wpadł do nas na chwilę i został na kilka lat, Jakub Łobaszewski. Zakochał się w tym, co zaczęliśmy robić.

Zanim przejdziemy do wyników, chciałbym króciutecznie wprowadzić państwa w zagadnienie, tak żebyśmy sobie ustalili tło tego, o czym mówimy.

Jakiś czas temu przygotowaliśmy ważną publikację, która próbuje omawiać powody różnicy między stanem zdrowia we wschodniej i w zachodniej części Unii Europejskiej, jak ważnym elementem jest tytoń w tych różnicach zdrowotnych.

Na prezentowanym slajdzie mamy nieprawdopodobnie interesujący wykres. Co on pokazuje? Przede wszystkim pokazuje, że w ochronie zdrowia doszło do nieprawdopodobnego postępu. Otóż wymiarem tego postępu jest na przykład to, że w krajach Europy Zachodniej kobiety stały się nieśmiertelne. Na razie do sześćdziesiątego piątego roku życia. Co to znaczy? To znaczy, że w takich krajach, jak na przykład kraje śródziemnomorskie czy kraje skandynawskie, zaledwie kilka procent kobiet nie dożywa sześćdziesiątego piątego roku życia. I to jest wyzwanie, to jest to, do czego wszyscy powinniśmy dążyć. Ale, niestety, jest druga część tego wykresu. Mianowicie, na przykład w Rosji ponad 50% mężczyzn nie dożywa sześćdziesiątego piątego roku życia. To pokazuje kolosalną lukę zdrowotną między dwoma częściami Europy. Niestety, my też tutaj nie wypadamy najlepiej. Mianowicie aż 30% mężczyzn, co trzeci mężczyzna w Polsce, nie dożywa sześćdziesiątego piątego roku życia. I to jest wyzwanie. I to jest wyzwanie przede wszystkim dla zdrowia publicznego.

W naszym badaniu próbowaliśmy oszacować frakcje, które decydują o tej różnicy zdrowotnej. Po pierwsze, mniej więcej 1/3 tej różnicy u mężczyzn wynika z palenia tytoniu. Te liczby są ogromne. Proszę zobaczyć, w Polsce umiera przedwcześnie aż czterdzieści pięć tysięcy mężczyzn. Ta liczba rośnie z wiekiem – od tysiąca pięciuset, poprzez dziewiętnaście tysięcy, do dwudziestu ośmiu tysięcy u mężczyzn w wieku 65+. Czyli łącznie czterdzieści osiem tysięcy mężczyzn w Polsce umiera przedwcześnie z powodu inhalowania dymu tytoniowego. U kobiet te liczby są mniejsze, ale one też dramatycznie rosną w czasie i też zwiększa się liczba zgonów z wiekiem. Mniej więcej łącznie prawie czternaście tysięcy kobiet umiera przedwcześnie z powodu chorób przyczynowo związanych z paleniem tytoniu.

Przypomnijmy, że dym tytoniowy jest największym, pojedynczym, możliwym do prewencji, do usunięcia, właściwie teoretycznie prosto, czynnikiem niszczącym ludzkie zdrowie.

Przypomnijmy, że wprowadzenie w XX wieku do zwyczaju ludzkiego inhalowania dymu tytoniowego zmieniło obraz ludzkiego zdrowia. Inhalowanie zawartym w dymie papierosowym kompleksem czterech tysięcy związków chemicznych – które są karcinogenne, kardiotoksyczne, pneumotoksyczne, prowadzą do szybszego starzenia się mózgu i docierają do wszystkich tkanek naszego organizmu – jest właśnie przyczyną tego rozmiaru szkód zdrowotnych wynikających z palenia.

Proszę zobaczyć, co się stało z rakiem u kobiet w XX wieku. Proszę zobaczyć, co o tym zdecydowało. Otóż wzrost zagrożenia nowotworami złośliwymi w ciągu XX wieku, to dotyczy kobiet żyjących w Stanach Zjednoczonych, został zdominowany przez raka płuca. Pokazuję to na populacji kobiet. Nowotworów złośliwych raka płuca nie da się opanować tak długo, jak długo będzie taka skala ekspozycji na dym tytoniowy. Rak płuca występuje bowiem prawie wyłącznie w populacji palących.

Dym tytoniowy a zawał serca. Otóż nie ma bezpiecznej dawki palenia. Nawet u tych, którzy palą do pięciu papierosów dziennie to ryzyko zachorowania na zawał serca wzrasta o 50%, u tych którzy palą czterdzieści papierosów dziennie – aż o 900%. Jest wielkie badanie, które pokazuje, że tkanka mózgowa starzeje się szybciej u wdychających dym tytoniowy, że dym tytoniowy jest ważnym czynnikiem. Ponad dwa razy wzrasta zagrożenie chorobą Alzheimera u tych, którzy inhalują, wprowadzają do organizmu cztery tysiące związków chemicznych.

Dym tytoniowy niszczy układ oddechowy. U tego, który inhaluje dym tytoniowy, płuca starzeją się dwukrotnie szybciej. Tak więc każdy, kto nie pali, może spokojnie ze swoimi płucami dożyć stu dziesięciu czy stu dwadziestu lat. Jeżeli natomiast pali i niszczy systematycznie tkankę płucną, to mniej więcej gdzieś około pięćdziesiątego, sześćdziesiątego, siedemdziesiątego roku życia jest deficyt, układ płucny nie jest w stanie spełnić swoich zadań. Trzeba wtedy zacząć chodzić z butlą tlenową.

No i nie najmniej ważna sprawa – jeżeli mama pali w okresie ciąży, to razem z nią przez pierwsze dziewięć miesięcy pali jej dziecko. To jest to wyzwanie przed którym stoimy. To jest sprawa przed którą stoi pani przewodnicząca, pan przewodniczący, bo państwo odpowiadacie za zdrowie narodu. My nie, my jesteśmy szeregowymi lekarzami. Możemy państwu radzić, ale to jest naprawdę poważne wyzwanie, które stoi przed nami wszystkimi.

Pani Ania pięknie mówiła o programach, ja tylko do nich krótko nawiązę. Otóż pierwszym punktem jest monitorowanie, czyli śledzenie tego, jaka jest wielkość zagrożenia – tak jak kiedyś pytaliśmy, jakie jest zagrożenie na przykład gruźlicą – jakie zagrożenie ekspozycją na czynniki rakotwórcze, kardiotoksyczne, pneumotoksyczne dymu. Od wielu lat próbujemy to mierzyć, ale to badanie GATS było specjalnym sposobem na wielkiej próbie ośmiu tysięcy. Bardzo głęboko próbowaliśmy zrozumieć na czym rzecz polega. Ale te dane dotyczące ekspozycji polskiej populacji na dym tytoniowy przez aktywne palenie mamy mniej więcej od połowy lat siedemdziesiątych. Takie badania były u nas prowadzone.

W Polsce w 1995 r. była przyjęta przez świątły Sejm pierwsza ustawa, jedna z najlepszych ustaw antytytoniowych na świecie. WHO o naszej ustawie z 1995 r. napisała, że jest wzorem dla reszty świata. Mamy nadzieję, że powoli wrócimy do tych standardów, tak żebyśmy się stali także wzorem dla reszty świata.

Otóż projekt GATS obejmuje szesnaście krajów. Wśród nich znalazła się Polska. Niektórzy nawet się trochę dziwili, dlaczego Polska weszła do krajów rozwiniętych. Ale ja nie, bo z panem ministrem Bilińskim spędziliśmy wiele godzin, złożyliśmy wiele wizyt, żebyśmy właśnie znaleźli się w tej grupie krajów. To bowiem dodało także ruchu do tego, co się u nas dzieje.

Jak wyglądają dane, które opisują palenie tytoniu w 2009 r. w Polsce? To wszystko, o czym mówię, to nie jest praca jednego człowieka. W realizację tego badania były zaangażowane dziesiątki, setki osób, zarówno u nas, jak i z wiodących ośrodków na świecie, między innymi Centrum Kontroli Chorób w Atlancie w Stanach Zjednoczonych. To wszystko opisaliśmy i każdy z państwa może raport GATS dostać. Jeżeli ktoś jeszcze nie dostał, to bardzo serdecznie zapraszamy do naszych koleżanek, które mają jeszcze egzemplarze. Tam to badanie jest opisane.

Po pierwsze, pali w Polsce co trzeci dorosły mężczyzna i co piąta dorosła kobieta. Jest duża liczba mężczyzn, którym udało się już rzucić palenie. Aż 21% populacji to są byli palacze. U kobiet ta liczba jest nieco niższa i to jest też nasze zadanie i nasz kłopot, że kobiety w Polsce idą trochę innym rytmem, na szczęście ze znacznie niższego poziomu. Ten poziom ekspozycji jest znacznie niższy. No i przede wszystkim, co jest najważniejsze, jeżeli ktoś nie pali, nigdy w życiu nie palił, to nigdy nie zachoruje na chorobę tytoniową. To jest jasne. Chyba, że musi pracować w restauracji, gdzie wszyscy palą przez dziewięć godzin, co się równa wypaleniu dwóch, pięciu papierosów.

