



Małgorzata Balwicka-Szczyrba
Uniwersytet Gdański
m.balwicka@prawo.ug.edu.pl

Łukasz Balwicki
Gdański Uniwersytet Medyczny
lukasz.balwicki@gumed.edu.pl

OCHRONA DZIECI PRZED BIERNYM PALENIEM WYROBÓW TYTONIOWYCH W ŚWIETLE REGULACJI PRAWNYCH¹

Wstęp

Palenie papierosów jest w Polsce powszechnym zjawiskiem – pali 29% dorosłych Polaków (34% mężczyzn, 23% kobiet)². Istotny problem społeczny stanowi równocześnie narażenie osób niepalących na dym tytoniowy, a zwłaszcza gdy narażone osoby są jeszcze małoletnie. W świetle badań przeprowadzonych w 2015 r. co czwarty palący Polak przyznał, że pali w obecności dzieci i kobiet ciężarnych, z kolei ponad jedna trzecia badanych (39%) deklarowała, że w ich domach pali się tytoń³.

Szczególne szkodliwość narażenia dzieci na dym tytoniowy nie budzi wątpliwości w świetle doniesień medycznych. Nie istnieje bowiem bezpieczny poziom biernej inhalacji⁴. Ekspozycja dzieci na szkodliwe substancje zawarte w wyro-

¹ Niniejszy artykuł powstał przy wsparciu Polskiej Ligii Walki z Rakiem, w wykonaniu projektu eksperckiego realizowanego w ramach konkursu ONKOGRANTY II.

² *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010, s. 9.

³ D. Kachaniak, A. Trząsalska, U. Krassowska, *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*, Warszawa 2015, s. 13.

⁴ World Health Organization, *Protection from Exposure Exposure to Second-hand Tobacco Smoke. Policy Recommendations*, 2007, www.who.int [dostęp: 20.03.2019].

bach tytoniowych ma związek z większą zachorowalnością na choroby dolnych dróg oddechowych (m.in. zapalenie płuc), częstszymi przypadkami zapalenia ucha środkowego, astmy, a także narażeniem na nagłą śmierć noworodków. Ekspozycja dzieci na dym tytoniowy może przyczyniać się do rozwoju nowotworów w wieku dorosłym⁵.

Celem niniejszego artykułu jest analiza najważniejszych unormowań obowiązujących w Polsce w kontekście problematyki ochrony zdrowia dzieci przed biernym paleniem wyrobów tytoniowych. Wymaga jednocześnie zaznaczenia, iż mówiąc w niniejszym artykule o dzieciach za art. 1 Konwencji o prawach dziecka, przyjęto, iż dziecko oznacza każdą istotę ludzką w wieku poniżej 18 lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono pełnoletniość wcześniej. Zgodnie z prawem polskim kobieta może uzyskać pełnoletniość, poza przypadkami ukończenia 18. roku życia, przez zawarcie małżeństwa (art. 10 ust. 2 k.c.)⁶.

1. Prawo dziecka do ochrony zdrowia

Warto na wstępie pokrótce odnieść się do problematyki prawa dziecka do ochrony zdrowia. Zasygnalizowanie tego zagadnienia nadaje szczególnego zabarwienia dokonywanym rozważaniom, albowiem uzasadnia podejmowanie działań zmierzających do realizacji tego prawa.

Prawa człowieka mają swoje źródło w przyrodzonej godności ludzkiej, ich przestrzeganie można wywodzić także z norm moralnych. Prawa te mają charakter powszechny, przyrodzony i niezbywalny, w kontekście normatywnym cechuje je uniwersalizm⁸. Prawo do ochrony zdrowia jest podstawowym prawem człowieka⁹, jest ono chronione na gruncie prawa międzynarodowego i krajowego¹⁰.

⁵ American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health, *Environmental Tobacco Smoke: A Hazard to Children*, „Pediatrics”, April 1997, vol. 99, issue 4, <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/99/4/639.full.pdf> [dostęp: 20.03.2019].

