

Εθνικό Σχέδιο Δράσης
για το Κάπνισμα
2008 - 2012

δυσ

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

**Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα
2008 - 2012**



Αθήνα 2008

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς

Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης

για τη Δημόσια Υγεία - Επιμέλεια: Έφη Σίμου

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή

Πρόεδρος	Γιάννης Κυριόπουλος , Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μέλη	Γιάννης Αλαμάνος , Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Εργαστήριο Υγιεινής Γιώργος Αρσένης , Επίκουρος Καθηγητής Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαος Βακάλης , Κοσμήτωρ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Καθηγητής Τομέα Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων Αλκιβιάδης Βατόπουλος , Καθηγητής Μικροβιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Δημόλιατης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Υγιεινής Ιωάννης Ιωαννίδης , Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού , Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Κωνσταντινίδης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Χρήστος Λιονής , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Νίκος Μανιαδάκης , Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά Παναγιώτης Μπεχράκης , Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας Αναπνοής Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνος Μπουραντάς , Καθηγητής Αιματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Ελπίδα Πάβη , Διευθύντρια Σπουδών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Παπαδημητρίου , Γενικός Διευθυντής Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Αναστασία Ρουμेलιώτου , Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Τούντας , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών Χρήστος Χατζηχριστοδούλου , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ευχαριστίες

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναγνωρίζει και ευχαριστεί τους επιστήμονες, και εκπροσώπους της Κοινωνίας των Πολιτών, οι οποίοι με ενδιαφέρον και υπευθυνότητα κατέθεσαν τις επιστημονικές τους απόψεις και εμπλούτισαν το σχεδιασμό και το περιεχόμενο του παρόντος σχεδίου με κείμενα, δεδομένα, συστάσεις, διορθώσεις και προτάσεις.

Τους κ.κ. **Ι. Πιερουτσάκο**, Πρόεδρο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Θ. Παπαδημητρίου**, Γενικό Διευθυντή ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Φ. Δαλαβέρη**, Προϊσταμένη Ειδικής Υπηρεσίας Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, **Ε. Τσάγκαρη**, Συντονίστρια Γραφείου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Κέντρων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε τους κ.κ. **Χ. Ρούσσο**, Καθηγητή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Χ. Ζηλίδη**, MD, PhD, Διδάκτωρ Κοινωνικής Ιατρικής, **Στ. Μπεσμπέα**, Καθηγήτρια Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Πρόεδρο Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας, **Ελ. Θηραίο**, Γενικό Ιατρό, Επιμελητή Ε.Σ.Υ., Κέντρου Υγείας Βάρης, **Β. Μαργαριτίδου**, Πρόεδρο του Μ.Κ.Ο. Πρωτοβουλία Γυναίκα και Υγεία, **Αν. Καλαντζή-Αζίζι**, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Σ. Βασίλαρο**, Επίκουρο Καθηγητή, Πρόεδρο Ελληνικής Αντικαρκινικής Δράσης, **Π. Αργυροπούλου-Πατάκα**, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, **Γ. Χ. Γκράτζιου**, Επίκουρη Καθηγήτρια Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών.

Επίσης, ευχαριστούμε τους οικονομολόγους της Υγείας κ.κ. **Α. Μαστρογιαννάκη** και **Μ. Κακούρο** καθώς και την κα **Δ. Βλαντώνη**, Κοινωνική Ψυχολόγο, για την ουσιαστική τους συμβολή στην εκπόνηση της οικονομοτεχνικής μελέτης.

Περιεχόμενα

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

σελ. 10

Εισαγωγικό Σημείωμα

σελ. 12

Κεφάλαιο 1ο: Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης

σελ. 14 1. Κάπνισμα και Υγεία
σελ. 18 2. Διακοπή του Καπνίσματος και Υγεία
σελ. 19 3. Η Έκταση του Προβλήματος
σελ. 30 4. Παθητικό Κάπνισμα
σελ. 33 5. Οικονομικές Διαστάσεις
σελ. 34 6. Η Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Καταπολέμηση του Καπνίσματος
σελ. 35 7. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης Κατά του Καπνίσματος
σελ. 37 8. Ευρωπαϊκές Πολιτικές Κατά του Καπνίσματος
σελ. 40 9. Μέτρα και Πολιτικές Κατά του Καπνίσματος στην Ελλάδα
σελ. 44 10. SWOT Ανάλυση

Κεφάλαιο 2ο: Στρατηγικός Σχεδιασμός

σελ. 46 1. Όραμα
σελ. 46 2. Αποστολή
σελ. 46 3. Αξίες της Εθνικής Πολιτικής
σελ. 47 4. Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Κάπνισμα
σελ. 48 5. Στόχοι
σελ. 49 6. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
σελ. 54 7. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κεφάλαιο 3ο: Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

σελ. 56 1ος Άξονας: Πρόληψη
σελ. 71 2ος Άξονας: Θεραπεία - Απεξάρτηση
σελ. 74 3ος Άξονας: Συντονισμός, Διατομεακή Συνεργασία & Κοινωνική Συμμετοχή
σελ. 77 4ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

Κεφάλαιο 4ο: Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση

σελ. 82 1. Διαδικασία Υλοποίησης
σελ. 84 2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Βιβλιογραφία

σελ. 86

Πρόλογος

Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για τις ευρωπαϊκές κοινωνίες του 21ου αιώνα, είναι κεκτημένο ο στρατηγικός σχεδιασμός της πολιτικής να προηγείται των θεσμικών και νομοθετικών παρεμβάσεων. Με την πρακτική αυτή, τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη εξασφαλίζουν την ενσωμάτωση των θέσεων της Κοινωνίας των Πολιτών στην επίσημη πολιτική, κατοχυρώνουν τη διασύνδεση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την υλοποίηση προγραμματικών στόχων, διασφαλίζουν τη γρήγορη εφαρμογή της νομοθεσίας και εγγυώνται τη δημιουργία απλών και διάφανων διαδικασιών.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012 είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται στην χώρα μας για να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Αποτελεί μια από τις βασικές προγραμματικές μας δεσμεύσεις και αναπτύσσει εξειδικευμένες και κοστολογημένες δράσεις, για όλους τους κρίσιμους παράγοντες κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία.

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία βάζουμε τέρμα στην αποσπασματική και άναρχη ανάπτυξη των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και ανοίγουμε ένα νέο κεφάλαιο στην εξέλιξη του ελληνικού κοινωνικού κράτους.

Αποκτούμε αξιόπιστα ερευνητικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τη Δημόσια Υγεία στον τόπο μας, γεγονός που μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στη σχεδιασμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Τοποθετούμε την πρόληψη στο επίκεντρο της λειτουργίας του κοινωνικού μας κράτους, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο που έχει η υπεύθυνη και συνεχής ενημέρωση των πολιτών για ζητήματα υγείας.

Θεμελιώνουμε ρεαλιστικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους, με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τη συνέχεια στην υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.

Δημιουργούμε νέες δομές και υπηρεσίες, καλύπτοντας χρόνια ελλείμματα στη δομή του δημοσίου συστήματος υγείας και κατοχυρώνοντας βασικά ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα.

Εξασφαλίζουμε την εξοικονόμηση πόρων στην υλοποίηση της πολιτικής μας, αίροντας την πρακτική του δημιουργικού αυτοσχεδιασμού, πετυχαίνοντας την οριζόντια συνεργασία μεταξύ των υπεύθυνων φορέων του κράτους και κερδίζοντας πολύτιμους οικονομικούς πόρους από εξειδικευμένα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Καθιστούμε την επιστημονική κοινότητα και τον εθελοντικό τομέα πολύτιμους συνεργάτες στην χάραξη και στην υλοποίηση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, ενώ εξασφαλίζουμε τις συνθήκες που επιτρέπουν την οργανωμένη αξιοποίηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Σε μία εποχή που σηματοδοτείται από ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και από νέες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνει τις αναγκαίες προγραμματικές και χρηματοδοτικές προϋποθέσεις για να αποκτήσει η χώρα μας ένα ισχυρό δίκτυο υγειονομικής προστασίας και ασφάλειας.

Για να αποκτήσει η Ελλάδα ανθρωποκεντρική και σύγχρονη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Δημήτρης Λ. Αβραμόπουλος



Εισαγωγικό Σημείωμα

Το κάπνισμα είναι ένα φαινόμενο το οποίο έλαβε διαστάσεις παγκόσμιας πανδημίας στη διάρκεια του 20ου αιώνα. Λαμβάνοντας υπόψη τις καταστρεπτικές συνέπειες του καπνού στο καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και τα άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, σε συνδυασμό με την εξάρτηση, την οποία προκαλεί εξαιτίας της νικοτίνης, το κάπνισμα είναι ίσως ο βλαπτικότερος παράγοντας για την υγεία του ανθρώπου και η κυριότερη αιτία πρώιμης και αποτρεπτής θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες.

Καταβάλλοντας ιδιαίτερες προσπάθειες και έχοντας να αντιμετωπίσει ισχυρά οικονομικά συμφέροντα, ο Π.Ο.Υ. πέτυχε το 2003 τη σύναψη μιας παγκόσμιας Συνθήκης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, η οποία υπογράφηκε από 192 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, με σκοπό να περιορίσει αυτή την παγκόσμια επιδημία, που οδηγεί κάθε χρόνο εκατομμύρια ανθρώπους στο θάνατο.

Η Συνθήκη καλεί τις χώρες όλου του κόσμου σε μια κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος και έδωσε το έναυσμα για μια σειρά μέτρων και πρωτοβουλιών σε όλο τον κόσμο. Οι παγκόσμιες προσδοκίες για την απαλλαγή από τη μάστιγα είναι τώρα μεγάλες. Παρόλα αυτά είναι ξεκάθαρο σε όλους - επιστημονική κοινότητα και γενικό πληθυσμό, ότι το κάπνισμα συνιστά ένα πολύπλοκο πρόβλημα, για το οποίο δεν υπάρχουν απλές λύσεις. Η ανάπτυξη σύνθετων στρατηγικών σε συνδυασμό με συγκεκριμένα σχέδια δράσης, και η διεθνής συνεργασία φαίνονται να αποτελούν τη μόνη διέξοδο.

Στην Ευρώπη, όλο και περισσότερες χώρες υιοθετούν ολοκληρωμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος, ενώ η Ε.Ε. αναπτύσσει πολιτικές και παρέχει σημαντική στήριξη με αποφάσεις και προγράμματα για την προώθηση της στρατηγικής.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι μια υπεύθυνη κοινωνική πολιτική οφείλει να δημιουργήσει ένα περιβάλλον, στο οποίο το κάπνισμα δεν θα θεωρείται πλέον φυσιολογικό, θα ενθαρρύνει τους καπνιστές να μειώσουν ή να σταματήσουν το κάπνισμα, θα τους στηρίζει κατά τη διαδικασία απεξάρτησης από το κάπνισμα και θα αποτρέπει τα παιδιά και τους νέους από το να αρχίσουν να καπνίζουν. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα προτείνεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως μια αποτελεσματική και ολοκληρωμένη στρατηγική για την αντιμετώπιση του προβλήματος και ως το κατάλληλο σχέδιο για την υλοποίηση και την εφαρμογή στη χώρα μας της ευρωπαϊκής και

της παγκόσμιας στρατηγικής κατά του καπνίσματος.

Η αποστολή του Σχεδίου Δράσης είναι η οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και την καταπολέμηση του καπνίσματος, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, στη βάση στοχευμένων προγραμμάτων, μέσω ενός αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας.

Το Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα 15 Σχέδια Δράσης: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/ AIDS, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε χώρους Παροχής Υγείας

Το σύνολο των προτεινόμενων δράσεων του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία προϋπολογίζεται σε συνάρτηση με όλες τις δράσεις των επιμέρους σχεδίων, που αφορούν στην πρόσπιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας στη χώρα μας, με στόχο την άρση των αλληλοεπικαλύψεων και τη δημιουργία ενός οριζόντιου και ολιστικού προϋπολογισμού για τη Δημόσια Υγεία. Συνοπτικός προϋπολογισμός δράσεων του παρόντος σχεδίου δράσης, συμπεριλαμβάνεται στο κεφάλαιο 4 του παρόντος. Ο αναλυτικός προϋπολογισμός των δράσεων, δημοσιοποιείται σε ξεχωριστό τεύχος, το οποίο αποτελεί την οικονομοτεχνική μελέτη του συνολικού σχεδίου δράσης για τη Δημόσια Υγεία και το οποίο περιγράφει αναλυτικά το κόστος των δράσεων και την πηγή χρηματοδότησής τους.

Αλέξης Ζορμπάς
Συντονιστής Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης



I. Κάπνισμα και Υγεία

I.1 Ορισμός του προβλήματος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Ποσοστό που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ οι οφειλόμενοι στο κάπνισμα θάνατοι είναι περισσότεροι από το άθροισμα των θανάτων από τα πυροβόλα όπλα, τα ναρκωτικά, τις αυτοκτονίες, το AIDS και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως. Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Επίσης, το άμεσο και το έμμεσο κόστος της θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό της υγείας, παγκοσμίως (WHO 2007).

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Ορισμένες από αυτές υπάρχουν ήδη από τη φυτική κατάσταση του καπνού, αλλά οι περισσότερες παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου, στη ζώνη πυρόλυσης, όπου επικρατεί θερμοκρασία 950 βαθμών Κελσίου.

Στον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί, είτε ως αέρια είτε ως μικροσκοπικά σωματίδια, περισσότερες από 4.000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 250 γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Η νικοτίνη είναι εθιστική, αλλά όχι καρκινογόνος, ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν παρέχει κανένα όφελος για την υγεία.

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και στην αύξηση της θνησιμότητας των παρακάτω νοσημάτων:

- στεφανιαία νόσο.
- καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης κ.λπ.
- χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες.
- αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου,

ενώ σημαντικές είναι οι επιπτώσεις στη βρεφική θνησιμότητα και στις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση.

Ο κίνδυνος από το κάπνισμα αυξάνει:

- Όσο μικραίνει η ηλικία έναρξης του καπνίσματος.
- Όσο αυξάνει η συνολική διάρκεια του καπνίσματος.
- Όσο αυξάνει ο μέσος αριθμός τσιγάρων που καταναλώνονται.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι για ένα άτομο ηλικίας 25 ετών, η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα θα μειώσει το προσδόκιμο ζωής κατά 4,6 έτη, ενώ σε έναν καπνιστή 2 πακέτων την ημέρα, το προσδόκιμο επιβίωσης θα μειωθεί κατά 8,3 έτη.

Έναρξη του καπνίσματος σε ηλικία 15 ετών μειώνει κατά μέσο όρο το προσδόκιμο ζωής κατά 8 έτη, ενώ έναρξη σε ηλικία άνω των 25 ετών, επιφέρει μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 4 έτη (US DHHS 1989).

I.2 Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος

Το κάπνισμα προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Με τους μηχανισμούς αυτούς το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου.

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ευθύνεται περίπου για το 30 - 40% του συνόλου των θανάτων από τη νόσο, ενώ ειδικά στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες (US DHHS 1989). Στα άτομα άνω των 65 ετών, ευθύνεται για το 15 - 20% των θανάτων από τη νόσο.

Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές. Ο σχετικός κίνδυνος είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών (US DHHS 2000). Ο κίνδυνος εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων. Από διάφορες έρευνες φαίνεται, ότι αυτοί που καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα έχουν 25-30% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου από τους μη καπνιστές, αυτοί που καπνίζουν 10 - 20 τσιγάρα την ημέρα έχουν 30 - 50% μεγαλύτερη πιθανότητα (σχετικός κίνδυνος 1,24 - 1,89), αυτοί που καπνίζουν 20 - 40 τσιγάρα πιθανότητα 75% μεγαλύτερη (σχετικός κίνδυνος 1,76 - 2,15)

και αυτοί που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα πιθανότητα 100% μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές (σχετικός κίνδυνος 1,94 - 2,41) (Fielding 2002).

Στους μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα στην οικογένεια ή στη δουλειά τους, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοπάθειας είναι 25 - 30% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές (US DHHS 2000).

1.3 Κάπνισμα και καρκίνος

Το κάπνισμα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου και ευθύνεται για περίπου το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα ευθύνεται για:

- Το 70 - 90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.
- Το 75 - 85% των θανάτων από καρκίνο του λάρυγγα.
- Το 50 - 75% των θανάτων από καρκίνο στόματος, φάρυγγα και οισοφάγου.
- Το 30 - 50% των θανάτων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών.
- Το 20 - 25% των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος, του στομάχου και μικρότερα ποσοστά άλλων καρκίνων (πίνακας 1).

Η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι στους καπνιστές κατά 23,3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες και κατά 12,7 φορές στις γυναίκες σε σχέση με τους μη καπνιστές (πίνακας 1). Αντίστοιχα, πολύ υψηλότερη είναι η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο, στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, αλλά και διπλάσια έως τριπλάσια η πιθανότητα για καρκίνο ουροδόχου κύστης, νεφρών, παγκρέατος, κ.ά.

Παραδοσιακά, ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν μια ασθένεια κυρίως των ανδρών. Από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και μετά, λόγω του ότι το κάπνισμα στις γυναίκες άρχισε να γίνεται κοινωνικά αποδεκτό, η συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες άρχισε να αυξάνεται προοδευτικά. Από το 1987 ο καρκίνος του πνεύμονα έγινε η πρώτη αιτία θανάτου στις Αμερικανίδες, ξεπερνώντας ακόμα και τον καρκίνο του στήθους. Μάλιστα, ο αριθμός των γυναικών που πεθαίνουν λόγω καρκίνου του πνεύμονα, είναι μεγαλύτερος από ότι το άθροισμα των θανάτων λόγω καρκίνων του μαστού και του παχέος εντέρου, που είναι αντίστοιχα η δεύτερη και τρίτη κυριότερη αιτία θανάτων λόγω καρκίνου στις γυναίκες.

Πίνακας 1: Σχετικός και οφειλόμενος κίνδυνος καρκίνου εξαιτίας του καπνίσματος.

Καρκίνος	Άνδρες			Γυναίκες		
	Σχετικός κίνδυνος καπνιστών	Σχετικός κίνδυνος μη καπνιστών	Οφειλόμενος κίνδυνος πληθυσμού (%)	Σχετικός κίνδυνος καπνιστών	Σχετικός κίνδυνος μη καπνιστών	Οφειλόμενος κίνδυνος πληθυσμού (%)
Πνεύμονα	23,3	8,7	88	12,7	4,5	71
Λάρυγγα	14,6	6,3	83	13	5,2	75
Στόματος-φάρυγγα	10,9	3,4	74	5,1	2,3	48
Οισοφάγου	6,8	4,5	72	7,8	2,8	55
Παγκρέατος	2,3	1,2	22	2,3	1,6	23
Στομάχου	2,0	1,5	28	1,4	1,3	12
Ουροδ. κύστης	3,3	2,1	48	2,2	1,9	29
Νεφρού κ.λπ.	2,7	1,7	39	1,3	1,1	4

Πηγή: American Cancer Society. Smoking and cancer mortality table. 2008.

Η παρατηρούμενη διαφορά στο σχετικό κίνδυνο μεταξύ ανδρών και γυναικών οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως την ηλικία έναρξης, τη διάρκεια του καπνίσματος, το μέσο αριθμό τσιγάρων, το βάθος εισπνοής, την ηλικία διακοπής κ.λπ.

Συγκεκριμένα έχει αποδειχθεί, ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου στους καπνιστές εξαρτάται κυρίως από:

- Τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν. Ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο σε άνδρες που καπνίζουν κατά μέσο όρο κάτω από 10 τσιγάρα την ημέρα είναι 4 - 5 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ενώ σε όσους καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα, 15 - 20 φορές μεγαλύτερος (IARC 2002). Στις γυναίκες, ο σχετικός κίνδυνος φαίνεται να είναι κάπως μικρότερος από ότι στους άνδρες καπνιστές.
- Την ηλικία έναρξης του καπνίσματος. Σε όσους άρχισαν το κάπνισμα σε ηλικία κάτω των 15 ετών, η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα είναι 17 - 19 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές, ενώ σε όσους άρχισαν σε ηλικία άνω των 25 ετών ο κίνδυνος είναι 4 - 5 φορές μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές (US DHHS 1989).
- Τη συνολική διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας, παράγοντας που φαίνεται ότι έχει ιδιαίτερη σημασία. Αν υποθέσουμε ότι ο τριπλασιασμός του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως οδηγεί σε τριπλασιασμό του κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα, ο τριπλασιασμός της διάρκειας της καπνιστικής συνήθειας μπορεί να οδηγήσει σε 100πλοιασμό του κινδύνου (IARC 2002).

Σε όσους εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα, ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι κατά 20 - 30% μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές (US DHHS 2000).

Είναι επίσης χαρακτηριστικό, ότι παρά τη μεγάλη μείωση στην περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα και τη χρήση φίλτρων που παρατηρήθηκε μετά το 1980, δεν παρατηρείται ουσιαστική μείωση του κινδύνου στους καπνιστές. Φαίνεται δηλαδή ότι τα «ελαφρά» τσιγάρα ή το φίλτρο δεν μειώνουν τον κίνδυνο (US DHHS 2000).

1.4 Κάπνισμα και χρόνιες πνευμονοπάθειες

Το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 80-85% των κρουσμάτων από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα, πνευμονικό εμφύσημα) (US DHHS 2004).

Η κλιμάκωση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου σε συνάρτηση με τον αριθμό των καταναλισκόμενων τσιγάρων είναι περίπου ίδια με εκείνη που παρατηρείται στον καρκίνο του πνεύμονα. Δηλαδή, οι καπνιστές μισού, ενός, δύο ή άνω των δύο πακέτων τσιγάρων την ημέρα, έχουν αντίστοιχα 5, 10, 15 και 20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες σε σύγκριση με τους μη καπνιστές (Fielding 2002).

Οι μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα και ιδίως τα παιδιά, αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο προσβολής από χρόνιες πνευμονοπάθειες σε σχέση με τους μη καπνιστές (US DHHS 2000).

1.5 Κάπνισμα και κύηση

Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του εμβρύου. Οι κυριότερες επιπτώσεις του καπνίσματος πάνω στο έμβρυο είναι (US DHHS 2000):

- Το χαμηλό βάρος γέννησης, το οποίο εμφανίζεται σε συχνότητα διπλάσια από ό,τι στις κύσεις μητέρων μη καπνιστριών.
- Η αύξηση του κινδύνου πρόκλησης εμβρυϊκού θανάτου.
- Η αύξηση του κινδύνου αυτόματης αποβολής του εμβρύου.
- Η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης πνευματικής καθυστέρησης.
- Η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης εγκεφαλικής παράλυσης.
- Η αύξηση της συχνότητας κρουσμάτων επιληψίας, διεγερσιμότητας κ.λπ.
- Η συνολική αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 60%.

2. Διακοπή του Καπνίσματος και Υγεία

Ένα ερώτημα ιδιαίτερα σημαντικό για τη Δημόσια Υγεία είναι, κατά πόσο ο κίνδυνος για την υγεία μειώνεται σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος.

Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τις εκβάσεις της υγείας και μπορεί να αναστρέψει την εξέλιξη της νόσου. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποδεδειγμένα. Από τη στιγμή που ένας καπνιστής διακόψει το κάπνισμα ο ανθρώπινος οργανισμός επανορθώνει τη ζημιά, ξεκινώντας μια σειρά από ευεργετικές αλλαγές που θα συνεχιστούν χρόνια:

- Σε 6 ώρες η παροδική αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης αρχίζουν να επανέρχονται στις αρχικές τιμές.
- Σε οκτώ ώρες από τη διακοπή του καπνίσματος τα επίπεδα νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται κατά το ήμισυ και τα επίπεδα οξυγόνου επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Στις 24 ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το σώμα.
- Στις 48 ώρες δεν υπάρχει πλέον νικοτίνη στο σώμα.
- Σε 3-9 μήνες βελτιώνεται ο βήχας, η δύσπνοια και τα αναπνευστικά προβλήματα, καθώς η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται έως και 10%.
- Στα πέντε χρόνια ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής μειώνεται στο μισό του κινδύνου που διέτρεχε ένας καπνιστής.
- Στα 10 χρόνια ο κίνδυνος αυτός μειώνεται στα ίδια επίπεδα με αυτόν ενός μη καπνιστή. Είναι χαρακτηριστικό, ότι στην περίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα, ενώ ο κίνδυνος στους καπνιστές είναι 17 - 19 φορές μεγαλύτερος από ό,τι τους μη καπνιστές, μετά 10 - 15 χρόνια διακοπής

είναι μόνο 5 φορές μεγαλύτερος και μετά από 15 - 20 χρόνια ελάχιστα μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές (US DHHS 1989 IARC 2002). Σε ό,τι αφορά τη στεφανιαία νόσο, συνολικά, η πιθανότητα προσβολής των πρώην καπνιστών είναι η μισή έναντι εκείνης των καπνιστών (Wilson et al. 2000). Αντίστοιχα είναι και τα ποσοστά μείωσης του κινδύνου για τις άλλες συνέπειες του καπνίσματος.

Αυτοί που διακόπτουν το κάπνισμα ζουν περισσότερο από αυτούς που συνεχίζουν. Η διακοπή του καπνίσματος στην ηλικία των 50 χρόνων μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας εντός των 15 επομένων ετών κατά 50%. Για μερικούς πρώην καπνιστές και ιδιαίτερα εκείνους που διακόπτουν πριν από την ηλικία των 35 ετών, ο κίνδυνος εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα επανέρχεται στα ίδια επίπεδα με τον κίνδυνο που διατρέχει κάποιος που δεν έχει καπνίσει ποτέ στη ζωή του. Οι διαπιστώσεις αυτές δείχνουν τι σημασία μπορεί να έχει για τη Δημόσια Υγεία η διακοπή του καπνίσματος όσων ήδη καπνίζουν.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, η πλέον αποτελεσματική μέθοδος στη διακοπή του καπνίσματος, με τα μεγαλύτερα ποσοστά αποχής, είναι οι γνωσιακές - συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις με την παράλληλη χρήση ενίοτε υποκατάστατων νικοτίνης (π.χ. τσίχλα, επίδεσμος ή -κυρίως- η φαρμακευτική ουσία βουπροπιόνη). Οι παρεμβάσεις αυτές θεωρούνται θεραπεία επιλογής για τη διακοπή του καπνίσματος (Garrison et al. 2003), καθώς τα αποτελέσματά τους διατηρούνται και μετά την παρέλευση 12 μηνών από τη διακοπή (το μεγαλύτερο ποσοστό των υποτροπών εμφανίζεται μέσα στους 6 πρώτους μήνες), με ποσοστά αποχής έως 25% (Ευθυμίου & Σοφianoπούλου 2007).

