



KOMISIJA EVROPSKIH SKUPNOSTI

Bruselj, 30.1.2007
COM(2007) 27 konč.

ZELENA KNJIGA

K Evropi brez tobačnega dima: politične možnosti na ravni EU

(predložila Komisija)

VSEBINA

I.	UVOD	3
II.	UTEMELJITEV UKREPA	4
1.	Zdravje	4
1.1.	Obremenitev za zdravje zaradi izpostavljenosti TDO	4
1.2.	Ravni izpostavljenosti	5
1.3.	Vpliv pobude za prepoved kajenja	6
2.	Gospodarska vprašanja	6
2.1.	Breme za gospodarstvo	6
2.2.	Vpliv pobude za prepoved kajenja	7
2.3.	Nevarnost nenačrtovanih posledic	7
3.	Socialna vprašanja	7
3.1.	Javna podpora zakonom o prepovedi kajenja	7
3.2.	Vpliv na porabo tobaka	8
3.3.	Vpliv na enakost družbe	8
4.	Spodbuda za ukrepanje	8
III.	VELJAVNO ZAKONODAJNO OKOLJE	9
1.	Nacionalne določbe	9
2.	Sedanje določbe Skupnosti	10
IV.	PODROČJE UPORABE POBUDE ZA PREPOVED KAJENJA	11
1.	Celoviti prepisi o prepovedi kajenja	12
2.	Predpisi o prepovedi kajenja z izjemami	13
2.1.	Izjema za gostinski sektor z izdanim dovoljenjem	14
2.2.	Izjema za točilnice in bare, ki ne strežejo hrane	14
2.3.	Zaprti prostori za kajenje z ločenim prezračevanjem	14
V.	POLITIČNE MOŽNOSTI	15
1.	Nobenih sprememb v primerjavi s sedanjim stanjem	16
2.	Prostovoljni ukrepi	17
3.	Odperta metoda usklajevanja	18
4.	Priporočilo Komisije ali Sveta	18
5.	Zavezujoča zakonodaja	19
VI.	SKLEPNE OPOMBE	20
VII.	PRILOGE	21

I. UVOD

Izpostavljenost tobačnemu dimu v okolju (TDO) – imenovana tudi „posredno kajenje“ in „pasivno kajenje“ – ostaja razširjen vzrok povečane obolevnosti in smrtnosti v Evropski uniji ter nalaga precejšnje stroške družbi kot celoti.

Usklajeno prizadevanje za Evropo brez kajenja je ena od prednostnih nalog politike Komisije za javno zdravje, okolje, zaposlovanje in raziskave. V svojem akcijskem načrtu za okolje in zdravje (2004–2010) se je Komisija zavezala, da bo „nadaljevala delo za izboljšanje kakovosti zraka v zaprtih prostorih, zlasti s spodbujanjem omejevanja kajenja na vseh delovnih mestih, z raziskovanjem pravnih mehanizmov in pobud za spodbujanje zdravja na evropski ravni in na ravni držav članic“.

V EU je bilo storjenega že precej za spodbujanje okolja brez kajenja. Na začetku devetdesetih so številne direktive EU o zdravju in varnosti pri delu opredelile nekatere omejitve v zvezi s kajenjem na delovnem mestu. Te so bile dopolnjene z resolucijo Sveta iz leta 1989¹ in priporočilom za preprečevanje kajenja iz leta 2002², ki sta države članice pozivala k zagotavljanju zaščite pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu v okolju v zaprtih delovnih prostorih, zaprtih javnih prostorih in na javnih prevoznih sredstvih. Kot dodatek zakonodajnemu ukrepu sta si medijski protitobačni kampanji – Recí ne (2001-2004) in HELP: Za življenje brez tobaka (2005–2008) – prizadevali poudariti nevarnosti pasivnega kajenja in spodbujati življenjski slog brez tobaka, zlasti med mladimi.

Nacionalna zakonodaja se v državah članicah močno razlikuje. Komisija pozdravlja odličen vzor, ki ga dajejo Irska, Italija, Malta, Švedska in deli Združenega kraljestva, ter spodbuja vse države članice k hitremu napredovanju pri uvajanju učinkovitih ukrepov za varstvo državljanov pred škodljivimi posledicami pasivnega kajenja.

Na mednarodni ravni Okvirna konvencija SZO o nadzoru tobaka (Okvirna konvencija), ki jo je podpisalo 168 pogodbenic, ratificiralo pa 141 pogodbenic³, vključno s Skupnostjo „priznava, da znanstveni dokazi nedvoumno kažejo, da izpostavljenost tobačnemu dimu povzroča smrt, bolezen in invalidnost“. Konvencija Skupnost in njene države članice zavezuje k obravnavi izpostavljenosti tobačnemu dimu v zaprtih delovnih prostorih, na javnih prevoznih sredstvih in zaprtih javnih prostorih.

Namen te zelene knjige je začeti obsežen postopek posvetovanja in odprto javno razpravo, v katero so vključene institucije EU, države članice in civilna družba, o najboljšem načinu za obravnavo pasivnega kajenja v EU.

Komisija bo natančno analizirala pripombe, ki jih bo prejela kot odziv na to zeleno knjigo, in se bo na podlagi teh odločila o mogočih nadaljnjih ukrepih. Poročilo, ki povzema rezultate posvetovanja, se pričakuje že v prvi polovici leta 2007. Vzoredno s tem se bo nadaljevalo delo za kakovost zraka v zaprtih prostorih kot nadaljevanje evropskega akcijskega načrta za okolje in zdravje.

II. UTEMELJITEV UKREPA

1. ZDRAVJE

1.1. Obremenitev za zdravje zaradi izpostavljenosti TDO

Tobačni dim v okolju vsebuje več kot 4 000 kemikalij, od tega je več kot 50 znanih rakotvornih snovi in številnih strupenih agentov. Določena ni bila nobena varna raven izpostavljenosti TDO, prav tako se ne pričakuje, da bodo nadaljnje raziskave ugotovile takšno raven.

TDO so Agencija za varstvo okolja ZDA leta 1993, Ministrstvo za zdravje in človeške vire ZDA leta 2000 in Mednarodna agencija za raziskave raka SZO leta 2002 razvrstili kot **znano rakotvorno snov za ljudi**. Poleg tega sta jo finska (2000) in nemška (2001) vlada razvrstili kot **rakotvorno na delovnem mestu**. Nedavno je kalifornijska Agencija za varstvo okolja tobačni dim razvrstila kot „**strupen onesnaževalec zraka**“.

Številni nedavni pregledi so potrdili resno tveganje za zdravje in življenje, ki je povezano s pasivnim kajenjem.⁴ Kronična izpostavljenost pasivnemu kajenju je ugotovljeno vzrok številnih bolezni, ki jih povzroča aktivno kajenje, vključno s pljučnim rakom, boleznimi srca in ožilja ter otroškimi boleznimi.

V pregledu, ki ga je opravila Mednarodna agencija za raziskave raka SZO, je bilo ugotovljeno, da obstaja za nekadilce, ki živijo s kadilcem, 20–30 % večje tveganje, da zbolijo za pljučnim rakom. Dodatno tveganje zaradi izpostavljenosti na delovnem mestu je ocenjeno na 12–19 %.⁵ Povezave med izpostavljenostjo TDO in drugimi vrstami raka niso tako očitne.

Življenje s kadilcem dokazano povečuje tveganje bolezni srca in ožilja med nekadilci za **25–30 %**⁶ (nedavna študija kaže, da so lahko te številke dejansko višje)⁷. Prav tako obstaja vedno več dokazov, da je pasivno kajenje vzročno povezano z možgansko kapjo pri nekadilcih, čeprav so potrebne dodatne raziskave, da se oceni tveganje.⁸

Pasivno kajenje je povezano z **boleznimi dihal**⁹ in je glavni razlog za poslabšanje stanja pri bolnikih z astmo, alergijami in kroničnimi obstruktivnimi pljučnimi boleznimi ter povzroča družbeno izključenost in izključenost na delovnem mestu. Nedavna vseevropska raziskava med ljudmi s simptomi hude astme je pokazala, da je ena od njihovih osrednjih želja za prihodnost, da bi lahko dihali zdrav zrak.¹⁰

Pasivno kajenje je zlasti nevarno za **majhne otroke in dojenčke**, povezuje se z nenadno smrtjo dojenčkov, pljučnico, bronhitisom, astmo in težavami pri dihanju ter z boleznimi srednjega ušesa. Izpostavljenost TDO pri **nosečnicah** lahko vpliva na manjšo težo otroka ob rojstvu, smrt zarodka in prezgodnji porod¹¹.

Nedavna raziskava kaže, da izpostavljenost TDO skoraj podvoji tveganje za nastanek starostne makularne degeneracije, ki je glavni vzrok izgube vida v EU.¹²

Večina škodljivih vplivov na zdravje, ki jih povzroča TDO, kaže linearno povezavo med odmerkom in odzivom – z drugimi besedami, tveganje se povečuje s povečano izpostavljenostjo. Raven posameznega tveganja je nižja v primerjavi z aktivnim kajenjem (npr. 1,2 in 20 pri pljučnem raku). Vseeno dejstvo, da je izpostavljenih veliko ljudi, povzroča precejšnje breme zaradi bolezni.

Poleg tega **povezava med odmerkom in odzivom ni linearna** za bolezni srca. Pasivno kajenje prinaša tveganje bolezni srca, ki je enako skoraj polovičnemu tveganju, ki so mu izpostavljeni tisti, ki pokadijo 20 cigaret na dan. Celo zelo majhne količine tobačnega dima imajo neposreden vpliv na strjevanje krvi in nastanek strdkov ter dolgoročno vplivajo na razvoj arterioskleroze – vse to so pomembni dejavniki pri boleznih srca.¹³ Te imajo pomembne posledice: bolezni srca so najpogostejši vzrok smrti v EU pri kadilcih in nekadilcih.

