

**FUMATUL ȘI SĂNĂTATEA PUBLICĂ ÎN  
ROMÂNIA**

**CUNOȘTINȚE, ATITUDINI ȘI PRACTICI LEGATE DE CONSUMUL DE  
PRODUSE DIN TUTUN ÎN RÂNDUL POPULAȚIEI GENERALE DIN  
ROMÂNIA**

## CUPRINS

<b>CUVÂNT ÎNAINTE.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCERE.....</b>	<b>1</b>
ISTORIC.....	1
COMPUȘII DIN FUMUL DE ȚIGARĂ.....	1
EFECTELE FUMATULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII.....	3
FUMATUL PASIV.....	4
DEFINIREA FUMĂTORULUI.....	5
FUMATUL ÎN DATE STATISTICE.....	5
STRATEGII ANTIFUMAT.....	6
LEGISLAȚIA DE CONTROL AL TUTUNULUI – CONSIDERAȚII GENERALE.....	8
Legislatia Uniunii Europene in domeniul controlului tutunului si stadiul aplicarii ei in diverse state membre.....	8
Conținutul și etichetarea țigărilor.....	10
Publicitatea la tutun.....	10
Taxe, accize si subvenții pentru producătorii de tutun.....	11
LEGISLAȚIA DE CONTROL AL TUTUNULUI ÎN ROMÂNIA.....	12
CONVENȚIA CADRU DE CONTROL AL TUTUNULUI (CCCT).....	16
Implicatii pentru evolutia viitoare a legislatiei de control a tutunului in Romania.....	17
FUMATUL ÎN ROMÂNIA.....	18
<b>CAPCTR 2003.....</b>	<b>23</b>
METODOLOGIE.....	2
3	
Proiectarea eșantionului.....	23
Colectarea și prelucrarea datelor.....	24
Ratele de răspuns.....	25
Ponderări de eșantionare.....	25
CARACTERISTICILE EȘANTIONULUI.....	26
REZULTATELE STUDIULUI.....	29
CATEGORII DE FUMĂTORI.....	30
VÂRSTA ÎNȚIERII FUMATULUI CONSTANT.....	36
NUMĂRUL DE ȚIGĂRI FUMATE.....	38
CARACTERISTICILE FUMĂTORILOR.....	43
Motivele pentru care se fumează.....	43
Cheltuieli pentru procurarea țigărilor.....	44
Forma de prezentare preferată.....	45
MODALITĂȚI DE CONSUM ALE TUTUNULUI.....	47
DEPENDENȚA ȘI RENUNȚAREA LA FUMAT.....	48
Dependența de fumat.....	48
Renunțarea la fumat.....	49
Numărul de încercări în a renunța la fumat.....	50
Rezistența fără fumat.....	52
Atitudinea apropiaților în cazul renunțării la fumat.....	53
Motivele renunțării la fumat.....	54
Intenția de a mai fuma în următorul an.....	57
CONSECINȚE ALE FUMATULUI.....	58

FUMATUL PASIV ȘI EXPUNEREA LA FUMAT .....	59
Cunoștințe despre fumatul pasiv.....	59
Frecvența cu care fumătorii au fumat în ultima săptămână în prezența altor persoane.....	61
Frecvența expunerii la fumul de țigară în ultima săptămână.....	62
Fumatul la locul de muncă.....	63
Frecvența cu care s-a fumat la locul de muncă în ultima săptămână în prezența altor persoane.....	65
Fumatul la domiciliu.....	66
Frecvența cu care s-a fumat acasă în ultima săptămână în prezența membrilor nefumători ai familiei.....	67
Frecvența expunerii la fumul de țigară la domiciliu.....	68
Numărul de fumători din gospodărie.....	69
Credeți că fumul de la țigările dvs. este periculos pentru persoanele din jurul dvs.?.....	70
COMPORTAMENTE ȘI ATITUDINI.....	72
Atitudinea fumătorilor față de nefumători.....	72
Atitudinea față de fumători.....	74
INFORMARE ȘI CUNOȘȚINȚE DESPRE FUMAT.....	77
Informare despre consumul de tutun și consecințele acestuia.....	77
Emisiuni despre efectele negative ale consumului de tutun.....	79
Cunoștințe despre fumat.....	80
După cât timp fumatul devine periculos pentru sănătate?.....	83
PUBLICITATEA LA TUTUN.....	83
În ultimul an ați văzut reclame la țigări?.....	84
Ați văzut vreodată la emisiunile TV sau în filme realizatorii sau actorii fumând?.....	86
În ultimul an ați primit sau cumpărat vreun produs care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări?.....	87
Ați folosit sau purtat vreodată vreun obiect care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări?.....	88
LEGISLAȚIA ANTIFUMAT.....	90
Considerați necesară o lege cu prevederi legate de consumul de tutun?.....	90
Cunoașteți vreo lege care să conțină prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun?.....	91
<b>Discuții.....</b>	<b>93</b>
A. Date de prevalență, modalitățile de consum, gradul de dependență.....	93
B. Modul de percepere al fumatului pasiv.....	102
C. Impactul unor activități antifumat.....	104
<b>Concluzii.....</b>	<b>107</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>114</b>
ANEXA 1 – Localitățile eșantionului.....	114
ANEXA 2 – Legislație.....	115
ANEXA 3 Convenția Cadru a Organizației Mondiale a Sănătății pentru Controlul Tutunului.....	129



## CUVÂNT ÎNAINTE

Fumatul este unul din cele mai vechi obiceiuri de pe glob, cu consecințe extrem de grave privind starea de sănătate a populației. Tabloul morbidității și al mortalității generale a fost și este în mod serios influențat de acest flagel.

Organizația Mondială a Sănătății apreciază, în raportul „*Women and the tobacco epidemic – Challenges for the 21<sup>st</sup> Century*”<sup>1</sup> că anual se produc aproximativ 4 milioane de decese la nivel global datorate fumatului, iar până în anul 2020 se estimează că numărul acestora va crește la 8,4 milioane și 70% din aceste decese vor apărea în țările în curs de dezvoltare. La nivel mondial, în același raport al OMS se arată că 12% dintre femei fumează, comparativ cu 48% dintre bărbați, dar că proporția femeilor care fumează este în creștere.

Prezentul studiu a fost realizat de **Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate** care, în perioada aprilie 2003 - februarie 2004, a desfășurat în colaborare cu firma Focus Advertising proiectul „*Combaterea consumului de tutun prin conștientizarea populației cu privire la riscul fumatului pasiv și efectele acestuia asupra sănătății*”, proiect finanțat de Uniunea Europeană prin programul Phare, proiect care în afara obiectivului declarat în titlu, își propune și implicarea sectorului non-guvernamental în promovarea unor comportamente sănătoase, în rezolvarea problemelor de sănătate publică.

Culegerea datelor s-a realizat de către firma Wellcare în perioada 1 iunie-1 iulie 2003 pe un eșantion reprezentativ de femei și bărbați cu vârste cuprinse între 14 și 60 de ani. Intervievații, consumatori sau neconsumatori de produse din tutun, au fost selectați din rândul bărbaților și femeilor cu vârste cuprinse între 14 și 60 de ani care locuiau în România pe durata studiului, din mediul urban și rural, din București și din 10 județe din România. Marja de eroare a fost de +/- 2,5%.

În afara analizei datelor culese, în acest studiu sunt prezentate și alte date care ajută la înțelegerea fenomenului fumatului și a implicațiilor sale nu doar în ceea ce privește sănătatea, dar și din punct de vedere al legislației și politicii fiscale ca și din perspectiva integrării în Uniunea Europeană

Realizat sub coordonarea Prof dr Cristian Vlădescu de un colectiv format din: Conf dr Florin Mihălțan, dr Luminița Sanda, psiholog Cătălin Andrei, dr Bogdan Păunescu, dr Camelia Păun, ing Dan Pârgioagă, Cornel Radu Loghin, dr Ioana Dărămuș și dr Irina Duță, prezentul studiu și-a propus să ofere o imagine comprehensivă asupra fumatului în România și sperăm să constituie o resursă importantă atât pentru sectorul guvernamental cât și pentru cel non-guvernamental pentru elaborarea unor strategii eficiente anti-fumat, concomitent cu o mai bună informare a publicului larg într-o problemă de sănătate publică care are un impact direct asupra sa.

Prof. dr. Cristian Vlădescu  
Președinte executiv CPSS

---

<sup>1</sup> J. Samet, S-Y Yoon, “*Women and the tobacco epidemic – Challenges for the 21<sup>st</sup> Century*”, raport publicat de către Organizația Mondială a Sănătății, Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins School of Public Health, 2001



# INTRODUCERE

## ISTORIC

Tutunul (*Nicotiana Tabacum*) face parte din familia solanaceelor este originar din Mexic unde, în secolul al VI-lea, era folosit în ritualuri magico-religioase.

În epoca precolumbiană, “*tobacco*” sau “*tobaco*” era numele unei plante pe care indienii o utilizau din timpuri stravechi în scopuri religioase și magice, fumând-o în pipe confecționate din piatră. După Las Casas, episcop din localitatea mexicana Chiapos, termenul de “*tobacco*” era folosit spre a desemna un trabuc grosolan confecționat, pe care triburile indiene îl aprindeau la un capăt și îi inhalau fumul, inducând astfel stări extatice în scopul comunicării cu forțele supranaturale. Atunci când primii navigatori conduși de Columb au debarcat în Antile și pe coastele noului continent descoperit de ei, au preluat termenul care, în dialectele indigene, era atribuit atât plantei, cât și instrumentului de fumat. Ulterior, exploratorii Jacques Cartier și Francis Drake au confirmat că fumatul era un obicei răspândit în toate triburile din America de Nord.

Descrierea precisă a plantei de tutun se datorează lui Gonzalo Hernandez de Oviedo y Valdes, guvernator de San Domingo, unde spaniolii inițiaseră primele culturi sistematice cu scop de comercializare, fiind imitați de portughezi în Brazilia și de englezi pe teritoriul statului Virginia de astăzi.

Introdus în Europa de către spanioli, tutunul se răspândește inițial în Franța, începând cu anul 1560, din ziua când Jean Nicot, ambasadorul Franței la Lisabona, îi trimite o cutie de tutun Caterinei de Medicis, spre a-și ușura durerile migrenoase, pe atunci existând convingerea că tutunul, fumat sau băut în infuzie, are pronunțate calități medicinale, de unde și numele de “*herba panacei*” sau “*herba sancta*”. Oricum, importul tutunului în Franța, unde în timpul lui Ludovic al XIII-lea fumatul devine un fel de ocupație voluptoasă, a constituit semnalul răspândirii lui în Europa. La aducerea sa pe continent, europenii au reacționat prompt, considerând tutunul ca fiind o plantă diabolică. În 1604, regele Jaques I scria despre fumat că este un obicei “*respingător la vedere, detestabil pentru nas, periculos pentru creier, de temut pentru plămâni*”.

Pentru știință, importante sunt două evenimente din istoria tutunului: anul 1735 când botanistul suedez Linne îl studiază și îl clasifică sub numele de *Nicotiana Tabacum*, asociindu-i astfel denumirea cu cel care l-a introdus în Europa - Jean Nicot, precum și anul 1809, când Nicolas Vanqueli descoperă și izolează din tutun alcaloidul nicotina, ale cărei efecte toxice sunt studiate de Claude Bernard cinci decenii mai târziu.

În Europa, obiceiul de a fuma țigări este relativ recent, s-a dezvoltat rapid în prima jumătate a secolului XX. Noile țigărete, mult mai accesibile pentru consumatorii de toate vârstele, din toate mediile sociale și cu venituri dintre cele mai variate, au declanșat un adevărat “boom” de piață, devenind un pericol pentru sănătatea tuturor.

În România primele informații au fost furnizate de Ion Ionescu de la Brad cu mai mult de 150 de ani în urmă, obiceiul fiind însă mai vechi așa cum atestă o serie de descoperiri arheologice datând din secolul al XVI-lea. Sigur că odată cu acceptarea acestui obicei au apărut și primele fabrici rudimentare de prelucrare a tutunului în 1812 în Moldova și 1821 în Muntenia.

## COMPUȘII DIN FUMUL DE ȚIGARĂ

Țigara conține peste 4000 de compuși, unii având proprietăți iritante, iar alții (peste 50) fiind cancerigeni. Aceste substanțe sunt eliberate în aer ca particule și gaze. Aditivii de nicotină, tarul, benzenul și benzopirenul, CO, amoniul, dimetilnitrozamina și acroleina sunt numai câțiva constituenți ai fumului de țigară. Fumul de țigară emanat este dăunător atât prin fumul (curentul)

direct dar și prin cel lateral. Multe toxine sunt prezente în fumul lateral în concentrații mai înalte decât în cel principal; într-o cameră se regăsește 85% din fumul creat de curentul lateral. Astfel, curentul lateral nefiltrat permite apariția unor concentrații de 50 de ori mai mari de nitrosamine față de curentul principal. De aici și impactul la distanță pentru fumătorul pasiv al expunerii la fumul de țigară.

**Nicotina** este un alcaloid care induce dependență. O singură doză de 60 de mg injectată în fluxul sanguin duce la deces, iar administrarea repetată, în doze mici, produce dependență. Nicotina acționează prin legarea de situsuri specifice ale sistemului nervos, traversează bariera hematoencefalică și se acumulează în creier la câteva secunde de la pătrunderea în organism, determinând activarea corticală. Acționează și asupra altor țesuturi, determinând relaxarea musculaturii scheletice și o serie de efecte endocrine și cardiovasculare. La nivelul SNC, nicotina are efect antidepresiv, de creștere a capacității de concentrare, produce o stare de bine, de plăcere. La nivelul sistemului cardiovascular, aceasta crește alura ventriculară, produce vasoconstricție la nivelul arterelor coronare, crește tensiunea arterială și debitul cardiac. Nicotina are de asemenea, proprietăți proaterogene, prin creșterea agregării plachetare și a concentrației de acizi grași în sânge. Nicotina poate provoca menopauză precoce și accentuarea osteoporozei de la menopauză prin scăderea nivelului de estrogeni. Studii recente atestă potențialul carcinogen direct al nicotinei.

**Tarul** (gudronul) este un lichid gros, maroniu, care se condensează din fumul de țigară și care conține majoritatea substanțelor cancerigene. Prin substanțele conținute, acesta produce neoplasmul pulmonar, provoacă paralizia sistemului de epurare a plămânului, inhibă sistemul imun și atrage o afectare alveolară secundară.

**Monoxidul de carbon** (CO) este un gaz incolor prezent în concentrații mari în fumul de țigară. El se combină de 200 de ori mai repede cu hemoglobina decât oxigenul, explicându-se astfel scăderea cu 15% a capacității de transport a oxigenului de către hemoglobină. Creierul și musculatura sunt incapabile să funcționeze eficient iar compensarea se face printr-un travaliu crescut al cordului și creierului. Există și un efect lezional direct al acestui gaz asupra pereților arteriali, cu favorizarea aterogenezei. Hipoxia indusă de CO contribuie la stenoizarea coronarelor, cu favorizarea inducerii infarctului miocardic.

**Substanțele aditive** încorporate după anii '70 au un efect de potențare a dependenței nicotinică și de accentuare a gustului țigării; concomitent au și un efect toxic.

**Substanțele carcinogene** întâlnite în concentrațiile cele mai mari sunt reprezentate de hidrocarburi aromatice polinucleare, amine aromatice, nitrozamine, particule emițătoare de raze alfa radioactive (poloniu), amine heterociclice, aldehide, alți compuși organici (benzen, 1,3-butadiene, acrilamidă), diverși produși anorganici (arsenic, poloniu-210). Multe dintre simptomele respiratorii sunt induse și întreținute de fumul de țigară datorită acțiunii iritative a unor compuși ca: CO, acroleina, acetona, oxizi de azot, etc.

Fumul de țigară poate declanșa dar poate și să întrețină inflamația de la nivelul căilor aeriene întâlnită frecvent în cadrul bolilor obstructive cronice; aceasta se adaugă altor mecanisme ce contribuie la apariția și întreținerea afecțiunilor de la nivelul tractului respirator inferior al fumătorilor cât și al persoanelor care fumează pasiv (adică acei indivizi care respiră fumul expirat de alții, involuntar): supresia mecanismelor de apărare, diminuarea clearance-ului mucociliar, sensibilizarea la infecții respiratorii.



## **EFECTELE FUMATULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII**

Riscurile fumatului asupra sănătății sunt multe și grave. Efectele fumatului asupra sănătății au fost intuite și descrise încă de acum câteva secole. În jurul anului 1600, în China, filozoful Fang Yizhi arată că *“anii lungi de fumat distrug plămânilor a celui”*, în 1701 N. A. Boiseregard avertizează că tinerii care consumă prea mult tutun tremură, au mâinile și picioarele nesigure, își pierd vigoarea *“părților lor nobile”*, iar în 1761 John Hill avertizează asupra cancerului la nas al celor care prizează tutun. Sammuel Thomas von Soemmering raportează în 1795 cancerul de buze la fumătorii de pipă iar în anii 1930–1940 cercetătorii germani au demonstrat pentru prima oară o asociere între cancerul de plămâni și tutun. În 1929, Fritz Lickint publică dovezi statistice ale legăturii dintre cancerul pulmonar și țigărele iar în 1939 acesta publică o lucrare de 1100 pagini *“Tutunul și organismul”*, care s-a constituit ulterior în *“acuzăția cu cea mai mare comprehensiune și acuratețe asupra tutunului care a fost vreodată publicată”*. Primul studiu epidemiologic din lume asupra legăturii dintre cancerul pulmonar și tutun a fost prezentat în 1939 de Muller, iar în 1950 trei studii caz-control demonstrează legătura dintre fumat și cancerul pulmonar. În 1981, Takeshi Hirayama (Japonia) realizează primul studiu major asupra fumatului pasiv și cancerului pulmonar.

Fumatul este cel mai important factor de risc pentru bolile obstructive pulmonare cronice. Riscul de deces pentru fumătorii de mai mult de 25 de țigări pe zi este de 20 de ori mai mare decât al nefumătorilor. Prevalențele bronșitei cronice, a astmului bronșic, emfizemului pulmonar, fibrozei pulmonare sunt mult crescute în cazul fumătorilor activi. Marii fumători au un risc de 2,3 ori mai mare de a face tuberculoză pulmonară decât nefumătorii.

Consumul de tutun se asociază cu o creștere a incidenței bolilor cardiovasculare. Riscurile cresc odată cu consumul, iar tutunul poate fi o cauză suplimentară de deces pentru boala ischemică cardiacă, degenerarea miocardică, anevrismul aortic, ateroscleroză, tromboza cerebrală etc. Fumatul accelerează procesele de ateroscleroză lezând structura și funcția hematiilor, trombocitelor, leucocitelor etc.

Riscul de cancer la fumătorii activi dovedit biochimic a fost de 7,8 ori mai mare față de nefumători și este la fel de mare la bărbați ca și la femei. Fumatul constituie un factor de risc în apariția mai multor tipuri de cancer: bronhopulmonar, al cavității bucale și laringelui, esofagian, renal, pancreatic, gastric, de vezică urinară, de piele, hepatic precum și a leucemiei. Riscul de a dezvolta o neoplazie este legat direct de numărul de țigări fumate pe zi, de durata fumatului și de conținutul în tar și nicotină al acesteia. Cancerul pulmonar omoară mai mulți oameni decât orice alt tip de cancer (90% fiind cauzat de fumat).

Fumatul se asociază cu afectarea ochilor, dinților, tenului, a simțului olfactiv și gustativ, diminuarea greutateii fătului la naștere și afectarea diferitelor funcții ale organismului nou-născutului, nașteri premature la gravidele fumătoare, complicații ale sarcinii etc.

Dependența de tutun este o stare cronică; nicotina este în familia drogurilor, iar dependența indusă și întreținută de aceasta necesită repetate intervenții; actualmente există câteva tratamente eficiente care ajută la obținerea unei abținente pe termen lung sau chiar realizarea uneia permanente cu condiția ca monitorizarea pacientului să se facă pe termen lung. Datorită ignoranței și lipsei de educație sanitară, în țara noastră, diagnosticul bolii se realizează în stare avansată, când tratamentul rămâne adesea numai paliativ și extrem de costisitor atât pentru societate cât și pentru individ. Impactul se materializează și sub forma deceselor premature în cazul unor boli maligne unde fumatul este factor de risc, dar și prin zilele de incapacitate temporară de muncă, prin consecințele imediate asupra productivității muncii, pentru a nu aminti decât câteva din efectele negative economice ale acestui obicei.

## **FUMATUL PASIV**

Substanțele nocive din fumul de țigară nu-i afectează doar pe cei care fumează. “Fumatul pasiv” - ce constă în respirarea aerului poluat de țigările celorlalți - este la fel de nociv și crește riscul îmbolnăvirilor la cei supuși acestei poluări. După o oră de fumat într-o cameră închisă, nefumătorul care se află în aceeași încăpere cu cel care fumează, inhalează cantități egale de nitrozamine cu cele existente în 15 țigări filtrate.

Riscul expunerii este greu de evaluat, el crescând sau diminuând în funcție de ambianță, durata expunerii, ventilație și prezența altor poluanți. Efectele inițiale ale fumatului pasiv se materializează într-un miros neplăcut al hainelor la care se adaugă fenomene de iritație, dureri de cap, tuse, uscăciunea mucoaselor gâtului, greață, astenie, declinul lent al funcției pulmonare. Importanța efectelor fumatului pasiv constă în implicarea unui număr mare de persoane, inexistența unui “nivel” de siguranță al expunerii la carcinogeni și în creșterea riscului în populația generală.

Fumatul pasiv este tot mai frecvent recunoscut ca factor de risc la locul de muncă și ca o amenințare la adresa sănătății oamenilor. Numeroase studii științifice afirmă că fumatul pasiv este o cauză a bolilor cardiace și a cancerului pulmonar la adulții expuși. Conform Autorității în Sănătate și Securitate (HSA) din Irlanda, *„există dovezi convingătoare că lucrul alături de alți angajați fumători crește riscul de apariție a cancerului pulmonar cu 20-30% la persoanele nefumătoare”*.

Tot HSA afirmă că riscul bolilor cardiace crește cu 25-35% la angajații ai căror colegi sunt fumători. Majoritatea specialiștilor consideră că expunerea femeilor însărcinate la fumul de țigară determină o greutate scăzută a copilului la naștere.

În fiecare an în Marea Britanie se înregistrează aproximativ 600 de decese care se datorează cancerului pulmonar și 12.000 de cazuri de boli cardiace la nefumători care pot fi atribuite fumatului pasiv.

La persoanele cu astm, fumul de țigară poate determina serioase probleme de sănătate, acesta fiind recunoscut și ca factor declanșator al crizelor de astm. Oamenii de știință de la Institutul Finlandez de Igiena Muncii din Helsinki afirmă că au descoperit prima dovadă clară care demonstrează că fumatul pasiv are rol în apariția astmului la adulți.

Cea mai largă arie de preocupare o constituie angajații din domeniul industriei turismului, hotelurilor și restaurantelor. Gradul lor de expunere la fumul de țigară este ridicat pentru că sunt expuși fumului de la clienți și cumpărători. Se estimează că în Marea Britanie, aproximativ 3 milioane de oameni sunt expuși la fumul de țigară. În Uniunea Europeană, această cifră se ridică la aproximativ 30 milioane. Lucrătorii din industria turismului, hotelurilor și restaurantelor, care sunt cei mai afectați de fumul de țigară de la locul de muncă, reprezintă circa 5 – 10% din acest număr.

În Europa, legile privind fumatul la locul de muncă diferă. În unele țări este total interzis, inclusiv în baruri și restaurante. În altele, este interzis numai în anumite industrii, din motive de siguranță. Alte țări, ca Marea Britanie, nu au o legislație specifică în ce privește fumatul, deși mulți angajatori nu permit fumatul la locul de muncă. Unele sindicate se pot folosi de legile lor pentru a negocia un regulament potrivit privind fumatul. Altele trebuie să se bazeze pe legile de igienă și securitate, care conferă dreptul general de a lucra într-un mediu sigur și sănătos și negociază regulamentele în contextul acestor prevederi.

## DEFINIREA FUMĂTORULUI

**Fumătorul** (în contextul prezentului studiu) a fost considerat persoana care în momentul studiului fumează, utilizând orice produs din tutun, fie zilnic, fie ocazional. *Fumătorul zilnic* este cel care fumează cel puțin o dată pe zi. În această categorie intră și persoanele care nu fumează în zilele de sărbătoare religioasă. *Fumătorul ocazional* este cel care nu fumează zilnic și cuprinde ca subcategorii: *reducers (cei care reduc)* și care sunt aceia care au fumat zilnic, dar care în momentul analizei nu mai fumează zilnic, *cei cu continuare ocazională* – persoanele care nu au fumat niciodată zilnic, dar care au fumat mai mult de 100 de țigări și care acum fumează ocazional, *cei în experimentări* - persoanele care au fumat mai puțin de 100 de țigări, iar acum fumează ocazional. **Nefumători** sunt acele persoane care nu fumează deloc în momentul studiului și prezintă următoarele subcategorii: *ex-fumători* – cei care au fost fumători zilnici, dar care în momentul studiului nu mai fumează deloc, *niciodată fumători* – sunt cei care nu au fumat niciodată sau cei care au fumat în viață mai puțin de 100 de țigări dar actual nu mai fumează deloc, *ex-fumători ocazionali* – cei care au fost ocazional fumători, niciodată fumători zilnici, și care au fumat mai mult de 100 de țigări în viața lor. *Fumători vreodată* sunt acele persoane care au fumat vreodată în viața lor cel puțin 100 de țigări. Fumători zilnic vreodată sunt cei care au fost fumători curenți, zilnici, sau “reducers”. (După Department of Health and Human Services – *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990*).

## FUMATUL ÎN DATE STATISTICE

După aprecierile OMS, tabagismul este pe cale să devină principala cauză evitabilă de morbiditate și mortalitate din lume. Se apreciază că în prezent există aproximativ 1,1 miliarde de fumători în întreaga lume. Din acest total, aproximativ 300 milioane (200 milioane bărbați și 100 milioane femei) se găsesc în țările dezvoltate; în țările în curs de dezvoltare fumătorii sunt de trei ori mai numeroși (aproximativ 800 milioane), marea lor majoritate fiind bărbați; se constată concomitent o creștere și în rândul femeilor. Pe ansamblu, 30 % dintre adulți (48% dintre bărbați și 12 % dintre femei) sunt fumători.

La nivel mondial, tutunul ucide, anual, aproximativ patru milioane de oameni, dintre care 1,2 milioane sunt europeni. Cele mai afectate sunt țările în tranziție și cele în curs de dezvoltare, datorită factorilor ce țin de liberalizarea comerțului, de dezvoltarea comunicațiilor și de globalizarea industriilor transnaționale ale tutunului.

Statistic, cancerul reprezintă atât în lume, cât și în țara noastră a doua cauza de deces după bolile cardiovasculare (199,1‰ locuitori în 2002 față de 771,3‰ cât s-a înregistrat în același an în cazul bolilor aparatului circulator). În România, bolile respiratorii, multe având ca factor de risc fumatul, s-au poziționat din punct de vedere al mortalității într-o poziție avansată în 2002-locul 5 (70,6‰). Cancerul pulmonar este cel mai frecvent neoplasm cauzat de fumat, constituind prima cauză de mortalitate prin cancer în lume (17% din neoplasmelor la bărbați și 12% la femei). Dacă incidența neoplasmului pulmonar a scăzut la bărbați cu 4.4%, la femei a crescut cu 6.2% în SUA, unde în ultimii 20 de ani numărul supraviețuitorilor a crescut la 14%.

În ciuda acestor date statistice nefavorabile, ultimele succese în tehnicile de diagnostic molecular (folosite în elucidarea fazei preclinice a bolii) și în îmbunătățirea posibilităților terapeutice oferă o speranță pentru un pronostic mai bun. În România, se constată aceeași tendință existentă pe plan mondial, în plus cu o accentuare a obiceiului de a fuma în rândul tinerilor și chiar a minorilor. Fumatul este o problemă a lumii moderne și anual produce mai multe victime decât SIDA, alcoolul, abuzul de droguri, accidentele de circulație, crimele, tentativele de suicid, incendiile fiind astfel una dintre primele cauze de deces ce pot fi prevenite.

*Fumatul reprezintă un risc major pentru starea de sănătate. El ucide 6 persoane în fiecare minut în lume, iar un fumător din patru moare printr-o maladie legată de tutun. Anul trecut fumatul a ucis 4 milioane de oameni. Până în anul 2020, numărul deceselor se va ridica la 10 milioane de fumători pe an.*

## **STRATEGII ANTIFUMAT**

Strategiile împotriva tabagismului se situează la două niveluri: individual și social. Pe lângă decizia individuală sunt necesare acțiuni legislative, economice, educative - toate coroborate în sensul influențării comportamentului indivizilor față de fumat. Foarte importante sunt: restrângerea sau interzicerea publicității la produsele din tutun, avertizarea fumătorilor asupra pericolului reprezentat de tutun pentru sănătate, restricția vânzărilor de tutun în clădiri publice, școli, spitale, universități, centre socio-culturale, politici fiscale și de preț cu efecte descurajante pentru anumite categorii de fumători, în special tineri, interzicerea fumatului în locurile publice, interzicerea vânzării țigărilor la minori și nu în ultimul rând educația antifumat a tinerilor în special, dar și a adulților.

Experiența internațională a arătat că în controlul consumului de tutun trebuie abordate trei direcții principale:

- reducerea accesibilității la produsele de tutun;
- informarea fumătorilor cu privire la riscurile la care se expun adoptând acest obicei;
- protejarea stării de sănătate a nefumătorilor.

În fiecare an, **Organizația Mondială a Sănătății** (OMS) celebrează ziua de 31 mai ca fiind *World No Tobacco Day* (*Zina Mondială Fără Tutun*). Statele Membre ale OMS au înființat *World No Tobacco Day* în 1987 cu scopul de a atrage atenția opiniei publice asupra efectelor negative ale consumului de tutun. Printre temele alese an de an, începând din 1987 și până în prezent, se numără: "*The media and tobacco: getting the message across*" (1994), "*Growing up without tobacco*" (1999) "*Leave the pack behind*" (2000) "*Tobacco kills don't be duped*" (2001) "*Second hand smoke kills*" (2002).

În 2003, tema *Zilei Mondiale Fără Tutun* a fost "*Tobacco Free Film, Tobacco Free Fashion – Action!*" tema fiind aleasă ținând cont de rolul pe care îl joacă lumea filmului și a modei în promovarea tutunului și influența pe care o are asupra publicului, în special a celui tânăr, constituind un teren fertil pentru tacticile abile de promovare a industriei tutunului. Tinerii care văd în filme sau piese de teatru actorii preferați fumând sunt mai susceptibili de a se apuca de fumat.

Pe plan mondial, cu fiecare dintre aceste tematici, organizațiile active în domeniul controlului tutunului acționează prin atragerea atenției opiniei publice asupra efectelor negative sociale și asupra stării de sănătate pe care le are consumul de tutun.

O cauză importantă a creșterii numărului fumătorilor în țările în curs de dezvoltare este tocmai masiva publicitate făcută în mass media produselor din tutun, în timp ce scăderea numărului fumătorilor în țările dezvoltate se datorează limitării drastice a acestei publicități, corelată cu o campanie agresivă antifumat desfășurată pe mai multe planuri: educativ, legislativ, social.

Reclama și publicitatea la tutun urmăresc să atragă câți mai mulți consumatori, incitând la fumat și creând impresia că fumatul le poate oferi anumite avantaje: încredere, frumusețe, putere, succes, acceptare din partea celorlalți. Strategiile de publicitate utilizate de industria producătoare de țigări sunt foarte diverse: folosirea de mesaje și imagini atrăgătoare, foarte bine realizate tehnic, persuasive, care copleșesc publicul convingându-l asupra efectelor pozitive ale fumatului, sponsorizarea diferitelor acțiuni culturale sau sportive, oferirea gratuită a unor produse din tutun, etc. Unul din obiectivele principale ale industriei producătoare de țigări este să sublinieze faptul că fumatul este o decizie individuală, comportamentală. Înșelătoria în această atitudine este faptul că activitățile și practicile industriei tutunului sunt lăsate în afara ecuației. Aceasta presupune

ideea că oamenii ar lua decizii într-o stare de vid, complet neinfluențați de mediu, acest mediu incluzând desigur reclamele și promovarea produselor din tutun.

Allan Landers - vedeta campaniilor Winston - transformat în luptător împotriva consumului de tutun afirma: *“Companiile producătoare de țigări cheltuiesc anual 6 miliarde de dolari incitând tinerii spre a fuma. Îi conving pe aceștia de faptul că dacă vor fuma vor fi atrăgători, plini de succes, acceptați de grupul de prieteni. Iar aceasta imagine este proiectată în fiecare produs media - de la filme la reviste și chiar personaje de desene animate”*. Reclamele la țigări arată fumatul ca fiind fascinant, distractiv, sănătos, sofisticat, producător de bunăstare iar industria tutunului acționează ca o forță globală, fără a exclude nici o națiune sau popor.

Metodele și mijloacele de combatere a tabagismului sunt complexe, vizând pe de o parte abandonarea fumatului de către fumători, iar pe de altă parte împiedicarea formării acestei practici la cei care nu fumează.

**Organizația Mondială a Sănătății** consideră consumul de tutun cel mai important factor de risc pentru starea de sănătate precară a populației din țările membre. Prevenirea consumului de tutun este, în accepțiunea OMS cea mai importantă măsură de sănătate publică care poate avea ca rezultat îmbunătățirea stării de sănătate a peste 870 milioane de oameni din regiunile OMS. La nivel mondial, în fiecare an, mai mult de 4 milioane de oameni mor datorită maladiilor provocate de consumul tutunului. (apare și în cuvântul introductiv)

Printre numeroasele activități și inițiative menite să contribuie la reducerea consumului de tutun, în mai 1999, la cea de a 52-a Adunare Generală a Organizației Mondiale a Sănătății, s-au pus bazele negocierilor internaționale pentru crearea unui set de reglementări cu scopul de a controla creșterea și răspândirea globală a epidemiei tabagice în secolul 21. Cele 192 țări membre OMS au votat în unanimitate rezoluția WHA 52.18, care a reprezentat începutul unui proces care a avut ca finalitate Convenția Cadru privind Controlul Tutunului (CCCT). Reprezentanți ai 50 de țări au luat cuvântul în plen pentru a pleda în favoarea acestei Convenții, demonstrând astfel necesitatea acesteia la nivel mondial. Astfel a început procesul de elaborare și negociere a Convenției Cadru privind Controlul Tutunului – CCCT (vezi Anexa 3).

Acest document a fost supus modificărilor pe parcursul a 6 sesiuni de negociere ale Organismului Interguvernamental de Negociere a Convenției Cadru privind Controlul Tutunului (INB). Ultima dintre acestea, cea de-a șasea sesiune de negocieri, (INB6) a avut loc la Geneva în perioada 17-28 februarie 2003. Acest text a fost prezentat și adoptat la cea de-a 56-a Adunare Generală a OMS în 21 mai 2003. La sfârșitul anului 2003 85 de state au semnat această convenție iar 5 state au și ratificat-o.

De la începutul negocierilor CCCT din octombrie 1999, mai mult de 12 milioane de oameni au murit din cauza maladiilor datorate tutunului, de aceea CCCT poate reprezenta un instrument crucial în stoparea epidemiei tabagice. Pe parcursul negocierilor s-a demonstrat dorința statelor membre de a căuta metodele de lucru cele mai potrivite pentru a se ajunge la un consens pentru o convenție eficace și puternică care să corespundă nevoilor de control al tutunului în timp util.

Adoptarea acestui prim tratat internațional de sănătate publică, deși un mare succes, nu va reprezenta un punct final în controlul tutunului, ci va fi începutul unui proces complex de implementare care va trebui de asemenea pregătit și desfășurat minuțios. Cu toate acestea, ratificarea acestui tratat aduce mari beneficii: va determina dezvoltarea unor noi metode de contracararea strategiilor utilizate de companiile de tutun, va mobiliza resurse financiare și tehnice pentru controlul tutunului atât la nivel național cât și internațional, va ajuta din punct de vedere politic țările în curs de dezvoltare pentru a rezista strategiilor industriei tutunului și nu în ultimul

rând, va mobiliza membrii societății civile pentru îmbunătățirea controlului tutunului la nivel național.

## ***LEGISLAȚIA DE CONTROL AL TUTNULUI – CONSIDERAȚII GENERALE***

“Legislația este esența unui control eficient al tutunului. Ea exprimă valorile profunde ale societății, instituționalizează angajamentul acesteia, creează o concentrare a activității și controlează conduita privată în modalități inaccesibile măsurilor informale. Adoptarea unei legislații puternice implică însă dificultăți serioase. Printre acestea se numără deseori înțelegerea limitată a problemei de către public, precum și necesitatea de a dezvolta „capacitatea” națională – infrastructura și resursele pentru o masă critică de susținere. Poate cea mai mare barieră în calea succesului este opoziția extraordinară a industriei tutunului și a aliaților acesteia” (Legislația pentru Controlul Tutunului, Ghid introductiv, Organizația Mondială a Sănătății 2003, D. Douglas Blanke – coordonator).

Introducerea măsurilor de control al tutunului, administrativ prin regulamente și nu legislativ, dacă există autoritatea legală pentru acest lucru, poate avea avantaje strategice: în mod tipic un proces mai rapid și mai puțin controversat, precum și posibilitatea de a evita influența industriei tutunului asupra legislatorilor. Acțiunea administrativă necesită un minister puternic și angajat, precum și un sistem juridic care să acorde executivului o autoritate pe care legislativul și judiciarul să nu o poată depăși cu ușurință.

În Brazilia, de exemplu, ordinele administrative ale Ministerului Sănătății formează cea mai mare parte a măsurilor complete și stringente ale țării. Datorită nivelului ridicat de angajare a Ministerului în controlul tutunului, industria tutunului nu a avut puterea de a bloca măsurile administrative ale acestuia. Pe de altă parte, într-o țară în care Ministerul nu este angajat, rezultatele pot fi întâzieri sau regulamente slabe. Un alt considerent este turn-overul în funcțiile de răspundere – schimbările constante în minister pot duce la schimbări ale angajamentului și la absența unei implementări consecvente.

### ***Legislația Uniunii Europene în domeniul controlului tutunului și stadiul aplicării ei în diverse state membre***

În contextul în care tutunul este considerat a fi principala cauză evitabilă de morbiditate și mortalitate din lume (Petto et al 1994), una din primele acțiuni de sănătate publică la nivelul UE a fost, prin adoptarea în 1987 a programului « *Europa împotriva cancerului* », dezvoltarea unei politici de control a tutunului la nivel European.

În cadrul procesului de extindere a Uniunii Europene, politicile de control ale tutunului au fost adoptate mai curând ca măsuri de reglementarea a pieței interne decât ca armonizare legislativă din motive exclusive de sănătate publică. În paralel cu introducerea și dezvoltarea programului „*Europa împotriva cancerului*”, în perioada 1989-2003 au fost elaborate directive importante în domeniul controlului tutunului, chiar dacă la mijlocul anilor 90 s-a constatat o stagnare a progresului în acest domeniu datorită influenței tot mai mari exercitate de companiile de tutun și totodată rolului obstructiv jucat de anumite țări membre, dintre care cea mai importantă este Germania (Gilmore and McKee in press ; Neuman et al 2002). Aceasta stagnare s-a materializat prin contestarea de către guvernul german și aliații săi industriali a „*Directivei cu privire la publicitatea și sponsorizarea produselor din tutun din 1998* », - directiva care interzicea total atât publicitatea directă cât și indirectă la tutun. Prin aceste acțiuni s-a reușit returnarea acestei directive la Curtea Europeană de Justiție, pe motivul ingradirii libertății pieței.

Legile existente în prezent la nivel european acopera aspecte importante ale legislației de control al tutunului incluzand : publicitatea, taxele și înscripționarea, dar ca urmare a anularii directivei cu privire la publicitate din 1998, singura restricție cu privire la publicitate care este aplicata este cea cu privire la interzicerea reclamei TV la produsele din tutun (1989).

În ultimul an, s-au produs schimbări extrem de dinamice în Statele Membre Europene în ceea ce privește politicile legate de tutun:

- Interzicerea publicității directe și indirecte adoptată în Danemarca, Olanda și Marea Britanie;
- Interzicerea publicității directe, adoptată în Republica Cehă;
- Interzicerea directă a anumitor forme de publicitate adoptată în Armenia, Georgia, Kazahstan, Moldova și Uzbekistan;
- O legislație mai puternică în legătură cu fumatul pasiv adoptată în Azerbaidjan, Kazahstan, Olanda, Italia, Grecia și România;
- Legislația privind restaurantele și barurile fără fumat în Norvegia;
- Creșteri de taxe asupra produselor de tutun în Franța și în câteva alte țări;

#### **PRINCIPALELE DIRECTIVE UE CU PRIVIRE LA CONTROLUL TUTUNULUI:**

10 septembrie 2003	2003/641/CE: Decizia Comisiei din 5 septembrie 2003 privind utilizarea de fotografii color sau alte ilustrații ca avertismente de sănătate pe pachetele de tutun (text cu relevanță EEA) (notificată cu nr. document C(2003) 3184); Jurnalul Oficial L 226, 10/09/2003 P.0024 - 0026
20 iunie 2003	Directiva 2003/33/CE a Parlamentului European și a Consiliului 26 mai 2003 privind aproximarea legilor, regulamentelor și prevederilor administrative ale Statelor Membre legate de publicitatea și sponsorizarea pentru produsele din tutun (Text cu relevanță EEA). Jurnalul Oficial L 152 , 20/06/2003 P. 0016 - 0019
25 ianuarie 2003	Recomandarea Consiliului din 2 decembrie 2002 privind prevenirea fumatului și inițiativele de îmbunătățire a controlului tutunului (Jurnalul Oficial L 022 , 25/01/2003 P. 0031 - 0034)
18 iulie 2001	Directiva 2001/37/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind aproximarea legilor, regulamentelor și prevederilor administrative ale Statelor Membre legate de fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun
26 noiembrie 1996	<b>Rezoluția Consiliului privind reducerea fumatului în Comunitatea Europeană</b>
19 octombrie 1992	Directiva Consiliului 92/85/EEC privind introducerea de măsuri pentru încurajarea îmbunătățirilor în siguranța și sănătatea muncii pentru angajatele însărcinate și cele care au născut recent sau alăptează (a X-a directivă individuală în sensul Articolului 16 (1) al Directivei 89/391/CEE)
30 noiembrie 1989	Directiva Consiliului 89/654/EEC privind cerințele minime de siguranță și sănătate la locul de muncă (prima directivă individuală în sensul Articolului 16 (1) al Directivei 89/391/CEE)
03 octombrie 1989	Directiva Consiliului privind activitățile de televiziune din 3 octombrie 1989 privind coordonarea anumitor prevederi stabilite prin lege, regulamente sau acțiuni administrative în Statele Membre în legătură cu urmărirea activităților de televiziune
30 iunie 1997	Directiva 97/36/CE pentru activități de televiziune a Parlamentului European și a Consiliului din 30 iunie 1997 modificând Directiva Consiliului 89/552/CEE privind coordonarea anumitor prevederi stabilite prin lege, regulamente sau acțiuni administrative în Statele Membre în legătură cu urmărirea activităților de televiziune.

### **Conținutul și etichetarea țigărilor**

Directiva UE privind produsele din tutun din 2001 (2001/37/CE) prevede conținuturile maxime de gudron, avertismente de sănătate trebuie să acopere cel puțin 30% din suprafața părții din față și 40% din suprafața părții din spate ale fiecărui pachet; menționarea ingredientelor și a aditivilor și interzicerea unor descrieri ale produselor care pot induce în eroare cum ar fi “light” sau “mild”. Din ianuarie 2004, țigările fabricate sau vândute în Uniunea Europeană trebuie să fie fabricate conform standardelor specifice.

### **Publicitatea la tutun**

În anul 2000 s-a anulat interdicția UE din 1998 privind publicitatea directă și indirectă pentru tutun și sponsorizările, pe motiv ca Directiva își depășea baza legală în ceea ce privește măsurile destinate pieței interne pe care le conținea (aceasta nu facilita circulația bunurilor, ci o reglementa, și nu egaliza condițiile de concurență de pe piața publicității pentru tutun, ci de fapt eradica aceasta piață (Hervey 2001). În plus, s-a observat că prezența așa-numitei *clauze de salvagardare*, care le permite statelor membre să introducă în legislația lor națională dispoziții mai stringente, făcea ca Directiva să nu aibă ca rezultat nici armonizarea regulilor naționale și nici eliminarea denaturărilor concurenței.



Din aceste cauze Comisia Europeană a elaborat o nouă Directivă (Directiva privind publicitatea și sponsorizarea pentru produse de tutun (2003/33/CE), mult mai permisivă. Reflectând interpretarea îngustă dată de Curtea Europeană de Justiție competențelor UE, Comisia a restrâns Directiva la măsurile considerate a fi “*minimumul necesar pentru îndeplinirea obiectivului realizării unei funcționări adecvate a pieței interne.*” (Comisia Europeană, 2000). Astfel, Directiva interzice numai publicitatea directă care depășește frontierele unui stat, și anume publicitatea în medii tipărite (altele decât revistele comerciale), la radio și pe Internet, sponsorizările și evenimentele transfrontaliere și distribuția gratuită de produse din tutun. Publicitatea indirectă (de exemplu prin utilizarea unor articole de îmbrăcăminte cu logo-uri ale unor mărci de țigări) și publicitatea “staționară” (de exemplu în cinematografe sau prin intermediul afișelor) sunt excluse în mod specific. Partizanii controlului tutunului au arătat că omiterea publicității indirecte face ca Directiva să fie în cea mai mare măsură ineficientă, având în vedere că strategiile moderne de publicitate se bazează în special pe promovarea mărcii și nu a produsului. Aceștia sunt de asemenea preocupați de faptul că directiva ar putea afecta controlul tutunului, deoarece omiterea clauzei de salvagardare face statele membre, și până la urmă și țările candidate, vulnerabile la contestații privind introducerea sau tentativa de a introduce interdicții mai stringente privind publicitatea<sup>2</sup>. Acest lucru este extrem de adevărat, având în vedere hotărârea Curții și dorința confirmată a sectorului industrial relevant și a aliaților acestuia de a contesta regulile UE. Cu toate acestea, printr-un amendament de ultim moment a fost introdusă o clauză de salvagardare mediocră, iar Directiva a fost aprobată de Consiliu în martie 2003, urmând să fie adoptată în mod formal în cadrul următoarei întruniri a Consiliului, pentru a fi implementată până în 2005. Cu toate acestea, Germania și-a înregistrat încă o dată nemulțumirea privind directiva, fiind posibilă formularea unei contestații.

O îngrijorare sporită privind *fumatul pasiv* a dus la intensificarea politicilor și activităților pentru combaterea acestuia: specialiști din Marea Britanie recomandă interzicerea fumatului la locul de muncă și în locurile publice (raportul Chief Medical Officer, UK, 2002).

### **Taxe, accize și subvenții pentru producătorii de tutun**

În prezent, aproximativ 1 000 milioane de Euro, 2,3% din bugetul pentru subvenții agricole al Comisiei Europene, sunt cheltuite direct pe subvenții pentru tutun în fiecare an. În comparație, pentru prevenirea fumatului se cheltuiește nesemnificativă sumă de 2 milioane Euro. Solul și condițiile climatice din Europa permit cultivarea unor soiuri de frunze pentru care cererea de pe piața comercială este mică, și de aceea subvențiile pentru tutun au dus la dumping-ul acestor frunze cu conținut ridicat de gudron în țările în care nu există restricții efective privind nivelurile de gudron (Townsend, 1991). Faptul că subvențiile pentru tutun au fost criticate pe scară largă și descrise de Curtea de Conturi Europeană ca “o utilizare abuzivă a fondurilor publice” nu este surprinzător (Curtea de Conturi Europeană, 1994, Townsend 1991). Cu toate acestea, subvențiile UE pentru tutun au fost nu doar reînnoite în aprilie 2002, dar, spre exemplu, cultivatorii de tutun din Polonia s-au folosit de existența lor pentru a argumenta propria lor nevoie de finanțare, în ciuda reducerii cererii pentru frunzele de tutun cultivat în gospodării. Guvernul polonez, foarte interesat de obținerea sprijinului agricultorilor pentru aderare, a acționat în favoarea acestora. Astfel, subvențiile, deși inexistente până atunci în Polonia, au fost introduse cu doi ani în urmă, și reprezintă deja o proporție mai mare din bugetul de stat decât programul pentru controlul tutunului.

Comisia Uniunii Europene a elaborat o *Comunicare privind dezvoltarea durabilă*, pregătită pentru Summit-ul Mondial de la Johannesburg 2002 care, pe lângă reorientarea Politicii Agricole Comune (PAC), recomandă eliminarea în etape a subvențiilor pentru tutun și identificarea unor

---

<sup>1</sup> [http://www.tobaccojournal.com/show\\_artikel.php3?id=3217&banner=rentsch](http://www.tobaccojournal.com/show_artikel.php3?id=3217&banner=rentsch)

surse alternative de venit și de activități economice pentru lucrătorii și agricultorii din domeniul tutunului (Comisia Comunității Europene, 2001). PAC a fost revizuită în 2003 și, în timp ce unele state membre, în special Franța, care câștigă cel mai mult din subvențiile agricole, se opun extrem de puternic unei schimbări, alte state se vor folosi de aderare și de presiunile exercitate de Organizația Mondială a Comerțului pentru a argumenta în favoarea reformei. În acest context în schimbare este probabil, deși numai peste câțiva ani, ca eliminarea subvențiilor pentru tutun să fie în cele din urmă posibilă ținând cont și de faptul că în țările candidate, orientate în mai mare măsură spre agricultură, adoptarea subvențiilor ca politică implică în mod evident costuri prea mari pentru a fi asumate, fapt care face ca reformarea acestei politici să pară inevitabilă.

S-a raportat că Ministerul Sănătății și Serviciilor Sociale din Finlanda intenționează să propună un amendament la legislația finlandeză legată de tutun care să prevadă o **autorizație pentru vânzarea produselor de tutun**. Unul din scopurile acestei acțiuni este prevenirea vânzării țigărilor cumpărate din alte țări ale Uniunii Europene. Aceasta ar putea deveni o problemă atunci când cotele de import personal din UE vor crește în luna ianuarie 2004, și mai ales în mai 2004, când Statele Baltice devin membre ale UE. Taxele – și prețurile – la tutun sunt semnificativ mai mici în Estonia, Letonia și Lituania decât în Finlanda. În Belgia, Spania, Italia, Austria, Grecia și Germania există deja un sistem de autorizații pentru vânzarea cu amănuntul a produselor din tutun.

În Franța, unde tutunul este responsabil pentru 30.000 de decese anual, Adunarea Natională a aprobat, în iulie 2003, o majorare a taxei pe tutun și a introdus o lege pentru limitarea vânzării țigărilor către minorii sub 16 ani. Totodată, Ministerul Educației și cel al Sănătății colaborează pentru extinderea aplicării legii care interzice fumatul în locurile publice.

## LEGISLAȚIA DE CONTROL AL TUTUNULUI ÎN ROMÂNIA

Impactul asupra sănătății al consumului de tutun este devastator (Peto et al, 1994). Tutunul este cea mai importantă și singulară cauză de deces evitabil în regiune, iar incidența cancerului de plămân – care oferă cel mai bun indicator al impactului tutunului asupra sănătății – a atins cele mai înalte nivele în Europa de Est față de Europa de Vest (Pajak, 1996). Într-adevăr riscul mortalității premature datorate tutunului la bărbați a fost găsită a fi de aproximativ 2 ori mai mare în fostele țări socialiste decât în țările Europei de Vest. (Peto et al, 1994). Cifrele corespunzătoare la femei erau de 7% și 5% (Peto et al, 1994).

Datorită statutului prezent al României de țară candidată la aderarea în Uniunea Europeană, evoluțiile recente în domeniul legislației pentru controlul tutunului s-au concentrat asupra transpunerii și armonizării legislației românești cu cea a Uniunii Europene.

În cadrul procesului de transpunere și implementare a acquis-ului privind produsele din tutun situația țării noastre la momentul actual se prezintă astfel:

- **Directiva Consiliului 89/622/CEE din 13 noiembrie 1989** privind aproximarea legilor, regulamentelor și prevederilor administrative ale Statelor Membre privind etichetarea produselor din tutun și interzicerea comercializării anumitor tipuri de tutun pentru uz oral, amendată prin Directiva 92/41/CEE a fost transpusă prin:
  - **Ordinul Ministrului nr. 853/2000** privind stabilirea textului avertismentului de sănătate și a dimensiunilor acestuia pentru publicitatea pentru tutun
  - **Directiva 98/43/CE a Parlamentului European** și a Consiliului privind aproximarea legilor, regulamentelor și prevederilor administrative ale Statelor Membre legate de publicitatea și sponsorizarea pentru produsele din tutun (anulată în 2000), precum și

Directiva 89/552/CEE care impune o prohibiție asupra publicității pentru produsele din tutun la televiziune au fost transpuse prin:

- **Legea pentru aprobarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 55/1999 privind interzicerea publicității la produsele din tutun în sălile de cinematograf și interzicerea vânzării produselor din tutun către minori.** Aceasta prevede: interzicerea publicității la produsele din tutun în sălile de cinematograf și și interzicerea vânzării produselor din tutun către minori
  - **Hotărârea Guvernului nr. 718 din 15 octombrie 1998** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr.147/1998 privind impozitul pe spectacole și formularistica corespunzătoare, precum și a Normelor privind tipărirea, înregistrarea, vizarea, gestionarea și utilizarea biletelor de intrare și a abonamentelor la spectacole
  - **Ordinul comun al Ministrului Sănătății și Ministrului Finanțelor nr.318/519 din 1999** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr.55/1999 pentru interzicerea publicității produselor din tutun în sălile de spectacol și interzicerea vânzării produselor din tutun minorilor
  - **Legea nr. 148/2000 privind publicitatea**, care prevede stabilirea normelor obligatorii pentru publicitate, teleshopping și sponsorizare
  - **Legea audiovizualului**, nr. 48 din 21 mai 1992
  - **Decizia nr. 65 din 23 mai 2000** (CNA) privind adoptarea normelor obligatorii pentru publicitate, teleshopping și sponsorizare în domeniul audiovizualului
- **Directiva 2001/37/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 5 iunie 2001** privind aproximarea legilor, regulamentelor și prevederilor administrative ale Statelor Membre în legătură cu fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun, CARE ANULEAZĂ Directiva 89/622/CEE, precum și Directiva 92/41/CEE – și Rezoluția Consiliului și a Miniștrilor Sănătății ai Statelor Membre cu privire la interzicerea fumatului în locuri deschise publicului (89/C/189/01) au fost transpuse prin:
    - **Legea nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor utilizării produselor din tutun** – intrată în vigoare în decembrie 2002, lege care prevede: interzicerea fumatului în locurile publice închise; etichetarea produselor din tutun; stabilirea avertismentelor de sănătate; implicarea companiilor naționale de radio și televiziune în transmiterea de mesaje, emisiuni anti-tutun etc., protejarea sănătății nefumătorilor și fumătorilor de vătămările aduse de tutun. În vederea respectării prevederilor Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, în concordanță cu Directiva 2001/37/EC, au fost elaborate ghiduri de inspecție pentru constatarea și aplicarea legii.
    - **Legea privind normele tehnice și de igienă pentru fabricarea, depozitarea, transportul și comercializarea produselor din tutun** (în prezent textul acestui proiect de lege a fost introdus ca text suplimentar la Proiectul de modificare și completare a Legii 349/2002 aflat în dezbaterile din cadrul lucrărilor celor două comisii de sănătate ale celor două camere ale Parlamentului). Aceasta introduce ca reglementări suplimentare: stabilirea concentrațiilor maxime pentru gudron, nicotină și monoxid de carbon și reglementarea produsului pentru a preveni dezvoltarea utilizării produselor din tutun
    - **Ordonanța Guvernului nr. 13/2003** privind modificarea și completarea Legii nr. 349/2002, elaborată și inițiată de Ministerul Sănătății în decembrie 2002 și publicată în M.O. nr. 64 din 2 februarie 2003 care stabilește reglementările pentru spațiile în care se fumează; aduce modificări la conceptele transpuse din Directiva 2001/37/CE; stipulează interzicerea totală a fumatului în spitale și instituții sanitare

- **Hotărârea Guvernului nr. 1270/13.11.2002**, privind declararea Zilei Naționale Fără Fumat (a treia zi de joi din fiecare lună noiembrie), în vederea sensibilizării populației referitor la beneficiile renunțării la fumat, ca urmare a adoptării Legii nr. 349/2003 care a fost armonizată cu prevederile Directivei 2001/37/EC. Aceasta a fost publicată în M.O. nr. 839 din 21 noiembrie 2002. Celebrarea Zilei Naționale fără tutun are loc în aceeași zi cu sărbătoarea inițiată de Societatea Americană de Cancer și celebrată pe continentul american, precum și începând cu anul 2002 în țările Europei Centrale și de Sud-est
- **Legea nr. 467/2002 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 22/1992** privind finanțarea ocrotirii sănătății publicată în M.O. 524 din 18 iulie 2002, stabilește taxele asupra activităților dăunătoare sănătății în vederea finanțării fondului special pentru sănătate (12 % pentru publicitatea la tutun, țigări și alcool, față de 10% prevăzut în O.G. nr. 22/1992 și 2% din vânzarea sau producția produselor din tutun, țigări și băuturi alcoolice, față de 1% prevăzut în O.G. nr. 22/1992). Aceasta are în vedere prevenirea consumului de tutun la nivelul populației, în acord cu prevederile Legii nr. 349/2003 care a fost armonizată cu prevederile Directivei 2001/37/EC.

Implicarea României la mișcarea internațională de control al tutunului s-a materializat și prin următoarele acțiuni:

- participarea la negocierile internaționale cu privire la **Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului (CCCT)**, sub auspiciile Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), agreând în mod oficial poziția Comisiei Europene în cadrul negocierilor
- semnarea a **Declarației de la Varșovia**, alături de toate statele Europei și Organizația Mondială a Sănătății (Biroul Regional pentru Europa al OMS) în sprijinul Convenției Cadru pentru Controlul Tutunului
- participarea reprezentantului Ministerului Sănătății la întâlnirile anuale ale rețelei europene a punctelor focale OMS în domeniul controlului tutunului, în cadrul cărora a contribuit la elaborarea și facilitarea implementării **Planului European de Acțiune pentru Controlul Tutunului**
- semnarea de către Ministrul Sănătății, la Copenhaga, în anul 2002, alături de miniștrii sănătății din țările europene a **Strategiei Europene pentru Controlul Tutunului (OMS)**
- includerea, din 2003 a României în noul grup de țări în care se va realiza Studiul Global privind Tutunul și Tineretul (cu asistență tehnică din partea OMS și CDC Atlanta)

În prezent, Ministerul Sănătății se află în faza de finalizare a implementării unui proiect major în scopul controlului tutunului, proiect finanțat de guvern și printr-un împrumut de la Banca Mondială (în cadrul căruia se vor realiza campanii de educare și informare, vor fi elaborate acte legislative, vor fi organizate trei centre de consiliere privind renunțarea la fumat etc.)

În primul trimestru al anului 2002, s-a constituit, prin acordul ministerelor participante, **Grupul Interministerial pentru controlul tutunului**, grup de lucru la nivel de expert care funcționează în prezent prin nominalizarea unui expert de către ministrul respectiv, la solicitarea ministrului sănătății. Acest grup a avut în atenție:

- Analiza textului Convenției Cadru pentru Controlul Tutunului în vederea elaborării poziției României la negocierile internaționale, sarcină deja îndeplinită
- Elaborarea și implementarea Planului Național de Acțiune pentru Controlul Tutunului.

Legislația română în domeniul **accizelor la tutun** a suferit numeroase modificări din 1990 din punctul de vedere al nivelului taxei și al modului de calcul. Precursorul accizei a fost "impozitul pe circulația mărfurilor" stabilit, prin HG 1109/18.10.1990.

În HG nr. 779/ 15.11.1991 (cu Norme de aplicare nr. 262754/ 1.12.1991) apare pentru prima dată noțiunea de *acciză pentru produsele din tutun* iar referirile la tutun sunt abrogate de OG nr. 28/ 26.08.1992. OG nr. 28/ 26.08.1992 (abrogată de Legea nr. 3/ 24.02.1993) stabilește un mod nou de calcul, astfel:

- Acciza reprezintă un procentaj din prețul de vânzare (pentru produsele locale) sau din valoarea în vamă (pentru produsele importate);
- Cota este de 185 pentru țigarete și produse din tutun cu excepția mărcilor Top, Dacia, Record, Pescăruș, Snagov (pentru care cota este de 70) și Mărășești, Carpați, Bucegi (pentru care cota este de 45);
- Produsele importate temporar sau aflate în regim de tranzit nu sunt supuse accizelor.

