



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 30.1.2007
KOM(2007) 27 endelig

GRØNBOG

Mod et Europa uden tobaksrøg: politiske valgmuligheder på EU-plan

(forelagt af Kommissionen)

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | | |
|------|---|----|
| I. | INDLEDNING | 4 |
| II. | BEGRUNDELSE FOR EN INDSATS | 5 |
| 1. | Sundhedsbetragtninger | 5 |
| 1.1. | Sundhedsbyrden forbundet med eksponering for tobaksrøg i omgivelserne | 5 |
| 1.2. | Eksponeringsniveauer | 6 |
| 1.3. | Virkningerne af initiativer vedrørende forbud mod rygning..... | 7 |
| 2. | Økonomiske hensyn | 7 |
| 2.1. | Den økonomiske byrde | 7 |
| 2.2. | Virkningerne af initiativer vedrørende forbud mod rygning..... | 8 |
| 2.3. | Risikoen for uønskede virkninger | 8 |
| 3. | Sociale hensyn..... | 8 |
| 3.1. | Offentlig støtte til rygeforbud | 8 |
| 3.2. | Konsekvenser for tobaksforbruget | 9 |
| 3.3. | Virkninger for den sociale lighed..... | 9 |
| 4. | Drivkraft bag indsatsen | 9 |
| III. | De nuværende lovgivningsmæssige rammer | 10 |
| 1. | Nationale bestemmelser | 10 |
| 2. | Gældende fællesskabsbestemmelser | 11 |
| IV. | Anvendelsesområdet for initiativerne vedrørende forbud mod rygning..... | 12 |
| 1. | Omfattende rygeforbud | 13 |
| 2. | Rygeforbud med undtagelser | 14 |
| 2.1. | Undtagelser for restauranter, barer, caféer og andre udskænkingssteder..... | 15 |
| 2.2. | Undtagelser for barer, caféer osv., der ikke serverer mad | 15 |
| 2.3. | Lukkede rygerum med separat ventilation..... | 16 |
| V. | POLITISKE VALGMULIGHEDER | 17 |
| 1. | Opretholdelse af status quo | 17 |
| 2. | Frivillige foranstaltninger..... | 18 |
| 3. | Den åbne koordinationsmetode..... | 19 |
| 4. | En henstilling fra Kommissionen eller Rådet | 20 |

| | | |
|------|----------------------------------|----|
| 5. | Bindende lovgivning | 21 |
| VI. | KONKLUDERENDE BEMÆRKNINGER | 22 |
| VII. | BILAG | 24 |

I. INDLEDNING

Eksponering for tobaksrøg i omgivelserne – også kaldet passiv rygning – er stadig en betydelig kilde til sygelighed og dødelighed i EU og medfører store udgifter for samfundet som helhed.

En koordineret indsats for et røgfrit Europa er et af Kommissionens prioriterede områder inden for folkesundheds-, miljø-, beskæftigelses- og forskningspolitikken. I handlingsplanen for miljø og sundhed (2004-2010) forpligtede Kommissionen sig til at gennemføre tiltag til forbedring af luftkvaliteten i bygninger, navnlig ved at fremme restriktioner for rygning på alle arbejdspladser gennem undersøgelser af de muligheder, der ligger i både lovgivningsmæssige mekanismer og sundhedsfremmeinitiativer på både europæisk plan og medlemsstatsplan.

Der er allerede blevet truffet omfattende foranstaltninger med henblik på at fremme røgfrie omgivelser i EU. I begyndelsen af 1990'erne blev der i EU's direktiver om sikkerhed og sundhed under arbejdet fastlagt visse restriktioner for rygning på arbejdspladsen. Disse blev suppleret med Rådets resolution fra 1989¹ og henstillingen om forebyggelse af rygning fra 2002², hvori medlemsstaterne opfordres til at sørge for beskyttelse mod eksponering for tobaksrøg i omgivelserne på indendørs arbejdspladser, i lukkede lokaler med offentlig adgang og i offentlige transportmidler. Ud over de lovgivningsmæssige tiltag har to kampagner mod tobak - "Bare sig nej til tobak" (2001-2004) og "HJÆLP til et liv uden tobak" (2005-2008) – haft til formål at understrege risikoen ved passiv rygning og at fremme en røgfri livsstil, navnlig blandt unge.

Der er store forskelle mellem de enkelte medlemsstaters nationale lovgivninger. Kommissionen ser med tilfredshed på det gode eksempel, som Irland, Italien, Malta, Sverige og dele af Det Forenede Kongerige viser, og opfordrer alle medlemsstaterne til hurtigt at tage skridt til at indføre effektive foranstaltninger, der beskytter deres borgere mod de skadelige virkninger af passiv rygning.

På internationalt plan anerkendes det i WHO-rammekonventionen om bekæmpelse af tobaksrygning (WHO FCTC), som er blevet underskrevet af 168 og ratificeret af 141 parter³, herunder Fællesskabet, at det af den videnskabelige dokumentation entydigt fremgår, at eksponering for tobaksrøg forårsager dødsfald, sygdom og handicap. Konventionen pålægger Fællesskabet og medlemsstaterne at behandle problemerne vedrørende tobaksrøg på indendørs arbejdspladser, i lukkede lokaler med offentlig adgang og i offentlige transportmidler.

Formålet med denne grøn bog er at iværksætte en bred høringsproces og en åben offentlig debat, som inddrager EU-institutionerne, medlemsstaterne og civilsamfundet, vedrørende den bedste løsning på de problemer, som passiv rygning giver i EU.

Kommissionen vil foretage en grundig analyse af de bemærkninger, der modtages som reaktion på denne grøn bog, og på det grundlag træffe beslutning om yderligere tiltag. En rapport om resultaterne af høringsprocessen forventes i første halvdel af 2007. Parallelt hermed vil det mere overordnede arbejde vedrørende

indendørsluftkvalitet blive fortsat som opfølgning på handlingsplanen for miljø og sundhed.

II. BEGRUNDELSE FOR EN INDSATS

1. SUNDHEDSBETRAGTNINGER

1.1. Sundhedsbyrden forbundet med eksponering for tobaksrøg i omgivelserne

Tobaksrøg i omgivelserne indeholder over 4 000 kemikalier, herunder 50 kendte kræftfremkaldende stoffer og mange giftige agenser. Der er ikke blevet fastsat sikre grænser for eksponering for tobaksrøg i omgivelserne, og det forventes heller ikke, at der vil blive fastsat en sådan grænse på grundlag af yderligere forskning.

USA's sundhedsministerium og WHO's Internationale Kræftforskningscenter klassificerede i henholdsvis 2000 og 2002 tobaksrøg i omgivelserne som **kræftfremkaldende for mennesker**. Derudover har den finske og den tyske regering i henholdsvis 2000 og 2001 klassificeret tobaksrøg i omgivelserne som et **kræftfremkaldende stof på arbejdspladsen**. California Environment Protection Agency har for nylig klassificeret tobaksrøg som **et stof, der kontaminerer luften**.

En række nyere undersøgelser har bekræftet den alvorlige risiko for sundheden, der er forbundet med passiv rygning.⁴ Det er blevet konstateret, at kronisk eksponering for passiv rygning er årsag til mange af de samme sygdomme, som forårsages af aktiv rygning, herunder lungekræft, hjerte- og karsygdomme og børnesygdomme.

I en undersøgelse, som blev gennemført af WHO-IARC, blev det konstateret, at ikke-rygere, der bor sammen med en ryger, har 20-30 % forhøjet risiko for at udvikle lungekræft. Den ekstra risiko, der er forbundet med eksponering på arbejdspladsen, er blevet anslået til 12-19 %⁵. Sammenhængen mellem eksponering for tobaksrøg i omgivelserne og andre typer cancer er mindre klar.

Det er blevet påvist, at ikke-rygere, der bor sammen med en ryger, har **25-30 %**⁶ forhøjet risiko for at få en blodprop i hjertekranspulsåren (en undersøgelse gennemført for nylig tyder på, at dette tal rent faktisk kan være højere)⁷. Derudover tyder dokumentationen i stigende grad på, at der er en årsagssammenhæng mellem passiv rygning og hjerteslag hos ikke-rygere, om end der er behov for yderligere forskning for at vurdere denne risiko⁸.

Passiv rygning forårsager **luftvejssygdomme**⁹ og forværrer situationen for personer med astma, allergi og kronisk obstruktiv lungesygdom, hvilket medfører social udstødelse og udelukkelse fra arbejdsmarkedet. I forbindelse med en paneuropæisk undersøgelse blandt personer med symptomer på svær astma, som blev gennemført for nylig, fremgik det, at et af disse personers største ønsker var ren luft¹⁰.