Po najnovejših – skromnih – ocenah partnerstva med Evropskim respiratornim društvom, inštitutom za raziskave raka Združenega kraljestva in francoskim nacionalnim inštitutom za raka v 25 državah EU **več kot 79 000 odraslih** vsako leto umre zaradi pasivnega kajenja. Obstajajo dokazi, da je bilo pasivno kajenje **na delovnem mestu** vzrok za več kot **7 000 smrti** v EU leta 2002, medtem ko je bila izpostavljenost **na domu** vzrok za dodatnih **72 000 smrti**. Te ocene vključujejo smrti zaradi bolezni srca, možganske kapi, pljučnega raka in nekaterih bolezni dihal, ki jih povzroča pasivno kajenje. Vendar ne upoštevajo smrti pri odraslih zaradi drugih bolezni, ki so povezane z izpostavljenostjo TDO (kot je pljučnica), smrti v otroštvu ter številnih resnih obolenj, akutnih in kroničnih, ki jih povzroča pasivno kajenje.¹⁴

1.2. Ravni izpostavljenosti

Glavni mesti za kronično in intenzivno izpostavljenost TDO sta **dom in delovno mesto**.¹⁵ Glede na poročilo Informacijskega sistema za izpostavljenost rakotvornim snovem na delovnem mestu (**CAREX**) iz leta 1998 je bil TDO druga najpogostejša oblika izpostavljenosti rakotvornim snovem (po sevanju sončnih žarkov) v EU-15. Približno 7,5 milijona evropskih delavcev je bilo izpostavljenih tobačnemu dimu zaradi pasivnega kajenja med vsaj **75 % delovnega časa** med letoma 1990 in 1993.¹⁶

Študija, ki je bila opravljena na številnih javnih mestih v sedmih evropskih mestih med letoma 2001 in 2002, je pokazala navzočnost tobačnega dima v večini javnih prostorov, namenjenih prostemu času in gostinskim dejavnostim, na prevoznih sredstvih, v bolnišnicah in izobraževalnih ustanovah. Najvišje koncentracije TDO so bile izmerjene v barih in diskotekah, pri čemer je bila štiriurna izpostavljenost v diskoteki podobna kot pri enomesečnem bivanju s kadilcem.¹⁷ Ugotovitev, da so ravni izpostavljenosti izredno visoke v prostorih, namenjenih gostinskim dejavnostim, so potrdile tudi druge študije, ki ugotavljajo, da je povprečna izpostavljenost zaposlenih v baru tri- ali večkrat višja od izpostavljenosti zaradi bivanja s kadilcem.¹⁸

Nedavno so predpisi o prepovedi kajenja v nekaterih državah članicah povzročili skoraj popolno odpravo izpostavljenosti na delovnem mestu in v nekaterih vrstah javnih zbirališč, medtem ko ostaja v državah brez obsežnih omejitev izpostavljenost visoka, zlasti v gostinskem sektorju in sektorju prostega časa.¹⁹

Da bi ocenili izpostavljenost TDO po vsej EU, je strokovna skupina EU za biološko spremljanje ljudi²⁰ priporočila vključitev kotinina (glavnega biološkega označevalca izpostavljenosti TDO) na seznam možnosti za prihodnji pilotni projekt EU o biološkem spremljanju ljudi. Države članice so večkrat podprle to priporočilo.

1.3. Vpliv pobude za prepoved kajenja

Ukrep v zvezi z okoljem brez kajenja ne bi le ščitil ljudi pred škodo zaradi izpostavljenosti TDO, ampak bi tudi prispeval k zmanjšanju porabe tobaka pri celotnem prebivalstvu. Vplivi zmanjšane pasivnega in aktivnega kajenja na zdravje bi vključevali **zmanjšano obolevnost in smrtnost** zaradi glavnih vrst bolezni – zlasti pljučnega raka, bolezni srca in ožilja, bolezni dihal in možganske kapi – ter podaljšanje pričakovane življenjske dobe. Čeprav lahko uresničitev vseh koristi za zdravje traja do 30 let, je mogoče bistvene izboljšave, zlasti glede zdravja dihal ter srca in ožilja, pričakovati v 1–5 letih.

Projekt CHOICE, ki ga upravlja SZO, je javna mesta s prepovedjo kajenja opredelil kot **drugo najučinkovitejšo obliko posredovanja** za zmanjšanje smrtnosti in obolevnosti zaradi uporabe tobaka, takoj za povišanjem davkov (glej Prilogo I).

2. GOSPODARSKA VPRAŠANJA

2.1. Breme za gospodarstvo

Podatki iz držav članic (Združeno kraljestvo, Irska) in zunaj EU kažejo, da izpostavljenost TDO ustvarja visoke zasebne in družbene stroške, čeprav je treba skupno breme za EU-27 šele oceniti. Breme za **gospodarstvo kot celoto** vključuje neposredne stroške, ki so povezani s povečanimi stroški za zdravstveno varstvo za bolezni, povezane s tobakom, ter posredne stroške, ki so povezani s slabšo produktivnostjo, izgubo davka na dohodek in prispevkov za socialno varstvo med kadilci in žrtvami pasivnega kajenja, ki bi bili sicer zaposleni.²¹

Gospodarsko breme je zlasti visoko za **delodajalce** in vključuje slabšo produktivnost delavcev zaradi odmorov za kajenje in pogostejše odsotnosti zaradi bolezni; škodo zaradi požarov, ki jih povzroči kajenje, ter dodatne stroške za čiščenje in preurejanje prostorov zaradi kajenja.²² V Kanadi so bili leta 1995 po ocenah letni stroški na zaposlenega, ki kadi, v primerjavi z zaposlenim, ki ne kadi, višji za 2 565 kanadskih dolarjev. Izguba škotskih delodajalcev zaradi manjše produktivnosti, večjih stopenj odsotnosti in škode zaradi požarov, ki jih po nesreči povzroči kajenje, je bila izračunana od 0,51 % do 0,77 % škotskega bruto domačega proizvoda leta 1997. Na Irskem je podobna ocena 1,1–1,7 % BDP leta 2000.²³

2.2. Vpliv pobude za prepoved kajenja

Dolgoročno bi lahko imelo morebitno izboljšanje zdravja zaradi politike prepovedi kajenja **pomemben gospodarski vpliv**. Presoje zakonodajnega vpliva, ki jih je opravila vlada Združenega kraljestva, ocenjujejo dolgoročne neto koristi obsežne zakonodaje za prepoved kajenja na 1 714–2 116 milijard funtov na leto.²⁴ Na Škotskem, v Walesu in na Severnem Irskem so izračunali neto koristi prepovedi kajenja, ki so 4,387 in 2,096 milijarde funtov v obdobju 30 let in 1,101 milijarde funtov v obdobju 20 let.²⁵

2.3. Nevarnost nenačrtovanih posledic

Politika prepovedi kajenja bo spodbudila nekatere kadilce, da prenehajo kaditi ali zmanjšajo kajenje, **tobačna industrija** bo morda imela **izgube**, posledično se bo zmanjšala zaposlenost v tobačni industriji. Vendar delovna mesta v tobačni industriji zajemajo sorazmerno majhen delež vseh delovnih mest v EU. Leta 2000 je bilo v s tobakom povezanih sektorjih (gojenje tobaka, obdelava in predelava) zaposlenih 0,13 % vseh zaposlenih v EU-15.²⁶ Poleg tega se bo denar, ki se zdaj porabi za tobak, verjetno porabil za druge izdelke in storitve, kar bo povzročilo zaposlovanje v drugih sektorjih gospodarstva.

Zmanjšanje ravni dejavnega kajenja bo tudi pomenilo **izgubo prihodka držav članic od davka** na cigarete (trošarina in DDV). Vseeno je treba omeniti, da v večini držav EU kljub temu, da davek na cigarete pomeni znatne prihodke, v smislu celotnega deleža državnega proračuna ti predstavljajo le 1–5 %. Izjeme so Češka republika, Poljska in Grčija, v katerih je leta 1999 davek na cigarete zajemal 6, 7 in 9 % vladnega davčnega prihodka.²⁷ Poleg zmanjšanja družbenih stroškov, povezanih s kajenjem, bi se razpoložljivi prihodek gospodinjstev kadilcev povečal, če se uvedejo prepovedi kajenja, prihodki od DDV, ki izhajajo iz drugih naložb, in stroški takšnih gospodinjstev pa bi delno pokrili izgubljeni prihodek.

Nekaj izgube produktivnosti je mogoče pričakovati od kadilcev, ki lahko zdaj kadijo na delovnem mestu in bodo še naprej kadili ter hodili na odmore za kajenje zunaj zgradbe.

3. SOCIALNA VPRAŠANJA

3.1. Javna podpora zakonom o prepovedi kajenja

Skoraj 70 % državljanov EU ne kadi²⁸, študije pa so pokazale, da večina kadilcev želi prenehati kaditi.²⁹

Glede na najnovejše **raziskave Eurobarometra** o „Odnosu Evropejcev do tobaka“³⁰ se tri četrtine Evropejcev zaveda, da tobačni dim predstavlja zdravstveno tveganje za nekadilce, medtem ko jih 95 % priznava, da je lahko kajenje v družbi nosečnice zelo nevarno za otroka.

Rezultati raziskave kažejo, **da je med državljani EU politika prepovedi kajenja priljubljena** (glej Prilogo III). Več kot štirje od petih vprašanih podpirajo prepoved kajenja na delovnem mestu (86 %) in v drugih zaprtih javnih prostorih (84 %). Večina Evropejcev prav tako podpira prepoved kajenja v barih (61 %) in restavracijah (77 %). Podpora prepovedi kajenja v točilnicah (več kot 80 %) in restavracijah (več kot 90 %) je najvišja v štirih državah članicah, ki so že prepovedale kajenje v prostorih, namenjenih gostinskim dejavnostim. To je dodaten pokazatelj, da se podpora politiki prepovedi kajenja zvišuje med pripravo na njeno uvedbo in se še dodatno poveča po začetku izvajanja.³¹

3.2. Vpliv na porabo tobaka

Pomembna neposredna korist politike prepovedi kajenja je, da povečuje ozaveščenost ljudi o nevarnostih aktivnega in pasivnega kajenja, kar prispeva k „denormalizaciji“ kajenja v družbi. Sprememba dojemanja bi lahko povzročila spremembo kadilskega vedenja in zlasti:

- olajšala kadilcem, da se odločijo za prenehanje ali zmanjšanje kajenja, in jih podpirala pri postopku opuščanja kajenja,³²
- odvrčala otroke in mlade od tega, da bi začeli kaditi.³³ Prepoved kajenja na mestih, namenjenih zabavi, na katerih mladi pogosto „preskušajo“ cigarete, bi lahko imela največji vpliv,
- odvrčala kadilce od kajenja v prisotnosti nekadilcev, zlasti otrok in nosečnic, tudi če za to ni na voljo regulativnih omejitev (npr. doma in v zasebnih avtomobilih).³⁴ To je pomembno, ker se najbolj škoduje otrokom, ki so izpostavljeni pasivnemu kajenju doma, v prostoru, ki ga predpisi ne morejo obravnavati.

