



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Βρυξέλλες, 30.1.2007  
COM(2007) 27 τελικό

## **ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ**

**Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα : στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο ΕΕ**

(υποβληθέν από την Επιτροπή)

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

I.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	4
II.	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ.....	5
1.	Πτυχες που αφορούν την υγεία.....	5
1.1.	Συνέπειες της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος για την υγεία.....	5
1.2.	Επίπεδα έκθεσης .....	7
1.3.	Αντίκτυπος της πρωτοβουλίας για περιβάλλον χωρίς καπνό .....	7
2.	Οικονομικές πτυχες.....	8
2.1.	Οικονομική επιβάρυνση.....	8
2.2.	Αντίκτυπος της πρωτοβουλίας για την απαγόρευση του καπνίσματος .....	8
2.3.	Κίνδυνος ακούσιων συνεπειών .....	9
3.	Κοινωνικές πτυχες.....	9
3.1.	Δημόσια υποστήριξη νόμων για την απαλλαγή από τον καπνό που οφείλεται στο ....	9
3.2.	Αντίκτυπος στην κατανάλωση καπνού .....	10
3.3.	Αντίκτυπος στην κοινωνική δικαιοσύνη.....	10
4.	Ωθηση για την αναληψη δράσης .....	10
III.	ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ .....	11
1.	Εθνικές διατάξεις .....	11
2.	Υφισταμένες κοινοτικές διατάξεις.....	12
IV.	ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	14
1.	Νομοθετικές διατάξεις για πληρη απαγορευση του καπνισματος.....	14
2.	κανονισμος απαγορευσης του καπνισματος με εξαιρεσεις .....	16
2.1.	Εξαίρεση για τον κλάδο φιλοξενίας (ξενοδοχεία/εστιατόρια/καφενεία) με άδεια πώλησης οινοπνευματωδών ποτών .....	17
2.2.	Εξαίρεση για μπουραρίες και μπαρ που δεν σερβίρουν φαγητό .....	17
2.3.	Κλειστοί, χώροι καπνίσματος με ξεχωριστό αερισμό.....	18
V.	ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ .....	19
1.	καμια αλλαγη της καθιερωμενης καταστασης .....	20
2.	εθελοντικα μέτρα .....	21
3.	Ανοικτή μέθοδος συντονισμού. ....	22

4.	συσταση της επιτροπης ή του συμβουλίου.....	22
5.	δεσμευτικη νομοθεσια.....	23
VI.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	24
VII.	ANNEXES.....	26

## I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα (ETS) – που ονομάζεται επίσης «παθητικό κάπνισμα» - εξακολουθεί να είναι μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και επιβαρύνει με σημαντικές δαπάνες την κοινωνία ως σύνολο

Οι συντονισμένες προσπάθειες για μια «Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα» είναι μια από τις προτεραιότητες της πολιτικής της Επιτροπής για τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, την απασχόληση και την έρευνα. Στο σχέδιο δράσης 2004-2010 για τη σχέση περιβάλλοντος και υγείας η Επιτροπή ανέλαβε τη δέσμευση να «εργαστεί για τη βελτίωση της ποιότητας του αέρα εσωτερικών χώρων, ιδίως με την ενθάρρυνση του περιορισμού του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας, μέσω της διερεύνησης των νομικών μηχανισμών και των πρωτοβουλιών για την προώθηση της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο και επίπεδο κρατών μελών».

Έχουν ήδη ληφθεί σημαντικά μέτρα για την προώθηση περιβάλλοντος χωρίς καπνό στην ΕΕ. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 σχετικές οδηγίες της ΕΕ για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία προέβλεπαν ορισμένους περιορισμούς για το κάπνισμα στο χώρο εργασίας. Οι διατάξεις αυτές συμπληρώθηκαν από τον κανονισμό του Συμβουλίου του 1989<sup>1</sup> και τη σύσταση σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος του 2002<sup>2</sup>, που καλούσαν τα κράτη μέλη να παρέχουν προστασία από την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων χώρων και των δημόσιων συγκοινωνιών. Εκτός από τη νομοθετική δράση, πραγματοποιήθηκαν δύο αντικαπνιστικές εκστρατείες στα ΜΜΕ – «Είστε ελεύθεροι να πείτε όχι» (Feel free to say no) (2001-2004) και «HELP: για μια ζωή χωρίς κάπνισμα» (2005-2008) – που στόχο είχαν να επισημάνουν τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος και να προωθήσουν τρόπους ζωής χωρίς καπνό, ειδικά μεταξύ των νέων.

Οι νομοθεσίες των κρατών μελών διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους. Η Επιτροπή επικροτεί το εξαιρετικό παράδειγμα της Ιρλανδίας, της Ιταλίας, της Μάλτας, της Σουηδίας και περιοχών του ΗΒ, και ενθαρρύνει όλα τα κράτη μέλη να επιτύχουν ταχεία πρόοδο στη λήψη αποτελεσματικών μέτρων για την προστασία των πολιτών από τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος.

Σε διεθνές επίπεδο, η σύμβαση-πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος (WHO FCTC), την οποία έχουν υπογράψει 168 μέρη και έχουν κυρώσει 141 μέρη<sup>3</sup>, συμπεριλαμβανομένης της Κοινότητας, «αναγνωρίζει ότι βάσει επιστημονικών στοιχείων έχει σαφώς αποδειχθεί ότι η έκθεση σε καπνό προκαλεί θάνατο, ασθένεια και αναπηρία». Η σύμβαση υποχρεώνει την Κοινότητα και τα κράτη μέλη της να λάβουν μέτρα για την έκθεση στον καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στις δημόσιες συγκοινωνίες και στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους.

Στόχος της παρούσας πράσινης βίβλου είναι να ξεκινήσει ευρεία διαδικασία διαβούλευσης και ανοικτή δημόσια συζήτηση, με τη συμμετοχή των θεσμικών οργάνων της ΕΕ, των κρατών μελών και της κοινωνίας των πολιτών, σχετικά με τον καλύτερο τρόπο καταπολέμησης του παθητικού καπνίσματος στην ΕΕ.

Η Επιτροπή θα αναλύσει διεξοδικά τα σχόλια που θα λάβει ως απάντηση στην πράσινη βίβλο και βάσει της ανάλυσης αυτής θα αποφασίσει για πιθανή περαιτέρω δράση. Η έκθεση που θα συνοψίζει τα αποτελέσματα της διαβούλευσης αναμένεται να δημοσιευθεί το πρώτο εξάμηνο του 2007. Παράλληλα, θα συνεχιστεί η γενικότερη εργασία για την ποιότητα του αέρα των εσωτερικών χώρων ως συνέχεια του σχεδίου δράσης για τη σχέση περιβάλλοντος και υγείας.

## II. ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ

### 1. ΠΤΥΧΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

#### 1.1. Συνέπειες της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος για την υγεία

Ο καπνός του περιβάλλοντος περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται 50 γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες και πολλοί τοξικοί παράγοντες. Δεν έχει καθοριστεί επίπεδο ασφάλειας για τον καπνό του περιβάλλοντος και η μελλοντική έρευνα δεν αναμένεται να προσδιορίσει τέτοιο επίπεδο.

Το 2002 ο καπνός του περιβάλλοντος ταξινομήθηκε ως **γνωστό καρκινογόνο για τον άνθρωπο** από τον Οργανισμό Προστασίας του Περιβάλλοντος των ΗΠΑ (US Environmental Protection Agency) το 1993, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (Department of Health and Human Services) των ΗΠΑ και από Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο της ΠΟΥ (WHO International Agency for Research on Cancer). Επιπλέον, έχει ταξινομηθεί ως **καρκινογόνο στο χώρο εργασίας** από τις κυβερνήσεις της Φινλανδίας (2000) και της Γερμανίας (2001). Πρόσφατα, η Υπηρεσία Προστασίας Περιβάλλοντος της Καλιφόρνια (California Environment Protection Agency) ταξινόμησε τον καπνό ως «**τοξικό ατμοσφαιρικό ρύπο**».

Πολλές πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία και τη ζωή που συνδέονται με το παθητικό κάπνισμα.<sup>4</sup> Έχει αποδειχθεί ότι η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι η αιτία πολλών από τις ασθένειες που προκαλεί και το ενεργητικό κάπνισμά, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του πνεύμονα, καρδιαγγειακών παθήσεων και παιδικών ασθενειών.

Μια μελέτη του διεθνούς οργανισμού για την έρευνα κατά του καρκίνου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO-IARC) έδειξε ότι για τους μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι 20-30% μεγαλύτερος. Ο επιπλέον κίνδυνος λόγω της έκθεσης στο χώρο εργασίας εκτιμήθηκε ότι είναι 12-19%.<sup>5</sup> Οι σχέσεις μεταξύ έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και άλλων τύπων καρκίνου είναι λιγότερο σαφείς.

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένος μεταξύ των μη καπνιστών που ζουν με καπνιστές κατά **25-30%**<sup>6</sup> (μια πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό μπορεί να είναι μεγαλύτερο)<sup>7</sup>. Υπάρχουν επίσης όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παθητικού καπνίσματος και εγκεφαλικών επεισοδίων σε μη καπνιστές, παρότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εκτίμηση του κινδύνου.<sup>8</sup>

Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με **αναπνευστικές νόσους**<sup>9</sup> και αποτελεί σημαντική αιτία επιδείνωσης για άτομα που πάσχουν από άσθμα, αλλεργίες και χρόνια αποφρακτική πνευμονική πάθηση, που οδηγεί σε κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό. Μια πρόσφατη πανευρωπαϊκή έρευνα σε άτομα με συμπτώματα άσθματος οξείας μορφής έδειξε ότι μια από τις σημαντικές επιθυμίες τους για το μέλλον είναι να μπορούν να αναπνέουν καθαρό αέρα.<sup>10</sup>

Το παθητικό κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για τα **μικρά παιδιά και τα βρέφη**, εφόσον συνδέεται με τον αιφνίδιο θάνατο των βρεφών, την πνευμονία, τη βρογχίτιδα, το άσθμα, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος καθώς και παθήσεις του μέσου ωτός. Η έκθεση των **εγκύων** στον καπνό του περιβάλλοντος μπορεί να έχει ως συνέπεια νεογνά χαμηλού βάρους, θάνατο του εμβρύου και πρόωρα νεογνά<sup>11</sup>.

Η πλέον πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος διπλασιάζει σχεδόν τον κίνδυνο εκφύλισης της ωχράς κηλίδας λόγω γήρανσης – την κύρια αιτία απώλειας της όρασης στην ΕΕ.<sup>12</sup>

Οι περισσότερες από τις βλαβερές συνέπειες του καπνού του περιβάλλοντος για την υγεία φανερώνουν μια γραμμική σχέση απόκρισης-δόσης – με άλλα λόγια, με την αύξηση της έκθεσης παρατηρείται σταθερή αύξηση του κινδύνου. Το επίπεδο ατομικού κινδύνου είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με το ενεργητικό κάπνισμα (π.χ. 1,2 και 20, αντίστοιχα, για τον καρκίνο του πνεύμονα). Ωστόσο, το γεγονός ότι πολλά άτομα εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα έχει ως συνέπεια να αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας.

Επίσης, όσον αφορά τις καρδιοπάθειες, η **σχέση δόσης-απόκρισης** είναι **μη γραμμική**. Το παθητικό κάπνισμα συνεπάγεται κίνδυνο καρδιοπαθειών που είναι σχεδόν το ήμισυ του κινδύνου για έναν καπνιστή που καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα. Ακόμη και μικρές ποσότητες καπνού μπορούν να έχουν άμεση επίπτωση στους μηχανισμούς πήξης και θρόμβωσης, καθώς και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανάπτυξη αρτηριοσκλήρωσης – όλοι αυτοί είναι σημαντικοί παράγοντες για τις καρδιοπάθειες.<sup>13</sup> Αυτό έχει σημαντικές συνέπειες: οι καρδιοπάθειες είναι η συνηθέστερη αιτία θανάτου στην ΕΕ, τόσο μεταξύ των καπνιστών όσο και των μη καπνιστών.