În toată perioada parcursă până în prezent, au fost adoptate acte normative care au modificat nivelul accizelor, însă ceea ce este important de menționat este faptul că în vigoare este, în prezent, **Legea 571 din 22 decembrie 2003** (Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 927 din 23/12/2003), lege prin care se stabilește **noul Cod Fiscal**, act normativ care include prevederi cu referire la **marcarea, accizarea, taxarea produselor din tutun**. Noul cod fiscal abrogă prevederile anterioare și este un act normativ care armonizează în totalitate prevederile similare în legislația Uniunii Europene. Cota de accizare este în prezent încă scăzută față de nivelul european însă există un calendar de creștere gradată a acestei cote **până la atingerea cotei de 64%** pentru produsul cel mai consumat. Începând cu anul 2004 nici un producător nu mai poate produce decât dacă obține autorizarea conform legii (autorizare de antrepozit fiscal). Directivele UE prevăd o rată minimă de impunere de 70%. Aceasta include o acciză generală de cel puțin 57% (cu un maxim de 64%) care ar trebui să includă o combinație de impozite specifice (o sumă fixă per 1 000 de articole) și taxe ad valorem (proporționale cu prețul de vânzare cu amănuntul), plus 13,04% TVA.

În ceea ce privește legislația cu privire la **tutunul brut**, în prezent se află în vigoare Legea nr.236 din 2 iunie 2003 privind organizarea pieței tutunului brut în România publicată în M.O. nr. 408/11 iunie 2003, adoptată de Parlamentul româniei la inițiativa Ministerului Agriculturii, Pădurilor, Apelor și Mediului. Legea reglementează *organizarea pieței* tutunului brut și prevede ca în vederea cultivării și comercializării tutunului brut, producătorii de tutun se pot organiza în grupuri de producători, iar Ministerul Agriculturii, Alimentației și Pădurilor este autoritatea competentă pentru autorizarea unităților prim-procesatoare pentru încheierea contractelor de cultură cu producătorii de tutun. De notat și Ordinul 502/4 august 2003 privind contractul tip de vânzare – cumpărare a tutunului brut valabil pentru recolta anului 2004, precum și Ordinul nr. 503 din 4 august 2003 al ministrului agriculturii, pădurilor, apelor și mediului privind autorizarea unităților prim-procesatoare de tutun, împreună cu Ordinul 976/28 noiembrie 2003 pentru modificarea Ordinului 503/2003, ca acte normative necesare implementării legii. Cităm din Expunerea de motive la Legea privind organizarea pieței tutunului brut în România: „În momentul aderării la Uniunea Europeană, în România trebuie să funcționeze următoarele mecanisme de piață comunitare: **acordarea de prime de producție pentru kilogramul de tutun livrat**. Primele sunt stabilite diferențiat pe varietăți și pe clase de calitate; măsuri de orientare a producției de tutun din punct de vedere cantitativ și calitativ; acordarea unui ajutor special pentru grupurile de producători în scopul respectării de către acestea a reglementărilor comunitare în acest sector de activitate. Pentru ca aceste mecanisme să funcționeze, piața tutunului trebuie să fie gestionată prin următoarele instrumente: contracte de cultură a tutunului încheiate între cultivatorii de tutun și prim – procesatori; declarații de livrare a tutunului; autorizația de

*funcționare a prim –procesatorului, document în baza căruia acesta încheie contracte de cultură cu producătorii de tutun; atestate de cote; atestate de control. Această lege este armonizată cu Regulamentul (CEE) nr.2075/1992 privind organizarea comună de piață în sectorul tutunului brut, modificat prin Regulamentele (CEE) nr.1636/1998 și nr.2848/1998 și permite transpunerea organizatorică și instituțională a acquis-ului comunitar în acest sector de activitate.”*

După cum se poate ușor observa legea prevede acordarea de prime și ajutoare (subvenții) pentru cultivatorii de tutun însă, în contextul evoluției legislației în domeniul controlului tutunului la nivel global, în concordanță cu prevederile Convenției Cadru de Control al Tutunului va apărea necesitatea adoptării unei politici de eliminare a subvențiilor în favoarea tutunului și acordarea de sprijin guvernamental altor activități economice viabile.

## **CONVENTIA CADRU DE CONTROL AL TUTUNULUI (CCCT)**

În timp ce România și alte țări candidate își negociază aderarea la Uniunea Europeană, cele 192 de state membre ale Organizației Mondiale a Sănătății au negociat primul tratat privind sănătatea din lume, **Convenția Cadru privind Controlul Tutunului (CCCT)**, în ciuda poziției obstructioniste adoptate pe întreg parcursul negocierilor de câteva state, în principal Statele Unite, Japonia și Germania (Gilmore și Collins 2002; Waxman 2002; Organizația Mondială a Sănătății 2002). Astfel în luna mai 2003, în cadrul celei de a 56-a Adunări Mondiale a Sănătății (forul conducător al Organizației Mondiale a Sănătății) a fost adoptat, în unanimitate, **primul tratat internațional pentru controlul tutunului din lume**. Acesta stabilește un set de norme care vizează reducerea efectelor nocive ale tutunului asupra sănătății, al cărui obiectiv este de a proteja generațiile prezente și viitoare de consecințele devastatoare ale consumului de tutun sau ale expunerii la fumul de țigară, asupra sănătății și asupra mediului (fizic, social și economic). Prin intermediul acestui tratat se instaurează linii directe pentru guvernarea internațională în domeniul tutunului prin recunoașterea faptului că statele nu mai pot controla în mod eficient pe cont propriu factorii de natură globală care produc “epidemia de consum de tutun” – natura transnațională a societăților din domeniul tutunului și strategiile de comercializare globale ale acestora și de import și export fără plata taxelor vamale (Sesiunea Comitetului pentru Sănătate, 1999-2000; Joossens și Raw 2000) (Yach și Bettcher 2000). În anexa 3 este prezentat textul integral al CCCT.

Timp de 4 ani, între 1999 și 2003, delegațiile a 192 de țări, membre ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), au participat la cele 6 runde de negocieri internaționale, organizate la inițiativa OMS.

România a participat activ la toate cele 6 runde de negocieri precum și la activitatea inter-sesională organizată de OMS, prin delegația formată de reprezentanții Misiunii Permanente a României pe lângă Națiunile Unite de la Geneva și reprezentatul MSF. Unele din propunerile României au fost incluse în textele de negociere. Printre semantarii acestei convenții se numără și **Comunitatea Europeană**, iar până în prezent s-au înregistrat 87 de semnături iar 5 țări au ratificat tratatul: Norvegia, Fiji, Malta, Sri Lanka, Seychelles. România și-a propus ca în prima parte a anului 2004 să semneze Convenția Cadru de Control al tutunului, în concordanță cu Statele Membre ale Uniunii Europene și cu Comisia Europeană.

Aspectele prevăzute în Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului – CCCT – sunt :

- *Instituții și mecanisme* – legislația trebuie să creeze infrastructuri cărora să le acorde putere și să finanțeze o autoritate care să implementeze și să gestioneze legislația;
- *Educarea publicului* – campanii largi de educare a publicului reprezintă o parte importantă în a acțiunilor menite să schimbe atitudinile și concepțiile populației cu privire la consumul de tutun;
- *Publicitate, promovare și sponsorizare* – o interzicere comprehensivă a publicității, promovării și sponsorizării pentru produsele din tutun reprezintă punctul central al unui program bazat pe datele existente;

- *Taxe* – creșterea taxelor și, implicit, creșterea prețului produselor din tutun, s-a dovedit a fi unul din cele mai eficace mijloace de reducere a consumului de tutun, în special în rândurile tineretului;
- *Fumat pasiv* – eliminarea fumatului la locul de muncă și în locuri publice protejează nefumătorii de pericolele legate de expunerea la fum, descurajează inițierea fumatului și promovează abandonarea fumatului;
- *Etichetare și ambalare* – avertismente de sănătate și mesaje informative clare și de dimensiuni cât mai mari, utilizând mesaje rotative, elaborate de autoritățile naționale competente, trebuie să fie obligatoriu plasate pe ambalajele produselor din tutun, iar termenii înșelători cum ar fi „light” sau „mild”, sau oricare alt semn care ar putea sugera că produsul respectiv este mai puțin dăunător decât altul, nu trebuie utilizați;
- *Reglementarea produselor* – autoritatea de reglementare trebuie acordată unei agenții speciale care să se ocupe de probleme cum ar fi prezentarea publică a ingredientilor, recunoașterea nocivității unor constituenți, date cu privire la siguranța aditivilor, precum și concentrația gudron, nicotină și monoxid de carbon;
- *Vânzarea de tutun* – legislația trebuie să interzică vânzarea produselor din tutun către minori, precum și orice alte practici dăunătoare de vânzări, cum ar fi utilizarea de automate de vânzare și rafturi cu autoservire pentru produsele din tutun;
- *Contrabanda* – pentru a combate comerțul ilicit, legislația trebuie să includă măsuri cum ar fi obligativitatea marcării pachetelor sau crearea unui regim strict pentru urmărirea produselor în lanțul de distribuție, precum și introducerea măsurilor de distrugere a produselor din tutun descoperite în lanțul de contrabandă și confiscate.
- *Alte probleme* – o legislație cuprinzătoare poate include prevederi legate de abandonarea fumatului, dezvoltarea unor programe coerente, evaluate și monitorizate permanent de educație a tineretului în școli, modificarea politicilor agricole sau problemele cu privire la răspunderea juridică.

### ***Implicații pentru evoluția viitoare a legislației de control a tutunului în România***

Legislația românească cu privire la controlul tutunului în România se află în prezent într-un proces pro-activ de dezvoltare a unor măsuri menite să protejeze populația României de efectele devastatoare asupra sănătății, mediului înconjurător, precum și cele sociale și economice ale consumului tutunului precum și ale expunerii la fumul de tutun.

Au fost luate măsuri în scopul reducerii continue și substanțiale a prevalenței consumului de tutun sau a expunerii prin fumat pasiv. Un impact deosebit asupra acestui proces l-a constituit existența legislației în vigoare a Uniunii Europene, precum și angajamentele asumate de Guvernul României în procesul de pre-aderare. Acest proces a făcut posibilă adoptarea legilor sau actelor normative, au fost adoptate măsuri de interdicere a vânzării produselor din tutun la minori, măsuri restrictive cu privire la fumatul în spațiile publice închise, la locul de muncă sau în transportul public în comun, dar și măsuri de inscripționare pachetelor de tutun sau tipărire a acestora cu avertismente de sănătate, clare și suficient de mari încât să aibă un impact asupra consumatorilor. Nu există nici o îndoială că sunt țări candidate la aderarea la Uniunea Europeană care au făcut pași mai importanți decât România pentru restricționarea produselor din tutun (de pildă, Polonia are deja în vigoare o lege care interzice total publicitatea la produsele din tutun). În ceea ce privește România, putem spune că mediul politic nu este încă pregătit pentru adoptarea unei astfel de legi, dar cu sprijinul și eforturile societății civile (organizații neguvernamentale care desfășoară activități de lobby, advocacy și educare a populației, precum și societăți profesionale, experți individuali, etc.) se poate spera că în viitorul apropiat subiectul respectiv să se afle în atenția opiniei publice sau al decidenților politici. Cu toate acestea, se poate afirma, că legislația românească în domeniul controlului tutunului se află într-un moment de ascensiune și dezvoltare plasând România printre țările cu o legislație comprehensivă. Încă nu există date sigure și

suficiente pentru a putea afirma că implementarea legislației respective, constatarea și aplicarea ei sunt realizate.

Recomandările pe termen scurt pentru acțiunile viitoare menite să continue eforturile țării noastre de participare la politica internațională comună de control al tutunului ar putea include:

1. Transpunerea Recomandării Consiliului 2003/54/CE din 2 decembrie 2002 – prevenirea fumatului și îmbunătățirea controlului tutunului care este parțial inclusă în legea pentru prevenirea și combaterea efectelor utilizării produselor din tutun, precum și elaborarea de către Ministerul Sănătății a unui proiect de completare a legislației în conformitate cu prevederile acestei recomandări
2. Transpunerea Directivei 2003/33/EC a Parlamentului European și a Consiliului din 26 mai 2003 cu privire la aproximarea legilor, regulamentelor și a prevederilor administrative ale Statelor Membre în legătură cu publicitatea și sponsorizarea la produsele din tutun – prin proiectul unui act normativ cu privire la publicitatea și sponsorizarea în scopul promovării produselor din tutun
3. Transpunerea Directivei 2003/641/EC cu privire la o decizie a Comisiei europene din 5 septembrie 2003 asupra utilizării unor imagini fotografice sau a altor ilustrații ca și avertismente de sănătate pe pachetele din tutun
4. Dezvoltarea de campanii publice pentru promovarea legislației existente, promovarea centrelor de consiliere pentru abandonarea fumatului (și dezvoltarea acestor centre cu experți calificați), stimularea atitudinii de respectare a legii și de promovare a drepturilor nefumătorilor, în paralel cu informarea și educarea populației cu privire la nocivitatea fumatului prin parteneriat larg cu mass-media și societatea civilă
5. Elaborarea și adoptarea unui Plan Național de Acțiune pentru Controlul Tutunului, elaborat de către agențiile guvernamentale și autoritățile competente care gestionează sectoare diverse ale controlului tutunului, precum și organizații neguvernamentale, societăți profesionale etc, într-un efort comun
6. Semnarea Convenției Cadru de Control al Tutunului, având în vedere faptul că aceasta reglementează la nivel internațional măsurile generale în acest domeniu dar stabilește și măsuri de asistență tehnică și financiară pentru țările în curs de dezvoltare sau cu o economie în tranziție (statut pe care România îl are în prezent), de cooperare între statele lumii cu privire la colectarea datelor, la schimbul de informații, la lupta împotriva contrabandei sau la asaltul tot mai puternic al companiilor internaționale producătoare de tutun asupra piețelor acestor țări cu economie în tranziție, în reformă, cu probleme financiare diverse.

## *FUMATUL ÎN ROMÂNIA*

Începând cu anul 1990, fumatul a crescut în proporții alarmante în Europa de Est, fapt datorat în primul rând tranziției spre o economie de piață și apariției companiilor internaționale de tutun, ale căror campanii promoționale au înflorit în absența reglementărilor legislative. Companiile transnaționale de tutun, care au început să facă față din ce în ce mai multor restricții în SUA și Europa de Vest, s-au extins rapid în Europa de Est, prin producție locală și reclamă agresivă. România a resimțit la rîndul ei această invazie a companiilor transnaționale de tutun. Astfel, așa cum se poate remarca în tabelele următoare, cu mici fluctuații s-a înregistrat o creștere evidentă și constantă a consumului de țigări în perioada 1990-2001 cât și a consumului zilnic, per capita.



**Tabel 1. Consumul de țigarete 1990-2001 în România**

Consumul de țigarete 1990-2001			
	Milioane de Bucăți	% Schimbare anual	Index 1990- 100.0
1990	18.190	-18,1	100.0
1991	25.780	+41,7	141.7
1992	27.220	+5.6	149.6
1993	29.760	+15.4	163.6
1994	29.530	+0.8	162.3
1995	30.500	+3.2	167.7
1996	31.860	-4.5	175.2
1997	30.509	-4.2	167.7
1998'	33.740	+10.6	185.5
1999'	27.070	-19.8	148.8.
2000'	30.710	+13.4	168.8
2001'	32.250	+5.0	177.3

Sursa: Estimări ERC bazate pe vânzări înregistrate

**Tabel 2. Consumul per capita de țigarete on România**

Consum per capita 1990-2001						
	Populație Milioane	Bucăți/zi	Bucăți/săpt	Bucăți/an	% Schimbare	Index 1990-100.0
1990	23.21	2.1	15.0	784		100.0
1991	23.19	3.0	21.3	1.112	+14.3	141.8
1992	22.79	3.3	22.9	1.194	+7.3	159.3
1993	22.76	3.6	25.1	1.308	+9.5	166.8
1994	22.73	3.6	24.9	1.299	-0.7	165.7
1995	22.68	3.7	25.8	1.345	+3.5	171.6
1996	22.61	3.9	27.0	1.409	+4.8	179.7
1997	22.55	3.7	25.9	1.353	-4.0	172.6
1998	22.50	4.1	28.8	1.500	+10.9	191.3
1999	22.46	3.3	23.1	1.205	-19.7	153.7
2000	22.41	3.8	26.3	1.370	+13.7	174.7
2001'	22.36	4.0	27.7	1.442	+5.3	183.9

Sursa: Estimări ERC

România a crescut accizele cu 2% de la 1 decembrie 2001 și cu o nouă creștere cu 8% de la 1 ianuarie 2002 .

România are o populație estimată la 22,4 milioane, înregistrându-se o creștere în anii 1980, apoi o altă creștere ușoară de 2,2% între 1985-1990; ulterior s-a înregistrat o scădere datorită emigrării și scăderii natalității în contextul în care s-a menținut mortalitatea generală la un nivel ridicat (spor natural la 1000 locuitori -0,95‰, natalitate-10,45‰, mortalitate 11,40‰ în 2000).

Studii efectuate în ultimii ani prezintă evoluții îngrijorătoare ale prevalenței fumatului atât în rândul populației generale cât și la nivelul unor grupe populaționale sau profesionale sensibile la acest obicei.

Poate că nu întâmplător acest lucru s-a reflectat în morbiditatea și mortalitatea prin boli respiratorii din țara noastră raportată de către Ministerul Sănătății, Centrul de Statistică Sanitară și Documentare Medicală, așa cum reiese din raportul *”Comparații internaționale privind statistica demografică și sanitară”* din 2003. Cu o mortalitate de 63,08‰ de locuitori în 2001 (87,48‰ la sexul masculin și 44,02‰ la femei), România ocupă o poziție fruntașă alături de alte țări recunoscute pentru măsurile tardive antifumat sau lipsa unor legislații adecvate ca de exemplu: Rusia (63,39‰), Ucraina (67,40‰), Moldova (79,78‰), Slovacia (54,45‰), dar departe de țări care s-au remarcat printr-o reacție precoce și un front antifumat puternic dublat de legi antifumat implementate devreme ca de exemplu din rândul țărilor din Europa de Est și Centrală: Polonia cu 46,19‰, Ungaria cu 33,57‰, Cehia cu 37,7‰, iar din Comunitatea Europeană și din Europa de Vest ca: Suedia(40,89‰), Austria(30,92‰), Franța (44,83‰).

Totodată morbiditatea prin boli respiratorii cronice în țara noastră este de departe pe primul loc, cu o creștere constantă din 1990 (în condițiile în care așa cum recunoștea și Ministerul Sănătății prin Centrul de Statistică Sanitară și Documentare Medicală în evaluarea *Stării de sănătate a populației din România 1990-2002* se face o sub-raportare datorită lipsei de comunicare a informațiilor de la nivelul spitalului și al ambulatoriilor de specialitate ca și a celor de la nivelul asistenței primare - medicii de familie); dacă în 1990 morbiditatea prin boli respiratorii cronice era de 28.868,2‰ locuitori, în 1995 erau 32.707,1‰ iar în 2001-34.146,2‰, date care demonstrează un impact la distanță al fumatului și la noi în țară. O confirmare suplimentară vine și de la cea de-a 5 a „Anchetă națională medicală” din 1997, în care se arăta că existau 856.000 cazuri de boli pulmonare cronice obstructive (fumatul fiind primul factor de risc) față de 201.655 cazuri câte erau în evidența medicilor de familie.

Centrul de Statistică Sanitară și Documentare Medicală a efectuat în 1994, la recomandarea OMS, o cuprinzătoare anchetă privind *Autoevaluarea sănătății, gradul de autonomie a handicapatului, comportamentul populației față de sănătatea proprie*. Un capitol aparte în cadrul acestei anchete este rezervat creșterii consumului de tutun și se referă la unele comportamente necorespunzătoare ale populației față de propria sănătate și cea a colectivității. Procentul fumătorilor era de aproape trei ori mai mare la sexul masculin comparativ cu cel feminin; dacă în mediul rural acest procent este de patru ori mai mare, în mediul urban era doar dublu. Aceste date demonstau la momentul respectiv încă funcționalitatea unor norme impuse la sate de o serie de perceptive culturale care nu permiteau femeilor să copieze acest obicei cu mare răspândire în rândul bărbaților.

Dinamica tabagismului indică un aspect negativ prin creșterea procentului de fumători comparativ cu o anchetă similară din 1989 (25,9 % în 1989 și 28,0 % în 1994). Această situație se datora exclusiv creșterii frecvenței fumătorilor de sex feminin cu 34,5 % adică de la 11,3 % în 1989 la 15,2 % în 1994, în timp ce la sexul masculin procentele erau sensibil egale, respectiv chiar o mică scădere (43,9 % în 1989 și 42,7 % în 1994). Numărul de țigarete fumate anual de o persoană crescuse de la 1446 în 1976 la 1591 în 1984, iar procentul fumătorilor crescuse de la 26% în 1989 la 28% în 1994. Procentul fumătorilor bărbați în România era de 46%, iar în rândul femeilor era de 15%. Consumul de tutun prezintă o tendință crescătoare în special printre tineri și populația feminină. Aceste date sunt completate de Ministerul Sănătății, Centrul de Statistică Sanitară și Documentare Medicală în lucrarea *”Comparații internaționale privind statistica demografică și sanitară”* din 2003 unde se semnalează un consum în creștere continuă; astfel, în 1999 acesta a fost de 1781,10 țigarete/pers./an marcându-se o creștere de 12,2% față de anul 1998. Sigur că statisticile foarte variate ca metodă utilizată și ca strategie de abordare a studiului raportează procente foarte diferite. Dacă luăm în considerare doar aceeași lucrare amintită anterior s-ar părea că aveam doar 20,8% fumători zilnici peste 15 ani în 2000 fără a exista date comparative în cei doi ani anteriori. Aceste cifre puțin credibile ne-ar propulsa alături de țări cu tradiție în lupta antifumat ca Suedia (18,90%), Finlanda (23,0%), Franța (27,0%), etc. Că aceste date raportate în cazul țării noastre nu sunt reale se poate observa și din trecerea în revistă, în țările amintite anterior, a numărului de țigarete per persoană și per an în anul 1999: Suedia (711,22), Finlanda

(931,18) și Franța (1415,83) (sursele de informare sunt World Health Statistics Annual 2002, Health For All Indicators, WHO European Region, 2003, United Nations Statistics Division Report 2002). Studii recente au demonstrat că prevalența fumatului în țări ale Europei de Est variază între 41,75% în Ungaria, la 29,1% în Cehia, în timp ce România - cu o prevalență a fumatului în rândul populației adulte de 44%- se înscrie, alături de Bosnia și Herțegovina (48%), Iugoslavia (47%), Mongolia (47%), Yemen (45%), Kenya (49%) și Namibia (50%) într-un nefericit Top 10 al țărilor cu cele mai înalte prevalențe ale fumatului.

Dinamica prevalenței fumatului la sexul feminin este oglinda influenței la distanță a reclamei intense practicate de marile concerne de țigări care s-au concentrat și în România, în special după 1994-95 asupra adolescenților și femeilor. Un exemplu este studiul *Sănătatea Reproducerii- România 1999* care a inclus câteva întrebări pentru determinarea consumului de țigări. La acea dată, 39% dintre femei au declarat că au fumat cel puțin 100 de țigări în viața lor (fumătoare), incluzând pe cele 30% care au fumat zilnic în ultimele 30 de zile premergătoare studiului (fumătoare active). Proporția fumătorilor în rândul bărbaților a fost mult mai mare: 72% dintre bărbații intervievați au fumat în viața lor, incluzând pe cei 54% care erau fumători activi la momentul interviului. În plus, 4% dintre femei și 6% dintre bărbați au declarat că au fumat în ultimele 30 de zile, dar nu în fiecare zi. La acel moment datele furnizate plasau România printre țările cu cea mai mare prevalență a fumatului din țările Europei de Est. Această prevalență este o consecință și a relaxării vamale, a traficului de țigări, a existenței unei piețe negre pentru aceste produse, a ameliorării condițiilor economice după anii 1989, așa cum relevă și raportul **ERC Group** (organizație internațională specializată în studii de piață) în 2001. În anul 2000, „National Health Statistics” raporta că 48% din bărbați și 25% din femei erau fumătoare (o medie de 36,1% în 2000 față de 28,5% la 1995).

**Tabel 3. Populația fumătoare, 1995-2000 din România**

Populatia Fumătoare , 1995-2000						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Populația Totală(milioane)	22.68	22.61	22.55	22.50	22.46	22.41
-Bărbați adulți (+15)	8.75	8.78	8.80	8.81	8.82	8.84
-Femei adulți (15+)	9.29	9.33	9.37	9.39	9.42	9.45
<b>-Total adulți</b>	<b>18.04</b>	<b>18.12</b>	<b>18.17</b>	<b>18.20</b>	<b>18.23</b>	<b>18.28</b>
Din care fumători(%)						
-Bărbați adulți (+15)	42.7					48.0
-Femei adulți (15+)	15.2					25.0
<b>-Total adulți</b>	<b>28.5</b>	<b>31.2</b>	<b>34.0</b>	<b>34.7</b>	<b>35.4</b>	<b>36.1</b>
Număr de fumători(milioane)						

-Bărbați adulți (+15)	3.74					
-Femei adulți (15+)	1.41					
<b>-Total adulți</b>	<b>5.15</b>	<b>5.66</b>	<b>6.18</b>	<b>6.32</b>	<b>6.46</b>	<b>6.60</b>

Sursa: Estimări ERC bazate pe date demografice UN/USCB

Creșterea era evidentă pentru sexul feminin pentru că în 1995 doar 15,2 % erau fumătoare și probabil că acest element explică (chiar dacă există doar informații punctiforme) nivelul ascendent înregistrat în rândul populației adulte între 1989 (când erau doar 11,3% fumătoare și 43,9% fumători) și anul 2000. ERC a estimat, pe baza datelor amintite anterior, că în prezent sunt 6.6 milioane de fumători față de 6 milioane câți se aprecia că erau în 1996-97.

A doua țintă în România a concernelor de țigări după 1990 a reprezentat-o adolescenții. Consecințele reclamei sunt dovedite de numeroasele studii ulterioare. Anchetele, efectuate în rândul elevilor din clasele mici ca și la cei din clasele X-XII, arată impactul masiv al reclamei profumat (aproximativ 11 % au încercat deja o țigară în 1994), dar și exemplul negativ al profesorilor și învățătorilor care în proporție de 4% fumează în fața elevilor lor (Mihălțan F-1994). Odată cu trecerea anilor și ajungerea în anii mari de liceu, în școli postliceale și facultăți, incidența fumatului crește cu vârsta. Un exemplu îl constituie un studiu desfășurat în școlile sanitare din București pe un lot unde predomină sexul feminin, unde la grupa de vârstă 20-24 de ani erau 26% fumători, iar la 25-29 de ani, 27,8% (F.Mihălțan-1995)

În cadrul unei alte anchete - de estimare a prevalenței fumatului în rândul elevilor - s-a constatat că la 14 ani nivelul acestuia este de 2,8%, la 16 ani crește la 12,3 %, iar la 18 ani atinge 28,5% (C. Didilescu 1995). C. Ciufecu (1997), pe un eșantion constituit din 123 de elevi cu vârste care variază între 15 și 20 de ani (79 fete și 44 băieți), de la Liceul "Jean Monet" din București, găsește un procent de 39,8 % fumători (40,5% din fete și 38,6 % din băieți). În 1999, un alt studiu – ESPAD - efectuat la elevii de 16 ani, studiu care a urmărit consumul de droguri în rândul acestora, a demonstrat că doar 42,7% dintre aceștia nu au fumat niciodată (33,4% dintre băieți și 48% dintre fete); 57% au fumat cel puțin odată, 19% erau consumatori ocazionali de 1-2 ori și 18% erau consumatori frecvenți (peste 40 ori).

În anul 2000, Institutul Național de Statistică a realizat studiul "Starea de Sănătate a Populației din România", studiu ce a fost elaborat în cadrul Institutului de Cercetare Socială și Economică (IRECSON) ca o componentă a Programului Phare RO 9703-01 Statistică, sub-proiect 1.1: "Statistică socială", componenta de supraveghere a sănătății. Statisticile arătau, la acel moment, că 21% din populația cu vârstă de peste 15 ani fuma zilnic. Un procent de 4% dintre persoanele care au renunțat la fumat obișnuiau în trecut să fumeze zilnic. În grupa de vârstă 15-24 ani, fumau 18,8% dintre bărbați și 8,8% dintre femei. În aceeași grupă de vârstă, un procent de 10,4% au început să fumeze înainte de vârsta de 15 ani, în timp ce 71,4% au început să fumeze între 15 și 19 ani. Din totalul fumătorilor, 5,5% au început să fumeze înainte de vârsta de 15 ani, în timp ce 47,5% dintre aceștia au început să fumeze între 15 și 19 ani. Mai mult de jumătate dintre bărbați (51,4%) au început să fumeze la vârste cuprinse între 15 și 19 ani, procentul femeilor care fumează de la aceleași vârste fiind de 35,8%. În mediul urban, 5,2% dintre fumători, au început să fumeze înainte de a împlini vârste de 15 ani, iar 45,6% au început să fumeze la vârste cuprinse între 15 și 19 ani.

Este interesantă, pentru a înțelege mai bine rezultatele studiului actual, o parcurgere a altor statistici care ne crează o imagine de ansamblu legată de grupurile profesionale care pot influența evoluția „pandemiei” fumatului din țara noastră.

Într-o anchetă efectuată în 1999 (C. Didilescu 1999), în rândul medicilor s-au găsit 43,2% fumători și 16,6% ex-fumători (46,5% în rândul bărbaților și 53,5% în rândul femeilor), cea mai mare prevalență întâlnindu-se la grupa de vârstă 30-49 de ani (44,3%). Cea mai înaltă rată a

fumătorilor a fost întâlnită la medicii specialiști – 62,6%). La pneumologi se înregistra o prevalență de 60,5% la bărbați și 40% la femei în 1997 (F.Mihălțan-1997), la medicii de familie de 40% la bărbați și 19% la femei în 1998 (F.Mihălțan-1998), la chirurgi o rată a fumătorilor de 45,8% în 1999 (F.Mihălțan-1999), iar la farmaciști de 21,9% în 1997 (F.Mihălțan-1997). Într-o altă anchetă (F. Mihălțan, 2000) efectuată în rândul studenților medicinisti de anul IV din București s-au întâlnit 32,7% fumători (30% fumătoare și 36,5% fumători) și 7,8% ex-fumători.

De curând, politicile de control a tutunului au impus restricții asupra publicității și promovării tutunului, au fost emise acte normative care stipulează interzicerea fumatului în locurile publice, restrângerea vânzării de țigări la copii, au fost dezvoltate campanii de promovare a sănătății și au fost înființate centre ce oferă servicii de consiliere pentru încetarea fumatului.

Semnarea și ratificarea Convenției Cadru pentru Controlul Tutunului **reprezintă** pentru România un moment important în alinierea acestor politici la cerințele Organizației Mondiale a Sănătății.

**Ziua Națională Fără Tutun** – Începând cu anul 2002, cea de a treia zi de joi din luna noiembrie a fiecărui an este declarată, prin Hotărâre de Guvern, Zi Națională fără Tutun.

## CAPCTR 2003

Studiul *“Cunoștințe, atitudini și practici legate de consumul de produse din tutun în rândul populației generale din România”* și-a propus realizarea unei cercetări cantitative în rândul populației cu vârste cuprinse între 14 și 60 de ani asupra cunoștințelor, atitudinilor și practicilor legate de consumul de produse din tutun, precum și ale consecințelor acestuia.

Acest studiu a fost astfel proiectat încât să atingă următoarele obiective:

- Identificarea indicatorilor statistici relevanți legați de consumul de tutun și produse din tutun în rândul populației generale
- Identificarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor legate de consumul de produse din tutun în rândul populației generale (fumători/nefumători)
- Identificarea consecințelor sociale și asupra sănătății ale consumului de tutun
- Identificarea rolului mass-mediei și publicității în promovarea consumului de tutun sau în renunțarea la acesta

## METODOLOGIE

### Proiectarea eșantionului

Studiul **„Cunoștințe, atitudini și practici legate de consumul de produse din tutun în rândul populației generale din România – CAPCTR-2003”** a fost proiectat pentru a culege informații dintr-un eșantion reprezentativ de femei și bărbați cu vârste cuprinse între 14 și 60 de ani. Intervievații, consumatori sau neconsumatori de produse din tutun, au fost selectați din rândul bărbaților și femeilor cu vârste cuprinse între 14 și 60 de ani care locuiau în România pe durata studiului, din mediul urban și rural, din București și din 10 județe din România.

**CAPCTR-2003** a folosit un model de eșantionare cu mai multe etape. În prima etapă eșantionul a fost stratificat în patru regiuni culturale: București, Transilvania, Moldova, Muntenia și Dobrogea. În etapa următoare s-au selectat în aceste regiuni, în mod aleator județele în care, în etapa a treia, s-a selectat câte o localitate urbană și una rurală. Localitățile urbane au fost reprezentate de orașele reședință de județ, în timp ce în cazul localităților rurale s-a ales aleator un sat dintre satele cu o populație de peste 1000 de persoane.

În fiecare județ interviurile s-au realizat în patru cuiburi formate din 60 de gospodării, alese aleator: un cuib situat într-o zonă centrală a orașului reședință de județ, un cuib situat într-o zonă periferică a orașului reședință de județ și două cuiburi în localitățile rurale. Pentru București au fost selectate 8 cuiburi (4 în zonele centrale și 4 în zonele periferice). Dimensiunea cuiburilor s-a bazat pe numărul gospodăriilor necesare obținerii unei medii de 25 de interviuri complete în fiecare cuib.

Gospodăriile din cele 48 de cuiburi au fost alese folosindu-se un interval sistematic de eșantionare. În fiecare gospodărie s-a ales o persoană între 14 și 60 de ani. În cazul în care în gospodăria selectată existau mai multe persoane eligibile se alegea una singură dintre ele, folosindu-se regula zilei de naștere. În cazul în care persoana selectată nu era acasă și aceasta nu lipsea pentru mai mult de o săptămână se programa o revizită la gospodăria respectivă. Operatorii de interviu au făcut până la trei încercări de a intervieva respondentul selectat.

### **Colectarea și prelucrarea datelor**

Colectarea datelor pentru studiul CAPCTR-2003 s-a realizat cu ajutorul unui chestionar structurat, de către 14 operatori de interviu cu experiență anterioară în realizarea interviurilor. Coordonarea, monitorizarea și supervizarea activității de teren au fost realizate de către un coordonator de teren. Înaintea începerii colectării datelor chestionarul a fost pretestat iar operatorii au fost instruiți pentru a se asigura administrarea adecvată a chestionarelor.

În forma finală chestionarul a cuprins următoarele secțiuni:

- Caracteristici sociale, economice și demografice ale respondentului
- Caracteristicile fumătorilor
- Dependența și renunțarea la fumat
- Cunoștințele, atitudinile și practicile legate de consumul de produse din tutun
- Consecințele sociale și asupra sănătății ale consumului de tutun
- Fumatul pasiv și expunerea la fumat
- Rolul mass-media și al publicității în promovarea consumului de tutun sau în renunțarea la consumul de tutun
- Legislația antifumat

Interviurile s-au desfășurat față-în-față, la domiciliile respondenților și au avut o durată medie de 20 minute. Activitatea de teren s-a desfășurat în perioada 1 iunie - 1 iulie 2003. Controlul calității a fost asigurat prin controlarea a 20% din interviuri prin revizitarea persoanelor intervievate sau prin telefon. A fost verificată corectitudinea, atât a administrării chestionarelor cât și a selectării persoanei eligibile.

Chestionarele completate au fost revizuite și apoi introduse independent de 2 persoane. Datele obținute au fost suprapuse ulterior, chestionarele considerându-se valide numai în cazul în care datele introduse coincideau. Introducerea chestionarelor s-a realizat prin intermediul unui formular creat cu ajutorul programului Microsoft Access 2000, program în care s-a construit și baza de date. La realizarea formularului s-au folosit reguli și teste de validare pentru fiecare câmp în parte, aspect care a eliminat mare parte din erorile de introducere a chestionarelor. Baza de date rezultată a fost analizată folosindu-se programul SPSS v.11.5 for Windows, iar o parte din graficele generate au fost reconstruite cu ajutorul programului Microsoft Excel 2000.

## Ratele de răspuns

În total au fost vizitate 2680 gospodării, inclusiv 797 de gospodării care nu aveau nici un respondent eligibil și 42 la care nu s-a putut determina componența gospodăriei. Printre cele 1841 de gospodării vizitate care aveau unul sau mai mulți respondenți eligibili, s-au întâlnit 442 gospodării în care respondentul a fost absent la fiecare din cele trei tentative de interviu. Printre cele 1399 de gospodării în care a fost prezent un respondent eligibil în timpul uneia dintre tentativele de realizare a interviului s-au înregistrat 187 refuzuri (13,4%) atât ale gospodăriei cât și ale persoanei eligibile și 3 interviuri incomplete. Eșantionul rezultat cuprinde 1209 chestionare.

## Ponderări de eșantionare

Întrucât modelul eșantionului nu este autoponderat, a fost necesar ca în vederea analizei datele să fie ponderate. Deoarece dimensiunea eșantionului pentru fiecare localitate selectată nu a fost proporțională cu dimensiunea populației țintă, a fost necesar să se folosească un factor de ponderare care să redea fiecărei zone geografice ponderea corespunzătoare. Acest factor de ponderare post-ajustare este egal cu raportul dintre valoarea națională cunoscută și estimarea de către eșantion a acelei valori. Pentru fiecare localitate urbană din eșantion, s-a alocat respondenților o pondere egală cu raportul dintre populația urbană din județul respectiv și numărul de respondenți din eșantionul din acea localitate. O procedură similară s-a folosit pentru fiecare localitate rurală. Dimensiunile reale ale populației care au fost folosite au fost cele oferite de către rezultatele Recensământului din 2002. Deoarece zonele urbane erau suprareprezentate (în special datorită includerii municipiului București), s-a aplicat o a doua ajustare post-studiu care să dea Bucureștiului, altor zone urbane și rurale aceeași pondere ca în datele de la Recensământul din 2002. Pentru fiecare din cele patru grupe, ponderea este calculată ca fiind raportul dintre populația din recensământ și cea din eșantion.

Compararea datelor din eșantionul neponderat cu cele ale Recensământului 2002 (*Tablelul 1*) a arătat că eșantionul CAPCTR a subestimat populația din grupa de vârstă 14-24 de ani și a supraestimat-o în cadrul grupelor de vârstă 35-44 de ani și 45-60 de ani, atât în mediul urban cât și în cel rural. Pentru a ține cont de aceste diferențe ale procentelor de răspuns, toate datele au fost ponderate după sex, vârstă, și loc de domiciliu (urban sau rural). Pentru fiecare din aceste 12 categorii, factorul de ajustare post-studiu folosit pentru ponderarea datelor este egal cu raportul dintre valoare din recensământ și valoarea estimată în eșantion pentru elementul respectiv. De exemplu, pentru femeii în mediu urban, în vârstă de 35-44 de ani, factorul de ajustare este egal cu 0,808.

*Tabelul I*

**Distribuția procentuală după vârstă, sex și domiciliu a persoanelor de 14-60 de ani, în Recensământul din 2002 și în eșantionul neponderat**

	Recensământ 2002			CAPCTR 2003 neponderat		
	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
<b>Femei</b>						
14-24	25,60	25,62	25,57	15,60	19,83	9,31
25-34	25,04	24,67	25,58	24,22	21,73	27,93
35-44	18,38	20,21	15,73	25,04	25,00	25,10
45-60	30,97	29,49	33,10	35,12	33,42	37,65
<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Bărbați</b>						
14-24	26,81	27,51	25,91	18,68	19,88	17,12
25-34	25,77	24,53	27,36	20,87	21,36	20,23
35-44	18,38	18,73	17,93	21,38	20,17	22,95
45-60	29,02	29,22	28,78	39,05	38,57	39,68
<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>						
14-24	26,20	26,54	25,75	17,12	19,85	13,29
25-34	25,40	24,60	26,50	22,58	21,56	24,00
35-44	18,38	19,49	16,86	23,24	22,69	24,00
45-60	30,00	29,36	30,87	37,05	35,88	38,69
<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Ajustarea pentru non-răspunsuri a fost calculată pe baza informațiilor referitoare la caracteristicile generale ale persoanelor care au refuzat să participe, sau care nu au putut fi contactate după cel mult trei vizite. Calcularea ratelor non-răspunsurilor s-a realizat luând în considerare vârsta, sexul și mediul de rezidență. Ponderarea pentru non-răspunsuri a fost calculată ca raportul dintre proporția tuturor eligibililor selectați în eșantion și grupați în subclase (subclasele au fost constituite pe sexe, grupe de vârstă și mediu de rezidență) și proporția tuturor eligibililor din fiecare subclasă care au fost intervievați.

Toate datele din acest raport sunt ponderate ținându-se cont de toate tipurile de ponderări descrise anterior.

### **CARACTERISTICILE EȘANTIONULUI**



Datele prezentate în *Tabelul II* descriu caracteristicile eșantionului ponderat. Eșantionul cuprinde un număr total de 1209 persoane, 594 bărbați și 615 femei. Repartizarea pe grupe de vârstă în cadrul lotului total arată că 26% din eșantion are 14-24 de ani, 25% între 25-34 ani, 18,1% între 35-44 ani și 30,8% între 45-60 ani. La categoriile de vârstă mai mici bărbații tind să fie mai tineri decât femeile (27,3% între 14-24 de ani și 25,3% între 25-34 de ani în lotul de bărbați și respectiv 24,8% între 14-24 de ani și 25-34 de ani în lotul de femei). La categoriile de vârste mai mari situația este opusă, distribuția pe grupe de vârstă în cadrul celor două loturi arată faptul că 18,4% dintre femei sunt situate între 35-44 de ani și 32,1% între 45-60 de ani față de 17,9% și respectiv 29,5% în lotul de bărbați. Trebuie subliniat faptul că datorită procedurilor de eșantionare descrise anterior distribuția pe grupe de vârstă și sexe este aproape identică cu cea din Recensământul 2002. În cadrul lotului neponderat, observațiile anterioare referitoare la ponderea pentru fiecare grupă în parte nu sunt valabile: distribuția pe grupe de vârstă în cadrul acestuia arată o pondere mai mare în cadrul grupelor de vârstă mai mari și o predominanță a bărbaților față de femei la categoriile extreme de vârstă. În plus, datele neponderate arată că studiul CAPCTR a subestimat proporția de tineri și tinere între 14 și 24 de ani, în special în mediul rural – 9,31% tinere între 14 și 24 de ani în mediul rural față de 25,57% pentru aceeași categorie în datele furnizate de Recensământul 2002 și în eșantionul ponderat.

Nu sunt diferențe semnificative de stare civilă între femei și bărbați – 65,7% dintre femei și 60,5% dintre bărbați erau constituiți într-un cuplu la data realizării interviurilor (63,1% din lotul total). Trebuie făcută precizarea că în categoria *căsătoriți* se regăsesc atât persoanele căsătorite cât și cele constituite în uniuni consensuale. Procentul mai ridicat la femei semnifică probabil vârsta mai scăzută a acestora la căsătorie/uniune consensuală.

Un procent de 40,9% din lotul total a urmat studii primare, 43,15% studii medii și 16% studii superioare. Ponderea bărbaților cu studii primare este mai mare decât cea a femeilor (43,9% față de 37,9%), în timp ce ponderea femeilor cu studii medii este mai mare decât cea a bărbaților (45,8% față de 40,45%). La categoria studii superioare situația dintre femei și bărbați este relativ asemănătoare: numai 16,3% dintre femei și 15,7% dintre bărbați a urmat o formă superioară de învățământ.

Tabelul II

## Caracteristicile eșantionului ponderat

CARACTERISTICI	Total 14-60 ani (%)	Femei 14-60 ani (%)	Bărbați 14-60 ani (%)
Grupa de vârstă			
14-24	26,0	24,8	27,3
25-34	25,0	24,8	25,3
35-44	18,1	18,4	17,9
45-60	30,8	32,1	29,5
Starea civilă			
Necăsătoriți	36,9	34,3	39,5
Căsătoriți	63,1	65,7	60,5
Studii			
Primare	40,9	37,9	43,9
Medii	43,1	45,8	40,4
Superioare	16,0	16,3	15,7
Venit			
Mic	40,2	43,6	36,8
Mediu	36,7	36,2	37,8
Mare	23,1	20,2	25,4
Domiciliu			
Urban	54,7	56,3	53,1
Rural	45,3	43,7	46,9
Ocupare			
Angajați	52,2	45,3	59,2
Neangajați	47,8	54,7	40,8
Regiune			
București	9,8	10,2	9,4
Transilvania/Banat	35,2	35,2	35,2
Moldova	28,3	28,2	28,3
Muntenia/Dobrogea	26,7	26,4	27,0
Fumat			
Fumători	35,1	24,1	46,4
Ex-fumători	12,7	7,9	17,7
Nefumători	52,1	68	35,8
<b>NUMĂR CAZURI</b>	<b>1209</b>	<b>615</b>	<b>594</b>

Experiența anterioară a arătat faptul că în rândul populației generale există confuzii mari între termeni ca: venit al familiei, venit pe membru de familie sau venit personal. Pentru evitarea erorilor de culegere a datelor s-a optat ca pentru evaluarea venitului net pe membru de familie persoanele intervievate să fie întrebate numai venitul net al gospodăriei; încadrarea pe grupe (mic, mediu sau mare) în funcție de venitul net pe membru de familie făcându-se în momentul analizării bazei de date prin raportarea venitului declarat la numărul de persoane existente în gospodărie. În cadrul lotului total repartitia pe grupe de venit este următoarea: 40,2% din totalul persoanelor intervievate se încadrau la grupa mică de venit mediu pe membru de familie, 36,7% la cea medie și 23,1% la cea mare.

Repartitia pe mediu de rezidență arată faptul că 54,7% din eșantion este urban și 43,7% este rural, procente aproape identice cu cele oferite de datele din Recensământul 2002, pentru această categorie de populație. Repartitia pe sexe arată un procent mai mare de femei rezidente în mediul urban (56,3%) decât bărbați (53,1%).

Referitor la *gradul de ocupare* al persoanelor incluse în eșantion, 52,2% dintre intervievați aveau un loc de muncă la momentul realizării studiului (persoane *ocupate* - angajați, liber profesioniști, patroni, fermieri, agricultori). Mai mult de jumătate dintre femei însă (54,7%) și 40,8% dintre bărbați nu aveau un loc de muncă în momentul realizării studiului, având statutul de persoane *neocupate* (elevi, studenți, șomeri, persoane fără serviciu, casnice, pensionari etc.).

În eșantionul ponderat 9,8% dintre respondenți erau din București, 35,2% din Transilvania și Banat, 28,3% din Moldova și 26,7% din Muntenia, Oltenia și Dobrogea. După cum s-a mai arătat zonele urbane erau suprareprezentate în eșantionul neponderat (în special datorită includerii municipiului București), mai mult Bucureștiul în sine a fost suprareprezentat. Astfel s-a aplicat o ajustare post-studiu care să dea Bucureștiului, altor zone urbane aceași pondere ca în datele oferite de recensământ.

Mai mult de o treime din eșantionul analizat (35,1%) este reprezentat de persoane *fumătoare*. Acestea sunt persoane care au fumat cel puțin o sută de țigări în viața lor și care în ultima lună au fumat zilnic sau ocazional. Referitor la statutul de fumător există o diferență foarte mare pe sexe – aproape jumătate (46,4%) dintre bărbații cu vârste cuprinse între 14 și 60 de ani sunt fumători față de 24,1% dintre femeile din aceeași categorie de vârstă.

Un procent de 12,7% din lotul total (7,95 dintre femei și 17,7% dintre bărbați) sunt persoane care au fost încadrate la categoria *ex-fumători*. Persoanele din această categorie au fumat în viața lor mai mult de 100 de țigări, dar la momentul realizării studiului (în ultima lună) nu au fumat deloc deoarece s-au lăsat de fumat.

*Nefumătorii* (niciodată fumători) sunt reprezentați de 52,1% dintre persoanele incluse în lot (68% dintre femei și 35,8% dintre bărbați). Aceste persoane ori nu au încercat niciodată să fumeze ori, chiar dacă au încercat acest lucru, nu au fumat mai mult de 100 de țigări pe parcursul vieții.

## **REZULTATELE STUDIULUI**

## CATEGORII DE FUMĂTORI

În majoritatea cazurilor, în prezentul raport, se va folosi termenul de *nefumător* atât pentru nefumătorii *niciodată-fumători* descriși mai sus cât și pentru nefumătorii *ex-fumători*. Categoria *fumători* (în care sunt incluși atât fumătorii ocazionali cât și cei permanenți) va fi astfel comparată, în majoritatea cazurilor, cu categoria *nefumători* (alcătuită din *ex-fumători* și *niciodată-fumători*). Această încadrare este motivată de faptul că nu au fost observate diferențe semnificative între aceste sub-categorii precum și de faptul că pentru unele dintre acestea numărul de cazuri observate nu a fost suficient de mare pentru a fi reprezentativ. Acolo unde a fost relevant au fost prezentate analize și pe o parte din sub-categoriile amintite. Deoarece analizarea separată a acestor sub-categorii încrucișate poate determina confuzii o standardizare a acestor termeni a fost prezentată de altfel în introducerea acestui raport. Mai trebuie făcută precizarea că în categoria *vreodată fumători* sunt incluși atât fumătorii cât și ex-fumătorii.

Mai mult de două treimi din populația inclusă în lot a încercat să fumeze. Procentul este semnificativ mai mare pentru bărbați – 79,3%, față de 57,1% pentru femei. Repartiția pe grupe de vârstă a celor două loturi precum și a lotului total (*Tabelul III*) arată faptul că diferența medie între bărbați și femei este de 20%, cea mai mare diferență observându-se la categoria de vârstă 45-60 de ani unde au încercat să fumeze 42,5% dintre femei față de 81,1% dintre bărbați.

*Tabelul III*

Grupe de vârstă	Sex		
	Bărbați	Femei	Total
14-24 ani	72,2	62,9	67,7
25-34 ani	81,3	<b>66,7</b>	<b>74,0</b>
35-44 ani	<b>84,0</b>	61,6	72,5
45-60 ani	81,1	42,9	60,9
<b>Total</b>	<b>79,3</b>	<b>57,1</b>	<b>68,1</b>

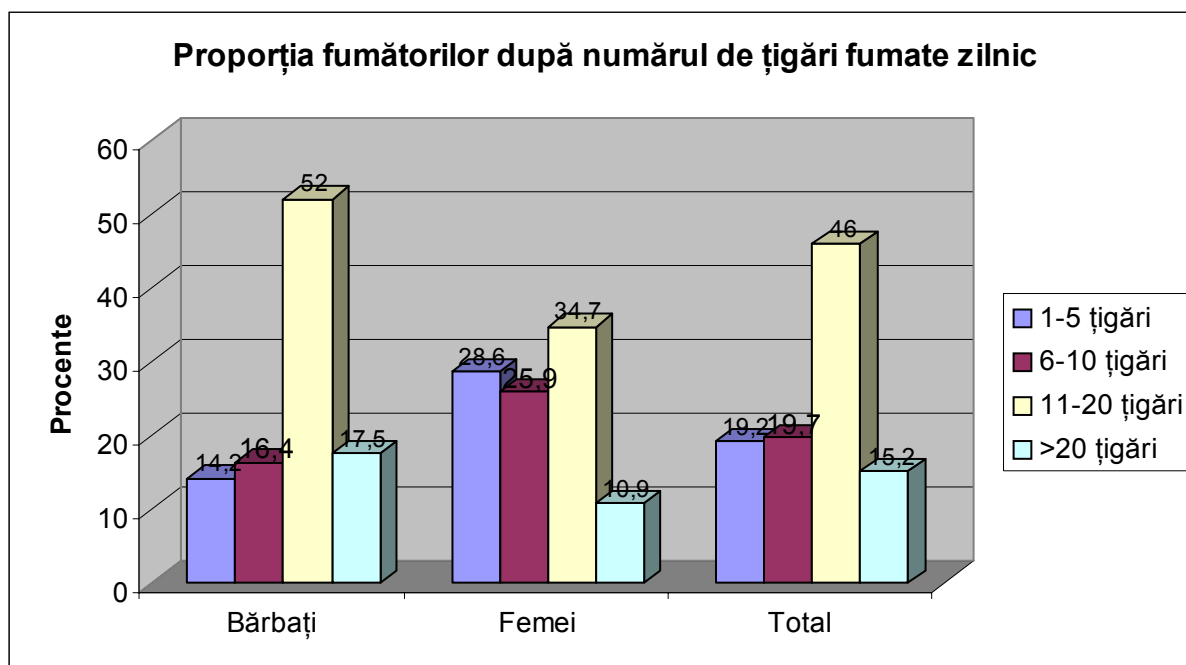
Categoria de vârstă unde ponderea celor care au încercat să fumeze este cea mai mare este 35-44 de ani pentru bărbați – 84% și 25-34 de ani pentru femei, unde ponderea lor a fost de 66,7%. Cea mai mică pondere pentru femei s-a întâlnit la grupa de vârstă 45-60 de ani unde 42,9% au încercat să fumeze iar pentru bărbați grupa 14-24 de ani unde 72,2% dintre aceștia au încercat cel puțin o dată să fumeze.

În cadrul lotului total valoarea cea mai mare a fost obținută la grupa de vârstă 25-34 de ani - 74% persoane care au încercat vreodată să fumeze. Trebuie făcută precizarea că în categoria persoanelor care au încercat cel puțin o dată să fumeze sunt încadrate persoanele fumătoare și ex-fumătoare (vreodată fumătorii) precum și o parte din nefumători (persoanele care au încercat să fumeze, dar nu au depășit 100 de țigări fumate până în prezent). Aceste date demonstrează că există o tendință de egalizare între sexe și la noi, mai evidentă la grupele mici de vârstă; îngrijorătoare sunt aceste creșteri ale ratei persoanelor de sex feminin care au încercat să fumeze la grupele de vârstă tinere 14-24 și 25-34 ani, dar și faptul că mai mult de 2/3 din persoanele testate au avut această tentativă (mai mult de 1/2 din femei).

Fumătorii vreodată (fumătorii actuali și persoanele care au fumat mai mult de 100 de țigări în viața lor, dar nu mai fumează în prezent), au o distribuție relativ egală pe toate grupele de vârstă din cadrul lotului total (40,6% la grupa 14-24 de ani, 53% la grupa 25-34 de ani și 55% și 45,8% la grupa 35-44 de ani și, respectiv, 45-60 de ani – *Tabelul IV*).

Tabelul IV

Grupe de vârstă	Sex		
	Bărbăți	Femei	Total
14-24 ani	50,6	29,8	40,6
25-34 ani	68,0	38,0	53,0
35-44 ani	72,6	38,4	55,0
45-60 ani	68,6	25,5	45,8
<b>Total</b>	<b>64,2</b>	<b>32,0</b>	<b>47,9</b>

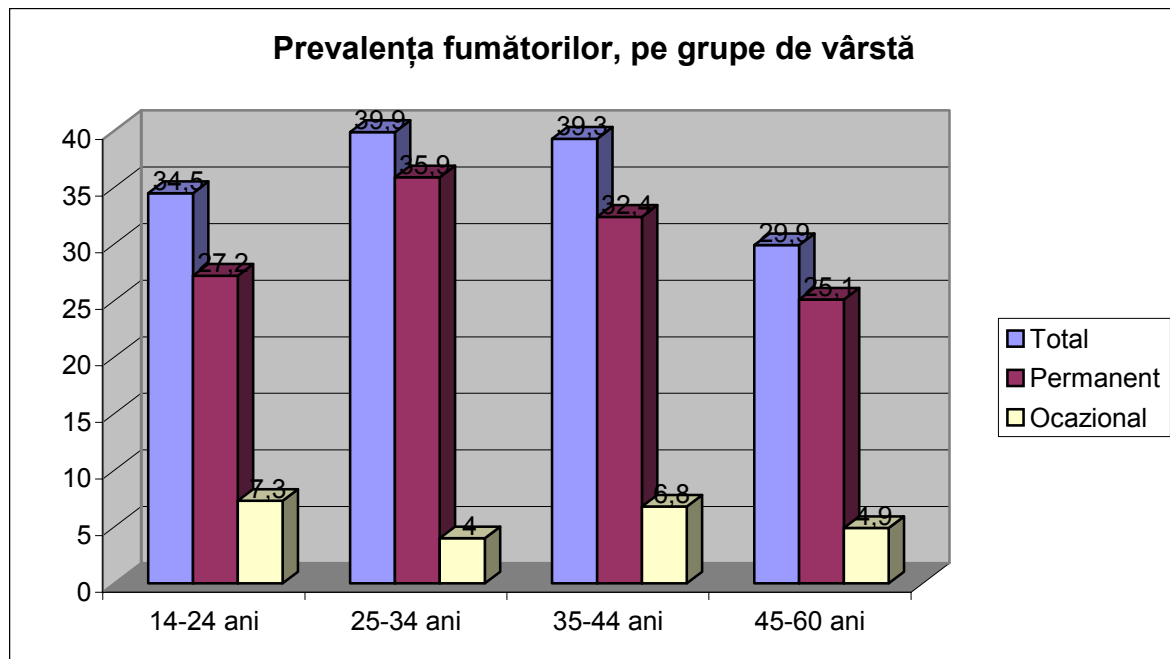


Un procent de 64,2% dintre bărbați și 32% dintre femei au fumat sau fumează, iar o persoană din două (47,9%) a avut sau are acest obicei. Diferențe mari se întâlnesc însă atât în cazul repartiției pe sexe cât și pe grupe de vârstă.

Sunt vreo dată fumători 50,6% dintre bărbații din grupa de vârstă 14-24 ani, 68% din grupa 25-34 de ani și 45-60 de ani, ponderea maximă a acestora întâlnindu-se la grupa 35-44 de ani – 72,6%. Și în cadrul lotului de femei tot la această vârstă se întâlnește cel mai mare procent: 38,4% față de 29,8% la grupa de vârstă 14-24 de ani, 25,5% la grupa 45-60 de ani, la grupa 25-34 de ani întâlnindu-se un procent aproape identic (38%).

