



КОМИСИЯ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ОБЩНОСТИ

Брюксел, 30.1.2007  
СОМ(2007) 27 окончателен

**ЗЕЛЕНА КНИГА**

**Към Европа без тютюнев дим: политически опции на ниво ЕС**

(представено от Комисията)

## ЗЕЛЕНА КНИГА

### Към Европа без тютюнев дим: политически опции на ниво ЕС

(представена от Комисията)

#### СЪДЪРЖАНИЕ

I.	УВОД.....	4
II.	ОБОСНОВКА ЗА ДЕЙСТВИЕ .....	5
1.	Здравни съображения .....	5
1.1.	Отражение на излагането на СТД върху здравето.....	5
1.2.	Степен на излагане на въздействие .....	6
1.3.	Ефект от инициативата за среда без тютюнев дим.....	7
2.	Икономически съображения .....	8
2.1.	Икономическа тежест .....	8
2.2.	Ефект от инициативата за среда без тютюнев дим.....	8
2.3.	Риск от нежелани последствия .....	8
3.	Социални съображения .....	9
3.1.	Обществена подкрепа за законите за среда без тютюнев дим .....	9
3.2.	Отражение върху потреблението на тютюн .....	9
3.3.	Отражение върху социалната справедливост.....	10
4.	Импулс за действие.....	10
III.	НАСТОЯЩА НОРМАТИВНА СРЕДА .....	11
1.	Национални разпоредби .....	11
2.	Съществуващи разпоредби на Общността .....	12
IV.	ОБХВАТ НА ИНИЦИАТИВАТА ЗА СРЕДА БЕЗ ТЮТЮНЕВ ДИМ .....	13
1.	Обща забрана за тютюнопушене .....	14
2.	Забрана за тютюнопушене , допускаща изключения .....	16
2.1.	Изключение за лицензирания развлекателен сектор .....	16
2.2.	Изключение за пьбове и барове, в които не се сервира храна .....	17
2.3.	Затворени помещения за пушене с отделна вентилация.....	17
V.	ПОЛИТИЧЕСКИ ОПЦИИ .....	18

1.	Без промяна на статуквото .....	19
2.	Доброволни мерки .....	20
3.	Отворен метод на координация .....	21
4.	Препоръка на Комисията или Съвета .....	22
5.	Обвързващо законодателство .....	22
VI.	ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ БЕЛЕЖКИ .....	23
VII.	ПРИЛОЖЕНИЯ .....	25

## I. УВОД

Излагането на въздействие в среда с тютюнев дим (СТД) – наричано още „вторично пушене“ или „пасивно пушене“ – все още е съществен източник за увеличаване на заболяемостта и смъртността в Европейския съюз, водещ до значителни разходи за обществото като цяло.

Координираните усилия за „Европа без тютюнев дим“ са един от приоритетите на политиката на Комисията за обществено здраве, околна среда, заетост и изследователска дейност. В своя план за действие „Околна среда и здраве“ (2004-2010 г.) Комисията се ангажира да „разшири дейността за подобряване качеството на въздуха в затворени помещения, в частност чрез стимулиране ограничаването на пушенето на всички работни места със законодателни механизми и инициативи за промоция на здравето както на европейско ниво, така и на ниво държави-членки“.

Вече са предприети значителни мерки за осигуряване на среда без тютюнев дим в ЕС. В началото на 90-те години в редица директиви на ЕС за здраве и безопасност при работа бяха определени известни ограничения за пушене на работното място. Те бяха допълнени от Резолюцията на Съвета от 1989 г.<sup>1</sup> и Препоръката за превенция на тютюнопушенето от 2002 г.<sup>2</sup>, с която държавите-членки се призовават да осигурят защита срещу излагане на въздействието на тютюнев дим в затворени работни помещения, затворени обществени места и обществения транспорт. В допълнение към законодателните мерки двете медийни кампании против тютюнопушенето – „Feel free to say no“ (Можете спокойно да кажете не) (2001-2004 г.) и „HELP: For a life without tobacco“ (ПОМОЩ: За живот без тютюн) (2005-2008 г.) – целяха да подчертаят опасностите от пасивното пушене и да насърчат начина на живот без тютюн, особено сред младите хора.

Националното законодателство на отделните държави-членки е много различно. Комисията приветства отличния пример на Ирландия, Италия, Малта, Швеция и частично Великобритания и насърчава всички държави-членки бързо да въведат ефективни мерки за защита на гражданите си от вредното въздействие на пасивното пушене.

На международно ниво, в Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюнопушенето (РКСЗОКТ), подписана от 168 и ратифицирана от 141 страни<sup>3</sup>, включително Общността, се „признава, че научните данни недвусмислено показват, че излагането на въздействие на тютюнев дим причинява смърт, заболявания и увреждания“. Конвенцията задължава Общността и нейните държави-членки да предприемат енергични действия по отношение на излагането на въздействие на тютюнев дим в затворени работни помещения, обществения транспорт и затворени обществени помещения.

Целта на тази Зелена книга е да инициира широки консултации и открит обществен дебат с участието на институциите на ЕС, държавите-членки и гражданското общество относно най-добрия начин на действие срещу пасивното пушене в ЕС.

Комисията задълбочено ще анализира коментарите, получени в отговор на тази Зелена книга, и на тази основа ще вземе решение за възможни бъдещи действия. Докладът, обобщаващ резултатите от консултациите, се очаква през първата половина на 2007 г. Паралелно с това ще продължи по-мощната дейност във връзка с качеството на въздуха в затворени помещения като продължение на плана за действие „Околна среда и здраве“.

## II. **ОБОСНОВКА ЗА ДЕЙСТВИЕ**

### 1. **Здравни съображения**

#### 1.1. **Отражение на излагането на СТД върху здравето**

СТД съдържа над 4 000 химически вещества, включително над 50 известни канцерогенни и много токсични агенти. Няма установена безопасна степен на излагане на въздействие на СТД, нито се очаква при бъдещи изследвания да се установи такава степен.

СТД е класифицирана като **известен канцероген за човека** през 1993 г. от Агенцията на САЩ за защита на околната среда, през 2000 г. от Министерството на здравеопазването на САЩ и през 2002 г. от Международната агенция на СЗО за изследване на рака. Освен това тя е класифицирана като **канцероген на работното място** от финландското (2000 г.) и германското (2001 г.) правителства. Наскоро Калифорнийската агенция за защита на околната среда класифицира тютюневия дим като "**токсичен замърсител на въздуха**".

В няколко наскоро подготвени обзора се потвърждават сериозните опасности за здравето и живота, свързани с пасивното пушене.<sup>4</sup> Установено е, че постоянното излагане на вторичен тютюнев дим в много случаи е причина за същите заболявания, които се причиняват от активното пушене, включително рак на белите дробове, сърдечносъдови заболявания и заболявания в детската възраст.

В един обзор на СЗО-МАИР се казва, че за непушачите, живеещи с пушач рискът от рак на белите дробове е с 20-30 % по-голям. Установеният допълнителен риск при излагане на въздействие на работното място е 12-19 %.<sup>5</sup> При други видове рак влиянието на излагането на въздействие на СТД не е толкова добре изяснено.

Установено е, че за живеещите с пушач непушачи рискът от исхемична болест нараства с **25-30 %**<sup>6</sup> (наскоро проведено проучване показва, че е възможно тези стойности в действителност да са по-високи)<sup>7</sup>. Има все повече доказателства за причинно-следствена връзка между пасивното пушене и инфаркта при непушачи, въпреки че за оценка на този риск са необходими допълнителни изследвания.<sup>8</sup>

Пасивното пушене има връзка с **респираторните заболявания**<sup>9</sup> и е сред основните причини за обостряне при хора с астма, алергии и хронично обструктивно белодробно заболяване, което води до социална и трудова

изолация. При наскоро проведено паневропейско проучване сред хора, страдащи от остра астма, е установено, че едно от техните основни желания е да могат за в бъдеще да дишат чист въздух.<sup>10</sup>

Вторичният дим е особено опасен за **малки деца и кърмачета** и се свързва с внезапна смърт, пневмония, бронхит, астма и респираторни заболявания, а също и заболявания на средното ухо при кърмачета. Излагането на въздействие на СТД на **бременни** може да причини по-ниско тегло на новороденото, смърт на зародиша и преждевременно раждане<sup>11</sup>.

На базата на последните изследвания се предполага, че излагането на въздействие на СТД почти удвоява риска от проявяващата се с възрастта дегенерация на жълтото петно на ретината – основна причина в ЕС за загуба на зрението.<sup>12</sup>

При повечето от неблагоприятните за здравето последици, дължащи се на СТД, съществува линейна зависимост от получената доза – с други думи, рискът нараства равномерно с увеличаване на излагането на въздействие. Степента на индивидуалния риск е по-ниска в сравнение с тази при активните пушачи (напр. съответно 1,2 и 20 за белодробен рак). Независимо от това, фактът, че са изложени голям брой хора, води до значителна заболеваемост.

