



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 30.1.2007
KOM(2007) 27 wersja ostateczna

ZIELONA KSIĘGA

Ku Europie wolnej od dymu tytoniowego: alternatywne opcje polityki na szczeblu UE

(przedstawiony przez Komisję)

SPIS TREŚCI

I	WPROWADZENIE	4
II	UZASADNIENIE DZIAŁANIA	5
1.	Względy zdrowotne	5
1.1.	Uszczerbek na zdrowiu powodowany narażeniem na działanie rozproszonego dymu	5
1.2.	Poziomy narażenia	6
1.3.	Wpływ inicjatywy antynikotynowej	7
2.	Względy ekonomiczne	8
2.1.	Obciążenie ekonomiczne	8
2.2.	Wpływ inicjatywy antynikotynowej	8
2.3.	Ryzyko wystąpienia skutków niezamierzonych	8
3.	Względy społeczne	9
3.1.	Publiczne poparcie dla przepisów antynikotynowych	9
3.2.	Wpływ na używanie tytoniu	9
3.3.	Wpływ na równość społeczną	10
4.	Impet działań	10
III	AKTUALNE OTOCZENIE REGULACYJNE	11
1.	przepisy krajowe	11
2.	Istniejące przepisy wspólnotowe	12
IV	ZAKRES INICJATYWY ANTYNIKOTYNOWEJ	13
1.	Kompleksowe regulacje ograniczające zdrowotne następstwa palenia tytoniu (regulacje antynikotynowe)	14
2.	Regulacje antynikotynowe z wyłączeniami	15
2.1.	Wyłączenia dla sektora hotelarsko-gastronomicznego mającego prawo sprzedaży alkoholu	16
2.2.	Wyłączenia dla knajp i barów nieoferujących posiłków	17
2.3.	Wydzielone palarnie z niezależną wentylacją	17
V.	OPCJE POLITYCZNE	18
1.	Utrzymanie status quo	19
2.	Środki dobrowolne	20
3.	Metoda koordynacji otwartej	21

4.	Zalecenie Komisji lub Rady.....	22
5.	Obowiązujące prawodawstwo.....	22
VI.	UWAGI KOŃCOWE	23
VII.	Załączniki	25

I WPROWADZENIE

Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy (ETS) – zwane także „niezamierzonym wdychaniem dymu wtórnego” lub „biernym paleniem tytoniu” – pozostaje nadal szeroko rozprzestrzenionym źródłem nadmiernej zapadalności i umieralności w Unii Europejskiej, obciążając całe społeczeństwo znacznymi kosztami.

Skoordynowane działania na rzecz „Europy wolnej od dymu tytoniowego” stanowią jeden z priorytetów polityki Komisji w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego, w dziedzinie środowiska, zatrudnienia i badań naukowych. W swoim Planie działania na rzecz środowiska i zdrowia (2004-2010), Komisja zobowiązała się do „prowadzenia prac nad poprawą jakości powietrza wewnątrz pomieszczeń, w szczególności popierając ograniczanie palenia tytoniu we wszystkich miejscach pracy poprzez badanie zarówno mechanizmów prawnych, jak również inicjatyw promujących zdrowie, tak na poziomie europejskim, jak i w państwach członkowskich”.

Podjęto już poważne kroki na rzecz propagowania idei środowisk wolnych od dymu tytoniowego w UE. Na początku lat dziewięćdziesiątych w wielu dyrektywach UE dotyczących bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy, określono niektóre ograniczenia odnośnie do palenia w miejscu pracy. Uzupełnieniem tych dyrektyw była uchwała Rady z 1989 r¹, oraz zalecenie Rady w sprawie zapobieganiu paleniu tytoniu z 2002 r², w których skierowano wezwanie do państw członkowskich, by zapewniły ochronę przed środowiskowym narażeniem na dym tytoniowy w miejscach pracy wewnątrz pomieszczeń, w zamkniętych miejscach publicznych oraz w środkach transportu publicznego. Poza działaniami legislacyjnymi dwie kampanie antynikotynowe w mediach – „Możesz powiedzieć nie” (2001-2004) oraz „HELP: żyć bez tytoniu” (2005-2008) – miały na celu uwypuklenie zagrożeń związanych z paleniem biernym i propagowanie stylu życia wolnego od tytoniu, zwłaszcza wśród młodzieży.

Prawodawstwo krajowe jest bardzo zróżnicowane w różnych państwach członkowskich. Komisja z zadowoleniem wita doskonały przykład Irlandii, Włoch, Malty, Szwecji i części Zjednoczonego Królestwa i zachęca wszystkie państwa członkowskie, by szybko poczyniły postępy we wprowadzaniu skutecznych środków chroniących obywateli przed szkodliwymi skutkami biernego palenia.

Na poziomie międzynarodowym, Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) o ograniczeniu użycia tytoniu (WHO FCTC), podpisana przez 168 i ratyfikowana przez 141 stron³, w tym przez Wspólnotę, „uznaje, iż dowody naukowe potwierdzają jednoznacznie, że narażenie na dym tytoniowy jest przyczyną śmierci, chorób i niepełnosprawności”. Konwencja zobowiązuje Wspólnotę i jej państwa członkowskie do rozwiązania problemu narażenia na dym tytoniowy w zamkniętych miejscach pracy, środkach transportu publicznego i zamkniętych obiektach publicznych.

Celem niniejszej Zielonej Księgi jest uruchomienie procesu szerokich konsultacji i otwartej debaty publicznej z udziałem instytucji UE, państw członkowskich i społeczeństwa obywatelskiego, na temat najlepszych metod prowadzących do rozwiązania problemu palenia biernego w UE.

Komisja starannie przeanalizuje uwagi zgłaszane w odpowiedzi na niniejszą Zieloną Księgę i na tej podstawie podejmie decyzje o dalszych możliwych działaniach. Oczekuje się, że sprawozdanie podsumowujące wyniki konsultacji będzie gotowe w pierwszym półroczu 2007 r. Nadal równolegle prowadzone będą szerzej zakrojone prace nad jakością powietrza wewnątrz pomieszczeń, jako kontynuacja Planu działania na rzecz środowiska i zdrowia.

II UZASADNIENIE DZIAŁANIA

1. WZGLĘDY ZDROWOTNE

1.1. Uszczerbek na zdrowiu powodowany narażeniem na działanie rozproszonego dymu

ETS zawiera ponad 4 000 związków chemicznych, w tym ponad 50 znanych czynników rakotwórczych oraz szereg środków toksycznych. Nie ustalono żadnego bezpiecznego poziomu narażenia na ETS, ani też nic nie wskazuje na to, aby dalsze badania naukowe miały go określić.

W 1993 r. ETS został zaliczony do kategorii **znanych czynników rakotwórczych** u ludzi przez Amerykańską Agencję Ochrony Środowiska, w 2000 r. – przez amerykański Departament Zdrowia i Usług Społecznych, a w 2002 r. – przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO IARC). Ponadto rząd fiński (w 2000 r.) i rząd niemiecki (w 2001 r.) zaliczyły go do kategorii **czynników rakotwórczych w miejscu pracy**. W ostatnim okresie kalifornijska Agencja Ochrony Środowiska uznała dym tytoniowy za „**toksyčną substancję zanieczyszczającą powietrze**“.

Kilka ostatnich badań potwierdziło poważne zagrożenie zdrowia i życia mające związek z biernym paleniem⁴. Ustalono, że przewlekłe narażenie na działanie dymu wtórnego jest przyczyną wielu spośród tych samych chorób, jakie są powodowane przez czynne palenie, w tym raka płuc, choroby układu krążenia, choroby dziecięcej

W przeglądzie dokonany przez WHO-IARC ustalono, że w przypadku osób niepalących mieszkających z osobą palącą ryzyko wystąpienia raka płuc wzrasta o 20-30%. Ocenia się, że dodatkowe zagrożenie z tytułu narażenia w miejscu pracy wynosi 12-19%⁵. Mniej oczywiste są zależności pomiędzy narażeniem na działanie ETS i pozostałymi rodzajami raka.

Wykazano, że wspólne zamieszkiwanie z osobą palącą zwiększa ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca u osób niepalących o **25-30%**⁶ (ostatnie badanie wskazuje, że wielkość ta naprawdę może być wyższa)⁷. Na jaw wypływa coraz więcej dowodów na związek przyczynowo-skutkowy między biernym paleniem a występowaniem udaru u osób niepalących, chociaż konieczne są dalsze badania w celu oszacowania tego zagrożenia⁸.

Bierne palenie ma związek z chorobami **układu oddechowego**⁹ i stanowi główną przyczynę pogorszenia stanu zdrowia osób cierpiących na astmę, alergie i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, co prowadzi w efekcie do wykluczenia społecznego i zawodowego. W najnowszym ogólnoeuropejskim sondażu przeprowadzonym wśród

osób z objawami ostrej astmy stwierdzono, że jednym z ich głównych pragnień dotyczących przyszłości jest możliwość oddychania zdrowym powietrzem¹⁰.

Dym wtórny jest szczególnie niebezpieczny dla **małych dzieci i niemowląt**, a wdychanie go ma związek z wystąpieniem u nich zespołu nagłego zgonu niemowląt, zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, astmy i objawów ze strony układu oddechowego, jak też zapalenia ucha środkowego. W przypadku **kobiet ciężarnych** narażenie na działanie ETS może powodować niższą wagę noworodka, zgon płodu i przedwczesny poród¹¹.

Najnowsze badania naukowe wskazują, że narażenie na działanie ETS powoduje niemal dwukrotny wzrost ryzyka wystąpienia zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem - głównej przyczyny utraty wzroku w UE¹².

Większość niepożądanych skutków zdrowotnych powodowanych przez ETS wykazuje liniową zależność dawka-odpowiedź – innymi słowy ryzyko wzrasta stopniowo wraz ze wzrostem narażenia. Poziom jednostkowego zagrożenia jest niższy niż w przypadku czynnego palenia (np. odpowiednio 1,2 i 20 w przypadku raka płuc). Niemniej jednak fakt, że narażona jest znaczna liczba osób powoduje znaczne obciążenie chorobowe.

