



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**

**«Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΛΟΓΩ ΙΑΤΡΙΚΩΝ  
ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ  
ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΩΝ».**

**ΕΥΓΕΝΙΑ Δ. ΚΑΡΑΛΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ «ΚΟΡΝΗΛΙΑ ΔΕΛΟΥΚΑ- ΙΓΓΛΕΣΗ»**

**ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2023**

Παράρτημα Β: Βεβαίωση Εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ  
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

(περιλαμβάνεται ως ξεχωριστή (δεύτερη) σελίδα στο σώμα της διπλωματικής εργασίας)

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, «Δίκαιο και Οικονομία» με τίτλο Η αστική δικαιοσύνη και η αποδοτικότητα της λειτουργίας της στην Ελλάδα έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, αναφέρονται στο σύνολό τους, κάνοντας πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή/ τριάς.....

Όνοματεπώνυμο..... Ευγενία Καραγιάννη

Ημερομηνία..... 20/6/23

**Στους γονείς μου**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Επιθυμώ να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους εξαιρετικούς διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «**ΔΙΚΑΙΟ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ**» και ειδικότερα την επιβλέπουσα και διδάσκουσα καθηγήτρια, κα Δελούκα- Ιγγλέση Κορνηλία για την εναργή και διαφωτιστική παράδοση νομικών διαλέξεων με σύγχρονη ματιά και νομικό ενδιαφέρον, καθώς και για την υποστήριξη της προς την υλοποίηση της παρούσης εργασίας. Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την παροχή συνεχούς στήριξης σε κάθε βήμα της ζωής μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία επιτελεί διττό σκοπό, ήτοι την παρουσίαση του θεσμού της αστικής ιατρικής ευθύνης των δημοσίων νοσοκομείων, σε περίπτωση τέλεσης ιατρικού σφάλματος από το ιατρικό προσωπικό τους σε βάρος των ασθενών, και την παρουσίαση της σχετικής νομολογίας ως έχει διαμορφωθεί από τα ελληνικά διοικητικά δικαστήρια.

Το έναυσμα επιλογής του ως άνω θέματος αποτελεί η παραδοχή ότι το ιατρικό σφάλμα τείνει να καταστεί ένα σύνθηρες φαινόμενο στην ιατρική πραγματικότητα των δημοσίων νοσοκομείων. Σημαντικές, δε, αιτίες της συχνότητας εμφάνισης του ιατρικού σφάλματος, αποτελούν το φαινόμενο της υπερφόρτωσης (burn-out) των ιατρών, το οποίο αυξήθηκε κατακόρυφα στην διάρκεια της πανδημίας του ιού SARS-CoV-2, σε συνδυασμό με τις ελλείψεις σε ιατρικό εξοπλισμό, σε ιατρικό προσωπικό και οι χαμηλές απολαβές.

Ως εκ τούτου, οι Έλληνες ιατροί υπό το καθεστώς ψυχολογικής πίεσης και του φόβου τέλεσης ιατρικών σφαλμάτων, οδηγούνται σιωπηρά στην αμυντική ιατρική. Με την έννοια αυτή, νοείται ότι οι γιατροί καθοδηγούν τους ασθενείς σε αλόγιστες ιατρικές εξετάσεις εκτοξεύοντας το κόστος των εξετάσεων και παρατείνοντας την νοσηλεία των ασθενών επί μακρό χρονικό διάστημα.

Στην παρούσα εργασία, γίνεται αρχικά μία αναφορά στην κανονιστική ισχύ που αναπτύσσει το συνταγματικό δικαίωμα στην υγεία. Στη συνέχεια αναζητείται η θεμελίωση του θεσμού της αστικής ευθύνης στις νομοθετικές διατάξεις, και αναλύεται εναργώς η έννομη σχέση δημοσίου δικαίου που απαιτείται για την κατάφαση της αστικής ευθύνης των δημοσίων νοσοκομείων. Παρουσιάζεται, κατ' ακολουθίαν, η σύσταση και η δομή του Ε.Σ.Υ. και η νομοθετική του εξέλιξη. Απαριθμούνται, ακόμη, οι νομικές βάσεις για την θεμελίωση της αστικής ιατρικής ευθύνης, ενώ γίνεται προσπάθεια εννοιολογικής οριοθέτησης της έννοιας της ιατρικής πράξης. Περαιτέρω, παρατίθεται το σύνολο των νόμων προϋποθέσεων για την στοιχειοθέτηση της αστικής ευθύνης των δημοσίων νοσοκομείων κατ' άρθρον 105- 106 του ΕισΑΚ, με έμφαση στην έννοια του ιατρικού σφάλματος, την τυπολογία του σε επιμέρους διακρίσεις και τα κριτήρια για την επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης ένεκα της ηθικής βλάβης του ζημιωθέντος ασθενή. Τέλος, αναλύονται καίρια δικονομικά ζητήματα που αναφέρονται στην αρμοδιότητα των δικαστηρίων για το παραδεκτό του ενδίκου μέσου της αγωγής, στο βάρος απόδειξης των νόμιμων προϋποθέσεων της αστικής ευθύνης και στους δικονομικούς λόγους για τον αποκλεισμό η περιορισμό της αιτούμενης αποζημίωσης. Άξια αναφοράς, αποτελεί η επίδραση του τεκμηρίου της αθωότητας του ιατρού, και η δέσμευση των διοικητικών δικαστών από το δεδικασμένο που παράγουν οι ποινικές αποφάσεις, όταν ο γιατρός φέρεται ως δράστης διάπραξης του αδικήματος της σωματικής βλάβης ένεκα του ιατρικού σφάλματος εις βάρος του ασθενή.

## ABSTRACT

The present paper serves a dual purpose, namely the presentation of the institution of civil medical liability of public hospitals, in case of medical errors committed by their medical staff against patients, and the presentation of the relevant case law as it has been formed by the Greek administrative courts.

The trigger for choosing the above topic is the admission that medical malpractice tends to become a common phenomenon in the medical reality of public hospitals. Important causes of the incidence of medical error are the phenomenon of burn-out of doctors, which increased dramatically during the SARS-CoV-2 pandemic, combined with shortages of medical equipment, medical staff, and the low salaries.

As a result, Greek doctors, under psychological pressure and fear of making medical errors, are implicitly led to defensive medicine. In this sense, it is understood that doctors guide patients to unnecessary medical examinations by increasing the cost of examinations and prolonging the hospitalization of patients for a long period of time. In this present paper, a reference is first made to the normative force that develops the constitutional right to health. Then, the establishment of the institution of civil liability in the legislative provisions is sought, and it is actively analyzed the legal relationship of public law required to affirm the civil liability of public hospitals.

It then presents the constitution and structure of the E.S.Y. and its legislative development. The legal bases for establishing civil medical liability are also listed, and an attempt is made to define the concept of the medical act.

Furthermore, the entire set of legal requirements for establishing the civil liability of public hospitals according to article 105-106 of the Introductory Act to the Code of Civil Procedure is presented, with emphasis on the concept of medical error, its typology in individual distinctions and the criteria for awarding monetary compensation due to the moral damage of the injured patient.

Finally, key procedural issues are analyzed, relating to the competence of the courts for the jurisdiction of the legal remedy, the burden of proof of the legal requirements for civil liability and the procedural reasons for the exclusion or limitation of the requested compensation.

Worthy of mention is the effect of the presumption of innocence of the doctor, and the commitment of the administrative judges from the *res judicata* produced by the criminal decisions, when the doctor is accused of committing the offense of bodily harm due to the medical error at against the patient.

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΔ Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο  
ΑΚ Αστικός Κώδικας  
ΑΝ Αναγκαστικός Νόμος  
ΑΠ Άρειος Πάγος  
Αρ. Άρθρο  
ΑΣΕΠ Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού  
ΔΣ Διοικητικό Συμβούλιο  
ΔΕΠ Διδακτικό Επιστημονικό Προσωπικό  
ΔΠρΑθ Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών  
ΔΠρΗρ Διοικητικό Πρωτοδικείο Ηρακλείου  
ΔΠρΘεσ/νικης Διοικητικό Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης  
ΔΠρΠατρ. Διοικητικό Πρωτοδικείο Πατρών  
ΔΠρΠυργ. Διοικητικό Πρωτοδικείο Πύργου  
ΔΕφΑθ. Διοικητικό Εφετείο Αθηνών  
Δ.Υ.Πε Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας  
εδ. εδάφιο  
ΕΔΔΑ Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου  
ΕισΝΑΚ Εισαγωγικός Νόμος Αστικού Κώδικα  
Ε.Ο.Δ.Υ. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας  
Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας  
Ε.Σ.Υ. Εθνικό Σύστημα Υγείας  
ΕΣΔΑ Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου  
Κ.Δ.Δ. Κώδικας Διοικητικής Δικονομίας  
ΚΕ.Σ.Υ.Πε. Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών  
Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.)  
ΚΙΔ Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας  
κλπ και λοιπά  
ΚΠοινΔικ Κώδικας Ποινικής Δικονομίας  
ΚΦΔ Κώδικας Φορολογικής Δικονομίας  
ΜΕΘ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας  
Ν. ή ν. Νόμος  
ΝΠΔΔ: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου  
Ολομ. Ολομέλεια  
παρ. παράγραφος

ΠΕΔΥ Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας  
ΠεΣΥ Περιφερειακά Συστήματα Υγείας  
Πε.Σ.Υ.Π. Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας  
ΠΚ Ποινικός Κώδικας  
ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας  
πρβ. παράβαλε  
ΠΦΥ Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας  
π.χ. παραδείγματος χάρη  
Σελ. Σελίδα  
ΣτΕ Συμβούλιο της Επικρατείας  
στοιχ. Στοιχείο  
Συντ. ή Σ. Σύνταγμα  
ΤΝΠ Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών  
ΤΟ.Μ.Υ. Τοπικές Μονάδες Υγείας  
Το.Π.Φ.Υ. Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
υπ. αριθμ. υπό αριθμόν  
υπ. υποσημείωση



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	4
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</b> .....	7
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	9
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	12

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην υγεία**

1.1. Εισαγωγή.....	15
1.2. Η έννοια του δικαιώματος στην υγεία και η συνταγματική του πρόβλεψη .....	16
1.3. Η κανονιστική λειτουργία του δικαιώματος της υγείας .....	18
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	19

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ιατρική αστική ευθύνη του Δημοσίου κατά το Ελληνικό Δίκαιο**

2.1. Εισαγωγή .....	20
2.1.1.Εξέλιξη του θεσμού .....	21
2.1.2. Σημασία του όρου ευθύνη και ορισμός της έννοιας της αστικής ευθύνης.....	23
2.2. Το συνταγματικό έρεισμα της αστικής ευθύνης του Δημοσίου.....	24
2.3. Η έννομη σχέση του δημοσίου δικαίου στην αστική ευθύνη .....	26
2.4.. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	27
2.4.1. Μορφές δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας.....	28
2.4.1.1. Πρωτοβάθμια περίθαλψη και φροντίδα .....	28
2.4.1.2. Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.).....	32
2.4.1.3. Η σημερινή δομή του Ε.Σ.Υ. ....	36
<b>2.5. Τα υποκείμενα της δημόσιας έννομης σχέσης της υγειονομικής προστασίας</b>	
2.5.1. Ο ιατρός ως δημόσιος λειτουργός.....	37
2.5.2. Ο ιατρός ως δημόσιος υπάλληλος ή υπάλληλος ΝΠΔΔ.....	37
2.5.3. Ο ιατρός ως μέλος ΔΕΠ των ιατρικών σχολών των Α.Ε.Ι. και η ευθύνη του.....	37
2.5.4. Ο ειδικευόμενος ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό .....	40
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	41

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η θεμελίωση της ιατρικής αστικής ευθύνης**

3.1. Εισαγωγή .....	42
3.2. Νομικές βάσεις θεμελίωσης της ιατρικής ευθύνης.....	43

3.3. Η ιατρική πράξη ως θεμελιώδης έννοια της ιατρικής ευθύνης.....	45
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>47</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Οι νόμο προϋποθέσεις για την στοιχειοθέτηση της αστικής ιατρικής ευθύνης των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων βάσει των άρθρων 105-106 ΕισΑΚ</b>	
4.1. Εισαγωγή.....	48
4.2. Προϋποθέσεις.....	49
4.2.1.2. Η έννοια του παρανόμου.....	51
4.2.1.2.1 Η έννοια του ιατρικού σφάλματος.....	54
4.2.1.2.2. Κριτήρια για την εξειδίκευση του ιατρικού σφάλματος.....	58
4.2.1.3. Τυπολογία των ιατρικών σφαλμάτων.....	60
4.2.1.3.1. Σφάλματα «ενέργειας» και σφάλματα «εκτίμησης» .....	60
4.2.1.3.2. Διαγνωστικά σφάλματα.....	63
4.2.1.3.3. Σφάλμα «περί την ανάληψη του ασθενούς» και οργανωτικό σφάλμα..	65
4.3. Η υπαιτιότητα ως προϋπόθεση συνδρομής του στοιχείου της αστικής ευθύνης των οργάνων του Δημοσίου.....	71
4.4. Η προϋπόθεση επέλευσης της ζημίας στο διοικούμενο, τα είδη της αποζημίωσης και η έκταση αυτής.....	72
4.5. Τα νομολογιακά κριτήρια για την επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης ένεκα ηθικής βλάβης.....	77
4.6. Αιτιώδης σύνδεσμος.....	80
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>82</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Δικονομική μεταχείριση της ιατρικής αστικής ευθύνης</b>	
5.1.Εισαγωγή.....	84
5.2. Καθ' ύλην και κατά τόπον αρμοδιότητα.....	84
5.3. Βάρος απόδειξης και αποδεικτικά μέσα .....	87
5.4. Λόγοι αποκλεισμού ή περιορισμού της οφειλόμενης αποζημίωσης.....	88
5.4.1. Παραγραφή των αγωγικών αξιώσεων του ενάγοντος πολίτη κατά του δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος.....	88
5.4.2. Συντρέχον πταίσμα .....	89
5.4.3. Συμψηφισμός .....	90
5.5. Η εφαρμογή του άρθρου 5 παρ.2 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας και του τεκμηρίου αθωότητας στις αγωγές αποζημίωσης ενώπιον των Τακτικών Διοικητικών Δικαστηρίων.....	90
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>95</b>

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>96</b>
<b>ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>98</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ- ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ.....</b>	<b>102</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επέλευση της πανδημίας του ιού SARS-CoV-2 στη χώρα μας, οδήγησε σε καίριες αλλαγές που κλυδώνισαν συθέμελα κάθε τομέα της ζωής μας αναδεικνύοντας την ανάγκη για την ουσιαστική διασφάλιση του εννόμου αγαθού της ζωής και επιβεβαιώνοντας ότι αυτό αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα ενός ευνομούμενου κράτους δικαίου.

Μάλιστα, δε, κατέστη επιτακτική και αναγκαία η άμεση και μεθοδική αντιμετώπιση της εξάπλωσης της πανδημίας, η οποία απεδείχθη ότι είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί, εφόσον υπάρχει η ετοιμότητα του κρατικού μηχανισμού και οργανωμένη και επανδρωμένη λειτουργία των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ιατροί και νοσηλευτές διορισμένοι σε καίριες θέσεις στα δημόσια νοσοκομεία με αξιοσημείωτη πείρα και με διάθεση αυτοθυσίας στάθηκαν στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης ενός πρωτόγνωρου φαινομένου, και δη της λοίμωξης του ιού SARS-CoV-2. Στον αντίποδα, η επικινδυνότητα του ιού καθώς και οι συνεχείς ελλείψεις, οι οποίες παρουσιάστηκαν κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, και κυρίως η ανεπάρκεια σε κλίνες για την εξειδικευμένη νοσηλεία κατά του ιού SARS-CoV-2, σε συνδυασμό με την υποστελέχωση του ιατρικού προσωπικού, ανέδειξαν τον προβληματισμό για τις ουσιαστικές ελλείψεις και παραλείψεις αναφορικά με την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών από τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα.

Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται επιθυμητή, και συνάμα επίκαιρη η μελέτη του νομικού ζητήματος της αστικής ιατρικής ευθύνης, και ειδικότερα της ευθύνης που δημιουργεί το ιατρικό προσωπικό κατ' ενάσκηση των καθηκόντων τους στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα.

Άλλωστε η επαναφορά στον προβληματισμό για την αστική ιατρική ευθύνη και η προσφυγή των πολιτών στην δικαιοσύνη, παραμένει πάντοτε επίκαιρη, και εξακολουθεί οσάκις η υγεία του ανθρώπου επαπειλείται αενάως και καθίσταται ευάλωτη από πληθώρα νοσημάτων και λοιμώξεων. Πέραν τούτου, η μεταστροφή της αντίληψης της κοινής γνώμης που απορρίπτει την θεώρηση του ιατρού ως αυθεντία και η επιθυμία για την ενάσκηση του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης εκ μέρους των πολιτών, οδηγεί αναντίρρητα στη συζήτηση και ευκρινή παρουσίαση του θεσμού της ιατρικής αστικής ευθύνης.

Στο πλαίσιο αυτό, η εκπόνηση της παρούσης εργασίας στοχεύει στην πληρέστερη ανάλυση των ειδικότερων προϋποθέσεων προς όφελος του αναγνώστη, και δη στην παρουσίαση του θεσμού της ιατρικής ευθύνης για τα ιατρικά σφάλματα που λαμβάνουν χώρα κατ' ενάσκηση των επαγγελματικών καθηκόντων του ιατρικού προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων. Συνεπεία τούτου, στο **1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** αποδίδεται η έννοια της υγείας, ως αυτή αποτυπώνεται, ερμηνεύεται και κατοχυρώνεται στο ελληνικό Σύνταγμα. Εν συνεχεία, στο **2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο**, αναλύεται η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της αστικής ευθύνης κατ' άρθρο 105-106 του ΕιΝΑΚ, η διττή θεμελίωση του θεσμού στις διατάξεις του Συντάγματος, ενώ δίνεται έμφαση στην καταφατική

συνδρομή της προϋπόθεσης της ύπαρξης έννομης σχέσης δημοσίου δικαίου, ήτοι ότι οι πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του Δημοσίου να λαμβάνουν χώρα κατά την ενάσκηση της δημόσιας εξουσίας, και δη της λεγόμενης κυριαρχικής διοίκησης, η οποία θα αναλυθεί σχετικώς.

Ένεκα της προρρηθείσης διάκρισης, κρίθηκε αναγκαία και σκόπιμη η αναφορά στη σύσταση του Ε.Σ.Υ., η παρουσίαση των μορφών της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας και η ειδικότερη μνεία στα υποκείμενα της δημόσιας σχέσης, και δη στον ιατρό και τον ειδικευόμενο ιατρό.

Στο **3<sup>ο</sup>** κατά σειρά **Κεφάλαιο**, παρουσιάζονται οι νομικές βάσεις για την θεμελίωση της αστικής ιατρικής ευθύνης, ενώ γίνεται προσπάθεια εννοιολογικής οριοθέτησης της έννοιας της ιατρικής πράξης, καθώς αποτελεί προστάδιο της αναζήτησης του ιατρικού σφάλματος και της συνεπαγόμενης αστικής ιατρικής ευθύνης.

Περαιτέρω, κεντρικό θέμα, στο **4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** αποτελεί η παράθεση των νόμων προϋποθέσεων για την στοιχειοθέτηση της αστικής ευθύνης των δημοσίων νοσοκομείων κατ' άρθρον 105- 106 του ΕισΝΑΚ, με ιδιαίτερο σημείο αναφοράς στην έννοια της παρανομίας, η οποία συντρέχει στην περίπτωση της διάπραξης ιατρικού σφάλματος. Επομένως, στο 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο περικλείεται η ειδικότερη ανάλυση για την εννοιολογική οριοθέτηση του ιατρικού σφάλματος και η τυπολογία του σε επιμέρους κατηγορίες και διακρίσεις, καθώς και τα νομολογιακά κριτήρια για την επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης ένεκα της ηθικής βλάβης του ζημιωθέντος. Η αναφορά των ειδικότερων προϋποθέσεων του νόμου γίνεται με την παράλληλη παράθεση των δικαστικών αποφάσεων των διοικητικών δικαστηρίων, οι οποίες διαδραματίζουν διαπλαστικό ρόλο και διαφωτίζουν τις ειδικότερες ως άνω προϋποθέσεις.

Στο τελευταίο, δε, **5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο**, επιχειρείται η προσέγγιση της δικονομικής μεταχείρισης της ιατρικής ευθύνης του δημοσίου, για το λόγο ότι η θεματική της παρούσης απαιτεί την ανάλυση της νομολογίας των ελληνικών διοικητικών δικαστηρίων. Εξ αυτού του λόγου, αναλύονται καίρια δικονομικά ζητήματα που αναφέρονται στην αρμοδιότητα των δικαστηρίων για το παραδεκτό του ενδίκου μέσου, στο βάρος απόδειξης των νόμιμων προϋποθέσεων της αστικής ευθύνης και στους δικονομικούς λόγους για τον αποκλεισμό ή περιορισμό της αιτούμενης αποζημίωσης. Το 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αναφορά στο τεκμήριο της αθωότητας και αναλύεται το ζήτημα της δέσμευσης των τακτικών διοικητικών δικαστηρίων από το δεδικασμένο που παράγουν οι αποφάσεις των ποινικών δικαστηρίων που έλαβαν υπόψη τα ίδια πραγματικά περιστατικά. Το εν λόγω ζήτημα διαλαμβάνεται στο 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο, καθώς – ως θα καταστεί σαφές- η ενδεχόμενη ποινική δίωξη ενός δημοσίου ιατρού ένεκα ιατρικού σφάλματος συμπλέει με την αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου στο οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του.

**«Patient safety was not a major concern for most hospitals or doctors, nor for the public until November of 1999 when the Institute of Medicine released its report to Err is Human».**

**Lucian Leape**

**«Ευτυχισμένους θεωρώ τους γιατρούς, γιατί τις επιτυχίες τους βλέπει ο ήλιος και τις αποτυχίες τους τις σκεπάζει η γη».**

**Νικοκλής, Βασιλιάς της Πάφου**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### Το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην υγεία

#### 1.1. Εισαγωγή

Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα με αξιακή προτεραιότητα έναντι των υπολοίπων δικαιωμάτων, καθώς η σημασία της υγείας είναι ύψιστη τόσο για την ποιότητα ζωής του ανθρώπου, όσο και για την κοινωνική συμβίωση. Η προστασία, δε, του ως άνω δικαιώματος παραμένει πάντοτε επίκαιρη, ενώ αναδεικνύεται η επιτακτική ανάγκη του κοινωνικού κράτους δικαίου να προασπίζει ακολύτως και αποτελεσματικά το εν λόγω δικαίωμα.

Σύμφωνα, με την διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος προβλέπεται ότι **«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.»**

Στην ως άνω συνταγματική πρόβλεψη, παρουσιάζεται η κανονιστική ισχύς του δικαιώματος της υγείας, η οποία κατά νεότερη προσέγγιση ερείδεται στην αρχή του κράτους δικαίου και συμβάλλει στην εδραίωση της πραγματικής ελευθερίας, η οποία αναπτύσσεται σύμφωνα με την κοινωνική αλληλεγγύη.

Η ενίσχυση των κοινωνικών δικαιωμάτων, και μεταξύ άλλων του δικαιώματος της υγείας, παρουσιάστηκε ως φλέγον ζήτημα στην Ελλάδα την δεκαετία του 1920 και κατέστη πιο έντονη με το Σύνταγμα του 1975, το οποίο ρητώς αναφέρθηκε στα κοινωνικά δικαιώματα. Το κανονιστικό περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς οι ως άνω διατάξεις δεν περιλαμβάνουν απλές διακηρύξεις ή κατευθυντήριους κανόνες, εντούτοις αναπτύσσουν νομική δεσμευτικότητα και επιτάσσουν τη συνδρομή των κρατικών οργάνων με σκοπό την προάσπισή του, και δη με τη λήψη μέτρων τόσο προληπτικών όσο και κατασταλτικών.

Ειδικότερα, με την συνταγματική διατύπωσή του και ιδιαίτερα την αξιακή οπτική του δικαιώματος της υγείας αποτυπώνεται η θετική υποχρέωση των κρατικών οργάνων να λαμβάνουν τα αναγκαία μέτρα για την ακώλυτη άσκησή τους (status positivus). Επομένως, το δικαίωμα στην υγεία δεν αποτελεί ένα βασικό αμυντικό δικαίωμα (status negativus) δημιουργώντας απλώς την νομική υποχρέωση των αρμοδίων οργάνων να απέχουν από οποιαδήποτε ενέργεια που προσβάλλει το θεμελιώδες δικαίωμα στην υγεία.

Μάλιστα, σύμφωνα με την νομολογία του ΣτΕ αναφερόμενο στο Ε.Σ.Υ. δέχθηκε για το δικαίωμα στην υγεία ότι **«ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος υποχρέωση του κράτους για τη λήψη**

**θετικών μέτρων προς την προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους δίνει το δικαίωμα να απαιτήσουν από την πολιτεία την πραγμάτωσή της αντίστοιχής υποχρέωσής της».<sup>1</sup>**

Εξ αυτού του λόγου, στο παρόν 1ο Κεφάλαιο ως εισαγωγικό της παρούσης διπλωματικής εργασίας, παρουσιάζεται η ερμηνεία της έννοιας του δικαιώματος στην υγείας ως αυτό αποτυπώνεται στην διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος σε συνδυασμό με την ειδικότερη ανάλυση του κανονιστικού χαρακτήρα της ως άνω διάταξης.

## **1.2. Η έννοια του δικαιώματος της υγείας και η συνταγματική του πρόβλεψη**

Ειδικότερα, ο εννοιολογικός προσδιορισμός της έννοιας της υγείας δεν αποτυπώνεται ρητά στην συνταγματική διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος. Σύμφωνα, με τον ορισμό που προτείνει ο Κ.Δ. Κρεμαλής, ως υγεία νοείται η **έλλειψη κάθε ανώμαλης κατάστασης του σώματος ή του πνεύματος που δημιουργεί ανάγκη θεραπείας, ανικανότητα για εργασία ή και τα δύο μαζί.**<sup>2</sup> Ο ως άνω ορισμός επικεντρώνεται κυρίως στην διατήρηση της ικανότητας προσφοράς επαγγελματικής εργασίας και αποδίδεται κυρίως σε ένα πλαίσιο ανάγκης κάλυψης ασφαλιστικού κινδύνου. Ωστόσο, ο ως άνω ορισμός κρίνεται ανεπαρκής, καθώς βάσει αυτού θεωρείται ως υγιής ακόμη και κάποιος, ο οποίος έχει ικανότητα επαγγελματικής ενασχόλησης παρά το γεγονός ότι εμφανίζει συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας.

Η κρατούσα άποψη δέχεται τον ορισμό που περιλαμβάνεται στον Προοίμιο του Καταστατικού του Π.Ο.Υ. του 1946, σύμφωνα με τον οποίον νοείται **«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο η απολύτρωση από ασθένεια και αναπηρία.»** Ο εν λόγω ορισμός κρίνεται ως ευρύτερος και σύμφωνος με τις σύγχρονες απαιτήσεις στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία της υγείας, και ιδίως στο πλαίσιο παροχής θεραπευτικών και προληπτικών μεθόδων θεραπείας αλλά και προγραμμάτων κοινωνικής ένταξης και προσαρμογής.

Η μεταφορά, όμως, εννοιών από το Προοίμιο του Καταστατικού της Π.Ο.Υ. στο κράτος επιφέρει προβλήματα, καθώς οι έννοιες που χρησιμοποιούνται στα διεθνή κείμενα αποκτούν **«αυτόνομο χαρακτήρα»** και ερμηνεύονται με ιδιότυπο τρόπο και το νόημά τους είναι ανεξάρτητο της έννοιας που αποδίδεται από τις επιμέρους εθνικές έννομες τάξεις.

---

<sup>1</sup> Π.Δ. Δαγτόγλου: Συνταγματικό δίκαιο, Ατομικά δικαιώματα, εκδόσεις Αντ Ν. Σάκκουλα, 2005

<sup>2</sup> Κ.Δ. Κρεμαλής: Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Αντ Ν. Σάκκουλα



Επιπλέον, η έννοια της ευεξίας είναι υπερβολικά αόριστη και ευρεία εν σχέσει με την έννοια της υγείας, καθώς η υγεία δεν αποτελεί την μοναδική προϋπόθεση για την επίτευξη της ευεξίας, αλλά σχετίζεται με σειρά κοινωνικών, οικονομικών και λοιπών παραγόντων. Απεναντίας, η έννοια της υγείας εμφανίζει στενότερο περιεχόμενο, καθώς αποτελεί την κατάσταση του ανθρώπου από την οποία απουσιάζει η ασθένεια, ήτοι το σύνολο των συμπτωμάτων που υποδηλώνουν την έλλειψη της ψυχικής ή βιολογικής ισορροπίας του ανθρώπου εν σχέσει με την «*φυσιολογική*» του κατάσταση.<sup>3</sup> Το ειδικότερο, δε, περιεχόμενο της έννοιας του παθολογικού συμπτώματος, καθώς και αν αυτό επηρεάζει την ισορροπία του ανθρωπίνου οργανισμού είναι ζήτημα που ανάγεται στα συνεχώς μεταβαλλόμενα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης.

Άλλωστε, για τον ακριβή εννοιολογικό προσδιορισμό της έννοιας της υγείας, απαιτείται η συστηματική ερμηνεία των συναφών συνταγματικών διατάξεων. Ειδικότερα, σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 18 παρ. 3 του Συντάγματος, σύμφωνα με το οποίο ορίζεται ότι «*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.*», καθώς και το άρθρο 22 παρ. 4 εδ. β', σύμφωνα με το οποίο «*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.*». Σύμφωνα, με την σαφή γραμματική διατύπωση των ως άνω διατάξεων, γίνεται κατανοητό ότι οι περιορισμοί που επιβάλλονται δια των κρατικών επιτάξεων, κατατείνουν στην αντιμετώπιση άμεσων κοινωνικών αναγκών που θέτουν σε κίνδυνο την **δημόσια υγεία**, ήτοι την ανθρώπινη κατάσταση από την οποία απουσιάζουν οι ασθένειες.

Συνεπώς, δε, με την ως άνω συγκριτική επισκόπηση των συνταγματικών διατάξεων, προκύπτει ότι η υγεία δεν νοείται ως εκείνη η κατάσταση της «*πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας*», η οποία θεωρείται ιδιαίτερα αόριστη, αλλά η ισορροπημένη βιολογική και ψυχική κατάσταση του ανθρώπου, από την οποία απουσιάζει η ύπαρξη παθολογικών συμπτωμάτων. Κατά την άποψη μερικών<sup>4</sup>, η ως άνω προσέγγιση ανταποκρίνεται καλύτερα στον κανονιστικό χαρακτήρα του δικαιώματος στην υγεία, καθώς η αντίθετη μαξιμαλιστική θεώρηση αυτού καθιστά την διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 διακήρυξη ή κατευθυντήριο κανόνα, καθώς για την πραγματική υλοποίηση του περιεχομένου του οι απαιτήσεις είναι πολλαπλές. Υπέρ δε της ως

---

<sup>3</sup> **Απόστολος Νεστ. Παπακωνσταντίνου**, Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία (Συνταγματική θεμελίωση), εκδόσεις Αντ Ν. Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή 2005.

<sup>4</sup> **Απόστολος Νεστ. Παπακωνσταντίνου**, Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία (Συνταγματική θεμελίωση), εκδόσεις Αντ Ν. Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή 2005.