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες – συντηρητικές - εκτιμήσεις της σύμπραξης που δημιουργήθηκε από την European Respiratory Society (Ευρωπαϊκή πνευμονολογική εταιρεία), τον οργανισμό Cancer Research UK (Έρευνα για τον καρκίνο ΗΒ) και το Institut National du Cancer (Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο) στη Γαλλία, **περισσότεροι από 79.000 ενήλικες** πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις 25 χώρες της ΕΕ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα **στο χώρο εργασίας** προκάλεσε περισσότερους από **7.000 θανάτους** στην ΕΕ το 2002, ενώ η έκθεση **στο σπίτι** είχε ως συνέπεια **72.000 θανάτους** επιπλέον. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν θανάτους από καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο του πνεύμονα και ορισμένες αναπνευστικές νόσους που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα. Εντούτοις, στις εκτιμήσεις αυτές δεν περιλαμβάνονται οι θάνατοι ενηλίκων που οφείλονται σε άλλες νόσους που συνδέονται με την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος (όπως πνευμονία), οι θάνατοι παιδιών και η σοβαρή νοσηρότητα, οξεία και χρόνια, λόγω του παθητικού καπνίσματος.<sup>14</sup>

## 1.2. Επίπεδα έκθεσης

Οι κύριοι χώροι χρόνιας και εντατικής έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος είναι το **σπίτι** και ο **χώρος εργασίας**.<sup>15</sup> Σύμφωνα με την έκθεση του Συστήματος πληροφοριών για την επαγγελματική έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες του 1998 (Information System on Occupational Exposure to Carcinogens) (**CAREX**), ο καπνός του περιβάλλοντος ήταν η δεύτερη συνηθέστερη μορφή έκθεσης σε καρκινογόνα (μετά την ηλιακή ακτινοβολία) στην ΕΕ των 15. Κατά την περίοδο 1990-93, περίπου 7,5 εκατ. ευρωπαίοι εργαζόμενοι είχαν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια τουλάχιστον του **75% του χρόνου εργασίας τους**.<sup>16</sup>

Από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε μια σειρά δημόσιων χώρων σε επτά ευρωπαϊκές πόλεις κατά την περίοδο 2001-2002, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε καπνός στους περισσότερους από τους δημόσιους χώρους που εξετάστηκαν, συμπεριλαμβανομένων των χώρων αναψυχής και των επιχειρήσεων του κλάδου της φιλοξενίας, των μεταφορών, των νοσοκομείων και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Οι υψηλότερες συγκεντρώσεις καπνού στο περιβάλλον μετρήθηκαν σε μπαρ και ντισκοτέκ· η τετράωρη έκθεση σε ντισκοτέκ ισοδυναμεί με συμβίωση με καπνιστή για ένα μήνα.<sup>17</sup> Η διαπίστωση ότι τα επίπεδα έκθεσης είναι εξαιρετικά υψηλά σε επιχειρήσεις του κλάδου της φιλοξενίας επιβεβαιώθηκε από άλλες μελέτες, που έδειξαν ότι η μέση έκθεση των εργαζομένων σε μπαρ είναι τριπλάσια ή πολλαπλάσια της έκθεσης λόγω της συμβίωσης με καπνιστή.<sup>18</sup>

Πρόσφατα, οι κανονισμοί απαγόρευσης του καπνίσματος οδήγησαν σε σχεδόν πλήρη εξάλειψη της έκθεσης στο χώρο εργασίας σε ορισμένα κράτη μέλη και σε ορισμένους τύπους χώρων, ενώ σε χώρες χωρίς γενικούς περιορισμούς η έκθεση παραμένει υψηλή, ιδίως στον κλάδο της φιλοξενίας και στον τομέα της αναψυχής.<sup>19</sup>

Για να εκτιμηθεί η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος σε ολόκληρη την ΕΕ, η ομάδα εμπειρογνομόνων της ΕΕ για την ανθρώπινη βιοπαρακολούθηση (Expert Group on Human Biomonitoring)<sup>20</sup> συνέστησε να περιληφθεί η κοτινίνη (ένας σημαντικός βιοδείκτης της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος) στον κατάλογο των υποψηφίων για το μελλοντικό πιλοτικό πρόγραμμα της ΕΕ σχετικά με την ανθρώπινη βιοπαρακολούθηση. Τα κράτη μέλη έχουν εκφράσει επανειλημμένα την υποστήριξή τους στη σύσταση αυτή.

## 1.3. Αντίκτυπος της πρωτοβουλίας για περιβάλλον χωρίς καπνό

Η δράση για ένα περιβάλλον χωρίς καπνό όχι μόνο θα προστατεύσει τους πολίτες από τις βλαβερές συνέπειες της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος αλλά θα συμβάλει επίσης στη μείωση της κατανάλωσης καπνού σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Όσον αφορά την υγεία, η μείωση του παθητικού και του ενεργητικού καπνίσματος θα οδηγήσει στη **μείωση των ασθενειών και της θνησιμότητας** λόγω ορισμένων σοβαρών νοσημάτων - ειδικότερα του καρκίνου των πνευμόνων, της στεφανιαίας νόσου, των αναπνευστικών νόσων και των εγκεφαλικών επεισοδίων – και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Παρότι τα πλήρη οφέλη για την υγεία ενδέχεται να γίνουν αντιληπτά μετά από 30 χρόνια, μπορεί να υπάρξουν σημαντικές βελτιώσεις, ιδίως της υγείας του αναπνευστικού και της καρδιαγγειακής υγείας τα επόμενα 1 έως 5 χρόνια.

Στο πρόγραμμα CHOICE, το οποίο διαχειρίζεται η ΠΟΥ, η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους χαρακτηρίστηκε ως η **δεύτερη αποτελεσματικότερη μορφή παρέμβασης** για τη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που σχετίζεται με τη χρήση καπνού, μετά τις αυξήσεις των φόρων (βλ. παράρτημα Ι).

## 2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ

### 2.1. Οικονομική επιβάρυνση

Τα στοιχεία από τα κράτη μέλη (ΗΒ, Ιρλανδία) και από τις χώρες εκτός της ΕΕ δείχνουν ότι η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος συνεπάγεται τεράστιες ιδιωτικές και κοινωνικές δαπάνες, παρότι η συνολική επιβάρυνση του προϋπολογισμού της ΕΕ των 27 δεν έχει ακόμη εκτιμηθεί. Η επιβάρυνση της **οικονομίας συνολικά** συμπεριλαμβάνει τα άμεσα έξοδα που σχετίζονται με τις αυξημένες δαπάνες υγείας για τις νόσους που συνδέονται με τον καπνό, και τα έμμεσα έξοδα που συνδέονται με την απώλεια παραγωγικότητας και την απώλεια φόρου εισοδήματος και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης από καπνιστές και θύματα του παθητικού καπνιστές, οι οποίοι σε διαφορετική περίπτωση θα είχαν αμειβόμενη απασχόληση.<sup>21</sup>

Η οικονομική επιβάρυνση είναι ιδιαίτερα υψηλή για τους **εργοδότες** και περιλαμβάνει χαμηλότερη παραγωγικότητα του εργαζομένου λόγω των διαλειμμάτων για κάπνισμα και των συχνών απουσιών λόγω ασθένειας. Περιλαμβάνονται επίσης οι ζημιές από πυρκαγιά που προκαλείται από υλικά καπνίσματος καθώς και τα επιπλέον έξοδα καθαρισμού και νέας βαφής λόγω του καπνίσματος.<sup>22</sup> Στον Καναδά τα ετήσια έξοδα ανά εργαζόμενο καπνιστή, σε σύγκριση με παρόμοιο μη καπνιστή εργαζόμενο, υπολογίστηκε ότι ήταν 2.565 δολάρια Καναδά το 1995. Οι απώλειες για τους σκωτσέζους εργοδότες που οφείλονται σε μειωμένη παραγωγικότητα, υψηλότερα ποσοστά απουσιών και σε ζημιές από πυρκαγιά που προκλήθηκε από τσιγάρο υπολογίστηκε ότι ανέρχονταν το 1997 στο 0,51% έως 0,77% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕγχΠ) της Σκωτίας. Στην Ιρλανδία οι αντίστοιχοι υπολογισμοί για το 2000 είναι 1,1-1,7% του ΑΕγχΠ.<sup>23</sup>

### 2.2. Αντίκτυπος της πρωτοβουλίας για την απαγόρευση του καπνίσματος

Μακροπρόθεσμα, η πιθανή βελτίωση της υγείας ως συνέπεια της πολιτικής για την απαγόρευση του καπνίσματος μπορεί να έχει **σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις**. Στις αξιολογήσεις του κανονιστικού αντικτύπου που πραγματοποιήθηκαν από την κυβέρνηση του ΗΒ υπολογίστηκε ότι τα μακροπρόθεσμα καθαρά οφέλη μιας ολοκληρωμένης νομοθεσίας για την απαλλαγή από τον καπνό που οφείλεται στο κάπνισμα ανέρχονταν σε £1.714-2.116 δισεκατομμύρια ετησίως.<sup>24</sup> Στη Σκωτία, στην Ουαλία και στη Βόρεια Ιρλανδία τα καθαρά οφέλη από την απαγόρευση του καπνίσματος υπολογίστηκαν, αντίστοιχα, σε £4.387 και £2.096 δισεκατομμύρια για περίοδο 30 ετών και £1.101 δισεκατομμύριο για περίοδο 20 ετών.<sup>25</sup>



### 2.3. Κίνδυνος ακούσιων συνεπειών

Επειδή οι πολιτικές για την απαλλαγή από τον καπνό που οφείλεται στο κάπνισμα θα παρακινήσουν ορισμένους καπνιστές να εγκαταλείψουν το κάπνισμα ή να καπνίζουν λιγότερο, μπορεί να υπάρξει **απώλεια κερδών από τις καπνοβιομηχανίες** και, κατά συνέπεια, μείωση των θέσεων απασχόλησης στον τομέα. Ωστόσο, οι θέσεις απασχόλησης της καπνοβιομηχανίας αποτελούν σχετικά μικρό ποσοστό του συνόλου των θέσεων απασχόλησης στην ΕΕ. Το 2000 το ποσοστό απασχόλησης σε αυτό τον κλάδο (καλλιέργεια καπνού, επεξεργασία και μεταποίηση) υπολογίστηκε ότι αντιστοιχούσε σε ποσοστό 0,13% της συνολικής απασχόλησης στην ΕΕ των 15.<sup>26</sup> Επίσης, τα χρήματα που δαπανώνται σήμερα για τον καπνό πιθανώς θα δαπανώνται για άλλα αγαθά και υπηρεσίες, με αποτέλεσμα τη δημιουργία θέσεων απασχόλησης σε άλλους τομείς της οικονομίας.

Η μείωση των επιπέδων ενεργητικού καπνίσματος θα προκαλέσει επίσης **απώλεια εσόδων των κρατών μελών από τους φόρους** στα τσιγάρα (φόροι κατανάλωσης και ΦΠΑ). Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο ότι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, παρά το γεγονός ότι η φορολογία των τσιγάρων αποφέρει σημαντικά έσοδα, δεν αποτελεί γενικά σημαντικό τμήμα του κρατικού προϋπολογισμού (1-5%). Εξαιρέσεις αποτελούν η Τσεχική Δημοκρατία, η Πολωνία και η Ελλάδα, όπου η φορολογία στα τσιγάρα υπολογίζεται ότι το 1999 ανερχόταν στο 6, 7 και 9 % αντίστοιχα των φορολογικών εσόδων του δημοσίου.<sup>27</sup> Εκτός από τη μείωση των κοινωνικών δαπανών που οφείλονται στο κάπνισμα, σε περίπτωση απαγόρευσης του καπνίσματος θα αυξηθεί το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών των καπνιστών, και το εισόδημα από το κέρδος από το ΦΠΑ που θα προέρχεται από νέες επενδύσεις και δαπάνες από τα νοικοκυριά αυτά θα αντισταθμίσει εν μέρει την απώλεια εισοδήματος.