Spróbujemy to przełożyć na liczby. Pali mniej więcej 5,2 miliona dorosłych mężczyzn i 3,5 miliona dorosłych kobiet. Olbrzymie liczby. Łącznie 8,7 milionów Polaków pali codziennie papierosa, to znaczy wprowadza w ciągu dnia dwieście dwadzieścia, trzysta porcji dymu tytoniowego, która zawiera cztery tysiące związków chemicznych z wszystkimi chemikaliami, we wszystkich kierunkach biegnących, jeżeli chodzi o uszkodzanie...

Większość palaczy to są palacze papierosów. To dominuje w Polsce. To codzienne palenie, podawanie sobie tych trucizn, rozpoczyna się między osiemnastym a dwudziestym czwartym rokiem życia. Mężczyźni średnio w osiemnastym, kobiety średnio w dwudziestym roku życia. Palenie zaczyna się zawsze w tym przedziale wieku. Później bardzo rzadko się zdarza, że się zaczyna palić po dwudziestym piątym roku życia. Mężczyźni palą około osiemnastu sztuk papierosów dziennie. Bardzo dużo. Kobiety szesnaście. Ta różnica też jest już niewielka. Ta ekspozycja dzienna jest bardzo do siebie podobna.

Żyje u nas bardzo dużo osób z długą ekspozycją. Prawda? Co to znaczy? Że u nich schorzenia już są, już się zaczynają, już będziemy musieli je leczyć. Dwadzieścia trzy lata to jest średnia ekspozycja tego średniego palacza i aż dwadzieścia dwa lata u kobiet.

Co jest charakterystyczne dla polskiej populacji palaczy? To, że to są palacze bardzo głęboko uzależnieni. Zdaje się, że ci, którzy byli lżej, jeżeli tak można powiedzieć, uzależnieni, to oni przestali palić. W tej chwili zbliżamy się do tego twardego korzenia palaczy. Oni, żeby odejść od palenia tytoniu, potrzebują pomocy, pomocy dobrze funkcjonującego poradnictwa w tym zakresie.

Aż 5% palaczy po obudzeniu – pierwsza czynność, którą wykonują, w czasie pierwszych pięciu minut – musi podać sobie nikotynę, narkotyk, od którego są uzależ-

nieni. Jeżeli go sobie nie podadzą, nie mogą funkcjonować. Prawda? Jeżeli nie wypełnią receptorów mózgowych, to wtedy możliwość funkcjonowania tych osób jest żadna. Ale aż 60% musi podać sobie nikotynę w ciągu pierwszych trzydziestu minut po obudzeniu się, po tym wyplukaniu nocnym nikotyny.

Bardzo interesujący jest slajd, który pokazuje zależność palenia od wieku. Proszę zobaczyć, że ta zależność u mężczyzn liniowo bardzo rośnie. Gdzieś tam od czterdziestego roku dwa zjawiska prowadzą do tego, że ona jest niższa. Po pierwsze, palacze wymierają wcześniej w stosunku do reszty populacji, po drugie, wielu z nich rzuca palenie. Otóż, na przykład w grupie osób w wieku 60+ jest więcej ekspalaczy niż aktualnie palących.

U kobiet to jest trochę inaczej ułożone. U kobiet mamy zjawisko kohorty urodzeniowej. Co to znaczy? Że u kobiet, które urodziły się w mojej generacji, przed 1940 r., to palenie było relatywnie rzadkie, zaledwie kilka procent. Niestety, kobiety w średnim wieku, które są teraz między czterdziestym a sześćdziesiątym rokiem życia, pobiły rekord Europy, czy też są bardzo blisko Węgerek. Prawie połowa kobiet urodzonych między 1940 a 1960 r., to są palaczki tytoniu, to jest grupa wysokiego ryzyka, która będzie miała bardzo szybko następstwa zdrowotne. I najmłodsza grupa kobiet, urodzonych po 1960 r. One wchodziły w dorosłe życie gdzieś tam w 1980, 1990 r., kiedy już była mocna atmosfera przeciwtytoniowa. Mniej więcej 1/5 z nich pali. Mają bardzo podobną częstość palenia, jak kobiety żyjące w innych krajach europejskich. Mamy trzy kohorty, trzy grupy różniące się częstością palenia i następstwami palenia.

Wykształcenie staje się coraz bardziej czynnikiem determinującym. Im wyższe wykształcenie, tym mniejsza częstość palenia w obydwóch grupach. Czyli to jest bardzo ważny czynnik, nie tylko pauperyzujący, jeżeli chodzi o ekonomię – papierosy są tym bardzo ważnym czynnikiem – ale także jeżeli chodzi o dostęp do zdrowia. Prawda? Gorzej wykształcone osoby mają gorszy dostęp do zdrowia z powodu właśnie palenia. Ta nierówność w dostępie do zdrowia zaczyna się bardzo pogłębiać.

Pali co trzeci dorosły mężczyzna, co piąta kobieta. Wypalają siedemdziesiąt miliardów papierosów, rocznie wydając 25 miliardów zł, puszczając z dymem. Przy okazji rocznie umiera przedwcześnie sześćdziesiąt tysięcy osób.

Bardzo proszę, pani Magdalena Cedzyńska.

**Kierownik Poradni Pomocy Palącym w Centrum Onkologii
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Magdalena Cedzyńska:**

Chcę państwu powiedzieć, jak wygląda według wyników tego badania gotowość do zaprzestania palenia wśród Polaków. Zanim o tym powiem, chcę państwu pokazać pewien model, którym się posługujemy, kiedy mówimy o uzależnieniu, kiedy mówimy o rzucaniu palenia. To jest taki model, który pokazuje, że między uzależnieniem a abstynencją, między rzuceniem palenia na dobre, występują różne fazy zmian. Między innymi faza, na przykład, prekontemplacji. To są ci palacze, którzy nie myślą, którzy nie planują rzucenia palenia, którzy jeszcze są zadowoleni z tego, że palą. Kolejny etap przez który przechodzi prawie każdy palacz, to jest faza kontemplacji. To są ci palacze, którzy rozważają rzucenie palenia, ale jeszcze nic nie robią.

Jak w odniesieniu do tego modelu wygląda sytuacja w Polsce? Prawie 40% Polaków w Polsce deklaruje, że nie zamierza rzucać palenia, że nie rozważa rzucenia pa-

lenia. W tym modelu nazywamy ich właśnie palaczami w fazie prekontemplacji. 40% z nich nie deklaruje chęci zaprzestania palenia. 50% z tych, którzy palą w Polsce, deklaruje, że chcieliby nie palić. Czyli połowa palaczy deklaruje, że chciałaby rzucić palenie. Najwięcej mówi o rzuceniu palenia w ciągu najbliższego roku. 10% jest bardzo gotowych, zdecydowanych. Oni deklaruje, że chcieliby rzucić palenie w ciągu najbliższego miesiąca. Prawie 20% myśli, że chciałoby rzucić palenie, ale jeszcze nie jest na to gotowa, czyli jeszcze nie chce podjąć próby w ciągu najbliższego roku. To są ci palacze, o których mówimy, że są w fazie kontemplacji, czyli rozważania zaprzestania palenia.

35%, czyli ponad 1/3, zadeklarowała, że podjęła próbę zaprzestania palenia w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy od momentu przeprowadzenia badania. Co ciekawe, to były osoby, które są w najstarszej grupie wiekowej. W tej bowiem grupie wiekowej palaczy – 60+, 40% próbowało podjąć próbę zaprzestania palenia. Prawdopodobnie są to osoby, które mają najbardziej masywne skutki palenia. To, co wydaje się bardzo interesujące, to w najmłodszej grupie wiekowej, czyli między piętnastym a dziewiętnastym rokiem życia, aż 50% młodych ludzi próbowało zaprzestać palenia.

Prezentowany slajd pokazuje, jak wyglądamy na tle innych krajów, które brały udział w badaniu GATS. To jest odsetek osób, które rzuciły palenie, wśród tych którzy kiedykolwiek codziennie palili. W przypadku mężczyzn, jak państwo widzą, Polska znajduje się w rankingu dosyć wysoko. Kobiety również są dosyć wysoko, mniej więcej w połowie tej skali.

Mamy też 36,5% ekspalaczy, czyli takich osób, które zaliczamy już do tych, które są w fazie długotrwałej absencji, czyli rzuciły palenie. Mam nadzieję, że na dobre.

