



KOMISIA EURÓPSKÝCH SPOLOČENSTIEV

Brusel, 30.1.2007
KOM(2007) 27 v konečnom znení

ZELENÁ KNIHA

K Európe bez tabakového dymu: možnosti politiky na úrovni EÚ

(predložený Komisiou)

OBSAH

ZELENÁ KNIHA K Európe bez tabakového dymu: možnosti politiky na úrovni EÚ	1
I. ÚVOD	4
II. OPODSTATNENIE OPATRENÍ	5
1. Zdravotné aspekty	5
1.1. Vplyv vystavenia tabakovému dymu v prostredí na zdravie	5
1.2. Úrovně vystavenia.....	6
1.3. Dosah iniciatívy za prostredie bez dymu	7
2. Hospodárske aspekty.....	7
2.1. Vplyv na hospodárstvo.....	7
2.2. Dosah iniciatívy za prostredie bez dymu	8
2.3. Riziko neúmyselných dôsledkov.....	8
3. Sociálne aspekty	9
3.1. Podpora právnych predpisov v prospech prostredia bez dymu zo strany verejnosti ...	9
3.2. Dosah na spotrebu tabaku	9
3.3. Dosah na sociálnu rovnosť	9
4. Stimul pre opatrenia	10
III. TERAJŠIE REGULAČNÉ PROSTREDIE	10
1. Vnútroštátne opatrenia	10
2. Existujúce opatrenia Spoločenstva.....	11
IV. ROZSAH PÔSOBNOSTI INICIATÍVY ZA PROSTREDIE BEZ DYMU.....	12
1. Komplexná regulácia v prospech prostredia bez dymu	13
2. Regulácia v prospech prostredia bez dymu s výnimkami.....	15
2.1. Výnimka pre licenciované zariadenia sektora stravovacích a ubytovacích služieb... 15	
2.2. Výnimka pre pohostinské zariadenia a bary, v ktorých sa nepodávajú jedlá.....	16
2.3. Vyhradené samostatne vetrané miestnosti pre fajčiarov	16
V. MOŽNOSTI POLITIKY	17
1. Žiadna zmena súčasného stavu	18
2. Dobrovoľné opatrenia	19

3.	Otvorená metóda koordinácie	20
4.	Odporúčanie Komisie alebo Rady	20
5.	Záväzné právne predpisy	21
VI.	ZÁVEREČNÉ POZNÁMKY	22
VII.	ANNEXES	24

I. ÚVOD

Vystavenie tabakovému dymu v prostredí (TDP) – ktoré sa nazýva aj „vystavením sekundárnemu dymu“ a „pasívnym fajčením“ – je naďalej veľmi rozšírenou príčinou nadmernej chorobnosti a úmrtnosti v Európskej únii a spôsobuje spoločnosti ako celku značné náklady.

Koordinované úsilie smerujúce k „Európe bez tabakového dymu“ je jednou z priorít politiky Komisie v oblasti verejného zdravia, životného prostredia, zamestnanosti a výskumu. Komisia sa vo svojom akčnom pláne pre životné prostredie a zdravie (2004 – 2010) zaviazala „rozvíjať prácu na zlepšovaní kvality vzduchu v uzavretých priestoroch, najmä podporou obmedzovania fajčenia na všetkých pracoviskách preskúmaním právnych mechanizmov aj iniciatív na podporu zdravia na európskej úrovni i na úrovni členského štátu“.

Na podporu prostredia bez dymu v EÚ sa už podnikli podstatné kroky. Začiatkom deväťdesiatych rokov boli v mnohých smerniciach z oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci definované určité obmedzenia týkajúce sa fajčenia na pracovisku. Tieto smernice boli doplnené uznesením Rady z roku 1989¹ a odporúčaním z roku 2002 o obmedzení fajčenia², v ktorých boli členské štáty vyzvané, aby zabezpečili ochranu pred vystavením tabakovému dymu v prostredí, a to v uzavretých priestoroch na pracoviskách, na uzavretých verejných miestach a vo verejnej doprave. Okrem legislatívnych opatrení prebehli v médiách dve protitabakové kampane – „Nebojte sa povedať nie“ (2001 – 2004) a „HELP: Za život bez tabaku“ (2005 – 2008) – zamerané na upozorňovanie na riziká pasívneho fajčenia a na podporu životného štýlu bez tabaku, najmä u mladých ľudí.

Vo vnútroštátnych právnych predpisoch existujú medzi členskými štátmi značné rozdiely. Komisia víta vynikajúci príklad krajín ako Írsko, Taliansko, Malta, Švédsko a časti Spojeného kráľovstva a vyzýva všetky členské štáty, aby urýchlene dosiahli pokrok pri zavádzaní účinných opatrení na ochranu svojich občanov pred škodlivými účinkami pasívneho fajčenia.

Pokiaľ ide o medzinárodnú úroveň, v Rámcovom dohovore WHO o kontrole tabaku (WHO FCTC), ktorý podpísalo 168 zmluvných strán a 141 zmluvných strán vrátane Spoločenstva ho ratifikovalo³, sa „uznáva, že vedecké dôkazy jednoznačne preukázali, že vystavenie tabakovému dymu spôsobuje smrť, choroby a telesné postihnutie“. Dohovor zaväzuje Spoločenstvo a jeho členské štáty, aby riešili problém vystavenia tabakovému dymu v uzavretých priestoroch na pracoviskách, vo verejnej doprave a na uzavretých verejných miestach.

Zámerom tejto zelenej knihy je začať široký konzultačný proces a otvoriť verejnú diskusiu o najlepšom spôsobe skončovania s pasívnym fajčením v EÚ, do ktorej sa zapoja inštitúcie EÚ, členské štáty a občianska spoločnosť.

Komisia bude dôkladne analyzovať pripomienky doručené v reakcii na predloženú zelenú knihu, a na základe toho rozhodne o ďalších možných opatreniach. Správa, v ktorej budú zhrnuté výsledky konzultácie, sa očakáva v prvej polovici roku 2007. Súčasne sa bude v nadväznosti na akčný plán pre zdravie a životné prostredie

pokračovať v širších činnostiach zameraných na kvalitu vzduchu v uzavretých priestoroch.

II. OPODSTATNENIE OPATRENÍ

1. ZDRAVOTNÉ ASPEKTY

1.1. Vplyv vystavenia tabakovému dymu v prostredí na zdravie

TDP obsahuje viac ako 4 000 chemikálií vrátane vyše 50 známych karcinogénnych látok a mnohých toxických látok. Nebola stanovená žiadna bezpečná úroveň vystavenia tabakovému dymu v prostredí a ani sa neočakáva, že sa takáto úroveň v rámci ďalšieho výskumu stanoví.

TDP bol zatriedený ako **známy ľudský karcinogén** v roku 1993 Agentúrou pre ochranu životného prostredia USA, v roku 2000 Ministerstvom zdravotníctva a sociálnych vecí USA a v roku 2002 Medzinárodnou agentúrou WHO pre výskum rakoviny. TDP bol okrem toho vládou Fínska (v roku 2000) a vládou Nemecka (v roku 2001) označený za **karcinogén na pracovisku**. Kalifornská agentúra pre ochranu životného prostredia nedávno zatriedila tabakový dym ako „**toxickú látku kontaminujúcu ovzdušie**“.

Viacere nedávne prieskumy potvrdili vážne riziká pre zdravie a život, ktoré súvisia s pasívnym fajčením.⁴ Chronické vystavenie sekundárnemu dymu bolo označené za príčinu celého radu rovnakých chorôb, aké spôsobuje aj aktívne fajčenie, vrátane rakoviny pľúc, kardiovaskulárnych chorôb a detských chorôb.

V rámci prieskumu uskutočneného Medzinárodnou agentúrou WHO pre výskum rakoviny sa zistilo, že nefajčiari žijúci s fajčiarom sú vystavení o 20 – 30 % väčšiemu riziku rakoviny pľúc. Zvýšené riziko vystavenia tabakovému dymu na pracovisku sa odhaduje na 12 – 19 %.⁵ Menej jasné sú spojenia medzi vystavením tabakovému dymu v prostredí a inými druhmi rakoviny.

Preukázalo sa, že bývanie s fajčiarom zvyšuje riziko koronárnych chorôb srdca u nefajčiarov o **25 – 30 %**⁶ (v nedávnej štúdii sa uvádza, že toto číslo môže byť v skutočnosti ešte vyššie)⁷. Objavuje sa aj stále viac dôkazov o tom, že pasívne fajčenie je u nefajčiarov príčinne spojené s mŕtvicou, aj keď na odhadnutie tohto rizika je potrebný ďalší výskum.⁸

Pasívne fajčenie sa spája s **chorobami dýchacieho ústrojenstva**⁹ a je hlavnou príčinou exacerbácie u ľudí trpiacich astmou, alergiami a chronickou obštrukčnou pľúcnou chorobou, čo vedie k sociálnemu a pracovnému vylúčeniu. V nedávnom celoeurópskom prieskume u ľudí so symptómami silnej astmy sa zistilo, že jedným z ich hlavných želaní do budúcnosti je, aby mohli dýchať zdravý vzduch.¹⁰

Vystavenie sekundárnemu dymu je osobitne nebezpečné pre **malé deti a dojčatá** a dáva sa do súvislosti s náhlou smrťou dojčaťa, so zápalom pľúc, s bronchitídou, astmou a respiračnými symptómami, ako aj s ochorením stredného ucha. Vystavenie tabakovému dymu v prostredí môže v prípade **tehotných žien** spôsobiť nižšiu pôrodnú hmotnosť, smrť plodu a predčasný pôrod¹¹.