3.3. Vpliv na enakost družbe

Politika prepovedi kajenja bi lahko pripomogla tudi k zmanjšanju socialno-ekonomske neenakosti pri zdravju. Ker je verjetnost, da je nekdo kadilec ali da je izpostavljen pasivnemu kajenju, znatno večja pri tistih, ki imajo nižjo stopnjo izobrazbe, nižje prihodke in pripadajo nižjemu poklicnemu razredu, bi lahko ukrepi za okolje brez kajenja zagotovili največje koristi najbolj prikrajšanim skupinam v družbi.

4. SPODBUDA ZA UKREPANJE

Kot pogodbenica **Okvirne konvencije SZO o nadzoru tobaka** je Skupnost pravno obvezana, da sprejme ukrepe za okolje brez kajenja. V skladu s členom 8 Okvirne konvencije se je vsaka pogodbenica zavezala, da bo „sprejela in izvajala (...) učinkovite zakonodajne, izvedbene, upravne in/ali druge ukrepe za zagotovitev varstva pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu v zaprtih delovnih prostorih, na javnih prevoznih sredstvih, v zaprtih javnih prostorih.“ Na prvi konferenci pogodbenic Okvirne konvencije februarja 2006 je bilo sklenjeno, da se razvijejo smernice za okolje brez kajenja, ki bodo predstavljene na drugi konferenci pogodbenic, ki je predvidena v prvi polovici leta 2007.

Svet Evropske unije je v svojem priporočilu o preprečevanju kajenja in o pobudah za izboljšanje nadzora tobaka iz leta 2002 pozval Komisijo, da „preuči obseg, v katerem so ukrepi iz tega priporočila učinkoviti, in preuči potrebo po nadaljnjih ukrepih, zlasti če so ugotovljena neskladja na notranjem trgu na področjih, ki jih zajema to priporočilo“. Poleg tega so se države članice na srečanju **regulativnega odbora za tobak**³⁵ septembra 2005 strinjale, da bi pobuda Komisije v obliki zelene knjige ali sporočila pomagala razširjati dobro prakso in okrepila nacionalno prizadevanje za okolje brez kajenja.

Evropski parlament je v svoji resoluciji o akcijskem načrtu za okolje in zdravje, ki ga je pripravila Komisija, iz februarja 2005 pozdravil „pripravljenost Komisije, da nadaljuje z ukrepi za ukinitvev kajenja v zaprtih prostorih“, in jo spodbudil, „naj okoljski cigaretni dim imenuje povzročitelja raka razreda 1“.³⁶

Dodana vrednost ukrepov EU je bila priznana tudi v poročilu **Tobak ali zdravje v Evropski uniji**, ki ga je za Komisijo pripravil konzorcij strokovnjakov za nadzor tobaka.³⁷ Zaželenost ukrepanja na evropski ravni je bila poleg tega poudarjena z vseevropskima projektoma o onesnaženju zraka v zaprtih prostorih, ki sta bila podprta v skladu s programom Skupnosti za javno zdravje. **Poročilo INDEX**, ki ga je izdalo Skupno raziskovalno središče EU, navaja seznam petih prednostnih kemikalij (ki so vse vsebovane v tobačnem dimu), ki jih je treba urediti za zaprte prostore, ter priporoča, da se „prepove kajenje tobaka v vseh zaprtih javnih prostorih in na delovnih mestih“.³⁸ Enako priporočilo je bilo oblikovano v **poročilu THADE**³⁹, ki TDO opredeljuje kot največjega posameznega povzročitelja koncentracije delcev v prostorih, v katerih se kadi tobak.

III. VELJAVNO ZAKONODAJNO OKOLJE

1. NACIONALNE DOLOČBE

V državah članicah je očiten trend okolja brez kajenja, ki ga med drugim spodbujajo zakonske zahteve na ravni EU in mednarodni ravni. Vse države članice imajo zdaj na voljo določeno obliko predpisov, katerih cilj je omejitev izpostavljenosti TDO in njegovih škodljivih posledic za zdravje. Področje uporabe in narava teh predpisov sta zelo različna.

Obsežna prepoved kajenja v **vseh zaprtih javnih prostorih in na vseh delovnih mestih**, vključno z bari in restavracijami, je že bila uvedena na Irskem (marca 2004 in Škotskem (marca 2006). Na Severnem Irskem, v Angliji in Walesu je predvideno, da bo celovita zakonodaja o prepovedi kajenja začela veljati do poletja 2007.

Zakonodaja o prepovedi kajenja z izjemami, uvedenimi v Italiji (januar 2005), na Malti (april 2005) in na Švedskem (junij 2005), dovoljuje delodajalcem uvedbo posebnih zaprtih prostorov za kajenje z ločenimi prezračevalnimi sistemi. Podobni ukrepi naj bi februarja 2007 začeli veljati v Franciji (prehodno obdobje za prostore, namenjene gostinskim dejavnostim, do januarja 2008) in junija 2007 na Finskem. Litva naj bi prepovedala kajenje (razen v posebno opremljenih „klubih za kajenje cigar in pip“) januarja 2007.

Številne druge države članice so prepovedale kajenje v vseh zaprtih javnih prostorih in na vseh delovnih mestih, **razen v gostinskem sektorju**, v katerem veljajo delne omejitve. Te države so na primer Belgija, Ciper, Estonija, Finska, Nizozemska, Slovenija in Španija.

Večina držav članic ima predpise, ki prepovedujejo ali omejujejo kajenje na **večjih javnih mestih**, kot so zdravstvene, izobraževalne in vladne ustanove, gledališča, kinodvorane ter javna prevozna sredstva. Omejitve kajenja na delovnem mestu so manj običajne. Strogost ukrepov je lahko različna, od resolucije ali prostovoljnega sporazuma do strogega zakona s kaznimi v primeru njegovega neupoštevanja.

Zaradi nepopolnih predpisov ali nedoslednega izvajanja so državljani pogosto sprožili pravni spor proti nacionalnim vladam ali delodajalcem za škodo, povzročeno njihovemu zdravju zaradi pasivnega kajenja.⁴⁰

V več državah članicah so nacionalne določbe okrepljene s strožjimi predpisi **na regionalni in/ali lokalni ravni**. Pravni okvir je dopolnjen tudi s samourejevalnimi ukrepi, pri čemer se na vedno več delovnih mestih, v šolah, bolnišnicah, sredstvih javnega prevoza itd. prostovoljno uvaja prepoved kajenja. Vedno bolj se podpira osebje pri opuščanju kajenja in spodbuja koncept zdravega zraka v zaprtih prostorih kot osnovne pravice vsakega državljana in zaposlenega.

2. SEDANJE DOLOČBE SKUPNOSTI

Na ravni EU je bilo vprašanje okolja brez kajenja obravnavano v **nezavezujočih resolucijah in priporočilih**, ki so spodbudili države članice, da zagotovijo primerno zaščito pred izpostavljenostjo TDO. Zlasti **Resolucija Sveta 89/C 189/01⁴¹ iz leta 1989** o kajenju na javnih mestih je pozvala države članice, da sprejmejo ukrepe za prepoved kajenja na javnih mestih in v vseh oblikah javnega prevoza. Nazadnje je **Priporočilo Sveta 2003/54/ES⁴²** o preprečevanju kajenja in o pobudah za izboljšanje nadzora tobaka pozvalo države članice k izvajanju učinkovitih ukrepov za zagotavljanje zaščite pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu v zaprtih delovnih prostorih, zaprtih javnih prostorih in na javnih prevoznih sredstvih.

Okvirna direktiva o zdravju in varnosti na delovnem mestu (89/391/EGS)⁴³, ki se ne sklicuje izrecno na tobačni dim, zajema vsa tveganja za zdravje in varnost delavcev.⁴⁴ Od posameznih delodajalcev zahteva, da ocenijo tveganja na delovnem mestu ter uvedejo ustrezne ukrepe za preprečevanje tveganja in zaščito.

Poleg tega številne posamezne direktive v zvezi z zdravjem in varnostjo pri delu z določanjem „**minimalnih zahtev**“ za posebna tveganja vključujejo nekatere določbe, ki zagotavljajo **zaščito delavcev pred TDO** (glej odstavek spodaj). Te direktive države članice prenesejo v nacionalno zakonodajo in jih pravilno izvajajo. V skladu s Pogodbo lahko države članice uvedejo strožje ukrepe.

Direktiva o minimalnih zahtevah za varnost in zdravje na delovnem mestu (89/654/EGS)⁴⁵ ter direktive o začasnih ali premičnih gradbiščih (92/57/EGS)⁴⁶, dejavnostih pridobivanja rudnin z vrtanjem (92/91/EGS)⁴⁷ in dejavnostih pridobivanja rudnin (92/104/EGS)⁴⁸ od delodajalcev zahtevajo, da zagotovijo prezračevanje in dovolj svežega zraka na zaprtih delovnih mestih ter da zaščitijo

nekadilce pred neugodjem, ki ga povzroča tobačni dim v prostorih in na območjih za počitek.

Direktiva o rakotvornih in mutagenih snoveh (2004/37/ES)⁴⁹ ter **direktiva o azbestu (83/477/EGS)**⁵⁰ prepovedujeta kajenje na območjih, na katerih se uporabljajo rakotvorne/mutagene snovi in azbest. **Direktiva o nosečih delavkah (92/85/EGS)** od delodajalcev zahteva, da sprejmejo ukrepe za zaščito nosečnic in doječih žensk pred izpostavljenostjo ogljikovemu monoksidu.

Nekatere sestavine TDO (kot so arzen, 1,3-butadien, benzen in propilen oksid) so razvrščene kot rakotvorne v skladu s Prilogo 1 k **direktivi o nevarnih snoveh (67/548/EGS)**⁵¹. Tobačni dim kot tak ni zajet v področje uporabe zakonodaje EU o kemikalijah, ker se ta zakonodaja uporablja le za tiste snovi in pripravke, ki so **dani v promet** v državah članicah.⁵²

IV. **PODROČJE UPORABE POBUDE ZA PREPOVED KAJENJA**

Ključno vprašanje pri razvoju pobude EU za prepoved kajenja je njeno **področje uporabe**. Glede na raznolikost okolja, v katerem se pojavlja izpostavljenost TDO, mora politika prepovedi kajenja imeti širši pristop, ne pa da je povezana le z nekaterimi vrstami podjetij ali prostorov.

