

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**  
**Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας**  
**Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας**

**ΚΡΙΚΕΛΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΤΩΝ 25***  
***Επιπτώσεις από την ελεύθερη μετακίνηση ιατρικού και***  
***νοσηλευτικού προσωπικού, ασθενών και ατόμων από τα νέα***  
***κράτη-μέλη***



**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	
<u>1. Το επίπεδο υγείας στη διευρυμένη ΕΕ</u>	1
1.1 Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού	3
1.2 Δημογραφικές τάσεις	4
1.3 Τρόπος ζωής και πρότυπα συμπεριφοράς	12
<u>2. Η στρατηγική στον τομέα της υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης</u>	15
2.1 Το πλαίσιο της στρατηγικής στον τομέα της υγείας	17
2.1.1 Το νομικό πλαίσιο της στρατηγικής	17
2.1.2 Τάσεις και προκλήσεις στον τομέα της υγείας	17
Α) Τάσεις στον τομέα της υγείας	19
Β) Οι προκλήσεις για τα συστήματα υγείας	20
2.2 Τα στοιχεία της κοινοτικής στρατηγικής	22
2.2.1 Το πλαίσιο της στρατηγικής: το πρόγραμμα δράσης	23
Α) Αιτιολογική σκέψη και στόχοι του προγράμματος	23
2.2.2 Η επίτευξη μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής στον τομέα της υγείας	28
Α) Μηχανισμοί για την εξασφάλιση ότι οι πολιτικές και οι δραστηριότητες συμβάλλουν στην προστασία της υγείας	32
<u>3. Βελτίωση της πληροφόρησης για την υγεία</u>	35
3.1 Ανάπτυξη δεικτών για την υγεία και συλλογή δεδομένων	36
3.2 Ανάλυση και υποβολή εκθέσεων σχετικά με την υγεία	38
3.3 Διάδοση των πληροφοριών υγείας	38
3.4 Ηλεκτρονική υγεία (e-Health)	39
<u>4. Αντιμετώπιση των απειλών για την υγεία</u>	42
4.1 Μεταδοτικές Ασθένειες	43

4.1.1	Καταπολέμηση του HIV/AIDS, της ελονοσίας και της φυματίωσης	44
4.1.2	Ετοιμότητα και αντίδραση σε πανδημία γρίπης	45
4.2	Αντιμετώπιση επιπτώσεων της βιοτρομοκρατίας στον υγειονομικό τομέα	47
4.3	Ουσίες Ανθρώπινης Προέλευσης	50
4.3.1	Αίμα και συστατικά του αίματος	50
4.3.2	Ιστοί και κύτταρα	51
<u>5.</u>	<u>Αντιμετώπιση καθοριστικών παραγόντων για την υγεία</u>	53
5.1	Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής	54
5.1.1	Κάπνισμα	54
Α)	Παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού	55
Β)	Διαφήμιση και χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού	57
Γ)	«HELP-Για μια ζωή χωρίς τσιγάρο»	58
5.1.2	Διατροφή	59
5.1.3	Ναρκωτικά	62
5.1.4	Αλκοόλ	65
5.2	Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	66
5.3	Παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον	67
5.3.1	Περιβάλλον και υγεία	67
5.3.2	Ηλεκτρομαγνητικά πεδία	69
5.3.3	Πρόληψη τραυματισμών	70
<u>6.</u>	<u>Οι επιπτώσεις της διεύρυνσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας</u>	71
6.1	Επιπτώσεις από την ελεύθερη μετακίνηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	72
6.2	Επιπτώσεις από την ελεύθερη μετακίνηση των ασθενών και ατόμων	78
	Συμπεράσματα και προτάσεις	86
	Βιβλιογραφία	88

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 2004 αποτέλεσε ορόσημο στην πορεία της ιστορίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο χάρτης της Κοινότητας αλλάζει και τα 15 κράτη-μέλη αυξάνονται σε 25, με προοπτική ακόμα μεγαλύτερης διεύρυνσης μετά το 2007. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον αναζητά το κοινωνικό της πρόσωπο και τη υγειονομική της ταυτότητα. Η Κοινότητα καλείται να αναπτύξει μια στρατηγική υγείας που να αποκρίνεται στις προκλήσεις που θέτουν η ενιαία εσωτερική αγορά και η ένταξη χωρών της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, οι οποίες παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με το επίπεδο υγείας. Επιπρόσθετα, το χαμηλό επίπεδο υγείας των νέων και υποψήφιων χωρών θέτει ζητήματα σε σχέση με την ελεύθερη μετακίνηση υγειονομικού προσωπικού και ασθενών από τις χώρες αυτές

Στόχος, λοιπόν, της εργασίας είναι η ανάδειξη της στρατηγικής για την υγεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως αντίδραση στην είσοδο των νέων χωρών, έτσι ώστε να ανταποκριθεί στις προκλήσεις δημόσιας υγείας που ανακύπτουν, δεδομένου ότι οι χώρες αυτές υπολείπονται των υπολοίπων 15 όσον αφορά το επίπεδο υγείας. Και επιπλέον, διερευνώνται οι πιθανές επιπτώσεις στα υγειονομικά συστήματα των παλαιών κρατών-μελών από την ελεύθερη μετακίνηση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και ασθενών και ατόμων από τις νέες και υποψήφιες χώρες με ιδιαίτερη προσοχή στην περίπτωση της Ελλάδας.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναπτύσσεται μια συγκριτική παρουσίαση της κατάστασης όσον αφορά το επίπεδο υγείας των κρατών που περιλαμβάνει η διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση. Αφού γίνουν κάποιες μεθοδολογικές επισημάνσεις ως προς το ζήτημα της μέτρησης του επιπέδου υγείας, εξετάζονται κάποιοι βασικοί δείκτες υγείας και διαπιστώνονται οι σημαντικότερες διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών.

Αντικείμενο του δευτέρου κεφαλαίου είναι η στρατηγική της υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εξετάζονται τα δύο βασικά στοιχεία της στρατηγικής, δηλαδή το πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία καθώς και η επίτευξη μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής στον τομέα της υγείας μέσω της συμπερίληψής της και σε άλλες πολιτικές της Ένωσης.

Στα επόμενα τρία κεφάλαια γίνεται ανάλυση των τριών στόχων που έχουν τεθεί από την στρατηγική της Ένωσης στα πλαίσια του προγράμματος δράσης για τη δημόσια υγεία, έτσι ώστε να επιτευχθεί ένα καλύτερο επίπεδο υγείας

Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται μια πρώτη εκτίμηση των επιπτώσεων που έχει η διεύρυνση στον τομέα της υγείας με έμφαση στη Ελλάδα και αναπτύσσονται σκέψεις σχετικά με τις επιπτώσεις από την ελεύθερη μετακίνηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, των ατόμων και των ασθενών από τις νέες χώρες-μέλη.

Αναφορικά με την μεθοδολογική προσέγγιση, η εργασία αυτή στηρίχθηκε κυρίως στην παράθεση πρωτογενών πηγών, δηλαδή ανακοινώσεων, προτάσεων, οδηγιών και κανονισμών των κοινοτικών οργάνων της Ένωσης, δευτερογενών πηγών καθώς επίσης και σε πληροφορίες από το διαδίκτυο, ενώ η δυσκολίες που παρουσιάστηκαν αφορούσαν κυρίως τη συγκράτηση του όγκου των πληροφοριών που προέρχονταν από κοινοτικές πηγές.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΗ ΕΕ

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού προϋποθέτει το σαφή προσδιορισμό της έννοιας της υγείας. Ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της υγείας είναι αυτός που αναφέρεται στον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σύμφωνα με τον οποίο η υγεία ορίζεται ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.<sup>1</sup> Ο ορισμός αυτός προσπαθεί να συνενώσει την αρνητική και τη θετική προσέγγιση της υγείας, προτάσσοντας το γεγονός ότι η υγεία, εκτός από τη βιολογική, εμπεριέχει και την κοινωνική διάσταση.<sup>2</sup>

Σε αυτά τα πλαίσια έχουν αναπτυχθεί δύο βασικές κατηγορίες δεικτών υγείας: α) οι θετικοί δείκτες, οι οποίοι προσεγγίζουν ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και συγγενεύουν με τους δημογραφικούς και β) οι αρνητικοί δείκτες, οι οποίοι αποτελούν και τους πλέον εύρηστους και εκφράζουν τη συχνότητα των νοσημάτων και των παθολογικών καταστάσεων του πληθυσμού, αποτελώντας μέσο σύγκρισης και αξιολόγησης του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων χωρών.<sup>3</sup>

Ωστόσο, υπάρχουν καταστάσεις ή ασθένειες, οι οποίες δεν είναι μοιραίες αλλά ευθύνονται για την απώλεια υγιεινής ζωής με την έννοια ότι δυσχεραίνουν την καθημερινή διαβίωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι κλασσικοί δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας δε μπορούν να μετρήσουν την επιβάρυνση υγείας που υφίστανται αυτά τα άτομα. Γι' αυτό, τις δύο τελευταίες δεκαετίες επιχειρείται η ανάπτυξη σύνθετων δεικτών υγείας, όπως τα ποιοτικά σταθμισμένα έτη ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs) και τα σταθμισμένα σε σχέση με την ανικανότητα έτη ζωής (Disability Adjusted Life Years – DALYs) ή όπως αλλιώς αποκαλούνται, σταθμισμένα σε σχέση με την πλήρη υγεία έτη ζωής (Health Adjusted Life Years – HALYs). Πρόκειται για δείκτες που βασίζονται στο προσδόκιμο επιβίωσης, όμως

<sup>1</sup> WHO, *Constitution*, Geneva 1946

<sup>2</sup> Nettleton, S., *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Τυπωθήτω, Αθήνα 2002, σελ. 23-27

<sup>3</sup> Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, Αθήνα 1997, σελ. 47



έχουν προσαρμοστεί ώστε να λαμβάνουν υπόψη το χρόνο που το άτομο περνά σε κατάσταση άσχημης υγείας.<sup>4</sup>

Με βάση τα παραπάνω, στο παρόν κεφάλαιο το επίπεδο υγείας των νέων και υπό ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση χωρών αξιολογείται σε σχέση με το επίπεδο υγείας των χωρών που είναι ήδη μέλη, με τη χρησιμοποίηση κλασσικών δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, καθώς και του προσδόκιμου επιβίωσης σε σταθμισμένα, σε σχέση με την πλήρη υγεία, έτη ζωής.

### **1.1 Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού**

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1.1.α, κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα χρόνων οι χώρες της Κοινότητας γνώρισαν μια συνεχή αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, το οποίο αυξήθηκε κατά 8,4%, ενώ ταυτόχρονα υπήρξε μια σημαντική βελτίωση των δεικτών μητρικής θνησιμότητας κατά 79,6%, βρεφικής θνησιμότητας κατά 74,9% και πρώιμης θνησιμότητας κατά 38,4%. Χειροτέρευση παρατηρείται στους δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού κατά 6% και 2,2% αντίστοιχα.

Βέβαια, η συνολική βελτίωση του επιπέδου υγείας στην Ένωση δεν σημαίνει ότι δεν παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών, όπως φαίνεται και από τα στοιχεία του πίνακα 1.1.β. Κατά την ίδια χρονική περίοδο οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης γνώρισαν χειροτέρευση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού τους με αποτέλεσμα να γίνεται λόγος για ύπαρξη χάσματος στο εσωτερικό της Ένωσης μεταξύ των δυτικών ανεπτυγμένων καπιταλιστικών δημοκρατιών και των ανατολικών πρώην σοσιαλιστικών χωρών.<sup>5</sup>

Από τα δεδομένα του πίνακα 1.1.β, ο οποίος παρουσιάζει στοιχεία για το προσδόκιμο επιβίωσης και τη θνησιμότητα για ορισμένες βασικές κατηγορίες νοσημάτων, φαίνεται να επιβεβαιώνεται ο παραπάνω διαχωρισμός, ενώ ταυτόχρονα φαίνεται πως οι νέες μεσογειακές χώρες Μάλτα και Κύπρος συγκλίνουν περισσότερο προς τα επίπεδα υγείας των παλαιών κρατών-μελών.

---

<sup>4</sup> Οικονόμου, Χ., *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα 2004, σελ. 57

<sup>5</sup> Ο. π., σελ. 61

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.α**  
Βελτίωση επιπέδου υγείας ΕΕ-15, 1970-1997

Προβλήματα υγείας	Μέσος όρος Ευρωπαϊκής Ένωσης		Ποσοστό (%) βελτίωσης
	1970	1997	1970-97
Προσδόκιμο επιβίωσης	71,8	77,8	8,4
Συνολική πρώιμη θνησιμότητα / 100000 κατοίκους	378,0	233,0	-38,4
Βρεφική θνησιμότητα / 1000 γεννήσεις ζώντων	21,9	5,5	-74,9
Μητρική θνησιμότητα / 100000 γεννήσεις ζώντων	34,8	7,1	-79,6
Πρώιμη θνησιμότητα από τροχαία / 100000 κατοίκους	20,4	10,4	-49,0
Πρώιμη θνησιμότητα από αυτοκτονίες / 100000 κατοίκους	11,4	10,0	-12,3
Πρώιμη θνησιμότητα από καρκίνο / 100000 κατοίκους	92,4	81,3	-12,0
Πρώιμη θνησιμότητα από καρκίνο πνεύμονα / 100000 κατοίκους	16,8	17,8	6,0
Πρώιμη θνησιμότητα από καρκίνο μαστού / 100000 γυναίκες	18,1	18,5	2,2
Πρώιμη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια / 100000 κατοίκους	46,6	26,9	-42,3
Πρώιμη θνησιμότητα από εγκεφαλικό επεισόδιο / 100000 κατοίκους	23,0	9,9	-57,0
Πρώιμη θνησιμότητα από σακχαρώδη διαβήτη / 100000 κατοίκους	4,8	3,1	-35,4
Πρώιμη θνησιμότητα από άσθμα / 100000 κατοίκους	9,2	2,4	-73,9

Πηγή: European Commission, The health status of the European Union, 2003

Εξετάζοντας το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση παρατηρούμε ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στις χώρες της Βαλτικής (Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία) οι διαφορές αυτές λαμβάνουν τη μεγαλύτερη τιμή, ενώ παρατηρείται και το χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης στους άνδρες με 64,9, 64,5 και 65,9 έτη αντίστοιχα. Επίσης, εξετάζοντας το προσδόκιμο επιβίωσης του συνολικού πληθυσμού στις νέες και υποψήφιες χώρες παρατηρούμε, ότι με εξαίρεση τη Μάλτα, την Κύπρο και τη Σλοβενία, οι υπόλοιπες χώρες βρίσκονται σε πολύ χειρότερη θέση με την Εσθονία, τη Λετονία, τη Λιθουανία και την Τουρκία να έχουν το χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης συνολικά.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.β**

Προσδόκιμο επιβίωσης και δείκτες θνησιμότητας για ορισμένες βασικές κατηγορίες νοσημάτων του πληθυσμού των νέων και υποψηφίων χωρών και των 15 χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (1999-2002)

	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*
<b>ΧΩΡΕΣ</b>										
ΕΣΘΟΝΙΑ	13,6	70,7	64,9	76,4	1116,1	563,2	197,3	164,3	36,7	42,8
ΚΥΠΡΟΣ	μ.δ.	76,9	74,6	79,2	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
ΛΕΤΟΝΙΑ	14,0	70,1	64,5	75,7	1147,5	606,8	197,6	150,6	28,5	38,5
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	11,6	71,7	65,9	77,5	1039,0	540,7	198,5	157,2	37,2	38,9
ΜΑΛΤΑ	7,5	78,9	76,4	81,2	669,2	287,9	162,1	31,7	81,2	21,5
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	13,0	72,6	68,3	76,8	1035,5	503,8	265,6	80,7	33,6	81,6
ΠΟΛΩΝΙΑ	9,5	74,0	69,8	78,1	940,9	444,0	215,9	65,7	46,2	37,4
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	9,8	73,5	69,3	77,6	989,6	534,1	226,2	57,7	54,5	50,9
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	9,3	76,5	72,3	80,5	785,5	298,4	204,1	70,8	54,9	55,9
ΤΣΕΧΙΑ	10,5	75,5	72,2	78,7	878,3	456,7	233,0	60,5	37,7	37,3
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	14,2	71,9	68,6	75,4	1105,5	711,5	152,1	49,4	39,1	29,7
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	11,6	71,3	67,7	75,0	1097,1	662,7	175,0	63,0	63,1	67,4
ΤΟΥΡΚΙΑ	6,3	69,8	67,0	72,1	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
ΑΥΣΤΡΙΑ	9,2	79,2	76,1	82,0	632,6	297,8	169,1	44,9	30,9	31,9
ΒΕΛΓΙΟ	10,2	77,6	74,2	80,8	720,0	246,4	206,6	54,3	70,1	30,9
ΓΑΛΛΙΑ	9,2	79,0	75,2	82,8	629,8	173,6	189,9	60,0	44,8	32,0
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10,2	78,4	75,2	81,3	675,7	292,5	182,1	35,1	39,7	35,6
ΔΑΝΙΑ	11,0	76,5	74,1	78,9	788,0	265,3	225,0	52,0	71,8	41,3
ΕΛΛΑΔΑ	9,8	78,4	75,8	81,0	668,1	317,5	161,4	38,4	44,3	16,1
ΗΝΩΜ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	μ.δ.	77,5	75,1	79,9	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	104,6	31,9
ΙΡΑΝΔΙΑ	8,3	76,6	74,0	79,3	788,1	311,6	204,7	40,2	115,3	26,6
ΙΣΠΑΝΙΑ	9,1	78,8	75,2	82,4	652,6	216,7	174,3	36,0	73,0	34,3
ΙΤΑΛΙΑ	9,9	79,5	76,3	82,6	613,4	244,2	179,0	35,2	38,2	28,8
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	8,3	78,4	75,5	81,1	667,1	249,2	176,1	60,0	49,3	38,0
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	8,8	78,3	75,7	80,8	692,5	233,8	198,5	28,5	67,3	25,8
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	10,4	76,2	72,6	79,7	827,9	308,1	170,1	42,0	77,5	33,9
ΣΟΥΗΔΙΑ	10,5	79,9	77,5	82,3	604,6	255,3	157,1	37,1	40,9	19,6
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	9,4	78,4	74,7	81,8	677,6	275,9	149,6	70,6	50,3	29,9

Πηγή: WHO, Atlas of health in Europe, 2003

\* Όπου: 1: αδρός δείκτης θνησιμότητας /1.000 κατοίκους, 2: προσδόκιμο επιβίωσης συνόλου πληθυσμού, 3: προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών, 4: προσδόκιμο επιβίωσης γυναικών, 5: προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας για όλες τις ηλικίες και τις αιτίες /100.000 κατοίκους, 6: προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας για νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος για όλες τις ηλικίες /100.000 κατοίκους, 7: προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας για κακοήθη νεοπλασμάτα για όλες τις ηλικίες /100.000 κατοίκους, 8: προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας για εξωτερικές αιτίες κακώσεων και δηλητηριάσεων για όλες τις ηλικίες /100.000 κατοίκους, 9: προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας για νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος για όλες τις ηλικίες /100.000 κατοίκους, 10: προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας για νοσήματα του πεπτικού συστήματος για όλες τις ηλικίες /100.000 κατοίκους. μ.δ.: μη διαθέσιμα στοιχεία.

Οι θάνατοι, όπως και στα παλιά κράτη-μέλη, προκαλούνται κυρίως από μη μεταδοτικές ασθένειες που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, κακοήθη νεοπλασμάτα, κακώσεις και δηλητηριάσεις, νοσήματα του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος.

Όσον αφορά τους θανάτους λόγω νοσημάτων του κυκλοφορικού συστήματος παρατηρούμε, ότι κατά σειρά η Ρουμανία, η Λετονία, η Εσθονία, η Λιθουανία, η Σλοβακία και η Ουγγαρία κατέχουν τις πρώτες θέσεις, ενώ η Ελλάδα είναι αυτή που καταγράφει τον υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος μεταξύ των 15 κρατών-μελών της Ένωσης.

Στους θανάτους από κακοήθη νεοπλασμάτα τα πρωτεία κατέχουν οι χώρες της κεντρικής Ευρώπης και συγκεκριμένα η Ουγγαρία, η Τσεχία, η Πολωνία, η Σλοβακία και η Σλοβενία. Οι υπόλοιπες χώρες κινούνται στα επίπεδα των χωρών της Ένωσης ή και καλύτερα σε σχέση με τη Δανία, το Βέλγιο ή την Ιρλανδία. Η Φινλανδία, η Σουηδία και η Ελλάδα σημειώνουν τους χαμηλότερους δείκτες μεταξύ των 15.

Στις τρεις βαλτικές χώρες η θνησιμότητα από εξωτερικές κακώσεις και δηλητηριάσεις είναι σε πολύ υψηλότερα επίπεδα από ότι στις υπόλοιπες νέες και υποψήφιες χώρες. Αντίθετα στα νοσήματα του αναπνευστικού οι χώρες αυτές ανταγωνίζονται όλες τις υπόλοιπες με εξαίρεση τη Μάλτα, η οποία παρουσιάζει υψηλά ποσοστά και πλησιάζει χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία. Τέλος, η Ουγγαρία, η Ρουμανία, η Σλοβακία και η Σλοβενία έχουν τον υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας σε νοσήματα του πεπτικού συστήματος, ενώ σε αυτόν τον τομέα η Ελλάδα παρουσιάζει το χαμηλότερο μεταξύ των 28 χωρών ακολουθούμενη από τη Σουηδία.

Η βρεφική και περιγεννητική θνησιμότητα επηρεάζονται άμεσα από το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και αντανακλούν την κοινωνική και υγειονομική υποδομή μιας χώρας.<sup>6</sup> Από τα στοιχεία του πίνακα 1.1.γ παρατηρείται ότι, η βρεφική θνησιμότητα στις νέες και υποψήφιες χώρες, με εξαίρεση τη Μάλτα, τη Σλοβενία και τη Τσεχία, βρίσκεται σε πολύ δυσμενή κατάσταση. Ιδιαίτερα η Τουρκία παρουσιάζει δείκτη υπερβολικά υψηλό σε σχέση με όλες τις άλλες χώρες, ενώ ακολουθούν, η Ρουμανία, η Βουλγαρία και η Λετονία. Από τα 15 κράτη-μέλη της Ένωσης η Ελλάδα και η Ιρλανδία είναι αυτές που βρίσκονται σε χειρότερη θέση.

Όσον αφορά την περιγεννητική θνησιμότητα, η οποία αναφέρεται στους θανάτους εμβρύων που ζυγίζουν άνω των 1000 γραμμαρίων και νεογέννητων μέχρι 6 ημερών ανά 1000 γεννήσεις, η κατάσταση είναι κάπως καλύτερη αλλά ξανά η Ρουμανία, η Βουλγαρία, η Λετονία αλλά και η Πολωνία και η Ουγγαρία εμφανίζουν αυξημένο δείκτη.

---

<sup>6</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 64

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.γ**

Βρεφική, περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα στις νέες και υποψήφιες χώρες και στις 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (1998-2001)

ΧΩΡΕΣ	ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ανά 1000 γεννήσεις ζώντων)	ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ανά 1000 γεννήσεις)	ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ανά 100000 γεννήσεις ζώντων)	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 5 ΕΤΩΝ (ανά 1000 γεννήσεις ζώντων)
ΕΣΘΟΝΙΑ	8,8	5,8	20,8	12,3
ΚΥΠΡΟΣ	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
ΛΕΤΟΝΙΑ	11,0	9,0	30,5	12,4
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	7,9	5,7	13,6	11,3
ΜΑΛΤΑ	4,3	5,1	24,7	8,0
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	8,1	9,5	6,5	10,8
ΠΟΛΩΝΙΑ	8,1	9,7	8,6	9,4
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	8,6	6,5	9,4	10,1
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	4,3	4,5	15,2	5,6
ΤΣΕΧΙΑ	4,0	3,8	7,8	5,2
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	14,4	12,3	19,1	15,9
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	18,4	11,8	35,9	22,2
ΤΟΥΡΚΙΑ	40,0	μ.δ.	130,0	μ.δ.
ΑΥΣΤΡΙΑ	4,8	3,6	3,5	5,7
ΒΕΛΓΙΟ*	5,3	7,0	7,8	7,4
ΓΑΛΛΙΑ	4,3	7,0	9,1	5,5
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	4,5	6,1	5,3	5,5
ΔΑΝΙΑ	4,2	5,4	5,5	5,7
ΕΛΛΑΔΑ	6,2	8,8	4,3	7,9
ΗΝΩΜ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	5,6	8,2	6,3	6,9
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	6,2	5,9	1,2	7,0
ΙΣΠΑΝΙΑ	4,5	5,6	2,9	6,0
ΙΤΑΛΙΑ	5,2	6,4	3,5	6,1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	5,0	6,2	6,2	3,8
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	5,1	7,9	9,9	6,4
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	5,5	5,2	5,2	7,3
ΣΟΥΗΔΙΑ	3,4	5,6	3,4	4,3
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	3,2	3,4	4,7	4,5

Πηγή: WHO, Atlas of health in Europe, 2003

Εκεί όμως που παρατηρείται το μεγαλύτερο πρόβλημα στις νέες και υποψήφιες χώρες είναι η μητρική θνησιμότητα, δηλαδή στους θανάτους γυναικών που είναι έγκυες ή εντός 42 ημερών από το τέλος της εγκυμοσύνης, από οποιαδήποτε αιτία που σχετίζεται με ή επιβαρύνεται από την εγκυμοσύνη ή την αντιμετώπιση και

διαχείρισή της. Η πιο ακραία περίπτωση είναι αυτή της Τουρκίας και ακολουθούν η Ρουμανία, Λετονία, Μάλτα, Εσθονία, Βουλγαρία και Σλοβενία.

Η παιδική θνησιμότητα βρίσκεται και αυτή σε υψηλό επίπεδο, δεδομένου ότι όλες οι νέες και υποψήφιες χώρες ξεπερνούν το μέσο όρο της Ένωσης των 15, εκτός από τη Σλοβενία και τη Τσεχία. Ανάμεσα στους 15 εταίρους η Ελλάδα διεκδικεί ακόμα ένα αρνητικό ρεκόρ μαζί με το Βέλγιο και την Πορτογαλία. Ένας σημαντικός παράγοντας επιβάρυνσης της παιδικής θνησιμότητας στις χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης είναι τα ατυχήματα και κυρίως τα αυτοκινητιστικά, οι πτώσεις, οι πνιγμοί και οι δηλητηριάσεις. Ένα παιδί ηλικίας 1-14 ετών στις χώρες αυτές διατρέχει 2,4 ως 4,5 φορές περισσότερο κίνδυνο να πεθάνει από ατυχήματα σε σχέση με τα παιδιά στις υπόλοιπες χώρες της Ένωσης.<sup>7</sup>

Τα σταθμισμένα σε σχέση με την πλήρη υγεία έτη ζωής (Health Adjusted Life Years – HALYs) επιχειρούν να εκτιμήσουν τις επιπτώσεις της νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Από τα στοιχεία του πίνακα 1.1.δ φαίνεται πως το προσδόκιμο επιβίωσης σε πλήρη υγεία κατά τη γέννηση ανέρχεται σε 70,2 έτη για το σύνολο του πληθυσμού, σε 68,4 έτη για τους άνδρες και σε 72 έτη για τις γυναίκες. Επιπροσθέτως, λόγω πρώιμης θνησιμότητας εκτιμάται ότι οι άνδρες χάνουν κατά μέσο όρο 6,8 έτη ζωής και οι γυναίκες 9,2 έτη.<sup>8</sup>

Στις νέες και υποψήφιες χώρες το προσδόκιμο επιβίωσης σε πλήρη υγεία υπολείπεται κατά πολύ αυτό των παλαιών κρατών-μελών, με την Τουρκία, τη Λετονία, τη Ρουμανία, τη Λιθουανία και την Ουγγαρία να παρουσιάζουν το χαμηλότερο. Αντίθετα η Μάλτα, η Κύπρος, η Σλοβενία και η Τσεχία ξεπερνούν ή πλησιάζουν αυτό την Πορτογαλίας, η οποία κατέχει τη χειρότερη θέση μεταξύ των 15. Στους άνδρες η διαφορά μεταξύ των 15 και των νέων και υποψηφίων φτάνει κατά μέσο όρο τα 7,5 έτη ενώ στις γυναίκες τα 5,6 έτη. Και πάλι παρατηρούμε πως η Μάλτα, η Κύπρος, η Σλοβενία και η Τσεχία βρίσκονται πιο κοντά στα επίπεδα των 15, ενώ οι υπόλοιπες χώρες απέχουν σημαντικά από αυτά. Αξίζει να επισημανθεί το ιδιαίτερα χαμηλό προσδόκιμο της Τουρκίας και για τα δύο φύλα.

Τέλος, όσον αφορά τα χαμένα έτη ζωής λόγω πρώιμης θνησιμότητας βλέπουμε ότι, η Λετονία και η Λιθουανία παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη πρώιμη θνησιμότητα στους άνδρες ενώ, η Λιθουανία, η Κύπρος, η Ρουμανία, η Εσθονία, η Πολωνία και η Τουρκία στις γυναίκες. Οι παράγοντες που οδηγούν σε πρώιμη

<sup>7</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 66

<sup>8</sup> Ο. π., σελ. 66



θνησιμότητα τις χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Τα άτομα τα οποία ζουν σε περιοχές οι οποίες

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.δ

Το βάρος της ασθένειας στις νέες και υποψήφιες χώρες  
και στις 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2001)

ΧΩΡΕΣ	ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΠΛΗΡΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ			ΧΑΜΕΝΑ ΕΤΗ ΖΩΗΣ	
	ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΕΣΘΟΝΙΑ	62,0	58,0	66,1	7,7	10,4
ΚΥΠΡΟΣ	66,2	65,3	67,2	9,4	12,0
ΛΕΤΟΝΙΑ	60,0	55,2	64,9	10,1	11,1
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	61,1	56,9	65,4	10,8	12,6
ΜΑΛΤΑ	69,2	67,6	70,9	8,2	9,5
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	61,8	58,0	65,5	9,3	10,5
ΠΟΛΩΝΙΑ	64,3	62,1	66,6	7,8	11,5
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	64,1	61,6	66,6	7,7	10,7
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	67,7	65,1	70,3	7,0	9,2
ΤΣΕΧΙΑ	66,6	63,8	69,5	8,1	9,3
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	63,0	60,8	65,2	7,5	9,6
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	60,9	58,6	63,3	9,2	11,2
ΤΟΥΡΚΙΑ	59,8	58,5	61,1	8,5	10,1
ΑΥΣΤΡΙΑ	71,0	68,9	73,0	7,0	8,8
ΒΕΛΓΙΟ*	69,7	67,7	71,8	7,1	9,4
ΓΑΛΛΙΑ	71,3	69,0	73,5	6,6	9,5
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	70,2	68,3	72,2	6,8	8,9
ΔΑΝΙΑ	70,1	69,3	70,8	5,5	8,7
ΕΛΛΑΔΑ	70,4	69,0	71,9	6,5	8,9
ΗΝΩΜ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	69,6	68,4	70,9	6,6	9,0
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	69,0	67,6	70,4	6,1	8,9
ΙΣΠΑΝΙΑ	70,9	68,7	73,0	6,6	9,6
ΙΤΑΛΙΑ	71,0	69,2	72,9	7,0	9,3
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	70,6	68,6	72,7	6,4	9,0
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	69,9	68,7	71,1	7,1	9,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	66,8	64,3	69,4	8,5	10,7
ΣΟΥΗΔΙΑ	71,8	70,5	73,2	7,2	9,1
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	70,1	67,7	72,5	6,8	8,8

Πηγή: Οικονόμου, Χ., 2004

γνώρισαν ραγδαίες οικονομικές αλλαγές, έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καταναλώνουν αλκοόλ, έχουν την αίσθηση ότι δεν ελέγχουν την πορεία της ζωής

τους και τυγχάνουν χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης από διάφορα κοινωνικά δίκτυα, είναι πιο ευάλωτα.<sup>9</sup>

Επιπλέον στις χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον καθώς και οι διαθέσιμοι υγειονομικοί πόροι επηρεάζουν το επιδημιολογικό πρότυπο ορισμένων μεταδοτικών ασθενειών, των οποίων η εκδήλωση στις χώρες της δυτικής Ευρώπης έχει μειωθεί ενώ, αντίθετα, σε αυτές τις χώρες αυξάνεται. Στον πίνακα 1.1.ε παρουσιάζονται στοιχεία νοσηρότητας για ορισμένες μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες. Η φυματίωση συνιστά ένα ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα για τις χώρες της Βαλτικής, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία, η οποία κατέχει και τον υψηλότερο δείκτη.