⁶ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1025) [dalej: k.c.].

⁷ Dotyczy to kobiet, które w okolicznościach określonych w art. 10 § 1 k.r.o. (ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. z 2017 r., poz. 682, ze zm.) mogą za zezwoleniem sądu zawrzeć małżeństwo po ukończeniu 16. roku życia.

⁸ Zob. K. Kobyliński, *Czy prawa człowieka są/powinny być uniwersalne* [w:] *Konstytucyjne podstawy ochrony praw człowieka*, red. R. Koper, Katowice 2017, s. 13 i nn.

⁹ Na temat prawa do zdrowia zob. szerzej m.in. R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach praw człowieka*, Lublin 2016, s. 19 i nn.

¹⁰ Prawo do ochrony zdrowia przewiduje także m.in. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 r. (art. 25); Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 1966 r. (art. 12); Europejska Karta Socjalna z 1960 r. (art. 7 i 8).

Na gruncie prawa międzynarodowego warto w szczególności wskazać na art. 3 w zw. z art. 24 Konwencji o prawach dziecka, które daje podstawę do twierdzenia, iż we wszystkich działaniach dotyczących dzieci, podejmowanych przez publiczne lub prywatne instytucje opieki społecznej, sądy, władze administracyjne lub ciała ustawodawcze, sprawą nadrzędną jest najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka, co dotyczy także najwyższego poziomu ochrony ich zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. W nauce trafnie się zauważa, iż tak rozumiane dobro dziecka jest dobrem, które, poza sytuacjami szczególnymi, powinno mieć pierwszeństwo przed innym, ważnym w danej sytuacji dobrem¹¹. Z kolei zaspokajanie potrzeb dziecka w zakresie ochrony zdrowia jest traktowane jako sprawa priorytetowa¹². Wywodzi się, że państwo powinno zapewniać jak najlepsze warunki do ochrony zdrowia dzieci, w tym warunki środowiskowe¹³.

Prawo do ochrony zdrowia wynika z uregulowań Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹⁴ (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) i jest zaliczane do podstawowych praw człowieka¹⁵. Pomimo że charakter tego unormowania jest sporny¹⁶, w nauce przeważa pogląd, że art. 68 Konstytucji jest przepisem wyrażającym prawo podmiotowe, tj. prawo do ochrony zdrowia, na które obywatel może powołać się w postępowaniu przed sądem (w pozwie, skardze, skardze kasacyjnej itp.) lub Trybunałem Konstytucyjnym (w skardze konstytucyjnej)¹⁷. Nie budzi jednak wątpliwości, że każdy, w tym dziecko, ma konstytucyjne prawo do ochrony jego zdrowia. Z kolei adresatem normy konstytucyjnej z art. 68 są przede wszystkim władze publiczne, które poprzez swoje działania, w tym poprzez zapewnienie opieki zdrowotnej, powinny te prawo realizować. Wymaga równocześnie zasygnalizowania, że norma konstytucyjna z art. 68 traktuje dzieci jako szczególne

¹¹ Zob. m.in. A. Łopatka, *Dziecko i jego prawa*, Warszawa 2000, s. 27.

¹² Tak m.in. K. Wojtczak, *Prawo dziecka do ochrony zdrowia* [w:] *Konwencja o prawach dziecka. Analiza i wykładnia*, red. T. Smoczyński, Poznań 1999, s. 310.

¹³ *Ibidem*, s. 310.

¹⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

¹⁵ Zob. szerzej M. Dróżd-Żyła, K. Pilarz, *Ochrona praw dziecka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* [w:] *Konstytucyjne podstawy ochrony praw człowieka*, red. R. Koper, Katowice 2017, s. 99.

¹⁶ Zob. szerzej na ten temat M. Dercz, *Konstytucyjne prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej*, Warszawa 2016, s. 155 i nn.

