



ЕКСПЕРТЕН КЛУБ ЗА
ИКОНОМИКА И ПОЛИТИКА

ПОЛИТИКИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА ВРЕДАТА ОТ ТЮТЮНА В БЪЛГАРИЯ:

Поуки от бездимна Швеция

Стоян Панчев, Аркади Шарков

София, 2025

ПОЛИТИКИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА ВРЕДАТА ОТ ТЮТЮНА В БЪЛГАРИЯ: поуки от бездимна Швеция

Стоян Панчев¹, Експертен клуб по икономика и политика

Аркадий Шарков², Експертен клуб по икономика и политика

-
- 1 Стоян Панчев е макроикономист и основател на Експертен клуб за икономика и политика (ЕКИП), независим мозъчен тръст, фокусиран върху икономическите изследвания и публичните политики в България. В момента той следва докторантура по публична администрация във Философски факултет на Софийския университет „Св. Климент Охридски“. Има бакалавърска степен по икономика от Софийския университет и магистърска степен по политическа икономия от Лондонския университет. Професионалният му опит включва работа в Института по икономически въпроси в Лондон, един от водещите мозъчни тръстове с фокус върху свободния пазар в Обединеното кралство, както и в Института за пазарна икономика в София, най-старият независим институт за икономическа политика в България. Освен академичната и професионалната си дейност, Стоян Панчев е и председател на Българското либертарианско общество, активно популяризиращо класическите либерални и либертариански идеи в обществения дискурс и политики.
 - 2 Аркадий Шарков е макроикономист от ЕКИП с богат опит в анализа и управлението на здравни системи. Тесният му интерес е към бюджетирането в здравеопазването, данъчните политики и стимулите за по-достъпно здравеопазване, както и оптимизирането на публичните бюджети. Той има богат опит в анализите на разходите и ползите, свързани с навлизането на лекарствени продукти и оценката на клиничните пътеки в болниците. Има магистърска степен по публична политика от Университета в Маастрихт и Университета на ООН. В момента е асистент и докторант в Софийския университет „Св. Климент Охридски“ и Университета по застраховане и финанси, където преподава социално и здравно осигуряване. Член е на Консултативния съвет на Българския лекарски съюз. Бил е икономически съветник на министъра на здравеопазването в три правителства.

Резюме

Тютюнът остава водеща причина за предотвратими смъртни случаи, както и за години живот с влошено здраве и загубени години поради преждевременна смърт (DALY), в световен мащаб. Въпреки че в глобален мащаб нивата на употреба на тютюневи изделия намаляват, между държавите в ЕС има съществени разлики. През 2019 г. процентът на ежедневните пушачи в ЕС варира от 6,4% в Швеция до 28,7% в България. Различни показатели за навиците на пушене показват рекордно висока употреба на тютюн в България. За разлика от ограничения успех на България по отношение на публичните политики за намаляване на вредата от тютюна, Швеция прилага добре насочено гънъчно облагане с цел да диференцира тютюневите изделия според степента на риск, насърчавайки преминаването към бездимни тютюневи изделия. България може да се поучи от шведския опит. Докато политиките за намаляване на тютюнопушенето в Швеция се основават на консумацията на снус, като най-предпочитаната негорима алтернатива на тютюна, България може да подкрепи други бездимни заместители на тютюна, които набират популярност в страната. С цел да се определят количествено потенциалните ползи за здравето в България, ако се приеме, че нивата на преминаване към бездимни тютюневи изделия в Швеция ще бъдат възпроизведени в България, настоящото проучване разработва оригинален модел, в който са симулирани няколко сценария. Резултатите са впечатляващи: България е могла да спаси близо 8 000 живота и да намали с до 222 050 DALY за 2021 г., ако бе успяла да следва модела на успешните политики на Швеция.

Ключови думи: България, Швеция, тютюн, тютюнопушене, снус.

Тютюнопушенето има силно отрицателно въздействие върху здравето. Последните оценки на Световната здравна организация (СЗО, 2023а) показват, че тютюнът е причина за над 8 милиона смъртни случая в световен мащаб всяка година, като приблизително 7,7 милиона от тях се дължат конкретно на тютюнопушене. Около 1,3 милиона непущачи умират поради излагане на вторичен дим. Друго свидетелство за тежкото здравно бреме, дължащо се на употребата на тютюн, е загубата на DALY. Според изчисленията на Института за здравни показатели и оценка (IHME, 2021) броят на DALY, свързани с употребата на тютюн, възлиза на около 200 милиона, или почти 7% от всички загубени DALY в световен мащаб.

Като цяло консумацията на тютюн остава водеща причина за предотвратими смъртни случаи и загуба на DALY в световен мащаб, което подчертава спешната необходимост от ефективни интервенции на ниво политики с оглед намаляване на нивата на употреба и на въздействието на тютюна. Тези политики следва да бъдат подходящо разработени и прилагани по начин, който отчита големите различия в моделите на тютюнопушене в отделните държави.

ТЕНДЕНЦИИ В ТЮТЮНОПУШЕНЕТО

Налице е тенденция на намаляване на нивата на потребление на тютюневи изделия в световен мащаб. Делът на хората на възраст 15 и повече години, които употребяват тютюн, е намалял от 32,7% през 2000 г. до 20,9% през 2022 г., като прогнозите сочат, че той ще спадне до 18,1% до 2030 г. По подобен начин нивата на употреба в европейския регион на Световната здравна организация³ намаляват от 34,4% през 2000 г. до 25,3% през 2022 г. и се очаква да достигнат 23,1% до 2030 г.

Броят на употребяващите тютюневи изделия на глобално ниво е спаднал от 1,362 милиарда през 2000 г. до 1,245 милиарда през 2022 г., като се очаква той да намалее до 1,197 милиарда до 2030 г. В Европейския регион през 2020 г. е имало 229 милиона употребяващи тютюневи изделия, през 2022 г. — 179 милиона, а до 2030 г. се очаква този брой да намалее до 164 милиона (СЗО, 2024 г.).

Тази тенденция се наблюдава в Европейския съюз (ЕС) като цяло. През 2019 г. се отчита дял на ежедневните пушачи на възраст 15 и повече години от 18,4% (Евростат, 2022 г.). Това представлява спад от 19,0% през

3 СЗО определя шест глобални региона: Африкански регион, Регион на Америките, Регион на Югоизточна Азия, Европейски регион, Регион на Източното Средиземноморие и Западен Тихоокеански регион. Европейският регион включва 53 държави: <https://iris.who.int/handle/10665/350404>

2014 г. според изследването „Европейско здравно интервю“. Пушачите в ЕС, които пушат 20 или повече цигари на ден, са 5,9%, което представлява спад от 6,1% пет години по-рано.

Трябва да се отбележи обаче, че има значителни различия между държавите членки на ЕС. През 2019 г. процентът на ежедневните пушачи в ЕС варира от 6,4% в Швеция до 28,7% в България. През 2014 г. този дял е 8,7% в Швеция и 27,3% в България, което означава, че нивата на тютюнопушене в България дори нарастват, макар и леко.