Jakie są główne motywy Polaków, żeby zaprzestać palenie lub rozważać zaprzestanie palenia? Zdecydowanie zdrowie. Prawie 60% badanych deklaruje, że rzuca palenie z powodów zdrowotnych. Finanse, wydaje się, stają się coraz bardziej istotne. 13% deklaruje, że cena papierosów przekonuje ich do tego, żeby spróbować zmienić swój stosunek do palenia.

Dla nas istotne jest też wsparcie, jakie otrzymują palacze, i cała atmosfera wokół pomagania w zaprzestaniu paleniu. 57% badanych, prawie 60%, zadeklarowało, że zostało zapytanych przez lekarza o to, czy palą. 40% otrzymało od lekarza poradę, aby zaprzestało palenia. Niestety, tylko 3,5% szuka pomocy specjalistów. W Polsce mamy lepiej lub gorzej działający, ale mamy system pomagania palaczom. Tylko 3,5% badanych natomiast próbuje tej pomocy poszukać u specjalistów.

Pytaliśmy też o leki. 25% palaczy wie, że istnieją leki. Jak rozumiem, wierzy w nie, próbowało zaprzestać palenia, używając leków. Czyli mniej więcej 1/4 palaczy. Dziękuję.

**Specjalista do spraw Badania GATS w Centrum Onkologii
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Krzysztof Przewoźniak:**

Przedstawię państwu kilka slajdów, które nawiązują trochę do bardzo burzliwej dyskusji. Jak część z państwa, między innymi pani przewodnicząca, pamięta, to było też przedmiotem debaty nad zmianami w ustawie. Jest to również, jak powiedziała pani Ania Kozieł, jeden z tych elementów, spośród sześciu pakietów, które są w prawie międzynarodowym, w ramowej konwencji dotyczącej kontroli używania tytoniu,

przewidzianych w ramach kompleksowej, nowoczesnej polityki zdrowotnej ograniczającej palenie.

Na początku będę starał się państwu powiedzieć, jakie jest narażenie niepalących, chociaż narażenie palących jest również istotne. Te dwa skutki bowiem się do siebie dodają – aktywne i bierne palenie. Multiplikują się wtedy skutki zdrowotne. Ale, żeby był czysty obraz, ograniczmy się do narażenia niepalących. Później będę starał się państwu pokazać, jakie jest to narażenie w różnych miejscach, zarówno tych prywatnych, gdzie jest ograniczona możliwość ustawodawczego działania, jak i w miejscach publicznych, gdzie taka możliwość istnieje. Na końcu chciałbym również nawiązać do postaw zdrowotnych Polaków, które mogą mieć również przełożenie na to, co interesuje dysponentów tych miejsc. A więc na możliwość pozyskania większej lub mniejszej liczby patentów lub klientów.

Zacznijmy od miejsca pracy. To są wyniki z okresu przed wprowadzeniem nowego ustawodawstwa. One więc obrazują sytuację mniej więcej z przełomu 2009 i 2010 r. Nieco więcej mężczyzn, bo około 35% niepalących, niż kobiet, około 20%, jest narażonych na dym tytoniowy w środowisku pracy. Ta różnica wynika z tego, że mężczyźni częściej pracują w swoim własnym gronie i ze względu na to, że częstość palenia jest wyższa u mężczyzn, to również i częstość narażenia niepalących mężczyzn na palenie swoich kolegów jest wyższa.

Następny slajd jest bardzo istotny dla zrozumienia tego, dlaczego próbowaliśmy ograniczyć palenie w miejscach publicznych. Bardzo wyraźnie widać, że w tych miejscach, które były przedmiotem ogromnej, bardzo burzliwej, również kontrowersyjnej debaty, czyli bary, puby, kluby nocne, dyskoteki – krótko mówiąc lokale gastronomiczne, rozrywkowe, gdzie palacze są właściwie w przytłaczającej większości – niepalący, jeśli tam chodzą, są narażeni na dym tytoniowy. Czyli 90% niepalących chodzących do tych miejsc twierdzi: jesteśmy narażeni tam właśnie – w barach, w klubach nocnych, dyskotekach – na dym tytoniowy.

Nieco mniejszy odsetek osób, bo około 50%, jest narażony na dym tytoniowy w restauracjach, kawiarniach i bistrach. Sytuacja jest lepsza, ale oczywiście nie tak dobra, jak chcielibyśmy. Nie chciałbym też powiedzieć, że jest pod kontrolą, ponieważ około 10% niepalących jest ciągle narażonych na dym w środkach transportu publicznego. Polska była jednym z pierwszych krajów, w których tego rodzaju ograniczenie, a właściwie całkowity zakaz palenia w większości środków transportu, poza pociągami, jak pamiętamy – w tej chwili, to już nie jest możliwe – został wprowadzony. Również w budynkach urzędów państwowych... Nie wiem, czy to dotyczy także tego urzędu, ale 10% niepalących twierdziło, że jeśli wchodzi do budynków urzędów państwowych, to w co dziesiątym jest narażony na dym tytoniowy, mimo że taki zakaz już obowiązywał wcześniej. To jest więc kwestia, jak wynika z prezentowanego slajdu, nie tylko nowych przepisów, ale również egzekucji starych przepisów, jeśli chodzi o budynki urzędów państwowych czy placówki służby zdrowia. To jest w miarę dobrze rozwiązane.

Poproszę następny slajd. Oczywiście, znacznie trudniej jest interweniować w środowisku domowym. Była wielka dyskusja, czy zakazywać palenia podczas jazdy samochodem, w jakich warunkach to się powinno odbywać. Trzeba mieć świadomość, że samochód, szczególnie w warunkach zimowych – takich jak teraz, prawda? – to jest zamknięta, bardzo niewielka powierzchnia, gdzie wypalenie nawet jednego, dwóch

papierosów w obecności innych niepalących użytkowników doprowadza do bardzo wysokiego, przekraczającego o kilkanaście czy kilkadziesiąt razy, stężenia różnych substancji rakotwórczych zawartych w papierosach. To rozwiązanie zostało przez parlamentarzystów uwzględnione i, jak widać, jak sądzimy, te odsetki, które przed tym rozwiązaniem dochodziły u mężczyzn do 30%, a u kobiet do 20%, miejmy nadzieję będziemy mogli to za rok państwu pokazać, będą niższe.

Programy interwencyjne. Być może pielęgniarce rodzinne, być może pediatrzy będą mogli tutaj coś zrobić, ale to wymaga również środków, o których mówiła pani Anna Kozieł. Wydaje się że interwencja w domu ciągle jest konieczna. Blisko 25% niepalących mężczyzn i 30% kobiet jest narażona na dym tytoniowy w domu. Z drugiej strony ze wszystkich badań przeprowadzonych w innych krajach wynika, że jeśli zakazemy całkowicie czy wprowadzimy kompleksową politykę ograniczającą palenie w miejscach publicznych, to ona się częściowo przełoży na sytuację w domach. Ten efekt zawsze jest i oczywiście zależy od tego jak kompleksowa jest to polityka w miejscach publicznych.

Następny slajd poproszę. Prezentowany slajd mówi o tym, jakie są ludzkie postawy. De facto ten slajd, który pokazuje odsetek tych, którzy unikają różnych miejsc, nie oznacza, że oni zawsze tych miejsc unikają, ale że zdarza się, że oni nie chodzą na przykład, nie spotykają się gdzieś z kolegami czy z rodziną w środowisku domowym, nie chodzą do barów, pubów czy klubów nocnych, unikają pewnych obiektów kulturalnych, czy restauracji, kawiarni i herbaciarni. To są dosyć duże odsetki. Około 20% palących i niepalących twierdzi, że unika barów, pubów i restauracji, ponieważ ich zdaniem tam jest zbyt wysokie natężenie dymu tytoniowego. To jest więc argument również dla tych nieprzekonanych właścicieli barów i restauracji, którzy sądzą, że zmniejszy się liczba ich klientów po wprowadzeniu właśnie tego rodzaju ograniczeń. Ona już się zmniejszyła, a powodem było właśnie wysokie stężenie dymu tytoniowego. Dziękuję.

**Specjalista do spraw Badania GATS w Centrum Onkologii
– Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Jakub Łobaszewski:**

Zostanę na swoim miejscu, żeby nie przedłużać za bardzo czasu naszej prezentacji. Przedstawię państwu opinie Polaków na temat zagadnień związanych z paleniem tytoniu.

Poproszę następny slajd. Jeśli chodzi o opinie na temat zdrowotnych następstw, skupiliśmy się właśnie na tych zdrowotnych następstwach oraz na tym, jak Polacy sądzą, czy palenie tytoniu czy papierosy uzależniają, czy uzależnia stosowanie innych produktów.

