



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΠΡΟΚΟΠΗ

ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Ε.Ε.
ΠΛΑΙΣΙΟ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΠΡΟΚΟΠΗ

ΟΥΣΙΕΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Ε.Ε.
ΠΛΑΙΣΙΟ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Επιβλέπων Καθηγητής :
Δρ. ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες

στον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Θεόδωρο Σακελλαρόπουλο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την καθοδήγηση που μου παρείχε στο πλαίσιο της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας,

στην κ. Σπυριδούλα Καλαντζή, που χωρίς τη βοήθειά της δε θα είχα παρακολουθήσει το Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας»,

στους φίλους μου Πέτρο Κοτίνη, Παύλο Καραπάνο, Μαρία Κουλλιά, Αγγελική Αναστασίου και Κώστα Κρητικό για την πολύτιμη ηθική και τεχνική βοήθειά τους καθ' όλη τη διάρκεια παρακολούθησης του Μ.Π.Σ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ζουν κατά μέσο όρο περισσότερο και με καλύτερη υγεία απ' ό,τι οι προηγούμενες γενιές. Ωστόσο, η ΕΕ αντιμετωπίζει ένα σοβαρό πρόβλημα: υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τομέα της υγείας μεταξύ των κρατών μελών αλλά και στο εσωτερικό τους. Οι διαφορές αυτές επεκτείνονται και στον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Καμία εναρμόνιση του υγειονομικού χάρτη δεν διαφαίνεται άμεσα, αφού η νομική βάση της πολιτικής της ΕΕ στον τομέα της υγείας παγιώθηκε μόλις το 1992 από τη Συνθήκη του Μάαστριχτ με το άρθρο 129, βάσει του οποίου η προστασία και η προαγωγή της υγείας ενθαρρύνονται και υποστηρίζονται με τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών.

Μετα την ισχύ της συνθήκης του Άμστερνταμ το 1999, το άρθρο 129 αντικαταστάθηκε από το άρθρο 152, σύμφωνα με το οποίο η ενισχυμένη πλέον κοινοτική δράση αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη των ασθενειών και την εξάλειψη των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η Κοινότητα μπορεί τώρα να υιοθετήσει μέτρα που να διασφαλίζουν (και όχι μόνο να συμβάλλουν σε) ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας.

Στο πλαίσιο της εφαρμογής των στόχων του άρθρου 152 μπορούν να προβλεφθούν κοινοτικά μέτρα που να συμπληρώνουν μόνο τη δράση των κρατών μελών, κυρίως μέσω της ενθάρρυνσης της συνεργασίας μεταξύ τους, σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας.

Η επίτευξη των στόχων της ΕΕ στον τομέα της υγείας επιχειρείται μέσω των προγραμμάτων κοινοτικής δράσης και των στρατηγικών για τη δημόσια υγεία. Οι πολιτικές αυτές προσανατολίζονται κυρίως στην ενημέρωση, την ικανότητα αντιμετώπισης των κινδύνων για την υγεία καθώς και την πρόληψη των ασθενειών.

Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην κοινοτική νομοθεσία, από τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα, σε θέματα όπως είναι η ελεύθερη διακίνηση ασθενών και επαγγελματιών υγείας, η ηλεκτρονική υγεία, περιβάλλον και υγεία, υγεία και ασφάλεια στην εργασία και υγεία και βιοεπιστήμες.

Τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει η ΕΕ είναι πολλά. Τα κυριότερα περιστρέφονται γύρω από την υπόστασή της ως οικονομική οντότητα, καθώς και από το ελλιπές θεσμικό πλαίσιο που δεν επιτρέπει την υποβολή νόμων για εναρμόνιση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κρατών μελών. Σε αυτά έρχεται να προστεθεί η σοβαρή

χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση σε συνδιασμό με τους περιορισμένους πόρους για την υγεία, ενώ αντιμετωπίζει αποθαρρυντικές δημογραφικές (γήρανση, μετανάστευση) και κοινωνικές (αυξανόμενες ανισότητες μεταξύ των "εχόντων" και "ενδεών") προκλήσεις.

Ίσως ο ακρογωνιαίος λίθος για μια βιώσιμη Ευρώπη να είναι η υγιής γήρανση του πληθυσμού.

Λέξεις – Κλειδιά: θνησιμότητα, προσδόκιμο ζωής, Έτη Υγιούς Ζωής, δημογραφική γήρανση, χρηματοδότηση, πολιτική υγείας, θεσμικό πλαίσιο, θεσμικά όργανα,

“ASPECTS OF THE EU HEALTH POLICY
FRAMEWORK, PROBLEMS, PROSPECTS”

Prokopi Panagiota

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management” University of
Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr Theodoros Sakellarios

ABSTRACT

The European Union citizens live on average longer and in better health than what previous generations. However, the EU faces a serious problem: there are significant differences in health between the Member States and within them. These differences extend to the financing of health services.

It seems like differences will continue to exist, since the legal basis of EU policy in the health sector was consolidated just in 1992 with the Treaty of Maastricht Article 129, under which the Community contribute towards ensuring a high level of human health protection by encouraging co-operation between the Member States and, if necessary, lending support to their action.

After the force of the Amsterdam Treaty in 1999, Article 129 was replaced by Article 152, according to which the Community can now adopt measures aimed ensuring (rather than merely contributing to) a high level of human health protection like improving public health, disease prevention and elimination of hazards to human health.

In spite of all these changes, it should be noted that the Community competences remain complementary in nature (principle of subsidiarity) and focused on health prevention and not on healthcare. Article 152 does not have direct effect, meaning that it does not confer enforceable rights on individuals.

The objectives of EU’s health policy attempted through the Community action programs and strategies for public health. These policies are directed towards the prevention of diseases, by promoting research into their causes and their transmission, as well as health information and education.

A specific reference to Community legislation from the European institutions, on issues such as the free movement of patients and health professionals, eHealth, environment and health, health and safety at work and health and life sciences.

But there are some problems to be addressed. The European Union is above all an economic entity concerned with free trade and in particular the free movement of goods, capital, people and services, the cornerstones of its internal market. Some of these goods may, however, be detrimental to health. A potential conflict could therefore arise between desire to promote the internal market and the need to protect health. There are, also, many concerns over the extent and the consequences of health inequalities – both between and within Member States.

Moreover, EU is in the midst of a serious economic crisis to be managed and overcome, while facing daunting demographic (ageing, migration) and social (increasing disparities between the "haves" and "poverty") challenges.

Maybe Healthy ageing is the keystone for a Sustainable Europe.

Key – words: mortality, life expectancy, Healthy Life Years, ageing, health care financing, health policy, framework,

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦ. 1 Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ Ε.Ε.....	4
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της υγείας.....	4
1.2 Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.....	4
1.2.1 Αιτίες θανάτου - θνησιμότητα.....	4
1.2.2 Προσδόκιμο ζωής.....	6
1.2.3 Έτη Υγιούς Ζωής.....	14
1.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας.....	20
1.4 Απειλές για την υγεία.....	22
1.5 Δημογραφική γήρανση.....	24
1.6 Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας.....	26
ΚΕΦ. 2 ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	32
2.1 Οι θεσμικές αρμοδιότητες της ΕΕ στον τομέα της υγείας.....	32
2.1.1 Η Συνθήκη του Μάαστριχτ.....	32
2.1.2 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ.....	33
2.1.3 Η Συνθήκη της Νίκαιας.....	34
2.1.4 Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	34
2.1.5 Το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα.....	35
2.2 Τα όργανα της ΕΕ στον τομέα της υγείας.....	37
2.3 Η διαδικασία λήψης αποφάσεων της ΕΕ στον τομέα της υγείας.....	38
2.4 Το παράγωγο κοινοτικό δίκαιο.....	40
ΚΕΦ. 3 ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΕ.....	42
3.1 Τα κοινοτικά προγράμματα δράσης.....	42
3.2 Στρατηγικές για την Δημόσια υγεία.....	43
3.3 Η δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία.....	45
3.4 Ελεύθερη διακίνηση ασθενών και διασυνοριακή φροντίδα υγείας.....	46
3.5 Ελεύθερη διακίνηση επαγγελματιών υγείας.....	48
3.6 Υγειονομική περίθαλψη μέσω των υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας.....	51
3.7 Περιβάλλον και Υγεία.....	52
3.8 Υγεία και ασφάλεια στην εργασία.....	53
3.9 Υγεία και βιοεπιστήμες.....	57
ΚΕΦ. 4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	60
4.1 Η Ελεύθερη Συναλλαγή εχθρός της Υγείας;.....	60
4.2 Ανισότητες στον τομέα της Υγείας στην ΕΕ – Εναρμόνιση των συστημάτων Υγείας.....	61
4.2.1 Σημερινές πολιτικές πλαισίωσης της ΕΕ.....	63
4.2.2 Μέτρα για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας.....	64
4.2.3 Βασικά θέματα που πρέπει να εξεταστούν.....	65
4.3 Οικονομική κρίση και Υγεία στην ΕΕ.....	69
4.4 Υγής γήρανση: το κλειδί για μια βιώσιμη Ευρώπη.....	72
ΚΕΦ. 5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77

ΕΙΚΟΝΕΣ

ΕΙΚΟΝΑ 1	Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση – Άνδρες.....	7
ΕΙΚΟΝΑ 2	Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση – Γυναίκες.....	8
ΕΙΚΟΝΑ 3	Προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη - Άνδρες.....	9
ΕΙΚΟΝΑ 4	Προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη – Γυναίκες.....	10
ΕΙΚΟΝΑ 5	Προσδόκιμο ζωής στα 85 έτη - Άνδρες.....	12
ΕΙΚΟΝΑ 6	Προσδόκιμο ζωής στα 85 έτη – Γυναίκες	13

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	Έτη Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση (1995-2008).....	15
ΠΙΝΑΚΑΣ 2	Έτη Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση (Άνδρες – Γυναίκες).....	18

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1	Δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως αναλογία των συνολικών δαπανών για την υγεία στην ΕΕ (%), το 1996 και το 2005.....	29
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2	Κατανομή του τρόπου χρηματοδότησης των Σ.Υ. ανά χώρα, 1996.....	29
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3	Κατανομή του τρόπου χρηματοδότησης των Σ.Υ. ανά χώρα, 2005 ...	30
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4	Ιδιωτική ασφάλεια ως αναλογία της συνολικής δαπάνης για την υγεία στην ΕΕ, το 1996 και το 2005.....	31

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για να κατανοήσουμε το ρόλο της ΕΕ στον τομέα της υγείας, είναι αναγκαίο να κάνουμε μια ιστορική αναδρομή στην ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Η ΕΕ προέκυψε το 1950 από το Σχέδιο Schuman, το οποίο επεδίωκε ο πόλεμος στην Ευρώπη, ο οποίος είχε τελειώσει μόλις πέντε χρόνια πριν και ήταν ο τρίτος μεταξύ της Γαλλίας και της Γερμανίας σε λιγότερο από έναν αιώνα, να μην επαναληφθεί ποτέ ξανά. Ο άμεσος στόχος ήταν η δημιουργία κοινοπραξίας υπό μια υπερεθνική αρχή για την παραγωγή άνθρακα και χάλυβα στη Γαλλία και τη Γερμανία, περιορίζοντας έτσι τη δυνατότητα στρατιωτικής ενέργειας της μίας εναντίον της άλλης. Η έννοια αυτή επισημοποιήθηκε το 1951 με την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα (ΕΚΑΧ), ενός από τους προδρόμους της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας και στη συνέχεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έτσι, ενώ η ΕΕ είναι μια πολιτική οντότητα, οι ρίζες της βρίσκονται στην οικονομική συνεργασία και την προώθηση του ελεύθερου εμπορίου.

Όπως σε όλες τις συμφωνίες για την προώθηση του ελεύθερου εμπορίου, τα θέματα δημόσιας υγείας δεν μπορούσαν να αγνοηθούν. Ιστορικά, υπήρξε πάντα μια τάση μαζί με την προτροπή για την διευκόλυνση της ροής των εμπορευμάτων δια μέσου των συνόρων να υπάρχει παράλληλη πρόληψη της κυκλοφορίας των μολυσματικών παραγόντων. Για παράδειγμα, ο θεσμός της καραντίνας που επέβαλαν οι Ενετοί, οι οποίοι ήταν ιδιαίτερα ευάλωτοι στην πανούκλα και τη χολέρα λόγω των εμπορικών δεσμών τους με τη Μαύρη Θάλασσα και την Αραβική Χερσόνησο, αντίστοιχα.

Για τον ίδιο λόγο στη Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητας (ΕΟΚ), το 1957, περιλαμβάνεται η προστασία της υγείας, αν και μόνο ως το βαθμό της ανάληψης δράσης για τον περιορισμό του εμπορίου, εκεί που η υγεία απειλείται.

Ειδικότερα, επιτρέπονται οι περιορισμοί στις εισαγωγές και εξαγωγές μεταξύ των κρατών μελών για την προστασία της «υγείας και της ζωής των ανθρώπων, των ζώων ή των φυτών». Η μάλλον γενικού χαρακτήρα διάταξη αυτή στη συνέχεια γίνεται πιο ειδική μετά την απόφαση Cassis de Dijon από το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΔΕΚ), η οποία καθιέρωσε την αρχή της αναλογικότητας. Με άλλα λόγια, τυχόν ενέργειες που θα γίνονται για τον περιορισμό του εμπορίου θα πρέπει να είναι ανάλογες με τον επιδιωκόμενο σκοπό και μόνο αν δεν είναι εφικτός με άλλο τρόπο, όπως η

ενίσχυση της επισήμανσης. Αυτές οι ενέργειες θα πρέπει, επίσης, να είναι μέρος μιας "σοβαρά μελετημένης πολιτικής υγείας" και να είναι αναγκαίες για την προστασία της υγείας, ενώ θα πρέπει να περιορίζονται στο βαθμό που είναι απαραίτητες.

Ο ανεπαρκής χαρακτήρας των διατάξεων αυτών αποκαλύφθηκε με το σκάνδαλο της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας των βοοειδών (ΣΕΒ) στη δεκαετία του 1990, αφού αποδείχτηκε ότι πιο πολύ αφορούσαν στην προάσπιση των γεωργικών αγορών παρά στο ενδιαφέρον για την ανθρώπινη υγεία. Το επεισόδιο αυτό είχε σημαντική επίπτωση στον τρόπο που η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα αντιμετώπιζε πλέον τη δημόσια υγεία, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας μιας νέας Γενικής Διεύθυνσης για θέματα Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών.

Η αιώνια πρόκληση που αντιμετωπίζουν όσοι εργάζονται στη διασύνδεση των πολιτικών για την υγεία με τις πολιτικές εμπορίου είναι ότι επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για τις αρνητικές επιπτώσεις του ελεύθερου εμπορίου συχνά είναι διαθέσιμα μόνο όταν είναι πολύ αργά. Το δίλημμα αυτό προκάλεσε τη θέσπιση της «Αρχής της προφύλαξης», που στην ουσία σημαίνει ότι όπου υπάρχουν πιθανές σοβαρές ή ανεπανόρθωτες απειλές για την υγεία, η έλλειψη επιστημονικών στοιχείων δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως λόγος για την αποφυγή λήψης αποτελεσματικών μέτρων για την αντιμετώπιση αυτής της πιθανής απειλής. Η αρχή αυτή ορίζεται σε μία μη δεσμευτική Ανακοίνωση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων το 2000. Ωστόσο, δεν έχει κατοχυρωθεί ακόμα σε καμία δεσμευτική νομοθεσία για την ανθρώπινη υγεία από την ΕΕ, αν και η ΕΕ (και τα επιμέρους κράτη μέλη) δεσμεύονται από αυτήν στο πλαίσιο των δράσεων που διέπονται από το Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (ΠΟΕ).

Η Υγεία, ωστόσο, εμφανίζεται και σε μερικά άλλα σημεία των αρχικών Συνθηκών. Στη Συνθήκη περί ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Ατομικής Ενέργειας (ΕΚΑΕ), το 1957, περιλαμβάνονται διατάξεις που αφορούν στην προστασία της υγείας του πληθυσμού και των εργαζομένων από την ραδιενέργεια και στη Συνθήκη της ΕΚΑΧ περιλαμβάνονται διατάξεις σχετικά με τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στην παραγωγή άνθρακα και χάλυβα, συμπεριλαμβανομένων και αξιολογήσεων των απειλών για την υγεία τους.

Βέβαια, πολλές πτυχές των Συνθηκών είχαν συνέπειες στα συστήματα υγείας (όπως η νομοθεσία σχετικά με την ελεύθερη κυκλοφορία του προσωπικού), αλλά η ρητή εξέταση της δημόσιας υγείας έπρεπε να περιμένει ως το 1992 τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, η οποία περιείχε ένα ειδικό άρθρο (άρθρο 129) για τη δημόσια υγεία. Από το

κομβικό αυτό σημείο και μετά μπορούμε να μιλάμε για «Πολιτική Υγείας» σε επίπεδο ΕΕ.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης, μελέτης και ανάδειξης των πτυχών της πολιτικής δραστηριοποίησης της ΕΕ που αφορούν στον τομέα της υγείας, χωρίς φυσικά να φιλοδοξεί να εξαντλήσει το σύνολο των παραμέτρων τους. Πιο συγκεκριμένα η εργασία διαρθρώνεται ως εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια επισκόπηση του υγειονομικού χάρτη της ΕΕ, μελετώντας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας και τις απειλές της, το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, αλλά και τις σύγχρονες τάσεις χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις θεσμικές παρεμβάσεις και αρμοδιότητες της ΕΕ στο πεδίο της υγείας, αναλύοντας τόσο το πρωτογενές όσο και το παράγωγο κοινοτικό δίκαιο και γίνεται παρουσίαση των οργάνων της ΕΕ στον τομέα της υγείας και της διαδικασίας που ακολουθείται για τη λήψη αποφάσεων και την έκδοση νομικών πράξεων.

Αντικείμενο του τρίτου κεφαλαίου οι πολιτικές υγείας της ΕΕ, όπως αυτές εκφράζονται μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων δράσης, των στρατηγικών για την δημόσια υγεία, την ελεύθερη διακίνηση ασθενών αλλά και επαγγελματιών υγείας, τα σχέδια δράσης για τις υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας, το περιβάλλον, την ασφάλεια στην εργασία και τις βιοεπιστήμες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται μερικά από τα κυριότερα προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπίσει η ΕΕ στο πλαίσιο άσκησης πολιτικής υγείας, αλλά και οι προοπτικές που υπάρχουν για μια βιώσιμη στο μέλλον Ευρώπη.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παραθέτονται τα συμπεράσματα της διπλωματικής εργασίας.

ΚΕΦ. 1 Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ Ε.Ε.

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της υγείας

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας («Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης», 2001). Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α.

Το πώς ορίζεται βέβαια η υγεία και η ασθένεια ως κοινωνική αναπαράσταση ίσως να διαφέρει ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις (για τη ζωή, το θάνατο, την αμαρτία, την τιμωρία, το μίσημα), καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του) που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία.

1.2 Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού

Η υγεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με έντονη δυναμική, δεν αποτελεί ένα μέγεθος με ποσοτικά χαρακτηριστικά, αφού δύσκολα μπορούν να μετρηθούν οι διαστάσεις της βιολογικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Οι δυσκολίες μέτρησης και εκτίμησης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού προέρχονται ακριβώς από αυτή τη θετική εννοιολογική προσέγγιση της υγείας.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της ανάγκης αξιολόγησης των πολιτικών υγείας, η επιστήμη διερευνά τις δυνατότητες μέτρησης του επιπέδου υγείας με τη δημιουργία ειδικών δεικτών, όπως ο δείκτης θνησιμότητας, το προσδόκιμο ζωής και τα Έτη Υγιούς Ζωής.

1.2.1 Αιτίες θανάτου - θνησιμότητα

Οι αιτίες θανάτου μας παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες προκειμένου να κατανοήσουμε τις διαφορές που προκύπτουν στα επίπεδα θνησιμότητας μεταξύ κρατών αλλά και μεταξύ περιφερειών του ίδιου κράτους της ΕΕ. Διαφορετικοί παράγοντες κινδύνου, όπως είναι οι βιολογικοί παράγοντες, ο τρόπος ζωής, η καπνιστική συνήθεια, η

κατανάλωση αλκοόλ, πολιτιστικοί ή οικονομικοί παράγοντες, οδηγούν σε διαφορετικά προφίλ θνησιμότητας. Οι διαφορές αυτές ανάμεσα στα κράτη της ΕΕ αλλά και ανάμεσα σε περιφέρειες ενός κράτους μέλους υποδεικνύουν δυνατότητες για παρέμβαση της Δημόσιας Υγείας προκειμένου να ελέγξει και να εξαλείψει μελλοντικά όσες αιτίες θνησιμότητας μπορούν να αποφευχθούν.

Η θνησιμότητα είχε μειωθεί δραματικά σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες τον περασμένο αιώνα. Στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα η θνησιμότητα, και δη η θνησιμότητα στις νεαρές ηλικίες, μειώθηκε εξαιτίας της αντίστοιχης μεγάλης μείωσης των μολυσματικών ασθενειών. Εντούτοις, την ίδια περίοδο ο καρκίνος και καρδιαγγειακές παθήσεις σημείωναν άνοδο. Στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα αυτές οι ασθένειες έγιναν η κύρια αιτία θανάτου. Στην ΕΕ των 15 το προσδόκιμο επιβίωσης έμεινε στάσιμο μεταξύ 1950 και 1970, κυρίως για τους άντρες, μετά όμως αυξήθηκε πάλι. Αυτή η μείωση της θνησιμότητας μετά το 1970 δεν συνέβη και στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες, με αποτέλεσμα να προκληθεί χάσμα με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές. Στο τέλος της δεκαετίας του '80, κατά τη διάρκεια της μετάβασης από σοσιαλιστικές οικονομίες σε οικονομίες της ελεύθερης αγοράς, υπήρξε μια μεγάλη αύξηση της θνησιμότητας στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, αυξάνοντας ακόμα περισσότερο την διαφορά με τις χώρες της ΕΕ των 15. Αργότερα οι διαφορές στην θνησιμότητα εξομαλύνθηκαν κάπως, αν και υπάρχουν ακόμα. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν διαφορές και μεταξύ των μελών της Ευρώπης των 15, όπως για παράδειγμα η ανδρική θνησιμότητα στην Σουηδία είναι περίπου κατά 1/3 χαμηλότερη από αυτήν στην Πορτογαλία, ενώ η γυναικεία θνησιμότητα στην Γαλλία είναι κατά 1/3 χαμηλότερη από αυτήν Δανία (Eurostat 2009). Επιπλέον υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην θνησιμότητα μεταξύ περιοχών στην ίδια χώρα, που δικαιολογούνται από την ποικιλομορφία του τρόπου ζωής, την αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας ή την δυνατότητα πρόσβασης σε αυτό.

Χαρακτηριστικό της θνησιμότητας στην ΕΕ είναι η διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα, αν και υπάρχει μια τάση σε ορισμένα κράτη – μέλη να μικρύνει, η οποία και απαιτεί διαφορετική αγωγή κατά της γυναικείας και αντρικής θνησιμότητας. Τις μεγαλύτερες διαφορές τις συναντάμε στις αιτίες θανάτου. Οι γυναίκες εμφανίζονται πιο ανθεκτικές στον καρκίνο και τις καρδιαγγειακές παθήσεις, είναι λιγότερο ριψοκίνδυνες, καπνίζουν λιγότερο από τους άνδρες (όχι στην ΕΕ των 15), υποφέρουν λιγότερο από ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, έχουν λιγότερα θανατηφόρα τροχαία και πραγματοποιούν πολύ λιγότερες αυτοκτονίες. Η σύγκλιση της καπνιστικής συμπεριφοράς

οδηγεί σε σύγκλιση της ιστορικά κύριας αιτίας θανάτου στην ΕΕ, μειώνοντας την διαφορά θνησιμότητας μεταξύ των δυο φύλων.

Οι περισσότεροι θάνατοι (80%) αφορούν ηλικίες άνω των 65 ετών ενώ οι περισσότεροι θάνατοι κάτω από τα 65 μπορούν να προληφθούν. Αν και η πρόωγη θνησιμότητα αφορά σε ένα μικρό ποσοστό προκαλεί απώλεια των παραγωγικών χρόνων γι' αυτό και προξενεί οικονομικό ενδιαφέρον.

Η αναλογία πρόωγων θανάτων είναι διπλάσια στους άνδρες από ότι στις γυναίκες με την μεγαλύτερη διαφορά να συναντιέται στην Εσθονία (τριπλάσια στους άνδρες) και την μικρότερη στο Noord-Brabant της Ολλανδίας (η πρόωγη θνησιμότητα στους άντρες είναι 43% υψηλότερη από ότι στις γυναίκες). Χαμηλή συχνότητα θανάτων κάτω των 65 ετών συναντάμε στις περισσότερες περιοχές της Ιταλίας και Σουηδίας, σε κάποιες περιοχές της Ολλανδίας, στο νότιο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ισλανδία.

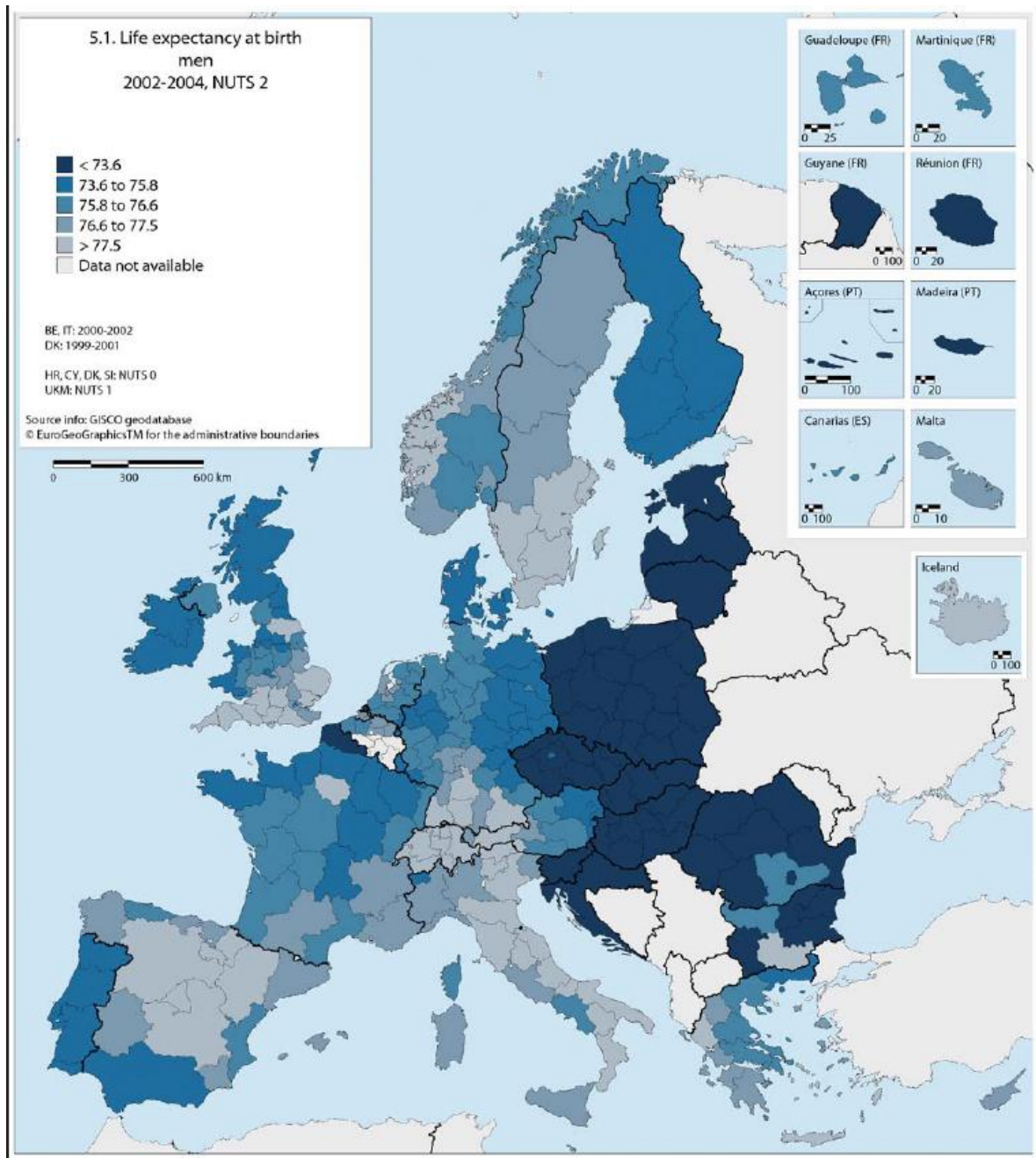
Υψηλά ποσοστά πρόωγων θανάτων συναντάμε, χωρίς εξαίρεση, στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες Πολωνία, Εσθονία, Λιθουανία, Λετονία, Βουλγαρία, Ρουμανία, Δημοκρατία της Τσεχίας, Σλοβενία, Σλοβακία, Ουγγαρία και Κροατία. Η πρώην Ανατολική Γερμανία κατέχει μια μέση θέση. Στην Δυτική, Βόρεια και Νότια Ευρώπη υψηλή θέση κατέχουν η Γαλλία, Πορτογαλία και Ισπανία. Τα ίδια περίπου ισχύουν με την πρόωγη θνησιμότητα και στις γυναίκες, με την διαφορά ότι τα χαμηλότερα ποσοστά συναντιόνται σε κάποιες περιοχές της Ισπανίας και της Ελλάδας (Ιόνια Νησιά).