Ако се възгледаме по-внимателно в тези два диаметрално противоположни казуса в ЕС, ще видим, че има значителни вариации, а дори и движение на тенденциите в обратни посоки, не само в нивата на употреба, но и в интензивността на пушене. Според последните налични данни на Евростат дялът на заклетите потребители на тютюневи изделия в Швеция, които пушат двадесет или повече цигари дневно, е намалял от 1,2% през 2014 г. на 1,0% през 2019 г. Този дял се увеличава в България от 12,7% през 2014 г. до 12,9% през 2019 г. Тази тенденция поражда безпокойство по отношение на това доколко уместни са стратегиите за намаляване на вредата от тютюна в страната.

Някои други показатели за поведението на пушачите потвърждават тревожните данни за България. Последното специализирано проучване на Евробарометър показва, че средният дял на гражданите на ЕС, употребяващи традиционни тютюневи изделия, като цигари, пури, пурети или лули, е 24% (Евробарометър, 2024 г.). За пореден път България отчита най-високи нива на тютюнопушене (37%), докато Швеция е с най-ниски (8%).

Обобщение на нивата на тютюнопушене по подгрупи от населението е представено в следната таблица:

Таблица 1. Настоящи пушачи, като дял от населението

Настоящи пушачи, като дял от населението (%)	ЕС-27	България	Швеция
Общо	24	37	8
Пол			
мъж	28	49	9
жена	21	27	8
Възраст			
15-24	22	23	3
25-39	32	52	9
40-54	28	53	8
55+	19	24	10

Източник: Евробарометър (2024 г.)

Тази таблица показва, че в България нивата на тютюнопушене са най-високи сред хората на средна възраст, което най-общо съответства със средното за ЕС, докато в Швеция тютюнопушенето е значително по-малко популярно сред най-младите.

Тютюнопушенето от давна привлича вниманието на политиците поради вредното си въздействие върху здравето. В последния здравен профил на България, публикуван от Европейската комисия, „особено високите нива на тютюнопушене“ в страната са изведени на преден план като основен фактор, допринасящ за предотвратимата смъртност. За разлика от общата тенденция в целия ЕС, смъртността от лечими причини в България се увеличава в последно време, достигайки темп, който към момента е два пъти по-висок от средния за ЕС. Тютюнът е допринесъл за около 18% от смъртните случаи в България, което надвишава средното за ЕС от 17%. (Европейска комисия, 2023 г.).

Информацията по-горе дава основания за сравнително проучване на консумацията на тютюн, политиките за намаляване на тютюнопушенето и свързаните с него здравни ефекти в България в сравнение с Швеция. Докато Швеция постига уникални резултати благодарение на публични политики, насочени към намаляване на тютюнопушенето, България има по-ограничен успех в своите политики в областта на общественото здраве и данъчното облагане, както ще бъде обсъдено по-долу. Ето защо анализът с фокус върху двата крайни примера в ЕС може да доведе до извличане на най-добри практики, които биха могли да бъдат

приложени, както и за извличане на ценни поуки, свързани с политиките, за целия ЕС. Това именно е мотивацията за настоящия анализ.

Проучването е структурирано по следния начин. Първо е описано въздействието на тютюнопушенето върху здравето, като е разгледана тежестта на заболяванията, на които то се отразява най-силно. Тъй като тези здравни профили се обуславят от спецификите на съответната държава, са обсъдени основните характеристики на употребата на тютюн и публичните политики в България спрямо Швеция. След това се предлага метод за оценка на това как здравните резултати в България биха могли да бъдат подобрили, ако се следват политики, вдъхновени от шведския опит. Реалните ползи за здравето от алтернативите за намаляване на вредата от тютюна са надлежно изчислени. Последният раздел съдържа обобщение на констатациите и заключения.

Ценни поуки от Швеция

основният принос на настоящия анализ се състои в подробното сравнение между Швеция и България по отношение на нивата на употребата на тютюн и ефектите от тютюнопушенето за здравето. При изследване на разминаващите се модели на употреба на тютюн в двете държави е акцентирано на различните подходи, използвани в публичните политики в тази област, като се обръща специално внимание на националните данъчни структури. Това дава важно разбиране за успешния преход на Швеция към превръщането ѝ в първата държава „без тютюнев дим“ в Европа, което е резултат не само от потребителските навици и поведенчески специфики, но и от добре разработени и целенасочени политики.

Опитът на Швеция е едновременно ценен и уникален. Ето защо акцент в това изследване е изчерпателното представяне на практиките за консумация на тютюн в тази страна. Шведските потребители на тютюн масово предпочитат бездимни тютюневи изделия, особено снус, което силно контрастира с тенденциите в други европейски държави. Тази специфична предразположеност на потребителите в Швеция, основана на исторически тенденции, е интегрирана в националните политики в областта на общественото здраве, които ефективно насърчават привлекателността на тези бездимни продукти. Илюстрирайки начините, по които инициативите за общественото здраве на Швеция са подпомогнали по-малко вредния избор на потребителите, проучването подчертава необходимостта от проучване на потенциалните ползи от приемането на подобни стратегии в България.

По-долу е представен оригинален модел, основан на тези поуки, който симулира хипотетичното възпроизвеждане на политиките и тенденциите в потреблението на тютюн в Швеция в българския контекст. Моделът е още един принос на това проучване. Той е приложим въпреки предпочитанията към различни негорими алтернативи в двете страни и демонстрира, че България може да постигне значително намаляване на тютюнопушенето, като постави фокуса върху бездимните тютюневи изделия, които в момента набират популярност в страната. Моделът предоставя първите количествени оценки на потенциалните здравни ползи за България от приемането на основани на доказателства политики за намаляване на вредата, подобни на тези в Швеция. Произтичащите от това здравни ползи за България ще бъдат значителни, което е убедителен аргумент за това политиките в страната да прилагат политики, които възпират потребителите от тежко тютюнопушене и го насърчават да се преориентират към по-малко вредни алтернативи на тютюнопушенето.

ЕФЕКТИ ОТ ТЮТЮНОПУШЕНЕТО ВЪРХУ ЗДРАВЕТО

Тежкото въздействие на тютюнопушенето върху здравето става очевидно при оценката на ролята на тютюнопушенето като рисков фактор за определени заболявания. Оценката на ефектите от тютюнопушенето върху здравето следва да проучи причинно-следствената връзка между тютюнопушенето и повишената вероятност от развитие на заболявания. След това тежестта на заболяването трябва да бъде изразена чрез съответните показатели.

В тази връзка смъртните случаи със сигурност са измерител за максималната тежест за здравето. Наред със смъртните случаи обаче, здравният статус на човека обхваща редица здравословни състояния и степени на влошени функции. След сновополагащата работа на Мъри и Лопес (1996 г.), годините на живот (DALY), са приети като стандартен синтетичен показател за широкообхватните последици за здравето от дадено заболяване. DALY се изчисляват като сума от два компонента: загубени години живот от преждевременна смърт (YLL) и години живот във влошено здраве поради определено заболяване или увредено здравословно състояние (YLD). По този начин DALY комбинират информация както за смъртността, така и за заболяемостта в една мярка⁴.

