



AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BIZOTTSÁGA

Brüsszel,
COM(2007) yyy végleges

ZÖLD KÖNYV

A dohányfüstmentes Európáért: Az Európai Unió politikai lehetőségei

(előterjesztő: a Bizottság)

TARTALOMJEGYZÉK

I.	BEVEZETÉS	3
II.	A FELLÉPÉS INDOKOLÁSA	5
1.	Egészségügyi szempontok	5
1.1.	A passzív dohányzás egészségügyi következményei	5
1.2.	A dohányfüst-kitettség szintje	6
1.3.	A füstmentes környezetre vonatkozó kezdeményezés hatása	8
2.	Gazdasági szempontok	8
2.1.	Gazdasági teher	8
2.2.	A füstmentes környezetre vonatkozó kezdeményezés hatása	9
2.3.	Esetleges nem kívánt következmények	9
3.	Társadalmi szempontok	9
3.1.	A dohányzásellenes jogszabályok támogatottsága	9
3.2.	A dohányfogyasztásra gyakorolt hatás	11
3.3.	A szociális méltányosságra gyakorolt hatás	11
4.	Lendület a cselekvéshez	11
III.	A JELENLEGI SZABÁLYOZÁSI KÖRNYEZET	12
1.	Nemzeti rendelkezések	12
2.	A meglévő közösségi előírások	13
IV.	A FÜSTMENTES KÖRNYEZET MEGTEREMTÉSÉRE IRÁNYULÓ KEZDEMÉNYEZÉS ALKALMAZÁSI KÖRE	14
1.	TELJES DOHÁNYZÁSELLENES SZABÁLYOZÁS	15
2.	Dohányzásellenes szabályozás - kivételekkel	16
2.1.	Mentesség az italárusítási engedéllyel rendelkező vendéglátóipari létesítmények számára	18
2.2.	Mentesség a csak italt felszolgáló sörözők és bárók számára	18
2.3.	Zárt, külön szellőzéssel ellátott dohányzóhelyiségek	18
V.	POLITIKAI LEHETŐSÉGEK	20
1.	A jelenlegi helyzet fenntartása	20
2.	Önkéntes intézkedések	21
3.	Nyílt koordinációs módszer	22

4.	Bizottsági vagy tanácsi ajánlás.....	23
5.	Kötelező erejű jogszabályok	23
VI.	Záró megjegyzések.....	24

I. BEVEZETÉS

A környezeti dohányfüst-kitétség – amelyet „másodlagos dohányfüst-kitétségnek” vagy „passzív dohányzásnak” is neveznek – az Európai Unióban továbbra is túlzott arányú megbetegedések és halálozás forrása, amely a társadalom egészére jelentős költségeket ró.

A "dohányfüstmentes Európa" megvalósítására irányuló összehangolt törekvés a Bizottság közegészségügyi, környezetvédelmi, foglalkoztatottsági és kutatási politikájának egyik prioritása. A 2004–2010 közötti időszakra vonatkozó környezetvédelmi és egészségügyi cselekvési tervében a Bizottság elkötelezte magát amellett, hogy – különösen a munkahelyi dohányzás csökkentésére irányuló intézkedések ösztönzése révén – tovább dolgozik a beltéri levegő minőségének javításáért, mind jogi eszközök, mind az európai és tagállami szinten egyaránt meglévő egészségügyi kezdeményezések igénybevételével .

A dohányfüstmentes környezet megteremtése érdekében az Európai Unió már tett alapvető lépéseket. A kilencvenes évek elején a munkahelyi egészségvédelemről és biztonságról szóló több EU irányelv a munkahelyi dohányzás bizonyos mértékű korlátozását írta elő. Ezekhez járult a Tanács 1989-es állásfoglalása¹ és a 2002-es ajánlás² a dohányzás megelőzése érdekében, amely felhívta a tagállamokat, hogy a beltéri munkahelyeken, a zárt légtérű légtérű nyilvános helyeken és a tömegközlekedésben nyújtsanak védelmet a környezeti dohányfüst ellen. A jogszabályi intézkedések mellett két dohányzásellenes kampány is folyt a médiában – "Feel free to say no" (Merj nemet mondani) (2001-2004) és "SEGÍTSÉG – A dohányzás nélküli életért" (2005-2008) – amelyek célja, hogy rávilágítsanak a passzív dohányzás veszélyeire és kiálljanak a dohányzásmentes életmód mellett, különösen a fiatalok körében.

Az egyes tagállamok nemzeti jogszabályai között nagyok a különbségek. A Bizottság üdvözli Írország, Olaszország, Málta, Svédország és az Egyesült Királyság egyes részeinek kitűnő példáját és gyors előrehaladásra ösztönzi az összes tagállamot olyan intézkedések bevezetése révén, amelyekkel állampolgáraikat hatékony módon tudják védelmezni a passzív dohányzás káros hatásai ellen.

Nemzetközi szinten a WHO dohányzásellenőrzési keretegyezménye szerint, amelyet 168 szerződő fél írt alá és közülük 141 – köztük az Európai Közösség is – ratifikált³, a tudományos bizonyítékok kétségtelenül igazolták, hogy a passzív dohányzás halált, betegséget vagy fogyatékosságot eredményezhet. Az egyezmény kötelezi a Közösséget és tagállamait, hogy tegyenek lépéseket a passzív dohányzás ellen a beltéri munkahelyeken, a zárt légtérű nyilvános helyeken és a tömegközlekedésben.

E zöld könyv célja, hogy a közösségi intézmények, a tagállamok és a civil társadalom részvételével széleskörű konzultációt és nyitott, nyilvános vitát

kezdemenyezzen a passzív dohányzás elleni fellépés továbbfejlesztéséről az Európai Unióban.

A Bizottság részletesen tanulmányozni fogja a zöld könyv közzététele nyomán keletkezett észrevételeket, és ezen az alapon kíván dönteni a lehetséges jövőbeli fellépések felől. A konzultáció eredményeit összefoglaló jelentést 2007 első félévében teszik majd közzé. Ezzel párhuzamosan a környezetvédelmi és egészségügyi cselekvési terv nyomán tovább folytatódik a beltéri levegő minőségének javítását célzó tágabb értelemben vett fellépés is.

II. A FELLÉPÉS INDOKOLÁSA

1. EGÉSZSÉGÜGYI SZEMPONTOK

1.1. A passzív dohányzás egészségügyi következményei

A passzív dohányzás során több mint 4000 vegyi anyag kerül a szervezetbe, köztük több mint 50 ismertén rákkeltő, és számos mérgező anyag. A passzív dohányzás az eddigi megállapítások szerint soha nem ártalmatlan, és nem valószínű, hogy a kutatás a jövőben ezzel ellenkező eredményre vezetne.

A passzív dohányzást az **embernél ismertén rákkeltő tényezőnek** minősítette 1993-ban az Egyesült Államok Környezetvédelmi Ügynöksége (US Environmental Protection Agency), 2000-ben az Egyesült Államok egészségügyi és szociális minisztériuma (U.S. Department of Health and Human Services), és 2002-ben a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség (WHO International Agency for Research on Cancer). A finn (2000) és a német kormány (2001) a passzív dohányzást ezen kívül **munkahelyi rákkeltő tényezőnek** nyilvánította. A kaliforniai környezetvédelmi ügynökség (California Environment Protection Agency) a dohányfüstöt a közelmúltban a **levegőt mérgező szennyezőanyag**nak minősítette.

A legutóbbi években több tanulmány is megerősítette, hogy a passzív dohányzás hatásai súlyosan veszélyeztetik az egészséget, sőt az életet.⁴ A mások füstjének huzamos belélegzése bizonyítottan ugyanolyan betegségeket okozhat, mint az aktív dohányzás, így többek között tüdőrákot, szív- és érrendszeri megbetegedéseket és különböző gyermekbetegségeket.

A WHO Nemzetközi Rákkutatási Ügynöksége által végzett egyik tanulmány szerint egy dohányzóval együtt élő nemdohányzó 20-30%-kal nagyobb eséllyel betegedhet meg tüdőrákban. A munkahelyi passzív dohányzás e kockázat 12 – 19%-os megnövekedését vonja maga után.⁵

A dohányzókkal együtt élő nemdohányzóknál kimutathatóan **25-30%-kal megnő** a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázata⁶ (egy újabb tanulmány szerint az arány valószínűleg még ennél is nagyobb)⁷. Egyre több adat mutat arra, hogy a passzív dohányzás a nemdohányzóknál agyvérzést is okozhat, de a kockázat felméréséhez még további kutatásokra van szükség⁸.

A passzív dohányzás kapcsolatba hozható a **légúti megbetegedésekkel** is⁹, és az asztmában, allergiában és krónikus obstruktív légúti betegségben szenvedőknél a betegség súlyosbodásának, és a beteg ebből eredő társadalmi és foglalkoztatási kirekesztődésének egyik fő forrása. A közelmúltban súlyos asztmás tünetekkel élő emberek körében végzett összeurópai felmérés szerint az érintettek egyik legfőbb kívánsága, hogy a jövőben egészséges levegőt lélegezhessenek be¹⁰.

A mások füstjének belélegzése a **kisgyermekekre és csecsemőkre** nézve különösen veszélyes: kapcsolatba hozható a csecsemőkori hirtelen halállal, tüdőgyulladással, bronchitisszel, asztmával és légúti tünetekkel, valamint a középfül

megbetegedéseivel is. **Várandós nők** passzív dohányzása kisebb születési súlyt, magzathalált vagy koraszülést idézhet elő¹¹.

A legújabb kutatások arra engednek következtetni, hogy a passzív dohányzás csaknem kétszeresére emeli a retinafolt időskori elfajulásának kockázatát, amely jelenleg a a leggyakoribb vaksági ok az Európai Unióban¹².