Wiedza na temat szkodliwości palenia. Oczywiście, większość Polaków – dziewięciu na dziesięciu – zdaje sobie sprawę z tego, że palenie wywołuje poważne choroby u osób palących. 80% ma świadomość tego, że palenie wiąże się z narażeniem osób niepalących, które również odczuwają skutki zdrowotne narażenia na dym tytoniowy. 40% Polaków uważa, że zażywanie tytoniu bezdymnego ma skutki zdrowotne.

Jak to wygląda, jeśli chodzi o poszczególne schorzenia? 92% badanych ma świadomość tego, że palenie wywołuje raka płuc. Jeżeli natomiast chodzi o schorzenia kardiowaskularne – zawały serca, udar mózgu, wylew – są to odsetki nieco mniejsze. Tutaj, w tej wiedzy, jest pewna luka. Wiemy już, że na tle innych krajów, które przeprowadziły badanie GATS, nie wygląda to najlepiej. Proszę zwrócić uwagę, że 20%

Polaków nie ma świadomości tego, że palenie wywołuje zawał serca i 40% nie ma świadomości, że palenie tytoniu wiąże się również z wylewem, z udarem.

Oczywiście, zarówno Polacy palący, jak i niepalący zdają sobie sprawę z tego, że palenie papierosów uzależnia. To nie podlega żadnej dyskusji. Wciąż około 1/5 Polaków sądzi, że są niektóre rodzaje papierosów, które mogą być mniej szkodliwe od innych.

Jak wyglądają postawy Polaków wobec polityki ograniczającej palenie? To pytanie było zadawane we wszystkich krajach realizujących GATS. Tutaj skupiliśmy się, wybiegając trochę w przyszłość, na bardzo restrykcyjnych środkach, jak na przykład całkowity zakaz produkcji i sprzedaży. Oczywiście, zapytaliśmy w przededniu wprowadzenia ustawy – badanie było zakończone w marcu, zanim jeszcze ustawa była uchwalona – o postawy Polaków wobec zakazu palenia w różnych miejscach publicznych. Okazuje się, że 50%, niemalże połowa dorosłych Polaków, zgodziłaby się na dalsze podniesienie podatków na wyroby tytoniowe. To, co nas nieco zaskoczyło i jest dosyć ważne, 40% Polaków deklaruje, że w przyszłości poparłoby wprowadzenie całkowitego zakazu produkcji i sprzedaży papierosów.

Jeżeli chodzi o postawy wobec zakazywania palenia w miejscach publicznych, widać, że większość Polaków zdecydowanie opowiada się za taką polityką. Dotyczy to również restauracji, miejsc pracy. Jedyne miejsca, gdzie ten odsetek jest nieco mniejszy, są bary, kluby nocne lub muzyczne, chociaż nadal 2/5 Polaków popierało wprowadzenie zakazu palenia w tych miejscach jeszcze przed wprowadzeniem ustawy. Wiemy natomiast, doświadczenia innych krajów o tym mówią, że poparcie to rośnie po wprowadzeniu takich przepisów. Kolejne badania pozwolą nam zatem stwierdzić, czy to się zmieniło. Dziękuję bardzo.

**Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów
w Centrum Onkologii**

– Instytucje im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Witold Zatoński:

Teraz chciałbym powiedzieć kilka zdań podsumowujących stan, jaki jest w tej chwili, jeżeli chodzi o kontrolowanie palenia tytoniu i jego następstw i co z tego dla nas wynika.

Przede wszystkim zwraca uwagę, że częstość palenia jest stale bardzo wysoka wśród tych krajów, które brały udział w tym badaniu, szczególnie w populacji kobiet w Polsce. To właśnie w Polsce częstość palenia u kobiet jest najwyższa, wyższa niż na przykład u kobiet mieszkających w Rosji. Jeżeli chodzi o mężczyzn, to tutaj znajdujemy się w dolnej części tej stawki i to się zgadza z tym, co wiemy.

Jak częstość palenia zmieniła się u obu płci w czasie? To jest slajd, z którego jesteśmy bardzo dumni, tym bardziej, że mamy na końcu tutaj jeszcze stempel GATS, tego wielkiego międzynarodowego badania. Przypomnijmy, że w połowie lat siedemdziesiątych paliło prawie 65% mężczyzn w Polsce. Ta liczba spadła w tym naszym ostatnim badaniu do 35%. Czyli jest bardzo wyraźny spadek ekspozycji na te wszystkie czynniki toksyczne dymu tytoniowego w populacji mężczyzn. Z kobietami, jak zwykle, jest zawsze bardziej skomplikowana sytuacja. Ja żartuję. Kobiety są po prostu mądrzejsze od mężczyzn, jeżeli chodzi o zachowania zdrowotne. Nigdy na takim poziomie jak mężczyźni... Proszę zobaczyć, na prezentowanym slajdzie jest ogromna różni-

ca w częstości palenia. Niemniej w ostatnich latach ten spadek jest nie taki, jak chcielibyśmy. Prawda? Chociaż za chwilę spróbujemy go krótko zanalizować w różnych grupach wiekowych i zobaczymy, że są także pozytywne zmiany.

Otóż we wszystkich grupach wiekowych, od najmłodszych do najstarszych mężczyzn, mamy przez ostatnie trzydzieści czy czterdzieści lat bardzo ładny systematyczny spadek częstości palenia. U kobiet natomiast mamy dwa zjawiska. Przede wszystkim u kobiet w średnim wieku, o których mówiłem, mamy ciągle wzrost częstości palenia. Bardzo interesujące jest to, co się stało w najmłodszych grupach wiekowych u kobiet. Mianowicie w latach siedemdziesiątych był ogromny skok częstości palenia u młodych dorosłych kobiet – z 25 do prawie 50%. I potem, i to prawdopodobnie była nasza interwencja, ten poziom spadł z 50%, zmniejszył się w ten najmłodszej grupie wieku o połowę. Będziemy to widzieli potem jeszcze raz omawiając skutki palenia tytoniu. Niestety, u kobiet w średnim wieku ta częstość gwałtownie dalej rośnie i jest już na wysokim poziomie. Ciągle jeszcze nie mamy trendu spadkowego.

To jest slajd, z którego jesteśmy najbardziej usatysfakcjonowani. On pokazuje, że ten wzrost częstości zachorowań na raka płuca, który obserwowaliśmy w Polsce w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, gdzieś od początku lat osiemdziesiątych – najpierw u młodszej grupy wiekowej, a potem u mężczyzn w średnim wieku – zaczyna spadać. To wygląda jeszcze bardziej fascynująco z punktu widzenia epidemiologia, jeżeli spojrzymy na liczbę zachorowań. Prawda? Ta liczba w polskiej populacji rosła bardzo systematycznie gdzieś mniej więcej do połowy lat dziewięćdziesiątych, osiągając szczyt prawie siedemnastu tysięcy zachorowań rocznych u mężczyzn z powodu raka płuca. Od połowy lat dziewięćdziesiątych to pięknie spada. W tej chwili zachorowań jest czternaście tysięcy. Rocznie jest każdego roku o dwa i pół tysiąca mniej zachorowań niż to było w połowie lat dziewięćdziesiątych. To jest więc taka miara tego, co się zdarzyło. Rak płuca jest dobrym modelem, ponieważ rak płuca jest schorzeniem jednoczynnikowym, które występuje prawie wyłącznie u palaczy papierosów.

Jeżeli porównamy to z sąsiednimi krajami, na przykład z tym, co się działo na Węgrzech, to na początku lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ten wzrost zachorowań był identyczny w Polsce i na Węgrzech. Po pewnym czasie my zahamowaliśmy, odwróciliśmy ten trend. Węgrzy pobili rekord Europy. Podobnie zresztą w populacji kobiet. Proszę zobaczyć, kobiety na Węgrzech osiągnęły najwyższy poziom, kiedykolwiek obserwowany w Europie, zachorowań na raka płuca.

Politycy bardzo często mówią: no, dobrze, ale kiedy my będziemy widzieli efekty tego działania? Efekty przychodzą relatywnie szybko. To nieprawda, że trzeba na nie czekać pięćdziesiąt lat. Proszę zobaczyć, jeżeli chodzi o młodych, dorosłych mężczyzn w Polsce, to w pewnym momencie w porównaniu z krajami starej Europy, piętnaście państw, mieliśmy prawie dwukrotnie wyższe ryzyko zachorowania na raka płuca u mężczyzn w wieku trzydzieści pięć – czterdzieści cztery lata. W tej chwili mamy mniej więcej taki sam poziom zachorowania, czyli wyrównaliśmy tę różnicę w najmłodszej grupie wiekowej. Oczywiście, do tego, żeby to się stało w średnim wieku i w grupie 65+, to jeszcze nam potrzeba dużo czasu.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że nie tylko w Polsce, ale we wszystkich krajach Unii Europejskiej legalne substancje uzależniające, tytoń, są wyzwaniem numer jeden ochrony zdrowia. Rola państwa jest tutaj ogromna. Państwo jest odpowiedzialne za to i państwo ma wszystkie narzędzia do tego, żeby manipulować, żeby regulować tym

spadkiem. Byłem wczoraj w Wielkiej Brytanii, gdzie jest rząd konserwatywny, bardzo liberalny i wydawałoby się, że oni przerwą tę... Wręcz przeciwnie. Powiedzieli, że wprowadzą opakowania bez żadnych znaków. Powiedzieli, że był wywiad z ministrem zdrowia, że będą bardzo drastycznie podniesione ceny papierosów w Wielkiej Brytanii. Mimo, że tam jest już znacznie niższy poziom szkód zdrowotnych, uważają, że to jest najważniejsza sprawa w zakresie zdrowia publicznego i że na niej rząd musi dalej swoje działania koncentrować.