Mai mult de o treime din populația cu vârste cuprinse între 14-60 de ani fumează zilnic sau ocazional. Aproape jumătate (46,7%) dintre bărbații cu vârste cuprinse în acest interval sunt fumători (40% permanent și 6,7% ocazional) și un sfert dintre femei (24,5%) sunt fumătoare (19,5% permanent și 4,9% ocazional). Cea mai mare prevalență a fumatului se întâlnește la grupa de vârstă 25-34 de ani și anume 39,9%. Tot la aceeași categorie de vârstă se întâlnește cea mai mare prevalență și pentru lotul de bărbați 54,3%, aceasta fiind de fapt și cea mai mare prevalență dintre toate categoriile de vârstă și sex. Pentru femei, categoria cu prevalența cea mai înaltă este 35-44 de ani ea atingând valoarea de 30,1%. La celelalte categorii de vârstă, în cadrul lotului de femei, valorile au fost asemănătoare respectiv 25,8% pentru grupa 14-24 de ani, 26% pentru intervalul 25-34 de ani, prevalența cea mai scăzută întâlnindu-se la grupa 45-60 de ani, de 19%. Pentru celelalte

categoriile de vârstă pentru bărbați prevalențele au fost relativ asemănătoare și anume 42% pentru grupa 14-24 de ani, 49,5% pentru grupa 35-44 de ani și 42,9% pentru bărbații din grupa 45-60 de ani (Tabelul V). Pe ansamblul eșantionului studiat se observă că prevalența fumătorilor este mai mare la grupele de vârstă tinere. În același timp există o apropiere de cifrele relatate în alte studii anterioare. Față de 1994 (Ursuleanu D și colab.-1994), când prevalența a fost de 42,7% din bărbați și 15,7% dintre femei, se observă o creștere în special în ceea ce privește sexul feminin. Se remarcă, din acest punct de vedere, ca prevalența este apropiată de cea din Slovenia unde sunt 20,1% fumătoare (2001), Spania –24,6% (2001), Suedia – 20,4% (2001), Elveția - 24,0% (2001), SUA - 21%(2000) și Marea Britanie – 26%(2001), dar avem prevalențe mai mari decât Ucraina –10,0% (2000), Rusia –9,2%(1998), Belarus - 9% (2000) și Japonia - 11,50 (2000),

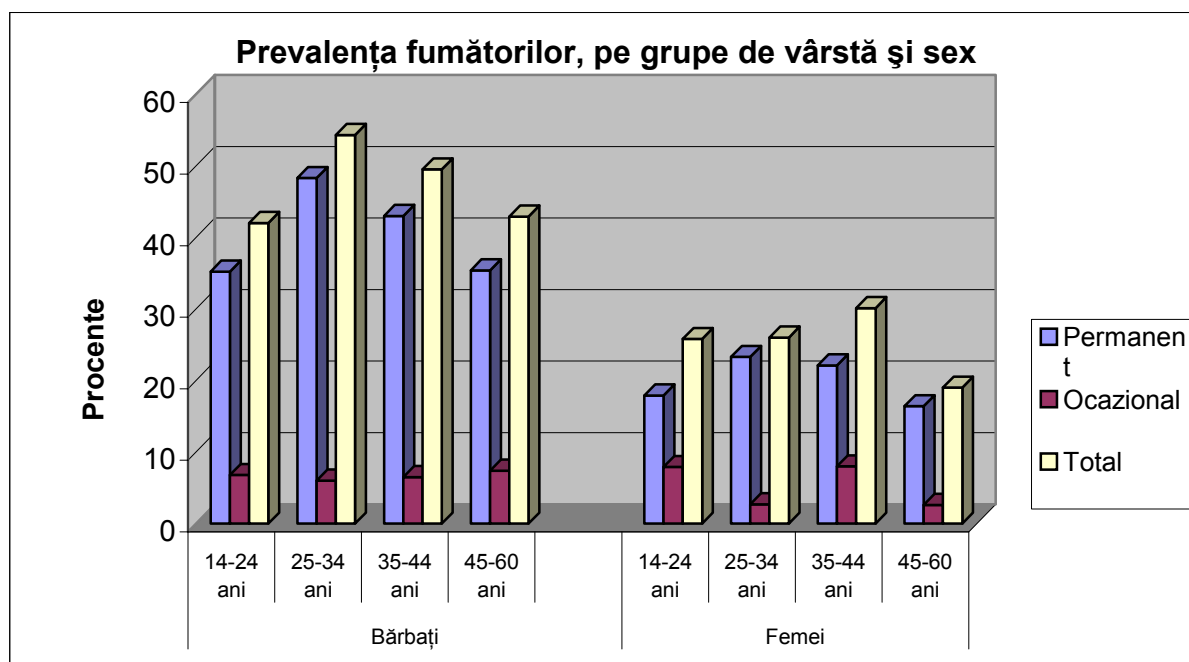


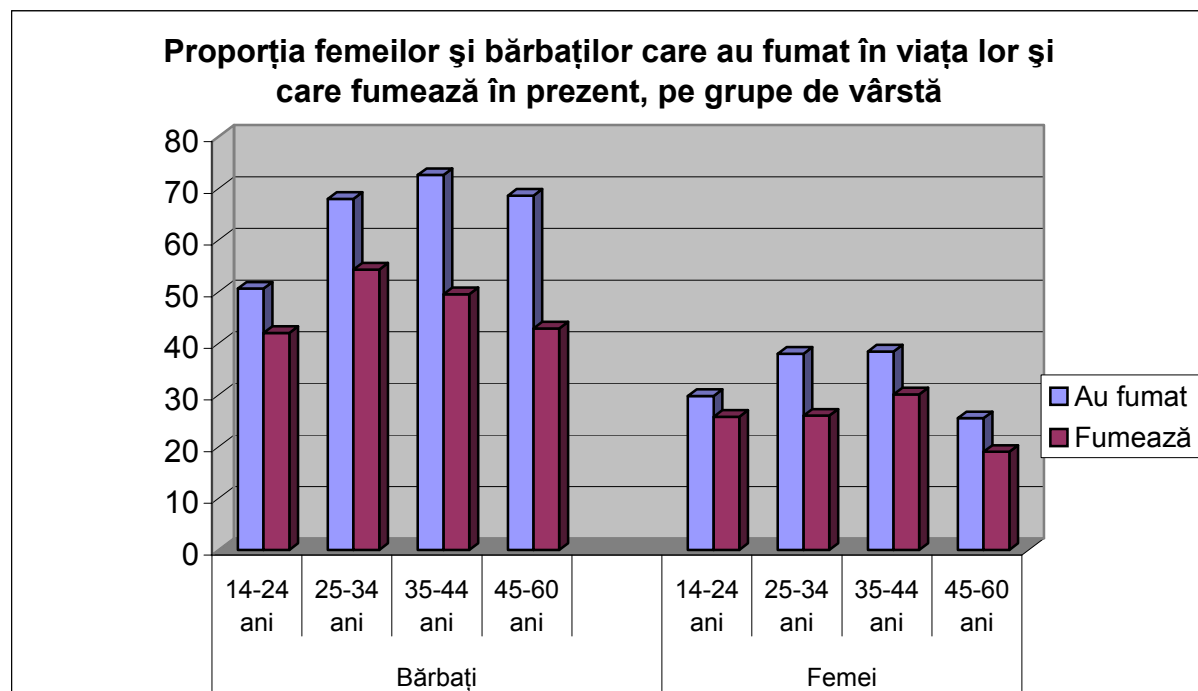
La grupa de vârstă unde prevalența fumatului în rândul bărbaților este cea mai mare, 35-44 de ani, se întâlnește cea mai mică prevalență a fumatului ocazional – 6%. Cea mai mare prevalență pentru fumatul ocazional se întâlnește la grupa 45-60 de ani (7,4%), la celelalte categorii aceasta situându-se în jurul valorii de 6%.

Tabelul V-Prevalența fumătorilor, pe grupe de vârstă și sex

Sex			Grupe de vârstă				Total
			14-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-60 ani	
Bărbați	Fumători	Permanent	35,2	48,3	43,0	35,4	40,0
		Ocazional	6,8	6,0	6,5	7,4	6,7
		Total	42,0	54,3	49,5	42,9	46,7
Femei	Fumătoare	Permanent	17,9	23,3	22,1	16,4	19,5
		Ocazional	7,9	2,7	8,0	2,6	4,9
		Total	25,8	26,0	30,1	19,0	24,5
Total	Fumători	Permanent	27,2	35,9	32,4	25,1	29,7
		Ocazional	7,3	4,0	6,8	4,9	5,6
		Total	34,5	39,9	39,3	29,9	35,3

Procentul cel mai mare de fumătoare permanente se întâlnește la categoria 25-34 de ani – 23,3%, iar cel mai mic la categoria 45-60 de ani – 16,4%, la celelalte categorii acesta fiind de 17,9% și 22,1% la grupele 14-24 de ani și respectiv 35-44 de ani.





În *Tabelul VI* sunt prezentate unele caracteristici ale categoriilor fumători și vreodată fumători atât în cadrul lotului total cât și pe sexe.

Femeile fumătoare necăsătorite sunt mai multe decât cele căsătorite, în timp ce în cazul bărbaților prevalența în funcție de această caracteristică nu a variat semnificativ. În schimb, în cazul bărbaților căsătoriți și care au fumat în viața lor, ponderea este mai ridicată (68,4% față de 57,9%), în cazul femeilor întâlnindu-se de asemenea o situație inversă, existând mai multe femei necăsătorite care au fumat vreodată decât căsătorite sau aflate în uniune consensuală. Reprezentarea mai consistentă a femeilor fumătoare necăsătorite față de bărbați trebuie pusă mai repede pe seama recrudescenței din ultimii ani a fumatului la sexul slab din România decât de schimbările de optică odată cu câștigarea noului statut și a noilor obligații familiale.

La bărbați, sunt fumători mai puțini în rândul celor cu educație universitară decât în rândul celor cu nivel educațional mai scăzut, în timp ce la femei, majoritatea fumătoarelor provin din rândul celor cu nivel de educație superior. Femeile care au fumat în viața lor, sau care sunt fumătoare în prezent, sunt semnificativ mai multe în mediul urban decât în rural. La bărbați prevalența fumatului nu a variat semnificativ în funcție de mediul de rezidență. Aceste date demonstrează o altă caracteristică a prevalenței fumatului în România. Gradul de educație nu este un impediment pentru sexul feminin atât timp cât politica marilor concerne de promovare a tabagismului se axează pe egalitatea între sexe, pe emanciparea femeilor.



Tabelul VI

**Proporția femeilor și bărbaților care au fumat în viața lor și care sunt fumători activi, după anumite caracteristici**

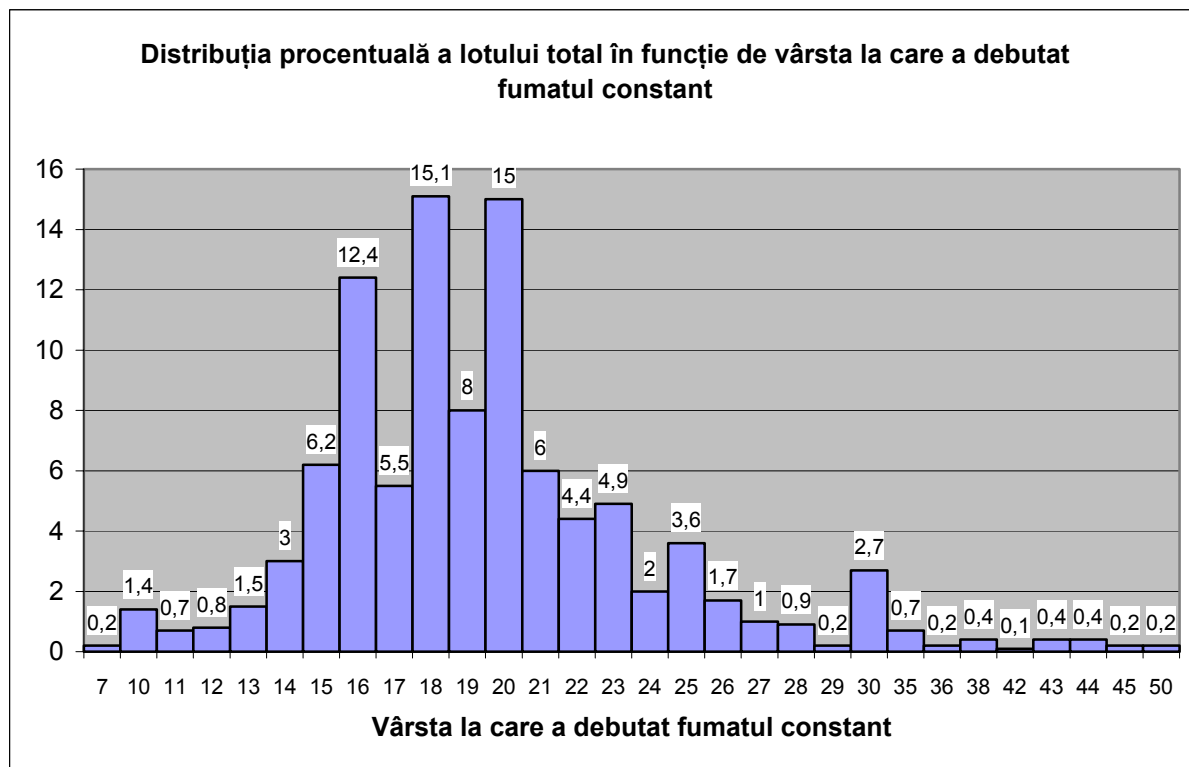
CARACTERISTICI	Total 14-60 ani			Femei 14-60 ani			Bărbați 14-60 ani		
	Au fumat în viața lor (%)	Fumător (%)	Număr de cazuri	Au fumat în viața lor (%)	Fumătoare (%)	Număr de cazuri	Au fumat în viața lor (%)	Fumător (%)	Număr de cazuri
<b>Grupa de vârstă</b>									
14-24	40,6	34,2	207	29,8	25,8	96	50,6	42,0	111
25-34	53,0	40,2	273	38,0	26	149	68,0	54,3	124
35-44	55,0	39,6	281	38,4	30,1	154	72,6	49,5	127
45-60	45,8	30,3	448	25,5	19,0	216	68,6	42,9	232
<b>Starea civilă</b>									
Necăsătoriți	47,1	36,9	359	34,9	26,9	171	57,9	45,7	188
Căsătoriți	48,5	34,3	850	30,7	22,9	444	68,4	47,1	406
<b>Studii</b>									
Primare	39,8	31,4	453	20,8	15,1	214	56,7	45,8	239
Medii	52,0	38,0	537	35,8	28,0	293	70,8	49,6	244
Superioare	57,6	37,9	219	48,5	34,7	108	67,4	41,3	111
<b>Venit</b>									
Mic	44,1	32,7	486	25,5	19,8	268	66,1	48,0	219
Mediu	50,9	33,5	444	34,8	21,7	223	67,0	45,2	225
Mare	59,4	39,2	279	59,3	24,3	124	59,5	53,8	150
<b>Domiciliu</b>									
Urban	51	37,9	705	38,6	30,0	368	64,4	46,5	337
Rural	44,1	32,0	504	23,6	16,9	247	63,9	46,6	257
<b>Ocupare</b>									
Angajați	57,1	41,4	674	41,2	29,2	304	69,6	51,0	370
Neangajați	37,9	28,5	535	24,6	19,9	311	56,2	40,3	224
<b>Regiune</b>									
București	57,6	39,8	200	41,9	24,6	103	75	56,1	97
Ardeal	52,9	37,0	401	41,9	30,7	212	64,3	43,5	189
Moldova	45	33,0	307	27,3	23,3	152	63,1	43,1	155
Muntenia	40,8	33,3	301	20,5	16,1	148	61,3	50,6	153
<b>TOTAL</b>			<b>1209</b>			<b>615</b>			<b>594</b>

La ambele sexe, au fost înregistrate valori mai mari în rândul celor angajați atât la categoria celor care au fumat vreodată cât și a fumătorilor. Cea mai mare prevalență a fumătorilor s-a întâlnit în București (56,1%).

### VÂRSTA ÎNȚIERII FUMATULUI CONSTANT

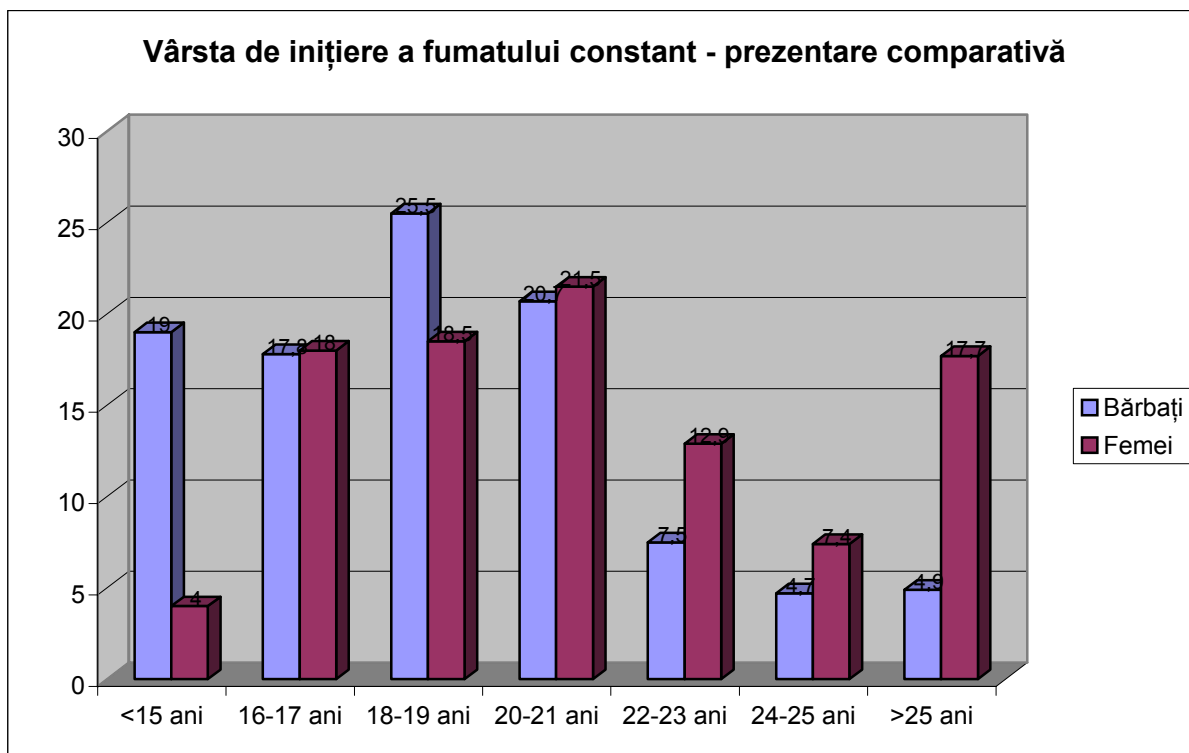
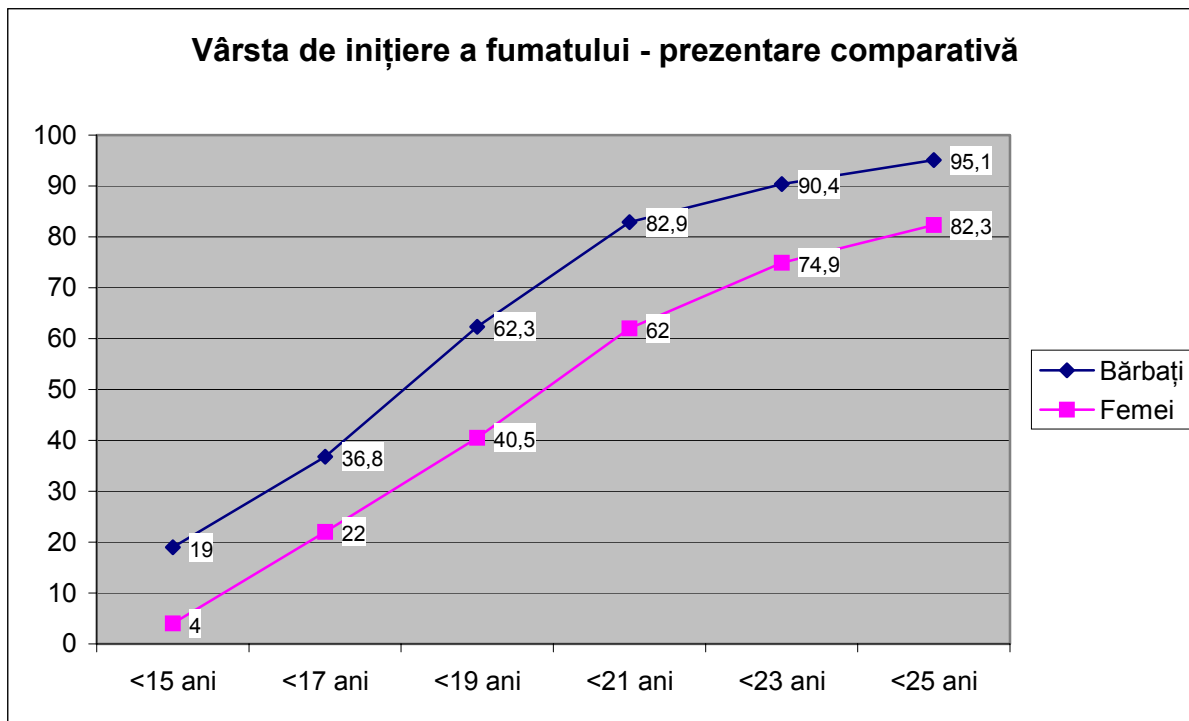
Tabelul VII – Distribuția procentuală a lotului total în funcție de vârsta la care a debutat fumatul constant

Vârsta de inițiere a fumatului constant	Bărbați		Femei		Total
	%	% cumulativ	%	% cumulativ	
<15 ani	19,0	19,0	4,0	4,0	13,9%
16-17 ani	17,8	36,8	18,0	22,0	17,9%
18-19 ani	25,5	62,3	18,5	40,5	23,0%
20-21 ani	20,7	82,9	21,5	62,0	20,8%
22-23 ani	7,5	90,4	12,9	74,9	9,2%
24-25 ani	4,7	95,1	7,4	82,3	5,7%
>25 ani	4,9	100,0	17,7	100,0	9,4%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>		<b>100,0%</b>		<b>100,0%</b>



Din totalul fumătorilor, 13,9% au început să fumeze înainte de vârsta de 15 ani ( față de 8% câți fumau zilnic în 1999 așa cum arăta studiul ESPAD), în timp ce 40,9% dintre aceștia au început să fumeze între 16 și 19 ani (Tabelul VII). Înainte de vârsta de 19 ani au început să fumeze 54,8% din totalul fumătorilor. Mai mult de jumătate dintre bărbați (62,3%) au început să fumeze la vârste cuprinse între 15 și 19 ani, procentul femeilor care fumează de la aceleași vârste

fiind de 40,5%. Față de femeii, bărbații care s-au apucat de fumat sunt mai mulți, indiferent de vârstă. Diferențele între bărbați și femeii cresc până în jurul vârstei de 19 ani după care acestea scad, diferența maxima fiind de 21,8, în jurul vârstei de 19 ani, unde fumau 62,3% dintre bărbați și 40,5% dintre femeii. Probabilitatea cumulativă de a iniția fumatul sub vârsta de 15 ani a fost de 4% pentru femeii și de 19% pentru bărbați.

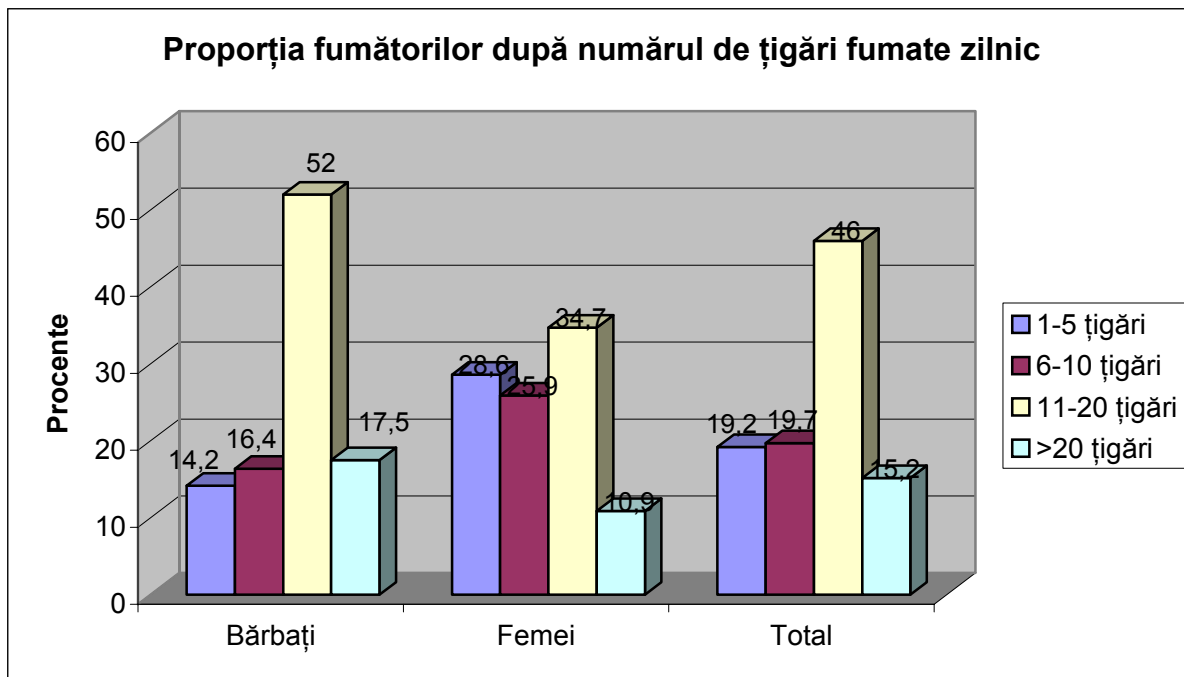


Tendința bărbaților este de a avea probabilități mai mici pentru a începe fumatul după vârsta de 22-23 de ani, în timp ce pentru femei această probabilitate se menține aproape constantă între 16 și 21 de ani, scade după această vârstă, dar se menține la valori mai ridicate decât cele pentru bărbați, peste 22-23 de ani. Categoria de vârstă pentru care debutul fumatului constant are valorile cele mai apropiate pentru ambele sexe se găsește în jurul vârstei de 20-21 de ani. Deși toate aceste date atrag atenția asupra menținerii diferențelor între sexe în ceea ce privește momentul debutului ca fumător constant, un alt element important - așa cum arăta studiul ESPAD-1999 - este că tendința de a încerca prima țigară la vârste din ce în ce mai mici: astfel sub 11 ani, 23,3% dintre băieți și 7,1% dintre fete au „gustat”, deja din acest drog. Și în cadrul studiului ESPAD 1999 s-a observat că există procente diferite de băieți și fete sub 15 ani care erau deja fumători zilnici (12,4 % dintre adolescenții de sex masculin și 5,2 % dintre cei de sex feminin). Totuși, se poate remarca că față de 1999, studiul actual relevă o creștere constantă în ultimii ani a numărului de fumători la adolescenți a căror recrutare este importantă pentru alimentarea rezervorului de fumători adulți redus prin morbiditatea și mortalitatea precoce indusă de acest obicei al fumatului.

### NUMĂRUL DE ȚIGĂRI FUMATE

Cea mai mare parte a fumătorilor (46%) fumează între 11 și 20 de țigări pe zi (*Tabelul VIII*). Procentul este mai ridicat în cazul bărbaților (52%) decât al femeilor (34,7%). 17,5% dintre bărbați și 10,9% dintre femei fumează mai mult de 20 de țigări pe zi.

<b>Tabelul VIII-Propoția fumătorilor după numărul de țigări fumate zilnic</b>			
<b>Număr de țigări fumate zilnic</b>	<b>Sex</b>		<b>Total</b>
	<b>Bărbați</b>	<b>Femei</b>	
1 - 5	14,2%	28,6%	19,2%
6 - 10	16,4%	25,9%	19,7%
11 - 20	52,0%	34,7%	46,0%
>20	17,5%	10,9%	15,2%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>



Repartiția pe grupe de vârstă a femeilor și bărbaților care au fumat în ultima lună - după numărul de țigări fumate zilnic (*Tabelul IX*) - arată faptul că, indiferent de grupa de vârstă din care fac parte, cei mai mulți (peste 50%) fumează mai mult de 11 țigări pe zi. Consumatorii cei mai mari se găsesc la grupa de vârstă 45-60 de ani, unde aproape un sfert dintre bărbați fumează mai mult de un pachet pe zi. La aceeași categorie de vârstă se întâlnesc și cele mai puține femei care fumează mai mult de un pachet pe zi – 5,4%.

**Tabelul IX- Repartiția pe grupe de vârstă a femeilor și bărbaților care au fumat în ultima lună după numărul de țigări fumate zilnic**

Grupe de vârstă			Sex		Total
			Bărbați	Femei	
14-24 ani	Număr de țigări/zi	1 - 5	16,2%	35,8%	26,1%
		6 - 10	25,0%	25,1%	25,1%
		11 - 20	50,0%	35,0%	42,5%
		>20	8,8%	4,1%	6,3%
			100,0%	100,0%	100,0%
25-34 ani	Număr de țigări/zi	1 - 5	8,6%	18,4%	11,8%
		6 - 10	12,3%	26,3%	16,8%
		11 - 20	60,5%	47,4%	56,3%
		>20	18,5%	7,9%	15,1%
			100,0%	100,0%	100,0%
35-44 ani	Număr de țigări/zi	1 - 5	17,0%	28,1%	21,2%
		6 - 10	13,2%	34,4%	21,2%
		11 - 20	50,9%	31,3%	43,5%
		>20	18,9%	6,3%	14,1%
			100,0%	100,0%	100,0%
45-60 ani	Număr de țigări/zi	1 - 5	17,6%	37,8%	24,3%
		6 - 10	13,5%	21,6%	16,2%
		11 - 20	44,6%	35,1%	41,4%
		>20	24,3%	5,4%	18,0%
			100,0%	100,0%	100,0%
<b>Total</b>			<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	100,0%

Femeile care au fumat între 11 și 20 de țigări zilnic sunt mai frecvente în mediul urban (38,5%) decât în mediul rural (26,7%), inclusiv în București unde frecvența este cea mai înaltă – 37,5% (Tabelul X). Bărbații care au fumat mai mult de 11 țigări zilnic sunt mai numeroși în mediul rural 58,1%, față de 46,3% în mediul urban, dar marii fumători, peste un pachet pe zi, se întâlnesc în mediul urban – 19,7%, în comparație cu 14,7% în rural.

Analiza comparativă cu studiul ESPAD 1999 - unde la cei de până la 16-17 ani existau deja 12,1% băieți și 6,2% fete care fumau între 1-5 țigări pe zi - demonstrează că un mod de formare al viitorului fumător este această impresie creată adolescentului că este un mic consumator de țigări care se poate lăsa oricând; nu întâmplător poate că acest procent reprezentativ este remarcat în studiul nostru la adolescentele care, cu 1-5 țigări per zi la activ, demonstrează tendința crescândă a tinerelor de a deveni viitoare fumătoare, fapt care anunță și pentru anii următori o pensare a distanței între ratele fumătorilor între cele două sexe. Marele dependent de mai târziu (> 20 de țigări pe zi) este, așa cum ne așteptam, mai bine reprezentat de bărbatul adult, iar Tabelul X semnalează o creștere constantă odată cu vârsta a acestui tip de fumător, foarte greu de sevrat.

Atât bărbații cât și femeile cu studii medii sunt mari consumatori de țigări: 56,8% dintre bărbații și 45,6% dintre femeile cu nivel mediu de pregătire fumează zilnic între 11 și 20 de țigarete. În rândul bărbaților, la categoria celor care fumează peste 20 de țigări zilnic și care au un nivel de pregătire superior există de asemenea o prevalență destul de ridicată, valoarea ajungând la 26,3%. Aceste date confirmă încă odată că nivelul de educație al fumătorului, gradul său de pregătire nu influențează rata fumatului și demonstrează un deficit educațional pe planul pericolelor fumatului. Nici venitul și nici statutul de angajat, nu constituie un impediment în calea continuării acestei obicei, fapt care demonstrează că prețul țigărilor încă nu este un factor major în reducerea accesibilității la procurarea acestora.

Tabelul X

**Proporția bărbaților și femeilor care au fumat în ultima lună, după numărul de țigări fumate zilnic și anumite caracteristici**

CARACTERISTICI	Bărbați 14-60 ani					Femei 14-60 ani				
	1-5 țigări	6-10 țigări	11-20 țigări	>20 țigări	Total	1-5 țigări	6-10 țigări	11-20 țigări	>20 țigări	Total
Grupa de vârstă										
14-24	16,2	25,0	50,0	8,8	100,0	30,8	23,1	23,1	23,1	100,0
25-34	8,6	12,3	60,5	18,5	100,0	18,4	26,3	47,4	7,9	100,0
35-44	17,0	13,2	50,9	18,9	100,0	28,1	34,4	31,3	6,3	100,0
45-60	17,6	13,5	44,6	24,3	100,0	37,8	21,6	35,1	5,4	100,0
Starea civilă	100,0									
Necăsătoriți	11,2	21,5	57,9	9,3	100,0	30,4	19,6	32,1	17,9	100,0
Căsătoriți	16,5	12,9	47,6	22,9	100,0	27,5	29,7	36,3	6,6	100,0
Studii										
Primare	11,8	21,0	48,7	18,5	100,0	52,9	29,4	14,7	2,9	100,0
Medii	14,4	15,3	56,8	13,6	100,0	21,5	20,3	45,6	12,7	100,0
Superioare	21,1	7,9	44,7	26,3	100,0	20,0	37,1	31,4	11,4	100,0
Venit										
Mic	14,9	18,2	52,1	14,9	100,0	31,7	30,0	25,0	13,3	100,0
Mediu	21,2	21,2	42,3	15,4	100,0	34,6	15,4	38,5	11,5	100,0
Mare	14,3	19,0	42,9	23,8	100,0	22,2	22,2	44,4	11,1	100,0
Domiciliu										
Urban	12,2	21,8	46,3	19,7	100,0	24,0	28,8	38,5	8,7	100,0
Rural	16,3	10,9	58,1	14,7	100,0	37,8	20,0	26,7	15,6	100,0
Ocupare										
Angajați	15,6	12,8	50,8	20,7	100,0	22,5	32,5	35,0	10,0	100,0
Neangajați	11,2	23,5	53,1	12,2	100,0	35,8	19,4	34,3	10,4	100,0
Regiune										
București	6,5	12,9	54,8	25,8	100,0	37,5	12,5	37,5	12,5	100,0
Transilvania	12,1	12,1	53,8	22,0	100,0	27,7	30,8	30,8	10,8	100,0
Moldova	19,2	24,7	45,2	11,0	100,0	27,5	22,5	32,5	17,5	100,0
Muntenia	15,9	15,9	53,7	14,6	100,0	28,0	28,0	33,0	11,0	100,0



Un procent de 22,9% dintre bărbații căsătoriți sau aflați în uniune consensuală fumează mai mult de un pachet pe zi; în cazul femeilor căsătorite, la aceeași categorie, frecvența este mai mare în rândul celor necăsătorite – 17,9%. La categoria celor care fumează între 11 și 20 de țigări pe zi se întâlnește o situație inversă: sunt mai mulți bărbați necăsătoriți în această grupă (57,9%) decât căsătoriți (47,6%) și mai multe femei căsătorite (36,3%) decât necăsătorite (32,1%), la aceeași categorie.

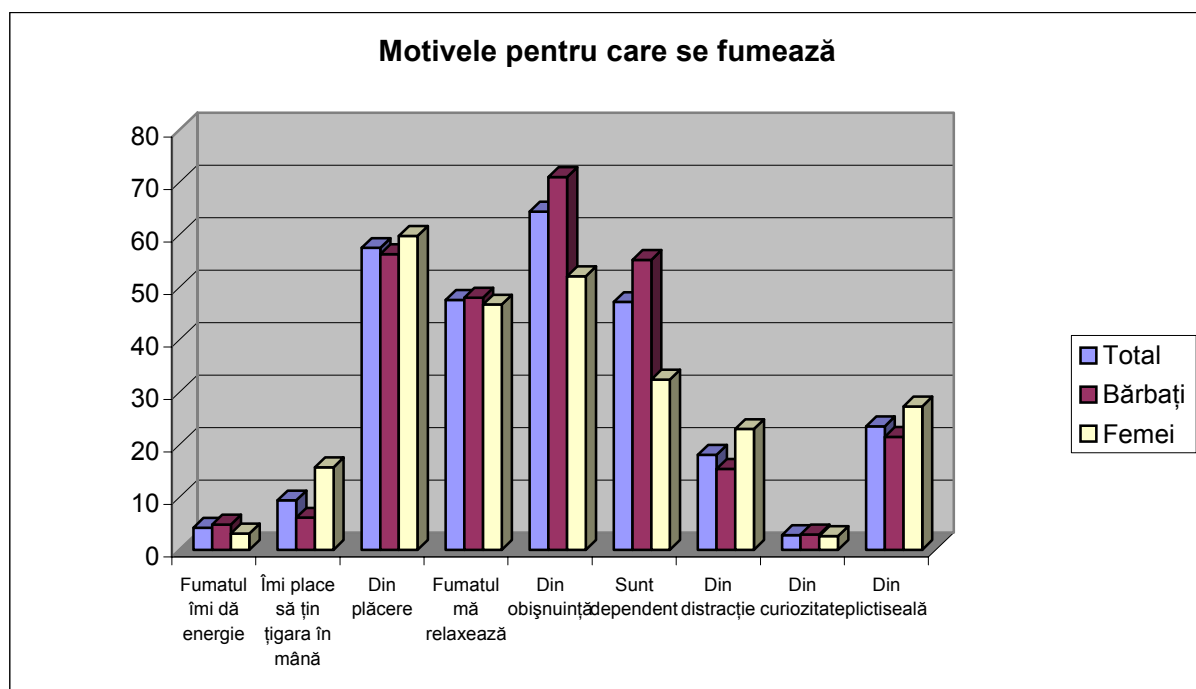
## CARACTERISTICILE FUMĂTORILOR

### Motivele pentru care se fumează

Referitor la motivele pentru care se fumează au fost obținute, în ordinea frecvenței, următoarele răspunsuri: *Din obișnuință* - 64,4%, *Din plăcere* – 57,5%, *Pentru că sunt dependent* - 47,2%, *Fumatul mă ajută să mă relaxez* – 47,6%, *Din plictiseală* – 23,5%, *Din distracție* – 18,1%, *Îmi place să țin țigara în mână* – 9,4%, *Fumatul îmi dă mai multă energie* – 4,2%, *Din curiozitate* - 2,8% (Tabelul XI).

Tabelul XI

Motive fumat	Total (%)	Total motiv principal	Bărbați (%)	Femei (%)
Fumatul îmi dă mai multă energie	4,2	-	4,8	3,1
Îmi place să țin țigara în mână	9,4	0,7	6,1	15,7
Din plăcere	57,5	22	56,3	59,8
Fumatul mă ajută să mă relaxez	47,6	14	48,0	46,7
Din obișnuință	64,4	32,4	71,0	52,1
Pentru că sunt dependent	47,2	25,5	55,2	32,4
Din distracție	18,1	4,2	15,4	23,0
Din curiozitate	2,8	-	2,9	2,6
Din plictiseală	23,5	-	21,5	27,3
<b>Total cazuri</b>	<b>423</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



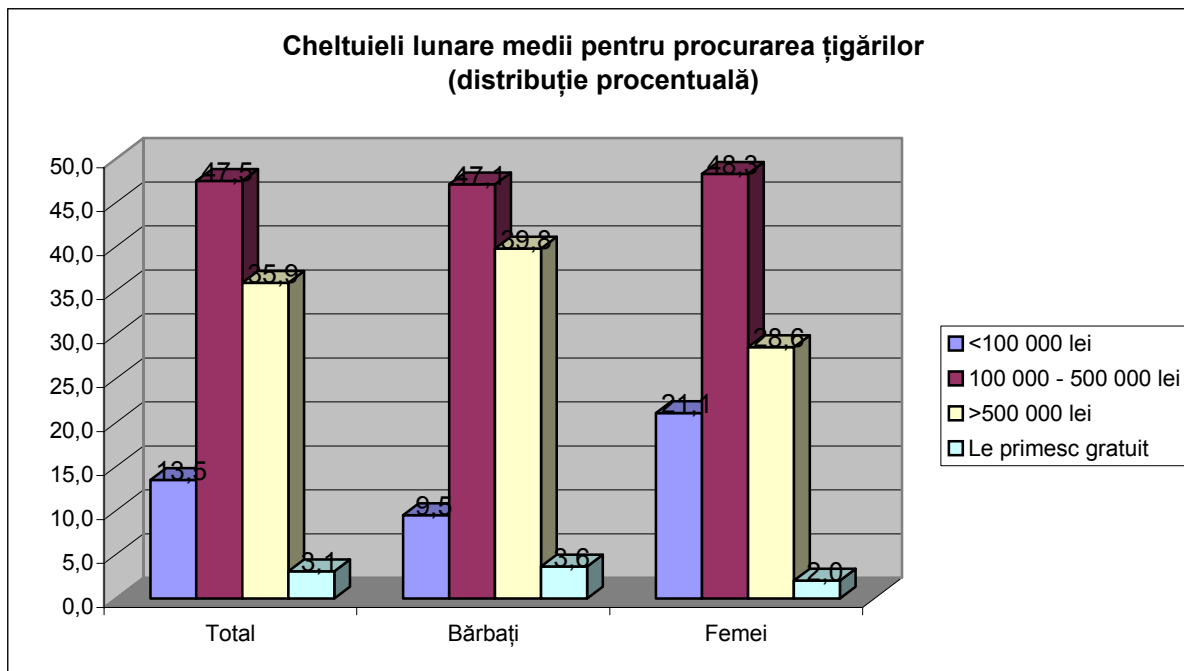
Motivul principal pentru care se fumează, invocat de aproape o treime dintre fumători (32,4%) este obișnuința, urmat de nevoia de a fuma (*sunt dependent*) cu 25,5 procente și de obținerea plăcerii și a stării de relaxare (22% și respectiv 14% din totalul fumătorilor). Toate aceste motive invocate și mai ales obișnuința și nevoia de a fuma reconfirmă un grad de consum care crează mari probleme de sevraj în momentul în care viitorul pacient se hotărăște să rupă cu acest obicei.

### Cheltuieli pentru procurarea țigărilor

La întrebarea *Cât cheltuiți lunar în medie pentru procurarea țigărilor?* au fost obținute următoarele răspunsuri (Tabelul XII): *Mai puțin de 100 000 lei* - 13,5%, *Între 100 000 și 500 000 lei* - 47,5%, *Peste 500 000 lei* - 35,9% iar 3,1% au afirmat ca nu își cumpără personal țigările sau le primesc gratuit.

**Tabelul XII**

Cheltuieli procurare țigări	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Mai puțin de 100 000 lei	13,5	9,5	21,1
Între 100 000 și 500 000 lei	47,5	47,1	48,3
Peste 500 000 lei	35,9	39,8	28,6
Le primesc gratuit	3,1	3,6	2,0
<b>Total cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



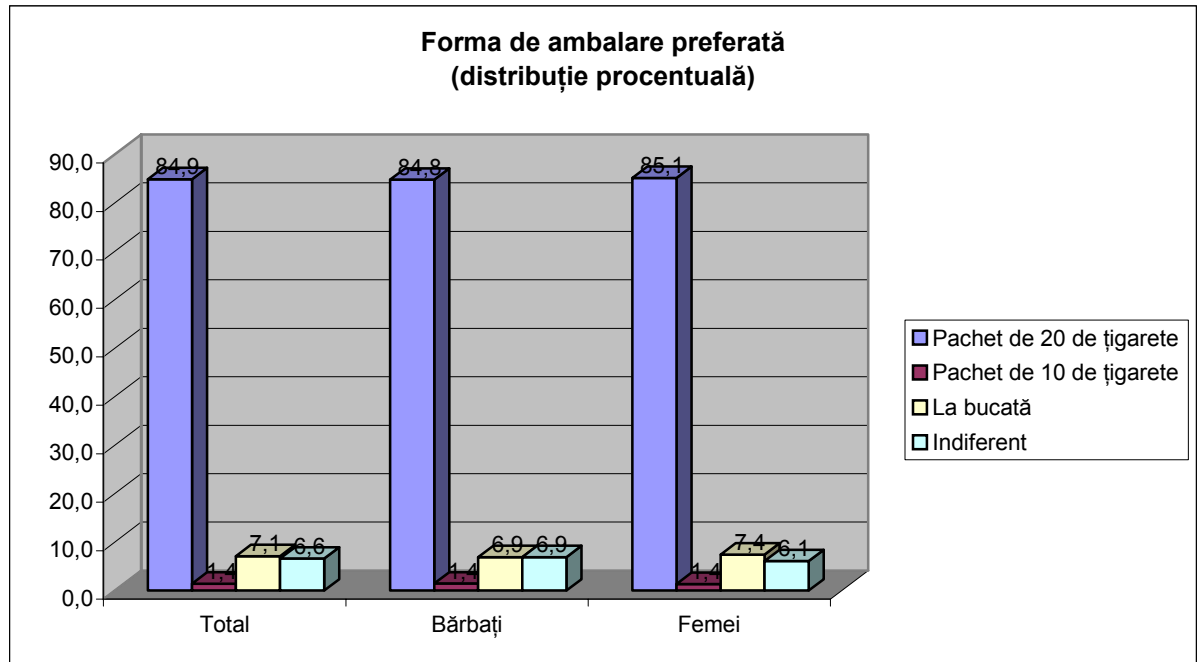
Femeile cheltuiesc mai puțin decât bărbații pentru cumpărarea țigărilor: 21,1% dintre femeile fumătoare cheltuiesc lunar mai puțin de 100 000 de lei comparativ cu cei 9,5% dintre bărbații care cheltuiesc lunar o sumă similară. Sume cuprinse între 100 000 și 500 000 de lei sunt cheltuite lunar de procente aproape identice din femeile și bărbații fumători (48,3% și respectiv 47,1%). Mai mult de 500 000 de lei lunar pentru procurarea țigărilor cheltuiesc 39,8% dintre bărbați, comparativ cu 28,6% dintre femeile fumătoare, care cheltuiesc o sumă similară. Cheltuielile lunare medii pentru procurarea țigărilor se corelează, atât în cazul bărbaților cât și al femeilor, cu prevalențele fumatului pe sexe precum și cu numărul mediu de țigări fumate lunar de aceste categorii. Faptul că aproape 2/5 din bărbați și ceva mai mult de 1/4 din femeile cheltuiesc peste 500 000 de lei relevă că se consumă țigări cu filtru, mai scumpe.

### Forma de prezentare preferată

Pachetul de 20 de țigarete este preferat de 84,9% dintre persoanele intervievate, cel de 10 țigarete de 1,4%; 7,1% preferă să cumpere țigările la bucată în timp ce 6,6% nu au preferințe legate de modul de prezentare/ambalare a țigărilor (*Tabelul XIII*).

*Tabelul XIII*

Forma de prezentare preferată	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Pachet de 20 de țigarete	84,9	84,8	85,1
Pachet de 10 de țigarete	1,4	1,4	1,4
La bucată	7,1	6,9	7,4
Indiferent	6,6	6,9	6,1
<b>Total cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



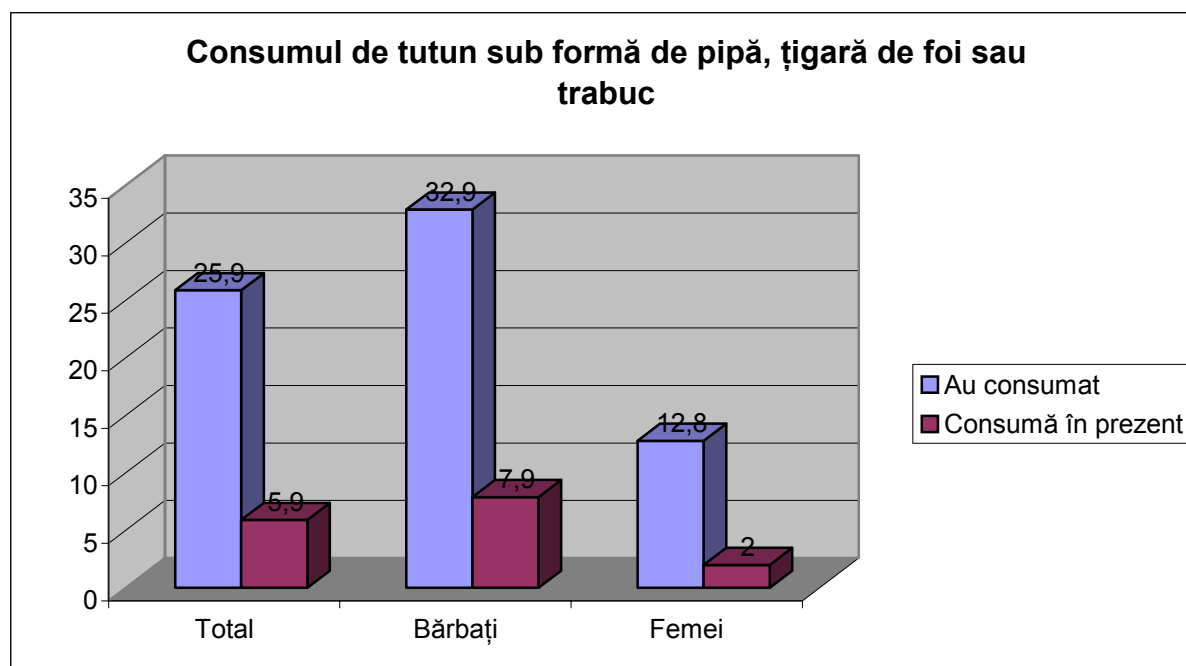
Un procent de 84,8% dintre bărbați preferă pachetul de 20 de țigarete, 1,4% pe cel de 10 țigarete, 6,9% preferă să cumpere țigările la bucată în timp pentru 6,9% forma de prezentare a țigaretelor nu are nici o importanță. Valori similare s-au obținut și în rândul femeilor: 85,1% preferă pachetul de 20 de țigarete, 1,4% pe cel de 10 țigarete, iar 7,4% dintre fumătoare au indicat ca forma preferată țigările la bucată. Pentru 6,1% dintre fumătoare, forma de prezentare a țigărilor nu are importanță. Se detașează în procente similare pentru ambele sexe consumatorii de pachete de 20 de țigări fapt care contravine oarecum acelei reguli care pledează, de obicei în cazul adolescentului, datorită prețului de cost diminuat, în favoarea pachetelor de 10 țigări și a vânzărilor la bucată. Valorile procentuale relativ mici obținute pentru categoriile de răspuns *Pachet de 10 țigarete*, *La bucată* și *Indiferent* nu au permis evaluarea acestor categorii în funcție de venitul mediu, de grupa de vârstă, ocupație sau în funcție de mediul de rezidență.

## MODALITĂȚI DE CONSUM ALE TUTUNULUI

În general, în Europa, tutunul se consumă sub formele sub care se fumează, alte forme de consum se întâlnesc mai frecvent în Norvegia (fumatul țigărilor rulate cu mâna), în Danemarca și Olanda (fumatul de pipă sau trabuc) sau în Suedia (prizarea de tutun aromat). În România exista, în urmă cu 40-50 de ani, obiceiul de a se fuma tutun rulat manual, iar în prezent au apărut și produse care se pot priza, precum și diverse sortimente de tutun pentru pipă, țigări de foi, dar aceste modalități de consum nu reprezintă un fenomen îngrijorător. Un sfert dintre persoanele fumătoare cu vârste cuprinse între 14 și 60 de ani au afirmat că au fumat cel puțin o dată în viață și alte produse pe bază de tutun cum ar fi țigări de foi, pipă sau trabuc (Tabelul XIV). În prezent, 5,9% dintre fumători consumă astfel de produse, însă foarte puțini (sub 2%) consumă astfel de produse zilnic sau frecvent. Aproape jumătate dintre consumatorii de astfel de produse sunt locuitori din mediul rural din Oltenia și Dobrogea. Cealaltă jumătate este reprezentată în exclusivitate de locuitori din mediul urban (în special persoane de sex masculin din București).

Tabelul XIV

Consumul de tutun sub formă de pipă, țigară de foi sau trabuc	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Au consumat	25,9	32,9	12,8
Consumă în prezent	5,9	7,9	2
<b>Total cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



Numai 0,8% dintre persoanele intervievate au declarat că au mestecat sau prizat tutun vreodată, însă nici una dintre ele nu mai are în prezent acest obicei. Datele trecute în revistă până

acum demonstrează interesul pentru țigările manufacturate și corelarea acestui consum cu strategia de promovare a concernelor de țigări la noi în țară, care se axează în principal pe pachetele de țigări.

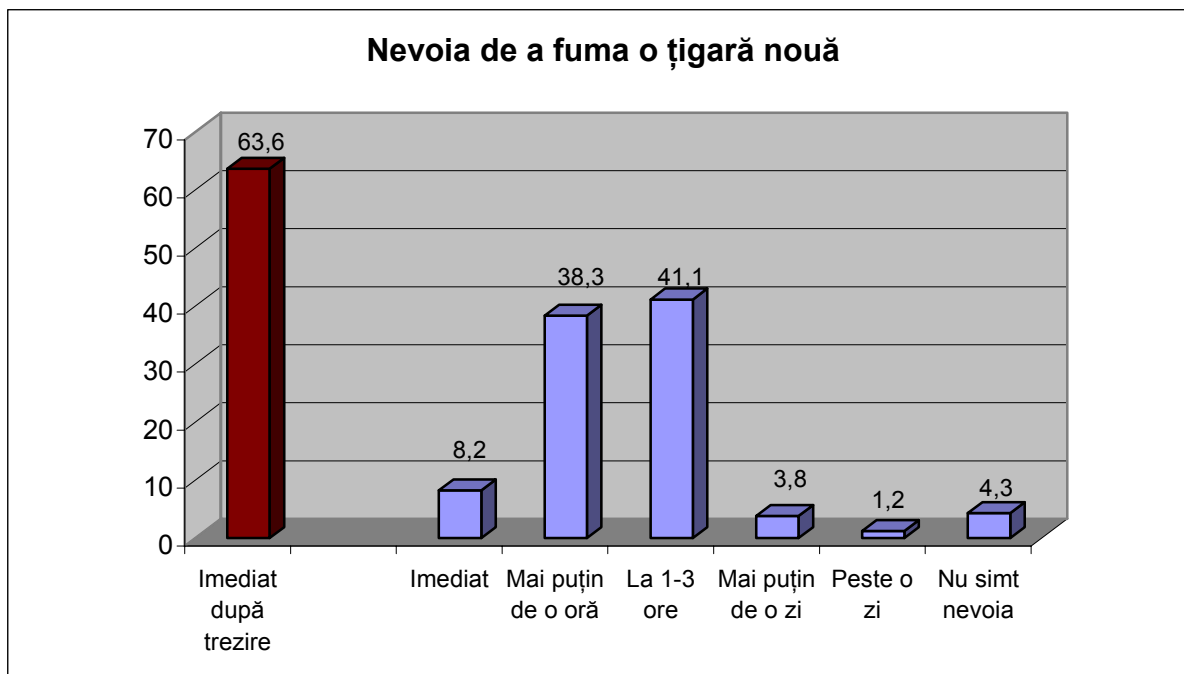
## DEPENDENȚA ȘI RENUNȚAREA LA FUMAT

### Dependența de fumat

Pentru evaluarea dependenței persoanelor fumătoare de fumat au fost incluse în chestionar o serie de 9 întrebări. Astfel, persoanele fumătoare intervievate au fost întrebat dacă simt nevoia să fumeze în primele ore ale dimineții după trezire și la cât timp după ce au fumat o țigară simt nevoia să aprindă una nouă. Aproape două treimi din totalul persoanelor fumătoare intervievate au afirmat că își aprind o țigară în primele momente ale zilei (65,6% dintre bărbați și 60% dintre femei). 88% din totalul persoanelor fumătoare intervievate declară că simt nevoia să fumeze în primele trei ore de la momentul în care au fumat, incluzându-le pe cele 8% care simt nevoia să fumeze imediat după ce au fumat (*Tabelul XV*). Fiind vorba de întrebări pe care le regăsim și în *testul Fagerstrom* (test care evaluează dependența pacienților de fumat-nicotină) constatăm că aproape 40% sunt puternic dependenți, ei apelând la țigară în prima oră de la trezire.

*Tabelul XV*

Nevoia de a fuma	Total (%)
Imediat după trezire	63,6
Imediat	8,2
Mai puțin de o oră	38,3
La 1-3 ore	41,1
Mai puțin de o zi	3,8
Peste o zi	1,2
Nu simt nevoia	4,3
<b>Total cazuri</b>	<b>423</b>

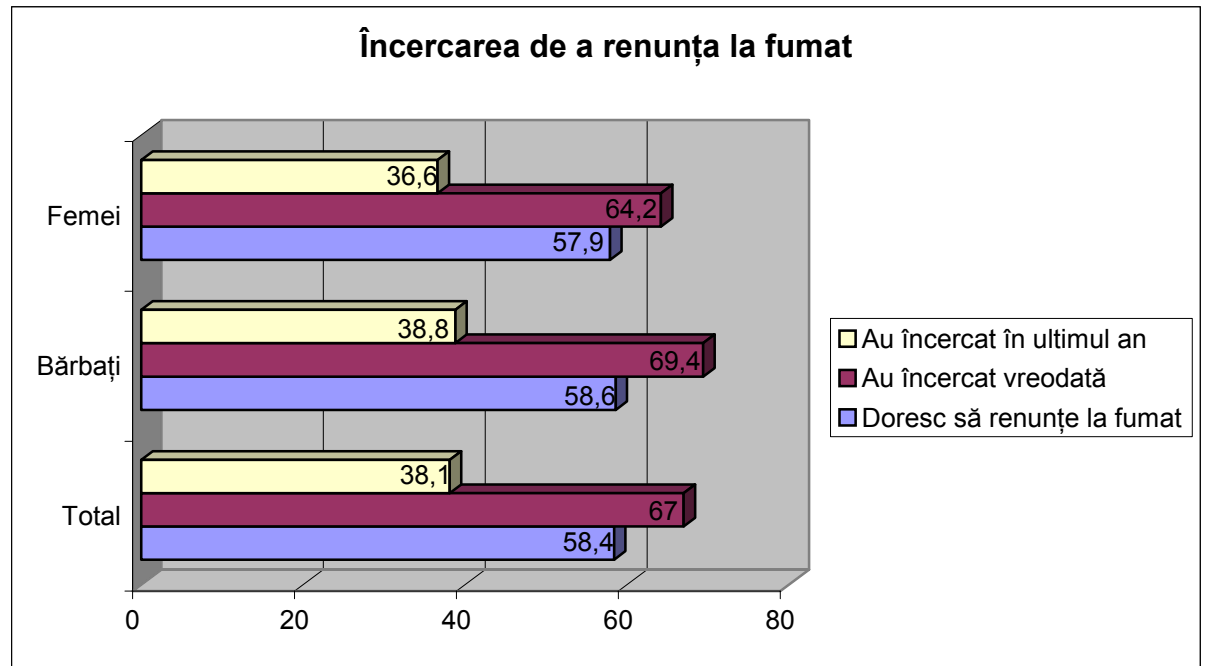


### Renunțarea la fumat

Din totalul de fumători, 58,4% au declarat că *doresc să se lase de fumat* (58,6% dintre bărbați și 57,9% dintre femei), iar 67% au *încercat să se lase de fumat* cel puțin o dată de când sunt fumători (69,4% dintre bărbați și 64,2% dintre femei). În ultimul an, 38,1% dintre fumători au încercat să se lase de fumat (*Tabelul XVI*). Aceste cifre demonstrează că doar ceva mai mult de jumătate dintre bărbați și femei au această dorință expresă să se lase, deși un număr mai mare a încercat să se lase cel puțin o dată. Lipsa de interes pentru sevraj și procentul mare de eșecuri este generat de numărul mic de cabinete de consiliere în domeniul fumatului și de absența pregătirii în domeniul combaterii fumatului a medicilor care trebuie să aducă fumătorul din stadiul *precontemplativ* și *contemplativ* în cel de *pregătit să acționeze*.

*Tabelul XVI*

Încercarea de a renunța la fumat	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Doresc să renunțe la fumat	58,4	58,6	57,9
Au încercat vreodată	67	69,4	64,2
Au încercat în ultimul an	38,1	38,8	36,6
<b>Total cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



#### Numărul de încercări în a renunța la fumat

12,7% din numărul total de fumători au declarat că din momentul în care au devenit fumători constanți au încercat *o singură dată* să se lase de fumat, 21,5% *de două ori*, 16,8% *de trei-cinci ori* iar 16,5% *de mai mult de cinci ori* (Tabelul XVII). **În ultimul an** 19,2% dintre fumători au încercat o singură dată să se lase de fumat, 4,2% de două ori, 2,1% de trei-cinci ori iar 3,8% de mai mult de cinci ori. Numărul mic de fumători cu mai multe încercări de a se lăsa de fumat în ultimul an este un alt argument care demonstrează lipsa unui sfat autorizat pentru realizarea sevrajului și existența unui grup mic de fumători sensibili, cu posibilități crescute de realizare a unei rate de sevraj importante.

