

# WYBRANE KONSEKWENCJE EKONOMICZNE I ZDROWOTNE KONSUMPCJI TYTONIU DLA BUDŻETU PAŃSTWA I SEKTORA PUBLICZNEGO

## CHOSEN ECONOMIC AND HEALTH CONSEQUENCES OF TOBACCO CONSUMPTION FOR THE STATE BUDGET AND THE PUBLIC SECTOR

Marcin Motnyk<sup>1</sup>, Michał Chrobot<sup>2</sup>, Brunon Zemła<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach  
Wydział Nauk Stosowanych, Gliwicka Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości w Gliwicach

<sup>2</sup> Dział Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

### STRESZCZENIE

Konsumpcja tytoniu w Polsce stanowi wciąż liczący się problem społeczny i zdrowotny. Do palenia przynajmniej co trzeci dorosły Polak. Społeczny i zdrowotny aspekt tego problemu w sposób bezpośredni ma wpływ na sferę ekonomiczną. W węższym ujęciu – w kontekście konsumpcji tytoniu – wpływ ten obejmuje budżet państwa i sektor publiczny, a w szerszym – całą gospodarkę. W artykule przedstawione są najważniejsze konsekwencje konsumpcji tytoniu w ujęciu węższym, czyli oddziaływanie na budżet państwa i sektor publiczny.

**Słowa kluczowe:** tytoń, choroby odtytoniowe, koszty, budżet państwa, sektor publiczny.

### ABSTRACT

Tobacco consumption in Poland is still a huge social and health problem. Almost every third mature Polish smokes. Social and health aspect of this problem directly influences economic sphere. The narrower point of view – tobacco consumption – includes the state budget and the public sector. The wider point of view includes the whole economy. The article shows the most important consequences of tobacco consumption in a narrower point of view (the state budget and the public sector).

**Keywords:** tobacco, tobacco diseases, costs, state budget, public sector.

### Wstęp

Tytoń jest jedyną substancją rakotwórczą legalnie sprzedawaną na całym świecie. Konsumpcja tytoniu w Polsce to jeden z najpoważniejszych problemów społecznych i jedno z zagrożeń cywilizacyjnych. Szacuje się, że nawet 10 milionów Polaków jest regularnymi palaczami [1], co stanowi około jednej trzeciej dorosłej populacji Polski. Sytuacja ta generuje określone skutki społeczne i ekonomiczne. Wśród skutków społecznych należy w pierwszej kolejności wymienić ogólnie rozumiane skutki zdrowotne, czyli cały szereg chorób spowodowanych konsumpcją wyrobów tytoniowych. Skutki zdrowotne wywołują z kolei określone skutki o wymiarze ekonomicznym. Należy przy tym dodać, że nie wszystkie skutki ekonomiczne można wyrazić za pomocą pieniądza (np. czas wolny poświęcony przez rodzinę na opiekę nad chorym). Zatem biorąc pod uwagę powyższe, skutki społeczne można podzielić na te,

których oddziaływanie da się wyrazić za pomocą pieniądza, i na te, dla których jest to niemożliwe. W niniejszym artykule uwaga zostanie skupiona na pierwszej z wymienionych grup.

Skutki ekonomiczne wywołane konsumpcją tytoniu można podzielić – w kontekście zawartych w artykule rozważań – na takie, które wpływają jedynie na budżet państwa i sektor publiczny, oraz takie, które oddziałują na całą gospodarkę. Skutki dla budżetu i sektora publicznego, ze względu na kierunek przepływu środków finansowych, można podzielić na dwie grupy: dochodowe i wydatkowe. Do skutków dochodowych należą wpływy z opodatkowania konsumpcji tytoniu, czyli akcyza i podatek od wartości dodanej (VAT). Wśród podstawowych skutków o charakterze wydatkowym należy wymienić środki na leczenie chorób odtytoniowych, czyli koszty bezpośrednie medyczne konsumpcji tytoniu oraz koszty pośrednie związane

ze świadczeniami społecznymi, do których można zaliczyć wydatki na świadczenia rentowe czy świadczenia z tytułu śmierci. Koszty związane z absencją w pracy oraz szeroko rozumiane koszty śmierci (w ujęciu makroekonomicznym) włączone zostały do grupy skutków oddziałujących na całą gospodarkę, mimo że sektor publiczny ponosi z ich tytułu określone konsekwencje. Koszty te (skutki w ujęciu całej gospodarki – makroekonomiczne) nie będą przedmiotem rozważań w tym artykule, lecz należy o nich wspomnieć, ponieważ stanowią istotny element oddziaływania konsumpcji tytoniu na polską gospodarkę w skali makro.