Najobsežnejši pristop bi pomenil predlog popolne prepovedi kajenja v **vseh zaprtih ali popolnoma zaprtih delovnih prostorih in javnih prostorih**, vključno z javnimi prevoznimi sredstvi. Omejitve se lahko razširijo tudi na območja na prostem okoli vhodov v stavbe in po možnosti na druga javna mesta na prostem, na katerih ljudje sedijo ali stojijo neposredno drug ob drugem, kot so odprti stadioni in prostori, namenjeni zabavi, avtobusna postajališča, železniški peroni itd. Zelo omejene izjeme bi lahko veljale za prostore, v katerih ljudje živijo vsak dan (npr. določeni prostori v stanovanjskih prostorih, kot so oskrbni domovi za daljše bivanje, psihiatrični oddelki, zapori itd.).

Manj strožji pristop bi pomenil predlog popolne prepovedi kajenja v vseh zaprtih ali popolnoma zaprtih delovnih prostorih in javnih prostorih, vendar z **izjemami za izbrane kategorije prostorov**. Za izvzete prostore bi se lahko razvile minimalne zahteve za zaprte prostore za kajenje, vključno s standardi za prezračevanje. Mogoče izjeme bi lahko vključevale:

- gostinski sektor z izdanim dovoljenjem (restavracije, točilnice in bari),
- gostinske obrate, v katerih ne strežejo hrane.

Ukrepi za okolje brez kajenja bi zagotovili najboljše rezultate, če bi bili dopolnjeni s **podpornimi ukrepi** na ravni EU in/ali držav članic. Takšna „spremljajoča politika“ bi lahko vključevala kampanje za večjo ozaveščenost, ki bi poudarjale pravico do zraka brez tobačnega dima in nevarnosti pasivnega kajenja ter boljši dostop do terapij za opušcanje kajenja (vedenjske in farmakološke) za osebe, ki želijo prenehati kaditi.

1. CELOVITI PREDPISI O PREPOVEDI KAJENJA

Prednosti

Od vseh možnosti bi ta ponudila **največje zmanjšanje izpostavljenosti TDO** in s tem povezane škode, pri čemer bi zagotovila enakost evropskih državljanov pri varstvu njihove pravice do dihanja zdravega zraka v zaprtih prostorih, kot jo priznava SZO.⁵³

Študije držav, ki so prepovedale kajenje, kažejo, da se je kakovost zraka v zaprtih prostorih bistveno izboljšala, potem ko je začela veljati prepoved kajenja. Zmanjšanje izpostavljenosti TDO je bilo zlasti vidno v prostorih, namenjenih prostemu času in gostinskim dejavnostim.⁵⁴ To se je izrazilo z znatnim izboljšanjem zdravja dihalnega sistema gostinskih delavcev⁵⁵ ter bistvenim zmanjšanjem pojavnosti srčne kapi⁵⁶ in smrtnosti zaradi nje v nekaj mesecih izvajanja politike.

Celoviti predpisi bi imeli tudi največjo možnost za **denormalizacijo kajenja** v družbi, ker bi ustvarili okolje, ki bi kadilce spodbudilo k zmanjšanju ali prenehanju kajenja in odvrčalo mlade od tega, da bi začeli kaditi.

Pregled 35 študij o učinkovitosti politike prepovedi kajenja je pokazal, da ima celovita zakonodaja o čistem zraku na javnih mestih možnost za zmanjšanje razširjenosti kajenja za približno 10 % pri celotnem prebivalstvu.⁵⁷ Pregled 26 študij o delovnih mestih je tudi pokazal, da so delovna mesta s popolno prepovedjo kajenja povezana z zmanjšanjem razširjenosti kajenja za 3,8 % in s tem, da redni kadilec pokadi 3,1 cigarete manj na dan.⁵⁸

Da so celovite prepovedi kajenja povezane z **zmanjšanjem aktivnega kajenja**, so potrdili dokazi iz držav, ki so prepovedale kajenje, v teh državah je bilo zmanjšanje prodaje tobaka (npr. za 8 % v Italiji in 14 % na Norveškem) povezano z velikim naraščanjem števila poskusov prenehanja kajenja takoj po uvedbi novih predpisov.⁵⁹ Na Irskem je 80% nekdanjih kadilcev navedlo, da jih je nova zakonodaja spodbudila k opustitvi kajenja, medtem ko jih je 88% navedlo, da zaradi zakonodaje niso ponovno začeli kaditi.⁶⁰ Kljub zaskrbljenosti, da se bo zgodilo nasprotno, se zdi, da je prepoved kajenja v vseh javnih prostorih zmanjšala raven kajenja doma, zlasti v bližini majhnih otrok.⁶¹ Na Irskem se je delež gospodinjev brez kajenja povečal za 8 %, potem ko je začela veljati prepoved.⁶²

V smislu družbenega vpliva bi bile koristi te možnosti osredotočene na pripadnike **nižjih socialno-ekonomskih skupin**, za katere je bolj verjetno, da kadijo in da so zaposleni v gostinskem sektorju.

V zvezi z **izvajanjem** bi se celovita prepoved kajenja lažje izvajala kot delne omejitve. Več kot 90-odstotno izpolnjevanje predpisov v Italiji in na Irskem kaže, da je popolna prepoved kajenja skoraj v celoti samoizvedljiva, ker družbeni pritisk močno zavira kajenje in bistveno zmanjša potrebo po izvajanju s strani uradnih organov.

Slabosti

Popolna prepoved kajenja na vseh javnih mestih in delovnih mestih bi verjetno povzročila **nasprotovanje** v nekaterih državah članicah ter bi jo bilo zato težje sprejeti in izvajati. Ta možnost je tudi tista, za katero sta tobačna industrija in večji del gostinstva jasno pokazala, da sta ji najmanj naklonjena.

Pojavila se je zaskrbljenost zaradi **mogoče škode za gostinstvo** zaradi prepovedi kajenja v točilnicah in restavracijah. Vseeno dokazi iz držav, ki so prepovedale kajenje, ne kažejo splošnega negativnega vpliva na zaposlovanje ali prihodke v sektorju.⁶³ Na Irskem se je obseg prodaje v točilnicah in barih leta 2005 nekoliko povečal (za 0,1 %), kar je obrnilo trend zmanjšanja, ki se je začel pred začetkom veljavnosti zakonodaje o prepovedi kajenja.⁶⁴ Dobro bi bilo ponovno opozoriti na nekatere statistike, tudi če zadevajo države, ki niso del EU. Na Norveškem se je na primer nekoliko zmanjšala prodaja (za 0,8 %) v prostorih, v katerih se pije in je, vendar so razlog za to verjetno številni drugi dejavniki, vključno z vremenom.⁶⁵ Za mesto New York in Kalifornijo se zdi, da je večji del gostinstva imel koristi od predpisov o prepovedi kajenja.⁶⁶ To je skladno z mednarodnim pregledom 97 študij, ki je pokazal, da v študijah, ki so temeljile na objektivnih podatkih, kot so prometni davki in podatki o zaposlovanju, niso ugotovili nobenega negativnega gospodarskega vpliva.⁶⁷

2. PREDPISI O PREPOVEDI KAJENJA Z IZJEMAMI

Prednosti

Pričakuje se lahko, da bosta zmanjšanje aktivnega in pasivnega kajenja ter denormalizacija uporabe tobaka na podlagi te možnosti večja, kot bi bila, če se ukrepi ne bi sprejeli.

Legalizacija z izjemami je lahko bolj sprejemljiva v nekaterih državah članicah, zlasti v industriji, zato je lahko kompromis bolj mogoč. Hkrati lahko posamezne države članice prosto sprejemajo ali nadaljujejo strožjo nacionalno zakonodajo, kadar se izjeme ne uporabljajo.

Izjeme se lahko dopolnjujejo z minimalnimi zahtevami za zaprte prostore za kajenje, vključno s standardi za prezračevanje.

Slabosti

Glede zdravstvenih in socialnih koristi bi bil ta ukrep manj učinkovit kot celoviti predpisi o prepovedi kajenja.

Nekatere od najbolj ranljivih skupin bodo še naprej izpostavljene TDO. Nepopolni predpisi lahko pomenijo tveganje za države članice in/ali delodajalce, ki jih tožijo državljani zaradi ogroženosti svojega zdravja, ki jo povzroča pasivno kajenje.

Izjeme bi zmanjšale vpliv denormalizacije kajenja, kar se lahko doseže s popolno prepovedjo. Mednarodni dokazi kažejo, da imajo predpisi, ki dovoljujejo kajenje v

nekaterih prostorih, približno polovičen vpliv na obnašanje kadilcev v primerjavi s politiko popolne prepovedi kajenja.⁶⁸

Različne določbe za različne ustanove bi bile prav tako bolj zapletene in drage za uveljavitev kot popolna prepoved, ker bi zahtevale več oznak in inšpekcij.

2.1. Izjema za gostinski sektor z izdanim dovoljenjem

Zaradi visoke izpostavljenosti TDO so zaposleni v gostinstvu zlasti izpostavljeni tveganju zaradi pasivnega kajenja, pri čemer jih ogroža za 50 % večje tveganje za nastanek pljučnega raka.⁶⁹ Ta poklicna skupina bi bila še naprej izpostavljena pasivnemu kajenju. Enako tveganje za zdravje velja tudi za stranke v prostorih, v katerih se pije in je.

Glede na številke raziskave o delovni sili za leto 2004 je bilo v 15 državah članicah EU v barih, restavracijah in v gostinstvu (HORECA) zaposlenih 4,3 milijona posameznikov, kar zajema 3 % vseh zaposlenih v teh državah (za preostalih 10 držav članic ni podatkov). V gostinskem sektorju je zaposlen pomemben delež mladih in žensk.⁷⁰

Presoja zakonodajnega vpliva, ki jo je opravila škotska vlada, je ocenila, da je zmanjšanje števila smrti zaradi zmanjšanja aktivnega in pasivnega kajenja na podlagi te prihodnje možnosti za pol in za četrtno manjše kot pri popolni prepovedi kajenja.⁷¹

2.2. Izjema za točilnice in bare, v katerih ne strežejo hrane

Ta možnost ne bi zavarovala najbolj ranljivih poklicnih skupin pred izpostavljenostjo pasivnemu kajenju. Prav tako ne bi bile zavarovane stranke točilnic in barov. Prav tako bi obstajalo tveganje, da točilnice prenehajo streči hrano, da se tako izognejo prepovedi kajenja.