A passzív dohányzás legtöbb egészségre káros hatása lineáris dózis-válasz viszonyról tanúskodik – másszóval a kockázat a kitettséggel arányosan növekszik. Az egyéni kockázatszint ugyan alacsonyabb, mint az aktív dohányzóknál (pl. a tüdőrák esetében az arány 1,2 a húszhoz), de mivel a passzív dohányzás hatásainak kitett emberek száma nagyon magas, a megbetegedések száma is egyre nő.

A szívbetegségek esetében a **dózis-válasz viszony** ráadásul **nem lineáris**. A passzív dohányzókat fenyegető szívbetegség-kockázat csaknem 50 százaléka egy napi 20 cigarettát elszívó aktív dohányosénak. Egészen kis mennyiségű dohányfüst is azonnali hatást gyakorolhat a véralvadásra és a vérrögök kialakulására, hosszú távon pedig az arterioszklerózis (érelmeszesedés) kifejlődésére, amelyek mind fontos szerepet játszanak a szívbetegségekben.¹³ Ennek jelentős következményei vannak: a szívbetegség az EU-ban mind a dohányzók, mind a nemdohányzók körében a legfőbb halálok.

Az Európai Tüdőgyógyász Társaság (European Respiratory Society), az Egyesült Királyság Rákkutató Központja (Cancer Research UK) és a franciaországi Országos Rákkutató Intézet (Institut National du Cancer) egyik legutóbbi – óvatos – közös becslése szerint az EU 25 országában évente **több mint 79 000 felnőtt** áldozatot szed a passzív dohányzás. Egyes adatok szerint 2002-ben a **munkahelyi** passzív dohányzás több mint **7 000 ember halálát** okozta az EU-ban, és a **lakóhelyi passzív dohányzás** következtében további **72 000 személy** hunyt el. E becslések a passzív dohányzás okozta szívbetegségek, agyvérzés, tüdőrák és egyes légzőszervi betegségek miatt bekövetkezett halálesetekre terjednek ki, nem foglalják azonban magukban a felnőtteknek a passzív dohányzáshoz kapcsolódó egyéb betegségekből (például a tüdőgyulladás) eredő halálozását, a gyermekkori haláleseteket, sem a passzív dohányzással összefüggő, nagy mértékű heveny és krónikus morbiditást.¹⁴

1.2. A dohányfüst-kitettség szintje

¹⁵A huzamos és intenzív passzív dohányzás fő színhelyei a **lakás** és a **munkahely**. A foglalkozási eredetű rákkeltő anyagok információs rendszere (Information System on Occupational Exposure to Carcinogens, **CAREX**) 1998-as jelentése szerint az EU-15 országokban a passzív dohányzás a rákkeltő anyagoknak való kitettség második legelterjedtebb formája (a napsugárzás után). 1990-93-ban közel 7.5 millió európai munkavállaló lélegezte be mások dohányfüstjét **munkaidejének legalább 75%-ában**.¹⁶

Egy 2001-2002-ben hét európai város különféle nyilvános helyein végzett felmérés rámutatott a dohányfüst jelenlétére a legtöbb vizsgált helyen, a szabadidős és vendéglátóipari intézményeket, a közlekedési eszközöket, a kórházakat és az oktatási intézményeket is beleértve. A legnagyobb környezeti dohányfüst-koncentrációt a bárókban és a diszkókban mérték: aki négy órát eltölt egy diszkóban, annyi dohányfüstöt szív be, mintha egy hónapig együtt lakna egy dohányzóval.¹⁷ Azt a

vizsgálati megállapítást, mely szerint a szállodákban és vendéglátóipari intézményekben kivételesen magas a füsttartalom, más tanulmányok is megerősítették, kimutatva, hogy egy bárban dolgozó felszolgáló kétszer vagy háromszor annyi füstöt lélegzik be, mintha dohányzókkal élne egy háztartásban.¹⁸

A dohányzásellenes szabályozás hatására a közelmúltban egyes tagállamokban és helyszíneken szinte teljes mértékben sikerült véget vetni a munkahelyi és egyéb helyeken történő passzív dohányzásnak, míg az általános megszorításokat nem alkalmazó országokban az expozíció szintje továbbra is magas, különösen a szabadidős és vendéglátó ágazatban.¹⁹

A környezeti dohányfüst hatásának felmérése érdekében az Európai Unió humán biofelügyeleti szakértői csoportja (EU Expert Group on Human Biomonitoring)²⁰ azt javasolta, hogy a kotinint (a környezeti dohányfüst hatásának egyik fő biojelzőjét) vegyék fel az EU humán biofelügyeleti kísérleti projektjének előzetes listájára. A tagállamok ezt a javaslatot több ízben támogatták.

1.3. A füstmentes környezetre vonatkozó kezdeményezés hatása

A füstmentes környezet megteremtését elősegítő cselekvések nemcsak a környezeti dohányfüst okozta károktól védenék meg az embereket, hanem ahhoz is hozzájárulnának, hogy a teljes népesség dohányfogyasztása csökkenjen. Az aktív és a passzív dohányzás visszaszorulásának hatására többek között **csökkenne** az egyes főbb betegségtípusok – elsősorban a tüdőrák, a szívkoszorúér-betegség, a légzőszervi megbetegedések és az agyvérzés – okozta **megbetegedések és halálesetek** száma és megnövekedne a várható élettartam. Noha az egészségre gyakorolt többféle hatás teljes kibontakozása akár harminc évig is eltarthat, már 1–5 év után is lényeges javulásra lehet számítani, különösen a légzőszervi és a szív- és érrendszeri megbetegedések terén.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által irányított CHOICE projekt megállapította, hogy a nyilvános helyeken bevezetett dohányzási tilalom az adóemelés után a **második leghatékonyabb fellépés** a dohányfüst okozta megbetegedések és halálozások számának csökkentése szempontjából.

2. GAZDASÁGI SZEMPONTOK

2.1. Gazdasági teher

Egyes tagállamokból (Egyesült Királyság, Írország) és az EU-n kívülről származó adatok azt jelzik, hogy a környezeti dohányfüstártalom óriási költségeket ró a magánszemélyekre és a társadalomra egyaránt, noha a 25 tagú EU-ra nehezedő teljes terhet még fel kell becsülni. A **gazdaság egészére** nehezedő terhek egyaránt magukban foglalják a dohányzással összefüggő betegségekből eredő megnövekedett egészségügyi kiadások jelentette közvetlen költségeket, és azokat a közvetett költségeket is, amelyek a dohányzóknak és a passzív dohányzás áldozatainak lecsökkent termelékenységéből, vagy a munkaviszonyban emiatt nem állók be nem folyt jövedelmi adójából és társadalombiztosítási járulékaiból származnak.²¹

A gazdasági teher különösen magas a **munkáltatók** számára, a "cigarettaszünetek" következtében csökkenő produktivitás és megnövekedett betegszabadság, a dohányzásból eredő tűzkárok, valamint több takarítási és dekorációs költség miatt²². Kanadában az egy dohányzó alkalmazottra eső éves többletköltséget – egy hasonló, nem dohányzó alkalmazotthoz viszonyítva – 1995-ben \$2,565 kanadai dollárra becsülték. Kiszámították azt is, hogy a skóciai munkáltatók vesztesége a

dohányzásból eredő csökkent produktivitás, nagyobb arányú hiányzás, és véletlenül okozott tűzkárok miatt 1997-ben a skót bruttó hazai termék (GDP) 0,51 – 0,77 %-át tette ki. Írországból az ilyen károk miatti veszteségeket 2000-ben a GDP 1,1 – 1,7%-ára becsülték.²³

2.2. A füstmentes környezetre vonatkozó kezdeményezés hatása

Hosszabb távon a dohányzásellenes politikának köszönhető potenciális egészségjavulásnak **jelentős gazdasági hatása** lehet. Az Egyesült Királyság kormányának rendszeres hatásvizsgálatai az átfogó dohányzásellenes jogi szabályozás nettó hasznát hosszú távon évi 1 714 – 2 116 milliárd fontra becsülték.²⁴ Skóciában, Walesben és Észak-Írországból a dohányzás betiltásából származó nettó hasznot 30 éves időszakra 387 illetve 096 milliárd, 20 évre pedig 1 101 milliárd fontra tették.²⁵

2.3. Esetleges nem kívánt következmények

Mivel várhatóan a dohányzást tiltó politikák egyes dohányzókat leszokásra vagy a dohányzás mérséklésére készítetnek, a **dohányiparban** feltehetően **nyereségviisszaesés** következik be, és ezért az ágazatban a munkahelyek száma is csökkenhet. A dohányiparhoz kapcsolódó munkahelyek azonban az EU össz foglalkoztatásának viszonylag csekély százalékát képviselik. 2000-ben ezek a foglalkozások (dohánytermesztés, -feldolgozás és -gyártás) az EU-15 össz foglalkoztatás 0,13%-át tették ki.²⁶ A jelenleg a dohányzásra kiadott pénzt továbbá a lakosság valószínűleg más javakra és szolgáltatásokra fogja költeni, és ezzel más gazdasági szektorokban keletkeznek majd munkahelyek.

Az aktív dohányzás visszaszorulása a **tagországok dohánytermékekre kivetett adóból** származó bevételeinek csökkenését is maga után vonja. Megjegyzendő azonban, hogy a legtöbb EU ország költségvetésében a dohányárakra kivetett jövedéki adó nem játszik nagy szerepet, és a befolyó adók viszonylag kis részét képviseli (1 – 5%) A Cseh Köztársaság, Lengyelország és Görögország kivétel ez alól, ahol a dohányárakra kivetett adó az állami adóbevételnek 1999-ben 6, 7, illetve 9 százaléka volt.²⁷ A dohányzási tilalom esetleges bevezetésével a dohányzó családokban a jövedelem egy része felszabadulna, és az ilyen családok egyéb befektetéseiből és kiadásaiból áfa formájában újabb bevételek keletkeznek.