Τα προγράμματα παρέμβασης βασίζονται ουσιαστικά σε τρία στοιχεία:

- συμπεριφοριστικές τεχνικές αυτοελέγχου (αυτοπαρατήρηση με την τήρηση ημερολογίου, αυτοενίσχυση και αυτοτιμωρία με το σχεδιασμό ενός συστήματος αμοιβών).
- γνωσιακές τεχνικές (τροποποίηση των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων που διατηρούν την καπνιστική συμπεριφορά, γνωσιακή αναδόμηση, άσκηση στη φαντασία και in vivo, καθώς και ασκήσεις χαλάρωσης), και
- συνοδευτική φαρμακοθεραπεία με τη χρήση υποκατάστατων νικοτίνης, κυρίως βουπροπιόνης ή βαρενικλίνης.

Σημαντική είναι και η μέριμνα που λαμβάνεται στις τελευταίες συνεδρίες για την πρόληψη και τη διαχείριση πιθανών υποτροπών. Αναπόσπαστο μέρος της παρέμβασης αποτελούν και οι ασκήσεις για το σπίτι, οι οποίες συμβάλλουν τόσο στην ταχύτερη επίτευξη του στόχου, όσο και στη διατήρηση των θεραπευτικών επιτυχιών.

Συνήθως τα προγράμματα έχουν συγκεκριμένη δομή, διεξάγονται σε ομάδες (12 άτομα κατά μέσο όρο), και προβλέπουν 8 - 10 συνεδρίες των 120 λεπτών σε συχνότητα μία συνεδρία ανά εβδομάδα. Οι τεχνικές ωστόσο που εφαρμόζονται στο πλαίσιο της ομάδας μπορούν να εφαρμοστούν και στην ατομική θεραπεία.

3. Η Έκταση του Προβλήματος

3.1 Συχνότητα του καπνίσματος

Ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι στην Ευρώπη περίπου 215 εκ. κατοίκων καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες. Το ποσοστό καπνιστών στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 34% στη Δυτική Ευρώπη και 47% στην Ανατολική, ενώ στις γυναίκες, 25% στη Δυτική Ευρώπη και 20% στην Ανατολική (WHO 2007).

Στον Πίνακα 2 φαίνεται το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία του WHO. Η Ελλάδα παρουσιάζει

την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών (37,6%). Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μείωση του ποσοστού, αλλά παρόλα αυτά, παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης.

Πίνακας 2: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών που είναι καπνιστές (1980 - 2003).

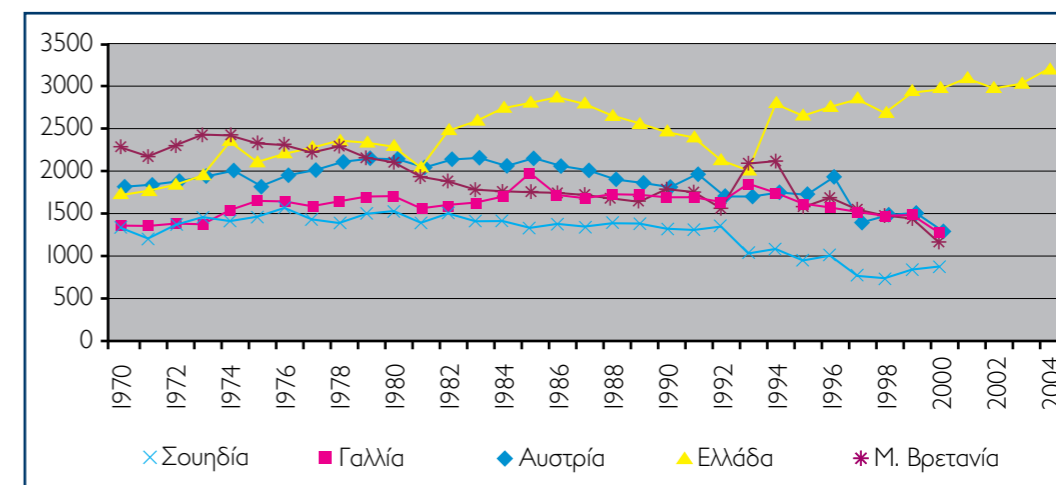
	Έτος	Ποσοστό	Έτος	Ποσοστό
Αυστρία	1986	24,9	2000	29,0
Βέλγιο	1982	40,0	2002	29,0
Γαλλία	1980	32,0	2002	25,9
Γερμανία	1997	36,7	2003	33,9
Δανία	1994	37,0	2003	28,0
Ελλάδα	1991	46,0	2000	37,6
Ιταλία	1993	25,7	2002	24,0
Ισπανία	1993	32,1	2003	28,1
Μ. Βρετανία	1980	39,0	2003	26,0
Ολλανδία	1980	43,0	2003	32,0
Σουηδία	1980	32,4	2003	17,5

Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

Παρά τη διαφαινόμενη μείωση των καπνιστών, ο μέσος ετήσιος αριθμός τσιγάρων κατ' άτομο παρουσιάζει αύξηση (διάγραμμα 1). Στη δεκαετία 1991 - 2001 αυξήθηκε κατά 29,7% και έφτασε τα 3.089,4 τσιγάρα και τελικά, το 2004 τα 3.199,8 τσιγάρα. Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατ' άτομο στη Δυτική Ευρώπη (διάγραμμα 2). Μετά το 2000, ο μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων στην Ελλάδα είναι διπλάσιος από ότι στη Γερμανία, Γαλλία και Μ. Βρετανία και πενταπλάσιος από ότι στη Νορβηγία.

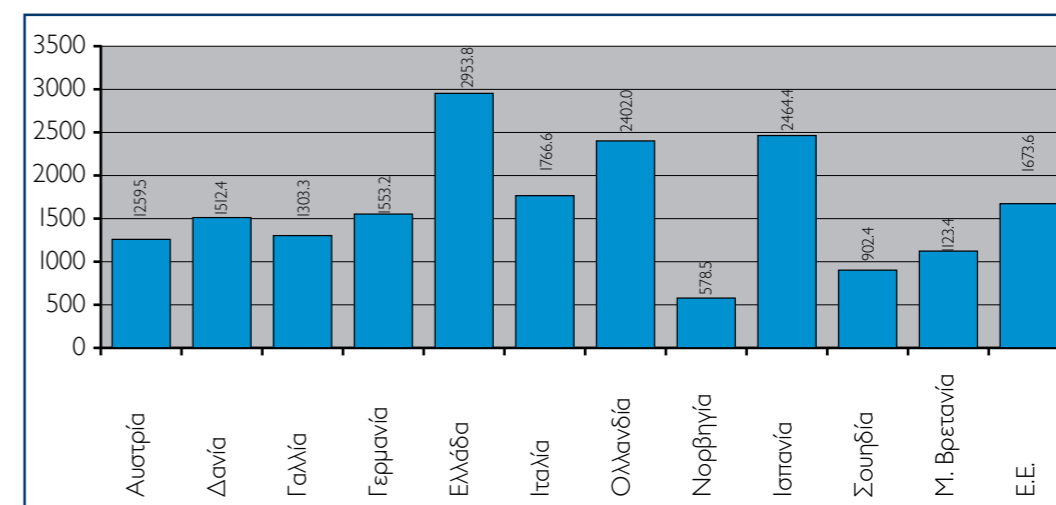
Διαφορές μεταξύ των φύλων. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα στα οποία στηρίζονται τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. το 2000, το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ανδρών έφτασε στην Ελλάδα το 46,8%, ενώ μεταξύ των γυναικών το 29% (WHO 2008). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών, το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε στους άνδρες, 51% και στις γυναίκες 39% (Pitsavos et al. 2003). Σε σύγκριση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα φαίνεται να έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών, όχι μόνο στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες (πίνακας 3). Δεδομένου ότι στις γυναίκες η έναρξη του καπνίσματος άρχισε αργότερα και είναι ακόμη σε εξέλιξη, το ποσοστό των καπνιστριών αφενός ποικίλλει στις διάφορες ηλικίες και αφετέρου παρουσιάζει ακόμη τάσεις αύξησης.

Διάγραμμα 1: Μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων σε ορισμένες χώρες, 1970 - 2004.



Πηγή: European WHO Health for All Database, 2008.

Διάγραμμα 2: Μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων, το 2000.



Πηγή: European WHO Health for All Database, 2008.

Πίνακας 3: Ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων, κατά φύλο, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

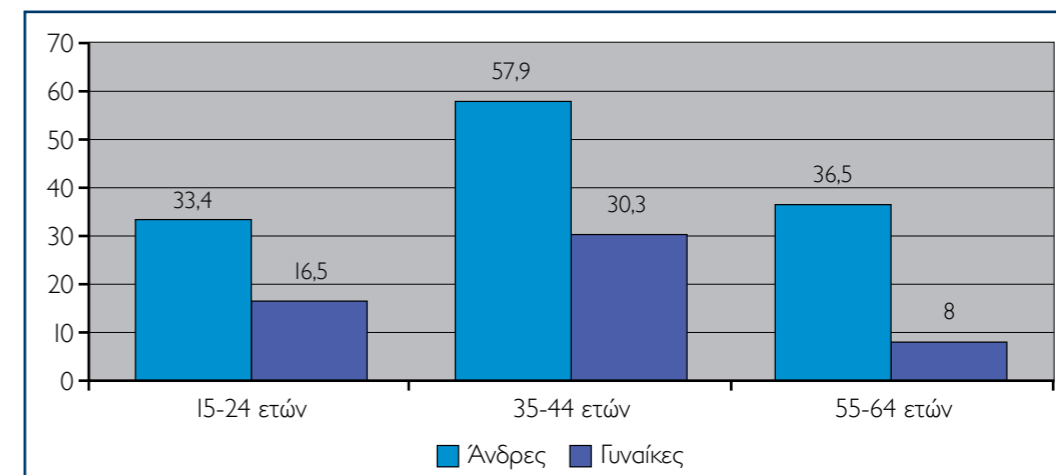
	Έτος	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Βέλγιο	2002	30	25	27
Γαλλία	2005	28,2	21,7	25,0
Γερμανία	2003	33,2	22,1	27,4
Δανία	2005	28,6	24,1	26,3
Ελλάδα	2000	46,8	29,0	37,6
Ιταλία	2005	28,3	16,2	22,0
Ισπανία	2003	34,1	22,4	28,1
Μ. Βρετανία	2003	28	24	26
Ολλανδία	2004	31	25	28
Σουηδία	2004	14	19	16
Φινλανδία	2004	27	20	23

Πηγή: WHO, The European Tobacco Control Report 2007. Copenhagen, WHO, 2007.

Διαφορές κατά ηλικία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (διάγραμμα 3), η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35 - 44 ετών κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική. Σε άλλη μελέτη, το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 25 - 35 ετών (Kokkevi et al. 2000).

Μεταξύ των νέων, το κάπνισμα, συνολικά στην Ευρώπη, φαίνεται να φτάνει περίπου το 30%. Το ποσοστό είναι κατά κανόνα υψηλότερο στα αγόρια, αλλά σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχει εξισωθεί μεταξύ των δύο φύλων. Στη μελέτη ESPAD που πραγματοποιήθηκε σε σπουδαστές ηλικίας 17 - 18 ετών, σε 7 χώρες, το ποσοστό καπνιστών στην Ελλάδα, ήταν στους άνδρες 50% και στις γυναίκες 47% (Andersson et al. 2007), ενώ σε μελέτη που έγινε το 2001 σε φοιτητές 17 - 30 ετών, το ποσοστό στους άνδρες βρέθηκε 44% και στις γυναίκες 42% (WHO 2008).

Διάγραμμα 3: Ποσοστά (%) καπνιστών κατά ηλικία και φύλο, στην Ελλάδα.



Πηγή: Eurostat, 2007.

Κοινωνικές διαφορές. Σύμφωνα με όλα τα διαθέσιμα στοιχεία από διάφορες χώρες, το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και την απασχόληση. Το 2002, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι κοινωνικές ομάδες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ήταν οι άνεργοι (54%) και οι χειρωνακτές εργάτες (51%) έναντι ενός μέσου όρου 35% (European Commission 2003). Στη Μ. Βρετανία, μόνο το 10% των γυναικών και το 12% των ανδρών των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων καπνίζουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι πάνω από τριπλάσιο (UK DH 1998). Στην Ισπανία, το 2003, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα επαγγελματικά στρώματα έφτανε το 44,4% στους άνδρες και το 10,1% στις γυναίκες (WHO 2007). Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, το 2003, στη Γαλλία, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών μεταξύ των αποφοίτων πανεπιστημίου και των αποφοίτων στοιχειώδους εκπαίδευσης έφτανε το 60% ενώ ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα εισοδήματα το 30% (WHO 2007). Αντίστοιχες διαφορές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες. Τα στοιχεία αυτά προσδιορίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου προς τις οποίες πρέπει να κατευθυνθούν οι προσπάθειες πρόληψης.

3.2 Το κάπνισμα στα παιδιά και τους εφήβους

Σύμφωνα με τη μελέτη HBSC του Π.Ο.Υ. σε παιδιά σχολικής ηλικίας, την περίοδο 2001/2 (Currie et al. 2004), η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικού καπνίσματος: Το ποσοστό των παιδιών που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα στην ηλικία των 13 ετών, είναι 4,9% στα αγόρια και 3% στα κορίτσια, ενώ στην ηλικία των 15 ετών, είναι 13,5% και 14,1% αντίστοιχα (διαγράμματα 4 και 5). Παρατηρείται μάλιστα μια αισθητή μείωση των ποσοστών σε σχέση με την έρευνα HBSC του 1997/8, στην οποία το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε 18% στα αγόρια και 19% στα κορίτσια. Ας σημειωθεί ότι στην ηλικία των 15 ετών, υπάρχουν χώρες όπου το ποσοστό καπνίσματος είναι διπλάσιο έως τριπλάσιο έναντι της Ελλάδος. Αντίστοιχα χαμηλά ποσοστά καπνίσματος στις ηλικίες 12 - 17 ετών διαπιστώνει και άλλη μελέτη, στην οποία το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των αγοριών ήταν 8,9% και μεταξύ των κοριτσιών 9,5% (Kokkevi et al. 2000). Τέλος, στη μελέτη GYTS που διενεργήθηκε το έτος 2004 - 2005 σε μαθητές Γυμνασίου, το 32,1% των μαθητών Γυμνασίου δήλωσε ότι είχε δοκιμάσει τσιγάρο στο παρελθόν ενώ το 16,2% των μαθητών δήλωσε ότι ήταν τακτικοί καπνιστές.

Επιπλέον, 1 στους 4 μαθητές καπνιστές δήλωσε ότι είχε καπνίσει για πρώτη φορά σε ηλικία μικρότερη των 10 ετών. Συγχρόνως, το 20% των μη καπνιστών μαθητών θεωρεί ότι θα καπνίζει την επόμενη σχολική χρονιά. Σχετικά με το παθητικό κάπνισμα το 89,8% των μαθητών Γυμνασίου δήλωσε ότι εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι τους και το 94,1% σε δημόσιο χώρο. Σχετικά με την πρόσβαση στα τσιγάρα το 95% (89,5 - 97,7) των μαθητών γυμνασίου δήλωσε ότι αγοράζε τα τσιγάρα χωρίς κάποιον περιορισμό ή άρνηση πώλησης. Τέλος, το 16,7% των μαθητών γυμνασίου δήλωσε ότι του προσφέρθηκαν τσιγάρα δωρεάν από εκπρόσωπο εταιρίας καπνού (Kyrilesi et al. 2007).

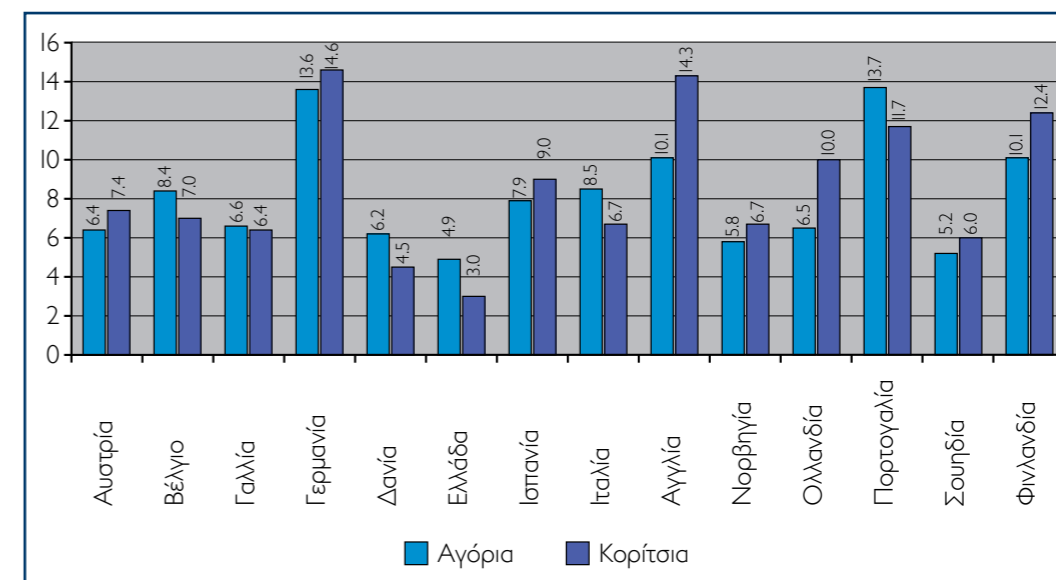
Το χαμηλά ποσοστά παιδικού και εφηβικού καπνίσματος που παρατηρούνται στη χώρα μας φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με τα υψηλά ποσοστά καπνιστών και καπνιστριών που παρατηρούνται στους ενήλικες. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η έναρξη του καπνίσματος γίνεται στην Ελλάδα σε μεγαλύτερη ηλικία από τις άλλες χώρες, αλλά είναι μονιμότερη. Πράγματι, στη μελέτη ESPAD, το ποσοστό των καπνιστών 17 - 18 ετών στην Ελλάδα είναι ήδη από τα υψηλότερα (50 και 47%), ενώ αν υπολογίσει κανείς μόνο τα ποσοστά αυτών που καπνίζουν πάνω από 11 τσιγάρα την ημέρα, τα ποσοστά και των δύο φύλων είναι πολύ υψηλότερα όλων των άλλων χωρών της έρευνας (διάγραμμα 6) (Andersson et al. 2007).

Ηλικία έναρξης. Η έναρξη του καπνίσματος συνήθως γίνεται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Λίγοι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα σε ηλικία άνω των 20 ετών (λιγότερο από 10%). Σύμφωνα με τη μελέτη HBSC, η μέση ηλικία πρώτης δοκιμής τσιγάρου στα παιδιά που ήδη καπνίζουν στα 15 τους, κυμαίνεται στις διάφορες χώρες μεταξύ 11 και 13 ετών. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη μέση ηλικία έναρξης στους καπνιστές ηλικίας 15 ετών, η οποία στα μεν αγόρια είναι 13,7 έτη ενώ στα κορίτσια 13 έτη.

Συνοπλογίζοντας τα δεδομένα από τη μελέτη ESPAD, τα στοιχεία της Eurostat και τα υψηλά ποσοστά καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων (διάγραμμα 3), φαίνεται αρκετά πιθανό, ότι στη χώρα μας, ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών αποκτά τη συνήθεια του καπνίσματος σε ηλικία άνω των 15 ετών. Η διαπίστωση αυτή προσδιορίζει τις ομάδες ηλικιών προς τις οποίες κατά προτεραιότητα πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες για την πρόληψη του καπνίσματος.

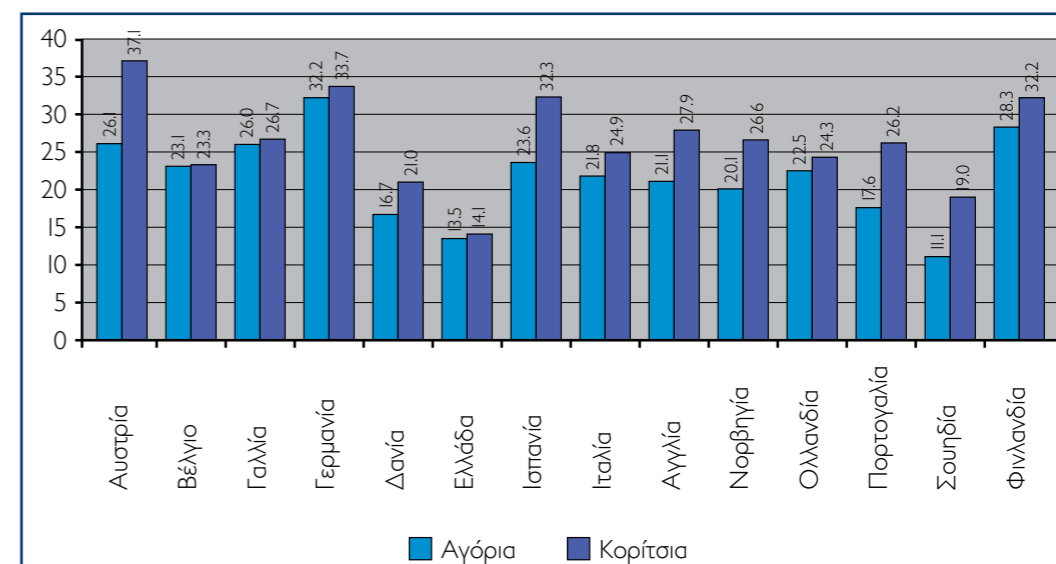
Ενώ στη διεθνή, αλλά και την ελληνική βιβλιογραφία συναντάται μία πληθώρα ερευνών σχετικά με τις αποτελεσματικότερες τεχνικές και παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, είναι σαφώς λιγότερες οι έρευνες που απαντούν στο ερώτημα, ποιοι είναι οι παράγοντες εκείνοι που συνδέονται τόσο με την έναρξη όσο και τη διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς, και επομένως, τη συνεπακόλουθη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η έναρξη του καπνίσματος συνδέεται με παράγοντες, όπως κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, κοινωνική πίεση από τους συνομηλίκους, οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα (Garisson et al. 2003). Η διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς συνδέεται τόσο με βιολογικές (συμπτώματα στέρησης) όσο και με ψυχολογικές μεταβλητές (σύνδεση του καπνίσματος με θετικά συναισθήματα, όπως χαλάρωση και απόλαυση, αλλά και καταστροφικές πεποιθήσεις του καπνιστή σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος) (Ευθυμίου & Σοφianoπούλου 2007).

Διάγραμμα 4: Ποσοστά παιδιών ηλικίας 13 ετών, που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, 2001 - 2 (HBSC).



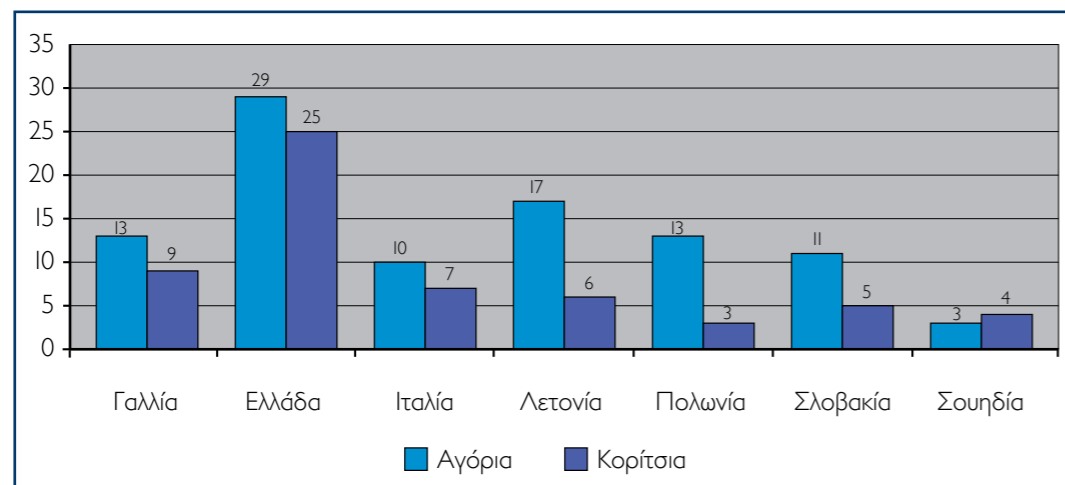
Πηγή: Currie et al. 2004.

Διάγραμμα 5: Ποσοστά παιδιών ηλικίας 15 ετών, που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, 2001 - 2 (HBSC).



Πηγή: Currie et al. 2004.

Διάγραμμα 6: Ποσοστά σπουδαστών ηλικίας 17-18 ετών που κάπνιζαν πάνω από 11 τσιγάρα την ημέρα, τις τελευταίες 30 ημέρες (ESPAD Project).



Πηγή: Andersson et al. 2007.

3.3 Θνησιμότητα από νοσήματα σχετιζόμενα με το κάπνισμα

Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο, περίπου 1,2 εκατ. θάνατοι οφείλονται στο κάπνισμα και αντιπροσωπεύουν περίπου 14% του συνόλου των θανάτων. Μόνο εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος, σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σημειώνονται ετησίως 79.000 θάνατοι (WHO 2007).

