



EUROOPA ÜHENDUSTE KOMISJON

Brüssel 30.1.2007
KOM(2007) 27 lõplik

ROHELINE RAAMAT

Suund Euroopa vabastamisele tubakasuitsust: poliitikavalikud ELi tasandil

(komisjoni esitatud)

SISUKORD

I.	SISSEJUHATUS	4
II.	MEETMETE RAKENDAMISE PÕHJENDATUS.....	5
1.	Tervishoiukaalutlused	5
1.1.	Keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuute mõju tervisele	5
1.2.	Kokkupuute määrad	6
1.3.	Suitsuvaba algatuse mõju	7
2.	Majanduslikud kaalutlused	7
2.1.	Majanduslik koormus	7
2.2.	Suitsuvaba algatuse mõju	8
2.3.	Soovimatute tagajärgede oht	8
3.	Sotsiaalsed kaalutlused	8
3.1.	Avalik toetus suitsetamisvastastele seadustele.....	8
3.2.	Mõju tubakatarbimisele.....	9
3.3.	Mõju sotsiaalsele võrdsusele.....	9
4.	Impulss meetmete võtmiseks	9
III.	PRAEGUNE REGULEERIV KESKKOND	10
1.	riiklikud sätted.....	10
2.	Olemasolevad ühenduse sätted	11
IV.	SUITSUVABA ALGATUSE KOHALDAMISALA	12
1.	Kõikehõlmavad suitsetamisvastased eeskirjad	13
2.	Suitsetamisvastased eeskirjad ja erandid	14
2.1.	Erand tegevusloaga võõrustamissektori puhul.....	15
2.2.	Erand toitlustamiseta pubide ja baaride puhul	15
2.3.	Eraldi ventileeritavad kinnised suitsuruumid	15
V.	REGULEERIMISVÕIMALUSED	17
1.	Püsiv status quo.....	17
2.	Vabatahtlikud meetmed	18
3.	Avatud koordineerimismeetod	19
4.	Komisjoni või nõukogu soovitus	20

5.	Siduvad õigusaktid.....	20
VI.	LÕPPMÄRKUSED	21

I. SISSEJUHATUS

Kokkupuude keskkonnas leviva tubakasuitsuga – teisene tubakasuits ja passiivne suitsetamine – on jätkuvalt ülemäärase haigestumuse ja suremuse levinud põhjuseks Euroopa Liidus ning selle hind on kogu ühiskonnale tuntav.

Koordineeritud jõupingutused suitsuvaba Euroopa nimel on komisjoni tervishoiu-, keskkonna-, tööhõive- ja teaduspoliitika üheks prioriteediks. Oma keskkonna ja tervise tegevuskavas aastateks 2004–2010 pühendub komisjon siseruumide õhukvaliteedi parandamisele suunatud tööle, pannes erilist rõhku suitsetamise piirangute kehtestamisele kõikides töökohtades, otsides selleks seaduslikke mehhanisme, ja tervise edendamise algatustele nii üleeuroopalisel kui ka liikmesriikide tasandil.

Juba on astunud olulisi samme tubakavaba keskkonna propageerimisel ELis. Üheksakümnendate aastate algul määrati mitme ELi töötervishoidu ja tööohutust käsitleva direktiiviga kindlaks teatavad piirangud tööalsetele suitsetamisele. Neid täiendati nõukogu 1989. aasta resolutsiooniga¹ ja 2002. aasta soovitusel suitsetamise ennetamise kohta,² milles kutsuti liikmesriike üles kaitsma kokkupuude eest keskkonnas leiduva tubakasuitsuga töökohtadel siseruumides, kinnistes avalikes kohtades ja ühistranspordis. Lisaks õiguslikele meetmetele seati kahe tubakavastase meediakampaaniaga – „Julge öelda ei” (2001–2004) ja „HELP: elagem tubakata” (2005–2008) – sihiks passiivse suitsetamise ohtude rõhutamine ja tubakavaba eluviisi propageerimine, eriti noorte seas.

Riiklikud õigusaktid on liikmesriigiti väga erinevad. Komisjon tervitab Iirimaa, Itaalia, Malta ja Rootsi ning Ühendkuningriigi teatavate osade head eeskujut, mis julgustab kõiki liikmesriike astuma kiireid samme tervislike meetmete juurutamiseks, et kaitsta oma kodanikke passiivse suitsetamise kahjuliku mõju eest.

Rahvusvahelisel tasandil tunnustatakse Maailma Terviseorganisatsiooni tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsioonis (WHO FCTC – *Framework Convention of Tobacco Control*), mille on allkirjastanud 168 ja ratifitseerinud 141 osapoolt,³ kaasa arvatud ühendus, et teaduslikud tõendid näitavad selgelt, et kokkupuude tubakasuitsuga põhjustab surma, haigusi ja invaliidsust. Konventsioon kohustab ühendust ja selle liikmesriike tõkestama kokkupuudet tubakasuitsuga töökohtadel siseruumides, ühistranspordis ja kinnistes avalikes kohtades.

Käesoleva rohelise raamatu eesmärk on käivitada laiaulatuslikud konsultatsioonid ja avalik arutelu selle üle, kuidas liikuda edasi passiivse suitsetamise tõkestamisel ELis, kaasates ELi institutsioonid, liikmesriigid ja kodanikuühiskonna.

Komisjon analüüsib põhjalikult kõiki käesoleva rohelise raamatu kohta laekunud vastukajaid ning kujundab selle põhjal oma edasise tegevuskava. Konsultatsioonide tulemustele pühendatud aruanne ilmub kavakohaselt 2007. aasta esimesel poolel. Paralleelselt jätkub keskkonna ja tervise tegevuskava järjena laiem töö siseruumide õhukvaliteedi parandamise alal.

II. MEETMETE RAKENDAMISE PÕHJENDATUS

1. TERVISHOIUKAALUTLUSED

1.1. Keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuute mõju tervisele

Keskkonnas leiduv tubakasuits sisaldab enam kui 4000 keemilist ühendit, sealhulgas üle 50 teadaoleva kantserogeense aine ja palju toksilisi aineid. Keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuute ohutut määra pole kindlaks tehtud, samuti pole alust arvata, et selline määr täiendavate uuringute käigus leitakse.

Keskkonnas leiduva tubakasuitsu klassifitseeris **teadaoleva inimesi ohustava kantserogeenina** 1993. aastal USA keskkonnakaitseamet, 2000. aastal USA tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ministeerium ning 2002. aastal WHO Rahvusvaheline Vähiuurimiskeskus. Lisaks sellele on Soome (2000) ja Saksamaa (2001) valitsus klassifitseerinud selle **töökoha kantserogeenina**. Äsja klassifitseeris California keskkonnakaitseamet tubakasuitsu **toksiliseks õhusaasteks**.

Mitmed hiljutised ülevaated on kinnitanud passiivse suitsetamisega kaasnevat tõsist ohtu elule ja tervisele.⁴ On kindlaks tehtud, et pidev kokkupuute teisese suitsuga põhjustab paljusid neid haigusi, mida ka aktiivne suitsetamine põhjustab, kaasa arvatud kopsuvähk, südame-veresoonkonna haigused ja haigused lastel.

WHO-IARC ülevaates leiti, et koos suitsetajaga elaval mittesuitsetajal on 20–30% suurem risk haigestuda kopsuvähki. Kokkupuute tubakasuitsuga töökohal suurendab riski hinnanguliselt 12–19%.⁵ Seosed keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise ja muude vähitüüpide vahel on vähem selged.

On leitud, et kooselu suitsetajaga suurendab mittesuitsetaja ohtu haigestuda südame südamepõrgarteritõppe **25–30%**⁶ (hiljutine uuring lubab oletada, et see näitaja võib tegelikult suurem olla).⁷ Samuti leitakse üha rohkem tõendeid, et passiivne suitsetamine on põhjustanud ajurabandusi mittesuitsetajate hulgas, ehkki sellise riski täpsemaks hindamiseks on tarvis täiendavaid uuringuid.⁸

Passiivset suitsetamist seostatakse **hingamisteede haigustega**⁹ ning see on astmahaigete, allergikute ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega isikute seisundi halvenemise peamine põhjus, mis viib ühiskondlikust elust ja tööst tagasitõmbumiseni. Raskekujulist astmat põdevate inimeste hulgas hiljuti tehtud üleeuroopalisest uuringust selgus, et nende üheks peamiseks tulevikusooviks on saada hingata tervislikku õhku.¹⁰

Teisene suits on eriti ohtlik **väikelastele ja imikutele**, kuna see on seotud imikute äkksurma, kopsupõletiku, bronhiidi, astma ja hingamisteede haigustega, samuti keskkõrvapõletikuga. Kokkupuute keskkonnas leiduva tubakasuitsuga võib **rasedatel** põhjustada sündiva lapse alakaalulisust, enneaegset sünnitust ja loote surma.¹¹

Viimane uuring näitab, et kokkupuude keskkonnas leiduva tubakasuitsuga peaaegu kahekordistab vanusega seotud kollatähni degeneratsiooni, mis on peamine nägemiskao põhjus ELis.¹²

Keskkonnas leiduva tubakasuitsu põhjustatud tervisekahjustuste puhul on enamikus doosi ja toime suhe lineaarne ehk teisisõnu – mida suurem kokkupuude, seda suurem risk. Individuaalne riskiaste on aktiivse suitsetamisega võrreldes madalam (nt kopsuvähi puhul vastavalt 1,2 ja 20). Sellele vaatamata toob asjaolu, et suur hulk inimesi puutub tubakasuitsuga kokku, kaasa olulise haiguskoormuse.