άνω μαξιμαλιστικής θεώρησης τάσσεται ο **Ελευθέριος Βενιζέλος**,<sup>5</sup> ο οποίος αποδέχεται κατά την ρητή διατύπωσή του ότι η υγεία *«νοείται με το ευρύτερο δυνατό περιεχόμενό της, ως κατάσταση σωματικής και ψυχικής ευεξίας»*.

Τα ως άνω αναφερόμενα ισχύουν *mutatis mutandis* και ισχύει και στο άρθρο 5 παρ. 5 εδ. α' του Συντάγματος, σύμφωνα με το οποίο καθιερώνεται το ατομικό δικαίωμα στην υγεία. Ειδικότερα, δε, αναφέρεται ότι *«Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας»*.<sup>6</sup>

Η ως άνω διάταξη εισήχθη κατόπιν της αναθεώρησης του Συντάγματος το 2001, και αποτελεί την αμυντική διάσταση του δικαιώματος στην υγεία, η οποία επιτάσσει την αποχή από τις ενέργειες που προσβάλλουν ή περιορίζουν την ελευθερία των πολιτών για θέματα που αφορούν την υγεία τους. Στην αντίθετη πλευρά, θεμελιώνεται η υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει το σύνολο των μέτρων για την προστασία της με τρόπο σαφή και επιτακτικότερο, με αποτέλεσμα το κανονιστικό του περιεχόμενο να διευρύνεται και να *«αυτονομείται»* σε σχέση με το κοινωνικό δικαίωμα.

### **1.3. Η κανονιστική λειτουργία του δικαιώματος της υγείας**

Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία δεν αποτελεί ένα **«ατελή κανόνα δικαίου»**, αλλά ως συνταγματικά θεμελιωμένη εξουσία δημιουργεί τεκμήριο υπέρ της νομικής δεσμευτικότητάς του, ενώ συσχετιζόμενο ερμηνευτικά με το κοινωνικό κράτος δικαίου δημιουργείται τεκμήριο υπέρ του κανονιστικού περιεχομένου του. Είναι χαρακτηριστική, δε, η κανονιστικά αποδυναμωμένη και χαλαρή δομή του δικαιώματος, όπως αυτή αποτυπώνεται στην συνταγματική διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3. Ωστόσο, δεν αποτελεί τυχαία επιλογή, αλλά συνειδητή επιλογή του συντακτικού νομοθέτη, και δη στην διάρκεια των προπαρασκευαστικών εργασιών του Συντάγματος του 1975, οπότε και επικρατούσε ο φόβος ενδεχόμενης οικονομικής κατάρρευσης σε περίπτωση που μία επιτακτικότερη και εκτενέστερη δέσμευση του κράτους δεν θα αντιστοιχούσε στις χαμηλές κρατικές δαπάνες που προορίζονται για την υγεία. Συνεπώς, με την χαλαρότερη κανονιστική διατύπωση, αυξάνεται αναλογικά και η διακριτική ευχέρεια του κοινού νομοθέτη για την επιλογή των κατάλληλων μέτρων.

---

<sup>5</sup> **Ελευθέριος Βενιζέλος**. Το αναθεωρητικό κεκτημένο. Το συνταγματικό φαινόμενο στον 21<sup>ο</sup> αιώνα και η εισφορά της αναθεώρησης του 2001, Αθήνα 2002.

<sup>6</sup> Η ως άνω διάταξη προστέθηκε με την αναθεώρηση του 2001.

Μάλιστα, η σημαντικότερη λειτουργία του εν λόγω κοινωνικού δικαιώματος αποτελεί η υποχρέωση των κρατικών φορέων να προάγουν την υγεία, ως δημόσιο/ κοινωνικό συμφέρον έναντι του ατομικού συμφέροντος, γεγονός που προκύπτει από τον συνδυασμό των διατάξεων των άρθρων 21 παρ. 3, παρ. 5, 18 παρ. 3 και 22 παρ. 4 του Συντάγματος. Δέον να επισημανθεί, ότι παρά την κοινωνική οριοθέτηση της ατομικής ελευθερίας, η υπεροχή του δημοσίου συμφέροντος δεν ισχύει a priori, αλλά είναι προϊόν σύνθετων αξιακών και δικαϊκών σταθμίσεων μεταξύ των διακυβευόμενων αγαθών.

Η κανονιστική δε λειτουργία του δικαιώματος της υγείας δημιουργεί την υποχρέωση για λήψη του συνόλου των θετικών μέτρων, και δη τόσο προληπτικών όσο και κατασταλτικών. Το ειδικότερο περιεχόμενο των μέτρων αυτών προκύπτει έμμεσα από την συνδυαστική καταγραφή αυτών μέσω της κοινής νομοθεσίας, και της διεθνούς και ενωσιακής έννομης τάξης, αλλά σίγουρα δεν εξαντλείται στην «*διαμόρφωση κατάλληλων υγειονομικών δομών για την παροχή υπηρεσιών υγείας*».<sup>7</sup> Η επιταγή για την λήψη των αναγκαίων μέτρων για το ελληνικό συνταγματικό σύστημα προκύπτει από την αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου, και δη των άρθρων 2 παρ. 1, 25 παρ. 1 και 2 του Συντάγματος. Ειδικότερα, το άρθρο 25 παρ. 1 εδ. β' θεσπίζει την υποχρέωση τόσο για ανεμπόδιση, όσο και αποτελεσματική άσκηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Ειδικά, εφόσον η παράλειψη του κράτους στην διαμόρφωση των κατάλληλων προϋποθέσεων οδηγήσει στην ουσιαστική αδυναμία ή υπέρμετρη παρεμπόδιση άσκησης των θεμελιωδών δικαιωμάτων, δημιουργεί στον φορέα του δικαιώματος την αξίωση ακύρωσης της ανωτέρω παράλειψης και τη λήψη των αναγκαίων μέτρων. Μάλιστα, δεν αποκλείεται η αξίωση αποζημίωσης με βάσει τις διατάξεις 105 και 106 του ΕισΝΑΚ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Χ. Ανθόπουλος**, Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα.
2. **Ελευθέριος Βενιζέλος**. Το αναθεωρητικό κεκτημένο. Το συνταγματικό φαινόμενο στον 21<sup>ο</sup> αιώνα και η εισφορά της αναθεώρησης του 2001, Αθήνα 2002.
3. **Π.Δ. Δαγτόγλου**: Συνταγματικό δίκαιο, Ατομικά δικαιώματα, εκδόσεις Αντ Ν. Σάκκουλα, 2005.
4. **Κ.Α. Κρεμαλής**: Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Αντ Ν. Σάκκουλα
5. **Απόστολος Νεστ. Παπακωνσταντίνου**: Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία (Συνταγματική θεμελίωση), εκδόσεις Αντ Ν. Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή 2005.

---

<sup>7</sup> **Χ. Ανθόπουλος**, Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### Η ιατρική αστική ευθύνη του Δημοσίου κατά το Ελληνικό Δίκαιο

#### 2.1. Εισαγωγή

Στο παρόν 2ο Κεφάλαιο, σκοπείται η παρουσίαση του θεσμού της αστικής ευθύνης, και ιδίως παρουσιάζεται σύντομα και περιεκτικά η εξέλιξη του θεσμού της αστικής ευθύνης, μέχρι την νομοθέτηση των άρθρων 105- 106 ΕισΑΚ. Επιπλέον, κρίνεται άξια αναφοράς η γλωσσική ανάλυση του όρου της «ευθύνης», αλλά και ερμηνεία της λέξης βάσει των ειδικότερων νομικών διατάξεων. Εν συνεχεία, αναζητούνται τα συνταγματικά θεμέλια της αστικής ευθύνης του Δημοσίου, ενώ αναφέρονται και αναλύονται δύο ενδιαφέρουσες αποφάσεις που εξεδόθησαν από το Συμβούλιο της Επικρατείας επί του εν λόγω θέματος. Στην επόμενη υποενότητα δίνεται έμφαση στην διάκριση πράξεων/ παραλείψεων των δημοσίων οργάνων που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο έννομης σχέσης ιδιωτικού δικαίου, και εκείνων που εκδηλώνονται στην έννομη σχέση δημοσίου δικαίου. Επιπλέον, θα δοθεί έμφαση στην απτή υλοποίηση του συνταγματικού δικαιώματος στην υγεία με την αναφορά στην σύσταση του Ε.Σ.Υ. βάσει του ν. 1397/1983 και θα αναφερθούν για ιστορικούς λόγους τα πρότυπα των συστημάτων υγείας. Περαιτέρω, αναπτύσσονται οι βασικές αρχές που διέπουν το εθνικό σύστημα υγείας, και δη η αρχή της κρατικής ευθύνης για την προστασία της υγείας και της καθολικής και ισότιμης παροχής υπηρεσιών, ενώ γίνεται περιεκτική αναφορά στην διάκριση του Ε.Σ.Υ. με αναφορά στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια περίθαλψη και φροντίδα, ενώ παρατίθενται οι ιστορικές εξελίξεις στο Ε.Σ.Υ. , και η σημερινή του δομή. Το 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αναφορά των υποκειμένων της δημόσιας έννομης σχέσης με ιδιαίτερη αναφορά στην νομολογιακή αντιμετώπιση των ιατρών που τυγχάνουν μέλη ΔΕΠ στις ιατρικές σχολές των ΑΕΙ., ενώ γίνεται μνεία και στον ειδικευόμενο ιατρό, καθώς στα επόμενα κεφάλαια θα είναι αντικείμενο μελέτης νομολογιακές αποφάσεις στις οποίες ειδικευόμενοι ιατροί διέπραξαν ιατρικό σφάλμα.

### 2.1.1. Εξέλιξη του θεσμού

Η ρητή θεσμοθέτηση και η επιτυχής εξέλιξη του θεσμού της αστικής ευθύνης του Δημοσίου ουδόλως ευνόητη μπορεί να θεωρηθεί. Ο μεγαλύτερος, δε, προβληματισμός εντοπίζεται ιδίως στο πλαίσιο της λεγόμενης **κυριαρχικής διοικήσεως**, καθώς κατά τον προηγούμενο αιώνα ήταν διαδεδομένη η άποψη ότι το κράτος δεν παρανομεί, ενώ ευθύνεται για την αποκατάσταση της ζημίας από την κρατική του δράση όταν παρανομεί ο δημόσιος υπάλληλος κατά το δόγμα *«si excessit, privates est»*. Σύμφωνα με το δόγμα αυτό, ο δημόσιος υπάλληλος υπάγεται στο κράτος όταν δρα νομίμως, ενώ δρα ως ιδιώτης όταν παρανομεί.

Αντιστοίχως, το ζήτημα της ευθύνης του κράτους στον τομέα της **συναλλακτικής διοίκησης** εμφανιζόταν απλουστευμένο, καθώς έγινε από νωρίς δεκτή η άποψη ότι το κράτος φέρει ευθύνη για την πιθανή αποκατάσταση των ζημιών όταν λειτουργεί ως *«fiscus»* σύμφωνα με τις αρχές που διέπουν την ευθύνη των νομικών προσώπων του ιδιωτικού δικαίου. Σε αυτό συνέβαλε η θεωρία της νομικής προσωπικότητας του κράτους, η οποία στόχευε εξαρχής στον διαχωρισμό της *«ιδιωτικής»* παρουσίας του κράτους από την αμιγώς εξουσιαστική του εμβέλεια, ώστε να δημιουργηθεί ένα *«πρόσωπο»* κατά το οποίο ο διοικούμενος μπορεί να αξιώσει την αποκατάσταση ζημιών από την δράση του.

Επομένως, η θεσμοθέτηση της αστικής ευθύνης του κράτους εξελίχθηκε σταδιακά, εκκινώντας από την **θεωρία της πρόσθησης**, ήτοι το κράτος έφερε παράλληλη ευθύνη με το δημόσιο όργανο, εφόσον το τελευταίο δρούσε αμελώς.

Μετέπειτα, επικράτησε η οργανική θεωρία του **Otto von Gierke**, η οποία ανέπτυξε την έννοια του οργάνου. Βάση αυτής, το κράτος ευθύνεται για τις πράξεις και τις παραλείψεις των οργάνων του ανεξαρτήτως του βαθμού πταίσματος αυτών.

Εν συνεχεία, εγκαταλείφθηκε πλήρως η **αρχή του πταίσματος του οργάνου** και καθιερώθηκε η **αντικειμενική ευθύνη του κράτους**, η οποία μετεξελίχθηκε από αποκλειστική ευθύνη του *«οργάνου»* σε *«εις ολόκληρον»* ευθύνη έναντι του ζημιωθέντος. Να σημειωθεί, δε, ότι ο ζημιωθείς πλέον στρέφεται όχι έναντι του *«οργάνου»*, αλλά του κράτους, το οποίο φέρει την αποκλειστική ευθύνη για τη δράση των οργάνων του. Αφ' ης στιγμής το κράτος εναχθεί από τον ζημιωθέντα, το κράτος δύναται να στραφεί αναγωγικά κατά του υπαιτίου υπαλλήλου, εφόσον αποδείξει ότι έδρασε υπαίτια.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> **Π.Μ. Ευστρατίου**, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα- Κομοτηνή 2004

Επομένως, μέχρι την εισαγωγή του Αστικού Κώδικα την 23<sup>η</sup> Φεβρουαρίου 1946<sup>9</sup>, ουδόλως είχε θεσμοθετηθεί η αστική ευθύνη του Δημοσίου, με αποτέλεσμα το βάρος της διαμόρφωσης του θεσμού να μετατεθεί στην ελληνική νομολογία.<sup>10</sup> Ωστόσο, η διαπλαστική ικανότητα των ελληνικών δικαστηρίων περιορίστηκε στη δόλια συμπεριφορά του οργάνου, ενώ εμφάνισε διακυμάνσεις έως την οριστική αποδοχή της αστικής ευθύνης του Δημοσίου. Τελικά, ο θεσμός ρυθμίστηκε οριστικά στον Εισαγωγικό Νόμο του Αστικού Κώδικα στα άρθρα 105- 106.

Επομένως, τα άρθρα 105- 106 ΕισΑΚ τυγχάνουν εφαρμογής στην περίπτωση της λεγόμενης εξωσυμβατικής ευθύνης του Δημοσίου, των ΟΤΑ και των ΝΠΔΔ, κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας προς την επίτευξη ορισμένων σκοπών (πχ εθνική άμυνα, περίθαλψη, εκπαίδευση κ.λπ). Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 105 του ΕισΝΑΚ προβλέπεται ότι *«Για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, το δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή η παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης, που υπάρχει για χάρη του γενικού συμφέροντος. Μαζί με το δημόσιο ευθύνεται εις ολόκληρον και το υπαίτιο πρόσωπο, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων για την ευθύνη των υπουργών.»* Περαιτέρω, κατά το άρθρο 106 του ΕισΝΑΚ ορίζεται ότι *«Οι διατάξεις των δύο προηγούμενων άρθρων εφαρμόζονται και για την ευθύνη των δήμων, των κοινοτήτων ή των άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου από πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων που βρίσκονται στην υπηρεσία τους.»*

Η αναγκαιότητα πρόβλεψης και θεσμοθέτησης του ως άνω θεσμού είναι αναντίρρητη, ενώ οφείλεται δε δύο βασικούς παράγοντες.

Από τη μία πλευρά, οι τομείς δράσης των δημοσίων οργάνων συνεχώς επεκτείνεται, οπότε και αυξάνεται αναλογικά και ο κίνδυνος πρόκλησης ζημιών στην ιδιωτική περιουσία των διοικουμένων. Ακόμη και όμως, στην περίπτωση των αποκρατικοποιήσεων/ ιδιωτικοποιήσεων και παρά τη μεταβίβαση τομέων δραστηριότητας του κράτους υπέρ του ιδιωτικού τομέα, ομοίως ο ρόλος του δημοσίου δεν εξασθενεί. Αντίστοιχα, παρατηρείται η υποχρέωση ενεργούς εποπτείας του κράτους για την διασφάλιση των αρχών της νομιμότητας και της αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών προς το κοινωνικό σύνολο. Επομένως, και στην δεύτερη αναφερόμενη περίπτωση ενδέχεται να εκδηλωθεί πλημμελή συμπεριφορά της διοίκησης με αποτέλεσμα την πρόκληση ζημίας σε βάρος των διοικουμένων.

Από την άλλη πλευρά αναμφισβήτητα η εξέλιξη ης τεχνολογίας όπως λ.χ. η ανάπτυξη συστημάτων μηχανογράφησης και πληροφορικής, πολεμικό υλικό, οχήματα κ.λ.π. αυξάνει την

---

<sup>9</sup> AN2783/1941. Ο νόμος αυτός εφαρμόστηκε μετά την απελευθέρωση της Ελλάδας από την γερμανική κατοχή, ήτοι την 23.2.1946

πιθανότητα εκδήλωσης ζημιογόνων συμπεριφορών του κράτους, αλλά και των ιδιωτών (π.χ. ρυπογόνες δραστηριότητες) με αποτέλεσμα την πλημμελή εποπτεία εκ μέρους του δημοσίου.<sup>11</sup>

### 2.1.2. Σημασία του όρου ευθύνη και ορισμός της έννοιας της αστικής ευθύνης

Η λέξη «*ευθύνη*» δεν αποτελεί πρόσφατη κατάκτηση της ελληνικής γλώσσας, αλλά ανάγεται στην αρχαία ελληνική γραμματεία, και μάλιστα συναντάται σε έργα όπως ο Πρωταγόρας του Πλάτωνα, οι Σφήκες του Αριστοτέλη και Αθηναίων Πολιτεία. Ο όρος στην πρωτόλεια μορφή του είναι «*εὐθυνα*», ήτοι «*τὸ ποιεῖν τι εὐθύ διόρθωσις, τιμωρία, κόλασις*».

Στην νεότερη ελληνική γλώσσα, η ευθύνη αποτελεί την υποχρέωση λογοδοσίας, και η τυχόν αποκατάσταση των ζημιών που προέρχονται από ορισμένη ζημιογόνα συμπεριφορά.<sup>12</sup>

Εν προκειμένω, η αστική ευθύνη έχει την έννοια της νομικής αξίωσης του προσώπου που θίχτηκε από μη νόμιμη πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια, για την αποκατάσταση της ζημίας με τη μορφή της αποζημίωσης.<sup>13</sup>

Ως προς τον ορισμό της αστικής ευθύνης, άλλως εξωσυμβατικής ευθύνης του Κράτους και των ΝΠΔΔ έχει αποδοθεί ως «*η ευθύνη των προαναφερόμενων φορέων της δημόσιας εξουσίας να αποζημιώσουν τρίτα πρόσωπα, τα οποία εθίγησαν ηθικώς ή υλικώς από παράνομη συμπεριφορά των οργάνων τους κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων τους*».<sup>14</sup> Σύμφωνα με άλλο ορισμό, προβλέπεται ως «*το νομικό καθεστώς που διέπει την οργάνωση και τη λειτουργία του μηχανισμού εκείνου, ο οποίος διαγράφει τις προϋποθέσεις και όρια της υποχρέωσης του δημοσίου να αποκαθιστά τη ζημία που προξενούν στους διοικουμένους (φυσικά ή νομικά πρόσωπα) παράνομες πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες των οργάνων του.*»<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> Απόστολος Γέροντας, Σωτήρης Λύτρας, Προκόπης Παυλόπουλος, Γλυκερίας Σιούτη, Σπυρίδων Φλογαΐτης, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα 2010, 2<sup>η</sup> έκδοση.

<sup>12</sup> Γ. Μπαμπινιώτης, Λεξικό νέας ελληνικής γλώσσας, Κέντρο Λεξιλογίας, Αθήνα, 1998, σ. 691.

<sup>13</sup> Επαμεινώνδας Σπηλιωτόπουλος, Εγχειρίδιο Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Νομική βιβλιοθήκη, 15<sup>η</sup> έκδοση, Ιούνιος 2017.

<sup>14</sup> Χ. Χρυσανθάκη- Π. Πανταζόπουλου, Εισηγήσεις Διοικητικού Δικαίου, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006, 2<sup>η</sup> έκδοση.

<sup>15</sup> Πρ. Παυλόπουλου, η αστική ευθύνη.

## 2.2 . Το συνταγματικό έρεισμα της αστικής ευθύνης του Δημοσίου

Γίνεται κοινώς αποδεκτό από τη θεωρία, ότι η αστική ευθύνη του κράτους και των ΝΠΔΔ έχει συνταγματική θεμελίωση κυρίως στα άρθρο 4 παρ. 1 του Συντάγματος, το οποίο προβλέπει ότι **«Οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου»**, ενώ σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ. 5 **«Οι Έλληνες πολίτες συνεισφέρουν χωρίς διακρίσεις στα δημόσια βάρη ανάλογα με τις δυνάμεις τους»**. Ειδικότερα, η ζημιολογία συμπεριφορά του Δημοσίου και των ΝΠΔΔ, θα μπορούσε να αποφευχθεί μόνο σε ιδανικές συνθήκες, οι οποίες εκ των πραγμάτων δεν είναι δυνατόν να λάβουν χώρα, ακόμη και αν ο δημόσιος τομέας λειτουργούσε με τον πλέον ιδεατό τρόπο. Επομένως, το συνταγματικό θεμέλιο αποτελεί η αρχή της ισότητας, για το λόγο ότι οι ζημίες συνιστούν για τους θιγόμενους διοικουμένους μία δυσμενή κατάσταση, η οποία επιφέρει ειδικά δημόσια βάρη αποκλειστικά σε αυτούς. Με την πρόβλεψη του θεσμού της αστικής ευθύνης, το χρηματικό ποσό της αποζημίωσης για λογαριασμό του Δημοσίου/ΝΠΔΔ προέρχονται από μία γενικευμένη και ισότιμη επιβάρυνση των διοικουμένων, καθώς αποτελούν δημόσια βάρη.

Επιπλέον, γίνεται δεκτό <sup>16</sup> ότι η ευθύνη του δημοσίου ερείδεται και στην διάταξη του άρθρου 20 παρ. 1 του Συντάγματος, ήτοι το δικαίωμα σε φυσικό δικαστή που προβλέπει 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»**. Η συνταγματική θεμελίωση της αστικής ευθύνης στην ως άνω διάταξη, εξασφαλίζει ότι είναι αντισυνταγματική η καθιέρωση του ανεύθυνου της Δημόσιας Διοίκησης, ήτοι ο πλήρης αποκλεισμός αυτής με νομοθετικές πράξεις.

Βεβαίως, έχει διατυπωθεί και η άποψη ότι το θεμέλιο της αστικής ευθύνης της δημόσιας διοίκησης εντοπίζεται στις αρχές της νομιμότητας και του κράτους δικαίου. Η εν λόγω θέση έθεσε την προβληματική του κανόνα **«casum sentit dominus»** <sup>17</sup> αναδεικνύοντας την σημασία της εγγυητικής ευθύνης του κράτους για την επέλευση της ζημίας. Ως προς την ως άνω θέση ασκήθηκε κριτική, η οποία προέβαλε την ανάγκη για την εύρεση ενός **«εγγύτερου προσδιοριζόμενου ερείσματος»**. Εν τέλει και η ως άνω θεωρία επικρίθηκε, για το λόγο ότι η αρχή του κράτους δικαίου ευρίσκει ούτως ή άλλως την συνταγματική της στέγη στο άρθρο 25 παρ. 1 του Συντάγματος.

<sup>16</sup> **Επαμεινώνδας Π. Σπηλιωτόπουλος**, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Νομική βιβλιοθήκη, 15<sup>η</sup> έκδοση, Ιούνιος 2017.

<sup>17</sup> Σύμφωνα με την αρχή αυτή, η τυχαία ζημία βαρύνει αποκλειστικά τον ζημιωθέντα, σε αντίθεση με τον θεσμό της αστικής ευθύνης, κατά τον οποίον επιμερίζεται το κόστος της αποζημίωσης σε ολόκληρη την κοινότητα.



Συνεπεία των ανωτέρω, και κατά την ορθότερη άποψη το θεμέλιο της αστικής ευθύνης του Δημοσίου πρέπει να αναζητηθεί στο Σύνταγμα, και δη στην αρχή της ισότητας, γεννάται δε η προσδοκία επέκτασης του θεσμού και σε περιπτώσεις ιδιαίτερης διακινδύνευσης π.χ. εμβολιασμός<sup>18</sup>, στις οποίες ο ζημιωθείς επέρχεται σε δύσκολη θέση, καθώς είναι δυσχερής η απόδειξη εκ μέρους του της υπαιτιότητας του κατόχου ή εξουσιαστή της πηγής του κινδύνου, ο οποίος μάλιστα κατέχει την απαιτούμενη τεχνογνωσία για να προβεί σε ανταπόδειξη του πταίσματός του.

Το νομικό έρεισμα της αστικής ευθύνης στο άρθρο 4 παρ. 5 του Συντάγματος επιβεβαιώθηκε και από την νομολογία, και δη σε δύο αποφάσεις του Ανώτατου Διοικητικού Δικαστηρίου. Ειδικότερα, δε, δυνάμει της υπ' αριθμόν **1501/2014** απόφασης της Ολομέλειας του ΣτΕ, κρίθηκε ως συνταγματικό θεμέλιο του θεσμού της αστικής ευθύνης του δημοσίου στο άρθρο 4 παρ. 5 του Συντάγματος<sup>19</sup>. Με την ως άνω απόφαση καθιερώθηκε για πρώτη φορά, η δυνατότητα αποζημίωσης πολίτη ακόμη και στην περίπτωση που συντρέχει στο σύνολο των προϋποθέσεων πλην της προϋπόθεσης συνδρομής της προνομίας, και επομένως τα δημόσια όργανα ευθύνονται σε αποζημίωση ακόμη και αν δρουν νομίμως. Ωστόσο, για την αποκατάσταση της ζημίας απαιτείται η τελευταία να είναι *«ιδιαίτερη και σπουδαία»* και να συντρέχει *«υπέρβαση των ορίων της θυσίας»* που είναι ανεκτό να υφίσταται ένας πολίτης. Με την νεότερη υπ' αριθμόν **622/2021** απόφαση του Α' τμήματος του Συμβουλίου της Επικρατείας, συγκέντρωσε το ενδιαφέρον της δημοσιότητας, καθώς έκρινε θετικά για την ύπαρξη υποχρέωσης αποζημίωσης του δημοσίου και σε περίπτωση εμβολιασμού, ήτοι μίας καθόλα νόμιμη πράξης του δημοσίου με την οποία εξυπηρετείται σκοπός δημοσίου συμφέροντος βασιζόμενη σε έγκυρα επιστημονικά επιδημιολογικά δεδομένα. Κατά τα ειδικότερα πραγματικά περιστατικά, ένα επτάχρονο κορίτσι κατόπιν του εμβολίου ΜΜRII (ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς) υπέστη πανεγκεφαλίτιδα, ήτοι μία εξαιρετικά σπάνια παρενέργεια του εμβολίου. Παρά το γεγονός ότι έζησε μερικά χρόνια, το άτυχο κορίτσι δεν είχε επαφή με το περιβάλλον και εν συνεχεία κατέληξε. Το ΣτΕ έκρινε ότι συντρέχει αστική ευθύνη του Δημοσίου δυνάμει των άρθρων 4 παρ. 5 του Συντάγματος, ήτοι της

---

<sup>18</sup> Πρ. Παυλόπουλου, Η αστική ευθύνη του Δημοσίου.

<sup>19</sup> *«Επειδή, το άρθρο 4 § 5 του Συντάγματος, ορίζοντας ότι: «Οι Έλληνες πολίτες συνεισφέρουν χωρίς διακρίσεις στα δημόσια βάρη, ανάλογα με τις δυνάμεις τους» έχει αναγάγει σε συνταγματικό κανόνα την ισότητα ενώπιον των δημοσίων βαρών, συνιστά δε, παράλληλα, και διάταξη στην οποία θεμελιώνεται η αποζημιωτική ευθύνη του Δημοσίου από πράξεις των οργάνων του, οι οποίες προκαλούν ζημία, παράνομες (ΣτΕ 980/2002) ή νόμιμες (ΣτΕ 5504/2012). Τούτο, διότι η ισότητα ενώπιον των δημοσίων βαρών επιτάσσει και την αποκατάσταση της ζημίας που κάποιος υφίσταται από την δράση, χάριν του δημοσίου συμφέροντος, των οργάνων του Κράτους, όταν η δράση αυτή δεν είναι σύννομη ή όταν είναι μεν νόμιμη αλλά προκαλεί βλάβη ιδιαίτερη και σπουδαία, σε βαθμό, ώστε να υπερβαίνει τα όρια που είναι κατά το Σύνταγμα ανεκτά προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο σκοπός δημοσίου συμφέροντος στον οποίο αποβλέπει η δράση αυτή, σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία. Πραγματώνεται δε ο σκοπός της διατάξεως αυτής υπό την ως άνω έννοια, όταν αποκατάσταση τέτοιας ζημίας καθίσταται δυνατή σε περίπτωση ζημιογόνου δράσεως οιοδήποτε οργάνου του Κράτους, άρα και εκείνης των οργάνων τα οποία είναι ενταγμένα στη δικαστική λειτουργία».* Αυτούσιο χωρίο από το σκεπτικό της υπ' αριθμόν 1501/2014 απόφασης της Ολομέλειας του ΣτΕ

αρχής της ισότητας έναντι των δημοσίων βαρών καθώς και του άρθρου 25 παρ. 4 του Συντάγματος, ήτοι της αρχής της κοινωνικής αλληλεγγύης και στην περίπτωση νόμιμου εμβολιασμού χάριν δημοσίου συμφέροντος, για το λόγο ότι η βλάβη, την οποία υπέστη το κορίτσι ήταν «*ιδιαίτερα και σπουδαία*» και υπερβλήθηκαν τα όρια που είναι ανεκτά ούτως ώστε να εξυπηρετηθεί σκοπός δημοσίου συμφέροντος.

Εν κατακλείδι, η διττή συνταγματική θεμελίωση επιτυγχάνει τον σκοπό νομοθέτησης της αστικής ευθύνης του Δημοσίου, ήτοι τη διασφάλιση της αρχής του κράτους δικαίου, όπως αυτή εκδηλώνεται ειδικότερα βάσει της αρχής της νομιμότητας που πρέπει να διέπει τη λειτουργία των δημοσίων οργάνων. Επομένως, ο εν λόγω θεσμός συνιστά αναντικατάστατο μηχανισμό επανορθωτικής δικαιοσύνης, η οποία δε θα μπορούσε να εδραιωθεί με τα ένδικα βοηθήματα της αίτησης ακύρωσης ή προσφυγής, καθώς δεν επιτυγχάνουν τη χρηματική αποκατάσταση της ζημίας των διοικουμένων.