### **Konsumpcja tytoniu w Polsce i jej podstawowe konsekwencje**

Polska należy do czołówki państw pod względem konsumpcji tytoniu. Około czterech dorosłych mężczyzn z dziesięciu i jedna czwarta dorosłych kobiet używa regularnie tytoniu [1], a liczby te od kilku lat (po uprzednim trendzie spadkowym wśród palaczy) utrzymują się na względnie stałym poziomie. Skala konsumpcji tytoniu w Polsce wywołuje określone konsekwencje o wymiarze zarówno zdrowotnym, społecznym, jak i – co oczywiste – ekonomicznym. Wśród konsekwencji zdrowotnych konsumpcji tytoniu należy wymienić w pierwszej kolejności szereg chorób pośrednio lub bezpośrednio spowodowanych paleniem tytoniu.

W grupie najważniejszych chorób odytoniowych znajdują się następujące schorzenia:

- POChP – 1,5–2,5 mln chorych,
- choroby serca – 300 tys. chorych,
- astma oskrzelowa – 200 tys. chorych,
- udary mózgu – 60–70 tys. chorych,
- rak płuca – 32 tys. chorych,
- wcześniactwo – 30–43 tys. dzieci [2].

Powyższa lista może być jeszcze uzupełniona o wiele innych schorzeń, lecz wymienione powyżej wydają się tymi z grupy najistotniejszych. Poniżej znajduje się krótka charakterystyka każdej z chorób oraz jej związek z konsumpcją tytoniu.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z dolegliwości najczęściej dotykających konsumentów tytoniu. Najczęstszą przyczyną POChP jest dym tytoniowy, który odpowiada za dziewięć na dziesięć przypadków [3]. Ocenia się, że w Polsce jest około 2 milionów pacjentów z POChP. Stanowią oni około 5% populacji kobiet i 10% populacji mężczyzn. Schorzenie to jest przyczyną dużej absencji chorobowej wynikającej z zaostrzenia choroby oraz powodem inwalidztwa oddechowego i przedwczesnych zgonów. Choroba ta wpływa na pogorszenie jakości życia i skrócenie życia o przeciętnie kilkanaście lat.

Rocznie z powodu POChP umiera w Polsce około 15 tysięcy osób. Jest to czwarta, po chorobach układu krążenia, nowotworach i wypadkach (urazach), główna przyczyna zgonów w Polsce, jak również jedyna choroba powszechna, w której obserwuje się stale rosnący trend ilościowy [4]. Na POChP, poza palaczami (około 90% przypadków) [5], zapadają również inne grupy osób. Do czynników ryzyka należą bowiem również: palenie bierne, praca w środowisku o dużym poziomie zapylenia bądź zadymienia, zanieczyszczenie środowiska, częste infekcje dolnych dróg oddechowych czy też czynniki genetyczne. Choroba ta dotyka najczęściej mężczyzn po 50. roku życia [4]. Wśród palaczy co trzeci zachoruje na POChP. Mniej więcej jedna czwarta przypadków to przypadki ciężkie. Na koniec należy dodać, że w tej grupie dochodzi także do zwiększonej ilości zachorowań na choroby układu krążenia (zawał serca i udar mózgu) oraz choroby nowotworowe (płuc, przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego) [5].

Palenie papierosów jest bardzo ważnym czynnikiem ryzyka w przypadku chorób serca, w tym choroby wieńcowej. Palący mężczyźni są bowiem co najmniej dwukrotnie bardziej obciążeni prawdopodobieństwem rozwoju choroby wieńcowej niż ci niepalący. W krajach cywilizowanych, a w szczególności w Stanach Zjednoczonych Ameryki, liczba nowych przypadków choroby wieńcowej oraz liczba zgonów z tej przyczyny spadła (głównie w populacji mężczyzn), podczas gdy wśród kobiet takiego spadku nie odnotowano. Jedną z ważnych przyczyn tego zjawiska jest fakt rosnącej w populacji kobiet liczby palących papierosy [6]. Przeciętna roczna częstość występowania choroby wieńcowej w Polsce wynosi około 250–300 nowych przypadków na 100 tysięcy mieszkańców [6]. Tytoń jest odpowiedzialny za co najmniej jedną dziesiątą przypadków rozwoju choroby wieńcowej i innych schorzeń serca [7]. Inne dane mówią o odpowiedzialności palenia tytoniu za nawet 30% przypadków chorób wieńcowych i schorzeń serca [8].