Αντίθετα, η Μάλτα εμφανίζει δείκτη καλύτερο από όλες τις χώρες ακολουθούμενη από την Ελλάδα, ενώ από τους 15 εταίρους σε πιο δυσχερή θέση βρίσκεται η Πορτογαλία.

Οι χώρες της Βαλτικής παρουσιάζουν, επίσης, υψηλή νοσηρότητα στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως και η Βουλγαρία και η Ρουμανία. Οι αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά, η οποία οφείλεται στο άνοιγμα των πρώην σοσιαλιστικών κοινωνιών και στη διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής, οι συνέπειες της φτώχειας και της ανεργίας, που οδηγούν σε παρεκκλίνουσα συμπεριφορά (πορνεία, ναρκωτικά, αλκοόλ), καθώς και οι περιορισμένοι πόροι που διατίθενται από το κράτος για υπηρεσίες αντιμετώπισης δερματολογικών και αφροδισίων νοσημάτων έχουν ενοχοποιηθεί γι' αυτό το γεγονός.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 68

<sup>10</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 71



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.ε**

Νοσηρότητα για ορισμένες ασθένειες στις νέες και υποψήφιες χώρες καθώς και στις 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Νέες διαγνωσμένες περιπτώσεις (1998-2001)

ΧΩΡΕΣ	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*
ΕΣΘΟΝΙΑ	49,7	32,9	29,9	0,2	108,1	μ.δ.	2,7
ΚΥΠΡΟΣ	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
ΛΕΤΟΝΙΑ	84,9	35,6	25,2	1,7	34,3	1,5	4,2
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	74,6	11	25,3	0,3	2,1	1,5	4,9
ΜΑΛΤΑ	4,1	1,3	0	0	2,8	6,6	1,6
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	28,7	1,6	4,2	0,2	0,8	4,9	3,8
ΠΟΛΩΝΙΑ	26,3	6,2	2,7	0,4	1,5	μ.δ.	4,1
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	18,3	2,8	5,7	0,1	0,2	4,9	4,3
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	18	0,9	1,2	0,3	0,8	3,5	1,8
ΤΣΕΧΙΑ	12,6	4,4	9,4	0,1	0,5	6,4	3,4
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	48,8	14,3	18,4	0,2	0,5	1,7	4,2
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	127,5	12	56	1	2	1,6	7,3
ΤΟΥΡΚΙΑ	25,5	8,3	5	0,1	0,3	2	2,5
ΑΥΣΤΡΙΑ	12,7	2,6	3,9	0,7	μ.δ.	μ.δ.	1,7
ΒΕΛΓΙΟ	12,9	5,2	0,9	1,5	9,4	3,2	1,6
ΓΑΛΛΙΑ	9,8	8,7	μ.δ.	2,8	μ.δ.	3	1,9
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	8,5	3	1,4	0,9	1,6	μ.δ.	1,2
ΔΑΝΙΑ	9,2	0,8	1	1,5	5,6	2,4	0,9
ΕΛΛΑΔΑ	4,7	2,1	0	0,8	4,1	0,2	2,7
ΗΝ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	10,1	1,6	3	1,2	7,3	μ.δ.	0,9
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	10,2	8,9	1,2	0,3	7,8	μ.δ.	1,1
ΙΣΠΑΝΙΑ	17,2	2	1,7	6	μ.δ.	μ.δ.	2,3
ΙΤΑΛΙΑ	7,5	1,5	0,2	3,1	μ.δ.	3,7	2,1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	7	18,6	0,9	0,9	9,1	μ.δ.	0,7
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	8,8	10,2	0,8	0,3	μ.δ.	2	0,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	40,8	2,1	1,3	10,3	25,1	4,8	3,1
ΣΟΥΗΔΙΑ	4,5	2,4	0,9	0,5	3,1	2,9	0,9
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	8,9	2,5	3,9	0,3	2,5	2,7	1,1

Πηγή: WHO, Atlas of health in Europe, 2003

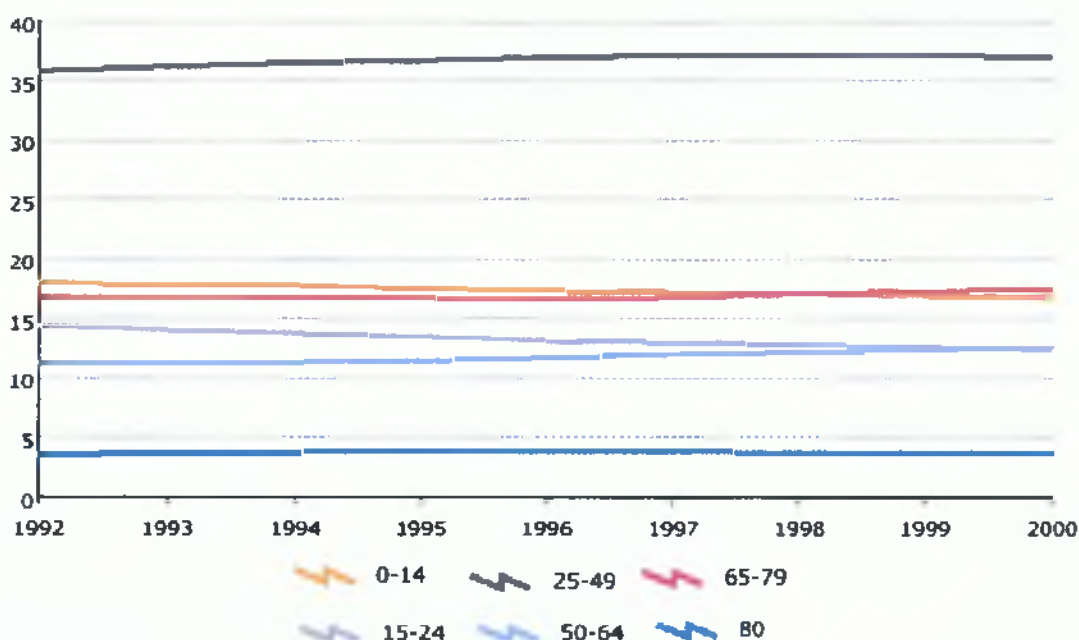
\*Όπου: 1: φυματίωση (ανά 100.000 κατοίκους), 2: ιογενής ηπατίτιδα Β (ανά 100.000 κατοίκους), 3: σύφιλη (ανά 100.000 κατοίκους), 4: AIDS (ανά 100.000 κατοίκους), 5: HIV(ανά 100.000 κατοίκους), 6: σακχαρώδης διαβήτης (% του πληθυσμού), 7: στοματική υγεία (δόντια με τερηδόνα, που λείπουν ή με σφράγισμα σε παιδιά 12 ετών – μέσος όρος ανά παιδί). μ.δ.: μη διαθέσιμα στοιχεία

**1.2 Δημογραφικές τάσεις**

Οι δημογραφικές εξελίξεις προσδιορίζουν την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού μιας χώρας, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τον υγειονομικό τομέα και ειδικότερα τη διαμόρφωση του επιδημιολογικού και νοσοκομειακού προτύπου, ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και ως προς τις δαπάνες υγείας.

Παρατηρώντας την ηλικιακή δομή του πληθυσμού της Ένωσης στο διάγραμμα 1.2.α διαπιστώνουμε την ιδιαίτερα αυξημένη συμμετοχή της ηλικιακής κατηγορίας άνω των 65 ετών, με αποτέλεσμα την αύξηση του δείκτη εξάρτησης.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2.α**  
Ο πληθυσμός της ΕΕ ανά ηλικιακή ομάδα ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού



Πηγή: Eurostat, Eurostat yearbook 2004, 2004

Ένας από τους πρωταρχικούς παράγοντες της ηλικιακής δομής μιας χώρας αποτελεί ο δείκτης γονιμότητας. Η αναπαραγωγή ενός πληθυσμού προϋποθέτει να αντιστοιχούν 2,1 παιδιά σε κάθε γυναίκα. Οι μεταβολές του δείκτη στον πίνακα 1.2.α αντανακλούν αλλαγές στην ηλικία που οι γυναίκες τεκνοποιούν καθώς και στον αριθμό των παιδιών που αποκτούν κάτι που οφείλεται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Ο δείκτης μειώνεται κατά πολύ σε όλες τις χώρες πλην της Τουρκίας.

Τέλος, παρατηρούμε πως, ενώ στις περισσότερες χώρες της Ένωσης των 15 υπάρχει αύξηση του πληθυσμού, το ίδιο συμβαίνει μόνο στην Τουρκία, τη Μάλτα και την Κύπρο από τις νέες και υποψήφιας χώρες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2.α**

Δημογραφικοί δείκτες στις νέες και υπονήπιες χώρες  
και στις 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΧΩΡΕΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ(ανά 1000 κατοίκους)			ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ( παιδιά ανά γυναίκα)		
	1980	2001	2003	1980	2001	2003
ΕΣΘΟΝΙΑ	2,7	-3,9	-3,7	2,02	1,37	1,35
ΚΥΠΡΟΣ	11,1	3,8	3,6	2,46	1,19	1,16
ΛΕΤΟΝΙΑ	1,4	-5,3	-4,9	1,90	1,23	1,29
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	4,7	-3,2	-3,0	2,00	1,24	1,25
ΜΑΛΤΑ	7,4	2,0	2,2	1,99	1,46	1,41
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	0,3	-3,5	-4,1	1,92	1,30	1,30
ΠΟΛΩΝΙΑ	9,6	-0,1	-0,4	2,28	1,25	1,24
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	8,9	-0,1	-0,1	2,32	1,19	1,17
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	5,8	-0,6	-1,0	2,11	1,21	1,22
ΤΣΕΧΙΑ	1,8	-1,5	-1,7	2,10	1,17	1,18
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	3,4	-5,9	-5,7	2,05	1,21	1,23
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	7,5	-2,7	-2,5	2,45	1,26	1,27
ΤΟΥΡΚΙΑ	22,1	14,2	13,9	4,36	2,46	2,43
ΑΥΣΤΡΙΑ	0,2	0,3	0,0	1,62	1,40	1,39
ΒΕΛΓΙΟ	1,1	0,5	0,5	1,68	1,62	1,61
ΓΑΛΛΙΑ	4,7	3,8	3,5	1,95	1,88	1,89
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1,1	-1,5	-1,7	1,56	1,34	1,34
ΔΑΝΙΑ	0,3	1,0	1,3	1,55	1,72	1,76
ΕΛΛΑΔΑ	6,3	0,0	0,0	2,21	1,27	1,27
ΗΝΩΜ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1,6	1,1	1,4	1,90	1,64	1,71
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	11,9	7,9	8,2	3,25	1,97	1,98
ΙΣΠΑΝΙΑ	7,5	1,2	1,3	2,20	1,26	1,29
ΙΤΑΛΙΑ	1,5	-0,3	-0,5	1,64	1,27	1,29
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	0,2	3,6	2,8	1,49	1,63	1,63
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	4,7	3,7	3,7	1,60	1,73	1,75
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	6,5	0,8	0,4	2,18	1,47	1,44
ΣΟΥΗΔΙΑ	0,6	0,1	0,7	1,68	1,65	1,71
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	3,9	1,2	1,5	1,63	1,72	1,76

Πηγή: Eurostat, First results of the demographic data collection for 2003 in Europe, 2004

### 1.3 Τρόπος ζωής και πρότυπα συμπεριφοράς

Η επίτευξη ενός υγιεινού τρόπου ζωής και η μείωση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία από την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ δεν αποτελεί μόνο προσωπική επιλογή αλλά περιορίζεται από το ευρύτερο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και φυσικό περιβάλλον καθώς και από εισοδηματικές και εκπαιδευτικές ανισότητες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3.α**

Πρότυπα συμπεριφοράς και υγεία στις νέες και υποψήφιες χώρες  
και στις 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης

<b>ΧΩΡΕΣ</b>	<b>ΚΑΠΝΙΣΜΑ</b> (ποσοστό ατόμων άνω των 15 ετών που καπνίζουν)	<b>ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ</b> <b>ΑΛΚΟΟΛ</b> (λίτρα ανά άτομο)
ΕΣΘΟΝΙΑ	29	7,2
ΚΥΠΡΟΣ	μ.δ.*	μ.δ.*
ΛΕΤΟΝΙΑ	29	7,5
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	32	10
ΜΑΛΤΑ	9	3,7
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	42	9,1
ΠΟΛΩΝΙΑ	39	6,6
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	29	9,9
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	24	10,6
ΤΣΕΧΙΑ	24	12,6
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	36	6,1
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	21	6,5
ΤΟΥΡΚΙΑ	35	1,1
ΑΥΣΤΡΙΑ	29	10,1
ΒΕΛΓΙΟ	30	8
ΓΑΛΛΙΑ	27	10,8
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	35	10,4
ΔΑΝΙΑ	30	9,4
ΕΛΛΑΔΑ	38	7,8
ΗΝ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	27	7,9
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	31	13,3
ΙΣΠΑΝΙΑ	34	9,6
ΙΤΑΛΙΑ	25	7,9
ΛΟΥΞ/ΡΓΟ	30	13,8
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	35	7,7
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	21	14
ΣΟΥΗΔΙΑ	19	5,4
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	24	8,1

Πηγή: WHO, Atlas of health in Europe, 2003

\* μ.δ.: μη διαθέσιμα στοιχεία

Στον πίνακα 1.3.α παρατηρούμε ότι η Ουγγαρία, η Βουλγαρία, η Τουρκία και η Πολωνία κατέχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος σε πληθυσμό άνω των δεκαπέντε ετών, γεγονός που ερμηνεύει τους υψηλούς δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα σε αυτές τις χώρες, όπως είδαμε παραπάνω. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η άσχημη οικονομική κατάσταση οφείλονται για την υιοθέτηση από τα άτομα συμπεριφοράς καπνιστή. Τέλος, όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ από τις νέες και υποψήφιες χώρες η Τσεχία, η Σλοβενία και η Λιθουανία παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης με 11 λίτρα το άτομο κατά μέσο όρο.

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι το επίπεδο υγείας των νέων και υποψηφίων χωρών, με εξαίρεση της Κύπρου, της Μάλτας και της Σλοβενίας, υπολείπεται των του αντίστοιχου των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον και η διαδικασία μετασχηματισμού των κοινωνιών αυτών άσκησαν σημαντική επίδραση στο επιδημιολογικό πρότυπο και ερμηνεύουν σε μεγάλο βαθμό το χάσμα υγείας μεταξύ «Ανατολής» και «Δύσης».

Οι χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης αντιμετωπίζουν ακόμα σημαντικά προβλήματα ως προς το επίπεδο υγείας. Το γεγονός αυτό υπό το πρίσμα της διεύρυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης με νέα κράτη τα οποία εντάσσονται στην κατηγορία της μετάβασης, θέτει ερωτήματα για τις επιπτώσεις που θα υπάρξουν στο κοινοτικό κεκτημένο στον τομέα της υγείας. Η ελεύθερη διακίνηση αγαθών, υπηρεσιών και προσώπων εγείρει ερωτήματα σε σχέση με τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όσο και του υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού στο πλαίσιο της διευρυμένης ενιαίας αγοράς. Επιπλέον, θέτει ζητήματα δημόσιας υγείας και προσαρμογής της πολιτικής της Ένωσης στις νέες προκλήσεις.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ**

#### **2.1 Το πλαίσιο της στρατηγικής στον τομέα της υγείας**

Οι ταχείς μεταβολές που σημειώνονται στην Ευρώπη έχουν έντονο αντίκτυπο στη ζωή των ανθρώπων και στην υγεία τους. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει πλέον η ανάγκη να αναπτυχθεί μια κοινοτική στρατηγική υγείας ικανή να ανταποκριθεί τόσο στις παρούσες συνθήκες όσο και στις αναδυόμενες τάσεις. Αυτή η στρατηγική δεν πρέπει να εκφράζει μόνο τις νέες εξουσίες της δημόσιας υγείας στη συνθήκη, αλλά πρέπει να μπορεί να καλύψει και τις βασικές προκλήσεις για την υγεία του κοινού.

#### **2.1.1 Το νομικό πλαίσιο της στρατηγικής**

Υπάρχουν ορισμένα άρθρα στη συνθήκη ίδρυσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αφορούν την υγεία.<sup>11</sup> Οι βασικοί στόχοι όσον αφορά τη δημόσια υγεία βρίσκονται στα άρθρα 3 και 152 και περιλαμβάνουν:

- Τη συμβολή στην εξασφάλιση της επίτευξης υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας,
- Τη βελτίωση της υγείας του κοινού,
- Την πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας, και
- την εξάλειψη πηγών κινδύνου για την υγεία του ανθρώπου.

Οι στόχοι αυτοί τίθενται σε ένα ευρύ φάσμα κοινοτικών πολιτικών, συμπεριλαμβανομένων της εσωτερικής αγοράς, του περιβάλλοντος, της προστασίας των καταναλωτών, των κοινωνικών υποθέσεων, συμπεριλαμβανομένης της υγείας και

---

<sup>11</sup> Άρθρα 43-48(Δικαίωμα εγκατάστασης, που καλύπτει μεταξύ άλλων τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας), Άρθρα 49 και 50( Υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών και άλλων υπηρεσιών υγείας), Άρθρο 71(Ασφάλεια μεταφορών), Άρθρο 95 ( Προσέγγιση των νόμων, που περιλαμβάνει την ασφάλεια των τροφίμων, τον καπνό, τα φαρμακευτικά προϊόντα, τις ιατρικές συσκευές, τις χημικές και άλλες επικίνδυνες ουσίες, τις εφαρμογές της βιοτεχνολογίας), Άρθρα 131-133( Κοινή Εμπορική Πολιτική, π.χ. για τα τρόφιμα και τα φαρμακευτικά προϊόντα), Άρθρο 137(Κοινωνική ασφάλιση και προστασία των εργαζομένων), Άρθρο 149(Εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση, συμπεριλαμβανομένων των ανταλλαγών στον τομέα της υγείας), Άρθρα 158 και 161(Οικονομική και κοινωνική συνοχή, δηλ. τα διαρθρωτικά ταμεία και το ταμείο συνοχής που υποστηρίζουν μεταξύ άλλων σχέδια που συνδέονται με την υγεία), Άρθρα 163-173(Έρευνα και τεχνολογική ανάπτυξη, που περιλαμβάνει τον τομέα της υγείας), Άρθρο 177(Συνεργασία για την ανάπτυξη συμπεριλαμβανομένης της υγείας), Άρθρα 300 και 302(Σύναψη συμφωνιών με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων των συμφωνιών για τον τομέα της υγείας και ζητήματα που συνδέονται με την υγεία).



της ασφάλειας στην εργασία, της γεωργίας, της έρευνας, του εμπορίου και της ανάπτυξης κ.λ.π. Οι κοινοτικές πολιτικές σε αυτούς και σε άλλους τομείς πρέπει να εξασφαλίζουν υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή τους.

Στο άρθρο 152 περιλαμβάνονται ειδικές διατάξεις που επιτρέπουν στην Ένωση να αναλάβει ενέργειες με άμεσο αντίκτυπο στην προστασία της υγείας, σεβόμενη παράλληλα της αρμοδιότητας των κρατών-μελών για την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης. Σε αυτές περιλαμβάνονται:<sup>12</sup>

- ✓ *Μέτρα στον τομέα της κτηνιατρικής και φυτοϋγειονομικής νομοθεσίας που έχουν ως άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας.* Αυτά συνιστούν, ήδη, τη βάση ενός σημαντικού όγκου της κοινοτικής νομοθεσίας με σημαντικές συνέπειες για την υγεία. Η διαφορά πλέον είναι ότι οι προτάσεις αυτές εμπίπτουν στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας.
- ✓ *Μέτρα σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης και του αίματος και των παραγώγων του αίματος.* Το πεδίο εφαρμογής και το δυναμικό της νέας αυτής διάταξης δεν έχει διευρυνθεί πλήρως. Ωστόσο, δεδομένης της σημασίας που έχει για την προστασία της υγείας η εξασφάλιση της παροχής ασφαλούς αίματος και η ταχέως αυξανόμενη ανάγκη για ανθρώπινα όργανα και ουσίες ανθρώπινης προέλευσης, το δυναμικό, αν ληφθούν υπόψη οι εθνικές διατάξεις σχετικά με την αιμοδοσία ή την ιατρική χρήση οργάνων και αίματος, είναι αξιόλογο.
- ✓ *Μέτρα ενθάρρυνσης που αποβλέπουν στην προστασία και την βελτίωση της δημόσιας υγείας.* Αυτές οι μη εναρμονιστικές διατάξεις χρησίμευσαν ως βάση για το σύνολο των οκτώ προηγούμενων προγραμμάτων για τη δημόσια υγεία<sup>13</sup>

<sup>12</sup>Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με τη στρατηγική στον τομέα της υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Πρόταση απόφασής του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2001-2006)», σελ. 7

<sup>13</sup> (α) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 645/96/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 29<sup>ης</sup> Μαρτίου 1996 σχετικά με τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης για την προαγωγή, ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα υγείας, εντός του πλαισίου δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1996-2000)», ΕΕ αριθ. L 95, 16.4.1996, (β) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 646/96/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 29<sup>ης</sup> Μαρτίου 1996 σχετικά με τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης για την καταπολέμηση του καρκίνου, εντός του πλαισίου δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1996-2000)», ΕΕ αριθ. L 95, 16.4.1996, (γ) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 647/96/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 29<sup>ης</sup> Μαρτίου 1996 σχετικά με τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης για την πρόληψη του AIDS, εντός του πλαισίου δράσης στον τομέα της

και για την απόφαση σχετικά με ένα δίκτυο επιδημιολογικής παρακολούθησης και ελέγχου των μεταδοτικών νόσων, ενώ αποτελούν επίσης, τη βάση του νέου προγράμματος.

Η συνθήκη προβλέπει επίσης συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τους σκοπούς της προστασίας της δημόσιας υγείας. Αν και είναι μη δεσμευτικές, χρησιμοποιήθηκαν για να αναληφθούν πρωτοβουλίες σε τομείς, όπως η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία.

## 2.1.2 Τάσεις και προκλήσεις στον τομέα της υγείας

### A) Τάσεις στον τομέα της υγείας

Γενικά, το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού της ΕΕ δεν υπήρξε ποτέ καλύτερο. Η παιδική θνησιμότητα έχει μειωθεί δραστικά τα τελευταία χρόνια. Οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, με συνέπεια το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση να έχει αυξηθεί σε 75 έως και 79 έτη σε όλα τα κράτη μέλη.

Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν σοβαρά προβλήματα υγείας που δεν μπορούν να αγνοηθούν:<sup>14</sup>

- τα υψηλά επίπεδα πρόωρων θανάτων (δηλ. πριν την ηλικία των 65 ετών) από νόσους που συνδέονται με τον τρόπο ζωής, ιδίως καρδιαγγειακές νόσους και τον καρκίνο, και από ατυχήματα. Το κάπνισμα είναι ένας βασικός παράγοντας. Συγκεκριμένα, είναι η αιτία των άνω του μισού εκατομμυρίου θανάτων το χρόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, από τους οποίους σχεδόν οι μισοί είναι στην ηλικιακή ομάδα των 35 έως 69,

---

δημόσιας υγείας (1996-2000)», ΕΕ αριθ. L 95, 16.4.1996, (δ) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 102/97/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 16<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 1996 για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας εντός του πλαισίου δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1996-2000)», ΕΕ αριθ. L 19, 22.1.1997, (ε) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 1400/97/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 30<sup>ης</sup> Ιουνίου 1997 για την έγκριση ενός προγράμματος κοινοτικής δράσης σχετικά με την παρακολούθηση της υγείας στον τομέα της δημόσιας υγείας (1997-2001)», ΕΕ αριθ. L 193, 22.7.1997, (στ) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 372/99/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 8<sup>ης</sup> Φεβρουαρίου 1999 για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης σχετικά με την πρόληψη των τραυματισμών στο πλαίσιο δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1999-2003)», ΕΕ αριθ. L 46, 20.2.1999, (ζ) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 1295/99/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 29<sup>ης</sup> Απριλίου 1999 σχετικά με την έγκριση προγράμματος κοινοτικής δράσης όσον αφορά τις σπάνιες ασθένειες στο πλαίσιο της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1999-2003)», ΕΕ αριθ. L 155, 22.6.1999, (η) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 1296/99/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 29<sup>ης</sup> Απριλίου 1999 σχετικά με την έγκριση προγράμματος κοινοτικής δράσης όσον αφορά τις ασθένειες που σχετίζονται με τη ρύπανση στο πλαίσιο δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1999-2001)», ΕΕ αριθ. L 155, 22.6.1999.

<sup>14</sup> COM (2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 8

- το σημαντικό επίπεδο νοσηρότητας και ανικανότητας από διανοητικές και μυοσκελετικές νόσους και διαβήτη,
- οι νέοι κίνδυνοι για την υγεία, παραδείγματος χάρη, από την εμφάνιση νέων νόσων, όπως η νέα παραλλαγή της νόσου Creutzfeldt-Jakob και από νόσους που μεταφέρονται με τα τρόφιμα,
- η αναβίωση σημαντικών μεταδοτικών νόσων, π.χ. της φυματίωσης, που επιδεινώνεται από το όλο και μεγαλύτερο πρόβλημα της αντοχής στα αντιμικροβιακά φάρμακα,
- η αύξηση της επίπτωσης των νόσων που συνδέονται με το γήρας, όπως π.χ. οι καρκίνοι, οι καρδιαγγειακές νόσοι, το εγκεφαλικό επεισόδιο και η βλάβη της λειτουργικής ικανότητας μέσω σωματικών αναπηριών και διανοητικών διαταραχών, που προκύπτουν από το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης. Το ένα τέταρτο των ατόμων ηλικίας 85 ετών και άνω π.χ. εκτιμάται ότι έχει κάποια μορφή άνοιας, και
- οι ευρείες διακυμάνσεις και ανισότητες όσον αφορά την κατάσταση υγείας (τόσο τη νοσηρότητα όσο τη θνησιμότητα) με σημαντικά στοιχεία που δείχνουν ότι τα φτωχότερα και μειονεκτούντα άτομα και οι κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες διατρέχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για την υγεία και έχουν σημαντικά υψηλότερη θνησιμότητα.

### ***B) Οι προκλήσεις για τα συστήματα υγείας***

Το κόστος των συστημάτων υγείας είναι μια σημαντική επιβάρυνση στους εθνικούς προϋπολογισμούς και συνεχίζει να αυξάνεται καθώς οι πόροι ακολουθούν την αυξανόμενη ζήτηση.<sup>15</sup> Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, οι δαπάνες ιατρικής περίθαλψης στην Ένωση ως ποσοστό του ΑΕγχΠ έχουν αυξηθεί σημαντικά σε όλα τα κράτη-μέλη. Στην Ιταλία το 1977 αντιπροσώπευαν το 5,7% του ΑΕγχΠ, ενώ το 1997 το ποσοστό ανήλθε στο 7,4%. Κατά την ίδια περίοδο, στην Ισπανία σημειώθηκε αύξηση από 5,6% σε 7,3%. Ως αντίδραση στην εξέλιξη αυτή τα κράτη-μέλη ανέλαβαν ένα ευρύ φάσμα διαρθρωτικών αλλαγών και μέτρων περιορισμού του κόστους προκειμένου να βελτιωθεί η απόδοση και η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας τους. Ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την προσφορά όσο και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, συνέβαλαν στην αύξηση των δαπανών υγείας.

<sup>15</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 9

Οι δημογραφικές τάσεις αποτελούν ένα βασικό παράγοντα.<sup>16</sup> Ο πληθυσμός της Ένωσης γηράσκει εξαιτίας του φθίνοντος ποσοστού γεννήσεων και του αυξανόμενου προσδόκιμου επιβίωσης. Έως το 2020, θα υπάρχουν 40% περισσότεροι άνθρωποι ηλικίας 75 ετών και άνω από ό,τι το 1990. Αυτό είναι πιθανό να αυξήσει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και να απαιτήσει αλλαγές στην οργάνωση και τη διάρθρωσή τους. Καθώς θα ζουν περισσότεροι άνθρωποι στην ηλικία των 80 και 90 ετών, περισσότεροι άνθρωποι θα χρειάζονται μακροχρόνιες υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης και εξειδικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες. Επιπλέον, οι τάσεις αυτές ενδέχεται να οδηγήσουν σε σημαντική αύξηση του κόστους. Η κατά κεφαλήν δαπάνη για την ιατρική περίθαλψη για τους πολύ ηλικιωμένους είναι μεγαλύτερη από ό,τι εκείνη για τα άτομα σε ηλικία εργασίας. Το ζήτημα του τρόπου αποπληρωμής του ολοένα και μεγαλύτερου κόστους καθίσταται δυσχερέστερο, επειδή ο συνολικός δείκτης εξάρτησης (το ποσοστό των εξαρτώμενων σε σχέση με τους εργαζόμενους) θα αυξηθεί σε σχέση με τα τρέχοντα επίπεδά του.

Η ανάπτυξη των ιατρικών τεχνολογιών στις επόμενες δεκαετίες θα προκαλέσει ακόμη μεγαλύτερο αντίκτυπο στις υπηρεσίες υγείας.<sup>17</sup> Στις σημαντικές καινοτομίες περιλαμβάνονται η χρήση των υπολογιστών και της ρομποτικής, η εφαρμογή της τεχνολογίας των επικοινωνιών, οι νέες διαγνωστικές τεχνικές, η γενετική μηχανική, η κλωνοποίηση, η παραγωγή νέων κλάσεων φαρμακευτικών προϊόντων και τα ολοένα και μεγαλύτερα επιτεύγματα του τομέα της αντικατάστασης ιστών και οργάνων. Οι εξελίξεις αυτές μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην βελτίωση της κατάστασης υγείας. Αν αγνοηθούν τα σημαντικά ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν, θα έχουν αντίκτυπο στο κόστος με τη μείωση, π.χ. της διάρκειας της παραμονής στα νοσοκομεία ή με την αποφυγή της ανάγκης για περίπλοκη εγχείρηση. Ωστόσο, ενδέχεται να προσθέσουν στο συνολικό κόστος, επειδή μπορούν να αντιμετωπιστούν περισσότερες περιπτώσεις. Το ζήτημα της οικονομικής προσιτότητας και της αιτιολόγησης των νέων τεχνικών και προϊόντων ανακύπτει, έτσι, αναπόφευκτα. Παρά τη σημασία του ζητήματος αυτού για την κατανομή των πόρων, η σχέση κόστους-αποδοτικότητας λίγων, σχετικά, τεχνολογιών ή παρεμβάσεων έχει εξεταστεί επισταμένως ως σήμερα.

