



EUROOPAN YHTEISÖJEN KOMISSIO

Bryssel 30.1.2007
KOM(2007) 27 lopullinen

VIHREÄ KIRJA

Tavoitteena savuton Eurooppa: EU:n toimintavaihtoehdot

(komission esittämä)

SISÄLLYSLUETTELO

I	JOHDANTO	4
II	TOIMIEN PERUSTELUT	5
1.	Terveysyyt	5
1.1.	Ympäristön tupakansavulle altistumisesta aiheutuvat terveysongelmat	5
1.2.	Altistumistasot	6
1.3.	Savuttomuusaloitteen vaikutukset	7
2.	Taloudelliset syyt	7
2.1.	Taloudellinen rasitus	7
2.2.	Savuttomuusaloitteen vaikutukset	8
2.3.	Tahattomien seurausten riski	8
3.	Yhteiskunnalliset syyt	8
3.1.	Yleisö kannattaa savuttomuuslakeja	8
3.2.	Vaikutukset tupakan kulutukseen	9
3.3.	Vaikutukset yhteiskunnalliseen tasa-arvoon	9
4.	Toimien tehostaminen	9
III	NYKYINEN LAINSÄÄDÄNTÖ	10
1.	Kansalliset säännökset	10
2.	Nykyiset yhteisön säännökset	11
IV	SAVUTTOMUUSALOITTEEN SOVELTAMISALA	12
1.	Kattava savuttomuuslainsäädäntö	13
2.	Savuttomuuslainsäädäntö, johon sisältyy poikkeuksia	14
2.1.	Poikkeukset ravintola-alan yrityksille, joilla on anniskelulupa	15
2.2.	Poikkeukset pubeille ja baareille, joissa ei tarjoilla ruokaa	15
2.3.	Omalla ilmanvaihdolla varustetut, suljetut tupakointihuoneet	16
V	TOIMINTAVAIHTOEHDOT	17
1.	Ei muutosta nykytilaan	17
2.	Vapaaehtoiset toimet	18
3.	Avoin koordinoitimenetelmä	19
4.	Komission tai neuvoston suositus	20

5.	Sitova lainsäädäntö	20
VI	LOPPUHUOMAUTUKSET.....	21
VII	LIITTEET	23

I JOHDANTO

Altistuminen ympäristön tupakansavulle eli passiivinen tupakointi on yleinen ylisairastuvuuden ja ylikuolleisuuden syy Euroopan unionissa ja aiheuttaa merkittäviä kustannuksia koko yhteiskunnalle.

Koordinoidut toimet ”savuttoman Euroopan” hyväksi ovat yksi komission terveys-, ympäristö- työllisyys- ja tutkimuspolitiikan painopistealueista. Ympäristöterveystoimintasuunnitelmassaan (2004–2010) komissio sitoutui kehittämään työtä sisäilman laadun parantamiseksi edistämällä erityisesti tupakoinnin rajoittamista kaikilla työpaikoilla. Se totesi aikovansa perehtyä sekä EU:n että jäsenvaltioiden lainsäädännöllisiin keinoihin ja terveydenedistämisaloihteisiin.

Savuttomien ympäristöjen lisäämiseksi EU:ssa on jo käynnistetty merkittäviä toimia. Viime vuosikymmenen alussa annettiin joukko EU:n työterveys- ja työturvallisuusedirektiivejä, joilla rajoitettiin tupakointia työpaikoilla. Niitä täydensivät vuonna 1989 annettu neuvoston päätöslauselma¹ ja vuonna 2002 annettu neuvoston suositus tupakoinnin ehkäisemisestä², jossa jäsenvaltioita kehoitettiin suojelemaan ihmisiä ympäristön tupakansavulta työpaikkojen sisätiloissa, suljetuissa julkisissa tiloissa ja julkisissa kulkuvälineissä. Lainsäädännöllisten toimien lisäksi käynnistettiin kaksi tupakoinnin vastaista tiedotuskampanjaa: ”Feel free to say no” (2001–2004) ja ”HELP– Elämä ilman tupakkaa” (2005–2008), joilla pyrittiin tuomaan esiin passiivisen tupakoinnin vaaroja ja edistämään savutonta elämäntapaa erityisesti nuorten keskuudessa.

Jäsenvaltioiden kansalliset lainsäädännöt vaihtelevat huomattavasti. Komissio on tyytyväinen erinomaiseen esimerkkiin, jonka ovat antaneet Irlanti, Italia, Malta, Ruotsi ja osa Yhdistyneitä kuningaskuntia, ja kehottaa kaikkia jäsenvaltioita ottamaan pikaisesti käyttöön tehokkaita toimia kansalaistensa suojelemiseksi passiivisen tupakoinnin haitallisilta vaikutuksilta.

Alan kansainvälinen toimi on tupakoinnin torjuntaa koskeva maailman terveysjärjestön (WHO) puitesopimus (FCTC), jonka on allekirjoittanut 168 ja ratifioinut 141 osapuolta³, Euroopan yhteisö mukaan lukien. Siinä tunnustetaan ”tieteellisten tutkimustulosten osoittaneen kiistattomasti, että tupakan kulutus ja tupakansavulle altistuminen aiheuttavat kuolemaa, sairautta ja vammautumista”. Puitesopimuksessa yhteisö ja sen jäsenvaltiot velvoitetaan toteuttamaan toimenpiteitä, jotka suojelevat ympäristön tupakansavulle altistumiselta sisätiloissa sijaitsevilla työpaikoilla, julkisissa liikennevälineissä ja julkisissa sisätiloissa.

Tämän vihreän kirjan tarkoituksena on käynnistää EU:n toimielimien, jäsenvaltioiden ja kansalaisyhteiskunnan välinen laaja kuulemisprosessi ja avoin julkinen keskustelu siitä, miten EU:ssa parhaiten voitaisiin puuttua passiiviseen tupakointiin.

Komissio analysoi perusteellisesti kommentit, jotka se saa vastauksena tähän vihreään kirjaan, ja päättää tämän perusteella mahdollisista jatkotoimista. Kertomus, jossa kiteytetään kuulemisprosessin tulokset, valmistunee vuoden 2007

alkupuoliskolla. Sisäilman laatua koskeva laajempi työ jatkuu samanaikaisesti ympäristöterveystoimintasuunnitelman jatkotoimena.

II TOIMIEN PERUSTELUT

1. TERVEYSSYYT

1.1. Ympäristön tupakansavulle altistumisesta aiheutuvat terveysongelmat

Ympäristön tupakansavu sisältää yli 4 000 kemikaalia, joista yli 50 on tunnettuja karsinogeneeneja ja monet myrkyllisiä aineita. Ympäristön tupakansavulle altistumiselle ei ole asetettu turvallista tasoa eikä tutkimuksissa odoteta tällaista tasoa löytyvänkään.

Ympäristön tupakansavu on luokiteltu **ihmiselle syöpää aiheuttavaksi aineeksi**. Näin teki Yhdysvaltojen ympäristönsuojeluvirasto vuonna 1993, Yhdysvaltojen terveys- ja sosiaalipalveluministeriö vuonna 2000 ja WHO:n Kansainvälinen syöväntutkimuskeskus (IARC) vuonna 2002. Lisäksi Suomen (2000) ja Saksan (2001) hallitukset ovat luokitelleet sen **syöpävaaralliseksi aineeksi työssä**. Kalifornian ympäristönsuojeluvirasto on hiljattain luokitellut tupakansavun **myrkylliseksi ilmansaasteeksi**.

Passiiviseen tupakointiin liittyvät vakavat vaarat terveydelle ja elämälle on vahvistettu useissa tuoreissa selvityksissä⁴. Pitkäaikaisen altistumisen tupakansavulle on todettu aiheuttavan monia sairauksia, joita myös aktiivisesta tupakoinnista seuraa, mukaan lukien keuhkosityöpä, sydän- ja verisuonitaudit sekä lastentaudit.

IARC:n selvityksessä todettiin, että tupakoivan kanssa asuvalla tupakoimattomalla henkilöllä on 20–30 prosenttia suurempi riski sairastua keuhkosityöpään. Työpaikalla altistumisen on arvioitu lisäävän riskiä 12–19 prosenttia⁵. Ympäristön tupakansavulle altistumisen ja muiden syöpien väliset yhteydet eivät ole yhtä selviä.

Tupakoivan kanssa asumisen on osoitettu lisäävän tupakoimattoman sepelvaltimotaudin riskiä **25–30 prosenttia**⁶ (äskettäin julkaistun tutkimuksen mukaan luku voi itse asiassa olla korkeampi)⁷. Passiivisen tupakoinnin ja tupakoimattomien aivohalvausten välisestä syy-yhteydestä saadaan koko ajan lisää näyttöä, vaikka riskin arvioimiseksi tarvitaankin lisätutkimuksia⁸.

Passiivinen tupakointi on yhteydessä **hengityselinsairauksiin**⁹ ja pahentaa merkittävästi astman, allergioiden ja pitkäaikaisen ahtauttavan keuhkosairauden oireita johtaen sosiaaliseen eristäytymiseen ja eristäytymiseen työpaikalla. Vakavan astman oireista kärsivien parissa tehtiin hiljattain Euroopan laajuinen selvitys, jossa todettiin, että yksi vastaajien hartaimpia tulevaisuuden toiveita oli mahdollisuus hengittää terveellistä ilmaa¹⁰.

Ympäristön tupakansavu on erityisen vaarallista **pikkulapsille ja imeväisille**. Se on yhteydessä kätkytkuolemaan, keuhkokuumeeseen, keuhkoputkentulehdukseen, astmaan ja hengityselinoireisiin sekä keskikorvantulehdukseen. **Raskaana oleville naisille** ympäristön tupakansavu voi aiheuttaa lapsen alhaisemman syntymäpainon, sikiökuoleman tai ennenaikaisen synnytyksen¹¹.

Tuoreimmat tutkimukset viittaavat siihen, että altistuminen ympäristön tupakansavulle lähes kaksinkertaistaa riskin sairastua vanhuusiän silmänrappeumaan. Tauti on suurin näönmenetyksen aiheuttaja EU:ssa¹².