Astmatycy są także konsumentami tytoniu. Liczba dorosłych chorych na astmę przekracza 5% populacji [9]. Co prawda dym tytoniowy nie alergizuje, ale palenie jest najważniejszym elementem znacząco zwiększającym ryzyko wystąpienia objawów astmy. Dane wskazują, że palenie zwiększa o jedną trzecią ryzyko zachorowania na astmę [10]. W roku 2006 około 58 tysięcy przyjętych do szpitala stanowili pacjenci chorzy na astmę, spośród nich 5 tysięcy miało stan astmatyczny stanowiący bezpośrednio zagrożenie życia [11]. Dla zobrazowania problemu można zaprezentować dane z Finlandii, gdzie roczne wydatki związane z leczeniem 20% chorych, u których rozpoznano astmę ciężką, stanowią aż 60% wszystkich kosztów po-

noszonych przez państwo na diagnostykę i leczenie tego schorzenia [12].

Udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgu, trwające dłużej niż 24 godziny i wynikające z przyczyn naczyniowych [13]. Zapadalność na udar mózgu w Polsce utrzymuje na średnim europejskim poziomie. Znacznie gorzej wygląda sytuacja, gdy weźmie się pod uwagę dane dotyczące umieralności. Wynosi ona w Polsce 106,4/10 tysięcy mężczyzn i 78,7/100 tysięcy kobiet, przez co jest jednym z najgorszych wskaźników w Europie. Śmiertelność w krajach Europy Zachodniej kształtuje się w granicach 18–25%, natomiast w Polsce wynosi około 40%. Niekorzystny jest również współczynnik niepełnosprawności chorych, którzy przeżyli udar mózgu. W krajach wysoko rozwiniętych około 50% chorych pozostaje niepełnosprawnymi, w Polsce współczynnik ten wynosi aż 70% [14]. Biorąc pod uwagę wysoką umieralność i wysoki współczynnik niepełnosprawności, problem leczenia i profilaktyki udaru mózgu wydaje się być w Polsce szczególnie istotny.

Nowotwór płuc jest najczęściej występującym nowotworem zarówno w Polsce, jak i na świecie. Także pod względem umieralności zajmuje niechlubną pozycję lidera. W Polsce każdego roku odnotowuje się około 20 tysięcy nowych przypadków, przy czym relacja zgonów do zachorowań jest na bardzo wysokim poziomie i wynosi około 0,9. Warty odnotowania jest fakt, że na nowotwór płuc umiera w Polsce więcej kobiet niż na nowotwór piersi [15]. Zdecydowanie najważniejszym czynnikiem wywołującym nowotwory płuc są papierosy. Można stwierdzić, że rak płuc jest to nowotwór o charakterze typowo odytoniowym. Warto również dodać, że palenie tytoniu wywiera wpływ na rozwój zmian nowotworowych w innych lokalizacjach. Należy wspomnieć o jamie ustnej, gardle i krtani, a nawet trzustce, pęcherzu moczowym czy żołądku [16].

Problem konsumpcji tytoniu w dużym stopniu dotyka także kobiet w ciąży. Trzy na dziesięć ciężarnych pali papierosy [17]. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) przedstawia dane wskazujące na to, że wśród kobiet palących w ciąży odsetek wcześniaków wynosi 11%, podczas gdy u tych, które nigdy nie paliły – 7%. Kobiety palące rodziły dzieci z niedowagą dwukrotnie częściej niż niepalące [18]. Należy dodać, że palenie przez matkę w ciąży i po porodzie wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia objawów przypominających astmę.