Számítani lehet arra, hogy némileg csökkenhet azoknak a termelékenység, akiknek jelenleg szabad dohányozniuk a munkahelyükön, és akkor is dohányozni fognak, ha ezt az épületen kívül kell majd tenniük.

3. TÁRSADALMI SZEMPONTOK

3.1. A dohányzásellenes jogszabályok támogatottsága

Az EU polgárainak közel 70%-a nem dohányzik,²⁸ és a tanulmányok szerint a dohányzók többsége szeretne leszokni.²⁹

Az **Eurobarométer** közelmúltban végzett **felmérése** ("Attitudes of Europeans towards Tobacco")³⁰ szerint az európaiak háromnegyed része van tudatában annak, hogy a dohányfüst a nemdohányzókra nézve is veszélyes, míg 95%-uk tudja, hogy

aki terhes nő társaságában dohányzik, súlyosan veszélyeztetheti a születendő csecsemőt.

A felmérés eredményei azt igazolják, hogy az **EU polgárai támogatják a dohányfüst korlátozására irányuló politikát.** (lásd III. melléklet.) A válaszolók több, mint nyolcvan százaléka támogatja a dohányzás betiltását a munkahelyeken (86%) és a zárt légtérű nyilvános helyeken (84%). A többség azzal is egyetért, hogy a dohányzást a bárókban (61%) és az éttermekben (77%) is tiltani kellene. A dohányfüstmentes sörözők (80%) és éttermek (több mint 90%) támogatottsága abban a négy országban a legmagasabb, amely a szálloda- és vendéglátóiparban e tilalmat már alkalmazza. Ez ismét azt igazolja, hogy a dohányzásellenes politikák támogatottsága a bevezetésüket megelőző időszakban általában emelkedik, és alkalmazásuk után tovább növekszik.³¹

3.2. A dohányfogyasztásra gyakorolt hatás

A dohányzásellenes politikák egyik fontos közvetett haszna, hogy növelik az emberek tudatosságát az aktív és a passzív dohányzás veszélyeit illetően, és így hozzájárulnak ahhoz, hogy a társadalom **ne tartsa "természetes dolognak"** a dohányzást. Ez a szemléletváltozás várhatóan maga után vonja majd a dohányzással kapcsolatos viselkedésformák módosulását is; többek között:

- megkönnyíti a dohányzók számára az elhatározást, hogy leszokjanak, vagy fogyasztásukat korlátozzák, és támogatja őket döntésük megvalósításában;³²
- a gyerekeket és fiatalokat visszatartja attól, hogy rászokjanak a dohányzásra.³³ A legnagyobb hatása várhatóan a szórakozóhelyeken bevezetett dohányzási tilalomnak lesz, hiszen a fiatalok gyakorta itt próbálják ki a cigarettázást.
- A dohányzókat visszatartja attól, hogy nem dohányzók, különösen gyerekek és várandós nők társaságában rágyújtsanak, még akkor is, ha ezt szabályozás nem tiltja (pl. otthon vagy magánjárműveken).³⁴ Ez azért fontos, mert a legnagyobb veszély a lakásokban passzív dohányzásnak kitett gyerekeket fenyegeti, ezt a területet ugyanis nem lehet szabályozni.

3.3. A szociális méltányosságra gyakorolt hatás

A dohányzásellenes politika ezen kívül az egészségügy területén fennálló társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek csökkentéséhez is hozzájárulhat. Mivel az alacsonyabb végzettségű, jövedelmű és alacsonyabb szakmai kategóriába tartozó emberek általában jóval nagyobb valószínűséggel dohányoznak és vannak kitéve mások füstjének, a füstmentes környezet megteremtésére irányuló fellépések várhatóan a társadalom a legelesettebb tagjainak hozhatják a legnagyobb hasznot.

4. LENDÜLET A CSELEKVÉSHEZ

A WHO **dohányzásellenőrzési keretegyezményének egyik szerződő feleként** a Közösségnek jogi kötelezettsége, hogy intézkedéseket hozzon a dohányfüstmentes környezet megteremtése érdekében. Az egyezmény 8. cikke értelmében a szerződő felek vállalják, hogy "zárt munkahelyeken, tömegközlekedési eszközökön, a zárt közterületeken, és, értelemszerűen, egyéb közterületeken a dohányfüsttartalom elleni védelemről rendelkező hatásos jogalkotói, végrehajtói, igazgatási és/vagy egyéb intézkedéseket hoznak és hajtanak végre." 2006 februárjában a keretegyezményben

részt vevő szerződő felek első konferenciájukon megállapodtak abban, hogy kidolgozzák és a 2007. első felében tartandó második konferencián bemutatják a dohányfüstmentes környezetre vonatkozó irányelveiket.

Az **Európai Unió Tanácsa** a dohányzás megelőzéséről és a dohányzás elleni küzdelem megerősítésére irányuló kezdeményezésekről szóló 2002-es ajánlásában felkérte a Bizottságot, hogy ellenőrizze, milyen mértékben hozzák meg gyümölcsüket az ajánlásban előírt rendelkezések, és tanulmányozza újabb cselekvések szükségességét, különösen, ha az ajánlásban szereplő területeken a belső piac egyenlőtlenségei tovább növekednek. A **dohánytermékek szabályozó bizottsága**³⁵ 2005 szeptemberi ülésén a tagállamok ezen kívül megegyeztek abban, hogy a Bizottság zöld könyv vagy közlemény formájában közzétett kezdeményezése hozzájárulhat a helyes gyakorlat elterjesztéséhez és ösztönözné a dohányfüstmentes környezet megteremtéséért folytatott tagállami erőfeszítéseket.

Az **Európai Parlament** a környezetvédelem és az egészségügy terén megvalósítandó bizottsági cselekvési tervre vonatkozó 2005 februári állásfoglalásában üdvözölte „a Bizottság azon szándékát, hogy folytatni kívánja a zárt helyeken történő dohányzás megszüntetésére irányuló eddigi cselekvéseit”, és támogatta, „hogy a dohányfüstöt a környezetben jelen levő rákkeltő anyagok 1. osztályába sorolják”³⁶.

Az uniós fellépés hozzáadott értékét a dohányzás elleni küzdelem szakemberei által a Bizottság számára készített „**Dohány vagy egészség az Európai Unióban**” című jelentés is elismerte.³⁷ Az európai szintű fellépés kívánatos voltát a beltéri levegőszennyezésre vonatkozó, a közösségi közegészségügyi program keretében támogatott két összeurópai projekt is hangsúlyozta. Az EU Közös Kutatóközpontja az **INDEX jelentésben** jegyzéken tette közé azt az öt elsődleges fontosságú (és a dohányfüstben kivétel nélkül jelen lévő) vegyi anyagot, amelynek beltéri használatát szabályozni kell, és a dohányzás megtiltását ajánlotta minden nyilvános zárt beltéri környezetben és munkahelyen.³⁸ Ugyanez az ajánlás szerepel a **THADE jelentésben**³⁹ is, amely szerint leginkább a környezeti dohányfüst járul hozzá a beltéri részecskekonzentrációhoz azokban az épületekben, ahol dohányozni szoktak.

III. A JELENLEGI SZABÁLYOZÁSI KÖRNYEZET

1. NEMZETI RENDELKEZÉSEK

A tagállamok összessége nyilvánvaló módon hajlik a dohányzásmentes környezet bevezetésére, ami egyebek között az uniós és a nemzetközi jogszabályok hatásának tudható be. Minden tagállam rendelkezik valamiféle szabályozással a környezeti dohányfüst hatásának és egészségügyi ártalmainak korlátozására. E szabályozások hatálya és jellege nagyon változó.

Minden zárt légtérű nyilvános helyre és minden munkahelyre – a bárókra és éttermekre is – érvényes átfogó dohányzási tilalmat vezetett be Írország (2004. március) és Skócia (2006. március). A teljes dohányzásellenes szabályozás várhatóan 2007 nyarán lép hatályba Észak-Írországban, Angliában és Walesben .

Az Olaszországban (2005. január), Máltán (2005. április) és Svédországban (2005. június) bevezetett, **mentességeket is tartalmazó dohányzásellenes jogszabályok** értelmében a munkaadók kialakíthatnak külön szellőzőrendszerrel ellátott, speciális dohányzó helyiségeket. Hasonló intézkedések bevezetését tervezi 2007 februárjában Franciaország (a szálloda- és vendéglátóiparban 2008 januárjáig tartó átmeneti időszakokkal) és 2007 júniusában Finnország. 2007 januárjától Litvánia is dohányfüstmentes lesz (a kifejezetten erre a célra felszerelt "szivar- és pipakluboktól" eltekintve).

Több más tagállam is megtiltotta a dohányzást minden zárt légtérű nyilvános helyen és minden munkahelyen, **a vendéglátóipar kivételével**, ahol részleges megszorításokat alkalmaznak. Közéjük tartozik például Belgium, Ciprus, Észtország, Finnország, Hollandia, Szlovénia és Spanyolország.

A legtöbb tagállam tiltja vagy korlátozza a dohányzást a **főbb nyilvános helyeken**, egészségügyi és oktatási intézményekben, állami hivatalokban, színházakban, mozikban és a tömegközlekedésben. A munkahelyi dohányzást korlátozó szabályok ritkébbak. Az intézkedések kényszerítő ereje változó, a határozattól vagy önkéntes megegyezéstől a szigorú, és megszegése esetére szankciókat előíró törvényig terjed.

