

Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006–2010

INHOUDSOPGAVE

	pagina
1. Aanleiding	3
2. Inleiding	4
3. Nederland in internationaal perspectief	7
4. Pijlers Tabaksontmoediging	9
1. Rokers stimuleren te stoppen met roken	9
2. Voorkomen dat jongeren gaan roken	10
3. Niet-rokers beschermen tegen tabaksrook	10
5. Instrumenten en maatregelen	11
5.1 Met welke instrumenten kunnen we onze doelen bereiken?	11
A. Voorlichting en (consumenten)informatie	11
B. Ondersteuning bij stoppen met roken	12
C. Wet- en regelgeving	14
D. Prijsmaatregelen	17
5.2 De pakketten met maatregelen per pijler	17
5.2.1 Rokers stimuleren te stoppen met roken	17
5.2.2 Voorkomen dat jongeren gaan roken	18
5.2.3 Niet-rokers beschermen tegen tabaksrook	19
Bijlage: actieplan tabaksontmoedigingsbeleid 2006	20

1. Aanleiding

Op 15 juni 2005 hebben de directeurs van het Astma Fonds, de Nederlandse Hartstichting, KWF Kankerbestrijding en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Intentieverklaring tabaksontmoediging ondertekend. Daarin constateren zij dat roken anno 2005 nog steeds de belangrijkste vermijdbare risicofactor is van voortijdig overlijden aan COPD, hart- en vaatziekten en kanker en dat onomstotelijk vaststaat dat ook meerroken leidt tot gezondheidsschade en voortijdige sterfte. Daarom is een verdere daling van het percentage rokers noodzakelijk. Om dit te realiseren is een gezamenlijke inspanning nodig.

In het kader van de kabinetsnota 'Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag'¹ heeft de Minister van VWS toegezegd een evaluatie van het tabaksontmoedigingsbeleid naar de Tweede Kamer te sturen. Deze evaluatie is op 17 juni 2005 aan de Tweede Kamer gezonden². Bij de evaluatie was geen actieplan gevoegd. De reden daarvoor was dat de ondertekenaars van bovengenoemde Intentieverklaring hebben aangegeven ernaar te streven aan het eind van 2005 te komen met een 'meerjarig nationaal programma met daarin gezamenlijke en elkaar versterkende inspanningen ter optimalisatie van het bestaande tabaksontmoedigingsbeleid'. De partijen hebben afgesproken dat zij het tabaksontmoedigingsbeleid niet alleen zullen continueren en intensiveren, maar ook dat zij hun inspanningen op dit gebied verder zullen bundelen. Daarbij zien zij een centrale rol weggelegd voor STIVORO *voor een rookvrije toekomst*.

Het resultaat van de uitwerking van de Intentieverklaring is neergelegd in dit document, een nationaal programma tabaksontmoediging voor de periode 2006-2010, dat inzicht geeft in de maatregelen die mogelijk zijn om de rookprevalentie verder te laten dalen.

¹ Hierna: Preventienota.

² TK 22894, nummer 61.

2. Inleiding

Waarom is tabaksontmoedigingsbeleid nog steeds van groot belang voor de volksgezondheid?

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks sterven er ruim 20.000 Nederlanders aan acht aandoeningen die aan roken zijn gerelateerd³. Ongeveer 90 procent van alle longkanker wordt veroorzaakt door roken. Circa 30 procent van alle kanker is te verklaren door roken. Van de hartvaatziekten is ongeveer 20 procent het gevolg van roken. Ook COPD ontstaat in 80 tot 90 procent van de gevallen na jarenlang roken. Rokers sterven gemiddeld tien jaar jonger dan niet-rokers⁴.

Roken is bovendien niet alleen schadelijk voor de gezondheid van de roker zelf maar ook voor die van anderen in zijn omgeving. Artikel 8, eerste lid, van het WHO Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging⁵ zegt hierover: "De Partijen erkennen dat wetenschappelijk bewijsmateriaal onomstotelijk heeft aangetoond dat blootstelling aan tabaksrook leidt tot dood, ziekte en arbeidsongeschiktheid." Naar schatting is meeroken (passief roken) in Nederland jaarlijks de oorzaak van een tiental gevallen van wiegendoed, enkele honderden sterfgevallen door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden gevallen van (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen⁶.

Tot slot is het van belang om te realiseren dat roken in veel gevallen bijzonder verslavend is en dat de verslaving vrij snel na het eerste gebruik ontstaat. Het kost dan ook meestal veel moeite om te stoppen en de kans om succesvol te stoppen is laag. De helft van de rokers wil graag stoppen maar komt niet tot een succesvolle stoppoging vanwege de moeite die het kost en het feit dat ze geen, onvoldoende of onjuist gebruik maken van effectieve hulp- en begeleidingsprogramma's.

³ Dit zijn: longkanker, COPD, coronaire hartziekten, beroerte, hartfalen, slokdarmkanker, strottehoofdkanker en mondholtekanker.

⁴ Doll, R. et al., Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, British Medical Journal, 22 juni 2004.

⁵ Nederland heeft dit verdrag, dat op 27 februari 2005 in werking is getreden, op 27 januari 2005 geratificeerd; zie ook paragraaf 4.7.

⁶ Gezondheidsraad, Volksgezondheidsschade door passief roken, nr. 2003/21 (herziene versie), Den Haag, 2003.

Tabaksverslaving

Nicotine is de verslavende stof in tabaksrook en heeft dezelfde effecten op het dopaminesysteem in de hersenen als verdovende middelen zoals heroïne en cocaïne. Al vrij snel na het eerste gebruik ontstaat de verslaving. Afhankelijkheid van nicotine voldoet aan alle criteria van verslaving: het gebruik is dwangmatig, het kost moeite om te stoppen, ook als er duidelijk schade optreedt, er treden onthoudingsverschijnselen op bij het stoppen na chronisch gebruik en er is een grote kans op terugval.

Door het gebruik van nicotine ontstaan er blijvende veranderingen in de hersenen, die ertoe leiden dat na het stoppen een sterke hunkering naar roken optreedt en de kans op terugval groot is. Het is dan ook normaal dat ex-rokers een aantal mislukte stoppogingen achter de rug hebben voordat het hen lukt om voorgoed te stoppen met roken. In 2004 rookten ongeveer 3,7 miljoen Nederlanders⁷. Ruim eenderde daarvan heeft een idee over de termijn waarop ze willen stoppen met roken. De helft weet het niet en slechts 14% geeft aan nooit te willen stoppen. Circa 25% van de rokers probeert jaarlijks ook daadwerkelijk te stoppen, maar slechts 7% van deze stoppogingen slaagt. Dit lage slagingspercentage geeft aan dat het hier om een verslaving gaat waarmee moeilijk te breken is.