Υπολογίζοντας το μέγεθος του προβλήματος με βάση τα χαμένα έτη ζωής λόγω πρώιμου θανάτου ή αναπηρίας (DALY's), το κάπνισμα, στην Ευρώπη, ευθύνεται για το 12,3% χαμένων ετών ζωής (WHO 2005). Στη συντριπτική πλειονότητα των χωρών της Δυτικής Ευρώπης, είναι η πρώτη αιτία χαμένων ετών ζωής λόγω θανάτου ή αναπηρίας. Έχει υπολογισθεί, ότι το προσδόκιμο ζωής των καπνιστών μειώνεται κατά 5 ως 8 χρόνια και ότι χάνονται κατά μέσο όρο 5,5 λεπτά ζωής για κάθε τσιγάρο που καπνίζεται, δηλαδή περίπου όσο και ο χρόνος καπνίσματος του τσιγάρου.

Στην Ελλάδα, η οφειλόμενη στο κάπνισμα θνησιμότητα φτάνει το 19,3%, ενώ το ποσοστό των χαμένων ετών ζωής το 12,9% (πίνακας 4).

Καρκίνος τραχείας, βρόγχων, πνευμόνων. Η συνολική προτυποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνο τραχείας, βρόγχων και πνευμόνων σημείωσε διαχρονικά στην Ελλάδα αύξηση (διάγραμμα 7). Η ίδια τάση παρατηρείται και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Αντίθετα, σε ορισμένες άλλες, όπως η Μ. Βρετανία, η Φινλανδία και η Γερμανία, σημειώθηκε μείωση.

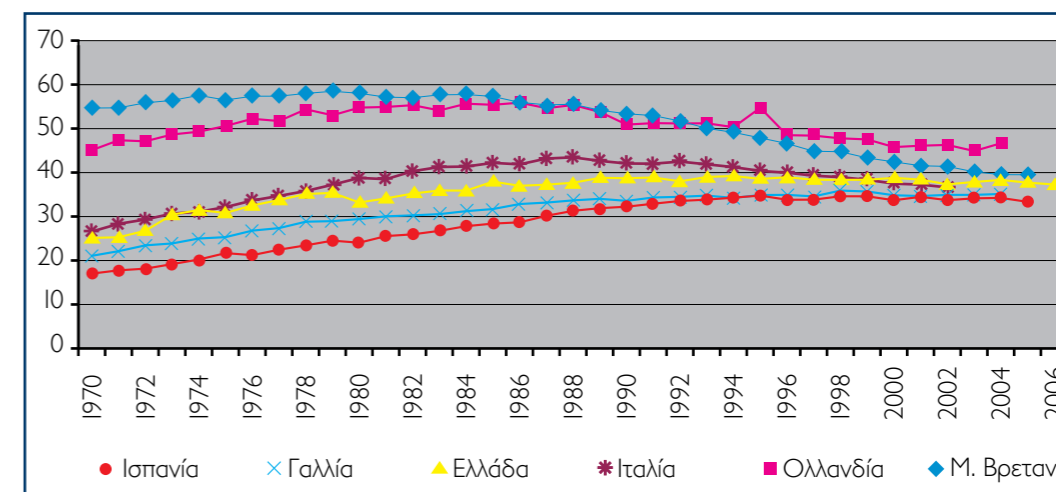
Το 2004, η προτυποποιημένη θνησιμότητα όλων των ηλικιών στην Ελλάδα έφτανε τους 38,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, ενώ ειδικά στις ηλικίες 0 - 64 ετών, τους 18,4 θανάτους. Η αύξηση που παρατηρήθηκε σε σχέση με το 1970, ήταν 52,4% και 46,4% αντίστοιχα (WHO 2008). Σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα παρουσιάζει την τέταρτη υψηλότερη θνησιμότητα μεταξύ των χωρών του πίνακα 5, τόσο στο σύνολο των ηλικιών όσο και στις ηλικίες κάτω των 65 ετών.

Πίνακας 4: Οφειλόμενη στο κάπνισμα θνησιμότητα (%) και χαμένα έτη ζωής (%) λόγω πρώιμου θανάτου ή αναπηρίας στη Δυτική Ευρώπη, 2002.

	Οφειλόμενη θνησιμότητα	Οφειλόμενα DALYs
Αυστρία	15,8	11,0
Βέλγιο	23,3	15,8
Γαλλία	16,2	12,4
Γερμανία	18,3	13,7
Δανία	25,7	17,7
Ελλάδα	19,3	12,9
Ισπανία	16,8	12,3
Ιταλία	18,8	12,0
Μ. Βρετανία	24,3	14,2
Νορβηγία	15,4	11,8
Ολλανδία	23,7	16,7
Πορτογαλία	12,1	10,4
Σουηδία	10,8	8,0
Φινλανδία	13,9	7,7

Πηγή: WHO. The European Health Report, 2005. Copenhagen, WHO, 2005.

Διάγραμμα 7: Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από καρκίνο τραχείας, βρόγχων και πνευμόνων σε διάφορες Ευρωπαϊκές Χώρες (1970-2004).



Πηγή: WHO, European Health For All Database, 2008.

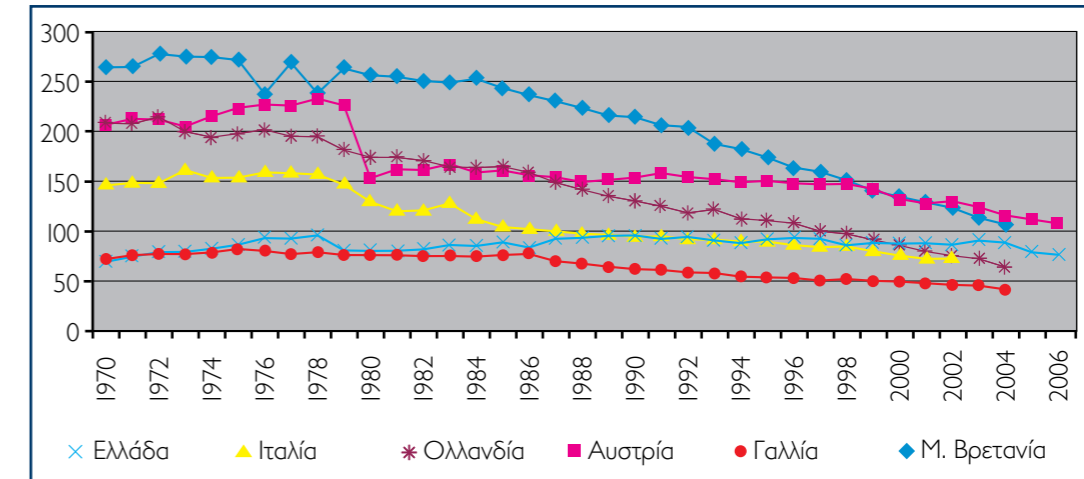
Πίνακας 5: Προτυποποιημένη θνησιμότητα ανά 100.000 κατ. όλων των ηλικιών από καρκίνο τραχείας, βρόγχων και πνευμόνων, σε Ευρωπαϊκές Χώρες.

	0-64	όλες οι ηλικίες
Αυστρία (2004)	17,0	32,2
Δανία (2001)	19,4	51,0
Γαλλία (2004)	20,7	35,7
Γερμανία	16,4	33,9
Ελλάδα (2004)	18,4	38,9
Ισπανία (2004)	18,3	34,8
Ιταλία (2002)	15,1	37,2
Μ. Βρετανία (2004)	14,3	40,1
Νορβηγία (2004)	13,8	34,1
Ολλανδία (2004)	19,9	47,4
Πορτογαλία (2003)	12,9	23,6
Σουηδία (2004)	10,9	25,9
Φινλανδία (2004)	10,1	26,0

Πηγή: WHO, European Health For All Database, 2008.

Ισχαιμική καρδιοπάθεια. Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια, σε αντίθεση με ότι συνέβη στις περισσότερες χώρες της δυτικής Ευρώπης, σημείωσε διαχρονικά στην Ελλάδα αύξηση (διάγραμμα 8). Την περίοδο 1970 - 2004, η αύξηση της θνησιμότητας στη χώρα μας έφτασε 27,8%, έναντι μείωσης μεταξύ 42 και 69,3% των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Επικεντρώνοντας μόνο στις ηλικίες κάτω των 65 ετών (πίνακας 6) η Ελλάδα το 2004, παρουσίαζε πλέον την υψηλότερη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στη Δυτική Ευρώπη, διπλάσια από την αντίστοιχη των μεσογειακών και των περισσότερων άλλων δυτικοευρωπαϊκών χωρών.

Διάγραμμα 8: Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια σε διάφορες Ευρωπαϊκές Χώρες (1970 - 2004).



Πηγή: WHO, European Health For All Database, 2008.

Πίνακας 6: Προτυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, σε διάφορες Ευρωπαϊκές Χώρες, 1970 - 2004 (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους).

	1970(*)	2004(**)	Μεταβολή (%)
Αυστρία	47,1	18,3	-61,1
Δανία	63,1	19,3	-69,5
Γαλλία	23,7	9,9	-58,3
Γερμανία	37,0	20,6	-44,4
Ελλάδα	23,3	32,3	38,5
Ισπανία	17,5	14,5	-17,0
Ιταλία	36,9	14,5	-60,8
Μ. Βρετανία	86,5	26,9	-68,9
Νορβηγία	68,1	16,4	-75,9
Ολλανδία	64,1	15,0	-76,6
Πορτογαλία	30,0	15,9	-47,1
Σουηδία	53,8	18,2	-66,3
Φινλανδία	114,4	29,7	-74,1

Πηγή: WHO, European Health For All Database, 2008. (*) Γερμανία: 1990 (**) Δανία 2001, Ιταλία: 2002.

4. Παθητικό Κάπνισμα

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα - που ονομάζεται επίσης «παθητικό κάπνισμα» - εξακολουθεί να είναι μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, και να επιβαρύνει με σημαντικές δαπάνες την κοινωνία ως σύνολο.

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα (environmental tobacco smoke - EST) είναι ένα πολυσύνθετο μίγμα χιλιάδων συστατικών που εκλύονται στον αέρα, και δεν μπορεί να υπολογιστεί σαν μια ολότητα. Παρόλα αυτά, συγκεκριμένα συστατικά όπως η νικοτίνη και διάφορα εισπνεόμενα σωματίδια (respirable suspended particulates - RSPs) χρησιμοποιούνται για να προσδιοριστεί η έκθεση στον περιβαλλοντικό αυτό κίνδυνο.

Ο καπνός του περιβάλλοντος περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται 50 γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες και πολλοί τοξικοί παράγοντες. Δεν έχει καθοριστεί επίπεδο ασφάλειας για τον καπνό του περιβάλλοντος και η μελλοντική έρευνα δεν αναμένεται να προσδιορίσει τέτοιο επίπεδο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της «Πράσινης Βίβλου: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα: στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο Ε.Ε.», το 2002 ο καπνός του περιβάλλοντος ταξινομήθηκε ως γνωστό καρκινογόνο για τον άνθρωπο από τον Οργανισμό Προστασίας του Περιβάλλοντος των Η.Π.Α. (US Environmental Protection Agency), το 1993, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (Department of Health and Human Services) των Η.Π.Α. και από το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο του Π.Ο.Υ. (WHO International Agency for Research on Cancer). Επιπλέον, έχει ταξινομηθεί ως καρκινογόνο στο χώρο εργασίας από τις κυβερνήσεις της Φινλανδίας (2000) και της Γερμανίας (2001). Πρόσφατα, η Υπηρεσία Προστασίας Περιβάλλοντος της Καλιφόρνια (California Environment Protection Agency) ταξινόμησε τον καπνό ως «τοξικό ατμοσφαιρικό ρύπο» (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2007)

Οι κύριοι χώροι χρόνιας και εντατικής έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος είναι το σπίτι και ο χώρος εργασίας. Σύμφωνα με την έκθεση του Συστήματος Πληροφοριών για την επαγγελματική έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες του 1998 (Information System on Occupational Exposure to Carcinogens) (CAREX 1998), ο καπνός του περιβάλλοντος ήταν η δεύτερη συνηθέστερη μορφή έκθεσης σε καρκινογόνα (μετά την ηλιακή ακτινοβολία) στην Ε.Ε. των 15. Κατά την περίοδο 1990-93, περίπου 7,5 εκατ. Ευρωπαίοι εργαζόμενοι είχαν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια τουλάχιστον του 75% του χρόνου εργασίας τους.

Στις Η.Π.Α., η συγκέντρωση της νικοτίνης σε σπίτια καπνιστών βρέθηκε να ποικίλει από λιγότερο από 1 μg/m³ μέχρι 10 μg/m³ (1992, US Environmental Protection Agency). Η συγκέντρωση σε γραφεία όπου οι εργαζόμενοι καπνίζουν, συνήθως κυμαίνεται από μηδέν μέχρι 30 μg/m³. Τα επίπεδα συγκέντρωσης σε εστιατόρια, μπαρ και κλαμπ τείνουν να είναι πολύ υψηλότερα, ενώ σε πολύ περιορισμένους χώρους, όπως για παράδειγμα το αυτοκίνητο, είναι ιδιαίτερα υψηλά. Όπως υπογραμμίζει ο Π.Ο.Υ. (WHO 2000), τα επίπεδα συγκέντρωσης του καπνού στον περιβάλλοντα χώρο συνδέονται άμεσα με τη συχνότητα καπνίσματος. Έτσι, σε χώρες όπου το κάπνισμα είναι περισσότερο διαδεδομένο, αναμένεται και τα επίπεδα να είναι πολύ υψηλότερα.

Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε μια σειρά δημόσιων χώρων σε επτά ευρωπαϊκές πόλεις κατά την περίοδο 2001-2002, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε καπνός στους περισσότερους από τους δημόσιους χώρους που εξετάστηκαν, συμπεριλαμβανομένων των χώρων αναψυχής και των επιχειρήσεων του κλάδου της φιλοξενίας, των μεταφορών, των νοσοκομείων και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

Οι υψηλότερες συγκεντρώσεις καπνού στο περιβάλλον μετρήθηκαν σε μπαρ και ντισκοτέκ. Η τετράωρη έκθεση σε ντισκοτέκ ισοδυναμεί με συμβίωση με καπνιστή για ένα μήνα (Nebot et al., 2005). Η διαπίστωση ότι τα επίπεδα έκθεσης είναι εξαιρετικά υψηλά σε επιχειρήσεις του κλάδου της φιλοξενίας επιβεβαιώθηκε και από άλλες μελέτες, που έδειξαν ότι η μέση έκθεση των εργαζομένων σε μπαρ είναι τριπλάσια ή πολλαπλάσια της έκθεσης λόγω της συμβίωσης με καπνιστή (Jarvis et al. 1992)

Στις δυτικές κοινωνίες, όπου το κάπνισμα εμφανίζεται με μια συχνότητα της τάξης του 30 - 50%, υπολογίζεται ότι παραπάνω από το 50% των σπιτιών, στα οποία υπάρχει τουλάχιστον ένας καπνιστής, συμβάλλουν σημαντικά στην έκθεση των παιδιών και άλλων μη καπνιστών στα παράγωγα του καπνού. Παρόμοιο ποσοστό μη καπνιστών εκτίθενται στον ίδιο κίνδυνο και στο εργασιακό τους περιβάλλον (WHO 2000).

4.1 Επιπτώσεις στην υγεία

Πολλές πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία και τη ζωή που συνδέονται με το παθητικό κάπνισμα. Έχει αποδειχθεί ότι η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι η αιτία πολλών από τις ασθένειες που προκαλεί και το ενεργητικό κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του πνεύμονα, καρδιαγγειακών παθήσεων και παιδικών ασθενειών.

Μελέτη του διεθνούς οργανισμού για την έρευνα κατά του καρκίνου του Π.Ο.Υ. (IARC 2002) έδειξε ότι για τους μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι 20-30% μεγαλύτερος. Ο επιπλέον κίνδυνος λόγω της έκθεσης στο χώρο εργασίας εκτιμήθηκε ότι είναι 12 - 19%. Οι σχέσεις μεταξύ έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και άλλων τύπων καρκίνου είναι λιγότερο σαφείς.

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένος μεταξύ των μη καπνιστών που ζουν με καπνιστές κατά 25 - 30%. Υπάρχουν επίσης όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παθητικού καπνίσματος και εγκεφαλικών επεισοδίων σε μη καπνιστές, παρότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εκτίμηση του κινδύνου.

Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με αναπνευστικές νόσους και αποτελεί σημαντική αιτία επιδείνωσης για άτομα που πάσχουν από άσθμα, αλλεργίες και χρόνια αποφρακτική πνευμονική πάθηση, που οδηγεί σε κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό. Μια πρόσφατη πανευρωπαϊκή έρευνα σε άτομα με συμπτώματα άσθματος οξείας μορφής έδειξε ότι μια από τις σημαντικές επιθυμίες τους για το μέλλον είναι να μπορούν να αναπνέουν καθαρό αέρα.

Το παθητικό κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για τα μικρά παιδιά και τα βρέφη, εφόσον συνδέεται με τον αιφνίδιο θάνατο των βρεφών, την πνευμονία, τη βρογχίτιδα, το άσθμα, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος καθώς και παθήσεις του μέσου ωτός. Η έκθεση των εγκύων στον καπνό του περιβάλλοντος μπορεί να έχει ως συνέπεια νεογνά χαμηλού βάρους, θάνατο του εμβρύου και πρόωρα νεογνά.

Συγκεκριμένα και όσον αφορά στις έγκυες γυναίκες είναι τεκμηριωμένο ότι, όσες είναι καπνίστριες έχουν συσχετισθεί με πρόωρο τοκετό (<37 εβδομάδες), με γέννηση ελλιποβαρών νεογνών (μ.ο. 150-200 γραμ. λιγότερο) σε διπλάσια συχνότητα, αυτόματη αποβολή, εκδήλωση άσθματος στην παιδική ηλικία, αλλά και ελαττωμένη πνευμονική λειτουργία τόσο στα νεογέννητα, όσο και στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Στις έγκυες γυναίκες, επίσης, το παθητικό κάπνισμα έχει συνδεθεί με ελλιποβαρή νεογνά (31 γραμ.) κυρίως, αλλά και με πρόωρο τοκετό.

Μια πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος διπλασιάζει σχεδόν τον κίνδυνο εκφύλισης της ώχρας κηλίδας λόγω γήρανσης - την κύρια αιτία απώλειας της όρασης στην Ευρώπη (Khan et al. 2006).

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες - συντηρητικές - εκτιμήσεις της σύμπραξης που δημιουργήθηκε από την European Respiratory Society (Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία), τον οργανισμό Cancer Research UK (Έρευνα για τον καρκίνο ΗΒ) και το Institut National du Cancer (Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο) στη Γαλλία, περισσότεροι από 79.000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις 25 χώρες της Ε.Ε. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα στο χώρο

εργασίας προκάλεσε περισσότερους από 7.000 θανάτους στην Ε.Ε. το 2002, ενώ η έκθεση στο σπίτι είχε ως συνέπεια 72.000 θανάτους επιπλέον. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν θανάτους από καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο του πνεύμονα και ορισμένες αναπνευστικές νόσους που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα. Εντούτοις, στις εκτιμήσεις αυτές δεν περιλαμβάνονται οι θάνατοι ενηλίκων που οφείλονται σε άλλες νόσους που συνδέονται με την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος (όπως πνευμονία), οι θάνατοι παιδιών και η σοβαρή νοσηρότητα, οξεία και χρόνια, λόγω του παθητικού καπνίσματος (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2007).

Γενικότερα, φαίνεται ότι υπάρχουν επαρκείς και αξιόπιστες αποδείξεις από τη βιβλιογραφία και από τη συναίνεση των ειδικών επιστημόνων ότι μπορούν να γίνουν αξιόπιστοι προσδιορισμοί για τη συμμετοχή του παθητικού καπνίσματος για την πρόκληση άσθματος, λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό, χαμηλού σωματικού βάρους γέννησης στα παιδιά, καθώς και για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Αντίθετα, φαίνεται ότι υπάρχουν ορισμένες, μερικώς επαρκείς και αξιόπιστες αποδείξεις για να εκτιμηθούν ανάλογα η ελαττωμένη πνευμονική λειτουργία, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και η πνευμονία στους ενήλικες, οι πρόωρες γεννήσεις στα παιδιά και η ελαττωμένη πνευμονική λειτουργία¹.

4.2 Νομοθεσία

Το ψήφισμα του Συμβουλίου 89/C 189/0141 σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους ζητούσε από τα κράτη μέλη να εκδώσουν μέτρα για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και σε όλα τα είδη δημόσιων συγκοινωνιών.

Η σύσταση 2003/54/ΕΚ του Συμβουλίου σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και με πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της καταπολέμησής του καλούσε τα κράτη μέλη να εφαρμόσουν αποτελεσματικά μέτρα για την εξασφάλιση προστασίας από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, σε κλειστούς δημόσιους χώρους και στις δημόσιες συγκοινωνίες.

Η οδηγία-πλαίσιο για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων κατά την εργασία (89/391/ΕΟΚ), παρότι δεν κάνει ρητή αναφορά στον καπνό, καλύπτει όλους τους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Απαιτεί από κάθε εργοδότη να αξιολογεί τους κινδύνους στο χώρο εργασίας και να λαμβάνει κατάλληλα μέτρα πρόληψης του κινδύνου και προστατευτικά μέτρα. Επιπλέον, ορισμένες επιμέρους οδηγίες για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία, στις οποίες καθορίζονται «ελάχιστες προδιαγραφές» για ειδικούς κινδύνους, περιέχουν διατάξεις που διασφαλίζουν την προστασία των εργαζομένων από τον καπνό του περιβάλλοντος (βλέπε επόμενη παράγραφο). Οι οδηγίες αυτές πρέπει να μεταφερθούν στο εθνικό δίκαιο από τα κράτη μέλη και να εφαρμοστούν ορθά. Σύμφωνα με τη Συνθήκη, τα κράτη μέλη επιτρέπεται να θεσπίσουν αυστηρότερα μέτρα.

Η οδηγία σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας (89/654/ΕΟΚ) καθώς και οι οδηγίες για τα προσωρινά ή κινητά εργοτάξια (92/57/ΕΟΚ)⁴⁶, τις εξορυκτικές διά γεωτρήσεων βιομηχανίες (92/91/ΕΟΚ)⁴⁷ και τις εξορυκτικές βιομηχανίες (92/104/ΕΟΚ), υποχρεώνουν τους εργοδότες να εξασφαλίζουν ότι στους κλειστούς χώρους εργασίας υπάρχει αερισμός και επαρκής καθαρός αέρας και να προστατεύουν τους μη καπνιστές από τον καπνό σε χώρους ανάπαυσης.

Η οδηγία για τους καρκινογόνους ή τους μεταλλαξιογόνους παράγοντες (2004/37/ΕΚ) και η οδηγία για τον αμιάντο (83/477/ΕΟΚ) απαγορεύουν το κάπνισμα στις περιοχές στις οποίες πραγματοποιούνται εργασίες που περιλαμβάνουν το χειρισμό, αντίστοιχα, καρκινογόνων/μεταλλαξιογόνων παραγόντων και αμιάντου.

¹Βλ. περισσότερα στο: http://www.euro.who.int/Document/HOH/EBD_Bonn_Report.pdf.

Η οδηγία για τις εγκύους εργαζόμενες (92/85/ΕΟΚ) υποχρεώνει τους εργοδότες να λαμβάνουν μέτρα για την προστασία των εγκύων και γαλουχουσών εργαζομένων από την έκθεση στο μονοξείδιο του άνθρακα.

Ορισμένα συστατικά του καπνού στο περιβάλλον (όπως το αρσενικό, το 1,3 - βουταδιένιο, το βενζόλιο και το οξείδιο του προπιλενίου) έχουν ταξινομηθεί ως καρκινογόνα στο παράρτημα Ι της οδηγίας για τις επικίνδυνες ουσίες (**67/548/ΕΟΚ**).

5. Οικονομικές Διαστάσεις

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, το κόστος της φροντίδας υγείας για τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα ποικίλλει στις διάφορες χώρες μεταξύ 0,1 και 1,1% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Prahbat & Chalourka 2000). Εντούτοις, μελέτες στην Ευρώπη δείχνουν ότι το κόστος αυτό μπορεί να είναι ακόμη υψηλότερο. Το άμεσο και έμμεσο κόστος του καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται μεταξύ 97,7 και 130,3 δισ. Ευρώ το 2000, ποσό που αντιστοιχεί στο 1,04 ως 1,39% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Office for Official Publications of the EC 2004).

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., στη Φινλανδία και τη Γαλλία το κόστος υγείας που οφείλεται στο κάπνισμα είναι 1,1% και 1,3% αντίστοιχα, ενώ υπάρχουν χώρες, όπως η Πολωνία, στις οποίες το αντίστοιχο κόστος φτάνει το 3,2% του ΑΕΠ (WHO 2005). Στη Σουηδία, έχει υπολογισθεί ότι το 2001, το συνολικό κόστος υγείας και απώλειας παραγωγικότητας από το κάπνισμα ήταν 26 δισ. κορώνες (WHO 2007).

Σχετικά με το κόστος μιας ολοκληρωμένης πολιτικής κατά του καπνίσματος, αυτό σύμφωνα υπολογίζεται σε κάτι παραπάνω από 1 Ευρώ/ έτος/ άτομο στο Ηνωμένο Βασίλειο, 1 - 3\$/ έτος/ άτομο στις Η.Π.Α., ενώ σύμφωνα με άλλες έρευνες περίπου 5 - 14 Ευρώ /έτος/άτομο.

Από τα λίγα στοιχεία που διαθέτουμε για την Ελλάδα:

- Η Ελλάδα καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μεταξύ των χωρών της Ε.Ε., ως προς την κατά κεφαλή παραγωγή τσιγάρων.
- Το 9% των φορολογικών εσόδων στην Ελλάδα προέρχονται από τη φορολογία καπνού (φόρος + ΦΠΑ).