Reasumując, w Polsce palenie tytoniu jest najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów osób dorosłych. Według danych za 2000 rok 38% wszystkich zgonów u mężczyzn w wieku produkcyjnym wiązało się z paleniem tytoniu. Palenie tytoniu odpowiadało także za 55% przy-

padków zgonów spowodowanych nowotworami u mężczyzn w Polsce, szczególnie dużo rakiem płuc (odpowiednio 94% u mężczyzn i 68% u kobiet) [19]. Według danych Ministerstwa Zdrowia co roku z powodu palenia tytoniu umiera około 60 tysięcy Polaków [20].

### Wpływ konsumpcji tytoniu na budżet państwa i sektor publiczny – analiza wybranych wpływów i wydatków

W przypadku strony dochodowej budżetu państwa duży wkład w jego poprawne konstruowanie mają palacze tytoniu, którzy w ciągu tylko jednego roku przekazali do budżetu centralnego 18,6 miliarda złotych z tytułu akcyzy i około 4,5–5,5 miliarda złotych z tytułu podatku VAT. Razem daje to kwotę rządu 23–24 miliardów złotych, co stanowi ponad jedną dwunastą wszystkich wpływów budżetowych. Kwota ta jest tym bardziej imponująca, że do palenia przyznaje się tylko 30% Polaków [21] i mamy do czynienia ze stale rosnącymi cenami papierosów i innych wyrobów tytoniowych. Związane jest to głównie z coraz większymi obciążeniami o charakterze fiskalnym, wpływającymi decydująco na końcową cenę wyrobu dla konsumenta. Poza oficjalną konsumpcją znacząca część tego typu dóbr na rynku pochodzi z nielegalnych źródeł. Budżet państwa nie jest zasilany z tego tytułu środkami z podatków, ale sektor publiczny ponosi już określone obciążenia finansowe, ponieważ ludzki organizm nie jest w stanie różnicować wyrobów pod względem ich pochodzenia.

**Tabela 1** i **2** przedstawiają całkowite koszty w ujęciu rocznym najważniejszych schorzeń odytoniowych, wymienionych i pokrótce opisanych powyżej. **Tabela 1** odpowiada scenariuszowi minimum, a **tabela 2** – scenariuszowi maksimum. Scenariusz minimum oznacza uwzględnienie danych w ich dolnych zakresach wartości. Należy zaznaczyć, że część przytoczonych danych, jak chociażby liczba chorych czy związek z konsumpcją tytoniu, mają charakter przybliżony w określonym zakresie. Dla scenariusza minimum uwzględnione zostały wartości najmniejsze z danych zakresów. Natomiast dla scenariusza maksimum uwzględnione zostały wartości największe z danych zakresów.

Scenariusz najbardziej optymistyczny zakłada, że całkowite koszty leczenia najważniejszych schorzeń odytoniowych wynoszą niecały miliard złotych. Na jednego chorego palacza ze środków publicznych w ujęciu rocznym wydatkuje się niecałe 3 tysiące złotych. Jest to kwota porównywalna ze średnim wynagrodzeniem netto w gospodarce. Najostrożniejsze szacunki wskazują, że procentowa zależność pomiędzy wszystkimi chorymi na wymienione schorzenia a chorymi na wymienione schorzenia w wyniku konsumpcji tytoniu wynosi prawie 50%. Można zatem

stwierdzić, że wymienione choroby są dość silnie tytoniozależne.

Dane wskazują, że jedną trzecią kosztów generuje POChP. Na drugim miejscu – z niemalże identycznym kosztem całkowitym leczenia – znajdują się choroby serca i rak płuca. Należy przy tym zaznaczyć, że rak płuca jest chorobą silnie odytoniową, podczas gdy w przypadku chorób serca relacja nie jest już tak silna (w scenariuszu minimum to 10%). Na choroby serca choruje jednak w Polsce ponad dziesięć razy więcej osób niż na raka płuca i tu należy doszukiwać się porównywalnego poziomu kosztu całkowitego. Kolejnym schorzeniem pod kątem wygenerowanych kosztów całkowitych leczenia jest udar mózgu, lecz wartość ta jest niemalże dwukrotnie mniejsza niż w przypadku raka płuca czy chorób serca. Na kolejnych pozycjach w tej klasyfikacji znajdują się wcześniactwo i astma oskrzelowa. Suma kosztów całkowitych dwóch ostatnich wymienionych pozycji to już niecałe 17% kosztów całkowitych.