Bij stoppen met roken krijgt men te maken met enerzijds de lichamelijke en anderzijds met de psychosociale ontwenning, ofwel het afleren van rookgedrag. Stoppers moeten leren omgaan met de behoefte aan roken, gewoontepatronen moeten worden veranderd en de functie van het roken zal moeten worden vervangen. Een klein deel van de rokers slaagt erin om te stoppen zonder hulp(middelen). Een aanzienlijk deel zal echter alleen met een bepaalde vorm van ondersteuning blijvend kunnen stoppen met roken. Voor deze groep dient er een breed en gevarieerd aanbod van ondersteuning beschikbaar te zijn, zowel gericht op de psychologische als op de farmacologische aspecten van de verslaving. Van veel ondersteuningsmethoden is de effectiviteit wetenschappelijk aangetoond. Het is van groot belang rokers te motiveren om van dit ondersteuningsaanbod gebruik te maken.

Wat willen we bereiken?

Het tabaksontmoedigingsbeleid heeft als doel om bovengenoemde gezondheidsschade en maatschappelijke kosten als gevolg van het gebruik van tabaksproducten zo veel mogelijk te voorkómen dan wel terug te dringen. Het succes van dit beleid wordt in het algemeen afgemeten aan de ontwikkeling van het aantal rokers ofwel de rookprevalentie.

De doelstelling uit de Beleidsagenda 2001 op het gebied van roken – namelijk maximaal 28% rokers in 2004 – is gehaald. In de Preventienota is voorts het streven vastgelegd om het percentage rokers eind 2007 te hebben teruggebracht tot 25%. Gezien de omvang van de (gezondheids)schade door tabaksgebruik willen de ondertekenaars van de Intentieverklaring ook

een duidelijk doel stellen voor de periode na 2007. Zij hebben de ambitie om het percentage rokers in de periode tot en met 2010 te laten dalen tot 20%. Deze ambitie is ook neergelegd in het Nationaal Programma Kankerbestrijding⁸, waarvan KWF Kankerbestrijding en het ministerie van VWS in 2004 initiatiefnemers waren.

Hoe willen we dit bereiken?

Het bevorderen van de volksgezondheid is een belangrijke, grondwettelijk vastgelegde, verantwoordelijkheid van de overheid. In dit kader heeft de overheid juist ook op het gebied van tabaksontmoediging een belangrijke taak en regierol. In het licht van de doelstellingen van KWF Kankerbestrijding, de Nederlandse Hartstichting en het Astma Fonds, zien deze fondsen op dit terrein ook een taak voor zichzelf weggelegd. Het kennis- en expertisecentrum STIVORO *voor een rookvrije toekomst* voert een groot aantal belangrijke activiteiten op het gebied van tabaksontmoediging uit. Daarnaast hebben diverse andere organisaties en instellingen taken op dit terrein. De rol van niet-gouvernementele organisaties wordt in het Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging dan ook expliciet erkend en bepleit.

Het adequaat informeren van de bevolking over de schadelijke effecten van (mee)roken op de gezondheid is en blijft noodzakelijk in het streven de rookprevalentie verder te laten dalen. Maar hoe belangrijk voorlichting ook is, het is evenzeer nodig te stimuleren tot gedragsverandering en daarbij de nodige ondersteuning te leveren. Want kennis van de schadelijke effecten van (mee)roken alleen leidt in onvoldoende mate tot de gewenste gedragsverandering. Dit is in belangrijke mate het gevolg van het feit dat roken bijzonder verslavend is (zie kader).

Uit internationale vergelijkingen blijkt dat een daling van het percentage rokers naar 20% haalbaar is (zie ook hoofdstuk 3). Wel is hiervoor in de periode 2006-2010 een forse inspanning nodig, zowel in te ondernemen activiteiten, menskracht als in financiële middelen. Zoals ook in de recente evaluatie van het tabaksontmoedigingsbeleid is geconcludeerd, is een integrale aanpak noodzakelijk om het tabaksgebruik te ontmoedigen en de rookprevalentie te laten dalen. Dit nationale programma bevat een breed scala aan denkbare maatregelen waarmee het gebruik van tabak en de blootstelling aan tabaksrook verder teruggedrongen kan worden. Op basis van dit nationale programma wordt per jaar door de betrokken partijen een actieplan gemaakt. Dat actieplan bevat de concrete activiteiten die de partijen in daarop volgende periode zullen uitvoeren.

⁷ STIVORO *voor een rookvrije toekomst*. Jaarverslag 2004. Den Haag. 2005.

⁸ Nationaal Programma Kankerbestrijding, Den Haag, 2004.

3. Nederland in internationaal perspectief

Wat laten de ervaringen in andere landen ons zien?

Op 1 januari 2004 nam Nederland een gedeelde zevende plaats in op een lijst van 28 Europese landen die geclassificeerd waren naar de mate waarin er sprake was van tabaksontmoedigingsbeleid. Het European Network for Smoking Prevention (ENSP) heeft dit onderzoek laten uitvoeren⁹. De landen zijn beoordeeld op: de prijs van sigaretten (accijnsbeleid), rookverboden in publieke ruimten, budget voor tabakspreventie, reclameverbod, aanbod en vergoeding van stopondersteuning en consumenteninformatie op tabaksverpakkingen.

