

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**



*«Μία από τις παράπλευρες απώλειες της πανδημίας είναι αναμφίβολα ο δραστικός περιορισμός πολλών ατομικών δικαιωμάτων (Γιάννης Πανταζόπουλος 2020)».*

**ΑΛΜΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2021



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΑΚΙΩΜΑΤΑ**

**ΑΛΜΠΙΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1903**

Επιβλέπων: Αθανάσιος Βοζίκης / Αναπληρωτής Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2021



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**PUBLIC HEALTH AND HUMAN RIGHTS**



*«One of the side losses of the pandemic is undoubtedly the drastic restriction of many human rights  
(Giannis Pantazopoulos 2020) ».*

**ALMPANOPOULOU CHRISTINA**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2021

*Στην οικογένειά μου*



## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα, Αναπληρωτή Καθηγητή μου κύριο Αθανάσιο Βοζίκη, για την τιμή που μου έκανε να συνεργαστεί μαζί μου στα πλαίσια της εκπόνησης της διατριβής μου, αλλά και για την πολύτιμη βοήθειά του κατά τη διάρκεια της συγγραφής της εργασίας. Τέλος, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου που μου συμπαραστέκονται σε κάθε ακαδημαϊκό και επαγγελματικό βήμα της ζωής μου.



# Δημόσια Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα

**Σημαντικοί Όροι:** δημόσια υγεία, ανθρώπινα δικαιώματα, Σύνταγμα, πανδημία, μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις, COVID-19

## Περίληψη

Η πανδημία του 2020 και συγκεκριμένα της νόσου covid-19, προκάλεσε μια παγκόσμια υγειονομική κρίση με επιπτώσεις τόσο στη δημόσια υγεία όσο και στην οικονομία των χωρών, κοινοτικών και μη. Η συνταγματική δημοκρατία στην Ευρώπη και την Ελλάδα ήρθε αντιμέτωπη με μία πρωτόγνωρη κατάσταση η οποία την έθεσε προ των ευθυνών της. Στα πλαίσια αυτής της έκτακτης και επείγουσας κατάστασης και με στόχο την προάσπιση της δημόσιας υγείας όλων των ηλικιακών ομάδων των πληθυσμών τους οι κυβερνήσεις κλήθηκαν να περιορίσουν την διασπορά της νόσου. Η νομοθετική εξουσία των κυβερνητικών οργάνων προέβη στην αρχή θα λέγαμε διστακτικά σε κάθε περίπτωση όμως αποφασιστικά στην εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων και ρυθμίσεων, ήτοι της θέσπισης και λήψης μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων που είχαν ως άμεση και πρωτοφανή συνέπεια την προσβολή του συστήματος των θεμελιωδών ελευθεριών και των δικαιωμάτων. Τον κύριο λόγο ουσιαστικά στην αντιμετώπιση αυτής της πρωτόγνωρης υγειονομικής κρίσης είχε ειδική ομάδα ερευνητών, λοιμωξιολόγων αποτελούμενη από τεχνοκράτες που είχαν ως κύρια αρμοδιότητα την σε πρώτη φάση διεξαγωγή συμπερασμάτων και εν συνεχεία την παροχή συμβουλών και προτάσεων στα κυβερνητικά κλιμάκια, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα την διάβρωση της δημοκρατίας. Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν για την μείωση της εξάπλωσης της νόσου κατά την περίοδο του «lockdown», μια εκ των οποίων ίσως και εκείνη με την βαρύνουσα σημασία ήταν ο εγκλεισμός των πολιτών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες αξιολογούνται και ως προς την συνταγματικότητά τους. Τα μέτρα, δηλαδή των κυβερνητικών οργάνων επηρέασαν ως ένα βαθμό την φυσιογνωμία του δημοκρατικού πολιτεύματος συνταγματικού και μη. Η παρούσα διατριβή αποσκοπεί στην απόδειξη μέσω επιστημονικών ευρημάτων του συλλογισμού ότι εν τέλει η πανδημία λειτουργεί ήδη ως ένα μεγάλο ιστορικό και θεσμικό εργαστήριο στο οποίο ελέγχεται η αντοχή της φιλελεύθερης δημοκρατίας και των εγγυήσεων του κράτους δικαίου.



# Public Health and Human Rights

**Keywords:** public health, human rights, Constitution, pandemic, non – pharmaceutical interventions, COVID-19

## Abstract

The covid-19 pandemic caused a global health crisis with effects on both the public health of the citizens and the economy of the countries, but also on the constitutional democracy in Europe and Greece. In the context of this state of emergency and in order to protect the public health of the entire population, governments were called upon to limit the spread of the coronavirus. The legislative power of the governments took shape through the implementation of specific measures, the non-pharmaceutical interventions that resulted in the violation of the system of fundamental freedoms and rights. The ones in charge to deal with this unprecedented health crisis were a special group of researchers, infectious disease specialists, technocrats who advised the government, whose crucial decisions resulted in the erosion/violation of democracy. The rules of Law that are meant to/should regulate socio-political life were reshaped on the cult of public health, as experts have pointed out. The health specialists implemented measures to reduce the spread of the disease during the period of "lockdown", which resulted in the inclusion of citizens in various European countries something that is also being assessed in terms of their constitutionality. The measures that were implemented by the governments were to some extent affected by the physiognomy of the regime. First of all, the purpose of the welfare state according to the Charter is to safeguard and defend representative democracy. Social cohesion is achieved through fundamental principles such as equality and social justice. The essence of democracy, therefore, lies in safeguarding these principles in every possible way which is achieved through the freedom of citizens and their equal access to social goods. This dissertation aims to prove through scientific findings of reasoning that ultimately the pandemic already functions as a large historical and institutional laboratory in which the resilience of liberal democracy and the guarantees of the rule of Law is tested.



## **Περιεχόμενα**

<b>Περίληψη</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract</b>	<b>xi</b>
<b>Κατάλογος Πινάκων</b>	<b>xvi</b>
<b>Κατάλογος Διαγραμμάτων</b>	<b>xviii</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>xxi</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Δικαιοπολιτική προσέγγιση του Δημοσίου Δικαίου της Υγείας**

<b>1.1 Οι απαρχές του Δημοσίου Δικαίου της Υγείας</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1 Η έννοια της Υγείας</b>	<b>1</b>
<b>1.1.2 Το θεμελιώδες Συνταγματικό δικαίωμα της Υγείας</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Βασικές πηγές του Εθνικού και Κοινοτικού Δικαίου της Υγείας</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1 Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2 Το Διεθνές και Ευρωπαϊκό Δίκαιο Υγείας</b>	<b>12</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Θεωρητική προσέγγιση της συνταγματικής προστασίας των Ατομικών Δικαιωμάτων**

<b>2.1 Εννοιολογική διαμόρφωση των Ατομικών Δικαιωμάτων</b>	<b>17</b>
<b>2.1.1 Ιστορική εξέλιξη της κατοχύρωσης των Ατομικών και Κοινωνικών Δικαιωμάτων</b>	<b>17</b>
<b>2.1.2 Διάκριση και Αλληλεξάρτηση των Ατομικών Δικαιωμάτων</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Τα Ατομικά Δικαιώματα ως συστατικά στοιχεία του Κράτους Δικαίου</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1 Φορείς και αποδέκτες των Συνταγματικών Δικαιωμάτων</b>	<b>23</b>
<b>2.2.2 Δεσμευτικότητα και περιορισμοί των Ατομικών Δικαιωμάτων</b>	<b>26</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Δημόσιας Υγείας στην καταπολέμηση της Covid -19**

<b>3.1 Η σημασία της Δημόσιας Υγείας</b>	<b>33</b>
<b>3.1.1 Το ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο προστασίας της Δημόσιας Υγείας και των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων</b>	<b>33</b>
<b>3.1.2 Σκοπός, μεθοδολογία και υλικό της έρευνας</b>	<b>38</b>
<b>3.1.3 Πανδημία και Σύνταγμα</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Κατευθυντήριες Οδηγίες για της εφαρμογή μη Φαρμακευτικών - παρεμβάσεων ενάντια της Covid -19</b>	<b>47</b>
<b>3.2.1 Κατηγοριοποίηση των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων</b>	<b>47</b>
<b>3.2.2 Αξιολόγηση των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων</b>	<b>64</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η επίδραση των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων ενάντια της Covid -19**

<b>4.1 Μελέτη Περίπτωσης</b>	<b>73</b>
<b>4.1.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων από την εφαρμογή των NPI<sup>1</sup> στην Κίνα</b>	<b>73</b>
<b>4.1.2 Αποτελεσματικότητα των NPI στο Ηνωμένο Βασίλειο</b>	<b>82</b>
<b>4.1.3 Συγκριτική Ανάλυση Δεδομένων σε Ηνωμένο Βασίλειο και Ιταλία</b>	<b>91</b>
<b>4.2 Οικονομική Ανάλυση της αποδοτικότητας των NPI</b>	<b>95</b>
<b>4.2.1 Μεταβολή του ΑΕΠ των Ευρωπαϊκών Χωρών</b>	<b>95</b>
<b>4.2.2 Η επιρροή των NPI μέσω του democracy index</b>	<b>106</b>
<b>4.3 Συμπεράσματα – Συζήτηση</b>	<b>111</b>

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**117**

---

<sup>1</sup> NPI (Non – Pharmaceutical Interventions)



## **Κατάλογος Πινάκων**

3.1 Πίνακας με συνολικούς αριθμούς θανάτων από Covid-19 παγκόσμια ως την 14 Δεκεμβρίου 2020, ανά χώρα	44
3.2 Κατηγορίες των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση	49
3.3 Πίνακας των μη- φαρμακευτικών παρεμβάσεων και αξιολόγηση των προτάσεων μέσω στοιχείων	51
3.4 Πίνακας αξιολόγησης του επιπέδου διασποράς του ιού μέσω της χρήσης δεικτών μετάδοσης και την ικανότητα ανταπόκρισης των μέτρων PHSM για την καλύτερη εφαρμογή τους	69
4.1 Μέτρα περιορισμού	93
4.2 Δεδομένα χώρας	94
4.3 Η πανδημία της νόσου covid-19 έχει επηρεάσει την ανάκαμψη	99
4.4 Προβλέψεις για το ΑΕΠΠ 2021 παγκοσμίως	104
4.5 Προβλέψεις πληθωρισμού 2021 παγκοσμίως	104
4.6 Πραγματικές προβλέψεις για ρυθμούς αύξησης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες από το 2020 έως το 2021	105
4.7 Τα επίπεδα Ελευθερίας στον Κόσμο το 2020	107
4.8 Υψηλότερα και χαμηλότερα επίπεδα ελευθερίας παγκοσμίως σύμφωνα με το Freedom House	108





## Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.1 Περισσότερες κρατικές δαπάνες για την υγεία συνδέονται με την καλύτερη κάλυψη των υπηρεσιών υγείας αλλά η αποτελεσματικότητα έχει σημασία	13
1.2 Ο εθνικός σχεδιασμός και παρακολούθηση της υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας	13
3.1 Συνολικός αριθμός θανάτων Covid-19 στην Ιταλία μέχρι 24 Φεβρουαρίου 2020	45
3.2 Συνολικός αριθμός θανάτων Covid-19 στην Ισπανία από 15 Φεβρουαρίου 2020 μέχρι και 10 Δεκεμβρίου 2020	46
3.3 Η καμπύλη επίδρασης των ειλημμένων μέτρων ως προς τη μείωση της διασποράς του ιού	51
4.1 Αποτύπωση της μεθόδου SEIR epidemic model	74
4.2 Εκτιμήσεις της επιδημίας COVID-19 σε διάφορα σενάρια χρονοδιαγράμματος παρέμβασης και άρση των περιορισμών ταξιδιού σε όλη την Κίνα	75
4.3 Συνολική αποτύπωση των κρουσμάτων και θανάτων COVID-19 Κίνα	76
4.4 Στρατηγικές παρέμβασης σε διάφορα επιδημικά στάδια του COVID-19 στην πόλη Χανγκζού (Hangzhou)	77
4.5 Αντίκτυπος των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων διάρκειας 12 εβδομάδων στο Ηνωμένο Βασίλειο	84
4.6 Προβλεπόμενος αντίκτυπος εντατικών μέτρων ελέγχου του covid-19 με έντονης κλίμακας καραντίνας (lockdowns)	86
4.7 Συνολικός αριθμός θανάτων covid-19 στην Ευρώπη	87
4.8 Συνολικός αριθμός θανάτων covid-19 στο Ηνωμένο Βασίλειο	88
4.9 Οι εκτιμήσεις για το ΑΕΠ της Eurostat το πρώτο τρίμηνο του 2020	96
4.10 Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Ελλάδας έχει ανακάμψει από την κρίση - Πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ	98
4.11 Τα ποσοστά απασχόλησης είναι χαμηλά, ειδικά για τις γυναίκες - Ποσοστά απασχόλησης, % του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας	101
4.12 Τα ποσοστά ανέχειας είναι υψηλά στους νέους - Ποσοστό ομάδων πληθυσμού που ζουν σε νοικοκυριά αναφέρουν σοβαρή στέρηση υλικών αγαθών από το 2019 ή και το τελευταίο έτος	102
4.13 Πρόσφατα δεδομένα έρευνας – 2021 ΑΕΠΠ και προβλέψεις πληθωρισμού	103



## Εισαγωγή

Η πανδημία COVID - 19 υπήρξε παγκόσμια τραγωδία για την υγεία. Μέχρι τα μέσα Απριλίου του 2021, σχεδόν 2,9 εκατομμύρια ζωές είχαν χαθεί παγκοσμίως. Περισσότερα εκατομμύρια άνθρωποι έχουν υποφέρει σωματικά και ψυχικά από αυτήν την ασθένεια. Η νόσος COVID - 19 προκάλεσε τη χειρότερη οικονομική κρίση μετά τη Μεγάλη Ύφεση, με δραματικές επιπτώσεις στην οικονομία και την κοινωνία (OECD, 2020). Η οικονομική αναστάτωση φαίνεται σαφώς από εκτεταμένες απώλειες θέσεων εργασίας, μαζικές μειώσεις των ωρών εργασίας και περικοπές αμοιβών. Παρά τις τεράστιες κυβερνητικές επενδύσεις στην κοινωνική προστασία κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι άνθρωποι στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ αναζητούν περισσότερη δημόσια υποστήριξη για να βγουν έξω από την κρίση - και πολλοί αναφέρουν ότι είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερους φόρους για τη χρηματοδότηση καλύτερης υγείας, συντάξεων και απασχόλησης και προγράμματα μακροχρόνιας περίθαλψης.

Το δικαίωμα στην υγεία είναι θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου και όχι μόνο του πολίτη (Κ. Κρεμαλής 1987), όπως θεσπίζεται από την αρχή της αξίας του ανθρώπου στο άρθρο 2 παρ. 1 Συντ. «Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας». Όπως προκύπτει και από το άρθρο 15 παρ. 1 περ. α' του Ν. 1397/83 το οποίο αναφέρεται στην «παροχή ισότιμης...περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή», αλλά και από το άρθρο 39 παρ. 1 του Ν. 2071/92 το οποίο προβλέπει ότι η «Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική» παρέχεται ενιαία σε όλη τη χώρα και τον πληθυσμό της, μόνιμο ή διερχόμενο, ημεδαπό ή αλλοδαπό και ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή όχι ασφαλιστικού φορέα, καθίσταται σαφές ότι δεν τίθεται θέμα διάκρισης των δικαιούχων υγειονομικών φροντίδων, μεταξύ ημεδαπών και αλλοδαπών, ασφαλισμένων ή ανασφάλιστων (Χ. Ανθόπουλος 2001). Κανόνες τόσο δημοσίου όσο και ιδιωτικού δικαίου περιλαμβάνονται στο δίκαιο υγείας και συγκεκριμένα διατάξεις που σχετίζονται με το φαρμακευτικό δίκαιο, το δίκαιο δικαιωμάτων ασθενών, το ιατρικό δίκαιο κ.α. Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας αποτελεί ειδική κατηγορία του Δικαίου της Υγείας.

Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του παραπάνω νομοθετικού πλαισίου παίζουν εκτός από το θετικό δίκαιο και οι κανόνες δικαίου που θεσπίζονται τόσο από

το ευρωπαϊκό όσο και από το διεθνές δίκαιο. Το θεμελιώδες συνταγματικό δικαίωμα της υγείας στην νομική κοινότητα αποτελεί ταυτόχρονα και ατομικό και κοινωνικό αγαθό. Αυτή του η υπόσταση κρίνεται σημαντικό να εξεταστεί καθώς οι δύο αυτές εκφάνσεις του δικαιώματος της υγείας αλληλεξαρτώνται και αλληλοσυμπληρώνονται. Κατά την Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη (2009) το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας ορίζεται ως εξής: «Οι σχέσεις του ιδιωτικού δικαίου ρυθμίζουν κατ' αρχήν τις σχέσεις μεταξύ των ιδιωτών με βάση την ισοτιμία της βουλήσεως και οι κανόνες του δημοσίου δικαίου διέπουν τη διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και την τήρηση της υγειονομικής τάξης και ασφάλειας με τον έλεγχο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας και με τη διαφύλαξη τη δημόσιας υγείας. Οι κανόνες αυτοί έχουν ειδικό χαρακτήρα σε σχέση με τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και συγκροτούν το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη 2009)».

Πηγή του δικαίου της υγείας αποτελεί και ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατοχυρώνει την προστασία της υγείας στο άρθρο 35 αυτού και αναφέρει ότι « Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει 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 υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου.» Οι αρχές αυτού του άρθρου βασίζονται στο άρθρο 152 της συνθήκης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, αλλά και στο άρθρο 11 του ευρωπαϊκού κοινωνικού χάρτη. Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων κυρώθηκε με την Συνθήκη της Λισσαβόνας άρα συνιστά πρωτογενές δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ως εκ τούτου σημαντική πηγή του δικαίου υγείας. Τέλος, καθίσταται σαφές πως άμεση προτεραιότητα των κρατών μελών της Ε.Ε όσο αφορά τα διεθνή θέματα υγείας είναι η χάραξη πολιτικών υγείας με υψηλή ευθύνη την βέλτιστη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υγείας και τη βέλτιστη κατανομή των πόρων στις υπηρεσίες υγείας (Μητροσύλη 2007).

Η έννοια της υγείας είναι πολυδιάστατη, καθώς αντικείμενο του δικαιώματος της υγείας δεν αποτελεί μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας και για αυτόν τον λόγο έχει υιοθετηθεί ο πιο σφαιρικός ορισμός της υγείας κατά το γράμμα του Π.Ο.Υ. Σε αυτόν λοιπόν τον ορισμό προσιδιάζει και η ερμηνεία του άρθρου 21 παρ. 3 Συντ., όπως επιβεβαιώνεται και με το μεταγενέστερο άρθρο 16 παρ. 1 του ν. 2071/92, διότι διαφορετικά εάν η υγεία οριζόταν μόνο ως η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (Κ.

Κρεμαλής 1987), θα εφαρμοζόταν μόνο το άρθρο 22 παρ. 5 Συντ. «Το Κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει».

Ιδιαίτερος σημαντική θεωρείται και η κατοχύρωση των ατομικών δικαιωμάτων στο ευρωπαϊκό κοινοτικό δίκαιο. Επηρέασε και την Ελλάδα μετά την είσοδο της στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα την 1η Ιανουαρίου 1981. Από τότε το δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπερισχύει του εθνικού δικαίου. Η Ένωση σέβεται τα θεμελιώδη δικαιώματα, όπως κατοχυρώνονται με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, που υπογράφηκε στη Ρώμη στις 4 Νοεμβρίου 1950, και όπως προκύπτουν από τις κοινές συνταγματικές παραδόσεις των κρατών μελών, ως γενικές αρχές του κοινοτικού δικαίου (Π. Δαγτόγλου 2012)». Ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων, όπως προβλέπει και η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση ( Άρθρο 56 ΣυνθΛΕΕ) παίζει καθοριστικό ρόλο για την είσοδο ενός κράτους στην Κοινότητα. Μάλιστα, το 2007 δημιουργήθηκε και μια νέα υπηρεσία της Ε.Ε. με σκοπό την προστασία και διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων η EU Agency for Fundamental Rights (FRA -Κανονισμός 168/2007 του Συμβουλίου της 15.2.2007), που εδράζεται στην Βιέννη.

Τα θεμελιώδη δικαιώματα κατηγοριοποιήθηκαν από τον Γερμανό νομομαθή Georg Jellinek (1851 – 1911) λαμβάνοντας υπόψιν τις οικονομικο – πολιτικές αντιλήψεις εκείνης της περιόδου. Έτσι, η κλασική διάκριση περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες των δικαιωμάτων και συγκεκριμένα την αποθετική, την θετική και την ενεργό κατάσταση (status negativus ή status libertatis, status positivus ή status civitatis ή status socialis και status activus) του ατόμου και αντιστοίχως για τις θεμελιώδεις ελευθερίες, τις κοινωνικές αξιώσεις και τα πολιτικά δικαιώματα. Όσον αφορά τις παρακάτω διεθνείς συνθήκες προστασίας δημιουργούν το ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας των κοινωνικών δικαιωμάτων, παρέχουν δηλαδή «διεθνείς εγγυήσεις του κράτους πρόνοιας (Κοντιάδης 1997)». Ουσιαστικά, τα παρακάτω «κείμενα», μέσω της διεύρυνσης του πεδίου εφαρμογής των ενδοτικών κανόνων δικαίου, της επιβολής στον κοινό νομοθέτη να προβεί στη χάραξη ορίων κοινωνικής προστασίας και της επέκτασης της υπάρχουσας νομοθεσίας για περαιτέρω προστασία των μεταναστών, παρέχουν διεθνείς εγγυήσεις τόσο του κράτους πρόνοιας όσο και των κοινωνικών δικαιωμάτων.

Μεγάλη πρόκληση για τα εθνικά συντάγματα, για τη διεθνή προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά και για την έννομη τάξη της ΕΕ δημιούργησε η πανδημία του κορονοϊού καθώς είναι ένα φαινόμενο που ξεπερνά τις προβλέψεις του

συντακτικού και του διεθνούς νομοθέτη. Σε διάφορα συνταγματικά και διεθνή κείμενα θεμελιώνονται λόγοι που δικαιολογούν περιορισμούς των ανθρωπίνων δικαιωμάτων χάριν προστασίας της δημόσιας υγείας. Όμως επρόκειτο για προβλέψιμες καταστάσεις και όχι για μια τέτοιας κλίμακας υγειονομικής κρίσης που όμοιά της δεν έχει ταλανίσει την ανθρωπότητα τα τελευταία εκατό χρόνια. Οι καταστάσεις και οι σκοποί που δικαιολογούν περιορισμούς στην άσκηση των ατομικών ελευθεριών πρέπει να αξιολογούνται στο πλαίσιο του πολυεπίπεδου περιορισμού δηλαδή στα διαφορετικά επίπεδα προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως είναι: Εθνικό Σύνταγμα, Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (που προβλέπει τη δικαιοδοσία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου), Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, (που προβλέπει τη συγκρότηση και τις αρμοδιότητες της Επιτροπής Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ), Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (στο πεδίο που ασκεί τις αρμοδιότητές της η ΕΕ και υπό τον τελικό δικαστικό έλεγχο του Δικαστηρίου ΕΕ).

Οι κοινωνίες έρχονται αντιμέτωπες με σοβαρές προκλήσεις και αποσκοπούν στην προαγωγή του βέλτιστου επιπέδου υγείας των πολιτών τους. Ωστόσο, υπάρχουν παράγοντες τόσο εσωτερικοί όσο και εξωτερικοί που επηρεάζουν άρδην την υγεία των πολιτών. Η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα και ο τρόπος ζωής του ατόμου παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του. Επίσης, το εισόδημά του, το μορφωτικό του επίπεδο, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του είναι μερικοί από τους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου. Σημαντικό εργαλείο της έρευνας κάθε κοινωνίας αποτελεί η μέτρηση της υγείας μέσω της χρήσης συγκεκριμένων δεικτών. Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα αποτέλεσαν την αρχική προσέγγιση ανάπτυξης μετρικών συστημάτων.

Οι πανδημίες γρίπης εμφανίζονται σε απρόβλεπτα διαστήματα και προκαλούν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η νόσος του κορονοϊού (COVID - 19) προκαλείται από έναν νέο ιό που εξαπλώθηκε γρήγορα σε όλο τον κόσμο. Η COVID - 19 εξαπλώνεται εύκολα μεταξύ ατόμων που βρίσκονται σε στενή επαφή ή μέσω βήχα και φτάρνισμα. Τα περισσότερα μολυσμένα άτομα πάσχουν από ήπια συμπτώματα που μοιάζουν με γρίπη, αλλά μερικά αρρωσταίνουν σοβαρά και ακόμη και πεθαίνουν. Δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία ή εμβόλιο (ένα φάρμακο που σταματά τους ανθρώπους να προσλαμβάνουν μια συγκεκριμένη ασθένεια) για το COVID - 19, επομένως χρειάζονται άλλοι τρόποι επιβράδυνσης (ελέγχου) της εξάπλωσής του. Μία από τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τον έλεγχο της

νόσου είναι η καραντίνα. Αυτό σημαίνει ότι χωρίζουμε υγιείς ανθρώπους από άλλους υγιείς ανθρώπους, σε περίπτωση που έχουν τον ιό και θα μπορούσαν να τον διαδώσουν. Άλλες παρόμοιες συστάσεις περιλαμβάνουν απομόνωση (όπως καραντίνα, αλλά για άτομα με συμπτώματα COVID - 19) και κοινωνικές αποστάσεις (όπου άτομα χωρίς συμπτώματα διατηρούν την απόσταση μεταξύ τους σωματικά).

Ο ιός της γρίπης μεταδίδεται εύκολα από άτομο σε άτομο, κυρίως κατά τη στενή επαφή και είναι δύσκολο να ελεγχθεί. Στο αρχικό στάδιο των επιδημιών και των πανδημιών της γρίπης, μπορεί να υπάρχει καθυστέρηση στη διαθεσιμότητα συγκεκριμένων εμβολίων και περιορισμένη προσφορά αντιικών φαρμάκων. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (NPIs) είναι το μόνο σύνολο αντιμέτρων πανδημίας που είναι άμεσα διαθέσιμα ανά πάσα στιγμή και σε όλες τις χώρες. Οι πιθανές επιπτώσεις των NPI στην επιδημία γρίπης ή στην πανδημία είναι: να καθυστερήσει την εισαγωγή του πανδημικού ιού σε έναν πληθυσμό, να καθυστερήσει το ύψος και το μέγιστο της επιδημίας εάν έχει ξεκινήσει η επιδημία, να οδηγήσει σε μείωση της μετάδοσης με ατομικά προστατευτικά ή περιβαλλοντικά μέτρα και να μειώσει τον συνολικό αριθμό των λοιμώξεων και συνεπώς τον συνολικό αριθμό των σοβαρών περιπτώσεων.

Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή της κήρυξης της πανδημίας από τον ΠΟΥ την 11η Μαρτίου 2020, οπότε και η ελληνική κυβέρνηση προέβη στην έκδοση Π.Ν.Π με αποτέλεσμα τον περιορισμό των ατομικών ελευθεριών. Όπως η απαγόρευση της κίνησης και της μετακίνησης που αποτελεί θεμέλιο της αγοράς και ως εκ τούτου περιορίστηκαν σημαντικά θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα (θρησκευτική ελευθερία, δικαίωμα δικαστικής ακρόασης, οικονομική ελευθερία, ελευθερία της εργασίας, το δικαίωμα του συνέρχεσθαι κ.α.). Καθίσταται σαφές πως πρόκειται για μια πρωτοφανής συνθήκη που οδήγησε στην παράλυση των δημοκρατικών θεσμών, όμως σε άλλου είδους απολυταρχικά καθεστώτα όπως της Κίνας η εφαρμογή της απαγόρευσης κυκλοφορίας μέσω της επιτήρησης στρατιωτικών δυνάμεων είχε ως αποτέλεσμα τον άμεσο περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου. Σε αντιδιαστολή με άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ιταλία και η Ισπανία που δεν μερίμνησαν εξαρχής μέσω της εφαρμογής τέτοιων μέτρων στα περιφερειακά τους συστήματα, με αποτέλεσμα η κατάσταση τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο 2020 να εκτροχιαστεί, όπως αποτυπώνεται στα παρακάτω διαγράμματα.

Η αναγωγή της προστασίας της δημόσιας υγείας ως μοναδική προτεραιότητα ολόκληρου του πλανήτη δεν θα πρέπει να οδηγεί σε καταπάτηση των υπόλοιπων θεμελιωδών δικαιωμάτων, κυρίως δε της ζωής και της υγείας. Λαμβάνοντας υπόψιν



διατάξεις του Διεθνούς Δικαίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το έννομο αγαθό της υγείας κατέχει εξέχουσα θέση και μάλιστα δεσμεύει τις κυβερνήσεις να προβούν στη λήψη κάθε πρόσφορου μέτρου με σκοπό την προστασία και διασφάλιση της δημόσιας υγείας των πολιτών. Δεν υπάρχουν διακρίσεις όσο αφορά τη δημόσια υγεία και όπως επισημαίνει και η UNESCO πρέπει σε περιόδους τέτοιων κρίσεων να προστατεύονται και να προασπίζονται τα θεμελιώδη δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην εκπαίδευση για όλον τον πληθυσμό. Η πανδημία του κορωνοϊού δεν θα πρέπει να συνδέεται με περιστατικά ρατσισμού, αλλά αντιθέτως κρίνεται αναγκαία η συλλογική προσπάθεια με σκοπό να αμβλύνεται το χάσμα γενεών (Πολίτης Χάρης, 2020).

Καθίσταται σαφές πως ηπιότερα μέτρα όπως εκείνα των ΗΠΑ αλλά και της Μεγάλης Βρετανίας δεν απέδωσαν ενάντια της πανδημίας. «Βρισκόμαστε σε πόλεμο με έναν αόρατο εχθρό» ήταν τα λεγόμενα διαφόρων πολιτικών ηγετών όπως του Μακρόν, του Μητσοτάκη κ.α. Παρόμοια δραστικά μέτρα έλαβαν κράτη με ισχυρά δομημένα συστήματα υγείας όπως η Ελβετία και η Γερμανία. Συνεπώς, τηρουμένης της αρχής της αναλογικότητας περιορίστηκαν σε παγκόσμια κλίμακα τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου με μοναδικό σκοπό τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας. Η ανθρωπότητα δοκιμάζεται ενάντια μίας θανατηφόρου νόσου δίχως την απαιτούμενη φαρμακευτική αγωγή. Οι παραπάνω περιορισμοί είναι σύμφωνοι με την διεθνή και ενωσιακή νομοθεσία καθώς έχουν προσωρινό χαρακτήρα και προτάσσονται από ομάδες ειδικά εμπειριστατωμένων επιστημόνων παγκοσμίως, που μελετούν και ερευνούν τα δεδομένα αναφορικά με την νόσο covid-19, σε ημερήσια βάση. Η παγκόσμια αυτή κρίση δοκιμάζει τους θεσμούς πολυεπίπεδα.

Στην παρούσα μελέτη αναλύονται και εξετάζονται οι διάφορες συστάσεις για τη χρήση NPI σε μελλοντικές επιδημίες και πανδημίες γρίπης με βάση τα υπάρχοντα έγγραφα καθοδήγησης και την τελευταία επιστημονική βιβλιογραφία. Οι συγκεκριμένες συστάσεις βασίζονται σε συστηματική ανασκόπηση των αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων μέτρων ατομικής προστασίας, περιβαλλοντικών μέτρων, μέτρων κοινωνικής απόστασης και μέτρων που σχετίζονται με ταξίδια. Οι πληροφορίες αυτές αποδείχτηκαν ιδιαίτερα χρήσιμες για τις εθνικές αρχές που αναπτύσσουν ή ενημερώνουν τα σχέδιά τους για τον μετριασμό των επιπτώσεων των επιδημιών και των πανδημιών της γρίπης.

Οι μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις (N.P.I.) έχουν συνδράμει καταλυτικά στη μείωση των ποσοστών μετάδοσης της νόσου COVID-19 τόσο στην Ευρωπαϊκή

Ένωση, στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο (ΕΕ / ΕΟΧ), αλλά και στο Ηνωμένο Βασίλειο, μέχρι να είναι ασφαλές και αποτελεσματικό το εμβόλιο. Ως εκ τούτου, οι μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις (N.P.I.) θα συνεχίσουν να είναι το κύριο εργαλείο δημόσιας υγείας κατά του SARS-CoV-2, μέχρι το εμβόλιο να είναι διαθέσιμο σε όλους εκείνους που διατρέχουν κίνδυνο να νοσήσουν σοβαρά από την COVID-19.

Από διάφορες έρευνες, κατά τη διάρκεια εφαρμογής των παραπάνω παρεμβάσεων, προκύπτει ότι τα ΝΠΙ έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη γενική ευημερία των ανθρώπων, στη λειτουργία της κοινωνίας και την οικονομία. Ως εκ τούτου, η χρήση τους πρέπει να καθοδηγείται από δεδομένα σχετικά με την τοπική επιδημιολογική κατάσταση, με κύριο γνώμονα επιβολής τους την προστασία των πιο ευάλωτων ατόμων στην κοινωνία. Βέβαια, συγκεκριμένη πρέπει να είναι η μέριμνα του Κράτους Δικαίου αναφορικά με την προστασία των πιο ευάλωτων πολιτών, με συντονισμένες πρακτικές πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων σε ρυθμίσεις που φιλοξενούν άτομα υψηλού κινδύνου, όπως εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας.

Οι παραπάνω μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, λαμβάνοντας υπόψιν και τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να παρακολουθούνται διαρκώς τόσο σε τοπικό επίπεδο (Δήμων /Ο.Τ.Α) όσο και σε συλλογικό (επιδημιολογικά στοιχεία ολόκληρης της χώρας), προκειμένου να αξιολογούνται τα ληφθέντα μέτρα ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Ενδέχεται χαλάρωση των παραπάνω παρεμβάσεων με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας. Προς επίτευξη μάλιστα αυτών των παρεμβάσεων το κράτος, η κυβέρνηση έχει δημιουργήσει, σε ιστοσελίδα της, τον χάρτη υγειονομικής ασφάλειας και προστασίας από την λοίμωξη COVID-19, όπου οι πολίτες ενημερώνονται για τα νέα μέτρα, αλλά και τις περιοχές όπου κατανέμεται το υικό φορτίο δυνάμει των ημερήσιων επιδημιολογικών δεδομένων του ΕΟΔΥ (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας).

Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων που είναι υπεύθυνοι για την υλοποίηση και την εφαρμογή των ενδεδειγμένων κάθε φορά μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων σε επίπεδο πληθυσμού ή / και περιβάλλοντος, είτε σε τοπικό είτε σε εθνικό επίπεδο, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα δημοσιευμένα αποδεικτικά στοιχεία, όσο αφορά τον συνδυασμό και την αποτελεσματικότητα των παραπάνω μέτρων. Ο παγκόσμιος αντίκτυπος της νόσου COVID-19 είναι εμφανής, καθώς η επικείμενη απειλή για τη δημόσια υγεία του συνόλου του πληθυσμού είναι η σοβαρότερη των τελευταίων δεκαετιών. Λόγω της υψηλής μεταδοτικότητας του ιού και τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας δεν τίθεται ζήτημα σύγκρισης με την πανδημική γρίπη του H1N1 το

1918. Λαμβάνοντας υπόψιν τα ακόλουθα επιστημονικά ευρήματα, της ερευνητικής ομάδας του Imperial College (Neil M Ferguson et. al. 2020) όπως αυτά δημοσιεύτηκαν στις 16 Μαρτίου 2020, αναλύεται η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων μέσω της επιδημιολογικής μοντελοποίησης που ουσιαστικά χάραξε την πολιτική στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Η.Π.Α (Halloran ME et. al.). Έτσι, δεδομένου της μέχρι πρότινος έλλειψης εμβολίου COVID-19, η εκτίμηση των ειδικών για μείωση της διασποράς του ιού περιλαμβάνει ένα λελογισμένο συνδυασμό των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

Απαιτείται διαρκής παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των ειλημμένων μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων με σκοπό την εκ νέου λήψη μέτρων ή την χαλάρωση των μέτρων όπου κρίνεται σκόπιμο (βάσει των αποφάσεων της επιτροπής λοιμοξιολόγων) για τον περιορισμό της διασποράς του ιού. Τελευταία, ενώ η εμπειρία στην Κίνα και τώρα στη Νότια Κορέα δείχνει ότι είναι δυνατή η καταστολή βραχυπρόθεσμα, μένει να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητά τους και μακροπρόθεσμα, καθώς και να διαπιστωθεί εάν το κοινωνικό και οικονομικό κόστος των παρεμβάσεων αυτών δύναται μελλοντικά να μειωθεί (Neil M Ferguson et. al. 2020).

Η απόφαση εισαγωγής, υιοθέτησης ή άρσης για την προστασία της δημόσιας υγείας και κοινωνικών μέτρων (Public Health Social Measures) θα πρέπει να βασίζεται σε ανάλυση του επιπέδου μετάδοσης, της ικανότητας ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας και άλλων παραμέτρων. Με βάση την κοινή αξιολόγηση αυτών των παραγόντων, σημείο αναφοράς, το επίπεδο κατάστασης, θα αποτελεί το επίπεδο που αντιστοιχιστεί σε μια γεωγραφική περιοχή που θα ενημερώνει εάν και πώς πρέπει να υιοθετηθούν τα παραπάνω κοινωνικά μέτρα. Η αξιολόγηση τους πρέπει να ενισχυθεί μέσω της εξέτασης των ποσοτικών και ποιοτικών πληροφοριών από διαφορετικές πηγές, οι οποίες θα πρέπει να τριγωνίζονται για να παρέχουν ένα πρόσθετο έλεγχο στο ήδη αξιολογημένο επίπεδο κατάστασης. Τα Επίπεδα Κατάστασης πρέπει να θεωρούνται μόνο ενδεικτικά επειδή μπορεί να μην ανταποκρίνονται καλά λόγω ενός συγκεκριμένου πλαισίου. Για παράδειγμα, σε ένα μικρό νησί μια αναπτυσσόμενη κατάσταση διασποράς του ιού με περιορισμένη χωρητικότητα, αυστηρά κοινωνικά μέτρα προστασίας (PHSM) μπορεί να δικαιολογείται σε σχετικά χαμηλό επίπεδο μετάδοσης. Ωστόσο, οι δείκτες πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά (π.χ. ανά δύο εβδομάδες) και το επίπεδο κατάστασης να αξιολογείται ανάλογα ώστε με την καταλληλότητα και τον αντίκτυπο των μέτρων PHSM που ελήφθησαν, με σκοπό να προβλεφθούν και να υιοθετηθούν μελλοντικές αλλαγές.

Η πανδημία είναι μια παγκόσμια απειλή και δεν δύναται να υπάρξει μια παγκόσμια ομοιομορφία των πολιτικών συστημάτων, καθώς υπάρχουν δημοκρατικά και φιλελεύθερα πολιτεύματα που διαχειρίζονται την υγειονομική κρίση και υπάρχουν και αυταρχικά πολιτεύματα που διαχειρίζονται την κρίση. Ο δημοκρατικός οργανισμός φύλαξης Freedom House (Niall McCarthy 2021) κυκλοφόρησε την ετήσια κατάταξη των πιο ελεύθερων και καταπιεσμένων εθνών στον κόσμο. Η έκθεση αποτελεί βασικό βαρόμετρο για την παγκόσμια δημοκρατία και η φετινή έκδοση διαπίστωσε ότι η παγκόσμια ελευθερία έχει μειωθεί για 15η συνεχόμενη χρονιά. Το 2020 ήταν μια ταραχώδης χρονιά με την πανδημία, τη βίαιη σύγκρουση και την οικονομική και φυσική ανασφάλεια που οδήγησε τους υπερασπιστές της δημοκρατίας να υποστούν μεγάλες απώλειες ενάντια στους αυταρχικούς εχθρούς, η οποία είχε ως αποτέλεσμα μια μετατόπιση του διεθνούς δόγματος υπέρ της τυραννίας.

Η σχέση μεταξύ της δημοκρατίας (Karabulut et. al. 2021) και πανδημίας COVID-19 αποδεικνύεται ιδιαίτερα περίπλοκη, καθώς πολλά εμπειρικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι η σχέση μεταξύ του ποσοστού θνησιμότητας της υπόθεσης και των μεταβλητών της δημοκρατίας είναι αρνητικό, αποδίδοντας δηλαδή υψηλότερη αξία ζωής στις δημοκρατικές χώρες. Ωστόσο, η λογοκρισία μέσων έχει πιθανή μέτρια επίδραση στις λοιμώξεις και φαίνεται να περιέχει και θνησιμότητα.

Συμπερασματικά, οι δημοκρατικές χώρες έχουν υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης COVID-19, αλλά χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Αυτοί είναι λιγότερο ικανοί να παρακολουθούν και να μετριάζουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων και να συγκρατούν την εξάπλωση της νόσου. Ωστόσο, δίνουν μεγαλύτερη αξία στην ανθρώπινη ζωή και υγεία. Ελέγχεται το μέγεθος της δημοκρατίας, η λογοκρισία των μέσων μετριάξει τη θνησιμότητα αλλά μπορεί να προκαλέσει υψηλότερο ποσοστό μόλυνσης. Βραχυπρόθεσμα, οι δημοκρατικοί θεσμοί ενδέχεται να αντιδρούν αργά, αλλά είναι λιγότερο πιθανή αλλαγή κάτω από την πίεση της πανδημίας. Είναι ωστόσο προφανές ότι οι πιο αυταρχικοί πολιτικοί ηγέτες μπορούν να χρησιμοποιήσουν τον αγώνα κατά της πανδημίας για να αυξήσουν τη δημοτικότητα τους, αλλά το παράδειγμα του Ντόναλντ Τραμπ (Besley T. & Kudamatsu M., 2006) καθιστά επίσης σαφές ότι η αγνόηση της ασθένειας δεν βοηθά στην αποδυνάμωση των δημοκρατικών θεσμών. Θα πρέπει όμως να φανούν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του COVID-19 και να γίνει η συσχέτιση τους με την δημοκρατία μέσω περαιτέρω αναλύσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Δικαιοπολιτική προσέγγιση του Δημοσίου Δικαίου της Υγείας

#### 1.1 Οι απαρχές του Δημοσίου Δικαίου της Υγείας

##### 1.1.1 Η έννοια της Υγείας

Η Υγεία είναι θεμελιώδες Συνταγματικό δικαίωμα με δύο διαστάσεις στον νομικό κόσμο. Πιο συγκεκριμένα, το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται και προστατεύεται τόσο ως ατομικό έννομο αγαθό, αλλά και ως κοινωνικό *erga omnes* δικαίωμα. Ωστόσο, προτού ερευνηθεί η συνταγματική προστασία του δικαιώματος της υγείας, απαιτείται να προσδιοριστεί εννοιολογικά ο όρος της «υγείας». Ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας / ευημερίας (a state of complete physical, mental and social well – being)». Αυτός είναι ο θετικός ορισμός της υγείας που έχει παγιωθεί ευρέως, όπως ακριβώς έχει αποτυπωθεί στο Προοίμιο του Καταστατικού Χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το 1946. Ωστόσο, μια σημαντική μερίδα της επιστημονικής ιατρικής κοινότητας υιοθετεί έναν αρνητικό ορισμό του όρου της υγείας. Βάσει αυτού υγεία είναι «μια φυσική κατάσταση του ατόμου που αποκλείει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας, η οποία περιορίζει τη φυσιολογική δραστηριότητά του». Έτσι, το δίκαιο της υγείας απαρτίζεται από το σύνολο των δικαϊκών κανόνων που αποσκοπούν στην προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), είναι «ένας αυτόνομος διεθνής διακρατικός οργανισμός που αποτελεί εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε) και ασχολείται με τη διεθνή δημόσια υγεία». Έτος ίδρυσής του είναι το 1948 και η έδρα του η Γενεύη, ενώ αποτελεί μέλος της Ομάδας Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Development Group). Λαμβάνοντας υπόψιν ότι κανένας συντακτικός νομοθέτης δεν έχει προσδιορίσει επίσημα την έννοια της υγείας, υιοθετείται ευρέως ο παραπάνω ορισμός του Π.Ο.Υ. Ο ορισμός αυτός της υγείας, λοιπόν, ανταποκρίνεται πλήρως στις υψηλές απαιτήσεις που θέτει η προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας μέσα από τα συστήματα υγείας των χωρών μελών του Π.Ο.Υ.

Ο παραπάνω ακριβής ορισμός υγείας του Π.Ο.Υ περιλαμβάνει και τα τρία επίπεδα λειτουργίας του ανθρώπου. Το σωματικό επίπεδο, το συναισθηματικό ή ψυχικό επίπεδο που είναι και βαθύτερο και τέλος, το διανοητικό ή πνευματικό επίπεδο που θεωρείται και το υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας του ανθρώπου. Κατά τη συνήθη ιατρική πρακτική, μια θεραπευτική αγωγή αποκαλείται ως «σωστή», μόνο εάν επιφέρει θετικά αποτελέσματα και στα τρία παραπάνω επίπεδα ταυτόχρονα. Αυτό συμβαίνει, διότι μπορεί ένας ασθενής να ξεπεράσει τον πόνο από μία φλεγμονή, ωστόσο ενδέχεται να προκληθούν σε αυτόν κάποιες χρόνιες διαταραχές σε βαθύτερα συστήματα όπως στο ανοσοποιητικό σύστημα ή το ψυχικό ή συναισθηματικό επίπεδο.

Πρωταρχικός στόχος του Π.Ο.Υ, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται και στο Σύνταγμά του είναι «η επίτευξη από όλους τους ανθρώπους του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας». Έτσι, όλα τα συμβαλλόμενα κράτη μέλη συγκλίνουν στην παραδοχή της υγείας όλων των λαών ως ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου χωρίς φυλετικές, θρησκευτικές, πολιτικές ή άλλες διακρίσεις. Καθίσταται σαφές πως η υγεία όλων των λαών είναι υψίστης σημασίας ζήτημα των κρατών μελών προκειμένου να επιτευχθεί ένα κλίμα ειρήνης και ασφάλειας μεταξύ των χωρών. Προς εκπλήρωση του ως άνω στόχου ο Π.Ο.Υ καθιστά δυνατή την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε κάθε κράτος παγκοσμίως, χορηγώντας διάφορες υποτροφίες πρακτικά βοηθά στη συλλογή ποικίλων χρηματοδοτήσεων αποκλειστικά για την εκπλήρωση ιατρικών ερευνών και συνδράμει με αυτόν τον τρόπο καταλυτικά στην εκπόνηση επιστημονικών σεμιναρίων και εργαστηρίων που αποσκοπούν στην προάσπιση και διασφάλιση της υγείας. Τέλος, ο Π.Ο.Υ εστιάζοντας στα διεθνή θέματα υγείας λειτουργεί ως συντονίστρια αρχή προκειμένου να βοηθήσει τις κυβερνητικές υπηρεσίες υγείας να παράγουν το βέλτιστο επίπεδο υγείας των πολιτών τους μέσω της προώθησης νέων συνεργασιών μεταξύ επιστημονικών και επαγγελματικών ομάδων με άμεσο στόχο την προαγωγή της υγείας. Συνεπώς, αξίζει να σημειωθεί ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι μέλος της Ομάδας Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών.

Η έννοια της υγείας είναι δύσκολο να προσδιορισθεί επακριβώς, όμως υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν κατά άμεσο τρόπο τον προσδιορισμό της. Τα επικρατέστερα και πιο σύγχρονα μοντέλα προσδιορισμού της υγείας είναι το βιοϊατρικό – κλινικό μοντέλο, το μοντέλο του Π.Ο.Υ και το μοντέλο του περιβάλλοντος. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο ως υγεία ορίζεται η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, τόσο αναφορικά με την σωματική κατάσταση του ατόμου όσο και την πνευματική του λειτουργία. Πιο συγκεκριμένα, ως

υγεία ορίζεται η φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού αγνοώντας την ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης της υγείας. Από την άλλη πλευρά, το μοντέλο του Π.Ο.Υ προσδιορίζει πιο σφαιρικά τους όρους υγεία και ασθένεια, περικλείοντας στον ορισμό του παράγοντες όπως η κοινωνία και το περιβάλλον, που επηρεάζουν τις δύο αυτές έννοιες. Υφίσταται, συνεπώς μια διαρκής αλληλεξάρτηση μεταξύ των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο - οικονομικών παραγόντων που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν την υγεία του ατόμου. «Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο» (Σαρρής Μ., 2001).

Τέλος, όσον αφορά το μοντέλο περιβάλλοντος ως σωματική υγεία χαρακτηρίζεται η ικανότητα του ατόμου να πραγματώσει τις καθημερινές του ανάγκες (δηλαδή τις ανάγκες του περιβάλλοντός του) χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική περίθαλψη. Η πνευματική υγεία του ατόμου αφορά περισσότερο την διάθεσή του, την ευεξία του και συνδέεται κυρίως με την αποφυγή διαταραχών όπως το άγχος, η πίεση κ.α. Κατά τον Nordenfelt : «το άτομο είναι απόλυτα υγιές εάν έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει υπόψη τις εκάστοτε περιστάσεις και να επιτυγχάνει όλους τους στόχους ζωτικής σημασίας». Αυτός ο ορισμός τονίζει ότι η υγεία είναι μια εμπειρία της επιτυχημένης ή αποτυχημένης προσπάθειας ενός ατόμου να ενεργήσει με έναν επιθυμητό τρόπο (Schramme T., 2007). Εκτός από την σωματική και ψυχική διάσταση του όρου «υγεία», υπάρχει και η κοινωνική του προσέγγιση. Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας εκφράζονται και μέσω των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία, όπως για παράδειγμα η συμμετοχή του ατόμου σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις. Υπάρχει και η κοινωνική διάσταση δηλαδή που επηρεάζει τις δύο έννοιες αναφορικά με τον προσδιορισμό των ορίων μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού. Πιο συγκεκριμένα, η ασθένεια επηρεάζει τόσο την βιολογική ισορροπία του ατόμου, όσο και την κοινωνική του λειτουργία (Kovacs J., 1998).