6. Η Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Καταπολέμηση του Καπνίσματος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει από μακρού θέσει το κάπνισμα σε στόχο υψηλής προτεραιότητας για τη Δημόσια Υγεία και έχει αναπτύξει αξιόλογες πολιτικές για τον περιορισμό του. Από το 1987 μέχρι το 2002, το Ευρωπαϊκό Τμήμα του Π.Ο.Υ. ανέπτυξε τρία διαδοχικά σχέδια δράσης σχετικά με το κάπνισμα. Το 2002, μετά από απόφαση των Υπουργών Υγείας των χωρών της Ευρώπης, το Ευρωπαϊκό Τμήμα του Π.Ο.Υ. το 2002, υιοθέτησε την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος.

Σε συνέχεια των προσπαθειών αυτών, το Μάιο του 2003, τα κράτη-μέλη του Π.Ο.Υ. συμφώνησαν στη σύναψη και υπογραφή μιας διεθνούς Συνθήκης για τον Έλεγχο του καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC), η οποία υπογράφηκε από τα 192 μέλη του Π.Ο.Υ. και τέθηκε σε εφαρμογή από το Φεβρουάριο του 2005. Η συνθήκη περιλαμβάνει το πλαίσιο για τη θέσπιση ολοκληρωμένης νομοθεσίας από τις χώρες - μέλη και ολοκληρωμένης πολιτικής για τον έλεγχο του καπνίσματος, με την ανάληψη από τα κράτη μιας σειράς μέτρων και πρωτοβουλιών στους ακόλουθους τομείς:

- Θέσπιση απαγορευτικών διατάξεων στη διαφήμιση, την προβολή και τη χορηγία προϊόντων καπνού.
- Υποχρεωτική αναγραφή προειδοποιητικών πινακίδων πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού που καλύπτουν τουλάχιστον το 30% και ιδανικά το 50% της επιφάνειας της συσκευασίας, οι οποίες θα περιλαμβάνουν έγχρωμες φωτογραφίες και διαγράμματα.
- Απαγόρευση της χρήσης παραπλανητικών όρων όπως «ελαφρά» ή «μαλακά».
- Προστασία των πολιτών από την έκθεση στον καπνό στους χώρους εργασίας, τις δημόσιες μεταφορές και τους κλειστούς δημόσιους χώρους.
- Καταπολέμηση του λαθρεμπορίου προϊόντων καπνού.
- Αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού.
- Παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών απεξάρτησης από τη νικοτίνη.
- Η ενημέρωση - ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

Η Συνθήκη προβλέπει επιπλέον νομοθετικά μέτρα για τη βιομηχανία καπνού, την αναγραφή των ενδείξεων περιεκτικότητας στα διάφορα συστατικά, την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία μεταξύ των κρατών.

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (ESTC) περιλαμβάνει επιπλέον ειδικές συστάσεις προς τα κράτη - μέλη σε ότι αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης. Σύμφωνα με τις συστάσεις αυτές, οι εθνικές πολιτικές πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Προγράμματα εκπαίδευσης και προαγωγής υγείας που να ενθαρρύνουν τη διακοπή του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές ηλικίας και φύλου.
- Ανάπτυξη και ενσωμάτωση καλών πρακτικών θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη και πρόληψης της υποτροπής, με μεθόδους υποστήριξης συμπεριφοράς, συμβουλευτικές υπηρεσίες, τηλεφωνικές γραμμές διακοπής, καθώς και ειδικών προγραμμάτων για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, την προστασία της μητρότητας, τις αντιφυματικές μονάδες κ.λπ.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.

- Ίδρυση προγραμμάτων και υπηρεσιών διάγνωσης, ιατρικής συμβουλευτικής και θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, με προτεραιότητα στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας.
- Εφαρμογή μέτρων για τη δωρεάν χορήγηση ή τη μείωση της τιμής των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος.

7. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης Κατά του Καπνίσματος

Ο αγώνας κατά του καπνίσματος αποτελεί προτεραιότητα της πολιτικής δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '80, στο πλαίσιο της στρατηγικής «Ευρώπη κατά του Καρκίνου». Μετά το πρώτο πρόγραμμα της Ε.Ε. κατά του καπνίσματος το 1987, στην εικοσαετία που ακολούθησε, η Ένωση έχει υιοθετήσει μια σειρά μέτρων και πολιτικών κατά του καπνίσματος, με τη θέσπιση κοινοτικών οδηγιών, στους ακόλουθους τομείς:

- Περιορισμό της παραγωγής καπνού, στα πλαίσια της κοινής αγροτικής πολιτικής.
- Πολιτική αύξησης της φορολογίας και των τιμών των προϊόντων καπνού, με σκοπό τον περιορισμό της ζήτησης.
- Επιβολή περιορισμών στη διαφήμιση και προβολή των προϊόντων καπνού.
- Επιβολή υποχρεωτικών προειδοποιητικών ενδείξεων επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες των τσιγάρων και των άλλων προϊόντων καπνού.
- Μέτρα για τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού.
- Μέτρα προστασίας από το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.
- Επιβολή απαγορεύσεων και περιορισμών στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους.
- Επιβολή απαγορεύσεων και περιορισμών στο κάπνισμα στους χώρους εργασίας και ιδίως σε επαγγελματικούς χώρους, όπου υπάρχουν καρκινογόνες ουσίες.
- Μέτρα και πολιτικές για τη βελτίωση της έγκυρης ενημέρωσης του πληθυσμού, με καμπάνιες ενημέρωσης, κ.λπ.
- Προώθηση και ενίσχυση μέτρων και δράσεων για τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση των ήδη καπνιστών.

Τα τελευταία χρόνια, η πολιτική της Ε.Ε. προσανατολίζεται κύρια προς τις εξής κατευθύνσεις:

- Τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος.
- Τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού.
- Τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προειδοποιητικών επιγραφών πάνω στα προϊόντα καπνού.
- Την ενίσχυση των απαγορευτικών μέτρων στην προβολή και παρουσίαση.

Οι σημαντικότερες πρόσφατες κοινοτικές οδηγίες για τα παραπάνω είναι οι εξής:

1. Πράσινη Βίβλος της 30ης Ιανουαρίου 2007 - Προς μια Ευρώπη ελεύθερη καπνίσματος: επιλογές πολιτικής σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης [COM(2007) 27 final].

Σκοπός της οδηγίας είναι η προώθηση μιας ευρείας πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος, που εκτιμάται ότι μπορεί να έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα ως πολιτική έναντι του καπνίσματος.

2. Οδηγία 2001/37/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 5ης Ιουνίου 2001, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση των προϊόντων καπνού.

Η οδηγία αποτελεί συγχώνευση τριών προηγούμενων οδηγιών σχετικών με τα προϊόντα καπνού (των 89/622/ΕΟΚ, 92/41/ΕΟΚ και 90/239/ΕΟΚ). Με την οδηγία ρυθμίζονται η παραγωγή, η παρουσίαση και η πώληση προϊόντων καπνού, κυρίως σε ότι αφορά τις προειδοποιητικές ενδείξεις επάνω στα πακέτα, την απαγόρευση χαρακτηρισμών όπως «mild» ή «light», τις μέγιστες περιεκτικότητες σε νικοτίνη, πίσσα και μονοξειδίο του άνθρακα και την απαγόρευση καπνού που λαμβάνεται από το στόμα.

3. Απόφαση 2003/641/ΕΚ της Επιτροπής, της 5ης Σεπτεμβρίου 2003, σχετικά με τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων ως προειδοποιήσεων για την υγεία στις συσκευασίες προϊόντων καπνού [Επίσημη Εφημερίδα L 226/10.09.2003].

Η απόφαση επιδιώκει να θεσπίσει κανόνες για τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων στις προειδοποιητικές επιγραφές στις συσκευασίες προϊόντων καπνού. Αποτελεί συνέχεια της οδηγίας 2001/37/ΕΚ, που επιβάλλει ήδη τη μεγέθυνση των προειδοποιήσεων στις συσκευασίες σχετικά με την υγεία. Ωστόσο, η χρήση των προτεινόμενων εικονογραφήσεων δεν είναι δεσμευτική.

4. Οδηγία 2003/33/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26ης Μαΐου 2003, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά τη διαφήμιση και τη χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού [Επίσημη Εφημερίδα L 152/20.06.2003].

Στόχος της οδηγίας είναι να απαγορεύσει τη διαφήμιση υπέρ των προϊόντων καπνού στα έντυπα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στις ραδιοφωνικές εκπομπές και μέσω της κοινωνίας της πληροφορίας. Η οδηγία απαγορεύει επίσης τη χορηγία εκδηλώσεων που έχουν διασυννοριακό αντίκτυπο και αποβλέπουν στην προώθηση των προϊόντων καπνού.

5. Σύσταση 2002/303/ΕΚ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Συμβουλίου της 17 Ιουνίου 2002 για την πρόληψη του καπνίσματος και για πρωτοβουλίες με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου του καπνού [COM(2002) 303 final].

Η σύσταση αποβλέπει στην προώθηση και υιοθέτηση από τις χώρες - μέλη, μέτρων και πολιτικών για την πρόληψη του καπνίσματος, ιδίως των νέων, με μια σειρά συστάσεων που περιλαμβάνουν απαγόρευση της πώλησης σε ανήλικους και περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα αυτόματα μηχανήματα πώλησης, απομάκρυνση των προϊόντων καπνού από κάθε είδους βιτρίνες και ράφια των self service καταστημάτων, απαγόρευση της χρήσης εμπορικών ονομασιών τσιγάρων σε άλλα προϊόντα και το αντίστροφο, κ.λπ.

6. Σύσταση 2003/54/ΕΚ του Συμβουλίου, της 2ας Δεκεμβρίου 2002, σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και με πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της καταπολέμησής του [Επίσημη Εφημερίδα L 22/25.01.2003].

Η σύσταση αυτή αποβλέπει στον έλεγχο της πώλησης προϊόντων καπνού στα παιδιά και στους εφήβους. Επίσης, αποσκοπεί στην καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με το κάπνισμα, ώστε να αποθαρρύνει την κατανάλωση προϊόντων καπνού.

8. Ευρωπαϊκές Πολιτικές Κατά του Καπνίσματος

Οι πολιτικές ενάντια στο κάπνισμα που αναπτύσσονται στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες κινούνται στο πλαίσιο των σχετικών κοινοτικών οδηγιών και των κατευθύνσεων της Διεθνούς Συνθήκης κατά του Καπνίσματος FCTC. Μέσα από τις πολιτικές αυτές, ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Μ. Βρετανία, η Νορβηγία, κ.ά., πέτυχαν μείωση του ποσοστού των καπνιστών μέχρι και 20 - 25%, ενώ σε άλλες χώρες η αποτελεσματικότητα των πολιτικών είναι προς το παρόν ακόμη περιορισμένη. Η πραγματικότητα που επικρατεί σε κάθε επιμέρους τομέα πολιτικής έχει ως εξής.

8.1 Φορολογία και πολιτική τιμών

Οι πολιτικές για την αυξημένη φορολογία του καπνού αποσκοπούν στην αποθάρρυνση της κατανάλωσης και στην κάλυψη των δαπανών περίθαλψης των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τρεις κοινοτικές οδηγίες του 1992 καθορίζουν το ελάχιστο επίπεδο φορολογίας, το οποίο πρέπει να αντιπροσωπεύει τουλάχιστον το 70% της τελικής τους τιμής.

Η φορολογία του καπνού αυξάνει τις τιμές και έχει πραγματική επίπτωση στο επίπεδο κατανάλωσης, ιδίως στους νέους και στα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα. Υπολογίζεται ότι μια μέση αύξηση της τιμής κατά 10% μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της κατανάλωσης κατά 5 - 7% (WHO 2007). Εντούτοις, η πολιτική της ελάχιστης φορολογίας εφαρμόστηκε με διαφορετικό τρόπο και οδήγησε σε διαφορετικά αποτελέσματα στις διάφορες χώρες. Στη Μ. Βρετανία και τη Γερμανία, η μέση αύξηση της τιμής των τσιγάρων μετά το 1990 φτάνει το 5% ετησίως και είχε ως αποτέλεσμα μια ουσιαστική αύξηση τιμών (WHO 2007). Αντίθετα σε άλλες χώρες, όπως η Αυστρία και η Δανία, οι τιμές των τσιγάρων παρέμειναν σχετικά σταθερές. Επιπλέον, διαπιστώνεται, ότι εξαιτίας της γενικότερης ανάπτυξης, ακόμη και μετά τις αυξήσεις στη φορολογία, οι τιμές των προϊόντων καπνού είναι περισσότερο ανεκτές για τον πληθυσμό έναντι εκείνων της δεκαετίας του '60, γεγονός που υπαγορεύει την ανάγκη συνεχούς επικαιροποίησης της πολιτικής τιμών και φορολογίας.

Πίνακας 7: Απαγορευτικές πολιτικές του καπνίσματος σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

Αυστρία	Απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσια κτίρια, σχολεία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, δημόσιες μεταφορές. Δεν απαγορεύεται στους χώρους εργασίας.
Βέλγιο	Από το 2006, απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας. Επιτρέπεται μόνο σε καθορισμένους αεριζόμενους χώρους. Απαγόρευση του καπνίσματος στα εστιατόρια - επιτρέπεται μόνο σε ξεχωριστούς κλειστούς αεριζόμενους χώρους. Εξαιρούνται τα μπαρ, όπου απαιτείται αερισμός και τμήμα μη καπνιστών.
Γαλλία	Από το 2008, πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, εστιατόρια και μπαρ.
Γερμανία	Από το 2002, απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους και χώρους εργασίας. Δεν απαγορεύεται όμως στις συγκοινωνίες και σε ορισμένα δημόσια κτίρια.
Ιταλία	Από το 2005, απαγόρευση σε όλους τους δημόσιους χώρους, τους χώρους εργασίας και τα εστιατόρια. Επιτρέπεται μόνο σε καθορισμένους κλειστούς αεριζόμενους χώρους καπνίσματος.
Ισπανία	Από το 2006, απαγορεύεται στους χώρους εργασίας και σε εστιατόρια και μπαρ μεγαλύτερα των 100 τ.μ. που δεν έχουν τμήμα καπνιστών.
Σουηδία	Απαγόρευση ισχύει για όλους τους χώρους εργασίας. Από το 2005 πλήρης απαγόρευση σε εστιατόρια, μπαρ και καφέ. Επιτρέπεται μόνο σε ειδικά κλειστά αεριζόμενα δωμάτια καπνίσματος.
Μ. Βρετανία	Από το 2007, πλήρης απαγόρευση σε όλους τους χώρους εργασίας, εστιατόρια και μπαρ.

Πηγή: WHO 2007 ΕΡΗΑ 2006.

8.2 Απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.

Σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει κάποιου είδους μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Στον πίνακα 7 συνοψίζονται τα δεδομένα για τις απαγορευτικές πολιτικές σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες.

8.3 Απαγόρευση διαφήμισης και προβολής

Η διαφήμιση των προϊόντων καπνού μέσω της τηλεόρασης απαγορεύεται στις χώρες της Ε.Ε. με την Οδηγία 97/36/ΕΟΚ, η οποία καλύπτει και την έμμεση διαφήμιση, καθώς και τη χορηγία εκπομπών. Για τις υπόλοιπες μορφές διαφήμισης, η βάση των ευρωπαϊκών πολιτικών είναι η Οδηγία 2003/33/ΕΚ, η οποία αντικατέστησε άλλες παλαιότερες και η οποία καλύπτει πολλές μορφές άμεσης διαφήμισης και αθλητικών χορηγιών, αλλά δεν καλύπτει την έμμεση διαφήμιση. Η Οδηγία θα έπρεπε να έχει ενσωματωθεί στις εθνικές νομοθεσίες μέχρι τον Ιούλιο του 2005, αλλά σε ορισμένες χώρες, όπως Γερμανία και Ισπανία, παρατηρήθηκαν σημαντικές καθυστερήσεις.

Πέραν των υποχρεωτικών μέτρων της Οδηγίας 2003/33, αρκετές χώρες έχουν υιοθετήσει πρόσθετα απαγορευτικά μέτρα αναφορικά με τη διαφήμιση, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος του Π.Ο.Υ. Στη Μ. Βρετανία, από το 2003 απαγορεύθηκε η διαφήμιση μέσω υπαίθριων διαφημιστικών πινακίδων, μέσω ταχυδρομείου, καθώς και η χορηγία σε αθλητικές εκδηλώσεις τοπικής εμβέλειας, ενώ από το 2005 τέθηκαν σε εφαρμογή οι απαγορεύσεις στη διαφήμιση και τη χορηγία σε διεθνείς αθλητικές εκδηλώσεις, όπως η Φόρμουλα-1 κ.λπ. Μέχρι το 2006, η απαγόρευση της υπαίθριας διαφήμισης είχε επεκταθεί στις περισσότερες χώρες της δυτικής Ευρώπης, όπως και η διαφήμιση στους κινηματογράφους, σε περιοδικά κ.λπ. (πίνακας 8).

Τέλος, οι σκανδιναβικές χώρες, η Ισπανία, η Πορτογαλία κ.ά., έχουν επιπλέον επιβάλλει απαγορεύσεις στην προβολή των προϊόντων καπνού σε προθήκες προβολής και σημεία πώλησης.

Από τον πίνακα διαπιστώνεται ότι οι χώρες με την πλέον ανεκτική πολιτική στη διαφήμιση προϊόντων καπνού στη Δυτική Ευρώπη είναι η Ελλάδα και η Γερμανία.

8.4 Προειδοποιητικές επιγραφές

Η πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών για τις προειδοποιητικές επιγραφές επικινδυνότητας πάνω στα προϊόντα καπνού καθορίζεται με βάση τις σχετικές κοινοτικές οδηγίες. Η Οδηγία 2001/37/ΕΚ αύξησε την ελάχιστη επιφάνεια που πρέπει να καλύπτουν οι προειδοποιητικές επιγραφές από 4% σε τουλάχιστον 30% της εμπρός όψης και τουλάχιστον 40% της πίσω όψης της επιφάνειας του πακέτου. Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δίνει οδηγίες για να συμπεριληφθούν στις προειδοποιητικές επιγραφές έγχρωμες εικόνες και διαγράμματα, με σκοπό να κάνουν το μήνυμα πιο αποτελεσματικό. Η σχετική σύσταση προσφέρει 42 διαφορετικές εικόνες, μεταξύ των οποίων μπορούν να επιλέξουν οι διάφορες χώρες. Αρκετές χώρες, όπως το Βέλγιο ήδη από το 2004, έχουν ήδη αρχίσει να εφαρμόζουν τη σχετική σύσταση.

Ορισμένες χώρες έχουν εφαρμόσει και άλλα μέτρα διακίνησης προειδοποιητικών επιγραφών, όπως η Ιταλία, με την τοποθέτηση μέσα στις συσκευασίες τσιγάρων ενημερωτικών φυλλαδίων, με αναλυτικές πληροφορίες και στοιχεία.

Πίνακας 8: Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού σε διάφορες χώρες, 2006.

	TV	Ραδιόφωνο	Κινηματο-γράφος	Τοπικά περιοδικά	Υπαίθρια διαφήμιση	Σημεία πώλησης, κιάσκια
Αυστρία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Δανία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Γαλλία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Γερμανία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Καμία	Καμία	Καμία	Μερική απαγόρευση
Ελλάδα	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Καμία	Καμία	Καμία	Καμία
Ισπανία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Ιταλία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Μ.Βρετανία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Νορβηγία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Ολλανδία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Μερική απαγόρευση
Πορτογαλία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Σουηδία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση
Φινλανδία	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση	Απαγόρευση

Πηγή: WHO. The European Tobacco Control Report, 2007.

8.5 Προστασία των νέων

Τα μέτρα προστασίας των νέων περιλαμβάνουν αφενός προγράμματα ενημέρωσης και αγωγής υγείας στην εκπαίδευση και αφετέρου ειδικές απαγορεύσεις στη διαφήμιση και τη χορηγία, ειδικά προσανατολισμένες στην προστασία των νέων. Παράλληλα όμως, αρκετές χώρες έχουν υιοθετήσει ειδικά απαγορευτικά μέτρα στην πώληση προϊόντων καπνού στους νέους, στο πλαίσιο της σύστασης 2003/54/ΕΚ. Ενδεικτικά αναφέρουμε τα παρακάτω:

- Στο Βέλγιο, απαγορεύεται η πώληση σε άτομα κάτω των 18 ετών και η χρήση των αυτόματων μηχανών πώλησης σε άτομα κάτω των 16.
- Στη Γερμανία, απαγορεύεται η πώληση καπνού σε άτομα κάτω των 16 ετών.
- Στη Νορβηγία, απαγορεύεται η πώληση σε άτομα κάτω των 18 ετών, ενώ η πώληση μέσω αυτόματων μηχανών πρέπει να επιβλέπεται από ενήλικες.
- Τέλος στην Ισπανία, απαγορεύεται η πώληση σε άτομα κάτω των 18 ετών, ενώ όλες οι αυτόματες μηχανές πώλησης πρέπει να λειτουργούν με «smart card», έτσι ώστε η αγορά να μπορεί να γίνεται μόνο από άτομα που εκπληρώνουν το κριτήριο της ηλικίας.

8.6 Εκπαίδευση και πληροφόρηση

Παράλληλα με τα νομοθετικά μέτρα, εκπαιδευτικά προγράμματα και καμπάνιες πληροφόρησης για το κάπνισμα και τις συνέπειές του αναπτύσσονται, είτε σε εθνικό είτε σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η Ε.Ε. χρηματοδοτεί αρκετές τέτοιες δράσεις, στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας HELP.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα απευθύνονται είτε σε στελέχη των υπηρεσιών υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος, είτε σε στελέχη της εκπαίδευσης, της δημόσιας

διοίκησης και των επιχειρήσεων, με σκοπό την προώθηση μέτρων και πρωτοβουλιών κατά του καπνίσματος. Εκπαιδευτικά προγράμματα στα σχολεία έχουν αναπτύξει οι σκανδιναβικές χώρες, οι κάτω χώρες, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Μ. Βρετανία κ.λπ.

Εκστρατείες ενημέρωσης που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό έχουν αναπτύξει σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, ορισμένες χώρες έχουν αναπτύξει εκστρατείες προσανατολισμένες σε συγκεκριμένο στόχο, όπως π.χ. οι πρωτοβουλίες «Νοσοκομεία ελεύθερα καπνίσματος» στη Γερμανία κ.ά.

8.7 Μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος

Πολλές χώρες έχουν αναπτύξει εθνικά ή τοπικά προγράμματα που απευθύνονται σε καπνιστές, με σκοπό τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση από τη νικοτίνη. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, ειδικές καμπάνιες που απευθύνονται σε καπνιστές με σκοπό την ενθάρρυνση της συμμετοχής τους σε προγράμματα διακοπής, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας κ.λπ.

Μία μορφή μαζικής καμπάνιας για τη διακοπή του καπνίσματος που έχει αρχίσει να αναπτύσσεται σε αρκετές χώρες με επίκεντρο τη Φινλανδία, είναι η καμπάνια «Quit and Win», στην οποία καλούνται να μετέχουν καπνιστές σε ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, που αν το ολοκληρώσουν επιτυχώς, μετέχουν σε κληρώσεις για διάφορα δώρα.

Τέλος, κατά τα τελευταία χρόνια, καταβάλλονται προσπάθειες για την ανάπτυξη μαζικών μεθόδων παρέμβασης που να παρέχουν εξατομικευμένες οδηγίες ή βοήθεια, όπως οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, προγράμματα μέσω διαδικτύου κ.λπ.

9. Μέτρα και Πολιτικές Κατά του Καπνίσματος στην Ελλάδα

Η λήψη νομοθετικών μέτρων για τον περιορισμό της έκθεσης στο κάπνισμα ξεκίνησε στη χώρα μας το 1952, με την απαγόρευση του καπνίσματος στις δημόσιες συγκοινωνίες, μέτρο το οποίο τελικά κατέστη δυνατό να εφαρμοσθεί αρκετά χρόνια αργότερα. Στη συνέχεια και για περισσότερα από 25 χρόνια, δεν υπήρξε καμία σχετική δραστηριότητα. Το 1979 απαγορεύτηκε το κάπνισμα στα Νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές και το 1980 στους κλειστούς δημόσιους χώρους. Μετά την «περίοδο Δοξιάδη» (τέλη δεκαετίας '70 με αρχές δεκαετίας '80), όπου οι περιοριστικές πολιτικές για τον καπνό οδήγησαν σε μείωση τις κατανάλωσης τσιγάρων, από τα μέσα της δεκαετίας του '80 υπάρχει μια προοδευτική αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων και της καπνιστικής συνήθειας των Ελλήνων. Παράλληλα, τα μέτρα αυτά έτυχαν για αρκετά χρόνια περιορισμένης εφαρμογής, με αποτέλεσμα να απαιτηθεί να εκδοθούν δύο ακόμη υπουργικές αποφάσεις με το ίδιο περιεχόμενο, το 1993 και το 2002.

Τα κύρια νομοθετικά μέτρα που έχουν ληφθεί στη χώρα μας είναι αποτέλεσμα εναρμόνισης της ελληνικής νομοθεσίας προς τις ευρωπαϊκές οδηγίες 1989/622, 2001/37, 2003/33. Στον Πίνακα 9 συνοψίζονται οι νομοθετικές πράξεις σχετικά με το κάπνισμα στην Ελλάδα. Με βάση τα νομοθετήματα αυτά, η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί κατά τομέα δραστηριότητας έχει ως εξής.

Πίνακας 9: Νομοθετικές πράξεις για το κάπνισμα στην Ελλάδα.