Südamehaiguste puhul **ei ole doosi ja toime suhe lineaarne**. Teisene suitsetamine sisaldab südamehaigustesse haigestumise riski, mis on peaaegu pool sellest riskist, mille põhjustab 20 sigareti suitsetamine päevas. Isegi väga väikesel tubakasuitsu kogusel võib olla vahetu mõju, põhjustades koagulatsiooni ja trombide teket ning pikemas perspektiivis ateroskleroosi väljakujunemist – need kõik on olulised südamehaiguste riskifaktorid.¹³ Seega on tegemist arvestatava mõjuriga – südamehaigused on ELis kõige sagedasem surmapõhjus nii suitsetajate kui mitesuitsetajate seas.

Euroopa kopsuarstide assotsiatsiooni (*European Respiratory Society*), Ühendkuningriigi vähiuuringute keskuse (*Cancer Research UK*) ja Prantsusmaa riikliku vähiinstituudi (*Institut National du Cancer*) uusimate – konservatiivsete – hinnangute kohaselt sureb ELi 25 riigis passiivse suitsetamise tõttu igal aastal **rohkem kui 79 000 täiskasvanut**. On tõendeid, et passiivne suitsetamine **töökohal** oli ELis 2002. aastal enam kui **7000 surmajuhtumi** põhjuseks ning kokkupuude tubakasuitsuga **kodudes** põhjustas veel **72 000 surmajuhtumit**. Need hinnangud hõlmavad surmajuhtumeid, mis on põhjustatud südamehaigustest, ajurabandusest, kopsuvähist ja mõningatest hingamisteede haigustest, mida passiivne suitsetamine tekitab. Samas ei ole arvesse võetud täiskasvanute surmajuhtumeid, mis olid tingitud muudest keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumisega seonduvatest põhjustest (näiteks kopsupõletik), laste surmajuhtumeid ja olulist raskekujulist haigestumust, nii ägedat kui kroonilist, mida passiivne suitsetamine põhjustab.¹⁴

1.2. Kokkupuute määrad

Peamised alalised ja intensiivsed keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise kohad on **kodu** ja **töökoht**.¹⁵ Vastavalt kutsetöös kantserogeenidega kokkupuudet käsitleva teabesüsteemi **CAREX** (*Information System on Occupational Exposure to Carcinogens*) 1998. aasta aruandele oli keskkonnas leiduv tubakasuits (päikesekiirguse järel) EL-15s teine levinuim kantserogeenidega kokkupuute allikas. Aastail 1990–1993 puutus ligikaudu 7,5 miljonit Euroopa töötajat vähemalt **75% oma tööajast** kokku teisese tubakasuitsuga.¹⁶

Paljudes seitsme Euroopa linna avalikes kohtades aastatel 2001–2002 tehtud uuring näitas, et tubakasuitsu leidus enamikus uuritud kohtades, sealhulgas puhke- ja võõrustuspaikades, transpordivahendites, haiglates ja haridusasutustes. Keskkonnas leiduva tubakasuitsu kontsentratsioon oli kõige suurem baarides ja diskoteekides, kusjuures neljatunnine kokkupuude tubakasuitsuga diskoteegis on umbes sama kui kuuajase kooselu jooksul koos suitsetajaga.¹⁷ Saadud tulemusi, et kokkupuute määrad on eriti kõrged just võõrustuspaikades, kinnitavad ka teised uuringud, milles

on kindlaks tehtud, et baaritöötajate keskmine kokkupuude tubakasuitsuga on vähemalt kolm korda suurem kui pidev elamine kodus, kus suitsetatakse.¹⁸

Mõnes liikmesriigis hiljuti kehtestatud suitsetamispiirangud on viinud kokkupuute tubakasuitsuga töökohas ning mõningates muudes paikades peaaegu nullini, samas kui riikides, kus pole üldisi piiranguid rakendatud, on kokkupuude tubakasuitsuga jätkuvalt suur, eriti võõrustus- ja meelelahutussektoris.¹⁹

Et hinnata keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumist kogu Euroopa Liidus, soovitas ELi inimeste bioseire ekspertrühm (*Expert Group on Human Biomonitoring*)²⁰ lisada kotiniin (keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise peamine biomarker) tulevase ELi inimeste bioseire katseprojekti kandidaatide nimekirja. Liikmesriigid on seda soovitusi mitmel puhul toetanud.

1.3. Suitsuvaba algatuse mõju

Suitsuvaba keskkonna loomise meetmed mitte üksnes ei kaitse inimesi keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise eest, vaid aitavad ka vähendada kogu elanikkonna tubakatarbimist. Passiivse ja aktiivse suitsetamise vähendamise mõju tervisele väljendub levinuimastesse haigustesse (eelkõige kopsuvähk, südame südamepürgarteritõbi, hingamisteede haigused ja insult) **haigestumiste ja nendega seotud surmajuhtumite arvu vähenemises**, samuti pikenenud elueas. Ehkki kogu kasu tervisele võib ilmuda alles kuni 30 aasta pärast, võib olulist paranemist, eriti hingamisteede ja südame-veresoonkonna haiguste suhtes, oodata 1–5 aasta jooksul.

Maailma Terviseorganisatsiooni projekti CHOICE hinnangul on avalike kohtade suitsuvabaks muutmine **tõhususelt teine sekkumisvorm** (maksu tõstmise järel) tubakatarvitamisest tingitud haigestumiste ja surmajuhtumite vähendamiseks (vt I lisa).

2. MAJANDUSLIKUD KAALUTLUSED

2.1. Majanduslik koormus

Liikmesriikidest (Ühendkuningriik, Iirimaa) ja väljastpoolt ELi saadud andmed annavad alust väita, et kokkupuude keskkonnas leiduva tubakasuitsuga põhjustab ülisuuri kulutusi nii üksikisiku kui ühiskonna tasandil, ehkki EL-27 kogukulud on veel välja arvatamata. **Kogu majandusel** lasub koormus, mis seisneb suurenenud tervishoiukulutustega seotud otsekuludes ning kaudsetes kuludes seoses tootlikkuse langusega ning suitsetajatelt ja passiivse suitsetamise ohvritelt, kes oleksid muidu palgatööd teinud, samuti saamata jäänud tulumaksus ja sotsiaalkindlustusmaksetes.²¹

Majanduslik koormus on eriti suur **tööandjate** jaoks ja see hõlmab töötajate madalamat tööviljakust suitsupauside ja sagenenud haiguspäevade tõttu, suitsetamisest põhjustatud tulekahjustusi, samuti suitsetamisest tingitud lisapuhastamise ja siseviimistluse uuendamise kulud.²² Kanadas hinnati suitsetava töötaja kohta tehtavaid aastakulutusi võrreldes samasuguse mittesuitsetava töötajaga 2565 Kanada dollarile 1995. aastal. Šotimaa ettevõtjad said 1997. aastal töötajate madalama tööviljakuse, sagedasema töölt puudumise ja suitsetamisega tahtmatult

põhjastatud tulekahjustuste tõttu arvestuslikult kahju 0,51–0,77% sisemajanduse kogutoodangust (SKT). Irimaal oli 2000. aastal vastav näitaja 1,1–1,7% SKTst.²³

2.2. Suitsuvaba algatuse mõju

Pikemas perspektiivis võib suitsetamisvastasest poliitikast tuleneval võimalikul tervisliku seisundi paranemisel olla **oluline majanduslik mõju**. Ühendkuningriigi valitsuse korraldatud üldiste suitsetamisvastaste õigusaktide mõju hindamise põhjal arvestati puhastuluks pikemas perspektiivis 1714–2116 miljardit naela aastas.²⁴ Šotimaal, Walesis ja Põhja-Irimaal saadi suitsetamise keelamisest tuleneva puhastulu suuruseks vastavalt 4387 ja 2096 miljardit naela 30aastase perioodi vältel ja 1101 miljardit naela 20aastase perioodi vältel.²⁵

2.3. Soovimatute tagajärgede oht

Kuivõrd suitsetamisvastane poliitika motiveerib mõningaid suitsetajaid suitsetamisest loobuma või vähem suitsetama, võib **väheneda tubakatööstuse tulu** ja sellest johtuvalt tööhõive tubakatööstuses. Samas moodustab töökohtade arv tubakatööstuses suhteliselt väikese osa ELi tööhõivest. 2000. aastal moodustas tööhõive osatähtsus tubakatööstuses (tubaka kasvatamine, töötlemine ja tootmine) 0,13% EL 15 tööhõivest.²⁶ Lisaks sellele hakatakse arvatavasti tubakale kulunud raha kulutama muude kaupade ja teenuste peale, mis võimaldab luua töökohti teistes majandussektorites.