Najnovší výskum naznačuje, že vystavením tabakovému dymu v prostredí sa takmer zdvojnásobuje riziko makulárnej degenerácie podmienenej vekom, ktorá je hlavnou príčinou straty zraku v EÚ.¹²

Väčšina nepriaznivých zdravotných dôsledkov spôsobených vystavením tabakovému dymu v prostredí poukazuje na lineárny vzťah medzi dávkou a reakciou – inými slovami, riziko sa plynulo zvyšuje s rastúcou mierou vystavenia. Úroveň individuálneho rizika je nižšia v porovnaní s aktívnym fajčením (napríklad v prípade rakoviny pľúc 1,2 pri pasívnom fajčení a 20 pri aktívnom fajčení). Skutočnosť, že veľký počet ľudí je vystavený tabakovému dymu v prostredí, má však za následok značné zaťaženie spôsobené chorobou.

Vzťah medzi dávkou a reakciou je okrem toho v prípade srdcových chorôb **nelineárny**. S pasívnym fajčením je spojené riziko srdcových chorôb predstavujúce takmer polovicu rizika, ktoré prináša fajčenie 20 cigariet denne. Dokonca aj veľmi malé množstvá tabakového dymu môžu mať okamžitý vplyv na zrážanie krvi a tvorbu trombusu, ako aj dlhodobé účinky podporujúce artériosklerózu – to všetko sú dôležité faktory pri chorobe srdca.¹³ Účinky sú závažné: choroba srdca je najbežnejšou príčinou smrti v EÚ medzi fajčiarimi aj nefajčiarimi.

Podľa najnovších – konzervatívnych – odhadov pochádzajúcich z partnerstva medzi Európskou respirologickou spoločnosťou (European Respiratory Society), organizáciou pre výskum rakoviny v Spojenom kráľovstve (Cancer Research UK) a francúzskym štátnym inštitútom pre výskum rakoviny (Institut National du Cancer), v 25 krajinách EÚ zomiera v dôsledku pasívneho fajčenia každoročne **viac ako 79 000 dospelých**. Existujú dôkazy o tom, že pasívne fajčenie **na pracovisku** spôsobilo v roku 2002 v EÚ viac ako **7 000 úmrtí**, zatiaľ čo pasívnemu fajčeniu v **domácnostiach** sa pripisuje ďalších **72 000 úmrtí**. Tieto odhady zahŕňajú úmrtia v dôsledku choroby srdca, mŕtvice, rakoviny pľúc a niektorých respiračných chorôb spôsobených pasívnym fajčením. Nezahŕňajú však úmrtia dospelých v dôsledku iných chorôb súvisiacich s vystavením tabakovému dymu v prostredí (medzi ktoré patrí zápal pľúc), úmrtia v detstve ani veľmi vážnu chorobnosť, akútnu i chronickú, spôsobenú pasívnym fajčením.¹⁴

1.2. Úrovně vystavenia

K trvalému a intenzívnemu vystaveniu tabakovému dymu v prostredí dochádza najmä **doma** a **na pracovisku**.¹⁵ Podľa správy Informačného systému o vystavení karcinogénom pri práci (**CAREX**, Information System on Occupational Exposure to Carcinogens) z roku 1998 bol TDP druhou najbežnejšou formou vystavenia karcinogénom (po slnečnom žiarení) v EÚ-15. Približne 7,5 milióna európskych pracujúcich bolo v období rokov 1990 – 1993 vystavených sekundárnemu tabakovému dymu počas najmenej **75 % ich pracovného času**.¹⁶

Štúdiá uskutočnená na rôznych verejných miestach v siedmich európskych mestách v rokoch 2001 – 2002 preukázala prítomnosť tabakového dymu na väčšine skúmaných verejných miest vrátane zariadení určených na trávenie voľného času, stravovacích a ubytovacích zariadení, dopravy, nemocníc a vzdelávacích zariadení. Najvyššie koncentrácie TDP sa zistili v baroch a na diskotékach, pričom štvorhodinové vystavenie TDP na diskotéke zodpovedá bývaniu s fajčiarom počas

jedného mesiaca.¹⁷ Zistenie, že úrovne vystavenia tabakovému dymu v prostredí sú mimoriadne vysoké v ubytovacích a stravovacích zariadeniach, sa potvrdilo pri ďalších štúdiách, v rámci ktorých sa zistilo, že priemerné vystavenie pracovníkov v bare je tri i viackrát vyššie ako vystavenie pri bývaní v domácnosti, v ktorej sa fajčí.¹⁸

Nedávne zavedenie regulácie v prospech prostredia bez dymu viedlo v niektorých členských štátoch k takmer úplnému odstráneniu vystavenia na pracoviskách a niektorých druhoch miest, zatiaľ čo v krajinách, v ktorých neexistujú rozsiahle obmedzenia, zostáva miera vystavenia TDP vysoká, najmä v sektore ubytovacích a stravovacích služieb a v sektore voľného času.¹⁹

Na účely odhadu miery vystavenia TDP v celej EÚ expertná skupina pre ľudský biomonitoring²⁰ odporučila, aby sa do zoznamu kandidátov na budúci pilotný projekt EÚ v oblasti ľudského biomonitoringu zahrnul kotinín (hlavný biomarker vystavenia tabakovému dymu v prostredí). Členské štáty toto odporúčanie pri viacerých príležitostiach podporili.

1.3. Dosah iniciatívy za prostredie bez dymu

Opatrenia týkajúce sa prostredia bez dymu by nielen chránili ľudí pred škodlivými účinkami vystavenia tabakovému dymu v prostredí, ale prispeli by aj k zníženiu spotreby tabaku v celej populácii. Účinky zníženého pasívneho a aktívneho fajčenia na zdravie by zahŕňali **zníženie chorobnosti a úmrtnosti** v dôsledku najzávažnejších druhov chorôb – najmä rakoviny pľúc, koronárnej choroby srdca, respiračných chorôb a mŕtvice – a vyššiu očakávanú dĺžku života. I keď môže trvať až 30 rokov, kým sa úplne prejavia tieto zdravotné prínosy, hlavné zlepšenia, najmä v respiračnej a kardiovaskulárnej oblasti, možno očakávať do 1 – 5 rokov.

V rámci projektu CHOICE riadeného WHO boli za **druhú najúčinnnejšiu formu intervencie** na zníženie úmrtnosti a chorobnosti súvisiacej s používaním tabaku hneď po zvýšení daní (pozri prílohu I) označené verejné miesta bez dymu.

2. HOSPODÁRSKE ASPEKTY

2.1. Vplyv na hospodárstvo

Údaje z členských štátov (Spojené kráľovstvo, Írsko) a zo štátov mimo EÚ svedčia o tom, že vystavenie TDP spôsobuje obrovské súkromné a sociálne náklady, aj keď celkový vplyv na EÚ-27 sa musí ešte len odhadnúť. Vplyv na **hospodárstvo ako celok** zahŕňa priame náklady súvisiace so zvýšenými výdavkami na zdravotnú starostlivosť v prípade chorôb spojených s tabakom, ale aj nepriame náklady vyplývajúce zo straty produktivity a strát pri výbere daní z príjmu i príspevkoch na sociálne zabezpečenie od fajčiarov a obetí pasívneho fajčenia, ktorí by inak boli v platenom pracovnom pomere.²¹

Vplyv na hospodárstvo je osobitne vysoký v prípade **zamestnávateľov** a zahŕňa nižšiu produktivitu pracovníkov v dôsledku fajčiarskych prestávok a zvýšenej práceneschopnosti; škody spôsobené požiarimi vyvolanými fajčiarskymi potrebami, ako aj ďalšie náklady na čistenie a renováciu súvisiace s fajčením.²² Ročné náklady

v Kanade na zamestnanca, ktorý fajčí, v porovnaní s podobným zamestnancom, ktorý nefajčí, boli v roku 1995 odhadnuté na 2 565 kanadských dolárov. Strata škótskych zamestnávateľov v roku 1997 v dôsledku zníženej produktivity, vyššej miery absentérstva a škôd v dôsledku požiarov neúmyselne spôsobených fajčením bola vyčíslená na 0,51 % až 0,77 % škótskeho hrubého domáceho produktu (HDP). V roku 2000 predstavoval podobný odhad v Írsku 1,1 – 1,7 % HDP.²³

2.2. Dosah iniciatívy za prostredie bez dymu

V dlhodobom horizonte by potenciál zlepšenia zdravia vďaka politike v prospech prostredia bez dymu mohol mať **významný hospodársky účinok**. V rámci hodnotení vplyvu regulácie, ktoré uskutočnila vláda Spojeného kráľovstva, boli dlhodobé čisté prínosy komplexných právnych predpisov v prospech prostredia bez dymu odhadnuté na 1 714 – 2 116 miliárd libier ročne.²⁴ V Škótsku, vo Walese a v Severnom Írsku predstavovali čisté prínosy zákazu fajčenia (v uvedenom poradí) 4 387 a 2 096 miliárd GBP za obdobie 30 rokov a 1 101 miliárd GBP za obdobie 20 rokov.²⁵

2.3. Riziko neúmyselných dôsledkov

Keďže politiky v prospech prostredia bez dymu motivujú niektorých fajčiarov, aby prestali fajčiť alebo aby fajčili menej, **tabakové odvetvie môže stratiť svoj zisk** a následne môže dôjsť k zníženiu počtu zamestnancov v tabakovom odvetví. Pracovné miesta spojené s tabakovým odvetvím však predstavujú pomerne malé percento celkového počtu pracovných miest v EÚ. Zamestnanosť v povolaniach súvisiacich s tabakom (pestovanie, spracovanie a výroba tabaku) v roku 2000 predstavovala 0,13 % z celkového počtu pracovných miest v EÚ-15.²⁶ Okrem toho je pravdepodobné, že finančné prostriedky v súčasnosti vynakladané na tabak sa použijú na iné výrobky a služby, čím sa vytvoria pracovné miesta v iných sektoroch hospodárstva.

