



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΜΥΘΟΣ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ; ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
ΝΟΜΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΝΤΑΙΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ,
ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2009

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός του προβλήματος, δηλαδή τι είναι κάπνισμα και παθητικό κάπνισμα και παρατίθενται στοιχεία όπως τα συστατικά του καπνού του τσιγάρου, ποσοστά σχετικά με το κάπνισμα και οι διάφορες παθήσεις που προκαλούνται από το κάπνισμα. Επίσης, γίνεται αναφορά για το κάπνισμα στους χώρους εργασίας και δίνεται η νομοθεσία που ισχύει σε ευρωπαϊκό επίπεδο και προστατεύει τους εργαζόμενους από το παθητικό κάπνισμα. Τέλος, γίνεται ανασκόπηση των αποτελεσμάτων μετά την εφαρμογή των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η σχέση οικονομίας και καπνίσματος και παρατίθενται στοιχεία όπως το κόστος της φροντίδας υγείας για τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα και έσοδα που προέρχονται από την φορολογία καπνού. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις οικονομικές δαπάνες και στα οικονομικά οφέλη των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος.

Στο τρίτο κεφάλαιο, μελετούνται οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος. Περιγράφεται α) η στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη μείωση του καπνίσματος, β) η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καπνίσματος και γ) μέτρα και πολιτικές κατά του καπνίσματος στην Ελλάδα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή της έρευνας στο νομό Μεσσηνίας σχετικά με την πολιτική διακοπής του καπνίσματος που εφαρμόζουν οι δημόσιες υπηρεσίες. Γίνεται ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα.

Η μελέτη τελειώνει με γενικά συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής για την καταπολέμηση του προβλήματος και την εφαρμογή πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και χώρους εργασίας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας, κα Καστανιώτη Αικατερίνη, η οποία μου έδωσε την ευκαιρία να διευρύνω τις γνώσεις μου και την ευαισθησία μου σχετικά με το θέμα του καπνίσματος. Με υπομονή και μεθοδικότητα, η κα Καστανιώτη με βοήθησε να στοιχειοθετήσω την παρούσα εργασία και να αναπτύξω τα επιμέρους πεδία.

Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω τους εργαζόμενους των παρακάτω δημόσιων υπηρεσιών του νομού Μεσσηνίας: α) Τ.Ε.Ι Καλαμάτας, β) Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, γ) Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας, δ) Αστυνομικό τμήμα Καλαμάτας, ε) Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση νομού Μεσσηνίας και στ) Δήμος Καλαμάτας. Με την άμεση ανταπόκριση και συνεργασία τους στο κάλεσμα μου αιτούμενος την συμπλήρωση ερωτηματολογίων σχετικά με την πολιτική απαγόρευσης του καπνίσματος που εφαρμόζουν οι οργανισμοί στους οποίους εργάζονται, με βοήθησαν να συλλέξω τις απαραίτητες πληροφορίες και να καταλήξω σε ξεκάθαρα συμπεράσματα.

Τέλος, θα ήμουν αγνώμων αν παρέλειπα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας για την προσπάθεια τους να μου μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις τους, ούτως ώστε να ανταποκριθώ επαρκώς και με αξιοπρέπεια στα καθήκοντα που επιτάσσει ο ρόλος μου ως μελλοντικός εργαζόμενος σε μονάδες υγείας και πρόνοιας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	1
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1 Ορισμός του προβλήματος.....	4
1.2 Παθητικό κάπνισμα.....	10
1.2.1 Νομοθεσία σχετικά με το παθητικό κάπνισμα.....	12
1.3 Χώροι έκθεσης.....	14
1.4 Ανασκόπηση των αποτελεσμάτων μετά την εφαρμογή των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

2.1 Κάπνισμα και οικονομία.....	22
2.2 Οικονομικές δαπάνες.....	23
2.3 Οικονομικά οφέλη πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος.....	24
2.4 Άλλες συνέπειες.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

3.1 Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.....	29
3.2 Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καπνίσματος.....	31
3.2.1 Ευρωπαϊκές πολιτικές κατά του καπνίσματος.....	34
3.3 Μέτρα και πολιτικές κατά του καπνίσματος στην Ελλάδα.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

4.1 Περιγραφή Μελέτης.....	46
4.2 Ανάλυση και Συμπεράσματα έρευνας.....	47
Συμπεράσματα.....	53
Προτάσεις Πολιτικής.....	58
Βιβλιογραφία.....	61

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

A. Πίνακες

B. Εικόνες

Γ. Σχετική Νομοθεσία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προστασία της Δημόσιας Υγείας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις για το σύγχρονο κράτος και η πολιτεία που έχει συγκροτημένη πολιτική για την προστασία της Δημόσιας Υγείας οφείλει να κατοχυρώσει στην πράξη τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών της. Το κάπνισμα είναι ένα φαινόμενο, το οποίο επηρεάζει την κοινωνική συνοχή, τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών μας συστημάτων και το βασικό δικαίωμα στη ζωή. Το δικαίωμα σε μία ζωή χωρίς κάπνισμα, είναι δικαίωμα ατομικό, γιατί αφορά την προστασία της ίδιας της ζωής μας και είναι δικαίωμα κοινωνικό, γιατί αφορά στην ποιότητα ζωής των πολιτών.

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται 50 γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες και πολλοί τοξικοί παράγοντες. Μερικές από αυτές τις ουσίες, συγκεντρώνονται στο δευτερεύον καπνό και όχι στον κύριο που εισπνέεται από τον καπνιστή. Η έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο παθητικό κάπνισμα (ETS) είναι μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ανθρώπων και επιβαρύνει με σημαντικές δαπάνες την κοινωνία ως σύνολο¹.

Το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους δημιουργεί υψηλή συγκέντρωση ορισμένων βλαπτικών ουσιών, όπως μονοξείδιο του άνθρακα, διάφορα σωματίδια και νικοτίνη, ουσίες οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα και σε μη καπνιστές. Το γεγονός αυτό δημιουργεί το ερώτημα εάν το κάπνισμα πρέπει να θεωρείται υπόθεση προσωπικής ελευθερίας του καπνιστή η μία καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά που πρέπει να απαγορευθεί αυστηρά στους κλειστούς χώρους και τα μέσα μαζικής μεταφοράς, ώστε να μην στερεί στον μη καπνιστή το δικαίωμα να αναπνέει καθαρότερο αέρα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει το κάπνισμα ως στόχο υψηλής προτεραιότητας για τη δημόσια υγεία και έχει αναπτύξει αξιόλογες πολιτικές για τον περιορισμό του. Καταβάλλοντας ιδιαίτερες προσπάθειες και έχοντας να αντιμετωπίσει ισχυρά οικονομικά συμφέροντα, πέτυχε το 2003 τη σύναψη μιας

¹ Παθητικό κάπνισμα, όπως αναφέρεται στο www.el.help-eu.com

παγκόσμιας Συνθήκης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC), η οποία υπογράφηκε από 192 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, με σκοπό να περιορίσει αυτή την παγκόσμια επιδημία, που οδηγεί κάθε χρόνο εκατομμύρια ανθρώπους στο θάνατο. Η συνθήκη τέθηκε σε εφαρμογή τον Φεβρουάριο του 2005 και καλεί τις χώρες όλου του κόσμου να λάβουν μέτρα για την έκθεση στον καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στις δημόσιες συγκοινωνίες και στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους².

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, όλο και περισσότερες χώρες υιοθετούν ολοκληρωμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος, ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση αναπτύσσει πολιτικές και παρέχει σημαντική στήριξη με αποφάσεις και προγράμματα για την προώθηση της στρατηγικής. Τα κύρια νομοθετικά μέτρα που έχουν ληφθεί στην Ελλάδα είναι αποτέλεσμα εναρμόνισης της ελληνικής νομοθεσίας προς τις ευρωπαϊκές οδηγίες.

Η δράση για ένα περιβάλλον χωρίς καπνό όχι μόνο θα προστατεύσει τους πολίτες από τις βλαβερές συνέπειες της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος αλλά θα συμβάλει επίσης στη μείωση της κατανάλωσης του καπνού σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Όσον αφορά την υγεία, η μείωση του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος θα οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στη μείωση των ασθενειών και της θνησιμότητας λόγω ορισμένων σοβαρών νοσημάτων που προκαλούνται από το κάπνισμα όπως καρκίνος του πνεύμονα, στεφανιαία νόσος, αναπνευστικές ασθένειες και εγκεφαλικά επεισόδια.

Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι να παρουσιαστούν οι δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, στην οικονομία και στην κοινωνία ως σύνολο και να μελετηθούν οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος. Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της σωστής ή μη εφαρμογής των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος στους χώρους εργασίας στην Ελλάδα.

Το συγκεκριμένο θέμα επελέγη διότι παρόλη την εξέλιξη της κοινωνίας, το κάπνισμα εξακολουθεί στην πραγματικότητα να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα και δεν αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη προσοχή. Η μέθοδος συλλογής των απαραίτητων στοιχείων και πληροφοριών ήταν α) βιβλιογραφική ανασκόπηση, β)

² WHO, “Legislating for smoke - free workplaces”, Denmark 2006, p. 12 , όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

αναζήτηση σε επιστημονικά περιοδικά που σχετίζονται με την υγεία και το κάπνισμα, γ) αναζήτηση σε άρθρα περιοδικών και εφημερίδων, δ) αναζήτηση στο διαδίκτυο και ε) συνέντευξη με ερωτηματολόγιο σε δημόσιες υπηρεσίες του νομού Μεσσηνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1 Ορισμός του προβλήματος

Το κάπνισμα είναι ένα φαινόμενο το οποίο έλαβε διαστάσεις παγκόσμιας πανδημίας στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα. Λαμβάνοντας υπόψη τις καταστρεπτικές συνέπειες του καπνού στο καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και τα άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, σε συνδυασμό με την εξάρτηση, την οποία προκαλεί εξαιτίας της νικοτίνης, το κάπνισμα είναι ίσως ο βλαπτικότερος ψυχοδραστικός παράγοντες για την υγεία του ανθρώπου και η κυριότερη αιτία πρόωμης θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες³.

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στο καπνό. Ορισμένες από αυτές υπάρχουν ήδη από τη φυτική κατάσταση του καπνού, αλλά οι περισσότερες παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου. Στον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί, είτε ως αέρια είτε ως μικροσκοπικά σωματίδια, περισσότερες από 4.000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 250 γνωστές καρκινογόνες ουσίες⁴. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει υδρογονάνθρακες από τη πίσσα του τσιγάρου που καταπίνουν οι καπνιστές, πολλές χημικές ουσίες, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία και σε συνεργική δράση με άλλους καρκινογόνους παράγοντες, όπως το αλκοόλ, αναπτύσσονται μηχανισμοί που προκαλούν καρκίνο κυρίως του πνεύμονα, αλλά και άλλων οργάνων όπως του φάρυγγα, λάρυγγα, στοματικής κοιλότητας, οισοφάγου, στομάχου, ουροδόχου κύστης και μαστού⁵.

Οι κύριες ουσίες στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλάβες της υγείας του ανθρώπου, είναι :

- Η νικοτίνη, η οποία είναι εθιστική. Ενώ από μόνη της δεν είναι καρκινογόνος, έχει τη σημαντική ικανότητα να προάγει τον πολλαπλασιασμό καρκινικών κυττάρων. Ο καπνιστής εμφανίζει εξάρτηση από τη νικοτίνη και η

³ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ.7, όπως αναφέρεται στο www.mohaw.gr

⁴ WHO, "Legislating for smoke-free workplaces", Denmark 2006, p.7, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

⁵ Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, «Κάπνισμα και υγεία», σ.2, όπως αναφέρεται στο www.cancer-society.gr

επίδραση της στον εγκέφαλο προκαλεί εφορία, από τη μεγάλη αύξηση της ντοπαμίνης που είναι ψυχοτρόπος ουσία και προκαλεί την ευχαρίστηση και τον εθισμό. Η εξάρτηση αυτή έχει ταξινομηθεί έως ιατρική ασθένεια. Καμία άλλη ουσία δε προκαλεί τόση ζημιά, όσο η νικοτίνη στα όργανα του ανθρώπου⁶. Είναι μια χημική ένωση και θεωρείται η τρίτη σε δύναμη εθιστική ουσία μετά την ηρωίνη και την κοκαΐνη. Η νικοτίνη διαλύεται στο νερό και το σάλιο. Με αυτόν τον τρόπο απορροφάται με μεγάλη ευκολία και ταχύτητα από τους πνεύμονες. Μόλις περάσει μέσα στη κυκλοφορία του αίματος, η απορροφημένη νικοτίνη καταστρέφεται σε μεγάλο ποσοστό από το συκώτι. Το υπόλοιπο καταστρέφεται από άλλα όργανα άμυνας και αποβάλλεται από τα ούρα και τον ιδρώτα. Χρειάζεται περίπου μισή ώρα για να αποβληθεί η ποσότητα νικοτίνης που έχει απορροφηθεί και ενεργεί άμεσα στο νευρικό σύστημα προκαλώντας εθισμό⁷.

- Το Μονοξειδίο του άνθρακα, το οποίο παράγεται κατά την καύση του καπνού, απορροφάται από τους πνεύμονες και περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τη μεταφορά του οξυγόνου σε όλους τους ιστούς του σώματος. Η χρόνια δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα είναι υπεύθυνη για τις αγγειακές βλάβες που αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος και εγκεφαλικών επεισοδίων. Το μονοξειδίο του άνθρακα περιλαμβάνεται στα αέρια. Σε ένα μη καπνιστή το ποσοστό του μονοξειδίου του άνθρακα είναι 1% ενώ σε ένα καπνιστή φτάνει το 6%⁸.
- Η πίσσα, αποτελεί ένα μείγμα πολλών ουσιών που προέρχονται από την καύση του καπνού. Περιέχει πολλές καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες επιδρούν άμεσα στο αναπνευστικό σύστημα και έμμεσα, μετά την απορρόφηση τους από το αίμα. Είναι καφέ χρώματος και είναι η καρκινογόνος ουσία που εναποτίθεται στους πνεύμονες και το αναπνευστικό σύστημα(εικόνα 1.2).

⁶ Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, «Ζωή χωρίς κάπνισμα», σ.2, όπως αναφέρεται στο www.cancer-society.gr

⁷ Κ. Τσαρούχας, *Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει*, Αθήνα 2007,σ.112-115

⁸ Στο ίδιο, σ.111

Δημιουργεί μια μαύρη επικάλυψη στους πνεύμονες, η οποία παραμένει για αρκετά χρόνια αφότου ο ασθενής διακόψει το κάπνισμα⁹.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού, δηλαδή 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3.5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο και ότι σύμφωνα με τον αυξανόμενο ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως¹⁰. Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές ασθένειες για τη ζωή και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Επίσης, το άμεσο και έμμεσο κόστος της θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό της υγείας, παγκοσμίως¹¹. Οι θάνατοι από το κάπνισμα είναι τριπλάσιοι από αυτούς των τροχαίων ατυχημάτων και αποτελούν το 30% όλων των θανάτων, το 85% του καρκίνου του πνεύμονα και το 83% των θανάτων από αποφρακτική πνευμονοπάθεια¹².

Το 2006 πέντε σχεδόν εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από το κάπνισμα. Το 2025 εκτιμάται ότι οι σχετιζόμενοι με το κάπνισμα θάνατοι θα ξεπεράσουν τα 10 εκατομμύρια το χρόνο¹³. Σύμφωνα με τις ελληνικές στατιστικές μελέτες, το κάπνισμα είναι το μεγάλο πρόβλημα των ελλήνων. Η Ελλάδα έχει το θλιβερό προνόμιο να είναι πρώτη, σε καπνιστές, χώρα σε ολόκληρη την Ευρώπη και τρίτη στον κόσμο μετά την Κύπρο και την Κούβα. Χρόνο με το χρόνο αυξάνονται οι θάνατοι και οι νέοι καπνιστές. Το 43% του ελληνικού πληθυσμού καπνίζει. Γεγονός που κοστίζει 15.000 θανάτους το χρόνο άμεσα ή έμμεσα συνδεδεμένους με το κάπνισμα από τους οποίους 3.500 χιλιάδες θάνατοι ανδρών και 500 γυναικών οφείλονται ευθέως στο κάπνισμα και στον καρκίνο του πνεύμονα που προκαλεί αυτό¹⁴.

⁹ Κ. Τσαρούχας, *Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει*, Αθήνα 2007, σ.112

¹⁰ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ.10

¹¹ Στο ίδιο, σ.7

¹² Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, «Κάπνισμα και υγεία», σ.2, όπως αναφέρεται στο www.cancer-society.gr

¹³ Κ. Τσαρούχας, *Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει*, Αθήνα 2007, σ.144

¹⁴ Στο ίδιο, σ. 145

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της θνησιμότητας των παρακάτω νοσημάτων:

- Στεφανιαία νόσο

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από του κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ευθύνεται περίπου για το 30-40% του συνόλου των θανάτων από τη νόσο, ο κίνδυνος προσβολής είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές και εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων¹⁵.

- Καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης κλπ.

Το κάπνισμα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου και ευθύνεται για περίπου το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι στους καπνιστές κατά 23,3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες και κατά 12,7 φορές στις γυναίκες σε σχέση με τους μη καπνιστές. Αντίστοιχα, πολύ υψηλότερη είναι η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου κ.α.¹⁶ Ο κίνδυνος αυξάνει, όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης, τόσο λιγότερο ελαττώνεται ο κίνδυνος με τη διακοπή του καπνίσματος.

- Χρόνιες πνευμονοπάθειες

Το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 80-85% των κρουσμάτων από χρόνιες πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα, πνευμονικό εμφύσημα)¹⁷. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι η πιο επιθετική αρρώστια του 20^{ου} αιώνα. Μόνο στην Ελλάδα πάσχουν 700 χιλιάδες άνθρωποι και σύμφωνα με μελέτη της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας το 11,6% των ανδρών και το 4,8% των γυναικών άνω των 35 ετών, πάσχουν από τη νόσο, όμως οι μισοί από αυτούς δεν το γνωρίζουν. Η αρρώστια αυτή είναι ύπουλη καθώς εμφανίζεται 10-15 χρόνια αφότου κάποιος έχει

¹⁵Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ.11

¹⁶ Στο ίδιο, σ.12

¹⁷ Στο ίδιο, σ.13

ξεκινήσει το κάπνισμα, με κύρια συμπτώματα όπως βήχας και δύσπνοια και θεωρείται ότι μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από 15-20 χρόνια¹⁸.

- Αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου, ενώ σημαντικές είναι οι επιπτώσεις στη βρεφική θνησιμότητα και στις επιπλοκές του εμβρύου κατά την κύηση.

Η έναρξη του καπνίσματος συνήθως γίνεται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Λίγοι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα σε ηλικία άνω των 20 ετών (λιγότερο από 10%). Σύμφωνα με μελέτες, η μέση ηλικία πρώτης δοκιμής τσιγάρου κυμαίνεται στις διάφορες χώρες μεταξύ 11 και 13 ετών. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη μέση ηλικία έναρξης στους καπνιστές ηλικίας 15 ετών¹⁹. Η έναρξη του καπνίσματος συνδέεται με παράγοντες όπως κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, κοινωνική πίεση από τους συνομηλίκους και οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα. Η διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς συνδέεται τόσο με βιολογικές (συμπτώματα στέρησης) όσο και με ψυχολογικές μεταβλητές (σύνδεση του καπνίσματος με θετικά συναισθήματα όπως χαλάρωση και απόλαυση)²⁰. Επίσης, στην έναρξη και τη συνέχιση του καπνίσματος σημαντικό ρόλο παίζουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης όπως είναι οι διαφημίσεις τσιγάρων από τον ημερήσιο τύπο και τα περιοδικά και οι κινηματογραφικές προβολές με γνωστούς ηθοποιούς που καπνίζουν.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και την απασχόληση. Το 2002, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι κοινωνικές ομάδες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ήταν οι άνεργοι (54%) και οι χειρωνακτικοί εργάτες (51%)²¹. Αντίστοιχες διαφορές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες. Τα στοιχεία αυτά προσδιορίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου προς τις οποίες πρέπει να κατευθυνθούν οι προσπάθειες πρόληψης.

Ωστόσο, η διακοπή του καπνίσματος προκαλεί συμπτώματα στέρησης. Τα συνηθέστερα συμπτώματα που προκαλεί διακοπή του καπνίσματος στον συστηματικό

¹⁸ Κ. Τσαρούχας, *Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει*, Αθήνα 2007, σ.208

¹⁹ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ.21

²⁰ Στο ίδιο, σ.22

²¹ WHO, "The European Tobacco Control Report", Denmark 2007, p.21, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

καπνιστή είναι ότι γίνεται ευερέθιστος, αισθάνεται κατάπτωση, γαστρεντερικές ανωμαλίες, άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία, κακή ψυχολογική διάθεση και βουλιμία η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους. Αυτό το σύνδρομο, μπορεί να αρχίσει μερικές ημέρες ή και αρκετά μετά τη διακοπή του καπνίσματος και να συνεχιστεί μικρό ή μεγάλο χρονικό, ανάλογα με την εξάρτηση του καπνιστή από τη νικοτίνη. Αυτά τα δυσάρεστα συμπτώματα είναι και εκείνα που κλονίζουν την αντίσταση του καπνιστή να συνεχίσει τη διακοπή του καπνίσματος. Παίζει βέβαια ξεχωριστό και καθοριστικό ρόλο εάν η διακοπή του καπνίσματος γίνεται από άτομα με δυνατή θέληση ή όχι, γιατί ο εθισμός και η επιθυμία για το κάπνισμα είναι ισχυρά κίνητρα για να το ξαναρχίσει. Όταν η διακοπή του καπνίσματος γίνεται είτε διαχρονικά κατά περιόδους, είτε με τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων και της περιεκτικότητας σε νικοτίνη και πίσσα, τα συμπτώματα είναι βέβαια ελαφρότερα, αλλά ο καπνιστής εξακολουθεί να υφίσταται έστω και σε μικρότερο βαθμό τη βλαβερή επίδραση των καυσαερίων του καπνού. Αυτή η κατάσταση, εξαιτίας της στέρησης, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την επιστροφή στον αρχικό ρυθμό του καπνίσματος²².

Από την άλλη πλευρά όμως, η πλήρης διακοπή του καπνίσματος προσφέρει μια σειρά ωφελημάτων. Η αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός ρυθμός που είχαν διαταραχθεί επανέρχονται στο φυσιολογικό, ο βήχας και η δύσπνοια βελτιώνονται, η αναπνοή γίνεται εύκολη και χαλαρώνει, ενώ η γεύση και η όσφρηση επανέρχονται. Επίσης, 5 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος του καρκίνου των πνευμόνων μειώνεται πάνω από 50% και μετά από 10 χρόνια ο κίνδυνος του εμφράγματος είναι ίδιος με τους καπνιστές. Διαπιστώθηκε ακόμα ότι μέσα στους 3 με 4 μήνες μετά τη διακοπή, παρατηρείται βελτίωση στη γονιμότητα των ανδρών²³.

²² Γ. Ποντίφικας, *Μάθετε για το κάπνισμα*, Αθήνα 2006, σ.125

²³ Στο ίδιο, σ.127

1.2 Παθητικό κάπνισμα

Η έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο παθητικό κάπνισμα (ETS) είναι μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ανθρώπων και επιβαρύνει με σημαντικές δαπάνες την κοινωνία ως σύνολο.

Το παθητικό κάπνισμα είναι αυτό που βιώνουν οι μη καπνιστές όταν εισπνέουν καπνό που άλλοι έχουν αφήσει στη γύρω ατμόσφαιρα. Αυτός ο καπνός είναι αποτέλεσμα του τσιγάρου που καίγεται, αλλά και της εκπνοής των καπνιστών. Μόνο 15% του τσιγάρου ενός καπνού εισπνέεται από τον καπνιστή (ενεργητικό κάπνισμα), το υπόλοιπο (δευτερεύον καπνός) διασκορπίζεται στη γύρω ατμόσφαιρα και εισπνέεται από άτομα που είναι στον ίδιο χώρο. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται 50 γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες και πολλοί τοξικοί παράγοντες. Μερικές από αυτές τις ουσίες, συγκεντρώνονται στο δευτερεύον καπνό και όχι στον κύριο που εισπνέεται από τον καπνιστή²⁴. Το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους δημιουργεί υψηλή συγκέντρωση ορισμένων βλαπτικών ουσιών, όπως μονοξειδίου του άνθρακα, διάφορα σωματίδια και νικοτίνη, ουσίες οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα και σε μη καπνιστές.