Aktiivse suitsetamise vähendamine tähendab ka sigarettidelt **saadava maksutulu vähenemist** (aktsiis ja käibemaks) **liikmesriikides**. Samas tuleb märkida, et kuigi enamikus ELi riikides laekub sigarettide maksustamisest märkimisväärne tulu, ei moodusta see üldiselt vaadeldes olulist osa riigieelarvest (1–5%). Erandiks on Tšehhi Vabariik, Poola ja Kreeka, kus sigarettidelt võetavad maksud andsid 1999. aastal vastavalt 6, 7 ja 9% riigi maksutulust.²⁷ Lisaks suitsetamisega seotud ühiskondlike kulude vähenemisele kasvaks suitsetamise keelamisel seni suitsetanud inimeste kasutada jääv sissetulekuosa ning nendest alternatiivsetest investeringutest ja kulutustest tulenev täiendav käibemaksutulu korvaks kaotatud tulu osaliselt.

Mõningased tootmiskaod võivad tekkida suitsetajate arvelt, kellel on lubatud tööl suitsetada ja kes suitsetamist jätkavad, tehes suitsupause väljaspool hoonet.

3. SOTSIAALSED KAALUTLUSED

3.1. Avalik toetus suitsetamisvastastele seadustele

Peaaegu 70% ELi kodanikest ei suitseta²⁸ ning uuringud näitavad, et valdav enamik suitsetajatest soovib suitsetamisest loobuda.²⁹

Vastavalt hiljutisele **Eurobaromeetri uuringule** „Eurooplaste suhtumine tubakasse”³⁰ on kolm neljandikku eurooplastest teadlikud, et tubakasuits kujutab endast terviseriski mitesuitsetajatele ning 95% tunnistab, et raseda seltskonnas suitsetamine võib olla lootele äärmiselt ohtlik.

Selle uuringu tulemused näitavad, et **suitsetamisvastane poliitika on ELi kodanike seas populaarne** (vt III lisa). Enam kui neli küsitletut viiest pooldab suitsetamise keelamist töökohal (86%) ja kõikides avalikes kohtades (84%). Enamik eurooplasi pooldab ka suitsetamise keelamist baarides (61%) ja restoranides (77%). Toetus suitsuvabadele pubidele (üle 80%) ja restoranidele (üle 90%) on kõrgeim neljas liikmesriigis, kus suitsetamine võõrustuspaikades on juba keelatud. See näitab veel kord, et suitsetamisvastase poliitika toetus näitab tõusutendentsi juba nimetatud poliitika loomise ja tutvustamise ajal ning kasvab pärast rakendamist veelgi.³¹

3.2. Mõju tubakatarbimisele

Suitsetamisvastase poliitika oluline kaudne kasutegur on see, et suureneb inimeste teadlikkus aktiivse ja passiivse suitsetamise ohtudest, mis aitab kaasa **suitsetamise kui normi kaotamisele** ühiskonnas. Arusaamade muutumine võib viia suitsetamisharjumuste muutumiseni, eelkõige siis, kui:

- teha suitsetajatele otsus suitsetamisest loobuda või suitsetamist vähendada kergemaks ning toetada neid suitsetamise mahajätmise käigus;³²
- mitte soodustada laste ja noorte puhul suitsetamist.³³ Võib loota, et suitsetamise keelamine lõbustuskohtades – kus noored sageli esimest korda suitsu tõmbavad – annab suurima kasuteguri;
- takistada suitsetajaid suitsetamast mitesuitsetajate, eriti laste ja rasedate juuresolekul, isegi kui puuduvad õiguslikud piirangud (nt kodus ja eraautodes).³⁴ See on oluline, kuivõrd suurim oht varitseb lapsi, kes puutuvad passiivse suitsetamisega kokku kodus – territooriumil, mida õigusaktid ei hõlma.

3.3. Mõju sotsiaalsele võrdsusele

Suitsetamisvastane poliitika võib aidata vähendada ka sotsiaalmajanduslikku tervisealast ebavõrdsust. Lähtudes asjaolust, et tõenäosus hakata suitsetama ja puutuda kokku teisese suitsuga on tuntavalt suurem madalama haridustaseme, väiksema sissetuleku ja madalama ühiskonnaklassi puhul, on alust eeldada, et suitsuvaba keskkonna loomiseks astunud sammud annavad suurima kasuteguri kõige enam puudust kannatavate ühiskonnagruppide osas.

4. IMPULSS MEETMETE VÕTMISEKS

Maailma Terviseorganisatsiooni **tubakatoodete tarbimise piiramist käsitleva raamkonventsiooni (FCTC)** osalisena on ühendusel juriidiline kohustus võtta meetmeid suitsuvaba keskkonna loomiseks. Tubakatoodete tarbimise piiramist käsitleva raamkonventsiooni artikli 8 kohaselt lasub kõikidel konventsiooniosalistel kohustus tarvitusele võtta ja rakendada tõhusaid seadusandlikke, täidesaatvaid, haldus- ja/või muid meetmeid, tagamaks kaitse tubakasuitsuga kokkupuutumise eest töökohtadel siseruumides, ühistranspordis, avalikes hoonetes ja vajaduse korral muudes avalikes kohtades. 2006. aasta veebruaris toimunud esimesel tubakatoodete tarbimise piiramist käsitleva raamkonventsiooni osaliste konverentsil lepiti kokku

töötada välja suitsuvaba keskkonna loomise tegevuskava, mis esitatakse 2007. aasta esimesel poolel toimival teisel konventsiooniosaliste konverentsil.

Euroopa Liidu Nõukogu kutsus oma 2002. aasta soovitusel, mis käsitles suitsetamise ennetamist ja tubakatoodete tarbimise piiramise kontrolli tõhustamise algatusi, komisjoni üles kaaluma, millises ulatuses nimetatud soovitusel toodud meetmed annavad tõhusaid tulemusi, ning kaaluma vajadust astuda edasisi samme, eriti kui on tuvastatud siseturuga seotud erinevused piirkondades, mida nimetatud soovitus hõlmab. Lisaks sellele leppisid liikmesriigid 2005. aasta septembris toimunud **tubakatarbimise piiramise regulatiivkomitee**³⁵ kohtumisel kokku, et komisjoni algatus rohelise raamatu või teatise kujul aitab levitada häid tavasid ja toetab riikide jõupingutusi suitsuvaba keskkonna loomisel.

Euroopa Parlament tervitas komisjoni keskkonna ja tervise tegevuskava käsitlevas 2005. aasta veebruari resolutsioonis „komisjoni tahet tegutseda jätkuvalt suletud ruumides suitsetamise lõpetamise nimel” ja julgustas „teda tegema otsust, millega määratakse tubakasuits esimese klassi kantserogeeniks”.³⁶

ELi ettevõtmistest tõusvat kasu tunnustatakse ka aruandes „**Tubakas või tervis Euroopa Liidus**”, mille valmistas ette komisjon koostöös tubakatoodete tarbimise piiramise asjatundjatega.³⁷ Soovitavat sekkumist Euroopa tasandil on lisaks rõhutatud kahes üleeuroopalises siseruumide õhureostust käsitlevas projektis, mida toetab ühenduse tervishoiuprogramm. **Aruandes INDEX**, mille avaldas ELi Teadusuuringute Ühiskeskus, koostati nimekiri viiest esmajärgulise tähtsusega keemilisest ühendist (neid kõiki sisaldab tubakasuits), mille esinemist siseruumides on vaja reguleerida, ja soovitati keelata tubaka suitsetamine kõikides avalikes siseruumides ning töökohtades.³⁸ Sama soovitus on sõnastatud ka **aruandes THADE**,³⁹ milles keskkonnas leiduv tubakasuits määratletakse ainsa suure siseruumide tahkete osakeste tekitajana hoonetes, kus suitsetatakse tubakat.

III. PRAEGUNE REGULEERIV KESKKOND

1. RIIKLIKUD SÄTTED

Kõikides liikmesriikides on võetud selge suund suitsuvaba keskkonna loomisele, mida muude tegurite seas ajendavad õigusaktide nõuded ELi ja rahvusvahelisel tasandil. Kõikides liikmesriikides on praegu olemas õigusnormid, mille sihiks on piirata kokkupuudet keskkonnas leiduva tubakasuitsuga ja selle kahjulikku toimet tervisele. Nimetatud õigusnormide reguleerimisala ja iseloom on väga erinevad.

Laialdane suitsetamise keeld **kõikides suletud avalikes kohtades ja töökohtades**, kaasa arvatud baarid ja restoranid, on juba kehtestatud Iirimaa (märts 2004) ja Šotimaal (märts 2006). Põhja-Iirimaa ja Walesis jõustuvad terviklikud suitsetamisvastased õigusaktid 2007. aasta suvel.