Scenariusz uwzględniający możliwe najwyższe wartości z szacunkowych przedziałów zakłada, że koszty całkowite leczenia chorób odytoniowych kształtują się na poziomie około 3 miliardów złotych. Jest to niemalże dwa razy więcej niż w analizowanych wcześniej scenariuszu minimum. Na wzrost kosztu całkowitego miały wpływ w pierwszej kolejności wzrosty w obszarach takich chorób jak POChP i choroby serca (w mniejszym stopniu udar mózgu). Podobnie jak we wcześniejszym scenariuszu udział kosztów leczenia POChP w kosztach całkowitych leczenia wymienionych schorzeń przekracza 60%. Na drugim miejscu znajdują się choroby serca, a ich koszty są w tym scenariuszu trzykrotnie większe (wynika to z odpowiedzialności konsumpcji tytoniu za rozwój tych chorób). Udział waha się pomiędzy 10 a 30% i fakt ten wpływa na tak dużą rozbieżność w wartościach końcowych. Pozostałe koszty także są wyższe niż w rozpatrywanym scenariuszu minimum, ale ich wzrost w pozostałych przypadkach nie jest tak spektakularny.

**Tabela 1.** Całkowity koszt leczenia najważniejszych chorób odytoniowych – scenariusz minimum

Schorzenie odytoniowe	Liczba chorych wymagających leczenia w Polsce w tys.	Związek z konsumpcją tytoniu w %	Liczba przypadków „odytoniowych” w tysiącach	Średni koszt leczenia w tys. zł	Całkowity koszt leczenia w tys. zł
POChP [22]	300	90	270	1,2	324 000
choroby serca	300	10	30	7,0	210 000
astma oskrzelowa	58*	25	14,5	4,43	64 235
udar mózgu	60	25	15	7,785	116 800
rak płuca	21	90	18,9	4,9	92 610
wcześniactwo	28	12	3,4	25,0	85 000
Razem	793	47	373,6	2,67	892 645

\* Ilość przypadków wymagających hospitalizacji

Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 2.** Całkowity koszt leczenia najważniejszych chorób odytoniowych – scenariusz maksimum

Schorzenie odytoniowe	Liczba chorych wymagających leczenia w Polsce w tys.	Związek z konsumpcją tytoniu w %	Liczba przypadków „odytoniowych” w tysiącach	Średni koszt leczenia w tys. zł	Całkowity koszt leczenia w tys. zł
POChP [22]	500	90	450	4,0	1 800 000
Choroby serca	300	30	90	7,0	630 000
Astma oskrzelowa	58	33	19,1	4,43	76 018
Udar mózgu	70	25	17,5	7,785	136 240
Rak płuca	32	95	30,4	4,9	148 960
Wcześniactwo	30	12	3,6	30,0	108 000
Razem	1 003 000	62	622 950	4,75	2 899 218

Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 3** obrazuje najważniejsze podstawowe wielkości istotne z punktu widzenia konsumpcji tytoniu dla finansów sektora publicznego. Są to wielkości po stronie wydatkowej, czyli całkowite koszty leczenia, środki przeznaczane na renty z tytułu niezdolności do pracy i środki przeznaczane na świadczenia z tytułu śmierci. Tych wartości nie można bardzo dokładnie oszacować, lecz można podać pewien ich zakres. Dlatego podobnie jak w przypadku szacowania całkowitych kosztów leczenia podstawowych chorób odytoniowych przedstawiony jest zarówno scenariusz minimum, jak i scenariusz maksimum w postaci przedziałów wartości. Biorąc pod uwagę fakt, że przedstawione w **tabeli 3** wartości są relatywnie wysokie, ale wpływy są kilkukrotnie wyższe, to należy już na samym początku analizy stwierdzić, że w krótkim okresie konsumpcja wyrobów tytoniowych (pomimo i tak relatywnie wysokich wydatków) z punktu widzenia budżetu państwa jest korzystna. Wpływy z tytułu podatków przekraczają bowiem kilka, a nawet kilkunastokrotnie ponoszone wydatki.