¹⁷ Tak m.in. J. Trzciński, M. Wiązek [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, wyd. 2, Warszawa 2016, s. 733; L. Bosek [w:] *Konstytucja RP, tom I. Komentarz. Art. 1–86*, red. M. Safian, M. Bosek, Warszawa 2016, s. 1549. Przeciwnie jednak m.in. w wyroku NSA w Warszawie z dnia 23 maja 2017 r., I OSK 3457/15, LEX nr 2323369, że przepisy Konstytucji stanowią jedynie pewien wzorzec określający w sposób ogólny ramy zabezpieczenia społecznego oraz realizowania prawa do ochrony zdrowia, kierunki polityki państwa są adresowane głównie do organów prawodawczych. Przepisy te stanowią zatem źródło gwarancji, ale nie praw podmiotowych obywatela dla zabezpieczenia społecznego, które dopiero konkretyzują się w ustawach, w tym przypadku w ustawie o pomocy społecznej.

podmioty, którym należy zapewnić opiekę zdrowotną w zakresie szerszym niż pozostałym podmiotom¹⁸. Szczególne wyeksponowanie w Konstytucji dzieci jako podmiotów, którym należy się ochrona, uzasadnia podejmowanie szeroko rozumianych działań w celu realizacji ich praw.

Należy również zaznaczyć, iż zdrowie jest dobrem osobistym chronionym przez prawo cywilne (w szczególności art. 23 i 24 k.c.), które to przepisy stanowią podstawę roszczeń, o charakterze niemajątkowym i majątkowym, przysługujących w razie jego naruszenia. Zdrowie jako dobro osobiste jest atrybutem każdej osoby fizycznej, jest ono nierozłącznie związane z człowieczeństwem, bez względu na wiek. W kodeksie cywilnym brak definicji zdrowia. Z kolei szerokie rozumienie pojęcia „zdrowie” przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako stanu zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie braku choroby lub ułomności, uniemożliwia sformułowanie wyczerpującej jego definicji¹⁹. Warto zaznaczyć, iż zdrowie jako dobro osobiste jest funkcjonalnie powiązane z takimi dobrami, jak życie i nietykalność cielesna²⁰. Życie i godność są z kolei klasyfikowane jako dobra zajmujące naczelne miejsce w hierarchii dóbr osobistych²¹. Konieczność ochrony zdrowia jest więc szczególnie uzasadniona także na gruncie prawa cywilnego.

2. Ramowa konwencja WHO a ochrona dzieci przed biernym paleniem

Rzeczpospolita Polska jest stroną Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu, sporządzonej dnia 21 maja 2003 r. (dalej: Ramowa konwencja WHO)²². Jej celem, określonym w art. 3, jest ochrona dzisiejszych i przyszłych pokoleń przed zgubnymi zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi następstwami konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy poprzez przedstawienie ram dla środków ograniczenia użycia tytoniu, jakie strony będą wprowadzać na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym w celu ciągłego i znacznego ograniczenia rozpowszechnionej konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy.

¹⁸ M. Drózd-Żyła, K. Pilarz, *Ochrona praw dziecka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* [w:] *Konstytucyjne podstawy ochrony praw człowieka*, red. R. Koper, Katowice 2017, s. 100.

¹⁹ Zob. m.in. S. Kalus [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz, tom I. Część ogólna*, red. M. Hajdas, M. Fras, Warszawa 2018, s. 108.

²⁰ Zob. min. Z. Radwański, A. Olejniczak, *Prawo cywilne. Część ogólna*, Warszawa 2011, s. 159.

²¹ Tak T. Sokołowski [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz, tom I, Część ogólna*, red. A. Kidyba., Warszawa 2009, s. 113.

²² Dz. U. z 2007 r. Nr 74, poz. 487.

Ramowa konwencja WHO wprowadza obszarowe (przedmiotowe) ograniczenia dotyczące używania wyrobów tytoniowych, a odnoszące się do miejsc publicznych. Jej strony zobowiązały się przyjąć i wdrażać skuteczne środki ustawodawcze, wykonawcze, administracyjne lub inne, przewidujące ochronę przed narażeniem na dym tytoniowy w zamkniętych miejscach pracy, środkach transportu publicznego, zamkniętych obiektach publicznych oraz, w odpowiednich przypadkach, w innych miejscach publicznych.