Zníženie úrovne aktívneho fajčenia bude pre **členské štáty** znamenať aj **stratu príjmov z daní** (spotrebná daň a DPH) z cigariet. Malo by sa však poznamenať, že aj keď vo väčšine krajín EÚ prináša zdanenie cigariet značné daňové príjmy, ich podiel na celkovom štátnom rozpočte nie je výrazný (1 – 5 %). Výnimkami sú Česká republika, Poľsko a Grécko, v ktorých daň z cigariet v roku 1999 predstavovala (v uvedenom poradí) 6, 7 a 9 % daňových príjmov štátu.²⁷ Zavedením zákazu fajčenia by sa spolu so znížením celospoločenských nákladov súvisiacich s fajčením zvýšil použiteľný príjem domácností fajčiarov a prostredníctvom príjmov z DPH plynúcich z alternatívnych investícií a výdavkov týchto domácností by sa čiastočne nahradila strata pôvodných príjmov.

Určité výrobné straty možno očakávať v prípade fajčiarov, ktorým je v súčasnosti dovolené fajčiť na pracovisku a ktorí budú naďalej fajčiť a využívať fajčiarske prestávky mimo budovy.

3. SOCIÁLNE ASPEKTY

3.1. Podpora právnych predpisov v prospech prostredia bez dymu zo strany verejnosti

Takmer 70 % občanov EÚ nefajčí²⁸ a štúdie poukazujú na to, že väčšina fajčiarov chce prestať fajčiť²⁹.

Podľa nedávneho **prieskumu Eurobarometra** zameraného na „Postoje Európanov k tabaku“³⁰, tri štvrtiny Európanov si uvedomuje, že tabakový dym ohrozuje zdravie nefajčiarov, pričom 95 % priznáva, že fajčenie v spoločnosti tehotnej ženy môže byť pre dieťa veľmi nebezpečné.

Výsledky prieskumu ukazujú, že **politiky v prospech prostredia bez dymu sú obyvateľmi EÚ prijímané pozitívne** (pozri prílohu III). Viac ako štyria z piatich opýtaných podporujú zákaz fajčenia na pracoviskách (86 %) a na akýchkoľvek ďalších uzavretých verejných miestach (84 %). Väčšina Európanov podporuje aj zákaz fajčenia v baroch (61 %) a reštauráciách (77 %). Najvyššia podpora pohostinských zariadení (viac ako 80 %), a reštaurácií (viac ako 90 %), v ktorých sa nefajčí, je v štyroch členských štátoch, ktoré už zakázali fajčenie v ubytovacích a stravovacích zariadeniach. To je ďalší náznak toho, že podpora politik v prospech prostredia bez dymu sa zvyšuje počas príprav na ich zavedenie a ešte ďalej rastie po ich zavedení.³¹

3.2. Dosah na spotrebu tabaku

Dôležitým nepriamym prínosom politik v prospech prostredia bez dymu je, že zvyšujú informovanosť ľudí o nebezpečenstvách aktívneho a pasívneho fajčenia, čím prispievajú k „**denormalizácii**“ fajčenia v spoločnosti. Možno očakávať, že zmena vnímania by viedla k zmene správania súvisiaceho s fajčením, najmä:

- k jednoduchšiemu rozhodovaniu fajčiarov, aby prestali fajčiť alebo obmedzili fajčenie, a k ich podpore v procese skončenia s fajčením,³²
- k odradeniu detí a malých ľudí od toho, aby začali fajčiť.³³ Zákaz fajčenia na miestach zábavy – na ktorých mladí ľudia často „experimentujú“ s cigaretami – by mohol mať najväčší dosah.
- k zabráneniu fajčiarom, aby fajčili v prítomnosti nefajčiarov, najmä detí a tehotných žien, dokonca aj vtedy, ak nie sú zavedené žiadne obmedzenia vyplývajúce z regulácie (napríklad v domácnostiach či súkromných autách).³⁴ Je to dôležité vzhľadom na skutočnosť, že najzávažnejšie riziko ohrozenia zdravia sa týka detí, ktoré sú vystavené pasívnemu fajčeniu v domácnosti, ktorá je oblasťou, na ktorú sa regulácia nemôže vzťahovať.

3.3. Dosah na sociálnu rovnosť

Politiky v prospech prostredia bez dymu by mohli pomôcť znížiť aj sociálno-ekonomickú nerovnosť v oblasti zdravia. Vzhľadom na to, že pravdepodobnosť byť fajčiarom a byť vystavený sekundárnemu tabakovému dymu je výrazne zvýšená v prípade ľudí, ktorí majú nižšiu úroveň vzdelania, nižší príjem a nižšie pracovné

zaradenie, mohlo by sa očakávať, že opatrenia týkajúce sa prostredia bez dymu budú najväčším prínosom pre najzanedbanejšie skupiny v spoločnosti.

4. STIMUL PRE OPATRENIA

Spoločenstvo ako zmluvná strana **Rámcového dohovoru WHO o kontrole tabaku (FCTC)** sa právne zaviazalo prijať opatrenia v prospech prostredia bez dymu. Podľa článku 8 FCTC sa každá zmluvná strana zaviazala „prijať a uplatňovať (...) účinné legislatívne, výkonné, administratívne a/alebo iné opatrenia, zabezpečujúce ochranu pred vystavením tabakovému dymu v uzavretých priestoroch na pracoviskách, vo verejnej doprave, na uzavretých verejných miestach a prípadne na iných verejných miestach.“ Na prvej konferencii zmluvných strán FCTC vo februári 2006 bolo dohodnuté vypracovanie usmernení týkajúcich sa prostredia bez dymu, ktoré sa majú predložiť na druhej konferencii zmluvných strán plánovanej na prvú polovicu roku 2007.

Rada Európskej únie vo svojom odporúčaní z roku 2002 k prevencii fajčenia a k iniciatívam na zlepšenie kontroly tabaku vyzvala Komisiu, aby „posúdila mieru, do akej opatrenia stanovené v tomto odporúčaní účinne fungujú a posúdila potrebu ďalších opatrení, najmä ak sa v oblastiach, na ktoré sa vzťahuje toto odporúčanie, zistia rozdiely na vnútornom trhu“. Členské štáty sa okrem toho na stretnutí **Regulačného výboru pre tabak**³⁵ v septembri 2005 dohodli, že iniciatíva Komisie vo forme zelenej knihy alebo oznámenia by pomohla šíriť osvedčené postupy a podporiť jednotlivé členské štáty v snahe o prostredie bez dymu.

Európsky parlament uvítal „ochotu Komisie konať, aby sa skoncovalo s fajčením v uzavretých priestoroch“ a podporil ju, „aby označila tabakový dym v prostredí za karcinogén triedy 1“ vo svojej rezolúcii týkajúcej sa akčného plánu Komisie v oblasti životného prostredia a zdravia vo februári 2005.³⁶

Pridaná hodnota opatrení EÚ bola potvrdená v správe „**Tabak alebo zdravie v Európskej únii**“, ktorú pre Komisiu pripravilo združenie odborníkov pre kontrolu tabaku.³⁷ Vhodnosť intervencie na európskej úrovni bola ďalej vyzdvihnutá dvoma paneurópskymi projektmi týkajúcimi sa znečistenia vzduchu v uzavretých priestoroch, ktoré boli podporené v rámci programu Spoločenstva v oblasti verejného zdravia. V **správe INDEX** uverejnenej Spoločným výskumným centrom EÚ bol uvedený zoznam piatich chemikálií vysokej priority (všetky sú prítomné v tabakovom dyme), ktoré sa musia regulovať v uzavretých prostrediach, a odporúčanie „zakázať fajčenie tabaku vo všetkých uzavretých priestoroch určených pre verejnosť a na pracoviskách“.³⁸ Rovnaké odporúčanie bolo vyjadrené v **správe THADE**³⁹, v ktorej sa uviedlo, že TDP najväčším dielom prispieva ku koncentrácii častíc v uzavretých priestoroch v budovách, v ktorých sa fajčí tabak.

III. TERAJŠIE REGULAČNÉ PROSTREDIE

1. VNÚTROŠTÁTNE OPATRENIA

Vo všetkých členských štátoch sa pozoruje jasný trend smerujúci k prostrediu bez dymu, ktorý okrem iných faktorov stimuluje právne požiadavky na úrovni EÚ a na

medzinárodnej úrovni. Všetky členské štáty majú v súčasnosti zavedenú nejakú formu regulácie, ktorá je zameraná na obmedzovanie vystavenia tabakovému dymu v prostredí a jeho škodlivých účinkov na zdravie. Rozsah a charakter tejto regulácie sa veľmi líši.

Všeobecný zákaz fajčenia na **všetkých uzavretých verejných miestach a na všetkých pracoviskách** vrátane barov a reštaurácií, už bol zavedený v Írsku (v marci 2004) a v Škótsku (v marci 2006). V Severnom Írsku, Anglicku a vo Walese by mali takéto právne predpisy v prospech prostredia bez dymu nadobudnúť účinnosť do leta 2007.