Trzeba pamiętać, że tytoń to jest nie tylko rak płuca, o którym my czy ja najczęściej mówię. Tytoń, jeżeli chodzi o liczbę, to są przede wszystkim choroby naczyniowe. Układ naczyniowy dwukrotnie szybciej starzeje się u palących niż u niepalących. Zawały serca. Jest z nami pan profesor Rużyłło. Mam nadzieję, że potwierdzi to, co ja mówię. Palenie tytoniu to jest czynnik numer jeden regulujący zachorowania i umieralność z powodu chorób kardiowaskularnych w Polsce, szczególnie niebezpieczny u osób, u których są już znaki choroby, czyli z chorobą wieńcową czy po zawałach serca.

Tutaj jest sprawa, o której trzeba pamiętać, że tytoń ma nie tylko liniowe działanie, ale również nieliniowe. Co to znaczy? W tej kwestii proszę o wsparcie pana profesora. Kilka zdań na ten temat, żebyśmy wszyscy zrozumieli, na czym polega niebezpieczeństwo biernego palenia. Na tym, że dym tytoniowy ma bardzo istotne działanie protrombotyczne – prowadzi, przyspiesza... Jest tak jakby antyaspiryną. Prawda? Czyli jak ja się zaciągam, to wtedy natychmiast zmienia się krzepliwość, zachodzą procesy. I na to nie trzeba czekać latami. To się odbywa w ciągu minut. Żeby uruchomić to zjawisko, trzeba do tego odrobiny dymu. Nie trzeba chmur dymu. Optymalne działanie trombotyczne występuje przy takiej wielkości dymu, która pochodzi z 0,2 papierosa, czyli mała dawka prowadzi do optymalnego szkodliwego działania. Dlatego też na przykład jeśli chodzi o osoby z chorobą wieńcową serca, powinny być w barach ostrzeżenia: osoby z chorobą wieńcową serca nie powinny wchodzić, bo grozi to śmiercią!

Z tego powodu w krajach cywilizowanych, w krajach zachodniej Europy, zakazano palenia w obecności ludzi. Nie dlatego, że ktoś za pięćdziesiąt lat będzie miał raka płuca, bo w tym przypadku to jest mała dawka i ten efekt nie jest tak wielki. Jeżeli natomiast chodzi o choroby naczyniowe, choroby układu krążenia, to ten efekt jest znaczący i bardzo szybki, na co wskazuje także to, że wprowadzenie całkowitego zakazu palenia, na przykład w Irlandii, na przykład we Włoszech, na przykład w Anglii, doprowadziło do zmniejszenia w ciągu jednego roku – nie trzeba było długo czekać – o 10% przyjęć do szpitali kardiologicznych. I to jest to nieliniowe działanie. Nie trzeba dużo dymu. 0,2 papierosa wystarczy do optymalnego, silnego działania protrombotycznego.

Uszkodzenie mózgu. Jeszcze niedawno mówiło się, że dym jest dobry na mózg. No tak, dobry, ponieważ szybciej dostaje się demencji. Jedną z hipotez tego, że demencja czy choroba Alzheimera jest częstsza u mężczyzn jest to, że oni częściej palą papierosy. Prawda? Palenie tytoniu uszkadza nie tylko naczynia, ale także prowadzi do demencji. Przewlekła obturacyjna choroba płuc, niewydolność, to też jest narastający w Polsce problem.

Jak Polacy przyjęli to, co państwo z takim trudem opracowali? Fantastycznie! Proszę zobaczyć co myślą Polacy. Na slajdzie jest przedstawione badanie przeprowadzone na dwóch tysiącach osób w ostatnich dniach. Gratulacje dla pani poseł, gratula-

cje dla pana senatora. Proszę bardzo. Otóż ponad 70% Polaków uważa, że to jest dobra ustawa, że poszliśmy w dobrym kierunku. Ale co jest może jeszcze ciekawsze, proszę zobaczyć, że także większość palaczy, dwadzieścia sześć plus trzydzieści trzy, czyli prawie 60% palaczy uważa, że to jest dobra ustawa. Czyli zrobiliśmy pierwszy krok. Czekamy na następny, czekamy na bis ze strony państwa, ponieważ dym ma działanie nieliniowe, a w związku z tym przebywanie w cywilizowanym kraju, wymuszanie na kimś, kto nie chce być narażony na dym tytoniowy, jest po prostu niekonstytucyjne. Nie wolno palić. Palacz może sobie palić. To jest jego wybór. Ale nie może palić w miejscach publicznych w obecności osoby niepalącej.

Tytoń jest takim klasycznym czynnikiem, w którym potrzebna jest nie tylko polityka ministra zdrowia. Jest z nami minister zdrowia, ale chcielibyśmy, żeby przyszedł na nasze spotkanie minister finansów, minister komunikacji, minister edukacji, ponieważ tego problemu lekarze nie załatwią. Musi być demedycyzacja tego problemu, ponieważ – jak to mówią też Brytyjczycy – działanie dla zdrowia publicznego powinno się odbywać we wszystkich dziedzinach życia narodu. I to jest także bardzo ważny program dla lokalnych społeczności, które mają ogromną do spełnienia rolę.

Musimy pamiętać, że oprócz leczenia i zapobiegania jest jeszcze budowanie zdrowia. Jeżeli ktoś ma tyle lat, co ja, i podda się programowi budowania zdrowia, to jego zdrowie się poprawi. Mogą być ludzie, którzy mają lat siedemdziesiąt, a biologicznie mają lat czterdzieści. Prawda? Dieta, wysiłek, niepalenie, nieużywanie alkoholu prowadzi do tego, że nasze ciało biologicznie starzeje się znacznie wolniej. I to jest zadanie wychowania, rozmawiania na ten temat.

Jest taki slogan, który pan minister Biliński był uprzejmy przytoczyć, żeby umrzeć zdrowym jak najpóźniej, najlepiej w dziewięćdziesiątym, setnym roku, nigdy nie widząc lekarza, na nic nie chorując. I to jest marzenie medycyny. Nie jesteśmy w stanie przeszczerzyć każdemu wątrobę, bo on dużo pije, to bowiem bardzo dużo kosztuje. Żaden kraj nie jest w stanie tego finansować. Musimy więc bardzo wzmocnić edukację. Aż 40% Polaków nie wie o wspomnianych konsekwencjach naczyniowych. To jest gorzej niż w Bangladeszu. Nie wziąłem danych, bo nie chcę sam siebie zawstydząć, ale jeżeli chodzi o poziom edukacji i wiedzy na ten temat, to ten analfabetyzm tytoniowy jest ciągle jeszcze obecny w Polsce. Nie weszliśmy z programami do szkół.

O audycie mówiła pani Ania, mam więc minutę czasu więcej. Następny slajd dotyczy największego nieszczęścia. Mądrzy parlamentarzyści, na czele z byłym szefem pana ministra Bilińskiego, zdecydowali w 1999 r. – ustawa sejmowa, która obowiązuje – że powinno się przeznaczać 0,5% akcyzy na działania prowadzące do ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu. Tak jednak się nie stało. Mamy problem, ponieważ nasz dyrektor szuka pieniędzy i chce nam zamknąć infolinię. Nie ma bowiem na to pieniędzy. Ci, którzy prowadzą program nowotworowy, mówią: to nie nasza działka, weźmy środki z tytoniowego programu. W nim jest na to przeznaczone 400 tysięcy zł, jak mówi pan minister, czy milion... A jeżeli chcemy, żeby zdrowie Polaków poprawiało się, to trzeba uruchomić mnóstwo różnych rzeczy. Dlatego apelujemy, bardzo prosimy panią przewodniczącą, pana przewodniczącego – myślę, że wyrażam opinię wszystkich tu obecnych na sali – o pomoc w tej sprawie, dlatego że to jest coś, co powinno stać się tak szybko, jak to jest możliwe.