Ωστόσο, οι συνέπειες της υιοθέτησης ενός μόνο από τους παραπάνω ορισμούς είναι αξιοσημείωτες. Αρχικά, εάν ως υγεία λογίζεται η απουσία ασθένειας, τότε μόνο οι επιστήμονες ιατροί θα μπορούν να διαγνώσουν τα υγιή άτομα. Με την πρόοδο της επιστήμης όμως άτομα που σήμερα διαγνώστηκαν ως υγιή, ενδέχεται στο μέλλον να εμφανίσουν συμπτώματα κάποιας ασθένειας καθώς νέοι μέθοδοι έρευνας πιο εξελιγμένοι θα έχουν ανακαλυφθεί, καθιστώντας δυνατή τη πρόληψη από ασθένειες μάστιγες της εποχής όπως ο καρκίνος κ.α. Σε αυτή, λοιπόν, την περίπτωση το άτομο θα νιώσει ανασφάλεια ως προς το επίπεδο υγείας του και ο κοινωνικός του περίγυρος

θα κρίνει την επιστημονική διάγνωση του τότε ιατρού, χωρίς να λάβει υπόψιν σημαντικούς παράγοντες. Όπως επισημαίνεται το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού είναι εύκολο να προσδιορισθεί μετρώντας τα άτομα, που κατά την διάρκεια της εξέτασης, εμφανίσουν συμπτώματα νόσου και συγκρίνοντάς τα με εκείνα, που δε θα εμφανίσουν.

Εμφανείς είναι τόσο οι δυσκολίες αναφορικά με το πρώτο και δεύτερο μοντέλο προσδιορισμού της έννοιας της υγείας, όσο και οι αντίστοιχες συνέπειές τους. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν άτομα που εμφανίζουν κάποιο χαρακτηριστικό γνώρισμα ασθενειών, χωρίς όμως να αισθάνονται άρρωστοι. Άλλα άτομα χωρίς να εμφανίσουν κάποια αλλαγή στον ανθρώπινο ιστό τους, αισθάνονται άρρωστοι και υπολειπουργούν. Άλλα άτομα ακούνε φωνές το βράδυ και υπνοβατούν, οπότε αναζητούν ψυχιατρική εξέταση αγνοώντας την ανάγκη έγκαιρης ιατρικής διάγνωσης. Υπάρχει, βέβαια και ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων που ταλαιπωρούνται από πεπτικά έλκη και άλλες ασθένειες, χωρίς να γνωρίζουν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια και γι' αυτόν τον λόγο δεν αναζητούν και την αντίστοιχη θεραπεία. Κάποιοι από τους παραπάνω ανθρώπους θα προσπαθήσουν μάλιστα να δικαιολογήσουν την σωματική ή ψυχική τους κατάσταση βρίσκοντας έρεισμα στον δεύτερο ορισμό της υγείας και συγκεκριμένα θα το αποδώσουν στο έτος της ηλικίας τους, όπως φυσιολογικά συμβαίνει στα άτομα ίδιου φύλλου στο σύνολο του πληθυσμού.

Ο τρίτος προσδιορισμός της υγείας σχετίζεται με την άμεση εξάρτηση της υγείας του ατόμου σε σχέση με το περιβάλλον του. Ο δυϊσμός σώματος – ψυχής απαιτεί την υιοθέτηση μιας ολιστικής αντίληψης για την υγεία. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που πάσχουν από κάποια ασθένεια ή εμφανίζουν κάποιου είδους αναπηρία θα θεωρούνται από το κοινωνικό τους περιβάλλον ως υγιή, αφού φέρνουν εις πέρας τις καθημερινές τους υποχρεώσεις. Δυνάμει των παραπάνω η υγεία θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης που ενυπάρχει ανεξάρτητα από την παρουσία μιας ασθένειας, όπως για παράδειγμα ο ουρανός παραμένει ακόμη και όταν καλύπτεται με σύννεφα (Croat Med J. 2006). Το πλεονέκτημα αυτού του προσδιορισμού της υγείας είναι ότι οι ασθένειες δεν αντικαθιστούν την ατομική υγεία, αλλά βρίσκονται σε μια ισορροπία από την μια το άτομο προσπαθεί να θεραπευθεί από την ασθένεια που πάσχει και από την άλλη πλευρά καλείται να βρει τις ισορροπίες για να ανταπεξέλθει στις καθημερινές ανάγκες του περιβάλλοντός του. Με αυτόν τον προσδιορισμό της υγείας αποτρέπονται διάφορα στερεότυπα που συνοδεύουν κάποιες χρόνιες ασθένειες όπως οι ψυχικές διαταραχές (πχ. Αλτσχάϊμερ) ή λέπρα και οι ίδιοι οι



πάσχοντες εμφανίζονται ως άτομα που ταλαιπωρούνται για παράδειγμα από σχιζοφρένεια και όχι ως σχιζοφρενείς.

Μία ακόμη σημαντική συνέπεια της εξέτασης του προσδιορισμού της «υγείας» είναι ο καθορισμός του ατόμου που βρίσκεται σε «καλή υγεία», που θεωρείται υγιής σε σχέση με τον ορισμό της «υγείας». Σε αυτή την περίπτωση έγκειται ο ρόλος των ειδικών ιατρών προκειμένου να διαγνώσουν πώς νιώθει το άτομο που πάσχει από μια ασθένεια, πώς η ασθένεια επηρεάζει την ζωή του και πώς το άτομο μπορεί να καταπολεμήσει την αρρώστια του ή πώς ενδεχομένως μπορεί να συμβιώσει με αυτήν για το υπόλοιπο της ζωής του. Καθοριστικό, λοιπόν κρίνεται ο ρόλος των επιστημόνων κατά την επιτέλεση του έργου τους. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί πως και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού επηρεάζεται άμεσα από τους διαφορετικούς ορισμούς που δίδονται στην έννοια της «υγείας». Ο πιο απλός ορισμός της υγείας είναι εκείνος που την εξισώνει με την απουσία αρρώστιας ή ασθένειας και ως εκ τούτου προάγει την υγεία ως μια προσπάθεια απομάκρυνσης των ασθενειών και μείωσης του αριθμού των ατόμων που πάσχουν από αυτές.

Οι κοινωνίες έρχονται αντιμέτωπες με σοβαρές προκλήσεις και αποσκοπούν στην προαγωγή του βέλτιστου επιπέδου υγείας των πολιτών τους. Ωστόσο, υπάρχουν παράγοντες τόσο εσωτερικοί όσο και εξωτερικοί που επηρεάζουν άρδην την υγεία των πολιτών. Η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα και ο τρόπος ζωής του ατόμου παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του. Επίσης, το εισόδημά του, το μορφωτικό του επίπεδο, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του είναι μερικοί από τους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου. Σημαντικό εργαλείο της έρευνας κάθε κοινωνίας αποτελεί η μέτρηση της υγείας μέσω της χρήσης συγκεκριμένων δεικτών. Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα αποτέλεσαν την αρχική προσέγγιση ανάπτυξης μετρικών συστημάτων.

Η τριγωνική σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, του κράτους και των ίδιων των πολιτών διαμορφώνει την αγωγή υγείας, η οποία αποτελεί μια από τις βασικότερες εκφράσεις προαγωγής της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως προαγωγή της υγείας την διαδικασία που παρέχει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να την βελτιώσουν. Καταρχήν το σημαντικότερο στάδιο είναι αυτό της πρόληψης των ασθενειών, που επιτυγχάνεται μέσω της λήψης μέτρων τόσο προς αποφυγή εμφάνισης της νόσου όσο και της μείωσης των επιβαρυντικών συνεπειών της για το ίδιο το άτομο. Με γνώμονα τον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης πλάθονται οι πολιτικές

υγείας που στόχο έχουν την προστασία της υγείας των πολιτών. Στο πλαίσιο του σύγχρονου κοινωνικού κράτους, έτσι διακρίνεται η ατομική από την δημόσια υγεία που αποσκοπεί στην προφύλαξη του συνόλου του πληθυσμού από οποιαδήποτε νοσηρή κατάσταση και στην εφαρμογή θετικών παρεμβάσεων με μοναδικό στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας.

### 1.1.2 Το θεμελιώδες Συνταγματικό δικαίωμα της Υγείας

Ως υγεία ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, όπως προκύπτει υιοθετώντας τον θετικό ορισμό από το Προοίμιο του Καταστατικού Χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ως δίκαιο υγείας λογίζεται το σύνολο των δικαϊκών κανόνων που έχουν ως στόχο την προάσπιση του αγαθού της υγείας. Το έννομο αγαθό της υγείας στη νομική κοινότητα εμφανίζεται με δύο όψεις, καθώς αποτελεί ταυτόχρονα ατομικό και κοινωνικό αγαθό που χρήζει συνταγματικής προστασίας. Αφενός το δικαίωμα στην υγεία έχει ατομικό χαρακτήρα, ισχύει για όλους τους πολίτες (*erga omnes*) ξεχωριστά και ως τέτοιο προστατεύεται. Πιο συγκεκριμένα, η ατομική του διάσταση συνίσταται στην υποχρέωση του Κράτους να απέχει από κάθε ενέργεια που δύναται να οδηγήσει σε προσβολή της σωματικής και κοινωνικής ευεξίας των πολιτών ή και περιορισμού του δικαιώματος της ελεύθερης πρόσβασης σε δομές υγείας. Αφετέρου το δικαίωμα στην υγεία θεωρείται ένα τυπικό κοινωνικό δικαίωμα, καθώς το Κράτος οφείλει να παρέχει στους πολίτες του τέτοιες υπηρεσίες υγείας, ικανές να προασπίσουν κατά τρόπο βέλτιστο το επίπεδο υγείας των πολιτών τους.

Ο Ιπποκράτης, πατέρας της ιατρικής επιστήμης διατύπωσε το ρητό: «κάλλιον το προλαμβάνειν του θεραπεύειν», σημειώνοντας ότι το δικαίωμα στην υγεία είναι αντικείμενο διάφορων παραμέτρων. Δηλαδή, για την προστασία της υγείας του πολίτη δεν αρκεί μόνο η παροχή κοινωνικής πρόνοιας, αλλά προέχει το στάδιο της πρόληψης που προηγείται της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Θεοδωσιάδου Συμέλα, 2019). Το ίδιο το άτομο οφείλει να προλαμβάνει καταστάσεις επικίνδυνες τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχική του υγεία. Με άλλα λόγια, διαφαίνονται οι δύο διαστάσεις του δικαιώματος της υγείας, οι οποίες τελούν υπό μια σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλοσυμπλήρωσης. Πρόκειται για ένα ιδιότυπο καθεστώς προστασίας, που όμως προβλέπεται στο Σύνταγμα.

Όσον αφορά την ατομική διάσταση του δικαιώματος της υγείας, αυτή κατοχυρώνεται στα ακόλουθα άρθρα του Συντάγματος. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 5 παρ. 2 Σ «Όλοι 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. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο...» και την παρ. 5 Σ που προστέθηκε με την αναθεώρηση του 2001 «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.», και στο άρθρο 7 παρ. 2 του Συντάγματος «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.», προστατεύεται η υγεία ως ατομικό δικαίωμα. Πρόκειται για ένα αρνητικό δικαίωμα με ισχύ για όλους τους πολίτες, αφού η προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας επιτυγχάνεται μέσω της αποχής του κράτους από κάθε συμπεριφορά που δύναται να προσβάλει την ψυχική και σωματική ευεξία του ατόμου. Αυτό είναι το περιεχόμενο του ατομικού δικαιώματος στην προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας, που πηγάζει από την ως άνω υποχρέωση του Κράτους και κάθε πολίτη, δυνάμει της τριτενέργειας των ατομικών δικαιωμάτων (Χ. Ανθόπουλος, 2001).

Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική διάσταση του δικαιώματος της υγείας προστατεύεται και κατοχυρώνεται στο Σύνταγμα σε διαφορετικά άρθρα. Το κοινωνικό, λοιπόν δικαίωμα στην υγεία καθιερώνεται στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος «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 απόρων.». Το Κράτος και συγκεκριμένα το Κράτος Δικαίου, όπως αυτό ορίζεται στο άρθρο 25 παρ. 1 του Συντάγματος, είναι υπεύθυνο για την προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας με κάθε τρόπο και μέσο. Δηλαδή είναι υπεύθυνο τόσο για την πρόληψη όσο και για την θεραπεία κάθε συμπεριφοράς ή κατάστασης που τείνει να αποκλείσει ή και να περιορίσει την προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας.

Από τις απαρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας και μάλιστα από τότε που θεσπίστηκε το ΕΣΥ με τον ν. 1397/83, απασχολεί διαρκώς την επικαιρότητα η κοινωνική διάσταση του δικαιώματος της υγείας εξαιτίας της ύπαρξης αδυναμιών και δυσλειτουργιών στις δομές δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με το νομικό νόημα του άρθρου 21 παρ. 3 Συντ., ως δικαιούχοι των παροχών του ΕΣΥ αναγνωρίζονται όλοι οι πολίτες

χωρίς διακρίσεις και με αυτό το γράμμα του νόμου αποκτά καθολικότητα το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Την μεταπολεμική και σκανδιναβική εμπειρία των Ε.Σ.Υ εφάρμοσε ακριβώς ο ν. 1397/83 που θέσπισε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, υιοθετώντας την καθολικότητα των υπηρεσιών υγείας (Σαλαμίνιου, 1989). Υφίστανται, λοιπόν συνταγματικές δεσμεύσεις του κοινού νομοθέτη που τίθενται σε ισχύ κατά την υλοποίηση του δικαιώματος στην υγεία (Χ. Ανθόπουλος 2001). Μεγάλη σημασία έχει η επιλογή να δοθεί έμφαση στον αντικειμενικό χαρακτήρα της προστασίας της υγείας, μέσω της διατύπωσης του άρθρου 21 παρ. 3 Συντ., όπως υποστηρίζουν ορισμένοι συγγραφείς «θεσπίζει απλώς υποχρέωση του Κράτους χωρίς να κατοχυρώνει και δικαιωμάτων πολιτών ( Π. Δαγτόγλου 1991)».

Το δικαίωμα στην υγεία είναι θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου και όχι μόνο του πολίτη (Κ. Κρεμαλής 1987), όπως θεσπίζεται από την αρχή της αξίας του ανθρώπου στο άρθρο 2 παρ. 1 Συντ. «Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας». Όπως προκύπτει και από το άρθρο 15 παρ. 1 περ. α' του Ν. 1397/83 το οποίο αναφέρεται στην «παροχή ισότιμης...περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή», αλλά και από το άρθρο 39 παρ. 1 του Ν. 2071/92 το οποίο προβλέπει ότι η «Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική» παρέχεται ενιαία σε όλη τη χώρα και τον πληθυσμό της, μόνιμο ή διερχόμενο, ημεδαπό ή αλλοδαπό και ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή όχι ασφαλιστικού φορέα, καθίσταται σαφές ότι δεν τίθεται θέμα διάκρισης των δικαιούχων υγειονομικών φροντίδων, μεταξύ ημεδαπών και αλλοδαπών, ασφαλισμένων ή ανασφάλιστων (Χ. Ανθόπουλος 2001).

Η έννοια της υγείας είναι πολυδιάστατη, καθώς αντικείμενο του δικαιώματος της υγείας δεν αποτελεί μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας και για αυτόν τον λόγο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, έχει υιοθετηθεί ο πιο σφαιρικός ορισμός της υγείας κατά το γράμμα του Π.Ο.Υ. Σε αυτόν λοιπόν τον ορισμό προσιδιάζει και η ερμηνεία του άρθρου 21 παρ. 3 Συντ., όπως επιβεβαιώνεται και με το μεταγενέστερο άρθρο 16 παρ. 1 του ν. 2071/92, διότι διαφορετικά εάν η υγεία οριζόταν μόνο ως η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (Κ. Κρεμαλής 1987), θα εφαρμοζόταν μόνο το άρθρο 22 παρ. 5 Συντ. «Το Κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει».

Η εφαρμογή του άρθρου 21 παρ. 3 Συντ. ενέτεινε τις οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των πολιτών του σύγχρονου κοινωνικού κράτους. Από την φύση τους τα κοινωνικά δικαιώματα πραγματώνονται αφού πρώτα περιοριστούν ως ένα βαθμό οι οικονομικές ελευθερίες των ανθρώπων μέσω των δημόσιων

παρεμβάσεων σε διάφορους τομείς με σκοπό την «αποεμπορευματοποίηση των αγαθών που ενσαρκώνονται στα κοινωνικά δικαιώματα (Χ. Ανθόπουλος 2001)». Με αυτό τον γνώμονα λειτουργεί η αγορά υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να περιοριστεί τόσο το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης από μέρους του καταναλωτή όσο και αυτό της προκλητής ζήτησης από μέρους των επαγγελματιών υγείας. Αυτός είναι και ο πυρήνας της λογικής του ν. 1397/83 με στόχο την διασφάλιση και προαγωγή του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία μέσω της καλύτερης λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων και την αποδοτικότητα των μονάδων περίθαλψης.

Τέλος, σύμφωνα με την κρατούσα άποψη οι αγωγίμες αξιώσεις προς ικανοποίηση των κοινωνικών δικαιωμάτων δεν δύναται να εγείρονται μόνο βάσει των ως άνω συνταγματικών διατάξεων, αλλά θα πρέπει να στηρίζονται και σε απαιτήσεις των πολιτών που στρέφονται είτε ενάντια του Κράτους είτε κατά «τρίτων» πολιτών (Μάνεση 1982). Η θέση του δικαιώματος στην υγεία στο συνταγματικό σύστημα είναι θεμελιώδης, όπως προκύπτει από την φύση των κοινωνικών δικαιωμάτων και όπως ακριβώς αυτή αποτυπώνεται στο άρθρο 1 παρ. 1 Συντ. «Το πολίτευμα της Ελλάδας είναι Προεδρευομένη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία.». Προαπαιτούμενο της ύπαρξης της δημοκρατίας είναι η ικανοποίηση βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων, όπως το δικαίωμα στην υγεία, την παιδεία, την εργασία κ.α. Ωστόσο, οι εκάστοτε επιλογές και πρωτοβουλίες των Κυβερνήσεων της χώρας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία. Αυτό συμβαίνει διότι η πραγμάτωση του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία είναι άμεσα εξαρτημένη από τον κρατικό προϋπολογισμό της χώρας. Ο τρόπος, δηλαδή, που διατίθενται οι χρηματοδοτικοί πόροι του κρατικού προϋπολογισμού καθορίζεται από τις αποφάσεις της εκάστοτε Κυβέρνησης της χώρας.

Έντονες ήταν οι αμφισβητήσεις πριν την ψήφιση του νομοσχεδίου του ΕΣΥ (1983) από την τότε αξιωματική αντιπολίτευση ότι η υγεία είναι περισσότερο κοινωνικό αγαθό παρά ατομικό αγαθό (Βλ. τις αγορεύσεις των βουλευτών Γιάτσου, Ξαρχά, Κλή και Χατζηδημητρίου, αλλά και τις επιφυλάξεις του αείμνηστου Π. Κανελλόπουλου (Πρακτικά Βουλής, Τμήμα Διακοπών, Συνεδριάσεις ΛΖ', σ. 1368-1369, σ. 1353, σ. 1376, Μ', σ. 1458, ΜΑ', σ. 1458, ΜΑ', σ. 1483 κ.α.). Επίσης, έντονη διαφωνία υπήρξε και για το άρθρο 17 παρ. 4 του ν. 1397/83 που προέβλεπε ότι οι πολίτες μπορούσαν να επιλέξουν μόνο τον οικογενειακό ιατρό τους και όχι τον νοσοκομειακό, όπως θερμά επεδίωκε η τότε αντιπολίτευση. Ωστόσο, η προαγωγή της

ομαλής λειτουργίας της δημόσιας νοσοκομειακής οργάνωσης δικαιολογεί τον παραπάνω περιορισμό από μέρους των πολιτών.

Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία όπως αυτό κατοχυρώνεται στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος αποτελεί ένα υγειονομικό κεκτημένο. Η αρχή του «κοινωνικού κεκτημένου (Κ. Μαυριά 2000)» οριοθετεί μια νέα τάξη πραγμάτων, προστατεύοντας τα θεμελιώδη δικαιώματα και δημιουργώντας έναν βασικό δείκτη προόδου της κοινωνίας, όπως εύλογα αποτυπώνεται στο γράμμα του νόμου στο άρθρο 25 παρ. 2 Συντ. «Η αναγνώριση και η προστασία των θεμελιωδών και απαράγραπτων δικαιωμάτων του ανθρώπου από την Πολιτεία αποβλέπει στην πραγμάτωση της κοινωνικής προόδου μέσα σε ελευθερία και δικαιοσύνη».

## **1.2 Βασικές πηγές του Εθνικού και Κοινοτικού Δικαίου της Υγείας**

### **1.2.1 Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός της Υγείας ορίζει την υγεία ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (a state of complete physical, mental and social well – being). Αυτός είναι ο επικρατέστερος θετικός ορισμός της υγείας. Έτσι, ο τομέας του δικαίου της υγείας απαρτίζεται από το σύνολο των κανόνων δικαίου που σκοπό έχουν την διασφάλιση και προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας. Κανόνες τόσο δημοσίου όσο και ιδιωτικού δικαίου περιλαμβάνονται στο δίκαιο υγείας και συγκεκριμένα διατάξεις που σχετίζονται με το φαρμακευτικό δίκαιο, το δίκαιο δικαιωμάτων ασθενών, το ιατρικό δίκαιο κ.α. Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας αποτελεί ειδική κατηγορία του Δικαίου της Υγείας.

Πολλά είναι τα αντικείμενα του Δημοσίου Δικαίου της Υγείας, καθώς υφίσταται ένα νομοθετικό πλαίσιο που ρυθμίζει τις δημόσιες συναλλαγές στην υγεία. Το νομοθετικό αυτό πλαίσιο επηρεάζεται και αναδιαμορφώνεται σύμφωνα με τις εξελίξεις στις κοινωνία και τις επιτακτικές δημοσιονομικές ανάγκες. Αυτό συμβαίνει διότι το δημόσιο δίκαιο της υγείας αποτελεί παρακλάδι του δικαίου κοινωνικής ασφάλισης, που με την σειρά του αποσκοπεί μέσα από ένα σύνολο κανόνων δικαίου στην προστασία του ανθρώπου από τους επικείμενους κοινωνικούς κινδύνους (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη 2017).

Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του παραπάνω νομοθετικού πλαισίου παίζουν εκτός από το θετικό δίκαιο και οι κανόνες δικαίου που θεσπίζονται τόσο από

το ευρωπαϊκό όσο και από το διεθνές δίκαιο. Το θεμελιώδες συνταγματικό δικαίωμα της υγείας στην νομική κοινότητα αποτελεί ταυτόχρονα και ατομικό και κοινωνικό αγαθό, όπως αναλύθηκε παραπάνω. Αυτή του η υπόσταση κρίνεται σημαντικό να εξεταστεί καθώς οι δύο αυτές εκφάνσεις του δικαιώματος της υγείας αλληλεξαρτώνται και αλληλοσυμπληρώνονται. Δεν πρόκειται για ένα απόλυτο αγαθό, καθώς οι υπηρεσίες υγείας επέχουν κινδύνους, ρίσκο και δεν δύναται να παρασχεθεί εγγύηση του συγκεκριμένου αποτελέσματος. Υπάρχουν διακρίσεις βεβαίως των ιατρικών πράξεων και των αποτελεσμάτων τους (π.χ. ενός χειρουργείου και μιας αιματολογικής εξέτασης).

Ο ρόλος και η οργάνωση της Δημόσιας Διοίκησης καθορίζεται από διάφορες διατάξεις του Διοικητικού Δικαίου. Τα όργανα της διοίκησης και συγκεκριμένα οι διάφοροι υπάλληλοι του Ε.Σ.Υ είναι υπεύθυνοι για την υγειονομική περίθαλψη του συνόλου των πολιτών, όσο αφορά τον δημόσιο τομέα. Άμεσα συνυφασμένο με το Δημόσιο Δίκαιο Υγείας είναι και το ασφαλιστικό δίκαιο. Επομένως, το σύνολο των κανόνων δικαίου που ρυθμίζουν την εύρυθμη λειτουργία του Ε.Σ.Υ καθορίζονται από το δίκαιο της υγείας, το οποίο περιέχει διατάξεις τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού δικαίου. Μέχρι σήμερα δηλαδή δεν έχει αυτονομηθεί ως κλάδος δικαίου το δίκαιο της υγείας, καθώς περιλαμβάνει διάφορα θέματα από την πρόληψη και την διάγνωση ως τις φαρμακευτικές πράξεις (Κρεμαλής 2011).

Κατά την Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη (2009) το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας ορίζεται ως εξής: «Οι σχέσεις του ιδιωτικού δικαίου ρυθμίζουν κατ' αρχήν τις σχέσεις μεταξύ των ιδιωτών με βάση την ισοτιμία της βουλήσεως και οι κανόνες του δημοσίου δικαίου διέπουν τη διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και την τήρηση της υγειονομικής τάξης και ασφάλειας με τον έλεγχο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας και με τη διαφύλαξη τη δημόσιας υγείας. Οι κανόνες αυτοί έχουν ειδικό χαρακτήρα σε σχέση με τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και συγκροτούν το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη 2009)».

Τέλος, σημαντικές πηγές του δικαίου της υγείας είναι το Σύνταγμα (για παράδειγμα το άρθρο 21 παρ. 3 Σ και ένα σύνολο διατάξεων που ρυθμίζουν τις υγειονομικές υπηρεσίες μέσω βασικών συνταγματικών αρχών όπως η ελευθερία της έρευνας άρθρο 16 παρ. 1 Σ, η αρχή της ισότητας άρθρο 4 παρ. 1 Σ, ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξία άρθρο 2 παρ. 1 Σ κ.α.), διάφοροι νόμοι και προεδρικά διατάγματα όσο αφορά το ενδοτικό δίκαιο, αλλά και σημαντικές συμβάσεις τόσο σε διεθνές όσο και σε

ευρωπαϊκό επίπεδο. Επίσης, η νομολογία των Δικαστηρίων και οι διάφοροι Επαγγελματικοί Κώδικες Δεοντολογίας καθορίζουν τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας (όπως κώδικας ιατρικής δεοντολογίας ν.3418/2005, κώδικας ελληνικής φαρμακευτικής δεοντολογίας ΠΔ 340/1992 κ.α.) και προστατεύουν τα θεμελιώδη δικαιώματα των πολιτών από κάθε πιθανή παραβίασή τους.

### 1.2.2 Το Διεθνές και Ευρωπαϊκό Δίκαιο Υγείας

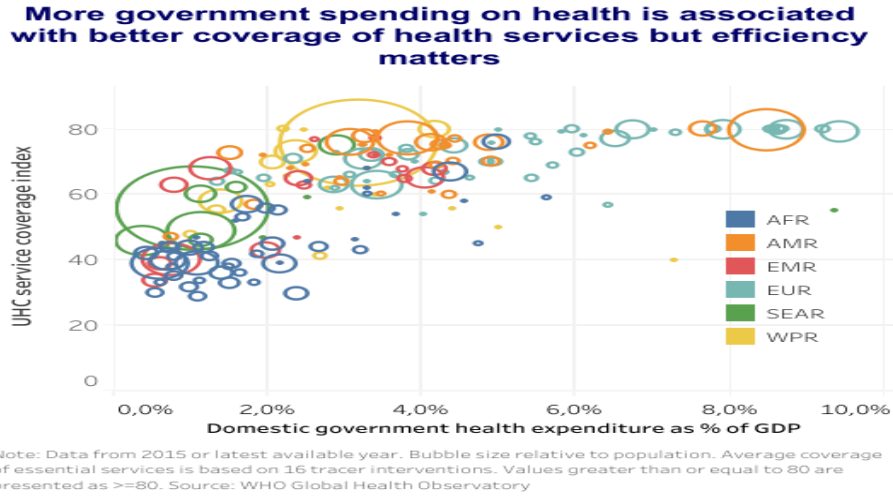
Η υγεία αποτελεί το υπέρτατο έννομο αγαθό της ανθρώπινης υπόστασης και ως εκ τούτου χρήζει προστασίας από τους φορείς και αποδέκτες της. Ως ένα εμπορεύσιμο αγαθό η υγεία καθίσταται πολλές φορές αντικείμενο συναλλαγής λόγω των υπηρεσιών υγείας, ασκώντας επιρροή στην οικονομική παραγωγικότητα. Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με νέα έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οι δαπάνες Υγείας Παγκοσμίως σημειώνουν την μεγαλύτερη αύξηση συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο τομέα της οικονομίας. Συγκεκριμένα, οι πληρωμές για ιατρικές υπηρεσίες αγγίζουν το 10% του παγκόσμιου ΑΕΠ. Αυτή η αύξηση παρατηρείται κυρίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου η αύξηση σε δαπάνες υγείας αγγίζει ετησίως κατά μέσο όρο το 6%, ενώ αυτή η τάση δεν είναι τόσο ανεξέλεγκτη σε πιο εύπορες χώρες ( 4% κατά μέσο όρο η ετήσια αύξηση).

Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των δαπανών υγείας παίζουν οι διάφορες πολιτικές που επιλέγονται για την υγεία. Το 51% κατά μέσο όρο των δαπανών για την υγεία καλύπτεται από τις κυβερνήσεις, όπως αναφέρει η έκθεση του Π.Ο.Υ, ενώ το ποσοστό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ανέρχεται στο 40%. Όμως, πολύ υψηλό παραμένει το ποσοστό των «out-of-pocket money», σε 35% λοιπόν το ποσοστό που επιβαρύνει τους πολίτες. Όσο αφορά αυτή την σημαντική επιβάρυνση των νοικοκυριών ο γενικός διευθυντής του ΠΟΥ, δρ Tedros Adhanom Ghebreyesus, δήλωσε ότι «Οι αυξημένες εγχώριες δαπάνες είναι απαραίτητες για την επίτευξη της καθολικής κάλυψης της υγείας και των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης που σχετίζονται με την υγεία». «Αλλά οι δαπάνες για την υγεία δεν είναι κόστος, είναι μια επένδυση στη μείωση της φτώχειας, στην δημιουργία θέσεων εργασίας, στην αύξηση της οικονομικής ανάπτυξης που θα οδηγήσουν σε πιο υγιείς, ασφαλέστερες και δίκαιες κοινωνίες», δήλωσε ο Δρ Tedros Adhanom Ghebreyesus, Γενικός Διευθυντής του WHO.



### Διάγραμμα 1.1

Περισσότερες κρατικές δαπάνες για την υγεία συνδέονται με την καλύτερη κάλυψη των υπηρεσιών υγείας αλλά η αποτελεσματικότητα έχει σημασία

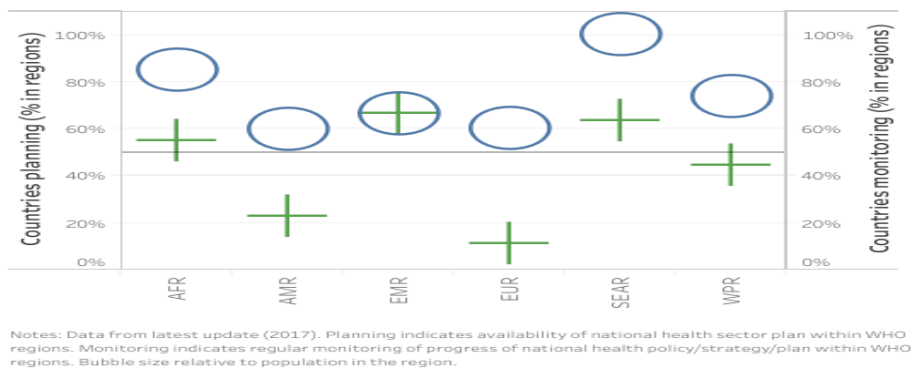


Πηγή: WHO

### Διάγραμμα 1.2

Ο εθνικός σχεδιασμός και παρακολούθηση της υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας

**National health planning and monitoring are critical for improved health systems governance**



Πηγή: WHO

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως ανεξάρτητος διεθνής διακρατικός οργανισμός, εστιάζει με τις πολιτικές του στην επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας όλων των πολιτών. Η διεθνής δημόσια υγεία αποτελεί την πρωταρχική ενασχόληση του Π.Ο.Υ, αφού ο ρόλος του επικεντρώνεται τόσο στην προαγωγή της επιστημονικής έρευνας μέσω της διάδοσης γνώσεων παγκοσμίως, όσο και στην χάραξη πολιτικών επιλογών όσο αφορά τα διεθνή θέματα υγείας. Όμως, το προοίμιο του Π.Ο.Υ δεν δεσμεύει νομικά τα διάφορα κράτη, σε αντιδιαστολή με τις διάφορες διεθνείς συμβάσεις που έχουν κυρωθεί με νόμο από τα αντίστοιχα κράτη.

Το δικαίωμα στην υγεία, ως υπέρτατο αγαθό για τον άνθρωπο και ως κοινωνικό δικαίωμα κατοχυρώνεται σε διάφορα συνταγματικά νομικά κείμενα. Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η καθολικότητα του δικαιώματος στην υγεία χωρίς φυλετικές, θρησκευτικές, οικονομικές, πολιτικές ή άλλες διακρίσεις. Η προστασία και η εξασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας όλων των πολιτών πρέπει να είναι η μοναδική κατεύθυνση των πολιτικών που ακολουθούνται στην υγεία. Όπως προκύπτει και από τον ευρύ θετικό ορισμό της υγείας κατά τον Π.Ο.Υ, η υγεία συνδέεται άμεσα τόσο με την καλή υπόσταση του ανθρώπου όσο και με την αξιοπρέπεια του, στοιχείο που προσιδιάζει στην έννοια της ευεξίας του ατόμου στα διάφορα επίπεδα της ζωής του.

Τα ατομικά δικαιώματα κατοχυρώνονται εκτός του εσωτερικού δικαίου και στο διεθνές δίκαιο. Το πέρας του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου σηματοδοτεί την εμφάνιση μιας σειράς συμβάσεων τόσο από μέρους του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών (Μαντζουλίνου 1964) όσο και του Συμβουλίου της Ευρώπης. Οι σημαντικότερες από τις οποίες είναι «ο Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών της 26 Ιουνίου 1945», «Διεθνής σύμβαση περί καταργήσεως της δουλείας της 7 Σεπτεμβρίου 1956», «Διεθνές σύμφωνο περί ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων της 19 Δεκεμβρίου 1966 (ΔΣΑΠΔ)», «η Σύμβαση για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών (ΕΣΔΑ) κ.α.

Σημαντικές πηγές του διεθνούς και ευρωπαϊκού δικαίου της υγείας αποτελούν τόσο η νομολογία του Διεθνούς Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου, όσο και οι παραπάνω διεθνείς συμβάσεις που έχουν κυρωθεί με τυπικό νόμο όπως έχει θεσπιστεί στο άρθρο 28 του Συντάγματος «1. Οι γενικά παραδεγμένοι κανόνες του διεθνούς δικαίου, καθώς και οι διεθνείς συμβάσεις, από την επικύρωσή τους με νόμο και τη θέση τους σε ισχύ σύμφωνα με τους όρους καθεμιάς, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του εσωτερικού ελληνικού δικαίου και υπερισχύουν από κάθε άλλη αντίθετη διάταξη νόμου. Η

εφαρμογή των κανόνων του διεθνούς δικαίου και των διεθνών συμβάσεων στους αλλοδαπούς τελεί πάντοτε υπό τον όρο της αμοιβαιότητας.

2. Για να εξυπηρετηθεί σπουδαίο εθνικό συμφέρον και να προαχθεί η συνεργασία με άλλα κράτη, μπορεί να αναγνωρισθούν, με συνθήκη ή συμφωνία, σε όργανα διεθνών οργανισμών αρμοδιότητες που προβλέπονται από το Σύνταγμα. Για την ψήφιση νόμου που κυρώνει αυτή τη συνθήκη ή συμφωνία απαιτείται πλειοψηφία των τριών πέμπτων του όλου αριθμού των βουλευτών.

3. Η Ελλάδα προβαίνει ελεύθερα, με νόμο που ψηφίζεται από την απόλυτη πλειοψηφία του όλου αριθμού των βουλευτών, σε περιορισμούς ως προς την άσκηση της εθνικής κυριαρχίας της, εφόσον αυτό υπαγορεύεται από σπουδαίο εθνικό συμφέρον, δεν θίγεται δικαιώματα του ανθρώπου και τις βάσεις του δημοκρατικού πολιτεύματος και γίνεται με βάση τις αρχές της ισότητας και με τον όρο της αμοιβαιότητας.»

Σημαντικά κείμενα χωρίς να δεσμεύουν νομικά τα κράτη, αλλά δημιουργώντας πολύτιμες συστάσεις διεθνών οργανισμών στα κράτη μέλη είναι αυτά της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας. Όσο αφορά τις πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης αυτές οφείλουν να αποσκοπούν στην λήψη μέτρων με στόχο τη βελτίωση της διεθνούς δημόσιας υγείας και την πρόληψη των διάφορων ασθενειών (Παπακωνσταντίνου Απόστολος 2005). Πηγή του δικαίου της υγείας αποτελεί και ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατοχυρώνει την προστασία της υγείας στο άρθρο 35 αυτού και αναφέρει ότι «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει 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 υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου.» Οι αρχές αυτού του άρθρου βασίζονται στο άρθρο 152 της συνθήκης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, αλλά και στο άρθρο 11 του ευρωπαϊκού κοινωνικού χάρτη. Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων κυρώθηκε με την Συνθήκη της Λισσαβώνας άρα συνιστά πρωτογενές δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ως εκ τούτου σημαντική πηγή του δικαίου υγείας. Τέλος, καθίσταται σαφές πως άμεση προτεραιότητα των κρατών μελών της Ε.Ε όσο αφορά τα διεθνή θέματα υγείας είναι η χάραξη πολιτικών υγείας με υψηλή ευθύνη την βέλτιστη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υγείας και τη βέλτιστη κατανομή των πόρων στις υπηρεσίες υγείας (Μητροσύλη 2007).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Θεωρητική προσέγγιση της συνταγματικής προστασίας των Ατομικών Δικαιωμάτων

#### 2.1 Εννοιολογική διαμόρφωση των Ατομικών Δικαιωμάτων

##### 2.1.1 Ιστορική εξέλιξη της κατοχύρωσης των Ατομικών Δικαιωμάτων

Στην αρχαιότητα ο όρος των ατομικών δικαιωμάτων, ως νομικών δικαιωμάτων δεν υφίστατο. Όμως αυτό άλλαξε με τα χρόνια και κυρίως όταν επικράτησε ο χριστιανισμός στη μεσαιωνική Δυτική Ευρώπη, οπότε και υπήρξε ο δυαδισμός κράτους και εκκλησίας. Έτσι δημιουργήθηκε η ανάγκη μέσω του δυαδισμού να δοθεί έμφαση στην ύπαρξη των ατομικών δικαιωμάτων, που αναγνωρίζονται από το κράτος. Ουσιαστικά η θρησκευτική ελευθερία έδωσε το έρεισμα της εμφάνισης και επικράτησης των ατομικών δικαιωμάτων.

Αφετηρία της κατοχύρωσης των ατομικών δικαιωμάτων υπήρξε η ήττα του βασιλιά της Αγγλίας, Ιωάννη του Ακτήμονα έναντι του αρχιεπισκόπου και των βαρόνων, γεγονός που οδήγησε στην υπογραφή του «Μεγάλου Χάρτη των ελευθεριών» (Π. Δαγτόγλου 2012). Μετέπειτα αυτό το έγγραφο επικυρώθηκε πολλάκις και από μεταγενέστερους βασιλείς οδηγώντας σταδιακά στη σύγχρονη αντίληψη κατοχύρωσης των ατομικών δικαιωμάτων. Παρεμφερείς διακηρύξεις, όπως και το Bill of Rights (1688) είναι μέρος του ισχύοντος αγγλικού δικαίου. Ωστόσο, η θρησκευτική ελευθερία ήταν ιστορικά η πρώτη συνταγματική κατοχύρωση ατομικών δικαιωμάτων που έλαβε χώρα στην Αμερική και ενσωματώθηκε στο σύνταγμα της Καρολίνας το 1669. Αξίζει να σημειωθεί και η μεγάλη επιρροή στη θέσπιση των ατομικών δικαιωμάτων που είχε και η Διακήρυξη της Ανεξαρτησίας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (Declaration of Independence of the United States of America 1776). Οι παραπάνω θεωρίες δεν δύνατο να μην επηρεάσουν κατά τρόπο άμεσο και την γαλλική διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου και του πολίτη (Declaration des droits de l'homme et du citoyen) του 1789.

Όσον αφορά τα ελληνικά συνταγματικά κείμενα φαίνεται πως υιοθέτησαν σε μεγάλο βαθμό τις ιδέες της γαλλικής επανάστασης. Το Σύνταγμα του 1975 περιέχει τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα, καθώς το δεύτερο μέρος του περιστρέφεται γύρω

από την αξία του ανθρώπου και ως εκ τούτου την προστατεύει. Μέσω της προστασίας και της αναγνώρισης των δικαιωμάτων του ανθρώπου επιτυγχάνεται η πραγμάτωση του σύγχρονου κοινωνικού κράτους. Για πρώτη φορά στο Σύνταγμα του 1975 και συγκεκριμένα στο άρθρο 20 παρ. 1 προβλέπεται η δικαστική προστασία των ατομικών δικαιωμάτων. Αντιθέτως, με το Σύνταγμα του 1952 το οποίο ήταν περισσότερο ατομοκεντρικό. Προέχει η προαγωγή του κοινωνικού κράτους, χωρίς όμως να υποθάλπεται εντελώς το άτομο στο σύνολο. Το Σύνταγμα, δηλαδή περιορίζει τα ατομικά δικαιώματα προς όφελος του γενικού συμφέροντος. Ο Έλληνας νομοθέτης κατοχύρωσε τα ατομικά δικαιώματα και έναντι της νομοθετικής εξουσίας, προσδιορίζοντας όμως συγκεκριμένους περιορισμούς.

Τα ατομικά δικαιώματα κατοχυρώνονται εκτός του εσωτερικού δικαίου και στο διεθνές δίκαιο. Το πέρας του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου σηματοδοτεί την εμφάνιση μιας σειράς συμβάσεων τόσο από μέρους του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών (Α. Μαντζουλίνου 1964) όσο και του Συμβουλίου της Ευρώπης. Οι σημαντικότερες από τις οποίες είναι «ο Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών της 26 Ιουνίου 1945», «Διεθνής σύμβαση περί καταργήσεως της δουλείας της 7 Σεπτεμβρίου 1956», «Διεθνές σύμφωνο περί ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων της 19 Δεκεμβρίου 1966 (ΔΣΑΠΔ)», «η Σύμβαση για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών (ΕΣΔΑ) κ.α.

Ιδιαίτερως σημαντική θεωρείται και η κατοχύρωση των ατομικών δικαιωμάτων στο ευρωπαϊκό κοινοτικό δίκαιο. Επηρέασε και την Ελλάδα μετά την είσοδο της στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα την 1η Ιανουαρίου 1981. Από τότε το δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπερισχύει του εθνικού δικαίου. Στην αρχή η Ευρωπαϊκή Ένωση, όντας ένας οργανισμός που επιτελεί ειδικούς σκοπούς δεν είχε προβλέψει να συμπεριλάβει στις συνθήκες της την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων. Μολονότι ορισμένες συνθήκες της προασπίζουν την οικονομική ελευθερία και ισότητα, υπήρξαν αντιδράσεις από διάφορα πολιτικά όργανα της Κοινότητας να προστατευθούν εν συνόλω τα ατομικά δικαιώματα μέσω του κοινοτικού δικαίου. Έτσι, το 1992 η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (Συνθήκη του Μάαστριχτ) διακήρυξε στο άρθρο 6, όπως αντικαταστάθηκε από τη Συνθήκη του Άμστερνταμ του 1997, ότι: Η Ευρωπαϊκή Ένωση βασίζεται στις αρχές της ελευθερίας, της δημοκρατίας, του σεβασμού των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών και του κράτους δικαίου, αρχές οι οποίες είναι κοινές στα κράτη μέλη. Η Ένωση σέβεται τα θεμελιώδη δικαιώματα, όπως κατοχυρώνονται με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την

Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, που υπογράφηκε στη Ρώμη στις 4 Νοεμβρίου 1950, και όπως προκύπτουν από τις κοινές συνταγματικές παραδόσεις των κρατών μελών, ως γενικές αρχές του κοινοτικού δικαίου (Π. Δαγτόγλου 2012)». Ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων, όπως προβλέπει και η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση ( Άρθρο 56 ΣυνθΛΕΕ) παίζει καθοριστικό ρόλο για την είσοδο ενός κράτους στην Κοινότητα. Μάλιστα, το 2007 δημιουργήθηκε και μια νέα υπηρεσία της Ε.Ε. με σκοπό την προστασία και διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων η EU Agency for Fundamental Rights (FRA - Κανονισμός 168/2007 του Συμβουλίου της 15.2.2007), που εδράζεται στην Βιέννη.

### 2.1.2 Διάκριση και Αλληλεξάρτηση των Ατομικών Δικαιωμάτων

Τα θεμελιώδη δικαιώματα κατηγοριοποιήθηκαν από τον Γερμανό νομομαθή Georg Jellinek (1851 – 1911) λαμβάνοντας υπόψιν τις οικονομικο – πολιτικές αντιλήψεις εκείνης της περιόδου. Έτσι, η κλασική διάκριση περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες των δικαιωμάτων και συγκεκριμένα την αποθετική, την θετική και την ενεργό κατάσταση (status negativus ή status libertatis, status positivus ή status civitatis ή status socialis και status activus) του ατόμου και αντιστοίχως για τις θεμελιώδεις ελευθερίες, τις κοινωνικές αξιώσεις και τα πολιτικά δικαιώματα.

Στην πρώτη κατηγορία που αφορά την αποθετική κατάσταση του ατόμου εντάσσονται τα αμυντικά ή αρνητικά δικαιώματα, τα οποία εκφράζουν τις αξιώσεις του ατόμου έναντι του κράτους. Μέσω αυτών των δικαιωμάτων περιορίζεται η επέμβαση του κράτους στις δραστηριότητες του ατόμου, αποτρέπονται κατά άμεσο τρόπο οι κρατικές προσβολές. Έτσι, διαμορφώνεται η ελευθερία του ατόμου να συμβιώσει ως μέλος της κοινωνίας όπως επιθυμεί ο ίδιος. Οι αξιώσεις αυτές βοηθούν στον διαχωρισμό της ιδιωτικής από την δημόσια ζωή του ατόμου, γεγονός που καθίσταται εφικτό μέσω της αποχής του κράτους. Εδώ ανήκουν κυρίως οι ατομικές ελευθερίες όπως είναι: το δικαίωμα ζωής, τιμής και ελευθερίας (άρθρο 5 παρ. 2 Συντ.), το δικαίωμα συναθροίσεως (άρθρο 11 Συντ.), η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρο 5 παρ. 1 Συντ.), η ελευθερία της γνώμης (άρθρο 14 Συντ.) κ.α.

Στην δεύτερη κατηγορία που αφορά την θετική κατάσταση του ατόμου ανήκουν τα θετικά ή κοινωνικά δικαιώματα. Αυτά εκφράζουν τις αξιώσεις των ατόμων προς παροχή αγαθών και υπηρεσιών από μέρος του κράτους. Είναι σαφής η διάκριση με την παραπάνω κατηγορία δικαιωμάτων, αφού εν προκειμένω οι πολίτες

προστρέχουν στο κράτος με σκοπό να τους προστατέψει. Προάγεται, λοιπόν από την διασφάλιση των ως άνω δικαιωμάτων η κοινωνική δικαιοσύνη, που αποτελεί έκφραση του κοινωνικού κράτους.

Τέτοια κοινωνικά δικαιώματα είναι το δικαίωμα εργασίας (άρθρο 22 παρ. 1 Συντ.), το δικαίωμα παιδείας (άρθρο 6 παρ. 4 Συντ.) κ.α. Να σημειωθεί ότι με την αναθεώρηση του Συντάγματος το 2001 προστέθηκε και η παρ. 5 στο άρθρο 5 του Συντάγματος, όπως αναλύθηκε και παραπάνω. Η συγκεκριμένη παράγραφος δεν προβλέπει μόνο την κρατική μέριμνα για την προστασία της υγείας των πολιτών (άρθρο 21 παρ. 3 Συντ.), αλλά εξασφαλίζει ειδικά το δικαίωμα κάθε πολίτη στην προστασία της υγείας του.

Ωστόσο, τα κοινωνικά δικαιώματα του ανθρώπου δεν κατοχυρώνονται μόνο στο Σύνταγμα, αλλά και σε διεθνείς συμβάσεις όπως το Διεθνές Σύμφωνο του ΟΗΕ περί οικονομικών, κοινωνικών και μορφωτικών δικαιωμάτων της 19 Δεκεμβρίου 1996, που κυρώθηκε με τον νόμο 1532/1985 (Α'45) (Π. Δαγτόγλου 2012), ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης της 18 Οκτωβρίου 1961, που κυρώθηκε με τον νόμο 1426/1984 (Α'32), κυρώθηκε με τον νόμο 4359/2016 και ο Αναθεωρημένος Κοινωνικός Χάρτης που υπεγράφη στο Στρασβούργο στις 3 Μαΐου 1996, και τέλος ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας της 9 Δεκεμβρίου 1989.

Όσον αφορά τις παραπάνω διεθνείς συνθήκες προστασίας δημιουργούν το ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας των κοινωνικών δικαιωμάτων, παρέχουν δηλαδή «διεθνείς εγγυήσεις του κράτους πρόνοιας (Κοντιάδης 1997)». Ουσιαστικά, τα παραπάνω «κείμενα», μέσω της διεύρυνσης του πεδίου εφαρμογής των ενδοτικών κανόνων δικαίου, της επιβολής στον κοινό νομοθέτη να προβεί στη χάραξη ορίων κοινωνικής προστασίας και της επέκτασης της υπάρχουσας νομοθεσίας για περαιτέρω προστασία των μεταναστών, παρέχουν διεθνείς εγγυήσεις τόσο του κράτους πρόνοιας όσο και των κοινωνικών δικαιωμάτων.

Πιο συγκεκριμένα, το Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα (1966) διασφαλίζει μέσω των διατάξεών (Κασιμάτης et. al. 1995) του αρκετά κοινωνικά δικαιώματα όπως το δικαίωμα απόλαυσης της «καλλίτερης σωματικής και ψυχικής υγείας» (άρθρο 12), το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση (άρθρο 9), το δικαίωμα απεργίας (άρθρο 8δ), το δικαίωμα στην εργασία (άρθρο 6) κ.α. Όμως οι διατάξεις του Συμφώνου δεν είναι «άμεσα δεσμευτικές» υπό την έννοια ότι δεν περιορίζουν την δράση του κοινού νομοθέτη. Για



παράδειγμα το άρθρο 2 του Διεθνούς Συμφώνου ορίζει ότι: «Καθένα από τα κράτη που συμβάλλονται με το Σύμφωνο αυτό αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενεργεί τόσο με δικές του προσπάθειες όσο και με τη διεθνή βοήθεια και συνεργασία ... με όλα τα διαθέσιμα μέσα του, με σκοπό να εξασφαλίσει προοδευτικά την πλήρη άσκηση των αναγνωριζόμενων δικαιωμάτων». Συνεπώς, κατά την κρατούσα άποψη η εφαρμογή των διατάξεων του Διεθνούς Συμφώνου έχουν κατά κύριο λόγο πολιτικό χαρακτήρα (Κατρούγκαλος 1998). Στην ίδια άποψη προσιδιάζει και η ελληνική νομολογία μέσω πληθώρα αποφάσεων.