Poleg tega bi obstajala nevarnost širitve sedanje zdravstvene neenakosti: nedavne študije Združenega kraljestva kažejo, da so ravni izpostavljenosti TDO precej višje v točilnicah v prikrajšanih skupnostih kot v točilnicah na bogatejših območjih.⁷² Poleg tega je večina točilnic, v katerih ne strežejo hrane, na prikrajšanih območjih, točilnice na teh območjih bodo tako bolj naklonjene temu, da se preusmerijo le na ponudbo alkohola.⁷³

Presoja zakonodajnega vpliva, ki jo je opravila vlada Združenega kraljestva ocenjuje da so zdravstvene koristi te možnosti 40 % glede na koristi popolne prepovedi (na podlagi predpostavke, da 10–30 % točilnic zdaj ne streže hrane).⁷⁴

2.3. Zaprti prostori za kajenje z ločenim prezračevanjem

Dokazi kažejo, da imajo tehnologije, ki se zdaj uporabljajo (ki temeljijo na mešanju in redčenju), omejen vpliv na ravni onesnaževalcev TDO v gostinstvu in drugih zaprtih prostorih.⁷⁵ Poleg tega so študije, opravljene v nadzorovanih okoljih, kot je „okoljska komora“ EU INDOORTRON, ugotovile, da povečana stopnja izmenjave zraka ne bi povzročila pomembnejšega izboljšanja kakovosti zraka v zaprtih prostorih.⁷⁶ Medtem ko je bilo po poročilih kombinirano prezračevanje učinkovitejše

v nekaterih novejših študijah primerov, ki jih je financirala tobačna industrija⁷⁷, **popolna odstranitev tobačnega dima s prezračevanjem ni mogoča.**⁷⁸

Na **prvi konferenci pogodbenic** Okvirne konvencije o nadzoru tobaka je bilo (soglasno) sklenjeno, da obstajajo prepričljivi dokazi, da inženirski pristopi ne varujejo pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu.⁷⁹ Prav tako je Ameriško združenje inženirjev za ogrevanje, hlajenje in prezračevanje (**ASHRAE**) – mednarodni organ za določanje standardov za kakovost zraka v zaprtih prostorih in prezračevanje – leta 2005 sprejelo dokument o stališču v zvezi s pristopi za nadzor pasivnega kajenja, v katerem je bilo sklenjeno, da je edini učinkovit način za odpravo tveganj za zdravje, ki so povezana z izpostavljenostjo TDO, prepoved kajenja v zaprtih prostorih.⁸⁰

Fizično ločevanje kadilcev in nekadilcev v obliki **zaprtih prostorov za kajenje** lahko poveča učinkovitost prezračevalnih sistemov v prostorih za nekadilce.⁸¹ Vseeno ta pristop ne ščiti uporabnikov prostorov za kadilce in osebja (npr. natakarjev ali čistilcev), ki morajo zaradi službe vstopati v te prostore.

Dodatna skrb v zvezi s prostori za kajenje so precejšnji **finančni stroški**, ki lahko ustvarijo neenake konkurenčne pogoje za manjše nosilce dejavnosti.⁸² Poleg tega delovanje in vzdrževanje prezračevanih prostorov za kajenje zahteva obsežno infrastrukturo **inšpekcij in spremljanja**. Dokazi kažejo, da prezračevalni sistemi, kjer se uporabljajo, pogosto ne dosegajo standardov, ki jih določa zakon.⁸³

Če se prezračevani prostori za kajenje obravnavajo kot izvedljiva možnost za izvzete prostore, bi morali izpolnjevati naslednje zahteve:

- biti morajo povsem zaprti in ločeni od prostorov za nekadilce,
- opremljeni morajo biti z ločenim prezračevalnim sistemom od prostorov za nekadilce,
- imeti morajo negativen zračni tlak, da preprečijo širjenje tobačnega dima v druge prostore,
- v njih ne bi smela biti dovoljena nobena dejavnost razen kajenja, da se zmanjša potreba po številu zaposlenih, ki morajo v teh prostorih opravljati z delom povezane dejavnosti.⁸⁴

Na Malti, v Italiji in na Švedskem, ki dovoljujejo uporabo prostorov za kajenje z ločenim prezračevanjem, se večina nosilcev dejavnosti ni odločila za to možnost.

V. POLITIČNE MOŽNOSTI

Več **različnih političnih možnosti** je na voljo za uresničitev ciljev prepovedi kajenja. Cilj bi moral biti najti možnost, ki najbolje dosega cilje, pri čemer se zmanjšajo stroški in bremena. Opisane zakonodajne možnosti so naštetje tako, da kažejo vse večjo raven mogočega posredovanja EU (od nadaljevanja sedanje stopnje dejavnosti do razvoja novega zavezujočega okvira na podlagi zakonodaje EU).

Te politične možnosti se **med seboj ne izključujejo** in se lahko dopolnjujejo. Na primer priporočila Komisije so lahko spodbuda za samourejevalne pobude med

zainteresiranimi stranmi in državami članicami. Po drugi strani se samourejevalni instrumenti lahko uporabljajo kot podlaga in/ali dodatek zavezujoči pravni ureditvi (npr. ki zajema prostore, za katere zakonodaja še ni veljavna ali ki so izvzeti iz prepovedi kajenja).

Omeniti je treba, da bi se področje uporabe različnih političnih instrumentov razlikovalo. Zato bi se, medtem ko bi se zakonodaja EU o varstvu delavcev uporabljala za javne prostore, ki so delovni prostori v skladu z omejitvami Pogodbe, lahko spodbujala obsežna prepoved kajenja z nezavezujočimi ukrepi (kot je priporočilo Komisije ali Sveta), zakonodajnimi ukrepi, ki jih sprejmejo države članice in/ali prostovoljnimi ukrepi zainteresiranih strani.

Da bi bil učinkovit, mora imeti vsak zakonodajni instrument izvedljive načine za **izvajanje** in pregledno ureditev **spremljanja**. Uvedbo zakonodajnih ukrepov na ravni EU ali na nacionalni/podnacionalni ravni bi morali spremljati predhodno **javno posvetovanje in informacijske kampanje** ter **presoja vpliva**.

1. NOBENIH SPREMEMB V PRIMERJAVI S SEDANJIM STANJEM

Ta možnost bi pomenila, da EU ne izvaja nobene nove dejavnosti, medtem **ko se nadaljuje sedanje delo** v zvezi s pasivnim kajenjem z različnimi programi Skupnosti (javno zdravje, raziskave, zaposlovanje). Zakonodajni razvoj na tem področju bi ostal v pristojnosti držav članic in postopka Okvirne konvencije.

Sredstva, vzeta iz razvoja in izvajanja katere koli nove politične pobude, se lahko uporabijo za zagotovitev ustreznega izvajanja sedanjih priporočil EU ter direktiv o zdravju in varnosti pri delu. Predvsem je mogoče razviti smernice za delodajalce, zaposlene in pristojne organe držav članic, da se zagotovi boljša uporaba Okvirne direktive (89/391/EGS), ki – medtem ko se ne sklicuje izrecno na TDO – že vključuje vsa tveganja za zdravje in varnost delavcev, vključno s tobaknim dimom.

Za spodbujanje okolja brez kajenja si je prav tako mogoče prizadevati z nezakonodajnimi sredstvi, kot so informativne in izobraževalne kampanje, pobude za mrežno povezovanje itd. Sedanja protitobačna kampanja HELP bo potekala do leta 2008 in ji bo morda sledila še ena pobuda za dvig ozaveščenosti.

Poleg tega se bo nadaljevalo delo na področju kakovosti zraka v zaprtih prostorih, vključno s TDO, kot nadaljevanje ukrepa 12 evropskega akcijskega načrta za okolje in zdravje. Potrebna sredstva za različne projekte na tem področju bodo vzeta iz večletnega strateškega programa Life+ 2007–2010⁸⁵, sedmega okvirnega programa Evropske skupnosti za raziskave⁸⁶ in programa o javnem zdravju⁸⁷.

Države članice bi ohranile pravico do odločanja, ali in kako uvesti ukrepe za prepoved kajenja glede na nacionalne razmere in kulturne razlike. Trend k okolju brez kajenja bi se najverjetneje nadaljeval, okrepili bi ga priprava in objava smernic Okvirne konvencije. Številne nacionalne vlade, vključno z Dansko, Nemčijo, Latvijo, Portugalsko in Slovenijo, so že objavile, da nameravajo v bližnji prihodnosti okrepiti predpise o prepovedi kajenja.

Vseeno je mogoče pričakovati, da bo od vseh možnosti ta najmanj učinkovita pri zmanjševanju izpostavljenosti TDO in s tem povezane škode. Napredek v različnih državah članicah bo verjetno postopen. Zaradi nepopolnih predpisov bi številne ranljive skupine ostale izpostavljene TDO v zaprtih javnih prostorih. To lahko predstavlja nevarnost tožb državljanov zaradi ogroženosti njihovega zdravja, ki ga povzroča pasivno kajenje.

Zaradi obsežnih pričakovanj v zvezi z pobudo EU o prepovedi kajenja obstaja tveganje, da bo javnost razočarana. Nadaljevanje sedanjega stanja bi tudi pomenilo izgubljeno priložnost za nadgradnjo sedanje politične spodbude za območja brez kajenja v EU.

2. PROSTOVOLJNI UKREPI

Ta možnost bi zajemala spodbujanje zainteresiranih strani za sprejetje skupnih prostovoljnih smernic na ravni EU, s katerimi bi prepoved kajenja veljala na več mestih. Spodbujajo se lahko sektorski pristopi (npr. v industriji prostega časa in gostinstvu). Družbena odgovornost podjetij se lahko uporabi kot podlaga za razvoj na tem področju.

Za olajšanje razprav se lahko določi izhodišče, ki združuje civilno družbo in nosilce gospodarskih dejavnosti ter predstavnike institucij EU, držav članic in mednarodnih organizacij. Lani je bilo takšno izhodišče določeno na področju prehrane in telesne dejavnosti. Podoben postopek se je nedavno predlagal za razvoj strategije o alkoholu na ravni EU.

Druga možnost bi bila spodbuditi evropske socialne partnerje (delodajalce in sindikate) k pogajanju o avtonomnem sporazumu o kajenju na delovnem mestu na podlagi člena 138 Pogodbe. Samourejanje z evropskim socialnim dialogom je dalo številne rezultate, vključno s sprejetjem več kot 300 skupnih besedil evropskih socialnih partnerjev.