4 Дискусиите относно подробните технически изчисления на DALY, които си струва да бъдат отбелязани, включват Conte Grand (2014) и Devleeschauwer et al. (2014). Steenland and Armstrong (2006), Rehm and Frick (2010) and Solberg, Norheim and Barra (2017) отправят крик към методите, използвани за измерване на здравната тежест на заболяванията. Неот-

Следователно тук като индикатори за здравна тежест са използвани както смъртните случаи, така и DALY.

По-нататък настоящият анализ е съсредоточен върху няколко незаразни болести (НЗБ). Те са преобладаващата причина както за смъртните случаи, така и за DALY в целия свят.

Институтът за здравни показатели и оценка изчислява, че незаразните болести са довели до около 64,5% от всички смъртни случаи и 59,9% от DALY в световен мащаб през 2021г. Незаразните болести имат още по-голям принос за смъртността и DALY както в България, така и в Швеция, както е показано в таблицата по-долу.

Таблица 2. Смъртни случаи

	България	Швеция	Глобално
Смъртни случаи, дължащи се на незаразни болести (%)	68.2	85.4	64.5
DALY, дължащи се на незаразни болести (%)	69.1	84.9	59.9

Източник: База данни на Института за здравни показатели и оценка (2021г.)

Най-силно свързаните с тютюнопушенето като рисков фактор основни незаразни болести, причиняващи смъртност, са: рак на белия дроб⁵, хронична обструктивна белодробна болест, исхемична болест на сърцето и инсулт. През 2021г. тази група заболявания представлява 32,4% от смъртните случаи в световен мащаб според данните на Института за здравни показатели и оценка. В България 37,6% от общите смъртни случаи, доста над средното в глобален мащаб, са причинени от тези заболявания, докато в Швеция дялът е 31,0%, което е малко под средното за света⁶.

Резултатите, извлечени от базата данни Global Burden of Disease (GBD), разкриват красноречива картина на риска, породен от тютюнопуше-

.....
 давна Beresniak et al. (2024) анализират по-специално ограниченията на DALY, като призовават за преоценка на тяхното прилагане.

- 5 В настоящото проучване „рак на белия дроб“ се използва за краткост и включва и „рак на трахеята, бронхите и белия дроб“ (последният е точно обозначената категория в базата данни „Глобална тежест на заболяванията“ на Института за здравни показатели и оценка, 2021г.).
- 6 Съобщава се, че рактът на белия дроб е вторият най-често срещан рак, класиран като водещата причина за смъртност, свързана с рака, в света през 2020г. (Zhou et al., 2022). Световната здравна организация определя хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) като „често срещано белодробно заболяване, причиняващо ограничен въздушен поток и проблеми с дишането... [и понякога се нарича] емфизем или хроничен бронхит“ (СЗО, 2023b). Исхемичната болест на сърцето (ИБС) се отнася до „сърдечни проблеми, причинени от стеснени сърдечни (коронарни) артерии, които доставят кръв към сърдечния мускул“ и могат да причинят сърдечен удар (Институт по медицина, 2010). Според Американската асоциация за инсултите, инсулт възниква, „когато кръвоносен съд, който пренася кислород и хранителни вещества до мозъка, е или блокиран от съсирек, или се спуква (или се разкъса)“ (източник: [https:// www.stroke.org/en/about-stroke](https://www.stroke.org/en/about-stroke)).

нето, за различните заболявания и в различните държави.

На първо място, според подробните данни, събрани в последното проучване на GBD, тютюнопушенето се оказва водещ рисков фактор за смърт:

- В България 65,2% от всички смъртни случаи, причинени от рак на трахеята, бронхите и белия дроб, може да се дължат на тютюнопушене, докато в Швеция този дял е 58,0% (средният за света е 59,3%).
- 33,2% от всички смъртни случаи от ХОББ в България и 34,5% в Швеция са причинени от тютюнопушене (средната стойност за света е 35,9%).
- 12,4% от всички смъртни случаи, причинени от ИБС, може да са вследствие на тютюнопушене в България и 12,7% в Швеция (средната стойност за света е 15,0%).
- В България 7,3% от всички смъртни случаи, причинени от инсулт, могат да бъдат приписани на тютюнопушене, докато в Швеция инсултите, дължащи се на тютюнопушене, представляват 7,5% от всички смъртни случаи (средната стойност за света е 11,4%).

На второ място, тютюнопушенето, като фактор за висок риск, може да се види и в измерванията, изразени в DALY, въз основа на данните от GBD:

- В България 69,6% от всички DALY, причинени от рак на трахеята, бронхите и белия дроб, произтичат от тютюнопушене, докато в Швеция този дял е 60,6% (средната стойност за света е 59,5%).
- Тютюнопушенето допринася за 39,2% от DALY, причинени от ХОББ, в България и 37,3% в Швеция (средната стойност за света е 34,8%).
- 19,5% от всички DALY, причинени от ИБС, в България и 16,5% в Швеция са свързани с тютюнопушенето като рисков фактор (средната стойност за света е 18,8%).
- В България 11,9%, а в Швеция 10,2% от всички DALY, причинени от инсулти, се дължат на тютюнопушенето като рисков фактор (средната стойност за света е 14,0%).

Горните резултати показват, че по повечето показатели здравната тежест, дължаща се на тютюнопушене, е по-голяма в България в сравнение с Швеция. Докато и в двете страни смъртността обикновено е под съответните средни стойности за света, по отношение на DALY от рак на белия дроб и ХОББ, резултатите и на двете държави са относително по-лоши.

По-подробният анализ на структурите на населението разкрива, че рисковете за здравето, свързани с тютюнопушенето, варират в различните възрасти. Следните обобщени статистически данни за възрастовите групи хвърлят допълнителна светлина върху разпределението на здравната тежест, като дават информация за това къде може да се даде приоритет на потенциалните политики за борба с тютюнопушенето.

Таблица 3. Смъртни случаи, дължащи се на тютюнопушенето като рисков фактор (%)

		България	Швеция	Глобално
Всички възрасти	Рак на белия дроб	65.2	58.0	59.3
	ХОББ	33.2	34.5	35.9
	ИБС	12.4	12.7	15.0
	Инсулт	7.3	7.5	11.4
15-49 години	Рак на белия дроб	71.8	48.0	43.5
	ХОББ	54.9	29.8	24.7
	ИБС	51.1	33.0	27.9
	Инсулт	41.7	22.6	22.1
50-74 години	Рак на белия дроб	73.0	66.5	63.5
	ХОББ	52.2	46.0	38.9
	ИБС	25.0	25.5	20.6
	Инсулт	17.0	16.7	15.8

Източник: База данни на Института за здравни показатели и оценка (2021г.)

Таблица 4. DALY, приписвани на тютюнопушенето като рисков фактор (%)

		България	Швеция	Глобално
Всички възрасти	Рак на белия гроб	69.6	60.6	59.5
	ХОББ	39.2	37.3	34.8
	ИБС	19.5	16.5	18.8
	Инсулт	11.9	10.2	14.0
15-49 години	Рак на белия гроб	70.8	46.7	42.0
	ХОББ	50.0	26.0	19.8
	ИБС	50.4	32.6	27.0
	Инсулт	40.2	20.6	20.6
50-74 години	Рак на белия гроб	74.2	66.6	63.3
	ХОББ	51.9	46.1	37.6
	ИБС	27.7	26.4	21.7
	Инсулт	18.7	17.6	16.5

Източник: База данни на Института за здравни показатели и оценка (2021г.)

