



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

**ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
Η ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επιβλέπων Καθηγητής:

Καθηγητής ΤΕΙ Πειραιά, Δρ Ντάνος Αναστάσιος

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

**POST GRADUATE PROGRAM
HEALTH MANAGEMENT**



TEI OF PIRAEUS

PAPADAKIS MARIA

INFECTIOUS DISEASES

PATIENT'S AUTONOMY AND PUBLIC HEALTH PROTECTION

**Supervisor:
Professor of TEI of Piraeus, Dr Ntanos Anastasios**

Thesis Submitted for the Degree MSc in Health Management

Piraeus, 2013

Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου, Ντάνο Αναστάσιο, τόσο για την πολύτιμη καθοδήγησή του κατά τη διάρκεια των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας», όσο και για την ουσιαστική στήριξή του ως επιβλέπων καθηγητής στη διπλωματική μου εργασία.

Καθοριστική ήταν και η βοήθεια πολλών συναδέλφων μου στο Υπουργείο Υγείας και στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Όλοι τους μου παρείχαν πρόθυμα κάθε πληροφόρηση και απαραίτητο πληροφοριακό υλικό. Συγκεκριμένα, οφείλω ευγνωμοσύνη σε όλους τους υπαλλήλους της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και της Διεύθυνσης Προσωπικού.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συμφοιτητές μου για τις παρατηρήσεις και τις πολύτιμες γνώμες τους καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Τέλος, ευχαριστώ ιδιαίτερα τη Γραμματεία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος για την τεχνική, υλική και ηθική βοήθεια.

Περίληψη

Στην ιατρική πρακτική, ύψιστο δικαίωμα του ασθενή είναι η αυτονομία. Συγκεκριμένα, ο ασθενής απολαμβάνει το δικαίωμα της συναίνεσης ύστερα από πλήρη σαφή και επαρκή ενημέρωση, για κάθε θεραπευτική παρέμβαση που προτείνει ο ιατρός.

Ωστόσο, στην περίπτωση που οι ατομικές αποφάσεις δύνανται να επηρεάσουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία τρίτων, όπως στην περίπτωση των λοιμωδών νοσημάτων, με αποτέλεσμα να απειλείται το δικαίωμα στη δημόσια υγεία, η πολιτεία βρίσκεται ενώπιον ενός διλήματος. Αφενός, καλείται να αμφισβητήσει την αυτονομία του ασθενή, ως το μόνο κριτήριο για τη λήψη αποφάσεων, και αφετέρου να προστατεύσει τη δημόσια υγεία χωρίς ωστόσο να θίξει τον πυρήνα του δικαιώματος.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τα όρια της αυτονομίας του ασθενή, όταν αυτή έρχεται σε σύγκρουση με τη δημόσια υγεία και κατ' επέκταση με την προστασία του δημόσιου συμφέροντος, τόσο από τη σκοπιά της λήψης απόφασης θεσμικά, όσο και από τη σκοπιά της πρακτικής του επαγγελματία υγείας.

Αφού γίνεται μία πρώτη ανασκόπηση των επιδημιολογικών δεδομένων που αφορούν στα λοιμώδη νοσήματα στην Ευρώπη και την Ελλάδα, αναλύεται το συνταγματικό δικαίωμα στην υγεία καθώς και το δικαίωμα του ασθενή στην αυτονομία και το ιατρικό απόρρητο και τέλος, οι ηθικές διαστάσεις της συρρίκνωσης των δικαιωμάτων αυτών για λόγους δημόσιου συμφέροντος και δημόσιας υγείας. Τα συμπεράσματα καταδεικνύουν την ανάγκη συγκεκριμένου της προστασίας του δημόσιου συμφέροντος και της αυτονομίας του ασθενή, από την οπτική των δράσεων της πολιτείας και από την οπτική της καθημερινής πρακτικής του επαγγελματία υγείας.

Λέξεις Κλειδιά

λοιμώδη νοσήματα, αυτονομία ασθενή, συναίνεση, ιατρικό απόρρητο, δημόσια υγεία, δημόσιο συμφέρον

Abstract

In medical practice, one of the highest rights is patient autonomy. Specifically, the patient has the right of consent after a full clear and adequate information for each therapeutic intervention proposed by the physician.

However, if the individual decisions, such as a patients who is suffering from an infectious disease, may affect directly or indirectly the health of others, thus threatening the right to public health, the state is faced with a dilemma. First, it is required to challenge the patient's autonomy as the only criterion for decision making, and to protect public health without affecting the core of the right.

This paper discusses the limits of patient autonomy when it comes into conflict with the public health and thus the protection of the public interest, both from the perspective of decision-making institutions, and from the perspective of the practice of health professional.

After providing an initial overview of epidemiological data on infectious diseases in Europe and Greece, the constitutional right to health, the patient's right to autonomy and confidentiality and the ethical dimensions of the contraction of these rights for reasons public interest and public health are analyzed.. The findings demonstrate the need to reconcile the protection of the public interest and the autonomy of the patient, on behalf of the state and the daily practice.

Key Words

Infectious diseases, patient autonomy, consensus, confidentiality, public health, public interest

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος πινάκων	ix
Συντομεύσεις/Ακρόνυμα	x
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
<u>1 ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</u>	<u>3</u>
1.1 ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΣΗΜΕΡΑ	4
1.2 ΜΕΤΡΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	13
<u>2 ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</u>	<u>20</u>
2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	20
2.2 Η ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	22
2.2.1 ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	23
2.2.2 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	25
<u>3 ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ</u>	<u>27</u>
3.1 Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	27
3.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΟΣ	30
3.3 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ	33
3.3.1 ΛΟΓΟΙ ΑΡΣΕΩΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ	35
3.3.2 ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΑΘΕΣΗΣ	37
3.4 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ ΓΥ/39 «ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΔΙΑΔΟΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»	39
<u>4 ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ</u>	<u>43</u>
4.1 ΟΙ ΘΕΣΜΙΚΕΣ ΑΡΜΟΛΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΕΛΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	44
4.1.1 Η ΣΥΝΘΗΚΗ ΤΟΥ ΜΑΑΣΤΡΙΧΤ	44
4.1.2 Η ΣΥΝΘΗΚΗ ΤΟΥ ΑΜΣΤΕΡΝΤΑΜ	45
4.1.3 Η ΣΥΝΘΗΚΗ ΤΗΣ ΝΙΚΑΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΧΑΡΤΗΣ ΤΩΝ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	45
4.1.4 ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΧΑΡΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	46
4.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	49
4.3 ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	51
<u>5 Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΕΣ ΝΟΣΗΜΑ</u>	<u>54</u>

5.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	54
5.1.1 Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	55
5.1.2 Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	57
5.2 Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ	58
6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	60
<hr/>	
Βιβλιογραφία	63
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	67

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Κατάλογος πινάκων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΜΠΙΠΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ.....	9
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΚΟΣ ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ.....	14
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΟΜΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ	17

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Συντομεύσεις/Ακρόνυμα

A.N.	Αναγκαστικός Νόμος
ΑΜΣ	Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού
άρθ.	άρθρο
Δ.Σ.Α.Π.Δ.	Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα
ΔΕΚ	Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Ο.Φ.	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Ε.Π.Ε.Φ	Ενιαίο Πρόγραμμα Ελέγχου Φυματίωσης
Ε.Σ.Δ.Α.	Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
Ε.Σ.Δ.Υ.	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Ε.ΣΥ.Δ.Υ.	Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας
Ε.Φ.Ε.Τ.	Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕ.Σ.Υ.	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
Π.Γ.Δ.Μ	Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας
Π.Κ.	Ποινικός Κώδικας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
παρ.	παράγραφος
Σ	Σύνταγμα της Ελλάδας
τ .	τεύχος
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
Χ.Θ.Δ.Ε.Ε.	Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome /Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας
ACN	Active Citizenship Network
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
HBV	hepatitis B virus
HCV	hepatitis C virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus/Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας

MMR	MEASLES/MUMPS/RUBELLA
SARS	Severe acute respiratory syndrome/Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο
WHO	World Health Organization

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων αποτελεί βασική συνιστώσα της διαδικασίας για την προάσπιση και την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας. Ωστόσο, το κύριο χαρακτηριστικό των λοιμωδών νοσημάτων έγκειται στο ότι το πρόσωπο που έχει προσβληθεί από αυτά καθίσταται ταυτόχρονα φορέας μετάδοσής τους σε άλλα πρόσωπα. Είναι επομένως βέβαιο ότι, αντίθετα με ό, τι συμβαίνει στις άλλες ασθένειες, οι αποφάσεις του ασθενούς, δεν περιορίζουν τα αποτελέσματά τους στον ίδιον, αλλά ενδέχεται να επηρεάσουν την υγεία άλλων ή και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

Η διπλωματική εργασία πραγματεύεται τα όρια της αυτονομίας του ασθενή στις περιπτώσεις λοιμωδών νοσημάτων, κατά τις οποίες οι ατομικές αποφάσεις είναι δυνατόν να επηρεάσουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία τρίτων. Τότε, τόσο ο θεσμικός ρόλος της πολιτείας όσο και του επαγγελματία υγείας έρχεται ενώπιον ενός διλήματος. Την αντιστάθμιση των εξής συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων: του κοινωνικού και ατομικού δικαιώματος στην υγεία και του δικαιώματος στην προστασία της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση του δημόσιου συμφέροντος.

Για την εκπόνηση της εργασίας πραγματοποιήθηκαν:

- βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας,
- αναζήτηση επιδημιολογικών στοιχείων από βάσεις δεδομένων παγκόσμιων οργανισμών,
- φυσική παρουσία σε αρμόδιους οργανισμούς και υπηρεσίες για την άντληση πληροφοριακού υλικού,
- συζήτηση με στελέχη του Υπουργείου Υγείας και του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων,
- διαδικτυακή έρευνα.

Συγκεκριμένα, ελήφθησαν υπόψη αναλύσεις και έρευνες εθνικών και διεθνών οργανισμών, όπως του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, εθνική νομοθεσία, διεθνείς συμβάσεις, εκθέσεις, οδηγίες, συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών.

Η εργασία διαρθρώνεται σε πέντε ενότητες:

- Στην πρώτη παρουσιάζονται τα λοιμώδη νοσήματα που αποτελούν απειλή για την Ελλάδα και τον ευρωπαϊκό χώρο και σχετικά επιδημιολογικά δεδομένα, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία αρμόδιων ευρωπαϊκών και εθνικών οργανισμών, καθώς και μέτρα περιορισμού της μετάδοσής τους.
- Στη δεύτερη ενότητα αναλύεται το θεσμικό πλαίσιο προστασίας της δημόσιας υγείας και το ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία.
- Στην επόμενη ενότητα αναλύεται το θεσμικό πλαίσιο προστασίας του ασθενή, όπως το δικαίωμα της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης και το δικαίωμα της συναίνεσης μετά από πληροφόρηση. Η ενότητα τελειώνει με την ανάδειξη των ορίων της αυτονομίας του ασθενή για λόγους δημόσιας υγείας.
- Στην τέταρτη ενότητα επιχειρείται η περιγραφή των θεσμικών αρμοδιοτήτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο πεδίο της υγείας και απαριθμούνται συγκεκριμένες οδηγίες που συρρικνώνουν δικαιώματα του Ευρωπαίου πολίτη για λόγους δημόσιας υγείας.
- Η πέμπτη ενότητα πραγματεύεται την ηθική διάσταση του περιορισμού της αυτονομίας του πάσχοντος από λοιμώδες νόσημα.

Η κύρια θέση της εργασίας είναι ότι ακόμα και αν η άσκηση της αυτονομίας του ασθενή πρέπει να διενεργείται υπό το φως της προστασίας του δημόσιου συμφέροντος, αυτή πρέπει να παραμείνει ως κανόνας στη λήψη αποφάσεων και στη καθημερινή πρακτική και η σχετικοποίησή της πρέπει να διέπεται από την αρχή της αναλογικότητας.

1 ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα νοούνται εκείνα νοσήματα που οφείλονται σε παθογόνο παράγοντα που μπορεί να μεταδοθεί άμεσα ή έμμεσα από έναν ξενιστή, άνθρωπο, ζώο, έντομο σε έναν άλλο (Dictionary of Epidemiology, Oxford University Press). Ο πιο διαδεδομένος τρόπος κατηγοριοποίησής τους αφορά στον τρόπο μετάδοσής τους (Ξηρός, 2004). Η μετάδοση του νοσήματος γίνεται μέσω της ανθρώπινης επαφής όπως η καθημερινή κοινωνική επαφή ή η σεξουαλική, μέσω της διατροφικής αλυσίδας, δηλαδή μέσω του νερού, της τροφής ή του αέρα, ενώ άλλα μπορούν να μεταδίδονται από τα ζώα στον άνθρωπο. Ειδικές κατηγορίες μεταδοτικών νοσημάτων είναι τα νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό, τα νοσήματα που μεταδίδονται εντός νοσοκομείου ή σε άλλους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και τα νοσήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της αυξανόμενης αντοχής των μικροβίων στα αντιβιοτικά.

Ένας παθογόνος παράγοντας έχει την ικανότητα να μεταδίδεται με συγκεκριμένο μέσο, να εγκαθίσταται και να πολλαπλασιάζεται (*μεταδοτικότητα*) και να προκαλεί συμπτώματα ασθένειας ποικίλης βαρύτητας είτε όχι (*μολυσματικότητα*). Στην περίπτωση που ένα άτομο έχει μολυνθεί αλλά δεν εμφανίζει συμπτώματα νόσου, η νόσος βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση και το άτομο καθίσταται φορέας και όχι ασθενής. Εκτός από τον ασθενή, και ο φορέας μπορεί να μεταδώσει την ασθένεια σε άλλα άτομα.

Καθοριστικοί παράγοντες για τον καθορισμό προγραμμάτων προστασίας της δημόσιας υγείας καθώς επίσης και για την αξιολόγηση των επιχειρημάτων υπέρ και κατά του περιορισμού της αυτονομίας του ασθενή, στην περίπτωση που κάτι τέτοιο διακυβεύεται, είναι ο τρόπος μετάδοσης, η μεταδοτικότητα και η μολυσματικότητα. Ενδεικτικά, το κοινό κρυολόγημα έχει πολύ υψηλή μεταδοτικότητα, αλλά ταυτόχρονα ήπια συμπτώματα και ελάχιστο κίνδυνο για τη ζωή του ασθενή. Όμως, η ηπατίτιδα Β, μεταδίδεται μεν δυσκολότερα (π.χ. μέσω της ανταλλαγής σωματικών υγρών που περιέχουν αίμα), αλλά συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά θνησιμότητας ή πιθανότητας μόνιμης βλάβης.

Τα λοιμώδη νοσήματα έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν επιδημία. Ως επιδημία (*επί + δήμος*) χαρακτηρίζονται οι εξάρσεις ασθενειών που εμφανίζονται σε έναν ανθρώπινο πληθυσμό και δεδομένη χρονική περίοδο, σε βαθμό μεγαλύτερο του αναμενόμενου. Μπορεί να περιορίζεται γεωγραφικά σε ένα τόπο ή μια ολόκληρη χώρα (έξαρση), ή να

εξαπλώνεται εκτός των ορίων μιας χώρας. Στην τελευταία περίπτωση η νόσος ορίζεται ως πανδημία (Τριχόπουλος, 2002).

1.1 Τα λοιμώδη νοσήματα στην Ελλάδα και την Ευρώπη σήμερα

Σύμφωνα με την έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων για το έτος 2012, τα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα, που συνιστούν κίνδυνο για τον ευρωπαϊκό χώρο και συναντώνται στην Ελλάδα, είναι τα ακόλουθα (ECDC, 2012):

Λοιμώξεις λόγω μικροβιακής αντοχής

Στις μέρες μας αποτελεί θεμελιώδη κανόνα ότι η πιθανότητα ανάπτυξης μικροβιακής αντοχής είναι ανάλογη με την κατανάλωση των αντιβιοτικών. Στα νοσοκομεία γίνεται εκτεταμένη χρήση αντιβιοτικών, λόγω των σοβαρών λοιμώξεων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανθεκτικών μικροβίων, όπως ενδεικτικά είναι ο σταφυλόκοκκος, η ψευδομονάδα, το ακινετοβακτηρίδιο, η κλεμπσιέλλα κ.λ.π.

Οι λοιμώξεις λόγω μικροβιακής αντοχής γίνονται ολοένα συχνότερες, εντός της ευρωπαϊκής κοινότητας. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο περίπου 3 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ε.Ε. νοσούν από νοσοκομειακή λοίμωξη, εκ των οποίων περίπου 50.000 πεθαίνουν (ECDC, 2012).

HIV/AIDS

Η λοίμωξη με τον Ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus Infection) και το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) είναι μια νόσος του ανθρώπινου ανοσοποιητικού συστήματος που προκαλείται από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Η νόσος παρεμβαίνει στο ανοσοποιητικό σύστημα και παρεμποδίζει τη λειτουργία του, κάνοντας τα άτομα με AIDS περισσότερο πιθανά να αποκτήσουν λοιμώξεις, όπως ευκαιριακές λοιμώξεις και όγκους που συνήθως δεν προσβάλλουν τα άτομα με λειτουργικά ανοσοποιητικά συστήματα (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,2012).

Στην Ελλάδα, το 2012 δηλώθηκαν 1.180 περιστατικά, εκ των οποίων 1.001 (84,8%) ήταν άνδρες και 179 (15,2%) γυναίκες. Από τις περιπτώσεις που δηλώθηκαν για πρώτη φορά ως HIV+ το 2012, 93 (7,9%) άτομα είχαν ήδη εμφανίσει ή ανέπτυξαν κλινικά AIDS εντός του συγκεκριμένου έτους. Το 44,2% των περιστατικών ήταν χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ενώ στο 19,0% των περιπτώσεων δεν έχει προσδιοριστεί ο τρόπος

μετάδοσης του ιού. Τα περισσότερα περιστατικά, τόσο στους άνδρες (26,9%) όσο και στις γυναίκες (21,8%) ήταν άτομα ηλικίας 30-34 ετών κατά τη δήλωση.

Γονόρροια

Η γονόρροια είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη, η οποία προκαλείται από το βακτήριο *Neisseria gonorrhoeae* και αφορά όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα. Στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Νότιας Ευρώπης τα επίπεδα της νόσου είναι πτωτικά, ενώ στη Μεγάλη Βρετανία, στο Βέλγιο και στη Σουηδία, παρουσιάζεται αύξηση της επίπτωσης¹ της νόσου από το 1997 και μετά.

Το 2012 η συνολική επίπτωση της νόσου εκτιμάται στις 9,5 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Η αύξηση της επίπτωσης της νόσου σε χώρες με υψηλό βιοτικό και υγειονομικό επίπεδο, αντανακλά πιθανώς ευρύτερες αλλαγές στη συμπεριφορά των νέων ανθρώπων, τόσο σε σχέση με την προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. μικρά ποσοστά χρήσης προφυλακτικού λόγω μείωσης του φόβου θανάτου από AIDS μετά την εφαρμογή αποτελεσματικότερων αντιρετροϊκών θεραπειών), όσο και σε τροποποίηση διάφορων κοινωνικών στοιχείων (π.χ. αύξηση της μετανάστευσης από χώρες της Βαλτικής -με υψηλά εν γένει επίπεδα επίπτωσης γονόρροιας- σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης), γεγονός που πρέπει να προβληματίσει τις νέες πολιτικές υγείας στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης.

Στην Ελλάδα, ενώ το 1990 τα κρούσματα γονόρροιας ανέρχονταν στα 108, το 2010 ανήλθαν στα 312, σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2012).

Ηπατίτιδα Β - Ηπατίτιδα C

Η ηπατίτιδα Β είναι μια λοιμώδης και φλεγμονώδης ασθένεια του ήπατος η οποία οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Β (γνωστός και ως HBV), ο οποίος είναι ένας ιός με γενετικό υλικό DNA. Η οξεία ηπατίτιδα Β περιλαμβάνει συμπτώματα όπως φλεγμονή του ήπατος, εμετό, ίκτερο και σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο.

Μεταδίδεται αιματογενώς, με τη σεξουαλική επαφή και κατά την περιγεννητική² περίοδο. Για το 1/3 των περιπτώσεων ο τρόπος μετάδοσης παραμένει άγνωστος. Η

¹ Επίπτωση: Αριθμός αρχικά υγιών ατόμων που εμφάνισαν την νόσο σε συγκεκριμένο χρόνο

²Ως περιγεννητική περίοδος ορίζεται το διάστημα από την 28η εβδομάδα της κύησης έως και την 1^η εβδομάδα της ζωής

συχνότητα της λοίμωξης ποικίλλει ευρέως σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές, ενώ οι περισσότερες λοιμώξεις συμβαίνουν σε έφηβους και ανήλικους συγκεκριμένων ομάδων κινδύνου (χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως κ.ά.). Στους ενήλικους, η κλινικά έκδηλη λοίμωξη είναι συχνή ενώ ο επιπολασμός³ της χρόνιας λοίμωξης μικρός, περίπου 1- 4% (Χριστάκης & Λεγάκης 2002).