V najboljšem primeru bi bilo samourejanje morda hitrejše in prožnejše od tradicionalnih zakonodajnih poti in bi zadevne sektorje in podjetja zagotavljalo priložnost za neposrednejši vpliv na sprejete politike. Prav tako daje možnost za oblikovanje občutka odgovornosti in lastništva med zainteresiranimi stranmi.

Dosežen napredek pa je odvisen od pripravljenosti zainteresiranih strani, da izpolnjujejo dogovorjene obveznosti, in učinkovitosti mehanizmov za izvajanje.

Dokazi iz držav članic, žal, kažejo, da prostovoljni sporazumi na področju nadzora tobaka niso bili učinkoviti. Zlasti v sektorju prostega časa in gostinskem sektorju prostovoljni ukrepi niso izpolnili ključnega cilja, ki je znatno zmanjšanje izpostavljenosti TDO.

Na primer v Združenem kraljestvu po pet letih prostovoljnega sporazuma med Ministrstvom za zdravje in ključnimi gostinskimi združenji velja prepoved kajenja v manj kot 1 % barov.⁸⁸ V Španiji zakonodaja iz leta 2006 barom in restavracijam, manjšim od 100 m², omogoča, da se prostovoljno odločijo za prepoved kajenja. Zgodnji dokazi kažejo, da se je za to odločilo le približno 10 % upravičenih

lokalov.⁸⁹ V Parizu je prostovoljni načrt, ki je bil namenjen spodbujanju 12 452 kavarn, bistrojev in pivnic, da uveljavijo prepoved kajenja, sprejelo le 30 lokalov.⁹⁰

3. ODPRTA METODA USKLAJEVANJA

Ta možnost bi vključevala usklajevanje prizadevanja držav članic v zvezi z okoljem brez kajenja s tako imenovano „odprto metodo usklajevanja“. Države članice bi se s tem spodbudilo k bolj usklajenim zakonom o prepovedi kajenja brez potrebe po neposredni uskladitvi (čeprav bi ta možnost ostala).

To lahko vključuje naslednje elemente:

- delitev izkušenj in **najboljših praks** pri vzpostavljanju učinkovite politike prepovedi kajenja na nacionalni, podnacionalni in lokalni ravni,
- soglasje o skupnih ciljih in smernicah EU na podlagi uspešnih izkušenj v državah članicah in zunaj EU. Temu se lahko dodajo zadevni roki, skupaj s pogoji za spremljanje in izvajanje,
- preoblikovanje teh smernic v nacionalne akcijske načrte za zmanjšanje izpostavljenosti TDO z določenimi časovnimi rasporedi za kratkoročno, srednjeročno in dolgoročno uresničevanje ciljev,
- redno spremljanje, vrednotenje in medsebojno pregledovanje, na primer v obliki letnih poročil držav članic.

Številne države so že prepovedale kajenje, številne druge pa so napovedale, da nameravajo to storiti. Države članice se srečujejo tudi s skupnimi izzivi, kot so nasprotovanje industrije, skeptičnost javnosti in neskladnost z veljavnimi zahtevami. Usklajevanje EU je lahko koristno pri omogočanju postopka vzajemnega učenja in delitvi najboljših praks med državami članicami.

Vseeno bi zavezanost ciljem prepovedi kajenja ostala prostovoljna, prav tako ne bi bilo nobenih kazni za neskladnost z dogovorjenimi cilji. Učinkovitost načrta bi bila odvisna ob moči večstranskega nadzora in medsebojnega pritiska.

4. PRIPOROČILO KOMISIJE ALI SVETA

Ta možnost bi vključevala spodbujanje držav članic k sprejetju nacionalne zakonodaje o prepovedi kajenja, ki bi jo usmerjalo obsežno priporočilo Komisije ali Sveta o okolju brez kajenja na podlagi člena 152 Pogodbe ES, ki bi določilo predlagane smeri ukrepov. Uporablja se lahko neodvisno ali kot del samourejevalnih načrtov med državami članicami (možnost 3) in/ali industrijo (možnost 2).

Takšno priporočilo ne bi bilo zavezujoče, vendar bi bilo jasna izjava s strani Komisije ali Sveta, da je treba ukrepati za odpravo pasivnega kajenja v Evropi. To vprašanje bi postavilo na visoko prednostno mesto političnega dnevnega reda v vseh državah članicah EU in s tem zagotovilo podporo ukrepom držav članic.

Učinkovitost te možnosti bi bila odvisna od jasnosti smernic EU in zahtev po poročanju. Jasni cilji, ki so jim priloženi natančni urniki in kazalniki (npr. priporočilo, da se na določenem odstotku delovnih mest prepove kajenje v določenem letu in sektorju), bi gotovo imeli precej večji vpliv kot priporočila splošnejše narave. Prav tako bi zahteva po izvajanju ureditve spremljanja in javnem objavljanju rezultatov ustvarila pritisk javnosti za doslednejše izvajanje in razvoj strožje politike.

Medtem ko bi ta možnost državam članicam omogočala prožnost, bi pomenila tveganje, da nekatere države članice morda sploh ne bi ukrepale.

5. ZAVEZUJOČA ZAKONODAJA

Ukrep Skupnosti na tem področju lahko vključuje sprejetje zavezujočih zakonodajnih ukrepov. Zavezujoča zakonodaja bi predpisovala primerljivo, pregledno in izvedljivo osnovno raven varstva pred tveganjem izpostavljenosti TDO v državah članicah.

Po eni strani zakonodajni postopek zagotavlja uradna posvetovanja in temeljita pogajanja, v katera so vključene vse strani, zaradi česar je nastala politika lahko trdnjša. Po drugi strani bo zakonodajna pot verjetno sorazmerno dolga, končni rezultat pa je morda težko predvideti.

Natančno pravno podlago zakonodaje je mogoče določiti šele, ko bosta določena natančna narava in področje uporabe instrumenta, ta izbira pa bo morala upoštevati rezultate tega javnega posvetovanja.

Na tej stopnji je že mogoče omeniti nekatere možnosti brez poseganja v rezultat javnega posvetovanja.

- Sprememba veljavnih direktiv na podlagi Okvirne direktive o zdravju in varnosti pri delu (89/391/EGS). Ta možnost lahko vključuje predvsem razširitev področja uporabe Direktive 2004/37/ES o rakotvornih in mutagenih snoveh (da bi vključevala TDO) in/ali okrepitev zahtev po varstvu delavcev pred tobačnim dimom v Direktivi 89/654/EGS o minimalnih zahtevah za varnost in zdravje.
- Druga možnost bi bila sprejetje ločene direktive o kajenju na delovnem mestu.
- Čeprav ni neposredno povezana z varstvom pred pasivnim kajenjem, bi bilo mogoče tudi spremeniti direktivo o nevarnih snoveh (67/548/EGS)⁹¹, da bi TDO razvrstila kot rakotvorno snov. To bi TDO samodejno uvrstilo na področje uporabe direktive o rakotvornih in mutagenih snoveh.

Področje uporabe prvih dveh možnosti bi bilo omejeno na delovno okolje. Uporabljata se lahko za vsa delovna mesta ali nekatere kategorije delovnih mest ter bi morali zagotoviti, da so delavci, ki so izpostavljeni nevarnim stopnjam TDO, ustrezno zavarovani.

Končno sprejetje zakonodajnega instrumenta v pristojnosti Pogodbe Skupnosti ne bi preprečevalo sprejetja spremljevalnih ukrepov, ki ne bi bili zavezujoči in lahko prispevajo k zagotavljanju splošnega cilja varstva pred TDO v vseh sektorjih.

VI. SKLEPNE OPOMBE

Ob upoštevanju nedvoumnih znanstvenih dokazov o škodljivosti pasivnega kajenja in vplivu politike čistega zraka v zaprtih prostorih na splošno zmanjšanje uporabe tobaka Komisija meni, da bi politika z najboljšejšim področjem uporabe zagotovila največje koristi za javno zdravje prebivalstva. Prav tako bi ustvarila enake konkurenčne pogoje za vse nosilce dejavnosti. Različni uspešni primeri obsežne politike prepovedi kajenja, ki se zdaj uporabljajo po svetu, so dokazali, da je ta možnost uspešna in izvedljiva.

Zaželena raven sodelovanja EU pri spodbujanju zakonodaje o prepovedi kajenja je odprto vprašanje in je prav tako povezana s sedanjim razvojem v državah članicah, nekatere od teh so se nedavno odločile, da sprejmejo ukrepe za prepoved kajenja na javnih mestih.

Komisija poziva vse institucije EU, države članice in vse zainteresirane državljane, strani in organizacije, da predložijo odgovore na vprašanja iz te zelene knjige. Komisijo zlasti zanimajo mnenja zainteresiranih strani o naslednjih vprašanjih:

Vprašanja

- (1) Kateri od dveh pristopov, predlaganih v delu IV, bi bil bolj zaželen glede področja uporabe pobude za prepoved kajenja: popolna prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih prostorih in delovnih prostorih ali prepoved z izjemami, dovoljenimi izbranim kategorijam ali prostorom? Prosimo, navedite razlog(-e) za svojo izbiro.
- (2) Katera od političnih možnosti, opisanih v delu V, bi bila najbolj zaželena in ustrezna za spodbujanje okolja brez kajenja? Kakšna oblika posredovanja EU se vam zdi potrebna za uresničitev ciljev prepovedi kajenja?
- (3) Ali obstajajo dodatni količinski ali kakovostni podatki o zdravstvenih, socialnih in gospodarskih vplivih politike prepovedi kajenja, ki bi jih bilo treba upoštevati?
- (4) Ali imate kakšne druge pripombe ali predloge v zvezi z zeleno knjigo?

Odgovore na ta vprašanja je treba poslati do 1. maja 2007 na naslov (zaželeno je po elektronski pošti):

European Commission

Directorate-General Health and Consumer Protection

Unit C6 – Health Measures

E- naslov: sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu

Poštni naslov: B-1040 Brussels

Telefaks: (+32) 2 298 42 04

Vsi odzivi na to zeleno knjigo bodo objavljeni na spletni strani Komisije, razen če stran, ki odgovarja, ne želi drugače.