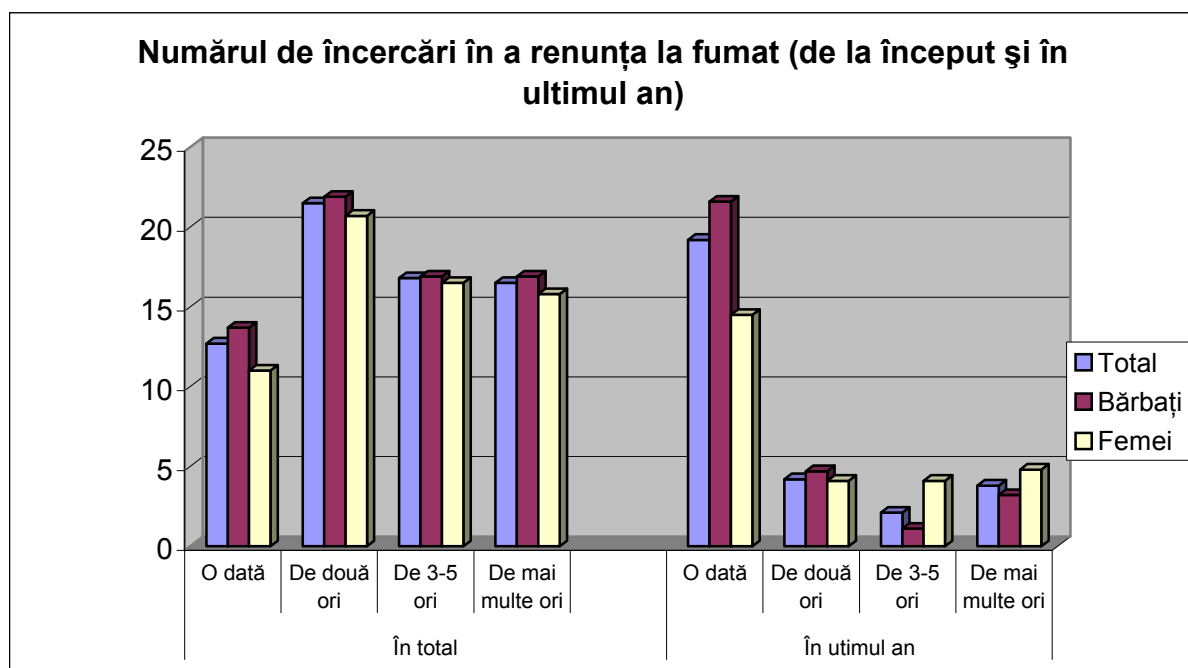


*Tabelul XVII*

Numărul de încercări	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
<b>În total</b>			
O dată	12,7	13,7	11
De două ori	21,5	21,9	20,7
De trei-cinci ori	16,8	16,9	16,5
De mai multe ori	16,5	16,9	15,8
<b>În ultimul an</b>			
O dată	19,2	21,6	14,5
De două ori	4,2	4,7	4,1
De trei-cinci ori	2,1	1,1	4,1
De mai multe ori	3,8	3,2	4,8
<b>Total cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>

*Tabelul XVII*

Numărul de încercări	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
<b>În total</b>			
O dată	12,7	13,7	11
De două ori	21,5	21,9	20,7
De trei-cinci ori	16,8	16,9	16,5
De mai multe ori	16,5	16,9	15,8
<b>În ultimul an</b>			
O dată	19,2	21,6	14,5
De două ori	4,2	4,7	4,1
De trei-cinci ori	2,1	1,1	4,1
De mai multe ori	3,8	3,2	4,8
<b>Total cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



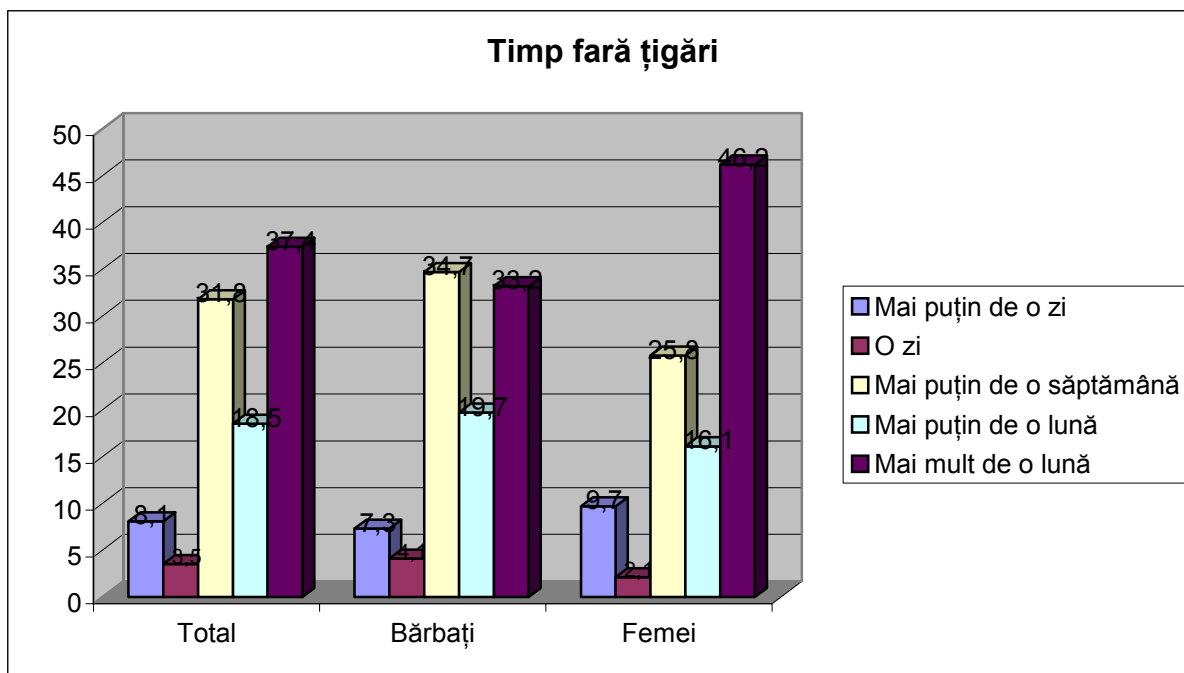
Dacă proporțiile de femei și de bărbați care au încercat să renunțe la fumat de la începutul debutului fumatului constant și până în prezent sunt relativ egale, în funcție de numărul de încercări în a renunța la fumat, în ultimul an femeile fumătoare au făcut mai multe încercări de a renunța decât bărbații fumători. Astfel, dacă o încercare au făcut 21,6% dintre bărbați și 14,5% dintre femei și două încercări au făcut 4,7% dintre bărbați și 4,1% dintre femei, tot 4,1% dintre femei au făcut până la 5 încercări de a renunța la fumat față de 1,1% dintre bărbați. Mai mult de 5 încercări pentru a renunța la fumat au făcut 3,2% dintre bărbați și 4,8% dintre femei. Tendința sexului feminin de a face mai multe încercări de întrerupere a fumatului față de sexul masculin este motivată în principal de fragilitatea acestui grup în momente cheie ale vieții (aparitia unei sarcini, existența în familie a unui sugar, copil mic, etc.)

### Rezistența fără fumat

Intervalele de timp scurse între momentul în care a fost luată decizia de a renunța la fumat și momentul în care fumatul a fost reluat au fost de câteva ore (8,1%), o zi (3,5%), mai puțin de o săptămână (31,8%), mai puțin de o lună (18,5%) sau mai mult de o lună (37,4%).

*Tabelul XVIII*

Timp fără fumat	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Mai puțin de o zi	8,1	7,3	9,7
O zi	3,5	4,1	2,1
Mai puțin de o săptămână	31,8	34,7	25,8
Mai puțin de o lună	18,5	19,7	16,1
Mai mult de o lună	37,4	33,2	46,2



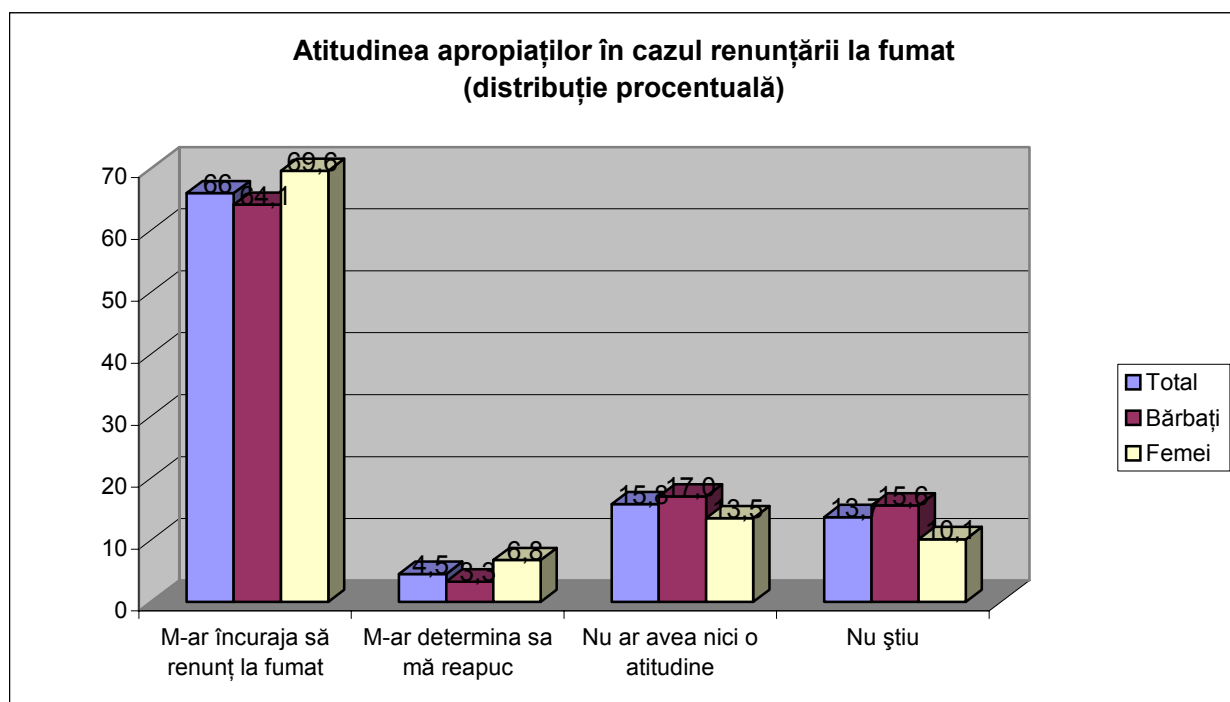
Un procent de 7,3% dintre bărbații care s-au lăsat de fumat au rezistat mai puțin de o zi fără să fumeze, 4,1% numai o singură zi, 34,7% mai puțin de o săptămână, 19,7% mai puțin de o lună, iar cea mai mare parte (33,2%) mai mult de o lună (*Tabelul XVIII*). În proporții similare, femeile au un comportament asemănător față de renunțarea la fumat: 9,7% dintre femeile nu au rezistat decât câteva ore fără țigări, 2,1% o singură zi, 25,8% mai puțin de o săptămână, 16,1% mai puțin de o lună, și cea mai mare parte (46,2%), aproape jumătate, mai mult de o lună. Mai multe femei (46,2%) decât bărbați (33,2%) au rezistat mai mult de o lună să nu fumeze. Deși aparent este vorba de mai mult de o lună de la întreruperea fumatului, eșuarea acestor încercări demonstrează că în România există și o problemă de monitorizare a acestei categorii de pacienți care, chiar și atunci când reușesc să scape de efectele imediate ale sindromului de sevraj, nu beneficiază de condițiile și sfaturile necesare pentru a face profilaxia reșetelor și pentru evitarea situațiilor cu risc de recidivă.

#### Atitudinea apropiaților în cazul renunțării la fumat

Deși dificil de interpretat în cadrul unui studiu cantitativ, s-a încercat evaluarea influenței sau presiunii egalilor asupra persoanelor care încearcă să se lase de fumat. Astfel, la întrebarea *Care credeți că ar fi atitudinea prietenilor/colegilor în cazul în care ați încerca să vă lăsați de fumat?*, au fost primite următoarele răspunsuri: *Prietenii m-ar încuraja să renunț la fumat* – 66%, *Prietenii m-ar determina să mă reapuc de fumat* – 4,5%, *Nu ar avea nici o atitudine* – 15,8%, *Nu știu* 13,7% (*Tabelul XIX*).

**Tabelul XIX**

Atitudinea apropiaților	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
M-ar încuraja să renunț la fumat	66,0	64,1	69,6
M-ar determina să mă reapuc	4,5	3,3	6,8
Nu ar avea nici o atitudine	15,8	17,0	13,5
Nu știu	13,7	15,6	10,1



Nu există mari diferențe între bărbați și femei referitor la atitudinea apropiaților în cazul renunțării la fumat, deși mai multe femei (6,8%) decât bărbați (3,3%) au afirmat că persoanele din jurul lor le-ar determina să se reapeuce de fumat. Atât pentru bărbați cât și pentru femei, anturajul ar avea un rol de susținere a deciziei de a renunța la fumat (64,1% dintre bărbați și 69,6% dintre femei), iar 17% dintre bărbați și 13,5% dintre femei cred că prietenii lor nu ar avea nici o atitudine în acest sens.

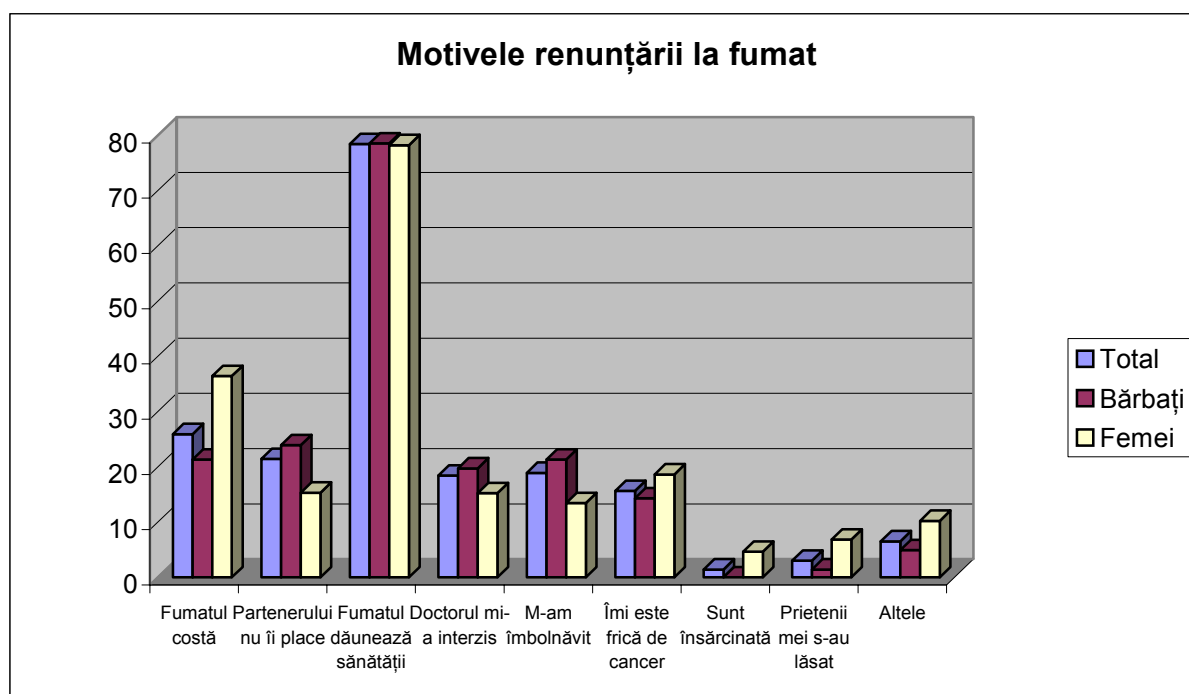
### Motivele renunțării la fumat

Referitor la motivele renunțării la fumat au fost obținute, în ordinea frecvenței, următoarele răspunsuri: *Fumatul dăunează sănătății* 78,4%, *Fumatul mă costă prea mult* 25,9%, *Partenerului nu-i place* 21,4%, *M-am îmbolnăvit* 18,9%, *Doctorul mi-a interzis* 18,4%, *Îmi e frică de cancer* 15,6%, *Prietenii s-au lăsat* 3%, *Sunt însărcinată* 1,4%. (Tabelul XX).

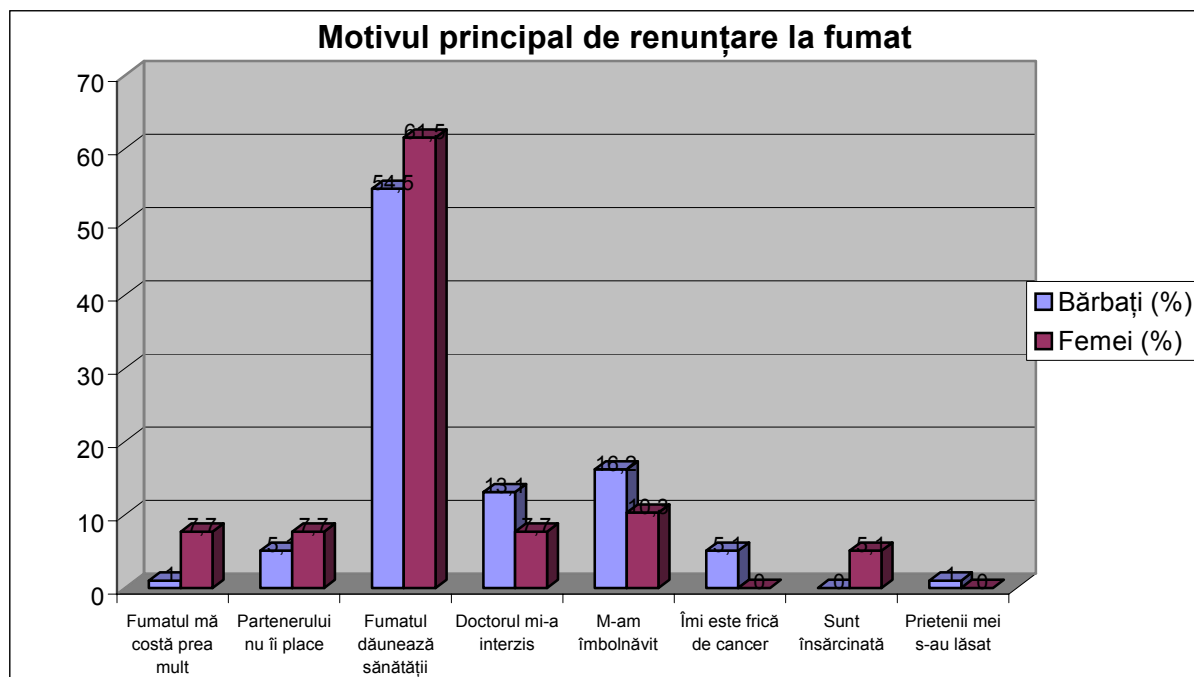
*Tabelul XX*

Motivele renunțării la fumat	Total	Bărbați	Motiv	Femei	Motiv
------------------------------	-------	---------	-------	-------	-------

	(%)	(%)	principal	(%)	principal
Fumatul mă costă prea mult	25,9	21,3	1	36,4	7,7
Partenerului nu îi place	21,4	23,9	5,1	15,3	7,7
Fumatul dăunează sănătății	78,4	78,5	54,5	78,2	61,5
Doctorul mi-a interzis	18,4	19,7	13,1	15,2	7,7
M-am îmbolnăvit	18,9	21,3	16,2	13,4	10,3
Îmi este frică de cancer	15,6	14,3	5,1	18,6	-
Sunt însărcinată	1,4	-	-	4,6	5,1
Prietenii mei s-au lăsat	3,0	1,4	1	6,8	-
Altele	6,5	4,9	-	10,2	-
<b>Total cazuri</b>	<b>159</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>47</b>	<b>47</b>

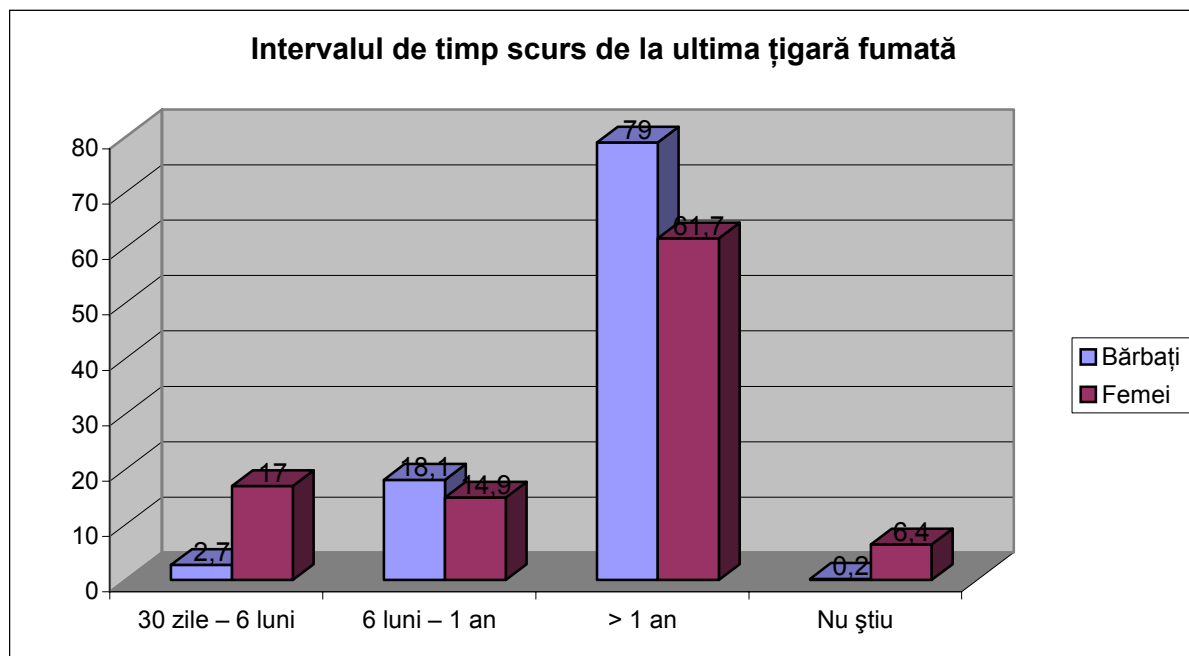


*Fumatul dăunează sănătății* este motivul principal pentru care s-au lăsat de fumat 61,5% dintre femei și 54,5% dintre bărbați. Cu o pondere mai mică, sunt invocate motive medicale (*M-am îmbolnăvit* - 16,2% bărbați, 10,3% femei, *Doctorul mi-a interzis* - 13,1% bărbați, 7,7% femei) și financiare (*Fumatul costă prea mult* - 7,7% dintre femei). Eșalonarea ordinii motivelor principale pentru care s-au lăsat de fumat cei care alcătuiesc lotul studiat dovedește că un mesaj general cum este „**tutunul dăunează sănătății**” este mai puternic, deși este doar generic, decât prețul țigărilor, încă prea mic pentru a deveni prohibitiv.



*Tabelul XXI*

Intervalul de timp	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
30 zile – 6 luni	7,2	2,7	17,0
6 luni – 1 an	17,1	18,1	14,9
> 1 an	73,7	79,0	61,7
Nu știu	2,0	0,2	6,4



79% dintre bărbații ex-fumători se lăsaseră de fumat cu mai mult de un an în urmă, 18% între 6 luni și 1 an și numai 2,7% în ultimele 6 luni premergătoare studiului. 31,9% dintre femeile ex-fumătoare se lăsaseră de fumat în ultimul an, dintre care 17% în ultimele 6 luni (Tabelul XXI).

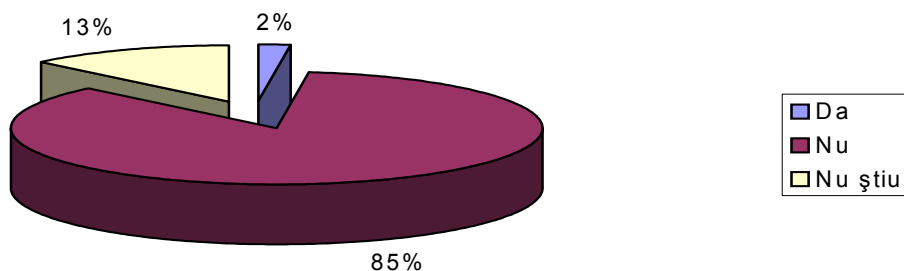
### Intenția de a mai fuma în următorul an.

Dintre persoanele care s-au lăsat de fumat, femeile par mai puțin hotărâte în a renunța definitiv la acest obicei: 6,4% dintre acestea au afirmat că vor mai fuma în următorul an, față de cei 1,9% dintre bărbații foști fumători care au afirmat același lucru (Tabelul XXII). 84,1% dintre persoanele care au renunțat la fumat declară că nu vor mai fuma în următorul an, iar 12,6% nu știu.

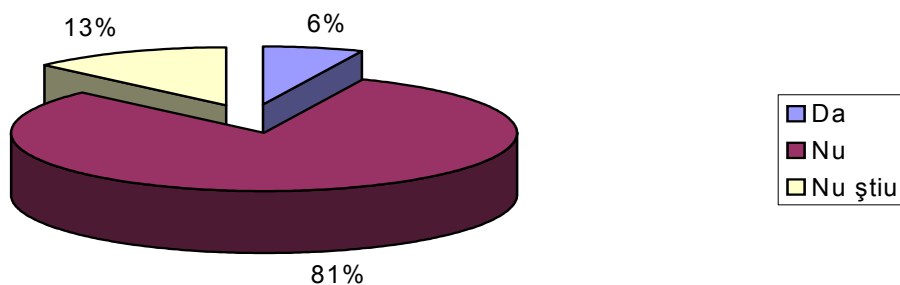
Tabelul XXII

Intenția de a mai fuma în viitor	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Da	3,3	1,9	6,4
Nu	84,1	85,6	80,9
Nu știu	12,6	12,5	12,8
<b>Total cazuri</b>	<b>159</b>	<b>112</b>	<b>47</b>

Intenția bărbaților care s-au lăsat de fumat de a mai fuma în următorul an



Intenția femeilor care s-au lăsat de fumat de a mai fuma în următorul an



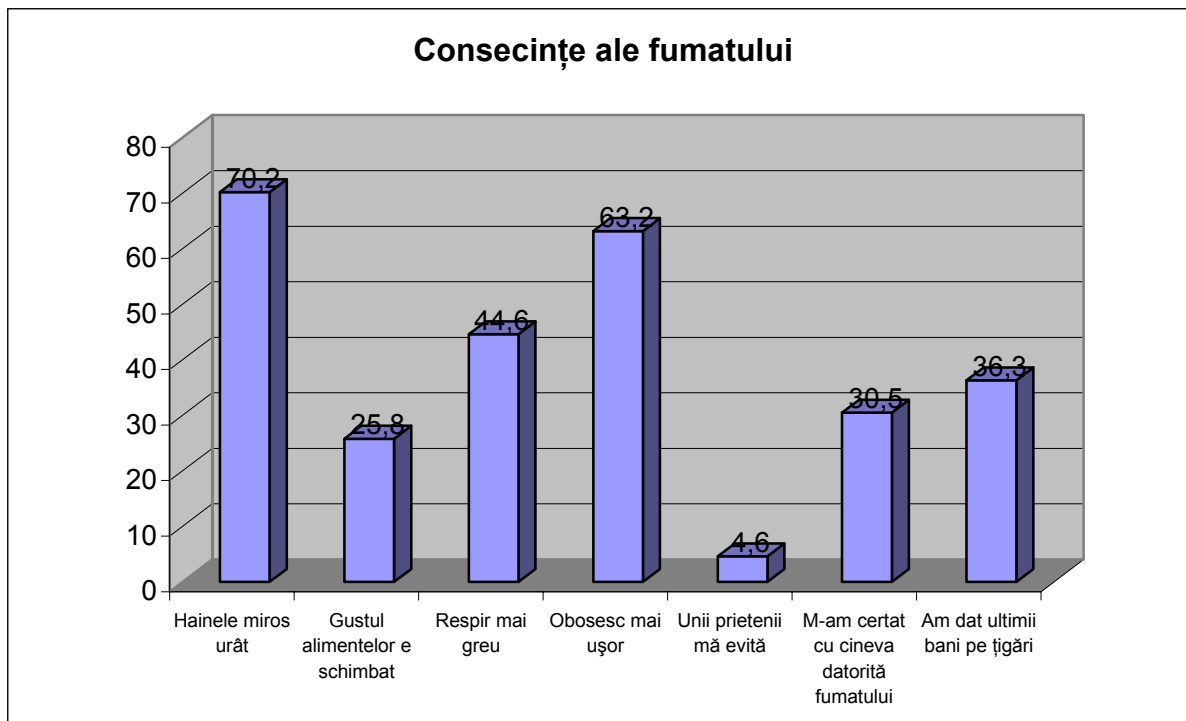
## CONSECINȚE ALE FUMATULUI

Pentru identificarea gradului de percepere și conștientizare a unor consecințe sociale, sau asupra sănătății care însoțesc pattern-ul majorității fumătorilor a fost inclusă o serie de 7 întrebări. Astfel, prezența mirosului de tutun neplăcut și persistent al hainelor a fost recunoscută de 70,2% dintre fumători, iar 63,2% și 44,6% au declarat că obosec mai ușor și că, respectiv, au dificultăți în respirație (*Tabelul XXIII*). 36,3% dintre toți fumătorii au recunoscut că au cheltuit ultimii bani pentru procurarea țigărilor, iar 30,5% că cel puțin o dată s-au certat cu cineva dintr-un motiv legat de fumat. Un sfert dintre fumători (25,8%) au afirmat că au perceput modificări ale gustului, mai ales în sensul diminuării acestuia. Două elemente se desprind din această scală a consecințelor fumatului: prima este cea care deranjează anturajul și individul – mirosul hainelor, dar al doilea este adesea mult mai important (respirația grea și oboseala) pentru că semnaleză o vătoreare patologică: apariția în timp a unor sindroame obstructive (în principal a bronhopneumopatiei cronice obstructive), boli invalidante și mari consumatoare de servicii medicale.

*Tabelul XXIII*

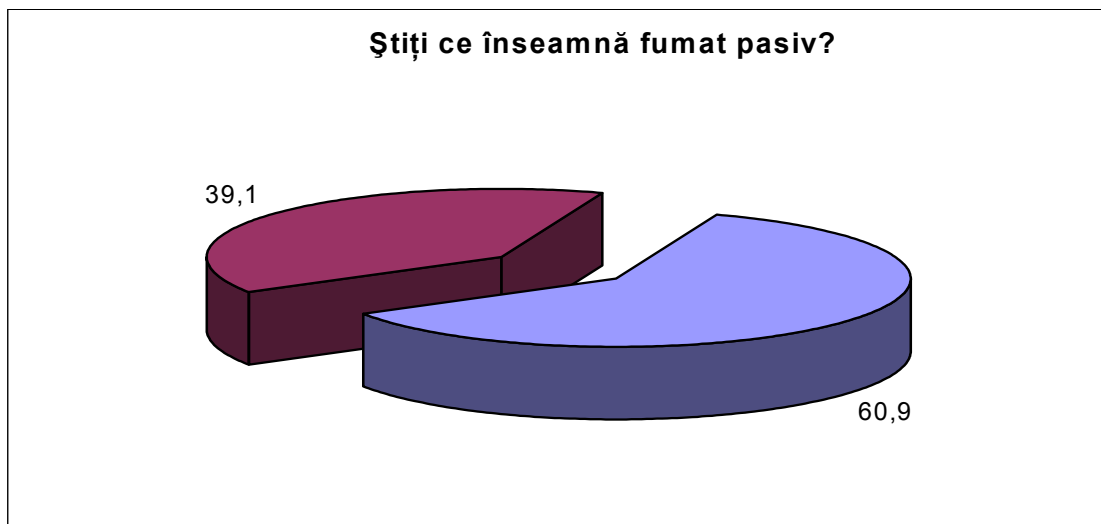
<b>Consecințe ale fumatului</b>	<b>Total (%)</b>
Hainele miros urât	70,2
Gustul alimentelor e schimbat	25,8
Respir mai greu	44,6
Obosec mai ușor	63,2
Unii prietenii mă evită	4,6
M-am certat cu cineva datorită fumatului	30,5
Am dat ultimii bani pe țigări	36,3
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>423</b>





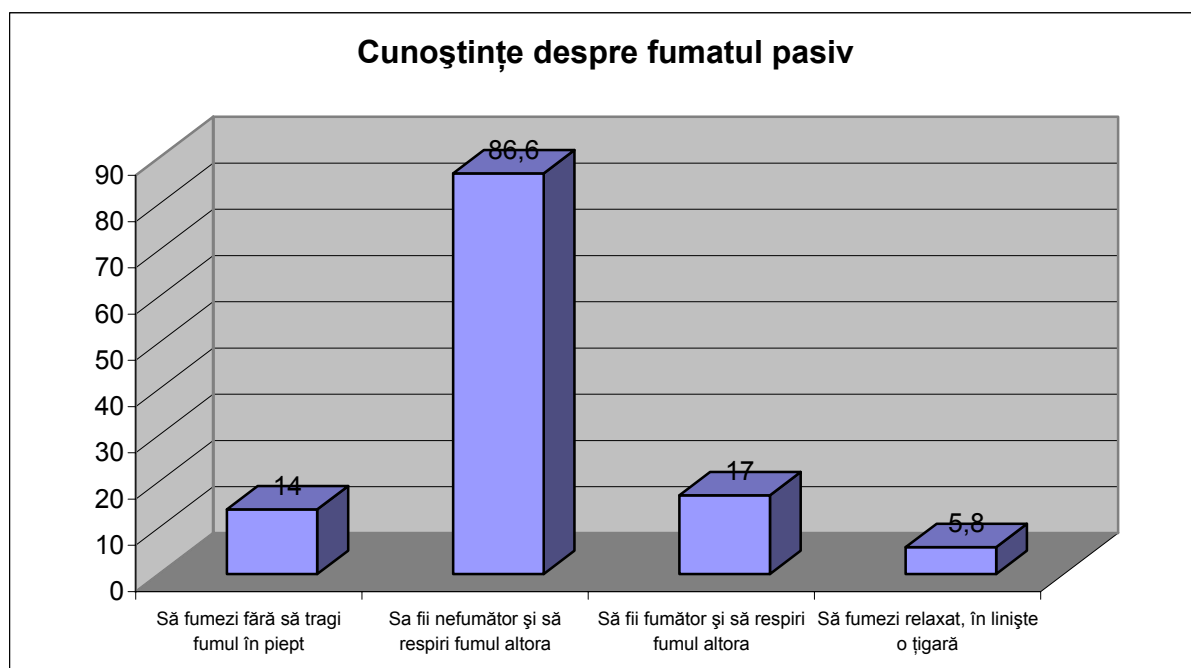
## FUMATUL PASIV ȘI EXPUNEREA LA FUMAT

### Cunoștințe despre fumatul pasiv



**Tabelul XXIV**

Fumat pasiv înseamnă...	Total (%)
Să fumezi fără să tragi fumul în piept	14
Să fii nefumător și să respiri fumul altora	86,6
Să fii fumător și să respiri fumul altora	17
Să fumezi relaxat, în liniște o țigară	5,8
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>

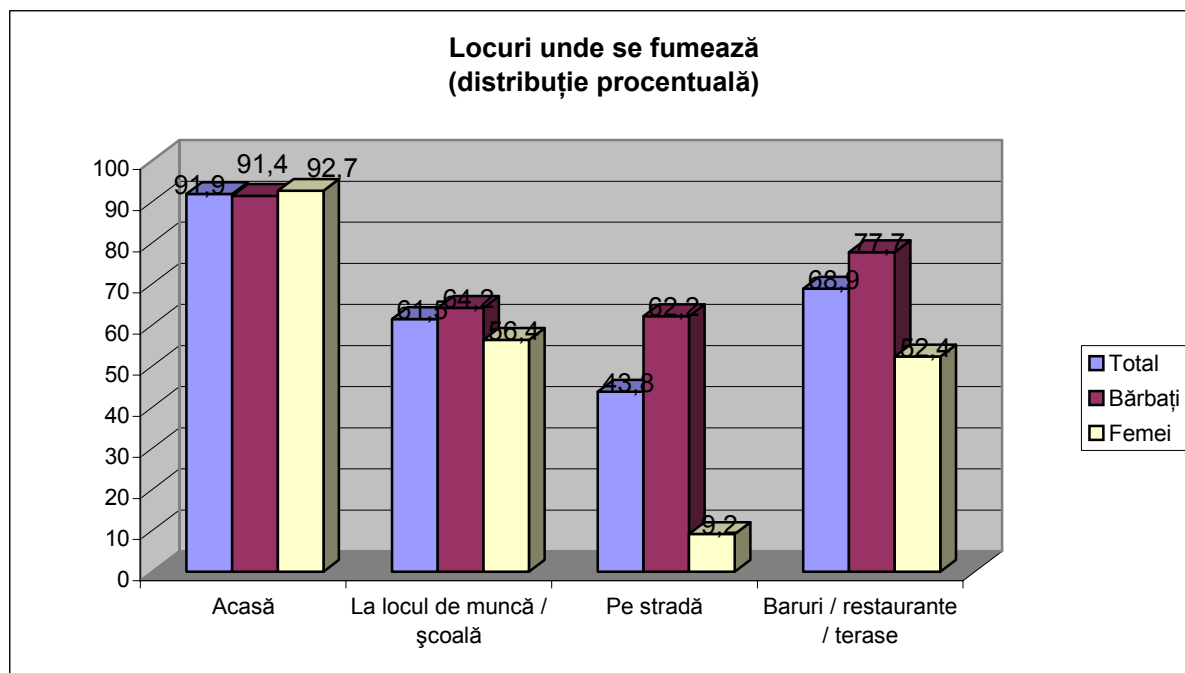


*Fumatul pasiv*, ce constă în respiraerea aerului poluat de țigările celorlalți, este la fel de nociv și crește riscul îmbolnăvirilor la toți cei supuși acestei poluări. Fumatul pasiv este tot mai frecvent recunoscut ca factor de risc la locul de muncă și ca o amenințare la adresa sănătății oamenilor. Numeroase studii științifice afirmă că fumatul pasiv este o cauză a bolilor cardiace și a cancerului pulmonar la adulții expuși. Riscul expunerii este greu de evaluat, el crescând sau diminuând în funcție de ambianță, ventilație, prezența altor poluanți, comportamentul fumătorilor, comportamentul nefumătorilor față de fumători, raportarea la o anumită perioadă de timp etc. Pentru a evalua această expunere au fost incluse o serie de întrebări, adresate atât fumătorilor cât și nefumătorilor, prin care s-a încercat să se țină cont de toate aceste variabile.

60,9% dintre persoanele intervievate afirmă faptul că știu semnificația termenului de fumat pasiv. 86,6% afirmă că fumat pasiv înseamnă să fii nefumător și să respiri fumul altora și numai 17% consideră că fumat pasiv înseamnă și să fii fumător și să respiri fumul altora. 14% din totalul intervievaților consideră că fumat pasiv înseamnă și a fuma fără a inhala fumul de țigară, iar 5,8% leagă acest termen de posibilitatea de a fuma relaxat o țigară (*Tabelul XXIV*). Se constată astfel că majoritatea celor participanți la anchetă definesc corect acest termen deși mult mai puțini spun că-l cunosc.

*Tabelul XXV*

Locuri unde se fumează	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Acasă	91,9	91,4	92,7
La locul de muncă/școală	61,5	64,2	56,4
Pe stradă	43,8	62,2	9,2
În baruri/restaurante sau la terase	68,9	77,7	52,4
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



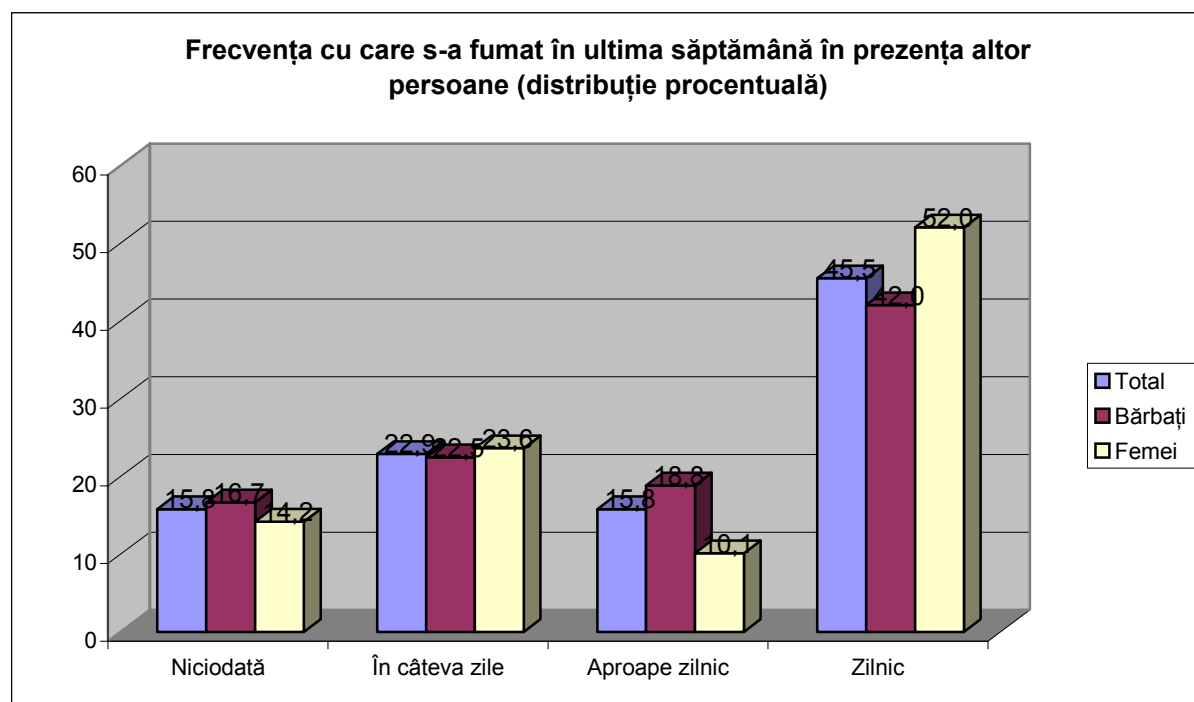
Majoritatea fumătorilor (91,9%) obișnuiesc să fumeze acasă, 61,5% la locul de muncă sau la școală, 43,8% pe stradă iar 68,9% în baruri, restaurante sau la terase (*Tabelul XXV*). Domiciliul fumătorului și locul de muncă al acestuia sunt locurile unde expunerea la fumul de țigară a altor persoane se face în proporțiile cele mai mari. Aceste două situații vor fi analizate în continuare încercând a se ține cont de cele mai importante criterii de variabilitate descrise anterior. Este îngrijorător gradul de expunere al fumătorilor involuntari (pasivi) la domiciliu și procentul foarte mare de fumători care continuă să fumeze la locul de muncă sau la școală (aceasta din urmă fiind un obiectiv social protejat conform noilor legi împotriva fumatului pasiv).

#### **Frecvența cu care fumătorii au fumat în ultima săptămână în prezența altor persoane**

În ultima săptămână premergătoare studiului 45,5% dintre fumători (42% dintre bărbați și 52% dintre femei) au declarat că au fumat zilnic în prezența unei alte persoane (fumătoare sau nefumătoare). Aproape 85% dintre fumători au expus la fumul de țigară, în ultima săptămână cel puțin o dată, o altă persoană (*Tabelul XXVI*). Doar 15,8% din totalul fumătorilor (16,7% dintre bărbați și 14,2% dintre femei) au afirmat că în ultima săptămână nu au fumat niciodată în prezența unei alte persoane.

***Tabelul XXVI***

<b>Frecvența</b>	<b>Total (%)</b>	<b>Bărbați (%)</b>	<b>Femei (%)</b>
Niciodată	15,8	16,7	14,2
În câteva zile	22,9	22,5	23,6
Aproape zilnic	15,8	18,8	10,1
Zilnic	45,5	42,0	52,0
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



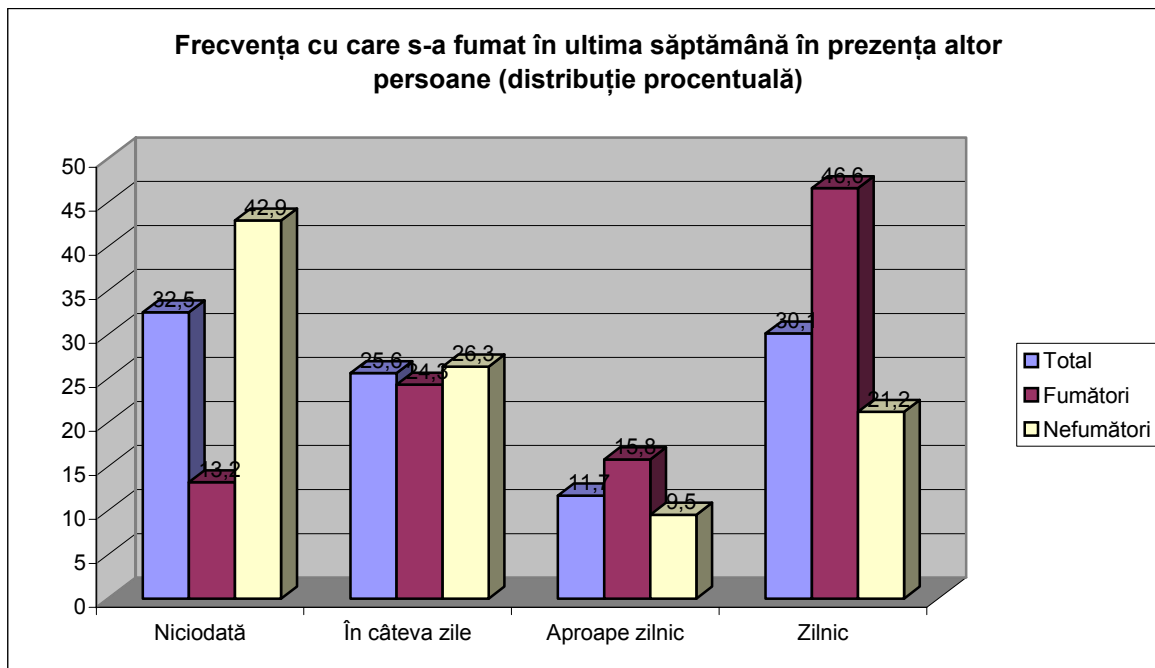
Expunerea zilnică, semnificativă în acest studiu la fumul de țigară, poate explica în mare măsură de ce a crescut în ultimii ani procentul de cancer la pacienți cu cancer bronhopulmonar fără o altă cauză aparentă relevată de anamneză, dar și creșterea prevalenței bolilor obstructive la fumătorii pasivi.

#### Frecvența expunerii la fumul de țigară în ultima săptămână

30% dintre persoanele intervievate au fost expuse zilnic la fumul de țigară în ultima săptămână, 11,7% aproape zilnic, iar 25,6% în câteva zile (*Tabelul XXVII*).

*Tabelul XXVII*

Frecvența expunerii la fumul de țigară în ultima săptămână	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Niciodată	32,5	13,2	42,9
În câteva zile	25,6	24,3	26,3
Aproape zilnic	11,7	15,8	9,5
Zilnic	30,1	46,6	21,2
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



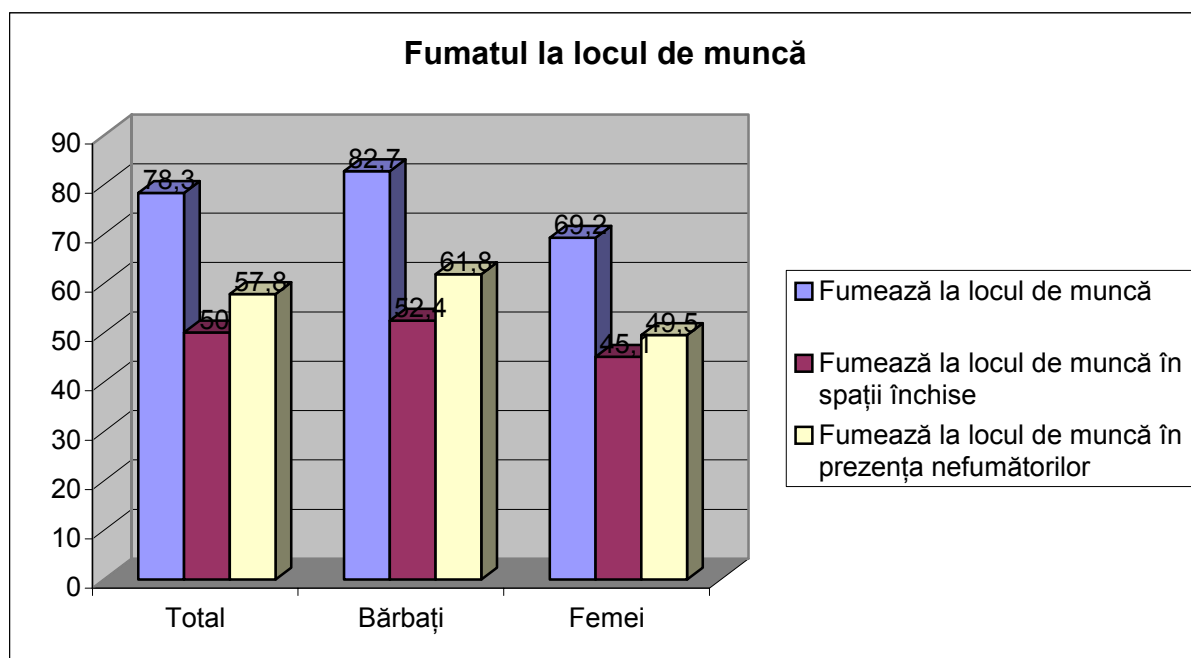
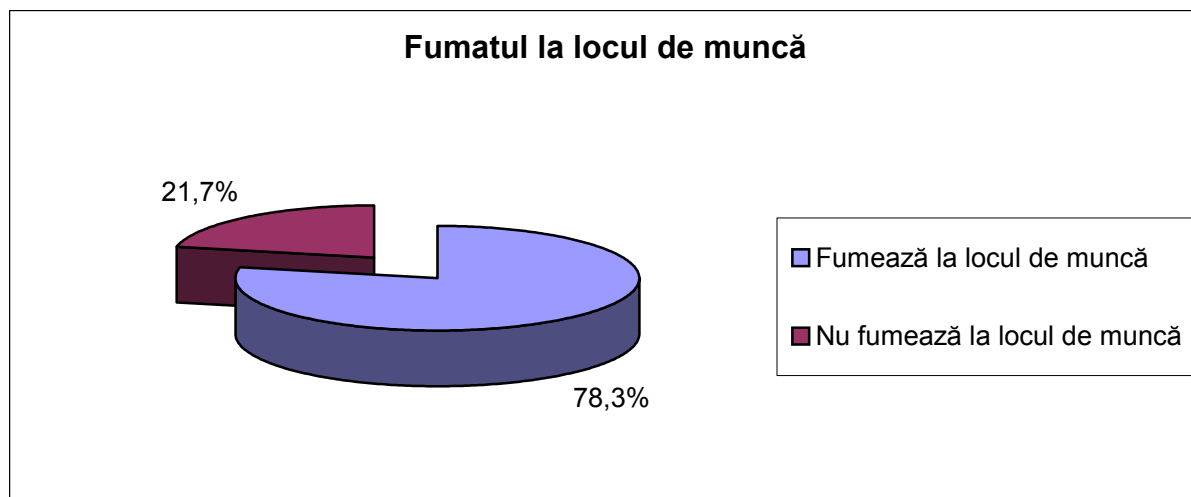
67,4% dintre persoanele intervievate (fumătoare sau nefumătoare) au fost expuse la fumul de țigară în ultima săptămână cel puțin o dată. Procentul este mai mare în rândul fumătorilor (86,7%) și mai mic în cazul nefumătorilor (57%). 21,2% dintre nefumători au fost zilnic expuși la fumul de țigară al altor persoane în ultima săptămână, 9,5% aproape în fiecare zi, 26,3% în câteva zile. În cazul fumătorilor 46,6% au fost expuși zilnic, 15,8% aproape în fiecare zi iar 24,3% în câteva zile.

### Fumatul la locul de muncă

78,3% dintre persoanele fumătoare și care aveau un loc de muncă la momentul realizării studiului au declarat că obișnuiesc să fumeze la locul de muncă, 50% fumează la locul de muncă în spațiile închise, iar 57,8% fumează în prezența colegilor de muncă nefumători.

**Tabelul XXVIII**

Fumatul la locul de muncă	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Fumează la locul de muncă	78,3	82,7	69,2
Fumează la locul de muncă în spații închise	50,0	52,4	45,1
Fumează la locul de muncă în prezența nefumătorilor	57,8	61,8	49,5
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>281</b>	<b>189</b>	<b>92</b>



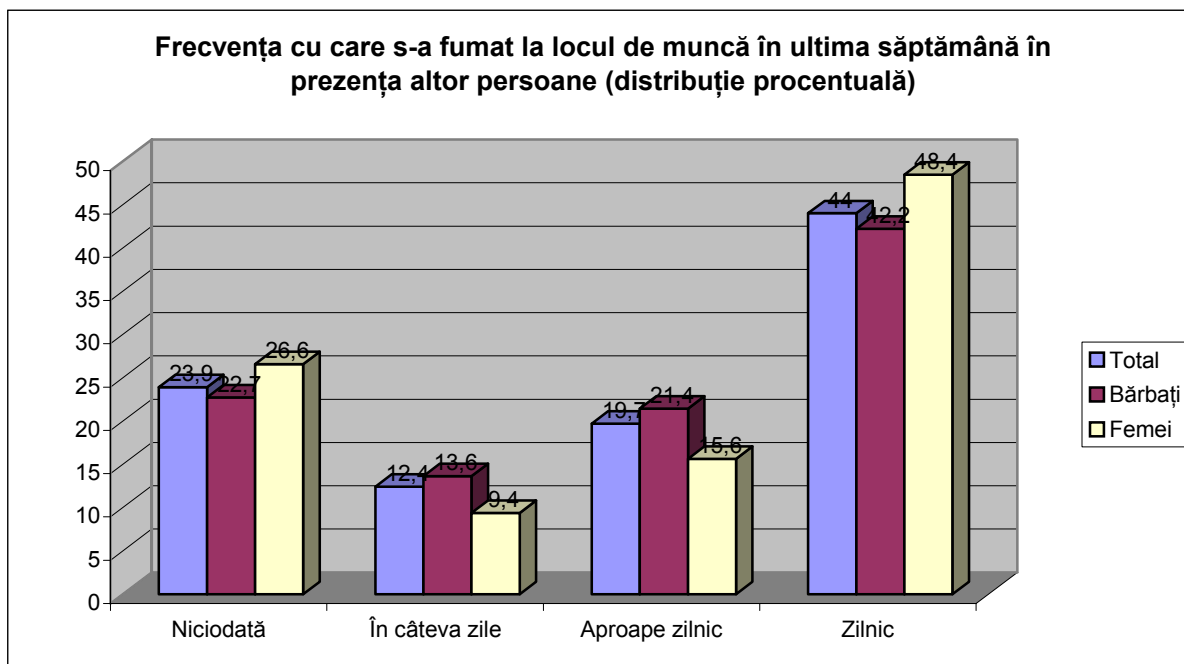
Dacă se face raportarea la numărul total de fumători care fumează la locul de muncă, procentul celor care fumează în spațiile închise, sau care fumează la locul de muncă în prezența colegilor de muncă nefumători, este mult mai mare: 63,6% din totalul celor care fumează la locul de muncă (63,4% dintre bărbați și 64,1% dintre femei) fumează și în spațiile închise, iar 73,7% (74,7% dintre bărbați și 71,4% dintre femei) fumează în prezența colegilor lor nefumători (*Tabelul XXVIII*). Este impresionant acest mod de expunere la locul de muncă și absența de reacție din partea colegilor nefumători cu atât mai mult cu cât spațiile închise și expunerea zilnică sunt factori agravanți pentru fumătorul pasiv.

Trebuie făcută precizarea că spațiu închis la locul de muncă se consideră halele industriale, spațiile de depozitare, sălile de ședință, sălile de consiliu, holurile, coridoarele, toaletele, lifturile, birourile și/sau camerele utilizate de două sau mai multe persoane, indiferent dacă geamul este deschis sau există aerisire sau aer condiționat.

Frecvența cu care s-a fumat la locul de muncă în ultima săptămână în prezența altor persoane

**Tabelul XXIX**

Frecvența	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Niciodată	23,9	22,7	26,6
În câteva zile	12,4	13,6	9,4
Aproape zilnic	19,7	21,4	15,6
Zilnic	44,0	42,2	48,4
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>281</b>	<b>189</b>	<b>92</b>

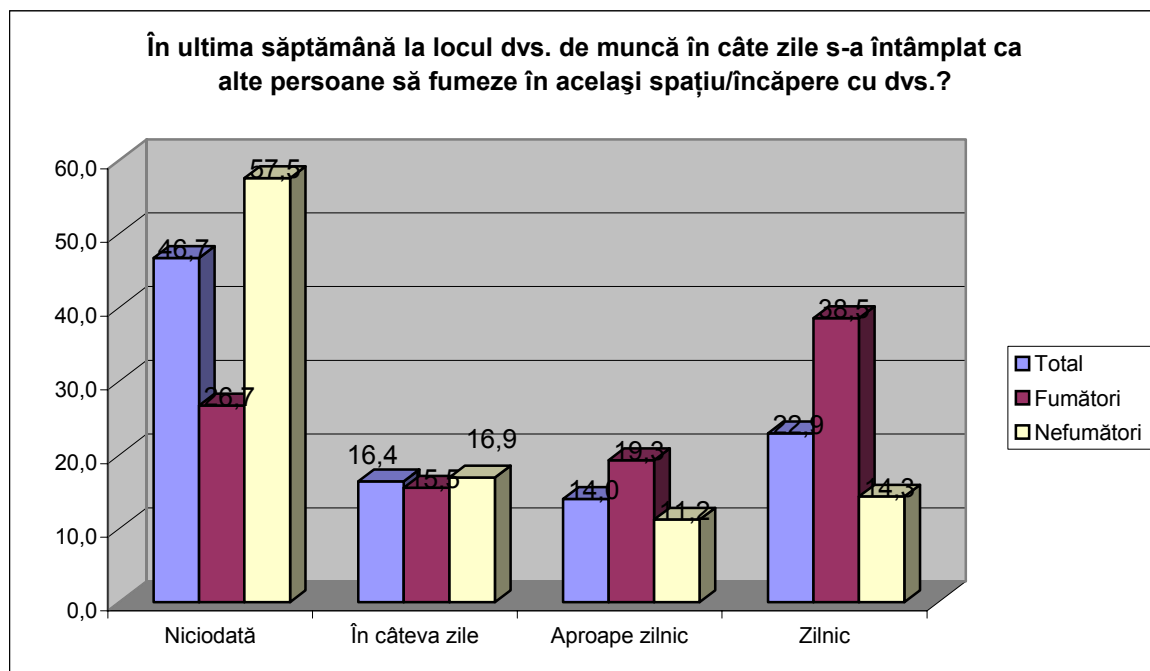


Trei sferturi (75,9%) dintre persoanele care fumează la locul de muncă au fumat în prezența altor persoane în ultima săptămână premergătoare studiului (44% au fumat zilnic, 19,7% aproape zilnic și 12,4% de câteva ori) – *Tabelul XXIX*.

Pentru o mai bună evaluare a gradului de expunere la fumul de țigară la locul de muncă și pentru a putea compara opinia persoanelor care expun la fumul de țigară cu cea a persoanelor expuse (atât fumătoare cât și nefumătoare) s-a pus întrebarea: *În ultima săptămână, la locul dvs. de muncă, în câte zile s-a întâmplat ca alte persoane să fumeze în același spațiu cu dvs.?* 53,3% dintre persoanele intervievate au afirmat că în ultima săptămână, cel puțin odată, o altă persoană a fumat lângă aceasta (22,9% zilnic, 14% aproape zilnic, 16,4% de câteva ori). Aceeași întrebare în cazul fumătorilor, a oferit următoarele rezultate: 38,5% zilnic, 19,3% aproape zilnic, 15,5% de câteva ori iar în cazul nefumătorilor valorile au fost: 14,3% zilnic, 11,2% aproape zilnic, 16,9% în câteva zile. 42,5% dintre nefumători au fost expuși cel puțin o dată în ultima săptămână, la locul de muncă, la fumul de țigară (*Tabelul XXX*).

**Tabelul XXX**

Frecvența cu care persoane au fumat la locul de muncă	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Niciodată	46,7	26,7	57,5
În câteva zile	16,4	15,5	16,9
Aproape zilnic	14,0	19,3	11,2
Zilnic	22,9	38,5	14,3



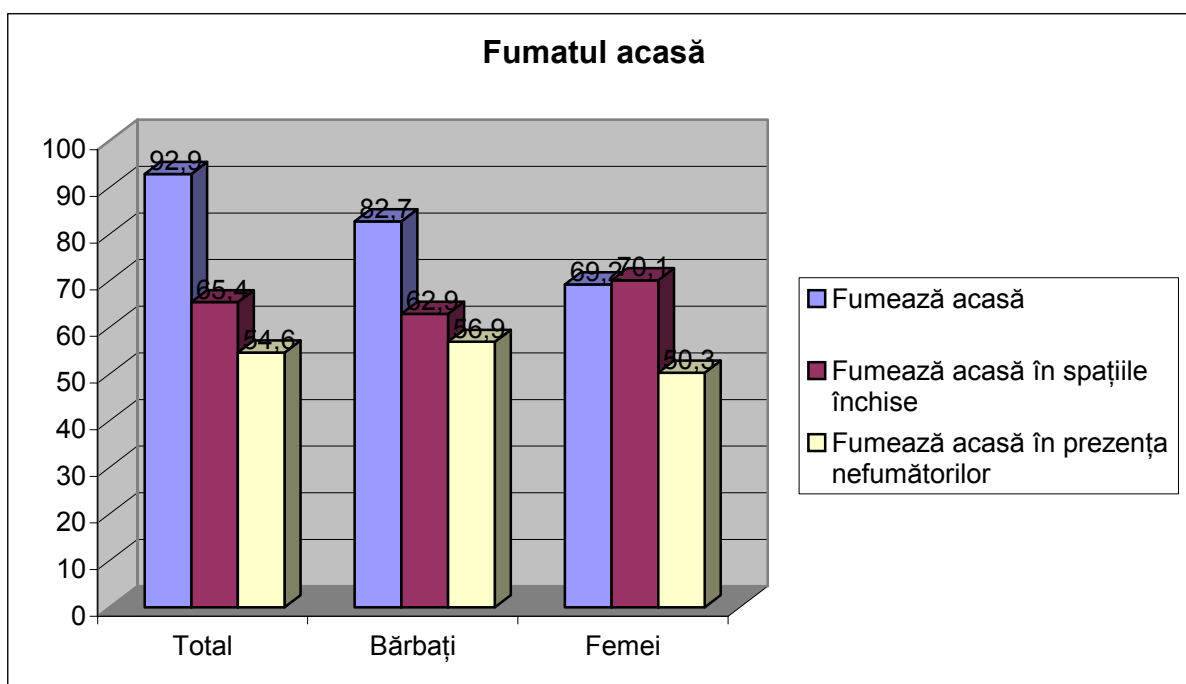
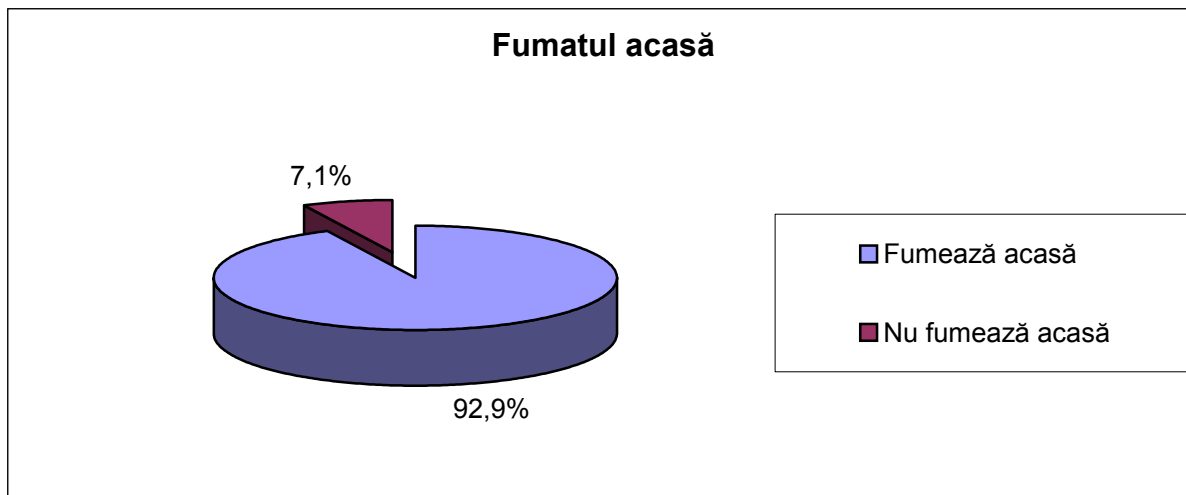
### Fumatul la domiciliu

92,9% dintre persoanele fumătoare intervievate au afirmat că obișnuiesc să fumeze acasă (92,4% dintre bărbați și 93,9% dintre femei) aspect care se asociază cu un grad mare de expunere la fumul de țigară a altor persoane (Tabelul XXXI).