Η ηπατίτιδα C είναι μία λοίμωξη που προσβάλλει κυρίως το ήπαρ. Αυτή η ασθένεια οφείλεται στον το ιό της ηπατίτιδας C (HCV). Η ηπατίτιδα C συχνά δεν παρουσιάζει κάποια συμπτώματα, ωστόσο η χρόνια λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει ουλές στο ήπαρ και να οδηγήσει, μετά από χρόνια, σε κίρρωση (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012). Φαίνεται ότι έχει μεγαλύτερο επιπολασμό συγκριτικά με την ηπατίτιδα Β, δεδομένου ότι αναφέρονται σε παγκόσμια κλίμακα περισσότερες από ένα εκατομμύριο νέες περιπτώσεις ετησίως. Ο HCV μεταδίδεται κυρίως με την παρεντερική οδό. Ο επιπολασμός σε εθελοντές αιμοδότες είναι στην Ελλάδα 2,5% και στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών ενδοφλεβίως >80%.

Γρίπη

Η γρίπη είναι νόσημα που προκαλείται συγκεκριμένα από τους ιούς Α, Β και C της γρίπης και αποτελεί μια αρκετά σοβαρότερη λοίμωξη από το κοινό κρυολόγημα, γιατί ενέχει κινδύνους σοβαρών επιπλοκών. Την περίοδο 2011-2012 εντοπίστηκαν 127 επιβεβαιωμένα κρούσματα στην Ελλάδα εκ των οποίων τα 121 χρειάστηκαν νοσηλεία στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012).

Φυματίωση

Η Φυματίωση είναι μια κοινή και σε πολλές περιπτώσεις, θανατηφόρα, μολυσματική νόσος. Η νόσος αυτή προκαλείται από διάφορα στελέχη μυκοβακτηρίων, συνήθως το μυκοβακτήριο της φυματίωσης (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012).

Η επανεμφάνιση της φυματίωσης αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα για τη δημόσια υγεία διεθνώς. Η φυματίωση φθάνει να είναι ενδημική στις περισσότερες φτωχές χώρες του κόσμου. Το 1/3 του πληθυσμού της γης έχει μολυνθεί χωρίς να παρουσιάζει συμπτώματα

³ Επιπολασμός: το ποσοστό κλειστού (αρχικά καθορισμένου) πληθυσμού που πάσχει από μια υπό εξέταση νόσο μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή

και ένα ποσοστό της τάξεως του 5 - 10% θα αναπτύξουν νόσο κατά την διάρκεια της ζωής τους (Ε.Π.Ε.Φ., 2007).

Περίπου 60. 000 νέα περιστατικά φυματίωσης αναφέρθηκαν στην Ευρώπη το 2005, με ιδιαίτερα υψηλό επιπολασμό μεταξύ των πλέον ευάλωτων πληθυσμών, όπως είναι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, οι άστεγοι και οι φορείς του ιού HIV. Εξάλλου, έχουν αναφερθεί στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στις βαλτικές χώρες, περιστατικά φυματίωσης ιδιαίτερα ανθεκτικής στα φάρμακα, που είναι σχεδόν αδύνατο να θεραπευθεί (ECDC 2012). Το τεράστιο πρόβλημα της φυματίωσης στην Ανατολική Ευρώπη, και ειδικότερα ο εφιάλτης πιθανής ανίατης φυματίωσης κινητοποίησε ολόκληρη την Ευρώπη.

Το 2006, στο Οικονομικό Φόρουμ του Νταβός, ψηφίστηκε το «Global Plan to Stop Tb 2006 - 2015». Κύριοι στόχοι του σχεδίου αυτού είναι ο περιορισμός στο μισό της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από φυματίωση ως το 2015 και η εκρίζωση της νόσου ως το 2050 σε παγκόσμια κλίμακα (Ε.Π.Ε.Φ. 2007).

Από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται κάθε χρόνο μέσω του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης, για το χρονικό διάστημα 2004–2010, προκύπτει ότι στη χώρα μας δηλώνονται ετησίως κατά μέσο όρο περί τα 600 κρούσματα. Παρατηρείται όμως μία προοδευτική μείωση των δηλουμένων κρουσμάτων και συγκεκριμένα από 761 το 2004, σε 490 το 2010. Όσον αφορά στα δηλούμενα κρούσματα σε Έλληνες, κ το ποσοστό επί του συνόλου των δηλουμένων κρουσμάτων σημειώνει πτωτική τάση (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012).

Λοίμωξη από πνευμονιόκοκκο και μηνιγγιτιδόκοκο

Οι πνευμονιόκοκκοι αποτελούν την κύρια αιτία μικροβιακής λοίμωξης των αναπνευστικών οδών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, παραμένοντας μία σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες.

Οι νεότερες και οι γηραιότερες ηλικιακές ομάδες είναι οι πιο εκτεθειμένες σε πνευμονιοκοκκικές μολύνσεις, όπως η σηψαιμία, η μηνιγγίτιδα και η πνευμονία. Η γενική τάση των τελευταίων 10 χρόνων υπήρξε σταθερή στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, με εξαίρεση τη Δανία (μειώθηκε) και το Ηνωμένο Βασίλειο, το Βέλγιο, τη Σλοβακία και τη Γαλλία (αυξήθηκε). Το 2010, 19.665 μολύνσεις καταγράφηκαν σε 19 χώρες. Τα ποσοστά περιπτώσεων είναι υψηλότερα σε ηλικίες άνω των 65 και παιδιά κάτω των 4 ετών (ECDC, 2012).

Η μηνιγγιτιδοκοκκική λοίμωξη προσβάλλει συχνότερα τα παιδιά και τους νέους ενήλικες, με σοβαρή κλινική εικόνα που μπορεί να οδηγήσει σε μηνιγγίτιδα και σηψαιμία.

Από το 2000 έως το 2009 έχουν δηλωθεί στη χώρα μας 7.668 κρούσματα μηνιγγίτιδας από τα οποία τα 1396 (18,2%) αφορούν σε μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα, τα 1976 (25,8%) σε λοιπή βακτηριακή μηνιγγίτιδα, τα 3963 (51,7%) σε άσηπτη μηνιγγίτιδα και τα υπόλοιπα 333 (4,3%) είναι αγνώστου αιτιολογίας (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012).

Τέτανος

Ο Τέτανος (Αγγλικά Tetanus) είναι μια λοιμώδης ασθένεια η οποία προκαλείται από το βακτήριο κλωστρίδιο του τετάνου (*Clostridium Tetani*), το οποίο παράγει την νευροτοξίνη τετανοσπασμίνη, η οποία προκαλεί τα πρωταρχικά συμπτώματα της ασθένειας.

Λόγω του αντιτετανικού εμβολιασμού, η νόσος πλέον είναι σχετικά σπάνια στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ είναι συχνότερη σε γεωργικές και οικονομικά υποβαθμισμένες περιοχές. Η θνητότητα από τον τέτανο είναι υψηλή και κυμαίνεται από 10 έως 90%, αλλά πλέον προλαμβάνεται πλήρως χάρη στον εμβολιασμό. Η τάση εμφάνισης του τετάνου είναι πτωτική την τελευταία δεκαετία σε όλη την Ευρώπη, με συχνότητα εμφάνισης μικρότερη του 0,2 ανά 100.000 του πληθυσμού.

Ιλαρά

Η συχνότητα εμφάνισης της ιλαράς στην Ευρώπη έχει μειωθεί δραματικά την τελευταία δεκαετία, πιθανόν λόγω της πολιτικής εμβολιασμού δύο δόσεων στις περισσότερες χώρες. Το 2011 καταγράφηκαν 1.291 κρούσματα σε 26 χώρες, με πάνω από 50% εξ αυτών στη Γερμανία. Στην Ελλάδα αναφέρθηκαν 31 κρούσματα. Το υψηλότερο ποσοστό περιστατικών καταγράφηκε στην ηλικιακή ομάδα 0 - 4 χρονών (3,09 στα 100.000) και ακολουθούν τα παιδιά ηλικίας 5 - 14 (1,62 στα 100.000) με το ποσοστό να πέφτει ραγδαία στις επόμενες ηλικιακές ομάδες.

Στην Ελλάδα, από τον Ιανουάριο έως τον Δεκέμβριο του 2010, δηλώθηκαν συνολικά 149 κρούσματα ιλαράς στο Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. από όλη την Ελλάδα (1,3 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού).

Σαλμονέλωση

Είναι λοίμωξη που οφείλεται στο βακτήριο σαλμονέλα. Τα πρόσωπα που μολύνονται από τη σαλμονέλα εμφανίζουν διάρροια, πυρετό, κοιλιακούς πόνους, μετά από 12 ώρες ως τρεις μέρες από τη μόλυνση (ΕΣΔΥ, 2013).

Η συχνότητα των σαλμονελώσεων μειώνεται σταδιακά στη Ευρώπη από το 1995 και μετά. Ωστόσο, το 2004 σημειώθηκαν τοπικές επιδημίες σε ορισμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, ανεβάζοντας τη συχνότητα εμφάνισης των κρουσμάτων κατά 5% (Κύπρος, Τσεχία). Η παστερίωση του γάλακτος και η χλωρίωση του νερού αποτελούν μέτρα υψηλής αποτελεσματικότητας. Άλλα μέτρα είναι η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής στις φάρμες.

Πίνακας 1 Λοιμώδη νοσήματα που εμπίπτουν στο σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης

Μεταδοτικά Νοσήματα που εμπίπτουν στο Σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση	
Κατηγορία	Νόσημα
Μικροβιακή αντοχή και νοσήματα που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας	Μικροβιακή Αντοχή
	Νοσοκομειακές Λοιμώξεις
Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και ιογενή νοσήματα μεταδιδόμενα μέσω του αίματος	HIV/AIDS
	Χλαμύδια
	Γονόρροια
	Σύφιλη
	Ηπατίτιδα Β
	Ηπατίτιδα C
Αερογενώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα	Γρίπη
	Γρίπη των Πτηνών
	Φυματίωση
	Νόσος των Λεγεωνάριων
	SARS (Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο)
Νοσήματα που προλαμβάνονται με	Λοίμωξη από Μηνιγγιτιδόκοκκο

εμβολιασμό	Λοίμωξη από Πνευμονιόκοκκο	
	Λοίμωξη από αιμόφιλο ινφλουέντσας b	
	Κοκίτης	
	Διφθερίτιδα	
	Τέτανος	
	Ιλαρά	
	Παρωτίτιδα	
	Ερυθρά	
	Πολιομυελίτιδα	
	Ευλογιά	
	Τροφιμογενή – Υδατογενή Νοσήματα (που μεταδίδονται μέσω της διατροφικής αλυσίδας)	Λοίμωξη από Καμπυλοβακτηρίδιο
		Σαλμονέλλωση
Τυφοειδής/Παρατυφοειδής Πυρετός		
Σιγκέλλωση		
Λοίμωξη από Escherichia coli		
Γερσινίωση		
Λιστερίωση		
Βρουκέλλωση		
Αλλαντίαση		
Χολέρα		
Ηπατίτιδα A		
Giardiasis		
Κρυπτοσποριδίαση		
Εχινοκοκκίαση		
Τριχινίαση		
Μεταδοτική Σπογγώδης Εγκεφαλοπάθεια		
Τοξοπλάσμωση		

Νοσήματα που προέρχονται από τα ζώα ή έχουν άλλη περιβαλλοντική προέλευση	Τουλαραιμία
	Ιός του Δυτικού Νείλου
	Πυρετός Q
	Λεπτοσπείρωση
	Άνθρακας
	Λύσσα
	Ελονοσία
	Ιογενείς Αιμορραγικοί Πυρετοί (VHF)
	Κίτρινος Πυρετός
	Πανούκλα

Τόσο η νοσηρότητα, όσο και η θνησιμότητα των λοιμωδών νοσημάτων, μειώθηκαν σημαντικά τα τελευταία πενήντα χρόνια, σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων για το 2012 (ECDC, 2012). Εντούτοις, παρά τη γενικότερη βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού και τη χρήση εξελιγμένων αντιβιοτικών και άλλων φαρμάκων, παλαιές μορφές λοιμωδών νοσημάτων που αναδύονται ξανά, αλλά και νεοεμφανιζόμενα νοσήματα, εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες χώρες. Μάλιστα, σε συνδυασμό με την επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων που σε μεγάλο ποσοστό οφείλονται σε τροποποιήσιμους παράγοντες (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα), μιλάμε πλέον για ένα μεταβατικό μοντέλο στη δημόσια υγεία, το οποίο δεν έχει προσδιοριστεί πλήρως (Κρεμαστινού, 2007).

Στην Ελλάδα, η μετάβαση του επιδημιολογικού νοσολογικού προτύπου με τη μείωση των μεταδοτικών νοσημάτων, παρατηρείται ήδη από το δεύτερο ήμισυ του περασμένου αιώνα. Το 1950 εκδίδεται το βασιλικό διάταγμα της 3ης - 9ης Νοεμβρίου, με το οποίο καταγράφεται το σύνολο των θεωρούμενων τότε «επιδημικών νοσημάτων» και καθορίζονται σε γενικές γραμμές οι διαδικασίες για την πρόληψη και τη δήλωσή τους (Παπαδημητρίου, 2004). Η Ελλάδα, ακολουθώντας την πορεία των ανεπτυγμένων χωρών, έχει πετύχει σημαντική πρόοδο στον έλεγχο και τον περιορισμό πολλών λοιμωδών νοσημάτων. Στο γεγονός αυτό συντέλεσε η ανοσοποίηση του πληθυσμού μέσω μαζικών εμβολιασμών, η εισαγωγή νέων αντιβιοτικών, οι συνεχείς βελτιώσεις στη

διατροφή, στις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης και η επιτήρηση των μεταδοτικών νοσημάτων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. (Health for All Database, 2013) από το 1970 έως σήμερα καταγράφεται σταθερή πτώση στην επίπτωση των μεταδοτικών νοσημάτων στην Ελλάδα. Παρ' όλα αυτά, δεν πρέπει να υποτιμάται η επανεμφάνιση παλαιών νοσημάτων που εκδηλώνονται στις μέρες μας, προβληματίζοντας τους υπευθύνους εκπόνησης στρατηγικών για τη διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας. Τα συχνότερα μεταδοτικά νοσήματα κατά τα έτη 2005 - 2006 στην Ελλάδα ήταν η βρουκέλλωση, οι σαλμονελλώσεις, η φυματίωση και η ιλαρά (Κρεμαστινού 2007). Μολονότι στα περισσότερα μεταδοτικά νοσήματα παρατηρείται σημαντική μείωση της συχνότητας εκδήλωσης, ο αριθμός των περιπτώσεων νοσηλείας σε νοσοκομεία αυξάνεται, τόσο εξαιτίας της εκδήλωσης νέων μεταδοτικών νοσημάτων ή νέων επιδημιών, όσο και εξαιτίας της αύξησης του βαθμού επαγρύπνησης του πληθυσμού και των υγειονομικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008 – 2012 του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., οι παράγοντες που ευθύνονται για την επανεμφάνιση παλαιών μεταδοτικών νοσημάτων είναι:

- η μαζική και γρήγορη μετακίνηση του πληθυσμού με αερομεταφορές,
- η μη ελεγχόμενη είσοδος μεταναστών και υπηκόων τρίτων χωρών στη χώρα,
- η ανάπτυξη ανθεκτικότητας αρκετών μικροβίων στα αντιβιοτικά λόγω κατάχρησης των τελευταίων,
- τα λάθη στη στρατηγική κατά την εφαρμογή ευρέων προγραμμάτων εμβολιασμών, όπως εφησυχασμός και έλλειψη επιδημιολογικής εποπτείας στις υπηρεσίες υγείας μετά την αρχική ραγδαία μείωση των κρουσμάτων, η ανεπαρκής καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού - στόχου, η παρατηρούμενη αδυναμία προσπέλασης μειονοτικών ομάδων (π.χ. αθίγγανοι) και η λανθασμένη επιλογή σχημάτων εμβολιασμών κ.λπ. (Λάγγας, 2002),
- η απουσία εκτεταμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) του πληθυσμού για νοσήματα, όπως η φυματίωση.

Στην Ελλάδα όσον αφορά στη φυματίωση, αν και ο «Αντιφυματικός Αγώνας» καθιερώθηκε με το Νόμο 4053/1960, δεν υπήρξε ποτέ συστηματική επίβλεψη εφαρμογής του, ούτε ικανοποιητική επιτήρηση της νόσου και των μέτρων ελέγχου. Σύμφωνα με τα δεδομένα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. η ετήσια επίπτωση της φυματίωσης για το 2004 ήταν 7/ 100.000 πληθυσμού ενώ για το 2005 κυμάνθηκε στο 6,8/ 100.000 πληθυσμού. (Ε.Π.Ε.Φ., 2007).

Με δεδομένη τη σοβαρή υποδήλωση της νόσου, η μειωτική αλλά κυμαινόμενη πορεία της φυματίωσης τα τελευταία χρόνια, η ανισοκατανομή της νόσου κατά μεγάλες γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας, η αυξανόμενη συμμετοχή των αλλοδαπών στη νόσο και η μέτρια αλλά σταθερή αντοχή στα φάρμακα, είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νόσου για τη χώρα μας.

1.2 Μέτρα περιορισμού της μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων

Τα μέτρα ελέγχου των μεταδοτικών νοσημάτων είναι:

1. η δήλωση των νοσημάτων,
2. η επιδημιολογική επιτήρηση,
3. ο εμβολιασμός του πληθυσμού και
4. ο περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων.

1. Δήλωση των νοσημάτων

Δήλωση είναι η γνωστοποίηση στις υγειονομικές αρχές κρουσμάτων νόσων, επιδημιών ή άλλων συμβάντων. Για να ελεγχθεί γρήγορα ένα λοιμώδες νόσημα είναι αναγκαία η ταχεία αναγνώρισή του και η δήλωσή του στις αρμόδιες υγειονομικές αρχές. Η δήλωση επιτελείται με τη συμπλήρωση ειδικής φόρμας - επιδημιολογικού δελτίου δήλωσης (βλ. παράρτημα). Έτσι συλλέγονται δεδομένα για τα επιδημικά λοιμώδη νοσήματα σε εθνική βάση. Η δήλωση επιτελείται σε τέσσερα στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο συλλέγονται στοιχεία στον τόπο όπου εμφανίστηκε η ασθένεια. Έπειτα, τα συλλεχθέντα αυτά στοιχεία προωθούνται στην ανώτερη υγειονομική αρχή. Εν συνεχεία, διαμορφώνονται βάσεις

δεδομένων με τα στοιχεία συγκεντρωτικά σε εθνικό επίπεδο - Κεντρική Υγειονομική Αρχή. Το τελευταίο στάδιο είναι η δήλωση στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Τα νοσήματα που πρέπει να δηλώνονται υποχρεωτικά καθώς και ο χρονικός ορίζοντας υποχρέωσης δήλωσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2004).