RANGLIJST EUROPESE LANDEN NAAR INTENSITEIT VAN TABAKSPREVENTIEBELEID PER 1 JANUARI 2004								
Land	prijs in € + punten () (30) a	rookvrij publiek domein (22) b	budget tabaks- preventie in € + punten () (15) c	reclame verbod (13) d	waar- schuwing pakjes (10) e	onder- steuning stoppen (10) f	totaal aantal punten (100)	rook- prevalentie in % g
1 IJsland	5,75 (24)	16	2,13 (15)	13	6	2	76	24%
2 GB	6,64 (26)	3-6	1,80 (14)	11	6	10	72	25%
3 Noorwegen	7,21 (23)	16	1,15 (6)	12,5	6	3	67	27%
4 Ierland	5,81 (20)	15	0,50 (4)	10-11	6	6-7	62	27%
5 Malta	2,99 (23)	12	0,16 (0)	9,5	7	6	58	27%
6 Zweden	4,11 (15)	15	0,37 (3)	11-12	6	3-5	55	18%
7 Nederland ¹⁰	3,04 (12)	12	0,87 (7)	11,5	6	5	54	30%
8 Frankrijk	3,90 (20)	6-7	0,50 (4)	11,5	6	5-6	54	31%
9 Finland	4,00 (13)	16	0,24 (2)	12,5	7	2	53	28%
10 Polen	1,16 (13)	15	0,003 (0)	11,5-12	5	7	52	31%
11 Hongarije	1,55 (14)	7-11	0,02 (1)	10	6	9	49	36%
12 Estland	1,21 (16)	16	0,03 (2)	9,5	1	2	47	32%
13 Slovenië	1,47 (12)	15	0,02 (0)	8-10	6	4-5	47	24%
14 Cyprus	2,26 (23)	3-4	0,03 (0)	11-12	3	3	44	24%
15 Slowakije	1,23 (14)	10-12	0,003 (0)	11	3	4	43	40%
16 Denem.	4,51 (13)	2	1,12 (3)	10	6	6-7	41	27%
17 Italië	2,50 (11)	7	0,20 (2)	10,5	6	4-5	41	24%
18 Griekenland	2,65 (15)	7	- (-)	4-5	6	7	40	45%
19 België	3,36 (13)	6	0,02 (0)	10	7	1-2	38	28%
20 Portugal	2,10 (13)	6-7	- (-)	9	6	2	37	23%
21 Duitsland	3,37 (15)	2	0,04 (0)	3-4	6	8	35	35%
22 Litouwen	0,71 (12)	4-6	0,005 (0)	11,5	6	0	35	28%
23 Zwitserland	3,14 (13)	5-7	0,88 (5)	3,5-5	3	4	35	31%
24 Spanje	1,95 (14)	2	- (-)	3-4	6	6-7	32	32%
25 Letland	0,81 (11)	7	0,01 (1)	6	6	0	31	40%
26 Oostenrijk	3,00 (11)	7	- (-)	3,5-5	6	3	31	29%
27 Tsjechië	1,27 (11)	6	(1)	4-5	2	2	27	31%
28 Luxemburg	2,48 (7)	4	- (-)	6,5	3	2	23	33%

Het maximaal aantal te behalen punten is 100. Het aantal toegekende punten per component is gebaseerd op de mate waarin dit volgens internationaal onderzoek bijdraagt aan het terugdringen van het roken.
a) de prijs is die van een pakje sigaretten van de meest verkochte prijscategorie per juli 2003;

⁹ Effectieve tobacco control policies in 28 European Countries, ENSP, oktober 2004

¹⁰ De ranglijst geeft de situatie per 1 januari 2004 weer. Inmiddels zijn er belangrijke veranderingen geweest. Zo is de prijs van een pakje van 20 stuks per 1 februari 2004 verhoogd tot € 3,90 en is het percentage rokers in 2004 uitgekomen op 28.

- b) punten worden toegekend voor rookvrije werkplek, horeca en andere publieke binnenruimtes;
- c) het budget voor tabakspreventie is aangegeven per hoofd van de bevolking; de score in aantal punten is gerelateerd aan het bruto nationaal product;
- d) punten worden toegekend voor een verbod op televisiereclame, buiten reclame, print reclame, indirecte reclame, point of sale reclame en reclame via radio en internet;
- e) punten worden toegekend voor afmeting gezondheidswaarschuwing, roterende karakter en gehanteerde visual;
- f) punten worden toegekend voor het aanbod van ondersteuning bij stoppen en voor vergoeding van gebruik van deze ondersteuning (zowel gedragsmatig als farmacologisch);
- g) de rookprevalentie is gebaseerd op 2003 of op de meest recente gegevens die beschikbaar zijn in een land.

Een reeks van Europese landen heeft de afgelopen jaren wetgeving met betrekking tot een rookvrije horeca gekregen: Ierland, Italië, Malta, Noorwegen, Zweden, Schotland. In andere landen is wetgeving op dit punt in voorbereiding: Engeland, Wales, België, Finland, Frankrijk en IJsland. Nederland blijft op dit punt achter bij deze Europese landen.

Het budget voor tabakspreventie is beoordeeld in relatie tot het Bruto Nationaal Product. Als gevolg van de motie Werner¹¹ was het budget tabakspreventie in 2003 en 2004 aanzienlijk verhoogd: totaal € 15 miljoen in 2003 en € 10 miljoen in 2004. In 2005 was € 5 miljoen beschikbaar. Daarvan is € 1,5 miljoen privaat geld (Nederlandse Hartstichting, KWF Kankerbestrijding, Astma Fonds) en € 3,5 miljoen publiek geld.

Een ander punt waarop in Nederland winst kan worden geboekt, is het via de accijnzen verhogen van de prijs van de tabaksproducten, maar vooral het verbeteren van het aanbod van stopondersteuning en het vergoeden hiervan.

Ook buiten Europa zijn er landen die al langer een intensief tabaksontmoedigingsbeleid voeren. In deze landen is het percentage rokers inmiddels gedaald tot rond de 20% of daaronder: Australië 17,4% (2004)¹², Canada 20% (2004)¹³ en de Verenigde Staten 21,6%(2003)¹⁴. Deze gegevens maken duidelijk welke resultaten er bereikt kunnen worden met de nu beschikbare instrumenten voor tabaksontmoediging. De ervaringen in deze landen geven tevens aan dat investeren in tabakspreventie loont. Zo heeft Californië in 1988 besloten de tabaksaccijns te verhogen met 25 dollarcent en 20% van de verhoging te besteden aan tabakspreventie¹⁵. Het percentage rokers in deze staat is inmiddels gedaald van 22,8% in 1988 tot 14,8% in 2004¹⁶.

¹¹ Eerste Kamer, vergaderjaar 2001-2002. 26 472, nr 59e.

¹² Australian rates of smoking among the world's lowest, Australian Government, Department of health and ageing, 2005; <http://www.health.gov.au>.

¹³ The Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS), 2004; http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/index_e.html.

¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—US, 2004. MMWR 2005; 54:1121–4; <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5444.pdf>.

¹⁵ <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/>.

¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—US, 2004. MMWR 2005; 54:1124–7.

Op 27 januari 2005 heeft Nederland het Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO Framework Convention of Tobacco Control) geratificeerd¹⁷. Het verdrag beoogt 'de huidige en toekomstige generaties te beschermen tegen de verwoestende gezondheidseffecten en sociale, milieu- en economische gevolgen van tabaksconsumptie en blootstelling aan tabaksrook door een kader te bieden voor maatregelen ten behoeve van tabaksontmoediging die door de Partijen op nationaal, regionaal en internationaal niveau moeten worden uitgevoerd om het wijdverbreide tabaksgebruik en de blootstelling aan tabaksrook permanent en substantieel te verminderen.' Het verdrag is op 27 februari 2005 in werking getreden.

Landen die het verdrag hebben geratificeerd verplichten zich onder meer om een allesomvattend verbod op reclame en sponsoring in te voeren, gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen verplicht te stellen en de bevolking te informeren over de gevolgen van roken voor de gezondheid. Internationale samenwerking is een ander belangrijk element van het verdrag. Ook bevat het verdrag een bepaling die verdragspartijen aanmoedigt om de verplichtingen die uit het verdrag voortvloeien als een minimum te beschouwen en verdergaande maatregelen te treffen.