Mamy bardzo wielkie rezerwy, jeżeli chodzi o podatek papierosowy. Pan Michał Stokłosa zrobił piękne ekonomiczne opracowanie, które mówi, że do pewnego

momentu wzrost podatków nie wpływa na zmniejszenie pieniędzy wpływających do Skarbu Państwa. Ponieważ w przypadku papierosów elastyczność jest taka, że jak podwyższy się ich cenę o dziesięć, to zmniejszy się konsumpcja o 0,3, czyli ciągle będzie wyższa suma wpływająca... Jeżeli na przykład porównując siłę nabywczą powiemy, że w Polsce papierosy są tańsze niż w Meksyku czy Tajlandii...

(Głos z sali: W Bangladeszu.)

...czy w Bangladeszu, to rzeczywiście nie jest to powód do dumy. Prawda? Pamiętajmy, że paczka papierosów w Irlandii albo w Wielkiej Brytanii kosztuje 8 funtów. U nas najtańsze, nie wiem, kosztują 8 zł. Nie palę więc nie wiem.

(Głos z sali: U nas najtańsze kosztują 2 funty.)

Tak. Nie ma w żadnej innej dziedzinie, ani samochody, ani energetyka, takiego wielkiego dystansu.

Dziękuję państwu za uwagę.

Posel Beata Małecka-Libera:

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze.

Dziękuję również całemu zespołowi za bardzo ciekawą, wnikliwą analizę raportu. Myślę, że pojawiło się tutaj wiele różnych aspektów, ale powiem uczciwie, że zwróciłam uwagę na jeden bardzo ważny. Mianowicie zainteresowało mnie to, co zostało tu powiedziane o motywach zaprzestania palenia papierosów. Cena – oczywiście, tak, ale przede wszystkim jednak ta świadomość troski o swoje zdrowie. Myślę, że właśnie tutaj w tym miejscu mamy dużo do zrobienia, między innymi również jako sejmowa Komisja Zdrowia. Myślę, że na ten temat jeszcze będziemy mówili w dyskusji i we wnioskach.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego Przemysław Biliński:

Serdecznie dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Kolejnym naszym punktem jest omówienie projektu tworzenia stref wolnych od dymu tytoniowego na podstawie projektu „Odświeżamy nasze miasta” – TOB3CIT, Tobacco Free Cities. Chcę państwu powiedzieć, że jesteśmy w sferze publicznej przyzwyczajeni do ikon. Pan profesor Zatoński jest ikoną walki z nikotyną w naszym kraju i można by powiedzieć, i – to powtarzam za panem profesorem Wojtczakiem – że nie ma Solidarności bez Lecha Wałęsy i nie ma walki z nikotyną bez pana profesora Zatońskiego. Zaraziliśmy się tym jako instytucja i doszło do zacieśnienia współpracy z Instytutem Onkologii, z zakładem pana profesora. Efektem tego zacieśnienia współpracy był wyjazd studyjny i odwiedzenie takich instytucji, jak Centrum Kontroli Chorób i Zakażeń w Atlancie, jak również wizyta u bezpośrednich odpowiedzialnych za zdrowie w takich miastach, jak Nowy Jork czy Waszyngton. Tam spotkania robocze z pracownikami odpowiedzialnymi za zmniejszenie następstw palenia tytoniu w takich miastach wiele nas nauczyły i pokazały narzędzia, dzięki którym możemy podobne działania skutecznie wprowadzać na terenie Polski. W wyniku jednej z tych wizyt zostaliśmy zaproszeni na rozmowy do organizacji pozarządowej – Fundacji Bloomburga. Dzięki staraniom pana profesora, jak i również naszej obecności, doszło w trakcie tych

spotkań do przełomu. Mianowicie polski urząd administracji, jakim jest Główny Inspektorat Sanitarny, rozpoczął starania o środki pozabudżetowe. Na naszym przykładzie można uznać wnioskowanie do organizacji pozarządowych o środki pozabudżetowe za wzorcowe partnerstwo publiczno-prywatne. Uzyskaliśmy te środki. To jest kwota niebagatelna, bo około miliona dolarów...

(*Głos z sali: Złoty.*)

...około miliona złotych. To jest pierwszy taki pozytywny aspekt tej naszej współpracy i aktywności. Zdobycie pozabudżetowych środków przez urząd państwowy do realizacji celów, które są celami zarówno urzędu, jak i organizacji pozarządowej, jest wręcz nowatorskie. Chciałbym, żeby kilka słów o tym projekcie powiedziała pani dyrektor Joanna Skowron z Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Dziękuję.

**Kierownik Projektu TOB3CIT (Tobacco Free Cities)
w Głównym Inspektoracie Sanitarnym
Joanna Skowron:**

Dziękuję.

Witam państwa.

Tak jak pan minister powiedział, koordynatorem, jak również pomysłodawcą projektu, jest Główny Inspektorat Sanitarny. Projekt jest realizowany od kwietnia 2009 r. i jego realizacja potrwa do kwietnia 2011 r., czyli przez dwa lata. Na te dwa lata mamy budżet 1 miliona zł. Partnerami projektu są trzy miasta polskie: Łódź, Rzeszów i Szczecin. Podjęliśmy współpracę z naszymi głównymi partnerami, czyli wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi, jak również z urzędami miast, z tego względu, że głównym celem naszego projektu było tworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego, a gminy miast właśnie taką możliwość na mocy ustawy i uchwał lokalnych mają.

Głównym celem, misją naszego projektu jest ochrona zdrowia ludności w Polsce. Ten cel realizowaliśmy poprzez: po pierwsze, upowszechnienie wiedzy o istniejącym prawie, czyli ustawie z 1995 r. Tak jak wcześniej wspomniałam, projekt zaczęliśmy w 2009 r. i już wiedzieliśmy, że toczą się prace nad zmianami w ustawie. Chcieliśmy przygotować naszych partnerów na wejście w życie nowej ustawy. Chcieliśmy również uzyskać ich poparcie.

Kolejnym etapem było tworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego w instytucjach publicznych podległych miastom, w parkach, na przystankach autobusowych i tramwajowych oraz we wszystkich tych miejscach, gdzie przebywa najwięcej społeczności lokalnych. Ponadto naszym celem było, jak to zwykle bywa w programach edukacyjnych, podnoszenie świadomości na temat wpływu czynnego i biernego palenia na zdrowie i życie człowieka. I tutaj, tak jak wcześniej wspomniałam, tymi działaniami chcieliśmy zyskać poparcie społeczności lokalnych.

Ponadto ważnym etapem było wzmocnienie egzekwowania obowiązującego prawa w obiektach użyteczności publicznej. Podjęliśmy współpracę ze strażą miejską w tych trzech miastach. Ponadto od czerwca tego roku takie prawo mają również pracownicy Inspekcji Sanitarnej, którzy mogą nakładać mandaty za nieprzestrzeganie ustawy.

Krótko recepta, jak tworzyliśmy strefy wolne od dymu tytoniowego. Po pierwsze, chcieliśmy poznać opinię społeczności lokalnej na temat tego, w których miej-

scach czują się narażeni na bierne palenie. I tak jak tutaj przedmówcy wcześniej zaznaczyli, były to głównie bary, puby, kawiarnie, restauracje. Proszę jednak zwrócić uwagę, że przeważnie 25–30% osób czuło się narażonych na bierne palenie również w zakładzie pracy, gdzie teoretycznie od 1995 r. obowiązywał zakaz palenia. Nasi badani czuli się również narażeni na przystankach komunikacji publicznej. Ponadto zadaliśmy pytanie o to, które miejsca w swoich miastach powinny w pierwszej kolejności stać się wolne od dymu tytoniowego. Proszę zwrócić uwagę, że zdaniem naszych mieszkańców wszystkie miejsca użyteczności publicznej powinny być wolne od dymu tytoniowego.

Kolejnym etapem było utworzenie koalicji lokalnych, które miały wdrożyć ten projekt w trzech miastach, jak również spowodować, żeby nasze cele zostały zrealizowane. I tutaj, tak jak wcześniej mówiłam, poprosiliśmy do współpracy urzędy miasta, inspektorów sanitarnych, ale również przedstawiciele urzędów marszałkowskich i wojewódzkich, przedstawiciele świata nauki, przedstawiciele uczelni wyższych, oraz policję i straż miejską, a także media lokalne.

Kolejnym etapem był wyjazd koalicjantów lokalnych do Warszawy na międzynarodowe warsztaty, które przygotowaliśmy wspólnie ze Światową Organizacją Zdrowia, jak również partnerami zagranicznymi, którzy pomagają nam realizować ten projekt. I tutaj koalicjanci dostali pakiet informacji pomocnych do tego, żeby wdrożyć w pełni założenia projektu w swoich miastach.