Passiv rygning er navnlig farlig for **små børn og spædbørn** og kædes sammen med vuggedød, lungebetændelse, bronkitis, astma samt luftvejssygdomme og mellemørebetændelse. Hvis **gravide** eksponeres for tobaksrøg i omgivelserne kan det medføre lavere fødselsvægt for barnet, fosterdød og for tidlig fødsel¹¹.

Den nyeste forskning tyder på, at eksponering for tobaksrøg i omgivelserne næsten fordobler risikoen for udvikling af aldersrelateret makuløs degenerering, som er den vigtigste årsag til tab af synet i EU¹².

De fleste skadelige sundhedsvirkninger af tobaksrøg i omgivelserne viser et lineært dosis-respons-forhold – med andre ord øges risikoen proportionelt med eksponeringen. Risikoen forbundet med passiv rygning er lavere end risikoen forbundet med aktiv rygning (f.eks. henholdsvis 1,2 og 20 for lungekræft). Ikke desto mindre medfører eksponeringen af et stort antal personer en betydelig sundhedsbyrde.

Derudover er **dosis-respons-forholdet** for hjertesygdomme **ikke lineært**. Passiv rygning medfører en risiko for hjertesygdomme, som er næsten halvt så stor som risikoen forbundet med at ryge 20 cigaretter om dagen. Selv meget små mængder tobaksrøg kan have direkte konsekvenser for koaguleringen og trombedannelsen samt langsigtede konsekvenser for udviklingen af arteriosclerose – faktorer, som alle er betydningsfulde for udviklingen af hjertesygdomme¹³. Der er her tale om en kilde af stor betydning: hjertesygdomme er den vigtigste dødsårsag i EU – både blandt rygere og ikke-rygere.

Ifølge de seneste – konservative – skøn foretaget af partnerskabet mellem European Respiratory Society, Cancer Research UK og Institut National du Cancer i Frankrig dør **over 79 000 voksne** i de 25 medlemsstater hvert år som følge af passiv rygning. Der er dokumentation for, at passiv rygning **på arbejdspladsen** forårsagede over **7 000 dødsfald** i EU i 2002, mens eksponeringen i hjemmet forårsagede yderligere **72 000 dødsfald**. Disse skøn omfatter dødsfald, der skyldes hjertesygdomme, hjerteslag, lungekræft og visse luftvejssygdomme forårsaget af passiv rygning. Dødsfald blandt voksne, der skyldes andre sygdomme forbundet med eksponering for tobaksrøg i omgivelserne (som f.eks. lungebetændelse), dødsfald blandt børn og den betydelige alvorlige sygelighed af både akut og kronisk karakter, der forårsages af passiv rygning, er dog ikke medtaget¹⁴.

1.2. Eksponeringsniveauer

De vigtigste steder, hvor der forekommer kronisk og intensiv eksponering for tobaksrøg i omgivelserne, er **hjemmet og arbejdspladsen**¹⁵. I henhold til den rapport, som i 1998 blev udarbejdet inden for rammerne af Information System on Occupational Exposure to Carcinogens (**CAREX**), var tobaksrøg i omgivelserne efter solstråling den næsthøypigst forekommende form for eksponering for kræftfremkaldende stoffer i EU-15. Ca. 7,5 mio. europæiske arbejdstagere var udsat for passiv rygning i mindst **75 % af deres arbejdstid** i 1990-93¹⁶.

En undersøgelse, der blev gennemført på en række offentlige steder i syv europæiske storbyer i 2001-2002, viste, at der fandtes tobaksrøg på de fleste af de undersøgte offentlige steder, herunder hoteller, restauranter og caféer, offentlige transportmidler, hospitaler og uddannelsesinstitutioner. De højeste koncentrationer af tobaksrøg i omgivelserne blev fundet i barer og diskoteker. Fire timers eksponering i et diskotek svarede til at bo sammen med en ryger i en måned¹⁷. Det resultat, der viser, at eksponeringsniveauet er ekstraordinært højt i restaurationsbranchen, er blevet bekræftet af andre undersøgelser, som viser, at bartenders gennemsnitlige

eksponering er tre til fire gange højere end eksponeringen ved at bo sammen med en ryger¹⁸.

Det for kort tid siden indførte forbud mod rygning har ført til, at eksponering på arbejdspladsen i visse medlemsstater og på visse hoteller, restauranter og caféer er blevet næsten helt elimineret, mens eksponeringen i lande med begrænset lovgivning på området stadig er stor, navnlig inden for restaurationsbranchen og på steder, der anvendes til rekreative formål¹⁹.

For at kunne vurdere eksponeringen for tobaksrøg i omgivelserne på EU-plan har EU's ekspertgruppe om bioovervågning af mennesker²⁰ anbefalet at anføre cotinin på listen over stoffer, der bør undersøges inden for rammerne af EU's pilotprojekt om bioovervågning af mennesker. Medlemsstaterne har støttet denne anbefaling ved flere lejligheder.

1.3. Virkningerne af initiativer vedrørende forbud mod rygning

Tiltag, der går ud på at skabe røgfrie omgivelser, vil ikke kun beskytte befolkningen mod de skadelige virkninger ved eksponering for tobaksrøg i omgivelserne, men også bidrage til at reducere det samlede tobaksforbrug. De sundhedsmæssige virkninger ved en reduktion af passiv og aktiv rygning vil omfatte **reduktion af sygelighed og dødelighed**, som skyldes de vigtigste sygdomstyper – herunder navnlig lungekræft, blodprop i hjertekranspulsåren, luftvejssygdomme og hjerteslag – og en forøgelse af den forventede levetid. Selv om det kan tage op til 30 år, før alle de sundhedsmæssige fordele viser sig, kan der forventes betydelige forbedringer, navnlig hvad angår luftvejssygdomme og hjerte- og karsygdomme, inden for 1-5 år.

Inden for rammerne af CHOICE-projektet, som forvaltes af WHO, er røgfri offentlige steder **næst efter skattestigninger blevet udpeget som det mest effektive tiltag**, hvis sygelighed og dødelighed forbundet med tobaksrygning skal reduceres (jf. bilag I).

2. ØKONOMISKE HENSYN

2.1. Den økonomiske byrde

Data fra to medlemsstater, Det Forenede Kongerige og Irland, og fra lande uden for EU tyder på, at eksponering for tobaksrøg i omgivelserne medfører enorme private og sociale omkostninger, om end der endnu ikke er blevet foretaget en vurdering, som dækker den samlede byrde for EU-27. Byrden for **økonomien som helhed** omfatter de direkte udgifter på sundhedsområdet i forbindelse med tobaksrelaterede sygdomme og de indirekte udgifter i forbindelse med produktivitetstab samt manglende indbetaling af indkomstskat og bidrag til sociale sikringsordninger fra rygere og ofre for passiv rygning, som ellers ville have haft beskæftigelse²¹.

Den økonomiske byrde er navnlig høj for **arbejdsgiverne** og omfatter ringere produktivitet blandt arbejdstagerne på grund af rygepauser og øget sygefravær samt brandskader og øgede udgifter til rengøring og istandsættelse på grund af rygning²². I Canada blev de årlige ekstra udgifter, der udløses af en ansat, der er ryger, set i forhold til de udgifter, der udløses af en ansat, der er ikke-ryger, anslået til 2 565

CAD i 1995. Det tab, som skotske arbejdsgivere lider på grund af nedsat produktivitet, større fravær og brandskader på grund af ulykker forbundet med rygning, er blevet beregnet til mellem 0,51 % og 0,77 % af det skotske bruttonationalprodukt (BNP) i 1997. I Irland var det tilsvarende skøn på 1,1-1,7 % af BNP i 2000²³.

2.2. Virkningerne af initiativer vedrørende forbud mod rygning

På lang sigt kunne de mulige forbedringer af sundheden som følge af rygeforbud, få **stor økonomisk betydning**. Af den konsekvensvurdering af lovbestemmelserne, som regeringen i Det Forenede Kongerige har gennemført, fremgår det, at den langsigtede nettofortjeneste ved et omfattende forbud mod rygning, er på 1 714-2 116 mia. GBP om året²⁴. I Skotland, Wales og Nordirland er nettofortjenesten ved rygeforbud blevet beregnet til henholdsvis 4 387 mia. og 2 096 mia. GBP over en periode på 30 år og 1 101 mia. over en periode på 20 år²⁵.

2.3. Risikoen for uønskede virkninger

Da forbud mod rygning vil motivere en del rygere til at stoppe eller at ryge mindre, kan **tobaksindustriens indtjening blive reduceret**, og følgelig kan beskæftigelsen i forbindelse med tobaksindustrien blive reduceret. Jobs i tobaksindustrien repræsenterer dog kun en relativt begrænset procentdel af den samlede beskæftigelse i EU. I 2000 tegnede beskæftigelsen i tobaksindustrien (tobaksdyrkning, -forarbejdning og -fremstilling) sig for 0,13 % af den samlede beskæftigelse i EU-15²⁶. Ydermere vil de penge, som på nuværende tidspunkt bruges på tobak, sandsynligvis blive brugt på andre varer og tjenesteydelser, hvilket skaber beskæftigelse i andre økonomiske sektorer.