4. Pijlers van het tabaksontmoedigingsbeleid

Wat zijn de pijlers van het tabaksontmoedigingsbeleid?

De rookprevalentie is de belangrijkste meetbare indicator voor de mate van succes van het tabaksontmoedigingsbeleid. Het tabaksontmoedigingsbeleid kent drie pijlers:

- 1 rokers stimuleren te stoppen met roken;
- 2 voorkómen dat jongeren gaan roken;
- 3 niet-rokers beschermen tegen tabaksrook.

De drie pijlers van het tabaksontmoedigingsbeleid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Als er meer rokers stoppen met roken, wordt de samenleving steeds meer rookvrij, worden jongeren minder vaak geconfronteerd met roken en andermans rookgedrag en wordt niet-roken steeds meer de sociale norm. Dit is positief van invloed op beginnen met roken omdat minder jongeren zullen gaan roken. Een verhoging van de uitstroom en vermindering van de instroom leidt tot een betere bescherming van de niet-rokers. Maatregelen gericht op het beschermen van niet-rokers stimuleren bij rokers het stoppen met roken. De ervaringen uit 2003 en 2004 wijzen daarnaast uit dat een gelijktijdige aanpak op alle drie de terreinen een effectversterkende werking heeft.

Ad 1: Rokers stimuleren te stoppen met roken

Omdat bij stoppen met roken de gezondheidswinst zowel op korte als op lange termijn optreedt, is het van belang rokers te blijven stimuleren om te stoppen. Daarnaast is het belangrijk dat degenen die een stoppoging ondernemen goed geïnformeerd zijn, gebruik maken van een scala

¹⁷ WHO Framework Convention on Tobacco Control, zoals vastgesteld op de 56ste World Health Assembly 21 mei 2003, www.who.int/tobacco/framework,

aan ondersteuningsmogelijkheden en positief staan tegenover gebruik hiervan. Gebruik van hulp- en ondersteuningsmiddelen verdubbelt tot verdrievoudigt het slagingspercentage. Een combinatie van gedragsmatige therapie met farmacotherapie geeft het beste resultaat. De groep rokers met een lage of geen intentie om te stoppen verdient extra aandacht. Een relatief groot deel van deze rokers behoort tot de lage welstandsgroepen. Het is nodig nieuwe interventies te ontwikkelen om het vertrouwen in eigen vermogen tot stoppen te vergroten en ondersteuning bij gedragsverandering te bieden. Het vergroten van toegankelijkheid tot deze interventies vereist de nodige aandacht. Deze interventies kunnen een drempelverlagend effect hebben, dat wil zeggen dat deze rokers stapsgewijs gemotiveerd kunnen worden om definitief te stoppen met roken. Voor de groep rokers die aangeeft helemaal niet te willen stoppen met roken of daartoe niet in staat lijkt, moet worden onderzocht of maatregelen die gericht zijn op schadebeperking effectief kunnen zijn. Hierbij valt te denken aan methoden voor het verminderen van het aantal sigaretten dat gerookt wordt en goede informatie over nicotine en andere manieren van nicotinetoediening (nicotinevervangende middelen).

Doel: verhogen van de uitstroom.

Ad 2: Voorkomen dat jongeren gaan roken

Vanwege de gezondheidsschade door roken en het verslavende karakter ervan is het belangrijk om er voor te zorgen dat mensen (meestal jongeren) niet beginnen met roken. Een overgrote meerderheid (89%) van de volwassen (ex-)rokers steekt voor het 18^e jaar de eerste sigaret op. Dit leidt ertoe dat 71% voor hun 18^e al dagelijks rookte¹⁸. Het aantal mensen dat na hun 18^e begint met roken is dus beperkt. Een beleid om de instroom te beperken, dient zich dus te richten op de jongeren en te bewerkstelligen dat zij het beginnen/experimenteren met roken zo lang mogelijk uitstellen (in ieder geval tot na het 18^e jaar).

Doel: verlagen van de instroom.

Ad 3: Niet-rokers beschermen tegen tabaksrook

De derde 'pijler' van het tabaksontmoedigingsbeleid is het voorkómen dan wel terugdringen van meeroken. Gezien de gezondheidsschade door meeroken verdient de niet-roker bescherming tegen tabaksrook. Het beleid dat is gericht op de hiervoor beschreven twee doelen van het tabaksontmoedigingsbeleid, heeft ook zijn weerslag op de problematiek van het meeroken. Hoe minder mensen roken en hoe meer plaatsen er zijn waar niet gerookt mag worden, des te kleiner het aantal situaties waarin niet-rokers worden geconfronteerd met tabaksrook van anderen.

Doel: verkleinen van de blootstelling aan tabaksrook.

5. Instrumenten en maatregelen

5.1 Met welke instrumenten kunnen we onze doelen bereiken?

De intentieverklaring tabaksontmoediging van 15 juni 2005 vangt aan met de conclusie dat het tabaksontmoedigingsbeleid van de afgelopen decennia succesvol is geweest. Dat is ook de slotsom van de evaluatie die de Minister van VWS op 17 juni 2005 naar de Tweede Kamer heeft gestuurd. In dit laatste document ligt de nadruk op de intensivering van het beleid sinds 2002. Sinds eind jaren 80 was de rookprevalentie net boven de 30% blijven hangen. In 2004 is de rookprevalentie voor het eerst gedaald tot onder de 30%: 28% rokers in 2004. Deze daling loopt parallel met diverse maatregelen in de periode 2002 - 2004, zoals de wijziging van de Tabakswet, een hogere prijs voor tabaksproducten en intensivering van de voorlichting. Deze gelijktijdige inzet van diverse beleidsinstrumenten en de daaruit voortvloeiende daling van de rookprevalentie, bevestigen wat uit de ervaringen in andere landen en op basis van literatuur al bekend was. Alleen een samenhangend pakket maatregelen – voorlichtingsinterventies, begeleiding van stoppers, strikte wetgeving, prijsmaatregelen en andere interventies – leidt tot een substantiële daling van de rookprevalentie en heeft een effectversterkende werking¹⁹. De ervaringen van andere landen laten bovendien zien dat een verdere daling van de rookprevalentie in Nederland zeker te realiseren is. De volgende instrumenten zijn binnen het bestaande Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid inzetbaar:

- A. voorlichting en (consumenten)informatie;
- B. ondersteuning bij stoppen met roken;
- C. wet- en regelgeving;
- D. prijsmaatregelen.

A. Voorlichting en (consumenten)informatie

Het is van belang om de bevolking blijvend van goede informatie te voorzien over de gezondheidsschade door (mee)roken. Daarbij hoort ook de voorlichting over de voordelen van (ondersteuning bij) stoppen met roken, het belang om niet te beginnen met roken en het belang van het voorkomen van meerroken. Onder voorlichting worden niet alleen kennismatige campagnes verstaan, maar vooral ook interventies om de houding of sociale norm van het publiek of subgroepen daarbinnen te beïnvloeden.