### **2.3. Η έννομη σχέση του δημοσίου δικαίου στην αστική ευθύνη**

Ως κατέστη κατανοητό το σημείο οριοθέτησης μεταξύ της αστικής ευθύνης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα αποτελεί το άρθρο 104 ΕισΝΑΚ, το οποίο προβλέπει ότι «*για πράξεις και παραλείψεις των οργάνων του δημοσίου, οι οποίες ανάγονται σε έννομες σχέσεις του ιδιωτικού δικαίου ή σχετικές με την ιδιωτική του περιουσία, το δημόσιο ευθύνεται κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα για τα νομικά πρόσωπα*». Συνεπώς, αντικείμενο μελέτης αποτελεί η δράση της κυριαρχικής διοίκησης, ήτοι η «*τυπική εκδήλωση της κρατικής εν γένει εξουσίας που νομιμοποιείται και πηγάζει μόνο από την λαϊκή κυριαρχία. Αυτή τη διοίκηση έχει υπόψη του το Σύνταγμα, όταν ρυθμίζει την εκτελεστική λειτουργία (άρθρο 26 παρ. 2 Συντ) και τη «διοίκηση»*.<sup>20</sup>

Η κυριαρχική διοίκηση διακρίνεται ειδικότερα στην περιοριστική διοίκηση (**Eingriffsverwaltung**) και στην παροχική διοίκηση (**Leistungsverwaltung**). Το κυριότερο έργο της **κυριαρχικής διοίκησης** απαρτίζεται η επέμβαση με μέσα διαταγής και καταναγκασμού στην ιδιωτική σφαίρα περιορίζοντας την ατομική ελευθερία και ιδιοκτησία. Απώτερος στόχος συνθέτει η επιβολή τάξης, η ύπαρξη ασφάλειας, η οριοθέτηση των ατομικών ελευθεριών και η συλλογή φόρων και δασμών.

Αντιστοίχως, η **παροχική διοίκηση** συντελεί στην παροχή βασικών αγαθών και υπηρεσιών, καθώς και στην προσφορά αυτών με ανεκτούς όρους προς τους ιδιώτες, οπότε και ο τρόπος και

---

<sup>20</sup> Π.Μ. Ευστρατίου, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα- Κομοτηνή 2004

οι συνθήκες παροχής αυτών διαφοροποιούνται τις αντίστοιχες του ιδιωτικού τομέα. Στην εν λόγω έννοια υπάγεται η διοίκηση των δημοσίων πραγμάτων, όπως οδών, γεφυρών κ.λπ. καθώς και η διοίκηση διαφόρων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, όπως πανεπιστημίων και δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

#### 2.4. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Η συνταγματική υλοποίηση του δικαιώματος της υγείας στο άρθρο 21 παρ. 3 Συντάγματος αντικατροπτίζεται στην έκδοση του εκτελεστικού του Συντάγματος **ν. 1397/1983**, ο οποίος θέσπισε το **Εθνικό Σύστημα Υγείας**.<sup>21</sup> Η σύσταση του **Ε.Σ.Υ.** επέφερε πέραν από την υλοποίηση της κοινωνικής διάστασης του δικαιώματος της υγείας, τη συστηματική προστασία του αγαθού της υγείας, ενώ ανατράπηκε η αντιμετώπιση του κινδύνου της ασθένειας κατά τον τύπο Bismarck.

Το σύστημα **Bismarck** εμπνέεται από τον Γερμανό Καγκελάριο **Otto von Bismarck**, ο οποίος εισήγαγε τον θεσμό των κοινωνικών ασφαλίσεων, και αναφέρεται στο σύστημα υγείας που ανευρίσκει τους πόρους κυρίως από την απόδοση εργοδοτικών και εργατικών εισφορών. Βέβαια, αντλούνται και πόροι από τον κρατικό προϋπολογισμό προκειμένου να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση στην ασφάλιση και των κοινωνικών ομάδων που ευρίσκονται σε κίνδυνο, όπως ανασφάλιστοι, άνεργοι και πτωχοί. Αντιστοίχως, το σύστημα **Beveridge** προέρχεται από τον οικονομολόγο Λόρδο **William Beveridge** (1879- 1963) ο οποίος πρότεινε την εγκαθίδρυση του εθνικού συστήματος υγείας. Το εν λόγω σύστημα αντλεί τους απαιτούμενους πόρους από την γενική φορολογία, και εν μέρει από την ασφάλιση ή την επιβάρυνση των ιδιωτών /νοικοκυριών. Μάλιστα, δε, στοχεύει στην καθολική και δωρεάν προσβασιμότητα των πολιτών στο κοινωνικό σύστημα, την μείωση των σειρών και τη διαφοροποίηση των υπηρεσιών.

Ωστόσο, στην πράξη τα συστήματα ασφάλισης υγείας και ιατρικής περίθαλψης δεν εμφανίζονται αμιγώς με την επιλογή του ενός ή του άλλου συστήματος, αλλά κυρίως είναι συστήματα **Beveridge** ή **Bismarck** και επομένως το ενδιαφέρον διάκρισης είναι πρωτίστως ιστορικό.<sup>22</sup>

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας βάσει του **ν. 1397/1983** προσομοιάζει το σύστημα υγείας **Beveridge**, και επομένως οι κοινωνικές παροχές υγείας στην Ελλάδα αποτελούν κρατική ευθύνη και χρηματοδότηση παρέχοντας καθολική και ισότιμη προστασία της υγείας του πληθυσμού, ενώ

---

<sup>21</sup> Επί Πρωθυπουργίας Ανδρέα Παπανδρέου και Υπουργού Παρασκευά Αυγερινού

<sup>22</sup> <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-bismarck-versus-beveridge>

οργανώνεται σε κρατικές υπηρεσίες ή δημόσια νομικά πρόσωπα που ελέγχονται από το κράτος. Ακόμη, δε, κατοχυρώθηκε το δικαίωμα πρόσβασης στο σύστημα υγείας ακόμη και για τους μη εργαζόμενους. Μάλιστα, δε, η παροχή υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ. απευθύνεται στο νομίμως διαμένοντα αλλοδαπό και ανήλικο, σε περίπτωση δε έκτακτων ή και σοβαρών περιστατικών καλύπτονται και οι παρανόμως διαμένοντες.

Δυνάμει του ν. 2071/1992 καταργήθηκαν οι περιορισμοί που προβλέφθηκαν στο άρθρο 6 του ν. 1397/1983 για την απαγόρευση ίδρυσης, επέκτασης, μεταβίβασης ιδιωτικών νοσοκομείων, καθώς και τη χρήση του όρου νοσοκομείου από αυτά. Επομένως, με αυτόν τον τρόπο ετέθησαν νέες βάσεις και διαπλάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Περαιτέρω, με το ν. **4238/2014** η πρωτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη εντάσσεται στο Ε.Σ.Υ, οπότε και δεν αποτελεί αποκλειστικά νοσοκομειακή υπηρεσία.

#### **2.4.1. Μορφές δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας**

Πέρα των ανωτέρω βασικών αρχών της **κρατικής ευθύνης** για την προστασία της υγείας και της καθολικής και **ισότιμης παροχής υπηρεσιών**, προβλέπεται η **ενιαία και αποκεντρωμένη δομή** του συστήματος υγείας. Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια.

##### **2.4.1.1. Πρωτοβάθμια περίθαλψη και φροντίδα**

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και φροντίδα ανήκουν τα **Κέντρα αστικών και αγροτικών περιοχών** ( άρθρο 14 ν.1397/83), **οι Κινητές Μονάδες** (άρθρο 14 Ν. 2071/1992), **η κατ' οίκον Νοσηλεία** (άρθρο 28 Ν. 2071/1992), **ο Οικογενειακός Ιατρός** (άρθρο 17, 18 Ν. 1397/83, άρθρο 1 Ν. 1579/85, άρθρο 32 Ν. 2519/97, άρθρο 7 Ν. 3535/04) και **η Επείγουσα Φροντίδα Υγείας – το γνωστό ΕΚΑΒ** (άρθρο 7, 8 Ν. 1579/85).<sup>23</sup> Την σημαντικότερη θέση όλων κατέχουν τα κέντρα υγείας, τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού, ενώ ιδρύονται και περιφερειακά ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας.

---

<sup>23</sup> **Κωνσταντίνος Α. Κρεμαλής**, Δίκαιο της Υγείας, Τόμος 1, Νομική Βιβλιοθήκη, Φεβρουάριος 2011

Από την πρωτοβάθμια φροντίδα, παρέχονται οι υπηρεσίες, οι οποίες είτε δεν αποτελούν ιατρικές πράξεις εν στενή εννοία, αλλά αποτελούν κυρίως μη ιατρικής φύσεως υπηρεσίες, όπως επί παραδείγματι ο οικογενειακός προγραμματισμός, υποδομές για την διαχείριση ιατρικών πληροφοριών του προσωπικού κ.λπ., είτε απλές ιατρικές πράξεις που στοχεύουν στην αποτροπή μετάδοσης ασθενειών και δεν αφορούν την αντιμετώπιση ειδικών ιατρικών προβλημάτων, όπως λόγω χάρη παρακολούθηση χρονίως πασχόντων για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία, παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών, υπηρεσίες αποκατάστασης, πραγματοποίηση εμβολιασμών, την παροχή παρηγορητικής φροντίδας, παροχή πρώτων βοηθειών, την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας κ.λπ. Η εν λόγω αναδιαμόρφωση επιτεύχθηκε δυνάμει του ν. **3235/2004**, ο οποίος για πρώτη φορά αναφέρεται στην επίτευξη της κοινωνικής συνοχής, καθώς και στην ύπαρξη ενός συνόλου υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης, ρητά αναφέρεται στην ελευθερία επιλογής τόσο του οικογενειακού, όσο και του προσωπικού ιατρού, ενώ θεσμοθετήθηκε και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος μαζί με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας.

Περαιτέρω, με το νόμο **4238/2014** δημιουργείται το **Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)** στο Ε.Σ.Υ., το οποίο λειτουργεί στις 7 Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών και αντιστοιχούν στις επτά αποκεντρωμένες διοίκησης του προγράμματος Καλλικράτη (Αποκεντρωμένη Διοίκηση Αττικής, Θεσσαλίας – Στερεάς Ελλάδας, Ηπείρου – Δυτικής Μακεδονίας, Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου, Αιγαίου, Κρήτης, Μακεδονίας – Θράκης). Με τον εν λόγω νόμο, εντάσσονται στο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ΕΣΥ όλες οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (**ΠΦΥ**).<sup>24</sup>

Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο 2 του ν. **4238/2014** προβλέφθηκε ότι *«Δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.*  
**1. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε (Διοικήσεων Υγειονομικής Περιφέρειας) αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.** **2. Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.** **3. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρούμενων των Φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό.** **4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής και**

---

<sup>24</sup> Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου- Πεγλιβανίδη, Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2<sup>η</sup> έκδοση

*εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάρχουν και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς.»*

Σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 1 του νόμου 4238/2014 ορίζεται ότι *«Για την ίδρυση και λειτουργία των νέων Κέντρων Υγείας και των Πολυδύναμων Κέντρων Υγείας των Δ.Υ.Πε. είναι απαραίτητη η έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε. και απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ.Πε. (Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών). Με απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας δύναται να χαρακτηρίζονται Κέντρα Υγείας ως Πολυδύναμα, ιδίως, με κριτήρια γεωγραφικά, πληθυσμιακά και αναγκών στελέχωσης σε ιατρικές ειδικότητες.»*, και στην παράγραφο 5 ότι *«Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε.. Εντός του Το.Π.Φ.Υ., όλες οι δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι οικογενειακοί ιατροί, καθώς και οι συμβεβλημένοι ιατροί συνιστούν το Τοπικό δίκτυο υπηρεσιών Π.Φ.Υ.. Οι Δ.Υ.Πε. διαιρούνται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.). Ο αριθμός των Τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των αντίστοιχων Τοπικών δικτύων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κάθε Δ.Υ.Πε. καθορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.Πε.»*.

Να τονισθεί, δε, ότι στο άρθρο 7 του νόμου 3235/2004 επαναλαμβάνονται οι διατάξεις για τον οικογενειακό γιατρό, ενώ στην παράγραφο 3 προβλέπονται ρητώς τα καθήκοντα του, ήτοι *α) η διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης, και εξασφαλίζει το συντονισμό και τη διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του Τοπικού Δικτύου κατά περίπτωση, καθώς και με τα Νοσοκομεία Αναφοράς. β) η υποστήριξη, ο προσανατολισμός και η υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών και της οικογένειάς τους μέσα στο σύστημα υγείας. γ) Η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προ-συμπτωματικού ελέγχου καθώς και η εφαρμογή και παρακολούθηση των προγραμμάτων εμβολιασμού. δ) Η παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς ιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών και προ-συμπτωματικών ελέγχων,[...] ε) Η επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλόγο του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας καθώς και την αποτελεσματικότητά της. [...]*».

Δυνάμει του άρθρου 106 του νόμου 4461/2017 συγκροτήθηκαν οι **Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.)** από την Διοίκηση Υγειονομικών Υπηρεσιών που αποσκοπούν στην υποστήριξη του έργου των ΠΦΥ. Οι ΤΟ.Μ.Υ. αποτελούνται από 12 επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, διοικητικό προσωπικό κ.λπ.), ενώ έχουν υπό την εποπτεία τους 10.000 με 12.000 κατοίκους. Ο διορισμός τους λαμβάνει χώρα κατόπιν προκήρυξης από το Υπουργείο υγείας και μετά από έγκριση του ΑΣΕΠ, και συνάπτονται συμβάσεις ορισμένου χρόνου και πλήρους απασχόλησης διάρκειας δύο ετών.

Επομένως, το αντικείμενο ευθύνη έκαστης Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.), ενώ σε κάθε Δήμο λειτουργεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα υφίσταται τουλάχιστον ένας ΤΟ.Μ.Υ. που στελεχώνεται από μία μονάδα υγείας. Ως οικογενειακοί ιατροί δραστηριοποιούνται είτε γιατροί του Ε.Σ.Υ., οι οποίοι είναι εγκατεστημένοι σε μία μονάδα Π.Φ.Υ., είτε οι συμβεβλημένοι με το ΕΟΠΠΥ με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης, είτε μέλη της ΤΟ.Μ.Υ. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι ειδικευμένοι παθολόγοι, παιδίατροι ή ασκούν γενική ιατρική.

Ο ρόλος των Π.Φ.Υ., ήδη από τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του Ε.Σ.Υ., δεν έχει χρηματοδοτηθεί<sup>25</sup> και ενισχυθεί ως θεσμός, παρά το γεγονός ότι οι υπηρεσίες του συνεισφέρουν στην καθολική και δωρεάν πρόσβαση των πολιτών, στην διασφάλιση ενός υψηλού εθνικού επιπέδου υγείας, καθώς και στην εξοικονόμηση των διαθεσίμων πόρων. Επομένως, το Ε.Σ.Υ. απέτυχε να ενισχύσει τον ρόλο του οικογενειακού γιατρού, στον οποίο ο πολίτης θα έχει πρόσβαση 24/7, την φροντίδα πρώτης επαφής (first contact care), την προστασία ευάλωτων ομάδων οι οποίοι ένεκα χρόνιων νοσημάτων απομονώνονται στην οικεία τους με μοναδική στήριξη το οικογενειακό τους περιβάλλον. Ο ρόλος δε του οικογενειακού ιατρού αναπτύσσεται σταδιακά τα τελευταία, ως υλοποίηση του νόμου 4486/2017, συγκεκριμένα η «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 115/τ.Α'). Ο εν λόγω νόμος καθιέρωσε ένα ενιαίο πλαίσιο για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κυρίως στο δημόσιο τομέα. Στην εν λόγω μεταρρύθμιση ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού αποτελεί σημαντική προτεραιότητα, καθώς προβλέπεται ότι παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα, με σκοπό την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας και συμβάλλει στην ορθολογική παραπομπή σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του ΕΣΥ (άρθρα 1 και 6).

Στην **Δευτεροβάθμια Περίθαλψη και Φροντίδα** υπάγονται τα νοσοκομεία, τα οποία νοούνται ως «*υγειονομικές μονάδες που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, με την ευρύτερη έννοια του όρου, δηλαδή υπηρεσίες διαγνωστικές, θεραπευτικές, αποκαταστατικές ή απλώς*

---

<sup>25</sup>Το ΑΕΠ της χώρας για την χρονική περίοδο 2009-2015 είχε μειωθεί κατά 26%, στατιστικά στοιχεία στο ESPROS 2016

*ανακουφιστικές για την αντιμετώπιση των ασθενειών και παθήσεων όπου απαιτείται νοσηλεία με διαρκή ιατρική παρακολούθηση».*<sup>26</sup> Μάλιστα, δε, τα νοσοκομεία διακρίθηκαν σε γενικά με τμήματα νοσηλείας όλων ή περισσότερων ειδικοτήτων, καθώς και σε ειδικά με τμήματα ορισμένων ειδικοτήτων. Επίσης, η δευτεροβάθμια περίθαλψη και φροντίδα προάγεται από γενικές υγειονομικές μονάδες, καθώς και εξειδικευμένες υγειονομικές μονάδες που δεν έχουν αυτοτελή νομική υπόσταση και εξειδικεύονται ως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και οι Μονάδες Εντατικής Φροντίδας, οι Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας, το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, οι Μονάδες Αποκατάστασης, οι Μονάδες Μακροχρόνιας Φροντίδας- Οικοτροφεία, οι Μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας ή Τελικού Σταδίου, οι Μονάδες Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας.

Η **Τριτοβάθμια Περίθαλψη και Φροντίδα** παρέχεται από τις πανεπιστημιακές πτέρυγες, οι οποίες αποτελούν ειδικές υγειονομικές μονάδες και λειτουργούν μέσα στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και συνδέεται επιστημονικά με τα οικεία τμήματα των Α.Ε.Ι.

#### **2.4.1.2. Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.)**

Με το ν. 1397/1983 έγινε προσπάθεια αποκέντρωσης της διοίκησης του Ε.Σ.Υ. από το Υπουργείο Υγείας και έτσι η χώρα διαιρέθηκε σε **υγειονομικές περιφέρειες**, ενώ σε κάθε υγειονομική περιφέρεια συστάθηκε περιφερειακό συμβούλιο υγείας με σκοπό την παροχή γνωμοδοτικών καθηκόντων. Εξαίρεση αποτελεί η Περιφέρεια Αττικής με την ίδρυση τριών Πε.Σ.Υ., καθώς και της περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας και του Νοτίου Αιγαίου όπου ιδρύονται από δύο Πε.Σ.Υ. Η υγειονομική περιφέρεια περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας, τα περιφερειακά νοσοκομεία (πανεπιστημιακά, γενικά και ειδικά), καθώς και τα ερευνητικά και επιστημονικά κέντρα, ενώ η διοίκηση τους είναι σύνθετη, καθώς διοικούνται από την ολομέλεια και την εκτελεστική επιτροπή στην οποία συμμετέχουν μέλη του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, της τοπικής αυτοδιοίκησης, επιστημονικό προσωπικό των ΑΕΙ, κ.λ.π. Η επίτευξη αποκεντρωμένης εποπτείας προβλέφθηκε με την με τον ν. 2071/1992 με την ίδρυση Διεύθυνσης Υγείας, Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε κάθε έδρα Πε.Σ.Υ.

Επιπλέον, με το άρθρο 1 του ν. 2889/2001, ορίστηκε ότι οι υγειονομικές περιφέρειες της χώρας ταυτίζονται με τις διοικητικές, και σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύεται Ν.Π.Δ.Δ. με την

---

<sup>26</sup> **Κωνσταντίνος Δ. Κρεμαλής**, Δίκαιο της Υγείας, Τόμος Ι, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη



επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας. Κατά την παράγραφο 3 του άρθρου 1 του νόμου **2889/2001** προβλέφθηκε ως σκοπός αυτών και ορίστηκε ειδικότερα ότι: *«α) Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία. β) Ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας και η διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ., οι οποίες ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα».*

Με το άρθρο 4 του νόμου **2889/2001**, προβλέφθηκε η μετατροπή των νοσοκομείων του ΕΣΥ από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ, και ειδικότερα ορίζεται ρητά ότι *«όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, τα οποία ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου Πε.Σ.Υ., μετατρέπονται αυτοδικαίως, από τη δημοσίευση αυτού του νόμου, σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι αποκεντρωμένες μονάδες συνεχίζουν να έχουν τη διοίκηση του προσωπικού τους και οι υπάλληλοι διατηρούν τους κλάδους και τις θέσεις τους. Στο Πε.Σ.Υ. περιέρχεται αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των μονάδων αυτών, οι οποίες εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων».*

Εξαιρέση αποτέλεσαν τα κάτωθι δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα σύμφωνα με την παράγραφο 10 του άρθρου 13, στην οποία ορίζεται ότι *«Διατηρούν το υφιστάμενο νομικό καθεστώς τους και δεν υπάγονται στις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 1 του νόμου: α) το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ", β) το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ", γ) το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ", δ) το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ", ε) το Γενικό Νοσοκομείο "ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ", στ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ", ζ) το Γενικό Νοσοκομείο "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ", η) το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής "ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ", θ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πατρών "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ", ι) Το Σπηλιωπούλειο Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ", ια) Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.), ιβ) Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΕΛΠΙΣ».*

Όπως προβλέπεται στο νόμο **3106/2003**, τα Πε.Σ.Υ. μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.). Επιπλέον, να τονισθεί ότι με το νόμο **3293/2004** προβλέφθηκε η πιλοτική δυνατότητα ίδρυσης νοσοκομείου με την μορφή ΝΠΔΔ, ήτοι με την μορφή ανώνυμης εταιρίας κοινής ωφελείας με 51% του κεφαλαίου να ανήκει στο Δημόσιο, ενώ λειτουργεί βάσει των κανόνων της ιδιωτικής οικονομίας υπό την εποπτεία του Δημοσίου και προς εκπλήρωση δημοσίου συμφέροντος.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το νόμο **3329/2005** επανήλθε το καθεστώς των νοσοκομείων ως είχε προ του Ν. 2889/2001. Ειδικότερα, με τον εν λόγω νόμο διατηρούνται σε ισχύ οι υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα κάθε περιφέρειας ιδρύεται ΝΠΔΔ με την επωνυμία Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε.), το οποίο αποτελεί την μετονομασία των Πε.Σ.Υ.Π., ενώ εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τα νοσοκομεία ανακτούν τη νομική προσωπικότητα με τη μορφή των ΝΠΔΔ, καθώς και τα περιουσιακά τους στοιχεία που είχαν μεταβιβασθεί, όπως προαναφέρθηκε, στο ελληνικό δημόσιο, η διοίκηση των νοσοκομείων ανατίθεται στο ΔΣ και στον διοικητή τους, οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ και υπόκεινται, όπως και τα νοσοκομεία, στον έλεγχο και την εποπτεία του διοικητή της οικείας Δ.Υ.Π.Ε.

Η μετονομασία των Πε.Σ.Υ.Π. σε Δ.Υ.Π.Ε. δεν επηρεάζει την οργανωτική δομή του συστήματος, η οποία διαμορφώνεται πλέον ως εξής: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών (ΝΠΔΔ) και νοσοκομεία (ΝΠΔΔ) με αποκεντρωμένες υπηρεσίες τους τα Κέντρα Υγείας και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας περιθάλψεως και μονάδες κοινωνικής φροντίδας (ΝΠΔΔ).

Ακολουθεί, ο νόμος **3527/2007** σύμφωνα με τον οποίο μειώνεται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών από δέκα επτά σε επτά. Η μείωση αυτή πάντως δεν συνδέει τις υγειονομικές περιφέρειες με τις δέκα τρεις διοικητικές περιφέρειες. Τούτο συμβαίνει λίγο αργότερα με τον ν. 4052/2012.

Για την πληρέστερη παρουσίαση της συνολικής εικόνας του Ε.Σ.Υ., δέον να επισημανθεί ο ν. **4633/2019**, με τον οποίο συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) με την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Ο σκοπός και οι στόχοι περιλαμβάνονται στην παράγραφο 1 και 2 του άρθρου 1 και ορίζεται ειδικότερα ότι *«1. Ο σκοπός του ΕΟΔΥ είναι η παροχή υπηρεσιών, οι οποίες συμβάλλουν στην προστασία και βελτίωση της υγείας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού ενισχύοντας την ικανότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ιδιαιτέρως των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των απειλών κατά της ανθρώπινης υγείας από μεταδοτικά νοσήματα μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης, παρακολούθησης και αξιολόγησης των κινδύνων, αναφοράς και κατάθεσης επιστημονικά τεκμηριωμένων προτάσεων και μέτρων παρέμβασης. Ο ΕΟΔΥ*

αναπτύσσει και προωθεί δράσεις, οι οποίες αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων και γενικότερα στη μείωση του βάρους από τα μη μεταδοτικά νοσήματα. Οι βασικές λειτουργίες του ΕΟΔΥ περιλαμβάνουν δραστηριότητες, όπως η επιδημιολογική επιτήρηση, η εκτίμηση κινδύνου, η παροχή γνωμοδοτήσεων σε επιστημονικά θέματα, η ετοιμότητα και απόκριση, η παροχή αξιόπιστων και συγκρίσιμων επιδημιολογικών δεδομένων και στατιστικών στοιχείων στους αρμόδιους φορείς σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, η εκπαίδευση και επι-μόρφωση/κατάρτιση στον τομέα της δημόσιας υγείας, η ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τους κινδύνους σοβαρών υγειονομικών απειλών και η προώθηση δράσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης σε θέματα δημόσιας υγείας. Ο ΕΟΔΥ συνιστά το επιχειρησιακό κέντρο σχεδιασμού και υλοποίησης δράσεων προστασίας της δημόσιας υγείας με προληπτικό, λειτουργικό και παρεμβατικό χαρακτήρα, με ετοιμότητα απόκρισης σε έκτακτους κινδύνους υγείας, συντονίζοντας τις λειτουργίες του με τις εκάστοτε ανάγκες της χώρας και των διεθνών οργανισμών με τους οποίους συνεργάζεται.

## *2. Στόχοι του ΕΟΔΥ είναι:*

*α) Η παρακολούθηση και η εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που την επηρεάζουν. β) Η επιδημιολογική επιτήρηση και η παρακολούθηση των επιπτώσεων των μεταδοτικών νοσημάτων στη δημόσια υγεία. γ) Η κατάρτιση και λήψη μέτρων πρόληψης και η ενημέρωση του εκάστοτε πληθυσμού – στόχου για την προστασία της υγείας και την εξασφάλιση της ευεξίας και ευζωίας του. δ) Η λήψη μέτρων που αποσκοπούν στην προστασία του πληθυσμού από κάθε είδους απειλές που οφείλονται σε μεταδοτικά νοσήματα, η προώθηση δράσεων που αποβλέπουν στη βελτίωση της υγείας, η πρόληψη των χρόνιων και μη μεταδοτικών νοσημάτων και η αντιμετώπιση καταστάσεων βλαπτικών για την υγεία».*

### 2.4.1.3. Η σημερινή δομή του Ε.Σ.Υ.

Το σημερινό Ε.Σ.Υ.<sup>27</sup> περιλαμβάνει 125 νοσοκομεία, 201 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και 1.487 Περιφερειακά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές, περίπου 200 πρώην Πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές που έχουν ενταχθεί πρόσφατα στο Ε.Σ.Υ. συγκροτώντας μαζί με τα ΚΥ, το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) καθώς και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) σε αστικές περιοχές. Η διάρθρωση αυτή θεωρείται επαρκής όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ωστόσο η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να υπολειτουργεί, ενώ και η πιο πρόσφατη παρέμβαση με την ίδρυση των Το.Μ.Υ. εφαρμόστηκε μόνο κατά το ήμισυ του αρχικού σχεδιασμού, με αποτέλεσμα να καλύπτεται μόνο το 1/5 του αστικού πληθυσμού.

Οι μονάδες αυτές υπάγονται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), οι οποίες ασκούν κυρίως εποπτικό και συντονιστικό και, σε μικρότερο βαθμό, διοικητικό ρόλο. Ουσιαστικά, παρά την αποκεντρωμένη δομή του, η διοίκηση του ΕΣΥ εξακολουθεί να ασκείται κεντρικά από το υπουργείο Υγείας με κυρίαρχο τον ρόλο της εκάστοτε ηγεσίας του υπουργείου. Τα νοσοκομεία διοικούνται από διοικητές και Δ.Σ. που ορίζει το υπουργείο Υγείας και τα ΚΥ, που υπάγονται διοικητικά στις Υγειονομικές Περιφέρειες, από διευθυντές ΕΣΥ οι οποίοι προέρχονται από το προσωπικό τους με επιλογή της διοίκησης της ΥΠΕ.

Τέλος, σύμφωνα με τα τωρινά στατιστικά στοιχεία, είκοσι χιλιάδες (20.000) ιατροί απασχολούνται στο Ε.Σ.Υ., ενώ δύο χιλιάδες πεντακόσιοι (2.500) απασχολούνται ως επικουρικό προσωπικό στο Ε.Σ.Υ., δυνάμει συμβάσεων που έχουν παραταθεί έως και την 31.12.2022. Ως βασικός μηνιαίος μισθός ανέρχεται το ποσό των χιλίων εκατό ενενήντα εννέα ευρώ (1.199,00 €), με αποτέλεσμα δεκαοχτώ χιλιάδες (18.000) Έλληνες ιατροί να έχουν επιλέξει την μετανάστευση, ώστε να απασχοληθούν σε δημόσια νοσοκομεία του εξωτερικού με προοπτική επαγγελματικής ανέλιξης και καταξίωσης, και αποκόμισης υψηλών απολαβών.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> **διαΝΕΟσις** Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Φεβρουάριος 2020

<sup>28</sup> Άρθρο της εφημερίδας «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» δημοσιευμένο την 17.09.2022  
<https://www.kathimerini.gr/society/562047550/pos-tha-ginei-elkystiko-to-esy-stoys-giatroys/>

## **2.5. Τα υποκείμενα της δημόσιας έννομης σχέσης της υγειονομικής προστασίας**

### **2.5.1. Ιατρός ως δημόσιος λειτουργός**

Προκειμένου να διαγνωσθεί η ζημιογόνος δράση του δημοσίου, και δη του δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος, κρίνεται αναγκαία η ανάδειξη των οργάνων του κράτους που προσφέρουν τις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, δε, με τη σύσταση του Ε.Σ.Υ. δημιουργήθηκαν θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που αντιστοιχούσαν σε ιατρούς εντασσόμενους στο Ε.Σ.Υ. Είναι χαρακτηριστικό ότι δυνάμει του άρθρου 24 παρ. 1 και 2 του νόμου 1397/83, καθώς και του άρθρου 63 επ. του ν. 2071/92, οι εν λόγω ιατροί που προσφέρουν τις υπηρεσίες υγείας σε αποκεντρωμένα ΝΠΔΔ του Ε.Σ.Υ. αντιμετωπίζονται νομοθετικά ως **«δημόσιοι λειτουργοί»**. Τόσο για την αμοιβή τους, όσο και για την εποπτεία τους αρμόδιος είναι ο αρμόδιος υπουργός, ενώ υπάγονται στο διοικητή του νοσοκομείου, ο οποίος αποτελεί υπάλληλος ΝΠΔΔ με ορισμένη θητεία<sup>29</sup>, εφόσον δεν ανήκει σε ειδικό κλάδο των ιατρών του Ε.Σ.Υ.<sup>30</sup> Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. ως δημόσιοι λειτουργοί απαγορεύεται να ασκήσουν ελεύθερο επάγγελμα.

### **2.5.2. Ιατροί ως δημόσιος υπάλληλος ή υπάλληλος ΝΠΔΔ**

Επιπλέον, οι ιατροί μη εντασσόμενοι στο ΕΣΥ που προσφέρουν υπηρεσίες στο δημόσιο ή σε δημόσιο οργανισμό είναι δημόσιοι υπάλληλοι και εξ αυτού του λόγου απολαμβάνουν δημοσιοϋπαλληλικής μονιμότητας σύμφωνα με το άρθρο 103 του Συντάγματος.