Právne predpisy v prospech prostredia bez dymu s výnimkami zavedené v Taliansku (v januári 2005), na Malte (v apríli 2005) a vo Švédsku (v júni 2005) povoľujú zamestnávateľom vyhradiť na fajčenie osobitné utesnené miestnosti so samostatnými systémami vetrania. Podobné opatrenia by vo Francúzsku mali nadobudnúť účinnosť vo februári 2007 (s prechodným obdobím pre ubytovacie a stravovacie zariadenia do januára 2008) a vo Fínsku v júni 2007. Litva sa má stať krajinou bez dymu (okrem špeciálne vybavených „cigarových a fajkových klubov“) od januára 2007.

Viacero ďalších členských štátov zakázalo fajčenie na všetkých uzavretých verejných miestach a na všetkých pracoviskách, **okrem sektora ubytovacích a stravovacích služieb**, v ktorom sa uplatňujú čiastočné obmedzenia. Medzi tieto krajiny patria napríklad Belgicko, Cyprus, Estónsko, Fínsko, Holandsko, Slovinsko a Španielsko.

Väčšina členských štátov uplatňuje reguláciu zakazujúcu alebo obmedzujúcu fajčenie na **hlavných verejných miestach**, akými sú zdravotnícke, vzdelávacie zariadenia a zariadenia štátnej správy, divadlá, kiná a verejná doprava. Obmedzenia fajčenia na pracovisku sú menej bežné. Pôsobnosť opatrení sa môže pohybovať od uznesenia alebo dobrovoľnej dohody až po prísne právne predpisy s pokutami v prípade nedodržavania predpisov.

V dôsledku neúplnej regulácie alebo jej nedostatočného presadzovania čelili národné vlády a zamestnávatelia často súdnym sporom zo strany občanov vo veci poškodenia ich zdravia, ktoré bolo spôsobené pasívnym fajčením.⁴⁰

V niekoľkých členských štátoch sú celoštátne ustanovenia posilnené prísnejšou reguláciou **na regionálnej a/alebo miestnej úrovni**. Právny rámec sprevádzajú aj samoregulačné opatrenia, pričom rastie počet pracovísk, škôl, nemocníc, zariadení verejnej dopravy atď., ktoré sa dobrovoľne stávajú prostredím bez dymu. Stále viac sa robí pre podporu pracovníkov, ktorí chcú prestať s fajčením, a na podporu konceptu zdravého vzduchu v uzavretých priestoroch ako základného práva každého občana a zamestnanca.

2. EXISTUJÚCE OPATRENIA SPOLOČENSTVA

Na úrovni EÚ sa problematikou prostredia bez dymu zaoberajú **nezáväznú uznesenia a odporúčania**, v ktorých boli členské štáty povzbudené, aby zabezpečili primeranú ochranu pred vystavením tabakovému dymu v prostredí. Najmä v

rozhodnutí Rady 89/C 189/01⁴¹ z roku **1989** o fajčení na verejných miestach boli členské štáty vyzvané, aby prijali opatrenia zakazujúce fajčenie na verejných miestach a vo všetkých prostriedkoch verejnej dopravy. V nedávnom **odporúčaní Rady 2003/54/ES**⁴² týkajúcom sa prevencie fajčenia a iniciatív na zlepšenie kontroly tabaku boli členské štáty vyzvané, aby uplatňovali účinné opatrenia, ktoré zabezpečujú ochranu pred vystavením tabakovému dymu v prostredí v uzavretých priestoroch na pracoviskách, na uzavretých verejných miestach a vo verejnej doprave.

Aj keď sa v **rámцovej smernici o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci (89/391/EHS)**⁴³ výslovne neuvádza tabakový dym, vzťahuje sa na všetky riziká pre zdravie a bezpečnosť pracovníkov.⁴⁴ Od každého zamestnávateľa sa v nej vyžaduje, aby posúdil riziká na pracovisku a zaviedol primerané preventívne a ochranné opatrenia obmedzujúce riziká.

Viacere príslušné smernice z oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci, v ktorých sú stanovené „**minimálne požiadavky**“ v prípade osobitných rizík, obsahujú aj určité ustanovenia, ktoré zabezpečujú **ochranu pracovníkov pred TDP** (pozri nasledujúci odsek). Tieto smernice majú členské štáty transponovať do vnútroštátnych právnych predpisov a primerane presadzovať. Podľa Zmluvy môžu členské štáty zaviesť aj prísnejšie opatrenia.

Smernica o minimálnych požiadavkách na bezpečnosť a ochranu zdravia na pracovisku (89/654/EHS)⁴⁵, ako aj smernice vzťahujúce sa na dočasné alebo lokálne sa meniace staveniská (92/57/EHS)⁴⁶, ťažbový vrtný priemysel (92/91/EEC)⁴⁷ a ťažobný priemysel (92/104/EEC)⁴⁸ vyžadujú od zamestnávateľov, aby zabezpečili vetranie a dostatočný čerstvý vzduch na uzavretých pracoviskách a ochranu nefajčiarov pred nepohodlím spôsobeným tabakovým dymom v hygienických zariadeniach a priestoroch určených na oddych.

Smernica o karcinógenoch a mutagénoch (2004/37/ES)⁴⁹ a **smernica o azbeste (83/477/EHS)**⁵⁰ zakazujú fajčenie na miestach, na ktorých sa manipuluje s karcinogénmi/mutagénmi resp. s azbestom. V **smernici týkajúcej sa tehotných pracovníčok (92/85/EHS)** vyžaduje od zamestnávateľov, aby prijali opatrenia na ochranu tehotných a dojčiacich žien pred vystavením oxidu uhoľnatému.

Určité zložky TDP (medzi ktoré patrí arzén, buta-1,3-dién, benzén a metyloxirán) sú zatriedené ako karcinogénne podľa prílohy 1 k **smernici o nebezpečných látkach (67/548/EHS)**⁵¹. Tabakový dym ako taký nespadá do rozsahu pôsobnosti právnych predpisov EÚ o chemikáliách, pretože tieto právne predpisy sa vzťahujú iba na také látky a prípravky, ktoré sa **uvádzajú na trh** v členských štátoch.⁵²

IV. ROZSAH PÔSOBNOSTI INICIATÍVY ZA PROSTREDIE BEZ DYMU

Kľúčovou otázkou pri rozvíjaní iniciatívy EÚ za prostredie bez dymu je jej **rozsah pôsobnosti**. Vzhľadom na obrovskú rôznorodosť miest, na ktorých môže dôjsť k vystaveniu tabakovému dymu v prostredí, by účinná iniciatíva za prostredie bez dymu mala mať radšej širšiu pôsobnosť a nemala by sa týkať iba určitých druhov podnikania alebo zariadení.

Najkomplexnejší prístup by spočíval v navrhnutí úplného zákazu fajčenia na **všetkých uzavretých alebo takmer uzavretých pracoviskách a verejných miestach** vrátane prostriedkov verejnej dopravy. Obmedzenia by sa mohli rozšíriť aj na otvorené priestory pri vchodoch do budov a možno na ďalšie otvorené verejné miesta, kde ľudia sedia alebo stoja v tesnej blízkosti vedľa seba, medzi ktoré patria nezastrešené štadióny a zábavné akcie pod šírým nebom, prístrešky na autobusových zastávkach, vlakové nástupištia atď. O veľmi obmedzených výnimkách by sa mohlo uvažovať v prípade miest, na ktorých sa ľudia zdržiavajú každý deň (napríklad určené miestnosti v ubytovacích zariadeniach, ku ktorým patria domovy dlhodobej starostlivosti, psychiatrické oddelenia, väznice atď.).

Menej prísny prístup by spočíval v navrhnutí úplného zákazu fajčenia na všetkých uzavretých alebo takmer uzavretých pracoviskách a verejných miestach, ale s **výnimkami udelenými vybraným kategóriám miest**. Pre miesta, na ktoré sa vzťahujú výnimky, by sa mohli vypracovať minimálne požiadavky na uzavreté miestnosti pre fajčiarov vrátane noriem vetrania. Možné výnimky by sa mohli vzťahovať na:

- licenciovanej sektor stravovacích a ubytovacích služieb (reštaurácie, pohostinské zariadenia a bary),
- stravovacie a ubytovacie zariadenia, v ktorých sa nepodáva jedlo.

Opatrenia týkajúce sa prostredia bez dymu by priniesli najlepšie výsledky vtedy, ak by boli doplnené o **podporné opatrenia** na úrovni EÚ a/alebo členského štátu. Takéto „sprevádzajúce politiky“ by mohli zahŕňať kampane na zvyšovanie informovanosti, v ktorých by sa vyzdvihovalo právo na vzduch bez tabakového dymu a poukazovalo na nebezpečenstvá pasívneho fajčenia, ako aj informovalo o zlepšenom prístupe k terapiám zameraným na skoncovanie s fajčením (k behaviorálnym aj farmakologickým terapiám) pre ľudí, ktorí chcú prestať fajčiť.

1. Komplexná regulácia v prospech prostredia bez dymu

Výhody

Zo všetkých možností by táto možnosť priniesla **najvyššie zníženie vystavenia tabakovému dymu v prostredí** a súvisiacich škôd, pričom by zabezpečila rovnosť občanov Európy pri ochrane ich práva dýchať zdravý vzduch v uzavretých priestoroch, ktoré uznala aj WHO.⁵³

Štúdie z krajín s prostredím bez dymu poukazujú na výrazné zlepšenie kvality vzduchu v uzavretých priestoroch po nadobudnutí účinnosti zákazu fajčenia. Zníženie miery vystavenia tabakovému dymu v prostredí bolo osobitne výrazné v stravovacích a ubytovacích zariadeniach a na miestach trávenia voľného času.⁵⁴ Táto skutočnosť sa odzrkadlila vo výraznom zlepšení zdravotného stavu pracovníkov stravovacích a ubytovacích zariadení z respiračného hľadiska⁵⁵ a v značnom znížení výskytu srdcových infarktov a úmrtnosti na srdcový infarkt⁵⁶ v priebehu niekoľkých mesiacov po implementácii politiky.