In het verleden is gebleken dat grootscheepse massamediale stoppen-met-rokencampagnes leiden tot een significante toename van het aantal succesvolle stoppogingen. Intensieve meerjarige massamediale jongerencampagnes leiden ertoe dat significant meer jongeren niet-roken als 'cool' en stoer ervaren waardoor de intentie om te gaan roken kleiner wordt. De

¹⁸ Knol K., et al. *Tabaksgebruik gevolgen en bestrijding*; Utrecht; 2005.

¹⁹ WHO, Building blocks for tobacco control. A handbook (Genève 2004).

lesprogramma's op scholen hebben er vooral toe geleid dat beginnen met roken één of twee jaar wordt uitgesteld.

Verder blijkt uit onderzoek dat kinderen worden beïnvloed door hun ouders: hebben ouders huisregels ingesteld over roken in huis, keuren ze roken af, wat is hun eigen rookgedrag.

Daarom is het belangrijk ouders bewust te maken van hun hoe ze hun kinderen kunnen beïnvloeden in de richting van niet-roken. Een bijzonder punt van aandacht is de problematiek van meeroken in de privé-sfeer. Hier past wet- en regelgeving niet. Wel kan meeroken in de privé-sfeer via campagnes worden aangepakt.

Om het instrument 'voorlichting en (consumenten)informatie' zo volledig mogelijk te benutten zijn onderstaande maatregelen van belang:

- heldere consumenteninformatie over de schadelijkheid en verslavendheid van roken gekoppeld aan duidelijke informatie over voordelen van niet-roken;
- heldere consumenteninformatie over mogelijkheden om effectief te stoppen met roken en campagnes om het gebruik daarvan te stimuleren;
- tweejaarlijkse massamediale stoppen met roken campagne gericht op alle rokers;
- doelgroepspecifieke stopcampagnes (zoals voor zwangere vrouwen, patiënten, allochtonen, lage welstandsgroepen, jongeren, ouders van (jonge) kinderen, etc.);
- heldere consumenteninformatie over de schadelijkheid van meeroken en educatie gericht op voorkomen meeroken;
- (doelgroepspecifieke) campagnes om het meeroken te verminderen/ voorkomen;
- voorlichting gericht op jongeren om te stimuleren dat jongeren niet-roker blijven (campagnes en lespakketten) onder meer gericht op het bestendigen en versterken van een positief imago van de niet-roker.

B. Ondersteuning bij stoppen met roken

In hoofdstuk twee is toegelicht dat stoppen met roken moeilijk is. Er zijn rokers die er zonder ondersteuning in slagen om te stoppen, maar veel rokers hebben een vorm van ondersteuning nodig om blijvend met roken te kunnen stoppen. Idealiter wordt de ondersteuning afgestemd op de behoefte en de aard van de verslaving van de individuele roker. Grote groepen rokers hebben voldoende aan lichtere vormen van ondersteuning (bijvoorbeeld een stoppen met rokencursus) om tot een succesvolle stoppoging te komen. Voor een kleinere groep rokers is dat niet voldoende: zij hebben, naast begeleiding, een vorm van farmacologische ondersteuning nodig. Voor een nog kleinere groep zwaar verslaafden zullen intensievere vormen van ondersteuning (bijvoorbeeld verslavingszorg) nodig zijn.

Bekend is in ieder geval dat het gebruik van hulpmiddelen bij het stoppen met roken de slaagkans aanzienlijk vergroot. Er is een breed scala aan hulpmiddelen beschikbaar. Behalve door massamediale en doelgroepspecifieke stopcampagnes kan het aantal succesvolle stoppogingen toenemen door duidelijke informatie over effectieve ondersteuningsmogelijkheden en de

voordelen van het gebruik daarvan. Ook de inzet van zorgverleners om hun patiënten te motiveren om te stoppen, hen daarbij te begeleiden en hen te adviseren over effectieve ondersteuning kan bijdragen aan een toename van het aantal succesvolle stoppogingen. Zorgverleners hebben daartoe de beschikking over de klinische 'Richtlijn behandeling tabaksverslaving' die is ontwikkeld in opdracht van het Partnership Stop met Roken door beroepsverenigingen en wetenschappelijke organisaties.

Om het instrument 'ondersteuning' zo volledig mogelijk te benutten zijn onderstaande maatregelen van belang:

- goede consumenteninformatie over onder meer:
 - o het scala aan bewezen effectieve ondersteuning bij stoppen met roken;
 - o de voordelen van gebruik van ondersteuning bij stoppen met roken;
- optimale inzet van zorgprofessionals richting advies/begeleiding bij stoppen met roken;
- bevorderen van gebruik klinische 'Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving' door zorgprofessionals;
- bevorderen kortdurend stopadvies huisarts;
- continuering en intensivering van doelgroepsspecifieke Minimale Interventie Strategieën stoppen met roken bevorderen (H-MIS, V-MIS, C-MIS, L-MIS) en ontwikkeling van nieuwe MIS'en;
- investeren in de ontwikkeling van nieuwe en effectieve vormen van ondersteuning;
- bevorderen van de toegankelijkheid van stoppen met roken ondersteuning met name voor de lage welstandsgroepen (bijvoorbeeld door goede lokale initiatieven te stimuleren waarbij diverse lokale partners samenwerken of door samen met zorgverzekeraars en producenten afspraken te maken over een landelijke implementatieproef met het vergoeden van ondersteuning);
- verslavingszorg voor zwaar verslaafden (co-morbiditeit en medische indicatie).

In het algemeen geldt dat de kosten van ondersteuning bij stoppen met roken toenemen naarmate de ondersteuning intensiever wordt. Aan de andere kant is de groep rokers die (zeer) intensieve ondersteuning nodig heeft een (kleine) subgroep van het totaal aantal rokers. Voor kosteneffectieve maatregelen zoals het vergoeden van ondersteuning bij stoppen met roken geldt dat de benodigde financiële middelen zeer omvangrijk kunnen zijn. Gedurende de looptijd van dit nationale programma zal niet alleen gezocht moeten worden naar manieren om de kosten te reduceren maar ook naar mogelijke alternatieve financieringswijzen.

In dit kader is ook de ontwikkeling van het zogenoemde nicotinevaccin relevant. Indien een dergelijk vaccin effectief blijkt, zal bekeken moeten worden op welke wijze dit vaccin ingezet kan worden binnen het tabaksontmoedigingsbeleid. Ook zal onderzocht moeten worden of de kosten door de roker zelf gedragen kunnen worden of dat het effectiever is om het nicotinevaccin te vergoeden.