Тези резултати са интригуващи. Общото заключение е, че здравната тежест на тютюнопушенето очевидно е по-голяма в България, отколкото в Швеция. По-задълбоченият анализ на резултатите по възрастови групи както за смъртността, така и за DALY в България, показва, че те са отчетливо по-високи особено при хората под 50 години. Резултатите за кохортите на възрастните хора в България също са по-лоши от тези за техните шведски връстници, но разликите са по-малки за отделните заболявания.

В България ракът на белия гроб и ХОББ вследствие на тютюнопушене засягат всички възрасти почти равномерно. Хората под 50 години страдат относително повече от ИБС и инсулт, докато оцелелите кохорти от пушачи изглежда са изправени пред по-ниска вероятност за смърт или DALY от тези заболявания, дължащи се на употреба на тютюн.

В Швеция разпределението на риска е малко по-различно. По-младите хора, в сравнение с тези на възраст 50 и повече години, понасят относително по-малка тежест от рак на белия гроб и ХОББ, причинени от тютюнопушенето. Това е в рязък контраст с България. По отношение на ИБС и инсулта обаче възрастните шведи са засегнати сравнително по-рядко, подобно на ситуацията в България.

Така емпиричните доказателства разкриват забележими разлики между

България и Швеция по отношение на нивата на тютюнопушене и произтичащото от тях въздействие върху здравето. В следващият раздел са обсъдени поведенческите специфики и политики, които стоят в основата на забележителния напредък на Швеция в това тютюнопушенето да бъде почти изкоренено.

България, обвита в тютюнев дим, Швеция без тютюнев дим

пазарите на тютюневи изделия в България и Швеция функционират съгласно правилата на ЕС, налагащи специфични акцизи върху цигарите и другите тютюневи изделия. Директивата на ЕС относно данъчното облагане на тютюна⁷ определя следните категории тютюневи изделия: цигари и „фабрично произведени тютюневи изделия различни от цигари“ (пури и пурети, фино нарязан тютюн за свиване на цигари и друг тютюн за пушене).

Директивата налага минимален долен размер на акцизите върху тези продукти. По-специално по отношение на цигарите държавите членки на ЕС са длъжни да наложат специфичен *ad quantum* компонент (фиксирана сума на опаковка) и *ad valorem* акциз (допълнителен процент от продажната цена на дребно). Компонентът *ad quantum* е между 7,5% и 76,5% от общата данъчна тежест, изразена като фиксирана сума на 1000 цигари.

Съществуващите минимални акцизни ставки върху цигарите в ЕС са 1,80 евро за кутия от 20 цигари, а минималният общ акциз е най-малко 60% от националната среднопретеглена цена на дребно. Тези минимални ставки не са променяни от 2014 г. насам. Държавите членки, които прилагат акцизи от 115 евро или повече за 1000 цигари (т.е. 2,30 евро на опаковка), не са длъжни да спазват гореспоменатия критерий от 60%.

През февруари 2020 г. Европейската комисия публикува оценка на Директива 2011/64/ЕС⁸. ЕС възложи и външно проучване на Директива 2011/64/ЕС, публикувано през януари 2019 г.⁹ Процесът на актуализиране на правилата на ЕС обаче беше спрял временно. В този правен контекст всяка държава в ЕС налага налози върху цигарите на различни равнища на

7 Директива 2011/64/ЕС на Съвета от 21 юни 2011 година относно структурата и ставките на акциза върху тютюневите изделия

8 Работният документ на службите на Комисията е публикуван на: <https://taxation-customs.ec.europa.eu/system/files/2020-02/10-02-2020-tobacco-taxation-report.pdf>

9 Докладът е изготвен от Economisti Associati; той е публикуван на: https://taxation-customs.ec.europa.eu/system/files/2020-02/study-on-the-tobacco-taxation-directive-2019_en.pdf

минимумите, изисквани съгласно Директивата за данъчното облагане на тютюневите изделия. Следва да се отбележи, че (въпреки най-високите нива на тютюнопушене) акцизът върху цигарите в България е най-ниският в ЕС (1,92 евро на кутия). Среднопретеглената продажна цена на гребно (с включен акциз и ДДС) в България също е най-ниската в ЕС (2,89 евро за опаковка).

Швеция прилага много различен подход. Минималният акциз за кутия от 20 цигари е един от най-високите в ЕС (3,23 евро на кутия). Средната продажна цена на гребно (включително акциз и ДДС) в Швеция също е сред най-високите (5,52 евро за опаковка)¹⁰.

Веднага може да се направи хипотезата, че нивата на данъчно облагане са факторът, обясняващ големите разлики в нивата на тютюнопушене в България и Швеция. По-внимателното възглеждане в данните обаче води до по-комплексни изводи.

Сравнението на данните показва, че данъкът (вкл. акциз и ДДС) в България като дял от крайната продажна цена възлиза на 83.3%, което е сред най-високите в ЕС и е по-високо от 78.6% в Швеция. В интерес на истината той е дори над средния дял в ЕС (81,9%).

Също така България в момента е с най-ниското ниво на БВП на глава от населението в ЕС според Евростат (2024 г.). Това означава, че покупателната способност на българските потребители вече е доста ограничена. Следователно не само сегашните данъчни нива не са успели да доведат до по-ниско разпространение на тютюнопушенето в България: възможно е по-нататъшното увеличение на данъчните нива за цигарите само по себе си да има слаб ефект върху предпочитанията на българските потребители.

Данъчното облагане, като общ подход, със сигурност е основен инструмент на публичните политики, използван за моделиране на употребата на тютюн за пушене. Още преди години прегледите на научните публикации, като Chaloupka (1999 г.), предоставят нарастващ брой емпирични доказателства, че данъците влияят върху динамиката и моделите на потребителско поведение. Данъчното облагане на тютюневите изделия е възприето в световен мащаб като предпочитан и ефективен механизъм, стоящ в основата на политиките в областта на общественото здраве и целящ да мотивира потребителите на традиционни тютюневи изделия да се преориентират към по-малко вредни алтернативи. Световната здравна организация (2023b) документира и анализира акцизите върху цигарите в 180 страни по света.

Ключът към успешните политики в тази област обаче се крие в опти-

10 Цитираните тук данни са от Tax Foundation (2024).

мизирането на структурата на националните данъчни политики, а не в поставянето на фокуса единствено върху данъчните нива. Мерки, целящи повишаване на цените чрез увеличаване на данъците, да не говорим за преки забрани, няма непременно да възпрат пушачите в действителност. Вместо това политики, които отчитат наличието на по-малко вредни тютюневи изделия и следователно включват по-добре разработени стратегии за намаляване на риска, имат реален потенциал да насърчат отказа от тютюнопушене.

Подходите в България и Швеция илюстрират именно значението на оптималните структури на данъчно облагане, а именно акцизното третиране на традиционните тютюневи изделия като цигарите спрямо алтернативните негорими тютюневи изделия.