Πολλοί θάνατοι πριν την ηλικία των 65 ετών σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, επικίνδυνη οδήγηση, αλκοόλ) γι' αυτό και είναι αποτρέψιμοι. Το γεγονός ότι η επικίνδυνη για την υγεία συμπεριφορά είναι τροποποιήσιμη δημιουργεί τις προϋποθέσεις για μελέτη της πρόωρης θνησιμότητας και παρέμβαση από την Δημόσια Υγεία

1.2.2 Προσδόκιμο ζωής

Το προσδόκιμο ζωής αναφέρεται στον αριθμό των ετών που απομένει σε ένα άτομο συγκεκριμένης ηλικίας να ζήσει, με την προϋπόθεση ότι θα ισχύουν στο υπόλοιπο της ζωής του οι αιτίες θνησιμότητας της παρούσας περιόδου. Συνεπώς, προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι ο μέσος όρος των ετών που πρόκειται να ζήσει το νεογέννητο αν η θνησιμότητα που παρατηρείται το συγκεκριμένο έτος θα ισχύει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Οπότε αντιλαμβανόμαστε ότι δεν είναι ακριβής μέθοδος.

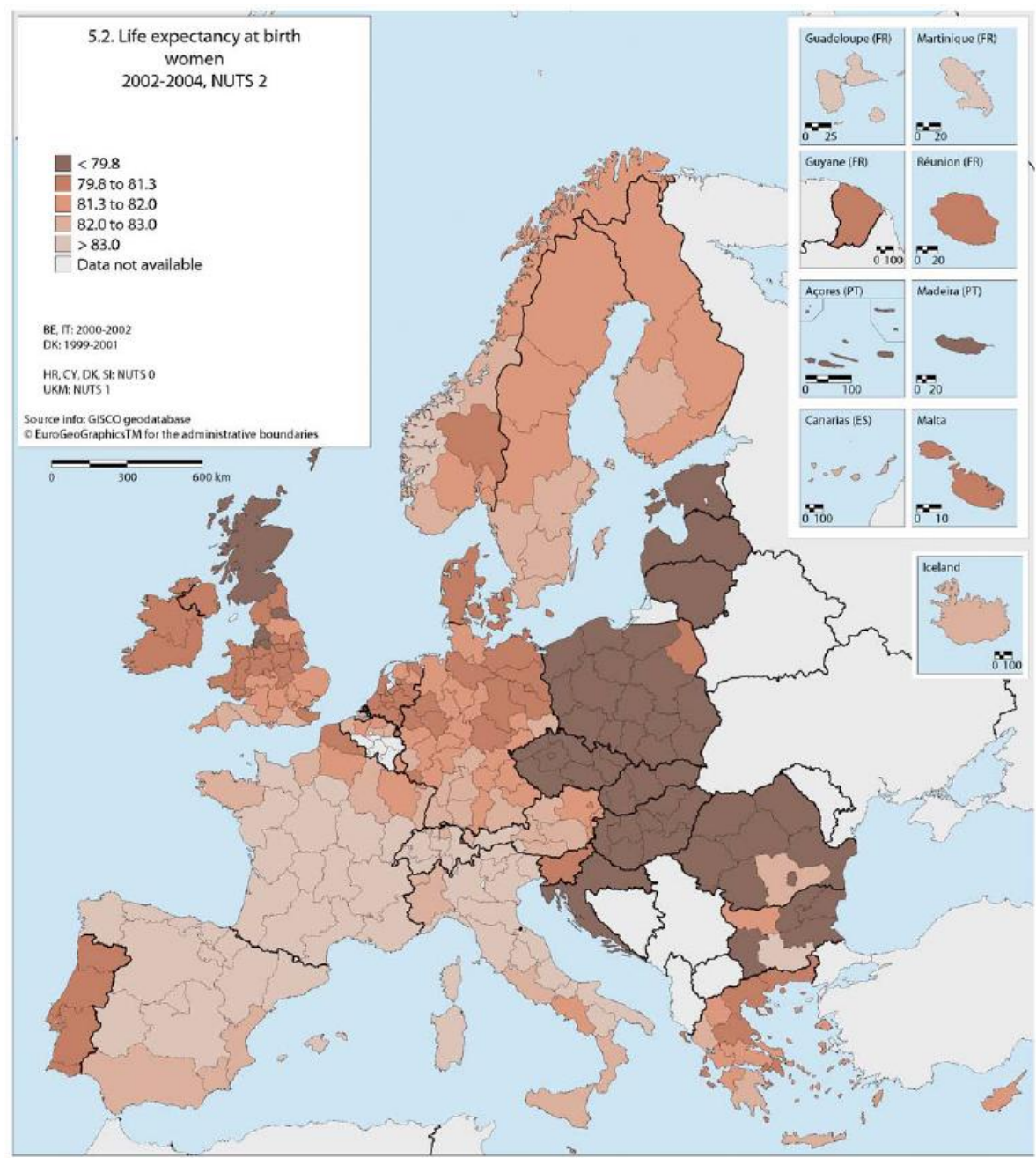
ΕΙΚΟΝΑ 1
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση - Άνδρες



Πηγή: Eurostat, 2009

Υψηλά προσδόκιμα ζωής (σχετικά χαμηλά επίπεδα θνησιμότητας) παρατηρούνται στην Ελβετία, σε περιοχές της Αυστρίας, της Ισλανδίας, στο νότιο Ηνωμένο Βασίλειο, σε πολλές περιοχές της Ιταλίας, στην Κεντρική Ισπανία, στις Σκανδιναβικές χώρες – εκτός από την Δανία. Χαμηλά προσδόκιμα ζωής συναντάμε στα Κεντρικά και Ανατολικά κράτη της ΕΕ.

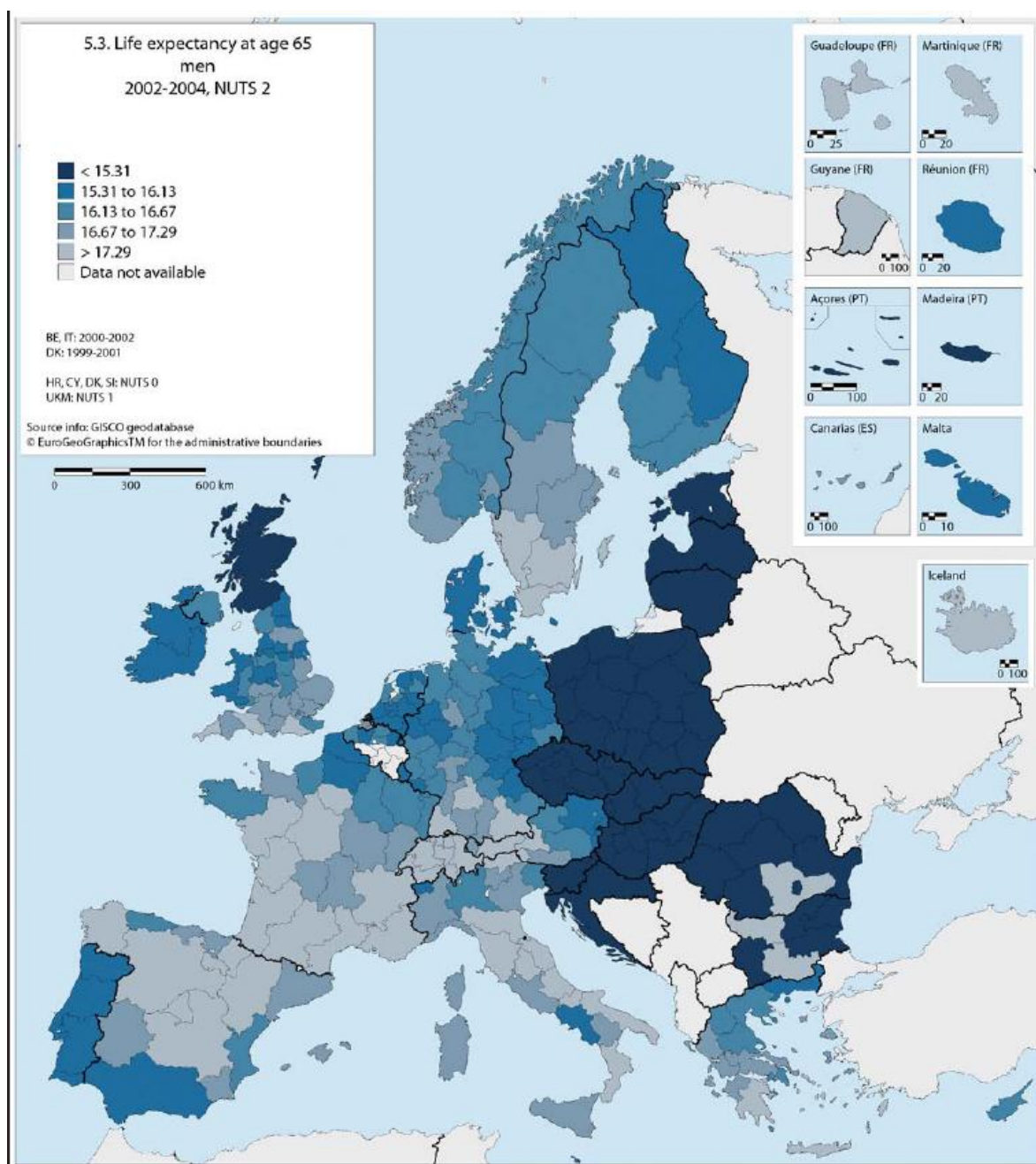
ΕΙΚΟΝΑ 2
 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση - Γυναίκες



Πηγή: Eurostat, 2009

Το προσδόκιμο ζωής στην ΕΕ τα έτη 2002-2004 ήταν 75,1 έτη για τους άνδρες και 81,3 έτη για τις γυναίκες. Στο 20% των περιοχών με υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των ανδρών κυμαινόταν από 77,5 έως 79,7 έτη ενώ μεταξύ των γυναικών από 83,1 έως 85 έτη.

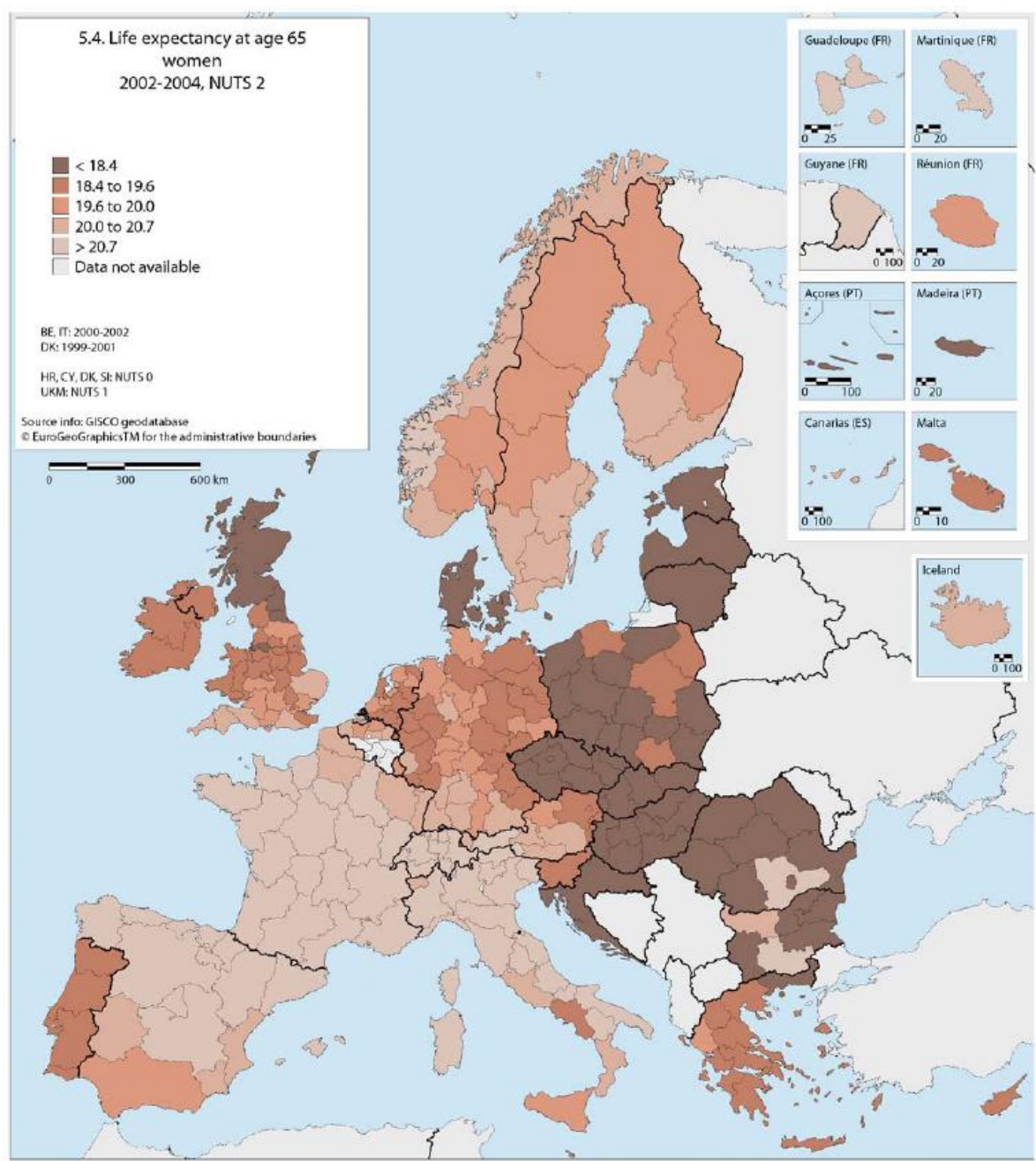
ΕΙΚΟΝΑ 3
 Προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη - Άνδρες



Πηγή: Eurostat, 2009

Στο 20% των περιοχών με χαμηλό προσδόκιμο ζωής κυμαινόταν από 62,2 έως 72,9 έτη στους άνδρες και 70,1 έως 79,7 έτη στις γυναίκες. Στις γυναίκες το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, 85 έτη, συναντάται στην Comunidad Foral de Navarra (Ισπανία) και το χαμηλότερο στην Yugoiztochen (Βουλγαρία) ενώ ο μέσος όρος είναι 81,1 έτη.

ΕΙΚΟΝΑ 4
Προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη - Γυναίκες



Πηγή: Eurostat, 2009

Το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες 65 χρόνων στην ΕΕ-27 ήταν 16 έτη. Στο 20% των περιοχών με το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης μετά τα 65 έτη στους άνδρες κυμαινόταν από 17,3 έως 19,4 έτη, ενώ με το χαμηλότερο από 9,8 έως 15,2 έτη.

Στους άνδρες είναι αξιοσημείωτα παρόμοιο το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση με το προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη. Για παράδειγμα στο νότιο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Σκωτία το προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη είναι από 19,4 έως 9,8 έτη.

Το προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες 65 χρόνων στην ΕΕ-27 ήταν 19,6 έτη. Στο 20% των περιοχών με το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη κυμαινόταν μεταξύ 21 και 23,4 ετών, ενώ με το χαμηλότερο μεταξύ 12,4 και 19,3. Είναι σχεδόν ίδιο με το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση. Μόνο η Δανία έχει πολύ χαμηλό νούμερο σε αυτόν τον δείκτη.

Οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών μειώνονται στην ηλικία των 65. Μόλις οι γυναίκες φτάσουν στην ηλικία των 65 έχουν κατά μέσο όρο 3,6 περισσότερα χρόνια να ζήσουν από τους άνδρες της ίδιας ηλικίας.

Μετά την ηλικία των 85 ετών οι άνδρες έχουν κατά μέσο όρο 5,3 έτη να ζήσουν. Και οι υψηλότερες και οι χαμηλότερες τιμές συναντώνται στους άνδρες των πρώην σοσιαλιστικών χωρών.

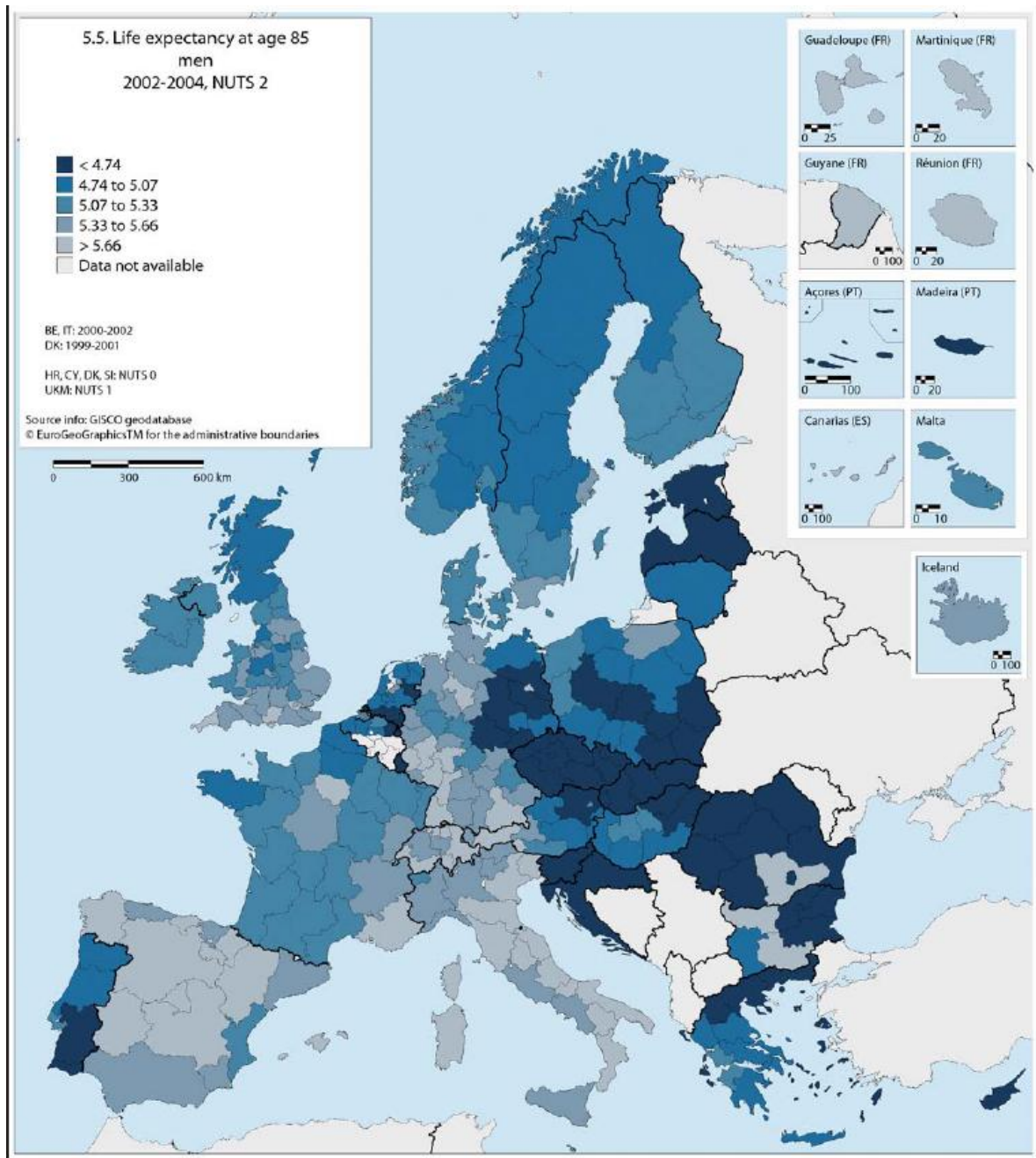
Κατά μέσο όρο οι γυναίκες στην ηλικία των 85 ετών έχουν άλλα 6,2 χρόνια να ζήσουν.

Πάλι βρίσκουμε ομοιότητες μεταξύ του προσδόκιμου ζωής στα 85 έτη και των δυο προηγούμενων περιπτώσεων. Μια σημαντική διαφορά είναι η λιγότερο ευνοϊκή θέση της Πορτογαλίας και της Σκωτίας (και για τα 2 φύλλα).

Συγκεκριμένες περιοχές της Μεσογείου, η Γαλλία, η Ισπανία και η Ιταλία εμφανίζουν εξαιρετικά υψηλό προσδόκιμο ζωής στις μεγάλες ηλικίες (85 ετών και πάνω). Εκτός Μεσογείου οι περιοχές με τα υψηλότερα νούμερα είναι η Ισλανδία η Νορβηγία και η Yuzhen στην Βουλγαρία.

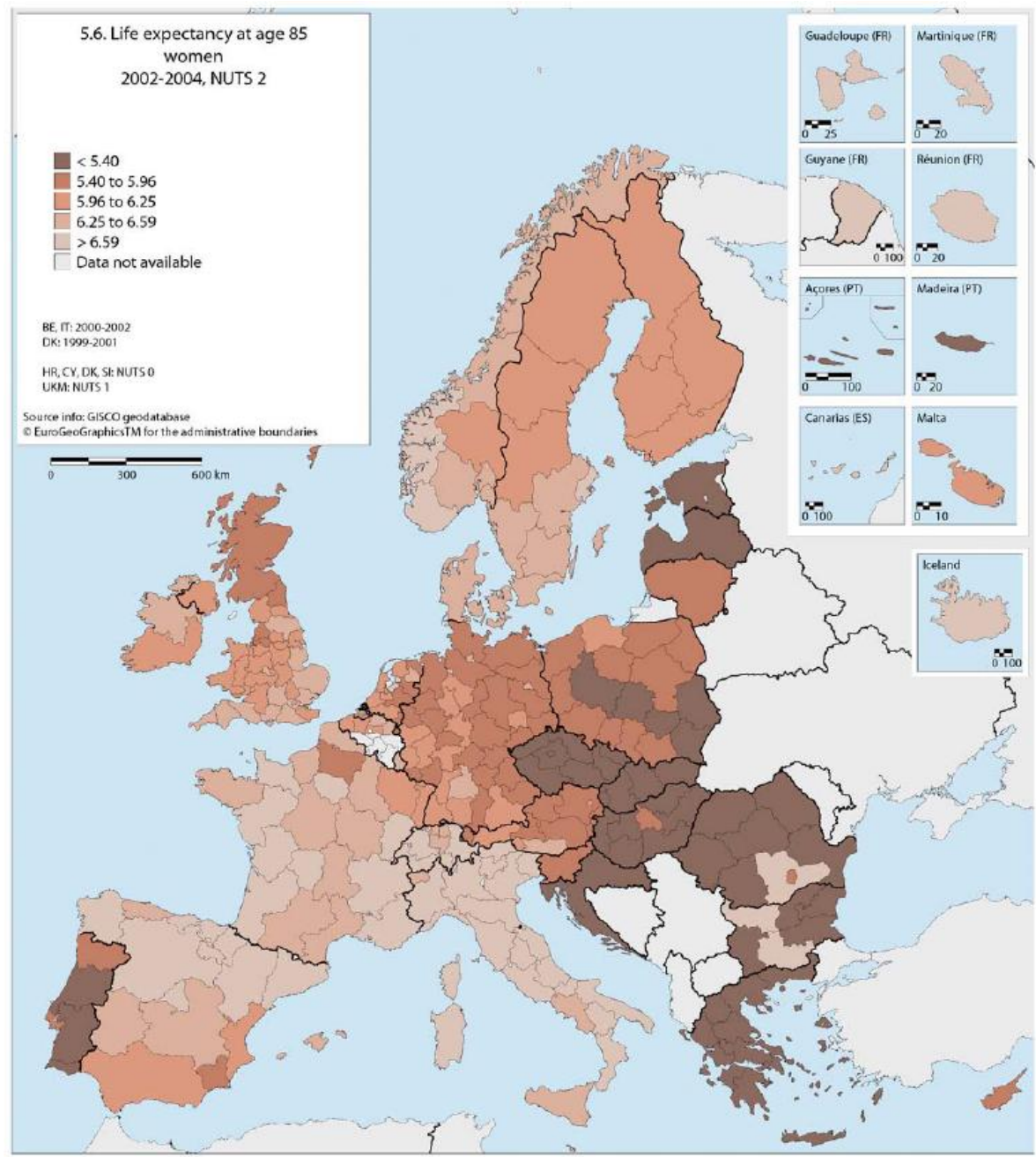
Στην Βουλγαρία αυτές οι μεγάλες διαφορές που εμφανίζονται από περιοχή σε περιοχή μπορεί να οφείλονται σε λάθος στην καταγραφή, καθώς οι ημερομηνίες γέννησης στις αρχές του 20^{ου} αι. ενδέχεται να μην είναι ακριβής, λόγω των Βαλκανικών Πολέμων.

ΕΙΚΟΝΑ 5
Προσδόκιμο ζωής στα 85 έτη - Άνδρες



Πηγή: Eurostat, 2009

ΕΙΚΟΝΑ 6
Προσδόκιμο ζωής στα 85 έτη - Γυναίκες



Πηγή: Eurostat, 2009

Όπως και να έχει η μελέτη του προσδόκιμου ζωής στις μεγάλες ηλικίες αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφοριών, καθώς μπορεί να δηλώνει μελλοντικές τάσεις στην υπόλοιπη Ευρώπη.

1.2.3 Έτη Υγιούς Ζωής

Ο δείκτης των ετών υγιούς ζωής (ονομάζεται επίσης προσδόκιμο ζωής άνευ αναπηρίας) μετράει τον αριθμό των εναπομεινάντων χρόνων, τα οποία ένα άτομο μιας συγκεκριμένης ηλικίας θεωρείται ότι θα ζήσει χωρίς κάποια αναπηρία. Τα Έτη Υγιούς Ζωής εισάγουν την έννοια της ποιότητας της ζωής. Χρησιμοποιείται για να διαχωρίσει τα χρόνια ζωής χωρίς οποιοδήποτε περιορισμό δραστηριοτήτων, από αυτά στα οποία συναντάται έστω και ένας. Δεν δίνεται έμφαση τόσο στην χρονική διάρκεια της ζωής, όπως στην περίπτωση του προσδόκιμου, όσο στην ποιότητα αυτής.

Τα Έτη Υγιούς Ζωής (EYZ) είναι ένας λειτουργικός δείκτης της κατάστασης της υγείας που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για να συμπληρώνει τους συμβατικούς δείκτες του προσδόκιμου ζωής. Ο δείκτης EYZ δημιουργήθηκε για να απεικονίσει το γεγονός ότι πρακτικά όλη η διάρκεια ζωής του ανθρώπου δεν βιώνεται με τέλεια υγεία. Χρόνιες παθήσεις, ευπάθειες και αναπηρίες τείνουν να γίνουν πιο επικρατέστερες στις μεγάλες ηλικίες, οπότε ένας πληθυσμός με υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, δεν είναι απαραίτητα και υγιέστερος. Πράγματι, μεγάλο ερώτημα αποτελεί, για έναν μακροβιότερο πληθυσμό, αν οι αυξήσεις του προσδόκιμου ζωής συνεπάγονται με ένα μεγαλύτερο ή μικρότερο ποσοστό του πληθυσμού αυτού στο μέλλον να ζει με κάποια αναπηρία. Αν ο δείκτης EYZ αυξάνεται πιο γρήγορα από το προσδόκιμο ζωής σε έναν πληθυσμό, τότε όχι μόνο τα άτομα θα ζουν περισσότερο, αλλά θα ζουν και ένα μεγαλύτερο κομμάτι της ζωής τους χωρίς αναπηρίες.

Οποιαδήποτε απώλεια στην υγεία, αναμφισβήτητα θα έχει σοβαρές επικείμενες επιπτώσεις. Συμπεριλαμβανομένου ενός διαφορετικού τύπου κατανομής των πόρων στο σύστημα υγείας, όπως επίσης και ευρύτερης μορφής αντίκτυπα στην οικονομία, στην παραγωγή και κατανάλωση. Είναι πολύ σημαντικό για τους ιθύνοντες να αντιληφθούν την περιστασιακή μείωση του κόστους κάνοντας λίγα για την πρόληψη ενός μη υγιούς πληθυσμού, καταλήγοντας στην χρήση περιορισμένων πόρων για την διάγνωση, την θεραπεία και την διαχείριση προλαμβανόμενων αρρωστιών και αναπηριών.