Pomimo że w swym brzmieniu Ramowa konwencja WHO nie wprowadza innych ograniczeń, w tym zwłaszcza takich, które polegałyby na zakazie palenia wyrobów tytoniowych w obecności dzieci, zaleca się jej stronom podejmowanie dalszych działań poszerzających wskazane powyżej zakazy. W świetle art. 1 ust. 2 Ramowej konwencji, w celu lepszej ochrony zdrowia człowieka, strony konwencji są zachęcane do wprowadzenia środków wykraczających poza środki wymagane na mocy tego aktu normatywnego i protokołów do niego.

W ostatnich latach należy odnotować silny trend związany z akcentowaniem zależności między wprowadzaniem dalszych ograniczeń w zakresie używania wyrobów tytoniowych a ochroną praw człowieka. Między innymi podczas siódmej sesji państw – stron konwencji – w dniu 13 kwietnia 2017 r. podkreślono niewątpliwą zależność stosowania odpowiednich narzędzi ochrony przed negatywnym wpływem używania wyrobów tytoniowych a tymi prawami, wskazując, iż pełne wdrożenie zobowiązań wynikających z Ramowej konwencji WHO powinno wiązać się z należytą ochroną praw człowieka do zdrowia w kontekście kontaktu ze szkodliwym wpływem tytoniu²³. Beneficjentami tejże ochrony powinny być przede wszystkim dzieci jako osoby narażone na bierne palenie, które w przyszłości same mogą stać się uzależnione od tytoniu. Istnieją bowiem badania wykazujące, że dzieci narażone na bierne palenie z większym prawdopodobieństwem zostaną palaczami²⁴.

Zaprezentowany powyżej kierunek i uzasadnienie dalszych zmian w zakresie regulacji dotyczącej używania wyrobów tytoniowych potwierdza podpisana przez liczne stowarzyszenia i organizacje międzynarodowe, a także ekspertów, deklaracja kapsztadzka z dnia 9 marca 2018 r.²⁵ (Cape Town Declaration on Human Rights and a Tobacco-free World). W jej pkt. A1 wyraźnie się akcentuje, iż produkcja i sprzedaż tytoniu naruszają prawo człowieka do zdrowia. W związku z tym potwierdza się wartość preambuły Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia, w której strony wyrażają swoją determinację do „przyzna-

²³ R.A. Daynard, *Allying tobacco control with human rights: invited commentary*, „Tobacco Control”, 14 February 2018.

²⁴ Z badań Eurostatu wynika, że około 75% palaczy zaczyna palić przed 18. rokiem życia, <http://ec.europa.eu/eurostat> [dostęp: 20.03.2019].

²⁵ Zob. na stronie: https://ash.org/wp-content/uploads/2018/02/Cape-Town-Declaration-on-Human-Rights-and-a-Tobacco-free-World_FINAL-May-23.pdf [dostęp: 20.03.2019].

nia pierwszeństwa prawu do ochrony zdrowia publicznego” i szanują prawo wszystkich do korzystania z najwyższego możliwego do osiągnięcia standardu zdrowia fizycznego i psychicznego wyrażonego w art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 1966 r.

W świetle powyższego należy akcentować, iż dalsze wprowadzanie ustawowych ograniczeń w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym w obecności dzieci, powinno być silnie uwarunkowane koniecznością ochrony praw człowieka, w tym zwłaszcza prawa do ochrony zdrowia.

3. Polska regulacja ograniczająca palenie wyrobów tytoniowych a ochrona dzieci przed biernym paleniem

Podstawowym polskim aktem prawnym dotyczącym omawianej problematyki jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych²⁶ (dalej: ustawa antytytoniowa). Stanowi ona istotne narzędzie prawne do walki z uzależnieniem od tytoniu i wyrobów tytoniowych, ma ona również na celu ochronę innych osób przed skutkami tzw. biernego palenia²⁷.