Освен това **зависимостта доза-реакция** за сърдечните заболявания е **нелинейна**. Вторичното пушене води до риск от сърдечно заболяване, величината на който е почти половината от тази на пушещите по 20 цигари на ден. Дори много малки количества тютюнев дим могат да имат непосредствено влияние върху коагулацията и формирането на тромби, както и по-дългосрочно отражение за развиване на атеросклероза – т.е. всички значими фактори за сърдечните заболявания.<sup>13</sup> Това е от голямо значение: сърдечните заболявания са най-честата причина за смърт в ЕС, както сред пушачите, така и сред непушачите.

В съответствие с последните – консервативни – преценки, направени съвместно от Европейското дружество по респираторни заболявания, Британската организация за изследване на рака и Institut National du Cancer във Франция, всяка година в 25-те държави на ЕС **над 79 000 пълнолетни лица** умират в резултат на пасивно пушене. Съществуват данни, че през 2002 г. в ЕС **над 7 000 души са починали** като следствие от пасивно пушене **на работното място**. Тук е включена смъртността от сърдечни болести, инфаркт, белодробен рак и някои респираторни заболявания, причинени от пасивно пушене. Не е включена обаче смъртността при пълнолетните поради други заболявания, свързани с излагане на въздействие на СТД (като пневмония), смъртността при децата и значителната тежка заболеваемост, както остра, така и хронична, причинена от пасивно пушене.<sup>14</sup>

## 1.2. Степен на излагане на въздействие

Основните места на продължително и интензивно въздействие на СТД са **домът** и **работното място**.<sup>15</sup> Според доклада от 1998 г. от Информационната система за излагане на въздействие на канцерогени на работното място (CAREX), в ЕС-15 СТД е втората най-често срещана форма на излагане на

въздействие на канцерогени (след слънчевата радиация). През 1990-93 г. около 7,5 милиона европейски работници са били изложени на въздействие на вторичен тютюнев дим поне през **75 % от работното време**.<sup>16</sup>

Проучване, проведено през 2001-2002 г. на редица обществени места в седем европейски града, е показало наличие на тютюнев дим на повечето от проучваните обществени места, включително места за отдих и забавления, транспортни средства, болници и образователни институции. STD с най-големи концентрации са установени в баровете и дискотеките, като четири-часово излагане на въздействие в дискотека е аналогично на това при едномесечен съвместен живот с пушач.<sup>17</sup> Данните, че степента на излагане е изключително висока на места за забавления, са потвърдени при други проучвания, при които е установено, че средното излагане на въздействие на бармани е три или повече пъти над това при съжителство в домакинство, в което се пуши.<sup>18</sup>

Напоследък регламентите за среда без тютюнев дим доведоха до почти пълно отстраняване на излагането на въздействие на работното място в някои държави-членки и на някои видове обекти, докато в страни без цялостно ограничаване излагането остава голямо, особено на местата за забавления и отдих.<sup>19</sup>

С цел оценка на излагането на въздействие на STD за целия ЕС, Експертната група на ЕС по човешки био-мониторинг<sup>20</sup> препоръчва включване на котинина (съществен био-маркер за излагане на въздействие на STD) в списъка за бъдещия пилотен проект на ЕС за човешки био-мониторинг. Държавите-членки неколкократно подкрепиха тази препоръка.

### 1.3. **Ефект от инициативата за среда без тютюнев дим**

Действията за среда без тютюнев дим не само ще защитят хората от вредата при излагане на въздействието на STD, но също така ще допринесат за намаляване употребата на тютюн сред цялото население. Здравният ефект от намаленото пасивно и активно пушене включва **намалена заболяемост и смъртност** от основните видове болести – в частност белодробен рак, исхемична болест, респираторни заболявания и инфаркт – и увеличена продължителност на живота. Въпреки че ще са необходими около 30 години, за да се проявят изцяло ползите за здравето, съществено подобрене, особено по отношение на респираторните и сърдечно-съдовите заболявания, може да се очаква да настъпи в рамките на 1 до 5 години.

В проекта „CHOICE“ (ИЗБОР), ръководен от СЗО, обществените места без тютюнев дим се оценяват като **втора по ефективност** (след увеличаването на данъците) **форма на намеса** с цел намаляване на смъртността и заболяемостта, свързани с тютюнопушенето (виж приложение I).

## 2. ИКОНОМИЧЕСКИ СЪОБРАЖЕНИЯ

### 2.1. Икономическа тежест

По данни от държави-членки (Великобритания, Ирландия) и от такива извън ЕС излагането на въздействие на СТД води до значителни частни и социални разходи, въпреки че за ЕС-25 цялата тежест все още предстои да бъде оценена. Тежестта за **икономиката като цяло** включва преки разходи от увеличените разходи за здравеопазване за свързани с тютюнопушенето заболявания и непреки разходи поради загуба на производителност и на данък доход, и отчисления за социални осигуровки от пушачи и жертви на вторичния тютюнев дим, които в противен случай биха били на работа и биха получавали заплатата.<sup>21</sup>

Икономическата тежест е особено голяма за **работодателите** и тя включва пониска производителност на работниците поради прекъсвания за пушене и повече отсъствия по болест; щети от пожари, причинени от небрежност при пушене, а също и допълнителни разходи за почистване и ремонти, свързани с пушенето.<sup>22</sup> Изчислено е, че в Канада през 1995 г. годишните разходи за служител-пушач са превишавали тези за подобен служител-непушач с 2 565 канадски долара. Загубите на шотландските работодатели, дължащи се на намалена производителност, по-чести отсъствия и щети от неволно причинени при пушене пожари през 1997 г. са били между 0,51 % и 0,77 % от brutния вътрешен продукт (БВП) на Шотландия. За Ирландия през 2000 г. еквивалентните цифри са FInIcаса били 1,1-1,7 % от БВП.<sup>23</sup>

### 2.2. Ефект от инициативата за среда без тютюнев дим

Потенциалното подобряване на здравето в резултат на политиката за среда без тютюнев дим би могло да има **съществен икономически ефект** в по-дългосрочен план. Според оценката на ефекта на регулативните мерки, извършена от британското правителство, нетното изражение на дългосрочните ползи от изчерпателното законодателство за освобождаване от тютюнев дим е 1, 714-2, 116 милиарда GBP годишно.<sup>24</sup> В Шотландия, Уелс и Северна Ирландия изчисленото нетно изражение на ползите от забраните за пушене е съответно 4,387 и 2,096 милиарда GBP за 30-годишен период и 1,101 милиарда GBP за 20-годишен период.<sup>25</sup>

### 2.3. Риск от нежелани последствия

Политиката за среда без тютюнев дим ще мотивира някои пушачи да престанат да пушат или да пушат по-малко. Възможно е **намаляване на печалбите в тютюневата промишленост** и като следствие - намаляване на заетостта в тютюневия бранш. Работните места, свързани с тютюневата промишленост, обаче съставляват относително нисък процент от общата заетост в ЕС. През 2000 г. заетостта в тютюневия бранш (отглеждане на тютюн, обработка и производство) е възлизала на 0,13 % от общата заетост за ЕС-15.<sup>26</sup> Освен това съществува вероятност средствата, които сега се харчат за тютюн, в бъдеще да се харчат за други стоки и услуги, генерирайки заетост в други сектори на икономиката.



Намаляването на активното пушене ще означава също **загуби за държавите-членки от данъци** (акциз и ДДС) върху цигарите. Трябва да се отбележи обаче, че в повечето страни от ЕС данъците върху цигарите не съставляват значителна част от държавния бюджет и техният дял от общите събирани данъци е относително малък (1-5 %). Изключение правят Чешката република, Полша и Гърция, където данъците върху цигарите съставляват съответно 6, 7 и 9 % от държавните данъчни приходи за 1999 г.<sup>27</sup> Освен това, ако се въведат забрани за пушене разполагаемият доход на семействата, в които се пуши, ще се увеличи и алтернативните инвестиции и разходи на такива семейства ще доведе до допълнителни приходи от ДДС.

Могат да се очакват известни производствени загуби, дължащи се на пушачи, на които сега е разрешено да пушат на работа, и които ще продължат да пушат, излизайки за целта в почивки извън сградата.

### 3. СОЦИАЛНИ СЪОБРАЖЕНИЯ

#### 3.1. Обществена подкрепа за законите за среда без тютюнев дим

Почти 70 % от гражданите на ЕС са непушачи<sup>28</sup> и проучванията показват, че по-голяма част от пушачите желаят да спрат да пушат<sup>29</sup>.