### **2.5.3. Ο ιατρός ως μέλος ΔΕΠ των ιατρικών σχολών των ΑΕΙ και η ευθύνη του**

Ειδική κατηγορία ιατρών του Ε.Σ.Υ. αποτελούν οι ιατροί οι οποίοι είναι μέλη- ΔΕΠ των ιατρικών σχολών των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων της χώρας. Το εν λόγω ζήτημα παραπέμφθηκε στην Τακτική Ολομέλεια του Αρείου Πάγου, καθώς κρίθηκε δυνάμει της υπ' αριθμόν 2208/2007 απόφασης του Α1 Πολιτικού τμήματος του Αρείου Πάγου ως **«ζήτημα γενικού ενδιαφέροντος»**. Συνεπεία τούτου, εκδόθηκε η υπ' αριθμ. 3/2009 απόφασης της Ολομέλειας του Αρείου Πάγου, η οποία κρίθηκε ότι τα ως άνω πρόσωπα ευθύνονται αυτοτελώς και εις ολόκληρον με το οικείο νομικό πρόσωπο. Η σκέψη της απόφασης στηρίζεται αφενός στην ερμηνεία των διατάξεων του υπαλληλικού κώδικα μετά των τροποποιήσεων αυτού (ΠΔ 611/1977, ν. 2683/1999, ν.

---

<sup>29</sup> ΣτΕ 1754/08

<sup>30</sup> ΣτΕ 407/06

3528/2007), βάσει των οποίων ουδεμία ρητή ρύθμιση προβλέφθηκε για την υπαγωγή τους στην ευνοϊκή ρύθμιση του υπαλληλικού κώδικα, ο οποίος προβλέπει το ανεύθυνο των δημοσίων οργάνων και υπαλλήλων ΝΠΔΔ έναντι τρίτων για ζημία που προκάλεσαν σ' αυτούς από παράνομη πράξη ή παράλειψη τους κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους είτε στο δημόσιο είτε σε ΝΠΔΔ. Αφετέρου, η ως άνω απόφαση λαμβάνει υπόψη της την ισότητα των ελλήνων πολιτών έναντι του νόμου δυνάμει του άρθρου 4 παρ. 1 του Συντάγματος, με την έννοια της υποχρέωσης του νομοθέτη να ρυθμίζει ουσιωδώς όμοια πράγματα, σχέσεις ή καταστάσεις που αφορούν περισσότερες κατηγορίες προσώπων μη εισάγοντας αδικαιολόγητες εξαιρέσεις και διακρίσεις. Ειδικότερα, κρίθηκε ότι η μη υπαγωγή τους στην ευνοϊκή ρύθμιση του υπαλληλικού κώδικα «συνάδει προς την ιδιότητα αυτών ως ανωτάτων δημοσίων λειτουργών με αυξημένο κύρος και με την απ' αυτήν απορρέουσα πρόσθετη ευθύνη από εκείνη του απλού δημοσίου υπαλλήλου, κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους, καίτοι παράλληλα και ταυτόχρονα ασκούν και το λειτούργημα του ιατρού του Ε.Σ.Υ., με την επισήμανση ότι με δική τους επιλογή και ευθύνη και για δικό τους όφελος κατείχαν τη θέση του Καθηγητή σε Α.Ε.Ι. παράλληλα με τη θέση του ιατρού υπαγομένου στο Ε.Σ.Υ. Επιπλέον, σημειώνεται ότι κατά το χρόνο της διενέργειας κάποιας χειρουργικής επέμβασης σε τρίτο ή ιατρικής παρακολούθησής του η πανεπιστημιακή ιδιότητα που έχει ο θεράπων ιατρός δεν παύει να υφίσταται, δεν κάμπτεται ούτε υποβαθμίζεται από αυτήν του ιατρού, αλλά τότε είναι απαραίτητο πρόδηλα να αποδεικνύεται ως υπερέχουσα οιασδήποτε άλλης, καθόσον τότε πρέπει να επιβεβαιώνονται οι αυξημένες γνώσεις του (πανεπιστημιακού Καθηγητή) της επιστήμης ή (και) της τέχνης του που οφείλει να έχει και να τις εφαρμόζει στην πράξη και με προσωπική ευθύνη του, χωρίς σφάλματα. Τότε θα υφίστατο άνιση μεταχείριση, εάν μεταξύ των ιατρών με διαφορετικά προσόντα κάποια ευνοϊκή ρύθμιση ως προς την υπηρεσιακή τους ευθύνη υπήρχε μόνον υπέρ εκείνων που είχαν τα πρόσθετα προσόντα, όπως είναι και η κατοχή της θέσης του πανεπιστημιακού καθηγητή, και δεν είχε επεκταθεί και στους έχοντες μόνο την ιδιότητα του απλού ιατρού του Ε.Σ.Υ. Εν αντιθέσει, εάν επεκτεινόταν η υφισταμένη ευνοϊκή μόνον υπέρ των ιατρών του Ε.Σ.Υ. ρύθμιση και στους έχοντες πρόσθετα προσόντα ιατρούς, χωρίς να συντρέχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος, προς το συμφέρον μόνο των τελευταίων και σε βάρος των δικαιωμάτων εκείνων που ζημιώθηκαν από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις τους, η τοιαύτη επέκταση της ευνοϊκής ρύθμισης και στην ανώτατη τάξη των δημοσίων λειτουργών - καθηγητών Πανεπιστημίου, ήτοι σε διαφορετική κατ' ουσίαν κατηγορία προσώπων, θα οδηγούσε στην πραγματικότητα σε ανισότητα του νόμου έναντι των πολιτών, κάτι το οποίο θεωρείται ανεπίτρεπτο από την ίδια ως άνω Συνταγματική διάταξη. Υπέρ της τελευταίας αυτής κρίσης συνηγορεί το ότι δεν επιχειρήθηκε ποτέ κατά τη διάρκεια της πολυετούς ισχύος του Υ.Κ. του έτους 1977 τοιαύτη νομοθετική ρύθμιση για επέκταση, είτε ευθέως είτε κατά παραπομπή, του άρθρου 85 παρ. 1 του ως άνω υπαλληλικού Κώδικα και στην τάξη των Καθηγητών Πανεπιστημίου, οι οποίοι ως ανώτατοι δημόσιοι λειτουργοί δεν υπάγονταν ως

προς τα λοιπά ζητήματά τους (υπηρεσιακή εξέλιξη, αποδοχές, πειθαρχικό δίκαιο) στις διατάξεις του ως άνω Υ.Κ.».

Ωστόσο, αναπτύχθηκε έντονη αντεπιχειρηματολογία η οποία οδήγησε το νομοθέτη στην επέκταση της προστασίας του Ε.Σ.Υ. και στους πανεπιστημιακούς ιατρούς δυνάμει του άρθρου 1 παρ. 2 του νόμου **3754/2009**. Η επιχειρηματολογία έγκειται στα εξής ζητήματα:

Σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 2 του ν. 3528/2007 ανετράπη το καθεστώς του ΠΔ 611/1977, και πλέον αναγνωρίζεται ότι το ανωτέρω προσωπικό διέπεται από τις ειδικές διατάξεις και σε περίπτωση κενού νομοθεσίας, τότε εφαρμόζεται συμπληρωματικά ο Υπαλληλικός Κώδικας. Να τονισθεί, δε, ότι ένα τέτοιο ζήτημα άνευ ειδικής πρόβλεψης αποτελεί η αστική ευθύνη του ανωτέρω προσωπικού.

Οι πανεπιστημιακοί ιατροί καθώς και το υπόλοιπο διδακτικό προσωπικό υπάγεται στον νόμο 1268/1982 περί των ΑΕΙ, ο οποίος δεν παρέχει ειδική ρύθμιση για την αστική τους ευθύνη. Τόσο στο άρθρο 13 παρ. 4 του προαναφερόμενου νόμου όσο και στο άρθρο 16 παρ. 6 του Συντ. αποδίδεται ο χαρακτηρισμός των δημοσίων λειτουργών. Συνεπεία των ανωτέρω, εφαρμόζεται συμπληρωματικά ο υπαλληλικός κώδικας αναφορικά με το αρρυθμιστο ζήτημα της αστικής του ευθύνης.

Δυνάμει των άρθρων 11 παρ. 2 και 4 του Ν. 2889/2001, απαγορεύτηκε στους ιατρούς μέλη- ΔΕΠ των Ιατρικών Σχολών της Χώρας να εργάζονται σε θέσεις του ΕΣΥ, οπότε και περιορίστηκαν στο κλινικό τους έργο και στο ιδιωτικό ιατρείο τους υπό τις προϋποθέσεις του νόμου.<sup>31</sup> Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 13 παρ. 14 του ν. 2829/2001 όρισε ρητά ότι τα ζητήματα που αφορούν το έργο που παρέχεται στο πλαίσιο των κλινικών εργαστηρίων και πλέον μονάδων εξακολουθεί να διέπεται από την πανεπιστημιακή νομοθεσία. Σκοπός της εν λόγω διάταξης είναι η παροχή της απαιτούμενης ακαδημαϊκής ελευθερίας στο ως άνω διδακτικό προσωπικό- μελών του ΔΕΠ προς επίτευξη της επιταγής του άρθρου 16 παρ. 6 του Συντάγματος.

Ομοίως, αντίρρηση εκφράστηκε και ως προς το ζήτημα αναφορικά με την αρχή της ισότητας, καθώς η συνδρομή του ιδιαίτερου λόγου στο πρόσωπο των ως άνω μελών ΔΕΠ θα έπρεπε να αποτελέσει αιτία εξαίρεσης αυτών, καθώς άλλωστε παρέχονται ως προς το είδος του όμοιες υπηρεσίες. Ειδικότερα, δε, το παρεχόμενο έργο στις κλινικές ομοιάζει με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο ΕΣΥ, ενώ διαφοροποιείται ως προς την βαρύτητα των περιπτώσεων νοσηλείας, καθώς πρόκειται για σπάνιες, επιβαρυνμένες ή χρήζουσες ειδικής- πειραματικής θεραπευτικής μεθόδου περιπτώσεις. Συνεπεία τούτου, de lege lata είναι επιβεβλημένη η εφαρμογή του άρθρου 38 του υπαλληλικού κώδικα για τη συγκεκριμένη κατηγορία προσωπικού, καθώς λαμβάνει κατά κανόνα επαυξημένο κίνδυνο κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Επίσης, ασκήθηκε κριτική στο γεγονός ότι τα μέλη ΔΕΠ είναι όργανα των ΑΕΙ, τα οποία ομοίως είναι ΝΠΔΔ όπως και τα

---

<sup>31</sup> ΣτΕ 1678/2002

δημόσια νοσοκομεία. Επομένως, ήταν αδικαιολόγητη η διαφοροποίηση που εισήχθη από την ολομέλεια του Αρείου Πάγου.

#### **2.5.4. Ο ειδικευόμενος ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό**

Αναφορικά, δε, με το καθεστώς του ειδικευόμενου ιατρού έχει κριθεί νομολογιακά<sup>32</sup> ότι δε συνδέεται με το δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα με σχέση εξαρτημένης εργασίας ορισμένου χρόνου όπως τη χαρακτηρίζει ο νομοθέτης, αλλά **σχέση εκπαιδευτική δημοσίου δικαίου**, καθώς μέσω αυτής σκοπείται η απόκτηση ορισμένης ειδικότητας, ενώ η αποζημίωση δεν καταβάλλεται ως αντάλλαγμα, αλλά για την εξασφάλιση των μέσων συντήρησής του, προκειμένου να αφοσιώνεται απρόσκοπτα στην εξειδίκευσή του. Δε θεωρείται, όμως, όργανο ΝΠΔΔ, καθώς τυπική προϋπόθεση για την απόκτηση οργανικής θέσεως αποτελεί η άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Ιδιαίτερη κατηγορία μη ιατρικού προσωπικού αποτελεί το νοσηλευτικό προσωπικό που διορίζεται κατόπιν σύμφωνης γνώμης του ΑΣΕΠ ως μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι του ΕΣΥ σε διάφορες βαθμίδες (ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ). Ως βασική προϋπόθεση διορισμού αποτελεί ο βασικό τίτλος του νοσηλευτή που προέρχεται από ανώτερες ή ανώτατες σπουδές ( άρθρο 5, παρ. 2 ν. 1579/85). Ως δημόσιοι υπάλληλοι διορίζονται ομοίως έτερες ειδικότητες μη ιατρικού προσωπικού, ήτοι οι κοινωνικού λειτουργοί, οι επισκέπτες υγείας, οι βιολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, οι νοσοκομειακοί φαρμακοποιοί, οι κλινικοί χημικοί, οι ψυχολόγοι, ακτινογράφοι, ακτινοδιαγνώστες, μαίες και λοιποί.

---

<sup>32</sup> ΑΠ 461/95



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Απόστολος Γέροντας, Σωτήρης Λύτρας, Προκόπης Παυλόπουλος, Γλυκερίας Σιούτη, Σπυρίδων Φλογαΐτης**, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα 2010, 2η έκδοση.
2. **Π.Μ. Ευστρατίου**, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 2004
3. **διαΝΕΟσις** Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Φεβρουάριος 2020
4. **Κωνσταντίνος Δ. Κρεμαλής**, Δίκαιο της Υγείας, Τόμος 1, Νομική Βιβλιοθήκη, Φεβρουάριος 2011
5. **Γ. Μπαμπινιώτης**, Λεξικό νέας ελληνικής γλώσσας, Κέντρο Λεξιλογίας, Αθήνα, 1998.
6. **Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου- Πεγλιβανίδη**, Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2<sup>η</sup> έκδοση
7. **Πρ. Παυλόπουλου**, η αστική ευθύνη.
8. **Επαμεινώνδας Σπηλιωτόπουλος**, Εγχειρίδιο Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Νομική βιβλιοθήκη, 15η έκδοση, Ιούνιος 2017.
9. **Χ. Χρυσανθάκη- Π. Πανταζόπουλου**, Εισηγήσεις Διοικητικού Δικαίου, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006, 2η έκδοση.
10. <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-bismarck-versus-beveridge>

## Κεφάλαιο 3.

### Η θεμελίωση της αστικής ιατρικής ευθύνης

#### 3.1. Εισαγωγή

Η ιατρική ευθύνη εν γένει έχει αποσπάσει τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα ιδιαίτερης προσοχής τόσο από την πλευρά του ζημιωθέντα θύματος και των οικείων του, όσο και του θεράποντα ιατρού. Οι διαστάσεις του εν λόγω θέματος δεν περιορίζονται μόνο στον αστικό κλάδο, αλλά επεκτείνεται και προς τις ποινικές και πειθαρχικές έννομες συνέπειες. Πάραυτα και ειδικότερα ως προς την αστική ευθύνη των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων προς τον πολίτη-διοικούμενο το ενδιαφέρον δεν κυμάνθηκε στα ίδια επίπεδα, ενώ παρατηρήθηκε η ανάπτυξη του εν λόγω κλάδου τα τελευταία χρόνια.

Σημαντικοί παράγοντες αναχαιτίσης περί της θεωρητικής ενασχόλησης αποτέλεσε η πρόσφατη υπαγωγή των διαφορών ως διαφορών ουσίας δυνάμει του νομου **1406/1983**. Επιπλέον, καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη του θεσμού, διαδραμάτισε η μεταγενέστερη υλοποίηση του θεσμού της αναγκαστικής εκτέλεσης από τον αντίστοιχο θεσμό του ιδιωτικού δικαίου, και ειδικότερα μετά την θέσπιση των άρθρων 94 παρ. 4 περ. τελευταία και 5 του Συντάγματος<sup>33</sup> και του άρθρου 4 του ν. 3068/2002<sup>34</sup>, ο οποίος εξειδίκευσε σε νομοθετικό επίπεδο το συνταγματικό δικαίωμα για την αναγκαστική εκτέλεση σε βάρος του Δημοσίου.

Εξ αυτού του λόγου, το μεγαλύτερο μέρος ευθύνης μετατοπίστηκε στην διαπλαστική δύναμη των πάση φύσεως δικαστηρίων αναλόγως της διαφοράς που είχε εισαχθεί ενώπιον τους.

Στο παρόν 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο, θα αναφερθούν συνοπτικά οι νομικές βάσεις για την θεμελίωση της ιατρικής αστικής ευθύνης, και δη στα άρθρο 105-106 του ΕισΑΚ σε συνδυασμό με τις ειδικότερες διατάξεις του νόμου **3418/2005**, ήτοι του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Στην τελευταία υποενότητα του 3<sup>ου</sup> Κεφαλαίου, παρουσιάζεται η έννοια της ιατρικής πράξης, καθώς αποτελεί βασική έννοια για την αναζήτηση της τέλεσης ιατρικού σφάλματος.

---

<sup>33</sup> Ψήφισμα της 6ης Απριλίου 2001 της Ζ' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων.

<sup>34</sup> Σύμφωνα με την παράγραφο 2 προβλέπεται η προθεσμία για την έναρξη εκτέλεσης, ήτοι «*Αναγκαστική εκτέλεση σε βάρος του Δημοσίου ή Ν.Π.Δ.Δ. επιτρέπεται μετά την παρέλευση εξήντα ημερών από την επίδοση της απόφασης στον Υπουργό ο οποίος είναι αρμόδιος για την πληρωμή ή στον εκπρόσωπο του Ν.Π.Δ.Δ.*»

### 3.2. Νομικές βάσεις θεμελίωσης της ιατρικής ευθύνης

Προς εξεύρεση μίας νομοθετικής ρύθμισης της ιατρικής ευθύνης, διαπιστώνεται εύλογα ότι ουδεμία ειδική διάταξη δεν ευρίσκεται στην ελληνική νομοθεσία, με εξαίρεση το άρθρο 24 της Σύμβασης του Οβιέδο, η οποία έχει κυρωθεί με τον νόμο 2619/1998, και προβλέπει το εξής: **«Το πρόσωπο το οποίο έχει υποστεί απρόκλητο βλάβη εξαιτίας επέμβασης έχει δικαίωμα σε δίκαιη αποζημίωση σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και διαδικασίες, που ο νόμος ορίζει».**

Από την ανάγνωση της ως άνω ρύθμισης, διαπιστώνεται η γενικότητα αυτής, καθώς παραπέμπει στη εθνική νομοθεσία για την ακριβή ρύθμιση των ζητημάτων της αστικής ιατρικής ευθύνης. Επιπλέον, ειδική ρύθμιση, μπορεί να αποτελέσει η πρωτότυπη διάταξη του άρθρου 8 του νόμου 2251/1994 για την προστασία των καταναλωτών. Σύμφωνα, δε, με την παράγραφο 1 αναφέρεται ότι **«ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκλήθηκε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψή του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή. Ως παρέχων υπηρεσίες νοείται όποιος, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας, παρέχει υπηρεσία, κατά τρόπο ανεξάρτητο».**

Συνεπεία των ανωτέρω, θεμέλιο της αστικής ιατρικής ευθύνης των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων για την εκδήλωση ζημιογόνων συμπεριφοράς αποτελούν οι διατάξεις 105 και 106 ΕισΑΚ, σε συνδυασμό με το άρθρο 2, 3, 4 του νόμου 3418/2005 **«Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας».**

Ειδικότερα, το άρθρο 105 ΕισΑΚ προβλέπει ότι **«για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, το δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή η παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης, για χάρη του γενικού συμφέροντος. Συνάμα με το δημόσιο ευθύνεται εις ολόκληρον και το υπαίτιο πρόσωπο, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων για την ευθύνη των υπουργών»**, στο δε άρθρο 106 του ίδιου νόμου προβλέπεται ότι **«Οι διατάξεις των δύο προηγούμενων άρθρων εφαρμόζονται και για την ευθύνη των δήμων, των κοινοτήτων ή των άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου από πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων που βρίσκονται στην υπηρεσία τους».**

Περαιτέρω, σύμφωνα με την παράγραφο 5 του άρθρου 1 του νόμου 3418/2005 προβλέπεται ότι **«Οι διατάξεις του παρόντος εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά, ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας, ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι»**, στο δε άρθρο 2 ορίζεται ότι **η άσκηση της ιατρικής είναι λειτουργήμα το οποίο αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου καθώς και στην ανακούφιση του από τον πόνο. Επιπλέον, ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την**

ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματος του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Επιπρόσθετα, οφείλει να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματος του αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.

Επιπλέον, το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας. Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχος ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.

Παράλληλα, ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις. Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 3 ορίζεται ότι «1. Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησης του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. 2. Ο ιατρός ενεργεί με βάση:

- α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκηση του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση,
- β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και
- γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.

3. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής

έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.

**4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.»**

Ως βάση νομικής θεμελίωσης των πολιτικών, ποινικών και διοικητικών δικαστηρίων αποτέλεσε το άρθρο 24 του ΑΝ. 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος», η οποία αναφερόταν στην υποχρέωση αυξημένης επιμέλειας του ιατρού, και ειδικότερα ότι: «**Ο Ιατρός οφείλει να παρέχει μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσίωσης την ιατρική αυτού συνδρομή, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης, και της κτηθείσης πείρας, τηρών τας ισχυρούσας διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγείων**». Ωστόσο, η ως άνω διάταξη καταργήθηκε με το άρθρο 341 του νόμου 4512/2018,<sup>35</sup> ο οποίος αναφέρεται στα άρθρα 271- 340 για το ιατρικό επάγγελμα χωρίς να μνημονεύει το καταργηθέν άρθρο 24 του Α.Ν. 1565/1939.

Σε καμία περίπτωση ο ΚΙΔ δεν νοείται να θεωρηθεί ως soft law, ήτοι ως σύνολο κανόνων δεοντολογίας. Αντιθέτως, αποτελεί θετικό δίκαιο και δη τυπικός νόμος, ο οποίος εξειδικεύει τις νομικές υποχρεώσεις των ιατρών, ενώ εν όψει της κατάργησης του Α.Ν. 1565/1939, το άρθρο 3 αποτελεί τη μοναδική νομική βάση για την υποχρέωση επιμέλειας του ιατρού.

### **3.3. Η ιατρική πράξη ως θεμελιώδης έννοια της ιατρικής ευθύνης**

Ο ΚΙΔ προβλέπει στο άρθρο 1 παρ. 1 τον εξής ορισμός της ιατρικής πράξης δηλαδή «**είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου**», ενώ στην παράγραφο 2 και 3 προσθέτει τα εξής «**2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης.**

**3. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή».**

---

<sup>35</sup> Ρυθμίσεις για την εφαρμογή των Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής και άλλες διατάξεις

Ο ως άνω ορισμός έχει επικριθεί από τη θεωρία,<sup>36</sup> καθώς λαμβάνει υπόψη αποκλειστικά την θεραπευτική ιατρική πράξη, ήτοι σε όσες κατά τη φύση και το σκοπό τους κατευθύνονται στην αποκατάσταση ή τη διατήρηση της υγείας, παραβλέποντας την ύπαρξη μη θεραπευτικών πράξεων όπως τεχνητή διακοπή της κύησης, επεμβάσεις αισθητικής.

Ειδικότερα, οι ιατρικές πράξεις οι οποίες λαμβάνουν χώρα χωρίς την ύπαρξη θεραπευτικού σκοπού είναι καταρχήν παράνομες πράξεις, εκτός αν είναι επιτρεπόμενες από τον νόμο.<sup>37</sup> Σε περίπτωση, δε, έλλειψη πρόβλεψης αυτών, απαιτείται η ύπαρξη συναίνεσης του ασθενούς για την διενέργεια των μη θεραπευτικών πράξεων. Μεταξύ όμως των λοιπών προϋποθέσεων έγκυρης και έγκαιρης συναίνεσης, αποτελεί η συνδρομή της αρχής των χρηστών ηθών. **Επομένως, η συναίνεση δε νομιμοποιεί μία ιατρική πράξη που συνιστά σοβαρή βλάβη ή διακινδύνευση του προσώπου, εκτός εάν συντρέχει η ύπαρξη ενός υπέρτερου προσδοκώμενου οφέλους.**

Η αναζήτηση της σημασίας της ιατρικής πράξης είναι σημαντική, καθώς με την διαπίστωσή της, είναι εφικτή η θεμελίωση της παράνομης συμπεριφοράς του ιατρού. **Επομένως, η αξιολόγηση της ιατρικής πράξης ως προς την ύπαρξη της και του παράνομου χαρακτήρα αυτής αποτελεί προγενέστερο στάδιο από την αναζήτηση της ύπαρξης ιατρικού σφάλματος.**

Ειδικότερα, έχουν διατυπωθεί δύο θεωρητικές προσεγγίσεις για την ύπαρξη της παρανομίας της ιατρικής πράξης. Σύμφωνα, με την πρώτη άποψη, κάθε ιατρική επέμβαση, στο μέτρο που συνιστά επενέργεια στη σωματική ακεραιότητα και υγεία πρέπει να θεωρηθεί σωματική βλάβη κατά την έννοια 929 ΑΚ, ανεξαρτήτως εάν αυτή η ιατρική πράξη είναι αναγκαία και αν εκτελέστηκε χωρίς σφάλμα. Η άρση του παράνομου χαρακτήρα επέρχεται με τη συναίνεση του ασθενούς.<sup>38</sup> Επομένως, η ύπαρξη συναίνεσης αποτελεί λόγος άρσης του παρανόμου.

Κατά τη δεύτερη άποψη, η ιατρική επέμβαση δε συνιστά καθαυτή παράνομη σωματική βλάβη, εφόσον εφαρμόζεται για θεραπευτικούς λόγους. Ωστόσο, απαιτείται η έγκυρη συναίνεση του ασθενούς, καθώς δυνάμει του δικαιώματος του στην προστασία της προσωπικότητάς του κατ' άρθρο 57 ΑΚ έχει το δικαίωμα αυτοκαθορισμού σε σχέση με το σώμα και την υγεία του. Χωρίς την ως άνω συναίνεση, η ιατρική πράξη είναι «αυθαίρετη».<sup>39</sup>

Η πρώτη θεωρητική προσέγγιση είναι δεκτική κριτικής, καθώς άποψη υποστηρίζει ότι κάθε ιατρική πράξη είναι παράνομη ως αποτέλεσμα υπαίτιου τραυματισμού, η οποία επιρρίπτει το σύνολο του θεραπευτικού κινδύνου και του βάρους αποδείξεως στον ιατρό. Αντίθετα, μία επεμβατική ιατρική πράξη η οποία είναι ενδεδειγμένη και επιβάλλεται για θεραπευτικούς σκοπούς και με κριτήριο το συμφέρον του ασθενούς, θα έπρεπε να θεωρείται καταρχάς νόμιμη ιατρική πράξη.

---

<sup>36</sup> **Κατερίνα Φουντεδάκη**, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης (Διάλογος με τη νομολογία), εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη

<sup>37</sup> Τεχνητή διακοπή κύησης άρθρο 304 παρ. 4<sup>α</sup> ΠΚ

<sup>38</sup> Εφ Αθ 5512/2003. Η εν λόγω απόφαση δέχθηκε και τις δύο απόψεις

<sup>39</sup> ΠΠθεσ/νίκης 2136/2006

Επομένως, η θεωρία περί προσβολής της προσωπικότητας εμφανίζεται πειστικότερη, όμως για τη θεμελίωσή της απαιτούνται δύο πρόσθετα στοιχεία, ήτοι το ιατρικό σφάλμα, και η έλλειψη έγκυρης συναίνεσης ασθενούς (αυθαίρετη ιατρική πράξη).

Η υπό κρίση μελέτη αναζητά και αναλύει την ύπαρξη παρανομίας βάσει του ιατρικού λάθους, οπότε και περιορίζεται στην εξέταση της εν λόγω προϋπόθεσης.

Ομοίως, πρέπει να αναφερθεί και η έννοια της καταργηθείσης διάταξης του άρθρου 112 του ν. Α.Ν. 1565/1939, καθώς εισφέρει και διαφωτίζει την προσέγγιση του Έλληνα νομοθέτη ανά τα χρόνια. Ειδικότερα, βάσει αυτής ορίστηκε ότι συνιστά η πράξη η οποία κατατείνει στην διάγνωση ή θεραπεία ή στην θεραπευτική επέμβαση ή πράξη για επέμβαση με καλαισθητικό χαρακτήρα, υπό τον όρο χρήσης χειρουργικών μέσων ή μηχανημάτων.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1. Κατερίνα Φουντεδάκη**, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης (Διάλογος με τη νομολογία), εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη
- 2. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

### Οι νόμο προϋποθέσεις για την στοιχειοθέτηση της αστικής ιατρικής ευθύνης των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων βάσει των άρθρων 105-106 ΕισΑΚ

#### 4.1. Εισαγωγή

Στο παρόν στάδιο παρατίθενται αναλυτικά και εξειδικεύονται οι προϋποθέσεις για την στοιχειοθέτηση της αστικής ιατρικής ευθύνης των δημοσίων νοσοκομείων. Ως άλλωστε κατέστη σαφές, δυνάμει του άρθρου 7 παρ. 1 του Ν. 3329/2005 τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.Κ.Α. χαρακτηρίστηκαν ΝΠΔΔ, και εξ αυτού του λόγου οι προϋποθέσεις της αστικής ευθύνης του Κράτους εφαρμόζονται ομοίως και για τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα.

Επομένως, ως προϋποθέσεις κατά το άρθρο 105- 106 ΕισΑΚ αποτελούν οι εξής:

α) πράξη, παράλειψη, υλική ενέργεια ή παράλειψη υλικής ενέργειας προερχόμενη από όργανο του νοσοκομείου, β) στο πλαίσιο άσκησης των καθηκόντων του, γ) η οποία είναι παράνομη, δ) μη στηριζόμενη σε κανόνα που έχει τεθεί για χάρη του δημοσίου συμφέροντος, ε) να είναι ζημιογόνα και στ) και να τελεί σε πρόσφορο αιτιώδη σύνδεσμο με την παρανομία.

Για την εξέταση της συνδρομής της παρούσης προϋπόθεσης για τον ιατρικό δίκαιο, είναι θεμελιώδης η έννοια της ιατρικής πράξης κατά το άρθρο 1 του ΚΙΔ, η οποία περιλαμβάνει το σύνολο των πράξεων επεμβατικών ή μη καθώς και πράξεων που οδηγούν ή όχι στην θεραπεία του ασθενούς.

Στο πλαίσιο του ιατρικού δικαίου, συνηθέστερες στην πράξη αποτελούν οι υλικές ενέργειες, όπως επί παραδείγματι η διενέργεια πλημμελών ιατρικών πράξεων, οι οποίες προέρχονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και από τον πανεπιστημιακό ιατρό κατά την παροχή ιατρικών<sup>40</sup> υπηρεσιών.

Η υπό κρίση εξέταση των ειδικότερων προϋποθέσεων θα λάβει χώρα υπό το φως της έννοιας του ιατρικού σφάλματος, οπότε και η έρευνα θα περιοριστεί στο πεδίο της διάγνωσης του συνόλου των πράξεων, παραλείψεων και υλικών ενεργειών που συνιστούν και εμπίπτουν στην έννοια του ιατρικού σφάλματος. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η παρουσίαση της έννοιας του ιατρικού σφάλματος καθώς και τα κριτήρια βάσει των οποίων μία ιατρική πράξη αποτελεί ιατρικό σφάλμα.