Η προστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων σε ευρωπαϊκό επίπεδο πραγματώνεται με την βοήθεια του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, που τέθηκε σε ισχύ το 1965, και είναι «στον οικονομικό και κοινωνικό τομέα το αντίστοιχο της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου που κατοχυρώνει τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα (Tom Kenny 1999)». Ο Χάρτης προστατεύει δικαιώματα σε διάφορους τομείς όπως το δικαίωμα προστασίας της υγείας (άρθρο 11), το δικαίωμα για κοινωνική ασφάλεια (άρθρο 12), το δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη (άρθρο 13), το δικαίωμα για ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας (άρθρο 2), το δικαίωμα στην εργασία (άρθρο 1), το δικαίωμα για επαγγελματική εκπαίδευση (άρθρο 10) κ.α. Με λίγα λόγια ο Χάρτης διαμορφώνει με την βοήθεια ενός ρυθμιστικού πλαισίου τους σκοπούς της κοινωνικής πολιτικής και θεσπίζει τις αντίστοιχες υποχρεώσεις των κρατών μελών (Κατρούγκαλος 1998). Σημαντική καθίσταται η κύρωση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη και για την χώρα μας, καθώς «διαθέτουμε πλέον ένα σύγχρονο και πρωτότυπο κείμενο, έναν απλούστερο και ταχύτερο μηχανισμό ελέγχου, μια εποπτεία με πολιτικό κύρος και μια οιονεί δικαστική διαδικασία, στην οποία κοινωνικοί εταίροι έχουν βασικότερο ρόλο. Συνοψίζοντας όλα αυτά σε μια φράση θα λέγαμε ότι ο Χάρτης του 21ου αιώνα αυτή τη στιγμή είναι η αποτελεσματικότητα».

Σημαντικό ρόλο στην προστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων στην Ευρώπη διαδραματίζει και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1950), που αφορά τα είκοσι οκτώ (28) εμπλεκόμενα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης. Η ΕΣΔΑ διαμόρφωσε ένα νέο ρυθμιστικό πλαίσιο προστατεύοντας κατά τρόπο άμεσο τόσο τα ατομικά όσο και τα πολιτικά δικαιώματα του ανθρώπου. Προς επίτευξη των στόχων της ΕΣΔΑ λειτουργεί το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, καθώς στη νομολογία του δίνεται ιδιαίτερως έμφαση στη κοινωνική διάσταση των προστατευόμενων δικαιωμάτων. Έτσι, ορισμένες διατάξεις της ΕΣΔΑ

όπως το άρθρο 14 που αναφέρεται στην απαγόρευση των διακρίσεων, το άρθρο 4 που αφορά την απαγόρευση αναγκαστικής εργασίας, το άρθρο 6 παρ. 1 που θεμελιώνει το δικαίωμα σε μια δίκαιη δίκη κ.α. χρησιμοποιούνται από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, καθώς εμφανίζουν έντονα κοινωνικά στοιχεία.

Το μοντέλο του κοινωνικού κράτους εμφανίστηκε μετά την αποτυχία του φιλελεύθερου κράτους, όπου δεν υπήρχαν τα κοινωνικά δικαιώματα. Έτσι σταδιακά η κοινωνία απέκτησε την δύναμη να διεκδικήσει την κατοχύρωση αυτών των δικαιωμάτων και να διασφαλίσει κατά τρόπο άμεσο την κοινωνική δικαιοσύνη. Δημιουργείται η υποχρέωση του κράτους να διαμορφώσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις προκειμένου οι πολίτες να απολαύσουν δικαιώματα όπως αυτά της υγείας, της παιδείας, το δικαίωμα της ελεύθερης κυκλοφορίας, το δικαίωμα προστασίας του φυσικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος, το δικαίωμα στην εκπαίδευση, της κοινωνικής ασφάλισης κ.α. Τα κοινωνικά δικαιώματα ως συνταγματικά δικαιώματα δεν δημιουργούν αγωγήμες αξιώσεις, αλλά διαπλάθουν θεσμικές εγγυήσεις. Πιο συγκεκριμένα, τα κοινωνικά δικαιώματα αποτελούν ισχύον δίκαιο και κατ' επέκταση δεσμευτικούς κανόνες δικαίου.

Στην τρίτη και τελευταία κατηγορία δικαιωμάτων εντάσσονται όλα τα πολιτικά δικαιώματα του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα εδώ ανήκουν τα συμμετοχικά δικαιώματα του πολίτη όσον αφορά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας. Για παράδειγμα το εκλογικό δικαίωμα ή το δικαίωμα ψήφου (άρθρο 51 παρ. 3 Συντ.), το δικαίωμα του εκλέγεσθαι (άρθρο 55 Συντ.) κ.α.

Εμφανής είναι και η αλληλεξάρτηση (Π. Δαγτόγλου 2012) δικαιωμάτων των τριών παραπάνω κατηγοριών, παρά το γεγονός ότι διαφέρουν ως προς το έννομο αγαθό που προστατεύουν, εκφράζουν την ελευθερία, την κοινωνική δικαιοσύνη και την δημοκρατία. Τα αμυντικά δικαιώματα δεν διασφαλίζονται μόνο μέσω της αποχής, αλλά απαιτούνται και σχετικές ενέργειες από μέρος του κράτους. Άρα, η ελευθερία δε νοείται αποκομμένη από την κοινωνία. Επίσης, η απόλαυση των πολιτικών δικαιωμάτων εξαρτάται άμεσα από τις ατομικές ελευθερίες. Εάν ο άνθρωπος δεν ικανοποιήσει πρώτα τις βασικές του ανάγκες, δεν μπορεί να ασκήσει κατά συνέπεια και τα πολιτικά του δικαιώματα.

## 2.2 Τα Ατομικά Δικαιώματα ως συστατικά στοιχεία του Κράτους Δικαίου

### 2.2.1 Φορείς και Αποδέκτες των Συνταγματικών Δικαιωμάτων

Ο θεμελιώδης χαρακτήρας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων προκύπτει και από τους διαφορετικούς ορισμούς που έχουν αποδοθεί σε αυτά. Το 1ο άρθρο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του ΟΗΕ ορίζει ότι «Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα. Είναι προικισμένοι με λογική και συνείδηση, και οφείλουν να συμπεριφέρονται μεταξύ τους με πνεύμα αδελφότητας». Επίσης, όπως υπογραμμίζεται στην αρχή της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου ο σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια «αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο». Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό «δικαίωμα είναι η εξουσία η οποία απονέμεται από το Δίκαιο στα πρόσωπα για την ικανοποίηση συμφέροντος, ενώ ως συνταγματικά δικαιώματα νοούνται τα παρεχόμενα στα άτομα και ως μέλη του συνόλου θεμελιώδη, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά δικαιώματα, που αποτελούν κατά την αντίληψη του νομοθέτη βασικές ειδικεύσεις της ανθρώπινης αξίας και των οποίων το αμυντικό περιεχόμενο στρέφεται μόνο προς το κράτος, αξιώνοντας την παροχή βοήθειας για την απόκρουση κάθε απειλής, το δε εξασφαλιστικό, εφόσον αναγνωρίζεται, στρέφεται επίσης προς το κράτος, αξιώνοντας την παροχή των απαραίτητων μέσων για την άσκηση του δικαιώματος (ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΓ., 2005)».

Τα ατομικά δικαιώματα είναι πανανθρώπινα, όπως ορίζει τόσο η Οικουμενική Διακήρυξη όσο και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση. Υπάρχει όμως όπως επισημαίνουν διάφοροι επιστήμονες διάκριση του να είναι κάποιος φορέας ατομικών δικαιωμάτων και στην ικανότητα άσκησης του ως άνω δικαιώματος. Υποκείμενα ενός συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος μπορεί να είναι τόσο φυσικά όσο και νομικά πρόσωπα. Εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες όπου φορείς των δικαιωμάτων ορίζονται αποκλειστικά τα φυσικά πρόσωπα. Ουσιαστικά φορείς των συνταγματικών δικαιωμάτων μπορεί να είναι όλοι οι άνθρωποι χωρίς εθνικές, φυλετικές, θρησκευτικές ή άλλες διακρίσεις, εκτός των περιπτώσεων όπου το Σύνταγμα προστατεύει ρητά με διατάξεις του μόνο τους Έλληνες πολίτες.

Για παράδειγμα το άρθρο 4 (περί ισότητας) στην παρ. 2 του Συντάγματος ορίζει ότι «Έλληνες και Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις». Η ιθαγένεια ή υπηκοότητα στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν παίζει σημαντικό ρόλο ως προς

το ζήτημα των διακρίσεων των ατομικών δικαιωμάτων. Έτσι, και οι αλλοδαποί είναι φορείς ατομικών δικαιωμάτων, όπως αυτό της απαγόρευσης έκδοσης του αλλοδαπού στη χώρα της ιθαγένειάς του στις περιπτώσεις εκείνες όπου κινδυνεύει με στέρηση της ελευθερίας του. Εκπίπτει βέβαια της προστασίας του Συντάγματος η κατοχύρωση του δικαιώματος του ασύλου.

Η δικαιοπρακτική ικανότητα των ατόμων, όπως ορίζεται και νομικά, η ικανότητα απόλαυσης δηλαδή των συνταγματικών δικαιωμάτων ρυθμίζεται σε άρθρα του Αστικού Κώδικα. Ωστόσο, η ικανότητα ατομικού δικαιώματος δεν ταυτίζεται με την ικανότητα ασκήσεως ατομικού δικαιώματος, καθώς έχουν διαφορετικό πεδίο ισχύος. Ουσιαστικά, ο συντακτικός νομοθέτης είναι εκείνος που περιορίζει ή όχι τη δικαιοπρακτική ικανότητα των ατόμων μέσω συγκεκριμένων επιφυλάξεων. Κατ' αρχήν τα ατομικά δικαιώματα των φυσικών προσώπων προστατεύονται στο Σύνταγμα από την γένεσή τους ως και τον θάνατό τους. Δεν δύναται η ύπαρξη ατομικής αποστέρησης δικαιώματος, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις που ρητά προβλέπονται στο Σύνταγμα. Μόνο στα πολιτικά δικαιώματα θεσπίζεται υπό προϋποθέσεις τέτοια στέρηση δικαιώματος από τον νομοθέτη, όπως για παράδειγμα η απόλυση ή αυτοδίκαιη έκπτωση αιρετών οργάνων της τοπικής αυτοδιοίκησης (Π. Δαγτόγλου 2012) κ.α.

Με την ενηλικίωση (όπως προβλέπεται και στο άρθρο 127 του ΑΚ «Όποιος έχει συμπληρώσει το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας του είναι ικανός για κάθε δικαιοπραξία.») τα άτομα αποκτούν πλήρη ικανότητα για να ασκήσουν τα συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματά τους, όπως το δικαίωμα ψήφου άρθρο 51 παρ. 3 Σ. (δεν προβλέπεται όμως ανώτατο όριο ηλικίας άσκησης αυτού του δικαιώματος του ατόμου κατ' αντιδιαστολή) και άλλα που αφορούν την σύναψη διάφορων δικαιοπραξιών της καθημερινής ζωής. Ειδικές περιπτώσεις και εξαιρέσεις αντίστοιχα προβλέπονται εκτενώς σε άρθρα του ΑΚ. Επιπλέον, ενώσεις προσώπων χωρίς νομική προσωπικότητα και σωματεία είναι φορείς συνταγματικών δικαιωμάτων.

Στο άρθρο 12 του Συντάγματος, όπου θεσπίζεται το δικαίωμα του συνεταιρίζεσθαι, ορίζεται ότι «1) Οι Έλληνες έχουν το δικαίωμα να συνιστούν ενώσεις και μη κερδοσκοπικά σωματεία, τηρώντας τους νόμους, που ποτέ όμως δεν μπορούν να εξαρτήσουν την άσκηση του δικαιώματος αυτού από προηγούμενη άδεια. 2) Το σωματείο δεν μπορεί να διαλυθεί για παράβαση του νόμου ή ουσιώδους διάταξης του καταστατικού του, παρά μόνο με δικαστική απόφαση. 3) Οι διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου εφαρμόζονται αναλόγως και σε ενώσεις προσώπων που

δεν συνιστούν σωματείο. 4) Οι γεωργικοί και αστικοί συνεταιρισμοί κάθε είδους αυτοδιοικούνται σύμφωνα με τους όρους του νόμου και του καταστατικού τους και προστατεύονται και εποπτεύονται από το Κράτος, που είναι υποχρεωμένο να μεριμνά για την ανάπτυξή τους. 5) Επιτρέπεται η σύσταση με νόμο αναγκαστικών συνεταιρισμών που αποβλέπουν στην εκπλήρωση σκοπών κοινής ωφέλειας ή δημόσιου ενδιαφέροντος ή κοινής εκμετάλλευσης γεωργικών εκτάσεων ή άλλης πλουτοπαραγωγικής πηγής, εφόσον πάντως εξασφαλίζεται η ίση μεταχείριση αυτών που συμμετέχουν.». Το Σύνταγμα προστατεύει αντίστοιχες ενώσεις προσώπων με θρησκευτικό, μη κερδοσκοπικό, συνδικαλιστικό, πολιτικό χαρακτήρα χωρίς να έχουν την νομοτυπική υπόσταση των νομικών προσώπων.

Τα νομικά πρόσωπα, εκτός από τα φυσικά, είναι και εκείνα υποκείμενα των συνταγματικών δικαιωμάτων. Συγκεκριμένα, μόνο τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου είναι υποκείμενα των ως άνω δικαιωμάτων και όχι τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Π. Δαγτόγλου, 2012). Αυτό είναι λογικό καθώς θα υπήρχε σύγχυση εάν το κράτος και οι φορείς του, όπως είναι τα Ν.Π.Δ.Δ., ήταν ταυτόχρονα υπεύθυνα για την εξασφάλιση των ατομικών δικαιωμάτων και αποδέκτες αυτών. Όμως θεμελιώνονται κάποιες εξαιρέσεις αναφορικά με τα δικονομικά ατομικά δικαιώματα. Στο άρθρο 20 παρ. 1 του Συντάγματος προβλέπεται ότι «Καθένας έχει δικαίωμα στην παροχή έννομης προστασίας από τα δικαστήρια και μπορεί να αναπτύξει σ' αυτά τις απόψεις του για τα δικαιώματα ή συμφέροντά του, όπως νόμος ορίζει.». Επίσης, το δικαίωμα του νόμιμου δικαστή που κατοχυρώνεται στο πρώτο εδάφιο του άρθρου 8 του Συντάγματος «Κανένας δεν στερείται χωρίς τη θέλησή του το δικαστή που του έχει ορίσει ο νόμος.» εφαρμόζεται τόσο στα νομικά όσο και στα φυσικά πρόσωπα.

Ωστόσο, η δέσμευση των ατομικών δικαιωμάτων που θεσπίζει το Σύνταγμα τελεί υπό την εγγύηση του Κράτους και κατά συνέπεια των διαφόρων κρατικών οργάνων. Αυτοί είναι οι αποδέκτες των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων. Η υποχρέωση αυτή του Κράτους κατοχυρώνεται στο άρθρο 25 παρ. 1 του Συντάγματος: «Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιση και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα είτε από το νόμο, εφόσον υπάρχει

επιφύλαξη υπερ αυτού και να σέβονται την αρχή αναλογικότητας.» Στην έννοια του Κράτους ως αποδέκτη και υπεύθυνο για την διασφάλιση των ατομικών δικαιωμάτων συμπεριλαμβάνονται τα διάφορα κυβερνητικά, νομοθετικά και εκτελεστικά όργανα, τα οποία λειτουργούν με άμεσο σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών.

Επίσης, τον ίδιο σκοπό έχουν και τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου καθώς είναι κρατικά όργανα και ασκούν δημόσια εξουσία. Γενικώς, στην έννοια των κρατικών οργάνων συμπεριλαμβάνονται όλοι οι φορείς που ασκούν δημόσια εξουσία. Όπως ορίζει και το Σύνταγμα βασικός αποδέκτης των ατομικών δικαιωμάτων είναι η κρατική εξουσία μέσω των διαφόρων μορφών της. Έτσι, στις σύγχρονες κοινωνίες η δέσμευση αυτή προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων ισχύει ακόμη και όταν η πολιτεία δρα με τη νομική μορφή και τα μέσα ιδιωτικού δικαίου, που όμως ασκούν δημόσια εξουσία. Το Κράτος δηλαδή οφείλει να προστατεύει με κάθε τρόπο και μέσο τα θεμελιώδη δικαιώματα των πολιτών του από οποιαδήποτε παραβίασή τους, είτε όταν παρέχει υπηρεσίες είτε όταν δρα ως επιχειρηματίας. Στην τελευταία περίπτωση εντάσσεται και η ΔΕΗ, για παράδειγμα όπου το Κράτος, ως επιχείρηση, παρέχει βασικές κοινωνικές υπηρεσίες στους πολίτες του.

### 2.2.2 Δεσμευτικότητα και Περιορισμοί των Ατομικών Δικαιωμάτων

Το Σύνταγμα στο άρθρο 25 παρ. 1 θεσπίζει την δέσμευση και υποχρέωση του Κράτους και όλων των κρατικών οργάνων να δρουν με σκοπό την διασφάλιση και προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Με την αναθεώρηση του Συντάγματος το 2001 προκύπτει ότι τα ατομικά δικαιώματα δεσμεύουν τόσο τη διοίκηση, όσο τη δικαιοσύνη και τον συντακτικό νομοθέτη (Π. Δαγτόγλου, 2012). Δημιουργείται άμεση ισχύς των ατομικών δικαιωμάτων, καθώς οποιοσδήποτε νόμος μη συμβατός με την προστασία και την προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων, κρίνεται ως αντισυνταγματικός και δεν παράγει έννομα αποτελέσματα κατά το Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο.

Επίσης, ως αντισυνταγματική κρίνεται και οποιαδήποτε κανονιστική πράξη από μέρους των οργάνων του Κράτους που έρχεται σε αντίθεση με τους σκοπούς των θεμελιωδών δικαιωμάτων και κηρύσσεται ως ακυρωτέα από το ανώτατο διοικητικό δικαστήριο, το Συμβούλιο της Επικρατείας. Ακυρωτέες είναι και οι διάφορες ατομικές διοικητικές πράξεις που προσβάλλουν ατομικά δικαιώματα. Βέβαια, ικανές προς θεμελίωση αστικής ευθύνης του Κράτους είναι και οι παράνομες πράξεις των κρατικών οργάνων που θεωρούνται ζημιολογικές και ως τέτοιες ακυρώνονται.

Όπως ορίζει και το Σύνταγμα βασικός αποδέκτης των ατομικών δικαιωμάτων είναι η κρατική εξουσία μέσω των διαφόρων μορφών της. Έτσι, στις σύγχρονες κοινωνίες η δέσμευση αυτή προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων ισχύει ακόμη και όταν η πολιτεία δρα με τη νομική μορφή και τα μέσα ιδιωτικού δικαίου, που όμως ασκούν δημόσια εξουσία. Το Κράτος δηλαδή οφείλει να προστατεύει με κάθε τρόπο και μέσω τα θεμελιώδη δικαιώματα των πολιτών του από οποιαδήποτε παραβίασή τους, είτε όταν παρέχει υπηρεσίες είτε όταν δρα ως επιχειρηματίας. Στην τελευταία περίπτωση εντάσσονται διάφορες «δημόσιες επιχειρήσεις» όπως ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, ΕΛΤΑ, ΕΡΤ κ.α., όπου το Κράτος δηλαδή δρα ως επιχείρηση, παρέχοντας στους πολίτες του βασικές κοινωνικές υπηρεσίες. Πρόκειται για την οργάνωση και λειτουργία της διοίκησης με τη μορφή του ιδιωτικού δικαίου.

Κατά την άσκηση των ατομικών δικαιωμάτων πολλές φορές δημιουργείται μια σύγκυση αναφορικά με την έκταση της ισχύς και της προστασίας τους. Υφίσταται στην πράξη περιορισμός και παρακώλυση των θεμελιωδών δικαιωμάτων είτε από φορείς της δημόσιας εξουσίας είτε και από «τρίτους» ιδιώτες. Έτσι, δημιουργείται η προβληματική της τριτενέργειας. Εάν δηλαδή η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων εκτείνεται και έναντι «τρίτων», εάν δηλαδή δεσμεύουν τους πάντες και προστατεύουν τελικά τον ιδιώτη ακόμη και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών (Κ. Χρυσόγονος, 1998) (τριτενέργεια), εκτός των φορέων δημόσιας εξουσίας. Βέβαια, καθίσταται σαφές πως η τριτενέργεια δεν αφορά το σύνολο των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Για παράδειγμα, δεν τυγχάνει εφαρμογής στο άρθρο 4 παρ. 3 του Συντάγματος.

Η προβληματική της τριτενέργειας απασχόλησε ιδιαίτερα και την γερμανική νομολογία. Κατά την γερμανική θεωρία δεν υφίσταται τριτενέργεια στις περιπτώσεις ανάθεσης αρμοδιοτήτων από μέρους του κράτους σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα. Επίσης, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω υπάρχουν θεμελιώδη δικαιώματα στα οποία δεν ισχύει η τριτενέργεια, για παράδειγμα το άρθρο 16 παρ. 1 του γερμανικού Συντάγματος που αναφέρεται στην απαγόρευση στέρησης της ιθαγένειας. Σημαντική είναι και η διάκριση μεταξύ της άμεσης και έμμεσης τριτενέργειας τόσο στη γερμανική θεωρία όσο και στη νομολογία. Πιο συγκεκριμένα, μόνο η νομολογία του Γερμανικού Ομοσπονδιακού Εργατικού Δικαστηρίου δέχεται τη δέσμευση που παράγουν όλα τα ατομικά δικαιώματα, με αποτέλεσμα να ακυρώνει το σύνολο των δικαιοπραξιών που αντιβαίνουν στην προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Όμως η κρατούσα γνώμη δέχεται την έμμεση τριτενέργεια, όπως προκύπτει και από την νομολογία του γερμανικού Ομοσπονδιακού Συνταγματικού Δικαστηρίου.

Τα ατομικά δικαιώματα ως αντικειμενικές αρχές επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις σχέσεις των πολιτών μέσα στην κοινωνία. Για τον λόγο αυτό δε δύναται η ύπαρξη κανόνων του ιδιωτικού δικαίου που να έρχονται σε άμεση αντίθεση με την ιδεολογία και τις αξίες που πρεσβεύουν τα ατομικά δικαιώματα. Έτσι, ακόμη και αναφορικά με την αρχή της ισότητας υπάρχει αντίφαση των Ομοσπονδιακών Δικαστηρίων της Γερμανίας με το εάν παράγει άμεση ή έμμεση τριτενέργεια. Με την κρατούσα γνώμη να υποστηρίζει πως απαιτείται η αναγνώριση τριτενέργειας στην αρχή της ισότητας.

Η προβληματική της τριτενέργειας βρίσκει έρεισμα και στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και στη νομολογία του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Συγκεκριμένα στο άρθρο 14 της ΕΣΔΑ, όπου θεσπίζεται η απαγόρευση κάθε είδους διάκρισης, γίνεται δεκτή μια έμμεση τριτενέργεια για τις περιπτώσεις εκείνες όπου το κράτος καλείται να λάβει μέτρα που παραβιάζουν την επιταγή της διατάξεως. Ένα ακόμη παράδειγμα έμμεσης τριτενέργειας είναι όταν το κράτος αφήνει περιθώρια ελευθερίας ως προς την νόμιμη σύσταση σχέσεως ειλωτείας, σαν αυτή που αποτρέπει το άρθρο 4 της ΕΣΔΑ. Επιπλέον, το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων δέχθηκε ότι, το άρθρο 157 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατοχυρώνει την απαγόρευση των διακρίσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών εργαζομένων, παράγει έννομες συνέπειες και έχει δεσμευτική ισχύ τόσο για τις δημόσιες αρχές όσο για όλες τις δικαιοπραξίες μεταξύ ιδιωτών (Π. Δαγτόγλου, 2012).

Η προβληματική της τριτενέργειας υπάρχει και στην ελληνική νομολογία. Το Σύνταγμα ως υπέρτατος νόμος της χώρας με αυξημένη τυπική ισχύ θεσπίζει στο άρθρο 25 παρ. 1 και 2 ως αποδέκτες των ατομικών δικαιωμάτων το Κράτος και κάθε φορέα άσκησης δημόσιας εξουσίας. Υπάρχουν διάφοροι κίνδυνοι που δύναται να παρακωλύσουν την άσκηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και δεν προέρχονται μόνο από το κράτος, αλλά και από φορείς μη δημόσιας εξουσίας. Όμως το κράτος μόνο ως τρίτος μπορεί να εγγυηθεί την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων ακόμη και στις σχέσεις μεταξύ των ιδιωτών. Συνεπώς, δημιουργείται ένα είδος τριτενέργειας των ατομικών δικαιωμάτων.

Πολλές φορές και η σύγκρουση των ατομικών δικαιωμάτων ανάμεσα στους διαφορετικούς φορείς επιλύεται αν γίνει δεκτή και η τριτενέργεια των ατομικών δικαιωμάτων. Εκτός αυτού σε θέματα συγκρούσεων το Σύνταγμα απαγορεύει και την καταχρηστική άσκηση ενός δικαιώματος, ενώ παράλληλα κατοχυρώνεται ίδια τυπική



ισχύς για όλα τα ατομικά δικαιώματα χωρίς διακρίσεις. Έτσι δεν τίθεται ζήτημα υποδεέστερων ή εξεχόντων ατομικών δικαιωμάτων, αλλά όλα επιλύονται υπό το πρίσμα της αρχής της αναλογικότητας.

Οι περιορισμοί των ατομικών δικαιωμάτων, ως νομικών δικαιωμάτων, προβλέπονται αποκλειστικά στο Σύνταγμα. Η άσκηση αυτών των δικαιωμάτων δεν είναι απεριόριστη και ως εκ τούτου θεσπίζονται διάφοροι γενικοί και ειδικοί περιορισμοί. Καταρχήν τα ατομικά δικαιώματα περιορίζονται λόγω της ίσης απόλαυσης αυτών των δικαιωμάτων μεταξύ των διάφορων υποκειμένων τους (Μάνεσης, Α. 1978). Δηλαδή η άσκηση ενός δικαιώματος από κάποιον ενδέχεται να στερεί τη δυνατότητα άσκησής του από κάποιον άλλον. Έτσι, για παράδειγμα στην εποχή της πανδημίας της νόσου covid-19, το δικαίωμα της προσωπικής ελευθερίας όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 1 Σ σταθμισμένο με την προστασία της ανθρώπινης ζωής όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 2 Σ και της υγείας όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 21 παρ. 3 Σ, θα πρέπει να υποχωρήσει. Μια τέτοιου είδους ιεράρχηση των συνταγματικών δικαιωμάτων πραγματοποιείται μόνο σε έκτακτες περιστάσεις και όπως προκύπτει από τα πραγματικά περιστατικά και για λόγους δημοσίου συμφέροντος.

Στο Σύνταγμα προβλέπονται τρεις γενικοί περιορισμοί των ατομικών δικαιωμάτων. Αρχικά, στο άρθρο 48 παρ. 1 του Συντάγματος «Σε περίπτωση πολέμου, επιστράτευσης εξαιτίας εξωτερικών κινδύνων ή άμεσης απειλής της εθνικής ασφάλειας, καθώς και αν εκδηλωθεί ένοπλο κίνημα για την ανατροπή του δημοκρατικού πολιτεύματος, η Βουλή, με απόφασή της, που λαμβάνεται ύστερα από πρόταση της Κυβέρνησης, θέτει σε εφαρμογή, σε ολόκληρη την Επικράτεια ή σε τμήμα της, το νόμο για την κατάσταση πολιορκίας, συνιστά εξαιρετικά δικαστήρια και αναστέλλει την ισχύ του συνόλου ή μέρους των διατάξεων των άρθρων 5 παράγραφος 4, 6, 8, 9, 11, 12 παράγραφοι 1 έως και 4, 14, 19, 22 παράγραφος 3, 23, 96 παράγραφος 4 και 97. Ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας δημοσιεύει την απόφαση της Βουλής. Με την απόφαση της Βουλής ορίζεται η διάρκεια ισχύος των επιβαλλόμενων μέτρων, η οποία δεν μπορεί να υπερβεί τις δεκαπέντε ημέρες.» θεσπίζεται η αναστολή των θεμελιωδών δικαιωμάτων στην περίπτωση που κηρυχθεί η χώρα σε κατάσταση πολιορκίας. Πρόκειται για έναν περιορισμό προσωρινού χαρακτήρα όπου ο συντακτικός νομοθέτης επιτρέπει την περιστολή των ατομικών δικαιωμάτων για λόγους εθνικής ασφάλειας και τηρουμένης πάντα της αρχής της αναλογικότητας.

Επιπλέον, στο άρθρο 25 παρ. 3 του Συντάγματος «...3. Η καταχρηστική άσκηση δικαιώματος δεν επιτρέπεται...» απαγορεύεται η καταχρηστική άσκηση δικαιώματος, δηλαδή η άσκηση ενός δικαιώματος προς ικανοποίηση διαφορετικού σκοπού από αυτό για τον οποίο θεσπίστηκε. Το δικαίωμα στην απεργία για παράδειγμα δε δύναται να χρησιμοποιηθεί για να «ρίξει» την Κυβέρνηση, αλλά προκειμένου να ικανοποιηθούν οι διεκδικήσεις των εργαζομένων αναφορικά με τα εργασιακά τους αιτήματα (Τσάτσος, Δ. 1988). Τέλος, στο άρθρο 25 παρ. 4 « .... 4. Το Κράτος δικαιούται να αξιώνει από όλους τους πολίτες την εκπλήρωση του χρέους της κοινωνικής και εθνικής αλληλεγγύης.» θεσπίζεται το χρέος της κοινωνικής και εθνικής αλληλεγγύης αναφορικά με συγκεκριμένα συνταγματικά καθήκοντα και υποχρεώσεις των πολιτών όπως είναι η εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων από μέρους των ανδρών κ.α. Ωστόσο, δεν δικαιολογούνται πρόσθετοι περιορισμοί των ατομικών ελευθεριών.

Πέρα από αυτούς τους γενικούς περιορισμούς των ατομικών δικαιωμάτων, προβλέπονται και ειδικοί περιορισμοί είτε απευθείας από το Σύνταγμα είτε από την έκδοση νόμου στις περιπτώσεις όπου υπάρχει αντίστοιχη πρόβλεψη στις συνταγματικές διατάξεις. Για παράδειγμα, στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος «1. 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...» που θεσπίζει το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, υπάρχει περιορισμός και προβλέπεται απευθείας από το Σύνταγμα. Ειδικός περιορισμός αποτελεί και ο περιορισμός των δικαιωμάτων που επέρχεται μόνο μέσω δικαστικών αποφάσεων ή αποφάσεων των διοικητικών αρχών. Για παράδειγμα, στο άρθρο 11 παρ. 2 του Συντάγματος «... 2. Μόνο στις δημόσιες υπαίθριες συναθροίσεις μπορεί να παρίσταται η αστυνομία. Οι υπαίθριες συναθροίσεις μπορούν να απαγορευτούν με αιτιολογημένη απόφαση της αστυνομικής αρχής, γενικά, αν εξαιτίας τους επίκειται σοβαρός κίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια, σε ορισμένη δε περιοχή, αν απειλείται σοβαρή διατάραξη της κοινωνικοοικονομικής ζωής, όπως νόμος ορίζει.» υπάρχει πρόβλεψη ειδικού περιορισμού κατά την άσκηση του ως άνω δικαιώματος και είναι η επιφύλαξη υπέρ των διοικητικών ή δικαστικών αρχών (Παραράς, Π. 2001).

Οι παραπάνω γενικοί ή ειδικοί περιορισμοί έχουν προσωρινό χαρακτήρα και δε θα πρέπει να γίνεται υπέρβαση ούτε των ορίων της αρχής της αναλογικότητας, όπως κατοχυρώθηκε με την αναθεώρηση του 2001 στο άρθρο 25 παρ. 1 εδάφιο δ' του

Συντάγματος «1. Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα είτε από το νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού και να σέβονται την αρχή της αναλογικότητας (Παραράς, Π. 1985). Τα όρια αυτά στη θεωρία ονομάζονται «αντιπεριορισμοί» ή «περιορισμοί των περιορισμών». Για παράδειγμα, απαραίτητη προϋπόθεση της νόμιμης θεμελίωσης τέτοιων περιορισμών είναι το δημόσιο συμφέρον. Για να είναι λοιπόν θεμιτοί οι περιορισμοί που επιβάλλονται από όργανα της διοίκησης να εξυπηρετούν λόγους δημοσίου συμφέροντος και όχι άλλους σκοπούς. Θα πρέπει αυτοί οι λόγοι να αφορούν το κοινό καλό και να εξυπηρετούν το σύνολο των πολιτών, όχι μόνο μια κατηγορία των πολιτών.

Η νομολογία του Συμβουλίου της Επικρατείας επικαλείται συχνά τους λόγους δημοσίου συμφέροντος, ειδικά σε θέματα που αφορούν το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η επιχειρηματολογία του δικαστηρίου σε διάφορες αποφάσεις του βρίσκεται σε αντίθεση με τις βασικές συνταγματικές αρχές των κανόνων δικαίου, όπου αναφέρεται ότι υπερέχει η εξυπηρέτηση του γενικότερου δημόσιου συμφέροντος έναντι κάθε αντίθετης ειδικής διάταξης. Τέτοια νομοθετική πρόβλεψη υπάρχει και στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος «3. 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 απόρων....». Οπότε στην εν λόγω διάταξη υπάρχει ρύθμιση του συντακτικού νομοθέτη που επιτρέπει στο Κράτος τη λήψη μέτρων που δικαιολογούνται για λόγους δημοσίου συμφέροντος. Προέχει η προστασία της υγείας όλων των πολιτών, η οποία τελεί υπό την εγγύηση του Κράτους (Π. Δαγτόγλου, 2012).

Ωστόσο, σε περίπτωση συγκρούσεων των δικαιωμάτων το δικαστήριο θα πρέπει να λάβει υπόψιν και τις αναγνωρισμένες συνταγματικές αρχές, σύμφωνα με τις οποίες ο ειδικός κανόνας δικαίου υπερτερεί έναντι του γενικού. Αφενός, η εξυπηρέτηση και η πρόταξη του δημοσίου συμφέροντος δικαιολογείται, αφετέρου όμως απαιτείται εξειδίκευση των λόγων δημοσίου συμφέροντος για να αποφευχθεί κάθε κίνδυνος της ανασφάλειας δικαίου και να αποφευχθεί να αμαυρωθεί η

δημοκρατία και η ελευθερία. Καθίσταται σαφές πως η αοριστία των λόγων δημοσίου συμφέροντος επιφυλάσσει κινδύνους.

Ο προσδιορισμός και η εξειδίκευση του δημοσίου συμφέροντος δεν γίνεται να καθοριστεί μέσω του προσδιορισμού του ιδιωτικού συμφέροντος. Το δημόσιο συμφέρον ρυθμίζεται ιεραρχικά από τον συντακτικό νομοθέτη, τον κοινό νομοθέτη και τα κυβερνητικά όργανα, με αυτή τη σειρά. Η επίκληση λοιπόν του δημοσίου συμφέροντος δημιουργεί μια συνταγματική δέσμευση των παραπάνω οργάνων, κατά τις επιταγές του Συντάγματος. Σε καμία περίπτωση όμως δε θα πρέπει να γίνεται κατάχρηση αυτής της επίκλησης, καθώς το δημόσιο συμφέρον δεν είναι υπεράνω του θετικού δικαίου. Όλοι οι περιορισμοί των ατομικών ελευθεριών πρέπει να τίθενται σεβόμενοι την αρχή της αναλογικότητας, η οποία απορρέει από την αρχή του κράτους δικαίου και κατοχυρώθηκε μετά την αναθεώρηση του Συντάγματος το 2001 στο άρθρο 25 παρ. 1, δ'. Τέλος, σημαντικός αντι – περιορισμός των ατομικών ελευθεριών είναι και η προστασία του πυρήνα του εκάστοτε δικαιώματος, δηλαδή οι περιορισμοί που τίθενται πρέπει να είναι προσωρινοί και να μην οδηγούν σε απεριόριστη απαγόρευση άσκησης του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Δημόσιας Υγείας στην καταπολέμηση της Covid -19

#### 3.1 Η σημασία της Δημόσιας Υγείας

##### 3.1.1 Το ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο προστασίας της Δημόσιας Υγείας και των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

Οι νέες επιδημιολογικές συνθήκες των τελευταίων χρόνων δημιούργησαν την ανάγκη για διασφάλιση και προστασία της Δημόσιας Υγείας. Εκτός από την προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας του ατόμου, η κοινωνία, τα κράτη διεθνώς και η ευρωπαϊκή ένωση οφείλει να λαμβάνει μέτρα η εφαρμογή των οποίων να καλύπτει τις διάφορες συνθήκες που είναι αναγκαίες για την διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Αυτή ακριβώς είναι και η φιλοσοφία των διαφορετικών ορισμών για την δημόσια υγεία, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία.

Διεθνώς ο επικρατέστερος ορισμός για την δημόσια υγεία (public health) είναι αυτός του καθηγητή Δημόσιας Υγείας της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Yale στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), του CEA Winslow (1877 – 1957) (WINSLOW CE, 1920). Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες παραλλαγές ο ορισμός του Winslow (1923) ισχύει ως εξής «Δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας των ανθρώπων μέσω οργανωμένων προσπαθειών και ενημερωμένων επιλογών της κοινωνίας, των οργανισμών, δημόσιων και ιδιωτικών, των κοινοτήτων και των ατόμων».

Πυρήνας της δημόσιας υγείας είναι η ιατρική επιστήμη, όμως κρίνεται απαραίτητη και η συμβολή άλλων επιστημών όπως της Βιολογίας, της Νομικής, της Οικονομίας κ.α. Συνεπώς, η δημόσια υγεία είναι διεπιστημονική και διεπαγγελματική (Α. Φιλαλήθης et. al. 2020). Βασικό όμως εργαλείο προσέγγισης και διασφάλισης της δημόσιας υγείας αποτελεί η επιδημιολογία. Επίσης, για την μελέτη της υγείας των πολιτών σημαντική καθίσταται και η διάσταση της κοινωνικής ιατρικής σε σχέση πάντα με την δημόσια υγεία, καθώς η πρώτη επικεντρώνεται στο κοινωνικο – ιατρικό μοντέλο της υγείας και η δεύτερη στο βιο – ιατρικό (PORTER D., 2006).

Η Κοινωνική Ιατρική (social medicine) ερευνά την υγεία του πληθυσμού λαμβάνοντας υπόψιν τις διάφορες κοινωνικές, συμπεριφορικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες που οδήγησαν στην εκδήλωση της ασθένειας. Για παράδειγμα, εάν καταπολεμηθούν με συγκεκριμένες πολιτικές οι δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες, όπως η φτώχεια και η ανεργία, που οδήγησαν στην εμφάνιση ασθενειών, τότε σταδιακά θα βελτιωθεί και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Η επιδημιολογία, λοιπόν ως επιστήμη της δημόσιας υγείας συνδέεται άμεσα με την έννοια της κοινωνικής ιατρικής. Δεν υφίσταται ένας συγκεκριμένος ορισμός για την κοινωνική ιατρική, όμως στην Μεγάλη Βρετανία και συγκεκριμένα στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, ο καθηγητής John Ryle (1889 – 1950) (RYLE JA., 1948) προσδιόρισε την κοινωνική ιατρική ως εξής: «Η έννοια την οποία απέδωσε ο Ryle στην Κοινωνική Ιατρική ήταν αυτή της άσκησης της Ιατρικής που θεραπεύει τους ασθενείς μέσω της βελτίωσης των δυσμενών κοινωνικών συνθηκών, όπως η φτώχεια και η ανεργία, που συνέβαλαν ή οδήγησαν στην εκδήλωση της ασθένειάς τους. Ο Ryle συνδύασε αυτή την προσέγγιση με την επιστημονική μελέτη των σχέσεων της ασθένειας με τις κοινωνικές συνθήκες και πυροδότησε τη μεταπολεμική πρόοδο με τη βασισμένη στην επιδημιολογία επιστήμη της δημόσιας υγείας, που έλαβε την ονομασία της «Κοινωνικής Ιατρικής» στα περισσότερα βρετανικά πανεπιστήμια, μέχρι που ο όρος άρχισε να συγχέεται με την κοινωνικοποιημένη Ιατρική (socialized medicine), δημιουργώντας αρνητικούς συνειρμούς» (Α. Φιλαλήθης et. al. 2020).

Η δημόσια υγεία αποσκοπεί στην πρόληψη των ασθενειών και στην επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καταπολεμώντας τις διάφορες απειλές για την υγεία. Στην έννοια του πληθυσμού περιλαμβάνονται οι κάτοικοι όλων των ηπειρών, για αυτό τον λόγο σε περίπτωση πανδημίας κρίνεται απαραίτητη η ανάλυση της υγείας του πληθυσμού. Ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας / ευημερίας (a state of complete physical, mental and social well – being)». Αυτός είναι ο θετικός ορισμός της υγείας που έχει παγιωθεί ευρέως, όπως ακριβώς έχει αποτυπωθεί στο Προοίμιο του Καταστατικού Χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το 1946.

Στην Ευρώπη, στις αρχές του 19ου αιώνα και λόγω της βιομηχανικής επανάστασης σημειώνονται υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού εξαιτίας των άθλιων συνθηκών διαβίωσης που πυροδότησαν την μεγάλη διασπορά λοιμωδών νοσημάτων και ως εκ τούτου την εμφάνιση διάφορων επιδημιών. Τόσο η Μεγάλη Βρετανία όσο και η Γαλλία εφήρμοσαν μέτρα υγειονομικής

προστασίας με σκοπό τον περιορισμό της διασποράς. Αξίζει να σημειωθεί πως ο Villerme (LA BERGE AF, 1992) στη Γαλλία υποστήριξε ένθερμα ότι οι δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες, όπως είχαν διαμορφωθεί στις διάφορες μεγαλουπόλεις της Ευρώπης, οφείλονταν για την αύξηση των ποσοστών νοσηρότητας του πληθυσμού.

Από την άλλη πλευρά, ο William Farr προσπάθησε ως πρωτοστάτης να δημιουργήσει ένα σημαντικό εργαλείο επιδημιολογίας στην προσπάθεια της έρευνας για προστασία της δημόσιας υγείας, καταγράφοντας τον αριθμό των θανάτων στη Μ. Βρετανία και προσπαθώντας να προσδιορίσει τα αίτια τους. Κατέληξε στο συμπέρασμα πως ένα ποσοστό των θανάτων αυτών οφειλόταν στην πείνα (HAMLIN C., 1995), επιβεβαιώνοντας με αυτόν τον τρόπο την ύπαρξη των κοινωνικών αιτιών της νοσηρότητας.

Σταδιακά άρχισε να καθιερώνεται η μικροβιακή θεωρία (germ theory) που ενισχύθηκε ιδιαίτερα και από την θεωρία του «μεταδοτισμού» (contagionism). Στα μέσα του 19ου αιώνα, λοιπόν ο Γάλλος χημικός και μικροβιολόγος Louis Pasteur, ο Άγγλος χειρουργός Joseph Lister και ο Γερμανός φυσικός Robert Koch καθιέρωσαν την μικροβιακή θεωρία σύμφωνα με την οποία απέδειξαν με έρευνες ότι συγκεκριμένες ασθένειες οφείλονται σε συγκεκριμένα μικρόβια, όπως για παράδειγμα εντόπισαν μικροοργανισμούς του άνθρακα στην ασθένεια της φυματίωσης και την χολέρα, αντίστοιχα. Καθοριστικό ρόλο στην επιστήμη της ιατρικής και της επιδημιολογίας για την δημόσια υγεία έπαιξαν οι μελέτες και έρευνες των παραπάνω επιστημόνων. Η μικροβιακή θεωρία βοήθησε σημαντικά στην ανάπτυξη μεθόδων που να προκαλούν ανοσία στον πληθυσμό, όπως αυτό επιτυγχάνεται πλέον μέσω της παρασκευής εμβολίων.

Έτσι, η κοινωνική ιατρική εκτός από την Ευρώπη διαδόθηκε και στην Αμερική, σε γνωστά πανεπιστήμια, όπως η Ιατρική Σχολή του Harvard. Ωστόσο, μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου σημειώθηκε μια επιδημιολογική μετάβαση, καθώς κύρια αιτία των θανάτων κατέστησαν τα χρόνια νοσήματα γεγονός που δημιούργησε ως επιτακτική την ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης υγιεινής (Α. Φιλαλήθης et. al. 2020). Στις δεκαετίες που ακολούθησαν όσο αφορά τη δημόσια υγεία επικεντρώθηκε πλέον στην προαγωγή της υγείας. Οι προκλήσεις του σύγχρονου κόσμου καθιστούν αναγκαίες συγκεκριμένες πολιτικές υγείας με σκοπό την προαγωγή της υγείας του συνόλου του πληθυσμού.

Όσο αφορά την Ελλάδα το όραμα μεταρρύθμισης της υγείας φαντάζει αρκετά φιλόδοξο λόγω των συνθηκών δημοσιονομικού περιορισμού. Όμως για την άρση των

κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και την επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου υγείας του συνόλου των πολιτών απαιτείται η λήψη και εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών δημόσιας υγείας. Στόχος, λοιπόν των εκάστοτε κυβερνήσεων για βιώσιμη ανάπτυξη πρέπει να είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού που πρωτίστως είναι σύμφωνη με την έννοια της υγείας ως θεμελιώδες συνταγματικό δικαίωμα. Συνεπώς, η υγεία αποτελεί μια πολιτική επιλογή τόσο για την κοινωνική ευημερία όσο και για την οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδας.

Πέρα από την Ελλάδα, το τοπίο της υγείας στην Ευρώπη συνεχώς αναδιαμορφώνεται εξαιτίας των προκλήσεων που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος κόσμος. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι κυριότερες προκλήσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπη η Ευρώπη είναι οι κλιματικές αλλαγές που σχετίζονται με διάφορες νόσους, η γήρανση του πληθυσμού, το μεταναστευτικό κύμα, οι διάφορες κοινωνικές ανισότητες και κυρίως η οικονομική κρίση που πλήττει αρκετά κράτη μέλη αυτής.

Σκοπός των πολιτικών ηγετών πρέπει να είναι τόσο ο περιορισμός των ανισοτήτων στην υγεία και η πρόβλεψη για καθολική υγειονομική κάλυψη, όσο και διάφορες διακρατικές συμμαχίες και συμπράξεις με κοινό στόχο την ύπαρξη ενιαίων πολιτικών υγείας. Με αυτές τις προτεραιότητες οι εκάστοτε κυβερνήσεις θα επιτύχουν εμφανή βελτίωση της υγείας και της ευημερίας του πληθυσμού.

Όσο αφορά τις πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης αυτές οφείλουν να αποσκοπούν στην λήψη μέτρων με στόχο τη βελτίωση της διεθνούς δημόσιας υγείας και την πρόληψη των διάφορων ασθενειών (Παπακωνσταντίνου Απόστολος, 2005). Σημαντική πηγή του δικαίου της υγείας αποτελεί και ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατοχυρώνει την προστασία της υγείας στο άρθρο 35 αυτού και αναφέρει ότι «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει 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 υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου.». Οι αρχές αυτού του άρθρου βασίζονται στο άρθρο 152 της συνθήκης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, αλλά και στο άρθρο 11 του ευρωπαϊκού κοινωνικού χάρτη. Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων κυρώθηκε με την Συνθήκη της Λισσαβώνας άρα συνιστά πρωτογενές δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ως εκ τούτου σημαντική πηγή του δικαίου υγείας. Τέλος, καθίσταται σαφές πως άμεση προτεραιότητα των κρατών μελών της Ε.Ε όσο αφορά τα διεθνή θέματα υγείας είναι η χάραξη πολιτικών υγείας με υψηλή



ευθύνη την βέλτιστη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υγείας και τη βέλτιστη κατανομή των πόρων στις υπηρεσίες υγείας (Μητροσύλη Μαρία, 2009).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση οφείλει δυνάμει της Συνθήκης της Λισσαβόνας και συγκεκριμένων διατάξεων να ακολουθεί πολιτικές υγείας που να εξασφαλίζουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου. Επίσης, η νομική βάση του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης στηρίζεται στα άρθρα 168 της ΣΛΕΕ και 114 της ΣΛΕΕ σε θέματα που αφορούν την επιδίωξη στόχων της δημόσιας υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τέλος, στους στρατηγικούς στόχους της Ε.Ε. αναφορικά με τον τομέα της υγείας εντάσσονται η προαγωγή της καλής υγείας μέσω της πρόληψης ασθενειών, η βελτίωση του τρόπου ζωής των ασθενών μέσω της προβολής υγιών προτύπων και με έμφαση στην ψυχική υγεία των ανθρώπων.

Επιπλέον, σήμερα λόγω της πανδημίας που πλήττει τον πλανήτη καθίσταται επιτακτική η ανάγκη παρακολούθησης των διαφόρων απειλών κατά της υγείας των πολιτών με σκοπό τα συστήματα υγείας παγκοσμίως να βρίσκονται σε μεγαλύτερη ετοιμότητα σε τέτοιες κρίσεις. Τούτο θα καταστεί εφικτό μέσα από την προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας, ικανών να παρέχουν έγκαιρα υγειονομικές υπηρεσίες στον πληθυσμό, δίχως να αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως αυτά που σημειώθηκαν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες κατά την περίοδο της νόσου covid-19, γεγονός που κατέστησε τα οικεία συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μη βιώσιμα.