A szabályok hiányossága vagy érvényesítésük elmaradása miatt az állampolgárok gyakran kerülnek jogvitába a tagállamok kormányaival és munkaadóival az egészségükre ártalmas passzív dohányzásból eredő ártalmak miatt.⁴⁰

Több tagállamban az országos rendelkezéseket **regionális és/vagy helyi szinten** szigorúbb szabályozás erősíti meg. A törvényes keretekhez önszabályozó intézkedések is járulhatnak: egyre több munkahely, iskola, kórház, tömegközlekedési eszköz, stb. válik önként nemdohányzóvá. Az alkalmazottak egyre több segítséget kapnak a dohányzás abbahagyásához, és az egészséges beltéri levegő egyre inkább minden állampolgár és dolgozó alapvető jogává válik.

2. A MEGLÉVŐ KÖZÖSSÉGI ELŐÍRÁSOK

Az Unió a dohányfüstmentes környezet kérdésével **nem kötelező érvényű határozatok és ajánlások keretében** foglalkozott, amelyek a tagállamokat arra ösztönözték, hogy megfelelő védelmet biztosítsanak a környezeti dohányfüst ellen. A **Tanács 1989. évi 89/C 189/01.**, a nyilvános helyeken folytatott dohányzás tilalmára vonatkozó **állásfoglalásában**⁴¹ például felkérte a tagállamokat, hogy hozzanak rendelkezéseket a dohányzás megszüntetéséről a nyilvános helyeken és a tömegközlekedés egészében. A dohányzás megelőzéséről és a dohányzás elleni küzdelem megerősítésére vonatkozó kezdeményezésekről szóló **2003/54/EK ajánlásában**⁴² a **Tanács** nemrégiben felhívta a tagállamokat, hogy a beltéri munkahelyeken, a zárt légtérű nyilvános helyeken és a tömegközlekedésben nyújtsanak védelmet a környezeti dohányfüst ellen.

Noha a dohányfüstre kifejezetten nem hivatkozik, a **munkahelyi biztonságra és egészségvédelemre vonatkozó keretirányelv** (89/391/EGK)⁴³ a munkavállalók egészségét és biztonságát fenyegető összes kockázatra kiterjed.⁴⁴ Minden munkáltatótól megköveteli, hogy mérje fel a munkahelyi kockázatokat és vezessen be megfelelő megelőzési és védelmi intézkedéseket.

Ezen kívül számos munkahelyi biztonsággal és egészségvédelemmel foglalkozó egyedi irányelv állapít meg „**minimális követelményeket**” valamely konkrét kockázatra nézve, és így ezek tartalmazznak egyes rendelkezéseket **a környezeti dohányfüst elleni védelemre** vonatkozóan is. Ezeket az irányelveket a tagállamoknak át kell ültetniük nemzeti jogszabályaikba és megfelelően érvényesíteniük kell. A Szerződés értelmében a tagállamok hozhatnak szigorúbb rendelkezéseket is.

A munkahelyi biztonsági és egészségvédelmi minimumkövetelményekről szóló irányelv (89/654/EGK)⁴⁵, valamint az időszakos vagy helyileg változó építkezésekre (92/57/EGK)⁴⁶, az ásványi nyersanyagok fűrólyukon keresztül történő kitermelésével foglalkozó iparágakra (92/57/EGK)⁴⁷, és a nyersanyagkitermelő iparágakra (92/91/EGK) vonatkozó irányelvek⁴⁸ kötelezik a munkaadókat, hogy a zárt légtérű munkahelyeken biztosítsák a szellőzést és a kellő mennyiségű friss levegőt, és hogy a pihenőhelyiségekben és a pihenőhelyeken védjék a nemdohányzókat a dohányfüst okozta kellemetlenségektől.

A rákkeltő anyagokra és mutagénekre (2004/37/EK)⁴⁹ és az **azbesztre vonatkozó irányelv** (83/477/EGK)⁵⁰ tiltja a dohányzást azokon a helyeken, ahol vagy rákkeltő anyagokkal és mutagénekkel vagy azbeszttel dolgoznak. A **várandós munkavállalókról szóló irányelv** (92/85/EGK) kötelezi a munkáltatókat, hogy a várandós és a szoptató anyákat intézkedésekkel védjék a szénmonoxid belélegzésétől.

A környezeti dohányfüst egyes összetevőit (így az arzént, a 1,3-butadiént, a benzolt és a propilénoxidot) a **veszélyes anyagokról szóló irányelv** (67/548/EGK) 1. melléklete a rákkeltő anyagok közé sorolja.⁵¹ A dohányfüst mint olyan nem tartozik az EU vegyi anyagokra vonatkozó jogszabályainak hatálya alá, mivel ezek csak olyan anyagokra és készítményekre alkalmazandók, amelyeket a tagállamokban **forgalomba hoznak**.⁵²

IV. A FÜSTMENTES KÖRNYEZET MEGTEREMTÉSÉRE IRÁNYULÓ KEZDEMÉNYEZÉS ALKALMAZÁSI KÖRE

Az uniós dohányzásellenes kezdeményezés egyik kulcskérdése annak **alkalmazási köre**. Mivel a környezeti füsttartalom nagyon széles skálájú, a hatékony politikának nemcsak egyes típusokba tartozó vállalatokra vagy helyszínekre kellene kiterjednie, hanem a lehető legszélesebb körű megközelítést kell alkalmaznia.

A legátfogóbb megközelítés az lenne, ha a dohányzás teljes tilalma kiterjedne **minden zárt, vagy alapvetően zárt légtérű munkahelyre és nyilvános helyre**, a tömegközlekedést is beleértve. A korlátozások kiterjedhetnének az épületeket körülvevő szabadtéri területekre és esetleg egyéb olyan külső területekre is, ahol az emberek egymás közvetlen közelében ülnek vagy állnak, így a nyitott stadionokra és szabadtéri szórakozóhelyekre, buszmegállókra, a pályaudvarok peronjaira, stb. is. Erősen korlátozott kivételeket lehetne engedélyezni olyan helyszíneken, ahol emberek napi élete folyik (például bentlakásos intézményekben – hosszú távú tartózkodásra berendezett fogadóközpontok, pszichiátriai egységek, börtönök – külön dohányzó helyiségeket lehetne létesíteni).

Kevésbé szigorú megközelítésben a dohányzás teljes tilalma kiterjedne minden zárt, vagy alapvetően zárt légtérű munkahelyre és nyilvános helyre, **egyes kategóriák kivételével**. Az utóbbiakra minimális követelményeket kellene megállapítani, például zárt dohányzóhelyek kialakítását és szellőzési normákat írva elő. A lehetséges kivételek közé tartozhatnának a következők:

- az italmérési engedéllyel rendelkező vendéglátóipari létesítmények (éttermek, sörözők, bárók),
- azok a vendéglátóipari létesítmények, amelyek ételt nem szolgáltatnak fel.

A dohányfüstmentes környezet érdekében folytatott fellépések eredményét úgy lehetne optimálissá tenni, ha azokat uniós és/vagy tagállami szintű **támogató intézkedések** egészítenék ki. Az ilyen "kísérő politikák" közé tartoznának a füstmentes levegőhöz való jogot és a passzív dohányzás ártalmait hangsúlyozó tudatosságnövelő kampányok, és a leszokást segítő (mind viselkedési, mind gyógyszeres) terápiákhoz való könnyebb hozzáférés azok számára, akik fel akarnak hagyni a dohányzással.

1. TELJES DOHÁNYZÁSELLENES SZABÁLYOZÁS

Előnyök

Az összes lehetőség közül ez tenné lehetővé a **passzív dohányzás** és az ahhoz kötődő ártalmak **legradikálisabb csökkentését** és így minden európai polgár számára egyenlő módon biztosítaná az egészséges beltéri levegőhöz való jogot, amelyet a WHO is elismer.⁵³

A "dohányfüstmentes" országokban készült egyes tanulmányok azt igazolják, hogy a beltéri levegő a dohányzás betiltása után ugrásszerűen javult. A passzív dohányzás ártalma különösen a vendéglátóipari és a szabadidős intézményekben csökkent látványosan.⁵⁴ Ezt bizonyítja, hogy az intézkedések bevezetése után néhány hónappal mind a vendéglátóipari dolgozók légzőszervi megbetegedéseinek száma,⁵⁵ mind a szívinfarktus előfordulása és a belőle származó halálozások száma⁵⁶ is jelentős mértékben csökkent.

A tiltó jogszabályok tehetnék a legtöbbet azért is, hogy a társadalom **ne tartsa „természetes dolognak” a dohányzást**, mivel olyan környezetet teremtenének, amely a dohányzókat a fogyasztásuk csökkentésére, esetleg a dohányzás abbahagyására ösztönözné, a fiatalokat pedig nem készítené arra, hogy rászokjanak.

A dohányfüstmentes politikák hatékonyságával foglalkozó harmincöt tanulmány elemzéséből kitűnik, hogy a nyilvános helyek tiszta levegőjének biztosítása érdekében hozott jogszabályok a dohányzás gyakoriságát a össznépeségre számítva nagyjából 10%-kal csökkentik.⁵⁷ Másfelől munkahelyi dohányzással foglalkozó huszonhat tanulmány elemzése rámutat, hogy a teljes tilalom a dohányzók számát 3,8%-kal csökkenti, míg a továbbra is dohányzók naponta 3,1 cigarettával kevesebbet szívnek el.⁵⁸

A dohányzási tilalom az **aktív dohányzás visszaszorulásához** vezet: ezt bizonyítják a "füstmentes" országokból származó adatok. Röviddel az új szabályozás bevezetése után a dohánytermékek értékesítésében beálló csökkenést (Olaszországban 8%,

Norvégiában 14%) a leszokási kísérletek számának erőteljes növekedése kísérte.⁵⁹ Írorszáiban a volt dohányosok 80%-a állította, hogy az új jogszabályok késztették a leszokásra, míg 88%-ukat a törvény segítette abban, hogy ne kezdjék újra.⁶⁰ Sokan tartottak ennek ellenkezőjétől, mégis úgy tűnik, hogy a dohányzás megtiltása a nyilvános helyeken az otthoni dohányzás csökkenését is maga után vonta, elsősorban ott, ahol kisgyerekek élnek.⁶¹ Írorszáiban a füstmentes otthonok száma a tilalom életbe lépése után 8%-kal nőtt.