---

<sup>16</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 9

<sup>17</sup> Ο. π., σελ. 9



Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και τις ανησυχίες των ανθρώπων.<sup>18</sup> Μια ενθαρρυντική τάση στα κράτη-μέλη είναι η όλο και μεγαλύτερη προσοχή που δίνεται στις απόψεις του κοινού κατά τον προγραμματισμό και την παροχή των υπηρεσιών και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Αυτή η ευπρόσδεκτη εξέλιξη, ωστόσο, ασκεί πίεση στις υπηρεσίες και τους προϋπολογισμούς, καθώς οι άνθρωποι είναι απρόθυμοι να αποδεχτούν οποιαδήποτε ποσόστωση των υπηρεσιών ή περικοπές στα επίπεδά τους. Μια έρευνα του Ευρωβαρομέτρου έδειξε ότι μόνο το 5% του πληθυσμού της ΕΕ θα αποδεχόταν χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες για την ιατρική περίθαλψη, ενώ το 50% επιθυμούσε υψηλότερες δαπάνες. Η κατάσταση έχει καταστεί πιο σύνθετη με την όλο και μεγαλύτερη διαθεσιμότητα των πληροφοριών, ιδίως μέσω του διαδικτύου, σχετικά με την υγεία, τις νόσους και τις θεραπείες. Με τη σειρά του, ωστόσο, αυτό πυροδοτεί επίσης όλο και μεγαλύτερες προσδοκίες και απαιτήσεις επί των υπηρεσιών υγείας.<sup>19</sup>

Τέλος, η εμπειρία από την πρωτοβουλία της Επιτροπής «Διάλογος με τους Πολίτες» δείχνει ότι ζητήματα που συνδέονται με ζητήματα κοινωνικής ασφάλισης και διασυννοριακής ιατρικής περίθαλψης είναι πολύ σημαντικά. Σε αυτά περιλαμβάνονται προβλήματα που συνδέονται με τους κανόνες κοινωνικής ασφάλισης και την αναγνώριση των διπλωμάτων ή την πρόσβαση σε θέσεις εργασίας στον τομέα της υγείας. Τα ζητήματα αυτά πρέπει να αντιμετωπιστούν προκειμένου η εσωτερική αγορά να λειτουργήσει σωστά.<sup>20</sup>

## **2.2 Τα στοιχεία της κοινοτικής στρατηγικής**

Η ευρεία στρατηγική στον τομέα της υγείας της ΕΕ ανταποκρίνεται στις νομικές υποχρεώσεις και λαμβάνει πλήρως υπόψη τις βασικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας όπως καθορίστηκαν παραπάνω. Η στρατηγική περιλαμβάνει:

- Πρώτον, ένα πλαίσιο δημόσιας υγείας που συνίσταται σε ένα πρόγραμμα δράσης και συναφή πολιτική και νομοθεσία στον τομέα της δημόσιας υγείας.
- Δεύτερον, τη συμβολή που οι άλλες κοινοτικές πολιτικές και δραστηριότητες έχουν στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας και τους μηχανισμούς για την εξασφάλιση μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης.

---

<sup>18</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 10

<sup>19</sup> Ο. π., σελ. 10

<sup>20</sup> Ο. π., σελ. 10

## 2.2.1 Το πλαίσιο της δημόσιας υγείας: Το πρόγραμμα δράσης

Το 1998, η Επιτροπή ενέκρινε μια ανακοίνωση σχετικά με την ανάπτυξη της πολιτικής για τη δημόσια υγεία στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.<sup>21</sup> Ενώ στην εν λόγω ανακοίνωση τονιζόταν ότι εντός του τρέχοντος πλαισίου είχε αναληφθεί πολύ πολύτιμο και σημαντικό έργο, προσδιορίζονταν επίσης ορισμένες αδυναμίες. Η Επιτροπή πρότεινε να εκπονηθεί ένα νέο πρόγραμμα δημόσιας υγείας ώστε να εφαρμοστούν οι νέες διατάξεις της συνθήκης, να υποστηριχθεί η ανάπτυξη νομικών μέσων και πολιτικής, να αντιμετωπιστούν οι νέες προκλήσεις και να ληφθούν υπόψη οι ως τότε εμπειρίες. Αυτή η ευρεία στρατηγική επικυρώθηκε και από όλα τα άλλα κοινοτικά θεσμικά όργανα.

### *A) Αιτιολογική σκέψη και στόχοι του προγράμματος*

Η πρόταση για ένα νέο πρόγραμμα δημόσιας υγείας βασίζεται σε αυτή τη συναίνεση των κοινοτικών οργάνων και την προωθεί με την ενίσχυση της προβολής και της ανταπόκρισης στις ανησυχίες του κόσμου, τη στενή συνεργασία με τα κράτη-μέλη για την υποστήριξη των προσπαθειών τους για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας τους, και τη δημιουργία βιώσιμων μηχανισμών που θα τους επιτρέψουν να συντονίσουν τις δραστηριότητές τους που αφορούν την υγεία. Επιπλέον, το πρόγραμμα θα επιτρέψει στην Κοινότητα να τηρήσει τη βασική της υποχρέωση να συμβάλλει σε ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας, όπως καθορίζεται στη συνθήκη.

Τα κράτη-μέλη δαπανούν μεγάλο ποσοστό του ΑΕγχΠ τους στην υγεία (ο μέσος όρος της ΕΕ ανέρχεται σήμερα στο 8% περίπου). Οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται και θα εξακολουθήσουν να αυξάνονται στο μέλλον λόγω παραγόντων, όπως, η γήρανση του πληθυσμού, η ανάπτυξη της τεχνολογίας, η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τον κόσμο. Στη βάση αυτού, τα κράτη-μέλη προσπαθούν να βελτιώσουν τη σχέση κόστους-αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας προκειμένου να διευθετήσουν τις νέες προτεραιότητες, ενώ θα σέβονται παράλληλα τους δημοσιονομικούς περιορισμούς. Για να ικανοποιηθεί η πρόκληση αυτή, απαιτούνται καλύτερα και συγκρίσιμα στοιχεία και πληροφορίες, π.χ. σχετικά με την κατάσταση

<sup>21</sup> COM(1998) 230 τελικό της 15<sup>ης</sup> Απριλίου 1998.



υγείας και την αποδοτικότητα συγκεκριμένων παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας, τα οποία η Ένωση δύναται να παράγει και να παράσχει.

Ένα περαιτέρω ζήτημα είναι ότι τα κράτη-μέλη αντιμετωπίζουν διασυνοριακές απειλές για την υγεία, τις οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν κατάλληλα μόνα τους, επειδή δεν έχουν τους αναγκαίους πόρους, την υποδομή και την εξειδίκευση. Σε αυτές περιλαμβάνονται η νηCJD, ο HIV και οι συνθήκες που αφορούν τη ρύπανση. Η Κοινότητα, εδώ, μπορεί να βοηθήσει τα κράτη-μέλη να συντονίσουν τις ενέργειές τους ως αντίδραση στις απειλές αυτές.

Επιπλέον, υπάρχει η όλο και μεγαλύτερη αναγνώριση ότι για να μειωθούν η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, πρέπει να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά οι αρνητικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας. Για παράδειγμα, η αντιμετώπιση του καπνίσματος, της κορυφαίας αιτίας θανάτου στην Ένωση, απαιτεί μια ολοκληρωμένη στρατηγική για τον έλεγχο του καπνίσματος, που περιλαμβάνει μέτρα που λαμβάνονται τόσο σε επίπεδο κρατών-μελών όσο και σε επίπεδο Ένωσης.

Επικεντρωνόμενη στους τομείς αυτούς, όπου η Κοινότητα μπορεί να παρέμβει ουσιαστικά και μπορεί να δράσει κατά τρόπο που τα μεμονωμένα κράτη-μέλη δεν μπορούν, αυτό το πρόγραμμα μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία των πολιτών της Κοινότητας και στο να καταστήσει τα συστήματα υγείας στα κράτη-μέλη πιο αποτελεσματικά.

Οι γενικοί στόχοι του προγράμματος είναι:<sup>22</sup>

- I. Η βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και την ενίσχυση και συντήρηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων υγείας και αποτελεσματικών συστημάτων υγείας.
- II. Η ενίσχυση της ικανότητας ταχείας αντίδρασης και κατά συντονισμένο τρόπο στις απειλές για την υγεία με την ανάπτυξη, ενίσχυση και βοήθεια στην ικανότητα, λειτουργία και διασύνδεση των μηχανισμών παρακολούθησης, έγκαιρης ειδοποίησης και ταχείας αντίδρασης.
- III. Η αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας, μέσω της προαγωγής υγείας και των μέτρων πρόληψης των ασθενειών, μέσω της υποστήριξης και της ανάπτυξης των ευρύτερων δραστηριοτήτων της

---

<sup>22</sup> Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 1786/2002/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 23ης Σεπτεμβρίου 2002, για την θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003 - 2008)», ΕΕ L 271 της 09.10.2002, άρθρο 2, παρ. 2

προαγωγής της υγείας και των ενεργειών πρόληψης των ασθενειών και των ειδικών μέσων μείωσης και εξάλειψης του κινδύνου.

Πρώτον, θα αναπτυχθεί ένα συνεκτικό σύστημα πληροφόρησης στον τομέα της υγείας, που θα στοχεύει στο ευρύ κοινό, στους επαγγελματίες στο τομέα της υγείας και σε άλλους ενδιαφερόμενους καθώς και στις αρχές της υγείας.<sup>23</sup> Το σύστημα αυτό θα παράσχει πρόσβαση σε ολόκληρη την Κοινότητα σε αξιόπιστες και ενημερωμένες πληροφορίες σχετικά με βασικά θέματα που αφορούν την υγεία. Για τη δημιουργία του συστήματος αυτού θα χρησιμοποιηθεί στο έπακρο το διαδίκτυο, συμπεριλαμβανομένων των κόμβων με τους εθνικούς ιστοχώρους, και η δυναμική που η πρωτοβουλία e-Europe<sup>24</sup> παρέχει στην εισαγωγή των τεχνολογιών των πληροφοριών στον τομέα της υγείας. Το στατιστικό μέρος του συστήματος πληροφόρησης για την υγεία θα αναπτυχθεί στα πλαίσια του Κοινοτικού Στατιστικού Προγράμματος.

Το σύστημα θα βασιστεί στη δημιουργία συμφωνημένων δεικτών για ολόκληρη την Κοινότητα για την κατάσταση της υγείας, τις νόσους και τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και οι δείκτες αυτοί θα καλύπτουν τους δημογραφικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες, τους παράγοντες του τρόπου ζωής, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας καθώς και τις παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου, εφόσον είναι εφικτό, του κόστους τους. Θα γίνεται επεξεργασία των στοιχείων σχετικά με τις τάσεις και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας, των τεχνολογιών υγείας, των προτύπων ποιότητας και των κριτηρίων για τη βέλτιστη πρακτική. Θα αναπτυχθούν επίσης οι κοινές βάσεις δεδομένων και τα συστήματα μεταφοράς και αμοιβαίας κοινοποίησης πληροφοριών.<sup>25</sup>

Τα αποτελέσματα του συστήματος θα είναι δέσμες πληροφοριών διαφόρων ειδών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες διαφόρων ομάδων στόχων. Αυτές θα είναι:<sup>26</sup>

- ✓ Το ευρύ κοινό – η διάχυση πληροφοριών για την παρότρυνση των ανθρώπων να προβαίνουν σε βασικές επιλογές σχετικά με τον τρόπο ζωής και τους κινδύνους για την υγεία και η παροχή συμβουλών σχετικά με τις

<sup>23</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 12

<sup>24</sup> Πρόκειται για ένα πρόγραμμα δράσης, το οποίο επικυρώθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στη Σεβίλλη της Ισπανίας στις 21-22 Ιουνίου 2002. Έχει θέσει ως στόχο τη δημιουργία "σύγχρονων, σε απευθείας σύνδεση δημόσιων υπηρεσιών" στην Ευρώπη το 2005. Βλ. [www.europa.eu.int/information\\_society/eeurope/2005/index\\_en.htm](http://www.europa.eu.int/information_society/eeurope/2005/index_en.htm)

<sup>25</sup> COM(2000) 258 τελικό, ό. π., σελ. 13

<sup>26</sup> Ο. π., σελ. 13

πηγές υποστήριξης και τη βοήθεια από ειδικούς, όπως π.χ. οι ομάδες υποστήριξης ασθενών. Ειδική εστίαση θα υπάρχει, επίσης, στην παροχή των πληροφοριών για την υγεία στους ανθρώπους που μετακινούνται στην ΕΕ, όπως π.χ. για την κάλυψη της ιατρικής και κοινωνικής ασφάλισης και για τον τρόπο πρόσβασης σε ειδικές υπηρεσίες υγείας.

- ✓ *Επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη* – οι πληροφορίες θα τους βοηθήσουν να ενδυναμώσουν τις ικανότητες και τις γνώσεις τους. Θα περιλαμβάνουν ευρετήρια και καταλόγους, αποτελέσματα μελετών και αξιολογήσεις των παρεμβάσεων υγείας και των τεχνολογιών υγείας και κατευθυντήριες γραμμές, συμβουλές και συστάσεις.
- ✓ *Εθνικές, περιφερειακές και τοπικές αρχές υγείας*– οι πληροφορίες θα τους βοηθήσουν στην ανάπτυξη πολιτικής και στη λήψη αποφάσεων, παρέχοντάς τους ενημερωμένα και συγκριτικά στοιχεία σχετικά με τις τάσεις και τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας και με τη δημιουργία συγκριτικής αξιολόγησης για τη μέτρηση της προόδου και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και των στρατηγικών στον τομέα της υγείας.

Με τον τρόπο αυτό, το σύστημα θα παράσχει τα αναγκαία στοιχεία και πληροφορίες για την ανάπτυξη πολιτικής και πρωτοβουλιών στον τομέα της υγείας σε κοινοτικό επίπεδο και στα πλαίσια των κρατών-μελών.

Δεύτερον, θα υπάρχουν μηχανισμοί για να ανταποκριθούν στις σημαντικές απειλές για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας ταχείας αντίδρασης. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι αναγκαίοι για να εξασφαλιστεί ότι η Κοινότητα είναι σε θέση να ανταποκριθεί αποτελεσματικά και συντονισμένα σε δυνάμει σοβαρές απειλές για τη δημόσια υγεία τόσο από σημαντικές νόσους όσο και από αναδυόμενους κινδύνους που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά από τα κράτη-μέλη. Η δημιουργία αυτών των μηχανισμών θα περιλαμβάνει όχι μόνο τον έλεγχο των πόρων των αρχών της υγείας και της παρακολούθησης της υγείας και των κέντρων εμπειρογνωμοσύνης αλλά και την οικοδόμηση της αναγκαίας ικανότητας στα κράτη-μέλη. Οι ενέργειες θα περιλαμβάνουν τη βελτίωση των επικοινωνιών μεταξύ των εμπλεκόμενων εθνικών αρχών, τη σύνδεση με τα διάφορα κοινοτικά συστήματα προειδοποίησης, την εφαρμογή των αναγκαίων ρυθμίσεων για την παρακολούθηση

και τη μεταφορά πληροφοριών και τη δημιουργία των μέσων για την κινητοποίηση των αναγκαίων πόρων και της εμπειρογνωμοσύνης, ώστε τα κράτη-μέλη να ανταποκριθούν ταχέως και αποτελεσματικά στις απειλές για την υγεία, όταν αυτές ανακύπτουν.<sup>27</sup>

Ταυτόχρονα, άλλες ενέργειες, θα υποστηρίζουν την ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής σε άλλους βασικούς τομείς του πλαισίου δημόσιας υγείας, όπως η εξασφάλιση της ασφάλειας και της ποιότητας του αίματος, των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης και η ενίσχυση της παρακολούθησης και του ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών. Οι ενέργειες θα καλύψουν επίσης τις αναπτυσσόμενες αντιδράσεις για την αντιμετώπιση των απειλών για την υγεία από τις μη μεταδοτικές νόσους, τα παράνομα φάρμακα και τους φυσικούς παράγοντες που ενδέχεται να συνδέονται με συγκεκριμένες συνθήκες υγείας και την πρόληψη των τραυματισμών και των ατυχημάτων. Στους τομείς αυτούς θα δημιουργηθούν δεσμοί με τους υφιστάμενους μηχανισμούς παρακολούθησης, ειδοποίησης και επιφυλακής.<sup>28</sup>

Με κάθε νέα απειλή για την υγεία, η ανησυχία του κοινού, σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο προστατεύεται η υγεία του, προκύπτει αναπόφευκτα. Αυτή η ικανότητα ταχείας αντίδρασης θα συμβάλλει στην εξάλειψη αυτών των ανησυχιών, καθιστώντας δυνατή την αποφασιστική δράση που πρέπει να αναληφθεί σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου τα κράτη-μέλη δεν μπορούν μόνοι τους να δράσουν αποτελεσματικά.

Τέλος, το πρόγραμμα θα αντιμετωπίσει τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, με άλλα λόγια εκείνους τους υφιστάμενους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία των ανθρώπων. Στις κύριες προτεραιότητες θα περιληφθούν η επιδίωξη της αντιμετώπισης των υψηλών επιπέδων πρόωρων θανάτων και ασθενειών στην ΕΕ από σημαντικές νόσους, τον καρκίνο και τις καρδιαγγειακές νόσους καθώς και τις διανοητικές νόσους. Αυτό θα επιτευχθεί με την επικέντρωση σε βασικούς παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, το στρες και η κατάχρηση φαρμάκων, καθώς και σημαντικοί κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι ενέργειες θα στοχεύουν ιδίως στους νέους, καθώς οι βασικές αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά που συνδέεται με την υγεία, λαμβάνονται κατά την νεανική και

<sup>27</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 14

<sup>28</sup> Ο. π., σελ. 14



εφηβική ηλικία. Σε όλους αυτούς τους τομείς, το πρόγραμμα θα δημιουργήσει μηχανισμούς που θα συμβάλλουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων για την υγεία, παρέχοντας στις αρχές της υγείας, στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και στο ευρύ κοινό ακριβείς πληροφορίες που καλύπτουν το σύνολο της Κοινότητας σχετικά με τις σημαντικές τάσεις, την υποστήριξη καινοτόμων σχεδίων, την αξιολόγηση των νέων τεχνολογιών, τις ενέργειες για την βελτίωση της ποιότητας και την εκπόνηση κατευθυντήριων γραμμών ορθής πρακτικής. Θα αναπτύξει, επίσης, τα μέσα για τη σύγκριση και την ανάλυση πολιτικών έτσι ώστε οι αρμόδιοι χάραξης πολιτικής και η ευρύτερη κοινότητα να μπορεί να διαπιστώσει τις προσεγγίσεις που αναλαμβάνονται στα κράτη-μέλη και να αποφασίσει τι θα λειτουργεί με το βέλτιστο τρόπο και γιατί.<sup>29</sup>

## 2.2.2 Η επίτευξη μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής στον τομέα της υγείας

Προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι η ευρεία στρατηγική στον τομέα της Κοινότητας είναι συνεκτική, οι ενέργειες που θα γίνουν εντός του πλαισίου δημόσιας υγείας πρέπει να συνδεθούν κατάλληλα με πρωτοβουλίες που συνδέονται με την υγεία σε άλλους τομείς πολιτικής.<sup>30</sup>

Κατ' αρχάς, η ενιαία εσωτερική αγορά έχει σημαντικές συνέπειες για την υγεία και τα συστήματα υγείας. Όταν η Επιτροπή ενέκρινε τη νέα της στρατηγική για την εσωτερική αγορά της Ευρώπης στις 24 Νοεμβρίου του 1999 (COM(1999)624), η έμφαση δόθηκε στην ανάγκη για την βελτίωση της ποιότητας ζωής στην Κοινότητα και στην ανταπόκριση στις όλο και μεγαλύτερες προσδοκίες του κοινού, στο υψηλό επίπεδο προστασίας των καταναλωτών και στην κατάλληλη εφαρμογή των κανόνων, τα οποία θεωρούνται βασικά, εάν θέλουμε η εσωτερική αγορά να λειτουργεί σωστά. Ορισμένες ενέργειες - στόχοι στα πλαίσια της στρατηγικής θα συμβάλλουν τόσο στην επίτευξη του υψηλού επιπέδου προστασίας που προσδοκείται όσο και, ταυτόχρονα, στην εναρμόνιση της νομοθεσίας σε ολόκληρη την ΕΕ. Η ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας διέπεται από νομοθεσία που ρυθμίζει την αμοιβαία αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων. Επίσης, η κοινοτική νομοθεσία ασχολείται με την παροχή ιατρικής περίθαλψης στην περίπτωση διαμονής σε άλλα κράτη-μέλη. Παράλληλα, η νομοθεσία που αφορά την ελεύθερη κυκλοφορία

<sup>29</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 14

<sup>30</sup> Ο. π., σελ. 20

προϊόντων και υπηρεσιών καλύπτει τα προϊόντα που συνδέονται με την υγεία, όπως τα φαρμακευτικά προϊόντα, τις ιατρικές συσκευές, την ιατρική ασφάλιση καθώς και τα τρόφιμα, το αλκοόλ και τον καπνό.<sup>31</sup>

Για να συμπληρωθούν οι κοινοτικές πολιτικές που αφορούν την παροχή αδειάς, την εμπορία και την ελεύθερη κυκλοφορία των *φαρμακευτικών προϊόντων*, το πρόγραμμα δημόσιας υγείας θα καλύψει ζητήματα που συνδέονται με το κόστος, τη χρήση και τη σχέση κόστους-αποδοτικότητας. Ο στόχος είναι να βοηθηθούν τα κράτη-μέλη στον προσδιορισμό και τη διάδοση της ορθής πρακτικής. Οι σχετικοί τομείς δράσης είναι η δημιουργία συστημάτων πληροφόρησης για υποδείγματα συνταγών και κατανάλωσης και η προώθηση της αξιολόγησης της θεραπευτικής αξίας των φαρμακευτικών προϊόντων. Θα διερευνηθούν επίσης οι τρόποι ενίσχυσης της συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών για θέματα όπως ο περιορισμός του κόστους, οι κατευθυντήριες γραμμές για επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και ο έλεγχος της διαφήμισης και της προώθησης των προϊόντων. Περαιτέρω επίκεντρο θα αποτελέσει η βελτίωση της ενημέρωσης σχετικά με τα διαθέσιμα φάρμακα προς το ευρύ κοινό. Το διαδίκτυο προσφέρει μεγάλες δυνατότητες παροχής αξιόπιστων και κατανοητών πληροφοριών σχετικά με τη διασφάλιση και την προαγωγή της υγείας και σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα.

Η πρωτοβουλία «Διάλογος με τους πολίτες» έδειξε ότι, σε περιπτώσεις κατά τις οποίες τα φαρμακευτικά προϊόντα είναι διαθέσιμα μόνο σε άλλα κράτη-μέλη, οι καταναλωτές είναι πρόθυμοι να προβούν σε διασυννοριακές αγορές. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να καταδείξει κενά στην κοινοτική νομοθεσία.<sup>32</sup>

Στο πλαίσιο της *προστασίας του καταναλωτή* θα αναπτυχθεί έργο σχετικά με τις καταγγελίες υγείας καθώς και για τα αποκαλούμενα φαρμακευτικά προϊόντα διατροφής<sup>33</sup> και τα φάρμακα που διατίθενται χωρίς συνταγή. Επιπλέον θα αναληφθούν συμπληρωματικές πρωτοβουλίες σχετικά με τα τρόφιμα και τη διατροφή. Η Κοινότητα μπορεί να παράσχει πληροφορίες σχετικά με τη διαίτα, σχετικά με τη διατροφική αξία των τροφίμων, τα συστατικά και τα πρόσθετα, να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να προβαίνουν σε υγιεινές επιλογές. Μπορεί επίσης να συνεργαστεί με τους παρασκευαστές για να βελτιωθεί η διατροφική αξία των

<sup>31</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 20

<sup>32</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 20

<sup>33</sup> Προϊόντα, όπως π.χ. τα λειτουργικά προϊόντα διατροφής, που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας, όπως π.χ. το ψηλό επίπεδο χοληστερίνης.



επεξεργασμένων τροφίμων. Θα υπάρξει επίσης όφελος όσον αφορά τη διερεύνηση των συνδέσμων μεταξύ των συστημάτων ταχείας προειδοποίησης.<sup>34</sup>

Στην ανακοίνωσή της σχετικά με τον *Εκσυγχρονισμό και τη Βελτίωση της Κοινωνικής Προστασίας*<sup>35</sup>, η Επιτροπή πρότεινε μια στρατηγική σχετικά με τη συνεργασία και το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης που θα περιλαμβάνει επίσης εργασίες σχετικά με ορισμένα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας, όπως π.χ. η επιστροφή των δαπανών υγείας μεταξύ των συστημάτων και ζητήματα που αφορούν το κόστος και τη χρηματοδότηση. Το έργο αυτό θα συμπληρώσει τις ενέργειες του προγράμματος δημόσιας υγείας επί θεμάτων που άπτονται των συστημάτων υγείας, όπως η σχέση κόστους-αποδοτικότητας και η καταλληλότητα των παρεμβάσεων για την υγεία, η ποιότητα και τα πρότυπα, οι δεσμοί μεταξύ των υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, αγωγής και περίθαλψης και ο προσδιορισμός και η διάδοση της βέλτιστης πρακτικής.<sup>36</sup>

Η κοινοτική πολιτική για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία έχει ιδιαίτερη σημασία για τη δημόσια υγεία και για την εξασφάλιση της επίτευξης υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας. Βασίζεται στην προληπτική προσέγγιση προς την προστασία από κινδύνους στο χώρο εργασίας, εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες.<sup>37</sup>

Οι τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας θα αποτελέσουν το επίκεντρο της δράσης στο νέο πρόγραμμα. Η Επιτροπή προτίθεται να ενισχύσει τις δομές και τους μηχανισμούς αξιολόγησης των τεχνολογιών της υγείας με την υποστήριξη της συνεργασίας των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, προκειμένου να βελτιωθούν οι μεθοδολογίες, να προωθηθεί η από κοινού εργασία και να υποβοηθηθεί η διάδοση των συμπερασμάτων των μελετών με αποτελεσματικό τρόπο. Οι νέες τεχνολογίες θα χρησιμοποιηθούν για τη συγκέντρωση και τη διάδοση επικυρωμένων πληροφοριών.<sup>38</sup>

Η κοινοτική πολιτική για το περιβάλλον έχει ως άμεσο στόχο την προστασία της υγείας του ανθρώπου και βασίζεται στην αρχή της προφύλαξης, καθώς επίσης, και στο ότι ο «ρυπαίνων πληρώνει». Στοχεύει στην προώθηση προληπτικών δράσεων προστασίας, ενώ σε περίπτωση περιβαλλοντικών βλαβών, οι επανορθωτικές ενέργειες θα πραγματοποιούνται στην πηγή του προβλήματος. Αυτό είχε ως

<sup>34</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 21

<sup>35</sup> COM(1997)102 τελικό της 12<sup>ης</sup> Μαρτίου 1997

<sup>36</sup> Ο. π., σελ. 21

<sup>37</sup> Ο. π., σελ. 21

<sup>38</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 21

αποτέλεσμα ένα ρεύμα αποτελεσματικών πολιτικών και μέτρων σχετικά με τις εκπομπές, τις πρακτικές και τις συγκεντρώσεις ουσιών και παραγόντων. Μέσω της ενσωμάτωσης των απαιτήσεων περιβαλλοντικής προστασίας σε όλες τις κοινοτικές πολιτικές, όπως απαιτείται από το άρθρο 6 της συνθήκης πρέπει να υπάρξει σημαντική συμβολή για να εξασφαλιστεί η επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας. Οι δεσμοί μεταξύ υγείας και περιβάλλοντος ενισχύονται περαιτέρω μέσω του προτεινόμενου προγράμματος και των δραστηριοτήτων που επιδιώκουν τη διεθνή συνεργασία, όπως η υπουργική διάσκεψη για την υγεία και το περιβάλλον της ΠΟΥ.<sup>39</sup>

Το Πέμπτο πρόγραμμα-πλαίσιο δράσεων έρευνας και τεχνολογικής ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας περιέχει το πρόγραμμα «Ποιότητα ζωής και διαχείριση έμβιων πόρων» που συνδέεται άμεσα με την πολιτική στον τομέα της υγείας. Πέντε από τις έξι βασικές ενέργειες, «Τρόφιμα», «Διατροφή και υγεία», «Έλεγχος των λοιμωδών ασθενειών», «Το εργαστάσιο κύτταρο», «Περιβάλλον και υγεία» και «Γήρανση του πληθυσμού και μειονεξίες» στοχοθετούνται προς την κατεύθυνση ζωτικών ζητημάτων που συνδέονται με την υγεία. Επιπλέον, οι περισσότερες από τις γενικές δραστηριότητες αντιμετωπίζουν τομείς στρατηγικής σημασίας για την υγεία, π.χ. τις χρόνιες και εκφυλιστικές νόσους, τα γονιδιώματα και τις νόσους γενετικής προέλευσης, τις νευροεπιστήμες, τη δημόσια υγεία και τις υπηρεσίες υγείας, τα άτομα με ειδικές ανάγκες καθώς και τη βιοηθική. Ένα άλλο συγκεκριμένο πρόγραμμα που συμβάλλει στην υποστήριξη των δραστηριοτήτων που συνδέονται με την υγεία είναι το πρόγραμμα για το «Περιβάλλον και τη βιώσιμη ανάπτυξη».<sup>40</sup>

Επιπλέον, το πρόγραμμα INCO υποστηρίζει τη διεθνή συνεργασία στον τομέα της έρευνας με μεγάλο αριθμό χωρών, συμπεριλαμβανομένων των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και των Νέων Ανεξάρτητων Κρατών (INCO-Corremicus), των Μεσογειακών εταίρων (INCO-Med) και, το κυριότερο, των αναπτυσσόμενων χωρών (INCO-Dev). Τέλος το πρόγραμμα «Κοινωνία της πληροφορίας φιλική στο χρήστη» περιλαμβάνει εργασίες σχετικά με τα συστήματα υγείας και τη δημόσια υγεία, ιδίως σχετικά με την τηλεματική στον τομέα της υγείας. Όλα αυτά τα ερευνητικά προγράμματα δίνουν έμφαση στην εξασφάλιση του ότι τα πορίσματά τους διαδίδονται ευρύτερα και ότι λαμβάνονται υπόψη στην ανάπτυξη

<sup>39</sup> Ο. π., σελ. 21, 22

<sup>40</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 22

πολιτικής και στη λήψη αποφάσεων και ότι συμβάλλουν στο υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας.<sup>41</sup>

Εντός του πλαισίου του *κοινοτικού στατιστικού προγράμματος 1998-2002*, το Ευρωπαϊκό Στατιστικό Σύστημα (ESS) έθεσε σημαντικά σχέδια στον τομέα των στατιστικών υγείας και των κοινωνικών στατιστικών, ιδίως σχετικά με την κατάσταση υγείας, τις υπηρεσίες και τους πόρους ιατρικής περίθαλψης και τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Με βάση τις πρωτοβουλίες αυτές, θα αναπτυχθούν περαιτέρω οι στατιστικές που απαιτούνται για την πληροφόρηση για την υγεία.