Σύμφωνα με την νέα έκθεση του Οργανισμού Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (European Union Agency For Fundamental Rights) τα μέτρα που έλαβαν οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις στην εκστρατεία κατά της νόσου covid – 19 περιόρισαν σε σημαντικό βαθμό τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου. Η εφαρμογή μη φαρμακευτικών μεθόδων καταπολέμησης της πανδημικής γρίπης είχε σοβαρές επιπτώσεις στο δικαίωμα στη ζωή και στην υγεία. Καθίσταται επιτακτική η ανάγκη λήψης μέτρων από τα κράτη μέλη της ΕΕ για την αντιμετώπιση της πανδημίας που να συμβαδίζουν αφενός με τον σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου και αφετέρου που να προστατεύουν στο μέγιστο βαθμό την δημόσια υγεία όλου του πληθυσμού. Συγκεκριμένα ο διευθυντής του FRA Michael O’Flaherty δήλωσε ότι «Είναι σαφές ότι χρειαζόμαστε μια δυνατή δημόσια υγεία που θα μπορεί να προστατεύσει τη ζωή όλων μας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ωστόσο, η προστασία της υγείας είναι δυνατή παράλληλα με τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Δεν υπάρχουν χαμένοι σε αυτόν τον αγώνα. Όσο περισσότερο σεβόμαστε τα ανθρώπινα δικαιώματα, τόσο καλύτερες θα είναι οι στρατηγικές μας για τη δημόσια υγεία. Οι στρατηγικές αυτές

πρέπει επίσης να διασφαλίζουν ότι οι τυχόν περιορισμοί στα θεμελιώδη δικαιώματα των ανθρώπων πρέπει να διαρκούν όσο χρονικό διάστημα είναι αναγκαίο και ότι προστατεύουν τα ήδη ευάλωτα άτομα που ενδέχεται να αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερους κινδύνους από την COVID-19».

### 3.1.2 Σκοπός, μεθοδολογία και υλικό της έρευνας

Η συγγραφή αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής προϋποθέτει επιστημονική έρευνα και συγκεκριμένα δευτερογενή έρευνα. Έχει βασισθεί κατά κύριο λόγο στη βιβλιογραφική ανασκόπηση που αποτελεί τη συνηθέστερη μέθοδο δευτερογενούς έρευνας, και συνίσταται σε εντοπισμό, μελέτη, ανάλυση, κριτική και συνδυαστική παρουσίαση θέσεων από δημοσιευμένα κείμενα (επιστημονικά άρθρα και βιβλία). Η προσέγγιση του θέματος όπως καθίσταται σαφές και από την εισαγωγή θα γίνει μέσω της απαγωγής. Στην αρχή μελετήθηκαν σε θεωρητικό επίπεδο τόσο το δημόσιο δίκαιο της υγείας όσο και η συνταγματική προστασία των ατομικών δικαιωμάτων και στη συνέχεια θα ερευνηθούν σε πρακτικό επίπεδο τόσο η σφοδρότητα των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων όσο και οι παραβιάσεις συγκεκριμένων ατομικών ελευθεριών που σημειώθηκαν στο βωμό της δημόσιας υγείας. Ειδική μνεία θα γίνει για την αποδοτικότητα των μέτρων που ελήφθησαν με σκοπό τον περιορισμό της διασποράς της νόσου covid-19. Η συγκεκριμένη μελέτη εξετάζει την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων που ελήφθησαν από μέρους των κυβερνήσεων με σκοπό τον περιορισμό μετάδοσης του κορωνοϊού σε συνάρτηση με τον περιορισμό των ατομικών ελευθεριών. Η πανδημία επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητά μας, καθώς τέθηκε υπό διακινδύνευση το πολύτιμο αγαθό της ζωής. Ωστόσο, αφορμή και έρευνα αυτή της διατριβής αποτελεί το εξής ερώτημα: «Κινδυνεύουν τελικά οι ατομικές ελευθερίες από τον κορωνοϊό;». Συνεπώς, η εργασία οδεύει από το γενικό προς το μερικό.

Προς υποστήριξη των παραπάνω συλλογισμών θα γίνουν αναφορές στην νομολογία, το Σύνταγμα, την ΕΣΔΑ και άλλες θεμελιώδεις διατάξεις που προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα παγκοσμίως. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα εξαχθούν και θα τεκμηριωθούν μέσω της νομικής σκοπιάς του όλου ζητήματος και παράθεσης της ισχύουσας νομοθεσίας. Η παρούσα διατριβή είναι μια διεπιστημονική μελέτη, καθώς αναλύει το νομοθετικό πλαίσιο που προστατεύει τα ανθρώπινα

δικαιώματα τόσο σε εθνικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο μέσω της νομικής επιστήμης με έμφαση σε συμβάσεις και άρθρα που θεμελιώσαν την ύπαρξη τους, αλλά και σε δεύτερο επίπεδο υπάρχει άμεση συσχέτιση τους με όρους οικονομικών της υγείας. Η προστασία της δημόσιας υγείας συνδέεται άμεσα με τον περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών, που θεωρούνται συστατικά στοιχεία του κράτους δικαίου. Ως εκ τούτου, η στάθμιση των εννόμων αγαθών είναι ιδιαίτερα σημαντική σε εξαιρετικές περιστάσεις όπως οι πανδημίες, καθώς απαιτείται ορθολογική σκέψη αναφορικά με τις ειλημμένες αποφάσεις τόσο από τη νομική όσο και από την οικονομική σκοπιά. Πιο συγκεκριμένα, ως προστασία της δημόσιας υγείας νοείται η προστασία δύο τουλάχιστον θεμελιωδών δικαιωμάτων, της ζωής και της υγείας. Αυτή η διατριβή παραθέτει το νομικό πλαίσιο που επιτρέπει τον περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε κρίσεις της δημόσιας υγείας, όπως αυτή που βίωσε ολόκληρος ο πλανήτης, αλλά συνάμα λαμβάνει υπόψιν οικονομικούς και πολιτικούς παραμέτρους που επηρέασαν καθοριστικά την αποδοτικότητα των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες χώρες.

Με αυτόν τον τρόπο, αναλύω 120 άρθρα που γράφτηκαν από περισσότερους από 900 συγγραφείς τους πρώτους 12 μήνες της έκτακτης ανάγκης. Ενώ η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος ελήφθη με ερώτηση PubMed, περιλαμβάνει επίσης μια λίστα με επιμέλεια. Λαμβάνοντας υπόψη την εστίαση και τη μεθοδολογία, έχω ταξινομήσει το δείγμα σε επτά κύριες κατηγορίες: επιδημικά μοντέλα, έρευνες, σχόλια / προοπτικές, έγγραφα που στοχεύουν στην ποσοτικοποίηση των επιπτώσεων των NPI, σχόλια, άρθρα που χρησιμοποιούν διακομιστές μεσολάβησης δεδομένων για τη μέτρηση των NPI, και διαθέσιμα στο κοινό σύνολα δεδομένων που περιγράφουν NPIs. Συνοψίζω τη μεθοδολογία, τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν, τα ευρήματα των άρθρων σε κάθε κατηγορία και παρέχουν μια προοπτική που επισημαίνει τις μελλοντικές προκλήσεις καθώς και τις ευκαιρίες. Στο τέλος, μάλιστα αναλύω και παραθέτω χρονικά την εφαρμογή συγκεκριμένων μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων τόσο την Κίνα όσο και στο Ηνωμένο Βασίλειο, δημιουργώντας και μια ποιοτική συγκριτική ανάλυση δεδομένων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των NPIs σε Ηνωμένο Βασίλειο και Ιταλία κατά το πρώτο πιο κρίσιμο και θανατηφόρο κύμα της πανδημίας.

Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να απαντήσει σε κρίσιμα ερευνητικά ερωτήματα όπως τα κάτωθι:

- Αρχικά, η κρίση της πανδημίας του κορωνοϊού μπορεί να βλάψει και τη Δημοκρατία ; Κινδυνεύουν οι ατομικές ελευθερίες από τα μέτρα αντιμετώπισης του κορωνοϊού;
- Επίσης, πώς ταξινομούνται οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις μέσω μιας κλίμακας ιεράρχησης των παραβιάσεων likert; Τα μέτρα που πάρθηκαν συμβαδίζουν με τις αρχές και το πνεύμα του Συντάγματος; Θα μπορούσαν να ληφθούν μέτρα ηπιότερης μορφής ;
- Τέλος, πώς επηρεάζουν οι ιδιαιτερότητες συγκεκριμένων χωρών (πχ Κίνα, Ηνωμένο Βασίλειο και Ιταλία ....) στη λήψη μέτρων που περιορίζουν τις ατομικές ελευθερίες των πολιτών; Σε όρους οικονομικών της υγείας, τι μεταβολή υπέστηκε το ΑΕΠΠ των ευρωπαϊκών χωρών εξαιτίας των NPI ;

Στόχος κατά την εκπόνηση της μεταπτυχιακής διατριβής μου είναι να δοθούν επιστημονικές απαντήσεις στα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα, για αυτό τον λόγο η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Με αυτό τον τρόπο προσεγγίζεται το θέμα αρχικά θεωρητικά, μέσω μιας δικαιοπολιτικής προσέγγισης του δημοσίου δικαίου της υγείας και των συνταγματικά κατοχυρωμένων ατομικών ελευθεριών, ενώ στη συνέχεια διερευνώνται συγκεκριμένες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ως προς την αποδοτικότητά τους με την χρήση όρων των οικονομικών της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος, όπως υποδηλώνεται και στον τίτλο : «Από την μελέτη σε θεωρητικό επίπεδο.....», θα λάβει χώρα μια εκτενής θεωρητική προσέγγιση των δύο πυλώνων του θέματος, τόσο του δημοσίου δικαίου της υγείας όσο και της συνταγματικής προστασίας των ατομικών δικαιωμάτων. Στο δεύτερο μέρος, θα αναπτυχθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Έμφαση θα δοθεί στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της δημόσιας υγείας αναφορικά με την καταπολέμηση της Covid 19. Θα μελετηθούν περιπτώσεις συγκεκριμένων χωρών ως προς την εφαρμογή ή μη - φαρμακευτικών παρεμβάσεων ως μέτρα πρόληψης της πανδημίας. Η αποτελεσματικότητάς τους θα ελεγχθεί μέσω της ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων.

Όσο αφορά το υλικό της έρευνας, αλλά και το είδος της μελέτης καθοριστικό ρόλο στη μη πραγματοποίηση μιας ποσοτικής ανάλυσης έπαιξε η δυσκολία εύρεσης δημοσιευμένων διαδοχικών δεδομένων για συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, γεγονός που θα βοηθούσε ιδιαίτερα στη διεξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων μέσω ειδικών στατιστικών εργαλείων έρευνας όπως το πρόγραμμα SPSS από

διάφορους κρατικούς φορείς ευρωπαϊκών χωρών. Δεδομένου της κρίσης της πανδημίας εδώ και ένα χρόνο, αλλά και τις απαγορεύσεις από μέρους των κρατών να δημοσιοποιούν προσωπικά ιατρικά δεδομένα και σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκούς χρόνου συλλογής δεδομένων, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε σε συγκριτική μελέτη περίπτωσης και βιβλιογραφική ανασκόπηση.

### 3.1.3 Πανδημία και Σύνταγμα

Η πανδημία του 2020 και συγκεκριμένα της νόσου covid-19, προκάλεσε μια παγκόσμια υγειονομική κρίση με επιπτώσεις τόσο στη δημόσια υγεία των πολιτών όσο και στην οικονομία των χωρών, αλλά και στη συνταγματική δημοκρατία στην Ευρώπη και την Ελλάδα. Ο κορωνοϊός πρωτοεμφανίστηκε στην Κίνα και στην πόλη Wuhan, επαρχία Hubei και είναι ένας ιός που προκαλεί αναπνευστικά προβλήματα τόσο στον άνθρωπο όσο και στα ζώα. Σύμφωνα με επιστημονικά ευρήματα, η τυπική συμπτωματολογία του κορωνοϊού ομοιάζει με εκείνη του κοινού κρυολογήματος. Διάφορες μελέτες μετά την επιδημία του ιού στην Κίνα και κατά ακολουθία σε ολόκληρο τον πλανήτη έδειξαν ότι ο ιός μεταδίδεται μέσω της επαφής με επιβεβαιωμένο κρούσμα, μέσω σταγονιδίων τα οποία δημιουργούνται όταν ο ασθενής φτερνίζεται ή βήχει ή μέσω σταγονιδίων από τη σιέλο ή από τη ρινική κοιλότητα.

Στα πλαίσια αυτής της έκτακτης κατάστασης και με στόχο την προάσπιση της δημόσιας υγείας όλου του πληθυσμού οι κυβερνήσεις κλήθηκαν να περιορίσουν την διασπορά της νόσου. Η νομοθετική εξουσία των κυβερνητικών οργάνων έλαβε μορφή μέσω της εφαρμογής συγκεκριμένων μέτρων που είχαν ως συνέπεια την προσβολή του συστήματος των θεμελιωδών ελευθεριών και των δικαιωμάτων. Τον κύριο λόγο ουσιαστικά στην αντιμετώπιση αυτής της πρωτόγνωρης υγειονομικής κρίσης (Π. Μαντζούφα, 2014) είχε ειδική ομάδα ερευνητών, λοιμοξιολόγων δηλαδή τεχνοκράτες που συμβούλευαν τα κυβερνητικά κλιμάκια, με αποτέλεσμα την διάβρωση της δημοκρατίας. Οι κανόνες δικαίου που θα έπρεπε να ρυθμίζουν την κοινωνικοπολιτική ζωή αναδιαμορφώθηκαν στον βωμό της δημόσιας υγείας, όπως κάθε φορά επεσήμαναν οι ειδικοί (Καμτσίδου, 2020).

Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν για την μείωση της εξάπλωσης της νόσου κατά την περίοδο του «lockdown», του εγκλεισμού των πολιτών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες αξιολογούνται και ως προς την συνταγματικότητά τους. Τα μέτρα,

δηλαδή των κυβερνητικών οργάνων επηρέασαν ως ένα βαθμό την φυσιογνωμία του πολιτεύματος. Καταρχάς, σκοπός του κοινωνικού κράτους δικαίου σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη είναι η διασφάλιση και προάσπιση της αντιπροσωπευτικής δημοκρατίας. Η κοινωνική συνοχή πραγματώνεται μέσω θεμελιωδών αρχών όπως η ισότητα και η κοινωνική δικαιοσύνη. Συνεπώς η ουσία της δημοκρατίας έγκειται στην διαφύλαξη με κάθε τρόπο αυτών των αρχών, γεγονός που επιτυγχάνεται μέσω της ελευθερίας των πολιτών και της ισότιμης πρόσβασής τους στα κοινωνικά αγαθά.

Σε αυτό το κλίμα που διαμόρφωσε η έκτακτη συνθήκη της πανδημίας και εξαιτίας των μηχανισμών προστασίας από την απειλή για την δημόσια υγεία υπάρχουν θεσμικές συνέπειες. Αρχικά, ο τρόπος με τον οποίο οι πολιτικοί παγκοσμίως προσπάθησαν να αναχαιτίσουν την πανδημία εμφανίζει ενδιαφέρον από συνταγματικής απόψεως. Καθώς, επηρεάστηκε η απόλαυση των θεμελιωδών συνταγματικών δικαιωμάτων των πολιτών λόγω των μέτρων που εφάρμοσαν οι κυβερνήσεις στην προσπάθεια μείωσης της διασποράς της νόσου covid-19 (Tom Ginsburg and Mila Varsteeg, 2020). Ωστόσο, υπάρχουν θεσμικές εγγυήσεις για την δημοκρατία και τα θεμελιώδη δικαιώματα που πρέπει να μην καταπατώνται σε παγκόσμιο επίπεδο. Η ανάγκη προστασίας του συνόλου του πληθυσμού από την νόσο covid-19 δεν δικαιολογεί και δεν νομιμοποιεί σε επίπεδο συνταγματικού δικαίου την επιβολή τέτοιων νομοθετικών μέτρων. Όμως, το φαινόμενο της πανδημίας ξεπέρασε τις προβλέψεις τόσο του συντακτικού όσο και του κοινού νομοθέτη. Προβλέπονται βέβαια τόσο στο Σύνταγμα όσο και στη διεθνή ή ενωσιακή νομοθεσία περιορισμοί των θεμελιωδών δικαιωμάτων για καταστάσεις έκτακτες όπως αυτή της υγειονομικής κρίσης για λόγους δημόσιας υγείας. Βέβαια υπάρχει αντίστοιχη αξιολόγηση των επιλεγόμενων μέτρων περιορισμού των δικαιωμάτων σε επίπεδο συνταγματισμού (Ευ. Βενιζέλος, 2020).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και στον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβλέπεται εντονότερα η δυνατότητα επιβολής περιορισμών των θεμελιωδών δικαιωμάτων συγκριτικά με το ελληνικό Σύνταγμα. Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 5 του Συντάγματος και στις παραγράφους 4 και 5 αυτού «....4. Απαγορεύονται ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σ' αυτήν. Τέτοιου περιεχομένου περιοριστικά μέτρα είναι δυνατόν να επιβληθούν μόνο ως παρεπόμενη ποινή με απόφαση ποινικού δικαστηρίου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανάγκης και μόνο

για την πρόληψη αξιόποινων πράξεων, όπως νόμος ορίζει.  
\*\*5. Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων» θεσπίζεται η δυνατότητα λήψης διοικητικών μέτρων με σκοπό την διασφάλιση και προστασία της δημόσιας υγείας.

Η δημόσια υγεία ως έννομο αγαθό προστατεύεται και κατοχυρώνεται και μέσω άλλων διατάξεων του ελληνικού Συντάγματος, όπως το άρθρο 18 παρ. 3 «...3. Ειδικοί νόμοι ρυθμίζουν τα σχετικά με τις επιτάξεις για τις ανάγκες των ενόπλων δυνάμεων σε περίπτωση πολέμου ή επιστράτευσης, ή για τη θεραπεία άμεσης κοινωνικής ανάγκης που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη δημόσια τάξη ή υγεία.» και το άρθρο 22 παρ. 4 «...4. Οποιαδήποτε μορφή αναγκαστικής εργασίας απαγορεύεται. Ειδικοί νόμοι ρυθμίζουν τα σχετικά με την επίταξη προσωπικών υπηρεσιών σε περίπτωση πολέμου ή επιστράτευσης ή για την αντιμετώπιση αναγκών της άμυνας της Χώρας ή επείγουσας κοινωνικής ανάγκης από θεομηνία ή ανάγκης που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία, καθώς και τα σχετικά με την προσφορά προσωπικής εργασίας στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης για την ικανοποίηση τοπικών αναγκών.»

Όμως στο ελληνικό Σύνταγμα κατοχυρώνεται και ένας βασικός μηχανισμός που ενεργοποιείται σε απρόβλεπτες γενικώς καταστάσεις, όπως είναι και η πανδημία του 2020. Πρόκειται για το άρθρο 44 παρ. 1 «... 1. Σε έκτακτες περιπτώσεις εξαιρετικά επείγουσας και απρόβλεπτης ανάγκης ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας μπορεί, ύστερα από πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου, να εκδίδει πράξεις νομοθετικού περιεχομένου. Οι πράξεις αυτές υποβάλλονται στη Βουλή για κύρωση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 72 παράγραφος 1, μέσα σε σαράντα ημέρες από την έκδοσή τους ή μέσα σε σαράντα ημέρες από τη σύγκληση της Βουλής σε σύνοδο. Αν δεν υποβληθούν στη Βουλή μέσα στις προαναφερόμενες προθεσμίες ή αν δεν εγκριθούν από αυτή μέσα σε τρεις μήνες από την υποβολή τους, παύουν να ισχύουν στο εξής.....» όπου προβλέπεται ρητά η έκδοση πράξεων νομοθετικού περιεχομένου σε επείγουσες περιπτώσεις όπως και έγινε την 20η Μαρτίου 2020 και ακολούθησαν και άλλες παρόμοιες. Η πρώτη λοιπόν ΠΝΠ είχε τον ακόλουθο τίτλο «Κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς και της δημόσιας διοίκησης (ΦΕΚ Α 68/2020)».

Μεγάλη σημασία έχει το νομικό υπόβαθρο της ΠΝΠ, καθώς στην αρχή δεν αναφέρονται διατάξεις και ρυθμίσεις ούτε της ΕΣΔΑ, ούτε του ΔΣΠΑΔ, αλλά ούτε και

του δικαίου της ΕΕ. Ωστόσο, το έννομο αγαθό της δημόσιας υγείας προστατεύεται έντονα στα διεθνή συστήματα προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όμως η ανεξέλεγκτη διασπορά της νόσου covid-19 προκάλεσε παγκόσμια έναν ιδιόμορφο και αυστηρό περιορισμό αναφορικά με τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, που βέβαια προσιδιάζουν στις προβλέψεις των διεθνών κειμένων περί προστασίας τους (Ευ. Βενιζέλος, 2020).

Ωστόσο, η λήψη ηπιότερων μέτρων δεν θα ήταν δυνατή λόγω των καταστροφικών συνεπειών τους σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως την Ιταλία, την Ισπανία αλλά και την Γαλλία που βάσει των στατιστικών δεδομένων παγκοσμίως οι θάνατοι λόγω της νόσου covid-19 μέχρι και τις 14 Δεκεμβρίου του 2020 ανέρχονταν σε πολύ υψηλά επίπεδα.

### Πίνακας 3.1

**Πίνακας με συνολικούς αριθμούς θανάτων από Covid-19 παγκόσμια ως την 14 Δεκεμβρίου 2020, ανά χώρα**

COVID-19 deaths worldwide as of December 14, 2020, by country	
Number of novel coronavirus (COVID-19) deaths worldwide as of December 14, 2020, by country	
World	1.619.801
USA	306.459
Brazil	181.419
India	143.393
Mexico	113.953
Italy	64.520
UK	64.170
France	57.911
Iran	52.196

Πηγή: statista.com

Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή της κήρυξης της πανδημίας από τον ΠΟΥ την 11η Μαρτίου 2020, οπότε και η ελληνική κυβέρνηση προέβη στην έκδοση Π.Ν.Π με

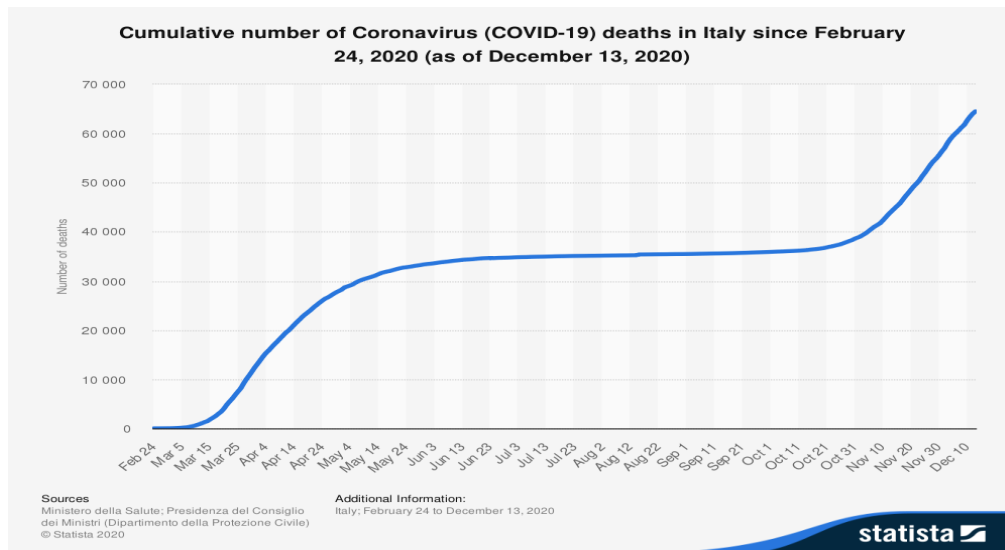


αποτέλεσμα τον περιορισμό των ατομικών ελευθεριών. Όπως η απαγόρευση της κίνησης και της μετακίνησης που αποτελεί θεμέλιο της αγοράς και ως εκ τούτου περιορίστηκαν σημαντικά θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα (θρησκευτική ελευθερία, δικαίωμα δικαστικής ακρόασης, οικονομική ελευθερία, ελευθερία της εργασίας, το δικαίωμα του συνέρχεσθαι κ.α.). Καθίσταται σαφές πως πρόκειται για μια πρωτοφανής συνθήκη που οδήγησε στην παράλυση των δημοκρατικών θεσμών, όμως σε άλλου είδους απολυταρχικά καθεστώτα όπως της Κίνας η εφαρμογή της απαγόρευσης κυκλοφορίας μέσω της επιτήρησης στρατιωτικών δυνάμεων είχε ως αποτέλεσμα τον άμεσο περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου.

Σε αντιδιαστολή με άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ιταλία και η Ισπανία που δεν μερίμνησαν εξαρχής μέσω της εφαρμογής τέτοιων μέτρων στα περιφερειακά τους συστήματα, με αποτέλεσμα η κατάσταση τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο 2020 να εκτροχιαστεί, όπως αποτυπώνεται στα παρακάτω διαγράμματα.

### Διάγραμμα 3.1

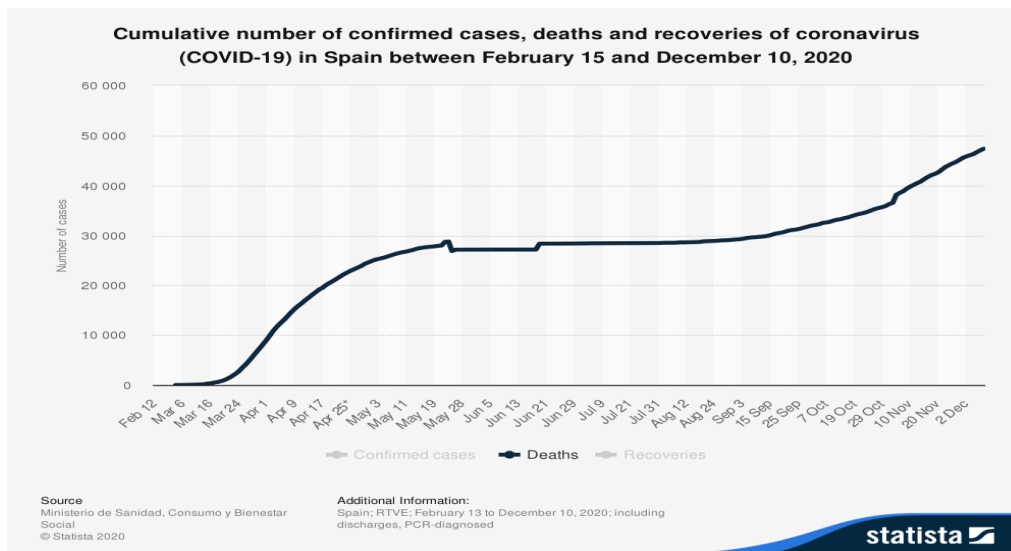
#### Συνολικός αριθμός θανάτων Covid-19 στην Ιταλία μέχρι 24 Φεβρουαρίου 2020



Πηγή: [statista.com](https://www.statista.com)

### Διάγραμμα 3.2

#### Συνολικός αριθμός θανάτων Covid-19 στην Ισπανία από 15 Φεβρουαρίου 2020 μέχρι και 10 Δεκεμβρίου 2020



Πηγή: [statista.com](https://www.statista.com)

Η αναγωγή της προστασίας της δημόσιας υγείας ως μοναδική προτεραιότητα ολόκληρου του πλανήτη δεν θα πρέπει να οδηγεί σε καταπάτηση των υπόλοιπων θεμελιωδών δικαιωμάτων, κυρίως δε της ζωής και της υγείας. Λαμβάνοντας υπόψιν διατάξεις του Διεθνούς Δικαίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το έννομο αγαθό της υγείας κατέχει εξέχουσα θέση και μάλιστα δεσμεύει τις κυβερνήσεις να προβούν στη λήψη κάθε πρόσφορου μέτρου με σκοπό την προστασία και διασφάλιση της δημόσιας υγείας των πολιτών. Δεν υπάρχουν διακρίσεις όσο αφορά τη δημόσια υγεία και όπως επισημαίνει και η UNESCO πρέπει σε περιόδους τέτοιων κρίσεων να προστατεύονται και να προασπίζονται τα θεμελιώδη δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην εκπαίδευση για όλον τον πληθυσμό. Η πανδημία του κορωνοϊού δεν θα πρέπει να συνδέεται με περιστατικά ρατσισμού, αλλά αντιθέτως κρίνεται αναγκαία η συλλογική προσπάθεια με σκοπό να αμβλύνεται το χάσμα γενεών (Πολίτης Χάρης, 2020).

Τέλος, καθίσταται σαφές πως ηπιότερα μέτρα όπως εκείνα των ΗΠΑ αλλά και της Μεγάλης Βρετανίας δεν απέδωσαν ενάντια της πανδημίας. «Βρισκόμαστε σε πόλεμο με έναν αόρατο εχθρό» ήταν τα λεγόμενα διαφόρων πολιτικών ηγετών όπως του Μακρόν, του Μητσοτάκη κ.α. Παρόμοια δραστικά μέτρα έλαβαν κράτη με ισχυρά δομημένα συστήματα υγείας όπως η Ελβετία και η Γερμανία. Συνεπώς, τηρουμένης

της αρχής της αναλογικότητας περιορίστηκαν σε παγκόσμια κλίμακα τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου με μοναδικό σκοπό τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας. Η ανθρωπότητα δοκιμάζεται ενάντια μίας θανατηφόρου νόσου δίχως την απαιτούμενη φαρμακευτική αγωγή. Οι παραπάνω περιορισμοί είναι σύμφωνοι με την διεθνή και ενωσιακή νομοθεσία καθώς έχουν προσωρινό χαρακτήρα και προτάσσονται από ομάδες ειδικά εμπεριστατωμένων επιστημόνων παγκοσμίως, που μελετούν και ερευνούν τα δεδομένα αναφορικά με την νόσο covid-19, σε ημερήσια βάση. Η παγκόσμια αυτή κρίση δοκιμάζει τους θεσμούς πολυεπίπεδα.

## **3.2 Κατευθυντήριες Οδηγίες για την εφαρμογή μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων ενάντια της Covid -19**

### **3.2.1 Κατηγοριοποίηση των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων**

Η πανδημική γρίπη αποτελεί ευρέως μία από τις σοβαρότερες απειλές για την δημόσια υγεία ολόκληρου του πλανήτη. Οι επιστήμονες, σε έρευνές τους και συγκεκριμένα σε άρθρο που δημοσιεύθηκε το 2007 (Atkinson and Wein 2007) επισήμαιναν ότι σε περίπτωση που εμφανιστεί ένα στέλεχος του ιού παρόμοιο με την πανδημία του 1918, μέσα στα επόμενα χρόνια είναι πολύ πιθανό ότι ένα αποτελεσματικό εμβόλιο δεν θα είναι διαθέσιμο κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Η φαρμακευτική αγωγή κατά του ιού θα είναι ανεπαρκής και μη αποτελεσματική, ενώ τα συστήματα υγείας θα δοκιμαστούν με τα νοσοκομεία να έρχονται αντιμέτωπα με μία ανεξέλεγκτη υγειονομική κρίση. Συνεπώς, όπως και το 1918, καταλυτικό ρόλο στη μείωση της διασποράς του ιού θα παίζουν οι μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις όπως είναι τα αναγκαστικά μέτρα κοινωνικής απόστασης, το κλείσιμο των σχολείων και εκκλησιών, η απαγόρευση των δημόσιων συγκεντρώσεων, η τηλεργασία και πρωτίστως η χρήση μάσκας των πολιτών (Markel et. al. 2006).

Η αξιολόγηση των παραπάνω μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων, των μέτρων δηλαδή ελέγχου των λοιμώξεων μέσω της απομόνωσης των πολιτών στο σπίτι αποτελεί τον σημαντικότερο ερευνητικό στόχο. Πρέπει, λοιπόν να ερευνηθούν οι τρόποι μετάδοσης της πανδημικής γρίπης έτσι ώστε να περιοριστεί η εξάπλωση της πανδημίας. Λαμβάνοντας υπόψιν διάφορα επιστημονικά ευρήματα και την συνημμένη βιβλιογραφία, προκύπτει ότι η μετάδοση του ιού οφείλεται στις ακόλουθες διαδρομές του ιού (Tellier, R., 2006). Τρεις είναι οι βασικοί τρόποι μετάδοσης του ιού, αρχικά με

την μετάδοση σταγονιδίων (σωματίδια ιού από φτέρνισμα ή βήχα μολυσμένου ιού κατευθείαν πάνω στους βλεννογόνους ενός ευπαθούς ατόμου), μετάδοση επαφής (ένα μολυσμένο παίρνει ιός στα χέρια του και μεταφέρει αυτόν τον ιό είτε άμεσα, π.χ. μέσω χειραψίας, είτε έμμεσα μέσω fomites, στα χέρια ενός ευπαθούς, ο οποίος στη συνέχεια τοποθετεί το χέρι του στόμα, μύτη ή μάτια) και μετάδοση αερολύματος, στην οποία ένα ευαίσθητο εισπνέει σταγονίδιο πυρήνες (δηλαδή, εξατμισμένα σωματίδια που περιέχουν ιό στον αέρα).

Η ποσοτικοποίηση των διαδρομών μετάδοσης της γρίπης προκύπτει μέσω της εφαρμογής ενός αναλυτικού μαθηματικού μοντέλου του ιού που περιλαμβάνει τις διαφορετικές παραμέτρους και εξετάζει τους τρόπους μετάδοσης της νόσου εντός ενός τετραμελούς νοικοκυριού που περιέχει ένα μολυσμένο άτομο. Αυτό το επιδημικό μοντέλο νοικοκυριού (Ball and Neal, 2002) εξετάζονται και αξιολογούνται οι επαφές του ατόμου γενικά, καθώς και η επίδραση των μέτρων ελέγχου της νόσου, όπως προστασία προσώπου, εξαιρισμός και υγραντήρες. Για την μεγαλύτερη αξιοπιστία της παρούσας μελέτης εκπονήθηκαν δύο ξεχωριστές αναλύσεις για την ακριβή εκτίμηση της συχνότητας των σταγονιδίων (Markel et. al. 2006).

Συμπερασματικά, αξίζει να σημειωθεί ότι η παραπάνω ανάλυση ανέδειξε την μετάδοση αερολύματος είναι ο κυρίαρχος τρόπος μετάδοσης για τη γρίπη. Με κίνητρο την επιθυμία αξιολόγησης των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για την πανδημική γρίπη, η παραπάνω μελέτη ουσιαστικά προσδιόρισε τις οδούς μετάδοσης αυτής της ασθένειας, με την χρήση και κατασκευή ενός μαθηματικού μοντέλου αερολύματος (δηλαδή σταγονίδια-πυρήνες) και επαφής μετάδοσης της γρίπης σε ένα νοικοκυριό που περιέχει ένα μολυσμένο. Η ανάλυση αυτή χρησιμοποιώντας τα επιδημιολογικά δεδομένα στο μαθηματικό μοντέλο που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές Michael P. Atkinson και Lawrence M. Wein οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η μετάδοση του ιού μέσω αερολύματος είναι πιο ισχυρή από την μετάδοση του ιού μέσω επαφής.

## Πίνακας 3.2

### Κατηγορίες των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση



Πηγή: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/images/covid-19-non-pharmaceutical-measures-infographic.png>

Στην παραπάνω φωτογραφία καθίσταται σαφές ο ρόλος των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην καταπολέμηση αυτής της πανδημίας, αλλά κατηγοριοποιούνται με τρόπο σαφές τα είδη των παρεμβάσεων. Οι μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις (N.P.I.) έχουν συνδράμει καταλυτικά στη μείωση των ποσοστών μετάδοσης της νόσου COVID-19 τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο (EE / EOX), αλλά και στο Ηνωμένο Βασίλειο, μέχρι να είναι ασφαλές και αποτελεσματικό το εμβόλιο. Ως εκ τούτου, οι μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις (N.P.I.) θα συνεχίσουν να είναι το κύριο εργαλείο δημόσιας υγείας κατά του SARS-CoV-2, μέχρι το εμβόλιο να είναι διαθέσιμο σε όλους εκείνους που διατρέχουν κίνδυνο να νοσήσουν σοβαρά από την COVID-19.

Από διάφορες έρευνες, κατά τη διάρκεια εφαρμογής των παραπάνω παρεμβάσεων, προκύπτει ότι τα NPI έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη γενική ευημερία των ανθρώπων, στη λειτουργία της κοινωνίας και την οικονομία. Ως εκ τούτου, η χρήση τους πρέπει να καθοδηγείται από δεδομένα σχετικά με την τοπική επιδημιολογική κατάσταση, με κύριο γνώμονα επιβολής τους την προστασία των πιο

ευάλωτων ατόμων στην κοινωνία. Βέβαια, συγκεκριμένη πρέπει να είναι η μέριμνα του Κράτους Δικαίου αναφορικά με την προστασία των πιο ευάλωτων πολιτών, με συντονισμένες πρακτικές πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων σε ρυθμίσεις που φιλοξενούν άτομα υψηλού κινδύνου, όπως εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας.

Οι παραπάνω μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, λαμβάνοντας υπόψιν και τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να παρακολουθούνται διαρκώς τόσο σε τοπικό επίπεδο (Δήμων /Ο.Τ.Α) όσο και σε συλλογικό (επιδημιολογικά στοιχεία ολόκληρης της χώρας), προκειμένου να αξιολογούνται τα ληφθέντα μέτρα ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Ενδέχεται χαλάρωση των παραπάνω παρεμβάσεων με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας. Προς επίτευξη μάλιστα αυτών των παρεμβάσεων το κράτος, η κυβέρνηση έχει δημιουργήσει, σε ιστοσελίδα της, τον χάρτη υγειονομικής ασφάλειας και προστασίας από την λοίμωξη COVID-19, όπου οι πολίτες ενημερώνονται για τα νέα μέτρα, αλλά και τις περιοχές όπου κατανέμεται το ιικό φορτίο δυνάμει των ημερήσιων επιδημιολογικών δεδομένων του ΕΟΔΥ (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας).

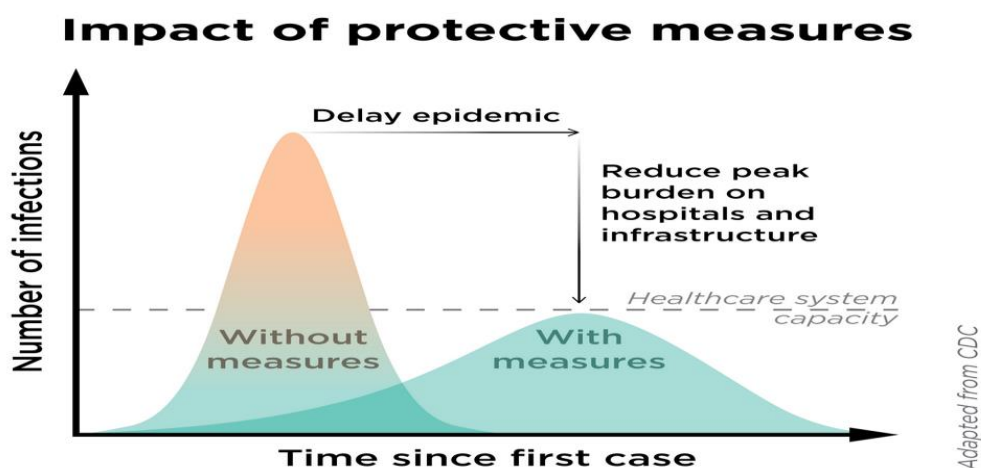
Επιπλέον, υπό τις τρέχουσες εξαιρετικές περιστάσεις, επιβάλλονται και ταξιδιωτικοί περιορισμοί σε όσους έρχονται από χώρες ή περιοχές που δεν έχουν ακόμη επιτύχει έλεγχο μετάδοσης του SARS-CoV-2 εντός του πληθυσμού, με σκοπό την μείωση της διασποράς του ιού. Σε χώρες / περιοχές / δήμους / κοινότητες όπου παρατηρείται έντονη διασπορά του ιού, οι αρχές θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι επιβαλλόμενες από το κράτος μη- φαρμακευτικές παρεμβάσεις κατανοούνται και εφαρμόζονται σωστά από τον πληθυσμό. Διατηρώντας, δηλαδή τη φυσική απόσταση που απαιτείται για την μη μετάδοση του ιού, την υγιεινή των χεριών και την μη επαφή με το πρόσωπο, καθώς και τις μάσκες όταν η φυσική απόσταση δεν είναι εγγυημένη. Συνιστάται η χρήση μάσκας προσώπου και στους εσωτερικούς χώρους (π.χ. σούπερ μάρκετ, καταστήματα και μέσα μαζικής μεταφοράς) και σε πολυσύχναστους εξωτερικούς χώρους. Επιπλέον, η χρήση μάσκας συνίσταται έντονα για ομάδες που κινδυνεύουν να αναπτύξουν σοβαρές επιπλοκές εάν μολυνθούν (π.χ. άτομα σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες ή με υποκείμενες συνθήκες) και για εκείνους των οποίων τα επαγγέλματα τα φέρνουν σε εκτεταμένη προσωπική επαφή με το κοινό όταν υπάρχει συνεχής μετάδοση.

Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων που είναι υπεύθυνοι για την υλοποίηση και την εφαρμογή των ενδεδειγμένων κάθε φορά μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων σε επίπεδο πληθυσμού ή / και περιβάλλοντος, είτε σε τοπικό είτε σε εθνικό επίπεδο, θα

πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα παρακάτω αποδεικτικά στοιχεία, όσο αφορά τον συνδυασμό των παραπάνω μέτρων.

**Διάγραμμα 3.3**

**Η καμπύλη επίδρασης των ειλημμένων μέτρων ως προς τη μείωση της διασποράς του ιού**



Πηγή: <https://blogs.jwatch.org/hiv-id-observations/index.php/as-testing-ramps-up-diagnoses-of-coronavirus-disease-in-the-u-s-will-soon-increase-substantially-how-will-we-respond/2020/03/08/>

**Πίνακας 3.3**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΩΝ ΜΗ- ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ ΜΕΣΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

ΜΗ - ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ (ΜΕΤΡΑ)	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ	ΠΟΤΕ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ
Υγιεινή των χεριών (συχνό πλύσιμο)	Η υγιεινή των χεριών συνιστάται ως μέρος της γενικής υγιεινής και της πρόληψης μολύνσεων,	Μέτρια (έλλειψη αποτελεσματικότητας στη μείωση μετάδοσης της γρίπης)	Συνίσταται	Σε όλες τις περιπτώσεις

	<p>συμπεριλαμβανομένων κατά τη διάρκεια περιόδων εποχικής ή πανδημικής γρίπης. Έτσι, η υγιεινή των χεριών είναι αποτελεσματική στη μείωση μετάδοσης γρίπης, συγκεκριμένα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο γενικότερα αναπνευστικών λοιμώξεων.</p>			
Αναπνευστική υγιεινή	<p>Η αναπνευστική υγιεινή συνιστάται ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια επιδημίας γρίπης και πανδημίας. Αν και δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι είναι αποτελεσματική στη μείωση μετάδοσης της γρίπης, υπάρχει λογική για την εν</p>	Καμία	Συνίσταται	Σε όλες τις περιπτώσεις



	δυνάμει αποτελεσματικότητας αυτού του μέτρου.			
Χρήση μάσκας	<p>Μάσκες προσώπου που φοριούνται από ασυμπτωματικούς ανθρώπους συνιστάται σε σοβαρές επιδημίες ή πανδημίες, προκειμένου να μειωθεί η διασπορά του ιού στην κοινότητα. Αν και δεν υπάρχουν στοιχεία ότι αυτό είναι αποτελεσματικό στη μείωση μετάδοσης, υπάρχει λογική για την δυναμικότητα αυτού του μέτρου.</p> <p>Μια μάσκα χειρουργικής, μίας χρήσης, συνιστάται να φοριέται πάντοτε</p>	<p>Μέτρια (έλλειψη αποτελεσματικότητας στη μείωση μετάδοσης της γρίπης)</p> <p>Μέτρια (έλλειψη αποτελεσματικότητας στη μείωση μετάδοσης της γρίπης)</p>	<p>Συνιστάται Υπό Όρους</p> <p>Συνιστάται</p>	<p>Σε σοβαρές επιδημίες ή πανδημίες</p> <p>Σε όλες τις περιπτώσεις για άτομα που είναι φορείς του ιού</p>

	<p>από άτομα που είναι φορείς του ιού κάθε φορά που έρχονται σε επαφή με άλλα άτομα. Αν και δεν υπάρχει απόδειξη ότι αυτό είναι αποτελεσματικό όσο αφορά τη μείωση της μετάδοσης, υπάρχει όμως πιθανή αποτελεσματικότητα αυτού μετρούν.</p>			
Καθαρισμός επιφανειών και αντικειμένων	<p>Ο καθαρισμός επιφανειών και αντικειμένων προτείνεται ως παρέμβαση δημόσιας υγείας για τη μείωση μετάδοσης της γρίπης. Αν και δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι αυτό είναι αποτελεσματικό στη μείωση της μετάδοσης, υπάρχει λογική για</p>	Χαμηλή (έλλειψη αποτελεσματικότητας στη μείωση μετάδοσης της γρίπης)	Συνίσταται	Σε όλες τις περιπτώσεις

	την πιθανή αποτελεσματικότητα αυτού του μέτρου.			
Άλλα περιβαλλοντικά μέτρα	<p>Η εγκατάσταση υπεριώδους ακτινοβολίας φωτός σε κλειστά και πολυσύχναστα μέρη (π.χ. εκπαιδευτικά ιδρύματα και χώρους εργασίας) δεν συνιστάται για λόγους σκοπιμότητας και ασφάλειας.</p> <p>Η αύξηση του αερισμού συνιστάται σε όλες τις περιπτώσεις με σκοπό την μείωση της μετάδοσης της γρίπης. Αν και δεν υπάρχουν στοιχεία ότι αυτό είναι αποτελεσματικό στη μείωση μετάδοσης, υπάρχει λογική</p>	<p>Καμία</p> <p>Πολύ χαμηλή (αποτελεσματικότητα)</p>	<p>Δεν Συνίσταται</p> <p>Συνίσταται</p>	<p>-</p> <p>Σε όλες τις περιπτώσεις</p>

	<p>πίσω από τη δυναμική αποτελεσματικότητά αυτού του μέτρου.</p> <p>Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι τροποποιώντας την υγρασία (είτε αυξάνοντας την υγρασία σε ξηρά κλίματα είτε μειώνοντας την υγρασία σε ζεστά και υγρά κλίματα) επιτυγχάνεται μια αποτελεσματική παρέμβαση, και αυτό δεν είναι συνιστάται λόγω ανησυχιών σχετικά με το κόστος, τη σκοπιμότητα και την ασφάλεια.</p>	Καμία	Δεν Συνίσταται	-
Απομόνωση ασθενών/φορέων του ιού	Εθελοντική απομόνωση στο σπίτι ασθενών ατόμων με κοινή ασθένεια	Πολύ χαμηλή (αποτελεσματικότητα)	Συνίσταται	Σε όλες τις περιπτώσεις

	<p>συνιστάται σε όλη τη διάρκεια επώασης της γρίπης σε περιόδους επιδημιών και πανδημιών, με εξαίρεση των ατόμων που χρήζουν ιατρικής φροντίδας. Η διάρκεια της απομόνωσης εξαρτάται από την σοβαρότητα της ασθένειας (συνήθως 5-7 ημέρες) έως ότου εξαφανιστούν τα περισσότερα συμπτώματα.</p>			
<p>Καραντίνα ατόμων που έχουν έρθει σε επαφή με φορέα του ιού</p>	<p>Καραντίνα στο σπίτι για εκτεθειμένα στον ιό άτομα, προκειμένου να μειωθεί η μετάδοση της ασθένειας, δεν συνιστάται γιατί δεν υπάρχει καμία</p>	<p>Πολύ χαμηλή (μεταβλητή αποτελεσματικότητα)</p>	<p>Συνιστάται</p>	<p>-</p>

	προφανής λογική για αυτό το μέτρο, και θα υπήρχαν σημαντικές δυσκολίες στην εφαρμογή του.			
Κλείσιμο σχολείων και συναφή μέτρα προστασίας	Σχολικά μέτρα (π.χ. αυστηρότερες πολιτικές για τα παιδιά που ασθενούν, αύξηση της απόστασης των θρανίων, μείωση ανάμειξης τάξεων και διαλειμμάτων) συνιστώνται υπό όρους, με διαβάθμιση των παρεμβάσεων ανάλογα με την σοβαρότητα της διασποράς. Απαιτείται συντονισμένη προληπτική δράση με κλείσιμο σχολείων κατά τη διάρκεια μιας σοβαρής επιδημίας ή	Πολύ χαμηλή (μεταβλητή αποτελεσματικότητα)	Συνίσταται Υπό όρους	Διαβάθμιση των παρεμβάσεων βάσει της σοβαρότητας. Το κλείσιμο των σχολείων μπορεί να εφαρμοστεί σε σοβαρές επιδημίες και πανδημίες

		πανδημία. Σε τέτοιες εξαιρετικές περιπτώσεις, πρέπει να προάγεται το γενικό καλό της κοινότητας έναντι της προσωπικής ευημερίας.			
Κλείσιμο χώρων εργασίας και υποχρεωτική τηλεργασία	Μέτρα στο χώρο εργασίας (π.χ. ενθαρρύνοντας την τηλεργασία από το σπίτι, ραγδαίες αλλαγές και χαλάρωση της πολιτικής για άδεια λόγω ασθενειών και αδειών μετ'αποδοχών)	Πολύ χαμηλή (μεταβλητή αποτελεσματικότητα)	Συνίσταται Υπό όρους	Διαβάθμιση των παρεμβάσεων βάσει της σοβαρότητας. Το κλείσιμο των χώρων εργασίας μπορεί να εφαρμοστεί σε σοβαρές επιδημίες και πανδημίες	

	εργασίας μπορεί να ληφθεί υπόψη σε εξαιρετικά σοβαρές πανδημίες προκειμένου να μειωθεί η μετάδοση του ιού.			
Αποφυγή συνωστισμού	Η αποφυγή του συνωστισμού κατά τη διάρκεια μέτριων και σοβαρών επιδημιών και πανδημιών, συνιστάται υπό όρους, με διαβάθμιση στρατηγικών που συνδέονται με σοβαρότητα προκειμένου να αυξηθεί η απόσταση και να μειωθεί η πυκνότητα μεταξύ των πληθυσμών.	Πολύ χαμηλή (άγνωστη αποτελεσματικότητα)	Συνίσταται Υπό όρους	Σε μέτριες και σοβαρές επιδημίες και πανδημίες
Ταξιδιωτικές συμβουλές	Συνιστάται ταξιδιωτική συμβουλή για τους πολίτες πριν το ταξίδι τους ως	Καμία	Συνίσταται	Στην αρχική φάση της πανδημίας



	κοινή παρέμβαση στην υγεία για να αποφευχθεί πιθανή έκθεση τους στον ιό και με σκοπό να μειωθεί η εξάπλωση της γρίπης.			
Έλεγχοι στις πύλες εισόδου και εξόδου	Έλεγχος εισόδου και εξόδου για την ενδεχόμενη μόλυνση των ταξιδιωτών, δεν συνιστάται, λόγω της έλλειψης ευαισθησίας αυτών των μέτρων όσο αφορά τον εντοπισμό μολυσμένων αλλά ασυμπτωματικών ουσιαστικά (δηλαδή προ-συμπτωματικοί) ταξιδιωτών.	Πολύ χαμηλή (αποτελεσματικότητα)	Δεν συνιστάται	-
Περιορισμοί εσωτερικών ταξιδιών	Οι περιορισμοί όσο αφορά ταξίδια εσωτερικού συνιστάται υπό όρους κατά τη διάρκεια μιας εξαιρετικά σοβαρής	Πολύ χαμηλή (αποτελεσματικότητα)	Συνιστάται Υπό όρους	Στην αρχική φάση εξαιρετικά σοβαρών πανδημιών

	<p>πανδημίας για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Πριν την εφαρμογή τους, όμως είναι σημαντικό να εξεταστεί μια ανάλυσης κόστους – αποτελεσματικότητας σε σχέση με την αποδοχή και σκοπιμότητα αυτού του μέτρου, αλλά να ληφθούν υπόψιν και ηθικά και νομικά ζητήματα σε σχέση με αυτό το μέτρο.</p>			
--	--	--	--	--

Κλείσιμο συνόρων	Το κλείσιμο των συνόρων δεν είναι συνιστάται γενικά, εκτός εάν απαιτείται από το εθνικό δίκαιο σε έκτακτες περιστάσεις κατά τη διάρκεια μιας σοβαρής πανδημίας και η εφαρμογή αυτού του μέτρου υλοποιείται αφού προηγουμένως έχει ειδοποιηθεί ο ΠΟΥ όπως απαιτείται από τους διεθνείς κανονισμούς για την υγεία του 2005 (International Health Regulations).	Πολύ χαμηλή (μεταβλητή αποτελεσματικότητα)	Δεν συνιστάται	-
------------------	--	--	----------------	---

Πηγή: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf>

Ο Π.Ο.Υ (Chu C-Y et. al. 2010) δημοσίευσε οδηγίες για τις μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις το 2009 ως απάντηση στην εμφάνιση της γρίπης (H1N1). Αυτή η καθοδήγηση παρείχε συστάσεις για τα μέτρα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση της μετάδοσης της γρίπης και τον περιορισμό των επιπτώσεων των επιδημιών και πανδημιών. Έτσι, η οδηγία αυτή περιλαμβάνει μια ενημερωμένη ανασκόπηση

όλων των διαθέσιμων στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων στον περιορισμό του κινδύνου και των επιπτώσεων της γρίπης σε επιδημίες και πανδημίες, που θα συμβάλουν στην προετοιμασία για την επόμενη πανδημία. Αυτή η κατευθυντήρια γραμμή αναπτύχθηκε από τα υπάρχοντα έγγραφα καθοδήγησης και την επιστημονική βιβλιογραφία.