Според проведеното наскоро **проучване на Евробарометър** на тема „Отношението на европейците към тютюна“<sup>30</sup> три четвърти от европейците съзнават, че тютюневият дим представлява опасност за здравето на непушачите, а 95 % съзнават, че пушенето в присъствието на бременна жена може да е много опасно за бебето.

Резултатите от проучването показват, че **политиката за среда без тютюнев дим е популярна сред гражданите на ЕС** (виж приложение III). Повече от четири пети от анкетираните са за забрана на пушенето на работното място (86 %) и на всички други закрити обществени места (84 %). Мнозинството от европейците се обявяват също за забрана на пушенето в баровете (61 %) и ресторантите (77 %). Поддръжниците на забраната на пушенето в пубовете (над 80 %) и ресторантите (над 90 %) е най-голяма в четирите държави-членки, в които вече има забрана за пушене на местата за развлечения. Това е още една индикация, че подкрепата на политиката за среда без тютюнев дим се засилва при подготовката за въвеждането ѝ и нараства още повече след прилагането.<sup>31</sup>

#### 3.2. Отражение върху потреблението на тютюн

Важна косвена полза от политиката за среда без тютюнев дим е, че тя увеличава информираността сред хората за опасностите от активното и пасивно пушене, допринасяйки за „**денормализирането**“ на пушенето сред обществеността. Може да се очаква, че промяната на възгледите ще доведе до промяна в поведението на пушачите и в частност ще:

- Улесни решението на пушачите да откажат или намалят тютюнопушенето и ще им помогне в процеса на спиране на пушенето.<sup>32</sup>

- Разубеди децата и младежите в желанието им да започнат да пушат.<sup>33</sup> Може да се очаква, че забраната за пушене на места за забавления – където младежите често „експериментират“ с цигари - ще има най-голям ефект.
- Възпира пушачите от пушене в присъствието на непушачи, в частност деца и бременни, дори когато липсват съответни законови ограничения (напр. по домовете и в частните коли).<sup>34</sup> Това е важно, защото основните вреди касаят децата, които са подложени на пасивно пушене у дома, а това е място, където не могат да се налагат регламенти.

### 3.3. Отражение върху социалната справедливост

Политиката за среда без тютюнев дим може също да помогне за намаляване на социално-икономическото неравенство по отношение на здравето. Тъй като вероятността да са пушачи или да са изложени на вторичен тютюнев дим е значително по-голяма за хората с по-ниска степен на образование, по-малки доходи и по-ниска професионална класа, може да се очаква, че мерките за среда без тютюнев дим ще допринесат най-голяма полза за най-онеправданите социални групи.

## 4. ИМПУЛС ЗА ДЕЙСТВИЕ

Като страна по **Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюнопушенето (РККТ)** Общността има законово задължение да предприеме действия за среда без тютюнев дим. Съгласно чл. 8 от РККТ всяка страна се ангажира да „приеме и приложи (...) ефективни законодателни, изпълнителни, административни и/или други мерки, осигуряващи защита от излагане на въздействие на тютюнев дим в работни помещения на закрито, обществения транспорт, обществени места на закрито и, където е подходящо, на други обществени места“. На първата конференция на страните по РККТ, проведена през февруари 2006 г., се постигна съгласие за разработване на насоки за среда без тютюнев дим, които да бъдат представени на втората конференция на страните, която предстои да се проведе през първата половина на 2007 г.

В своята препоръка от 2002 г. за предпазване от пушене и за инициативи за подобряване на контрола върху тютюнопушенето **Съветът на Европейския съюз** прикани Комисията да „прецени доколко са ефективни мерките, изложени в тази препоръка, и необходимостта от допълнителни действия, особено ако бъдат установени несъответствия на вътрешния пазар в сферите, обхванати от препоръката“. Освен това на заседание на **Регулаторния комитет по тютюнопушене**<sup>35</sup> през септември 2005 г. държавите-членки се съгласиха, че инициативата на Комисията за Зелена книга или Съобщение би помогнала за разпространяване на добрата практика и би подкрепила националните усилия за установяване на среда без тютюнев дим.

**Европейският парламент** приветства „готовността на Комисията за действия за прекратяване на пушенето в затворени пространства“ и в своята резолюция от февруари 2005 г. относно плана за действие на Комисията „Околна среда и здраве“<sup>36</sup> я подтикна „да определи тютюневия дим като канцероген от клас 1“.

Допълнителните ползи от плана за действие на ЕС се отбелязват също и в доклада „Тютюн или здраве в Европейския съюз“, подготвен за Комисията от група експерти по контрол на тютюнопушенето.<sup>37</sup> Наличието на желание за действия на европейско равнище се подчертава още и от два паневропейски проекта за замърсяването на въздуха в затворени помещения, финансирани по Програмата на Общността за обществено здраве. В **доклада INDEX**, публикуван от Съвместния изследователски център на ЕС, е представен списък на пет химикала (всички те са налични в тютюневия дим), за наличието на които в затворени помещения трябва приоритетно да се въведе регламент, и се препоръчва да се „забрани пушенето във всички обществени затворени пространства и на работните места“.<sup>38</sup> Същата препоръка е направена и в **доклада THADE**<sup>39</sup>, в който се казва, че СТД допринася най-много за концентрацията на частици в помещения, в които се пуши.

### III. НАСТОЯЩА НОРМАТИВНА СРЕДА

#### 1. НАЦИОНАЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Съществува ясно изразена тенденция към създаване на среда без тютюнев дим във всички държави-членки, определена както от други фактори, така и от законовите изисквания на ниво ЕС и на международно ниво. Всички държави-членки сега имат някакви форми на регламентиране, целящо ограничаване излагането на въздействие на СТД и на неговите вредни последици за здравето. Тези регламенти са много различни по обхват и характер.

Цялостна забрана за пушене на **всички работни места и на всички обществени места на закрито**, включително баровете и ресторантите, е въведена вече в Ирландия (през март 2004 г.) и в Шотландия (март 2006 г.). В Северна Ирландия, Англия и Уелс законодателството за пълна забрана предстои да влезе в сила до лятото на 2007 г.

**Законодателството за среда без тютюнев дим, допускащо изключения**, въведено в Италия (януари 2005 г.), Малта (април 2005 г.) и Швеция (юни 2005 г.) позволява на работодателите да обособят специални стаи за пушене с отделни вентилационни системи. Аналогични мерки предстои да влязат в действие във Франция през февруари 2007 г. (с преходен период за местата за забавления до януари 2008 г.) и във Финландия през юни 2007 г. Литва се е ангажирала да стане свободна от тютюнев дим (с изключение на специално оборудвани „клубове за пури и лули“) от януари 2007 г.

Редица други държави-членки са въвели забрана за пушене на всички затворени обществени места и всички работни места, с **изключение на развлекателния сектор**, където се прилагат частични ограничения. Такива страни са например Белгия, Кипър, Естония, Финландия, Холандия, Словения и Испания.

В повечето държави-членки има регламенти за забрана или ограничаване на пушенето на **основните обществени места** като здравните, образователни и

правителствени институции, театрите, кината и обществения транспорт. Ограниченията за пушене на работното място са по-малко разпространени. Мерките варират от резолюции или доброволни споразумения до строги закони с налагане на санкции за нарушения.

В резултат на непълна регламентация или неприлагане на практика срещу националните правителства и работодателите често се подават жалби от граждани за здравословни увреждания, причинени от пасивно пушене.<sup>40</sup>

В няколко държави-членки мерките на национално ниво са подсилени чрез по-строги регламенти **на регионално и/или местно равнище**. Законовата рамка се допълва също и от мерки за саморегулация, като все по-голям брой работни места, училища, болници, средства за обществен транспорт и т.н. на доброволна основа стават свободни от тютюнев дим. Все повече се прави за подпомагане на персонала за отказ от пушене и за утвърждаване на концепцията за здравословен въздух в сградите като основно право на всеки гражданин и служител.

## 2. СЪЩЕСТВУВАЩИ РАЗПОРЕДБИ НА ОБЩНОСТТА

На равнище ЕС проблемът за среда без тютюнев дим се третира в **незадължителни резолюции и препоръки**, които насърчават държавите-членки да осигурят подходяща защита срещу излагане на въздействие на СТД. В частност **Резолюция 89/С 189/01 на Съвета<sup>41</sup> от 1989 г.** относно пушенето на обществени места приканва държавите-членки да приемат мерки за забрана на пушенето на обществени места и във всички видове обществен транспорт. Съвсем наскоро с **Препоръка 2003/54/ЕО<sup>42</sup> на Съвета** за предпазване от пушене и за инициативи за подобряване контрола на тютюнопушенето държавите-членки бяха призовавани да приложат ефективни мерки, осигуряващи защита от излагане на въздействие на тютюнев дим в работни помещения на закрито, затворени обществени места и обществения транспорт.