Έτος	Είδος/αριθμός	Περιεχόμενο
1952	ΥΑ 389966	Απαγόρευση καπνίσματος στα μεταφορικά μέσα.
1979	ΥΑ 1989	Απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στις ιδιωτικές κλινικές.
1980	ΥΑ 25.5.1980	Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους.
1989	ΥΑ 1591	Απαγόρευση διαφήμισης σε χώρους υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, νεότητας, άθλησης κ.λπ.
1990	ΥΑ 4508	Απαγόρευση καπνίσματος στις αεροπορικές πτήσεις εσωτερικού.
1990	ΚΥΑ 2160	Σήμανση προϊόντων καπνού, σε συμμόρφωση με την Οδηγία 89/622.
1991	Ν 1943	Απαγόρευση άμεσης και έμμεσης διαφήμισης προϊόντων καπνού στην κρατική τηλεόραση.
1991	ΚΥΑ 5259	Καθορισμός περιεκτικότητας σε πίσσα, σύμφωνα με την Οδηγία 90/239.
1992	ΠΔ 236	Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού στην τηλεόραση και απαγόρευση χορηγίας τηλεοπτικών εκπομπών.
1992	ΥΑ 2917	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
1993	ΥΑ 4322 Υ3/ΟΙΚ.4552	Απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους υπηρεσιών υγείας. Ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Διακοπής Καπνίσματος σε δημόσια νοσοκομεία.
1996	ΥΑ 2431	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
2002	ΥΑ 76017	Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
2003	ΚΥΑ 266	Διατάξεις για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την οδηγία 2001/37/ΕΚ.
2003	ΥΑ 82942	Συμπλήρωση διατάξεων για απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και υπηρεσίες υγείας.
2005	ΚΥΑ 81348	Διατάξεις για τη διαφήμιση και χορηγία προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2003/33/ΕΚ.

9.1 Απαγόρευση καπνίσματος

Πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος υπάρχει:

- Στα μέσα μαζικής μεταφοράς, με εξαίρεση τα πλοία.
- Στα θέατρα και τους κινηματογράφους.
- Στις υπηρεσίες υγείας.
- Στα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Μερική απαγόρευση υπάρχει:

- Στα θαλάσσια μέσα μεταφοράς.
- Στα εστιατόρια, παμπ και μπαρ.
- Στα δημόσια κτίρια και τους εσωτερικούς χώρους εργασίας.

Δεν υπάρχει επαρκής εποπτεία στην εφαρμογή των απαγορεύσεων.

9.2 Διαφήμιση και προβολή

Πλήρης απαγόρευση της διαφήμισης υπάρχει στα ακόλουθα μέσα:

- Τηλεόραση, καλωδιακή τηλεόραση και ραδιόφωνο.
- Έμμεση τηλεοπτική διαφήμιση.

Μερική απαγόρευση υπάρχει

- Στη διαφήμιση στους κινηματογράφους.
- Στις διαφημιστικές εκπτώσεις στις τιμές.

Δεν υπάρχει κανένας περιορισμός όσον αφορά:

- Την υπαίθρια διαφήμιση μέσω πινακίδων.
- Τη διαφήμιση σε σημεία πώλησης και σε περιίπτερα.
- Τη διαφήμιση μέσω τοπικών και διεθνών περιοδικών και εφημερίδων.
- Τη διαφήμιση μόνο σε έντυπα μέσα που απευθύνονται στους επαγγελματίες προϊόντων καπνού.
- Τη χορηγία εκδηλώσεων πλην τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών εκπομπών, καθώς και η χορηγία εκδηλώσεων με διασυννοριακό αντίκτυπο.

9.3 Περιορισμοί στην πώληση

Πλήρης απαγόρευση υπάρχει σε ότι αφορά:

- Την πώληση προϊόντων καπνού χωρίς άδεια.
- Την πώληση μεμονωμένων τσιγάρων εκτός συσκευασίας.

Μερική απαγόρευση υπάρχει όσον αφορά:

- Την πώληση προϊόντων καπνού στα καταστήματα duty free.
- Τη δωρεάν διανομή δειγμάτων.

Δεν υπάρχει καμία απαγόρευση όσον αφορά:

- Την πώληση μέσω αυτόματων μηχανών πώλησης.
- Την εξ αποστάσεων πώληση και μέσω διαδικτύου.
- Την πώληση σε καταστήματα self service.

9.4 Επισήμανση και προειδοποιητικές επιγραφές

Με την ΚΥΑ 266/2003, η Ελλάδα έχει υιοθετήσει τις υποχρεωτικές διατάξεις για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού που προβλέπονται στην οδηγία 2001/37/ΕΚ.

Δεν έχουν υιοθετηθεί και δεν εφαρμόζονται οι προαιρετικές διατάξεις της Οδηγίας, οι οποίες αναφέρονται στο μεγαλύτερο μέγεθος των προειδοποιητικών επιγραφών, τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών και διαγραμμάτων.

9.5 Πληροφόρηση του πληθυσμού και αγωγή υγείας

Υπάρχει δραστηριότητα όσον αφορά:

- Την αποσπασματική πληροφόρηση και αγωγή υγείας στα σχολεία.
- Την ευκαιριακή ενημέρωση των ασθενών από τις μονάδες υγείας.

Δεν υπάρχει οργανωμένη δραστηριότητα όσον αφορά:

- Μαζικές καμπάνιες ενημέρωσης.
- Πληροφόρηση και αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας.

9.6 Προγράμματα και πολιτικές πρόληψης

Συμμετοχή σε διεθνείς πολιτικές:

- Η Ελλάδα έχει υπογράψει τη Διεθνή Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνού και
- Μετέχει στην υλοποίηση των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Μετέχει στην Παγκόσμια Ημέρα Κατά του Καπνίσματος.

Υπάρχει περιορισμένη δραστηριότητα όσον αφορά:

- Τη συμμετοχή σε διεθνείς αντικαπνιστικές πρωτοβουλίες (Υγιείς Πόλεις, Υγιείς Περιφέρειες, Σχολεία Προαγωγής υγείας, κ.λπ.).

9.7 Διακοπή καπνίσματος

Σποραδικές πρωτοβουλίες υπάρχουν όσον αφορά:

- Παρεμβάσεις για ενθάρρυνση της διακοπής.
- Μονάδες ή ιατρεία διακοπής καπνίσματος σε μεμονωμένες μονάδες υγείας.
- Συμβουλευτικές υπηρεσίες.

Δεν υπάρχει καμία δραστηριότητα όσον αφορά τους τομείς:

- Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στις μεθόδους διακοπής.
- Ιατρεία διακοπής καπνίσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Δραστηριότητα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας κατά του καπνίσματος.
- Χορήγηση φαρμακευτικώνσκευασμάτων απεξάρτησης από τα ταμεία.
- Τηλεφωνικές γραμμές αυτοβοήθειας.
- Προγράμματα βοήθειας μέσω διαδικτύου.
- Συμμετοχή στο πρόγραμμα «Quit and Win».

10. SWOT Ανάλυση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS)	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ (WEAKNESSES)
<ul style="list-style-type: none"> • Επιθυμία καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα • Αντιδράσεις μη καπνιστών. • Ύπαρξη δυναμικής κοινωνίας των πολιτών που μπορεί να δραστηριοποιηθεί στο πρόβλημα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποσπασματική πολιτική χωρίς στρατηγικό σχεδιασμό και απουσία συγκροτημένης πολιτικής πρόληψης. • Ελλιπής πολιτική απαγόρευσης της διαφήμισης προϊόντων καπνού. • Ανεπαρκής πολιτική για τις προειδοποιητικές επιγραφές. • Ανεπαρκή μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους και ανεπαρκής εφαρμογή των μέτρων. • Απουσία πολιτικής για τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος. • Απουσία μέτρων περιορισμού της πρόσβασης των νέων στον καπνό. • Απουσία εθνικής εκστρατείας πληροφόρησης. • Ανεπαρκής πολιτική τιμών και φορολογίας. • Απουσία προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος.
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΚΙΝΔΥΝΟΙ (THREATS)
<ul style="list-style-type: none"> • Τα χαμηλά ποσοστά καπνιστών στις μικρές ηλικίες. • Η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης του καπνίσματος σε σύγκριση με άλλες χώρες. • Η παρατηρούμενη ευαισθητοποίηση της κοινωνίας. • Η δυνατότητα αξιοποίησης των μέσων επικοινωνίας και διαχείρισης της πληροφορίας ως εργαλείων ενημέρωσης. • Οι πολιτικές που προωθούνται από την Ε.Ε. και τον Π.Ο.Υ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το πολύ υψηλό ποσοστό καπνιστών. • Η αύξηση του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών. • Η υψηλή μέση κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων. • Η ανεξέλεγκτη έναρξη του καπνίσματος στη μετα-εφηβική ηλικία. • Ο κίνδυνος εφησυχασμού στην ανάληψη και συνεπή υποστήριξη των δράσεων κατά του καπνίσματος.



Στρατηγικός Σχεδιασμός



1. Όραμα

Το όραμα που κατευθύνει την ανάπτυξη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για την προστασία της ελληνικής κοινωνίας από τις συνέπειες του καπνίσματος, εναρμονισμένη με τις αρχές και το πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

2. Αποστολή

Η αποστολή του Σχεδίου Δράσης είναι η οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και την καταπολέμηση του καπνίσματος, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, στη βάση στοχευμένων προγραμμάτων, μέσω ενός αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας.

3. Αξίες της Εθνικής Πολιτικής

Η ανάπτυξη του Σχεδίου Δράσης βασίζεται πάνω στις ακόλουθες αρχές της Εθνικής Πολιτικής Υγείας:

Την προώθηση της ισότητας στην υγεία.

Δηλαδή, την έμπρακτη εφαρμογή της αρχής της ίσης ωφελιμότητας όλων από τις υγειονομικές πολιτικές της χώρας. Η πολιτική ενάντια στο κάπνισμα αποκτά το κοινωνικό εύρος που της αρμόζει. Συμπληρώνουμε το ισχύον νομικό πλαίσιο με κανονιστικές διατάξεις και προχωράμε στην επέκταση των μέτρων της δωρεάν παροχής φαρμακευτικής υποστήριξης των καπνιστών που εντάσσονται σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος.

Την επικέντρωση στην πρόληψη.

Η στρατηγική μας αναπτύσσει για πρώτη φορά μια ολοκληρωμένη δέσμη πολιτικών και μέτρων πρόληψης, με σκοπό αφενός να εμποδίσουν την έναρξη του καπνίσματος στους νέους και αφετέρου να αυξήσουν το ποσοστό διακοπής στους ήδη καπνιστές.

Τη στοχευμένη προστασία των νέων και των κοινωνικά ευπαθών ομάδων.

Σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, την Κοινωνία των Πολιτών και τους αρμόδιους φορείς της πολιτείας, υλοποιούμε προγράμματα με στόχο την ολοκληρωμένη ενημέρωση των νέων και των ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

Την οικονομική αποτελεσματικότητα.

Βασική μας αρχή είναι ότι κάθε σύστημα Δημόσιας Υγείας οφείλει να βασίζεται σε χρηστές διοικητικές πρακτικές και στην καλύτερη δυνατή διαχείριση των πόρων που είναι στη διάθεσή μας.

Την εφαρμογή ευρείας διυπουργικής και διατομεακής πολιτικής συνεργασίας

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένες προτάσεις και δράσεις για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας ενάντια στο κάπνισμα.

Τη συμμετοχή και τη συνευθύνη με την ελληνική κοινωνία.

Το κράτος μόνο του δεν μπορεί να φέρει την αποφασιστική νίκη κατά του καπνίσματος. Είναι καιρός να δεχτούμε, ότι ως οργανωμένη πολιτεία, έχουμε να κερδίσουμε πολλά από τη δράση και την εμπειρία των Μη-Κυβερνητικών Οργανώσεων που προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στην καταπολέμηση μιας ανθυγιεινής συμπεριφοράς.

4. Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Κάπνισμα

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα διέπεται από τις παρακάτω αρχές:

- Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα σε μια οικογενειακή, κοινωνική και εργασιακή ζωή, η οποία να τους προστατεύει από την έκθεση στο κάπνισμα και τις επιπτώσεις του στην υγεία.
- Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα, από πολύ μικρή ηλικία, στην έγκυρη και αμερόληπτη πληροφόρηση και εκπαίδευση γύρω από τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, την εξάρτηση που προκαλεί και τον κίνδυνο θανάτου που αντιπροσωπεύει.

- Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα να μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο από τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος και προστατευμένο από την προώθηση προϊόντων καπνού.
- Όλοι οι μη καπνιστές έχουν δικαίωμα να είναι προστατευμένοι από το παθητικό κάπνισμα και να ζουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο από την έκθεση στο κάπνισμα και τις συνέπειές του.
- Όλοι οι άνθρωποι που καπνίζουν έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες και προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Το δικαίωμα των μη καπνιστών να μην εκτίθενται στο κάπνισμα υπερισχύει έναντι του δικαιώματος των καπνιστών να καπνίζουν.
- Η πολιτεία έχει την υποχρέωση να εξασφαλίσει τη λήψη αποτελεσματικών νομοθετικών και διοικητικών μέτρων για την προστασία των ανθρώπων από την έκθεση στο κάπνισμα, την πρόληψη της έναρξης, την ενθάρρυνση της διακοπής και τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού.
- Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων και δράσεων για την προστασία τους από την έκθεση στο κάπνισμα και τις συνέπειές του.

5. Στόχοι

Πολιτικοί Στόχοι

- Η εξασφάλιση διακομματικής συναίνεσης για την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και η συνέχεια της κυβερνητικής πολιτικής στο χρονικό πλαίσιο της υλοποίησης του Σχεδίου.
- Η εξασφάλιση σταθερής διυπουργικής συνεργασίας για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας και την υλοποίηση οριζόντιων δράσεων και παρεμβάσεων.

Κοινωνικοί Στόχοι

- Η ανάδειξη των κοινωνικών προκλήσεων που σηματοδοτεί η καπνιστική επιδημία και η οικοδόμηση ενός διαρκούς και καθημερινού αγώνα ενάντια στο κάπνισμα από το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας.
- Η συνεχής συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών για την εφαρμογή των πολιτικών και τη διάδοση των αξιών του έργου.
- Η ανάδειξη νέων κοινωνικών προτύπων και αξιών για μια κοινωνία απαλλαγμένη από το κάπνισμα.

Οργανωτικοί Στόχοι

- Η ανάπτυξη οργανωτικών δομών που θα αναλάβουν να ανταποκριθούν με επιτυχία στον κομβικό τους ρόλο για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Επιδημιολογικοί Στόχοι

- Η ανάπτυξη ενός συστήματος παρακολούθησης της εξέλιξης και των χαρακτηριστικών της καπνιστικής συνήθειας, καθώς και των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Μέχρι το 2012 μετρήσιμη μείωση (10%) του ποσοστού καπνιστών στον γενικό πληθυσμό.
- Μέχρι το 2012, ουσιαστική και μετρήσιμη μείωση (15%) του ποσοστού καπνιστών στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 15 ετών.
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012, να έχει μειωθεί το ποσοστό έναρξης του καπνίσματος στους εφήβους κατά 20% σε σχέση με τα σημερινά επίπεδα.

6. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Είναι πλέον γνωστό ότι το κάπνισμα έχει σημαντικές επιπτώσεις στη συνολική θνησιμότητα (Centers for Disease Control and Prevention 2002) και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού, καθώς αποτελεί την αιτία μιας σειράς σοβαρότατων νοσημάτων (καρκίνος, στεφανιαία νόσος, Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια κ.λπ.), ενώ σε συνδυασμό με την εξάρτηση, την οποία προκαλεί η νικοτίνη, είναι ίσως ο βλαπτικότερος ψυχοδραστικός παράγοντας για την υγεία του ανθρώπου και η κυριότερη αιτία πρώιμης, αλλά συγχρόνως αποτρεπτής θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να παρατείνει την ανθρώπινη ζωή (Taylor et al. 2002), γι' αυτό και αρκετές ανεπτυγμένες χώρες υιοθετούν ολοκληρωμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

6.1 Βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία

Το κάπνισμα προκαλεί σημαντική πτώση στους δείκτες ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Όσοι δεν έχουν καπνίσει ποτέ αναφέρουν σημαντικά υψηλότερες τιμές σε όλα τα ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής (Martinez et al. 2004). Οι πρώην καπνιστές ανέφεραν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα ερωτηματολόγια μέτρησης ποιότητας ζωής σε σχέση με τους νυν καπνιστές, οι οποίες έχουν αυξητικές τάσεις όσο μεγαλύτερος ήταν ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονταν ανά ημέρα (Mulder, Tjhuis, Smit, Kromhout, 2001). Στην έρευνα των Wilson, Parsons & Wakefield (1999) τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια, με τους καπνιστές πολλών τσιγάρων να σκοράρουν ιδιαίτερα χαμηλά στις υπό-κλίμακες της υγείας και της ψυχικής υγείας. Ακόμη χαμηλότεροι ήταν οι δείκτες υγείας στο ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής για τους χρόνιους καπνιστές που ξεκίνησαν το κάπνισμα πριν τα 15 τους χρόνια (Bass et al. 2004).

Το κάπνισμα προκαλεί πρόωρους θανάτους και χαμένα έτη ζωής, αφού αποτελεί την πρώτη αιτία αποτρεπτής θνησιμότητας στις Η.Π.Α. και αλλού (US Department of Health and Human Services 2000). Έρευνες έδειξαν ότι καπνιστές που είχαν διακόψει για τουλάχιστον 15 χρόνια πριν από τον προσδόκιμο όριο επιβίωσης, είχαν εναπομείναντα έτη ζωής όσα και αυτοί που δεν κάπνισαν ποτέ στη ζωή τους. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να αποβεί σωτήρια στους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα αφού μειώνει τον κίνδυνο θανάτου σε αυτούς κατά 36% (Critchley & Capewell 2003).

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών, αγγίζοντας το 37,6% των ενηλίκων ασχέτως φύλου (WHO 2007). Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το έτος 2002, η οφειλόμενη στο κάπνισμα θνησιμότητα στην Ελλάδα έφτανε το 19,3% και καταλάμβανε την πρώτη θέση μεταξύ των διαφόρων αιτίων θνησιμότητας (WHO 2005). Ο δείκτης αυτός αντιπροσωπεύει περίπου 20.000 θανάτους ετησίως σε όλη τη χώρα, που αποδίδονται στο κάπνισμα. Ανάμεσα σ' αυτούς συγκαταλέγεται το 85% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα και του λάρυγγα, το 70% από καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα και του οισοφάγου, το 85% των θανάτων από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, περίπου το 35% των θανάτων από στεφανιαία νόσο κ.λπ. Στην Ελλάδα, ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει το σύνολο των χαμένων ετών ζωής εξαιτίας του καπνίσματος σε 179.722 DALY's (WHO 2005).

Με τις δράσεις πρόληψης που προβλέπονται στο Σχέδιο Δράσης επιδιώκεται αφενός να αποτραπούν οι πολίτες και κυρίως οι νέοι να ξεκινήσουν το κάπνισμα, αφετέρου να ενημερωθούν οι ήδη καπνιστές για τις βλαπτικές συνέπειες και να «πειστούν», έτσι ώστε να σταματήσουν το κάπνισμα. Παράλληλα ενισχύονται οι υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ., έτσι ώστε να προσφέρεται θεραπεία - απεξάρτηση σε όσους

αποφασίσουν τη διακοπή του καπνίσματος, παρέχοντάς τους την απαιτούμενη ιατρική και ψυχική υποστήριξη. Με αυτό τον τρόπο αναμένεται να επιτευχθούν οι στόχοι του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το κάπνισμα και ειδικότερα να παρουσιάσει σημαντική μείωση ο αριθμός των καπνιστών, ώστε να βελτιωθούν σημαντικά και οι δείκτες ποιότητας ζωής του πληθυσμού που συνδέονται με την υγεία αλλά και να μειωθεί η θνησιμότητα και τα χαμένα έτη ζωής λόγω θνησιμότητας ή ανικανότητας.

6.2 Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες που οφείλονται στο κάπνισμα: ο περιορισμός του καπνίσματος θα οδηγήσει στην εξοικονόμηση και την ορθολογική κατανομή των πόρων

Το κάπνισμα συνδέεται με ένα πολύ υψηλό άμεσο κόστος για τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, το άμεσο κόστος της περίθαλψης για τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα ποικίλλει στις διάφορες χώρες μεταξύ 0,1 και 1,1% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (The World Bank 2003; Prahbat & Chalourka 2000). Δεδομένου ότι η Ελλάδα παρουσιάζει από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών διεθνώς και βαρύνεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις συνέπειες του καπνίσματος, οι δαπάνες αυτές αναμένεται να βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα. Το 2006, το ΑΕΠ της Ελλάδας ήταν 214 δισ. Ευρώ (ΕΣΥΕ 2006). Εάν το ποσοστό των άμεσων δαπανών περίθαλψης των νοσημάτων που οφείλονται στο κάπνισμα είναι 1% του ΑΕΠ, τότε αυτό αντιπροσωπεύει το εξαιρετικά υψηλό ποσό των 2,14 δισ. Ευρώ ετησίως.

Με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ για το 2004, μπορεί να υπολογισθεί ότι το κάπνισμα ευθύνεται τουλάχιστον για 700.000 ημέρες νοσηλείας στην Ελλάδα (4,3% του συνόλου), χωρίς να υπολογίζονται οι έμμεσες συνέπειες του καπνίσματος (ΕΣΥΕ 2006). Πρέπει μάλιστα να σημειωθεί, ότι πρόκειται για κατεξοχήν υψηλού κόστους νοσηλεία, με εκτεταμένη χρήση ακριβής διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας και ανάγκη για νοσηλεία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή/και Αυξημένης Φροντίδας με πολλαπλάσιο κόστος για το σύστημα υγείας. Επιπλέον, όλα τα νοσήματα που οφείλονται στο κάπνισμα συνδέονται με μακροχρόνια και υψηλού κόστους εξωνοσοκομειακή φροντίδα.

Τέλος, εξαιρετικά σημαντική είναι και η επιβάρυνση που προκαλείται στο σύστημα υγείας από το παθητικό κάπνισμα. Ο Gibson (1998) υπολόγισε το ετήσιο κόστος δαπανών από παιδιατρικά νοσήματα εξαιτίας του καπνίσματος των γονιών σε 8,2 δις δολάρια ετησίως. Εξάλλου, το παθητικό κάπνισμα επιβαρύνει ιδιαίτερα τους εργασιακούς χώρους και δημιουργεί επιπλέον κόστη για τις επιχειρήσεις. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Parrott et al. (2000) για το παθητικό κάπνισμα στους εργασιακούς χώρους της Σκωτίας, αναφέρεται ότι οι απουσίες από την εργασία εξαιτίας του καπνίσματος κοστίζουν 40 εκατ λίρες ετησίως ενώ η συνολική χαμένη παραγωγικότητα υπολογίζεται στις 450 εκατ. λίρες ετησίως. Επιπλέον, τα έξοδα από πυρκαγιές που δημιουργούνται από τα σύνεργα καπνίσματος φτάνουν τα 4 εκατ λίρες ετησίως. Με τις νέες δράσεις που προτείνονται στο εθνικό σχέδιο, οι μη καπνιστές θα προστατεύονται από το παθητικό κάπνισμα με νέες νομοθετικές ρυθμίσεις.

Τα παραπάνω οικονομικά δεδομένα αποδεικνύουν, ότι το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο της χώρας μας, με πολύ ουσιαστικές οικονομικές συνέπειες. Μια ενδεχόμενη μείωση του αριθμού των καπνιστών στην Ελλάδα κατά 15% (δηλαδή από 37,5% σε 32%), θα οδηγήσει μέσο-μακροπρόθεσμα, σε ένα περιορισμό των άμεσων δαπανών περίθαλψης κατά 200 - 300 εκ. Ευρώ ετησίως και θα προσφέρει μια σημαντική ανακούφιση στο εθνικό σύστημα υγείας. Αντίστοιχα, οι Ahmad & Franz (2008) υποστήριξαν ότι εάν το 2025 μειωθεί το ποσοστό των καπνιστών στις Η.Π.Α. στο 15,2% (από 21% που ήταν το 2004), τα κόστη νοσηλείας θα μειώνονταν κατά 317 δις δολάρια.

Πίνακας 10: Θάνατοι και ημέρες νοσηλείας οφειλόμενες στο κάπνισμα, το 2004 στην Ελλάδα.

Νόσος	Συνολικός αριθμός θανάτων από τη νόσο (2006)	Συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας	Οφειλόμενος Κίνδυνος πληθυσμού (ΟΚΠ)	Αριθμός θανάτων της νόσου που οφείλονται στο κάπνισμα	Υπολογιζόμενος αριθμός ημερών νοσηλείας οφειλόμενος στο κάπνισμα
Στεφανιαία νόσος	12852	(2004)	0,35	4498,2	191161,25
Αγγειακ. παθήσεις εγκεφάλου	16180	546175	0,15	2427	59734,2
Ca πνεύμονα	6046	398228	0,85	5139,1	168667,2
Ca λάρυγγα	339	198432	0,85	288,15	25632,6
Ca στόματος-φάρυγγα	142	30156	0,7	99,4	17817,8
Ca οισοφάγου	97	25454	0,7	67,9	4704
Ca παγκρέατος	742	6720	0,2	148,4	6934
Ca στομάχου	674	34670	0,2	134,8	13158
Ca ουροδόχου κύστης	552	65790	0,3	165,6	24662,4
Χρόνιες αποφρ. Πνευμονοπάθειες	1880	82208			164769,1
Χρόνιες αποφρ.	1880	193846	0,85	1598	164769,1
Νοσήματα περιγεννητικής περιόδου	141	242874	0,1	14,1	24287,4
ΣΥΝΟΛΟ	39645	1824553		14580	701528

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, Αθήνα, 2006.

Εκτός από τις απαγορεύσεις και την παροχή κινήτρων για τη διακοπή του καπνίσματος, σε πολλές χώρες έχει εφαρμοστεί η υψηλότερη φορολογία στα προϊόντα καπνού με αποτέλεσμα οι υψηλές τους τιμές να μην καθιστούν τα τσιγάρα «προσιτή» επιλογή για πολλές ομάδες καταναλωτών, ενώ έχει ευρέως συζητηθεί σαν ένα μέτρο πολιτικής που μπορεί να αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα στον περιορισμό του καπνίσματος (Lee et al. 2005; Guindon et al. 2002; Ahmad 2005). Οι Ahmad & Franz (2008) υποστήριξαν ότι μια ενδεχομένη αύξηση 40% στην τιμή πώλησης των τσιγάρων, μέσω της φορολογίας, θα μείωνε τη συχνότητα των καπνιστών στις Η.Π.Α. από το 21% του πληθυσμού που ήταν το 2004 στο 15,2% το 2025, με κέρδος άνω των 13 εκατομμυρίων κερδισμένων ετών ζωής για τον πληθυσμό μέσα σε 20 χρόνια.