Цигарите в кутии са най-популярният продукт сред пушачите на тютюн в ЕС. Те се консумират редовно (т.е. поне месечно) от 77% от пушачите на традиционни тютюневи изделия. Делът на пушачите на традиционни тютюневи изделия, които редовно употребяват цигари в кутии, достига 96% в България и 86% в Швеция (Евробарометър, 2024 г.).

Нагреваемите тютюневи изделия (НТИ) и електронните цигари набират популярност сред потребителите в ЕС като алтернативни тютюневи изделия. В момента 2% от гражданите на ЕС, 2% от българите и 1% от шведите, употребяват НТИ. Към днешна дата 3% от гражданите на ЕС, 3% от българите и 1% от шведите, употребяват електронни цигари. Тези дялове изключват хората, които съобщават, че са използвали или опитвали такива продукти в миналото (Евробарометър, 2024 г.).

България доскоро не начисляваше акциз върху НТИ и електронните цигари. След приетите изменения на Закона за акцизите и данъчните складове НТИ подлежат на облагане с акциз от 1 януари 2018 г., а електронните цигари от 1 март 2023 г.

Швеция въвежда данъчно облагане на електронните цигари от 2018¹¹. В Швеция няма отделна дефиниция за НТИ за данъчни цели, като те се облагат в категорията „тютюн за пушене“¹².

Преглед на съпоставимите данъчни параметри в двете държави е представен в таблицата по-долу. На първо място той се отнася до така наречения най-нисък акциз (НА): показател, инкорпориращ ефектите от комплексния характер на националните данъчни системи в „лесно изчислима функция на техните ключови параметри“¹³. НА е акцизната

11 Източник: Библиотека на Конгреса. Взето от <https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2018-07-26/швеция-new-tax-on-electronic-cigarettes-and-other-non-tobacco-nicotine-products-takes-effect/>

12 Източник: <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/global/taxation-price/tax-gap-sweden>

13 López-Nicolás (2023, стр. 13). Данъците върху добавената стойност, въпреки че засягат НА, не са включени в тази таблица, тъй като не са специфични за тютюневите изделия.

ставка върху даден продукт, при която производителите, дистрибуторите и търговците на гребно генерират нулеви приходи; така това представлява показател за долната граница на акциза на национално равнище.

Стойностите на НА за цигарите и НТИ могат да се сравняват директно след условно преобразуване на стиковете на НТИ в бройки цигарени късове въз основа на съответния тютюнев еквивалент¹⁴. Таблицата съдържа и параметри на данъчната политика за електронните цигари. Акцизните ставки там се изчисляват върху обем течност, характеризира се със съдържание на никотин, а не на тютюн Последното възпрепятства преките сравнения с традиционните цигари или НТИ.

Таблица 5. Параметри на данъчната политика

	България	Швеция
НА за цигари (€ за 1000 къса)	101.95	165.67
НА за НТИ (€ за 1000 стика)	43.22	55.23
НА за НТИ (част от НА за цигарите)	0.42	0.33
течности за електронни цигари (съдържащи никотин, € на милилитър)	0.18	0.18 — 0.35*

* По-високата стойност се прилага за силно концентрирани течности за електронни цигари (дефинирани като съдържащи между 15 и 20 мг никотин на милилитър).

Източник: Въз основа на данни от López-Nicolás (2023, 2024) и собствени изчисления. Данни за 2023 г., с изключение на течностите за електронни цигари, при които ставките, в сила от 1 януари 2024 г., са взети от търсене в национални източници и конвертирани в евро¹⁵.

Както се вижда от ред 3 в таблицата по-горе, Швеция върви в посока на насърчаване на НТИ, като бездимна и по-малко вредна алтернатива. Що се отнася до електронните цигари, няма разлика по отношение на течностите за електронни цигари с нормална концентрация.

По този начин структурата на данъчното облагане чрез добре диференцирани ставки наред с други мерки, заложи в политиките, като строги забрани за тютюнопушене на обществени места, мерки за образование и обществено здраве, допринесе за успеха на Швеция в последните години в усилията на страната да се превърне в първата държава

14 López-Nicolás (2024, стр. 17).

15 Лев/евро по фиксиран курс от 1.95583; SEK/EUR по средния обменен курс за 2024 г. въз основа на официалния курс на SEK/EUR Европейската централна банка, извлечен от https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-sek.en.html

без тютюнев дим в Европа¹⁶.

Това става още по-ясно при по-внимателно разглеждане на националните специфики. Напредъкът на Швеция се дължи на нейните политики, включително за ганъчно облагане, по отношение на едно тютюнево изделие, което се употребява почти единствено в Швеция: снус.

Всъщност потребителите на тютюн в Швеция се отличават с особените си предпочитания към тази алтернатива както на традиционния тютюн за пушене, така и на продукти като НТИ и електронни цигари. Международните изследвания и статистика понякога поставят снуса в продуктовата категория на никотиновите паучове, но снусът трябва да се разглежда по-скоро като бездимно тютюнево изделие, специфично за шведския пазар.

Снусът в Швеция

Популярността на снуса в Швеция в днешно време се предшества от дълга история на тютюна в Европа. Първоначално използван за медицински цели още през 16 век, тютюнът, употребяван под формата на емфие (тютюневи листа на прах, вдишвани през носа), придобива популярност във Франция през 18 век. След Френската революция смъркването на тютюн в Швеция отстъпва място на поставянето на щипка тютюн под устните. Шведските фермери започват да отглеждат сами тютюн и да произвеждат свой собствен снус. През 1795 г. в Гьотеборг е създадена фабрика за снус, а през 19 век консумацията на снус става широко разпространена в Швеция.

След известен спад в употребата на снус в Швеция след Втората световна война, когато цигарите стават по-популярни под влиянието на тенденциите, идващи от Америка, през 1960-те и 1970-те години на миналия век интересът към снуса се възражда успоредно с увеличаването на осведомеността относно рисковете от тютюнопушенето и излизането на пазара на по-доставен снус, разделен на порции.

Снусът (навлажнен снус), консумиран днес в Швеция, е бездимен тютюнев продукт, доставящ по-ниски концентрации на вредни химикали от другите тютюневи изделия, като същевременно високото съдържание на никотин се запазва (Furberg et al., 2006).

На външен вид снусът прилича на никотиновите паучове и двете се употребяват през устата. Докато снусът е изработен от тютюн и

¹⁶ Изчерпателен списък на националните мерки за превенция на тютюнопушенето в Швеция е предоставен от Агенцията за обществено здраве на Швеция тук: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/andtg/tobacco/towards-a-smoke-free-Sweden/>

съдържа фин тютюнев прах, никотиновите научове не съдържат суров тютюн, а най-често съдържат никотин, извлечен от тютюн.

Има също така разлика между шведския и американския снус. Шведският снус обикновено се предлага в две форми: насипен тютюн или научове, и е известен със силния си тютюнев вкус. За разлика от това, американският еквивалент има по-мек тютюнев вкус и често е по-сладък.

Препоръчва се научовете снус да се съхраняват в хладилник или на хладни и сухи места.