C. Wet- en regelgeving

De Tabakswet (inclusief de daarop gebaseerde regelgeving) is in de jaren 2002-2004 aanzienlijk uitgebreid en aangescherpt (zie evaluatie). Mede hierdoor heeft Nederland een belangrijke inhaalslag gemaakt op het terrein van het tabaksontmoedigingsbeleid. Verdere wijzigingen van de Tabakswet zouden in belangrijke mate neerkomen op het beëindigen van een aantal uitzonderingen, aanscherping van al bestaande bepalingen en het gebruikmaken van de bestaande grondslagen. De handhaving van de bestaande wet- en regelgeving is, naast goede voorlichting daarover, een belangrijke voorwaarde voor een goede naleving.

In sommige gevallen kan duidelijk worden aangegeven wat het – vanuit het perspectief van tabaksontmoediging – gewenste eindbeeld is.

C.1. Rookverboden

De bescherming van de niet-roker door middel van rookverboden is van meet af aan één van de doelen die met de Tabakswet wordt gediend. Door de wijziging van de Tabakswet is het aantal rookverboden aanzienlijk uitgebreid. Grote delen van het publieke domein zijn nu wettelijk rookvrij. De belangrijkste uitzondering op de rookvrije werkplek is de horeca. In plaats daarvan heeft de organisatie van werkgevers in de horeca, Koninklijk Horeca Nederland (KHN), een stappenplan heeft opgesteld, dat ertoe moet leiden dat werknemers en bezoekers van horecagelegenheden steeds minder worden geconfronteerd met tabaksrook. De Federatie voor Podiumkunsten heeft een soortgelijk stappenplan voor de cultuurpodia opgesteld. Beide stappenplannen zijn ingegaan op 1 januari 2005 en lopen tot en met 2008. Ook voor de sportsector geldt thans nog een zelfreguleringsstraject. Dit loopt in 2006 af.

Duidelijk is in ieder geval, mede gelet op ontwikkelingen in het buitenland, dat de genoemde sectoren op termijn ook in Nederland rookvrij zullen zijn.

Hiermee zal dan het gewenste eindbeeld – een rookvrij publiek domein, waarbij roken nog zal zijn toegestaan in speciale, afgesloten rookruimten en in de open lucht – in belangrijke mate zijn gerealiseerd.

C.2. Verkoopbeperkingen

De Tabakswet kent thans in hoofdzaak twee soorten verkoopbeperkingen: een leeftijdsgrens voor de verkoop (16 jaar) en een verbod voor bepaalde categorieën bedrijven en organisaties om tabaksproducten te verkopen (bijvoorbeeld overheidsgebouwen en inrichtingen voor onderwijs en gezondheidszorg). Daarnaast bevat de Tabakswet thans al grondslagen om bij algemene maatregel van bestuur de verkoop in nog meer categorieën bedrijven en organisaties te verbieden, en om bepaalde verkoopmethoden zonder ter hand stelling door tussenkomst van een verstrekende persoon (zoals internetverkoop en verkoop via automaten) te verbieden.

Met de huidige verbodsbepalingen en grondslagen voor verdere beperkingen – waarvan tot nu toe eigenlijk geen gebruik is gemaakt – heeft de wetgever tot uitdrukking willen brengen dat verkoopbeperkingen integraal deel uitmaken van het tabaksontmoedigingsbeleid. Ondanks de bestaande beperkingen is tabak nog altijd een product dat zeer breed verkrijgbaar is. Het streven is er op gericht om de verkoop van tabaksproducten uiteindelijk alleen nog in tabaksspeciaalzaken te laten plaatsvinden. De (commerciële) beschikbaarheid van tabak is een van de factoren die van invloed zijn op de consumptie.

De volgende maatregelen zijn denkbaar:

- terugdringen van het aantal verkooppunten, te beginnen bij verbod op mobiele en ambulante verkoop die in belangrijke mate plaatsvindt op onder meer sport- en culturele evenementen, en waarbij verkoop en reclame vaak in elkaar overlopen²⁰;
- verhogen van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten van 16 naar 18 jaar (zie kader).

Bij de vorige wijziging van de Tabakswet heeft de regering voorgesteld om de leeftijdsgrens te stellen op 18 jaar. Door een amendement van de Tweede Kamer is de leeftijdsgrens van 16 jaar in de Tabakswet opgenomen. Daarmee is de huidige leeftijdsgrens voor tabak dezelfde als die voor zwak alcoholhoudende drank. Aangezien het hier echter om een zeer schadelijk product gaat, ligt het voor de hand om de leeftijdsgrens gelijk te trekken met de leeftijdsgrens voor sterke drank (18 jaar). Daar komt bij dat de meeste jongeren voor hun achttiende jaar beginnen met roken. Het aantal mensen dat op latere leeftijd begint met roken is gering. Het verhogen van de leeftijdsgrens naar 18 past goed in het streven om te voorkomen dat jongeren gaan roken (actie 2 uit de Preventienota). Daarnaast hebben diverse landen binnen de Europese Unie een leeftijdsgrens van 18 jaar. Dit zijn vooral de landen met een sterk integraal tabaksontmoedigingsbeleid en een lage rookprevalentie: Zweden, Finland, Noorwegen en Ierland.

C.3. Productregulering

Het gaat hierbij zowel om regulering van de tabaksproducten zelf (teer, nicotine, koolmonoxide en ingrediënten) als om regulering van de verpakkingen van tabaksproducten.

Het achterliggende doel van de regulering van tabaksproducten is “harm reduction”. Het streven hierbij is beperking van de gezondheidsschadende en verslavende eigenschappen van tabaksproducten. Hierbij blijft voorop staan dat tabaksproducten nooit “veilige” consumentenproducten zullen worden en dat niet-roken de voorkeur verdient.

De wettelijke eisen die in Nederland gelden voor tabaksproducten vloeien nagenoeg volledig voort uit EU-regelgeving: richtlijn 2001/37/EG inzake de productie, de presentatie en de verkoop

²⁰ G. Jalleh et al., ‘Selling or promotion?’, Tobacco Control 14 (2005, nr. 6) 430.

van tabaksproducten. In juli 2005 heeft de Europese Commissie haar eerste verslag over de toepassing van deze richtlijn gepubliceerd (Commissiedocument 2005 339).

Nederland levert via het project "Vermindering verslavings- en gezondheidsrisico's rokers" van het RIVM een bijdrage aan het onderzoek dat de basis moet vormen voor verdere regulering van tabaksproducten in EU-verband. Daarnaast vormt ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een belangrijk kader waarbinnen productregulering verder vorm zal krijgen. De WHO heeft een studiegroep op dit terrein ingesteld (WHO TobReg: Study Group on Tobacco Product Regulation) waarin ook Nederland participeert.

