



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 30.1.2007  
COM(2007) 27 definitief

## **GROENBOEK**

**Op weg naar een rookvrij Europa: beleidsopties op EU-niveau**

(door de Commissie ingediend)

## INHOUDSOPGAVE

I.	INLEIDING .....	4
II.	RECHTVAARDIGING VOOR ACTIE .....	5
1.	Gezondheidsoverwegingen .....	5
1.1.	Belasting voor de gezondheid door blootstelling aan omgevingstabaksrook .....	5
1.2.	Blootstellingsniveaus .....	6
1.3.	De impact van het “rookvrij”-initiatief .....	7
2.	Economische overwegingen .....	7
2.1.	De economische belasting .....	7
2.2.	De impact van het "rookvrij"-initiatief .....	8
2.3.	Het risico van onbedoelde gevolgen .....	8
3.	Sociale overwegingen .....	9
3.1.	Publieke steun voor "rookvrij"-wetgeving .....	9
3.2.	De uitwerking op de tabaksconsumptie .....	9
3.3.	De uitwerking op de sociale rechtvaardigheid .....	10
4.	Momentum voor maatregelen .....	10
III.	HUIDIG REGELGEVEND KADER .....	11
1.	Nationale bepalingen .....	11
2.	Bestaande communautaire bepalingen .....	12
IV.	REIKWIJDTE VAN ANTIROOKINITIATIEF .....	13
1.	Algeheel wettelijk rookverbod .....	13
2.	Rookverbod met vrijstellingen .....	15
2.1	Vrijstelling voor de horeca met vergunning .....	16
2.2	Vrijstelling voor cafés en bars die geen eten serveren .....	16
2.3	Afgesloten, apart geventileerde rookruimten .....	16
V.	BELEIDSOPTIES .....	17
1.	Geen wijziging in de huidige situatie .....	18
2.	Vrijwillige maatregelen .....	19
3.	Open coördinatiemethode .....	20
4.	Aanbeveling van de Commissie of de Raad .....	21

5.	Bindende wetgeving.....	21
VI.	SLOTOPMERKINGEN.....	22
VII.	BIJLAGEN .....	24

## I. INLEIDING

Blootstelling aan omgevingstabaksrook – ook wel “meeroken” of “passief roken” genoemd – blijft een wijdverbreide bron van ziekte en sterfte in de Europese Unie. Dit brengt aanzienlijke kosten met zich mee voor de samenleving als geheel.

Een gecoördineerde inspanning om tot een “rookvrij Europa” te komen is een van de prioriteiten van het gezondheidszorg-, milieu-, werkgelegenheids- en onderzoeksbeleid van de Europese Commissie. In haar Europees actieplan voor milieu en gezondheid 2004-2010 zegde de Commissie toe om “acties te ontwikkelen om de luchtkwaliteit in gebouwen te verbeteren, met name door het roken op alle werkplekken te beperken met behulp van zowel wetgeving als initiatieven ter bevordering van de volksgezondheid op zowel Europees niveau als op het niveau van de lidstaten.”

Er zijn reeds belangrijke stappen gezet om het creëren van rookvrije plekken in de EU te bevorderen. In de vroege jaren negentig heeft de EU in een aantal richtlijnen inzake gezondheid en veiligheid op het werk bepaalde beperkingen gedefinieerd ten aanzien van roken op het werk. Deze werden aangevuld door de Resolutie van de Raad van 1989<sup>1</sup> en de Aanbeveling inzake de preventie van roken van 2002<sup>2</sup>, waarin de lidstaten worden opgeroepen bescherming te bieden tegen blootstelling aan omgevingstabaksrook in afgesloten werk- en openbare ruimten en in het openbaar vervoer. Er werd niet alleen op wetgevend terrein actie ondernomen, maar er werden ook twee antitabakscampagnes gevoerd in de media – “Feel free to say no” (2001-2004) en “HELP: For a life without tobacco” (2005-2008) – waarin de gevaren van passief roken werden benadrukt en een tabaksvrije levensstijl werd gepropageerd, met name onder jongeren.

De nationale wetgeving van de lidstaten loopt erg uiteen. De Commissie verwelkomt het uitstekende voorbeeld van Ierland, Italië, Malta, Zweden en in delen van het Verenigd Koninkrijk. Zij moedigt alle lidstaten aan om de invoering van doeltreffende maatregelen ter bescherming van hun bevolking tegen de schadelijke effecten van passief roken voortvarend ter hand te nemen.

Op internationaal niveau is de Kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie voor de bestrijding van tabaksgebruik (WHO FCTC) ondertekend door 168 partijen en geratificeerd door 141 partijen<sup>3</sup>. In de kaderovereenkomst wordt erkend “dat wetenschappelijk onderzoek onomstotelijk heeft uitgewezen dat blootstelling aan tabaksrook sterfte, ziekte en invaliditeit veroorzaakt.” De kaderovereenkomst verplicht de Gemeenschap en haar lidstaten om blootstelling aan omgevingstabaksrook in afgesloten werk- en openbare ruimten en in het openbaar vervoer tegen te gaan.

Met dit groenboek wil de Europese Commissie de aanzet geven tot een brede raadplegingsprocedure en een open maatschappelijke discussie, waarbij de instellingen van de Europese Unie, de lidstaten en de maatschappelijke organisaties betrokken zijn, teneinde het passief roken in de EU zo goed mogelijk te bestrijden.

De Commissie zal de opmerkingen die zij ontvangt naar aanleiding van dit groenboek grondig analyseren en op basis daarvan besluiten tot mogelijke verdere

actie. Het verslag met de samenvatting van de uitkomsten van de raadpleging wordt in de eerste helft van 2007 verwacht. Tegelijkertijd zal het bredere werk aan de verbetering van de luchtkwaliteit in gebouwen worden voortgezet in het kader van het actieplan voor milieu en gezondheid.

## II. RECHTVAARDIGING VOOR ACTIE

### 1. GEZONDHEIDSOVERWEGINGEN

#### 1.1. Belasting voor de gezondheid door blootstelling aan omgevingstabaksrook

Omgevingstabaksrook bevat meer dan 4 000 chemicaliën, waaronder 50 bekende carcinogenen en vele giftige stoffen. Er is geen veilig niveau van blootstelling aan omgevingstabaksrook geconstateerd, en naar verwachting zal verder onderzoek een dergelijk niveau ook niet weten te identificeren.

Omgevingstabaksrook is geclassificeerd als een **bekend menselijk carcinogeen** door het US Environmental Protection Agency in 1993, door het U.S. Department of Health and Human Services in 2000 en door het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek van de WHO in 2002. Daarnaast is omgevingstabaksrook geclassificeerd als een **carcinogeen op de werkplek** door de Finse (2000) en Duitse (2001) overheid. Het California Environment Protection Agency heeft tabaksrook pas geleden geclassificeerd als een “**giftige luchtverontreinigende stof**”.

Verscheidene recente studies bevestigen de ernstige gezondheids- en sterfterisico's die verbonden zijn aan passief roken<sup>4</sup>. Onderzoek wijst uit dat chronische blootstelling aan omgevingstabaksrook de oorzaak is van veel van de ziekten die ook worden veroorzaakt door actief roken, zoals longkanker, hart- en vaatziekten en kinderziekten.

Een studie van het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek van de WHO heeft uitgewezen dat niet-rokers met een rokende huisgenoot 20 à 30 procent meer kans hebben op longkanker. Het extra risico door blootstelling op de werkplek is naar schatting 12 à 19 procent<sup>5</sup>. Het verband tussen de blootstelling aan omgevingstabaksrook en andere soorten kanker is minder duidelijk.

Onder één dak wonen met een roker blijkt de kans op coronaire hartziekten bij niet-rokers te verhogen met **25 à 30 procent**<sup>6</sup> (uit een recente studie blijkt dat dit cijfer in werkelijkheid hoger zou kunnen liggen)<sup>7</sup>. Ook worden er steeds meer aanwijzingen gevonden voor een oorzakelijk verband tussen passief roken en ataques bij niet-rokers, hoewel verder onderzoek nodig is om het risico te schatten<sup>8</sup>.

Passief roken wordt in verband gebracht met **ademhalingsaandoeningen**<sup>9</sup> en is een voornamelijk bron van verergering van astma, allergieën en chronische specifieke respiratorische aandoeningen, wat kan leiden tot sociale uitsluiting en uitsluiting van de arbeidsmarkt. Uit een recent pan-Europees onderzoek onder mensen met ernstige astmasymptomen kwam naar voren dat gezonde lucht kunnen inademen een van hun grootste wensen voor de toekomst was<sup>10</sup>.

Meeroken is met name gevaarlijk voor **jonge kinderen en zuigelingen**. Het wordt in verband gebracht met wiegendood, longontsteking, bronchitis, astma, ademhalingsmoeilijkheden en middenooraandoeningen. Indien **zwangere vrouwen** worden blootgesteld aan omgevingstabaksrook kan dit een lager geboortegewicht, foetusdood en premature bevalling tot gevolg hebben<sup>11</sup>.

In het meest recente onderzoek komt naar voren dat blootstelling aan omgevingstabaksrook het risico verdubbelt op leeftijdgerelateerde maculaire degeneratie, de voornaamste oorzaak van verlies van het gezichtsvermogen in de EU<sup>12</sup>.

De meeste voor de gezondheid nadelige gevolgen van blootstelling aan omgevingstabaksrook vertonen een lineaire dosis-effectrelatie. Met andere woorden: het risico neemt in gelijke mate toe met de blootstelling. Het individuele risico is kleiner dan bij actief roken (bijvoorbeeld 1,2 resp. 20 voor longkanker). Niettemin is de ziektelast aanzienlijk door het feit dat grote aantallen mensen worden blootgesteld.