Εξετάζει αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα καθεμιάς από τις παραπάνω μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις στις ρυθμίσεις της κοινότητας και παρέχει προτάσεις για την αντιμετώπιση μελλοντικών επιδημιών και πανδημιών γρίπης. Οι συστάσεις αυτές δίδονται με σκοπό να βοηθήσουν τις εθνικές ή τοπικές υγειονομικές αρχές να σχεδιάσουν και να λάβουν έγκαιρα καιρίες αποφάσεις για άτομα ή ιδρύματα εκτός του χώρου υγειονομικής περίθαλψης. Τα βασικά στοιχεία από αυτές τις αποφάσεις είναι προσωπικά προστατευτικά μέτρα, περιβαλλοντικά μέτρα, κοινωνικές αποστάσεις, μέτρα που σχετίζονται με ταξίδια και με κάθε πιθανή εστία κινδύνου. Επιπλέον, χώρες, περιοχές, κοινότητες, σχολεία, οικογένειες και άτομα μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτήν την οδηγία των NPI για να προσαρμόσουν και να υιοθετήσουν στην καθημερινότητά τους τα περισσότερα κατάλληλα μέτρα για τον μετριασμό της εξάπλωσης και ελαχιστοποίηση των αρνητικών συνεπειών των επιδημιών γρίπης και πανδημιών.

Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνονται συγκεκριμένοι στόχοι για την έγκαιρη εφαρμογή των NPI με σκοπό την επιβράδυνση της μετάδοσης λοιμώξεων στην κοινότητα, εξάπλωση περιπτώσεων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και μείωση της μέγιστης ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες. Μέτρα ετοιμότητας δηλαδή των συστημάτων υγείας, που θα τα αποτρέψουν από πιθανή κατάρρευσή τους λόγω της πληθώρας των περιστατικών που θα χρήσουν άμεσης ιατρικής περίθαλψης (π.χ. η εξασφάλιση επαρκών νοσοκομειακών κρεβατιών, Μ.Ε.Θ, βασικών φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού) οφείλουν να αποτελούν πεδίο εφαρμογής αυτής της κατευθυντήριας γραμμής.

### 3.2.2 Αξιολόγηση των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων

Οι πανδημίες γρίπης σύμφωνα με επιστημονικά ευρήματα του Π.Ο.Υ εμφανίζονται σε απρόβλεπτα διαστήματα και προκαλούν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα στον πληθυσμό. Ο ιός της γρίπης μεταδίδεται εύκολα από άτομο σε άτομο, κυρίως λόγω της επαφής των ατόμων και είναι δύσκολο να ελεγχθεί. Στο αρχικό στάδιο των επιδημιών

και των πανδημιών της γρίπης, υπάρχει λογική καθυστέρηση στη διαθεσιμότητα συγκεκριμένων εμβολίων για την καταπολέμηση του εκάστοτε ιού, ενώ είναι περιορισμένη και η προσφορά των κατάλληλων αντιικών φαρμάκων.

Έτσι, οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (NPI) είναι το μόνο σύνολο αντιμέτρων που είναι άμεσα διαθέσιμα ανά πάσα στιγμή και σε όλες τις χώρες. Σκοπός, λοιπόν των NPI σε ένα πληθυσμό είναι να καθυστερήσουν την εισαγωγή του πανδημικού ιού, περιορίζοντας την μετάδοση με προσωπικά προστατευτικά ή περιβαλλοντικά μέτρα και ως εκ τούτου να μειωθεί το σύνολο των περιστατικών (λοιμώξεων) και σίγουρα να μειωθεί κατά πολύ το ποσοστό των νοσούντων φορέων με σοβαρά συμπτώματα (επικείμενος κίνδυνος θανάτου).

Η βάση συλλογής δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των NPI στα περιβάλλοντα της κοινότητας είναι περιορισμένη και η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων είναι περιορισμένη για τις περισσότερες παρεμβάσεις. Υπήρξαν μια σειρά τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών υψηλής ποιότητας, όμως που αποδεικνύουν ότι τα μέτρα ατομικής προστασίας, όπως η υγιεινή των χεριών και οι μάσκες προσώπου έχουν, στην καλύτερη περίπτωση, μια μικρή επίδραση στη μείωση της μετάδοσης της γρίπης, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψιν από τους αρμοδίους, όμως επισημαίνεται από τους ερευνητές ότι η υψηλότερη συμμόρφωση σε σοβαρή πανδημία ενδέχεται να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα αυτών των αντιμέτρων. Για παράδειγμα, όπως προκύπτει από αντίστοιχες μελέτες το κλείσιμο των σχολείων μπορεί να μειώσει τη μετάδοση της γρίπης, αλλά θα πρέπει να εφαρμόζεται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και να επαναξιολογείται η αποτελεσματικότητά του μέτρου αυτού, ως προς την μείωση της διασποράς του ιού. Επίσης, τα μέτρα που σχετίζονται με τα ταξίδια είναι απίθανο να είναι επιτυχή στις περισσότερες περιπτώσεις, επειδή τα τρέχοντα εργαλεία ελέγχου όπως οι θερμικοί σαρωτές δεν δύναται να εντοπίσουν προσυμπτωματικές λοιμώξεις και αφρικανικές λοιμώξεις, ενώ οι τυχόν επιβεβλημένοι ταξιδιωτικοί περιορισμοί και απαγορεύσεις είναι πιθανό να έχουν καταστροφικές οικονομικές συνέπειες.

Η πανδημία COVID-19 είναι πλέον μια σημαντική παγκόσμια απειλή για την υγεία. Από τις 16 Μαρτίου του 2020, υπήρξαν 164.837 επιβεβαιωμένα περιστατικά και 6.470 θάνατοι επιβεβαιώθηκαν παγκοσμίως. Η παγκόσμια εξάπλωση ήταν ταχεία, με 146 χώρες να έχουν αναφέρει τουλάχιστον μία περίπτωση. Μάλιστα, την τελευταία φορά που ο κόσμος ανταποκρίθηκε σε μια παγκόσμια αναδυόμενη επιδημία ασθένειας της ίδιας κλίμακας με την πανδημία COVID-19 χωρίς πρόσβαση σε εμβόλια ήταν η

πανδημία γρίπης του H1N1 το 1918-1819 (Gatherer D, 20009). Σε αυτή την πανδημία, ορισμένες κοινότητες, ιδίως στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ), ανταποκρίθηκαν με μια ποικιλία μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων (NPI), μέτρα δηλαδή που αποσκοπούν στη μείωση της μετάδοσης μειώνοντας την επαφή των ατόμων με σκοπό να μειωθούν τα ποσοστά στο γενικό πληθυσμό.

Παραδείγματα τέτοιων μέτρων που εγκρίθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου περιλάμβαναν το κλείσιμο σχολείων, εκκλησιών, μπαρ και άλλων κοινωνικών χώρων (Zhang Q et. al. 2014). Πόλεις στις οποίες εφαρμόστηκαν αυτές οι παρεμβάσεις στις αρχές της επιδημίας κατάφεραν να μειώσουν τον αριθμό των περιπτώσεων, ενώ στις περιοχές που παρέμειναν οι παρεμβάσεις είχαν ως αποτέλεσμα την μείωση της θνησιμότητας του πληθυσμού σε μεγάλο βαθμό. Αξίζει να σημειωθεί, το εξής παράδοξο, κατά την αξιολόγηση των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων, πως ενώ υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία και οδηγίες από φορείς για τις μολυσματικές ασθένειες και την πρόληψή τους σήμερα συγκριτικά με το 1918, οι περισσότερες χώρες σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν και πάλι την ίδια πρόκληση με το COVID-19, όπως τότε με τη γρίπη H1N1 το 1918.

Ο παγκόσμιος αντίκτυπος της νόσου COVID-19 είναι εμφανής, καθώς η επικείμενη απειλή για τη δημόσια υγεία του συνόλου του πληθυσμού είναι η σοβαρότερη των τελευταίων δεκαετιών. Λόγω της υψηλής μεταδοτικότητας του ιού και τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας δεν τίθεται ζήτημα σύγκρισης με την πανδημική γρίπη του H1N1 το 1918. Λαμβάνοντας υπόψιν τα ακόλουθα επιστημονικά ευρήματα, της ερευνητικής ομάδας του Imperial College (Neil M Ferguson et. al. 2020) όπως αυτά δημοσιεύτηκαν στις 16 Μαρτίου 2020, αναλύεται η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων μέσω της επιδημιολογικής μοντελοποίησης που ουσιαστικά χάραξε την πολιτική στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Η.Π.Α (Halloran ME et. al.). Έτσι, δεδομένου της μέχρι πρότινος έλλειψης εμβολίου COVID-19, η εκτίμηση των ειδικών για μείωση της διασποράς του ιού περιλαμβάνει ένα λελογισμένο συνδυασμό των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

Πιο συγκεκριμένα, κρίνεται πως δύο θεμελιώδεις στρατηγικές (Ferguson NM et. al. 2006) είναι οι επικρατέστερες: (α) μετριασμός/άμβλυνση (mitigation), που επικεντρώνεται στην επιβράδυνση αλλά όχι απαραίτητα στη μείωση της εξάπλωσης της επιδημίας - μείωση της μέγιστης ζήτησης της υγειονομικής περίθαλψης (των νοσοκομειακών ιδρυμάτων), ενώ ταυτόχρονα προστατεύει αυτούς που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από την ασθένεια (ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού),

και (β) καταστολή, η οποία στοχεύει στην αναστροφή της επιδημικής ανάπτυξης, μειώνοντας τον αριθμό των καταγεγραμμένων περιστατικών covid-19 και διατηρώντας αυτήν την κατάσταση επ' αόριστον. Κάθε πολιτική επιφυλάσσει μεγάλες προκλήσεις τόσο για την δημόσια υγεία των πολιτών όσο και για την ανθεκτικότητα των εθνικών συστημάτων υγείας, λόγω της πρωτοφανούς υγειονομικής έξαρσης.

Ωστόσο, αυτές θεωρούνται οι βέλτιστες πολιτικές μετριασμού (συνδυάζοντας την απομόνωση στο σπίτι των υπόπτων περιπτώσεων, την καραντίνα στο σπίτι των ατόμων που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό με ύποπτα περιστατικά και κοινωνική απόσταση του ηλικιωμένων και άλλων που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από την νόσο) που ενδέχεται να μειώσουν τη μέγιστη ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης κατά 2/3 και τους θανάτους κατά το ήμισυ. Παρόλα αυτά ακόμη και αν κατορθωθεί να μετριαστεί η διασπορά είναι πιθανό να υπάρξουν εκατοντάδες χιλιάδες θάνατοι και τα συστήματα υγείας (κυρίως μονάδες εντατικής θεραπείας) να κινδυνέψουν με κατάρρευση λόγω της πληθώρας των εισαγόμενων περιστατικών και την αντίστοιχη ανεπάρκεια κλινών Μ.Ε.Θ για παροχή της απαιτούμενης ιατρικής περίθαλψης. Όμως, στην παραπάνω μελέτη επισημαίνεται ότι για τις χώρες που μπορούν να το επιτύχουν αυτό χωρίς πιθανή κατάρρευση, η επιλογή της πολιτικής της καταστολή φαντάζει ως ιδανική.

Στις περιπτώσεις του Ηνωμένου Βασιλείου και των ΗΠΑ, η καταστολή ως πολιτική καταπολέμησης της πανδημίας απαιτεί έναν συνδυασμό κοινωνικών αποστάσεων ολόκληρου του πληθυσμού, απομόνωση περιπτώσεων στο σπίτι και καραντίνα του νοικοκυριού με τα μέλη της οικογένειάς τους. Οι παραπάνω μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις μπορεί να χρειαστεί να εφαρμοστούν συνδυαστικά με το κλείσιμο σχολείων και πανεπιστημίων, όμως τέτοιο κλείσιμο ενδέχεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. Κύρια πρόκληση της καταστολής είναι ότι αυτή η πολιτική εντατικής παρέμβασης μέσω της εφαρμογής μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων θα πρέπει να διατηρηθεί έως ότου το εμβόλιο θα είναι διαθέσιμο (πιθανώς 18 μήνες ή περισσότερο).

Απαιτείται διαρκής παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των ειλημμένων μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων με σκοπό την εκ νέου λήψη μέτρων ή την χαλάρωση των μέτρων όπου κρίνεται σκόπιμο (βάσει των αποφάσεων της επιτροπής λοιμοξιολόγων) για τον περιορισμό της διασποράς του ιού. Τελευταία, ενώ η εμπειρία στην Κίνα και τώρα στη Νότια Κορέα δείχνει ότι είναι δυνατή η καταστολή βραχυπρόθεσμα, μένει να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητά της και μακροπρόθεσμα,

καθώς και να διαπιστωθεί εάν το κοινωνικό και οικονομικό κόστος των παρεμβάσεων αυτών δύναται μελλοντικά να μειωθεί (Neil M Ferguson et. al. 2020).

Η απόφαση εισαγωγής, υιοθέτησης ή άρσης για την προστασία της δημόσιας υγείας και κοινωνικών μέτρων (Public Health Social Measures) θα πρέπει να βασίζεται σε ανάλυση του επιπέδου μετάδοσης, της ικανότητας ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας και άλλων παραμέτρων. Με βάση την κοινή αξιολόγηση αυτών των παραγόντων, σημείο αναφοράς, το επίπεδο κατάστασης, θα αποτελεί το επίπεδο που αντιστοιχιστεί σε μια γεωγραφική περιοχή που θα ενημερώνει εάν και πώς πρέπει να υιοθετηθούν τα παραπάνω κοινωνικά μέτρα. Η αξιολόγηση τους πρέπει να ενισχυθεί μέσω της εξέτασης των ποσοτικών και ποιοτικών πληροφοριών από διαφορετικές πηγές, οι οποίες θα πρέπει να τριγωνίζονται για να παρέχουν ένα πρόσθετο έλεγχο στο ήδη αξιολογημένο επίπεδο κατάστασης. Τα Επίπεδα Κατάστασης πρέπει να θεωρούνται μόνο ενδεικτικά επειδή μπορεί να μην ανταποκρίνονται καλά λόγω ενός συγκεκριμένου πλαισίου. Για παράδειγμα, σε ένα μικρό νησί μια αναπτυσσόμενη κατάσταση διασποράς του ιού με περιορισμένη χωρητικότητα, αυστηρά κοινωνικά μέτρα προστασίας (PHSM) μπορεί να δικαιολογείται σε σχετικά χαμηλό επίπεδο μετάδοσης.

Ωστόσο, οι δείκτες πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά (π.χ. ανά δύο εβδομάδες) και το επίπεδο κατάστασης να αξιολογείται ανάλογα ώστε με την καταλληλότητα και τον αντίκτυπο των μέτρων PHSM που ελήφθησαν, με σκοπό να προβλεφθούν και να υιοθετηθούν μελλοντικές αλλαγές.



### Πίνακας 3.4

Πίνακας αξιολόγησης του επιπέδου διασποράς του ιού μέσω της χρήσης δεικτών μετάδοσης και την ικανότητα ανταπόκρισης των μέτρων PHSM για την καλύτερη εφαρμογή τους

Επίπεδο μεταδοτικότητας COVID-19	Δυνατότητα Ανταπόκρισης των PHSM		
	Αρκετά καλή	Μέτρια	Περιορισμένη
Καθόλου περιστατικά	0	0	1
Εισαγόμενα περιστατικά covid-19	0	1	1
Πληθώρα περιστατικών	1	1	2
Κοινότητα – CT1	1	2	2
Κοινότητα – CT2	2	2	3
Κοινότητα – CT3	2	3	3
Κοινότητα – CT4	3	3	4

Πηγή: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336374>

Η αξιολόγηση του επιπέδου μετάδοσης - διασποράς του ιού είναι το κλειδί για την αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης του COVID-19 σε μια δεδομένη περιοχή και επομένως καθοδηγεί την λήψη ουσιωδών αποφάσεων ως προς την καταλληλότητα εφαρμογής των μέτρων ελέγχου της πανδημίας.

Ο Π.Ο.Υ είχε καθορίσει προηγουμένως τα παραπάνω τέσσερα σενάρια μετάδοσης που περιγράφουν τη δυναμική της επιδημίας: δεν έχουν αναφερθεί περιστατικά (συμπεριλαμβανομένης και της μηδενικής μετάδοσης και της απουσίας εντοπισμού και αναφερόμενα περιστατικά), σποραδικά περιστατικά, συστάδες περιστατικών και κυρίως μετάδοση μέσω των κοινοτήτων.

Με πολλές χώρες να βιώνουν την μετάδοση του ιού στις κοινότητές τους και προσπαθώντας να υιοθετήσουν την προσαρμογή των μέτρων PHSM σε διάφορα επίπεδα αντίστοιχης έντασης, μια εκ νέου επικαιροποιημένη ταξινόμηση του πίνακα μετάδοσης έχει δημιουργηθεί για να παρέχει περισσότερες λεπτομέρειες. Μια γκάμα από δείκτες για την καταγραφή της έντασης της μεταδοτικότητας, έχει δημιουργηθεί βοηθώντας έτσι τη λήψη αποφάσεων.

Η ταξινόμηση της κοινοτικής μετάδοσης (CT) διαιρείται τώρα σε τέσσερα επίπεδα, από χαμηλή συχνότητα (CT1) έως πολύ υψηλή συχνότητα (CT4). Κατά συνέπεια, υπάρχουν τώρα επτά κατηγορίες, όπως αναλύονται παρακάτω στις συντομεύσεις, ενώ ένας ολόκληρος οδηγός στην επίσημη ιστοσελίδα του Π.Ο.Υ, με τίτλο «Κριτήρια δημόσιας υγείας για την προσαρμογή της δημόσιας υγείας και των κοινωνικών μέτρων στο πλαίσιο του COVID-19 », παρέχει περισσότερες διευκρινήσεις.

- CT1: Χαμηλή συχνότητα των διασκορπισμένων περιστατικών, σε τοπικό επίπεδο, που εντοπίστηκαν τις τελευταίες 14 ημέρες
- CT2: Μέτρια συχνότητα των διασκορπισμένων περιστατικών, σε τοπικό επίπεδο, που εντοπίστηκαν τις τελευταίες 14 ημέρες
- CT3: Υψηλή συχνότητα των διασκορπισμένων περιστατικών, σε τοπικό επίπεδο, που εντοπίστηκαν τις τελευταίες 14 ημέρες
- CT4: Πολύ υψηλή συχνότητα των διασκορπισμένων περιστατικών, σε τοπικό επίπεδο, που εντοπίστηκαν τις τελευταίες 14 ημέρες

Η ταξινόμηση βάσει του επιπέδου μετάδοσης για μια γεωγραφική περιοχή θα αλλάξει (θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί) με την πάροδο του χρόνου και η καταγραφή των περιστατικών θα είναι διαφορετική. Οι γεωγραφικές περιοχές σε μια χώρα πιθανότατα θα βιώσουν διαφορετικά επίπεδα μετάδοσης ταυτόχρονα. Ως εκ τούτου, απαιτούνται στρατηγικές δέσμευσης βασισμένες στις αντιλήψεις και τις ανάγκες της κάθε κοινότητας ξεχωριστά, προκειμένου να είναι αποτελεσματική η λήψη αποφάσεων για την εφαρμογή των μέτρων PHSM με στόχο την καταπολέμηση της πανδημίας αυτής λαμβάνοντας υπόψιν τις κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ..

- Επίπεδο Κατάστασης 0 : Αντιστοιχεί σε μια κατάσταση χωρίς γνωστή μετάδοση του SARS-CoV-2 στις προηγούμενες 28 ημέρες. Το σύστημα υγείας και οι αρχές προστασίας της δημόσιας υγείας είναι έτοιμες να αντιμετωπίσουν ενδεχόμενα περιστατικά, αλλά δεν πρέπει να υπάρχουν περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες.

- Επίπεδο Κατάστασης 1 : Είναι μια κατάσταση όπου βασικά μέτρα έχουν ληφθεί για την πρόληψη της μετάδοσης ή εάν υπάρχουν ήδη περιστατικά, η επιδημία είναι ελεγχόμενη μέσω αποτελεσματικών μέτρων γύρω από το κάθε περιστατικό για ταχεία αντιμετώπισή του ή συστάδες περιστατικών, με περιορισμένες και παροδικές διαταραχές να έχουν εντοπιστεί στην κοινωνική και οικονομική ζωή.

- Επίπεδο Κατάστασης 2 : Αντιπροσωπεύει μια κατάσταση με χαμηλή κοινοτική συχνότητα ή κίνδυνο κοινοτικής μετάδοσης. Πρόσθετα μέτρα μπορεί να απαιτούνται για τον έλεγχο της μετάδοσης. Ωστόσο, οι διαταραχές στις κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες μπορούν ακόμη να είναι περιορισμένες.

- Επίπεδο Κατάστασης 3: Είναι μια κατάσταση της κοινοτικής μετάδοσης με περιορισμένη πρόσθετη ικανότητα ανταπόκρισης των μέτρων και ως εκ τούτου υπάρχει κίνδυνος να καταρρεύσουν οι υπηρεσίες υγείας (Ε.Σ.Υ). Ένας μεγαλύτερος συνδυασμός μέτρων μπορεί και θα πρέπει να τεθεί σε εφαρμογή για τον περιορισμό της μετάδοσης και την διαχείριση των περιστατικών, προκειμένου να επιτευχθεί ο έλεγχος της επιδημίας.

- Επίπεδο Κατάστασης 4: Αντιστοιχεί σε μια κατάσταση ανεξέλεγκτης επιδημίας με περιορισμένο ή καθόλου ικανό σύστημα υγείας με άμεση δυνατότητα ανταπόκρισης στις έκτακτες συνθήκες, απαιτώντας έτσι εκτεταμένα μέτρα για την αποφυγή της συνολικής κατάρρευσης των Εθνικών Συστημάτων Υγείας των χωρών και την αποτροπή υψηλών ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού.

Ο πίνακας 3.4 παρέχει περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τους τύπους μέτρων που ενδέχεται να έχουν να εφαρμοστεί για κάθε επίπεδο κατάστασης. Τα μέτρα στο κάθε επίπεδο είναι ενδεικτικά, καθώς ορισμένα μέτρα μπορεί να είναι περισσότερα ή λιγότερο εφικτά ή κατάλληλα σε συγκεκριμένα πλαίσια και τοποθεσίες. Αξίζει να σημειωθεί πως οι προτάσεις για διεθνή ταξίδια είναι ακόμη πιο εξειδικευμένες, καθώς λαμβάνονται υπόψιν επιμέρους παράμετροι. Τέλος, τα μέτρα πρέπει να είναι χρονικά

δεσμευμένα και να επανεξετάζονται τακτικά, σε χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων, αλλά και να αξιολογούνται συνδυαστικά με το επίπεδο κατάστασης, όπως αναλύθηκε στον πίνακα 3.4.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η επίδραση των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων ενάντια της Covid -19

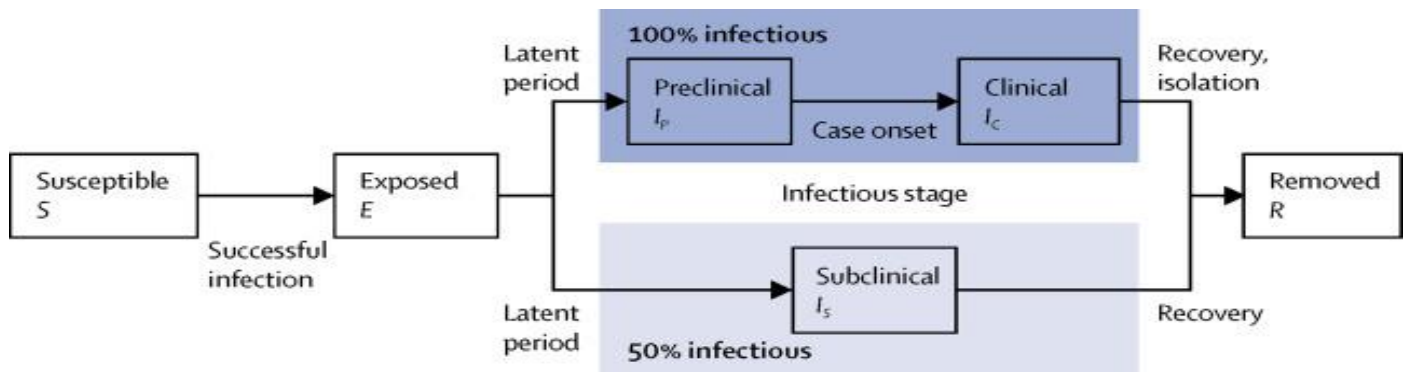
#### 4.1 Μελέτη Περίπτωσης

##### 4.1.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων από την εφαρμογή των NPI στην Κίνα

Οι στρατηγικές περιορισμού της επιδημίας COVID-19 στην Κίνα που βασίζονται σε μη - φαρμακευτικές παρεμβάσεις (NPI) φαίνεται να είναι αποτελεσματικές, όπως προκύπτει από διάφορα επιστημονικά άρθρα (Shengjie Lai et. al. 2020), (Q. Kong et. al. 2020). Χρειάζεται ωστόσο ποσοτική έρευνα για να εκτιμηθεί τόσο η αποτελεσματικότητα των διαφορετικών NPI, όσο και το χρονικό διάστημα επανεξέτασής τους ώστε μελλοντικά να υπάρξει μεγαλύτερη ετοιμότητα από μέρους των Κρατών και πιστή εφαρμογή των δεδομένων της Επιστήμης για επιδημίες, όπως αυτή του κορονοϊού που πλήττουν ολόκληρο τον πλανήτη.

Η μέθοδος (SEIR epidemic model) που χρησιμοποίησαν οι μελετητές βασίστηκε στην κατασκευή ενός μοντέλου ταξιδιωτικού δικτύου που βασίζεται σε κλίμακα που σχηματίζεται από τη καθημερινή παρακολούθηση κάθε πληθυσμού, τον υπολογισμό δηλαδή τεσσάρων παραμέτρων: οι ευπαθείς ομάδες ενός πληθυσμού (υγιή άτομα που δεν έχουν εκτεθεί ακόμη στον ιό, αλλά πάσχουν από άλλα υποκείμενα νοσήματα πχ καρκίνος), τα εκτεθειμένα άτομα (άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα covid-19, χωρίς όμως να εμφανίζουν ακόμη συμπτώματα), ο μολυσμένος πληθυσμός (άτομα που και έχουν εκτεθεί στον ιό και νοσούν, καθώς εμφανίζουν τα συμπτώματα του covid-19) και το τμήμα του πληθυσμού που έχει αναρρώσει από την ασθένεια (άτομα δηλαδή που νόσησαν και τώρα είναι υγιή) για να μπορέσουν προσομοιώσουν το ξέσπασμα σε πόλεις της ηπειρωτικής Κίνας.

### Διάγραμμα 4.1 Αποτύπωση της μεθόδου SEIR epidemic model



Πηγή: [/www.thelancet.com/](http://www.thelancet.com/)

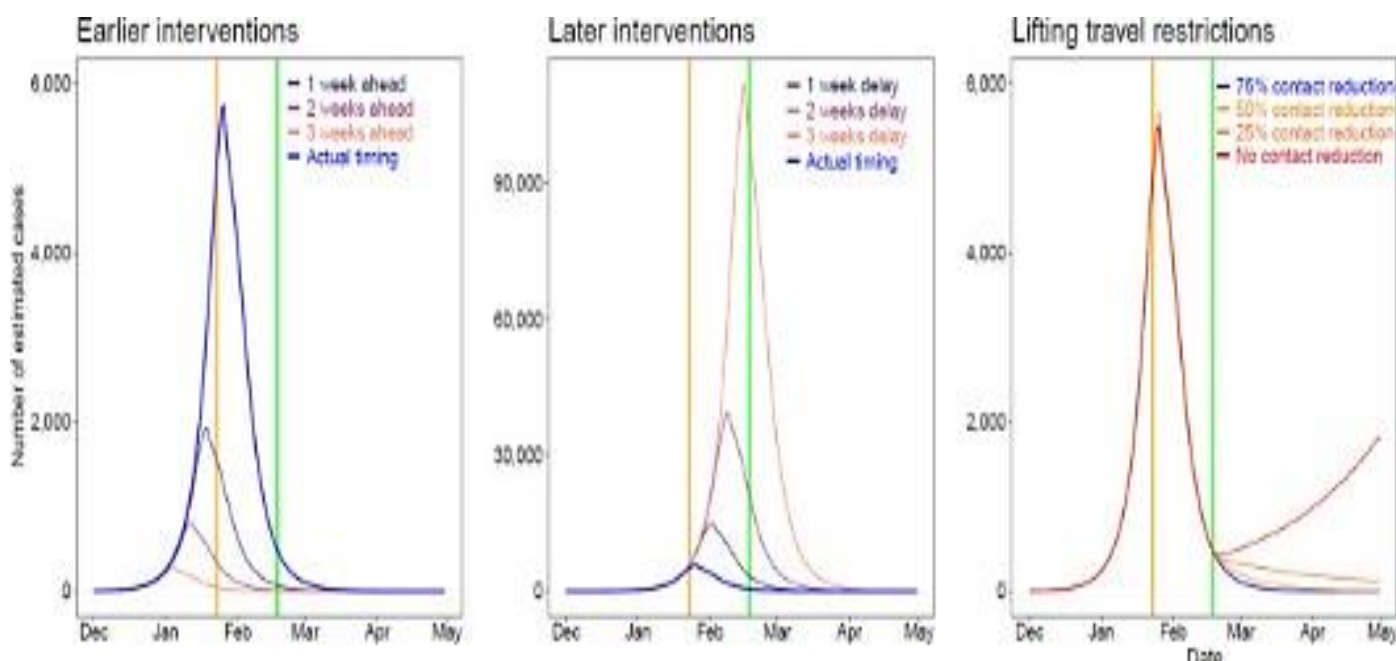
Χρησιμοποιώντας, λοιπόν επιδημιολογικές παραμέτρους που εκτιμήθηκαν για το αρχικό στάδιο της επιδημίας στην Wuhan για να παραμετροποιήσουν τη μετάδοση πριν από την εφαρμογή των NPI. Για τον ποσοτικό προσδιορισμό της σχετικής επίδρασης των διαφόρων NPI, καθημερινές μεταβολές καθυστέρησης από την έναρξη της ασθένειας στην πρώτη αναφερόμενη περίπτωση σε κάθε κομητεία χρησιμοποιήθηκαν ως προσεγγιστικές μεταβλητές για τη βελτίωση της ταυτοποίησης και της απομόνωσης των επιβεβαιωμένων περιστατικών κατά τη διάρκεια της επιδημίας. Τα δεδομένα της ανθρώπινης κίνησης, που λαμβάνονται σε πραγματικό χρόνο από την κινέζικη υπηρεσία Baidu, χρησιμοποιήθηκαν για να προσδιορίσουν την ένταση των περιορισμών ταξιδιού και των μειώσεων επαφών σε ολόκληρη την Κίνα. Το μοντέλο και τα αποτελέσματα αυτού επιβεβαιώθηκαν μέσω της καθημερινής αναφοράς περιστατικών, με μια σειρά αναλύσεων ευαισθησίας.

Πιο συγκεκριμένα, το σύνολο των περιστατικών COVID-19 ανέρχεται στις 114.325 περιπτώσεις από τις 29 Φεβρουαρίου 2020 σε ολόκληρη την ηπειρωτική Κίνα και αυτές ήταν πολύ συσχετισμένες ( $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,86$ ) με κάθε αναφερόμενη περίπτωση. Λαμβάνοντας υπόψιν τα επιστημονικά ευρήματα στην υποεξεταζόμενη ήπειρο καθίσταται σαφές η αποτελεσματική επίδραση των NPIs, καθώς σε κάθε άλλη περίπτωση ο αριθμός των περιπτώσεων COVID-19 πιθανότατα θα είχε δείξει 67 φορές αύξηση (όπως αποδεικνύεται με συγκεκριμένους μαθηματικούς υπολογισμούς (Shengjie Lai et. al. 2020)) με την αποτελεσματικότητα μάλιστα των διαφορετικών

παρεμβάσεων να ποικίλλει. Η έγκαιρη ανίχνευση και η απομόνωση των περιπτώσεων εκτιμήθηκε ότι αποτρέπει περισσότερες λοιμώξεις από τους περιορισμούς ταξιδιού και τις μειώσεις επαφών, αλλά τα εφαρμοζόμενα NPI θα επιτύχουν ισχυρότερο και ταχύτερο αποτέλεσμα. Εάν τα NPI είχαν υιοθετηθεί και εφαρμοσθεί μία εβδομάδα, δύο εβδομάδες ή τρεις εβδομάδες νωρίτερα στην Κίνα, τα περιστατικά θα μπορούσαν να είχαν μειωθεί κατά 66%, 86% και 95%, αντίστοιχα, μαζί με σημαντική μείωση του αριθμού των πληγέντων περιοχών. Ωστόσο, εάν τα NPI είχαν υιοθετηθεί και εφαρμοσθεί μία εβδομάδα, δύο εβδομάδες ή τρεις εβδομάδες αργότερα, σημειώνεται ότι ο αριθμός των περιπτώσεων θα μπορούσε να είχε τριπλάσια, 7πλάσια και 18πλάσια αύξηση σε ολόκληρη την Κίνα, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι η παρέμβαση κοινωνικής απόστασης θα πρέπει να συνεχιστεί για τους επόμενους μήνες στην Κίνα για να αποφευχθεί η αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων μετά την άρση των ταξιδιωτικών περιορισμών στις 17 Φεβρουαρίου 2020.

#### Διάγραμμα 4.2

**Εκτιμήσεις της επιδημίας COVID-19 σε διάφορα σενάρια χρονοδιαγράμματος παρέμβασης και άρση των περιορισμών ταξιδιού σε όλη την Κίνα**

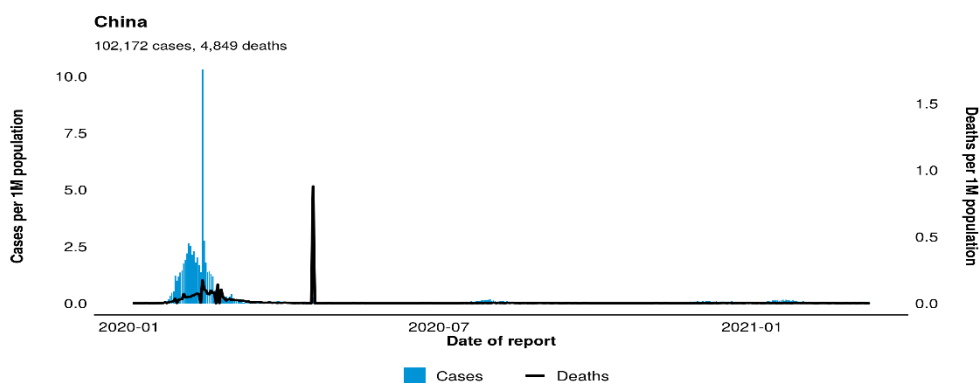


Πηγή: [https://www.nature.com/articles/s415860202293x?fbclid=IwAR2dya0pmb5Hmo2Awftr1EGE9aqiucveRhtDQL8Wogx\\_aaFeKa2UzCwa4Xo](https://www.nature.com/articles/s415860202293x?fbclid=IwAR2dya0pmb5Hmo2Awftr1EGE9aqiucveRhtDQL8Wogx_aaFeKa2UzCwa4Xo)

Συμπερασματικά, τα NPI που αναπτύσσονται στην Κίνα φαίνεται να προλαμβάνουν αποτελεσματικά το ξέσπασμα COVID-19, αλλά η αποτελεσματικότητα των διαφορετικών παρεμβάσεων ποικίλλει, με την έγκαιρη ανίχνευση περιπτώσεων και τη μείωση των επαφών να είναι η πιο αποτελεσματική. Επιπλέον, η ανάπτυξη των NPI νωρίς είναι επίσης σημαντική για την αποφυγή περαιτέρω εξάπλωσης. Οι πρώιμες και ολοκληρωμένες στρατηγικές NPI πρέπει να προετοιμαστούν, να υιοθετηθούν και να προσαρμοστούν ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στην υγεία, στον κοινωνικό και τον οικονομικό τομέα στις πληγείσες περιοχές σε όλο τον κόσμο.

### Διάγραμμα 4.3

#### Συνολική αποτύπωση των κρουσμάτων και θανάτων COVID-19 Κίνα



Πηγή: <https://covid19.who.int/>

Στην Χανγκζού (Hangzhou), μια πόλη με πληθυσμό άνω των 9,86 εκατομμυρίων στα νότια της Κίνας, εντοπίστηκε μεγάλη έκρηξη του COVID-19 με 169 επιβεβαιωμένα κρούσματα που αναφέρθηκαν στο χρονικό διάστημα από τις 21 Ιανουαρίου έως τις 19 Φεβρουαρίου. Εξαιτίας της έλλειψης τόσο των εμβολίων όσο και των αντιικών φαρμάκων, ο περιορισμός της διασποράς της νόσου ελέγχθηκε με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για σχεδόν 45 ημέρες. Στις 28 Φεβρουαρίου 2020, ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ δήλωσε ότι ο αντίκτυπος του κινδύνου λόγω της έξαρσης της νόσου COVID-19 είχε αυξηθεί σε «πολύ υψηλό παγκόσμιο επίπεδο».

Σε χώρες όπως η Ιταλία, η Δημοκρατία της Κορέας, το Ιράν και η Ιαπωνία, ο αριθμός των νέων υποθέσεων COVID-19 συνεχίζει να αυξάνεται, αν και ο αριθμός των αναφερόμενων περιστατικών μειώνεται στην Κίνα. Ως εκ τούτου, αξίζει να σημειωθούν οι στρατηγικές παρεμβάσεις που σημείωσαν τρομερά αποτελέσματα ως

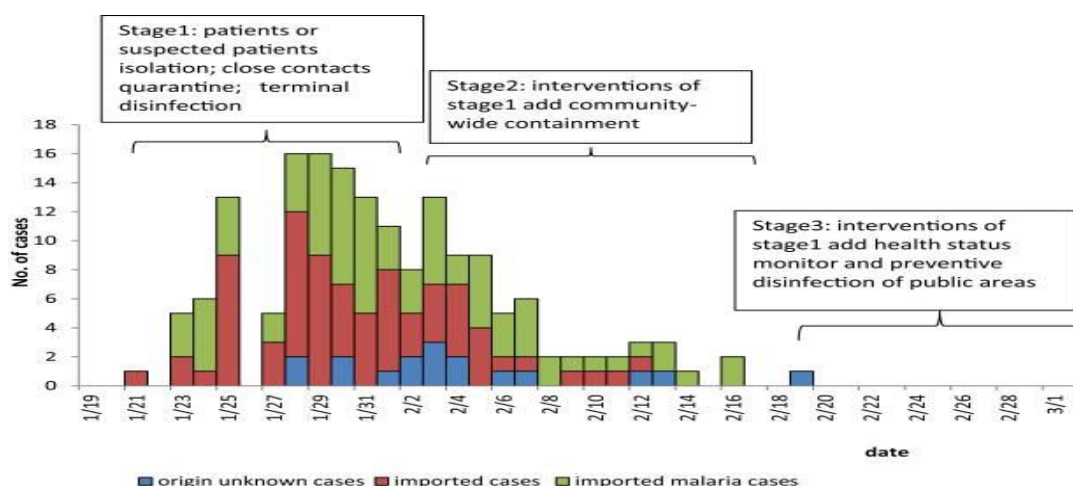


προς την άμεση μείωση της διασποράς του ιού στην πόλη Χανγκζού (Hangzhou) της Κίνας. Πιο συγκεκριμένα, στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνεται η εφαρμογή των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων που χωρίζεται σε τρία στάδια.

Στο πρώτο στάδιο ξεκινά από τις 21 Ιανουαρίου, όπου και καταγράφεται επισήμως το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19, έως τις 2 Φεβρουαρίου. Σε αυτό το χρονικό διάστημα έλαβαν χώρα παρεμβάσεις όπως η απομόνωση ασθενών ή ύποπτων ασθενών με εμφάνιση κάποιων ήπιων συμπτωμάτων της νόσου, καραντίνα στενών επαφών και απολύμανση τοποθεσιών όπου οι ασθενείς είχαν παρευρεθεί προηγουμένως. Πενήντα πέντε εισαγόμενες περιπτώσεις και 37 τοπικές υποθέσεις που ήταν οι στενές επαφές των εισαγόμενων περιστατικών εντοπίστηκαν και απομονώθηκαν από συνολικά 109 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις σε αυτό το στάδιο. Ωστόσο, επτά περιπτώσεις άγνωστης προέλευσης είχαν αναφερθεί διαδοχικά στο Tonglu, μια κομητεία του Hangzhou, από τις 28 Ιανουαρίου. Αυτό υποδηλώνει ότι η ασθένεια μπορεί να εξαπλωθεί τοπικά. Επιπλέον, περισσότερες από τις μισές επιβεβαιωμένες περιπτώσεις εμφάνισαν μόνο ήπια συμπτώματα. Μερικοί ασθενείς δεν γνώριζαν ότι ήταν άρρωστοι, εντάσσονται στην κατηγορία των ασυμπτωματικών φορέων της νόσου που πλήττει τον πλανήτη και αυτό υποδηλώνει την δυσκολία έγκαιρου εντοπισμού και κατόπιν περιορισμού ορισμένων περιπτώσεων, φορέων της νόσου.

#### Διάγραμμα 4.4

#### Στρατηγικές παρέμβασης σε διάφορα επιδημικά στάδια του COVID-19 στην πόλη Χανγκζού (Hangzhou)



Πηγή: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181977/>

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά από τις 3 Φεβρουαρίου έως τις 18 Φεβρουαρίου. Κίνητρο για την ενίσχυση των παρεμβάσεων από μέρους της κυβέρνησης αποτέλεσαν οι τρεις περιφέρειες / κομητείες που ανέφεραν περιστατικά COVID-19 άγνωστης προέλευσης, συμπεριλαμβανομένου και της πόλης Tonglu στις 3 Φεβρουαρίου. Η τάση της τοπικής μετάδοσης ήταν εμφανής. Ο περιορισμός σε επίπεδο Κοινότητας προστέθηκε βάσει του πρώτου σταδίου για τη μείωση της επαφής των ατόμων με άγνωστες πηγές μόλυνσης. Όλες οι επιχειρήσεις και τα ιδρύματα έκλεισαν εκτός από ορισμένες βασικές λειτουργίες, όπως σούπερ μάρκετ και νοσοκομεία. Υπήρξε έντονη προτροπή (απαγόρευση) να μείνουν όλοι οι πολίτες στα σπίτια τους με δυνατότητα εξόδου για συγκεκριμένους λόγους και μόνο δύο φορές την εβδομάδα για να αγοράσουν είδη πρώτης ανάγκης. Σε αυτό το στάδιο, αναφέρθηκαν 19 εισαγόμενες και 40 τοπικές περιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένων εννέα περιπτώσεων άγνωστης προέλευσης.

Τέλος στο τρίτο στάδιο που ξεκίνησε από τις 19 Φεβρουαρίου έως τώρα. Μετά από 15 ημέρες περιορισμού, η επιδημία ήταν βασικά υπό έλεγχο. Ο περιορισμός ακυρώθηκε και οι επιχειρήσεις είχαν τη δυνατότητα να συνεχίσουν την εργασία τους κανονικά. Η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας των εργαζομένων και η προληπτική απολύμανση των δημόσιων χώρων έπρεπε να πραγματοποιούνται καθημερινά σε αυτό το στάδιο. Μέχρι τις 2 Μαρτίου, δεν αναφέρθηκαν νέες περιπτώσεις για 12 συνεχόμενες ημέρες, εκτός από μια εισαγόμενη περίπτωση στις 19 Φεβρουαρίου.

Κατά την αντιμετώπιση νέων μολυσματικών ασθενειών, όπως η νόσος COVID-19, οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές επιλογές για τις κυβερνήσεις λόγω της έλλειψης μεθόδων εμβολιασμού, φαρμακευτικών θεραπειών και απόκτησης ανοσίας μιας πρωτοφανούς νόσου. Παρόλο που το αποτέλεσμα αυτών των παρεμβάσεων χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση, η μεγάλη διασπορά της νόσου COVID-19 που όμως περιορίστηκε και ελέγχθηκε στην πόλη Χανγκζού σε σύντομο χρονικό διάστημα, αποδεικνύει την δυναμική αυτών των μη- φαρμακευτικών παρεμβάσεων. Διαπιστώνουμε επίσης ότι η επίδραση των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων σχετίζεται στενά με το χρονικό διάστημα και τον σωστό συνδυασμό τους ως προς την αποτελεσματική εφαρμογή τους και αυτός ενδέχεται να είναι ο λόγος για τον οποίο παρόμοιες στρατηγικές έχουν διαφορετικά αποτελέσματα σε διαφορετικές πόλεις.

Στις 22 Σεπτεμβρίου 2020, ο τότε Πρόεδρος των ΗΠΑ, Ντόναλντ Τραμπ, χαρακτήρισε στη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών την οξεία αναπνευστική νόσο covid-19 (SARS-CoV-2) ως τον «ιό της Κίνας». Θεωρούσε υπαίτια της εμφάνισης της πρωτοφανούς πανδημίας που πλήττει ολόκληρο τον πλανήτη την Κίνα. Μάλιστα, προέβη σε αιχμηρές δηλώσεις εναντίον των εκπροσώπων της με λόγια όπως: «Απελευθερώσατε αυτήν την πανούκλα στο κόσμο». Ο Κινέζος Πρόεδρος Xi Jinping, ο οποίος μίλησε στη Γενική Συνέλευση μετά τον Τραμπ, προέτρεψε τα έθνη να επηρεαστούν από την νόσο COVID-19 και συγκεκριμένα «να ακολουθήσουν τις οδηγίες της επιστήμης ... και να ξεκινήσουν μια κοινή διεθνή γραμμή πολιτικής αντιμετώπισης αυτής της πανδημίας». Πρόσθεσε ότι «οποιοδήποτε απόπειρα πολιτικοποίησης του ζητήματος ή οποιοδήποτε προσπάθεια στιγματισμού πρέπει να απορριφθεί». Εννέα μέρες αργότερα από την ως άνω συνέλευση ο τότε Αμερικανός Πρόεδρος, Τραμπ διεγνώσθει να νοσεί από τον ιό.

Σύμφωνα με έρευνα (Talha Burki 2020) που διενεργήθηκε το χρονικό διάστημα του Ιουλίου από το Pew Research Center, τα δύο τρίτα των Αμερικανών πιστεύουν ότι η Κίνα συνδέεται άμεσα με την πανδημία covid-19. Προφανώς η ως άνω άποψη δεν συνάδει με την κοινή γνώμη του ΠΟΥ. Αντιθέτως, σε μια διάσκεψη τον Σεπτέμβριο, ο Mike Ryan, διευθυντής των προγραμμάτων έκτακτης ανάγκης του Π.Ο.Υ συνεχάρη θερμά κατά την έναρξη της ομιλίας του μεταξύ άλλων τους εργαζομένους στον τομέα υγείας πρώτης γραμμής στην Κίνα, καθώς και τον πληθυσμό που συνεργάστηκε ακούραστα προκειμένου να μειώσει αποτελεσματικά την διασπορά του ιού.