W **tabeli 3** najistotniejszą pozycję stanowią środki przeznaczane na renty. Większość beneficjentów świadczeń rentowych pobiera je przez dłuższy czas niż tylko rok. Pomijając takie schorzenia jak rak płuca, gdzie ze względu na wysoką śmiertelność niewielki odsetek pobiera świadczenia dłużej niż rok, i astmę, gdzie liczba osób jest stosunkowo niewielka (uwzględnione są tylko nowe przypadki), to pozostałe schorzenia mają charakter mniej lub bardziej przewlekły, a to oznacza, że ludzie ci przez kilka, a nawet kilkanaście lat są beneficjentami systemu ubezpieczeń społecznych, finansowanego zarówno ze składek (będących w rzeczywistości paropodatkami), jak i bezpośrednio z budżetu państwa w formie corocznych kwot przeznaczanych na zbilansowanie budżetu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W roku 2015 w budżecie państwa przeznaczono na ten cel kwotę przekraczającą 50 miliardów złotych [23]. Kwota ta stanowi około 15% wszystkich środków wydatkowanych w ciągu roku przez Polskę z budżetu centralnego i znacząco przekracza wydatki na tak istotne obszary, jak chociażby obronność (planowane wydatki z budżetu na ten cel to około 38 miliardów złotych).

W ciągu roku wysokość świadczeń rentowych dla osób cierpiących na choroby serca to ponad 4,5 miliarda złotych. Przyjmując, że tytoń jest odpowiedzialny za 10 do 30% przypadków, to wówczas wysokość świadczeń spowodowanych konsumpcją tytoniu wahałaby się pomiędzy 450 milionami złotych a 1,35 miliarda złotych. Warto dodać, że choroby układu krążenia mają największy udział w całości środków przeznaczonych na świadczenia rentowe. W przypadku chorób układu oddechowego środki te

wynoszą około 2,5 miliarda złotych. Według ostrożnych szacunków (wynikających chociażby ze skali społecznej problemu) mniej więcej połowa tych środków, czyli około 1,25 miliarda złotych, przeznaczana jest na świadczenia z tytułu POChP. Biorąc pod uwagę fakt, że za 9 na 10 przypadków POChP odpowiada tytoń, wówczas na renty przeznaczane jest ponad 1,1 miliarda złotych<sup>1</sup>. W przypadku udaru mózgu suma świadczeń „odytoniowych” wynosi około 260 milionów złotych<sup>2</sup>. Astma i rak płuca generują koszty na świadczenia rentowe między 128 a 149 milionami złotych. Razem daje to kwotę między 1,938 a 2,849 miliarda złotych. Widać, że całkowita wysokość świadczeń z tytułu niezdolności do pracy jest 3 do 4 razy większa niż w przypadku obliczeń bazujących jedynie na nowych beneficjentach (perspektywa roczna).

Szacuje się, że rocznie zgonów na choroby „odytoniowe” jest w Polsce między 45 a 82 tysiącami. Pomijając kwestie związane z realną stratą dla gospodarki, to ludzie ci generują także koszty w postaci świadczeń z tytułu śmierci. Koszty te w zależności od przyjętych scenariuszy wahają się pomiędzy 180 a 327 milionami złotych. Wartość tę można porównać do budżetu średniej wielkości miasta.

Całkowite wydatki (wybrane pozycje) z tytułu konsumpcji tytoniu wahają się w przedziale 2–4 miliardów złotych (uwzględniając tylko nowych beneficjentów systemu ubezpieczeń społecznych) i 3–6 miliardów złotych (uwzględniając zarówno nowych, jak i starych beneficjentów systemu ubezpieczeń społecznych). Wydaje się jednak za znacznie bardziej zasadne uwzględnienie w wydatkach całkowitych wydatków na świadczenia rentowe zarówno na nowych, jak i starych beneficjentów.

Natomiast wpływy do budżetu państwa z tytułu konsumpcji tytoniu wahają się między 23,1 a 24,1 miliarda złotych. Maksymalne wydatki (uwzględniające scenariusz maksimum) przekraczają nieznacznie 6 miliardów złotych. Sektor publiczny wydaje zatem jedynie między 25,5 a 26,5% swoich wpływów z tytułu konsumpcji tytoniu. Mniej więcej trzy czwarte wpływów do budżetu można określić mianem „zysku” z tytułu konsumpcji tytoniu. Wydaje się jednak, że kwoty w przypadku poddania analizie wpływu konsumpcji na całą gospodarkę nie będą

<sup>1</sup> Opracowanie własne na podstawie raportu: Karczewicz E, Kania A. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych; 2014 [24].