Στην Ελλάδα, η τιμή των προϊόντων καπνού τηρείται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, και αυτός ίσως να είναι ένας λόγος που εξηγεί τη μεγάλη διεισδυτικότητα του καπνίσματος. Παρά τη χαμηλή τιμή των τσιγάρων όμως, το κάπνισμα επιφέρει μια άμεση δαπάνη στα νοικοκυριά για την αγορά προϊόντων καπνού, η οποία φτάνει ετησίως στο εξαιρετικά υψηλό ποσό των 2,83 δισ. Ευρώ και αντιπροσωπεύει το 3,3% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών (ΕΣΥΕ 2006). Το ποσό αυτό συνιστά ένα άμεσο κοινωνικό κόστος εξαιτίας του καπνίσματος, υψηλότερο από ότι το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών για ιατρικές (πλην οδοντιατρικών)

και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης μελετά τη θέσπιση και νέων πρωτοβουλιών με σκοπό τον περιορισμό της πρόσβασης στα προϊόντα καπνού.

6.3 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η προώθηση και η εφαρμογή μιας συνεπούς και συνεκτικής αντί-καπνιστικής πολιτικής στη χώρα μας, η οποία έχει καθυστερήσει σημαντικά στην υιοθέτηση αντίστοιχων μέτρων, αναμένεται να έχει σημαντικά οφέλη τόσο στη βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των πολιτών που σχετίζεται με την υγεία, όσο και στον έλεγχο και στη συγκράτηση των δαπανών που σχετίζονται με την περίθαλψη των νοσημάτων που οφείλονται στο κάπνισμα. Τα ερευνητικά δεδομένα που προέρχονται κυρίως από την εφαρμογή αντίστοιχων πολιτικών σε άλλα κράτη δείχνουν ότι τα αποτελέσματα των πολιτικών κατά του καπνίσματος, ακόμη και αν είναι περιορισμένα στους επιμέρους στόχους, είναι ευεργετικά σε απόλυτους αριθμούς τόσο όσον αφορά την πρόληψη διάφορων ασθενειών όσο και τη μείωση του κόστους για τα συστήματα υγείας (Oriol de Solà-Morales 2003).

Επιπλέον, λόγω της ολιστικής προσέγγισης που προτείνεται από τις σχεδιαζόμενες παρεμβάσεις δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων (ναρκωτικά - αλκοόλ - καπνός) θα εξοικονομηθούν πόροι από την ορθολογική χρήση και διάθεση των υπηρεσιών. Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων θα αναλάβει το συντονιστικό ρόλο των προγραμμάτων πρόληψης για τις εξαρτήσεις, υλοποιώντας στοχευμένες παρεμβάσεις στο γενικό πληθυσμό καθώς και ειδικές ενέργειες εκπαίδευσης και κατάρτισης για εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας, κ.ά. Τέλος, ο μεγαλύτερος όγκος των νέων υπηρεσιών θεραπείας (αντικαπνιστικά ιατρεία, αλκοολογικά ιατρεία και άλλες δομές) θα λειτουργήσουν μέσα στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ., ώστε να είναι προσβάσιμες από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αξιοποιώντας ήδη υπάρχοντες πόρους (κτιριακή υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό) του συστήματος υγείας.

7. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

1ος Άξονας: Πρόληψη

- Δράση 1: Εθνικός Φορέας Πρόληψης του Καπνίσματος.
- Δράση 2: Προειδοποιητική Σήμανση Επικινδυνότητας.
- Δράση 3: Περιορισμός της Πρόσβασης των Νέων στα Προϊόντα Καπνού.
- Δράση 4: Επέκταση της Απαγόρευσης του Καπνίσματος σε Δημόσιους Χώρους & Βελτίωση της Εποπτείας Εφαρμογής.
- Δράση 5: Εφαρμογή της Σταδιακής Απαγόρευσης του Καπνίσματος σε Δημόσιους Χώρους. Προώθηση της Ιδέας του «Καθαρού Από Καπνό Περιβάλλον».
- Δράση 6: Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης.
- Δράση 7: Εκστρατεία Ενημέρωσης του Γενικού Πληθυσμού για το Κάπνισμα.
- Δράση 8: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία.
- Δράση 9: Αγωγή Υγείας στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση.
- Δράση 10: Πρόγραμμα Τηλεσυμβουλευτικής «Quit Line 1031».
- Δράση 11: Εθνικός Δικτυακός Τόπος για τις Εξαρτήσεις.
- Δράση 12: Διεθνές Πρόγραμμα Quit and Win «Κερδίζω Κόβοντας το Κάπνισμα».

2ος Άξονας: Θεραπεία - Απεξάρτηση

- Δράση 1: Αντικαπνιστικά Ιατρεία στο Ε.Σ.Υ.
- Δράση 2: Προώθηση της Παροχής Φαρμακευτικής Θεραπείας Απεξάρτησης.
- Δράση 3: Ένταξη των Ιδιωτικών Αντικαπνιστικών Ιατρείων στους Φορείς Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

3ος Άξονας: Συντονισμός, Διατομεακή Συνεργασία & Κοινωνική Συμμετοχή

- Δράση 1: Διατομεακή Συνεργασία Κατά του Καπνίσματος.
- Δράση 2: Κοινωνική Συμμετοχή και Αλλαγή Κοινωνικών Προτύπων και Συμπεριφορών σχετικά με το Κάπνισμα.

4ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

- Δράση 1: Ο Υγειονομικός Χάρτης.
- Δράση 2: Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας στις Μεθόδους Διακοπής Καπνίσματος.
- Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Άξονες & Δράσεις

του Εθνικού Σχεδίου Δράσης



Ιος Άξονας: Πρόληψη

Δράση Ι: Εθνικός Φορέας Πρόληψης του Καπνίσματος

Περιγραφή

Η ανάπτυξη σύγχρονης και στοχευμένης πολιτικής πρόληψης αποτελεί το θεμέλιο σε μία εθνική στρατηγική για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Στο παραπάνω πλαίσιο επιβάλεται η μετεξέλιξη του Ο.Κ.Α.Ν.Α. σε Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, (Ε.Κ.Α.Ε.) το οποίο θα χαράζει και θα υλοποιεί ολοκληρωμένη στρατηγική πρόληψης του καπνίσματος και των βλαβερών συνεπειών του.

Στόχοι

- Η ύπαρξη ενός ευέλικτου οργάνου της πολιτείας, αρμόδιου για την εφαρμογή σύγχρονης πολιτικής πρόληψης.
- Ο ενιαίος συντονισμός όλων των δράσεων πρόληψης του καπνίσματος.
- Η βελτίωση της επιστημονικής υποστήριξης και η αύξηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων πρόληψης.

Ενέργειες Υλοποίησης

Το Ε.Κ.Α.Ε. ορίζεται ως ο εθνικός φορέας για την εφαρμογή σύγχρονης πολιτικής πρόληψης του καπνίσματος. Όλες οι δραστηριότητες και τα προγράμματα ενημέρωσης και πληροφόρησης του πληθυσμού εντάσσονται στην αρμοδιότητα και συντονίζονται από το Ε.Κ.Α.Ε.

Ο ρόλος του Ε.Κ.Α.Ε. στον τομέα του Καπνίσματος περιγράφεται ως εξής:

- Ο σχεδιασμός και η παρακολούθηση της εθνικής πολιτικής για το κάπνισμα.
- Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της εκστρατείας πρόληψης.
- Η εκπαίδευση στελεχών των φορέων που ασχολούνται με την πρόληψη του καπνίσματος.
- Η προώθηση της έρευνας και της επιστημονικής τεκμηρίωσης.
- Η κινητοποίηση του εθελοντικού τομέα.
- Η ανάπτυξη διαδικασιών ποιότητας και αξιολόγησης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Νέο οργανωτικό και θεσμικό πλαίσιο Εθνικού Κέντρου Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων.

Δράση 2: Προειδοποιητική Σήμανση Επικινδυνότητας

Περιγραφή

Εναρμόνιση της νομοθεσίας σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της κοινοτικής οδηγίας 2001/37/EK και της διεθνούς σύμβασης FCTC, για την εφαρμογή της προειδοποιητικής σήμανσης επικινδυνότητας στις συσκευασίες προϊόντων καπνού.

Στόχοι

- Η θέσπιση αποτελεσματικότερων διατάξεων με σκοπό την εφαρμογή των υποχρεωτικών επιγραφών επισήμανσης επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού.
- Η διασφάλιση του ελέγχου και της εποπτείας της τήρησης των διατάξεων.
- Η αύξηση της αποτελεσματικότητας της προειδοποιητικής επισήμανσης επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού με στόχο την έγκυρη ενημέρωση των καταναλωτών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας συγκροτείται τομέας Ελέγχου Καπνού, ο οποίος είναι αρμόδιος για:
 - Τον έλεγχο της εφαρμογής των διατάξεων για την επισήμανση των συσκευασιών προϊόντων καπνού.
 - Την επιτήρηση της απαγόρευσης της περιγραφής ενός προϊόντος ως λιγότερο επιβλαβούς σε σχέση με ένα άλλο (χρησιμοποιώντας ονόματα, απεικονίσεις κ.λπ.) και λοιπούς ισχυρισμούς.
- Το Ε.Κ.Α.Ε. ορίζεται υπεύθυνο για την ανάπτυξη μηχανισμού συνεχούς παρακολούθησης, αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της εφαρμογής των ανωτέρω μέτρων και την κινητοποίηση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, για τη διενέργεια προληπτικών και κατασταλτικών ελέγχων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, Σώμα Επιθεωρητών Εργασίας, Υπουργείο Εσωτερικών - Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υπηρεσίες Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, Υπουργείο Βιομηχανίας, Καπνοβιομηχανίες, Επαγγελματικοί Σύλλογοι και Ενώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Προετοιμασία και ψήφιση νομοθετικού πλαισίου.

2009: Έναρξη εφαρμογής νέων μέτρων.

2009 - 2012: Μηχανισμός παρακολούθησης.

Δράση 3: Περιορισμός της Πρόσβασης των Νέων στα Προϊόντα Καπνού

Περιγραφή

Λήψη μέτρων για τον περιορισμό των πωλήσεων και της πρόσβασης των νέων σε προϊόντα καπνού.

Στόχοι

- Η νομοθετική απαγόρευση της πώλησης σε παιδιά και έφηβους κάτω των 18 ετών με στόχο την προστασία των νέων από την προβολή προϊόντων καπνού και τον περιορισμό των πωλήσεων προϊόντων καπνού.
- Ο περιορισμός της πρόσβασης των νέων σε προϊόντα καπνού.
- Η διασφάλιση της εφαρμογής των απαγορευτικών μέτρων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Απαγόρευση πωλήσεων σε παιδιά και εφήβους κάτω των 18 ετών.
- Απαγόρευση της πώλησης προϊόντων καπνού από ανήλικα άτομα.
- Απαγόρευση της πώλησης προϊόντων καπνού και του καπνίσματος σε χώρους παροχής υπηρεσιών διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης.
- Απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους αθλοπαιδιών, διεξαγωγής ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων.
- Ανάρτηση σε εμφανές σημείο στους χώρους πώλησης των προϊόντων προειδοποιητικής ένδειξης, σχετικά με την απαγόρευση προϊόντων καπνού σε ανήλικους.
- Απαίτηση από τους πωλητές τσιγάρων να βεβαιώνονται ότι οι αγοραστές τσιγάρων είναι μεγαλύτεροι από την καθορισμένη ηλικία. Πρόβλεψη κυρώσεων για τους παραβάτες, μεταξύ των οποίων και η αφαίρεση της άδειας πώλησης προϊόντων καπνού.
- Πλήρης απαγόρευση της πώλησης μέσω μηχανημάτων αυτόματης πώλησης σε καταστήματα που απευθύνονται σε νέους. Απομάκρυνση των προϊόντων καπνού από εκθετήρια αυτοεξυπηρέτησης (self-service).
- Πλήρης απαγόρευση της κυκλοφορίας ειδών που απευθύνονται σε νέους με την εμφάνιση ή την επιγραφή ή επωνυμία προϊόντων καπνού.
- Πλήρης απαγόρευση της δωρεάν διανομής προϊόντων καπνού και ιδιαίτερα στους ανήλικους.
- Πρόβλεψη ειδικών κυρώσεων για τις περιπτώσεις που η παράβαση της νομοθεσίας για τη διαφήμιση, την προβολή και την πώληση έχει στόχο την πώληση σε παιδιά και εφήβους.
- Το Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας ορίζεται υπεύθυνο για τη διενέργεια προληπτικών ελέγχων και την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση μη τήρησης των ανωτέρω μέτρων.
- Το Ε.Κ.Α.Ε. ορίζεται υπεύθυνο για την ανάπτυξη μηχανισμού συνεχούς παρακολούθησης, αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της εφαρμογής των ανωτέρω μέτρων και την κινητοποίηση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας για τη διενέργεια προληπτικών και κατασταλτικών ελέγχων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υπουργείο Ανάπτυξης, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Βιομηχανικά και Εμπορικά επιμελητήρια και σύνδεσμοι. Επιχειρήσεις διακίνησης προϊόντων καπνού.

Χρονοδιάγραμμα:

2008 - 2009: Προετοιμασία και ψήφιση νομοθετικού πλαισίου.
2009: Έναρξη εφαρμογής νέων μέτρων.
2009 - 2012: Μηχανισμός παρακολούθησης.

Δράση 4: Επέκταση της Απαγόρευσης Καπνίσματος σε Δημόσιους Χώρους & Βελτίωση της Εποπτείας Εφαρμογής

Περιγραφή

Επέκταση της απαγόρευσης καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, βελτίωση της εποπτείας εφαρμογής και επιβολή κυρώσεων.

Στόχοι

- Η προστασία των μη καπνιστών από το παθητικό κάπνισμα.
- Η δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος με τη σταδιακή απαγόρευση του καπνίσματος σε περισσότερες κατηγορίες καταστημάτων εστίασης και διασκέδασης κτλ.
- Η διαμόρφωση περιβάλλοντος που δρα αποτρεπτικά στην έναρξη και υποστηρικτικά στη διακοπή του καπνίσματος.
- Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υφιστάμενων απαγορευτικών και περιοριστικών διατάξεων.
- Η διευκόλυνση των καπνιστών να αποφασίσουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα και να υποστηριχθούν σε αυτή τη διαδικασία.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ολοκλήρωση Νομοσχεδίου για την απαγόρευση προϊόντων καπνού σε ανήλικους και την προστασία των πολιτών από τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος.
- Στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας συγκροτείται τομέας Ελέγχου Καπνού, ο οποίος είναι αρμόδιος για τον έλεγχο της εφαρμογής των νομοθετικών διατάξεων και την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση παραβιάσής τους.
- Το Ε.Κ.Α.Ε. ορίζεται υπεύθυνο για:
 - Την κατάρτιση αναλυτικού πλάνου ιεράρχησης προτεραιοτήτων, για τη σταδιακή εφαρμογή του παρόντος στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους.
 - Την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη σπουδαιότητα της τήρησης των νομοθετικών διατάξεων.
 - Τη διοργάνωση εκδηλώσεων με στόχο την ενημέρωση του πληθυσμού και των ειδικών κατά περίπτωση επαγγελματικών ομάδων, για τη σημασία της πρόληψης του καπνίσματος και τη σπουδαιότητα της τήρησης των απαγορευτικών διατάξεων.
 - Την οργάνωση της εκπαίδευσης, ευαισθητοποίησης και τη συνεργασία με τις εργοδοτικές, εργατικές και καταναλωτικές οργανώσεις για την εφαρμογή των μέτρων.
 - Την ανάπτυξη μηχανισμού συνεχούς παρακολούθησης, αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της εφαρμογής των ανωτέρω μέτρων και την κινητοποίηση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας για τη διενέργεια προληπτικών και κατασταλτικών ελέγχων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, Σώμα Επιθεωρητών Εργασίας, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Υπουργείο Ανάπτυξης, Εργοδοτικές, Εργατικές και καταναλωτικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Προετοιμασία και ψήφιση νομοθετικού πλαισίου.
2009 - 2012: Μηχανισμός παρακολούθησης.

Δράση 5: Εφαρμογή της Σταδιακής Απαγόρευσης του Καπνίσματος σε Δημόσιους Χώρους. Προώθηση της Ιδέας του «Καθαρού Από Καπνό Περιβάλλον»

Περιγραφή

Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και των επαγγελματικών φορέων για τα οφέλη της επέκτασης της εφαρμογής των απαγορευτικών διατάξεων για τον περιορισμό του καπνίσματος.

Στόχοι

- Η συστηματική και επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τα οφέλη στην υγεία και μακροπρόθεσμα για την επίδραση στους δείκτες θνησιμότητας, που μπορεί να επιφέρει.
- Η ολοκληρωτική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους.
- Η ενημέρωση των επαγγελματικών συλλόγων και ενώσεων για τη σημασία της απαγόρευσης ως θεμελιώδες μέτρο δημόσιας υγείας.
- Η προβολή του δικαιώματος των παθητικών καπνιστών στη διασφάλιση της ατομικής τους υγείας.
- Η προβολή του δικαιώματος των παιδιών να μεγαλώνουν σε περιβάλλον που προστατεύει και προάγει την υγεία τους.
- Η συστηματική προβολή των επιχειρημάτων ότι το περιβάλλον ελεύθερο καπνού παρέχει σε πολλούς καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα ένα ισχυρό κίνητρο να το μειώσουν ή να το σταματήσουν, βοηθά προληπτικά τους ανθρώπους, ιδιαίτερα τους νέους, να μην ξεκινήσουν το κάπνισμα, ενώ κοστίζει ελάχιστα και λειτουργεί αποτελεσματικά.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Διοργάνωση σε συνεργασία με τις επαγγελματικές ενώσεις και σωματεία εκπαιδευτικών ημερίδων με σκοπό την παροχή επιστημονικής τεκμηρίωσης για τη σημασία εφαρμογής των απαγορευτικών διατάξεων.
- Προβολή τηλεοπτικού spot με σκοπό την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού.
- Σχεδιασμός και παραγωγή έντυπου ενημερωτικού υλικού και προώθησή του στα επαγγελματικά σωματεία.
- Σχεδιασμός και παραγωγή έντυπου ενημερωτικού υλικού και προώθησή του μέσω εφημερίδων στον γενικό πληθυσμό.
- Συναντήσεις με Γ.Σ.Ε.Ε. και Α.Δ.Ε.Δ.Υ. για την υποστήριξη των δράσεων στους χώρους εργασίας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Α.Δ.Ε.Δ.Υ., Γ.Σ.Ε.Ε., Επαγγελματικά Σωματεία και Ενώσεις, Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Έναρξη δράσεων ενημέρωσης.

Δράση 6: Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης

Περιγραφή

Η ανάπτυξη νέων μορφών εξαρτήσεων και το έλλειμμα που υπάρχει στην χώρα μας για την αντιμετώπιση τους, επιβάλλει τη μετεξέλιξη του Ο.Κ.Α.Ν.Α. από ένα μηχανισμό διαχείρισης προγραμμάτων υποκατάστατων, σε ένα ευέλικτο όργανο συντονισμού και υλοποίησης οριζόντιας εθνικής πολιτικής για την καταπολέμηση των εξαρτήσεων και παραγωγής καινοτόμου και στοχευμένης πολιτικής πρόληψης. Στο πλαίσιο αυτό, θα υλοποιηθεί η μετεξέλιξη της λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης σε ένα ενιαίο και εθνικό δίκτυο πρόληψης και παρέμβασης στις τοπικές κοινωνίες για όλα τα θέματα των εξαρτήσεων.

Στόχοι

- Η εφαρμογή εθνικής και ενιαίας προληπτικής πολιτικής κατά των εξαρτήσεων σε όλη τη χώρα στη βάση των αναγκών των τοπικών κοινωνιών.
- Η ανάδειξη του ρόλου των Κέντρων Πρόληψης και η μετεξέλιξή τους στην «πρώτη γραμμή μάχης» κατά των εξαρτήσεων.
- Η εξασφάλιση οικονομιών κλίμακας και η καλύτερη αξιολόγηση των δράσεων και του έργου των κέντρων πρόληψης.
- Η καλύτερη δυνατή πληροφόρηση του γενικού πληθυσμού για τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Επιπλέον στην περίπτωση του καπνίσματος σκοπός του Δικτύου είναι:

- Η διασφάλιση της διαθεσιμότητας τοπικών συμβουλευτικών υπηρεσιών κατά του καπνίσματος και για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Η ενθάρρυνση της ένταξης σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και η υποστήριξη των προσπαθειών για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Η πρόληψη της υποτροπής.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Η άμεση κατάρτιση από το Ε.Κ.Α.Ε. προγραμματικών στόχων για όλα τα Κέντρα Πρόληψης και η δημιουργία συστήματος αξιολόγησης του έργου τους.
- Η θεμελίωση Κέντρων Πρόληψης στους νομούς της χώρας που δεν διαθέτουν ήδη.
- Η ετήσια κατάθεση στο Ε.Κ.Α.Ε. από τα Κέντρα Πρόληψης αναλυτικών σχεδίων δράσης για τις πρωτοβουλίες που προτίθενται να αναλάβουν στις τοπικές κοινωνίες, στο πλαίσιο των στόχων που έχει ήδη θέσει το Ε.Κ.Α.Ε.
- Η ετήσια αξιολόγηση από το Ε.Κ.Α.Ε. των σχεδίων δράσης και των πεπραγμένων των Κέντρων Πρόληψης και η ετήσια χρηματοδότησή τους σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών στη βάση κλειστών προϋπολογισμών.
- Η ανάπτυξη από τα Κέντρα Πρόληψης υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης και η ειδικευμένη εκπαίδευση των στελεχών τους προς αυτή την κατεύθυνση.
- Η ετήσια παραγωγή από το Ε.Κ.Α.Ε. ενιαίου εκπαιδευτικού και ενημερωτικού υλικού για τις εξαρτήσεις για όλα τα Κέντρα Πρόληψης στη χώρα.
- Η ενίσχυση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων του Ε.Κ.Α.Ε. για τους εργαζομένους στα Κέντρα Πρόληψης ιδίως στον τομέα που αφορά την ανάπτυξη υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης.
- Η διασύνδεση του εκπαιδευτικού έργου των Κέντρων Πρόληψης με το πρόγραμμα αγωγής υγείας «Η Ζωή έχει Χρώμα» που θεμελιώνει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων.

- Η δημιουργία ενιαίας εικόνας και ταυτότητας για όλα τα Κέντρα και η ξεκάθαρη σηματοδότησή τους με στόχο την καθιέρωσή τους στη συνείδηση των τοπικών κοινωνιών ως την «πρώτη γραμμή» στη μάχη κατά των εξαρτήσεων.
- Η εξασφάλιση επιπρόσθετου κονδυλίου από Ευρωπαϊκά Προγράμματα με στόχο τη ριζική αναβάθμιση των υλικοτεχνικών υποδομών των Κέντρων Πρόληψης.
- Η υπογραφή νέου Μνημονίου Συνεργασίας με τα Υπουργεία Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Εθνικής Άμυνας για τη θεσμοθέτηση της σταθερής και απρόσκοπτης πρόσβασης των Κέντρων Πρόληψης στα σχολεία και στα στρατόπεδα της χώρας.
- Η ηλεκτρονική διασύνδεση των Κέντρων Πρόληψης μεταξύ τους με σύστημα intranet με στόχο την ανταλλαγή καλών πρακτικών και η συνεχής ενημέρωση της βάσης δεδομένων των Κέντρων Πρόληψης για τις δυνατότητες που προσφέρουν τα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας.

Ειδικότερα στην περίπτωση του καπνίσματος το δίκτυο θα είναι αρμόδιο για την ανάληψη πρωτοβουλιών που θα αφορούν:

- Την ενθάρρυνση της συμμετοχής και τη συμβουλευτική καθοδήγηση των καπνιστών σε προγράμματα διακοπής και απεξάρτησης.
- Την οργάνωση τοπικών πρωτοβουλιών κινητοποίησης των καπνιστών για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος στους καπνιστές με σκοπό την πρόληψη της υποτροπής.
- Την ανάληψη πρωτοβουλιών για την προώθηση οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος ελεύθερου καπνίσματος.
- Τη διασύνδεση των καπνιστών που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα με τις υπηρεσίες απεξάρτησης του Ε.Σ.Υ.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Υλοποίηση προγράμματος.

2012: Αξιολόγηση προγράμματος.

Δράση 7: Εκστρατεία Ενημέρωσης του Γενικού Πληθυσμού για το Κάπνισμα

Περιγραφή

Σχεδιασμός, ανάπτυξη και υλοποίηση ετήσιας εκστρατείας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού για το κάπνισμα, το παθητικό κάπνισμα και τις βλαβερές επιπτώσεις του στην υγεία. Η εκστρατεία ενημέρωσης θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη του καπνίσματος στους νέους και στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και εγκύους.