Itaalias (jaanuar 2005), Maltal (aprill 2005) ja Rootsis (juuni 2005) on võetud vastu tubakatarbimist piiravad eranditega õigusaktid, millega lubatakse tööandjatel seada sisse eraldatud suitsetamisruumid, millel on omaette ventilatsioonisüsteemid. Samalaadsed meetmed jõustuvad 2007. aasta veebruaris Prantsusmaal (üleminekuperiood võõrustuskohtades 2008. aasta jaanuarini) ja 2007. aasta juunis

Soomes. Leedu kavatseb saada suitsuvabaks (erandiks spetsiaalse sisseseadega sigari- ja piibuklubid) 2007. aasta jaanuarist.

Mõned teised liikmesriigid on keelanud suitsetamise kõikides suletud avalikes kohtades ja töökohtades, **välja arvatud võõrustussektor**, kus rakendatakse osalisi piiranguid. Nende riikide hulka kuuluvad näiteks Belgia, Küpros, Eesti, Soome, Madalmaad, Sloveenia ja Hispaania.

Enamikus liikmesriikides kehtivad õigusnormid, millega keelatakse suitsetamine või piiratakse seda **peamistes avalikes kohtades**, nagu tervishoiuasutused, haridus- ja riigiasutused, teatrid, kinod ja ühistransport. Suitsetamispääs piirangud töökohtadel on vähem levinud. Meetmed võivad ulatuda resolutsioonist või vabatahtlikust kokkuleppest kuni range seaduseni, mille täitmata jätmise korral kohaldatakse karistusi.

Puudulike õigusaktide või jõustamise puudumise tõttu on riikide valitsused ja tööandjad sageli olukorras, kus kodanikud nõuavad kohtu teel passiivse suitsetamise tagajärjel saadud tervisekahjustuste hüvitamist.⁴⁰

Mitmes liikmesriigis on üldriiklikke sätteid täiendatud rangemate õigusnormidega **piirkondlikul ja/või kohalikul tasandil**. Õiguslikku raamistikku täiendavad ka enesekontrollimeetmed, kuivõrd kasvab nende töökohtade, koolide, haiglate, ühistranspordivahendite jms arv, kus luuakse suitsuvaba keskkond vabatahtlikult. Üha enam tehakse selle heaks, et töötajaskond loobuks suitsetamisest, ja propageeritakse arusaama, et tervisliku siseõhk on iga kodaniku ja töötaja põhiõigus.

2. OLEMASOLEVAD ÜHENDUSE SÄTTED

ELi tasandil on suitsuvaba keskkonna teemat käsitletud **mittesiduvates resolutsioonides ja soovitustes**, mis on julgustanud liikmesriike tagama küllaldast kaitset keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise vastu. Eelkõige kutsuti avalikes kohtades suitsetamist käsitleva **1989. aasta nõukogu resolutsiooniga** 89/C 189/01⁴¹ liikmesriike üles võtma meetmeid suitsetamise keelamiseks avalikes kohtades ja kõikides ühistranspordiliikides. Hiljutises **nõukogu soovitus** 2003/54/EÜ⁴², milles käsitletakse suitsetamise ennetamist ja tubakaalase kontrolli tõhustamist, kutsutakse liikmesriike üles rakendama tõhusaid meetmeid, et pakkuda kaitset keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise eest sisetingimustes asuvates töökohtades, avalikes ruumides ja ühistranspordis.

Töötervishoiu ja tööohutuse raamdirektiiv (89/391/EMÜ),⁴³ milles küll ei viidata otsesõnaliselt tubakasuitsule, hõlmab kõiki riske, mis on seotud töötajate tervise ja ohutusega.⁴⁴ Selles nõutakse, et iga konkreetne tööandja hindaks riske töökohas ning rakendaks asjakohaseid riskiennetus- ja kaitsemeetmeid.

Lisaks sellele on mitmes töötervishoidu ja tööohutust käsitlevas direktiivis, milles on seoses konkreetsete riskidega määratud kindlaks **miinimumnõuded**, teatavad sätted, mille abil tagatakse **töötajate kaitse kokkupuute eest keskkonnas leiduva tubakasuitsuga** (vt lõiku allpool). Need direktiivid võetakse üle liikmesriikide riiklikku õigusse ning jõustatakse nõuetekohaselt. Asutamislepingu kohaselt on liikmesriikidel lubatud kehtestada rangemad meetmed.

Direktiivis töökohale esitatavate ohutuse ja tervishoiu miinimumnõuete kohta (89/654/EMÜ),⁴⁵ nagu ka ajutiste või liikuvate ehitustööplatse käsitlevas direktiivis (92/57/EMÜ),⁴⁶ puurimise abil maavarasid kaevandavate tööstuste töötajaid käsitlevas direktiivis (92/91/EMÜ)⁴⁷ ja maavarasid kaevandavate tööstuste töötajaid käsitlevas direktiivis (92/104/EMÜ)⁴⁸ nõutakse tööandjalt ventilatsiooni ja piisava värske õhuga varustatuse tagamist siseruumides asuvatel töökohtadel ning mittesuitsetajate kaitset ebamugavuste eest, mida toob kaasa tubakasuits puhkeruumides ja -piirkondades.

Kantserogeene ja mutageene käsitleva direktiivi (2004/37/EÜ)⁴⁹ ja **asbestidirektiiviga** (83/477/EMÜ)⁵⁰ keelatakse suitsetamine piirkondades, kus käsitletakse kantserogeene/mutageene ja asbesti. **Rasedate töötajate direktiivis** (92/85/EMÜ) nõutakse, et tööandjad võtaksid meetmeid rasedate ja imetavate naiste kaitsmiseks süsinikmonoksiidi toime eest.

Ruumiõhus leviva tubakasuitsu teatavad koostisosad (näiteks arseen, 1,3-butadien, benseen ja propüleenoksiid) on **ohlike ainete direktiivi** (67/548/EMÜ)⁵¹ 1. lisas liigitatud kantserogeenideks. Tubakasuits kui selline jääb väljapoole ELi kemikaalidega seotud õigusakte, kuna nimetatud õigusakte kohaldatakse üksnes liikmesriikides **turuleviidavate** ainete ja valmististe suhtes.⁵²

IV. SUITSUVABA ALGATUSE KOHALDAMISALA

Keskseks küsimuseks ELi suitsuvaba algatuse arendamisel on selle **kohaldamisala**. Arvestades keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise juhtude paljusust, peaks tubakavastane poliitika olema edu saavutamiseks laiapõhjaline, mitte piirduma vaid teatavate ärivaldkondade või valdustega.

Kõikehõlmavaim lahendus oleks ettepanek kehtestada täielik suitsetamiskeeld **kõikides kinnistes või osaliselt kinnistes töökohtades ja avalikes kohtades**, sealhulgas ühistranspordivahendites. Piiranguid võiks ühtlasi laiendada välisaladele hoonete sissepääsude ümber ja võib-olla ka muudele aladele, kus inimesed istuvad või seisavad üksteise vahetus läheduses, näiteks vabaõhustaadionid ja meelelahutuspaigad, ootepaviljonid, rongijaamade platvormid jne. Väga piiratud ulatusega erandeid võib kehtestada kohtades, kus inimesed igapäevaselt elavad (nt spetsiaalsed ruumid sellistes asutustes nagu hooldekodud, psühhiaatriaaiaglad, vanglad jne).

Leebem lähenemine oleks ettepanek täielikult keelustada suitsetamine kinnistes või osaliselt kinnistes töökohtades ja avalikes kohtades, kuid tehes **erandeid teatavat liiki kohtades**. Keelust vabastatud kohtade tarbeks võib välja töötada kinniste suitsuruumide miinimumnõuded, sealhulgas ventilatsioonistandardid. Võimalikeks eranditeks oleks:

- ametliku tegevusloaga võõrustussektor (restoranid, pubid ja baarid),
- toitlustamiseta võõrustusasutused.
- Suitsuvabade keskkondade loomiseks astunud sammud annavad parima tulemuse, kui neile lisanduvad **toetavad meetmed** ELi ja/või liikmesriikide

tasandil. Selline „külgnev poliitika” võiks sisaldada teadlikkuse tõstmise kampaaniaid, mis toonitaksid õigust suitsuvabale õhule ja passiivse suitsetamisega kaasnevaid ohte, samuti kättesaadavat võõrutusravi (nii käitumisravi kui ravimitel põhinev) inimestele, kes soovivad suitsetamisest loobuda.

1. KÕIKEHÕLMAVAD SUITSETAMISVASTASED EESKIRJAD

Eelised

Kõikidest võimalikest lahendustest pakuks see **keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise** ja sellest tuleneva kahju **suurimat vähendamist**, tagades Euroopa kodanikele võrdsed võimalused kaitsmaks oma õigust hingata siseruumides tervislikku õhku, nagu seda tunnustab Maailma Terviseorganisatsioon.⁵³

"Suitsuvabades" riikides korraldatud uuringud näitavad, et siseruumide õhukvaliteet paranes pärast suitsetamiskeelu jõustumist järsult. Keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuute vähenemine on eriti ilmekas olnud võõrustus- ja puhkeasutustes.⁵⁴ Seda peegeldab tuntavalt paranenud seis võõrustusasutuste töötajate hingamisteede haiguste osas⁵⁵ ning südameinfarktist tingitud surmajuhtumite arvu arvestatav vähenemine⁵⁶ mõne kuu jooksul pärast poliitika rakendamist.