Als belangrijk producent en exporteur van tabaksproducten moet Nederland op dit terrein van het tabaksontmoedigingsbeleid zijn bijdrage blijven leveren aan kennisvermeerdering als basis voor regulering.

Met betrekking tot de tabaksverpakkingen kan worden opgemerkt dat deze, zeker nu tabaksreclame vergaand verboden is, voor de fabrikanten een nog belangrijker medium vormen om met (potentiële) consumenten te 'communiceren'.²¹ Een interessant voorbeeld in dit verband biedt het shagmerk dat een grote sigarettenfabrikant in 2005 op de markt heeft gebracht. Een medewerker van het marketingbureau dat naam, logo en imago van het nieuwe shagmerk heeft gecreëerd, merkt op: 'Het product is eigenlijk de communicatie. Het design van de verpakking heeft om die reden veel aandacht gekregen.'²²

Tabaksverpakkingen kunnen echter ook worden benut om op een directe manier de van overheidswege vastgestelde "gezondheidsboodschappen" naar de roker en diens omgeving te communiceren, en zo bij te dragen aan een verdere verandering van attitude en gedrag met betrekking tot (mee)roken.²³ Op dit gebied moet in ieder geval aan de volgende maatregelen worden gedacht:

- het verplicht voorschrijven van de door de Europese Commissie beschikbaar gestelde kleurenfoto's op de verpakkingen ter versterking van de bestaande tekstuele gezondheidswaarschuwingen; Bij de invoering hiervan zal nader bepaald worden welke foto's voor dit doel worden ingezet.
- het vergroten van de oppervlakte voor de gezondheidswaarschuwingen naar ten minste 50% van de voor- en achterzijde van tabaksverpakkingen (art. 11 FCTC);
- het verplicht vermelden van het telefoonnummer van de nationale stoplijn waar rokers informatie kunnen krijgen over en hulp bij stoppen met roken op elke tabaksverpakking;

²¹ M. Wakefield et al., 'The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents', Tobacco Control 11 (2002/Supplement I) i73-i80. Zie ook: John Slade, 'The pack as advertisement', Tobacco Control 6 (1997) 169-170.

²² 'Shagrokers plukken ritueel de dag', Adformatie, 9 juni 2005.

²³ E.J. Strahan et al., 'Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective', Tobacco Control 11 (2002) 183-190.

- het verbieden van het afdrukken van andere informatie (zoals prijsaanduidingen, anders dan die op het verplichte accijnszegel) dan merknaam, –logo en de in het Aanduidingenbesluit voorgeschreven informatie op tabaksverpakkingen.

D. Prijsmaatregelen

Prijs- en belastingmaatregelen zijn een doeltreffend en belangrijk instrument zijn om de tabaksconsumptie te verminderen. Op dit gebied zijn de volgende maatregelen denkbaar:

- verhoging van de prijzen van tabaksproducten door verhoging van de accijns;
- het verkleinen van de prijsverschillen tussen A- en B-merken door het verhogen van de minimumaccijns van 97% naar 100% van de accijnsdruk op de meest gevraagde prijsklasse voor in het bijzonder het goedkope segment.

5.2 De pakketten met maatregelen per pijler

De pijlers van het tabaksontmoedigingsbeleid en het scala aan effectieve maatregelen bepalen het pakket te nemen maatregelen om de rookprevalentie te kunnen laten dalen tot 20% in 2010. Ervaringen uit binnen- en buitenland hebben aangetoond dat een gelijktijdige inzet van de verschillende beleidsinstrumenten noodzakelijk is om te komen tot een daling van de prevalentie. In deze paragraaf worden de maatregelen uit paragraaf 5.1 gekoppeld aan de diverse pijlers van het tabaksontmoedigingsbeleid. In de jaarlijkse actieplannen wordt vervolgens vastgelegd welke maatregelen in het desbetreffende jaar worden uitgewerkt. Het actieplan voor 2006 is te vinden in de bijlage bij dit document.

5.2.1 Rokers stimuleren te stoppen met roken

Voor rokers is het belangrijk dat zij:

KENNIS

- goed bekend zijn met en continu herinnerd worden aan de schadelijke effecten van roken en meerroken;
- goede informatie hebben over effectieve ondersteuning bij stoppen met roken;
- weten dat roken een verslavingsziekte is, waarbij hulp nodig is om de verslaving te overwinnen;

HOUDING

- beseffen dat stoppen met roken op elke moment in hun leven zinvol is (hoe eerder hoe groter de gezondheidswinst);
- beseffen dat ze het goede voorbeeld moeten geven voor kinderen/jongeren;
- beseffen dat niet-roken meer en meer de sociale norm is;

GEDRAG

- gestimuleerd worden om te stoppen met roken en gebruik te maken van ondersteuning. Met andere woorden de drempel om gebruik te maken van effectieve ondersteuning bij stoppen met roken moet zo laag mogelijk zijn;
- de juiste steun krijgen bij hun stoppoging (juiste niveau van ondersteuning passend bij de ernst van hun verslaving);
- door iedere zorgprofessional gestimuleerd worden tot en ondersteund worden bij stoppen.
- ontmoedigd worden om tabaksproducten te kopen door een hoge prijs en geringer aantal verkoopkanalen.

Om de uitstroom te verhogen is het volgende pakket met maatregelen mogelijk:

- verhogen van de prijs van tabaksproducten via accijns;
- foto's op pakjes;
- massamediale stoppen met roken campagnes;
- doelgroep specifieke activiteiten (campagnes, informatiematerialen);
- (doelgroep specifieke) ondersteuning bij stoppen met roken;
- verdere implementatie en ontwikkeling van Minimale Interventie Strategieën stoppen met roken;
- actieve houding zorgprofessionals en zorgverzekeraars richting stoppen met roken onder meer via landelijke implementatie van de klinische richtlijn behandeling tabaksverslaving.

5.2.2 Voorkomen dat jongeren gaan roken

Voor jongeren is om niet te beginnen met roken belangrijk dat zij:

KENNIS

- goed bekend zijn met en continu herinnerd worden aan de schadelijke effecten van roken en (mee)roken;

HOUDING

- roken niet zien als stoer en cool, maar juist niet-roken daarmee associëren;
- beseffen dat niet-roken meer en meer de sociale norm is;

GEDRAG:

- roken niet zien als iets om mee te experimenteren;
- weerbaar zijn tegen eventuele druk om roken te proberen;
- het goede voorbeeld krijgen (thuis, op school, in de media);
- ontmoedigd worden om tabaksproducten te kopen door een hoge prijs en geringer aantal verkoopkanalen.