En mindskelse af antallet af aktive rygere vil også medføre, at **medlemsstaterne mister indtægter fra beskatningen** (told og moms) af cigaretter. Det bør dog bemærkes, at selv om beskatningen af cigaretter i de fleste EU-lande giver betydelige skatteindtægter udtrykt som samlet bidrag til statens budget, er andelen dog relativt begrænset (1-5 %). Undtagelserne er Tjekkiet, Polen og Grækenland, hvor beskatningen af cigaretter tegnede sig for henholdsvis 6, 7 og 9 % af statens skatteindtægter i 1999²⁷. Ud over at de samfundsmæssige omkostninger forbundet med rygning ville falde, ville den disponible indkomst for husstande med rygere stige, hvis der blev indført rygeforbud, og momsindtægterne fra sådanne husstandes alternative investeringer og forbrug ville i et vist omfang kompensere for de mistede indtægter.

Der kan forventes et vist produktionstab på grund af rygere, som på nuværende tidspunkt har lov til at ryge på arbejdspladsen og fortsat vil ryge og tage rygepauser uden for den bygning, de arbejder i.

3. SOCIALE HENSYN

3.1. Offentlig støtte til rygeforbud

Næsten 70 % af EU-borgerne ryger ikke²⁸, og undersøgelser har vist, at størstedelen af rygerne ønsker at stoppe²⁹.

Ifølge den **Eurobarometer-undersøgelse** vedrørende europæernes holdning til tobak³⁰, som blev gennemført for nylig, er 75 % af europæerne klar over, at tobaksrøg i omgivelserne udgør en sundhedsrisiko for ikke-rygere, mens 95 % ved, at det kan skade fosteret, hvis man ryger i nærheden af en gravid kvinde.

Resultaterne af undersøgelsen viser, at **rygeforbud er populære blandt EU-borgerne** (jf. bilag III). Flere end fire ud af fem går ind for et rygeforbud på arbejdspladsen (86 %) og i alle andre lukkede lokaler med offentlig adgang (84 %). Størstedelen af europæerne går også ind for rygeforbud i barer (61 %) og restauranter (77 %). Støtten til røgfrie barer (over 80 %) og restauranter (over 90 %) er størst i de fire medlemsstater, som allerede har forbudt rygning sådanne steder. Dette er endnu et tegn på, at der er tendens til, at støtten til rygeforbud øges i perioden forud for indførelsen, og øges yderligere efter indførelsen³¹.

3.2. **Konsekvenser for tobaksforbruget**

En indirekte fordel ved rygeforbud er, at de øger kendskabet til farerne ved aktiv og passiv rygning og dermed bidrager til gøre det socialt **mindre acceptabelt at ryge** i samfundet. Holdningsændringen kan forventes at medføre adfærdsændringer, herunder navnlig:

- Gøre det lettere for rygerne at beslutte at holde op eller skære ned og støtte dem i forbindelse med beslutningen om at holde op³².
- Modvirke, at børn og unge begynder at ryge³³. Rygeforbud i forlystelsesetablissemeter, hvor unge ofte "eksperimenterer" med cigaretter, kan forventes at have den største virkning.
- Afholde rygere fra at ryge i nærheden af ikke-rygere, navnlig børn og gravide, selv om det ikke er forbudt i henhold til lovgivningen (f.eks. i hjemmet og private biler)³⁴. Dette er af stor betydning, da de mest udsatte er børn, der er eksponeret for passiv rygning i hjemmet – et område, som lovgivningen ikke kan dække.

3.3. **Virkninger for den sociale lighed**

Rygeforbud kunne også bidrage til at reducere de socioøkonomiske uligheder på sundhedsområdet. Da der er betydeligt flere rygere og personer, der er eksponeret for passiv rygning, blandt personer med et lavt uddannelsesniveaue og lav indkomst og i de lavere erhvervskategorier, kunne foranstaltninger vedrørende røgfrie omgivelser forventes at være mest fordelagtige for de dårligst stillede grupper i samfundet.

4. **DRIVKRAFT BAG INDSATSEN**

Som part i **WHO-rammekonventionen om bekæmpelse af tobaksrygning (FCTC)** er Fællesskabet juridisk forpligtet til at gøre en indsats for at tilvejebringe røgfrie omgivelser. I henhold til artikel 8 i rammekonventionen er hver enkelt part forpligtet til at vedtage og gennemføre effektiv lovgivning og/eller andre effektive foranstaltninger, som giver beskyttelse mod eksponering for tobaksrøg på indendørs arbejdspladser, i offentlige transportmidler, i lukkede lokaler med offentlig adgang og om nødvendigt på andre offentlige steder. På den første konference med

deltagelse af parterne i rammekonventionen i februar 2006 blev det vedtaget at udvikle retningslinjer vedrørende røgfrie omgivelser, som skal forelægges på den anden konference med deltagelse af parterne i første halvdel af 2007.

Rådet for Den Europæiske Union opfordrede i sin henstilling fra 2002 om forebyggelse af rygning og om initiativer til forbedring af bekæmpelse af tobaksrygning Kommissionen til se på, i hvilket omfang de foranstaltninger, der er beskrevet i henstillingen, fungerer effektivt, og at overveje behovet for yderligere tiltag, navnlig hvis der konstateres skævheder i det indre marked inden for de områder, der dækkes af henstillingen. Derudover var der på et møde i **tobakslovgivningsudvalget**³⁵ i september 2005 enighed blandt medlemsstaterne om, at et initiativ fra Kommissionen i form af en grønbog eller en meddelelse ville kunne bidrage til at sprede god praksis og understøtte den nationale indsats for at tilvejebringe røgfrie omgivelser.

Europa-Parlamentet så positivt på Kommissionens vilje til at gøre en indsats for at stoppe rygning i lukkede lokaler og opfordrede den i februar 2005 til at udpege tobaksrøg i omgivelserne som et kræftfremkaldende stof i klasse 1 i sin beslutning vedrørende Kommissionens handlingsplan for miljø og sundhed³⁶.

Merværdien ved tiltag på EU-plan er også blevet anerkendt i rapporten "**Tobacco or Health in the European Union**", som en gruppe af eksperter inden for bekæmpelse af tobaksrygning har udarbejdet for Kommissionen³⁷. To paneuropæiske projekter om indendørs luftforurening, som fik støtte inden for rammerne af Fællesskabets folkesundhedsprogram, har yderligere understreget fordelene ved tiltag på europæisk plan. Inden for rammerne af **INDEX-rapporten**, som blev offentliggjort af EU's Fælles Forskningscenter, blev der udarbejdet en liste over fem højprioritetskemikalier (som alle findes i tobaksrøg), som skal reguleres, for så vidt angår lukkede lokaler, og det blev anbefalet at forbyde tobaksrygning på alle offentlige steder og arbejdspladser³⁸. Den samme anbefaling blev nedfældet i **THADE-rapporten**³⁹, hvori tobaksrøg i omgivelserne udpeges som den væsentligste årsag til indendørs partikelkoncentration i bygninger, hvor der ryges tobak.

III. DE NUVÆRENDE LOVGIVNINGSMÆSSIGE RAMMER

1. NATIONALE BESTEMMELSER

Der er en klar tendens til, at der skabes røgfrie omgivelser i alle medlemsstaterne, hvilket bl.a. skyldes de lovgivningsmæssige krav på EU-plan og internationalt plan. Alle medlemsstaterne har på nuværende tidspunkt en form for lovgivning, som har til formål at begrænse eksponeringen for tobaksrøg i omgivelserne og dens skadelige sundhedsmæssige virkninger. Bestemmelsernes anvendelsesområde og karakter varierer meget. Omfattende forbud mod rygning i **alle lukkede lokaler med offentlig adgang og på alle arbejdspladser**, herunder barer og restauranter, er allerede blevet indført i Irland (marts 2004) og Skotland (marts 2006). I Nordirland, England og Wales vil der blive indført en fuldstændigt rygeforbud senest i sommeren 2007.

Der er blevet indført **rygeforbud med undtagelser**, som giver arbejdsgiverne mulighed for at skabe særlige aflukkede rygerum med separate ventilationssystemer, i Italien (januar 2005), Malta (april 2005) og Sverige (juni 2005). Tilsvarende foranstaltninger vil træde i kraft i Frankrig i februar 2007 (overgangsperiode for hoteller, restauranter, og caféer indtil januar 2008) og i Finland i juni 2007. Litauen bliver røgfri (med undtagelse af specielt indrettede "cigar- og pibeklubber") i januar 2007.