Από τις 4 Οκτωβρίου 2020, η Κίνα είχε καταγράψει συνολικά 90.604 επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19 και 4.739 θανάτους, ενώ οι ΗΠΑ είχε καταγράψει 7.382.194 επιβεβαιωμένα ενεργά κρούσματα και 209.382 θάνατοι. Το Ηνωμένο Βασίλειο παρόλο που έχει πληθυσμό 20 φορές μικρότερο από εκείνο της Κίνας, έχει καταγράψει πέντε φορές περισσότερα επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19 και σχεδόν δέκα φορές περισσότερους θανάτους. Όλα τα παραπάνω δεδομένα εγείρουν το εξής ερώτημα: Πώς έχει καταφέρει η Κίνα να ελέγξει και να περιορίσει σε τέτοιο αποτελεσματικό βαθμό την πανδημία που πλήττει κατάφωρα ολόκληρο τον πλανήτη;

Παρά το γεγονός ότι η Κίνα ήταν η πρώτη που χτυπήθηκε από την νόσο COVID-19 και πάλι ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει γρήγορα και αποτελεσματικά την ασθένεια. Διαθέτει ένα σύγχρονο κεντρικό σύστημα αντιμετώπισης των επιδημιών. Οι περισσότεροι Κινέζοι ενήλικες θυμούνται το SARS-CoV και το υψηλό ποσοστό

θνησιμότητας που συσχετίστηκε με αυτόν. "Η κοινωνία ήταν ενήμερη και προετοιμασμένη για ένα πιθανό ξέσπασμα κορονοϊού », είπε ο Xi Chen (Yale School of Public Health, New Haven, Connecticut, USA). «Άλλες χώρες δεν έχουν τόσο έντονες αναμνήσεις μιας πανδημίας ». Ηλικιωμένοι άνθρωποι (ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού) πήγαιναν να μείνουν με τα παιδιά τους, ή μόνοι τους, αλλά κοντά. Μόνο το 3% του ηλικιωμένου πληθυσμού της Κίνας ζει σε οίκους ευγηρίας λαμβάνοντας υπόψη ότι σε πολλές δυτικές χώρες τέτοιες εγκαταστάσεις υπήρξαν σημαντικές πηγές μόλυνσης από τον ιό.

«Η ταχύτητα της ανταπόκρισης της Κίνας ήταν ο κρίσιμος παράγοντας», εξηγεί ο Gregory Poland, διευθυντής της ερευνητικής ομάδας εμβολίων στην κλινική του Mayo στις Η.Π.Α. «Κινήθηκαν πολύ γρήγορα για να σταματήσουν την μετάδοση. «Άλλες χώρες, ακόμη αν και είχαν πολύ περισσότερο χρόνο να προετοιμαστούν για την άφιξη του ιού, καθυστέρησαν την έγκαιρη αντιμετώπισή τους με αποτέλεσμα να χαθεί ο έλεγχος περιορισμού της πανδημίας». Το πρώτο κρούσμα του ιού καταγράφηκε στην Γουχάν, και συγκεκριμένα στην επαρχία Χουμπέι, προς τα τέλη του Δεκεμβρίου 2019. Η Κίνα ακολούθησε τα υγειονομικά πρωτόκολλα από τις 10 Ιανουαρίου 2020, και άρχισε να θεσπίζει μια σειρά από αυστηρά αντίμετρα τον ίδιο μήνα.

Η Γουχάν μπήκε σε αυστηρούς περιορισμούς όπως η καραντίνα (lockdown) με συνολική διάρκεια 76 ημερών. Η καραντίνα ως μέτρο καταπολέμησης της διασποράς του ιού συνεπιφέρει και άλλες λειτουργίες, όπως η αναστολή των δημόσιων συγκοινωνιών. Λίγο αργότερα, παρόμοια μέτρα εφαρμόστηκαν σε κάθε πόλη στην Επαρχία Χουμπέι. Σε όλη τη χώρα, υπήρχαν 14.000 σημεία ελέγχου της υγείας των πολιτών μέσω της διενέργειας covid test για να υπάρχει ακριβής εικόνα της εξάπλωσης της νόσου στην χώρα. Η λειτουργία των σχολείων επανήλθε μετά το χειμώνα, οι διακοπές των πολιτών καθυστέρησαν, καθώς και οι μετακινήσεις τους περιορίστηκαν σε σημαντικό βαθμό. Δεκάδες πόλεις της Κίνας έθεσαν σε εφαρμογή τον οικογενειακό περιορισμό σύμφωνα με τον οποίο μόνο ένα άτομο από κάθε νοικοκυριό επιτρέπεται να φεύγει από το σπίτι του κάποιες μέρες και μόνο για την συλλογή των αναγκαίων προμηθειών/αγαθών διαβίωσης, όπως είναι τα είδη πρώτης ανάγκης. Με το πέρασμα κάποιων εβδομάδων, η Κίνα κατάφερε να ελέγξει μέσω των τεστ ανίχνευσης του ιού 9 εκατομμύρια άτομα για SARS-CoV-2 στην πόλη Γουχάν. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκε ένα αποτελεσματικό εθνικό σύστημα ανίχνευσης επαφών των ατόμων που μολύνθηκαν από την νόσο COVID-19. Αντίθετα, το εθνικό σύστημα υγείας του

Ηνωμένου Βασιλείου, αλλά και η ικανότητα ανίχνευσης των επαφών των ασθενών κατέρρευσε αμέσως μετά το ξέσπασμα της πανδημίας στην χώρα.

Ως ο μεγαλύτερος κατασκευαστής στον κόσμο εξοπλισμού ατομικής προστασίας, ήταν σχετικά απλό για την Κίνα να αυξήσει την παραγωγή κλινικών γαντιών και χειρουργικών μασκών, προκειμένου να εφοδιάσει τόσο την Ευρώπη όσο και τον υπόλοιπο κόσμο με τον απαραίτητο εξοπλισμό στην προσπάθεια καταπολέμησης της πανδημίας αυτής. Επιπλέον, οι Κινέζοι υιοθέτησαν αρκετά γρήγορα την μη – φαρμακευτική παρέμβαση της χρήσης μάσκας κατά την κυκλοφορία τους «Η συμμόρφωση ήταν πολύ εντυπωσιακή», είπε ο Chen. «Συγκριτικά με την συμμόρφωση των πολιτών ΗΠΑ, όπου ακόμη και τον Ιούνιο και τον Ιούλιο, όταν είχε σημειωθεί υψηλή έκρηξη των κρουσμάτων σε όλη την ήπειρο, οι πολίτες εξακολουθούσαν να αρνούνται να φορέσουν μάσκες. Ακόμη και στα τέλη Σεπτεμβρίου, ο Πρόεδρος Τραμπ χαρακτήρισε την χρήση μάσκας από μέρους του Joe Biden ως αδυναμία για να τον γελοιοποιήσει».

Η αυστηροποίηση των μέτρων στην Κίνα όχι απλά υιοθετήθηκε από την αρχή της πανδημίας, αλλά εμφανίζεται και από ειδικά εξοπλισμένα drones που ήταν υπεύθυνα για τον έλεγχο των πολιτών ως προς την πιστή τήρηση των μέτρων, χωρίς εξαιρέσεις. Μάλιστα το κράτος φρόντιζε να επιπλήττει, μέσω των ειδικά διαμορφωμένων ηλεκτρονικών μηχανών των drones, όσους δεν τηρούσαν ευλαβικά τα μέτρα. Το κρατικό πρακτορείο ειδήσεων Xinhua μετέδωσε τέτοια πλάνα επίπληξης των πολιτών που δεν συμμορφώνονταν μέσω των drones. Αντιθέτως, στο Ηνωμένο Βασίλειο επετράπη η παρακολούθηση ιπποδρομιών με θεατές τουλάχιστον 150.000 άτομα στα μέσα Μαρτίου, 10 ημέρες ακριβώς πριν η χώρα τεθεί σε ολική απαγόρευση κυκλοφορίας (lockdown). Αντίστοιχα, τον Αύγουστο, 460.000 Αμερικανοί συγκεντρώθηκαν στο Sturgis, στη Νότια Ντακότα, για να παρακολουθήσουν ράλι μοτοσικλετών.

Στις 5 Φεβρουαρίου 2020, στη Γουχάν άνοιξαν τρία νοσοκομεία αναφοράς του COVID-19, ενώ είχε προγραμματιστεί να ενταχθούν στην εκστρατεία αντιμετώπισης και παροχής της αναγκαίας ιατρικής περίθαλψης που απαιτούνταν για τους ασθενείς που θα νοσήσουν από την συγκεκριμένη νόσο άλλα 13 νοσοκομεία τις επόμενες εβδομάδες. Τα νοσοκομεία αναφοράς εγκαταστάθηκαν σε δημόσιους χώρους όπως στάδια και εκθεσιακούς χώρους προκειμένου εκεί να φιλοξενηθούν και βασικά να χρησιμοποιηθούν για την απομόνωση των ασθενών που εμφανίζουν ήπια έως μέτρια συμπτώματα του COVID-19. Ασθενείς όμως που εμφάνιζαν σοβαρά και πιο έντονα

συμπτώματα της ασθένειας μεταφέρονταν γρήγορα στο συμβατά νοσοκομεία. Το δίκτυο νοσοκομείων Fangcang, όπου υπήρχαν διαθέσιμα 13.000 κρεβάτια, σήμαινε ότι οι ασθενείς με COVID-19 απομονωνόντουσαν σαυτούς τους χώρους και όχι στα σπίτια τους, γεγονός το οποίο μείωσε σημαντικά τον κίνδυνο διασποράς του ιού και σε άλλα μέλη της οικογένειας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως μέχρι τις 10 Μαρτίου 2020, το δίκτυο των νοσοκομείων Fangcang δεν χρειάζονταν πλέον. Περίπου το ίδιο χρονικό διάστημα το κινεζικό κράτος αφού κατάφερε να ελέγξει την μετάδοση του ιού σε τοπικό επίπεδο, εστίασε στην αποτροπή εισαγωγής στη χώρα τους κρουσμάτων κορωνοϊού. Συνεπώς, όσοι ταξίδευαν με προορισμό την Κίνα τίθεντο τόσο σε υποβολή covid test, όσο και σε υποχρεωτική καραντίνα.

Μια μελέτη μοντελοποίησης, από τον Chen (Talha Burki 2020), των επιδημιολογικών δεδομένων όπως καταγράφηκαν από τις αρμόδιες αρχές παρακολούθησης της πανδημίας του COVID-19 στην Κίνα, έδειξε ότι τα κοινωνικά μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας που εφήρμοσε το κινεζικό κράτος μεταξύ 29 Ιανουαρίου και 29 Φεβρουαρίου απέτρεψαν 1,4 εκατομμύρια επιπλέον μολύνσεις από τον ιό και 56.000 θανάτους. Ωστόσο, αυτή η στρατηγική και πολιτική αντιμετώπιση από μέρους της Κίνας δε δύναται να αναδειχθεί ως πρότυπο με καθολική ισχύ για όλο τον πλανήτη, καθώς χώρα έχει το δικό της ιδιαίτερο σύστημα υγείας, το δικό της πολίτευμα αλλά και τις δικές της πολιτικές αντιμετώπισης τέτοιων υγειονομικών κρίσεων, όπως εύλογα σημειώνεται από τον ερευνητή Han Fu του Imperial College του Λονδίνου. Η ύπαρξη διαφόρων παραμέτρων, όπως είναι και οι πολιτικές σκοπιμότητες επηρεάζουν τις αντιλήψεις των πολιτών και την συμμόρφωση τους ως προς τις μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Τέλος, οι πολιτικές ελευθερίες του κάθε έθνους και η εμπιστοσύνη ή μη των πολιτών στους ηγέτες της καθιστούν εφικτή ή μη την αποτελεσματικότητα αυτών των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων ενάντια αυτής της πρωτοφανούς υγειονομικής κρίσης που πλήττει τον πλανήτη σήμερα.

#### 4.1.2 Αποτελεσματικότητα των NPI στο Ηνωμένο Βασίλειο

Η ασθένεια του κορονοϊού 2019, γνωστή ως οξεία αναπνευστική νόσος (SARS-CoV-2) έχει εξαπλωθεί σε πολλές χώρες, ενώ πρωτοεμφανίστηκε στη πόλη Wuhan της Κίνας. Τα πρώτα επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου έδειξαν ότι ο ιός μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο και πρόκειται για μια σοβαρή ασθένεια ικανή να επιφέρει και θάνατο ειδικά στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Οι δύο πρώτες περιπτώσεις

COVID-19 στο Ηνωμένο Βασίλειο επιβεβαιώθηκαν στις 31 Ιανουαρίου 2020. Παρόλο που η εφαρμογή των τεστ, η απομόνωση και η ανίχνευση των επαφών πιθανώς επιβράδυναν την γρήγορη μετάδοση του ιού, εν τέλει δεν επαρκούσε για να περιορίσει και να ελέγξει την διασπορά της πανδημίας στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Μετά την καθιέρωση εκτεταμένων μέτρων ελέγχου στη Γουχάν στα τέλη Ιανουαρίου, συμπεριλαμβανομένων - μεταξύ άλλων μέτρων - ταξιδιωτικών περιορισμών, φυσικής απόστασης και απαγόρευση της κυκλοφορίας των πολιτών με την προτροπή να παραμείνουν μέσα στα σπίτια τους, σημειώθηκε σημαντική μείωση της τοπικής μετάδοσης της νόσου. Τήρηση των υγειονομικών πρωτοκόλλων με σκοπό τον συνωστισμό των πολιτών και την λήψη μέτρων όπως το κλείσιμο σχολείων, του λιανεμπορίου και της εστίασης, καθώς και περιορισμοί σε μεμονωμένες μετακινήσεις και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, εφαρμόζονται τώρα σε πολλές χώρες με στόχο τη μείωση της μετάδοσης του SARS-CoV-2.

Αρκετές μελέτες (Kissler SM et. al. 2020), (Prem K et. al. 2020) έχουν διερευνήσει την πιθανή επίδραση των μέτρων ελέγχου στη δυναμική του COVID-19. Αυτές οι μελέτες έχουν γενικά υποδείξει ότι τα μετριοπαθή μέτρα θα μπορούσαν να μειώσουν το μέγεθος της επιδημίας, αλλά απαιτούνται πιο εντατικά μέτρα για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας του συνόλου του πληθυσμού και την υγιή λειτουργία των εθνικών συστημάτων υγείας για να παράσχουν αποτελεσματικά την υγειονομική φροντίδα που χρειάζονται όσοι πολίτες νοσήσουν με έντονα – σοβαρά συμπτώματα της ασθένεια COVID-19.

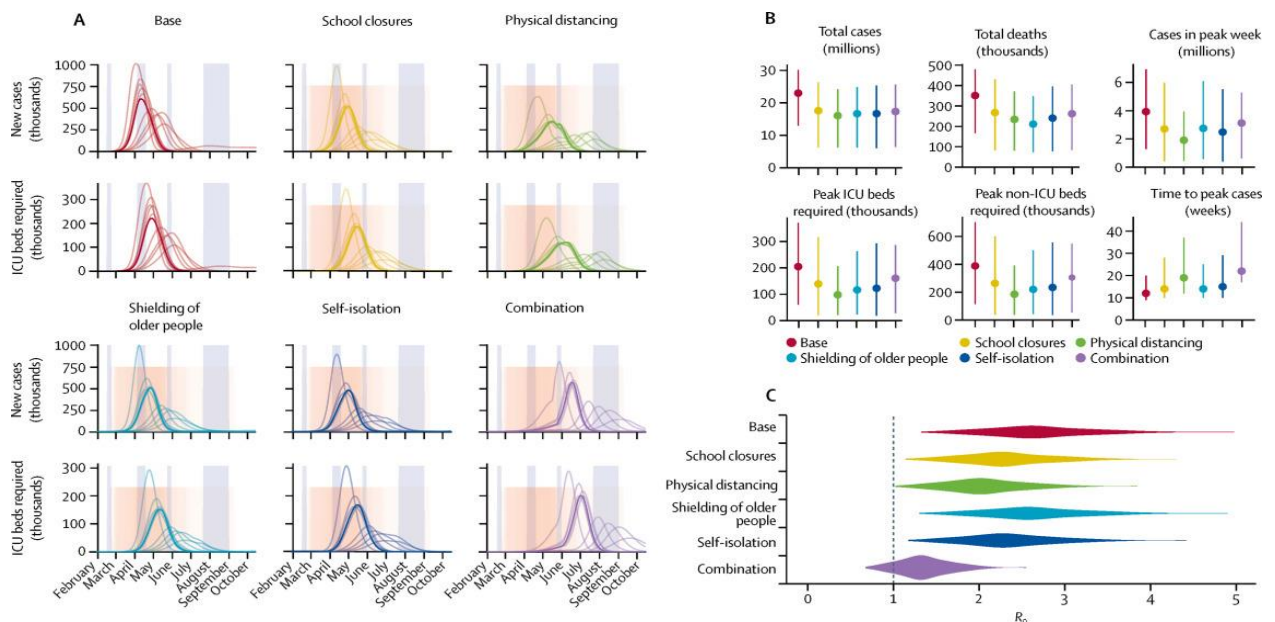
Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί για τη μείωση της μετάδοσης σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου coronavirus 2 (SARS-CoV-2) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η προβολή του μεγέθους μιας αδιαμφισβήτητης επιδημίας και της πιθανής επίδρασης διαφορετικών μέτρων ελέγχου ήταν καθοριστικής σημασίας για την υποστήριξη της χάραξης πολιτικής βάσει τεκμηρίων κατά τα πρώτα στάδια της επιδημίας. Αυτή η μελέτη αξιολογεί τον πιθανό αντίκτυπο των διαφορετικών μέτρων ελέγχου για τον περιορισμό της διασποράς του COVID-19 στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στην μελέτη (Nicholas G Davies et. al. 2020) αυτή χρησιμοποιήθηκε ένα στοχαστικό μοντέλο μετάδοσης του ιού για να διερευνηθεί μια σειρά σεναρίων μέσω των μη- φαρμακευτικών παρεμβάσεων, παρακολουθώντας 66,4 εκατομμύρια άτομα από 186 διαφορετικές διοικητικές μονάδες σε επίπεδο νομού στην Αγγλία, την Ουαλία, τη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία. Οι τέσσερις βασικές μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις που αξιολογήθηκαν ήταν το κλείσιμο των σχολείου, η τήρηση των

αποστάσεων με σκοπό την αποφυγή του συνωστισμού, η προστασία ατόμων ηλικίας άνω των 70 ετών (ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού) και η απομόνωση των ατόμων που φέρουν συμπτώματα του ιού. Επίσης, στο παραπάνω μοντέλο ενσωματώθηκε και ένας συνδυασμός αυτών των παρεμβάσεων, καθώς και ένα πρόγραμμα εντατικών παρεμβάσεων με περιορισμούς σταδιακής κατάργησης που περιορίζουν ουσιαστικά τις επαφές έξω από το σπίτι για επαναλαμβανόμενες περιόδους. Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές αυτής της μελέτης προσομοίωσαν τους διαφορετικούς παράγοντες ενεργοποίησης των παρεμβάσεων και εκτίμησαν τον αντίκτυπο της διαφορετικής συμμόρφωσης στις παρεμβάσεις μεταξύ των διαφορετικών χωρών. Για κάθε σενάριο, προβλέφθηκαν εκτιμώμενες νέες περιπτώσεις με την πάροδο του χρόνου που θα νοσήσουν από την ασθένεια αυτή, ασθενείς που χρειάζονταν θεραπεία εσωτερικής και κρίσιμης φροντίδας (δηλαδή, εισαγωγή σε μονάδες εντατικής θεραπείας Μ.Ε.Θ) και τους αντίστοιχους εκτιμώμενους θανάτους και συγκριτικά την επίδραση κάθε παρέμβασης στον βασικό αριθμό αναπαραγωγής, το  $R_0$ .

### Διάγραμμα 4.5

#### Αντίκτυπος των μη – φαρμακευτικών παρεμβάσεων διάρκειας 12 εβδομάδων στο Ηνωμένο Βασίλειο



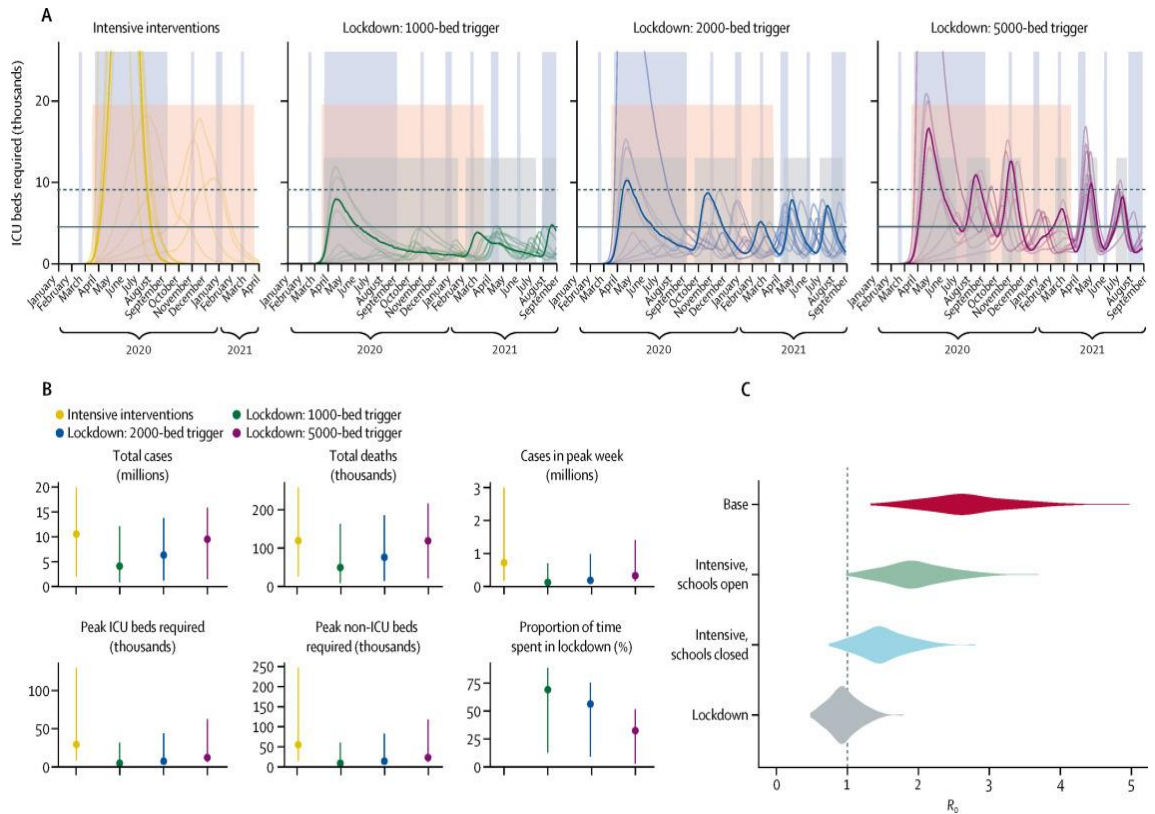
Πηγή: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30133-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30133-X)



Ως προς τα επιστημονικά ευρήματα της παραπάνω μελέτης, οι ερευνητές προέβλεψαν μια μέση απρόβλεπτη επιβάρυνση 23 εκατομμυρίων κλινικών περιπτώσεων (95% διάστημα πρόβλεψης 13-30) και 350.000 θάνατοι (170.000-480.000) λόγω του COVID-19 στο Ηνωμένο Βασίλειο μέχρι τον Δεκέμβριο του 2021. Διαπίστωσαν ότι κάθε μια από τις τέσσερις διαφορετικές μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις ήταν πιθανό να μειώσει το R0, αλλά όχι επαρκώς και σε τέτοιο σημείο ώστε να αποτραπεί η ζήτηση για παροχή υγειονομικής φροντίδας και να υπάρξει χώρος στα νοσοκομειακά ιδρύματα για τις απαραίτητες εισαγωγές των πολιτών που θα νοσήσουν. Ο συνδυασμός των παρεμβάσεων αυτών ήταν πιο αποτελεσματικός στη μείωση του R0, αλλά μόνο οι περίοδοι καραντίνας (lockdown) ήταν ικανές για να φέρουν το R0 κοντά ή κάτω από το 1. Συγκεκριμένα, το πιο αυστηρό σενάριο καραντίνας οδήγησε στην εκτίμηση ότι θα υπάρξουν 120.000 κρούσματα COVID-19 (46.000-700.000) και 50.000 οι εκτιμώμενοι θάνατοι (9.300-160.000). Ωστόσο, οι επιστήμονες επισημαίνουν ότι θα πρέπει να πραγματοποιηθούν εντατικές παρεμβάσεις με περιόδους καραντίνας για μεγάλο μέρος του επόμενου έτους, προκειμένου να αποφευχθεί η αποσυμπίεση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία τους και την ύπαρξη διαθεσιμότητας των κλινών Μ.Ε.Θ, που απαιτούνται για τους ασθενείς που νοσούν με σοβαρά και επικίνδυνα συμπτώματα του COVID-19.

## Διάγραμμα 4.6

### Προβλεπόμενος αντίκτυπος εντατικών μέτρων ελέγχου του covid-19 με έντονης κλίμακας καραντίνας (lockdowns)



Πηγή: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30133-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30133-X)

Στο Ηνωμένο Βασίλειο κατεγράφησαν τουλάχιστον 4.280.800 επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19, σύμφωνα με τα επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα όπως δημοσιοποιούνται στην κυβερνητική ιστοσελίδα ενημέρωσης για την πορεία της πανδημίας στη χώρα. Από το απόγευμα της Πέμπτης, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει δημοσίευμα (Allen et. al. 2021) της εφημερίδας New York Times, 125.926 άνθρωποι είχαν πεθάνει. Λόγω σφάλματος εισαγωγής δεδομένων, σχεδόν 16.000 άτομα που είχαν θετικά αποτελέσματα μεταξύ 25 Σεπτεμβρίου και 2 Οκτωβρίου δεν καταγράφηκαν στον ημερήσιο αριθμό αναφερόμενων περιπτώσεων.

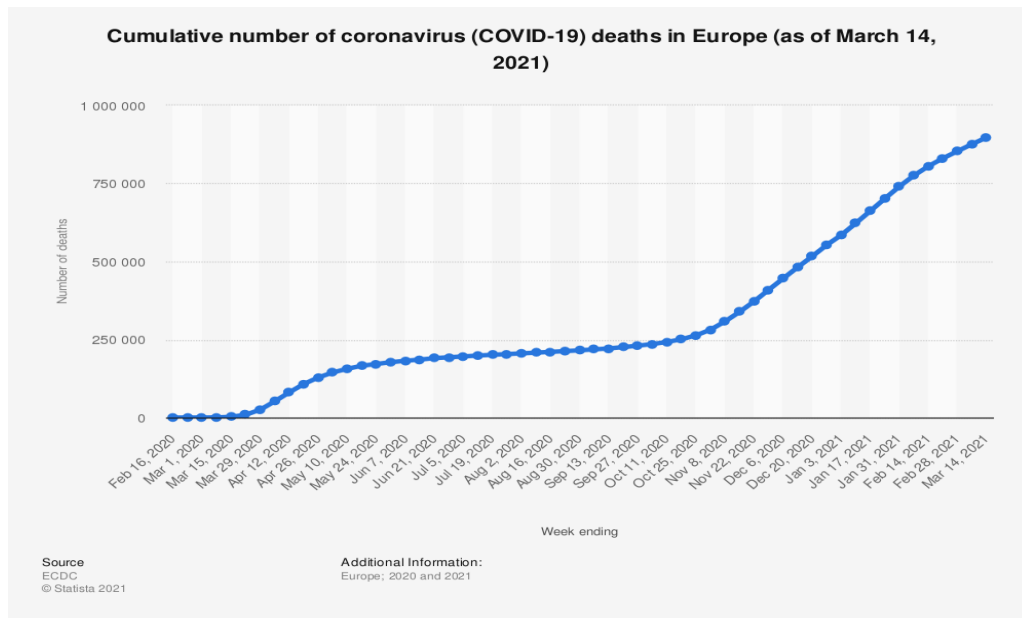
Το Γραφείο Εθνικών Στατιστικών Δεδομένων του Ηνωμένου Βασιλείου συντάσσει επίσης μια εβδομαδιαία έκθεση σχετικά με τον αριθμό των θανάτων που έχουν καταγραφεί (σε πιστοποιητικό θανάτου) ως αιτία της νόσου Covid-19. Αυτός ο αριθμός, που περιλαμβάνει τους θανάτους που προκλήθηκαν εξαιτίας του ιού εκτός νοσοκομείων, είναι πολλές χιλιάδες θάνατοι υψηλότεροι από τους ήδη αναφερόμενους

ημερήσιους αριθμούς θανάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Μεγάλη Βρετανία έχει τον υψηλότερο αριθμό θανάτων Covid-19 στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των περιπτώσεων και των θανάτων είναι υψηλότερος στην Αγγλία, τη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία, όπως προκύπτει από τα στατιστικά δεδομένα των χωρών αυτών.

Στις 4 Ιανουαρίου, ο πρωθυπουργός Μπόρις Τζόνσον ανακοίνωσε ένα άλλο εθνικό lockdown στην Αγγλία, κλείνοντας σχολεία και ζητώντας από τους Βρετανούς πολίτες να μείνουν σπίτι τους, εκτός από κάποιες αναγκαίες μετακινήσεις τους, συμπεριλαμβανομένης της εργασίας και της αγοράς τροφίμων και φαρμάκων. Αυτό είναι το τρίτο εθνικό lockdown της χώρας, το οποίο παρέμεινε σε ισχύ έως τουλάχιστον τα μέσα Φεβρουαρίου, σύμφωνα με πηγές των αρμόδιων αρχών. Αυτό το lockdown επιβλήθηκε ως απάντηση σε μια ταχέως διαδεδομένη παραλλαγή του COVID-19 που κατέκλυσε τα νοσοκομεία της Βρετανίας. Η Ουαλία και η Σκωτία εφάρμοσαν επίσης lockdown και στη Βόρεια Ιρλανδία το lockdown τέθηκε σε ισχύ στις 8 Ιανουαρίου.

#### Διάγραμμα 4.7

#### Συνολικός αριθμός θανάτων covid-19 στην Ευρώπη



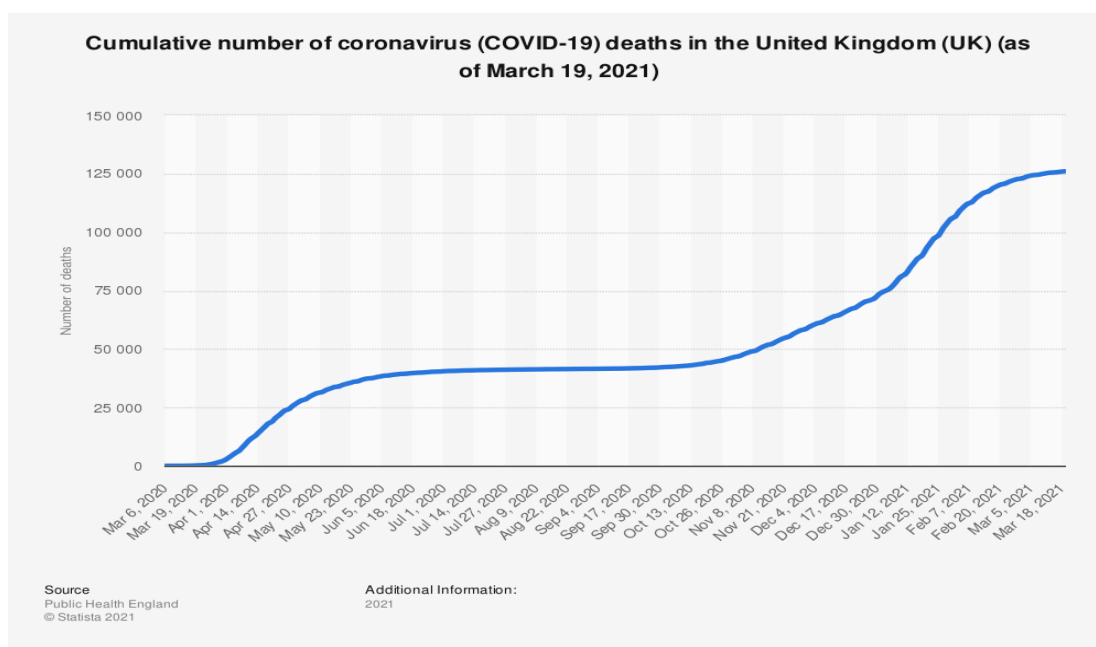
Πηγή: [statista.com](https://www.statista.com)

Στο παραπάνω διάγραμμα αποτυπώνεται το σύνολο των θανάτων που σημειώθηκαν στην Ευρώπη από την αρχή της πανδημίας ως την 14 Μαρτίου 2021. Πιο συγκεκριμένα, έχουν σημειωθεί 897.671 θάνατοι σε ολόκληρη την Ευρώπη λόγω του

κορονοϊού (COVID-19) από τον πρώτο καταγεγραμμένο θάνατο στην Ευρώπη που σημειώθηκε στις 15 Φεβρουαρίου 2020. Ο αριθμός των θανάτων άρχισε να αυξάνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια του Μαρτίου, και πάλι το Νοέμβριο, όπως φαίνεται και από την παραπάνω καμπύλη. Η εβδομάδα που έληξε στις 24 Ιανουαρίου 2021, ήταν η πιο θανατηφόρα εβδομάδα μέχρι στιγμής με 39.960 θανάτους. Συγκριτικά το Ηνωμένο Βασίλειο έχει σήμερα το υψηλότερο ποσοστό θανάτων με οποιαδήποτε χώρας στην Ευρώπη με συνολικά 125.516 καταγεγραμμένους θανάτους.

#### Διάγραμμα 4.8

#### Συνολικός αριθμός θανάτων covid-19 στο Ηνωμένο Βασίλειο



Πηγή: [statista.com](https://www.statista.com)

Στις 6 Μαρτίου 2020, καταγράφηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο ο πρώτος θάνατος ως αποτέλεσμα του κορονοϊού (COVID-19). Ο αριθμός των θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει αυξηθεί σημαντικά από τότε. Από τον Μάρτιο του 2020 ο αριθμός των επιβεβαιωμένων θανάτων λόγω κοροναϊού στο Ηνωμένο Βασίλειο ανήλθε σε 126.026. Στις 20 Ιανουαρίου 2021, καταγράφηκαν 1.820 θάνατοι, που είναι το υψηλότερο σύνολο μιας ημέρας στο Ηνωμένο Βασίλειο από την έναρξη της επιδημίας. Το Ηνωμένο Βασίλειο είχε δηλαδή τον υψηλότερο αριθμό θανάτων από κορονοϊό στην Ευρώπη.

Από τις 14 Μαρτίου 2021, έχουν σημειωθεί 897.671 θάνατοι σε ολόκληρη την Ευρώπη λόγω του κορονοϊού (COVID-19) από τον πρώτο καταγεγραμμένο ευρωπαϊκό θάνατο στη Γαλλία στις 15 Φεβρουαρίου 2020. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει σήμερα τον υψηλότερο αριθμό θανάτων στην Ευρώπη και έχει καταγράψει 125.516 θανάτους από κορονοϊό από τις 14 Μαρτίου. Στην Ιταλία, έχουν επιβεβαιωθεί 102.145 θάνατοι ως αποτέλεσμα του κορονοϊού. Τέλος, ο αριθμός των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων κορονοϊού στην Ευρώπη ήταν περίπου 40 εκατομμύρια στις 14 Μαρτίου 2021, με τη Ρωσία να είναι η χώρα που πλήττεται περισσότερο με περίπου 4,4 εκατομμύρια καταγεγραμμένα κρούσματα COVID-19.

Οι New York Times (Allen et. al. 2021) έχουν εντοπίσει τις ακόλουθες ανωμαλίες και τις αλλαγές στη μεθοδολογία που παρουσίαζαν τα επιδημιολογικά δεδομένα οι βρετανικές αρχές:

2 Ιουλίου: Οι υγειονομικές αρχές άλλαξαν τη μεθοδολογία τους για την αποφυγή διπλών μετρήσεων θετικών περιπτώσεων COVID-19. Αυτή η αλλαγή, μαζί με μια ιστορική αναθεώρηση των δεδομένων, είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση περισσότερων από 30.000 περιπτώσεων στο σωρευτικό σύνολο των καταγεγραμμένων κρουσμάτων για το Ηνωμένο Βασίλειο.

3 Οκτωβρίου: Οι αρμόδιες αρχές του Ηνωμένου Βασιλείου πρόσθεσαν 15.841 υποθέσεις στις 3 και 4 Οκτωβρίου μετά την επίλυση ενός τεχνικού ζητήματος που επηρέασε την εύρυθμη καταγραφή των κρουσμάτων COVID-19 από τις 25 Σεπτεμβρίου έως τις 2 Οκτωβρίου.

Από τις 18 Ιουνίου, τα δεδομένα για τη Σκωτία θα περιλαμβάνουν αποτελέσματα δοκιμών από τα περιφερειακά κέντρα δοκιμών της Κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου, επιπλέον των δεδομένων από τα εργαστήρια του NHS. Η Σκωτία όμως δεν ενημέρωσε τα δεδομένα μεταξύ 15-17 Ιουνίου, ενώ προετοίμαζε αυτήν την αλλαγή.

Στις 12 Αυγούστου, οι υγειονομικές αρχές άλλαξαν τη μεθοδολογία τους για τον υπολογισμό των θανάτων του Covid-19, μειώνοντας τον συνολικό αριθμό θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά περισσότερο από 5.000.

Οι κυβερνήσεις συχνά αναθεωρούν τα δεδομένα ή αναφέρουν μια μεγάλη αύξηση περιπτώσεων ή θανάτων μιας ημέρας από μη καθορισμένες ημέρες χωρίς ιστορικές αναθεωρήσεις, κάτι που μπορεί να προκαλέσει ακανόνιστο μοτίβο στα καθημερινά αναφερόμενα στοιχεία. Οι Times αποκλείουν αυτές τις ανωμαλίες από τον μέσο όρο των επτά ημερών, όταν είναι δυνατόν.

Ο Whitty, επικεφαλής της επιτροπής των λοιμοξιολόγων στη Μ. Βρετανία, είπε στο BBC (Luke McGee 2021) ότι επί του παρόντος υπήρχαν περισσότεροι από 30.000 ασθενείς στο νοσοκομείο, σε σύγκριση με 18.000 κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος του ιού στο Ηνωμένο Βασίλειο τον Απρίλιο. "Βρισκόμαστε τώρα σε μια κατάσταση όπου στο Ηνωμένο Βασίλειο συνολικά, περίπου ένας στους 50 ανθρώπους μολύνεται και στο Λονδίνο είναι περίπου 1 στους 30", δήλωσε ο Whitty. "Υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα ότι αν συναντήσετε κάποιον τυχαία, είναι πιθανόν να νοσήει από την νόσο COVID-19."

Όμως αυξάνονται οι φόβοι ότι οι Βρετανοί σταματούν ολοένα και περισσότερο να συμμορφώνονται με τους κανόνες, καθώς οι αριθμοί των περιπτώσεων συνεχίζουν να αυξάνονται παρά τα ακραία μέτρα. Ο Whitty τόνισε ότι η ελαχιστοποίηση της επαφής με άλλους θα εμποδίσει την επιδείνωση της κατάστασης. "Κάθε άσκοπη επαφή που έχει οποιοσδήποτε από εμάς είναι ένας πιθανός σύνδεσμος σε μια αλυσίδα μετάδοσης που θα οδηγήσει τελικά σε ένα ευάλωτο άτομο", είπε στο BBC. "Έτσι, το απόλυτο κλειδί είναι να σκεφτούμε όλοι μας ότι πρέπει πραγματικά να έχουμε αυτήν την επαφή;" Η παρέμβαση του Whitty έρχεται την στιγμή που ο αριθμός των καθημερινών θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο παραμένει πολύ υψηλός.

Τέλος, σύμφωνα με έρευνα της επιστημονικής ομάδας του Imperial College (Christina Atchison *et. al.* 2020) που δημοσιεύτηκε στις 20 Μαρτίου 2020 αναφορικά με τις μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις που υιοθέτησε η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου για την μείωση της διασποράς του COVID-19 υπήρξαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

- Το 77% ανέφερε ότι ανησυχεί για την έξαρση του COVID-19 στο Ηνωμένο Βασίλειο.
- Το 48% των ενηλίκων που δεν έχουν νοσήσει από την COVID-19 πιστεύουν ότι είναι πιθανό να μολυνθούν κάποια στιγμή στο μέλλον.

- Το 93% των ενηλίκων ανέφεραν προσωπικά ότι έλαβαν τουλάχιστον ένα μέτρο από τις προβλεπόμενες μη – φαρμακευτικές παρεμβάσεις, για να προστατευθούν από την νόσο COVID-19, όπως:
- Το 83% έπλυναν τα χέρια τους πιο συχνά.
- Το 52% απέφυγε πολυσύχναστες περιοχές.
- Το 50% απέφυγαν κοινωνικές εκδηλώσεις.
- Το 36% απέφυγαν τις δημόσιες συγκοινωνίες.
- Το 31% απέφυγε να βγει.
- Το 11% απέφυγε να πάει στη δουλειά και επέλεξε να εργασθεί με τηλεργασία, όπου υπήρχε τέτοια πρόβλεψη από τις ίδιες τις επιχειρήσεις.
- Το 28% απέφυγε ταξίδια σε περιοχές εκτός του ΗΒ.

Επίσης, υπήρχε υψηλή υπευθυνότητα και προθυμία για απομόνωση για 7 ημέρες των πολιτών που είχαν τέτοια συμβουλή από τους επαγγελματίες υγείας του NHS (88%). Ωστόσο, μόνο το 44% ανέφερε ότι μπορούσε να εργαστεί από το σπίτι. Αυτό το ποσοστό ήταν υψηλότερο μεταξύ των διευθυντικών στελεχών και επαγγελματίες εργαζόμενοι (60%) από τους χειρώνακτες, ημι-ειδικευμένους και περιστασιακούς εργαζόμενους (19%), αντικατοπτρίζοντας λιγότερο ευέλικτους ρόλους εργασίας για χειρώνακτες και εργαζόμενους χαμηλότερης ποιότητας. Το 71% ανέφερε μεταβαλλόμενη συμπεριφορά ως απάντηση στις κυβερνητικές οδηγίες. Το ποσοστό (53%) ήταν χαμηλότερο για τους νέους ενήλικες (18-24 ετών). Πλύσιμο χεριών (63%), αποφυγή ατόμων με συμπτώματα (61%) και κάλυψη προσώπου σε περίπτωση φτερνίσματος (53%) ήταν πιθανότερο να θεωρηθούν ως «πολύ αποτελεσματικά» μέτρα για την πρόληψη της εξάπλωσης του COVID-19 από τα κοινά μέτρα κοινωνικής απόστασης (αποφυγή εξόδου (31%), εργασία (23%), καταστήματα (16%) ή σε σχολεία (19%)).

#### 4.1.3 Συγκριτική Ανάλυση Δεδομένων σε Ηνωμένο Βασίλειο και Ιταλία

Η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο επλήγησαν σοβαρά από την πανδημία της νόσου Covid-19 τους πρώτους μήνες του 2020 μετά από μια εκτεταμένη εξάπλωση στην Ευρώπη. Αρχικά υποψιαζόμαστε ότι έφτασε στην Ευρώπη νωρίτερα από ό, τι τα έθνη μπορούσαν να λάβουν μέτρα περιορισμού, ο μεταδοτικός ιός εξαπλώθηκε γρήγορα

προκαλώντας πληθώρα ποσοστά θνησιμότητας στην ήπειρο. Η μόλυνση κορυφώθηκε στην Ιταλία και η κατάσταση εξελίχθηκε από άσχημη σε τρομερή νωρίτερα από ό, τι στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο ρυθμός εξάπλωσης αυξήθηκε εκθετικά λόγω του όγκου της διέλευσης σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή ήπειρο. Αντιθέτως, ορισμένες χώρες απέτυχαν να λάβουν επαρκή προληπτικά μέτρα για να περιορίσουν τα υψηλά επίπεδα μετάδοσης από άτομο σε άτομο. Αν και τα ζητήματα της δημοκρατίας και της ετοιμότητας επηρέασαν το ποσοστό εξάπλωσης και θνησιμότητας, για την Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι προσεγγίσεις περιορισμού που χρησιμοποιήθηκαν ήταν απαραίτητες για τη βελτίωση των επιπτώσεων της πανδημίας του κορονοϊού.

Η αντίθεση δεδομένων σχετικά με διαφορετικές κοινωνικές έννοιες σε διαφορετικές πολιτείες βελτιώνει την εννοιολογική κατανόηση της διακυβέρνησης. Για παράδειγμα, η Ιταλία κατατάσσεται ως μια λανθασμένη δημοκρατία στη Δυτική Ευρώπη. Με βαθμολογία 7,74 το 2020, το έθνος κατατάσσεται χαμηλότερα από το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο είναι μια πλήρης δημοκρατία με βαθμολογία 8,54 (δείκτης δημοκρατίας 2020). Η πρώτη διεξάγει ελεύθερες και δίκαιες εκλογές και τιμά τα περισσότερα από τα θεμελιώδη δικαιώματα των πολιτών της. Ωστόσο, η βαρύτητα στην καταστολή κυβερνητικών κριτικών και η παραβίαση της ελευθερίας των μέσων ενημέρωσης είναι περιστασιακές εμπειρίες. Η χώρα υποφέρει περαιτέρω από άλλες πολιτικές προκλήσεις, όπως η διαφθορά, η χαμηλή πολιτική συμμετοχή και μια βρεφική πολιτική κουλτούρα που υπονομεύει τα δημοκρατικά δικαιώματα των πολιτών.

Οι Karabulut et al. (2021) διαπίστωσαν ότι οι δημοκρατικές χώρες έχουν αυξημένα ποσοστά μόλυνσης από covid-19, καθώς παλεύουν να παρακολουθούν και να ρυθμίζουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των πολιτών τους. Σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου η λογοκρισία ή παραβίαση μέσων είναι ανεπαρκής, η πρακτική σε μια λανθασμένη δημοκρατία, όπως η Ιταλία, έχει θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Ο έλεγχος πληροφοριών μετριάζει τη θνησιμότητα αλλά θα μπορούσε να οδηγήσει σε αυξημένο ποσοστό μόλυνσης καθώς τα άτομα πιθανώς αγνοούν τα μέτρα περιορισμού. Ως εκ τούτου, ασχολούνται προκλητικά με τις δραστηριότητες που προάγουν την εξάπλωση της λοίμωξης, η οποία οδηγεί σε εκθετική εξάπλωση σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι διαφορές στις θεμελιώδεις πτυχές της δημόσιας διακυβέρνησης διαφοροποιούν το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιταλία ως προς την εφαρμογή των κάτωθι μέτρων περιορισμού.



**Πίνακας 4.1**  
**Μέτρα περιορισμού**

ΧΩΡΑ	Lockdown		Lockdown partially relaxed		Masks voluntary		Masks mandatory		Teleworking		Teleworking partially relaxed	
	Start date	End date	Start date	End date	Start date	End date	Start date	End date	Start date	End date	Start date	End date
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	March 24, 2020	May 09, 2020	May 10, 2020	July 04, 2020	June 09, 2020	July 26, 2020	July 27, 2020	N/A	March 16, 2020	May 09, 2020	May 10, 2020	N/A
ΙΤΑΛΙΑ	March 10, 2020	May 04, 2020					April 14, 2020	N/A	March 12, 2020	N/A		

Πηγή: [Bontempi \(2020\)](#)

Το συνολικό ποσοστό μόλυνσης στην Ευρώπη αυξήθηκε στις αρχές Μαρτίου 2020 όταν η Ιταλία είχε εντοπίσει σε μεγάλο βαθμό μια εκθετική αύξηση των περιπτώσεων COVID-19 από οποιοδήποτε άλλο έθνος στην Ευρώπη. Κατά συνέπεια, η χώρα επέβαλε οικονομικές διακοπές και κλειδώματα για τον περιορισμό της κίνησης και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Η χώρα ανέφερε περίπου 2.503 θανάτους στις 17 Μαρτίου 2020 και αργότερα 31.610 θανάτους στα μέσα Μαΐου (Bontempi, 2020). Οι υποθέσεις συνέχισαν να αυξάνονται από 100.000 το Μάρτιο σε 200.000 τους επόμενους μήνες και πάνω από 1,5 εκατομμύρια επτά μήνες αργότερα (Bontempi, 2020).

Η χώρα χαλάρωσε τους περιορισμούς κίνησης στις αρχές Μαΐου, αν και εν μέρει βελτίωσε τις οικονομικές επιπτώσεις της περιορισμένης κινητικότητας του κοινού. Για παράδειγμα, άνοιξε ξανά τα διεθνή σύνορα και τους ουρανούς στους κατοίκους της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις αρχές Ιουνίου. Άλλα μέτρα, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απόστασης, της μάσκας και της τηλεργασίας, αργότερα προήλθαν για τη μείωση των ποσοστών μόλυνσης από άτομο σε άτομο. Οι τρέχουσες αθροιστικές περιπτώσεις στην Ιταλία είναι 4.904.899, 117.997 θάνατοι και 3.311.267 αναρρώσεις. Ακόμα και καθώς οι υποθέσεις συνεχίζουν να αυξάνονται, το κράτος εξακολουθεί να αγωνίζεται για να διαχειριστεί τα νέα δεδομένα.

**Πίνακας 4.2**  
**Δεδομένα χώρας**

#	Country, Other	Total Cases	New Cases	Total Deaths	New Deaths	Total Recovered	Active Cases	Serious, Critical	Tot Cases/ 1M pop	Deaths/ 1M pop	Total Tests	Tests/ 1M pop	Population
7	<a href="#">UK</a>	4,395,703	+2,396	127,327	+22	4,166,734	101,642	300	64,480	1,868	146,043,397	2,142,281	68,171,922
8	<a href="#">Italy</a>	3,904,899	+13,844	117,997	+364	3,311,267	475,635	3,076	64,661	1,954	55,885,251	925,400	60,390,385

Πηγή: ([Worldometer, 2021](#))

Οι πρώτες περιπτώσεις covid στο Ηνωμένο Βασίλειο εμφανίστηκαν στα τέλη Ιανουαρίου 2020 και αφορούσαν Κινέζους υπηκόους, παρόμοια με την περίπτωση στην Ιταλία. Η χώρα παρακολούθησε την κατάσταση στενά και, κατά συνέπεια, εφάρμοσε μέτρα για τη μείωση του ρυθμού διάδοσης. Τα αρχικά προληπτικά μέτρα περιλάμβαναν την αναστολή μαθησιακών δραστηριοτήτων, την απαγόρευση κοινωνικών συγκεντρώσεων, την αναστολή διεθνών ταξιδιών και τη διακοπή όλων των αθλητικών εκδηλώσεων (Garg et al., 2020). Το Ηνωμένο Βασίλειο εφάρμοσε επίσης τον εντοπισμό επαφών, τις εκτεταμένες δοκιμές και την απομόνωση, ωστόσο, υιοθέτησε ορισμένα από αυτά τα μέτρα από την Ιταλία, καθώς βίωσε το βάρος της πανδημίας. Το Ηνωμένο Βασίλειο ξεπέρασε την Ιταλία και την Ισπανία για να καταγράψει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (30.076) στην Ευρώπη έως τις 6 Μαΐου 2020 (Bontempi, 2020). Οι κρατικές εκθέσεις έδειξαν ότι περίπου το 30-40 τοις εκατό των θανάτων αφορούσαν κατοίκους στα κέντρα φροντίδας. Οι τρέχουσες σωρευτικά περιπτώσεις είναι 4.395.703 με 127, 327 θανάτους και 4.166.734 ασθενείς που έχουν αναρρώσει. Παρόμοια με την Ιταλία, το Ηνωμένο Βασίλειο αγωνίζεται επίσης να περιορίσει την εξάπλωση του COVID-19.