Ami a társadalmi hatást illeti, ez a lehetőség elsősorban a **hátrányos helyzetű gazdasági-társadalmi csoportok** tagjainak kedvezne, akik gyakrabban dohányoznak és nagy számban dolgoznak a vendéglátóipari szektorban.

Az **érvényesítés** szempontjából a dohányzási tilalmat könnyebben lehet életbe léptetni, mint a részleges megszorításokat. A jogszabályok 90%-os arányú tiszteletben tartása Olaszországban és Írorszáiban azt jelzi, hogy a teljes tilalom szinte "önmagát" hajtja végre, mert a társadalmi nyomás erőteljesen fékezi a dohányzást és jelentősen csökkenti a kényszerítő hatósági intézkedések bevezetésének szükségességét.

Hátrányok

A minden nyilvános helyre és munkahelyre vonatkozó teljes tilalom valószínűleg **ellenkezést** vált ki egyes tagországokban, ezért elfogadása és végrehajtása is megnehezülhet. A dohányipar és a vendéglátóipar nagy része egyaránt világosan jelezte, hogy ezzel a lehetőséggel ért legkevésbé egyet.

Sokan tartanak attól, hogy a dohányzási tilalom bevezetése a sörözőkben és éttermekben **árthat a szállodai és a vendéglátóipari ágazatnak**. A dohányzási tilalmat már alkalmazó államok és régiók adatai azonban arra mutatnak, hogy az ágazatban dolgozók foglalkoztatására vagy a bevételre ez nem gyakorolt általános negatív hatást.⁶³ Írorszáiban a sörözők és a bárók forgalma 2005-ben valamicskét nőtt (0,1%), és ezzel megfordult a dohányzást tiltó jogszabályok bevezetése előtt megindult csökkenő tendencia.⁶⁴ Érdemes emlékeztetni néhány statisztikai adatra, még ha olyan országokból származnak is, amelyek nem tartoznak az Európai Unióhoz. Norvégiában például az ételt és italt felszolgáló létesítményekben a forgalom enyhe (0,8%-os) csökkenését észlelték, de ez valószínűleg számos egyéb tényezőnek – többek között az időjárásnak – is tulajdonítható.⁶⁵ New York városban és Kaliforniában a vendéglátóipar legnagyobb részének a jelek szerint hasznára volt a dohányfüstmentes szabályozás.⁶⁶ Erre mutat egy 97 tanulmányt felölelő nemzetközi elemzés eredménye is, amely az objektív adatokon – így a forgalmi adóra és a foglalkoztatásra vonatkozó számadatokon – alapuló tanulmányokban nem találta nyomát negatív gazdasági hatásnak.⁶⁷

2. DOHÁNYZÁSELLENES SZABÁLYOZÁS - KIVÉTELEKKEL

Előnyök

E lehetőség keretében mind az aktív, mind a passzív dohányzás, mind pedig a dohányzás „természetes dologként” való megítélése várhatóan jobban visszaszorulna, mint ha nem hoznának intézkedéseket.

A mentességeket is biztosító jogszabályok egyes tagállamok – és elsősorban azok ipari ágazatai – számára elfogadhatóbbak lehetnek, és így kompromisszumok is könnyebben jöhetnének létre. Egyidejűleg az egyes tagállamok szabadon hozhatnának vagy tarthatnának fenn ennél szigorúbb nemzeti jogszabályokat is, amelyek mentességeket nem biztosítanak.

A mentességeket a zárt dohányzó helyiségekre és azok szellőzési normáira vonatkozó minimális követelményekkel lehetne kiegészíteni.

Hátrányok

Az egészségügyi és szociális előnyök szempontjából ez a megoldás kevésbé lenne hatékony, mint a dohányzás megtiltása.

A társadalom egyes sérülékeny csoportjai továbbra is ki lennének téve a környezeti dohányfüstnek. A szabályozás hiányossága azzal a kockázattal járhat, hogy az állampolgárok pereket indítanak a tagállamok és/vagy a munkáltatók ellen a passzív dohányzás miatt elszenvedett egészségkárosodások miatt.

A kivételek miatt ez a megoldás a teljes tiltásnál kevésbé hatna az ellen, hogy a társadalom természetes dolognak tekintse a dohányzást. A nemzetközi adatok is arra vallanak, hogy a dohányzást egyes helyeken megengedő szabályozás körülbelül feleakkora hatást gyakorol a dohányzással kapcsolatos viselkedésformákra, mint a teljes tiltás.⁶⁸

A létesítményenként eltérő rendelkezések alkalmazása továbbá bonyolultabb és költségesebb, mint az átfogó rendelkezéseké, mert több jelzéssel és ellenőrzéssel kapcsolatos követelményt tartalmaznak.

2.1. Mentesség az italárusítási engedéllyel rendelkező vendéglátóipari létesítmények számára

Mivel a vendéglátóiparban dolgozók súlyos mértékben ki vannak téve a környezeti dohányfüstnek, passzív dohányzásuk fokozott kockázatokat von maga után: a tüdőrák előfordulása körükben 50%-kal gyakoribb, mint más társadalmi csoportokban.⁶⁹ Az ebbe a szakmai kategóriába tartozók továbbra is ugyanúgy ki lennének téve mások füstjének. Az ételt és italt felszolgáló létesítmények vendégeit is ugyanez az egészségügyi kockázat fenyegetné.

A 2004-es közösségi munkaerő-felmérés (Labour Force Survey) adatai szerint a vendéglátóipari ágazat (bárok, éttermek, étkeztetés) az EU 15 tagállamában csaknem 4,3 millió személyt alkalmazott, vagyis az országokban összesen foglalkoztatottak 3%-át (a többi tíz tagállamra vonatkozó adatok nem ismertek). Ebben az ágazatban jelentős a fiatalok és a nők aránya.⁷⁰

A skót kormány által irányított hatásvizsgálat becslései szerint a halálozások számának a kisebb mértékű aktív illetve passzív dohányzásból eredő visszaesése a dohányzás teljes betiltásával elérhető csökkenésnek hozzávetőleg a fele illetve a negyede.⁷¹

2.2. Mentesség a csak italt felszolgáló sörözők és bárok számára

Ez a lehetőség a legsérülékenyebb szakmai kategória tagjait nem védelmezné a másodlagos dohányfüst belélegzése ellen. A sörözők és bárok vendégeinek sem nyújtana védelmet. Elképzelhető, hogy egyes sörözők a dohányzási tilalom megkerülése érdekében felhagynának az ételek felszolgálásával.

Ehhez járulna a jelenlegi egészségügyi egyenlőtlenségek megnövekedésének kockázata: a közelmúltban végzett brit tanulmányok szerint a környezeti dohányfüstnek a hátrányos helyzetű területeken található sörözők vendégei sokkal inkább ki vannak téve, mint a gazdagabb környékeken.⁷² A legtöbb, kizárólag italt felszolgáló létesítmény továbbá éppen ezeken a hátrányos helyzetű területeken található, és az itt üzemelő bárok és - kávéházak jobban hajlanának arra, hogy ételt többé ne szolgáljanak fel.⁷³

Az Egyesült Királyság kormánya által irányított hatásvizsgálat ennek a megoldásnak egészségügyi hasznát a dohányzás teljes betiltásával szemben 40 százalékosra becsülte (azon feltételezés alapján, hogy jelenleg a sörözők 10 - 30%-a nem szolgál fel ételt).⁷⁴

2.3. Zárt, külön szellőzéssel ellátott dohányzóhelyiségek

Az adatok azt bizonyítják, hogy a jelenleg használt (keverésen és hígításon alapuló) technológiák a vendéglátóipari ágazatban és egyéb beltéri környezetben csak korlátozott mértékben hatnak a környezeti dohányfüst-szennyeződés mértékére.⁷⁵ Az ellenőrzött környezetekben, mint például az EU INDOORTRON 'környezeti

kamrában' folytatott kísérletek szerint a levegőcsere mértékének emelése nem javítaná meg jelentős módon a beltéri levegő minőségét.⁷⁶ A levegőkiszorításon alapuló szellőztetés a dohányipar által finanszírozott egyes közelmúltbeli tanulmányok eredményei szerint hatékonyabb⁷⁷, de **a dohányfüst teljes eltávolítása szellőzés útján nem lehetséges.**⁷⁸

A dohányzásellenőrzési keretegyezmény **szerződő feleinek első konferenciája** (egyhangúlag) egyetértett abban, hogy "a bizonyítékok szerint a technikai megoldások nem nyújtanak védelmet a dohányfüst-ártalom ellen".⁷⁹ A fűtésre, hűtésre és klimatizációra szakosodott amerikai mérnökök szervezete (American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers - **ASHRAE**), amely a beltéri levegő és szellőzés területén nemzetközi normameghatározó testületként működik, 2005-ben egy dokumentumban a másodlagos dohányfüst elleni küzdelem eszközeivel kapcsolatban állást foglalt, megállapítva, hogy a környezeti dohányfüstből eredő egészségügyi kockázatok megszüntetésének egyetlen hatékony módja az épületeken belüli dohányzás betiltása.⁸⁰

A dohányzók és a nemdohányzók **zárt dohányzóhelyiségek létrehozása** révén történő fizikai szétválasztása növelheti a szellőzőrendszerek hatékonyságát a létesítmények nemdohányzó részein.⁸¹ Ugyanakkor ez a megoldás nem védelmezi a dohányzásra kijelölt helyiségben tartózkodókat és az ott dolgozókat (például felszolgálókat és takarító személyzetet), akiknek munkájukból adódóan kell ide belépniük.