Ponadto w przypadku choroby serca **zależność dawka-odpowiedź jest nieliniowa**. Bierne palenie niesie ze sobą ryzyko wystąpienia choroby serca, które wynosi prawie połowę ryzyka związanego z wypalaniem 20 papierosów dziennie. Nawet znikome ilości dymu tytoniowego mogą mieć bezpośredni wpływ na krzepnięcie krwi i powstawanie zakrzepów, jak również wywoływać długofalowe skutki w kontekście rozwoju miażdżycy, oddziałując tym samym na wszystkie czynniki ważne w chorobie serca¹³. Jest to źródło głównego oddziaływania: choroba serca jest najczęstszą przyczyną zgonów w UE, zarówno w grupie osób palących, jak i niepalących.

Według najnowszych – ostrożnych – szacunków dokonanych przez partnerstwo pomiędzy Europejskim Towarzystwem Chorób Układu Oddechowego, brytyjską instytucją badawczą Cancer Research UK oraz francuskim Institut National du Cancer, w 25 krajach UE wskutek biernego palenia rokrocznie umiera **ponad 79 000 osób** dorosłych. Istnieją dowody na to, że w 2002 r. bierne palenie **w miejscu pracy** spowodowało ponad **7 000 zgonów** w UE, podczas gdy narażenie na dym tytoniowy **w miejscu zamieszkania** było odpowiedzialne za kolejne **72 000 zgonów**. Powyższe dane szacunkowe uwzględniają zgony z powodu choroby serca, udaru, raka płuc i niektórych chorób układu oddechowego wywołanych biernym paleniem. Jednakże szacunki te pomijają zgony osób dorosłych z powodu innych schorzeń związanych z narażeniem na działanie ETS (takich jak zapalenie płuc), zgony dzieci i istotne poważne stany chorobowe, zarówno ostre, jak i przewlekłe, powodowane przez bierne palenie¹⁴.

1.2. Poziomy narażenia

Głównymi miejscami, w których występuje przewlekłe i intensywne narażenie na działanie ETS, jest **miejsce zamieszkania** oraz **miejsce pracy**¹⁵. Zgodnie ze sprawozdaniem za 1998 r. przygotowanym w ramach systemu informacji na temat narażenia zawodowego na czynniki rakotwórcze (CAREX), narażenie na działanie

ETS zajmowało drugą pozycję wśród najczęstszych form narażenia na czynniki rakotwórcze (po promieniowaniu słonecznym) w 15 krajach UE. Około 7,5 miliona europejskich pracowników narażonych było na działanie wtórnego dymu tytoniowego przez co najmniej **75% ich czasu pracy w latach 1990-93**¹⁶.

Badanie przeprowadzone w latach 2001-2002 w wielu obiektach publicznych w siedmiu miastach europejskich wykazało, że dym tytoniowy występował w większości badanych obiektów publicznych, w tym w miejscach rekreacji i wypoczynku oraz obsługi turystów i gości, w środkach transportu, szpitalach i placówkach oświatowych. Największą stężenie ETS stwierdzono w barach i dyskotekach, przy czym czterogodzinne narażenie na dym w dyskotekę odpowiadało narażeniu występującemu w przypadku wspólnego zamieszkiwania z osobą palącą przez miesiąc¹⁷. Ustalenie, że poziomy narażenia są wyjątkowo wysokie w miejscach obsługi turystów i gości, zostało potwierdzone w innych badaniach; stwierdzono w nich, że przeciętne narażenie pracowników barów jest trzykrotnie wyższe niż ustawiczne narażenie podczas zamieszkiwania w gospodarstwie domowym osób palących¹⁸.

W ostatnim okresie przepisy antynikotynowe doprowadziły do prawie całkowitego wyeliminowania narażenia w miejscu pracy w niektórych państwach członkowskich i w niektórych rodzajach miejsc, podczas gdy w krajach bez kompleksowych ograniczeń utrzymują się nadal wysokie poziomy narażenia, zwłaszcza w sektorze hotelarstwa, gastronomii i rekreacji¹⁹.

Aby ocenić występujące w całej UE narażenie ETS, unijna grupa ekspertów ds. biomonitoringu²⁰ człowieka zaleciła umieszczenie kotyniny (głównego biomarkera narażenia na działanie ETS) w wykazie proponowanych substancji dla przyszłego pilotażowego projektu UE związanego z biomonitorowaniem człowieka. Państwa członkowskie kilkakrotnie poparły to zalecenie.

1.3. Wpływ inicjatywy antynikotynowej

Działania na rzecz środowisk wolnych od dymu ma nie tylko chronić ludzi przed szkodliwymi skutkami wynikającymi z narażenia na działanie ETS, lecz również przyczynić się do zmniejszenia używania tytoniu w skali całej populacji. Z punktu widzenia zdrowia, skutki ograniczenia palenia biernego i czynnego polegałyby na **spadku zapadalności i umieralności** związanej z głównymi rodzajami chorób – zwłaszcza takich jak rak płuc, choroba niedokrwienna serca, choroba układu oddechowego i udar – oraz wyższą średnią długość życia. Chociaż osiągnięcie pełnych korzyści zdrowotnych może wymagać nawet 30 lat, w ciągu 1-5 lat można oczekiwać poważnej poprawy, w szczególności w zakresie chorób układu oddechowego i układu krążenia.

W ramach projektu CHOICE zarządzanego przez ŚOZ określono wyznaczenie miejsc publicznych wolnych od dymu jako **drugą co do ważności** - po podwyżkach podatków - **formę interwencji** mającą na celu ograniczenie zapadalności i umieralności związanej z używaniem tytoniu (zob. załącznik I).

2. WZGLĘDY EKONOMICZNE

2.1. Obciążenie ekonomiczne

Dane pochodzące z państw członkowskich (ZK, Irlandia) oraz spoza UE wskazują, że narażenie na działanie ETS powoduje olbrzymie koszty osobiste i społeczne, chociaż nie oszacowano dotąd ogólnych obciążeń występujących w krajach UE-27. Obciążenia dla gospodarki jako całości obejmują koszty bezpośrednie wynikające ze zwiększonych wydatków na cele ochrony zdrowia generowanych przez choroby odtytoniowe i kosztów pośrednich wynikających ze spadku wydajności oraz ze strat w podatku dochodowym i składkach na zabezpieczenie społeczne, w przypadku osób palących i ofiar biernego palenia; bowiem w przeciwnym razie kontynuowałyby one pracę za wynagrodzeniem²¹.

Obciążenie ekonomiczne jest wysokie zwłaszcza **dla pracodawców** i obejmuje niższą wydajność pracowników ze względu na przerwy na palenie i zwiększoną absencję chorobową, szkody wyrządzone przez pożary wywołane przez materiały związane z paleniem, a także koszty dodatkowego sprzątania i renowacji związane z paleniem.²² W Kanadzie roczne koszty przypadające na palącego pracownika w porównaniu z analogicznym pracownikiem niepalącym, oszacowano w 1995 r. na 2 565 dolarów kanadyjskich. Straty poniesione przez pracodawców szkockich, z powodu zmniejszonej wydajności pracy, wyższych wskaźników nieobecności w pracy i szkód wyrządzonych przez pożary spowodowane przypadkowo przez osoby palące wyliczono na 0,51% do 0,77% produktu krajowego brutto (PKB) Szkocji w 1997 r. W Irlandii analogiczne dane oszacowano na 1,1-1,7% PKB w 2000 r.²³

2.2. Wpływ inicjatywy antynikotynowej

W dłuższym okresie potencjalna poprawa zdrowia będąca wynikiem polityki antynikotynowej mogłaby mieć **poważne skutki ekonomiczne**. Jak wynika z przeprowadzonych przez rząd brytyjski ocen wpływu w odniesieniu do regulacji prawnych szacuje się, że długofalowe korzyści netto wypływające z kompleksowych przepisów antynikotynowych wyniosłyby rocznie od 1,714 do 2,116 miliarda funtów brytyjskich²⁴. W Szkocji, Walii i Irlandii Północnej, korzyści netto wynikające z zakazów palenia szacuje się odpowiednio na 4,387 i 2,096 miliarda funtów brytyjskich w ciągu 30 lat, natomiast 1,101 miliarda funtów brytyjskich w ciągu 20 lat²⁵.

2.3. Ryzyko wystąpienia skutków niezamierzonych

W związku z tym, iż polityki antynikotynowe skłonią niektóre osoby palące do rzucenia palenia lub do zmniejszenia jego skali, może wystąpić **utrata zysków przemysłu tytoniowego**, a w konsekwencji redukcja zatrudnienia w tej branży. Jednakże miejsca pracy związane z branżą tytoniową stanowią stosunkowo niewielki procent zatrudnienia ogółem w UE. W 2000 r. zatrudnienie w zawodach związanych z tytoniem (uprawa, przetwarzanie i wytwarzanie tytoniu) stanowiły 0,13% zatrudnienia ogółem w UE-15²⁶. Ponadto pieniądze przeznaczane obecnie na zakup tytoniu przypuszczalnie będą wydawane na inne towary i usługi, dzięki czemu powstaną nowe miejsca pracy w innych sektorach gospodarki.

Ograniczenie poziomu palenia czynnego oznaczać będzie również **utrata przychodów państw członkowskich z podatków** (akcyzy i VAT), jakimi obłożono papierosy. Należy wszakże zauważyć, iż, jakkolwiek pokaźne, w większości krajów Unii podatki od papierosów nie stanowią znaczącej części budżetu państwa, a ich udział w ściąganych podatkach ogółem jest stosunkowo niewielki (1-5%). Do wyjątków należy Republika Czeska, Polska i Grecja, gdzie wpływy fiskalne związane z podatkami od papierosów stanowiły odpowiednio 6, 7 i 9 % ogółu przychodów podatkowych państwa w 1999 r.²⁷. Nie licząc zmniejszenia społecznych kosztów nikotynizmu, w razie wprowadzenia zakazu palenia wzrósłby dochód stojący do dyspozycji gospodarstw pałacy, a utracone przez fiskusa wpływy zostałyby zrównoważone przez podatek VAT nakładany na alternatywne inwestycje i wydatki takich gospodarstw domowych.

Można spodziewać się pewnego spadku wydajności osób palących, którym obecnie wolno jest palić w miejscu pracy i które nadal będą paliły, korzystając z przerw na palenie na zewnątrz budynku.