Τέλος, η Κοινότητα έχει ευρύτερη δέσμευση για την υγεία ως βασική συνιστώσα στη *διεύρυνσή της και στις πολιτικές της ανάπτυξης, εξωτερικών σχέσεων και εμπορίου*. Οι συμφωνίες μεταξύ της Κοινότητας και τρίτων χωρών θέτουν το πλαίσιο για την παροχή ενίσχυσης με σκοπό την αντιμετώπιση των ασθενειών στις χώρες αυτές, την υποβοήθηση για τη δημιουργία κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών που έχουν ως αποτέλεσμα την καλύτερη υγεία και τη δημιουργία συστημάτων υγείας για την παροχή της περίθαλψης που χρειάζονται οι πληθυσμοί τους. Με τον τρόπο αυτό, χρησιμεύουν επίσης για να παρέχουν προστασία στους λαούς της Κοινότητας. Δυνάμει του άρθρου 177 της συνθήκης, η Κοινότητα αντιμετωπίζει τη φτώχεια στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ο τομέας της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός όσον αφορά στις στρατηγικές μείωσης της φτώχειας και αποτελεί βασικό στοιχείο της συνολικής πολιτικής ανάπτυξης της Κοινότητας.<sup>42</sup>

#### ***A) Μηχανισμοί για την εξασφάλιση ότι οι πολιτικές και οι δραστηριότητες συμβάλλουν στην προστασία της υγείας***

Η ανάπτυξη δεσμών μεταξύ του πλαισίου δημόσιας υγείας και άλλων πολιτικών είναι σημαντική, αλλά δεν επαρκεί για να εξασφαλιστεί ότι η στρατηγική στον τομέα της υγείας της Κοινότητας είναι πλήρως συνεκτική με τους πρωτεύοντες στόχους άλλων πολιτικών.<sup>43</sup> Είναι επίσης ουσιώδες ότι όλες οι δραστηριότητες της Κοινότητας που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία συμβάλλουν στη συνολική στρατηγική. Κατά την άποψη αυτή υπάρχουν δύο σημαντικοί περιορισμοί όσον

<sup>41</sup> Ο. π., σελ. 22

<sup>42</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 23

<sup>43</sup> Ο. π., σελ. 23

αφορά τον τρόπο με τον οποίο έχουν αντιμετωπιστεί έως σήμερα τα ζητήματα υγείας σε κοινοτικό επίπεδο:

- Πρώτον, δεν εξετάζεται πάντα πλήρως ο πιθανός αντίκτυπος στην υγεία των μεμονωμένων πρωτοβουλιών άλλων πολιτικών από εκείνες που συνδέονται άμεσα με την υγεία.
- Δεύτερον, οι διάφορες δραστηριότητες που συνδέονται με την υγεία δεν συνδέονται πάντα κατάλληλα και δεν προωθούνται κατά συνεκτικό τρόπο.

Αυτές οι δύο αδυναμίες πρέπει να αντιμετωπιστούν. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο εισάγονται διάφορα μέσα προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι δίνεται το κατάλληλο βάρος στην υγεία στα πλαίσια της ανάπτυξης και της υλοποίησης των κοινοτικών πολιτικών και ενεργειών.

Πρώτον, από το 2001, οι προτάσεις με ιδιαίτερη σημασία για την υγεία θα περιλαμβάνουν μια επεξήγηση του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι απαιτήσεις υγείας, συνήθως με τη συμπερίληψη μιας δήλωσης στην αιτιολογική έκθεση της πρότασης. Ο στόχος είναι να δειχθεί σαφώς ο τρόπος και ο λόγος για τα οποία ελήφθησαν υπόψη οι προβληματισμοί για την υγεία και ο αναμενόμενος αντίκτυπος στην υγεία.

Δεύτερον, στα πλαίσια του προγράμματος δημόσιας υγείας το ύψιστο καθήκον θα είναι να αναπτυχθούν κριτήρια και μεθοδολογίες, όπως π.χ. κατευθυντήριες γραμμές για την εκτίμηση και κατάλογοι ελέγχου για την αξιολόγηση των προτάσεων πολιτικής και την υλοποίησή τους. Επιπλέον, ορισμένες κοινοτικές ενέργειες ή πολιτικές θα μπορούσαν να διαχωριστούν για μια ενδελεχή αξιολόγηση αντικτύπου. Ο στόχος είναι η έναρξη δοκιμαστικών σχεδίων στον τομέα αυτό που θα μπορούσαν επίσης να αντιμετωπίσουν ζητήματα που συνδέονται με την υλοποίηση των κοινοτικών πολιτικών στα κράτη-μέλη.

Τρίτον, το πρόγραμμα δημόσιας υγείας περιλαμβάνει πρόβλεψη για την ανάλυση κοινών ενεργειών σε συνεργασία με άλλα κοινοτικά προγράμματα και οργανισμούς, που θα συμβάλουν στην ανάπτυξη διακλαδικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση των σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.

Τέλος, στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Επιτροπής θα ενισχυθούν οι μηχανισμοί που εξασφαλίζουν ότι οι δραστηριότητες που συνδέονται με την υγεία συντονίζονται κατάλληλα.<sup>44</sup> Οι ενέργειες αυτές θα επιτρέψουν στην Επιτροπή να εξασφαλίσει ότι η

---

<sup>44</sup> COM(2000)258 τελικό, ό. π., σελ. 23

στρατηγική της για την υγεία είναι συνεπής και συνεκτική. Όμως, καθώς τα κράτη-μέλη δεσμεύονται εξίσου από την υποχρέωση της συνθήκης, η υλοποίησή της απαιτεί κοινή προσπάθεια για να πετύχει.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### **ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο πρώτος στόχος της στρατηγικής στον τομέα της υγείας της Κοινότητας και του κοινοτικού προγράμματος για τη δημόσια υγεία 2003-2008 είναι η βελτίωση της πληροφόρησης για την υγεία, μέσω της δημιουργίας και λειτουργίας ενός μόνιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας. Το σύστημα αποσκοπεί στην παραγωγή συγκρίσιμων πληροφοριών για τα συστήματα υγείας τις ασθένειες και τη συμπεριφορά του πληθυσμού όσον αφορά την υγεία. Θα βασίζεται σε πανευρωπαϊκούς δείκτες που συμφωνούνται από κοινού όσον αφορά τον ορισμό τους, τη συλλογή στοιχείων και τη χρήση τους. Επιπλέον, το σύστημα θα αναπτυχθεί με βάση προηγούμενες εργασίες που έχουν πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο προηγούμενων κοινοτικών προγραμμάτων για την υγεία και θα είναι συμπληρωματικό ως προς τις δραστηριότητες του κοινοτικού στατιστικού προγράμματος και τις εργασίες που εκτελούνται στις κοινοτικές υπηρεσίες και σε διεθνείς οργανισμούς, όπως η ΠΟΥ και ο ΟΟΣΑ. Εκτός από την υποβολή τακτικών εκθέσεων σχετικά με την κατάσταση της υγείας γενικά θα προσφέρει και μια ροή πληροφόρησης, ανάλυσης και ανταλλαγής ορθών πρακτικών στον τομέα της δημόσιας υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Οι περισσότερες δράσεις στο πλαίσιο του κοινοτικού προγράμματος για την παρακολούθηση της υγείας (1997-2002) αφορούσαν την ανάπτυξη δεικτών. Προετοιμάστηκαν συστάσεις είτε για δείκτες σε διάφορους τομείς της υγείας είτε για βελτιώσεις στη συλλογή στοιχείων σε σχέση με τους δείκτες αυτούς. Στο πλαίσιο των σχεδίων ECHI 1 και ECHI 2 αναπτύχθηκε και διαδόθηκε ευρέως ένα πρώτο σύνολο κοινοτικών δεικτών για την υγεία. Στόχος, με τη λήξη αυτού του σχεδίου, ήταν να συνεχιστούν οι εργασίες για ειδικούς δείκτες, έτσι ώστε να ολοκληρωθεί ο κατάλογος των κοινοτικών δεικτών για την υγεία, ο οποίος θα αποτελέσει τη βάση για το ευρωπαϊκό σύστημα πληροφόρησης και γνώσης σχετικά με την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των λειτουργικών τους ορισμών. Το πρόγραμμα υποστήριξε επίσης την παραγωγή τακτικών εκθέσεων για την κατάσταση της υγείας στην Ευρώπη. Επίσης, και άλλα κοινοτικά προγράμματα για την υγεία ασχολήθηκαν με την ενημέρωση για την υγεία και με την παρακολούθηση, όπως το πρόγραμμα για τις

ασθένειες που σχετίζονται με τη ρύπανση, το πρόγραμμα για τον καρκίνο, το πρόγραμμα πρόληψης των ναρκωτικών και το πρόγραμμα για τις σπάνιες νόσους.

### **3.1 Ανάπτυξη δεικτών για την υγεία και συλλογή δεδομένων**

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στοχεύει στην παραγωγή συγκρίσιμων πληροφοριών για την υγεία και τη σχετική με την υγεία συμπεριφορά του πληθυσμού, τις ασθένειες και τα συστήματα υγείας. Αυτό, βασίζεται σε πανευρωπαϊκούς και από κοινού συμφωνηθέντες δείκτες, το σεβασμό, τον καθορισμό τους, τη συλλογή και τη χρήση τους. Στο προηγούμενο πρόγραμμα κοινοτικής δράσης για τον έλεγχο υγείας οι περισσότερες από τις ενέργειες που υποστηρίχθηκαν ήταν σε σχέση με την ανάπτυξη των δεικτών. Οδηγούσαν στις συστάσεις είτε για τους δείκτες για τους διάφορους τομείς υγείας είτε για τις βελτιώσεις στη συλλογή δεδομένων σε σχέση με αυτούς τους δείκτες.

Στο πλαίσιο του νέου προγράμματος δημόσιας υγείας η μελλοντική εργασία για τους δείκτες και τη συλλογή δεδομένων θα εκπονηθεί από συντονισμένες ομάδες εργασίας που θα δημιουργήσουν ένα πρότυπο για το μελλοντικό σύστημα ελέγχου υγείας. Οι στόχοι των ομάδων εργασίας θα καλύψουν και τις πέντε φάσεις της διαχείρισης στοιχείων: την ανάλυση των αναγκαίων στοιχείων στην αντίστοιχη περιοχή τους, τον καθορισμό των δεικτών και την εξασφάλιση ποιότητας, την τεχνική υποστήριξη των εθνικών προσπαθειών, την συλλογή δεδομένων σε επίπεδο ΕΕ, την υποβολή εκθέσεων και την ανάλυση και την προώθηση των αποτελεσμάτων. Η δράση θα διαμορφώσει την έναρξη για την περαιτέρω ανάπτυξη των κατάλληλων δομών για τον έλεγχο υγείας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο συντονισμός και η στενή συνεργασία με την Eurostat και τους συνεργάτες της κρίνεται εξαιρετικά σημαντικός.<sup>45</sup>

Η εργασία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την παραγωγή των συγκρίσιμων πληροφοριών για την υγεία και τη σχετική με την υγεία συμπεριφορά του πληθυσμού, στις ασθένειες και τα συστήματα υγείας στοχεύει στην παραγωγή των δεικτών υγείας. Η εργασία έχει οδηγήσει στην παραγωγή του πρώτου συνόλου δεικτών υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, οι οποίοι χωρίζονται σε επτά υπο-ενότητες:

<sup>45</sup> [www.europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/indic\\_data\\_en.htm](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indic_data_en.htm)

1. Τρόπος ζωής και άλλοι καθοριστικοί παράγοντες υγείας (συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών πτυχών υγείας)
2. Νοσηρότητα και θνησιμότητα (συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου και των σπάνιων ασθενειών)
3. Συστήματα υγείας (συμπεριλαμβανομένων των πτυχών πρόληψης και προώθησης)
4. Υγεία και περιβάλλον
5. Διανοητική υγεία (συμπεριλαμβανομένων των πτυχών πρόληψης και προώθησης)
6. Ατυχήματα και τραυματισμοί (συμπεριλαμβανομένων των πτυχών πρόληψης και προώθησης)
7. Δείκτες υγείας

Ο στόχος της Κοινότητας είναι να συνεχίσει την εργασία για τους συγκεκριμένους δείκτες προκειμένου να συμπληρωθεί ο κατάλογος των δεικτών υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Το σχέδιο εργασίας του 2004 εισηγείται τη σύσταση 7 ομάδων εργασίας, όσες και οι υπο-ενότητες στις οποίες έχουν χωριστεί οι δείκτες. Αυτές οι ομάδες εργασίας στο μέλλον θα εκτελέσουν τα προγράμματα στους τομείς τους όσον αφορά: τον προσδιορισμό και την ανάπτυξη των δεικτών, την υποστήριξη της συλλογής των στοιχείων για τους δείκτες στις επιμέρους χώρες, την διάθεση των στοιχείων σε επίπεδο ΕΕ, την προώθηση της γνώσης που συνάγεται από τους δείκτες και την προώθηση της χρήσης των αποτελεσμάτων σε επίπεδο ΕΕ. Οι ομάδες εργασίας θα αποτελούνται από μια επιστημονική γραμματεία και ένα δίκτυο προγραμμάτων των κρατών-μελών στον τομέα της συλλογής δεδομένων και της πολιτικής για την υγεία. Η εργασία θα εκπονηθεί σε στενή συνεργασία με την Eurostat και το κοινοτικό στατιστικό πρόγραμμα. Επίσης, θα ενισχυθούν οι δεσμοί με την ΠΟΥ, τον ΟΟΣΑ και άλλους διεθνείς οργανισμούς ενεργούς στον τομέα των πληροφοριών υγείας.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> [www.europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/indicators\\_en.htm](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indicators_en.htm)

### **3.2 Ανάλυση και υποβολή εκθέσεων σχετικά με την υγεία**

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προωθεί την ανάλυση και υποβολή εκθέσεων δημόσιας υγείας υπό από την καθοδήγηση της Επιτροπής Πληροφόρησης Υγείας. Οι εκθέσεις εξετάζουν τα επίκαιρα ζητήματα δημόσιας υγείας και παρέχουν το υλικό για την περαιτέρω χάραξη πολιτικής. Δεδομένου ότι οι εκθέσεις προωθούνται ετησίως, ο στόχος που πρέπει να επιτευχθεί είναι μια σταθερή ροή εκθέσεων θα που οριστικοποιούνται στο τέλος κάθε έτους, κατά τη διάρκεια του νέου προγράμματος δημόσιας υγείας. Η προώθηση των εκθέσεων στοχεύει στη συγκέντρωση των κορυφαίων ευρωπαϊών επιστημόνων από όλες τις χώρες της ΕΕ και στη δημιουργία ενός Ευρωπαϊκού Ερευνητικού Τομέα. Οι εκθέσεις συντάσσονται σε στενή συνεργασία με τις ομάδες εργασίας που εξετάζουν τους δείκτες υγείας μετά από συλλογή δεδομένων. Οι εκθέσεις θα δημοσιεύονται και ηλεκτρονικά αλλά και σε υψηλής ποιότητας έντυπες εκδόσεις.<sup>47</sup>

### **3.3 Διάδοση των πληροφοριών υγείας**

Η Ευρωπαϊκή Ένωση στοχεύει στη δημιουργία των μηχανισμών και συστημάτων για τη διανομή και τη μεταφορά των στοιχείων, των πληροφοριών και της εμπειρίας στον τομέα της δημόσιας υγείας. Αυτό θα επιτρέψει την ομαλή μεταφορά στοιχείων μεταξύ των πολιτών, των διεθνών οργανισμών και των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο στόχος είναι να δημιουργηθεί μια πλατφόρμα τεχνολογίας πληροφοριών που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προωθήσει τα διάφορα προγράμματα πληροφοριών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των συμβουλών για τα ζητήματα υγείας, των εκδόσεων και των βάσεων πληροφοριών για την υγεία, της αποθήκευσης πληροφοριών υγείας και της διάχυσης της εμπειρίας. Οι πληροφορίες για τη δημόσια υγεία θα συλλεχθούν κάτω από ένα ενιαίο σημείο «στρωματοποιημένης» πρόσβασης χρησιμοποιώντας την έννοια μιας πύλης δημόσιας υγείας που θα συγκεντρώσει όχι μόνο διοικητικού χαρακτήρα πληροφορίες, αλλά ειδικότερα θα παράσχει πολλές πληροφορίες προσανατολισμένες στον πολίτη, στα πλαίσια του προγράμματος δημόσιας υγείας. Οι ηλεκτρονικές εκδόσεις της ευρωπαϊκής σειράς εκθέσεων

<sup>47</sup> [www.europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/reporting/analysing\\_reporting\\_en.htm](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_information/reporting/analysing_reporting_en.htm)

δημόσιας υγείας και του ευρωπαϊκού δελτίου δημόσιας υγείας θα δημοσιευθούν μαζί με τους δείκτες που συλλέγονται στο πλαίσιο του προγράμματος δημόσιας υγείας.<sup>48</sup>

### **3.4 Ηλεκτρονική υγεία (e-Health)**

Η Επιτροπή στις 28 Μαΐου του 2002 ανακοίνωσε το σχέδιο δράσης «eEurope 2005: κοινωνία της πληροφορίας για όλους»,<sup>49</sup> το οποίο διαδέχτηκε το σχέδιο δράσης 2002 που ήταν κυρίως εστιασμένο στην επέκταση των δυνατοτήτων πανευρωπαϊκής σύνδεσης, στο διαδίκτυο. Το νέο σχέδιο δράσης, που εγκρίθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Σεβίλλης τον Ιούνιο του 2002, αποσκοπεί στην πρακτική έκφραση των ανωτέρω δυνατοτήτων με αύξηση της παραγωγικότητας των οικονομικών δραστηριοτήτων, καθώς και με βελτίωση της ποιότητας και της προσπέλασης των υπηρεσιών προς όφελος όλων των ευρωπαϊών πολιτών στη βάση μια ασφαλούς υποδομής ευρυζωνικών επικοινωνιών, η οποία θα είναι διαθέσιμη στο μεγαλύτερο δυνατό αριθμό πολιτών.

Οι βασικοί στόχοι, τους οποίους επιδιώκει να επιτύχει η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω του eEurope 2005 είναι:

- ◆ σύγχρονες δικτυακές δημόσιες υπηρεσίες
- ◆ ηλεκτρονική διακυβέρνηση (e-government)
  - ηλεκτρονικές υπηρεσίες μάθησης (e-learning)
  - ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας (e-health)
- ◆ δυναμικό περιβάλλον για το ηλεκτρονικό εμπόριο (e-business)
- ◆ ασφαλής υποδομή πληροφοριών
- ◆ μαζική διάθεση ευρυζωνικής πρόσβασης σε ανταγωνιστικές τιμές
- ◆ συγκριτική αξιολόγηση της προόδου και διάδοση ορθών πρακτικών

Το σχέδιο δράσης επισημαίνει ότι οι ψηφιακές τεχνολογίες προσφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα ως προς τη διαχείριση υγείας. Παρέχουν τη δυνατότητα όχι μόνο μείωσης των διοικητικών δαπανών, αλλά και παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εξ' αποστάσεως και ιατρικής πληροφόρησης και πρόληψης.

<sup>48</sup> [www.europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/dissemination/dissemination\\_en.htm](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/dissemination_en.htm)

<sup>49</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών – eEurope 2005: κοινωνία της πληροφορίας για όλους », COM(2002) 263 τελικό, Βρυξέλλες 28.05.2002.



Επιπλέον το διαδίκτυο χρησιμοποιείται διαρκώς περισσότερο από τους πολίτες για τη λήψη ιατρικών πληροφοριών. Με βάση τα παραπάνω είναι καθοριστικής σημασίας, η αποτελεσματική ανάπτυξη ηλεκτρονικού περιεχομένου και υπηρεσιών για την υγεία και η διάθεσή του σε όλους, καθώς και η συμμόρφωση των συναφών με την υγεία ιστοτόπων με καθιερωμένα ποιοτικά κριτήρια. Τα σχετικά με την υγεία δεδομένα έχουν ιδιαίτερα ευαίσθητο χαρακτήρα και όλες οι δράσεις στο πεδίο αυτό πρέπει να συνοδεύονται από την ανάπτυξη τεχνικών και οργανωτικών μέσων για την εξασφάλιση της προστασίας των πληροφοριών υγείας των πολιτών από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση, αποκάλυψη και παραποίηση.

Πάντως τα περισσότερα κράτη-μέλη έχουν αναπτύξει σχέδια για την ηλεκτρονική υγεία, πολλά εκ των οποίων προβλέπουν δαπάνες άνω του 3% του προϋπολογισμού για την υγεία σε εργαλεία και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας καθώς το πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία 2003-2008 δίνει μεγάλη έμφαση στην ηλεκτρονική υγεία.<sup>50</sup>

Στο συγκεκριμένο πεδίο, το eEurope 2005 προβλέπει τα εξής:

*1) Την καθιέρωση ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης υγείας.*

Η νέα ευρωπαϊκή κάρτα θα αποτελέσει ένα ευέλικτο εργαλείο για μια πραγματική Ευρώπη των πολιτών, αφού θα είναι προς όφελος αυτών, απαλλάσσοντας τους από τις διαδικασίες που απαιτούνται για την απόκτηση των διαφόρων εντύπων, τα οποία θα αντικατασταθούν από μία ατομική κάρτα. Παράλληλα, θα ευνοήσει την κινητικότητά τους όσον αφορά τη προσωρινή διαμονή στο εξωτερικό. Δηλαδή, όλα τα άτομα που διαμένουν προσωρινά σε κάποιο άλλο κράτος-μέλος θα έχουν πρόσβαση στην άμεσα αναγκαία υγειονομική περίθαλψη με τους ίδιους όρους όπως οι υπήκοοι του κράτους αυτού, ενώ θα παρέχονται πληροφορίες στους οργανισμούς που χρηματοδοτούν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας προσωρινής διαμονής, οι οποίοι θα εγγυώνται, ότι ο ασθενής είναι ασφαλισμένος στη χώρα προέλευσής του και επομένως τα έξοδα θα επιστρέφονται σε αυτούς από τους ομολόγους τους. Η εισαγωγή της κάρτας θα γίνει προοδευτικά σε τρεις φάσεις: α) η πρώτη φάση είναι η νομική και τεχνική προετοιμασία, β) η δεύτερη φάση είναι η έναρξη, που περιλαμβάνει δύο φάσεις, την αντικατάσταση του εντύπου E111 και στη συνέχεια την αντικατάσταση όλων των εντύπων που χρησιμοποιούνται κατά τη

---

<sup>50</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με eEurope 2005 (ηλεκτρονική Ευρώπη 2005): ενδιάμεση επανεξέταση», COM(2004)108 τελικό, Βρυξέλλες 18.02.2004

διάρκεια της προσωρινής διαμονής και, γ) η τρίτη φάση είναι εκείνη που θα οδηγήσει τελικά στη μετάβαση στην ηλεκτρονική μορφή των εντύπων, καθώς και ορισμένων διαδικασιών.<sup>51</sup>

2) Την εγκατάσταση από τα κράτη μέλη δικτύων πληροφοριών υγείας μεταξύ των σημείων περίθαλψης( νοσοκομεία, εργαστήρια, κατοικίες).

Ως το τέλος του 2005, θα πρέπει τα κράτη-μέλη να έχουν αναπτύξει ευρυζωνικής σύνδεσης δίκτυα πληροφοριών για την υγείας μεταξύ διαφόρων σημείων περίθαλψης. Παράλληλα, η Επιτροπή πρόκειται να καταρτίσει πανευρωπαϊκά δίκτυα πληροφοριών για δεδομένα δημόσιας υγείας και να συντονίσει δράσεις για ταχεία απόκριση σε απειλές για την υγεία, σε ευρωπαϊκή κλίμακα.<sup>52</sup>

3) Την παροχή στους πολίτες δικτυακών υπηρεσιών υγείας.

Έως το τέλος του 2005, η Επιτροπή και τα κράτη-μέλη θα έχουν εξασφαλίσει ότι παρέχονται στους πολίτες, δικτυακά, υπηρεσίες υγείας, όπως πληροφορίες για υγιεινή διαβίωση και πρόληψη ασθενειών, ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, τηλε-επίσκεψη, ηλεκτρονική επιστροφή δαπανών. Ορισμένες από τις υπηρεσίες υγείας και τις συναφείς προληπτικές υπηρεσίες, όπως η δικτυακή πληροφόρηση για την ποιότητα του αέρα και του νερού, θα επεκταθούν σε διευρωπαϊκό επίπεδο. Επίσης θα εφαρμοστούν ποιοτικά κριτήρια όσον αφορά τη λειτουργία των ιστοτόπων. Αυτά θα είναι:<sup>53</sup>

- ◆ Διαφάνεια και εντιμότητα
- ◆ Αναφορά των πηγών
- ◆ Προστασία της ιδιωτικής ζωής και των δεδομένων
- ◆ Ανανέωση των πληροφοριών
- ◆ Ευθύνη
- ◆ Προσβασιμότητα

<sup>51</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Υγείας», COM(2003) 73 τελικό, Βρυξέλλες 17.02.2003, σελ. 3-16

<sup>52</sup> COM(2002) 263 τελικό, ό. π., παρ. 3.1.1

<sup>53</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με eEurope 2002 (ηλεκτρονική Ευρώπη 2002): ποιοτικά κριτήρια για τους ιστοτόπους που αφορούν την υγεία», COM(2002)667 τελικό, Βρυξέλλες 29.11.2002, σελ. 6

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΕΙΛΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι μολυσματικές ασθένειες απειλούν την υγεία των πολιτών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Συνεπώς, η πρόληψη της μετάδοσης των νεοεμφανιζόμενων παθογόνων παραγόντων και της επανεμφάνισης άλλων, καθώς και η ενίσχυση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης στις απειλές αυτές αποτελεί κοινή ευθύνη των εθνικών αρχών υγείας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Η εμφάνιση του ιού HIV και του AIDS, η επανεμφάνιση της φυματίωσης, η εμφάνιση της παραλλαγής της νόσου του Creutzfeldt Jacob δείχνουν την πολυμορφία των απειλών που αντιμετωπίζει η υγεία, από μικροοργανισμούς, όπως τα βακτήρια και οι ιοί, καθώς και το εύρος των παραγόντων που επηρεάζουν τη διάδοσή τους. Η επιδημιολογική παρακολούθηση αυτών και άλλων μεταδοτικών ασθενειών μπορεί να οδηγήσει σε παρεμβάσεις που θα συμβάλουν στη μείωση της νοσηρότητας και/ή της θνησιμότητας. Η εισαγωγή αυστηρών κριτηρίων ποιότητας και ασφάλειας για το χειρισμό ανθρωπογενών ουσιών αποτελεί ένα ακόμα σημαντικό μέτρο στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Επιπλέον, στην αντιμετώπιση των απειλών που αντιμετωπίζει η υγεία από φυσικές, χημικές ή βιολογικές πηγές, συμπεριλαμβανομένων αυτών που συνδέονται με τρομοκρατικές πράξεις, καθώς και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η ιονίζουσα και η μη ιονίζουσα ακτινοβολία και ο θόρυβος, μπορούν να συμβάλουν η ανάπτυξη και η χρήση κοινοτικών προσεγγίσεων και μηχανισμών, συμπεριλαμβανομένων των στρατηγικών εμβολιασμού και ανοσοποίησης. Το κοινοτικό πρόγραμμα στον τομέα της δημόσιας υγείας όσον αφορά τις «απειλές για την υγεία» επιχειρεί να αντιμετωπίσει τα θέματα αυτά. Αποσκοπεί ειδικότερα να προαγάγει την ανάπτυξη διαφόρων δικτύων παρακολούθησης των μεταδοτικών ασθενειών και έγκαιρης ειδοποίησης καθώς και συστημάτων ταχείας αντίδρασης, να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της αντίστασης στα μικρόβια και της βιοτρομοκρατίας και να καταρτίσει στρατηγικές για την πρόληψη και αντίδραση κατά των μεταδοτικών ασθενειών (π.χ. ετοιμότητα αντίδρασης στη γρίπη και προστασία από σκόπιμα προκληθείσες επιδημίες). Εξετάζει επίσης θέματα που αφορούν την ποιότητα και την ασφάλεια ορισμένων ουσιών ανθρώπινης προέλευσης (π.χ. αίμα, ιστοί και κύτταρα καθώς και όργανα), προκειμένου να προληφθεί η μετάδοση μέσω

των εν λόγω θεραπευτικών υλικών των μεταδιδόμενων με το αίμα παθογόνων παραγόντων.<sup>54</sup>

#### 4.1 Μεταδοτικές Ασθένειες

Οι μεταδοτικές ασθένειες όπως η φυματίωση, η ιλαρά και η γρίπη, αντιπροσωπεύουν έναν σοβαρό κίνδυνο για την ανθρώπινη υγεία, που συμβάλλει σε περίπου το ένα τρίτο όλων των θανάτων που εμφανίζονται συνολικά. Οι μεταδοτικές ασθένειες δεν σέβονται τα εθνικά σύνορα και μπορούν να διαδοθούν γρήγορα εάν δεν ληφθούν οι κατάλληλες ενέργειες για την καταπολέμησή τους. Δύο είναι οι στυλοβάτες στον αγώνα αυτό, πρώτον η επιτήρησή, η οποία μπορεί να παράσχει χρήσιμες πληροφορίες και δεύτερον η έγκαιρη ειδοποίηση των αρμόδιων υγειονομικών υπηρεσιών των κρατών-μελών έτσι ώστε να μπορεί να επιτευχθεί συντονισμένη δράση σε πιθανά ξεσπάσματα επιδημιών. Για τους λόγους αυτούς η δημιουργία ενός ευρωπαϊκού κέντρου κρίθηκε αναγκαία για να υπάρξει μεγαλύτερη συνοχή και αποτελεσματικότητα στην κοινοτική δράση.

Αποστολή του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου των Νόσων είναι ο εντοπισμός, η αξιολόγηση και η κοινοποίηση των απειλών που μπορεί να αντιπροσωπεύουν για την υγεία οι μεταδοτικές νόσοι. Μέσα στο πλαίσιο της αποστολής του το Κέντρο:

- αναζητά, συγκεντρώνει, αξιολογεί και διαδίδει σχετικά επιστημονικά και τεχνικά στοιχεία,
- εκδίδει επιστημονικές γνωμοδοτήσεις και παρέχει επιστημονική και τεχνική βοήθεια, συμπεριλαμβανομένων και των θεμάτων κατάρτισης,
- παρέχει πληροφορίες στην Επιτροπή, στα κράτη μέλη, στους κοινοτικούς και διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της δημόσιας υγείας,
- συντονίζει τα ευρωπαϊκά δίκτυα στους τομείς που σχετίζονται με την αποστολή του και διαχειρίζεται τα δίκτυα αποκλειστικής επιτήρησης,
- διασφαλίζει την ανταλλαγή πληροφοριών, εμπειρογνωμοσύνης και ορθών πρακτικών, και διευκολύνει τον καθορισμό και την εκτέλεση των κοινοτικών ενεργειών.

---

<sup>54</sup> [www.europa.eu.int/comm/health/ph\\_threats/com/en.htm](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/en.htm)



Κύρια καθήκοντα του Κέντρου είναι η επιδημιολογική επιτήρηση, ο έγκαιρος συναγερμός και αντίδραση, οι επιστημονικές γνωμοδοτήσεις, η τεχνική βοήθεια προς τα κράτη μέλη και τις τρίτες χώρες, καθώς και οι ενέργειες υποστήριξης και ανάπτυξης για την ετοιμότητα όσον αφορά νέες απειλές για την υγεία.<sup>55</sup> Επιπροσθέτως, πέραν της ίδρυσης του παραπάνω κέντρου η Κοινότητα λαμβάνει και επιμέρους μέτρα για διάφορες ασθένειες ξεχωριστά έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι, η αντιμετώπισή τους θα είναι πιο αποτελεσματική.