VII. ANNEXES

Annex I: Cost effectiveness of various tobacco-control measures in European Region A*

Interventions: Codes_and Descriptions	Cost per year (I\$, millions) per one million_population [i.e. cost per capita]	DALYs** averted per year per one million population	Average Cost per DALY averted
TOB-2: Excise tax on tobacco products: 80% of supply price (global average)	0,22	1 939	111
TOB-3: Excise tax on tobacco products: 300% of supply price (highest regional rate)	0,22	4 641	46
TOB-4: Excise tax on tobacco products: 600% of supply price (double the highest regional rate)	0,22	6 723	32
TOB-5: Clean indoor air law enforcement	0,67	742	908
TOB-6: Comprehensive ban on tobacco advertising	0,27	561	473
TOB-7: Information dissemination	0,55	670	816
TOB-8: Nicotine replacement therapy	2,35	670	3 511
TOB-9: Combination (TOB4 + TOB7)	0,76	7 093	107
TOB-10: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB7)	1,43	7 467	192
TOB-11: Combination (TOB4 + TOB6 + TOB7)	1,03	7 372	139
TOB-12: Combination (TOB4 + TOB6)	0,48	7 032	68
TOB-13: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6)	1,15	7 415	156
TOB-14: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6 + TOB7)	1,70	7 725	220
TOB-15: Combination (ALL)	4,05	7 981	508

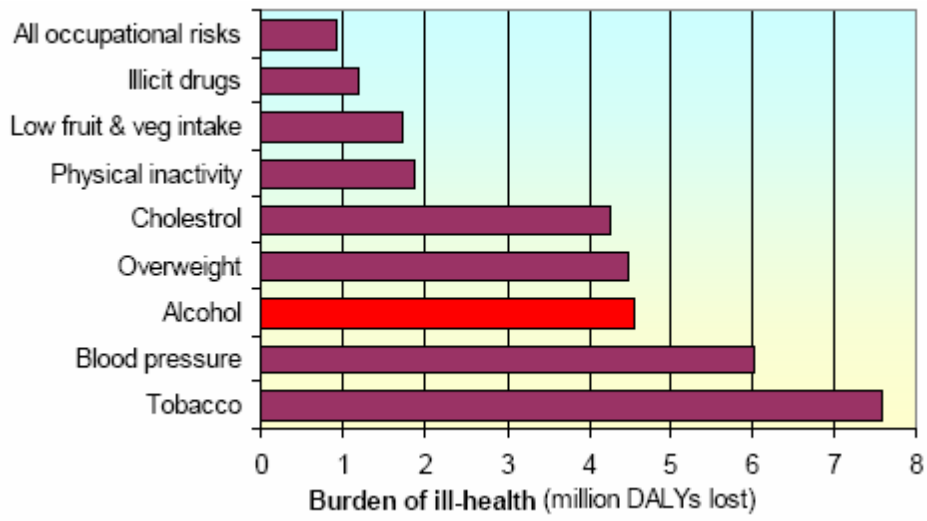
Source:

WHO-CHOICE webpage: http://www.who.int/choice/results/tob_eura/en/index.html

* **European Region A:** Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland

** **DALYs** = Disability Adjusted Life Years (the sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability).

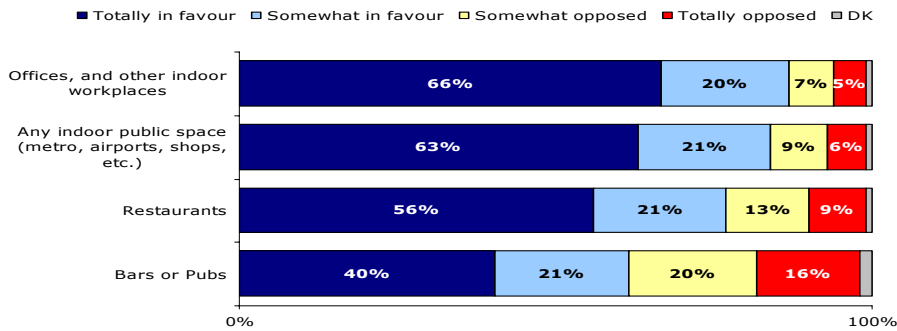
Annex II: Global burden of ill-health



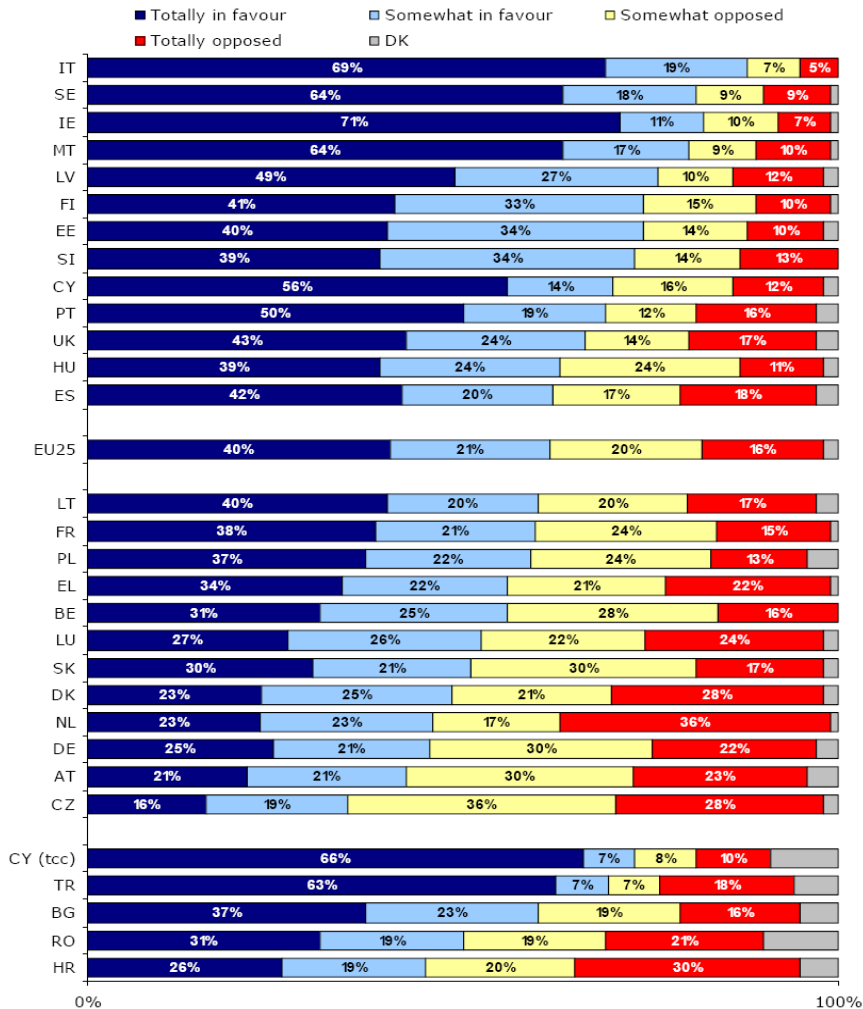
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies

**Q8. Are you in favour of smoking bans in the following places?
(EU25)**



**Q8.2 Are you in favour of smoking bans in the following places?
Answer: Bars or Pubs**



Source:

“Attitudes of Europeans towards tobacco”, Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

Annex IV: References

- 1 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.
2 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31–34.
3 As of 18 December 2006.
4 The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General.
Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention,
Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health
Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006)
http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic
Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
'Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places', Royal
College of Physicians of London, (July 2005).
Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), 'Secondhand Smoke: Review of evidence
since 1998', (November 2004) <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>
International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic
Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health
Organization.
'Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health', (1998) [http://www.archive.official-
documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm](http://www.archive.official-
documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm)
5 International Agency for Research on Cancer (2002), *op. cit.*
6 Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health*. 1998 Jul;88(7):1025-9.
Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an
evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315: 973-80.
He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of
coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340: 920-6.
Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Cardiol*. 1998 Jan;31(1):1-
9.
7 Whincup P et al (2004). Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective
study with cotinine measurement *BMJ* 329 (7459) pp 200-205.
8 Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking
increases the risk of acute stroke. *Tob Control*. 1999 Summer;8(2):156-60.
You RX, Thrift AG, McNeil JJ, Davis SM, Donnan GA. Ischemic stroke risk and passive exposure to
spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. *Am J Public Health*.
1999 Apr;89(4):572-5.
9 Jaakkola JJ, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults.
Scand J Work Environ Health. 2002;28 Suppl 2:52-70.
10 European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, A European patient
perspective on severe asthma, Fighting for breath.
http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf . 2005.
11 WHO International consultation on ETS and Child Health – 1999:
http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html
Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, Pearl M, Pirkle J.
Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiology*. 2004 Nov;15(6):660-70.
12 Khan JC et al. (2006): Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of
cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal
neovascularisation. *British Journal of Ophthalmology* 2006;90;75-80.
13 Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis*.
2003 Jul-Aug;46(1):31-8.
Glantz S, Parmley W. Even a little secondhand smoke is dangerous. *JAMA* 2001;286:462–3.
Pechacek TF, Babb S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke?
BMJ. 2004 Apr 24;328(7446):980-3.
14 Jamrozik K., "An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe", Lifting the
smokescreen., *op.cit.*
15 Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco
smoke in British nonsmokers. *Environ Int* 1994;20:693–712.

-
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 1996;22 (suppl 1) :1–24.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:173–96.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:851–71.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1998;24:405–25.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. *Environ Int* 1998;24:301–24.
- 16 CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).
- 17 Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. 2005 Feb;14(1):60-3.
- 18 Jarvis M. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College, 2001.
- Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br.J Addict*. 1992;87:111-3.
- Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270:490-3.
- Wakefield M, Cameron M, Inglis G, Letcher T, Durkin S. Secondhand smoke exposure and respiratory symptoms among casino, club, and office workers in Victoria, Australia. *J Occup Environ Med*. 2005 Jul;47(7):698-703.
- 19 A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces. Conducted by: Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; International Agency for Research on Cancer; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; September 2006.
- 20 The Implementation Group on Human Biomonitoring (HBM) has been set up to implement Action 3 of the Action Plan on Environment and Health ("Develop a coherent approach to biomonitoring in Europe"). It consists of governmental experts in the field of human biomonitoring.
- 21 D.F.Behan, M.P. Eriksen, Y. Lin. Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke, 2005.
- 22 Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
- 23 Lok P. Smoking and the bottom line. The costs of smoking in the workplace. Ottawa, The Conference Board of Canada, 1997.
- Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee in Scotland. *Tob Control* 2000; 9: 187–192.
- Madden D.: Setting the Appropriate Tax on Cigarettes in Ireland. Working paper series, Wp0/05, Centre for Economic Research, October 2002.
- Ross H, "Economics of smoke free policies", *Lifting the smokescreen, op.cit.*
- 24 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>
- 25 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-04.asp>
- The smoke-free premises etc (Wales) Regulations 2007. Annex B: Draft Regulatory Appraisal www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170
- Integrated Impact Assessment Overview of the Draft Smoking (Northern Ireland) Order 2006. <http://www.dhsspsni.gov.uk/smoking-consultation-06-eqia.pdf>
- 26 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004, p. 72.
- 27 *Ibidem*, p. 85.