3. WZGLĘDY SPOŁECZNE

3.1. Publiczne poparcie dla przepisów antynikotynowych

Prawie 70% obywateli UE nie pali²⁸, a badania wskazują, że większość osób palących pragnie rzucić palenie²⁹.

Jak wynika z najnowszego **sondażu** na temat „Postawy Europejczyków wobec palenia tytoniu” **przeprowadzonego przez Eurobarometr**³⁰, trzy czwarte Europejczyków ma świadomość, że dym tytoniowy stanowi zagrożenie dla zdrowia osób niepalących, podczas gdy 95% przyznaje, że palenie w obecności kobiety ciężarnej może być bardzo niebezpieczne dla zdrowia dziecka.

Wyniki sondażu wskazują, że **polityka antynikotynowa cieszy się popularnością wśród obywateli UE** (zob. załącznik III). Ponad czterech na pięciu respondentów opowiada się za zakazem palenia w miejscu pracy (86%) i jakichkolwiek innych zamkniętych miejscach publicznych (84%). Większość Europejczyków opowiada się także za zakazaniem palenia w barach (61%) i restauracjach (77%). Poparcie dla pubów (ponad 80%) i restauracji (ponad 90%) wolnych od dymu jest najwyższe w czterech państwach członkowskich, które już zakazały palenia w miejscach obsługi turystów i gości. Jest to kolejna wskazówka, że poparcie dla polityki antynikotynowej na ogół wzrasta w okresie od przygotowywania do wprowadzenia, a jeszcze bardziej wzrasta po jej wdrożeniu³¹.

3.2. Wpływ na używanie tytoniu

Ważną korzyścią pośrednią będącą efektem polityk antynikotynowych jest to, że podnoszą poziom świadomości ludzi na temat zagrożeń wynikających z palenia czynnego i biernego, co z kolei przyczynia się do tego, że **palenie nie będzie już usankcjonowane normą społeczną**. Można oczekiwać, że zmiana w postrzeganiu prowadziła do zmiany w postępowaniu osób palących, w szczególności do:

- ułatwienia osobom palącym podjęcia decyzji o zaprzestaniu palenia lub o jego ograniczeniu oraz wspierania ich w procesie rzucania palenia³².
- zniechęcenia dzieci i młodzieży do rozpoczynania palenia³³. Można oczekiwać, że zakazy palenia w miejscach rozrywki – w których młodzi ludzie często „eksperymentują” z papierosami – będą najbardziej skuteczne.
- powstrzymania osób palących od palenia w obecności osób niepalących, zwłaszcza kobiet ciężarnych i dzieci nawet wówczas, gdy nie obowiązują ograniczenia wynikające z regulacji prawnych (np. w domach i samochodach prywatnych)³⁴. Jest to istotne ze względu na fakt, iż głównymi poszkodowanymi są dzieci, które narażone są na bierne palenie w domu, czyli w strefie, której nie mogą objąć żadne regulacje.

3.3. Wpływ na równość społeczną

Polityki antynikotynowe mogą również być pomocne w ograniczaniu społeczno-ekonomicznych nierówności w dziedzinie zdrowia. Biorąc pod uwagę to, że prawdopodobieństwo bycia osobą palącą i osobą narażoną na wdychanie dymu wtórnego znacznie wzrasta w przypadku osób, które mają niższe wykształcenie, niższy dochód i niższy status zawodowy, można oczekiwać, że działanie na rzecz środowisk wolnych od dymu przyniesie największe korzyści najsłabszym grupom w społeczeństwie.

4. IMPET DZIAŁAŃ

Będąc stroną **Ramowej Konwencji ŚOZ o ograniczeniu użycia tytoniu (FCTC)**, Wspólnota ma obowiązek prawny podjąć działanie na rzecz środowisk wolnych od dymu. Zgodnie z art. 8 Konwencji (FCTC), każda ze stron zobowiązała się do „*przyjęcia i wdrożenia (...) skutecznych środków ustawodawczych, wykonawczych, administracyjnych lub innych, przewidujących ochronę przed narażeniem na dym tytoniowy w zamkniętych miejscach pracy, środkach transportu publicznego, zamkniętych obiektach publicznych oraz, w odpowiednich przypadkach, w innych miejscach publicznych.*” W lutym 2006 r. podczas swojej pierwszej konferencji, strony Konwencji (FCTC) uzgodniły konieczność opracowania wytycznych dotyczących środowisk wolnych od dymu; wytyczne mają być zaprezentowane podczas drugiej konferencji stron, zaplanowanej na pierwsze półrocze 2007 r.

Rada Unii Europejskiej w swoim zaleceniu z 2002 r. w sprawie zapobiegania paleniu i w sprawie inicjatyw na rzecz poprawy kontroli używania tytoniu zwróciła się do Komisji [„o rozważenie zakresu skuteczności środków podanych w tym zaleceniu oraz o rozważenie potrzeby dalszych działań, szczególnie w przypadku stwierdzenia rozbieżności na rynku wewnętrznym w obszarach objętych tym zaleceniem”]. Ponadto we wrześniu 2005 r. podczas posiedzenia **Komitetu Regulacyjnego ds. Tytoniu**³⁵, państwa członkowskie uzgodniły, że inicjatywa Komisji - w postaci Zielonej Księgi lub komunikatu - pomoże upowszechnić dobrą praktykę i wzmocni wysiłki krajowe na rzecz środowiska bez dymu.

Parlament Europejski przyjął z uznaniem „wolę Komisji kontynuowania działań na rzecz zakazu palenia papierosów w pomieszczeniach” i zachęcił ją do „*uznania dymu*

papierosowego za czynnik rakotwórczy kategorii P’, w swojej rezolucji w sprawie planu działania Komisji na rzecz środowiska i zdrowia uchwalonej w lutym 2005 r.³⁶

Wartość dodana działań UE została również odnotowana w sprawozdaniu „Tytoń albo zdrowie w Unii Europejskiej”, przygotowanym dla Komisji przez zespół specjalistów z zakresu ograniczania używania tytoniu³⁷. Zalety interwencji na poziomie europejskim zostały jeszcze silniej uwypuklone w ramach dwóch ogólnoeuropejskich projektów poświęconych zanieczyszczeniu powietrza wewnątrz pomieszczeń, wspieranych w ramach wspólnotowego programu na rzecz zdrowia publicznego. W sprawozdaniu INDEX, opublikowanym przez Wspólne Centrum Badawcze UE, zestawiono pięć związków chemicznych o priorytetowym znaczeniu (wszystkie one występują w dymie tytoniowym), które należy kontrolować w środowiskach pomieszczeń; zalecając *zakaz palenia tytoniu we wszystkich pomieszczeniach będących pod zarządem publicznym oraz w miejscach pracy*³⁸. Analogiczne zalecenie sformułowano w sprawozdaniu THADE³⁹, w którym określono ETS jako najważniejszą przyczynę powstawania koncentracji cząstek stałych zawieszonych w gazie w pomieszczeniach w budynkach, w których pali się tytoń.

III AKTUALNE OTOCZENIE REGULACYJNE

1. PRZEPISY KRAJOWE

We wszystkich państwach członkowskich występuje wyraźna tendencja do tworzenia środowisk wolnych od dymu, będąca wynikiem – poza innymi czynnikami – wymogów prawnych stawianych na poziomie unijnym i międzynarodowym. Obecnie wszystkie państwa członkowskie posiadają w takiej czy innej formie regulacje mające na celu ograniczanie narażenia na działanie ETS i zmniejszanie jego szkodliwych następstw zdrowotnych. Zakres i charakter tych regulacji wykazuje znaczne różnice. Kompleksowe zakazy palenia we wszystkich zamkniętych obiektach publicznych i we wszystkich miejscach pracy, łącznie z barami i restauracjami, zostały już wprowadzone w Irlandii (marzec 2004 r.) i w Szkocji (marzec 2006 r.). W Irlandii Północnej, Anglii i Walii pełne prawodawstwo antynikotynowe ma wejść w życie przed sezonem letnim 2007 r.

Prawodawstwo antynikotynowe uwzględniające odstępstwa obowiązuje we Włoszech (od stycznia 2005 r.), na Malcie (od kwietnia 2005 r.) oraz w Szwecji (od czerwca 2005 r.) - prawodawcom wolno tam wydzielać specjalne, odrębne palarnie z osobną wentylacją. Podobne środki mają wejść w życie we Francji od lutego 2007 r. (przewidziano okres przejściowy do stycznia 2008 r. w odniesieniu do miejsc obsługi turystów i gości), a w Finlandii – od czerwca 2007 r. Na Litwie wszystko jest gotowe (z wyjątkiem specjalnie wyposażonych „klubów palaczy cygar i fajek”), by od stycznia 2007 r. kraj ten mógł stać się krajem wolnym od dymu.

Kilka innych państw członkowskich zakazało palenia we wszystkich zamkniętych obiektach publicznych i we wszystkich miejscach pracy, z wyjątkiem sektora hotelarsko-gastronomicznego, w którym mają zastosowanie częściowe ograniczenia.

Do krajów tych należą na przykład Belgia, Cypr, Estonia, Finlandia, Hiszpania, Niderlandy i Słowenia.

Większość państw członkowskich posiada regulacje zakazujące lub ograniczające palenie w **ważniejszych obiektach publicznych**, takich jak placówki służby zdrowia, placówki oświatowe i obiekty rządowe, teatry, kina i środki transportu publicznego. Ograniczenia dotyczące palenia w miejscu pracy są mniej rozpowszechnione. Waga środków może być różna, począwszy od uchwały lub dobrowolnej umowy skończywszy na surowej ustawie przewidującej kary za brak jej przestrzegania.

W wyniku niepełnych regulacji lub w przypadku braku egzekwowania prawa, pracownicy często występują do sądu przeciwko rządowi krajowym i pracodawcom z roszczeniami z tytułu uszczerbku na zdrowiu spowodowanego biernym paleniem⁴⁰.

W kilku państwach członkowskich przepisy o zasięgu ogólnokrajowym są wzmocnione przez bardziej rygorystyczne regulacje **na poziomie regionalnym i/lub lokalnym**. Ramy prawne są uzupełniane również przez środki o charakterze samoregulacji i rośnie liczba miejsc pracy, szkół, szpitali, obiektów transportu publicznego itd., które stają się wolne od dymu na zasadzie pełnej dobrowolności. Coraz więcej się robi na rzecz wsparcia wysiłków pracowników, by rzucić palenie, a także dla promowania ideału zdrowego powietrza wewnątrz pomieszczeń jako podstawowego prawa każdego obywatela i pracownika.