Komplexná regulácia by mala aj najväčší potenciál **denormalizovať fajčenie** v spoločnosti, pretože by prispela k vytvoreniu prostredia, ktoré podporuje fajčiarov

v tom, aby obmedzili fajčenie alebo prestali fajčiť a ktoré odrádza mladých ľudí od toho, aby začali fajčiť.

Pri preskúmaní 35 štúdií o účinnosti politík v prospech prostredia bez dymu sa dospelo k záveru, že komplexné právne predpisy týkajúce sa čistého vzduchu na verejnosti majú potenciál znížiť rozšírenie fajčenia v celej populácii približne o 10 %.⁵⁷ Prieskum 26 štúdií uskutočnených na pracoviskách takisto naznačil, že pracoviská úplne zbavené dymu sa spájajú so znížením výskytu fajčenia o 3,8 % a s vyfajčením o 3,1 cigarety denne menej na fajčiara, ktorý naďalej fajčí.⁵⁸

Skutočnosť, že komplexný zákaz fajčenia sa spája so **znížením aktívneho fajčenia**, potvrdzujú dôkazy z krajín s prostredím bez dymu, v ktorých pokles predaja tabaku (napríklad o 8 % v Taliansku a o 14 % v Nórsku) sprevádzal značný nárast pokusov o skončenie s fajčením krátko po zavedení novej regulácie.⁵⁹ V Írsku uviedlo 80 % bývalých fajčiarov, že nové právne predpisy boli pre nich motiváciou, aby s fajčením skončili, kým 88 % vyhlásilo, že právne predpisy im pomohli v tom, aby opäť nezačali fajčiť.⁶⁰ Zdá sa, že zákaz fajčenia na verejných miestach prispel k zníženiu úrovne fajčenia v domácnostiach, najmä v prítomnosti detí, aj keď spočiatku existovali obavy z opačného trendu.⁶¹ V Írsku sa podiel domácností bez dymu po nadobudnutí účinnosti zákazu zvýšil o 8 %.⁶²

Z hľadiska sociálneho dosahu by sa prínosy tejto možnosti sústredili na ľudí v **nižších sociálno-ekonomických skupinách**, u ktorých je väčšia pravdepodobnosť, že fajčia a sú zamestnaní v sektore stravovacích a ubytovacích služieb.

Pokiaľ ide o **presadzovanie**, komplexný zákaz fajčenia by sa uplatňoval ľahšie ako čiastočné obmedzenia. Viac ako 90 percentné dodržiavanie zákazu v Taliansku a Írsku poukazuje na to, že úplný zákaz fajčenia sa presadzuje takmer úplne sám, keďže spoločenský tlak je silnou brzdou fajčenia a výrazne znižuje potrebu presadzovania formálnymi orgánmi.

Nevýhody

Je pravdepodobné, že úplný zákaz fajčenia na všetkých verejných miestach by v niektorých členských štátoch vyvolal **nesúhlas**, a preto by sa mohol ťažšie prijímať a presadzovať. Tabakové odvetvie a väčšina sektora stravovacích a ubytovacích služieb dali jasne najavo, že tejto voľbe sú najmenej naklonené.

Objavili sa obavy z **možného poškodenia sektora stravovacích a ubytovacích služieb** v dôsledku zákazu fajčenia v pohostinských zariadeniach a reštauráciách. Dôkazy z krajín, ktoré zaviedli opatrenia v prospech prostredia bez dymu, však svedčia o tom, že zákaz nemal žiadny celkový negatívny vplyv na zamestnanosť ani na príjmy v tomto sektore.⁶³ V Írsku sa objem predaja v pohostinských zariadeniach a baroch v roku 2005 mierne zvýšil (o 0,1 %), čím sa zvrátil klesajúci trend, ktorý sa začal pred nadobudnutím účinnosti právnych predpisov v prospech prostredia bez dymu.⁶⁴ Možno by stálo za to uviesť niekoľko štatistík, aj keď sa týkajú štátov, ktoré nepatria do EÚ. V Nórsku napríklad došlo k miernemu poklesu predaja v stravovacích a pohostinských zariadeniach o 0,8 %, ale je pravdepodobné, že k nemu došlo v dôsledku mnohých iných faktorov vrátane počasia.⁶⁵ Zdá sa, že pre väčšinu zariadení stravovacích a ubytovacích služieb v New Yorku a v štáte Kalifornia bola regulácia v prospech prostredia bez dymu prínosom.⁶⁶ Je to v súlade

s medzinárodným preskúmaním 97 štúdií, v rámci ktorého sa v štúdiách založených na objektívnych údajoch, ku ktorým patria daň z predaja a údaje o zamestnanosti, nepodarilo nájsť žiadny negatívny dosah na hospodárstvo.⁶⁷

2. REGULÁCIA V PROSPECH PROSTREDIA BEZ DYMU S VÝNIMKAMI

Výhody

Možno očakávať, že zníženie aktívneho aj pasívneho fajčenia, ako aj denormalizácia používania tabaku v rámci tejto možnosti budú väčšie, ako keby sa neprijali žiadne opatrenia.

Právne predpisy s výnimkami by v niektorých členských štátoch mohli byť prijateľnejšie, najmä pre odvetvie, a preto by mohol byť kompromis vhodnejší. Súčasne by sa jednotlivým členským štátom ponechala možnosť prijať alebo zachovať prísnejšie vnútroštátne právne predpisy, v ktorých sa výnimky neuplatňujú.

Výnimky by sa mohli doplniť minimálnymi požiadavkami na uzavreté miestnosti pre fajčiarov vrátane noriem vetrania.

Nevýhody

Z hľadiska zdravotných a sociálnych prínosov by toto opatrenie bolo menej účinné ako komplexná regulácia v prospech prostredia bez dymu.

Niektoré z najzraniteľnejších skupín by boli naďalej vystavené TDP. Neúplná regulácia by mohla znamenať riziko pre členské štáty a/alebo zamestnávateľov, ktorí by čelili súdnym žalobám občanov za poškodenie svojho zdravia spôsobené pasívnym fajčením.

Výnimkami by sa znížil účinok denormalizácie fajčenia, ktorý by sa mohol dosiahnuť úplným zákazom. Medzinárodné dôkazy svedčia o tom, že regulácia, ktorá umožňuje fajčenie v niektorých oblastiach, má približne polovičný účinok na správanie súvisiace s fajčením v porovnaní s politikami úplnej regulácie v prospech prostredia bez dymu.⁶⁸

Rôzne opatrenia pre rôzne zariadenia by sa presadzovali komplikovanejšie a drahšie ako komplexný zákaz a vyžiadali by si zvýšené náklady na označenie a kontroly.

2.1. Výnimka pre licenciované zariadenia sektora stravovacích a ubytovacích služieb

Keďže zamestnanci pracujúci v sektore stravovacích a ubytovacích služieb sú značne vystavení tabakovému dymu v prostredí, sú osobitne ohrození pasívnym fajčením, pričom riziko rakoviny pľúc je vyššie o 50 %.⁶⁹ Táto zamestnanecká skupina by bola naďalej vystavená sekundárnemu tabakovému dymu. Rovnaké zdravotné riziko by hrozilo aj zákazníkom v pohostinských a stravovacích zariadeniach.

Podľa údajov prieskumu pracovnej sily za rok 2004 bolo v baroch, reštauráciách a zariadeniach verejného stravovania (HORECA) v 15 členských štátoch EÚ zamestnaných takmer 4,3 milióna ľudí, čo predstavovalo 3 % celkového počtu

zamestnaných v týchto krajinách (údaje z ostatných 10 členských štátov nie sú k dispozícii). V sektore stravovacích a ubytovacích služieb je zamestnaných mnoho mladých ľudí a žien.⁷⁰

V hodnotení vplyvu regulácie, ktoré uskutočnila škótska vláda, sa odhaduje, že pokles úmrtí v dôsledku zníženého aktívneho fajčenia v prípade tejto možnosti bude predstavovať jednu polovicu a v prípade pasívneho fajčenia jednu štvrtinu poklesu úmrtí v prípade úplného zákazu fajčenia.⁷¹

2.2. Výnimka pre pohostinské zariadenia a bary, v ktorých sa nepodávajú jedlá

Táto možnosť by neochránila najzraniteľnejšie zamestnanecké skupiny pred vystavením sekundárnemu dymu. Neboli by chránení ani zákazníci pohostinských zariadení a barov. Vzniklo by aj riziko, že pohostinské zariadenia by prestali podávať jedlá, aby obišli zákaz fajčenia.