Πώς υπολογίζεται ο δείκτης EYZ

Ο δείκτης υπολογίζεται χρησιμοποιώντας την μέθοδο Sullivan, η οποία είναι ευρέως διαδεδομένη από την δεκαετία του '70. Βασίζεται σε μετρήσεις στην

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
 Έτη Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση (1995 – 2008)

Χώρα/Έτος	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ΕΕ - 27	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	61.5	:
ΕΕ - 25	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	60.80	61.60	:	:
ΕΕ - 15	:	:	:	:	63.2 ^(e)	63.5 ^(e)	63.6 ^(e)	64.3 ^(e)	64.5 ^(e)	:	:	:	:	:
Βέλγιο	63.3	64.1	66.5	63.3	66.0	65.7	66.6	66.9 ^(e)	67.4 ^(e)	58.4	61.7	62.8	63.3	:
Βουλγαρία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	67.0	61.9
Τσεχία	:	:	:	:	:	:	:	62.8 ^(p)	:	:	57.9	57.8	61.3	61.2
Δανία	61.6	61.7	61.6	62.4	62.5	62.9	62.2	62.8 ^(e)	63.0 ^(e)	68.3	68.4	67.7	67.4	62.3
Γερμανία	60.0	60.8	61.9 ^(e)	62.1 ^(e)	62.3 ^(e)	63.2 ^(e)	64.1 ^(e)	64.4 ^(e)	65.0 ^(e)	:	55	58.5	58.8	55.8
Εσθονία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	49.8	48	49.4	49.5	52.7
Ιρλανδία	63.2	64.0	63.2	64.0	63.9	63.3	63.3	63.5 ^(e)	63.4 ^(e)	62.5	62.9	63.20	62.7	63.2
Ελλάδα	65.8	66.9	66.4	66.5	66.7	66.3	66.7	66.7 ^(e)	66.7 ^(e)	63.7	65.7	66.3	65.9	65.4
Ισπανία	64.2	65.1	65.5	65.2	65.6	66.5	66.0	66.6 ^(e)	66.8 ^(e)	62.5	63.2	63.7	63.2	63.7
Γαλλία	60.0	59.6	60.2	59.2	60.1	60.1	60.5	60.4 ^(e)	60.6 ^(e)	61.2	62	62.7	63.0	62.4
Ιταλία	66.7	67.4	68.0	67.9	68.7	69.7	69.8	70.4 ^(e)	70.9 ^(e)	68.4	65.7	64.7	62.8	:
Κύπρος	:	:	:	:	:	:	:	:	68.4	:	59.5	64.3	63.0	64.5
Λετονία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	50.6	50.5	50.9	51.5
Λιθουανία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	51.2	52.4	53.4	54.6
Λουξεμβούργο	:	:	:	:	:	:	:	:	:	59.1	62.2	61	62.2	64.8
Ουγγαρία	:	:	:	:	:	:	:	:	53.5 ^(p)	:	52	54.2	55.0	54.6
Μάλτα	:	:	:	:	:	:	:	65.1 ^(p)	:	:	68.5	68.1	68.9	68.7
Ολλανδία	61.1	62.1	62.5	61.9	61.6	61.4	61.9	61.7 ^(e)	61.7 ^(e)	:	65	65	65.7	62.4

Αυστρία	60.0	62.3	62.2	63.4	63.6	64.6	64.2	65.6 ^(e)	66.2 ^(e)	58.1	57.8	58.4	58.4	58.0
Πολωνία	:	59.9	:	:	:	:	:	62.5	:	:	61	58.2	57.4	58.4
Πορτογαλία	59.6	58.2	59.3	59.1	58.8	60.2	59.5	59.7 ^(e)	59.8 ^(e)	55.1	58.4	59.6	58.3	59.0
Ρουμανία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	60.4	60.0
Σλοβενία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	56.3	57.6	58.6	59.4
Σλοβακία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	54.9	54.3	55.4	51.8
Φιλανδία	:	54.6	55.5	55.9	55.8	56.3	56.7	57.0 ^(e)	57.3 ^(e)	53.1	51.7	52.9	56.7	58.6
Σουηδία	:	:	62.1	61.7	62.0	63.1	61.9	62.4 ^(e)	62.5 ^(e)	62	64.2	67.1	67.5	69.2
Ηνωμένο Βασίλειο	60.6	60.8	60.9 ^(e)	60.8 ^(e)	61.2 ^(e)	61.3 ^(e)	61.1 ^(e)	61.4 ^(e)	61.5 ^(e)	:	63.2	65	64.9	:
Ισλανδία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	66.9	68.3	72.8	70.9
Λιχτενστάιν	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Νορβηγία	:	:	:	:	:	:	:	:	66.3 ^(p)	65.5	65.5	65.7	66.6	70.0
Ελβετία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Κροατία	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:

: = Μη διαθέσιμα, e = εκτιμώμενη τιμή, p = προσωρινή τιμή

Πηγή: Eurostat, 2010

ηλικιακή αναλογία του πληθυσμού με ή χωρίς αναπηρίες και σε στοιχεία θνησιμότητας. Το ενδιαφέρον βρίσκεται στην απλότητα, την διαθεσιμότητα των κύριων στοιχείων του και την χρήση του ανεξαρτήτως μεγέθους και ηλικίας πληθυσμού. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού είναι γενικά δύσκολο να μετρηθεί λόγω του ότι συχνά καθορίζεται διαφορετικά μεταξύ ατόμων, πληθυσμών, κοινωνιών και χρονικών περιόδων. Η δημογραφική μέτρηση του προσδόκιμου ζωής, έχει συχνά χρησιμοποιηθεί ως μέτρο για το επίπεδο της υγείας ενός λαού επειδή βασίζεται σε ένα ζωτικό χαρακτηριστικό κάθε ατόμου και πληθυσμού – τον θάνατο. Ωστόσο, η μέτρηση του προσδόκιμου ζωής έχει περιορισμένη χρησιμότητα για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού γιατί δεν συνυπολογίζει πόσο υγιές είναι το άτομο κατά την διάρκεια της ζωής του.

Η ιδέα της δημιουργίας ενός δείκτη «προσδόκιμου υγείας» (ο διαχωρισμός της δημογραφικής μέτρησης του προσδόκιμου σε υγιή και μη υγιή χρόνια ζωής) έχει τις ρίζες της σε μία αναφορά που δημοσιεύτηκε το 1969 από το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ. Η αναφορά σημείωνε ότι η καλή υγεία και μακροζωία είναι θεμελιώδεις στόχοι της ανθρώπινης δραστηριότητας, αλλά παρά την μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου ζωής μέσα στον 20ό αιώνα, το γενικότερο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού ήταν άγνωστο. Στην πραγματικότητα, έγινε αντιληπτό ότι μαζί με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής έκαναν την εμφάνιση τους χρόνιες παθήσεις, δημιουργώντας ανησυχίες για τα μελλοντικά επίπεδα υγείας του πληθυσμού αν ο ρυθμός των θανάτων συνεχιζόταν να μειώνεται.

Μία αύξηση των Υγιών Ετών Ζωής πρέπει να είναι ο βασικός στόχος για την υγεία στην Ε.Ε. Μέχρι στιγμής, τα ΕΥΖ κατά τη γέννηση στην ΕΕ, είναι κατά μέσο όρο 14 χρόνια λιγότερα από το γενικό προσδόκιμο ζωής στους άνδρες και 20 χρόνια στις γυναίκες.

Τα στοιχεία, που υπολογίστηκαν από την Eurostat για τον χρόνο 2008, δείχνουν εμφανείς διαφορές στο προσδόκιμο ζωής χωρίς κάποια αναπηρία μεταξύ των χωρών - μελών με διαθέσιμα στοιχεία. Αναμενόταν ότι το 2007 στην ΕΕ των 27, οι άνδρες θα ζούσαν το 80,9% της ζωής τους χωρίς αναπηρία. Οι άνδρες στην Μάλτα 89,1%, Βουλγαρία 88,7%, Ισλανδία 88,6%, Σουηδία 87,4%, Ρουμανία 86,1% και Ελλάδα 84,2% είναι αυτοί που υπολογιζόταν ότι θα ζούσαν περισσότερα χρόνια χωρίς αναπηρία το 2008 από άλλες χώρες της ΕΕ. Οι γυναίκες αναμενόταν να ζήσουν 75,8% της ζωής τους χωρίς κάποια αναπηρία το 2007. Το 2008 τα ΕΥΖ σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής των γυναικών ήταν πάνω από 81% στην Μάλτα (87,3%), Βουλγαρία (85,1%), Ισλανδία (83,4%), Νορβηγία (82,7%), Σουηδία (82,5%) και Ρουμανία (81,1%).

Κάποιοι θεωρούν ότι το προσδόκιμο ζωής έφτασε στα όρια του, όμως δεν υπάρχει απόδειξη γι' αυτό. Το προσδόκιμο των γυναικών αυξανόταν για 160 χρόνια με ρυθμό 3 μηνών για κάθε χρόνο. Το 1840 οι μακροβιότεροι επιζήσαντες ήταν Σουηδές γυναίκες που ζούσαν κατά μ.ο. 45 χρόνια, ενώ σήμερα το προσδόκιμο ζωής των Γαλλίδων, Ιταλίδων και Ισπανίδων γυναικών είναι πάνω από τα 84 χρόνια. Πριν το 1950 το μεγαλύτερο κομμάτι της αύξησης προερχόταν από την μείωση της παιδικής θνησιμότητας. Τις τελευταίες δεκαετίες οφείλεται στην αύξηση της επιβιωσιμότητας σε ηλικίες άνω των 65. Η παλιά αντίληψη ότι ακόμα και υπό ευνοϊκές συνθήκες το ανθρώπινο είδος έχει συγκεκριμένο κύκλο ζωής τίθεται υπό αμφισβήτηση. Η διαρκής άποψη της επίτευξης του ανώτερου ορίου συνεχώς καταρρίπτεται τα τελευταία 100

χρόνια. Παρερμηνευμένες προβλέψεις βασισμένες σε αυτή την άποψη οδήγησαν σε ανακριβείς υπολογισμούς των οικονομικών, ιατρικών και κοινωνικών αναγκών των γηραιότερων. Αν η παρούσα τάση αύξησης του προσδόκιμου ζωής (2,5 χρόνια ανά δεκαετία) συνεχιστεί, ο μέσος κύκλος ζωής του ανθρώπου ενδεχομένως να είναι τα 100 χρόνια το 2070.

Η επιβάρυνση λόγω αναπηρίας εκφραζόμενη σε ιατρικές δαπάνες (σε είδος και χρήμα) και σε συντάξεις, αποτελεί ένα μεγάλο κομμάτι του εθνικού προϋπολογισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2
Ετη Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση (Άνδρες – Γυναίκες)

Χώρα	Ετη Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση	Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση	Ποσοστό του Προσδόκιμου Ζωής χωρίς αναπηρία	Ετη Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση	Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση	Ποσοστό του Προσδόκιμου Ζωής χωρίς αναπηρία
	Άνδρες			Γυναίκες		
ΕΕ-27 (2007)	61,5	76,1	80.9 %	62,3	82,2	75,8 %
ΒΕΛΓΙΟ (2007)	63,3	77,1	82.1 %	63,7	82,6	77,1 %
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ (2008)	61,9	69,8	88,7%	66,5	77,0	85,1%
ΤΣΕΧΙΑ (2008)	61,2	74,1	82,5%	63,3	80,5	78,7%
ΔΑΝΙΑ (2008)	62,3	76,5	81,4%	60,7	81,0	74,9%
ΓΕΡΜΑΝΙΑ (2008)	55,8	77,6	71,9%	57,4	82,7	69,4%
ΕΣΘΟΝΙΑ (2008)	52,7	68,7	76,8%	57,2	79,5	72,0%
ΙΡΛΑΝΔΙΑ(2006)	63,2	77,5	81,5%	65,0	82,3	78,9%
ΕΛΛΑΔΑ (2008)	65,4	77,7	84,2%	65,8	82,3	79,9%
ΙΣΠΑΝΙΑ (2008)	63,7	78,0	81,7%	63,2	84,3	75,0%
ΓΑΛΛΙΑ (2008)	62,4	77,8	80,2%	64,2	84,9	75,6%
ΙΤΑΛΙΑ (2007)	62,8	78,7	79,8%	61,9	84,2	73,5%
ΚΥΠΡΟΣ (2008)	64,5	78,5	82,1%	65,1	83,1	78,3%
ΛΕΤΟΝΙΑ (2008)	51,5	67,0	76,8%	54,1	77,8	69,6%

ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ (2008)	54,6	66,3	82,4%	59,3	77,6	76,5%
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ (2008)	64,8	78,1	83,0%	64,2	83,1	77,3%
ΟΥΓΓΑΡΙΑ (2008)	54,6	70,0	78,1%	58,0	78,3	74,0%
ΜΑΛΤΑ (2008)	68,7	77,1	89,1%	71,9	82,3	87,3%
ΟΛΛΑΝΔΙΑ (2008)	62,4	78,4	79,6%	59,8	82,5	72,4%
ΑΥΣΤΡΙΑ (2008))	58,0	77,8	74,6%	59,5	83,3	71,4%
ΠΟΛΩΝΙΑ (2008)	58,4	71,3	81,9%	62,6	80,0	78,3%
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ (2008)	59,0	76,2	77,4%	57,2	82,4	69,4%
ΡΟΥΜΑΝΙΑ (2008)	60,0	69,7	86,1%	62,6	77,2	81,1%
ΣΛΟΒΕΝΙΑ (2008)	59,4	75,5	78,7%	60,9	82,6	73,7%
ΣΛΟΒΑΚΙΑ (2008)	51,8	70,8	73,2%	52,3	79,0	66,2%
ΦΙΛΑΝΔΙΑ(2008)	58,6	76,5	76,5%	59,4	83,3	71,3%
ΣΟΥΗΔΙΑ (2008)	69,2	79,2	87,4%	68,7	83,3	82,5%
Η.Β. (2007)	64,9	77,7	83,5%	66,1	81,9	80,7%
ΙΣΠΑΝΙΑ (2008)	70,9	80,0	88,6%	69,5	83,3	83,4%
ΝΟΡΒΗΓΙΑ (2008)	70,0	78,4	89,3%	66,8	83,2	82,7%

Πηγή: Eurostat On Line Database

Αύξηση της ηλικίας και μη υγιή χρόνια ζωής σημαίνουν μεγαλύτερες ιατρικές δαπάνες, ειδικότερα όσον αφορά παθήσεις όπως εκφυλιστικές αγγειακές ασθένειες, καρκίνους, Alzheimer και άλλες νευροεκφυλιστικές ασθένειες. Ο γηραιότερος πληθυσμός με ασθένειες αποτελεί μεγαλύτερο οικονομικό πρόβλημα από τον συνομήλικό του υγιή. Αν το έτος συνταξιοδότησης πρόκειται να αυξηθεί, τότε οι άνθρωποι πρέπει να είναι ικανοί να εργάζονται και να απολαμβάνουν χρόνια υγιούς ζωής.

Το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 χρόνων, που άρχισε να αυξάνεται σημαντικά από τα τέλη του περασμένου αιώνα, συνεχίζει να αυξάνει. Το 2008, το 17%

του πληθυσμού της ΕΕ των 27 είχε ηλικία 65 ετών και άνω (οι χώρες κυμαίνονται από 11% έως 20%) και ενδεχομένως το ποσοστό αυτό να φτάσει το 24% μέχρι το 2025 (Eurostat, EUROPOP2008).

1.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας

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 προσωπικός *τρόπος ζωής* εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από άλλους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, όπως είναι ο πολιτισμός, η απασχόληση, η εκπαίδευση, το εισόδημα και τα κοινωνικά και κοινοτικά δίκτυα. Οι παράγοντες αυτοί πρέπει να συνεξετάζονται σε κάθε προσπάθεια για την αλλαγή του τρόπου ζωής των ατόμων.

- Κάπνισμα (πρώτη αιτία θανάτου στην Ε.Ε.)
- Διατροφή (μαζί με το κάπνισμα και την απουσία φυσικής δραστηριότητας ευθύνονται για τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο)
- Ναρκωτικά και υποκατάστατα (η πλειοψηφία του κόσμου πιστεύει ότι η μάχη κατά των ναρκωτικών είναι προτιμότερο να δοθεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο παρά σε εθνικό)
- Αλκοόλ (στην Ευρώπη η κατά κεφαλή κατανάλωση σε αλκοόλ είναι η υψηλότερη στον κόσμο προκαλώντας πολλές ασθένειες και τραυματισμούς, ενώ υπάρχει ομοψυχία μεταξύ των κρατών – μελών ότι πέρα από τον εθνικό αγώνα μια κοινή στρατηγική κατά του αλκοόλ σε κοινοτικό επίπεδο είναι απαραίτητη με ιδιαίτερη έμφαση στα παιδιά και στους εφήβους).

- Το *κοινωνικοοικονομικό επίπεδο* αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει αποφασιστικά την υγεία. Η κατάσταση της υγείας των ατόμων με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες, χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ή με χαμηλά αμειβόμενα επαγγέλματα είναι συνήθως χειρότερη. Η βελτίωση της υγείας και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων όσον αφορά την υγεία αποτελεί βεβαίως αυτοσκοπό, αλλά παράλληλα είναι και σημαντικός παράγοντας

περαιτέρω οικονομικής ανάπτυξης. Σε όλες τις χώρες το επίπεδο της υγείας και η ηλικία θανάτου των ανθρώπων επηρεάζεται βαθιά από τα ακόλουθα:

- Εργασία – καταμερισμός εργασίας (οι συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν από τους δυσμενέστερους παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας που επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές ανισότητες μπροστά στο θάνατο, π.χ. εργατικά ατυχήματα)
 - Εισόδημα και ο τρόπος διανομής του(παράγοντας από τον οποίο εξαρτώνται οι περισσότερες μεταβλητές)
 - Εκπαιδευτικό επίπεδο
 - Αστική και αγροτική διάθρωση
 - Εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση
 - Ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας
 - Κοινωνικές ανισότητες – κοινωνική διαστρωμάτωση
- Οι οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες, όπως είναι:
- Επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης
 - Κατανομή και χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων κατά τρόπο κοινωνικά παραγωγικό
 - Προγραμματισμός του τομέα υγείας
 - Αποδοτικότητα του συστήματος υγείας
 - Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Οι πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας:
- Ήθη και έθιμα
 - Ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος
 - Συνήθειες, τάσεις και στάσεις απέναντι στην υγεία και στην αρρώστια
- Το φυσικό περιβάλλον είναι ένα οικοσύστημα με το οποίο οι άνθρωποι βρίσκονται σε συνεχή διάδραση και με το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένη η ευημερία τους. Η διαταραχή της οικολογικής ισορροπίας, που προέρχεται από τη μόλυνση του περιβάλλοντος προξενεί βλάβες στην υγεία των ατόμων και εκτιμάται ότι ευθύνεται για το 20% των θανάτων στην Ευρώπη (ΠΟΥ). Οι παράγοντες επιβάρυνσης είναι:
- Μείωση του στρώματος του όζοντος
 - Ατμοσφαιρική ρύπανση
 - Μόλυνση του νερού
 - Θόρυβος

- Ηλεκτρομαγνητικά πεδία και ακτινοβολία
 - Χημικά απόβλητα
- Γεωγραφικοί παράγοντες:
- Φυσικός πλούτος - πρώτες ύλες
 - Παραγωγικότητα γης
 - Κλιματολογικές συνθήκες
 - Επικοινωνίες
- Δημογραφικοί παράγοντες:
- Ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού
 - Σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία κλπ
 - Οικογενειακός προγραμματισμός
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.
- Οι γενετικοί παράγοντες είναι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας που εκτείνονται πολύ πέρα του πεδίου εφαρμογής των παρεμβάσεων για τη δημόσια υγεία. Το πεδίο της γενετικής θα βρίσκεται όλο και περισσότερο στο προσκήνιο τα προσεχή χρόνια (η μελέτη της γενετικής για την πρόβλεψη των ασθενειών εγείρει μεγάλους ηθικούς, κοινωνικούς και νομικούς προβληματισμούς, καθώς ελλοχεύουν κίνδυνοι όπως η άρνηση ασφαλιστικής κάλυψης κλπ).

1.4 Απειλές για την υγεία

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 Disease 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.

Για την καταπολέμηση των μεταδοτικών νόσων συστάθηκε με τον κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 851/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων.

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 ιοντίζουσα και η μη ιοντίζουσα ακτινοβολία και ο θόρυβος, μπορούν να συμβάλουν η ανάπτυξη και η χρήση κοινοτικών προσεγγίσεων και μηχανισμών, συμπεριλαμβανομένων των στρατηγικών εμβολιασμού και ανοσοποίησης.

Σύμφωνα, πάντως, με την έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) σχετικά με την υγεία στην Ευρώπη το 2005, οι πιο σημαντικές αιτίες της επιβάρυνσης από νόσους στην ευρωπαϊκή περιοχή της ΠΟΥ, σε έτη ζωής υπολογιζόμενα σε συνάρτηση με τις επιβαρύνσεις που επιφέρει η ασθένεια στην υγεία (DALYs), είναι οι μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs) 77% του συνόλου, τα εξωτερικά αίτια τραυματισμών και δηλητηρίασης 14% και οι μεταδοτικές ασθένειες (όπως ο ιός HIV/AIDS, η γρίπη, η φυματίωση και η ελονοσία) 9%. Επτά κύριες παθήσεις – ισχαιμική καρδιοπάθεια, μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή, εγκεφαλική αγγειακή νόσος, διαταραχές από τη χρήση οινοπνεύματος, χρόνια πνευμονική νόσος, καρκίνος του πνεύμονα και τραυματισμοί από ατυχήματα οδικής κυκλοφορίας – αντιστοιχούν στο 34% των DALYs. Επτά κύριοι παράγοντες κινδύνου – κάπνισμα, οινόπνευμα, υπέρταση, υψηλό ποσοστό χοληστερόλης, υπερβολικό βάρος, μικρή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και έλλειψη σωματικής άσκησης – ισοδυναμούν με 60% των DALYs.

Οι οκτώ σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας από μη μεταδοτικές ασθένειες (NCD) στην ευρωπαϊκή περιοχή της ΠΟΥ είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι νευροψυχικές διαταραχές, ο καρκίνος, οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος, οι αναπνευστικές παθήσεις, οι διαταραχές αισθητηρίων οργάνων, οι παθήσεις σκελετού και μυών και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η αντοχή των μικροβίων στα αντιβιοτικά και οι νοσοκομειακές λοιμώξεις εξελίσσονται σε απειλή κατά της υγείας στην Ευρώπη. Η έλλειψη νέων αποτελεσματικών αντιβιοτικών καθώς και οι τρόποι για να εξασφαλισθεί η ορθή χρήση των υφισταμένων αποτελούν μείζονες ανησυχίες.

Λύσεις στα ανωτέρω, μεταξύ άλλων, επιχειρεί να δώσει η ΕΕ με τη θέσπιση του δεύτερου προγράμματος «κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας 2008-2013» (βλεπ.

και κεφ.3 - παρ. 3.1), το οποίο αποτελεί συνέχεια του προηγούμενου προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), κατευθύνοντας τις δράσεις προς τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη των ασθενειών και διαταραχών και την εξάλειψη των πηγών κινδύνου για την υγεία, με σκοπό την καταπολέμηση της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας.

1.5 Δημογραφική γήρανση

Σε όλες σχεδόν τις χώρες, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών αυξάνεται ταχύτερα από ό, τι οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα, ως αποτέλεσμα τόσο της αύξησης του προσδόκιμου ζωής όσο και της μείωσης των ποσοστών γονιμότητας. Η γήρανση του πληθυσμού μπορεί να θεωρηθεί ως επιτυχία των πολιτικών δημόσιας υγείας και της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, αλλά προκαλεί, επίσης, την κοινωνία να προσαρμοστεί, προκειμένου να μεγιστοποιήσει την υγεία και τη λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων καθώς και την κοινωνική συμμετοχή τους και την ασφάλεια.

Όλες οι χώρες της Ευρώπης αντιμετωπίζουν τη γήρανση του πληθυσμού τους, μια τάση που προβλέπεται ότι θα συνεχιστεί τουλάχιστον μέχρι τα μέσα του εικοστού πρώτου αιώνα, και συχνά θεωρείται κύρια αιτία για την ανοδική τάση του κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Π.Ο.Υ. 2009). Ωστόσο, οι αναλύσεις της υγειονομικής περίθαλψης εμφανίζουν άλλους παράγοντες, ιδίως την αυξανόμενη πολυπλοκότητα της τεχνολογίας, να ευθύνονται για την μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία. Επιπλέον, αν και η γήρανση του πληθυσμού θα επιφέρει κάποιο πρόσθετο κόστος, αυτό μπορεί να μειωθεί με την εφαρμογή κατάλληλων και καλά συντονισμένων υγειονομικών και κοινωνικών πολιτικών ώστε να επιβραδύνουν το ρυθμό μείωσης της υγείας που συνδέεται με τη γήρανση, μειώνοντας έτσι και τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Οι τάσεις στην υγεία μεταξύ των ηλικιωμένων είναι ανάμικτες: σοβαρές αναπηρίες μειώνονται σε ορισμένες χώρες, αλλά αυξάνονται σε άλλες, ενώ ήπιες αναπηρίες και χρόνιες νόσοι γενικά αυξάνονται.

Προκειμένου τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν υγιή και ανεξάρτητα απαιτείται η παροχή υποστηρικτικού περιβάλλοντος, όπως καλές συνθήκες διαβίωσης, επάρκεια οικονομικών πόρων, πρόσβαση σε κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη. Συνεπώς θα πρέπει να δημιουργηθούν τα κατάλληλα Συστήματα Υγείας για να ανταποκριθούν στις ανάγκες της γήρανσης του πληθυσμού.

Με δεδομένες τις σημαντικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, αυτό εξακολουθεί να ισχύει ακόμη και κατά την τρέχουσα περίοδο των δημοσιονομικών και οικονομικών αναταραχών. Αυτό καθιστά το συντονισμό της φροντίδας στα διάφορα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης ιδιαίτερα σημαντικό.

Πώς μπορούν τα συστήματα υγείας να ανταποκριθούν στη γήρανση του πληθυσμού;

Μπορούν να ελαχιστοποιήσουν το κόστος που συνδέεται με τη γήρανση, εξασφαλίζοντας ότι οι άνθρωποι θα μένουν υγείς στα γηρατειά. Να γίνουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις, ιδίως με προγράμματα για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της νόσου ώστε να αντιμετωπισθούν οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας (παχυσαρκία, υπέρταση και ψυχικές ασθένειες). Τα μέτρα αυτά πρέπει να περιλαμβάνουν την σωματική άσκηση και την κοινωνική συμμετοχή. Η περίοδος από τη μέση ηλικία και μετά είναι ιδιαίτερα σημαντική για αυτές τις δραστηριότητες και τις παρεμβάσεις. Επίσης να ληφθούν μέτρα για τη μείωση της αδικαιολόγητα μεγάλης διάρκειας νοσηλείας και της αλόγιστης χρήσης των υπηρεσιών υγείας, όπως η έγκαιρη μεταφορά των ανθρώπων στα σπίτια ή σε άλλα κατάλληλα καταλύματα (γηροκομεία κ.α.).

Όταν οι ηλικιωμένοι είναι σε καλή υγεία, φαίνεται ότι χρειάζονται λιγότερους από τους ήδη περιορισμένους πόρους υγειονομικής περίθαλψης και είναι επίσης πιο πιθανόν να παραμείνουν στο εργατικό δυναμικό, καθώς οι άνθρωποι που αναμένουν να ζήσουν μια μακρά και υγιή ζωή έχουν ένα ισχυρό κίνητρο να επενδύσουν στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους όταν είναι νεότεροι και να επεκτείνουν τα εργασιακά τους χρόνια.

Η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί δύο εν δυνάμει σοβαρές οικονομικές πιέσεις για τα Σ. Υ.: αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και μείωση των εσόδων, καθώς υποχωρεί το ποσοστό του πληθυσμού που είναι οικονομικά ενεργό.

Σύμφωνα με τις προβολές της Eurostat, ο «ενεργός» πληθυσμός (15 - 64 ετών) στην ΕΕ θα μειωθεί κατά 48 εκατομμύρια μέχρι το 2050. Η μείωση οδηγεί σε αντίστοιχη μείωση του μέσου ετήσιου ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ για την ΕΕ των 25 από 2,4% την περίοδο 2004-2010 σε μόνο 1,2% μεταξύ 2030 και 2050, παρόλο που αυτές οι προβλέψεις δεν είχαν λάβει υπόψη τις πιο πρόσφατες οικονομικές εξελίξεις. Επιπλέον, οι δημόσιες δαπάνες που συνδέονται με τη δημογραφική γήρανση, όπως συντάξεις, υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους κ.α, προβλέπεται να αυξηθούν στην ΕΕ έως 3-4 μονάδες του ΑΕγχΠ μεταξύ 2004 και 2050.

Είναι, ωστόσο, σημαντικό να θυμόμαστε ότι η γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού είναι μεγάλη επιτυχία καθώς επιμηκύνθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης, συνοδευόμενο συχνά με καλή υγεία.

Επιπλέον, η αναλογία των «οικονομικά ενεργών» έναντι των «εξαρτημένων» ομάδων καθορίζεται κυρίως από τις πολιτικές για τη συνταξιοδότηση. Για παράδειγμα οι πρόσφατες αλλαγές στις ΗΠΑ στην οικονομική συμμετοχή των ηλικιωμένων ύστερα από συγκεκριμένη πολιτική και νομικές αλλαγές.

Υπάρχει ο κίνδυνος οι τρέχουσες οικονομικές πιέσεις να οδηγήσουν στην επιστροφή του αποκλεισμού των ηλικιωμένων ανθρώπων από το εργατικό δυναμικό, γεγονός που μπορεί να πάρει πολύ καιρό να αντιστραφεί.

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι δεν είναι μόνο αποδέκτες των συντάξεων ή των παροχών υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας αλλά παρέχουν, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, την μέριμνα για άλλα ηλικιωμένα άτομα (συμπεριλαμβανομένων συζύγων) καθώς επίσης σε πολλές χώρες συμμετέχουν σε εθελοντική εργασία ή βοηθούν στη φροντίδα των εγγονιών τους, συμβάλλοντας σημαντικά στην κοινωνία που διαφορετικά θα έπρεπε να δαπανήσει πόρους για τα ανωτέρω.

1.6 Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας

Ο τρόπος που ένα σύστημα υγείας χρηματοδοτείται αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της υγείας του πληθυσμού και της ευημερίας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις φτωχότερες χώρες όπου το επίπεδο των δαπανών για την υγεία εξακολουθεί να είναι ανεπαρκές για να διασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες και τις παρεμβάσεις υγείας. Σε πολλές χώρες το κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ωθεί ακόμα πολλούς ανθρώπους στη φτώχεια. Οι κυβερνήσεις στις πλουσιότερες χώρες, επίσης, συνεχώς αναζητούν τον τρόπο πώς να αυξήσουν τους πόρους για να ανταποκριθούν στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των πληθυσμών τους για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Οι χώρες της ΕΕ αντιμετωπίζουν δυσκολίες και προκλήσεις στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας τους. Νέα φάρμακα, τεχνολογικές εξελίξεις, αύξηση του προσδόκιμου ζωής αυξάνουν, από την μία, το κόστος των Συστημάτων Υγείας και από την άλλη η οικονομική κρίση αναγκάζει τις κυβερνήσεις να περιορίσουν τις εγχώριες δαπάνες τους για την υγεία. Ο ανωτέρω συνδυασμός επιβάλλει οι χώρες της ΕΕ να επαναπροσδιορίσουν τον τρόπο χρηματοδότησης των Συστημάτων Υγείας και να προχωρήσουν σε μεταρρυθμίσεις.