Η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και είναι η αιτία πολλών από τις ασθένειες που προκαλεί και το ενεργητικό κάπνισμα. Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις είναι :

- Καρκίνος του πνεύμονα

Σύμφωνα με αρκετές μελέτες, η έκθεση μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα έχει ως αποτέλεσμα ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα να είναι 20-30% μεγαλύτερος²⁵.

- Αναπνευστικές ασθένειες

Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με αναπνευστικές νόσους και αποτελεί σημαντική αιτία επιδείνωσης για άτομα που πάσχουν από άσθμα²⁶.

²⁴ Παθητικό κάπνισμα, όπως αναφέρεται στο www.el.help-eu.com

²⁵ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Πράσινη βίβλος: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα», Βρυξέλες 2007, σ.5

²⁶ WHO, "Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations", France 2007, p.5, όπως αναφέρεται στο www.who.int

- Στεφανιαία νόσος

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένος στους μη καπνιστές που εκτίθενται στο καπνό του περιβάλλοντος κατά 25-30%. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και εγκεφαλικών επεισοδίων σε μη καπνιστές²⁷.

- Καρδιοπάθειες

Το παθητικό κάπνισμα συνεπάγεται κίνδυνο καρδιοπαθειών που είναι σχεδόν το μισό του κινδύνου για έναν καπνιστή που καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα. Ακόμη και μικρές ποσότητες καπνού αποτελούν κίνδυνο για την εμφάνιση καρδιοπαθειών²⁸.

Επίσης, το παθητικό κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για τα μικρά παιδιά και τα βρέφη, εφόσον συνδέεται με τη πνευμονία, τη βρογχίτιδα, το άσθμα και άλλες ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Η έκθεση των εγκύων στο καπνό του περιβάλλοντος μπορεί να έχει ως συνέπεια νεογνά χαμηλού βάρους και πρόωρα νεογνά. Τα έμβρυα γίνονται και αυτά παθητικοί καπνιστές μέσα στην κοιλιά της μέλλουσας μητέρας τους, η οποία με το κάπνισμα τα δηλητηριάζει γιατί η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα περνούν από την κυκλοφορία του αίματος μέσα από τον πλακούντα, στην κυκλοφορία του εμβρύου(εικόνα 1.3, 1.4). Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν παλαιότερα σε 8.000 γυναίκες που κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, ένα μεγάλο ποσοστό από αυτές παρουσίασαν αυτόματες αποβολές, είχαν πρόωρους τοκετούς ή γέννησαν παιδιά νεκρά ή με μειωμένο βάρος και ακόμα παιδιά με χαμηλό δείκτη νοημοσύνης²⁹.

Από έρευνες που έγιναν στην Ιαπωνία, την Ελλάδα, την Αγγλία, τις ΗΠΑ, τη Γερμανία, τον Καναδά και σε άλλες χώρες, η κατηγορία αυτή των παθητικών καπνιστών έχει διπλάσιο κίνδυνο από τους μη καπνιστές, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ευαίσθητα άτομα. Το γεγονός αυτό δημιουργεί το ερώτημα εάν το κάπνισμα πρέπει να θεωρείται υπόθεση προσωπικής ελευθερίας του καπνιστή η μία καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά που πρέπει να απαγορευθεί αυστηρά στους κλειστούς χώρους και τα μέσα μαζικής μεταφοράς, ώστε να μην στερεί στον μη καπνιστή το δικαίωμα να αναπνέει καθαρότερο αέρα. Το δικαίωμα αυτό προστατεύει με το άρθρο

²⁷ WHO, "Legislating for smoke-free workplaces", 2006, p.9, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

²⁸ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Πράσινη βίβλος: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα», Βρυξέλες 2007, σ.6

²⁹ Γ. Ποντίφκας, *Μάθετε για το κάπνισμα*, Αθήνα 2006, σ.131-135

5 το Σύνταγμα του 1975 που ορίζει ότι : καθένας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων, το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη³⁰.

1.2.1 Νομοθεσία σχετικά με το παθητικό κάπνισμα

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, ο νόμος προστατεύει τα κράτη μέλη από το παθητικό κάπνισμα στους χώρους εργασίας. Συγκεκριμένα, ισχύουν οι παρακάτω διατάξεις :

Το ψήφισμα του συμβουλίου 89/C 189/01 σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους ζητούσε από τα κράτη μέλη να εκδώσουν μέτρα για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και σε όλα τα είδη δημόσιων συγκοινωνιών³¹.

Πιο πρόσφατα, η σύσταση 2003/54/ΕΚ του συμβουλίου σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και με πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της καταπολέμησης του, καλούσε τα κράτη μέλη να εφαρμόσουν αποτελεσματικά μέτρα για την εξασφάλιση προστασίας από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, σε κλειστούς δημόσιους χώρους και στις δημόσιες συγκοινωνίες³².

Η οδηγία πλαίσιο για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων κατά την εργασία (89/391/ΕΟΚ), παρότι δε κάνει ρητή αναφορά στο καπνό, καλύπτει όλους τους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Απαιτεί από κάθε εργοδότη να αξιολογεί τους κινδύνους στο χώρο εργασίας και να λαμβάνει κατάλληλα μέτρα πρόληψης του κινδύνου και προστατευτικά μέτρα³³.

Η οδηγία σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές ασφαλείας και υγείας στους χώρους εργασίας (89/654/ΕΟΚ) υποχρεώνουν τους εργοδότες να εξασφαλίζουν ότι στους κλειστούς χώρους εργασίας υπάρχει αερισμός και επαρκής καθαρός αέρας και

³⁰ Γ. Ποντίφκας *Μάθετε για το κάπνισμα*, Αθήνα 2006, σ.5

³¹ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ.32

³² Στο ίδιο, σ.32

³³ WHO, "Legislating for smoke-free workplaces", Denmark 2006, p.16, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

να προστατεύουν τους μη καπνιστές από τον καπνό του περιβάλλοντος σε χώρους ανάπαυσης³⁴.

Η οδηγία για τους καρκινογόνους ή τους μεταλλαγμένους παράγοντες (2004/37/ΕΚ) και η οδηγία για τον αμιάντο (83/477/ΕΟΚ) απαγορεύουν το κάπνισμα στις περιοχές στις οποίες πραγματοποιούνται εργασίες που περιλαμβάνουν το χειρισμό καρκινογόνων παραγόντων και αμιάντου³⁵.

Η οδηγία για τις εγκύους εργαζόμενες (92/85/ΕΟΚ) υποχρεώνει τους εργοδότες να λαμβάνουν μέτρα για την προστασία των εγκύων εργαζομένων από την έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος³⁶.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την υγειονομική διάταξη 76017/1-8-2002 περί απαγόρευσης του καπνίσματος (ΦΕΚ 1), το κάπνισμα απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης, σύμφωνα με την υγειονομική διάταξη 82942/12/9/2003 (ΦΕΚ 2), απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής και προσέλευσης του κοινού, στις αίθουσες συνεδριάσεων, συνελεύσεων, αμφιθέατρα κ.λπ. ενώ στους υπόλοιπους εργασιακούς χώρους, μέσα από διάλογο και διμερείς συμφωνίες εργαζομένων και εργοδοτών, ορίζονται οργανωτικά και χωροταξικά οι χώροι που θα απαγορεύεται ή θα επιτρέπεται το κάπνισμα.

³⁴Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Πράσινη βίβλος: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα», Βρυξέλες 2007, σ.13, όπως αναφέρεται στο www.ec.europa.eu/health

³⁵Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008,σ.33

³⁶WHO, "Legislating for smoke-free workplaces", Denmark 2006, p.16, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

1.3 Χώροι έκθεσης

Οι κύριοι χώροι χρόνιας και εντατικής έκθεσης στο καπνό του περιβάλλοντος είναι το σπίτι και ο χώρος εργασίας. Στο πρώτο μισό του εικοστού αιώνα, το κάπνισμα απαγορεύτηκε στους χώρους εργασίας μόνο για λόγους ασφάλειας και προστασίας, για να αποφευχθούν κυρίως πυρκαγιές και εκρήξεις. Αργότερα, από το 1950 μέχρι το 1980 οι απαγορεύσεις του καπνίσματος εισήχθησαν στην εργασία με σκοπό να προστατεύσουν τα πιο ευάλωτα άτομα. Εκείνη τη περίοδο οι απαγορεύσεις του καπνίσματος ελεγκτάθηκαν κυρίως στους εκπαιδευτικούς τομείς και στους τομείς υγειονομικής περίθαλψης. Στα επόμενα έτη, ο αυξανόμενος αριθμός ατόμων που εκτίθενται στο καπνό του περιβάλλοντος κατά την ώρα εργασίας, είχε ως αποτέλεσμα την εισαγωγή νόμων απαγόρευσης του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας³⁷.

Ο έλεγχος της καπνιστικής συνήθειας των εργαζομένων είναι ένα κρίσιμο ζήτημα προαγωγής υγείας στους εργασιακούς χώρους, που αποκτά ιδιαίτερη σημασία λόγω της αλληλεπίδρασης του καπνού του τσιγάρου με την επαγγελματική έκθεση σε χημικές ουσίες, με αποτέλεσμα την πρόκληση καρκίνου του πνεύμονα και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

Ως προς τον έλεγχο της καπνιστικής συνήθειας η εφαρμογή περιοριστικών πολιτικών για το κάπνισμα στον εργασιακό χώρο έχει καταγράψει θετικά αποτελέσματα. Η αντικαπνιστική πολιτική στο χώρο εργασίας μπορεί να είναι αποτελεσματική, μόνο όταν είναι ενταγμένη σε ένα ευρύτερο πλαίσιο εκτίμησης και πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου³⁸. Ωστόσο, παρά την πρόοδο που σημειώνεται μέχρι σήμερα, λόγω της συνεχούς γενικευμένης έκθεσης των μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα σε χώρους εργασίας και κλειστούς δημόσιους χώρους παγκοσμίως, ο αριθμός των ατόμων που εκτίθενται στο κίνδυνο αυτό είναι μεγάλος και κατά συνέπεια η βλάβη που μπορεί να προκληθεί συνολικά είναι σημαντική.

Το ζήτημα της καπνιστικής συνήθειας των εργαζομένων είναι κρίσιμο, δεδομένου ότι το κάπνισμα προκαλεί δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στο επίπεδο της

³⁷ WHO, "Legislating for smoke-free workplaces", Denmark 2006, p.5, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

³⁸ Γ. Ραχιώτης, Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης, «Εργασία και κάπνισμα», Πνεύμων(τεύχος 1, 2005), όπως αναφέρεται στο www.pneumon.org

υγείας των εργαζομένων, όσο και στο οικονομικό επίπεδο. Το κάπνισμα συσχετίζεται με την επαγγελματική νοσηρότητα, αλληλεπιδρώντας με φυσικούς και χημικούς παράγοντες του εργασιακού χώρου. Υποστηρίζεται για παράδειγμα ότι το κάπνισμα δρα συνεργικά με τον θόρυβο στην ανάπτυξη επαγγελματικής βαρηκοΐας. Ο καπνός του τσιγάρου αλληλεπιδρά με γνωστές καρκινογόνες ουσίες του εργασιακού περιβάλλοντος, αυξάνοντας πολλαπλασιαστικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Επίσης ο συνδυασμός έκθεσης σε καπνό τσιγάρου και επαγγελματικής έκθεσης σε ίνες αμιάντου, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα³⁹.

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη ότι η οργάνωση της εργασίας, αντί να συντείνει στη μείωση του καπνίσματος, αντίθετα ενισχύει την επέκταση της καπνιστικής συνήθειας στους εργαζόμενους, ενώ έχει εκφραστεί και η αντίθετη άποψη. Παρά το γεγονός ότι οι βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία αφορούν σε όλες τις κατηγορίες εργαζομένων, δίχως εξαίρεση, η κατανομή της καπνιστικής συνήθειας και των επιπτώσεών της στην υγεία των εργαζομένων δεν είναι ομοιόμορφη. Οι χειρώνακτες εργαζόμενοι εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό καπνιστικής συνήθειας σε σχέση με τους υπαλλήλους γραφείου. Είναι χαρακτηριστικά τα ευρήματα μιας έρευνας από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), όπου η υψηλότερη συχνότητα της καπνιστικής συνήθειας συναντάται σε χειρώνακτικά επαγγέλματα όπως οι χειριστές γερανών, ενώ αντίθετα οι ιατροί και οι κληρικοί κατέγραψαν χαμηλότερο επιπολασμό καπνιστικής συνήθειας. Επίσης οι χειρώνακτες εργαζόμενοι καπνιστές είναι λιγότερο πιθανό, σε σχέση με τους συναδέλφους τους υπαλλήλους γραφείου, να εγκαταλείψουν το κάπνισμα και να μετατραπούν έτσι σε πρώην καπνιστές. Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας σε σχέση με το επάγγελμα, θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν εν μέρει την αυξημένη επίπτωση καρκίνου του πνεύμονα στους χειρώνακτες εργαζόμενους. Μια τέτοια ερμηνεία είναι αποσπασματική, διότι υπάρχει και το ζήτημα της επαγγελματικής έκθεσης σε χημικές ουσίες του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ οι εργαζόμενοι με έκθεση σε χημικούς παράγοντες είναι πιο πιθανό να είναι καπνιστές, συγκριτικά με τους μη εκτιθέμενους σε χημικές ουσίες⁴⁰.

³⁹ Γ. Ραχιώτης, Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης, «Εργασία και κάπνισμα», Πνεύμων(τεύχος 1, 2005), όπως αναφέρεται στο www.pneumon.org

⁴⁰ Στο ίδιο.

Σύμφωνα με μελέτες⁴¹, η διαφορά αυτή οφείλεται κυρίως στο επίπεδο εκπαίδευσης. Το επάγγελμα και η εκπαιδευτική στάθμη συνήθως συσχετίζονται. Εργαζόμενοι με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, είναι πιθανότερο να ανήκουν σε μη χειρωνακτικά επαγγέλματα και έτσι έχουν καλύτερη γνώση για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία συγκριτικά με τους εργαζόμενους με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης, που ανήκουν πιθανότερα σε χειρωνακτικά επαγγέλματα. Ο παράγοντας της εκπαίδευσης ίσως σχετίζεται σε ένα βαθμό και με τη μεγαλύτερη συμμετοχή των υπαλλήλων γραφείου σε αντικαπνιστικά προγράμματα και προγράμματα προαγωγής υγείας στο χώρο εργασίας έναντι των χειρωνακτών. Οι χειρωνακτές αντίθετα εμφανίζουν μειωμένη πρόσβαση και συμμετοχή σε τέτοιου τύπου προγράμματα. Οι χειρωνακτές εργαζόμενοι επίσης παρουσιάζουν έναρξη του καπνίσματος σε νεαρές ηλικίες και αυτό το γεγονός δυσχεραίνει τη διακοπή του καπνίσματος. Τα παραπάνω περιγραφέντα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας έχουν καταστήσει τους χειρωνακτές εργάτες, επιλεγμένο στόχο των διαφημιστικών πολιτικών των καπνοβιομηχανιών, μαζί με άλλα τμήματα του πληθυσμού όπως οι γυναίκες και οι κοινωνικές μειονότητες⁴².

Δεν υπάρχει κανένα ασφαλές επίπεδο έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου και οι επιστήμονες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η μόνη αποτελεσματική προστασία για τους εργαζομένους είναι η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους εργασιακούς χώρους⁴³. Οι εργαζόμενοι που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα κινδυνεύουν από καρκίνο του πνεύμονα, καρδιακές παθήσεις και αναπνευστικές νόσους. Οι τοξίνες και οι καρκινογόνες ουσίες διαχέονται γρήγορα από γραφείο σε γραφείο, στα ξενοδοχεία, στα εστιατόρια και σε άλλους εσωτερικούς χώρους στον χώρο εργασίας. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι δεν είναι σε θέση να αλλάξουν το περιβάλλον εργασίας τους ή να αφήσουν την δουλειά τους, προκειμένου να προστατέψουν την υγεία τους. Επίσης, όταν δεν υπάρχει εγγύηση ότι στον χώρο εργασίας απαγορεύεται το κάπνισμα, οι εργαζόμενοι είναι

⁴¹ Mc Curdy S, Sunyer J, Zock J, Anto J, Kogevinas M, European Community Study Group. Smoking and occupation from the European Community Respiratory Health Survey. *Occup Environ Med* 2003; 60:643- 648. Όπως αναφέρεται στο www.pneumon.gr «Εργασία και κάπνισμα»

⁴² ⁴² Γ. Ραχιώτης, Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης, «Εργασία και κάπνισμα», Πνεύμων(τεύχος 1, 2005), όπως αναφέρεται στο www.pneumon.org

⁴³ Global Smoke free Partnership, "Working For Smoke free Air", 2008, p.5, όπως αναφέρεται στο www.globalSmokefree.com

αναγκασμένοι να περνούν το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας τους σε ένα περιβάλλον απειλητικό για την υγεία τους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι το παθητικό κάπνισμα είναι περισσότερο βλαβερό στο σπίτι παρά στο χώρο εργασίας. Ο λόγος που εξηγεί τη διαφορά αυτή, είναι η ποσότητα του καπνού στο χώρο εργασίας και ο χρόνος έκθεσης στο καπνό του περιβάλλοντος⁴⁴.

Η θνησιμότητα που προκύπτει από τις νοσηρές επιδράσεις του καπνίσματος, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και τους μη καπνιστές, οι οποίοι άθελα τους είτε στο χώρο εργασίας είτε στο σπίτι τους, υποβάλλονται στο παθητικό κάπνισμα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τουλάχιστον 200.000 χιλιάδες πεθαίνουν κάθε χρόνο από διάφορες μορφές καρκίνου που προκαλούνται στους χώρους εργασίας, κυρίως από την εισπνοή ινών αμιάντου και από το παθητικό κάπνισμα. Ένας στους δέκα θανάτους από καρκίνο των πνευμόνων σχετίζεται με τις συνθήκες που επικρατούν στους χώρους εργασίας, καθώς περίπου 125 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο εκτίθενται σε αμιάντο, με αποτέλεσμα να πεθαίνουν τουλάχιστον 90.000 κάθε χρόνο για τον λόγο αυτό. Η πλειοψηφία αυτών των θανατηφόρων κρουσμάτων καρκίνου στους χώρους εργασίας σημειώνονται κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες, διότι είναι το αποτέλεσμα της ιδιαίτερα διαδεδομένης χρήσης καρκινογόνων ουσιών. Ο Π.Ο.Υ καλεί τις κυβερνήσεις και τις βιομηχανίες να τροποποιήσουν επί το αυστηρότερον τις προδιαγραφές ασφαλείας και να απαγορεύσουν το κάπνισμα στους χώρους εργασίας ώστε να αποφευχθούν εκατοντάδες χιλιάδες θάνατοι⁴⁵.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, σύμφωνα με διάφορες μελέτες το παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας ευθύνεται για περισσότερους από 7.000 θανάτους σε ολόκληρη την επικράτεια το 2002, ενώ η έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος στο σπίτι προκάλεσε ακόμη 72.000 θανάτους⁴⁶. Στην Ελλάδα, κάθε χρόνο καταγράφονται

⁴⁴ «Παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας και καρκίνος του πνεύμονα», medlook 11/9/2002, όπως αναφέρεται στο www.medlook.net

⁴⁵ «Κάπνισμα και εργασία», όπως αναφέρεται στο www.nonsmokersclub.com

⁴⁶ Smoke Free Partnership, "Lifting the smokescreen", Belgium 2006, p.33, όπως αναφέρεται στο www.smokefreepartnership.eu

περίπου 3.000 θάνατοι κάθε χρόνο από καρκίνο του πνεύμονα, ανάμεσα σε ανθρώπους, που εκτέθηκαν σε περιβάλλον καπνιστών⁴⁷.

Λαμβάνοντας υπόψη τους σοβαρούς κινδύνους που προκαλεί το παθητικό κάπνισμα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας⁴⁸ κάνει τις ακόλουθες συστάσεις για να προστατεύσει το κοινό και τους εργαζόμενους από την έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος :

1. Μείωση της έκθεσης στο μολυσματικό καπνό του τσιγάρου υποστηρίζοντας τις πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος σε όλους τους εργασιακούς χώρους. Αυτή είναι η μόνη αποτελεσματική στρατηγική για να μειωθεί η έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος σε εσωτερικούς χώρους σε ένα ασφαλές επίπεδο.
2. Θέσπιση της νομοθεσίας που απαγορεύει πλήρως το κάπνισμα στους δημόσιους και εσωτερικούς εργασιακούς χώρους. Οι νόμοι πρέπει να εξασφαλίζουν καθολική και ίση προστασία για όλους.
3. Εφαρμογή και επιβολή του νόμου.
4. Εφαρμογή των εκπαιδευτικών στρατηγικών που μειώνουν την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι. Οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος στους εργασιακούς χώρους αυξάνουν την πιθανότητα οι καπνιστές εθελοντικά να μη καπνίζουν ούτε στο σπίτι.

⁴⁷ Κ. Τσαρούχας, *Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει*, Αθήνα 2007, σ200

⁴⁸ WHO, "Protection from exposure to second-hand tobacco smoke : Policy recommendations", France 2007,p.2, όπως αναφέρεται στο www.who.int

1.4 Ανασκόπηση των αποτελεσμάτων μετά την εφαρμογή των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος

Ένα βασικό θέμα για την ανάπτυξη μιας πολιτικής για την απαγόρευση του καπνίσματος είναι το πεδίο εφαρμογής της. Επειδή το φαινόμενο της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος εμφανίζεται σε πολλές χώρες, μια αποτελεσματική πολιτική για περιβάλλον χωρίς καπνό πρέπει να βασίζεται σε γενική προσέγγιση και να μην αφορά μόνο ορισμένα είδη επιχειρήσεων ή εγκαταστάσεων.

Η πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση θα ήταν να προταθεί πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς ή σχεδόν κλειστούς χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων συγκοινωνιών. Οι περιορισμοί μπορούν να επεκταθούν σε εξωτερικούς χώρους γύρω από τις εισόδους των κτιρίων και πιθανώς σε άλλους δημόσιους εξωτερικούς χώρους όπου οι άνθρωποι κάθονται ή στέκονται ο ένας κοντά στον άλλο, όπως ανοικτά στάδια και χώροι ψυχαγωγίας, στάσεις λεωφορείων, αποβάθρες σιδηροδρομικών σταθμών κ.τ.λ.

Η δράση για ένα περιβάλλον χωρίς καπνό όχι μόνο θα προστατεύσει τους πολίτες από τις βλαβερές συνέπειες της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος αλλά θα συμβάλει επίσης στη μείωση της κατανάλωσης του καπνού σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Όσον αφορά την υγεία, η μείωση του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος θα οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στη μείωση των ασθενειών και της θνησιμότητας λόγω ορισμένων σοβαρών νοσημάτων που προκαλούνται από το κάπνισμα όπως καρκίνος του πνεύμονα, στεφανιαία νόσος, αναπνευστικές ασθένειες και εγκεφαλικά επεισόδια. Παρότι τα πλήρη οφέλη για την υγεία ενδέχεται να γίνουν αντιληπτά μετά από 30 χρόνια, μπορεί να υπάρξουν σημαντικές βελτιώσεις, ιδίως της υγείας του αναπνευστικού συστήματος και της καρδιαγγειακής υγείας τα επόμενα 1 έως 5 χρόνια⁴⁹.

Οι πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος μπορούν επίσης να βοηθήσουν στη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Δεδομένου ότι η πιθανότητα να είναι κάποιος καπνιστής και να εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα είναι πολύ μεγαλύτερη για τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, χαμηλό εισόδημα και χαμηλή επαγγελματική κατηγορία, η δράση για

⁴⁹Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Πράσινη βίβλος...,ό.π., σ.7

ένα περιβάλλον χωρίς καπνό αναμένεται να ωφελήσει περισσότερο τις πιο άπορες ομάδες⁵⁰.

Ένα σημαντικό έμμεσο όφελος από τις πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος είναι ότι ευαισθητοποιούνται οι πολίτες όσον αφορά τους κινδύνους του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος, με αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι πολίτες να υποστηρίζουν την απαγόρευση του καπνίσματος. Αναμένεται ότι η διαφορετική αυτή αντίληψη θα οδηγήσει σε αλλαγή της συμπεριφοράς ως προς το κάπνισμα, και ειδικότερα⁵¹:

– Στη διευκόλυνση των καπνιστών να αποφασίσουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα και να υποστηρίξουν αυτή τη διαδικασία.