Kõikehõlmavad eeskirjad teeks võimalikuks ka **suitsetamise kui normi kaotamise** ühiskonnas, luues keskkonna, mis innustab suitsetamist vähendama või sellest loobuma ning heidutab noori suitsetamisega alustamast.

Suitsuvaba poliitika tulemuslikkust käsitletud 35 uuringu kokkuvõtteks leiti, et ulatuslikud avalike kohtade õhu puhtust tagavad seadused võivad vähendada suitsetajate arvu kogu elanikkonna hulgas umbes 10%.⁵⁷ 26 töökohauuringu kokkuvõtte näitas ka, et täiesti suitsuvabad töökohad on seotud suitsetajate arvu vähenemisega 3,8% ja suitsetamisega jätkanud suitsetasid 3,1 sigaretti päevas vähem.⁵⁸

Et kõikehõlmav suitsetamiskeeld on seotud **aktiivse suitsetamise vähenemisega**, on leidnud tõendamist suitsuvabades riikides, kus tubakatoodete müügi langus (nt 8% Itaalias ja 14% Norras) on ühenduses suitsetamisest loobumise katsete tuntava kasvuga pärast uute eeskirjade kehtestamist.⁵⁹ Iirimaal mainis 80% endistest suitsetajatest uusi õigusnorme suitsetamisest loobumise motivaatorina ning 88% kinnitas, et nimetatud õigusnormid on neil aidanud mitte uuesti alustada.⁶⁰ Vastupidiselt kartustele näib, et suitsetamise keelustamine avalikes kohtades on vähendanud ka kodus suitsetamist, eriti väikelaste juuresolekul.⁶¹ Iirimaal kasvas suitsuvabade kodude osakaal pärast keelu jõustumist 8%.⁶²

Sotsiaalse mõju seisukohast oleks selline variant kasulik eelkõige **madalamatele sotsiaalmajanduslikele rühmadele**, kelle seas on rohkem suitsetajaid ja kelle puhul on suurem tõenäosus leida tööd võõrustamissektoris.

Jõustamise seisukohalt oleks kõikehõlmavat suitsetamiskeeldu lihtsam rakendada kui osalisi piiranguid. Enam kui 90% täitmine Itaalias ja Iirimaal näitab, et täielik suitsetamiskeeld on peaaegu täiel määral isekehtestuv, kuna sotsiaalne surve muutub

jõuliseks piiranguks suitsetamisele ja vähendab olulisel määral vajadust ametivõimude sekkumise järele.

Puudused

Suitsetamise täielik keelustamine avalikes kohtades ja töökohtadel võib mõnes liikmesriigis suure tõenäosusega **vastuseisu** kohata, mistõttu selle rakendamine ja täitmise tagamine võib olla raskendatum. Ka on tubakatööstus ja suurem osa võõrustamissektorist avaldanud sellele variandile väikseimat poolehoidu.

Muret on tekitanud pubides ja restoranides suitsetamise keelustamise tõttu tekkiv **võimalik kahju võõrustamissektorile**. Ometi ei näita suitsuvabadest jurisdiktsioonidest saadud andmed üldist tagasilööki tööhõive või saadava tulu osas selles sektoris.⁶³ Iirimaa pubides ja baarides tõusis läbimüük 2005. aastal mõnevõrra (0,1 protsenti), muutes seeläbi vastupidiseks langustrendi, mis algas juba enne suitsetamiskeelu jõustumist.⁶⁴ Kasulik on meenutada veidi statistikat, isegi kui see puudutab ELi mittekuuluvaid riike. Näiteks Norras on läbimüük söögi- ja joogikohtades pisut langenud (0,8%), kuid selle põhjuseks on tõenäoliselt hulk muid tegureid, sealhulgas ilmastikuolud.⁶⁵ New York Citys ja Californias paistab enamus võõrustusasutustest lõikavat kasu suitsetamist keelustavatest eeskirjadest.⁶⁶ See ühtib 97 uuringu rahvusvahelise kokkuvõttega mille puhul tuginedes objektiivsetele andmetele, nagu müüginaks ja tööhõivenäitajad, ei õnnestunud leida mingit negatiivset mõju majandusele.⁶⁷

2. SUITSETAMISVASTASED EESKIRJAD JA ERANDID

Eelised

Nii aktiivse kui passiivse suitsetamise vähenemine ja tubakatarvitamise kui normi kaotamise võimalus on selle variandi korral ootuspäraselt suurem kui juhul, mil üldse meetmeid ei rakendata.

Erandeid lubavad õigusnormid võivad osades liikmesriikides olla vastuvõetavamad, eriti tööstusele, mistõttu on kergem kompromissidele jõuda. Samal ajal on liikmesriikidel vabadus võtta vastu karmimaid riiklikke õigusnorme või jätkata nende järgimist erandeid kohaldamata.

Erandeid võivad täiendada suletud suitsuruume käsitlevad miinimumnõuded, sealhulgas ventilatsioonistandardid.

Puudused

Tervishoiu ja sotsiaalse kasu osas on sellised meetmed vähem tõhusad kui kõikehõlmavad suitsetamisvastased eeskirjad.

Mõned kõige haavatavamad rühmad puutuksid jätkuvalt kokku keskkonnas leiduva tubakasuitsuga. Mittetäielikud eeskirjad võivad kujutada endast liikmesriigile ja/või tööandjale ohtu leida ennast olukorras, kus kodanikud nõuavad kohtulikul teel passiivse suitsetamise tagajärjel tekkinud kahju hüvitamist.

Erandid võivad vähendada suitsetamise kui normi kaotamise efekti, mida õnnestuks saavutada täieliku keelustamisega. Rahvusvaheline praktika näitab, et eeskirjadel, mis lubavad suitsetamist mõnes piirkonnas, on suitsetamisharjumuste muutmise osas täieliku suitsetamisvastase poliitikaga võrreldes umbes poole väiksem mõju.⁶⁸

Erineva ulatusega piiranguid erinevate asutuste suhtes on ka keerukam ja kallim rakendada kui üleüldist keeldu, muutes vajalikuks rangemad nõuded seoses märgistuse ja kontrolliga.

2.1. Erand tegevusloaga võõrustamissektori puhul

Tiheda kokkupuute tõttu keskkonnas leiduva tubakasuitsuga on võõrustuskohtade töötajad eriti ohustatud, see ilmneb 50% suuremas riskis haigestuda kopsuvähki.⁶⁹ See töötajate rühm puutuks passiivse suitsetamisega jätkuvalt kokku. Samad terviseriskid oleks ka joogi- ja söögikohtade klientidel.

Tööjõu-uuringu 2004. aasta näitajate kohaselt töötas ELi 15 liikmesriigi baarides, restoranides ja toidlustussektoris (HORECA) peaaegu 4,3 miljonit inimest, mis moodustas 3% nende riikide kogu tööhõivest (ülejäanud 10 liikmesriigi kohta andmed puuduvad). Märkimisväärse osa võõrustamissektori töötajatest moodustavad noored ja naissoost isikud.⁷⁰

Scottish Executive'i korraldatud regulatiivse mõju hindamise tulemusel leiti, et surmajuhtumite arvu vähenemine sellest lahendusest tuleneva aktiivse ja passiivse suitsetamise vähendamise tõttu on vastavalt pool ja veerand surmajuhtumite vähenemisest täiesti suitsuvaba variandi puhul.⁷¹

2.2. Erand toitlustamiseta pubide ja baaride puhul

See lahendus ei kaitseks passiivse suitsetamise eest kõige haavatavamaid töötajate rühmi. Kaitstud ei ole ka pubide ja baaride kliendid. Samuti looks see ohu, et pubid loobuvad suitsetamiskeelust möödahiilimiseks söögi pakkumisest.