Analizując unormowania zawarte w tejże ustawie, należy podkreślić, iż brak w niej przepisów wprowadzających wprost zakaz palenia wyrobów tytoniowych w obecności dzieci. Z całokształtu jej unormowań można jednak wyprowadzić zasadę ochrony dzieci przez szkodliwym wpływem używania tychże wyrobów. Obowiązanie tej zasady uwidacznia się na poniższych, najważniejszych płaszczyznach.

Po pierwsze, ustawa antytytoniowa w art. 6 wprowadza zakaz sprzedaży wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych lub pojemników zapasowych wyrobów osobom poniżej 18 roku życia. Wprowadza równocześnie zakaz wprowadzania do obrotu tychże wyrobów na terenie: podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, szkół i placówek oświatowo-wychowawczych oraz obiektów sportowo-rekreacyjnych, a także w automatach. Powyższe ograniczenia i obowiązki z nimi związane niewątpliwie służą ochronie dzieci przed szkodliwym wpływem dymu tytoniowego.

²⁶ Tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 957.

²⁷ Należy zaznaczyć, iż istnieją także inne regulacje prawne stanowiące narzędzie do walki z uzależnieniem od tytoniu i wyrobów tytoniowych, w tym m.in. narzędzia przyznane ustawą z dnia 6 grudnia 2008 r. o podatku akcyzowym (Dz. U. z 2009 r. Nr 3, poz. 11, ze zm.), ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z 2005 r. Nr 143, poz. 1200, ze zm.), ustawą z dnia 2 marca 2001 r. o wyrobie alkoholu etylowego oraz wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2001 Nr 32, poz. 353, ze zm.).

Po drugie, ustawa o ochronie zdrowia w art. 5 zakazem palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych, obejmuje obszary publiczne, w których przebywają dzieci, w szczególności: teren jednostek organizacyjnych systemu oświaty; pomieszczenia obiektów kultury i wypoczynku do użytku publicznego czy ogólnodostępne miejsca przeznaczone do zabaw dzieci. Co istotne, właściciel lub zarządzający obiektem lub środkiem transportu, w którym obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych, jest obowiązany umieścić w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie obiektu lub w środku transportu. Celem tego unormowania jest ochrona przed biernym paleniem. Przepis ten ma również walor edukacyjny, kształtujący świadomość o szkodliwości biernego palenia.

Po trzecie, ustawa w art. 5 ust. 4 przyznaje radom gminy kompetencję do rozszerzenia dla terenu gminy, w drodze uchwały, obszarów wolnych od dymu tytoniowego o inne miejsca użytku publicznego niż te objęte zakazem z mocy prawa. Z uwagi na powyższe katalog obszarów wolnych od dymu tytoniowego może być dla danej gminy określony szerzej od katalogu ustawowego²⁸. Przykładowo zakazem palenia zostały na mocy uchwały Rady Gminy Miasta Gdańska nr XXXVI/1030/09²⁹ objęte plaże i kąpieliska miasta Gdańska jako miejsca, gdzie przebywają i bawią się dzieci. Istotne jest, że treść uchwały nie może przekraczać przyznanej radom gminy kompetencji ustawowej. Artykuł 5 ust. 4 ustawy nie upoważnia przede wszystkim do określenia wysokości kary grzywny za nieprzestrzeganie zakazu palenia wyrobów tytoniowych w miejscach objętych tym zakazem³⁰. Należy dlatego podkreślić, iż uchwała rady gminy nie mogłaby wprowadzać generalnego zakazu palenia w obecności dzieci, a jedynie poszerzać obszary objęte tymże zakazem na miejsca, w których przebywają dzieci. Takimi obszarami mogą stać się np. parki, plaże czy kąpieliska.