Δεν υπάρχει απάντηση στο ερώτημα πώς να γίνεται η χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας διότι και οι ανάγκες κάθε χώρας διαφέρουν αλλά και γιατί κάθε χώρα έχει ήδη ένα σύστημα χρηματοδότησης, το οποίο έχει αναπτύξει κατά τη διάρκεια

μιας χρονικής περιόδου αρκετά μεγάλης (σε ορισμένες περιπτώσεις περισσότερο από 50 ή ακόμα και 100 χρόνια) και αποτελούν μέρος της εθνικής πολιτιστικής τους ταυτότητας (π.χ. το NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο ή το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Γερμανία). Σε αυτές τις χώρες οι συζητήσεις για τη μεταρρύθμιση στο σύστημα χρηματοδότησης έχουν να κάνουν περισσότερο με αλλαγές στο περιθώριο και όχι με καθολικές οργανωτικές αλλαγές.

Ωστόσο, σε πολλές άλλες χώρες της ΕΕ, ιδιαίτερα στις πρώην σοσιαλιστικές, η χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύνολο τεχνικών ρυθμίσεων χωρίς ισχυρή πολιτιστική ή ιστορική επικάλυψη. Και σε πολλές από αυτές τις χώρες οι πιο θεμελιώδεις μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση έχουν εφαρμοστεί ή είναι υπό εξέταση.

Σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ το 2000 για την Παγκόσμια Υγεία οι στόχοι της πολιτικής για την χρηματοδότηση της υγείας θα πρέπει να είναι οι εξής:

- η προώθηση της καθολικής προστασίας έναντι των οικονομικών κινδύνων,
- η προώθηση μιας πιο δίκαιης κατανομής του βάρους της χρηματοδότησης του συστήματος,
- η προώθηση της σωστής χρήσης και παροχής υπηρεσιών σύμφωνα με τις υφιστάμενες ανάγκες,
- η βελτίωση της διαφάνειας και υπευθυνότητας του συστήματος για τον πληθυσμό,
- η προώθηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της διαχείρισης του συστήματος χρηματοδότησης.

Ο τρόπος με τον οποίο συγκεντρώνονται τα χρήματα για την παροχή υγείας έχει σημαντικό αντίκτυπο στους πολιτικούς στόχους για δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση, διαφάνεια και υπευθυνότητα. Η διαδικασία συλλογής των πόρων περιλαμβάνει τρία στοιχεία:

- τις πηγές χρηματοδότησης,
- τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται για την συλλογή των πόρων και
- τους υπεύθυνους οργανισμούς για την συλλογή των πόρων.

Ιδιώτες και οργανισμοί είναι οι κύριοι χρηματοδότες των Συστημάτων Υγείας και σε μερικές περιπτώσεις και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις καθώς και χρηματοδοτικές πηγές εξωτερικής βοήθειας, όπως είναι η ΠΟΥ ή η Παγκόσμια Τράπεζα.

Η χρηματοδότηση των Σ.Υ. γίνεται από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή έσοδα από την άμεση και την έμμεση φορολογία, είτε από την κοινωνική ασφάλιση δηλαδή έσοδα από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, ενώ οι ιδιωτικοί πόροι καταβάλλονται εθελοντικά από ιδιώτες και εργοδότες.

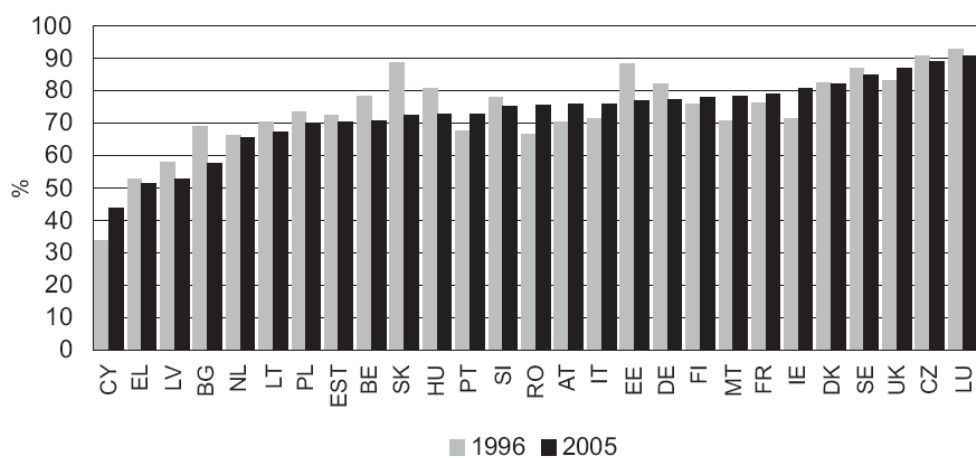
Οι δημόσιοι μηχανισμοί χρηματοδότησης των Σ.Υ. είναι θεσμοθετημένοι και κατά προέκταση υποχρεωτικοί, ενώ οι ιδιωτικοί είναι συνήθως εθελοντικοί. Μερικοί περιλαμβάνουν προπληρωμή (ιδιωτική ασφάλεια, Medical saving accounts-MSAs), ενώ άλλες όχι (Out – of – pocket (OOP) payments). Το μόνο παράδειγμα MSAs στην ΕΕ – που στις ΗΠΑ είναι γνωστά ως HSAs (Health Saving Accounts) – το βρίσκουμε στην Ουγγαρία, όπου λογαριασμοί αποταμίευσης, οι οποίοι φοροαπαλλάσσονται, χρησιμοποιούνται είτε για να καλύψουν θεσμοθετημένες δαπάνες υγείας είτε για να καλύψουν πληρωμές OOP για δαπάνες που δεν καλύπτονται απ' την κοινωνική ασφάλιση.

Τα κράτη μέλη της ΕΕ χωρίζονται σε τρεις ομάδες χρηματοδότησης των Σ.Υ. Η μεγαλύτερη ομάδα είναι αυτή που η χρηματοδότηση γίνεται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και περιλαμβάνει τα κράτη Αυστρία, Βέλγιο, Δημοκρατία της Τσεχίας, Εσθονία, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία και Σλοβενία. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από τις χώρες που η χρηματοδότηση των Σ.Υ. γίνεται κυρίως μέσα από τη φορολογία και είναι η Δανία, η Φινλανδία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Μάλτα, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Η τρίτη ομάδα αποτελείται από τα κράτη που έχουν τις πιο υψηλές ιδιωτικές δαπάνες (OOP) και αυτά είναι η Βουλγαρία, η Ελλάδα, η Κύπρος και η Λετονία.

Μια μεγάλη αλλαγή στον τρόπο χρηματοδότησης έγινε μετά το 1996 στις χώρες Βουλγαρία, Λιθουανία, Πολωνία και Ρουμανία από τον κρατικό προϋπολογισμό, που ήταν πριν, στην κοινωνική ασφάλιση. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία επικρατούν σε όλες τις χώρες εκτός από την Κύπρο (διαγρ. 1). Από το 1996 οι δημόσιες δαπάνες έχουν μειωθεί αναλογικά σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες για την υγεία σε 17 κράτη – μέλη, με τη μεγαλύτερη μείωση στο Βέλγιο, τη Βουλγαρία, την Εσθονία, την Ουγγαρία και τη Σλοβακία. Συνολικά 10 κράτη μέλη έχουν αυξήσει τις δημόσιες δαπάνες, με τις μεγαλύτερες αυξήσεις να έχουν γίνει στην Κύπρο, τη Μάλτα και το Ηνωμένο Βασίλειο (διαγρ. 2 και 3).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

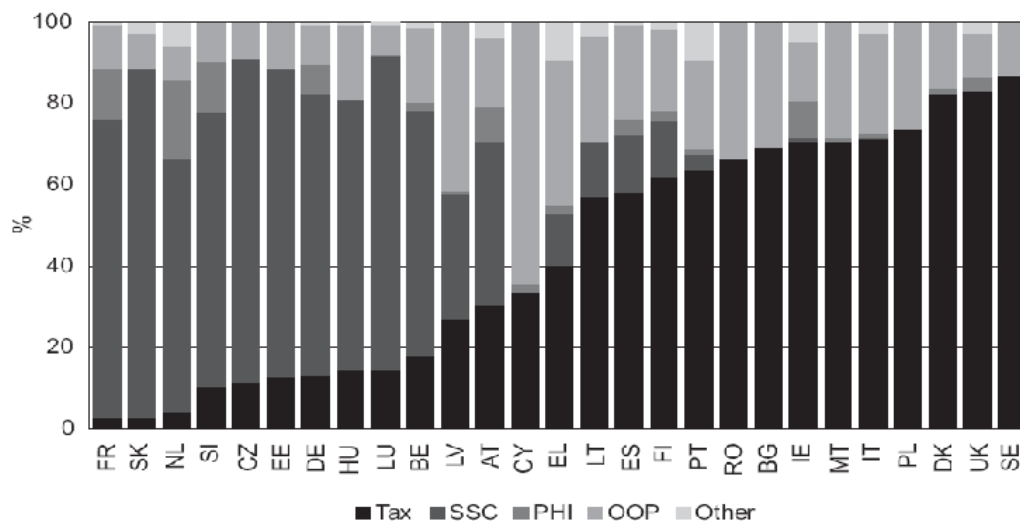
Δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως αναλογία των συνολικών δαπανών για την υγεία στην ΕΕ (%), το 1996 και το 2005



Πηγή: ΠΟΥ, 2007

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

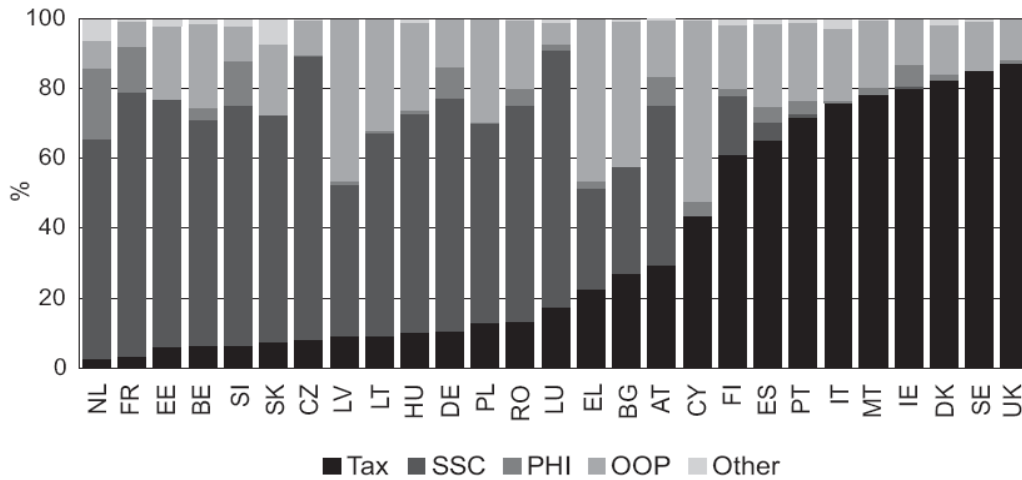
Κατανομή του τρόπου χρηματοδότησης των Σ.Υ. ανά χώρα, 1996



Tax: Φορολογία, SSC: Κοινωνική Ασφάλιση, PHI: Ιδιωτική Ασφάλεια, OOP: Ιδιωτική Δαπάνη, Other: Άλλο

Πηγή: ΠΟΥ, 2007

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3
Κατανομή του τρόπου χρηματοδότησης των Σ.Υ. ανά χώρα, 2005



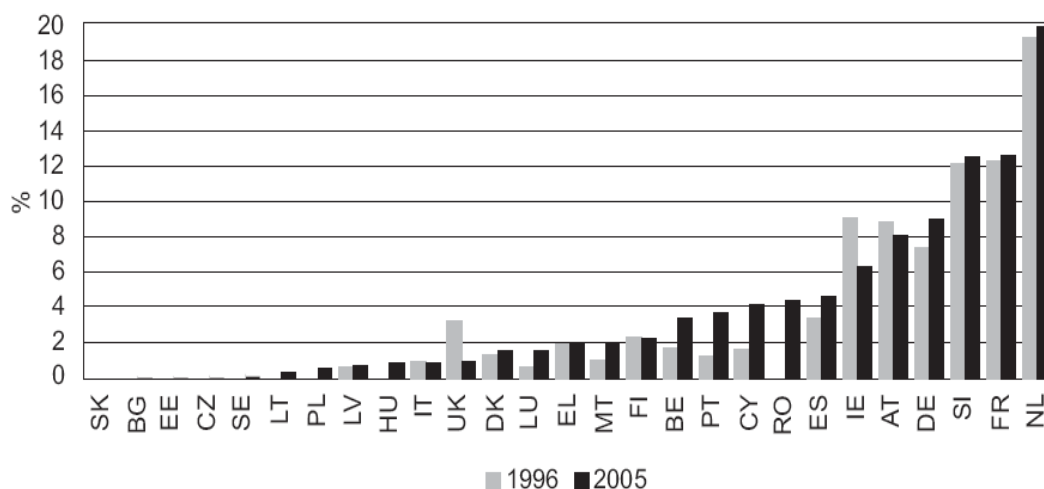
Tax: Φορολογία, SSC: Κοινωνική Ασφάλιση, PHI: Ιδιωτική Ασφάλεια, OOP: Ιδιωτική Δαπάνη, Other: Άλλο

Πηγή: ΠΟΥ, 2007

Σε όλες τις χώρες πλην της Γαλλίας και της Σλοβενίας (και της Ολλανδίας μέχρι το 2006) οι ιδιωτικές δαπάνες αφορούν κυρίως OOP πληρωμές, οι οποίες είναι και οι δεύτερες μεγαλύτερες δαπάνες για την υγεία σε 18 από τα κράτη – μέλη. Ωστόσο, υπολογίζονται σε λιγότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών για την υγεία σε όλα τα κράτη – μέλη πλην της Βουλγαρίας, της Ελλάδας, της Κύπρου και της Λετονίας. Από το 1996 η αναλογία τους έχει αυξηθεί σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες για την υγεία σε 15 χώρες. Η αύξηση είναι πάνω από 5 ποσοστιαίες μονάδες στο Βέλγιο, τη Βουλγαρία, την Εσθονία, την Ελλάδα, την Ουγγαρία, τη Λετονία, τη Λιθουανία και τη Σλοβακία. Σημαντική πτώση στις πληρωμές OOP αναλογικά με τις συνολικές δαπάνες για την υγεία (πάνω από 5 ποσοστιαίες μονάδες) υπήρξε στην Κύπρο, τη Μάλτα και τη Ρουμανία. Το διάγραμμα 4 δείχνει ότι το 1996 η ιδιωτική ασφάλεια ζωής ήταν ανύπαρκτη ή πολύ μικρή σε όλα τα νέα κράτη – μέλη εκτός απ' τη Σλοβενία και σε αρκετά από τα παλιά μέλη (Ιταλία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Πορτογαλία και Σουηδία).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4

Ιδιωτική ασφάλεια ως αναλογία της συνολικής δαπάνης για την υγεία στην ΕΕ, το 1996 και το 2005



Πηγή: ΠΟΥ, 2007

Η ιδιωτική ασφάλιση είναι καλά εδραιωμένη ως μέρος του Σ.Υ. σε κάποιες χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία και η Σλοβενία, ενώ σε άλλες είναι πρόσφατη ανακάλυψη. Ωστόσο υπάρχει αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης από το 2000 σε σχεδόν όλες τις χώρες με εξαίρεση την Αυστρία, τη Φινλανδία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλεια εξακολουθούν να είναι περιορισμένες, σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, στα περισσότερα κράτη – μέλη, μόλις υπερβαίνουν το 5% στην Αυστρία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία, την Ολλανδία και τη Σλοβενία.

ΚΕΦ. 2 ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1 Οι θεσμικές αρμοδιότητες της ΕΕ στον τομέα της υγείας

Η Συνθήκη για τη δημιουργία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα το 1952 δεν περιελάμβανε αναφορές σε θέματα υγείας, αντίθετα με τη Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Ατομικής Ενέργειας το 1957, που περιλαμβάνει ένα κεφάλαιο για θέματα υγείας και ασφάλειας. Στη Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ) ή Συνθήκη της Ρώμης το 1957, δεν καθορίστηκε ρητά μια κοινή πολιτική για την υγεία ούτε περιέχονται διατάξεις που αναφέρονται αυτοδύναμα στο θεσμό της υγείας, ενώ με την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη (ΕΕΠ), το 1987, θεμελιώθηκε η κοινοτική συνεργασία για την προστασία της υγείας και για την εναρμόνιση των ελάχιστων προδιαγραφών για το χώρο εργασίας.

Όσον αφορά τις θεσμικές παρεμβάσεις και αρμοδιότητες της ΕΕ στο πεδίο της δημόσιας υγείας η νομική βάση της πολιτικής της ΕΕ παγιώθηκε από τη Συνθήκη του Μάαστριχτ ή Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Μόνο στο πλαίσιο της Συνθήκης του Μάαστριχτ προσδιορίζεται η υγεία ως ξεχωριστός τομέας της ευρωπαϊκής πολιτικής. Η μεταγενέστερη Συνθήκη του Άμστερνταμ που αναθεώρησε τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, εισήγαγε ορισμένες τροποποιήσεις στο πεδίο της δημόσιας υγείας. Ακολούθησε η Συνθήκη της Νίκαιας, κατά την υιοθέτηση της οποίας διακηρύχθηκε ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, που περιλαμβάνει άρθρο με θέμα την προστασία της υγείας. Αναλυτικές διατάξεις για τη δημόσια υγεία περικλείονται στο σχέδιο Συνθήκης για τη Θέσπιση του Συντάγματος της Ευρώπης.

2.1.1 Η Συνθήκη του Μάαστριχτ

Η αναζήτηση ουσιαστικής Ενιαίας Αγοράς εντός των ορίων της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας οδήγησε στη Συνθήκη του Μάαστριχτ που αποτελεί το μηχανισμό ίδρυσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπογράφηκε στο Μάαστριχτ το 1992 και τέθηκε σε ισχύ την 1^η Νοεμβρίου 1993 και καλύπτει, τροποποιώντας συγχρόνως της προηγούμενες Συνθήκες (ΕΟΚ, ΕΚΑΧ, ΕΚΑΕ).

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ αποτελεί τη επισφράγιση την ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής, χωρίς να παραβλέπεται το γεγονός ότι στο παρελθόν έχουν εμφανιστεί πολιτικές και δράσεις για τα δικαιώματα των εργαζομένων, την απασχόληση, την υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας, την καταπολέμηση της φτώχειας, την προαγωγή της δημόσιας υγείας, τον περιορισμό των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, οι οποίες

κινητοποιήσαν τα κράτη μέλη στην εφαρμογή των αντίστοιχων κοινοτικών προγραμμάτων. Με την εφαρμογή της Συνθήκης η υγεία περιλαμβάνεται για πρώτη φορά στις Ευρωπαϊκές Συνθήκες σαν ένα ιδιαίτερο θέμα προς συζήτηση και ανάπτυξη. Η εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της δημόσιας υγείας εντάσσεται πλέον στις κοινοτικές αρμοδιότητες, μέσω της ενσωμάτωσης στη νέα Συνθήκη ειδικού άρθρου, του άρθρου 129, στη βάση όμως της αρχής της επικουρικότητας σύμφωνα με την οποία η ουσιαστική αρμοδιότητα θα παραμένει στα κράτη μέλη. Με το άρθρο 129 η προστασία και προαγωγή της υγείας ενθαρρύνονται και υποστηρίζονται με τη συνεργασία των κρατών – μελών, αποτελούν δε αναπόσπαστο τμήμα της ευρύτερης διαδικασίας της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Μόνο ύστερα από την επικύρωση της Συνθήκης το 1993 κατορθώνει η Κοινότητα να εφαρμόσει πραγματική στρατηγική στον τομέα της δημόσιας υγείας και δίνεται η ευκαιρία για πολιτικές και προγράμματα δράσης με προτεραιότητα την καταπολέμηση των σύγχρονων ασθενειών όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το AIDS, τα ναρκωτικά, τα ατυχήματα κ.α. Έμφαση δίνεται σε θέματα παρακολούθησης, προαγωγής και πρόληψης, παρά σε θέματα θεραπείας – νοσηλείας. Ωστόσο, η Συνθήκη για την ΕΕ δεν επιτρέπει στον τομέα της δημόσιας υγείας τη θέσπιση μέτρων εναρμόνισης των σχετικών εθνικών νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων, καθώς επιτρέπει μόνο τη θέσπιση «μέτρων ενθάρρυνσης».

2.2.2 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ αναθεωρήθηκε από τη Συνθήκη του Άμστερνταμ που υπογράφηκε στις 2 Οκτωβρίου 1997 και άρχισε να ισχύει από την 1^η Μαΐου 1999. Με αυτή τη Συνθήκη θεσπίζονται σημαντικές και πολύτιμες αλλαγές στον τομέα της δημόσιας υγείας, που επιτρέπουν την ενίσχυση των κοινοτικών αρμοδιοτήτων, ενώ οι στόχοι της κοινοτικής δράσης γίνονται σαφέστεροι. Στο νέο άρθρο 152 (πρώην άρθρο 129) σχετικά με τη δημόσια υγεία επιβεβαιώνεται ότι κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των κοινοτικών πολιτικών και δράσεων πρέπει να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας. Οι τομείς συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών επεκτείνονται σε «όλες τις πηγές κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία» και τα κοινοτικά μέτρα αφορούν διάφορους τομείς, όπως τον καρκίνο, την τοξικομανία, τις μεταδοτικές ασθένειες και τα γενικότερα μέτρα σχετικά με την προστασία της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μέτρων που καθορίζουν υψηλά πρότυπα ασφάλειας και ποιότητας για τα όργανα και τις ουσίες ανθρώπινης προέλευσης.

Οι σημαντικές αλλαγές στον τομέα της δημόσιας υγείας που περιέχει η Συνθήκη του Άμστερνταμ είναι:

- Οι διατάξεις για τον αντίκτυπο των άλλων πολιτικών στην υγεία τονίζουν ότι ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας θα πρέπει να αποτελεί σημαντικό παράγοντα όλων των πολιτικών και δράσεων της Ευρωπαϊκής Κοινότητας,
- Οι κοινοτικές ενέργειες δεν περιλαμβάνουν πλέον μόνο εκείνες που αποσκοπούν στην «πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας» και την «αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία», αλλά επεκτείνονται και στις ενέργειες που «αποβλέπουν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας»,
- Οι ενέργειες στον τομέα των ναρκωτικών αποβλέπουν «στη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά»,
- Η κοινότητα μπορεί πλέον να υιοθετεί «μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά στην ποιότητα και την ασφάλεια των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, όπως και «μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα με άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας»,
- Ενισχύεται ο ρυθμιστικός ρόλος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στη διαμόρφωση και διαχείριση της πολιτικής για τη δημόσια υγεία.

Στο πλαίσιο της εφαρμογής των στόχων του άρθρου 152, μπορούν να προβλεφθούν κοινοτικά μέτρα που συμπληρώνουν τη δράση των κρατών – μελών κυρίως μέσω της ενθάρρυνσης της συνεργασίας μεταξύ τους, σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας.

2.1.3 Η Συνθήκη της Νίκαιας

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ αναθεωρήθηκε από τη Συνθήκη της Νίκαιας, η οποία υιοθετήθηκε στις 9 Δεκεμβρίου 2000, υπογράφηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2001 και τέθηκε σε ισχύ την 1η Φεβρουαρίου 2003.

Στον τομέα της υγείας δεν διευρύνθηκε περαιτέρω το πεδίο των αρμοδιοτήτων, των παρεμβάσεων και των δραστηριοτήτων της ΕΕ, καθώς το άρθρο 152 δεν υπέστη νέα τροποποίηση.

2.1.4 Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Στη Διακυβερνητική Διάσκεψη της Νίκαιας στις 7-9 Δεκεμβρίου 2000, κατά τη διάρκεια υιοθέτησης της ομώνυμης Συνθήκης, διακηρύχθηκε πανηγυρικά ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος ενσωματώθηκε μετέπειτα

στο σχέδιο Συντάγματος της Ευρώπης και αποτελεί, ως αναπόσπαστο και αυτοτελές τμήμα του, το Μέρος II της Συνταγματικής Συνθήκης. Οι διατάξεις του έχουν νομική δεσμευτική ισχύ, χωρίς ωστόσο να διευρύνονται οι αρμοδιότητες της Ένωσης.

Στο Χάρτη τονίζεται η ανάγκη να ενισχυθεί η προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων, κάτω από το πρίσμα των κοινωνικών αλλαγών, της κοινωνικής προόδου και των επιστημονικών και τεχνολογικών εξελίξεων. Τα θεσμικά όργανα, οι οργανισμοί και οι υπηρεσίες της Ένωσης οφείλουν να σέβονται τα δικαιώματα που ορίζονται στο Χάρτη, ενώ οι ίδιες υποχρεώσεις επιβάλλονται στα κράτη μέλη και τα εθνικά όργανα όταν εφαρμόζουν, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, κανόνες του κοινοτικού δικαίου. Το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων καλείται να μεριμνά για την τήρηση του Χάρτη.

Ο Χάρτης κατατάσσει τα δικαιώματα που εγγυάται σε έξι διακριτές θεματικές ενότητες που αντιστοιχούν σε έξι αρχές – αξίες οι οποίες συνιστούν τα βάρη του ευρωπαϊκού θεσμικού και πολιτικού πολιτισμού. Πρόκειται κατά σειρά για την αξιοπρέπεια, την ελευθερία, την ισότητα, την αλληλεγγύη, τη δημοκρατία και δικαιοσύνη. Στη θεματική ενότητα για την αλληλεγγύη περιλαμβάνονται τα περισσότερα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών της ΕΕ και περικλείεται το άρθρο II-95 με θέμα την προστασία της υγείας. Όπως ορίζεται στο άρθρο «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαμβάνει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της ΕΕ εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου».

Οι αρχές που περιέχονται σε αυτό το άρθρο βασίζονται στο άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, σύμφωνα με το οποίο δεν επιτρέπεται στον τομέα της υγείας η θέσπιση μέτρων εναρμόνισης των σχετικών εθνικών νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων, αφού επιτρέπεται μόνο η θέσπιση μέτρων ενθάρρυνσης.

2.1.5 Το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα

Το σχέδιο Συνθήκης για τη Θέσπιση του Συντάγματος της Ευρώπης εγκρίθηκε από τους αρχηγούς κρατών και κυβερνήσεων στις 18 Ιουνίου 2004 και υπογράφηκε στη Ρώμη στις 29 Οκτωβρίου 2004. Το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα, όπως επικράτησε να ονομάζεται, επανιδρύει την ΕΕ, αντικαθιστώντας τις καταστατικές Συνθήκες της. Υπολείπεται η υπογραφή και η επικύρωση του Ευρωπαϊκού Συντάγματος από τα κράτη μέλη της ΕΕ πριν τεθεί σε ισχύ.

Το Σύνταγμα της Ευρώπης ενσωματώνει τη δημόσια υγεία κυρίως στους τομείς όπου η ΕΕ έχει τη δυνατότητα να αναπτύσσει δράση συντονιστικού, συμπληρωματικού και υποστηρικτικού χαρακτήρα. Στο άρθρο I-17 ορίζεται πως «Η Ένωση έχει αρμοδιότητα να αναλαμβάνει δράσεις υποστήριξης, συντονισμού ή συμπλήρωσης στον τομέα της προστασίας και της βελτίωσης της ανθρώπινης υγείας». Στο άρθρο III-117 ορίζεται ότι «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή των πολιτικών και δράσεων, η ΕΕ συνεκτιμά τις απαιτήσεις που συνδέονται με υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας». Στο άρθρο III-233 καθορίζεται ότι «στην πολιτική της ΕΕ στον τομέα του περιβάλλοντος, η ΕΕ συμβάλλει στην επιδίωξη του στόχου της προστασίας της υγείας του ανθρώπου». Εξαιρέση αποτελεί το άρθρο I-14 του Συντάγματος, βάσει του οποίου οι συντρέχουσες αρμοδιότητες της Ένωσης και των κρατών μελών αφορούν τομείς όπως «η κοινωνική πολιτική, η προστασία των καταναλωτών, το περιβάλλον και οι κοινές προκλήσεις για την ασφάλεια στο τομέα της δημόσιας υγείας». Το σχέδιο Συντάγματος εισάγει νέες νομικές βάσεις που θα επιτρέψουν στην ΕΕ να επεμβαίνει σε περίπτωση ανάγκης για τη δημόσια υγεία, έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται κοινές προκλήσεις για την ασφάλεια των πολιτών (π.χ. σε περίπτωση άτυπης πνευμονίας ή βιοτρομοκρατίας).

Αναλυτικές διατάξεις που αφορούν το πεδίο της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται στο άρθρο III-278 του Συντάγματος, το οποίο αναπαράγει το άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, περιλαμβάνει δε πρόσθετα κοινοτικά μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα, μέτρα για τον καθορισμό υψηλών προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας για τα φάρμακα και τα μηχανήματα που προορίζονται για ιατρική χρήση, όπως και μέτρα σχετικά με την επαγρύπνηση, την κήρυξη συναγερμού και την καταπολέμηση σοβαρών διασυνοριακών απειλών κατά της υγείας.