**Είναι πιθανές ορισμένες απώλειες παραγωγής από τους καπνιστές οι οποίοι επιτρέπεται σήμερα να καπνίζουν στην εργασία τους και θα συνεχίσουν να καπνίζουν κάνοντας διαλείμματα έξω από τα κτίρια.**

## 3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ

### 3.1. Δημόσια υποστήριξη νόμων για την απαλλαγή από τον καπνό που οφείλεται στο

Σχεδόν το 70% των πολιτών της ΕΕ δεν καπνίζει<sup>28</sup> και σύμφωνα με μελέτες οι περισσότεροι καπνιστές θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα<sup>29</sup>.

Σύμφωνα με την πρόσφατη έρευνα του **Ευρωβαρομέτρου** για τις «Στάσεις των Ευρωπαίων απέναντι στο κάπνισμα»<sup>30</sup>, τα τρία τέταρτα των Ευρωπαίων γνωρίζουν ότι ο καπνός αποτελεί κίνδυνο για την υγεία των μη καπνιστών, ενώ το 95% αναγνωρίζει ότι το κάπνισμα παρουσία εγκύου μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνο για το μωρό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι **οι πολίτες της ΕΕ υποστηρίζουν τις πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος** (βλ. Παράρτημα ΙΙΙ). Περισσότεροι από τέσσερις στους πέντε ερωτηθέντες είναι υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο εργασίας (86%) και σε κάθε άλλο εσωτερικό δημόσιο χώρο (84%). Η πλειονότητα των Ευρωπαίων είναι επίσης υπέρ της απαγόρευσης του

καπνίσματος σε μπαρ (61%) και εστιατόρια (77%). Στα τέσσερα κράτη μέλη στα οποία έχει ήδη απαγορευτεί το κάπνισμα σε επιχειρήσεις του κλάδου της φιλοξενίας είναι μεγαλύτερη η υποστήριξη για την απαγόρευση του καπνίσματος σε μπυραρίες (πάνω από 80%) και σε εστιατόρια (πάνω από 90%). Αυτό αποτελεί ένδειξη ότι οι πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος υποστηρίζονται όλο και περισσότερο κατά το στάδιο της εισαγωγής τους και στη συνέχεια μετά την εφαρμογή τους.<sup>31</sup>

### 3.2. Αντίκτυπος στην κατανάλωση καπνού

Ένα σημαντικό έμμεσο όφελος από τις πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος είναι ότι ευαισθητοποιούνται οι πολίτες όσον αφορά τους κινδύνους του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος, συμβάλλοντας στην «**απομαλοποίηση**» του καπνίσματος στην κοινωνία. Αναμένεται ότι η διαφορετική αυτή αντίληψη θα οδηγήσει σε αλλαγή της συμπεριφοράς ως προς το κάπνισμα, και ειδικότερα:

- στη διευκόλυνση των καπνιστών να αποφασίσουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα και να υποστηριχθούν σε αυτή τη διαδικασία.<sup>32</sup>
- στην αποθάρρυνση των παιδιών και των νέων να αρχίσουν το κάπνισμα.<sup>33</sup> Η απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους διασκέδασης – όπου οι νέοι συχνά «δοκιμάζουν» τσιγάρα – αναμένεται να έχει το σημαντικότερο αντίκτυπο.
- στην αποθάρρυνση των καπνιστών να καπνίζουν παρουσία μη καπνιστών, ιδίως παιδιών και εγκύων, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν νομοθετικοί περιορισμοί (π.χ. σε σπίτια και ιδιωτικά αυτοκίνητα).<sup>34</sup> Αυτό είναι σημαντικό δεδομένου ότι οι κύριες βλάβες αφορούν τα παιδιά που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, πρόβλημα το οποίο δεν μπορεί να λύσει μια νομοθετική ρύθμιση.

### 3.3. Αντίκτυπος στην κοινωνική δικαιοσύνη

Οι πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος μπορούν επίσης να βοηθήσουν στη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Δεδομένου ότι η πιθανότητα να είναι κάποιος καπνιστής και να εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα είναι πολύ μεγαλύτερη για τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, χαμηλό εισόδημα και χαμηλή επαγγελματική κατηγορία, η δράση για περιβάλλον χωρίς καπνό αναμένεται να ωφελήσει περισσότερο τις πιο άπορες κοινωνικές ομάδες.

## 4. ΩΘΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΛΗΨΗ ΔΡΑΣΗΣ

Ως μέρος της **σύμβασης-πλαίσιου για την καταπολέμηση του καπνίσματος** της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (**Framework Convention on Tobacco Control - FCTC**), η Κοινότητα έχει τη νομική υποχρέωση να αναλάβει δράση για περιβάλλον χωρίς καπνό. Σύμφωνα με το άρθρο 8 της FCTC, κάθε μέρος δεσμεύτηκε να «εκδώσει και να εφαρμόσει (...) αποτελεσματικά νομοθετικά, εκτελεστικά, διοικητικά και/ή άλλα μέτρα, για την προστασία από την έκθεση στον καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στις δημόσιες συγκοινωνίες, στους εσωτερικούς

δημόσιους χώρους και, κατά περίπτωση, σε άλλους δημόσιους χώρους.» Στην πρώτη συνεδρίαση, που πραγματοποιήθηκε το Φεβρουάριο του 2006, τα μέρη της FCTC συμφώνησαν να επεξεργαστούν κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με το περιβάλλον χωρίς καπνό και να τις υποβάλουν στη δεύτερη συνεδρίαση των μερών, που προβλέπεται για το πρώτο εξάμηνο του 2007.

Στη σύστασή του του 2002 για την πρόληψη του καπνίσματος και τις πρωτοβουλίες για τη βελτίωση των τρόπων ελέγχου του καπνίσματος, το **Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης** κάλεσε την Επιτροπή «Να εξετάσει σε ποιο βαθμό λειτουργούν αποτελεσματικά τα μέτρα της παρούσας σύστασης και κατά πόσον χρειάζεται να αναληφθεί περαιτέρω δράση, ιδίως εάν παρατηρηθούν ανισότητες στην εσωτερική αγορά στους τομείς οι οποίοι καλύπτονται από την παρούσα σύσταση». Επιπλέον, σε μια συνεδρίαση της **κανονιστικής επιτροπής για τον καπνό**<sup>35</sup> το Σεπτέμβριο του 2005, τα κράτη μέλη συμφώνησαν ότι μια πρωτοβουλία της Επιτροπής υπό τη μορφή πράσινης βίβλου ή ανακοίνωσης θα βοηθούσε στη διάδοση καλών πρακτικών και στην υποστήριξη των εθνικών προσπαθειών για περιβάλλον χωρίς καπνό.

Το **Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο** εξέφρασε την ικανοποίησή του «για τη βούληση της Επιτροπής να συνεχίσει να ενεργεί για την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους» και στο ψήφισμά του σχετικά με το σχέδιο δράσης της Επιτροπής για τη σχέση περιβάλλοντος και υγείας το Φεβρουάριο του 2005 ενθάρρυνε την Επιτροπή «ώστε να κατατάξει το συντομότερο τον καπνό του τσιγάρου στο περιβάλλον στους καρκινογόνους παράγοντες, κατηγορίας 1».<sup>36</sup>

Η προστιθέμενη αξία της δράσης της ΕΕ αναγνωρίστηκε επίσης στην έκθεση «**Καπνός ή υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση**», που εκπονήθηκε για την Επιτροπή από ομάδα εμπειρογνομόνων σε θέματα καπνίσματος.<sup>37</sup> Δύο πανευρωπαϊκά σχέδια σχετικά με τη ρύπανση του αέρα σε εσωτερικούς χώρους, τα οποία υποστηρίχθηκαν στο πλαίσιο του κοινοτικού προγράμματος για τη δημόσια υγεία, τονίζουν επίσης ότι είναι επιθυμητή η παρέμβαση σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Στην **έκθεση INDEX** που δημοσιεύτηκε από το Κοινό Κέντρο Ερευνών της ΕΕ περιλαμβάνει κατάλογο πέντε χημικών ουσιών υψηλής προτεραιότητας (όλες είναι συστατικά του καπνού), οι οποίες πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο ρυθμίσεων για τους εσωτερικούς χώρους και συνιστά «να απαγορευθεί ο καπνός σε όλους τους εσωτερικούς δημόσιους χώρους και στους χώρους εργασίας».<sup>38</sup> Η ίδια σύσταση διατυπώθηκε στην **έκθεση THADE**<sup>39</sup>, στην οποία διαπιστώνεται ότι ο καπνός στο περιβάλλον είναι η κυριότερη αιτία συγκέντρωσης σωματιδίων στους εσωτερικούς χώρους κτιρίων όπου καπνίζουν οι άνθρωποι.

### III. ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

#### 1. ΕΘΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Σε όλα τα κράτη μέλη υπάρχει σαφής τάση για τη δημιουργία περιβάλλοντος χωρίς καπνό, που οφείλεται – μεταξύ άλλων – στις νομικές απαιτήσεις σε επίπεδο ΕΕ και σε διεθνές επίπεδο. Όλα τα κράτη μέλη έχουν σήμερα ορισμένες μορφές διατάξεων που αποσκοπούν στον περιορισμό της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και στις βλαβερές συνέπειές της για την υγεία. Το πεδίο εφαρμογής και ο χαρακτήρας των διατάξεων αυτών ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό. Η πλήρης απαγόρευση του

καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους και σε όλους τους χώρους εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των μπαρ και των εστιατορίων, έχει θεσπιστεί ήδη στην Ιρλανδία (Μάρτιος 2004) και στη Σκωτία (Μάρτιος 2006). Στη Βόρειο Ιρλανδία, στην Αγγλία και στην Ουαλία αναμένεται ότι θα αρχίσει να ισχύει πριν από το καλοκαίρι του 2007 νομοθετική ρύθμιση για πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος.

**Νομοθετικές διατάξεις για πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος με εξαιρέσεις** που θεσπίστηκαν στην Ιταλία (Ιανουάριος 2005), στη Μάλτα (Απρίλιος 2005) και στη Σουηδία (Ιούνιος 2005) επιτρέπουν στους εργοδότες να προβλέπουν ξεχωριστούς χώρους καπνιστών με ξεχωριστό σύστημα αερισμού. Παρόμοια μέτρα αναμένεται ότι θα αρχίσουν να ισχύουν στη Γαλλία το Φεβρουάριο του 2007 (μεταβατική περίοδος για τον κλάδο της φιλοξενίας έως τον Ιανουάριο του 2008) και στη Φινλανδία τον Ιούνιο του 2007. Η Λιθουανία πρόκειται να γίνει χώρα χωρίς καπνό (με εξαίρεση ειδικά εξοπλισμένα «κλαμπ για το κάπνισμα πούρου και πίπας») από τον Ιανουάριο του 2007.

Ορισμένα άλλα κράτη μέλη έχουν απαγορεύσει το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους και σε όλους τους χώρους εργασίας, με **εξαίρεση τον κλάδο της φιλοξενίας**, όπου εφαρμόζονται περιορισμοί εν μέρει. Στις χώρες αυτές ανήκουν, για παράδειγμα, το Βέλγιο, η Κύπρος, η Εσθονία, η Φινλανδία, οι Κάτω Χώρες, η Σλοβενία και η Ισπανία.

Τα περισσότερα κράτη μέλη έχουν ρυθμίσεις που απαγορεύουν ή περιορίζουν το κάπνισμα στους **σημαντικότερους δημόσιους χώρους**, όπως τα νοσηλευτικά και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, οι κρατικές υπηρεσίες, τα θέατρα, οι κινηματογράφοι και οι δημόσιες συγκοινωνίες. Οι περιορισμοί στο κάπνισμα στο χώρο εργασίας είναι λιγότερο συνήθεις. Τα μέτρα μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο δεσμευτικά και να είναι από ψήφισμα ή εθελοντική συμφωνία έως αυστηρός νόμος με κυρώσεις σε περίπτωση μη συμμόρφωσης.