Πίνακας 2 Νοσήματα άμεσης δήλωσης και χρονικός ορίζοντας υποχρέωσης δήλωσης

Νοσήματα άμεσης δήλωσης	Χρονικός Ορίζοντας Υποχρέωσης Δήλωσης
AIDS - Μόλυνση με HIV	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
HPV	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Αλλαντίαση	άμεση δήλωση
Ανεμοβλογιά με επιπλοκές	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Άνθρακας	άμεση δήλωση
Γονόρροια	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Γρίπη(με εργαστηριακή επιβεβαίωση)	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Διφθερίτιδα	άμεση δήλωση
Εγκεφαλίτιδες από αρμποϊούς	άμεση δήλωση
Ελονοσία	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Ερυθρά	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Ευλογιά	άμεση δήλωση
Εχινοκοκκίαση	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Ηπατίτιδα Α, οξεία	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Ηπατίτιδα Β, οξεία / HBsAg (+) σε βρέφη < 12 μηνών	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Ηπατίτιδα C	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Ιλαρά	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	άμεση δήλωση
Κοκίτης	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Λεγιονέλλωση	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση

Λείσμανίαση	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Λεπτοσπείρωση	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Λιστερίωση	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Λοίμωξη από εντεροαιμορραγική E.coli (EHEC)	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Λύσσα	άμεση δήλωση
Μελιοείδωση/ Μάλη	άμεση δήλωση
Μεταδοτική σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Μηनिγγίτιδα (βακτηριακή, άσηπτη)	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Μηनिγγιτιδοκοκκική νόσος	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
οξεία Βρουκέλλωση	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Πανώλη	άμεση δήλωση
Παρωτίτιδα	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Πολιομυελίτιδα	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Πυρετός Q, οξεία λοίμωξη	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Σαλμονέλλωση	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Σιγκέλλωση	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS)	άμεση δήλωση
Συγγενής Ερυθρά	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Συγγενής Σύφιλη	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Συρροή κρουσμάτων τροφιμογενούς - υδατογενούς νοσήματος	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Τέτανος/ Τέτανος νεογνικός	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Τουλαραιμία	άμεση δήλωση
Τριχίνωση	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Τυφοειδής πυρετός/ παράτυφος	εντός 24 ωρών από τη διάγνωση
Φυματίωση	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση
Χλαμύδια	εντός μίας εβδομάδας από τη διάγνωση

Οι ειδικοί στόχοι ενός συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης νοσημάτων είναι (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2013):

- Ανίχνευση μεμονωμένων κρουσμάτων με σκοπό να λαμβάνονται τα ενδεδειγμένα μέτρα στον περίγυρο των ασθενών (για την προφύλαξη άλλων ατόμων και τον περιορισμό της μετάδοσης της νόσου από άτομο σε άτομο) ή στο ευρύτερο περιβάλλον τους (για τον περιορισμό περαιτέρω διασποράς της νόσου από την ίδια πηγή).
- Ανίχνευση επιδημικών εξάρσεων με σκοπό τη λήψη μέτρων στην ευρύτερη κοινότητα για τον έλεγό τους.

Οι γενικοί στόχοι κάθε συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης είναι:

- η εκτίμηση της επίπτωσης της νόσου και των διαχρονικών τάσεων που αυτή έχει, τόσο στην Ελλάδα συνολικά όσο και σε επιμέρους γεωγραφικές περιοχές.
- ο προσδιορισμός της συμμετοχής διαφόρων παραγόντων κινδύνου στη νοσηρότητα από τη νόσο στην Ελλάδα.
- η παροχή πληροφοριών για τη διατύπωση προτάσεων σχετικά με τη διαμόρφωση και αξιολόγηση πολιτικών πρόληψης και ελέγχου των νοσημάτων στην Ελλάδα.

2. Επιδημιολογική επιτήρηση

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., επιδημιολογική επιτήρηση είναι η συνεχής συλλογή στοιχείων, καταχώριση, ανάλυση, επεξεργασία και διάθεση των αποτελεσμάτων σε όσους απαιτείται να λάβουν στρατηγικές και πολιτικές αποφάσεις (WHO, 1997).

Οι στόχοι της επιδημιολογικής παρατήρησης είναι:

- η καταγραφή της συχνότητας του νοσήματος και εκτίμηση του κόστους στην κοινότητα (νοσηρότητα και θνησιμότητα),
- η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των επιδημιών,
- η αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης,

- η διαμόρφωση στρατηγικής στη Δημόσια Υγεία (Χατζηχριστοδούλου, 2002),
- η έγκαιρη προειδοποίηση για αλλαγές στη συχνότητα των νόσων ή για την εμφάνιση μίας νέας νόσου και
- ο εντοπισμός ομάδων - ατόμων υψηλού κινδύνου.

Η ανάλυση δεδομένων εστιάζει στην ανάλυση των κρουσμάτων κάτω από το πρίσμα του χώρου, του χρόνου και των χαρακτηριστικών των ατόμων που νόσησαν (Ανάλυση XXX - Χρόνος, Χώρος, Χαρακτηριστικά). Παράδειγμα τέτοιων αναλύσεων είναι τα μαθηματικά μοντέλα για την έγκαιρη ανίχνευση έξαρσης κρουσμάτων, καθώς και τα συστήματα μηχανογραφημένης χαρτογράφησης (Geographical Information System).

Το επιδημιολογικό σύστημα επιτήρησης λοιμωδών νόσων της χώρας μας παρουσιάζεται στον πίνακα 3:

Πίνακας 3 Οργανωσιακή δομή επιδημιολογικού συστήματος επιτήρησης

ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΟΜΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ			
ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΩΣ ΔΗΛΟΥΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	ΔΙΚΤΥΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ	ΔΙΚΤΥΟ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ
Στοχεύει στη συλλογή δεδομένων για επιδημιολογικά λοιμώδη νοσήματα, με τη συμπλήρωση ειδικής φόρμας-δήλωσης κάθε κρούσματος από τους κλινικούς και εργαστηριακούς ιατρούς και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας	Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. ενημερώνεται για ορισμένα κλινικά σύνδρομα από δίκτυο ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αθήνα και την περιφέρεια που συνεργάζονται μαζί του	Για ορισμένα λοιμώδη νοσήματα λειτουργούν εξειδικευμένα δίκτυα, με τα οποία γίνεται πέραν της επιδημιολογικής και ειδική κλινική και εργαστηριακή επεξεργασία	Με το δίκτυο αυτό θα γίνεται μέσω του διαδικτύου, η επικοινωνία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με υγειονομικές υπηρεσίες και επιστήμονες της χώρας

Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2008

3. Εμβολιασμός του πληθυσμού

Στη συλλογική ανοσία, τα άτομα ενός πληθυσμού και ο πληθυσμός ως σύνολο, προστατεύονται εμμέσως από μόλυνση με μικροοργανισμό λόγω της παρουσίας άνοσων

ατόμων στον πληθυσμό. Κρίσιμο σημείο αποτελεί η επίτευξη ικανού επιπέδου ανοσίας του πληθυσμού, ώστε να μπορεί να αποτραπεί η επέλευση επιδημιών (Παναγιωτόπουλος, 2006). Για να δημιουργηθεί το επιθυμητό τείχος προστασίας, κρίσιμη είναι η ανοσοποίηση ενός ποσοστού του πληθυσμού κατ' ελάχιστο. Για παράδειγμα, στα περισσότερα μεταδοτικά νοσήματα για να αποφευχθεί τυχόν επιδημία η συλλογική ανοσία πρέπει να είναι της τάξης του 80 - 95% (Κρεμαστινού, 2007).

Σε κάθε χώρα παγκοσμίως, προκειμένου να υπάρχει μια ενιαία πολιτική εμβολιασμών, ορίζεται ένα χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών, σύμφωνα με τις τρέχουσες επιδημιολογικές συνθήκες και τις διεθνείς οδηγίες. Εάν οι συνθήκες αλλάξουν, τροποποιείται η χρονολογική σειρά ή η ηλικία έναρξης ή και όλο το πρόγραμμα των εμβολιασμών. Το Πρόγραμμα Εμβολιασμών για τη χώρα μας, προτείνεται από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και το Υπουργείο το εγκρίνει ή το τροποποιεί.

Για την Ελλάδα, στον τομέα των εμβολιασμών, οι όποιες επιδημιολογικές έρευνες έχουν γίνει, βρίσκουν ένα σημαντικό ποσοστό ανεμβολίαστων ή ελλιπώς εμβολιασμένων παιδιών, που μπορεί να φτάνει και το 30%. Σε υποεξυπηρετούμενες και κοινωνικά μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες, το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλότερο. Οι εμβολιασμοί των ενηλίκων με τις αναμνηστικές δόσεις του αντιτετανικού-αντιδιφθεριτικού καθώς και των ομάδων υψηλού κινδύνου με το αντιγριπικό, το αντιπνευμονιοκοκκικό και τα εμβόλια των ηπατιτίδων Α και Β βρίσκονται επίσης σε πολύ χαμηλά επίπεδα (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2008).

4. Περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων

Ο περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων γίνεται με:

- απομόνωση ασθενών, δηλαδή το φυσικό τους διαχωρισμό κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταδοτικότητας της νόσου και για διάστημα τουλάχιστον ίσο με αυτή,
- καραντίνα ή αλλιώς απομόνωση ή περιορισμός της ελεύθερης κίνησης υγιών ατόμων που ίσως έχουν μολυνθεί,
- απολύμανση, που είναι η καταστροφή λοιμογόνων παραγόντων με την άμεση εφαρμογή χημικών ή φυσικών μέσων (αερισμό, ήλιο) ιδίως για νοσήματα που μεταδίδονται με σκόνη ή αγωγούς.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

2 ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προκειμένου να συντελεστεί η πληρέστερη αποτύπωση της θεσμικής προστασίας της δημόσιας υγείας, επιχειρείται στο παρόν κεφάλαιο η παρουσίαση τόσο της έννοιας της δημόσιας υγείας, σε επίπεδο νομικό και σε επίπεδο πολιτικών υγείας, όσο και της συνταγματικής κατοχύρωσης του κοινωνικού και ατομικού δικαιώματος στην υγεία.

2.1 Η έννοια της δημόσιας υγείας

Σήμερα, ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα στα οποία καλείται να ανταποκριθεί η πολιτεία είναι η προστασία της δημόσιας υγείας. Η πολυπλοκότητα της προστασίας της δημόσιας υγείας εντοπίζεται στο γεγονός ότι η δημόσια υγεία είναι ταυτόχρονα θέμα ιατρικό, κοινωνικό και πολιτικό.

Αρχικά, ο όρος Δημόσια Υγεία περιορίζονταν σε μέτρα εξυγίανσης και κινδύνους υγείας, τους οποίους το άτομο μόνο του ήταν αδύνατον να τους αντιμετωπίσει, με αποτέλεσμα ο παραπάνω όρος να εμπλουτιστεί με τις έννοιες "ανθυγιεινότητα" και αργότερα "μεταδοτικότητα". Στο τέλος όμως, του 19ου και στις αρχές του 20ου αιώνα έγιναν μεγάλες ανακαλύψεις στη βακτηριολογία και την ανοσολογία με αποτέλεσμα να μιλάμε για πρόληψη σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον άρθρο 1 του Ν.3370/2005 *«Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής...»*. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του ίδιου νόμου *«στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση*

των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων...». Συνοπτικά, η δημόσια υγεία αναφέρεται στην «υγεία του πληθυσμού», και η εφαρμογή της είναι θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής» (Κρεμαστινού, 2007).

Διαχρονικά έχουν καταγραφεί πολλοί ορισμοί για τη Δημόσια Υγεία.

Το 1923, ο Winslow διατύπωσε τον πιο αποδεκτό μέχρι σήμερα ορισμό της Δημόσιας Υγείας. Σύμφωνα με τον Winslow «δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηκύνεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρόωμη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας «κοινωνικής μηχανής» που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη διατήρηση της υγείας του». Το 2004, οι Bearglehole & Bonita αναφέρουν ότι: «δημόσια υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού».

Συμπερασματικά, η δημόσια υγεία είναι η ολιστική προσέγγιση της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού και αφορά σε ένα σύνολο γνώσεων και πρακτικών, που τοποθετείται ανάμεσα στο διοικητικό μηχανισμό και την άσκηση των επαγγελματιών υγείας. Διαχέεται σε διάφορους επιστημονικούς τομείς και τεχνικές όπως η ιατρική, η βιοστατιστική, η επιδημιολογία, η δημογραφία και οι κοινωνικές επιστήμες. Μέσω της έρευνας επιχειρείται η διερεύνηση του επιπέδου υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και η αξιολόγηση μέτρων, με στόχο την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Οι βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας συνίστανται ιδίως:

- στην προστασία και προαγωγή της υγείας,
- στην πρόληψη ασθενειών,
- στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας,
- στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν,
- στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού,

- στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών

και οι δράσεις της επικεντρώνονται:

- στους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας,
- στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής,
- στη διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα,
- στις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών,
- στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων,
- στη βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012).

2.2 Η συνταγματική θεμελίωση του δικαιώματος στην υγεία

Η νομική θεώρηση της υγείας σε επίπεδο Συντάγματος τοποθετείται μετά τη μεταπολίτευση και καλύπτει ένα ευρύτερο πλαίσιο, με γνώμονα την προστασία του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλιση (άρθρο 22 παρ 5 Σ), της προστασίας του περιβάλλοντος (άρθρο 24 Σ), της αξίας του ανθρώπου (άρθρο 2 παρ 1 Σ), του δικαιώματος στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρο 5 παρ 1 Σ) και της υποχρέωσης θετικής δράσης της πολιτείας με στόχο την υγεία των Ελλήνων (άρθρο 21 παρ 3).

Κατά την αναθεώρηση του 2001, εμπλουτίστηκαν σημαντικά οι διατάξεις του Συντάγματος που αφορούν, άμεσα ή έμμεσα, στην υγεία. Έτσι, στο άρθρο 5 παρ. 5 Σ κατοχυρώνεται για πρώτη φορά το ατομικό δικαίωμα στην υγεία και το δικαίωμα στη γενετική ταυτότητα, ενώ προβλέπεται η προστασία κάθε προσώπου από βιοϊατρικές παρεμβάσεις. Επίσης, το Σύνταγμά μας καθιερώνει στο άρθρο 25 παρ 5 την αρχή του κοινωνικού κράτους ενώ κάθε ζήτημα που αφορά την υγεία πρέπει να εξετάζεται με

γνώμονα τις αρχές και τα δικαιώματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως (Παπαδημητρίου, 2005).

2.2.1 Το ατομικό δικαίωμα προστασίας της υγείας⁴

Η υγεία αποτελεί αγαθό που βρίσκεται σε πλήρη αλληλεξάρτηση με την ίδια τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης του ανθρώπου. Η προστασία της ζωής που απαιτεί ο πολίτης δεν ικανοποιείται μόνο με την οργάνωση υπηρεσιών υγείας, δηλαδή με μέτρα κοινωνικής προστασίας αλλά και με την πρόληψη, δηλαδή την αποτροπή δημιουργίας επικίνδυνων καταστάσεων για την υγεία του.

Ως ατομικό δικαίωμα, το δικαίωμα του ατόμου για προστασία της υγείας του κατοχυρώνεται συνταγματικά

- στην παράγραφο 2 του άρθρου 7 Σ, σύμφωνα με την οποία *«τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει»*,
- στην παράγραφο 2 του άρθρου 5 Σ, σύμφωνα με την οποία: *«όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της & ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων»* (Δαγτόγλου, 1991) και
- στην παράγραφο 5 του άρθρου 5 Σ, σύμφωνα με την οποία *«Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοιατρικών παρεμβάσεων»*.

Το περιεχόμενο του ατομικού δικαιώματος στην υγεία συνίσταται στην υποχρέωση αποχής του κράτους από οποιαδήποτε ενέργεια ικανή να προσβάλλει την ζωή, την υγεία, τη σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου. Σε περίπτωση που η προσβολή δεν προέρχεται από κρατικά όργανα, τότε εφαρμοστέα είναι η διάταξη του άρθρου 25 παρ.1

⁴ Ως ατομικά εννοούνται εκείνα εκ των θεμελιωδών δικαιωμάτων, τα οποία διαθέτουν αρνητικό περιεχόμενο, διασφαλίζουν τη νομική κατάσταση αρνητικά και θεμελιώνουν αξίωση για αποχή της κρατικής εξουσίας (*status negativus*) (Δαγτόγλου, 2005). Ο πολίτης αξιώνει από το κράτος να μην επεμβαίνει αλλά να του αφήνει ελεύθερο χώρο ατομικής δράσης, έτσι ώστε να διαμορφώσει τη ζωή του ως άτομο και ως μέλος της κοινωνίας.

του Συντάγματος, που επιβάλλει την υποχρέωση του κράτους να εξασφαλίσει την ακώλυτη άσκηση των δικαιωμάτων με την λήψη των κατάλληλων νομοθετικών και διοικητικών μέτρων και η διάταξη του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος σχετικά με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, που επιβάλλει στην πολιτεία όχι μόνο να σέβεται η ίδια αλλά και να προστατεύει την αξία του ανθρώπου όταν απειλείται ή προσβάλλεται από άλλους.

Έκφραση του ατομικού δικαιώματος στη υγεία, είναι η αυτονομία του ασθενή, η οποία, μεταξύ άλλων, επιβάλλει το δικαίωμα του ασθενή να συναινεί πριν την υποβολή του σε οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση κατόπιν πλήρους και σαφούς ενημέρωσης εκ μέρους του ιατρού. Η έννοια της αυτονομίας ενισχύεται από το άρθρο 5 παρ 5 του Συντάγματος σύμφωνα με το οποίο *«καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των ιατρικών παρεμβάσεων»*. Με αυτή την οπτική, η υγεία, ως προσωπική επιλογή και κατάσταση, συνδέεται εξίσου με την προσωπική ελευθερία και τη δυνατότητα ανυποτακτικότητας του ατόμου που προστατεύεται από το άρθρο 5 παρ. 1 του Σ. *«Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη»*.

Από τα ανωτέρω, συνάγεται το συμπέρασμα ότι η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα, με περιεχόμενο την αξίωση αποχής από ενέργειες που προσβάλλουν την υγεία του πολίτη ή την ελευθερία τους να αποφασίζουν οι ίδιοι σε θέματα που άπτονται της προσωπικής τους υγείας.

Οι περιορισμοί που επιβάλλονται σε ατομικά δικαιώματα για την προστασία της δημόσιας υγείας θα πρέπει να ορίζονται με νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού (άρθρ. 5 παρ. 1, 4, 5 Σ), και να είναι συμβατοί με την αρχή της αναλογικότητας (άρθρο 25 παρ. 1 εδ. 3 Σ.). Συγκεκριμένα, ένας περιορισμός, για να είναι συμβατός με την αρχή της αναλογικότητας, πρέπει να είναι κατάλληλος, δηλαδή πρόσφορος για την πραγμάτωση του επιδιωκόμενου σκοπού, αναγκαίος και να προκαλεί τον ελάχιστο δυνατό περιορισμό, ώστε η αναμενόμενη ωφέλεια να μην υπολείπεται της επερχόμενης εξ αυτών βλάβης, να μην υπερβαίνει το αναγκαίο μέτρο. Συνεπώς, προτού επιβληθούν περιοριστικά μέτρα, θα πρέπει να έχουν εξαντληθεί τα ηπιότερα μέσα, ώστε να διασφαλιστεί η ελάχιστη δυνατή παραβίαση των δικαιωμάτων του ατόμου (απόφαση E A Enhorn v. Sweden 25.1.2005).

2.2.2 Το κοινωνικό δικαίωμα προστασίας της υγείας⁵

Ενώ το ατομικό δικαίωμα προστασίας της υγείας θεμελιώνει αξίωση αποχής (status negativus), η προστασία της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα συνιστά υποχρέωση θετικής δράσης (status positivus).

Το κοινωνικό δικαίωμα της υγείας απορρέει πρώτον, από τη διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 21 του Σ, σύμφωνα με την οποία, η υγεία αποτελεί πεδίο κρατικής παρέμβασης καθώς «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των σπόρων» και από τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 5 του Σ σύμφωνα με την οποία «όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής».

Το κοινωνικό δικαίωμα προστασίας της υγείας ιδρύει την υποχρέωση της πολιτείας για λήψη θετικών μέτρων για την προστασία της υγείας και της ζωής των πολιτών. Όμως, το πλήρες περιεχόμενο του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία προκύπτει από τον ερμηνευτικό συνδυασμό αφενός των ανωτέρω διατάξεων και αφετέρου σειράς άλλων συνταγματικών διατάξεων που συνυπάρχουν λειτουργικά με αυτό, όπως είναι ιδίως εκείνες των άρθρων 2 παρ. 1 Σ., που κατοχυρώνει την αρχή της αξίας του ανθρώπου, 5 παρ. 1 Σ., που θεσπίζει την αρχή της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, 25 Σ., που τυποποιεί βασικές αρχές του συστήματος προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων και 24 Σ., που αφορά την προστασία του περιβάλλοντος.

Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε στην παράγραφο 2.2.1 της παρούσας εργασίας, η υγεία αποτελεί έντονα εξατομικευμένο αγαθό, που βρίσκεται σε στενή αλληλεξάρτηση με τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου. Η προστασία της υγείας, δεν εξαντλείται μόνο με την οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή με μέτρα κοινωνικής πρόνοιας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και με την πρόληψη, δηλαδή την αποτροπή δημιουργίας επικίνδυνων καταστάσεων για την υγεία του. Έτσι, η διάταξη του άρθ. 21 παρ. 3α καθιερώνει και ένα ατομικό δικαίωμα (status negativus) με περιεχόμενο την αξίωση αποχής από ενέργειες που προσβάλλουν την υγεία των πολιτών ή την ελευθερία τους να αποφασίζουν οι ίδιοι σε θέματα που αφορούν την προσωπική

⁵ Ως κοινωνικά εννοούνται εκείνα εκ των θεμελιωδών δικαιωμάτων, τα οποία έχουν θετικό περιεχόμενο, θεμελιώνουν αξίωση για παροχή ορισμένων υπηρεσιών και αξίωση οικονομικών παροχών (status positivus) (Δαγτόγλου, 2005).