Στόχοι

- Η παροχή εκτεταμένης και υπεύθυνης πληροφόρησης στο σύνολο του πληθυσμού για το κάπνισμα, το παθητικό κάπνισμα και τις συνέπειές του στην υγεία, με στόχο τον περιορισμό της ζήτησης προϊόντων καπνού από τον γενικό πληθυσμό και την αλλαγή των κοινωνικών προτύπων και συμπεριφορών ως προς τις καπνιστικές συνήθειες.
- Ενημέρωση του κοινού σχετικά με την πίσσα, τη νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα και άλλων συστατικών των προϊόντων καπνού.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης, με τη χρήση του διαδικτύου και των νέων τεχνολογιών και με τη δημιουργία βάσης δεδομένων επιστημονικής τεκμηρίωσης και καλών πρακτικών, προσβάσιμης από όλο τον πληθυσμό.
- Η ενεργοποίηση ολόκληρης της κοινωνίας και η αλλαγή των κοινωνικών προτύπων, στάσεων και συμπεριφορών αναφορικά με το κάπνισμα.
- Η διαμόρφωση υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος για την πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος.
- Η ανάπτυξη συγκεκριμένου προγράμματος δράσεων πληροφόρησης και πρόληψης σε κοινωνικά μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες.

Ενέργειες Υλοποίησης

Το Ε.Κ.Α.Ε. αναλαμβάνει:

- Την εκπόνηση επικοινωνιακού σχεδίου δράσης για την οργανωμένη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος.
- Την ανάπτυξη και συνεχή επικαιροποίηση διαδικτυακής πύλης, παροχής έγκυρης και έγκαιρης επιστημονικής πληροφόρησης για το κάπνισμα.
- Την ενημέρωση του πληθυσμού για τα προγράμματα και τις υπηρεσίες απεξάρτησης από το κάπνισμα.
- Την προώθηση με ειδικές δράσεις πληροφόρησης και πρόληψης του καπνίσματος σε ειδικές κοινωνικές ομάδες, όπως μακροχρόνιους ανέργους, μετανάστες κ.λπ.
- Την οργάνωση προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης σε χώρους εργασίας και ψυχαγωγίας.
- Την επιστημονική υποστήριξη για τη διαμόρφωση των διαφημιστικών μηνυμάτων.
- Την τροφοδότηση των Κέντρων Πρόληψης με πληροφοριακό υλικό.
- Τη διενέργεια όλων των διοικητικών και οικονομικών ρυθμίσεων για την αποτελεσματική διαχείριση και υλοποίηση της εθνικής εκστρατείας ενημέρωσης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Κοινωνικοί Φορείς, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Υλοποίηση προγράμματος.

2012: Αξιολόγηση προγράμματος.

Δράση 8: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία

Περιγραφή

Η εξέλιξη του προγράμματος ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Η Ζωή έχει Χρώμα» σε σταθερό πρόγραμμα αγωγής υγείας για όλα τα σχολεία της χώρας και για όλες τις θεματικές ενότητες που αφορούν την προάσπιση της υγείας των παιδιών και των νέων. Μια από τις θεματικές ενότητες του προγράμματος αφορά την πρόληψη του καπνίσματος.

Στόχοι

- Η θεμελίωση για πρώτη φορά στην υγειονομική ιστορία της χώρας σταθερού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Η ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά των ανθρώπων και κυρίως των νέων όσον αφορά την υγεία.
- Η προώθηση υγιών στάσεων και θετικών συμπεριφορών.
- Η καθιέρωση της ταυτότητας της αγωγής υγείας (αρχές, περιεχόμενο και μεθοδολογία) στο σχολείο.
- Η διαμόρφωση κατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος που προάγει την υγεία για όλο το ανθρώπινο δυναμικό του.
- Η προαγωγή της φυσικής, προσωπικής, συναισθηματικής, γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης των μαθητών, ώστε να αποφασίζουν και ενεργούν υπεύθυνα και συνειδητά για θέματα που αφορούν την υγεία και την προστασία τους.
- Ο εφοδιασμός όλων των μαθητών με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες προάσπισης της υγείας τους.
- Η αξιοποίηση των κοινωνικών και κοινοτικών πόρων, προς την κατεύθυνση της προστασίας και της προαγωγής της υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Παραγωγή στοχευμένου εκπαιδευτικού υλικού (εγχειρίδια και ψηφιακό υλικό) για τους μαθητές και τους καθηγητές της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Κατάρτιση κοινού σχεδίου δράσης με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων για την ένταξη του προγράμματος αγωγής υγείας στον μαθησιακό κορμό των σχολείων.
- Εφοδιασμός των Κέντρων Πρόληψης με το εκπαιδευτικό υλικό του προγράμματος.
- Διαδικασίες ενίσχυσης του Αντικαπνιστικού Διαγωνισμού Ζωγραφικής που πραγματοποιείται από την Ελληνική Αντικαπνιστική Δράση.
- Συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής δράσεων/προγραμμάτων αγωγής υγείας με δυνατότητα αναπροσαρμογής τους όταν κρίνεται αναγκαίο.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης, Ελληνική Αντικαρκινική Δράση, ΑΕΙ - ΤΕΙ, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός και υλοποίηση.
2009 - 2012: Συστηματική εφαρμογή στα σχολεία.

Δράση 9: Αγωγή Υγείας στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Περιγραφή

Η λειτουργία σε όλα τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ειδικού γραφείου συμβουλευτικής και πληροφόρησης για τη διακοπή του καπνίσματος. Ενέργειες ευαισθητοποίησης των νέων για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στόχοι

- Η παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής για το κάπνισμα στους φοιτητές της χώρας.
- Η διασφάλιση της διαθεσιμότητας συμβουλευτικών υπηρεσιών κατά του καπνίσματος στα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Ο περιορισμός της συχνότητας καπνίσματος στους νέους.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και τις πρυτανικές αρχές, εξασφάλιση γραφείου και ωραρίου λειτουργίας του γραφείου σε όλα τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και την Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ, της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και της Ελληνικής Αντικαρκινικής Δράσης, εκπαίδευση φοιτητών για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Εφοδιασμός των γραφείων συμβουλευτικής με ενημερωτικό υλικό, σχετικά με το κάπνισμα, τις συνέπειες του στην υγεία και τη διακοπή του.
- Διαδικασίες οικονομικής και οργανωτικής ενίσχυσης του θεσμού του Αντικαπνιστικού Φεστιβάλ Νέων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης, Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, Ελληνική Αντικαρκινική Δράση, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, ΑΕΙ-ΤΕΙ.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Ανάπτυξη Συνεργασιών.
2009 - 2012: Υλοποίηση προγραμμάτων.
Ετησίως: Αξιολόγηση προγραμμάτων.

Δράση Ι0: Πρόγραμμα Τηλεσυμβουλευτικής «Quit line Ι03Ι»

Περιγραφή

Ανάπτυξη συμβουλευτικών υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου.

Στόχοι

- Η διασφάλιση της διαθεσιμότητας συμβουλευτικών υπηρεσιών για όλες τις ώρες, για όλο τον πληθυσμό.
- Η αξιοποίηση των δυνατοτήτων των νέων τεχνολογιών στον αγώνα κατά του καπνίσματος.
- Η οργάνωση της παροχής εξατομικευμένων συμβουλευτικών υπηρεσιών μέσω του διαδικτύου.

Ενέργειες Υλοποίησης

Το Ε.Κ.Α.Ε. αναλαμβάνει:

- Την ευθύνη της οργάνωσης και λειτουργίας τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Την εκπαίδευση του προσωπικού της γραμμής.
- Την ευθύνη της οργάνωσης και λειτουργίας ειδικής ιστοσελίδας στο διαδίκτυο, (όπως περιγράφεται στη δράση ΙΙ του παρόντος) για την παροχή γενικών και εξατομικευμένων συμβουλευτικών υπηρεσιών υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος, κατά τα πρότυπα άλλων χωρών, η οποία διασυνδέεται με την τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης.
- Τη συνεχή τεχνική και επιστημονική υποστήριξη και επικαιροποίηση της ιστοσελίδας.
- Την παροχή γνώσεων και ενημέρωσης (ερωτήσεις-απαντήσεις, αρθρογραφία, παιχνίδια γνώσης και ευαισθητοποίησης).
- Την παροχή ατομικής ή ομαδικής συμβουλευτικής με αλληλεπίδραση μέσα από την ηλεκτρονική αλληλογραφία.
- Τη δημιουργία εξειδικευμένης βάσης δεδομένων («τράπεζας» πληροφοριών) βάσει των ερωτήσεων και των απαντήσεων που προσφέρονται.
- Τις ενέργειες γνωστοποίησης και προβολή της γραμμής «Quit line» και της ιστοσελίδας, μέσω συνδέσεων με άλλες ιστοσελίδες, προβολή από τα μέσα ενημέρωσης κ.λπ.
- Την αξιολόγηση της ιστοσελίδας και την εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος (χρησιμότητα, αριθμός επισκεψιμότητας της ιστοσελίδας, ομάδες που επικοινωνήσαν, λόγοι-αιτίματα).
- Την προώθηση της συνεργασίας με τις Υγειονομικές Περιφέρειες, τα νοσοκομεία, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, τα Κέντρα Πρόληψης και τοπικούς φορείς, για την εξασφάλιση της συνεχούς και αποτελεσματικής λειτουργίας της γραμμής.

Φορείς Υλοποίησης

Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Υγειονομικές Περιφέρειες, Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Κέντρα Πρόληψης, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, κοινωνικοί φορείς, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Έναρξη της τηλεφωνικής γραμμής «Quit line».

2010: Έναρξη λειτουργίας ιστοσελίδας.

Δράση ΙΙ: Εθνικός Δικτυακός Τόπος για τις Εξαρτήσεις

Περιγραφή

Δημιουργία εθνικού δικτυακού τόπου για τις εξαρτήσεις.

Στόχοι

- Η δημιουργία εθνικού κόμβου πληροφόρησης για όλα τα θέματα των εξαρτήσεων.
- Η παροχή εκτεταμένης και υπεύθυνης πληροφόρησης.
- Η παροχή υπεύθυνης και έγκυρης πληροφόρησης μέσω του διαδικτύου, 24 ώρες το 24ωρο, για την εθνική πολιτική, τις δράσεις και τα προγράμματα κατά των ναρκωτικών.

Ενέργειες Υλοποίησης

Το Ε.Κ.Α.Ε. αναλαμβάνει το σχεδιασμό και την υλοποίηση ειδικού Portal για τις εξαρτήσεις.

Ο εθνικός δικτυακός τόπος για τις εξαρτήσεις παρέχει πληροφορίες για:

- Την εθνική πολιτική για τις εξαρτήσεις.
- Το διεθνές περιβάλλον.
- Σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα για τις εξαρτήσεις και τις συνέπειές τους.
- Τα προγράμματα πρόληψης.
- Τις υπηρεσίες απεξάρτησης του Ε.Σ.Υ., του Ε.Κ.Α.Ε. και του ΚΕ.Θ.Ε.Α.
- Επιστημονική αρθρογραφία.
- Κατάθεση εμπειριών ζωής.

Εξασφαλίζεται η συνεχής επιστημονική και τεχνική υποστήριξη και ενημέρωση του δικτυακού τόπου.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Εθνικό Δίκτυο Φορέων Πρόληψης.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός - Υλοποίηση.

Συνεχείς: Διαδικασίες επικαιροποίησης.

Δράση Ι2: Διεθνές Πρόγραμμα Quit and Win «Κερδίζω Κόβοντας το Κάπνισμα»

Περιγραφή

Συμμετοχή στο διεθνές πρόγραμμα Quit and Win για την ενθάρρυνση της διακοπής του καπνίσματος, με την παροχή κινήτρων σε όσους διακόπτουν.

Στόχοι

- Η ενθάρρυνση και κινητοποίηση των καπνιστών να μετέχουν σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος.
- Η αξιοποίηση των επικοινωνιακών δυνατοτήτων του προγράμματος Quit and Win για τη διακοπή του καπνίσματος.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων σε συνεργασία με μη-κυβερνητικές οργανώσεις αναλαμβάνει την οργάνωση και διαχείριση της συμμετοχής της Ελλάδας στη διεθνή πρωτοβουλία κατά του καπνίσματος «Quit and Win».
- Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων αναλαμβάνει την προβολή και τη γνωστοποίηση της πρωτοβουλίας στη χώρα μας.
- Προωθείται η διατομεακή συνεργασία για τη διεύρυνση της πρωτοβουλίας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, ΜΚΟ - Ελληνική Αντικαρκινική δράση, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Επιστημονικές εταιρίες.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Προετοιμασία προγράμματος.

2009 - 2010: Έναρξη προγράμματος.

2ος Άξονας: Θεραπεία - Απεξάρτηση

Δράση Ι: Αντικαπνιστικά Ιατρεία στο Ε.Σ.Υ.

Περιγραφή

Ενίσχυση των υφιστάμενων και επέκταση της λειτουργίας των αντικαπνιστικών ιατρείων στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στόχοι

- Η λειτουργία αντικαπνιστικών ιατρείων στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.
- Η λειτουργία αντικαπνιστικών ιατρείων στα Κέντρα Υγείας.
- Δημιουργία ενός Εθνικού Δικτύου Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος με στόχο:
 - Τη βασική κοινή καταγραφή με τη χρήση εργαλείων/ερωτηματολογίων της καπνιστικής συνήθειας, του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη και του βαθμού κινητοποίησης των καπνιστών (κοινός φάκελος).
 - Την κοινή εφαρμογή τεκμηριωμένων θεραπευτικών πρακτικών.
 - Την κοινή εκτίμηση και αξιολόγηση των παρεμβάσεων.
 - Την ανάπτυξη ενός κοινού λογισμικού για τη λειτουργία τους.
- Η αύξηση της διαθεσιμότητας προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος.
- Η βελτίωση της πρόσβασης των καπνιστών σε προγράμματα και υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος.
- Η βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων διακοπής και απεξάρτησης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προωθείται η λειτουργία εξωτερικών αντικαπνιστικών ιατρείων στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και στα Κέντρα Υγείας.
- Οργανώνονται από κάθε Υγειονομική Περιφέρεια σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι. της Χώρας προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού των αντικαπνιστικών ιατρείων, στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.
- Αναπτύσσεται και εφαρμόζεται από το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων σύστημα διαρκούς παρακολούθησης και αξιολόγησης των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, ΙΚΑ, Ασφαλιστικά Ταμεία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι., Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Ίδρυση και λειτουργία αντικαπνιστικών ιατρείων.

Δράση 2: Προώθηση της Παροχής Φαρμακευτικής Θεραπείας Απεξάρτησης

Περιγραφή

Προώθηση των προγραμμάτων παροχής φαρμακευτικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση από τη νικοτίνη. Θα πρέπει να διευκολύνεται η πρόσβαση των καπνιστών σε τέτοια προγράμματα, ενώ τα Ασφαλιστικά Ταμεία θα πρέπει να καλύπτουν το κόστος των αναγκαίων θεραπειών.

Στόχοι

- Η βελτίωση της προσβασιμότητας του πληθυσμού σε φαρμακευτικές μεθόδους διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης από τη νικοτίνη.
- Η προώθηση της χρησιμοποίησης των φαρμακευτικών μεθόδων διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης.
- Η αύξηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων διακοπής και απεξάρτησης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Τροποποίηση της απόφασης σύμφωνα με την οποία τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος θεωρούνται ως προϊόντα «life - style».
- Καθορίζονται οι όροι συνταγογράφησης των σκευασμάτων από τις δημόσιες υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος.
- Σε συνεργασία με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, καθορίζονται οι ιατρικές ενδείξεις για τις οποίες η δαπάνη των φαρμακευτικών σκευασμάτων καλύπτεται από τα ταμεία.
- Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων αναλαμβάνει την περιοδική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων φαρμακευτικών μεθόδων και την εισήγηση μέτρων στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου, Ασφαλιστικοί οργανισμοί, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Έκδοση υπουργικής απόφασης για τη χορήγηση και συνταγογράφηση.
2009: Έκδοση απόφασης για τις περιπτώσεις κάλυψης της δαπάνης από τα ταμεία.

Δράση 3: Ένταξη των Ιδιωτικών Αντικαπνιστικών Ιατρείων στους Φορείς Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Περιγραφή

Η αξιολόγηση της επάρκειας και της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στα αντικαπνιστικά ιατρεία των φορέων του ιδιωτικού τομέα.

Στόχοι

- Η βελτίωση και εκσυγχρονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η διασφάλιση ίδιας μεταχείρισης και ίσης δυνατότητας πρόσβασης στη βέλτιστη θεραπεία.
- Η αύξηση της διαθεσιμότητας προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος.
- Η βελτίωση της πρόσβασης των καπνιστών σε προγράμματα και υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος.
- Η βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων διακοπής και απεξάρτησης.
- Η εφαρμογή τεκμηριωμένων μεθόδων διακοπής καπνίσματος.
- Ένταξη των Ιατρείων στο Εθνικό Δίκτυο.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καταγραφή λειτουργικών αδυναμιών και αναγκαιοτήτων.
- Αξιολόγηση και πιστοποίηση των αντικαπνιστικών ιατρείων και ένταξή τους στο δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Εφαρμόζεται σύστημα διαρκούς παρακολούθησης και αξιολόγησης των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αντικαπνιστικά Ιατρεία Ιδιωτικού τομέα.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Αξιολόγηση υφιστάμενων υπηρεσιών.
2009 - 2012: Πιστοποίηση αντικαπνιστικών ιατρείων και ένταξή τους στο δίκτυο παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

3ος Άξονας: Συντονισμός, Διατομεακή Συνεργασία & Κοινωνική Συμμετοχή

Δράση Ι: Διατομεακή Συνεργασία Κατά του Καπνίσματος

Περιγραφή

Πρώτηση ευρείας διατομεακής συνεργασίας κατά του καπνίσματος. Πρώτηση του συντονισμού των δράσεων κατά του καπνίσματος σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Στόχοι

- Η συμμετοχή όλων των συναρμόδιων φορέων και υπηρεσιών στον αγώνα κατά του καπνίσματος.
- Η διασφάλιση της διατομεακής συνεργασίας και η προώθηση της κοινής δράσης, της αλληλοβοήθειας και της συνεργασίας των φορέων.
- Η ανάληψη δράσεων σε όλους τους τομείς και φορείς αντιμετώπισης του καπνίσματος.
- Η εξασφάλιση της διεθνούς συνεργασίας, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των διεθνών οργανισμών.
- Η κινητοποίηση περισσότερων μέσων και πόρων στον αγώνα κατά του καπνίσματος.
- Η εξασφάλιση της επικουρικότητας και συμπληρωματικότητας των δράσεων και η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους.
- Η ανάπτυξη συγκεκριμένου πολιτικού πλαισίου και διαδικασιών για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας.
- Η ουσιαστική και μετρήσιμη αύξηση των δράσεων και ενεργειών διατομεακής συνεργασίας, σε όλα τα επίπεδα.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Έλεγχος της περιεκτικότητας προϊόντων καπνού: Προωθείται η συνεργασία με το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης με σκοπό:
 - Τον έλεγχο της τήρησης των μέγιστων ορίων περιεκτικότητας τσιγάρων σε πίσσα, νικοτίνη και μονοξειδίο του άνθρακα, σύμφωνα με την οδηγία 2001/37/EK.
 - Τη διασφάλιση των τεχνικών δυνατοτήτων ελέγχου της τήρησης των μέγιστων ορίων περιεκτικότητας.
 - Την ενίσχυση των εργαστηριακών υποδομών για τον εργαστηριακό έλεγχο των τσιγάρων και των λοιπών προϊόντων καπνού.
- Έλεγχος παραγωγής: Προωθείται η συνεργασία με το Υπουργείο Βιομηχανίας για τον έλεγχο της τήρησης των όρων, παραγωγής και συσκευασίας προϊόντων καπνού.
- Απαγόρευση πωλήσεων: Προωθείται η συνεργασία με το Υπουργείο Ανάπτυξης για την επιβολή περιοριστικών μέτρων στην πώληση προϊόντων καπνού μέσω αυτόματων μηχανών και μέσω καταστημάτων self - service. Προωθείται η συνεργασία με το Υπουργείο Ανάπτυξης για την απαγόρευση της εξ αποστάσεως πώλησης προϊόντων καπνού, μέσω ταχυδρομείου ή μέσω διαδικτύου. Απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε μικρές συσκευασίες/πακέτα.
- Διαφήμιση και προβολή προϊόντων καπνού: Προωθείται σε συνεργασία με το Υπουργείο Τύπου, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τη Διαφημιστική Βιομηχανία η απαγόρευση της διαφήμισης στα σημεία πώλησης και στα κιόσκια, η απαγόρευση της χρήσης ειδών διαφημιστικής προβολής προϊόντων καπνού, καθώς και άλλων διαφημιστικών ειδών που δεν σχετίζονται με το κάπνισμα, η απαγόρευση της χρήσης εμπορικών ονομάτων προϊόντων καπνού σε άλλα είδη και άλλες

κατηγορίες προϊόντων και το αντίστροφο ή απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού μέσω διαδικτύου και τεχνολογιών πληροφορικής.

- Απαγόρευση καπνίσματος: Προωθείται η συνεργασία με το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας για την επέκταση των απαγορευτικών μέτρων στις θαλάσσιες συγκοινωνίες. Οργανώνεται η διατομεακή συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας, τις εργοδοτικές και εργατικές οργανώσεις για την εφαρμογή των μέτρων απαγόρευσης του καπνίσματος στους χώρους εργασίας. Προωθείται η συνεργασία για τη διεύρυνση των απαγορευτικών διατάξεων σε καταστήματα εστίασης, εμπορικά καταστήματα κ.λπ. Προωθείται ευρεία διατομεακή συνεργασία για την εποπτεία της εφαρμογής των απαγορευτικών μέτρων.
- Προστασία των νέων: Οργανώνεται η συνεχής και συστηματική συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων για την προώθηση μέτρων και προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης στα σχολεία. Οργανώνεται η συνεργασία, πληροφόρηση και εκπαίδευση των επαγγελματιών με σκοπό την ευαισθητοποίησή τους στην τήρηση των περιοριστικών όρων πώλησης προϊόντων καπνού σε παιδιά.
- Πολιτική τιμών και φορολογίας προϊόντων καπνού: Αναπτύσσεται συστηματική συνεργασία με το Υπουργείο Οικονομικών για τη συνεχή αξιολόγηση της κατάλληλης πολιτικής τιμών και φορολογίας επί των προϊόντων καπνού. Η αύξηση της τιμής του καπνού σε επίπεδα που θα αποθαρρύνει το κάπνισμα στους νέους και ο υψηλός φόρος καπνού παραμένουν τα πιο αποτελεσματικά μέτρα περιορισμού της χρήσης καπνού και μπορεί ταυτόχρονα να μειώσουν τη χρήση καπνού και να αυξήσουν τα κρατικά έσοδα, που θα μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν προγράμματα και δράσεις ελέγχου του καπνού.
- Έλεγχος λαθρεμπορίου: Προωθείται η συνεργασία για τον έλεγχο του εγχώριου και διεθνούς λαθρεμπορίου τσιγάρων, αλλά και της διακίνησης απομιμήσεων ή παράνομα κατασκευασμένων προϊόντων καπνού.
- Προβολή προτύπων ελεύθερων καπνίσματος: Προωθείται η συνεργασία με τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και τους φορείς της διαφήμισης για την προβολή προτύπων ελεύθερων καπνίσματος.
- Προγράμματα δράσης: προωθείται η οργάνωση συντονιστικού μηχανισμού όλων των δράσεων κατά του καπνίσματος, με επικεφαλής την Εθνική Συντονιστική Επιτροπή. Προωθείται ο συντονισμός κατά τομέα δράσης, με τον ορισμό τομεακών συντονιστών, οι οποίοι θα πλαισιώνουν και θα συμμετέχουν την Εθνική Συντονιστική Επιτροπή. Εξασφαλίζεται η δημιουργία τακτικού εθνικού φόρουμ για τη συνεργασία και το συντονισμό των δράσεων κατά του καπνίσματος.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργεία και υπηρεσίες των Υπουργείων Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης Δημόσιας Τάξης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ανάπτυξης, Βιομηχανίας, Παιδείας, Εμπορικής Ναυτιλίας, Οικονομικών, Δημόσιοι Οργανισμοί κ.ά.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2011: Οργάνωση διατομεακής συνεργασίας.

2009 - 2012: Εφαρμογή μέτρων διατομεακής συνεργασίας.

Δράση 2: Κοινωνική Συμμετοχή και Αλλαγή Κοινωνικών Προτύπων και Συμπεριφορών σχετικά με το Κάπνισμα

Περιγραφή

Πρωώθηση της κοινωνικής συμμετοχής στον αγώνα κατά του καπνίσματος.

Στόχοι

- Η προαγωγή της κοινωνικής συμμετοχής και συνευθύνης και η ενεργοποίηση της Κοινωνίας των Πολιτών στον αγώνα κατά του καπνίσματος.
- Η αξιοποίηση της δυναμικής, της γνώσης και των δυνατοτήτων των φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών.
- Η ενίσχυση των δικτύων και κοινωνικών πρωτοβουλιών κατά του καπνίσματος.
- Η κινητοποίηση περισσότερων μέσων και πόρων στον αγώνα κατά του καπνίσματος.
- Η ουσιαστική αύξηση των δράσεων κατά του καπνίσματος από μη-κυβερνητικές οργανώσεις και κοινωνικούς φορείς.
- Η ανάπτυξη κοινών δράσεων των δημόσιων και κοινωνικών φορέων.
- Η ουσιαστική συμμετοχή των κοινωνικών φορέων και μη-κυβερνητικών οργανώσεων στις διαδικασίες συνεργασίας και δημόσιου διαλόγου για το κάπνισμα.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προωθείται και ενθαρρύνεται η κοινωνική συμμετοχή στον αγώνα κατά του καπνίσματος, ιδίως στους τομείς της πρόληψης, της πληροφόρησης και της διαμόρφωσης περιβάλλοντος ελεύθερου καπνίσματος.
- Ενθαρρύνεται η συμμετοχή των κοινωνικών φορέων σε ένα ενιαίο φόρουμ διαλόγου κατά του καπνίσματος.
- Εξασφαλίζεται η εκπαίδευση των επαγγελματιών διαφόρων κατηγοριών στην έννοια της πρόληψης του καπνίσματος.
- Ενθαρρύνεται και ενισχύεται η διασύνδεση και συνεργασία των κοινωνικών φορέων και πρωτοβουλιών με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα της πολιτείας.
- Εξασφαλίζεται, εφόσον ζητηθεί, η παροχή επιστημονικής και τεχνικής υποστήριξης για την ενίσχυση των δράσεων των κοινωνικών φορέων.
- Ενθαρρύνεται και ενισχύεται η ανάπτυξη κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών με τους φορείς της πολιτείας, ιδίως στους τομείς της πρόληψης, της αυτοβοήθειας και της κοινωνικής υποστήριξης.
- Προβάλλονται τα δικαιώματα των παθητικών καπνιστών και το δικαίωμά τους στη διεκδίκηση και διασφάλιση της ατομικής τους υγείας.