*Tabelul XXXI*

Fumatul acasă	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Fumează acasă	92,9	92,4	93,9
Fumează acasă în spațiile închise	65,4	62,9	70,1
Fumează acasă în prezența nefumătorilor	54,6	56,9	50,3
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>395</b>	<b>258</b>	<b>137</b>





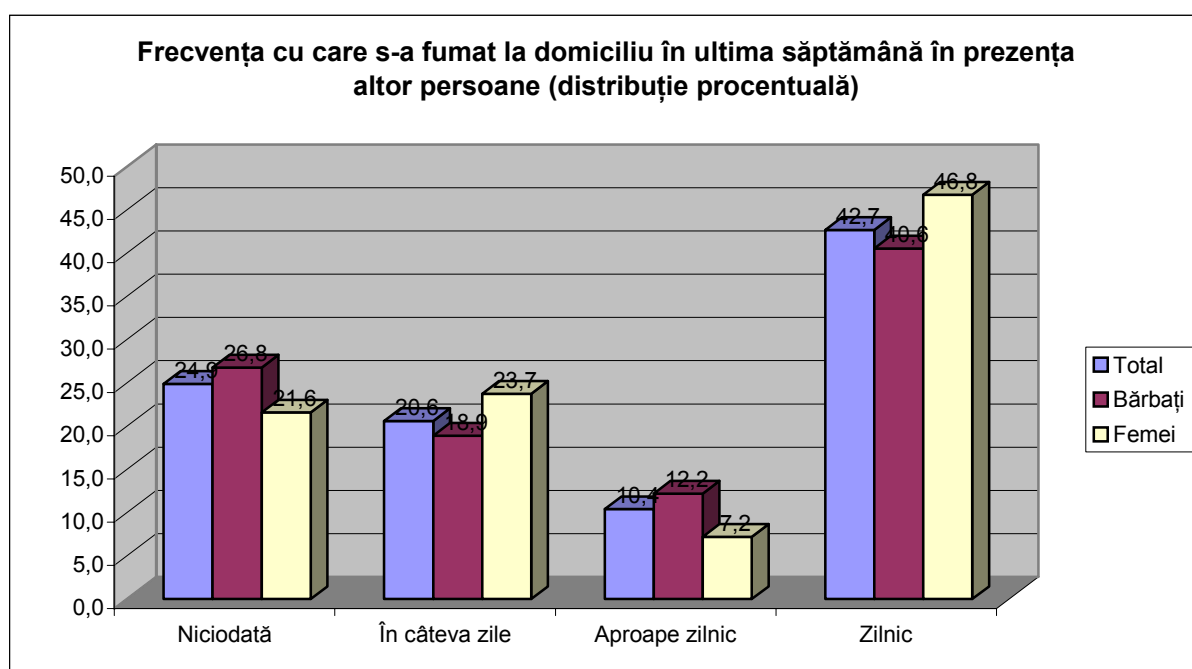
65,4% dintre fumători (62,9% dintre bărbați și 70,1% dintre femei) fumează în spațiile închise de la domiciliu, iar 54,6% dintre ei (56,9% dintre bărbați și 50,3% dintre femei) fumează în prezența membrilor nefumători ai familiei. Aceste procente sunt mai mari dacă raportarea se face la numărul total al fumătorilor care obișnuiesc să fumeze la domiciliu. Astfel, 70,4% dintre persoanele fumătoare care obișnuiesc să fumeze acasă (68,1% dintre bărbați și 74,6% dintre femei) fumează în spațiile închise, iar 58,8% (61,6% dintre bărbați și 53,6% dintre femei) fumează acasă în prezența membrilor nefumători. Este o altă modalitate de expunere care demonstrează absența conștientizării impactului negativ al fumatului pasiv asupra membrilor familiei.

**Frecvența cu care s-a fumat acasă în ultima săptămână în prezența membrilor nefumători ai familiei**

Trei sferturi dintre fumători (75,1%) au fumat în prezența membrilor nefumători ai familiei în ultima săptămână premergătoare studiului (73,2% dintre bărbații fumători și 78,4% dintre femeile fumătoare). Din totalul persoanelor fumătoare, 42,7% au făcut acest lucru zilnic, 10,4% aproape zilnic iar 20,6% în câteva zile (*Tabelul XXXII*).

*Tabelul XXXII*

Frecvența	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Niciodată	24,9	26,8	21,6
În câteva zile	20,6	18,9	23,7
Aproape zilnic	10,4	12,2	7,2
Zilnic	42,7	40,6	46,8
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>395</b>	<b>258</b>	<b>137</b>



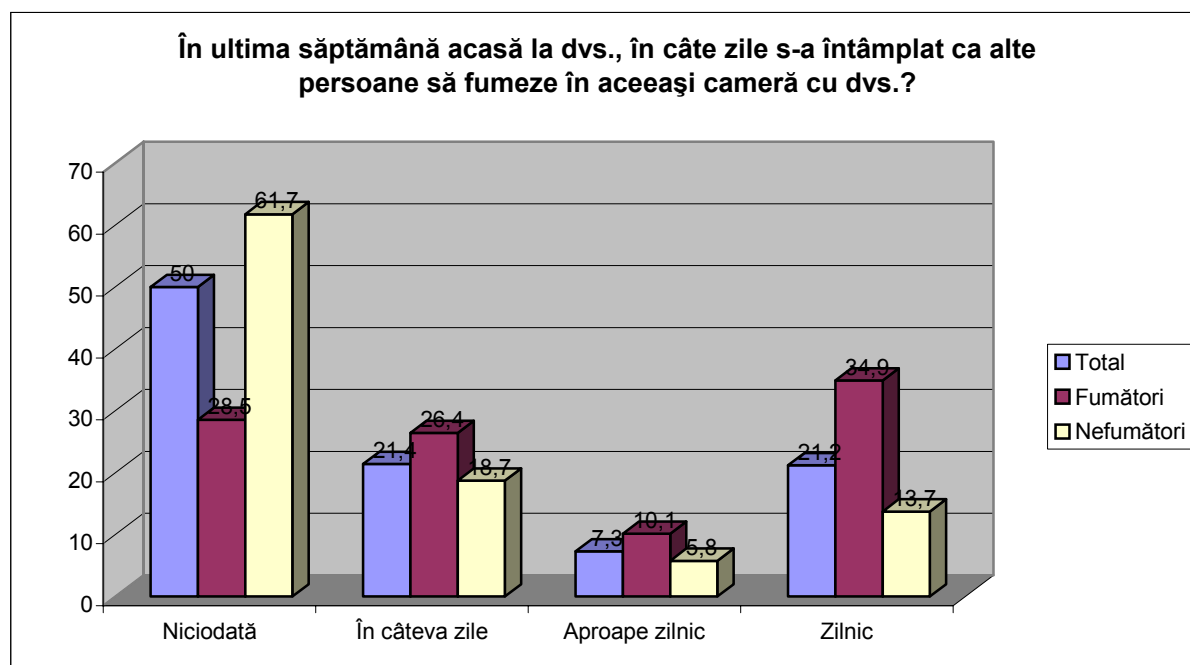
### Frecvența expunerii la fumul de țigară la domiciliu

Atât fumătorilor cât și nefumătorilor le-a fost pusă întrebarea *În ultima săptămână acasă la dvs., în câte zile s-a întâmplat ca alte persoane să fumeze în aceeași cameră cu dvs.?*

*Tabelul XXXIII*

Frecvența expunerii la fumul de țigară la domiciliu	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Niciodată	50,0	28,5	61,7
În câteva zile	21,4	26,4	18,7
Aproape zilnic	7,3	10,1	5,8

Zilnic	21,2	34,9	13,7
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



Jumătate din persoanele chestionate (atât fumătoare cât și nefumătoare) au afirmat că, în ultima săptămână, cel puțin o dată au fost expuse la fumul de țigară al altei persoane: 21,2% zilnic, 7,3% aproape zilnic, 21,4% în câteva zile (*Tabelul XXXIII*). Procentele sunt mai ridicate în cazul fumătorilor (34,9% zilnic, 10,1% aproape zilnic, 26,4% în câteva zile) și mai mici în cazul nefumătorilor (13,7% zilnic, 5,8% aproape zilnic, 18,7% în câteva zile). 48,3% dintre nefumători au fost expuși în ultima săptămână fumului de țigară comparativ cu 71,5% dintre fumători.

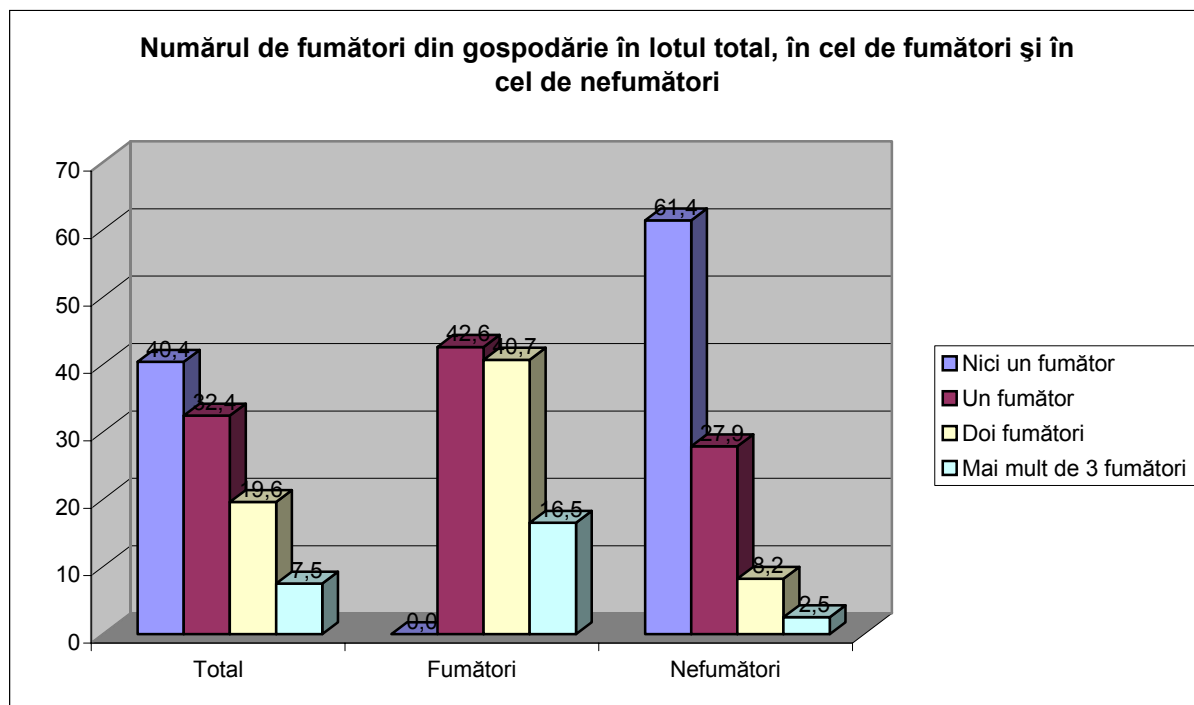
### Numărul de fumători din gospodărie

În aproape 60% dintre gospodăriile persoanelor intervievate există cel puțin un fumător: în 7,5% dintre acestea exista trei fumători sau mai mulți, în 19,6% doi, iar în 32,4% un singur fumător (*Tabelul XXXIV*). În gospodăriile nefumătorilor există trei fumători sau mai mulți în 2,5% din cazuri, doi fumători în 8,2% și un fumător în 27,9% din cazuri. În afara aspectelor legate de fumatul pasiv, această întrebare demonstrează că în familiile nefumătorilor supraviețuirea cu statut de fumător este mult mai mică, iar pe de altă parte, în familiile de fumători există o autoîntreținere („o contagiune”) a acestui obicei cu proliferarea lui la membrii familiei.

*Tabelul XXXIV*

Numărul de fumători din gospodărie	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Nici un fumător	40,4	0	61,4
Un fumător	32,4	42,6	27,9
Doi fumători	19,6	40,7	8,2

Mai mult de 3 fumători	7,5	16,5	2,5
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



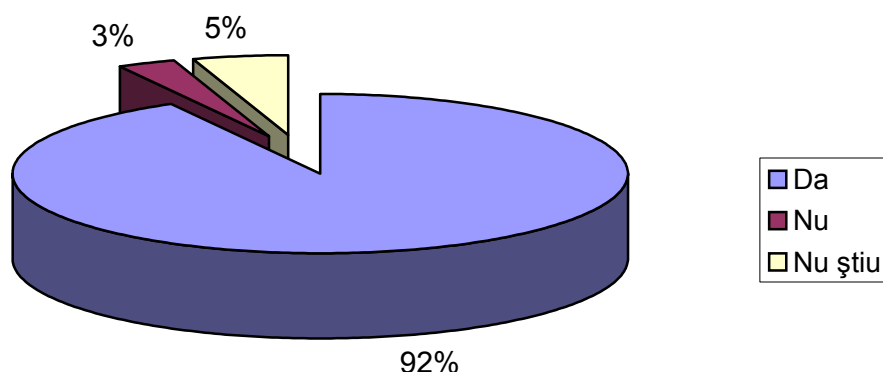
În rezumat, aproape 85% dintre fumători au expus la fumul de țigară, în ultima săptămână, cel puțin o dată, o altă persoană, iar 67,4% dintre persoanele intervievate (fumătoare sau nefumătoare) au fost expuse la fumul de țigară în ultima săptămână cel puțin o dată. 73,7% (74,7% dintre bărbați și 71,4% dintre femei) fumează în prezența colegilor lor nefumători, iar 53,3% dintre persoanele intervievate au afirmat că în ultima săptămână, cel puțin o dată, o altă persoană a fumat lângă aceasta. 58,8% dintre fumători (61,6% dintre bărbați și 53,6% dintre femei) fumează acasă în prezența membrilor nefumători.

**Credeți că fumul de la țigările dvs. este periculos pentru persoanele din jurul dvs.?**

*Tabelul XXXV*

Fumul de la țigările dvs. este periculos pentru persoanele din jurul dvs.?	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Da	91,9	91,8	92,0
Nu	3,0	2,7	3,6
Nu știu	5,1	5,5	4,3
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>

**Credeți că fumul de la țigările dvs. este periculos pentru persoanele din jurul dvs.?**



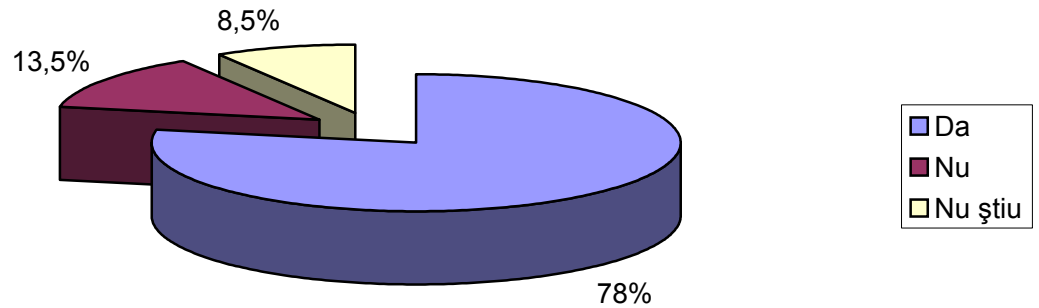
Majoritatea fumătorilor (91,9%) sunt conștienți de faptul că fumul provenit de la țigările pe care aceștia le fumează este periculos pentru persoanele din jurul lor, față de 3% dintre fumători care cred că fumul de țigară nu este periculos (*Tabelul XXXV*). Pe de altă parte, 89,2% dintre persoanele intervievate consideră că fumul de țigară provenit de la țigările altora le poate dăuna sănătății (*Tabelul XXXVI*). 13,5% dintre fumători consideră că fumul altora nu este periculos pentru ei, iar 8,5% nu au știut să aprecieze dacă fumul altora este dăunător sau nu. Doar 1,3% dintre nefumători cred că expunerea la fumul de țigară nu este periculos pentru aceștia.

Majoritatea persoanelor intervievate recunosc faptul că fumul de țigară poate fi dăunător sănătății, indiferent dacă persoana expusă este fumătoare sau nu. Numărul mare de persoane expuse la fumul de țigară prezentat anterior arată faptul că există mai degrabă o problemă de atitudine față de persoanele fumătoare, decât una de conștientizare a pericolului pentru sănătate, afirmație parțial valabilă în cazul fumătorilor expuși, care, într-o proporție mai mare, nu consideră fumatul pasiv un lucru dăunător.

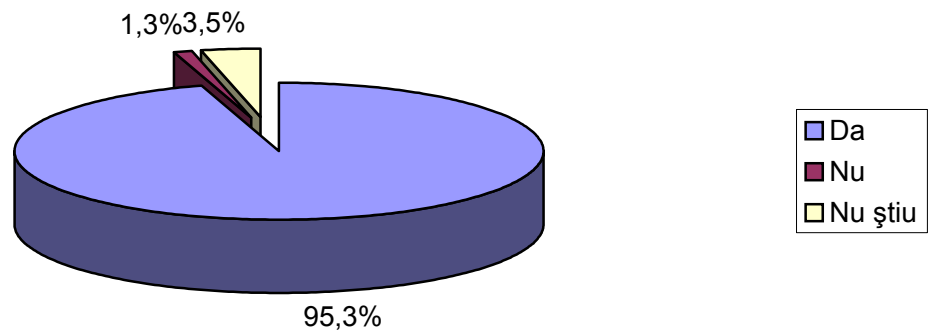
*Tabelul XXXVI*

Fumul de la țigările persoanelor care fumează lângă dvs. este periculos pentru dvs.?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	89,2	78,0	95,3
Nu	5,6	13,5	1,3
Nu știu	5,2	8,5	3,5
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>

**Fumul de la țigările persoanelor care fumează lângă dvs. este periculos pentru dvs.? (lot fumători)**



**Fumul de la țigările persoanelor care fumează lângă dvs. este periculos pentru dvs.? (lot nefumători)**



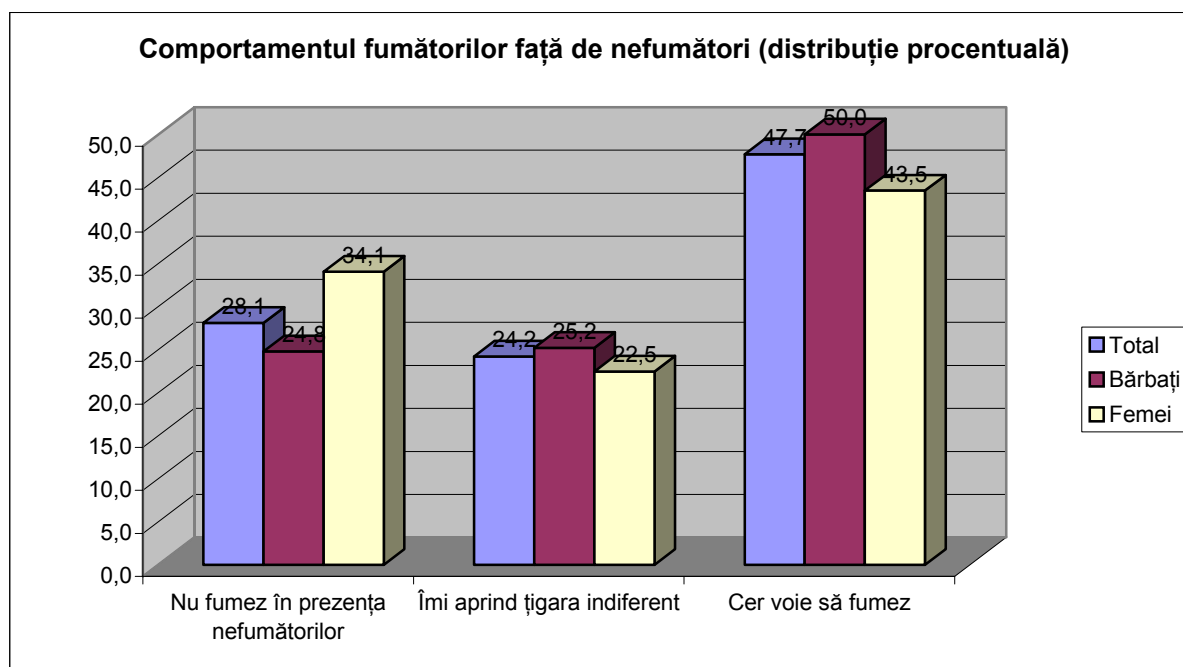
**COMPORȚAMENTE ȘI ATITUDINI**

**Atitudinea fumătorilor față de nefumători**

Pentru evaluarea atitudinilor și practicilor nefumătorilor sau fumătorilor față de fumători au fost puse atât fumătorilor cât și nefumătorilor o serie de 4 întrebări, două dintre ele explorând atitudini și două practici. Astfel, fumătorii au fost întrebați cum procedează de obicei dacă doresc să își aprindă o țigară și sunt în prezența unor nefumători, precum și cum ar trebui să procedeze într-o situație similară.

**Tabelul XXXVII**

Comportamentul față de nefumători	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Nu fumez în prezența nefumătorilor	28,1	24,8	34,1
Îmi aprind țigara indiferent	24,2	25,2	22,5
Cer voie să fumez	47,7	50,0	43,5
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>423</b>	<b>278</b>	<b>145</b>



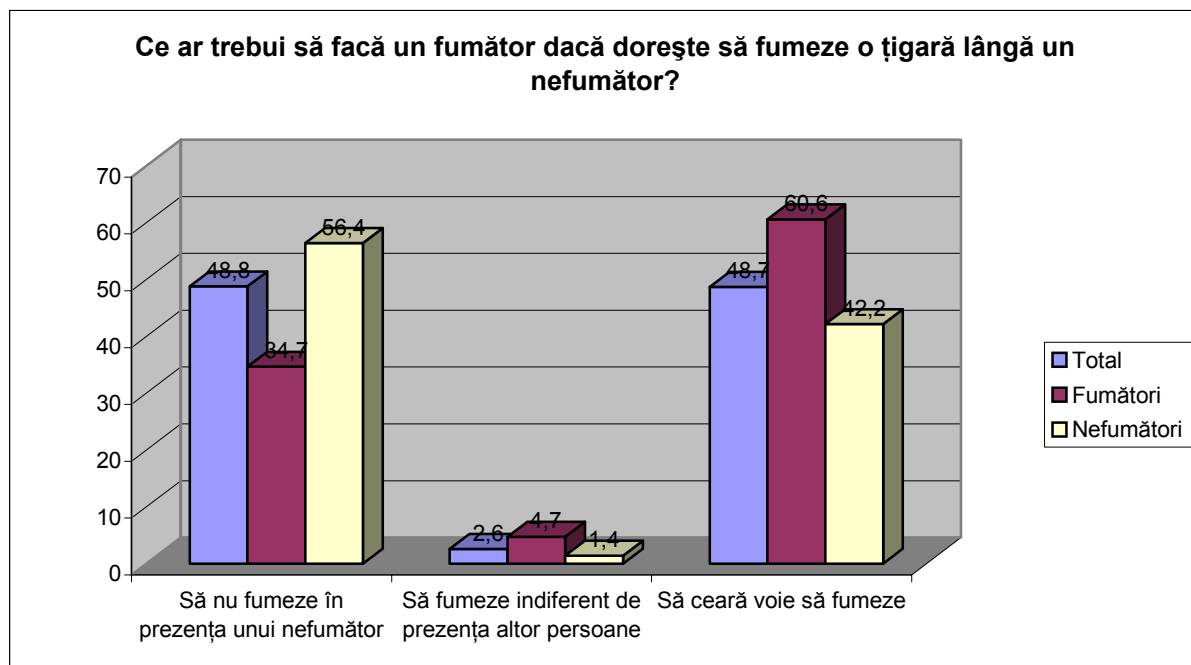
47,7% dintre fumători au afirmat că, de obicei, cer voie să fumeze în cazul în care doresc să fumeze, iar în prezența lor există un nefumător, 24,2% au declarat că își aprind țigara indiferent de prezența nefumătorilor, iar 28,1% nu fumează în prezența nefumătorilor (Tabelul XXXVII). Jumătate dintre bărbați cer voie să fumeze dacă se află lângă nefumători, iar un sfert dintre ei își aprind țigara indiferent, procentele fiind similare în cazul femeilor pentru aceste situații: 43,5% și respectiv 22,5%.

60,6 % dintre fumători consideră că un fumător ar trebui să ceară voie să fumeze dacă dorește să își aprindă o țigară lângă un nefumător, 34,7% cred că un fumător nu ar trebui să fumeze lângă un nefumător și numai 4,7% afirmă că un fumător poate să fumeze indiferent de prezența altor persoane (Tabelul XXXVIII). Faptul că i se permite unui fumător să aprindă o țigară în prezența unuia nefumător arată o lipsă de cunoaștere a legilor care protejează fumătorul pasiv, dar și o lipsă de educație a nefumătorului legată de drepturile sale și riscurile la care se expune, riscuri care, de data aceasta nu mai rămân pe plan teoretic.

**Tabelul XXXVIII**

Atitudinea față de nefumători	Total(%)	Fumători(%)	Nefumători(%)
Să nu fumeze în prezența unui nefumător	48,8	34,7	56,4
Să fumeze indiferent de prezența altor persoane	2,6	4,7	1,4

Să ceară voie să fumeze	48,7	60,6	42,2
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



În cadrul lotului total, un procent egal de persoane (48,8%) consideră că un fumător nu ar trebui să fumeze în prezența unui nefumător, sau că acesta ar trebui să ceară voie să fumeze, 2,6% apreciază că poți fuma indiferent de prezența altor persoane. 56,4% dintre nefumători consideră că în nici un caz un fumător nu ar trebui să fumeze în prezența unui nefumător, 42,2% cred că persoana care vrea să fumeze ar trebui să ceară voie dacă se află în prezența unui nefumător, și numai 1,4% sunt de părere că un fumător poate fuma indiferent de prezența altor persoane. Faptul că doar 49% dintre fumători consideră că nu ar trebui să fumeze în prezența nefumătorilor de asemenea demonstrează inexistența - pentru cealaltă jumătate - a convingerii că fumatul dăunează anturajului.

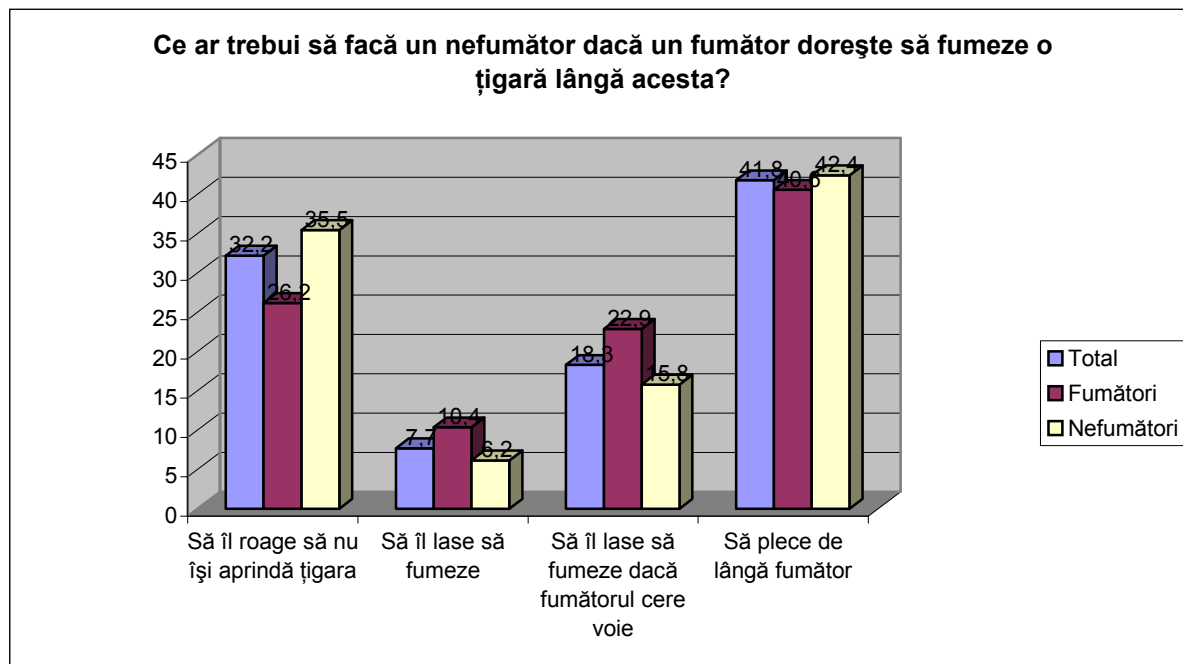
#### **Atitudinea față de fumători**

Toate persoanele au fost întrebat ce ar trebui să facă un nefumător dacă un fumător dorește să fumeze o țigară lângă acesta. Valorile obținute în cadrul lotului total au fost următoarele: 41,8% (40,6% dintre fumători și 42,4% dintre nefumători) consideră că persoana care nu fumează ar trebui să plece de lângă persoanele care fumează, 32,2% (26,2% dintre fumători și 35,5% dintre nefumători) cred că nefumătorul trebuie să îl roage pe fumător să nu își aprindă țigara dacă acesta intenționează acest lucru, 18,3% (22,9% dintre fumători și 15,8% dintre nefumători) afirmă că fumătorul ar trebui lăsat să fumeze dacă fumătorul cere voie, în timp ce 7,7% (10,4% dintre fumători și 6,2% dintre nefumători) spun că fumătorul trebuie lăsat să fumeze indiferent de prezența nefumătorilor (*Tabelul XXXIX*).



**Tabelul XXXIX**

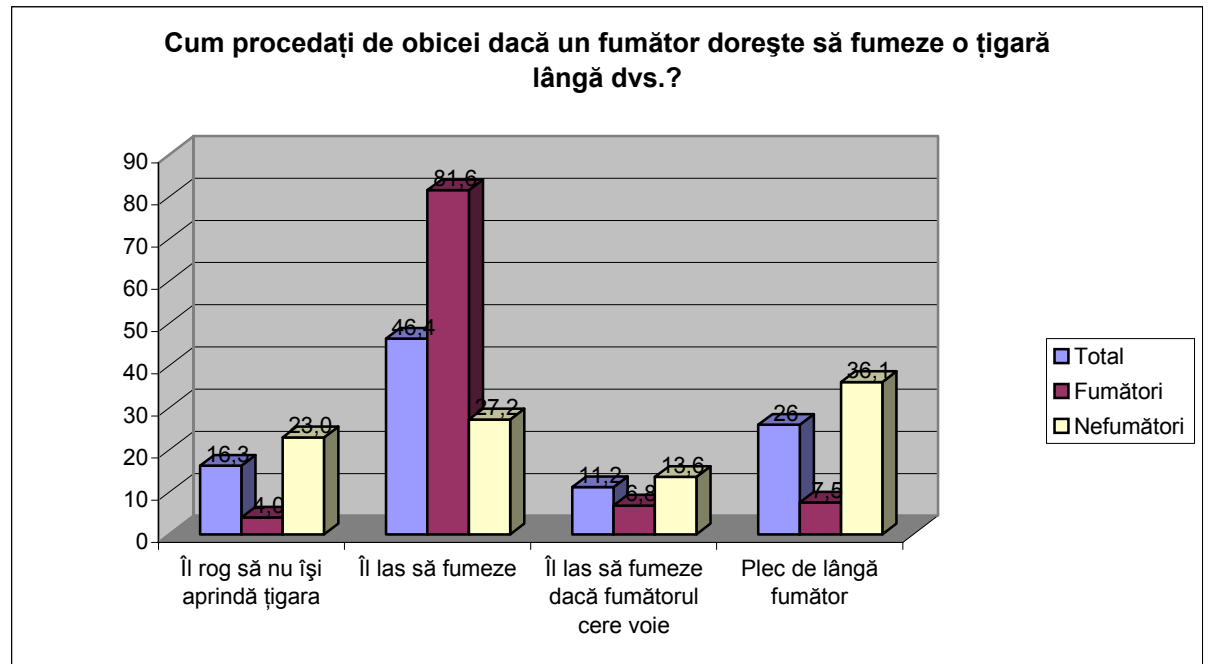
Atitudinea față de fumători	Total(%)	Fumători(%)	Nefumători(%)
Să îl roage să nu își aprindă țigara	32,2	26,2	35,5
Să îl lase să fumeze	7,7	10,4	6,2
Să îl lase să fumeze dacă fumătorul cere voie	18,3	22,9	15,8
Să plece de lângă fumător	41,8	40,6	42,4
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



Ca și în situația atitudinii și comportamentelor față de nefumători, au existat diferențe semnificative între atitudinea și comportamentul pe care o persoană (fumătoare sau nefumătoare) ar trebui să le aibă față de situația când un fumător dorește să fumeze o țigară lângă un fumător respectiv un nefumător (Tabelul XL). 4% dintre fumători spun că de obicei roagă persoana fumătoare să nu își aprindă țigara, procentul fiind semnificativ mai mare în cazul nefumătorilor – 23%. Cea mai mare parte a fumătorilor (81,6%) îi lasă pe ceilalți fumători să fumeze în prezența lor, lucru care se întâmplă într-o proporție de 27,2% în rândul nefumătorilor.

**Tabelul XL**

Comportamentul față de fumători	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Îl rog să nu își aprindă țigara	16,3	4,0	23,0
Îl las să fumeze	46,4	81,6	27,2
Îl las să fumeze dacă fumătorul cere voie	11,2	6,8	13,6
Plec de lângă fumător	26,0	7,5	36,1
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



26% dintre persoanele intervievate afirmă că de obicei pleacă de lângă cei care fumează (7,5% dintre fumători și 36,1% dintre nefumători), iar 11,2% îi lasă pe cei care fumează să fumeze dacă aceștia cer voie (6,8% dintre fumători și 13,6% dintre nefumători). Se demonstrează astfel, o neașteptată lipsă de reacție din partea nefumătorilor. Aceștia par timorați de numărul de fumători și preferă să părăsească încălta în care să fumează în loc să solicite încetarea fumatului în prezența lor.

## INFORMARE ȘI CUNOȘTINȚE DESPRE FUMAT

### Informare despre consumul de tutun și consecințele acestuia

Aproape jumătate dintre persoanele intervievate (45,9%) au afirmat că în ultimul an au discutat cu o persoană aspecte legate de consumul de tutun și consecințele acestuia. Doar această jumătate a avut de fapt momente când a încercat să găsească răspunsuri la întrebări care-i frământau pe componenții ei legate de pericolele fumatului.

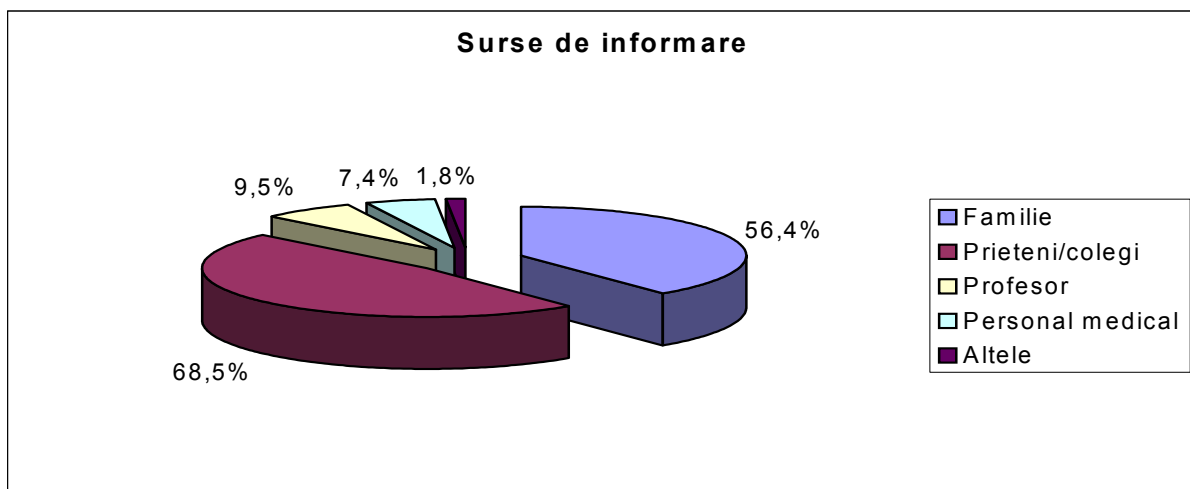
*Tabelul XLI*

În ultimul an ați discutat cu cineva despre consumul de tutun și consecințele acestuia?	Total (%)	Bărbați (%)	Femei (%)
Da	45,9	45,4	46,5
Nu	46,3	45,7	47,0
Nu știu/nu îmi amintesc	7,7	8,9	6,6
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1029</b>	<b>594</b>	<b>615</b>

Discuțiile au fost purtate în cea mai mare parte a cazurilor cu un prieten sau cu un coleg (68,5%), cu un membru al familiei (56,4%), cu un cadru didactic (9,5%), sau cu cineva din personalul medical (13,1%) - *Tabelul XLII*. Procentul foarte mic de cadre medicale care au avut discuții cu fumătorii dovedește existența încă - din păcate - a unui total dezinteres pentru acest subiect și pentru realizarea unei profilaxii a unor boli cronice sau severe cu un minim de efort din partea acestora, care, de multe ori, îmbracă de fapt, aspectul unui sfat minimal.

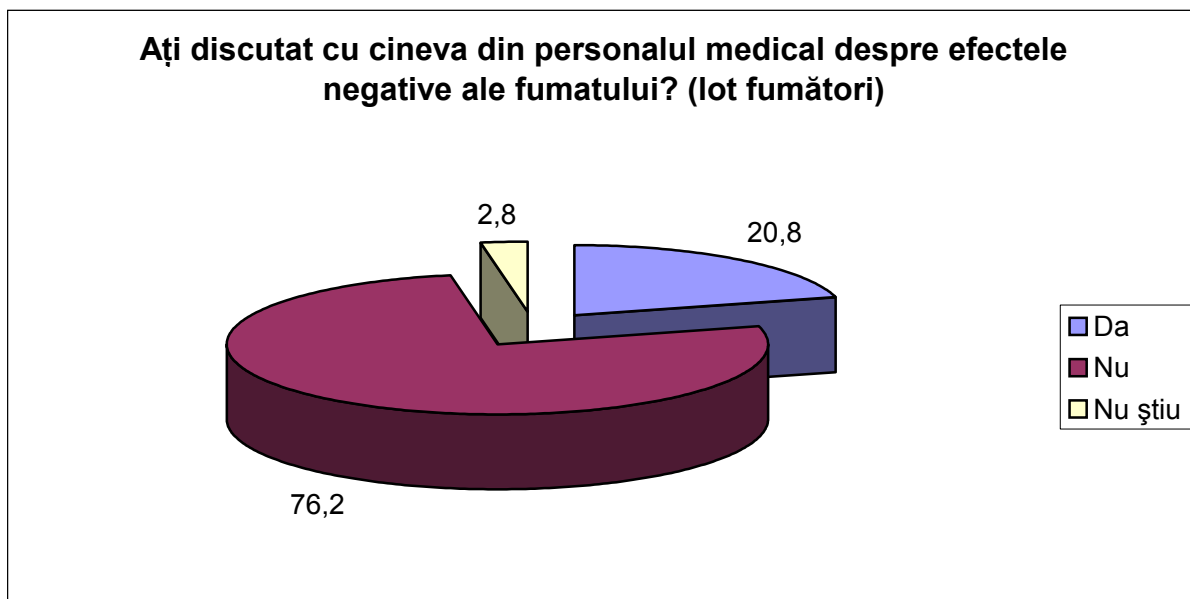
*Tabelul XLII*

Persoana cu care s-a discutat	Total (%)
Familie	56,4
Prieteni/colegi	68,5
Profesor	9,5
Personal medical	13,1
Altele	1,8
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>549</b>

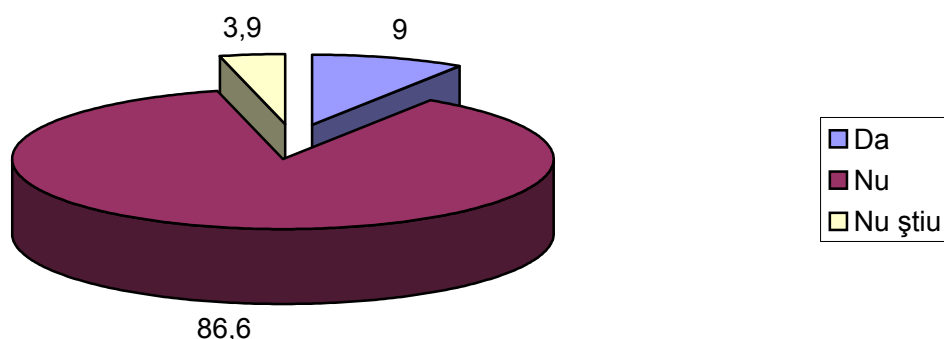


*Tabelul XLIII*

Ați discutat cu cineva din personalul medical despre efectele negative ale fumatului?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	13,1	20,8	9,0
Nu	83,0	76,2	86,6
Nu știu/nu îmi amintesc	3,5	2,8	3,9
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



**Ați discutat cu cineva din personalul medical despre efectele negative ale fumatului? (lot nefumători)**



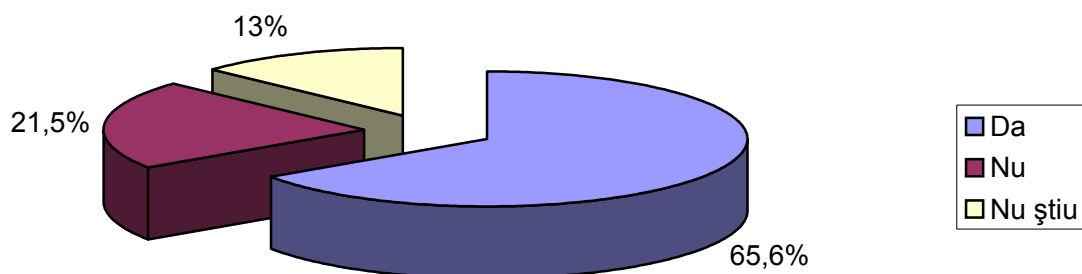
60% din totalul persoanelor intervievate (62% dintre fumători și 56% dintre nefumători) au făcut în ultimul an cel puțin o vizită la o unitate medicală, ocazie cu care la 20,8% dintre fumători și 9% dintre nefumători (31% și respectiv 11% din cei care au fost cel puțin o dată la o unitate medicală), cineva din personalul medical le-a oferit informații referitoare la consumul de tutun și la consecințele negative ale fumatului (*Tabelul XLIII*). Studiul relevă un aspect cunoscut al sistemului sanitar românesc: faptul că personalul medical indiferent de profilul specialității nu folosește cu regularitate oportunitatea unei consultații pentru a discuta despre pericolele fumatului.

**Emisiuni despre efectele negative ale consumului de tutun**

65,6% din totalul persoanelor intervievate au afirmat că în ultimul an au auzit sau văzut emisiuni despre efectele negative ale consumului de tutun (66,5% dintre fumători și 65% dintre nefumători) - *Tabelul XLIV*.

În ultimul an ați văzut sau auzit emisiuni despre efectele negative ale consumului de tutun?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	65,6	66,5	65,0
Nu	21,5	20,8	21,9
Nu știu/nu îmi amintesc	13,0	12,7	13,1
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>

**În ultimul an ați văzut sau auzit emisiuni despre efectele negative ale consumului de tutun?**



Cei care au văzut aceste emisiuni asupra efectelor negative, deși reprezintă 2/3 din numărul participanților, pot fi etalonul calității mesajelor transmise cu acest prilej și a strategiei de abordare pe cale mediatică a fumătorilor.

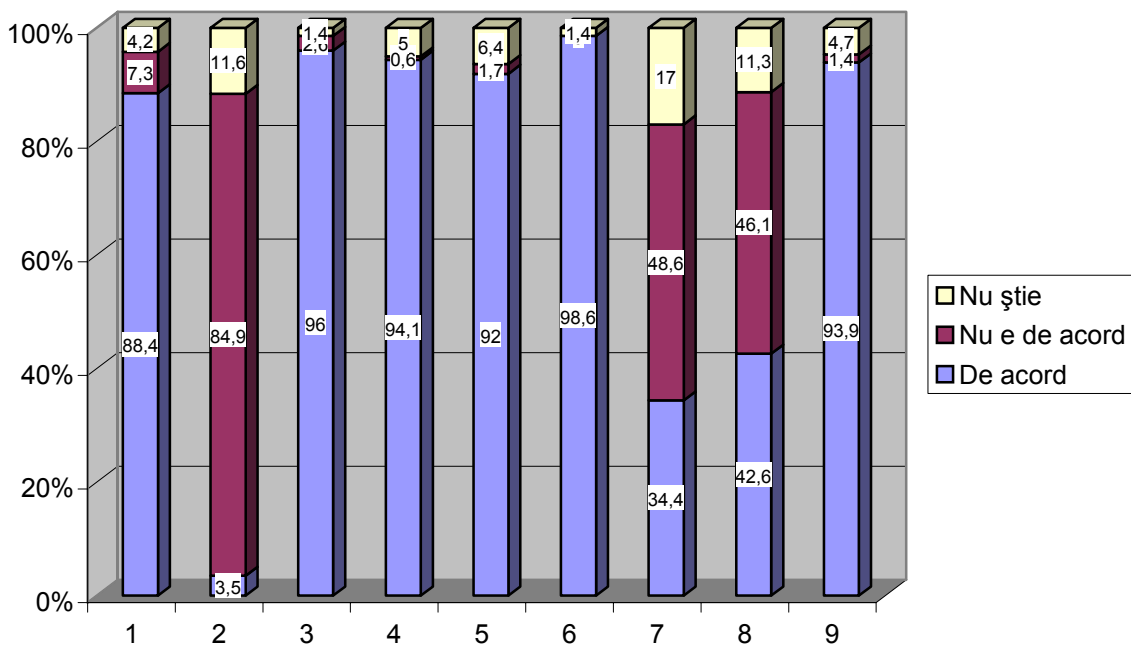
**Cunoștințe despre fumat**

*Tabelul XLV*

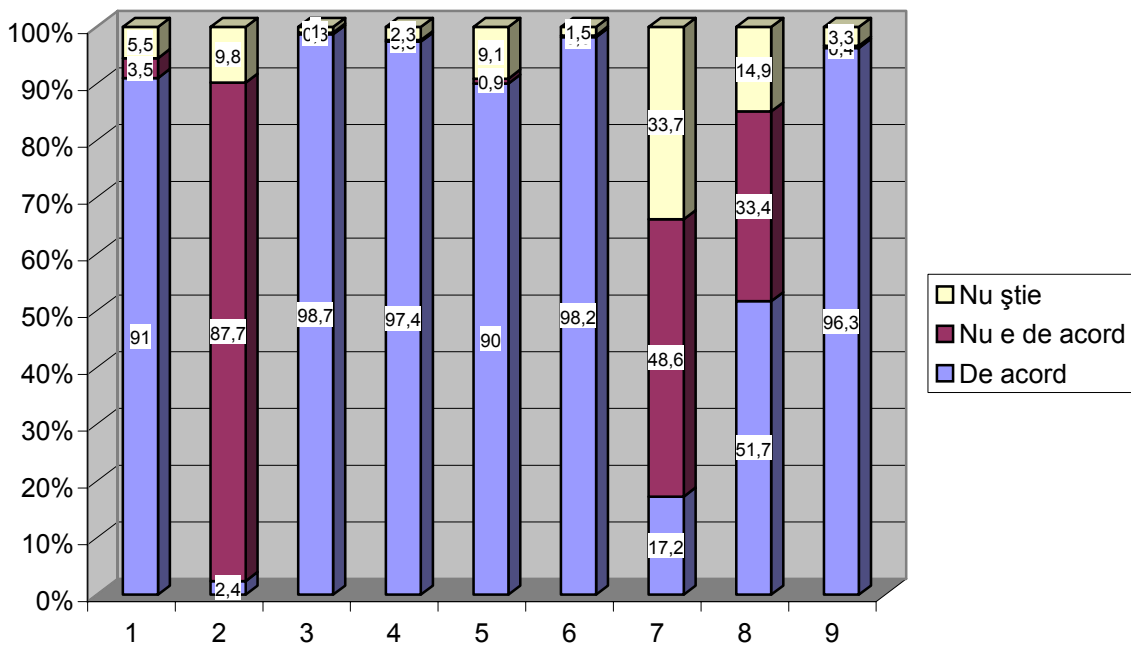
Cunoștințe despre fumat	Fumători			Nefumători		
	De acord	Nu e de acord	Nu știu	De acord	Nu e de acord	Nu știu
1 Tutunul este un drog	88,4	7,3	4,2	91	3,5	5,5
2 Persoanele care fumează au mai mult succes	3,5	84,9	11,6	2,4	87,7	9,8
3 Fumatul dăunează grav sănătății	96	2,6	1,4	98,7	0,3	1
4 Fumatul în timpul sarcinii este periculos pentru copil	94,1	0,6	5	97,4	0,3	2,3
5 Fumatul produce boli ale inimii și vaselor de sânge	92	1,7	6,4	90	0,9	9,1
6 Fumatul produce boli ale plămânilor	98,6	0	1,4	98,2	0,3	1,5
7 Țigările lights sunt mai puțin dăunătoare sănătății	34,4	48,6	17	17,2	48,6	33,7
8 Un fumător se poate lăsa de fumat oricând dorește	42,6	46,1	11,3	51,7	33,4	14,9
9 Fumatul poate produce cancer	93,9	1,4	4,7	96,3	0,4	3,3
<b>Număr neponderat de cazuri</b>		<b>423</b>			<b>786</b>	

Pentru verificarea unor cunoștințe referitoare la consumul de tutun și la efectele negative ale fumatului asupra sănătății precum și pentru verificarea unor afirmații despre care, în populația generală, există formate opinii sau convingeri eronate (țigările *lights* sunt mai puțin dăunătoare sănătății, fumatul dăunează sănătății numai după mulți ani etc.) au fost incluse în chestionar un număr de **10 întrebări** (Tabelul XLV). Cea mai mare parte a persoanelor intervievate (88,4% dintre fumători și 91% dintre nefumători) sunt de acord cu afirmația potrivit căreia fumatul este un drog. Numai 3,5% dintre fumători și 2,4% dintre nefumători susțin că persoanele care fumează au mai mult succes iar 96% dintre cei care fumează recunosc faptul că fumatul dăunează grav sănătății, un procent similar fiind obținut și în rândul nefumătorilor – 98,7%. 94,1% dintre fumători și 97,4% dintre nefumători sunt de acord cu faptul că fumatul în timpul sarcinii este dăunător pentru copil. Fumatul produce boli ale inimii și vaselor de sânge precum și boli ale plămânilor sunt afirmații cu care sunt de acord majoritatea persoanelor intervievate. Mai mult de o treime dintre fumători (34,4%) este de acord cu faptul că țigările *lights* sunt mai puțin dăunătoare sănătății decât celelalte tipuri de țigări, părere împărtășită de 17,2% dintre nefumători. 42,6% dintre cei care fumează consideră că o persoană se poate lăsa de fumat în orice moment, lucru cu care sunt de acord 51,7% dintre nefumători. 93,9% dintre fumători și 96,3% dintre nefumători sunt de acord cu afirmația potrivit căreia fumatul poate produce cancer. Dacă în privința efectelor fumatului nu există dubii indiferent că este vorba de fumător sau nefumător, în ceea ce privește efectul țigărilor „lights” și a rolului pe care poate să-l joace voiața rolurile se inversează. Fumătorul, ca urmare a tipului de reclamă promovat în ultimii ani și la noi, este convins că țigările *lights* sunt mai puțin dăunătoare. În același timp, atât fumătorul cât și nefumătorul, consideră în mod eronat că lăsarea de fumat este posibilă oricând, minimalizând sau uitând că există o dependență indusă de acest drog, că este disponibilă o consiliere în domeniu și că are nevoie de ajutor. Se știe că fără nici o intervenție medicală, rata de sevraj este foarte mică 1-5%. Țigara, care este cel mai bun prieten al fumătorului, trebuie înlocuită cu consilierea adecvată și măsuri active de sprijinire a reducerii dependenței față de consumul de tutun pentru fumători.

### Cunoștințe despre tutun în rândul fumătorilor



### Cunoștințe despre tutun în rândul nefumătorilor

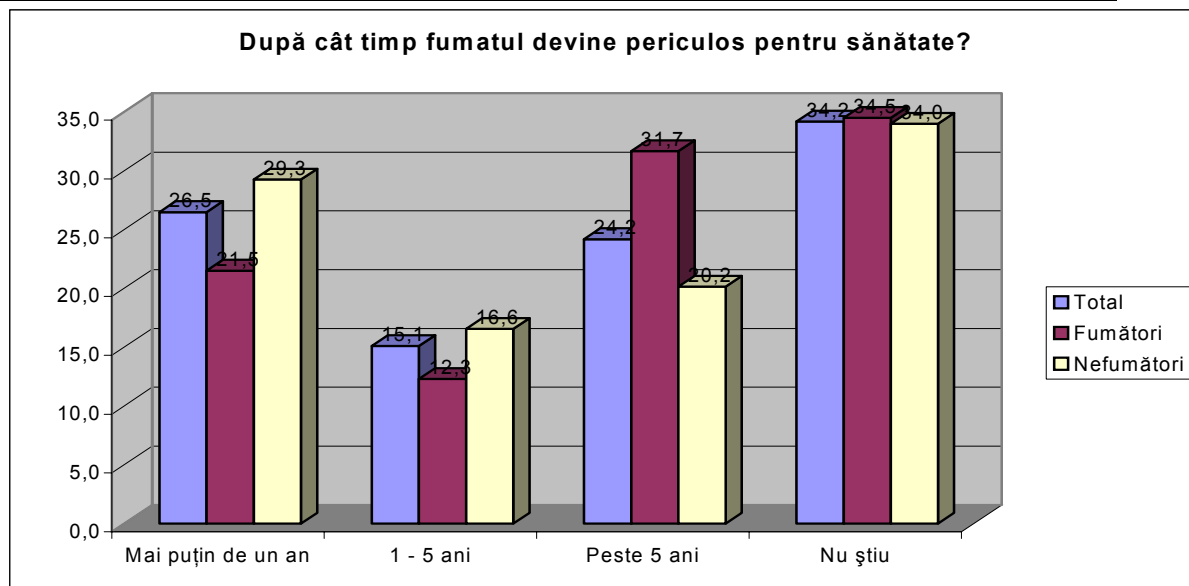




## După cât timp fumatul devine periculos pentru sănătate?

*Tabelul XLVI*

După cât timp fumatul devine periculos pentru sănătate?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Mai puțin de un an	26,5	21,5	29,3
1-5 ani	15,1	12,3	16,6
Peste 5 ani	24,2	31,7	20,2
Nu știu	34,2	34,5	34,0
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



26,5% din totalul respondenților consideră că fumatul devine periculos pentru sănătate într-un interval de timp de până la un an, părere împărtășită de 21,5% dintre fumători și 29,3% dintre nefumători. Fumatul începe să dăuneze sănătății într-un interval de timp cuprins între unul și cinci ani consideră 12,3% dintre fumători și 16,6% dintre nefumători (15,1% din total). 31,7% dintre persoanele care fumează și 20,2% dintre nefumători susțin că fumatul devine periculos pentru un fumător după mai mult de cinci ani de la debutul fumatului (*Tabelul XLVI*). Se poate afirma astfel că fumătorul încearcă să-și creeze un confort psihic prin luarea în considerare a pericolelor doar odată cu trecerea anilor.

În concluzie, efectele negative asupra sănătății sunt recunoscute de cea mai mare parte a persoanelor intervievate (peste 90% dintre acestea) și nu au existat diferențe semnificative între fumători și nefumători, dar modul cum apelează la aceste cunoștințe pe lungul drum de la încercarea unei țigări până la permanentizarea acestui obicei demonstrează eforturile substanțiale necesare conștientizării acestor noțiuni teoretice. Trebuie făcută precizarea că o parte dintre afirmațiile asupra cărora persoanele intervievate trebuiau să își exprime acordul sau dezacordul reprezintă mesaje de avertizare de pe pachetele de țigarete.

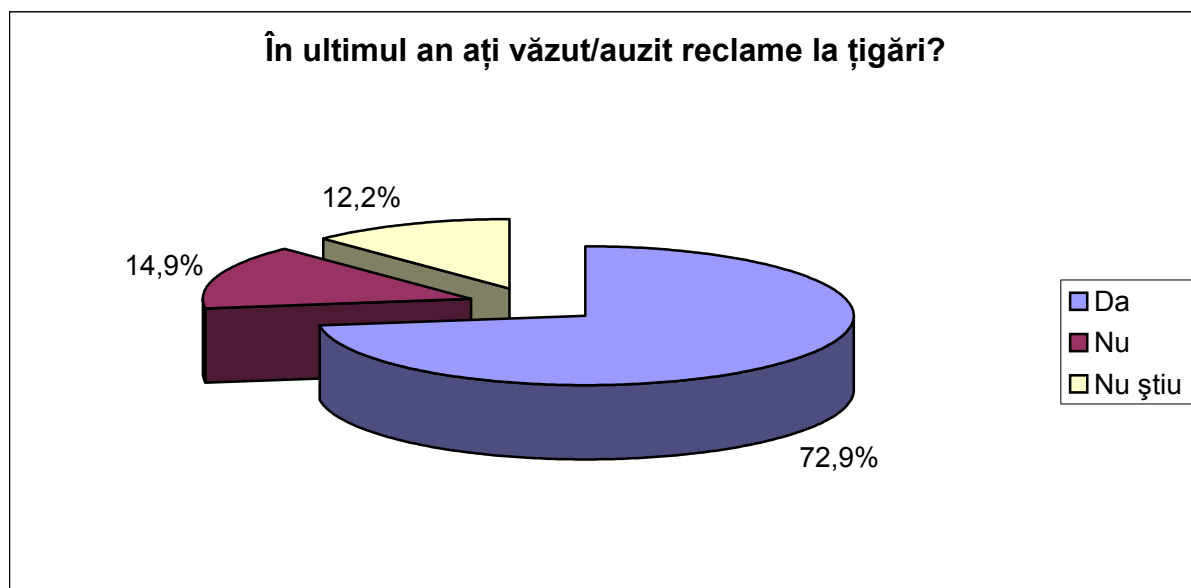
## PUBLICITATEA LA TUTUN

## În ultimul an ați văzut reclame la țigări?

Cea mai mare parte a persoanelor intervievate – 72,9% (78% dintre fumători și 70,1% dintre nefumători) au afirmat că în ultimul an au văzut sau auzit reclame la țigări (*Tabelul XLVII*).