De **dosis-effectrelatie** voor hartziekten is **niet-lineair**. Iemand die passief rookt heeft maar liefst bijna half zoveel risico een hartziekte te krijgen als iemand die twintig sigaretten per dag rookt. Ook heel kleine doses tabaksrook kunnen een onmiddellijk effect hebben op het ontstaan van stremmingen in de bloedsomloop en trombose, alsmede een langetermijneffect op de ontwikkeling van arteriosclerosis – allemaal belangrijke factoren bij hartziekten<sup>13</sup>. Dit heeft een enorme impact: hartziekten vormen de meest voorkomende doodsoorzaak in de EU onder zowel rokers als niet rokers.

Volgens de meest recente – conservatieve – schattingen door het partnerschap van de European Respiratory Society, Cancer Research UK en het Franse Institut National du Cancer overlijden er ieder jaar **meer dan 79 000 volwassenen** in de 25 landen van de EU als gevolg van passief roken. Er zijn bewijzen dat passief roken **op het werk** in de EU in 2002 geleid heeft tot **7 000 sterfgevallen**. Blootstelling aan omgevingstabaksrook **thuis** was verantwoordelijk voor nog eens **72 000 doden**. In deze schattingen zijn opgenomen: sterfgevallen door hartziekten, longkanker en enkele ademhalingsaandoeningen die worden veroorzaakt door passief roken. Niet opgenomen zijn sterfgevallen door toedoen van andere omstandigheden die in verband staan met blootstelling aan omgevingstabaksrook (zoals longontsteking), overleden kinderen en de vele andere ernstige, zowel acute als chronische, aandoeningen die worden veroorzaakt door passief roken<sup>14</sup>.

## 1.2. Blootstellingsniveaus

Blootstelling aan omgevingstabaksrook komt het meest voor **thuis** en op de **werkplek**<sup>15</sup>. Volgens het rapport uit 1998 van het Information System on Occupational Exposure to Carcinogens (**CAREX**) was blootstelling aan omgevingstabaksrook de op een na meest voorkomende vorm van blootstelling aan carcinogenen (na zonnestraling) in de EU-15. Circa 7,5 miljoen Europese werknemers werden in de periode 1990-1993 minimaal **75 procent van hun werktijd** blootgesteld aan omgevingstabaksrook<sup>16</sup>.

Een studie naar een aantal openbare plaatsen in zeven Europese steden in 2001-2002 bracht aan het licht dat er in de meeste onderzochte openbare plaatsen tabaksrook aanwezig was, zoals vrijetijds- en horecagelegenheden, openbaar vervoer, ziekenhuizen en onderwijsinstellingen. De hoogste concentraties omgevingstabaksrook werden aangetroffen in bars en discotheken. Vier uur blootgesteld worden aan omgevingstabaksrook in een discotheek resulteerde in eenzelfde blootstellingsniveau als een maand met een rokende huisgenoot leven<sup>17</sup>. De bevinding dat de blootstellingsniveaus buitengewoon hoog zijn in horecagelegenheden wordt geschraagd door andere onderzoeken. Daarin kwam naar voren dat barpersoneel gemiddeld minimaal drie keer zoveel wordt blootgesteld aan omgevingstabaksrook als mensen met een rokende huisgenoot<sup>18</sup>.

De invoering van rookverboden in sommige lidstaten en in bepaalde locatiecategorieën heeft recentelijk geleid tot de vrijwel volledige uitbanning van blootstelling aan omgevingstabaksrook op het werk. In landen zonder uitgebreide beperkingen blijft de blootstelling hoog, met name in de horeca en de vrijetijdssector<sup>19</sup>.

Teneinde de blootstelling aan omgevingstabaksrook in de gehele EU te schatten, heeft de EU Expert Group on Human Biomonitoring (groep deskundigen inzake menselijke biomonitoring van de EU)<sup>20</sup> aanbevolen om cotinine (een belangrijke biologische marker van blootstelling aan omgevingstabaksrook) op te nemen in de lijst van kandidaten voor het toekomstige pilotproject van de EU over menselijke biomonitoring. Deze aanbeveling is bij verschillende gelegenheden door lidstaten gesteund.

### 1.3. De impact van het “rookvrij”-initiatief

Activiteiten voor een rookvrije omgeving zouden niet alleen mensen beschermen tegen de schadelijke gevolgen van blootstelling aan omgevingstabaksrook, maar ook bijdragen aan de vermindering van het tabaksgebruik onder de gehele bevolking. Beperking van passief en actief roken heeft de volgende effecten op de volksgezondheid: **minder ziekte en sterfte** door toedoen van belangrijke ziekte typen – met name longkanker, coronaire hartziekten, ademhalingsaandoeningen en ataques – en een hogere levensverwachting. Hoewel het dertig jaar kan duren voordat deze gezondheidsvoordelen volledig worden verwezenlijkt, zullen naar verwachting binnen 1 à 5 jaar aanzienlijke verbeteringen hun intrede doen, met name op het terrein van ademhalingsaandoeningen en hart- en vaatziekten.

Volgens het CHOICE-project van de WHO zijn rookvrije openbare plaatsen de **op een na doeltreffendste vorm van interventie** ter verlaging van het sterfte- en ziektecijfer in verband met tabaksgebruik, na belastingverhogingen. (zie Bijlage I).

## 2. ECONOMISCHE OVERWEGINGEN

### 2.1. De economische belasting

Uit gegevens uit lidstaten (Verenigd Koninkrijk, Ierland) en uit landen van buiten de EU komt naar voren dat de blootstelling aan omgevingstabaksrook tot torenhoge private en sociale kosten leidt, al moet er nog een schatting worden gemaakt van de

totale belasting voor de EU-27. Tot de belasting voor de **economie als geheel** behoren de directe kosten voor hogere uitgaven voor de gezondheidszorg met betrekking tot tabaksgerelateerde ziekten. Ook worden er indirecte kosten gemaakt in verband met productiviteitsverliezen en worden er minder belastingen en socialeverzekeringsbijdragen geïnd bij actieve en passieve rokers die anders betaalde arbeid hadden verricht<sup>21</sup>.

De economische belasting is vooral hoog voor **werkgevers**, bijvoorbeeld door rookpauzes, meer ziekmeldingen en de daarmee gepaard gaande lagere productiviteit van deze werknemers. Ook brandschade, extra schoonmaakkosten en noodzakelijke opknappbeurten van het interieur leiden tot hogere kosten<sup>22</sup>. In Canada werden de jaarlijkse kosten per rokende werknemer, vergeleken met de kosten voor een vergelijkbare niet-rokende werknemer, geschat op \$2 565 in Canadese dollars (1995). Het verlies voor Schotse werkgevers door toedoen van een lagere productiviteit, meer afwezigheid en brandschade veroorzaakt door roken werd voor 1997 becijferd op 0,51 procent à 0,77 procent van het Schotse bbp. In Ierland lag de schatting hiervoor op 1,1 à 1,7 procent van het bbp in het jaar 2000.<sup>23</sup>

## 2.2. De impact van het "rookvrij"-initiatief

Op de langere termijn kan de mogelijke verbetering van de volksgezondheid door een "rookvrij"-beleid een **enorm economisch effect** hebben. In de beoordelingen door de regering van het Verenigd Koninkrijk van de impact van de wetgeving wordt de nettobesparing die een uitgebreide "rookvrij"-wetgeving oplevert geraamd op £1,714-2,116 miljard per jaar<sup>24</sup>. In Schotland, Wales en Noord-Ierland worden de nettobesparingen van rookverboden becijferd op respectievelijk £4,387 en £2,096 miljard over een periode van dertig jaar, en £1,101 miljard over een periode van twintig jaar<sup>25</sup>.

## 2.3. Het risico van onbedoelde gevolgen

Een "rookvrij"-beleid zal sommige rokers motiveren om te stoppen met roken of om minder te gaan roken. Dat kan leiden tot **lagere winsten voor de tabaksindustrie** en dientengevolge tot vermindering van de werkgelegenheid in de tabaksector. Echter, de werkgelegenheid in de tabaksector maakt een betrekkelijk gering deel uit van de totale werkgelegenheid in de EU. In het jaar 2000 bedroeg de tabaksgerelateerde werkgelegenheid (tabaksteelt, -verwerking en -productie) 0,13 procent van de totale werkgelegenheid in de EU-15<sup>26</sup>. Bovendien zal het geld dat momenteel aan tabak wordt besteed straks vermoedelijk worden uitgegeven aan andere goederen en diensten, wat tot meer werkgelegenheid leidt in andere sectoren van de economie.

Beperking van het actieve roken zal eveneens betekenen dat **de lidstaten minder belastinginkomsten** (accijnzen, BTW) genereren uit sigaretten. Daarbij dient te worden aangetekend dat in de meeste EU-landen de belastingen op sigaretten de overheid weliswaar niet onaanzienlijke inkomsten opleveren, maar procentueel gezien toch geen wezenlijk deel van de staatsbegroting uitmaken (1 à 5 procent). Uitzonderingen op de regel vormen de Tsjechische Republiek, Polen en Griekenland, waar de belastingopbrengsten in 1999 voor respectievelijk 6, 7 en 9 procent uit tabaksaccijnzen bestonden<sup>27</sup>. Afgezien van een daling van de kosten voor de samenleving, zou ook het besteedbare inkomen van huishoudens waarin wordt gerookt toenemen als rookverboden zouden worden ingevoerd. Alternatieve



investerings en bestedingen door dergelijke huishoudens zouden resulteren in extra BTW-inkomsten, waardoor de weggevalen belastinginkomsten weer gedeeltelijk zouden worden gecompenseerd.