Въпреки че не касае изрично тютюневия дим, **Рамковата директива за въвеждане на мерки за насърчаване подобряването на безопасността и здравето на работниците на работното място (89/391/ЕИО)<sup>43</sup>** обхваща всички рискове за здравето и безопасността на работниците<sup>44</sup>. Тя изисква отделните работодатели да преценят рисковете на работното място и да вземат подходящи мерки за избягване и защита от тях.

В допълнение редица отделни директиви за професионално здраве и безопасност съдържат определени разпоредби, осигуряващи **защита на работниците от СТД** чрез поставяне на „**минимални изисквания**“ за конкретни рискове (виж следващия параграф). Тези директиви ще бъдат транспонирани от държавите-членки в националните закони и ще бъдат правилно приведени в действие. Според Договора държавите-членки имат право да въведат по-строги мерки.

С **Директивата относно минималните изисквания за безопасност и здраве на работното място (89/654/ЕИО)<sup>45</sup>**, както и с директивите за **прилагане на минимални изисквания за безопасност и здраве на временни или**

подвижни строителни участъци (92/57/ ЕИО)<sup>46</sup>, за подобряване опазването на безопасността и здравето на работниците в отрасли, свързани с рудодобива чрез сондиране (92/91/ ЕИО)<sup>47</sup> и за подобряване опазването на безопасността и здравето на работниците в отрасли, свързани с рудодобива по открит и подземен способ (92/104/ ЕИО)<sup>48</sup>, от работодателите се изисква да осигурят вентилация и достатъчно свеж въздух в работните места на закрито и да защитят непушачите от дискомфорта, причинен от тютюнев дим в помещенията и зоните за почивка.

С Директивата относно защитата на работниците от рискове, свързани с експозицията на канцерогени или мутагени по време на работа (2004/37/ЕО)<sup>49</sup> и Директивата относно защитата на работниците от рискове, свързани с експозиция на азбест по време на работа (83/477/ ЕИО)<sup>50</sup> се забранява пушенето съответно в зони, където се работи с канцерогени/мутагени и с азбест. Директивата за въвеждане на мерки за насърчаване подобряването на безопасността и здравето по време на работа на бременни работнички и на работнички-родилки или кърмачки (92/85/ ЕИО) изисква от работодателите да предприемат действия за защита на бременните и кърмачките от излагане на въздействие на въглероден оксид.

Определени компоненти на СТД (като арсен, 1,3-бутадиен, бензол и пропиленов оксид) се класифицират като канцерогени съгласно приложение 1 към Директивата за сближаването на законовите, подзаконовите и административните разпоредби относно класификацията, опаковането и етикетирването на опасни вещества (67/548/ ЕИО)<sup>51</sup>. Тютюневият дим като такъв е извън обхвата на законодателството на ЕС, свързано с химическите вещества, тъй като законодателството се отнася само до тези вещества и препарати, които се предлагат на пазара в държавите-членки.<sup>52</sup>

#### IV. ОБХВАТ НА ИНИЦИАТИВАТА ЗА СРЕДА БЕЗ ТЮТЮНЕВ ДИМ

Основен проблем при разгръщането на инициативата на ЕС за среда без тютюнев дим е нейният **обхват**. Имайки предвид голямото разнообразие от места, където става излагане на въздействие на СТД, за ефективна политика за среда без тютюнев дим трябва да се възприеме широк подход, а не тя да се отнася само за определени видове бизнес или помещения.

Най-цялостният подход трябва да се изразява в пълна забрана на пушенето на **всички затворени или затворени в значителна степен работни и обществени места**, включително средствата за обществен транспорт. Ограниченията могат също така да се разширят и по отношение на открити зони около входовете на сгради, както и други обществени открити места, където хората седят или стоят в непосредствена близост един до друг, като открити стадиони и места за забавления, навеси на автобусни спирки, влакови перони и т.н. Могат да се направят много малки изключения за места, където хората живеят целодневно (напр. определени стаи в сгради за продължително пребиваване като домове за дългосрочни грижи, психиатрични отделения, затвори и т.н.).

По-малко строгият подход е да се предложи тотална забрана за пушене на всички затворени или затворени в значителна степен работни и обществени места, но с **изключения за определени категории заведения**. За правешите изключения заведения могат да се разработят минимални изисквания за затворени помещения за пушене, със съответни стандарти за вентилация. Примери за възможни изключения са:

- лицензираният развлекателен сектор (ресторанти, пъбове и барове),
- заведения, в които не се сервира храна.

Действията за среда без тютюнев дим биха довели до най-добри резултати, ако са допълнени с **подкрепа** на равнище ЕС и/или държава-членка. Такава „политика по фланга“ може да включва информационни кампании, подчертаващи правото на въздух без тютюнев дим и опасностите от пасивното пушене, както и по-голям достъп до терапии за отказ от пушене (както поведенческа, така и фармакологична) за лица, които желаят да спрат да пушат.

## 1. ОБЩА ЗАБРАНА ЗА ТЮТЮНОПУШЕНЕ

### *Предимства*

От всички съществуващи възможности тази би допринесла за **най-голямо намаляване на излагането на въздействие на СТД** и свързаните с това вреди, осигурявайки равенство на европейските граждани за защита на тяхното признато от СЗО право да дишат здравословен въздух в затворени помещения.<sup>53</sup>

Проучвания в страни без тютюнев дим показват, че качеството на въздуха в помещенията рязко се е подобрило след влизане в сила на забраните за пушене. Намаляването на излагането на въздействие на СТД е особено забележително на местата за забавления и отдиш.<sup>54</sup> Това е рефлектирало в съществено подобряване на респираторното здраве на работещите на местата за забавления<sup>55</sup> и значително намаляване на разпространението на и смъртността от сърдечни кризи<sup>56</sup> месеци след реализацията на политиката.

Подробното законодателство дава също и най-голяма възможност за **денормализация на тютюнопушенето** сред обществото, създавайки среда, стимулираща пушачите да намалят или откажат цигарите и обезсърчаваща младите хора, желаещи да започнат да пушат.

При преглед на 35 проучвания за ефективността на политика за среда без тютюнев дим се стига до заключението, че подробните държавни закони за чистота на въздуха имат потенциал за намаляване на тютюнопушенето сред цялото население с около 10%.<sup>57</sup> В обзор на 26 проучвания на работни помещения се изказва предположението, че при тотална забрана на тютюнопушенето на работното място пушенето намалява с 3,8%, а изпушените за един ден цигари от продължаващите да пушат са с 3,1 по-малко.<sup>58</sup>

Това, че тоталните забрани за тютюнопушене се свързват с **намаляване на активното пушене** е потвърдено с данни от страните без тютюнев дим, където спадът на продажбите на тютюн (напр. в Италия с 8% и в Норвегия с 14%) се съчетава със значително увеличаване на опитващите се да се откажат да пушат скоро след въвеждането на новите регламенти.<sup>59</sup> В Ирландия според 80% от бившите пушачи новото законодателство дава мотивация за спиране на пушенето, а 88% са заявили, че законите са им помогнали да не започнат да пушат отново.<sup>60</sup> Забраната за пушене на всички обществени места, както изглежда, е довела до намаляване на пушенето по домовете, особено в присъствието на малки деца, въпреки опасенията, че ще се случи обратното.<sup>61</sup> В Ирландия след влизането на забраната в сила делът на домакинствата без тютюнев дим се е увеличил с 8%.<sup>62</sup>

По отношение на социалното отражение, облагите от тази опция касаят главно хората **от групите с по-нисък социално-икономически статус**, за които е вероятно да са пушачи и да работят в развлекателния сектор.

Що се касае до **привеждането в действие**, по-лесно е да се реализира цялостна забрана за пушене, отколкото частични ограничения. Над 90% спазване в Италия и Ирландия показва, че пълната забрана за пушене се налага почти сама, тъй като общественият натиск се превръща в мощен фактор за „обуздаване“ на пушачите и драстично намалява необходимостта за привеждане в изпълнение от официалните власти.

### ***Недостатъци***

Съществува вероятност тоталната забрана за пушене на всички обществени и работни места да предизвика **противопоставяне** в някои държави-членки и следователно нейното приемане и въвеждане в сила може да се окаже по-трудно. Ангажираните в тютюневата и повечето от тези в развлекателната индустрия са показали ясно, че това не е предпочитаната от тях възможност.