Lisaks oleks oht suurendada olemasolevat tervisealast ebavõrdsust: Ühendkuningriigis hiljuti tehtud uuringud näitavad, et vaesemate piirkondade pubides on kokkupuude keskkonnas leiduva tubakasuitsuga märgatavalt kõrgem kui jõukamate piirkondade pubides.⁷² Lisaks sellele paikneb enamik litsentseeritud kohtadest, kus ei tegelda toitlustamisega, vaesemates piirkondades ning sealsetel pubidel on tugevamad ajendid üleminekuks üksnes alkoholimüügile.⁷³

Ühendkuningriigi valitsuse korraldatud regulatiivse mõju hindamise tulemusel leiti, et selle variandi kasu tervisele on täieliku keeluga võrreldes 40% (lähtudes eeldusest, et 10–30% pubidest ei tegele praegu toitlustamisega).⁷⁴

2.3. Eraldi ventileeritavad kinnised suitsuruumid

Tõendid viitavad sellele, et praegu kasutatavate (segamisel ja lahendamisel põhinevate) tehnoloogiate mõju keskkonnas leiduva tubakasuitsu tahketele osakestele võõrustussektoris ja muudes siseruumides on piiratud.⁷⁵ Peale selle leiti kontrollitud keskkonnas, näiteks ELi INDOORTRONi „keskkonnakambris” tehtud uuringute tulemusena, et õhuvahetuse määra suurendamine ei muuda siseruumide õhukvaliteeti oluliselt paremaks.⁷⁶ Ehkki mõningate hiljutiste tubakatööstuse

rahastatud juhtumiuuringute andmetel on eemaleviiv ventilatsioon tõhusam,⁷⁷ **ei ole ventilatsiooni abil võimalik tubakasuitsu täielikult kõrvaldada.**⁷⁸

Tubakatoodete tarbimise piiramist käsitleva raamkonventsiooni **osaliste esimesel konverentsil** leiti (ühehäälselt), et „veenvate tõendite kohaselt ei kaitse insenertehnilised lahendused tubakasuitsuga kokkupuutumise eest.”⁷⁹ Samamoodi võttis Ameerika soojus-, külmutus- ja kliimainseneride liit (**ASHRAE** – American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers) – rahvusvahelisi siseruumide õhukvaliteedi ja ventilatsiooni standardeid kehtestav organ – 2005. aastal vastu passiivse suitsetamise piiramisele suunatud lähenemisviise käsitleva arvamusedokumendi, milles järeldati, et ainuke tõhus moodus keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise seotud terviseriskide kõrvaldamiseks on suitsetamine siseruumides keelata.⁸⁰

Suitsetajate ja mittersuitsetajate füüsiline eraldamine **kinnise suitsuruumi** kasutamisel võib suurendada ventilatsioonisüsteemide tõhusust ruumide mittersuitsetajatele mõeldud osas.⁸¹ See lähenemisviis ei kaitse aga suitsuruumis viibijaid ja personali (nt kelnereid või koristajaid), kes peavad oma töökohustusi täites ruumi sisenema.

Suitsuruumide probleemiks on ka arvestatavad **finantskulud**, mis võivad panna ebavõrdsesse olukorda väiksemad ettevõtjad.⁸² Pealegi on ventileeritud suitsuruumide käitamiseks ja hoolduseks vaja ulatuslikku **kontrolli- ja seireinfrastruktuuri**. On tõendeid selle kohta, et kui ventilatsioonisüsteeme ka kasutatakse, ei vasta need sageli seadusega kehtestatud standarditele.⁸³

Kui pidada ventileeritud suitsuruume keelust vabastatud kohtade puhul arvestatavaks alternatiiviks, peaksid need vastama järgmistele nõuetele:

- need peavad olema täiesti kinnised ja mittersuitsetajatele mõeldud ruumidest isoleeritud,
- nendes peab olema mittersuitsetajatele mõeldud ruumidest eraldi ventilatsioonisüsteem,
- neis peab olema negatiivne õhurõhk, et vältida tubakasuitsu levimist teistesse ruumidesse,
- seal ei tohi lubada mingit muud tegevust peale suitsetamise, et tööga seotud toimingud, mida töötajad peaksid neis ruumides tegema, oleks võimalikult vähe.⁸⁴

Maltas, Itaalias ja Rootsis, kus on lubatud rajada omaette ventilatsiooniga suitsuruume, on enamik ettevõtjaid otsustanud seda võimalust mitte kasutada.

V. REGULEERIMISVÕIMALUSED

Tubakasuitsu piiramisega seotud eesmärkide saavutamiseks on **erinevaid reguleerimisvõimalusi**. Tuleks leida võimalus, mis aitab eesmärke kõige paremini saavutada, kusjuures kulud ja koormus oleks minimaalne. Allpool kirjeldatud reguleerimisvõimalused on esitatud ELi võimaliku sekkumise kasvamise järjekorras (alates praeguse tegevuse taseme jätkamisest ja lõpetades ELi õigusaktidel põhineva uue siduva raamistiku väljatöötamisega).

Need reguleerimisvõimalused **ei ole üksteist välistavad** ning peaksid üksteist täiendama. Näiteks võiks komisjoni soovitus olla sidusrühmade ja liikmesriikide isereguleerivate algatuste ajendiks. Teisalt võiksid isereguleerivad vahendid olla siduva õiguskorra vundamendiks ja/või täienduseks (hõlmates näiteks kohti, kus õigusaktid veel ei kehti või mis on suitsetamiskeelust vabastatud).

Tuleb märkida, et eri poliitikavahendite haare oleks erinev. Seega, kui ELi töötajaid kaitsevaid õigusakte kohaldatakse avalike kohtade suhtes kuivõrd tegu on töökohtadega, arvestades asutamislepingus ettenähtud piiranguid, saab kõikehõlmavat suitsetamiskeeldu kõigis avalikes kohtades soodustada mittesiduvate meetmetega (näiteks komisjoni või nõukogu soovitus), liikmesriikide võetud seadusandlike meetmetega ja/või sidusrühmade võetud vabatahtlike meetmetega.

Et mis tahes reguleerimisvahend oleks tõhus, peab selle juurde kuuluma ka toimiv **jõustamisvahend** ja läbipaistev **järelevalvekord**. Reguleerivate meetmete kehtestamisega ELi või riigi/piirkonna tasandil peaksid kaasnema ka eelnev **avalik arutelu ja teavituskampaaniad** ning **mõju hindamine**.

1. PÜSIV STATUS QUO

See variant tähendaks, et EL ei tee omalt poolt enam midagi uut, kuid **jätkab praegust tööd** passiivse suitsetamise alal erinevate ühenduse programmide raames (tervishoid, teadusuuringud, tööhõive). Regulaatiivsed arengud selles valdkonnas jääksid liikmesriikide ja FCTC protsessi kanda.

Uue poliitilise algatuse väljatöötamise ja rakendamise arvelt kokkuhoitud ressursse saaks kasutada olemasolevate ELi soovitude ning töötervishoiu ja tööohutuse direktiivide nõuetekohaseks jõustamiseks. Eelkõige saaks töötada välja tööandjate, töötajate ja liikmesriikide pädevate asutuste jaoks suunised, et tagada raamdirektiivi (89/391/EMÜ) parem kohaldamine, milles ei viidata küll otsesõnu keskkonnas leiduvale tubakasuitsule, kuid siiski hõlmatakse juba kõiki töötajate tervise- ja ohutusriske, sealhulgas tubakasuitsu.

Samuti saaks suunata jõupingutusi suitsuvaba keskkonna edendamisele muude vahenditega peale õigusaktide, näiteks teavitus- ja hariduskampaaniate, koostöövõrgustikega seotud algatustega jms. Praegune tubakavastane kampaania „HELP” kestab 2008. aastani ning sellele võiks järgneda uus teadlikkuse tõstmise algatus.

Lisaks jätkub töö siseruumide õhu kvaliteedi alal, mis hõlmab ka keskkonnas leiduvat tubakasuitsu, keskkonna ja tervise tegevuskava meetme nr 12 jätkuna. Vajalikud vahendid selle valdkonna mitmeks projektiks tulevad mitmeaastasest strateegilisest programmist Life+ 2007–2010,⁸⁵ Euroopa Ühenduse teadusuuringute seitsmenda raamprogrammist⁸⁶ ja tervishoiuprogrammist.⁸⁷

Liikmesriikidele jääks riiklikest oludest ja kultuurierinevustest lähtudes õigus otsustada, kas ja kuidas suitsetamisvastaseid meetmeid rakendada. Suund suitsuvaba keskkonna poole tõenäoliselt jätkub, seda toetab ka FCTC suuniste koostamine ja avaldamine. Mitme riigi, sealhulgas Taani, Saksamaa, Läti, Portugali ja Sloveenia valitsused on juba teatanud oma kavatsusest tugevdada lähiajal riiklikke suitsetamisvastaseid eeskirju.

Samas võib eeldada, et kõigist lahendustest on selle tõhusus keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuutumise ja sellest tuleneva kahju vähendamisel kõige väiksem. Edusammud liikmesriikides saavad tõenäoliselt olema ebaühtlased. Mittetäielike eeskirjade tõttu jääksid paljud kaitsetud rühmad avalikes ruumides kokkupuutes keskkonnas leiduva tubakasuitsuga. Sellega võib kaasneda oht, et kodanikud nõuavad kohtulikul teel passiivse suitsetamise tagajärjel tekkinud tervisekahjustuste hüvitamist.

Arvestades ELi suitsuvabale algatusele pandud laialdasi ootusi, on oht üldsusele pettumust valmistada. *Status quo* säilitamisel läheks kaotsi ka võimalus praegust poliitilist impulssi ELis suitsuvabade alade loomiseks ära kasutada.

2. VABATAHTLIKUD MEETMED

See lahendus seisneks üleskutses sidusrühmadele võtta Euroopa tasandil vastu ühtsed vabatahtlikud suunised, et muuta suitsuvabaks rohkem kohti. Edendada võiks sektoripõhiseid lähenemisviise (nt vabaaja- ja toitlustusvaldkonnas). Arengu alusena selles valdkonnas saaks kasutada juriidiliste isikute sotsiaalset vastutust.