Kolejnym etapem było wprowadzenie uchwał lokalnych. Jak państwo widzą, część tych uchwał została wprowadzona jeszcze przed rozpoczęciem realizacji projektu, a w Łodzi wprowadzono uchwałę w 1993 r., jeszcze przed wejściem w życie ustawy antytytoniowej. W ramach naszego projektu taką uchwałę wprowadzono w Szczecinie. Jeśli natomiast chodzi o Łódź, to tak naprawdę nasz projekt spowodował, że w Łodzi w ogóle dowiedziano się o tym, że taka uchwała istnieje, ponieważ ona leżała gdzieś w dokumentach i ludzie nie byli świadomi.

Kolejnym etapem było oznakowanie miast i stref wolnych od dymu tytoniowego znakami jakie przygotowaliśmy z tej okazji. Jeśli państwo mieli okazję być w Łodzi, w Szczecinie lub w Rzeszowie, to na pewno widzieli, że wszystkie przystanki, budynki użyteczności publicznej właśnie są oznaczone takimi znakami. I na tym slajdzie są tego przykłady: to jest przystanek w Szczecinie, to jest jeden z parków miejskich, to jest amfiteatr – zakaz palenia obowiązuje podczas imprez masowych – a tu jedna ze szkół.

Kolejnym etapem było poinformowanie społeczeństwa o ustawie oraz uchwałach lokalnych, a także o skutkach zdrowotnych palenia tytoniu: bierne i czynne palenie. Tutaj państwo widzą jedną z imprez dla studentów, zorganizowaną w klubie studenckim w Łodzi. Udało się taką imprezę zorganizować i było bardzo dużo chętnych. Ludzie wytrzymali całą noc nie paląc papierosów.

Kolejnym etapem była kampania medialna w środkach masowego przekazu oraz w autobusach i tramwajach na nośnikach LCD. Na prezentowanym slajdzie mamy przykład kampanii medialnej dotyczącej uchwały lokalnej w Szczecinie. W tej chwili taka kampania jest w trzech miastach. Informacja dotyczy wejścia w życie nowej ustawy. Kolejny slajd to eventy lokalne. Tutaj akurat mamy międzynarodowe targi w Szczecinie i event dla społeczności lokalnych. Ci, którzy zechcieli w tym dniu rzucić palenie, mogli przynieść paczki papierosów. W zamian otrzymywali świeże warzywa i owoce, a także materiały edukacyjne. Korzystaliśmy z materiałów edukacyjnych przygotowanych przez Centrum Onkologii, za co serdecznie dziękuję, ale także przy-

gotowaliśmy swoje materiały edukacyjne. Główny Inspektorat Sanitarny jako pierwszy otrzymał zgodę Komisji Europejskiej, żeby użyć ostrzeżeń obrazkowych, ostrzeżeń zdrowotnych, które w przyszłości będą na paczkach papierosów jako ulotki edukacyjne. I my właśnie to zrobiliśmy.

Kolejne wydarzenie. To jest Łódź, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki. Podjęliśmy te działania w oparciu o wyniki badania, które przeprowadził w zeszłym roku Główny Inspektor Sanitarny. W tym roku te badania są kontynuowane. Jednoznacznie z nich wynika, że niestety 11% kobiet, które zaszły w ciążę, całą ciążę absolutnie w żaden sposób nie ograniczają palenia. Palą przez całą ciążę, jak i również później. Na tym slajdzie są te ulotki, które przygotowaliśmy w oparciu o ostrzeżenia zdrowotne.

Kolejnym ważnym etapem, tak jak już mówiłam, była egzekucja zakazu palenia. Na tym slajdzie odnotowano przygotowania strażników miejskich do tej egzekucji. Jesteśmy również po szkoleniach dla policjantów oraz osób, które zarządzają instytucjami publicznymi podległymi miastom, osób, które są odpowiedzialne za pełne wdrożenia ustawy w miejscach pracy. Te osoby otrzymywały pakiet materiałów edukacyjnych, jak również teksty ustawy antytytoniowej i wszelkie informacje dotyczące ich obowiązków oraz praw, które niesie ustawa.

I ostatni slajd podsumowujący egzekucję prowadzoną przez Straż Miejską od początku trwania projektu. Jak państwo widzą, najwięcej jest upomnień, następnie mandaty. W Szczecinie kierowane są również wnioski do sądu. Z naszych obserwacji wynika, że im dłużej prawo funkcjonuje, tym większy jest szacunek do niego. Jeśli chodzi o Szczecin, to tak jak państwu mówiłam, lokalne prawo ograniczające użycia tytoniu w miejscach publicznych obowiązuje dopiero od zeszłego roku. Tam zdarzały się sytuacje, gdzie niszczone tablice informujące o zakazie palenia. Miały również miejsce napaści czynne na strażników miejskich, którzy takie prawo egzekwowali.

Co jeszcze przed nami? Przede wszystkim kampania ogólnopolska informująca o wejściu w życie nowej ustawy. W tej chwili, oprócz tych nośników LCD, o których mówiłam, jest również spot telewizyjny, przedstawiany w ogólnopolskich, regionalnych i lokalnych telewizjach, a także na stronach internetowych stacji wojewódzkich oraz stacji powiatowych, a także eventy i dystrybucja materiałów edukacyjnych. Ponadto, ponieważ będziemy kończyli realizację naszego projektu w pierwszym kwartale, to będziemy jeszcze ewaluowali go poprzez badania w instytucjach publicznych na temat przestrzegania zakazu palenia oraz zorganizujemy badania ogólnopolskie na temat postaw wobec palenia. Zbadamy również postawy wobec nowej ustawy antytytoniowej. Ponadto, tak jak już wcześniej mówiłam, będziemy starali się o pełne wdrożenie rozporządzenia prezesa Rady Ministrów, które daje możliwość nakładania mandatów przez pracowników Inspekcji Sanitarnej. Będziemy również nawiązywali współpracę w pozostałych miastach. Projekt w trzech miastach jest bowiem niejako pilotażem działań, które mam nadzieję będą podejmowane również w pozostałych miastach. Tutaj przede wszystkim liczymy na współpracę ze Strażą Miejską oraz Policją, które są odpowiedzialne również za egzekucję ustawy antytytoniowej. Dziękuję państwu serdecznie.

Posel Beata Malecka-Libera:

Dziękuję bardzo. Dziękuję, Panie Ministrze. Dziękuję Pani za przedstawienie ciekawego projektu.

W ten sposób doszliśmy do końca, jeżeli chodzi o referaty i o przedstawienie wyników analiz badania GATS. Teraz czas na dyskusję, którą otwieram, i podsumowanie. Bardzo proszę, kto z państwa chciałby zabrać głos?

Proszę bardzo

Dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie
Witold Rużyło:

W jakiś sposób wywołał mnie do wypowiedzi pan profesor Zatoński. Nie miałem jeszcze okazji zapoznania się ze szczegółowym raportem GATS, ale chcę się odnieść przede wszystkim do pktu 6 – bierne palenie. Proszę państwa, to że bierne wdycha dym, że jest narażonych na palenie papierosów cztery miliony Polaków w pracy, nie jest dla mnie niespodzianką. Ale to, że czternaście milionów Polaków jest narażonych na wdychanie dymu w domu, to jest dla mnie szok. Chcę powiedzieć bardzo krótko, że pojawiają się coraz częściej dane, które mówią jednoznacznie, że bierne palenie jest bardziej szkodliwe niż rzeczywiste, czynne palenie.

Nie mam przy sobie danych, które mogę państwu pokazać, ale warto spojrzeć na Chiny. Tam kobiety przebywają w domu – zmienia się cała społeczna struktura życia w Chinach – i te kobiety coraz częściej chorują na chorobę wieńcową poprzez stałe wdychanie dymu w domu przez męża, dzieci itd., itd. Są również nowe dane amerykańskie, które mówią, że bierne palenie jest gorsze niż normalne palenie. Jeżeli my nie zaczniemy walczyć, tak jak to w tej chwili było tutaj powiedziane, bardzo aktywnie z tymi, którzy nie rozumieją, czy nie czują tego, że bierne palenie, przebywanie w otoczeniu tych, którzy palą, jest bardzo szkodliwe, to będziemy mieli problem.

To jest w pewnym sensie niespodzianka, to, co pan profesor Zatoński mówi, że – o ile pamiętam – tylko 20% Polaków jest świadomych tego, że palenie jest tak szkodliwe, jeżeli chodzi o choroby układu krążenia. Myślę, że rak że POChP, czyli przewlekłe choroby płucne, zdominowały tę wiedzę na temat szkodliwości palenia. Myślę więc, że warto byłoby w większym stopniu zwrócić uwagę na sposób prezentowania szkodliwości palenia w zakresie chorób układu krążenia. Mam na przykład bardzo prosty pomysł. Pan profesor Zatoński powiedział o prozакrzepowym działaniu dymu. Co do tego nie ma żadnych wątpliwości, ale wydaje mi się, że do społeczeństwa nie dociera rzecz bardzo prosta. W początkowej fazie działania dymu tytoniowego dochodzi do porażenia śródbłonna naczyniowego i utraty zdolności do rozkurczu naczynia. To jest najprostsza w świecie rzecz. To można bardzo pięknie pokazać. I to jest odwracalne. Możemy odwrócić to. Jeżeli ktoś pali dziesięć lat i śródbłonek, czyli wykładzina wewnętrzna naczyń tętnicy wieńcowej, traci swoją zdolność do rozkurczu, mało tego, jest paradoksalny skurcz na podaniu pewnych leków, to można przecież to pięknie w spocie pokazać.