Λόγω του ατελούς χαρακτήρα των νομοθετικών ρυθμίσεων ή της έλλειψης εφαρμογής, οι εθνικές κυβερνήσεις και οι εργοδότες αντιμετώπισαν συχνά δικαστικές διαφορές πολιτών για βλάβες στην υγεία τους που προκλήθηκαν από το παθητικό κάπνισμα.<sup>40</sup>

Σε πολλά κράτη μέλη οι εθνικές νομοθετικές διατάξεις ενισχύονται από αυστηρότερες ρυθμίσεις **σε περιφερειακό και/ή τοπικό επίπεδο**. Το νομικό πλαίσιο συμπληρώνεται επίσης με μέτρα αυτορύθμισης, με αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι χώροι εργασίας, σχολεία, νοσοκομεία, εγκαταστάσεις των δημόσιων συγκοινωνιών κ.τ.λ. να καθίστανται χώροι όπου απαγορεύεται το κάπνισμα σε εθελοντική βάση. Όλο και περισσότερες προσπάθειες καταβάλλονται για να υποστηριχθεί το προσωπικό στην προσπάθειά του να σταματήσει το κάπνισμα και για την προώθηση της ιδέας του καθαρού αέρα στους εσωτερικούς χώρους ως βασικού δικαιώματος κάθε πολίτη και εργαζομένου.

## 2. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Σε επίπεδο ΕΕ το θέμα του περιβάλλοντος χωρίς καπνό αποτελεί αντικείμενο **μη δεσμευτικών ψηφισμάτων και συστάσεων**, που ενθάρρυναν τα κράτη μέλη να

παρέχουν επαρκή προστασία από την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, το **1989 το ψήφισμα του Συμβουλίου 89/C 189/01**<sup>41</sup> σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους ζητούσε από τα κράτη μέλη να εκδώσουν μέτρα για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και σε όλα τα είδη δημόσιων συγκοινωνιών. Πιο πρόσφατα, η **σύσταση 2003/54/ΕΚ του Συμβουλίου**<sup>42</sup> σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και με πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της καταπολέμησής του καλούσε τα κράτη μέλη να εφαρμόσουν αποτελεσματικά μέτρα για την εξασφάλιση προστασίας από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, σε κλειστούς δημόσιους χώρους και στις δημόσιες συγκοινωνίες.

Η **οδηγία-πλαίσιο για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων κατά την εργασία** (89/391/ΕΟΚ)<sup>43</sup>, παρότι δεν κάνει ρητή αναφορά στον καπνό, καλύπτει όλους τους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων<sup>44</sup>. Απαιτεί από κάθε εργοδότη να αξιολογεί τους κινδύνους στο χώρο εργασίας και να λαμβάνει κατάλληλα μέτρα πρόληψης του κινδύνου και προστατευτικά μέτρα.

Επιπλέον, ορισμένες επιμέρους οδηγίες για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία, στις οποίες καθορίζονται «**ελάχιστες προδιαγραφές**» για ειδικούς κινδύνους, περιέχουν διατάξεις που διασφαλίζουν την **προστασία των εργαζομένων από τον καπνό του περιβάλλοντος** (βλέπε επόμενη παράγραφο). Οι οδηγίες αυτές πρέπει να μεταφερθούν στο εθνικό δίκαιο από τα κράτη μέλη και να εφαρμοστούν ορθά. Σύμφωνα με τη Συνθήκη, τα κράτη μέλη επιτρέπεται να θεσπίσουν αυστηρότερα μέτρα.

Η **οδηγία σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας** (89/654/ΕΟΚ)<sup>45</sup> καθώς και οι οδηγίες για τα προσωρινά ή κινητά εργοτάξια (92/57/ΕΟΚ)<sup>46</sup>, τις εξορυκτικές διά γεωτρήσεων βιομηχανίες (92/91/ΕΟΚ)<sup>47</sup> και τις εξορυκτικές βιομηχανίες (92/104/ΕΟΚ)<sup>48</sup> υποχρεώνουν τους εργοδότες να εξασφαλίζουν ότι στους κλειστούς χώρους εργασίας υπάρχει αερισμός και επαρκής καθαρός αέρας και να προστατεύουν τους μη καπνιστές από τον καπνό σε χώρους ανάπαυσης.

Η **οδηγία για τους καρκινογόνους ή τους μεταλλαξιογόνους παράγοντες** (2004/37/ΕΚ)<sup>49</sup> και η **οδηγία για τον αμιάντο** (83/477/ΕΟΚ)<sup>50</sup> απαγορεύουν το κάπνισμα στις περιοχές στις οποίες πραγματοποιούνται εργασίες που περιλαμβάνουν το χειρισμό, αντίστοιχα, καρκινογόνων/μεταλλαξιογόνων παραγόντων και αμιάντου. Η **οδηγία για τις εγκύους εργαζόμενες** (92/85/ΕΟΚ) υποχρεώνει τους εργοδότες να λαμβάνουν μέτρα για την προστασία των εγκύων και γαλουχουσών εργαζομένων από την έκθεση στο μονοξειδίο του άνθρακα.

Ορισμένα συστατικά του καπνού στο περιβάλλον (όπως το αρσενικό, το 1,3-βουταδιένιο, το βενζόλιο και το οξειδίο του προπυλενίου) έχουν ταξινομηθεί ως καρκινογόνα στο παράρτημα 1 της **οδηγίας για τις επικίνδυνες ουσίες** (67/548/ΕΟΚ)<sup>51</sup>. Το πεδίο εφαρμογής της κοινοτικής νομοθεσίας για τα χημικά προϊόντα δεν περιλαμβάνει τον καπνό ως τέτοιο, εφόσον εφαρμόζεται μόνο στις ουσίες και στα παρασκευάσματα τα οποία **διατίθενται στην αγορά** των κρατών μελών.<sup>52</sup>

#### IV. ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ένα βασικό θέμα για την ανάπτυξη μιας πρωτοβουλίας της ΕΕ για την απαγόρευση του καπνίσματος είναι το **πεδίο εφαρμογής** της. Επειδή η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος συμβαίνει σε πολλά είδη χώρων, μια αποτελεσματική πολιτική για περιβάλλον χωρίς καπνό πρέπει να βασίζεται σε γενική προσέγγιση και να μην αφορά μόνο ορισμένα είδη επιχειρήσεων ή εγκαταστάσεων.

Η πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση θα ήταν να προταθεί πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε **όλους τους κλειστούς ή σχεδόν κλειστούς χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους**, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων συγκοινωνιών. Οι περιορισμοί μπορούν να επεκταθούν σε εξωτερικούς χώρους γύρω από τις εισόδους των κτιρίων και πιθανώς σε άλλους δημόσιους εξωτερικούς χώρους όπου οι άνθρωποι κάθονται ή στέκονται ο ένας κοντά στον άλλο, όπως ανοικτά στάδια και χώροι ψυχαγωγίας, στάσεις λεωφορείων, αποβάθρες σιδηροδρομικών σταθμών κ.τ.λ. Μπορούν να εξεταστούν πολύ περιορισμένες εξαιρέσεις για χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν καθημερινά (π.χ. ειδικά καθορισμένοι χώροι σε χώρους διαμονής, όπως οίκοι ευγηρίας, ψυχιατρικές μονάδες, φυλακές κ.λπ.).

Μια λιγότερο αυστηρή προσέγγιση θα ήταν να προταθεί πλήρης απαγόρευση σε όλους τους κλειστούς ή σχεδόν κλειστούς χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους αλλά με **εξαιρέσεις για ορισμένες κατηγορίες χώρων**. Ελάχιστες απαιτήσεις για κλειστούς χώρους καπνιστών, συμπεριλαμβανομένων των προδιαγραφών για τον αερισμό, μπορούν να καθοριστούν για τους χώρους που εξαιρούνται από την απαγόρευση. Στις εξαιρέσεις μπορούν να περιληφθούν:

- οι επιχειρήσεις του κλάδου της φιλοξενίας με άδεια πώλησης οινοπνευματούχων ποτών (εστιατόρια, μπουραρίες και μπαρ),
- οι επιχειρήσεις του κλάδου της φιλοξενίας οι οποίες δεν σερβίρουν φαγητό.

Η δράση για περιβάλλον χωρίς καπνό θα επιτύχει τα καλύτερα αποτελέσματα εάν συμπληρωθεί από **μέτρα υποστήριξης** σε επίπεδο ΕΕ και/ή σε επίπεδο κρατών μελών. Αυτές οι «συνοδευτικές πολιτικές» μπορούν, αφενός, να είναι εκστρατείες ευαισθητοποίησης στις οποίες θα τονίζεται το δικαίωμα σε αέρα χωρίς καπνό και οι κίνδυνοι του παθητικού καπνίσματος και, αφετέρου, να διευκολύνουν την πρόσβαση των προσώπων που επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα σε θεραπείες απεξάρτησης από το κάπνισμα (θεραπεία της συμπεριφοράς και φαρμακευτική αγωγή).

##### 1. Νομοθετικές διατάξεις για πληρη απαγορευση του καπνισματος

###### *Πλεονεκτήματα*

Από όλες τις επιλογές, αυτή θα έχει ως αποτέλεσμα τη **μεγαλύτερη μείωση της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος** και των σχετικών βλαβών, εξασφαλίζοντας την ισότητα των ευρωπαϊών πολιτών όσον αφορά την προστασία του δικαιώματός τους να αναπνέουν καθαρό αέρα στους εσωτερικούς χώρους, όπως αναγνωρίζεται από την ΠΟΥ.<sup>53</sup>

Μελέτες από χώρες με γενική απαγόρευση του καπνίσματος δείχνουν ότι η ποιότητα του αέρα των εσωτερικών χώρων βελτιώθηκε αισθητά από τότε που άρχισε να ισχύει η απαγόρευση του καπνίσματος. Η μείωση της έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος είναι ιδιαίτερα θεαματική στον κλάδο της φιλοξενίας και στους χώρους αναψυχής.<sup>54</sup> Αυτό είχε ως συνέπεια σημαντική βελτίωση της αναπνευστικής υγείας των εργαζομένων στον κλάδο της φιλοξενίας<sup>55</sup> και σημαντική βελτίωση των περιστατικών και της θνησιμότητας από εμφράγματα<sup>56</sup> ύστερα από μερικούς μήνες εφαρμογής της πολιτικής.

Η γενική απαγόρευση θα έχει επίσης τη μεγαλύτερη πιθανότητα «απομαλοποίησης» του καπνίσματος στην κοινωνία, δημιουργώντας ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει τους καπνιστές να περιορίσουν ή να εγκαταλείψουν το κάπνισμα και αποθαρρύνει τους νέους να αρχίσουν να καπνίζουν.