Arutelu soodustamiseks võiks käivitada laiapõhjalise protsessi, mis viib kokku kodanikuühiskonna ja ettevõtjad ning ELi institutsioonide, liikmesriikide ja rahvusvaheliste organisatsioonide esindajad. Niisugune platvorm kehtestati eelmisel aastal toitumise ja kehalise aktiivsuse vallas. Sarnane protsess pakuti hiljuti välja ka kogu ELi hõlmava alkoholistrateegia väljatöötamiseks.

Teine võimalus oleks kutsuda Euroopa sotsiaalpartnereid (töandjate ja ametiühingute organisatsioonid) üles läbirääkimistele autonoomse kokkuleppe saavutamiseks töökohal suitsetamise asjus, tuginedes asutamislepingu artiklile 138. Isereguleerimine Euroopa sotsiaaldialoogi kaudu on andnud mitmesuguseid tulemusi, sealhulgas on vastu võetud üle 300 Euroopa sotsiaalpartnerite koostatud ühisteksti.

Ideaaljuhul võib isereguleerimine olla traditsioonilistest seadusandlikest kanalitest kiirem ja paindlikum ning tagada asjaomastele sektoritele ja ettevõtetele võimaluse vastuvõetud tegevuspõhimõtteid otsesemalt mõjutada. Samuti võib see sidusrühmade seas tekitada vastutus- ja omanditunnet.

Saavutatavad edusammud sõltuvad siiski sidusrühmade valmisolekust täita kokkulepitud kohustusi ning jõustamismehhanismide tõhususest.

Liikmesriikidest pärit tõendid viitavad sellele, et vabatahtlikud kokkulepped ei ole seoses tubakatarbimise piiramisega kahjuks tulemust andnud. Eriti puhke- ja võõrustussektoris ei ole vabatahtlikud meetmed täitnud põhilist eesmärki, milleks on keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuute oluline vähendamine. Näiteks Ühendkuningriigis selgus, et pärast viis aastat kohaldatud vabatahtlikku kokkulepet tervishoiuministeeriumi ja peamiste võõrustussektori ühenduste vahel on suitsuvabad vähem kui 1% baaridest.⁸⁸ Hispaanias anti alla 100 m² suurustele baaridele ja restoranidele 2006. aasta õigusnormidega võimalus end vabatahtlikult suitsuvabaks kuulutada. Esialgsete tõendite kohaselt on seda teha otsustanud vaid umbes 10% asjaomastest asutustest.⁸⁹ Pariisis kohaldatud vabatahtlik kava, mille eesmärk oli kutsuda linna 12 452 kohvikut, bistrood ja õllebaari üles kuulutama end suitsuvabaks sooniks, leidis järgimist vaid 30 asutuses.⁹⁰

3. AVATUD KOORDINEERIMISMEETOD

See lahendus tähendaks liikmesriikide suitsuvaba keskkonna loomisele suunatud jõupingutuste koordineerimist niinimetatud „avatud koordineerimismeetodi” abil. Seega kutsutaks liikmesriike üles oma suitsetamisvastaseid seadusi lähendama ilma otsese ühtlustamisvajaduseta (ehkki ka see võimalus jääb alles).

See võiks hõlmata järgmisi elemente:

- kogemuste ja **heade tavade** vahetamine tõhusa suitsuvaba poliitika kehtestamise kohta riiklikul, piirkondlikul ja kohalikul tasandil,
- ühiste ELi eesmärkide ja suuniste kokkuleppimine, tuginedes edukatele kogemustele nii liikmesriikides kui väljaspool Euroopa Liitu. Nende juurde võiksid kuuluda asjakohased tähtjad koos järelevalve- ja jõustamistingimustega,
- Nende suuniste kaasamine riiklikesse tegevuskavadesse keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuute vähendamiseks konkreetse ajakava alusel eesmärkide saavutamiseks lühiajalises, keskmises ja pikaajalises perspektiivis.
- Perioodiline järelevalve, hindamine ja vastastikune eksperdihinnang, näiteks liikmesriikide aastaaruannete kujul.

Mitu jurisdiktsiooni on end juba suitsuvabaks kuulutanud ja veel mitu on teatanud oma sellekohasest kavatsusest. Liikmesriigid seisavad silmitsi ka ühiste probleemidega, nagu tööstuse vastuseis, üldsuse skeptiline suhtumine ja olemasolevate nõuete mittejärgimine. ELi koordineerimine võib aidata kaasa liikmesriikidevahelise vastastikuse õppimise ja parimate tavade vahetamise protsessi algatamisele.

Samas oleks suitsetamisvastastele eesmärkidele pühendumine vabatahtlik ja kokkulepitud eesmärkide täitmatajätmisega ei kaasneks sanktsioone. Kava tulemuslikkus sõltuks mitmepoolse järelevalve ja partnerite surve tugevusest.

4. KOMISJONI VÕI NÕUKOGU SOOVITUS

Selle lahendusega kutsutaks liikmesriike üles võtma vastu EÜ asutamislepingu artiklil 152 põhinevaid riiklikke suitsetamisvastaseid õigusakte, milles juhindutakse komisjoni või nõukogu kõikehõlmavast soovitusel suitsuvaba keskkonna teemal ja millega sätestatakse soovituslikud tegutsemisviisid. Seda saaks kasutada eraldi või isereguleerivate kavade raames liikmesriigiti (lahendus 3) ja/või tööstuses (lahendus 2).

Ehkki sellel puuduks siduv jõud, võtaks komisjon või nõukogu niisuguse soovitusel selge seisukoha, et passiivse suitsetamise lõpetamiseks Euroopas tuleb võtta meetmeid. See tooks küsimuse kõigis ELi liikmesriikides prioriteetsena poliitilisse päevakorda ning toetaks liikmesriikide meetmeid.

Selle lahenduse tulemuslikkus sõltuks suurel määral ELi suuniste ja aruandlusnõuete selgusest. Konkreetsete tähtaegade ja näitajatega selgetel eesmärkidel (nt soovitus muuta kindel arv töökohti sektorite kaupa teatavaks tähtpäevaks suitsuvabaks) oleks kindlasti suurem mõju kui üldisemat laadi soovitustel. Samamoodi looks järelevalvekorra rakendamise ja tulemuste avalikkusele kättesaadavaks tegemise nõue avaliku surve jõustamise tugevdamiseks ja rangema poliitika väljatöötamiseks.

Ehkki see lahendus võimaldaks liikmesriikidele paindlikkust, peituks peamine oht selles, et mõned liikmesriigid võivad otsustada üldse mitte tegutseda.

5. SIDUVAD ÕIGUSAKTID

Ühendus võiks selles valdkonnas tarvitusele võtta siduvaid seadusandlikke meetmeid. Siduvate õigusaktidega kehtestatakse kõigis liikmesriikides võrreldav, läbipaistev ja jõustatav põhikord kaitseks keskkonnas leiduva tubakasuitsuga kokkupuute eest.

Ühest küljest tagab seadusandlik protsess kõiki asjaosalisi hõlmavad ametlikud konsultatsioonid ja põhjalikud läbirääkimised, mistõttu selle tulemusena sündiv poliitika võib olla toekam. Teisalt aga on seadusandlik tee ilmselt võrdlemisi pikaajaline ja lõpptulemust võib olla raske prognoosida.

Õigusaktide täpse õigusliku aluse saab määratleda alles pärast meetme täpse laadi ja kohaldamisala piiritlemist ning valiku tegemisel tuleb arvesse võtta kõnealuse avaliku arutelu tulemusi.

Mõningaid võimalusi võib mainida juba selles etapis, ilma et see piiraks avaliku arutelu tulemust.

- Olemasolevate direktiivide läbivaatamine tööohutuse ja tervishoiu raamdirektiivist 89/391/EMÜ lähtuvalt. Eelkõige laiendatakse selle

lahendusega kantserogeenide ja mutageenide direktiivi kohaldamisala (kaasates keskkonnas leiduva tubakasuitsu) ja/või tugevdatakse töötervishoiu ja tööohutuse miinimumnõudeid käsitleva direktiivi 89/654/EMÜ nõudeid töötajate kaitsmiseks tubakasuitsu eest.

- Teine võimalus oleks jõustada eraldi direktiiv töökohal suitsetamise kohta.
- Ehkki see ei ole otseselt seotud kaitsega passiivse suitsetamise eest, võiks ühe variandina kaaluda ohtlike ainete direktiivi (67/548/EMÜ)⁹¹ muutmist, liigitades keskkonnas leiduva tubakasuitsu kantserogeenide hulka. See tooks keskkonnas leiduva tubakasuitsu automaatselt kantserogeenide ja mutageenide direktiivi kohaldamisalasse.

Kahe esimese variandi kohaldamisala piirduks töökeskkonnaga. Neid võiks kohaldada kas kõigi töökohtade või teatavat liiki töökohtade suhtes ning need peaksid tagama, et keskkonnas leiduva tubakasuitsuga ohtlikul määral kokku puutuvad töötajad oleksid piisavalt kaitstud.