*Tabelul XLVII*

În ultimul an ați văzut/auzit reclame la țigări?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	72,9	78,0	70,1
Nu	14,9	11,1	17,0
Nu știu/nu îmi amintesc	12,2	10,9	13,0
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>

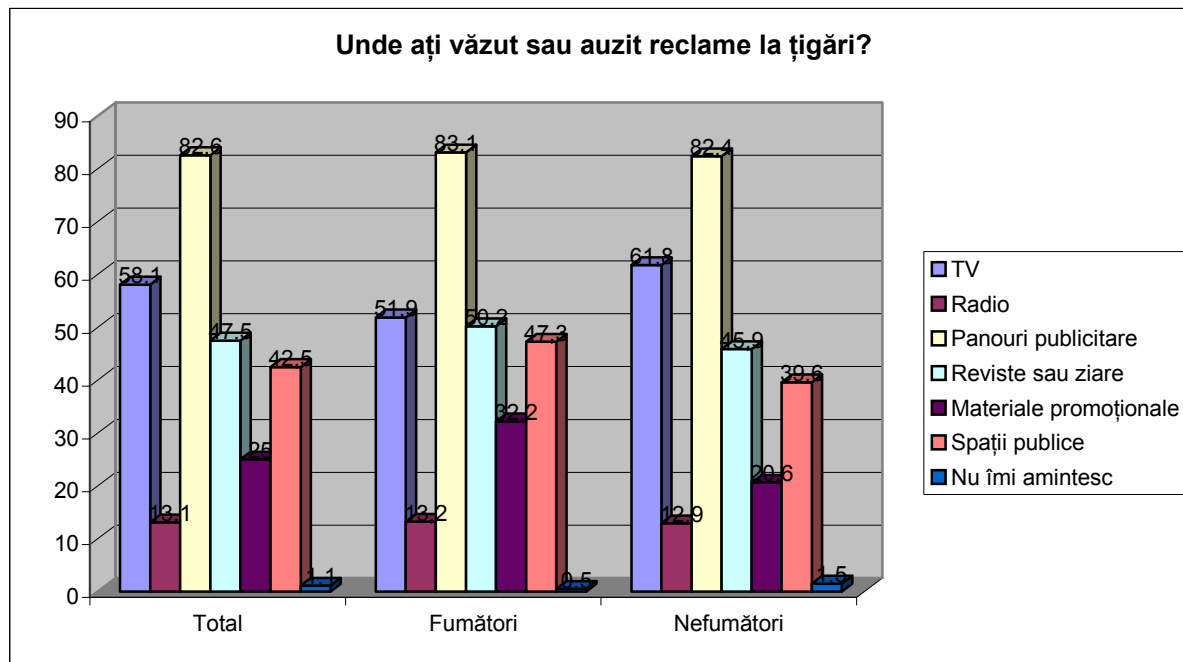


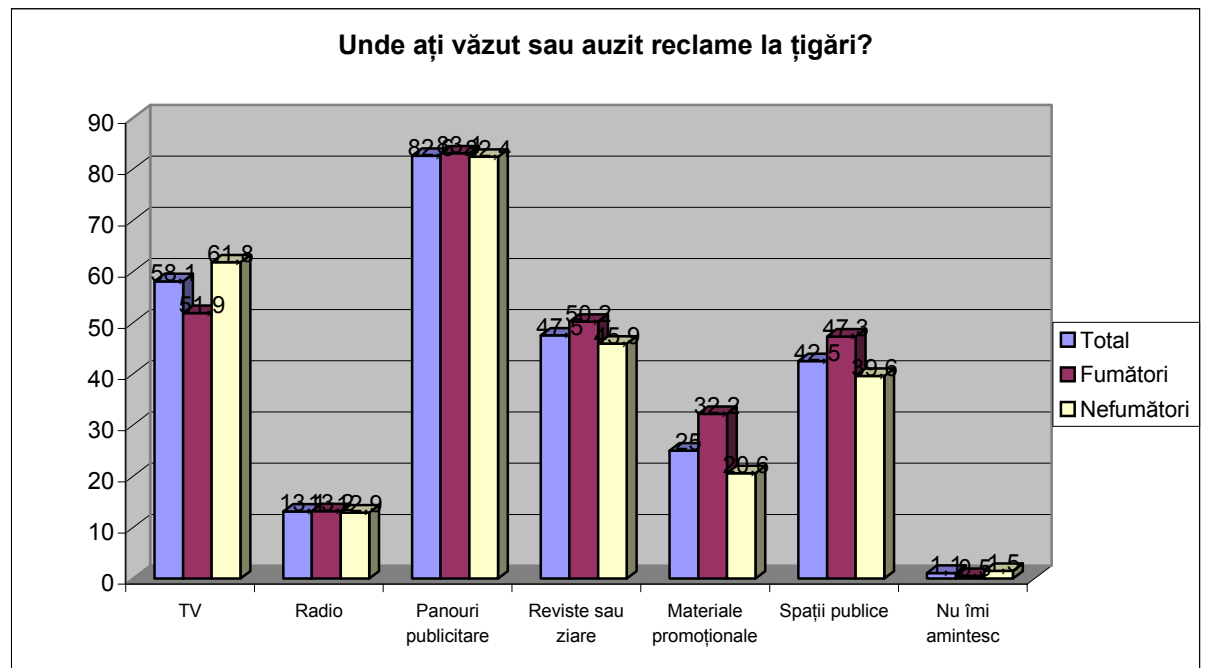
Dintre persoanele care au afirmat că au văzut sau auzit reclame la țigări în ultimul an, 82,6% (83,1% fumători, 82,4% nefumători) au văzut reclame la țigări pe panourile publicitare, 58,1% (51,9% fumători, 61,8% nefumători) la TV 58,1% (51,8% fumători și 61,8% nefumători), 47,5% (50,2% fumători, 45,9% nefumători) în reviste sau ziare, iar 42,5% au văzut astfel de reclame în diverse spații publice (47,3% fumători, 39,6% nefumători). Un sfert din numărul total de persoane a văzut reclame la țigări pe diverse materiale promoționale (pixuri, brichete, tricouri), iar un procent mai mic dintre aceștia, respectiv 13,1%, au afirmat că au auzit reclamele la țigări la radio (13,2% dintre fumători și 12,9% dintre nefumători) - *Tabelul XLVIII*. Este interesant faptul că, deși reclama de țigări a fost interzisă la TV, ea este percepută în mod indirect de către cei care au participat la studiu.

*Tabelul XLVIII*

Unde ați văzut sau auzit reclame la țigări?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
TV	58,1	51,9	61,8
Radio	13,1	13,2	12,9
Panouri publicitare	82,6	83,1	82,4

Reviste sau ziare	47,5	50,2	45,9
Materiale promoționale	25	32,2	20,6
Spații publice	42,5	47,3	39,6
Nu îmi amintesc	1,1	0,5	1,5
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>879</b>	<b>326</b>	<b>553</b>



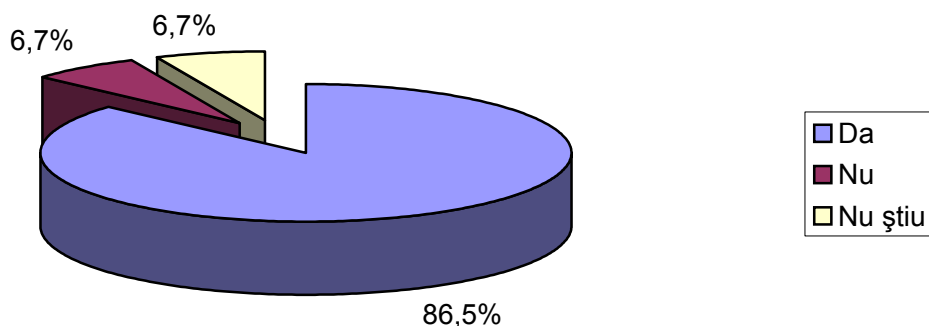


**Ați văzut vreodată la emisiunile TV sau în filme realizatorii sau actorii fumând?**

**Tabelul XLIX**

Ați văzut vreodată la emisiunile TV sau în filme realizatorii sau actorii fumând?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	86,5	90,8	84,2
Nu	6,7	5,0	7,7
Nu știu/nu îmi amintesc	6,7	4,3	8,1
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>

**Ați văzut vreodată la emisiunile TV sau în filme, realizatorii sau actorii fumând?**



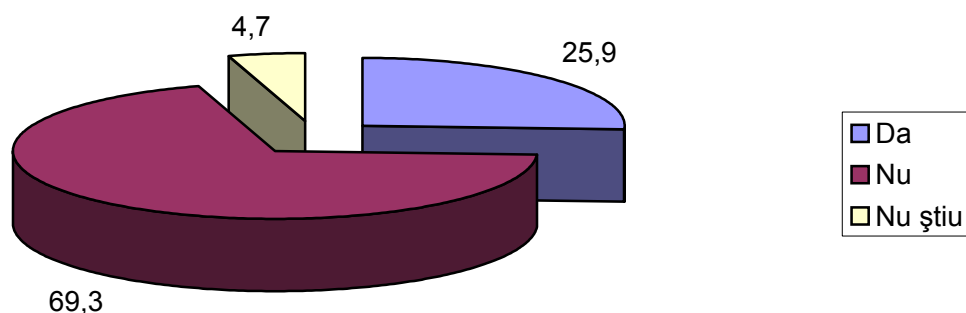
Cei mai mulți dintre intervieuați – 86,5% (90,8% dintre fumători și 84,2% dintre nefumători) au afirmat că au văzut la emisiunile TV sau în filme, realizatorii sau actorii fumând (*Tabelul XLIX*). Aceste răspunsuri confirmă un alt lucru demn de relevat în lumea românească: transferul sarcinii reclamei de țigări de la nivelul de spoturi publicitare (interzise în prezent) la tipul de reclamă indirectă prin utilizarea unor persoane cunoscute care apar în cadrul acestor emisiuni și care nu se sfiesc să fumeze, expunând la fumat pasiv personalul adiacent. Acest fapt sugerează și importanța pe viitor a mesajelor/reclamelor antifumat introdusă la ore de maximă audiență folosind personalități cunoscute din lumea culturală, cinematografică, sportivă din țara noastră.

În ultimul an, 15,5% dintre persoanele intervievate au primit sau cumpărat un produs care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări (*Tabelul L*), lucru valabil pentru 25,9% dintre persoanele fumătoare și 9,8% dintre cele nefumătoare, iar 22,8% au afirmat că au folosit pe parcursul vieții, cel puțin o dată, un obiect care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări (33% dintre fumători și 17,2% dintre nefumători) - *Tabelul LI*.

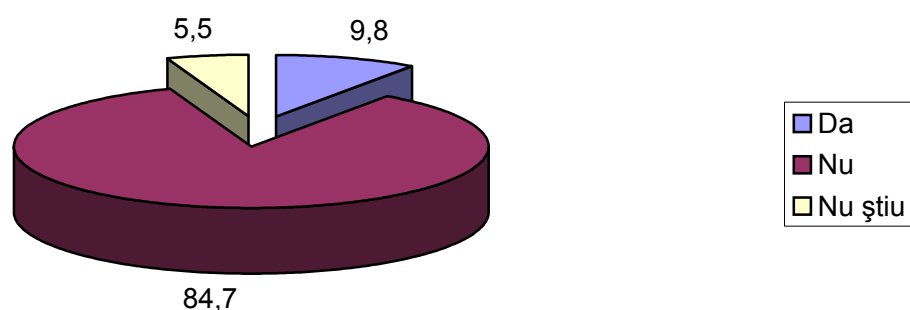
**În ultimul an ați primit sau cumpărat vreun produs care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări?**

<i>Tabelul L</i>			
În ultimul an ați primit sau cumpărat vreun produs care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	15,5	25,9	9,8
Nu	79,3	69,3	84,7
Nu știu/nu îmi amintesc	5,2	4,7	5,5
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>

**În ultimul an ați primit sau cumpărat vreun produs care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări? (lot fumători)**



**În ultimul an ați primit sau cumpărat vreun produs care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări? (lot nefumători)**

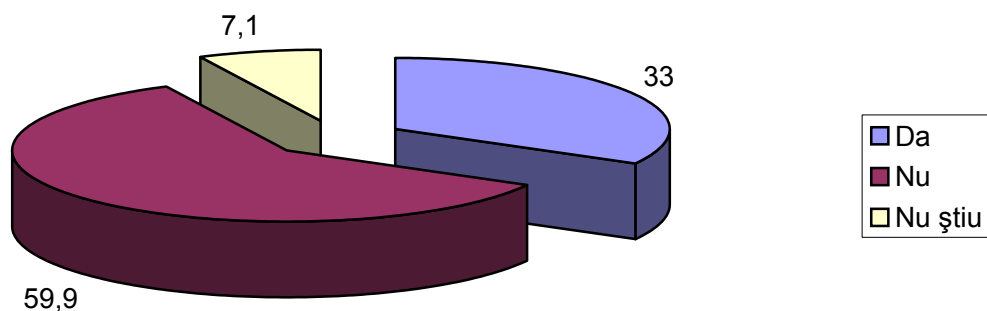


**Ați folosit sau purtat vreodată vreun obiect care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări?**

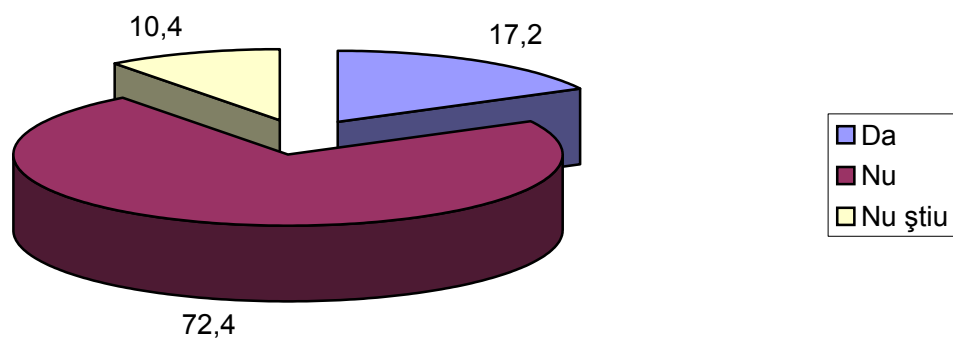
*Tabelul LI*

Ați folosit vreodată vreun obiect care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	22,8	33,0	17,2
Nu	68,0	59,9	72,4
Nu știu/nu îmi amintesc	9,2	7,1	10,4
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>

**Ați folosit vreodată vreun obiect care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări? (lot fumători)**



**Ați folosit vreodată vreun obiect care să conțină numele sau sigla unei mărci de țigări? (lot nefumători)**



Folosirea unor obiecte sau produse care conțin numele sau sigla unei mărci de țigări (asa numita reclamă disimulată, indirectă) este posibil să se intensifice pe viitor în condițiile în care legile antifumat devin din ce în ce mai coercitive.

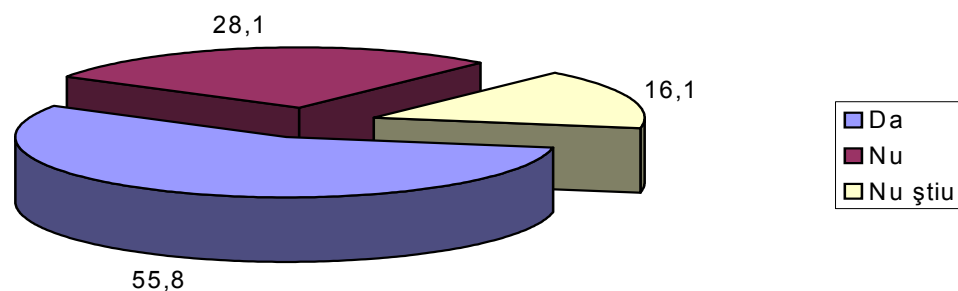
## LEGISLAȚIA ANTIFUMAT

Considerați necesară o lege cu prevederi legate de consumul de tutun?

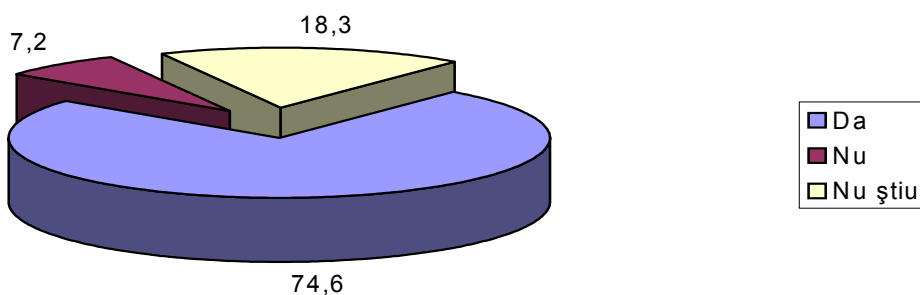
*Tabelul LII*

Considerați necesară o lege cu prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	67,9	55,8	74,6
Nu	14,6	28,1	7,2
Nu știu/nu îmi amintesc	17,5	16,1	18,3
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>

**Considerați necesară o lege cu prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun? (lot fumători)**



**Considerați necesară o lege cu prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun? (lot nefumători)**

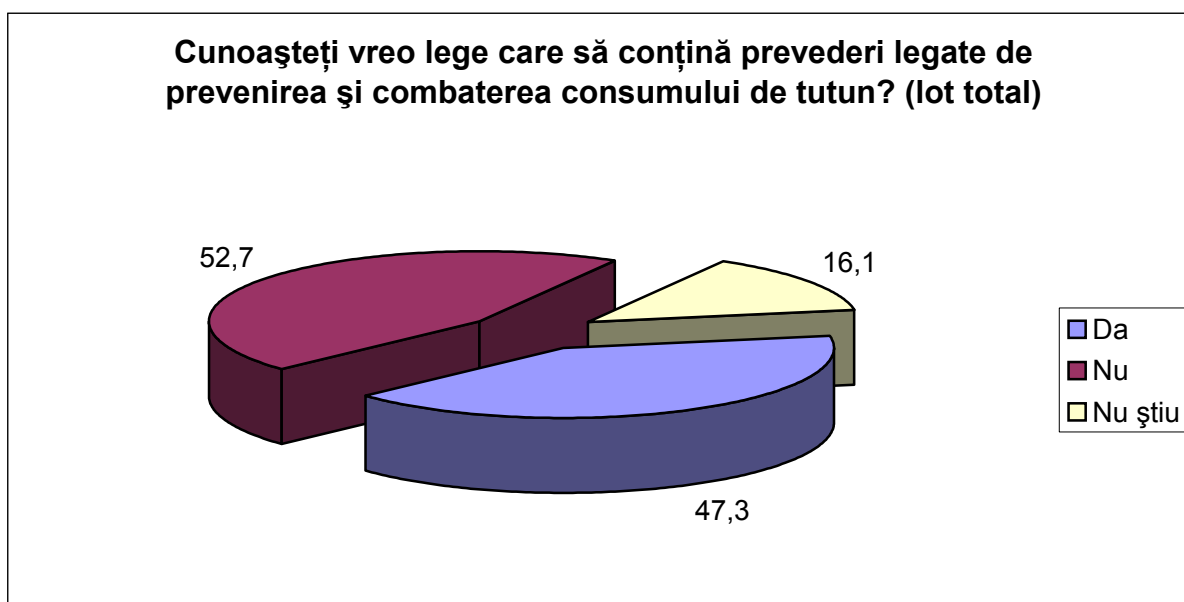




Cunoașteți vreo lege care să conțină prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun?

*Tabelul LIII*

Cunoașteți vreo lege care să conțină prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun?	Total (%)	Fumători (%)	Nefumători (%)
Da	47,3	49,8	45,9
Nu	52,7	50,2	54,1
<b>Număr neponderat de cazuri</b>	<b>1209</b>	<b>423</b>	<b>786</b>



Actele normative împotriva fumatului dețin numeroase pârghii de control legate de prevenirea și controlul consumului de tutun: interzicerea reclamei la țigări, creșterea prețului la țigări, informarea și educarea publicului, avertismentele asupra pericolelor pentru sănătate, interzicerea fumatului în locurile publice, interzicerea fumatului în locurile publice ș.a. Teoretic toate aceste măsuri sunt incluse în legislația românească, odată cu apariția **Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun și a Ordonanței nr.13 din 30 ianuarie 2003 privind modificarea și completarea acesteia (Anexa 2)**.

67,9% din totalul persoanelor intervievate consideră ca fiind necesară o lege care să conțină prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun, afirmație împărțită de 55,8% dintre fumători și de 74,6% dintre nefumători (*Tabelul LII*).

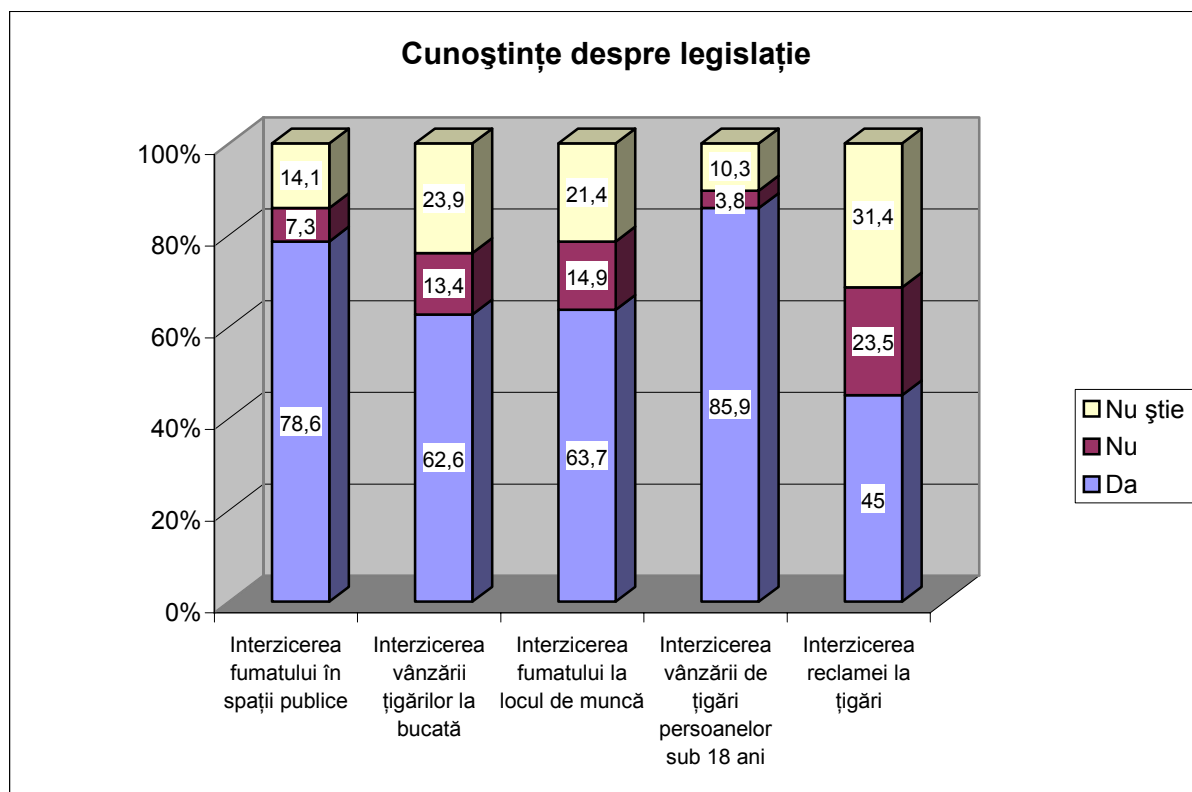
47,3% dintre persoanele intervievate (49,8% fumători și 45,9% nefumători) cunosc acte normative care să conțină prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun. Interzicerea fumatului în spațiile publice este cunoscută a fi stipulată de legislația antifumat în vigoare de 78,6% dintre persoanele intervievate, interzicerea vânzării de țigări la bucată de 62,6%

dintre respondenți iar interzicerea fumatului la locul de muncă de 63,7% din numărul total de persoane intervievate (*Tabelul LIV*). 85,9% dintre intervievați susțin că este interzisă vânzarea de țigări persoanelor sub 18 ani, iar 45% cred că există acte normative care să reglementeze publicitatea la țigări.

**Tabelul LIV**

**Cunoștințe despre legislație**

	Da	Nu	Nu știe
1 Interzicerea fumatului în spații publice	78,6	7,3	14,1
2 Interzicerea vânzării țigărilor la bucată	62,6	13,4	23,9
3 Interzicerea fumatului la locul de muncă	63,7	14,9	21,4
4 Interzicerea vânzării de țigări persoanelor sub 18 ani	85,9	3,8	10,3
5 Interzicerea reclamei la țigări	45	23,5	31,4
<b>Număr neponderat de cazuri</b>		<b>1209</b>	



Cunoștințele legate de legislația antifumat sunt lacunare, așa cum demonstrează și acest studiu. Astfel se explică lipsa de reacție a nefumătorului sau fumătorului pasiv atunci când trebuie să-și apere sau să promoveze dreptul de a nu fi expus fumului de țigară în spații publice.

## DISCUȚII

În 1996, în România se vindeau 35 de bilioane țigări (3-7 bilioane provenind de pe piața neagră; ulterior s-a înregistrat o creștere a vânzărilor înainte și după 2001 cu 3,1% pe an<sup>3</sup>). În anul 2000, Bulgaria avea cel mai mare consum de țigări per cap de locuitor (World Cigarettes 2001,1 ERC Group plc) și poate nu întâmplător una din cele mai mari incidențe ale fumatului din lume.

Deși este foarte greu de făcut comparații cu alte țări, în condițiile în care chestionarul nu a fost standardizat, apreciem că aprecierile cele mai pertinente se pot face în relația cu statele aparținând Europei Centrale și de Est, cu cele din bazinul mediteranean și din fostul bloc sovietic.

Analizele și discuțiile legate de studiul nostru se pot face pe trei planuri mari:

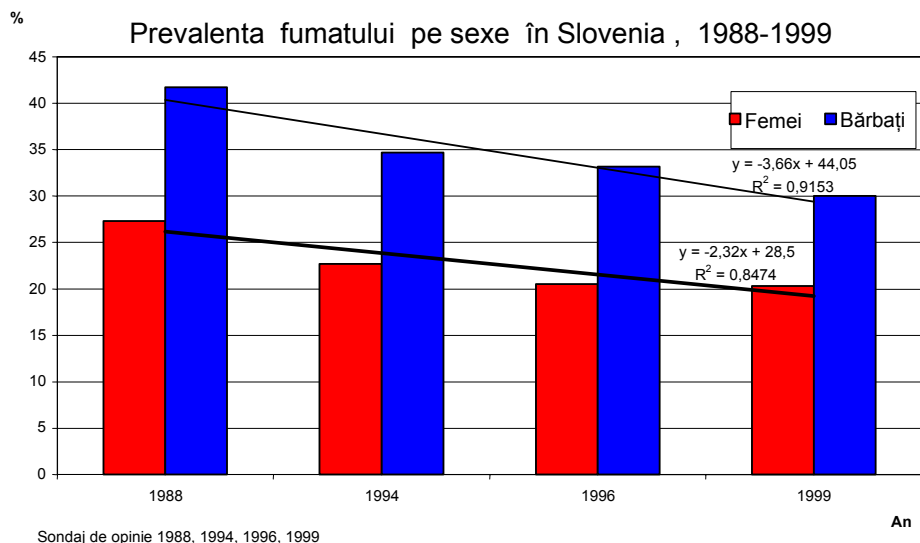
- A. date de prevalență, modalitățile de consum, gradul de dependență**
- B. modul de percepere al fumatului pasiv și**
- C. impactul unor activități antifumat.**

### A. Date de prevalență, modalitățile de consum, gradul de dependență

Mai mult de o treime din eșantionul populațional analizat (35,1%) în 2003, în ancheta CAPCTR, este reprezentat de persoane *fumătoare* (46,4% dintre bărbații cu vârste cuprinse între 14 și 60 de ani și 24,1% dintre femeile din aceeași categorie de vârstă). În condițiile în care majoritatea studiilor din România demonstrează o creștere constantă a incidenței fumatului între 1995-2000 aceste cifre se înscriu pe linia cercetărilor din anii anteriori (valorile au oscilat între 28,5% și 36,1%). Cifrele sunt sub valorile înregistrate în țările din lagărul ex-sovietic: exemplu - în Bielorusia este de 45% la populația adultă, în Ucraina era în 1995 de 55,4% la bărbați și de 9,9% la femei, în Uzbekistan era în 2000 de 49% la bărbați și 9% la femei (World Cigarettes 2001,1 ERC Group plc.). Aceste date se aseamănă cu cele raportate de Slovenia, o țară care a reușit să realizeze o diminuare a prevalenței fumatului după ce a avut în 1996 un suport legislativ corespunzător (vezi graficul de mai jos) (The Slovene Legislation on Tobacco Use -Tomaz Caks, Vesna Kerstin Petric, Maja Rupnik Potokar, Mojca Mahkota-1999). Ierarhizarea acțiunilor din Slovenia a permis succesul măsurilor antifumat și ne permit și nouă să fim optimiști pe viitor. O anchetă efectuată în 1997 în Bulgaria cu o metodologie similară cu studiul prezentat în această lucrare, arată alte aspecte comune: prevalența a fost de 38,1% la bărbați și 16,7% dintre femei (Dina Balabanova, Martin Bobak, Martin McKee - Patterns of smoking in Bulgaria - *Tobacco Control* 1998;7:383-385 383). În anul 2000 - conform World Cigarettes 2001 - s-a ajuns la un număr similar de fumătoare și fumători - 47% versus 49% iar după unele studii jumătate din populația adultă a acestui stat este fumătoare.

---

<sup>1</sup> [http://www.tobaccojournal.com/show\\_artikel.php3?id=3217&banner=rentsch](http://www.tobaccojournal.com/show_artikel.php3?id=3217&banner=rentsch)

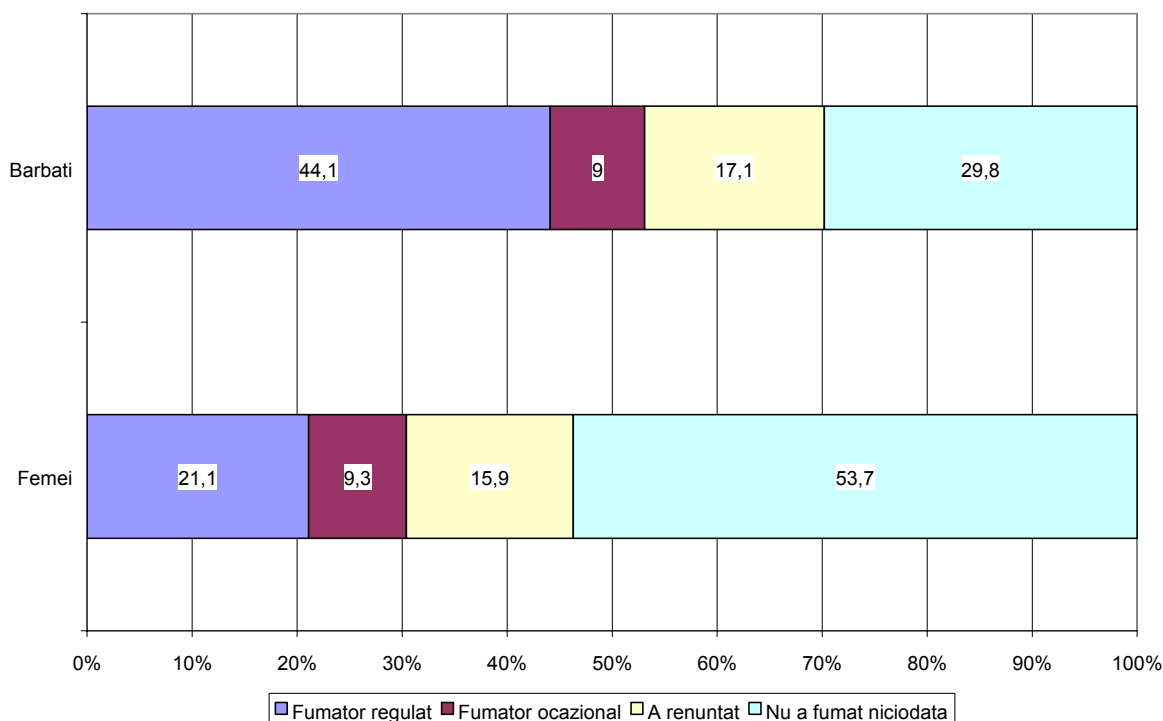


Și Rusia în ultimii ani a avut o prevalență similară: 36% (63,2% la bărbați și 9,7% la adolescente (1997-2001) (42% la tineri)<sup>4</sup>. Nu diferă nici datele Estoniei <sup>5</sup> unde 42% dintre bărbați și 20% dintre femei fumau regulat în 1998 cu o creștere între 1990-94 la 52% și respectiv 24% .

Toate aceste date dovedesc că din punct de vedere al tendințelor evoluției fenomenului fumat suntem, în ultimii ani, poziționați alături de statele vecine având multe puncte comune mai repede cu statele ex-sovietice decât cu cele care s-au desprins deja în această competiție prin măsurile luate, ca de exemplu: Polonia (33% fumători din populația adultă), Cehia<sup>6</sup>.

În același timp, creșterile de prevalență ale fumatului induc o mărire a procentului de decese atribuibile fumatului, așa cum se arată într-o analiză a ratei mortalității în Slovacia (Edward Lestrade –2003). Aici, în anii '90, se atribuiau fumatului 9500 de decese la bărbați și 800 la femei. De atunci a existat o creștere de 10%, în 1995 apreciindu-se că 27% din decese la bărbați și 4% din cele la femei sunt pe seama fumatului ( o mărire a riscului de deces la 35-40%). De aceea, nu există probabil nici diferențe legate de speranța de viață între țara noastră și cele menționate. Un impact asemănător se remarcă și pentru prevalența cancerului în continuă creștere la noi. În timp, prevalența crescută a fumatului în Ungaria, a făcut ca această țară să fie unul din liderii în privința ratei deceselor în ultimii ani.

### Statusul de fumător pe sexe (Sursa: FACT Institute, Pecs, 1999)



Mai mult de două treimi din populația inclusă în studiul CAPCTR - 2003 a încercat să fumeze (79,3%, față de 57,1% pentru femei); valoarea cea mai mare a fost obținută la grupa de vârstă 25-34 de ani (74%). De obicei, această încercare de a fuma se produce la vârsta adolescenței. Ea este bine cuantificată din punct de vedere al consecințelor în multe țări. Astfel, în SUA, în anul 2000, în fiecare zi 5000 de adolescenți încearcă o țigară, 2100 dintre aceștia ajung fumători zilnici, iar 1/3 dintre ei mor prematur din cauza bolilor induse. Cel mai puternic predictor al fumatului la adult rămâne însă fumatul la vârsta adolescenței. Aproape 90% din fumătorii adulți au fumat prima lor țigară înainte de 18 ani și 71% - după unele statistici - devin fumători zilnici înainte de vârsta de 18 ani (US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: A report of the Surgeon General, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 1994). Numărul mare de români care au încercat să fumeze și vârsta tânără la care au încercat, demonstrează tendința de creștere a numărului de fumători ocazionali dintre care se vor recruta cei curenți.

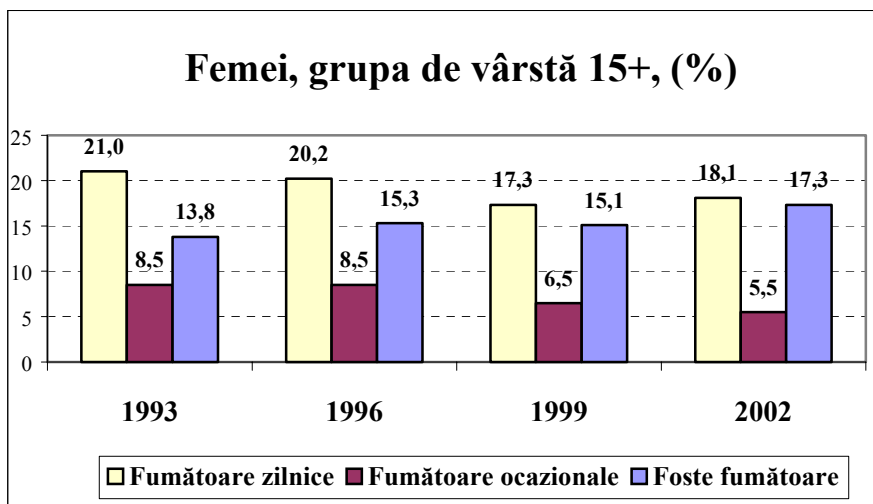
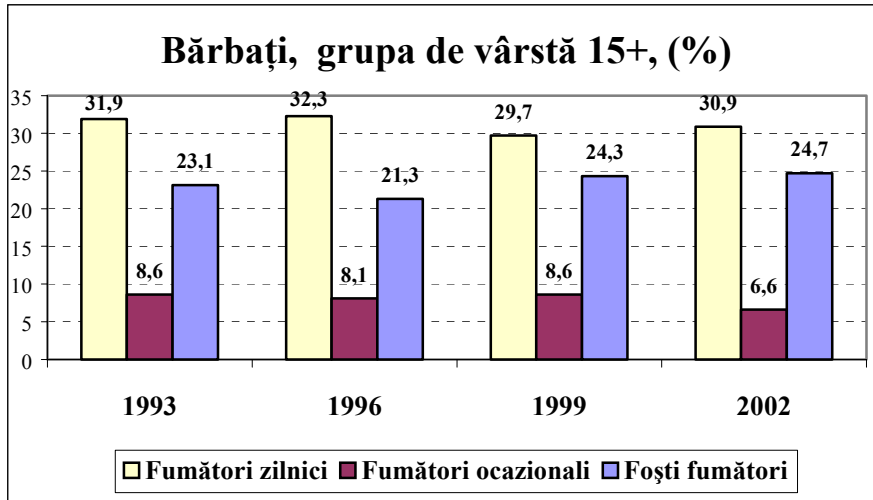
Cele mai multe fumătoare permanente se întâlnesc la categoria 25-34 de ani – 23,3%, iar cel mai mic la categoria 45-60 de ani – 16,4% (17,9% și respectiv 22,1% la grupele 14-24 de ani și 35-44 de ani). Pentru bărbați, cel mai mare procent de fumători activi se înregistrează la grupa de vârstă 25-34 (54,3%). În unele state din blocul ex-sovietic - cum este de exemplu Bielorusia - prevalența cea mai mare se întâlnește la grupa de vârstă 15-24 de ani unde aceasta atinge 70% (World Cigarettes 2001,1 ERC Group plc.). În Bulgaria, pentru bărbații fumători, cea mai mare prevalență a fost la 30-34 de ani, iar la femeii sub 30 de ani (Dina Balabanova, Martin Bobak, Martin McKee - Patterns of smoking in Bulgaria - *Tobacco Control*

1998;7:383–385 383). Valorile prezentate în tabelul următor, demonstrează impactul unor măsuri luate în ultimii 10 ani în Cehia (<http://www.uzis.cz/indexe.htm> news –no.55 ).

*Tabel LV Fumatul in 1999, Cehia*

Grup de vârstă	Structura fumatului (ponderi)				
	Niciodată fumător	Fost fumător	Fumător ocazional	Fumează mai puțin de 20 de țigări pe zi	Fumează mai mult de 20 de țigări pe zi
<b>Barbați</b>					
<b>Total</b>	<b>36,9</b>	<b>24,3</b>	<b>8,6</b>	<b>18,3</b>	<b>11,4</b>
15-24	51,8	9	13,5	19,6	5,7
25-34	34,4	12,4	15,1	28	9,1
35-44	34,6	25,1	7,3	17,8	15,2
45-54	27,7	28,7	5,3	14,9	22,9
55-64	29,9	35,7	4,5	18,5	10,8
65-74	32,8	40,2	5,7	13,1	8,2
75+	46,6	46,6	-	5,2	1,7
<b>Femei</b>					
<b>Total</b>	<b>61,1</b>	<b>15,1</b>	<b>6,5</b>	<b>15,7</b>	<b>1,6</b>
15-24	56,7	12,9	14,3	14,7	1,3
25-34	55,2	16,4	7,5	17,9	3
35-44	52,7	16,8	4,9	25	0,5
45-54	49,8	19,4	4,7	23,2	2,8
55-64	64,2	16	4,9	13,6	1,2
65-74	82,3	12,3	1,5	3,1	0,8
75+	90,7	6,2	2,1	-	-

O analiză pentru Cehia a evoluției prevalenței de-alungul ultimilor 10 ani demonstrează că primul pas în controlul epidemiei fumatului este o împiedicare a creșterii valorilor la cei peste 15 ani indiferent de sex (vezi graficele următoare). (Charts of Smoking prevalence in the Czech Republic- Created by Martin TUCEK, IZPE-Source: HIS – Survey of the Health Status of the Czech Population, IHIS About Survey of the Health State of the Czech Population - HIS CR - www.uzis.cz)



În Rusia cele mai mari prevalențe ale fumătorilor sunt la grupa de vârstă 25-31 de ani pentru bărbați și femei (conform tabelului anexat) toate aceste date confirmând încă odată procentul îngrijorător de mare de fumători în rândul populației tinere în țările în curs de dezvoltare (Patterns of smoking in Russia-Martin McKee, Martin Bobak, Richard Rose, Vladimir Shkolnikov, Laurent Chenet, David Leon-*Tobacco Control* 1998;7:22–26 22).

<sup>1</sup> Where appropriate, national will refer equally to regional economic integration organizations

Tabel nr. LVI Fumatul în Rusia (%)

Grupa de vârstă (ani)	Bărbați				Femei			
	Fumători	Foști fumători	Nici odată fumători	Nr. persoane	Fumătoare	Foste fumătoare	Niciodată fumătoare	Număr persoane
18-24	65	13	22	106	27	12	61	99
25-34	73	13	14	132	28	13	59	123
35-44	71	13	16	166	14	11	74	168
45-54	64	22	14	150	12	7	82	165
55-64	49	34	17	104	5	7	88	153
≥65	41	30	29	70	5	7	89	151

Sursa: *New Russia Barometer VI, 1996*

Și România, pe baza datelor extrase din această anchetă, demonstrează tendința ponderea mare a **fumătorilor permanenți** să se regăsească la vârste mai mici, acest lucru fiind un barometru al lipsei campaniilor susținute antifumat la aceste grupe de vârstă, dar și al succesului minim în rândul adolescenților al acțiunilor de combatere a acestui obicei.

În susținerea acestei ultime afirmații vine și analiza datelor de prevalență pentru unele țări dezvoltate, repute pentru modul organizat de control al fumatului; o caracteristică generală în rândul acestora, spre deosebire de țările în curs de dezvoltare, este scăderea în ultimii 20 de ani a prevalenței la ambele sexe, pensarea diferențelor între sexe și creșterea acesteia la cei sub 24 de ani. În Australia, între 1980-2001, prevalența a diminuat la adulți de la 35% în 1980 la 23% în 2001, a scăzut diferența pe sexe și a crescut la tineri. Dacă în 1980 era mai frecvent fumatul la cei între 18-24 de ani față de cei de 30-39 de ani, în timp, aceste diferențe pe grupe de vârstă s-au estompat (White V., Hill D., Siahpush M., Bobevski I.-How has the prevalence of smoking changed among Australian adults. Trends in smoking prevalence between 1980 and 2001- Tobacco Control 2003,12,ii67). Am ales Australia ca exemplu pentru că este țara care a traversat toate etapele de luptă antifumat pe care le organizăm în acest moment și în România: avertismentele asupra pericolelor la alte dimensiuni pe pachetele de țigări, interzicerea reclamei profumat, reclame antifumat, programe de sevraj, restricții la locurile de muncă, schimbarea sistemului de taxare, toate având impact asupra prevalenței fumatului.

**Femeile fumătoare necăsătorite sunt mai multe decât cele căsătorite, în timp ce în cazul bărbaților prevalența în funcție de această caracteristică nu a variat semnificativ.** Și în cazul studiilor făcute în țările vecine (Bulgaria) s-a ajuns la rezultate similare: fumatul este mai frecvent la femeile divorțate, sau văduve, sau la cei fără cămin (Dina Balabanova și colab.), lucru care este probabil dictat și de statutul mai confortabil pe care-l dețin femeile căsătorite.

**Avem bărbați fumători mai puțini în rândul celor cu educație universitară decât în rândul celor cu nivel educațional mai scăzut; în schimb, la femei, majoritatea fumătoarelor provin din rândul celor cu nivel de educație superior. Femeile care au**



**fumat în viața lor, sau care sunt fumătoare în prezent, sunt semnificativ mai multe în mediul urban decât în rural.** Aceste ultime concluzii se suprapun peste cele ale studiului bulgar care demonstrează că fumatul este mai frecvent la femeile cu un nivel de educație superior (Dina Balabanova și colab.) și la cele din aglomerările urbane. Se pare însă că aceste relații între gradul de educație și frecvența fumatului este valabilă doar pentru țările în curs de dezvoltare, deoarece în alte state dezvoltate - când vorbim de sexul feminin - lucrurile stau cu totul altfel. Astfel, în SUA, prevalența fumatului este de aproape 3 ori mai mare în rândul femeilor având între 9 și 11 ani de educație (32,9%) față de cele care au mai mult de 16 ani de educație (11,2%) (Women and smoking: A report of the Surgeon General.-MMWR-Recommendations and Reports, 2002, 51, RR-12. The Centers for Disease Control and Prevention). În Polonia, țară considerată ca înregistrând cele mai evidente succese în lupta antifumat în ultimii ani, incidența fumatului regulat este mai mare la muncitorul calificat față de cel necalificat (60% versus 51%); alături de aceștia în ordine apar șomerii (53%) și oamenii de afaceri (50%) (World Cigarettes 2001). Statusul socio-economic este important chiar și în alte țări care au înregistrat diminuări ale prevalenței fumatului cum este Cehia. Astfel, în 1996, erau 15 % fumători cu nivel de pregătire de bază și 26% din cei cu nivel mediu de educație (World Cigarettes 2001). Toate aceste cifre dovedesc că, în special în cazul femeilor, cele care au un nivel de educație mai scăzut sunt mai puțin doritoare să facă primii pași în direcția profilaxiei expunerii la fumatul pasiv (Kurtz M.E.- Knowledge and attitudes of economically disadvantaged women regarding exposure to environmental tobacco smoke: a Michigan, USA study-Eur.J.Public Health 2003, 13(2), 171-176).

Pentru ambele sexe, în studiul CAPCTR, valori mai mari s-au găsit în rândul angajaților **atât la categoria celor care au fumat vreodată cât și al fumătorilor. Prevalența cea mai mare a fost înregistrată în București (56,1%).** Și în Bulgaria, cel mai mult se fumează în capitală (Dina Balabanova și colab.). La fel și în Budapesta dar, deși aparent pentru toate țările desprinse din lagărul comunist se consideră că atât capitala cât și marile orașe au o prevalență mai mare a fumatului comparativ cu zonele rurale datorită veniturilor mai mari, acest lucru este contrazis de alte studii care găsesc un număr mai mare de fumători în rândul celor cu venituri mai mici (World Cigarettes 2001). În Rusia însă, lucrurile diferă și pe sexe: fumătorii bărbați primează în zonele rurale pe când femeile fumătoare sunt mult mai multe în zonele urbane (World Cigarettes 2001).

**Înainte de vârsta de 19 ani au început să fumeze 54,8% din totalul fumătorilor români (mai mult de jumătate dintre bărbați - 62,3% la vârste cuprinse între 15 și 19 ani și 40,5% dintre femei).** Un studiu similar efectuat la Moscova care analizează prevalența fumătorilor în Rusia până la 16 ani demonstrează că prevalența la noi este apropiată de această țară. Înainte de 11 ani, 22,4% dintre ruși debutează ca fumători (Tobacco control related activities of the Russian Public Health Association- Andrei K. Demine-1999). La noi, conform studiului CAPCTR - 2003, înainte de 15 ani 19% dintre bărbați și 4% dintre femei au devenit fumători constanți. În Slovacia, 62% din copii fumează prima lor țigară între 11 și 13 ani; aproape 25% din școlarii între 14-15 ani din această țară au încercat cel puțin odată pe lună în 2003 un produs pe bază de tutun iar 4% erau fumători regulați - 4,7% din băieți și 3,4% din fete - (Tobacco Control in the Slovak Republic-Tobacco Control: Focus on Accession Countries- Comprehensive report on tobacco control in the Slovak Republic, prepared for the European Network for Smoking Prevention (ENSP)/Blazej Slaby, PhD, Stop Smoking-NGO, Slovak National Coalition for Tobacco Control/2003). În Cehia, în 2000, conform „Asociației pentru Boli Adictive”, 9 din 10 fumători au acest obicei de la vârsta de 13 ani fapt care spune mult despre politica de recrutare a adolescenților (World Cigarettes 2001). În Ungaria, un studiu Gallup a raportat în 2000 că 33% din băieții și 29% din fetele între 11-15 ani sunt deja fumători regulați, vârsta medie de debut fiind în medie tot de 13 ani (World Cigarettes 2001).

În Bulgaria, 40% din copii școlari au început deja să fumeze la 10 ani (World Cigarettes 2001). La polul opus se situează - așa cum era de așteptat prin măsurile ferme luate în ultimii 5 ani - Polonia, unde marea majoritate a nefumătorilor este alcătuită de adolescenți, studenți, de cei cu pregătire universitară și de cei cu venituri mari (World Cigarettes 2001). Tot aici se

remarcă o scădere mai evidentă a prevalenței la adolescente față de adolescenți, elemente care probabil definesc alături de alți indicatori, debutul controlului fumatului într-o țară unde frontul antifumat este puternic.

*Tabel nr.LVII Date selecționate din ancheta desfășurată în Moscova*

	Rate
Mărimea eșantionului	4091
Au fumat cel puțin o dată	67%
Fumează în mod curent	34%
Fumează frecvent	16%
Fumează în mod curent alte produse de tutun	35%

**Sursa-Tobacco control related activities of the Russian Public Health Association- Andrei K. Demine-1999**

Factorii de risc individuali și unele considerații sociale de mediu arată că, în țări ca SUA, reputele pentru politicile de control a fumatului, .....ce!?!? sunt: sexul masculin, șomajul, muncitorii cu grad scăzut de calificare (angrenați în sectorul servicii), adolescenții care nu mai frecventează școala. Factorii predictivi pentru „late onset smoking” sunt o educație precară parentală, calificativele proaste în școală, vârsta tânără și lipsa „imunității” la inițierea tardivă (Lantz P.M.-Smoking on the rise among young adults: implications for research and policy-Tobacco Control 2003,12,i60).

**Indiferent de grupa de vârstă din care fac parte, cei mai mulți dintre români (peste 50%) fumează mai mult de 11 țigări pe zi.** În schimb, în Bulgaria, cei mai mari consumatori de țigări sunt la grupa de vârstă 20-35 de ani (World Cigarettes 2001).

**Atât bărbații cât și femeile cu studii medii din România sunt mari consumatori de țigări; 56,8% dintre bărbați și 45,6% dintre femei care au un nivel mediu de pregătire fumează zilnic între 11 și 20 de țigarete.**

În Bulgaria, majoritatea femeilor fumează sub 20 de țigări (Dina Balabanova și colab.). Și în Slovacia, un studiu din 1999 a demonstrat că femeile fumătoare consumă mai puține țigări per zi:  $\frac{3}{4}$  dintre femei fumează mai puțin de 10 țigări pe zi față de  $\frac{2}{5}$  dintre bărbați (World Cigarettes 2001).

**Statutul de fumător curent înregistrează diferențe pentru bărbații și femeile în vârstă de 20-44 de ani și 45-75 de ani în diferite țări, legate mai ales de nivelul de educație (Cavelaars A.E.J.M.,Kunst A.E.,Geurst J.J.M.,Crales R.,Grotvedt I. et al.-Educational differences in smoking : international comparison-BMJ 2000,320,1102-1106) – propoziția se referă la un grafic pe care l-am scos – nu avea cifre și nu se putea traduce...**

**Motivele principale pentru care se fumează, invocate de aproape o treime dintre fumătorii români (32,4%) sunt obișnuința, dependența (25,5 %) plăcerea și relaxarea (22% și respectiv 14% ).** Există o serie de factori asociați frecvent cu inițierea fumatului și crearea dependenței ca de exemplu: reclama și promovarea produselor de tutun, unul sau mai mulți părinți fumători, prieteni care fumează, acces ușor la procurarea țigărilor, costuri scăzute, mediu stressant, deficit de atenție, comportament antisocial, perceperea diminuată a pericolelor fumatului și statusul socio-economic (Hennigfield J.E., Moolchan E.T., Zeller M.-Regulatory strategies to reduce tobacco addiction in youth-Tobacco Control 2003,12,i14).Toți acești factori se regăsesc și în România.

**Mai mult de 12 Euro lunar pentru procurarea țigărilor cheltuiesc aproape 40% dintre bărbații și aproape 29% dintre femeile fumătoare din România.** În condițiile în care

cheltuielile lunare pentru țigări reprezintă la noi aproape 1/5 din salariul mediu pe economie, în Slovacia, o țară unde venitul mediu este de 381 Euro (mai mare decât la noi), fumătorii cheltuiesc 1/9 din venit lunar (Blazej Slaby-2003). Influența venitului familial asupra consumului de țigări este foarte diferit. Astfel, studiul bulgar (Dina Balabanova și colab.) nu găsește o corelație evidentă, dar în schimb arată existența unei influențe dacă proprietarul casei este sau nu fumător. În majoritatea țărilor fumatul prevalează la cei mai puțin educați.

Există însă, așa cum arată S.E.Gilman și colab. 2003 (Journal of Epidemiology and Community Health 2003), o predispoziție spre fumatul regulat și persistența fumatului la acei adulți aflați într-o condiție socio-economică precară. Acest fapt este reconfirmat atunci când se observă și relația dintre cheltuielile pentru fumat, nivelul de educație și statusul socioeconomic; persoanele fără educație, proprietare de gospodării, cheltuie cu 34% mai mult decât cele cu grade universitare. Această constatare face ca, adesea, acțiunile antifumat să îmbunătățească și să aducă egalitatea socială (Siahpush M.-Socioeconomic status and tobacco expenditure among Australian households: results from 1998-99 Household Expenditure Survey-Journal of Epidemiology and Community Health 2003,57,798-801). Cu toate acestea, puține articole vorbesc despre fumat ca despre un motiv suplimentar de stress financiar, chiar dacă este cunoscut faptul că fiecare creștere a prețului țigărilor cu 10% duce la o diminuare a consumului de 4% (Scollo M., Zounie S., Wakefield M., Freeman J., Icasiano F.-Impact of tobacco tax reforms on tobacco prices and tobacco use in Australia-Tobacco Control 2003,12,ii59).

**Pachetul de 20 de țigarete este preferat de 84,9% dintre persoanele intervievate în ancheta CAPCTR -2003; în prezent 5,9% dintre fumători consumă țigări de foi, pipă sau trabuc.** Consumul de țigări este preferat în toate țările din Europa de Est și Centrală în dauna consumului altor forme de tutun iar românii nu fac excepție.

**Aproape 40% sunt puternic dependenți ei apelând la țigară în prima oră de la trezire.** Acest criteriu este relativ deoarece, de obicei, se iau în considerare și alte caracteristici ale fumătorului pentru aprecierea gradului de dependență. Dacă privim de exemplu prin prisma numărului de țigări fumate per zi, în multe alte studii se constată că există puține diferențe în ceea ce privește gradul de dependență pe sexe sau între adulți și adolescenți sau adolescente (Women and smoking: A report of the Surgeon General.-MMWR-Recommendations and Reports,2002,51,RR-12.The Centers for Disease Control and Prevention ).

**Din totalul de fumători români 58,4% doreau să se lase de fumat (58,6% dintre bărbați și 57,9% dintre femei), iar 67% încercaseră să se lase cel puțin odată.** Este un procent mai mare decât în țări recunoscute pentru campaniile antifumat ca de exemplu Australia unde doar 38% sunt în *stadiul de contemplație*, adică acel moment când se gândesc să abandoneze fumatul, dar nu au planificat acest lucru în următoarele 30 de zile (Borland R., Balmford J.-Understanding how mass media campaign impact on smokers-Tobacco Control 2003,12,ii45). Și în Ucraina, 65% doreau să întrerupă fumatul, iar 60% au încercat (o treime din populația adultă); doar 9% din cei care au încercat au reușit (Alcohol and Drug Information Centre - ADIC - Ukraine-2001). Procentele celor care se lasă de fumat anual, deși mici, demonstrează că există totuși o erodare a numărului de fumători; acestea se află din păcate însă mult sub procentul de recrutări anuale de noi fumători. În 1995, Centrul Național Ceh pentru Susținerea Sănătății găsea că 48% dintre fumători doresc să se lase dar și doar 4% reușeau acest lucru în fiecare an (World Cigarettes 2001). În țările dezvoltate (exemplu SUA), procentul persoanelor care se lasă și care au fumat cândva, este mai mic la sexul feminin față de cel masculin (46,2% versus 50,1%)( Women and smoking: A report of the Surgeon General.-MMWR-Recommendations and Reports,2002,51,RR-12.The Centers for Disease Control and Prevention), argumentele în favoarea acestei diferențe fiind: legate de debutul ca fumători mai devreme pentru bărbați și disponibilitatea acestora de a trece pe consumul de alte produse de tutun. Dacă primul argument îl regăsim și la noi, al doilea nu este la fel de convingător.

**Mai multe femei (46,2%) decât bărbați (33,2%) au rezistat mai mult de o lună să nu fumeze.** Studii epidemiologice au arătat că semnele de dependență la nicotină, ca de exemplu dificultatea de a întrerupe, **fenomenele de sevraj, apar la cei care folosesc ocazional tutunul, pot apare în primele zile de la inițierea fumatului iar severitatea dependenței tinde a fi legată**

direct de: durata, frecvența și cantitatea de tutun consumată (Shadel W.G., Shiffman S., Niaura R. Et al.- Current models of nicotine dependence: what is known and what is needed to advance understanding of tobacco etiology among youth - Drug Alcohol Depend.2000,59,S9-21). În aceste condiții, o perioadă mai lungă de o lună de abținere pare să demonstreze că este vorba de românii fumători aflați într-un stadiu de dependență joasă, de obicei aparținând sexului feminin.

**Anturajul, în principal prietenii, în studiul CAPCTR - 2003, au un rol important în influențarea deciziilor legate de continuarea fumatului (66% i-ar încuraja să renunțe la fumat versus 4,5% care ar încerca să-i facă să se reapece).** Acest fapt este doar parțial confirmat și de un studiu longitudinal efectuat în 6 țări europene pe un lot de 12.705 adolescenți; aici s-a arătat că fumatul prietenilor și mai ales al celui mai bun prieten este cel mai important factor care influențează statutul de fumător al adolescenților, explicând 38% din variațiile în cadrul lotului (deVries H., Engels. H, Kremers S., Wetzel J., Mudde A.-, "Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset-findings from six European countries" - Health Education Research 2003,18,5,627-636). Prietenii cu care fumează dezvoltă în jurul fumatului o cultură socială și ajută astfel la perpetuarea obiceiului. Este oarecum surprinzător în acest context acest procent crescut de prieteni, buni sfătuitori, regăsit în lotul nostru care nu concordă cu influența reală a acestora la cei care au reușit să și întrerupă fumatul, așa cum se va vedea mai departe, atunci când se investighează motivele care au determinat întreruperea acestui obicei.

**Cei care au participat la studiu și au întrerupt fumatul, declară că au reacționat astfel pentru că: dăunează sănătății la 78,4%, costă prea mult în cazul a 25,9%, deranjează partenerul la 21,4%, a fost cauză de îmbolnăvire pentru 18,9%, doctorul a intervenit interzicând acest obicei la 18,4%, cancerofobia la 15,6%, influența prietenilor care s-au lăsat la 3% și sarcina la 1,4%; 85% dintre bărbați și 81% dintre femei nu au intenția de a relua fumatul în anul viitor.** Influența prietenilor în lăsarea de fumat este în multe studii minimă dacă aceștia sunt la rândul lor fumători. Astfel, un studiu australian găsește că în anturajul fumătorilor, la 7% dintre aceștia, toți prietenii sunt fumători regulați, la 29% mai mult de jumătate și doar la 4% nu este nici un prieten fumător (Borland R., Balmford J.- Understanding how mass media campaign impact on smokers - Tobacco Control 2003,12,i45). În schimb, dintre măsurile care acționează evident asupra tinerilor care doresc să debuteze ca fumători cea mai importantă este prețul pachetului de țigări (o creștere de 10% a prețului duce la diminuarea numărului de tineri fumători cu 8%). Faptul că la noi acest lucru vine pe planul doi este o dovadă că prețul pachetului de țigări este încă mult sub valoarea inflației și este destul de accesibil. În privința interzicerii fumatului la locul de muncă, deși la adulți aduce o diminuare a numărului de fumători, nu se știe ce impact are asupra tinerilor. Același semn de întrebare rămâne legat de interzicerea totală a reclamei care scade fumatul cu 7%, dar fără a se cunoaște impactul la tineri (Warner K.E., Jacobson P.D., Kaufman N.J.- Innovative approaches to youth tobacco control: introduction and overview-Tobacco Control 2003,12,i1).