En række andre medlemsstater har forbudt rygning i alle lukkede lokaler med offentlig adgang og på alle arbejdspladser **med undtagelse af hoteller, restauranter og caféer**, hvor et delvist forbud finder anvendelse. Disse lande omfatter bl.a. Belgien, Cypern, Estland, Finland, Nederlandene, Slovenien og Spanien.

De fleste medlemsstater har lovgivning, der forbyder eller begrænser rygning **centrale steder med offentlig adgang** som f.eks. sundhedsplejeinstitutioner, uddannelsesinstitutioner, administrationsbygninger, teatre, biografer og offentlige transportmidler. Restriktioner for rygning på arbejdspladsen er mindre udbredte. Foranstaltningerne kan variere fra resolutioner eller frivillige aftaler til strenge love med sanktioner i tilfælde af overtrædelse.

Som en konsekvens af mangelfulde bestemmelser eller manglende håndhævelse har borgerne ofte anlagt sag mod de nationale regeringer og arbejdsgiverne vedrørende sundhedsskader som følge af passiv rygning⁴⁰.

I en række medlemsstater suppleres de nationale bestemmelser med strengere bestemmelser eller regler **på regionalt og/eller lokalt plan**. De lovgivningsmæssige rammer suppleres også med frivillige foranstaltninger, og et stigende antal arbejdspladser, skoler, hospitaler, offentlige transportselskaber osv. bliver røgfri på frivilligt plan. Der gøres mere og mere for at støtte medarbejdere, som ønsker at holde op med at ryge, og at fremme ren luft indendørs som en grundlæggende rettighed for alle borgere og arbejdstagere.

2. GÆLDENDE FÆLLESSKABSBESTEMMELSER

På EU-plan er problemerne vedrørende røgfrie omgivelser blevet behandlet i en række **resolutioner og henstillinger, som ikke er bindende**, og hvori medlemsstaterne er blevet opfordret til at sørge for tilstrækkelig beskyttelse mod eksponering for tobaksrøg i omgivelserne. Navnlig i **Rådets resolution 89/C 189/01 fra 1989**⁴¹ vedrørende rygning på offentlige steder opfordres medlemsstaterne til at vedtage foranstaltninger, der forbyder rygning på alle offentlige steder og i alle former for offentlige transportmidler. Senest blev medlemsstaterne inden for rammerne af **Rådets henstilling 2003/54/EF**⁴² om forebyggelse af rygning og om initiativer til forbedring af bekæmpelse af tobaksrygning opfordret til at sørge for beskyttelse mod eksponering for tobaksrøg i omgivelserne på indendørs arbejdspladser, i lukkede lokaler med offentlig adgang og i offentlige transportmidler.

I **rammedirektivet om arbejdstagernes sikkerhed og sundhed under arbejdet** (89/391/EØF)⁴³ henvises der ganske vist ikke eksplicit til tobaksrøg, men det dækker alle risici for arbejdstagernes sikkerhed og sundhed under arbejdet⁴⁴. Det pålægger

den enkelte arbejdsgiver at vurdere risiciene på arbejdspladsen og at indføre passende risikoforebyggelses- og beskyttelsesforanstaltninger.

En række særdirektiver om sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen omfatter visse bestemmelser, som sikrer arbejdstagerne **beskyttelse mod tobaksrøg i omgivelserne**, idet de indeholder **mindstekrav** vedrørende specifikke risici (jf. afsnittet nedenfor). Medlemsstaterne skal omsætte disse direktiver til national lovgivning og håndhæve dem korrekt. I henhold til traktaten kan medlemsstaterne indføre strengere foranstaltninger.

Direktivet om minimumsforskrifter for sikkerhed og sundhed i forbindelse med arbejdsstedet (89/654/EØF)⁴⁵ samt direktiverne om midlertidige eller mobile byggepladser (92/57/EØF)⁴⁶, den boringsrelaterede udvindingsindustri (92/91/EØF)⁴⁷ og udvindingsindustrien over eller under jorden (92/104/EØF)⁴⁸ pålægger arbejdsgiverne at sørge for ventilation og tilstrækkelig frisk luft i lukkede arbejdssteder og at beskytte ikke-rygere mod generne ved tobaksrøg i hvilerum og hvileområder.

Direktivet om kræftfremkaldende stoffer og mutagener (2004/37/EF)⁴⁹ og **asbestdirektivet** (83/477/EØF)⁵⁰ forbyder rygning på steder, hvor der håndteres henholdsvis kræftfremkaldende stoffer/mutagener og asbest. Direktivet om **arbejdstagere, som er gravide** (92/85/EØF), pålægger arbejdsgiverne at sørge for, at gravide og ammende kvinder beskyttes mod eksponering for kulilte.

Visse elementer i tobaksrøg i omgivelserne (som f.eks. arsenik, 1,3-butadien, benzen og propylenoxid) klassificeres som kræftfremkaldende i bilag I til **direktivet om farlige stoffer** (67/548/EØF)⁵¹. Tobaksrøg som sådan er ikke omfattet af anvendelsesområdet for EU's kemikalielovgivning, da denne kun finder anvendelse på stoffer og præparater, der **markedsføres** i medlemsstaterne⁵².

IV. ANVENDELSESOMRÅDET FOR INITIATIVERNE VEDRØRENDE FORBUD MOD RYGNING

Anvendelsesområdet er et centralt emne i forbindelse med udviklingen af initiativer vedrørende forbud mod rygning i EU. Da der forekommer eksponering for tobaksrøg i omgivelserne en lang række forskellige steder, bør rygeforbud være omfattende og ikke kun vedrøre visse typer virksomheder eller bygninger.

Den mest omfattende tilgang ville bestå i et forslag om et totalt forbud mod rygning i **alle lukkede eller stort set lukkede arbejdssteder og lokaler med offentlig adgang**, herunder offentlige transportmidler. Restriktionerne kunne også udvides til at omfatte udendørsområder omkring indgange til bygninger og muligvis til andre udendørssteder med offentlig adgang, hvor man sidder eller står tæt sammen, som f.eks. stadioner og forlystelsessteder, som ikke er overdækkede, buskure, perroner osv. Der kunne overvejes meget begrænsede undtagelser for steder, hvor folk bor (f.eks. særlige rum i bygninger, der anvendes til beboelse, som f.eks. plejehjem, psykiatriske afdelinger, fængsler osv.).

En mere lempelig tilgang ville bestå i et forslag om et totalt forbud mod rygning i alle lukkede eller stort set lukkede arbejdssteder og lokaler med offentlig adgang, men med **undtagelser for visse udvalgte steder**. For de steder, der er fritaget for

forbuddet, kunne der fastlægges mindstekrav, såsom lukkede rygerum, og herunder standarder for ventilation. Undtagelserne kunne omfatte:

- hoteller, restauranter, barer, caféer og andre udskænkingssteder
- hoteller, restauranter, caféer og lignende, hvor der ikke serveres mad.

Tiltag vedrørende røgfrie omgivelser vil give de bedste resultater, hvis de suppleres med **støtteforanstaltninger** på EU- og/eller medlemsstatsplan. Sådanne "støttepolitikker" kunne omfatte bevidstgørelseskampagner, som understreger retten til røgfri luft og farerne ved passiv rygning, og bedre adgang til rygestop-programmer (herunder både programmer vedrørende adfærdsændringer og medicinsk behandling) for personer, som ønsker at holde op med at ryge.

1. OMFATTENDE RYGEFORBUD

Fordele

Blandt alle valgmulighederne giver et rygeforbud den **største reduktion af eksponeringen for tobaksrøg i omgivelserne** og de dermed forbundne skader og sikrer, at borgerne i Europa har lige muligheder for at beskytte deres ret til ren luft indendørs – en ret, som også anerkendes af WHO⁵³.

Undersøgelser i lande med rygeforbud viser, at kvaliteten af luften indendørs blev drastisk forbedret, efter at rygeforbuddene trådte i kraft. Faldet i eksponeringen for tobaksrøg i omgivelserne har været særlig markant i hoteller, restauranter og caféer mv.⁵⁴. Som en konsekvens heraf har der været et betydeligt fald i forekomsten af luftvejssygdomme blandt personer, der arbejder sådanne steder⁵⁵, og en langt mindre forekomst af hjerteslag⁵⁶ og den dermed forbundne dødelighed få måneder efter indførelsen af politikken.

Et omfattende forbud ville også give de bedste muligheder for at **gøre det socialt set mindre acceptabelt at ryge**, hvorved der skabes et miljø, der gør det lettere for rygere at skære ned eller stoppe og modvirke, at unge begynder at ryge.