Ως σημαντικές αλλαγές στον τομέα της δημόσιας υγείας επισημαίνονται οι εξής:

- Η δράση της ΕΕ αποβλέπει, μεταξύ άλλων, και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία, προσδίδοντας ιδιαίτερη έμφαση και στην ψυχική διάσταση της υγείας,
- Οι ενέργειες της ΕΕ καλύπτουν επιπλέον την επαγρύπνηση και την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση σοβαρών διασυνοριακών απειλών κατά της υγείας, όπως και την καταπολέμηση αυτών, ώστε η ΕΕ να αποχτά δυνατότητα επέμβασης σε περίπτωση ανάγκης στον τομέα της δημόσιας υγείας,

- Ενθαρρύνεται ιδιαίτερα η συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών με σκοπό τη βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές,
- Ενισχύεται περαιτέρω ο συντονιστικός ρόλος της Επιτροπής και εξειδικεύεται η δράση της, καθώς μπορεί να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες με στόχο τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των στοιχείων που είναι αναγκαία για την περιοδική παρακολούθηση και αξιολόγηση,
- Αναβαθμίζεται περισσότερο ο ρόλος του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και αποκτά βαρύτητα η τήρηση της διαρκούς ενημέρωσής του σχετικά με τις δράσεις και δραστηριότητες της Επιτροπής και των κρατών μελών,
- Η ΕΕ μπορεί να υιοθετεί μέτρα για τον καθορισμό υψηλών προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας για τα φάρμακα και τα ιατρικά μηχανήματα,
- Οι ενέργειες στον τομέα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου αφορούν επιπλέον «μέτρα καταπολέμησης των σοβαρών ασθενειών με διασυννοριακή διάσταση και μέτρα που έχουν ως άμεσο στόχο τους την προστασία της δημόσιας υγείας από το κάπνισμα και την κατάχρηση οινόπνευματων», καθώς δίνεται πλέον ιδιαίτερη έμφαση στους τομείς του καπνίσματος και του αλκοόλ, εκτός του τομέα των ναρκωτικών που κάλυπτε το άρθρο 152,
- Τονίζεται ότι στις ευθύνες των κρατών μελών εμπίπτει, εκτός από την οργάνωση και την παροχή, και η διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και η κατανομή των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες αυτές. Τα κράτη μέλη αναλαμβάνουν εξολοκλήρου την ευθύνη για τη διαμόρφωση της πολιτικής τους στον τομέα της υγείας.

2.2 Τα όργανα της ΕΕ στον τομέα της υγείας

Κυρίαρχο και ειδικό τομέα στην κατάρτιση σχεδίων νομικών πράξεων, στην εφαρμογή της κοινοτικής πολιτικής και στη γενική διοικητική διαχείριση στο πεδίο της δημόσιας υγείας αποτελεί η Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, στην οποία προΐσταται ένας Γενικός Διευθυντής, που είναι υπόλογος στον Επίτροπο που έχει την πολιτική και επιχειρησιακή ευθύνη του έργου που επιτελεί η Γενική Διεύθυνση.

Για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή η υγεία αποτελεί κύρια προτεραιότητα. Για το λόγο αυτό η Επιτροπή έχει αναπτύξει μια περισσότερο συντονισμένη προσέγγιση της ευρωπαϊκής πολιτικής για την υγεία: κατά την κατάρτιση όλων των κοινοτικών πολιτικών θα πρέπει να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου. Ανεξάρτητες εκτιμήσεις των κινδύνων πραγματοποιούνται μέσω των επιστημονικών επιτροπών που απαρτίζονται από εκπροσώπους των κρατών μελών της ΕΕ. Σε επίπεδο Επιτροπής λειτουργούν σήμερα αρκετοί μηχανισμοί που σκοπό έχουν να εξασφαλίσουν ότι η υγεία λαμβάνεται υπόψη σε άλλους τομείς κοινοτικής πολιτικής:

- Σε ό,τι αφορά τις κύριες προτάσεις πολιτικής από άλλες υπηρεσίες της Επιτροπής, ζητείται η γνώμη της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών,
- Η διυπηρεσιακή ομάδα για την υγεία συζητά θέματα που αφορούν την υγεία με όλες τις αρμόδιες υπηρεσίες της Επιτροπής.

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, αρμόδια κοινοβουλευτική επιτροπή για την εξέταση των ζητημάτων δημόσιας υγείας αποτελεί η Επιτροπή Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών, η οποία είναι μια από τις πολυπληθέστερες και τις πιο απασχολούμενες μόνιμες επιτροπές του Ευρωκοινοβουλίου. Οι αρμοδιότητές της αφορούν τις πολιτικές περιβάλλοντος και τα μέτρα προστασίας για την καταπολέμηση της ρύπανσης του αέρα, του εδάφους και των υδάτων. Επίσης η επισήμανση, η χρήση, η μεταφορά και η αποθήκευση επικίνδυνων ουσιών, καθώς και η διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, η προστασία των καταναλωτών και ο έλεγχος των προϊόντων διατροφής και των φαρμακευτικών προϊόντων. Το τμήμα Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Κατανάλωσης της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής προετοιμάζει τις εργασίες και γνωμοδοτήσεις της ΟΚΕ πάνω σε ζητήματα δημόσιας υγείας.

2.3 Η διαδικασία λήψης αποφάσεων της ΕΕ στον τομέα της υγείας

Η διαδικασία που ακολουθείται για τη λήψη αποφάσεων και την έκδοση νομικών πράξεων στον τομέα της υγείας στηρίζεται στη διαδικασία συναπόφασης και διέπεται από το άρθρο 251 της Συνθήκης του Άμστερνταμ. Η διαδικασία συναπόφασης παρέχει στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο την εξουσία να εκδίδει πράξεις από κοινού με το Συμβούλιο της ΕΕ και περιλαμβάνει μία, δύο ή τρεις αναγνώσεις με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζει

τις επαφές μεταξύ του Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, τα δύο από κοινού νομοθετούντα όργανα, καθώς και με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Όπως αναλύεται στο άρθρο 251, κατά την έναρξη της διαδικασίας, η Επιτροπή υποβάλλει πρόταση στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και στο Συμβούλιο. Μετά από γνωμοδότηση της ΟΚΕ και της Επιτροπής των Περιφερειών, το Συμβούλιο, αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία, και αφού λάβει τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (πρώτη ανάγνωση):

- εφόσον εγκρίνει όλες τις τροπολογίες που περιέχονται στη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, εκδίδει την προτεινόμενη πράξη σύμφωνα με την τροποποίηση
- εφόσον το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο δεν προτείνει τροπολογίες, το Συμβούλιο μπορεί να εκδώσει την προτεινόμενη πράξη
- διαφορετικά υιοθετεί κοινή θέση και τη διαβιβάζει στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Το Συμβούλιο ενημερώνει πλήρως το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σχετικά με τους λόγους που το οδήγησαν να υιοθετήσει την κοινή του θέση. Η Επιτροπή ενημερώνει επίσης το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σχετικά με τη θέση της

Εάν μετά από τη διαβίβαση αυτή, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (δεύτερη ανάγνωση):

- εγκρίνει την κοινή θέση ή δεν έχει λάβει απόφαση ακόμα, η νομική πράξη θεωρείται ότι εκδόθηκε σύμφωνα με την κοινή θέση
- απορρίπτει με απόλυτη πλειοψηφία των μελών του την κοινή θέση, η προτεινόμενη πράξη θεωρείται ότι δεν εκδόθηκε
- προτείνει τροπολογίες στην κοινή θέση με την απόλυτη πλειοψηφία των μελών του, το τροποποιημένο κείμενο διαβιβάζεται στο Συμβούλιο και την Επιτροπή, η οποία γνωμοδοτεί για τις τροπολογίες αυτές.

Εάν, μέσα σε τρεις μήνες από την παραλαβή των τροπολογιών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, το συμβούλιο εγκρίνει με ειδική πλειοψηφία όλες αυτές τις τροπολογίες, η σχετική πράξη θεωρείται ότι εκδόθηκε με τη μορφή της κοινής θέσης, όπως τροποποιήθηκε. Το Συμβούλιο αποφασίζει ομόφωνα για τις τροπολογίες για τις οποίες η Επιτροπή έχει εκφέρει αρνητική γνώμη. Εάν αντίθετα το Συμβούλιο δεν εγκρίνει όλες τις τροπολογίες, ο πρόεδρος του Συμβουλίου, σε συμφωνία με τον πρόεδρο του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, συγκαλεί μέσα σε έξι εβδομάδες σε συνεδρίαση την επιτροπή συνδιαλλαγής.

Η επιτροπή συνδιαλλαγής, που αποτελείται από μέλη του Συμβουλίου ή εκπροσώπους τους και από ισάριθμους εκπροσώπους του Κοινοβουλίου, συμπροεδρεύεται από τους προέδρους τους. Η επιτροπή αυτή παρεμβαίνει σε περίπτωση ασυμφωνίας μεταξύ των δύο θεσμικών οργάνων μετά τη δεύτερη ανάγνωση μιας πρότασης. Ο στόχος είναι η σύνταξη ενός αποδεκτού και από τα δύο μέρη κειμένου. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συμμετέχει επίσης στις εργασίες της επιτροπής συνδιαλλαγής με σκοπό την προώθηση της προσέγγισης των θέσεων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, με βάση τις τροπολογίες που πρότείνει το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Εάν, μέσα σε έξι εβδομάδες από τη σύγκλησή της, η επιτροπή συνδιαλλαγής εγκρίνει κοινό σχέδιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο διαθέτουν προθεσμία έξι εβδομάδων το καθένα (που μπορεί να παραταθεί κατά δύο εβδομάδες) από την έγκριση για να εκδώσουν τη σχετική πράξη σύμφωνα με το κοινό σχέδιο. Το κοινό σχέδιο εγκρίνεται με απόλυτη πλειοψηφία των ψηφισάντων για το Κοινοβούλιο και με ειδική πλειοψηφία για το Συμβούλιο. Αν δεν υπάρξει η έγκριση ενός από τα δύο όργανα ή η επιτροπή συνδιαλλαγής δεν εγκρίνει κοινό σχέδιο, θεωρείται ότι η προτεινόμενη πράξη δεν εκδόθηκε.

Οι κανονισμοί, οι οδηγίες και οι αποφάσεις που εκδίδονται με την παραπάνω διαδικασία υπογράφονται από τους προέδρους του Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ και αρχίζουν να ισχύουν από την ημερομηνία που ορίζουν ή την εικοστή ημέρα από τη δημοσίευσή τους.

2.4 Το παράγωγο κοινοτικό δίκαιο

Η ευρεία στρατηγική στον τομέα της υγείας της Κοινότητας περιλαμβάνει ένα πλαίσιο δημόσιας υγείας που συνίσταται σε προγράμματα δράσης και νομοθεσία και τη συμβολή που οι άλλες κοινοτικές πολιτικές και δραστηριότητες έχουν στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας.

Η επίτευξη των στόχων της ΕΕ στον τομέα της υγείας εξασφαλίζεται μέσω των προγραμμάτων κοινοτικής δράσης, ενώ οι ενέργειες στο πλαίσιο των προγραμμάτων αυτών είναι κυρίως προσανατολισμένες στην ενημέρωση, την ικανότητα αντιμετώπισης των κινδύνων για την υγεία καθώς και την πρόληψη των ασθενειών.

Η σχετική κοινοτική νομοθεσία, που σημαίνει το παράγωγο κοινοτικό δίκαιο, περιλαμβάνει πληθώρα νομικών πράξεων δεσμευτικού χαρακτήρα όπως κανονισμοί, οδηγίες, αποφάσεις και μη δεσμευτικού χαρακτήρα όπως συστάσεις, ψηφίσματα, ανακοινώσεις, Λευκές και Πράσινες Βίβλους, που υιοθετήθηκαν μετά την ψήφιση της

Συνθήκης για την ίδρυση της ΕΕ από τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα. Οι νομοθετικές αυτές ρυθμίσεις αφορούν ζητήματα πρόληψης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών, πρόληψης της τοξικομανίας, καταπολέμησης του καπνίσματος, ζητήματα ποιότητας των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του όπως και πρόληψης των μη μεταδοτικών ασθενειών (καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχικά νοσήματα, διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ), κυρίως για την αντιμετώπιση των κυριότερων νοσηρών παραγόντων που οφείλονται στον τρόπο ζωής. Η ασφαλείς φαρμακευτική αγωγή, η ασφάλεια των τροφίμων, η προστασία της υγείας από τους κινδύνους κατά την έκθεση στην ιοντίζουσα ακτινοβολία για ιατρικούς λόγους, ο περιορισμός της έκθεσης του κοινού σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία, η καταπολέμηση της βιοτρομοκρατίας, όπως και η εξασφάλιση της προστασίας της υγείας σε όλες τις κοινοτικές πολιτικές και δραστηριότητες αποτελούν επίσης αντικείμενο της κοινοτικής νομοθεσίας στο πεδίο της δημόσιας υγείας.

ΚΕΦ. 3 ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΕ

3.1 Τα κοινοτικά προγράμματα δράσης

Η υλοποίηση των στόχων της κοινοτικής πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας επιτυγχάνεται μέσω της κατάρτισης, της θέσπισης από τα θεσμικά κοινοτικά όργανα και της εφαρμογής, σε στενή συνεργασία με τα κράτη μέλη, των κοινοτικών προγραμμάτων δράσης. Τα προγράμματα δράσης θέτουν τους στόχους και τους άξονες προτεραιότητας, υποδεικνύουν τα μέτρα, τις γενικές και τις ειδικές δράσεις και δραστηριότητες που πρέπει να αναπτυχθούν για την επίτευξη των στόχων, προσδιορίζουν τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν και καθορίζουν το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής και το χρηματοδοτικό πλαίσιο. Η θέσπιση των κοινοτικών προγραμμάτων δράσεις στηρίχτηκε σε προπαρασκευαστικές πράξεις και συγκεκριμένα σε προτάσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και στις γνωμοδοτήσεις των συμβουλευτικών οργάνων, δηλαδή της ΟΚΕ και της Επιτροπής των Περιφερειών.

Στο πλαίσιο δράσης για τη δημόσια υγεία που καθορίστηκε μετά τη Συνθήκη του Μάαστριχτ και υλοποιήθηκαν οχτώ προγράμματα δράσης, που αφορούσαν την προαγωγή της υγείας, τον καρκίνο, το AIDS και ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες, την τοξικομανία, την επιτήρηση της υγείας, τις ασθένειες που οφείλονται στη ρύπανση του περιβάλλοντος, την πρόληψη των τραυματισμών και τις σπάνιες ασθένειες. Ακολούθησε, βάσει του νέου άρθρου 152 της αναθεωρημένης Συνθήκης, έγκριση και εφαρμογή του πρώτου ενιαίου κοινοτικού προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), στο πλαίσιο του οποίου χρηματοδοτήθηκαν περισσότερα από 300 σχέδια και άλλες δράσεις.

Το δεύτερο πρόγραμμα «κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας (2008-2013)», το οποίο και αποτελεί συνέχεια του πρώτου προγράμματος, έχει ως σκοπό να συμπληρώνει, υποστηρίζει και εμπλουτίζει τις πολιτικές των κρατών μελών και να συμβάλλει στην αύξηση της αλληλεγγύης και της ευημερίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση με την προστασία και την προώθηση της υγείας και της ασφάλειας του ανθρώπου και με τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Οι στόχοι που επιδιώκονται μέσω των δράσεων που ορίζονται στο πρόγραμμα είναι οι εξής:

1. Η βελτίωση της ασφάλειας της υγείας των πολιτών

- Αναπτύσσοντας την ικανότητα των κρατών μελών να αντιμετωπίζουν τις απειλές για την υγεία, όπως για παράδειγμα με πλάνα αντιμετώπισης εκτάκτων υγειονομικών αναγκών και με κατάλληλα μέτρα προετοιμασίας

- Λαμβάνοντας μέτρα για την ασφάλεια των ασθενών, για τη μείωση τραυματισμών και ατυχημάτων, για την εκτίμηση κινδύνου και για την κοινοτική νομοθεσία σχετικά με το αίμα, τους ιστούς και τα κύτταρα
2. Η προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των ανισοτήτων υγείας
- Δράση σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες υγείας, όπως είναι η διατροφή, το αλκοόλ, ο καπνός, καθώς επίσης και άλλους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες
 - Με μέτρα για την πρόληψη σοβαρών ασθενειών και τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία των πολιτών της ΕΕ
 - Με την αύξηση των ετών υγιούς ζωής και την προώθηση της υγιούς γήρανσης.
3. Η απόκτηση και διάδοση γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία
- Δράση σχετικά με τους δείκτες υγείας και τους τρόπους διάδοσης των πληροφοριών στους πολίτες
 - Έμφαση στην κοινοτική προστιθέμενη αξία δράσης για την ανταλλαγή γνώσεων σε τομείς όπως τα θέματα ισότητας των φύλων, την υγεία των παιδιών ή οι σπάνιες ασθένειες.

Για να διασφαλιστεί η πλήρης συμμετοχή στο πρόγραμμα των οργανώσεων που προωθούν την υγεία, σύμφωνα με τους στόχους του προγράμματος, προσφέρεται μια ευρύτερη ποικιλία χρηματοδοτικών μηχανισμών. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Συγχρηματοδότηση των σχεδίων που στοχεύουν στην επίτευξη ενός στόχου του προγράμματος
- Διαγωνισμός δράσεων για την επίτευξη ενός στόχου του προγράμματος
- Συγχρηματοδότηση του κόστους λειτουργίας ενός μη κυβερνητικού οργανισμού ή ενός ειδικευμένου δικτύου
- Η συγχρηματοδότηση ενός δημόσιου οργανισμού ή μη κυβερνητικής οργάνωσης από την Κοινότητα και ένα ή περισσότερα κράτη μέλη
- Κοινές δράσεις με άλλα κοινοτικά προγράμματα, με στόχο τη δημιουργία συνοχής μεταξύ τους

3.2 Στρατηγικές για την Δημόσια υγεία

Η υγεία αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για τους Ευρωπαίους και η Ευρωπαϊκή Ένωση καλείται να διαδραματίσει πρωτεύοντα ρόλο σύμφωνα με τις υποχρεώσεις της που απορρέουν από τις ευρωπαϊκές συνθήκες. Οι κοινοτικές δράσεις

συμπληρώνουν τις εθνικές πολιτικές των κρατών μελών στον τομέα της υγείας, αλλά ταυτόχρονα προσδίδουν σε αυτές ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία: θέματα όπως οι διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας – για παράδειγμα η γρίπη – ή η ελεύθερη κυκλοφορία ασθενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να αντιμετωπίζονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Μια συνεκτική και συντονισμένη προσέγγιση της πολιτικής για την υγεία υιοθετήθηκε για πρώτη φορά στο πλαίσιο της στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την υγεία που προτάθηκε τον Μάιο του 2000. Στις 23 Οκτωβρίου 2007 εξέδωσε την Λευκή Βίβλο με θέμα «Μαζί για την υγεία: μια στρατηγική προσέγγιση για την ΕΕ, 2008-2013».

Η νέα στρατηγική για την υγεία θεσπίζει ένα ευρύ στρατηγικό πλαίσιο δράσης για τον συγκεκριμένο τομέα σε επίπεδο ΕΕ και καθορίζει τις κατευθύνσεις για την επόμενη δεκαετία. Οι δράσεις που καλύπτει δεν αφορούν μόνον τον τομέα της υγείας, αλλά και όλους τους τομείς πολιτικής.

Η ανάγκη για υιοθέτηση νέας στρατηγικής οφειλόταν στις αυξανόμενες και μεταβαλλόμενες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η ΕΕ και οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά μόνον μέσω της ανάληψης συντονισμένης δράσης σε επίπεδο ΕΕ με τη συμμετοχή όλων των εταίρων και ενδιαφερόμενων παραγόντων.

Στις προκλήσεις αυτές συγκαταλέγεται η γήρανση του πληθυσμού, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της πρότυπα των ασθενειών και απειλεί τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας καθώς και την οικονομία γενικότερα της διευρυμένης ΕΕ. Οι απειλές για την υγεία, όπως οι πανδημίες λόγω μεταδιδόμενων ασθενειών και η βιοτρομοκρατία, προκαλούν ολοένα και μεγαλύτερη ανησυχία ενώ παράλληλα η αλλαγή του κλίματος δημιουργεί νέους κινδύνους για την υγεία. Οι νέες τεχνολογίες έχουν αλλάξει ριζικά τον τρόπο προαγωγής της υγείας και πρόβλεψης, πρόληψης και θεραπείας των ασθενειών και η παγκοσμιοποίηση φέρνει συνεχείς αλλαγές στον τρόπο διάδρασης με τον υπόλοιπο κόσμο.

Η στρατηγική αυτή επικεντρώνεται σε τέσσερις αρχές και τρία στρατηγικά θέματα που αφορούν τη βελτίωση της υγείας στην ΕΕ.

- Στις αρχές συγκαταλέγονται η υιοθέτηση μιας προσέγγισης βασισμένης σε ορισμένες αξίες, η αναγνώριση της σύνδεσης μεταξύ της υγείας και της οικονομικής ευημερίας, η ενσωμάτωση της διάστασης της υγείας σε όλες τις πολιτικές και η ενίσχυση της φωνής της Ευρώπης σε θέματα υγείας με παγκόσμιες διαστάσεις.

- Στα στρατηγικά θέματα συγκαταλέγονται η προαγωγή της καλής υγείας σε μια «γηράσκουσα» Ευρώπη, η προστασία των πολιτών από τους κινδύνους που απειλούν την υγεία, τα δυναμικά συστήματα υγείας και οι νέες τεχνολογίες.

3.3 Η δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία

Το 2006 η Επιτροπή και τα κράτη μέλη έθεσαν σε λειτουργία το νέο ιστοχώρο «Health-EU», τη θεματική δικτυακή πύλη ευρωπαϊκής κλίμακας που είναι αφιερωμένη στη δημόσια υγεία και αποτελεί μία από τις κυριότερες πηγές για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας.

Κύριος στόχος της θεματικής αυτής πύλης είναι να έχουν οι Ευρωπαίοι πολίτες εύκολη πρόσβαση σε όλες τις πληροφορίες σχετικά με τις διάφορες πρωτοβουλίες και προγράμματα της ΕΕ για τη δημόσια υγεία. Η πύλη αυτή επιδιώκει να συμβάλει στην επίτευξη των στόχων της ΕΕ στον τομέα της δημόσιας υγείας, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί σημαντικό μέσο για τη διαμόρφωση μιας θετικής στάσης στον τομέα αυτό και την προώθηση μιας συνεχούς βελτίωσης της δημόσιας υγείας στα 27 κράτη μέλη της ΕΕ.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συγκρότησε Συντακτική Επιτροπή για τον καθορισμό της συντακτικής πολιτικής με βάση την εμπειρία των μελών της τελευταίας και σύμφωνα με τα κριτήρια ποιότητας που προβλέπονται στις κατευθυντήριες γραμμές του EUROPA. Η πολιτική αυτή θα αφορά τα κριτήρια ποιότητας, τη γλωσσική κάλυψη και την εν γένει λειτουργία της πύλης.

Η δικτυακή αυτή πύλη είναι μια πρωτοβουλία του Κοινοτικού Προγράμματος για τη Δημόσια Υγεία 2003-2008, που σκοπό έχει τη μεγαλύτερη συμμετοχή των ατόμων, των ιδρυμάτων, των ενώσεων, των οργανισμών και άλλων φορέων στον τομέα της υγείας, διευκολύνοντας τη διαβούλευση και τη συμμετοχή τους. Στο πλαίσιο αυτό ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στο δικαίωμα των πολιτών της ΕΕ σε μια απλή, σαφή και επιστημονικά έγκυρη πληροφόρηση σχετικά με τα μέτρα προστασίας της υγείας και πρόληψης των ασθενειών. Ένας από τους κύριους στόχους της πύλης είναι να μεταφέρει το μήνυμα ότι και οι πολίτες φέρουν ευθύνη για τη βελτίωση της υγείας τους. Η καλύτερη κατανόηση των διαφόρων δραστηριοτήτων και προγραμμάτων της ΕΕ σχετικά με τη δημόσια υγεία θα βοηθήσει το ευρύ κοινό να τα υποστηρίξει και να συμβάλει στην επιτυχή έκβασή τους.

Η Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία απευθύνεται σε όσους επιθυμούν να ενημερώνονται συνεχώς στα θέματα που αφορούν την υγεία τους, καθώς και σε εκείνους

που ενδιαφέρονται να παρακολουθούν τις διάφορες πολιτικές και τις αποφάσεις που λαμβάνονται σε ευρωπαϊκό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Επίσης, η πύλη αυτή αποτελεί σημαντική πηγή πληροφόρησης για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, τις διοικήσεις, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη. Είναι προσβάσιμη από τον καθένα, δηλαδή και από τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρίες, δεδομένου ότι ακολουθεί τους διεθνώς αναγνωρισμένους κανόνες περί προσβασιμότητας. Επιπλέον, η πύλη παρέχει στους εξειδικευμένους χρήστες πρόσβαση σε στατιστικές βάσεις δεδομένων σχετικές με τη δημόσια υγεία

3.4 Ελεύθερη διακίνηση ασθενών και διασυνοριακή φροντίδα υγείας

Οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας αποτελούν θέμα προτεραιότητας για τους ευρωπαίους πολίτες. Το δικαίωμα για υγειονομική περίθαλψη αναγνωρίζεται και στο Χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της ΕΕ. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο έχει καταστήσει σαφές ότι οι διατάξεις της Συνθήκης σχετικά με την ελεύθερη κυκλοφορία εφαρμόζονται και για τις υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως του τρόπου οργάνωσης ή χρηματοδότησής τους σε εθνικό επίπεδο.

Η κοινοτική δράση για τις υπηρεσίες υγείας δεν συνεπάγεται εναρμόνιση των εθνικών συστημάτων υγείας ή κοινωνικής ασφάλισης. Τα οφέλη που παρέχουν τα διαφορετικά συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης και η οργάνωση αυτών των συστημάτων παραμένουν αρμοδιότητα των κρατών μελών, σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας.

Η πρακτική χρησιμότητα της ευρωπαϊκής συνεργασίας έχει αποδειχθεί μέσω της αυξανόμενης διασυνοριακής συνεργασίας των υπηρεσιών υγείας στα περισσότερα εσωτερικά σύνορα της Ένωσης. Το πλησιέστερο νοσοκομείο για τους πολίτες των διασυνοριακών περιοχών μπορεί να βρίσκεται σε γειτονικό κράτος μέλος. Στα μικρότερα κράτη μέλη, η εξειδικευμένη διάγνωση ή περίθαλψη μπορεί να μην είναι πάντα αποτελεσματική ή ασφαλής όταν δεν υπάρχει επαρκής αριθμός ασθενών ώστε να διατηρούνται συγκεκριμένες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας ή να δικαιολογείται η επένδυση στον αναγκαίο εξοπλισμό.

Οι ασθενείς προτιμούν γενικά να λαμβάνουν περίθαλψη κοντά στο σπίτι τους όταν αυτό είναι εφικτό, και ο σημερινός όγκος της κινητικότητας των ασθενών είναι σχετικά χαμηλός, περίπου 1% της συνολικής δημόσιας δαπάνης για υγειονομική περίθαλψη. Αυτός όμως ο αριθμός έχει υπολογιστεί κατά μεγάλη προσέγγιση, δεδομένου ότι τα περισσότερα συστήματα υγείας στην Ευρώπη δεν παρέχουν τα αναγκαία στοιχεία

για να διαμορφωθεί μια ακριβής εικόνα. Είναι προφανές ότι πολύ περισσότεροι ασθενείς ενδιαφέρονται κατ' αρχήν για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Όμως, η έλλειψη πληροφοριών για τις

δυνατότητες υγειονομικής περίθαλψης σε άλλα κράτη μέλη και η έλλειψη ενός διαφανούς πλαισίου ενεργούν αποτρεπτικά ως προς την αναζήτηση περίθαλψης στο εξωτερικό, ακόμη και όταν αυτή επιβάλλεται.

Οι συζητήσεις για τη χρησιμοποίηση των κανόνων της εσωτερικής αγοράς για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε άλλα κράτη μέλη στην πραγματικότητα άρχισε μόλις το 1998, μετά τις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου. Μέχρι τότε, ο κοινοτικός μηχανισμός που επέτρεπε στους ασθενείς να λάβουν περίθαλψη στο εξωτερικό (πέραν των ασθενών που πλήρωναν οι ίδιοι την περίθαλψή τους) θεωρείτο ότι περιορίζεται στους κανονισμούς για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και συγκεκριμένα τους κανονισμούς (ΕΚ) αριθ. 1408/71 και (ΕΚ) αριθ. 574/729. Οι κανονισμοί αυτοί παρέχουν στους ασθενείς, που χρειάζονται περίθαλψη κατά τη διάρκεια της παραμονής τους σε άλλο κράτος μέλος, τα ίδια δικαιώματα με τους ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι στο κράτος μέλος υποδοχής, μέσω της χρήσης της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας.

Εξασφαλίζουν, επίσης, την κάλυψη των δαπανών για προγραμματισμένη περίθαλψη σε άλλα κράτη μέλη, που υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση, και ρυθμίζουν το διακανονισμό των οικονομικών απαιτήσεων μεταξύ των κρατών μελών υποδοχής και αποστολής. Το πλαίσιο αυτό εξακολουθεί να ισχύει.