---

<sup>40</sup> ΣτΕ 1219/2012, 735/2010



## 4.2 Προϋποθέσεις

### 4.2.1. Η διενέργεια πράξης ή παράλειψης ή υλικής ενέργειας από όργανο του Δημοσίου

Ως έννοια της «**πράξης**» στη θεωρία του γενικού διοικητικού δικαίου γίνεται δεκτή η εκτελεστή ατομική διοικητική πράξη, η οποία είτε είναι **ευμενής**, αλλά ακυρώθηκε,<sup>41</sup> ανακλήθηκε ένεκα παράνομης έκδοσης αυτής χωρίς υπαιτιότητα του διοικουμένου, είτε **δυσμενής** επειδή είτε αρνείται ρητά αίτημα του διοικουμένου ή αρνείται την έγκριση μιας επωφελούς πράξεως, είτε επιβάλλει στον διοικούμενο μία υποχρέωση, περιορίζει/ καταργεί δικαίωμα ή την ωφέλεια από μία πραγματική ενέργεια είτε αρνείται τη συμμόρφωση σε δικαστική απόφαση.

Επίσης, μπορεί να αποτελεί ατομική διοικητική πράξη με ευμενή αποτελέσματα για το διοικούμενο, αλλά να απορρέουν ζημίες σε τρίτο.

Πέρα από τις εκτελεστές πράξεις, στην έννοια της πράξεως υπάγεται και το σύνολο των μη εκτελεστών διοικητικών πράξεων, ήτοι γνωμοδοτήσεις, μέτρα εσωτερικής πράξης πράξεις εκτέλεσης, και πράξεις παροχής πληροφοριών.

Ομοίως, πράξεις αποτελούν και οι κανονιστικές με έμμεση εφαρμογή, δυνάμει των οποίων καταργείται/ περιορίζεται/ δεν αναγνωρίζεται ένα δικαίωμα του διοικουμένου, ή επιβάλλεται μία υποχρέωση ή επισύρονται σοβαρές κυρώσεις.

Αναφορικά, δε, με την έννοια των παραλείψεων προκύπτει ότι αναφέρεται στην παράλειψη οφειλόμενης νόμιμης ενέργειας, καθώς και κάθε είδους παράλειψης των οργάνων του δημοσίου κατά την έκδοση διοικητικών πράξεων ή την επιχείρηση διοικητικών ενεργειών.

Τέλος, δε, με τις υλικές ενέργειες έχει κριθεί,<sup>42</sup> ότι η αστική ευθύνη του Δημοσίου καλύπτει το σύνολο των παράνομων υλικών ενεργειών, καθώς και τις παραλείψεις αυτών.

Αξιομνημόνευτη είναι η υπ' αριθμόν **4013/1996** απόφαση του ΣτΕ, σύμφωνα με την οποία η εσφαλμένη διάγνωση στρατιωτικού ιατρού για ασθένεια στρατιώτη είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση μη αναστρέψιμης ζημίας στην υγεία του. Ειδικότερα, δε, σύμφωνα με τα αναιρετικώς ανέλεγκτα πραγματικά περιστατικά, τα οποία έγινε δεκτά, πρωτοδίκως **«ο αναιρεσείων κατετάγη ως οπλίτης στον Ελληνικό Στρατό στις 16-8-1984 και στις 7-10-1984 παρουσιάστηκε στη Μυτιλήνη (296 Τ.Ε.). Στις 9-4-1985 εξετάσθηκε για πρώτη φορά από τον γιατρό της μονάδος, ο οποίος διέγινωσε "λουμπάγκο" και του χορήγησε διήμερο άδεια αποχής από τις ασκήσεις. Στις 2-5-1985 ο αυτός ιατρός γνωμάτευσε ότι πάσχει από "εαρινή επιπεφυκίτιδα". Εν συνεχεία ο αναιρεσείων νοσηλεύθηκε από 10 έως 20-5-1985 στο ΣΤΕΠ της Μυτιλήνης χωρίς**

<sup>41</sup> ΑΠ 439/1962

<sup>42</sup> ΑΕΔ 6/96

να αναφέρεται η διάγνωση παθήσεων και η αγωγή, στην οποία ίσως υποβλήθηκε, (αυτός ισχυρίστηκε ότι δεν του έκαναν τίποτε, ούτε καν εξέταση αίματος) και τελικώς διατάχθηκε να επανακάμψει στη μονάδα του, όπου στις 18-6-1985 επισκέφθηκε το γιατρό που διέγνωσε 'υπέρταση». Η κατάσταση του διαρκώς χειρότερη με αποτέλεσμα να εγκριθεί η δια της συνήθους οδού (ατμοπλοϊκώς) διακομιδή του στο 401 ΓΣΝΑ., στις 29-6-1985, όπου νοσηλεύτηκε έως 3-7-1985. Η διάγνωση των ιατρών του νοσοκομείου ήταν ότι αυτός ευρίσκετο ήδη στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του χορήγησαν 15νήμερη αναρρωτική άδεια, μετά την εκπνοή της οποίας επανεισήχθη στη Νεφρολογική Κλινική του 401 ΓΣΝΑ, όπου επιβεβαιώθηκε η ανωτέρω διάγνωση και παραπέμφθηκε στην Επιτροπή Απαλλαγών με την ένδειξη κατάλληλος 15, έλαβε οριστικό απολυτήριο από τις τάξεις του Στρατού στις 7-8-1985».

Να τονισθεί, δε, ότι για το ιατρικό σφάλμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την αναζήτηση της έννοιας των πράξεων, παραλείψεων και ενεργειών το άρθρο 112 του Α.Ν. 1565/1939 και παράγραφος 1 του άρθρου 1 του ΚΙΔ, ενώ η συμπεριφορά αυτή δύναται να προκληθεί από οποιοδήποτε όργανο του Νοσοκομείου (ιατρό, νοσηλευτικό ή διοικητικό προσωπικό), καθώς η έννομη σχέση που συνδέει το νοσοκομείο με τους απασχολούμενους δεν επιδρά στην θεμελίωση της αστικής ευθύνης. Εξ αυτού του λόγου, το όργανο που εκδηλώνει την παράνομη και ζημιογόνο συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί όργανο του νοσοκομείου με σχέση ιδιωτικού δικαίου (όργανο εν την ευρεία έννοια).<sup>43</sup>

Ωστόσο, απαραίτητη προϋπόθεση για τον καταλογισμό της ιατρικής αστικής ευθύνης αποτελεί το όργανο αυτό εκτελεί τα καθήκοντά του στο πλαίσιο της οργάνωσης και της λειτουργίας της δημόσιας υπηρεσίας και να μην ενήργησε εκτός του κύκλου των υπηρεσιακών του καθηκόντων από δικό του πταίσμα ή κατά την διαχείριση της ιδιωτικής του Δημοσίου.<sup>44</sup>

Ως προς το εν λόγω ζήτημα η υπ' αριθμόν 1219/2012 απόφαση του Α' τμήματος του ΣτΕ κρίθηκε ότι από τις παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του ιατρικού προσωπικού των πανεπιστημιακών κλινικών που είναι εγκατεστημένες και λειτουργούν σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., θεμελιώνεται

---

43 Χ. Χρυσανθάκη – Π. Πανταζοπούλου, Εισηγήσεις

44 Σύμφωνα με την αυτολεξεί μεταφορά της δικαστικής κρίσης της υπ' αριθμόν 3045/1992 Ολ.ΣτΕ σύμφωνα με την οποία «Κατά την έννοια, δηλαδή, του ανωτέρω άρθρου 105, αναφερομένου στην ευθύνη του Δημοσίου κ.λ.π. «για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του Δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας, που τους έχει ανατεθεί», ευθύνη προς αποζημίωση γεννάται όχι μόνο από την έκδοση μη νόμιμης εκτελεστής διοικητικής πράξης ή από τη μη νόμιμη παράλειψη έκδοσης εκτελεστής διοικητικής πράξης αλλά και από υλικές ενέργειες των οργάνων των δημοσίων υπηρεσιών ή των υπηρεσιών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, στις περιπτώσεις βεβαίως που οι υλικές αυτές ενέργειες απορρέουν εκ της οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών τούτων, όχι δε και οσάκις συνάπτονται με την ιδιωτική διαχείριση του Δημοσίου ή οφείλονται σε προσωπικό πταίσμα οργάνου ενεργήσαντος εκτός του κύκλου των υπηρεσιακών καθηκόντων του».

ευθύνη προς αποζημίωση του νοσοκομείου, ενώ δυνάμει της υπ' αριθμόν **5/1995** απόφασης του ΑΕΔ δεν έγινε κατά πλειοψηφία δεκτή η δικαιοδοσία των διοικητικών δικαστηρίων για αυτοκινητιστικό ατύχημα εξ υπαιτιότητας στρατιωτικού οχήματος, καθώς το εν λόγω όργανο δεν ενεργούσε στο πλαίσιο άσκησης των υπηρεσιακών του καθηκόντων, δηλαδή κατά την ενάσκηση της υπηρεσίας που τους έχει ανατεθεί ή κατά κατάχρηση αυτής, η οποία δεν υπάρχει, όταν η **ζημιογόνος πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια τελέσθηκε καθ' υπέρβαση των ανατεθειμένων σε αυτά καθηκόντων ή επ' ευκαιρία ή εξ αφορμής της υπηρεσίας τους, αλλά κατά παράβαση των διαταγών ή εντολών που έχουν δοθεί σε αυτά, τελούν δε σε εσωτερική αιτιώδη συνάφεια προς την εκτέλεση της υπηρεσίας τους.**<sup>45</sup>

Να σημειωθεί, δε, ότι αρκεί να παρέχονται στο ιατρό γενικές οδηγίες από το νοσοκομείο αναφορικά με τον χρόνο και τους όρους εργασίας του, ενώ δεν απαιτείται για τη διαπίστωση εσωτερικής συνάφειας η διατύπωση ειδικών οδηγιών, όπως άλλωστε έκρινε η υπ' αριθμόν **864/2004** απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Πειραιώς. Ειδικότερα, κρίθηκε ότι αρκεί για να αποδοθεί ο χαρακτηρισμός του προστηθέντα ιατρού, η οποιαδήποτε εξάρτηση του τελευταίου από το νοσοκομείο ως προς τον χρόνο και τους όρους εργασίας, με την αιτιολογία ότι δεν είναι εφικτή η παροχή ειδικών οδηγιών προς τον γιατρό που εν πάσει περιπτώσει είναι υποχρεωμένος να δρα σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης.

#### **4.2.1.2. Η έννοια του παρανόμου**

Ως θεμελιώδη προϋπόθεση της στοιχειοθέτησης αστικής ευθύνης του Δημοσίου αποτελεί η **παράβαση δια της ζημιογόνου πράξης ή παράλειψης ενός κανόνα δικαίου, με τον οποίο προστατεύεται ή παρέχεται συγκεκριμένο δικαίωμα ή έννομο συμφέρον σχετικό με ένα έννομο υλικό ή άυλο αγαθό.**<sup>46</sup> Εν προκειμένω, συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα αποτελεί το δικαίωμα στην υγεία (21 παρ. 3 Σ), το οποίο ως αναλύθηκε ανωτέρω αναπτύσσει την κανονιστική του ισχύ στρεφόμενο κατά του κράτους, το οποίο έχει υποχρέωση να παρέχει κρατικές υπηρεσίες υγείας ισότιμα κατ' άρθρο 4 παρ. 1 του Συντάγματος. Οι ως άνω διατάξεις σε συνδυασμό με την νομοθεσία του Ε.Σ.Υ. δημιουργούν αξιώσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, ώστε να τους παρασχεθούν εγκαίρως οι πρόσφορες υπηρεσίες, οι οποίες θα είναι αντικειμενικώς ορθές για την σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας τους.

---

<sup>45</sup> ΣτΕ 3292/2017, 3380/2007, 2026-7/2009, ΟΛΑΠ 1114/1986, 161/1987, 212/1988, 752/1998, ΑΠ 515/1980, 1617/1987

<sup>46</sup> **Επαμεινώνδας Π. Σπηλιωτόπουλος**, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Τόμος Ι, 15<sup>η</sup> έκδοση, Ιούνιος 2017

Επιπλέον, ευθύνη γεννάται όταν τα όργανα του κράτους στον τομέα της υγείας παραλείπουν τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις που προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη υπηρεσία και απορρέουν από την κείμενη εν γένει νομοθεσία και τους οικείους κανονισμούς, τα δεδομένα της επιστημονικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης κι εμπειρίας, τα διδάγματα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστης.

Συνεπεία των ανωτέρω, δυνάμει της υπ' αριθμόν **2112/2019 απόφασης του ΣτΕ**, σύμφωνα με την οποία απερρίφθη αίτηση αναίρεσης αντικαρκινικού νοσοκομείου, καθώς κρίθηκε ορθή και αιτιολογημένη η κρίση του δικάσαντος διοικητικού εφετείου ότι θεμελιωνόταν σε βάρος του αναιρεσείοντος νοσοκομείου, ως προστήσαντος των υπηρετούντων σε αυτό ιατρών, αδικοπρακτική ευθύνη, καθώς ο θεράπων ιατρός παρέλειψε να υποδείξει εγκαίρως τις ενδεδειγμένες εξετάσεις στον ασθενή και να τον ενημερώσει ενδελεχώς για τη δυνατότητα διενέργειας άλλων εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων εφαρμοζόμενων σε ιατρικά κέντρα του εξωτερικού πλην του ακρωτηριασμού, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην ενημερωθεί πριν την διενέργεια του ακρωτηριασμού για τη ύπαρξη των εν λόγω θεραπευτικών εναλλακτικών.

Επιπλέον, δυνάμει της υπ' αριθμόν **15/2018 απόφασης του ΣτΕ** ότι στην εν λόγω εξεταζόμενη περίπτωση δεν παραβιάσθηκε συγκεκριμένη διάταξη νόμου, αλλά παραβιάσθηκαν εκ μέρους των ιατρών των νοσοκομείων τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις που προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη υπηρεσία και απορρέουν από την κείμενη νομοθεσία και τους κανονισμούς, τα δεδομένα της επιστημονικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης και εμπειρίας, τα διδάγματα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστης, καθώς *«οι ιατροί αυτών, αν και διέθεταν τις απαιτούμενες ιατρικές γνώσεις, την επιστημονική εμπειρία και κατάρτιση και ενημερώθηκαν για τα συμπτώματα που εμφάνιζε η ασθενής, τόσο από την ίδια όσο και από τους αδελφούς της, δεν επέδειξαν την προσοχή και επιμέλεια, την οποία όφειλαν, λόγω του επαγγέλματος και των ειδικών γνώσεων τους, να επιδείξουν, αντιθέτως επέδειξαν βαρύτατη αμέλεια και εγκληματική αδιαφορία, με αποτέλεσμα να μην εκτιμήσουν ορθά και κατά τα διδάγματα της ιατρικής τα ως άνω συμπτώματα, τα οποία είχαν πλέον την μορφή «οξείας κοιλίας», να μην υποβάλλουν την ασθενή στις αναγκαίες εξετάσεις, όπως είναι ο απλός ακτινολογικός έλεγχος θώρακος και κοιλίας ή η αιματολογική εξέταση, περαιτέρω δε οι ιατροί του αναιρεσείοντος νοσοκομείου να οδηγηθούν στην εσφαλμένη διάγνωση της αγχώδους διαταραχής, να χορηγήσουν μη ενδεδειγμένη αγωγή με ψυχοφάρμακα και να μην διαγνώσουν το έλκος δωδεκαδακτύλου από το οποίο έπασχε η αδελφή τους καθώς και τη διάτρηση αυτού, η οποία αποτελεί σοβαρή μεν, αλλά αναστρέψιμη κατάσταση, εάν αντιμετωπιστεί εγκαίρως»*.

Περαιτέρω, δυνάμει της υπ' αριθμόν **1531/2018 απόφασης του Α' τμήματος του ΣτΕ**, απερρίφθη αίτηση αναίρεσης του δημοσίου νοσοκομείου, ενώ έγινε δεκτό από τα αναιρετικώς ανέλεγκτα πραγματικά περιστατικά ότι αιτιολογημένα κρίθηκε ότι μοναδικός υπαίτιος του θανάτου της συγγενούς των αναιρεσιβλήτων ήταν ο ιατρός του αναιρεσείοντος νοσοκομείου, ο οποίος, χωρίς να εξετάσει την ασθενή, συνέστησε συντηρητική αντιμετώπιση του περιστατικού

και δεν διέταξε άμεση χειρουργική επέμβαση, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της κατάστασης της υγείας της, μετά την διενεργηθείσα εξέταση, ενώ έκρινε ομοίως αιτιολογημένη την κρίση του εφετείου ως προς τον προσδιορισμό του ύψους της χρηματικής ικανοποίησης λόγω ψυχικής οδύνης.

Δυνάμει της υπ' αριθμόν **2818/2005 απόφασης του ΣτΕ**, με την οποία επιδικάστηκε χρηματική αποζημίωση ένεκα ψυχικής οδύνης στη σύζυγο και το τέκνο ιατρού του ΕΚΑΒ, ο οποίος υπεβλήθη σε σκληρές εργασιακές συνθήκες παρά το γεγονός ότι είχε πρόσφατο σοβαρό ιατρικό-καρδιολογικό ιστορικό. Ως αποτέλεσμα υπέστη σοβαρό ιατρικό-καρδιολογικό έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ειδικότερα, δε, ο ιατρός είχε ζητήσει την απαλλαγή του από την τριήμερη εφημερία, καθώς ευρισκόταν σε κακή ψυχολογική κατάσταση λόγω εργασίας του στην Μυτιλήνη (εκτός έδρας), ενώ είχε προηγηθεί και τραυματισμός στο χέρι του όταν, κατά τη διάρκεια της πτήσης για τη διακομιδή ασθενούς, άνοιξε αιφνιδίως η πόρτα του ελικοπτερου (τραυματισμός για τον οποίο του χορηγήθηκε η προαναφερόμενη αναρρωτική άδεια). Τα όργανα του Ε.Κ.Α.Β. όχι μόνο δεν αποδέχθηκαν το ως άνω αίτημά του, αλλά επέτειναν την κακή ψυχολογική κατάστασή του με την συμπεριφορά τους και, κυρίως, με την προσβλητική για το ήθος και την επαγγελματική προσφορά του απαίτηση του προέδρου του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. να υποβληθεί το αίτημα τούτο γραπτώς. Περαιτέρω, οι εν γένει εργασιακές συνθήκες κατά τη διάρκεια της ένδικης εφημερίας ήταν δύσκολες, ήτοι το άγνωστο περιβάλλον, η έλλειψη ψυχικής υποστήριξης από οικείους, η κατάσταση συνεχούς αναμονής, η βαρύτητα των ενδεχόμενων περιστατικών, η αναγκαστική χρήση του ελικοπτερου (από το οποίο, άλλωστε, όλως προσφάτως είχε τραυματιστεί) και οι λοιπές εντάσεις που προκαλεί ο μακρύς χρόνος μιας τριήμερης εφημερίας. Ειδικότερα, δε, έγινε δεκτό ότι *«το διοικητικό εφετείο έκρινε ότι οι πράξεις – παραλείψεις των αρμοδίων οργάνων του Ε.Κ.Α.Β. (προγραμματισμός και συνθήκες διεξαγωγής των εφημεριών και ειδικότερα των εφημεριών του από 14 έως 16 Νοεμβρίου 2000, απόρριψη του περί απαλλαγής αιτήματος του τελευταίου) που έλαβαν χώρα, σύμφωνα με τα πιο πάνω αποδεικτικά μέσα, ανεξαρτήτως αν αντίκεινται ή όχι σε συγκεκριμένη διάταξη νόμου, συνιστούν, πάντως, περίπτωση παραλείψεως των, κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστωσης, προσιδιαζόντων στη συγκεκριμένη υπηρεσία ιδιαιτέρων καθηκόντων και υποχρεώσεων για την προστασία των εργαζομένων – ιατρών, όπως αυτά προσδιορίζονται και στο προδιαληφθέν έγγραφο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών»*.

Ομοίως, βάσει της υπ' αριθμόν **2727/2003 απόφασης του ΣτΕ** απερρίφθη η αίτηση αναίρεσης του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ» για πλημμελή αιτιολογία, ενώ κρίθηκε ότι η εφημερεύουσα ιατρός παρενέβη τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεν αξιοποίησε τα συμπτώματα που της έθεσε υπόψη ο ασθενής, ήτοι ο τραυματισμένος 18χρονος ο οποίος μετείχε σε αγωνίσματα της Σχολής Ευελπίδων. Ως εκ τούτου, η ως άνω ιατρός παρέλειψε να πραγματοποιήσει τις κατάλληλες εξετάσεις, ήτοι αξονική τομογραφία, με αποτέλεσμα να μη διαγνωσθεί η ρήξη νεφρού και ο ασθενής να καταλήξει.

Περαιτέρω, το ύψος του επιδικασθέντος ποσού χρηματικής ικανοποίησης θεωρήθηκε αναίρετικά ανέλεγκτο.

Ως άλλωστε κατέστη σαφές, οι κανόνες ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος χρήζουν εξειδίκευσης δια της διαπλαστικής εξουσίας του δικαστή, ο οποίος πρέπει να ερμηνεύσει τις έννοιες των *«θεμελιωδών αρχών της Ιατρικής επιστήμης, και της κτηθείσης εμπειρίας»* και της *«ευσυνείδητης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος»*. Επομένως, τα άρθρα 105 και 106 ΕισΝΑΚ αποτελούν *«λευκούς κανόνες δικαίου»*, με αποτέλεσμα ο δικαστής να αναζητά βάσει των πραγματικών δεδομένων της εκάστοτε εκδικαζόμενης διαφοράς, την κρίσιμη κάθε φορά διάταξη. Συνεπεία τούτου, το κανονιστικό κριτήριο της παρανομίας βασίζεται με την ερμηνευτική δικαστική παρέμβαση.<sup>47</sup>

Παρά τις ως άνω πρακτικές δυσκολίες για την αναζήτηση του παρανόμου, η θεωρία έχει προβεί σε μία συστηματική κατάταξη του παρανόμου της ιατρικής εν γένει, το οποίο συνίσταται<sup>48</sup> ως εξής:

α) στην εσφαλμένη διάγνωση της ασθένειας, β) στην εσφαλμένη επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου, γ) στην πλημμελής εκτέλεση της ιατρικής πράξης, δ) στην μη ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς και ε) στην πλημμελή τήρηση του αρχείου.

Ωστόσο, από το σύνολο των ως άνω υποπεριπτώσεων, η έρευνα της παρούσης περιορίζεται στην έννοια του παρανόμου, ως στοιχειοθετείται με την τέλεση από το προσωπικό του δημοσίου νοσοκομείου ιατρικών σφαλμάτων.

#### **4.2.1.2.1. Η έννοια του ιατρικού σφάλματος**

Η έννοια του ιατρικού σφάλματος δεν ορίζεται ρητά στην ελληνική νομοθεσία. Ωστόσο, για την θεμελίωση της παρανομίας του δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος κατά τις διατάξεις της αστικής ευθύνης του δημοσίου, απαιτείται η παραβίαση κανόνων θετού δικαίου κατά την νομολογία.

Ειδικότερα, για τη θεμελίωση της ευθύνης του ιατρού προκρίνεται η αναζήτηση εκείνων των διατάξεων που αναφέρονται στην τήρηση εκ μέρους του ιατρού των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, δηλαδή το σύνολο των κανόνων που πλαισιώνουν την *lege artis* δράση του.

Επομένως, το μοναδικό νομοθετικό θεμέλιο του θετού εθνικού δικαίου αποτελεί η παράγραφος **3 του άρθρου 3 του ΚΙΔ**, σύμφωνα με την οποία *«ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της*

---

<sup>47</sup> *«Η αστική ευθύνη των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η ευθύνη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού – Γενική θεωρητική και νομολογική προσέγγιση»* Δημήτριος Α. Εμμανουηλίδης, Σύμβουλος της Επικρατείας, Εισηγήση στο συνέδριο περί ιατρικής ευθύνης του Πανεπιστημίου Πατρών και του Δικηγορικού Συλλόγου Πατρών (Πάτρα 26 και 27.5.2017).

<sup>48</sup> Μαθιουδάκη Ιακ., Η αστική ευθύνη του κράτους, εκδ. ANION, Θεσσαλονίκη, 2006

*ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για το συγκεκριμένο ασθενή, σύμφωνα με τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση».*

Ομοίως θεμέλιο για την ανεύρεση της έννοιας της αμέλειας αποτέλεσε το άρθρο 24 του Α.Ν. 1565/2018, ως καταργήθηκε σιωπηρά από τον νόμο 4512/2018. Οι ως άνω αναφερόμενες διατάξεις αποτελούν την εξειδίκευση της γενικής ρύθμισης του άρθρου 330 του ΑΚ αναφορικά με την έννοια της «*επιμέλειας που απαιτείται στις συναλλαγές*», ήτοι κατά την διενέργεια της ιατρικής πράξης.

**Ως ιατρικό σφάλμα (ιατρικό λάθος, Medical malpractice, Behandlungsfehler) ορίζεται ως η συμπεριφορά εκ μέρους του ιατρού, η οποία υπολείπεται του μέτρου της επιμέλειας ως επιβάλλεται από το επάγγελμα και τις συγκεκριμένες συνθήκες, κατά κανόνα είτε επειδή ο γιατρός<sup>49</sup> δεν τηρεί το επαγγελματικό του στάνταρτ, είτε επειδή παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης (lege artis).<sup>50</sup>**

Επομένως το ιατρικό σφάλμα αποτελεί την εκδήλωση εκείνης της συμπεριφοράς του ιατρού που αποκλίνει από την αντίστοιχη συμπεριφορά που επιδεικνύει ο ιατρός όμοιας ειδικότητας υπό τις συνθήκες και περιστάσεις τηρώντας τους αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Ως standards/πρότυπα νοείται το επίπεδο παροχής ιατρικών υπηρεσιών που ανταποκρίνεται στους κανόνες της επιστήμης, τις αντικειμενικές περιστάσεις και την εμπειρική γνώση ως έχουν διαμορφωθεί κατά τη στιγμή διενέργειας της ιατρικής πράξης και σε συνδυασμό με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης.

Σύμφωνα με την πάγια νομολογία του Α.Π. το ιατρικό σφάλμα ορίζεται ως «*[...] μορφή εκδήλωσης ορισμένης συμπεριφοράς, χαρακτηριζόμενης ως αποκλίνουσας σε σχέση με αυτή την οποία ο μέσος ιατρός της αντίστοιχης ειδικότητας επιβάλλεται να επιδείξει υπό τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις, ενώ τηρεί τους αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης σε σχέση με τους οποίους δεν υφίσταται αμφισβήτηση[...]*». <sup>51</sup>

Για την εγγύτερη προσέγγιση της έννοιας του ιατρικού σφάλματος, σημείο αναφοράς αποτέλεσε η υπ' αριθμόν **1227/2007** απόφαση του Αρείου Πάγου, η οποία έκρινε ότι η αδικοπρακτική ευθύνη εφαρμόζεται για τη ζημία που προκάλεσε ο ιατρός κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, οπότε και αναφέρθηκε στην έννοια της παρανομίας του ιατρού, καθώς και στην «*διττή λειτουργία της αμέλειας*».

Ειδικότερα, δε, έκρινε ότι «**Παράνομη είναι η συμπεριφορά που αντίκειται σε απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου, ο οποίος απονέμει δικαίωμα ή προστατεύει συγκεκριμένο**

<sup>49</sup> ΑΠ 122/2019, 974/2019, 1337/2005

<sup>50</sup> **Κατερίνα Φουντεδάκη**, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, Διάλογος με την νομολογία

<sup>51</sup> ΑΠ 974/2014

συμφέρον του ζημιωθέντος, μπορεί δε η συμπεριφορά αυτή να συνίσταται σε θετική ενέργεια ή σε παράλειψη ορισμένης ενέργειας. Για την κατάφαση της παρανομίας δεν απαιτείται παράβαση συγκεκριμένου κανόνα δικαίου, αλλά αρκεί η αντίθεση της συμπεριφοράς στο γενικότερο πνεύμα του δικαίου ή στις επιταγές της έννομης τάξης. Επομένως, παρανομία συνιστά και η παράβαση της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας και ασφάλειας στο πλαίσιο της συναλλακτικής και γενικότερα της κοινωνικής δραστηριότητας των ατόμων, δηλαδή η παράβαση της, κοινωνικώς επιβεβλημένης και εκ της θεμελιώδους δικαιοκτικής αρχής της συνεπούς συμπεριφοράς απορρέουσας, υποχρέωσης λήψης ορισμένων μέτρων επιμέλειας για την αποφυγή πρόκλησης ζημίας σε έννομα αγαθά τρίτων προσώπων. Αμέλεια, ως μορφή υπαιτιότητας, υπάρχει όταν, εξαιτίας της παραλείψεως του δράστη να καταβάλει την επιμέλεια που αν κατέβαλε - με μέτρο τη συμπεριφορά του μέσου συνετού και επιμελούς εκπροσώπου του κύκλου δραστηριότητάς του - θα ήταν δυνατή η αποτροπή του ζημιολόγου αποτελέσματος, αυτός (δράστης) είτε δεν προέβλεψε την επέλευση του εν λόγω αποτελέσματος, είτε προέβλεψε μεν το ενδεχόμενο επέλευσής του, ήλπιζε δε ότι θα το αποφύγει. Αιτιώδης σύνδεσμος υπάρχει, όταν η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του δράστη ήταν, σύμφωνα με τα διδάγματα της κοινής πείρας, ικανή, κατά τη συνηθισμένη και κανονική πορεία των πραγμάτων, να επιφέρει τη ζημία και την επέφερε στη συγκεκριμένη περίπτωση[...]. Για τη θεμελίωση της (αδικοπρακτικής) ιατρικής ευθύνης απαιτείται παράνομη και υπαίτια πρόκληση ζημίας. Αμφότερες οι προϋποθέσεις αυτές συντρέχουν ταυτοχρόνως, με βάση τη θεώρηση της αμέλειας ως μορφής πταίσματος και ως μορφής παρανομίας. Ως ακολούθως, εάν, στο πλαίσιο μιας ιατρικής πράξης, παραβιασθούν οι κανόνες και αρχές της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας ή (και) οι εκ του γενικού καθήκοντος πρόνοιας και ασφάλειας απορρέουσες υποχρεώσεις επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητας του ζημιώσαντος, τότε η συμπεριφορά αυτή είναι παράνομη και, συγχρόνως, υπαίτια».

Συνεπεία των ανωτέρω, καθίσταται σαφές και βάσει της νομολογίας, ότι το ιατρικό σφάλμα θα πλήρωνε την νομοτυπική προϋπόθεση της παρανομίας, ακόμη κι αν δεν υπήρχαν οι ως άνω αναφερόμενες διατάξεις του ΚΙΔ και του νόμου 1565/1939, καθώς η παρανομία θα λαμβάνονταν υπόψη υπό μία διευρυμένη έννοια, ήτοι ως παράβαση των γενικών άγραφων κανόνων επιμέλειας. Επομένως, η παρανομία συνιστά πέραν την αντίθεσης σε κανόνας θετού δικαίου, και η παράβαση των άγραφων κανόνων επιμέλειας που απορρέουν από το γενικό καθήκον πρόνοιας και ασφάλειας, της καλής πίστης, ενώ προσδιορίζεται από τις συγκεκριμένες συνθήκες της ανθρώπινης δραστηριότητας, που φέρει στοιχεία επικινδυνότητας σε πρόσωπα και αγαθά λαμβάνοντας υπόψη το μέσο συνετό εκπρόσωπο του κύκλου, στον οποίο ανήκει ο δράστης.