I forbindelse med en gennemgang af 35 undersøgelser af rygeforbuds effektivitet blev det konkluderet, at omfattende lovgivning vedrørende ren luft på offentlige steder kan reducere antallet af rygere i befolkningen med ca. 10 %⁵⁷. En gennemgang af 26 arbejdspladsundersøgelser tydede også på, at fuldstændig røgfri arbejdspladser medfører, at antallet af rygere falder med 3,8 %, og at den enkelte ryger, som fortsætter med at ryge, ryger 3,1 cigaretter færre om dagen⁵⁸.

At omfattende rygeforbud medfører **en mindskelse af antallet af aktive rygere**, er blevet bekræftet af dokumentation fra lande med rygeforbud, hvor der samtidig med faldet i tobakssalget (f.eks. 8 % i Italien og 14 % i Norge) har været en betydelig stigning i antallet af personer, der forsøger at holde op kort tid efter indførelsen af nye love⁵⁹. I Irland angav 80 % af eks-rygerne, at ny lovgivning havde motiveret dem til at holde op, mens 88 % anførte, at lovgivningen havde bidraget til, at de ikke var begyndt igen⁶⁰. På trods af frygt for det modsatte har forbuddet mod rygning i hoteller, restauranter og caféer reduceret rygningen i hjemmet, navnlig i nærheden af

små børn⁶¹. I Irland steg antallet af røgfrie husstande med 8 % efter forbuddets ikrafttræden⁶².

Hvad angår de sociale virkninger, vil fordelene ved denne valgmulighed hovedsageligt komme personer i de **lavere socioøkonomiske grupper** til gode, da der blandt disse er forholdsvis flest rygere og ansatte i hoteller, restauranter og caféer.

Hvad angår **håndhævelse**, er det lettere at gennemføre et omfattende forbud end delvise begrænsninger. At lovgivningen overholdes for mere end 90 procent vedkommende i Italien og Irland, viser, at et fuldstændigt rygeforbud er selvforstærkende, da gruppepresset effektivt reducerer antallet af rygere og drastisk reducerer behovet for håndhævelse fra myndighedernes side.

Ulemper

Et fuldstændigt forbud mod rygning på alle offentlige steder og arbejdspladser kunne sandsynligvis møde **modstand** i visse medlemsstater og kan derfor være mere vanskeligt at vedtage og håndhæve. Tobaksindustrien og hotel- og restaurationsbranchen har da også gjort det klart, at det ikke er denne valgmulighed, man går ind for.

Der har været bekymring over den **skade, som hotel- og restaurationsbranchen eventuelt kunne lide** som følge af rygeforbud i barer og restauranter. Dokumentationen fra lande og områder med rygeforbud viser dog, at der ikke har været nogen negativ påvirkning af beskæftigelsen eller indtægterne i denne sektor⁶³. I Irland er salget i pubber og barer steget lidt (med 0,1 %) i 2005, hvorved det fald, der begyndte før rygeforbuddets ikrafttræden, er blevet vendt til en stigning⁶⁴. Det er også værd at inddrage statistikker, der vedrører andre lande end EU's medlemsstater. I Norge f.eks. har restauranter, barer, caféer osv. oplevet et beskedent fald i salget, men dette skyldes sandsynligvis en række andre faktorer, herunder vejret⁶⁵. I New York City og Californien synes størstedelen af hotel- og restaurationsbranchen at have draget fordel af rygeforbuddene⁶⁶. Dette svarer til resultaterne af en international gennemgang af 97 undersøgelser, hvor der ikke blev konstateret negative økonomiske konsekvenser i en række undersøgelser, der var baseret på objektive data, som f.eks. opgørelser vedrørende moms og beskæftigelse⁶⁷.

2. RYGEFORBUD MED UNDTAGELSER

Fordele

Resultaterne med hensyn til reduktion af både aktiv og passiv rygning og mindre accept af rygning i samfundet i forbindelse med denne valgmulighed kan forventes at blive bedre set i forhold til en situation, hvor der ikke træffes foranstaltninger.

En lovgivning med undtagelser kunne være mere acceptabel i visse medlemsstater, navnlig for erhvervslivet, og et kompromis kunne således være nemmere at få gennemført. Samtidig ville det ikke afholde enkelte medlemsstater fra at vedtage eller bevare strengere national lovgivning inden for områder, der ikke er genstand for undtagelser.

Undtagelserne kunne suppleres med mindstekrav til lukkede rygerum, herunder standarder for ventilation.

Ulemper

Hvad angår sundhed og det sociale område, ville denne foranstaltning være mindre effektiv end et omfattende rygeforbud.

Nogle af de mest sårbare grupper ville stadig være eksponeret for tobaksrøg i omgivelserne. Mangelfuld lovgivning kunne medføre en risiko for, at borgerne anlægger sag mod medlemsstaterne og/eller arbejdsgiverne vedrørende sundhedsskader som følge af passiv rygning.

Undtagelser ville mindske effekten af indsatsen for, at det gøres mindre acceptabelt at ryge i samfundet. Et fuldstændigt forbud giver større effekt. Internationale undersøgelsesresultater tyder på, at lovgivning, der tillader rygning visse steder, kun er halvt så effektiv som fuldstændige rygeforbud⁶⁸.

At håndhæve forskellige bestemmelser for forskellige etableringer ville også være mere kompliceret og dyrere end at håndhæve et omfattende forbud, og samtidig ville der være behov mere skiltning og kontrol.

2.1. Undtagelser for restauranter, barer, caféer og andre udskænkingssteder

På grund af den kraftige eksponering for tobaksrøg i omgivelserne er ansatte i hotel- og restaurationsbranchen i særlig grad udsat for passiv rygning og har 50 % større risiko for at få lungekræft⁶⁹. Denne erhvervsgruppe ville stadig være udsat for passiv rygning. Kunder i restauranter, barer og caféer ville være udsat for de samme sundhedsrisici.

Ifølge arbejdsstyrkeundersøgelsen for 2004 var næsten 4,3 mio. personer ansat i barer, restauranter og cateringsektoren (HORECA) i 15 medlemsstater, hvilket svarer til 3 % af den samlede beskæftigelse i disse lande (der foreligger ikke oplysninger om de 10 øvrige medlemsstater). Et betydeligt antal unge og kvinder er ansat i hoteller, restauranter og caféer⁷⁰.

I den konsekvensvurdering af lovforskrifterne, som den skotske regering har foretaget, anslås det, at faldet i dødsfald forårsaget af aktiv og passiv rygning ved denne valgmulighed vil være på henholdsvis 50 % og 25 % af det fald, der kan opnås med et fuldstændigt rygeforbud⁷¹.

2.2. Undtagelser for barer, caféer osv., der ikke serverer mad

Med denne valgmulighed ville de mest sårbare erhvervsgrupper ikke blive beskyttet mod eksponering for passiv rygning. Sådanne etablers kunder ville heller ikke blive beskyttet. Det ville også skabe en risiko for, at etableringerne holder op med at servere mad for at omgå lovgivningen.

Derudover ville der være risiko for, at de eksisterende uligheder på sundhedsområdet forværres: nye undersøgelser fra Det Forenede Kongerige viser, at omfanget af eksponering for tobaksrøg i omgivelserne er markant højere i barer mv. i dårligt stillede områder end på tilsvarende steder i velstillede områder⁷². Ydermere findes

størstedelen af de barer mv., som ikke serverer fødevarer, i dårligt stillede områder, og barer mv. i disse områder vil få et større incitament til at gå over til kun at servere alkoholiske drikke⁷³.

I den konsekvensvurdering af lovforskrifterne, som regeringen i Det Forenede Kongerige foretog, vurderes det, at de sundhedsmæssige fordele ved denne valgmulighed kun udgør 40 % af fordelene ved et fuldstændigt forbud (baseret på den antagelse, at 10-30 % af alle barer mv. ikke serverer mad på nuværende tidspunkt)⁷⁴.

2.3. Lukkede rygerum med separat ventilation

Der er dokumentation for, at de teknologier, der anvendes på nuværende tidspunkt, og som er baseret på blanding og fortynding, har begrænset betydning for omfanget af tobaksrøg i omgivelserne i hoteller, restauranter, caféer osv. og andre lukkede lokaler⁷⁵. Derudover er det inden for rammerne af undersøgelser gennemført i kontrollerede miljøer som f.eks. EU INDOORTRON-miljøkammeret blevet konstateret, at en forøgelse af luftudskiftningshastigheden ikke vil medføre nogen betydelig forbedring af luftkvaliteten indendørs⁷⁶. Selv om det i en række casestudier, som er blevet gennemført for nylig med støtte fra tobaksindustrien⁷⁷, er blevet fremført, at cirkulationsventilation er mere effektiv, **er det ikke muligt at fjerne tobaksrøg fuldstændigt ved hjælp af ventilation**⁷⁸.