Tupakansavulle altistumisella ja useimmilla sen haitallisilla terveysvaikutuksilla on lineaarinen annos-vastesuhde – toisin sanoen riski kasvaa tasaisesti altistumisen lisääntyessä. Yksilöllinen riski on alhaisempi kuin tupakoivilla (esimerkiksi 1,2 ja 20 keuhkosityövän osalta). Kuitenkin se, että lukuisat ihmiset altistuvat ympäristön tupakansavulle, lisää huomattavasti sairaustaakkaa.

Lisäksi sydänsairauksissa **annos-vastesuhde** on **ei-lineaarinen**. Passiivinen tupakointi aiheuttaa sydänsairauksien riskin, joka on lähes puolet 20 savuketta päivässä polttavan riskistä. Jo hyvin pienet määrät tupakansavua voivat vaikuttaa välittömästi veren hyytymien ja veritukosten sekä pitkällä aikavälillä valtimonkovektustaudin muodostumiseen. Nämä kaikki vaikuttavat sydänsairauksien syntyyn¹³. Seuraukset ovat merkittävät, sillä sydänsairaudet ovat EU:n suurin kuolinsyy sekä tupakoivien että tupakoimattomien keskuudessa.

European Respiratory Society:n, Cancer Research UK:n ja Ranskan Institut National du Cancerin muodostaman yhteenliittymän tuoreimpien – varovaisten – arvioiden mukaan passiivinen tupakointi aiheuttaa **yli 79 000 aikuisen** kuoleman vuosittain EU:n 25 jäsenvaltiossa. On näyttöä siitä, että passiivinen tupakointi **työpaikalla** aiheutti **7 000 ihmisen kuoleman** EU:ssa vuonna 2002 ja altistuminen **kotona** johti **72 000 kuolemaan**. Arviot sisältävät passiivisen tupakoinnin aiheuttamista sydänsairauksista, aivohalvauksesta, keuhkosityövästä ja joistakin hengityselinsairauksista johtuvat kuolemat. Mukaan ei kuitenkaan ole laskettu muista tupakansavulle altistumiseen liittyvistä sairauksista (kuten keuhkokuume) johtuvia aikuiskuolemia tai lasten kuolemia eikä passiivisesta tupakoinnista aiheutuvaa huomattavaa määrää akuutteja ja kroonisia vakavia sairauksia¹⁴.

1.2. Altistumistasot

Ympäristön tupakansavulle altistutaan pitkäaikaisesti ja voimakkaasti pääasiassa **kotona** ja **työpaikalla**¹⁵. Vuonna 1998 julkaistussa raportissa, joka perustuu tietoa työperäisestä altistumisesta karsinogeeneille sisältävään CAREX-järjestelmään, todetaan, että altistuminen ympäristön tupakansavulle oli 15 jäsenvaltion EU:ssa toiseksi yleisin karsinogeeneille altistumisen muoto (auringonsäteilyn jälkeen). Vuosina 1990–1993 noin 7,5 miljoonaa eurooppalaista työntekijää altistui ympäristön tupakansavulle **vähintään 75 prosenttia työajastaan**¹⁶.

Tutkimus, joka suoritettiin seitsemän Euroopan kaupungin erilaisissa julkisissa tiloissa vuosina 2001–2002, osoitti, että useimmissa tutkituissa tiloissa oli tupakansavua, myös vapaa-ajanviettopaikoissa, ravintoloissa ja baareissa, liikennevälineissä, sairaaloissa ja opetusympäristöissä. Ympäristön tupakansavun pitoisuudet olivat suurimmat baareissa ja diskoissa. Neljän tunnin altistuminen diskossa vastasi kuukauden asumista tupakoivan kanssa¹⁷. Se, että altistumistasot ovat poikkeuksellisen korkeat ravintola-alalla, on vahvistunut muissa tutkimuksissa, joissa todettiin baarityöntekijöiden altistuksen olevan keskimäärin vähintään kolminkertainen verrattuna asumiseen taloudessa, jossa tupakoidaan¹⁸.

Viime aikoina on tupakoinnin vastaisella lainsäädännöllä saatu poistettua työperäinen altistuminen lähes kokonaan joissakin jäsenvaltioissa ja tiettyntyyppisissä tiloissa, mutta maissa, joissa kattavia rajoituksia ei ole, altistuminen on edelleen voimakasta erityisesti ravintola- ja vapaa-aika-alalla¹⁹.

Ympäristön tupakansavulle altistumisen määrän arvioimiseksi koko EU:ssa ihmisten biomonitorointia käsittelevä EU:n asiantuntijaryhmä²⁰ suositteli kotiniinin (ympäristön tupakansavulle altistumisen keskeinen biomerkkiaine) lisäämistä niiden aineiden luetteloon, jotka ovat ehdolla EU:n tulevaan ihmisten biomonitorointia koskevaan pilottihankkeeseen. Jäsenvaltiot ovat kannattaneet tätä suositusta moneen otteeseen.

1.3. Savuttomuusaloitteen vaikutukset

Savuttomia ympäristöjä edistävät toimet suojelisivat ihmisiä haitalliselta altistumiselta ympäristön tupakansavulle, mutta lisäksi ne vähentäisivät koko väestön tupakan kulutusta. Passiivisen ja aktiivisen tupakoinnin väheneminen **laskisi sairastuneisuutta ja kuolleisuutta** keskeisiin tautityyppeihin, erityisesti keuhkosityöpään, sepelvaltimotautiin, hengityselinsairauksiin ja aivohalvaukseen, sekä kasvattaisi elinajanodotetta. Vaikka kaikki terveyteen liittyvät edut tulisivat ilmi kenties vasta 30 vuoden kuluttua, erityisesti hengityselinten ja sydämen ja verisuonten terveyden voitaisiin odottaa paranevan huomattavasti 1–5 vuodessa.

WHO:n toteuttamassa Choice-hankkeessa savuttomat julkiset tilat havaittiin veronkorotusten jälkeen **toiseksi tehokkaimmaksi toimenpiteeksi**, jolla voidaan vähentää tupakan käyttöön liittyvää kuolleisuutta ja sairastuneisuutta (katso liite I).

2. TALOUDELLISET SYYT

2.1. Taloudellinen rasitus

Jäsenvaltioista (Yhdistynyt kuningaskunta, Irlanti) ja EU:n ulkopuolelta peräisin olevat tiedot viittaavat siihen, että altistuminen tupakansavulle aiheuttaa valtavia kustannuksia sekä yksittäisille ihmisille että yhteiskunnalle, vaikka 27 jäsenvaltion EU:lle aiheutuvia kokonaiskustannuksia ei vielä ole arvioitu. **Kokonaistaloudelle** aiheutuva rasitus sisältää lisääntyneet, tupakkaan liittyvien sairauksien hoidon aiheuttamat suorat kustannukset sekä välilliset kustannukset, jotka liittyvät tuottavuuden menetyksiin sekä tuloveroihin ja sosiaaliturvamaksuihin, jotka jäävät saamatta ansiotyöstä poissa olevilta tupakoijilta ja passiivisen tupakoinnin uhreilta²¹.

Työnantajiin kohdistuva taloudellinen rasitus on erityisen suuri, ja siihen kuuluvat tupakkatauoista ja lisääntyneistä sairauspoissaoloista johtuva työntekijöiden alentunut tuottavuus, tupakointivälineiden aiheuttamat palovahingot sekä tupakoinnista johtuvat ylimääräiset siivous- ja kunnostuskustannukset²². Kanadassa on arvioitu, että tupakoivan työntekijän aiheuttamat vuosikustannukset verrattuna vastaavaan tupakoimattomaan työntekijään olivat 2 565 vuoden 1995 Kanadan dollaria. Alentuneesta tuottavuudesta, lisääntyneistä poissaoloista ja tupakoinnin tahattomasti aiheuttamista palovahingoista johtuneiden skotlantilaisten työnantajien menetysten arvioitiin vuonna 1997 nousevan 0,51–0,77 prosenttiin Skotlannin

bruttokansantuotteesta (BKT). Irlannissa vastaava arvio oli 1,1–1,7 prosenttia BKT:sta vuonna 2000²³.

2.2. Savuttomuusaloitteen vaikutukset

Savuttomuuspolitiikan avulla mahdollisesti saavutetulla terveyden kohenemisella voi pitkällä aikavälillä olla **suuri taloudellinen merkitys**. Yhdistyneen kuningaskunnan hallituksen suorittamien sääntelyn vaikutusten arviointien mukaan kattavan tupakoinninvastaisen lainsäädännön pitkän aikavälin nettohyödyt olisivat vuosittain 1 714–2 116 miljardia puntaa²⁴. Tupakointikieltojen nettohyötyjen on arvioitu nousevan Skotlannissa 4,387 miljardiin puntaan ja Walesissa 2,096 miljardiin puntaan 30 vuoden kuluessa ja Pohjois-Irlannissa 1,101 miljardiin puntaan 20 vuoden kuluessa²⁵.

2.3. Tahattomien seurausten riski

Koska savuttomuuspolitiikalla saadaan osa tupakoivista lopettamaan tupakointi tai vähentämään sitä, **tupakkateollisuus saattaa menettää tuloja** ja tämän seurauksena tupakkaan liittyvät työpaikat saattavat vähentyä. EU:n kaikista työpaikoista kuitenkin verrattain pieni osa on tupakkateollisuudessa. Vuonna 2000 tupakkaan liittyvien ammattien (tupakan kasvatusta, jalostusta ja valmistusta) osuus EU15:n kaikista työpaikoista oli 0,13 prosenttia²⁶. Lisäksi raha, joka nykyään kulutetaan tupakkaan, käytettäisiin todennäköisesti muihin tavaroihin ja palveluihin, jolloin työpaikkoja syntyisi talouden muille aloille.

Aktiivisen tupakoinnin väheneminen merkitsisi myös **savukeverotulojen menetyksiä jäsenvaltioille** (valmistevero ja ALV). On kuitenkin syytä huomata, että vaikka useimmissa EU:n jäsenvaltioissa savukeverot ovat merkittävä tulolähde, niiden osuus valtion talousarviossa on kuitenkin verrattain pieni (1–5 prosenttia). Poikkeuksia ovat Tšekin tasavalta, Puola ja Kreikka, joissa savukeveron osuus valtion vuoden 1999 verotuloista oli järjestyksessä 6, 7 ja 9 prosenttia²⁷. Sen lisäksi että tupakoinnista yhteiskunnalle koituvat kustannukset vähenisivät, tupakointikiellot lisääisivät tupakoivien talouksien käytettävissä olevia tuloja, ja tällaisten talouksien muista investoinneista tai menoista kertyvä arvonlisävero korvaisi osittain tulonmenetykset.