#### 4.1.1 Καταπολέμηση του HIV/AIDS, της ελονοσίας και της φυματίωσης

Σε αυτές τις τρεις μεταδοτικές ασθένειες οφείλονται περισσότεροι από 5,5 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως. Αντιπροσωπεύουν ένα ιδιαίτερα βαρύ φορτίο για τις αναπτυσσόμενες χώρες και αποτελούν σημαντικό εμπόδιο για την ανάπτυξή τους. Γι' αυτό η Ένωση έχει αναπτύξει πρόγραμμα δράσης που αφορά κυρίως τις πιο φτωχές και τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες καθώς και τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες πληθυσμού στις αναπτυσσόμενες χώρες, το οποίο στοχεύει α) να μεγιστοποιήσει τον αντίκτυπο των παρεμβάσεων, των υπηρεσιών και των βασικών προϊόντων που διατίθενται ήδη, β) να καταστούν πιο προσιτές οι τιμές των βασικών φαρμάκων και η διάγνωση και γ) να ενταθεί η έρευνα με στόχο την ανάπτυξη εμβολίων, μικροβιοκτόνων προϊόντων και καινοτόμων θεραπειών.

Για το λόγο αυτό, το πρόγραμμα προβλέπει ένα μεγάλο φάσμα δραστηριοτήτων που αφορούν κυρίως:<sup>56</sup>

- την υιοθέτηση μιας ισόρροπης προσέγγισης μεταξύ πρόληψης, θεραπείας και περίθαλψης, καθιστώντας την πρόληψη κύρια προτεραιότητα και αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα μιας πολυτομεακής προσέγγισης που θα περιλαμβάνει τη στοχοθέτηση τρόπων συμπεριφοράς και παραγόντων όπως η καθαριότητα και η εξυγίανση του νερού, ο χωροταξικός σχεδιασμός, η διατροφή, η λήψη υπόψη της διάστασης του φύλου, κλπ,
- την ενίσχυση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες,

<sup>55</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου των Νόσων», COM(2003) 441 τελικό, Βρυξέλλες 08.08.2003

<sup>56</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σχετικά με το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης ταχεία δράση για τον ιό HIV/AIDS, την ελονοσία και τη φυματίωση στο πλαίσιο της μείωσης της φτώχειας. Εκκρεμή ζητήματα πολιτικής και μελλοντικές προκλήσεις», COM(2003) 93 τελικό, Βρυξέλλες 26.02.2003



- την καλύτερη κατανόηση της επίδρασης των ασθενειών που οφείλονται στη φτώχεια, στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη καθώς και τον αντίκτυπο των στρατηγικών που στοχεύουν στην αντιστάθμιση αυτής της επίδρασης,
- την ανάπτυξη μιας τοπικής ποιοτικής παραγωγής για τα απαραίτητα, τα προληπτικά και τα θεραπευτικά φάρμακα,
- την ενθάρρυνση ενός μηχανισμού κλιμακωτής τιμολόγησης για τα φάρμακα που είναι απαραίτητα στις αναπτυσσόμενες χώρες, που να εγγυάται τις πιο χαμηλές τιμές,
- την προώθηση της ιδιωτικής επένδυσης, αλλά κυρίως της δημόσιας, στον τομέα της έρευνας και της ανάπτυξης νέων θεραπειών, μεθόδων διάγνωσης και θεραπευτικών αγωγών με στόχο την καταπολέμηση αυτών των τριών ασθενειών,
- την κατάρτιση προσωπικού που προέρχεται από αναπτυσσόμενες χώρες,
- τη στήριξη πρωτοβουλιών παρακολούθησης και ελέγχου της ποιότητας των φαρμάκων.

#### 4.1.2 Ετοιμότητα και αντίδραση σε πανδημία γρίπης

Μια πανδημία γρίπης μπορεί να περιγραφεί ως ένα επιδημιολογικό γεγονός που χαρακτηρίζεται από την παγκόσμια κυκλοφορία ενός νέου τύπου του ιού στον άνθρωπο, με καμία ή μικρή ανοσία, ή ενός ιού που προκαλεί νοσηρότητα και θνησιμότητα σε επίπεδα σημαντικά υψηλότερα από τα μέσα εποχιακά επιδημικά ποσοστά. Δεδομένου ότι επιδημικές εκρήξεις γρίπης εκδηλώνονται τακτικά κάθε έτος, έχει πολύ μεγάλη σημασία να είμαστε σε θέση να κρίνουμε κατά πόσο οι αιτίες αυτές θα μπορούσαν να λάβουν σοβαρές επιδημικές διαστάσεις και να εξελιχθούν ενδεχομένως σε πανδημία. Αυτό απαιτεί επαγρύπνηση και τη λειτουργία των κατάλληλων συστημάτων μικροβιολογικής και επιδημιολογικής επιτήρησης τα οποία θα είναι σε θέση να παρέχουν ακριβείς προβλέψεις και έγκαιρες προειδοποιήσεις. Για να αντιμετωπιστεί η ανάγκη αυτή, η Επιτροπή εξέδωσε σχέδιο ετοιμότητας και αντίδρασης, στο οποίο περισσότερο ορισμένα στοιχεία των κατευθυντήριων γραμμών που εξέδωσε η ΠΟΥ το 1999.<sup>57</sup>

<sup>57</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Έγγραφο εργασίας της Επιτροπής σχετικά με τον κοινοτικό σχεδιασμό ετοιμότητας και αντίδρασης σε πανδημία γρίπης», COM(2004) 201 τελικό, Βρυξέλλες, 26.03.2004

Σκοπός του σχεδίου ετοιμότητας θα είναι να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης πανδημίας, να εξασφαλιστεί η ετοιμότητα και να επιτευχθεί συντονισμένη αντίδραση σε επίπεδο Κοινότητας σε περίπτωση εκδήλωσης πανδημίας γρίπης μέσω:

- του προσδιορισμού των βασικών συνιστωσών της αντίδρασης
- του προσδιορισμού των δραστηριοτήτων της Επιτροπής, του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Αξιολόγησης Φαρμακευτικών Προϊόντων και των κρατών μελών που θα μπορούσαν να διευκολύνουν και να βοηθήσουν το συντονισμό των αντίμετρων
- του καθορισμού της κοινοτικής αντίδρασης στο πλαίσιο της ευρύτερης διεθνούς αντίδρασης μέσω της συνεργασίας με διεθνείς οργανώσεις όπως είναι η ΠΟΥ.

Οι κύριοι στόχοι του σχεδίου ετοιμότητας είναι α) να διευκολυνθεί η έγκαιρη αντίδραση, να συνεισφέρει στη μείωση της ευπάθειας της δημόσιας υγείας, ιδίως με τον περιορισμό της αύξησης της νοσηρότητας/θνησιμότητας, γ) να βοηθήσει στη μείωση του φόβου του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, δ) να περιορίσει τη δυσλειτουργία των κανονικών δραστηριοτήτων στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και τέλος να μειώσει ενδεχόμενες συγκρούσεις μεταξύ των διαφόρων εθνικών σχεδίων.<sup>58</sup>

Τέλος, ὁ σχεδίο ετοιμότητας περιλαμβάνει και τις εξής συνιστώσες:

- Ο “κύκλος” της γρίπης διαίρεται σε προκαθορισμένα στάδια και επίπεδα τα οποία πρέπει να αναγνωρίζονται βάσει συμφωνημένων κριτηρίων και τα οποία λειτουργούν ως έναυσμα για τη λήψη αντίμετρων από την Επιτροπή και τα κράτη μέλη.
- Ένα σύνολο με τις βασικότερες λειτουργίες που απαιτούνται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας πανδημίας γρίπης. Η διαχείριση και ο συντονισμός, η επιτήρηση, οι στρατηγικές πρόληψης και παρέμβασης, η πολιτική προστασία, η επικοινωνία και η έρευνα είναι οι βασικές λειτουργίες που καλύπτει το σχέδιο ετοιμότητας.
- Η θέσπιση μηχανισμών σε κοινοτικό επίπεδο για να εξασφαλιστεί ότι υπάρχει αποτελεσματικός συντονισμός και συνδυασμένες ενέργειες σε κάθε στάδιο μιας επιδημικής έκρηξης γρίπης που ενέχει τον κίνδυνο να εξελιχθεί σε πανδημία

---

<sup>58</sup> Ο. π., σελ. 7

#### 4.2 Αντιμετώπιση επιπτώσεων της βιοτρομοκρατίας στον υγειονομικό τομέα

Λίγο μετά τις επιθέσεις της 11ης Σεπτεμβρίου, οι Ηνωμένες Πολιτείες επλήγησαν από ένα κύμα περιστατικών βιοτρομοκρατίας με την εξαπόλυση σπόρων του βακίλου του άνθρακα. Οι τρομοκρατικές αυτές ενέργειες είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην Ευρώπη. Οι υπηρεσίες προστασίας του πολίτη και ασφάλειας κινητοποιήθηκαν και τα συστήματα δημόσιας υγείας ήρθαν αντιμέτωπα με πολλές επιστολές και δέματα του ταχυδρομείου που περιείχαν σκόνες για τις οποίες υπήρχε υποψία ότι είχαν μολυνθεί από το βάκιλο του άνθρακα. Μολονότι δεν εντοπίστηκε καμία βιοτρομοκρατική επίθεση με στόχο την Ευρώπη, οι ευρωπαϊκές χώρες δέχθηκαν μεγάλη πίεση στο βαθμό κατά τον οποίο υποχρεώθηκαν να εξασφαλίσουν ταχέως τα μέσα για την αντιμετώπιση αυτού του νέου είδους απειλής. Τον Ιανουάριο του 2003, ο εντοπισμός της παρουσίας ρισίν - τοξικής ουσίας εν δυνάμει θανατηφόρας - σε ένα κτήριο του Λονδίνου υπενθύμισε με βίαιο τρόπο στις υγειονομικές αρχές την επείγουσα ανάγκη εντατικοποίησης των προσπαθειών τους στον τομέα της καταπολέμησης της βιοτρομοκρατίας.

Η απάλυνση των επιπτώσεων των εκούσιων απελευθερώσεων βιολογικών και χημικών παραγόντων απαιτεί την έγκαιρη ανίχνευση των συγκεκριμένων παραγόντων και την αναγνώριση των περιπτώσεων ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτούς. Οι υγειονομικές αρχές και οργανισμοί έχουν να διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο σ' αυτό τον τομέα. Για το σκοπό αυτό, οφείλουν:

- να καθιερώσουν μια αποτελεσματική παρακολούθηση
- να εξοικειώσουν τους γιατρούς των νοσοκομείων με τα σύνδρομα τα οποία θα πρέπει να προσέχουν
- να διαδώσουν κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την αντιμετώπιση των περιστατικών
- να καθιερώσουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς που θα εξασφαλίζουν την ταχεία γνωστοποίηση στις αρχές που είναι υπεύθυνες για τη συλλογή και την αξιολόγηση των επιδημιολογικών στοιχείων
- να συντονίσουν τις αντιδράσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Όσον αφορά τα εργαστήρια, οφείλουν να εξασφαλίσουν τις αναγκαίες δεξιότητες και δυνατότητες προκειμένου να αντιμετωπίζουν παράγοντες υψηλού κινδύνου, σύνθετες τεχνολογίες καθώς και την αυξημένη ζήτηση σε περίπτωση

πολλαπλών επιθέσεων.<sup>59</sup> Σε περίπτωση διαπιστωμένων επιθέσεων, θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα λήψης μέτρων σωματικής προστασίας και βοήθειας το συντομότερο δυνατόν. Επιπλέον, είναι σκόπιμο να γίνει μια πρώτη αξιολόγηση των επιπτώσεων και των κινδύνων προκειμένου να μπορούν να γίνουν κατάλληλες επιτόπιες παρεμβάσεις. Οι υγειονομικές αρχές είναι αρμόδιες για τη λήψη των αναγκαίων προληπτικών, διορθωτικών και θεραπευτικών μέτρων, όπως η απολύμανση των ατόμων που έχουν εκτεθεί, η λήψη δειγμάτων για ανάλυση ή η χορήγηση προφυλακτικών αγωγών. Ακόμη, η εφαρμογή σχεδίων επείγουσας ανάγκης θα πρέπει να είναι σε θέση να εγγυηθεί υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης όσον αφορά την ικανότητα οργάνωσης μιας αποτελεσματικής πολύπλευρης αντίδρασης. Τέλος, ο αριθμός, τα μέσα αντίδρασης και η ικανότητα κινητοποίησης των υπευθύνων υγειονομικής παρέμβασης πρέπει να ενισχυθούν κατά τρόπον ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται καλύτερα μια έντονη αύξηση της ζήτησης λόγω δυνητικής επίθεσης με πολλά θύματα.

Στον ανοικτό αυτό χώρο που αποτελεί την ΕΕ, είναι ουσιαστικής σημασίας να δημιουργηθούν κατάλληλοι μηχανισμοί προκειμένου να εξασφαλιστεί η γνωστοποίηση και η ταχεία ανταλλαγή πληροφοριών σε περίπτωση απειλής ή επίθεσης. Η σημασία μιας κοινής δράσης στην ΕΕ οδήγησε, τον Οκτώβριο του 2001, στη δημιουργία μιας επιτροπής υγειονομικής ασφάλειας απαρτιζόμενης από αντιπροσώπους των υπουργών Υγείας, με σκοπό να ενισχύσει τη συνεργασία στην καταπολέμηση της βιοτρομοκρατίας. Η εν λόγω επιτροπή δημιουργήθηκε στο πλαίσιο ενός προγράμματος σχετικά με τη συνεργασία, την προετοιμασία και την αντίδραση στις επιθέσεις με βιολογικούς και χημικούς παράγοντες, με την κωδική ονομασία "BICHAT". Το πρόγραμμα αυτό συνίσταται σε 25 δράσεις οι οποίες διαρθρώνονται γύρω από τους ακόλουθους τέσσερις στόχους:<sup>60</sup>

Πρώτον, καθιέρωση ενός **μηχανισμού συναγερμού και ανταλλαγής πληροφοριών**. Ο μηχανισμός αυτός πλαισιώνεται από μια επιτροπή υγειονομικής ασφάλειας και ένα σύστημα συναγερμού. Η επιτροπή υγειονομικής ασφάλειας είναι υπεύθυνη για την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις απειλές που συνδέονται με την υγεία, τα σχέδια προετοιμασίας και αντίδρασης, καθώς και τις στρατηγικές

---

<sup>59</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Ανακοίνωση της Επιτροπής, της 2<sup>ης</sup> Ιουνίου 2003 προς το Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για τη συνεργασία στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με την ετοιμότητα και την απόκρουση επιθέσεων με βιολογικούς και χημικούς παράγοντες (υγειονομική ασφάλεια)», COM(2003) 320 τελικό, Βρυξέλλες 02.06.2003

<sup>60</sup> COM(2003) 320 τελικό, ό. π., σελ. 7-10



διαχείρισης κρίσεων. Όσον αφορά το σύστημα συναγερμού, αυτό λειτουργεί από τον Ιούνιο του 2002 για τις γνωστοποιήσεις περιστατικών που σχετίζονται με την εκούσια απελευθέρωση βιολογικών και χημικών παραγόντων με την πρόθεση να βλάψουν. Το σύστημα συνδέει τα μέλη της επιτροπής υγειονομικής ασφάλειας με σημεία επαφής που καθορίζονται από τα μέλη της εν λόγω επιτροπής, προκειμένου να εξασφαλιστεί η κάλυψη, 24 ώρες το 24ωρο, και μια επιβεβλημένη υπενθύμιση σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης.

Δεύτερον, δημιουργία δεξιοτήτων ανίχνευσης και αναγνώρισης των βιολογικών και χημικών παραγόντων που προορίζονται να χρησιμοποιηθούν σε επιθέσεις. Η ανίχνευση των εκούσιων απελευθερώσεων βιολογικών παραγόντων γίνεται κατ' αρχήν με τα συστήματα παρακολούθησης που διαθέτουν τα κράτη μέλη για τον έλεγχο εμφάνισης μολυσματικών νόσων. Είναι σημαντικό να καταβάλουν τα κράτη- μέλη τις προσπάθειές τους ώστε να εξασφαλίσουν νέα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα για την ταχεία ανίχνευση, δεδομένου ότι αυτή αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για μια αποτελεσματική αντίδραση. Έχει ήδη πραγματοποιηθεί ταξινόμηση των βιολογικών παραγόντων που προορίζονται να χρησιμοποιηθούν στη βιοτρομοκρατία κατά σειρά προτεραιότητας, με βάση διάφορα κριτήρια (μολυσματικότητα, λοιμογόνος δύναμη, επιμονή παρουσίας στο περιβάλλον, ευκολία χειρισμού και διάδοσης κ.λπ.). Επιπλέον, ένας κανονισμός του προβλέπει διάφορους καταλόγους βιολογικών και χημικών παραγόντων στους οποίους εφαρμόζονται διατάξεις που συνδέονται με τον έλεγχο των εξαγωγών. Σε αρκετά κράτη μέλη η ικανότητα των εργαστηρίων είναι ακόμη ανεπαρκής. Ως εκ τούτου, πρέπει τα κράτη μέλη να μοιράζονται τους πόρους τους και εκείνα που διαθέτουν τελειοποιημένες υποδομές να υποστηρίζουν εκείνα που δεν τις διαθέτουν.

Τρίτον, δημιουργία μιας βάσης δεδομένων σχετικά με τα αποθέματα φαρμάκων και τις υπηρεσίες υγείας, καθώς και ενός συστήματος παροχής βοήθειας που να επιτρέπει τη διάθεση φαρμάκων και ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού σε περιπτώσεις επιθέσεων. Στο βαθμό κατά τον οποίο οι γνώσεις σχετικά με τους παράγοντες της βιοτρομοκρατίας και τις αντίστοιχες ασθένειες είναι περιορισμένες, είναι σημαντικό να καταρτιστεί κατάλογος των εμπειρογνομώνων στον τομέα αυτό σε ολόκληρη την ΕΕ, τον οποίο θα έχουν στη διάθεσή τους οι αρμόδιες εθνικές αρχές.

Και τέλος, καθορισμός των κανόνων και διάδοση των συμβουλών σχετικά με τα υγειονομικά μέσα για την αντιμετώπιση των επιθέσεων και το συντονισμό της κοινοτικής απάντησης, καθώς και τις σχέσεις με τις τρίτες χώρες και τους διεθνείς



οργανισμούς. Οι διαβουλεύσεις σε κοινοτικό και διεθνές επίπεδο έδειξαν ότι η διαδικασία για τη θέσπιση των εθνικών σχεδίων επείγουσας ανάγκης ενόψει της νέας απειλής μυστικής απελευθέρωσης χημικών και βιολογικών παραγόντων δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί σε όλα τα κράτη μέλη. Από τις διαβουλεύσεις αυτές προκύπτει επίσης ότι υπάρχει η βούληση ανάπτυξης μοντέλων που θα επιτρέπουν την κατάρτιση προβλέψεων σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας με βάση διάφορα σενάρια. Επιπλέον, επείγει να εντατικοποιηθούν οι εργασίες σχετικά με το σχεδιασμό επείγουσας ανάγκης και να υποστηριχθεί η δημιουργία μοντέλων προκειμένου να εξασφαλιστεί η ενίσχυση των σχεδίων επείγουσας ανάγκης σε περίπτωση απειλών ή επιθέσεων.

### **4.3 Ουσίες Ανθρώπινης Προέλευσης**

Ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών στην ΕΕ λαμβάνει θεραπείες βασισμένες στις βιολογικές ουσίες που δίνονται από άλλους. Αυτές περιλαμβάνουν το αίμα, τους ιστούς, τα κύτταρα, και ολόκληρα ανθρώπινα όργανα. Τέτοιες ουσίες έχουν μεγάλη θεραπευτική σημασία, αλλά μπορούν επίσης να εγκυμονήσουν κινδύνους για τους παραλήπτες, ειδικότερα με τη μετάδοση ασθενειών. Η Κοινότητα συμβάλλει στη μείωση τέτοιων κινδύνων με την υιοθέτηση νομοθεσίας για την ποιότητα και την ασφάλεια αυτών των ουσιών, και με τη χρηματοδότηση προγραμμάτων σε αυτόν τον τομέα.

#### **4.3.1 Αίμα και συστατικά του αίματος**

Το αίμα και τα προϊόντα που παράγονται από αυτό αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία της υγειονομικής περίθαλψης. Ο βαθμός στον οποίο τέτοια προϊόντα χρησιμοποιούνται στην ιατρική, εντούτοις, απαιτεί να εξασφαλιστούν η ποιότητα, η ασφάλεια, και η αποτελεσματικότητά τους προκειμένου να αποτραπεί η μετάδοση ασθενειών.

Έχουν ήδη ληφθεί πολλές πρωτοβουλίες σε κοινοτικό επίπεδο για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας και ασφάλειας σε ολόκληρη την "αλυσίδα της μετάγγισης αίματος", δηλαδή το σύνολο των σταδίων από τη συλλογή έως την χρήση του ανθρώπινου αίματος και των συστατικών του αίματος. Ωστόσο, υπάρχουν

κενά στην κοινοτική νομοθεσία, όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια των συστατικών του αίματος και του πλάσματος που προορίζονται για μεταγγίσεις. Γι' αυτό η Κοινότητα προχώρησε στην ίδρυση ειδικών κέντρων αίματος, όπου γίνεται η συλλογή και η επεξεργασία του, ορίζοντας τον εξοπλισμό τους με ειδικά συστήματα εξασφάλισης της ποιότητας και της ασφάλειας. Επιπλέον ενισχύονται τα μέτρα για τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων και τίθενται αυστηρά και πιο απαιτητικά προσόντα για το υγειονομικό προσωπικό των κέντρων αυτών σύμφωνα με τα οποία πρέπει είναι κάτοχοι πανεπιστημιακού πτυχίου επιστημονικού κλάδου που περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την φαρμακευτική και την ιατρική. Επίσης απαιτείται επαγγελματική εμπειρία τουλάχιστον δύο ετών σε σχετικό τομέα καθώς επίσης και συνεχή και τακτική κατάρτιση τουλάχιστον μία φορά το έτος.<sup>61</sup>

#### 4.3.2 Ιστοί και κύτταρα

Η μεταμόσχευση ανθρωπίνων ιστών και κυττάρων είναι ένας έντονα διευρυνόμενος τομέας της ιατρικής που προσφέρει μεγάλες ευκαιρίες για τη θεραπεία ανιάτων μέχρι σήμερα νόσων. Η ποιότητα και η ασφάλεια των ουσιών αυτών θα πρέπει να διασφαλίζεται, ιδίως προκειμένου να αποφεύγεται η μετάδοση νόσων. Η διαθεσιμότητα των ανθρωπίνων ιστών και κυττάρων που χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς σκοπούς εξαρτάται από τους πολίτες της Κοινότητας που είναι διατεθειμένοι να γίνουν δότες. Για να διασφαλιστεί η δημόσια υγεία και να αποφευχθεί η μετάδοση λοιμωδών νόσων από αυτούς τους ιστούς και τα κύτταρα, είναι αναγκαίο να ληφθούν όλα τα μέτρα ασφάλειας κατά τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση, τη διανομή και τη χρήση τους.

Τα κράτη-μέλη εξασφαλίζουν ότι η προμήθεια και ο έλεγχος ιστών και κυττάρων διεξάγονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο και πεπειραμένο προσωπικό και ότι πραγματοποιούνται υπό συνθήκες που έχουν διαπιστευτεί, οριστεί, εγκριθεί ή αδειοδοτηθεί προς το σκοπό αυτόν από τις αρμόδιες αρχές. Επίσης τα κράτη-μέλη μεριμνούν ώστε οι αρμόδιες αρχές να διοργανώνουν επιθεωρήσεις και τα ιδρύματα

<sup>61</sup> Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, «Οδηγία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Ιανουαρίου 2003, για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη συλλογή, τον έλεγχο, την επεξεργασία, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρωπίνου αίματος και συστατικών του αίματος και για την τροποποίηση της οδηγίας 2001/83/ΕΚ του Συμβουλίου», ΕΕ L 33, 08.02.2003

ιστών να εφαρμόζουν τα κατάλληλα μέτρα ελέγχου, ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα και η ασφάλεια των υγειονομικών υλικών.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, «Οδηγία 2004/23/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31ης Μαρτίου 2004 για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων», ΕΕ L 58, 12.04.2004

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η αντιμετώπιση των σημαντικότερων καθοριστικών παραγόντων για την υγεία παρέχει μεγάλες δυνατότητες για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας του ευρύτερου πληθυσμού. Οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής: προσωπική συμπεριφορά και τρόπος ζωής- επιρροές εντός μιας κοινότητας που μπορεί να προάγουν ή να βλάπτουν την υγεία, συνθήκες ζωής και εργασίας, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και γενικές κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες

Ο σκοπός της κοινοτικής δράσης στον τομέα αυτόν είναι διττός: Πρώτον, να ενθαρρύνει και να υποστηρίζει την ανάληψη πρωτοβουλιών και τη δημιουργία δικτύων για τη συλλογή, την παροχή και την ανταλλαγή πληροφοριών που θα αξιοποιηθούν για την αποτίμηση και τη χάραξη πολιτικών, στρατηγικών και μέτρων με σκοπό την πραγματοποίηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Δεύτερον, να προωθεί και να κινητοποιεί τις προσπάθειες των κρατών μελών στον τομέα αυτόν, για παράδειγμα αναπτύσσοντας καινοτομικά σχέδια που θα λειτουργήσουν ως υποδείγματα αποτελεσματικών πρακτικών.

Οι ακόλουθες αρχές εφαρμόζονται στις δράσεις που αναπτύσσονται κατωτέρω. Πρώτον, όπου είναι δυνατό, θα αξιοποιηθεί η εμπειρία από τα προηγούμενα κοινοτικά προγράμματα για τη δημόσια υγεία. Δεύτερον, επειδή οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι σημαντική αιτία των διαφοροποιήσεων της κατάστασης της υγείας σε όλη την Ευρώπη, η αντιμετώπιση των παραγόντων αυτών θα αποτελεί θέμα όλων των δράσεων που έχουν σκοπό την αντιμετώπιση του καθοριστικού παράγοντα υγείας που έχει σχέση με τον τρόπο ζωής. Τέλος, προσεγγίσεις που καλύπτουν τον κύκλο ζωής - και ιδίως τα προβλήματα που αφορούν τον γηράσκοντα πληθυσμό - θα ληφθούν υπόψη κατά την εξέταση των καθοριστικών παραγόντων. Ορισμένα εγκάρσια θέματα συνδέονται στενά με τις δραστηριότητες των καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται η αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας στρατηγικών και μέτρων

που προάγουν την υγεία, η προαγωγή της υγείας για το γηράσκοντα πληθυσμό, η αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. <sup>63</sup>

### **5.1 Παράγοντες που σχετίζονται με τον Τρόπο Ζωής**

Οι παράγοντες υγείας που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής είναι πολυδιάστατοι. Αυτοί οι καθοριστικοί παράγοντες συνδέονται με έναν αριθμό σημαντικών προβλημάτων υγείας. Επίσης, μερικά ζητήματα υγείας μοιράζονται τους ίδιους καθοριστικούς παράγοντες όπως ο καπνός, το οινόπνευμα, και η διατροφή.

Τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με σχετικούς με τον τρόπο ζωής παράγοντες μπορούν να εμφανιστούν σε συγκεκριμένη περίοδο της ζωής π.χ. στην παιδική ηλικία ή στα γηρατειά, αλλά μπορούν επίσης να συνδεθούν έντονα και με πολιτιστικές πτυχές. Επιπλέον, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι ένας σημαντικός λόγος για τις παρεκκλίσεις στην υγεία. Η εξέταση αυτών των παραγόντων θα ληφθεί υπόψη σε όλες τις ενέργειες που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των σχετικών με τον τρόπο ζωής καθοριστικών παραγόντων υγείας. Η περιεκτική προώθηση υγείας σε διάφορους χώρους όπως π.χ., σχολεία, εργασιακούς χώρους, οικογένειες και τοπικές κοινότητες έχει αποδειχθεί αποδοτική στην εξέταση των καθοριστικών παραγόντων υγείας.

Όλες αυτές οι διαστάσεις (καθοριστικοί παράγοντες, προβλήματα υγείας, κύκλος ζωής, περιοχές) συνδέονται η μια με την άλλη. Ανάλογα με την κατάσταση, τη δράση που στρέφεται σε μια συγκεκριμένη ασθένεια ή σε έναν συγκεκριμένο καθοριστικό παράγοντα μπορούν να δικαιολογηθούν. Εξίσου οι ομάδες πληθυσμών ή οι συγκεκριμένες ενέργειες, που εξετάζουν ταυτόχρονα όλους τους καθοριστικούς παράγοντες υγείας, μπορεί να είναι η αποδοτικότερη προσέγγιση σε πολλές καταστάσεις.

#### **5.1.1 Κάπνισμα**

Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία του θανάτου στην Κοινότητα. Η αντιμετώπιση του καπνίσματος απαιτεί μια ολοκληρωμένη στρατηγική στον έλεγχο των καπνών που περιλαμβάνει μέτρα που λαμβάνονται τόσο σε επίπεδο κρατών

---

<sup>63</sup> [www.europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/healthdeterminants\\_el.htm](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_el.htm)



μελών όσο και σε επίπεδο της Κοινότητας. Υπολογίζεται ότι 25% όλων των θανάτων από καρκίνο και 15% όλων των θανάτων στην Ένωση θα μπορούσαν να αποδοθούν στο κάπνισμα. Προκειμένου να συγκρατηθεί αυτή η επιδημία, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα έχει εκδώσει οδηγίες που αφορούν τόσο την παραγωγή και την πώληση καπνών<sup>64</sup>, όσο και την διαφήμιση και χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού<sup>65</sup> και που έχουν σαν στόχο την εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας σε συνδυασμό με την προώθηση της καλής λειτουργίας της εσωτερικής αγοράς στα πλαίσια τόσο του νέου προγράμματος δημόσιας υγείας 2003-2008, όσο και της σύμβασης με την ΠΟΥ για την καταπολέμηση του καπνίσματος<sup>66</sup>, η οποία έχει σαν στόχο την προστασία των σημερινών και των μελλοντικών γενεών από τις συνέπειες της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης στον καπνό παρέχοντας ένα πλαίσιο για τα μέτρα καταπολέμησης του καπνίσματος που πρέπει να εφαρμόσουν τα συμβαλλόμενα μέρη σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο. Επιπλέον των παραπάνω μέτρων ο αρμόδιος Επίτροπος για θέματα Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών κ. Μάρκος Κυπριανού έδωσε την 1<sup>η</sup> Μαρτίου 2005 το εναρκτήριο λάκτισμα της νέας αντικαπνιστικής εκστρατείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

#### **A) Παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού**

Η οδηγία-αποτελεί συγχώνευση της κοινοτικής νομοθεσίας σχετικά με το θέμα. Καταργεί τις οδηγίες 89/622/ΕΟΚ σχετικά με την επισήμανση των προϊόντων καπνού και την απαγόρευση της διάθεσης στην αγορά ορισμένων τύπων καπνού μάσησης (που τροποποιήθηκε από την οδηγία 92/41/ΕΟΚ) και 90/239/ΕΟΚ σχετικά με τη μέγιστη περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα.<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Οδηγία 2001/37/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 5ης Ιουνίου 2001 περί της προσέγγισης των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση των προϊόντων καπνού» ΕΕ L 194 της 18.07.2001.

<sup>65</sup> Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Οδηγία 2003/33/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 26 Μαΐου 2003 για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά τη διαφήμιση και τη χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού», ΕΕ L 152 της 20.06.2003.