Източници:

<https://snusforumet.se/en/the-history-of-snus/>

<https://www.swedishmatch.com/Our-business/smokefree/History-of-snuff/>

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=a54739fcf099f343c8586bc5c4af029077bc342e>

<https://www.snusochtandsticksmuseum.se/en/explore/snus/snus-history/>

<https://www.pmi.com/our-science/snus-snuff-nicotine-pouches-explained#snusnic>

В този контекст Евробарометър (2024 г.) отчита, че 4% от европейците използват или са използвали никотинови научове. В България този дял също е 4%, докато в Швеция нараства до 20% (тук се предполага, че това е консумация на снус). Освен това 9% от шведите отговарят, че използват тази специфична алтернатива на тютюна редовно (т.е. поне веднъж месечно)¹⁷.

Що се отнася до данъчното третиране, от 1 януари 2024 г.¹⁸ снусът в Швеция се облага с акцизна ставка от 526 шведски крони на килограм (еквивалентна на около 46 евро на килограм).

Струва си да се отбележи, че неотдавна тази ставка бе намалена. Твърдо решена да премахне вредното тютюнопушене, Швеция намали данъците върху снуса с 20%, като същевременно увеличи данъците върху цигарите с 9%, считано от ноември 2024 г.¹⁹

По този начин Швеция драстично увеличи данъчната диференциация между традиционните тютюневи изделия и популярната местна бездимна алтернатива. Това наред с широкото предлагане на снус в страната, продукт, който дори е забранен в повечето други държави членки

17 Източник: Евробарометър (2024 г., стр. 33–34).

18 Източник: Шведска данъчна агенция; Взето от <https://www.skatteverket.se/servicelankar/otherlanguages/inenglishengelska/businessesandemployers/startingandrunningaswedishbusiness/payingtaxesbusiness/tobaccotax/excise-ratesontobacco.4.676f4884175c97df419171b.html>

19 Източник: <https://www.clearingtheair.eu/en/post/sweden-reduces-price-of-snus-by-20-per-cent>

на ЕС²⁰, илюстрира как Швеция прилага много ефективна стратегия за намаляване на вредата.

Затова не е изненадващо, че именно Швеция стана първата европейска държава „свободна от тютюнев дим“. На 13 ноември 2024 г. агенцията за обществено здраве на страната публикува нова статистика, показваща, че само 5,3% от всички пълнолетни в Швеция, включително имигрантите, са настоящи пушачи. Освен това пушачите съставляват само 4,5% от пълнолетните, родени в Швеция. Последното е под критерия от 5%, възприет в световен мащаб за категоризиране на дадена страна като „свободна от тютюнев дим“.²¹

Ползи за здравето, ако България беше като Швеция

Като цяло доказателствата показват огромен неизползван потенциал в България за насърчаване на по-решително преминаване от цигари за пушене към бездимни тютюневи изделия. Докато българите са склонни бавно да възприемат НТИ и електронните цигари като основна алтернатива, в Швеция с нусът вече е успешно доказан заместител. Както се вижда по-горе, добре структурираният данъчен режим в Швеция е ключов фактор за положителната тенденция към среда без дим – подход, от който би било добре България да вземе пример.

Здравният профил на България ще се подобри значително, ако подобно на Швеция, страната възприеме диференцирани политики, поставящи бездимните тютюневи изделия в относително по-благоприятно положение.

Ако нивата на тютюнопушене спаднат хипотетично от 37% (колкото са според последното проучване на Евробарометър от 2024 г.) на 4,5%, неотдавна постигнатото равнище за родените в Швеция пълнолетни, което осигурява на Швеция статут на държава „без тютюнев дим“, това би представлявало намаление с около 88%.

Докато подобен спад в тютюнопушенето едва ли би могъл да бъде резултат от пълно спиране на тютюнопушенето, поне не в рамките на възможен близък хоризонт, по-реалистичен сценарий би бил това да се постигне чрез преминаване от традиционно тютюнопушене към негорими алтернативи. При условие, че бъдат въведени адекватни поли-

20 Източник: https://smokefreesweden.org/wp-content/themes/smokefreesweden/assets/pdf/data/SFS_Missing%20the%20target_1%20Nov%202024.pdf

21 Източник: <https://smokefreesweden.org/2024/11/13/breaking-news-swedes-first-in-world-to-become-smoke-free-its-a-lesson-for-the-world/>

тики, както в Швеция, и ако те се следват последователно, българите могат да бъдат насърчени да заменят пушенето на цигари с алтернативни бездимни тютюневи изделия. С оглед на специфичните особености на вътрешния пазар и вече установените предпочитания на потребителите, може да се очаква българите да бъдат по-склонни да възприемат НТИ например, точно както шведите са избрали своя снус.

Вследствие на това ползите за здравето в България ще са значителни, като те се моделират по следния начин.

Количественото определяне на точните ефекти върху здравето е направено в съответствие със съществуващата научна литература, според която преориентирането към бездимни изделия намалява риска от заболяване и, пропорционално, смъртните случаи и DALY с между 70% (долна граница) и 97% (горна граница). Този диапазон на намаляване на риска със средно 83% е картографиран в три сценария, включващи различни проценти на преориентиране: 29%, 44% и 88%. Те се наричат съответно „една трета шведски“, „наполовина шведски“ и „изцяло шведски“.

Тези сценарии и нива на намаляване на риска се прилагат към най-новите налични данни, извлечени от базата данни на Института за здравни показатели и оценка. По този начин симулацията генерира следните резултати по отношение на намалените смъртни случаи в България (Таблица 6).

Таблица 6. Смъртни случаи, които биха могли да бъдат предотвратени в България годишно (брой)

		Една трета шведски	Наполовина шведски	Изцяло шведски
Хипотеза за намаляване на риска с 83% (средно)				
Всички възрасти	Рак на белия дроб	725	1 100	2 200
	ХОББ	179	272	544
	ИБС	855	1 298	2 596
	Инсулт	495	751	1 503
общо за всички възрасти 4 заболявания		2 255	3 421	6 842
15—49 години	Рак на белия дроб	39	60	119
	ХОББ	5	8	15
	ИБС	112	169	339
	Инсулт	46	70	139
Междинна сума 15—49 години 4 заболявания		202	306	613

		Една трета шведски	Наполовина шведски	Изцяло шведски
50—74 години	Рак на белия гроб	590	896	1 792
	ХОББ	115	175	349
	ИБС	582	883	1 766
	Инсулт	335	509	1 017
Междинен сбор 50—74 години/4 заболявания		1 623	2 462	4 924
Хипотеза за намаляване на риска със 70% (ниско)				
Всички възрасти	Рак на белия гроб	611	928	1 855
	ХОББ	151	229	459
	ИБС	721	1 095	2 189
	Инсулт	418	634	1 267
Общо за всички възрасти/4 заболявания		1 902	2 885	5 771
15—49 години	Рак на белия гроб	33	50	101
	ХОББ	4	7	13
	ИБС	94	143	286
	Инсулт	39	59	117
Междинна сума 15—49 години/4 заболявания		170	258	517
50—74 години	Рак на белия гроб	498	756	1 511
	ХОББ	97	147	295
	ИБС	491	745	1 489
	Инсулт	283	429	858
Междинна сума 50—74 години/4 заболявания		1 369	2 076	4 153
Хипотеза за намаляване на риска с 97% (високо)				
Всички възрасти	Рак на белия гроб	847	1 286	2 571
	ХОББ	209	318	636
	ИБС	1 000	1 517	3 033
	Инсулт	579	878	1 756
Общо всички възрасти/4 заболявания		2 635	3 998	7 996