τους υγεία, προερχόμενες είτε από το κράτος είτε από κάθε άλλο δημόσιο ή ιδιωτικό υποκείμενο.

Ο θεμελιώδης χαρακτήρας του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας προκύπτει από το άρθρο 1 παρ. 1 Σ όπου καθιερώνεται η δημοκρατική αρχή ως θεμελιώδης αρχή του Συντάγματος. Η ουσιαστική πραγμάτωση της δημοκρατικής αρχής έχει ως προϋπόθεση την ικανοποίηση ορισμένων βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων (δικαίωμα για εργασία, δικαίωμα στην παιδεία, δικαίωμα στην υγεία, δικαίωμα στην κατοικία, δικαίωμα σ' ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα), γιατί μόνο έτσι διασφαλίζεται η δυνατότητα πλήρους συμμετοχής όλων των πολιτών στη δημοκρατική διαδικασία (Τσάτσου, 1980).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

3 ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Το θεσμικό πλαίσιο προστασίας του ασθενή επιμερίζεται στο δικαίωμα της αυτονομίας του, όπως αυτό μετουσιώνεται πρακτικά στη συναίνεση για κάθε ιατρική πράξη μετά από πληροφόρηση, στην υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου και τέλος, στο δικαίωμα του ασθενή στην πληροφοριακή αυτοδιάθεση.

3.1 Η συναίνεση του ασθενή

Ένας από τους βασικούς κανόνες του ιατρικού δικαίου αποτελεί η αυτονομία του ασθενή, απόρροια της οποίας είναι η απαγόρευση του ιατρού να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη, ειδική και συγκεκριμένη συναίνεση του ασθενή. Η υποχρέωση του ιατρού να μη διενεργεί ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς βρίσκει καταρχήν νομικό θεμέλιο στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική (Σύμβαση Οβιέδο του 1997), η οποία ενσωματώθηκε στο ελληνικό δίκαιο με το νόμο 2619/1998.

Η αυτονομία του ασθενή συνίσταται στην ελευθερία του να αναπτύσσει την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική και πολιτική ζωή της χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη (άρθρ. 5 παρ. 1 Σ). Απαγορεύονται, σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 4 Σ., «τα ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση, είσοδο ή έξοδο στη χώρα, με εξαίρεση τη λήψη μέτρων που επιβάλλονται για την προστασία της δημόσιας υγείας ή της υγείας των ασθενών, όπως νόμος ορίζει».

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (σύμβαση με αυξημένη τυπική ισχύ έναντι της κοινής μας νομοθεσίας), κινούμενη στην ίδια κατεύθυνση δέχεται στέρηση της προσωπικής ελευθερίας, μεταξύ άλλων, και «...εάν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως ατόμων δυναμένων να μεταδώσωσι μεταδοτικήν ασθένειαν...» (άρθ. 5 παρ. 1 ε), πάντοτε, όμως, «συμφώνως προς την νόμιμον διαδικασίαν».

Το 2005, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) επανέλαβε τις ρυθμίσεις της Σύμβασης του Οβιέδο και ασχολήθηκε πιο αναλυτικά με το θέμα της συναίνεσης του ασθενούς. Στο άρθρο 12 ο νομοθέτης θεσπίζει την υποχρέωση του ιατρού να μην προβαίνει στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή και ορίζει τις προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή,

οι οποίες είναι:

- η ικανότητα του ασθενή να συναινεί,
- η συναίνεση να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση,
- η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη,
- η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

Ο νομοθέτης ωστόσο, στην τρίτη παράγραφο του ίδιου νόμου, απαλλάσσει τον ιατρό από την υποχρέωση συναίνεσης σε περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

Απόκλιση από την αρχή της συναίνεσης επιτρέπεται, επίσης, για την προστασία του ίδιου του ασθενούς, υπό στενά οριζόμενες προϋποθέσεις και εφόσον ο επείγον χαρακτήρας της περίπτωσης καθιστά αδύνατη τη λήψη της δέουσας συναίνεσης. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 8 Ν. 2619/1998 ορίζεται ότι *«όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου»*. Κρίσιμη για την υπό εξέταση προβληματική είναι η απόκλιση από την αρχή της συναίνεσης για άλλους λόγους που δεν σχετίζονται με την προστασία της υγείας του ίδιου του ασθενούς. Σχετικά προβλέπει το άρθρο 26 της ίδιας σύμβασης ότι *«επιτρέπονται κατ' εξαίρεση περιορισμοί στην άσκηση των δικαιωμάτων και προστατευτικών διατάξεων της παρούσας Σύμβασης, συμπεριλαμβανομένης της συναίνεσης, εφόσον ορίζονται με νόμο και είναι αναγκαίοι σε μια δημοκρατική κοινωνία, μεταξύ άλλων, για την προστασία της δημόσιας υγείας ή την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων»*.

Η αυξημένη προστασία της αυτονομίας του ατόμου και κατ' επέκταση του ασθενή, συνεπάγεται την ρύθμιση με νόμο όλων εκείνων των δράσεων που δύνανται να

προσβάλλουν τα ατομικά του δικαιώματα. Συγκεκριμένα, άμεση απόρροια της έννοιας αυτονομίας είναι η απαγόρευση του ιατρού να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.

Η αρχή της συναίνεσης αναδράμει από το 1992. Ο ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ. Α/15-7-1992) εισάγει για πρώτη φορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς στο άρθρο 47. Συγκεκριμένα, στην τρίτη παράγραφο ορίζεται ότι: *«Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη του πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του»,* ενώ στην πέμπτη παράγραφο *«η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφαση του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.»*

Στη συνέχεια, η ελληνική βουλή ψηφίζει το νόμο 2619/1998 (ΦΕΚ 132/τ. Α/19-6-1998), με τον οποίο κυρώνεται η «Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική». Στο άρθρο 5, ορίζεται ότι *«επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεση του.»* Στο άρθρο 8 προβλέπεται περίπτωση εξαιρέσης *«όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση»* και μόνο *«προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου».*

Ο περιορισμός της αυτονομίας και της υποχρέωση προηγούμενης συναίνεσης του ασθενή πριν την άσκηση ιατρικής πράξης δεν πραγματώνεται μόνο με την υποχρεωτική εξέταση του ασθενή αλλά και με την επιβολή μέτρων υποχρεωτικού χαρακτήρα όσον αφορά στην είσοδο και διακίνηση του ασθενή στη χώρα.

Στο άρθρο 20 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197/τ. Α/6-8-2003) ο νομοθέτης επιχειρεί την προστασία της δημόσιας υγείας *«σε περιπτώσεις εμφάνισης κινδύνου διάδοσης*

μεταδοτικού νοσήματος, η οποία ενδέχεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, μπορεί να επιβάλλονται μέτρα στην είσοδο και τη διακίνηση προσώπων στη χώρα, με σκοπό τη διάγνωση και την αποτροπή της διάδοσης της νόσου.» Τα μέτρα αυτά συνίστανται:

1. στην υποχρεωτική υποβολή σε ιατρικό έλεγχο, εμβολιασμό, φαρμακευτική αγωγή και νοσηλεία προσώπων για τα οποία υπάρχουν εύλογες υπόνοιες ότι μπορεί να μεταδώσουν άμεσα ή έμμεσα τη νόσο,
2. στον προσωρινό περιορισμό των ίδιων προσώπων υπό συνθήκες που αποτρέπουν τη συνάφεια με τρίτα πρόσωπα,
3. στην προσωρινή απαγόρευση της λειτουργίας θεάτρων, κινηματογράφων και γενικά χώρων συνάθροισης κοινού.

Κατά την επιβολή των μέτρων επιλέγεται το ηπιότερο δυνατό για την εκπλήρωση του σκοπού του.»

Ακόμα όμως και στην περίπτωση υποχρεωτικού ελέγχου και επιβολής ιατρικής πράξης, ο νομοθέτης προβλέπει την αρχή της αναλογικότητας (κατά την επιβολή των μέτρων επιλέγεται το ηπιότερο δυνατό για την εκπλήρωση του σκοπού του) και αφήνει περιθώριο νομικής προστασίας του ατόμου σε περίπτωση καθώς στην παρ. 7 του ίδιου άρθρου ο δίνεται το δικαίωμα σε «κάθε πρόσωπο που θίγεται από τα μέτρα του παρόντος άρθρου έχει δικαίωμα να ασκήσει ενώπιον του Προέδρου του Διοικητικού Πρωτοδικείου της περιφέρειας, όπου λαμβάνεται το μέτρο, αντιρρήσεις κατά του μέτρου.»

3.2 Περιορισμοί στην αυτονομία του ασθενή για λόγους δημοσίου συμφέροντος

Στον πυρήνα του προβληματισμού για τον περιορισμό της αυτονομία της ασθενή για λόγους δημοσίου συμφέροντος είναι το ενδεχόμενο οι ελεύθερες αποφάσεις ενός προσώπου να βλάψουν την υγεία ή και να απειλήσουν τη ζωή του ίδιου ή άλλων προσώπων του άμεσου ή του ευρύτερου περιβάλλοντός του.

Το κύριο χαρακτηριστικό των μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, είναι το γεγονός ότι το πρόσωπο που έχει προσβληθεί από αυτά καθίσταται ταυτόχρονα φορέας μετάδοσής τους σε άλλα πρόσωπα. Είναι επομένως βέβαιο ότι, αντίθετα με ό, τι συμβαίνει στις άλλες ασθένειες, οι αποφάσεις του ασθενούς,

δεν περιορίζουν τα αποτελέσματά τους στον ίδιον, αλλά ενδέχεται να επηρεάσουν την υγεία άλλων ή και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Στη διαφαινόμενη σύγκρουση της αρχής της αυτονομίας με το δημόσιο συμφέρον, εν προκειμένω, θα πρέπει να εξετασθούν τόσο η έννοια του δημοσίου συμφέροντος όσο και η έκταση της αυτονομίας του ασθενή.

Το δημόσιο συμφέρον είναι μια αόριστη νομική έννοια, χωρίς σαφές εκ των προτέρων περιεχόμενο, η οποία αποκτά περιεχόμενο ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες κάθε φορά στο χώρο και στο χρόνο.

Η σύγχρονη θεώρηση του δημοσίου συμφέροντος ιδρύει την υποχρέωση σε ένα δημοκρατικό και φιλελεύθερο κράτος να φροντίζει για την ευημερία και το προσωπικό συμφέρον του ατόμου, του οποίου ωστόσο τα δικαιώματα περιορίζονται από το Σύνταγμα. Άρα, τα ιδιωτικά συμφέροντα δεν ταυτίζονται πάντα με το δημόσιο συμφέρον, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως έρχονται απαραίτητα και σε αντίθεση. *«Ο συγκερασμός αυτός του κοινού και προσωπικών συμφερόντων, αποτελεί βασική αρχή της σύγχρονης ελληνικής συνταγματικής τάξης»* (Δημητρόπουλος, 2008).

Από τα ανωτέρω, συνάγεται ότι ως συμφέρον, είναι ωφέλεια για κάποιο πρόσωπο με αντικειμενικά ή με υποκειμενικά κριτήρια. Ο όρος δημόσιο προσδιορίζει το υποκείμενο της ωφέλειας αυτής, το οποίο εν προκειμένω είναι ο λαός. Άρα, ο όρος δημόσιο συμφέρον είναι η ωφέλεια του κοινωνικού συνόλου.

Στο συνταγματικό κείμενο ο όρος *«δημόσιο συμφέρον»* αναφέρεται σε τέσσερις συγκεκριμένες περιπτώσεις, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Αρ. 12 παρ. 5 Σ: *«Επιτρέπεται η σύσταση με νόμο αναγκαστικών συνεταιρισμών που αποβλέπουν στην εκπλήρωση σκοπών κοινής ωφέλειας ή δημοσίου ενδιαφέροντος ή κοινής εκμετάλλευσης γεωργικών εκτάσεων ή άλλης πλουτοπαραγωγικής πηγής, εφόσον πάντως εξασφαλίζεται η ίση μεταχείριση αυτών που συμμετέχουν »*
- Αρ. 17 παρ.1 Σ: *«Η ιδιοκτησία τελεί υπό την προστασία του Κράτους , τα δικαιώματα όμως που απορρέουν από αυτή δεν μπορούν να ασκούνται σε βάρος του γενικού συμφέροντος.»*
- Αρ. 24 παρ.1 Σ: *« ...Απαγορεύεται η μεταβολή του προορισμού των δασών και των δασικών εκτάσεων , εκτός αν προέχει για την Εθνική Οικονομία η αγροτική εκμετάλλευση*

ή άλλη τους χρήση που την επιβάλλει το δημόσιο συμφέρον. »

- Αρ. 33 παρ. 2 Σ: *«Ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας πριν αναλάβει την άσκηση των καθηκόντων του, δίνει ενώπιον της Βουλής τον ακόλουθο όρκο : «Ορκίζομαι... και να υπηρετώ το γενικό συμφέρον και την πρόοδο του ελληνικού λαού .»*
- Αρ. 106 παρ. 1 Σ: *«Για την εδραίωση της κοινωνικής ειρήνης και την προστασία του γενικού συμφέροντος το Κράτος προγραμματίζει και συντονίζει την οικονομική δραστηριότητα στη Χώρα... »*

Η αοριστία και άρα η δυσκολία προσδιορισμού του εννοιολογικού του περιεχομένου του όρου «δημόσιο συμφέρον», οδηγεί στην δυνατότητα συχνής επίκλησής του. Παρά ωστόσο τη φειδωλή και προσεγμένη χρήση του όρου από τον συντακτικό νομοθέτη, ο εφαρμοστής του δικαίου επιλέγει να χρησιμοποιήσει ευρέως τους «λόγους δημοσίου συμφέροντος» προκειμένου να θεμελιώσει τις αποφάσεις του.

Οι περιορισμοί που επιβάλλονται σε ατομικά δικαιώματα για την προστασία της δημόσιας υγείας θα πρέπει να ορίζονται με νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού (άρθρ. 5 παρ. 1, 4, 5 Σ), και να είναι συμβατοί με την αρχή της αναλογικότητας (άρθρο 25 παρ. 1 εδ. 3 Σ.). Συγκεκριμένα, ένας περιορισμός, για να είναι συμβατός με την αρχή της αναλογικότητας, πρέπει να είναι κατάλληλος, δηλαδή πρόσφορος για την πραγμάτωση του επιδιωκόμενου σκοπού, αναγκαίος και να προκαλεί τον ελάχιστο δυνατό περιορισμό, ώστε η αναμενόμενη ωφέλεια να μην υπολείπεται της επερχόμενης εξ αυτών βλάβης, να μην υπερβαίνει το αναγκαίο μέτρο. Συνεπώς, προτού επιβληθούν περιοριστικά μέτρα, θα πρέπει να έχουν εξαντληθεί τα ηπιότερα μέσα, ώστε να διασφαλιστεί η ελάχιστη δυνατή παραβίαση των δικαιωμάτων του ατόμου (απόφαση E A Enhorn v. Sweden 25.1.2005). Σε κάθε περίπτωση περιορισμού του ατομικού δικαιώματος της αυτονομίας του ασθενή, αυτός πρέπει να γίνεται εντός των συνταγματικά αποδεκτών ορίων που επιβάλλει η αρχή της αναλογικότητας του άρθρου 25 του Συντάγματος.

Η απόφαση 2112/1984 του Συμβουλίου της Επικρατείας εισάγει την αρχή της αναλογικότητας στη θεωρία και τη νομολογία, χαρακτηρίζοντάς την ως «περιορισμό των περιορισμών» των ατομικών δικαιωμάτων, απορρέουσα από την αρχή του κράτους δικαίου. Σύμφωνα με τον Δαγτόγλου (2012), η αναλογικότητα ορίζεται ως «η εύλογη σχέση μεταξύ του συγκεκριμένου περιορισμού και του επιδιωκόμενου νόμιμου σκοπού».

Συμπερασματικά, στο πλαίσιο των παραπάνω διατάξεων, η ευχέρεια του κοινού νομοθέτη να προχωρήσει σε περιορισμούς ατομικών ελευθεριών προσώπων που πάσχουν από λοιμώδες νόσημα για λόγους δημοσίου συμφέροντος, εμφανίζεται ευρεία, σε κάθε όμως περίπτωση οριοθετούνται οι αρμοδιότητες του νομοθέτη από το Σύνταγμα. Υπάρχουν, ωστόσο τα εξής όρια:

- Οι παραπάνω περιορισμοί αφορούν, κατ' αρχήν, την προσωπική ελευθερία και όχι άλλα θεμελιώδη δικαιώματα. Εγγυώνται, δηλαδή, την προστασία των άλλων από τη μετάδοση μιας ασθένειας και όχι την ίδια την αντιμετώπιση της ασθένειας ως προς τον ασθενή που τους υφίσταται. Δεν μπορούν, επομένως, να θεμελιώσουν και μέτρα υποχρεωτικής θεραπείας, παρακάμπτοντας τη βούληση του ασθενούς.
- Οι περιορισμοί υπόκεινται στην αρχή της αναλογικότητας, δικαιολογούνται, δηλαδή, μόνον στην έκταση που το επιβάλλει η προστασία των άλλων και τέλος,
- δεν δύνανται να αναιρούν εντελώς την προσωπική ελευθερία. Ο «πυρήνας» αυτού του δικαιώματος πρέπει να διατηρείται αλώβητος σε κάθε περίπτωση.

3.3 Το ιατρικό απόρρητο

Ένα από τα θεμελιώδη και αρχαιότερα καθήκοντα του ιατρού απέναντι στον ασθενή είναι η τήρηση του ιατρικού απορρήτου που συναντάται ήδη από τα αρχαϊκά χρόνια. Μετουσιώνεται σε ηθικό αξίωμα στον όρκο του Ιπποκράτη, που αποτελεί το πρώτο κωδικοποιημένο κείμενο που αναφέρεται στην υποχρέωση σεβασμού στο ιατρικό απόρρητο, αναφέροντας στη συγκεκριμένη παράγραφο *«για όσα θα δω ή θα ακούσω κατά τη θεραπεία ή και εκτός θεραπείας από τη ζωή των ανθρώπων, που δεν πρέπει να λέγονται προς τα έξω, θα σιωπήσω, θεωρώντας αυτά απόρρητα.»* Το καθήκον εχεμύθειας συναντάται ήδη στους θεραπευτές της αρχαίας Βαβυλώνας, στην αρχαία Αίγυπτο, στις παραδόσεις των Σουμερίων και στη Βραχμανική περίοδο, ενώ αποτυπώνεται ως ηθικό αξίωμα στον όρκο του Ιπποκράτη και κατόπιν στο Ρωμαϊκό δίκαιο (Μεράκου και συν., 1999).

Η λογική στοιχειοθέτησης του ιατρικού απορρήτου βασίζεται αφενός στο συμφέρον του ασθενή και αφετέρου στην εκπλήρωση του ιατρικού έργου. Διακρίνεται συνεπώς από ένα βαθύτερο κοινωνικό κίνητρο, που ξεκινώντας απ' την προστασία του ατόμου που καταφεύγει στις ιατρικές υπηρεσίες, θωρακίζει την ιατρική αποτελεσματικότητα

(Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Δικαιολογητικός λόγος του απορρήτου είναι η καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενούς, ώστε ο τελευταίος να μην έχει κανένα απολύτως δισταγμό και ενδοιασμό να αναφερθεί στον πρώτο. Αν για παράδειγμα ένα άτομο υποφέρει από κάποιο μεταδοτικό νόσημα και φοβούμενο για τυχόν γνωστοποίηση της κατάστασής του διστάζει να πάει στο ιατρό, δε θεραπεύεται και μεταδίδει τη νόσο. Πράγματι, ο ασθενής αποκαλύπτοντας πληροφορίες που αφορούν την υγεία του, τους οικείους του και εν γένει τη ζωή του, αξιώνει από τον ιατρό τήρηση απόλυτης εχεμύθειας, δομώντας κατ' αυτόν τον τρόπο σχέση εμπιστοσύνης μαζί του.