<sup>66</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Πρόταση απόφασης του Συμβουλίου για την υπογραφή σύμβασης πλαισίου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος», COM(2003) 307 τελικό, Βρυξέλλες 26.5.2003

<sup>67</sup> Οδηγία 2001/37/ΕΚ, ό. π., άρθρο 15

Η παρούσα οδηγία επιβάλλει μέγιστα όρια περιεκτικότητας σε πίσσα και σε μονοξειδίο του άνθρακα για τα τσιγάρα που εγκρίνονται για ελεύθερη κυκλοφορία, διατίθενται στο εμπόριο ή κατασκευάζονται στα κράτη μέλη. Τα μέγιστα όρια περιεκτικότητας είναι κατώτερα από εκείνα που επιβάλλει η οδηγία 90/239/ΕΟΚ σχετικά με την μέγιστη περιεκτικότητα σε πίσσα και επεκτείνονται σε δύο επιπλέον ουσίες, στη νικοτίνη και στο μονοξειδίο του άνθρακα.

Από την 1η Ιανουαρίου 2004, τα μέγιστα όρια περιεκτικότητας για τα τσιγάρα που εγκρίνονται για ελεύθερη κυκλοφορία, διατίθενται στο εμπόριο ή κατασκευάζονται στα κράτη μέλη θα είναι τα ακόλουθα :

- 10 mg ανά τσιγάρο για την πίσσα
- 1 mg ανά τσιγάρο για τη νικοτίνη
- 10 mg ανά τσιγάρο για το μονοξειδίο του άνθρακα.<sup>68</sup>

Για τα τσιγάρα που κατασκευάζονται στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα και εξάγονται σε τρίτες χώρες ισχύει παρέκκλιση έως την 1η Ιανουαρίου 2005. Σε κάθε περίπτωση οι διατάξεις αυτές αναμένεται να εφαρμοστούν το αργότερο την 1η Ιανουαρίου 2007.<sup>69</sup>

Όσον αφορά την ελληνική δημοκρατία, υπό μορφή προσωρινής εξαίρεσης, η ημερομηνία θέσης σε ισχύ της ανώτατης περιεκτικότητας σε πίσσα των τσιγάρων που κατασκευάζονται και πωλούνται στην επικράτειά της είναι η 1η Ιανουαρίου 2007.<sup>70</sup>

Όσον αφορά τις πληροφορίες σχετικά με την μέγιστη περιεκτικότητα στα τσιγάρα, αυτές πρέπει να καλύπτουν τουλάχιστον 10% της επιφάνειας (12% στα κράτη μέλη που έχουν δύο επίσημες γλώσσες και 15% στα κράτη μέλη που έχουν τρεις επίσημες γλώσσες).<sup>71</sup>

Υπάρχουν δύο είδη υποχρεωτικής προειδοποίησης για όλα τα προϊόντα (με εξαίρεση τον καπνό που λαμβάνεται από το στόμα και άλλα προϊόντα καπνού που δεν προορίζονται για κάπνισμα) :

- μια γενική προειδοποίηση («το κάπνισμα σκοτώνει/μπορεί να σκοτώσει» ή «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγείας σας και την υγεία των άλλων γύρω σας») που πρέπει να καλύπτει τουλάχιστον το 30% της επιφάνειας της

<sup>68</sup> Ο. π., άρθρο 3, παράγραφος 1

<sup>69</sup> Ο. π., άρθρο 3, παράγραφος 2

<sup>70</sup> Ο. π., άρθρο 3, παράγραφος 3

<sup>71</sup> Ο. π., άρθρο 5, παράγραφος 1

συσκευασίας, (32% και 35% για τα κράτη μέλη που έχουν αντίστοιχα δύο ή τρεις επίσημες γλώσσες).

- μια επιπλέον προειδοποίηση (στο παράρτημα της οδηγίας περιλαμβάνεται επιλογή μεταξύ σειράς προειδοποιήσεων). Αυτή πρέπει να καλύπτει τουλάχιστον 40% του εξωτερικού μέρους της εν λόγω επιφάνειας (45% και 50% για τα κράτη μέλη που έχουν αντίστοιχα δύο ή τρεις επίσημες γλώσσες).<sup>72</sup>

Επιπλέον της μεγέθυνσης των προειδοποιήσεων σχετικά με την υγεία στις συσκευασίες των τσιγάρων η Κοινότητα προβλέπει και τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων στις συσκευασίες προϊόντων καπνού που παριστάνουν τις συνέπειες του καπνίσματος για την υγεία.<sup>73</sup> Ωστόσο, η χρήση συνταρακτικών εικόνων, σε συνδυασμό με μηνύματα προειδοποίησης, δεν είναι δεσμευτική.

Οι κατασκευαστές και οι εισαγωγείς υποχρεούνται να προσκομίζουν στα κράτη-μέλη σε ετήσια βάση και για πρώτη φορά το αργότερο την 31η Δεκεμβρίου 2002, κατάλογο όλων των συστατικών καθώς και των ποσοτήτων οι οποίες χρησιμοποιούνται κατά την κατασκευή των προϊόντων καπνού καθώς και τα τοξικολογικά δεδομένα που αφορούν κυρίως την επίδραση στην υγεία και την επίδραση όσον αφορά την εξάρτηση. Ο κατάλογος αυτός πρέπει να συνοδεύεται από δήλωση, όπου εκτίθενται οι λόγοι της συμπερίληψής τους. Πρέπει επίσης να δημοσιοποιείται και να ανακοινώνεται σε ετήσια βάση στην Επιτροπή.<sup>74</sup>

## **B) Διαφήμιση και χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού**

Στόχος της παρούσας οδηγίας είναι η απαγόρευση, στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της διαφήμισης υπέρ του καπνού στο γραπτό τύπο, στις ραδιοφωνικές εκπομπές, και στις υπηρεσίες της κοινωνίας των πληροφοριών καθώς και της χορηγίας υπέρ εκδηλώσεων με διασυννοριακό αντίκτυπο που αποσκοπούν στην προώθηση των προϊόντων του καπνού,<sup>75</sup> ώστε αφενός να εξασφαλιστεί ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας και αφετέρου να εξαλειφθούν οι κίνδυνοι στρέβλωσης των όρων ανταγωνισμού στην εσωτερική αγορά, αφού οι διαφορές

<sup>72</sup> Ο. π., άρθρο 5, παράγραφος 2

<sup>73</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Απόφαση 2003/641/EK της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 5ης Σεπτεμβρίου 2003 σχετικά με τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων ως προειδοποιήσεων για την υγεία στις συσκευασίες προϊόντων καπνού», ΕΕ L 226 της 10.09.2003.

<sup>74</sup> Οδηγία 2001/37/EK, δ. π., άρθρο 6

<sup>75</sup> Οδηγία 2003/33/EK, δ. π., άρθρο 1, παράγραφος 1

μεταξύ των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών στον τομέα της διαφήμισης και χορηγίας υπέρ των προϊόντων του καπνού είναι δυνατόν να παρεμβάλουν ολοένα περισσότερα εμπόδια στην ελεύθερη κυκλοφορία των προϊόντων ή των υπηρεσιών.<sup>76</sup>

Γενικά, η διαφήμιση των προϊόντων του καπνού απαγορεύεται:

- στο γραπτό τύπο (εφημερίδες και άλλες εκδόσεις),
- στις υπηρεσίες της κοινωνίας των πληροφοριών,
- στις ραδιοφωνικές εκπομπές.

Η διαφήμιση στα έντυπα περιορίζεται σε εκείνα τα οποία προορίζονται αποκλειστικά για τους επαγγελματίες του κλάδου του καπνού, καθώς και στα έντυπα που εκδίδονται και τυπώνονται σε τρίτες χώρες, εφόσον τα εν λόγω έντυπα δεν προορίζονται κυρίως για την κοινοτική αγορά.<sup>77</sup>

Όσον αφορά τη χορηγία ραδιοφωνικών εκπομπών ή εκδηλώσεων διεθνούς χαρακτήρα από επιχειρήσεις που έχουν στόχο τα προϊόντα καπνού, απαγορεύεται, όπως και η κάθε δωρεάν διανομή προϊόντων καπνού στο πλαίσιο της χορηγίας. Πάντως, η χορηγία εκδηλώσεων ή δραστηριοτήτων χωρίς διασυννοριακό αντίκτυπο δεν καλύπτεται από την οδηγία.<sup>78</sup>

### Γ) «HELP - Για μία ζωή χωρίς τσιγάρο»

Η εκστρατεία «HELP» επιθυμεί να απευθυνθεί στους νέους και σε όσους έρχονται σε άμεση επαφή με την πραγματικότητα την οποία συναντούν οι νέοι, καπνιστές και μη. Τα Κράτη-μέλη είναι εκείνα τα οποία αντιλαμβάνονται καλύτερα τις καταστάσεις και τις λύσεις στα προβλήματα τα οποία συνδέονται με το κάπνισμα στον πληθυσμό τους. Ωστόσο, όπως διαπιστώθηκε ήδη από τις προκαταρκτικές έρευνες πριν την έναρξη της εκστρατείας, οι Ευρωπαίοι κάτοικοι παραχωρούν μία ισχυρή, και χωρίς αμφιβολία απροσδόκητη, νομιμότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση στον αγώνα ενάντια στο κάπνισμα. «Είναι λογικό η Ευρώπη να ενδιαφέρεται, αφού το πρόβλημα είναι το ίδιο παντού» δηλώνουν με μία φωνή οι ευρωπαίοι κάτοικοι στις τέσσερις γωνιές της Ένωσης.

Αυτή η εκστρατεία τίθεται επίσης εκουσίως υπό το έμβλημα μίας πραγματικής συμμαχίας με τον κόσμο του αντικαπνιστικού αγώνα στην Ευρώπη. Αυτό το πνεύμα

<sup>76</sup> Ο. π., άρθρο 1, παράγραφος 2

<sup>77</sup> Ο. π., άρθρο 3

<sup>78</sup> Ο. π., άρθρα 4, 5

θα εξελιχθεί σε συντονισμό με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Πρόληψης του Καπνίσματος (ENSP). Πρόκειται για το πιο σημαντικό δίκτυο στην Ευρώπη αφού συγκεντρώνει περισσότερους από 530 οργανισμούς. Αυτοί διαθέτουν αναντικατάστατη εμπειρία και γνώση των προβληματικών οι οποίες συνδέονται με την πρόληψη του καπνίσματος.

Οι τρεις προτεραιότητες της εκστρατείας «HELP», οι οποίες ορίζονται από τον Επίτροπο Κυπριανού είναι:

- Η πρόληψη του καπνίσματος
- Η διακοπή του καπνίσματος
- Οι κίνδυνοι του παθητικού καπνίσματος

Η εκστρατεία στοχεύει κυρίως στους εφήβους (15-18 ετών) και στους ενήλικες νέους (18-30 ετών). Συνειδητοποιώντας τη δυσκολία του δρόμου που πρέπει να ακολουθήσει ο καπνιστής, η εκστρατεία «HELP» και το σύνθημά της «Για μία ζωή χωρίς καπνό» δεν διατυπώνουν, με κανένα τρόπο, ηθικό κήρυγμα ή κριτική. Στην πραγματικότητα είναι πιο ρεαλιστική, δεδομένης της σημασίας της προσωπικής προσπάθειας που απαιτείται, υποστηρίζοντας τον νέο στα πρώτα του βήματα προκειμένου να μην ξεκινήσει το κάπνισμα ή προτρέποντάς τον να το σταματήσει, διαδίδοντας ένα μη-ενοχοποιητικό και μη-ηθικολογικό μήνυμα. Μέσα σε αυτή την προοπτική, η εκστρατεία «HELP», χρησιμοποιώντας εκουσίως πολυμέσα, παρουσιάζει μία ολοκληρωμένη πρόταση πολλαπλών εργαλείων, στην υπηρεσία μίας συλλογικής και θετικής κινητοποίησης. Η εκστρατεία «HELP» αποτελείται από ένα περιοδεύον τμήμα και από μια εκστρατεία δημοσίων σχέσεων, μια διαφημιστική εκστρατεία και έναν ιστότοπο<sup>79</sup> που παρέχει βοήθεια για το πώς κάποιος θα μπορούσε να κόψει το κάπνισμα. Ένα ευρωπαϊκό παρατηρητήριο για την αντιμετώπιση του καπνίσματος από τα μέσα ενημέρωσης θα συλλέγει και θα αναλύει συστηματικά τις ευρωπαϊκές αντικαπνιστικές δημοσιεύσεις σε αυτά τα μέσα.<sup>80</sup>

### 5.1.2 Διατροφή

Η πολιτική της κοινότητας στον τομέα της διατροφής ως τώρα αφορούσε κυρίως την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας μέσω της ασφάλειας των τροφίμων και της ενημέρωσης των καταναλωτών. Η Λευκή Βίβλος για την ασφάλεια των

<sup>79</sup> Βλ.: [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com)

<sup>80</sup> [www.europa.eu.int/rapid/pressReleases](http://www.europa.eu.int/rapid/pressReleases), 1.03.2005



τροφίμων<sup>81</sup> αποτέλεσε ουσιώδες στοιχείο για την βελτίωση των κανόνων ποιότητας και την ενίσχυση των συστημάτων ελέγχου σε ολόκληρη την τροφική αλυσίδα, από την αγροτική εκμετάλλευση ως τον καταναλωτή. Πρότεινε ένα σύνολο μέτρων που επέτρεψαν να οργανωθεί η ασφάλεια των τροφίμων με πιο συντονισμένο και ολοκληρωμένο τρόπο, τα οποία περιλάμβαναν ιδίως:

- ⊕ την ίδρυση μιας ανεξάρτητης ευρωπαϊκής υπηρεσίας τροφίμων αρμόδιας για την εκπόνηση ανεξάρτητων επιστημονικών γνωμοδοτήσεων επί όλων των πτυχών που σχετίζονται με την ασφάλεια των τροφίμων, τη διαχείριση συστημάτων ταχείας προειδοποίησης και την ενημέρωση για τους κινδύνους
- ⊕ βελτιωμένο νομικό πλαίσιο για την κάλυψη όλων των πτυχών που σχετίζονται με τα τρόφιμα «από το αγρόκτημα στο τραπέζι»
- ⊕ πιο εναρμονισμένα συστήματα ελέγχου σε εθνικό επίπεδο
- ⊕ διάλογο με τους καταναλωτές και τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη

Όσον αφορά το νομοθετικό πλαίσιο, μολονότι υπήρχε ευρεία νομοθεσία - η οποία κάλυπτε τόσο την πρωτογενή παραγωγή αγροτικών προϊόντων όσο και τη βιομηχανική παραγωγή ειδών διατροφής, τα προβλεπόμενα μέσα αντίδρασης σε ειδικές καταστάσεις παρουσίαζαν μεγάλες διαφορές. Άλλη αδυναμία του συστήματος αποτελούσε η απουσία σαφούς δέσμευσης όλων των ενδιαφερομένων μερών να προειδοποιούν -έγκαιρα για ενδεχόμενο κίνδυνο, κάτι που σήμαινε θεραπευτική μάλλον παρά προληπτική προσέγγιση της Ένωσης έναντι των διατροφικών κρίσεων.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή είχε υπόψη να αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση προτείνοντας ένα συνεκτικό και διαφανές σύνολο κανόνων στον τομέα της ασφάλειας των τροφίμων, το οποίο αφορά τις διάφορες πτυχές της τροφικής αλυσίδας:

- ⊕ τις ζωοτροφές: τη χρήση ειδικών υλών και προϊόντων στη διατροφή των ζώων, την αξιολόγηση, έγκριση και επισήμανση των ζωοτροφών, την έγκριση των εγκαταστάσεων παραγωγής ζωοτροφών και τα μέτρα ελέγχου, τη δημιουργία συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης<sup>82</sup>
- ⊕ την υγεία και καλή μεταχείριση των ζώων: την ενίσχυση της καταπολέμησης των ζωνώσεων, της ΣΕΒ και των άλλων μεταδοτικών σπογγοειδών

<sup>81</sup> European Commission, "White Paper on Food Safety", COM(1999) 719 final, Brussels 12.01.2000

<sup>82</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την σκοπιμότητα ύπαρξης ενός θετικού καταλόγου πρώτων υλών ζωοτροφών», COM(2003) 178 τελικό, Βρυξέλλες 24.04.2003, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου περί του καθορισμού απαιτήσεων για την υγιεινή των ζωοτροφών», COM(2003) 180 τελικό, Βρυξέλλες 14.04.2003

εγκεφαλοπαθειών, τη συμπερίληψη των ζητημάτων καλής μεταχείρισης των ζώων στην πολιτική για τα τρόφιμα<sup>83</sup>

- την υγιεινή των τροφίμων: την αναμόρφωση όλων των υφιστάμενων νομικών διατάξεων, προκειμένου να εξασφαλισθεί συνοχή και σαφήνεια σε ολόκληρη την αλυσίδα παραγωγής τροφίμων<sup>84</sup>
- τα όρια σε προσμίξεις και κατάλοιπα ζιζανιοκτόνων και κτηνιατρικών φαρμάκων στα τρόφιμα<sup>85</sup>
- την έγκριση και την επισήμανση των νέων τροφίμων<sup>86</sup>
- τα πρόσθετα, τις αρωματικές ουσίες, τη συσκευασία και την ακτινοβολήση των τροφίμων<sup>87</sup>
- τη δυνατότητα να ληφθούν μέτρα διασφάλισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης
- τη διαδικασία απόφασης στον τομέα των τροφίμων (πρέπει να εξορθολογισθεί και να απλουστευθεί ώστε να εξασφαλισθούν η ταχύτητα και η διαφάνειά της).

Συμπληρωματικά της υιοθέτησης των παραπάνω μέτρων, που εξασφαλίζουν την υγιεινή και την ασφάλεια των τροφίμων, η Ένωση τώρα προσπαθεί να προωθήσει

---

<sup>83</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για την προστασία των ζώων κατά τη μεταφορά», COM(2003) 425 τελικό, Βρυξέλλες 16.07.2003

<sup>84</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Τροποποιημένη πρόταση κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου περί της υγιεινής των τροφίμων και τροποποιημένη πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τον καθορισμό ειδικών κανόνων υγιεινής για τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης», COM(2003) 33 τελικό, Βρυξέλλες 27.01.2003, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη διεξαγωγή επίσημων ελέγχων στις ζωοτροφές και στα τρόφιμα», COM(2003) 52 τελικό, Βρυξέλλες 5.02.2003

<sup>85</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τα ανώτερα όρια υπολειμμάτων φυτοφαρμάκων στα προϊόντα φυτικής και ζωικής προέλευσης», COM(2003) 117 τελικό, Βρυξέλλες 14.03.2003.

<sup>86</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου σχετικά με τους ισχυρισμούς για τις θρεπτικές και υγιεινές ιδιότητες που διατυπώνονται στα τρόφιμα», COM(2003) 424 τελικό, Βρυξέλλες 16.07.2003, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, «Κανονισμός 258/97/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Ιανουαρίου 1997, σχετικά με τα νέα τρόφιμα και τα νέα συστατικά τροφίμων», ΕΕ L 43 της 14.02.1997, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, «Κανονισμός 1830/2003/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 22ας Σεπτεμβρίου 2003, σχετικά με την ιχνηλασιμότητα και την επισήμανση γενετικώς τροποποιημένων οργανισμών και την ιχνηλασιμότητα τροφίμων και ζωοτροφών που παράγονται από γενετικώς τροποποιημένους οργανισμούς, και για την τροποποίηση της οδηγίας 2001/18/ΕΚ», COM(2003) τελικό, Βρυξέλλες 22.09.2003

<sup>87</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου περί των αρωμάτων καπνιστών τροφίμων που χρησιμοποιούνται ή προορίζονται να χρησιμοποιηθούν μέσα ή πάνω στα τρόφιμα», COM(2003) 407 τελικό, Βρυξέλλες 04.07.2003, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την προσθήκη βιταμινών και μετάλλων και ορισμένων άλλων ουσιών στα τρόφιμα», COM(2003) 671 τελικό, Βρυξέλλες 10.11.2003

υγιεινές συνήθειες διατροφής, ειδικά μετά τα αποτελέσματα ερευνών, που καταδεικνύουν την σημαντική μείωση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και δημητριακών και την ταυτόχρονη αύξηση της κατανάλωσης κρέατος σε όλες τις χώρες της ΕΕ, με φυσικό επόμενο την αύξηση της παχυσαρκίας και στα παιδιά και στους ενήλικες. Η κατάσταση αυτή συνεπάγεται καταστροφικές συνέπειες για τη δημόσια υγεία των Ευρωπαίων και τεράστιο οικονομικό κόστος. Τα αίτια αυτής της κοινωνικής νόσου είναι πολλά, και δεν υπάρχουν απλές λύσεις. Δημιουργήθηκε, λοιπόν, ένα δίκτυο εμπειρογνομόνων για τη διατροφή και τη σωματική άσκηση, που έχει συμβουλευτικό ρόλο και θα συνδράμει την Επιτροπή στην κατάρτιση μιας στρατηγικής με ευρεία βάση για την υποστήριξη εθνικών και τοπικών προσπαθειών για την αντιμετώπιση αυτής της πρόκλησης.

Η «Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα για Δράση για τη Διατροφή και την Φυσική Άσκηση» φέρνει σε επαφή τους βασικούς, σε κοινοτικό επίπεδο, εκπροσώπους της βιομηχανίας τροφίμων, λιανικών πωλήσεων, τροφοδοσίας και διαφήμισης, των ενώσεων καταναλωτών και των ΜΚΟ του τομέα υγείας. Τα μέλη της Πλατφόρμας θα υποβάλουν σχέδια δράσης, παρουσιάζοντας λεπτομερώς τις δραστηριότητες που θα αναλάβουν για να προωθήσουν την υγιεινή διατροφή και να παροτρύνουν τον κόσμο να γυμνάζεται περισσότερο. Στόχος της κοινοτικής Πλατφόρμας είναι η υποστήριξη των εθνικών και τοπικών πρωτοβουλιών μέσω των ενεργειών των μελών της και η ταχύτερη ανάληψη νέων πρωτοβουλιών σε όλη την ΕΕ. Η Πλατφόρμα θα λειτουργεί επίσης ως φόρουμ, στο πλαίσιο του οποίου οι ενδιαφερόμενοι φορείς θα μπορούν να εξετάζουν προσεκτικά τις ενέργειες που αναλαμβάνουν οι ομόλογοί τους για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας και να επαληθεύουν κατά πόσον υλοποιήθηκαν οι δεσμεύσεις.

### **5.1.3 Ναρκωτικά**

Η πλειοψηφία των ευρωπαϊών πολιτών θεωρούν ότι η καταπολέμηση των ναρκωτικών πρέπει να αντιμετωπιστεί σε επίπεδο ΕΕ παρά σε εθνικό επίπεδο. Γι' αυτό η καταπολέμηση των ναρκωτικών έχει συμπεριληφθεί στο νέο πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία και συγκεκριμένα στο σκέλος της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων της υγείας, σε συνέχεια των προγενέστερων

προγραμμάτων κατά των ναρκωτικών. Το νέο πρόγραμμα δράσης<sup>88</sup> καθορίζει συγκεκριμένες προτεραιότητες, οι οποίες είναι:

- Η καταπολέμηση της χρήσης και παραγωγής κάνναβης, αμφεταμινών και των χαπιών ecstasy
- Η εφαρμογή ολοκληρωμένου σχεδίου για την καταπολέμηση της αστικής εγκληματικότητας, ιδίως των νέων
- Ενέργειες στον υγειονομικό τομέα (καταπολέμηση της ηπατίτιδας), στον τομέα του κοινωνικού αποκλεισμού και της ποινικής δικαιοσύνης
- Η συμμετοχή των νέων και υποψηφίων για προσχώρηση χωρών στα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (OEDT) και της ΕΕ στον τομέα της τοξικομανίας και σε ενέργειες στο πλαίσιο του προγράμματος Phare για τις χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης.

Όσον αφορά τη διεθνή συνεργασία, η καταπολέμηση των ναρκωτικών παραμένει σημαντικό θέμα, χωρίς την πρόβλεψη όμως κάποιου νέου μέσου. Ωστόσο, οι πολυμερείς και διμερείς ενέργειες συνεχίζονται.

Γι' αυτό το σχέδιο δράσης έχουν καθοριστεί πέντε γενικοί στόχοι:

- Διατήρηση της καταπολέμησης των ναρκωτικών ως μείζονος προτεραιότητας της εσωτερικής και εξωτερικής δράσης της ΕΕ.
- Ολοκληρωμένη και ισόρροπη αντιμετώπιση που θα συνδυάζει μείωση της προσφοράς και της ζήτησης
- Συνέχιση της επεξεργασίας δεδομένων χάρη στην OEDT και την Europol
- Προώθηση της διεθνούς συνεργασίας ιδίως μέσω των Ηνωμένων Εθνών
- Κινητοποίηση των κατάλληλων πόρων

Έχουν επίσης καθορισθεί πέντε ειδικοί στόχοι:

- **Πληροφόρηση:**

Η χάραξη σφαιρικής στρατηγικής απαιτεί αξιόπιστες πληροφορίες για τη συστηματική αξιολόγηση του ύψους και της φύσης της χρήσης ναρκωτικών (δίκτυο REITOX της OEDT, συνεργασία με την OEDT και την Eurostat) καθώς και γνώσεις που επιτυγχάνονται μέσω ερευνητικών εργασιών και αξιολογήσεων των προηγούμενων προγραμμάτων

---

<sup>88</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Ανακοίνωση της Επιτροπής, της 26ης Μαΐου 1999 προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με σχέδιο δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών (2000-2004)», COM(1999) 239 τελικό, Βρυξέλλες 26.05.1999



- **Δράση για τη μείωση της ζήτησης:**

Πρόκειται για την, μέσα σε μία πενταετία, μείωση της χρήσης από μέρους νέων κάτω των 18 ετών καθώς και του αριθμού θανάτων από τοξικομανία. Οι στόχοι αυτοί συνεπάγονται δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας και ευαισθητοποίηση μέσω της εκπαίδευσης (εκστρατείες πληροφόρησης στα σχολεία). Η έρευνα ζητείται επίσης μέσω του 5ου προγράμματος πλαισίου με στόχο την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων χρήσης και των συνεπειών από υγειονομικής και κοινωνικής πλευράς, καθώς και τον καθορισμό αποτελεσματικότερων μεθόδων θεραπείας. Άλλοι τομείς θα πρέπει επίσης να μελετηθούν κατά προτεραιότητα: Η επίδραση της κατανάλωσης ναρκωτικών στην συμπεριφορά, και η χρήση αναβολικών στον αθλητισμό.

- **Δράση για τη μείωση του λαθρεμπορίου ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών:**

Όσον αφορά την εκτροπή της πορείας των πρόδρομων και ψυχοτρόπων ουσιών, ο έλεγχος για να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να πραγματοποιείται σε συγκεκριμένα προϊόντα. Η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών, του 1998, προβλέπει πίνακα 22 ουσιών. Αυτές που δεν περιλαμβάνονται πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο "ειδικής επίβλεψης" σε συνεργασία με τις βιομηχανίες. Όσον αφορά το θέμα της νομιμοποίησης παρανόμων προσόδων, η Επιτροπή επιθυμεί να επεκτείνει το πεδίο εφαρμογής της σχετικής οδηγίας του 1991. Επιπλέον πραγματοποιούνται διάφορες ενέργειες σε διεθνές επίπεδο στο πλαίσιο των προγραμμάτων PHARE και TACIS. Η χρήση νέων τεχνολογιών, ιδίως του Internet, θα πρέπει να είναι περισσότερο ασφαλής. Μόνο οι εθνικές αρχές είναι αρμόδιες για να κινήσουν ποινική δίωξη να επιβάλουν κυρώσεις. Μπορούν βέβαια να καταφύγουν στη βοήθεια της Ευροpol εάν αυτό χρειάζεται. Ειδική σημασία θα αποδίδεται από τη νομοθεσία στα χημικά ναρκωτικά και θα υπάρχει πρακτική συνεργασία στο πλαίσιο της Ένωσης και σε διεθνές επίπεδο. Τέλος, προβλέπονται πολλά βραχυπρόθεσμα μέτρα στο σχέδιο δράσης για τον καθορισμό ενός χώρου ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης.

- **Δράση σε διεθνές επίπεδο:**

Η δράση αυτή πραγματοποιείται βάσει εθνικών ή και περιφερειακών σχεδίων και διέπεται από διάφορες αρχές μεταξύ των οποίων ο καταμερισμός αρμοδιοτήτων, η εισαγωγή του θέματος του ελέγχου των ναρκωτικών στις



κυριότερες αναπτυξιακές πολιτικές και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι κύριες περιφέρειες τις οποίες αφορά το θέμα είναι οι υποψήφιες για προσχώρηση χώρες, η Λατινική Αμερική, η Καραϊβική και η Κεντρική Ασία, οι Μεσογειακές Χώρες (ιδίως το Μαρόκο), η Αφρική και η Ασία (Κίνα). Η ενίσχυση της συνεργασίας με τις βιομηχανικές χώρες και στα διεθνή φόρουμ (π.χ. των G8) θα έχει ως στόχο την προώθηση του διαλόγου και τη θέσπιση ολοκληρωμένων ή και περιφερειακών πολιτικών και προγραμμάτων. Συνεργασία με τους διεθνείς οργανισμούς όπως το πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για τον διεθνή έλεγχο των ναρκωτικών θα πρέπει να ενισχυθεί.

#### 5.1.4 Αλκοόλ

Στην Ευρώπη η κατά κεφαλήν κατανάλωση οινοπνεύματος είναι η υψηλότερη στον κόσμο, και προκαλεί ένα υψηλό επίπεδο ασθενειών και τραυματισμών. Η καταπολέμηση, λοιπόν, των προβλημάτων υγείας που οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί προτεραιότητα δημόσιας υγείας για την ΕΕ. Επιπλέον, ανησυχία προκαλεί και η κοινωνική διάσταση του προβλήματος: βία, χουλιγκανισμός, εγκληματικότητα, οικογενειακά προβλήματα, κοινωνικός αποκλεισμός, προβλήματα στον εργασιακό χώρο και την οδήγηση είναι οι κοινωνικές επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ. Για το λόγο αυτό, υπάρχει μια συμφωνία μεταξύ των κρατών - μελών ότι, πέρα από τις μεμονωμένες εθνικές προσπάθειες για την καταπολέμηση των επιπτώσεων που σχετίζονται με το αλκοόλ, απαιτείται μια κοινή στρατηγική κατά της κατανάλωσης αλκοόλ σε κοινοτικό επίπεδο και ειδικότερα όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους, όπου παρατηρείται αύξηση της κατανάλωσης.