Jonkin verran tuotannonmenetyksiä voidaan olettaa seuraavan siitä, että ne, jotka nykyään saavat polttaa työpaikalla ja jatkavat tupakointia, viettäisivät tupakkataukonsa rakennuksen ulkopuolella.

3. YHTEISKUNNALLISET SYYT

3.1. Yleisö kannattaa savuttomuuslakeja

Lähes 70 prosenttia EU:n kansalaisista ei polta²⁸, ja tutkimukset osoittavat, että suurin osa tupakoivista haluaa lopettaa²⁹.

Eurooppalaisten asenteita tupakkaan selvittäneen, tuoreen **Eurobarometri-tutkimuksen**³⁰ mukaan kolme neljännestä EU:n kansalaisista tietää tupakansavun muodostavan tupakoimattomille terveysriskin, ja 95 prosenttia heistä myöntää, että raskaana olevan naisen seurassa polttaminen voi olla vauvalle hyvin vaarallista.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että **EU:n kansalaiset kannattavat savuttomuuspolitiikkaa** (ks. liite III). Useampi kuin neljä viidestä vastaajasta kannattaa tupakoinnin kieltämistä työpaikoilla (86 prosenttia) ja muissa julkisissa sisätiloissa (84 prosenttia). Suurin osa eurooppalaisista kannattaa myös tupakoinnin kieltämistä baareissa (61 prosenttia) ja ravintoloissa (77 prosenttia). Savuttomien pubien (yli 80 prosenttia) ja ravintoloiden (yli 90 prosenttia) kannatus on suurinta niissä neljässä jäsenvaltiossa, joissa tupakointi on jo kielletty ravintoloissa ja baareissa. Tämäkin viittaa siihen, että savuttomuuspolitiikan kannatus yleensä nousee ennen tupakointikieltojen voimaantuloa ja jatkaa nousemistaan voimaantulon jälkeen³¹.

3.2. Vaikutukset tupakan kulutukseen

Yksi savuttomuuspolitiikan merkittävistä välillisistä hyödyistä on, että se lisää ihmisten tietoisuutta aktiivisen ja passiivisen tupakoinnin vaaroista ja tekee siten osaltaan **tupakoinnista yhteiskunnassa epänormaalia**. Käsitysten muuttuminen saattaa johtaa siihen, että tupakointikäyttäytyminen muuttuu ja erityisesti että

- tupakoivien on helpompi päättää lopettaa tupakointi tai vähentää sitä ja selviytyä lopettamisprosessista³².
- lapset ja nuoret eivät enää yhtä helposti ryhdy tupakoimaan³³. Eniten todennäköisesti vaikuttaisi tupakoinnin kieltäminen huvittelupaikoissa, joissa nuoret usein ”kokeilevat” savukkeita.
- tupakointi tupakoimattomien, erityisesti lasten ja raskaana olevien naisten seurassa vähenee silloinkin, kun laki ei rajoita tupakointia (esimerkiksi kodeissa ja yksityisautoissa)³⁴. Tämä on tärkeää, sillä eniten haittaa aiheutuu lapsille, jotka altistuvat tupakansavulle kotona eli alueella, jota ei voida valvoa säännöksin.

3.3. Vaikutukset yhteiskunnalliseen tasa-arvoon

Savuttomuuspolitiikalla voidaan myös vähentää terveyteen liittyvää sosioekonomista eriarvoisuutta. Koska tupakointi ja tupakansavulle altistuminen on huomattavasti yleisempää niiden keskuudessa, joilla on alhainen koulutustaso ja alemmat tulot ja jotka kuuluvat alempiin ammattiryhmiin, savuttomia ympäristöjä edistävien toimien voidaan olettaa hyödyttävän eniten heikoimmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevia ryhmiä.

4. TOIMIEN TEHOSTAMINEN

Koska yhteisö on tupakoinnin torjuntaa koskevan WHO:n puitesopimuksen (FCTC) osapuoli, sen velvollisuus on toteuttaa toimenpiteitä savuttomien ympäristöjen luomiseksi. FCTC:n 8 artiklan mukaisesti jokaisen sopimuspuolen on hyväksyttävä ja toimeenpantava tehokkaita lainsäädäntö-, täytäntöönpano- ja hallintotoimenpiteitä ja/tai muunlaisia toimenpiteitä, jotka suojelevat ympäristön tupakansavulle altistumiselta sisätiloissa sijaitsevilla työpaikoilla, julkisissa liikennevälineissä, julkisissa sisätiloissa ja tarpeen mukaan muilla julkisilla paikoilla. Ensimmäisessä sopimuspuolikokouksessa helmikuussa 2006 FCTC:n osapuolet päättivät laatia

savuttomia ympäristöjä koskevat suuntaviivat, jotka esitellään vuoden 2007 alkupuoliskolla pidettävässä toisessa sopimuspuolikokouksessa.

Tupakoinnin ehkäisemisestä ja aloitteista tupakoinnin torjunnan tehostamiseksi vuonna 2002 annetussa **Euroopan unionin neuvoston** suosituksessa komissiota kehoitetaan ”tarkastelemaan tässä suosituksessa esitettyjen toimenpiteiden tehokkuutta ja punnitsemaan jatkotoimien tarvetta, erityisesti jos sisämarkkinoita koskevia häiriöitä todetaan suosituksen kattamilla aloilla”. Lisäksi jäsenvaltiot päättivät **tupakkatuotteiden sääntelykomitean**³⁵ syyskuussa 2005 pidetyssä kokouksessa, että komissio voisi tiedonannolla tai vihreällä kirjalla auttaa levittämään hyviä käytäntöjä ja tukea savuttomia ympäristöjä edistäviä kansallisia toimia.

Euroopan parlamentti ilmaisi Euroopan ympäristöterveystoimintasuunnitelmasta helmikuussa 2005 antamassaan päätöslauselmassa olevansa ”tyytyväinen komission tahtoon jatkaa toimintaa tupakoinnin lopettamiseksi suljetuissa tiloissa” ja kannusti sitä ”luokittelemaan ... tupakansavun syöpää aiheuttavien aineiden 1 luokkaan”³⁶.

EU:n toimien tuoma lisäarvo on tunnustettu myös raportissa ”**Tobacco or Health in the European Union**”, jonka komissio teetti tupakoinnin torjunnan asiantuntijayhteenliittymällä³⁷. EU:n tasoisten toimien tarve korostui myös kahdessa sisäilman pilaantumista koskevassa Euroopan laajuudessa hankkeessa, joita on tuettu yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelmasta. EU:n yhteisen tutkimuskeskuksen julkaisemassa **Index-raportissa** on viiden sellaisen ensisijaisen kemikaalin (joita kaikkia tupakansavu sisältää) luettelo, joiden pitoisuuksia on säänneltävä sisäympäristössä. Siinä myös suositellaan tupakoinnin kieltämistä kaikissa julkisissa sisätiloissa sekä työpaikoilla³⁸. Sama suositus sisältyy **Thade-raporttiin**³⁹, jossa ympäristön tupakansavu nimetään suurimmaksi yksittäiseksi sisäilman hiukkaspitoisuuden aiheuttajaksi rakennuksissa, joissa tupakoidaan.

III NYKYINEN LAINSÄÄDÄNTÖ

1. KANSALLISET SÄÄNNÖKSET

Kaikissa jäsenvaltioissa on nähtävissä selkeä suuntaus kohti savuttomia ympäristöjä. Se pohjautuu muiden tekijöiden ohella EU:n ja kansainvälisiin lakisääteisiin vaatimuksiin. Kaikissa jäsenvaltioissa on tällä hetkellä jonkinlaista sääntelyä, jolla pyritään rajoittamaan altistumista tupakansavulle ja sen haitallisia terveysvaikutuksia. Sääntelyn soveltamisala ja luonne vaihtelevat suuresti.

Kaikkia suljettuja julkisia tiloja ja kaikkia työpaikkoja, myös baareja ja ravintoloita, koskeva kattava tupakointikielto on jo voimassa Irlannissa (maaliskuu 2004) ja Skotlannissa (maaliskuu 2006). Pohjois-Irlannissa, Englannissa ja Walesissa kattavan savuttomuuslainsäädännön on määrä tulla voimaan kesällä 2007.

Italiassa (tammikuu 2005), Maltassa (huhtikuu 2005) ja Ruotsissa (kesäkuu 2005) voimassa olevan **poikkeuksia sisältävän savuttomuuslainsäädännön** mukaan työnantajat saavat rakentaa erityisiä, eristettyjä tupakointihuoneita, joissa on erillinen

ilmastointijärjestelmä. Vastaavat toimet ollaan ottamassa käyttöön Ranskassa helmikuussa 2007 (hotelli- ja ravintola-alan siirtymäkausi jatkuu tammikuuhun 2008) ja Suomessa kesäkuussa 2007. Liettuan on määrä muuttua savuttomaksi tammikuussa 2007, erityisesti varustettuja ”sikari- ja piippuklubeja” lukuun ottamatta.

Jotkin muut jäsenvaltiot ovat kieltäneet tupakoinnin suljetuissa julkisissa tiloissa ja kaikilla työpaikoilla **ravintola-alaa lukuun ottamatta**, jolla sovelletaan osittaisia rajoituksia. Näitä maita ovat esimerkiksi Belgia, Kypros, Viro, Suomi, Alankomaat, Slovenia ja Espanja.

Useimmissa jäsenvaltioissa sääntelyllä kielletään tai rajoitetaan tupakointia **merkittävässä julkisissa tiloissa**, kuten terveydenhuollon rakennuksissa, opetustiloissa ja valtion tiloissa, teattereissa, elokuvateattereissa ja julkisissa liikennevälineissä. Tupakoinnin rajoittaminen työpaikoilla on harvinaisempaa. Toimenpiteiden voimakkuus vaihtelee päätöslauselmasta tai vapaaehtoisesta sopimuksesta ehdottomaan lakiin, jonka noudattamatta jättämisestä rangaistaan.