## B. Modul de percepere al fumatului pasiv

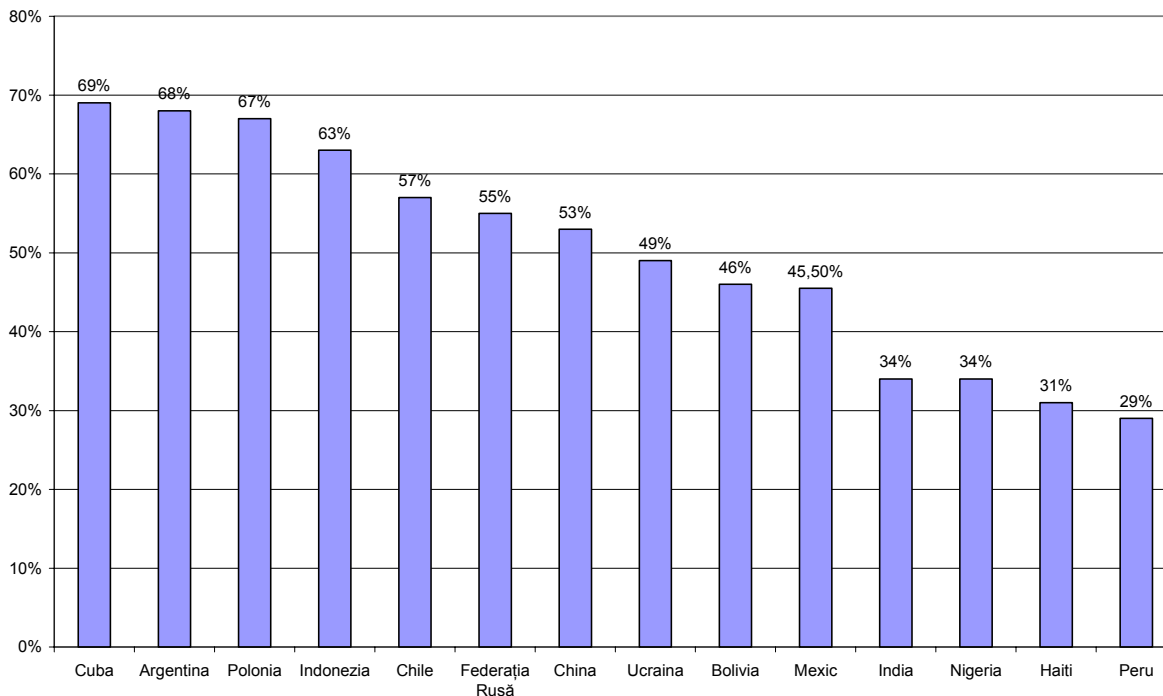
**Consecințele fumatului, așa cum sunt percepute de fumătorii români sunt: prezența mirosului de tutun neplăcut și persistent al hainelor - 70,2%, oboseala - 63,2%, dificultatea în respirație - 44,6%, costurile mari - 36,3%, conflictul cu nefumătorii -30,5% și modificările de gust - 25,8%**

**Proape 86% dintre români definesc corect termenul de fumat pasiv. Majoritatea fumătorilor (91,9%) obișnuiesc să fumeze acasă, 61,5% la locul de muncă sau la școală, 43,8% pe stradă iar 68,9% în baruri, restaurante sau la terase.** Este impresionant numărul mare de fumători pasivi de acasă, de la locul de muncă și din baruri și restaurante, în condițiile în care se știe că, de obicei, campaniile antifumat agresive au impact la capitolul fumat activ, dar nu schimbă atitudinea fumătorului față de fumatul pasiv ( Borland R., Balmford J. - Understanding how mass media campaign impact on smokers-Tobacco Control 2003,12,i45).

**Expunerea celor din jur este un element interesant de analizat; 42% dintre bărbații fumători din România și 52% dintre femei au declarat că au fumat zilnic în prezența unei**

**alte persoane.** Un studiu efectuat pentru identificarea grupurilor țintă din țări ca Estonia, Lituania sau Finlanda a demonstrat că fumatul pasiv este mai frecvent în țările baltice (mai ales pentru sexul feminin), element caracteristic probabil și altor țări desprinse recent din lagărul comunist. Tot aici s-a demonstrat că expunerea este mai frecventă la tineri și la cei mai puțini educați, fără a exista diferențe evidente între urban și rural (Helasoja V., Prattala R., Klumbiene J., Petkeviciene J., Kasmel A., Lipand A., et al. - Smoking and passive smoking in Estonia, Lithuania and Finland. Identifying target groups of tobacco policy” - Eur.J.Public.Health 2001,11(2),206-210).

**În România, 78,3% dintre persoanele fumătoare fumează la locul de muncă (50% fumează la locul de muncă în spațiile închise, iar 57,8% fumează în prezența colegilor de muncă nefumători).** Acest număr mare de fumători pasivi la locul de muncă, în condițiile în care s-a introdus recent și la noi legea de prevenire și combatere a efectelor fumatului care se extinde și asupra locurilor de muncă, ar putea fi scăzut dacă legea va fi bine aplicată și monitorizată. Impactul este evident asupra prevalenței fumatului (o reducere de 3,8%), asupra numărului de țigări pe zi (cu 3,1 mai puține pe zi, o reducere a consumului de 29%) așa cum arată studiile din SUA, Australia, Canada și Germania (Fichtenberg C.M., Glantz A. - Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review - BMJ2002,325,188). **92,9% dintre persoanele fumătoare obișnuiesc să fumeze acasă; 65,4% dintre fumători (62,9% dintre bărbați și 70,1% dintre femei) fumează în spațiile închise de la domiciliu, iar 54,6% dintre ei (56,9% dintre bărbați și 50,3% dintre femei) fumează în prezența membrilor nefumători ai familiei.** Această ultimă remarcă este importantă deoarece este un fapt cunoscut modul de contaminare al copiilor din familie pe două planuri - debutul ca fumător activ dar și expunerea ca fumător pasiv; pe primul plan, efectul fumătorilor din familie este cel mai puternic în timpul ciclului școlar elementar, el slăbind ulterior la momentul trecerii la liceu (Sargent J.D., DiFRanza J.R. - Tobacco Control for Clinicians Who Treat Adolescents - Cancer J.Clin.2003,53,102-123). Din punct de vedere al fumatului pasiv, acesta diferă însă de la o țară la alta (vezi tabelul următor) (Mackay J., Eriksen M. - The Tobacco Atlas - World Health Organization - 2002)



Expunerea copiilor la fumatul pasiv la domiciliu (datele se referă la anul 2001 sau sunt ultimele disponibile) (Mackay J., Eriksen M. - The Tobacco Atlas - World Health Organization - 2002).

**Jumătate din persoanele chestionate (atât fumătoare cât și nefumătoare), în ultima săptămână, au fost cel puțin o dată expuse la fumul de țigară al altei persoane.** Procente apropiate am regăsit și în Irlanda unde 47% dintre bărbați și 32% dintre femei sunt expuse fumatului pasiv, dar acest lucru se realizează preponderent în restaurante și baruri (Houston M., „Ireland leads the way for Europe in banning smoking in the workplace” BMJ 2003,327,522). Și în Germania există o expunere cu o durată medie de  $5 \pm 4$  h per zi acasă și la locul de muncă pentru 62,9% din indivizi (mai mult sunt expuși cei care au un nivel de educație scăzut și nu locuiesc în oraș (Radon K., Busching K., Heinrich, Wichmann H.E., Jorres R.A., Magnussen H., Nowak D. - Passive smoking exposure a risk factor for chronic bronchitis and asthma in adults? - Chest 2002,122,3,8226). La polul opus se situează țări ca Finlanda unde o lege de protecție a fumătorului pasiv funcțională (din 1995) alături de alte măsuri care au scăzut prevalența fumatului a permis între 1980-2000 o reducere a expunerii la locul de muncă (de cel puțin o oră de fumat pe zi) materializată sub forma unei diminuări a procentului de bărbați expuși de la 20% la 7,9%, iar pentru femei de la 15% la 4,4% (Jousilathi P. - Prevalence of exposure to environmental tobacco smoke at work and at home-15 year trends in Finland- Scand.J.Work. Environ. Health 2002,28,suppl2,16-20)

**În aproape 60% dintre gospodăriile românești ale persoanelor intervievate există cel puțin un fumător. Majoritatea fumătorilor (91,9%) este conștientă de faptul că fumul provenit de la țigările lor este periculos pentru ceilalți din jur.**

Un procent similar - 84% din totalitatea ucrainenilor - consideră că fumul dăunează (Alcohol and Drug Information Centre -ADIC – Ukraine-2001). Deși există această percepție asupra pericolelor fumatului pasiv acești fumători continuă să realizeze, așa cum reiese din cele arătate mai sus, o expunere intensă asupra colegilor de serviciu și a membrilor familiei. Se știe că modul de percepere al pericolelor fumatului pasiv este la rândul său legat de nivelul de educație al fumătorului. Astfel, femeile fumătoare pasiv au un nivel de educație mai scăzut decât cele neexpuse, observație valabilă și pentru bărbați (Steenland K., Thun M., Lally C., Health C. - Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in the American cancer society CPS-II cohort – Circulation 1996,94,622-628).

**60,6 % dintre fumătorii români consideră că un fumător ar trebui să ceară voie să fumeze dacă dorește să își aprindă o țigară lângă un nefumător dar, doar 34,7% cred că un fumător nu ar trebui să fumeze în prezența nefumătorilor.**

Similarități se regăsesc într-o anchetă ucraineană, unde 52% dintre cei intervievați sunt perturbați de fum, 40% solicită să nu se fumeze în prezența lor și doar 20% dintre cei care au participat la studiu consideră că fumătorul ar trebui să ceară permisiunea de a fuma (Alcohol and Drug Information Centre -ADIC – Ukraine-2001).

26% dintre românii intervievați afirmă că, de obicei, pleacă de lângă cei care fumează (7,5% dintre fumători și 36,1% dintre nefumători), iar 11,2% îi lasă pe cei care fumează să fumeze dacă aceștia cer voie. Aproape jumătate dintre persoanele intervievate (45,9%) au afirmat că, în ultimul an, au discutat cu o persoană aspecte legate de consumul de tutun și consecințele acestuia (doar 13,1% cu cadre medicale).

### C. Impactul unor activități antifumat

**În România, 60% din totalul persoanelor intervievate (62% dintre fumători și 56% dintre nefumători) au făcut în ultimul an cel puțin o vizită la o unitate medicală, ocazie cu care la 20,8% dintre fumători și 9% dintre nefumători, au primit informații referitoare la consumul de tutun și la consecințele negative ale fumatului.** Procentul de români care stau de vorbă cu medicul despre pericolele fumatului este foarte mic dacă ne gândim că doar 3 minute alocate pentru discuții legate de sevraj fac ca rata de abținere să fie aproximativ de 7,9-10,2% (Lee

Westmaas J., Brandon Th.H., Lokitis J.-Altering risk in patients who smoke-Respiratory Care Clinics of north America 2003,9,2 W.B.Saunders Company).

**Interesant este și impactul unor mijloace mass media; 65,6% din totalul persoanelor intervievate au afirmat că în ultimul an au auzit sau văzut emisiuni despre efectele negative ale consumului de tutun.** Procentul este mai mic decât în alte țări ca de exemplu Australia unde campaniile antifumat organizate la televiziune au fost urmărite de 80% dintre fumătorii vechi de cel puțin 18-40 de ani (Hill D., Carroll T.-Australia's National Tobacco Campaign-Tobacco Control 2003,12,ii9); **42,6% dintre cei care fumează consideră că o persoană se poate lăsa de fumat în orice moment, lucru cu care sunt de acord și 51,7% dintre nefumători.** Procentele acestea sunt mari având în vedere că majoritatea cercetărilor demonstrează că există o instabilitate a acestui tip de decizie. La 2 săptămâni de la o astfel de afirmație doar 24% rămân deschiși posibilității de a întrerupe fumatul (Borland R., Balmford J. - Understanding how mass media campaign impact on smokers-Tobacco Control 2003,12,ii45). Din adolescenții fumători zilnici care afirmă că nu vor mai fuma în viitor, 75% sunt incapabili să o facă după 5 ani (US Department of Health and Human Services.Preventing Tobacco Use Among Young People: A report of the Surgeon General,Atlanta,GA: Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion,Office on Smoking and Health 1994). În România, aceste afirmații demonstrează și o lipsă a educației legată de posibilitățile de sevraj și de combatere a dependenței.

**Efectele negative asupra sănătății sunt recunoscute de cea mai mare parte a persoanelor intervievate (peste 90% dintre acestea) în studiul CAPTR-2003. Majoritatea persoanelor intervievate – 72,9% (78% dintre fumători și 70,1% dintre nefumători) au afirmat că în ultimul an au văzut sau au auzit reclame la țigări - 86,5% (90,8% dintre fumători și 84,2% dintre nefumători) au văzut la emisiunile TV sau în filme, realizatorii sau actorii fumând.** Concernele de țigări cheltuie sume enorme pentru susținerea produselor lor (doar automobilele mai au o astfel de susținere în mass media) (Sargent J.D., DiFranza J.R.-Tobacco Control for Clinicians Who Treat Adolescents-Cancer J.Clin.2003,53,102-123). Marea majoritate a acestor mesaje sunt adresate tinerilor, indiferent de țară. Astfel, în Serbia se remarcă o predominanță a mesajelor profumat pe bannere (71% versus 52,1% cele antifumat), în ziare (80,4% pro versus 59,4% contra cu un echilibru doar în privința celor de la televiziune)(Cite Data from Global Youth Tobacco Survey (GYTS)- Fact Sheet for Serbia). Comparația cu țara noastră este posibilă doar în privința mesajelor scrise pentru că odată cu interzicerea reclamei la TV, concernele de țigări «vând» țigări în mod indirect punând actorii în filme să facă acest lucru. Balanța rămâne din păcate În România în continuare înclinată în favoarea reclamei profumat.

**În privința legislației, 67,9% din totalul persoanelor intervievate consideră ca fiind necesară o lege care să conțină prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun;** reclama este cea care predispoze la fumat, iar între prevederile legii ar trebui să figureze, așa cum demonstrează și studiul ucrainian în cazul a 87% dintre cei care au răspuns că drepturile nefumătorilor ar trebui apărate prin interzicerea reclamei în locuri publice (Alcohol and Drug Information Centre -ADIC – Ukraine-2001). Si în SUA , statul California, după introducerea în premieră a unei legislații antifumat, 85% dintre indivizi au aprobat această lege care proteja fumătorul pasiv (Houston M.-„Ireland leads the way for Europe in banning smoking in the workplace”BMJ 2003,327,522). Studii similare efectuate tot în SUA, pentru a vedea cum privesc studenții măsurile antifumat, demonstrează că aceștia sunt în proporție de 71% pentru interzicerea reclamei și ¾ pentru crearea de zone fără fumat (Rigotti N.A., Regan S., Moram S.E.,Wechsler H-Students'opinion of tobacco control policies recommended for US colleges: a national survey-Tobacco Control 2003,12,251-256). Suportul pentru astfel de politici antifumat este, așa cum era de așteptat, mai puternic din partea nefumătorilor. În România, doar 47,3% dintre persoanele intervievate (49,8% fumători și 45,9% nefumători) cunosc acte normative care să conțină prevederi legate de prevenirea și combaterea consumului de tutun. Acest lucru impune pe viitor o popularizare mai intensă a noilor legi dar și o monitorizare a aplicării sale.





## CONCLUZII

Așa cum arăta Peto (Peto et al 1994) în studiile de evaluare statistică, România se înscrie pe o linie ascendentă din punct de vedere a morbidității și mortalității induse de fumat. De aceea, din punct de vedere istoric, studiul de față fiind și un studiu de supraveghere epidemiologică, datele sunt interesante pe de o parte pentru cercetarea epidemiologică și pentru monitorizarea problemelor de sănătate legate de fumat, iar pe de altă parte pentru stabilirea obiectivelor viitoare în lupta antifumat și evaluarea intervențiilor. Deși aceste tipuri de anchete au o sensibilitate de obicei de 85% și o specificitate de 89,2% se știe că există un comportament al individului reacțional la astfel de chestionare care poate scădea acuratețea studiului (în special femeile sunt influențate în răspunsurile legate de fumat de stigmatizarea socială, unii negând fumatul sau afirmând că fumează ocazional) (Cowling D.W., Johnson T.P., Holbrook B.C., Warnecke R.B., Tang H.-Improving the self reporting of tobacco use : results of a factorial experiment-Tobacco Control 2003,12,178-183)

Deși dimensiunile mici ale unor grupe de vârstă din cadrul eșantionului analizat, diminuează posibilitățile de comparație pe grupe de vârstă, considerăm că există multe elemente noi utile pentru viitoare comparații. Un mare avantaj al acestui studiu - chiar dacă nu s-a ținut cont de minoritățile etnice - este faptul că face, pentru prima dată în țară, un bilanț amplu al impactului fumatului pasiv și o serie întregă de corelații ale acestui fenomen cu elemente din domeniul socioeconomicului. Pe baza acestui studiu, se va putea evalua și creșterea viitoare a cancerului bronhopulmonar în următorii 10-20 de ani în România.

Această anchetă trage deja un semnal de alarmă pentru factorii care se ocupă de sănătatea populației de la noi. Ea demonstrează că țintele trebuie să fie adolescenții, sexul feminin (femeile cu un nivel educațional ridicat), fumătorii cu venituri mici, cei cu un statut socio-economic și un nivel educațional precar și fumătorii involuntari.

Importantă ca o primă măsură de îmbunătățire a stării de sănătate a populației este reducerea prevalenței fumatului la adolescenți, obiectiv pe care și l-au propus multe guverne (ex. în Marea Britanie obiectivul este o diminuare a prevalenței la grupa de vârstă 11-15 ani de la 13% în 1998 la 11% în 2005 și 9% în 2003) Croghan E., Aveyard P., Griffin C., Cheng K.K.- The importance of social sources of cigarettes to school students-Tobacco Control 2003,12,67-73) Studiul, o oglindă a stadiului actual al cunoștințelor și atitudinilor legate de consumul de tutun în România, la nivelul anului 2003 obiectivează din plin necesitatea de a interveni cu toate pârghiile pe care le deține statul român pentru controlul acestui fenomen cu caracter epidemic care se cheamă fumat, fenomen care pune mari probleme și costă foarte mult societatea românească. Fumatul activ, dar și cel pasiv, reprezintă în continuare o problemă gravă cu multiple consecințe economice. Această anchetă, încercând să descifreze aspecte multifactoriale, cu implicații legislative, sociale, medicale poate contribui la relansarea programelor de luptă antifumat din România. O primă consecință a acestei cercetări a fost și lansarea unei campanii împotriva fumatului pasiv care a inclus și reclama antifumat, pentru prima dată afișată în locuri publice din București campanie realizată în cadrul programului implementat de Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate și finanțat de Uniunea Europeană prin programul Phare - Dezvoltarea Societății Civile 2000, program în cadrul căruia - de altfel - a fost realizat și prezentul studiu. Astfel, se realizează un deziderat mai vechi, de abordare și pe această cale a tineretului prin intermediul reclamei antifumat, care așa cum arată și alte investigații în domeniu determină un răspuns similar din partea acestora indiferent în ce țară se aplică (Wakefield M., Durrant R., Terry-McElrath Y., Ruel E., Balch G.I., Anderson S., Szczycka G., Emery S., Flay B.-Appraisal of antismoking advertising by youth at risk for regular smoking: a comparative study in the United States, Australia and Britain-Tobacco Control 2003,12,ii82). Continuarea acestor campanii și mai

<sup>1</sup> Where appropriate, national will refer equally to regional economic integration organizations

ales integrarea lor în abordări variate ale populației din România poate să aducă - așa cum demonstrează și statisticile australiene - diminuarea consistentă a prevalenței fumatului pe sexe (Hill D.,Carroll T.-Australia's National Tobacco Campaign-Tobacco Control 2003,12,ii9). Pe baza unui astfel de studiu se pot organiza campanii naționale folosind reclama antifumat care să arate riscurile fumatului pentru sănătate și se pot influența pozitiv atitudinile legate de riscurile fumatului.

## BIBLIOGRAFIE

1. BALABANOVA Dina, Martin Bobak, Martin McKee-Patterns of smoking in Bulgaria-*Tobacco Control* 1998;7:383–385 383
2. BORLAND R.,Balmford J.-Understanding how mass media campaign impact on smokers-*Tobacco Control* 2003,12,ii45
3. CAVELAARS A.E.J.M.,Kunst A.E.,Geurst J.J.M.,Crialesi R.,Grotvedt I. et al.- Educational differences in smoking : international comparison-BMJ 2000,320,1102-1106
4. COWLING D.W.,Johnson T.P.,Holbrook B.C.,Warnecke R.B.,Tang H.-Improving the self reporting of tobacco use : results of a factorial experiment-*Tobacco Control* 2003,12,178-183
5. CROGHAN E.,Aveyard P.,Griffin C.,Cheng K.K.-The importance of social sources of cigarettes to school students-*Tobacco Control* 2003,12,67-73
6. DEMINE Andrei K. - Tobacco control related activities of the Russian Public Health Association- 1999
7. European Court of Justice (2000). *Judgement of the Court Case C-376/98* (Federal Republic of Germany v European parliament and Council of the European Union). 5 October.
8. European community tobacco advertising legislation. *Lancet*, 359, 1323-30.
9. FICHTENBERG C.M.,Glantz A.-Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour:systematic review-BMJ2002,325,188
10. GILMAN S.E., Abrams D.B.,Buka S.L.-Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation-*Journal of Epidemiology and Community Health* 2003,57,802-808
11. GILMORE, A. AND COLLIN, J. (2002). A wake up call for global tobacco control: will leading nations thwart the world's first health treaty? *BMJ*, 325, 846-7.
12. GILMORE, A. AND MCKEE, M. (In press). Tobacco control in the European Union. In *Tobacco control and the liberal state: the legal ethical and policy debates*, (ed. Feldman and Bayer).
13. GILMORE, A. AND MCKEE, M. (2002). Tobacco control policies: the European Dimension. *Clinical Medicine*, 2, 335-42.
14. HELASOJA V.,Prattala R.,Klumbiene J.,Petkeviciene J.,Kasmel A.,Lipand A,et al.- Smoking and passive smoking in Estonia ,Lithuania and Finland.Identifying target groups of tobacco policy-Eur.J.Public.Health 2001,11(2),206-210
15. HENNIGFIELD J.E.,Moolchan E.T.,Zeller M.-Regulatory strategies to reduce tobacco addiction in youth-*Tobacco Control* 2003,12,ii14
16. HILL D.,Carroll T.-Australia's National Tobacco Campaign-*Tobacco Control* 2003,12,ii9
17. Health Committee Session 1999-2000 (2000). Inquiry into the tobacco industry and the health risks of smoking. Memorandum by Duncan Campbell in respect of planning, organisation and management of cigarette smuggling by British American Tobacco plc and related issues.(<http://www.parliament.the-stationeryoffice>).
18. Health Committee Session 1999-2000 (2000). Inquiry into the tobacco industry and the health risks of smoking. Memorandum by Duncan Campbell in respect of planning, organisation and management of cigarette smuggling by British American Tobacco plc and related issues.(<http://www.parliament.the-stationeryoffice>).
19. Hervey, T. K. (2001). Up in Smoke? - Community (Anti)-Tobacco Law and Policy. *European law review*, 26, 101-125.
20. HOUSTON M.-,Irelands leads the way for Europe in banning smoking in the workplace”*BMJ* 2003,327,522
21. LEE WESTMAAS J., Brandon Th.H., Lokitis J.-Altering risk in patients who smoke-*Respiratory Care Clinics of north America* 2003,9,2 W.B.Saunders Company

22. Hervey, T. K. (2001). Up in Smoke? - Community (Anti)-Tobacco Law and Policy. *European law review*, 26, 101-125.
23. JOUSILATHI P.-Prevalence of exposure to environmental tobacco smoke at work and at home-15 year trends in Finland-Scand.J.Work.Environ. Health 2002,28,suppl2,16-20
24. Joossens, L. and Raw, M. (2000). How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ*, 321, 947- 50.
25. KURTZ M.E.- Knowledge and attitudes of economically disadvantaged women regarding exposure to environmental tobacco smoke: a Michigan ,USA study- *Eur.J.Public Health* 2003,13(2),171-176
26. LANTZ P.M.-Smoking on the rise among young adults: implications for research and policy-*Tobacco Control* 2003,12,i60
27. LESTRADE E., - Slovak Republic: The Right to Life and the Protection of Non-Smokers in Slovakia, 23 July 2003
28. MACKAY J.,Eriksen M.-The Tobacco Atlas-World Health Organization-2002
29. MARLO Ann Corrao,G.Emmanuel Guindon,Namita Sharma,Dorna Fakhrabadi Shokoohi-Tobacco Control Country Profiles-2000 American Cancer Society-Atlanta
30. MEEKERS Dominique, IONESCU Andreea – *Dragostea în anii '90 – Studiu narativ asupra tineretului din România 1998*, București 1999
31. MIHĂLȚAN Florin Dumitru, CIOBANU Magdalena – *Tabagismul - Consecințe și tratament*, Editura Medicală, București 2001
32. MIHĂLȚAN Florin Dumitru- *Ce nu știe fumătorul român*-Editura Medicală,București 2001
33. MIHĂLȚAN F. et al.-The habit of smoking to the pupils from the small classes in Romania-*Eur.Respir.J.* 1994,7 suppl.18,363s
34. MIHĂLȚAN F. et al.-Umfrage uber die Verbreitung des Rauchens bei rumanischen Lehrern-Pneumologie 1994,48,481-3
35. MIHALTAN F. et al.-Prevalence of smoking habit in the pupils of hospitals nurse schools-Newsletter EMASH 1995,10,4-5
36. McKEE M., Bobak M., Rose R., ShKolnikov V., Chenet V., Leon D. - Patterns of smoking in Russia - *Tobacco Control* 1998;7:22–26 22)
37. NEUMAN, M., BITTON, A. AND GLANTZ, S. (2002). Tobacco industry strategies for influencing European community tobacco advertising legislation. *Lancet*, 359, 1323-30.
38. OMAR Shafey,Suzanne Dolwick,G.Emmanuel Guindon- Tobacco Control Country Profiles-second Edition 2003 American Cancer Society-Helsinki
39. PÁKOZDI L., SZILÁGYI T.- HUNGARIAN TOBACCO STATUS REPORT,2003
40. PAJAK, A. (1996). Contribution of smoking. In East- West life expectancy gap in Europe, environmental and non-environmental determinants, (ed. C. Hertzman, S. Kelly and M. Bobak). Kluwer Academic publishers, Dordrecht.
41. PETO, R., LOPEZ, A. D., Boreham, J., Thun, M. and Clark, H. (1994). Mortality from smoking in developed countries 1950 - 2000: Indirect Estimates from National Vital Statistics. Oxford University Press, Oxford.
42. RADON K, Busching K., Heinrich, Wichmann H.E., Jorres R.A., Magnussen H., Nowak D. - Passive smoking exposure a risk factor for chronic bronchitis and asthma in adults? - *Chest* 2002,122,3,8226
43. RIGOTTI N.A.,Regan S.,Moram S.E.,Wechsler H-Students'opinion of tobacco control policies recommended for US colleges : a national survey-*Tobacco Control* 2003,12,251-256
44. SARGENT J.D.,DiFRanza J.R.-Tobacco Control for Clinicians Who Treat Adolescents-Cancer J.Clin.2003,53,102-123

45. SCOLLO M., Zounie S., Wakefield M., Freeman J., Icasiano F.-Impact of tobacco tax reforms on tobacco prices and tobacco use in Australia-Tobacco Control 2003,12,ii59
46. SHADEL W.G., Shiffman S., Niaura R. Et al. - Current models of nicotine dependence : what is known and what is needed to advance understanding of tobacco etiology among youth-Drug Alcohol Depend.2000,59,S9-21
47. SIAHPUSH M.-Socioeconomic status and tobacco expenditure among Australian households: results from 1998-99 Household Expenditure Survey-Journal of Epidemiology and Community Health 2003,57,798-801
48. SLABY B. - Tobacco Control in the Slovak Republic-Tobacco Control: Focus on Accession Countries-Comprehensive report on tobacco control in the Slovak Republic, prepared for the European Network for Smoking Prevention (ENSP)/Stop Smoking-NGO, Slovak National Coalition for Tobacco Control/20
49. STEENLAND K., Thun M., Lally C., Health C.-Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in the American cancer society CPS-II cohort –Circulation 1996,94,622-628
50. ȘERBĂNESCU Florina, MORRIS Leo, MARIN Mona – *Studiul Sănătatea Reproduserii România 1999*, București 2001
51. TUCEK, M. - Charts of Smoking prevalence in the Czech Republic, IZPE-Source: HIS – Survey of the Health Status of the Czech Population, IHIS About Survey of the Health State of the Czech Population - HIS CR -www.uzis.cz
52. Townsend, J. (1991). Tobacco and the European common agricultural policy. BMJ, 303, 1008-9.
53. URSULEANU D.-Sănătatea într-un important sondaj-Actualitatea Medicală 1995,16-17,4;6
54. deVRIES H., Engels. H, Kremers S., Wetzel J., Mudde A.-, "Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset-findings from six European countries"-Health Education Research 2003,18,5,627-636
55. WAKEFIELD M., Durrant R., Terry-McElrath Y., Ruel E., Balch G.I., Anderson S., Szczyepka G., Emery S., Flay B.-Appraisal of antismoking advertising by youth at risk for regular smoking : a comparative study in the United States, Australia , and Britain-Tobacco Control 2003,12,ii82
56. WARNER K.E., Jacobson P.D., Kaufman N.J.-Innovative approaches to youth tobacco control: introduction and overview-Tobacco Control 2003,12,i1
57. Waxman, H. (2002). The Future of the Global Tobacco Treaty Negotiations. New England Journal of Medicine, 346, 936-39.
58. WHITE V., Hill D., Siahpush M., Bobevski I.- How has the prevalence of smoking changed among Australian adults\_ Trends in smoking prevalence between 1980 and 2001-Tobacco Control 2003,12,ii67
59. WHO (2002) European Health for all Database. WHO Regional Office for Europe.
60. World Health Organization (2002). Fifth session of the Intergovernmental Negotiating Body, Framework Convention on Tobacco Control, 14th - 25th October ([http://www.who.int/gb/fctc/E/E\\_Index](http://www.who.int/gb/fctc/E/E_Index)). World Health Organization, Geneva.
61. . Yach, D. and Bettcher, D. (2000). Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. Tobacco Control , 9, 206-16.
62. \*\*\* *Starea de Sănătate a Populației din România*, Institutul Național de Statistică, București 2001
63. \*\*\* *Starea de Sănătate a Populației din România 1990-2002*- Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală București aprilie 2002
64. \*\*\* World Cigarettes 2001,1 ERC Group plc,1-40

65. \*\*\* ”Comparații internaționale privind statistica demografică și sanitară” - Ministerul Sănătății și Familiei ,Centrul de Calcul ,Statistică Sanitară și Documentare Medicală 2003.
66. \*\*\* Evoluția principalilor indicatori demografici în România în perioada 1991-2002, Centrul de Calcul , Statistică Sanitară și Documentare Medicală
67. \*\*\* World Health Statistics Annual 2002
68. \*\*\* Health For All Indicators,WHO European Region ,2003
69. \*\*\* United Nations Statistics Division Report 2002
70. \*\*\* Women and smoking:A report of the Surgeon General.-MMWR- Recommendations and Reports,2002,51,RR-12.The Centers for Disease Control and Prevention
71. \*\*\*US Department of Health and Human Services.Preventing Tobacco Use Among Young People: A report of the Surgeon General,Atlanta,GA: Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion,Office on Smoking and Health 1994
72. \*\*\* A 5- a „Anchetă națională medicală”-1997, Ministerul Sănătății, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală
73. \*\*\* Raportul ESPAD România 1999-Consumul de alcool și alte droguri la elevii de 16 ani din școli - Ministerul Sănătății și Familiei, Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate,Direcțiile de Sănătate Publică Județene-Serviciul de Promovare a Sănătății și Programe,Ministerul Educației și Cercetării,Consiliul Suedez de Informații privind Alcoolul și alte Droguri,Consiliul de Cooperare pentru Combaterea Abuzului de Droguri și a Traficului Ilicit de Droguri (Grupul Pampidou)
74. \*\*\* *Recensământul Populației și al Locuințelor 2002*, Institutul Național de Statistică, București 2003
75. \*\*\* Ordinul nr. 853 din 17 octombrie 2000 privind stabilirea textului și dimensiunilor inscripțiilor-avertisment ale formelor de publicitate referitoare la produsele din tutun
76. \*\*\* Legea nr. 125 din 3 aprilie 2001 privind modificarea și completarea art. 1 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 55/1999 pentru interzicerea publicității produselor din tutun în sălile de spectacol și interzicerea vânzării produselor din tutun minorilor
77. \*\*\* Legea nr. 148 din 26 iulie 2000 privind publicitatea
78. \*\*\* Legea nr. 349 din 6 iunie 2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun
79. \*\*\* Ordonanța nr.13 din 30 ianuarie 2003 privind modificarea și completarea Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun
80. \*\*\*Alcohol and Drug Information Centre -ADIC – Ukraine-2001
81. \*\*\*Cite Data from Global Youth Tobacco Survey (GYTS)- Fact Sheet for Serbia
82. \*\*\* [www.who.int](http://www.who.int)
83. \*\*\* [www.tfi.org](http://www.tfi.org)
84. \*\*\* [www.fctc.org](http://www.fctc.org)
85. \*\*\* [www.bmj.ro](http://www.bmj.ro)
86. \*\*\* [www.smokeatwork.org](http://www.smokeatwork.org)
87. \*\*\* [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
88. \*\*\* [www.insse.ro](http://www.insse.ro)
89. \*\*\*[www.tobacco.org](http://www.tobacco.org)
90. \*\*\*[www.aerpur.ro](http://www.aerpur.ro)
91. \*\*\*[www.globalink.org](http://www.globalink.org)
92. <http://cisid.who.dk/tobacco/Country/TCP1.asp?TS=1&PY=2001&PC=RU>
93. [http://www.who.dk/healthinfo/highlights/20020307\\_1](http://www.who.dk/healthinfo/highlights/20020307_1), 11<sup>th</sup> of April 2003
94. \*\*\* [http://www.tobaccojournal.com/show\\_artikel.php?id=3217&banner=rentsch](http://www.tobaccojournal.com/show_artikel.php?id=3217&banner=rentsch)

95. \*\*\* The Slovene Legislation on Tobacco Use -Tomaz Caks, Vesna Kerstin Petric, Maja Rupnik Potokar, Mojca Mahkota-1999
96. \*\*\*<http://www.uzis.cz/indexe.htm> news –no.55
97. . <http://www.who.dk/Document/E76888.pdf>

## ANEXE

### ANEXA 1 – Localitățile eșantionului

<b>JUDEȚUL</b>	<b>URBAN</b>	<b>RURAL</b>
Alba		
Arad		
Argeș		
Bacău		
Bihor		
Bistrița-Năsăud		
Botoșani	Botoșani	Bucecea
Brașov	Brașov	Bran
Brăila		
Buzău		
Caraș-Severin		
Călărași		
Cluj		
Constanța		
Covasna		
Dâmbovița		
Dolj		
Galați	Galați	Piscu
Giurgiu		
Gorj		
Harghita		
Hunedoara		
Ialomița		
Iași	Iași	Belcești
Ilfov		
Maramureș	Baia-Mare	Cernești, Fânațe
Mehedinți		
Mureș		
Neamț		
Olt	Slatina	Fărcașele de Sus
Prahova	Ploiești	Ceptura
Satu Mare		



Sălaj		
Sibiu	Sibiu	Axente Sever
Suceava		
Teleorman		
Timiș	Timișoara	Pișchia
Tulcea	Tulcea	Grădina
Vâlcea		
Vaslui		
Vrancea		
Mun.București	București	

## ANEXA 2 - Legislație

*Ministerul Sănătății*

**ORD nr. 853 publicat în M.Of. nr. 602 din data: 11/24/2000**

**OMS853/2000**

**Ordin nr. 853 din 17 octombrie 2000 privind stabilirea textului și dimensiunilor inscripțiilor-avertisment ale formelor de publicitate referitoare la produsele din tutun**

În temeiul prevederilor art. 13 alin. (2) din Legea nr. 148/2000 privind publicitatea și ale Hotărârii Guvernului nr. 244/1997 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ministrul de stat, ministrul sănătății emite prezentul ordin.

**Art. 1.** - Toate formele de publicitate referitoare la produsele din tutun trebuie să poarte inscripții de avertisment în limba română. Textul avertismentului general este: "Tutunul dăunează grav sănătății", însoțit deasupra de inscripția: "Directiva Consiliului CE 89/622/CEE".

**Art. 2.** - (1) În cazul formei de publicitate pentru produsele din tutun, realizată prin spot publicitar, avertismentul trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) textul avertismentului prevăzut la art. 1 să acopere 50% din suprafața ecranului și să fie scris cu litere negre, îngroșate, pe fond alb;
- b) durata avertismentului pe ecran să fie de două secunde;
- c) avertismentul să apară pe ecran la sfârșitul spotului publicitar.

(2) În sensul prezentului ordin prin spot publicitar se înțelege orice reclamă comercială realizată pe peliculă de 35 mm, prezentată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

**Art. 3.** - În cazul formelor de publicitate referitoare la produsele din tutun, altele decât cele prevăzute la art. 2, precum panouri, bannere, afișe, textul avertismentului prevăzut la art. 1 va ocupa minimum 10% din suprafață și va fi scris cu litere negre, îngroșate, pe fond alb.

**Art. 4.** - (1) În cazul țigaretelor textul avertismentului prevăzut la art. 1 se imprimă pe suprafața

anterioară a pachetului de țigări. Pe cealaltă suprafață mare a pachetelor de țigări se imprimă pe rând unul dintre următoarele 3 avertismente: "Fumatul cauzează afecțiuni cardiace", "Fumatul în timpul sarcinii este periculos pentru copil" și "Fumatul cauzează cancer".

**(2)** Textul avertismentelor prevăzute la alin. (1) va acoperi cel puțin 4% din suprafețele pe care acestea sunt inscripționate, îndeplinind următoarele condiții:

**a)** să fie tipărit clar și lizibil, cu litere îngroșate, pe un fond contrastant, astfel încât să nu poată fi îndepărtat sau șters;

**b)** să nu fie tipărit pe un înveliș transparent sau pe orice alt înveliș exterior;

**c)** să fie tipărit astfel încât la deschiderea pachetului să nu poată fi distrus.

**Art. 5.** - Pe produsele din tutun, altele decât țigaretetele, textul avertismentului general prevăzut la art. 1 va acoperi cel puțin 1% din totalul suprafeței pachetului nedesfăcut, îndeplinind următoarele condiții:

**a)** să fie ușor de văzut, tipărit clar și lizibil pe un fond contrastant, astfel încât să nu poată fi îndepărtat șters;

**b)** să nu fie ascuns, acoperit sau întrerupt de alte înscrisuri sau pictograme.

**Art. 6.** - Prevederile prezentului ordin intră în vigoare în termen de 90 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Art. 7.** - La data intrării în vigoare a prevederilor prezentului ordin, se abrogă Ordinul ministrului de stat, ministrul sănătății, nr. 667/2000 privind stabilirea textului și a dimensiunilor inscripțiilor-avertisment de pe produsele din tutun, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 445 din 8 septembrie 2000.

Ministru de stat, Ministrul Sănătății,

Hajdu Gabor  
București, 17 octombrie 2000.  
Nr. 853.

*Parlamentul României*

**Lege nr. 125 din 3 aprilie 2001 privind modificarea și completarea art. 1 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 55/1999 pentru interzicerea publicității produselor din tutun în sălile de spectacol și interzicerea vânzării produselor din tutun minorilor**

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

**Art. I.** - Articolul 1 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 55 din 29 aprilie 1999 pentru interzicerea publicității produselor din tutun în sălile de spectacol și interzicerea vânzării produselor din tutun minorilor, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 190 din 30 aprilie 1999, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 151/2000 și republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 461 din 21 septembrie 2000, se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 1. - Se interzice orice fel de publicitate a produselor din tutun în sălile de spectacol înainte, în timpul și după spectacolele destinate minorilor, precum și înainte, în timpul și după spectacolele adresate/destinate adulților și desfășurate între orele 5,00-20,00."

**Art. II.** - Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 55/1999, cu modificările și completările ulterioare, inclusiv cu cele aduse prin prezenta lege, va fi republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, dându-se textelor o nouă numerotare.

Această lege a fost adoptată de Senat în ședința din 23 octombrie 2000, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

PREȘEDINTELE SENATULUI  
NICOLAE VĂCĂROIU

Această lege a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din 13 martie 2001, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR  
VALER DORNEANU

București, 3 aprilie 2001.  
Nr. 125.

*Parlamentul României*

Lege nr. 148 din 26 iulie 2000 privind publicitatea  
Publicat în Monitorul Oficial al României nr. 359 din 2 august 2000  
Parlamentul României adopta prezenta lege.

## CAPITOLUL I

### Dispoziții generale

Art. 1. - Prezenta lege are drept scop protecția consumatorilor de produse și servicii, protecția persoanelor care desfășoară o activitate de producție, de comerț, prestează un serviciu sau practică o meserie ori o profesie, precum și protecția interesului public general împotriva publicității înșelătoare, a consecințelor negative ale publicității și stabilește condițiile în care este permisă publicitatea comparativă.

Art. 2. - Dispozițiile prezentei legi se aplică conținutului materialelor publicitare și mesajelor publicitare transmise de acestea, oricare ar fi mijlocul de comunicare ce face posibil transferul informației.

Art. 3. - Publicitatea difuzată în cadrul programelor de radiodifuziune și televiziune, transmise pe cale radioelectrică sau prin cablu ori printr-un alt sistem tehnic asimilat acestuia, se supune prevederilor privind publicitatea în domeniul audiovizualului din Legea audiovizualului nr. 48/1992, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederilor prezentei legi.

Art. 4. - În sensul prezentei legi, următorii termeni se definesc astfel:

- a) publicitate - orice formă de prezentare a unei activități comerciale, industriale, artizanale sau liber-profesionale, având ca scop promovarea vânzării de bunuri și servicii, de drepturi și obligații;
- b) publicitate înșelătoare - orice publicitate care, în orice fel, inclusiv prin modul de prezentare, induce sau poate induce în eroare orice persoană care îi este adresată sau care ia contact cu aceasta și îi poate afecta comportamentul economic, lezându-i interesul de consumator, sau care poate leza interesele unui concurent;
- c) publicitate comparativă - orice publicitate care identifică explicit sau implicit un concurent sau bunurile ori serviciile oferite de acesta;
- d) publicitate subliminală - orice publicitate care utilizează stimuli prea slabi pentru a fi percepuți în mod conștient, dar care pot influența comportamentul economic al unei persoane;
- e) persoană - orice persoană fizică sau juridică;
- f) minor - orice persoană fizică în vârstă de până la 18 ani;
- g) autoreglementare - orice activitate, cu caracter voluntar, de elaborare a unor reguli de bună practică în domeniul publicității și de control al respectării acestora de către reprezentanți ai persoanelor implicate în această activitate, inclusiv ai agenților de publicitate și media, în condițiile legii.

Art. 5. - Publicitatea trebuie să fie decentă, corectă și să fie elaborată în spiritul responsabilității sociale.

Art. 6. - Se interzice publicitatea care:

- a) este înșelătoare;
- b) este subliminală;
- c) prejudiciază respectul pentru demnitatea umană și morală publică;
- d) include discriminări bazate pe rasă, sex, limbă, origine, origine socială, identitate etnică sau naționalitate;
- e) atentează la convingerile religioase sau politice;
- f) aduce prejudicii imaginii, onoarei, demnității și vieții particulare a persoanelor;
- g) exploatează superstițiile, credulitatea sau frica persoanelor;

- h) prejudiciaza securitatea persoanelor sau incita la violenta;
- i) incurajeaza un comportament care prejudiciaza mediul inconjurator;
- j) favorizeaza comercializarea unor bunuri sau servicii care sunt produse ori distribuite contrar prevederilor legale.

## CAPITOLUL II

### Publicitate înșelatoare și publicitate comparativa

Art. 7. - Pentru determinarea caracterului înșelator al publicitatii se vor lua în considerare toate caracteristicile acesteia și, în mod deosebit, elementele componente referitoare la:

- a) caracteristicile bunurilor și serviciilor, cum sunt: disponibilitatea, natura, modul de executie și de ambalare, compozitia, metoda și data fabricatiei sau a aprovizionării, măsura în care acestea corespund scopului destinat, destinația, cantitatea, parametrii tehnico-funcționali, producătorul, originea geografică sau comercială ori rezultatele testelor și încercărilor asupra bunurilor sau serviciilor, precum și rezultatele care se așteaptă de la acestea;
- b) pretul sau modul de calcul al pretului, precum și condițiile în care sunt distribuite produsele sau sunt prestate serviciile;
- c) condițiile economice și juridice de achiziționare sau de prestare a serviciilor; <>
- d) natura serviciilor ce urmează a fi asigurate după vânzarea produselor sau prestarea serviciilor;
- e) natura, atribuțiile și drepturile celui care își face publicitate, cum ar fi: identitatea, capitalul social, calificarea, dreptul de proprietate industrială, premii și distincții primite;
- f) omiterea unor informații esențiale cu privire la identificarea și caracterizarea bunurilor sau serviciilor, cu scopul de a induce în eroare persoanele cărora le sunt adresate.

Art. 8. - Publicitatea comparativa este interzisă dacă:

- a) comparația este înșelătoare, potrivit prevederilor art. 4 lit. b) și ale art. 7;
- b) se compară bunuri sau servicii având scopuri sau destinații diferite;
- c) nu se compară, în mod obiectiv, una sau mai multe caracteristici esențiale, relevante, verificabile și reprezentative - între care poate fi inclus și pretul - ale unor bunuri sau servicii;
- d) se creează confuzie pe piață între cel care își face publicitate și un concurent sau între marcele de comerț, denumirile comerciale sau alte semne distinctive, bunuri sau servicii ale celui care își face publicitate și cele aparținând unui concurent;
- e) se discreditează sau se denigrează marca sau marcele de comerț, denumirile comerciale, alte semne distinctive, bunuri, servicii sau situația materială a unui concurent;
- f) nu se compară, în fiecare caz, produse cu aceeași indicație, în cazul produselor care au indicație geografică;
- g) se profită în mod incorect de renumele unei mărci de comerț, de denumirea comercială sau de alte semne distinctive ale unui concurent ori de indicația geografică a unui produs al unui concurent;
- h) se prezintă bunuri sau servicii drept imitații sau replici ale unor bunuri sau servicii purtând o marcă de comerț sau o denumire comercială protejată;
- i) se încalcă orice alte prevederi ale Legii concurenței nr. 21/1996.

Art. 9. - Comparațiile care se referă la o ofertă specială trebuie să indice, în mod clar și neechivoc, data la care încetează oferta sau, dacă este cazul, faptul că oferta specială se referă la stocul de bunuri sau de servicii disponibil, iar dacă oferta specială nu a început încă, data de începere a perioadei în care se aplică pretul special sau alte condiții specifice.

## CAPITOLUL III

### Dispoziții speciale privind publicitatea anumitor produse

Art. 10. - Se interzice publicitatea explicită pentru produsele din tutun:

- a) difuzată în cadrul programelor de radiodifuziune și televiziune;

- b) în presa scrisă, pe prima și pe ultima copertă sau pagina a materialelor tipărite;
- c) pe biletele de călătorie pentru transportul public.

Art. 11. - Se interzice publicitatea pentru băuturile alcoolice și pentru produsele din tutun în incinta unităților de învățământ și a unităților de asistență medicală sau la o distanță mai mică de 200 metri de intrarea acestora, măsurată pe drum public.

Art. 12. - Publicitatea pentru băuturi alcoolice și pentru produsele din tutun nu este permisă în publicații destinate în principal minorilor, în salile de spectacole înainte, în timpul și după spectacolele destinate minorilor.

Art. 13. - (1) Publicitatea pentru băuturile alcoolice și pentru produsele din tutun nu este permisă nici în condițiile în care:

- a) se adresează minorilor;
- b) înfățișează minori consumând aceste produse;
- c) sugerează că băuturile alcoolice sau produsele din tutun sunt dotate cu proprietăți terapeutice sau că au un efect stimulator, sedativ ori că pot rezolva probleme personale;
- d) da o imagine negativă despre abținerea;
- e) evidențiază conținutul în alcool al băuturilor alcoolice, în scopul stimulării consumului, sau face legătura între alcool și conducerea unui vehicul;
- f) nu conține inscripții-avertisment, în limba română, pentru produsele din tutun.

(2) Textul avertismentului și dimensiunile acestuia vor fi stabilite prin ordin al ministrului sănătății, în termen de 30 de zile de la publicarea prezentei legi în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 14. - Se interzice publicitatea substanțelor stupefiante și psihotrope.

Art. 15. - Se interzice publicitatea, în alte locuri decât cele de comercializare, pentru orice tip de arme, muniții, explozivi, metode și mijloace pirotehnice, cu excepția armelor destinate estinate vânătorii sau sportului și a celor de panoplie.

Art. 16. - Pentru produsele și serviciile destinate minorilor este interzisă publicitatea care:

- a) conține elemente ce dăunează acestora din punct de vedere fizic, moral, intelectual sau psihic;
- b) încurajează în mod indirect copiii să cumpere produse sau servicii, profitând de lipsa de experiență sau de credulitatea lor;
- c) afectează relațiile speciale care există între minori, pe de o parte, și părinți sau cadre didactice, pe de altă parte;
- d) prezintă, în mod nejustificat, minori în situații periculoase.

Art. 17. - Publicitatea este permisă numai pentru produsele medicamentoase care se eliberează fără prescripție medicală, pentru care materialele publicitare vor fi aprobate de Agenția Națională a Medicamentului.

## CAPITOLUL IV

### Sanțiuni

Art. 18. - Autorul, realizatorul de publicitate și reprezentantul legal al mijlocului de difuzare răspund solidar cu persoana care își face publicitate, în cazul încălcării prevederilor prezentei legi, cu excepția încălcării dispozițiilor cuprinse în art. 6 lit. a) și în art. 8, când răspunderea revine numai persoanei care și-a făcut publicitatea.

Art. 19. - Daca persoana care își face publicitate nu are sediul în România sau daca nu poate fi identificata, raspunderea revine, dupa caz, reprezentantului sau legal în România, autorului, realizatorului de publicitate sau reprezentantului legal al mijlocului de difuzare.

Art. 20. - (1) Persoana care își face publicitate trebuie sa fie în masura sa probeze exactitatea afirmatiilor, indicatiilor sau prezentarilor din anuntul publicitar și este obligata, la solicitarea reprezentantilor institutiilor și autoritatilor prevazute la art. 24, sa furnizeze documentele care sa probeze exactitatea acestora.

(2) În cazul în care documentele nu sunt furnizate în termen de maximum 7 zile de la solicitare sau daca sunt considerate insuficiente, afirmatiile din anuntul publicitar în cauza vor fi considerate inexacte.

Art. 21. - Prezenta lege nu exclude autocontrolul publicitatii de catre organizatiile profesionale cu rol de autoreglementare în domeniul publicitatii și nici dreptul persoanelor de a se adresa direct acestor organizatii.

Art. 22. - Incalcarea prevederilor prezentei legi atrage raspunderea materiala, civila, contraventionala sau penala, dupa caz.

Art. 23. - (1) Constituie contravenții, daca nu au fost savârșite în astfel de conditii încât, potrivit legii penale, sa fie considerate infractiuni, și se sancționeaza dupa cum urmeaza:

- a) încalcarea prevederilor art. 15-17, cu amenda de la 5.000.000 lei la 15.000.000 lei;
- b) încalcarea prevederilor art. 6, 8, 9 și ale art. 10-14, cu amenda de la 15.000.000 lei la 40.000.000 lei.

(2) Sanctiunile se pot aplica și persoanelor juridice.

Art. 24. - (1) Contravențiile prevazute la art. 23 se constata și se sancționeaza la sesizarea persoanelor prejudiciate ori a asociatiilor de consumatori sau din oficiu, de catre:

- a) reprezentantii împuterniciti ai Oficiului pentru Protectia Consumatorilor, în cazul încalcării prevederilor art. 6 lit. a), h) și j), ale art. 8 lit. a), b) și c), ale art. 9, ale art. 10 lit. b) și ale art. 13 lit. a) și b);
- b) reprezentantii împuterniciti ai administratiei publice locale, pentru încalcarea prevederilor art. 6 lit. c), d), e), f), g) și i), ale art. 10 lit. c), ale art. 11, ale art. 13 lit. f) și ale art. 15;
- c) reprezentantii împuterniciti ai Oficiului Concurenței, pentru încalcarea prevederilor art. 8 lit. d), e), f), g), h) și i);
- d) reprezentantii împuterniciti ai Ministerului Sanatatii, pentri, pentru încalcarea prevederilor art. 13 lit. c), d), e) și f) și ale art. 14, 16 și 17;
- e) reprezentantii împuterniciti ai Consiliului National al Audiovizualului, pentru încalcarea prevederilor art. 6 și 8, în cazul publicitatii difuzate în cadrul programelor audiovizuale, și ale art. 10 lit. a).

(2) Organele abilitate sa constate și sa sancționeze contravențiile pot solicita organizatiilor profesionale cu rol de autoreglementare prevazute la art. 21 formularea unui punct de vedere de specialitate.

Art. 25. - Institutiile și autoritatile prevazute la art. 24 pot dispune, o data cu aplicarea sanctiunii contraventionale, urmatoarele masuri, dupa caz:

- a) interzicerea publicitatii, în cazul în care a fost difuzata sau urmeaza sa fie difuzata;
- b) încetarea publicitatii pâna la data corectarii ei;
- c) publicarea deciziei autoritatii publice, în totalitate sau partial, și stabilirea modului în care urmeaza sa se realizeze;
- d) publicarea pe cheltuiala contravenientului a unuia sau mai multor anunturi rectificative, cu fixarea continutului și a modului de difuzare.

Art. 26. - Contravențiilor prevăzute la art. 23 le sunt aplicabile și dispozițiile Legii nr. 32/1968 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor, cu modificările ulterioare, cu excepția art. 25-27 din respectiva lege, precum și cele ale Legii nr. 11/1991 privind combaterea concurenței neloiale.

## CAPITOLUL V

### Dispoziții finale

Art. 27. - Guvernul, la propunerea organelor sale de specialitate, va aproba, în baza prezentei legi, reglementări specifice privind publicitatea, cu excepția celei din cadrul programelor audiovizuale.

Art. 28. - (1) Prezenta lege intră în vigoare în termen de 90 de zile de la publicarea ei în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) Pe data intrării în vigoare a prezentei legi se abroga orice dispoziții contrare.

Această lege a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din 29 iunie 2000, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

p. PRESEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR,  
MIRON TUDOR MITREA

Această lege a fost adoptată de Senat în ședința din 29 iunie 2000, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

p. PRESEDINTELE SENATULUI,  
ULM NICOLAE SPINEANU

București, 26 iulie 2000.

Nr. 148.

*Parlamentul României*



Lege nr. 349

din 6 iunie 2002

pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 435 din 21 iunie 2002

Parlamentul României adopta prezenta lege.

Art. 1. - Prezenta lege stabilește unele măsuri privind prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun, prin restrângerea fumatului în spațiile publice închise, prin inscripționarea pachetelor cu produse din tutun, prin desfășurarea de campanii de informare și educare a populației, având ca scop protejarea sănătății persoanelor fumatoare și nefumatoare de efectele daunatoare ale fumatului.

Art. 2. - În sensul prezentei legi, prin:

- a) produse din tutun se înțelege produsele fabricate din tutun, total sau parțial, în scopul fumatului, și anume: țigăretele, țigarile și țigarile de foi, tutunul destinat preparării manuale a țigarilor, tutunul de pipă, precum și tutunul destinat prizatului, suptului sau mestecatului;
- b) produse din tutun de uz oral se înțelege produsele fabricate în totalitate sau parțial din tutun, cu excepția celor care se fumează sau se mestecă, sub forme speciale sau pudră, sau orice altă combinație a acestora, în mod particular cele prezentate în pliculețe portionate sau poroase, precum și cele având orice formă care aminteste de un produs alimentar;
- c) tutun de mestecat se înțelege tutunul prelucrat, tăiat sau mărunțit, destinat consumului prin mestecare;
- d) tutun de prizat se înțelege produsul de tutun prelucrat, macinat până la stadiul de pulbere fină, destinat consumului prin prizare;
- e) fumat se înțelege inhalarea voluntară a fumului rezultat în urma arderii tutunului conținut în țigări, țigărete, țigări de foi, cigarillos și pipe;
- f) țigărete se înțelege produsele din tutun ce conțin tutun prelucrat, tutun tăiat, învelit într-un sul longitudinal de hârtie, cu secțiune rotundă sau ovală, care conține tutun prelucrat, dispus într-un mod adecvat pentru a fi fumate în mod direct;
- g) trabucuri - termen generic pentru țigarile de foi;
- h) țigări de foi se înțelege produsele din tutun obținute prin învelirea tutunului de umplutura (tăiat sau mărunțit) în una sau mai multe foi de tutun prelucrat;
- i) cigarillos se înțelege țigăretele la care hârtia de confecționat este înlocuită cu foi de tutun sau tutun reconstituit;
- j) gudron se înțelege condensatul anhidru de fum fără nicotină;
- k) nicotina se înțelege alcaloida nicotinică;
- l) ingredient se înțelege orice substanță sau orice constituent, cu excepția frunzelor de tutun și a altor părți naturale sau neprelucrate din tutun, folosit la prepararea sau producerea produselor din tutun și care se regăsește în produsul finit, chiar dacă apare în alte forme incluzând hârtie, filtru, cerneala și adezivi;
- m) spații publice închise se înțelege toate spațiile din instituțiile publice centrale și locale, instituții sau unități economice, de alimentație publică, de turism, comerciale, de învățământ, medico-sanitare, culturale, de educație, sportive, toate mijloacele de transport în comun, autogări, gări și aeroporturi, de stat și private, spațiile închise de la locul de muncă sau alte spații prevăzute de lege, cu excepția spațiilor delimitate și special amenajate pentru fumat din incinta acestora.

Art. 3. - (1) Se interzice fumatul în spațiile publice închise.

(2) Fumatul este permis în spații special amenajate pentru fumat, cu respectarea următoarelor condiții obligatorii:

- a) să fie construite astfel încât să deservească doar fumatul și să nu permită patrunderea aerului viciat în spațiile publice închise;

b) sa fie ventilate corespunzator, astfel încât nivelul noxelor sa fie sub nivelurile maxime admise.  
(3) De la prevederile alin. (1) fac exceptie barurile, restaurantele, discotecile și alte spatii publice cu destinatie similara, daca îndeplinesc conditiile alin. (2) lit. b).

(4) Prevederile alin. (2) nu se aplica barurilor, restaurantelor, discotecilor și altor spatii publice cu destinatie similara, al caror proprietar sau manager stabileste și afiseaza avertismentul: "În aceasta unitate fumatul este interzis."

(5) Se interzice vânzarea produselor din tutun la bucată, precum și punerea pe piața a pachetelor de țigari care contin mai puțin de 20 de bucati.

(6) Unitatile care comercializeaza sau detin automate pentru vânzarea produselor din tutun sunt obligate:

a) sa afiseze la loc vizibil interzicerea vânzării produselor din tutun tinerilor sub 18 ani;

b) sa afiseze cuantumul amenzii aplicate pentru nerespectarea prevederilor lit. a).

(7) În autorizatia sanitara de functionare a unitatilor care comercializeaza produse din tutun se introduce o clauza speciala de interzicere a vânzării produselor din tutun tinerilor sub 18 ani.

(8) Sunt interzise productia și importul destinate pietei interne, precum și punerea pe piața a oricarui produs care nu poarta inscriptionat continutul de gudron, de nicotina și monoxid de carbon din gazele masurate.

(9) Sunt interzise productia și importul destinate pietei interne, precum și punerea pe piața a oricarui produs care nu poarta inscriptionat avertismentul general și cel aditional privind pericolul consumării acestuia asupra sanatatii individuale și publice.

(10) Este interzisa punerea pe piața a oricaror produse din tutun de uz oral.

Art. 4. - (1) Publicitatea pentru produsele din tutun este permisa în conformitate cu legislatia în vigoare.

(2) Folosirea unei embleme sau a denumirii unei marci de tutun pentru promovarea altor produse este interzisa.

Art. 5. - Proprietarii sau managerii care administreaza spatiile publice în care este interzis fumatul au obligatia de a afisa la loc vizibil simboluri care interzic fumatul.

Art. 6. - (1) Fiecare pachet care contine produse din tutun, în momentul punerii pe piața a produsului, trebuie sa prezinte tiparit pe o parte a pachetului, în limba româna, continutul de gudron, de nicotina și monoxid de carbon din gazele masurate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, astfel încât sa se acopere cel puțin 10% din suprafata corespunzatoare.