Okrem toho by vzniklo riziko prehĺbenia existujúcich nerovností v oblasti zdravia: z nedávnych štúdií zo Spojeného kráľovstva vyplýva, že úrovne vystavenia tabakovému dymu v prostredí sú výrazne vyššie v pohostinských zariadeniach v znevýhodnených komunitách ako v pohostinských zariadeniach v bohatších oblastiach.⁷² Väčšina licenciovaných zariadení, ktoré nepodávajú jedlá, sa okrem toho nachádza v znevýhodnených oblastiach a pohostinské zariadenia v týchto oblastiach budú mať silnejšiu motiváciu na prechod k podávaniu iba alkoholických nápojov.⁷³

V hodnotení vplyvu regulácie uskutočnenom vládou Spojeného kráľovstva sa odhadlo, že prínosy tejto možnosti pre zdravie budú predstavovať 40 percent prínosov úplného zákazu (na základe predpokladu, že v súčasnosti 10 – 30 % pohostinských zariadení nepodáva jedlá).⁷⁴

2.3. Vyhradené samostatne vetrané miestnosti pre fajčiarov

Dôkazy svedčia o tom, že v súčasnosti používané technické zariadenia (založené na zmiešavaní a zriedovaní) majú obmedzený vplyv na úrovne znečisťujúcich látok z TDP v sektore stravovacích a ubytovacích služieb a ďalších uzavretých prostrediach.⁷⁵ V rámci štúdií uskutočnených v kontrolovaných prostrediach, napríklad v „environmentálnej komore“ EÚ INDOORTRON sa okrem toho zistilo, že zvyšovanie intenzity výmeny vzduchu nevedie k významnému zlepšeniu kvality vzduchu v uzavretom priestore.⁷⁶ Hoci sa v niektorých nedávnych prípadových štúdiách financovaných tabakovým odvetvím uvádza, že substitučné vetranie je účinnejšie⁷⁷, **úplné odstránenie tabakového dymu pomocou vetrania nie je možné.**⁷⁸

Účastníci **prvej konferencie zmluvných strán** Rámcového dohovoru o kontrole tabaku sa (jednohlasne) zhodli, že „existujú presvedčivé dôkazy o tom, že technické prístupy neposkytujú ochranu pred vystavením tabakovému dymu.“⁷⁹ Rovnako aj Americká spoločnosť odborníkov pre vykurovanie, chladenie a vzduchotechniku (ASHRAE) – medzinárodný normalizačný orgán pre kvalitu vzduchu v uzavretých priestoroch a vetranie – prijal v roku 2005 dokument o prístupoch k zníženiu vystavenia sekundárnemu dymu, v ktorom dospel k záveru, že jediným účinným

spôsobom vylúčenia zdravotných rizík spojených s vystavením tabakovému dymu v prostredí je zákaz fajčenia v uzavretých priestoroch.⁸⁰

Fyzické oddelenie fajčiarov od nefajčiarov vo forme **vyhradenej miestnosti pre fajčiarov** môže zvýšiť účinnosť systémov vetrania v nefajčiarskej časti zariadení.⁸¹ Tento spôsob však nechráni osoby vo fajčiarskej miestnosti ani pracovníkov (napríklad obsluhujúci a čistiaci personál), ktorí musia vstúpiť do tejto miestnosti, aby mohli vykonávať svoju prácu.

Ďalším problémom, ktorý súvisí s miestnosťami pre fajčiarov, sú značné **finančné náklady**, čím by sa mohli vytvoriť nerovnaké podmienky pre menšie subjekty.⁸² Prevádzka a údržba vetraných miestností pre fajčiarov si okrem toho vyžaduje rozsiahlu **kontrolnú a monitorovaciú** infraštruktúru. Dôkazy svedčia o tom, že ak sa používajú systémy vetrania, často nespĺňajú normy stanovené právnymi predpismi.⁸³

Ak by sa vetrané miestnosti pre fajčiarov považovali za uskutočniteľnú možnosť pre miesta s výnimkami, museli by spĺňať tieto požiadavky:

- byť úplne uzavreté a izolované od nefajčiarskych priestorov,
- byť vybavené samostatným systémom vetrania oddeleným od nefajčiarskych priestorov,
- mať podtlak vzduchu, aby sa zabránilo rozšíreniu tabakového dymu do ostatných priestorov,
- v týchto miestnostiach by sa okrem fajčenia nemala vykonávať žiadna iná činnosť, aby sa minimalizovala potreba zamestnancov vykonávať pracovné činnosti v týchto priestoroch.⁸⁴

Na Malte, v Taliansku a vo Švédsku, v ktorých je povolené vytvoriť samostatne vetrané miestnosti pre fajčiarov, sa väčšina subjektov rozhodla nevyužiť túto možnosť.

V. MOŽNOSTI POLITIKY

Na dosiahnutie cieľov v súvislosti s priestorom bez dymu je k dispozícii viacero **rôznych politických možností**. Zámerom by malo byť nájsť možnosť, ktorou sa najlepšie dosiahnu ciele pri minimalizovaní nákladov a záťaže. Regulačné možnosti opísané ďalej v texte sú uvedené v poradí, ktoré vyjadruje rastúcu úroveň možnej intervencie EÚ (od pokračovania v súčasnej úrovni činnosti po vypracovanie nového záväzného rámca založeného na právnych predpisoch EÚ).

Tieto možnosti politiky **sa navzájom nevyklučujú** a mohli by sa navzájom dopĺňať. Napríklad odporúčanie Komisie by mohlo byť podnetom na samoregulačné iniciatívy medzi zainteresovanými stranami a členskými štátmi. Na druhej strane by samoregulačné nástroje mohli slúžiť ako základ a/alebo doplnok záväzného právneho režimu (týkali by sa napríklad miest, na ktorých ešte právne predpisy nenadobudli účinnosť, alebo miest, na ktoré sa vzťahuje výnimka zo zákazu fajčenia).

Je potrebné uviesť, že rozsah pôsobnosti rôznych politických nástrojov by sa líšil. To znamená, kým právne predpisy EÚ na ochranu pracovníkov by sa vzťahovali na verejné miesta, pretože sú pracoviskami vzhľadom na obmedzenia stanovené zmluvou, komplexný zákaz fajčenia na verejných miestach by sa mohol podporiť prostredníctvom nezáväzných opatrení (napríklad prostredníctvom odporúčania Komisie alebo Rady), legislatívnych opatrení prijatých členskými štátmi a/alebo dobrovoľných opatrení prijatých zainteresovanými stranami.

Aby bol regulačný nástroj účinný, mal by byť vybavený aj primeranými prostriedkami **presadzovania** a transparentným režimom **monitorovania**. Zavedenie regulačných opatrení, buď na úrovni EÚ alebo na vnútroštátnej/regiónálnej úrovni, by malo byť sprevádzané aj predchádzajúcou **verejnou konzultáciou** a **informačnými kampaňami**, ako aj **hodnotením vplyvu**.

1. ŽIADNA ZMENA SÚČASNÉHO STAVU

Táto možnosť by znamenala nevyvinutie žiadnej novej činnosti zo strany EÚ, ktorá by **pokračovala v súčasnej práci** v oblasti pasívneho fajčenia v rámci rôznych programov Spoločenstva (verejné zdravie, výskum, zamestnanosť). Regulačný vývoj v tejto oblasti by sa ponechal na členské štáty a proces FCTC.

Zdroje ušetrené pri vypracovaní a implementácii akejkoľvek novej politickej iniciatívy by sa mohli použiť na zabezpečenie náležitého presadzovania existujúcich odporúčaní a smerníc EÚ z oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci. Mohlo by sa vypracovať najmä usmernenie pre zamestnávateľov, zamestnancov a príslušné orgány členských štátov, aby sa zabezpečilo lepšie uplatňovanie rámcovej smernice (89/391/EHS), ktorá sa – hoci sa v nej TDP výslovne neuvádza – už vzťahuje na všetky riziká pre zdravie a bezpečnosť pracujúcich vrátane tabakového dymu.

Úsilie by sa mohlo venovať podpore prostredia bez dymu inými prostriedkami ako prostredníctvom právnych predpisov, akými sú informačné a osvetové kampane, iniciatívy na vytváranie sietí atď. Súčasná kampaň proti tabaku „HELP“ bude prebiehať do roku 2008 a mohla by po nej nasledovať ďalšia iniciatíva na zvyšovanie informovanosti.

Okrem toho bude pokračovať práca zameraná na kvalitu vzduchu v uzavretých priestoroch vrátane TDP, a to v nadväznosti na opatrenie 12 akčného plánu v oblasti životného prostredia a zdravia. Potrebné zdroje na rôzne projekty v tejto oblasti budú k dispozícii z viacročného strategického programu Life+ na obdobie rokov 2007 – 2010⁸⁵, siedmeho rámcového programu Európskeho spoločenstva v oblasti výskumu⁸⁶ a programu verejného zdravia⁸⁷.

Členské štáty by si zachovali právo rozhodnúť, či a ako zaviesť opatrenia v prospech prostredia bez dymu v závislosti od vnútroštátnych okolností a kultúrnych rozdielov. Je veľmi pravdepodobné, že trend smerujúci k prostrediam bez dymu by pokračoval a podporilo by ho vypracovanie a uverejnenie usmernení FCTC. Mnohé národné vlády vrátane vlád Dánska, Nemecka, Lotyšska, Portugalska a Slovinska už oznámili svoj zámer v blízkej budúcnosti posilniť vnútroštátnu reguláciu v prospech prostredia bez dymu.

Zo všetkých možností by však táto možnosť mohla byť najmenej účinnou pri znižovaní miery vystavenia tabakovému dymu v prostredí a súvisiacich škôd. Je pravdepodobné, že pokrok, ktorý sa dosiahne v jednotlivých členských štátoch, bude rôzny. V dôsledku neúplnej regulácie by boli mnohé zraniteľné skupiny naďalej vystavené vplyvu TDP v uzavretých priestoroch na verejných miestach. To by mohlo predstavovať riziko súdnych sporov iniciovaných občanmi za poškodenie ich zdravia spôsobené pasívnym fajčením.

Vzhľadom na široko rozšírené očakávania spojené s iniciatívou EÚ v prospech prostredia bez dymu by mohlo dôjsť ku sklamaniu verejnosti. Ak by súčasný stav pokračoval, stratila by sa aj príležitosť budovať na súčasnom politickom impulze smerujúcom k oblastiam bez dymu v EÚ.