– στην αποθάρρυνση των παιδιών και των νέων να αρχίσουν το κάπνισμα. Η απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους διασκέδασης όπου οι νέοι συχνά δοκιμάζουν τσιγάρα αναμένεται να έχει το σημαντικότερο αντίκτυπο.

– στην αποθάρρυνση των καπνιστών να καπνίζουν παρουσία μη καπνιστών, ιδίως παιδιών και εγκύων, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν νομοθετικοί περιορισμοί (π.χ. σε σπίτια και ιδιωτικά αυτοκίνητα). Αυτό είναι σημαντικό δεδομένου ότι οι κύριες βλάβες αφορούν τα παιδιά που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, πρόβλημα το οποίο δεν μπορεί να λύσει μια νομοθετική ρύθμιση.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η απαγόρευση του καπνίσματος θα έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη μείωση της έκθεσης στο καπνό του περιβάλλοντος και των σχετικών βλαβών, εξασφαλίζοντας την ισότητα των πολιτών όσον αφορά την προστασία του δικαιώματός τους να αναπνέουν καθαρό αέρα στους εσωτερικούς χώρους⁵².

Μελέτες από χώρες με γενική απαγόρευση του καπνίσματος δείχνουν ότι η ποιότητα του αέρα των εσωτερικών χώρων βελτιώθηκε αισθητά από τότε που άρχισε να ισχύει η απαγόρευση του καπνίσματος. Η μείωση της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος είναι ιδιαίτερα θεαματική στον κλάδο της φιλοξενίας και στους

⁵⁰ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Πράσινη βίβλος...ό.π., σ.10

⁵¹ Στο ίδιο,σ.11

⁵² WHO, "the right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting", Denmark 2000, p.6, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

χώρους αναψυχής. Αυτό είχε ως συνέπεια σημαντική βελτίωση της αναπνευστικής υγείας των εργαζομένων στον κλάδο της φιλοξενίας και σημαντική βελτίωση των περιστατικών και της θνησιμότητας από εμφράγματα ύστερα από μερικούς μήνες εφαρμογής της πολιτικής. Η αξιολόγηση μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των πολιτικών για την απαγόρευση του καπνίσματος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μέσω γενικών νομοθετικών διατάξεων για καθαρό αέρα στους δημόσιους χώρους ο αριθμός των καπνιστών στο σύνολο του πληθυσμού μπορεί να μειωθεί κατά 10% περίπου⁵³. Επίσης, προέκυψε ότι στους χώρους εργασίας όπου απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα ο αριθμός των καπνιστών μειώθηκε κατά 3,8% και ο αριθμός των τσιγάρων που κατανάωναν καθημερινά τα άτομα που εξακολουθούσαν να είναι καπνιστές μειώθηκε κατά 3⁵⁴.

Η σχέση μεταξύ της γενικής απαγόρευσης του καπνίσματος και της μείωσης του ενεργητικού καπνίσματος επιβεβαιώνεται από τα στοιχεία των χωρών όπου εφαρμόζουν το μέτρο αυτό. Στην Ιταλία κατά 8% και στη Νορβηγία κατά 14% η μείωση των πωλήσεων καπνού συνοδεύτηκε από σημαντική αύξηση των προσπαθειών για την απεξάρτηση από το κάπνισμα σε μικρό χρονικό διάστημα μετά την θέσπιση των νέων ρυθμίσεων. Στην Ιρλανδία το 80% των πρώην καπνιστών ανέφεραν ότι η νέα νομοθεσία αποτέλεσε το κίνητρο για να σταματήσουν το κάπνισμα, ενώ το 88% δήλωσε ότι ο νόμος τους βοήθησε να μην το ξαναρχίσουν⁵⁵. Στη Γερμανία καπνίζει μόνο το 26% του πληθυσμού και η μείωση συνεχίζεται με ρυθμό 1% το χρόνο.

Αντίθετα, η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος είναι πιθανόν να προκαλέσει αντιδράσεις και μπορεί συνεπώς να είναι δυσκολότερη η έκδοση και η εφαρμογή των νόμων αυτών. Αντιδράσεις μπορεί να υπάρξουν από τις καπνοβιομηχανίες, από επιχειρήσεις που ανήκουν στο κλάδο της φιλοξενίας (μπαρ, εστιατόρια) και από πολίτες που καπνίζουν.

⁵³ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Πράσινη βίβλος: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα», Βρυξέλες 2007, σ.15

⁵⁴ Global Smoke free Partnership, "Working For Smoke free Air", 2008, p.7, όπως αναφέρεται στο www.globalsmokefree.com

⁵⁵ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Πράσινη βίβλος..., ό.π., σ.15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

2.1 Κάπνισμα και οικονομία

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, το κόστος της φροντίδας υγείας για τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα ποικίλλει στις διάφορες χώρες μεταξύ 0,1 και 1,1% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Εντούτοις, μελέτες στην Ευρώπη δείχνουν ότι το κόστος αυτό μπορεί να είναι ακόμη υψηλότερο. Το άμεσο και έμμεσο κόστος του καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται μεταξύ 97,7 και 130,3 δισεκατομμύρια ευρώ το 2000, ποσό που αντιστοιχεί στο 1,04 ως 1,39% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της Ευρωπαϊκής Ένωσης⁵⁶.

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., στη Φινλανδία και τη Γαλλία το κόστος υγείας που οφείλεται στο κάπνισμα είναι 1,1% και 1,3% αντίστοιχα, ενώ υπάρχουν χώρες, όπως η Πολωνία, στις οποίες το αντίστοιχο κόστος φτάνει το 3,2% του ΑΕΠ. Στη Σουηδία, έχει υπολογισθεί ότι το 2001, το συνολικό κόστος υγείας και απώλειας παραγωγικότητας από το κάπνισμα ήταν 26 δισ. κορώνες⁵⁷.

Σχετικά με το κόστος μιας ολοκληρωμένης πολιτικής κατά του καπνίσματος, υπολογίζεται σε κάτι παραπάνω από 1 ευρώ το έτος ανά άτομο στο Ηνωμένο Βασίλειο, 1-3 δολάρια το έτος ανά άτομο στις Η.Π.Α.⁵⁸

Σύμφωνα με διάφορα στοιχεία, στην Ελλάδα επικρατεί η εξής κατάσταση⁵⁹ :

- Η Ελλάδα καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως προς την κατά κεφαλή παραγωγή τσιγάρων.
- Το 9% των φορολογικών εσόδων στην Ελλάδα προέρχονται από τη φορολογία καπνού (Φόρος + ΦΠΑ).
- Σύμφωνα με μελέτες, το ετήσιο κόστος (μόνο νοσοκομειακό) από το κάπνισμα ανερχόταν σε 516 εκατομμύρια ευρώ σε τιμές του 1995.

⁵⁶ WHO, "The European Tobacco Control Report 2007", p.28, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

⁵⁷ Στο ίδιο, p.28

⁵⁸ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ.34

⁵⁹ Στο ίδιο, σ.34

2.2 Οικονομικές δαπάνες

Ισχυρά οικονομικά κίνητρα υπάρχουν για την έγκριση πολιτικών που απαγορεύουν το κάπνισμα σε χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους. Το κόστος στις κυβερνήσεις και την ιδιωτική βιομηχανία συνδεδεμένο με την ανάπτυξη και την εφαρμογή των πολιτικών που αποτρέπουν την έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος σε χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους είναι πολύ χαμηλότερο από τα προκύπτοντα οικονομικά κέρδη. Μεγάλα οικονομικά οφέλη προκύπτουν από την βελτιωμένη υγεία και την αυξημένη παραγωγικότητα των εργαζομένων και των εργοδοτών και από τις χαμηλότερες δαπάνες οικοδόμησης και συντήρησης⁶⁰.

Στοιχεία δείχνουν ότι η έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος συνεπάγεται τεράστιες ιδιωτικές και κοινωνικές δαπάνες. Η επιβάρυνση της οικονομίας συνολικά συμπεριλαμβάνει τα άμεσα έξοδα που σχετίζονται με τις αυξημένες δαπάνες υγείας για τις νόσους που συνδέονται με το κάπνισμα και τα έμμεσα έξοδα που συνδέονται με την απώλεια παραγωγικότητας και την απώλεια φόρου εισοδήματος και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης από καπνιστές και θύματα του παθητικού καπνίσματος⁶¹.

Η οικονομική επιβάρυνση είναι ιδιαίτερα υψηλή για τις επιχειρήσεις και περιλαμβάνει χαμηλότερη παραγωγικότητα του εργαζομένου λόγω των διαλλειμάτων για κάπνισμα και των συχνών απουσιών λόγω ασθένειας. Επίσης, σε εργασιακούς χώρους περιλαμβάνονται τα επιπλέον έξοδα καθαρισμού και ανακαίνισης λόγω του καπνίσματος, ζημιές από πυρκαγιά που προκαλείται από υλικά καπνίσματος και πιθανόν υψηλότερα ασφάλιστρα λόγω του υψηλότερου κινδύνου πυρκαγιάς⁶².

Υπάρχει ένα μεγάλο οικονομικό κόστος. Μεγάλα ποσά ξοδεύονται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών, ενώ το έμμεσο κόστος που προκαλείται από την απώλεια παραγωγικότητας είναι ακόμη μεγαλύτερο. Οι οικονομικές επιπτώσεις από το κάπνισμα σε παγκόσμια κλίμακα ανέρχονται σε δαπάνες της

⁶⁰ WHO, "Legislating for smoke - free workplaces", 2006,p. 10, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

⁶¹ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Πράσινη βίβλος: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα», Βρυξέλες 2007,σ.8

⁶² WHO, "Protection from exposure to second-hand tobacco smoke , policy recommendations", France 2007,p.7, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

τάξεως των 100 δισεκατομμυρίων δολαρίων το χρόνο για γιατρούς, φάρμακα και επιδόματα ανεργίας λόγω νόσου και εγχειρήσεων⁶³.

Το κράτος φορολογεί το τσιγάρο δηλώνοντας ότι τα χρήματα διοχετεύονται για να θεραπευτούν οι ασθένειες που προκαλούνται από το τσιγάρο. Τα έξοδα όμως για να θεραπευτούν οι ασθένειες που οφείλονται στο κάπνισμα είναι διπλάσια. Είναι παράδοξο το φαινόμενο αυτό αλλά αυτή είναι η πραγματικότητα. Από τη μία ενισχύεται ο προϋπολογισμός από την φορολογία των τσιγάρων και από την άλλη το κράτος πληρώνει διπλάσια για ασθένειες του καπνίσματος. Επομένως το σύστημα υγείας, επιβαρύνεται σημαντικά από τους καπνιστές. Δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για να προσδιοριστεί το ποσοστό στο όλο κόστος, αλλά οπωσδήποτε είναι σημαντικό. Το κράτος πληρώνει τα έσοδα που εισπράττει από τους φόρους μέσα από την κοινωνική πολιτική, γιατί το τσιγάρο είναι ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους για τη δημόσια υγεία⁶⁴.

2.3 Οικονομικά οφέλη πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος

Έρευνες δείχνουν ότι οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος μειώνουν την κατανάλωση καπνού. Μειώνοντας τη ζήτηση για καπνό, οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος θα οδηγήσουν σε μείωση τόσο του ιδιωτικού όσο και του κοινωνικού κόστους που συνδέεται με το κάπνισμα⁶⁵.

Τα οφέλη των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτα στον ιδιωτικό τομέα της οικονομίας. Η εξοικονόμηση πόρων προέρχεται από διάφορες πηγές : από τη μείωση του ασφαλιστικού κόστους, την αύξηση της παραγωγικότητας εκείνων που διακόπτουν το κάπνισμα και εκείνων που παύουν να εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα, από τη μείωση του κόστους πρόληψης λόγω της μειωμένης ανάγκης αντικατάστασης προσωπικού που οφείλεται στη συνδεόμενη με το κάπνισμα νοσηρότητα και θνησιμότητα, από τη μείωση του

⁶³ Κ. Τσαρούχας, *Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει*, Αθήνα 2007, σ.300

⁶⁴ Στο ίδιο, σ.301

⁶⁵ Smoke Free Partnership, "Lifting the smokescreen", 2006, p.48, όπως αναφέρεται στο www.smokefreepartnership.eu

κόστους συντήρησης των κτιρίων και την εξοικονόμηση χρημάτων από τη μείωση ευθύνης των εργοδοτών για της επιπτώσεις της έκθεσης των εργαζομένων στο παθητικό κάπνισμα και για τις σωρευτικές επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στους εργαζομένους που εκτίθενται σε άλλες τοξίνες στο χώρο εργασίας⁶⁶.

Τα μακροπρόθεσμα οφέλη των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος είναι η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας λόγω του περιορισμού της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου στις χώρες όπου εφαρμόζεται η πολιτική αυτή και κατά συνέπεια περαιτέρω οικονομική ανάπτυξη. Κατά συνέπεια, τα άμεσα και έμμεσα οφέλη σε έναν εργασιακό χώρο χωρίς καπνό είναι σαφώς μεγαλύτερα από τις δαπάνες⁶⁷. Σε μία έρευνα που έγινε στο Ηνωμένο βασίλειο υπολογίστηκε ότι τα μακροπρόθεσμα καθαρά οφέλη μιας ολοκληρωμένης νομοθεσίας για την απαλλαγή από τον καπνό που οφείλεται στο κάπνισμα ανέρχονταν σε 1.714 έως 2.116 δισεκατομμύρια λίρες ετησίως⁶⁸.

2.4 Άλλες συνέπειες

Επειδή οι πολιτικές για την απαλλαγή από τον καπνό που οφείλεται στο κάπνισμα θα παρακινήσουν ορισμένους καπνιστές να εγκαταλείψουν το κάπνισμα ή να καπνίζουν λιγότερο, μπορεί να υπάρξει απώλεια κερδών από τις καπνοβιομηχανίες και κατά συνέπεια μείωση των θέσεων απασχόλησης στον τομέα. Ωστόσο, οι θέσεις απασχόλησης της καπνοβιομηχανίας αποτελούν σχετικά μικρό ποσοστό του συνόλου των θέσεων απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το 2000 το ποσοστό απασχόλησης σε αυτό τον κλάδο (καλλιέργεια καπνού, επεξεργασία και μεταποίηση) υπολογίστηκε ότι αντιστοιχούσε σε ποσοστό 0,13% της συνολικής απασχόλησης στην ΕΕ⁶⁹. Επίσης, τα χρήματα που δαπανώνται σήμερα για τον καπνό πιθανώς θα δαπανώνται για άλλα αγαθά και υπηρεσίες, με αποτέλεσμα τη δημιουργία θέσεων απασχόλησης σε άλλους τομείς της οικονομίας.

⁶⁶ Smoke Free Partnership, Lifting the smokescreen, 2006, p.48 όπως αναφέρεται στο www.smokefreepartnership.eu

⁶⁷ Στο ίδιο, p.50

⁶⁸ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Πράσινη βίβλος...ό.π., σ.8

⁶⁹ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Πράσινη βίβλος...ό.π., σ.9

Η μείωση των επιπέδων ενεργητικού καπνίσματος θα προκαλέσει επίσης απώλεια εσόδων των κρατών από τους φόρους στα τσιγάρα (φόροι κατανάλωσης και ΦΠΑ). Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο ότι στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρά το γεγονός ότι η φορολογία των τσιγάρων αποφέρει σημαντικά έσοδα, δεν αποτελεί γενικά σημαντικό τμήμα του κρατικού προϋπολογισμού (1-5%). Εξαιρέσεις αποτελούν η Τσεχική Δημοκρατία, η Πολωνία και η Ελλάδα, όπου η φορολογία στα τσιγάρα υπολογίζεται ότι το 1999 ανερχόταν στο 6, 7 και 9 % αντίστοιχα των φορολογικών εσόδων του δημοσίου. Εκτός από τη μείωση των κοινωνικών δαπανών που οφείλονται στο κάπνισμα, σε περίπτωση απαγόρευσης του καπνίσματος θα αυξηθεί το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών των καπνιστών, και το εισόδημα από το κέρδος από το ΦΠΑ που θα προέρχεται από νέες επενδύσεις και δαπάνες από τα νοικοκυριά αυτά θα αντισταθμίσει εν μέρει την απώλεια εισοδήματος⁷⁰. Επίσης, είναι πιθανές ορισμένες απώλειες παραγωγής από τους καπνιστές οι οποίοι επιτρέπεται σήμερα να καπνίζουν στην εργασία τους και θα συνεχίσουν να καπνίζουν κάνοντας διαλείμματα έξω από τα κτίρια.

Οι καπνοβιομηχανίες στηρίζουν το επιχείρημα ότι η απαγόρευση του καπνίσματος στα μπαρ και τα εστιατόρια θα είχε αρνητικό οικονομικό αντίκτυπο και θα οδηγούσε σε μείωση των πωλήσεων και των θέσεων εργασίας⁷¹.

Ανεξάρτητα και αξιόπιστα ερευνητικά στοιχεία σχετικά με τον οικονομικό αντίκτυπο των πολιτικών απαγόρευσης στον κλάδο της φιλοξενίας αντικρούουν τους ισχυρισμούς των καπνοβιομηχανιών. Από τη μελέτη σχεδόν 100 ερευνών οι οποίες πραγματοποιήθηκαν το 2002 στον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο, τις ΗΠΑ, την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία, τη Νότια Αφρική, την Ισπανία και το Χονγκ Κονγκ δεν προέκυψε αρνητικός αντίκτυπος μετά την θέσπιση των αντικαπνιστικών πολιτικών, βάσει αντικειμενικών και αξιόπιστων κριτηρίων όπως οι αποδείξεις πωλήσεων⁷². Επίσης, πιο πρόσφατα στοιχεία σχετικά με τον αντίκτυπο της απαγόρευσης του καπνίσματος στη Νέα Υόρκη, την Ιρλανδία, τη Νορβηγία και τη Νέα Ζηλανδία δεν δείχνουν να προκαλείται αρνητικός οικονομικός αντίκτυπος⁷³.

⁷⁰ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Πράσινη βίβλος: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα», Βρυξέλες 2007, σ.10

⁷¹ Smoke Free Partnership, "Lifting the smokescreen", 2006, p.63, όπως αναφέρεται στο www.smokefreepartnership.eu

⁷² Στο ίδιο, p. 79

⁷³ Στο ίδιο, p. 65-71

Στη Νέα Υόρκη για παράδειγμα, έναν χρόνο μετά την έναρξη ισχύος του νόμου για τον «αέρα χωρίς καπνό», ο οποίος απαγόρευσε το κάπνισμα σε όλους τους χώρους εργασίας, οι αποδείξεις επαγγελματικών δαπανών από εστιατόρια και μπαρ αυξήθηκαν κατά 8,7%, όλες σχεδόν οι επιχειρήσεις συμμορφώνονται με τη νομοθεσία και η απασχόληση αυξήθηκε με τη δημιουργία 10.600 θέσεων εργασίας⁷⁴.

Στην Ελλάδα, η κατανάλωση του καπνού αυξάνεται με ρυθμό απαράδεκτα υψηλό. Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει με σκοπό τον περιορισμό του καπνίσματος αλλά δεν έχουν εφαρμοστεί με αποτέλεσμα και πάλι την αύξηση της κατανάλωσης του καπνού. Η δυσκολία μιας τέτοιας προσπάθειας στην Ελλάδα και σε άλλα κράτη, οφείλεται σε πολλούς λόγους μεταξύ των οποίων οι σπουδαιότεροι είναι η σιωπηρή ανοχή των κυβερνήσεων λόγω των εσόδων που εισπράττουν από τη φορολογία του καπνού και το συνάλλαγμα από τις εξαγωγές όπως και η συνεχής αντίδραση που αντιμετωπίζει κάθε αντικαπνιστική εκστρατεία από τις τάξεις των καπνοπαραγωγών, των καπνοβιομηχανιών, διαφημιστών και όλων εκείνων που συμμετέχουν στο κύκλωμα παραγωγής και κατανάλωσης του καπνού. Οι εξαγωγές των καπνών που γίνονται σε περισσότερες από 100 χώρες και αντιπροσωπεύουν το 80% των παραγόμενων ποσοτήτων, εισφέρουν πολύτιμο συνάλλαγμα της τάξεως των 260 και πλέον δισεκατομμυρίων δραχμών που με τη σειρά του αντιπροσωπεύει το 10% του συνόλου της αξίας των εξαγωγών γεωργικών προϊόντων και το 4-5% του συνόλου των εξαγωγών⁷⁵.

Αυτό σημαίνει ότι για να καταπολεμηθεί το πρόβλημα του καπνίσματος πρέπει πρώτα απ' όλα να αλλάξουν νοοτροπία οι κυβερνήσεις και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της υγείας του πληθυσμού από το κάπνισμα, με την πρέπουσα σοβαρότητα και στις πραγματικές διαστάσεις αφού η επιβάρυνση του προϋπολογισμού για τη νοσηλεία, την περίθαλψη και γενικότερα το κόστος από παθήσεις με αιτία το κάπνισμα είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από τα έσοδα που εισπράττει το κράτος από την κατανάλωση και τις εξαγωγές καπνού⁷⁶.

⁷⁴ Smoke Free Partnership, "Lifting the smokescreen", 2006, p. 79, όπως αναφέρεται στο www.smokefreepartnership.eu

⁷⁵ Σ. Χρ. Δοδόπουλος, *Καπνός και Κάπνισμα: Ένα πολυσύνθετο και δυσεπίλυτο ζήτημα*, Αθήνα 2004, σ.150

⁷⁶ Γ. Ποντίφικας, *Μάθετε για το κάπνισμα*, Αθήνα 2006, σ.19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

3.1 Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει το κάπνισμα ως στόχο υψηλής προτεραιότητας για τη δημόσια υγεία και έχει αναπτύξει αξιόλογες πολιτικές για τον περιορισμό του. Το 2002, μετά από απόφαση των Υπουργών Υγείας των χωρών της Ευρώπης, το Ευρωπαϊκό Τμήμα του Π.Ο.Υ υιοθέτησε την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (ESTC)⁷⁷. Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (ESTC) περιλαμβάνει ειδικές συστάσεις⁷⁸ προς τα κράτη-μέλη σε ότι αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης. Σύμφωνα με τις συστάσεις αυτές, οι εθνικές πολιτικές πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Προγράμματα εκπαίδευσης και προαγωγής υγείας που να ενθαρρύνουν τη διακοπή του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές ηλικίας και φύλου.
- Ανάπτυξη και ενσωμάτωση καλών πρακτικών θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη και πρόληψης της υποτροπής, με μεθόδους υποστήριξης συμπεριφοράς, συμβουλευτικές υπηρεσίες, τηλεφωνικές γραμμές διακοπής, καθώς και ειδικών προγραμμάτων για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, την προστασία της μητρότητας, τις αντιφυματικές μονάδες κλπ.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.
- Ίδρυση προγραμμάτων και υπηρεσιών διάγνωσης, ιατρικής συμβουλευτικής και θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, με προτεραιότητα στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας.
- Εφαρμογή μέτρων για τη δωρεάν χορήγηση ή τη μείωση της τιμής των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος.

⁷⁷ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ. 35

⁷⁸ WHO, "The European Tobacco Control Report", Copenhagen 2007, p.53, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

Στη συνέχεια, καταβάλλοντας ιδιαίτερες προσπάθειες και έχοντας να αντιμετωπίσει ισχυρά οικονομικά συμφέροντα, πέτυχε το 2003 τη σύναψη μιας παγκόσμιας Συνθήκης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC), η οποία υπογράφηκε από 192 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, με σκοπό να περιορίσει αυτή την παγκόσμια επιδημία, που οδηγεί κάθε χρόνο εκατομμύρια ανθρώπους στο θάνατο. Η συνθήκη τέθηκε σε εφαρμογή τον Φεβρουάριο του 2005 και καλεί τις χώρες όλου του κόσμου σε μια κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος και έδωσε το έναυσμα για μια σειρά μέτρων και πρωτοβουλιών σε όλο τον κόσμο⁷⁹.