Съществува загриженост по отношение на **възможни вреди за развлекателната индустрия** поради забрана за пушенето в пъбове и ресторанти. Но данните от местата, където са въведени законите за среда без тютюнев дим, показват, че като цяло липсва отрицателен ефект по отношение на заетостта или приходите в сектора.<sup>63</sup> В Ирландия обемът на продажбите в пъбове и барове през 2005 г. леко се е увеличил (с 0,1%), с което е извършен обрат в тенденцията на спад, започнал преди влизането в сила на законодателството за среда без тютюнев дим.<sup>64</sup> Може би е полезно да се припомнят някои статистически данни, дори за държави извън ЕС. В Норвегия например е имало лек спад от 0,8% в продажбите на заведенията за хранене и консумация на алкохол, но това вероятно се дължи на редица други фактори, включително метеорологични.<sup>65</sup> В Ню Йорк и Калифорния се оказва, че повечето от заведенията са имали полза от регламентите за среда без тютюнев дим.<sup>66</sup> Това съответства и на международен обзор на 97 проучвания, при които не е установено никакво отрицателно икономическо отражение на базата на обективна информация, като данък оборот и данни за заетостта.<sup>67</sup>

## 2. ЗАБРАНА ЗА ТЮТЮНОПУШЕНЕ , ДОПУСКАЩА ИЗКЛЮЧЕНИЯ

### *Предимства*

Може да се очаква, че намаляването както на активното, така и на пасивното пушене, както и денормализацията на употребата на тютюн при тази опция ще са по-големи, отколкото, ако не се предприемат никакви мерки.

Законодателство, предоставящо изключения, би могло да е по-приемливо за някои държави-членки, особено за индустрията, и следователно компромисът може да е по-добро решение. Същевременно отделните държави-членки ще имат свободата да приемат или да продължат прилагането на по-строга национално законодателство, при което изключения не се допускат.

Допускането на изключения може да се съчетае с въвеждане на минимални изисквания за затворени помещения за пушене и стандарти за вентилация.

### *Недостатъци*

По отношение на здравето и социалните ползи тази мярка е по-малко ефективна от регламентите за среда без тютюнев дим, недопускащи изключения.

Някои от най-уязвимите групи ще продължат да бъдат изложени на СТД. Изключенията в регламентацията могат да изложат държавите-членки и/или работодателите на риска да станат обект на жалби от граждани за щети за тяхното здраве, причинени от пасивно пушене.

Изключенията намаляват ефекта от денормализация на пушенето, който би се получил при тотална забрана. Международни данни показват, че регламентите, допускащи пушене в някои зони, имат ефект, равен на около половината от ефекта върху навиците за пушене на тоталната политика за среда без тютюнев дим.<sup>68</sup>

Освен това въвеждането в сила на различни разпоредби за различни заведения е по-сложно и по-скъпо, отколкото цялостна забрана, защото са необходими увеличени изисквания за писмено удостоверяване и по-голям брой инспекции.

### 2.1. Изключение за лицензирания развлекателен сектор

Поради голямото излагане на въздействието на СТД, за служителите от развлекателния сектор съществува особено голям риск поради пасивно пушене, като за тях опасността от белодробен рак е с 50% по-голяма<sup>69</sup>. Тази професионална група ще продължи да бъде изложена на вторичен тютюнев дим. Същият ще бъде рискът за здравето на клиентите на питейните и хранителни заведения.

По данни от проучването на работната сила за 2004 г. в 15 държави-членки на ЕС, почти 4,3 милиона души са били наети на работа в баровете, ресторантите и сектор кетъринг (HORECA), което е 3% от общия брой на заетите в тези страни (липсват данни за останалите 10 държави-членки). В развлекателния сектор са наети голям процент млади хора и жени.<sup>70</sup>



Оценката на резултата от законодателството, извършена от Шотландската изпълнителна агенция, е показала, че намаляването на смъртността в резултат на по-малкото активно и пасивно пушене при тази опция е съответно една втора и една четвърт от намаляването на смъртността в резултат на тоталната забрана на пушенето.<sup>71</sup>

## 2.2. Изключение за пъбове и барове, в които не се сервира храна

При тази опция най-уязвимите професионални групи няма да бъдат защитени от излагане на въздействие на вторичен тютюнев дим. Няма да бъдат защитени също и клиентите на пъбовете и баровете. Освен това ще възникне и рискът пъбовете да се откажат да сервират храна, за да заобиколят забраната за пушене.

Освен това ще има и риск от задълбочаване на съществуващото неравенство по отношение на здравето: проучвания, проведени наскоро във Великобритания, показват, че нивото на излагане на въздействието на СТД е значително по-високо в пъбовете в по-бедните квартали, отколкото в тези в по-богатите.<sup>72</sup> Освен това повечето от лицензираните заведения, в които не се сервира храна, са разположени в бедни райони и мотивацията за пъбовете в тези райони да преминат към сервиране само на алкохол ще е по-голяма.<sup>73</sup>

Оценката на резултата от законодателството, извършена от Британското правителство, е показала, че здравните ползи при тази опция са 40 процента от ползите при тотална забрана (при положение, че в 10-30% от пъбовете сега не се сервира храна).<sup>74</sup>

## 2.3. Затворени помещения за пушене с отделна вентилация

Данните показват, че сега използваните технологии (на базата на смесване и разреждане) нямат голям ефект върху нивата на замърсителите в СТД в развлекателния сектор и други закрити помещения.<sup>75</sup> Освен това проведените проучвания на контролирани среди, като това на „екологичната камара“ на ЕС, INDOORTRON, са установили, че увеличаването на скоростта на обмен на въздуха не води до значително подобряване качеството на въздуха в помещенията.<sup>76</sup> По доклади за някои наскоро проведени конкретни изследвания, финансирани от тютюневата промишленост<sup>77</sup>, обменщата въздуха вентилация е по-ефективна, но **пълно отстраняване на тютюневия дим посредством вентилация не е възможно.**<sup>78</sup>

На първата конференция на страните по Рамковата конвенция за контрол на тютюнопушенето се постигна (единодушно) съгласие, че „съществуват убедителни доказателства, че инженерните методи не защитават от излагане на въздействие на тютюнев дим.“<sup>79</sup> Аналогично, Американското дружество на инженерите по отоплителна, хладилна и климатична техника (ASHRAE) – международен стандартизационен орган за качество на въздуха в затворени помещения и вентилация – през 2005 г. прие документ, изразяващ позиция по подходите за контролиране на вторичния тютюнев дим, в който се заключава, че единственият ефективен начин за елиминиране на рисковете за здравето от излагане на въздействието на СТД е да се забрани пушенето в затворени помещения.<sup>80</sup>

Физическото разделяне на пушачи и непушачи под формата на **затворено помещение за пушачи** може да увеличи ефективността на вентилационните системи в частта от помещенията, които са за непушачи.<sup>81</sup> При този подход, обаче не са защитени намиращите се в помещението за пушене и персонала (напр. сервитьори и хигиенисти), за които влизането в помещението е част от служебните задължения.

Друг проблем, свързан с помещенията за пушачи, са значителните **финансови разходи**, които могат да доведат до неравнопоставеност за по-малките оператори<sup>82</sup>. Освен това, функционирането и поддръжката на вентилирани помещения за пушене изисква значителна инфраструктура за **инспектиране и мониторинг**. Данните показват, че там, където се използват вентилационни системи, те често не отговарят на установените норми.<sup>83</sup>

Ако вентилираните помещения за пушачи трябва да се разглеждат като приемлива възможност за обектите, за които се прави изключение, те трябва да отговарят на следните изисквания:

- да са напълно затворени и изолирани от зоните за непушачи,
- да са съоръжени с вентилационна система, отделна от тази за зоните за непушачи,
- да са с отрицателно въздушно налягане, за да се предотврати дифузия на тютюнев дим към други зони,
- там не трябва да се допуска да се върши нищо друго, освен пушене, за да се минимизира необходимостта служители да изпълняват професионални задължения в тези зони.<sup>84</sup>

В Малта, Италия и Швеция, където се допуска създаване на помещения за пушачи с отделна вентилация, повечето оператори са избрали да не използват тази опция.

## V. ПОЛИТИЧЕСКИ ОПЦИИ

Съществуват няколко **различни политически опции** за постигане на целите за освобождаване от тютюневия дим. Целта трябва да бъде да се открие възможност, с която най-добре се постигат целите при минимални разходи и тежести. Описаните по-долу регулативни възможности са изброени по ред, съответстващ на увеличаващи се възможности за интервенция в ЕС (от продължаване със сегашния обхват дейности до разработване на нова обвързваща рамка на базата на законодателството в ЕС).

Тези политически опции **не са взаимно изключващи се** и могат да се допълват взаимно. Например една препоръка на Комисията би могла да бъде стимул за саморегулаторни инициативи сред заинтересованите лица и държавите-членки. От друга страна, саморегулаторните инструменти могат да служат за основа на и/или допълнение към задължителния законов режим (напр. като обхванат обектите, за които все още няма влязло в сила законодателство или тези, за които не се отнася забраната за пушене).