Er kan enig productieverlies worden verwacht van verstokte rokers die op dit moment nog op het werk mogen roken, en die rookpauzes buiten het gebouw zullen nemen.

### 3. SOCIALE OVERWEGINGEN

#### 3.1. Publieke steun voor "rookvrij"-wetgeving

Bijna 70 procent van de EU-burgers rookt niet<sup>28</sup> en onderzoek toont aan dat de meerderheid van de rokers wil stoppen met roken<sup>29</sup>.

Volgens de recente **Eurobarometer-enquête** over de houding van de Europeanen tegenover tabak<sup>30</sup> beseft driekwart van de Europeanen dat tabaksrook een gezondheidsrisico inhoudt voor niet-rokers, terwijl 95 procent erkent dat roken in gezelschap van een zwangere vrouw erg gevaarlijk kan zijn voor de baby.

Uit de uitkomsten van de enquête blijkt dat **“rookvrij”-beleid populair is onder de EU-burgers** (zie bijlage III). Meer dan vier van de vijf respondenten zijn voor een rookverbod op het werk (86 procent) en in alle openbare ruimtes (84 procent). Een meerderheid van de Europeanen is ook voor het verbieden van roken in bars (61 procent) en restaurants (77 procent). In de vier lidstaten waar roken in horecagelegenheden al is verboden, is de steun voor een rookvrije cafés (ruim 80 procent) en restaurants (ruim 90 procent) het grootst. Dit is wederom een aanwijzing dat de steun aan “rookvrij”-beleid een stijgende tendens vertoont gedurende de aanloop naar de invoering en nog verder toeneemt na tenuitvoerlegging<sup>31</sup>.

#### 3.2. De uitwerking op de tabaksconsumptie

Een belangrijk bijkomend voordeel van “rookvrij”-beleid is dat het bewustzijn bij de mensen ten aanzien van de gevaren van actief en passief roken wordt vergroot, wat bijdraagt aan de **“denormalisering” van roken** binnen de samenleving. Het ligt voor de hand dat de verandering in de perceptie ertoe leidt dat het rookgedrag verandert. Enkele hoofdpunten:

- Rokers zullen gemakkelijker besluiten om te stoppen met roken of om te minderen. Het zal gemakkelijker worden hen bij het stoppen te helpen.<sup>32</sup>
- Kinderen en jongeren worden ontmoedigd om te beginnen met roken.<sup>33</sup> Rookverboden in amusementscentra – waar jongeren vaak “experimenteren” met sigaretten – hebben naar verwachting het meeste effect.
- Rokers worden ontmoedigd om te roken in het bijzijn van niet-rokers, met name van kinderen en zwangere vrouwen, zelfs als er geen wettelijke beperkingen gelden (bijvoorbeeld binnenshuis of in de eigen auto)<sup>34</sup>. Dit is van belang, gezien het feit dat de meeste schade bij kinderen wordt aangericht door passief roken in huis, waar geen wettelijke beperkingen kunnen worden opgelegd.

### 3.3. De uitwerking op de sociale rechtvaardigheid

“Rookvrij”-beleid kan ook bijdragen aan de vermindering van sociaaleconomische ongelijkheid op het terrein van de gezondheid. Gezien het feit dat mensen met een lage opleiding, een laag inkomen en een beroep dat in laag aanzien staat een aanzienlijk grotere kans hebben om te gaan roken of om te worden blootgesteld aan omgevingstabaksrook, mag worden verwacht dat de meest misdeelde groepen in de samenleving het meest zullen profiteren van het instellen van rookvrije zones.

## 4. MOMENTUM VOOR MAATREGELEN

Als partij bij de **WHO-Kaderovereenkomst voor de bestrijding van tabaksgebruik (FCTC)** is de Gemeenschap wettelijk verplicht tot het nemen van maatregelen voor rookvrije ruimten. Volgens artikel 8 van de FCTC heeft elke partij zich verplicht tot het vaststellen en uitvoeren van doelmatige wetgevende, uitvoerende, bestuurlijke en/of overige maatregelen om te voorzien in bescherming tegen de blootstelling aan tabaksrook op afgesloten werkplekken, in het openbaar vervoer, in afgesloten openbare gelegenheden en waar van toepassing op andere openbare plaatsen. De in februari 2006 gehouden eerste Conferentie van de partijen bij de FCTC kwam overeen om richtlijnen voor rookvrije ruimten op te stellen en die te presenteren aan tweede Conferentie van de partijen, die voor de eerste helft van 2007 op de agenda staat.

De **Raad van de Europese Unie** verzocht in zijn aanbeveling van 2002 inzake de preventie van roken en initiatieven ter verbetering van de bestrijding van het tabaksgebruik de Commissie “na te gaan in hoeverre de in deze aanbeveling neergelegde maatregelen doeltreffend zijn en te bezien of verdere maatregelen noodzakelijk zijn, met name indien er op de interne markt verschillen worden geconstateerd op gebieden die onder deze aanbeveling vallen.” Verder waren de lidstaten het er tijdens de in september 2005 gehouden bijeenkomst van het **Comité voor tabaksregelgeving**<sup>35</sup> over eens dat een Commissie-initiatief in de vorm van een groenboek of mededeling zou bijdragen tot de verspreiding van goede praktijken en een steun in de rug zou zijn voor het streven naar rookvrije ruimten op nationaal niveau.

Het **Europees Parlement** zei in februari 2005 in zijn resolutie over het Europees actieplan voor milieu en gezondheid van de Commissie verheugd te zijn dat “de Commissie de wil betoont om voort te gaan met de acties om het roken in gesloten ruimten te verbieden” en spoorde haar ertoe aan “om (...) tabaksrook in het milieu te klasseren als kankerverwekkende stof van klasse 1”<sup>36</sup>.

De toegevoegde waarde van de maatregelen van de EU is ook erkend in het verslag “**Tabak of gezondheid in de Europese Unie**”, dat voor de Commissie is opgesteld door een groep deskundigen op het gebied van de bestrijding van tabaksgebruik<sup>37</sup>. Op de wenselijkheid van interventie op Europees niveau is verder gewezen in twee pan-Europese projecten betreffende binnenluchtverontreiniging in het kader van het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid. Het door het Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek van de EU gepubliceerde **INDEX-verslag** noemde vijf chemicaliën met hoge prioriteit (die allemaal voorkomen in tabaksrook) waarvoor een regeling in binnenruimten nodig is, en bevatte de

aanbeveling het roken van tabak te verbieden in alle binnenruimten die onder het publiek recht vallen en op de werkplek<sup>38</sup>. Dezelfde aanbeveling is gedaan in het **THADE-verslag**<sup>39</sup>, waarin omgevingstabaksrook werd aangemerkt als veruit de hoofdverantwoordelijke voor de deeltjesconcentratie in gebouwen waar tabak wordt gerookt.

### III. HUIDIG REGELGEVEND KADER

#### 1. NATIONALE BEPALINGEN

In alle lidstaten bestaat een duidelijke trend naar rookvrije ruimten, onder meer aangedreven door wettelijke voorschriften op communautair en internationaal niveau. Alle lidstaten beschikken momenteel over de een of andere regelgeving om de blootstelling aan omgevingstabaksrook en de schadelijke gevolgen ervan voor de gezondheid te beperken. De regelgeving loopt qua reikwijdte en aard sterk uiteen.

Een volledig rookverbod in **alle besloten openbare ruimten en op alle werkplekken**, met inbegrip van bars en restaurants, is al ingesteld in Ierland (maart 2004) en Schotland (maart 2006). In Noord-Ierland, Engeland en Wales treedt in de zomer van 2007 wetgeving in werking waarbij een volledig rookverbod is geregeld.

In Italië (januari 2005), Malta (april 2005) en Zweden (juni 2005) zijn wettelijke rookverboden ingevoerd die in bepaalde uitzonderingen voorzien: werkgevers hebben de mogelijkheid om speciale afgesloten rookruimtes met aparte ventilatiesystemen in te richten. Vergelijkbare maatregelen zullen worden ingevoerd in Frankrijk in februari 2007 (overgangperiode voor horecagelegenheden tot januari 2008) en in Finland in juni 2007. Litouwen wordt in januari 2007 rookvrij (met uitzondering van speciaal ingerichte "sigaren- en pijprokersclubs").

In een aantal andere lidstaten is roken verboden in alle afgesloten openbare ruimten en alle werkplekken, met **uitzondering van de horecasector**, waar gedeeltelijke beperkingen gelden. Voorbeelden zijn België, Cyprus, Estland, Finland, Nederland, Slovenië en Spanje.

De meeste lidstaten hebben bij wet een verbod van of beperkingen op het roken ingesteld voor **grote openbare ruimten**, zoals zorg-, onderwijs- en overheidsinstellingen, theaters, bioscopen en openbaar vervoer. Rookbeperkingen op de werkplek zijn minder algemeen. De vorm van de maatregelen loopt uiteen van een resolutie of vrijwillige afspraak tot strikte wetgeving met sancties in geval van niet-naleving.

In verband met onvolledige regelgeving of onvoldoende handhaving zijn tegen nationale regeringen en werkgevers door burgers vaak rechtszaken aangespannen wegens schade aan hun gezondheid als gevolg van passief roken<sup>40</sup>.

In diverse lidstaten zijn nationale bepalingen uitgebreid met strengere regelgeving **op regionaal en/of lokaal niveau**. Het rechtskader is tevens aangevuld met zelfregulerende maatregelen, waarbij een toenemend aantal werkplekken, scholen, ziekenhuizen en openbaarvervoervoorzieningen op vrijwillige basis rookvrij wordt. Er wordt steeds meer gedaan om medewerkers te helpen met roken te stoppen en om

het idee van gezonde binnenlucht onder de aandacht te brengen als fundamenteel recht van iedere burger en medewerker.