(2) Fiecare pachet care contine produse din tutun, cu exceptia tutunului de uz oral sau a altor produse din tutun care nu se fumeaza, se inscriptioneaza, în limba româna, cu un avertisment general, precum și cu unul aditional, dupa cum urmeaza:

a) avertismentul general se tipareste alternativ, prin rotatie, la intervale egale de timp, folosindu-se unul dintre cele doua texte, precum: "Fumatul ucide/Fumatul poate ucide" și "Fumatul este nociv pentru sanatatea dumneavoastra și pentru cei din jurul dumneavoastra";

b) avertismentul general se tipareste pe cea mai vizibila suprafata a pachetului, precum și în oricare loc pe ambalajul exterior al pachetului, cu exceptia celui transparent, folosit în vânzarea cu amanuntul a produsului;

c) avertismentul general acopera cel puțin 30% din suprafata vizibila a pachetului;

d) avertismentul aditional se tipareste alternativ, prin rotatie, la intervale egale de timp, folosindu-se unul dintre textele prevazute în lista cuprinsa în anexa care face parte integranta din prezenta lege;

e) avertismentul aditional se tipareste pe cealalta suprafata vizibila a pachetului, precum și în oricare loc pe ambalajul exterior al pachetului, cu exceptia celui transparent, folosit în vânzarea cu amanuntul a produsului;

f) avertismentul aditional acopera cel puțin 40% din suprafata vizibila a pachetului pe care este tiparit;

g) Ministerul Sanatatii și Familiei va stabili, prin ordin al ministrului, reglementari referitoare la pozitionarea avertismentelor pe aceste suprafete, precum și la utilizarea imaginilor fotografice sau a desenelor care ilustreaza consecintele fumatului asupra sanatatii;

h) pentru pachetele cu produse din tutun, altele decât țigările, la care cea mai vizibilă suprafață depășește 75 cm<sup>2</sup>, avertismentele prevăzute de prezenta lege acoperă o arie de 22,5 cm<sup>2</sup> pe fiecare suprafață.

(3) Textul avertismentului general, al celui adițional, precum și conținutul de gudron, de nicotină și monoxid de carbon este:

- a) tipărit cu font negru îngrosat, tipul Helvetica, pe fond alb; dimensiunea fontului va ocupa cea mai mare proporție posibilă din aria tipărită;
- b) tipărit cu minuscule, cu excepția primei litere a mesajului;
- c) tipărit centrat, paralel cu imaginea de sus a pachetului;
- d) textul avertismentelor este încadrat cu un chenar negru, lat de minimum 3 mm și maximum 4 mm, care nu interferează cu textul avertismentului sau cu informația prezentată în limba română.

(4) Se interzice tipărirea textului avertismentelor pe timbru.

(5) Textul se tipărește astfel încât să nu poată fi mutat, sters sau ascuns, neclar ori întrerupt de alte texte sau desene ori în momentul deschiderii pachetului.

(6) Pentru a se asigura identificarea produsului, produsele din tutun vor fi marcate în mod corespunzător, la numerotarea lotului, pe pachetele cu produse din tutun, făcând posibilă determinarea locului și a momentului producerii acestora.

(7) Sunt interzise producția și importul destinate pieței interne, precum și punerea pe piață a oricărui produs care poartă inscripționat orice text sau imagine care sugerează că un produs din tutun este mai puțin dăunător decât altul.

Art. 7. - (1) Agenții economici care produc și importă pentru piața internă, precum și cei care comercializează produse din tutun iau măsurile necesare aplicării prevederilor art. 3 alin. (5), (8)-(10) și ale art. 6.

(2) Acțiunile de inspecție sanitară de stat vor cuprinde în mod obligatoriu și controlul respectării prevederilor prezentei legi.

Art. 8. - Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Sănătății și Familiei și Ministerul Tineretului și Sportului elaborează și pun în aplicare programe naționale de educație, inclusiv prin mass-media, privind prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun.

Art. 9. - Posturile de radio și de televiziune naționale pun la dispoziție Ministerului Educației și Cercetării, Ministerului Sănătății și Familiei și Ministerului Tineretului și Sportului un spațiu de emisie de minimum 30 de minute săptămânal, din care 50% la ore de maximă audiență, pentru difuzarea de materiale promotionale de prevenire și combatere a consumului produselor din tutun.

Art. 10. - Constituie contravenții, dacă nu au fost săvârșite în astfel de condiții încât, potrivit legii penale, să fie considerate infracțiuni, următoarele fapte:

- a) nerespectarea prevederilor art. 3 alin. (1) și se sancționează cu amendă contravențională de la 1.000.000 lei la 5.000.000 lei sau cu efectuarea a 20 de ore de muncă în folosul comunității, în cazul elevilor sau studenților contravenienți, în condițiile legii;
- b) nerespectarea prevederilor art. 3 alin. (5) și ale art. 4 alin. (2) și se sancționează cu amendă contravențională de la 25.000.000 lei la 50.000.000 lei;
- c) nerespectarea prevederilor art. 3 alin. (3), (4) și (6) și se sancționează cu amendă contravențională de la 10.000.000 lei la 50.000.000 lei;
- d) nerespectarea prevederilor art. 3 alin. (8), (9) și (10) și ale art. 6 și se sancționează cu amendă contravențională de la 25.000.000 lei la 40.000.000 lei.

Art. 11. - Sancțiunile prevăzute la art. 10 lit. b) și d) se aplică și persoanelor juridice.

Art. 12. - (1) Nerespectarea repetată a prevederilor art. 6 se sancționează cu retragerea de pe piață a produsului în cauză de către organismele competente.

(2) Nerespectarea repetată a prevederilor art. 3 alin. (3) și (4) și ale art. 5 se sancționează cu suspendarea temporară a activității de către organismele competente.

Art. 13. - (1) Constatarea contravențiilor și aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 7 se fac de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, precum și de către

directiile de sanatate publica regionale în transporturi, prin Inspectia Sanitara de Stat, și de catre reprezentanti ai Autoritatii Nationale pentru Protectia Consumatorilor.

(2) Împotriva procesului-verbal de constatare a contravenției se poate face contestatie în termen de 15 zile de la data comunicării acestuia.

(3) Contestatia, însoțita de copia de pe procesul-verbal de constatare a contravenției, se depune la judecătoria în a carei raza teritoriala a fost savârșita contravenția, spre solutionare, în termen de 15 zile de la data primirii.

Art. 14. - Prevederile prezentei legi se completeaza cu cele ale Ordonantei Guvernului nr. 2/2001 privind regimul general al contravențiilor, cu modificarile și completarile ulterioare.

Art. 15. - Prezenta lege intra în vigoare în termen de 6 luni de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, cu exceptia prevederilor art. 3 alin. (8) și (9) și ale art. 6, care intra în vigoare la data de 31 decembrie 2004.

Aceasta lege a fost adoptata de Senat în sedinta din 16 mai 2002, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constitutia României.

p. PRESEDINTELE SENATULUI,

ALEXANDRU ATHANASIU

Aceasta lege a fost adoptata de Camera Deputatilor în sedinta din 21 mai 2002, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constitutia României.

PRESEDINTELE CAMEREI DEPUTATILOR

VALER DORNEANU

**Bucuresti, 6 iunie 2002.**

**Nr. 349.**

**ANEXA**

**Lista cuprinzând avertismente de sanatate aditionale, conform art. 6 alin. (2) lit. d)**

1. Fumatorii mor mai tineri.
2. Fumatul blocheaza circulatia sângelui în artere, provoaca infarct miocardic și accident vascular cerebral.
3. Fumatul provoaca cancer pulmonar, care este letal.
4. Fumatul în timpul sarcinii dauneaza copilului dumneavoastra.
5. Protejati copiii: nu-i lasati sa respire fumul dumneavoastra!
6. Doctorul sau farmacistul dumneavoastra va poate ajuta sa va lasati de fumat.
7. Fumatul da dependenta, nu incepeti sa fumati!
8. Oprirea fumatului scade riscul de îmbolnaviri cardiace sau pulmonare fatale.
9. Fumatul poate provoca o moarte lenta și dureroasa.
10. Primiti ajutorul pentru renuntare la fumat: (... telefon/adresa postala/adresa de Internet/consultati doctorul dumneavoastra/farmacistul...).
11. Fumatul încetinesc circulatia sângelui și provoaca impotenta.
12. Fumatul provoaca îmbatrânirea tenului (pielii).
13. Fumatul poate dauna calitatii spermei și scade fertilitatea.
14. Fumul de tigara contine benzeni, nitrozamine, formaldehide și cianuri.

ORDONANȚA nr. 13 din 30 ianuarie 2003

privind modificarea și completarea Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun

În temeiul art. 107 din Constituție și al art. 1 pct. VI.3 din Legea nr. 680/2002 privind abilitarea Guvernului de a emite ordonanțe,

**Guvernul României** adoptă prezenta ordonanță.

**Art. I.** - Legea nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.435 din 21 iunie 2002, se modifică și se completează după cum urmează:

**1. Litera a) a articolului 2 va avea următorul cuprins:**

"a) produse din tutun se înțelege produsele destinate fumatului, prizatului, suptului sau mestecatului, fabricate total ori parțial din tutun, modificat genetic sau nu;"

**2. Litera e) a articolului 2 va avea următorul cuprins:**

"e) fumat se înțelege inhalarea voluntară a fumului rezultat în urma arderii tutunului conținut în țigarete, țigări de foi, cigarillos și pipe;"

**3. Litera i) a articolului 2 va avea următorul cuprins:**

"i) cigarillos se înțelege țigările de foi de dimensiuni mici;"

**4. După litera m) a articolului 2 se introduce o nouă literă, litera n), cu următorul cuprins:**

"n) spații închise de la locul de muncă se înțelege toate spațiile din imobilele construcții, precum halele industriale, spațiile de depozitare, sălile de ședință, sălile de consiliu, holurile, coridoarele, toaletele, lifturile, birourile și/sau camerele utilizate de două sau mai multe persoane."

**5. După alineatul (1) al articolului 3 se introduce un nou alineat, alineatul (1<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:**

"(1<sup>1</sup>) Se interzice complet fumatul în unitățile sanitare, de stat și private."

**6. Litera a) a alineatului (2) al articolului 3 va avea următorul cuprins:**

"a) să fie construite astfel încât să deservească fumatul și să nu permită pătrunderea aerului viciat în spațiile publice închise;"

**7. Litera b) a alineatului (2) al articolului 3 va avea următorul cuprins:**

"b) să fie ventilate, dotate cu scrumiere și extincatoare și să fie amenajate în conformitate cu prevederile legale în vigoare privind prevenirea și stingerea incendiilor;"

**8. După litera b) a alineatului (2) al articolului 3 se introduce o nouă literă, litera c), cu următorul cuprins:**

"c) să fie marcate, la loc vizibil, cu unul dintre următoarele indicatoare prin care să se indice: , , , <Încăpere în care este permis fumatul>, astfel încât orice persoană să poată fi avizată de faptul că numai în acel spațiu se poate fuma."

**9. După alineatul (2) al articolului 3 se introduce un nou alineat, alineatul (2<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:**

"(2<sup>1</sup>) Persoanele responsabile din instituțiile menționate conform art. 2 lit. m) și n) vor elabora și vor pune în aplicare regulamente interne prin care să delimiteze spațiile în incinta cărora este permis fumatul de cele în care este interzis fumatul, prin marcarea ultimelor cu indicatoare prin care să se indice: sau folosirea semnului internațional, respectiv țigareta barată de o linie transversală."

**10. Alineatul (3) al articolului 3 va avea următorul cuprins:**

"(3) Barurile, restaurantele, discotecile și alte spații publice cu destinație similară vor delimita și vor asigura ventilația spațiilor destinate fumătorilor, astfel încât aerul poluat să nu pătrundă în spațiul pentru nefumători."

**11. Alineatul (5) al articolului 3 va avea următorul cuprins:**

"(5) Se interzic vânzarea țigaretelor la bucată, precum și punerea pe piață a pachetelor de țigaretă care conțin mai puțin de 20 de bucăți."

**12. După alineatul (5) al articolului 3 se introduce un nou alineat, alineatul (5<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:**

"(5<sup>1</sup>) Pachetele de țigaretă care conțin mai puțin de 20 de bucăți mai pot fi puse pe piață până la data de 31 decembrie 2004."

**13. Alineatul (8) al articolului 3 va avea următorul cuprins:**

"(8) Sunt interzise producția și importul destinate pieței interne, precum și punerea pe piață a oricărui pachet de țigaretă care nu poartă inscripționat conținutul de gudron, de nicotină și monoxid de carbon din gazele măsurate."

**14. Alineatul (2) al articolului 4 va avea următorul cuprins:**

"(2) Folosirea unei embleme sau a denumirii unei mărci de tutun pentru promovarea ori comercializarea altor produse este interzisă."

**15. Alineatul (1) al articolului 6 va avea următorul cuprins:**

"Art. 6. - (1) Fiecare pachet care conține țigaretă, în momentul punerii pe piață a produsului, trebuie să prezinte tipărit pe o parte a pachetului, în limba română, conținutul de gudron, de nicotină și monoxid de carbon din gazele măsurate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, astfel încât să se acopere cel puțin 10% din suprafața corespunzătoare a pachetului."

**16. Litera a) a alineatului (2) al articolului 6 va avea următorul cuprins:**

"a) avertismentul general se tipărește astfel încât să se asigure alternanța, folosindu-se unul dintre cele două texte, precum: , și ;"

**17. Litera d) a alineatului (2) al articolului 6 va avea următorul cuprins:**

"d) avertismentul adițional se tipărește astfel încât să se asigure alternanța celor 14 texte prevăzute în lista cuprinsă în anexa care face parte integrantă din prezenta lege;"

**18. Litera g) a alineatului (2) al articolului 6 va avea următorul cuprins:**

"g) folosirea imaginilor fotografice sau a desenelor care ilustrează consecințele fumatului asupra sănătății va fi stabilită după definitivarea reglementărilor Comunității Europene în domeniu, prin ordin al ministrului sănătății și familiei;"

**19. Litera h) a alineatului (2) al articolului 6 va avea următorul cuprins:**

"h) pentru pachetele cu produse din tutun, altele decât țigaretetele, la care cea mai vizibilă suprafață depășește 75 cm<sup>2</sup>, avertismentele prevăzute de prezenta lege acoperă o arie de 22,5 cm<sup>2</sup> pe fiecare suprafață;"

**20. Litera c) a alineatului (3) al articolului 6 va avea următorul cuprins:**

"c) tipărit central, paralel cu marginea pachetului;"

**21. Litera a) a articolului 10 va avea următorul cuprins:**

"a) nerespectarea prevederilor art. 3 alin. (1) și (11) se sancționează cu amendă contravențională de la 1.000.000 lei la 5.000.000 lei sau cu efectuarea a 20 de ore de muncă în folosul comunității, în cazul elevilor sau studenților contravenienți, în condițiile legii;"

**22. Alineatul (1) al articolului 12 va avea următorul cuprins:**

"Art. 12. - (1) Nerespectarea repetată a prevederilor art. 6 se sancționează cu retragerea de pe piață a produsului în cauză, în vederea distrugerii conform legii, de către organismele competente."

**23. Alineatul (1) al articolului 13 va avea următorul cuprins:**

"Art. 13. - (1) Constatarea contravențiilor și aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 10 se fac de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, precum și de către direcțiile de sănătate publică regionale în transporturi, prin Inspekția Sanitară de Stat, și de către reprezentanții ai Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor."

**24. După alineatul (1) al articolului 13 se introduce un nou alineat, alineatul (1<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:**

"(1<sup>1</sup>) Contravenientul poate achita, pe loc sau în termen de cel mult 48 de ore de la data încheierii procesului-verbal ori, după caz, de la data comunicării acestuia, jumătate din minimul amenzii prevăzute la art. 10, agentul constatator făcând mențiune despre această posibilitate în procesul-verbal."

**25. Punctul 10 al anexei va avea următorul cuprins:**

"10. Pentru a renunța la fumat, consultați doctorul/farmacistul dumneavoastră."

**26. Punctul 14 al anexei va avea următorul cuprins:**

"14. Fumul de țigară conține benzen, nitrozamine, formaldehidă și cianuri."

**Art. II.** - Legea nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.435 din 21 iunie 2002, cu modificările și completările aduse prin prezenta ordonanță, se va republica în Monitorul Oficial al României, Partea I, după aprobarea acesteia prin lege, dându-se textelor o nouă numerotare.

PRIM-MINISTRU  
**ADRIAN NĂSTASE**

Contrasemnează:

Ministrul sănătății și familiei,  
Daniela Bartoș

Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor  
Rovana Plumb,  
secretar de stat  
p. Ministrul finanțelor publice,  
Gheorghe Gherghina,  
secretar de stat  
București, 30 ianuarie 2003.  
Nr. 13

**ANEXA 3 Convenția Cadru a Organizației Mondiale a Sănătății pentru Controlul Tutunului**

World Health Assembly Resolution 56.1

Preamble

Part I: Introduction

Article 1: Use of Terms

Article 2: Relationship between this Convention and other agreements and legal instruments

Part II: Objective, guiding principles, and general obligations

Article 3: Objective

Article 4: Guiding principles

Article 5: General obligations

Part III: Measures relating to the reduction of demand for tobacco

Article 6: Price and tax measures to reduce the demand for tobacco

Article 7: Non-price measures to reduce the demand for tobacco

Article 8: Protection from exposure to tobacco smoke  
Article 9: Regulation of the contents of tobacco products  
Article 10: Regulation of tobacco product disclosures  
Article 11: Packaging and labelling of tobacco products  
Article 12: Education, communication, training and public awareness  
Article 13: Tobacco advertising, promotion and sponsorship  
Article 14: Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation

Part IV: Measures relating to the reduction of the supply of tobacco

Article 15: Illicit trade in tobacco products  
Article 16: Sales to and by minors  
Article 17: Provision of support for economically viable alternative activities

Part V: Protection of the environment

Article 18: Protection of the environment and the health of persons

Part VI: Questions related to liability

Article 19: Liability

Part VII: Scientific and technical cooperation and communication of information

Article 20: Research, surveillance and exchange of information  
Article 21: Reporting and exchange of information  
Article 22: Cooperation in the scientific, technical, and legal fields and provision of related expertise

Part VIII: Institutional arrangements and financial resources

Article 23: Conference of the Parties  
Article 24: Secretariat  
Article 25: Relations between the Conference of the Parties and intergovernmental organizations  
Article 26: Financial resources

Part IX: Settlement of disputes

Article 27: Settlement of disputes

Part X: Development of the convention

Article 28: Amendments to this Convention  
Article 29: Adoption and amendment of annexes to this Convention

Part XI: Final provisions

Article 30: Reservations  
Article 31: Withdrawal  
Article 32: Right to vote  
Article 33: Protocols  
Article 34: Signature  
Article 35: Ratification, acceptance, approval, formal confirmation or accession  
Article 36: Entry into force  
Article 37: Depositary  
Article 38: Authentic texts



## WHO Framework Convention on Tobacco Control

### *Preamble*

The Parties to this Convention,

*Determined* to give priority to their right to protect public health,

*Recognizing* that the spread of the tobacco epidemic is a global problem with serious consequences for public health that calls for the widest possible international cooperation and the participation of all countries in an effective, appropriate and comprehensive international response,

*Reflecting* the concern of the international community about the devastating worldwide health, social, economic and environmental consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke,

*Seriously concerned* about the increase in the worldwide consumption and production of cigarettes and other tobacco products, particularly in developing countries, as well as about the burden this places on families, on the poor, and on national health systems,

*Recognizing* that scientific evidence has unequivocally established that tobacco consumption and exposure to tobacco smoke cause death, disease and disability, and that there is a time lag between the exposure to smoking and the other uses of tobacco products and the onset of tobacco-related diseases,

*Recognizing also* that cigarettes and some other products containing tobacco are highly engineered so as to create and maintain dependence, and that many of the compounds they contain and the smoke they produce are pharmacologically active, toxic, mutagenic and carcinogenic, and that tobacco dependence is separately classified as a disorder in major international classifications of diseases,

*Acknowledging* that there is clear scientific evidence that prenatal exposure to tobacco smoke causes adverse health and developmental conditions for children,

*Deeply concerned* about the escalation in smoking and other forms of tobacco consumption by children and adolescents worldwide, particularly smoking at increasingly early ages,

*Alarmed* by the increase in smoking and other forms of tobacco consumption by women and young girls worldwide and keeping in mind the need for full participation of women at all levels of policy-making and implementation and the need for gender-specific tobacco control strategies,

*Deeply concerned* about the high levels of smoking and other forms of tobacco consumption by indigenous peoples,

*Seriously concerned* about the impact of all forms of advertising, promotion and sponsorship aimed at encouraging the use of tobacco products,

*Recognizing* that cooperative action is necessary to eliminate all forms of illicit trade in cigarettes and other tobacco products, including smuggling, illicit manufacturing and counterfeiting,

*Acknowledging* that tobacco control at all levels and particularly in developing countries and in countries with economies in transition requires sufficient financial and technical resources commensurate with the current and projected need for tobacco control activities,

*Recognizing* the need to develop appropriate mechanisms to address the long-term social and economic implications of successful tobacco demand reduction strategies,

*Mindful* of the social and economic difficulties that tobacco control programmes may engender in the medium and long term in some developing countries and countries with economies in transition, and recognizing their need for technical and financial assistance in the context of nationally developed strategies for sustainable development,

*Conscious* of the valuable work being conducted by many States on tobacco control and commending the leadership of the World Health Organization as well as the efforts of other

organizations and bodies of the United Nations system and other international and regional intergovernmental organizations in developing measures on tobacco control,

*Emphasizing* the special contribution of nongovernmental organizations and other members of civil society not affiliated with the tobacco industry, including health professional bodies, women's, youth, environmental and consumer groups, and academic and health care institutions, to tobacco control efforts nationally and internationally and the vital importance of their participation in national and international tobacco control efforts,

*Recognizing* the need to be alert to any efforts by the tobacco industry to undermine or subvert tobacco control efforts and the need to be informed of activities of the tobacco industry that have a negative impact on tobacco control efforts,

*Recalling* Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted by the United Nations General Assembly on 16 December 1966, which states that it is the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health,

*Recalling also* the preamble to the Constitution of the World Health Organization, which states that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition,

*Determined* to promote measures of tobacco control based on current and relevant scientific, technical and economic considerations,

*Recalling* that the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, adopted by the United Nations General Assembly on 18 December 1979, provides that States Parties to that Convention shall take appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care,

*Recalling further* that the Convention on the Rights of the Child, adopted by the United Nations General Assembly on 20 November 1989, provides that States Parties to that Convention recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health,

*Have agreed*, as follows:

## PART I: INTRODUCTION

### *Article 1*

#### *Use of terms*

For the purposes of this Convention:

- a. "illicit trade" means any practice or conduct prohibited by law and which relates to production, shipment, receipt, possession, distribution, sale or purchase including any practice or conduct intended to facilitate such activity;
- b. "regional economic integration organization" means an organization that is composed of several sovereign states, and to which its Member States have transferred competence over a range of matters, including the authority to make decisions binding on its Member States in respect of those matters<sup>7</sup>;
- c. "tobacco advertising and promotion" means any form of commercial communication, recommendation or action with the aim, effect or likely effect of promoting a tobacco product or tobacco use either directly or indirectly;

---

<sup>1</sup> Where appropriate, national will refer equally to regional economic integration organizations

- d. "tobacco control" means a range of supply, demand and harm reduction strategies that aim to improve the health of a population by eliminating or reducing their consumption of tobacco products and exposure to tobacco smoke;
- e. "tobacco industry" means tobacco manufacturers, wholesale distributors and importers of tobacco products;
- f. "tobacco products" means products entirely or partly made of the leaf tobacco as raw material which are manufactured to be used for smoking, sucking, chewing or snuffing;
- g. "tobacco sponsorship" means any form of contribution to any event, activity or individual with the aim, effect or likely effect of promoting a tobacco product or tobacco use either directly or indirectly;

## **Article 2**

### *Relationship between this Convention and other agreements and legal instruments*

1. In order to better protect human health, Parties are encouraged to implement measures beyond those required by this Convention and its protocols, and nothing in these instruments shall prevent a Party from imposing stricter requirements that are consistent with their provisions and are in accordance with international law.
2. The provisions of the Convention and its protocols shall in no way affect the right of Parties to enter into bilateral or multilateral agreements, including regional or subregional agreements, on issues relevant or additional to the Convention and its protocols, provided that such agreements are compatible with their obligations under the Convention and its protocols. The Parties concerned shall communicate such agreements to the Conference of the Parties through the Secretariat.

## PART II: OBJECTIVE, GUIDING PRINCIPLES AND GENERAL OBLIGATIONS

## **Article 3**

### *Objective*

The objective of this Convention and its protocols is to protect present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke by providing a framework for tobacco control measures to be implemented by the Parties at the national, regional and international levels in order to reduce continually and substantially the prevalence of tobacco use and exposure to tobacco smoke.

## **Article 4**

### *Guiding principles*

To achieve the objective of this Convention and its protocols and to implement its provisions, the Parties shall be guided, inter alia, by the principles set out below:

1. Every person should be informed of the health consequences, addictive nature and mortal threat posed by tobacco consumption and exposure to tobacco smoke and effective legislative, executive, administrative or other measures should be contemplated at the appropriate governmental level to protect all persons from exposure to tobacco smoke.

<sup>1</sup> There has been considerable discussion throughout the pre-negotiation and negotiation process concerning the adoption of an early protocol on illicit trade in tobacco products. The negotiation of such a protocol could be initiated by the INB immediately following the adoption of the FCTC, or at a later stage by the Conference of the Parties

2. Strong political commitment is necessary to develop and support, at the national, regional and international levels, comprehensive multisectoral measures and coordinated responses, taking into consideration:
  - a. the need to take measures to protect all persons from exposure to tobacco smoke;
  - b. the need to take measures to prevent the initiation, to promote and support cessation, and to decrease the consumption of tobacco products in any form;
  - c. the need to take measures to promote the participation of indigenous individuals and communities in the development, implementation and evaluation of tobacco control programmes that are socially and culturally appropriate to their needs and perspectives; and
  - d. the need to take measures to address gender-specific risks when developing tobacco control strategies.
3. International cooperation, particularly transfer of technology, knowledge and financial assistance and provision of related expertise, to establish and implement effective tobacco control programmes, taking into consideration local culture, as well as social, economic, political and legal factors, is an important part of the Convention.
4. Comprehensive multisectoral measures and responses to reduce consumption of all tobacco products at the national, regional and international levels are essential so as to prevent, in accordance with public health principles, the incidence of diseases, premature disability and mortality due to tobacco consumption and exposure to tobacco smoke.
5. Issues relating to liability, as determined by each Party within its jurisdiction, are an important part of comprehensive tobacco control.
6. The importance of technical and financial assistance to aid the economic transition of tobacco growers and workers whose livelihoods are seriously affected as a consequence of tobacco control programmes in developing country Parties, as well as Parties with economies in transition, should be recognized and addressed in the context of nationally developed strategies for sustainable development.
7. The participation of civil society is essential in achieving the objective of the Convention and its protocols.

### ***Article 5***

#### *General Obligations*

1. Each Party shall develop, implement, periodically update and review comprehensive multisectoral national tobacco control strategies, plans and programmes in accordance with this Convention and the protocols to which it is a Party.
2. Towards this end, each Party shall, in accordance with its capabilities:
  - a. establish or reinforce and finance a national coordinating mechanism or focal points for tobacco control; and
  - b. adopt and implement effective legislative, executive, administrative and/or other measures and cooperate, as appropriate, with other Parties in developing appropriate policies for preventing and reducing tobacco consumption, nicotine addiction and exposure to tobacco smoke.

3. In setting and implementing their public health policies with respect to tobacco control, Parties shall act to protect these policies from commercial and other vested interests of the tobacco industry in accordance with national law.
4. The Parties shall cooperate in the formulation of proposed measures, procedures and guidelines for the implementation of the Convention and the protocols to which they are Parties.
5. The Parties shall cooperate, as appropriate, with competent international and regional intergovernmental organizations and other bodies to achieve the objectives of the Convention and the protocols to which they are Parties.
6. The Parties shall, within means and resources at their disposal, cooperate to raise financial resources for effective implementation of the Convention through bilateral and multilateral funding mechanisms.

### PART III: MEASURES RELATING TO THE REDUCTION OF DEMAND FOR TOBACCO

#### **Article 6**

##### *Price and tax measures to reduce the demand for tobacco*

1. The Parties recognize that price and tax measures are an effective and important means of reducing tobacco consumption by various segments of the population, in particular young persons.
2. Without prejudice to the sovereign right of the Parties to determine and establish their taxation policies, each Party should take account of its national health objectives concerning tobacco control and adopt or maintain, as appropriate, measures which may include:
  - a. implementing tax policies and, where appropriate, price policies, on tobacco products so as to contribute to the health objectives aimed at reducing tobacco consumption; and
  - b. prohibiting or restricting, as appropriate, sales to and/or importations by international travellers of tax- and duty-free tobacco products.
3. The Parties shall provide rates of taxation for tobacco products and trends in tobacco consumption in their periodic reports to the Conference of the Parties, in accordance with Article 21.

#### **Article 7**

##### *Non-price measures to reduce the demand for tobacco*

The Parties recognize that comprehensive non-price measures are an effective and important means of reducing tobacco consumption. Each Party shall adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures necessary to implement its obligations pursuant to Articles 8 to 13 and shall cooperate, as appropriate, with each other directly or through competent international bodies with a view to their implementation. The Conference of the Parties shall propose appropriate guidelines for the implementation of the provisions of these Articles.

#### **Article 8**

##### *Protection from exposure to tobacco smoke*

1. Parties recognize that scientific evidence has unequivocally established that exposure to tobacco smoke causes death, disease and disability.

2. Each Party shall adopt and implement in areas of existing national jurisdiction as determined by national law and actively promote at other jurisdictional levels the adoption and implementation of effective legislative, executive, administrative and/or other measures, providing for protection from exposure to tobacco smoke in indoor workplaces, public transport, indoor public places and, as appropriate, other public places.

### **Article 9**

#### *Protection from exposure to tobacco smoke*

The Conference of the Parties, in consultation with competent international bodies, shall propose guidelines for testing and measuring the contents and emissions of tobacco products, and for the regulation of these contents and emissions. Each Party shall, where approved by competent national authorities, adopt and implement effective legislative, executive and administrative or other measures for such testing and measuring, and for such regulation.

### **Article 10**

#### *Regulation of tobacco product disclosures*

Each Party shall, in accordance with its national law, adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures requiring manufacturers and importers of tobacco products to disclose to governmental authorities information about the contents and emissions of tobacco products. Each Party shall further adopt and implement effective measures for public disclosure of information about the toxic constituents of the tobacco products and the emissions that they may produce.

### **Article 11**

#### *Packaging and labelling of tobacco products*

1. Each Party shall, within a period of three years after entry into force of this Convention for that Party, adopt and implement, in accordance with its national law, effective measures to ensure that:
  - a. tobacco product packaging and labelling do not promote a tobacco product by any means that are false, misleading, deceptive or likely to create an erroneous impression about its characteristics, health effects, hazards or emissions, including any term, descriptor, trademark, figurative or any other sign that directly or indirectly creates the false impression that a particular tobacco product is less harmful than other tobacco products. These may include terms such as "low tar", "light", "ultra-light", or "mild"; and
  - b. each unit packet and package of tobacco products and any outside packaging and labelling of such products also carry health warnings describing the harmful effects of tobacco use, and may include other appropriate messages. These warnings and messages:
    - i. shall be approved by the competent national authority,
    - ii. shall be rotating,
    - iii. shall be large, clear, visible and legible,
    - iv. should be 50% or more of the principal display areas but shall be no less than 30% of the principal display areas,
    - v. may be in the form of or include pictures or pictograms.

2. Each unit packet and package of tobacco products and any outside packaging and labelling of such products shall, in addition to the warnings specified in paragraph 1(b) of this Article, contain information on relevant constituents and emissions of tobacco products as defined by national authorities.
3. Each Party shall require that the warnings and other textual information specified in paragraphs 1(b) and paragraph 2 of this Article will appear on each unit packet and package of tobacco products and any outside packaging and labelling of such products in its principal language or languages.
4. For the purposes of this Article, the term "outside packaging and labelling" in relation to tobacco products applies to any packaging and labelling used in the retail sale of the product.

### **Article 12**

#### *Education, communication, training and public awareness*

Each Party shall promote and strengthen public awareness of tobacco control issues, using all available communication tools, as appropriate. Towards this end, each Party shall adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures to promote:

- a. broad access to effective and comprehensive educational and public awareness programmes on the health risks including the addictive characteristics of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke;
- b. public awareness about the health risks of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke, and about the benefits of the cessation of tobacco use and tobacco-free lifestyles as specified in Article 14.2;
- c. public access, in accordance with national law, to a wide range of information on the tobacco industry as relevant to the objective of this Convention;
- d. effective and appropriate training or sensitization and awareness programmes on tobacco control addressed to persons such as health workers, community workers, social workers, media professionals, educators, decision-makers, administrators and other concerned persons;
- e. awareness and participation of public and private agencies and nongovernmental organizations not affiliated with the tobacco industry in developing and implementing intersectoral programmes and strategies for tobacco control; and
- f. public awareness of and access to information regarding the adverse health, economic, and environmental consequences of tobacco production and consumption.

### **Article 13**

#### *Tobacco advertising, promotion and sponsorship*

1. Parties recognize that a comprehensive ban on advertising, promotion and sponsorship would reduce the consumption of tobacco products.
2. Each Party shall, in accordance with its constitution or constitutional principles, undertake a comprehensive ban of all tobacco advertising, promotion and sponsorship. This shall include, subject to the legal environment and technical means available to that Party, a comprehensive ban on crossborder advertising, promotion and sponsorship originating from its territory. In this respect, within the period of five years after entry into force of this

Convention for that Party, each Party shall undertake appropriate legislative, executive, administrative and/or other measures and report accordingly in conformity with Article 21.

3. A Party that is not in a position to undertake a comprehensive ban due to its constitution or constitutional principles shall apply restrictions on all tobacco advertising, promotion and sponsorship. This shall include, subject to the legal environment and technical means available to that Party, restrictions or a comprehensive ban on advertising, promotion and sponsorship originating from its territory with cross-border effects. In this respect, each Party shall undertake appropriate legislative, executive, administrative and/or other measures and report accordingly in conformity with Article 21.
4. As a minimum, and in accordance with its constitution or constitutional principles, each Party shall:
  - a. prohibit all forms of tobacco advertising, promotion and sponsorship that promote a tobacco product by any means that are false, misleading or deceptive or likely to create an erroneous impression about its characteristics, health effects, hazards or emissions;
  - b. require that health or other appropriate warnings or messages accompany all tobacco advertising and, as appropriate, promotion and sponsorship;
  - c. restrict the use of direct or indirect incentives that encourage the purchase of tobacco products by the public;
  - d. require, if it does not have a comprehensive ban, the disclosure to relevant governmental authorities of expenditures by the tobacco industry on advertising, promotion and sponsorship not yet prohibited. Those authorities may decide to make those figures available, subject to national law, to the public and to the Conference of the Parties, pursuant to Article 21;
  - e. undertake a comprehensive ban or, in the case of a Party that is not in a position to undertake a comprehensive ban due to its constitution or constitutional principles, restrict tobacco advertising, promotion and sponsorship on radio, television, print media and, as appropriate, other media, such as the internet, within a period of five years; and
  - f. prohibit, or in the case of a Party that is not in a position to prohibit due to its constitution or constitutional principles restrict, tobacco sponsorship of international events, activities and/or participants therein.
5. Parties are encouraged to implement measures beyond the obligations set out in paragraph 4.
6. Parties shall cooperate in the development of technologies and other means necessary to facilitate the elimination of cross-border advertising.



7. Parties which have a ban on certain forms of tobacco advertising, promotion and sponsorship have the sovereign right to ban those forms of cross-border tobacco advertising, promotion and sponsorship entering their territory and to impose equal penalties as those applicable to domestic advertising, promotion and sponsorship originating from their territory in accordance with their national law. This paragraph does not endorse or approve of any particular penalty.
8. Parties shall consider the elaboration of a protocol setting out appropriate measures that require international collaboration for a comprehensive ban on cross-border advertising, promotion and sponsorship.

#### **Article 14**

##### *Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation*

1. Each Party shall develop and disseminate appropriate, comprehensive and integrated guidelines based on scientific evidence and best practices, taking into account national circumstances and priorities, and shall take effective measures to promote cessation of tobacco use and adequate treatment for tobacco dependence.
2. Towards this end, each Party shall endeavour to:
  - a. design and implement effective programmes aimed at promoting the cessation of tobacco use, in such locations as educational institutions, health care facilities, workplaces and sporting environments;
  - b. include diagnosis and treatment of tobacco dependence and counselling services on cessation of tobacco use in national health and education programmes, plans and strategies, with the participation of health workers, community workers and social workers as appropriate;
  - c. establish in health care facilities and rehabilitation centres programmes for diagnosing, counselling, preventing and treating tobacco dependence; and
  - d. collaborate with other Parties to facilitate accessibility and affordability for treatment of tobacco dependence including pharmaceutical products pursuant to Article 22. Such products and their constituents may include medicines, products used to administer medicines and diagnostics when appropriate.

#### PART IV: MEASURES RELATING TO THE REDUCTION OF THE SUPPLY OF TOBACCO

#### **Article 15**<sup>8</sup>

##### *Illicit trade in tobacco products*

1. The Parties recognize that the elimination of all forms of illicit trade in tobacco products, including smuggling, illicit manufacturing and counterfeiting, and the development and implementation of related national law, in addition to subregional, regional and global agreements, are essential components of tobacco control.

---

<sup>1</sup> There has been considerable discussion throughout the pre-negotiation and negotiation process concerning the adoption of an early protocol on illicit trade in tobacco products. The negotiation of such a protocol could be initiated by the INB immediately following the adoption of the FCTC, or at a later stage by the Conference of the Parties

2. Each Party shall adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures to ensure that all unit packets and packages of tobacco products and any outside packaging of such products are marked to assist Parties in determining the origin of tobacco products, and in accordance with national law and relevant bilateral or multilateral agreements, assist Parties in determining the point of diversion and monitor, document and control the movement of tobacco products and their legal status. In addition, each Party shall:
  - a. require that unit packets and packages of tobacco products for retail and wholesale use that are sold on its domestic market carry the statement: "Sales only allowed in (insert name of the country, subnational, regional or federal unit)" or carry any other effective marking indicating the final destination or which would assist authorities in determining whether the product is legally for sale on the domestic market; and
  - b. consider, as appropriate, developing a practical tracking and tracing regime that would further secure the distribution system and assist in the investigation of illicit trade.
3. Each Party shall require that the packaging information or marking specified in paragraph 2 of this Article shall be presented in legible form and/or appear in its principal language or languages.
4. With a view to eliminating illicit trade in tobacco products, each Party shall:
  - a. monitor and collect data on cross-border trade in tobacco products, including illicit trade, and exchange information among customs, tax and other authorities, as appropriate, and in accordance with national law and relevant applicable bilateral or multilateral agreements;
  - b. enact or strengthen legislation, with appropriate penalties and remedies, against illicit trade in tobacco products, including counterfeit and contraband cigarettes;
  - c. take appropriate steps to ensure that all confiscated manufacturing equipment, counterfeit and contraband cigarettes and other tobacco products are destroyed, using environmentally friendly methods where feasible, or disposed of in accordance with national law;
  - d. adopt and implement measures to monitor, document and control the storage and distribution of tobacco products held or moving under suspension of taxes or duties within its jurisdiction; and
  - e. adopt measures as appropriate to enable the confiscation of proceeds derived from the illicit trade in tobacco products.
5. Information collected pursuant to subparagraphs 4(a) and 4(d) of this Article shall, as appropriate, be provided in aggregate form by the Parties in their periodic reports to the Conference of the Parties, in accordance with Article 21.
6. The Parties shall, as appropriate and in accordance with national law, promote cooperation between national agencies, as well as relevant regional and international intergovernmental organizations as it relates to investigations, prosecutions and proceedings, with a view to eliminating illicit trade in tobacco products. Special emphasis shall be placed on cooperation at regional and subregional levels to combat illicit trade of tobacco products.

7. Each Party shall endeavour to adopt and implement further measures including licensing, where appropriate, to control or regulate the production and distribution of tobacco products in order to prevent illicit trade.

### **Article 16**

#### *Sales to and by minors*

1. Each Party shall adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures at the appropriate government level to prohibit the sales of tobacco products to persons under the age set by domestic law, national law or eighteen. These measures may include:
  - a. requiring that all sellers of tobacco products place a clear and prominent indicator inside their point of sale about the prohibition of tobacco sales to minors and, in case of doubt, request that each tobacco purchaser provide appropriate evidence of having reached full legal age;
  - b. banning the sale of tobacco products in any manner by which they are directly accessible, such as store shelves;
  - c. prohibiting the manufacture and sale of sweets, snacks, toys or any other objects in the form of tobacco products which appeal to minors; and
  - d. ensuring that tobacco vending machines under its jurisdiction are not accessible to minors and do not promote the sale of tobacco products to minors.
2. Each Party shall prohibit or promote the prohibition of the distribution of free tobacco products to the public and especially minors.
3. Each Party shall endeavour to prohibit the sale of cigarettes individually or in small packets which increase the affordability of such products to minors.
4. The Parties recognize that in order to increase their effectiveness, measures to prevent tobacco product sales to minors should, where appropriate, be implemented in conjunction with other provisions contained in this Convention.
5. When signing, ratifying, accepting, approving or acceding to the Convention or at any time thereafter, a Party may, by means of a binding written declaration, indicate its commitment to prohibit the introduction of tobacco vending machines within its jurisdiction or, as appropriate, to a total ban on tobacco vending machines. The declaration made pursuant to this Article shall be circulated by the Depository to all Parties to the Convention.
6. Each Party shall adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures, including penalties against sellers and distributors, in order to ensure compliance with the obligations contained in paragraphs 1-5 of this Article.
7. Each Party should, as appropriate, adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures to prohibit the sales of tobacco products by persons under the age set by domestic law, national law or eighteen.

### **Article 17**

#### *Provision of support for economically viable alternative activities*

Parties shall, in cooperation with each other and with competent international and regional intergovernmental organizations, promote, as appropriate, economically viable alternatives for tobacco workers, growers and, as the case may be, individual sellers.

## PART V: PROTECTION OF THE ENVIRONMENT

### **Article 18**

#### *Protection of the environment and the health of persons*

In carrying out their obligations under this Convention, the Parties agree to have due regard to the protection of the environment and the health of persons in relation to the environment in respect of tobacco cultivation and manufacture within their respective territories.

## PART VI: QUESTIONS RELATED TO LIABILITY

### **Article 19**

#### *Liability*

1. For the purpose of tobacco control, the Parties shall consider taking legislative action or promoting their existing laws, where necessary, to deal with criminal and civil liability, including compensation where appropriate.
2. Parties shall cooperate with each other in exchanging information through the Conference of the Parties in accordance with Article 21 including:
  - a. information on the health effects of the consumption of tobacco products and exposure to tobacco smoke in accordance with Article 20.3(a); and
  - b. information on legislation and regulations in force as well as pertinent jurisprudence.
3. The Parties shall, as appropriate and mutually agreed, within the limits of national legislation, policies, legal practices and applicable existing treaty arrangements, afford one another assistance in legal proceedings relating to civil and criminal liability consistent with this Convention.
4. The Convention shall in no way affect or limit any rights of access of the Parties to each other's courts where such rights exist.
5. The Conference of the Parties may consider, if possible, at an early stage, taking account of the work being done in relevant international fora, issues related to liability including appropriate international approaches to these issues and appropriate means to support, upon request, the Parties in their legislative and other activities in accordance with this Article.

## PART VII: SCIENTIFIC AND TECHNICAL COOPERATION AND COMMUNICATION OF INFORMATION

### **Article 20**

#### *Research, surveillance and exchange of information*

1. The Parties undertake to develop and promote national research and to coordinate research programmes at the regional and international levels in the field of tobacco control. Towards this end, each Party shall:
  - a. initiate and cooperate in, directly or through competent international and regional intergovernmental organizations and other bodies, the conduct of research and scientific assessments, and in so doing promote and encourage research that addresses the determinants and consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke as well as research for identification of alternative crops; and

- b. promote and strengthen, with the support of competent international and regional intergovernmental organizations and other bodies, training and support for all those engaged in tobacco control activities, including research, implementation and evaluation.
2. The Parties shall establish, as appropriate, programmes for national, regional and global surveillance of the magnitude, patterns, determinants and consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke. Towards this end, the Parties should integrate tobacco surveillance programmes into national, regional and global health surveillance programmes so that data are comparable and can be analysed at the regional and international levels, as appropriate.
3. Parties recognize the importance of financial and technical assistance from international and regional intergovernmental organizations and other bodies. Each Party shall endeavour to:
  - a. establish progressively a national system for the epidemiological surveillance of tobacco consumption and related social, economic and health indicators;
  - b. cooperate with competent international and regional intergovernmental organizations and other bodies, including governmental and nongovernmental agencies, in regional and global tobacco surveillance and exchange of information on the indicators specified in paragraph 3(a) of this Article; and
  - c. cooperate with the World Health Organization in the development of general guidelines or procedures for defining the collection, analysis and dissemination of tobacco-related surveillance data.
4. The Parties shall, subject to national law, promote and facilitate the exchange of publicly available scientific, technical, socioeconomic, commercial and legal information, as well as information regarding practices of the tobacco industry and the cultivation of tobacco, which is relevant to this Convention, and in so doing shall take into account and address the special needs of developing country Parties and Parties with economies in transition. Each Party shall endeavour to:
  - a. progressively establish and maintain an updated database of laws and regulations on tobacco control and, as appropriate, information about their enforcement, as well as pertinent jurisprudence, and cooperate in the development of programmes for regional and global tobacco control;
  - b. progressively establish and maintain updated data from national surveillance programmes in accordance with paragraph 3(a) of this Article; and
  - c. cooperate with competent international organizations to progressively establish and maintain a global system to regularly collect and disseminate information on tobacco production, manufacture and the activities of the tobacco industry which have an impact on the Convention or national tobacco control activities.
5. Parties should cooperate in regional and international intergovernmental organizations and financial and development institutions of which they are members, to promote and encourage provision of technical and financial resources to the Secretariat to assist developing country Parties and Parties with economies in transition to meet their commitments on research, surveillance and exchange of information.

## **Article 21**

### *Reporting and exchange of information*

1. Each Party shall submit to the Conference of the Parties, through the Secretariat, periodic reports on its implementation of this Convention, which should include the following:
  - a. information on legislative, executive, administrative or other measures taken to implement the Convention;
  - b. information, as appropriate, on any constraints or barriers encountered in its implementation of the Convention, and on the measures taken to overcome these barriers;
  - c. information, as appropriate, on financial and technical assistance provided or received for tobacco control activities;
  - d. information on surveillance and research as specified in Article 20; and
  - e. information specified in Articles 6.3, 13.2, 13.3, 13.4(d), 15.5 and 19.2.
2. The frequency and format of such reports by all Parties shall be determined by the Conference of the Parties. Each Party shall make its initial report within two years of the entry into force of the Convention for that Party.
3. The Conference of the Parties, pursuant to Articles 22 and 26, shall consider arrangements to assist developing country Parties and Parties with economies in transition, at their request, in meeting their obligations under this Article.
4. The reporting and exchange of information under the Convention shall be subject to national law regarding confidentiality and privacy. The Parties shall protect, as mutually agreed, any confidential information that is exchanged.

#### **Article 22**

##### *Cooperation in the scientific, technical, and legal fields and provision of related expertise*

1. The Parties shall cooperate directly or through competent international bodies to strengthen their capacity to fulfill the obligations arising from this Convention, taking into account the needs of developing country Parties and Parties with economies in transition. Such cooperation shall promote the transfer of technical, scientific and legal expertise and technology, as mutually agreed, to establish and strengthen national tobacco control strategies, plans and programmes aiming at, inter alia:
  - a. facilitation of the development, transfer and acquisition of technology, knowledge, skills, capacity and expertise related to tobacco control;
  - b. provision of technical, scientific, legal and other expertise to establish and strengthen national tobacco control strategies, plans and programmes, aiming at implementation of the Convention through, inter alia:
    - i. assisting, upon request, in the development of a strong legislative foundation as well as technical programmes, including those on prevention of initiation, promotion of cessation and protection from exposure to tobacco smoke;
    - ii. assisting, as appropriate, tobacco workers in the development of appropriate economically and legally viable alternative livelihoods in an economically viable manner; and
    - iii. assisting, as appropriate, tobacco growers in shifting agricultural production to alternative crops in an economically viable manner;

- c. support for appropriate training or sensitization programmes for appropriate personnel in accordance with Article 12;
  - d. provision, as appropriate, of the necessary material, equipment and supplies, as well as logistical support, for tobacco control strategies, plans and programmes;
  - e. identification of methods for tobacco control, including comprehensive treatment of nicotine addiction; and
  - f. promotion, as appropriate, of research to increase the affordability of comprehensive treatment of nicotine addiction.
2. The Conference of the Parties shall promote and facilitate transfer of technical, scientific and legal expertise and technology with the financial support secured in accordance with Article 26.

## PART VIII: INSTITUTIONAL ARRANGEMENTS AND FINANCIAL RESOURCES

### *Article 23*

#### *Conference of the Parties*

1. A Conference of the Parties is hereby established. The first session of the Conference shall be convened by the World Health Organization not later than one year after the entry into force of this Convention. The Conference will determine the venue and timing of subsequent regular sessions at its first session.
2. Extraordinary sessions of the Conference of the Parties shall be held at such other times as may be deemed necessary by the Conference, or at the written request of any Party, provided that, within six months of the request being communicated to them by the Secretariat of the Convention, it is supported by at least one-third of the Parties.
3. The Conference of the Parties shall adopt by consensus its Rules of Procedure at its first session.
4. The Conference of the Parties shall by consensus adopt financial rules for itself as well as governing the funding of any subsidiary bodies it may establish as well as financial provisions governing the functioning of the Secretariat. At each ordinary session, it shall adopt a budget for the financial period until the next ordinary session.
5. The Conference of the Parties shall keep under regular review the implementation of the Convention and take the decisions necessary to promote its effective implementation and may adopt protocols, annexes and amendments to the Convention, in accordance with Articles 28, 29 and 33. Towards this end, it shall:
  - a. promote and facilitate the exchange of information pursuant to Articles 20 and 21;
  - b. promote and guide the development and periodic refinement of comparable methodologies for research and the collection of data, in addition to those provided for in Article 20, relevant to the implementation of the Convention;
  - c. promote, as appropriate, the development, implementation and evaluation of strategies, plans, and programmes, as well as policies, legislation and other measures;
  - d. consider reports submitted by the Parties in accordance with Article 21 and adopt regular reports on the implementation of the Convention;

- e. promote and facilitate the mobilization of financial resources for the implementation of the Convention in accordance with Article 26;
  - f. establish such subsidiary bodies as are necessary to achieve the objective of the Convention;
  - g. request, where appropriate, the services and cooperation of, and information provided by, competent and relevant organizations and bodies of the United Nations system and other international and regional intergovernmental organizations and nongovernmental organizations and bodies as a means of strengthening the implementation of the Convention; and
  - h. consider other action, as appropriate, for the achievement of the objective of the Convention in the light of experience gained in its implementation.
6. The Conference of the Parties shall establish the criteria for the participation of observers at its proceedings.

#### ***Article 24***

##### *Secretariat*

1. The Conference of the Parties shall designate a permanent secretariat and make arrangements for its functioning. The Conference of the Parties shall endeavour to do so at its first session.
2. Until such time as a permanent secretariat is designated and established, secretariat functions under this Convention shall be provided by the World Health Organization.
3. Secretariat functions shall be:
  - a. to make arrangements for sessions of the Conference of the Parties and any subsidiary bodies and to provide them with services as required;
  - b. to transmit reports received by it pursuant to the Convention;
  - c. to provide support to the Parties, particularly developing country Parties and Parties with economies in transition, on request, in the compilation and communication of information required in accordance with the provisions of the Convention;
  - d. to prepare reports on its activities under the Convention under the guidance of the Conference of the Parties and submit them to the Conference of the Parties;
  - e. to ensure, under the guidance of the Conference of the Parties, the necessary coordination with the competent international and regional intergovernmental organizations and other bodies;
  - f. to enter, under the guidance of the Conference of the Parties, into such administrative or contractual arrangements as may be required for the effective discharge of its functions; and
  - g. to perform other secretariat functions specified by the Convention and by any of its protocols and such other functions as may be determined by the Conference of the Parties.



### **Article 25**

#### *Relations between the Conference of the Parties and intergovernmental organizations*

In order to provide technical and financial cooperation for achieving the objective of this Convention, the Conference of the Parties may request the cooperation of competent international and regional intergovernmental organizations including financial and development institutions.

### **Article 26**

#### *Financial resources*

1. The Parties recognize the important role that financial resources play in achieving the objective of this Convention.
2. Each Party shall provide financial support in respect of its national activities intended to achieve the objective of the Convention, in accordance with its national plans, priorities and programmes.
3. Parties shall promote, as appropriate, the utilization of bilateral, regional, subregional and other multilateral channels to provide funding for the development and strengthening of multisectoral comprehensive tobacco control programmes of developing country Parties and Parties with economies in transition. Accordingly, economically viable alternatives to tobacco production, including crop diversification should be addressed and supported in the context of nationally developed strategies of sustainable development.
4. Parties represented in relevant regional and international intergovernmental organizations, and financial and development institutions shall encourage these entities to provide financial assistance for developing country Parties and for Parties with economies in transition to assist them in meeting their obligations under the Convention, without limiting the rights of participation within these organizations.
5. The Parties agree that:
  - a. to assist Parties in meeting their obligations under the Convention, all relevant potential and existing resources, financial, technical, or otherwise, both public and private that are available for tobacco control activities, should be mobilized and utilized for the benefit of all Parties, especially developing countries and countries with economies in transition;
  - b. the Secretariat shall advise developing country Parties and Parties with economies in transition, upon request, on available sources of funding to facilitate the implementation of their obligations under the Convention;
  - c. the Conference of the Parties in its first session shall review existing and potential sources and mechanisms of assistance based on a study conducted by the Secretariat and other relevant information, and consider their adequacy; and
  - d. the results of this review shall be taken into account by the Conference of the Parties in determining the necessity to enhance existing mechanisms or to establish a voluntary global fund or other appropriate financial mechanisms to channel additional financial resources, as needed, to developing country Parties and Parties with economies in transition to assist them in meeting the objectives of the Convention.

## PART IX: SETTLEMENT OF DISPUTES

### **Article 27**

#### *Settlement of disputes*

1. In the event of a dispute between two or more Parties concerning the interpretation or application of this Convention, the Parties concerned shall seek through diplomatic channels a settlement of the dispute through negotiation or any other peaceful means of their own choice, including good offices, mediation, or conciliation. Failure to reach agreement by good offices, mediation or conciliation shall not absolve parties to the dispute from the responsibility of continuing to seek to resolve it.
2. When ratifying, accepting, approving, formally confirming or acceding to the Convention, or at any time thereafter, a State or regional economic integration organization may declare in writing to the Depositary that, for a dispute not resolved in accordance with paragraph 1 of this Article, it accepts, as compulsory, ad hoc arbitration in accordance with procedures to be adopted by consensus by the Conference of the Parties.
3. The provisions of this Article shall apply with respect to any protocol as between the parties to the protocol, unless otherwise provided therein.

## PART X: DEVELOPMENT OF THE CONVENTION

### **Article 28**

#### *Amendments to this Convention*

1. Any Party may propose amendments to this Convention. Such amendments will be considered by the Conference of the Parties.
2. Amendments to the Convention shall be adopted by the Conference of the Parties. The text of any proposed amendment to the Convention shall be communicated to the Parties by the Secretariat at least six months before the session at which it is proposed for adoption. The Secretariat shall also communicate proposed amendments to the signatories of the Convention and, for information, to the Depositary.
3. The Parties shall make every effort to reach agreement by consensus on any proposed amendment to the Convention. If all efforts at consensus have been exhausted, and no agreement reached, the amendment shall as a last resort be adopted by a three-quarters majority vote of the Parties present and voting at the session. For purposes of this Article, Parties present and voting means Parties present and casting an affirmative or negative vote. Any adopted amendment shall be communicated by the Secretariat to the Depositary, who shall circulate it to all Parties for acceptance.
4. Instruments of acceptance in respect of an amendment shall be deposited with the Depositary. An amendment adopted in accordance with paragraph 3 of this Article shall enter into force for those Parties having accepted it on the ninetieth day after the date of receipt by the Depositary of an instrument of acceptance by at least two-thirds of the Parties to the Convention.
5. The amendment shall enter into force for any other Party on the ninetieth day after the date on which that Party deposits with the Depositary its instrument of acceptance of the said amendment.

### **Article 29**

#### *Adoption and amendment of annexes to this Convention*

1. Annexes to this Convention and amendments thereto shall be proposed, adopted and shall enter into force in accordance with the procedure set forth in Article 28.

2. Annexes to the Convention shall form an integral part thereof and, unless otherwise expressly provided, a reference to the Convention constitutes at the same time a reference to any annexes thereto.
3. Annexes shall be restricted to lists, forms and any other descriptive material relating to procedural, scientific, technical or administrative matters.

#### PART XI: FINAL PROVISIONS

##### ***Article 30***

###### *Reservations*

No reservations may be made to this Convention.

##### ***Article 31***

###### *Withdrawal*

1. At any time after two years from the date on which this Convention has entered into force for a Party, that Party may withdraw from the Convention by giving written notification to the Depositary.
2. Any such withdrawal shall take effect upon expiry of one year from the date of receipt by the Depositary of the notification of withdrawal, or on such later date as may be specified in the notification of withdrawal.
3. Any Party that withdraws from the Convention shall be considered as also having withdrawn from any protocol to which it is a Party.

##### ***Article 32***

###### *Right to vote*

1. Each Party to this Convention shall have one vote, except as provided for in paragraph 2 of this Article.
2. Regional economic integration organizations, in matters within their competence, shall exercise their right to vote with a number of votes equal to the number of their Member States that are Parties to the Convention. Such an organization shall not exercise its right to vote if any of its Member States exercises its right, and vice versa.

##### ***Article 33***

###### *Protocols*

1. Any Party may propose protocols. Such proposals will be considered by the Conference of the Parties.
2. The Conference of the Parties may adopt protocols to this Convention. In adopting these protocols every effort shall be made to reach consensus. If all efforts at consensus have been exhausted, and no agreement reached, the protocol shall as a last resort be adopted by a three-quarters majority vote of the Parties present and voting at the session. For the purposes of this Article, Parties present and voting means Parties present and casting an affirmative or negative vote.
3. The text of any proposed protocol shall be communicated to the Parties by the Secretariat at least six months before the session at which it is proposed for adoption.
4. Only Parties to the Convention may be parties to a protocol.

5. Any protocol to the Convention shall be binding only on the parties to the protocol in question. Only Parties to a protocol may take decisions on matters exclusively relating to the protocol in question.
6. The requirements for entry into force of any protocol shall be established by that instrument.

#### **Article 34**

##### *Signature*

This Convention shall be open for signature by all Members of the World Health Organization and by any States that are not Members of the World Health Organization but are members of the United Nations and by regional economic integration organizations at the World Health Organization Headquarters in Geneva from 16 June 2003 to 22 June 2003, and thereafter at United Nations Headquarters in New York, from 30 June 2003 to 29 June 2004.

#### **Article 35**

##### *Ratification, acceptance, approval, formal confirmation or accession*

1. This Convention shall be subject to ratification, acceptance, approval or accession by States and to formal confirmation or accession by regional economic integration organizations. It shall be open for accession from the day after the date on which the Convention is closed for signature. Instruments of ratification, acceptance, approval, formal confirmation or accession shall be deposited with the Depositary.
2. Any regional economic integration organization which becomes a Party to the Convention without any of its Member States being a Party shall be bound by all the obligations under the Convention. In the case of those organizations, one or more of whose Member States is a Party to the Convention, the organization and its Member States shall decide on their respective responsibilities for the performance of their obligations under the Convention. In such cases, the organization and the Member States shall not be entitled to exercise rights under the Convention concurrently.
3. Regional economic integration organizations shall, in their instruments relating to formal confirmation or in their instruments of accession, declare the extent of their competence with respect to the matters governed by the Convention. These organizations shall also inform the Depositary, who shall in turn inform the Parties, of any substantial modification in the extent of their competence.

#### **Article 36**

##### *Entry into force*

1. This Convention shall enter into force on the ninetieth day following the date of deposit of the fortieth instrument of ratification, acceptance, approval, formal confirmation or accession with the Depositary.
2. For each State that ratifies, accepts or approves the Convention or accedes thereto after the conditions set out in paragraph 1 of this Article for entry into force have been fulfilled, the Convention shall enter into force on the ninetieth day following the date of deposit of its instrument of ratification, acceptance, approval or accession.
3. For each regional economic integration organization depositing an instrument of formal confirmation or an instrument of accession after the conditions set out in paragraph 1 of this Article for entry into force have been fulfilled, the Convention shall enter into force on the ninetieth day following the date of its depositing of the instrument of formal confirmation or of accession.

4. For the purposes of this Article, any instrument deposited by a regional economic integration organization shall not be counted as additional to those deposited by States Members of the organization.

**Article 37**

*Depositary*

The Secretary-General of the United Nations shall be the Depositary of this Convention and amendments thereto and of protocols and annexes adopted in accordance with Articles 28, 29 and 33.

**Article 38**

*Authentic texts*

The original of this Convention, of which the Arabic, Chinese, English, French, Russian and Spanish texts are equally authentic, shall be deposited with the Secretary-General of the United Nations.

IN WITNESS WHEREOF the undersigned, being duly authorized to that effect, have signed this Convention.

DONE at GENEVA this [date of month] two thousand and three.

Fourth plenary meeting, 21 May 2003  
A56/VR/4