Epätäydellisen sääntelyn tai täytäntöönpanon puutteen takia kansalaiset ovat usein vaatineet oikeudessa hallitukselta tai työnantajalta korvauksia passiivisen tupakoinnin terveydelleen aiheuttamista haitoista⁴⁰.

Useissa jäsenvaltioissa kansallisia säännöksiä tehostetaan **alueellisella ja/tai paikallisella** sääntelyllä. Lainsäädäntöä täydentävät myös itsesääntelytoimenpiteet, ja yhä useammat työpaikat, koulut, sairaalat, joukkoliikennevälineet ja niin edelleen ryhtyvät vapaaehtoisesti savuttomiksi. Yhä enemmän tehdään työntekijöiden kannustamiseksi lopettamaan tupakointi ja sen käsityksen levittämiseksi, että terveellinen sisäilma on jokaisen kansalaisen ja työntekijän perusoikeus.

2. NYKYISET YHTEISÖN SÄÄNNÖKSET

EU:ssa savuttomia ympäristöjä on edistetty **ei-sitovin päätöslauselmin ja suosituksin**, joissa jäsenvaltioita kehoitetaan suojelemaan ihmisiä riittävästi altistumiselta ympäristön tupakansavulle. Erityisesti julkisilla paikoilla tupakoinnin kieltämisestä **vuonna 1989 annetussa neuvoston päätöslauselmassa 89/C 189/01**⁴¹ kehoitetaan jäsenvaltioita kieltämään tupakointi julkisissa tiloissa ja kaikissa joukkoliikennevälineissä. Tuorein näistä on tupakoinnin ehkäisemisestä ja aloitteista tupakoinnin torjunnan tehostamiseksi annettu neuvoston suositus 2003/54/EY⁴², jossa jäsenvaltioita kehoitetaan ottamaan käyttöön tehokkaita toimenpiteitä, jotta ihmisiä voidaan suojella ympäristön tupakansavulta työpaikkojen sisätiloissa, suljetuissa julkisissa tiloissa ja julkisissa kulkuvälineissä.

Vaikka toimenpiteistä **työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden parantamisen edistämiseksi työssä annetussa puitedirektiivissä (89/391/ETY)**⁴³ ei viitata nimenomaisesti tupakansavuun, se kuitenkin kattaa kaikki työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle aiheutuvat vaarat⁴⁴. Siinä yksittäinen työnantaja velvoitetaan arvioimaan työpaikan vaarat ja ottamaan käyttöön tarkoituksenmukaisia toimenpiteitä vaarojen ehkäisemiseksi ja työntekijöiden suojelemiseksi.

Lisäksi jotkin työterveyttä ja -turvallisuutta koskevat direktiivit, joissa säädetään tiettyjä vaaroja koskevista ”**vähimmäisvaatimuksista**”, sisältävät säännöksiä, jotka koskevat **työntekijöiden suojelua ympäristön tupakansavulta** (katso seuraava kappale). Jäsenvaltioiden on saatettava nämä direktiivit osaksi kansallista lainsäädäntöään ja pantava ne asianmukaisesti täytäntöön. Perustamissopimuksen mukaan jäsenvaltioilla on oikeus ottaa käyttöön ankarampia toimenpiteitä.

Direktiivissä työpaikoille asetettavista turvallisuutta ja terveyttä koskevista vähimmäisvaatimuksista (89/654/ETY)⁴⁵ sekä tilapäisiä tai liikkuvia rakennustyömaita (92/57/ETY)⁴⁶, porausta käyttävää kaivannaisteollisuutta (92/91/ETY)⁴⁷ ja avo- ja kaivoslouhintateollisuutta (92/104/ETY)⁴⁸ koskevissa direktiiveissä työnantajat velvoitetaan huolehtimaan ilmanvaihdesta ja riittävästä raikkaasta ilmasta suljetuilla työpaikoilla sekä suojelemaan lepohuoneissa ja lepotiloissa tupakoimattomia tupakansavun aiheuttamalta epämukavuudelta.

Syöpäsairauden vaaraa aiheuttavia tekijöitä tai perimän muutoksia aiheuttavia aineita koskevassa direktiivissä (2004/37/EY)⁴⁹ ja **asbestidirektiivissä** (83/477/ETY)⁵⁰ kielletään tupakointi alueilla, joilla käsitellään karsinogeneeneja, mutageeneja tai asbestia. **Raskaana olevia ja äskettäin synnyttäneitä tai imettäviä työntekijöitä koskevassa direktiivissä** (92/85/EEC) työnantajat velvoitetaan toteuttamaan toimenpiteitä raskaana olevien ja imettävien naisten suojelemiseksi häältä.

Eräät tupakansavun ainesosat (esimerkiksi arsenikki, 1,3-butadieeni, bentseeni ja propyleenioksidi) on luokiteltu syöpää aiheuttaviksi **vaarallisia aineita koskevan direktiivin** (67/548/ETY)⁵¹ liitteessä 1. EU:n kemikaalilainsäädäntö ei kata tupakansavua sinänsä, sillä sitä sovelletaan vain aineisiin ja valmisteisiin, jotka on **saatettu markkinoille** jäsenvaltioissa⁵².

IV SAVUTTOMUUSALOITTEEN SOVELTAMISALA

Keskeinen seikka EU:n savuttomuusaloitetta suunniteltaessa on sen **soveltamisala**. Tupakansavulle voi altistua hyvin monenlaisissa ympäristöissä, joten ollakseen tehokas savuttomuuspolitiikan on lähdettävä laajalta pohjalta eikä koskea vain tietynlaisia yrityksiä tai tiloja.

Kattavimmillaan ehdotettaisiin tupakoinnin täyskieltoa **kaikilla työpaikoilla ja kaikissa julkisissa tiloissa, jotka ovat suljettuja tai huomattavalta osalta suljettuja**, myös julkisissa liikennevälineissä. Rajoitukset voisivat ulottua myös rakennusten sisäänkäyntien lähetyvillä sijaitseviin ulkoalueisiin ja kenties myös muihin julkisiin ulkotiloihin, joissa ihmiset istuvat tai seisovat toistensa välittömässä läheisyydessä. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi ulkoilmastadionit ja huvitilaisuuksien pitopaikat, linja-autopysäkkien katokset ja asemalaiturit. Voitaisiin harkita joitakin hyvin harvoja, pitkäaikaiseen asumiseen tarkoitettuja tiloja koskevia poikkeuksia (esimerkiksi erityiset huoneet hoitokotien, psykiatrinen osastojen ja vankiloiden kaltaisissa laitoksissa).

Vähemmän ankarassa lähestymistavassa ehdotettaisiin tupakoinnin täyskieltoa kaikilla työpaikoilla ja kaikissa julkisissa tiloissa, jotka ovat suljettuja tai huomattavalta osalta suljettuja, mutta siten, että **tietyntyypisille tiloille**

myönnettäisiin poikkeuksia. Niitä tiloja varten, joille on myönnetty poikkeus, laadittaisiin suljettuja tupakointihuoneita koskevat vähimmäisvaatimukset, jotka sisältäisivät myös ilmanvaihtonormit. Poikkeuksia voitaisiin myöntää

- ravintola-alan yrityksille, joilla on anniskelulupa (ravintolat, pubit ja baarit),
- ravintola-alan yrityksille, joissa ei tarjoilla ruokaa.

Savuttomia ympäristöjä edistävillä toimilla päästäisiin parhaisiin tuloksiin täydentämällä niitä EU:n ja/tai jäsenvaltioiden **tukitoimilla**. Tällaisia ”oheistoimia” voisivat olla tiedotuskampanjat, joilla tuodaan esiin oikeus savuttomaan ilmaan ja passiivisen tupakoinnin vaarat, ja (sekä käyttäytymisterapiaan että lääkkeisiin perustuviin) vieroitushoitoihin pääsyn helpottaminen niille, jotka haluavat lopettaa tupakoinnin.

1. KATTAVA SAVUTTOMUUSLAINSÄÄDÄNTÖ

Edut

Kaikista vaihtoehdoista tämä **vähentäisi eniten tupakansavulle altistumista** ja siihen liittyviä haittoja ja varmistaisi, että EU:n kansalaisilla on tasavertaiset mahdollisuudet suojata WHO:n tunnustamaa oikeuttaan hengittää terveellistä sisäilmaa⁵³.

Savuttomuuslainsäädäntöä soveltavissa maissa suoritettut tutkimukset osoittavat, että sisäilman laatu paranee ratkaisevasti tupakointikieltojen tultua voimaan. Altistuminen tupakansavulle vähentyi erityisen selvästi ravintoloissa, baareissa ja muissa vapaa-ajanviettopaikoissa⁵⁴. Tämä kuvastui siinä, että hotelli- ja ravintola-alan työntekijöiden hengityselinten tila parani huomattavasti⁵⁵ ja sydänkohtausten esiintyvyys ja niihin kuolleisuus väheni merkittävästi⁵⁶ jo muutaman kuukauden kuluttua kieltojen käyttöönotosta.

Kattavalla lainsäädännöllä olisi myös parhaat mahdollisuudet **tehdä tupakoinnista yhteiskunnassa epänormaalialia**, sillä se loisi ilmapiirin, joka kannustaa tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen ja saa nuoret olemaan aloittamatta tupakointia.

Tarkasteltaessa savuttomuuspolitiikan tehokkuudesta tehtyä 35 tutkimusta todettiin, että julkisten tilojen puhdasta ilmaa koskevalla, kattavalla lainsäädännöllä voidaan vähentää koko väestön tupakointia noin 10 prosentilla⁵⁷. Työpaikoilla tehtyjen 26 tutkimuksen tarkastelu viittasi myös siihen, että täysin savuttomat työpaikat ovat yhteydessä tupakoinnin vähenemiseen 3,8 prosentilla ja siihen, että tupakointia jatkavat polttavat keskimäärin 3,1 savuketta vähemmän päivässä⁵⁸.