2. ISTNIEJĄCE PRZEPISY WSPÓLNOTOWE

Na poziomie UE, kwestia środowisk wolnych od dymu była przedmiotem **rezolucji i zaleceń bez mocy wiążącej**, którymi zachęcano państwa członkowskie do zapewnienia odpowiedniej ochrony przed narażeniem na działanie ETS. W szczególności, w 1989 r. rezolucja Rady 89/C 189/01⁴¹ w sprawie palenia w miejscach publicznych zachęcała państwa członkowskie do przyjęcia środków zakazujących palenia w obiektach publicznych oraz we wszystkich rodzajach transportu publicznego. Ostatnio **zalecenie Rady 2003/54/WE**⁴² w sprawie zapobiegania paleniu i w sprawie inicjatyw zmierzających do poprawy kontroli używania tytoniu zawierało apel do państw członkowskich o wdrażanie skutecznych środków zapewniających ochronę przed działaniem środowiskowego dymu tytoniowego w zamkniętych miejscach pracy, zamkniętych obiektach publicznych i w środkach transportu.

Dyrektywa ramowa w sprawie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy (89/391/EWG⁴³), jakkolwiek nie odnosi się wprost do dymu tytoniowego, dotyczy wszystkich zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników⁴⁴. Wymaga od każdego pracodawcy dokonania oceny zagrożeń występujących w miejscu pracy i wprowadzenia odpowiednich środków ochronnych i zapobiegających zagrożeniu.

Ponadto szereg dyrektyw szczegółowych, dotyczących bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w określonych zawodach, poprzez ustalenie „**wymagań minimalnych**” w odniesieniu do konkretnych zagrożeń, zawiera pewne przepisy, które zapewniają **ochronę pracowników przed działaniem ETS** (zob. ustęp poniżej). Wymienione

dyrektywy są transponowane przez państwa członkowskie do prawa krajowego i stosownie egzekwowane. Zgodnie z postanowieniami Traktatu, państwa członkowskie mogą wprowadzać środki o charakterze bardziej rygorystycznym.

Dyrektywa w sprawie minimalnych wymogów bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy (89/654/EWG⁴⁵), jak również dyrektywy dotyczące tymczasowych lub ruchomych budów (92/57/EWG⁴⁶), zakładów górniczych wydobywających kopaliny otworami wiertniczymi (92/91/EWG⁴⁷) oraz przemysłu wydobywczego (92/104/EWG⁴⁸) wymagają od pracodawców zapewnienia wentylacji i wystarczającej ilości świeżego powietrza w zamkniętych miejscach pracy oraz ochrony osób niepalących przed dyskomfortem powodowanym przez działanie dymu tytoniowego w toaletach i miejscach odpoczynku.

Dyrektywa w sprawie czynników rakotwórczych i mutagenów (2004/37/WE⁴⁹) oraz dyrektywa dotycząca azbestu (83/477/EWG⁵⁰) zabraniają palenia w miejscach, w których pracownicy są narażeni na – odpowiednio – czynniki rakotwórcze/mutageny i azbest. **Dyrektywa w sprawie pracownic w ciąży** (92/85/EWG) wymaga od pracodawców podjęcia działań chroniących pracownice w ciąży i pracownice karmiące piersią przed narażeniem na działanie tlenu węgla.

Niektóre składniki ETS (takie jak arszenik, buta-1,3-dien, benzen, tlenek propylenu) są zaliczone do czynników rakotwórczych w załączniku I do **dyrektywy w sprawie substancji niebezpiecznych** (67/548/EWG⁵¹). Dym tytoniowy jako taki nie wchodzi w zakres prawodawstwa UE dotyczącego chemikaliów, ponieważ prawodawstwo to ma zastosowanie jedynie do tych substancji i preparatów, które są **wprowadzane na rynek** w państwach członkowskich⁵².

IV ZAKRES INICJATYWY ANTNIKOTYNOWEJ

Kluczową kwestią w opracowywaniu unijnej inicjatywy antynikotynowej jest jej **zakres**. Ze względu na dużą różnorodność miejsc, w których występuje narażenie na działanie ETS, skuteczna inicjatywa antynikotynowa powinna raczej reprezentować szersze podejście zamiast odnosić się tylko do niektórych rodzajów przedsiębiorstw czy też lokali i terenów zakładowych.

Najbardziej kompleksowe podejście polegałoby na wnioskowaniu całkowitego zakazu palenia **we wszystkich zamkniętych lub w znacznym stopniu zamkniętych miejscach pracy i obiektach publicznych**, włączając środki transportu publicznego. Ograniczenia mogłyby być także rozszerzone na miejsca na otwartej przestrzeni wokół wejść do budynków oraz ewentualnie w innych miejscach publicznych na otwartej przestrzeni, w których ludzie siedzą lub stoją w bliskiej odległości od siebie, takich jak stadiony i miejsca rozrywki na otwartym powietrzu, wiaty na przystankach autobusowych, perony na dworcach kolejowych itd. Można rozważyć bardzo nieliczne wyjątki w postaci miejsc, w których ludzie przebywają przez całą dobę (np. wyznaczone pomieszczenia w obiektach mieszkalnych takich jak domy opieki długoterminowej, oddziały psychiatryczne, więzienia itd.).

Mniej rygorystyczne podejście polegałoby na wnioskowaniu całkowitego zakazu palenia we wszystkich zamkniętych lub w znacznym stopniu zamkniętych miejscach pracy i obiektach publicznych, **lecz z wyłączeniem wybranych kategorii miejsc**. W

przypadku miejsc wyłączonych można opracować wymagania minimalne w odniesieniu do zamkniętych palarni, łącznie z normami dotyczącymi wentylacji. Potencjalne wyłączenia mogą obejmować:

- zakłady i punkty gastronomiczne mające prawo sprzedaży alkoholu (restauracje, puby i bary);
- placówki obsługujące turystów i gości, w których nie oferuje się posiłków.

Działania na rzecz środowisk wolnych od dymu przyniosłyby najlepsze efekty, gdyby towarzyszyły im **środki wspierające** na poziomie UE lub też państw członkowskich. Tego rodzaju „polityki oskrzydlające” mogą obejmować kampanie podnoszące świadomość, które zwracają uwagę na prawo do powietrza wolnego od dymu i na niebezpieczeństwa związane z biernym paleniem, a także na łatwiejszy dostęp do terapii odwykowych (zarówno korygujących zachowania, jak i wykorzystujących środki farmakologiczne) dla osób pragnących rzucić palenie.

1. **KOMPLEKSOWE REGULACJE OGRANICZAJĄCE ZDROWOTNE NASTĘPSTWA PALENIA TYTONIU (REGULACJE ANTNIKOTYNOWE)**

Zalety

Spośród wszystkich rozwiązań **największe ograniczenia w narażeniu na działanie ETS** i związanych z tym szkód zapewniałaby właśnie ta opcja, oznaczająca faktyczne zrównanie szans obywateli europejskich do ochrony ich prawa do oddychania zdrowym powietrzem wewnątrz pomieszczeń, uznanego przez WHO⁵³.

Badania przeprowadzone w krajach wolnych od dymu wykazują, że po wejściu w życie zakazów palenia, nastąpiła radykalna poprawa jakości powietrza wewnątrz pomieszczeń. Spadek narażenia na działanie ETS był szczególnie spektakularny w miejscach wypoczynku i rekreacji oraz obsługi turystów i gości⁵⁴. Znalazło to odzwierciedlenie w znacznej poprawie stanu układu oddechowego u pracowników zatrudnionych w tym sektorze⁵⁵ oraz w znacznym zmniejszeniu częstotliwości występowania zawałów serca i zgonów z tego powodu⁵⁶ w pierwszych miesiącach wdrażania polityki.

Kompleksowe regulacje miałyby największe możliwości także **spowodowania, że palenie przestanie być normą w społeczeństwie**, tworząc środowisko, które zachęca osoby palące do ograniczenia lub zaprzestania palenia i które zniechęca młodzież do rozpoczęcia palenia.

Przegląd 35 badań nad skutecznością polityk antynikotynowych zakończył się wnioskiem, że kompleksowe prawo publiczne dotyczące czystego powietrza jest w stanie ograniczyć powszechne występowanie palenia w całej populacji o 10%⁵⁷. Przegląd 26 badań dotyczących miejsc pracy również wskazał, że całkowicie wolne od dymu miejsca pracy pozwalają na zmniejszenie powszechności palenia o 3,8% oraz sprawiają, że osoby palące nałogowo wypalają dziennie przeciętnie o 3,1 papierosa mniej⁵⁸.

Związek kompleksowych zakazów palenia z ograniczeniem palenia czynnego potwierdzają dowody pochodzące z krajów wolnych od dymu, gdzie wraz ze

spadkiem sprzedaży tytoniu (np. o 8% we Włoszech i o 14% w Norwegii) występował znaczny wzrost podejmowanych prób rzucenia palenia wkrótce po wprowadzeniu nowych regulacji⁵⁹. W Irlandii 80% byłych palaczy podało nowe przepisy jako uzasadnienie rzucenia palenia, podczas gdy 88% oświadczyło, że prawo pomogło im w tym, że nie powrócili do nałogu.⁶⁰ Despite concerns to the contrary, the bans on smoking in all public venues appear to have reduced the levels of smoking in the home, especially around young children.⁶¹ In Ireland, the proportion of smoke-free households increased by 8% after the ban came into effect.⁶²

Z punktu widzenia wpływu na społeczeństwo, korzyści tej opcji objęłyby w przeważającej mierze przedstawicieli **niższych grup społeczno-ekonomicznych**, w przypadku których palenie jest bardziej prawdopodobne i którzy pracują w sektorze hotelarsko-gastronomicznym.

Co do **egzekwowania** prawa, wdrożenie kompleksowego zakazu palenia byłoby łatwiejsze niż w przypadku ograniczeń częściowych. Wskaźnik przestrzegania prawa w ponad 90% we Włoszech i Irlandii wskazuje, że całkowity zakaz palenia jest prawie w pełni automatycznie egzekwowany, ponieważ presja społeczna staje się potężnym hamulcem dla palenia i radykalnie ogranicza potrzebę egzekwowania prawa przez upoważnione organy.