På den **første konference med deltagelse af parterne** i rammekonventionen om bekæmpelse af tobaksrygning blev det (enstemmigt) vedtaget, at der foreligger afgørende dokumentation for, at der ikke ved tekniske tiltag kan opnås beskyttelse mod eksponering for tobaksrøg⁷⁹. Ligeledes har American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (ASHRAE) – et internationalt organ, der fastsætter standarder for kvaliteten af indendørsluft og ventilation - i 2005 vedtaget et holdningspapir vedrørende tilgange til kontrol af passiv rygning, hvori det konkluderes, at den eneste effektive metode til eliminering af sundhedsrisiciene forbundet med eksponering for tobaksrøg i omgivelserne er et rygeforbud i lukkede lokaler⁸⁰.

Fysisk adskillelse af rygere og ikke-rygere ved hjælp af **lukkede rygerum** kan øge effektiviteten af ventilationssystemerne i den del af bygningen, hvor der ikke må ryges⁸¹. Denne tilgang beskytter dog ikke personer, der opholder sig i rygerummet, og det personale (f.eks. tjenere og rengøringspersonale), som er nødt til at gå ind i rummet i forbindelse med udførelsen af deres arbejde.

Et andet problem vedrørende rygerum er de betydelige **udgifter**, som kunne skabe vanskeligheder for mindre virksomheder⁸². Derudover kræver drift og vedligeholdelse af ventilerede rygerum en omfattende infrastruktur til **kontrol og overvågning**. Der foreligger dokumentation for, at de ventilationssystemer, der anvendes, ofte ikke er i overensstemmelse med de lovmæssige standarder⁸³.

Hvis ventilerede rygerum skal betragtes som en realistisk valgmulighed for de etableringer, der er fritaget for forbuddet, skal de overholde følgende krav:

- de skal være helt aflukkede og isolerede fra de områder, hvor der ikke må ryges

- rygerummene og de områder, hvor der ikke må ryges, skal have separate ventilationssystemer
- der skal være undertryk i rummene for at forhindre, at tobaksrøg trænger ud i andre områder
- andre aktiviteter end rygning må ikke være tilladt for at minimere arbejdstagernes behov for at udføre arbejdsrelaterede aktiviteter i rygerummene⁸⁴.

I Malta, Italien og Sverige, som tillader etablering af rygerum med separat ventilation, har de fleste virksomheder undladt at gøre brug af denne mulighed.

V. POLITISKE VALGMULIGHEDER

Målene vedrørende røgfrie omgivelser kan nås ved hjælp af en række **forskellige politiske valgmuligheder**. Det bør tilstræbes, at der findes en valgmulighed, der giver de bedste muligheder for at nå målene, samtidig med at udgifterne og byrderne minimeres. De lovgivningsmæssige muligheder nedenfor er anført i en rækkefølge, der afspejler, hvor omfattende en EU-indsats, der er behov for (fra opretholdelse af den nuværende indsats til udvikling af en ny bindende ramme baseret på EU's lovgivning).

Disse politiske valgmuligheder **udelukker ikke hinanden** og kan supplere hinanden. F.eks. kunne en henstilling fra Kommissionen give de berørte parter og medlemsstaterne et incitament til at træffe frivillige foranstaltninger. Frivillige foranstaltninger kunne på den anden side fungere som fundament for og/eller supplere den bindende lovgivning (de kunne f.eks. dække etableringer, som endnu ikke er omfattet af lovgivningen eller er fritaget for rygeforbuddet).

Det bør bemærkes, at de forskellige politiske instrumenters anvendelsesområde ville være forskelligt. Mens EU's lovgivning om beskyttelse af arbejdstagerne ville finde anvendelse på offentlige steder, for så vidt at de er arbejdspladser i henhold til traktaten, kunne et omfattende forbud mod rygning på alle offentlige steder således fremmes gennem ikke-bindende foranstaltninger (som f.eks. en henstilling fra Kommissionen eller Rådet), lovgivning vedtaget af medlemsstaterne og/eller frivillige foranstaltninger vedtaget af de berørte parter.

Hvis den skal være effektiv, skal lovgivningen også suppleres med passende **håndhævelsesmidler** og en gennemsigtig **overvågningsordning**. Forud for indførelsen af lovgivning enten på EU-plan eller nationalt/regionalt plan bør der også gennemføres en **offentlig høring og oplysningskampagner** samt en **konsekvensanalyse**.

1. OPRETHOLDELSE AF STATUS QUO

Denne valgmulighed ville indebære, at EU ikke træffer nye foranstaltninger, og at **det nuværende arbejde** vedrørende passiv rygning under forskellige fællesskabsprogrammer (folkesundhed, forskning, beskæftigelse) **fortsættes**. Hvis der skal udvikles ny lovgivning inden for dette område, skal det gøres af medlemsstaterne og/eller inden for rammerne af FCTC-processen.

De ressourcer, der spares, når der ikke udvikles eller gennemføres nye politiske initiativer, kunne anvendes til sikring af overholdelse af eksisterende EU-henstillinger og ordentlig håndhævelse af direktiverne om sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen. Der kunne navnlig udvikles retningslinjer for arbejdsgiverne, arbejdstagerne og medlemsstaternes kompetente myndigheder for at sikre bedre anvendelse af rammedirektivet (89/391/EØF), som - på trods af at der ikke eksplicit henvises til tobaksrøg i omgivelserne - allerede dækker risici for arbejdstagernes sundhed og sikkerhed, herunder også tobaksrøg.

Der kunne også gøres en indsats for fremme røgfrie omgivelser gennem andre midler end lovgivning, herunder f.eks. oplysnings- og bevidstgørelseskampagner, initiativer vedrørende netværkssamarbejde osv. Den nuværende kampagne mod tobak, HELP, vil løbe indtil 2008 og bliver muligvis efterfulgt af endnu en bevidstgørelseskampagne.

Derudover vil arbejdet med indendørsluftkvalitet, herunder tobaksrøg i omgivelserne, blive fortsat som opfølgning på aktion 12 i handlingsplanen for miljø og sundhed. De nødvendige ressourcer til de forskellige projekter inden for dette område vil komme fra det flerårige strategiske program Life+ 2007-2010⁸⁵, Fællesskabets syvende forskningsrammeprogram⁸⁶ og folkesundhedsprogrammet⁸⁷.

Medlemsstaterne vil bevare retten til at beslutte, om og hvordan de vil indføre rygeforbud, der er tilpasset de nationale forhold og kulturelle forskelle. Tendensen til at indføre røgfrie miljøer vil sandsynligvis fortsætte og blive understøttet med udarbejdelse og offentliggørelse af FCTC-retningslinjer. En række lande, herunder Danmark, Tyskland, Letland, Portugal og Slovenien, har allerede meddelt, at de har til hensigt at udvide rygeforbuddene i den nærmeste fremtid.

Blandt alle valgmulighederne er det dog denne, der forventes at være mindst effektiv med hensyn til at reducere eksponeringen for tobaksrøg i omgivelserne og de dermed forbundne skader. I forbindelse med udviklingen i de forskellige medlemsstater vil man sandsynligvis se en del lappeløsninger. Som følge af mangelfuld lovgivning vil mange sårbare grupper fortsat være eksponeret for tobaksrøg i omgivelserne i lukkede lokaler med offentlig adgang. Dette kunne medføre en risiko for, at borgerne anlægger sag vedrørende sundhedsskader som følge af passiv rygning.

Da der er meget store forventninger til EU's initiativ vedrørende rygeforbud, vil der være en risiko for at skuffe befolkningen. Hvis status quo blot opretholdes, forsømmes muligheden for at bygge videre på den nuværende politiske vilje til at indføre områder med rygeforbud i EU.

2. FRIVILLIGE FORANSTALTNINGER

Denne valgmulighed ville bestå i at tilskynde de berørte parter til at vedtage fælles frivillige retningslinjer på europæisk plan med henblik på indførelse af rygeforbud flere steder. Sektororienterede tilgange (f.eks. i fritids- og cateringsindustrien) kunne fremmes. Virksomhedernes sociale ansvar kunne bruges som et grundlag for udvikling inden for dette område.

For at fremme drøftelserne kunne der iværksættes en bred platforms-proces, der samler civilsamfundet, virksomheder samt repræsentanter for EU-institutionerne, medlemsstaterne og internationale organisationer. Der blev sidste år etableret en sådan platform inden for området ernæring og fysisk aktivitet. Der er for nylig blevet foreslået en lignende proces for udvikling af en strategi vedrørende alkohol, der dækker hele EU.

En anden mulighed ville være at opfordre arbejdsmarkedets parter i Europa (arbejdsgivere og fagforeninger) til at vedtage en selvstændig aftale om rygning på arbejdspladsen på grundlag af traktatens artikel 138. Frivillige foranstaltninger, der træffes på grundlag af den sociale dialog i Europa, har givet en lang række forskellige resultater, herunder at arbejdsmarkedets parter i Europa har vedtaget over 300 fælles dokumenter.