		Една трета шведски	Наполовина шведски	Изцяло шведски
15—49 години	Рак на белия гроб	46	70	140
	ХОББ	6	9	18
	ИБС	130	198	396
	Инсулт	54	81	163
Междинна сума 15—49 години 4 заболявания		236	358	716
50—74 години	Рак на белия гроб	690	1 047	2 094
	ХОББ	135	204	408
	ИБС	680	1 032	2 064
	Инсулт	392	594	1 189
Междинна сума 50—74 години 4 заболявания		1 896	2 877	5 755

Забележка: Сценарий „една трета шведски“ предполага 29% процента преориентиране“; Сценарий „наполовина шведски“ предполага 44% процента преориентиране; Сценарий „изцяло шведски“ предполага 88% процента преориентиране.

Горното показва, че прилагането на стратегии за намаляване на риска, в резултат на които традиционните пушачи в България избират да откажат цигарите, като преминат към негорими продукти, би спасило близо 8 000 живота в България през 2021 г.

При най-консервативния сценарий, в който 29% от пушачите се преориентират (т.е. една трета от разликата между нивата на тютюнопушене в България и Швеция) и при допускане за намаляване на риска на долната граница от 70%, през същата година в България биха били предотвратени близо 2 000 смъртни случая.

За населението като цяло, както и при хората под 50 години, алтернативите за намаляване на риска могат да доведат до избягване на повечето смъртни случаи от ИБС. При хората на възраст 50 и над 50 години най-голямо положително въздействие би се наблюдавало от предотвратяването на смърт от рак на белия гроб.

И при трите сценария и хипотези за намаляване на риска най-голям брой животи биха били спасени сред възрастните хора.

След това анализът се допълва от симулиране на всички потенциални намаления на DALY в България (Таблица 7). Това е допълнителна илюстрация на това как тежестта на заболяемостта, както и смъртността в България е можело да бъде намалена, ако се тютюнопушенето като рисков фактор бъде намалено до степен, подобна на тази в Швеция.

Таблица 7. DALY, които биха могли да бъдат намалени в България (брой)

		Една трета шведски	Наполовина шведски	Изцяло шведски
Хипотеза за намаляване на риска с 83% (средно)				
Всички възрасти	Рак на белия гроб	19 490	29 571	59 142
	ХОББ	5 192	7 877	15 754
	ИБС	24 081	36 537	73 074
	Инсулт	13 851	21 016	42 031
Общо всички възрасти 4 заболявания		62 614	95 001	190 002
15—49 години	Рак на белия гроб	1 785	2 708	5 416
	ХОББ	377	572	1 145
	ИБС	5 238	7 947	15 894
	Инсулт	2 444	3 709	7 418
Междинна сума 15—49 години 4 заболявания		9 844	14 936	29 872
50-74 години	Рак на белия гроб	16 296	24 724	49 449
	ХОББ	3 789	5 748	11 496
	ИБС	16 685	25 316	50 631
	Инсулт	9 827	14 910	29 819
междинна сума 50—74 години 4 заболявания		46 596	70 698	141 395
Хипотеза за намаляване на риска със 70% (ниско)				
Всички възрасти	Рак на белия гроб	16 437	24 939	49 879
	ХОББ	4 378	6 643	13 286
	ИБС	20 310	30 814	61 629
	Инсулт	11 682	17 724	35 448
Общо всички възрасти/4 заболявания		52 807	80 121	160 242
15-49 години	Рак на белия гроб	1 505	2 284	4 567
	ХОББ	318	483	965
	ИБС	4 417	6 702	13 404
	Инсулт	2 062	3 128	6 256
междинна сума 15—49 години 4 заболявания		8 302	12 596	25 193

		Една трета шведски	Наполовина шведски	Изцяло шведски
50-74 години	Рак на белия дроб	13 743	20 852	41 704
	ХОББ	3 195	4 848	9 696
	ИБС	14 072	21 351	42 701
	Инсулт	8 288	12 574	25 149
Междинна сума 50—74 години 4 заболявания		39 298	59 625	119 249
Допускане за намаляване на риска 97% (високо)				
Всички възрасти	Рак на белия дроб	22 778	34 559	69 118
	ХОББ	6 067	9 206	18 411
	ИБС	28 143	42 700	85 400
	Инсулт	16 188	24 560	49 121
Общо всички възрасти 4 заболявания		73 176	111 025	222 050
15—49 години	Рак на белия дроб	2 086	3 165	6 329
	ХОББ	441	669	1 338
	ИБС	6 121	9 287	18 574
	Инсулт	2 857	4 334	8 669
Междинна сума 15—49 години 4 заболявания		11 504	17 455	34 910
50-74 години	Рак на белия дроб	19 044	28 895	57 789
	ХОББ	4 428	6 718	13 435
	ИБС	19 500	29 586	59 172
	Инсулт	11 484	17 424	34 849
Междинна сума 50—74 години 4 заболявания		54 456	82 623	165 245

Забележка: Сценарий „една трета шведски“ предполага 29% процента преориентиране“; Сценарий „наполовина шведски“ предполага 44% процента преориентиране; Сценарий „изцяло шведски“ предполага 88% процента преориентиране.

Следователно намаляването на риска чрез преминаване към бездимни алтернативни тютюневи изделия би намалило DALY в България с до 222 050 през 2021г.

Ако само 29% от пушачите преминат към такива алтернативи и ако приемем, че намаляването на риска е на долната граница от 70%, DALY в България щяха да намалеят с 52 807.

През 2021 г. повечето DALY от ИБС биха били предотвратени както за населението като цяло, така и в рамките на двете основни възрастови подгрупи.

Ако погледнем отново възрастовите групи, най-силните ползи, свързани с намаляване на риска, биха се наблюдавали сред възрастните хора, страдащи от четирите заболявания, за които тютюнът е основният рисков фактор.

По този начин горните симулации при различни сценарии „какво би станало, ако“ дават убедителни доказателства. България ще извлече много значителни ползи за здравето, ако следва стратегии за намаляване на риска, аналогични на тези, които водят Швеция по пътя към впечатляващото постижение да се превърне в първата държава без тютюнопушене в Европа.

Закljučения

Тютюнопушенето е основният рисков фактор за незаразни болести, особено за рак на трахеята, бронхите и белия дроб, хронична обструктивна белодробна болест, исхемична болест на сърцето и инсулт. Здравното бреме от тези заболявания по целия свят и по-специално в Европа е значително. Въпреки че консумацията на тютюн като цяло намалява през годините, нивата на тютюнопушене остават високи.

В Европа обаче има огромни различия. България заема незавидното първо място като шампион по тютюнопушене в ЕС, като нивата дори леко се повишават през последните години. В другия край на спектъра се намира Швеция: страна, която успя по един забележителен начин да постигне статута на първата страна без тютюнев дим в Европа.