Φορείς Υλοποίησης

Κοινωνικοί και επαγγελματικοί φορείς, επιστημονικές οργανώσεις, συνδικαλιστικοί φορείς, μη-κυβερνητικές οργανώσεις και ενώσεις πολιτών που δραστηριοποιούνται κατά του καπνίσματος, ιδίως στους τομείς της πρόληψης, της ενημέρωσης και της διαμόρφωσης κοινωνικού περιβάλλοντος ελεύθερου καπνίσματος.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Ενέργειες προώθησης κοινωνικής συμμετοχής.

2010 - 2012: Αξιολόγηση κοινωνικής συμμετοχής.

4ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

Δράση I: Ο Υγειονομικός Χάρτης

Περιγραφή

Ο Υγειονομικός Χάρτης αποτελεί ένα πληροφοριακό διαχειριστικό εργαλείο χάραξης ορθολογικής πολιτικής βάσει πραγματικών αναγκών της υγείας του ελληνικού πληθυσμού και λαμβάνοντας υπόψη την πραγματική εικόνα του συστήματος υγείας και πρόνοιας σε επίπεδο υπηρεσιών, προγραμμάτων, ανθρώπινων και υλικών πόρων. Στην περίπτωση του καπνίσματος σκοπός του έργου είναι η ανάπτυξη εθνικής έρευνας και ο συντονισμός των ερευνητικών προγραμμάτων και δεδομένων στο τομέα του καπνίσματος.

Στόχοι

Αναφορικά με το κάπνισμα στόχος του έργου είναι:

- Η βελτίωση της γνωστικής υποδομής και επιστημονικής βάσης του σχεδιασμού των δράσεων για την πρόληψη και τη διακοπή του καπνίσματος.
- Ο προσδιορισμός προτύπων μεθόδων και καλών πρακτικών σε κάθε κατηγορία δράσεων και ενεργειών.
- Η προώθηση, ενθάρρυνση και ανάπτυξη της έρευνας αναφορικά με τους καθοριστικούς παράγοντες και τις συνέπειες της κατανάλωσης καπνού.
- Η εξασφάλιση της επιστημονικής τεκμηρίωσης των προγραμμάτων πρόληψης, των προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος όλων των φορέων που δραστηριοποιούνται στον τομέα του καπνίσματος.
- Η προώθηση της συνεργασίας στον τομέα της επιστημονικής τεκμηρίωσης με την Ε.Ε. και τις Ευρωπαϊκές χώρες.
- Η διάθεση δεικτών και δεδομένων σε διάφορες κατηγορίες χρηστών (πολίτες, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, στελέχη δημόσιων υπηρεσιών) βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων πρόσβασης μέσω ενός πληροφοριακού, γεωγραφικού συστήματος λήψης αποφάσεων.

Ενέργειες Υλοποίησης

Στο πλαίσιο του Υγειονομικού Χάρτη ιδρύεται σε συνεργασία με την επιστημονική εποπτεία του Εθνικού Κέντρου Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, η εθνική βάση επιστημονικής Τεκμηρίωσης για το κάπνισμα ανοικτή και προσπελάσιμη μέσω διαδικτύου η οποία θα περιλαμβάνει:

- Εθνικά και διεθνή δεδομένα για το κάπνισμα και τις βλαπτικές συνέπειές του.
- Ερευνητικά δεδομένα για τους κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με την έναρξη, διατήρηση και διακοπή του καπνίσματος.
- Πρότυπες μεθόδους και «καλές πρακτικές» πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος.
- Δεδομένα για τις ενδείξεις και την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μεθόδων και προσεγγίσεων πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος.
- Επιστημονικά άρθρα και ηλεκτρονική βιβλιοθήκη για το κάπνισμα.
- Σύνδεση με εθνικές και διεθνείς βάσεις δεδομένων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Έναρξη υλοποίησης Υγειονομικού Χάρτη.

Δράση 2: Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας στις Μεθόδους Διακοπής Καπνίσματος

Περιγραφή

Εκπαίδευση στελεχών του τομέα υγείας, στις μεθόδους και τις τεχνικές για τη διακοπή του καπνίσματος και απεξάρτησης από τη νικοτίνη, αλλά και σε θέματα επικοινωνίας/προβολής/ενημέρωσης σχετικά με το κάπνισμα.

Στόχοι

- Η βελτίωση της γνωστικής και επιστημονικής υποδομής των στελεχών του τομέα υγείας που εμπλέκονται σε υπηρεσίες και προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης, στο σύστημα υγείας.
- Η διάχυση της γνώσης σε όλο το δίκτυο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων και της εκτελεστικής ικανότητας των στελεχών υγείας στις μεθόδους διακοπής του και απεξάρτησης.
- Η διασφάλιση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.
- Η ουσιαστική και μετρήσιμη αύξηση του αριθμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και των συμμετεχόντων σ' αυτά στελεχών υγείας.
- Η ανάπτυξη ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για στελέχη που εργάζονται ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των στελεχών, ιδίως σε ότι αφορά τις μεθόδους διακοπής και απεξάρτησης.

Ενέργειες Υλοποίησης

Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων:

- Σε συνεργασία με τα αντικαπνιστικά ιατρεία και τα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, καταρτίζουν πρόγραμμα εκπαίδευσης εξάμηνης διάρκειας, στελεχών υγείας της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας που εμπλέκονται σε υπηρεσίες και προγράμματα πρόληψης, διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης. Οργανώνεται ειδική θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση σε συγκεκριμένες μεθόδους πρόληψης, διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης. Χορηγείται πιστοποιητικό εξειδίκευσης στελεχών το οποίο προσμετράται ως βασικό κριτήριο και προϋπόθεση απασχόλησης των εργαζομένων στα αντικαπνιστικά ιατρεία.
- Καταρτίζει ειδικό εκπαιδευτικό εγχειρίδιο καλής πρακτικής, το οποίο διανέμεται στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα αντικαπνιστικά ιατρεία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.
- Διοργανώνει ειδικές εκπαιδευτικές ημερίδες και συναντήσεις εργασίας (workshop) για τους εργαζόμενους στα αντικαπνιστικά ιατρεία για την έγκαιρη και σύγχρονη ενημέρωση σε θεραπείες, δράσεις και προγράμματα.

Φορείς Υλοποίησης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Υγειονομικές περιφέρειες, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, ΙΚΑ, Ασφαλιστικοί Οργανισμοί, Μη-Κυβερνητικές οργανώσεις, Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, Ελληνική Αντικαρκινική Δράση, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, άλλα Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Προετοιμασία εκπαιδευτικού προγράμματος.

2009 - 2012: Υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

2008 - 2009: Σχεδιασμός και ανάπτυξη εκπαιδευτικού εγχειριδίου.

2010 - 2012: Αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Περιγραφή

Εκπαίδευση στελεχών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την υλοποίηση των δράσεων αγωγής υγείας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Κάπνισμα.

Στόχοι

- Η βελτίωση της γνωστικής και επιστημονικής υποδομής των δασκάλων και καθηγητών που εμπλέκονται στην υλοποίηση των δράσεων και ενεργειών για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καπνίσματος στους νέους.
- Η διάχυση της γνώσης σε όλο το δίκτυο των προγραμμάτων και δραστηριοτήτων κατά του καπνίσματος.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων και της εκτελεστικής ικανότητας των στελεχών που εμπλέκονται στις δράσεις αγωγής υγείας και πρόληψης.
- Η βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων αγωγής υγείας.
- Η ουσιαστική και μετρήσιμη αύξηση του αριθμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και των συμμετεχόντων σ' αυτά.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών που εργάζονται στον τομέα της αγωγής υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων σε συνεργασία με εκπαιδευτικά ιδρύματα εκπονούν εκπαιδευτικό πρόγραμμα, προσαρμοσμένο στις εκπαιδευτικές ανάγκες του στελεχειακού δυναμικού της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που δραστηριοποιείται στον τομέα της αγωγής υγείας.
- Οργανώνονται ετήσια προγράμματα θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες μεθόδους αγωγής υγείας και πρόληψης του καπνίσματος, για τα στελέχη της εκπαίδευσης.

Φορείς Υλοποίησης

Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Εθνικό Εκπαιδευτικό Δίκτυο Αγωγής Υγείας, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, Ελληνική Αντικαρκινική Δράση, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Προετοιμασία εκπαιδευτικού προγράμματος.

2008 - 2009: Υλοποίηση πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος.

2008 - 2009: Σχεδιασμός και παραγωγή εκπαιδευτικού πακέτου.

Ετησίως: Αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση



I. Διαδικασία Υλοποίησης

I.1 Συντονισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί στην Εθνική Συντονιστική Επιτροπή για την πρόληψη και τον περιορισμό του καπνίσματος, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους τους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση του Σχεδίου φορείς.

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή για το Κάπνισμα, θα διαθέτει μια μόνιμη Γραμματεία - Συντονιστικό Κέντρο, με επικεφαλής τον Πρόεδρο της Επιτροπής.

Η θητεία της Εθνικής Επιτροπής θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης, χωρίς να υπόκειται σε πολιτικές μεταβολές.

I.2 Πολιτική εποπτεία και συντονισμός

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή, θα συνεργάζεται άμεσα με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και θα λογοδοτεί στον Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πορεία υλοποίησης του σχεδίου δράσης.

I.3 Σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης - δημόσια διαβούλευση

Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μια διαρκή διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του Σχεδίου. Η επιστημονική εποπτεία του συστήματος ελέγχου και παρακολούθησης θα πραγματοποιείται από την Εθνική Επιτροπή Συντονισμού. Η διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη:

(α) Με τους Δείκτες Παρακολούθησης του Σχεδίου Δράσης και

(β) Με τη διαρκή διαδικασία Δημόσιας Λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του.

Το σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα είναι λειτουργικά συνδεδεμένο με την πληροφοριακή βάση του Υγειονομικού Χάρτη. Στόχοι του συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Κάπνισμα είναι:

- Η δημιουργία συστήματος συλλογής στοιχείων και δεικτών παρακολούθησης για τη συνεχή και συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση της προόδου του Σχεδίου Δράσης.
- Η βελτίωση της εγκυρότητας και πληρότητας των στοιχείων.
- Η βελτίωση της συγκρισιμότητας των στοιχείων με τα διεθνή δεδομένα.

Για την επίτευξη των στόχων του συστήματος παρακολούθησης:

- Καθορίζονται οι δείκτες για την παρακολούθηση τόσο του καπνίσματος και των συνεπειών του, όσο και της πορείας των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης. Καθορίζονται οι πηγές των στοιχείων, ο τρόπος συλλογής, και επεξεργασίας των στοιχείων.
- Οργανώνεται ο μηχανισμός συλλογής των στοιχείων από όλους τους φορείς πρόληψης και θεραπείας.
- Καθιερώνεται η έκδοση ετήσιας εθνικής αναφοράς αξιολόγησης και προόδου, η οποία υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στο Δ.Σ. του Εθνικού Κέντρου Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων.
- Εξασφαλίζεται η διαφάνεια των στοιχείων παρακολούθησης και αξιολόγησης της προόδου στον τομέα της αντιμετώπισης του καπνίσματος με τη δημοσιοποίηση όλων των δεδομένων στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη.
- Προωθείται και ενισχύεται η διασύνδεση και συνεργασία με τον Π.Ο.Υ. στο τομέα της παρακολούθησης και επίτευξης των δεικτών που αφορούν το κάπνισμα (υποβολή περιοδικών εκθέσεων για την εφαρμογή των προβλεπόμενων στη Σύμβαση πλαίσιο).

Η επιτροπή υποχρεούται να υποβάλει ετήσια έκθεση πεπραγμένων και αξιολόγησης πορείας και υλοποίησης δράσεων στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και να δημοσιοποιεί τα αποτελέσματά της στο διαδίκτυο και στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης με στόχο την αποτελεσματικότερη και έγκυρη ενημέρωση του πληθυσμού, αναφορικά με την επίτευξη των στόχων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το κάπνισμα ανέρχεται σε **39.888.180 Ευρώ**. Ειδικότερα, ο προϋπολογισμός κάθε άξονα του σχεδίου δράσης παρουσιάζεται στον Πίνακα ΙΙ, ενώ στον Πίνακα Ι2 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης σε βάθος πενταετίας.

Αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη του παρόντος Εθνικού Σχεδίου Δράσης παρουσιάζεται στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη: www.ygeianet.gov.gr.

Πίνακας ΙΙ: Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα.

A/A	ΑΞΟΝΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΑΞΟΝΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ €
1	ΑΞΟΝΑΣ Ι.	Πρόληψη	8.556.563
2	ΑΞΟΝΑΣ ΙΙ.	Θεραπεία - Απεξάρτηση	24.008.190
3	ΑΞΟΝΑΣ ΙΙΙ.	Συντονισμός, Διατομεακή Συνεργασία & Κοινωνική Συμμετοχή	193.427
4	ΑΞΟΝΑΣ ΙV.	Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση	7.130.000
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:			39.888.180

Πίνακας Ι2: Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για κάθε έτος εφαρμογής.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΕ €
2009	6.837.600
2010	8.884.968
2011	10.995.257
2012	13.170.355
ΣΥΝΟΛΟ	39.888.180

Επίσης, στον Πίνακα Ι3 παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης των προβλεπόμενων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το κάπνισμα και στον Πίνακα Ι4 η ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους ανά πηγή χρηματοδότησης.

Πίνακας Ι3: Πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

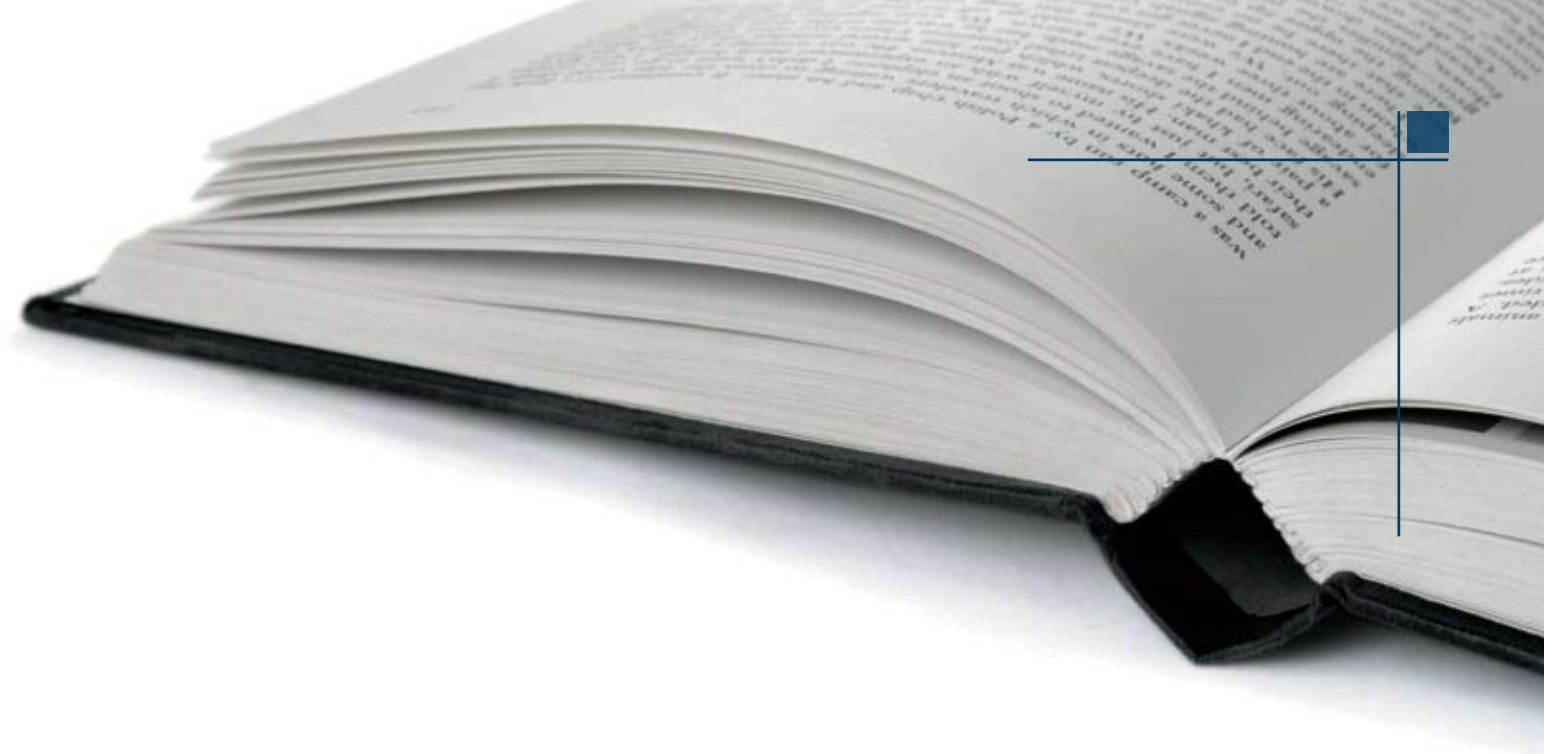
ΑΞΟΝΕΣ	ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ		
	ΤΙΜΕΣ ΣΕ €		
	Ε.Σ.Π.Α.	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	Ε.Κ.Ε.
I. Πρόληψη	6.520.000	796.563	1.240.000
II. Θεραπεία - Απεξάρτηση	3.090.000	20.918.190	
III. Συντονισμός, Διατομεακή Συνεργασία & Κοινωνική Συμμετοχή		193.427	
IV. Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση	6.930.000	200.000	
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	16.540.000	22.108.180	1.240.000
ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	41,47%	55,43%	3,11%

Πίνακας Ι4: Ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους σε Ευρώ ανά πηγή χρηματοδότησης.

ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	2008	2009	2010	2011	2012	ΣΥΝΟΛΟ
Ε.Σ.Π.Α.		4.210.000	4.160.000	4.110.000	4.060.000	16.540.000
ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ		2.317.600	4.414.968	6.575.257	8.800.355	22.108.180
Ε.Κ.Ε.		310.000	310.000	310.000	310.000	1.240.000
ΣΥΝΟΛΟ		6.837.600	8.884.968	10.995.257	13.170.355	39.888.180

Βιβλιογραφία

- Ahmad, S. (2005) **Increasing excise taxes on cigarettes in California: a dynamic simulation of health and economic impacts.** Preventive Medicine 41(1), pp. 276–83.
- Ahmad, S. & Franz, G.A. (2008) **Raising taxes to reduce smoking prevalence in the US: A simulation of the anticipated health and economic impacts.** Public Health, 122, pp. 3-10.
- Andersson, B., Hibell, B. & Beck, F. (2007) **Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students Data from the ESPAD Project.** Stockholm.
- Bass, P.F., Wilson, J.F. & Griffith, C.H. (2004) **The Journal of the Kentucky Medical Association.** 102(3), pp. 96-101.
- CAREX - Finnish Institute of Occupational Health, (1998) **Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93.**
- Centers for Disease Control and Prevention. 2002. **Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Economic Costs United States, 1995–1999.** Morbidity and Mortality Weekly Report 51 (14): 300–3.
- Critchley, J. & Capewell, S. (2003) **Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Barnekow Rasmussen, V. (eds.) (2004) **Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey.** WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, Copenhagen WHO Regional Office for Europe.
- European Commission. (2003) **Smoking and the environment: actions and attitudes.** Brussels, 2003.



- Fielding, J. (2002) **Smoking: Health effects and control.** In: Last, J., Wallace, R. Public health and preventive medicine (15th ed). Appleton & Lange, pp. 715-740.
- Garrison, M., Christakis, M., Ebel, B., Wiehe, S. & Rivara, F. (2003) **Smoking Cessation Interventions for Adolescents. A Systematic Review.** American Journal of Preventive Medicine, 25 (4).
- Gibson, P.G. (1998) **Loss-of-life cost for paediatric illness with parental smoking was estimated at U.S. \$8.2 billion per year.** Evidence-Based Medicine 1998, v.3: p.64.
- Guindon, G.E., Tobin, S. & Yach, D. (2002) **Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains.** Tobacco Control 11(1), pp. 35–43.
- IARC - International Agency for Research on Cancer (2002) **Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.** Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volum 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
- Jarvis, M.J. (2001) **Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff.** London: Department of Epidemiology and Public Health, University College.
- Jarvis, M.J., Foulds, J. & Feyerabend, C. (1992) **Exposure to passive smoking among bar staff.** Br J Addict. 87, pp. 111-3.
- Khan, J.C., Thurlby, D.A., Shahid, H., Clayton, D.G., Yates, J.R., Bradley, M., Moore, A.T. & Bird, A.C. (2006) **Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation.** British Journal of Ophthalmology, 90, pp. 75-80.
- Kokkevi, A., Loukadakis, M., Plagianakou, S., Politikou, K. & Stefanis, C. (2000) **Sharp increase in illicit drug use in Greece: Trends from a general population survey on licit and illicit drug use.** European Addiction Research, 6, pp. 429.

- Kyrlesi A., Soteriades E.S., Warren C.W., Kremastinou J., Papastergiou P., Jones N.R., Hadjichistodoulou Ch., (2007). **Tobacco use among students aged 13-15 years in Greece: the GYTS project.** BMC Public Health 2007, 7:3doi:10.1186/1471-2458-7-3
- Lee, J.M., Liao, D.S., Ye, C.Y. & Liao, W.Z. (2005) **Effect of cigarette tax increase on cigarette consumption in Taiwan.** Tobacco Control 14 (Suppl 1), pp.71-5.
- Martinez, J.A.B., Mota, G.A., Vianna, E.S.O., Filho, J.T., Silva, G.A. & Rodriguez, A.L. (2004) **Impaired quality of life of healthy young smokers.** Chest, 125(2), pp. 425-428.
- Mulder I., Tjhuis M., Smit H.A. and Kromhout D. (2001). **Smoking Cessation and Quality of Life: The Effect of Amount of Smoking and Time Since Quitting.** Preventive Medicine, Vol.33;6, pg 653-660
- Office for Official Publications of the European Communities, (2004). **Tobacco or health in the European Union. Past, present and future.** The ASPECT Consortium. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Oriol de Solà-Morales, (2003). **Tobacco Control: a review of the strategies.** Agència d'Avaluaci de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona, Spain.
- Stbye, T., Donald, H. & Taylor, Jr. (2004) **The Effect of Smoking on Years of Healthy Life (YHL) Lost Among Middle-Aged and Older Americans.** Health Care Services, 39, p. 3.
- Parrott, S., Godfrey, C. & Raw, M. (2000) **Costs of employee smoking in the workplace in Scotland.** Tobacco control, 9(2), pp. 187-92.
- Pitsavos, C., Panagiotakis, D.B., Chrysohoou, C. & Stefanis, C. (2003) **Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece; aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study,** 2003. BMC Public Health, 3, p. 32.
- Prahbat J., Chaloupka F.J., (2000). **Tobacco control in developing countries.** Oxford University Press. 97-99.
- Taylor, D.H.Jr., Hasselblad, V., Henley, S.J., Thun, M.J. & Sloan, F.A. (2002) **Benefits of Smoking Cessation for Longevity.** American Journal of Public Health 92 (6), pp. 990-6.
- The World Bank (2003) **Tobacco Control at a Glance.** The World Bank.
- UK Department of Health. (1992) **Effect of tobacco advertising on tobacco consumption.** London.
- UK Department of Health (1998) **Smoking kills: a White Paper on tobacco.** London: The Stationary office.
- US Department of Health and Human Services (1989). **Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress.** A report of the Surgeon General. Washington, Department of Health and Human Services.
- US Department of Health and Human Services (2000). **Healthy People 2010.** Washington DC: Government Printing Office.

- US Environmental Protection Agency (1992) **Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders.** Washington, D.C.
- Nebot, M., Lopez, M.J., Gorini, G., Neuberger, M., Axelsson, S., Pilali, M., Fonseca, C., Abdennbi, K., Hackshaw, A., Moshammer, H., Laurent, A.M., Salles, J., Georgouli, M., Fondelli, M.C., Serrahima, E., Centrich, F. & Hammond, S.K. (2005) **Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities.** Tob Control. Feb;14(1), pp. 60-3.
- World Health Organisation (WHO). (2005) **The European health report 2005: public health action for healthier children and populations.** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (WHO). (2007) **The European Tobacco Control Report.** Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (WHO). (2008) **National Expenditures on Health** (Internet), Available at <http://www.who.int/nha/en/>.
- World Health Organisation (WHO). (2008) **Health for all database.**
- Wilson, K., Gibson, N., Willan, A. & Cook, D. (2000) **Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies.** Archives of Internal Medicine. 160, pp. 939-44.
- Wilson, D., Parsons, J. & Wakefield, M. (1999) **The Health-Related Quality-of-Life of Never Smokers, Ex-Smokers, and Light, Moderate, and Heavy Smokers.** Preventive Medicine, 29, pp. 139-144.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007) **ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα : στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο Ε.Ε.** Βρυξέλλες, 30.1.2007, COM(2007)27 τελικό. Διαθέσιμο στο: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2007/com2007_0027el01.pdf
- ΕΣΥΕ (2006) **Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής.** Αθήνα.
- ΕΣΥΕ (2006). **Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών.** 2004/5. Αθήνα.
- Ευθυμίου Κ., Σοφριανοπούλου Α., (επιμ.) (2007) **Διακοπή καπνίσματος.** Αρχιπέλαγος, Αθήνα.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα 2008

www.ygeianet.gov.gr