Odnosząc się do polskiej ustawy antytytoniowej, trzeba zaznaczyć, iż pomimo że zasada ochrony dzieci przed skutkami używania wyrobów tytoniowych jest realizowana przez ustawę, zakres ograniczeń związanych z paleniem wyrobów tytoniowych w obecności dzieci jest niewystarczający do pełnej ochrony ich zdrowia. W szczególności w omawianej ustawie brak jest zakazów palenia

²⁸ W zakresie ustawodawstwa antytytoniowego aktywność rad gmin w latach 1996–2009 należy uznać za niewielką, zob. M. Balwicka-Szczyrba, Ł. Balwicki, *Praktyka korzystania przez rady gminy z kompetencji do wprowadzania stref wolnych od dymu tytoniowego*, „Samorząd Terytorialny” 2010, nr 9, s. 59–65.

²⁹ Uchwała Nr XXXVI/1030/09 Rady Miasta Gdańska z dnia 28 maja 2009 r. (Dz. Urz. Województwa Pomorskiego z 2009 r. Nr 89).

³⁰ Zob. rozstrzygnięcie nadzorcze wojewody podlaskiego z dnia 11 lipca 2008 r., Nr NK.II AŁ.0911-139/08, LEX nr 488149.

tychże wyrobów w obecności dzieci w przestrzeni innej niż publiczna, a zwłaszcza w innych niż publiczne pomieszczeniach zamkniętych, gdzie narażenie na dym tytoniowy jest szczególnie duże. Wydaje się dlatego, iż dalsze zmiany ustawowe, poszerzające obszary objęte zakazem palenia wyrobów tytoniowych poza obszary publiczne, są niezbędne do pełnej realizacji prawa dzieci do ochrony zdrowia. Dobrym przykładem regulacji poszerzającej ustawy zakaz palenia wyrobów tytoniowych jest zakaz palenia w samochodach osobowych przewożących dzieci.

4. Zakaz palenia w samochodach przewożących dzieci – przykład ustawodawstw obcych

Miejscem szczególnego narażenia na bierne palenie są pomieszczenia zamknięte, z uwagi na ograniczoną wentylację powietrza. Takim miejscem są w szczególności samochody osobowe, którymi przewożone są dzieci, gdzie stężenie szkodliwych substancji jest wysokie, a dzieci nie mają możliwości ich opuszczenia³¹. Badania udowodniły istnienie alarmujących poziomów środowiskowego dymu tytoniowego zaledwie po 5 minutach palenia papierosów w pojeździe niezależnie od funkcjonującej wentylacji³². Wykazano także, że nawet jazda z otwartym oknem w czasie palenia powoduje, że powietrze w środku ma w dalszym ciągu 5-krotnie wyższe stężenie groźnych substancji niż powietrze na zewnątrz³³. W pomieszczeniach zamkniętych mamy równocześnie do czynienia z tzw. paleniem z trzeciej ręki (*third hand smoking*). Dym tytoniowy osadza się na powierzchni tapicerek i naraża niepalącego zarówno na bezpośredni kontakt z toksynami dymu i wchłanianie przez skórę, jak i ich wdychanie przez długi czas po zakończeniu palenia³⁴.

Doświadczenia niektórych Państw obcych wskazują na pozytywne skutki społeczne, odnoszące się do ochrony dzieci przed szkodliwym oddziaływaniem dymu tytoniowego, pod wpływem poszerzania ustawowych zakazów palenia

³¹ W. Ott, N. Klepeis, P. Switzer, *Air change rates of motor vehicles and in-vehicle pollutant concentrations from secondhand smoke*, „Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology” May 2008, vol. 18, issue 3, s. 312–325.

³² V.W. Rees, G.N. Connolly, *Measuring Air Quality to Protect Children from Secondhand Smoke in Cars*, „American Journal of Preventive Medicine” October 2006, vol. 31, issue 5, s. 363–368.