Στην εποχή μας, η αλματώδης ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης επιβάλλει λεπτομερειακή καταγραφή των εξεταζόμενων περιπτώσεων και πληθώρα εξετάσεων. Επιπλέον, πολλές φορές, λόγω της πολυπλοκότητας των υποθέσεων, λαμβάνουν γνώση των στοιχείων του ασθενούς περισσότεροι άνθρωποι όπως βοηθοί του ιατρού, διοικητικό προσωπικό νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή ομάδα εργασίας στους οποίους ορισμένες φορές ο θεράπων ιατρός οφείλει να δώσει το φάκελο του ασθενούς.

Στη χώρα μας η ρύθμιση του ιατρικού απορρήτου θεμελιώνεται κατ' αρχήν στο άρθρο 9^Α Σ όπου προστατεύεται γενικότερα το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων και στο θεμελιώδες δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και του σεβασμού της ανθρώπινης αξίας.

Σε επίπεδο κοινής νομοθεσίας το ιατρικό απόρρητο καθορίζεται από το ν. 2472/1997 «περί προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων» και το ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας», τις διατάξεις του Ποινικού Δικαίου και της Ποινικής Δικονομίας. Η παραβίασή του επιφέρει πειθαρχική, αστική και ποινική ευθύνη.

Σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2472/1997, ο οποίος αναλύεται διεξοδικά στην παράγραφο 3.3.2. της παρούσης, ο ιατρός υποχρεώνεται στην τήρηση απορρήτου επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Μάλιστα, ο ίδιος νόμος κατηγοριοποιεί την τα δεδομένα που αφορούν στην υγεία στα ευαίσθητα δεδομένα με απαγόρευση προστασίας από τη συλλογή και επεξεργασία. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται Η συλλογή και επεξεργασία τους με προηγούμενη άδεια της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, εν αντιθέσει με τα προσωπικά δεδομένα που απαιτούν απλά συγκατάθεση του υποκειμένου.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος ρυθμίζει ποικίλες εκφάνσεις της ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος, στο τρίτο κεφάλαιο ρυθμίζει τις σχέσεις ιατρού και ασθενή, και συγκεκριμένα, στο άρθρο 13, καθιερώνει την υποχρέωση του ιατρού να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με κάθε στοιχείο, το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του, ενώ προβλέπει και λόγους άρσεως της υποχρέωσης αυτής. Συγκεκριμένα, ορίζεται ότι: *«Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψη του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή στους οικείους του»*.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας διαλαμβάνει και πρόσθετες ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν, αφενός μεν, την τήρηση του απορρήτου και από τρίτα πρόσωπα που συνεργάζονται με τον ιατρό, αφετέρου δε την τήρηση του απορρήτου σε βάθος χρόνου, ανεξάρτητα από το εάν ο ιατρός έπαυσε να ασκεί το λειτούργημά του ή αν ο ασθενής απεβίωσε (Καρακώστας, 2001). Επίσης, το άρθρο 14 επιβάλλει στον ιατρό την υποχρέωση να τηρεί ιατρικό αρχείο, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Η παράγραφος 6 του άρθρου 14 επιβάλλει δε στον ιατρό την υποχρέωση να τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Σύμφωνα δε, με την παράγραφο 1 του άρθρου 36 *«Κάθε παράβαση των διατάξεων του παρόντος τιμωρείται πειθαρχικά από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα»*.

3.3.1 Λόγοι άρσεως του ιατρικού απορρήτου

Υπάρχουν περιπτώσεις του καθημερινού βίου που η τήρηση του απορρήτου είναι δυνατόν να συνεπάγεται βλάβη σε ανώτερα έννομα αγαθά, τα οποία όμως δεν είναι ορθό να θιγούν για χάρη της εχεμύθειας. Αναγνωρίζοντας το γεγονός αυτό, ο νομοθέτης έθεσε ορισμένες διατάξεις στην παράγραφο 4 του άρθρου 371 ΠΚ και στο άρθρο 13 παρ 3 του νόμου 3418/2005, στις οποίες και αναφέρονται ορισμένοι λόγοι που αίρουν τον άδικο χαρακτήρα της παραβίασης του καθήκοντος εχεμύθειας (Κουτσελίνη και συν., 1984).

Κατ' αρχάς, η υποχρέωση για την τήρηση εχεμύθειας κάμπτεται στις περιπτώσεις εκείνες, που ο νόμος επιβάλλει στον ιατρό τη διενέργεια ορισμένων πράξεων, το περιεχόμενο των οποίων είναι αντίθετο με την έννοια του απορρήτου. Συγκεκριμένα, με ειδικές διατάξεις ο νόμος επιβάλλει στον ιατρό την υποχρεωτική αναγγελία στην αρμόδια, κατά

περίπτωση, αρχή ορισμένων γεγονότων συναφών προς το ιατρικό έργο, όπως είναι π.χ. η γέννηση ή ο θάνατος (Κουτσελίνη και συν.,1984). Τέτοια υποχρέωση καθιερώνουν οι διατάξεις του νόμου 344/1976 «Περί ληξιαρχικών πράξεων». Υφίσταται, επίσης, υποχρέωση του ιατρού να δηλώσει την ύπαρξη μολυσματικού νοσήματος παρά τις δεσμεύσεις περί απορρήτου, σύμφωνα με το άρθρο 2841 ΠΚ..

Ένα νομοθετικό πλέγμα διατάξεων, οι οποίες χάνονται στη διάρκεια των δεκαετιών, υποχρεώνουν τον ιατρό, ανάλογα με το είδος των κάθε φορά μεταδοτικών ασθενειών, να προκρίνει τη δημόσια υγεία έναντι των δικαιωμάτων της προσωπικότητας του ασθενούς γνωστοποιώντας στις αρχές κρούσματα μολυσματικών ασθενειών όπως π.χ. κρούσματα εξανθηματικού τύφου, ευλογιάς, χολέρας κ.ο.κ. Οι περιπτώσεις βέβαια αυτές σήμερα σπανίζουν, αφού τα σχετικά μολυσματικά νοσήματα έχουν τεθεί υπό πλήρη έλεγχο, ο ιατρός όμως πρέπει πάντοτε να τα έχει υπόψιν του και εφόσον διαπιστώνει κάτι δεν δικαιολογείται δισταγμός (Κουτσελίνη και συν.,1984).

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στο σημείο αυτό στην υποχρέωση δήλωσης κρουσμάτων Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS). Η απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Α1/6122 της 16.7/19.9.1986 προβλέπει την υποχρεωτική δήλωση κάθε κρούσματος AIDS από τον ιατρό που κάνει τη διάγνωση στον προϊστάμενο ιατρό της αρμόδιας Διεύθυνσης του Υπουργείου, αλλά με την αυστηρή κάλυψη της διάγνωσης από το ιατρικό απόρρητο (Κωνσταντινίδης, 2006).

Σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 371 ΠΚ, η παραβίαση του ιατρικού απορρήτου δεν είναι άδικη εάν ο ιατρός απέβλεπε στην διαφύλαξη άλλου έννομου ή για άλλο λόγο δικαιολογημένου ουσιώδους συμφέροντος δημόσιου ή του ίδιου ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορούσε να διαφυλαχθεί διαφορετικά. Πότε συντρέχει τέτοια περίπτωση, δεν είναι δυνατό να καθορισθεί εκ των προτέρων με γενικό κανόνα, αλλά κρίνεται σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση κατά πρώτο λόγο από τον ιατρό, ο οποίος πρέπει να σταθμίσει στη συνείδησή του το καθήκον της εχεμύθειας αφενός και αφετέρου το καθήκον της εξυπηρέτησης του έννομου ή δικαιολογημένου συμφέροντος και να δώσει την προτίμησή του στο κατ' ηθική αξία υπέρτερο (Κοτσιάνος, 1976).

Ενδεικτικά, ως υπέρτερα συμφέροντα, η διαφύλαξη των οποίων δικαιολογεί την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου, μπορούν να αναφερθούν τα εξής: α) η προφύλαξη της ζωής, της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας ορισμένων ατόμων. Εδώ εντάσσονται και οι περιπτώσεις ανηλίκων οι οποίοι πάσχουν από αφροδίσια νοσήματα ή

η περίπτωση ανήλικης που κατέστη έγκυος. Στις περιπτώσεις αυτές εναπόκειται στην κρίση του ιατρού η γνωστοποίηση ή όχι της κατάστασης αυτής με γνώμονα πάντοτε το συμφέρον του ασθενούς, β) η εξασφάλιση της σωτηρίας κάποιου, ο οποίος διώκεται άδικα και ενδέχεται ίσως να καταδικαστεί σε βαριές ποινές. γ) η πρόληψη δημόσιου κινδύνου π.χ. όταν ένας οδηγός αυτοκινήτου πάσχει από ασθένεια, η οποία μπορεί να τον καταστήσει ανίκανο ανά πάσα στιγμή για την άσκηση της εργασίας του και συνεπώς υπαίτιο ατυχήματος. Στην πράξη τέτοιες περιπτώσεις μπορούν να παρουσιαστούν όταν π.χ. κατηγορηθεί ένας ιατρός πως εφάρμοσε λανθασμένη θεραπεία και ο ασθενής πέθανε ή έστω υπέστη, κατά οποιονδήποτε τρόπο, βλάβη της υγείας του. Ο ιατρός αυτός έχει το δικαίωμα να αποκαλύψει την αληθινή αιτία του θανάτου ή της νόσου με τη δυνατότητα βέβαια πάντοτε της απόδειξης των ισχυρισμών του (Κουτσελίνη και συν., 1984).

Σύμφωνα με το Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 13 παρ. 3), η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν:

α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του.

β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά.

γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.

3.3.2 Το δικαίωμα της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης

Η πληροφοριακή αυτοδιάθεση, η οποία θεμελιώνεται στο άρθρο 9Α του Συντάγματος, αφορά στο δικαίωμα προστασίας από τη συλλογή, επεξεργασία και χρήση των προσωπικών δεδομένων, ιδίως με ηλεκτρονικά μέσα.

Η συνταγματική του προστασία ιδρύεται από τα άρθρα 2 και 5 του Σ, δηλαδή την προστασία της ανθρώπινης αξίας και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και από τις διατάξεις για το ανθρώπινο δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή, που περιλαμβάνονται

στις διεθνείς συμβάσεις της ΕΣΔΑ (άρθρο 8) του ΔΣΑΠΔ (άρθρο 17) και του ΧΘΔΕΕ (άρθρο 8). Σε γενικές γραμμές, η προστασία της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης από αυθαίρετες επεμβάσεις του κράτους θεωρείται αναγκαία προϋπόθεση για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου και για την συμμετοχή του ως ολοκληρωμένου πολιτικού υποκειμένου στα κοινά.

Φυσικά, το δικαίωμα της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης δεν είναι απόλυτο αλλά επιδέχεται περιορισμούς βάσει του άρθρου 8 της ΕΣΔΑ, εφόσον τέτοιοι περιορισμοί:

- έχουν σκοπό την εθνική ή δημόσια ασφάλεια, την οικονομική ευημερία της χώρας, την προάσπιση της τάξεως και την πρόληψη ποινικών παραβάσεων, την προστασία της υγείας ή της ηθικής ή την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών άλλων και
- αποτελούν αναγκαίο μέτρο για μία δημοκρατική κοινωνία.

Επιπλέον, ακόμη και αν πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις, οι όποιοι περιορισμοί θα πρέπει να συνάδουν και με τις αρχές της αναλογικότητας και του σεβασμού του πυρήνα του υπό περιορισμού δικαιώματος (άρθρο 25 παρ. 1 Σ). Ο πυρήνας του δικαιώματος στην πληροφοριακή αυτοδιάθεση, όπως και κάθε θεμελιώδους δικαιώματος, καθορίζεται και οριοθετείται με κριτήριο τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια (2 παρ. 1 Σ). Επομένως, το κράτος δύναται με νόμο να δημοσιοποιεί δεδομένα πολιτών, εφόσον τηρεί στο ακέραιο όλες τις παραπάνω προϋποθέσεις.

Οι σχετικές με το δικαίωμα της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης διατάξεις του Συντάγματος και των διεθνών συμβάσεων εξειδικεύονται σε επίπεδο τυπικού νόμου με τον Ν. 2472/1997 για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Όταν δε, πρόκειται για δεδομένα υγείας εφαρμόζεται το άρθρο 13 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005).

Ο νόμος 2472/1997

Σύμφωνα με το νόμο 2472/1997, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα, προσωπικό δεδομένο θεωρείται κάθε πληροφορία που αναφέρεται σε φυσικό πρόσωπο, του οποίου η ταυτότητα είναι γνωστή ή μπορεί να εξακριβωθεί, δηλαδή μπορεί να προσδιορισθεί αμέσως ή εμμέσως, ιδίως βάσει αριθμού ταυτότητας ή βάσει ενός ή περισσότερων συγκεκριμένων στοιχείων που χαρακτηρίζουν την υπόστασή του από άποψη φυσική,

βιολογική, ψυχική, οικονομική, πολιτιστική, πολιτική ή κοινωνική (άρθρο 2 και Ν. 2472/1997). Περαιτέρω, ως ευαίσθητα χαρακτηρίζονται τα προσωπικά δεδομένα που αφορούν τη φυλετική ή εθνική προέλευση, τα πολιτικά φρονήματα, τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, τη συμμετοχή σε συνδικαλιστική οργάνωση, την υγεία, την κοινωνική πρόνοια και την ερωτική ζωή, τα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες, καθώς και τη συμμετοχή σε συναφείς με τα ανωτέρω ενώσεις προσώπων (άρθρο 2β Ν. 2472/1997). Η επεξεργασία προσωπικών δεδομένων συμπεριλαμβάνει κάθε ενέργεια από το στάδιο της συλλογής ως το στάδιο της δημοσίευσης και της αποθήκευσης (άρθρο 2δ Ν. 2472/1997).

Ο νόμος 3625/2007 στο άρθρο όγδοο, εξαιρεί από την προστασία επεξεργασίας δεδομένων, την επεξεργασία η οποία πραγματοποιείται: α) από φυσικό πρόσωπο για την άσκηση δραστηριοτήτων αποκλειστικά προσωπικών ή οικιακών, β) από τις δικαστικές/εισαγγελικές αρχές και τις υπηρεσίες που ενεργούν υπό την άμεση εποπτεία τους στο πλαίσιο της απονομής της δικαιοσύνης ή για την εξυπηρέτηση των αναγκών της λειτουργίας τους με σκοπό τη βεβαίωση εγκλημάτων, που τιμωρούνται ως κακουργήματα ή πλημμελήματα με δόλο και ιδίως εγκλημάτων κατά της ζωής, κατά της γενετήσιας ελευθερίας, της οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, κατά της προσωπικής ελευθερίας, κατά της ιδιοκτησίας, κατά των περιουσιακών δικαιωμάτων, παραβάσεων της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, επιβουλής της δημόσιας τάξης, ως και τελουμένων σε βάρος ανηλίκων θυμάτων.

3.4 Υγειονομική διάταξη ΓΥ/39 «Ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων»

Τον Απρίλιο του 2012, εκδόθηκε υπουργική απόφαση με τίτλο «*ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης Λοιμωδών Νοσημάτων*» κατ' εφαρμογή του άρθρου 43 ν. 4075/2011 και κατ' επίκληση του Α.Ν. 2520/1940 η οποία μεταξύ άλλων προβλέπει:

- ποια λοιμώδη νοσήματα θεωρούνται επικίνδυνα για την υγεία,
- την υποχρέωση υγειονομικής εξέτασης και κατά περίπτωση νοσηλείας και θεραπευτικής αγωγής των προσώπων που πάσχουν από τα νοσήματα των δύο προηγούμενων παραγράφων 1 και 2,
- ειδικό έλεγχο για τα νοσήματα HIV, HBV και HCV στα άτομα που κάνουν χρήση

ενδοφλέβιων ουσιών και τα εκδιδόμενα άτομα χωρίς βιβλιάριο υγείας,

- την εκπόνηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων που θα αφορά στους πληθυσμούς μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, με χρήση κριτηρίων αυξημένου κινδύνου για τη μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων επικίνδυνων για τη δημόσια υγεία,
- τον καθορισμό ομάδας υψηλού κινδύνου που είναι: μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα που προέρχονται από χώρα που ενδημούν τέτοια νοσήματα, εκδιδόμενα άτομα που στερούνται βιβλιαρίου υγείας, χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, διαβιούντες σε οικίες ή άλλους χώρους όπου δεν πληρούνται στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής (συμπεριλαμβανομένων και των αστέγων),
- το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. είναι ο φορέας που καθίσταται αρμόδιος να ενημερώνει άμεσα σε περίπτωση επιδημιών τις αρμόδιες υπηρεσίες στα σημεία εισόδου στη χώρα και μετά από γνώμη του οι αρμόδιες κρατικές αρχές παρέχουν νοσηλευτική περίθαλψη και θεραπεία σε κατάλληλους χώρους για τον προληπτικό έλεγχο, διαλογή και αντιμετώπιση περιστατικών υψηλής μολυσματικότητας,
- την έκδοση πιστοποιητικού υγείας για τους μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα που δεν νοσούν από τα ανωτέρω αναφερόμενα νοσήματα.

Η υγειονομική αυτή διάταξη δέχθηκε έντονη κριτική και έγειρε συζητήσεις ηθικής και νομικής φύσεως, κυρίως όσον αφορά στο σκεπτικό της υγειονομικής διάταξης, σύμφωνα με έγγραφο του Συνηγόρου του Πολίτη με θέμα «*Ζητήματα νομιμότητας της ΥΑ ΓΥ39α/2012-Ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων*» (<http://www.synigoros.gr/resources/eggrafo-stp--10.pdf>).

Συγκεκριμένα, η κύρια ένσταση εναντίον της υγειονομικής διάταξης είναι ότι παραβιάζει την αρχή της συναίνεσης του εξεταζόμενου καθώς αφήνει περιθώριο υποχρεωτικής εξέτασης και θεραπείας. Αν και η προστασία της υγείας τόσο των ίδιων των πασχόντων από λοιμώδες νόσημα όσο και τρίτων προσώπων αποτελεί επαρκές νομιμοποιητικό έρεισμα για επιβολή περιορισμών στην αυτονομία του ασθενή, εντούτοις η διαφορετική φύση των μεταδοτικών ασθενειών δε δικαιολογεί οριζόντια επιβολή περιορισμών. Ειδικότερα, υπάρχουν σοβαρά λοιμώδη νοσήματα ή νοσήματα που μεταδίδονται εύκολα και νοσήματα που μεταδίδονται δύσκολα. Έτσι λοιπόν, η υγειονομική διάταξη παραβιάζει, σύμφωνα με το Συνήγορο του Πολίτη και την αρχή της αναλογικότητας,

καθώς ο περιορισμός της αυτονομίας του ασθενή δεν είναι σε κάθε περίπτωση το αναγκαίο μέτρο και δεν εξαντλεί άλλα ηπιότερα μέτρα. Η αναφορά στην ανάγκη λήψης μέτρων για την προστασία της υγείας του πληθυσμού στο σκεπτικό της υγειονομικής διάταξης είναι ευρεία και ασαφής και έρχεται σε αντίθεση με την παρ. 2 του άρθρου 43 του ν. 4052/2011 κατά την οποία *«οι υγειονομικές διατάξεις εκδίδονται μετά από αιτιολογημένη εισήγηση των Κεντρικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή μετά από γνώμη του ΕΣΥΔΥ ή του ΚΕΣΥ ή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. ή του ΟΚΑΝΑ ή του ΕΟΦ ή του ΕΦΕΤ ή των Υγειονομικών Υπηρεσιών των Περιφερειών, η εκτέλεση των οποίων ανατίθεται στα αρμόδια υγειονομικά - ελεγκτικά όργανα»*.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη υγειονομική διάταξη αποτέλεσε τη νομική βάση για τη σύλληψη είκοσι επτά οροθετικών εκδιδόμενων γυναικών, οι οποίες υποχρεώθηκαν σε εξέταση για τον ιό HIV το Μάιο του 2012, ζήτημα που απασχόλησε για αρκετούς μήνες κοινωνικούς και νομικούς επιστήμονες, τα ΜΜΕ και τη κοινή γνώμη.

Μετά τις εκλογές του Ιουνίου του 2012, η νέα πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας ξεκίνησε διαδικασίες για την κατάργηση της υγειονομικής διάταξης. Με το με αριθ. ΔΥ1δ/οικ. 27708/20-3-2013 έγγραφο του Τμήματος Συλλογικών Οργάνων του Υπουργείου Υγείας συγκροτήθηκε Ομάδα Εργασίας για τη τροποποίηση/κατάργηση της Υγειονομικής Διάταξης 39Α κατόπιν του με αρ πρωτ. ΓΔΥΠΖ/1-3-2013 υπηρεσιακό σημείωμα της Υφυπουργού Υγείας, στην οποία συμμετέχουν υπάλληλοι και προϊστάμενοι οργανικών μονάδων του Υπουργείου Υγείας με σχετικές ειδικότητες, ιατροί, εκπρόσωπος της Ελληνικής Αστυνομίας και εκπρόσωπος Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης.