28 The European Community Health Indicator no 23, "Regular Smokers":
29 http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

30 Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal
31 experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control
Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res.* 2004 Dec;6 Suppl 3:S341-51.

32 "Attitudes of Europeans towards tobacco", Special Eurobarometer 239, January 2006,
http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

33 Jones S, Muller T., "Public attitudes to smoke-free policies in Europe", *Lifting the smokescreen, op. cit.*

Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, Cummings KM, Fong GT.
Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries:
findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey.
Tob Control. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii34-41.

34 Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free
workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States.
Am J Public Health. 1999 Jul;89(7):1018-23.

Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna
JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services.
Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental
tobacco smoke. *Am J Prev Med.* 2001 Feb;20(2 Suppl):16-66. Review.

Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour:
systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.

Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to
know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592-609.

35 Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school,
and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000;321:333-337.

Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of local restaurant smoking regulations
on progression to established smoking among youths. *Tob Control.* 2005 Oct;14(5):300-6.

Farkas A, Gilpin E, White M, et al. Association between household and workplace smoking restrictions
and adolescent smoking. *JAMA* 2000;284:717-22.

Wakefield M and Forster J. Growing evidence for new benefit of clean indoor air laws: reduced
adolescent smoking. *Tob. Control*, October 1, 2005; 14(5): 292 - 293.

36 Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and
consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four
Country Survey. *Tob Control.* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii42-50.

Borland R, Mullins R, Trotter L, White V. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the
home in Victoria, Australia. *Tob Control.* 1999 Autumn;8(3):266-71.

Merom D, Rissel C. Factors associated with smoke-free homes in NSW: results from the 1998 NSW
Health Survey. *Aust N Z J Public Health.* 2001 Aug;25(4):339-45.

37 Regulatory Committee set up under Article 11 of the Directive 2001/37/EC.

38 European Parliament Resolution (P6_TA(2005)0045) of 23 February 2005 on the European
Environment and Health Action Plan 2004-2010.

The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European
Commission 2004.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf

39 Kotzias, D. et al. 2005, The INDEX project: Critical appraisal of the setting and implementation of
indoor exposure limits in the EU, Joint research Centre, Ispra, Italy.

http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/pollution/fp_pollution_2002_frep_02.pdf

40 Franchi, M. et al. 2003. Towards Healthy Air in Dwellings in Europe - The THADE Report. European
Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA).

http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf

41 For an overview of court cases see: "Smoke free workplaces: Improving the health and well-being of
people at work". Brussels: European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001, pp. 84-97.

42 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.

43 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31-34.

44 OJ L 183, 29.6.1989, p. 1-8.

45 See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.
OJ L 393, 30.12.1989, p. 1-12.

46 OJ L 245, 26.8.1992, p. 6–22.
47 OJ L 348, 28.11.1992, p. 9–24.
48 OJ L 404, 31.12.1992, p. 10–25. In addition, this Directive bans smoking in areas subject to particular
fire or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.
49 OJ L 158, 30.4.2004, p. 50–76.
50 OJ L 263, 24.9.1983, p. 25–32.
51 OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.
52 It should be noted that currently there is a proposal aiming at modifying the Directive (COM 2003-644)
but it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.
53 World Health Organisation. The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting, Copenhagen,
Denmark; 2000. URL http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9
54 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk
following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and
air nicotine levels in bars. *Tob. Control.* 2005 Dec;14(6):384-8.
Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and
After the Smoking Ban in Italy. *J Occup Environ Med.* 2005 Dec;47(12):1208-10.
How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs”, March 2006, Harvard
School of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTFS, OTC.
Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree
Law. Wellington: Ministry of Health.
Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and
after a smoking ban. *J Occup Environ Med.* 2004 Sep;46(9):887-905.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Indoor air quality in hospitality venues before and
after implementation of a clean indoor air law--Western New York, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly
Rep.* 2004 Nov 12;53(44):1038-41.
Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality
workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law.
Tob Control. 2005 Aug;14(4):236-41.
McNabola A, Broderick B, Johnston P, Gill L. Effects of the smoking ban on benzene and 1,3-
butadiene levels in pubs in Dublin.. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2006
May;41(5):799-810.
55 Menzies D et al., Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar
workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA.* 2006 Oct 11;
296(14):1742-8.
Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars
and taverns. *JAMA.* 1998 Dec 9;280(22):1909-14.
Eagan TML, Hetland J and Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months
after a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006;15:242-246.
Allwright S. et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before
and after study. *BMJ.* 2005 Nov 12;331(7525):1117. Erratum in: *BMJ.* 2006 Jan 21;332(7534):1.
56 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on
rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006 Oct;27(20):2468-72.
Epub 2006 Aug 29.
Sargent RP, Shephard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infection
associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328:977–80.
Bartecchi, C., et al. A city-wide smoking ordinance reduces the incidence of acute myocardial
infarction. in American Heart Association Annual Scientific Sessions. 2005. Dallas, TX.
57 Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to
know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592–609.
58 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour:
systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
59 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new
smoking regulations in Italy. *Ann Oncol.* 2006 Feb;17(2):346-7. Lund, M., Lund K.E., Rise, J., Aarø,
L.E., Hetland, J. (2005). Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo/Bergen 2005:
SIRUS/HEMIL, <http://www.globalink.org/documents/2005smokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf>.
60 Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, Anderson S, Cummings KM,
Allwright S, Mulcahy M, Howell F, Clancy L, Thompson ME, Connolly G, Driezen P. Reductions in
tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the

implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii51-8.

61 Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.

California Department of Health Services, Tobacco Control Section. Indoor and Outdoor Secondhand Smoke Exposure. Sacramento: California Department of Health Services.
<http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf>

62 The 2004 Irish smoking ban: is there a 'knock-on' effect on smoking in the home?" D.Evans, and C Byrne. Health Service Executive, Western Area.
<http://www.imt.ie/displayarticle.asp?AID=11000&NS=1&CAT=18&SID=1>

63 Joossens L. "Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants", *Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe*,
http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222

64 Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland
http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls

65 Lund K.E. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse. Oslo 2006: SIRUS,
<http://www.sirus.no/cwobjekter/SIRUSskrifter0106.pdf>

66 NYC Department of Finance, NYC Department of Health & Mental Hygiene, NYC Department of Small Business Services, NYC Economic Development Corporation, "The State of Smoke-Free New York City: A One-Year Review", March 2004, <http://www.nyc.gov/html/doh/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>.

Cowling D W, Bond P. Smoke-free laws and bar revenues in California - the last call, *Health Economics*, 2005; 14 (12); 1273 – 81.

67 Scollo, M., Lal, A., Hyland, A. & Glantz, S. (2003) Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 12, 13-20.

68 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.

69 Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA*. 1993 Jul 28;270(4):490-3.

70 Eurostat, Statistics in Focus, Industry, Trade & Services, 32/2005, "Employment in hotels and restaurants in the enlarged EU still growing".
<http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/05/127&type=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

71 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment.
<http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-04.asp>

72 Edwards R. et al. Levels of second hand smoke in pubs and bars by deprivation and food-serving status: a cross-sectional study from North West England. *BMC Public Health* 2006, 6:42

73 Woodall AA et al. The partial smoking ban in licensed establishments and health inequalities in England: modelling study, 18 August 2005.

IFF Research among a representative sample of 1,252 publicans and managers of pubs and bars throughout England and Wales carried out between 27 July and 11 August 2005. jointly commissioned by Action on Smoking and Health (ASH) and Cancer Research UK.

74 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill,
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>

75 Repace, J., "An air quality survey of respirable particles and particulate carcinogens in Delaware hospitality venues before and after a smoking ban," Bowie, MD: Repace Associates, Inc., February 7, De Gids W.F., Opperhuizen A., RIVM report 340450001/2004 "Reductie van blootstelling aan omgevingstabakrook in de horeca door ventilatie en luchtreiniging", 2003.

Repace, J. (2000). Can Ventilation Control Secondhand Smoke in the Hospitality Industry? California Department of Health Services.

76 Kotzias D et al (2005) Ventilation as a means of controlling exposure workers to environmental tobacco smoke (ETS). European Commission Joint Research Centre, Italy.

Kotzias D et al (2003) Report on Preliminary results on the impact of various air exchange rates on the levels of environmental tobacco smoke (ETS) components. ISPRA – IHCP Physical and Chemical Exposure Unit, 2003. Online at http://www.jrc.cec.eu.int/pce/pdf/tobacco_draft_report.pdf

77 Jacobs, P., de Jong, P. and de Gids, W.F., (2006) 'Decentralised smoke displacement system using recirculation and filtration', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.

de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) 'An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec Consulting Ltd., July 2004.

78 Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006.
Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, *op. cit.*

79 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention.
http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf

80 Samet, J.; Bohanon, Jr., H.R.; Coultas, D.B.; Houston, T.P.; Persily, A.K.; Schoen, L.J.; Spengler, J.; Callaway, C.A., "ASHRAE position document on environmental tobacco smoke," American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), 30 June 2005.

81 *Ibidem*

82 De Gids W.F., Opperhuizen A., *op. cit.*

83 Wong S (2004) Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York Region February - April 2003. Presentation, 11th April 2003.

84 New technologies, for example catalysing paints, have been developed with a capacity to reduce odours, tobacco smoke, ozone, nitrogen and sulphate oxides and organic volatile compounds. Once definitely tested and verified, these new catalysing paints could be used as a complementary technology in smoking rooms.

85 COM(2004) 0621 final - COD 2004/0218.

86 COM(2005) 0119 final - COD 2005/0043.

87 COM(2006) 234 final - COD 2005/0042A.

88 The Public Places Charter on smoking. Industry progress report. The Charter Group, April 2003.

89 Fernandez E. Spain: going smoke free. *Tob Control*. 2006 Apr;15(2):79-80.

90 'Voluntary smoke-free plan not working in Paris' - *Guardian*, 16/02/05
<http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>.

91 *OJ* 196, 16.8.1967, p. 1–98.