A dohányzóhelyiségekhez további aggodalom is fűződik azok jelentős **pénzügyi költsége** miatt, amelyek a kisebb gazdasági szereplőket egyenlőtlen helyzet elé állíthatják⁸². A szellőzéssel ellátott dohányzó helyiségek kiterjedt **felügyeleti és ellenőrzési** infrastruktúrát tesznek szükségessé. A rendelkezésre álló adatok szerint az alkalmazott szellőzőrendszerek gyakran nem felelnek meg a törvényben rögzített normáknak.⁸³

A szellőzéssel ellátott dohányzóhelyiségek létrehozása a mentességet élvező létesítmények számára akkor lenne járható megoldás, ha azok megfelelnek a következő követelményeknek:

- tökéletesen zárt, a nemdohányzó terektől elkülönített terek,
- amelyeket a nemdohányzó helyiségektől elkülönített szellőzőberendezéssel szereltek fel,
- bennük a légnyomás negatív, hogy a dohányfüst ne terjedhessen át a többi helyiségbe,
- kizárólag dohányzás céljára szolgálnak, hogy az alkalmazottaknak munkájukhoz kapcsolódó feladatok elvégzése céljából minél kevesebbet kelljen ott tartózkodniuk.⁸⁴

Máltán, Olaszországban és Svédországban, ahol engedélyezték külön szellőzéssel ellátott dohányzóhelyiségek létrehozását, a legtöbb gazdasági szereplő úgy döntött, hogy nem folyomodik ehhez a megoldáshoz.

V. POLITIKAI LEHETŐSÉGEK

A dohányzásellenes politika céljainak megvalósítására több **különböző szakpolitikai alternatíva** kínálkozik. Olyan megoldást kellene találni, amely a célkitűzéseket a lehető legjobban megvalósítja, de a lehető legkisebb költségekkel és terhekkel jár. Az alábbi szabályozási lehetőségek sorrendjét az EU potenciális beavatkozásának növekvő intenzitása határozza meg (a cselekvés jelenlegi jellegének fenntartásától az uniós jogszabályokon alapuló új kötelező keret létrehozásáig).

Ezek az alternatívák **kölcsönösen nem zárják ki egymást**, sőt kiegészítő jelleget is ölthetnek. Egy bizottsági ajánlás például az érdekelteket és a tagállamokat önszabályozási kezdeményezésekre készítheti. Az önszabályozás eszközei másfelől szolgálhatnak a kötelező érvényű jogi szabályozás alapjául és/vagy kiegészíthetik azt (például kiterjedhetnek azokra a létesítményekre, amelyekre nézve a jogszabályok még nincsenek hatályban, vagy azokra, amelyek a dohányzás betiltása alól mentességet élveznek).

Meg kell jegyezni, hogy a különböző szakpolitikai eszközök alkalmazási köre nem egyforma. Míg a dolgozók védelméről szóló közösségi jogszabályok – tekintettel a Szerződésben előírt korlátozásokra – csak annyiban alkalmazhatók a nyilvános helyekre, amennyiben azok munkahelyek, az összes nyilvános helyre vonatkozó teljes dohányzási tilalmat nem kötelező erejű intézkedésekkel (például tanácsi vagy bizottsági ajánlással), a tagállamok által elfogadott jogalkotási intézkedésekkel és/vagy az érdekeltek önkéntes intézkedéseivel lehetne ösztönözni.

A hatékonyság érdekében minden szabályozási eszközt megvalósítható **végrehajtási** eszközöknek és átlátható **ellenőrzési** rendszernek kell kísérnie. A szabályozó intézkedések – akár uniós, akár országos/regionális szinten történő – bevezetése előtt **nyilvános konzultációt és tájékoztatási kampányokat** kell folytatni, valamint **hatásvizsgálatot** kell végezni.

1. A JELENLEGI HELYZET FENNTARTÁSA

Ez az alternatíva azt jelentené, hogy az EU nem kezd új tevékenységbe, de **folytatja** a passzív dohányzással kapcsolatos **jelenlegi fellépését** a különböző közösségi programok (közegészségügy, kutatás, foglalkoztatás) keretében. Az ezen a területen megvalósítandó szabályozás kidolgozása a tagállamok és a dohányzásellenőrzési keretegyezmény feladata lenne.

Azokat a forrásokat, amelyeket így nem használnak fel új szakpolitikai kezdeményezés kidolgozására és végrehajtására, a munkahelyi egészségvédelemre és biztonságra vonatkozó meglévő uniós ajánlások és irányelvek végrehajtására lehetne fordítani. Iránymutatást lehetne kidolgozni a munkáltatók, a munkavállalók és a tagállamok illetékes hatóságai számára a keretirányelv (89/391/EGK) jobb alkalmazása érdekében, mivel az – anélkül, hogy kifejezetten hivatkozna a passzív dohányzásra – a dolgozók egészségét és biztonságát veszélyeztető minden kockázattal foglalkozik, a dohányfüstöt is beleértve.

Erőfeszítéseket lehetne tenni a dohányfüstmentes környezet előmozdítására a jogalkotástól eltérő eszközökkel is, például tájékoztató és oktató kampányokkal, hálózatteremtő kezdeményezésekkel stb. A jelenlegi "SEGÍTSÉG" dohányzásellenes

kampány 2008-ig tart, és ezután más tudatosságnövelő kezdeményezés léphet a nyomába.

A beltéri levegő minőségével – többek között a környezeti dohányfüsttel – kapcsolatos tevékenység szintén tovább folyik, a környezetvédelmi és egészségügyi cselekvési terv 12. cselekvésének folytatásaként. A különféle projektekhez szükséges források a Life+ 2007-2010-re szóló többéves stratégiai programból⁸⁵, az Európai Közösség hetedik kutatási keretprogramjából⁸⁶ és a közegészségügyi programból⁸⁷ származnak majd.

A tagállamok fenntartanak maguknak a jogot, hogy a sajátos nemzeti körülményeknek és kulturális különbségeknek megfelelően eldöntsék, bevezetik-e – és milyen módon – a dohányzásellenes intézkedéseket. A dohányzásmentes környezet megteremtését szorgalmazó tendencia minden valószínűség szerint fennmarad, és a dohányzásellenőrzési keretegyezmény iránymutatásainak kidolgozása és közzététele nyomán erősödni fog. Több ország, köztük Dánia, Németország, Lettország, Portugália és Szlovénia kormánya már bejelentette, hogy a közeljövőben szándékában áll megerősíteni a nemzeti dohányzásellenes jogszabályokat.

Ennek ellenére várhatóan ez a megoldás lenne a legkevésbé hatékony a környezeti dohányfüstnek kitettség és az ezzel járó ártalmak csökkentése tekintetében. A különböző tagállamokban megvalósuló előrelépés valószínűleg egyenetlen lesz. A hiányos szabályozás következtében számos sérülékeny társadalmi csoport továbbra is ki lesz téve dohányfüstnek a zárt, nyilvános helyeken. Ebből következően az állampolgárok a passzív dohányzás miatt egészségüket érő ártalmak miatt pereket indíthatnak.

Mivel sokan számítanak az Unió dohányzásellenes kezdeményezéseire, a kockázat az, hogy az EU csatlódást okoz a közvéleménynek. A meglévő helyzet fenntartásával azonkívül az Unió elmulasztana egy alkalmat, amikor építhetne a dohányzásmentes környezet kialakítását támogató jelenlegi politikai impulzusokra.

2. ÖNKÉNTES INTÉZKEDÉSEK

Ennek a megoldásnak a keretében ösztönözni kellene az érdekelt feleket, hogy fogadjanak el európai szintű közös, önkéntes iránymutatásokat minél több dohányfüstmentes hely létrehozása érdekében. Elő lehetne mozdítani az ágazati megközelítést (például a szabadidős és vendéglátóipari ágazatban). A vállalatok társadalmi felelősségét ezen a területen a fejlődés alapjává lehetne tenni.

A viták elősegítésére széleskörű platformot lehetne létrehozni, amely egybegyűjtené a civil társadalmat, a gazdasági szereplőket, valamint az uniós intézmények, a tagállamok és nemzetközi szervezetek képviselőit. Az elmúlt évben ilyen platform foglalkozott az étrenddel és a testmozgással. Hasonló folyamatot javasolt a Bizottság az uniós szintű alkoholelles stratégia kidolgozása céljából is.

A másik lehetőség arra ösztönözni az európai szociális partnereket (munkáltatókat és szakszervezeteket), hogy a Szerződés 138. cikke alapján tárgyaljanak a munkahelyi dohányzásra vonatkozó önálló megállapodásról. Az európai társadalmi párbeszéd

nyugvó önszabályozás már számos alkalommal vezetett eredményhez; az európai szociális partnerek több mint 300 közös álláspontot fogadtak el.

Az önszabályozás ideális esetben gyorsabb és rugalmasabb, mint a hagyományos jogalkotási csatornák, és az érintett ágazatoknak és vállalkozásoknak alkalmat nyújt arra, hogy közvetlenebbül befolyásolják az elfogadott politikát. Az érdekelt körében továbbá létrehozza, vagy fejleszti a felelősségérzetet és a tulajdonosi tudatot. Az előrehaladás mértéke ugyanakkor attól függ, hogy az érdekelt felek hajlandók-e betartani a megállapodásokat, és hogy a végrehajtási mechanizmusok mennyire hatékonyak. A tagállamokból származó adatok sajnos arra utalnak, hogy a dohányzás ellenőrzésének területén az önkéntes megállapodások nem hatékonyak. Az önkéntes intézkedések, különösen a szabadidős és a vendéglátóipari ágazatban, eddig nem vezettek el a fő célhoz, vagyis a környezeti dohányfüst-ártalom jelentős csökkentéséhez.