Трябва да се отбележи, че обхватът на различните политически инструменти е различен. Така например, докато законодателството на ЕС за защита на работниците се отнася до обществените места дотолкова, доколкото те са работни места, на базата на ограниченията, включени в Договора, цялостната забрана за пушене на всички обществени места може да се стимулира чрез необвързващи мерки (като например препоръка на Комисията или Съвета), законодателни мерки, приети от държавите-членки и/или доброволни мерки, предприети от заинтересованите лица.

За да бъде ефективен, за всеки регулаторен инструмент трябва да съществуват подходящи средства за **въвеждане в сила** и прозрачен режим на **мониторинг**. Въвеждането на регулаторни мерки, било на ниво ЕС, или на национално/поднационално ниво, трябва да бъде съпроводено от предварителни **кампании за обществени консултации и информация**, както и от **оценка на въздействието**.

## 1. БЕЗ ПРОМЯНА НА СТАТУКВОТО

Тази опция означава липса на нови дейности от страна на ЕС и **продължаване на настоящите дейности** във връзка с вторичния тютюнев дим по различните програми на Общността (Обществено здраве, Изследователска дейност, Заетост). Регулаторното развитие в тази област ще е оставено на държавите-членки и процесите по РККТ.

Неизразходваният ресурс за разработване и прилагане на нови политически инициативи би могъл да се използва за осигуряване на правилно въвеждане в сила на съществуващите препоръки на ЕС и директивите за професионално здраве и безопасност. В частност, могат да се разработят указания към работодателите, служителите и компетентните власти в държавите-членки за осигуряване на по-добро прилагане на Рамковата директива (89/391/ЕИО), която, въпреки че не касае изрично СТД, вече обхваща всички рискове за здравето на работниците, включително тютюневия дим.

Може също така да се положат усилия за насърчаване на среда без тютюнев дим със средства, различни от законодателните, като информационни и образователни кампании, инициативи за съвместна работа и др. Настоящата кампания против тютюнопушенето „HELP“ (ПОМОЩ) ще продължи до 2008 г. и може да бъде последвана от друга инициатива за увеличаване на информираността.

Освен това работата във връзка с качеството на въздуха в затворени помещения, включително СТД, ще продължи като допълнение на Дейност 12 от плана за действие „Околна среда и здраве“. Необходимите ресурси за различните проекти в тази област ще дойдат от многогодишната стратегическа програма „Life+“ (Живот+) 2007-2010 г.<sup>85</sup>, Седмата рамкова програма на Европейската общност за изследователска дейност<sup>86</sup> и Програмата за обществено здраве<sup>87</sup>.

Държавите-членки ще си запазят правото да решат дали и как да предприемат мерки за освобождаване от тютюнев дим, в зависимост от националните

особености и културните различия. Тенденцията към среда без тютюнев дим най-вероятно ще продължи да съществува, подсилена от разработването и публикуването на насоките от РККТ. Редица национални правителства, включително тези на Дания, Германия, Латвия, Португалия и Словения, вече са обявили намеренията си в близко бъдеще да засилят националното законодателство за освобождаване от тютюнев дим.

Би могло да се очаква обаче, че тази опция е най-малко ефективна от всички за намаляване излагането на въздействие на СТД и свързаните с това вреди. Има вероятност напредъкът в различните държави-членки да е нееднакъв. В резултат на непълна регулация много уязвими групи ще продължат да бъдат изложени на въздействието на СТД в закрити обществени помещения. Това може да доведе до риск от започване на съдебни процеси от граждани за щети по отношение на тяхното здраве, нанесени от пасивно пушене.

Имайки предвид големите очаквания по отношение на инициативата на ЕС за освобождаване от тютюнев дим, съществува опасност от разочарование на обществеността. Продължаването на статуквото би било също така загуба на възможността за използване на настоящия политически тласък към установяване на зони в ЕС, свободни от тютюнев дим.

## **2. ДОБРОВОЛНИ МЕРКИ**

Тази възможност се изразява в стимулиране на имащите отношение лица да приемат общи доброволни мерки на европейско равнище, за да направят повече обекти свободни от тютюнев дим. Може да се стимулират подходи по сектори (напр. в индустрията за развлечения и кетъринг). Като база за развитие в тази област може да се използва корпоративната социална отговорност.

С цел улесняване на дискусиите би могло да се организира мащабна дейност за постигане на консенсус между гражданското общество, икономическите оператори, както и представители на институциите на ЕС, държавите-членки и международни организации. Такава дейност беше разгърната миналата година в областта на храненето и физическата активност. Подобен подход беше предложен наскоро за разработване на стратегия за целия ЕС по отношение на алкохола.

Друга възможност е да се стимулират европейските социални партньори (работодатели и профсъюзни организации) да сключат автономно споразумение за пушенето на работното място на базата на чл. 138 от Договора. Саморегулацията чрез европейски социален диалог е довела до разнообразни резултати, включително до приемане на над 300 съвместни текстове от европейските социални партньори.

В най-добрия случай саморегулацията би могла да бъде по-бърза и по-гъвкава от традиционните законодателни процедури и дава възможност на съответните сектори и бизнес за по-пряко влияние върху приеманата политика. Освен това при нея има възможност за формиране на чувство на отговорност сред заинтересованите лица. При все това постигнатият напредък зависи от желанието на заинтересованите лица да се съобразят с поетия ангажимент и от

ефективността на механизмите за въвеждане в сила. По данни от държавите-членки може да се допусне, че за съжаление в областта на контрола на тютюнопушенето доброволните споразумения не са ефективни. В частност, в сектора за отдых и развлечения с доброволните мерки не е постигната основната цел за значително намаляване излагането на въздействие на СТД.

Във Великобритания например пет години след сключването на доброволно споразумение между Министерството на здравеопазването и най-важните асоциации в развлекателния сектор е установено, че по-малко от 1 % от баровете са без тютюнев дим.<sup>88</sup> В Испания със законите от 2006 г. на баровете и ресторантите под 100 кв.м. се даде възможност да се освободят от тютюнев дим на доброволна основа. По първоначални данни само в около 10 % от тези заведения е взето решение да направят това.<sup>89</sup> В Париж доброволната схема, целяща стимулиране на 12 452-те кафенета, бистра и гостилници в града да се обявят за зони свободни от тютюнев дим, е била приета от едва 30 заведения.<sup>90</sup>

### 3. ОТВОРЕН МЕТОД НА КООРДИНАЦИЯ

Тази опция включва координиране на усилията на държавите-членки за среда без тютюнев дим с използване на така наречения „отворен метод на координация“. Така държавите-членки се стимулират да уеднаквят повече законите си за среда без тютюнев дим, без да има необходимост от пряко хармонизиране (въпреки че това остава като възможност).

Това би могло да включва следните елементи:

- Обмен на опит и информация за **най-добри практики** на провеждане на ефективна политика за среда без тютюнев дим на национално, поднационално и местно равнище,
- Съгласуване на общи за ЕС цели и насоки на базата на успешен опит както в държавите-членки, така и извън ЕС. За това могат да се поставят разумни срокове, както и условия за мониторинг и въвеждане в сила,
- Трансформиране на тези насоки в национални планове за действие за намаляване излагането на въздействие на СТД с конкретни графици за постигане на целите в кратко-, средно- и дългосрочен план,
- Периодичен мониторинг, оценка и партньорска проверка, например с изготвяне на ежегодни доклади от държавите-членки.

В редица юрисдикции вече е включено освобождаването от тютюнев дим, а при редица други е декларирано намерение това да се направи. Освен това държавите-членки са изправени пред общи предизвикателства като противопоставяне от страна на индустрията, скептицизъм сред обществеността и неспазване на съществуващите изисквания. Координацията на ниво ЕС може да допринесе за процес на взаимно информиране и обмен на най-добри практики между държавите-членки.

Но ангажираността с целите за освобождаване от тютюнев дим остава доброволна и липсват санкции за несъобразяване с договорените цели.

Ефективността на метода ще зависи от мащабите на многостранния контрол и натиска от страна на партньорите.

#### **4. ПРЕПОРЪКА НА КОМИСИЯТА ИЛИ СЪВЕТА**

Тази опция се изразява в стимулиране на държавите-членки да приемат национални закони за среда без тютюнев дим, като се ръководят от изчерпателна препоръка на Комисията или на Съвета относно средата без тютюнев дим на базата на чл. 152 ЕО, в която се излагат предлаганите начини на действие. Тя може да се използва самостоятелно или като част от саморегулаторните схеми на държавите-членки (опция 3) и/или на индустрията (опция 2).

Въпреки че такава препоръка няма да е задължителна, тя ще е недвусмислено изявление от страна на Комисията или Съвета, че трябва да се предприемат действия за елиминиране на пасивното пушене в Европа. Тя ще даде висок приоритет на проблема в политическия дневен ред на всички държави-членки на ЕС, с което ще осигури подкрепа за техните действия.