Sen, että kattavat tupakointikiellot liittyvät **aktiivisen tupakoinnin vähenemiseen**, on vahvistanut myös savuttomista maista saatu näyttö, jonka mukaan tupakan myynnin laskun (esimerkiksi 8 prosenttia Italiassa ja 14 prosenttia Norjassa) lisäksi tupakoinnin lopettamisyritykset lisääntyivät merkittävästi pian uusien säännösten tultua voimaan⁵⁹. Irlannissa 80 prosenttia aiemmin tupakoineista totesi uuden lainsäädännön kannustaneen heitä lopettamaan, ja 88 prosenttia ilmoitti uuden lain auttaneen heitä pysymään päätöksessään⁶⁰. Vaikka toisin pelättiin, tupakoinnin kieltäminen kaikissa julkisissa tiloissa näyttää vähentäneen tupakointia kodeissa,

erityisesti pienten lasten seurassa⁶¹. Irlannissa savuttomien kotitalouksien määrä lisääntyi 8 prosentilla kiellon tultua voimaan⁶².

Yhteiskunnallisesti tämän vaihtoehdon hyödyt keskittyisivät **alempiin sosioekonomisiin ryhmiin**, joissa tupakoidaan enemmän ja ollaan useammin työssä ravintola-alalla.

Kattavan tupakointikiellon noudattamista olisi helpompi **valvoa** kuin osittaisia rajoituksia. Italiassa ja Irlannissa noudattamisprosentti on yli 90, mikä osoittaa, että tupakoinnin täyskielto lähes valvoo itse itseään, sillä sosiaaliset paineet rajoittavat tupakointia tehokkaasti ja vähentävät ratkaisevasti virallisen valvonnan tarvetta.

Haitat

Kaikkia julkisia tiloja sekä työpaikkoja koskevaa täyskieltoa todennäköisesti **vastustettaisiin** joissakin jäsenvaltioissa, ja siksi sen hyväksyminen ja täytäntöönpano voi olla vaikeampaa. Myös tupakka-ala ja suurin osa ravintola-alaa on tehnyt selväksi, että se pitää tätä vaihtoehtoa huonoimpana.

Tupakoinnin kieltämisen pubeissa ja ravintoloissa on pelätty aiheuttavan **haittaa ravintola-alalle**. Savuttomilta oikeudenkäyttöalueilta ei kuitenkaan ole saatu näyttöä yleisestä kielteisestä vaikutuksesta alan työllisyyteen tai tuloihin⁶³. Irlannissa pubien ja baarien myyntivolyymi kasvoi hieman (0,1 prosenttia) vuonna 2005, ja ennen savuttomuuslainsäädännön voimaantuloa alkanut laskeva suuntaus kääntyi nousuun⁶⁴. Saattaa olla hyödyllistä palauttaa mieleen joitakin tilastoja, vaikka ne eivät koskekaan EU:n jäsenvaltioita. Esimerkiksi Norjassa ravintola-alan yritysten myynnissä tapahtui 0,8 prosentin hienoinen lasku, mutta se johtui todennäköisesti muista tekijöistä, muun muassa säästä⁶⁵. New York Cityssä ja Kaliforniassa useimmat hotelli- ja ravintola-alan yritykset näyttävät hyötynneen savuttomuussäännöksistä⁶⁶. Tämä pitää yhtä 97 tutkimuksen kansainvälisen tarkastelun kanssa, jossa objektiivisiin tietoihin, kuten myyntiveroon ja työllisyyslukuihin, perustuvissa tutkimuksissa ei havaittu negatiivista taloudellista vaikutusta⁶⁷.

2. SAVUTTOMUUSLAINSÄÄDÄNTÖ, JOHON SISÄLTYY POIKKEUKSIA

Edut

Verrattuna siihen, että mitään ei tehtäisi, tällä vaihtoehdolla olisi todennäköisesti suurempi aktiivista ja passiivista tupakointia vähentävä ja tupakointia epänormaaliksi tekevä vaikutus.

Jotkin jäsenvaltiot ja etenkin niiden tupakka- ja ravintola-alat saattavat hyväksyä helpommin lainsäädännön, johon sisältyy poikkeuksia, ja siksi kompromissin saavuttaminen on todennäköisempää. Yksittäiset jäsenvaltiot voisivat kuitenkin hyväksyä ankarampia, poikkeuksettomia kansallisia lakeja tai jatkaa sellaisten voimassaoloa.

Poikkeuksia voitaisiin täydentää suljettuja tupakointihuoneita koskevilla vähimmäisvaatimuksilla, joihin sisältyisivät ilmanvaihtonormit.

Haitat

Näin toimien saavutettaisiin vähemmän terveyshyötyjä ja yhteiskunnallisia hyötyjä kuin kattavalla savuttomuuslainsäädännöllä.

Jotkin herkimmät ryhmät altistuisivat edelleen ympäristön tupakansavulle. Epätäydellisen sääntelyn tai täytäntöönpanon puutteen takia kansalaiset voisivat vaatia oikeudessa jäsenvaltiolta ja/tai työnantajalta korvauksia passiivisen tupakoinnin terveydelleen aiheuttamista haitoista.

Täyskieltoon verrattuna poikkeukset lieventäisivät tupakoinnin epänormaaliksi tekevää vaikutusta. Kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että tupakoinnin joissakin tiloissa sallivan lainsäädännön vaikutus tupakointikäyttäytymiseen on noin puolet täyskiellon vaikutuksesta⁶⁸.

Erilaisia tiloja koskevien erilaisten säännösten noudattamisen valvonta olisi myös hankalampaa ja kalliimpaa kuin täyskiellon ja edellyttäisi enemmän asiakirjojen allekirjoittamista ja tarkastuksia.

2.1. Poikkeukset ravintola-alan yrityksille, joilla on anniskelulupa

Ravintola-alan työntekijät altistuvat erityisen voimakkaasti tupakansavulle ja ovat siten passiivisen tupakoinnin erityinen riskiryhmä, jolla on 50 prosenttia suurempi mahdollisuus sairastua keuhkosityöpään⁶⁹. Tämä ammattiryhmä altistuisi edelleen ympäristön tupakansavulle. Sama terveysriski koskisi näiden yritysten asiakkaita.

Vuoden 2004 työvoimatutkimuksen mukaan EU:n 15 jäsenvaltiossa ravintola-alalla työskenteli lähes 4,3 miljoonaa ihmistä, joka on 3 prosenttia näiden maiden kokonaistyoajasta (10 muusta jäsenvaltiosta ei ole tietoja). Merkittävä osa nuorista ja naisista työskentelee ravintola-alalla⁷⁰.

Skotlannin hallituksen teettämän sääntelyn vaikutusten arvioinnin mukaan tämä vaihtoehto vähentäisi aktiivisen tupakoinnin aiheuttamia kuolemia puolet vähemmän ja passiivisen tupakoinnin aiheuttamia kuolemia 25 prosenttia vähemmän kuin täyskielto⁷¹.

2.2. Poikkeukset pubeille ja baareille, joissa ei tarjoilla ruokaa

Tämä vaihtoehto ei suojelisi ympäristön tupakansavulle eniten altistuvia ammattiryhmiä passiiviselta tupakoinnilta. Pubien ja baarien asiakkaat jäisivät myös vaille suojelua. Sen myötä syntyisi myös riski, että pubit luopuisivat ruokatarjoilusta kiertääkseen tupakointikieltoa.

Nykyinen terveydellinen eriarvoisuus saattaisi myös laajentua: Yhdistyneessä kuningaskunnassa hiljattain tehdyt tutkimukset osoittavat, että altistuminen ympäristön tupakansavulle on huomattavasti voimakkaampaa vähävaraisten alueiden pubeissa kuin varakkaampien alueiden pubeissa⁷². Valtaosa anniskeluoikeuksin varustetuista yrityksistä, joissa ei tarjoilla ruokaa, sijaitsee lisäksi vähävaraisten alueilla, ja näiden alueiden pubien olisi muita kannattavampaa siirtyä tarjoilemaan vain alkoholia⁷³.

Yhdistyneen kuningaskunnan suorittaman lainsäädännön vaikutusten arvioinnin mukaan tämän vaihtoehdon terveyshyödyt olisivat 40 prosenttia täyskiellon hyödyistä (olettaen, että 10–30 prosentissa pubeista ei tällä hetkellä tarjoilla ruokaa)⁷⁴.

2.3. Omalla ilmanvaihhdolla varustetut, suljetut tupakointihuoneet

On näyttöä siitä, että nykyisin käytössä oleva tekniikka (joka perustuu sekoittamiseen ja laimentamiseen) laskee vain vähän ravintoloiden ja muiden sisäympäristöjen ilmassa olevien tupakansavun epäpuhtauksien pitoisuuksia⁷⁵. Lisäksi valvotuissa ympäristöissä, kuten EU:n INDOORTRON-sääkaapissa, suoritetuissa tutkimuksissa on havaittu, että ilmanvaihdon nopeuden lisääminen ei paranna merkittävästi sisäilman laatua⁷⁶. Syrjäytysilmanvaihto on joissakin tupakkateollisuuden rahoittamissa, tuoreissa tapaustutkimuksissa⁷⁷ todettu tehokkaammaksi, mutta **tupakansavua ei voida poistaa kokonaan ilmanvaihdon avulla**⁷⁸.

Tupakoinnin torjuntaa koskevan puitesopimuksen **ensimmäisessä sopimuspuolikokouksessa** todettiin (yksimielisesti) näytetyn kiistattomasti toteen, että teknisillä ratkaisuilla ei voida suojautua altistumiselta tupakansavulle⁷⁹. Niin ikään American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (ASHRAE), joka on sisäilman laatua ja ilmanvaihtoa koskevia normeja asettava kansainvälinen elin, hyväksyi vuonna 2005 ympäristön tupakansavun torjuntakeinoja koskevan kannanoton, jossa todettiin tupakoinnin kieltäminen sisätiloissa ainoaksi tehokkaaksi tavaksi poistaa terveysriskit, joita liittyy ympäristön tupakansavulle altistumiseen⁸⁰.

Erottamalla tupakoivat fyysisesti tupakoimattomista varaamalla heitä varten **suljettu tupakointihuone** voidaan lisätä tilojen savuttomien osien ilmanvaihdon tehokkuutta⁸¹. Näin ei kuitenkaan suojella tupakointihuoneessa olevia tai henkilöstöön kuuluvia (esimerkiksi tarjoilijoita tai siivoojia), joiden on työnsä vuoksi käytävä huoneessa.