Az Egyesült Királyságban öt évvel az egészségügyi minisztérium és a legnagyobb vendéglátóipari egyesületek önkéntes megállapodása után a bárók kevesebb mint 1%-a vezette be a dohányzási tilalmat.⁸⁸ Spanyolországban a 2006-os törvény lehetővé tette, hogy a 100 m²-nél kisebb bárók és éttermek önkéntes alapon váljanak nemdohányzóvá. Az első adatok arra mutatnak, hogy az érintett létesítményeknek csak 10%-a vezette be a megfelelő intézkedéseket.⁸⁹ Párizsban egy önkéntes alapú rendszer, amely a város 12 452 kávéházát, bisztróját és sörözőjét arra próbálta ösztönözni, hogy vezessenek be dohányzási tilalmat, csak alig 30 intézményben talált visszhangra.⁹⁰

3. NYÍLT KOORDINÁCIÓS MÓDSZER

Ez a megoldás a dohányzásmentes környezet érdekében tett tagállami erőfeszítéseket az úgynevezett „nyílt koordinációs módszer” alkalmazásával hangolná össze. A tagállamokat ez a módszer arra ösztönözné, hogy dohányzásellenes törvényeiket jobban közelítsék egymáshoz, noha közvetlen harmonizálásra nem lenne szükség (annak lehetősége azonban fennállna).

Ez a lehetőség a következő elemeket foglalhatná magában:

A nemzeti, regionális és helyi szinten hatékony dohányzásellenes politikák megvalósításával kapcsolatos tapasztalatok és **helyes gyakorlatok** megosztása,

- A tagállamokban és az Európai Unió kívül ismeretes sikeres tapasztalatok alapján közös uniós célkitűzések és iránymutatások meghatározása, Ezek megfelelő határidőinek megszabása, és az ellenőrzés és az alkalmazás feltételeinek meghatározása.
- Az iránymutatások "lefordítása" a passzív dohányzás csökkentésére irányuló nemzeti cselekvési tervekbe, a rövid, közép- és hosszútávú célkitűzések végrehajtásához megfelelő időpontok kijelölésével.
- Rendszeres monitoring, értékelés és kölcsönös felülvizsgálat, például éves tagállami jelentések formájában.

Számos ország és régió vált már dohányfüstmentessé, másoknak pedig szándékukban áll így tenni. A tagállamok közös problémákkal találják magukat szemben, például az ágazati szereplők ellenállásával, a közvélemény kételkedésével és a már létező intézkedések figyelmen kívül hagyásával. Az Unió koordináló tevékenysége meghonosíthatja és elősegítheti a kölcsönös tanulás és a helyes gyakorlatok megosztásának folyamatát a tagállamok között.

Ez a dohányzásellenes elkötelezettség azonban továbbra is önkéntes maradna, és nem érné szankció azokat, akik a kitűzött célokat nem teljesítik. A rendszer hatékonysága attól függ majd, hogy mekkora súlya lesz a többoldalú felügyeletnek és a tagállamok egymásra gyakorolt nyomásának.

4. BIZOTTSÁGI VAGY TANÁCSI AJÁNLÁS

E lehetőség keretében a Szerződés 152. cikkére alapozva a Bizottság vagy a Tanács a dohányfüstmentes környezetre vonatkozó és a cselekvés módozataira is kitérő ajánlással ösztönözné a tagállamokat nemzeti jogszabályok meghozására ezen a területen. Ezt a lehetőséget lehet alkalmazni önállóan, de a tagállamok közötti önszabályozási rendszer (3. lehetőség) illetve a tagállamok és/vagy a gazdasági ágazat közötti önszabályozás (2. lehetőség) keretében is.

Noha kötelező ereje nem lenne, az ajánlás világosan kifejezné a Bizottság vagy a Tanács meggyőződését, hogy cselekedni kell a passzív dohányzás megszüntetése érdekében. Az ajánlás révén ez a kérdés a tagállamok legfontosabb politikai prioritásai közé kerülne, és ezzel alátámasztaná a tagállamok fellépését.

E megoldás hatékonysága nagy mértékben függne az uniós iránymutatások egyértelműségétől és a jelentéstételi követelményektől. A meghatározott határidőkkel és mutatókkal kísért világos célkitűzéseknek (pl. azt ajánlani, hogy a munkahelyek adott hányadát tegyék dohányfüstmentessé egy meghatározott év során valamelyik ágazatban) bizonyára nagyobb hatása lenne, mint az általános jellegű ajánlásoknak. A felügyeleti rendszer létrehozására és az eredmények közzétételére vonatkozó követelmények szintén azt idézhetnék elő, hogy a közvélemény nyomást gyakorol a jobb végrehajtás és a szigorúbb politikai intézkedések érdekében.

Ez a megoldás ugyan rugalmasságot biztosítana a tagállamoknak, ám a kockázat éppen az, hogy egyes tagállamok nem cselekszenek.

5. KÖTELEZŐ EREJŰ JOGSZABÁLYOK

A Közösség ezen a területen kötelező erejű jogszabályok elfogadásához is folyamodhat. Az ilyen jogszabályok a passzív dohányzás okozta károk ellen az összehasonlítást lehetővé tevő, átlátható és érvényesíthető, alapfokú védelmet írnának elő minden tagállam számára.

A jogalkotási folyamat egyfelől minden érdekelt félre kiterjedő hivatalos konzultációkkal és alapos tárgyalásokkal jár, amelyek az eredményt még jobban megszilárdíthatják. Másfelől a jogalkotási folyamat várhatóan viszonylag hosszadalmas és a végeredményét nehéz kiszámítani.

A jogszabályok pontos jogalapját csak akkor lehetne meghatározni, amikor a jogalkotási eszköz jellegét és alkalmazási körét már pontosan meghatározták, és ennek során figyelembe kell venni a most indítandó nyilvános konzultáció eredményeit.

Néhány lehetőség már ebben a szakaszban, a nyilvános konzultáció kimenetelének sérelme nélkül is megemlíthető.

- A munkahelyi biztonságra és egészségvédelemre vonatkozó 89/391/EGK keretirányelven alapuló meglévő irányelvek felülvizsgálata. Ez a lehetőség magában foglalhatná különösen a rákkeltő anyagokra és mutagénekre vonatkozó 2004/37/EK irányelv alkalmazási körének kiterjesztését (azaz a környezeti dohányfüst belefoglalását) és/vagy a munkahelyi biztonsági és egészségvédelmi minimumkövetelményekről szóló 89/654/EGK irányelv követelményeinek megerősítését a dolgozók dohányfüst elleni védelme terén.
- Egy másik lehetőség a munkahelyi dohányzásra vonatkozó, külön irányelv elfogadása lenne.
- Fontolóra lehetne venni – noha közvetlenül nem kapcsolódik a használt dohányfüst elleni védelemhez – a veszélyes anyagokról szóló irányelv (67/548/EGK) 91módosítását a környezeti dohányfüst rákkeltő anyaggá minősítése érdekében. Ez a környezeti dohányfüstöt automatikusan a rákkeltő anyagokra és mutagénekre vonatkozó 2004/37/EK irányelv alkalmazási körébe vonná.

Az első két lehetőség alkalmazási köre a munkahelyekre korlátozódik. Alkalmazni lehetne őket vagy az összes munkahelyre, vagy csak egyes kategóriákra, és kellő mértékben biztosítania kellene a passzív dohányzásnak veszélyes mértékben kitett dolgozók megfelelő védelmét.

A Szerződés által biztosított hatáskörének gyakorlására hozott jogalkotási eszköz elfogadása végül nem zárná ki, hogy a Közösség nem kötelező erejű kiegészítő intézkedéseket is hozzon, amelyek hozzájárulhatnának az átfogó cél: a dohányfüst elleni védelem megvalósításához minden gazdasági ágazatban.

VI. ZÁRÓ MEGJEGYZÉSEK

Figyelembe véve a passzív dohányzás okozta ártalmak egyértelmű tudományos bizonyítékait, és a tiszta beltéri levegő biztosítására törekvő politikák hozzájárulását a dohányzás átfogó visszaszorulására, a Bizottság úgy ítéli meg, hogy Európa népességének egészsége szempontjából a legátfogóbb politika hajtaná a legnagyobb hasznot. Ez a politika egyenlő feltételeket biztosítana minden gazdasági szereplő számára. Az átfogó dohányzásellenes politika több sikeres példáját vezették már be világszerte, amelyek bizonyítják, hogy ez a lehetőség járható és megvalósítható.

Nyitott kérdés még az EU szerepvállalásának kívánatos mértéke, amely egyben a tagállamokban zajló aktuális fejleményektől is függ, ugyanis egyes tagállamok a közelmúltban döntöttek úgy, hogy nyilvános helyeken dohányzási tilalmat vezetnek be.

A Bizottság felkéri az Unió intézményeit, a tagállamokat és minden érdekelt európai polgárt, érintett felet és szervezetet, hogy válaszoljon a zöld könyvben felmerült kérdésekre. Különös érdeklődéssel várja az érdekeltek véleményét a következő kérdésekkel kapcsolatban:

Kérdések

- (1) A dohányfüstmentes környezetre irányuló kezdeményezés keretében alkalmazási körük szempontjából a IV pontban javasolt megközelítések közül melyik lenne a megfelelőbb: A dohányzás teljes tilalma minden zárt nyilvános helyen és munkahelyen, vagy az egyes kiválasztott kategóriák számára mentességeket is tartalmazó tilalom? Kérjük, indokolja meg döntését.
- (2) Az V. pontban leírt politikai lehetőségek közül melyik lenne a legkívánatosabb és legmegfelelőbb a dohányfüstmentes környezet megteremtése céljából? Ön szerint az EU fellépésének melyik formája szükséges a dohányzásellenes politikák céljainak megvalósításához?
- (3) Számolni kell-e a dohányzásellenes politikák egészségügyi, társadalmi vagy politikai hatására vonatkozó további minőségi vagy mennyiségi adatokkal?
- (4) Kíván-e hangot adni a zöld könyvvel kapcsolatos bármely egyéb észrevételének vagy javaslatának?