Η εν λόγω απόφαση αποτέλεσε σταθμό για την εννοιολογική προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος, καθώς μέχρι το έτος 2007 οι δικαστικές αποφάσεις των πολιτικών δικαστηρίων και



του Αρείου Πάγου, δεν προσέφεραν ένα στέρεο δογματικό υπόβαθρο, με αποτέλεσμα μεταξύ άλλων η δήλωση του ιατρικού σφάλματος να μην υπάγεται με σαφήνεια στην προϋπόθεση της παρανομίας του άρθρου 914 ΑΚ ή στην έννοια της υπαιτιότητας.

**Εντούτοις, υπό την ως άνω προσέγγιση κατά την νομολογία και την διεθνή θεωρία της αστικής ιατρικής ευθύνης προκύπτει ότι το ιατρικό σφάλμα υπάγεται στην έννοια της αμέλειας ως παρανομίας αλλά και ως μορφή υπαιτιότητας, οπότε συνιστά ταυτόχρονα παράνομη και υπαίτια πράξη.**

Αναφορικά με την θέση των ελληνικών δικαστηρίων, δέον να επισημανθεί η υπ' αριθμόν **1594/2020** απόφαση του Α' τμήματος του ΣτΕ, σύμφωνα με την οποία κρίθηκε ως μη νόμιμη την κρίση του δικάζοντος Εφετείου ότι η έκδοση εξιτηρίου στο δεκαεξάχρονο ασθενή από τους θεράποντες ιατρούς ήταν ιατρική πράξη σύμφωνη με τις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Ειδικότερα, δε οι ιατροί έκριναν ότι θα αναρρώσει καλύτερα στο γνώριμο περιβάλλον της οικίας του, ενώ να τονιστεί ότι ο ασθενής εξέπνευσε. Καταρχάς, το ΣτΕ έκρινε ότι η αποτελεί νομικό ζήτημα η διερεύνηση του ζητήματος για το αν η έκδοση εξιτηρίου συνιστά παράνομη ιατρική πράξη τη στιγμή που ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση ιδιαίτερα νοσηρή, πράγμα το οποίο θα κριθεί σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Περαιτέρω, το ΣτΕ έκρινε ως λανθασμένη την κρίση του δικάσαντος Εφετείου, καθώς για την έκδοση του εξιτηρίου δεν έλαβαν χώρα το σύνολο των ιατρικών πράξεων που επιβάλλονται σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης ως προκύπτουν από τα άρθρα 1, 2, 3 του νόμου 3418/2005, και δη λήψη πλήρους ιστορικού, διενέργεια κλινικών εξετάσεων, εργαστηριακών ελέγχων. Μάλιστα, δε, αναφορά στους ανωτέρω βασικούς πυλώνες της ιατρικής διάγνωσης πρέπει να γίνεται από την έκθεση πραγματογνωμοσύνης.

Στον αντίποδα, δυνάμει της υπ' αριθμόν **159/2021** απόφασης του Τριμελούς Διοικητικού Πρωτοδικείου Πύργου κρίθηκε ότι ο θεράπων ιατρός ενήργησε σύμφωνα με τις αρχές και τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης κα επομένως ενήργησε επιμελώς μη στοιχειοθετούμενης της ευθύνης του δημοσίου νοσοκομείου. Ειδικότερα, οι ενάγοντες γονείς ισχυρίστηκαν ότι ο θάνατος του τέκνου τους προήλθε από την κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης εφαρμογή της αναρροφητικής εμβρυουλκίας (βεντούζας) στο κεφάλι του νεογνού και προκάλεσε σε αυτό από την αδεξιότητά του βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Το δικάσαν δικαστήριο έλαβε υπόψη τις καταθέσεις των μαρτύρων ως λήφθηκαν κατά την ποινική διαδικασία δυνάμει του άρθρου 186 Κώδικα Διοικητική Δικονομίας,<sup>52</sup> σύμφωνα με την οποία η βεντούζα χρησιμοποιήθηκε μία φορά και τοποθετήθηκε στο σωστό σημείο, με αποτέλεσμα η χρήση της βεντούζας στο σωστό σημείο με τη χρήση μίας ή δύο έλξεων είναι ορθή ιατρική πράξη και δε μπορεί να συνδεθεί με το τελικό αποτέλεσμα.

---

<sup>52</sup> Το δικαστήριο μπορεί να συνάγει συμπεράσματα για πραγματικά γεγονότα, από άλλα πραγματικά γεγονότα που έχουν ήδη αποδειχθεί.

Κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί, δε, ότι τόσο στο πρωτοβάθμιο, όσο και στο δευτεροβάθμιο δικαστήριο ο ως άνω ιατρός καταδικάστηκε για το αδίκημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, ενώ ενώπιον του Αρείου Πάγου κρίθηκε η οριστική παύση της ποινικής δίωξης λόγω παραγραφής.

#### 4.2.1.2.2. Κριτήρια για την εξειδίκευση του ιατρικού σφάλματος

Ένεκα της γενικής έννοιας του ιατρικού σφάλματος, κρίνεται αναγκαία η αναφορά και παράθεση των τριών κριτηρίων για την εξειδίκευση της έννοιας της αμέλειας.

**A)** Βάσει του πρώτου κριτηρίου, η εξειδίκευση της ως άνω έννοιας επέρχεται με την σύγκριση με τον **μέσο συνετό γιατρό που συμμορφώνεται από τους κανόνες της επιστήμης (lege artis)**. Ωστόσο, το ως άνω κριτήριο είναι επιδεκτικό κριτικής, καθώς σημειώνεται διάσταση προσέγγισης μεταξύ της νομικής δεοντολογικής θεώρησης και της αντίληψης του ιατρικού κόσμου που δεν είναι εξοικειωμένος με του κανόνες του δικαίου. Καθώς, λοιπόν, η ως άνω θεωρητική προσέγγιση αξιώνει από το μέσο εκπρόσωπο της εκάστοτε εξειδίκευσης να πράττει το ιατρικώς δέον, στο αντίποδα οι πραγματικές συνθήκες και η εμπειρική γνώση οδηγεί σε διαφορετική συνήθη πρακτική των ιατρών.

Προς αυτήν την κατεύθυνση κινείται και ο ορισμός της επιμέλειας της παραγράφου 3 του άρθρου 3 ΚΙΔ, που εξειδικεύει την έννοια του γενικά αποδεκτού κανόνα. Ομοίως, η στάση των δικαστηρίων καταδεικνύει τη γενικότητα της προσέγγισης της έννοιας lege artis, καθώς κατά την διενέργεια της αναγκαίας πραγματογνωμοσύνης, απαιτούν την τεκμηριωμένη προσωπική εκτίμηση αναφορικά με την τέλεση του ιατρικού σφάλματος στο υπό κρίση περιστατικό.

**B)** Ως πιο σύγχρονο κριτήριο για την προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος αποτελεί η έννοια των **standards/ προτύπων του ιατρικού επαγγέλματος, το οποίο έχει την έννοια της συνδρομής ορισμένων προδιαγραφών ποιότητας κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών**. Η ενδεδειγμένη συμπεριφορά του ιατρού προδιαγράφεται ως αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων, ήτοι των αντικειμενικών περιστάσεων, των κανόνων της επιστήμης και της εμπειρικής γνώσης ως ισχύουν κατά τον χρόνο τέλεση της ιατρικής πράξης, οπότε και πρόκειται για την **«βασισμένη σε ενδείξεις ιατρική επιστήμη»** (evidence- based medicine).

Η εν λόγω ιατρική επιστήμη δε βασίζεται αποκλειστικά σε αφηρημένους κανόνες, αλλά τυποποιεί και συνδυάζει πέρα της ιατρικής επιστήμης, την επιστημονική και κλινική έρευνα. Στο πλαίσιο αυτού, καθίσταται χρήσιμα **«τα πρωτόκολλα ιατρικής πράξης»** και οι **«κατευθυντήριες**

*οδηγίες»* (guidelines), τα οποία συντάσσονται από μεγάλους ιατρικούς φορείς και ιατρικές υπηρεσίες, ενώ δεν έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα.

Ως προς το εν λόγω κριτήριο, καθίσταται σαφές ότι παρά τον ευέλικτο χαρακτήρα αυτών και την συνεχή αναπροσαρμογή τους βάσει των νεότερων ιατρικών ενδείξεων, παρατηρείται παντελής έλλειψη σχετικών πρωτοκόλλων και κατευθυντηρίων οδηγιών, ενώ εξακολουθεί να παρέχει μια αυστηρή τυποποίηση απρόσωπων κατευθυντηρίων αποξενωμένων από το αληθές συμφέρον του ασθενούς.

Γ) Κατά την τρίτη προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος, προτάσσεται ως αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή ενός γενικού και συνάμα τυπικού ιατρικού κανόνα, **το συμφέρον του ασθενούς**. Εξ αυτού του λόγου, αμελής καθίσταται ο ιατρός που δεν έπραξε τα δέοντα εν σχέσει με την συγκεκριμένη περίπτωση, και επομένως το συμφέρον του ασθενούς. Το εν λόγω κριτήριο ακολουθεί το δόγμα *«salus aegroti suprema lex»* (*«ο υπέρτατος νόμος είναι η σωτηρία του ασθενούς»*). Ανάστροφα, επιμελής είναι ο ιατρός ο οποίος που διασφαλίζει το συμφέρον του ασθενούς, ακόμη και στην περίπτωση που παραβιάζει το πρότυπο ποιότητας ή την συνήθη ιατρική πρακτική. Άλλωστε, κατά την πρόβλεψη της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του ΚΙΔ, ο ιατρός έχει την υποχρέωση να επιλέξει εκείνη τη θεραπευτική μέθοδο που υπερτερεί έναντι των άλλων.

**Κατά την κριτική των ως άνω κριτηρίων, παρατηρείται ότι ο συνδυασμός των ανωτέρω είναι ο επωφελέστερος για την διαφώτιση της έννοιας της επιμέλειας, ενόψει κυρίως της αρχής περί της στάθμισης κινδύνων- οφέλους ως απόρροια της αρχής της αναλογικότητας που διαπνέει το διοικητικό δίκαιο καθώς και είναι σύμφυτη με το ιατρικό επάγγελμα.**

Επομένως, σφάλμα διαπράττει σφάλμα ο ιατρός ο οποίος προβαίνει σε λανθασμένη στάθμιση μεταξύ οφέλους από την πράξη/ παράλειψη του και του οφέλους για τον συγκεκριμένο ασθενή, η οποία λαμβάνει υπόψη τόσο τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης όσο και την evidence- based medicine.

### 4.2.1.3. Τυπολογία των ιατρικών σφαλμάτων

#### 4.2.1.3.1. Σφάλματα «ενέργειας» και σφάλματα «εκτίμησης»

Στην εν λόγω κατηγορία, συναντάται αφενός η έννοια των **σφαλμάτων ενέργειας**, τα οποία αναφέρονται στην **εκτέλεση μίας ιατρικής πράξης**, ενώ στα **σφάλματα εκτίμησης** αναφέρονται στην **επιλογή του ιατρού για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού** κατά την ελεύθερη επιστημονική του εκτίμηση.

Στην πρώτη περίπτωση, **ο ιατρός κατά την τέλεση μίας πράξης ή ένεκα παράλειψη της ενδεδειγμένης πράξης, αποκλίνει μη συνειδητά από το πρότυπο επιμέλειας**, καθώς ενεργεί «*κατά λάθος*», παραδείγματος χάριν, τρώση αρτηρίας από αδέξιο χειρισμό.

Επί παραδείγματι, στην υπ' αριθμόν **2664/2015 απόφαση του ΣτΕ**, αποτυπώνεται εναργώς το ιατρικό σφάλμα «*ενέργειας*», καθώς ο γυναικολόγος χειρίστηκε κακώς την μέθοδο της αναρροφητικής εμβρυουλκίας με αποτέλεσμα να προκληθεί κάκωση στο κεφάλι του νεογνού και να κριθεί η αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου. Ομοίως, δυνάμει της υπ' αριθμόν **3751/2005 απόφασης του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών**, κρίθηκε ότι το δημόσιο νοσοκομείο φέρει ευθύνη για την ρήξη οισοφάγου ανήλικης προκαλούμενης από την διενεργούμενη γαστροσκόπηση για την απομάκρυνση εκ του οισοφάγου εσφηνωμένου βλωμού ένεκα εσφαλμένου και πλημμελούς χειρισμού ιατρικού εργαλείου.

Στην δεύτερη περίπτωση ο ιατρός **θεωρεί ότι έχει προβεί στην ορθή ιατρική επιλογή, αλλά εν τέλει και εκ του αποτελέσματος η εν λόγω πράξη αξιολογείται ως λανθασμένη και συνιστά ιατρικό σφάλμα**, επειδή λόγω χάριν προέβη σε λανθασμένη θεραπευτική μέθοδο. Εν προκειμένω, η απόκλιση από το πρότυπο επιμέλειας είναι συνειδητή.

Επομένως, ως σφάλματα εκτίμησης θεωρείται η εσφαλμένη- πλημμελής θεραπευτική αγωγή, ήτοι ο ιατρός είναι αμελής ως προς την εκλογή της προσήκουσας θεραπευτικής μεθόδου προκαλώντας βλάβη στην υγεία του ασθενούς, είτε επειδή ο ιατρός αγνοεί την κατάλληλη θεραπεία, είτε επειδή η επιλογή της συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου κατά την κρατούσα ιατρική πρακτική δεν ήταν η ενδεδειγμένη για την περίπτωση. Στην έννοια της εσφαλμένης θεραπευτικής μεθόδου εντάσσεται η χορήγηση του ορθού φαρμάκου, αλλά σε υπερβολική δόση που επιδρά επιζήμια στον ασθενή. Ως υποκατηγορίες της εσφαλμένης θεραπευτικής αγωγής αποτελεί η εσφαλμένη συνταγογράφηση. Μάλιστα, δε, η επιλογή της ορθής θεραπευτικής αγωγής πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στο συμφέρον του ασθενούς, και ο ιατρός πρέπει να επιλέγει ένα φάρμακο έναντι περισσότερων συνδυαστικών φαρμάκων, εφόσον μπορεί να επιτύχει όμοιο αποτέλεσμα με παρόμοιες και οι πιθανές παρενέργειες.

Ιατρικά σφάλματα ως προς την εσφαλμένη θεραπευτική αγωγή εμφανίζεται και στο στάδιο της εγχείρησης (προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά) η εγκατάλειψη ιατρικών

εργαλείων/ αντικειμένων στο σώμα του ασθενούς και η μη έγκαιρη επέμβαση. Ειδικότερα, δυνάμει της υπ' αριθμόν **1655/2001 απόφασης του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών** επιδικάστηκε το ποσό των 10.000.000 δρχ λόγω ανεύρεσης χειρουργικής βελόνας.

Δυνάμει της υπ' αριθμόν **1239/2015 απόφασης του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών** κρίθηκε ότι οι ιατροί δεν διερωτήθηκαν και δεν ερεύνησαν τα αίτια της μη θέσης σε έλεγχο του πυρετού ασθενούς κατά την τρίτη μέρα της μετεγχειρητικής περιόδου, παρόλο που διαπίστωσαν ότι η αντιμικροβιακή θεραπευτική αγωγή που χορήγησαν – Rocerphin 2 gr/ ημέρα- ήταν αναποτελεσματική για την ύφεση του πυρετού. Κατά τους κανόνες της ιατρικής πρακτικής, θεωρείται ως θεμελιώδης εμπειρική θεραπευτική αγωγή η χορήγηση κεφαλοσπορίνης γ' γενιάς και βανκομυκίνης, ενώ κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας έπρεπε οι ιατροί να σκεφθούν την παρουσία μηνιγγίτιδας από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη.

Τα σφάλματα εκτίμησης απαντώνται στην ελληνική νομολογία σε συνδυασμό με τα διαγνωστικά σφάλματα ως αναλύονται κατωτέρω. Προς ενδελεχή παρουσίαση αυτής της κατηγορίας κρίνεται σκόπιμη η αναφορά της υπ' αριθμ. **434/2005 απόφασης του Διοικητικού Πρωτοδικείου Ηρακλείου**, σύμφωνα με την οποία απορρίφθηκε η αγωγή ένεκα ψυχικής οδύνης του αποβιώσαντος νεογνού, καθώς στράφηκε κατά του «Περιφερειακού Συστήματος Υγείας Περιφέρειας Κρήτης», ενώ κρίθηκε ότι παθητικώς νομιμοποιούμενο είναι το νοσοκομείο στο οποίο υπηρετεί ο φερόμενος ως παρανομήσας ιατρός. Σύμφωνα, δε, με τα πραγματικά περιστατικά έγινε δεκτό ότι «*ιατρός .. Διευθυντής του Μαιευτικού - Γυναικολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου ..... παρακολουθούσε από το έτος 2003 και καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης της την πρώτη ενάγουσα, η οποία διήνυε το 24<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας της. Ότι στις 19-5-2004, οπότε κατά τους υπολογισμούς του ιατρού ήταν η τελευταία ημέρα της κοήσεως, τον επισκέφθηκε και αφού την εξέτασε, έκρινε ότι έπρεπε να αναβληθεί ο τοκετός λόγω μη διαστολής του τραχήλου της μήτρας. Ότι επίσης αναβλήθηκε ο τοκετός και μετά τη νέα εξέταση της στις 22-5-2004 και ότι, τελικώς, στις 24-5-2004 και αφού την εξέτασε το πρωί χωρίς να προχωρήσει στον τοκετό και της ζήτησε να επιστρέψει στο σπίτι της, λόγω μη διαστολής, επήλθε, περί ώρα 20.20` 'ρήξη θυλακίου'. Κατόπιν, επανήλθε στο Νοσοκομείο, όπου ο ιατρός έδωσε εντολή να της χορηγηθεί ωξυτοκίνη, προκειμένου να προκληθούν συσπάσεις και διαστολή. Ότι περί ώρα 23.00`, ο ιατρός ανεχώρησε για το σπίτι του, δίδοντας εντολή να διακοπεί η χορήγηση ωξυτοκίνης. Ότι το πρωί της επομένης ημέρας και ενώ η πρωτότοκος ενάγουσα διήλθε όλη τη νύκτα με ωδίνες, ο ιατρός ενημέρωσε τον σύζυγο της - δεύτερο ενάγοντα - ότι ετοιμάζεται για καισαρική τομή γιατί 'έχασε τους παλμούς του παιδιού'. Το κοριτσάκι που γέννησε, μετά ταύτα, η ενάγουσα, παρουσίασε σοβαρό πρόβλημα υγείας, μεταφέρθηκε στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, όπου απεβίωσε την επομένη. Τα ευρήματα της νεκροψίας, αποδόθηκαν σε 'περιγεννητική υποξαιμία', ο δε θάνατος του παιδιού κρίθηκε ότι οφείλεται σε παρατεταμένη υποξία -ανοξία κατά τον τοκετό, με αποτέλεσμα το εγκεφαλικό οίδημα και την νέκρωση του εγκεφάλου. Κατά τους ισχυρισμούς*

*των εναγόντων, η ανοξία που διαπιστώθηκε προκλήθηκε από την βαριά αμέλεια του μαιευτήρος, ο οποίος όφειλε εγκαίρως να διαγνώσει ότι λόγω της ακαμψίας της μήτρας της μητέρας, ήταν επιβεβλημένο να προχωρήσει σε καισαρική τομή».*

Σύμφωνα, με την υπ' αριθμόν 667/2000 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Πατρών, επιδικάστηκε χρηματική αποζημίωση για ψυχική οδύνη σε νοσηλεύόμενη κατά προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά δεν διενεργήθηκαν οι κατάλληλες εξετάσεις. Ειδικότερα, την 6.9.1991 περί ώρα 9.30 π.μ., η τεθνεύσα επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία του εναγόμενου νοσοκομείου, παραπονούμενη για έντονους πόνους στην κοιλιακή χώρα. Εκεί, η ειδικευόμενη γιατρός της συνέστησε να επιστρέψει στην οικεία, όπως και έπραξε. Ωστόσο, η ασθενής επέστρεψε στις 17.00 μ.μ. στο νοσοκομείο με δυνατούς πόνους, την εξέτασε η ίδια ειδικευόμενη γιατρός, η οποία αποφάσισε την εισαγωγή της στην Παθολογική Κλινική. Κατά την εισαγωγή της τοποθετήθηκε στην ασθενή ορός και εξετάστηκε από τον εφημερεύοντα γιατρό παθολόγο. Τη Δευτέρα 9.9.1991 επιλήφθηκε ο Διευθυντής Κλινικής ο οποίος το μεσημέρι της ίδιας ημέρας χορήγησε στην ασθενή εξιτήριο, με τη σύσταση να επανέλθει σε λίγες ημέρες για να υποβληθεί σε γαστροσκόπηση. Την 11.9.1991 η ασθενής επισκέφτηκε ιδιώτη γιατρό, ο οποίος διέγινωσε διάτρηση στομάχου και την παρέπεμψε επειγόντως στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου και έλαβε χώρα άμεση χειρουργική επέμβαση. Σύμφωνα, με το αποδεικτικό υλικό, το δικάζον δικαστήριο δέχθηκε ότι η διάτρηση στομάχου έλαβε χώρα την 6.9.1991, οπότε και η ασθενής είχε οξείς πόνους και αναγκάστηκε να επισκεφθεί δύο φορές τα εξωτερικά ιατρεία, ενώ έκρινε **«Κατά την ιατρική επιστήμη βασική εξέταση για την διαπίστωση της διάτρησης του στομάχου αποτελεί η ακτινογραφία θώρακος - κοιλίας σε όρθια θέση».** Τέτοια εξέταση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της ασθενούς στην Παθολογική Κλινική του εναγομένου από 6.9 έως 9.9.1991 δεν προκύπτει. Η εκδοχή του πορίσματος της ΕΔΕ, κατά την οποία η εξέταση αυτή έγινε, δεν είχε ευρήματα διατρήσεως και η σχετική ακτινογραφία έχει απολεσθεί, στερείται πειστικών αποδείξεων και δεν γίνεται δεκτή» Ομοίως, στο μετεγχειρητικό στάδιο και παρά την επίβλεψη από τον Διευθυντή της Κλινικής, διεκόπη η χορήγηση αντιβίωσης, η οποία υποβοήθησε την επιδείνωση της λοίμωξης και την εγκατάσταση σηψαιμίας και σηπτικού shock, ενώ κρίθηκε ότι ο ίδιος γιατρός παρέλειψε να προβεί στις απαραίτητες εξετάσεις (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία, εξετάσεις αίματος), με τις οποίες θα διαπίστωνε έγκαιρα την επιδείνωση της λοίμωξης και θα εφάρμοζε την ανάλογη θεραπευτική αγωγή για την αντιμετώπισή της. Από την εξέταση της ελληνικής νομολογίας, προκύπτει ότι η κατηγοριοποίηση αυτών, στην δικαστική πράξη τα σφάλματα ενέργειας γίνονται αποδεκτά ευκολότερα, σε αντίθεση με τα σφάλματα «εκτίμησης» τα οποία αποτελούν απειλή για την επιστημονική ελευθερία των ιατρών, ενώ είναι δυσκολότερο ανιχνεύσιμα.

#### 4.2.1.3.2. Διαγνωστικά σφάλματα

Τα διαγνωστικά σφάλματα είναι τα σφάλματα που προκύπτουν κατά την διαπίστωση της ασθένειας, η οποία προκύπτει κατόπιν μίας σειράς ενεργειών, ήτοι της **λήψης του ιατρικού ιστορικού** του ασθενούς, της **κλινικής εξέτασης** του ασθενούς και της **διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων**, όπως εργαστηριακές εξετάσεις και ακτινογραφίες. Η **διάγνωση αποτελεί το πρώτο στάδιο της ευρύτερης θεραπευτικής αγωγής** και διαφοροποιείται εννοιολογικά από την πρόγνωση, ήτοι την εκτίμηση της μελλοντικής εξέλιξης της ασθένειας, καθώς και της έννοιας της ιατρικής συμβουλής, η οποία προσιδιάζει περισσότερο στην παροχή ιατρικής συμβουλής για την ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδο.

Η σημασία της ορθής διάγνωσης είναι θεμελιώδης, καθώς η λανθασμένη διάγνωση δύναται να οδηγήσει αιτιωδώς στην πρόκληση ζημίας στον ασθενή, επειδή δεν αντιμετωπίστηκε καθόλου η ασθένεια ή οδήγησε στην λήψη λανθασμένης θεραπευτικής μεθόδου.

**Επομένως, το ιατρικό σφάλμα οφείλεται είτε στην εσφαλμένη διάγνωση είτε στην μη διάγνωση μιας νόσου εξαιτίας της μη συμμόρφωσης με τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.**

Βάσει της υπ' αριθμόν **926/2009 απόφασης του ΣτΕ**, απέρριψε την αναίρεση του Γενικού Νοσοκομείου του Διδυμοτείχου, καθώς θεωρήθηκε επαρκώς αιτιολογημένη η απόφαση του δευτεροβάθμιου δικαστηρίου, η οποία ομοίως είχε απορρίψει την έφεση του αναιρεσείοντος νοσοκομείου. Σύμφωνα, δε, με τα πραγματικά περιστατικά προέκυψε ότι την 10.11.1995 εισήχθη εκτάκτως στο Νοσοκομείο του Διδυμοτείχου προς ιατρική περίθαλψη βρέφους 15 μηνών. Κατόπιν επιμονής της μητέρας ότι το βρέφος εμφάνιζε συμπτώματα βήχα και ελαφράς δύσπνοιας οφειλόταν σε πρόσληψη από το βρέφος ενός φασολιού. Το βρέφος εξετάστηκε από τον πρώτο εφημερεύοντα χειρουργό, ο οποίος δεν εντόπισε κάποιο παθολογικό εύρημα, ενώ επανεξετάστηκε κατόπιν πρωτοβουλίας δεύτερου εφημερεύοντα χειρουργού που κατόπιν ακτινογραφίας θώρακος, δεν εντόπισε ξένο σώμα στο θώρακα. Ωστόσο, ο τελευταίος το παρέπεμψε σε ιδιώτη παιδίατρο, ενώ μάλιστα ανέφερε ότι δε διέθετε το νοσοκομείο ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος με βρογχοσκόπηση θα μπορούσε να διαπιστώσει τη θέση του ξένου σώματος, με αποτέλεσμα να μη συστήσει την παραπομπή του βρέφους στο Γενικό Νοσοκομείο της Αλεξανδρούπολης. Το αποτέλεσμα ήταν το βρέφος κατά την επιστροφή στο σπίτι συνέχιζε να αναπνέει με δυσκολία και κατά την μεταφορά του με πρωτοβουλία των γονέων στο Νοσοκομείο της Αλεξανδρούπολης να καταλήξει. Το δευτεροβάθμιο δικαστήριο δέχθηκε ότι *«ο ειδικευμένος ιατρός χειρουργός, ενόψει της εμπειρίας του και της ειδικότητάς του, όφειλε, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και πείρας, να μην αποκλείσει το ενδεχόμενο της μερικής απόφραξης των αεροφόρων οδών του βρέφους από το προσληφθέν απ' αυτό ξένο σώμα, και τούτο ανεξάρτητα από τα αρνητικά αποτελέσματα των επιμέρους κλινικών εξετάσεων, δεδομένου ότι όφειλε να γνωρίζει, σύμφωνα με τις ίδιες πιο πάνω αρχές,*

*ότι καμία από τις εξετάσεις αυτές δεν ήταν απολύτως πρόσφορη για το προς διάγνωση ενδεχόμενο. Το συμπέρασμα αυτό ενισχύεται από την προαναφερόμενη κατάθεση της ιατροδικαστού Ε. Ζ. (« το φασόλι είτε εισήλθε στις αεροφόρους οδούς από την αρχή με την λήψη τροφής είτε απέκλεισε τις οδούς αυτές ύστερα από αναγωγή μέρους του περιεχομένου του στομάχου και εισρόφηση, παρέμεινε σε τέτοια διάταξη στην τραχεία που επέτρεπε την είσοδο του αέρα για κάποιο χρονικό διάστημα» .λαμβανομένου υπόψη ότι δεν διέθετε το νοσοκομείο βρογχοσκόπιο, που αποτελούσε το μόνο ορθό διαγνωστικό και επεμβατικό μέσο για την αντιμετώπιση του ενδεχομένου της πνιγμονής από ξένο σώμα, ο ως άνω ιατρός όφειλε να ζητήσει αρμοδίως τη διακομιδή του στην πλησιέστερη ιατρική μονάδα, ιδιωτική ή δημόσια, η οποία διέθετε τον κατάλληλο εξοπλισμό και ιατρικό προσωπικό για την αντιμετώπιση αυτού του ιατρικού περιστατικού».*

Δυνάμει της υπ' αριθμόν 45/2013 απόφασης του Διοικητικού Εφετείου Πειραιά, κατά την οποία το διαγνωστικό σφάλμα εντοπίζεται στην μη έγκαιρη εξέταση ακτινογραφίας, με αποτέλεσμα να μην διαγνωσθεί η ύπαρξη ιππουριδικής συνδρομής, και να μη διακομιστεί εγκαίρως σε ειδικευμένο νοσοκομείο για την τέλεση χειρουργικής επέμβασης εντός των 24- 36 ωρών που θεωρήθηκαν ως κρίσιμες. Συνεπεία τούτου, δεν αποφεύχθηκαν μόνιμες βλάβες σε πλείστα σημεία όπως κάτω άκρα, ουροδόχο κύστη, έντερο και στυτική λειτουργία.

Επίσης, η λανθασμένη διάγνωση μπορεί να επιβαρύνει την υγεία του ασθενούς με την τέλεση πρόσθετης επίπονης ιατρικής πράξης, ή να προκαλέσει ισχυρισμό κλονισμό της υγείας με την μορφή της βαρείας θλίψης εξαιτίας λανθασμένης διάγνωσης σοβαρού προβλήματος υγείας. Στην Ελλάδα, μάλιστα, εμφανίζεται καθ' υπερβολήν το φαινόμενο της υποβολής του ασθενούς σε συνεχείς κλινικές εξετάσεις, προκειμένου ο ιατρός να αποκρούσει την ευθύνη του για την τέλεση δια παραλείψεως σφαλμάτων, και όχι για να διασφαλίσει την ορθότητα της διάγνωσης του. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται ως *«αμυντική ιατρική»* και άλλοτε συνδέεται με την εξασφάλιση οικονομικών συμφερόντων του ιατρού με την υπερσυνταγογράφηση. Στο πλαίσιο, δε, του δημοσίου τομέα μπορεί να επισύρει και την πειθαρχική δίωξη του ιατρού αν αναλογιστεί κανείς ότι το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στοχεύει στο δημόσιο συμφέρον, και όχι στην επιδίωξη της αισχροκέρδειας των ιατρών.



#### 4.2.1.3.3. Σφάλμα «περί την ανάληψη του ασθενούς» και οργανωτικό σφάλμα

Το σφάλμα «περί την ανάληψη του ασθενούς» (*Übernahmeverschulden*) υποδηλώνει την αρχική αδυναμία του ιατρού να αναλάβει την ιατρική περίθαλψη του ασθενούς όχι λόγω της έλλειψης αντικειμενικών προϋποθέσεων, αλλά των προσωπικών ικανοτήτων του ιατρού με αποτέλεσμα να υπολείπεται του προτύπου επιμέλειας. Επομένως, σε αυτήν την κατηγορία υπάγεται το ιατρικό σφάλμα που οφείλεται στην έλλειψη ιατρικών γνώσεων, εμπειρικής κατάρτισης, έλλειψης διαθέσιμου ιατρικού εξοπλισμού και προσωπικού, η οποία μπορεί να εμφανίζεται προσωρινή, λόγω χάριν ένεκα κούρασης ή αρρώστιας του ιατρού.