Η συνθήκη περιλαμβάνει το πλαίσιο για τη θέσπιση ολοκληρωμένης νομοθεσίας από τις χώρες-μέλη και ολοκληρωμένης πολιτικής για τον έλεγχο του καπνίσματος, με την ανάληψη από τα κράτη μιας σειράς μέτρων⁸⁰ και πρωτοβουλιών:

- Θέσπιση απαγορευτικών διατάξεων στη διαφήμιση, την προβολή και την χορηγία προϊόντων καπνού.
- Υποχρεωτική αναγραφή προειδοποιητικών πινακίδων πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού που καλύπτουν τουλάχιστον το 30% και ιδανικά το 50% της επιφάνειας της συσκευασίας, οι οποίες θα περιλαμβάνουν έγχρωμες φωτογραφίες και διαγράμματα.
- Απαγόρευση της χρήσης παραπλανητικών όρων όπως "ελαφρά" ή "μαλακά".
- Προστασία των πολιτών από την έκθεση στο καπνό στους χώρους εργασίας, τις δημόσιες μεταφορές και τους κλειστούς δημόσιους χώρους.
- Καταπολέμηση του λαθρεμπορίου προϊόντων καπνού.
- Αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού.
- Παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών απεξάρτησης από τη νικοτίνη.
- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία
- Νομοθετικά μέτρα για τη βιομηχανία καπνού, την αναγραφή των ενδείξεων περιεκτικότητας στα διάφορα συστατικά, την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία μεταξύ των κρατών.

⁷⁹ WHO, "Legislating for smoke - free workplaces", 2006, p. 12 , όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

⁸⁰ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ. 35

Η συνθήκη προβλέπει επιπλέον νομοθετικά μέτρα για τη βιομηχανία καπνού, την αναγραφή των ενδείξεων περιεκτικότητας στα διάφορα συστατικά, την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία μεταξύ των κρατών.

3.2 Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καπνίσματος

Ο αγώνας κατά του καπνίσματος αποτελεί προτεραιότητα της πολιτικής δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '80, στο πλαίσιο της στρατηγικής "Ευρώπη κατά του Καρκίνου". Μετά το πρώτο πρόγραμμα της Ε.Ε. κατά του καπνίσματος το 1987, στην εικοσαετία που ακολούθησε, έχει υιοθετήσει μια σειρά μέτρων και πολιτικών κατά του καπνίσματος, με τη θέσπιση κοινοτικών οδηγιών, στους ακόλουθους τομείς⁸¹:

- Περιορισμό της παραγωγής καπνού, στα πλαίσια της κοινής αγροτικής πολιτικής.
- Πολιτική αύξησης της φορολογίας και των τιμών των προϊόντων καπνού, με σκοπό τον περιορισμό της ζήτησης.
- Επιβολή περιορισμών στη διαφήμιση και προβολή των προϊόντων καπνού.
- Επιβολή υποχρεωτικών προειδοποιητικών ενδείξεων επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες των τσιγάρων και των άλλων προϊόντων καπνού.
- Μέτρα για τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού.
- Μέτρα προστασίας από το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.
- Επιβολή απαγορεύσεων και περιορισμών στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους.
- Επιβολή απαγορεύσεων και περιορισμών στο κάπνισμα στους χώρους εργασίας και ιδίως σε επαγγελματικούς χώρους, όπου υπάρχουν καρκινογόνες ουσίες.
- Μέτρα και πολιτικές για τη βελτίωση της έγκυρης ενημέρωσης του πληθυσμού, με καμπάνιες ενημέρωσης, κλπ.
- Προώθηση και ενίσχυση μέτρων και δράσεων για τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση των ήδη καπνιστών.

⁸¹ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό σχέδιο..., ό.π., σ. 37

Η νομοθεσία απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελείται από δεσμευτικές νομικές οδηγίες, ψηφίσματα και συστάσεις και απευθύνεται στα κράτη-μέλη, τα οποία είναι νόμιμα υποχρεωμένα να συμμορφωθούν και να εφαρμόσουν τις νομικές αποφάσεις της Ευρωπαϊκής κοινότητας στην εθνική νομοθεσία τους. Οι σημαντικότερες πρόσφατες κοινοτικές οδηγίες είναι οι εξής⁸² :

1. Πράσινη Βίβλος της 30ης Ιανουαρίου 2007 - Προς μια Ευρώπη ελεύθερη Καπνίσματος : επιλογές πολιτικής σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σκοπός της οδηγίας είναι η προώθηση μιας ευρείας πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος, που εκτιμάται ότι μπορεί να έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα ως πολιτική έναντι του καπνίσματος.

2. Οδηγία 2001/37/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 5^{ης} Ιουνίου 2001, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών-μελών σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση των προϊόντων καπνού.

Η οδηγία αποτελεί συγχώνευση τριών προηγούμενων οδηγιών σχετικών με τα προϊόντα καπνού (των 89/622/ΕΟΚ, 92/41/ΕΟΚ και 90/239/ΕΟΚ). Με την οδηγία ρυθμίζονται η παραγωγή, η παρουσίαση και η πώληση προϊόντων καπνού, κυρίως σε ότι αφορά τις προειδοποιητικές ενδείξεις επάνω στα πακέτα, την απαγόρευση χαρακτηρισμών όπως ελαφρά ή μαλακά, τις μέγιστες περιεκτικότητες σε νικοτίνη, πίσσα και μονοξειδίο του άνθρακα και την απαγόρευση καπνού που λαμβάνεται από το στόμα.

3. Απόφαση 2003/641/ΕΚ της Επιτροπής, της 5ης Σεπτεμβρίου 2003, σχετικά με τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων ως προειδοποιήσεων για την υγεία στις συσκευασίες προϊόντων καπνού [Επίσημη Εφημερίδα L 226/10.09.2003].

Η απόφαση επιδιώκει να θεσπίσει κανόνες για τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων στις προειδοποιητικές επιγραφές στις συσκευασίες προϊόντων καπνού. Αποτελεί συνέχεια της οδηγίας 2001/37/ΕΚ, που επιβάλλει ήδη

⁸² Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό σχέδιο..., ό.π., σ. 38- 39

τη μεγέθυνση των προειδοποιήσεων στις συσκευασίες σχετικά με την υγεία. Ωστόσο, η χρήση των προτεινόμενων εικονογραφήσεων δεν είναι δεσμευτική.

4. Οδηγία 2003/33/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26^{ης} Μαΐου 2003, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά τη διαφήμιση και τη χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού [Επίσημη Εφημερίδα L 152/20.06.2003].

Στόχος της οδηγίας είναι να απαγορεύσει τη διαφήμιση υπέρ των προϊόντων καπνού στα έντυπα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στις ραδιοφωνικές εκπομπές και μέσω της κοινωνίας της πληροφορίας. Η οδηγία απαγορεύει επίσης τη χορηγία εκδηλώσεων που έχουν διασυννοριακό αντίκτυπο και αποβλέπουν στην προώθηση των προϊόντων καπνού.

5. Σύσταση 2002/303/ΕΚ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Συμβουλίου της 17 Ιουνίου 2002 για την πρόληψη του καπνίσματος και για πρωτοβουλίες με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου του καπνού.

Η σύσταση αποβλέπει στην προώθηση και υιοθέτηση από τις χώρες –μέλη, μέτρων και πολιτικών για την πρόληψη του καπνίσματος, ιδίως των νέων, με μια σειρά συστάσεων που περιλαμβάνουν απαγόρευση της πώλησης σε ανήλικους και περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα αυτόματα μηχανήματα πώλησης, απομάκρυνση των προϊόντων καπνού από κάθε είδους βιτρίνες και ράφια των καταστημάτων, απαγόρευση της χρήσης εμπορικών ονομασιών τσιγάρων σε άλλα προϊόντα και το αντίστροφο, κλπ.

6. Σύσταση 2003/54/ΕΚ του Συμβουλίου, της 2ας Δεκεμβρίου 2002, σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και με πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της καταπολέμησής του [Επίσημη Εφημερίδα L 22/25.01.2003].

Η σύσταση αυτή αποβλέπει στον έλεγχο της πώλησης προϊόντων καπνού στα παιδιά και στους εφήβους. Επίσης, αποσκοπεί στην καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με το κάπνισμα, ώστε να αποθαρρύνει την κατανάλωση προϊόντων καπνού.

3.2.1 Ευρωπαϊκές πολιτικές κατά του καπνίσματος

Οι πολιτικές ενάντια στο κάπνισμα που αναπτύσσονται στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες κινούνται στο πλαίσιο των σχετικών κοινοτικών οδηγιών και των κατευθύνσεων της Διεθνούς Συνθήκης κατά του Καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC). Μέσα από τις πολιτικές αυτές, ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Μ. Βρετανία, η Νορβηγία, η Ιρλανδία κ.ά., πέτυχαν μείωση του ποσοστού των καπνιστών μέχρι 20-25%, ενώ σε άλλες χώρες η αποτελεσματικότητα των πολιτικών είναι προς το παρόν ακόμη περιορισμένη⁸³.

Η πραγματικότητα που επικρατεί σε κάθε επιμέρους τομέα πολιτικής έχει ως εξής :

1. Φορολογία και πολιτική τιμών

Οι πολιτικές για την αυξημένη φορολογία του καπνού αποσκοπούν στην αποθάρρυνση της κατανάλωσης και στην κάλυψη των δαπανών περίθαλψης των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τρεις κοινοτικές οδηγίες του 1992 καθορίζουν το ελάχιστο επίπεδο φορολογίας, το οποίο πρέπει να αντιπροσωπεύει τουλάχιστον το 70% της τελικής τους τιμής⁸⁴.

Η φορολογία του καπνού αυξάνει τις τιμές και έχει πραγματική επίπτωση στο επίπεδο κατανάλωσης, ιδίως στους νέους και στα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα. Υπολογίζεται ότι μια μέση αύξηση της τιμής κατά 10% μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της κατανάλωσης κατά 5-7%⁸⁵.

Ωστόσο, η πολιτική της ελάχιστης φορολογίας εφαρμόστηκε με διαφορετικό τρόπο και οδήγησε σε διαφορετικά αποτελέσματα. Στη Μ. Βρετανία, τη Γαλλία και τη Γερμανία, η μέση αύξηση της τιμής των τσιγάρων μετά το 1990 φτάνει το 5% ετησίως και είχε ως αποτέλεσμα μια ουσιαστική αύξηση τιμών. Αντίθετα σε άλλες χώρες, όπως η Αυστρία, η Ελλάδα και η Δανία οι τιμές των τσιγάρων αυξήθηκαν περίπου 3%⁸⁶. Επιπλέον, διαπιστώνεται, ότι εξαιτίας της γενικότερης ανάπτυξης, ακόμη και μετά τις αυξήσεις στη φορολογία, οι τιμές των προϊόντων καπνού είναι

⁸³ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό σχέδιο..., ό.π., σ. 40

⁸⁴ Στο ίδιο, σ. 40

⁸⁵ WHO, "The European Tobacco Control Report", Copenhagen 2007, p.30, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

⁸⁶ Στο ίδιο, p.31

περισσότερο ανεκτές για τον πληθυσμό έναντι εκείνων της δεκαετίας του '60⁸⁷. Αυτό υπαγορεύει την ανάγκη συνεχούς ανανέωσης της πολιτικής τιμών και φορολογίας.

2. Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους

Η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους αναπτύσσεται όλο και περισσότερο στις ευρωπαϊκές χώρες. Αυτή η τάση χαρακτηρίζεται από περιορισμούς στο κάπνισμα σε συγκεκριμένα ιδρύματα, όπως τα σχολεία και τα νοσοκομεία, στο χωρισμό των καπνιστών από τους μη καπνιστές και τελικά στη νομοθεσία που απαγορεύει ή που περιορίζει το κάπνισμα στις δημόσιες θέσεις, συμπεριλαμβανομένων τους χώρους εργασίας. Οι κύριοι λόγοι για αυτές τις εξελίξεις είναι τα αυξανόμενα στοιχεία για τους κινδύνους που προκαλεί ο καπνός του τοιγάρου στο περιβάλλον και η αυξανόμενη δημόσια υποστήριξη των μη καπνιστών και των καπνιστών για τον περιορισμό του καπνίσματος. Γενικά, η δημόσια υποστήριξη αυξάνεται μετά από τέτοιες απαγορεύσεις. Είναι ενθαρρυντικό ότι σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρομέτρου, πάνω από το 80% των πολιτών της Ε.Ε. τάσσεται υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος στους χώρους εργασίας και τους εσωτερικούς δημόσιους χώρους⁸⁸. Στη Νορβηγία, για παράδειγμα, η δημόσια υποστήριξη αυξήθηκε από 54%, πριν την απαγόρευση του καπνίσματος, σε 76% δεκαέξι μήνες αργότερα αφού τέθηκε σε ισχύ⁸⁹.

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, από το 2002 και μετά σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει και επιβάλει μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης, στα μέσα μεταφοράς, στην εκπαίδευση, και στους εργασιακούς χώρους. Στον πίνακα 3.1 συνοψίζονται τα δεδομένα για τις απαγορευτικές πολιτικές σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης.

⁸⁷ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ. 40

⁸⁸ Help – For a life without tobacco, Οι Έλληνες πρωταθλητές και στο παθητικό κάπνισμα, 15/11/2007 Αθήνα, όπως αναφέρεται στο www.neaygeia.gr

⁸⁹ WHO, “The European Tobacco Control Report”, Copenhagen 2007, p.38, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

3. Απαγόρευση διαφήμισης και προβολής

Σύμφωνα με στοιχεία⁹⁰, μια πλήρως περιεκτική απαγόρευση, που καλύπτει όλα τα μέσα και όλες τις μορφές διαφήμισης (άμεσης ή έμμεσης), προώθησης και χρήσης σημάτων ή χαρακτηριστικών των εμπορικών προϊόντων συμβάλει στη μείωση της κατανάλωσης καπνού και ελαττώνει την κοινωνική επιθυμία του καπνίσματος, ιδιαίτερα στις νέες ηλικίες. Η παγκόσμια συνθήκη του Π.Ο.Υ. έχει καθορίσει μια περίοδο πέντε ετών μετά από την έναρξη ισχύος της συνθήκης για κάθε συμβαλλόμενο μέρος ώστε να λάβει τα κατάλληλα νομοθετικά, εκτελεστικά και διοικητικά μέτρα για να επιτευχθεί μια τέτοια περιεκτική απαγόρευση.

Η διαφήμιση των προϊόντων καπνού μέσω της τηλεόρασης απαγορεύεται στις χώρες της Ε.Ε. με την Οδηγία 97/36/ΕΟΚ, η οποία καλύπτει και την έμμεση διαφήμιση, καθώς και τη χορηγία εκπομπών. Για τις υπόλοιπες μορφές διαφήμισης, η βάση των ευρωπαϊκών πολιτικών είναι η Οδηγία 2003/33/ΕΚ, η οποία αντικατέστησε άλλες παλαιότερες και η οποία καλύπτει πολλές μορφές άμεσης διαφήμισης και αθλητικών χορηγιών, αλλά δεν καλύπτει την έμμεση διαφήμιση. Η Οδηγία θα έπρεπε να έχει ενσωματωθεί στις εθνικές νομοθεσίες μέχρι τον Ιούλιο του 2005, αλλά σε ορισμένες χώρες, όπως Γερμανία, Ελλάδα και Ισπανία, παρατηρήθηκαν σημαντικές καθυστερήσεις⁹¹.

Πέραν των υποχρεωτικών μέτρων της Οδηγίας 2003/33, αρκετές χώρες έχουν υιοθετήσει πρόσθετα απαγορευτικά μέτρα αναφορικά με τη διαφήμιση, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος του Π.Ο.Υ.. Στη Μ. Βρετανία, από το 2003 απαγορεύθηκε η διαφήμιση μέσω υπαίθριων διαφημιστικών πινακίδων, μέσω ταχυδρομείου, καθώς και η χορηγία σε αθλητικές εκδηλώσεις τοπικής εμβέλειας, ενώ από το 2005 τέθηκαν σε εφαρμογή οι απαγορεύσεις στη διαφήμιση και τη χορηγία σε διεθνείς αθλητικές εκδηλώσεις. Επίσης, οι σκανδιναβικές χώρες, η Ισπανία και η Πορτογαλία έχουν επιπλέον επιβάλλει απαγορεύσεις στην προβολή των προϊόντων καπνού και σε σημεία πώλησης⁹².

Μέχρι το 2006, η απαγόρευση της υπαίθριας διαφήμισης, η διαφήμιση στους κινηματογράφους, σε περιοδικά κ.λπ. είχε επεκταθεί στις περισσότερες χώρες

⁹⁰ Κ. Τσαρούχας, *Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει*, Αθήνα 2007, σ.77-80

⁹¹ WHO, "The European Tobacco Control Report", Copenhagen 2007, p.45, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

⁹² Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012, Αθήνα 2008, σ. 41-42

της δυτικής Ευρώπης. Ωστόσο, οι χώρες με την πλέον ανεκτική πολιτική στη διαφήμιση προϊόντων καπνού στη δυτική Ευρώπη είναι η Ελλάδα και η Γερμανία (πίνακας 3.2).

Οι νομοθεσίες συνεχώς μεταβάλλονται με νεότερες οδηγίες από την Ε.Ε και από αποφάσεις των ίδιων των κρατών. Οπωσδήποτε, όμως, ακόμη και μετά την καθολική απαγόρευση της διαφήμισης οι καπνοβιομηχανίες θα οδηγηθούν σε άλλες μεθόδους προβολής των προϊόντων τους, όπως είναι η προσωπική επαφή με τον καταναλωτή. Επομένως, θα εξευρεθούν νεότεροι και ίσως πιο αποδοτικοί αλλά και οικονομικότεροι τρόποι προβολής των τσιγάρων, οπότε θα πρέπει να αποφασιστούν καινούριες αντικαπνιστικές οδηγίες. Ωστόσο κάθε είδος διαφήμισης και προβολής πρέπει να κινείται σε πλαίσια κοινής λογικής, δεοντολογίας και ηθικής όπως την αντιλαμβάνεται ο κόσμος.

4. Προειδοποιητικές επιγραφές

Η πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών για τις προειδοποιητικές επιγραφές επικινδυνότητας πάνω στα προϊόντα καπνού καθορίζεται με βάση τις σχετικές κοινοτικές οδηγίες. Η Οδηγία 2001/37/ΕΚ αύξησε την ελάχιστη επιφάνεια που πρέπει να καλύπτουν οι προειδοποιητικές επιγραφές από 4% σε τουλάχιστον 30% της εμπρός όψης και τουλάχιστον 40% της πίσω όψης της επιφάνειας του πακέτου. Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δίνει οδηγίες για να συμπεριληφθούν στις προειδοποιητικές επιγραφές έγχρωμες εικόνες και διαγράμματα, με σκοπό να κάνουν τον μήνυμα πιο αποτελεσματικό. Η σχετική σύσταση προσφέρει 42 διαφορετικές εικόνες, μεταξύ των οποίων μπορούν να επιλέξουν οι διάφορες χώρες. Ορισμένες χώρες έχουν εφαρμόσει και άλλα μέτρα διακίνησης προειδοποιητικών επιγραφών, όπως η Ιταλία, με την τοποθέτηση μέσα στις συσκευασίες τσιγάρων ενημερωτικών φυλλαδίων, με αναλυτικές πληροφορίες και στοιχεία⁹³.

5. Εκπαίδευση και πληροφόρηση

Τα χρήματα κατά κεφαλήν που ξοδεύονται για αντικαπνιστικές πολιτικές στις χώρες της Ε.Ε. είναι κατά μέσον όρο 0,31 ευρώ, με πρωταθλήτριες τη Μ. Βρετανία (1,8 ευρώ) και τη Δανία (1,12 ευρώ). Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία⁹⁴.

⁹³ WHO, "The European Tobacco Control Report", Copenhagen 2007, p.61, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

⁹⁴ Help – For a life without tobacco, «Οι Έλληνες πρωταθλητές και στο παθητικό κάπνισμα», 15/11/2007 Αθήνα, όπως αναφέρεται στο www.neaygeia.gr

Εκτός από τα νομοθετικά μέτρα, εκπαιδευτικά προγράμματα και καμπάνιες πληροφόρησης αναπτύσσονται για το κάπνισμα και τις συνέπειες του, είτε σε εθνικό είτε σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα απευθύνονται είτε σε στελέχη των υπηρεσιών υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος, είτε σε στελέχη της εκπαίδευσης, της δημόσιας διοίκησης και των επιχειρήσεων, με σκοπό την προώθηση μέτρων και πρωτοβουλιών κατά του καπνίσματος. Επίσης, Εκστρατείες ενημέρωσης που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό έχουν αναπτύξει σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, ορισμένες χώρες έχουν αναπτύξει εκστρατείες προσανατολισμένες σε συγκεκριμένο στόχο, όπως π.χ. οι πρωτοβουλίες "Νοσοκομεία ελεύθερα καπνίσματος" στη Γερμανία⁹⁵.

6. Μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος

Πολλές χώρες έχουν αναπτύξει εθνικά ή τοπικά προγράμματα που απευθύνονται σε καπνιστές (πίνακας 3.3), με σκοπό τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση από τη νικοτίνη. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, ειδικές καμπάνιες που απευθύνονται σε καπνιστές με σκοπό την ενθάρρυνση της συμμετοχής τους σε προγράμματα διακοπής, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας κλπ.

Μια μορφή μαζικής καμπάνιας για τη διακοπή του καπνίσματος έχει αρχίσει να αναπτύσσεται σε αρκετές χώρες με επίκεντρο τη Φινλανδία, είναι η καμπάνια "Quit and Win", στην οποία καλούνται να μετέχουν καπνιστές σε ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, που αν το ολοκληρώσουν επιτυχώς, μετέχουν σε κληρώσεις για διάφορα δώρα⁹⁶.

Τέλος, κατά τα τελευταία χρόνια, καταβάλλονται προσπάθειες για την ανάπτυξη μαζικών μεθόδων παρέμβασης που να παρέχουν εξατομικευμένες οδηγίες ή βοήθεια, όπως οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας και προγράμματα μέσω διαδικτύου⁹⁷.

⁹⁵ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα, 2008, σ. 44

⁹⁶ WHO, "The European Tobacco Control Report", Copenhagen 2007, p.51, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

⁹⁷ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό σχέδιο..., ό.π., σ. 44

3.3 Μέτρα και πολιτικές κατά του καπνίσματος στην Ελλάδα

Μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών κρατών, η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στη Δυτική Ευρώπη και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στον κόσμο. Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής το έτος 2006, το 40% των Ελλήνων ανδρών και γυναικών, είναι καπνιστές. Συγκεκριμένα, το 49,9% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών άνω των 18 ετών καπνίζουν σε καθημερινή βάση. Για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τα ποσοστά ανέρχονται στο 44,3% των Ελλήνων για τα έτη 18 έως 24, στο 50,8% των Ελλήνων για τα έτη 25 έως 34, στο 53,9% για τα έτη 35-44, στο 47% για τα έτη 45 έως 54, στο 34,7% για τα έτη 55 έως 64 και στο 16,5% για τα έτη 65 και άνω⁹⁸.

Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η εικόνα που παρουσιάζει η καπνιστική συμπεριφορά στα νεαρά άτομα, ιδίως στην εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορούν τη χρονική περίοδο 2002-2005, ένα ποσοστό 13,5% των αγοριών και ένα ποσοστό 14,1% των κοριτσιών ηλικίας 15 ετών καπνίζει, τουλάχιστον περιστασιακά⁹⁹. Η τιμή των προϊόντων καπνού είναι μια από τις κύριες αιτίες του προβλήματος. Τα προϊόντα καπνού, κυρίως τα τσιγάρα, είναι ακόμα σχετικά φθηνά έναντι της τιμής των τσιγάρων σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με αποτέλεσμα να είναι ευπρόσιτα στους έφηβους, ακόμη και σε εκείνους με την περιορισμένη δύναμη εξόδων. Λαμβάνοντας υπόψη τη χαμηλή τιμή των τσιγάρων και τη μη ύπαρξη οποιουδήποτε νόμου που απαγορεύει την πώληση των προϊόντων καπνού στους ανήλικους, τα παιδιά είναι απροστάτευτα απέναντι στο κάπνισμα¹⁰⁰.

Όσον αφορά τη γεωγραφική εξάπλωση της καπνιστικής συμπεριφοράς στην Ελλάδα, μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών παρατηρείται στα αστικά κέντρα (42,5%) σε σύγκριση με τα αγροτικά κέντρα (32,5%). Αυτή η διαφορά οφείλεται κυρίως στην κοινωνικοοικονομική θέση, στο επίπεδο εκπαίδευσης και το επίπεδο εισοδήματος. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των καθημερινών καπνιστών το 38,2% είναι έγγαμοι και το 50,8% άγαμοι¹⁰¹.