Τελικά, η διάταξη αυτή καταργήθηκε με τη με αριθ. ΓΠ οικ. 39728/30-4-2013 (ΦΕΚ

1085/Β/30-4-2013) υπουργική απόφαση, η οποία μεταξύ άλλων στο σκεπτικό της μνημονεύει τις εισηγήσεις των κεντρικών υπηρεσιών και τη θετική προς κατάργηση της υγειονομικής διάταξης γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας.

Η νέα όμως ηγεσία του Υπουργείου με τον ανασχηματισμό της 24ς Ιουνίου 2013, επανέφερε, ένα μόλις εικοσιτετράωρο από την ορκωμοσία της, σε ισχύ την υγειονομική διάταξη ΓΥ39^α, με τη με αριθ. οικ.62752/1-7-2013 (ΦΕΚ 1652/Β/4-7-2013) με το

σκεπτικό ότι η ΓΠ οικ. 39728/30-4-2013 (ΦΕΚ 1085/Β/30-4-2013) υπουργική απόφαση εκδόθηκε κατά λανθασμένη ερμηνεία των διατάξεων της παραγράφου 4 του άρθρου 43 του ν. 4025/2011, σύμφωνα με την οποία «...οι υγειονομικές διατάξεις καταργούνται ή τροποποιούνται με νέα υγειονομική διάταξη...». Η παράλειψη κατάργησης της υγειονομικής διάταξης χωρίς αντικατάστασή της με νέα, αποτέλεσε τη νομιμοποιητική βάση για την επαναφορά της πρώτης υγειονομικής διάταξης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

4 ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Η Ε.Ε. αποτελεί μία περιοχή στην οποία κατοικούν περίπου 495 εκατομμύρια άνθρωποι σε 27 κράτη καλύπτοντας μία έκταση τεσσάρων εκατομμυρίων τετραγωνικών χιλιομέτρων (www.europa.int.eu, 2012). Μέσα σε έναν τέτοιο χώρο, ο οποίος απαρτίζεται από κράτη μέλη που σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό διαφέρουν μεταξύ τους και διακρίνεται για την ποικιλομορφία του, είναι αναμενόμενο η αντίληψη για την έννοια της υγείας να μην ταυτίζεται απόλυτα, αλλά να επιδέχεται διαφορετικούς ορισμούς. Η υγεία, άλλωστε, συνιστά ανέκαθεν μία έννοια μεταβλητή η οποία διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και διαφοροποιείται με το πέρασμα του χρόνου.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 2000, η διαδικασία εκσυγχρονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου περιέλαβε και το πεδίο της υγείας, που αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες κάθε σύγχρονου μοντέλου κοινωνικής προστασίας, επηρεάζοντας άμεσα ή έμμεσα το «μονοπώλιο» των κρατών μελών στη ρύθμιση και οργάνωση των εθνικών συστημάτων κοινωνικής προστασίας.

Οι συντρέχουσες αρμοδιότητες στο πεδίο της υγείας προωθούνται με γνώμονα τις αρχές της επικουρικότητας και αναλογικότητας από το Συμβούλιο και το Κοινοβούλιο μέσω των μηχανισμών του Ευρωπαϊκού Δικαίου, επιδρώντας στη διαμόρφωση των προσανατολισμών και ενίοτε του περιεχομένου των εθνικών πολιτικών υγείας.

Οι παρεμβάσεις της Ένωσης για την άσκηση της συντρέχουσας αρμοδιότητας στο πεδίο της δημόσιας υγείας ενισχυθήκαν επιχειρησιακά μετά την υιοθέτηση της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού (ΑΜΣ) στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισσαβόνας. Η ΑΜΣ παρέχει νέο πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών με αντικείμενο τη σύγκλιση των εθνικών πολιτικών προκειμένου να επιτευχθούν ορισμένοι κοινοί στόχοι. Βασίζεται κατά κύριο λόγο:

- στον από κοινού προσδιορισμό των προς επίτευξη στόχων (αποφασίζονται από το Συμβούλιο),
- σε μέσα μέτρησης που έχουν οριστεί από κοινού (στατιστικές, δείκτες, κατευθυντήριες γραμμές),

- στη συγκριτική αξιολόγηση, στη σύγκριση δηλαδή των επιδόσεων των κρατών μελών και στην ανταλλαγή των βέλτιστων πρακτικών (εποπτεία που διενεργείται από την Επιτροπή).

Η εφαρμογή της ΑΜΣ στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης εγκαινιάστηκε στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ και από τότε εξελίσσεται σε διαμορφώνοντας ένα ιδιαίτερα κρίσιμο επιχειρησιακό κεκτημένο για τους σχεδιαστές των εθνικών πολιτικών υγείας.

4.1 Οι θεσμικές αρμοδιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο πεδίο της υγείας

Η Ένωση αρχικά ήταν μία οικονομική και εμπορική σύμπραξη έξι κεντροευρωπαϊκών κρατών και παρά την ελπίδα και το όραμα ορισμένων ευρωπαϊών πολιτικών, όπως ο Μονέ και ο Σούμαν, για μία ενωμένη ευρωπαϊκή πολιτεία, τα πρώτα χρόνια περιορίστηκε κυρίως στο πλαίσιο της οικονομικής συνεργασίας με σκοπό τη δημιουργία μίας ενιαίας αγοράς. Το πεδίο της υγείας παρέμεινε αποκλειστικά αρμοδιότητα των κρατών-μελών. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στην απροθυμία των κρατών μελών να εκχωρήσουν δικαιώματα σε έναν υπερεθνικό οργανισμό, καθώς ακόμα και στο ότι τα υγειονομικά συστήματα των κρατών μελών διέφεραν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους.

Η νομική βάση της πολιτικής Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της δημόσιας υγείας παγιώθηκε από τη συνθήκη του Μάαστριχτ ή συνθήκη της ΕΕ. Μόνο στο πλαίσιο της Συνθήκης του Μάαστριχτ προσδιορίζεται η υγεία ως ξεχωριστός τομέας ευρωπαϊκής πολιτικής. Η μεταγενέστερη συνθήκη του Άμστερνταμ, που αναθεώρησε τη συνθήκη του Μάαστριχτ, εισήγαγε ορισμένες τροποποιήσεις στο πεδίο της δημόσιας υγείας. Ακολούθησε η συνθήκη της Νίκαιας, κατά την υιοθέτηση της οποίας, διακηρύχθηκε ο χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ένωσης, που περιλαμβάνει άρθρο με θέμα την προστασία της υγείας.

4.1.1 Η Συνθήκη του Μαάστριχτ

Η αναζήτηση μιας ουσιαστικής ενιαίας αγοράς οδήγησε στην υπογραφή της συνθήκης του Μάαστριχτ, την 7η Φεβρουαρίου 1992. Η πανηγυρική εισαγωγή της δημόσιας υγείας στον ευρωπαϊκό καταστατικό χάρτη συντελέστηκε με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, η οποία παγίωσε τη νομική βάση της ευρωπαϊκής πολιτικής στον τομέα αυτόν.

Με την εφαρμογή της συνθήκης του Μάαστριχτ η υγεία περιλαμβάνεται για πρώτη φορά

στις Ευρωπαϊκές Συνθήκες. Το άρθρο 129 (Πιέρρος et al, 1992) εισάγει την αρμοδιότητα της διατήρησης υψηλού επιπέδου υγείας στη βάση της αρχής της επικουρικότητας. Η αρχή της επικουρικότητας σημαίνει ότι δεν πρέπει να επιχειρείται ή να ρυθμίζεται σε κοινοτικό επίπεδο κάτι που μπορεί καλύτερα να ρυθμιστεί ή να διαχειριστεί σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο (Μούσης, 2007) .

Με το άρθρο 129 η προστασία και η προαγωγή της υγείας ενθαρρύνονται και υποστηρίζονται με τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών και αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της διαδικασίας της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης (Κοντούλη-Γείτονα, 1997). Ύστερα από την επικύρωση της Συνθήκης του Μάαστριχτ, η Κοινότητα κατορθώνει να εφαρμόσει στρατηγική για τον τομέα υγείας και δίνεται η ευκαιρία για πολιτικές και προγράμματα δράσης, όπως η καταπολέμηση των ναρκωτικών. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Ιωακειμίδη, ακόμη η Ένωση δε δύναται να θεσπίσει μέτρα εναρμόνισης των εθνικών νομοθεσιών, παρά μόνο «μέτρα ενθάρρυνσης» (Ιωακειμίδης, 1998).

4.1.2 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ αναθεωρήθηκε από τη Συνθήκη του Άμστερνταμ, η οποία υπογράφηκε την 2^η Οκτωβρίου 1997 και τέθηκε σε ισχύ την 1^η Μαΐου 1999. Αν και σε νομικό επίπεδο, η Συνθήκη του Μάαστριχτ έθεσε τα θεμέλια για την εφαρμογή κοινοτικών μέτρων στον τομέα της δημόσιας υγείας, σε πρακτικό επίπεδο, η ευρωπαϊκή κοινότητα πείστηκε για την ανάγκη μιας ελάχιστης πολιτικής υγείας κατόπιν εμφάνισης γεγονότων, όπως η νόσος των «τρελών αγελάδων» (σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια βοοειδών), η κρίση της «διοξίνης», η επανεμφάνιση νόσων όπως η φυματίωση, το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS), το σκάνδαλο μολυσμένου αίματος.

Το νέο άρθρο 152 (πρώην 129) σχετικά με τη δημόσια υγεία επιβεβαιώνει ότι κατά τον καθορισμό και εφαρμογή κοινοτικών πολιτικών εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας. Οι τομείς συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών επεκτείνονται σε όλες τις πηγές κινδύνου, όπως η τοξικομανία και τα λοιμώδη νοσήματα. Στο πλαίσιο της εφαρμογής των στόχων του άρθρου 152, μπορούν προβλεφτούν μέτρα που συμπληρώνουν τη δράση των κρατών-μελών κυρίως μέσω της ενθάρρυνσης της συνεργασίας σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας.

4.1.3 Η Συνθήκη της Νίκαιας και ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων

Η συνθήκη της Νίκαιας, η οποία υπογράφηκε την 26^η Φεβρουαρίου 2001 και τέθηκε σε ισχύ την 1^η Φεβρουαρίου 2003, τροποποίησε τη Συνθήκη του Άμστερνταμ χωρίς ωστόσο να διευρύνει περαιτέρω το πεδίο των αρμοδιοτήτων, των παρεμβάσεων και των δραστηριοτήτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς το άρθρο 152 δεν υπέστη νέα τροποποίηση.

Στη διακυβερνητική διάσκεψη της Νίκαιας, στις 7-9 Δεκεμβρίου 2000, κατά τη διάρκεια υιοθέτησης της ομώνυμης συνθήκης διακηρύχθηκε πανηγυρικά ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι διατάξεις του έχουν νομική δεσμευτική ισχύ, χωρίς ωστόσο να διευρύνονται οι αρμοδιότητες της Ένωσης (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2009).

Ο Χάρτης προστατεύει θεμελιώδη δικαιώματα που ανήκουν στις τρεις παραδοσιακές κατηγορίες, τα ατομικά, τα κοινωνικά και τα πολιτικά. Το κείμενο αποτελείται από έξι αρχές-αξίες, οι οποίες αποτελούν το οικοδόμημα του ευρωπαϊκού πολιτισμού. Αυτές είναι οι αξιοπρέπεια, ελευθερία, ισότητα, αλληλεγγύη, δημοκρατία και δικαιοσύνη. Στη θεματική ενότητα για την αλληλεγγύη περιλαμβάνεται το άρθρο II-95 με θέμα την προστασία της υγείας. Συγκριμένα: *«Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολάβει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου.*

4.1.4 Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών

Το 2002, το Δίκτυο Active Citizenship Network (ACN), www.activecitizenship.net, μαζί με άλλες 12 ευρωπαϊκές οργανώσεις, συνέταξαν την Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών. Η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών διακηρύσσει δεκατέσσερα δικαιώματα ασθενών τα οποία, στο σύνολό τους, έχουν σαν στόχο να εγγυηθούν ένα «υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας» (άρθρο 35 της Χάρτας Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης) και να εξασφαλίσουν την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τους διάφορους εθνικούς φορείς υγείας στην Ευρώπη.

Τα δικαιώματα αυτά αποτελούν την βάση των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων που θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να είναι σεβαστά σε κάθε χώρα. Σχετίζονται με υποχρεώσεις και υπευθυνότητες που θα πρέπει να αναλάβουν οι πολίτες αλλά και όλοι οι εμπλεκόμενοι

στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η Χάρτα εφαρμόζεται σε όλα τα άτομα, αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι διαφορές όπως η ηλικία, το φύλο, η θρησκεία, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, κ.ά. δύνανται να επηρεάσουν τις ατομικές ανάγκες υπηρεσιών υγείας.

1. *Το δικαίωμα της πρόληψης*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών προκειμένου να εμποδίσει την εμφάνιση ασθενειών.

2. *Το δικαίωμα της πρόσβασης*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εξασφαλίζουν ισότιμη πρόσβαση σε όλους χωρίς διακρίσεις ως προς την οικονομική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το είδος της ασθένειας ή τον χρόνο πρόσβασης στις υπηρεσίες.

3. *Το δικαίωμα της πληροφόρησης*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε κάθε είδος πληροφόρησης σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, τις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο να τις χρησιμοποιεί καθώς επίσης και σε κάθε διαθέσιμη επιστημονική έρευνα και τεχνολογική καινοτομία.

4. *Το δικαίωμα της συγκατάθεσης*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε κάθε είδος πληροφορίας που μπορεί να τον βοηθήσει να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Η πληροφόρηση αυτή αποτελεί προϋπόθεση για κάθε θεραπευτική πράξη και διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής σε κλινικές δοκιμές.

5. *Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής μεταξύ διαφόρων θεραπευτικών διαδικασιών και παροχών υπηρεσιών υγείας κατόπιν επαρκούς πληροφόρησης.

6. *Το δικαίωμα της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να παραμένουν εμπιστευτικά τα προσωπικά του δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων που αφορούν την κατάσταση της υγείας του και δυναμικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες καθώς επίσης και να προστατεύεται η ιδιωτικότητα του κατά την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων, επισκέψεων σε ιατρούς ειδικότητας, και γενικά ιατρικών/χειρουργικών πράξεων.

7. *Το δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενή*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή σε σύντομο και προκαθορισμένο χρόνο. Το δικαίωμα αυτό ισχύει για κάθε φάση της θεραπείας.

8. *Το δικαίωμα της τήρησης προδιαγραφών ποιότητας*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας βάσει προδιαγραφών και τήρησης συγκεκριμένων προτύπων.

9. *Το δικαίωμα της ασφάλειας*

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα απαλλαγής από βλάβη που προκαλείται από την πλημμελή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, τα ιατρικά σφάλματα και λάθη, και το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες που πληρούν αυστηρά πρότυπα ασφαλείας.

10. Το δικαίωμα της καινοτομίας

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών διαδικασιών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και ανεξάρτητα από οικονομικούς παράγοντες.

11. Το δικαίωμα της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας και πόνου

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφύγει όσο μπορεί την ταλαιπωρία και τον πόνο σε κάθε φάση της ασθένειάς του.

12. Το δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα σε διαγνωστικές ή θεραπευτικές μεθόδους σχεδιασμένες, κατά το δυνατόν, στις ατομικές του ανάγκες.

13. Το δικαίωμα έκφρασης παραπόνων

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να εκφράσει παράπονα, οποτεδήποτε έχει υποστεί ζημία και το δικαίωμα να λάβει απάντηση ή άλλη ενημέρωση.

14. Το δικαίωμα της αποζημίωσης

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λάβει επαρκή αποζημίωση εντός λογικά σύντομου χρονικού διαστήματος, οποτεδήποτε έχει υποστεί φυσική ή ηθική και ψυχολογική ζημία από ιατρική πράξη που παρείχε μια υπηρεσία υγείας

4.2 Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ιδρύθηκε με τον με αριθ. 851/2004 Κανονισμό του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, ενόψει της εμφάνισης του σοβαρού οξέως αναπνευστικού συνδρόμου (SARS). Η εμφάνιση της νόσου και η γρήγορη εξάπλωσή της σε Καναδά, Ευρώπη και Ασία αποτέλεσε πρόσφατο παράδειγμα της ταχύτητας με την οποία μπορούν να εμφανιστούν και να εξαπλωθούν νέες νόσοι. Με σκοπό τον περιορισμό των εστιών λοιμωδών νόσων και την αναχαίτιση

το ταχύτερο δυνατόν της εξάπλωσής τους, κρίθηκε αναγκαία η ύπαρξη ενός μηχανισμού, ο οποίος να επιτρέπει την ταχεία και αποτελεσματική αντίδραση.

Η ΕΕ ίδρυσε το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων προκειμένου να αποκτήσει δίκτυο επιδημιολογικής επιτήρησης επαρκές για την αποτελεσματική προστασία των Ευρωπαίων πολιτών από την απειλή των μεταδοτικών νόσων, καθώς και από την απειλή της εκούσιας διάδοσης μολυσματικών παραγόντων («βιοτρομοκρατία»).

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

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

Τα κύρια καθήκοντα του Κέντρου είναι η επιδημιολογική επιτήρηση, ο έγκαιρος συναγερμός και αντίδραση, οι επιστημονικές γνωμοδοτήσεις, η τεχνική βοήθεια προς τα κράτη μέλη και τις τρίτες χώρες, καθώς και οι ενέργειες υποστήριξης και ανάπτυξης για την ετοιμότητα όσον αφορά νέες απειλές για την υγεία. Μάλιστα, οι ιδρυτικές του διατάξεις, προβλέπουν τη δυνατότητά του να αναπτύξει επιδημιολογική επιτήρηση σε κοινοτικό επίπεδο. Έτσι, υποστηρίζει τις δικτυακές δραστηριότητες των αναγνωρισμένων από τα κράτη μέλη οργανισμών με τη διαχείριση δικτύων αποκλειστικής επιτήρησης. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, εναρμονίζει τις μεθόδους επιτήρησης, ελέγχει και αξιολογεί τις δραστηριότητες επιτήρησης των δικτύων εξειδικευμένων εργαστηρίων ώστε να

εξασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό επίπεδο. Ενθαρρύνοντας τη συνεργασία των εξειδικευμένων εργαστηρίων, το Κέντρο ευνοεί την ανάπτυξη ικανοτήτων όσον αφορά τη διάγνωση, την ανίχνευση, τον εντοπισμό και το χαρακτηρισμό των μολυσματικών παραγόντων που ενδέχεται να απειλούν τη δημόσια υγεία (ECDC, 2013).

4.3 Οι περιορισμοί των δικαιωμάτων στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για λόγους δημόσιας υγείας

Η ελευθερία κυκλοφορίας των εργαζομένων, όπως αυτή κατοχυρώνεται στο άρθρο 39 ΣυνθΕΚ, συνδέεται με την επιδίωξη ενός οικονομικού σκοπού. Απονέμει δικαιώματα στον πολίτη που θέλει να μετακινηθεί σε άλλο κράτος - μέλος για να εργασθεί. Σύμφωνα με το άρθρο 39 παρ.3, τα δικαιώματα που κατοχυρώνονται σε αυτό τελούν υπό την επιφύλαξη περιορισμών που δικαιολογούνται για λόγους δημόσιας τάξης, δημόσιας ασφάλειας και δημόσιας υγείας. Στους περιορισμούς αυτούς δεν μπορούν να προστεθούν νέοι με δευτερογενές δίκαιο. Όμως, οι περιορισμοί για λόγους δημόσιας τάξης, δημόσιας ασφάλειας και δημόσιας υγείας είναι τόσο ευρείς ώστε να αφήνουν σημαντική διακριτική ευχέρεια στα κράτη-μέλη.