<sup>2</sup> Opracowanie własne na podstawie raportu: Karczewicz E, Kania A. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych; 2014 [24].

**Tabela 3.** Wybrane wydatki publiczne z tytułu konsumpcji wyrobów tytoniowych

Składnik wydatków	Ilość	Jednostka
<b>Opieka zdrowotna</b>		
• ilość przypadków w Polsce	793 000–1 003 000	osoby
• ilość przypadków odtytoniowych	373 600–622 950	osoby
• związek z konsumpcją tytoniu	47–62	udział %
• średni koszt jednostkowy leczenia	2672–4750	zł
• całkowite wydatki	892 645–2 899 218	tysiące zł
<b>Renty (tylko nowi beneficjenci)</b>		
• ilość przypadków rocznie	39 400–40 500	osoby
• średnia wielkość świadczenia	1545	zł
• całkowite wydatki	711 091–730 944	tysiące zł
<b>Renty (uwzględniające nowych i starych beneficjentów)</b>		
• całkowite wydatki	1 938 000–2 849 000	tysiące zł
<b>Zgony</b>		
• ilość przypadków rocznie	45 200–81 800	osoby
• średnia wielkość świadczenia	4000	zł
• całkowite wydatki	180 800–327 200	tysiące zł
<b>Podsumowanie</b>		
• wydatki całkowite (renty – nowi beneficjenci)	1 784 536–3 957 318	tysiące zł
• wydatki całkowite (renty – nowi i starzy beneficjenci)	2 911 445–6 075 418	tysiące zł

Źródło: Opracowanie własne

już z punktu widzenia ani budżetu państwa, ani sektora publicznego tak optymistyczne. Może się bowiem okazać, że w skali gospodarki konsumpcja tytoniu (biorąc pod uwagę jedynie wymiar finansowy zjawiska) okaże się jednak niekorzystna. Należy na zakończenie dodać, że żadna z analiz finansowych nie jest w stanie uwzględnić takich elementów konsumpcji tytoniu jak chociażby czas poświęcony na opiekę bliskich nad chorymi. Wysiłki te oraz poświęcony czas osób w wieku produkcyjnym mogłyby być zupełnie inaczej ukierunkowane, z korzyścią dla gospodarki i społeczeństwa.

### Wnioski

Konsumpcja tytoniu jest zjawiskiem o wymiarze zarówno ekonomicznym, jak i społecznym. Wymiar ekonomiczny oznacza w praktyce oddziaływanie na finanse jednostki, ogólnie rozumianego państwa oraz całej gospodarki. Najważniejsze elementy oddziaływania tego zjawiska na budżet państwa i sektor publiczny wykazały jednoznacznie, że konsumpcja tytoniu jest w tej perspektywie finansowo korzystna. Sektor publiczny (w tym budżet państwa) wydaje na walkę z negatywnymi skutkami konsumpcji tytoniu jedynie jedną czwartą środków, jakie z tytułu sprzedaży wyrobów tytoniowych zasilają budżet państwa. Niestety w przypadku konsumpcji tytoniu, jak i całej rzeszy innych zjawisk, jedyne, na co zwracają uwagę decydenci, to bieżą-

ce korzyści (w tym przypadku konkretne kwoty zasilające każdego roku budżet centralny). Należy przy tym dodać, że najważniejszym narzędziem mającym oddziaływać na zmniejszenie konsumpcji tytoniu są regularne zmiany w opodatkowaniu tych wyrobów, prowadzące ostatecznie do zwiększenia ich ceny na rynku, czego efektem będzie spadek spożycia tytoniu oraz umieralności na choroby odtytoniowe [19]. Wydaje się jednak, że realnym efektem tych działań nie jest wystarczający spadek liczby palących, lecz wzrost udziału w rynku towarów nieobjętych państwową kontrolą (w postaci opodatkowania) i stałe powiększanie się czarnego rynku dla tych wyrobów.