⁹⁸ «Η Επιδημιολογία του καπνίσματος», όπως αναφέρεται στο www.neaygeia.gr

⁹⁹ Στο ίδιο

¹⁰⁰ Constantine I. Vardavas, Anthony G. Kafatos, "Smoking policy and prevalence in Greece", όπως αναφέρεται στο www.eurpub.oxfordjournals.org

¹⁰¹ Η Επιδημιολογία του καπνίσματος, όπως αναφέρεται στο www.neaygeia.gr

Η λήψη νομοθετικών μέτρων για τον περιορισμό της έκθεσης στο κάπνισμα ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1952, με την απαγόρευση του καπνίσματος στις δημόσιες συγκοινωνίες, μέτρο το οποίο τελικά κατέστη δυνατό να εφαρμοσθεί αρκετά χρόνια αργότερα. Στη συνέχεια και για περισσότερα από 25 χρόνια, δεν υπήρξε καμία σχετική δραστηριότητα. Το 1979 απαγορεύτηκε το κάπνισμα στα Νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές και το 1980 στους κλειστούς δημόσιους χώρους. Μετά την «περίοδο Δοξιάδη» (τέλη δεκαετίας '70 με αρχές δεκαετίας '80), όπου οι περιοριστικές πολιτικές για τον καπνό οδήγησαν σε μείωση τις καταναλώσεις τσιγάρων, από τα μέσα της δεκαετίας του '80 υπάρχει μια προοδευτική αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων και της καπνιστικής συνήθειας των Ελλήνων. Παράλληλα, τα μέτρα αυτά έτυχαν για αρκετά χρόνια περιορισμένης εφαρμογής, με αποτέλεσμα στα επόμενα 24 χρόνια να απαιτηθεί να εκδοθούν δύο ακόμη υπουργικές αποφάσεις με το ίδιο περιεχόμενο, το 1993 και το 2002¹⁰².

Το 2002 εκδόθηκε η **υγειονομική διάταξη 76017/1-8-2002 περί απαγόρευσης του καπνίσματος** (ΦΕΚ 1), σύμφωνα με την οποία απαγορεύεται το κάπνισμα στους παρακάτω αναφερόμενους χώρους :

- α) Σε όλα τα κτίρια όπου στεγάζονται Γραφεία Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμοί και άλλα Ιδρύματα (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κ.λπ.). Επίσης σε χώρους εργασίας που ανήκουν σε ιδιωτικούς φορείς, καθώς και στους χώρους μακράς αναμονής του κοινού (αίθουσες αναμονής αεροδρομίων, σιδηροδρομικών σταθμών, σταθμών λεωφορείων κ.λπ.).
- β) Σε όλες τις μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως νοσοκομεία, κεντρικές κλινικές, κέντρα υγείας και ιδιωτικά ιατρεία.
- γ) Σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση όπως σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (δημόσια ή ιδιωτικά), πανεπιστήμια, τεχνολογικά ιδρύματα και γενικά ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και φροντιστήρια.

¹⁰² Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, σ.45

δ) Στα νηπαγωγεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς και παιδότοπους.

ε) Σε όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς όπως λεωφορεία, τρένα, αεροπλάνα και ταξί.

Επιπλέον, στα κτίρια των Δημοσίων Υπηρεσιών, στις εγκαταστάσεις των υπηρεσιών υγείας και στους χώρους εκπαίδευσης ορίζονται ειδικοί χώροι (καπνιστήρια) , στους οποίους θα υπάρχει ισχυρή εγκατάσταση συστήματος εξαερισμού για τους εργαζόμενους καπνιστές.

Οι παραβάτες δώκονται και τιμωρούνται σύμφωνα με το νόμο 2307/95, ο οποίος ορίζει φυλάκιση μέχρι τρεις (3) μήνες ή με χρηματική ποινή σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του Ποινικού Κώδικα ή και με τις δύο ποινές. Σε περιπτώσεις υποτροπής τα παραπάνω όρια των ποινών διπλασιάζονται. Επίσης για τους παραβάτες των διατάξεων εντός των μονάδων υγείας επιβάλλονται και οι παρακάτω διοικητικές κυρώσεις : α) στους παραβάτες ασθενείς πειθαρχικό εξιτήριο, β) στους παραβάτες επισκέπτες και συνοδούς, αποβολή από τη μονάδα υγείας και γ) στους υπεύθυνους εφαρμογής των διατάξεων και εργαζόμενους στις μονάδες υγείας, επιβάλλονται οι πειθαρχικές ποινές σύμφωνα με τις διατάξεις του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα.

Στη συνέχεια, το 2003 ψηφίστηκε η υγειονομική διάταξη 82942/12/9/2003 (ΦΕΚ 2), η οποία αποτελεί συμπλήρωμα της προηγούμενης και σύμφωνα με την οποία απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής και προσέλευσης του κοινού, στις αίθουσες συνεδριάσεων, συνελεύσεων, αμφιθέατρα κ.λπ., ενώ στους υπόλοιπους εργασιακούς χώρους, μέσα από διάλογο και διμερείς συμφωνίες εργαζομένων και εργοδοτών, ορίζονται οργανωτικά και χωροταξικά οι χώροι που θα απαγορεύεται ή θα επιτρέπεται το κάπνισμα. Επιπλέον, την ίδια περίοδο η Ελλάδα υπέγραψε πρώτη τη Διεθνή Συνθήκη για τον έλεγχο του Καπνίσματος ως προεδρεύουσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και έγινε νόμος του κράτους τον Δεκέμβριο του 2005.

Τα κύρια νομοθετικά μέτρα που έχουν ληφθεί στην Ελλάδα είναι αποτέλεσμα εναρμόνισης της ελληνικής νομοθεσίας προς τις ευρωπαϊκές οδηγίες 1989/622, 2001/37, 2003/33. Στον πίνακα 3.4 συνοψίζονται οι νομοθετικές πράξεις σχετικά με

το κάπνισμα στην Ελλάδα. Με βάση τα νομοθετήματα αυτά, η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί κατά τομέα δραστηριότητας έχει ως εξής¹⁰³ :

1. Δημόσιοι χώροι

Πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος υπάρχει στα μέσα μαζικής μεταφοράς, στις υπηρεσίες υγείας, στα σχολεία, στα θέατρα και τους κινηματογράφους. Ενώ αντίθετα, μερική απαγόρευση υπάρχει στα θαλάσσια μέσα μεταφοράς, στα εστιατόρια και μπαρ, στα δημόσια κτίρια και τους εσωτερικούς χώρους εργασίας και δεν υπάρχει επαρκής εποπτεία στην εφαρμογή των απαγορεύσεων.

2. Διαφήμιση και προβολή

Πλήρης απαγόρευση της διαφήμισης του καπνίσματος υπάρχει στη τηλεόραση και το ραδιόφωνο, ενώ μερική απαγόρευση υπάρχει στη διαφήμιση στους κινηματογράφους. Ωστόσο, δεν υπάρχει κανένας περιορισμός στην υπαίθρια διαφήμιση μέσω πινακίδων, τη διαφήμιση σε σημεία πώλησης και σε περίπτερα και στη διαφήμιση μέσω τοπικών και διεθνών περιοδικών και εφημερίδων.

3. Επισήμανση και προειδοποιητικές επιγραφές

Η Ελλάδα έχει υιοθετήσει την οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (οδηγία 2001/37/EK) για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού και έχει εισαγάγει τις μεγάλες ετικέτες προειδοποίησης στις συσκευασίες καπνού(εικόνα 3.1). Δεν έχουν υιοθετηθεί και δεν εφαρμόζονται οι προαιρετικές διατάξεις της οδηγίας, οι οποίες αναφέρονται στο μεγαλύτερο μέγεθος των προειδοποιητικών επιγραφών, τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών και διαγραμμάτων.

4. Πληροφόρηση του πληθυσμού και αγωγή υγείας

Δραστηριότητα στο τομέα εκπαίδευσης και πληροφόρησης του πληθυσμού υπάρχει όσον αφορά την αποσπασματική πληροφόρηση και αγωγή υγείας στα σχολεία καθώς και την ευκαιριακή ενημέρωση των ασθενών από τις μονάδες υγείας. Δεν υπάρχει οργανωμένη δραστηριότητα όσον αφορά τις μαζικές καμπάνιες ενημέρωσης και την πληροφόρηση και αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας.

¹⁰³ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό σχέδιο..., ό.π., σ. 45-48

5. Προγράμματα και πολιτικές πρόληψης

Η Ελλάδα έχει υπογράψει τη Διεθνή Συνθήκη για τον έλεγχο του καπνού, μετέχει στην υλοποίηση των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος. Περιορισμένη δραστηριότητα υπάρχει όσον αφορά τη συμμετοχή σε διεθνείς αντικαπνιστικές πρωτοβουλίες (Υγιείς Πόλεις, Υγιείς Περιφέρειες, Σχολεία Προαγωγής υγείας, κλπ).

6. Μέτρα διακοπής του καπνίσματος

Στην Ελλάδα, υπάρχουν ελάχιστα εξειδικευμένα κέντρα σε σχέση με τις ανάγκες, με αποτέλεσμα να ανθούν ιδιωτικά επιστημονικά κέντρα διακοπής του καπνίσματος που υπόσχονται θαύματα στους απεγνωσμένους καπνιστές. Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία δεν αποδέχονται την συνταγογράφηση των σκευασμάτων υποκατάστασης της νικοτίνης ή των φαρμάκων διακοπής του καπνίσματος θεωρώντας τα φάρμακα μη αναγκαία. Και για να συμπληρωθεί το παράλογο, τα εναλλακτικά προϊόντα χορήγησης νικοτίνης, όταν φθάνουν στην αγορά μετά από εξαιρετικά αυστηρό έλεγχο, σε αντίθεση με το τσιγάρο, έχουν τιμές που τα κάνουν να μην έχουν καμιά πιθανότητα να το ανταγωνιστούν¹⁰⁴. Επίσης, δεν υπάρχει καμία δραστηριότητα όσον αφορά προγράμματα βοήθειας μέσω διαδικτύου, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, ιατρεία διακοπής του καπνίσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα και συμμετοχή στο πρόγραμμα Quit and win.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, θεωρώντας ότι τα μέτρα που ελήφθησαν περί απαγόρευσης του καπνίσματος το 2002 δεν ήταν αποτελεσματικά, το 2008 ψήφισε το νόμο 3730(ΦΕΚ 3). Με το νέο νομοσχέδιο, η Ελλάδα εκπληρώνει μία δέσμευσή της απέναντι στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας από το 2005 και ταυτίζεται πλέον απόλυτα με την κοινή ευρωπαϊκή πολιτική για την προστασία των ανηλίκων από το κάπνισμα και την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους. Το νομοσχέδιο εντάσσεται σε μια γενικότερη πολιτική της κυβέρνησης, για τη δημόσια υγεία και την πρόληψη, προκειμένου να εξαλειφθούν όλες οι βασικές πηγές κινδύνων για την υγεία των πολιτών¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Help – For a life without tobacco, «Οι Έλληνες πρωταθλητές και στο παθητικό κάπνισμα», 15/11/2007 Αθήνα, όπως αναφέρεται στο www.neaygeia.gr

¹⁰⁵ Χαράλαμπος Πετρόχειλος, «Νομοσχέδιο για την προστασία των ανηλίκων από τον καπνό και την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους», *mednutrition* 12/11/2008, όπως αναφέρεται στο www.mednutrition.gr

Ειδικότερα, με την ψήφιση του νομοσχεδίου και τη δημοσίευσή του στο Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως θα τεθούν άμεσα σε εφαρμογή η απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού στους ανηλίκους και μια σειρά από μέτρα, τα οποία αποτρέπουν την οποιαδήποτε μορφή πρόσβασης και προβολής των προϊόντων καπνού και αλκοόλ στους ανηλίκους (ΦΕΚ 3).

Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 3 του νομοσχεδίου (ΦΕΚ 3), εκτός από όσες απαγορευτικές ή περιοριστικές διατάξεις ισχύουν και εφαρμόζονται ήδη, απαγορεύεται πλήρως, από 1ης Ιουλίου 2009, το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού σε όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους εργασίας, σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, στους κλειστούς χώρους αναμονής και σε όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς.

Με την ψήφιση του νομοσχεδίου, το Υπουργείο Υγείας θα εκδώσει ειδικές υγειονομικές οδηγίες, σύμφωνα με τις οποίες θα καθορίζεται η προσαρμογή όλων των δημόσιων Υπηρεσιών και Οργανισμών και των ιδιωτικών επιχειρήσεων, στις νέες ρυθμίσεις κατά τη μεταβατική περίοδο μέχρι την 1/1/2010, συμπεριλαμβανομένων και των ειδικών χώρων για τους καπνιστές¹⁰⁶.

Η απαγόρευση του καπνίσματος θα επεκταθεί και στα εστιατόρια και κέντρα διασκέδασης, κατόπιν εισήγησης από το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων, με την οποία θα ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες εφαρμογής των μέτρων απαγόρευσης. Στην εφαρμογή του μέτρου θα κληθούν να συμβάλλουν επίσης, οι εργοδοτικές, εργατικές και καταναλωτικές οργανώσεις¹⁰⁷. Οι ιδιοκτήτες υποχρεούνται να διαμορφώσουν ειδικούς, μικρούς, κλειστούς χώρους για τους καπνιστές, οι οποίοι θα είναι πλήρως διαχωρισμένοι από την υπόλοιπη αίθουσα. Στους ιδιοκτήτες των κέντρων που δεν θα συμμορφώνονται θα επιβάλλεται πρόστιμο έως 3.000 ευρώ ανάλογα με την παράβαση. Πρόστιμο 300 ευρώ θα επιβάλλεται και σε όλους όσους θα συλλαμβάνονται να καπνίζουν στις απαγορευμένες ζώνες¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Χαράλαμπος Πετρόχειλος, Νομοσχέδιο..., ό.π., όπως αναφέρεται στο www.mednutrition.gr

¹⁰⁷ «Σχέδιο δράσης με σειρά μέτρων κατά του καπνίσματος», όπως αναφέρεται στο www.nonsmokersclub.gr

¹⁰⁸ Έλενα Φυντανίδου, «Εκτός νόμου το τσιγάρο», το ΒΗΜΑ 18/5/2008, όπως αναφέρεται στο www.tovima.gr

Τέλος, παράλληλα με διαφημιστικά σποτ και ενημερωτικές εκδηλώσεις θα προωθηθεί η ιδέα του καθαρού περιβάλλοντος από καπνό. Για τη δράση αυτή θα ζητηθεί η υποστήριξη της ΓΣΕΕ και ΑΔΕΔΥ. Στο πλαίσιο των μέτρων προβλέπεται η μετεξέλιξη του OKANA σε Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, ενώ στη μάχη κατά του τσιγάρου, θα συνταχθούν και ιδιωτικοί φορείς απεξάρτησης πέραν των ειδικών ιατρείων των νοσοκομείων. Τις δράσεις θα συμπληρώσουν εκδηλώσεις αγωγής υγείας στα σχολεία, η ανάπτυξη συμβουλευτικών υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου από το 2010 και η συμμετοχή στο διεθνές πρόγραμμα κινήτρων διακοπής καπνίσματος τα έτη 2009 και 2010¹⁰⁹.

¹⁰⁹ «Σχέδιο δράσης με σειρά μέτρων κατά του καπνίσματος», όπως αναφέρεται στο www.nonsmokersclub.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

4.1 Περιγραφή Μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το Μάρτιο του 2009 στο νομό Μεσσηνίας, με σκοπό την αποτύπωση της κατάστασης που επικρατεί, όσον αφορά την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και κλειστούς χώρους εργασίας. Επιλέχθηκαν έξι δημόσιοι οργανισμοί, οι οποίοι είναι : α) Τ.Ε.Ι Καλαμάτας, β) Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, γ) Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας, δ) Αστυνομικό τμήμα Καλαμάτας, ε) Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση νομού Μεσσηνίας και στ) Δήμος Καλαμάτας, από τους οποίους με απλή τυχαία δειγματοληψία επιλέχθηκαν 100 εργαζόμενοι.

Η μέθοδος συλλογής των στοιχείων έγινε με ερωτηματολόγιο το οποίο μοιράστηκε στους εργαζόμενους στο χώρο εργασίας. Οι οδηγίες που δόθηκαν ήταν ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και ζητήθηκε από όλους να απαντήσουν με την δέουσα ειλικρίνεια και πρέπουσα προσοχή σε όλες τις ερωτήσεις. Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν επιστράφηκαν όλα έγκυρα. Πρόκειται για ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο περιέχει 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου και αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιέχει δημογραφικά στοιχεία, το δεύτερο μέρος περιέχει προσωπικά στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα και την απαγόρευση του στους χώρους εργασίας και το τρίτο μέρος αποτελείται από την πολιτική που εφαρμόζουν οι δημόσιοι οργανισμοί, όσον αφορά την απαγόρευση του καπνίσματος στους κλειστούς χώρους εργασίας.

4.2 Ανάλυση και Συμπεράσματα έρευνας

▪ Κατανομή σύμφωνα με το φύλο του δείγματος

Το δείγμα απαρτίζεται από 100 άτομα, εκ των οποίων το 54% είναι γυναίκες και το 46% είναι άντρες. (Σχήμα 4.1)

Σχήμα 4.1



▪ Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία του δείγματος

Οι εργαζόμενοι των δημόσιων υπηρεσιών χωρίζονται στις ακόλουθες ηλικιακές ομάδες (Σχήμα 4.2):

- μεταξύ 20-30 ετών ανήκει το 19%
- μεταξύ 31-40 ετών ανήκει το 34%
- μεταξύ 41-50 ετών ανήκει το 36%
- μεταξύ 51-60 ετών ανήκει το 11%
- από 60 και άνω δεν ανήκει κανένας εργαζόμενος

Σχήμα 4.2



▪ Κατανομή σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος

Το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 66% των εργαζομένων είναι παντρεμένοι, ενώ μόνο το 34% παραμένουν άγαμοι. (Σχήμα 4.3)

Σχήμα 4.3



- **Κατανομή του πληθυσμού σε καπνίζοντες και μη καπνίζοντες.**

Από την ανάλυση των δεδομένων, προέκυψε ότι με μικρή διαφορά το 43% του δείγματος είναι καπνιστές ενώ το 57% είναι μη καπνιστές (Σχήμα 4.4).

Σχήμα 4.4

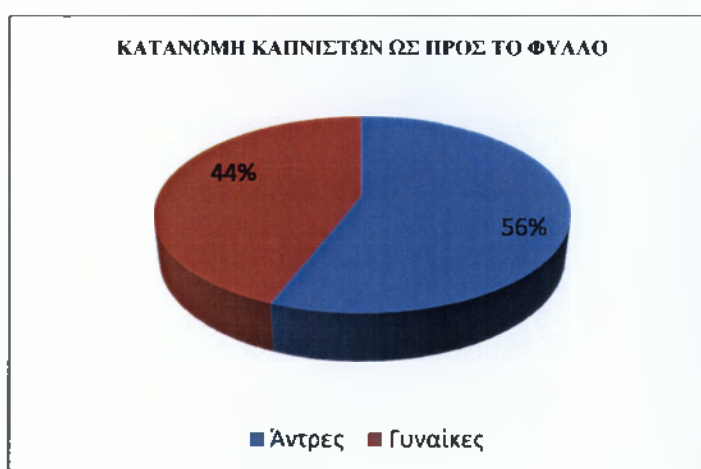


- **Κατανομή των εργαζόμενων καπνιστών**

Α) ως προς το φύλλο

Το σύνολο των εργαζόμενων καπνιστών απαρτίζεται από 43 άτομα, εκ των οποίων το 56% είναι άντρες και το 44% γυναίκες (Σχήμα 4.5).

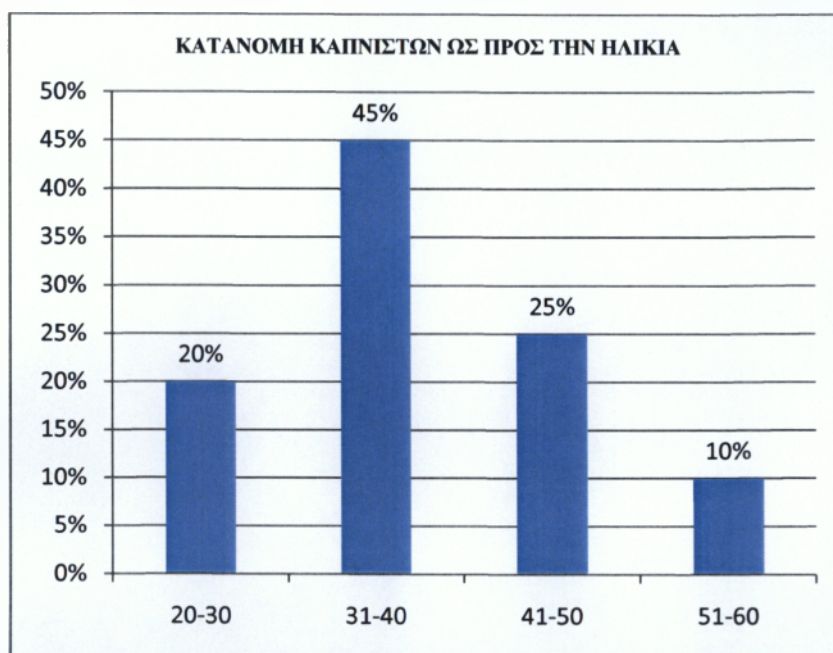
Σχήμα 4.5



Β) ως προς την ηλικία

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των καπνιστών ως προς την ηλικία. Ύστερα από στατιστική ανάλυση των πληροφοριών, μεγαλύτερη συχνότητα καπνίσματος εμφανίζεται στους εργαζόμενους που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40.

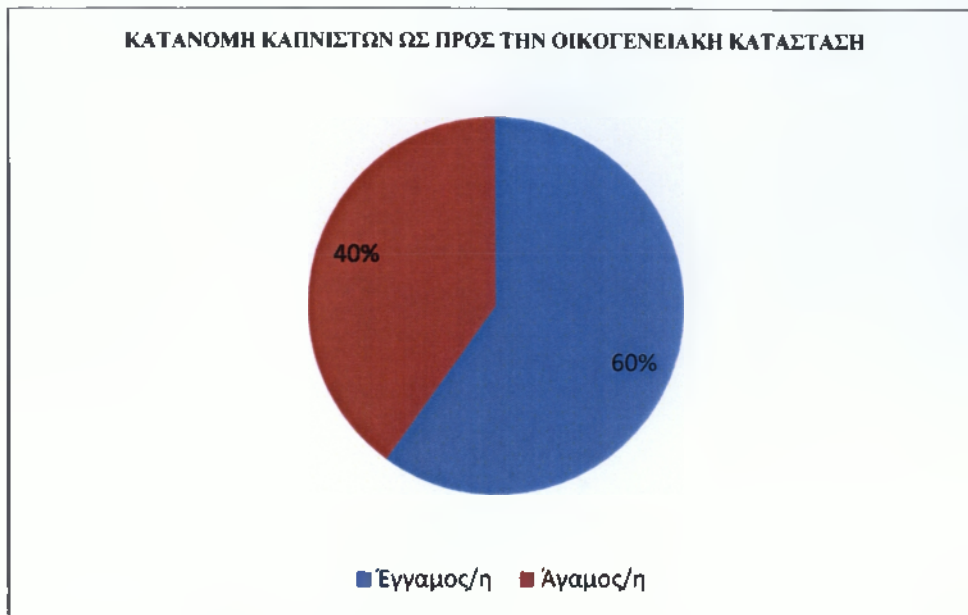
Σχήμα 4.6



Γ) ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Βάση της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών εμφανίζεται στους εργαζόμενους οι οποίοι είναι παντρεμένοι. Αυτή η διαφορά, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι παντρεμένοι έχουν περισσότερο άγχος σε σχέση με τους ελεύθερους εργαζόμενους καπνιστές, έχουν λιγότερο ελεύθερο χρόνο λόγω αυξημένων ευθυνών και ίσως αποφεύγουν το κάπνισμα στο σπίτι με αποτέλεσμα να καπνίζουν περισσότερο στο χώρο εργασίας τους. Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των καπνιστών ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Σχήμα 4.7



Όπως αναφέρεται και στο κεφάλαιο 3, στην Ελλάδα από το 2002 σύμφωνα με την υγειονομική διάταξη 76017/1-8-2002 το κάπνισμα απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους εργασίας και επιπλέον στα κτίρια των Δημοσίων Υπηρεσιών, στις εγκαταστάσεις των υπηρεσιών υγείας και στους χώρους εκπαίδευσης ορίζονται ειδικοί χώροι (καπνιστήρια) , στους οποίους θα υπάρχει ισχυρή εγκατάσταση συστήματος εξαερισμού για τους εργαζόμενους καπνιστές. Επίσης, σύμφωνα με την συμπληρωματική υγειονομική διάταξη 82942/12/9/2003, το κάπνισμα απαγορεύεται στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής και προσέλευσης του κοινού, στις αίθουσες συνεδριάσεων, συνελεύσεων, αμφιθέατρα κ.λπ. ενώ στους υπόλοιπους εργασιακούς χώρους, μέσα από διάλογο και διμερείς συμφωνίες εργαζομένων και εργοδοτών, ορίζονται οργανωτικά και χωροταξικά οι χώροι που θα απαγορεύεται ή θα επιτρέπεται το κάπνισμα.