Όσον αφορά, λοιπόν, τη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα έχει εγκριθεί ειδική στρατηγική που στοχεύει κυρίως στην πληροφόρηση των νέων για τις καταστροφικές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ, μέσω των σχολείων, των κέντρων νεότητας, αλλά και την ενημέρωση των γονέων έτσι ώστε να προωθούν ένα υγιές πρότυπο ζωής στο οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης, τα μέτρα αυτά στοχεύουν, με τη συνεργασία οργανώσεων καταναλωτών, να περιορίσουν την κυκλοφορία στην αγορά αλκοολούχων ποτών που προορίζονται για νέους, καθώς επίσης και των έλεγχο των μηνυμάτων που προωθούν μέσω των διαφημίσεων και τέλος την απαγόρευση υποστήριξης αθλητικών γεγονότων από επιχειρήσεις που εμπορεύονται αλκοολούχα

ποτά, καθώς τα παιδιά συνδέουν την αθλητική επιτυχία με την κατανάλωση τέτοιων προϊόντων.<sup>89</sup>

Επιπλέον, στα πλαίσια του προγράμματος δράσης για τη δημόσια υγεία, η Ένωση έχει ορίσει συγκεκριμένα επιτρεπτά όρια αλκοόλ στο αίμα κατά την οδήγηση καθώς, η οδική ασφάλεια αποτελεί μέρος της. Τα όρια αυτά έχουν διαμορφωθεί στα 0.5 mg/ml για όλους τους οδηγούς αυτοκινήτων ενώ στα 0.2 mg/ml για ειδικές ομάδες όπως είναι οι αρχάριοι οδηγοί, οι μοτοσυκλετιστές, οι οδηγοί βαρέων οχημάτων και οι οδηγοί οχημάτων που μεταφέρουν επικίνδυνα φορτία.<sup>90</sup>

## **5.2 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες**

Σε όλα τα κράτη- μέλη τα ποσοστά θνησιμότητας, νοσηρότητας και ανικανότητας είναι υψηλότερα μεταξύ των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Ενώ, το ίδιο παρατηρείται και όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου. Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες πρέπει επίσης να θεωρηθούν ως θεμελιώδεις καθοριστικοί παράγοντες του τρόπου ζωής, καθώς συσχετίζονται πολύ με αυτόν. Αυτοί οι κύριοι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν: την εκπαίδευση, την επαγγελματική απασχόληση, τις συνθήκες εργασίας, τα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης, τον πολιτισμό, το έθνος. Επίσης, σε όλες τις χώρες οι ανισότητες στην υγεία μπορούν να παρατηρηθούν σύμφωνα με την κοινωνικοοικονομική θέση. Ενώ η μακροζωία και το γενικό επίπεδο υγείας βελτιώνονται στις χώρες της ΕΕ, πολλές από αυτές τις χώρες έχουν παρατηρήσει αυξανόμενα χάσματα στην υγεία μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων: στις περισσότερες περιπτώσεις οι κοινωνικά εύρωστοι απολαμβάνουν καλύτερα πρότυπα υγείας. Αυτό δείχνει ότι υπάρχει περιθώριο για βελτίωση, βελτίωση όμως, που δεν αφορά αποκλειστικά την στρατηγική για την υγεία αλλά συντονισμένη προσπάθεια για τη μείωση της ανεργίας τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, της εκπαίδευσης και της κοινωνικής βοήθειας, αφορά δηλαδή την προώθηση μέτρων που καλύπτουν όλο το φάσμα της κοινωνικής

---

<sup>89</sup> European Council, “Council Recommendation 2001/458/EC of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents”, EE L 161, 16.06.2001

<sup>90</sup> European Commission, “ Commission recommendation of January 2001 concerning the maximum authorised level of alcohol in the blood of motor-vehicle drivers”, EE L 43, 14.02.2001

πολιτικής της Ένωσης, που μέσα στα πλαίσια αυτής της εργασίας δεν μπορούν να αναλυθούν.

### **5.3 Παράγοντες που σχετίζονται με το Περιβάλλον**

Η φθορά του περιβάλλοντος αυξήθηκε με σταθερούς ρυθμούς τις τελευταίες δεκαετίες. Κάθε χρόνο, στα κράτη μέλη παράγονται περίπου 2 δισεκατομμύρια τόνοι αποβλήτων και ο αριθμός αυτός αυξάνει κατά 10% ετησίως. Όσον αφορά το διοξείδιο του άνθρακα, σημειώνεται αύξηση των εκπομπών από τα νοικοκυριά και τις μεταφορές, καθώς και αύξηση της κατανάλωσης ρυπογόνων μορφών ενέργειας. Η ποιότητα ζωής και η υγεία των Ευρωπαίων πολιτών, ιδιαίτερα στις αστικές ζώνες, γνωρίζει ραγδαία υποβάθμιση (ρύπανση, ηχητικές ενοχλήσεις, βανδαλισμοί). Κατόπιν τούτων, η προστασία του περιβάλλοντος αναδεικνύεται σε ένα από τα κυριότερα προβλήματα που καλείται η Ευρώπη να αντιμετωπίσει. Καταρχήν, η Κοινότητα είχε αποτελέσει τον στόχο έντονης κριτικής επειδή ευνόησε την ανάπτυξη της οικονομίας και των εμπορικών συναλλαγών, αποδίδοντας μικρότερη σημασία στις περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Σήμερα, αναγνωρίζεται ότι το ευρωπαϊκό μοντέλο ανάπτυξης δεν είναι δυνατόν να στηρίζεται στην εξάντληση των φυσικών πόρων και στην υποβάθμιση του περιβάλλοντος.

#### **5.3.1 Περιβάλλον και υγεία**

Οι πολίτες της Ευρώπης ανησυχούν για τις ενδεχόμενες επιπτώσεις της ρύπανσης του περιβάλλοντος στην υγεία τους και αναμένουν την δραστηριοποίηση των υπεύθυνων για την χάραξη πολιτικής. Με βάση αυτές τις ανησυχίες και τις υποχρεώσεις που έχει βάση της Συνθήκης, η Επιτροπή είναι υπεύθυνη για τον πληρέστερο προσδιορισμό των αρνητικών σχέσεων περιβάλλοντος-υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προβλήματα που ανακύπτουν. Για το λόγο αυτό έχει ανακοινωθεί ένα σχέδιο δράσης, στα πλαίσια του νέου προγράμματος δράσης για τη δημόσια υγεία και της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, για τη σχέση περιβάλλοντος και υγείας.<sup>91</sup>

---

<sup>91</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή σχετικά με το

Σκοπός του σχεδίου δράσεως είναι η εξασφάλιση της επιστημονικής γνώσης της ΕΕ, ώστε το σύνολο των εικοσιπέντε κρατών-μελών της ΕΕ να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις ορισμένων περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία. Επίσης, παράλληλος στόχος είναι η στήριξη της βελτίωσης της συνεργασίας μεταξύ των φορέων που δραστηριοποιούνται στους τομείς του περιβάλλοντος, της υγείας και της έρευνας.<sup>92</sup> Το σχέδιο δράσης έχει τρία βασικά αντικείμενα:<sup>93</sup>

1. Τη βελτίωση της αλυσίδας πληροφόρησης μέσω της ανάπτυξης ολοκληρωμένων πληροφοριών για τη σχέση περιβάλλοντος-υγείας, ούτως ώστε να γίνει κατανοητή η σχέση μεταξύ των πηγών ρύπανσης και των επιπτώσεων στην υγεία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω ανάπτυξης περιβαλλοντικών δεικτών υγείας, ανάπτυξης ολοκληρωμένης παρακολούθησης του περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένων των τροφίμων, ούτως ώστε να καταστεί δυνατός ο καθορισμός της επακόλουθης ανθρώπινης έκθεσης, ανάπτυξης μιας συνεκτικής προσέγγισης για τη βιοπαρακολούθηση στην Ευρώπη και ενίσχυσης του συντονισμού και των κοινών δραστηριοτήτων στον τομέα της σχέσης περιβάλλοντος και υγείας.
2. Την κάλυψη του γνωστικού χάσματος μέσω της ενίσχυσης της έρευνας και της αντιμετώπισης των αναδυόμενων ζητημάτων στον τομέα της σχέσης περιβάλλοντος και υγείας. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω της ολοκλήρωσης και ενίσχυσης της ευρωπαϊκής έρευνας στον τομέα της σχέσης περιβάλλοντος-υγείας, της στοχοθετημένης έρευνας για τις νόσους, τις διαταραχές και τα είδη έκθεσης, της ανάπτυξης μεθοδολογικών συστημάτων ανάλυσης των αλληλεπιδράσεων περιβάλλοντος και υγείας και της εξασφάλισης του εντοπισμού και της αντιμετώπισης των δυνητικών κινδύνων στον τομέα της σχέσης περιβάλλοντος και υγείας.
3. Την αναθεώρηση πολιτικών και τη βελτίωση της επικοινωνίας μέσω της ευαισθητοποίησης, της ενημέρωσης για τους κινδύνους, της κατάρτισης και εκπαίδευσης, ούτως ώστε να παρασχεθούν στους πολίτες οι πληροφορίες που χρειάζονται για να προβαίνουν σε καλύτερες επιλογές από πλευράς υγείας και για να εξασφαλιστεί ότι οι ασχολούμενοι σε κάθε τομέα είναι ενήμεροι των αλληλεπιδράσεων περιβάλλοντος/υγείας. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω της

---

ευρωπαϊκό σχέδιο δράσεως 2004-2010 για την σχέση περιβάλλοντος και υγείας», COM(2004) 416, Βρυξέλλες 9.6.2004.

<sup>92</sup> COM(2004) 416, ό. π., σελ. 4

<sup>93</sup> Ό. π., σελ. 5, 6

ανάπτυξης δραστηριοτήτων δημόσιας υγείας και δικτύωσης των περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, μέσω του δημοσίου προγράμματος υγείας και της προαγωγής της κατάρτισης των απασχολούμενων σε κάθε τομέα και βελτίωσης των οργανωτικών δυνατοτήτων στον τομέα του περιβάλλοντος και της υγείας.

Παράλληλα με το σχέδιο δράσης για τη σχέση περιβάλλοντος και υγείας η Επιτροπή έχει εγκρίνει και το έκτο πρόγραμμα δράσης για το περιβάλλον. Δίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα σε τέσσερις τομείς: αντιμετώπιση των κλιματικών μεταβολών, φύση και βιοποικιλότητα, περιβάλλον και υγεία, διαχείριση των φυσικών πόρων και των αποβλήτων. Προκειμένου να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι προτεραιότητας, προτείνονται οι εξής γραμμές δράσης: βελτίωση της εφαρμογής της περιβαλλοντικής νομοθεσίας, συνεργασία με την αγορά και τους πολίτες και βελτίωση της ενσωμάτωσης του περιβάλλοντος στις άλλες κοινοτικές πολιτικές. Ένα νεωτεριστικό στοιχείο, που αξίζει να τονιστεί, είναι η ολοκληρωμένη πολιτική για τα προϊόντα. Αποσκοπεί στην ανάπτυξη μιας περισσότερο οικολογικής αγοράς προϊόντων, με την προώθηση προϊόντων με λιγότερες περιβαλλοντικές επιπτώσεις καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους.<sup>94</sup>

### 5.3.2 Ηλεκτρομαγνητικά Πεδία

Η σύγχρονη κοινωνία εξαρτάται από τη χρήση της ηλεκτρικής ενέργειας. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε μια συσσωρευμένη έκθεση σε ηλεκτρικά, μαγνητικά και ηλεκτρομαγνητικά πεδία. Η γρήγορη ανάπτυξη της βιομηχανίας των τηλεπικοινωνιών απαιτεί την τοποθέτηση νέων συσκευών αποστολής σημάτων και τη χρήση τους ως σταθμούς βάσεων ραδιοτηλεφώνων, οι οποίοι καταλήγουν να τοποθετούνται κοντά σε σπίτια, επιχειρήσεις και σχολεία, εκπέμποντας χαμηλής συχνότητας μη-ιονισμένη ακτινοβολία σε μόνιμη βάση. Εκτός από αυτήν την "παθητική περιβαλλοντική έκθεση" οι εκπομπές απορροφώνται από το κεφάλι, μέσω των κινητών τηλεφώνων, όταν αυτά χρησιμοποιούνται, ενώ άλλες πηγές εξαιρετικά χαμηλού επιπέδου έκθεσης σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία είναι τα εναέρια ηλεκτροφόρα καλώδια, οι αντικλεπτικές συσκευές και οι τηλεοράσεις.

<sup>94</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με το έκτο κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για το περιβάλλον "Το περιβάλλον κατά το έτος 2010: το δικό μας μέλλον, η δική μας επιλογή"», COM (2001) 31 τελικό, Βρυξέλλες 24.1.2001.



Για την προστασία, λοιπόν, του κοινού το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο εξέδωσε σύσταση, η οποία υιοθετήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, όπου καθορίζονται περιοριστικοί κανόνες στα επίπεδα των δημοσίων εκπομπών ακτινοβολίας. Όταν τα συνιστώμενα επίπεδα ξεπερνιούνται, συνιστάται οι εθνικές αρχές να πραγματοποιούν μια αξιολόγηση της κατάστασης και να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα, τα οποία είναι η πληροφόρηση του κοινού που εκτίθεται, η μετεγκατάσταση της πηγής της ακτινοβολίας ή η αλλαγή στον τρόπο που χρησιμοποιείται.

### 5.3.3 Πρόληψη Τραυματισμών

Στις δραστηριότητες του προγράμματος δημόσιας υγείας επιδιώκει να συμβάλλει και το πρόγραμμα πρόληψης τραυματισμών, το οποίο έχει σαν στόχο να μειώσει τις επιπτώσεις των τραυματισμών και ιδίως αυτών που προκαλούνται στο οικιακό περιβάλλον, μέσω της προαγωγής: α) του επιδημιολογικού ελέγχου των τραυματισμών μέσα από ένα κοινοτικό σύστημα συλλογής στοιχείων και β) της ανταλλαγής των πληροφοριών και χρήσης εκείνων, που μπορούν να συμβάλλουν στον καθορισμό προτεραιοτήτων και στρατηγικών πρόληψης.<sup>95</sup>

Η συλλογή των στοιχείων θα γίνεται από τα ίδια τα κράτη-μέλη μέσω των νοσοκομείων ή άλλων κατάλληλων οργανισμών και υπηρεσιών. Τα ίδια τα κράτη-μέλη θα έχουν την ευθύνη για τη διαβίβαση των στοιχείων στο σύστημα πληροφοριών, ενώ θα εξασφαλίζουν την αξιοπιστία των πηγών τους. Ιδιαίτερη προσοχή θα δίνεται: α) στη μεθοδολογία συλλογής των στοιχείων έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η συγκρισιμότητα και η συμβατότητά τους, β) στα κριτήρια, τα οποία θα καθορίζουν την αντιπροσωπευτικότητα των στοιχείων και γ) στην εξασφάλιση της ποιότητας των στοιχείων.

---

<sup>95</sup> European Parliament, « Decision No 372/99/EC of the European Parliament and of the Council of 8 February 1999 adopting a programme of Community action on injury prevention in the framework for action in the field of public health».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΕΥΡΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΕΕ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στην ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 1998 για την πολιτική δημόσιας υγείας στην Ένωση<sup>96</sup> επισημαίνονται οι πιθανές επιπτώσεις της διεύρυνσης στο επίπεδο και στα συστήματα υγείας των υφιστάμενων κρατών-μελών. Η ελεύθερη κυκλοφορία των φαρμάκων, των ιατρικών συσκευών και των προϊόντων αίματος εγείρει ζητήματα που σχετίζονται με την τιμολόγηση, την ασφάλεια και την ποιότητα αυτών.

Τον Ιούνιο του 1999 η επιτροπή εξέδωσε ένα έγγραφο εργασίας για την υγεία και την διεύρυνση, με σκοπό τον εντοπισμό των προβλημάτων που πιθανά θα προκύψουν από αυτή και τη διατύπωση προτάσεων για την αντιμετώπισή τους.<sup>97</sup> Τα κύρια θέματα που έθεσε το κείμενο σε σχέση με τις επιπτώσεις της διεύρυνσης στον υγειονομικό τομέα των κρατών-μελών εντοπίζονται:

- 1) Στην ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας, δεδομένου ότι η χαμηλή κοινωνική και οικονομική θέση που τυγχάνουν στις υποψήφιας χώρες ίσως αποτελέσει κίνητρο μετανάστευσης, με συνέπειες στην αγορά εργασίας και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.
- 2) Στις διασυνοριακές ροές των ασθενών και την επιβάρυνση των συστημάτων υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης υγείας.
- 3) Στην ελεύθερη κυκλοφορία των ατόμων και τους κινδύνους δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών και ιδιαίτερα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Κοινός τόπος όλων των παραπάνω αναφορών είναι οι προκλήσεις στις οποίες καλούνται να ανταποκριθούν τα συστήματα υγείας των δεκαπέντε από τη νέα ποιοτική και ποσοτική διάσταση που λαμβάνουν, λόγω της διεύρυνσης οι κοινοτικές ελευθερίες κυκλοφορίας των προσώπων, των αγαθών και των υπηρεσιών.

---

<sup>96</sup> Commission of the European Communities, "Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the development of public health policy in the European Community", COM(98) 230 final, Brussels 15.4.1998.

<sup>97</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Έγγραφο εργασίας του προσωπικού της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την υγεία και τη διεύρυνση», Βρυξέλλες, SEC (1999/713).

## 6.1 Επιπτώσεις από την ελεύθερη μετακίνηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Το θεσμικό πλαίσιο της πολιτικής που ρυθμίζει την ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχει ως σκοπό την αντιμετώπιση της ποιοτικής ανισορροπίας στο επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού μεταξύ των κρατών-μελών, έτσι ώστε να περιοριστεί η πιθανότητα οι διαφοροποιήσεις στην απόκτηση προσόντων και τίτλων σπουδών να λειτουργήσουν ως φραγμοί στην κινητικότητα.<sup>98</sup>

Η μετακίνηση του ανθρώπινου δυναμικού επιδρά στην ισορροπία της αγοράς του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού. Γενική είναι η αποδοχή ότι η ελεύθερη κυκλοφορία των γιατρών και των νοσηλευτών αποφέρει όφελος στις χώρες που παρουσιάζουν έλλειψη, ενώ περιορίζονται συγχρόνως τα προβλήματα των χωρών που χαρακτηρίζονται από υπερπροσφορά προσωπικού στα επαγγέλματα αυτά. Ωστόσο, εκφράζονται επιφυλάξεις ως προς ορισμένες δυσμενείς επιπτώσεις που είναι δυνατό να παρουσιαστούν. Οι ελλείψεις σε ορισμένες ειδικότητες προσωπικού πιθανά να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ενός ανταγωνισμού μεταξύ των χωρών για την προσέλκυση ανθρώπινου δυναμικού, στη βάση υψηλότερων αμοιβών και ελκυστικότερων συνθηκών εκπαίδευσης, εργασίας και επαγγελματικών ευκαιριών, με αποτέλεσμα ορισμένες χώρες που δεν θα μπορούσαν να ανταποκριθούν σε αυτόν τον ανταγωνισμό να βρεθούν σε δυσχερή θέση και να υποστούν διαρροή του ανθρώπινου δυναμικού τους και υποβάθμιση των υγειονομικών τους υπηρεσιών. Η διαδικασία αυτή, εκτός της αγοράς εργασίας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα έχει συνέπειες και στις δομές και τις διαδικασίες εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού<sup>99</sup>.

Τα ερωτήματα που τίθενται λοιπόν είναι η έκταση στην οποία εκδηλώνονται μετακινήσεις του υγειονομικού προσωπικού μεταξύ των χωρών-μελών της Κοινότητας, ποιες αναμένονται να είναι οι ροές από τα νέα μέλη στα παλιά και κατά πόσο θα επηρεαστεί η Ελλάδα από την εισροή επαγγελματιών υγείας από τις νέες χώρες-μέλη.

---

<sup>98</sup> Διαμαντόπουλος, Θ., «Ευρωπαϊκή ενοποίηση και προστασία της υγείας. Ο ευρωπαϊκός οργανισμός και η κυοφορία μιας κοινής πολιτικής της υγείας (1952-1989)», Παπαζήσης, Αθήνα, σελ. 139-150

<sup>99</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 270

Για να απαντηθούν τα παραπάνω ερωτήματα είναι απαραίτητη η ύπαρξη επαρκών και αξιόπιστων δεδομένων, γεγονός που δεν υφίσταται λόγω της απουσίας συστηματικής καταγραφής του ιατρικού και ειδικά του νοσηλευτικού προσωπικού που μετακινείται εντός της Ένωσης. Συνεπώς, μια από τις προτεραιότητες πολιτικής καθίσταται η διεξαγωγή ερευνών και η δημιουργία πληροφοριακών συστημάτων καταγραφής και βάσεων δεδομένων που θα συμβάλλουν στον ορθολογικό προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας.<sup>100</sup>

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι μέχρι σήμερα η κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας μεταξύ των κρατών-μελών της Ένωσης είναι περιορισμένη. Έρευνες για το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο αποτελεί το κράτος με τις μεγαλύτερες εισροές υγειονομικού δυναμικού από άλλες χώρες, καταγράφουν περιορισμένο αριθμό γιατρών προερχόμενων από τα κράτη-μέλη της Ένωσης, με τάσεις διαχρονικής μείωσης αυτών. Ως παράγοντες καθοριστικοί της λήψης, από τους γιατρούς, της απόφασης για μετακίνηση προς το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρονται οι συνθήκες στην αγορά εργασίας της χώρας προέλευσης, όπου η υπερπροσφορά των γιατρών περιορίζει τις επιλογές και τις επαγγελματικές προοπτικές, η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας και οι επικρατούσες εργασιακές και ιεραρχικές σχέσεις στο ιατρικό σώμα της χώρας προέλευσης, η καλή φήμη του συστήματος εκπαίδευσης γιατρών στην Βρετανία και η γνώση της αγγλικής γλώσσας.<sup>101</sup>

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό η εικόνα είναι περισσότερο δυσδιάκριτη, λόγω της μη διαθεσιμότητας επαρκών και αξιόπιστων δεδομένων, η οποία είναι εκτενέστερη και αποτελεί κοινό τόπο όλων των εθνικών νοσηλευτικών συλλόγων. Όπως διαπιστώνει η Μόνιμη Επιτροπή Νοσοκόμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η απουσία δεδομένων αφορά τόσο της διασυνοριακές μετακινήσεις όσο και την έλλειψη κοινής, προτυποποιημένης μεθόδου καταγραφής των εθνικών στοιχείων. Αρκετές από τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης έχουν ελάχιστα διαθέσιμα δεδομένα, με βάση τα οποία καθίσταται δύσκολη η απόφαση για το αν χαρακτηρίζονται από έλλειψη ή υπερπροσφορά νοσηλευτικού προσωπικού.<sup>102</sup>

Τα αποτελέσματα ερευνών επιβεβαιώνουν την ύπαρξη ανισορροπιών στην αγορά εργασίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος για την πλειοψηφία των κρατών-μελών του ΠΟΥ και ιδιαίτερα των ανεπτυγμένων χωρών, οι οποίες ανισορροπίες

---

<sup>100</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 270

<sup>101</sup> Ο. π., σελ. 271

<sup>102</sup> Ο. π., σελ. 271

οδηγούν σε ένταση των ενεργειών στρατολόγησης προσωπικού σε διεθνές επίπεδο. Ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρονται σε αρκετές χώρες της Ευρώπης. Στα πλαίσια αυτά, οι νοσηλευτικοί σύλλογοι των νέων κρατών-μελών της Ένωσης εκφράζουν την ανησυχία τους για τη δυνατότητα συγκράτησης του ειδικευμένου προσωπικού τους. Ωστόσο, φαίνεται ότι η διασυνοριακή στρατολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού στη Ένωση είναι περιορισμένη και περιλαμβάνει κυρίως άτομα που προέρχονται από χώρες με κοινά σύνορα. Αντίθετα εμφανίζονται πιο αυξημένες εισροές νοσηλευτικού προσωπικού από τρίτες χώρες, εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, και ιδιαίτερα από χώρες εκτός Ευρώπης.<sup>103</sup>

Το γεγονός της περιορισμένης κινητικότητας των νοσηλευτών εντός της Κοινότητας αποδίδεται στις ανισοροπίες της αγοράς εργασίας, στις ελλείψεις που παρουσιάζονται σε αυτήν την κατηγορία υγειονομικού δυναμικού και στην ύπαρξη διαφορετικών γλωσσών και πολιτιστικών πλαισίων. Γενικά, οι ενδείξεις τείνουν περισσότερο στην υιοθέτηση της άποψης ότι δεν αναμένεται η εκδήλωση εκτεταμένων διασυνοριακών μετακινήσεων επαγγελματιών υγείας στο εσωτερικό της διευρυμένης Ευρώπης, καθιστώντας πιο πιθανό το σενάριο της διατήρησης από τα κράτη-μέλη του ελέγχου πάνω στον προγραμματισμό των ανθρώπινων πόρων, όπου τυχόν ανισοροπίες ρυθμίζονται από περιορισμένες μεταναστευτικές ροές, στα πλαίσια διμερών ή πολυμερών συμφωνιών ανταλλαγής ή βραχυπρόθεσμων διακανονισμών σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.<sup>104</sup>

Όσον αφορά την Ελλάδα, στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι ο αριθμός των αλλοδαπών ιατρών σε σχέση με το σύνολο των γιατρών της χώρας είναι σχετικά χαμηλός και ανέρχεται σε 1806. Οι γιατροί που προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέρχονται σε 373 άτομα και συνιστούν το 0,79% του συνόλου των ιατρών και το 20,7% του συνόλου των αλλοδαπών ιατρών. Παρατηρούμε ότι την πλειοψηφία ιατρών από χώρες της Ένωσης αποτελούν ιατροί με γερμανική και ιταλική υπηκοότητα, ενώ ένας μεγάλος αριθμός ιατρών που απασχολούνται στην Ελλάδα προέρχεται από την Κύπρο. Τέλος, βλέπουμε πως οι προερχόμενοι από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης ιατροί αποτελούν το 40% των αλλοδαπών ιατρών και πιθανώς να αποτελούν υπηκόους των νέων κρατών της Ένωσης.

---

<sup>103</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 272

<sup>104</sup> Ο. π., σελ. 272



### ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1.α

Αριθμός ιατρών\* στην Ελλάδα και ιατρών υπηκόων  
άλλων χωρών που απασχολούνται στην Ελλάδα

Προέλευση	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Σύνολο ιατρών στην Ελλάδα (δεδομένα έτους 2000)	47251	100,00
Ιατροί υπήκοοι άλλων χωρών (δεδομένα έτους 2002)	1806	3,82
Χώρες ΕΕ - 15	373	0,79
Αυστρία	9	
Βέλγιο	12	
Γαλλία	18	
Γερμανία	183	
Δανία	3	
Ηνωμένο Βασίλειο	20	
Ιρλανδία	0	
Ισπανία	3	
Ιταλία	110	
Λουξεμβούργο	0	
Ολλανδία	7	
Πορτογαλία	0	
Σουηδία	6	
Φινλανδία	2	
Χώρες Ευρώπης εκτός ΕΕ	722	1,53
Κύπρος	271	0,57
Ασία	313	0,66
Αφρική	69	0,15
Αμερικανική Ήπειρος	45	0,10
Αυστραλία	13	0,03

Πηγή: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, 2003

\*Δεν περιλαμβάνονται οι οδοντίατροι

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα που δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια των δύο δεκαετιών που η Ελλάδα είναι μέλος της Ένωσης δεν παρατηρήθηκε σημαντική μετανάστευση ιατρικού δυναμικού προς τη χώρα, μάλλον δε θα πρέπει να αναμένονται σημαντικές αλλαγές λόγω της διεύρυνσης σε σχέση με την παρούσα κατάσταση, εξαιτίας της ύπαρξης υψηλού ιατρικού πληθωρισμού και την εμφάνιση ανεργίας στον κλάδο, των χαμηλών απολαβών του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα, της απουσίας γεωγραφικής γειννίας και των δυσκολιών μάθησης της ελληνικής γλώσσας.<sup>105</sup>

Ίσως μετά το 2007 με την είσοδο της Ρουμανίας και της Βουλγαρίας στην

<sup>105</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 274

Ένωση να εμφανιστούν πιο ευρείας κλίμακας επιπτώσεις. Το γεγονός αυτό βέβαια δημιουργεί ορισμένες επιφυλάξεις, αν αναλογιστεί κανείς αφενός τη βαρύτητα των μεταγγραφέων φοιτητών ιατρικής από το εξωτερικό στα εγχώρια πανεπιστήμια και αφετέρου τους πτυχιούχους ιατρούς από το εξωτερικό. Μελέτες έχουν επισημάνει ότι για μεγάλα χρονικά διαστήματα οι εκροές των πτυχιούχων ιατρικής των πανεπιστημίων της χώρας υπερβαίνουν τις εισροές των εισαχθέντων λόγω των Ελλήνων φοιτητών οι οποίοι μετεγγράφονται από τμήματα ιατρικής πανεπιστημίων του εξωτερικού και κυρίως της Βουλγαρίας και της Ρουμανίας.<sup>106</sup>

Στον πίνακα 6.1.β καταγράφονται οι εγγεγραμμένοι στο ΤΣΑΥ γιατροί για την περίοδο 1980-1999, σύμφωνα με το αν είναι πτυχιούχοι Ελλάδας ή εξωτερικού. Παρατηρούμε ότι μεγάλο τμήμα αυτών είναι πτυχιούχοι εξωτερικού. Από τον πίνακα 6.1.γ φαίνεται ότι η Ρουμανία και η Βουλγαρία είναι οι χώρες όπου απονέμονται τα περισσότερα πτυχία ιατρικής. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι η εγγραφή σε σχολές ιατρικής των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και η μετεγγραφή σε αντίστοιχες ελληνικές σχολές είναι η απάντηση στη δυσκολία εισαγωγής στις εγχώριες ιατρικές σχολές, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ιατρικού πληθωρισμού και την αμφίβολη ποιότητα της ιατρικής εκπαίδευσης.

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, υπάρχει μεγάλη έλλειψη στην Ελλάδα, συνέπεια της οποίας είναι η δραστηριοποίηση στα δημόσια νοσοκομεία ενός μεγάλου αριθμού αποκλειστικών νοσοκόμων με βάση ιδιωτικοοικονομικά κίνητρα και χωρίς να διαθέτουν πάντα το κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσης. Η εξοικονόμηση πόρων από την πλευρά των νοσοκομείων από τη μη πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού αναστρέφεται από την κατασπατάληση πόρων από μέρους των ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία καλύπτουν τη δαπάνη για την απασχόληση αποκλειστικών.

Επίσης, η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι δυσμενής καθώς συνυπάρχουν κατηγορίες με τετραετή, τριετή, διετή, μονοετή ή και καθόλου θεωρητική εκπαίδευση. Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη επίσημων στοιχείων για τον ακριβή αριθμό των νοσηλευτών που παραμένουν εκτός συστήματος, ενώ παράλληλα δεν υπάρχει ένας εθνικός νοσηλευτικός σύλλογος, ο οποίος να ρυθμίζει και να θέτει κριτήρια διασφάλισης ποιότητας στην άσκηση του επαγγέλματος.<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> Οικονόμου, Χ, ό. π., σελ. 274

<sup>107</sup> Ο. π., σελ. 276

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1.β**

Εγγεγραμμένοι ιατροί στο ΤΣΑΥ με πτυχίο εσωτερικού και εξωτερικού, 1980-1999

Έτος	Σύνολο ιατρών(1)	Προέλευση πτυχίου		Ποσοστό(%) (2) / (1)
		Ελλάδα	Εξωτερικό (2)	
1980	1689	1517	172	10,2
1981	1483	1225	258	17,4
1982	1493	1215	278	18,6
1983	1544	1215	329	21,3
1984	1459	1072	387	26,5
1985	1576	1054	522	33,1
1986	1640	1123	517	31,5
1987	1662	1211	451	27,1
1988	1644	1180	464	28,2
1989	1607	1174	433	26,9
1990	1642	1228	414	25,2
1991	1777	1380	397	22,3
1992	1571	1207	364	23,2
1993	1736	1447	289	16,6
1994	1834	1497	337	18,4
1995	2097	1515	582	27,8
1996	1771	1321	450	25,4
1997	1954	1416	538	27,5
1998	2182	1540	642	29,4
1999	2092	1395	697	33,3

Πηγή: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, 2002

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1.γ**

Αναγνωρισθέντες από το ΔΙΚΑΤΣΑ τίτλοι σπουδών Ιατρικής από τρίτες χώρες πλην Ευρωπαϊκής Ένωσης και Αμερικής

Χώρα	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Σύνολο
Αλβανία	23	7	13	11	12	13	79
Βουλγαρία	57	46	104	113	129	194	643
Ρουμανία	91	121	220	248	247	342	1269
Ουγγαρία	18	36	101	51	65	76	347
Γιουγκοσλαβία	21	21	18	37	33	33	163
Τουρκία	2	1	4	2	3	0	12
Τσεχία	6	1	6	2	17	42	74
Πολωνία	1	4	0	2	2	2	11
Χώρες πρώην ΕΣΣΔ	91	77	50	65	52	30	365
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>310</b>	<b>314</b>	<b>516</b>	<b>531</b>	<b>560</b>	<b>732</b>	<b>2963</b>

Πηγή: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, 2002

Η παραπάνω επικρατούσα κατάσταση υποδηλώνει την αδυναμία σχεδίασης ορθολογικού προγραμματισμού του νοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψη των αναγκών της χώρας. Επιβαρυντική της συνολικής εικόνας είναι η απουσία δεδομένων αναφορικά με τους αλλοδαπούς που προσφέρουν νοσηλευτικές υπηρεσίες στην

Ελλάδα, είτε προέρχονται από κράτη-μέλη της Ένωσης είτε από τρίτες χώρες. Ειδικότερα, ένας άγνωστος αριθμός ατόμων, κυρίως γυναικών, που είναι εγκατεστημένα στην Ελλάδα και προέρχονται από τα νέα μέλη της Κοινότητας της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης παρέχει μέσω ιδιωτικών συλλόγων τόσο υπηρεσίες αποκλειστικής νοσηλεύτριας στα δημόσια νοσοκομεία, όσο και κατ' οίκον φροντίδα κατά βάση σε ηλικιωμένα και αδύναμα για αυτοεξυπηρέτηση άτομα.