Η αξιολόγηση 35 μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των πολιτικών για την απαγόρευση του καπνίσματος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μέσω γενικών νομοθετικών διατάξεων για καθαρό αέρα στους δημόσιους χώρους ο αριθμός των καπνιστών στο σύνολο του πληθυσμού μπορεί να μειωθεί κατά 10% περίπου.<sup>57</sup> Επίσης, από την αξιολόγηση 26 μελετών σχετικά με χώρους εργασίας προέκυψε ότι στους χώροι εργασίας όπου απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα ο αριθμός των καπνιστών μειώθηκε κατά 3,8% και ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώναν καθημερινά τα άτομα που εξακολουθούσαν να είναι καπνιστές μειώθηκε κατά 3,1.58

Η σχέση μεταξύ της γενικής απαγόρευσης του καπνίσματος και της μείωσης του ενεργητικού καπνίσματος έχει επιβεβαιωθεί από στοιχεία των χωρών που εφαρμόζουν το μέτρο αυτό, στις οποίες η μείωση των πωλήσεων καπνού (π.χ. κατά 8% στην Ιταλία και 14% στη Νορβηγία) συνοδεύτηκε από σημαντική αύξηση των προσπαθειών για την απεξάρτηση από το κάπνισμα μικρό χρονικό διάστημα μετά τη θέσπιση των νέων ρυθμίσεων.<sup>59</sup> Στην Ιρλανδία το 80% των πρώην καπνιστών ανέφεραν ότι η νέα νομοθεσία αποτέλεσε το κίνητρο για να σταματήσουν το κάπνισμα ενώ το 88% δήλωσε ότι ο νόμος τους βοήθησε να μην ξαναρχίσουν. 60 Παρότι υπήρχαν ανησυχίες ότι θα συμβεί το αντίθετο, η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους φαίνεται ότι είχε ως αποτέλεσμα να μειωθεί το κάπνισμα στα σπίτια, ειδικά παρουσία μικρών παιδιών.<sup>61</sup> Στην Ιρλανδία το ποσοστό των νοικοκυριών μη καπνιστών αυξήθηκε κατά 8% από τότε που άρχισε να ισχύει η απαγόρευση.<sup>62</sup>

Όσον αφορά τις κοινωνικές συνέπειες, η λύση αυτή θα ωφελήσει τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίζουν και να απασχολούνται στον κλάδο της φιλοξενίας.

Όσον αφορά την εφαρμογή, η γενική απαγόρευση του καπνίσματος θα είναι ευκολότερο να εφαρμοστεί απ' ό,τι οι μερικοί περιορισμοί. Η συμμόρφωση με ποσοστό πάνω από το 90% στην Ιταλία και στην Ιρλανδία δείχνει ότι η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος εφαρμόζεται σχεδόν αυτόματα, δεδομένου ότι η κοινωνική πίεση μετατρέπεται σε εμπόδιο στο κάπνισμα και μειώνει σημαντικά την ανάγκη λήψης μέτρων επιβολής από τις επίσημες αρχές.

### ***Μειονεκτήματα***

Η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους και τους χώρους εργασίας είναι πιθανόν να προκαλέσει **αντίσταση** σε ορισμένα κράτη μέλη, και μπορεί συνεπώς να είναι δυσκολότερη η έκδοση και η εφαρμογή τους. Η καπνοβιομηχανία και η πλειονότητα των επιχειρήσεων του κλάδου της φιλοξενίας κατέστησαν σαφές ότι συμφωνούν λιγότερο με την επιλογή αυτή.

Υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με **πιθανή ζημία του κλάδου της φιλοξενίας** λόγω της απαγόρευσης του καπνίσματος σε μπουραρίες και εστιατόρια. Ωστόσο, από στοιχεία των χωρών με γενική απαγόρευση του καπνίσματος φαίνεται ότι δεν υπάρχουν γενικά αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση ή στο εισόδημα στον εν λόγω κλάδο.<sup>63</sup> Στην Ιρλανδία ο όγκος των πωλήσεων στις μπουραρίες και στα μπαρ αυξήθηκε ελαφρά (κατά 0,1%) το 2005, αντιστρέφοντας έτσι την πτωτική τάση που είχε αρχίσει πριν από την έναρξη ισχύος της νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος.<sup>64</sup> Αξίζει να αναφερθούν ορισμένες στατιστικές παρ' όλο που αφορούν κράτη που δεν είναι μέλη της ΕΕ. Για παράδειγμα, στη Νορβηγία παρατηρήθηκε ελαφρά πτώση 0,8% στις πωλήσεις στα εστιατόρια, στα καφενεία και στα μπαρ, αλλά αυτό μπορεί να οφείλεται σε ορισμένους άλλους παράγοντες, όπως ο καιρός.<sup>65</sup> Στην Πολιτεία Νέας Υόρκης και στην Καλιφόρνια οι περισσότερες επιχειρήσεις του κλάδου της φιλοξενίας φαίνεται ότι έχουν οφέλη από την απαγόρευση του καπνίσματος.<sup>66</sup> Αυτό παρουσιάζει συνοχή με τα αποτελέσματα μιας διεθνούς αξιολόγησης 97 μελετών, η οποία δεν εντόπισε καμία αρνητική οικονομική συνέπεια στις μελέτες που βασίζονται σε αντικειμενικά στοιχεία, όπως φόρος κύκλου εργασιών και στοιχεία για την απασχόληση<sup>67</sup>.

## **2. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ**

### ***Πλεονεκτήματα***

Η μείωση τόσο του ενεργητικού όσο και του παθητικού καπνίσματος καθώς και η "απομαλοποίηση" της χρήσης καπνού στο πλαίσιο αυτής της επιλογής αναμένεται ότι θα είναι μεγαλύτερες από την περίπτωση στην οποία δεν θα ληφθεί κανένα μέτρο.

Νομοθεσία με εξαιρέσεις θα μπορούσε να είναι πιο αποδεκτή σε ορισμένα κράτη μέλη ειδικά στη βιομηχανία και συνεπώς θα μπορούσε να είναι πιο εφικτή. Ταυτόχρονα, τα επιμέρους κράτη μέλη θα είναι ελεύθερα να εκδώσουν ή να συνεχίσουν να εφαρμόζουν πιο αυστηρή νομοθεσία στην οποία δεν ισχύουν εξαιρέσεις.

Οι εξαιρέσεις θα μπορούσαν να συμπληρώνονται με ελάχιστες απαιτήσεις για κλειστούς χώρους καπνίσματος συμπεριλαμβανομένων των προδιαγραφών αερισμού.

### ***Μειονεκτήματα***

Από την άποψη των υγειονομικών και κοινωνικών οφελών, το μέτρο αυτό θα ήταν λιγότερο αποτελεσματικό από έναν πλήρη κανονισμό για την απαγόρευση του καπνίσματος.



Ορισμένες από τις πιο ευάλωτες ομάδες θα συνεχίσουν να εκτίθενται στον καπνό του περιβάλλοντος (ETS). Ένας ατελής κανονισμός θα έθετε σε κίνδυνο τα κράτη μέλη και/ή τους εργοδότες που εμπλέκονται σε δικαστικές διαφορές με πολίτες λόγω βλάβης της υγείας τους η οποία οφείλεται σε παθητικό κάπνισμα.

Οι εξαιρέσεις θα μειώναν την επίδραση της "απομαλοποίησης" του καπνίσματος η οποία θα μπορούσε να επιτευχθεί με την πλήρη απαγόρευση. Από διεθνή αποδεικτικά στοιχεία προκύπτει ότι κανονισμοί οι οποίοι επιτρέπουν το κάπνισμα σε ορισμένους χώρους μειώνουν στο ήμισυ περίπου την επίδραση στη συμπεριφορά καπνίσματος σε σύγκριση με πολιτικές πλήρους απαγόρευσης του καπνίσματος<sup>68</sup>

Διαφορετικές διατάξεις για διαφορετικές εγκαταστάσεις θα ήταν επίσης πολύ πιο πολύπλοκο και δαπανηρό να επιβληθούν από μια πλήρη απαγόρευση, επειδή καθιστούν αναγκαίες περισσότερες προδιαγραφές σήμανσης και ελέγχων.

## **2.1. Εξαίρεση για τον κλάδο φιλοξενίας (ξενοδοχεία/εστιατόρια/καφενεία) με άδεια πώλησης οινοπνευματωδών ποτών**

Λόγω της έντονης έκθεσης σε καπνό του περιβάλλοντος, οι εργαζόμενοι στον κλάδο φιλοξενίας διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο από το παθητικό κάπνισμα, με 50% μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα<sup>69</sup>. Αυτή η επαγγελματική ομάδα θα εξακολουθήσει να εκτίθεται στο παθητικό κάπνισμα. Ο ίδιος κίνδυνος για την υγεία ισχύει και για τους πελάτες σε δημόσιους χώρους ποτού και φαγητού.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας για το εργατικό δυναμικό του 2004, σχεδόν 4,3 εκατομμύρια ατόμων εργάζονταν σε μπαρ, σε εστιατόρια και στον τομέα τροφοδοσίας (HORECA) σε 15 κράτη μέλη της ΕΕ, αριθμός που αντιστοιχεί στο 3% της συνολικής απασχόλησης στις εν λόγω χώρες (δεν υπάρχουν στοιχεία για τα υπόλοιπα 10 κράτη μέλη). Σημαντικό ποσοστό νέων και γυναικών εργάζονται στον κλάδο φιλοξενίας.<sup>70</sup>

Από την αξιολόγηση του αντικτύπου του ρυθμιστικού πλαισίου που πραγματοποιήθηκε από την εταιρεία Scottish Executive εκτιμήθηκε ότι η μείωση των θανάτων που οφείλεται σε μειωμένο ενεργητικό ή παθητικό κάπνισμα στο πλαίσιο αυτής της επιλογής ανέρχεται, αντιστοίχως, στο ήμισυ και στο ένα τέταρτο της μείωσης των θανάτων που οφείλεται στην επιλογή της ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος.<sup>71</sup>

## **2.2. Εξαίρεση για μπουραρίες και μπαρ που δεν σερβίρουν φαγητό**

Η επιλογή αυτή δεν θα μπορούσε να προστατεύσει τις πιο ευάλωτες επαγγελματικές ομάδες από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Ούτε οι πελάτες των ζυθοπωλείων και μπαρ θα μπορούσαν να προστατευθούν. Επίσης θα δημιουργούσε τον κίνδυνο οι μπουραρίες να σταματήσουν το σερβίρισμα φαγητού για να παρακάμψουν την απαγόρευση του καπνίσματος.

Επιπλέον, υπάρχει κίνδυνος διεύρυνσης των υφιστάμενων ανισοτήτων όσον αφορά την υγεία: πρόσφατες μελέτες από το HB δείχνουν ότι τα επίπεδα έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος είναι σημαντικά υψηλότερα σε μπουραρίες υποβαθμισμένων κοινοτήτων παρά σε μπουραρίες πιο εύπορων περιοχών.<sup>72</sup> Επιπλέον, η πλειονότητα των καταστημάτων με άδεια πώλησης αλκοολούχων ποτών που δεν

σερβίρουν φαγητό βρίσκονται σε υποβαθμισμένες περιοχές και οι μπουραρίες στις περιοχές αυτές θα έχουν έντονο κίνητρο να αλλάξουν και να σερβίρουν μόνον αλκοολούχα ποτά.<sup>73</sup>

Στην αξιολόγηση του αντικτύπου του ρυθμιστικού πλαισίου, που πραγματοποιήθηκε από την κυβέρνηση του ΗΒ, εκτιμήθηκε ότι τα οφέλη για την υγεία αυτής της επιλογής ανέρχονται στο 40% των οφελών μιας ολικής απαγόρευσης (με βάση την υπόθεση ότι το 10-30% των μπουραριών δεν σερβίρουν σήμερα φαγητό).<sup>74</sup>

### 2.3. Κλειστοί, χώροι καπνίσματος με ξεχωριστό αερισμό

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι τεχνολογίες που χρησιμοποιούνται σήμερα (με βάση την ανάμειξη και αραίωση) έχουν περιορισμένο αντίκτυπο στα επίπεδα ρύπων καπνού του περιβάλλοντος στις επιχειρήσεις του κλάδου φιλοξενίας και σε άλλους εσωτερικούς χώρους.<sup>75</sup> Επιπλέον, από μελέτες που διεξήχθησαν σε ελεγχόμενα περιβάλλοντα, όπως είναι ο «περιβαλλοντικός θάλαμος» της ΕΕ INDOORTRON προέκυψε ότι ο ρυθμός εναλλαγής του αέρα δεν οδηγούσε σε σημαντική βελτίωση της ποιότητας της εσωτερικής ατμόσφαιρας.<sup>76</sup> Μολονότι σε κάποιες πρόσφατες μελέτες που χρηματοδοτήθηκαν από την καπνοβιομηχανία αναφέρεται ότι ο αερισμός αλλαγής αέρα είναι πιο αποτελεσματικός<sup>77</sup>, **δεν είναι δυνατή η πλήρης εξάλειψη του καπνού με τη χρησιμοποίηση αερισμού.**<sup>78</sup>

Στην **πρώτη συνεδρίαση των συμβαλλομένων μερών** της σύμβασης-πλαισίου για την καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού αποφασίστηκε (ομόφωνα) ότι «υπάρχουν πειστικά στοιχεία ότι οι τεχνολογικές προσεγγίσεις δεν προστατεύουν από την έκθεση στον καπνό.»<sup>79</sup> Επίσης, η εταιρεία American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (ASHRAE) – ένας φορέας που καθορίζει διεθνείς προδιαγραφές για την ποιότητα του αέρα εσωτερικών χώρων και τον αερισμό – εξέδωσε έγγραφο τοποθέτησης το 2005 σχετικά με τις προσεγγίσεις για την καταπολέμηση του παθητικού καπνίσματος, στο οποίο συμπεραίνεται ότι ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος για την εξάλειψη των κινδύνων για την υγεία που συνδέονται με την έκθεση σε καπνό του περιβάλλοντος είναι η απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους.<sup>80</sup>

Ο φυσικός χωρισμός των καπνιστών από τους μη καπνιστές με τη μορφή των **κλειστών χώρων καπνίσματος** μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα των συστημάτων αερισμού στο τμήμα των χώρων στο οποίο απαγορεύεται το κάπνισμα.<sup>81</sup> Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή δεν προστατεύει τους παρευρισκόμενους σε χώρους καπνίσματος και το προσωπικό (π.χ. σερβιτόρους ή καθαριστές) που πρέπει να εισέλθουν στο χώρο στο πλαίσιο της εργασίας τους.