Στην εν λόγω κατηγορία υπάγεται η παράλειψη παραπομπής του ασθενούς για την διάγνωση της ασθένειας ή στο πλαίσιο της θεραπείας, επειδή ο ιατρός δε διέθετε τις απαιτούμενες ιατρικές γνώσεις και ικανότητες ή τα κατάλληλα διαγνωστικά μέσα.

**Εν προκειμένω, τίθεται ζήτημα ευθύνης του ειδικευόμενου ή αρχάριου ιατρού, ο οποίος φέρει ευθύνη στην περίπτωση που αναλαμβάνει την αντιμετώπιση ενός περιστατικού και ένεκα των ελλιπών προσωπικών ικανοτήτων, δεν ενεργεί σύμφωνα με τους ενδεδειγμένους κανόνες της επιστήμης και της τέχνης και επομένως υπολείπεται του αντικειμενικού μέτρου επιμέλειας του μέσου ιατρού της ειδικότητάς του. Ωστόσο, αίρεται η ευθύνη του σε περίπτωση που συντρέχουν λόγοι κατεπίγοντος και έλλειψης εναλλακτικών λύσεων κατ' επιταγήν της παραγράφου 3 του άρθρου 9 του ΚΙΔ<sup>53</sup>, ειδάλως η ζωή του ασθενούς τίθεται σε μεγαλύτερη διακινδύνευση.**

Δυνάμει της υπ' αριθμόν **1818/2009 απόφαση του ΣτΕ**, κατά την οποία άσκησε αναίρεση το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.». Σύμφωνα, δε, με τα πραγματικά περιστατικά την 13-2-1996 νεαρό ηλικίας 30 ετών, ο οποίος είχε προσβληθεί από δεκαετίας από τον ιό του AIDS (HIV λοίμωξη), προσήλθε στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αττικής «**Σισμανόγλειο**» παραπονούμενος για δύσπνοια, γνωστοποίησε δε στους γιατρούς την πάθησή του. Στις 14-2-1996 και περί ώρα 00.47, το άτομο αυτό παρελήφθη από ασθενοφόρο όχημα του ΕΚΑΒ και διακομίστηκε υπό συνεχή χορήγηση οξυγόνου, χωρίς συνοδεία γιατρού, στο αναιρεσείον νοσοκομείο, το οποίο εφημέρευε. Ο ασθενής εισήχθη στην Β' παθολογική κλινική στις 2.00, όταν η κατάσταση της υγείας του, όπως αναφερόταν στο φύλλο ιστορικού του νοσοκομείου, ήταν βαριά, και παρουσίαζε ρίγος, τρόμο και δυσκολία αναπνοής. Το εν λόγω περιστατικό επελήφθη εφημερεύων ειδικευόμενος γιατρός στην παθολογία. Ωστόσο, στις 3.45 ο ασθενής υπέστη ανακοπή, ενώ προέκυψε μετά από μία ώρα χορήγησης του φαρμάκου Aprotel, ο ασθενής παρουσίασε δύσπνοια, έγινε διασωλήνωση και «κατέληξε». Η εν λόγω αναίρεση

---

<sup>53</sup> Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επείγοντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.

απορρίφθηκε, ενώ κρίθηκε ως επαρκώς αιτιολογημένη η κρίση του δευτεροβάθμιου δικαστηρίου, το οποίο άλλωστε δέχθηκε ότι «από τα προαναφερθέντα στοιχεία και κυρίως από τις καταθέσεις ενώπιον του ποινικού δικαστηρίου των γιατρών του νοσοκομείου «Σισμανόγλειο» συναγόταν ότι η κατάσταση της υγείας του θανόντος όταν εισήχθη στο νοσοκομείο αυτό ήταν μεν σοβαρή όχι όμως κρίσιμη, εφόσον στην τελευταία περίπτωση θα έπρεπε, σύμφωνα με όσα είχαν καταθέσει οι γιατροί [...], να είχε γίνει διασωλήνωσή του στο «Σισμανόγλειο» ή, τουλάχιστον, εφόσον υπήρχε άμεσος κίνδυνος για τη ζωή του, να συνοδευόταν ο ασθενής κατά τη μεταφορά του από γιατρό του νοσοκομείου αυτού. Περαιτέρω, κατά το δικάσαν δικαστήριο, και μεν σύμφωνα με την κατάθεση ενώπιον του ποινικού δικαστηρίου του γιατρού [...] ο οποίος ήταν ο μόνος γιατρός που είχε επιληφθεί του περιστατικού λόγω απουσίας του επιμελητή γιατρού από το νοσοκομείο δεν συνέτρεχε σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή του ασθενούς, ώστε να θεωρηθεί αναγκαία η παρουσία ειδικού γιατρού, ο ασθενής όμως υπέστη ανακοπή και απεβίωσε σε χρονικό διάστημα μόλις δύο ωρών από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, το νοσοκομείο δε δεν επικαλέστηκε τη συνδρομή συγκεκριμένου λόγου αποδεκτού κατά την ιατρική επιστήμη που να δικαιολογεί τη ραγδαία επιδείνωση της υγείας και τον άμεσο θάνατο του ασθενούς, εφόσον κατά το αμέσως προηγούμενο χρόνο η κατάσταση του ασθενούς δεν εμφανιζόταν ως εξαιρετικά κρίσιμη. Ενόψει τούτων, το δικάσαν δικαστήριο συνήγαγε, ότι κατά το χρόνο εισαγωγής του ασθενούς στο αναιρεσίον νοσοκομείο η κατάσταση της υγείας του είχε σοβαρότατα επιδεινωθεί, γεγονός το οποίο δεν είχε διαγνωστεί από το γιατρό που τον εξέτασε, ούτως ώστε να τύχει της αναγκαίας ιατρικής φροντίδας προς αποτροπή άμεσου κινδύνου για τη ζωή του, είτε ότι η αγωγή που ακολουθήθηκε δεν ήταν η ενδεδειγμένη με συνέπεια την ταχύτατη επιδείνωση της κατάστασής του και την επίσπευση του θανάτου του. Εξάλλου, κατά το διοικητικό εφετείο, μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο αναιρεσίον νοσοκομείο δεν διενεργήθηκαν αιματολογικές εξετάσεις ούτε ανάλυση των αερίων του αίματός του, προκειμένου να διαπιστωθεί επακριβώς η κατάσταση της υγείας του, αφού το αιματολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου δεν λειτουργούσε όταν ο ασθενής εισήχθη σε αυτό, αν και το νοσοκομείο εφημέρευε, και, ως εκ τούτου, οι υπηρεσίες του νοσοκομείου θα έπρεπε να βρίσκονταν σε κατάσταση ετοιμότητας για την υποδοχή έκτακτων περιστατικών. Περαιτέρω, το δικάσαν δικαστήριο απέρριψε ως αβάσιμο ισχυρισμό του αναιρεσίοντος νοσοκομείου ότι λόγω της βραχείας νοσηλείας του ασθενούς δεν ήταν δυνατή η λήψη αίματος για τη διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων και ότι δεν υπήρξε επαρκής χρόνος για να γίνουν γνωστά τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών, εφόσον η κατάσταση του ασθενούς ήταν κρίσιμη και απαιτούσε τη διασωλήνωσή του. Και τούτο, διότι στην συγκεκριμένη περίπτωση η κατάσταση του ασθενούς είχε θεωρηθεί κρίσιμη και έπρεπε να καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια για την ακριβή διάγνωσή της, ανεξάρτητα από το αν, λόγω του επακολουθήσαντος θανάτου του ασθενούς, τα αποτελέσματα των σχετικών εξετάσεων θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν. Τα ανωτέρω, δεν αναιρούνται, κατά το διοικητικό

εφευξό, από το ότι σε εξέταση που είχε γίνει στο θανάοντα σε προγενέστερο χρόνο για ανίχνευση της ενεργοποίησης ή όχι του ιού του AIDS στο ανοσολογικό τμήμα του νοσοκομείου «Μεταξά» είχε διαπιστωθεί πλήρης ανοσοκαταστολή (δείκτης CD4 =27), σχετικό δε έγγραφο είχε σταλεί στο αναιρεσειόν νοσοκομείο μαζί με τα λοιπά έγγραφα που συνόδευαν τον ασθενή, δεδομένου ότι το γεγονός αυτό δεν μπορούσε να απαλλάξει τα όργανα του νοσοκομείου από την υποχρέωση παροχής ιατρικής φροντίδας απολύτως εξειδικευμένης για την αντιμετώπιση της σοβαρότατης κατάστασης του ασθενούς, η οποία καθιστούσε πλέον επιτακτική την παροχή της φροντίδας αυτής. Περαιτέρω, το δικάσαν δικαστήριο απέρριψε ως αλυσιτελή τον ισχυρισμό του αναιρεσειόντος νοσοκομείου ότι το νοσοκομείο δεν διέθετε ειδική μονάδα νοσηλείας για πάσχοντες από AIDS, δεδομένου ότι στην περίπτωση αυτή τα όργανα του νοσοκομείου είχαν υποχρέωση να περιθάλλουν κατά τον προσήκοντα τρόπο τον ασθενή μετά τη διακομιδή του στο νοσοκομείο από το νοσοκομείο «Σισμανόγλειο», κατόπιν προφανώς συνεννόησης των υπηρεσιών των δύο νοσοκομείων». Βάσει της ως άνω απόφασης, προέκυψε ότι ο ασθενής δεν έτυχε της δέουσας και δη εξειδικευμένης φροντίδας ειδικού ιατρού, ενώ δεν έγιναν σειρά διαγνωστικών εξετάσεων για την ανεύρεση της ορθής ιατρικής φροντίδας. Ο εν λόγω ασθενής που κατέληξε έτυχε νοσηλεία από ειδικευμένο γιατρό παθολογίας υπό τις οδηγίες επιμελητή ιατρού και σε επικοινωνίας με ειδικό ιατρό, γεγονός που αποδεικνύει ότι ο ιατρός δεν είχε τις κατάλληλες ιατρικές γνώσεις.

Η συνδρομή της ειδικότητας του ιατρού οδηγεί στην επίταση της ιατρικής του ευθύνης, καθώς ο ασθενής κατέτινε στην επιλογή του εν λόγω θεράποντος ιατρού ένεκα των επαυξημένων ιατρικών του προσόντων για τα οποία μάλιστα επιβαρύνθηκε οικονομικά. Επομένως, το αντικειμενικό κριτήριο επιμέλειας πρέπει να επανεξεταστεί, σε περίπτωση που ο ιατρός όχι απλά κατέχει «*ιδιαίτερες ικανότητες*», αλλά της αποδεδειγμένης και αντικειμενικά μετρήσιμης επιστημονικής και πρακτικής εξειδίκευσής του, παραδείγματος χάριν μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών, χρόνια αποδεδειγμένη εμπειρία τους σε ειδικές ιατρικές επεμβάσεις και άλλα, ανήκει σε έναν στενότερο κύκλο προσώπων και δεν αποτελεί το μέσο επαγγελματία της ειδικότητάς του. Αυτό, δε, συνεπάγεται την δυσχερή αντιμετώπιση των ιατρών με επαυξημένα προσόντα ως εξετάστηκε στο αντίστοιχο χωρίο της παρούσης έρευνας, αλλά στην προσεκτική κρίση περί της έννοιας της αμέλειας, καθώς για το εν λόγω γιατρό η επίδειξη αμέλειας για απλές ιατρικές πράξεις προφανώς δεν θα συγχωρείται στο εν λόγω εξειδικευμένο ιατρό (επιχείρημα από το μείζον στο έλασσον).<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Άξιος αναφοράς και τιμής ένεκεν αποτελεί ο πρωτοπόρος γιατρός και θαυματοποιός της εμβρυϊκής ιατρικής Κύπρος Νικολαΐδης, ο οποίος μεταξύ άλλων ανιχνεύει το σύνδρομο Down στην 12<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, και είναι ο πατέρας της ενδοσκοπικής απόφραξης τραχείας στα κνοφορούμενα. (<https://www.protothema.gr/world/article/1073493/kupros-nikolaidis-afieroma-tou-netflix-ston-thaumatopoiio-tis-emvruikis-iatrikis/>)

Η έννοια της ιατρικής εξειδίκευσης συνεισφέρει πρακτικά στην κατανομή των εργασιών προς αναζήτηση της αστικής ιατρικής. Συνεπεία τούτου, κατά την διενέργεια χειρουργικής επέμβασης, η αναισθησιολόγος αναλαμβάνει την χορήγηση της κατάλληλης νάρκωσης, την παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς και την τυχόν ανάνηψη, ενώ ο χειρουργός είναι υπεύθυνος για την επέμβαση. Λόγω της συγκλίνουσας δράσης των ανωτέρω προσώπων ισχύει υποκειμενικά **η αρχή της εμπιστοσύνης**, σύμφωνα με την οποία ο καθένας λαμβάνει υπόψη το ενδεχόμενο σφάλματος για την σφαίρα ευθύνης του, και όχι για την δράση του άλλου προσώπου, εκτός αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για το αντίθετο.<sup>55</sup> Επομένως, ο χειρουργός δεν προχωράει στην διενέργεια της επέμβασης, εφόσον διαπιστώσει την ύπαρξη σοβαρών σφαλμάτων στην αναισθησία, όμως δεν ευθύνεται για κάθε επιμέρους θέμα της αναισθησίας. **Επομένως, η αναγνώριση μία συνολικής ευθύνης του χειρουργού είναι μία λανθασμένη νομική αντίληψη που απέχει από την ιατρική αντίληψη για την κατανομή αρμοδιοτήτων κατά τη διάρκεια ενός χειρουργείου.**

Συνεπεία τούτου, έχει γίνει δεκτό ότι η συνεχής παρουσία του ιατρού κατά την εφημερία με αποτέλεσμα την παράλειψη της μετάβασης στο νοσοκομείο για την εξέταση ασθενούς που απεβίωσε συνιστά ιατρικό σφάλμα υπό την μορφή της αθέτησης θεσμοθετημένης υποχρέωσης, ως άλλωστε κρίθηκε από την υπ' αριθμόν **2539/2008 απόφασης του ΣτΕ**. Με βάση αυτήν, κρίθηκε ότι **η απουσία του ιατρού στην εφημερία συνιστά παράβαση της αρχής της συνέχειας της δημόσιας υπηρεσίας**, καθώς ο ιατρός συγκεκριμένης ειδικότητας δεν εντάσσεται σε συγκεκριμένη θέση της κλινικής, με αποτέλεσμα την τέλεση διαγνωστικού σφάλματος εις βάρος του ασθενούς, ο οποίος υπό άλλες συνθήκες με την παρουσία του εφημερεύοντος ιατρού θα είχε διακομιστεί σε πλησιέστερο εξοπλισμένο πανεπιστημιακό νοσοκομείο.

Ομοίως, κρίνεται αναγκαία η συνεχής παρουσία αναισθησιολόγου για όσο χρονικό διάστημα ευρίσκεται υπό αναισθησία ο ασθενής, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 2 της απόφασης του Υπουργού Υγείας 49/3592/1996. Εν προκειμένω, δυνάμει της υπ' αριθμόν **3043/2005 απόφασης του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών** κρίθηκε ότι *«ο ιατρός και η νοσηλεύτρια του εναγομένου, οι οποίοι ήταν αρμόδιοι για τη διενέργεια της ιατρικής εξέτασης του ενάγοντος στις 31.10.2000, δεν είχαν συνεχή παρουσία κοντά στον ενάγοντα, μετά τη χορήγηση των κατασταλτικών φαρμάκων σ' αυτόν, αφού ο μεν ιατρός εξήλθε από την αίθουσα, η δε νοσηλεύτρια απομακρύνθηκε για να διενεργήσει άλλη εργασία, και δεν τοποθέτησαν προστατευτικά κυγκλιδώματα στην εξεταστική τράπεζα κατά το χρόνο της απουσίας τους, το Δικαστήριο κρίνει ότι οι ανωτέρω ενήργησαν κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και δεν άσκησαν τα καθήκοντα τους με την απαιτούμενη επιμέλεια. Η ανωτέρω συμπεριφορά, η οποία είναι παράνομη, συνδέεται αιτιωδώς με την πτώση του ενάγοντος από*

---

<sup>55</sup> **Καϊάφα- Γκμπάντι**, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις Ιατροχειρουργικές Επεμβάσεις, ΝοB 1989, 877.

*την εξεταστική τράπεζα και περαιτέρω, με τη βλάβη της υγείας του (παρουσίασε εικόνα ιγμορίτιδος και κάταγμα δεξιού ζυγωματικού), για την αποκατάσταση της οποίας κρίθηκε αναγκαία η νοσηλεία του από 31.10.2000 έως 8.11. 2000. Περαιτέρω, η ανωτέρω συμπεριφορά συνδέεται και προς το αμφοτερόπλευρο υποσκληρίδιο αιμάτωμα που υπέστη ο ενάγων, ο δε αντίθετος ισχυρισμός του εναγομένου πρέπει να απορριφθεί ως αβάσιμος. Και τούτο διότι, η ύπαρξη του εν λόγω αιματώματος, το οποίο, σε περίπτωση κάκωσης κεφαλής δημιουργείται με πολύ αργό ρυθμό λόγω αποκόλλησης της υποσκληριδίου μήνιγγος και επίσταξης αίματος στον ενδιάμεσο χώρο, δεν διαπιστώθηκε κατά τις εξετάσεις που έγιναν προς τούτο μετά την πτώση του ενάγοντος (31.10.2000) και, ως εκ τούτου, δεν προκύπτει ότι υφίστατο πριν από την ημερομηνία αυτή». Δυνάμει του διατακτικού της εν λόγω απόφασης κρίθηκε η επιδίκαση αποζημίωσης για την ηθική βλάβη που υπέστη ο ασθενής.*

Τελευταία κατηγορία αποτελεί το **οργανωτικό σφάλμα** (Organisationsfehler) το οποίο αφορά την οργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας, και ειδικότερα της αντικειμενικές προϋποθέσεις, όπως η ύπαρξη κατάλληλου φαρμακευτικού υλικού, των κατάλληλων τεχνικών και τεχνολογικών μέσων, και στις υποκειμενικές προϋποθέσεις, όπως η ορθή κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η φύλαξη των ασθενών και ειδικότερα στις ψυχιατρικές κλινικές για την προστασία των ασθενών, το κατάλληλο πρόγραμμα εφημεριών.

Με την υπ' αριθμόν **213/2015 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών**, κρίθηκε ότι ευθύνεται αστικώς το νοσοκομείο, ουχί όμως με την ευθύνη των ιατρών, καθώς η ζημία προκλήθηκε ένεκα της παράλειψης του νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού να μεριμνήσει για την ορθή λειτουργία του συστήματος γείωσης και να εξασφαλίσει συνεπώς την προσήκουσα νοσηλεία του ζημιωθέντος ασθενούς.

Επί παραδείγματι, δυνάμει της υπ' αριθμόν **2179/2007 απόφασης του ΣτΕ** αναιρέθηκε η απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών, η οποία δέχθηκε την εν μέρει επιδίκαση χρηματικής αποζημίωσης ένεκα ψυχικής οδύνης ύψους 130.000,00 ευρώ. Σύμφωνα, δε, με το ιστορικό της υπό κρίσης υπόθεσης προέκυψε ότι την 7.6.1988 ο νοσηλευόμενος ασθενής έπασχε εξ αγχώδους καταθλίψεως με ιδιοψυχαναγκαστικά συμπτώματα και τελών υπό μικτή φαρμακευτική αγωγή (νευροληπτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα), εισήχθη στην Ορθοπεδική Κλινική του αναιρεσειόντος Νοσοκομείου και υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση συρραφής των τενόντων και των νεύρων των χεριών του που είχαν τραυματισθεί μετά από απόπειρα αυτοκτονίας του. Νοσηλεύθηκε στο δωμάτιο 322 του τρίτου ορόφου της κλινικής αυτής, λόγω δε της καταστάσεως της ψυχικής του υγείας αποφασίσθηκε η διακομιδή του στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο για περαιτέρω νοσηλεία. Στις 10.6.1998, προηγούμενη ημέρα της μεταφοράς του στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, και περί ώρα 14.30, επιχειρώντας και πάλι να αυτοκτονήσει, πήδησε από το μπαλκόνι του θαλάμου, όπου νοσηλευόταν, στο κενό και με την πτώση του στο έδαφος τραυματίσθηκε θανασίμως. Το Διοικητικό Εφετείο δέχθηκε ότι **«μετά την χειρουργική επέμβαση συρραφής των τενόντων και του νεύρου, στην οποία υποβλήθηκε, οδηγήθηκε και**

νοσηλεύθηκε σε θάλαμο του τρίτου ορόφου του Νοσοκομείου, από το μπαλκόνι του οποίου πήδησε στο κενό, χωρίς να ληφθούν υπ' όψιν το ιστορικό της ψυχιατρικής παθήσεώς του και οι επανειλημμένες απόπειρες αυτοκτονίας του, οι οποίες επέβαλαν να μη τοποθετηθεί σε όροφο από όπου θα μπορούσε να επιχειρήσει νέα απόπειρα αυτοκτονίας, και ότι κατά την διάρκεια της νοσηλείας του δεν είχαν ληφθεί τα ενδεδειγμένα μέτρα φύλαξης του εν όψει της ιδιαίτερης ψυχικής του καταστάσεως, την προηγούμενη δε ημέρα της προγραμματισμένης διακομιδής του στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο είχε αφαιρεθεί το προστατευτικό κιγκλίδωμα του κρεβατιού χωρίς να ληφθεί υπ' όψιν ότι με τις ενέργειες αυτές διευκολυνόταν η επιχείρηση νέας απόπειρας αυτοκτονίας. Εν όψει αυτών το διοικητικό εφετείο έκρινε ότι τα αρμόδια όργανα του αναιρεσειόντος, αν και ήσαν υποχρεωμένα εκ της φύσεως και του είδους των καθηκόντων τους να επιδείξουν ιδιαίτερη προσοχή και επιμέλεια κατά την άσκηση αυτών, παρέλειψαν να λάβουν τα προβλεπόμενα και επιβαλλόμενα από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τα δεδομένα της κοινής πείρας μέτρα ώστε να αποτραπεί μια νέα απόπειρα αυτοκτονίας του ασθενούς και η παράλειψη αυτή είχε ως συνέπεια την πρόκληση της νέας απόπειρας αυτοκτονίας που κατέληξε στον θάνατο του ασθενούς».

Περαιτέρω, δυνάμει της 1221/2002 απόφασης του ΣτΕ απορρίφθηκε η αναίρεση του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης. Σύμφωνα, με την απόφαση του Τριμελούς Διοικητικού Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης, επιδικάστηκε εν μέρει χρηματική ικανοποίηση ένεκα ψυχικής οδύνης στους γονέων βρέφους. Ειδικότερα, δε, το ως άνω δικαστήριο είχε δεχθεί ότι «Την 16 Οκτωβρίου 1995 και ώρα 23.25', εξερράγη πυρκαγιά στον πέμπτο όροφο του ανωτέρω Νοσοκομείου, όπου στεγάζεται η πτέρυγα των πρόωρων νεογνών της Νεογνολογικής κλινικής. Το τμήμα αυτό αποτελείται από σειρά θαλάμων, σε καθένα από τους οποίους υπάρχουν δύο έως τέσσερις θερμοκοιτίδες και οι οποίοι είναι χωρισμένοι μεταξύ τους με τοίχιο ύψους 1,5 μ. και υαλοπίνακες με αλουμινοκατασκευή έως την οροφή. Η πυρκαγιά ξεκίνησε από ένα από τους θαλάμους αυτούς, εμβαδού 12 μέτρων, στον οποίο υπήρχαν τέσσερις θερμοκοιτίδες με νεογνά. Αποτέλεσμα αυτής ήταν να καεί ολοσχερώς η θερμοκοιτίδα μέσα στην οποία βρισκόταν το βρέφος των αναιρεσιβλήτων, που είχε γεννηθεί πρόωρα την 26-9-1995 και το οποίο απεβίωσε εξαιτίας των καθολικών εγκαυμάτων β' και γ' βαθμού που υπέστη. Συγκεκριμένα, η φωτιά ξεκίνησε από το πολύπριζο ή την ηλεκτρική καλωδίωση που βρισκόταν στο πάτωμα πίσω από την θερμοκοιτίδα, στη συνέχεια κάλυψε αυτήν έχοντας μεγαλύτερη ένταση στο μέρος του μηχανήματος του αναπνευστήρα και κατόπιν επεκτάθηκε σε ολόκληρο το θάλαμο, οπότε και έσβησαν τα φώτα». Ως προέκυψε από την εξέταση των μαρτύρων ως αιτία της πυρκαγιάς αναφέρεται το βραχυκύκλωμα, το οποίο εντοπίζεται είτε στο πολύπριζο λόγω υπερβολικής κατανάλωσης ή κακής συναρμογής των πριζών που συνδέονταν σ' αυτό, είτε στην ηλεκτρική καλωδίωση και βρισκόταν στο πάτωμα πίσω από τη θερμοκοιτίδα που κάηκε, λόγω πίεσεώς της από την πίσω ρόδα της θερμοκοιτίδας, γεγονός το οποίο ήταν λανθασμένο και μοναδική ευθύνη για αυτό φέρει το Νοσοκομείο.

Χαρακτηριστική, δε, είναι η περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης κατά την οποία ο επιβλέπων χειρουργός διαπράττει ιατρικό σφάλμα οργάνωσης, όταν εγκαταλείπει τον χώρο του χειρουργείου επαναπαυόμενος στην περάτωση του χειρουργείου από ειδικευόμενο γιατρό, ο οποίος αποτυγχάνει και διαπράττει σφάλμα ανάληψης.

Εν κατακλείδι, η ως άνω κατηγοριοποίηση συνεισφέρει στην πληρέστερη κατανόηση της έννοιας του ιατρικού σφάλματος, ενώ αποτυπώνει έμμεσα το στάδιο της διαδικασίας που εντοπίζεται (διάγνωση, ανάληψη ασθενούς), την συμπεριφορά του ιατρού (ενέργεια, εκτίμηση), και τα αίτια του ιατρικού σφάλματος, όπως λόγου χάρη η ακαταλληλότητα των τεχνικών μέσων, η έλλειψη συνδρομής ειδικότητας στο πρόσωπο του ιατρού.

Ωστόσο, ακόμη και αν οι ιατρικές πράξεις διενεργηθούν ορθά, κατά τους ενδεδειγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, λόγω της φύσης των ιατρικών πράξεων συντρέχει σοβαρό ενδεχόμενο επιπλοκής. **Κατά έναν ορισμό<sup>56</sup>, η επιπλοκή απαρτίζει την ιδιοπαθή αντίδραση ασθενούς που εγκυμονεί σε κάθε ιατρική πράξη ανεξαρτήτως της ορθότητας τέλεσης του ιατρικού σφάλματος. Κατ' άλλον ορισμό,<sup>57</sup> η επιπλοκή συνιστά την εμφάνιση άλλης πάθησης ή προβλήματος κατά την εξέλιξη μίας ασθένειας ή κατά την διάρκεια μίας θεραπευτικής αγωγής ή παρέμβασης, η οποία δεν συνάγει άνευ άλλου τινός την ύπαρξη ιατρικού σφάλματος.** Εξ αυτού του λόγου η έννοια της επιπλοκής πρέπει να διαφοροποιηθεί από την έννοια του ιατρικού σφάλματος.

#### **4.3. Η υπαιτιότητα ως προϋπόθεσης συνδρομής του στοιχείου της αστικής ευθύνης των οργάνων του Δημοσίου.**

Κατά την γραμματική διατύπωση των άρθρων 105 και 106 του ΕισΑΚ, ουδεμία ρητή αναφορά περιέχεται για την συνδρομή του στοιχείου της υπαιτιότητας ως απαιτούμενος όρος για την απόδοση της αστικής ευθύνης για ιατρικά σφάλματα. **Κατά παρέκκλιση από την αρχή της υποκειμενικής- πταισματικής ευθύνης που ισχύει στο πεδίο εφαρμογής του Αστικού Κώδικα, για την στοιχειοθέτηση της ευθύνης του Δημοσίου ή του ΝΠΔΔ, δεν απαιτείται η συνδρομή πταίσματος του οργάνου του. Επομένως, γίνεται δεκτό από την ελληνική νομολογία ότι αρκεί η διαπίστωση της παράνομης και ζημιογόνας συμπεριφοράς των ως άνω οργάνων (αντικειμενική ευθύνη).**<sup>58</sup>

Δέον να επισημανθεί, η υπ' αριθμόν 740/2001 απόφαση του Α' τμήματος του ΣτΕ, επ' αφορμής εκδίκασης αίτησης αναίρεσης το Δημοσίου κατά των γονέων επτάχρονου, ο οποίος υπέστη

---

<sup>56</sup> ΠΠρΑθ 6116/2011

<sup>57</sup> ΑΠ1167/2016

<sup>58</sup> ΣτΕ 15/2018, 1140/2017, 2091/2017, 710/2016, 2668/2015, 523/2014, 939/2014, 2429/2014, 572/2013, 1184/2013, 1398/2013, 1810/2013, 3595/2012, 473/2011, 4133/22011 7Μ, 1413/2006 μ.

σοβαρή βλάβης υγείας. Στην εν λόγω περίπτωση, επισημάνθηκε ότι η αντικειμενική ευθύνη των οργάνων του δημοσίου ή του ΝΠΔΔ, ενώ κρίθηκε ότι είναι αβάσιμη η προβολή ισχυρισμού της υπαρξής συντρέχοντος πταίσματος τόσο κατά του ανηλίκου, καθώς ήταν κάτω των δέκα ετών όσο και κατά των γονέων του ένεκα παραμέλησης ασκήσεως εποπτείας.

**Μάλιστα, δε, γίνεται ομοίως δεκτό από την νομολογία ότι για την στοιχειοθέτηση του παρανόμου δεν απαιτείται να αναφέρονται ονομαστικά στο περιεχόμενο της δικαστικής απόφασης περί αποζημιώσεως τα όργανα του Δημοσίου ή ΝΠΔΔ, καθώς κα ο καταμερισμός της μεταξύ αυτών αστικής τους ευθύνης.**<sup>59</sup> Τέλος, αναφορικά με την έκταση της αποζημίωσης η με αριθμό 300/2020 του ΣτΕ έκρινε ότι δε συνιστά νόμιμο κριτήριο ο βαθμός πταίσματος του οργάνου ως κριτήριο για τον προσδιορισμό της χρηματικής ικανοποίησης ένεκα της ηθικής βλάβης.

#### **4.4. Η προϋπόθεση επέλευσης της ζημίας στο διοικούμενο, τα είδη της αποζημίωσης και η έκταση αυτής**

Η στοιχειοθέτηση του ιατρικού σφάλματος απαιτεί την επέλευση ζημίας, ήτοι βλάβης στα έννομα αγαθά του διοικούμενου- ασθενή, τα οποία δύναται να είναι είτε υλικά (περιουσία), είτε άυλα (ζωή, υγεία, σωματική ακεραιότητα, ελευθερία). Σχηματικά, η ζημία, η οποία υφίσταται ο ασθενής διακρίνεται α) στην περιουσιακή ζημία και β) στην ηθική βλάβη. Ειδικότερα, η περιουσιακή ζημία αφορά την προσβολή δικαιωμάτων ή πραγματικών καταστάσεων που δημιουργούν τις προϋποθέσεις για απόκτηση τέτοιων δικαιωμάτων, και τα οποία αμφοτέρω προστατεύονται από το ιδιωτικό δίκαιο. Επιπροσθέτως, είναι δυνατόν να βλάπτονται δικαιώματα ή έννομα συμφέροντα, τα οποία είναι αντικείμενο προστασίας του διοικητικού δικαίου. Ως έννομο συμφέρον νοείται το δημόσιο δικαίωμα που χορηγείται στο διοικούμενο προκειμένου να απαιτήσει μία ενέργεια ή αποχή από μία ενέργεια απευθυνόμενος προς το Δημόσιο ή ΝΠΔΔ.<sup>60</sup> Η θετική ζημία περαιτέρω διακρίνεται σε α) θετική ζημία, ήτοι απομείωση του ενεργητικού της περιουσίας ή αποτροπή αύξησης του παθητικού, και σε β) αποθετική ζημία ή διαφυγόν κέρδος, ήτοι η ματαίωση αύξησης της περιουσίας.