Lõppkokkuvõttes ei takista asutamislepingu alusel õigusakti vastuvõtmine, ühendusel vastu võtta mittesiduvaid rööpmeetmeid, mis võiksid aidata teenida üldeesmärki, milleks on kaitse keskkonnas leiduva tubakasuitsu eest kõigis sektorites.

VI. LÕPPMÄRKUSED

Võttes arvesse selgeid teaduslikke tõendeid passiivse suitsetamise kahjulikkuse ja puhta ruumiõhu poliitika mõju kohta tubakatarvitamise üldisele vähendamisele, leiab komisjon, et kõige laiahaardelisem poliitika tooks elanikkonna tervishoiule suurimat kasu. Samuti looks see kõigile ettevõtjatele võrdsed võimalused. Mitu edukat näidet kõikehõlmava suitsuvaba poliitika kohta üle maailma on tõestanud, et see variant on elujõuline ja praktikas rakendatav.

ELi sekkumise soovitatav tase suitsetamisvastaste õigusaktide vastuvõtmise edendamisel on lahtine küsimus, mis on seotud ka praeguste arengutega liikmesriikides, kellest mõned on hiljuti otsustanud võtta meetmeid suitsetamise keelamiseks avalikes kohtades.

Komisjon kutsub kõiki ELi institutsioone, liikmesriike ja kõiki huvitatud kodanikke, asjaosalisi ja organisatsioone edastama vastuseid käesolevas rohelises raamatus tõstatatud küsimustele. Eriti huvitavad komisjoni sidusrühmade seisukohad järgmistes küsimustes:

Küsimused

- 1) Kumb IV peatükis pakutud kahest lähenemisviisist oleks oma haarde poolest suitsuvaba algatuse puhul soovitam: suitsetamise täielik keelamine kõikides kinnistes avalikes ruumides ja töökohtades või keelamine, mille puhul valitud asutuste kategooriatele tehakse erand? Palun märkige oma valiku põhjus(ed).

- 2) Milline V peatükis kirjeldatud poliitikavalikutest oleks suitsuvaba keskkonna edendamiseks kõige soovitatavam ja asjakohasem? Millist ELi sekkumisvormi peate vajalikuks, et saavutada suitsetamisvastased eesmärgid?
- 3) Kas on veel mingeid kvantitatiivseid või kvalitatiivseid andmeid suitsuvaba poliitika tervisealase, sotsiaalse või majandusliku mõju kohta, mida tuleks arvesse võtta?
- 4) Kas teil on rohelise raamatu kohta mingeid muid märkusi või ettepanekuid?

Vastused neile küsimustele tuleb saata 1. maiks 2007 järgmisel aadressil (eelistatult e-posti teel):

Euroopa Komisjon

Tervishoiu ja tarbijakaitse peadirektoraat

Üksus C6 – Tervishoiumeetmed

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

Postiaadress: B-1040 Brussels

Faks: (+32) 2 298 42 04

Kõik käesolevale rohelisele raamatule saabunud vastused avaldatakse komisjoni veebisaidil, kui vastajad ei esita vastupidist avaldust.

VII. ANNEXES

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

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

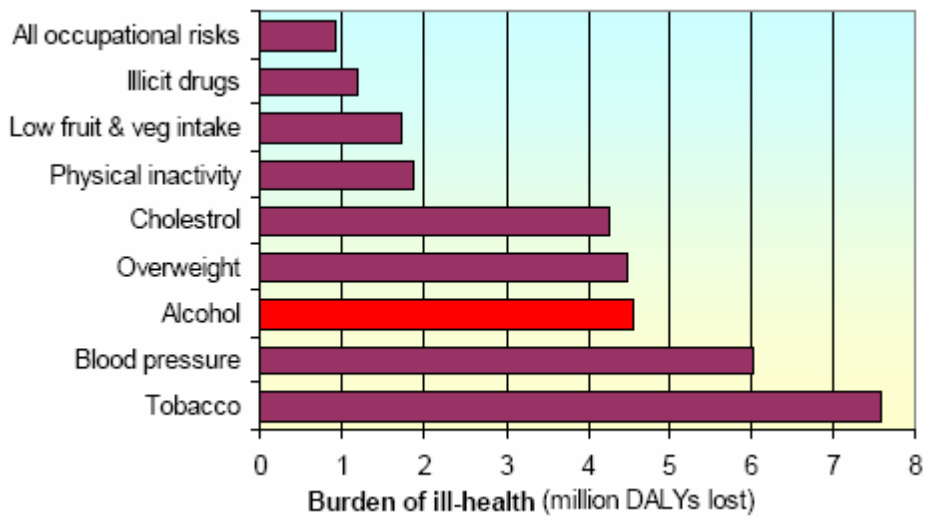
Source:

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

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

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

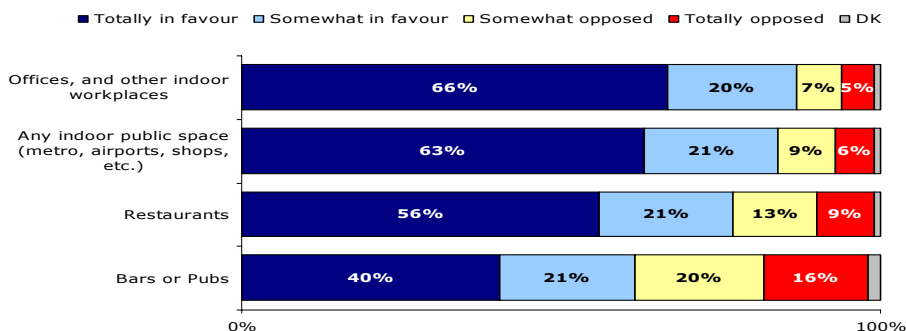
Annex II: Global burden of ill-health



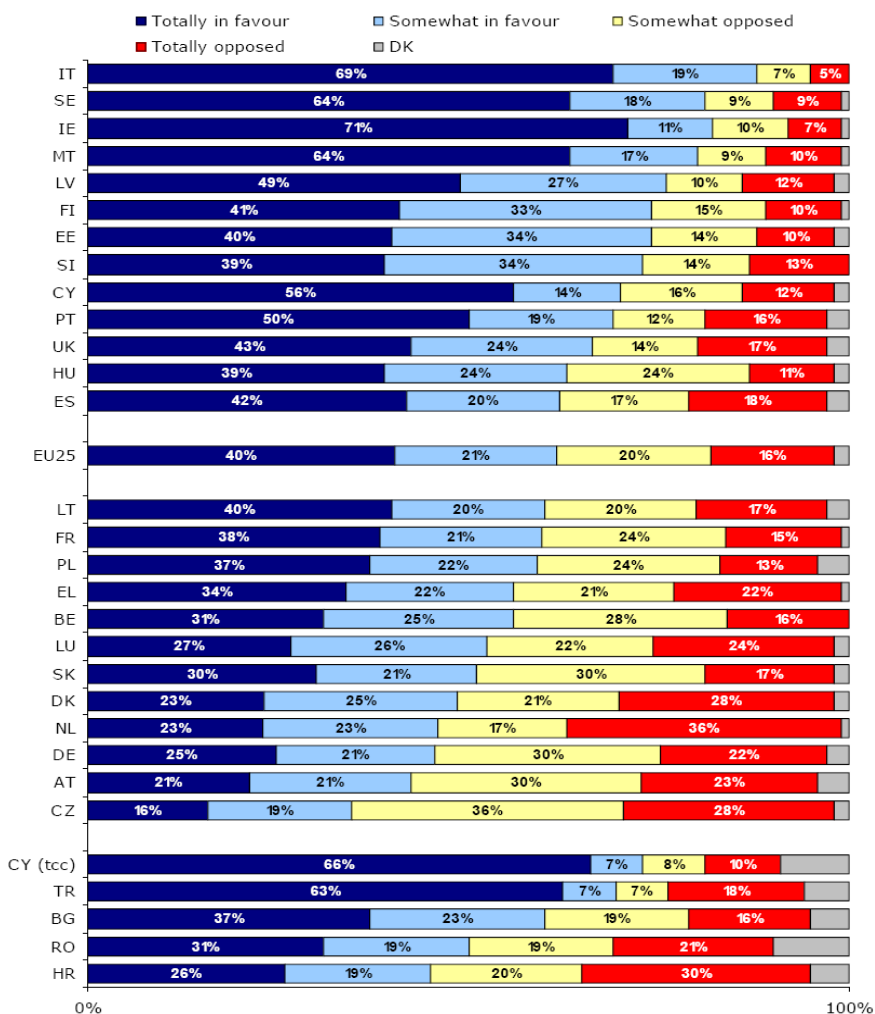
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies

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



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



Source:

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

Annex IV: References

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

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

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

30 Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal
31 experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control
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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

38 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

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).

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

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

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

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

45 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

81 *Ibidem*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

91 OJ 196, 16.8.1967, p. 1-98.