Εντούτοις, το 1998, το Δικαστήριο θέσπισε νέες αρχές μέσω των αποφάσεών του σε δύο υποθέσεις σχετικά με την άμεση εφαρμογή των άρθρων της Συνθήκης για την ελεύθερη κυκλοφορία στην επιστροφή των εξόδων για υπηρεσίες υγείας που παρασχέθηκαν σε ασθενείς στο εξωτερικό. Στις αποφάσεις του, το Δικαστήριο κατέστησε σαφές ότι εφόσον οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται επί αμοιβή πρέπει να νοούνται ως υπηρεσίες κατά την έννοια της Συνθήκης και επομένως πρέπει να ισχύουν οι διατάξεις που αφορούν την ελεύθερη κυκλοφορία. Το Δικαστήριο απεφάνθη επίσης ότι τα μέτρα σύμφωνα με τα οποία η επιστροφή των δαπανών που πραγματοποιήθηκαν σε άλλο κράτος μέλος υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση αποτελούν εμπόδια στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, παρά το γεγονός ότι μπορεί να είναι δικαιολογημένα για λόγους υπέρτερης κοινής ωφέλειας.

Βάσει αυτών και άλλων υποθέσεων που ακολούθησαν, οι αποφάσεις του Δικαστηρίου διαμόρφωσαν τις ακόλουθες αρχές:

- Οποιαδήποτε μη νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία δικαιούται ο ενδιαφερόμενος στο κράτος μέλος του μπορεί επίσης να την αναζητήσει σε οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση, και να του επιστραφούν οι δαπάνες με ανώτατο όριο το επίπεδο επιστροφής που παρέχει το σύστημά του.
- Οποιαδήποτε νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία δικαιούνται οι ενδιαφερόμενοι στο κράτος μέλος τους μπορούν να την αναζητήσουν και σε οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος με την προϋπόθεση ότι έχουν λάβει πρώτα έγκριση από το σύστημά τους.

Αυτή η έγκριση πρέπει να χορηγείται αν το σύστημά τους δεν μπορεί να τους παράσχει την εν λόγω περίθαλψη εντός προθεσμίας αποδεκτής από ιατρική άποψη λαμβανομένης υπόψη της κατάστασής τους. Για τους ασθενείς αυτούς οι δαπάνες επιστρέφονται με ανώτατο όριο τουλάχιστον το επίπεδο επιστροφής που παρέχει το σύστημά τους.

3.5 Ελεύθερη διακίνηση επαγγελματιών υγείας

Τα συστήματα υγείας της ΕΕ αντιμετωπίζουν συνεχή αύξηση της ζήτησης για περίθαλψη, αναγκάζονται να προσαρμόζονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες για περίθαλψη και υποχρεούνται να είναι έτοιμα να αντιμετωπίσουν σοβαρότερες κρίσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας. Οι απαιτήσεις αυτές συνδέονται και με ένα επίπεδο προσδοκιών που προϋποθέτει υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη. Πρόκειται για έναν οικονομικό τομέα με υψηλή ένταση εργασίας στον οποίο απασχολείται κάθε δέκατος ευρωπαίος εργαζόμενος και που το 70 % των δαπανών κατά μέσο όρο αφορά τις δαπάνες για μισθούς και αμοιβές.

Η γήρανση του πληθυσμού συνεπάγεται και τη γήρανση του εργατικού δυναμικού. Στο διάστημα μεταξύ 1995 και 2000, ο αριθμός των ιατρών ηλικίας κάτω των 45 ετών σε όλη την Ευρώπη μειώθηκε κατά 20%, ενώ ο αριθμός των ιατρών ηλικίας άνω των 45 ετών αυξήθηκε σε ποσοστό άνω του 50%. Η ίδια κατάσταση με τους μέσους όρους ηλικίας επικρατεί και στο νοσηλευτικό προσωπικό· σε πέντε κράτη μέλη σχεδόν το 50% των νοσηλευτών είναι ηλικίας άνω των 45 ετών (Πράσινη Βίβλος «για το ευρωπαϊκό υγειονομικό δυναμικό», 2008). Καθώς το προσωπικό αυτό πλησιάζει σε ηλικία συνταξιοδότησης, πρέπει να προσληφθούν αρκετοί νέοι εργαζόμενοι, για να το αντικαταστήσουν.

Η συμμετοχή των γυναικών στο υγειονομικό δυναμικό ήταν ανέκαθεν σημαντική και παρουσιάζει συνεχή αύξηση. Συνολικά, τα τρία τέταρτα του υγειονομικού δυναμικού της ΕΕ είναι γυναίκες και σε ορισμένα κράτη μέλη οι εγγραφές γυναικών σε επαγγελματικές ιατρικές σχολές ξεπερνούν πλέον το 50%. Για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντική η προώθηση μέτρων υπέρ της ισότητας των φύλων στις στρατηγικές ανθρώπινων πόρων.

Στο χάρτη πορείας για την ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών στο διάστημα 2006-2010 καθορίζονται μια σειρά ενεργειών που αποβλέπουν στην επίτευξη ισότιμης οικονομικής ανεξαρτησίας και ισότιμης συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων μεταξύ γυναικών και ανδρών και προτείνονται μέτρα για τη βελτίωση του συνδυασμού εργασίας, οικογενειακής και ιδιωτικής ζωής.

Το άρθρο 152 της Συνθήκης της ΕΕ ορίζει ότι «η δράση της Κοινότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ό,τι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης» καθώς και ότι πρέπει να ενθαρρύνεται η συνεργασία μεταξύ κρατών μελών προκειμένου να ενισχυθεί ο συντονισμός των στρατηγικών και των προγραμμάτων αλλά και η αμοιβαία ενημέρωση των κρατών μελών σχετικά με επιτυχημένα προγράμματα.

Η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων αποτελεί μία από τις θεμελιώδεις ελευθερίες που κατοχυρώνει το κοινοτικό δίκαιο. Η ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων που κατοχυρώνεται με το άρθρο 39 της συνθήκης ΕΚ και αναπτύσσεται περαιτέρω με τον κανονισμό 1612/68¹¹ προβλέπει το δικαίωμα των πολιτών της ΕΕ να εργάζονται σε άλλο κράτος μέλος ως μισθωτοί ή δημόσιοι υπάλληλοι. Το δικαίωμα εγκατάστασης θεσπίζεται στο άρθρο 43 που προβλέπει το δικαίωμα της άσκησης μη μισθωτής δραστηριότητας σε ένα άλλο κράτος μέλος. Το άρθρο 49 της συνθήκης ΕΚ κατοχυρώνει το δικαίωμα της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών. Ο κανονισμός 1408/71 και ο εκτελεστικός κανονισμός 574/72 συντονίζουν τα διάφορα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, προκειμένου να διευκολύνεται η άσκηση του θεμελιώδους δικαιώματος της ελεύθερης κυκλοφορίας. Οι πολίτες της ΕΕ έχουν, επίσης, το δικαίωμα να σπουδάζουν σε άλλο κράτος μέλος, υπό τις ίδιες προϋποθέσεις που ισχύουν για τους υπηκόους του εν λόγω κράτους μέλους.

Η οδηγία 2005/36/ΕΚ προβλέπει την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων με σκοπό την εγκατάσταση σε άλλο κράτος μέλος και τη διευκόλυνση της παροχής διασυνοριακών υπηρεσιών σε κράτος μέλος διαφορετικό από το κράτος

εγκατάστασης. Με την εν λόγω οδηγία θεσπίζεται, επίσης, η απαίτηση ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ του κράτους μέλους υποδοχής και του κράτους μέλους καταγωγής, όσον αφορά τη λήψη πειθαρχικών μέτρων ή την επιβολή ποινικών κυρώσεων ή άλλες σοβαρές ειδικές περιπτώσεις. Πέραν του κανονιστικού πλαισίου, ορισμένες επαγγελματικές οργανώσεις ανέλαβαν ορισμένες πρωτοβουλίες που συνδέονταν με την κινητικότητα των ασκούντων μη μισθωτές δραστηριότητες στον τομέα της υγείας, όπως η διασυνοριακή πρωτοβουλία «Health Professionals Crossing Borders» και η πιλοτική πρωτοβουλία της επαγγελματικής κάρτας: και οι δύο αυτές πρωτοβουλίες σκοπό είχαν να βελτιώσουν την πρόσβαση σε πληροφορίες σε περίπτωση ύπαρξης αμφιβολιών ως προς την ορθή επαγγελματική συμπεριφορά. Η πρόοδος των πρωτοβουλιών αυτών πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο παρακολούθησης.

Η ελεύθερη κυκλοφορία σπουδαστών και εργαζομένων συμβάλλει στο να διασφαλίζεται ότι οι επαγγελματίες της υγείας πηγαίνουν εκεί όπου τους χρειάζονται περισσότερο. Όμως, οι επαγγελματίες της υγείας διακινούνται για πολλούς και διάφορους λόγους για να έχουν καλύτερη επαγγελματική εξέλιξη και περισσότερες ευκαιρίες κατάρτισης ή για να επιτύχουν καλύτερες αμοιβές και συνθήκες εργασίας. Για το λόγο αυτό η κινητικότητα μπορεί να έχει αντίκτυπο – θετικό ή αρνητικό- στις διαφορές που υπάρχουν στο εσωτερικό των χωρών αλλά και μεταξύ αυτών. Στο πλαίσιο αυτό, ορισμένα κράτη μέλη μπορεί να μην επιθυμούν να αναλάβουν τον κίνδυνο πραγματοποίησης επενδύσεων στην κατάρτιση περισσότερων επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, εάν οι πιθανότητες παραμονής τους είναι λίγες και η απόδοση της επένδυσης χαμηλή.

Οι επιπτώσεις της αυξανόμενης κινητικότητας δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με την εισαγωγή νομικών περιορισμών στην ελεύθερη κυκλοφορία των σπουδαστών ή των εργαζομένων, αλλά μάλλον με τη χάραξη κατάλληλων πολιτικών για την επίλυση των σχετικών προβλημάτων, σε συνεργασία με τις αρχές της ΕΕ και με τα υπόλοιπα κράτη μέλη.

Συνεπώς η αυξανόμενη κινητικότητα του εργατικού δυναμικού μπορεί να αναγκάσει τους υπεύθυνους διαχείρισης ανθρώπινων πόρων σε εθνικό και/ή τοπικό επίπεδο να επανεξετάσουν την καταλληλότητα των μέτρων πρόσληψης και επαγγελματικής εξέλιξης που εφαρμόζουν.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε συνεργασία με τις δημόσιες υπηρεσίες απασχόλησης των κρατών μελών του ΕΟΧ (οι χώρες της ΕΕ και η Νορβηγία, Ισλανδία και το Λιχτενστάιν) και των άλλων οργανώσεων εταίρων δημιούργησε το 1993 την ευρωπαϊκή

πύλη για την επαγγελματική κινητικότητα EURES (<http://ec.europa.eu/eures/>). Σκοπός της πύλης EURES είναι η παροχή πληροφοριών, συμβουλών και υπηρεσιών πρόσληψης/τοποθέτησης (ανεύρεση κατάλληλων θέσεων εργασίας) προς όφελος των εργαζομένων και των εργοδοτών καθώς και κάθε πολίτη που επιθυμεί να επωφεληθεί από την αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων.

3.6 Υγειονομική περίθαλψη μέσω των υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας

Ο όρος "ηλεκτρονική υγεία" (eHealth) καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εργαλείων βασισμένων στις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών που στοχεύουν στην καλύτερη πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση και διαχείριση της υγείας και του τρόπου ζωής.

Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ ασθενών και φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ διαφόρων ιδρυμάτων και την επικοινωνία μεταξύ ασθενών ή απασχολουμένων στον τομέα της υγείας· περιλαμβάνει επίσης δίκτυα πληροφοριών για την υγεία, ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, υπηρεσίες τηλεϊατρικής και ατομικά ενδύτα και φορητά επικοινωνούντα συστήματα για την παρακολούθηση και στήριξη των ασθενών.

Τα εργαλεία ηλεκτρονικής υγείας παρέχουν, για παράδειγμα, πρόσβαση σε πληροφορίες για την υγεία που μπορούν να σώσουν ζωές, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό λόγω της ολοένα μεγαλύτερης διασυνοριακής κυκλοφορίας πολιτών και ασθενών. Η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να αποφέρει σημαντικά οφέλη σε ολόκληρη την κοινωνία, βελτιώνοντας την πρόσβαση στην παρεχόμενη περίθαλψη καθώς και την ποιότητά της. Επιπλέον, συμβάλλει στην ανάπτυξη συστημάτων υγείας προσανατολισμένων στον πολίτη και στην εν γένει αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και βιωσιμότητα του τομέα της υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση προωθεί τη δημιουργία ενός "ευρωπαϊκού χώρου ηλεκτρονικής υγείας", συντονίζοντας δράσεις και διευκολύνοντας τη συνέργεια μεταξύ συναφών πολιτικών και ενδιαφερομένων φορέων με στόχο την εξεύρεση καλύτερων λύσεων, την αποφυγή του κατακερματισμού της αγοράς και τη διάδοση ορθών πρακτικών. Ειδικότεροι στόχοι της είναι η δημιουργία ενός συστήματος ηλεκτρονικών μητρώων υγείας με τη στήριξη της ανταλλαγής πληροφοριών και της τυποποίησης· η ανάπτυξη δικτύων ανταλλαγής πληροφοριών για την υγεία μεταξύ φορέων περίθαλψης, ώστε να υπάρχει συντονισμός των δράσεων σε περίπτωση κινδύνου για τη δημόσια υγεία· η παροχή υπηρεσιών υγείας σε απευθείας σύνδεση, όπως πληροφοριών για μια

υγιεινή ζωή και πρόληψη των ασθενειών· και, τέλος, η ανάπτυξη συστημάτων τηλεσυμβουλευτικής (teleconsultation), ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ePrescribing), ηλεκτρονικής παραπομπής (eReferral) και ηλεκτρονικής επιστροφής των ιατρικών εξόδων

Η ηλεκτρονική υγεία έχει σαφή ρόλο στη νέα στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ηλεκτρονική Ευρώπη, ενώ αποτελεί επίσης κλειδί για την επίτευξη ισχυρότερης οικονομικής ανάπτυξης και τη δημιουργία θέσεων εργασίας υψηλής ειδίκευσης μέσα σε μια δυναμική οικονομία της γνώσης - το όραμα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Λισαβόνας, το Μάρτιο του 2000.

Στο πλαίσιο της βελτίωσης των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους πολίτες της Ευρώπης η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2004 συνέστησε το «Σχέδιο δράσης για έναν Ευρωπαϊκό Χώρο ηλ-Υγείας».

Η εστίαση στην ηλεκτρονική υγεία αποτελεί μέρος ευρύτερης αναγνώρισης της προστιθέμενης αξίας που συνεπάγεται η δράση στο πεδίο της υγείας, σε ευρωπαϊκή κλίμακα. Τούτο αντικατοπτρίζεται στο κοινοτικό πρόγραμμα για τη δημόσια υγεία που αναφέρεται στην απόφαση 1786/2002/ΕΚ. Η Επιτροπή πρότεινε, επιπλέον, τη λήψη περαιτέρω μέτρων για υποστήριξη των κρατών μελών στην συνεχιζόμενη αναμόρφωση των συστημάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και την εφαρμογή της ανοιχτής μεθόδου συντονισμού για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τη μέριμνα για τους ηλικιωμένους.

Στην εαρινή έκθεση 2004 παρέχεται περαιτέρω υποστήριξη για το σχέδιο δράσης e Europe 2005, καθώς και για τη στρατηγική της Λισαβόνας όσον αφορά την βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και επίτευξη μεγαλύτερης απόδοσης. Μολονότι σύμφωνα με το άρθρο 152 της Συνθήκης και ιδίως με την παράγραφο 5, η κοινοτική δράση στο πεδίο της υγείας πρέπει να σέβεται πλήρως την αρμοδιότητα των κρατών μελών στο πεδίο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, άλλες εξελίξεις - όπως συστήματα και υπηρεσίες ηλ-υγείας - μπορούν να έχουν αντίκτυπο στα συστήματα υγείας.

3.7 Περιβάλλον και Υγεία

Εκτιμάται ότι ένα σημαντικό μέρος του συνολικού αριθμού ασθενειών στις βιομηχανοποιημένες χώρες μπορεί να αποδοθεί σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως στα χημικά, στη μόλυνση των τροφίμων ή στις αλλεργίες, στην ποιότητα του εσωτερικού

και εξωτερικού αέρα, στη ρύπανση του εδάφους, στην ποιότητα των κατοικιών, στο θόρυβο, στο νερό και στην αποχέτευση.

Το μεγάλο βάρος των αναπνευστικών νόσων και των καρκίνων προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία στις ευρωπαϊκές αρχές καθώς οι ευπαθείς ομάδες, όπως τα παιδιά, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους ενήλικες.

Για τους λόγους αυτούς η ΕΕ ενέκρινε τον Ιούνιο του 2004 το Σχέδιο Δράσης για το Περιβάλλον και την Υγεία (2004-2010) που αποσκοπεί στην εφαρμογή της στρατηγικής της ΕΕ μέσω 13 σημείων δράσης. Κύριος στόχος του είναι να βελτιώσει τις γνώσεις για τις σχέσεις μεταξύ ασθενειών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου .

Η στρατηγική για το Περιβάλλον και την Υγεία αναμένεται να υλοποιηθεί σε διάφορους κύκλους. Το Σχέδιο Δράσης για το Περιβάλλον και την Υγεία (2004-2010) είναι ο πρώτος και επικεντρώνεται στις σχέσεις αιτιότητας μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου και των ασθενειών προτεραιότητας, δηλαδή τις παθήσεις του αναπνευστικού, τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές, τον καρκίνο και τις ενδοκρινικές διαταραχές.

- Οι πρώτες 4 από τις 13 δράσεις αναφέρονται στην βελτίωση της πληροφόρησης σχετικά με την περιβαλλοντική υγεία και την ανάπτυξη επαρκών και εξευγενισμένων περιβαλλοντικών δεικτών υγείας.
- Οι δράσεις 5 έως 8 αναφέρονται στην εφαρμογή άμεσων ερευνητικών προγραμμάτων για το περιβάλλον και την υγεία και τη δυνατότητα αναγνώρισης των επειγουσών καταστάσεων. Με αυτές τις δράσεις ενισχύεται η περιβαλλοντική έρευνα για την υγεία.
- Οι δράσεις 9 και 10 αποσκοπούν στη βελτίωση της επικοινωνίας με την ανάπτυξη της ευαισθητοποίησης των πολιτών, την ανακοίνωση των κινδύνων, της κατάρτισης και της εκπαίδευσης.
- Οι δράσεις 11 έως 13 επανεξετάζουν τις υφιστάμενες πολιτικές και προσαρμόζουν την πολιτική περιορισμού των κινδύνων μέσω της εστίασης στις ασθένειες προτεραιότητας, τη βελτίωση της ποιότητας του εσωτερικού αέρα και τη μελέτη των ηλεκτρομαγνητικών πεδίων.

3.8 Υγεία και ασφάλεια στην εργασία

Δεδομένου ότι οι περισσότεροι άνθρωποι ξοδεύουν 8 ώρες την ημέρα, 5 ημέρες την εβδομάδα, 50 εβδομάδες το χρόνο στην εργασία, και δεδομένου ότι οι εργασιακές σχέσεις έχουν μελετηθεί εντατικά από πολιτική, οικονομική, κοινωνική, ψυχολογική, καθώς και ιατρική άποψη, στην παρακολούθηση της υγείας -μέχρι στιγμής- έχει

αποδειχθεί ότι έχουν παίξει μόνον ένα μικρό ρόλο. Ωστόσο, αποτελεί πεποίθηση πλέον ότι η εργασία δεν είναι μόνο πηγή πλούτου για την κοινότητα, αλλά μπορεί επίσης να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανθρώπινη και στη δημόσια υγεία, και ως εκ τούτου είναι ένας παράγοντας κόστους για τις σύγχρονες κοινωνίες. Για παράδειγμα, όσον αφορά την απώλεια ετών ζωής, ο ΠΟΥ και η Παγκόσμια Τράπεζα αποδίδουν το 3% στον παράγοντα εργασία. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας εκτιμά ότι οι ασθένειες και τα ατυχήματα που σχετίζονται με την εργασία ευθύνονται για οικονομικές απώλειες ίσες με το 4% του παγκόσμιου Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος.

Σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ υπάρχουν προγράμματα παρακολούθησης της υγείας που συνδέονται με την εργασία. Τα συστήματα αυτά συχνά λειτουργούν σε περιφερειακό ή βιομηχανικό - κλαδικό επίπεδο και επικεντρώνονται στις επαγγελματικές ασθένειες, τα εργατικά ατυχήματα, καθώς και στην απλή περιγραφή των συνθηκών εργασίας.

Η βελτίωση των συνθηκών εργασίας αποτελεί κοινό αίτημα που υπαγορεύεται από ανθρωπιστικούς και οικονομικούς λόγους. Η υγεία και ασφάλεια στην εργασία αποτελεί σήμερα έναν από τους σημαντικότερους και πιο αναπτυγμένους τομείς της κοινωνικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η νομική βάση της δράσης της ΕΕ στον συγκεκριμένο τομέα είναι το άρθρο 137 της Συνθήκης ΕΚ. Οι πρώτες προσπάθειες για τη βελτίωση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων ξεκίνησαν ήδη το 1952 στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα. Έκτοτε έχει θεσπιστεί ένα ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό νομοθετικό πλαίσιο το οποίο καλύπτει ένα μέγιστο αριθμό κινδύνων με ελάχιστο αριθμό κανονισμών.

Ενώ στο παρελθόν είχε εκπονηθεί τεράστιος όγκος Κοινοτικής νομοθεσίας σχετικά με την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία, στις μέρες μας γίνεται ολοένα και πιο σημαντική η ανάπτυξη και εφαρμογή ολιστικών προσεγγίσεων και στρατηγικών προς την κατεύθυνση της εργασιακής ασφάλειας και υγείας (EAY) για την περαιτέρω βελτίωση των συνθηκών εργασίας στα κράτη μέλη της ΕΕ.

Επιπλέον, διατίθεται πλήθος πληροφοριών σχετικά με την EAY από χώρες και οργανισμούς εκτός ΕΕ, οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο υπόβαθρο αλλά και έμπνευση για τις προσπάθειες δημιουργίας υγιών και ασφαλών χώρων εργασίας στην Ευρώπη.

Η δέσμευση, μέσω της στρατηγικής της Λισαβόνας, για αύξηση της απασχόλησης και της παραγωγικότητας προκειμένου να αυξηθεί η ανταγωνιστικότητα απαιτεί μεγαλύτερες προσπάθειες από όλους τους ενδιαφερομένους, ώστε να βελτιωθούν

τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία στην ΕΕ. Ο ρόλος της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία είναι πολύ σημαντικός για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας και της παραγωγικότητας των επιχειρήσεων και τη συμβολή στη βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, επειδή μεταφράζεται σε μείωση του κόστους των ατυχημάτων, των περιστατικών και των ασθενειών και σε αύξηση της παροχής κινήτρων στους εργαζομένους. Η επιβάρυνση την οποία αντιπροσωπεύουν τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές νόσοι για τα δημόσια και ιδιωτικά συστήματα κοινωνικής προστασίας είναι τεράστια και απαιτεί μια ολοκληρωμένη, συντονισμένη και στρατηγική απάντηση, καθώς και τη συνεργασία μεταξύ των κύριων ενδιαφερομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσον αφορά τη χάραξη των κοινοτικών και εθνικών πολιτικών.

Η πολιτική στον τομέα της ΕΑΥ έχει οπωσδήποτε σχέση με νόμους και κανονισμούς, οι οποίοι είναι απαραίτητοι και πρέπει να εφαρμόζονται στο επίπεδο του χώρου εργασίας, αλλά δεν περιορίζεται σε αυτούς. Προκειμένου να επιτευχθούν απτές βελτιώσεις στις συνθήκες εργασίας και να μειωθούν τα εργασιακά ατυχήματα και οι επαγγελματικές παθήσεις, είναι επιβεβλημένο να συνδυαστούν οι νόμοι και οι κανονισμοί αυτοί με μια σειρά άλλων εργαλείων, όπως ο κοινωνικός διάλογος, οι ορθές πρακτικές, η ευαισθητοποίηση, η εταιρική κοινωνική ευθύνη, τα οικονομικά κίνητρα και η ενσωμάτωση της στρατηγικής ΕΑΥ στις λοιπές δράσεις της ΕΕ.

Σε επίπεδο ΕΕ, αυτή η ολιστική προσέγγιση της ΕΑΥ υλοποιείται με τη μορφή κοινοτικών στρατηγικών σχετικά με την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία. Η τρέχουσα «κοινοτική στρατηγική 2007-2012 για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία» αποσκοπεί στη μείωση των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας κατά 25% σε όλη την επικράτεια της ΕΕ μέχρι το 2012. Η επίτευξη αυτού του στόχου απαιτεί δράση από τους σχετικούς φορείς σε όλα τα επίπεδα – ευρωπαϊκό, εθνικό, τοπικό και σε επίπεδο χώρων εργασίας. Μια βασική έννοια και ένας από τους θεμελιώδεις πυλώνες για την επίτευξη των στόχων αυτής της κοινοτικής στρατηγικής είναι η ανάπτυξη και η εφαρμογή συνεκτικών εθνικών στρατηγικών στα κράτη μέλη της ΕΕ.

Συγκεκριμένα, προκειμένου να επιτευχθεί ο φιλόδοξος αυτός στόχος, προτείνονται οι ακόλουθοι κύριοι στόχοι:

- διασφάλιση της καλής εφαρμογής της νομοθεσίας της ΕΕ
- στήριξη των ΜΜΕ όσον αφορά την εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας
- προσαρμογή του νομικού πλαισίου στις αλλαγές του χώρου εργασίας και απλούστευσή του, ιδίως λαμβάνοντας υπόψη τις ΜΜΕ

- προώθηση της ανάπτυξης και της εφαρμογής των εθνικών στρατηγικών
- ενθάρρυνση των αλλαγών συμπεριφοράς των εργαζομένων, καθώς και των ευνοϊκών για την υγεία προσεγγίσεων από πλευράς εργοδοτών
- επικαιροποίηση των μεθόδων για την αναγνώριση και την αξιολόγηση των δυνητικών νέων κινδύνων
- βελτίωση της παρακολούθησης της σημειούμενης προόδου
- προώθηση της υγείας και της ασφάλειας σε διεθνές επίπεδο

Η μεταστροφή προς την κατεύθυνση νέων στρατηγικών βασισμένων στην πληροφορία αποτελεί παγκόσμια τάση. Το 2006, η ΔΟΕ υιοθέτησε Πλαίσιο για την Προώθηση της Ασφάλειας και της Υγείας στην Εργασία ενώ η ΠΟΥ υιοθέτησε Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για την Υγεία των Εργαζομένων 2008 – 2017. Επίσης, πολλές χώρες εκτός ΕΕ έχουν αναπτύξει στρατηγικές ΕΑΥ προκειμένου να προσδώσουν μεγαλύτερη σαφήνεια στο γενικό προσανατολισμό τους και να καθορίσουν τις προτεραιότητες σχετικά με την ΕΑΥ στις χώρες τους.

Παρά την πρόοδο που σημειώθηκε, τα τελευταία αποτελέσματα της τέταρτης ευρωπαϊκής έρευνας σχετικά με τις συνθήκες εργασίας δείχνουν ότι πολλοί ευρωπαίοι εργαζόμενοι εξακολουθούν να θεωρούν ότι απειλείται η υγεία τους ή η ασφάλειά τους λόγω της εργασίας τους:

- σχεδόν το 28% των εργαζομένων στην Ευρώπη δηλώνουν ότι υποφέρουν από προβλήματα υγείας που δεν συνδέονται με ατύχημα και τα οποία οφείλονται -ή μπορεί να οφείλονται- στην εργασία τους ή επιδεινώθηκαν λόγω της τρέχουσας ή προηγούμενης απασχόλησής τους·
- κατά μέσο όρο, το 35% των εργαζομένων θεωρούν ότι η εργασία τους εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία τους.

Επιπλέον, η μείωση των επαγγελματικών κινδύνων δεν είναι ομοιογενής:

- Οι εργαζόμενοι ορισμένων κατηγοριών είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στους επαγγελματικούς κινδύνους (οι νέοι σε ηλικία εργαζόμενοι, οι εργαζόμενοι που απασχολούνται σε επισφαλή εργασία, οι μεγαλύτερης ηλικίας εργαζόμενοι και οι διακινούμενοι εργαζόμενοι).
- Ορισμένες κατηγορίες επιχειρήσεων είναι πιο ευάλωτες (οι μικρομεσαίες, ειδικότερα, διαθέτουν λιγότερους πόρους προκειμένου να δημιουργήσουν σύνθετα συστήματα προστασίας των εργαζομένων, ενώ ορισμένες από αυτές τείνουν να επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τον αρνητικό αντίκτυπο των προβλημάτων υγείας και ασφάλειας).

- Ορισμένοι τομείς δραστηριότητας παραμένουν ιδιαίτερα επικίνδυνοι (οικοδομές/έργα, γεωργία, αλιεία, μεταφορές, υγεία και κοινωνικές υπηρεσίες).

Πολλές προκλήσεις στον τομέα της υγείας και της ασφάλειας εξακολουθούν να αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία. Πρόκειται κυρίως για τα ακόλουθα:

- δημογραφικές εξελίξεις και γήρανση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού·

- νέες τάσεις στην απασχόληση, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης της ελεύθερης εργασίας (αυτοαπασχόλησης), της υπεργολαβίας και της αύξησης της απασχόλησης στις ΜΜΕ·

- νέες σημαντικότερες μεταναστευτικές ροές με προορισμό την Ευρώπη.