2. DOBROVOĽNÉ OPATRENIA

Táto možnosť by spočívala v podpore zainteresovaných strán, aby prijali spoločné dobrovoľné usmernenia na európskej úrovni zamerané na vytvorenie väčšieho počtu miest bez dymu. Mohli by sa podporiť prístupy podľa sektorov (napr. v sektore voľného času a verejného stravovania). Základom rozvoja v tejto oblasti by mohla byť sociálna zodpovednosť podnikov.

Aby sa podporili diskusie, mohol by sa vytvoriť rozsiahla procesná platforma spájajúca občiansku spoločnosť a hospodárske subjekty, ako aj zástupcov inštitúcií EÚ, členských štátov a medzinárodných organizácií. Takáto platforma bola minulý rok vytvorená v oblasti výživy a fyzických aktivít. Podobný proces bol nedávno navrhnutý pri vypracovaní stratégie EÚ v oblasti alkoholu.

Ďalšou možnosťou by bola podpora európskych sociálnych partnerov (zamestnávateľov a odborových organizácií), aby sa dohodli na autonómnej dohode o fajčení na pracovisku na základe článku 138 zmluvy. Samoregulácia prostredníctvom európskeho sociálneho dialógu viedla k rôznym výsledkom vrátane prijatia viac ako 300 spoločných textov európskymi sociálnymi partnermi.

V ideálnom prípade by samoregulácia mohla byť rýchlejšia a flexibilnejšia ako tradičné legislatívne postupy a poskytovať príslušným sektorom a podnikateľským subjektom príležitosť na priamejší vplyv na prijaté politiky. Samoregulácia má takisto potenciál na vytvorenie zmyslu pre zodpovednosť a osvojenie medzi zainteresovanými stranami. Dosiahnutý pokrok však závisí od ochoty zainteresovaných strán splniť dohodnutý záväzok a od účinnosti mechanizmov presadzovania. Dôkazy z členských štátov, žiaľ, svedčia o tom, že dobrovoľné dohody v oblasti kontroly tabaku neboli účinné. Najmä v sektore voľného času a stravovacích a ubytovacích služieb dobrovoľné opatrenia nespĺnili kľúčový cieľ výrazne znížiť vystavenie tabakovému dymu v prostredí.

Zistilo sa napríklad, že v Spojenom kráľovstve po piatich rokoch dobrovoľnej dohody medzi ministerstvom zdravotníctva a hlavnými združeniami stravovacích a ubytovacích služieb bolo menej ako 1 % barov prostredím bez dymu.⁸⁸ Právne predpisy v Španielsku poskytli v roku 2006 barom a reštauráciám s rozlohou menej ako 100 m² možnosť stať sa dobrovoľne priestorom bez dymu. Počiatočné dôkazy svedčia o tom, že asi len 10 % oprávnených zariadení sa rozhodlo pre túto

možnosť.⁸⁹ Dobrovoľný program zameraný na podporu 12 452 kaviarní, bistier a jedální v Paríži, aby sa vyhlásili za zóny bez dymu, prijalo sotva 30 zariadení.⁹⁰

3. OTVORENÁ METÓDA KOORDINÁCIE

Táto možnosť by zahŕňala koordináciu úsilia členských štátov v oblasti vytvárania prostredia bez dymu pomocou takzvanej „otvorenej metódy koordinácie“. Členské štáty by boli takto podporované, aby bez potreby priamej harmonizácie (hoci harmonizácia by zostala jednou z možností) viac zosúlادili svoje právne predpisy v prospech prostredia bez dymu.

Toto opatrenie by mohlo zahŕňať tieto prvky:

- Výmena skúseností a **osvedčených postupov** v oblasti účinných politík v prospech prostredia bez dymu na vnútroštátnej, regionálnej a miestnej úrovni.
- Dohodnutie spoločných cieľov a usmernení EÚ založených na úspešných skúsenostiach v rámci členských štátov i mimo EÚ. Tieto ciele a usmernenia by mohli dopĺňať príslušné lehoty spolu s podmienkami monitorovania a presadzovania.
- Prenesenie týchto usmernení do vnútroštátnych akčných plánov s cieľom znížiť vystavenie tabakovému dymu v prostredí s osobitnými harmonogramami na dosiahnutie cieľov v krátkodobom, strednodobom a dlhodobom horizonte.
- Pravidelné monitorovanie, hodnotenie a odborné posúdenie, napríklad vo forme výročných správ z členských štátov.

Mnoho krajín a regiónov sa už stalo priestormi bez dymu a mnoho ďalších vyhlásilo svoj zámer tak urobiť. Členské štáty čelia aj spoločným výzvam, medzi ktoré patrí nesúhlas odvetvia, skepticizmus verejnosti a neplnenie existujúcich požiadaviek. Koordináciou EÚ by sa mohlo významne prispieť k procesu vzájomného učenia a výmeny osvedčených postupov medzi členskými štátmi.

Povinnosť splniť ciele v súvislosti s priestorom bez dymu by však zostala dobrovoľnou a neexistovali by žiadne sankcie za neplnenie dohodnutých cieľov. Účinnosť programov by závisela od sily vzájomnej kontroly a tlaku partnerov.

4. ODPORÚČANIE KOMISIE ALEBO RADY

Táto možnosť by spočívala v podpore členských štátov, aby prijali vnútroštátne právne predpisy v prospech prostredia bez dymu riadené komplexným odporúčaním Komisie alebo Rady o prostredí bez dymu na základe článku 152 Zmluvy o ES, v ktorom by bol stanovený navrhnutý smer opatrení. Táto možnosť by sa mohla použiť nezávisle alebo ako súčasť samoregulačných programov medzi členskými štátmi (možnosť 3) a/alebo odvetvím (možnosť 2).

Aj keď by takéto odporúčanie nebolo záväzným, znamenalo by jasné vyhlásenie zo strany Komisie alebo Rady, že by sa mali prijať opatrenia na odstránenie pasívneho fajčenia v Európe. Zaradilo by tento problém na vysokú úroveň priority v politickom

programe vo všetkých členských štátoch EÚ, a tým by podporilo opatrenia členských štátov.

Účinnosť tejto možnosti by v značnej miere závisela od zrozumiteľnosti usmernení EÚ a požiadaviek na informovanie. Jasné ciele sprevádzané konkrétnymi lehotami a ukazovateľmi (napríklad odporúčanie, aby sa určité percento pracovísk daného sektora premenilo na pracoviská bez dymu do určeného roka) by mali určite väčší dosah ako odporúčania všeobecnejšieho charakteru. Požiadavka na zavedenie monitorovacieho režimu a sprístupnenie výsledkov verejnosti by vytvorili aj tlak verejnosti na výraznejšie presadzovanie a vypracovanie prísnejšej politiky.

Aj keď táto možnosť poskytuje členským štátom flexibilitu, hlavným rizikom by bolo, že niektoré členské štáty sa rozhodnú nekonať vôbec.

5. ZÁVÄZNÉ PRÁVNE PREDPISY

Opatrenia Spoločenstva v tejto oblasti by mohli zahŕňať prijatie legislatívnych opatrení. Záväzné právne predpisy by znamenali porovnateľnú, transparentnú a presaditeľnú základnú úroveň ochrany pred rizikom vystavenia tabakovému dymu v prostredí vo všetkých členských štátoch.

Legislatívny proces na jednej strane zabezpečuje formálne konzultácie a dôkladné rokovania s účasťou všetkých strán, ktoré môžu posilniť výslednú politiku. Na strane druhej je pravdepodobné, že legislatívny postup bude pomerne zdĺhavý a konečný výsledok by sa mohol ťažko predvídať.

Presný právny základ právnych predpisov by sa mohol určiť iba po definovaní presného charakteru a rozsahu pôsobnosti nástroja a pri tejto možnosti sa musia zohľadniť výsledky tejto verejnej konzultácie.

V súčasnom štádiu už možno uviesť niekoľko možností bez toho, aby boli dotknuté výsledky verejnej konzultácie.

- Revízia existujúcich smerníc založených na rámcovej smernici o bezpečnosti a ochrane zdravia na pracovisku 89/391/EHS. Táto možnosť by mohla zahŕňať najmä rozšírenie rozsahu pôsobnosti smernice o karcinogénoch a mutagénoch 2004/37 (aby zahŕňala TDP) a/alebo sprísnenie požiadaviek na ochranu pracovníkov pred tabakovým dymom v smernici 89/654/EHS o minimálnych požiadavkách na zdravie na bezpečnosť.
- Ďalšou možnosťou by bolo prijatie samostatnej smernice o fajčení na pracovisku.
- Aj keď smernica o nebezpečných látkach (67/548/EHS)⁹¹ priamo nesúvisí s ochranou pred sekundárnym dymom, možnou alternatívou na zváženie by bola jej zmena a doplnenie s cieľom zatriediť TDP ako karcinogén. Takto by sa TDP dostal automaticky do rozsahu pôsobnosti smernice o karcinogénoch a mutagénoch.

Prvé dve možnosti by sa z hľadiska rozsahu pôsobnosti obmedzovali na pracoviská. Mohli by sa vzťahovať buď na všetky pracoviská alebo na určité kategórie pracovísk

a museli by zabezpečiť, aby dostatočne chránili pracovníkov, ktorí sú vystavení nebezpečným úrovňam TDP.

Na záver, prijatie legislatívneho nástroja v rámci právomocí zmluvy by nebránilo Spoločenstvu prijať sprevádzajúce opatrenia, ktoré by mali nezáväzný charakter a ktoré by mohli prispieť k zabezpečeniu celkového cieľa ochrany pred TDP vo všetkých sektoroch.