³³ R. Edwards *et al.*, *Highly hazardous air quality associated with smoking in cars: New Zealand pilot study*, „The New Zealand Medical Journal” October, 2006, vol. 119, no. 1244, <http://www.nzma.org.nz/journal/119-1244/2294/> [dostęp: 20.03.2019].

³⁴ Badania wykazały znacząco wyższe poziomy nikotyny w powietrzu, kurzu i na powierzchniach pojazdów palaczy w porównaniu z pojazdami, w których nie palono, zob. G.E. Matt *et al.*, *Residual tobacco smoke pollution in used cars for sale: air, dust, and surfaces*, „Nicotine and Tobacco Research”, September 2008, vol. 10 issue 9, s. 1467–1475.

wyrobów tytoniowych na samochody osobowe przewożące dzieci. Taki zakaz został wprowadzony m.in. w 10 z 13 prowincji Kanady, w niektórych stanach USA, Australii, Cyprze, na Mauritiusie czy w Wielkiej Brytanii i Francji³⁵. Ustawowe uregulowania tego zakazu w konkretnych krajach wykazują odmienności, zwłaszcza co do wieku przewożonych w samochodach dzieci. Na przykład w Wielkiej Brytanii zakazuje się palenia w samochodach przewożących dzieci poniżej 18 roku życia³⁶. Z kolei australijski prawodawca wprowadził taki zakaz w samochodach przewożących dzieci poniżej 16. roku życia³⁷. Istnieją także prawodawstwa, gdzie obowiązuje generalny zakaz używania wyrobów tytoniowych w samochodach korzystających z dróg publicznych³⁸.

W krajach, gdzie poszerzono ustawowe zakazy używania wyrobów tytoniowych na inne miejsca niż publiczne, odnotowano znaczącą zmianę zachowań społecznych, przy przeważającej przychylności palaczy odnośnie do dokonywanych zmian. Większość palaczy popierała zakaz używania wyrobów tytoniowych w obecności dzieci podczas jazdy samochodem. Akceptacja dla zakazu była najwyższe w Australii (83%), następnie w Wielkiej Brytanii (75%) i Kanadzie (74%) oraz w USA (60%)³⁹. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami wsparcie zakazu było najwyższe wśród palaczy, którzy mieli silniejsze intencje rzucenia palenia, byli lżejszymi palaczami, mieli niższe wykształcenie, nie mieli dzieci w domu, wierzyli, że dym papierosowy jest niebezpieczny dla niepalących i może powodować astmę u dzieci, a także obawiali się rozpoczęcia palenia przez dzieci w przyszłości.

Powyższe argumenty zdrowotne, prawne i socjologiczne mogą być wykorzystane w debacie nad zakresem regulacji antytytoniowej w Polsce. Niewątpliwie poszerzenie obowiązujących w Polsce ustawowych zakazów palenia wyrobów tytoniowych na samochody osobowe przewożące dzieci, na wzór wskazanych powyżej prawodawstw, przyniosłoby pozytywne rezultaty w zakresie ochrony zdrowia dzieci przed biernym paleniem. Dokonana zmiana ustawowa miałaby także istotny walor edukacyjny, odnoszący się do świadomości palaczy co do konieczności ochrony zdrowia osób przebywających z nimi podczas palenia.

³⁵ Zob. na ten temat: R. Cunningham, *Laws Banning Smoking in Vehicles Carrying Children – International Overview*, Canadian Cancer Society, 30 August 2011.

³⁶ Tak brytyjska ustawa *The Smoke-free (Private Vehicles) Regulations 2015* (S.I. 2015 No. 286).

³⁷ *Smoking in Cars with Children (Prohibition) Act 2011*, <http://www.legislation.act.gov.au/a/2011-40/default.asp> [dostęp: 20.03.2019].

³⁸ Tak np. Government Notice No. 263 of 2008, *The Public Health Act*, Mauritius.

³⁹ S.C. Hitchman, G.T. Fong, M.P. Zanna, A. Hyland, M. Bansal-Travers, *Support and correlates of support for banning smoking in cars with children: findings from the ITC Four Country Survey*, „European Journal of Public Health”, June 2011, vol. 21, issue 3, s. 360–365.