## 2. BESTAANDE COMMUNAUTAIRE BEPALINGEN

Op EU-niveau is de kwestie van rookvrije ruimten geregeld via **niet-bindende resoluties en aanbevelingen**, waarin de lidstaten werden aangemoedigd om te voorzien in adequate bescherming tegen blootstelling aan omgevingstabaksrook. Met name in **Resolutie van de Raad 89/C 189/01** betreffende het rookverbod in ruimten bestemd voor het ontvangen van publiek<sup>41</sup> werden de lidstaten opgeroepen tot het nemen van maatregelen om roken in openbare ruimten en in alle vormen van openbaar vervoer te verbieden. Het meest recent is de **Aanbeveling van de Raad 2003/54/EG** betreffende het rookverbod in ruimten bestemd voor het ontvangen van publiek<sup>42</sup>, waarin de lidstaten worden opgeroepen tot het nemen van doeltreffende maatregelen die voorzien in bescherming tegen blootstelling aan omgevingstabaksrook in afgesloten werkplekken, besloten openbare ruimtes en het openbaar vervoer.

**Kaderrichtlijn 89/391/EEG over veiligheid en gezondheid op het werk**<sup>43</sup> gaat weliswaar niet expliciet in op tabaksrook maar geldt wel voor alle risico's voor de veiligheid en gezondheid van werknemers<sup>44</sup>. Deze richtlijn verplicht de individuele werkgever om de risico's op de werkplek te evalueren en gepaste preventie- en beschermingsmaatregelen te treffen.

Daarnaast bevat een aantal afzonderlijke richtlijnen over veiligheid en gezondheid bepalingen ter **bescherming van werknemers tegen omgevingstabaksrook** door het stellen van "**minimumeisen**" voor specifieke risico's (zie hoofdstuk IV hierna). Deze richtlijnen worden door de lidstaten omgezet in nationale wetgeving en dienen naar behoren te worden gehandhaafd. Volgens het Verdrag is het lidstaten toegestaan strengere maatregelen in te voeren.

**Richtlijn 89/654/EEG over minimumvoorschriften inzake veiligheid en gezondheid voor arbeidsplaatsen**<sup>45</sup> stelt, evenals de richtlijnen voor tijdelijke en mobiele bouwplaatsen (92/57/EEG)<sup>46</sup>, winningsindustrieën die delfstoffen winnen met behulp van boringen (92/91/EEG)<sup>47</sup> en winningsindustrieën in dagbouw of ondergronds (92/104/EEG)<sup>48</sup>, dat werkgevers verplicht zijn te zorgen voor ventilatie en voldoende frisse lucht op afgesloten werkplekken en niet-rokers te beschermen tegen hinder door tabaksrook in ontspanningsruimten en op ontspanningsplaatsen.

**Richtlijn 2004/37/EG betreffende carcinogene of mutagene agentia**<sup>49</sup> en **Asbestrichtlijn 83/477/EEG**<sup>50</sup> verbieden het roken in ruimten waar carcinogene of mutagene agentia respectievelijk asbest worden verwerkt. **Richtlijn 92/85/EEG betreffende werkneemsters tijdens de zwangerschap** verplicht werkgevers tot het treffen van maatregelen ter bescherming van werkneemsters tegen blootstelling aan koolmonoxide tijdens de zwangerschap en lactatie.

Bepaalde bestanddelen van omgevingstabaksrook (zoals arsenicum, 1,3-butadien, benzeen en propyleenoxide) zijn ingedeeld als carcinogeen volgens bijlage 1 van **Richtlijn 67/548/EEG betreffende gevaarlijke stoffen**<sup>51</sup>. Tabaksrook als zodanig valt buiten de EU-wetgeving inzake chemische stoffen, aangezien die alleen

betrekking heeft op stoffen en preparaten die in de lidstaten **op de markt worden gebracht**<sup>52</sup>.

#### IV. REIKWIJDTE VAN ANTIROOKINITIATIEF

Bij het tot stand brengen van een communautair initiatief voor rookvrije ruimten moet met name gelet worden op de **reikwijdte**. Gelet op de grote verscheidenheid aan omstandigheden waaronder blootstelling plaatsvindt, kan een dergelijk initiatief slechts doeltreffend zijn als het breed wordt opgezet en zich niet beperkt tot bepaalde soorten bedrijven of ruimten.

De meest uitgebreide aanpak zou zijn om een algeheel rookverbod voor te stellen voor **alle afgesloten of vrijwel afgesloten werkplekken en openbare ruimten**, met inbegrip van het openbaar vervoer. De beperkingen zouden ook kunnen gelden voor openluchtruimten rond de ingang tot gebouwen en mogelijk voor andere openbare openluchtruimten waar mensen dicht bij elkaar zitten of staan, bijvoorbeeld in stadions en uitgaansgelegenheden, wachthuisjes, op het perron enz. Eventueel kan gedacht worden aan zeer beperkte uitzonderingen voor plaatsen waar mensen dagelijks leven (bijvoorbeeld het aanwijzen van speciale ruimten in instellingen voor langdurige zorg, psychiatrische inrichtingen, gevangenissen enz.).

Een minder strenge aanpak zou zijn om een algeheel rookverbod voor te stellen voor alle afgesloten of vrijwel afgesloten werkplekken en openbare ruimten maar met **vrijstellingen voor bepaalde categorieën plaatsen van samenkomst**. Voor deze vrijgestelde plaatsen zouden minimumeisen kunnen worden opgesteld voor afgesloten rookruimten, inclusief ventilatienormen. Bij dergelijke vrijstellingen zou bijvoorbeeld kunnen worden gedacht aan:

- De horeca;
- Gelegenheden waar geen eten wordt geserveerd.

Maatregelen voor een rookvrije omgeving zouden het meeste effect sorteren als ze worden aangevuld met **ondersteunende maatregelen** op EU- en/of lidstaatniveau. Dergelijk “flankerend beleid” zou bijvoorbeeld kunnen bestaan uit bewustmakingscampagnes die wijzen op het recht op rookvrije lucht en de gevaren van passief roken, naast betere toegang tot therapieën om te stoppen met roken (zowel gedrags- als farmacologische therapieën) voor degenen die dat willen.

#### 1. ALGEHEEL WETTELIJK ROOKVERBOD

##### *Voordelen*

Van alle alternatieven zou een algeheel rookverbod de **blootstelling aan omgevingstabaksrook** en de daarmee samenhangende schade **het sterkst terugdringen** en alle Europese burgers dezelfde mogelijkheid bieden op bescherming van hun recht op het inademen van gezonde binnenlucht, zoals dat is erkend door de Wereldgezondheidsorganisatie.<sup>53</sup>

Onderzoek in landen die relevante regelgeving hebben ingevoerd, wijst uit dat de binnenluchtkwaliteit er drastisch is toegenomen na de instelling van het rookverbod. Met name in horecagelegenheden en ontspanningscentra is de afname van blootstelling aan omgevingstabaksrook spectaculair<sup>54</sup>. Binnen enkele maanden na invoering van het beleid leidde het verbod tot een significante verbetering van de luchtwegen van medewerkers in genoemde ruimten<sup>55</sup> en een aanzienlijke verlaging van de incidentie van, en het sterftecijfer wegens, hartaanvallen<sup>56</sup>.

Een algeheel verbod is ook de meest geschikte manier om ertoe bij te dragen dat **roken niet meer als gewoon wordt beschouwd** in de samenleving, door een omgeving te scheppen waarin rokers worden aangemoedigd om te minderen of helemaal te stoppen met roken en waarin het roken door jongeren wordt ontmoedigt.

Uit een evaluatie van 35 onderzoeken naar de doelmatigheid van “rookvrij”-beleid is gebleken dat het met uitvoerige wetgeving voor schone lucht in beginsel mogelijk is om de rookprevalentie in de samenleving met ongeveer 10 procent terug te brengen.<sup>57</sup> Verder bleek uit een evaluatie van 26 onderzoeken naar werkplekken dat de rookprevalentie in volstrekt rookvrije ruimtes 3,8 procent lager is en dat degenen die blijven roken dagelijks gemiddeld 3,1 minder sigaretten opsteken<sup>58</sup>.

Het verband tussen een algeheel rookverbod en een **afname van het actieve roken** is bevestigd door gegevens uit rookvrije landen, waar een samenhang is aangetoond tussen de afgenomen verkoop van tabak (bijvoorbeeld 8 procent in Italië en 14 procent in Noorwegen) en een significante toename van het aantal pogingen om te stoppen met roken kort na de invoering van de nieuwe regelgeving<sup>59</sup>. In Ierland noemde 80 procent van de ex-rokers de nieuwe wetgeving als aanleiding om met roken te stoppen, terwijl 88 procent verklaarde dat de wet een steun in de rug was om niet opnieuw te beginnen<sup>60</sup>. Hoewel gevreesd werd voor het tegendeel, blijkt het verbod op roken in alle openbare plaatsen van samenkomst te hebben geleid tot een daling van het rookgedrag thuis, met name in aanwezigheid van kleine kinderen<sup>61</sup>. In Ierland is het percentage rookvrije huishoudens met 8 procent gestegen na de instelling van het verbod<sup>62</sup>.

Maatschappelijk gezien zouden de voordelen van dit alternatief overwegend ten goede komen aan mensen in de **lagere sociaaleconomische groepen**, die in verhouding meer roken en vaker werkzaam zijn in de horeca.