Wady

Całkowity zakaz palenia we wszystkich miejscach publicznych i miejscach pracy prawdopodobnie wywołałby **sprzeciw** w niektórych państwach członkowskich i dlatego może okazać się trudny do przyjęcia i egzekwowania. Opcja ta jest także rozwiązaniem najmniej aprobowanym przez sektor tytoniowy i większość branży hotelarsko-gastronomicznej; oba te sektory dały to jasno do zrozumienia.

Podnoszono wprawdzie obawy co do wystąpienia **ewentualnych szkód dla branży hotelarsko-gastronomicznej** w wyniku wprowadzenia zakazów palenia w pubach i restauracjach. Dowody pochodzące z jurysdykcji obszarów wolnych od dymu nie wskazują wszakże na ogólny ujemny wpływ na zatrudnienie czy przychody w tym sektorze⁶³. W 2005 r. w Irlandii wielkość sprzedaży w pubach i barach nieznacznie wzrosła (o 0,1%); tym samym nastąpiło odwrócenie tendencji spadkowej, która rozpoczęła się przed wejściem w życie prawodawstwa antynikotynowego⁶⁴. Warto tu przywołać pewne dane statystyczne, nawet dotyczące państw, które nie należą do UE. Dla przykładu, w Norwegii nastąpił lekki spadek, o 0,8%, sprzedaży w placówkach oferujących posiłki i napoje, lecz przypuszczalnie było to wynikiem działania wielu innych czynników, w tym pogody⁶⁵. Wygląda na to, że w Nowym Jorku oraz w Kalifornii większość tych branż odniosła korzyści z regulacji antynikotynowych⁶⁶. Jest to zgodne z międzynarodowym przeglądem 97 badań, który nie dał podstaw - w badaniach opartych na danych obiektywnych, takich jak wysokość podatku od sprzedaży oraz liczby dotyczące zatrudnienia - do stwierdzenia jakichkolwiek ujemnych skutków ekonomicznych⁶⁷.

2. REGULACJE ANTNIKOTYNOWE Z WYŁĄCZENIAMI

Zalety

Można oczekiwać, że w razie zastosowania tej opcji ograniczenie zarówno palenia czynnego, jak i biernego, a także delegalizacja używania tytoniu, byłyby większe niż w przypadku nieprzyjęcia żadnych środków.

Prawodawstwo z wyłączeniami może być łatwiej akceptowane w niektórych państwach członkowskich, zwłaszcza przez przemysł, i dlatego kompromis byłby bardziej realny. Jednocześnie poszczególne państwa członkowskie miałyby swobodę w przyjęciu lub utrzymaniu bardziej rygorystycznego prawodawstwa krajowego, w którym wyłączenia nie mają zastosowania.

Wyłączenia można uzupełnić o wymagania minimalne w odniesieniu do zamkniętych palarni, w tym o normy dotyczące wentylacji.

Wady

Z punktu widzenia korzyści zdrowotnych i społecznych, ten środek byłby mniej skuteczny niż kompleksowe regulacje antynikotynowe.

Niektóre z najsłabszych grup społecznych nadal byłyby narażone na działanie ETS. Dla państw członkowskich i/lub pracodawców może pojawić się ryzyko, że niepełne regulacje staną się przedmiotem sporów sądowych z obywatelami występującymi z roszczeniami z tytułu uszczerbku na zdrowiu spowodowanego biernym paleniem.

Wyłączenia ograniczyłyby efekt rozwiania towarzyszącego paleniu nimbu normalności, jaki pozwala osiągnąć całkowity zakaz. Dowody międzynarodowe wskazują, że wpływ regulacji, dopuszczających palenie w niektórych miejscach, na zachowania osób palących jest mniej więcej w połowie taki, jak w przypadku polityk całkowicie zakazujących palenia⁶⁸.

Różne przepisy w odniesieniu do różnych podmiotów byłyby także bardziej skomplikowane i kosztowne pod względem ich egzekwowania niż kompleksowy zakaz, wiążąc się z koniecznością wprowadzenia większych wymogów co do oznakowania i zwiększonych kontroli.

2.1. Wyłączenia dla sektora hotelarsko-gastronomicznego mającego prawo sprzedaży alkoholu

Ze względu na znaczne narażenie na działanie ETS, pracownicy branży hotelarsko-gastronomicznej są szczególnie zagrożeni przez bierne palenie, przy czym ryzyko zachorowania na raka płuc wzrasta u nich o 50%⁶⁹. Ta grupa zawodowa nadal byłaby narażona na wdychanie dymu wtórnego. Takie samo zagrożenie zdrowia występowałoby w przypadku klientów korzystających z lokali oferujących alkohol i posiłki.

Jak wynika z danych za 2004 r. zawartych w sondażu dotyczącym siły roboczej, prawie 4,3 milion osób było pracownikami barów, restauracji i sektora gastronomicznego (HORECA) w 15 państwach członkowskich UE, co stanowiło 3% zatrudnienia ogółem w tych krajach (brak danych dotyczących pozostałych 10 państw członkowskich). Znaczną proporcją młodych ludzi znajduje zatrudnienie w branży hotelarsko-gastronomicznej⁷⁰. Zgodnie z oceną wpływu regulacji dokonaną przez autonomiczny rząd szkocki (Scottish Executive), szacuje się, że

spadek liczby zgonów wynikający z ograniczonego palenia czynnego i biernego w przypadku zastosowania tej opcji wyniósłby, odpowiednio, połowę i czwartą część spadku liczby zgonów w przypadku wybrania opcji całkowitego zakazu palenia⁷¹.

2.2. Wyłączenia dla knajp i barów nieoferujących posiłków

Ta opcja nie zdołałaby chronić najsłabszych grup zawodowych przed narażeniem na wdychanie dymu wtórnego. Klienci pubów i barów też nie byłiby chronieni. Powstałoby wówczas ryzyko, że puby zaprzestałyby podawania posiłków mając na względzie ominięcie zakazu palenia.

Ponadto występowałoby ryzyko powiększania się istniejących nierówności w dziedzinie zdrowia: ostatnie badania przeprowadzone w Zjednoczonym Królestwie pokazują, że poziom narażenia na działanie ETS jest znacznie wyższy w pubach w ubogich dzielnicach aniżeli w bardziej zamożnych rejonach⁷². Ponadto większość lokali, które mają prawo sprzedaży alkoholu, a które nie oferują posiłków, mieści się w rejonach ubogich i tamtejsze puby będą miały silniejszą motywację, by przejść do podawania wyłącznie alkoholu⁷³.

Zgodnie z oceną wpływu regulacji dokonaną przez rząd brytyjski, korzyści zdrowotne wynikające z tej opcji szacuje się na 40 procent korzyści wynikających z całkowitego zakazu (przy założeniu, że obecnie w 10-30% pubów nie podaje się posiłków)⁷⁴.

2.3. Wydzielone palarnie z niezależną wentylacją

Istniejące dowody wskazują na to, że obecnie stosowane technologie (oparte na mieszaniu i rozcieńczaniu) mają niewielki wpływ na poziomy zanieczyszczeń pochodzących z ETS w środowisku w obiektach branży hotelarsko-gastronomicznej i w innych pomieszczeniach⁷⁵. Ponadto w wyniku ogólnounijnych badań przeprowadzonych w kontrolowanych środowiskach, takich jak unijna „komora do badania środowiska” INDOORTRON stwierdzono, że zwiększenie wydajności wymiany powietrza nie prowadziło do znaczącej poprawy jakości powietrza wewnątrz pomieszczeń⁷⁶. Jakkolwiek z ostatnich studiów przypadku, sfinansowanych przez przemysł tytoniowy⁷⁷, wynika większa skuteczność wentylacji wyporowej – **całkowite wyeliminowanie dymu tytoniowego przy pomocy systemu wentylacyjnego nie jest możliwe**⁷⁸.

Podczas **pierwszej konferencji stron Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia** o ograniczeniu użycia tytoniu przyznano (jednogłośnie), że „*istnieją ostateczne dowody na to, że rozwiązania techniczne nie chronią przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego*”⁷⁹. Podobnie w 2005 r. Amerykańskie Stowarzyszenie Inżynierów Ogrzewnictwa, Chłodnictwa i Klimatyzacji (ASHRAE) – międzynarodowy organ wyznaczający standardy w zakresie jakości powietrza wewnątrz pomieszczeń oraz w zakresie wentylacji – przyjęło dokument określający stanowisko w sprawie podejścia do opanowania problemu dymu wtórnego, gdzie stwierdza się, że jedynym skutecznym sposobem wyeliminowania zagrożeń dla zdrowia wynikających z narażenia na działanie ETS jest wprowadzenie zakazu palenia wewnątrz pomieszczeń⁸⁰.

Odseparowanie fizyczne osób palących od niepalących poprzez tworzenie zamkniętych wydzielonych palarni może zwiększyć skuteczność systemów wentylacyjnych obsługujących wydzielone miejsca dla osób niepalących w danym lokalu⁸¹. Jednakże rozwiązanie to nie chroni użytkowników korzystających z palarni i personelu (np. kelnerów lub sprzątaczek), którzy muszą wchodzić do tego pomieszczenia w ramach wykonywania swoich obowiązków.

Kolejną obawą związana z palarniami jest znaczny **koszt finansowy**, który może oznaczać nierówne szanse dla mniejszych podmiotów⁸². Ponadto prowadzenie i utrzymanie w ruchu palarni z wentylacją wymaga rozbudowanej infrastruktury związanej z **kontrolą i monitoringiem**. Istniejące dowody wskazują na to, że w przypadku stosowania systemów wentylacyjnych, często nie spełniają one prawnie obowiązujących norm⁸³.

Jeżeli palarnie z wentylacją miałyby być brane pod uwagę jako realne rozwiązanie w przypadku obiektów wyłączonych, musiałyby spełniać poniższe wymogi:

- całkowite zamknięcie i odizolowanie od miejsc dla niepalących,
- wyposażenie w oddzielny system wentylacyjny, inny niż miejsca dla niepalących,
- ujemne ciśnienie powietrza w celu uniknięcia rozprzestrzenienia się dymu tytoniowego na inne pomieszczenia,
- niedopuszczenie do wykonywania w tych pomieszczeniach innych czynności niż palenie tytoniu, aby ograniczyć do minimum konieczność wykonywania przez pracowników w tych miejscach czynności związanych z pracą⁸⁴.