Podsumowanie i zestawienie najważniejszych wniosków

W niniejszym artykule dokonano analizy obowiązujących w Polsce najważniejszych unormowań odnoszących się do problematyki ochrony zdrowia dzieci przed biernym paleniem. Przeprowadzone rozważania mają charakter ogólny i stanowią podstawę dalszych, pogłębionych badań w zaprezentowanym obszarze, w którym konieczność realizacji prawa dzieci do ochrony zdrowia znajduje tak szczególne uzasadnienie. Zaprezentowana w opracowaniu analiza daje podstawę do wyciągnięcia następujących wniosków:

1. Doniesienia medyczne niewątpliwie wskazują na dużą szkodliwość palenia wyrobów tytoniowych w obecności dzieci.
2. Prawo do ochrony zdrowia jako prawo człowieka jest chronione na gruncie regulacji międzynarodowych i krajowych.
3. Ramowa konwencja WHO, której Polska jest stroną, zachęca do poszerzenia zakazów palenia wyrobów tytoniowych na inne obszary niż obiekty publiczne.
4. Pomimo że w ustawie z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych brak normy generalnej zakazującej palenia wyrobów tytoniowych w obecności dzieci, to ochrona przed biernym paleniem jest jednym z celów tejże ustawy, a z całości kształtu jej uregulowań można wyprowadzić zasadę ochrony dzieci przed szkodliwym wpływem dymu tytoniowego.
5. W naszej ocenie, wobec istniejących praktyk społecznych, obecny zakres ustawowego ograniczenia palenia wyrobów tytoniowych jest niewystarczający do pełnej ochrony zdrowia dzieci. W szczególności w omawianej ustawie brak jest zakazów palenia tychże wyrobów w obecności dzieci w przestrzeni prywatnej, a zwłaszcza w pomieszczeniach zamkniętych, gdzie narażenie na ich działanie jest wysokie.
6. Należy postulować, aby polski prawodawca podjął działania interwencyjne w celu ochrony zdrowia dzieci przed szkodliwym wpływem dymu tytoniowego poprzez poszerzenie ustawowych zakazów używania tytoniu i wyrobów tytoniowych na obszary inne niż publiczne. Zwłaszcza jest uzasadnione poszerzenie zakazu na samochody osobowe, którymi przewożone są dzieci.
7. Dalsze pogłębione badania oraz dyskusja naukowa w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania wyrobów tytoniowych są niezbędne dla określenia optymalnego kształtu regulacji prawnych w tym obszarze.

8. Działaniom prawnym powinna towarzyszyć intensywna kampania społeczna⁴⁰. W zakresie podjętego tematu badawczego należy bowiem akcentować istotne znaczenie edukacji w zakresie szkodliwości biernego palenia w obecności dzieci, co ma również związek z edukacyjną funkcją ustawowych zakazów palenia wyrobów tytoniowych.

*Małgorzata Balwicka-Szczyrba
Łukasz Baltwicki*

**THE PROTECTION OF CHILDREN
FROM THE PASSIVE SMOKING OF TOBACCO
IN THE LIGHT OF LEGAL REGULATIONS**

The aim of the paper is to analyze the most important regulations currently in force in Poland in the context of the protection of children from the passive smoking of tobacco products. The considerations lead to the conclusion that the current scope of the statutory limitation on smoking these products is insufficient to fully implement the right of children to health protection. It is justified to postulate the extension of the statutory bans on the use of tobacco and tobacco products to non-public areas, and in particular the introduction of such a ban in passenger cars in which children are transported.

⁴⁰ Zob. G. Thomson, S. Hudson, N. Wilson, R. Edwards, *A qualitative case study of policy maker views about the protection of children from smoking in cars*, „Nicotine & Tobacco Research”, September 2010, vol. 12, issue 9, s. 970–977.