Ideelt set kan frivillige foranstaltninger gennemføres hurtigere og mere fleksibelt end traditionel lovgivning, og de giver de pågældende sektorer og virksomheder en mulighed for at få mere direkte indflydelse på de politikker, der vedtages. De kan også udløse ansvarsfølelse og engagement blandt de berørte parter.

Udviklingen afhænger dog af de berørte parters vilje til at forpligte sig og af håndhævelsesmekanismernes effektivitet.

Dokumentation fra medlemsstaterne tyder desværre på, at frivillige aftaler ikke har været effektive inden for bekæmpelse af tobaksrygning. Særlig i fritidsindustrien og hotel- og restaurationsbranchen har det ikke været muligt at nå målet om en betydelig reduktion af eksponeringen for tobaksrøg i omgivelserne ved hjælp af frivillige foranstaltninger.

I Det Forenede Kongerige, hvor der i fem år har været en frivillig aftale mellem sundhedsministeriet og de vigtigste sammenslutninger for hotel- og restaurationsbranchen, blev det f.eks. konstateret, at mindre end 1 % af baren var røgfri⁸⁸. I Spanien gav bestemmelserne fra 2006 barer og restauranter med lokaler på under 100 m² mulighed for at indføre rygeforbud på frivilligt plan. De første undersøgelsesresultater tyder på, at kun ca. 10 % af disse etableringer har valgt at indføre rygeforbud⁸⁹. I Paris er en frivillig ordning, som har til formål tilskynde byens 12 452 caféer, bistroer og brasserier til at blive røgfrie zoner, kun blevet indført af 30 etableringer⁹⁰.

3. DEN ÅBNE KOORDINATIONSMETODE

Denne valgmulighed ville indebære, at medlemsstaternes indsats vedrørende røgfrie omgivelser koordineres ved hjælp af den såkaldte åbne koordinationsmetode. Medlemsstaterne ville således blive opfordret til at skabe konvergens mellem deres rygeforbud, uden at der dog er behov for direkte harmonisering (om end harmonisering også ville være en mulighed).

Dette kunne omfatte følgende elementer:

Udveksling af erfaringer og **bedste praksis** inden for udarbejdelse af effektive rygeforbud på nationalt, regionalt og lokalt plan.

- Fastsættelse af fælles EU-mål og –retningslinjer på grundlag af gode erfaringer fra både medlemsstaterne og lande uden for EU. Disse kunne suppleres med passende frister samt betingelser for overvågning og håndhævelse.
- Omsættelse af disse retningslinjer til nationale handlingsplaner for reduktion af eksponeringen for tobaksrøg med specifikke tidsplaner for opnåelse af målene på kort, mellemlang og lang sigt.
- Periodisk overvågning, evaluering og peer review, f.eks. i form af årsrapporter fra medlemsstaterne.

En række lande og områder har allerede indført rygeforbud, og en række andre har givet udtryk for, at de har til hensigt at gøre det. Medlemsstaterne står også over for fælles udfordringer som f.eks. modstand fra industrien, skepsis i offentligheden og manglende overholdelse af de eksisterende krav. Koordination på EU-plan kan måske udløse en gensidig læringsproces og udveksling af bedste praksis mellem medlemsstaterne.

Det ville dog stadig være frivilligt at forsøge at nå målene inden for bekæmpelse af tobaksrygning, men der ville dog ikke findes sanktioner i tilfælde, hvor målene ikke nås. En sådan ordnings effektivitet ville afhænge af effektiviteten af den multilaterale overvågning og gruppepresset.

4. EN HENSTILLING FRA KOMMISSIONEN ELLER RÅDET

Denne valgmulighed ville indebære, at medlemsstaterne opfordres til at vedtage rygeforbud på nationalt plan med henvisning til en omfattende henstilling fra Kommissionen eller Rådet vedrørende røgfrie omgivelser, som er baseret på traktatens artikel 152 og indeholder forslag til foranstaltninger. Den kunne anvendes selvstændigt eller som en del af medlemsstaternes (valgmulighed 3) og/eller industriens (valgmulighed 2) frivillige ordninger.

Om end den ikke ville være bindende, ville en sådan henstilling være en klar tilkendegivelse fra Kommissionens eller Rådets side, om at der bør træffes foranstaltninger med henblik på at eliminere passiv rygning i Europa. Det ville placere emnet højt på den politiske dagsorden i alle medlemsstaterne og således understøtte medlemsstaternes foranstaltninger.

Effektiviteten i forbindelse med denne valgmulighed ville i høj grad afhænge af EU-retningslinjernes og rapporteringskravenes klarhed. Klare mål suppleret med specifikke frister og indikatorer (f.eks. en anbefaling, der går ud på, at en bestemt sektor skal gøre en bestemt procentdel af arbejdspladserne røgfri inden for en bestemt frist) vil uden tvivl have større effekt end anbefalinger af mere generel karakter. Et krav om at indføre en overvågningsordning og at offentliggøre resultaterne ville ligeledes skabe et krav i offentligheden om mere effektiv håndhævelse og udvikling af en mere restriktiv politik.

Mens denne valgmulighed ville give medlemsstaterne fleksibilitet, ville den største risiko være, at visse medlemsstater kunne vælge slet ikke at foretage sig noget.

5. BINDEDE LOVGIVNING

En fællesskabsforanstaltning inden for dette område kunne omfatte vedtagelse af bindende lovgivning. Bindende lovgivning ville indføre en sammenlignelig og gennemsigtig grundlæggende beskyttelse mod risiciene ved eksponering for tobaksrøg i omgivelserne, som kan håndhæves, i alle medlemsstaterne.

På den ene side sikrer en lovgivningsproces formelle høringer og grundige forhandlinger med inddragelse af alle parter, hvilket kan medføre, at den politik, der fastlægges, bliver mere robust. På den anden side er en lovgivningsproces sandsynligvis ret langvarig, og det kan være vanskeligt at forudsige slutresultatet.

Det nøjagtige retsgrundlag for lovgivningen kan først bestemmes, når den nøjagtige karakter af og det nøjagtige anvendelsesområde for instrumentet er fastlagt. I forbindelse med valget skal der tages hensyn til resultaterne af denne offentlige høring.

Nogle få af valgmulighederne kan uden at foregribe resultaterne af den offentlige høring diskuteres allerede nu.

- Revision af de eksisterende direktiver på grundlag af rammedirektivet om sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen (89/391/EØF). Denne valgmulighed kunne navnlig omfatte udvidelse af anvendelsesområdet for direktivet om kræftfremkaldende stoffer og mutagener (2004/37/EF) (således at tobaksrøg i omgivelserne bliver omfattet) og/eller skærpelse af kravene til beskyttelse af arbejdstagerne mod tobaksrøg i direktiv 89/654/EØF om minimumsforskrifter for sikkerhed og sundhed i forbindelse med arbejdsstedet.
- En anden valgmulighed ville være at vedtage et separat direktiv om rygning på arbejdspladsen.
- Selv om det ikke hænger direkte sammen med beskyttelse mod passiv rygning, ville det også være en valgmulighed at overveje en ændring af direktivet om farlige stoffer (67/548/EØF)⁹¹, således at tobaksrøg i omgivelserne bliver klassificeret som et kræftfremkaldende stof. Dette ville medføre, at tobaksrøg i omgivelserne automatisk bliver omfattet af anvendelsesområdet for direktivet om kræftfremkaldende stoffer og mutagener.

De to første valgmuligheder ville kun vedrøre arbejdspladsen. De kunne enten gælde alle arbejdspladser eller visse kategorier af arbejdspladser og skulle sikre, at arbejdstagere, der er eksponeret for farlige mængder tobaksrøg i omgivelserne, er dækket i tilstrækkeligt omfang.

Sluttelig ville vedtagelse af lovgivning på grundlag af traktaten ikke udelukke, at Fællesskabet vedtager ledsageforanstaltninger af ikke-bindende karakter, som kunne bidrage til at sikre, at det overordnede mål vedrørende beskyttelse mod tobaksrøg i omgivelserne nås i alle sektorer.

VI. KONKLUDERENDE BEMÆRKNINGER

Under hensyntagen til den entydige videnskabelige dokumentation for, at passiv rygning forårsager skader, og betydningen af politikker vedrørende ren luft indendørs for reduktionen af tobaksforbruget mener Kommissionen, at politikken med det bredeste anvendelsesområde vil være til størst gavn for folkesundheden. En sådan politik vil også skabe ens vilkår for alle aktører. En række gode eksempler på nuværende rygeforbud fra hele verden har vist, at denne valgmulighed er realistisk og kan håndhæves.

I hvor høj grad EU skal inddrages i at fremme rygeforbud er et åbent spørgsmål og afhænger også af udviklingen i medlemsstaterne, hvoraf nogle for nylig har besluttet at træffe foranstaltninger med henblik på at forbyde rygning på offentlige steder.