Kérjük, hogy az e kérdésekre adott válaszokat 2007. május 1-ig a következő címre küldjék (lehetőleg emailben):

European Commission/Európai Bizottság

Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság

C6 - Egészségügyi intézkedések

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

Postai cím: B-1040 Brussels/Brüsszel

Fax: (+32) 2 298 42 04

A zöld könyvre beküldött összes válasz megjelenik a Bizottság honlapján, kivéve, ha a válaszadók ennek ellenkezőjét kérik.

VII. MELLÉKLETEK

I. melléklet: Cost effectiveness of various tobacco-control measures in European Region

A*

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

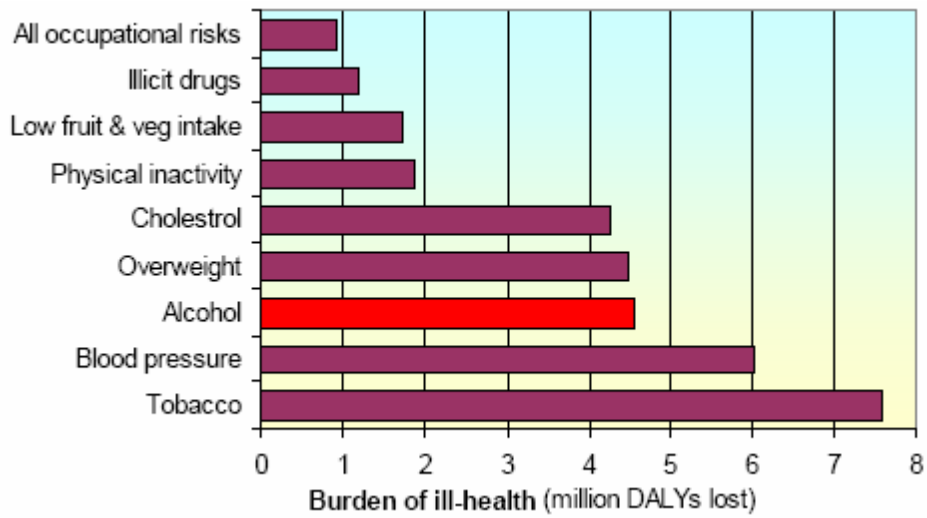
Source:

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

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

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

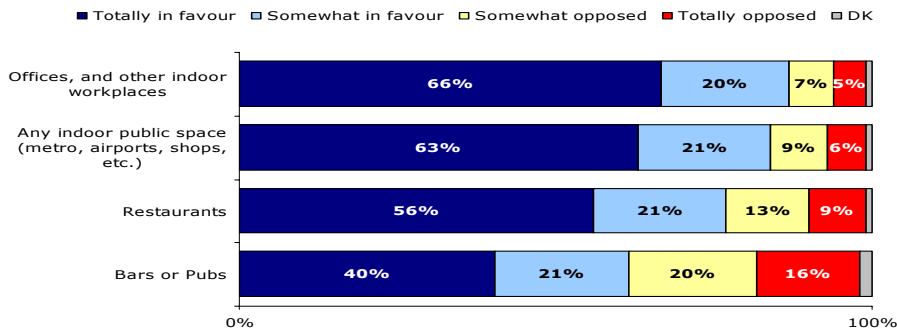
Annex II: Global burden of ill-health



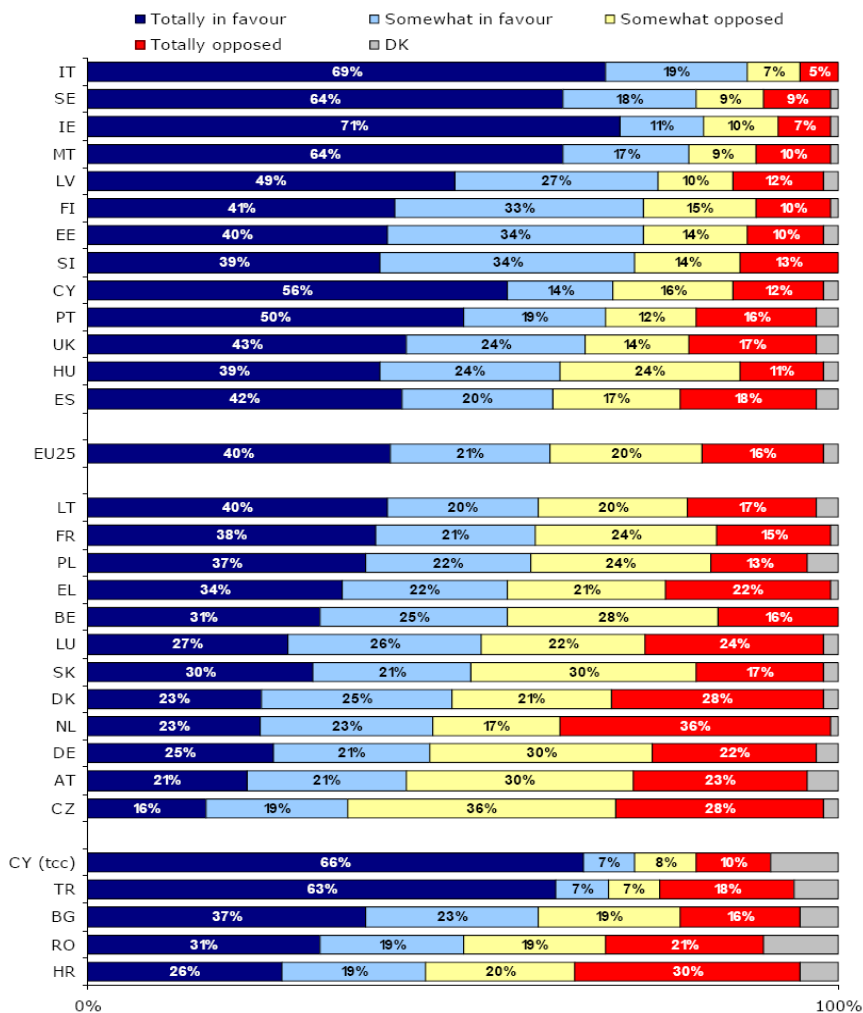
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies

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



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



Source:

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

Annex IV: References

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

[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/shsrcr-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 Az Európai Parlament 2005. február 23-i (P6_TA(2005)0045) állásfoglalása a környezetvédelem és az
egészségügy terén 2004 és 2010 között megvalósítandó európai cselekvési tervről.
37 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European
Commission 2004.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf
38 Kotzias, D. et al. 2005, The INDEX project: Critical appraisal of the setting and implementation of
indoor exposure limits in the EU, Joint research Centre, Ispra, Italy.
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/pollution/fp_pollution_2002_frep_02.pdf
39 Franchi, M. et al. 2003. Towards Healthy Air in Dwellings in Europe - The THADE Report. European
Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA).
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf
40 For an overview of court cases see: "Smoke free workplaces: Improving the health and well-being of
people at work". Brussels: European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001, pp. 84-97.
41 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.
42 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31-34.
43 OJ L 183, 29.6.1989, p. 1-8.
44 See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.

45 OJ L 393, 30.12.1989, p. 1–12.
46 OJ L 245, 26.8.1992, p. 6–22.
47 OJ L 348, 28.11.1992, p. 9–24.
48 OJ L 404, 31.12.1992, p. 10–25. In addition, this Directive bans smoking in areas subject to particular
fire or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.
49 OJ L 158, 30.4.2004, p. 50–76.
50 OJ L 263, 24.9.1983, p. 25–32.
51 OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.
52 It should be noted that currently there is a proposal aiming at modifying the Directive (COM 2003-644)
but it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.
53 World Health Organisation. The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting, Copenhagen,
Denmark; 2000. URL http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9
54 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk
following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and
air nicotine levels in bars. *Tob. Control.* 2005 Dec;14(6):384-8.
Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and
After the Smoking Ban in Italy. *J Occup Environ Med.* 2005 Dec;47(12):1208-10.
How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs”, March 2006, Harvard
School of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTFS, OTC.
Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree
Law. Wellington: Ministry of Health.
Repac 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/shscre-04.asp>

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

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

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

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

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

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

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

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

-
- 77 Jacobs, P., de Jong, P. and de Gids, W.F., (2006) 'Decentralised smoke displacement system using recirculation and filtration', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) 'An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec Consulting Ltd., July 2004.
- 78 Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006.
Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, op. cit.
- 79 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention.
http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf
- 80 Samet, J.; Bohanon, Jr., H.R.; Coultas, D.B.; Houston, T.P.; Persily, A.K.; Schoen, L.J.; Spengler, J.; Callaway, C.A., "ASHRAE position document on environmental tobacco smoke," American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), 30 June 2005.
- 81 *Ibidem*
- 82 De Gids W.F., Opperhuizen A., *op. cit.*
- 83 Wong S (2004) Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York Region February - April 2003. Presentation, 11th April 2003.
- 84 New technologies, for example catalysing paints, have been developed with a capacity to reduce odours, tobacco smoke, ozone, nitrogen and sulphate oxides and organic volatile compounds. Once definitely tested and verified, these new catalysing paints could be used as a complementary technology in smoking rooms.
- 85 **COM(2004) 0621 final - COD 2004/0218.**
- 86 **COM(2005) 0119 final - COD 2005/0043.**
- 87 COM(2006) 234 final - COD 2005/0042A.
- 88 The Public Places Charter on smoking. Industry progress report. The Charter Group, April 2003.
- 89 Fernandez E. Spain: going smoke free. *Tob Control*. 2006 Apr;15(2):79-80.
- 90 'Voluntary smoke-free plan not working in Paris' - *Guardian*, 16/02/05
<http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>.
- 91 OJ 196, 16.8.1967, p. 1-98.