Επιπλέον, η συμμετοχή των γυναικών στην απασχόληση εξακολουθεί να αυξάνει και συχνά συνοδεύεται από διαχωρισμό των φύλων στην αγορά εργασίας. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να ληφθούν καλύτερα υπόψη οι πτυχές της υγείας και της ασφάλειας που αφορούν ειδικότερα τις γυναίκες.

Ορισμένα είδη επαγγελματικών νόσων εμφανίζονται συχνότερα (μυοσκελετικά προβλήματα, προβλήματα που συνδέονται με ψυχολογικές πιέσεις). Η φύση των επαγγελματικών κινδύνων μεταβάλλεται με την επιτάχυνση των καινοτομιών, την ανάπτυξη νέων παραγόντων κινδύνου (βία στην εργασία, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής και ηθικής παρενόχλησης, εθισμοί) και τη μεταρρύθμιση της εργασίας (μεγαλύτερος κατακερματισμός της επαγγελματικής ζωής).

Οι εξελίξεις αυτές απαιτούν καλύτερη κατανόηση του φαινομένου, μέσω ειδικής έρευνας, προκειμένου να οριστούν αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης. Τέλος, το συγκεκριμένο επίπεδο εφαρμογής της κοινοτικής νομοθεσίας διαφέρει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων κρατών μελών.

3.9 Υγεία και βιοεπιστήμες

Η ταχύρυθμος επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος, η οποία κατέστησε δυνατή, μέσα σε μία μόνο δεκαετία, τη χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδίου καθώς και ενός πλήθους άλλων ζωντανών οργανισμών εισαγάγει μία νέα εποχή στην μοριακή βιολογία και γενετική, και πιο συγκεκριμένα στην φαρμακευτική. Ωστόσο, θα απαιτηθεί μία μακρόχρονη και μεγάλου εύρους έρευνα προκειμένης μιας μετάβασης στην «μεταγονιδιωματική εποχή».

Η επιλογή της γονιδιωματικής και της βιοτεχνολογία της υγείας ως ένα από τα θέματα προτεραιότητας του Έκτου Προγράμματος Πλαισίου (ΠΠ) για την Έρευνα (το ΠΠ είναι ο κύριος μοχλός της ΕΕ για την χρηματοδότηση της έρευνας στην Ευρώπη)

είναι σύμφωνη με τη μεγάλη πολιτική και στρατηγική επιλογή που έκανε πρόσφατα η ΕΕ για την αντιμετώπιση των προκλήσεων μιας νέας οικονομίας βασισμένης στη γνώση. Αποτελεί επίσης την ανταπόκριση στις κοινωνικές προσδοκίες, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Η ανακοπή της φθίνουσας υγειονομικής κατάστασης των αναπτυσσόμενων χωρών, καταρρακωμένων από μεταδοτικές ασθένειες, έχει γίνει η κύρια συνθήκη για έναν βιώσιμο κόσμο.

Οι στόχοι της ΕΕ είναι:

- Να εκμεταλλευτεί, μέσω μίας ολοκληρωμένης ερευνητικής προσπάθειας, τα επιστημονικά επιτεύγματα πάνω στην αποκρυπτογράφηση των γονιδίων ζωντανών οργανισμών, ωφελώντας την δημόσια υγεία και αυξάνοντας την ανταγωνιστικότητα της ευρωπαϊκής βιοτεχνολογίας. Η έρευνα θα μπορέσει να συμβάλει επίσης στους τομείς της αγροτικής ανάπτυξης και του περιβάλλοντος.
- Η επίτευξη βασικών γνώσεων στο στάδιο της εφαρμογής (νέα διαγνωστικά εργαλεία και μέθοδοι για την καταπολέμηση ασθενειών που δεν έχουν πλήρως ελεγχθεί και αντιπροσωπεύουν μεγάλες πιθανές αγορές.)
- Η καταπολέμηση, κυρίως σε κλινικό στάδιο, του καρκίνου, των παιδικών ασθενειών καθώς και του γήρατος και ευμετάδοτων νοσημάτων συνδεδεμένων με την φτώχεια.

Η κοινοτική δράση θα επικεντρωθεί σε δύο κύρια πεδία:

1. Στην εφαρμογή της τεχνογνωσίας στον τομέα της γονιδιωματικής και βιοτεχνολογίας στην υγεία: τεχνολογικές βάσεις για την ανάπτυξη νέων μέσων στους τομείς της διάγνωσης, της πρόληψης και της θεραπείας (εμβρυονική έρευνα και εναλλακτικές μεθόδους για τα πειράματα στα ζώα.)
2. Στην καταπολέμηση σοβαρών ασθενειών με προσεγγίσεις προσανατολισμένες στις ιατρικές εφαρμογές της τεχνογνωσίας της γονιδιωματικής, συμπεριλαμβανομένης και ζωικής και φυτικής γονιδιωματικής, ειδικότερα στους ακόλουθους τομείς:
 - Καταπολέμηση του διαβήτη, ασθενειών του νευρικού συστήματος (Alzheimer, Parkinson, Creutzfeldt-Jacob καθώς και νοητικών ασθενειών), καρδιαγγειακών νόσων και σπάνιων ασθενειών.
 - Καταπολέμηση της ανθεκτικότητας στα αντιβιοτικά και άλλα φάρμακα.
 - Μελέτη της ανθρώπινης ανάπτυξης και της γήρανσης.

- Καρκίνος: ανάπτυξη στρατηγικών όσων αφορά τους ασθενείς, από την πρόληψη στην διάγνωση και θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των τριών ακόλουθων στοιχείων:
 - ✓ Δημιουργία δικτύων και πρωτοβουλιών για τον συντονισμό εθνικών ερευνητικών εργασιών.
 - ✓ Ενίσχυση των κλινικών ερευνών που στοχεύουν στην επαλήθευση νέων και βελτιωμένων παρεμβάσεων.
 - ✓ Ενίσχυση της μεταφραστικής έρευνας.
- Καταπολέμηση των τριών μεταδοτικών ασθενειών που είναι συνδεδεμένες με την φτώχεια (AIDS, ελονοσία, φυματίωση) οι οποίες αποτελούν προτεραιότητα στην καταπολέμηση των ασθενειών τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

ΚΕΦ. 4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

4.1 Η Ελεύθερη Συναλλαγή εχθρός της Υγείας;

Η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι πάνω από όλα μια οικονομική οντότητα που ασχολείται με το ελεύθερο εμπόριο και ιδίως την ελεύθερη κυκλοφορία αγαθών, κεφαλαίων, προσώπων και υπηρεσιών, τους ακρογωνιαίους λίθους της εσωτερικής της αγοράς. Μερικά από αυτά τα αγαθά (τα καλύτερα παραδείγματα είναι ο καπνός και το αλκοόλ), καθώς και οι υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται για την προώθηση τους (διαφήμιση) μπορούν, ωστόσο, να είναι επιβλαβή για την υγεία.

Μια πιθανή σύγκρουση θα μπορούσε να προκύψει μεταξύ της επιθυμίας για την προώθηση της εσωτερικής αγοράς μιας χώρας και την ανάγκη για προστασία της υγείας. Για παρόμοιους λόγους, η ένταξη στην ΕΕ θεωρείται συχνά ως μια διαδικασία που θα αυξήσει το επίπεδο της υγείας στις υποψήφιες χώρες, καθώς το άνοιγμα των συνόρων συνοδεύεται από ταχύτερη οικονομική ανάπτυξη και, κατά συνέπεια, την άνοδο του βιοτικού επιπέδου.

Ωστόσο, η κατάργηση των συνόρων συνοδεύεται επίσης από πιθανές απειλές για την υγεία, σε ιδίως όταν προωθείται το εμπόριο βλαπτικών για την υγεία προϊόντων.

Οι ενδεχόμενες συγκρούσεις μεταξύ εμπορίου και υγείας είναι από τα ζητήματα που οι Συνθήκες της ΕΕ αδυνατούν να δώσουν λύσεις. Παρά το γεγονός ότι η αρμοδιότητα της ΕΕ στον τομέα της δημόσιας υγείας επεκτάθηκε σταδιακά, με αποκορύφωμα το άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, η οποία ορίζει ότι ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας πρέπει να "εξασφαλίζεται κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των κοινοτικών πολιτικών και δραστηριοτήτων», παραμένει ουσιαστικά αδύνατη η εναρμόνιση της νομοθεσίας αμιγώς για σκοπούς δημόσιας υγείας (*Gilmore και McKee, 2002*). Αυτό αποτελεί μεγάλη πρόκληση για όσους επιθυμούν να προστατεύσουν την υγεία των ευρωπαίων πολιτών καθώς η ευρωπαϊκή νομοθεσία δεν το αντιμετωπίζει επαρκώς.

Είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι νόμοι για τον έλεγχο του καπνού και του αλκοόλ έχουν θεσπιστεί ως μέτρα για την εσωτερική αγορά της ΕΕ και την ομαλή κυκλοφορία των αγαθών και υπηρεσιών εντός της. Οι περιορισμοί αυτής της προσέγγισης εμφανίζονται, ίσως, καλύτερα από την ακύρωση της πρώτης συνολικής απαγόρευσης της ΕΕ για την άμεση και έμμεση διαφήμιση των προϊόντων καπνού στο Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (98/43/ΕΚ) τον Οκτώβριο του 2000 μετά από

πρόκληση από τη Γερμανική Κυβέρνηση και τέσσερις βρετανικές καπνοβιομηχανίες (Gilmore και McKee, 2002).

Η γνώμη του γενικού εισαγγελέα (προτάσεις του γενικού εισαγγελέα Fennelly, 2000) και την επακόλουθη απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου (Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2000) συμπέραναν ότι η οδηγία είχε υπερβεί τη νομική βάση, ως μέτρο της εσωτερικής αγοράς, αφού δεν διευκόλυνε την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων αλλά την ρύθμιζε και δεν βοηθούσε στον ανταγωνισμό της αγοράς διαφήμισης του καπνού, αλλά ουσιαστικά εξάλειψε την εν λόγω αγορά (Hervey, 2001). Οι περιορισμοί της Οδηγίας σχετικά με το εμπόριο καπνού θεωρούνται δυσανάλογοι με την απαίτηση για την εξασφάλιση της ορθής λειτουργία της εσωτερικής αγοράς (Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2000), υπογραμμίζοντας το υποκείμενο πρόβλημα, ότι, δηλαδή, εφ' όσον οι διατάξεις της Συνθήκης εμποδίζουν την εναρμόνιση της νομοθεσίας για λόγους δημόσιας υγείας και μόνο, η ΕΕ θα πρέπει πάντα να είναι αντιμέτωπη με το δίλημμα ότι αυτό που απαιτείται για την προστασία της δημόσιας υγείας μπορεί να θεωρηθεί δυσανάλογο με εκείνο που απαιτείται για την προστασία της εσωτερικής αγοράς (Gilmore και McKee, 2002).

4.2 Ανισότητες στον τομέα της Υγείας στην ΕΕ – Εναρμόνιση των συστημάτων Υγείας

Οι πολίτες της ΕΕ ζουν κατά μέσο όρο περισσότερο και με καλύτερη υγεία απ' ό,τι οι προηγούμενες γενιές. Ωστόσο, η ΕΕ αντιμετωπίζει ένα σημαντικό πρόβλημα: υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τομέα της υγείας μεταξύ των κρατών μελών και στο εσωτερικό τους. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διαφορές αυτές μπορεί να μεγαλώσουν. Η αυξημένη ανεργία και η αβεβαιότητα που προκαλεί η σημερινή οικονομική κρίση επιδεινώνουν περαιτέρω την κατάσταση αυτή.

Ενώ το μέσο επίπεδο υγείας στην ΕΕ συνέχισε να βελτιώνεται τις τελευταίες δεκαετίες, οι διαφορές στον τομέα της υγείας μεταξύ των ανθρώπων που ζουν σε διαφορετικές περιοχές της ΕΕ και μεταξύ των πιο ευνοημένων και των πιο μειονεκτούντων τμημάτων του πληθυσμού παραμένουν σημαντικές και σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν μάλιστα μεγαλώσει. Σε ορισμένα κράτη μέλη η θνησιμότητα στα βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους είναι πενταπλάσια από εκείνη σε άλλα κράτη μέλη. Η διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση είναι 14 χρόνια για τους άνδρες και 8 χρόνια για τις γυναίκες. Διαπιστώνονται επίσης μεγάλες διαφορές στον τομέα της υγείας ανάμεσα σε περιφέρειες, αστικές και αγροτικές περιοχές και συνοικίες.

Σε ολόκληρη την ΕΕ η κατάσταση της υγείας ακολουθεί κοινωνική διαβάθμιση. Σε ανθρώπους χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, χαμηλότερης επαγγελματικής κατηγορίας και χαμηλότερης εισοδηματικής στάθμης παρατηρείται μικρότερη διάρκεια ζωής και υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων υγείας των περισσότερων ειδών. Οι εργαζόμενοι των οποίων η εργασία είναι κυρίως χειρωνακτική ή τα καθήκοντα επαναλαμβανόμενα έχουν χειρότερη υγεία από εκείνους των οποίων η εργασία δεν είναι χειρωνακτική ή έχουν λιγότερο επαναλαμβανόμενα καθήκοντα. Οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μεταξύ των κατώτερων και των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων έφθασαν τα 10 χρόνια για τους άνδρες και τα 6 χρόνια για τις γυναίκες. Η διάσταση του φύλου αποτελεί επίσης σοβαρό παράγοντα. Οι γυναίκες ζουν γενικά περισσότερο από τους άνδρες, αλλά ζουν μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους με προβλήματα υγείας.

Οι ευάλωτες και κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, όπως οι μετανάστες ή τα άτομα που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες, τα άτομα με αναπηρία ή οι άστεγοι, έχουν ιδιαίτερα χαμηλό μέσο επίπεδο υγείας. Για παράδειγμα, εκτιμάται ότι το προσδόκιμο επιβίωσης των Ρόμα είναι κατά 10 χρόνια μικρότερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού (*Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*, 2009). Οι αιτίες της κακής κατάστασης της υγείας σε αυτές τις ομάδες μπορεί να είναι οι κακές συνθήκες στέγασης, η κακή διατροφή και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία καθώς και διακρίσεις, στιγματισμός και εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και άλλες υπηρεσίες.

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας οφείλονται στις διαφορές μεταξύ των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού σε μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Σε αυτούς περιλαμβάνονται: οι συνθήκες διαβίωσης, οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, η εκπαίδευση, το επάγγελμα και το εισόδημα, η υγειονομική περίθαλψη, η πρόληψη των νόσων και οι υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, οι δημόσιες πολιτικές που επηρεάζουν την ποσότητα, την ποιότητα και την κατανομή αυτών των παραγόντων. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας αρχίζουν κατά τη γέννηση και συνεχίζουν έως τα γηρατειά. Τα άτομα που ήταν θύματα ανισοτήτων σε μια δεδομένη στιγμή της ζωής τους όσον αφορά την πρόσβαση στην εκπαίδευση, την απασχόληση και την υγειονομική περίθαλψη καθώς και ανισοτήτων λόγω φύλου και φυλής, υπάρχει κίνδυνος να υποστούν τις επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας τους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο συνδυασμός της φτώχειας με άλλους παράγοντες που καθιστούν τα άτομα πιο ευάλωτα, όπως η παιδική ηλικία ή τα γηρατειά, η αναπηρία ή όταν ανήκει κάποιος σε μειονότητα αυξάνουν περαιτέρω τους κινδύνους για την υγεία.

Οι διαφορές στον τομέα της υγείας συνδέονται με ορισμένους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Οι οικονομικές συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν πολλές πτυχές των συνθηκών διαβίωσης που έχουν επιπτώσεις στην υγεία. Σε ορισμένες περιοχές της ΕΕ εξακολουθεί να μην υπάρχει βασικός εξοπλισμός, όπως δίκτυο ύδρευσης και αποχέτευσης. Οι πολιτιστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία διαφέρουν επίσης σημαντικά από τη μια περιοχή στην άλλη και από τη μια ομάδα του πληθυσμού στην άλλη. Πολλές περιοχές, ιδίως σε ορισμένα από τα νεότερα κράτη μέλη, δυσκολεύονται να προσφέρουν στον πληθυσμό τους τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Τα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να περιλαμβάνουν την έλλειψη ασφάλειας, τις υψηλές δαπάνες περίθαλψης, την έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια. Σύμφωνα με ορισμένες έρευνες, οι φτωχότερες κοινωνικές ομάδες χρησιμοποιούν λιγότερο την υγειονομική περίθαλψη από τις πιο εύπορες ομάδες για ισοδύναμες ιατρικές ανάγκες.

Επειδή οι ανισότητες στον τομέα της υγείας δεν είναι απλώς θέμα τύχης αλλά επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις ενέργειες των ατόμων, των κυβερνήσεων, των ενδιαφερόμενων μερών και των κοινοτήτων, δεν είναι αναπόφευκτες. Τα μέτρα για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας σημαίνουν αντιμετώπιση των παραγόντων που έχουν άνισες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες μπορούν να αποφευχθούν και μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω μιας δημόσιας πολιτικής.

4.2.1 Σημερινές πολιτικές πλαισίωσης της ΕΕ

Η καταπολέμηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας είναι μια από τις βασικές δράσεις της στρατηγικής της ΕΕ για την υγεία (2008-2013), η οποία προσδιορίζει την ισότητα στον τομέα της υγείας ως θεμελιώδη αξία και προσανατόλισε την καταπολέμηση των ανισοτήτων σε τομείς της υγείας όπως η ψυχική υγεία, το κάπνισμα, η νεολαία, ο καρκίνος και το HIV/AIDS. Το πρόγραμμα δημόσιας υγείας της ΕΕ συνέβαλε στον προσδιορισμό και την ανάπτυξη δραστηριοτήτων για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ευρωπαϊκού οδηγού καλών πρακτικών. Τα πρώτα μέτρα που ελήφθησαν αποσκοπούσαν στη βελτίωση της συλλογής στοιχείων και στη δικτύωση των κρατών μελών και των βασικών ενδιαφερόμενων μερών.

Με βάση την ανοικτή μέθοδο συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη, τα κράτη μέλη της ΕΕ συμφώνησαν με το στόχο να καταπολεμηθούν

οι ανισότητες στον τομέα της υγείας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου χρησιμοποιούν σύνολο κοινών δεικτών που βασίζονται σε εργασίες της Eurostat για στατιστικές δημόσιας υγείας. Η ανάλυση σε επίπεδο ΕΕ των εκθέσεων εθνικής στρατηγικής για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη συνέβαλε στην ενθάρρυνση του διαλόγου και στη λήψη μέτρων από τα κράτη μέλη.

Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας είναι επίσης μια από τις προκλήσεις για τη δημόσια υγεία, η οποία εντοπίστηκε στη στρατηγική της ΕΕ για την αειφόρο ανάπτυξη. Ο στόχος για μεγαλύτερη ισότητα στον τομέα της υγείας ενισχύεται από τους γενικούς στόχους της ΕΕ της στρατηγικής της Λισαβόνας για οικονομική ανάπτυξη σε συνδυασμό με κοινωνική αλληλεγγύη. Η ΕΕ παρέχει χρηματοδοτική ενίσχυση μέσω της πολιτικής για τη συνοχή και του Ευρωπαϊκού Γεωργικού Ταμείου Αγροτικής Ανάπτυξης, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ περιφερειών μέσω επενδύσεων σε παράγοντες που επηρεάζουν καθοριστικά τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, όπως συνθήκες διαβίωσης, κατάρτιση και απασχόληση, μεταφορές, τεχνολογίες, υποδομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

4.2.2 Μέτρα για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας

Είναι αναγκαίο να ληφθούν περαιτέρω μέτρα επειδή αυξάνονται οι ενδείξεις ότι οι ανισότητες στον τομέα της υγείας μεγαλώνουν και γενικεύονται σε όλη την ΕΕ και επειδή υπάρχουν ανησυχίες για τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία, την κοινωνική συνοχή και την οικονομική ανάπτυξη σε περίπτωση που οι ανισότητες αυτές δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Τα υπάρχοντα μέτρα είχαν περιορισμένα αποτελέσματα και υπάρχει κίνδυνος να μεγαλώσουν οι διαφορές που υπάρχουν εξαιτίας των πρόσφατων οικονομικών δυσκολιών. Επιπλέον, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού της ΕΕ είναι σημαντικό να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας όλων των ομάδων του πληθυσμού, έτσι ώστε να συμβάλει στη βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής προστασίας.

Μολονότι την κύρια αρμοδιότητα για την πολιτική υγείας εξακολουθούν να την έχουν τα κράτη μέλη, δεν διαθέτουν όλα τους ίδιους πόρους, μέσα και εμπειρογνωμοσύνη για την αντιμετώπιση των διαφόρων αιτίων των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η ΕΕ μπορεί να συμβάλει στις προσπάθειες εξασφαλίζοντας ότι οι σχετικές πολιτικές και δράσεις της ΕΕ λαμβάνουν υπόψη το στόχο της αντιμετώπισης των παραγόντων που δημιουργούν ή συμβάλλουν στη δημιουργία ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στον πληθυσμό της ΕΕ.

Η ΕΕ πρέπει να χρησιμοποιήσει με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο τους διαθέσιμους μηχανισμούς και μέσα. Μπορεί, για παράδειγμα, να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση, την προώθηση και την ενθάρρυνση των ανταλλαγών πληροφοριών και γνώσης μεταξύ των ενδιαφερόμενων κρατών μελών, τον προσδιορισμό και τη διάδοση καλών πρακτικών και τη διευκόλυνση του σχεδιασμού πολιτικών προσαρμοσμένων στα ειδικά ζητήματα που υπάρχουν στα κράτη μέλη και/ή σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Επίσης θα παρακολουθεί και θα αξιολογεί την πρόοδο της εφαρμογής αυτών των πολιτικών.

4.2.3 Βασικά θέματα που πρέπει να εξεταστούν

Από τη μέχρι σήμερα εμπειρία προκύπτει ότι πρέπει να αντιμετωπιστούν ορισμένες σημαντικές προκλήσεις, ώστε να ενισχυθούν τα υφιστάμενα μέτρα για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

- **Η ισότητα στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο της γενικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης**

Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο υγείας συνδέεται με την ευημερία. Στις πλουσιότερες χώρες και περιοχές η κατάσταση όσον αφορά την υγεία είναι κατά μέσο όρο καλύτερη, με βάση διάφορους δείκτες. Ωστόσο, η σχέση αυτή δεν ισχύει για όλες τις περιπτώσεις. Όταν οι διαθέσιμοι πόροι είναι περισσότεροι, αυξάνονται οι δυνατότητες διατήρησης και βελτίωσης της υγείας, αλλά με την προϋπόθεση ότι οι πόροι αυτοί κατανέμονται κατάλληλα. Είναι σαφές ότι όλες οι ομάδες δεν επωφελήθηκαν εξίσου από την οικονομική πρόοδο. Αυτό που προέχει είναι να δημιουργηθεί ένα πρότυπο γενικής οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης το οποίο οδηγεί σε μεγαλύτερη οικονομική ανάπτυξη και μεγαλύτερη αλληλεγγύη, συνοχή και υγεία.

- **Βελτίωση των διαθέσιμων δεδομένων και γνώσεων, των μηχανισμών μέτρησης, παρακολούθησης, αξιολόγησης και υποβολής έκθεσης**

Η μέτρηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας είναι ένα βασικό πρώτο βήμα για αποτελεσματικά μέτρα. Παρόλο που υπάρχουν τεκμηριωμένα στοιχεία σε ορισμένους τομείς, απαιτούνται πιο λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την επίδραση και τη σημασία διαφόρων καθοριστικών για την υγεία παραγόντων, ώστε να εφαρμοστούν αποτελεσματικά μέτρα σχετικά με συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού και καθοριστικούς παράγοντες.

Η έλλειψη τακτικών και συγκρίσιμων δεδομένων σε επίπεδο ΕΕ και γνώσεων βάσει έρευνας δημιουργούν εμπόδιο στην αξιολόγηση της σημερινής κατάστασης, την

επανεξέταση των προτεραιοτήτων της πολιτικής, την πραγματοποίηση συγκρίσεων, την άντληση καλών πρακτικών και την ανακατανομή των πόρων σε τομείς στους οποίους υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη. Τα σημερινά και τα μελλοντικά διαθέσιμα στοιχεία σε επίπεδο ΕΕ, κυρίως με βάση την πλήρη εφαρμογή των ερευνών της ΕΕ, όπως η έρευνα της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC), η ευρωπαϊκή έρευνα για την υγεία με συνεντεύξεις και η έρευνα της ΕΕ για την αναπηρία και οι κανονισμοί εφαρμογής σε όλους τους τομείς των στατιστικών για τη δημόσια υγεία πρέπει να χρησιμοποιηθούν ώστε να αναπτυχθούν μέτρα καταπολέμησης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, τα οποία θα επιτρέψουν τις διαχρονικές συγκρίσεις στην ΕΕ. Πρέπει επίσης να εξασφαλιστεί η συνοχή με άλλες διεθνείς βάσεις δεδομένων.

Οι αιτίες των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας διαφέρουν μεταξύ των κρατών μελών και των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού. Τα κράτη μέλη πρέπει να επιδιώξουν να καθορίσουν, σε στενή συνεργασία με την Επιτροπή, ένα κοινό σύνολο δεικτών για την παρακολούθηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και μεθοδολογία για τον έλεγχο της κατάστασης στα κράτη μέλη σχετικά με την υγεία, με σκοπό τον προσδιορισμό και την ιεράρχηση των τομέων που πρέπει να βελτιωθούν και των καλών πρακτικών. Η Επιτροπή πρέπει να υποστηρίξει τα κράτη μέλη για να επιτύχουν τους στόχους τους παρέχοντας ανάλυση και ενίσχυση με βάση τις διαθέσιμες πληροφορίες. Αυτό μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο εργαλείο για τα κράτη μέλη κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή αποτελεσματικότερων και ουσιαστικότερων πολιτικών, προσαρμοσμένων στη δική τους κατάσταση, και για να χρησιμοποιήσουν καλύτερα τα υφιστάμενα μέσα σε επίπεδο ΕΕ για την υποστήριξη των μέτρων τους.

- **Στράτευση της κοινωνίας**

Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας σημαίνει ότι επηρεάζεται η υγεία των ανθρώπων στην καθημερινή τους ζωή, την εργασία, το σχολείο και κατά τον ελεύθερο χρόνο τους. Εκτός από τις κυβερνήσεις των κρατών μελών, οι περιφερειακές αρχές σε πολλές χώρες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όσον αφορά τη δημόσια υγεία και τις υπηρεσίες υγείας και πρέπει, επομένως, να συμμετέχουν ενεργά στα σχετικά μέτρα. Ο τομέας της υγείας θα διαδραματίσει πρωταρχικό ρόλο για την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και για την υποστήριξη της γνώσης και της κατάρτισης στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και άλλων τομέων. Επίσης, οι τοπικές αρχές, οι χώροι εργασίας και τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη μπορούν να διαδραματίσουν επίσης σημαντικό ρόλο.

Επομένως, η βελτίωση της ανταλλαγής πληροφοριών και γνώσεων καθώς και του συντονισμού των πολιτικών μεταξύ διαφόρων επιπέδων διακυβέρνησης και διαφόρων τομέων τομείς (υγειονομική περίθαλψη, απασχόληση, κοινωνική προστασία, περιβάλλον, εκπαίδευση, νεολαία και περιφερειακή ανάπτυξη) μπορεί να καταστήσει τα μέτρα πιο αποτελεσματικά και τα αποτελέσματά τους ευρύτερα και πιο συνεκτικά. Είναι επίσης αναγκαίο να δημιουργηθούν πιο αποτελεσματικές εταιρικές σχέσεις με τα ενδιαφερόμενα μέρη που μπορούν να βοηθήσουν στην προώθηση μέτρων για διάφορους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες και, επομένως, στη βελτίωση των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας.

- **Κάλυψη των αναγκών των ευάλωτων ομάδων**

Η αποτελεσματική καταπολέμηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας απαιτεί πολιτικές οι οποίες περιλαμβάνουν μέτρα για την αντιμετώπιση των διαφορών στον τομέα της υγείας σε όλη την κοινωνία καθώς και μέτρα που προορίζονται ειδικά για ευάλωτες ομάδες. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις ανάγκες των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, των μειονεκτουσών ομάδων μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων, των ατόμων με αναπηρία, των ηλικιωμένων ή των παιδιών που ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Για ορισμένες ομάδες το θέμα της ανισότητας στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της περιορισμένης πρόσβασης σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη, μπορεί να χαρακτηριστεί ως ζήτημα που αφορά τα θεμελιώδη δικαιώματά τους.

Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναγνωρίζει το δικαίωμα κοινωνικής αρωγής και στεγαστικής βοήθειας προς εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης για όλους όσοι δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, το δικαίωμα πρόσβασης στην προληπτική περίθαλψη και το δικαίωμα ιατρικής αγωγής, και το δικαίωμα σε υγιεινές συνθήκες εργασίας. Ο Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού προβλέπει πολλά βασικά δικαιώματα όσον αφορά τις στοιχειώδεις ανάγκες των παιδιών, οι οποίες επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους, ενώ η σύμβαση του ΟΗΕ για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία ορίζει τα δικαιώματα πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας αποτελούν μία από τις τέσσερις προτεραιότητες της πρωτοβουλίας της Επιτροπής για την υγεία των νέων, η οποία δρομολογήθηκε το 2009.

Το Συμβούλιο προσδιόρισε την ανάγκη πρόσθετων μέτρων για τις υγειονομικές ανάγκες των μεταναστών, των Ρόμα (<http://tinyurl.com/kne9s5>) και των νέων με λιγότερες ευκαιρίες. Η Επιτροπή ξεκίνησε ένα δοκιμαστικό έργο σχετικά με την ένταξη των Ρομ, το οποίο περιλαμβάνει παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας και ολοκληρωμένες

παρεμβάσεις στον εκπαιδευτικό, κοινωνικό και οικονομικό τομέα καθώς και διασυνοριακή συνεργασία.