Успехът на Швеция може да бъде обяснен до голяма степен с нейните публични политики, по-специално при прилагането на добре насочено данъчно облагане на тютюневите изделия, което го диференцира съобразно степента на риск и насърчава преминаването към бездимни тютюневи изделия. Затова си струва да се анализират двата полярни случая в ЕС, като се проучи шведският опит и се извлекат подходящи стратегии, които биха могли да бъдат приложени в България, за да се намали здравната тежест от тютюнопушенето.

В този смисъл целта на настоящия анализ е да се проучи въпросът как нивата на тютюнопушене, а оттам и здравната тежест в България, биха могли да бъдат намалени, ако се възприемат политики от шведски тип.

Докато намаляването на вредата от тютюна в Швеция се основава на традиционния избор на снуса като най-предпочитаната негорима тютюнева алтернатива в страната, българските политици биха могли да обърнат внимание на други бездимни алтернативи на тютюна, които в момента набират популярност, като например НТИ.

Въз основа на хипотезата за добре разработени и целенасочени политики, целящи да се постигнат впечатляващите проценти на преориентиране, вече постигнати в Швеция, по-горе са симулирани няколко сценария, за да се получат количествени оценки на потенциалните ползи за здравето в България. Струва си политиците да обърнат внимание и да разгледат тези резултати. Чрез изчисления въз основа на последните налични данни, приложеният тук модел показва, че България е можела да спаси почти 8 000 живота за една година. Освен това възпроизвеждането на шведския опит в България би могло да доведе до намаляване на DALY с до 222 050 годишно.

Този път от високи нива на тютюнопушене към среда без тютюнев дим има смисъл да бъде изминат.



ИЗТОЧНИЦИ

- Beresniak, A., Bremond-Gignac, D., Dupont, D. and Duru, G. (2024).** *Reevaluating health metrics: Unraveling the limitations of disability-adjusted life years as an indicator in disease burden assessment.* *World Journal of Methodology*, 15(1). doi:<https://doi.org/10.5662/wjm.v15.i1.95796>.
- Chaloupka, F.J. (1999).** *How Effective are Taxes in Reducing Tobacco Consumption?* In: N. Soguel and C. Jeanrenaud, eds., *Valuing the Cost of Smoking: Assessment Methods, Risk Perception and Policy Options.* Springer, pp.205–218.
- Conte Grand, M. (2014).** *Simple Analytics of Disability Adjusted Life Years (DALYS).* SSRN Electronic Journal. doi:<https://doi.org/10.2139/ssrn.2505138>. ПУБЛИЧНИ ПОЛИТИКИ. bg Volume 16/ Number 3/ July 2025 20
- Devleeschauwer, B., Havelaar, A.H., Maertens de Noordhout, C., Haagsma, J.A., Praet, N., Dorny, P., Duchateau, L., Torgerson, P.R., Van Oyen, H. and Speybroeck, N. (2014).** *DALY calculation in practice: a stepwise approach.* *International Journal of Public Health*, 59(3), pp.571–574. doi:<https://doi.org/10.1007/s00038-014-0553-y>.
- Eurobarometer (2024)** *Attitudes of Europeans towards tobacco and related products.* [online] Available at: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2995> (Accessed: 10 January 2025).
- European Commission (2023)** *Country Health Profiles.* [online] Available at: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en#country-health-profiles-2023 (Accessed: 10 January 2025).
- Eurostat (2022)** *Tobacco consumption statistics.* [online] Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tobacco_consumption_statistics (Accessed: 10 January 2025).
- Eurostat (2024).** *GDP per capita, consumption per capita and price level indices.* [online] Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=GDP_per_capita,_consumption_per_capita_and_price_level_indices (Accessed: 10 January 2025).
- Furberg, H., Lichtenstein, P., Pedersen, N.L., Bulik, C. and Sullivan, P.F. (2006).** *Cigarettes and oral snuff use in Sweden: prevalence and transitions.* *Addiction (Abingdon, England)*, [online] 101(10), pp.1509–1515. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01550.x>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2021)**, *The Global Burden of Disease (GBD) study database*. Available at: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (Accessed: 10 January 2025).
- Institute of Medicine (US) Committee on Social Security Cardiovascular Disability Criteria (2010).** *Ischemic Heart Disease.* [online] National Library of Medicine. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209964/>. (Accessed: 10 January 2025).
- López-Nicolás, Á. (2023)** *Tobacco taxes in the European Union: An evaluation of the effects of the European Commission's proposals for a new Tobacco Tax Directive on the markets for cigarettes and fine-cut tobacco.* *Tobacconomics Working Paper Series No. 23/8/1.* Cartagena:

Universidad Politécnica de Cartagena. Available at: <https://www.economicsforhealth.org/files/research/869/working-paper-tobacco-taxes-eu-final-version-oct-2.pdf> (Accessed: 10 January 2025).

López-Nicolás, Á. (2024) Tobacco Taxes in the European Union: An evaluation of the European Commission's Tobacco Tax Directive proposals for cigars, cigarillos, pipe tobacco, electronic cigarettes, heated tobacco products, and nicotine pouches. *Tobacconomics Working Paper Series No. 24/2/1*. Cartagena: Universidad Politécnica de Cartagena. Available at: <https://www.economicsforhealth.org/files/research/902/working-paper-tobacco-taxes-eu-other-products-final-md.pdf> (Accessed: 10 January 2025).

Murray, C. J., and Lopez, A. D. (Eds.). (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.

Rehm, J. and Frick, U. (2010). Valuation of health states in the US study to establish disability weights: lessons from the literature. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(1), pp.18–33. doi:<https://doi.org/10.1002/mpr.300>.

Solberg, C.T., Norheim, O.F. and Barra, M. (2017). The disvalue of death in the global burden of disease. *Journal of Medical Ethics*, 44(3), pp.192–198. doi:<https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104365>.

Steenland, K. and Armstrong, B. (2006). An Overview of Methods for Calculating the Burden of Disease Due to Specific Risk Factors. *Epidemiology*, 17(5), pp.512–519. doi:<https://doi.org/10.1097/01.ede.0000229155.05644.43>.

Tax Foundation (2024) Cigarette Taxes in Europe, 2024. [online] Available at: <https://taxfoundation.org/data/all/eu/cigarette-taxes-europe-2024/> (Accessed: 10 January 2025).

World Health Organization (2023a) Tobacco: fact sheet. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Accessed 10 January 2025].

World Health Organization (2023b). WHO Report on the Global Tobacco epidemic, 2023 Protect People from Tobacco Smoke Fresh and Alive. [online] Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164> [Accessed 10 January 2025].

World Health Organization (2024) WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283> (Accessed: 10 January 2025).

Zhou, B., Zang, R., Zhang, M., Song, P., Liu, L., Bie, F., Peng, Y., Bai, G. and Gao, S. (2022). Worldwide burden and epidemiological trends of tracheal, bronchus, and lung cancer: A population-based study. *eBioMedicine*, [online] 78. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2022.103951>.



ЕКСПЕРТЕН КЛУБ ЗА
ИКОНОМИКА И ПОЛИТИКА

© 2025