Wat betreft **handhaving** zou een algeheel rookverbod eenvoudiger uit te voeren zijn dan gedeeltelijke beperkingen. De ruim 90 procent naleving in Italië en Ierland toont aan dat een algeheel rookverbod bijna zelf voor handhaving zorgt omdat de sociale druk een krachtige rem op het roken zet en zorgt voor een drastisch lagere behoefte aan handhaving door officiële instanties.

### *Nadelen*

Een algeheel rookverbod in alle openbare ruimten en werkplekken roept waarschijnlijk **weerstand** op in sommige lidstaten, waardoor het mogelijk moeilijker is goed te keuren en te handhaven. Dit is ook het alternatief dat de minste voorkeur heeft van de tabaksindustrie en een meerderheid van de horecasector.

Er is uiting gegeven aan bezorgdheid over **mogelijke schade voor de horeca** als gevolg van een rookverbod in cafés en restaurants. Gegevens uit rookvrije landen tonen evenwel aan dat er geen sprake is van een algemeen negatief effect op de werkgelegenheid of inkomsten in deze sector.<sup>63</sup> In 2005 is in Ierland de omzet in cafés en bars licht gestegen (0,1 procent), een omkering van de neergaande trend die was ingezet vóór de instelling van het verbod.<sup>64</sup> In dit verband is het wellicht nuttig te wijzen op de volgende statistische gegevens, ook al zijn ze afkomstig uit niet-lidstaten. Noorwegen heeft een lichte daling van 0,8 procent laten zien in de omzet van eet- en drinkgelegenheden, die echter waarschijnlijk te verklaren is uit een aantal factoren, waaronder het weer.<sup>65</sup> In New York City en in Californië lijken de meeste horecagelegenheden te hebben geprofiteerd van de regelgeving voor rookvrije ruimten.<sup>66</sup> Deze conclusie wordt bevestigd door een internationale evaluatie van 97 onderzoeken, waarbij in onderzoeken op basis van objectieve gegevens als omzetbelasting en werkgelegenheidscijfers geen bewijs werd gevonden voor enig negatief economisch effect.<sup>67</sup>

## 2. ROOKVERBOD MET VRIJSTELLINGEN

### *Voordelen*

Verwacht mag worden dat dit alternatief tot een sterkere afname van zowel actief als passief roken leidt en de sociale acceptatie van tabaksconsumptie sterker onder druk zet dan wanneer geen maatregelen worden genomen.

Een wettelijk rookverbod met vrijstellingen zou in sommige lidstaten acceptabeler zijn, vooral voor de industrie, zodat een compromis beter haalbaar zou zijn. Tegelijkertijd zou het elke lidstaat vrij staan om strengere nationale wetgeving in te voeren of voort te zetten waar de vrijstellingen niet van toepassing zijn.

De uitzonderingen zouden kunnen worden aangevuld met minimumeisen voor afgesloten rookruimten, inclusief ventilatienormen.

### *Nadelen*

Wat gezondheids- en sociale voordelen betreft zou deze maatregel minder doeltreffend zijn dan een algeheel rookverbod.

Sommige van de meest kwetsbare groepen zouden aan omgevingstabaksrook blootgesteld blijven. Onvolledige regelgeving zou het risico met zich mee kunnen brengen dat burgers een proces aanspannen tegen lidstaten en/of werkgevers wegens schade aan hun gezondheid als gevolg van passief roken.

Als er sprake is van vrijstellingen, komt de sociale acceptatie van roken minder onder druk te staan dan het geval zou zijn bij een algeheel verbod. Internationale gegevens wijzen erop dat regelgeving waarbij roken in sommige ruimten is toegelaten, ongeveer half zoveel effect heeft op het rookgedrag als de instelling van een algeheel verbod<sup>68</sup>.

De handhaving van verschillende bepalingen voor verschillende gelegenheden zou ingewikkelder en duurder zijn dan die van een algeheel rookverbod, omdat er dan meer eisen worden gesteld aan de bewegwijzering en inspecties nodig zijn.

## 2.1 Vrijstelling voor de horeca met vergunning

Als gevolg van de zware blootstelling aan omgevingstabaksrook is het gevaar voor passief roken extra groot voor medewerkers in de horeca, waarbij de kans op longkanker 50 procent groter is<sup>69</sup>. Deze beroepsgroep zou blootgesteld blijven aan passief roken. Hetzelfde gezondheidsrisico zou gelden voor klanten in de drink- en eetgelegenheden.

Volgens de Enquête Beroepsbevolking 2004 telde de horecasector in 15 lidstaten van de EU bijna 4,3 miljoen medewerkers, hetgeen overeenkomt met 3 procent van de totale beroepsbevolking in deze landen (er waren geen gegevens over de overige tien lidstaten). In de sector werken relatief veel jongeren en vrouwen<sup>70</sup>.

Volgens schattingen van een door de Schotse overheid uitgevoerde evaluatie van de gevolgen van een wettelijk rookverbod met vrijstellingen zou de afname van het aantal sterfgevallen wegens actief en passief roken de helft respectievelijk een kwart zijn van die in het geval van een algeheel rookverbod<sup>71</sup>.

## 2.2 Vrijstelling voor cafés en bars die geen eten serveren

Dit alternatief laat de meest kwetsbare beroepsgroep onbeschermd tegen blootstelling aan passief roken. De klanten van cafés en bars zouden evenmin worden beschermd. Bovendien zouden cafés kunnen besluiten om geen eten meer te serveren teneinde het rookverbod te omzeilen.

Verder zou er een risico zijn dat de bestaande ongelijkheid in gezondheid verder toeneemt. Recent onderzoek uit het VK laat namelijk zien dat de niveaus van blootstelling aan omgevingstabaksrook aanzienlijk hoger liggen in cafés in achterstandsbuurten dan in die in meer welgestelde gebieden<sup>72</sup>. Bovendien bevinden de meeste cafés en bars die geen eten serveren zich in achterstandsgebieden, terwijl de cafés in dit soort wijken die dat wel doen, meer geneigd zullen zijn om ertoe over te gaan om alleen nog alcohol te schenken<sup>73</sup>.

Volgens schattingen van de door de Britse overheid uitgevoerde effectbeoordeling zijn de voordelen voor de gezondheid van dit alternatief 40 procent van die van een algeheel verbod (waarbij is aangenomen dat 10 tot 30 procent van de cafés op dit moment geen eten serveren)<sup>74</sup>.

## 2.3 Afgesloten, apart geventileerde rookruimten

Uit gegevens blijkt dat de momenteel toegepaste technologieën (op basis van mengen en verdunnen) een beperkte invloed hebben op de concentraties van schadelijke bestanddelen van omgevingstabaksrook in horecagelegenheden en andere binnenruimten<sup>75</sup>. Bovendien is gebleken uit onderzoek uitgevoerd in een gecontroleerde omgeving, zoals de “milieukamer” van het Europese INDOORTRON-laboratorium, dat de binnenluchtkwaliteit niet significant verbetert bij een snellere luchtuitwisseling<sup>76</sup>. Hoewel enkele door de tabaksindustrie gefinancierde casestudy's melding maken van een grotere doeltreffendheid van verdringingsventilatie<sup>77</sup> **is het niet mogelijk om met ventilatie de tabaksrook volledig te elimineren**<sup>78</sup>.



De **eerste Conferentie van de partijen** bij de FCTC kwam (unaniem) overeen dat er sluitende bewijzen voor zijn dat technische oplossingen geen bescherming bieden tegen tabaksrook<sup>79</sup>. Verder nam de American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (**ASHRAE**) – een instelling die internationale normen voor binnenluchtkwaliteit en ventilatie ontwikkelt – in 2005 een standpuntdocument aan inzake mogelijke oplossingen voor passief roken. De conclusie luidde dat gezondheidsrisico's in verband met blootstelling aan omgevingstabaksrook alleen kunnen worden geëlimineerd als het roken in binnenruimten wordt verboden.<sup>80</sup>

Door te voorzien in **afgesloten rookruimten** om rokers fysiek van niet-rokers te scheiden, is het mogelijk de doelmatigheid van ventilatiesystemen in het gedeelte voor niet-rokers te verhogen.<sup>81</sup> Deze oplossing biedt echter geen bescherming aan de aanwezigen in de rookruimte en aan het personeel dat de ruimte moet betreden om zijn werk te kunnen doen (obers, schoonmakers e.d.).

Een ander nadeel van rookruimten vormen de aanzienlijke **financiële kosten**, die voor kleinere exploitanten een in verhouding extra grote belasting kunnen vormen<sup>82</sup>. Bovendien vraagt de bediening en het onderhoud van geventileerde rookruimten om een uitgebreide infrastructuur voor **inspectie en bewaking**. Uit onderzoek blijkt dat de momenteel gebruikte ventilatiesystemen veelal niet voldoen aan de wettelijke eisen.<sup>83</sup>

Als geventileerde rookruimten moeten worden gezien als reële optie voor de vrijgestelde plaatsen van samenkomst, dienen ze aan de volgende eisen te voldoen:

- Volledig afgesloten en geïsoleerd van niet-rookruimten;
- Uitgerust met een ventilatiesysteem dat gescheiden is van de niet-rookruimten;
- Onderdruk, om de verspreiding van tabaksrook naar andere ruimten te voorkomen;
- Uitsluitend bestemd voor roken, zodat personeel voor de uitvoering van werkzaamheden zo min mogelijk in de ruimte moet zijn<sup>84</sup>.

In Malta, Italië en Zweden, waar het is toegestaan om apart geventileerde rookruimtes in te richten, hebben de meeste exploitanten ervoor gekozen om geen gebruik van deze optie te maken.