Na Malcie, we Włoszech, Szwecji i Norwegii, gdzie dopuszcza się tworzenie palarni z oddzielną wentylacją, większość podmiotów postanowiła nie korzystać z tej możliwości.

V. OPCJE POLITYCZNE

Z punktu widzenia osiągnięcia celów związanych z ograniczeniem zdrowotnych następstw palenia tytoniu możliwe jest **kilka różnych opcji politycznych** do wyboru. Dążeniem powinno być znalezienie opcji pozwalającej na najlepszą realizację celów przy ograniczeniu do minimum kosztów i obciążeń. Przedstawione poniżej opcje regulacyjne uszeregowano w kolejności odzwierciedlającej coraz większy stopień ewentualnej interwencji UE (począwszy od obecnego poziomu działań, a skończywszy na wypracowaniu nowych wiążących ram prawnych opartych na prawodawstwie UE).

Przedstawione opcje polityczne **nie wykluczają się wzajemnie** i mogą się uzupełniać. Na przykład zalecenie Komisji może być zachętą do podejmowania przez interesariuszy i państwa członkowskie inicjatyw o charakterze samoregulacji. Z drugiej strony instrumenty mające charakter samoregulacji mogą służyć jako przygotowanie i/lub uzupełnienie obowiązującego porządku prawnego (np. obejmując miejsca, w których jeszcze przepisy nie obowiązują lub miejsca wyłączone spod zakazu palenia).

Należy zauważyć, że zakres różnych instrumentów politycznych byłby różny. I tak, podczas gdy prawodawstwo UE chroniące pracowników miałooby zastosowanie do miejsc publicznych o tyle, że są to miejsca pracy z uwzględnieniem ograniczeń przewidzianych przez Traktat, do wprowadzania kompleksowego zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych można zachęcić za pośrednictwem środków nie mających mocy wiążącej (takich jak zalecenie Komisji czy Rady), środków legislacyjnych przyjętych przez państwa członkowskie i/lub środków dobrowolnie przyjętych przez interesariuszy.

Nieodzownym warunkiem skuteczności każdego instrumentu regulacyjnego jest przygotowanie realnych środków jego **egzekwowania** oraz opracowanie przejrzystego systemu jego **monitorowania**. Wprowadzenie środków regulacyjnych, czy to na poziomie UE, czy na poziomie krajowym/subkrajowym, powinno być także połączone z wcześniejszymi **konsultacjami publicznymi i kampaniami informacyjnymi**, jak również z **oceną wpływu**.

1. UTRZYMANIE STATUS QUO

Ta opcja oznaczałaby brak nowych działań ze strony UE, z jednoczesnym **kontynuowaniem prowadzonych prac** dotyczących wdychania dymu wtórnego prowadzonych w ramach różnych programów wspólnotowych (Zdrowie publiczne, Badania naukowe, Zatrudnienie). Działania dotyczące regulacji w tym obszarze pozostałyby w gestii państw członkowskich i w sferze realizacji FCTC.

Zasoby zaoszczędzone wskutek braku opracowania i wdrożenia nowej inicjatywy politycznej można byłoby spożytkować na zapewnienie prawidłowego egzekwowania istniejących zaleceń oraz dyrektyw w sprawie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w określonych zawodach. W szczególności można byłoby opracować wskazówki dla pracodawców, pracowników i właściwych władz w państwach członkowskich w celu zapewnienia lepszego stosowania dyrektywy ramowej (89/391/EWG), która – jakkolwiek nie odnosi się wprost do ETS – obejmuje już wszystkie zagrożenia dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników, włącznie z dymem tytoniowym.

Można byłoby także podejmować starania w kierunku promowania środowisk wolnych od dymu wykorzystując inne środki niż prawodawstwo, takie jak kampanie informacyjno-edukacyjne, inicjatywy tworzenia sieci itd. Obecna kampania antynikotynowa „HELP” będzie trwać do 2008 r., a po niej mogłaby wejść inna inicjatywa uświadamiająca.

Ponadto prace nad jakością powietrza wewnątrz pomieszczeń, w tym nad ETS, będą nadal prowadzone jako kontynuacja działania 12 w planie działania na rzecz środowiska i zdrowia. Zasoby konieczne dla różnych projektów w tym obszarze będą pochodziły z wieloletniego strategicznego programu Life+ na lata 2007-2010⁸⁵, siódmego programu ramowego Wspólnoty Europejskiej na rzecz badań naukowych⁸⁶ oraz programu na rzecz zdrowia publicznego⁸⁷.

Państwa członkowskie zachowałyby prawo do decydowania, czy i jak wprowadzać środki ograniczające zdrowotne następstwa palenia tytoniu, w zależności od warunków krajowych i różnic kulturowych. Najprawdopodobniej utrzymają się

zdrowe tendencje zmierzające do środowisk bez dymu, wzmocniona dzięki opracowaniu i ogłoszeniu wytycznych FCTC. Wiele rządów krajowych, w tym duński, niemiecki, łotewski, portugalski i słoweński, już zapowiedziało zamiar wzmocnienia w najbliższej przyszłości krajowych regulacji prawnych ograniczających zdrowotne następstwa palenia tytoniu.

Jednakże można się spodziewać, że ze wszystkich opcji to rozwiązanie będzie najmniej skuteczne w ograniczaniu narażenia na działanie ETS i związanych z tym szkód. Przypuszczalnie postęp w różnych państwach członkowskich będzie niejednorodny. Wskutek niepełnych regulacji wiele słabych grup pozostałoby nadal narażone na działanie ETS wewnątrz pomieszczeń objętych zarządzeniem publicznym. Może to stanowić zagrożenie w postaci dochodzenia przez obywateli przed sądem roszczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu spowodowanego przez bierne palenie.

Biorąc pod uwagę powszechne oczekiwania związane z inicjatywą UE w sprawie ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu, wystąpiłoby ryzyko rozczarowania opinii publicznej. Utrzymanie status quo oznaczałoby także bezpowrotną utratę możliwości wykorzystania obecnego parcia politycznego w kierunku tworzenia stref wolnych od dymu w UE.

2. ŚRODKI DOBROWOLNE

Ta opcja polegałaby na zachęcaniu interesariuszy do przyjęcia wspólnych nieobowiązkowych wytycznych na poziomie europejskim w celu doprowadzenia do wzrostu liczby miejsc wolnych od dymu. Można propagować podejścia sektorowe (np. w sektorze rekreacji i gastronomii). Odpowiedzialność społeczna przedsiębiorstw można wykorzystać jako podstawę do działania w tym obszarze.

W celu ułatwienia rozmów, można przygotować procedurę szerokiej platformy porozumienia, skupiającej społeczeństwo obywatelskie i podmioty gospodarcze, jak również przedstawicieli instytucji UE, państw członkowskich i organizacji międzynarodowych. W ubiegłym roku powstała tego rodzaju platforma poświęcona dietom i aktywności fizycznej. Podobna procedura została ostatnio zaproponowana w celu opracowania ogólnounijnej strategii dotyczącej alkoholu.

Innym rozwiązaniem byłoby zachęcanie europejskich partnerów społecznych (organizacje pracodawców i związków zawodowych) do wynegocjowania niezależnej umowy w sprawie palenia w miejscu pracy, w oparciu o art. 138 Traktatu. Samoregulacje w trybie europejskiego dialogu społecznego dały różne efekty, łącznie z przyjęciem ponad 300 wspólnych tekstów przez europejskich partnerów społecznych.

Samoregulacja mogłaby być szybszym i bardziej elastycznym rozwiązaniem niż tradycyjne ścieżki legislacyjne. W przypadku omawianych sektorów i przedsiębiorstw zapewniałaby zatem możliwość uzyskiwania bardziej bezpośredniego wpływu na kształt przyjmowanych polityk. Tym samym również u interesariuszy można byłoby wyrobić poczucie współodpowiedzialności i osobistego zaangażowania. Osiągnięty postęp zależy od gotowości zainteresowanych stron do wywiązywania się z uzgodnionych zobowiązań oraz od skuteczności mechanizmów ich egzekwowania. Dowody pochodzące z państw członkowskich wskazują, że

dobrowolne umowy nie były skuteczne w dziedzinie ograniczenia używania tytoniu. Zwłaszcza w sektorze rekreacji oraz hotelarstwa i gastronomii, środki dobrowolne nie doprowadziły do osiągnięcia kluczowego celu, jakim było znaczne ograniczenie narażenia na działanie ETS.

Na przykład w Zjednoczonym Królestwie, po pięciu latach dobrowolnej umowy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i kluczowymi stowarzyszeniami branży hotelarsko-gastronomicznej, stwierdzono, że mniej niż 1% barów było wolne od dymu⁸⁸. W Hiszpanii, prawodawstwo z 2006 r. umożliwiło nadawanie barom i restauracjom o powierzchni poniżej 100 m² - na zasadzie dobrowolności - statusu obiektów wolnych od dymu. Pierwsze dane wskazują, że tylko około 10% kwalifikowalnych zakładów zdecydowało się to uczynić⁸⁹. W Paryżu program dobrowolny, który miał na celu zachęcić 12 452 kafejek, bistr i piwiarni do zadeklarowania swojego statusu jako stref wolnych od dymu, przyjęto w zaledwie 30 lokalach⁹⁰.

3. METODA KOORDYNACJI OTWARTEJ

Opcja ta wiązałaby się z koordynowaniem wysiłków państw członkowskich na rzecz środowisk wolnych od dymu, przy pomocy tak zwanej „metody koordynacji otwartej”. Dzięki niej istniałaby zachęta dla państw członkowskich do wprowadzania własnych ustaw antynikotynowych, które byłyby bardziej zbieżne, bez konieczności bezpośredniej harmonizacji (choć istniałaby nadal taka możliwość).