Tupakointihuoneet aiheuttavat myös huomattavia **kustannuksia**, jotka voivat saattaa pienemmät toimijat eriarvoiseen asemaan⁸². Lisäksi ilmastoitujen tupakointihuoneiden toiminta ja ylläpito edellyttävät laajaa **tarkastus- ja valvontainfrastruktuuria**. On osoittautunut, että käytetyt ilmanvaihtojärjestelmät eivät aina täytä laissa asetettuja normeja⁸³.

Jos hyväksytään vaihtoehto, jossa poikkeus voidaan myöntää yrityksille, joissa on ilmastoidut tupakointihuoneet, näiden huoneiden olisi täytettävä seuraavat vaatimukset:

- niiden on oltava täysin suljettuja ja eristettyjä savuttomista alueista,
- niissä on oltava savuttomista alueista erilliset ilmanvaihtojärjestelmät,
- niissä on oltava negatiivinen ilmanpaine, jotta tupakansavu ei leviä muille alueille,
- niissä ei pidä sallia muuta toimintaa kuin tupakointi, jotta henkilöstön tarve suorittaa siellä työtehtäviä olisi mahdollisimman vähäinen⁸⁴.

Maltassa, Italiassa ja Ruotsissa, joissa omalla ilmanvaihdolla varustetun tupakointihuoneen rakentaminen on sallittua, useimmat toimijat ovat päättäneet olla käyttämättä tätä mahdollisuutta.

V TOIMINTAVAIHTOEHDOT

Savuttomuustavoitteen saavuttamiseksi on **erilaisia toimintavaihtoehtoja**. Olisi pyrittävä ratkaisuun, jolla saavutetaan tavoitteet parhaiten mutta josta aiheutuu mahdollisimman vähän kustannuksia ja räsitusta. Jäljempänä luetellaan sääntelyvaihtoehdot järjestyksessä, jossa EU:n toimien osuus asteittain kasvaa (alkaen nykyisistä toimista ja päättyen uusien, sitovien, EU:n lainsäädäntöön perustuvien puitteiden laatimiseen).

Vaihtoehdot **eivät sulje toisiaan pois** ja saattavat täydentää toisiaan. Komission suositus saattaisi esimerkiksi toimia kannustimena sidosryhmille ja jäsenvaltioille ottaa käyttöön itsesääntelyhankkeita. Toisaalta itsesääntelymekanismit voisivat toimia sitovan lainsäädäntöjärjestelmän pohjana ja/tai täydentää sitä (esimerkiksi kattaa tilat, joita lainsäädäntö ei vielä koske tai joille on myönnetty poikkeus tupakointikiellosta).

On syytä huomata, että eri toimintavaihtoehtojen soveltamisala vaihtelee. Näin ollen työntekijän suojelua koskevaa EU:n lainsäädäntöä sovellettaisiin julkisiin tiloihin silloin, kun ne ovat työpaikkoja, ottaen huomioon perustamissopimuksen rajoitukset, mutta täydellistä tupakointikieltoa kaikissa julkisissa tiloissa voitaisiin edistää ei-sitovilla toimenpiteillä (kuten komission tai neuvoston suosituksella), jäsenvaltioiden lainsäädäntötoimilla ja/tai sidosryhmien omilla, vapaaehtoisilla toimenpiteillä.

Mikään sääntelytoimi ei ole tehokas, jollei siihen liity toimiva **täytäntöönpanokeino** ja avoin **seurantajärjestelmä**. Riippumatta siitä, ovatko sääntelytoimet EU:n taseisia vai kansallisia tai alueellisia, olisi ennen niiden käyttöönottoa toteutettava **kuulemis- ja tiedotuskampanjoita** ja suoritettava **vaikutustutkimus**.

1. EI MUUTOSTA NYKYTILAAN

Tässä vaihtoehdossa EU ei toteuttaisi uusia toimia, mutta **jatkaisi** passiivista tupakointia koskevaa **nykyistä työtään** yhteisön eri ohjelmien puitteissa (kansanterveys-, tutkimus- ja työllisyysala). Alan sääntelyn kehittyminen jäisi jäsenvaltioiden ja FCTC-prosessin varaan.

Varat, jotka säästyisivät uuden toimenpiteen kehittämisestä ja täytäntöönpanosta, voitaisiin sijoittaa sen varmistamiseen, että nykyisiä EU:n suosituksia ja työterveys- ja työturvallisuusedirektiivejä noudatetaan asianmukaisesti. Erityisesti voitaisiin laatia työnantajille, työntekijöille ja jäsenvaltioiden toimivaltaisille viranomaisille tarkoitettua ohjeistusta puitedirektiivin (89/391/ETY) paremmasta soveltamisesta. Tämä direktiivi kattaa jo kaikki työntekijöiden terveyteen ja turvallisuuteen kohdistuvat vaarat, myös tupakansavun, vaikkei siinä nimenomaisesti viitata ympäristön tupakansavulle altistumiseen.

Voitaisiin myös pyrkiä edistämään savuttomia ympäristöjä muin kuin lainsäädäntötoimin, esimerkiksi järjestämällä tiedotus- ja valistuskampanjoita ja

käynnistämällä verkottumisaloitteita. Nykyinen tupakanvastainen HELP-kampanja jatkuu vuoteen 2008, ja sen jatkoksi voitaisiin suunnitella uusi tiedotuskampanja.

Lisäksi sisäilman laatua koskeva työ, joka kattaa myös ympäristön tupakansavun, jatkuu ympäristöterveystoimintasuunnitelman toimen 12 jatkotoimenpiteenä. Alan eri hankkeisiin tarvittavat resurssit saadaan vuosia 2007–2010 koskevasta monivuotisesta strategisesta Life+-ohjelmasta⁸⁵, Euroopan yhteisön seitsemänneistä tutkimuksen puiteohjelmasta⁸⁶ ja yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelmasta⁸⁷.

Jäsenvaltioilla olisi edelleen oikeus oman kansallisen tilanteensa ja kulttuurinsa perusteella päättää, toteuttavatko ne ja millä tavoin tupakointikieltotoimenpiteitä. Savuttomiin ympäristöihin pyrkiminen todennäköisesti jatkuisi, ja suuntausta vahvistaisivat FCTC-suuntaviivojen laatiminen ja julkaiseminen. Esimerkiksi Tanskan, Saksan, Latvian, Portugalin ja Slovenian kansalliset hallitukset ovat jo ilmoittaneet aikovansa lähitulevaisuudessa vahvistaa kansallista savuttomuuslainsäädäntöään.

Kaikista vaihtoehtoista tämä kuitenkin todennäköisesti pienentäisi kaikkein vähiten altistumista ympäristön tupakansavulle ja siihen liittyviä haittoja. Kehitys eri jäsenvaltioissa olisi todennäköisesti epätasaista. Puutteellisen sääntelyn vuoksi moni herkkä ryhmä altistuisi edelleen julkisissa sisätiloissa ympäristön tupakansavulle. Näin ollen kansalaiset voisivat vaatia oikeudessa korvauksia passiivisen tupakoinnin terveydelleen aiheuttamista haitoista.

Koska EU:n savuttomuusaloitteeseen kohdistuu laajoja odotuksia, yleisö voisi pettyä. Nykytilan säilyttäminen merkitsisi myös, että menetetään hyvä tilaisuus hyödyntää nykyistä poliittista ilmapiiriä, joka suosii savuttomien ympäristöjen luomista EU:ssa.

2. VAPAAEHTOISET TOIMET

Tässä vaihtoehdossa sidosryhmiä kannustettaisiin hyväksymään EU:n taseisia, yhteisiä, vapaaehtoisia suuntaviivoja, joiden avulla yhä useammista tiloista tulisi savuttomia. Alakohtaisia toimenpiteitä voitaisiin edistää (esimerkiksi vapaa-aika- ja ravintola-alalla). Yritysten yhteiskuntavastuuta voitaisiin käyttää alan toimien pohjana.

Keskustelujen edistämiseksi voitaisiin käynnistää laaja foorumiprosessi, jossa kohtaisivat kansalaisyhteiskunta ja taloudelliset toimijat sekä EU:n toimielimien, jäsenvaltioiden ja kansainvälisten järjestöjen edustajat. Tällainen foorumi perustettiin viime vuonna ruokavalion ja liikunnan alalla. Samankaltaista prosessia on vastikään ehdotettu myös EU:n laajuisen alkoholistrategian kehittämiseksi.

Yhtenä vaihtoehtona olisi EU:n työmarkkinaosapuolten (työnantajat ja ammattijärjestöt) kehottaminen perustamissopimuksen 138 artiklan perusteella neuvottelemaan itsenäinen sopimus työpaikkatupakoinnista. Itsesääntely työmarkkinaosapuolten välisen vuoropuhelun avulla on EU:ssa tuottanut runsaasti tuloksia. Työmarkkinaosapuolet ovat muun muassa hyväksyneet yli 300 yhteistä tekstiä.

Parhaassa tapauksessa itsesääntely saattaa olla nopeampaa ja joustavampaa kuin perinteiset lainsäädäntökeinot ja tarjota siksi aloille ja yrityksille, joita asia koskee, tilaisuuden vaikuttaa suuremmin käyttöön otettaviin toimintalinjoihin. Sidosryhmät voisivat myös tuntea enemmän vastuuta hankkeesta ja osallistua siihen halukkaammin.

Lopputulokset riippuvat kuitenkin sidosryhmien halusta noudattaa sovittua sitoumusta sekä täytäntöönpanomekanismien tehokkuudesta.

Jäsenvaltioista saatu näyttö viittaa valitettavasti siihen, että vapaaehtoisin sopimuksin ei ole kyetty tehokkaasti vähentämään tupakointia. Etenkään vapaa-aika- ja ravintola-alalla vapaaehtoistoimin ei ole päästy avaintavoitteeseen, joka on ympäristön tupakansavulle altistumisen huomattava vähentäminen.

Esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa alle prosentti baareista oli savuttomia viisi vuotta sen jälkeen, kun terveysministeriön ja hotelli- ja ravintola-alan pääjärjestöjen välillä tehtiin vapaaehtoinen sopimus⁸⁸. Espanjassa annettiin vuoden 2006 lainsäädännöllä alle 100 m²:n suuruisille baareille ja ravintoloille mahdollisuus ryhtyä vapaaehtoisesti savuttomiksi. Alustavat selvitykset osoittavat, että vain noin 10 prosenttia yrityksistä, joita laki koskee, on päättänyt tarttua tilaisuuteen⁸⁹. Pariisissa hädin tuskin 30 yritystä on osallistunut vapaaehtoiseen ohjelmaan, jossa kannustetaan kaupungin 12 452 kahvilaa, bistroa ja brasserieta julistautumaan savuttomiksi alueiksi⁹⁰.

3. AVOIN KOORDINOINTIMENETELMÄ

Tämä vaihtoehto merkitsisi, että jäsenvaltioiden savuttomia ympäristöjä koskevat toimet sovitettaisiin yhteen käyttämällä niin kutsuttua avointa koordinointimenetelmää. Jäsenvaltioita kehoitettaisiin tekemään savuttomuuslaeistaan yhtenevämpiä menemättä kuitenkaan täydelliseen yhdenmukaistamiseen (tämä olisi silti mahdollista).

Menetelmä tarkoittaisi muun muassa seuraavaa:

- Jaettaisiin kokemuksia ja **hyviä käytäntöjä** tehokkaiden kansallisten, alueellisten ja paikallisten savuttomuustoimenpiteiden käyttöönotosta
- sopimalla yhteisistä EU:n tavoitteista ja suuntaviivoista, jotka perustuvat sekä jäsenvaltioissa että muualla kuin EU:ssa saatuihin onnistuneisiin kokemuksiin. Näihin voitaisiin liittää aiheellisia määräaikoja sekä seuranta- ja täytäntöönpanoehtoja.
- muuntamalla suuntaviivat tupakansavulle altistumisen vähentämistä koskeviksi kansallisiksi toimintaohjelmiksi, joihin sisältyvät tarkat aikataulut lyhyen, keskipitkän ja pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiseksi.
- määrääjain tapahtuvalla valvonnalla, arvioinnilla ja vertaisarvioinnilla esimerkiksi jäsenvaltioiden vuosittain toimittamien kertomusten muodossa.

Monet oikeudenkäyttöalueet ovat jo ryhtyneet savuttomiksi ja monet muut ovat ilmoittaneet aikovansa tehdä niin. Jäsenvaltioilla on myös yhteisiä haasteita, kuten

tupakka- ja ravintola-alan vastustus, yleinen epäilevä suhtautuminen sekä nykyisten vaatimusten noudattamatta jättäminen. EU:n tasolla tapahtuvan koordinoinnin avulla voitaisiin saada syntymään prosessi, jossa jäsenvaltiot ottavat oppia toisiltaan ja kertovat toisilleen hyvistä käytännöistä.

Sitoutuminen savuttomuustavoitteisiin olisi kuitenkin vapaaehtoista, eikä sovituista tavoitteista jäämisestä olisi seuraamuksia. Järjestelmän tehokkuus riippuisi monenvälisen valvonnan ja vertaispainostuksen voimakkuudesta.

4. KOMISSION TAI NEUVOSTON SUOSITUS

Tässä vaihtoehdossa jäsenvaltioita kehoitettaisiin hyväksymään kansallista savuttomuuslainsäädäntöä, jota ohjattaisiin Euroopan yhteisön perustamissopimuksen 152 artiklan nojalla savuttomista ympäristöistä annettavalla, kokonaisvaltaisella komission tai neuvoston suosituksella, jossa esitetään ehdotuksia toimintatavoiksi. Sitä voitaisiin käyttää itsenäisesti tai osana jäsenvaltioiden (vaihtoehto 3) ja/tai teollisuuden (vaihtoehto 2) itsesääntelyjärjestelmiä.

Suositus ei ole sitova, mutta komissio tai neuvosto ilmaisisi sillä selvästi, että sen mielestä passiivisen tupakoinnin poistamiseksi EU:sta olisi toteutettava toimia. Sillä nostettaisiin savuttomuus ensisijaisena asiana kaikkien jäsenvaltioiden poliittiselle asialistalle ja tuettaisiin näin jäsenvaltioiden toimia.

Tämän vaihtoehtoon tehokkuus riippuisi paljon EU:n suuntaviivojen selkeydestä sekä raportointivaatimuksista. Selvillä tavoitteilla, joihin liittyvät tarkat aikataulut ja indikaattorit (esimerkiksi suositus, että tietty prosentuaalinen osuus työpaikoista on savuttomia tiettyyn vuoteen mennessä tietyllä alalla), olisi varmasti suurempi vaikutus kuin yleisluonteisemmilla suosituksilla. Samoin seurantajärjestelmän käyttöönoton ja tulosten julkistamisen edellyttäminen synnyttäisi yleistä painostusta tehostaa täytäntöönpanoa ja kehittää ankarampia menettelyjä.

Tämä vaihtoehto tarjoaisi jäsenvaltioille joustavuutta, mutta suurimpana vaarana olisi, että osa jäsenvaltioista päättää olla tekemättä mitään.

5. SITOVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Yhteisö voi toimia tällä alalla myös antamalla sitovaa lainsäädäntöä. Sitovalla lainsäädännöllä kaikkiin jäsenvaltioihin saataisiin yhtäläinen, avoin ja täytäntöönpanokelpoinen suojelun perustaso tupakansavulle altistumisen vaaralta.

Lainsäädäntöprosessilla varmistetaan, että kaikkia osapuolia kuullaan virallisesti ja heidän kanssaan neuvotellaan, mikä voi tehdä sen tuloksena syntyvästä politiikasta vankemman. Toisaalta lainsäädäntöreitti on todennäköisesti verrattain pitkä, ja lopputulosta on vaikea ennustaa.

Lainsäädännön tarkasta oikeusperustasta voitaisiin päättää vasta, kun välineen täsmällinen luonne ja soveltamisala on määritelty, ja tässä on otettava huomioon julkisen kuulemisen tulokset.

Joitakin vaihtoehtoja voidaan mainita jo tässä vaiheessa, vaikka julkisen kuulemisen tulosta ei vielä tiedetä.

- Työntekijöiden turvallisuutta ja terveyttä koskevaan puitedirektiiviin 89/391/ETY perustuvien, nykyisten direktiivien tarkistaminen. Erityisesti tässä vaihtoehdossa voitaisiin laajentaa karsinogeeni- ja mutageenidirektiivin 2004/37/EY soveltamisalaa (koskemaan ympäristön tupakansavulle altistumista) ja/tai tiukentaa työpaikkojen turvallisuutta ja terveyttä koskevia vähimmäisvaatimuksia koskevassa direktiivissä (89/654/ETY) asetettuja vaatimuksia, jotka koskevat työntekijöiden suojelua tupakansavulta.
- Tupakoinnista työpaikoilla voitaisiin myös antaa erillinen direktiivi.
- Vaikka vaarallisia aineita koskeva direktiivi (67/548/ETY)⁹¹ ei suoraan koske suojelua passiiviselta tupakoinnilta, voitaisiin myös harkita sen muuttamista niin, että siinä luokiteltaisiin ympäristön tupakansavu karsinogeeniksi. Näin ympäristön tupakansavu tulisi automaattisesti osaksi karsinogeeni- ja mutageenidirektiivin soveltamisalaa.

Kaksi ensimmäistä vaihtoehtoa rajoittuisivat soveltamisaltaan työpaikkaympäristöön. Niitä voitaisiin soveltaa joko kaikkiin työpaikkoihin tai tiettyntyyppisiin työpaikkoihin, ja niillä olisi voitava varmistaa sellaisten työntekijöiden riittävä suojelu, jotka altistuvat vaarallisille ympäristön tupakansavun tasoille.

Lopuksi todettakoon, että perustamissopimukseen perustuvan lainsäädäntötoimen lisäksi yhteisö voisi hyväksyä oheistoimenpiteitä, jotka eivät olisi luonteeltaan sitovia ja jotka voisivat edistää kokonaistavoitteen saavuttamista eli suojelua ympäristön tupakansavulle altistumiselta kaikilla aloilla.

VI LOPPUHUOMAUTUKSET

Koska on olemassa kiistatonta tieteellistä näyttöä passiivisen tupakoinnin aiheuttamista haitoista ja puhdasta sisäilmaa koskevien toimenpiteiden tupakan kokonaiskäyttöä vähentävästä vaikutuksesta, komissio katsoo, että mahdollisimman laaja-alainen toimenpide kohentaisi eniten väestön terveyttä. Se loisi myös kaikille toimijoille tasavertaiset toimintamahdollisuudet. Useat eri puolilla maailmaa nyt voimassa olevat esimerkit kattavasta savuttomuuslinjasta ovat osoittaneet, että tämä vaihtoehto on toimiva ja täytäntöönpanokelpoinen.

Se, kuinka paljon EU:n halutaan osallistuvan savuttomuuslainsäädännön edistämiseen, on vielä avoinna ja liittyy myös jäsenvaltioissa parhaillaan tapahtuvaan kehitykseen, sillä osa niistä on äskettäin päättänyt toteuttaa toimia tupakoinnin kieltämiseksi julkisissa tiloissa.

Komissio kehottaa kaikkia EU:n toimielimiä, jäsenvaltioita ja kaikkia kiinnostuneita kansalaisia, puolueita ja järjestöjä esittämään huomioitaan tässä vihreässä kirjassa esitetyistä seikoista. Komissio on erityisen kiinnostunut sidosryhmien vastauksista seuraaviin kysymyksiin:

Kysymykset

- (1) Kumpi osassa IV ehdotetuista tavoista määritellä savuttomuusaloitteen soveltamisala olisi toivottavin, täydellinen tupakointikielto kaikissa suljetuissa julkisissa tiloissa ja työpaikoilla vai kiello, johon liittyvät tiettytyypisille tiloille myönnettävät poikkeukset? Kertokaa valintanne peruste(et).
- (2) Mikä osassa V kuvatuista toimintavaihtoehtoista olisi toivottavin ja sopivin savuttomien ympäristöjen edistämiseksi? Minkälaisia EU:n toimia pidätte tarpeellisina savuttomuustavoitteen saavuttamiseksi?
- (3) Onko olemassa muita savuttomuuspolitiikan terveydellisiä, sosiaalisia tai taloudellisia vaikutuksia koskevia määrällisiä tai laadullisia tietoja, jotka olisi syytä ottaa huomioon?
- (4) Onko teillä muuta huomautettavaa tai ehdotettavaa vihreän kirjan johdosta?