## V. BELEIDSOPTIES

Er zijn **diverse beleidsopties** om de doelstellingen in verband met rookvrije ruimten te verwezenlijken. Belangrijk is om de optie te kiezen die enerzijds het geschiktst is voor de gestelde doelen en anderzijds zo weinig mogelijk kosten en lasten met zich meebrengt. De volgorde waarin onderstaande opties worden beschreven, komt overeen met een toenemende mate van mogelijke EU-interventie (oplopend van de handhaving van het huidige activiteitsniveau tot de ontwikkeling van een nieuw bindend kader op basis van communautaire wetgeving).

Deze beleidsopties **sluiten elkaar niet uit** maar kunnen elkaar aanvullen. Zo zou een Commissieaanbeveling voor betrokken partijen en lidstaten aanleiding kunnen zijn

om initiatieven voor zelfregulering te nemen. Anderzijds zouden zelfreguleringsinstrumenten kunnen dienen als voorbereiding en/of aanvulling op een bindend rechtskader (bijvoorbeeld voor de plaatsen van samenkomst die nog niet onder de wetgeving vallen of die zijn vrijgesteld van het rookverbod).

Opgemerkt zij dat de reikwijdte van de diverse beleidsinstrumenten zou verschillen. Bijvoorbeeld, communautaire wetgeving ter bescherming van werknemers zou gelden voor openbare ruimten voor zover het gaat om werkplekken volgens de in het Verdrag gestelde criteria, terwijl een algeheel rookverbod voor alle openbare ruimten zou kunnen worden aangemoedigd via niet-bindende maatregelen (zoals een aanbeveling van de Commissie of de Raad), door lidstaten vastgestelde wetgevende maatregelen en/of door betrokken partijen genomen vrijwillige maatregelen.

Een wetgevend instrument is pas doelmatig als het voorziet in een reële vorm van **handhaving** en een transparant stelsel voor **toezicht**. De invoering van wetgevende maatregelen op communautair dan wel nationaal of subnationaal niveau dient tevens gepaard te gaan met voorafgaande **openbare raadplegingen en voorlichtingscampagnes** en een **effectbeoordeling**.

## 1. GEEN WIJZIGING IN DE HUIDIGE SITUATIE

Dit alternatief zou betekenen dat de EU geen nieuwe activiteit onderneemt en dat **het huidige werk wordt voortgezet** op het gebied van passief roken in het kader van de verschillende communautaire programma's (volksgezondheid, onderzoek, werkgelegenheid). De ontwikkeling van regelgeving op dit terrein zou worden overgelaten aan de lidstaten en het FCTC-proces.

De middelen die worden bespaard omdat er geen nieuwe beleidsinitiatieven worden ontwikkeld en uitgevoerd, zouden kunnen worden gebruikt voor een correcte handhaving van de huidige EU-aanbevelingen en -richtlijnen voor de veiligheid en gezondheid op het werk. Met name zouden richtlijnen voor werkgevers, werknemers en de bevoegde autoriteiten van de lidstaten kunnen worden ontwikkeld om te zorgen voor een betere toepassing van Kaderrichtlijn 89/391/EEG. Deze richtlijn gaat weliswaar niet expliciet in op omgevingstabaksrook maar dekt alle risico's voor de veiligheid en gezondheid op het werk al af, inclusief het risico van tabaksrook.

Verder zou kunnen worden gewerkt aan de bevordering van rookvrije ruimten op andere manieren dan wetgeving, bijvoorbeeld via voorlichtings- en educatieve campagnes en netwerkinitiatieven. De huidige antitabakscampagne HELP loopt tot 2008 en zou kunnen worden gevolgd door een nieuw bewustmakingsinitiatief.

Daarnaast worden de werkzaamheden op het gebied van binnenluchtkwaliteit, waaronder ook omgevingstabaksrook valt, voortgezet als vervolg op actie 12 van het actieplan voor milieu en gezondheid. De middelen die nodig zijn voor de diverse projecten op dit gebied, worden beschikbaar gesteld uit het meerjarig strategisch programma 2007-2010 Life+<sup>85</sup>, het zevende kaderprogramma van de Europese Gemeenschap voor onderzoek<sup>86</sup> en het volksgezondheidsprogramma<sup>87</sup>.

De lidstaten zouden zelf kunnen blijven besluiten over de vraag of en hoe zij maatregelen voor rookvrije ruimten willen invoeren, afhankelijk van de nationale

omstandigheden en culturele verschillen. De trend naar rookvrije ruimten zou hoogst waarschijnlijk doorzetten, waarbij de voorbereiding en publicatie van FCTC-richtlijnen voor een extra impuls zorgt. Een aantal nationale regeringen, waaronder die van Denemarken, Duitsland, Letland, Portugal en Slovenië, heeft al laten weten voornemens te zijn om de nationale regelgeving inzake rookvrije ruimten in de nabije toekomst aan te scherpen.

Desondanks mag worden aangenomen dat dit van alle alternatieven het minst doeltreffende is voor het terugdringen van blootstelling aan omgevingstabaksrook en de daarmee samenhangende schade. De voortgang in de verschillende lidstaten zou waarschijnlijk fragmentarisch zijn. Als gevolg van onvolledige regelgeving zouden veel kwetsbare groepen aan omgevingstabaksrook blootgesteld blijven in binnenruimten die onder publiek recht vallen. Hierdoor zou het risico bestaan dat burgers een proces aanspannen wegens schade aan hun gezondheid veroorzaakt door passief roken.

Aangezien algemeen wordt verwacht dat de EU met een initiatief voor rookvrije ruimten komt, bestaat tevens het risico dat het publiek teleurgesteld reageert als de huidige situatie ongewijzigd blijft. Het zou tevens een gemiste kans zijn, omdat niet zou worden geprofiteerd van het huidige politieke momentum om regelgeving voor rookvrije ruimten in de EU tot stand te brengen.

## **2. VRIJWILLIGE MAATREGELEN**

Deze optie zou bestaan in het aanmoedigen van belanghebbenden om op Europees niveau gemeenschappelijke vrijwillige richtlijnen voor meer rookvrije ruimten vast te stellen. Gedacht kan worden aan de bevordering van initiatieven per sector (bijvoorbeeld recreatie en horeca). Maatschappelijk verantwoord ondernemen kan bij het ontwikkelen van dit soort initiatieven als uitgangspunt worden genomen.

Om het overleg op gang te brengen, zou een breed platform kunnen worden opgezet bestaande uit vertegenwoordigers uit het maatschappelijk middenveld, economische exploitanten en vertegenwoordigers van EU-instellingen, lidstaten en internationale organisaties. Eenzelfde platform is vorig jaar al opgezet voor dieet en lichaamsbeweging en onlangs is een vergelijkbaar proces voorgesteld voor de ontwikkeling van een EU-brede strategie voor alcohol.

Een andere mogelijkheid zou zijn om de Europese sociale partners (werkgevers en vakorganisaties) aan te moedigen om te onderhandelen over een zelfstandige overeenkomst over roken op de werkplek volgens artikel 138 van het Verdrag. In het verleden heeft deze aanpak al tot uiteenlopende resultaten geleid, onder meer in de vorm van driehonderd gemeenschappelijke teksten vastgesteld door de Europese sociale partners.

Zelfregulering zou idealiter een snellere en flexibelere weg zijn dan traditionele wetgevende kanalen, en zou de betrokken sectoren en bedrijven in de gelegenheid stellen om meer rechtstreeks invloed uit te oefenen op het vast te stellen beleid. Bovendien kan zo in principe een gevoel van verantwoordelijkheid onder de belanghebbenden tot stand worden gebracht.

Hoeveel voortgang wordt geboekt, zal echter afhangen van de bereidheid van belanghebbenden om zich te houden aan de gemaakte afspraken en van de effectiviteit van de nalevingsmechanismen.

Helaas wijzen de gegevens van de lidstaten erop dat vrijwillige afspraken over de bestrijding van tabaksgebruik niet doeltreffend zijn. Met name in de recreatie en horeca zijn vrijwillige maatregelen achtergebleven bij de centrale doelstelling om de blootstelling aan omgevingstabaksrook significant te verminderen.

Zo is in het VK gebleken dat na vijf jaar vrijwillige afspraken tussen het ministerie van Volksgezondheid en de belangrijkste horecaverenigingen minder dan 1 procent van de bars rookvrij is<sup>88</sup>. In Spanje laat de wetgeving van 2006 bars en restaurants met een oppervlak van minder dan 100 m<sup>2</sup> de mogelijkheid om vrijwillig rookvrij te worden. De eerste cijfers geven aan dat slechts 10 procent van de betrokken lokalen daartoe zijn overgegaan<sup>89</sup>. In Parijs is een vrijwillig programma waarbij de 12 452 cafés, bistro's en brasserieën in de stad werden aangespoord om rookvrij te worden, door zegge en schrijve dertig lokalen overgenomen<sup>90</sup>.

### 3. OPEN COÖRDINATIEMETHODE

Deze optie zou inhouden dat de inspanningen van de lidstaten gericht op rookvrije ruimten op elkaar worden afgestemd via de zogenoemde 'open coördinatiemethode'. Dit is een manier om lidstaten aan te moedigen hun antirookwetgeving beter te laten convergeren zonder dat directe harmonisatie nodig is (al blijft dit wel een mogelijkheid).

Dit omvat bijvoorbeeld de volgende elementen:

- Het delen van ervaringen en **optimale praktijken** inzake de vaststelling van effectief rookvrijbeleid op nationaal, regionaal en plaatselijk niveau,
- Het afspreken van gezamenlijke doelen en richtlijnen van de EU op basis van succesvolle experimenten zowel binnen de lidstaten als buiten de EU. Deze zijn aan te vullen met relevante deadlines en voorwaarden voor toezicht en handhaving,
- Het vertalen van deze richtlijnen in nationale actieplannen om blootstelling aan omgevingstabaksrook te reduceren aan de hand van specifieke tijdspaden voor doelen op de korte, middellange en lange termijn,
- Het uitvoeren van periodieke controles, evaluaties en onderlinge beoordelingen (peer review), bijvoorbeeld in de vorm van jaarlijkse rapportages van de lidstaten.