Powinno to obejmować następujące elementy:

- Wymiana doświadczeń i **najlepszych praktyk** w ustanawianiu, na poziomie krajowym, subkrajowym i lokalnym, skutecznych polityk antynikotynowych,
- Uzgadnianie wspólnych celów i wytycznych UE opartych na pozytywnych doświadczeniach zarówno w państwach członkowskich, jak i poza UE. Połączone byłoby to z odpowiednimi wyznaczonymi terminami, wraz z warunkami dotyczącymi monitorowania i egzekwowania,
- Przełożenie tych wytycznych na krajowe plany działania na rzecz zmniejszenia narażenia na działanie ETS, łącznie z konkretnymi harmonogramami osiągania celów w krótkim, średnim i długim okresie,
- Okresowe monitorowanie, ocena i badanie przez niezależnych ekspertów, na przykład w postaci rocznych sprawozdań z państw członkowskich.

W wielu jurysdykcjach już wprowadzono regulacje antynikotynowe, a wiele kolejnych zadeklarowało podobny zamiar. Przed państwami członkowskimi stoją także wspólne wyzwania, takie jak sprzeciw ze strony przemysłu, sceptycyzm opinii publicznej i niestosowanie się do istniejących wymagań. Koordynacja UE mogłaby odegrać zasadniczą rolę w uruchamianiu procesu wzajemnego uczenia się i wymiany najlepszych praktyk między państwami członkowskimi.

Jednakże zaangażowanie się w sprawę realizacji celów w omawianej dziedzinie pozostałoby kwestią dobrej woli i nie byłoby żadnych sankcji za niestosowanie się to

uzgodnionych planów. Skuteczność systemu zależałaby od możliwości wielostronnego nadzoru i presji danego środowiska.

4. ZALECENIE KOMISJI LUB RADY

Opcja ta polegałaby na zachęcaniu państw członkowskich do przyjęcia krajowych przepisów antynikotynowych, powstających pod wpływem kompleksowego zalecenia Komisji lub Rady w sprawie środowisk wolnych od dymu, bazującego na art. 152 WE; zalecenie określałoby proponowane sposoby postępowania. Można byłoby je stosować oddzielnie lub jako element systemów samoregulacyjnych w państwach członkowskich (opcja 3) i/lub danej branży (opcja 2).

Jakkolwiek tego rodzaju zalecenie nie miałoby mocy wiążącej, stanowiłoby wyraźny sygnał ze strony Komisji czy Rady, że należy podjąć działania w celu wyeliminowania biernego palenia w Europie. Dzięki niemu sprawa zajęłaby wysoką pozycję w programie politycznym we wszystkich państwach członkowskich UE i w ten sposób zalecenie stanowiłoby wsparcie dla działań państw członkowskich.

Skuteczność tej opcji zależałaby w dużym stopniu od przejrzystości wytycznych UE i wymagań w zakresie sprawozdawczości. Jasne cele w połączeniu z konkretnymi harmonogramami i wskaźnikami (np. zalecenie, aby w danym roku i w danym sektorze konkretny odsetek miejsc pracy stał się wolny od dymu) z pewnością miałyby większy wpływ niż zalecenie o bardziej ogólnym charakterze. Podobnie wymóg wdrożenia systemu monitorowania i podawania wyników do publicznej wiadomości wytworzyłby presję opinii publicznej na rzecz bardziej zdecydowanego egzekwowania prawa i wypracowywania polityki bardziej rygorystycznej.

Chociaż opcja ta zapewniałaby państwom członkowskim elastyczność działania, głównym ryzykiem byłoby to, że niektóre państwa członkowskie mogłyby podjąć decyzję o niepodejmowaniu w ogóle żadnych działań.

5. OBOWIĄZUJĄCE PRAWODAWSTWO

Działanie wspólnotowe w tej dziedzinie mogłoby obejmować przyjęcie obowiązujących środków legislacyjnych. Obowiązujące prawodawstwo wymusiłoby porównywalny, przejrzysty i możliwy do wyegzekwowania podstawowy poziom ochrony przed zagrożeniem wynikającym z narażenia na działanie ETS we wszystkich państwach członkowskich.

Z jednej strony, proces legislacyjny zapewnia formalne konsultacje i szczegółowe negocjacje z udziałem wszystkich stron, co może sprawić, że polityka z tego wynikająca będzie miała solidniejsze podstawy. Z drugiej strony, ścieżka legislacyjna prawdopodobnie jest stosunkowo długa, a końcowy wynik może być trudny do przewidzenia.

Precyzyjna podstawa prawna tego prawodawstwa może być tylko określona w momencie, gdy będą ustalone dokładne definicje charakteru i zakresu instrumentu, a wybór ten będzie musiał wziąć pod uwagę wyniki konsultacji publicznych.

Na tym etapie można już wymienić kilka opcji, bez uszczerbku dla wyniku konsultacji publicznych.

- Nowelizacja istniejących dyrektyw opartych na dyrektywie ramowej w sprawie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy 89/391/EWG. Opcja ta mogłaby obejmować w szczególności, rozszerzenie zakresu dyrektywy w sprawie czynników rakotwórczych i mutagenów nr 2004/37 (aby uwzględniała ETS) i/lub zaostreżenie wymagań dotyczących ochrony pracowników przed działaniem dymu tytoniowego w dyrektywie nr 89/654/EWG w sprawie minimalnych wymogów bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy.
- Innym rozwiązaniem byłoby przyjęcie oddzielnej dyrektywy w sprawie palenia w miejscu pracy.
- Chociaż nie ma to bezpośredniego związku z ochroną przed wdychaniem dymu wtórnego, opcją godną rozważenia byłaby zmiana dyrektywy w sprawie substancji niebezpiecznych (67/548/EWG⁹¹), połączona z uznaniem ETS za czynnik rakotwórczy. Dzięki temu ETS automatycznie wszedłby w zakres dyrektywy w sprawie czynników rakotwórczych i mutagenów.

Zakres dwóch pierwszych opcji ograniczałby się do środowiska miejsca pracy. Miałyby one zastosowanie albo we wszystkich miejscach pracy albo w niektórych rodzajach miejsc pracy i musiałyby zapewnić, że pracownicy narażeni na działanie ETS w niebezpiecznym stopniu, byłiby uwzględnieni w sposób właściwy.

Wreszcie, przyjęcie instrumentu legislacyjnego przewidzianego w Traktacie, nie wykluczałoby przyjęcia przez Wspólnotę środków pobocznych, które nie miałyby mocy wiążącej, a które mogłyby przyczynić się do osiągnięcia ogólnego celu, jakim jest ochrona przed działaniem ETS we wszystkich sektorach.

VI. UWAGI KOŃCOWE

Biorąc pod uwagę jednoznaczne dowody naukowe świadczące o szkodliwości powodowanej przez wdychanie dymu wtórnego oraz mając na uwadze wpływ polityk dotyczących czystego powietrza wewnątrz pomieszczeń na ogólne zmniejszenie użycia tytoniu, Komisja uważa, że polityka mająca najszerszy zakres przyniosłaby największą korzyść dla zdrowia publicznego populacji. Stworzyłaby także równe szanse dla wszystkich podmiotów. Kilka przykładów ukazujących udane efekty kompleksowej polityki antynikotynowej, która obecnie obowiązuje na świecie, dowodzi, że ta opcja jest wykonalna i możliwa do wyegzekwowania.

Otwartą kwestią pozostaje poziom zaangażowania się UE w propagowanie prawodawstwa dotyczącego ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu i ma on związek z aktualnym rozwojem wypadków w państwach członkowskich zważywszy, że niektóre z nich ostatnio postanowiły podjąć działania zakazujące palenia w przestrzeni publicznej.

Komisja apeluje do wszystkich instytucji UE, państw członkowskich i wszystkich zainteresowanych obywateli, partii i organizacji, o przedkładanie opinii na temat

zagadnień podniesionych w niniejszej Zielonej Księdze. W szczególności Komisję interesują poglądy interesariuszy w następujących kwestiach:

Pytania

- (1) Który z dwóch sposobów podejścia proponowanych w sekcji IV byłby bardziej wskazany w kontekście inicjatywy antynikotynowej: całkowity zakaz palenia z minimalnymi wyjątkami ze względów humanitarnych czy zakaz z wyłączeniami przyznawanymi wybranym kategoriom miejsc? Należy wskazać powód (powody) dokonanego wyboru.
- (2) Która z opcji politycznych przedstawionych w sekcji V byłaby bardziej wskazana i właściwsza z punktu widzenia propagowania idei środowisk wolnych od dymu? Jaka formę interwencji UE uważacie Państwo za konieczną dla osiągnięcia celów polityki antynikotynowej?
- (3) Czy istnieją jeszcze jakieś dane ilościowe lub jakościowe dotyczące skutków zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych wynikających z polityk antynikotynowych, które powinny być wzięte pod uwagę?
- (4) Czy macie Państwo jeszcze inne uwagi lub sugestie odnośnie do niniejszej Zielonej Księgi?

Odpowiedzi na pytania należy przesłać do dnia 1 maja 2007 r. na adres podany poniżej (najlepiej pocztą elektroniczną):

Komisja Europejska

Directorate-General Health and Consumer Protection

Unit C6 – Health Measures

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

Adres pocztowy: B-1040 Bruksela, Belgia

Faks: (+32) 2 298 42 04

Wszystkie odpowiedzi w sprawie niniejszej Zielonej Księgi zostaną opublikowane na stronie internetowej Komisji, o ile respondenci nie złożą stosowanego zastrzeżenia.

VII. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik I: Oplacalność różnych form przeciwdziałania nikotynizmowi w regionie Europy 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

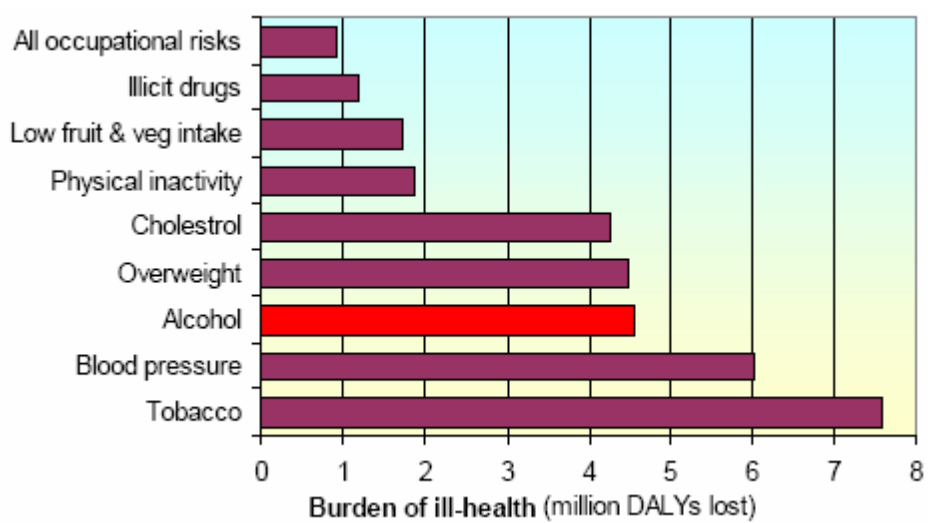
Źródło:

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

* **Europejski Region A:** Andora, Austria, Belgia, Cypr, Chorwacja, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Islandia, Izrael, Luksemburg, Malta, Monako, Niderlandy, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Republika Czeska, San Marino, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja i Włochy

** **DALYs** = (z ang. Disability Adjusted Life Years) liczba lat, o które skraca się życie palacza z powodu czynników przedwczesnej śmiertelności oraz umniejszenie lat czynnych zawodowo spowodowane niezdolnością do pracy.