Σύμφωνα με την έρευνα, ύστερα από στατιστική ανάλυση των δεδομένων, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων, δηλαδή το 90% γνωρίζει την νομοθεσία σύμφωνα με την οποία απαγορεύεται το κάπνισμα στους χώρους εργασίας, ενώ μόνο το 10% του δείγματος, το οποίο απαρτίζεται κυρίως από την ηλικιακή ομάδα 20-30, δεν είναι ενημερωμένο. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι δημόσιες υπηρεσίες δεν ενημερώνουν σωστά τους εργαζόμενους τους.

Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δηλαδή το 84% συμφωνεί με την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας, ενώ αντίθετα μόνο το 16% διαφωνεί. Η διαφορά αυτή, ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι το μικρότερο ποσοστό των εργαζομένων που διαφωνεί με την απαγόρευση είναι καπνιστές. Η συμπεριφορά αυτή δείχνει ότι δεν ενδιαφέρονται για τους συνεργάτες τους, αφού έχει αποδειχθεί ότι το παθητικό κάπνισμα στους κλειστούς χώρους εργασίας είναι ιδιαίτερα βλαβερό, και πιθανόν να προκαλείται σαν αντίδραση θεωρώντας ότι με αυτό τον τρόπο, δηλαδή με την απαγόρευση του καπνίσματος, παραβιάζονται τα δικαιώματα τους και δεν υπάρχει ισότητα. Η σύγκρουση συμφερόντων αναφύεται κατεξοχήν στους χώρους εργασίας, όπου καπνιστές και μη συνυπάρχουν αναγκαστικά, με αποτέλεσμα να καθίσταται εκ των πραγμάτων αναγκαία η οριοθέτηση της άσκησης του δικαιώματος των καπνιζόντων.

Επιπλέον, όσον αφορά την πολιτική που εφαρμόζουν οι δημόσιες υπηρεσίες για την απαγόρευση του καπνίσματος, αποδείχθηκε ότι σε κανέναν από τους οργανισμούς στους οποίους έγινε η έρευνα δεν ισχύει η ολοκληρωτική απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας και σε άλλους κοινόχρηστους χώρους και δεν υπάρχει καθορισμένος χώρος (καπνιστήριο) με επαρκή εξαερισμό, ώστε να περιορίζεται το κάπνισμα.

Τέλος, εκτός από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας, καμία άλλη δημόσια υπηρεσία δεν παρέχει πληροφόρηση σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες, την πρόληψη και τη διακοπή του καπνίσματος, π.χ. μέσω ανακοινώσεων, διαδικτύου, διαθέσιμων περιοδικών φυλλαδίων, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, συζητήσεων, εκδηλώσεων, συνεντεύξεων, κ.λπ. Μόνο το νοσοκομείο Καλαμάτας ενημερώνει τους εργαζομένους του και αυτό πιθανόν να οφείλεται στη φύση του οργανισμού.

Το παράδοξο που προέκυψε από την έρευνα, είναι ότι ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων γνωρίζει και συμφωνεί με την ισχύουσα πολιτική που απαγορεύει το κάπνισμα στους χώρους εργασίας, συνεχίζουν να μη συμμορφώνονται. Αυτό το φαινόμενο, πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν αυστηρά μέτρα επιβολής του νόμου, δεν υπάρχει επαρκής εποπτεία στην εφαρμογή των απαγορεύσεων και δεν εφαρμόζονται οι κυρώσεις που προβλέπονται, με αποτέλεσμα οι δημόσιες υπηρεσίες να αδιαφορούν και να μην εφαρμόζουν τα κατάλληλα απαγορευτικά μέτρα καθώς και ότι άλλο προβλέπει ο νόμος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψη τις καταστρεπτικές συνέπειες του καπνού στο καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και τα άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, σε συνδυασμό με την εξάρτηση, την οποία προκαλεί εξαιτίας της νικοτίνης, το κάπνισμα είναι ίσως ο βλαπτικότερος ψυχοδραστικός παράγοντας για την υγεία του ανθρώπου και η κυριότερη αιτία πρόωμης θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες.

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στο καπνό. Οι κύριες ουσίες στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλάβες της υγείας του ανθρώπου, είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξειδίο του άνθρακα.

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της θνησιμότητας νοσημάτων όπως η στεφανιαία νόσος, καρκίνος του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα κλπ, χρόνιες πνευμονοπάθειες και εγκεφαλικές παθήσεις. Η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και είναι η αιτία πολλών από τις ασθένειες που προκαλεί και το ενεργητικό κάπνισμα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού, δηλαδή 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3.5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο και ότι σύμφωνα με τον αυξανόμενο ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως.

Σύμφωνα με τις ελληνικές στατιστικές μελέτες, το κάπνισμα είναι το μεγάλο πρόβλημα των ελλήνων. Η Ελλάδα έχει το θλιβερό προνόμιο να είναι πρώτη, σε καπνιστές, χώρα σε ολόκληρη την Ευρώπη και τρίτη στον κόσμο μετά την Κύπρο και την Κούβα.

Παρά την πρόοδο που σημειώνεται μέχρι σήμερα, λόγω της συνεχούς γενικευμένης έκθεσης των μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα σε χώρους εργασίας και κλειστούς δημόσιους χώρους παγκοσμίως, ο αριθμός των ατόμων που εκτίθενται στο κίνδυνο αυτό είναι μεγάλος και κατά συνέπεια η βλάβη που μπορεί να προκληθεί συνολικά είναι σημαντική. Δεν υπάρχει κανένα ασφαλές επίπεδο έκθεσης στον καπνό

του τσιγάρου και οι επιστήμονες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η μόνη αποτελεσματική προστασία για τους εργαζομένους είναι η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους εργασιακούς χώρους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τουλάχιστον 200.000 χιλιάδες πεθαίνουν κάθε χρόνο από διάφορες μορφές καρκίνου που προκαλούνται στους χώρους εργασίας, κυρίως από την εισπνοή ινών αμιάντου και από το παθητικό κάπνισμα.

Η δράση για ένα περιβάλλον χωρίς καπνό όχι μόνο θα προστατεύσει τους πολίτες από τις βλαβερές συνέπειες της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος αλλά θα συμβάλει επίσης στη μείωση της κατανάλωσης του καπνού σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Όσον αφορά την υγεία, η μείωση του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος θα οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στη μείωση των ασθενειών και της θνησιμότητας λόγω ορισμένων σοβαρών νοσημάτων που προκαλούνται από το κάπνισμα. Οι πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος μπορούν επίσης να βοηθήσουν στη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Ένα σημαντικό έμμεσο όφελος από τις πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος είναι ότι ευαισθητοποιούνται οι πολίτες όσον αφορά τους κινδύνους του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος, με αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι πολίτες να υποστηρίζουν την απαγόρευση του καπνίσματος.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η απαγόρευση του καπνίσματος θα έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη μείωση της έκθεσης στο καπνό του περιβάλλοντος και των σχετικών βλαβών, εξασφαλίζοντας την ισότητα των πολιτών όσον αφορά την προστασία του δικαιώματός τους να αναπνέουν καθαρό αέρα στους εσωτερικούς χώρους. Μελέτες από χώρες με γενική απαγόρευση του καπνίσματος δείχνουν ότι η ποιότητα του αέρα των εσωτερικών χώρων βελτιώθηκε αισθητά από τότε που άρχισε να ισχύει η απαγόρευση του καπνίσματος.

Η έκθεση στο καπνό του περιβάλλοντος συνεπάγεται τεράστιες ιδιωτικές και κοινωνικές δαπάνες. Η επιβάρυνση της οικονομίας συνολικά συμπεριλαμβάνει τα άμεσα έξοδα που σχετίζονται με τις αυξημένες δαπάνες υγείας για τις νόσους που συνδέονται με το κάπνισμα και τα έμμεσα έξοδα που συνδέονται με την απώλεια παραγωγικότητας και την απώλεια φόρου εισοδήματος και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης από καπνιστές και θύματα του παθητικού καπνίσματος. Οι οικονομικές

επιπτώσεις από το κάπνισμα σε παγκόσμια κλίμακα ανέρχονται σε δαπάνες της τάξεως των 100 δισεκατομμυρίων δολαρίων το χρόνο για γιατρούς, φάρμακα και επιδόματα ανεργίας λόγω νόσου και εγχειρήσεων.

Μειώνοντας τη ζήτηση για καπνό, οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος θα οδηγήσουν σε μείωση τόσο του ιδιωτικού όσο και του κοινωνικού κόστους που συνδέεται με το κάπνισμα.

Τα μακροπρόθεσμα οφέλη των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος είναι η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας λόγω του περιορισμού της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου στις χώρες όπου εφαρμόζεται η πολιτική αυτή και κατά συνέπεια περαιτέρω οικονομική ανάπτυξη.

Οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος δεν επηρεάζουν αρνητικά την οικονομία. Τα χρήματα που δαπανώνται σήμερα για τον καπνό πιθανώς θα δαπανώνται για άλλα αγαθά και υπηρεσίες, με αποτέλεσμα τη δημιουργία θέσεων απασχόλησης σε άλλους τομείς της οικονομίας. Εκτός από τη μείωση των κοινωνικών δαπανών που οφείλονται στο κάπνισμα, σε περίπτωση απαγόρευσης του καπνίσματος θα αυξηθεί το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών των καπνιστών, και το εισόδημα από το κέρδος από το ΦΠΑ που θα προέρχεται από νέες επενδύσεις και δαπάνες από τα νοικοκυριά αυτά θα αντισταθμίσει εν μέρει την απώλεια εισοδήματος.

Η πρώτη προσπάθεια καταπολέμησης του καπνίσματος σε παγκόσμιο επίπεδο έγινε από τον Π.Ο.Υ. Καταβάλλοντας ιδιαίτερες προσπάθειες και έχοντας να αντιμετωπίσει ισχυρά οικονομικά συμφέροντα, πέτυχε το 2003 τη σύναψη μιας παγκόσμιας Συνθήκης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC), η οποία υπογράφηκε από 192 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, με σκοπό να περιορίσει αυτή την παγκόσμια επιδημία. Η συνθήκη τέθηκε σε εφαρμογή τον Φεβρουάριο του 2005 και περιλαμβάνει το πλαίσιο για τη θέσπιση ολοκληρωμένης νομοθεσίας και ολοκληρωμένης πολιτικής για τον έλεγχο του καπνίσματος, με την ανάληψη από τα κράτη μιας σειράς μέτρων και πρωτοβουλιών για την έκθεση στον καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στις δημόσιες συγκοινωνίες και στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τη περίοδο 2002-2006 έχουν γίνει οι σημαντικότερες αλλαγές στην πολιτική ελέγχου καπνών στα περισσότερα κράτη μέλη. Εντούτοις, οι κρίσιμες τάσεις στην επικράτηση του καπνίσματος, ιδιαίτερα στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού και οι αδυναμίες στην εφαρμογή των νέων πολιτικών απαιτούν την επείγουσα προσοχή. Τα διαθέσιμα στοιχεία, δείχνουν ότι η επιδημία του καπνίσματος έχει γενικά σταθεροποιηθεί, με αποτέλεσμα στις περισσότερες χώρες η επικράτηση του καπνίσματος και η ζημιά που προκαλείται από το κάπνισμα να μειώνονται. Ωστόσο, οι συνέπειες είναι ακόμα καταστρεπτικές για τη δημόσια υγεία και οι χώρες πρέπει να ενισχύσουν τις πολιτικές και την εργασία τους προς τους στόχους που καθορίζονται στην παγκόσμια συνθήκη του Π.Ο.Υ και στην Ευρωπαϊκή στρατηγική για τον έλεγχο του καπνίσματος.

Τα πρόσφατα έτη επίσης έχουν δείξει, ότι υπάρχει αυξανόμενη δημόσια υποστήριξη υπέρ των εθνικών και διεθνών προσπαθειών για να αναπτυχθεί και να ενισχυθεί η νομοθεσία και οι κανονισμοί για τον έλεγχο του καπνίσματος. Επομένως, οι κυβερνήσεις και η κοινωνία πρέπει να χρησιμοποιήσουν την τρέχουσα ορμή για να δημιουργήσουν μια κρίσιμη καμπή στην καταπολέμηση της επιδημίας του καπνίσματος. Αυτό δημιουργεί επίσης τις ευκαιρίες για τη συμμόρφωση με τη νομοθεσία μέσω των κατάλληλων και ισχυρότερων (όταν χρειάζεται) μηχανισμών επιβολής, των ποινών, των περιεκτικών εκστρατειών πληροφόρησης και της προσφυγής στο δικαστήριο.

Στην Ελλάδα, η κατανάλωση του καπνού αυξάνεται με ρυθμό απαράδεκτα υψηλό. Οι πιο σημαντικές προσπάθειες που έχουν γίνει για την απαγόρευση του καπνίσματος είναι οι υγειονομικές διατάξεις του 2002 και 2003, σύμφωνα με τις οποίες το κάπνισμα απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους χώρους, τα μεταφορικά μέσα και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, τα μέτρα αυτά δεν έχουν εφαρμοστεί σε όλους τους τομείς πολιτικής, καθώς υπάρχει μερική απαγόρευση στα δημόσια κτίρια και στους εσωτερικούς χώρους εργασίας, περιορισμένη δραστηριότητα ενημέρωσης και πληροφόρησης του πληθυσμού σχετικά με το κάπνισμα, υπάρχουν ελάχιστα εξειδικευμένα κέντρα διακοπής του καπνίσματος και δεν υπάρχει επαρκής εποπτεία στην εφαρμογή των απαγορεύσεων, με αποτέλεσμα και πάλι την αύξηση της κατανάλωσης του καπνού. Επιπλέον έχει ψηφιστεί και η υγειονομική διάταξη του 2008, η οποία αποτελεί μια γενικότερη πολιτική της κυβέρνησης, για τη δημόσια υγεία και την πρόληψη, προκειμένου να εξαλειφθούν

όλες οι βασικές πηγές κινδύνων για την υγεία των πολιτών, αλλά θα τεθεί σε εφαρμογή τον Ιούλιο του 2009.

Αυτή η κατάσταση αποδεικνύεται και από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Νομό Μεσσηνίας, καθώς σε καμία δημόσια υπηρεσία του δείγματος δεν ισχύει η ολοκληρωτική απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας και σε άλλους κοινόχρηστους χώρους, δεν υπάρχει καθορισμένος χώρος με ισχυρή εγκατάσταση συστήματος εξαερισμού για τους εργαζόμενους καπνιστές και κανένας οργανισμός, εκτός από το νοσοκομείο Καλαμάτας, δεν παρέχει πληροφόρηση σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες, την πρόληψη και τη διακοπή του καπνίσματος.

Η δυσκολία μιας τέτοιας προσπάθειας στην Ελλάδα και σε άλλα κράτη, οφείλεται σε πολλούς λόγους μεταξύ των οποίων οι σπουδαιότεροι είναι η σιωπηρή ανοχή των κυβερνήσεων λόγω των εσόδων που εισπράττουν από τη φορολογία του καπνού και το συνάλλαγμα από τις εξαγωγές όπως και η συνεχής αντίδραση που αντιμετωπίζει κάθε αντικαπνιστική εκστρατεία από τις τάξεις των καπνοπαραγωγών, των καπνοβιομηχανιών, διαφημιστών και όλων εκείνων που συμμετέχουν στο κύκλωμα παραγωγής και κατανάλωσης του καπνού.

Αυτό σημαίνει ότι για να καταπολεμηθεί το πρόβλημα του καπνίσματος πρέπει πρώτα απ' όλα να αλλάξουν νοοτροπία οι κυβερνήσεις και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της υγεία του πληθυσμού από το κάπνισμα, με την πρέπουσα σοβαρότητα και στις πραγματικές διαστάσεις αφού η επιβάρυνση του προϋπολογισμού για τη νοσηλεία, την περίθαλψη και γενικότερα το κόστος από παθήσεις με αιτία το κάπνισμα είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από τα έσοδα που εισπράττει το κράτος από την κατανάλωση και τις εξαγωγές καπνού.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τα αδιαφιλονίκητα επιστημονικά στοιχεία της βλάβης που προκαλεί το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα και τον αντίκτυπο των πολιτικών καθαρού αέρα σε εσωτερικούς χώρους στη συνολική μείωση της χρήση του καπνού, η πολιτική με το ευρύτερο πεδίο εφαρμογής θα μπορούσε να επιφέρει το μέγιστο όφελος στη δημόσια υγεία του πληθυσμού. Επίσης θα δημιουργούσε ένα επίπεδο ανταγωνισμού για όλους τους επιχειρηματίες. Ορισμένα παραδείγματα ενιαίας πολιτικής για την απαγόρευση του καπνίσματος που σημείωσαν επιτυχία και ισχύουν τώρα σε όλο τον κόσμο αποδεικνύουν ότι αυτή η επιλογή είναι βιώσιμη και εφαρμόσιμη.

Μια υπεύθυνη κοινωνική πολιτική οφείλει να δημιουργήσει ένα περιβάλλον, στο οποίο το κάπνισμα δεν θα θεωρείται πλέον φυσιολογικό, θα ενθαρρύνει τους καπνιστές να μειώσουν ή να σταματήσουν το κάπνισμα, θα τους στηρίζει κατά τη διαδικασία απεξάρτησης από το κάπνισμα και θα αποτρέπει τα παιδιά και τους νέους από το να αρχίσουν να καπνίζουν. Παρακάτω αναφέρονται μια σειρά μέτρων και πολιτικών κατά του καπνίσματος :

1) Η πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση, θα ήταν να προταθεί πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς ή σχεδόν κλειστούς χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων συγκοινωνιών, χωρίς δημιουργία χώρων καπνιζόντων.

Η εμπειρία άλλων χωρών έχει αποδείξει την επιτυχία του μέτρου αν υποστηριχθεί κατάλληλα. Ο φυσικός χωρισμός των καπνιστών από τους μη καπνιστές με τη μορφή των κλειστών χώρων καπνίσματος μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα των συστημάτων αερισμού στο τμήμα των χώρων στο οποίο απαγορεύεται το κάπνισμα. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή δεν προστατεύει τους παρευρισκόμενους σε χώρους καπνίσματος και τους εργαζόμενους που πρέπει να εισέλθουν στο χώρο στο πλαίσιο της εργασίας τους.

Ένα άλλο πρόβλημα σχετικά με τους χώρους καπνίσματος είναι το σημαντικό οικονομικό κόστος, το οποίο θα δημιουργούσε ένα άνισο πεδίο ανταγωνισμού για τις μικρότερες επιχειρήσεις. Επιπλέον, η λειτουργία και η συντήρηση αεριζόμενων χώρων καπνίσματος συνεπάγεται τεράστια υποδομή ελέγχου και παρακολούθησης.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι, όπου χρησιμοποιούνται συστήματα αερισμού, συχνά δεν πληρούν τα πρότυπα που ορίζονται από τη νομοθεσία.

2) Οι περιορισμοί μπορούν να επεκταθούν σε εξωτερικούς χώρους γύρω από τις εισόδους των κτιρίων και πιθανώς σε άλλους δημόσιους εξωτερικούς χώρους, όπου οι άνθρωποι κάθονται ή στέκονται ο ένας κοντά στον άλλο, όπως ανοικτά στάδια και χώροι ψυχαγωγίας, στάσεις λεωφορείων, αποβάθρες σιδηροδρομικών σταθμών κ.τ.λ.

3) Μια λιγότερο αυστηρή προσέγγιση, θα ήταν να προταθεί πλήρης απαγόρευση σε όλους τους κλειστούς ή σχεδόν κλειστούς χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους αλλά με εξαιρέσεις για ορισμένες κατηγορίες χώρων. Ελάχιστες απαιτήσεις για κλειστούς χώρους καπνιστών, συμπεριλαμβανομένων των προδιαγραφών για τον αερισμό, μπορούν να καθοριστούν για τους χώρους που εξαιρούνται από την απαγόρευση.

4) Δημιουργία ακέραιων μηχανισμών ελέγχου και καταστολής και επιβολή αυστηρών κυρώσεων στις επιχειρήσεις που παρανομούν, εκμηδενίζοντας το ενδεχόμενο διαφθοράς των ελεγκτικών μηχανισμών.

5) Απαγόρευση κάθε είδους διαφήμισης, περιλαμβανομένου δειγματισμού, χορηγίας και γκρίζας διαφήμισης. Να κοπεί αυτή η ροή μηνυμάτων προς τα μυαλά των ανθρώπων της επόμενης γενιάς.

6) Αντικαπνιστική εκστρατεία στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Χρήση του ίδιου όπλου που χρησιμοποιεί η καπνοβιομηχανία, της διαφημιστικής οδού για την αποστολή των αντίθετων μηνυμάτων προς την κοινωνία.

7) Προσπάθειες θα μπορούσαν επίσης να καταβληθούν στην προώθηση περιβάλλοντος χωρίς καπνό με διαφορετικά από τη νομοθεσία μέσα, όπως είναι εκστρατείες πληροφόρησης και διαπαιδαγώγησης, πρωτοβουλίες δικτύωσης κ.λπ. Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, αν και αποτελεί μια ανεξάρτητη δραστηριότητα, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας.

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που από τη φύση του επαγγέλματος τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της ενημέρωσης του κοινού σε θέματα υγείας. Τέτοιες κατηγορίες ατόμων, εκτός από

τους γιατρούς και τους υγειονομικούς, είναι κυρίως οι εκπαιδευτικοί, οι γυμναστές και οι προπονητές.