Βέβαια, δεδομένων των σοβαρών ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό που παρατηρούνται στα δημόσια νοσοκομεία η παρουσία αλλοδαπών νοσηλευτών έχει θετική επίδραση στη λειτουργικότητα του συστήματος υγείας, αφού συμβάλλει στην κάλυψη των κενών που παρατηρούνται στις νοσηλευτικές υπηρεσίες των νοσοκομείων. Επίσης, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το έμμεσο κοινωνικό όφελος που προκύπτει από το γεγονός ότι οι συγγενείς των νοσηλευομένων ή αυτών που τους παρέχεται φροντίδα στο σπίτι δεν υφίστανται απώλεια χρόνου και εισοδήματος προερχόμενη από την απουσία τους από την εργασία και τις άλλες δραστηριότητές τους στην περίπτωση που θα έπρεπε να οι ίδιοι να περιθάλπουν τους συγγενείς τους.<sup>108</sup>

## **6.2 Επιπτώσεις από την ελεύθερη μετακίνηση των ατόμων και ασθενών**

Οι προβλέψεις σχετικά με τις μεταναστευτικές ροές από τα νέα και υποψήφια κράτη της Ένωσης προς τα υφιστάμενα μέλη προτείνουν ότι δεν θα υπάρξουν δραματικές αυξήσεις στη μετανάστευση, η οποία αναμένεται να επικεντρωθεί προς ορισμένες κυρίως χώρες, όπως η Γερμανία και η Αυστρία, και ιδιαίτερα στις παραμεθόριες περιοχές.<sup>109</sup>

Στην Ελλάδα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.2.α είναι εγκατεστημένοι 762.191 αλλοδαποί. Από αυτούς οι 46.869 προέρχονται από τα 14 υφιστάμενα μέλη της Ένωσης, ενώ οι 97.089 προέρχονται από τις νέες και υποψήφιες προς ένταξη χώρες. Αυτές οι δύο κατηγορίες αποτελούν το 18,89% του συνόλου των αλλοδαπών που έχουν εγκατασταθεί στη χώρα. Άρα η πλειοψηφία των αλλοδαπών προέρχεται από χώρες εκτός Κοινότητας. Κάνοντας σύγκριση μεταξύ παλαιών και νέων κρατών παρατηρούμε ότι ο αριθμός των αλλοδαπών από τις νέες χώρες είναι διπλάσιος αυτού από τα υφιστάμενα κράτη-μέλη. Σε επίπεδο χωρών, η Βουλγαρία και η Ρουμανία

<sup>108</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 277

<sup>109</sup> Ο. π., σελ. 279

συνιστούν τους κύριους τροφοδότες των εισροών αυτών και ακολουθούν η Κύπρος, η Πολωνία, το Ην. Βασίλειο και η Γερμανία. Μια σημαντική παρατήρηση είναι ότι για τους υπηκόους των 14 παλαιών κρατών της Κοινότητας, η εργασία συνιστά σε ποσοστό 35,68% την κύρια αιτία εγκατάστασης στην Ελλάδα. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα νέα κράτη ανέρχεται σε 62,03%.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2.α

Αλλοδαποί κατά υπηκοότητα και κύριο λόγο εγκατάστασης στην Ελλάδα (2001)

Χώρα	Σύνολο	Εργασία	Παλιν/σθηση	Επαν/ση οικ/νειας	Σπουδές	Άσυλο	Προς/γας	Άλλο
<b>Σύνολο χώρας</b>	<b>762.191</b>	<b>413.214</b>	<b>51.694</b>	<b>99.968</b>	<b>20.787</b>	<b>9.980</b>	<b>2.368</b>	<b>164.180</b>
Αυστρία	1.424	513	85	179	18	0	0	629
Βέλγιο	1.332	506	139	192	44	0	0	451
Βουλγρία	35.104	27.504	397	2.624	441	158	43	3.937
Γαλλία	5.267	1.911	457	732	106	0	0	2.061
Γερμανία	11.806	3.848	1.581	1.618	231	13	2	4.513
Δανία	854	299	31	140	10	0	0	374
Εσθονία	54	33	0	4	5	0	0	12
Ην. Βασίλειο	13.196	5.339	936	1.541	154	0	0	5.226
Ιρλανδία	472	172	10	81	8	0	0	201
Ισπανία	956	362	34	125	60	0	0	375
Ιταλία	5.825	1.850	437	926	83	1	0	2.528
Κύπρος	17.426	4.975	648	1.046	6.833	0	0	3.924
Λετονία	37	17	1	6	2	4	0	7
Λιθουανία	121	61	4	15	3	0	0	38
Λουξ/ργο	39	15	4	2	0	0	0	18
Μάλτα	40	10	5	1	1	0	0	23
Ολλανδία	2.519	998	133	254	33	0	0	1.101
Ουγγαρία	538	269	46	46	10	64	32	71
Πολωνία	12.831	7.937	251	1.304	125	1.776	129	1.309
Πορτογαλία	250	100	7	32	16	0	0	95
Ρουμανία	21.994	17.337	447	1.425	229	1.340	219	997
Σλοβακία	332	198	5	30	7	0	0	92
Σλοβενία	54	36	0	2	4	0	0	12
Σουηδία	2.203	588	591	260	47	0	0	717
Τουρκία	7.881	1.520	2.559	763	217	1.518	1.067	237
Τσεχία	677	325	91	62	15	163	2	19
Φινλανδία	726	223	17	94	25	0	0	367
ΕΕ - 14	46.869	16.724	4.462	6.176	835	14	2	18.656
Νέα μέλη - 13	97.089	60.222	4.454	7.328	7.892	5.023	1.492	10.678
Άλλες χώρες	618.233	336.268	42.778	86.464	12.060	4.943	874	134.846

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή 2001



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2.β**

Αλλοδαποί κατά υπηκοότητα και χρόνο παραμονής στην Ελλάδα  
που δήλωσαν ότι εγκαταστάθηκαν για εργασία (2001)

Σύνολο χώρας	Σύνολο	έως 1 έτος	1-5 έτη	άνω των 5 ετών
	413.241	50.595	193.341	169.305
Αυστρία	513	103	145	265
Βέλγιο	506	103	152	251
Βουλγρία	27.506	4.828	16.247	6.431
Γαλλία	191	374	550	987
Γερμανία	3.848	968	1.282	1.598
Δανία	299	80	92	127
Εσθονία	33	4	18	11
Ην. Βασίλειο	5.340	1.097	1.545	2.698
Ιρλανδία	172	43	45	84
Ισπανία	362	90	90	182
Ιταλία	1.850	387	508	955
Κύπρος	4.975	1.326	1.488	2.161
Λετονία	17	4	8	5
Λιθουανία	61	13	34	14
Λουξεμβούργο	15	2	4	9
Μάλτα	10	3	1	6
Ολλανδία	999	170	277	552
Ουγγαρία	269	76	116	77
Πολωνία	7.939	962	2.637	4.340
Πορτογαλία	100	13	25	62
Ρουμανία	17.337	3.387	11.070	2.880
Σλοβακία	198	52	86	60
Σλοβενία	36	8	19	9
Σουηδία	588	150	207	231
Τουρκία	1.520	171	344	1.005
Τσεχία	325	75	151	99
Φινλανδία	223	29	69	125
ΕΕ - 14	16.726	3.609	4.991	8.126
Νέα μέλη - 13	60.226	10.909	32.219	17.098
Άλλες χώρες	336.289	36.077	156.131	144.081

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή 2001

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.2.β, από όσους δήλωσαν ότι εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα για εργασία το 48,58% των αλλοδαπών με υπηκοότητα των παλαιών κρατών-μελών της Ένωσης βρίσκεται στη χώρα πάνω από 5 έτη και το 29,84% από 1 έως 5 έτη. Μεταξύ των υπηκόων των νέων κρατών-μελών της Ένωσης το 53,5% έχει 1 έως 5 έτη παραμονής στην Ελλάδα και το 28,39% άνω των 5 ετών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2.γ**

Δηλωθέντα κρούσματα νοσημάτων υποχρεωτικής δήλωσης στην Ελλάδα (1998-2003)

<b>Νοσήματα</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Αλλαντίαση	0	0	0	1	1	1
Ανεμειολογία	4.776	4.232	3.122	3.877	3.651	3.249
Ανθρακας	1	4	0	2	1	0
Βρουκέλλωση	419	537	548	405	331	142
Γονόροια	1	7	1	0	1	0
Γρίπη	0	727	34	0	0	0
Διφθερίτιδα	0	0	0	0	0	0
Ελονοσία	15	25	23	23	27	10
Ερυθρά	75	1.438	12	14	14	2
Ερυθρά συγγενής	0	0	1	0	0	0
Εχινόκοκκίαση	0	51	30	41	23	4
Ηπατίτιδα Α οξεία	247	258	149	211	244	50
Ηπατίτιδα Β οξεία	253	284	234	219	171	71
Ηπατίτιδα C οξεία	117	162	153	122	69	28
Ηπατίτιδα άλλη	7	0	2	4	3	0
Ίλαρά	66	69	57	12	6	7
Κίτρινος πυρετός	0	0	0	0	0	0
Κοκκύτης	85	36	13	93	18	2
Λέπρα	2	0	0	1	0	0
Λεγιονέλλωση	0	2	1	6	12	0
Λεπτοσπείρωση	12	23	13	22	20	13
Λείσμανίαση δερμ/κή	2	6	2	1	4	1
Λείσμανίαση σπλ/κή	23	30	50	45	49	12
Λύσσα	0	0	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα αγν. αιτιολογίας	41	50	1	20	58	15
Μηνιγγίτιδα βακτηριακή	60	97	185	179	135	74
Μηνιγγίτιδα ιογενής	70	259	406	984	276	91
Μηνιγγιδοκοκκική νόσος	220	206	263	227	235	79
Πανώλη	0	0	0	0	0	0
Παρωτίτιδα	50	47	32	50	156	25
Πολιομυελίτιδα οξεία	1	0	0	0	0	0
Πυρετός Q	0	0	1	2	2	1
Σαλμονέλλωση	6	309	234	306	538	266
Σιγκέλλωση	6	51	6	11	19	1
Σύφιλη	8	3	7	3	7	2
Τέτανος	2	6	16	4	3	2
Τέτανος νεογνικός	0	0	0	0	0	0
Τυφοειδής πυρετός	33	51	30	1	0	0
Τύφος ενδημικός	0	7	0	1	0	0
Φυματίωση	1.134	955	703	575	581	245
Χολέρα	0	0	0	0	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>7.732</b>	<b>9.932</b>	<b>6.329</b>	<b>7.462</b>	<b>6.655</b>	<b>4.392</b>

Πηγή: Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

Όσον αφορά τις επιπτώσεις αυτής της μεταναστευτικής ροής στο επιδημιολογικό πρότυπο της Ελλάδας σε σχέση με τα λοιμώδη νοσήματα, βλέπουμε πως παρά το γεγονός ότι η ηπατίτιδα, η μηνιγγίτιδα και η φυματίωση είναι οι βασικές ασθένειες του φάσματος των μεταδοτικών ασθενειών στην Ελλάδα για την περίοδο 1998-2003, σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 6.2.γ, τα στοιχεία δεν είναι συνολικά ώστε να τεκμηριώνουν το αν και σε ποιο βαθμό η εκδήλωση των κρουσμάτων αυτών οφείλεται στις μεταναστευτικές κινήσεις πληθυσμών άλλων κρατών προς την Ελλάδα.<sup>110</sup>

Μια σημαντική παράμετρος των επιπτώσεων της διεύρυνσης στην εξάπλωση των μεταδοτικών ασθενειών σχετίζεται με τις συνθήκες και τις ειδικές ανάγκες στις οποίες θα κληθούν να ανταποκριθούν οι παραμεθόριες περιοχές της Ένωσης που συνορεύουν με τις νέες χώρες-μέλη. Για την ενίσχυση των περιφερειών αυτών η Επιτροπή εξέδωσε σχέδιο δράσης, στο οποίο περιλαμβάνεται η πρωτοβουλία INTERREG για τη διασυνοριακή συνεργασία<sup>111</sup>. Στα πλαίσια του INTERREG II για το διάστημα 1997-2001 επιδιώχθηκε η προώθηση μέτρων και δράσεων για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των κατοίκων που διαμένουν στη διασυνοριακή γραμμή Ελλάδας-Αλβανίας και Ελλάδας-Βουλγαρίας.

Οι κύριοι στόχοι των δραστηριοτήτων αφορούσαν την επιστημονική υποστήριξη των παραμεθόριων περιοχών που παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας, την ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των χωρών στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης και της ανταλλαγής εμπειριών και την ίδρυση τεσσάρων Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας στους νομούς Έβρου, Ιωαννίνων, Σερρών και Φλώρινας, έργο των οποίων είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων ελέγχου των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία.

Η επέκταση των παραπάνω πρωτοβουλιών στο πλαίσιο του INTERREG III έτσι ώστε να συμπεριληφθούν στις αναληφθείσες δράσεις και οι περιφέρειες Βορείου και Νοτίου Αιγαίου και Κρήτης, δεδομένης της ένταξης της Τουρκίας στην Ένωση, μπορεί να συμβάλλει στην αποτύπωση του υγειονομικού χάρτη όλης της διασυνοριακής γραμμής της χώρας και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των υπαρχόντων και μελλοντικών προβλημάτων δημόσιας υγείας.

<sup>110</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 280

<sup>111</sup> Commission of the European Communities, "Communication from the Commission on the impact of enlargement on regions bordering candidate countries", COM(2001) 437 final, Brussels 25.7.2001

Όσον αφορά τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από υπηκόους χωρών-μελών της Ένωσης και υπηκόων των νέων και υπό ένταξη χωρών, είναι δύσκολο να υπάρξει ξεκάθαρη εικόνα εξαιτίας της έλλειψης συνολικών στοιχείων που να αφορούν τη διασυνοριακή νοσηλεία αυτών στην Ελλάδα. Είναι άγνωστος ο αριθμός υπηκόων κρατών-μελών της Κοινότητας που έχει αναζητήσει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα. Η κίνηση των αλλοδαπών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων δε καταγράφεται, ενώ τα δεδομένα είναι εξίσου ελλιπή και ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Επιπλέον, για τη συλλογή επαρκών στοιχείων υπάρχουν ακόμα δύο περιορισμοί. Πρώτον, στις στατιστικές της ΕΣΥΕ δεν καταγράφεται σε συνολικό επίπεδο η υπηκοότητα των αλλοδαπών εξελθόντων ασθενών, παρόλο που τα νοσοκομεία υποβάλλουν στο Υπουργείο Υγείας τριμηνιαία Τεχνικά Δελτία Εισαγωγής. Συνεπώς, δε γνωρίζουμε σε συνολικό επίπεδο από ποιες χώρες προέρχονται αυτοί. Και ο δεύτερος σχετίζεται με τις αιτίες για τις οποίες οι αλλοδαποί ασθενείς βρέθηκαν στην Ελλάδα. Μπορεί κάποιος από αυτούς να αναζήτησαν άμεση ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα και επομένως αποτελούν τμήμα των μετακινούμενων ασθενών για αναζήτηση περίθαλψης. Μπορεί όμως επίσης, να πρόκειται για τουρίστες ή συγγενείς προσώπων που διαμένουν στην Ελλάδα και τα οποία επισκέφθηκαν και χρειάστηκε να νοσηλευτούν λόγω κάποιου έκτακτου γεγονότος.<sup>112</sup>

Ωστόσο, μπορεί να γίνουν ορισμένες παρατηρήσεις, αν ληφθούν υπόψη τα αποτελέσματα δύο ερευνών οι οποίες αφορούν τη νοσηλεία αλλοδαπών στα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός» της Αθήνας και «Γ. Παπανικολάου» της Θεσσαλονίκης. Από τα στοιχεία του Πίνακα 6.2.δ προκύπτει ότι και στα δύο νοσοκομεία πάνω από το 50% των αλλοδαπών που νοσηλεύτηκαν ήταν αλβανικής υπηκοότητας και άνω του 31% ήταν υπηκοότητας τρίτης χώρας. Τα ποσοστά των υπηκόων κρατών-μελών και υποψήφιων μελών της Ένωσης ήταν πολύ χαμηλά. Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο είναι ότι ένα υψηλό ποσοστό αλλοδαπών ήταν ανασφάλιστοι, οπότε το κόστος νοσηλείας αυτών επιβαρύνει το νοσοκομειακό προϋπολογισμό και κατ' επέκταση τον κρατικό προϋπολογισμό που καλείται να καλύψει τη δαπάνη.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα εξάγονται δύο συμπεράσματα όσον αφορά τις επιπτώσεις της διεύρυνσης στον τομέα της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Πρώτον, ότι η νομιμοποίηση των μεταναστών θα έχει θετικές επιπτώσεις σε

---

<sup>112</sup> Οικονόμου, Χ. ό. π., σελ. 286

τρία επίπεδα: στη χρηματοδοτική ενδυνάμωση του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας, δεδομένου ότι θα καταβάλλουν ασφαλιστικές εισφορές, στην κάλυψη δαπανών νοσηλείας τους και στην ελάφρυνση των προϋπολογισμών των δημοσίων νοσοκομείων και στην κατοχύρωση των κοινωνικών τους δικαιωμάτων. Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι η χαμηλή χρησιμοποίηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών των

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2.6

Νοσηλεία αλλοδαπών στα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός» της Αθήνας  
και «Γ. Παπανικολάου» της Θεσσαλονίκης

Περίοδος αναφοράς	Γ. Παπανικολάου 1/7/00-30/6/01	Ευαγγελισμός 1/1/00-31/12/00
Σύνολο εισαγωγών	24.684,0	37.240,0
Εισαγωγές αλλοδαπών	549,0	1.999,0
Εισαγωγές αλλοδαπών ως % του συνόλου των εισαγωγών	2,2	5,4
Αλβανικής υπηκοότητας ως της % του συνόλου των εισαγωγών αλλοδαπών	50,6	55,8
Υπηκοότητας χώρας υπό ένταξη στην ΕΕ ως % του συνόλου των εισαγωγών αλλοδαπών	3,0	10,0
Υπηκοότητας κράτους -μέλους της ΕΕ ως % του συνόλου των εισαγωγών αλλοδαπών	0,0	3,2
Υπηκοότητας τρίτης χώρας ως % του συνόλου των εισαγωγών αλλοδαπών	46,4	31
Ασφαλισμένοι ΙΚΑ ως % του συνόλου των νοσηλευθέντων αλλοδαπών	37,0	47,3
Ασφαλισμένοι ΟΓΑ ως % του συνόλου των νοσηλευθέντων αλλοδαπών	3,0	2,1
Άλλο ταμείο ασφάλισης	0,0	0,9
Κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ως % του συνόλου των νοσηλευθέντων αλλοδαπών	10,0	18,0
Ανασφάλιστοι ως % του συνόλου των νοσηλευθέντων αλλοδαπών	40,0	24,0
Ιδιώτες ως % του συνόλου των νοσηλευθέντων αλλοδαπών	10,0	7,7
Κόστος νοσηλείας ανασφάλιστων και απόρων που επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου(€)	106.646,0	817.701,0

Πηγή: Οικονόμου, 2004



δύο προαναφερθέντων νοσοκομείων τόσο από τους υπηκόους κρατών-μελών της Κοινότητας όσο και από τους υπηκόους των νέων και υπό ένταξη χωρών αποτελεί ένδειξη ότι μάλλον δε θα πρέπει να αναμένονται δραματικές αλλαγές στην υφιστάμενη κατάσταση από τη διεύρυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.<sup>113</sup>

---

<sup>113</sup> Οικονόμου, Χ., ό. π., σελ. 288, 289

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση συνιστά ένα πολιτικό και κοινωνικό μόρφωμα διαρκώς μεταβαλλόμενο το οποίο καλείται να συμβιβάσει και να συγκεράσει τις εθνικές ιδιαιτερότητες και να διαμορφώσει κοινή πολιτική ταυτότητα. Τέτοια, προσπάθεια αποτελεί η διαμόρφωση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία στη διευρυμένη Ευρώπη των 25. Η σημαντική διαφορά από προηγούμενες προσπάθειες είναι ότι «η πολιτική υγείας και η κοινωνική πολιτική στην ΕΕ μετατοπίζεται από μια σειρά επιμέρους και σχετικά μικρής κλίμακας πρωτοβουλίες προς τη διαμόρφωση ενός πιο συνεκτικού και συνολικού πολιτικού οράματος το οποίο θα στηρίζεται σε σαφείς ενδείξεις» στα θέματα αυτά.

Ένα κοινό και κρίσιμο στοιχείο που διέπει τη νέα στρατηγική είναι ότι η συνεχής αναβάθμιση της ποιότητας της παραγόμενης και διακινούμενης γνώσης, δεδομένου ότι επιχειρείται η οικοδόμηση μιας κοινωνίας στηριγμένης στη γνώση, απαιτεί τη δημιουργία ενός στερεού και εκτεταμένου συστήματος πληροφόρησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες και την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τα συστήματα περίθαλψης, τις βέλτιστες πρακτικές, την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα της περίθαλψης και άλλα στοιχεία των χωρών και επίσης τη δημιουργία γνωσιακής υποδομής για ανάλυση και ανάπτυξη πολιτικής.

Επίσης, όπως προκύπτει από την ανάλυση που προηγήθηκε στην εργασία η Ευρωπαϊκή Ένωση μετά τη διεύρυνση της βρέθηκε αντιμέτωπη με πολλές νέες προκλήσεις όσον αφορά τις ανισότητες στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της. Το χαμηλό επίπεδο υγείας των ανθρώπων που προέρχονται από τα νέα κράτη-μέλη καθιστά επιτακτική την ανάγκη αναπροσαρμογής της στρατηγικής για την υγεία της Ένωσης και τη δημιουργία ενός προγράμματος δράσης, το οποίο δύναται να εξομαλύνει τις διαφορές μεταξύ νέων και παλαιών κρατών.

Επιπρόσθετα, το χαμηλό επίπεδο υγείας των νέων και υποψήφιων χωρών έθεσε ζητήματα σε σχέση με την ελεύθερη μετακίνηση υγειονομικού προσωπικού και ασθενών από τις χώρες αυτές. Ωστόσο, το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας έως τώρα φαίνεται πως δεν θα γνωρίσει σημαντική

εισροή υγειονομικού προσωπικού και ασθενών εξαιτίας της ελεύθερης μετακίνησης. Παρ' όλα αυτά θα μπορούσε να ενισχυθεί ο θεσμός των Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας ώστε να συμπεριληφθούν τα νησιά του Αιγαίου και η Κρήτη, στο Πλαίσιο του κοινοτικού προγράμματος INTERREG II και III, ως προληπτική δράση και συμβολή στην αντιμετώπιση προβλημάτων των παραμεθόριων περιοχών που μπορεί να προκύψουν ιδιαίτερα μετά από την ένταξη της Τουρκίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Α. ΕΠΙΣΗΜΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με τη στρατηγική στον τομέα της υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Πρόταση απόφασής του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2001-2006)», COM(2000)285 τελικό, Βρυξέλλες 16.5.2000
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών – eEurope 2005: κοινωνία της πληροφορίας για όλους », COM(2002) 263 τελικό, Βρυξέλλες 28.05.2002
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με eEurope 2005 (ηλεκτρονική Ευρώπη 2005): ενδιάμεση επανεξέταση», COM(2004)108 τελικό, Βρυξέλλες 18.02.2004
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Υγείας», COM(2003) 73 τελικό, Βρυξέλλες 17.02.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με eEurope 2002 (ηλεκτρονική Ευρώπη 2002): ποιοτικά κριτήρια για τους ιστοτόπους που αφορούν την υγεία», COM(2002)667 τελικό, Βρυξέλλες 29.11.2002
- ✓ Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 2003/641/ΕΚ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 5ης Σεπτεμβρίου 2003 σχετικά με τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων ως προειδοποιήσεων για την υγεία στις συσκευασίες προϊόντων καπνού», ΕΕ L 226 της 10.09.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή σχετικά με το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσεως 2004-2010 για την σχέση περιβάλλοντος και υγείας», COM(2004) 416, Βρυξέλλες 9.6.2004

- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με το έκτο κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για το περιβάλλον "Το περιβάλλον κατά το έτος 2010: το δικό μας μέλλον, η δική μας επιλογή"», COM(2001) 31 τελικό, Βρυξέλλες 24.1.2001
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Πρόταση απόφασης του Συμβουλίου για την υπογραφή σύμβασης πλαισίου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος», COM(2003) 307 τελικό, Βρυξέλλες 26.5.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου περί του καθορισμού απαιτήσεων για την υγιεινή των ζωοτροφών», COM(2003) 180 τελικό, Βρυξέλλες 14.04.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την σκοπιμότητα ύπαρξης ενός θετικού καταλόγου πρώτων υλών ζωοτροφών», COM(2003) 178 τελικό, Βρυξέλλες 24.04.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για την προστασία των ζώων κατά τη μεταφορά», COM(2003) 425 τελικό, Βρυξέλλες 16.07.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Τροποποιημένη πρόταση κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου περί της υγιεινής των τροφίμων και τροποποιημένη πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τον καθορισμό ειδικών κανόνων υγιεινής για τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης», COM(2003) 33 τελικό, Βρυξέλλες 27.01.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη διεξαγωγή επίσημων ελέγχων στις ζωοτροφές και στα τρόφιμα», COM(2003) 52 τελικό, Βρυξέλλες 5.02.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τα ανώτερα όρια υπολειμμάτων φυτοφαρμάκων στα προϊόντα φυτικής και ζωικής προέλευσης», COM(2003) 117 τελικό, Βρυξέλλες 14.03.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου σχετικά με τους ισχυρισμούς για τις θρεπτικές και υγιεινές ιδιότητες που διατυπώνονται στα τρόφιμα», COM(2003) 424 τελικό, Βρυξέλλες 16.07.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου περί των αρωμάτων καπνιστών τροφίμων



που χρησιμοποιούνται ή προορίζονται να χρησιμοποιηθούν μέσα ή πάνω στα τρόφιμα», COM(2003) 407 τελικό, Βρυξέλλες 04.07.2003

- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την προσθήκη βιταμινών και μετάλλων και ορισμένων άλλων ουσιών στα τρόφιμα», COM(2003) 671 τελικό, Βρυξέλλες 10.11.2003
- ✓ Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων , «Ανακοίνωση της Επιτροπής, της 26ης Μαΐου 1999 προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με σχέδιο δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών (2000-2004)», COM(1999) 239 τελικό, Βρυξέλλες 26.05.1999
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου των Νόσων», COM(2003)441 τελικό, Βρυξέλλες 08.08.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σχετικά με το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης ταχεία δράση για τον ιό HIV/AIDS, την ελονοσία και τη φυματίωση στο πλαίσιο της μείωσης της φτώχειας. Εκκρεμή ζητήματα πολιτικής και μελλοντικές προκλήσεις», COM(2003) 93 τελικό, Βρυξέλλες 26.02.2003
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Έγγραφο εργασίας της Επιτροπής σχετικά με τον κοινοτικό σχεδιασμό ετοιμότητας και αντίδρασης σε πανδημία γρίπης», COM(2004) 201 τελικό, Βρυξέλλες, 26.03.2004
- ✓ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Ανακοίνωση της Επιτροπής, της 2<sup>ης</sup> Ιουνίου 2003 προς το Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για τη συνεργασία στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με την ετοιμότητα και την απόκρουση επιθέσεων με βιολογικούς και χημικούς παράγοντες (υγειονομική ασφάλεια)», COM(2003) 320 τελικό, Βρυξέλλες 02.06.2003
- ✓ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Οδηγία 2001/37/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 5ης Ιουνίου 2001 περί της προσέγγισης των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση των προϊόντων καπνού» ΕΕ L 194 της 18.07.2001
- ✓ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Απόφαση 1786/2002/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 23ης Σεπτεμβρίου 2002, για την θέσπιση κοινοτικού

προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003 - 2008)»,  
EE L 271 της 09.10.2002

- ✓ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Οδηγία 2003/33/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 26 Μαΐου 2003 για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά τη διαφήμιση και τη χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού», EE L 152 της 20.06.2003.
- ✓ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, «Κανονισμός 258/97/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Ιανουαρίου 1997, σχετικά με τα νέα τρόφιμα και τα νέα συστατικά τροφίμων», EE L 43 της 14.02.1997
- ✓ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, «Κανονισμός 1830/2003/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 22ας Σεπτεμβρίου 2003, σχετικά με την ιχνηλασιμότητα και την επισήμανση γενετικώς τροποποιημένων οργανισμών και την ιχνηλασιμότητα τροφίμων και ζωοτροφών που παράγονται από γενετικώς τροποποιημένους οργανισμούς, και για την τροποποίηση της οδηγίας 2001/18/ΕΚ», COM(2003) τελικό, Βρυξέλλες 22.09.2003
- ✓ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, «Οδηγία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Ιανουαρίου 2003, για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη συλλογή, τον έλεγχο, την επεξεργασία, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρωπίνου αίματος και συστατικών του αίματος και για την τροποποίηση της οδηγίας 2001/83/ΕΚ του Συμβουλίου», EE L 33, 08.02.2003
- ✓ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, «Οδηγία 2004/23/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31ης Μαρτίου 2004 για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων», EE L 58, 12.04.2004
- ✓ European Commission, “White Paper on Food Safety”, COM(1999) 719 final, Brussels 12.01.2000
- ✓ European Commission, “Commission recommendation of January 2001 concerning the maximum authorised level of alcohol in the blood of motor-vehicle drivers”, EE L 43, 14.02.2001
- ✓ European Council, “Council Recommendation 2001/458/EC of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents”, EE L 161, 16.06.2001
- ✓ European Parliament, « Decision No 372/99/EC of the European Parliament and of the Council of 8 February 1999 adopting a programme

of Community action on injury prevention in the framework for action in the field of public health».

- ✓ Eurostat, "Eurostat yearbook 2004, The statistical guide to Europe", Luxembourg 2004

## **B. ΛΟΙΠΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- ✓ Διαμαντόπουλος, Θ., *Ευρωπαϊκή ενοποίηση και προστασία της υγείας. Ο ευρωπαϊκός οργανισμός και η κυοφορία μιας κοινής πολιτικής της υγείας (1952-1989)*, Παπαζήσης, Αθήνα
- ✓ Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, Αθήνα 1997
- ✓ Nettleton, S., *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Τυπωθήτω, Αθήνα 2002
- ✓ Οικονόμου, Χ., *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα 2004
- ✓ WHO, *Constitution*, Geneva 1946

## **Γ. ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ**

- ✓ [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)