Pyydämme lähettämään vastaukset näihin kysymyksiin 1. toukokuuta 2007 mennessä seuraavaan osoitteeseen (mieluiten sähköpostitse):

Euroopan komissio

Terveys- ja kuluttajansuoja-asioiden pääosasto

Yksikkö C6 – Kansanterveystoimet

Sähköposti: sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu

Postiosoite: B-1040 Bryssel

Faksi: (+32) 2 298 42 04

Kaikki tähän vihreään kirjaan saapuneet vastaukset julkaistaan komission www-sivuilla, ellei vastaaja kiellä sitä.

VII LIITTEET

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

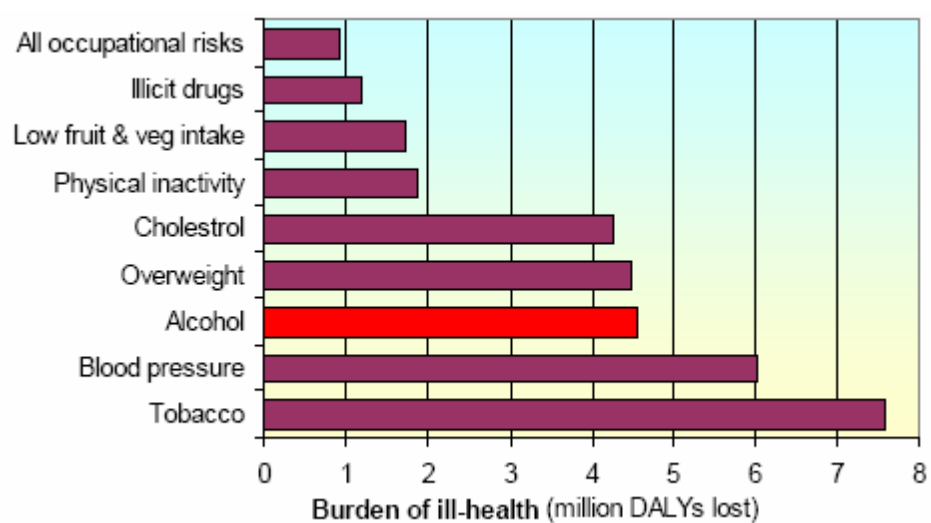
Source:

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).

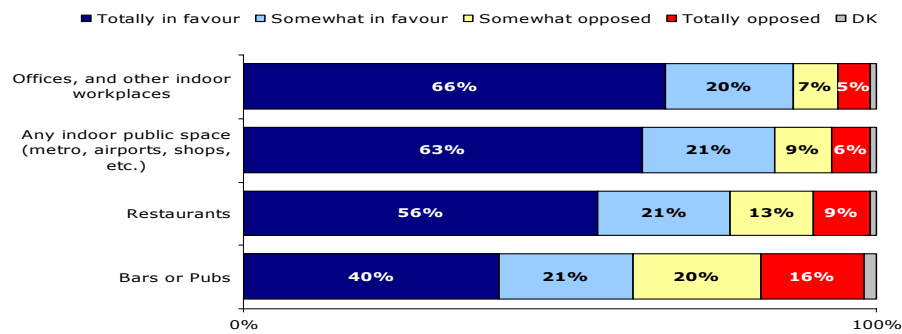
Annex II: Global burden of ill-health



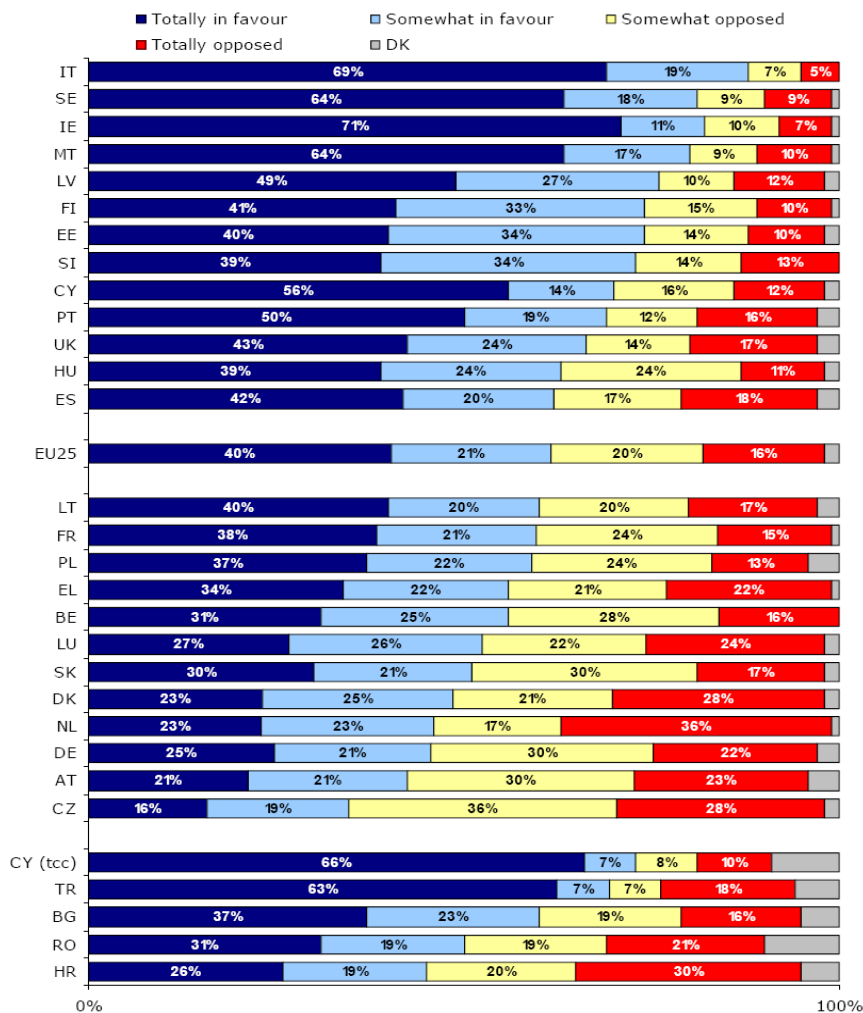
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

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.*
Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health*. 1998 Jul;88(7):1025-9.
6 Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an
evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315: 973-80.
He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of
coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340: 920-6.
Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Cardiol*. 1998 Jan;31(1):1-
9.
7 Whincup P et al (2004). Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective
study with cotinine measurement *BMJ* 329 (7459) pp 200-205.
8 Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking
increases the risk of acute stroke. *Tob Control*. 1999 Summer;8(2):156-60.
You RX, Thrift AG, McNeil JJ, Davis SM, Donnan GA. Ischemic stroke risk and passive exposure to
spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. *Am J Public Health*.
1999 Apr;89(4):572-5.
9 Jaakkola JJ, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults.
Scand J Work Environ Health. 2002;28 Suppl 2:52-70.
10 European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, A European patient
perspective on severe asthma, Fighting for breath.
http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf . 2005.
11 WHO International consultation on ETS and Child Health – 1999:
http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html
Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, Pearl M, Pirkle J.
Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiology*. 2004 Nov;15(6):660-70.
12 Khan JC et al. (2006): Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of
cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal
neovascularisation. *British Journal of Ophthalmology* 2006;90;75-80.
13 Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis*.
2003 Jul-Aug;46(1):31-8.
Glantz S, Parmley W. Even a little secondhand smoke is dangerous. *JAMA* 2001;286:462-3.
Pechacek TF, Babb S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke?
BMJ. 2004 Apr 24;328(7446):980-3.
14 Jamrozik K., "An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe", Lifting the
smokescreen., *op.cit.*
15 Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco
smoke in British nonsmokers. *Environ Int* 1994;20:693-712.

- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 1996;22 (suppl 1) :1–24.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:173–96.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:851–71.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1998;24:405–25.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. *Environ Int* 1998;24:301–24.
- CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- D.F.Behan, M.P. Eriksen, Y. Lin. Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke, 2005.
- 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.
- 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.*
- Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>
- 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>
- The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004, p. 72.
- Ibidem*, p. 85.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

37 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European
 Commission 2004.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf

38 Kotzias, D. et al. 2005, The INDEX project: Critical appraisal of the setting and implementation of
 indoor exposure limits in the EU, Joint research Centre, Ispra, Italy.
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/pollution/fp_pollution_2002_frep_02.pdf

39 Franchi, M. et al. 2003. Towards Healthy Air in Dwellings in Europe - The THADE Report. European
 Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA).
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf

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

41 EYVL C 189, 26.7.1989, s. 1-2.

42 EUVL L 22, 25.1.2003, s. 31-34.

43 EYVL L 183, 29.6.1989, s. 1-8.

44 See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.

45 EYVL L 393, 30.12.1989, s. 1-12.

46 EYVL L 245, 26.8.1992, s. 6-22.

47 EYVL L 348, 28.11.1992, s. 9–24.
 48 EYVL L 404, 31.12.1992, s. 10–25. In addition, this Directive bans smoking in areas subject to
 49 particular fire or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.
 50 EUVL L 158, 30.4.2004, p. 50–76.
 51 EYVL L 263, 24.9.1983, p. 25–32.
 52 EYVL 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)
 but it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.
 54 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
 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.

62 <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf>

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.

63 <http://www.imt.ie/displayarticle.asp?AID=11000&NS=1&CAT=18&SID=1>

Joossens L. "Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants", Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe,

64 http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222

Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland

65 http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls

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., Oppenhuizen A., RIVM report 340450001/2004 "Reductie van blootstelling aan omgevingstabaksrook in de horeca door ventilatie en luchtreiniging", 2003.

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

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

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

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

de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) 'An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.

Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec Consulting Ltd., July 2004.

78 Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006.

Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, *op. cit.*

79 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention.

http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf

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

81 *Ibidem*

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

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

84 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.