Kommissionen opfordrer alle EU-institutioner, medlemsstaterne samt alle interesserede borgere, parter og organisationer til at indsende bemærkninger til de emner, der behandles i denne grønbog. Kommissionen er navnlig interesseret i de berørte parters bemærkninger til følgende spørgsmål:

Spørgsmål

- (1) Hvilken af de to tilgange foreslået i afsnit IV er at foretrække, for så vidt angår anvendelsesområdet for initiativerne vedrørende forbud mod rygning? Et fuldstændigt rygeforbud i alle lukkede lokaler med offentlig adgang og på alle arbejdspladser eller et forbud med undtagelser for visse udvalgte steder? Begrund venligst Deres valg.
- (2) Hvilken af de politiske valgmuligheder beskrevet i afsnit V finder De bedst egnet til fremme af røgfrie omgivelser? Hvilke foranstaltninger fra EU's side er efter deres mening nødvendige for at nå målene vedrørende røgfri omgivelser?
- (3) Findes der andre kvantitative og kvalitative data vedrørende rygeforbuds sundhedsmæssige, sociale eller økonomiske betydning, som bør tages i betragtning?
- (4) Har De andre forslag eller bemærkninger til grønbogen?

Besvarelser af disse spørgsmål skal senest den 1. maj 2007 sendes (helst med e-mail) til følgende adresse:

Europa-Kommissionen

Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugerbeskyttelse

Kontor C6 - Sundhedsforanstaltninger

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

Postadresse: B-1040 Bruxelles

Fax: (+32) 2 298 42 04

Alle besvarelser vil blive offentliggjort på Kommissionens websted, medmindre respondenterne erklærer, at de ikke vil have deres besvarelse offentliggjort.

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 |

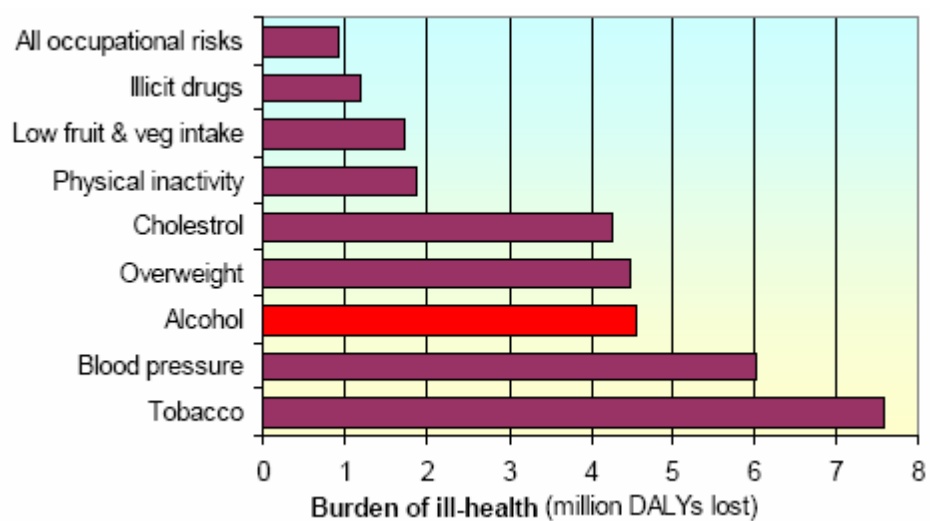
Source:

WHO-CHOICE webpage: http://www.who.int/choice/results/tob_aura/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).

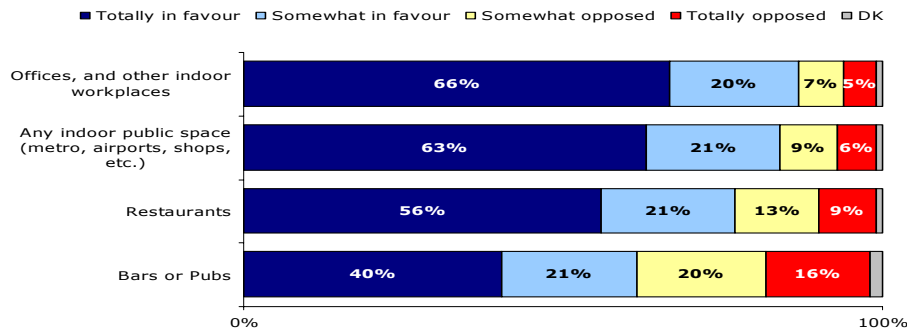
ANNEX II: Global burden of ill-health



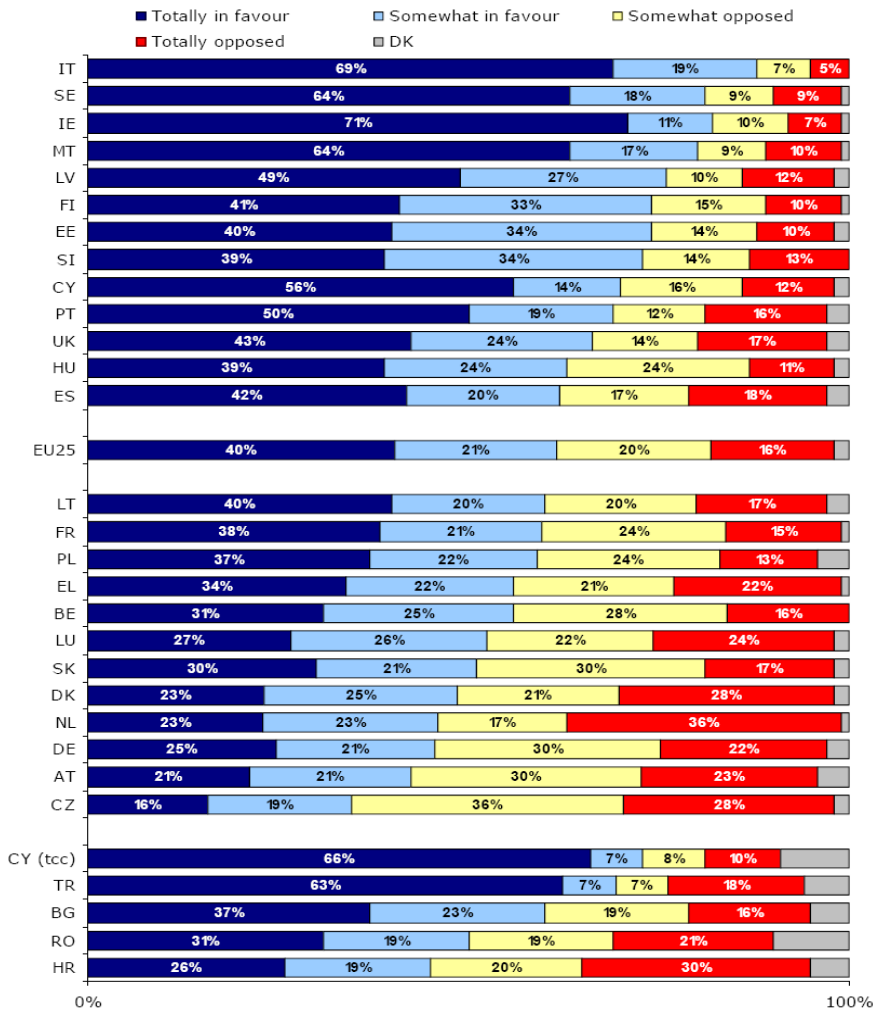
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

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>
- 5 Det Internationale Kræftforskningscenter (2002) op.cit.
- Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health*. 1998 Jul;88(7):1025-9.
- 6 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 Gennemførelsesgruppen vedrørende bioovervågning af mennesker (Human Biomonitoring (HBM)) er blevet nedsat med henblik på at gennemføre aktion 3 i handlingsplanen for miljø og sundhed (definere en sammenhængende metode til bioovervågning i Europa). Den består af regeringsekspertter inden for bioovervågning af mennesker.
- 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. Bilag C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shsrc-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": http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.
- 29 Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal 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.
- 30 "Attitudes of Europeans towards tobacco", Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf
- 31 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.
- 32 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.
- 33 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.
- 34 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.
- 35 Regulatory Committee set up under Article 11 of the Directive 2001/37/EC.
- 36 European Parliament Resolution (P6_TA(2005)0045) of 23 February 2005 on the European Environment and Health Action Plan 2004-2010.
- 37 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
- 38 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
- 39 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
- 40 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.
- 41 EFT C 189 af 26.7.1989, s. 1-2.
- 42 EFT L 22 af 25.1.2003, s. 31-34.
- 43 OJ L 183, 29.6.1989, p. 1–8.
- 44 See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.
- 45 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 infarction 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. Bilag C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shsrc-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 omgevingstabaksrook 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
- 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.