- **Βελτίωση της συμβολής των πολιτικών της ΕΕ**

Παρόλο που υπάρχει γενική συναίνεση σχετικά με την αρχή της μείωσης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς το βαθμό της ευαισθητοποίησης και την έκταση των μέτρων που λαμβάνονται. Περισσότερα από τα μισά κράτη μέλη της ΕΕ δεν επικεντρώνουν τις πολιτικές τους στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και υπάρχει έλλειψη συνολικών διατομεακών στρατηγικών. Επιπλέον, οι εφαρμοζόμενες πολιτικές δεν αξιολογούνται και δεν κοινοποιούνται, με αποτέλεσμα να είναι περιορισμένη η γνώση για την αποτελεσματικότητα των πολιτικών. Η ρόλος της ΕΕ είναι η βελτίωση του συντονισμού των πολιτικών και η προώθηση της ανταλλαγής καλών πρακτικών.

Η πολιτική συνοχής της ΕΕ είναι σημαντική για την επίτευξη των στόχων της Λισαβόνας όσον αφορά την οικονομική και κοινωνική συνοχή και μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματικό μέσο για την εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Οι σημερινές κοινοτικές στρατηγικές κατευθυντήριες γραμμές αναφέρουν τη δυνατότητα χρήσης των ταμείων για μέτρα σχετικά με την υγεία. Τα κράτη μέλη διέθεσαν περίπου 5 δις € (1,5% του συνολικού διαθέσιμου ποσού) από το Ταμείο Συνοχής για την περίοδο 2007-2013 για την υποδομή στον τομέα της υγείας. Η μεγαλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων χρηματοδότησης που προσφέρει η πολιτική συνοχής με σκοπό την εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας θα απαιτήσει: καλύτερη γνώση των δυνατοτήτων χρησιμοποίησης των ταμείων σε αυτό τον τομέα· καλύτερο συντονισμό μεταξύ των υπηρεσιών κάθε κράτους μέλους· και καλύτερη τεχνική ικανότητα για την ανάπτυξη επενδύσεων σε αυτό τον τομέα. Πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες ώστε να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στον τομέα της υγείας κατά την επόμενη περίοδο προγραμματισμού και να επιτευχθεί καλύτερη ευθυγράμμιση των στρατηγικών εγγράφων της πολιτικής συνοχής της ΕΕ με τις προτεραιότητες που προσδιορίζονται στην κοινωνική ΑΜΣ.

Η επιτροπή της ΠΟΥ για τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (ΠΟΥ, 2008) περιέγραψε πρόσφατα τις τεράστιες διαφορές στον τομέα της υγείας μεταξύ χωρών και κοινωνικών ομάδων σε όλο τον κόσμο και ζήτησε συντονισμένη δράση σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης για την εξάλειψή τους. Οι δραστηριότητες της ΕΕ, π.χ. στον τομέα του εμπορίου, της αναπτυξιακής βοήθειας, της εργασίας με διεθνείς οργανώσεις και της ανταλλαγής γνώσεων, μπορούν να επηρεάσουν τον τομέα της υγείας

σε τρίτες χώρες με διάφορους τρόπους. Η εμπειρία της ΕΕ στο θέμα της καταπολέμησης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας μπορεί να είναι σημαντική και εκτός της ΕΕ. Επομένως, πρέπει να διερευνηθούν πιθανές συνέργειες που μπορούν να δημιουργηθούν μεταξύ της αναπτυξιακής βοήθειας της Επιτροπής και των προσπαθειών στο εσωτερικό της ΕΕ για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Η ΕΕ πρέπει επίσης να συνεργαστεί με τις σχετικές διεθνείς οργανώσεις στον τομέα αυτό.

4.3 Οικονομική κρίση και Υγεία στην ΕΕ

Ο κόσμος βρίσκεται στη δίνη μιας σοβαρής χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης που θα πρέπει να διαχειριστεί και να ξεπεράσει, ενώ αντιμετωπίζει αποθαρρυντικές δημογραφικές (γήρανση, μετανάστευση), κοινωνικές (αυξανόμενες ανισότητες μεταξύ των "εχόντων" και "ενδεών") και περιβαλλοντικές (κλιματική αλλαγή) προκλήσεις.

Τα συμπτώματα, το μέγεθος και τις συνέπειες αυτής της κρίσης - η χειρότερη οικονομική ύφεση μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο - ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ περιφερειών και χωρών. Κοιτώντας προς το μέλλον, οι οικονομικές προοπτικές είναι αβέβαιες και η αύξηση του δημόσιου χρέους ενδέχεται να περιορίσει σημαντικά τις δημόσιες δαπάνες για τα επόμενα χρόνια.

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, τα πρότυπα διαβίωσης εκατομμυρίων ατόμων και οικογενειών στην ΕΕ, όπως είναι η βάση των εσόδων για την υγεία και τα συστήματα κοινωνικής προστασίας ήδη πλήττονται ή απειλούνται σοβαρά. Αποδεικτικά στοιχεία για τις συνέπειες της κρίσης στον τομέα της υγείας είναι σπάνια, και μάλιστα μπορεί να πάρει αρκετό καιρό πριν γίνουν εμφανή. Ωστόσο, η κρίση είναι πιθανό να προκαλέσει σημαντικές αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες, τον τρόπο ζωής, την υγεία και την ζήτηση υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου την αύξηση των ανισοτήτων υγείας. Υπάρχει ανάγκη να ενισχυθεί η παρακολούθηση, η ανάλυση και η καλύτερη παρακολούθηση αυτών των αλλαγών, ιδίως για τους φτωχούς και ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού της Ευρώπης.

Το ξεπέρασμα της κρίσης θα απαιτήσει, εγκαίρως, καλά στοχευμένες και πλήρως συντονισμένες προσπάθειες. Οι υγιείς μακροοικονομικές και δημοσιονομικές πολιτικές είναι απαραίτητες φυσικά. Ωστόσο, η υγεία είναι πλούτος, και η διάβρωση του ανθρώπινου κεφαλαίου θα πρέπει να αποφευχθεί πάση θυσία, προλαμβάνοντας μια κοινωνική και υγειονομική ύφεση στο μέλλον. Η επένδυση στην υγεία και συστήματα υγείας είναι, περισσότερο από ποτέ, αναγκαία σε περιόδους κρίσης και θα πρέπει να αποτελεί βασική συνιστώσα της αντίδρασης της κοινωνίας στην κρίση.

Γνωρίζουμε από την εμπειρία του παρελθόντος ότι, σε περιόδους κρίσης, οι κίνδυνοι για την υγεία που συνδέονται με την οικονομική δυσκολία επηρεάζονται από τη μείωση των πόρων που διατίθενται για τα συστήματα υγείας (οικονομικοί και ανθρώπινοι πόροι, φάρμακα και τα ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, υποδομές), από τις συνθήκες διαβίωσης, τον τρόπο ζωής και τις καταναλωτικές συμπεριφορές, καθώς και από τις αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες και αξίες. Στην ιδανική περίπτωση το σύστημα υγείας μπορεί και πρέπει να προστατεύσει εκείνους που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, να επικεντρωθεί σε τομείς στους οποίους υπάρχει αποτελεσματικότητα και να διαχειρίζεται έξυπνα τις επενδύσεις, τις δαπάνες και την απασχόληση.

Στις χώρες που το Σ.Υ. χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία η μείωση του ΑΕΠ μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση των δημοσίων εσόδων για την υγεία. Εναλλακτικά, στις χώρες που στηρίζεται κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση οι αυξήσεις της ανεργίας είναι πιθανόν να περιορίσουν τα έσοδα που προορίζονται για την υγεία. Οι διεθνείς τιμές για τα φάρμακα και άλλα αναλώσιμα μπορεί να αυξηθούν λόγω της υποτίμησης του νομίσματος. Αυτές οι πιέσεις στην είσπραξη εσόδων την αγοραστική δύναμη μπορεί με τη σειρά τους να οδηγήσουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στη μείωση των προϋπολογισμών για την υγεία, στην μείωση των παροχών ή στην αύξηση των OOP πληρωμών.

Από την άλλη, η μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών επηρεάζει αρνητικά τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία και την ικανότητα των οικογενειών να πληρώσουν για την υγειονομική τους περίθαλψη.

Η αύξηση της ανεργίας, η επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης του λαού, και το πρόσθετο άγχος που προκαλείται από την κρίση μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο υγιεινές επιλογές τρόπου ζωής ή πιο επικίνδυνες συμπεριφορές - όπως η αυξημένη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ.

Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και τα συστήματα υγείας θα διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τη δομή της οικονομίας τους, την εξάρτησή τους από τις εξαγωγές ή / και των διακυμάνσεων στο εθνικό τους νόμισμα, καθώς και τις πολιτικές δράσεις που αναπτύχθηκαν από την κυβέρνησή τους. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, οι λύσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν για να ικανοποιήσουν τις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε χώρας. Η ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των χωρών και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων θα είναι σίγουρα απαραίτητος.

Οι συστάσεις που παρουσιάζονται παρακάτω είναι το αποτέλεσμα της διάσκεψης υψηλού επιπέδου που πραγματοποιήθηκε στο Όσλο στις 1-2 Απριλίου 2009, προκειμένου

να αποφευχθούν, όσον το δυνατόν, οι δυσάρεστες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Υγείας.

1. Διανομή των περιορισμένων πόρων βάσει της αλληλεγγύης και της ισότητας. Οι υγειονομικές αρχές σε ολόκληρη την Ευρώπη ανησυχούν για το ότι το παρόν οικονομικό σύστημα δεν διανέμει τους πόρους, με βάση τις αξίες της αλληλεγγύης και της ισότητας, γεγονός που παρεμπόδισε την βελτίωση των δεικτών υγείας. Ζητούν αλλαγή του οικονομικού συστήματος που υποστηρίζει τη βελτίωση της υγείας
2. Αύξηση της επίσημης αναπτυξιακής βοήθειας (ΕΑΒ) με σκοπό την προστασία των πλέον ευάλωτων. Οι φτωχότερες χώρες είναι πιο ευάλωτες σε περιόδους κρίσης, όταν πρόκειται για την απώλεια της υγείας
3. Επένδυση στον τομέα της υγείας για την αύξηση των πόρων. Προστασία των προϋπολογισμών για την υγεία. Η επένδυση στην υγεία είναι επένδυση στην ανάπτυξη του ανθρώπου, την κοινωνική και οικονομική ευημερία.
4. "Κάθε υπουργός θα πρέπει να είναι και υπουργός υγείας". Προώθηση της "υγείας σε όλες τις πολιτικές».
5. Προστασία της δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εάν οι δαπάνες για την υγεία μειώνονται:
 - θα πρέπει να προστατεύονται οι δαπάνες των προγραμμάτων για τη δημόσια υγεία,
 - θα πρέπει να προστατεύονται οι δαπάνες για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας,
 - θα πρέπει να μειώνονται οι δαπάνες για τις λιγότερο αποδοτικές υπηρεσίες, όπως είναι η υψηλή τεχνολογία, και το υψηλό κόστος των υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Καθυστέρηση των επενδυτικών σχεδίων με υψηλό κόστος εγκατάστασης και προώθηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων.
6. "Περισσότερα χρήματα για την υγεία και περισσότερη υγεία για τα χρήματα". Βελτίωση της ποιότητας μέσω της διαφανούς παρακολούθησης και αξιολόγησης των επιδόσεων.
7. Ενίσχυση της καθολικής πρόσβασης σε προγράμματα κοινωνικής προστασίας.
8. Διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
9. Προσπάθεια για ισότητα στο πλαίσιο της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας μέσω της καθολικής, υποχρεωτικής και αναδιανεμητική μορφής της είσπραξης εσόδων.

10. Εξέταση της δυνατότητας θέσπισης ή αύξησης των φόρων στον καπνό, το αλκοόλ, τη ζάχαρη και το αλάτι. Αυτό θα μπορούσε να βοηθήσει τη χρηματοδότηση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας και την ίδια στιγμή να έχει θετικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία.
11. Εντατικοποίηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και εξασφάλιση δεοντολογικών προσλήψεων. Ακόμη και κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσης, πρέπει να αναγνωρίσουμε τις τρέχουσες ελλείψεις σε επαγγελματίες υγείας και την αυξανόμενη ανάγκη για το μέλλον. Εντατικοποίηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και χρησιμοποίηση της κρίσης ως ευκαιρία για την προσέλκυση νέων εργαζομένων για την υγεία. Συνεχή στήριξη της ανάπτυξης ενός κώδικα για την ηθική πρόσληψη σε όλους τους τομείς και χώρες.
12. Ενθάρρυνση την ενεργούς συμμετοχής του κοινού στην ανάπτυξη μέτρων για την άμβλυνση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Απαίτηση των υγειονομικών αρχών για πιο ενεργή δημόσια διαβούλευση και συμμετοχή στον καθορισμό, την υλοποίηση και την παρακολούθηση της εκτέλεσης των αποφάσεων σχετικά με την κρίση. Η συμμετοχή του κοινού μπορεί να είναι άμεση (δημόσιες συζητήσεις, διαβουλεύσεις) ή έμμεση, μέσω αντιπροσωπευτικών οργανώσεων, συλλόγων και σωματείων.

4.4 Υγής γήρανση: το κλειδί για μια βιώσιμη Ευρώπη

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού θα ασκήσει πίεση στα συστήματα υγείας και την ευρύτερη οικονομία. Σύμφωνα με τις προβολές της Επιτροπής, εάν τα ΕΥΖ αυξηθούν με τον ίδιο ρυθμό που αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής, οι δαπάνες για την παροχή φροντίδας υγείας λόγω της γήρανσης είναι δυνατόν να μειωθούν στο μισό. Παρά το γεγονός ότι ήδη πραγματοποιούνται ενέργειες στον τομέα αυτό, η ανάληψη δράσης σε επίπεδο ΕΕ θα μπορούσε να έχει προστιθέμενη αξία ενθαρρύνοντας, για παράδειγμα, τη χρήση των προγραμμάτων περιφερειακής πολιτικής για την υγεία και προβάλλοντας τις ορθές πρακτικές σε αυτόν και άλλους τομείς.

Ένας υγιής πληθυσμός είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την οικονομική ανάπτυξη και ευημερία στην Ευρώπη για δύο τουλάχιστον λόγους. Θα περιορίσει την πίεση στα Συστήματα Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας και θα επιτρέψει στους ανθρώπους να παραμείνουν ενεργοί στην κοινωνία για περισσότερο διάστημα.

Η προβλεπόμενη τάση γήρανσης του πληθυσμού, η οποία οφείλεται στα χαμηλά ποσοστά γεννήσεων και τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, έχει πλέον καθιερωθεί στην

πολιτική ατζέντα σε όλης της Ευρώπης. Αρκετά κράτη μέλη έχουν προβεί σε σχετικές μεταρρυθμίσεις του κοινωνικού τους συστήματος, ιδίως στις συντάξεις, την υγεία και τη μακροχρόνια περίθαλψη, προκειμένου να προετοιμαστούν για τη γήρανση του πληθυσμού τους. Είναι σαφές ότι η λήψη μέτρων για την προαγωγή της υγείας των πολιτών σε όλη την διάρκεια ζωής τους είναι σημαντική στον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων και την αύξηση της ενεργού δράσης τους.

Η υγεία έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας ισχυρός και σημαντικός παράγοντας προώθησης της οικονομικής ανάπτυξης. Η πολιτική για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αύξηση των Ετών Υγιούς Ζωής (EYZ) θα πρέπει, συνεπώς, να αποτελεί βασικό μέλημα για τις κυβερνήσεις σε όλα τα επίπεδα.

Είναι σαφές ότι μέσα στα επόμενα πενήντα χρόνια ο πληθυσμός της Ευρώπης θα περιέχει ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων από ότι σήμερα. Αυτό που είναι λιγότερο σαφές είναι εάν οι άνθρωποι θα γερνάνε έχοντας καλή υγεία ή όντας σε κακή κατάσταση υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τις αναδυόμενες απειλές για την υγεία, όπως για παράδειγμα την παχυσαρκία, δεν μπορούμε να θεωρούμε δεδομένο ότι το προσδόκιμο ζωής θα συνεχίσει να αυξάνεται, ενώ την ίδια στιγμή τα επίπεδα του πληθυσμού μειώνονται σε ορισμένα μέρη της Ευρώπης

Αυτοί που χαράζουν τις πολιτικές υγείας έχουν από καιρό υποστηρίξει ότι η «υγεία σημαίνει πλούτος» και ότι ένας υγιής πληθυσμός είναι απαραίτητος για ένα βιώσιμο μέλλον.

Η κακή υγεία είναι ένας λόγος για πρόωρη συνταξιοδότηση και αναρρωτικές άδειες, στη Γερμανία η πιθανότητα της πρόωρης εξόδου από το εργατικό δυναμικό είναι τέσσερις φορές υψηλότερη για τους άνδρες με αναπηρία, ενώ στην Ιρλανδία το ποσοστό συμμετοχής στην αγορά εργασίας είναι 61% χαμηλότερο για τους άνδρες με χρόνιες παθήσεις (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2005). Η Επιτροπή επισημαίνει στην έκθεσή της προς το Εαρινό Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2006) ότι τα κράτη - μέλη πρέπει να μειώσουν τα υψηλά ποσοστά των ατόμων που είναι ανενεργά λόγω της κακής υγείας τους και ότι η Ευρώπη δεν μπορεί να αντέξει την έξοδο ατόμων από την αγορά εργασίας στην ηλικία των πενήντα ετών. Οι υγιείς άνθρωποι είναι επίσης πιθανόν να είναι πιο παραγωγικοί στην εργασία τους.

Οι δαπάνες για την υγεία έχει αυξηθεί σταδιακά τις τελευταίες δεκαετίες και αναμένεται να συνεχίσουν να αυξάνονται τις επόμενες δεκαετίες. Δεδομένου ότι οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας είναι υψηλότερες κατά τα τελευταία χρόνια της ζωής, αναμένεται ότι οι δαπάνες για την υγεία θα αυξηθούν, ως αποτέλεσμα της δημογραφικής

αλλαγής. Μια βασική πρόκληση για την ΕΕ είναι να υποδείξει στα κράτη μέλη, μέσω της διάδοσης της έρευνας και της βέλτιστης πρακτικής, πώς να επενδύσουν στην υγεία, μέσω των συστημάτων υγείας και της προαγωγής της υγείας, προκειμένου να αποφευχθούν μελλοντικές αυξήσεις των δαπανών για την υγεία από την μείωση των αποτρέψιμων ασθενειών και, κατά συνέπεια να επιτρέπουν στους ανθρώπους να παραμένουν ενεργοί και να συμμετέχουν στην κοινωνία για ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Κατά προέκταση, η αύξηση των ΕΥΖ μπορεί να είναι η λύση για τη μείωση των οικονομικών κινδύνων που συνδέονται με τις δημογραφικές αλλαγές. Περισσότερα ΕΥΖ σημαίνουν έναν υγιέστερο εργατικό δυναμικό και λιγότερες συνταξιοδοτήσεις λόγω κακής υγείας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αποσυμπίεση των δημόσιων δαπανών των κρατών μελών και να συμβάλει στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, καθώς ο πληθυσμός γηράσκει.

Τα Έτη Υγιούς Ζωής μπορούν να αυξηθούν μέσω πολιτικών που να απευθύνονται στη γήρανση του πληθυσμού, μέσω της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης σε όλη τη διάρκεια ζωής, και υπογραμμίζοντας τη σημασία που έχει για την υγεία του πληθυσμού, καθώς και για τη μελλοντική βιωσιμότητα, η αύξηση των ΕΥΖ.

Οι δράσεις σε επίπεδο ΕΕ θα πρέπει να υποστηρίζουν τις εθνικές κυβερνήσεις για την αύξηση του προσδόκιμου υγιούς ζωής και την προετοιμασία των συστημάτων υγείας τους για τη δημογραφική αλλαγή. Συγκεκριμένα:

- Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού θα οδηγήσει σε ένα υγιές εργατικό δυναμικό και έναν υγιή και ενεργό ηλικιωμένο πληθυσμό. Η προσεκτική παρακολούθηση των επενδύσεων για την υγεία είναι, συνεπώς, ένα απαραίτητο εργαλείο για την εξασφάλιση βιώσιμων δημοσιοοικονομικών. Δυστυχώς, αυτές οι επενδύσεις είναι πολύ σημαντικές, και το χρονικό διάστημα μεταξύ επένδυσης και αποτελέσματος, για παράδειγμα, την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, με στόχο την υποστήριξη της υγιούς γήρανσης, είναι συχνά τόσο μεγάλο που υπερβαίνει τις ενδεχόμενες δεσμεύσεις των ατόμων που εργάζονται πάνω στο θέμα. Πρέπει να θεσπιστούν νόμοι βασισμένοι σε «μεγάλες προσδοκίες», για να εξασφαλιστεί ότι η Ευρώπη θα είναι οικονομικά βιώσιμη το 2050 και μετέπειτα. Αυτή η κουλτούρα των επενδύσεων πρέπει να επικεντρωθεί στις ανισότητες που εξακολουθούν να υφίστανται εντός και μεταξύ των κρατών - μελών, ιδίως στις αγροτικές περιοχές και στα νέα κράτη μέλη. Η πολιτική υγείας πρέπει σαφώς να συνδεθεί με τη χρηματοδότηση των μηχανισμών, όπως τα διαρθρωτικά ταμεία και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Sanco, Ecfm, Empl, 2007).

- Αν θέλουμε να αυξηθεί ο αριθμός των ΕΥΖ του πληθυσμού, πρέπει να έχουμε τα μέσα για την επιτυχή μέτρηση των αποτελεσμάτων, τόσο από την άποψη της συλλογής δεδομένων για την έκδοση συγκρίσεων μεταξύ των κρατών μελών, όσο και από την ποιότητα της έρευνας για τον εντοπισμό των βέλτιστων πρακτικών.

Οι δείκτες των ΕΥΖ είναι ένα χρήσιμο επίσημο εργαλείο, καθώς περιλαμβάνεται και στη Στρατηγική της Λισαβόνας. Ωστόσο, θα χρειαστεί ακόμη χρόνος πριν η δυναμική της γήρανσης του πληθυσμού γίνει πλήρως κατανοητή. Η αύξηση της μετανάστευσης εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ένας παράγοντας που καθιστά ολοένα και πιο δύσκολο να παρακολουθηθούν και να υπολογιστούν τα αποτελέσματα των πολιτικών που στοχεύουν στη βελτίωση της υγιούς γήρανσης.

Μια σειρά πρωτοβουλιών που θα στηρίζουν την πολιτική για την υγιή γήρανση βρίσκονται σήμερα υπό ανάπτυξη. Η ΕΕ πρέπει να συνεχίσει να λαμβάνει υπόψη της τη γήρανση του πληθυσμού καθώς κινείται προς τα εμπρός.

Πανεπιστήμιο Πατρών

ΚΕΦ. 5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία στην Ευρώπη είναι καλύτερη από ποτέ, οι διαφορές, όμως, στον τομέα της υγείας μεταξύ των ανθρώπων που ζουν σε διαφορετικές περιοχές της ΕΕ και μεταξύ των πιο ευνοημένων και των πιο μειονεκτούντων τμημάτων του πληθυσμού παραμένουν σημαντικές και σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν μάλιστα μεγαλώσει.

Η υγεία είναι ζήτημα υψίστης σημασίας στη ζωή των ανθρώπων και αναφαίρετο δικαίωμά τους. Η ΕΕ θα πρέπει να αναλάβει περαιτέρω δράση για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών και τη μείωση των ανισοτήτων. Η αλληλεγγύη και η ισότιμη και καθολική υγειονομική κάλυψη των πολιτών θα πρέπει να αποτελεί τη βάση της πολιτικής υγείας της ΕΕ.

Ωστόσο, η επίσημη πολιτική της ΕΕ για την υγεία έχει οικοδομηθεί πάνω σε κάτι παράδοξο. Η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι πάνω από όλα μια οικονομική οντότητα που ασχολείται με το ελεύθερο εμπόριο γεγονός που πολλές φορές έρχεται σε σύγκρουση με την ανάγκη για προστασία της υγείας. Αυτό αποτελεί μεγάλη πρόκληση για όσους επιθυμούν να προστατεύσουν την υγεία των ευρωπαίων πολιτών καθώς η ευρωπαϊκή νομοθεσία δεν το αντιμετωπίζει επαρκώς.

Επιπλέον, η πολιτική δημόσιας υγείας είναι τόσο ψηλά στην εθνική πολιτική ατζέντα που οι περισσότερες κυβερνήσεις δεν θέλουν την Ένωση να παρεμβαίνει σε αυτό. Η ΕΕ έχει την εξουσία να δαπανά χρήματα για ευρωπαϊκά προγράμματα υγείας, αλλά απαγορεύεται να περάσει νόμους για εναρμόνιση των μέτρων δημόσιας υγείας στα κράτη μέλη.

Η ΕΕ θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των παραγόντων που δημιουργούν ή συμβάλλουν στη δημιουργία ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στον πληθυσμό της. Επειδή οι ανισότητες δεν είναι απλώς θέμα τύχης, αλλά επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις ενέργειες των ατόμων, των κυβερνήσεων, των ενδιαφερόμενων μερών και των κοινοτήτων, δεν είναι αναπόφευκτες.

Επίσης, η ΕΕ θα πρέπει να προσανατολιστεί σε πολιτικές που να απευθύνονται στη γήρανση του πληθυσμού, μέσω της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης σε όλη τη διάρκεια ζωής, και να υπογραμμίσει τη σημασία που έχει για την υγεία του πληθυσμού, καθώς και για τη μελλοντική βιωσιμότητα, η αύξηση των ΕΥΖ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Οικονόμου Χ., Οι επιπτώσεις της διεύρυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον υγειονομικό τομέα των χωρών μελών της: Η περίπτωση της Ελλάδας, Αθήνα, ΙΣΤΑΜΕ – Α. Παπανδρέου, 2004
2. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Συστήματα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2001
3. Σούλης Σ., Οικονομική της Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 1998
4. Μούσης Ν., Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής, Αθήνα, Παπαζήση, 2002
5. Κωστίτσης Ν., Η Ευρωπαϊκή Ένωση, Αθήνα, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (Γραφείο για την Ελλάδα), Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Αντιπροσωπεία στην Ελλάδα), 1998
6. Στεφάνου Κ., Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση, Αθήνα – Κομοτηνή, Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2002
7. Suhrcke M., McKee M., The contribution of health to the economy in the European Union, European Commission, 2005,
8. Duncan B., Health policy in the European Union: how it's made and how to influence it, Brussels, Belgium, BMJ, 2002
9. Thomson S., Foubister T., Mossialos E., Financing health care in the European Union - Challenges and policy responses, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009
10. McKee M., MacLehose L., Nolte E., Health policy and European Union enlargement, Berkshire England, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
11. Eurostat, Health statistics – Atlas on Mortality in the European Union, Luxembourg, Office for official Publications of the European Communities, 2009
12. European Commission, High level process of reflections on patient mobility and healthcare developments in the European Union, HLPR/2003/16, 9/12/2003.
13. Council of the European Union, Council Conclusions on the EU role in Global Health, Brussels, 2010
14. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, ΛΕΥΚΗ ΒΙΒΛΟΣ - Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013, Βρυξέλλες, COM, 2007
15. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Αλληλεγγύη στον τομέα της Υγείας: Μείωση των Ανεσοτήτων στον τομέα της Υγείας, Βρυξέλλες, COM, 2009
16. Discussion paper of the Services of DG SANCO, DG ECFIN and DG EMPL, Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe - EU health policy in the context of demographic change, January 2007
17. Bodenheimer T., Grumbach K., Understanding Health Policy, McGraw – Hill Medical, 2004

Άρθρα

1. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, The Lancet, Volume 374, Issue 9686, 2009, Pages 315 - 323
2. Julia Levy, “Demographic changes in Europe: Opportunity or threat?”, Journal of Medical Marketing, Volume 7, 2007, Pages 287–293
3. Gilmore A., Collin J., “The world's first international tobacco control treaty”, BMJ, 325 : 846, 19 October 2002
4. Gilmore A., McKee M., “Tobacco control policy: the European dimension”, University of Bath Online Publications Store - OPU S (United Kingdom), 2002
5. Gilmore A., Österberg E., Heloma A., Zatonski W.; Delcheva E., McKee M., “Free trade versus the protection of health: the examples of alcohol and tobacco”, University of Bath Online Publications Store - OPU S (United Kingdom), 2004

Δικτυακοί Τόποι

http://ec.europa.eu/health-eu/index_el.htm

http://www.euphix.org/object_class/euph_health_policies.html

<http://eur-lex.europa.eu/en/index.htm>

<http://www.scribd.com/doc/17490261/Eurostathealth-StatisticsAtlas-on-Mortality-in-the-European-Unionks3008357En>

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/2009/how-can-health-systems-respond-to-population-ageing>

<http://www.who.int/healthsystems/financig/>

<http://register.consilium.eu.int/utfregister/frames/introfsEN.htm>

<http://www.eubusiness.com/news-eu/healthcare-workers.115>

<http://www.neurope.eu/articles/Mammoth-health-initiatives-to-pave-way-for-the-European-Health-System/100673.php>

<http://www.eurohealthnet.eu/>

<http://www.migrant-health-europe.org/>

<http://www.chemu.eu/>

<http://www.euphoric-project.eu/>

<http://www.neahygeia.gr>

<http://proeuro.gr/articles>