Ένα άλλο πρόβλημα σχετικά με τους χώρους καπνίσματος είναι το σημαντικό **οικονομικό κόστος**, το οποίο θα δημιουργούσε ένα άνισο πεδίο ανταγωνισμού για τις μικρότερες επιχειρήσεις.<sup>82</sup> Επιπλέον, η λειτουργία και η συντήρηση αεριζόμενων χώρων καπνίσματος απαιτούν τεράστια υποδομή **ελέγχου και παρακολούθησης**. Τα στοιχεία δείχνουν ότι, όπου χρησιμοποιούνται συστήματα αερισμού, συχνά δεν πληρούν τα πρότυπα που ορίζονται από το τη νομοθεσία.<sup>83</sup>

Εάν οι αεριζόμενοι χώροι καπνίσματος μπορούν να θεωρηθούν ως βιώσιμη επιλογή για τους εξαιρούμενους δημόσιους χώρους, πρέπει να πληρούν τις ακόλουθες απαιτήσεις:

- να είναι πλήρως κλειστοί και απομονωμένοι από τους χώρους στους οποίους απαγορεύεται το κάπνισμα,
- να είναι εξοπλισμένοι με σύστημα αερισμού ξεχωριστό από το σύστημα των χώρων στους οποίους απαγορεύεται το κάπνισμα,
- να έχουν αρνητική πίεση αέρος για την πρόληψη της διάδοσης του καπνού σε άλλους χώρους,
- καμία άλλη δραστηριότητα εκτός του καπνίσματος δεν πρέπει να επιτρέπεται στο χώρο αυτό προκειμένου να μειωθεί στο ελάχιστο η ανάγκη για τους υπαλλήλους να εκτελούν στο χώρο αυτό δραστηριότητες που έχουν σχέση με την εργασία<sup>84</sup>.

Στη Μάλτα, την Ιταλία και τη Σουηδία, οι οποίες επιτρέπουν τη δημιουργία χώρων καπνίσματος με ξεχωριστό εξοπλισμό, οι περισσότερες επιχειρήσεις επέλεξαν να μη χρησιμοποιήσουν αυτή την επιλογή.

## V. ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Ορισμένες **διαφορετικές επιλογές πολιτικής** διατίθενται για την επίτευξη των στόχων απαγόρευσης του καπνίσματος. Ο στόχος πρέπει να είναι η εξεύρεση μιας επιλογής με την οποία να επιτυγχάνονται καλύτερα οι στόχοι ενώ ταυτόχρονα να μειώνονται στο ελάχιστο το κόστος και οι επιβαρύνσεις. Οι κανονιστικές επιλογές που περιγράφονται κατωτέρω απαριθμούνται προκειμένου να αντικατοπτρίσουν ένα μεγαλύτερο επίπεδο πιθανής παρέμβασης της ΕΕ (από τη συνέχιση του σημερινού επιπέδου δραστηριότητας στην ανάπτυξη νέου δεσμευτικού πλαισίου με βάση τη νομοθεσία της ΕΕ).

Αυτές οι πολιτικές επιλογές δεν αποκλείουν η μία την άλλη και μπορεί να αλληλοσυμπληρώνονται. Για παράδειγμα, μια σύσταση της Επιτροπής θα μπορούσε να αποτελεί κίνητρο για πρωτοβουλίες αυτορύθμισης στα ενδιαφερόμενα μέρη και τα κράτη μέλη. Μέσα αυτορύθμισης, αφενός, θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως βάση και/ή συμπλήρωμα στο δεσμευτικό νομικό καθεστώς (π.χ. με την κάλυψη δημόσιων χώρων για τους οποίους δεν ισχύει ακόμη η νομοθεσία ή για αυτούς που εξαιρούνται από την απαγόρευση του καπνίσματος).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το πεδίο εφαρμογής των διαφόρων πολιτικών μέσων θα διαφέρει. Συνεπώς, ενώ η νομοθεσία προστασίας των εργαζομένων της ΕΕ θα ισχύει σε δημόσιους χώρους μόνον αν πρόκειται για θέσεις εργασίας σύμφωνα με τα όρια που προβλέπονται στη Συνθήκη, μια πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους θα μπορούσε να ενθαρρυνθεί με μη δεσμευτικά μέτρα (όπως μια σύσταση της Επιτροπής ή του Συμβουλίου), με νομοθετικά μέτρα που λαμβάνονται από τα κράτη μέλη και/ή με προαιρετικά μέτρα που λαμβάνονται από τα ενδιαφερόμενα μέρη.

Προκειμένου να είναι αποτελεσματικό, κάθε ρυθμιστικό μέσο πρέπει επίσης να εξοπλιστεί με βιώσιμα μέσα **επιβολής** και ένα διαφανές καθεστώς **ελέγχου**. Της εισαγωγής των ρυθμιστικών μέτρων, είτε σε επίπεδο ΕΕ ή σε εθνικό ή κατώτερο επίπεδο, πρέπει επίσης να προηγούνται **εκστρατείες δημόσιων διαβουλεύσεων και πληροφόρησης** καθώς και μια **αξιολόγηση του αντικτύπου**.

## 1. ΚΑΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΚΑΘΙΕΡΩΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η επιλογή αυτή θα σήμαινε ότι εκ μέρους της ΕΕ δεν υπάρχει καμία νέα δραστηριότητα, ενώ **συνεχίζεται η τρέχουσα εργασία** σχετικά με το παθητικό κάπνισμα στο πλαίσιο των διαφόρων κοινοτικών προγραμμάτων (δημόσια υγεία, έρευνα, απασχόληση). Οι ρυθμιστικές εξελίξεις στον τομέα αυτόν θα αφεθούν στα κράτη μέλη και στη διαδικασία της σύμβασης πλαίσιο για την καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού.

Οι πόροι που εξοικονομούνται από την ανάπτυξη και την εφαρμογή τυχόν νέας πολιτικής πρωτοβουλίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την εξασφάλιση της σωστής εφαρμογής των υφιστάμενων συστάσεων της ΕΕ και των οδηγιών για την υγεία και ασφάλεια στον επαγγελματικό τομέα. Ιδίως, η καθοδήγηση για εργοδότες, εργαζόμενους και αρμόδιες αρχές των κρατών μελών θα μπορούσε να αναπτυχθεί για να εξασφαλιστεί καλύτερη εφαρμογή της οδηγίας-πλαίσιο (89/391/ΕΟΚ) η οποία – μολονότι δεν αναφέρεται ρητώς στο περιβάλλον του καπνού – καλύπτει ήδη όλους τους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένου του καπνού.

Προσπάθειες θα μπορούσαν επίσης να καταβληθούν στην προώθηση περιβάλλοντος χωρίς καπνό με διαφορετικά από τη νομοθεσία μέσα, όπως είναι εκστρατείες πληροφόρησης και διαπαιδαγώγησης, πρωτοβουλίες δικτύωσης κ.λπ. Η τρέχουσα εκστρατεία καταπολέμησης του καπνίσματος "HELP" θα συνεχιστεί έως το 2008 και μπορεί να ακολουθήσει άλλη πρωτοβουλία αύξησης της ευαισθητοποίησης.

Επιπλέον, οι εργασίες σχετικά με την ποιότητα του αέρα εσωτερικών χώρων, συμπεριλαμβανομένου του περιβάλλοντος του καπνού θα συνεχιστούν ως συνέπεια της δράσης 12 του σχεδίου δράσης για τη σχέση περιβάλλοντος και υγείας. Οι αναγκαίοι πόροι για τα διάφορα σχέδια στον τομέα αυτόν θα προέρχονται από το πολυετές στρατηγικό πρόγραμμα Life+ 2007-2010<sup>85</sup>, το έβδομο πρόγραμμα πλαίσιο έρευνας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας<sup>86</sup> και το πρόγραμμα δημόσιας υγείας<sup>87</sup>.

Τα κράτη μέλη θα διατηρήσουν το δικαίωμα να αποφασίσουν κατά πόσο και με ποιο τρόπο θα εισαγάγουν μέτρα απαλλαγής από τον καπνό ανάλογα με τις εθνικές περιστάσεις και τις πολιτιστικές διαφορές. Η τάση προς το περιβάλλον χωρίς καπνό θα συνεχιστεί κατά πάσα πιθανότητα, ενισχυμένη από τη σύνταξη και τη δημοσίευση των κατευθυντήριων γραμμών της σύμβασης-πλαίσιο για την καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού. Ορισμένες εθνικές κυβερνήσεις, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της Δανίας, της Γερμανίας, της Λετονίας, της Πορτογαλίας και της Σλοβενίας, έχουν ήδη ανακοινώσει τις προθέσεις τους να ενισχύσουν τους εθνικούς κανονισμούς για την απαγόρευση του καπνίσματος στο εγγύς μέλλον.

Ωστόσο, από όλες τις επιλογές αυτή αναμένεται να είναι η λιγότερο αποτελεσματική για τη μείωση της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και τις σχετικές επιβλαβείς συνέπειες. Η πρόοδος στα διάφορα κράτη μέλη ενδέχεται να διαφέρει. Ως αποτέλεσμα ατελών κανονισμών, πολλές ευάλωτες ομάδες θα εξακολουθούν να εκτίθενται στον καπνό του περιβάλλοντος σε εσωτερικούς χώρους δημόσιας χρήσης. Αυτό θα μπορούσε να παρουσιάσει τον κίνδυνο άσκησης προσφυγών από πολίτες για τη βλάβη της υγείας του που προκαλείται από το παθητικό κάπνισμα.

Λόγω των ευρέως διαδεδομένων προσδοκιών για μια πρωτοβουλία της ΕΕ για την απαγόρευση του καπνίσματος, θα υπήρχε κίνδυνος απογοήτευσης του κοινού. Αν συνεχιστεί η καθιερωμένη κατάσταση θα ήταν επίσης μια χαμένη ευκαιρία να αξιοποιηθεί η τρέχουσα πολιτική ώθηση προς χώρους χωρίς καπνό στην ΕΕ.

## 2. ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Η επιλογή αυτή συνίσταται στην ενθάρρυνση των ενδιαφερομένων μερών να εγκρίνουν εθελοντικά κοινές κατευθυντήριες γραμμές σε ευρωπαϊκό επίπεδο προκειμένου να απαλλαγούν περισσότεροι χώροι από τον καπνό. Κλαδικές προσεγγίσεις (π.χ. στον τομέα δραστηριοτήτων αναψυχής και τροφοδοσίας) θα μπορούσαν να προωθούνται. Η εταιρική κοινωνική ευθύνη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως βάση για εξέλιξη στον τομέα αυτό.