Ефективността на тази опция ще зависи в голяма степен от яснотата на насоките на ЕС и изискванията за отчетност. Ясните цели в съчетание с конкретни графици и показатели (напр. препоръка определен процент от работните места да се освободят от тютюнев дим до определена година и за даден сектор) със сигурност ще имат по-голям ефект от препоръки с по-общ характер. Аналогично, изискването за прилагане на режим на мониторинг и за правене на резултатите достъпни за обществеността би довело до обществен натиск за по-категорично привеждане в сила и разработване на по-строга политика.

Тази опция предлага гъвкавост на държавите-членки. Основният риск е, че някои държави-членки могат да решат да не предприемат никакви действия.

#### **5. ОБВЪРЗАЩО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО**

Действията на Общността в тази посока могат да включват приемане на обвързващи законодателни мерки. С обвързващото законодателство може да се наложи сравнимо, прозрачно и възможно за въвеждане в сила ниво на защита от риска за излагане на въздействието на СТД във всички държави-членки.

От една страна законодателният процес е резултат на официални консултации и задълбочени преговори, с включване на всички страни, което може да направи политическия ефект по-силен. От друга страна е вероятно законодателният път да бъде относително дълъг и предвиждането на крайния резултат може да е трудно.

Точната правна основа на законодателството може да се определи само след като бъде определен точният характер и обхват на документа и при този избор трябва да се вземат под внимание резултатите от тези обществени консултации.

На този етап съществуват някои опции, които не се отразяват на резултата от обществените консултации.

- Преразглеждане на съществуващите директиви на базата на Рамковата директива 89/391/ЕИО за безопасност и здраве на работното място. Тази опция може в частност да включва разширяване на обхвата на Директива 2004/37 за канцерогените и мутагените (за да обхване СТД) и/или повишаване на изискванията за защита на работниците от тютюнев дим в Директива 89/654/ЕИО за минимални изисквания за здраве и безопасност.
- Друга опция е приемането на отделна директива за пушенето на работното място.
- Въпреки че не е пряко свързана със защитата от вторичен дим, възможна опция е изменението на директивата за опасните вещества (67/548/ЕИО)<sup>91</sup> с цел класифициране на СТД като канцероген. Това автоматично би включило СТД в обхвата на директивата за канцерогените и мутагените.

Първите две опции биха били ограничени по обхват до работната среда. Те могат да са приложими или към всички работни места, или към определени категории работни места и трябва да осигуряват достатъчно обхващане на работниците, изложени на опасни нива в СТД.

Накрая, приемането на законодателен документ в рамките на дадените от Договора правомощия не изключва възможността Общността да приеме предпазни мерки от необвързващо естество и това би допринесло за постигане на окончателната цел за защита от СТД във всички сектори.

## **VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ БЕЛЕЖКИ**

Вземайки предвид неоспоримите научни доказателства за вредата, причинявана от вторичния тютюнев дим и ефекта на политиката за чист въздух в помещенията на закрито за тотално намаляване употребата на тютюн, Комисията счита, че политиката с най-широк обхват би донесла най-големи ползи за общественото здраве. Освен това тя би поставила всички оператори в равнопоставено положение. Няколко успешни примера от цял свят на всеобхватна политика за среда без тютюнев дим, която сега е в сила, са доказали, че тази опция е жизнеспособна и може да се приведе в действие.

Въпросът с препоръчителното ниво на участие на ЕС в осигуряването на законодателство за среда без тютюнев дим е открит и е свързан също с текущите процеси в държавите-членки, някои от които наскоро взеха решение да предприемат действия за забрана на пушенето на обществени места.

Комисията призовава всички институции на ЕС, държавите-членки и всички заинтересовани граждани, страни и организации да изпратят отговори по въпросите, повдигнати в тази Зелена книга. Особен интерес за Комисията представляват възгледите на заинтересованите лица по следните въпроси:

## Въпроси

- (1) Кой от двата подхода, предложени в раздел IV, е за предпочитане от гледна точка на обхвата на инициативата за освобождаване от тютюнев дим: тотална забрана на пушенето във всички затворени обществени пространства и работни места или забрана с изключения за избрани категории обекти? Моля посочете причината/ите за Вашия избор.
- (2) Кои от политическите опции, описани в раздел V, са най-предпочитани и подходящи за осигуряване на среда без тютюнев дим? Каква форма на намеса от страна на ЕС смятате за необходима за постигане на целите за освобождаване от тютюнев дим?
- (3) Има ли други количествени или качествени данни за здравния и социално-икономически ефект на политиката за среда без тютюнев дим, които трябва да се вземат под внимание?
- (4) Имате ли някакви други коментари или предложения относно Зелената книга?

Отговорите на тези въпроси трябва да бъдат изпратени до 1 май 2007 г. на следния адрес (за предпочитане по E-mail):

European Commission

Directorate-General Health and Consumer Protection

Unit C6 – Health Measures

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

Пощенски адрес: B-1040 Brussels

Факс: (+32) 2 298 42 04

Всички отговори по тази Зелена книга ще бъдат публикувани на интернет страницата на Комисията, освен ако отговорилите не декларират нежелание за това.



## VII. ПРИЛОЖЕНИЯ

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

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

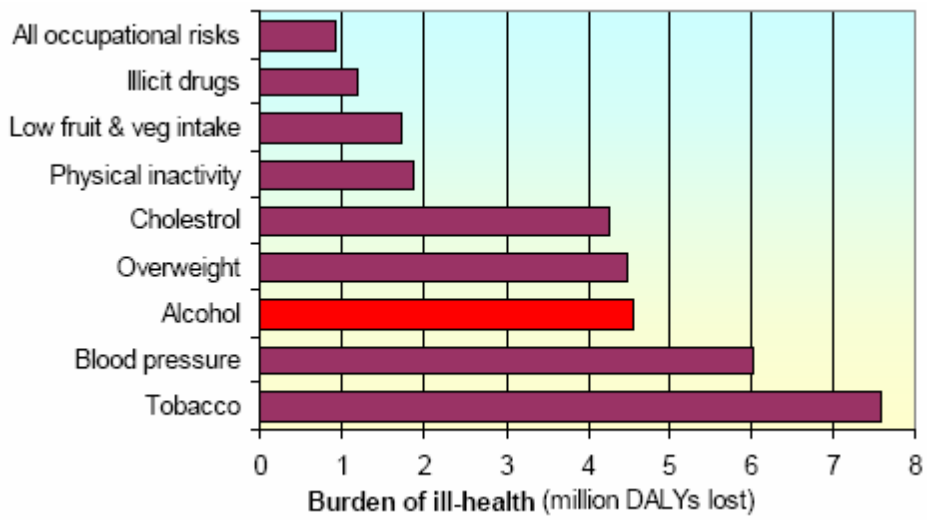
**Source:**

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

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

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

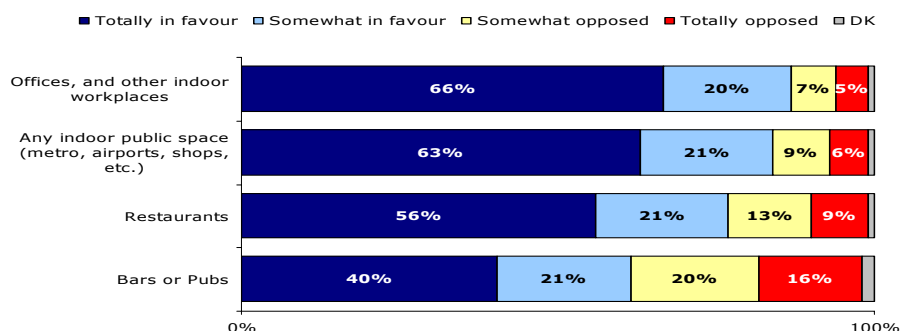
## Annex II: Global burden of ill-health