Η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο υπέστησαν σοβαρές συνέπειες covid-19 λόγω υψηλών αρχικών νέων περιπτώσεων, νοσηλείας, θανάτων και αυστηρών μέτρων περιορισμού ειδικά στο πρώτο κύμα αυτής της πανδημίας όπως καθίσταται σαφές από τα ανωτέρω δεδομένα. Οι πρώτες περιπτώσεις αναφέρθηκαν στις αρχές του 2019, οι οποίες οδήγησαν σε καταστροφικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις από τα υψηλά ποσοστά εξάπλωσης, νοσηρότητας, θνησιμότητας και οικονομικών αποκλεισμών. Φαινομενικά, η Αγγλία υπέστη παρόμοια αποτελέσματα στα τέλη του 2019, αλλά

έκτοτε ξεπέρασε την Ιταλία όσον αφορά τον σωρευτικό αντίκτυπο της πανδημίας. Οι δείκτες δημοκρατίας των δύο χωρών άσκησαν επιρροή στο ρυθμό εξάπλωσης, στον αριθμό των ενεργών υποθέσεων και στις οικονομικές αποφάσεις, ενθαρρύνοντας έτσι την υιοθέτηση στρατηγικών εργασιών από το σπίτι. Έτσι, το Ηνωμένο Βασίλειο υπέστη αυξημένες συνέπειες στις αρχές του 2020 συγκριτικά με την Ιταλία.

## **4.2. Οικονομετρική Ανάλυση της αποδοτικότητας των NPI**

### **4.2.1 Μεταβολή του ΑΕΠ των Ευρωπαϊκών Χωρών**

Τα βασικά μεγέθη του ΑΕΠ, συμπεριλαμβανομένης της απασχόλησης για το πρώτο τρίμηνο του 2020 επηρεάστηκαν σημαντικά από την πανδημία COVID-19 για τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, όπως παρουσιάζονται μέσω της Eurostat. Η παρακάτω ανάλυση βασίζεται σε δεδομένα και μεταδομένα (metadata) που λαμβάνονται σε σχέση με την τακτική συλλογή και δημοσίευση των Ευρωπαϊκών εκτιμήσεων. Η τρέχουσα έκδοση αντικατοπτρίζει την κατάσταση των δεδομένων μετά την ενημέρωση των ευρωπαϊκών συγκεντρωτικών στοιχείων που δημοσιεύθηκαν στις 20 Ιουλίου 2020. Λαμβάνοντας υπόψιν τις παρακάτω εκτιμήσεις καθίσταται σαφές όχι μόνο ο αντίκτυπος της πανδημίας στο κύριο Ευρωπαϊκό ΑΕΠ και στα μεγέθη της απασχόλησης, αλλά και πώς εξελίχθηκαν οι εκτιμήσεις με την πάροδο του χρόνου (μέχρι τώρα). Ωστόσο, σημειώνεται κάποια απόκλιση των τάσεων μεταξύ των χωρών που ενδέχεται να απαιτούν περαιτέρω ανάλυση για να εκτιμηθεί εάν αντικατοπτρίζουν πραγματικές διαφορές στις οικονομικές τάσεις, ή μεθοδολογικές και πρακτικές πτυχές συλλογής που πρέπει να εναρμονιστούν περαιτέρω.

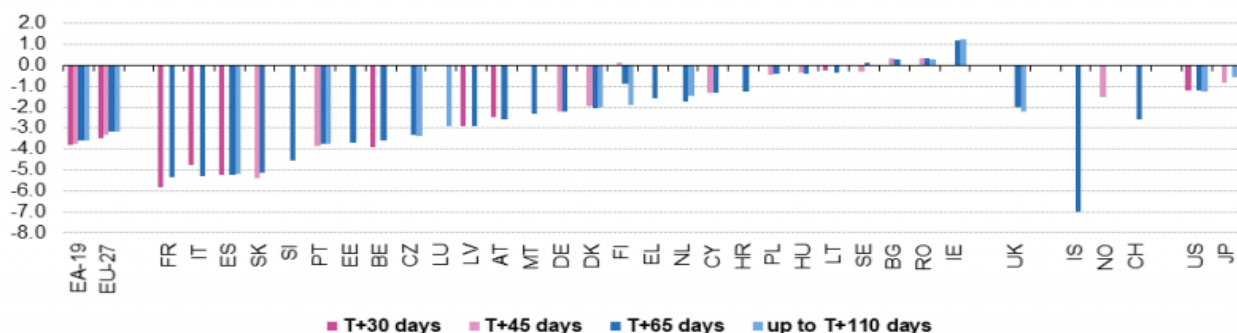
Δεδομένου ότι το ΑΕΠ είναι ο σημαντικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας, οι τριμηνιαίες εκτιμήσεις αύξησης του ΑΕΠ έχουν λάβει πολλή προσοχή του κοινού για να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα του οικονομικού αντίκτυπου της πανδημίας COVID-19. Σύμφωνα με τα συνηθισμένα προσυμφωνημένα χρονοδιαγράμματα κυκλοφορίας, οι εκτιμήσεις για το ΑΕΠ της Eurostat - καθώς και τα κύρια συγκεντρωτικά μεγέθη συμπεριλαμβανομένης της απασχόλησης - δημοσιεύθηκαν στις 30 Απριλίου, 14 Μαΐου, 8 Ιουνίου και 20 Ιουλίου σύμφωνα με το προαναγγελλθέν χρονοδιάγραμμα έκδοσης τριμηνιαίων εκτιμήσεων. Αυτές οι κανονικές κυκλοφορίες αναφέρονται επίσης ως κυκλοφορίες T + 30, T + 45, T + 65 και T + 110, καθώς δημοσιεύονται περίπου 30, 45, 65 και 110 ημέρες μετά το τέλος κάθε τριμήνου.

## Διάγραμμα 4.9

### Οι εκτιμήσεις για το ΑΕΠ της Eurostat το πρώτο τρίμηνο του 2020

#### GDP growth rates published for 2020Q1

% change to the previous quarter, based on seasonally adjusted data



Source: Eurostat (online data code: namq\_10\_gdp and (naidq\_10\_gdp) for US, JP data)

eurostat

Πηγή: [Eurostat](https://ec.europa.eu/eurostat)

Το παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζει τους δημοσιευμένους ρυθμούς αύξησης του ΑΕΠ από τρίμηνο σε τρίμηνο με βάσει εποχικά και ημερολογιακά προσαρμοσμένα στοιχεία για τη ζώνη του ευρώ (EA-19), την ΕΕ (EE-27), τα κράτη μέλη της ΕΕ, τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (EFTA) που συμμετέχουν στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο καθώς και τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ιαπωνία. Αντικατοπτρίζει δηλαδή τα δεδομένα που δημοσιεύθηκαν έως τις 20 Ιουλίου 2020. Τα δεδομένα για τα κράτη μέλη της ΕΕ ταξινομήθηκαν από τους χαμηλότερους έως τους υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης για το πρώτο τρίμηνο του 2020-Q1. Αντανακλώντας τις τελευταίες εκτιμήσεις που δημοσιεύθηκαν μέχρι σήμερα, η επίδραση του COVID-19 ήταν μεγαλύτερη στη Γαλλία και την Ιταλία (-5,3%), ακολουθούμενη από την Ισπανία και τη Σλοβακία (-5,2%).

Μόνο η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Ιρλανδία είχαν θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης (για την Ιρλανδία που σχετίζονται με δραστηριότητες πολυεθνικών επιχειρήσεων). Το σχήμα δείχνει επίσης πώς αναθεωρήθηκαν οι εκτιμήσεις για ορισμένες χώρες. Για παράδειγμα, η Γαλλία και η Ιταλία δημοσίευσαν ουσιαστικά διαφορετικές αρχικές εκτιμήσεις στα τέλη Απριλίου (T + 30 ημέρες), αλλά παρουσίασαν παρόμοιες μειώσεις στο τέλος Μαΐου (T + 65 ημέρες). Οι εκτιμήσεις των περισσότερων άλλων χωρών αναθεωρήθηκαν λιγότερο. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις της Φινλανδίας και της Σουηδίας άλλαξαν σημάδι, ενώ οι εκτιμήσεις της Φινλανδίας

αναθεωρήθηκαν περαιτέρω στα τέλη Ιουνίου (T + 110 ημέρες). Το Λουξεμβούργο απέστειλε μόνο μία εκδοχή που δημοσιεύθηκε στις αρχές Ιουλίου (T + 110 ημέρες).

Παρατηρώντας τα υποκείμενα στοιχεία (δημοσιευμένα και μη δημοσιευμένα) χωρών, οι αναθεωρήσεις των ποσοστών ανάπτυξης όπως εκτιμήθηκαν για το ευρωπαϊκό ΑΕΠ ήταν σχετικά περιορισμένες. Ο εκτιμώμενος ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ από τρίμηνο σε τρίμηνο για τη ζώνη του ευρώ ήταν -3,8% την περίοδο των T + 30, επιβεβαιώθηκε στο T + 45 αλλά αναθεωρήθηκε έως -3,5% με τις εκδόσεις των T + 65 ημερών και T + 110 ημερών. Συνεπώς, για την ΕΕ οι εκτιμήσεις διακυμάνθηκαν από -3,5% σε T + 30, αναθεωρήθηκαν έως -3,3% σε T + 45 και -3,2% σε T + 65 ημέρες και T + 110 ημέρες. Αυτό σημαίνει ότι οι εκτιμήσεις αναθεωρήθηκαν κατά 0,3 εκατοστιαίες μονάδες (percentage points) μεταξύ του προκαταρκτικού τριμήνου T + 30 και του πρώτου κανονικού T + 65 των εκτιμήσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτό το ποσοστό είναι κάπως υψηλότερο από το συνηθισμένο (συνήθως +/- 0,1 percentage points ήταν τα προηγούμενα χρόνια), οι αναθεωρήσεις παραμένουν αρκετά περιορισμένες σε σχετικούς όρους, δηλαδή λαμβάνοντας υπόψη ότι η πανδημία του COVID-19 οδήγησε σε υψηλές μειώσεις του ΑΕΠ συγκριτικά με μια περίοδο της ζώνης του ευρώ και τους ρυθμούς ανάπτυξης της ΕΕ να κυμαίνονται μεταξύ 0,1% και 0,8% για τα ευρωπαϊκά συγκεντρωτικά μεγέθη τα προηγούμενα χρόνια (από το 2013-Q2).

Η οικονομία της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναμένεται να συρρικνωθεί κατά 7,4% το 2020, μετά το ξέσπασμα της πανδημίας του COVID-19 στις αρχές του 2020, με αναμενόμενη οικονομική ανάκαμψη το 2021. Η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται να επηρεαστεί περισσότερο η οικονομία τους καθώς παρατηρείται μια μείωση του ΑΕΠ κατά 12,4% και 10,3% αντίστοιχα, με το ΑΕΠ της Λιθουανίας να προβλέπεται να συρρικνωθεί κατά 2,2% και ως εκ τούτου να υποστεί τη λιγότερη ζημιά σύμφωνα με τις αξιόπιστες πηγές και δεδομένα του ιστότοπου Statista.com.

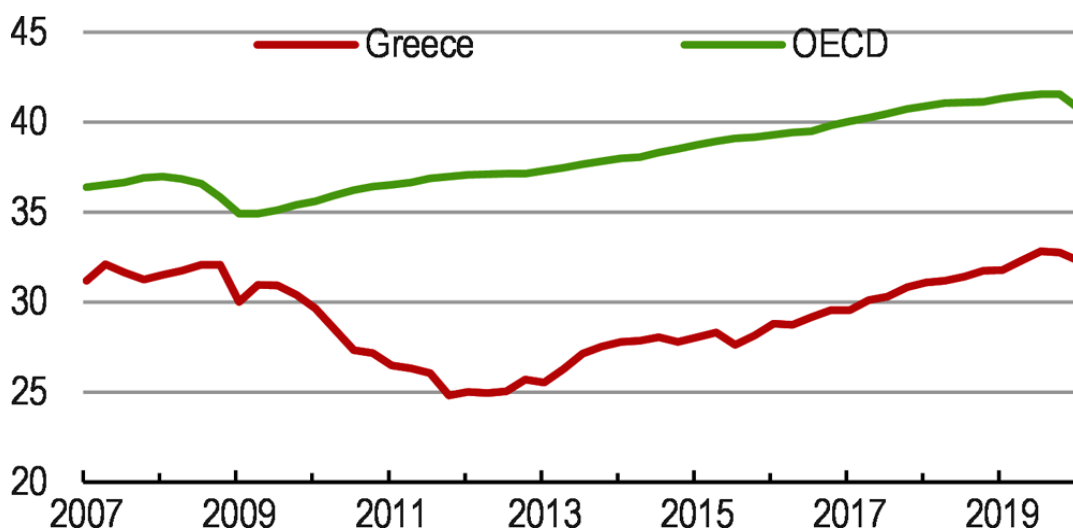
Η Ελλάδα ανταποκρίθηκε γρήγορα στην πανδημία και κατάφερε να περιορίσει αποτελεσματικά τις λοιμώξεις, αλλά η οικονομία της έχει πληγεί σημαντικά. Όπως και σε άλλες χώρες, μέτρα περιορισμού, ταξιδιωτικοί περιορισμοί, οι αποστάσεις και η υψηλή αβεβαιότητα έχουν οδηγήσει σε προσωρινή αλλά εξαιρετική μείωση της παραγωγής και σε μεγάλη απώλεια τουριστικής ζήτησης και απασχόλησης. Η κυβέρνηση όμως έλαβε μέτρα οικονομικής στήριξης για την ενίσχυση του ΕΣΥ, χορήγησε επιδόματα στις πληττόμενες από την πανδημία επιχειρήσεις και στήριξε με διάφορα μέτρα την επανεκκίνηση τομέων που πλήττονται περισσότερο από την

πανδημία, όπως ο τουρισμός. Για να τονώσει την αγορά η κυβέρνηση έχει πραγματοποιήσει μια φιλόδοξη μεταρρύθμιση με προγράμματα που επικεντρώθηκαν στην ενίσχυση της ανάπτυξης και των επενδύσεων.

Πριν από την επιδημία, η ελληνική οικονομία, σύμφωνα με έρευνα της OECD και οικονομικά στοιχεία της Ελλάδας του 2020, είχε επεκταθεί για πάνω από τρία χρόνια κάτω από το 2% της μέσης ετήσιας ανάπτυξης. Κατασκευαστικές μεταρρυθμίσεις, υψηλά πλεονάσματα πρωτογενούς προϋπολογισμού και μέτρα περιορισμού του ελληνικού χρέους επιβεβλημένα από τους ευρωπαίους εταίρους βοήθησαν στην ανάκαμψη και ανοικοδόμηση της Ελλάδας, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα. Οι αυξανόμενες εξαγωγές αγαθών και ο τουρισμός έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην υποστηριζόμενη ανάπτυξη και στην δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, μειώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο την ανεργία και ενθαρρύνοντας την ιδιωτική κατανάλωση.

**Διάγραμμα 4.10**

**Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Ελλάδας έχει ανακάμψει από την κρίση**  
**Πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ**



ΠΗΓΗ: [OECD Economic Outlook database](#)

### Πίνακας 4.3

#### Η πανδημία της νόσου covid-19 έχει επηρεάσει την ανάκαμψη

**Table 1. The COVID-19 pandemic has derailed the recovery**

(Annual growth rates, %, unless specified)

<b>Double-hit scenario</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Gross domestic product	1.9	-9.8	2.3
Total consumption	1.0	-6.5	3.0
Gross fixed capital formation	4.5	-17.3	11.0
Exports of goods and services	4.9	-13.6	-1.3
Imports of goods and services	2.8	-10.8	0.5
Employment	2.2	-3.8	-1.8
Harmonised consumer price index	0.5	0.1	0.0
Current account balance (% of GDP)	-1.4	-0.6	-0.4
<b>Single-hit scenario</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Gross domestic product	1.9	-8.0	4.5
Total consumption	1.0	-5.0	4.6
Gross fixed capital formation	4.5	-14.3	7.8
Exports of goods and services	4.9	-11.1	8.7
Imports of goods and services	2.8	-8.2	9.7
Employment	2.2	-3.5	-1.0
Harmonised consumer price index	0.5	0.2	0.4
Current account balance (% of GDP)	-1.4	-0.6	-0.6

Source: OECD *Economic Outlook 107* database. The “single-hit” scenario assumes that the pandemic is brought under control before the summer of 2020; the “double-hit” scenario assumes a second wave of contagion and lockdown measures late in 2020.

ΠΗΓΗ: [OECD Economic Outlook database](#)

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει ξεπεράσει τους δημοσιονομικούς της στόχους και το έλλειμμα τρεχουσών συναλλαγών έχει μειωθεί. Η αύξηση των εσόδων και ο καλύτερος έλεγχος των δαπανών συνέβαλαν, πριν από την επιδημία της πανδημίας, στη διατήρηση και ουσιαστικά στη δημιουργία πλεονασμάτων πρωτογενούς προϋπολογισμού και στην ανοικοδόμηση της δημοσιονομικής αξιοπιστίας. Η Ελλάδα επέστρεψε με επιτυχία στη διεθνή αγορά ομολόγων και οι οργανισμοί αξιολόγησης αύξησαν την κυριαρχία τους. Η οικονομία έχει γίνει πιο ανοιχτή, αν και το σοκ που προκάλεσε στην αγορά η πανδημία του COVID-19 προβλέπεται να εμποδίσει την ανάπτυξη των εξαγωγών.

Ο δείκτης δημόσιου χρέους προβλέπεται να αυξηθεί από τα ήδη υψηλά επίπεδα λόγω της εξαιρετικής πτώσης του ονομαστικού ΑΕΠ και, σε μικρότερο βαθμό, της δημοσιονομικής στήριξης μετά το σοκ του COVID-19. Καθώς η οικονομία συνεχίζει την ανάκαμψή της και ο προϋπολογισμός μετατοπίζεται σταδιακά σε ένα πρωτογενές πλεόνασμα, ο δείκτης δημόσιου χρέους αναμένεται να αρχίσει να μειώνεται και πάλι, εξαιτίας των χαμηλών επιτοκίων. Η απόφαση της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας να συμπεριλάβει τίτλους της ελληνικής κυβέρνησης στα προγράμματα αγοράς

περιοριστικών στοιχείων της περιείχε αποδόσεις ομολόγων κάτω από τα επίπεδα των μέσων του 2019.

Οι προηγούμενες μεταρρυθμίσεις στην αγορά εργασίας και προϊόντων βελτίωσαν την ανταγωνιστικότητα των τιμών στην Ελλάδα και θα διατήρησαν την Ελλάδα σε καλή κατάσταση όταν η εγχώρια και ξένη ζήτηση ανακάμψει. Στις αρχές του 2019, η Ελλάδα αύξησε τον ελάχιστο μισθό για πρώτη φορά μετά από πολλά χρόνια και τερμάτισε τον κατώτατο μισθό. Αυτό αύξησε τα εισοδήματα χωρίς εμφανείς αρνητικές επιπτώσεις στην απασχόληση πριν από την έξαρση και εξάπλωση του COVID-19. Μετά το σοκ του COVID-19, η επανεξέταση του κατώτατου μισθού το 2020 αναβλήθηκε στις αρχές του 2021. Έτσι, επανεξετάστηκαν μηχανισμοί για την επέκταση των ταμειακών συλλογικών συμβάσεων σε χώρους εργασίας, ενώ οι προϋποθέσεις εξαίρεσης εισήχθησαν υπό όρους στα τέλη του 2019.

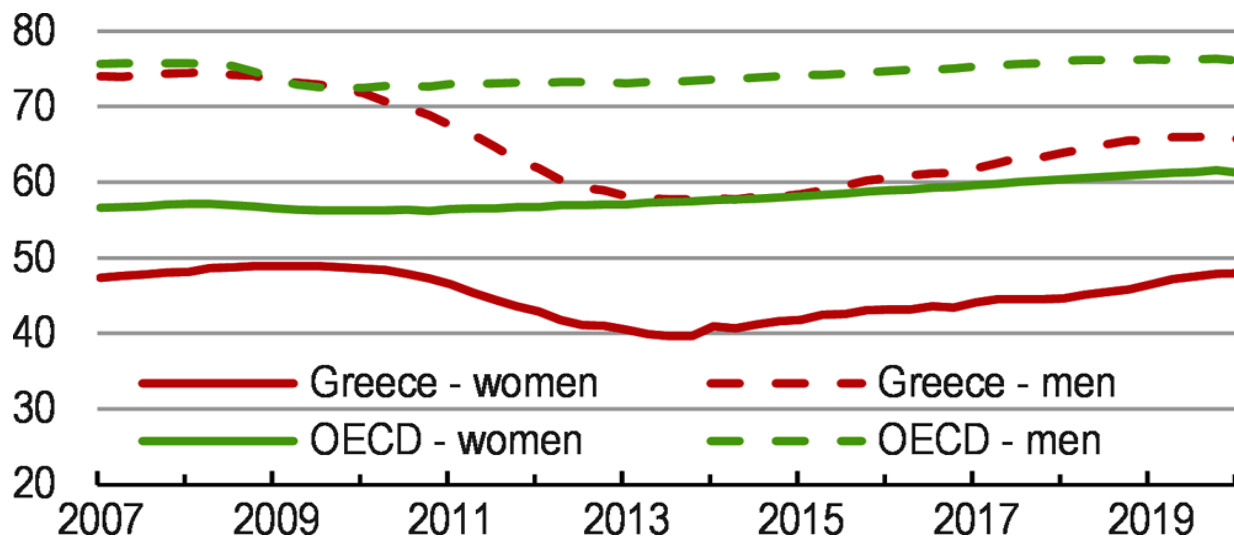
Το σοκ της πανδημίας του COVID-19 κινδυνεύει να επιδεινώσει τις μακροχρόνιες προκλήσεις της αγοράς εργασίας στην Ελλάδα. Το ποσοστό απασχόλησης έχει αυξηθεί τα τελευταία έξι χρόνια, αλλά εξακολουθεί να είναι ένα από τα χαμηλότερα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και οι μισθοί είναι χαμηλοί. Οι γυναίκες και οι νέοι συνεχίζουν να υποφέρουν από χαμηλά ποσοστά απασχόλησης. Η έλλειψη κέντρων φροντίδας παιδιών και ηλικιωμένων περιορίζει τις ευκαιρίες απασχόλησης των γυναικών, καθώς οι περισσότερες ευθύνες επωμίζονται από εκείνες. Η έλλειψη προοπτικών ώθησε πολλούς ταλαντούχους νέους να μεταναστεύσουν, μειώνοντας το επιχειρηματικό δυναμικό και το δυναμικό καινοτομίας της χώρας. Οι δυσκολίες ένταξης των μεταναστών στην αγορά εργασίας και στο εκπαιδευτικό σύστημα μαζί με περιορισμένη υποστήριξη από άλλες χώρες της ΕΕ για την αντιμετώπιση της μεγάλης εισροής αιτούντων άσυλο επιδεινώνουν αυτές τις προκλήσεις. Η κρίση COVID-19 κινδυνεύει να επιδεινώσει αυτά τα προβλήματα, καθώς η ανάπτυξη της απασχόλησης έχει καταρρεύσει και ένας μεγάλος αριθμός αποθαρρυσμένων ατόμων που αναζητούν εργασία έχουν εγκαταλείψει το εργατικό δυναμικό.



Διάγραμμα 4.11

Τα ποσοστά απασχόλησης είναι χαμηλά, ειδικά για τις γυναίκες

Ποσοστά απασχόλησης, % του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας



ΠΗΓΗ: [OECD Main Economic Indicators database](#)

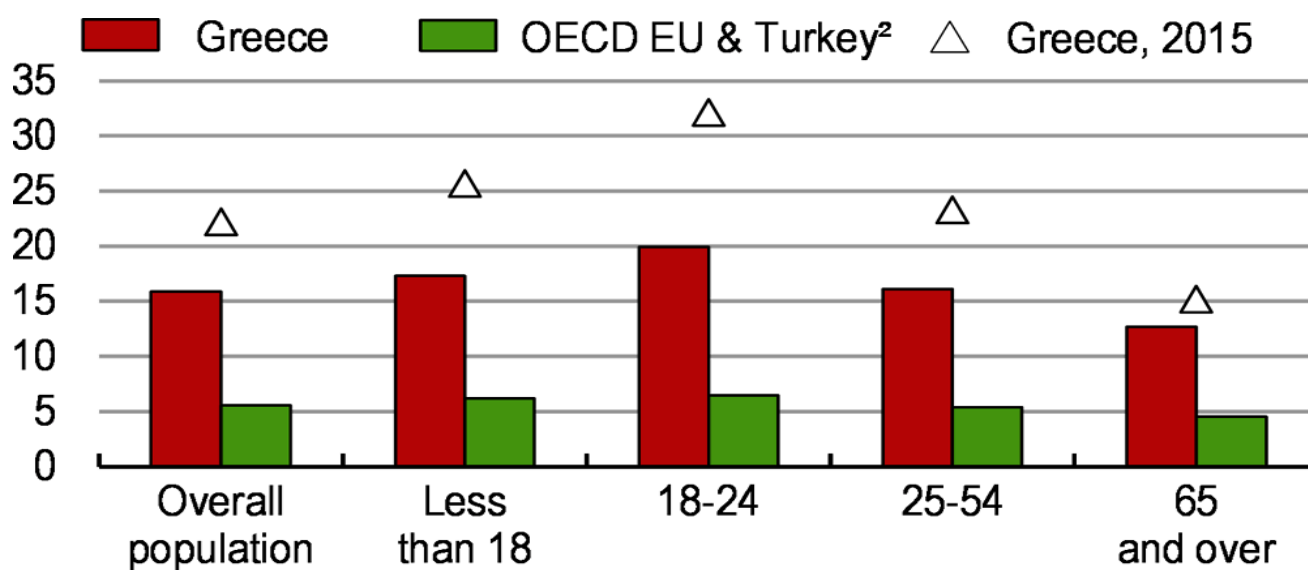
Η φτώχεια και η υλική στέρηση, ενώ βελτιώνεται, είναι υψηλή, ειδικά μεταξύ των νέων και των οικογενειών. Μετά τις προηγούμενες μεταρρυθμίσεις, το σύστημα κοινωνικής προστασίας της Ελλάδας ήταν πολύ καλύτερα προετοιμασμένο για να αντιμετωπίσει ένα μεγάλο σοκ από ό, τι στην αρχή της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης. Τα προσωρινά μέτρα στήριξης του εισοδήματος της κυβέρνησης έχουν μειώσει τα εισοδήματα των νοικοκυριών από το σοκ COVID-19. Ωστόσο, παρά τις βελτιώσεις τα τελευταία χρόνια, τα ποσοστά φτώχειας μεταξύ των νέων και των οικογενειών με παιδιά παραμένουν υψηλά, ενώ οι συνταξιούχοι έχουν πολύ καλύτερη απόδοση. Αυτό και ο μεγάλος αντίκτυπος του σοκ COVID-19 στον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας και στους νέους υπογραμμίζουν περαιτέρω την ανάγκη αντιμετώπισης των ανισοροπιών μεταξύ των γενεών του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Οι συντάξεις ως μερίδιο του ΑΕΠ παραμένουν από τις υψηλότερες στις χώρες του ΟΟΣΑ. Οι αλλαγές πολιτικής στα μέσα του 2019 θα αυξήσουν περαιτέρω τις συνταξιοδοτικές δαπάνες βραχυπρόθεσμα, ακόμη και όταν οι προηγούμενες εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις θα μειώσουν σημαντικά το βάρος της στην οικονομία μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Το σοκ COVID-19 καθιστά την ανάγκη να συνεχιστεί ο εκσυγχρονισμός του συστήματος κοινωνικής προστασίας της Ελλάδας, ώστε να στοχεύσουμε καλύτερα τα

προγράμματα κατά της φτώχειας σε άτομα που έχουν ανάγκη και να ενισχύσουν σημαντικά τα προγράμματα επανεκπαίδευσης.

#### Διάγραμμα 4.12

Τα ποσοστά ανέχειας είναι υψηλά στους νέους

Ποσοστό ομάδων πληθυσμού που ζουν σε νοικοκυριά αναφέρουν σοβαρή στέρηση υλικών αγαθών από το 2019 ή και το τελευταίο έτος

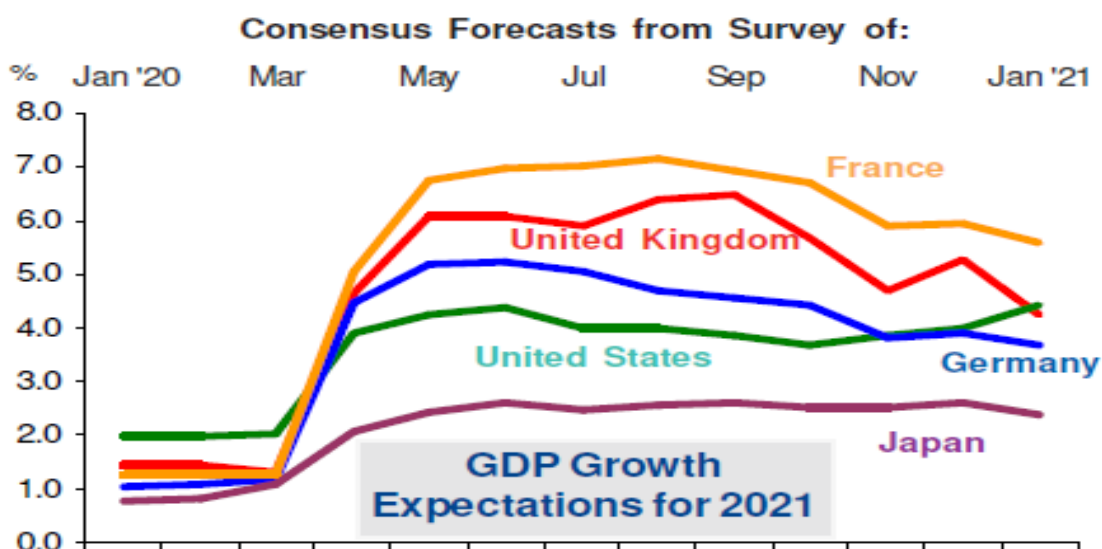


Πηγή: Eurostat

Μέσα στην άνευ προηγουμένου διαταραχή που τροφοδοτείται από την παγκόσμια πανδημία κορονοϊού, οι προβλέψεις για του 2021 για την αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ κυμάνθηκαν απότομα αυτόν τον μήνα και οι τυπικές αποκλίσεις παραμένουν ασυνήθιστα υψηλές, καθώς οι ειδικοί προσπαθούν να εκτιμήσουν πόσο γρήγορα η οικονομική ανάπτυξη μπορεί να ανακάμψει προς τα επίπεδα πριν από την κρίση.

### Διάγραμμα 4.13

#### Πρόσφατα δεδομένα έρευνας – 2021 ΑΕΠΠ και προβλέψεις πληθωρισμού



Πηγή: [Consensus Economic](#)

Σε κάθε περίπτωση (και όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα), μόνο οι Ηνωμένες Πολιτείες αναμένεται να επιτύχουν ένα συνολικό καθαρό κέρδος στο ΑΕΠ το 2020 και το 2021, υποστηριζόμενο από νέα κίνητρα από την κυβέρνηση του Μπάιντεν. Άλλες επιλεγμένες οικονομίες θα αγωνιστούν μετά τις νέες κλειδαριές στις αρχές του 2021, καθώς το δεύτερο κύμα δοκιμάζει τις υπηρεσίες υγείας στα όριά τους. Εκτός από την απότομη πτώση της ανάπτυξης το 2020, η αισιοδοξία στις προοπτικές του Ηνωμένου Βασιλείου έχει μειωθεί σημαντικά από τον Οκτώβριο, ακόμη και μετά την επίτευξη συμφωνίας Brexit με την ΕΕ την ενδέκατη ώρα.

**Πίνακας 4.4**  
**Προβλέψεις για το ΑΕΠΠ 2021 παγκοσμίως**

	Historical Data			Consensus Forecasts for 2021 from Survey of:						2020+2021
	2018	2019	2020	Aug '20	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan '21	Net Output Loss/Gain
<b>United States</b>	3.0	2.2	-3.5 e	4.0	3.8	3.7	3.8	4.0	4.4	+0.9
<b>Japan</b>	0.3	0.7	-5.3 e	2.5	2.6	2.5	2.5	2.6	2.4	-2.9
<b>Germany</b>	1.3	0.6	-5.0	4.7	4.6	4.4	3.8	3.9	3.7	-1.3
<b>France</b>	1.8	1.5	-9.2 e	7.2	6.9	6.7	5.9	5.9	5.6	-3.6
<b>United Kingdom</b>	1.3	1.3	-10.7 e	6.4	6.5	5.7	4.7	5.3	4.3	-6.4

*e = consensus estimate based on latest survey*

Πηγή: [Consensus Economic](#)

Η συναίνεση του ΑΕΠ έπεσε μια πλήρη ποσοστιαία μονάδα αυτό το μήνα σε +4,3%, ενώ οι υποβαθμίσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (η Γερμανία και η Γαλλία παρουσιάζονται εδώ) ήταν επίσης αισθητές, καθώς οι αμφιβολίες εισέρχονται για την τεράστια υλικοτεχνική πρόκληση του γρήγορου εμβολιασμού των μεγάλων πληθυσμών και την προοπτική της περαιτέρω αγωνίας στις υπηρεσίες και τον τουρισμό εάν παραταθούν οι κοινωνικοί και ταξιδιωτικοί περιορισμοί. Τα δεδομένα υψηλής συχνότητας, τουλάχιστον, έχουν δείξει ότι η κατασκευή αποκτά σταδιακά ανθεκτικότητα. Στην Ιαπωνία, οι χαμηλότερες προσδοκίες για τον πληθωρισμό αντικατοπτρίζουν την ανανέωση των τιμών λόγω της πτώσης της ζήτησης. Παρά τα χρόνια ενθάρρυνσης της πολιτικής για την αποκατάσταση της σταθερότητας των τιμών, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αποθαρρύνονται από τις προοπτικές του ΑΕΠ.

**Πίνακας 4.5**  
**Προβλέψεις πληθωρισμού 2021 παγκοσμίως**

	Historical Data			Consensus Forecasts for 2021 from Survey of:						2022
	2018	2019	2020	Aug '20	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan '21	Consensus
<b>United States</b>	2.4	1.8	1.3	1.7	1.9	2.0	2.0	2.0	2.1	2.2
<b>Japan</b>	1.0	0.5	0.0 e	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	-0.1	0.5
<b>Germany</b>	1.8	1.4	0.5	1.6	1.5	1.5	1.5	1.4	1.5	1.6
<b>France</b>	1.8	1.1	0.5	1.0	1.0	0.9	0.8	0.8	0.8	1.1
<b>United Kingdom</b>	2.4	1.8	0.9 e	1.4	1.5	1.5	1.5	1.6	1.5	2.0

*e = consensus estimate based on latest survey*

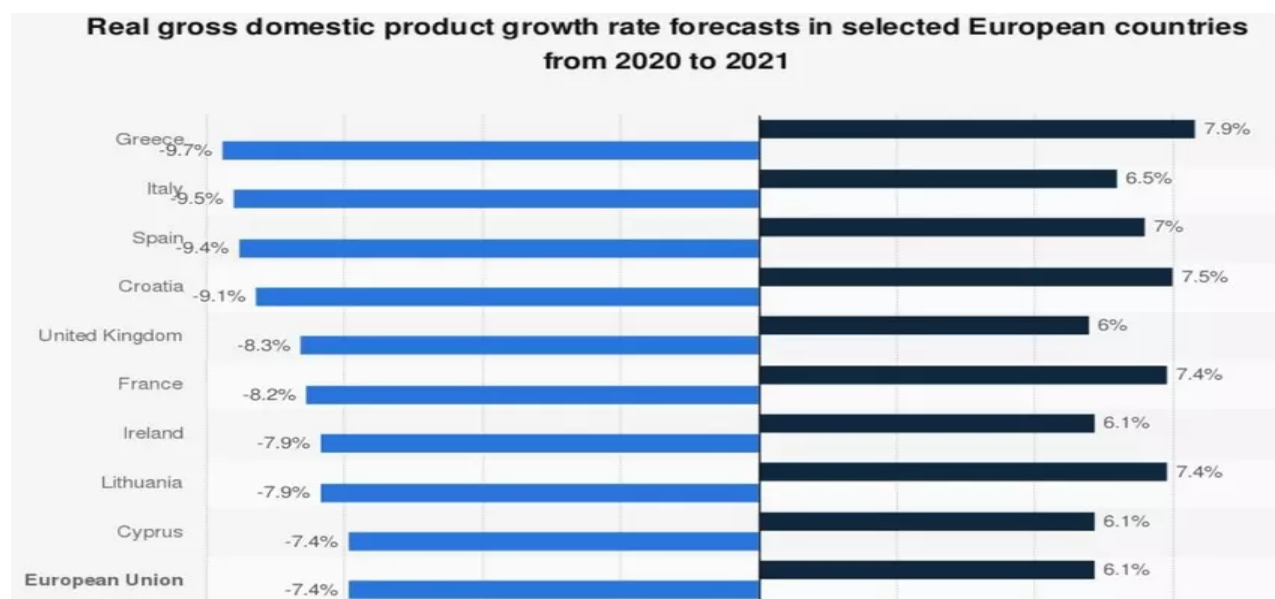
Πηγή: [Consensus Economic](#)

Η κρίση COVID-19 πρέπει να θεωρηθεί ως ευκαιρία για την Ευρωπαϊκή Ένωση να ανοικοδομήσει την οικονομία της ως «σύγχρονη, καθαρή και υγιής», πιστεύει η Ursula von der Leyen (Kate Whiting 2020). Σε ομιλία του προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στις Βρυξέλλες, ο επικεφαλής της Ευρωπαϊκής Επιτροπής περιέγραψε ένα πακέτο ανάκαμψης για να βοηθήσει οικονομικά τα κράτη μέλη. Πιο συγκεκριμένα, αποτελείται από τον ευρωπαϊκό προϋπολογισμό ή το πολυετές δημοσιονομικό πλαίσιο (ΠΔΠ) και ένα νέο μέσο ανάκαμψης, και θα δαπανηθεί σε τρεις πυλώνες: ενίσχυση της υγείας και των επενδύσεων, βοηθώντας παράλληλα τη μετάβαση σε μια ψηφιοποιημένη, ουδέτερη από άνθρακα, ανθεκτική Ευρώπη.

Η Von der Leyen αναγνώρισε τον αντίκτυπο της οικονομικής διακοπής τριών μηνών και τον χρόνο που θα χρειαζόταν για την ανάκαμψη. «Οι οικονομίες και οι κοινωνίες μας θα ανοίξουν αργά, προσεκτικά και σταδιακά. Ενώ τα σχολεία παραμένουν κλειστά, οι περισσότεροι γονείς θα πρέπει να συνεχίσουν στο σπίτι τους. Και ενώ τα μέτρα κοινωνικής απόστασης παραμένουν σωστά, οι επιχειρήσεις θα πρέπει να επανεξετάσουν τους χώρους εργασίας τους και τον τρόπο εργασίας τους.» Με άλλα λόγια: «θα ανακάμψουμε αλλά θα χρειαστεί χρόνος.»

#### Πίνακας 4.6

**Πραγματικές προβλέψεις για ρυθμούς αύξησης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες από το 2020 έως το 2021**



Πηγή: Statista

Σημείωσε ότι η κρίση δεν είχε επηρεάσει εξίσου όλες τις οικονομίες των κρατών μελών της ΕΕ, με εκείνες που βασίζονται στον τουρισμό να υποφέρουν περισσότερο και ότι η Ιταλία και η Ισπανία επηρεάστηκαν χειρότερα επειδή επλήγησαν πρώτα. Αλλά είπε ότι είναι σημαντικό να έχουμε κατά νου το περιβάλλον καθώς οι χώρες αρχίζουν να ανακάμπτουν. "Αργά ή γρήγορα, οι επιστήμονες και οι ερευνητές μας θα αναπτύξουν ένα εμβόλιο κατά του κορονοϊού. Ωστόσο, για την κλιματική αλλαγή, δεν υπάρχει εμβόλιο. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η Ευρώπη πρέπει τώρα να επενδύσει σε ένα καθαρό μέλλον."

#### 4.2.2 Η επιρροή των NPI μέσω του democracy index

Ο δημοκρατικός οργανισμός φύλαξης Freedom House (Niall McCarthy 2021) κυκλοφόρησε την ετήσια κατάταξη των πιο ελεύθερων και καταπιεσμένων εθνών στον κόσμο. Η έκθεση αποτελεί βασικό βάρομετρο για την παγκόσμια δημοκρατία και η φετινή έκδοση διαπίστωσε ότι η παγκόσμια ελευθερία έχει μειωθεί για 15η συνεχόμενη χρονιά. Το 2020 ήταν μια ταραχώδης χρονιά με την πανδημία, τη βίαιη σύγκρουση και την οικονομική και φυσική ανασφάλεια που οδήγησε τους υπερασπιστές της δημοκρατίας να υποστούν μεγάλες απώλειες ενάντια στους αυταρχικούς εχθρούς, η οποία είχε ως αποτέλεσμα μια μετατόπιση του διεθνούς δόγματος υπέρ της τυραννίας.

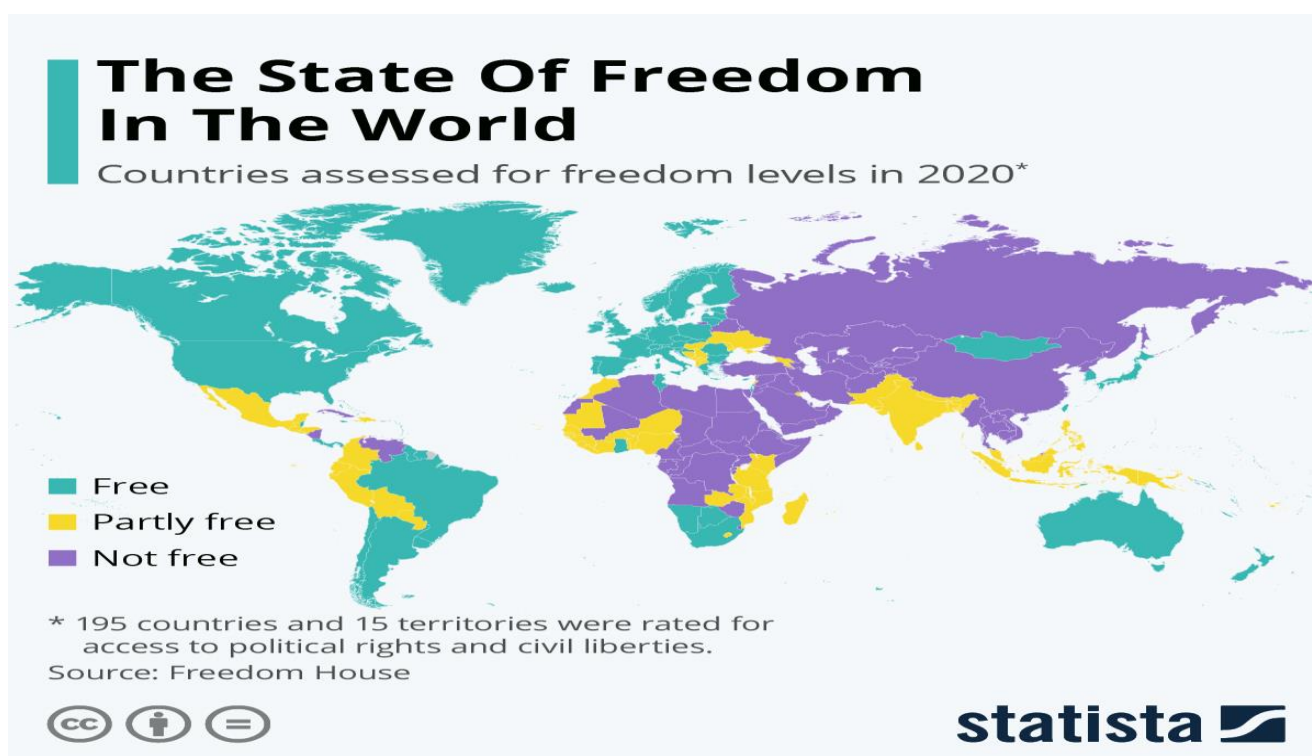
Συνολικά, 195 χώρες και 15 εδάφη αναλύθηκαν σχετικά με το επίπεδο πρόσβασής τους στα πολιτικά δικαιώματα και τις πολιτικές ελευθερίες, με τον αριθμό που βιώνει επιδείνωση της βαθμολογίας της ελευθερίας τους που υπερβαίνει τον αριθμό που σημείωσε βελτίωση με το ευρύτερο περιθώριο από το 2006. Το 2020, σχεδόν το 75% του παγκόσμιου πληθυσμού ζούσε κάτω από μια κυβέρνηση που είδε τη βαθμολογία της δημοκρατίας να μειώνεται τον τελευταίο χρόνο. Η επέκταση του αυταρχικού κανόνα σε συνδυασμό με την εξασθένηση και την ασυνεπή παρουσία μεγάλων δημοκρατιών στη διεθνή σκηνή επηρέασε σοβαρά την ανθρώπινη ζωή και ασφάλεια, με περισσότερες κυβερνήσεις να στραφούν σε στρατιωτικές πηγές για την επίλυση πολιτικών διαφορών. Ένας μεγάλος αριθμός συγκρούσεων συνέχισε επίσης να μαίνεται το 2020, συμπεριλαμβανομένων μακροχρόνιων πολέμων στη Λιβύη και την Υεμένη, μαζί με νέους όπως τις βίαιες συγκρούσεις του Αζερμπαϊτζάν και της Αρμενίας σχετικά με την αμφισβητούμενη περιοχή του Ναγκόρνο-Καραμπάχ.

Η διαφάνεια της μεγαλύτερης δημοκρατίας στον κόσμο από το καθεστώς του "Free" στο "Partly Free" ήταν μια από τις πιο ανησυχητικές πτυχές της έκθεσης. Στην

Ινδία, η κυβέρνηση του Πρωθυπουργού Narendra Modi και οι σύμμαχοι σε κρατικό επίπεδο συνέχισαν να καταδιώκουν τους επικριτές, ενώ το κλείσιμο της αγοράς μέσω καραντίνας εξαιτίας του Covid-19 οδήγησε στον απρογραμμάτιστο εκτοπισμό εκατομμυρίων εσωτερικών μεταναστών εργατών. Το κυβερνών ινδουιστικό εθνικιστικό κίνημα ενθάρρυνε επίσης σαν αποδιοπομπαίος τράγος των Μουσουλμάνων την εκτεταμένη διάδοση του Covid-19. "Αντί να χρησιμεύσει ως πρωταθλήτης της δημοκρατικής πρακτικής και αντίβαρου στην αυταρχική επιρροή από χώρες όπως η Κίνα, ο Modi και το κόμμα του οδηγούν τραγικά την ίδια την Ινδία προς τον αυταρχισμό", σημείωσε το Freedom House.

#### Πίνακας 4.7

#### Τα επίπεδα Ελευθερίας στον Κόσμο το 2020



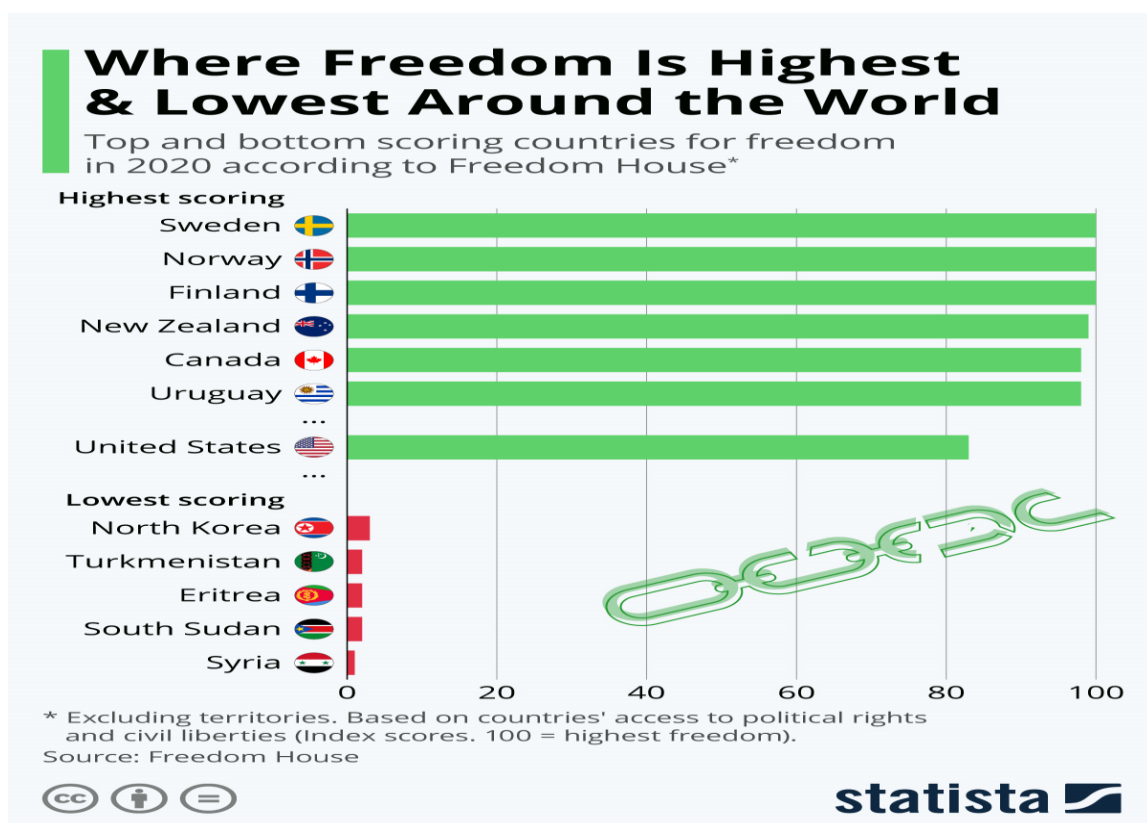
Πηγή: [www.statista.com/chart/12541/the-state-of-freedom-worldwide/](http://www.statista.com/chart/12541/the-state-of-freedom-worldwide/)

Οι Ηνωμένες Πολιτείες επικρίθηκαν επίσης έντονα στην έκθεση με το σκορ δημοκρατίας να πέφτει από 86 σε 83. Το Freedom House δήλωσε ότι η προηγούμενη προεδρική διοίκηση στις ΗΠΑ προσπάθησε να υπονομεύσει τη λογοδοσία για κακοποίηση και ενίσχυσε ψευδείς ισχυρισμούς για εκλογική απάτη. Αυτό τροφοδότησε

τον πληθυσμό με δυσπιστία και συνέβαλε σε έναν εξεγερμένο όχημα που αποθηκεύει το Κογκρέσο τον Ιανουάριο του τρέχοντος έτους. Το Freedom House προειδοποίησε ότι οι ΗΠΑ "θα πρέπει να εργαστούν σθεναρά για να ενισχύσουν τις θεσμικές τους διασφαλίσεις, να αποκαταστήσουν τους πολιτικούς κανόνες και να τηρήσουν την υπόσχεση των βασικών αρχών της για όλα τα τμήματα της κοινωνίας, εάν πρόκειται να προστατεύσουν την αξιοσέβαστη δημοκρατία της και να ανακτήσουν την παγκόσμια αξιοπιστία". Η Σουηδία, η Νορβηγία και η Φινλανδία είχαν τα υψηλότερα αποτελέσματα ελευθερίας φέτος, ενώ η Ερυθραία, το Νότιο Σουδάν και η Συρία ήταν η χαμηλότερη κατάταξη.