Najważniejszymi sposobami walki z tym niekorzystnym dla zdrowia zjawiskiem powinny być skoordynowane, systematyczne działania promujące zdrowszy tryb życia (np. edukacja w szkołach i uczelniach wyższych), głównie wśród ludzi młodych, których konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu dotkną dopiero w odległej przyszłości. Warto dodać, że dane wskazują, że dziewięciu na dziesięciu młodych palaczy rozpoczęło swą „historię” z tytoniem przed osiągnięciem pełnoletniości [16], a ponad 50% nastolatków w wieku 13 do 15 lat podjęło próbę palenia papierosów [20]. To przede wszystkim na podstawie tych danych powinny być podejmowane określone działania na szczeblu centralnym. Cieszy fakt, iż w ostatnim czasie problem szerokich następstw palenia został zauważony

przez decydentów i będzie podstawą do opracowania kompleksowego programu przeciwdziałania nikotynizacji w Polsce [26], jak również nowej „pladze” uzależnienia w postaci tzw. e-papierosów [27].

## Oświadczenia

### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

## Piśmiennictwo

1. WHO. Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce. Raport Światowej Organizacji Zdrowia. 2009, [www.who.un.org.pl](http://www.who.un.org.pl).
2. Krawczyk P. Choroby odtytoniowe, [www.punktdrowia.pl](http://www.punktdrowia.pl).
3. Mejza F. Przyczyny POChP. Medycyna praktyczna dla pacjentów, [www.mp.pl](http://www.mp.pl).
4. Śliwiński P. Przewlekła obturacyjna choroba płuc, [www.nazdrowie.pl](http://www.nazdrowie.pl).
5. Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP, [www.astma-alergia-pochp.pl](http://www.astma-alergia-pochp.pl).
6. Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, [www.ikard.pl](http://www.ikard.pl).
7. World Heart Federation. Tobacco: totally avoidable risk factor of CVD, [www.world-heart-federation.org](http://www.world-heart-federation.org).
8. The West Virginia Department of Health and Human Resources (DHHR), [www.dhhr.wv.gov](http://www.dhhr.wv.gov).
9. Dostępne w Internecie: [www.alergia.org.pl](http://www.alergia.org.pl).
10. Dostępne w Internecie: [www.totylkoastma.pl](http://www.totylkoastma.pl).
11. Kuczyńska A, Rysiak E, Donejko M, Dragowski P, Jakuc M, Dawdziuk G. Ocena kosztów leczenia astmy. Pol Prz Nauk Zdr. 2014;2:144.
12. Dostępne w Internecie: [www.mojaastma.org.pl](http://www.mojaastma.org.pl).
13. WHO, [www.who.un.org.pl](http://www.who.un.org.pl).
14. Dostępne w Internecie: [www.fum.info.pl](http://www.fum.info.pl).
15. Dostępne w Internecie: [www.onkologia.mp.pl](http://www.onkologia.mp.pl).
16. Zemła BFP. Tytoń i inne używki a choroba nowotworowa. Gliwice: Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach; 2012.
17. Szroeder-Dowjat K. Jakie są skutki palenia papierosów w ciąży, [www.poradnikzdrowie.pl](http://www.poradnikzdrowie.pl).
18. Żukiewicz-Sobczak W, Paprzycki P. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Lublin: Instytut Medyczny Wsi im. Witolda Chodźki; 2013.
19. Ciecierski CC, Cherukupalli R, Weresa M. Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce. Paryż: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2011.
20. Ministerstwo Zdrowia, [www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/](http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/).
21. Sołowiej K. Alkohol i papierosy są dla polskiego budżetu ważniejsze niż podatek PIT, [www.natemat.pl](http://www.natemat.pl).
22. Górecka D, Jassem E, Pierzchała W, Śliwiński P. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Pneumon Alergol Pol. 2012;80,3:227–263.
23. Ministerstwo Finansów, [www.mf.gov.pl](http://www.mf.gov.pl).
24. Karczewicz E, Kania A. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych; 2014.
25. Bogucki M, Gierczyński J, Gryglewicz J, Karczewicz E, Zalewska H. Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Warszawa: Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego; 2013.
26. Dostępne w Internecie: <http://www.rynekzdrowia.pl/>.
27. Dostępne w Internecie: <http://prawo.gazetaprawna.pl/>.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06  
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

### Adres do korespondencji:

Marcin Motnyk  
ul. Zielone Wzgórze 30  
44-100 Gliwice  
tel. kom.: +48 660 118 881,  
e-mail: [motnyk@interia.pl](mailto:motnyk@interia.pl)