VI. ZÁVEREČNÉ POZNÁMKY

Pri zohľadnení jednoznačných vedeckých dôkazov o škodách, ktoré spôsobuje sekundárny tabakový dym, a dosahu politik v oblasti čistého vzduchu v uzavretých priestoroch na celkové zníženie používania tabaku sa Komisia domnieva, že najväčším prínosom pre verejné zdravie občanov by bola politika najširšieho rozsahu pôsobnosti. Touto politikou by sa vytvorili rovnaké podmienky pre všetky subjekty. Niekoľko úspešných príkladov komplexnej politiky v prospech prostredia bez dymu, ktorá sa v súčasnosti uplatňuje vo svete, potvrdilo, že táto možnosť je uskutočniteľná a dá sa presadiť.

Požadovaná úroveň zapojenia EÚ do podpory právnych predpisov v prospech prostredia bez dymu je otvorenou otázkou a spája sa aj so súčasným vývojom v členských štátoch, z ktorých niektoré sa nedávno rozhodli prijať opatrenia na zákaz fajčenia na verejných miestach.

Komisia vyzýva všetky inštitúcie EÚ, členské štáty a všetkých zainteresovaných občanov, strany a organizácie, aby predložili odpovede na otázky položené v tejto zelenej knihe. Komisia sa zaujíma najmä o názory zainteresovaných strán týkajúce sa týchto otázok:

Otázky

- (1) Ktorý z dvoch prístupov navrhnutých v oddiele IV by bol žiaducejší, pokiaľ ide o rozsah pôsobnosti iniciatívy za priestor bez dymu: úplný zákaz fajčenia týkajúci sa všetkých uzavretých verejných priestorov a pracovísk alebo zákaz s výnimkami udelenými vybraným kategóriám miest? Uveďte, prosím, dôvod(y) vašej voľby.
- (2) Ktorá z politických možností uvedených v oddiele V by bola najžiaducejšia a najvhodnejšia z hľadiska podpory prostredia bez dymu? Ktorú intervenciu EÚ považujete za potrebnú na dosiahnutie cieľov v súvislosti s prostredím bez dymu?
- (3) Existujú nejaké ďalšie kvantitatívne alebo kvalitatívne údaje o zdravotnom, sociálnom alebo ekonomickom dosahu politik v prospech prostredia bez dymu, ktoré by sa mali zohľadniť?
- (4) Máte nejaké ďalšie pripomienky alebo návrhy k zelenej knihe?

Odpovede na tieto otázky by mali byť zaslané do 1. mája 2007 na túto adresu (najlepšie e-mailom):

European Commission

Directorate-General Health and Consumer Protection

Unit C6 – Health Measures

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

Poštová adresa: B-1040 Brussels

Fax: (+32) 2 298 42 04

Všetky reakcie na túto zelenú knihu budú uverejnené na internetovej stránke Komisie, ak respondenti nepredložia vyhlásenie, že si to neželajú.

VII. ANNEXES

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

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

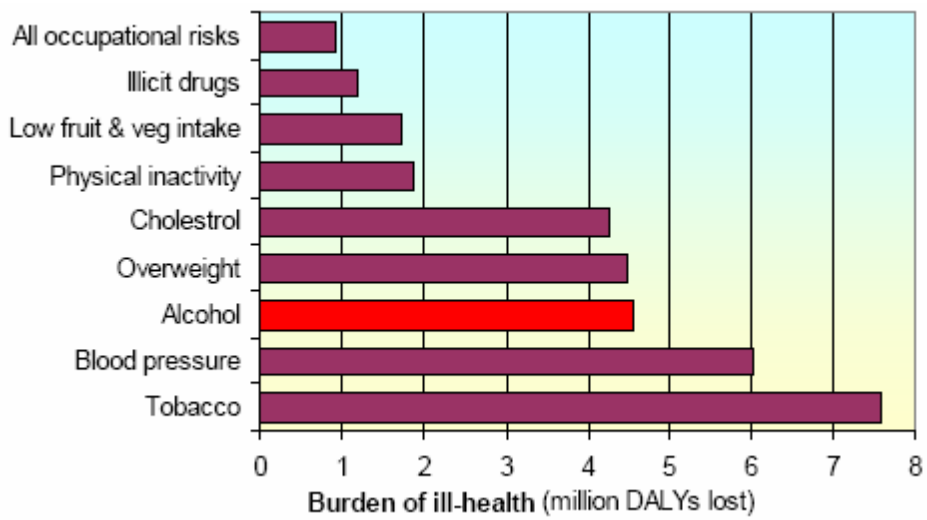
Source:

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

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

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

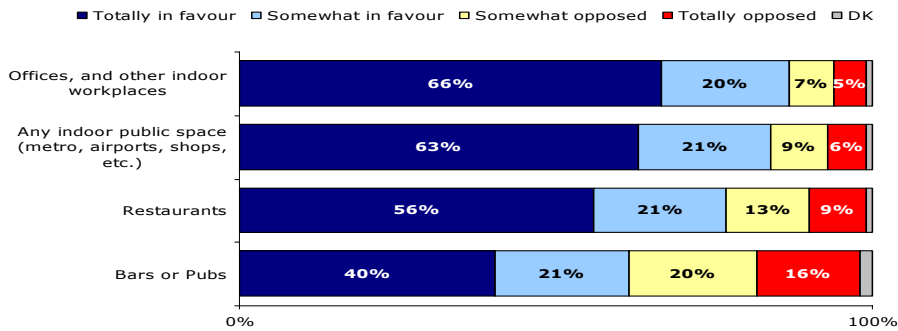
Annex II: Global burden of ill-health



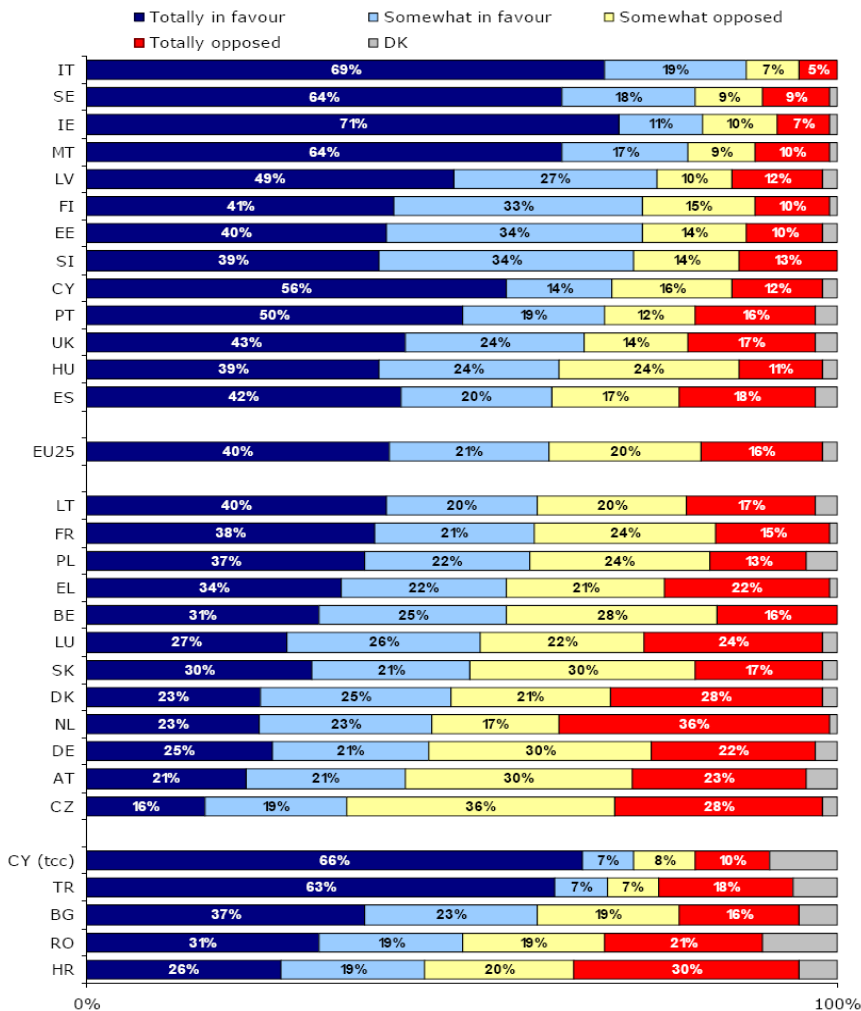
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies

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



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



Source:

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

Annex IV: References

- 1 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.
2 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31–34.
3 As of 18 December 2006.
4 The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General.
Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention,
Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health
Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006)
http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic
Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
'Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places', Royal
College of Physicians of London, (July 2005).
Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), 'Secondhand Smoke: Review of evidence
since 1998', (November 2004) <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>
International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic
Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health
Organization.
'Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health',(1998) [http://www.archive.official-
documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm](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.
- 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/shsrc-04.asp>
- The smoke-free premises etc (Wales) Regulations 2007. Annex B: Draft Regulatory Appraisal www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170
- Integrated Impact Assessment Overview of the Draft Smoking (Northern Ireland) Order 2006. <http://www.dhsspsni.gov.uk/smoking-consultation-06-eqia.pdf>
- 26 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004, p. 72.
- 27 *Ibidem*, p. 85.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Repacé, 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.

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

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

81 *Ibidem*

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

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

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

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

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

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

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

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

90 'Voluntary smoke-free plan not working in Paris' - *Guardian*, 16/02/05

91 <http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>

OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.