Een aantal rechtsgebieden is al rookvrij en voor een aantal andere rechtsgebieden is het voornemen daartoe aangegeven. De lidstaten staan ook voor gezamenlijke uitdagingen, zoals tegenwerking van het bedrijfsleven, een wantrouwende houding van de burgers en niet-naleving van de bestaande eisen. EU-coördinatie kan een grote rol spelen bij het op gang brengen van een proces van wederzijds leren en het uitwisselen van de beste praktijken tussen de lidstaten.

Echter, toezeggingen met betrekking tot rookvrije doelen zouden op vrijwillige basis geschieden en er zouden geen sancties volgen wanneer de overeengekomen doelstellingen niet werden nageleefd. De effectiviteit van het stelsel zou afhangen van de intensiteit van het multilaterale toezicht en de druk die de lidstaten onderling op elkaar uitoefenen.

#### **4. AANBEVELING VAN DE COMMISSIE OF DE RAAD**

Deze optie bestaat eruit dat de lidstaten worden aangemoedigd om nationale antirookwetgeving vast te stellen, met als handvat een uitgebreide aanbeveling van de Commissie of de Raad over rookvrije ruimten. Die aanbeveling zou gebaseerd zijn op artikel 152 EG en voorstellen bevatten voor gedragslijnen. Zij kan opzichzelfstaand worden toegepast of als deel van zelfregulerende programma's tussen de lidstaten (optie 3) en/of het bedrijfsleven (optie 2).

Ook al heeft zo'n aanbeveling geen bindende kracht, zij houdt wel een duidelijke stellingname in van de kant van de Commissie of Raad dat er actie nodig is om een einde te maken aan het passief roken in Europa. Zij zou het onderwerp een hoge prioriteit verlenen op de politieke agenda in alle EU-lidstaten en op die manier de acties van de lidstaten steunen.

De effectiviteit van deze optie hangt sterk af van de helderheid van de EU-richtlijnen en de rapportagevereisten. Duidelijke doelen met specifieke tijdpaden en indicatoren (bijvoorbeeld een aanbeveling ervoor te zorgen dat een specifiek percentage werkplekken in een bepaald jaar en in een bepaalde sector rookvrij zijn) sorteren ongetwijfeld een groter effect dan meer algemene aanbevelingen. Evenzo zou het vereiste om een controleregime in te voeren en de resultaten openbaar te maken ertoe leiden dat er vanuit het publiek druk zou worden uitgeoefend om de regels krachtiger te handhaven en een stringenter beleid te ontwikkelen.

Hoewel deze optie de lidstaten flexibiliteit biedt, zou het belangrijkste risico erin schuilen dat enkele lidstaten in het geheel niet tot actie overgaan.

#### **5. BINDENDE WETGEVING**

Een actie van de Gemeenschap op dit gebied zou onder meer kunnen inhouden dat er bindende wetgevende maatregelen werden aangenomen. Bindende wetgeving zou in alle lidstaten een vergelijkbaar, transparant en afdwingbaar basisniveau van bescherming bieden tegen het risico van blootstelling aan omgevingstabaksrook.

Aan de ene kant zorgt een wetgevingsproces voor formele beraadslagingen en uitvoerige onderhandelingen met alle partijen. Dat kan resulteren in een krachtiger beleid. Aan de andere kant is de weg van de regelgeving waarschijnlijk relatief lang en is het eindresultaat moeilijk voorspelbaar.

De exacte wettelijke basis van de regelgeving kan alleen worden vastgesteld na bepaling van de precieze aard en reikwijdte van het instrument. Bij deze keus moet rekening worden gehouden met de resultaten van deze openbare consultatie.

In dit stadium kunnen, onder voorbehoud van de uitkomst van de openbare raadpleging, al enkele opties worden genoemd.

- Herziening van de bestaande richtlijnen op basis van Kaderrichtlijn 89/391/EEG over veiligheid en gezondheid op het werk . Deze optie omvat in het bijzonder een uitbreiding van de reikwijdte van de Richtlijn 2004/37/EG betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's van blootstelling aan carcinogene of mutagene agentia op het werk (zodat ook omgevingstabaksrook onder de werkingssfeer van de richtlijn wordt gebracht) en/of het strenger maken van de eisen voor de bescherming van werknemers tegen tabaksrook in Richtlijn 89/654/EEG betreffende minimumvoorschriften inzake veiligheid en gezondheid voor arbeidsplaatsen.
- Een andere optie is het vaststellen van een afzonderlijke richtlijn over roken op de werkplek.
- Een eventueel te overwegen optie die weliswaar niet direct gerelateerd is aan de bescherming tegen passief roken, zou kunnen zijn Richtlijn 67/548/EEG<sup>91</sup> inzake de indeling, de verpakking en het kenmerken van gevaarlijke stoffen in die zin te wijzigen dat omgevingstabaksrook als carcinogeen worden geklasseerd. Dit zou omgevingstabaksrook automatisch brengen onder de reikwijdte van de Richtlijn betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's van blootstelling aan carcinogene of mutagene agentia op het werk.

De eerste twee opties blijven qua reikwijdte beperkt tot de werkomgeving. Ze kunnen van toepassing zijn op hetzij alle werkplekken hetzij op bepaalde categorieën werkplekken en moeten zorgen voor adequate bescherming van werknemers die worden blootgesteld aan gevaarlijke niveaus van omgevingstabaksrook.

Uiteindelijk sluit een vaststelling van een wetgevingsinstrument binnen de reikwijdte van het Verdrag niet uit dat niet-bindende, flankerende maatregelen worden getroffen die kunnen bijdragen aan het algemene doel van bescherming tegen omgevingstabaksrook in alle sectoren.

## **VI. SLOTOPMERKINGEN**

Gezien het onmiskenbare wetenschappelijk bewijs van de schadelijkheid van passief roken en het effect van het beleid van schone binnenlucht op de totale vermindering van het tabaksgebruik is de Commissie van oordeel dat het beleid van een zo breed mogelijke benadering het grootste profijt voor de openbare volksgezondheid zou opleveren. Het zou ook gelijke concurrentievoorwaarden bieden aan alle betrokkenen. Verscheidene succesvolle voorbeelden van integraal antirookbeleid dat elders van kracht is, tonen aan dat deze optie te verwezenlijken en te handhaven is.

Het gewenste niveau van betrokkenheid van de EU bij de bevordering van antirookwetgeving is een open vraag. Dit houdt ook verband met de huidige ontwikkelingen in de lidstaten. Sommige lidstaten hebben onlangs besloten actie te ondernemen om het roken in openbare ruimten te verbieden.

De Commissie roept alle EU-instellingen, de lidstaten en alle belangstellende burgers, partijen en organisaties op om te reageren op de kwesties die in dit groenboek naar voren zijn gebracht. De Commissie heeft vooral belangstelling voor de zienswijze van belanghebbenden op de volgende vragen:

### Vragen

- (1) Welk van de twee voorgestelde wijzen van aanpak in hoofdstuk IV zou qua reikwijdte het meest wenselijk zijn voor een antirookinitiatief: een totaal rookverbod voor alle gesloten openbare ruimten en arbeidsplaatsen of een verbod met uitzonderingen toegestaan aan geselecteerde categorieën van ontmoetingsplaatsen? Geef uw argument(en) voor uw keuze aan.
- (2) Welke van de in hoofdstuk V genoemde beleidsopties vindt u het meest wenselijk en geschikt voor de bevordering van rookvrije ruimten? Welke vorm van EU-interventie acht u noodzakelijk om de rookvrije doelstellingen te halen?
- (3) Zijn er verdere kwantitatieve of kwalitatieve gegevens beschikbaar over de gezondheid, sociale of economische effect van antirookbeleid waar rekening mee moet worden gehouden?
- (4) Hebt u nog ander commentaar of suggesties met betrekking tot het groenboek?

Stuur uw antwoorden op deze vragen (lieft per e-mail) in vóór 1 mei 2007, naar het volgende adres:

Europese Commissie

Directoraat-Generaal Gezondheid en Consumentenbescherming

Eenheid C6 – Gezondheidsmaatregelen

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

Postadres: B-1040 Brussel

Fax: (+32) 2 298 42 04

Alle reacties op dit groenboek worden gepubliceerd op de website van de Commissie, tenzij inzenders aangeven dat niet te wensen.

## VII. BIJLAGEN

### 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:**

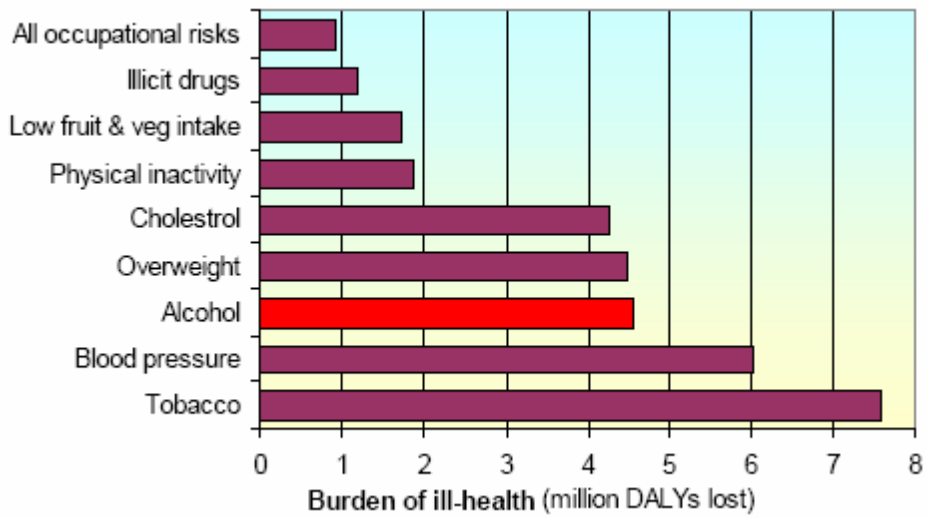
WHO-CHOICE webpage: [http://www.who.int/choice/results/tob\\_eura/en/index.html](http://www.who.int/choice/results/tob_eura/en/index.html)

\* **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).