### Πίνακας 4.8

#### Υψηλότερα και χαμηλότερα επίπεδα ελευθερίας παγκοσμίως σύμφωνα με το Freedom House



Πηγή: [www.statista.com/chart/24339/top-and-bottom-scoring-countries-for-freedom/](http://www.statista.com/chart/24339/top-and-bottom-scoring-countries-for-freedom/)



Όπως προκύπτει από την ετήσια κατάταξη των πιο ελεύθερων και καταπιεσμένων εθνών που δημοσίευσε ο οργανισμός φύλαξης δημοκρατίας, Freedom House και από τα στατιστικά δεδομένα του παραπάνω πίνακα οι καλύτερες βαθμολογίες αναφορικά με το 2020 καταγράφηκαν στη Βόρεια Ευρώπη με τη Σουηδία, τη Νορβηγία και τη Φινλανδία να οδηγούν στην ελευθερία με σκορ 100. Οι πέντε πρώτοι ολοκληρώθηκαν από τη Νέα Ζηλανδία και τον Καναδά με τις ΗΠΑ να ακολουθούν λόγω επιδείνωσης της βαθμολογίας της, η οποία έπεσε στα 83. Φέτος, οι χειρότερες χώρες για την ελευθερία ήταν η Ερυθραία, το Νότιο Σουδάν και η Συρία. Όταν τα εδάφη περιλαμβάνονται στην ανάλυση, το Freedom House έθεσε το Θιβέτ τελευταίο στην κατάταξη.

Οι αξιοσημείωτες διαφορές στη διάδοση και την επίδραση στην υγεία του COVID-19 σε διαφορετικές χώρες και ηπείρους προκάλεσαν έντονες συζητήσεις σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες αυτής της ετερογένειας. Υπάρχει επίσης μια εκπληκτικά μεγάλη ποικιλία υπόπτων, συμπεριλαμβανομένων βιολογικών συνωμοσιών πολέμου, αστοχίες του συστήματος υγείας και των πύργων 5G. Τα πολιτικά καθεστώτα κατηγορούνται επίσης, και υπάρχει ιδιαίτερη δυσπιστία στους δημοκρατικούς θεσμούς. Αυτές οι ανησυχίες σχετικά με τις δημοκρατικές χώρες επικεντρώθηκαν στην ανεπαρκή ευελιξία και την αυστηρότητα των απαντήσεων και την έλλειψη ισχυρής ηγεσίας.

Η ανάλυση που δόθηκε σε αυτό το έγγραφο (Karabulut et. al. 2021) ένα χρόνο μετά την πρώτη περίπτωση που εντοπίστηκε στο Wuhan δείχνει ότι τη σχέση μεταξύ δημοκρατίας και σχετικών με το COVID-19 μεταβλητών αποτελεσμάτων (όπως το ποσοστό μόλυνσης και τα ποσοστά θνησιμότητας των περιπτώσεων στις πληγείσες χώρες) είναι πιο περίπλοκη από ό,τι έρχεται στο φως της δημοσιότητας. Όταν η νόσος COVID-19 χτύπησε την Ιταλία τόσο σοβαρά, η Κίνα ήταν σχεδόν στο τέλος του αγώνα της. Ωστόσο, αυτή η εντυπωσιακή αντιπαράθεση της Ιταλίας-Κίνας, ως δημοκρατικής χώρας κατά μιας αυταρχικής, σκιάζει την πρόοδο της νόσου σε πολλές άλλες χώρες. Ακόμα και η κατάσταση του Ιράν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η οποία ήταν εξίσου κακή με την Ιταλία εκείνη την εποχή. Ωστόσο, η Ιταλία είναι γνωστό από καιρό ότι είναι δημοκρατία χωρίς αποτελεσματικές διοικητικές δομές.

Μετά το πρώτο σοκ, η χώρα αντέδρασε ωστόσο με έντονη κυβερνητική απάντηση. Αυτά τα ανέκδοτα - παρατηρήσεις πυροδότησαν μια συζήτηση σχετικά με το ρόλο των δημοκρατιών κατά την πανδημία. Οι δημοκρατικοί θεσμοί κατηγορήθηκαν ότι ήταν αργοί και αναποτελεσματικοί. Δεδομένου ότι οι

δημοκρατικές χώρες είναι πιο ανοιχτές στον κόσμο, θα πρέπει να είναι πιο ευάλωτες μέσα από πολλά κανάλια ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων όπως το εμπόριο, η μετανάστευση και ο τουρισμός, αλλά μπορεί επίσης να είναι πιο ανταγωνιστικοί αντιμετωπίζοντας μερικές από τις συνέπειες της λοίμωξης.

Η σχέση μεταξύ της δημοκρατίας (Karabulut et. al. 2021) και πανδημίας COVID-19 αποδεικνύεται ιδιαίτερα περίπλοκη, καθώς πολλά εμπειρικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι η σχέση μεταξύ του ποσοστού θνησιμότητας της υπόθεσης και των μεταβλητών της δημοκρατίας είναι αρνητικό, αποδίδοντας δηλαδή υψηλότερη αξία ζωής στις δημοκρατικές χώρες. Ωστόσο, η λογοκρισία μέσων έχει πιθανή μέτρια επίδραση στις λοιμώξεις και φαίνεται να περιέχει και θνησιμότητα.

Συμπερασματικά, οι δημοκρατικές χώρες έχουν υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης COVID-19, αλλά χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Αυτοί είναι λιγότερο ικανοί να παρακολουθούν και να μετριάζουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων και να συγκρατούν την εξάπλωση της νόσου. Ωστόσο, δίνουν μεγαλύτερη αξία στην ανθρώπινη ζωή και υγεία. Ελέγχεται το μέγεθος της δημοκρατίας, η λογοκρισία των μέσων μετριάξει τη θνησιμότητα αλλά μπορεί να προκαλέσει υψηλότερο ποσοστό μόλυνσης. Βραχυπρόθεσμα, οι δημοκρατικοί θεσμοί ενδέχεται να αντιδρούν αργά, αλλά είναι λιγότερο πιθανή αλλαγή κάτω από την πίεση της πανδημίας. Είναι ωστόσο προφανές ότι οι πιο αυταρχικοί πολιτικοί ηγέτες μπορούν να χρησιμοποιήσουν τον αγώνα κατά της πανδημίας για να αυξήσουν τη δημοτικότητα τους, αλλά το παράδειγμα του Ντόναλντ Τραμπ (Besley T. & Kudamatsu M., 2006) καθιστά επίσης σαφές ότι η αγνόηση της ασθένειας δεν βοηθά στην αποδυνάμωση των δημοκρατικών θεσμών. Θα πρέπει όμως να φανούν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του COVID-19 και να γίνει η συσχέτιση τους με την δημοκρατία μέσω περαιτέρω αναλύσεων.

### 4.3 Συμπεράσματα - Συζήτηση

Η πανδημία COVID - 19 υπήρξε παγκόσμια τραγωδία για την υγεία. Μέχρι τα μέσα Απριλίου του 2021, σχεδόν 2,9 εκατομμύρια ζωές είχαν χαθεί παγκοσμίως. Περισσότερα εκατομμύρια άνθρωποι έχουν υποφέρει σωματικά και ψυχικά από αυτήν την ασθένεια.

Καθώς προχωρά η διανομή εμβολίων και το τέλος της πανδημίας εμφανίζεται, ένας άλλος τραυματισμός που απειλεί να αφήσει μια πιο διαρκή ουλή: αυτή της επίμονης οικονομικής ανασφάλειας. Η πανδημία προκάλεσε τεράστιες απώλειες θέσεων εργασίας, μείωσε τα εισοδήματα, καθυστέρησε τη μάθηση πολλών παιδιών και διέκοψε την οικονομική ανάπτυξη. Έχει στενοχωρήσει νοικοκυριά από όλα τα κοινωνικά στρώματα, με διαφορετικούς τρόπους. Οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις μπορεί να διαρκέσουν για δεκαετίες.

Η νόσος COVID - 19 προκάλεσε τη χειρότερη οικονομική κρίση μετά τη Μεγάλη Ύφεση, με δραματικές επιπτώσεις στην οικονομία και την κοινωνία (OECD, 2020). Η οικονομική αναστάτωση φαίνεται σαφώς από εκτεταμένες απώλειες θέσεων εργασίας, μαζικές μειώσεις των ωρών εργασίας και περικοπές αμοιβών. Παρά τις τεράστιες κυβερνητικές επενδύσεις στην κοινωνική προστασία κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι άνθρωποι στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ αναζητούν περισσότερη δημόσια υποστήριξη για να βγουν έξω από την κρίση - και πολλοί αναφέρουν ότι είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερους φόρους για τη χρηματοδότηση καλύτερης υγείας, συντάξεων και απασχόλησης και προγράμματα μακροχρόνιας περίθαλψης.

Οι μολυσματικές ασθένειες και η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αλληλένδετες. Από τη μία πλευρά, οι κινήσεις και οι αλληλεπιδράσεις μας είναι οι κινητήρες μετάδοσης. Από την άλλη, η εξάπλωση των ιών μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις καθημερινές μας δραστηριότητες. Αν και διαισθητική, η κατανόησή μας για έναν τέτοιο βρόχο ανατροφοδότησης είναι ακόμα περιορισμένη. Πριν από το COVID-19, η βιβλιογραφία για το θέμα ήταν κυρίως θεωρητική και σε μεγάλο βαθμό έλειπε επικύρωση. Το κύριο ζήτημα ήταν η έλλειψη εμπειρικών δεδομένων που καταγράφουν αλλαγή συμπεριφοράς που προκαλείται από ασθένειες. Τα πράγματα έχουν αλλάξει δραματικά το 2020. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (NPIs) ήταν το βασικό όπλο κατά του ιού SARS-CoV-2 και επηρέασαν σχεδόν οποιαδήποτε κοινωνική διαδικασία. Ταξιδιωτικές απαγορεύσεις, ακύρωση εκδηλώσεων, κοινωνικές αποστάσεις, απαγορεύσεις κυκλοφορίας και κλειδώματα έχουν δυστυχώς γίνει πολύ οικεία. Η

κλίμακα της έκτακτης ανάγκης, η ευκολία της έρευνας καθώς και η ανάπτυξη του crowdsourcing που εγγυάται η τελευταία τεχνολογία, διάφορα προγράμματα Data for Good που αναπτύχθηκαν από τεχνολογικούς γίγαντες, σημαντικούς παρόχους κινητών τηλεφώνων και άλλες εταιρείες έχουν επιτρέψει άνευ προηγουμένου πρόσβαση σε δεδομένα που περιγράφουν αλλαγές συμπεριφοράς που προκαλούνται από η πανδημία.

Στην παρούσα διατριβή εξέτασα μερικές από τις τεράστιες βιβλιογραφίες που γράφτηκαν για το θέμα των NPIs κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Με αυτόν τον τρόπο, ανέλυσα περίπου 120 άρθρα που γράφτηκαν από περισσότερους από 900 συγγραφείς τους πρώτους 12 μήνες της έκτακτης ανάγκης. Ως εκ τούτου, Ο παγκόσμιος αντίκτυπος του COVID-19 ήταν βαθύς και η απειλή για τη δημόσια υγεία που αντιπροσωπεύει είναι η πιο σοβαρή που παρατηρείται σε έναν αναπνευστικό ιό από την πανδημία γρίπης του 1918. Εδώ παρουσιάσα τα αποτελέσματα της επιδημιολογικής μοντελοποίησης που ενημέρωσε τη χάραξη πολιτικής στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε άλλες χώρες τους τελευταίους μήνες. Ελλείψει εμβολίου COVID-19, αξιολόγησα μέσω των δημοσιευμένων επιστημονικών ευρημάτων τον πιθανό ρόλο ορισμένων μέτρων δημόσιας υγείας - τις λεγόμενες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (NPIs) - που στοχεύουν στη μείωση των ποσοστών επαφής στον πληθυσμό και, συνεπώς, στη μείωση της μετάδοσης του ιού. Στα αποτελέσματα που παρουσιάζονται εδώ, εφαρμόζουμε ένα μοντέλο μικρο-προσομοίωσης που δημοσιεύθηκε προηγουμένως σε δύο χώρες: το Ηνωμένο Βασίλειο (συγκεκριμένα τη Μεγάλη Βρετανία) και τις ΗΠΑ. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε παρέμβασης μεμονωμένα είναι πιθανό να είναι περιορισμένη, απαιτώντας να συνδυάζονται πολλαπλές παρεμβάσεις για να έχουν ουσιαστικό αντίκτυπο στη μετάδοση.

Είναι δυνατές δύο θεμελιώδεις στρατηγικές: (α) μετριασμός, που επικεντρώνεται στην επιβράδυνση, αλλά όχι απαραίτητα στη διακοπή της εξάπλωσης της επιδημίας - μείωση της μέγιστης ζήτησης υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ταυτόχρονα προστατεύει εκείνους που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής νόσου από μόλυνση και (β) καταστολή, η οποία στοχεύει στην αναστροφή της επιδημικής ανάπτυξης, μειώνοντας τους αριθμούς των περιπτώσεων σε χαμηλά επίπεδα και διατηρώντας αυτήν την κατάσταση επ' αόριστον. Κάθε πολιτική έχει μεγάλες προκλήσεις. Διαπιστώνουμε ότι οι βέλτιστες πολιτικές μετριασμού (που συνδυάζουν την απομόνωση στο σπίτι από ύποπτα περιστατικά, την καραντίνα στο σπίτι εκείνων που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό με ύποπτα περιστατικά και την κοινωνική απόσταση των

ηλικιωμένων και άλλων που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής νόσου) ενδέχεται να μειώσουν τη μέγιστη ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης κατά 2 / 3 και θάνατοι κατά το ήμισυ. Ωστόσο, η προκείμενη μετριασμένη επιδημία θα μπορούσε πιθανότατα να οδηγήσει σε εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους και συστήματα υγείας (κυρίως μονάδες εντατικής θεραπείας) να κατακλύζονται πολλές φορές. Για χώρες που μπορούν να το επιτύχουν, αυτό αφήνει την καταστολή ως την προτιμώμενη επιλογή πολιτικής.

Μεγάλη πρόκληση για τα εθνικά συντάγματα, για τη διεθνή προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά και για την έννομη τάξη της ΕΕ δημιούργησε η πανδημία του κορονοϊού καθώς είναι ένα φαινόμενο που ξεπερνά τις προβλέψεις του συντακτικού και του διεθνούς νομοθέτη. Σε διάφορα συνταγματικά και διεθνή κείμενα θεμελιώνονται λόγοι που δικαιολογούν περιορισμούς των ανθρωπίνων δικαιωμάτων χάριν προστασίας της δημόσιας υγείας. Όμως επρόκειτο για προβλέψιμες καταστάσεις και όχι για μια τέτοιας κλίμακας υγειονομικής κρίσης που όμοιά της δεν έχει ταλανίσει την ανθρωπότητα τα τελευταία εκατό χρόνια. Οι καταστάσεις και οι σκοποί που δικαιολογούν περιορισμούς στην άσκηση των ατομικών ελευθεριών πρέπει να αξιολογούνται στο πλαίσιο του πολυεπίπεδου περιορισμού δηλαδή στα διαφορετικά επίπεδα προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως είναι: Εθνικό Σύνταγμα, Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (που προβλέπει τη δικαιοδοσία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου), Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, (που προβλέπει τη συγκρότηση και τις αρμοδιότητες της Επιτροπής Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ), Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (στο πεδίο που ασκεί τις αρμοδιότητές της η ΕΕ και υπό τον τελικό δικαστικό έλεγχο του Δικαστηρίου ΕΕ).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στα διεθνή και τα περιφερειακά συστήματα προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υπάρχει η δυνατότητα επιβολής νόμου προκειμένου να τεθούν σε εφαρμογή οι περιορισμοί για την δημόσια υγεία, με ιδιαίτερο σεβασμό στην αρχή της αναλογικότητας, και είναι από πλευράς ρητών προβλέψεων μεγαλύτερη από αυτή που εγγράφεται στο ελληνικό Σύνταγμα που καλείται να προσφέρει ιδιαίτερα σημαντική προστασία σε σύγκριση με την ΕΣΔΑ ή το ΔΣΑΠΔ. Πάντως η πρόκληση της πανδημίας δημιούργησε μία αντίληψη περί περιορισμών η οποία είναι πολύ κοντά στις ρητές προβλέψεις που υπάρχουν στα βασικά διεθνή και περιφερειακά κείμενα προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία όπως αυτό κατοχυρώνεται στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος αποτελεί ένα υγειονομικό

κεκτημένο. Η αρχή του «κοινωνικού κεκτημένου (Κ. Μαυριά 2000)» οριοθετεί μια νέα τάξη πραγμάτων, προστατεύοντας τα θεμελιώδη δικαιώματα και δημιουργώντας έναν βασικό δείκτη προόδου της κοινωνίας, όπως εύλογα αποτυπώνεται στο γράμμα του νόμου στο άρθρο 25 παρ. 2 Συντ. «Η αναγνώριση και η προστασία των θεμελιωδών και απαράγραπτων δικαιωμάτων του ανθρώπου από την Πολιτεία αποβλέπει στην πραγμάτωση της κοινωνικής προόδου μέσα σε ελευθερία και δικαιοσύνη».

Σημαντικό ρόλο στην προστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων στην Ευρώπη διαδραματίζει και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1950), που αφορά τα είκοσι οκτώ (28) εμπλεκόμενα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης. Η ΕΣΔΑ διαμόρφωσε ένα νέο ρυθμιστικό πλαίσιο προστατεύοντας κατά τρόπο άμεσο τόσο τα ατομικά όσο και τα πολιτικά δικαιώματα του ανθρώπου. Προς επίτευξη των στόχων της ΕΣΔΑ λειτουργεί το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, καθώς στη νομολογία του δίνεται ιδιαίτερως έμφαση στη κοινωνική διάσταση των προστατευόμενων δικαιωμάτων. Έτσι, ορισμένες διατάξεις τις ΕΣΔΑ όπως το άρθρο 14 που αναφέρεται στην απαγόρευση των διακρίσεων, το άρθρο 4 που αφορά την απαγόρευση αναγκαστικής εργασίας, το άρθρο 6 παρ. 1 που θεμελιώνει το δικαίωμα σε μια δίκαιη δίκη κ.α. χρησιμοποιούνται από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, καθώς εμφανίζουν έντονα κοινωνικά στοιχεία.

Το μοντέλο του κοινωνικού κράτους εμφανίστηκε μετά την αποτυχία του φιλελεύθερου κράτους, όπου δεν υπήρχαν τα κοινωνικά δικαιώματα. Έτσι σταδιακά η κοινωνία απέκτησε την δύναμη να διεκδικήσει την κατοχύρωση αυτών των δικαιωμάτων και να διασφαλίσει κατά τρόπο άμεσο την κοινωνική δικαιοσύνη. Δημιουργείται η υποχρέωση του κράτους να διαμορφώσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις προκειμένου οι πολίτες να απολαύσουν δικαιώματα όπως αυτά της υγείας, της παιδείας, το δικαίωμα της ελεύθερης κυκλοφορίας, το δικαίωμα προστασίας του φυσικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος, το δικαίωμα στην εκπαίδευση, της κοινωνικής ασφάλισης κ.α. Τα κοινωνικά δικαιώματα ως συνταγματικά δικαιώματα δεν δημιουργούν αγωγήμες αξιώσεις, αλλά διαπλάθουν θεσμικές εγγυήσεις. Πιο συγκεκριμένα, τα κοινωνικά δικαιώματα αποτελούν ισχύον δίκαιο και κατ' επέκταση δεσμευτικούς κανόνες δικαίου.

Οι περιορισμοί των ατομικών δικαιωμάτων, ως νομικών δικαιωμάτων, προβλέπονται αποκλειστικά στο Σύνταγμα. Η άσκηση αυτών των δικαιωμάτων δεν είναι απεριόριστη και ως εκ τούτου θεσπίζονται διάφοροι γενικοί και ειδικοί περιορισμοί. Καταρχήν τα ατομικά δικαιώματα περιορίζονται λόγω της ίσης

απόλαυσης αυτών των δικαιωμάτων μεταξύ των διάφορων υποκειμένων τους (Μάνεσης, Α. 1978). Δηλαδή η άσκηση ενός δικαιώματος από κάποιον ενδέχεται να στερεί τη δυνατότητα άσκησής του από κάποιον άλλον. Έτσι, για παράδειγμα στην εποχή της πανδημίας της νόσου covid-19, το δικαίωμα της προσωπικής ελευθερίας όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 1 Σ σταθμισμένο με την προστασία της ανθρώπινης ζωής όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 2 Σ και της υγείας όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 21 παρ. 3 Σ, θα πρέπει να υποχωρήσει. Μια τέτοιου είδους ιεράρχηση των συνταγματικών δικαιωμάτων πραγματοποιείται μόνο σε έκτακτες περιστάσεις και όπως προκύπτει από τα πραγματικά περιστατικά και για λόγους δημοσίου συμφέροντος.

Στο Σύνταγμα προβλέπονται τρεις γενικοί περιορισμοί των ατομικών δικαιωμάτων. Αρχικά, στο άρθρο 48 παρ. 1 του Συντάγματος *«Σε περίπτωση πολέμου, επιστράτευσης εξαιτίας εξωτερικών κινδύνων ή άμεσης απειλής της εθνικής ασφάλειας, καθώς και αν εκδηλωθεί ένοπλο κίνημα για την ανατροπή του δημοκρατικού πολιτεύματος, η Βουλή, με απόφασή της, που λαμβάνεται ύστερα από πρόταση της Κυβέρνησης, θέτει σε εφαρμογή, σε ολόκληρη την Επικράτεια ή σε τμήμα της, το νόμο για την κατάσταση πολιορκίας, συνιστά εξαιρετικά δικαστήρια και αναστέλλει την ισχύ του συνόλου ή μέρους των διατάξεων των άρθρων 5 παράγραφος 4, 6, 8, 9, 11, 12 παράγραφοι 1 έως και 4, 14, 19, 22 παράγραφος 3, 23, 96 παράγραφος 4 και 97. Πρόεδρος της Δημοκρατίας δημοσιεύει την απόφαση της Βουλής. Με την απόφαση της Βουλής ορίζεται η διάρκεια ισχύος των επιβαλλόμενων μέτρων, η οποία δεν μπορεί να υπερβεί τις δεκαπέντε ημέρες.»* θεσπίζεται η αναστολή των θεμελιωδών δικαιωμάτων στην περίπτωση που κηρυχθεί η χώρα σε κατάσταση πολιορκίας. Πρόκειται για έναν περιορισμό προσωρινού χαρακτήρα όπου ο συντακτικός νομοθέτης επιτρέπει την περιστολή των ατομικών δικαιωμάτων για λόγους εθνικής ασφάλειας και τηρουμένης πάντα της αρχής της αναλογικότητας.

Λαμβάνοντας υπόψιν τις απόψεις διακεκριμένων συνταγματολόγων (Βενιζέλος, Μανιτάκης, Σωτηρέλης, Κοντιάδης 2020) στα θέματα που έχουν σχέση με την αντιμετώπιση της πανδημίας, ακόμη και αν επρόκειτο για μια πρωτοφανή κατάσταση οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν ήταν εντός των ορίων της έννομης τάξης. Λαμβάνοντας υπόψιν την οικονομική πολιτική, οικονομική διακυβέρνηση και τη νομισματική πολιτική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας τα μέτρα που εξήγγειλαν ήταν σύννομα με εκείνα που έλαβε η Ελλάδα (Πράξεις Νομοθετικού Περιεχομένου) τόσο νομοθετικά όσο και διοικητικά, αλλά και

άλλες χώρες μέλη της ΕΕ. Τα μέτρα αυτά σκοπό είχαν τον περιορισμό της εξάπλωσης του κορονοϊού και ελήφθησαν απόλες τις χώρες που επλήγησαν. Η ένταση των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων, αλλά και ο πιθανός συνδυασμός των μέτρων ήταν αντίστοιχος τόσο του συνταγματικού καθεστώτος των χωρών αλλά και των διαφόρων πολιτικών ιδιαιτεροτήτων σε συνδυασμό με τις συνταγματικές τους παραδόσεις.

Επηρέαστηκε έντονα και η λειτουργία των δημοκρατικών θεσμών σε μια τέτοια πρωτόγνωρη κρίση της δημόσιας υγείας ολόκληρου του πλανήτη. Η Βουλή ασκούσε το νομοθετικό της έργο και τον κοινοβουλευτικό της έλεγχο σε υποτονικούς ρυθμούς. Δεν λειτουργούσαν εύρυθμα δηλαδή οι κοινοβουλευτικές επιτροπές. Σημειώθηκαν προβλήματα και καθυστερήσεις στη λειτουργία των οργάνων της αυτοδιοίκησης, ενώ αξιοσημείωτα είναι και τα προβλήματα στη λειτουργία των συλλογικών οντοτήτων της κοινωνίας των πολιτών. Αξιοσημείωτο είναι και τι γίνεται σε χώρες που είχαν εκλογές. Η Γαλλία αναγκάστηκε να αναβάλει τον δεύτερο γύρο των δημοτικών και περιφερειακών εκλογών. Στη Χιλή αναβλήθηκε προγραμματισμένο συνταγματικό δημοψήφισμα για θέσπιση νέου συντάγματος. Βεβαίως στην Ουγγαρία, με άκρως επικίνδυνη ευκολία, αναστέλλεται η λειτουργία του κοινοβουλίου. Στην Πολωνία η κυβέρνηση επιμένει προς το παρόν στη διεξαγωγή της προγραμματισμένης προεδρικής εκλογής. Θεωρείται υψίστης σημασίας ζήτημα η αναβολή εκλογών, καθώς αποτελεί μια οριακή απόφαση κατά το Σύνταγμα, αλλά και την ΕΣΔΑ. Η διασφάλιση των θεσμικών λειτουργιών της δυτικής δημοκρατίας υπό ακραίες συνθήκες όπως η πανδημία του 2020, αλλά και οι τρόποι διαχείρισης της πανδημίας από δημοκρατικές κυβερνήσεις συγκριτικά με τα αυταρχικά καθεστώτα θα μελετηθεί εκτενέστερα κατά το επόμενο διάστημα.

Η πανδημία είναι μια παγκόσμια απειλή και δεν δύναται να υπάρξει σε παγκόσμιο επίπεδο μια ομοιομορφία των πολιτικών συστημάτων, καθώς υπάρχουν τόσο δημοκρατικά και φιλελεύθερα πολιτεύματα που διαχειρίζονται την υγειονομική κρίση, όσο υπάρχουν και αυταρχικά πολιτεύματα που διαχειρίζονται την κρίση. Συμπερασματικά, αξίζει να σημειωθεί ότι η Κίνα δεν είναι μια δημοκρατία, αλλά αντιθέτως είναι ένα αξιοκρατικό όπως λέει (meritocracy) πολιτικό σύστημα, που βασίζεται στον Κομφουκιανισμό (Βενιζέλος, 2020). Ως εκ τούτου πρέπει να δούμε εάν και κατά πόσο η αποτελεσματικότητα του κράτους μπορεί να συμβιβαστεί με τη δημοκρατία και τον φιλελευθερισμό. Η πανδημία λειτουργεί ήδη ως ένα μεγάλο ιστορικό και θεσμικό εργαστήριο στο οποίο ελέγχεται η αντοχή της φιλελεύθερης δημοκρατίας και των εγγυήσεων του κράτους δικαίου.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

«Η ΕΣΔΑ», Ελληνική Δημοκρατία – Υπουργείο Δικαιοσύνης, Αθήνα, Ιανουάριος 1989, από το Εθνικό Τυπογραφείο, Ποινικό Σπουδαστήριο.

«Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης και οι προκλήσεις του 21ου αιώνα», σελίδες 81-82 Εκδ. Παπαζήση 2000, Αθήνα.

Α. Μαντζουλίνου, Ή προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου εις τα πλαίσια του ΟΗΕ, ΝΔ 1964

Α. Φιλαλήθης, Α. Φωτόπουλος, Κ. Τρομπούκης «Public health – Social medicine: The history and the semantics of the term» ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2020, 37(3):395-405

Αρ. Μάνεση, Ατομικές ελευθερίες, Θεσσαλονίκη, 1982, σ. 22-23

Άρθρο 56 ΣυνθΛΕΕ

Βλ. τις αγορεύσεις των βουλευτών Γιάτσου, Ξαρχά, Κλή και Χατζηδημητρίου, αλλά και τις επιφυλάξεις του αείμνηστου Π. Κανελλόπουλου (Πρακτικά Βουλής, Τμήμα Διακοπών, Συνεδριάσεις ΛΖ΄, σ. 1368-1369, σ. 1353, σ. 1376, Μ΄, σ. 1458, ΜΑ΄, σ. 1458, ΜΑ΄, σ. 1483 κ.α.) Πληροφορία από [www.sakkoulas-online.gr](http://www.sakkoulas-online.gr) - © ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΑΚΚΟΥΛΑ ΑΕ

Δημητρόπουλος ΑΓ. Συνταγματικά δικαιώματα, Γενικό μέρος. Τόμος Γ΄-ημίτομος Ι. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, 2005

Ευ. Βενιζέλος (2020), «Πανδημία, Θεμελιώδη Δικαιώματα και Δημοκρατία»

Κ. Κρεμαλής, Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, ό.π., σ. 112 επ.

Κ. Μαυριά, Τα κοινωνικά δικαιώματα, ό.π., σ. 196

Κ. Χρυσόγονος, Ατομικά και Κοινωνικά δικαιώματα, 1998, σελ.56

Κανονισμός 168/2007 του Συμβουλίου της 15.2.2007

Καρατζά Λίλα, 4ΚΩΔΙΚΕΣ (ΑΚ, ΚΠολΔ, ΠΚ, ΚΠΔ) συν 37, 54<sup>η</sup> έκδοση ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Κασιμάτης, Μιχαλάκης, Παντελής, «Κείμενα συνταγματικού δικαίου», σελίδες 832 έως 840 και Ρούκουνας, «Διεθνής προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων», σελίδες 96 – 97.

Κατρούγκαλος, «Το κοινωνικό κράτος της μεταβιομηχανικής εποχής», σελίδα 305.

- Κατρούγκαλος, «Το κοινωνικό κράτος της μεταβιομηχανικής εποχής», σελίδα 321.
- Κοντιάδης, «Κράτος πρόνοιας και κοινωνικά δικαιώματα», σελίδα 429.
- Κρεμαλής Κωνσταντίνος (2011), Δίκαιο της Υγείας, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη, σελ.2
- Μάνεσης, Α. (1978). Συνταγματικά δικαιώματα, Α : Ατομικές ελευθερίες, Εκδόσεις Σάκκουλας
- Μητροσύλη Μαρία, Δίκαιο της Υγείας, 2009, Αθήνα: εκδ. Παπαζήση, σελ. 43
- Π. Δαγτόγλου, Ατομικά δικαιώματα, Α΄, Αθήνα-Κομοτηνή, 1991, σ. 210.
- Π. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα σελ. 119 - 123, 4<sup>η</sup> έκδοση, 2012
- Π. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα σελ. 15 – 20, 4<sup>η</sup> έκδοση, 2012
- Π. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα σελ. 37 – 39, 4<sup>η</sup> έκδοση, 2012
- Π. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα σελ. 55-57, 4<sup>η</sup> έκδοση, 2012
- Π. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα σελ. 67, 4<sup>η</sup> έκδοση, 2012
- Π. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα σελ. 71, 4<sup>η</sup> έκδοση, 2012
- Π. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα σελ. 81, 4<sup>η</sup> έκδοση, 2012
- Π. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα σελ. 86, 4<sup>η</sup> έκδοση, 2012
- Π. Μαντζούφα, Οικονομική Κρίση και Σύνταγμα, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, σ. 356-7, εκδ Σάκκουλα 2014
- Παπακωνσταντίνου Απόστολος (2005), Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Συνταγματική θεμελίωση, σελ. 20
- Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Πατρίνα (2017), Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, 2η έκδοση, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη σελ. 72 επ..
- Παραράς, Π. (1985), Σύνταγμα 1975, Corpus, τόμ. I, II, III, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλας
- Παραράς, Π. (2001). Σύνταγμα και Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλας
- Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη (2009 σελ. 40) «Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας»
- Πολίτης Χάρης «Κορωνοϊός, Δημόσια Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα» 2020
- Σαρρής Μ (2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Τσάτσος, Δ. (1988), Συνταγματικό Δίκαιο, τόμ. Γ΄, Θεμελιώδη Δικαιώματα, Ι., Γενικό Μέρος, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλας

Φ. Σαλαμίνιου, Από τα ΕΣΥ του κράτους πρόνοιας στη νέα εποχή του οικονομικού ανταγωνισμού, «Οικονομικός Ταχυδρόμος», 20 Ιουλίου 1989, σ. 26 επ. Πληροφορία από [www.sakkoulas-online.gr](http://www.sakkoulas-online.gr) - © ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΑΚΚΟΥΛΑ ΑΕ

Χ. Ανθόπουλος, Νέες διαστάσεις των θεμελιωδών δικαιωμάτων σελ. 160 - 162, 2001 ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΑΚΚΟΥΛΑ

Χ. Ανθόπουλος, Νέες διαστάσεις των θεμελιωδών δικαιωμάτων σελ. 171 - 177, 2001 ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΑΚΚΟΥΛΑ

Χ. Ανθόπουλος, Νέες διαστάσεις των θεμελιωδών δικαιωμάτων σελ. 177 - 187, 2001 ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΑΚΚΟΥΛΑ

Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ένωσης [pdf]

[users.uoa.gr/~ahatzis/Charter.pdf](http://users.uoa.gr/~ahatzis/Charter.pdf)

### Ξενογλώσση

Allen, Almukhtar, Aufrichtig, Barnard etc. «United Kingdom Coronavirus Map and Case Count». Updated March 18, 2021, 2:09 P.M. E.T (<https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/europe/united-kingdom-coronavirus-cases.html>).

Ball, F., Neal, P., 2002. A general model for stochastic SIR epidemics with two levels of mixing. *Math. Biosci.* 180, 73–102.

Besley T. & Kudamatsu M., 2006. Health and democracy. *American Economic Review* 96 (2), 313-318.

Bontempi, E. (2020). The Europe second wave of COVID-19 infection and the Italy “strange” situation. *Environmental Research*, 193. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110476>

Christina Atchison, Leigh Bowman, Jeffrey W Eaton, Natsuko Imai, Rozlyn Redd, Philippa Pristera, Charlotte Vrinten, Helen Ward Report 10: Public Response to UK Government Recommendations on COVID-19: Population Survey, 17-18 March 2020(<https://doi.org/10.25561/77581>).

Chu C-Y, Li C-Y, Zhang H, Wang Y, Huo DH, Wen L et al. Quarantine methods and prevention of secondary outbreak of pandemic (H1N1) 2009. *Emerg Infect Dis.* 2010; 16(8):1300–2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20678330>).

D. Clark “GDP growth rate forecasts in Europe 2020-2021” Published Feb 15, 2021  
Democracy index 2020. *The Economist Intelligence Unit*. (2021). The Economist.  
[https://www.eiu.com/public/topical\\_report.aspx?campaignid=democracy2020#:~:text=Democracy%20was%20dealt%20a%20major,lives%20from%20a%20novel%20coronavirus.](https://www.eiu.com/public/topical_report.aspx?campaignid=democracy2020#:~:text=Democracy%20was%20dealt%20a%20major,lives%20from%20a%20novel%20coronavirus.)

EUROPEAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Who we are. Available at:  
<https://eupha.org/who-we-are>

Eurostat Statistics Explained «Impact of COVID-19 on main GDP aggregates including employment» Data extracted on 20 July 2020

Ferguson NM, Cummings DAT, Fraser C, Cajka JC, Cooley PC, Burke DS. Strategies for mitigating an influenza pandemic. *Nature* 2006;442(7101):448–52

Garg, S., et al. (2020). Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory confirmed coronavirus disease 2019—COVID-NET, 14 States, 1–30 March 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (15), 458–464. doi:10.15585/mmwr.mm6915e3

Gatherer D. The 2009 H1N1 influenza outbreak in its historical context. *J Clin Virol*. 2009;45(3):174–8.

Halloran ME, Ferguson NM, Eubank S, et al. Modeling targeted layered containment of an influenza pandemic in the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2008;105(12):4639–44.

HAMLIN C. Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the “social” in public health. *Am J Public Health* 1995, 85:856–866

Karabulut, Gokhan; Zimmermann, Klaus F.; Bilgin, Mehmet Huseyin; Doker, Asli Cansin«DemocracyandCOVID19Outcomes»January23, 2021

Kate Whiting «Ursula von der Leyen: We must not hold onto yesterday’s economy as we rebuild», published 15 May 2020

Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M «Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period». *Science*. 2020; (published online April 14.)

LA BERGE AF. Mission and method: The early-nineteenth-century French public health movement. Cambridge University Press, Cambridge, 1992

Literature review on the effectiveness of non-pharmaceutical countermeasures against pandemic influenza. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018

Luke McGee «U.K. entering 'worst point' of pandemic, top health official warns» (<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/u-k-entering-worst-point-of-pandemic-top-health-official-warns-1.5261609>)

Markel, H., Stern, A.M., Navarro, J.A., Michalsen, J.R., 2006. A historical assessment of nonpharmaceutical disease containment strategies employed by selected U.S. communities during the second wave of the 1918–1920 influenza pandemic. Defense ThreatReductionAgency, FortBelvoir, VA, <http://www.dtra.mil/asco/DTRAFinalInfluzareport.pdf>.

Michael P. Atkinson, Lawrence M. Wein “Quantifying the Routes of Transmission for Pandemic Influenza” Received: 2 January 2007 / Accepted: 3 October 2007 / Published online: 16 February 2008 © Society for Mathematical Biology 2008

Neil M Ferguson, Daniel Laydon, Gemma Nedjati-Gilani, Natsuko Imai, Kylie Ainslie, Marc Baguelin, Sangeeta Bhatia, Adhiratha Boonyasiri, Zulma Cucunubá, Gina Cuomo-Dannenburg, Amy Dighe, Ilaria Dorigatti, Han Fu, Katy Gaythorpe, Will Green, Arran Hamlet, Wes Hinsley, Lucy C Okell, Sabine van Elsland, Hayley Thompson, Robert Verity, Erik Volz, Haowei Wang, Yuanrong Wang, Patrick GT Walker, Caroline Walters, Peter Winskill, Charles Whittaker, Christl A Donnelly, Steven Riley, Azra C Ghani. «Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand» 2020. Imperial College COVID-19 Response Team

Niall McCarthy, «The State of Freedom In The World» Mar 4, 2021

Nicholas G Davies, Adam J Kucharski, Rosalind M Eggo, Amy Gimma, W John Edmunds, on behalf of the Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group† «Effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 cases, deaths, and demand for hospital services in the UK: a modelling study » Published: June 02, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30133-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30133-X)

OECD ECONOMIC SURVEYS: GREECE 2020

Prem K, Liu Y, Russell TW, et al. «The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study». Lancet Public Health. 2020; 5: e261-e270

Q. Kong, H. Jin, Z. Sun, Q. Kao, and J. Chen « Non-pharmaceutical intervention strategies for outbreak of COVID-19 in Hangzhou, China». 2020 May; 182: 185–186. Published online 2020 Apr 24.

RYLE JA. Changing disciplines: Lectures on the history, method, and motives of social pathology. Oxford University Press, London, 1948

Schramme T (2007): Lennart Nordenfelt's theory of health: Introduction to the theme Medicine, Health Care and Philosophy, 10:3–4

Shengjie Lai, Nick W Ruktanonchai, Liangcai Zhou, Olivia Prosper, Wei Luo, Jessica R Floyd, Amy Wesolowski, Mauricio Santillana, Chi Zhang, Xiangjun Du, Hongjie Yu, and Andrew J Tatem «Effect of non-pharmaceutical interventions for containing the COVID-19 outbreak in China» Version 3. [medRxiv](https://doi.org/10.1101/2020.03.13.20042583). Preprint. 2020 Mar 13.

Talha Burki “China’s successful control of COVID -19” Published: October 08, 2020 [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30800-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30800-8/fulltext)

Tellier, R., 2006. Review of aerosol transmission of influenza A virus. *Emerg. Infect. Dis.* 12, 1657–1662. Tumpey, T.M., Basler, C.F., Aguilar, P.V., Zeng, H., Solorzano, A., Swayne, D., Cox, N.J., Katz, J.M., Taubenberger, J.K., Palese, P., Garcia-Sastre, A., 2005. Characterization of the reconstructed 1918 Spanish influenza pandemic virus. *Science* 310, 77–80.

Tom Ginsburg and Mila Varsteeg, COVID – 19 “States of Emergencies: Part I” APRIL 17, 2020 HARVARD LAW REVIEW ([blog.harvardlawreview.org/states-of-emergencies-part-i/](https://www.harvardlawreview.org/states-of-emergencies-part-i/))

Tom Kenny «Για την διασφάλιση των κοινωνικών δικαιωμάτων σε όλη την Ευρώπη», Oxfam UK and Ireland, Αθήνα 1999

WHO “Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance, 4 November 2020”

WHO. Feb 28, 2020. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 28 February 2020 <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---28-february-2020>

WINSLOW CE. The untilled fields of public health. *Science* 1920, 51:23–33

World Health Organization (WHO). Comparative analysis of national pandemic influenza preparedness plans. Geneva: WHO; 2011

Worldometer, (2021). *COVID-19 coronavirus pandemic*. Worldometer. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

Zhang Q, Wang D. Antiviral prophylaxis and isolation for the control of pandemic influenza. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(8):7690–712 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>).

Kovacs J.(1998): The concept of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy* 1: 31–39.

### Διαδικτυακές Πηγές

[www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions](http://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions)

[www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

[www.homeopathy.gr/homeopathy/definition\\_health.html](http://www.homeopathy.gr/homeopathy/definition_health.html)

[www.who.int/about/role/en/](http://www.who.int/about/role/en/)

<https://web.archive.org/web/20150124073925/http://www.undg.org/index.cfm?P=13>

[http://www.iatrikionline.gr/Respiratory\\_51/11.pdf](http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/>

<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/health-promotion>

<https://www.offlinepost.gr/2019/06/17/16468/>

<https://www.hellenicparliament.gr/VoulitonEllinon/ToPolitevma/Syntagma>

[www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection](http://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection)

[www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/373966/poy-oi-dimosies-dapanes-ygeias-ayxanontai-alla-oi-polites-exakolythoyn-na-plironoyn-polla](http://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/373966/poy-oi-dimosies-dapanes-ygeias-ayxanontai-alla-oi-polites-exakolythoyn-na-plironoyn-polla)

[www.iatronet.gr/aidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/49671/afximenes-oi-dimosies-dapanes-gia-tin-ygeia-pagkosmiws-enw-polla-kalyptoyn-kai-oi-polites-apo-tin-tsepi-toys.html](http://www.iatronet.gr/aidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/49671/afximenes-oi-dimosies-dapanes-gia-tin-ygeia-pagkosmiws-enw-polla-kalyptoyn-kai-oi-polites-apo-tin-tsepi-toys.html)

[www.iatronet.gr/aidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/49671/afximenes-oi-dimosies-dapanes-gia-tin-ygeia-pagkosmiws-enw-polla-kalyptoyn-kai-oi-polites-apo-tin-tsepi-toys.html](http://www.iatronet.gr/aidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/49671/afximenes-oi-dimosies-dapanes-gia-tin-ygeia-pagkosmiws-enw-polla-kalyptoyn-kai-oi-polites-apo-tin-tsepi-toys.html)

[www.who.int/data/gho/data/themes/universal-health-coverage](http://www.who.int/data/gho/data/themes/universal-health-coverage)

[www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-109827.pdf](http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-109827.pdf)

[www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-28/](http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-28/)

[https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/bcc26661-143b-4f2d-8916-](https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/bcc26661-143b-4f2d-8916-0e0e66ba4c50/k-euromap-pap-synolo.pdf)

[0e0e66ba4c50/k-euromap-pap-synolo.pdf](https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/bcc26661-143b-4f2d-8916-0e0e66ba4c50/k-euromap-pap-synolo.pdf)

<https://unric.org/el/>

[www.evenizelos.gr/mme/articlesinthepress/435-articles2020/6218-ev-venizelos](http://www.evenizelos.gr/mme/articlesinthepress/435-articles2020/6218-ev-venizelos)

[pandimia-themelioti-dikaiomata-kai-dimokratia.html\)](http://www.evenizelos.gr/mme/articlesinthepress/435-articles2020/6218-ev-venizelos)

[www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-5/](http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-5/)

[www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-18/](http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-18/)  
[www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-22/](http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-22/)  
[www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-46/](http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-46/)  
[file:///C:/Users/Admin/Downloads/document%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/document%20(2).pdf)  
[www.britannica.com/science/germ-theory](http://www.britannica.com/science/germ-theory)  
[www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/el/FTU\\_2.2.4.pdf](http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/el/FTU_2.2.4.pdf)  
[fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/pr-2020-covid-rights-impact\\_el.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/pr-2020-covid-rights-impact_el.pdf)  
[eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/02/2019-nCoV-faq.pdf](http://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/02/2019-nCoV-faq.pdf)  
[www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authori-ty.20110803100515303](http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authori-ty.20110803100515303)  
[www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)  
[www.constitutionalism.gr](http://www.constitutionalism.gr)  
<https://coronavirus.data.gov.uk/>  
[https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditio  
nsanddiseases](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases)  
[www.statista.com/statistics/1093256/novel-coronavirus-2019ncov-deaths-worldwide-  
by-country/](http://www.statista.com/statistics/1093256/novel-coronavirus-2019ncov-deaths-worldwide-by-country/)  
<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>  
[file:///C:/Users/Admin/Downloads/%CE%95%CE%98%CE%9D%CE%99%CE%9A%  
%CE%9F%20%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%94%CE%99%CE%9F%20%CE  
%93%CE%99%CE%91%20%CE%A4%CE%97%20%CE%94%CE%97%CE%9C%  
20%20%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%20%2031%205%2019%20  
teliko.pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/%CE%95%CE%98%CE%9D%CE%99%CE%9A%CE%9F%20%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%94%CE%99%CE%9F%20%CE%93%CE%99%CE%91%20%CE%A4%CE%97%20%CE%94%CE%97%CE%9C%20%20%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%20%2031%205%2019%20teliko.pdf)  
[users.uoa.gr/~ahatzis/Charter.pdf](http://users.uoa.gr/~ahatzis/Charter.pdf)  
[www.lawspot.gr/nomika-blogs/haris\\_politis/koronoios-dimosia-ygeia-kai-anthropina-  
dikaionomata](http://www.lawspot.gr/nomika-blogs/haris_politis/koronoios-dimosia-ygeia-kai-anthropina-dikaionomata)  
[https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/images/covid-19-non-pharmaceutical-  
measures-infographic.png](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/images/covid-19-non-pharmaceutical-measures-infographic.png)  
<https://covid19.gov.gr/covid-map/>  
<https://eody.gov.gr/epidimiologika-statistika-dedomena/ektheseis-covid-19/>  
[https://blogs.jwatch.org/hiv-id-observations/index.php/as-testing-ramps-up-diagnoses-  
of-coronavirus-disease-in-the-u-s-will-soon-increase-substantially-how-will-we-  
respond/2020/03/08/](https://blogs.jwatch.org/hiv-id-observations/index.php/as-testing-ramps-up-diagnoses-of-coronavirus-disease-in-the-u-s-will-soon-increase-substantially-how-will-we-respond/2020/03/08/)  
[https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/haveyoursay/initiatives/12122-  
EUAction-Plan-on-Human-Rights-and-Democracy-2020-2024](https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/haveyoursay/initiatives/12122-EUAction-Plan-on-Human-Rights-and-Democracy-2020-2024)



<https://www.who.int/influenza/preparedness/>  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf>  
<https://www.who.int/influenza/resources/>  
[www.statista.com/chart/12541/the-state-of-freedom-worldwide/](http://www.statista.com/chart/12541/the-state-of-freedom-worldwide/)  
[www.econstor.eu/bitstream/10419/228831/1/GLO-DP-0770.pdf](http://www.econstor.eu/bitstream/10419/228831/1/GLO-DP-0770.pdf)  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336374>  
<https://www.oecdilibrary.org/sites/4751e985en/index.html?itemId=/content/component/4751e985-en>  
<https://www.weforum.org/platforms/covid-action-platform/articles/europe-future-ursula-von-der-leyen-covid19-coronavirus-crisis>  
<https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>  
<https://www.who.int/who-documents-detail/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19>  
[https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314)  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Impact\\_of\\_COVID19\\_on\\_main\\_GDP\\_aggregates\\_including\\_employment](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Impact_of_COVID19_on_main_GDP_aggregates_including_employment)  
<https://www.statista.com/statistics/1102546/coronaviruseuropeangdpgrowth/#statistic>

Container