Οι υγειονομικές αρχές και οι οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές αρχές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό σχετικά με τους κινδύνους από το κάπνισμα. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενσωματωθούν στο γενικότερο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θέματα υγείας των σχολείων, των πανεπιστημίων και των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

8) Διασφάλιση με κάθε τρόπο τα παραπάνω μέτρα να έχουν διακομματικό χαρακτήρα. Κανένας υπουργός να μην έχει δικαίωμα να χορηγήσει άδεια διαφήμισης, δωρεάν δειγματισμού, χορηγίας, κλπ. και οπωσδήποτε πρώτοι θα πρέπει να σεβαστούν και να εφαρμόσουν τα μέτρα οι πολιτικοί. Να δώσουν στους πολίτες το καλό παράδειγμα και όχι να καπνίζουν στη Βουλή, στους χώρους εργασίας και άλλους χώρους όπου υπάρχει απαγόρευση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Constantine I. Vardavas, Anthony G. Kafatos, “Smoking policy and prevalence in Greece”, www.eurpub.oxfordjournals.org (τελευταία πρόσβαση: 4/12/08)

Global Smoke free Partnership, “Working For Smoke free Air”, 2008, www.globalsmokefree.com (τελευταία πρόσβαση: 2 /2/09)

Smoke Free Partnership, “Lifting the smokescreen”, Belgium 2006, www.smokefreepartnership.eu (τελευταία πρόσβαση: 2/2/09)

WHO, “legislating for smoke-free workplaces”, Denmark 2006, www.euro.who.int (τελευταία πρόσβαση: 21/9/08)

WHO, “Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: Policy recommendations”, France 2007, www.who.int (τελευταία πρόσβαση: 2/2/09)

WHO, “The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting”, Denmark 2000, www.euro.who.int (τελευταία πρόσβαση: 2/12/08)

WHO, “The European Tobacco Control Report 2007”, www.euro.who.int (τελευταία πρόσβαση: 29/10/08)

Ελληνική

ΔΟΔΟΠΟΥΛΟΣ, Σ.ΧΡ., *Καπνός και Κάπνισμα: Ένα πολυσύνθετο και δυσεπίλυτο ζήτημα*, Αθ.Σταμούλης, Αθήνα 2004

Έλενα Φυντανίδου, «Εκτός νόμου το τσιγάρο», το ΒΗΜΑ 18/5/2008, www.tovima.gr (τελευταία πρόσβαση: 10/2/09)

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, «Κάπνισμα και υγεία», www.cancer-society.gr (τελευταία πρόσβαση: 4/12/08)

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, «Ζωή χωρίς κάπνισμα», www.cancer-society.gr (τελευταία πρόσβαση: 4/12/08)

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Πράσινη βίβλος: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα», Βρυξέλες 2007, www.ec.europa.eu/health

«Η Επιδημιολογία του καπνίσματος», www.neaygeia.gr (τελευταία πρόσβαση: 4/2/09)

Help – For a life without tobacco, «Οι Έλληνες, πρωταθλητές και στο παθητικό κάπνισμα», 15/11/2007 Αθήνα, www.neaygeia.gr (τελευταία πρόσβαση: 10/3/09)

«Κάπνισμα και εργασία», Focus magazine 26/11/2002, www.nonsmokersclub.com (τελευταία πρόσβαση: 10/1/09)

Ν. 3730/2008 (ΦΕΚ 263/Α΄/23.12.2008) «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις», www.elinyae.gr (τελευταία πρόσβαση: 26/2/09)

«Παθητικό κάπνισμα», www.el.help-eu.com (τελευταία πρόσβαση: 10/2/09)

«Παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας και καρκίνος του πνεύμονα», medlook 11/9/2002, www.medlook.net (τελευταία πρόσβαση: 9/11/08)

Πνεύμων (Τεύχος 1, 2005) , Γ. Ραχιώτης, Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης, «Εργασία και κάπνισμα», www.pneumon.org (τελευταία πρόσβαση: 4/12/08)

ΠΟΝΤΙΦΗΚΑΣ, Γ., *Μάθετε για το κάπνισμα*, Β έκδοση, Παρισιανού, Αθήνα 2006

«Σχέδιο δράσης με σειρά μέτρων κατά του καπνίσματος», www.nonsmokersclub.com (τελευταία πρόσβαση: 9/3/09)

ΤΣΑΡΟΥΧΑΣ, Κ., *Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει*, Αλήθεια, Αθήνα 2007

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012», Αθήνα 2008, www.mohaw.gr (τελευταία πρόσβαση: 8/10/08)

Υ.Α. Υ1/Γ.Π./οικ. 76017/2002 (ΦΕΚ 1001/Β`/29.8.2002), «Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας», www.elinyae.gr (τελευταία πρόσβαση: 26/2/09)

Υ.Α. Υ1/Γ.Π./ΟΙΚ. 82942/2003 (ΦΕΚ 1292/Β`/12.9.2003), «Συμπλήρωση της υ.δ Υ1/Γ.Π./76017/02 (1001/Β) περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας», www.elinyae.gr (τελευταία πρόσβαση: 26/2/09)

Χαράλαμπος Πετρόχειλος, «Νομοσχέδιο για την προστασία των ανηλίκων από τον καπνό και την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους», mednutrition12/11/2008, www.mednutrition.gr (τελευταία πρόσβαση: 25/2/09)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

A. ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 3.1 Απαγορευτικές πολιτικές του καπνίσματος σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

ΑΥΣΤΡΙΑ	Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, απαγορεύεται το κάπνισμα σε δημόσια κτίρια, σχολεία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, δημόσιες μεταφορές. Δεν απαγορεύεται στους χώρους εργασίας.
ΒΕΛΓΙΟ	Από το 2006, απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας. Επιτρέπεται μόνο σε καθορισμένους αεριζόμενους χώρους. Απαγόρευση του καπνίσματος στα εστιατόρια - επιτρέπεται μόνο σε ξεχωριστούς κλειστούς αεριζόμενους χώρους. Εξαιρούνται τα μπαρ, όπου απαιτείται αερισμός και τμήμα μη καπνιστών.
ΓΑΛΛΙΑ	Από το 2008, πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, εστιατόρια και μπαρ.
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	Από το 2002, απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους και χώρους εργασίας. Δεν απαγορεύεται όμως στις συγκοινωνίες και σε ορισμένα δημόσια κτίρια.
ΙΤΑΛΙΑ	Από το 2005, απαγόρευση σε όλους τους δημόσιους χώρους, τους χώρους εργασίας και τα εστιατόρια. Επιτρέπεται μόνο σε καθορισμένους κλειστούς αεριζόμενους χώρους καπνίσματος.
ΙΣΠΑΝΙΑ	Από το 2006, απαγορεύεται στους χώρους εργασίας και σε εστιατόρια και μπαρ μεγαλύτερα των 100 τμ. που δεν έχουν τμήμα καπνιστών.
ΣΟΥΗΔΙΑ	Απαγόρευση ισχύει για όλους τους χώρους εργασίας. Από το 2005 πλήρης απαγόρευση σε εστιατόρια, μπαρ και καφέ. Επιτρέπεται μόνο σε ειδικά κλειστά αεριζόμενα δωμάτια καπνίσματος.
ΑΓΓΛΙΑ	Από το 2007, πλήρης απαγόρευση σε όλους τους χώρους εργασίας, εστιατόρια και μπαρ.
ΕΛΛΑΔΑ	Από το 2003, απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους εργασίας, μεταφορικά μέσα και υπηρεσίες υγείας.
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	Το Μάρτιο του 2004 έγινε η πρώτη χώρα στον κόσμο που επέβαλε πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, χώρους εργασίας, εστιατόρια και παμπ.
ΔΑΝΙΑ	Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, το κάπνισμα απαγορεύεται μόνο στα σχολεία και στα κυβερνητικά/δημόσια κτίρια/υπηρεσίες στα οποία έχει πρόσβαση το ευρύ κοινό.
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	Πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος έχει επιβληθεί για όλους τους χώρους εργασίας. Το κάπνισμα επιτρέπεται σε χώρους διασκέδασης και προβλέπονται χώροι για καπνιστές.

Πηγή : WHO, The European Tobacco Control Report, Copenhagen, 2007, p.40-41, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

Πίνακας 3.2 Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού σε χώρες της Ευρώπης, 2006

	TV	Ραδιόφωνο	Κινηματογράφος	Τοπικά περιοδικά	Υπαίθρια διαφήμιση	Σημεία πώλησης, κιόσκια
Αυστρία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Δανία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Γαλλία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Γερμανία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Καμία	Καμία	Καμία	Μερική απαγόρευση
Ελλάδα	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Καμία	Καμία	Καμία	Καμία
Ισπανία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Ιταλία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Μ.Βρετανία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Νορβηγία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Ολλανδία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Πορτογαλία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Σουηδία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Φινλανδία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση

Πηγή : WHO, The European Tobacco Control Report, Copenhagen, 2007, p.45, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

Πίνακας 3.3. Διακοπή του καπνίσματος ως τμήμα της εκπαίδευσης, της εθνικής υγείας και των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, 2006

Χώρα	Πρωθητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα ενθάρρυνση της διακοπής του καπνίσματος	<u>Εθνική υγεία</u> Το πρόγραμμα περιλαμβάνει πρόληψη και επεξεργασία της εξάρτησης του καπνού	<u>Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη</u> Το πρόγραμμα περιλαμβάνει πρόληψη, διάγνωση και επεξεργασία της εξάρτησης του καπνού
ΚΡΟΑΤΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σε περιφερειακό επίπεδο
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	Σε περιφερειακό επίπεδο	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΓΑΛΛΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΓΓΛΙΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΙΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΙΤΑΛΙΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	Σε περιφερειακό επίπεδο
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΣΟΥΗΔΙΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΥΣΤΡΙΑ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΒΕΛΓΙΟ	Σε περιφερειακό επίπεδο	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	Σε περιφερειακό επίπεδο	ΝΑΙ	Σε περιφερειακό επίπεδο
ΔΑΝΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ

Πηγή : WHO, The European Tobacco Control Report, Copenhagen, 2007, p.54, όπως αναφέρεται στο www.euro.who.int

Πίνακας 3.4 Νομοθετικές πράξεις για το κάπνισμα στην Ελλάδα

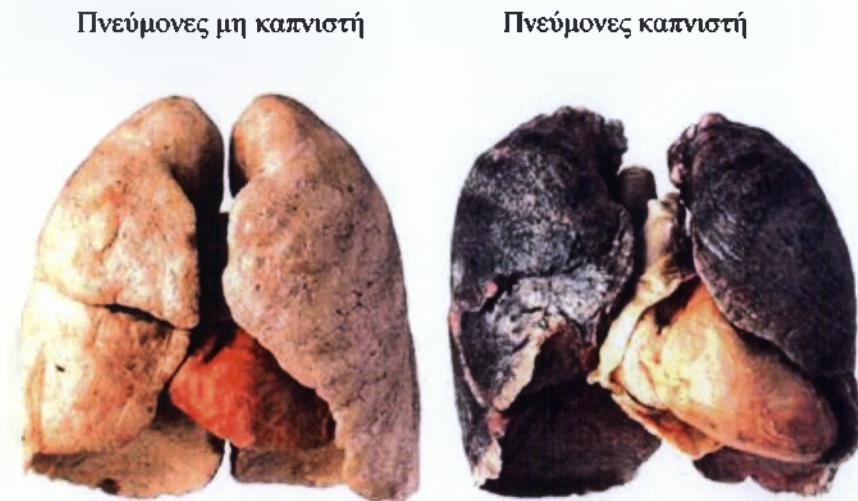
Έτος	Είδος/αριθμός	Περιεχόμενο
1952	ΥΑ 389966	Απαγόρευση καπνίσματος στα μεταφορικά μέσα.
1979	ΥΑ 1989	Απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στις ιδιωτικές κλινικές.
1980	ΥΑ 25.5.1980	Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους.
1989	ΥΑ 1591	Απαγόρευση διαφήμισης σε χώρους υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, νεότητας, άθλησης κλπ.
1990	ΥΑ 4508	Απαγόρευση καπνίσματος στις αεροπορικές πτήσεις εσωτερικού.
1990	ΚΥΑ 2160	Σήμανση προϊόντων καπνού, σε συμμόρφωση με την Οδηγία 89/622.
1991	Ν 1943	Απαγόρευση άμεσης και έμμεσης διαφήμισης προϊόντων καπνού στην κρατική τηλεόραση.
1991	ΚΥΑ 5259	Καθορισμός περιεκτικότητας σε πίσσα, σύμφωνα με την Οδηγία 90/239.
1992	ΠΔ 236	Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού στην τηλεόραση και απαγόρευση χορηγίας τηλεοπτικών εκπομπών.
1992	ΥΑ 2917	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
1993	ΥΑ 4322	Απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους υπηρεσιών υγείας.
1993	Υ3/ΟΙΚ.4552	Ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Διακοπής Καπνίσματος σε δημόσια νοσοκομεία.
1996	ΥΑ 2431	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
2002	ΥΑ 76017	Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
2003	ΚΥΑ 266	Διατάξεις για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την οδηγία 2001/37/ΕΚ.
2003	ΥΑ 82942	Συμπλήρωση διατάξεων για απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και υπηρεσίες υγείας.
2005	ΚΥΑ 81348	Διατάξεις για τη διαφήμιση και χορηγία προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2003/33/ΕΚ.

Πηγή : Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012, Αθήνα, 2008, σ.47

Β. ΕΙΚΟΝΕΣ



Εικόνα 3.1. Προειδοποιητικές επιγραφές καπνίσματος



Εικόνα 1.2. Τα μαύρα σημεία στον δεξί πνεύμονα οφείλονται στην εναπόθεση πίσσας στις κυψελίδες. Πηγή: Γ. Ποντίφικας, *Μάθετε για το κάπνισμα*, Αθήνα 2006, σ.114



Εικόνα 1.3. Έγκυος που καπνίζει.

Πηγή: «Το κάπνισμα κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης», όπως αναφέρεται στο www.aminhagravidez.com/el



Εικόνα 1.4. Η μητέρα καπνίζει και δηλητηριάζει το έμβρυο που γίνεται παθητικός καπνιστής.

Πηγή: Γ. Ποντίφικας, *Μάθετε για το κάπνισμα*, Αθήνα 2006, σ. 132

ΦΕΚ 1. Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ)

- 108. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Λήμνου
- 109. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Ικαρίας
- 110. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Κέας
- 111. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Τήνου
- 112. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Μήλου
- 113. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Θήρας
- 114. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Άνδρου
- 115. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Πάρου
- 116. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Νόσου

2. Τα Κέντρα αυτά αποτελούν εξέλιξη του Προγράμματος "Αστερίας" και λειτουργούν με την οργανωτική μορφή και τις αρμοδιότητες που περιγράφονται στο Άρθρο 31 του Ν.3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 102/τ. Α'/1.5.2002).

3. Στους ΟΤΑ στους οποίους προβάλλεται η λειτουργία ΚΕΠ με παραρτήματα, το κεντρικό ΚΕΠ θα λειτουργήσει με την διάρθρωση που προβλέπεται στις σχετικές διατάξεις του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002.

4. Ο αύξων αριθμός που αντιστοιχεί στα ανωτέρω ΚΕΠ αποτελεί τον διακριτό ηλεκτρονικό αριθμό τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Αυγούστου 2002
ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ

Αριθ. ΔΙΣΚΠΟ Φ.1/οικ. 14892 (3)
Έναρξη λειτουργίας Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμων Νέας Ερυθραίας και Καλυβίων Αττικής.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ,
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α) της παραγράφου 1, 2, 3, 4, 5 και 7 του Άρθρου 31 του Ν. 3013/ 2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 102/τ. Α'/1.5.2002).

β) του Ν. 2880/ 2001 "Πρόγραμμα "ΠΟΛΙΤΕΙΑ" για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 9/τ.Α/30.1.2001).

γ) του άρθρου 29 Α' του Ν. 1558/1985 (ΦΕΚ 137 τ. Α'/1985) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154 τ. Α'/1992) και τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του εδαφίου α' της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38 τ.Α/ 1997).

2. Την ΔΙΔΚ/Φ. 1/2/22875/ (ΦΕΚ 1480/τ. Β'/31.10.2001) κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης".

3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής ενεργοποιείται η δαπάνη που είχε προϋπολογιστεί κατά τη ψήφιση των διατάξεων του άρθρου 31 του Ν. 3013/ 2002, κατά το μέρος που αυτή αφορά τη λειτουργία των αναφερομένων στην παρούσα απόφαση Κέντρων Εξυπηρέτησης των Πολιτών, αποφασίζουμε:

1. Ως ημερομηνία έναρξης λειτουργίας των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών του Δήμου Νέας Ερυθραίας και του Δήμου Καλυβίων Αττικής, με την οργανωτική μορφή και τις αρμοδιότητες που περιγράφονται στο Άρθρο 31 του Ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 102/τ. Α'/1.5.2002) ορίζεται η 1η Αυγούστου 2002.

Α/Α

117. Κέντρα Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Νέας Ερυθραίας

118. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καλυβίων Αττικής

2. Ο αύξων αριθμός που αντιστοιχεί στα ανωτέρω ΚΕΠ αποτελεί τον διακριτικό τίτλο ηλεκτρονικό αριθμό τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Αυγούστου 2002
ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ

Αριθ. ΥΠ.Π./οικ. 78017 (4)
Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
(ΥΠΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ)**

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Του Α.Ν. 2520/40 (Φ.Ε.Κ. 273/1940 τ. Α) "Περί Υγειονομικών Διατάξεων".

2. Του Ν. 2218/94 (Φ.Ε.Κ. 90/1894 τ. Α) "Ίδρυση νομαρχιακής αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις".

3. Του Π. Δ/γματος 95/2000 (Φ.Ε.Κ. 76/2000 τ.Α) "Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας".

4. Της 3418/9.7.2002 (ΦΕΚ 881/2002 τ.Β) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας "Περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Έκτορα Νασσιώκα, Ελπίδα Τσουμή και Δημήτριο Θάνο" και

5. την ανάγκη λήψης μέτρων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από τις επιπτώσεις του καπνού των τσιγάρων, αποφασίζουμε:

Εκδίδουμε την παρούσα Υγειονομική Διάταξη, η οποία θα ισχύει σε όλη την Επικράτεια.

1. Απαγορεύουμε το κάπνισμα στους παρακάτω αναφερόμενους χώρους:

α. Σε όλα τα κτίρια όπου στεγάζονται Γραφεία Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχαρτηγούνται από το Κράτος, Οργανισμοί και άλλα Ιδρύματα (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κ.λπ.). Επίσης σε χώρους εργασίας που ανήκουν σε ιδιωτικούς φορείς, καθώς και στους χώρους μακράς αναμονής του κοινού (αίθουσες αναμονής αεροδρομίων, σιδηροδρομικών σταθμών, σταθμών λεωφορείων κ.λ.π.)

β. Σε όλες τις μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως:

- 1) Νοσοκομεία.
- 2) Ιδιωτικές Κλινικές.
- 3) Κέντρα Υγείας.
- 4) Περιφερειακά Ιατρεία.
- 5) Δημοτικά Ιατρεία.
- 6) Ιατρεία Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (Ι.Κ.Α., κ.λ.π.)
- 7) Ιδιωτικά Ιατρεία - Οδοντιατρεία.
- 8) Φαρμακεία.
- 9) Λοιπές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).
- 10) Σε κάθε άλλο χώρο που δεν αναφέρεται παραπάνω, όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας.

γ. Σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση όπως:

- 1) Σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά).
- 2) Σχολεία Δευτεροβάθμιας και Μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά).
- 3) Πανεπιστήμια, Τεχνολογικά Ιδρύματα και γενικά Ιδρύματα Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

4) Φροντιστήρια.

δ. Στα νηπιαγωγεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς, παιδότοπους.

Στα κτίρια των Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμών και άλλων Ιδρυμάτων (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κ.λπ.), στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, Ιδιωτικές Κλινικές, Κέντρα Υγείας, Ιατρεία Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (Ι.Κ.Α., κ.λπ.), ορίζονται ειδικοί χώροι (καπνιστήρια), στους οποίους θα υπάρχει ισχυρή εγκατάσταση συστήματος εξερευνημού για τους εργαζόμενους καπνιστές.

Τα ανωτέρω ισχύουν και για τα σχολεία, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και για τα φροντιστήρια, μόνο για το προσωπικό που επιθυμεί να καπνίσει, για δε τις σχολές τις τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για τους εργαζόμενους (επιστημονικό και διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό) και για τους φοιτητές.

Οι χώροι θα οριστούν από τους διευθυντές-προϊστάμενους των αρμοδίων φορέων ανάλογα με τις ανάγκες τους, με σκοπό να μην παρεμποδίζεται η ουσιαστική λειτουργία της υπηρεσίας.

II. Επίσης στα μέσα μαζικής μεταφοράς.

1) Λεωφορεία (Κ.Τ.Ε.Λ., Αστικά, Τουριστικά, Σχολικά κ.λπ.)

2) Τρένα (Ο. Σ. Ε., ΜΕΤΡΟ, Η. Σ. Α. Π. κ.λπ.)

3) Πλοία εσωτερικών γραμμών: Σε αυτά θα υπάρχει ένας χώρος "καπνιστήρια", καλά αεριζόμενος, εάν είναι δυνατόν ανά όροφο.

4) Αεροπλάνα εσωτερικών αερογραμμών.

5) Ταξί.

III. Επίσης σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, κατά την έννοια των διατάξεων του άρθρου 5 της Α1β/8577/83 Υγειονομικής Διάταξης (Φ.Ε.Κ. 526/83 τ. Β') με εξαίρεση τα αμνη καταστήματα Μπαρ και Παραδοσιακά Καφενεία του άρθρου 37 και τα Κέντρα Διασκεδάσεως του άρθρου 41 αυτής.

Ειδικότερα στα καταστήματα των άρθρων 37, 38 και 39 και τα μικτά καταστήματα του άρθρου 40 της ανωτέρω Υγειονομικής Διάταξης, μπορεί να επιτρέπεται το κάπνισμα στην αίθουσα πελατών αυτών, σε χώρο φυσικά ή νοητά χωρισμένο, όπου θα υπάρχει ειδική πινακίδα με την ένδειξη "θέσεις για καπνίζοντες". Ο χώρος των μη καπνιζόντων θα έχει εμβαδόν τουλάχιστον 50% του χώρου της αίθουσας πελατών, θα αποτυπώνεται στα σχεδιαγράμματα που προσκομίζονται για την έκδοση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας και θα αναγράφεται στην άδεια λειτουργίας.

Ο χώρος των καπνιζόντων θα πρέπει να έχει ειδικές μηχανολογικές εγκαταστάσεις συνεχούς και πλήρους ανανέωσης του αέρα.

Στα καταστήματα της προηγούμενης παραγράφου, εφόσον χρησιμοποιούν αποκλειστικά ή παράλληλα με την κλειστή αίθουσα πελατών και υπαίθριους χώρους, για την ανάπτυξη τραπεζοκαθισμάτων, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, επιτρέπεται το κάπνισμα και στους υπαίθριους αυτούς χώρους.

IV. Υπεύθυνοι για την εφαρμογή των διατάξεων της παρούσας υγειονομικής διάταξης είναι:

Για τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τις Ιδιωτικές Κλινικές, οι Διοικητές και οι Διοικητικοί Διευθυντές.

Για τους άλλους χώρους, οι οποίοι αναφέρονται παραπάνω, οι άμεσα προϊστάμενοι των υπηρεσιών των χώρων στέγασης αυτών.

Για τους λοιπούς χώρους των ιδιωτικών επιχειρήσεων, οι υπεύθυνοι εκμετάλλευσής αυτών.

Μεταβατικές Διατάξεις

Τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος και οι Μο-

νάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας που ήδη λειτουργούν οφείλουν να προσαρμοστούν με τους όρους της παρούσας διάταξης εντός εύλογης προθεσμίας την οποία θα ορίσει η αρμόδια υγειονομική υπηρεσία και η οποία δεν πρέπει να υπερβαίνει του έξι (6) μήνες.

Ειδικότερα οι υπεύθυνοι των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, εντός της ανωτέρω προθεσμίας, οφείλουν να αναρτήσουν δίπλα από την άδεια λειτουργίας του καταστήματος σχεδιάγραμμα κάτοψης της αίθουσας πελατών, σε κλίμακα 1:50, στο οποίο θα απεικονίζεται ο χώρος με τις θέσεις των καπνιζόντων και μη καπνιζόντων, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσας.

Επίσης οι διοικήσεις των δημοσίων υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το κράτος, οργανισμών και άλλων ιδρυμάτων (ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΛ.ΤΑ. κ.λπ.) καθώς και οι υπεύθυνοι των χώρων μακράς αναμονής του κοινού πρέπει να φροντίσουν για την εφαρμογή των παραπάνω διατάξεων εντός εύλογου χρονικού διαστήματος που δεν πρέπει να υπερβαίνει τους έξι (6) μήνες.

Καταργούμενες διατάξεις

Από την έναρξη εφαρμογής της παρούσας καταργούνται:

Η Α2/οικ 1989/79 (ΦΕΚ 416/3.5.79 τ. Β') Υγειονομική Διάταξη "Περί απαγόρευσης του καπνίσματος στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στις Ιδιωτικές Κλινικές".

Το άρθρο 6 της αριθμ. 388986/52 (ΦΕΚ 235/52 τ. Β') Υγειονομικής Διάταξης "Περί υγειονομικών μέτρων επί των πάσης φύσεως μεταφορικών μέσων".

Η Γ.Υ. οικ 4508/21.5.1990 (ΦΕΚ 327/90 τ. Β') Υγειονομική Διάταξη "Απαγόρευση καπνίσματος στις πτήσεις των εσωτερικών αερογραμμών".

Κυρώσεις

Οι παραβάτες της παρούσας διώκονται και τιμωρούνται σύμφωνα με το άρθρο 3 του ΑΝ 2520/40 (ΦΕΚ 273/40 τ. Α') "Περί Υγειονομικών Διατάξεων", όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο μόνο του Ν. 290/1943 (ΦΕΚ 185 Α), που κυρώθηκε με την 303/1948 ΠΥΣ και αντικαταστάθηκε με την παράγραφο 4 του άρθρου 4 του Ν. 2207/94 (ΦΕΚ 65 Α) η οποία αντικαταστάθηκε εκ νέου με την παράγραφο 10 του άρθρου 11 του Ν. 2307/95 (ΦΕΚ 113/95 τ. Α')

Επίσης για τους παραβάτες των διατάξεων της παρούσας εντός των Μονάδων Υγείας επιβάλλονται και οι παρακάτω διοικητικές κυρώσεις:

α) στους παραβάτες ασθενείς, πειθαρχικό εξτήριο.