Myślę, że tutaj jest dużo do zrobienia. Wyniki badań były dla mnie i bardzo interesujące, i trochę zawstydzające, że tak mała jest wiedza społeczeństwa na temat szkodliwości palenia, jeżeli chodzi o choroby układu sercowo-naczyniowego. Tutaj jesteśmy skłonni do pomocy w może takim bardziej plastycznym przedstawieniu tej kwestii i wzięciu udziału w opracowaniu prezentacji, czy też zainspirowaniu artystów czy ludzi, którzy zajmują się PR, tak by pokazać jak naprawdę szkodzi palenie na naczynia i że to jest odwracalne. To jest odwracalne po wielu latach palenia. O tym warto ludziom powiedzieć. Dziękuję bardzo.

Posel Beata Malecka-Libera:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego
Przemysław Biliński:**

Serdecznie dziękuję.

Bardzo poważnie zabrzmiał głos pana profesora. Chcę powiedzieć, że Instytut Kardiologii zasłynął kiedyś bardzo dobrym cyklem filmów popularnonaukowych, publikowanych w telewizjach różnych, filmów edukacyjnych z udziałem pracowników Instytutu Kardiologii, którzy w sposób bardzo poglądowy, edukacyjny tłumaczyli zjawiska związane z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Może warto byłoby przy tej okazji wrócić do tego pomysłu i przygotować taki kilkunasto-, dwudziestominutowy film, wzorem tych kilku czy kilkunastu, które powstały, dotyczący wpływu nikotyny na układ naczyniowy. To mogłaby być wspólna działalność, jak rozumiem, Centrum Onkologii, Inspekcji Sanitarnej, Instytutu Kardiologii.

Posel Beata Malecka-Libera:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, pan przewodniczący.

Senator Michał Okła:

Szanowni Państwo, myślę że zbliżamy się już do końca spotkania i należałoby wysnuć pewnego rodzaju wnioski.

Bardzo serdecznie dziękuję za udział znakomitych gości, bez których na pewno to posiedzenie miałoby o wiele niższą rangę. Dziękuję bardzo, że zaszczycił nas swoją obecnością pan profesor Zatoński, wielki pasjonat walki z nikotyną, pan profesor Rużyło. Bardzo, bardzo serdecznie wszystkim państwu dziękuję.

My jako parlamentarzyści nie możemy wysnuwać z takich konferencji zbyt wielu wniosków, bo tutaj nasunęło się kilkadziesiąt. Prawda? Chciałbym zwrócić uwagę na to, że przede wszystkim powinniśmy zapobiegać nadmiernej ekspansji producentów produktów tytoniowych. Musimy powalczyć o podwyższenie akcyzy na papierosy, co zwiększy cenę papierosów, a przez to mam nadzieję obniży też liczbę palaczy w Polsce, jak również zwiększy nie tylko wpływy do budżetu, ale myślę tu głównie o środkach na działania profilaktyczne. Jak wiemy, w Polsce te środki są w tej chwili bardzo małe i zbyt małe na to, abyśmy mogli dotrzeć pod przysłowiową każdą strzechę. Kiedyś pan profesor był uprzejmy przywieźć nam tutaj delegację z Alma-Aty. W samej Alma-Acie wydaje się więcej środków na profilaktykę antynikotynową niż my w całej Polsce. To jest dla nas, myślę, przyczynek do tego, abyśmy tą profilaktyką bardzo się zajęli.

Również bardzo ważna jest tutaj profilaktyka wyeliminowania dymu tytoniowego. Tak jak pan profesor stwierdził, jest to bardzo prosta profilaktyka, tylko trzeba chcieć i umieć to przeprowadzić. Uczestniczyłem kiedyś w takiej konferencji w Chor-

wacji, która nas zdecydowanie wyprzedziła, jeżeli chodzi o tworzenie tak zwanych czystych stref. Tam w tej chwili te czyste strefy są monitorowane już nie tylko pod względem papierosów, ale chodzi też o czyste powietrze. Lokale są pod tym względem certyfikowane. To są niewielkie aparaty, które się umieszcza w danych pomieszczeniach i one wskazują, czy to pomieszczenie jest absolutnie czyste od dymu tytoniowego i innych szkodliwych substancji dla zdrowia. Takie pomieszczenia otrzymują certyfikaty, które są następnie wywieszane. To są wszystkie pomieszczenia gastronomiczne, to są biura, kina, teatry, gdzie ludzie często przebywają i mają wtedy świadomość, że wchodzi do pomieszczenia bardzo czystego. To nie obciąża państwa, bo to ludzie administrujący tymi pomieszczeniami mają za zadanie zakupienie tej aparatury i monitorowanie, jeżeli chcą być w świadomości społeczeństwa instytucjami działającymi prozdrowotnie.

Oczywiście, będziemy wspierać i tworzyć wspólnie z organizacjami, które dzisiaj uczestniczą w naszym spotkaniu, programy legislacyjne dotyczące zapobiegania palenia tytoniu. Myślę, że również pomysł pana ministra Bilińskiego jest bardzo ważny, aby przy współudziale Instytutu Kardiologii, Instytutu Onkologii stworzyć taki prewencyjny film, może spot, może film dwudziestuminutowy, jak mówił pan minister, z którym można byłoby dotrzeć do każdego prezydenta, każdego burmistrza, każdego wójta, aby w swojej gminie stworzył pewnego rodzaju zespoły, które byłyby wspierane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, przez parlamentarzystów, przez osoby, które chciałyby w tym uczestniczyć. Chodzi o to, aby dotrzeć do każdego środowiska, do każdej gminy i pokazać, jak bardzo szkodliwe jest narażanie ludzi na dym tytoniowy i jakie są tego konsekwencje i jak ważne jest stworzenie tych czystych stref. Myślę, że my jako parlamentarzyści z pełnym naciskiem będziemy walczyć o to i z dużą determinacją, aby w ogóle wyeliminować całkowicie z instytucji użytku publicznego i z miejsc publicznych dym tytoniowy. Dziękuję bardzo.

Posel Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo.

Do tego, co powiedział mój przedmówca, chciałabym dodać jeszcze jeden element. Otóż chciałabym bardzo mocno podkreślić znaczenie edukacji. To, co tutaj padło – między innymi to, co powiedział pan profesor Zatoński – część osób w ogóle nie wie, jak szkodliwy jest i na co oddziałuje dym tytoniowy. To jedna rzecz. A druga, że właśnie takie programy prozdrowotne powinny być wprowadzane od najmłodszych lat do przedszkoli czy do szkół. A więc ta część, ta rola edukacji wydaje mi się tutaj bardzo znacząca.

Chciałabym również powiedzieć, że problem, o którym dzisiaj mówimy, jest jednym z elementów naszego zdrowia publicznego. Dobrze, że o zdrowiu mówimy coraz częściej w aspekcie profilaktyki, promocji i tego wszystkiego, co łączy się z zapobieganiem chorobom.

Padło tutaj również takie zdanie, na które zwróciłam uwagę, że nie ma dziś z nami innych ministrów – nie ma ministra finansów, ministra infrastruktury czy innych jeszcze, od których również to wszystko jest uzależnione.

Powiem, czego mi osobiście brakuje. Otóż znowu z uporem maniaka wrócę do braku ustawy o zdrowiu publicznym. Jeżeli bowiem ta ustawa pojawiłaby się, to ona rzeczywiście rozwiąże nam kilka spraw organizacyjnych, pomoże nam w priorytetach,

jeżeli chodzi o programy zdrowotne, a przede wszystkim spowoduje to, że będą to działania wielosektorowe, o które cały czas tutaj, mówiąc o zdrowiu publicznym, zabiegamy. Tak więc do tego wszystkiego, co powiedział mój przedmówca, chciałabym dodać, zwrócić jeszcze uwagę na szerszy aspekt ustawy o zdrowiu publicznym. Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jeżeli nie, to ja bardzo serdecznie dziękuję za dzisiejsze seminarium, za przedstawienie analiz i myślę że jest to przyczynek do tego, że będziemy dalej pracowali nad tymi problemami już w komisji zdrowia publicznego. Dziękuję państwu bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 40)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851