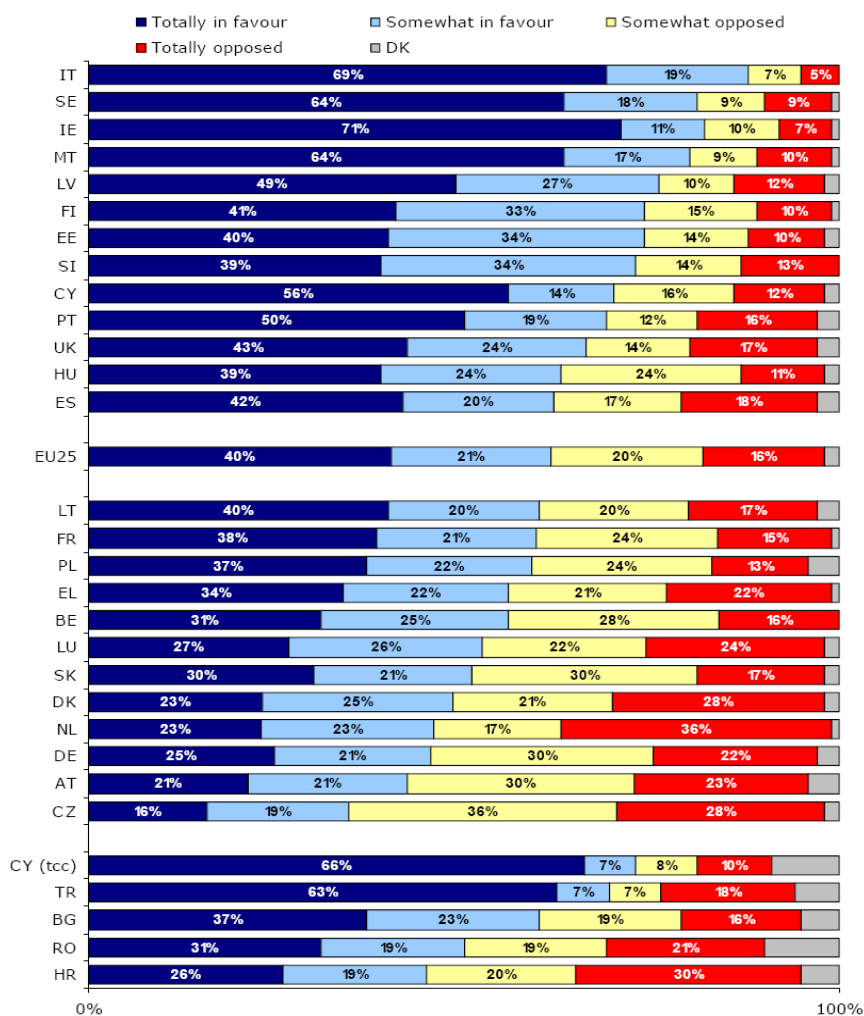
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

## Annex III: Support for smoke-free policies

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



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



Source:

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

## Annex IV: References

- 
- <sup>1</sup> OJ C 189, 26.7.1989, 1-2.
- <sup>2</sup> OJ L 22, 25.1.2003, 31–34.
- <sup>3</sup> As of 18 December 2006.
- <sup>4</sup> The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006) [http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id\\_fiche=232472&id\\_langue=3&id\\_dossier=56222](http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222)
- Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
- ‘Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places’, Royal College of Physicians of London, (July 2005).
- Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), ‘Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998’, (November 2004) <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, MAIP, 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>
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> 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.
- <sup>7</sup> 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.
- <sup>8</sup> 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.
- <sup>9</sup> 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.
- <sup>10</sup> European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, A European patient perspective on severe asthma, Fighting for breath. [http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting\\_For\\_Breath1.pdf](http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf) . 2005.
- <sup>11</sup> WHO International consultation on ETS and Child Health – 1999: [http://www.who.int/tobacco/health\\_impact/youth/ets/en/print.html](http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html)
- Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, Pearl M, Pirkle J. Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiology*. 2004 Nov;15(6):660-70.
- <sup>12</sup> 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.
- <sup>13</sup> 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.
- <sup>14</sup> Jamrozik K., "An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe", Lifting the smokescreen., *op.cit.*

- 15 Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco smoke in British nonsmokers. *Environ Int* 1994;20:693–712.  
Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 1996;22 (suppl 1) :1–24.  
Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:173–96.  
Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:851–71.  
Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1998;24:405–25.  
Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. *Environ Int* 1998;24:301–24.
- 16 CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).
- 17 Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. 2005 Feb;14(1):60-3.
- 18 Jarvis M. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College, 2001.  
Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br.J Addict*. 1992;87:111-3.  
Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270:490-3.  
Wakefield M, Cameron M, Inglis G, Letcher T, Durkin S. Secondhand smoke exposure and respiratory symptoms among casino, club, and office workers in Victoria, Australia. *J Occup Environ Med*. 2005 Jul;47(7):698-703.
- 19 A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces. Conducted by: Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; International Agency for Research on Cancer; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; September 2006.
- 20 The Implementation Group on Human Biomonitoring (HBM) has been set up to implement Action 3 of the Action Plan on Environment and Health ("Develop a coherent approach to biomonitoring in Europe"). It consists of governmental experts in the field of human biomonitoring.
- 21 D.F.Behan, M.P. Eriksen, Y. Lin. Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke, 2005.
- 22 Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
- 23 Lok P. Smoking and the bottom line. The costs of smoking in the workplace. Ottawa, The Conference Board of Canada, 1997.  
Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee in Scotland. *Tob Control* 2000; 9: 187–192.  
Madden D.: Setting the Appropriate Tax on Cigarettes in Ireland. Working paper series, Wp0/05, Centre for Economic Research, October 2002.  
Ross H, " Economics of smoke free policies", *Lifting the smokescreen, op.cit.*
- 24 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>
- 25 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-04.asp>  
The smoke-free premises etc (Wales) Regulations 2007. Annex B: Draft Regulatory Appraisal [www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170](http://www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170)  
Integrated Impact Assessment Overview of the Draft Smoking (Northern Ireland) Order 2006. <http://www.dhsspsni.gov.uk/smoking-consultation-06-eqia.pdf>
- 26 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004, 72.

27 *Ibidem*, 85.  
28 The European Community Health Indicator no 23, "Regular Smokers":  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm).  
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](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](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](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](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, 84-97.  
41 OJ C 189, 26.7.1989, 1-2.  
42 OJ L 22, 25.1.2003, 31-34.  
43 OJ L 183, 29.6.1989, 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, 1-12.

46 OJ L 245, 26.8.1992, 6–22.  
47 OJ L 348, 28.11.1992, 9–24.  
48 OJ L 404, 31.12.1992, 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, 50–76.  
50 OJ L 263, 24.9.1983, 25–32.  
51 OJ 196, 16.8.1967, 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](http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9)  
54 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk  
following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and  
air nicotine levels in bars. *Tob. Control.* 2005 Dec;14(6):384-8.  
Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and  
After the Smoking Ban in Italy. *J Occup Environ Med.* 2005 Dec;47(12):1208-10.  
How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs”, March 2006, Harvard  
School of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTFS, OTC.  
Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree  
Law. Wellington: Ministry of Health.  
Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and  
after a smoking ban. *J Occup Environ Med.* 2004 Sep;46(9):887-905.  
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Indoor air quality in hospitality venues before and  
after implementation of a clean indoor air law--Western New York, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly*  
*Rep.* 2004 Nov 12;53(44):1038-41.  
Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality  
workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law.  
*Tob Control.* 2005 Aug;14(4):236-41.  
McNabola A, Broderick B, Johnston P, Gill L. Effects of the smoking ban on benzene and 1,3-  
butadiene levels in pubs in Dublin. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2006  
May;41(5):799-810.  
55 Menzies D et al., Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar  
workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA.* 2006 Oct 11;  
296(14):1742-8.  
Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars  
and taverns. *JAMA.* 1998 Dec 9;280(22):1909-14.  
Eagan TML, Hetland J and Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months  
after a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006;15:242-246.  
Allwright S. et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before  
and after study. *BMJ.* 2005 Nov 12;331(7525):1117. Erratum in: *BMJ.* 2006 Jan 21;332(7534):1.  
56 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on  
rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006 Oct;27(20):2468-72.  
*Epub* 2006 Aug 29.  
Sargent RP, Shephard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infection  
associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328:977–80.  
Bartecchi, C., et al. A city-wide smoking ordinance reduces the incidence of acute myocardial  
infarction. in American Heart Association Annual Scientific Sessions. 2005. Dallas, TX.  
57 Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to  
know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592–609.  
58 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour:  
systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.  
59 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new  
smoking regulations in Italy. *Ann Oncol.* 2006 Feb;17(2):346-7. Lund, M., Lund K.E., Rise, J., Aarø,  
L.E., Hetland, J. (2005). Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo/Bergen 2005:  
SIRUS/HEMIL, <http://www.globalink.org/documents/2005smokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf>.  
60 Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, Anderson S, Cummings KM,  
Allwright S, Mulcahy M, Howell F, Clancy L, Thompson ME, Connolly G, Driezen P. Reductions in  
tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the

---

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

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

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

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

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

64 Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland  
[http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi\\_retrospective1.xls](http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls)

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

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

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

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

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

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

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

71 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment.  
<http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/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](http://www.jrc.cec.eu.int/pce/pdf/tobacco_draft_report.pdf)

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



---

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

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

79 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention.  
[http://www.who.int/gb/ftc/PDF/cop1/FCTC\\_COP1\\_DIV8-en.pdf](http://www.who.int/gb/ftc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf)

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

81 *Ibidem*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

91 OJ 196, 16.8.1967, 1-98.