Για την εξειδίκευση των εννοιών της δημόσιας τάξης, δημόσιας ασφάλειας και δημόσιας υγείας και ειδικότερα για τις εγγυήσεις μη καταχρηστικής εφαρμογής των σχετικών επιφυλάξεων από μέρους των εθνικών αρχών, εφαρμόζονται οι διατάξεις της Οδηγίας 64/221. Ως προς την επιφύλαξη της δημόσιας υγείας, ορισμένες ασθένειες (κυρίως μεταδοτικές), των οποίων γίνεται αποκλειστική απαρίθμηση στο παράρτημα Α της Οδηγίας 64/221, δίνουν το δικαίωμα στα κράτη-μέλη να αρνηθούν την είσοδο στη χώρα ή τη χορήγηση άδειας διαμονής σε κοινοτικούς αλλοδαπούς για λόγους δημόσιας υγείας.

Με βάση την Οδηγία 2004/38/ΕΚ για την ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων (προάγγελο της οποίας αποτέλεσε η Οδηγία 64/221), η οποία ουσιαστικά κωδικοποιεί τη νομολογία του ΔΕΚ, κάθε μέτρο που λαμβάνεται για λόγους δημόσιας τάξης και ασφάλειας πρέπει να τηρεί την αρχή της αναλογικότητας και να θεμελιώνεται στην προσωπική συμπεριφορά του ατόμου, η οποία πρέπει να συνιστά πραγματική, ενεστώσα και αρκούντως σοβαρή απειλή κατά θεμελιώδους συμφέροντος της κοινωνίας. Προηγούμενες ποινικές καταδίκες δεν αποτελούν λόγους λήψης τέτοιων μέτρων. Δεν μπορεί να γίνεται επίκληση των λόγων αυτών για την εξυπηρέτηση οικονομικών σκοπών. Αναφορικά με την επιφύλαξη της δημόσιας υγείας, η Οδηγία 2004/38 ορίζει ότι οι μόνες ασθένειες που δικαιολογούν περιοριστικά μέτρα της ελεύθερης κυκλοφορίας είναι

εκείνες που εγκλείουν κίνδυνο επιδημίας. Ασθένειες που εμφανίζονται μετά την παρέλευση τριμήνου από την ημερομηνία άφιξης δεν δικαιολογούν την απέλαση. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την οδηγία 2004/38, επιτρέπεται ο περιορισμός της ελευθερίας κυκλοφορίας των εργαζομένων για λόγους δημόσιας υγείας όταν πρόκειται για ασθένειες με διαστάσεις επιδημίας, μολυσματικές ή μεταδοτικές-παρασιτικές μόνο αν οι εν λόγω διατάξεις εφαρμόζονται και σε ημεδαπούς, υφίσταται επί παραδείγματι κάποιος περιορισμός και επί ημεδαπών όταν αυτοί είναι φορείς κάποιας από τις ως άνω αναφερόμενες ασθένειες (Αρθρ.29 παρ.1). Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 27 του κεφαλαίου VI της οδηγίας 2004/38, με τίτλο «Περιορισμοί του δικαιώματος εισόδου και του δικαιώματος διαμονής για λόγους δημόσιας τάξης, ασφάλειας ή δημόσιας υγείας», ορίζουν: *«1. Με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος κεφαλαίου, τα κράτη μέλη μπορούν να επιβάλλουν περιορισμούς στην ελευθερία κυκλοφορίας και διαμονής των πολιτών της Ένωσης και των μελών της οικογένειάς τους, ανεξαρτήτως ιθαγένειας, για λόγους δημόσιας τάξης, δημόσιας ασφάλειας ή δημόσιας υγείας. Δεν μπορεί να γίνεται επίκληση των λόγων αυτών για την εξυπηρέτηση οικονομικών σκοπών. 2. Κάθε μέτρο που λαμβάνεται για λόγους δημόσιας τάξης ή δημόσιας ασφάλειας πρέπει να τηρεί την αρχή της αναλογικότητας και να θεμελιώνεται αποκλειστικά στην προσωπική συμπεριφορά του φερόμενου ατόμου. Προηγούμενες ποινικές καταδίκες δεν αποτελούν αφ' εαυτών λόγους για τη λήψη τέτοιων μέτρων».*

Η προσωπική συμπεριφορά του φερόμενου ατόμου πρέπει να συνιστά πραγματική, ενεστώσα και αρκούντως σοβαρή απειλή, στρεφόμενη κατά θεμελιώδους συμφέροντος της κοινωνίας. Αιτιολογίες που δεν συνδέονται με τα στοιχεία της υπόθεσης ή στηρίζονται σε εκτιμήσεις γενικής πρόληψης δεν γίνονται αποδεκτές.»

Αφετέρου, η οδηγία 2004/38 δεν αφαιρεί εντελώς από τα κράτη μέλη την εξουσία ελέγχου της εισόδου μελών της οικογένειας πολιτών της Ένωσης στο εσωτερικό τους. Συγκεκριμένα, δυνάμει των διατάξεων του τίτλου VI της εν λόγω οδηγίας, τα κράτη μέλη μπορούν, εφόσον τούτο δικαιολογείται, να αρνούνται την είσοδο και διαμονή για λόγους δημόσιας τάξης, δημόσιας ασφάλειας ή δημόσιας υγείας. Η άρνηση αυτή, πάντως, στηρίζεται σε εξατομικευμένη εξέταση της κάθε περιπτώσεως.

Για την έννοια δημόσια υγεία το ΔΕΚ ανέφερε στην απόφαση 131/85 Gul, σκ. 17 ότι η ευχέρεια που έχουν τα κράτη μέλη να περιορίζουν την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων για λόγους δημόσιας υγείας δεν αποκοπέει στον αποκλεισμό του τομέα της

δημόσιας υγείας, ως τομέα οικονομικής δραστηριότητας και τούτο από την άποψη της πρόσβασης στην απασχόληση, αλλά να αποβλέπει στο να καθίσταται δυνατό στα κράτη μέλη να αρνούνται την πρόσβαση ή τη διαμονή στο έδαφός τους σε πρόσωπα των οποίων πρόσβαση ή η διαμονή, αυτή καθαυτή, αποτελεί κίνδυνο για τη Δημόσια Υγεία.

Τέλος, σύμφωνα με το εδάφιο ε της παραγράφου 1 του άρθρου 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου η προστασία της υγείας είναι νομιμοποιητικό έρεισμα για την επιβολή περιορισμών στην ελευθερία των *«ατόμων δυναμένων να μεταδώσως μεταδοτική ασθένεια»*.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

5 Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΕΣ ΝΟΣΗΜΑ

Τα ηθικά όρια της αυτονομίας του ασθενή έχουν δύο διαστάσεις. Αυτή απέναντι στις επιταγές της ιατρικής παρέμβασης και αυτή που περιορίζει την ελευθερία εγκατάστασης και κίνησης. Ειδικότερα, σε περιπτώσεις λοιμωδών νόσων, το όριο της αυτονομίας του ασθενή είναι τα δικαιολογημένα συμφέροντα του κοινωνικού συνόλου και η προστασία της δημόσιας υγείας.

5.1 Βασικές αρχές

Βασικός κανόνας της σημερινής ιατρικής πρακτικής είναι η ελευθερία του ασθενή να συναινεί, ύστερα από ενημέρωση, σε κάθε θεραπευτική επέμβαση που προτείνει ο ιατρός κατόπιν πλήρους και σαφούς ενημέρωσης εκ μέρους του τελευταίου. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ατομικές αποφάσεις είναι δυνατόν να επηρεάσουν άμεσα την υγεία τρίτων και τη δημόσια υγεία εν γένει. Τότε τίθεται υπό αμφισβήτηση η αυτονομία του ασθενή.

Ειδικότερα, στην περίπτωση των λοιμωδών ασθενειών, που μπορούν να μεταδοθούν από ένα άτομο σε άλλο, υφίσταται σύγκρουση ανάμεσα στην υποχρέωση της πολιτείας να προστατεύσει το δικαίωμα της αυτονομίας του ασθενή και στην υποχρέωση της πολιτείας να προστατεύσει τη δημόσια υγεία και το δημόσιο συμφέρον κατ' επέκταση. Ενδεικτικά, εάν κάποιος ενώ πάσχει από μεταδοτική ασθένεια ή ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, αποφασίσει να μην υποβληθεί σε διαγνωστική εξέταση ή να μη δεχθεί θεραπεία, αυτομάτως καθίσταται βέβαιη ή πιθανή «πηγή» μετάδοσης της ασθένειας.

Τα πιθανά μέτρα πρόληψης της απειλής για την υγεία τρίτων, που αποφασίζονται από τα αρμόδια όργανα της πολιτείας, μπορούν να περιλαμβάνουν και περιορισμούς στην αυτονομία των πολιτών στο πεδίο της υγείας, αλλά μόνον σε εξαιρετικές συνθήκες. «Εξαιρετικές» είναι οι συνθήκες της εκδήλωσης επιδημίας ή πανδημίας, σύμφωνα με το διεθνώς αναγνωρισμένο περιεχόμενο των δύο όρων (Τριχόπουλος, 2002) και το περιεχόμενο αυτό δεν μπορεί να διευρύνεται αυθαίρετα από εθνικά όργανα. Οι περιορισμοί αυτοί αφορούν κυρίως το δικαίωμα συναίνεσης του προσώπου και συνεπάγονται, αντίστοιχα, τη διεύρυνση των δυνατοτήτων αυτενέργειας του ιατρού και των επιφορτισμένων με την προστασία της υγείας αρχών.

Επίσης, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, σε περίπτωση που διακυβεύεται η αυτονομία του ασθενή, ότι καθοριστικοί για την αξιολόγηση των επιχειρημάτων υπέρ και κατά του περιορισμού της αυτονομίας του ασθενή, είναι ο τρόπος μετάδοσης, η μεταδοτικότητα και η μολυσματικότητα. Ενδεικτικά, το κοινό κρυολόγημα έχει πολύ υψηλή μεταδοτικότητα, αλλά ταυτόχρονα ήπια συμπτώματα και ελάχιστο κίνδυνο για τη ζωή του ασθενή. Όμως, η ηπατίτιδα Β, μεταδίδεται μεν δυσκολότερα (π.χ. μέσω της ανταλλαγής σωματικών υγρών που περιέχουν αίμα), αλλά συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά θνησιμότητας ή πιθανότητας μόνιμης βλάβης.

Θεσμικό υπόβαθρο τέτοιων περιορισμών αποτελεί κυρίως η σχετική πρόβλεψη του άρθρου 8 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο), που δικαιολογεί αυτή την αυτενέργεια σε «επείγουσες καταστάσεις». Στο πλαίσιο αυτό, οι περιορισμοί πρέπει να ακολουθούν την αρχή της αναλογικότητας, δηλαδή να είναι το κατάλληλο και αναγκαίο μέσο για την προστασία της δημόσιας υγείας και να μην υπερβαίνουν τον επιδιωκόμενο σκοπό.

5.1.1 Η ηθική διάσταση του περιορισμού της αυτονομίας του ασθενή

Το δικαιολογημένο συμφέρον της προστασίας της υγείας των άλλων αποτελεί τη βάση για την επιβολή περιορισμών στην αυτονομία των πασχόντων, ιδίως στην ελευθερία της κίνησης και εγκατάστασης. Οι περιορισμοί δικαιολογούνται μόνον αν είναι απολύτως αναγκαίοι για την προστασία της δημόσιας υγείας, σύμφωνα με το Σύνταγμα (άρθρα 5 παρ. 4, 25 παρ. 1), τηρουμένης οπωσδήποτε της αρχής της αναλογικότητας, όπως εξειδικεύτηκε στην παρούσα εργασία.

Ωστόσο, δεν οδηγούν όλες οι μεταδοτικές ασθένειες στους ίδιους περιορισμούς. Επιβάλλεται εδώ να γίνονται διακρίσεις τόσο μεταξύ εύκολα και δύσκολα μεταδιδόμενων νοσημάτων, όσο και μεταξύ ήπιων και σοβαρών νοσημάτων (π.χ. γρίπη αφενός, HIV αφετέρου). Ήπια νοσήματα, ακόμη και εύκολα μεταδιδόμενα, δεν δικαιολογούν τέτοιους περιορισμούς της εν γένει αυτονομίας, όπως δεν τους δικαιολογούν σοβαρά νοσήματα δύσκολα μεταδιδόμενα. Υπάρχουν βέβαια πολλές παραλλαγές αυτών των συνδυασμών, έτσι ώστε να μην μπορούν να συναχθούν ασφαλή ηθικά συμπεράσματα.

Οι περιορισμοί της συνολικής αυτονομίας και ιδιαιτέρως ο περιορισμός της κίνησης και της συναναστροφής με άλλα άτομα, ενέχουν το κίνδυνο «στιγματισμού» των πασχόντων

οι οποίοι υφίστανται μία υποχρεωτική απομόνωση από την κοινωνική ζωή. Ο κίνδυνος αυτός αναδεικνύει προ πάντων ένα γενικότερο πρόβλημα ηθικής υφής.

Παγκοσμίως, ο στιγματισμός ομάδων του πληθυσμού που νοσούσαν με στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας και του κοινωνικού συνόλου είναι ένα φαινόμενο που επαναλαμβάνεται ιστορικά. Η πανώλη ή «μαύρος θάνατος», ο χειρότερος λοιμός της ιστορίας, που τον 6^ο μ. Χ. αιώνα σκότωσε 100 εκατ. ανθρώπους στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία και τον 14^ο, περνώντας από την Ασία στο Βυζάντιο και στη δυτική Ευρώπη, εξόντωσε το μισό ευρωπαϊκό πληθυσμό και το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού, άλλαξε ριζικά την κοινωνική ζωή, ενόησε τη φυγή προς την ύπαιθρο και τα μοναστήρια και ενθάρρυνε ένα κύμα διωγμών κατά των Εβραίων. Αργότερα, το νησί Σπιναλόγκα στην Κρήτη για την απομόνωση των χανσενικών από τον υγιή πληθυσμό το 1903 και σήμερα, οι περιπτώσεις διακριτικής μεταχείρισης των ασθενών AIDS.

Στην εποχή μας, η ελλιπής ή η εσφαλμένη πληροφόρηση για τα ιατροβιολογικά χαρακτηριστικά και ιδίως την ευκολία μετάδοσης μιας ασθένειας σε συνδυασμό με πρακτικές περιορισμού της αυτονομίας του ασθενή και απομόνωσής του από ελλοχεύει κίνδυνο στιγματισμού ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων. Οι περιπτώσεις της νόσου του Hansen (λέπρας) και, πιο πρόσφατα, του HIV/AIDS επιβεβαιώνουν αυτή την παρατήρηση, καθώς υπήρξε στιγματισμός πληθυσμιακών ομάδων, για δύο ασθένειες που μεταδίδονται συγκριτικά δύσκολα. Στην περίπτωση της νόσου του Hansen ο ακριβής τρόπος μετάδοσης δεν είναι ακόμη γνωστός, είναι όμως δεδομένο ότι, ενώ μπορεί να μεταδοθεί με παρατεταμένη κοινωνική επαφή, περίπου 95% των ανθρώπων έχουν ανοσία, χωρίς να είναι όμως εξακριβωμένοι οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η ανοσία αυτή. Ωστόσο, οι χανσενικοί ασθενείς τίθεντο σε ακραίους περιορισμούς όπως η απομόνωση από το κοινωνικό σύνολο με αποτέλεσμα ακόμα και μετά τη θεραπεία τους να δυσκολεύονται να ενταχθούν στην κοινωνία. Στην περίπτωση του HIV/AIDS, αν και η μετάδοση είναι εξαιρετικά δύσκολη, καθώς προϋποθέτει έκθεση σε σωματικά υγρά μέσω της σεξουαλικής πράξης, μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή χρήση μολυσμένης σύριγγα, από τα πρώτα χρόνια της εμφάνισης της ασθένειας έως και σήμερα, τα οροθετικά άτομα αντιμετωπίζονται με πολύ μεγαλύτερη επιφύλαξη από ό, τι δικαιολογούν τα ιατρικά δεδομένα, ακόμη και με προκατάληψη.

Συμπερασματικά, η δημόσια υγεία δεν μπορεί να θεωρείται μονοσήμαντα ιατρικό πρόβλημα, αλλά έχει μια σοβαρή κοινωνική και πολιτική διάσταση. Οι περιορισμοί δεν

δικαιολογούνται αν δεν συνοδεύονται από μέτρα κοινωνικής πολιτικής που θα ελαχιστοποιούσαν τις πιθανότητες μετάδοσης ασθενειών, όπως η φροντίδα για στέγαση, υγιεινή διατροφή των φτωχών ή μειονεκτικών ομάδων του πληθυσμού, η κατάλληλη ενημέρωση των ασθενών αλλά και του κοινωνικού συνόλου σχετικά με την προφύλαξη και τη δυνατότητα μετάδοσης λοιμωδών νόσων, καθώς και από μέτρα δίκαιης μεταχείρισης, που δεν θα διέκριναν π.χ. τον κίνδυνο για αφροδίσια νοσήματα, ανάλογα με το αν προέρχεται από πρόσωπα εκδιδόμενα. Μάλιστα, σε περιπτώσεις δύσκολα μεταδιδόμενων ή χαμηλής μολυσματικότητας λοιμωδών νοσημάτων, ο περιορισμός της αυτονομίας του ασθενή δεν βρίσκει επαρκές νομιμοποιητικό έρεισμα και δε συνάδει με την κοινωνική διάσταση της δημόσιας υγείας.

5.1.2 Η ηθική διάσταση της άρνησης θεραπείας

Η αρχή της συναίνεσης του ασθενή ύστερα από πληροφόρηση από τον ιατρό, ενδεχομένως επιδέχεται περιορισμούς, ιδίως ως προς τη διάσταση της «άρνησης θεραπείας». Ειδικά, στα λοιμώδη νοσήματα, εκείνο που διακυβεύεται άμεσα είναι και η υγεία τρίτων, η άρνηση θεραπείας δεν έχει την ηθική δικαιολόγηση που αναγνωρίζεται σε άλλες περιστάσεις.

Το γεγονός αυτό μπορεί να θέσει υπό συζήτηση την αναγκαστική θεραπεία ή πρόληψη όπως ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, ιδίως μάλιστα αν αυτός είναι ο μόνος τρόπος ο οποίος θα διαφυλάξει τόσο την υγεία του κοινωνικού συνόλου αλλά και θα προλάβει τυχόν διλήμματα περιορισμού της αυτονομίας.

Η κύρια ένσταση κατά της αναγκαστικής θεραπείας είναι ότι η τελευταία δεν αποτελεί τη μόνη επιλογή για να αντιμετωπισθεί μια άρνηση θεραπείας του πάσχοντος. Κατά το μέρος, μάλιστα, που αποτελεί άμεση επέμβαση στο ίδιο το σώμα του τελευταίου, παραμένει αμφίβολο αν συμβιβάζεται με τον σεβασμό της ανθρώπινης αξίας του, καθώς φαίνεται να τον χρησιμοποιεί ως μέσον προκειμένου να προστατευθεί το κοινωνικό σύνολο. Η εναλλακτική λύση για τη προστασία των τρίτων είναι η επιβολή άλλου είδους περιορισμών, όπως στην κίνηση και στην εγκατάσταση, οι οποίοι δεν συνεπάγονται αναγκαστική θεραπεία. Η στάθμιση από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο της προτιμότερης για εκείνον επιλογής είναι, με τα παραπάνω δεδομένα, περισσότερο συμβατή με την αυτονομία του.

Αν εξαιρέσει κανείς, πάντως, επείγουσες καταστάσεις στις οποίες δεν έχει προλάβει να επέμβει η Πολιτεία— όποτε δικαιολογείται ηθικά η αυτενέργεια του ιατρού – η άσκηση της αυτονομίας δεν εξαφανίζεται μπροστά στο δημόσιο συμφέρον. Ιδίως σε περιπτώσεις ήπιων ή δύσκολα μεταδιδόμενων ασθενειών, η υποχρέωση σεβασμού της αυτονομίας παραμένει ακέραιη.

Οι αναγκαστικοί εμβολιασμοί του πληθυσμού ως παρεμβατικό προληπτικό μέτρο, ιδιαίτερος στις ευπαθείς ομάδες, μπορούν να αποφευχθούν όταν διενεργούνται με βάση τη συναίνεση ύστερα από ενημέρωση των πολιτών. Η ενημέρωση, ωστόσο, εν προκειμένω, αρκεί να απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, με τη βοήθεια των μέσων επικοινωνίας. Καθήκον της Πολιτείας είναι να εξασφαλίζει την εγκυρότητα αυτής της πληροφόρησης, αναθέτοντάς την αποκλειστικά στο υπεύθυνο προς τούτο όργανο και λαμβάνοντας μέτρα για την αποφυγή ανακριβών πληροφοριών που μπορεί να καλλιεργούν δυσπιστία ή και φόβο. Σε «επείγουσες καταστάσεις», δεν μπορεί να αποκλεισθεί ακόμη και ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, ιδιαίτερα προσώπων που, λόγω επαγγέλματος, αποτελούν σε υψηλό βαθμό φορείς μόλυνσης και μετάδοσης ασθενειών, όταν στα πρόσωπα αυτά θα πρέπει να παρέχεται η ευχέρεια αλλαγής καθηκόντων.