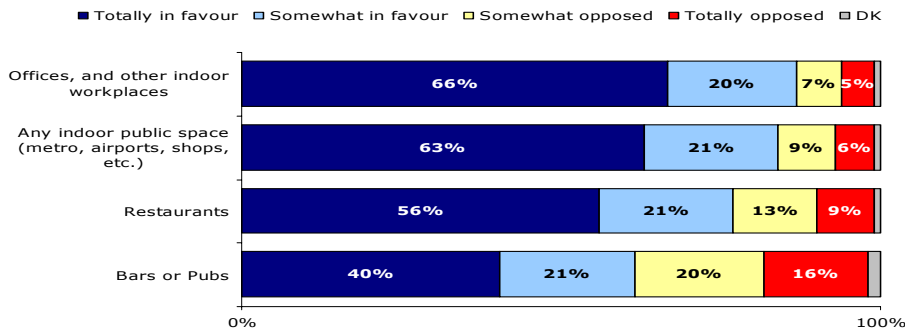
### **Annex II: Global burden of ill-health**



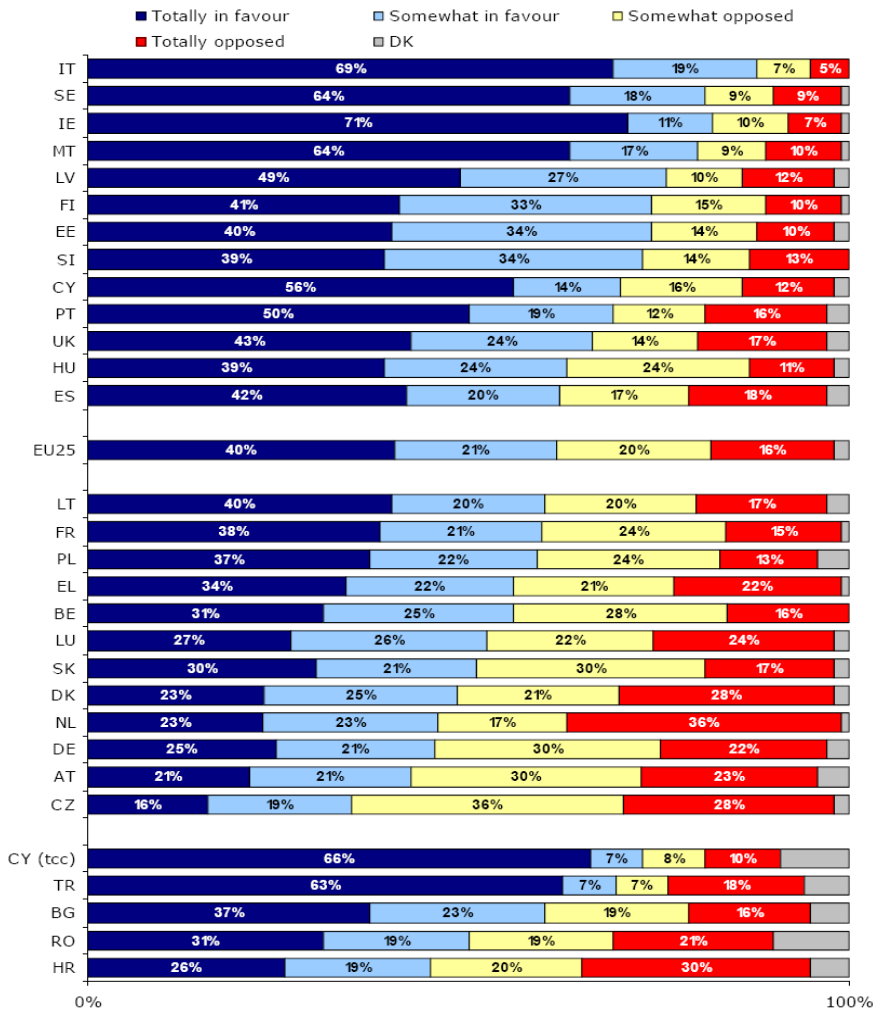
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

## 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

- 1 PB C 189 van 26.7.1989, p. 1-2.
- 2 PB L 22 van 25.1.2003, p. 31–34.
- 3 Met ingang van 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 (februari 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, (juli 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>  
Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health Organization.  
'Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health', (1998) <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm>
- 5 Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek (2002), *op. cit.*
- 6 Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health*. 1998 Jul;88(7):1025-9.
- 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](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](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. Uitgevoerd door het Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; September 2006.
- 20 De Implementation Group on Human Biomonitoring (HBM) is opgericht teneinde Actie 3 van het Actieplan voor milieu en gezondheid ten uitvoer te leggen ("het ontwikkelen van een coherente benadering van biomonitoring in Europa"). De groep bestaat uit overheidsexperts op het terrein van menselijke 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, oktober 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, p. 72.

27 *Ibidem*, p. 85.

28 European Community Health Indicator nr. 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 Reglementeringscomité opgezet volgens artikel 11 van Richtlijn 2001/37/EG.

36 Resolutie van het Europees Parlement (P6\_TA(2005)0045) van 23 februari 2005 over het Europees  
actieplan voor milieu en gezondheid 2004-2010.

37 Het verslag ASPECT. "Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future", Europese  
Commissie 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", Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek, Ispra, Italië.  
[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 Zie voor een overzicht van rechtszaken: "Smoke free workplaces: Improving the health and well-being  
of people at work". Brussel: Europees netwerk voor de bestrijding van tabaksmisbruik (ENSP), 2001,  
blz. 84-97.

41 PB C 189 van 26.7.1989, blz. 1-2.

42 PB L 22 van 25.1.2003, blz. 31-34.

- 43 PB L 183 van 29.6.1989, blz. 1–8.
- 44 Zie het arrest van het Hof in zaak C-49/00 Commissie/Italië, r.o. 10-18.
- 45 PB L 393 van 30.12.1989, blz. 1–12.
- 46 PB L 245 van 26.8.1992, blz. 6–22.
- 47 PB L 348 van 28.11.1992, blz. 9–24.
- 48 PB L 404 van 31.12.1992, blz. 10–25. Bovendien verbiedt deze richtlijn het roken op plaatsen waar sprake is van bepaalde brand- of ontploffingsgevaaren, evenals in industrieën die zich wijden aan de ondergrondse winning van delfstoffen.
- 49 PB L 158 van 30.4.2004, blz. 50–76.
- 50 PB L 263 van 24.9.1983, blz. 25–32.
- 51 PB 196 van 16.8.1967, blz. 1–98.
- 52 Opgemerkt zij dat er nu een voorstel tot wijziging van de richtlijn (COM 2003-644) is maar dit voorstel gaat niet in op de mogelijke indeling van omgevingstabaksrook als kankerverwekkende stof van klasse 1 of 2.
- 53 Wereldgezondheidsorganisatie. The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting, Kopenhagen, Denemarken; 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*. December 2005; 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*. December 2005; 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.
- Repacé J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. *J Occup Environ Med*. September 2004; 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*. 12 november 2004; 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*. Augustus 2005; 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*. Mei 2006; 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*. 11 oktober 2006; 296(14):1742-8.
- Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA*. 9 december 1998; 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*. 12 november 2005; 331(7525):1117. Erratum in: *BMJ*. 21 januari 2006; 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*. Oktober 2006; 27(20):2468-72. Epub 29 augustus 2006.
- 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 en 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*. Februari 2006; 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*. Juni 2006; 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 en 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 Jaarlijkse index van de omzetgegevens van de detailhandel gepubliceerd door 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", maart 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*. 28 juli 1993; 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 augustus 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., 7 februari, 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 of workers to environmental tobacco smoke (ETS). Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek van de Europese Commissie, Italië.
- 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. Op het Web: [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. en de Gids, W.F., (2006) 'Decentralised smoke displacement system using recirculation and filtration', Nederlandse Organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek.
- 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', Nederlandse Organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek.
- Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, verslag van Stantec Consulting Ltd., juli 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 Bijlage 1 bij besluit 15 van de eerste Conferentie van de partijen over de uitwerking van richtlijnen ter tenuitvoerlegging van artikel 8 van het Verdrag.
- [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC\\_COPI\\_DIV8-en.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COPI_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 juni 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. Presentatie, 11 april 2003.
- 84 Er zijn nieuwe technologieën ontwikkeld, bijvoorbeeld verfmiddelen met een katalyserende werking, waarmee het mogelijk is geuren, tabaksrook, ozon, stikstof, sulfaatoxides en organische vluchtige bestanddelen terug te dringen. Deze nieuwe producten kunnen, wanneer ze eenmaal definitief zijn getest en gecontroleerd, in rookruimten worden toegepast als aanvullende technologie.
- 85 COM(2004) 0621 def. - COD 2004/0218.
- 86 COM(2005) 0119 def. - COD 2005/0043.
- 87 - 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*. April 2006; 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 PB 196, 16.8.1967, p. 1-98