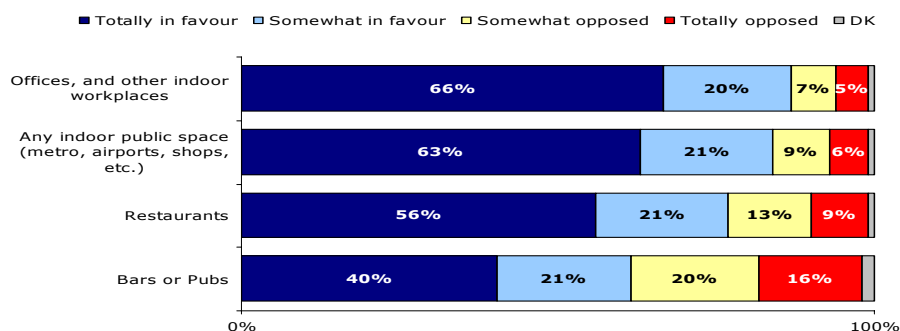
ZAŁĄCZNIK II: Globalny uszczerbek na zdrowiu



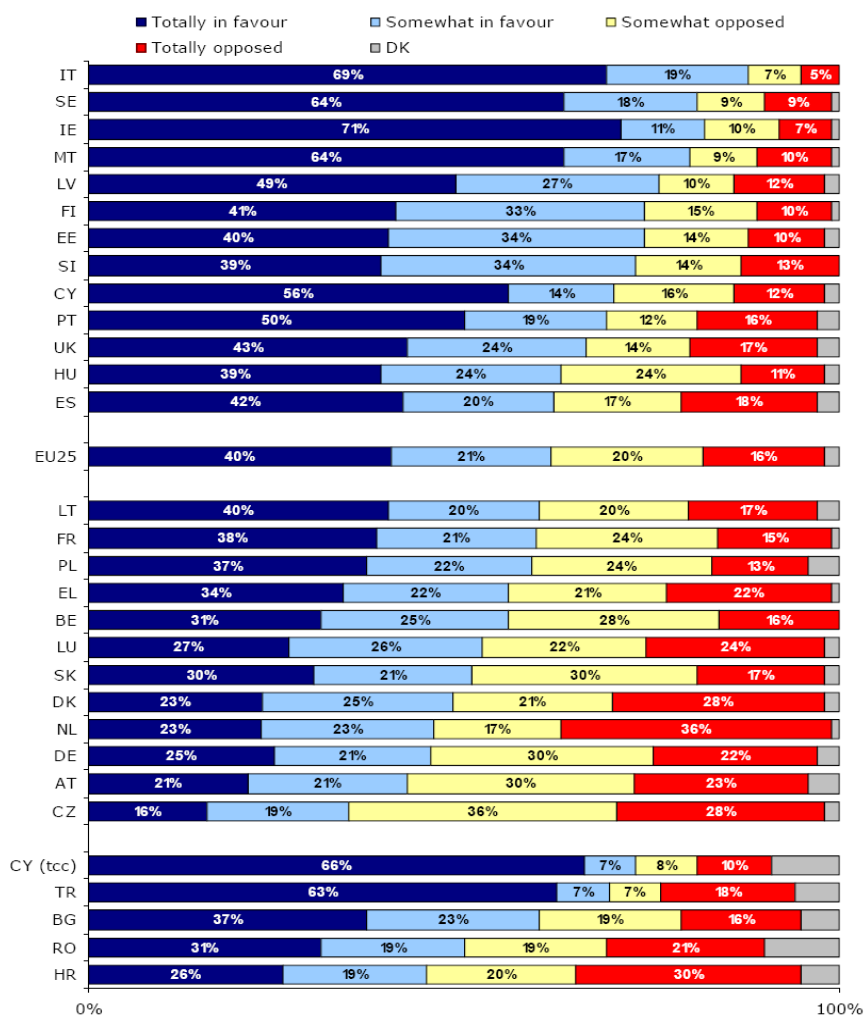
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Załącznik III: Poparcie społeczne dla polityki antynikotynowej

**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**



Źródło:

“Postawy Europejczyków wobec nikotynizmu”, badanie specjalne Eurobarometru nr 239, styczeń 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

Załącznik IV: Odniesienia bibliograficzne

- 1 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.
2 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31-34.
3 As of 18 December 2006.
4 *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.*
Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006) http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
'Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places', Royal College of Physicians of London, (July 2005).
Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), 'Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998', (November 2004) <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>
International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
'Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health', (1998) <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm>
5 International Agency for Research on Cancer (2002), op. cit.

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

- 15 Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco smoke in British nonsmokers. *Environ Int* 1994;20:693–712.
 Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 1996;22 (suppl 1) :1–24.
 Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:173–96.
 Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:851–71.
 Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1998;24:405–25.
 Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. *Environ Int* 1998;24:301–24.
- 16 CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).
- 17 Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK.: Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. 2005 Feb;14(1):60-3.
- 18 Jarvis M. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College, 2001.
 Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br.J Addict*. 1992;87:111-3.
 Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270:490-3.
 Wakefield M, Cameron M, Inglis G, Letcher T, Durkin S. Secondhand smoke exposure and respiratory symptoms among casino, club, and office workers in Victoria, Australia. *J Occup Environ Med*. 2005 Jul;47(7):698-703.
- 19 A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces. Conducted by: Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; International Agency for Research on Cancer; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; September 2006.
- 20 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":
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
(ITC) Four Country 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 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.

42 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31–34.
 43 OJ L 183, 29.6.1989, p. 1–8.
 44 See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.
 45 OJ L 393, 30.12.1989, p. 1–12.
 46 OJ L 245, 26.8.1992, p. 6–22.
 47 OJ L 348, 28.11.1992, p. 9–24.
 48 OJ L 404, 31.12.1992, p. 10–25. In addition, this Directive bans smoking in areas subject to particular
 fire or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.
 49 OJ L 158, 30.4.2004, p. 50–76.
 50 OJ L 263, 24.9.1983, p. 25–32.
 51 OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.
 52 It should be noted that currently there is a proposal aiming at modifying the Directive (COM 2003-644)
 but it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.
 53 World Health Organisation. The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting, Copenhagen,
 Denmark; 2000. URL http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9
 54 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk
 following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and
 air nicotine levels in bars. *Tob. Control*. 2005 Dec;14(6):384-8.
 Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and
 After the Smoking Ban in Italy. *J Occup Environ Med*. 2005 Dec;47(12):1208-10.
 How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs”, March 2006, Harvard
 School of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTFS, OTC.
 Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree
 Law. Wellington: Ministry of Health.
 Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and
 after a smoking ban. *J Occup Environ Med*. 2004 Sep;46(9):887-905.
 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Indoor air quality in hospitality venues before and
 after implementation of a clean indoor air law--Western New York, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly*
Rep. 2004 Nov 12;53(44):1038-41.
 Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality
 workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law.
Tob Control. 2005 Aug;14(4):236-41.
 McNabola A, Broderick B, Johnston P, Gill L. Effects of the smoking ban on benzene and 1,3-
 butadiene levels in pubs in Dublin.. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng*. 2006
 May;41(5):799-810.
 55 Menzies D et al., Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar
 workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA*. 2006 Oct 11;
 296(14):1742-8.
 Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars
 and taverns. *JAMA*. 1998 Dec 9;280(22):1909-14.
 Eagan TML, Hetland J and Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months
 after a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006;15:242-246.
 Allwright S. et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before
 and after study. *BMJ*. 2005 Nov 12;331(7525):1117. Erratum in: *BMJ*. 2006 Jan 21;332(7534):1.
 56 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on
 rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2006 Oct;27(20):2468-72.
 Epub 2006 Aug 29.
Sargent RP, Shephard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial 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*, 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

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/shsrc-04.asp>

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

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

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

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

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

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

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

- Kotzias D et al (2003) Report on Preliminary results on the impact of various air exchange rates on the levels of environmental tobacco smoke (ETS) components. ISPRA – IHCP Physical and Chemical Exposure Unit, 2003. Online at http://www.jrc.cec.eu.int/pce/pdf/tobacco_draft_report.pdf
- 77 Jacobs, P., de Jong, P. and de Gids, W.F., (2006) 'Decentralised smoke displacement system using recirculation and filtration', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
- de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) 'An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
- Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec Consulting Ltd., July 2004.
- 78 Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006.
- Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, op. cit.*
- 79 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention.
- http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf
- 80 Samet, J.; Bohanon, Jr., H.R.; Coultas, D.B.; Houston, T.P.; Persily, A.K.; Schoen, L.J.; Spengler, J.; Callaway, C.A., "ASHRAE position document on environmental tobacco smoke," American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), 30 June 2005.
- 81 *Ibidem*
- 82 De Gids W.F., Opperhuizen A., *op. cit.*
- 83 Wong S (2004) Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York Region February - April 2003. Presentation, 11th April 2003.
- 84 Opracowano nowe technologie w rodzaju farb katalizujących, zdolnych do pochłaniania zapachów, dymu papierosowego, ozonu, azotu oraz tlenków siarki, jak również lotnych związków organicznych. Przeszedłszy konieczne próby i badania, takie farby katalizujące mogłyby znaleźć zastosowanie w charakterze technologii wspomagającej w projektowanych palarniach.
- 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.