Om de instroom te verlagen is het volgende pakket met maatregelen mogelijk:

- leeftijdsgrens verhogen naar 18 jaar;

- duidelijke handhaving leeftijdsgrens;
- continue jongerenvoorlichting;
- verdere inzet op rookvrije omgeving op school, sportaccommodaties, in het uitgaansleven en thuis;
- ouders informeren over hun invloed op het rookgedrag van hun kinderen;
- stoppen met roken programma's voor jongeren;
- ambulante en mobiele verkoop verbieden.

5.2.3 Niet-rokers beschermen tegen tabaksrook

Voor niet-rokers is belangrijk dat zij:

KENNIS

- zich zo veel mogelijk kunnen beroepen op wettelijke bescherming tegen tabaksrook;
- goed geïnformeerd zijn over de schadelijke gevolgen van meeroken;

HOUDING

- zich positief opstellen ten aanzien van een rookvrije omgeving;

GEDRAG

- zich duidelijk uitspreken voor en vragen om een rookvrije omgeving.

Voor rokers is belangrijk dat zij:

KENNIS:

- weten dat tabaksrook schadelijk is voor anderen;

HOUDING:

- zich positief opstellen ten aanzien van een rookvrije omgeving;

GEDRAG:

- niet roken in nabijheid van anderen.

Om de blootstelling aan tabaksrook te verkleinen is het volgende pakket met maatregelen mogelijk:

- voorlichting over gezondheidsschade meeroken en ontwikkelingen in andere landen;
- stimuleren actieve opstelling niet-roker (versterken niet-roken als sociale norm);
- rookvrij maken publiek domein (horeca, sport, etc.);
- continueren 'Niet roken waar de kleine bij is'.

Bijlage: actieplan tabaksontmoedigingsbeleid 2006

Voor het jaar 2006 zijn onderstaande acties en maatregelen gepland.

1. KWF Kankerbestrijding, de Nederlandse Hartstichting, het Astma Fonds en het ministerie van VWS continueren de basisfinanciering van STIVORO *voor een rookvrije toekomst*. In totaal gaat het hierbij om € 1.827.000,--, gelijkelijk verdeeld over de vier organisaties (€ 456.750,-- per organisatie). In aanvulling hierop betaalt het ministerie van VWS in 2006 € 545.750,-- aan STIVORO voor onder meer het Informatiepunt 'Roken en de Wet' en de 0900-infolijnen (coördinatie alcohol, drugs en tabak).

2. Het ministerie van VWS draagt via ZonMW bij aan de financiering van leefstijlcampagnes op het gebied van tabaksontmoediging. Voor 2006 gaat het om een bedrag van € 2.700.000,--. Hiermee voert STIVORO (voorlichtings)activiteiten uit op het gebied van meerroken, stoppen met roken en jeugdroken. Voor wat betreft meerroken worden activiteiten uitgevoerd gericht op het terugdringen van meerroken door kinderen en het adviseren en ondersteunen van organisaties bij het invoeren en handhaven van rookbeleid. Ten aanzien van stoppen met roken zal er naast het aanbod van ondersteuning en het faciliteren van intermediairs in de zorg, een campagne worden gevoerd waarin speciale aandacht is voor de lage welstandsgroepen die bovengemiddeld roken. Richting de jeugd gaat het om activiteiten gericht op een rookvrije omgeving en om het versterken van kennis, vaardigheden en intenties om niet te beginnen met roken met projecten als de Rookvrije School en Actie Tegengif.

3. De Nederlandse Hartstichting stelt voor 2006 een extra bedrag van € 100.000,- beschikbaar voor de uitvoering van het actieplan 2006. Dit bedrag zal vooral worden besteed aan het stimuleren van stoppen met roken onder risicogroepen, patiënten met hart- en vaatziekten en de intermediairs die met deze doelgroepen werken. Verder draagt de Hartstichting in financiële en materiële zin bij aan 'Wereld Niet Roken Dag 2006'.

4. KWF Kankerbestrijding stelt een extra bedrag van € 425.000,- beschikbaar ten behoeve van het tabaksontmoedigingsbeleid. Van dit geld worden in 2006 de KWF-campagnes 'Quit & Win' en 'Rookvrij zwanger' gecontinueerd, die gericht zijn op stoppen met roken. Daarnaast zal onderzoek worden uitgevoerd naar de wensen en mogelijkheid ten aanzien van stoppen-met-rokeninterventies bij kankerpatiënten door zorgprofessionals in de oncologie. Verder draagt KWF Kankerbestrijding in financiële en materiële zin bij aan 'Wereld Niet Roken Dag 2006'.

5. Het Astma Fonds zal in 2006 de ondersteuning van het Partnership stop met roken continueren en de voortzetting van de L-MIS die bijdraagt aan de implementatie van de klinische

richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving'. Het Astma Fonds is voornemens ongeveer € 100.000,- ter beschikking te stellen voor programma's gericht op de beperking van gezondheidsschade door meeroken. Verder draagt het Astma Fonds in financiële en materiële zin bij aan 'Wereld Niet Roken Dag 2006'.

6. Het ministerie van VWS financiert in 2006 het Partnership stop met roken (€ 245.041,--). Dit Partnership richt zich op de invoering van de klinische richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving' onder zorgverleners. KWF Kankerbestrijding, het Astma Fonds (zie ook punt 7) en de Nederlandse Hartstichting zullen zich actief inzetten voor de invoering van deze richtlijn bij de eigen beroepsgroepen.

7. Voor de uitvoering van een massamediale jongerencampagne in 2006 is het ministerie van VWS voornemens om € 1.000.000,- beschikbaar te stellen. Ook heeft het ministerie van VWS het voornemen om in 2006 € 500.000,- beschikbaar te stellen voor het stimuleren van het gebruik van ondersteuning bij stoppen met roken ter verhoging van de slaagkans van stoppogingen.

8. De minister van VWS zal zich inzetten om kleurenfoto's als onderdeel van de gezondheidswaarschuwingen op tabaksverpakkingen verplicht te stellen en zal in 2006 de hiervoor benodigde aanpassing van het Aanduidingenbesluit in procedure brengen. Bij de invoering hiervan zal nader bepaald worden welke foto's voor dit doel worden ingezet.

9. De minister van VWS zal zich inzetten om de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten te verhogen van zestien naar achttien jaar.

10. De minister van VWS heeft het voornemen om de mobiele en ambulante verkoop van tabaksproducten te verbieden.

11. Het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid wordt deels bepaald door verdragsrechtelijke verplichtingen zoals EU richtlijnen en het WHO Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging (Framework Convention on Tobacco Control). De partijen zullen de Nederlandse bijdrage aan de internationale samenwerking op het terrein van tabaksontmoediging continueren en verder uitbouwen.

12. Tot slot zullen de partijen zich actief inzetten voor het verder vergroten van het draagvlak voor het tabaksontmoedigingsbeleid in het algemeen en de hierboven genoemde specifieke maatregelen in het bijzonder.