5.2 Ο κίνδυνος του κοινωνικού στιγματισμού

Κάθε άτομο αναπτύσσει κάποιες απόψεις ή αντιλήψεις σχετικά με διάφορες ασθένειες, βασιζόμενο κυρίως σε όσα έχει ακούσει ή διαβάσει γι' αυτές και σε όσα βιώνει προσωπικά κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τις απειλές της υγείας του θεωρείται μια από τις κυριότερες κοινωνικές παραμέτρους της ασθένειας. Η συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ασθένειας του εξαρτάται και επηρεάζεται από τα εκάστοτε πολιτισμικά δεδομένα. Άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται και συντελούν στην διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ενός ατόμου, κατά τη διάρκεια της ασθένειας του, είναι το φύλο του, οι διάφορες όψεις της προσωπικότητάς του, καθώς και άλλοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες (6ο Επιστημονικό συνέδριο «Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός», 1998). Οι υποκειμενικές αντιδράσεις στην ασθένεια περιλαμβάνουν μεγάλο εύρος στάσεων και συμπεριφορών. Έτσι κάθε ασθενής αντιλαμβάνεται και υπολογίζει διαφορετικά τα συμπτώματα μιας ασθένειας δημιουργώντας παράλληλα μια συμπεριφοράς απέναντι σ' αυτή. Πολύ συχνά όμως, οι αντιδράσεις στην ασθένεια εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά της ίδιας της ασθένειας. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι:

- η διάρκεια και εξέλιξη της ασθένειας,
- η έκβαση και η πιθανότητα ίασης,
- ο βαθμός προκαλούμενης ανησυχίας (λόγω της αρρώστιας),
- το πιθανό κοινωνικό στίγμα.

Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και τη στάση του ασθενούς. Σε αυτά μπορούν να προστεθούν και κάποια άλλα χαρακτηριστικά, όπως:

- Η σοβαρότητα της νόσου,
- Η προσωπική ευθύνη του πάσχοντος στην πρόκληση της αρρώστιας και στη θεραπεία της,
- Η ικανότητα ελέγχου της κατάστασης από το ίδιο το άτομο.

Βάσει των ανωτέρω, επισημαίνεται ο κίνδυνος κοινωνικού στιγματισμού που συνεπάγεται τυχόν απομόνωση («γκετοποίηση») συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων με ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά ή χαρακτηριστικά τρόπου ζωής, σε περιπτώσεις εκδήλωσης μεταδοτικών λοιμωδών νόσων στις ομάδες αυτές.

Οι εν λόγω περιπτώσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται με την εξατομικευμένη παροχή ιατρικής περίθαλψης, αλλά και με μέτρα κοινωνικής πρόνοιας από την πλευρά της Πολιτείας, ιδίως όσον αφορά τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής στο περιβάλλον διαβίωσης αυτών των ομάδων.

6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αυτονομία του ασθενή, δηλαδή η ελευθερία του να συναινεί ή όχι σε κάποια ιατρική πράξη και θεραπεία μετά από πληροφόρηση, είναι δυνατόν να επηρεάσει καθοριστικά την υγεία των άλλων, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων. Αυτό δεν είναι απλώς ένας προβληματισμός, που τίθεται σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά διατρέχει κάθε στάδιο της διοικητικής και ιατρικής πρακτικής.

Οι νομικές και ηθικές επιταγές επιβάλλουν στην πολιτεία τον συγκερασμό κάποιων, εκ πρώτης όψεως, αντικρουόμενων δικαιωμάτων. Αυτού της προστασίας της αυτονομίας και της πληροφοριακής αυτοδιάθεσης από τη μία και αυτού της προστασίας της δημόσιας υγείας και του δημόσιου συμφέροντος από την άλλη.

Η παρούσα διπλωματική εργασία αναλύοντας το θεωρητικό και θεσμικό πλαίσιο και λαμβάνοντας υπόψη ηθικές διαστάσεις του ανωτέρω διλήμματος καταλήγει στα παρακάτω συμπεράσματα.

Έχοντας κατά νου την επιστημονική παραδοχή ότι στην περίπτωση που ασθενής από λοιμώδες νόσημα αποφασίσει να μην υποβληθεί σε διαγνωστική εξέταση και να μη δεχθεί την ενδεδειγμένη ιατρική πράξη και θεραπεία, καθίσταται «πηγή» μετάδοσης της ασθένειας σε άλλα άτομα, η άσκηση της αυτονομίας, υπό αυτό το πρίσμα, πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη το δημόσιο συμφέρον και να οριοθετείται από αυτό.

Ωστόσο, κάτι τέτοιο δε συνεπάγεται αυτόματα την κατάργηση του πυρήνα του δικαιώματος της αυτονομίας του ασθενή, το οποίο θα πρέπει να αποτελεί τον κανόνα στη λήψη αποφάσεων τόσο εκ μέρους της πολιτείας όσο και στο πεδίο εφαρμογής των αποφάσεων αυτών από τον επαγγελματία υγείας. Αυτό συνεπάγεται ότι, η συρρίκνωση του δικαιώματος οφείλει να υπακούει στην αρχή της αναλογικότητας, η οποία αποτελεί συνταγματικό περιορισμό των νομοθετικών περιορισμών των συνταγματικών θεμελιωδών δικαιωμάτων, που επιτάσσει ότι μεταξύ του νόμιμου σκοπού που επιδιώκει ένας περιορισμός του δικαιώματος και του συγκεκριμένου περιορισμού πρέπει να υπάρχει εύλογη σχέση (Δαγτόγλου, 2005). Αυτό σημαίνει, πρακτικά, τη διάκριση λοιμωδών νοσημάτων σε κατηγορίες, βάσει βαθμού μεταδοτικότητας και μολυσματικότητας, οι οποίες δικαιολογούν διαφορετικού βαθμού περιορισμούς ανάλογους με τον επιδιωκόμενο σκοπό. Παραδείγματος χάριν, διαφορετικούς

περιορισμούς στο δικαίωμα της αυτονομίας του ασθενή και συνακόλουθα μέτρα εκ μέρους της πολιτείας, επιφέρει η γρίπη, που έχει υψηλή μεταδοτικότητα αλλά ενέχει μικρό κίνδυνο για τη ζωή και διαφορετικούς το AIDS, το οποίο μεταδίδεται δύσκολα αλλά έχει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και προκαλεί μόνιμες βλάβες. Στις περιπτώσεις δύσκολα μεταδιδόμενων ή ήπιων λοιμωδών νοσημάτων η ευχέρεια επιβολής περιορισμών μειώνεται.

Όσον αφορά στον κίνδυνο κοινωνικού στιγματισμού ατόμων που πάσχουν από λοιμώδες νόσημα καθώς και ομάδων υψηλού κινδύνου αναγκαίο μέτρο είναι η έγκαιρη πρόβλεψη γενικών κανόνων, πριν την εμφάνιση επιδημιών και πανδημιών, τόσο για την επιβολή περιοριστικών μέτρων όσο και για την πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, σε περίπτωση εκδήλωσης επιδημίας ή πανδημίας. Κάτι τέτοιο, δημιουργεί αίσθημα ισότητας ανάμεσα στα μέλη μιας κοινωνίας, καθώς οι κανόνες είναι γενικοί και αφορούν χωρίς να στοχοποιούν ομάδες ή άτομα. Επιπρόσθετα, μεγιστοποιεί την αποτελεσματικότητα της πρόληψης ή της θεραπείας.

Σε κάθε περίπτωση, η δημοσιοποίηση στοιχείων ατόμων του νοσούν από λοιμώδες νόσημα, με την επίκληση λόγων δημοσίου συμφέροντος, πρέπει να περιορίζεται από το γενικό κανόνα του ιατρικού απορρήτου, σύμφωνα με το Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και από τις διατάξεις του νόμου 2472/1997. Ωστόσο, πρέπει να γίνει γενικά παραδεκτό ότι, σε μία κοινωνία στην οποία ο πολίτης έχει ελεύθερη και απρόσκοπτη πρόσβαση στην πληροφόρηση, άρα και στους τρόπους προφύλαξης από λοιμώδη νοσήματα και εφόσον όλοι έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η δημοσιοποίηση στοιχείων ατόμων που νοσούν για την προφύλαξη της δημόσιας υγείας θα ήταν κενή περιεχομένου.

Τέλος, θετική επίπτωση στο πεδίο του περιορισμού λοιμωδών νόσων θα είχε η σχετική δράση σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός, ότι πλέον η Ελλάδα, αποτελεί κράτος-μέλος μιας μεγάλης ευρωπαϊκής κοινότητας, εντός της οποίας οι πολίτες των κρατών-μελών μετακινούνται ελεύθερα. Άμεσο αποτέλεσμα αυτού, είναι το γεγονός ότι η προστασία από τα λοιμώδη νοσήματα δεν θα πρέπει να περιορίζεται στην κρατική δράση. Ακόμη, το γεγονός ότι η δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε θέματα υγείας περιορίζεται στην επιβολή γενικών αρχών και σε επίπεδο κανόνων μαλακού δικαίου, καθώς η υγεία παραμένει στην αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών-μελών, μειώνει τον υπερεθνικό χαρακτήρα της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων και τον επακόλουθο υπερεθνικό κίνδυνο.

Από τα ανωτέρω, συνάγεται το γενικότερο συμπέρασμα ότι, ο περιορισμός της αυτονομίας του ασθενή πρέπει να αποτελεί έκφραση πολιτικών υγείας, οι οποίες πρωτίστως δημιουργούν ικανές συνθήκες, που επιτρέπουν σε όλους, ανεξαιρέτως, την πληροφόρηση για θέματα υγείας και την πρόσβαση σε προληπτικές και θεραπευτικές ιατρικές πράξεις, μέσα στο πλαίσιο της προστασίας της ανθρώπινης αξίας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο και εντός των αρχών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Ackerknecht, E. (1998) *Η Ιστορία της Ιατρικής*. μετάφραση Πασχάλης Β., Ηλιάδης Γ. Αθήνα: Μαραθιά
- Ανθόπουλος Χ., (2003) *Νέες Διαστάσεις των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων*, Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα
- Δαγτόγλου, Π. (2005) *Ατομικά Δικαιώματα*. Β΄ Έκδοση. Αθήνα: Παπαζήση
- Δημητρόπουλος, Α. (2008) *Συνταγματικά δικαιώματ*. Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας
- Δίκαιος, Κ., Χλέτσος, Μ. (1999) *Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Θεματική Ενότητα Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Τόμος Β΄ Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Δίκαιος, Κ., Χλέτσος, Μ., (1999) *Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Θεματική Ενότητα Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Τόμος Β΄. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Εμμανουηλίδης, Δ., Παπαγιάννη Ι., (2000) *Δικαιώματα του Ανθρώπου. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία*, χ.ε.
- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2011) Έκθεση: *Μεταδοτικά Λοιμώδη Νοσήματα: Δημόσιο Συμφέρον και Αυτονομία*
- Εισήγηση στον κύκλο μαθημάτων που διοργάνωσε η Β΄ Χειρουργική Κλινική του Αρεταίειου Νοσοκομείου στην Αθήνα.
- Εισήγηση στον κύκλο μαθημάτων που διοργάνωσε η Β΄ Χειρουργική Κλινική του Αρεταίειου Νοσοκομείου στην Αθήνα.
- Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης. (2007) *Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Φυματίωσης*. Αθήνα: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- Ευρωπαϊκή Ένωση, (2004) *Το Σχέδιο Συντάγματος της Ευρώπης που επεξεργάστηκε η Ευρωπαϊκή Συνέλευση, Παρουσίαση του Πολίτη*. Γερμανία: Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
- Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ. (1999) *Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις*. Τόμος Γ΄. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

- Ίδρυμα Σάκη Καραγιώργα, (1998) *6ο Επιστημονικό συνέδριο «Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός»*. Αθήνα: αυτοέκδοση
- Ιωακειμίδης Π.Κ., (1998) *Η Συνθήκη του Άμστερνταμ*. Αθήνα, Βιβλιοθήκη Ευρωπαϊκών θεμάτων: Θεμέλιο
- Καράκωστας Ι., (2008) *Ιατρική ευθύνη*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (2008) *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008 - 2012*. Αθήνα: αυτοέκδοση
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2008) *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008 - 2012*. Αθήνα: αυτοέκδοση
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2004) *Εγχειρίδιο ορισμών κρούσματος για υποχρεωτική δήλωση νοσημάτων*. Αθήνα: αυτοέκδοση
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.-Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης (2010) *Επιδημιολογικά δεδομένα για τη μηνιγγίτιδα στην Ελλάδα 2000-2009*. Αθήνα: αυτοέκδοση
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.-Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης (2010) *Επιδημιολογικά δεδομένα φυματίωσης στην Ελλάδα 2004-2010*. Αθήνα: αυτοέκδοση
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.-Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης. Γραφείο Νοσημάτων που Προλαμβάνονται με τον Εμβολιασμό (2010) *Ενημέρωση για την επιδημία ιλαράς για την Ελλάδα*. Αθήνα: αυτοέκδοση
- Κοντιάδης, Ξ. (1997) *Κράτος πρόνοιας και κοινωνικά δικαιώματα*. Αθήνα-Κομοτηνή : Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή
- Κοντούλη-Γείτονα, Μ. (1997) *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Αθήνα: Εξάντας/Πολιτικές Υγείας
- Κοτσιάνος Στ., (1976) *Η ιατρική ευθύνη*. Αθήνα: Παπαζήση
- Κουτσελίνη, Α., Μιχαλοδημητράκη, Μ. (1984) *Ιατρική Ευθύνη*. Αθήνα: Guteuberg
- Κρεμαστινού – Κουρέα, Τζ. (2007) *Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα
- Κωνσταντινίδης Α., (2006) *Το ιατρικό απόρρητο, Πρακτικά Ημερίδας 29 Μαΐου 2009*
- Λάγγας, Δ. (2002) *Μείζονες παράγοντες κινδύνου Δημόσιας Υγείας στον παιδικό πληθυσμό*. Αθήνα: Θεμέλιο

- Μεράκου Κ., Δάλλα Α., Θεοδωρίδης Δ. (1999) *Ιατρικό απόρρητο, οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις*. Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
- Μούσης, Ν. (2005) *Ευρωπαϊκή ένωση. Δίκαιο, οικονομία, πολιτική*. 11η αναθεωρημένη έκδοση. Αθήνα: Παπαζηση
- Ξηρός, Θ. (2004) *Δημόσια Υγεία και μεταδοτικά νοσήματα στην Ελλάδα. Πρόληψη και αντιμετώπιση των κινδύνων από τη διάδοσή τους*. Στο Παπαδημητρίου, Γ., Πατρώνος, Π. (επιμ.) *Προστασία από τα μεταδοτικά νοσήματα*. Αθήνα – Κομοτηνή: Σάκκουλα
- Ξηρός, Θ. (2004) *Δημόσια Υγεία και μεταδοτικά νοσήματα στην Ελλάδα. Πρόληψη και αντιμετώπιση των κινδύνων από τη διάδοσή τους*. Αθήνα: Σάκκουλα
- Παναγιωτόπουλος, Τ. (2004) *Προλογικό Σημείωμα στο Γ. Παπαδημητρίου, Π. Πατρώνος (επιμ.) Προστασία από τα μεταδοτικά νοσήματα*. Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα
- Πιέρρος, Φ., Μιχαλοπούλου-Δωρή, Λ. (1992) *Η κοινωνική πολιτική της ΕΟΚ*. Αθήνα: Παπαζήση
- Συνήγορος του Πολίτη, 2012, *Ζητήματα Νομιμότητας της ΥΑ ΓΥ 39 Α/2012 «Ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων»* (<http://www.synigoros.gr/resources/eggrafo-stp--10.pdf>)
- Τριχόπουλος Δ. (2002) *Γενική και Κλινική Επιδημιολογία*, Αθήνα: Παριζιάνος
- Τσάτσος Δ.Θ., (1998) *Συνταγματικό Δίκαιο, Θεμελιώδη Δικαιώματα*. τόμος Γ. Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλα
- Χατζηχριστοδούλου, Χ. (2002) *Επιδημιολογική επιτήρηση λοιμωδών νοσημάτων*. Στο Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.) *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Χριστάκης, Γ., Λεγάκης, Ν. (2002) *Κλινική Μικροβιολογία και Λοιμώξεις*. Αθήνα: Παρισιάνου

Ξενόγλωσση

- Beaglehole, R., Bonita, R. (2004) *Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects*. Cambridge University Press.
- Beauchamp, T L, Childress, J F. (1989) *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press

- Beauchamp, T L, Dan E., (1988) *The Health of the Republic: Epidemics, Medicine, and Moralism as Challenges to Democracy*. Philadelphia PA: Temple U. P.,
- Breslow, L., Duffy, J., Beauchamp, Dan E., Soskolne, C. L., (2004) *Public Health, in: S. G. Post (ed.), Encyclopedia of Bioethics*. v. 4, 3d ed., N. York: McMillan Reference
- Callahan D. (1990) *What kind of life: the limits of medical progress*. New York: Simon and Schuster
- Danis M, Churchill L R. (1991) *Autonomy and the common weal*. Hastings Center report
- ECDC (2007) *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe: Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries*. European Centre for Disease Prevention and Control.
- Evans, R. J., (2004) *Encyclopedia of Bioethics*, v. 2, 3d ed., N. York: McMillan Reference
- Geiger H J. (1969) *Community control - or community conflict*. National Tuberculosis and Respiratory Disease Association bulletin
- Last J M. (1983) *A dictionary of epidemiology*. 4th ed. New York: Oxford University Press
- Link, Bruce, I., Phelan, J.(2006), *Stigma and its public health implications*, Lancet
- Molinari, N., Ortega-Sanchez, I., Messonnier, M., Thompson, W., Wortley, P., Weintraub, E., Bridges, C. (2007) *The annual impact of seasonal influenza in the US: Measuring disease burden and costs*. Volume 25, Pubmed
- Winslow, C.E.A. (1923) *Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*, Arno, New York.
- World Health Organization (W.H.O.) (1997) *Surveillance Standards*. Available at http://www.who.int/csr/don/1997_04_24a/en/index.html

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΔΕΛΤΙΟΥ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

ΑΜΕΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟ
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ: 210.8899.041

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ1
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

- ▶ Ημερομηνία δήλωσης: / /
- ▶ Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

NOM

Ν Ο Σ Η Μ Α			
<input type="checkbox"/> Αλλαντίαση	<input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	<input type="checkbox"/> Λύσσα	<input type="checkbox"/> ΣΟΑΣ (SARS)
<input type="checkbox"/> Άνθρακας	<input type="checkbox"/> Ευλογιά	<input type="checkbox"/> Μελιοειδωση/Μάλη	<input type="checkbox"/> Τουλαραιμία
<input type="checkbox"/> Διφθερίτιδα	<input type="checkbox"/> Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	<input type="checkbox"/> Πανώλη	<input type="checkbox"/> Χολέρα
Α Σ Θ Ε Ν Η Σ			
1.1 Επώνυμο:		▶ Όνομα:	
1.2 Ημ/νία γέννησης: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Η Ηλικία: <input type="text"/> ετών μηνών ημερών	
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ		<small>(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)</small> <small>(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)</small>	
1.4 Τόπος κατοικίας: ▶ Νομός		▶ Πόλη/χωριό	
Στοιχεία για επικοινωνία: ▶ Δ/νση		▶ Τηλ.:	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ			
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:		▶ Υπάρχει γνωστή ομαδική έκθεση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Περιγράψτε:	
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά:		2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά:	
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:		ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ▶ Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο →	
ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: ▶ Ημ/νία άφιξης: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		▶ Ταξίδι με γκρουπ: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού-πότε;		2.6 Εμβολιασμός; (για νόσημα που δηλώνεται) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		→ Αριθ. δόσεων:	
Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α			
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΕΕΛΠΝΟ <u>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</u> <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ		Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Πιθανό <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο	
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο:		→ Ημ/νία εισαγωγής: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
3.3 Κύριες εκδηλώσεις:			
3.4 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
▶ Ο/η θεράπων ιατρός:		▶ Υπογραφή (& σφραγίδα):	
▶ Τηλέφωνα για συνεννόηση:			
Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α			
4.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ			

4.2 Είδος εξέτασης / Αποτέλεσμα:	
4.3 Είδος/τύπος παθογόνου:	Υπογραφή (& σφραγίδα): ▶
▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