β) στους παραβάτες επισκέπτες και συνοδούς, αποβολή από τη Μονάδα Υγείας.

γ) στους υπεύθυνους εφαρμογής των διατάξεων της παρούσας και εργαζόμενους στις Μονάδες Υγείας, επιβάλλονται οι πειθαρχικές ποινές σύμφωνα με τις διατάξεις του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα.

Η εκτέλεση της παρούσας ανατίθεται στα αρμόδια Υγειονομικά και λοιπά Κρατικά Όργανα. Η ισχύς της αρχίζει μετά δεκαπενθήμερο από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Από τις διατάξεις της παρούσας Υγειονομικής Διατάξεως δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

Η παρούσα Υγειονομική Διάταξη να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 29 Ιουλίου 2002

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Ε. ΝΑΣΙΩΚΑΣ

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

Πηγή: Υ.Α. ΥΙ/Γ.Π./οικ. 76017/2002 (ΦΕΚ 1001/Β'/29.8.2002) Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως αναφέρεται στο www.elinyae.gr

ΦΕΚ 2. Συμπλήρωση της υγειονομικής διάταξης «περί απαγορεύσεως του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας».

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ)

2. Τις διατάξεις του άρθρου 3 παρ. 5 του Ν. 1579/85 (ΦΕΚ 217/Α/85) «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ».

3. Την Υ40/οικ. 39632/21/4/03 (ΦΕΚ 523/τ.Β/2003) Κοινη Υπουργική Απόφαση «Μεταγκατάσταση-εγκατάσταση Πανεπιστημιακών Κλινικών και Εργαστηρίων, της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ.

4. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2468/97, ΦΕΚ 38/Α/97 και το γεγονός ότι από τις διατάξεις της παρούσας απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.

5. Την 3418 (ΦΕΚ 861/Β/02) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας, όπως αυτή τροποποιήθηκε με την 70697/22.7.2003 ΦΕΚ 1012/τ. Β'/22.7.2003 Απόφαση.

6. Τα έγγραφα: 13877/23.7.03 του Γ.Ν. Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», 10/02/6188/10638/11.7.03 του Γ.Ν. Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», 14324/10.7.03 του Γ.Ν. Ν. Θύρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», 28883/16.7.03 του Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», και 6736/14.7.03 του Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», αποφασίζουμε:

1. Οι οκτώ (8) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Παθολογίας που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

2. Οι οκτώ (8) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Ουρολογίας που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

3. Οι επτά (7) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

4. Οι δεκατρείς (13) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Παθολογίας που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

5. Οι τέσσερις (4) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Αιματολογίας που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

6. Οι τέσσερις (4) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Γαστρεντερολογίας που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

7. Οι επτά (7) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Χειρουργικής που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θύρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

8. Οι τρεις (3) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Αγγειοχειρουργικής που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θύρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

9. Οι δεκατρείς (13) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Χειρουργικής που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

10. Οι είκοσι μία (21) θέσεις ειδικευομένων γιατρών ειδικότητας Ορθοπαιδικής που έχουν συσταθεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», μεταφέρονται και προστίθενται στον οργανισμό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ.

Οι Γιατροί που έχουν διοριστεί και ειδικεύονται στις παραπάνω θέσεις που μεταφέρονται, συνεχίζουν την ειδικότητά τους στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 2 Σεπτεμβρίου 2003

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Κ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ

Αριθ. Υ1/Γ.Π./οικ 82942

(2)

Συμπλήρωση της Υ1/Γ.Π./76017/29.7.02 (ΦΕΚ 1001 τ. Β'/1.8.2002) Υγειονομικής Διάταξης «Περί απαγορεύσεως του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας».

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Τον Α.Ν. 2520/40 (Φ.Ε.Κ 273/1940 τ. Α') «Περί Υγειονομικών Διατάξεων».

2. Τον Ν. 2218/94 (Φ.Ε.Κ. 90/1994 τ. Α') «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις».

3. Το Π. Δ/γματος, 95/2000, (Φ.Ε.Κ. 76/2000 Τ.Α') «Περί οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας».

4. Την 3418/Β.7.2002 (Φ.Ε.Κ. 861 τ. Β') Κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Έκτορα Νασιώκα, Ελπίδα Τσαυρή και Δημήτριο Θάνο» και την Γ. Π. οικ. 70697/22.7.03 (Φ.Ε.Κ. 1012 τ. Β') Κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Υγείας και Πρόνοιας Βασίλειο Κονταγιαννόπουλο».

5. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της παρούσας Υγειονομικής Διάταξης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Συμπληρώνουμε την με Υ1/Γ.Π./76017/29.7.02 (ΦΕΚ 1001/1.8.2002 τ. Β') Υγειονομική Διάταξη ως εξής:

«6. Στην παράγραφο Ι προστίθεται, μετά το εδάφιο δ', εδάφιο ε' ως ακολούθως:

Απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής και προσέλευσης του κοινού, στις αίθουσες συνεδριάσεων, συνελεύσεων, αμφιθέατρα κ.λπ., ενώ στους υπόλοιπους εργασιακούς χώρους, μέσα από διάλογο και διμερείς συμφωνίες εργαζομένων και εργαδοτών, ορίζονται οργα-

νωτικά και χωροταξικά οι χώροι που θα απαγορεύεται ή θα επιτρέπεται το κάπνισμα».

- Η εκτέλεση της παρούσας ανατίθεται στα αρμόδια Υγειονομικά και λοιπά Κρατικά Όργανα. Η ισχύς της αρχίζει μετά δεκαπενθήμερο από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η παρούσα Υγειονομική Διάταξη να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Σεπτεμβρίου 2003

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΚΤΩΡ ΝΑΖΙΩΚΑΣ

Αριθ. 247430

(3)

Συμπλήρωση της 416760 Π.Ε./4.1.2002 υπουργικής απόφασης, «Ορισμός μελών Διοικητικού Συμβουλίου Οργανισμού Ελληνικών Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΕΛ.Γ.Α.)» - Ν.Π.Ι.Δ..

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 29Α του Ν. 1558/85, «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα» (ΦΕΚ Α/137) όπως αυτό προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ Α/154) και τροποποιήθηκε με το άρθρο 1 παρ. 2α του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ Α/38).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 6 παρ. 6 του Ν. 2945/2001 (ΦΕΚ Α/223), «Εθνικό σύστημα Προστασίας της αγροτικής δραστηριότητας και άλλες ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Γεωργίας».

3. Την 416760 Π.Ε./4.1.2002 (ΦΕΚ 2/Β/7.1.2002) απόφαση Υπουργού Γεωργίας, «Ορισμός μελών Διοικητικού Συμβουλίου Οργανισμού Ελληνικών Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΕΛ.Γ.Α.)» - Ν.Π.Ι.Δ. όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 271584/2.9.2002 όμοια απόφαση (ΦΕΚ 1147/Β/3.9.2002)

4. Την από 8/2.6.2003 Απόφαση του Δ/Σ του Οργανισμού Αντασφάλισης και Συντονισμού «ΟΑΣΙΣ» για τον ορισμό εκπροσώπου με τον αναπληρωτή του στο Δ.Σ. του ΕΛ.Γ.Α., αποφασίζουμε:

1. Συμπληρώνουμε την 416760 Π.Ε./4.1.2002 (ΦΕΚ 2/Β/7.1.2002) απόφασή μας, όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 271584/2.9.2002 (ΦΕΚ 1147/Β/3.9.2002) όμοια απόφαση και συγκεκριμένα στην παρ. 1 του διατακτικού αυτής προστίθεται περίπτωση ία ως εξής:

«ία. Τον Μπακούρο Αλέξη εκπρόσωπο του Οργανισμού Αντασφάλισης και Συντονισμού (ΟΑΣΙΣ) ως τακτικό μέλος με αναπληρώτρια την Συμενή Ευστραπία εκπρόσωπο του ίδιου Οργανισμού.»

2. Η θητεία των παραπάνω μελών λήγει 6.1.2005.

3. Κατά τα λοιπά εξακολουθεί να ισχύει η 416760 Π.Ε./4.1.2002 (ΦΕΚ 2/Β/7.1.2002) απόφασή μας ως έχει.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Σεπτεμβρίου 2003

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΥΣ

(4)
Απόκτηση Ελληνικής Ιθαγένειας της ομογενούς (ΦΟΤΟΒΑ ΝΑΤΕΛΑ) ΦΩΤΟΒΑ ΝΑΤΕΛΑΣ του ΙΩΑΝΝΗ και της ΡΟΖΑΣ και εξελληνισμός του επωνύμου της.

**Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ**

Με την 2167/17.7.2003 απόφαση του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης, που εκδόθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1, του Ν. 2790/2000 (ΦΕΚ 24/16.2.2000 τ. Α') «Αποκατάσταση των παλιννοστούντων Ομογενών από τη Σοβιετική Ένωση και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε από το Ν. 2910/2001 (ΦΕΚ 91, Α/2.5.2001) «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της Ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις» και την 1104/28.3.2003 (ΦΕΚ 413/Β/9.4.2003) απόφαση του Γ.Γ. Περιφέρειας ΑΜΘ περί μεταβίβασης αρμοδιοτήτων στο Γενικό Διευθυντή της Περιφέρειας, στον Διευθυντή και στους Προϊσταμένους Τμημάτων και Γραφείων της Δ/σης Αστικής Κατάστασης και Αλλοδαπών και Μετανάστευσης της ΠΑΜΘ, γίνεται δεκτή η από 275/13.9.2001 αίτηση, για απόκτηση της Ελληνικής Ιθαγένειας, της ομογενούς (ΦΟΤΟΒΑ ΝΑΤΕΛΑ) ΦΩΤΟΒΑ ΝΑΤΕΛΑΣ του ΙΩΑΝΝΗ και της ΡΟΖΑΣ, την οποία έλκει από τους γονείς της.

Με εντολή Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας

Η Διευθύντρια
Ε. ΚΛΑΔΟΥ

(5)

Απόκτηση Ελληνικής Ιθαγένειας της ομογενούς (PETROSSIAN ANTIGONA) ΠΕΤΡΟΣΙΑΝ ΑΝΤΙΓΟΝΗ συζ. ΣΑΜΠΟ το γένος ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΒ ΓΚΡΙΣΑ και της ΟΛΓΑΣ.

**Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ**

Με την 2621/25.8.2003 απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης, που εκδόθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1, του Ν. 2790/2000 (ΦΕΚ 24/16.2.2000 τ. Α') «Αποκατάσταση των παλιννοστούντων Ομογενών από τη Σοβιετική Ένωση και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε από το Ν. 2910/2001 (ΦΕΚ 91, Α/2.5.2001) «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της Ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις» και την 1104/28.3.2003 (ΦΕΚ 413/Β/9.4.2003) απόφαση του Γ.Γ. Περιφέρειας ΑΜΘ περί μεταβίβασης αρμοδιοτήτων στο Γενικό Διευθυντή της Περιφέρειας, στον Διευθυντή και στους Προϊσταμένους Τμημάτων και Γραφείων της Δ/σης Αστικής Κατάστασης και Αλλοδαπών και Μετανάστευσης της ΠΑΜΘ, γίνεται δεκτή η 128/13.6.2001 αίτηση, για απόκτηση της Ελληνικής Ιθαγένειας, της ομογενούς (PETROSSIAN ANTIGONA) ΠΕΤΡΟΣΙΑΝ ΑΝΤΙΓΟΝΗ συζ. ΣΑΜΠΟ το γένος ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΒ ΓΚΡΙΣΑ και της ΟΛΓΑΣ, την οποία έλκει από τους γονείς της.

Με εντολή Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας

Η Διευθύντρια
Ε. ΚΛΑΔΟΥ

Πηγή: Υ.Α. Υ1/Γ.Π./ΟΙΚ. 82942/2003 (ΦΕΚ 1292/Β/12.9.2003) Συμπλήρωση της υ.δ Υ1/Γ.Π./76017/02 (1001/Β) «περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας», όπως αναφέρεται στο www.elinyae.gr



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 262

23 Δεκεμβρίου 2008

ΝΟΜΟΣ ΥΠ ΑΡΙΘΜ. 3730

Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

Άρθρο 1 Προστασία ανηλίκων

1. Η προστασία των ανηλίκων από τη χρήση προϊόντων καπνού και την κατανάλωση αλκοόλ ανήκει στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ασκείται από την Ειδική Υπηρεσία Προστασίας Ανηλίκων από τον Καπνό και το Αλκοόλ, που προβλέπεται στην παράγραφο 1 του άρθρου 5 του παρόντος.

2. Κατά την έννοια του παρόντος νόμου:

α) προϊόντα καπνού είναι όσα παρασκευάζονται εξ ολοκλήρου ή εν μέρει από φύλλα καπνού ως πρώτη ύλη και προορίζονται για χρήση μέσω εισπνοής, μύξης ή μάσησης.

β) ανήλικοι είναι όποιοι δεν έχουν συμπληρώσει το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας τους.

Άρθρο 2 Ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού

1. Από τη δημοσίευση του παρόντος απαγορεύεται α) η πώληση προϊόντων καπνού σε ανηλίκους και από ανηλίκους.

β) η τοποθέτηση προϊόντων καπνού σε προθήκες καταστημάτων, εξαιρουμένων των καταστημάτων αφορολογητών ειδών, των περιπτέρων και των καταστημάτων που πωλούν αποκλειστικά προϊόντα καπνού.

γ) η κατασκευή, προβολή, εμπορία και πώληση αντικειμένων που έχουν την εξωτερική μορφή προϊόντων καπνού, καθώς και το ηλεκτρονικό τσιγάρο με την επιφύλαξη της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου.

δ) η διαφήμιση και πώληση προϊόντων καπνού σε χώρους Υπηρεσιών Υγείας και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων όλων των βαθμίδων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, καθώς και στα κυλικεία των Ιδρυμάτων και των Υπηρεσιών αυτών.

ε) η πώληση προϊόντων καπνού και το κάπνισμα σε χώρους παροχής υπηρεσιών διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης και

στ) η κατανάλωση προϊόντων καπνού σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής αθλοπαιδιών, ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων.

2. Απαγορεύεται από τη δημοσίευση του παρόντος, χωρίς την προηγούμενη έγκριση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης: (α) κάθε συνοδευτική ένδειξη σε συσκευασίες προϊόντων καπνού, καθώς και κάθε μορφή διαφημιστικής προβολής ή καταχώρισης, σύμφωνα με τις οποίες η χρήση των προϊόντων καπνού εμφανίζει μειωμένο κίνδυνο για την υγεία και (β) η κυκλοφορία προϊόντων, που διατίθενται για τη διακοπή του καπνίσματος. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορήγηση της έγκρισης.

3. Μετά την πάροδο έτους από τη δημοσίευση του παρόντος απαγορεύεται η πώληση προϊόντων καπνού με μηχανήματα αυτόματης πώλησης, καθώς και η πώληση μεμονωμένων σιγαρέτων ή σιγαρέτων σε συσκευασία μικρότερη των είκοσι τεμαχίων.

4. Απαγορεύεται η δωρεάν διανομή προϊόντων καπνού.

5. Στους χώρους πώλησης προϊόντων καπνού αναρτάται σε εμφανές σημείο ένδειξη σχετικά με την απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε ανηλίκους.

Άρθρο 3 Απαγόρευση χρήσης προϊόντων καπνού

1. Εκτός από όσες απαγορευτικές ή περιοριστικές διατάξεις ισχύουν και εφαρμόζονται ήδη, απαγορεύεται πλήρως, από 1^η Ιουλίου 2009, το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού στους ακόλουθους χώρους: (α) σε όλους τους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους, κλειστούς ή στεγασμένους, που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας, εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προβλεφθούν για τους καπνιστές από την κατά περίπτωση αρμόδια αρχή ή όργανο, σύμφωνα με τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που θα εκδοθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος άρθρου, καθώς και των χώρων που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή προϊόντων καπνού, (β) σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, ιδίως τα καταστήματα παρασκευής και προσφοράς φαγητών, ποτών, γλυκισμάτων, κάθε είδους παρασκευασμάτων γάλακτος, μικτών καταστημάτων

και κέντρων διασκέδασης κατά την έννοια των διατάξεων των άρθρων 5, 37, 38, 39, 40 και 41 της υπ' αριθμ. Α1β/8577/1983 Υγειονομικής Διάταξης (ΦΕΚ 526 Β'), εξαιρουμένων των εξωτερικών τους χώρων, (γ) στους παντός είδους κλειστούς χώρους αναμονής, (δ) στα αεροδρόμια, εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προσδιοριστούν για τους καπνιστές, (ε) στους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών λιμένων, (στ) στα παντός είδους κυλικεία, (ζ) στα παντός είδους μέσα μαζικής μεταφοράς συμπεριλαμβανομένων των επιβατηγών δημόσιας χρήσης αυτοκινήτων, με μετρητή (ταξί) και αγοραίων. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύναται να υπάγονται και άλλοι χώροι στην απαγόρευση του παρόντος άρθρου.

2. Μετά τη θέση σε ισχύ της απαγόρευσης της προηγούμενης παραγράφου, στους κλειστούς ή στεγασμένους χώρους των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος της περίπτωσης β' της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, δύνανται να διαμορφωθούν χώροι καπνιζόντων που διαχωρίζονται από την υπόλοιπη αίθουσα και έχουν ειδικές εγκαταστάσεις εξερισμού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και εκδίδεται μετά από εισήγηση της Ειδικής Υπηρεσίας Προστασίας Ανηλίκων από τον Καπνό και Αλκοόλ του άρθρου 5 παράγραφος 1 του παρόντος, εντός έξι (6) μηνών από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή, από την αρμόδια διεύθυνση του οικείου δήμου, της άδειας διαμόρφωσης και λειτουργίας χώρου καπνιζόντων, καθώς και την ανάκλησή της.

3. Ειδικά τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος εμβαδού έως 70 τ.μ., της περίπτωσης β' της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, χαρακτηρίζονται με απόφαση του ιδιοκτήτη τους, που θα ενσωματώνεται στην άδεια λειτουργίας τους, ως καταστήματα αποκλειστικά για καπνίζοντες ή μη καπνίζοντες. Με νεότερη αίτηση του ιδιοκτήτη, δύναται να τροποποιηθεί, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, ο χαρακτηρισμός αυτός.

Άρθρο 4

Ρύθμιση για τα αλκοολούχα ποτά

Απαγορεύεται σε ανηλίκους η είσοδος και παραμονή, καθώς και η οποιαδήποτε μορφή απασχόληση σε κέντρα διασκέδασης και αμψή μπαρ, καθώς και η κατανομή αλκοολούχων ποτών σε όλα τα δημόσια κέντρα, εξαιρουμένων των περιπτώσεων ιδιωτικών εκδηλώσεων.

Άρθρο 5

Φορές προστασίας και ελέγχου για τη χρήση καπνού και αλκοόλ

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνίσταται Ειδική Υπηρεσία Προστασίας Ανηλίκων από τον Καπνό και το Αλκοόλ (εφεξής Ειδική Υπηρεσία), η οποία υπάγεται στην άμεση εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η Ειδική Υπηρεσία στελεχώνεται με τοποθετήσεις και μετακινήσεις προσωπικού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με οποιαδήποτε σχέση εργασίας, καθώς και με αποσπάσεις όμοιας σχέσης προσωπικού φορέων

που εποπτεύονται από το Υπουργείο αυτό. Με όμοια απόφαση καθορίζονται τα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας της Ειδικής Υπηρεσίας.

2. Η Ειδική Υπηρεσία, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τη Σύμβαση Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον έλεγχο του καπνού, που κυρώθηκε με το ν. 3420/2005 (ΦΕΚ 298 Α') είναι αρμόδια για:

α) την ανάπτυξη της εθνικής έρευνας και το συντονισμό των ερευνητικών προγραμμάτων στον τομέα του ελέγχου του καπνού και του αλκοόλ,

β) την προώθηση, ενθάρρυνση και ανάπτυξη της έρευνας αναφορικά με τους καθοριστικούς παράγοντες και τις συνέπειες της κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ, της έκθεσης σε καπνό, καθώς και της έρευνας για τον εντοπισμό εναλλακτικών καλλιεργειών,

γ) την εκπαίδευση και υποστήριξη όλων όσων εμπλέκονται σε δραστηριότητες ελέγχου του καπνού και του αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, της εφαρμογής και της αξιολόγησης,

δ) την καθιέρωση, σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΛΠΝΟ), ενός εθνικού συστήματος επιδημιολογικής παρακολούθησης της κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ, καθώς και των σχετικών κοινωνικών και οικονομικών δεικτών και δεικτών υγείας,

ε) τη συγκρότηση και την ενημέρωση βάσης δεδομένων με αντικείμενο τη νομοθεσία και τους κανονισμούς ελέγχου, πληροφορίες αναφορικά με την εφαρμογή τους και τη σχετική νομολογία,

στ) τη συνεργασία με τα κατά περίπτωση αρμόδια όργανα άλλων χωρών, καθώς και με διεθνείς ή περιφερειακούς οργανισμούς, για την υλοποίηση των σκοπών και δράσεων τους και για την ανάπτυξη προγραμμάτων περιφερειακού και παγκόσμιου ελέγχου του καπνού,

ζ) τη διατύπωση γνώμης ή τη διαχείριση, κατόπιν σχετικής αποφάσεως του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κάθε άλλου ζητήματος που αφορά τον καπνό, το αλκοόλ και τα προϊόντα τους και

η) τη δημιουργία, σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ, ενός εθνικού σχεδίου πρόληψης, που καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε θέματα καπνού και αλκοόλ.

3. Στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) συνιστάται Τομέας Ελέγχου Καπνού και Αλκοόλ, ο οποίος είναι αρμόδιος για τον έλεγχο της εφαρμογής του παρόντος, καθώς και της κείμενης νομοθεσίας, κοινοτικής και εθνικής, για την προστασία από τον καπνό και το αλκοόλ. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο Τομέας Ελέγχου στελεχώνεται, με την επιφύλαξη των διατάξεων του ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131 Α'), με υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και δημοσίων φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με όμοια απόφαση καθορίζονται τα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας του Τομέα Ελέγχου. Κατά τη διενέργεια του καταστατικού ελέγχου, οι κατά τόπο αρμόδιες αστυνομικές και λιμενικές αρχές, κατόπιν αιτήσεως του Τομέα Ελέγχου, υποχρεούνται να παρέχουν άμεση συνδρομή.

Άρθρο 6

Διοικητικές κυρώσεις

1. Σε κάθε υπεύθυνο διαχείρισης και λειτουργίας των ιδιωτικών χώρων της πρώτης παραγράφου του άρθρου

Πηγή: Ν. 3730/2008 (ΦΕΚ 263/Α'/23.12.2008) Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις, όπως αναφέρεται στο www.elinyae.gr

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Πολιτική διακοπής του καπνίσματος σε χώρους εργασίας, μύθος ή πραγματικότητα, περίπτωση νομού Μεσσηνίας.

Μέρος Α. Δημογραφικά στοιχεία

- | | | |
|---|------------|--------------------------|
| 1.Φύλλο | Άνδρας | <input type="checkbox"/> |
| | Γυναίκα | <input type="checkbox"/> |
| 2.Ηλικία | 20-30 | <input type="checkbox"/> |
| | 31-40 | <input type="checkbox"/> |
| | 41-50 | <input type="checkbox"/> |
| | 51-60 | <input type="checkbox"/> |
| | 60 και άνω | <input type="checkbox"/> |
| 3.Οικογενειακή κατάσταση | Έγγαμος/η | <input type="checkbox"/> |
| | Άγαμος/η | <input type="checkbox"/> |
| 4.Είδος επιχείρησης ή οργανισμού που εργάζεστε; | Δημόσιος | <input type="checkbox"/> |
| | Ιδιωτικός | <input type="checkbox"/> |

Μέρος Β. Προσωπικά στοιχεία

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 5.Είστε καπνιστής/καπνίστρια ; | Ναι | <input type="checkbox"/> |
| | Όχι | <input type="checkbox"/> |
| 6.Γνωρίζετε ότι υπάρχει νόμος που απαγορεύει το κάπνισμα σε όλους τους χώρους εργασίας; | Ναι | <input type="checkbox"/> |
| | Όχι | <input type="checkbox"/> |