Προκειμένου να διευκολυνθούν οι συζητήσεις, θα μπορούσε να θεσπισθεί μια διαδικασία ευρείας πλατφόρμας στην οποία θα συμμετείχαν η κοινωνία των πολιτών και οι οικονομικοί φορείς καθώς και οι αντιπρόσωποι των θεσμικών οργάνων της ΕΕ, των κρατών μελών και των διεθνών οργανισμών. Μια τέτοιου είδους πλατφόρμα είχε καθοριστεί το περασμένο έτος στον τομέα της διατροφής και της σωματικής άσκησης. Μια παρόμοια διαδικασία έχει προταθεί πρόσφατα για την ανάπτυξη μιας ευρείας στρατηγικής της ΕΕ κατά των αλκοολούχων ποτών.

Μια άλλη επιλογή θα μπορούσε να είναι η ενθάρρυνση των ευρωπαϊών κοινωνικών εταίρων (οργανώσεις εργοδοτών και συνδικαλιστικών οργανώσεων) να διαπραγματευτούν αυτόνομη συμφωνία σχετικά με το κάπνισμα στο χώρο εργασίας με βάση το άρθρο 138 της Συνθήκης. Η αυτορύθμιση μέσω του ευρωπαϊκού κοινωνικού διαλόγου είχε ως συνέπεια διάφορα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της έγκρισης άνω των 300 κοινών κειμένων από τους ευρωπαίους κοινωνικούς εταίρους.

Στην ιδανική περίπτωση, η αυτορύθμιση μπορεί να είναι πιο γρήγορη και πιο ευέλικτη από τους παραδοσιακά νομοθετικούς διαύλους και να παρέχει μια ευκαιρία στους οικείους κλάδους και επιχειρήσεις να έχουν μεγαλύτερη άμεση επιρροή στις πολιτικές που υιοθετούνται. Επίσης έχει το δυναμικό να δημιουργήσει ένα συναίσθημα ευθύνης και κυριότητας στα ενδιαφερόμενα μέρη. Ωστόσο, η πρόοδος που επιτεύχθηκε εξαρτάται από την προθυμία των ενδιαφερομένων μερών να συμμορφωθούν με τη συμφωνημένη δέσμευση και την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών επιβολής. Στοιχεία από τα κράτη μέλη αποδεικνύουν, δυστυχώς, ότι οι εθελοντικές συμφωνίες δεν ήταν αποτελεσματικές στον τομέα της καταπολέμησης του καπνίσματος. Ειδικά στον κλάδο των δραστηριοτήτων αναψυχής και της φιλοξενίας, τα προαιρετικά μέτρα δεν έχουν επιτύχει ακόμη το θεμελιώδη στόχο της σημαντικής μείωσης της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος.

Π.χ., στο ΗΒ, μετά από πέντε έτη εθελοντικής συμφωνίας μεταξύ του υπουργείου Υγείας και των κύριων ενώσεων επιχειρήσεων στον κλάδο της φιλοξενίας, διαπιστώθηκε ότι σε λιγότερα από το 1% των μπαρ απαγορευόταν το κάπνισμα.<sup>88</sup> Στην Ισπανία, η νομοθεσία του 2006 έδωσε την επιλογή σε μπαρ και εστιατόρια μεγέθους κάτω των 100 m<sup>2</sup> να μην επιτρέπουν το κάπνισμα σε προαιρετική βάση. Από προγενέστερα στοιχεία φαίνεται ότι μόνον το 10% των επιλέξιμων καταστημάτων αποφάσισαν να την εφαρμόσουν.<sup>89</sup> Στο Παρίσι ένα προαιρετικό

σύστημα με στόχο να ενθαρρυνθούν τα 12.452 καφέ, μπιστρό και μπουραρίες να δηλωθούν ως ζώνες απαγόρευσης του καπνίσματος υιοθετήθηκε από μόλις 30 καταστήματα<sup>90</sup>

### 3. ΑΝΟΙΚΤΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ.

Στην επιλογή αυτή εμπλέκονται οι συντονιστικές προσπάθειες των κρατών μελών για περιβάλλοντα χωρίς καπνό χρησιμοποιώντας την επονομαζόμενη «ανοικτή μέθοδο συντονισμού». Τα κράτη μέλη θα ενθαρρύνονται με τον τρόπο αυτό να συγκλίνουν περισσότερο τους δικούς τους νόμους απαγόρευσης του καπνίσματος χωρίς να υπάρχει ανάγκη για άμεση εναρμόνιση (μολονότι αυτό θα παραμείνει μια δυνατότητα).

Περιλαμβάνονται τα ακόλουθα στοιχεία:

- Ανταλλαγή εμπειριών και **βέλτιστων πρακτικών** για τη θέσπιση πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο,
- Επίτευξη συμφωνιών σχετικά με κοινούς στόχους και κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ με βάση επιτυχείς εμπειρίες τόσο εντός των κρατών μελών όσο και εκτός της ΕΕ. Αυτές θα μπορούσαν να συνοδεύονται από σχετικές προθεσμίες, μαζί με τους όρους για την παρακολούθηση και την επιβολή,
- Μεταφορά αυτών των κατευθυντήριων γραμμών σε εθνικά σχέδια δράσης για τη μείωση της έκθεσης σε περιβάλλοντα καπνού με ειδικά χρονοδιαγράμματα για την επίτευξη των βραχυπρόθεσμων, μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων,
- Περιοδική παρακολούθηση, αξιολόγηση και αξιολόγηση από ομότιμους, π.χ. με τη μορφή ετήσιων εκθέσεων από τα κράτη μέλη.

Ορισμένες χώρες έχουν ήδη ταχθεί υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος και ορισμένα άλλα έχουν δηλώσει την πρόθεσή τους να κάνουν το ίδιο. Τα κράτη μέλη επίσης αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, όπως είναι η αντίσταση από τη βιομηχανία, η επιφύλαξη του κοινού και η μη συμμόρφωση με τις υφιστάμενες απαιτήσεις. Ο συντονισμός της ΕΕ θα μπορούσε να είναι χρήσιμος για την επίτευξη μιας διαδικασίας αμοιβαίας γνωστοποίησης και ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των κρατών μελών.

Ωστόσο, η δέσμευση σε στόχους σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος θα παρέμεινε εθελοντική και δεν θα υπήρχαν κυρώσεις για τη μη συμμόρφωση με τους συμφωνημένους στόχους. Η αποτελεσματικότητα του συστήματος θα εξαρτιόταν από την ισχύ της πολυμερούς επιτήρησης και της αμοιβαίας πίεσης.

### 4. ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Η εν λόγω επιλογή συνίσταται στην ενθάρρυνση των κρατών μελών να εγκρίνουν εθνική νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος υπό την καθοδήγηση μιας περιεκτικής σύστασης της Επιτροπής ή του Συμβουλίου σχετικά με ένα περιβάλλον χωρίς καπνό με βάση το άρθρο 152 ΕΚ, στην οποία θα καθορίζονται οι

προτεινόμενες πορείες δράσης. Θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ανεξάρτητα ή ως μέρος των συστημάτων αυτορύθμισης ανάμεσα στα κράτη μέλη (επιλογή 3) και/ή στην βιομηχανία (επιλογή 2).

Μολονότι δεν θα είχε δεσμευτική ισχύ, μια τέτοιου είδους σύσταση θα αποτελούσε ρητή δήλωση εκ μέρους της Επιτροπής ή του Συμβουλίου ότι πρέπει να αναληφθεί δράση για την εξάλειψη του παθητικού καπνίσματος στην Ευρώπη. Θα επανέφερε το θέμα στην πολιτική ημερήσια διάταξη σε υψηλό επίπεδο προτεραιότητας σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ και συνεπώς θα παρείχε υποστήριξη για τις ενέργειες των κρατών μελών.

Η αποτελεσματικότητα αυτής της επιλογής θα εξαρτιόταν σε μεγάλο βαθμό από την σαφήνεια των κατευθυντήριων γραμμών της ΕΕ και της απαιτήσεις υποβολής αναφοράς. Σαφείς στόχοι συνοδευόμενοι από συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα και δείκτες (π.χ. μια σύσταση ότι ένα συγκεκριμένο ποσοστό των θέσεων εργασίας θα απαλλαγεί από τον καπνό σε ένα συγκεκριμένο έτος και τομέα) θα είχε σίγουρα μεγαλύτερο αντίκτυπο από τις συστάσεις πιο γενικού χαρακτήρα. Επίσης, η απαίτηση για την εφαρμογή καθεστώτος παρακολούθησης και τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων θα δημιουργήσει πίεση από την κοινή γνώμη για πιο έντονη επιβολή και τη χάραξη πιο αυστηρής πολιτικής.

Μολονότι η επιλογή αυτή θα προσφέρει ελαστικότητα στα κράτη μέλη, ο κύριος κίνδυνος θα είναι ότι μερικά κράτη μέλη ενδέχεται να επιλέξουν να μην αντιδράσουν καθόλου.

## **5. ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Η κοινοτική δράση στον τομέα αυτό θα περιελάμβανε την έγκριση δεσμευτικών νομοθετικών μέτρων. Η δεσμευτική νομοθεσία θα επέβαλε ένα συγκρίσιμο, διαφανές και εφαρμόσιμο βασικό επίπεδο προστασίας από τον κίνδυνο της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος σε όλα τα κράτη μέλη.

Αφενός μια νομοθετική διαδικασία εξασφαλίζει επίσημες διαβουλεύσεις και ενδελεχείς διαπραγματεύσεις στις οποίες εμπλέκονται όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη, γεγονός που μπορεί να καταστήσει πιο ισχυρή την απορρέουσα πολιτική. Αφετέρου, η νομοθετική οδός ενδέχεται να είναι σχετικά μακρόπνοος και το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι δύσκολο να προβλεφθεί.

Η ακριβής νομική βάση της νομοθεσίας θα μπορούσε να καθοριστεί μόνον όταν οριστεί ο ακριβής χαρακτήρας και το πεδίο εφαρμογής του εργαλείου και αυτή η επιλογή θα πρέπει να λάβει υπόψη τα αποτελέσματα αυτής της δημόσιας διαβούλευσης.

Λίγες επιλογές μπορούν ήδη στο στάδιο αυτό να αναφερθούν, με την επιφύλαξη του αποτελέσματος της δημόσιας διαβούλευσης.

- Αναθεώρηση των υφιστάμενων οδηγιών με βάση την οδηγία πλαίσιο για την ασφάλεια και την υγεία στο χώρο εργασίας 89/391/ΕΟΚ. Η επιλογή αυτή θα μπορούσε να συμπεριλάβει, ιδίως, την επέκταση του πεδίου εφαρμογής της οδηγίας για τους καρκινογόνους και μεταλλαξογόνους παράγοντες 2004/37 (για την κάλυψη του καπνού του περιβάλλοντος) και/ή ενίσχυση των απαιτήσεων για την προστασία των εργαζομένων από τον καπνό στην οδηγία 89/654/ΕΟΚ σχετικά με τις ελάχιστες απαιτήσεις υγείας και ασφάλειας.
- Μια άλλη επιλογή θα είναι να εκδοθεί ξεχωριστή οδηγία σχετικά με το κάπνισμα στο χώρο εργασίας.
- Μολονότι δεν σχετίζονται άμεσα με την προστασία από το παθητικό κάπνισμα, μια πιθανή επιλογή θα ήταν ενδεχομένως η τροποποίηση της οδηγίας για τις επικίνδυνες ουσίες (67/548/ΕΟΚ)<sup>91</sup> για την ταξινόμηση του καπνού του περιβάλλοντος ως καρκινογόνου παράγοντα. Αυτό θα φέρει τον καπνό του περιβάλλοντος στο πεδίο εφαρμογής της οδηγίας καρκινογόνων και μεταλλαξογόνων παραγόντων.

Η πρώτη από τις δύο επιλογές θα πρέπει να περιοριστεί στο πεδίο του περιβάλλοντος στο χώρο εργασίας. Θα μπορούσαν να εφαρμοστούν είτε σε όλους τους χώρους εργασίας ή σε ορισμένες κατηγορίες χώρων εργασίας και θα έπρεπε να εξασφαλίσουν ότι οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε επικίνδυνα επίπεδα καπνού του περιβάλλοντος καλύπτονται δεόντως.

Τέλος η έκδοση νομοθετικού εργαλείου εντός των ορίων της Συνθήκης δεν θα εμποδίσουν την Κοινότητα από την έγκριση συνοδευτικών μέτρων ο χαρακτήρας των οποίων δεν θα ήταν δεσμευτικός και το οποίο θα μπορούσε να συμβάλει στην εξασφάλιση του γενικού στόχου προστασίας από τον καπνό στο περιβάλλον σε όλους τους τομείς.

## VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψη τα αδιαφιλονίκητα επιστημονικά στοιχεία της βλάβης που προκαλεί το παθητικό κάπνισμα και τον αντίκτυπο των πολιτικών καθαρού αέρα σε εσωτερικούς χώρους στη συνολική μείωση της χρήση του καπνού, η Επιτροπή κρίνει ότι η πολιτική με το ευρύτερο πεδίο εφαρμογής θα μπορούσε να επιφέρει το μέγιστο όφελος στη δημόσια υγεία του πληθυσμού. Επίσης θα δημιουργούσε ένα επίπεδο ανταγωνισμού για όλους τους επιχειρηματίες. Ορισμένα παραδείγματα ενιαίας πολιτικής για την απαγόρευση του καπνίσματος που σημείωσαν επιτυχία και ισχύουν τώρα σε όλο τον κόσμο αποδεικνύουν ότι αυτή η επιλογή είναι βιώσιμη και εφαρμόσιμη.

Το επιθυμητό επίπεδο εμπλοκής της ΕΕ στην προώθηση της νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος είναι ένα ανοικτό ερώτημα και συνδέεται επίσης με τις επίκαιρες εξελίξεις στα κράτη μέλη, μερικά από αυτά έχουν πρόσφατα αποφασίσει να λάβουν μέτρα για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.



Η Επιτροπή καλεί όλα τα θεσμικά όργανα της ΕΕ, τα κράτη μέλη και όλους τους ενδιαφερόμενους πολίτες, τα μέρη και τις οργανώσεις να υποβάλουν απαντήσεις στα θέματα που τίγονται στην πράσινη αυτή βίβλο. Η Επιτροπή ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για τις απόψεις των ενδιαφερομένων μερών σχετικά με τα ακόλουθα θέματα:

## Ερωτήσεις

- (1) Ποιες από τις δύο προσεγγίσεις που προτείνονται στο τμήμα IV θα ήταν πιο επιθυμητή όσον αφορά το πεδίο της εφαρμογής για μια πρωτοβουλία με στόχο την απαγόρευση του καπνίσματος: η ολική απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους του κλειστούς δημόσιους χώρους και χώρους εργασίας ή η απαγόρευση με εξαιρέσεις που επιτρέπονται σε επιλεγμένες κατηγορίες χώρων; Να επισημάνετε το λόγο/τους λόγους για την επιλογή σας.
- (2) Ποια από τις στρατηγικές επιλογές που περιγράφονται στο τμήμα V θα ήταν η πιο επιθυμητή και κατάλληλη για την προώθηση ενός περιβάλλοντος χωρίς καπνό; Ποια μορφή παρέμβασης της ΕΕ θεωρείτε αναγκαία για την επίτευξη των στόχων σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος;
- (3) Υπάρχουν τυχόν επιπλέον ποσοτικά ή ποιοτικά στοιχεία σχετικά με την υγεία, τον κοινωνικό ή οικονομικό αντίκτυπο των πολιτικών για την απαγόρευση του καπνίσματος τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη;
- (4) Έχετε άλλα σχόλια ή προτάσεις σχετικά με την πράσινη βίβλο;

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές θα αποσταλούν έως τις 1 Μαΐου 2007 στην ακόλουθη διεύθυνση (κατά προτίμηση με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο):

European Commission

Directorate-General Health and Consumer Protection

Unit C6 – Health Measures

Ηλεκτρονική διεύθυνση: [sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu](mailto:sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu)

Ταχ. Δ/ση: B-1040 Brussels

Fax: (+32) 2 298 42 04

Όλες οι απαντήσεις στην παρούσα πράσινη βίβλο θα δημοσιευθούν στο δικτυακό τόπο της Επιτροπής εκτός αν οι απαντώντες δηλώσουν το αντίθετο.

## VII. ANNEXES

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

<b>Interventions: Codes_and Descriptions</b>	<b>Cost per year (I\$, millions) per one million_population [i.e. cost per capita]</b>	<b>DALYs** averted per year per one million population</b>	<b>Average Cost per DALY averted</b>
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

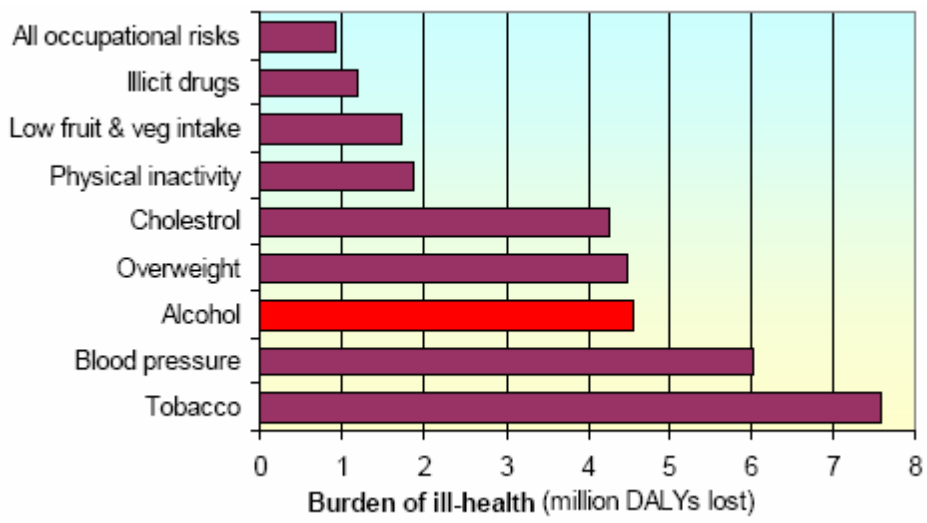
**Source:**

WHO-CHOICE webpage: [http://www.who.int/choice/results/tob\\_eura/en/index.html](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).

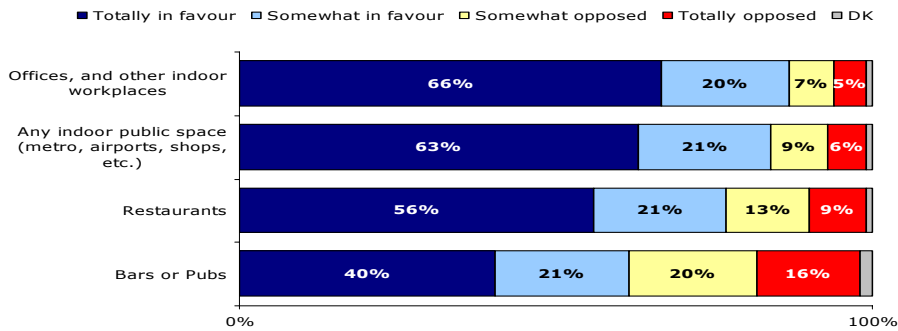
### **Annex II: Global burden of ill-health**



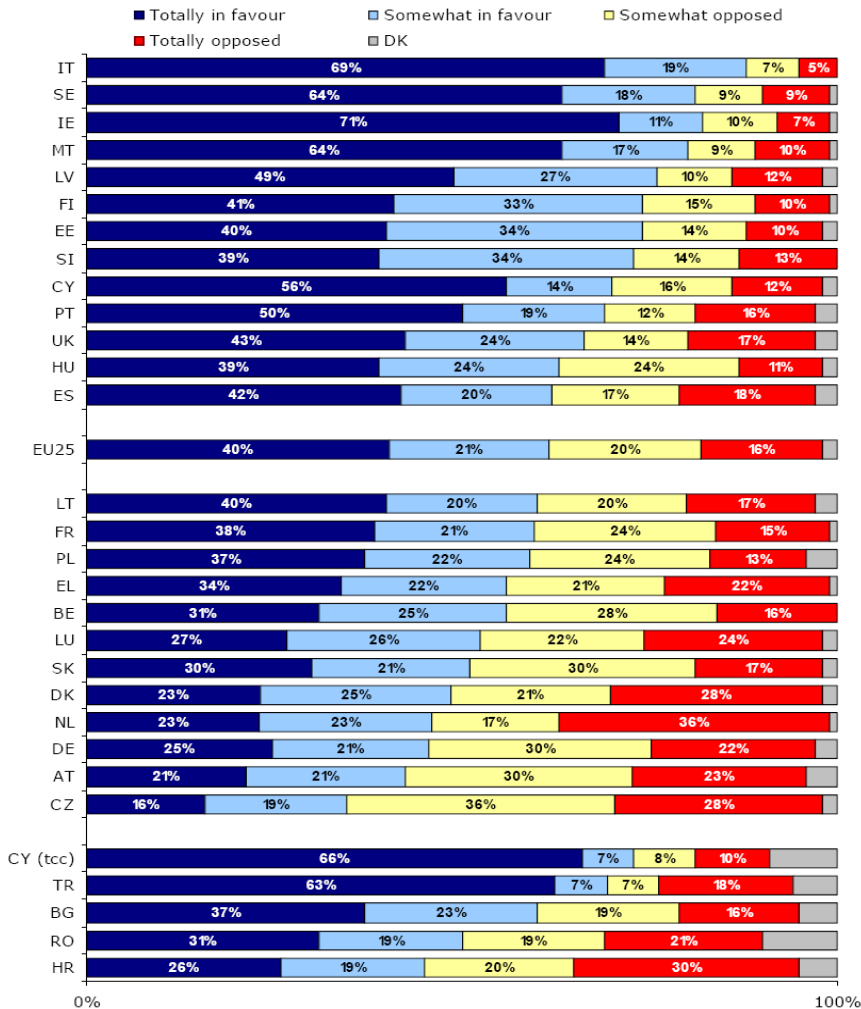
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

## 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](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](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-<br/>documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm)  
5 International Agency for Research on Cancer (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](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](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](http://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](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  
32 Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res.* 2004 Dec;6 Suppl 3:S341-51.

33 "Attitudes of Europeans towards tobacco", Special Eurobarometer 239, January 2006,  
34 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/ebs\\_239\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf)

35 Jones S, Muller T., "Public attitudes to smoke-free policies in Europe", *Lifting the smokescreen, op. cit.*  
36 Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, Cummings KM, Fong GT.  
37 Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries:  
38 findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey.  
39 *Tob Control.* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii34-41.

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

43 Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna  
44 JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services.  
45 Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental  
46 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.

38 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)

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.

39 [http://ec.europa.eu/comm/health/ph\\_projects/2002/pollution/fp\\_pollution\\_2002\\_frep\\_02.pdf](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).

41 [http://ec.europa.eu/comm/health/ph\\_projects/2001/pollution/fp\\_pollution\\_2001\\_frep\\_02.pdf](http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf)

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

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

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

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

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.

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  
49 fire or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.  
50 OJ L 158, 30.4.2004, p. 50–76.  
51 OJ L 263, 24.9.1983, p. 25–32.  
52 OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.  
53 It should be noted that currently there is a proposal aiming at modifying the Directive (COM 2003-644)  
54 but it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.  
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](http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9)  
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](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](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/shscre-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](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.

80 [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC\\_COP1\\_DIV8-en.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf)

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

91 <http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>.  
OJ 196, 16.8.1967, p. 1-98.