Η ως άνω αξίωση στηρίζεται στο άρθρο 298 ΑΚ, το οποίο ορίζει ότι *«η αποζημίωση περιλαμβάνει τη μείωση της υπάρχουσας περιουσίας του δανειστή, δηλαδή θετική ζημία καθώς και το διαφυγόν κέρδος. Τέτοιο κέρδος λογίζεται εκείνο, το οποίο προσδοκά*

<sup>59</sup> ΣτΕ 25544/2010, 3629/2001, άρθρο του Ιωάννη Λαμπρόπουλου δημοσιευμένο στο περιοδικό της Ένωσης Διοικητικών Δικαστών, ΔιΔΙΚ 1/2019 (31)

<sup>60</sup> Επ. Σπηλιωτόπουλου, Εγχειρίδιο Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Νομική βιβλιοθήκη, 15<sup>η</sup> έκδοση, Ιούνιος 2017.



*κανείς με πιθανότητα σύμφωνα με τη συνηθισμένη πορεία των πραγμάτων ή τις ειδικές περιστάσεις και ιδίως τα προπαρασκευαστικά μέτρα, τα οποία έχουν ληφθεί».*

Η αποκατάσταση της μελλοντικής θετικής ζημίας δεν είναι αναγκαίο να διαπιστωθεί κατά τρόπο βέβαιο ότι αυτή θα επέλθει, αρκεί η πιθανολόγηση του γεγονότος αυτού βάσει αντικειμενικών κριτηρίων και της κοινής πείρας των πραγμάτων, όπως ισχύει και στην περίπτωση του διαφυγόντος κέρδους.<sup>61</sup>

Σύμφωνα με την υπ' αριθμόν **1018/2008 απόφαση του ΣτΕ** επιδικάστηκε στη μητέρα της ασθενούς υπό την ιδιότητά της ως δικαστικής συμπαραστάτριας της κόρης της, το 10% των νοσηλίων που απαιτούνταν για την αποκατάστασή της, καθώς κατόπιν χειρουργικής επέμβασης στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών για την επίτευξη συμμετρίας των άνω μαστών προκλήθηκε από ιατρικό σφάλμα εγκεφαλική ανεπάρκεια, συγκεκριμένα βαρύ κόμα με αποτέλεσμα την τετραπληγία. Εξ αυτού του λόγου, η ασθενής μεταφέρθηκε σε νοσοκομείο της Αγγλίας. Το υπολειπόμενο ποσό των νοσηλίων ανερχόμενο πέραν του 10% δεν επιδικάστηκε, καθώς είχε καταβληθεί απευθείας στο Νοσοκομείο και τους γιατρούς της Αγγλίας από το Ελληνικό Δημόσιο. Η συνολική αποζημίωση ανήλθε στο ποσό των 851.740,00 ευρώ.

Περαιτέρω, δυνάμει της υπ' αριθμόν **2727/2003 απόφασης του ΣτΕ** επιδικάστηκαν έξοδα κηδείας στο γονέα του θανόντος υιού του, πέρα από την επιδίκαση χρηματικού ποσού για την ψυχική οδύνη αμφοτέρων των γονέων. Ειδικότερα, δε, ο θανών συμμετείχε σε αγώνισμα για την εισαγωγή του στη Σχολή Ευελπίδων, οπότε και επήλθε η πτώση του στην προσπάθεια να αποδώσει επαρκώς. Ως αιτία θανάτου κατά την νεκροτομή, αποτέλεσε η *«εσωτερική αιμορραγία απότοκος τραυματικής ρήξεως του δεξιού νεφρού»*, ενώ κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο Ασκληπιό Βούλας, ουδόλως έγινε διάγνωση του τραυματισμού αυτού, με αποτέλεσμα να καταλήξει. Περαιτέρω, με την υπ' αριθμόν **2739/2007 απόφαση του ΣτΕ** απορρίφθηκε η αίτηση αναίρεσης του ΝΙΜΙΤΣ, ενώ επιδικάστηκε ανεκκλήτως η χρηματική αποζημίωση για τη θετική ζημία λόγω των νοσηλίων, αποθετική ζημία για την αναρρωτική άδεια με συνέπεια τη μη άσκηση των επαγγελματικών της καθηκόντων, καθώς και χρηματική ικανοποίηση ένεκα της ηθικής της βλάβης, συνολικού ποσού το οποίο ανέρχεται στα 92.251,73€. Ειδικότερα, η αναιρεσίβλητη, λόγω της πλημμελούς προσοχής και επιμέλειας των γιατρών στην αντιμετώπιση της οφθαλμικής νόσου, υπέστη απώλεια της όρασης από τον αριστερό οφθαλμό, ο οποίος αφαιρέθηκε και τοποθετήθηκε αντ' αυτού τεχνητός οφθαλμός. Ομοίως, επιδικάστηκε χρηματικής αποζημίωση, και δη ποσά που αντιστοιχούσαν στην πιθανολογούμενη απώλεια προσδοκώμενου κέρδους κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων από την αδυναμία εργασίας των ασθενών, στις υπ' αριθμούς **1221/2002** και **1224/2002 αποφάσεις του ΣτΕ**.

Στην αποθετική ζημία, η κρίση για την ύπαρξη διαφυγόντος κέρδους είναι υποθετική, και αφορά το κέρδος, το οποίο θα αποκομιζόταν εφόσον δεν είχε επέλθει το ζημιόγono γεγονός. Η

---

<sup>61</sup> Α.Π. 1609/2007

παράγραφος 2 του άρθρου 298 του ΑΚ, οριοθετεί την ενδεχόμενη αυθαίρετη διεκδίκηση κέρδους, ορίζοντας ότι το διαφυγόν κέρδος αποτελεί το μετά πιθανότητας προσδοκώμενο κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων ή εκ των ειδικών περιστάσεων και ίδια των ληφθέντων προπαρασκευαστικών μέτρων. Μάλιστα, έχει κριθεί ότι δεν αρκεί, δηλαδή, η αφηρημένη επανάληψη των εκφράσεων του άρθρου 298 ΑΚ, ούτε του συνολικώς φερομένου ως διαφυγόντος κέρδους, αλλά απαιτείται η εξειδικευμένη και λεπτομερής, κατά περίπτωση, μνεία των συγκεκριμένων περιστατικών, περιστάσεων και μέτρων, που καθιστούν πιθανό το κέρδος ως προς τα επί μέρους κονδύλια.<sup>62</sup>

Επομένως, πρέπει να προβλεφθεί το κέρδος από το μέσο λογικό άνθρωπο κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, ήτοι βάσει αντικειμενικών κριτηρίων, ενώ είναι αναγκαίο να προβλεφθεί εκ των προτέρων, πριν την επέλευση του ζημιολογικού περιστατικού. Εξ αυτού του λόγου, χρησιμοποιήθηκε η έκφραση «*εκείνο που προσδοκά κανείς με πιθανότητα*», καθώς δεν είναι δυνατόν να υπάρχει βεβαιότητα για κάτι το οποίο δεν επήλθε, αλλά θα μπορούσε να επέλθει.<sup>63</sup>

Σύμφωνα, με το άρθρο 929 ΑΚ ορίζεται ότι «*σε περίπτωση βλάβης του σώματος ή της υγείας προσώπου η αποζημίωση περιλαμβάνει, εκτός από τα νοσήλια και τη ζημία που έχει ήδη επέλθει, οτιδήποτε ο παθών θα στερείται στο μέλλον ή θα ζοδεύει επιπλέον εξ αιτίας της αύξησης των δαπανών του. Υποχρέωση αποζημίωσης υπάρχει και προς τον τρίτο, ο οποίος δικαιούνται σύμφωνα με το νόμο να απαιτήσει την παροχή υπηρεσιών από τον παθόντα και τις στερείται*».

Πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος του νοσηλευόμενου ακόμη για υφιστάμενη βλάβη στα περιουσιακά τους συμφέροντα, όπως πληρωμή νοσηλίων, προσφορά υπηρεσιών αποκλειστικής νοσοκόμου, θεωρούνται εμμέσως ζημιωμένοι και δεν υποκαθίστανται στην αποζημιωτική αξίωση του παθόντος, αλλά ούτε αποκτούν και ευθεία αξίωση αποζημίωσης, διότι η έμμεση ζημία τους δεν εμπίπτει στο πεδίο προστασίας των άρθρων 914 και 929 εδ. α' ΑΚ. **Βέβαια, οι εμμέσως ζημιωμένοι τρίτοι εμπίπτουν στο προστατευτικό πεδίο του νόμου μόνο στις εξαιρετικές περιπτώσεις των άρθρων 928 εδ. β' και 929 εδ. β' του ΑΚ, οι οποίες δεν επιδέχονται ανάλογη εφαρμογή.**<sup>64</sup>

Επειδή, από τις συνδυασμένες διατάξεις των άρθρων 929 ΑΚ και 298 ΑΚ προκύπτει, ότι αυτός ο οποίος έπαθε βλάβη στο σώμα ή στην υγεία του δικαιούται να αξιώσει και τη μελλοντική αποθετική του ζημία, ήτοι το διαφυγόν κέρδος, γιατί, λόγω της μειωμένης ικανότητας προς εργασία από βλάβη του σώματος ή της υγείας, χάνει τα εισοδήματα από την εργασία την οποία, έχοντας πλήρη ικανότητα, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων θα ασκούσε μελλοντικά. Προς

<sup>62</sup> ΟΛΑΠ 20/1992, ΑΠ 83/2002, ΕλλΔνη 2002 σελ. 1054

<sup>63</sup> Σταθόπουλος Γεωργιάδης, ερμηνεία Αστικού Κώδικα

<sup>64</sup> ΑΠ 1918/2005 ΕλλΔνη 2006.429, ΑΠ 1582/2001 ΕλλΔνη 43.705, ΑΠ 62/1991 ΕλλΔνη 32, 790, Εφθεσ 1838/2003 Αρμ 2004.1156, ΕφΑΘ 7347/1998 ΝοΒ 48.642, ΕφΑΘ 935/1998 ΕλλΔνη 40.1106. (Μον.Πρ.Δρ.60/2007 – Αρμ. 2008, σελ. 699, Σχολ/νη

το σκοπό αυτό δεν απαιτείται βεβαιότητα, αλλά αρκεί πιθανότητα κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, πράγμα που είναι απαραίτητο να προκύπτει από τις ιδιαίτερες περιστάσεις, ιδίως δε από τα μέτρα που λήφθηκαν προς τούτο.

Κατ' ουσίαν, με την διάταξη του άρθρου 929 εδ.1 Α.Κ. αποσαφηνίζεται ότι αφορά την διεκδίκηση της αποθετικής ζημιάς, η οποία προκλήθηκε από την αδικοπραξία και συνεπάγεται τη μερική ή ολική ανικανότητα για την άσκηση επαγγελματικής δραστηριότητας και την απώλεια των εισοδημάτων, που αυτή συνεπάγεται. Η εν λόγω διάταξη είναι ειδικότερη των άρθρων 297 και 298 ΑΚ, και πρακτικά αίρει ενδεχόμενες αμφισβητήσεις ότι αποκαθίστανται και μελλοντικές ζημιές και προσδιορίζεται και το περιεχόμενο της αποζημίωσης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποκλείεται η εφαρμογή των άρθρων 297 και 298 ΑΚ.

Να τονισθεί, δε, ότι ο καθορισμός της μελλοντικής ζημιάς συναρτάται με το **είδος του επαγγέλματος**, το οποίο θα ασκούσε ο ζημιωθείς κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων, αν δεν είχε λάβει χώρα η ολική ή μερική ανικανότητα του, ενώ λαμβάνεται υπόψη **η πραγματική δυνατότητα του για την εξασφάλιση των εισοδημάτων εκ της εργασίας του**. Να σημειωθεί ότι η αποζημίωση του άρθρου 929 εδ. 1 ΑΚ χορηγείται για όλο το χρονικό διάστημα που διαρκεί η ανικανότητα εργασίας, ενώ ο άκυρος ή έγκυρος χαρακτήρας της σύμβασης δεν επιδρά στην αποκατάσταση της ζημιάς.

Στον αντίποδα για την ύπαρξη ηθικής βλάβης, απαιτείται η προσβολή αγαθών συνδεόμενων με την προσωπικότητα του διοικουμένου- ασθενή, ήτοι η ζωή, η υγεία, η σωματική ακεραιότητα. Δυνάμει του άρθρου 932 ΑΚ προβλέπεται ότι *στην περίπτωση ύπαρξης αδικοπραξίας, ανεπηρέαστα από την αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, το δικαστήριο δύναται να επιδικάσει εύλογη κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης, κάτι το οποίο ισχύει ιδίως στην περίπτωση που κάποιος έπαθε προσβολή της υγείας, της τιμής ή της αγνείας του ή στερήθηκε την ελευθερία του. Βέβαια, σε περίπτωση θανάτωσης προσώπου η χρηματική αυτή ικανοποίηση επιδικάζεται στην οικογένεια του θύματος ένεκα ψυχικής οδύνης.*

Για τη θεμελίωση των αξιώσεων του ως άνω άρθρου, ελήφθη υπόψη η συνταγματική αρχή της αναλογικότητας του άρθρου 25 άρθρου 1 εδ. δ', η οποία κρίνεται απαραίτητο να ληφθεί υπόψη από το δικαστήριο της ουσίας, καθώς το δικαστήριο με βάση τα πραγματικά περιστατικά και τους κανόνες της κοινής πείρας και λογικής, έχει την διακριτική ευχέρεια να επιδικάσει την χρηματική ικανοποίηση, να καθορίσει το ποσό αυτής, εφόσον κρίνει την ηθική βλάβη ή την ψυχική οδύνη. Αναφορικά, δε, με τα πραγματικά περιστατικά που έπρεπε να ληφθούν υπόψη και παρελήφθησαν να εξεταστούν από το δικαστήριο της ουσίας για τον προσδιορισμό της χρηματικής ικανοποίησης, ή η λήψη υπόψη πραγματικών περιστατικών που δεν ήταν επιτρεπτό να συνεκτιμηθούν, δημιουργούν νομικό έρεισμα για την κατ' αναίρεση εκτίμηση τους. Απεναντίας, η εκτίμηση του δικαστηρίου για τη θεμελίωση ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης καθώς και ο προσδιορισμός ως προς το ακριβές ύψος αυτής, δεν υπόκειται σε αναιρετικό έλεγχο, καθώς δεν

απαιτείται η υπαγωγή των ως άνω πραγματικών περιστατικών σε νομική έννοια. Συνεπώς, δεν θεμελιώνεται νομικό σφάλμα υπό την έννοια της εσφαλμένης εφαρμογής του νόμου.

**Σε αυτή τη διαπίστωση, έχει εκφρασθεί η νομολογιακή άποψη ότι εξαιρείται και ελέγχεται αναιρετικά η υπέρβαση των άκρων ορίων της εξουσίας του δικαστηρίου της ουσίας, ως τίθενται από το άρθρο 932 ΑΚ<sup>65</sup>, στην περίπτωση του προσδιορισμού του ύψους της χρηματικής ικανοποίησης ένεκα της ηθικής βλάβης ή της ψυχικής οδύνης, όταν το ύψος αυτό παρίσταται υπό το φως των συγκεκριμένων πραγματικών περιστατικών είτε ως ιδιαίτερα χαμηλό ή υψηλό, και επομένως καταφανώς δυσανάλογο με την διαπιστωθείσα έκταση της ηθικής βλάβης ή την ένταση της ψυχικής οδύνης.<sup>66</sup>**

Μάλιστα, σύμφωνα με το σκεπτικό της υπ' αριθμόν **727/2009** απόφασης του ΣτΕ, και συγκεκριμένα της σκέψης 2, διατυπώθηκε ότι η κρίση των δικαστηρίων της ουσίας πρέπει να ελέγχεται αναφορικά με την παράβαση της αρχής της αναλογικότητας, ώστε ούτε να υποβαθμίζει την απαξία της παράνομης συμπεριφοράς του Δημοσίου ή ΝΠΔΔ με την επιδίκαση χαμηλών ποσών, ούτε να καταλήγει στον υπέρμετρο πλουτισμό προς όφελος του ενός μέρους.

Βεβαίως, μεταξύ των δύο αντιτιθέμενων θέσεων, έχει εκφραστεί η θέση ότι η μοναδική περίπτωση ελέγχου της κρίσης του δικαστηρίου ουσίας ως προς το ύψος της αποζημίωσης αποτελεί η εξέταση της πλήρους και αναλυτικής παράθεσης του συνόλου των κριτηρίων για την επιδίκαση του εκάστοτε ποσού αποζημίωσης. Συνεπώς, εξετάζεται στην αιτιολογική σκέψη αυτών η εφαρμογή της αρχής της αναλογικότητας. Ωστόσο, ως προς την επιμέτρηση της χρηματικής ικανοποίησης δε λαμβάνεται υπόψη η περιουσιακή κατάσταση του υπόχρεου προς αποζημίωση, προκειμένου να μειωθεί το ποσό αυτής.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> ΣτΕ 15/2018, 2091/2017, 1219/2012, 2273/2012, 4100/2012, 4714/2012, 4989/2012, 5001/2012, 1398/2013, 1782/2013, 1481/2014, 3329/2014, 3793/2014, 110/2017, 2174/2016, 2434/2016, 1123/2015, 3695/2015, 424/2012, 988/2012, 473/2011.

<sup>66</sup> ΣτΕ 483/2018, 110/2017, 1084/2017, 1638/2017, 2091/2017, 710/2016, 2174/2016, 1906/2015, 2188/2015, 3686/2015, 2202/2014, 2508/2014, 3411/2014, 3897/2014, 1405/2013, 3362/2013, 424/2012, 1219/2012, 2273/2012, 4100/2012, 4133/2011.

<sup>67</sup> ΣτΕ 2544/2010, 2579/2006).

#### 4.5. Τα νομολογιακά κριτήρια για την επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης ένεκα ηθικής βλάβης

Τα διοικητικά δικαστήρια κατά την επιδίκαση ποσών αποζημίωσης έλαβαν υπόψη τα κάτωθι κριτήρια κατά των προσδιορισμό το ποσού της αποζημίωσης, ήτοι:

1. Ο πόνος, η θλίψη και η μελαγχολία που προκαλείται από τον αναπάντεχο θάνατο στην περίπτωση ιατρού ΕΚΑΒ ηλικίας 44 ετών ένεκα των αντίξοων συνθηκών εργασίας και παρά το γεγονός ότι είχε ζητήσει αναρρωτική άδεια, η οποία ουδόλως του χορηγήθηκε. Δυνάμει της υπ' αριθμόν **2818/2005 του ΣτΕ** επιδικάστηκε το ποσό των 88.000,00€ τόσο στην σύζυγο, όσο και στο εννιάχρονο παιδί του.<sup>68</sup>

2. Η ψυχική εξουθένωση που προκλήθηκε στον ενάγοντα, όπως αποτυπώνεται στην με την υπ' αριθμόν **2707/1999 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης**, η οποία οδήγησε σε λανθασμένη διάγνωση οφθαλμολογικής πάθησης από τον Διευθυντή οφθαλμολογικής κλινικής του Ιπποκράτειου, με αποτέλεσμα να νοσηλευτεί δέκα μέρες σε ψυχιατρική κλινική, καθώς και να έχει τάσεις αυτοκτονίας. Συνεπεία της εσφαλμένης διάγνωσης ιατρού δημοσίου νοσοκομείου επιδικάστηκε επιδικάστηκε το ποσό των 20.000.000 δραχμών . Ομοίως, με την υπ' αριθμόν **2739/2007 απόφαση του ΣτΕ** επιδικάστηκε το ποσό των 92.251,73 ευρώ ένεκα της ψυχικής και σωματικής ταλαιπωρίας ως προκλήθηκε από την μερική τύφλωση. Ως αιτία της τύφλωσης αποτέλεσε η λανθασμένη οφθαλμολογική διάγνωση.<sup>69</sup>

3. Το ανεπανόρθωτο της βλάβης, που υπέστη ασθενής στην υγεία του, όπως κρίθηκε με την υπ' αριθμόν **3081/2003 απόφαση του ΣτΕ** λόγω καταστροφής του αριστερού νεφρού, καθώς σε εγχείρηση για σμιγμοειδεκτομή παχέος εντέρου συρράφτηκε από ιατρικό σφάλμα ο αριστερός ουρητήρας και κρίθηκε κατόπιν του αναιρετικού ελέγχου, ότι νομίμως και αιτιολογημένως το δικάσαν δικαστήριο επιδίκασε την χρηματική ικανοποίηση ένεκα της ηθικής βλάβης του ασθενούς (ύψος αποζημίωσης 40.000,00€).

4. Η κοινωνική απομόνωση που υπέστη ανήλικο παιδί και η οικογένειά αυτού λόγω της προσβολής του από τον ιό του AIDS. Χαρακτηριστική περίπτωση αποζημίωσης, αποτελεί η υπ' αριθμόν **2463/1998 απόφαση του ΣτΕ** επιδικάστηκε το ποσό των 100.000.000 δρχ στους γονείς του θανόντος. Εν προκειμένω, βάσει των πραγματικών περιστατικών, ανήλικο κορίτσι μολύνθηκε από τον ιό του AIDS, επειδή είχε υποβληθεί αναγκάως σε τακτικές μεταγγίσεις αίματος, με αποτέλεσμα να καταλήξει. Η ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου εντοπίζεται στο μη προσήκον έλεγχο του μεταγγισθέντος αίματος. Το ανήλικο τέκνο, εξαιτίας του συμβάντος και της μόλυνσής του ζώντας σε μικρή τοπική κοινωνία, βίωσε το ίδιο και η οικογένεια του την κοινωνική απομόνωση, με αποτέλεσμα να χρειαστεί η παρέμβαση του Υπουργείου Εθνικής

---

<sup>68</sup> (αναλύθηκε ανωτέρω).

<sup>69</sup> (αναλύθηκε ανωτέρω).

Παιδείας για να επανέλθει στο σχολείο από το οποίο είχε αναγκαστεί να φύγει. Η αποζημίωση ερείδεται στο γεγονός ότι το ανήλικο κορίτσι στέρησε την παροχή υπηρεσιών προς τους γονείς της, όπως συνηθίζεται στις αγροτικές περιοχές των τέκνων που διαμένουν με τους γονείς τους, αλλά και στο γεγονός ότι η θανούσα και η οικογένειά της υπέστησαν τις θλιβερές συνέπειες της απομόνωσης από τα λοιπά μέλη της κοινωνίας. Στον αντίποδα της ως άνω απόφασης, εκδόθηκε η υπ' αριθμόν **88/2007 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών**, με την οποία κρίθηκε ότι δεν συντρέχει περίπτωση ευθύνης του δημοσίου νοσοκομείου για την μόλυνση ανήλικου με τον ιό του AIDS κατά την μετάγχιση αίματος, καθώς η μόλυνση έλαβε χώρα στην λανθάνουσα<sup>70</sup> φάση της λοίμωξης, και δεν ευθύνονται τα όργανα του δημοσίου είτε με τον τρόπο διεξαγωγής του εργαστηριακού ελέγχου είτε με την ασφάλεια, την ευαισθησία και την ειδικότητα των μηχανημάτων.

5. Το νεαρό της ηλικίας σε συνδυασμό με το βαθμός της συγγένειας καθώς και η υπαιτιότητα του ασθενούς και οι συνθήκες με τις οποίες επήλθε ο θάνατος. Με την υπ' αριθμόν **2539/2008 απόφαση του ΣτΕ**, επιδικάστηκε σε έκαστο των γονέων της θανούσης το ποσό των 10.000.000 δρχ, ενώ στην αδελφή, το ποσό των 5.000.000 δρχ. Στην προκειμένη περίπτωση, ο εφημερεύων ιατρός και διευθυντής της παθολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Πρεβέζης επαναπαύτηκε στην λανθασμένη διάγνωση της εφημερεύουσας ιατρού. Ως εκ τούτου, κατά παράλειψη της ιδιαίτερης νομικής του υποχρέωσης, η ασθενής δεν μεταφέρθηκε στο πλησιέστερο πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το οποίο ήταν καταλλήλως εξοπλισμένο και κατέληξε. Εν προκειμένω, κρίθηκε ότι συνέτρεχε συντρέχον πταίσμα της ίδιας και των γονέων της, καθώς απέκρυσαν ότι προ ημερών είχε υποβληθεί σε τεχνητή διακοπή κύησης. Περαιτέρω, με την υπ' αριθμόν **1471/2008 απόφαση του ΣτΕ** επιδικάστηκε το σε έκαστο το γονέα το ποσό των 10.000,00 € ένεκα του θανάτου του γιου τους από μετάγχιση αίματος που έφερε το ιό του AIDS. Αντιστοίχως, στο αδελφό του επιδικάστηκε ισόποση ως άνω αποζημίωση. Μάλιστα, δε, κρίθηκε ότι το δημόσιο νοσοκομείο υπέχει ευθύνη, για το λόγο ότι δεν έλεγξε προσηκόντως το μεταγγιζόμενο αίμα, και δεν απέδειξε ότι η μόλυνση έγινε πριν το χρονικό σημείο κατά το οποίο ο έλεγχος δεν ήταν υποχρεωτικός.

Με την υπ' αριθμόν **1222/2002 απόφαση του ΣτΕ** επιδικάστηκε χρηματική αποζημίωση σε βρέφος για την ψυχική οδύνη που είναι βέβαιο ότι θα υποστεί στο μέλλον, όταν θα φθάσει σε ηλικία που θα είναι σε θέση να δέχεται τις ψυχικές επιδράσεις του εξωτερικού κόσμου και να αισθάνεται τον ψυχικό πόνο από την απώλεια του θανόντος συγγενικού του προσώπου. Ομοίως, αντιμετωπίζεται και το ανήλικο τέκνο, καθώς έχει σχηματίσει ηθική προσωπικότητα και τον συναισθηματικό του κόσμο για να δεχθεί τις επιδράσεις από τον εξωτερικό περιβάλλον και δη τις ψυχικές συγκινήσεις από τον θάνατο.

---

<sup>70</sup> Μετά τα αρχικά συμπτώματα της οξείας φάσης η HIV λοίμωξη εισέρχεται σε ένα στάδιο που ονομάζεται κλινική λανθάνουσα περίοδος ή ασυμπτωματική HIV λοίμωξη ή χρόνια HIV λοίμωξη (πηγή: Wikipedia).

6. Το νεαρό της ηλικίας συνδυαστικά με την αδυναμία εξεύρεση εργασίας, όπως λήφθηκε υπόψη από την υπ' αριθμόν **391/2008 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Πειραιώς**, κατά την οποία επιδικάστηκε στο νεαρό ασθενή το ποσό των 450.000,00€ λόγω της εσφαλμένης ιατρικής επιλογής να ακρωτηριάσουν το πόδι του, αντί της εξεύρεσης ηπιότερης λύσης, αν ληφθεί υπόψη ότι ο όγκος ήταν καλοήθης.

7. Η οικονομική κατάσταση του ζημιωθέντος<sup>71</sup>.

8. Το μειωμένο ενδιαφέρον για επίσκεψη και επίδειξη ενδιαφέροντος εκ μέρους των συγγενών του ζημιωθέντος. Στην υπ' αριθμόν **220/2003 απόφαση του ΣτΕ** επιδικάστηκε ποσό ψυχικής οδύνης ένεκα πνιγμού τροφίμου ιδρύματος, καθώς κατά την εκδρομή στην θάλασσα οι αρμόδιοι επιβλέποντες δεν επέδειξαν τη δέουσα προσοχή και προκλήθηκε πνιγμός σε τρόφιμο με διανοητική καθυστέρηση. Επίσης, κρίθηκε ότι δε δύναται να αναγνωρισθεί πταίσμα του λόγω της μειωμένης διανοητικής του ικανότητας. Το ποσό που επιδικάστηκε στη μητέρα ανέρχεται στο ποσό των 25.000.000 δρχ, καθώς η μητέρα το είχε επισκεφθεί έξι φορές σε διάστημα 18 μηνών, και είχε τηλεφωνήσει 13 φορές, σε αντίθεση με τον πατέρα και την αδελφή που δεν ενδιαφέρθηκαν, οπότε και επιδικάστηκε το ποσό του 1.000.000 δρχ.

Δυνάμει της υπ' αριθμόν **1638/2017 απόφασης του ΣτΕ**<sup>72</sup>, απερρίφθη ως αβάσιμος λόγος αναίρεσης ότι κατά παράβαση της αρχής της αναλογικότητας το ποσό που επιδικάστηκε από το Δικαστήριο της ουσίας υπερέβη το κατ' άρθρο 932 του Α.Κ. εύλογο όριο αποζημίωσης, καθώς μεταξύ του τραγικού συμβάντος και της συζητήσεως της αγωγής αποζημιώσεως των αναιρεσιβλήτων στον πρώτο βαθμό παρήλθε μεγάλο χρονικό διάστημα, ήτοι πέντε χρόνια. Ωστόσο, κατά την κρίση του Δικαστηρίου θεωρήθηκε ότι το δικάσαν Εφετείο έλαβε υπόψη το σύνολο των κρίσιμων στοιχείων για το προσδιορισμό του ύψους της αποζημίωσης, ήτοι την στενή συγγενική σχέση του θύματος με τους αναιρεσιβλήτους, τις εν γένει συνθήκες του θανάτου, το νεαρό της ηλικίας του, ενώ η παρέλευση μεγάλου χρονικού διαστήματος δεν αποτελεί νόμιμο κριτήριο περιορισμού της οφειλομένης αποζημιώσεως ή χρηματικής ικανοποίησεως. Μάλιστα, τα εν λόγω στοιχεία εκτέθηκαν αναλυτικώς και αιτιολογήθηκαν πλήρως. Επίσης, έκρινε ότι ο καθορισμός του ύψους για την χρηματική ικανοποίηση από το δικάσαν Εφετείο δεν υπερέβη κατά τρόπο αναιρετικώς ελεγκτέο τα άκρα όρια της διαγραφόμενης στον νόμο εξουσίας του, η περαιτέρω δε εκτίμηση από αυτό των εν γένει πραγματικών περιστατικών της υποθέσεως κατά τον προσδιορισμό του ύψους της χρηματικής ικανοποίησεως δεν υπόκειται, κατ' αρχήν, στον αναιρετικό έλεγχο.

Δυνάμει της υπ' αριθμόν **1184/2013 απόφασης του ΣτΕ** έκρινε την επιδίκαση της χρηματικής ικανοποίησης λόγω ψυχικής οδύνης για το θάνατο ιατρού κατά την πτώση ελικοπτερου του

---

<sup>71</sup> ΣτΕ 2727/2003

<sup>72</sup> Θάνατος στρατιώτη λόγω της πλημμελούς αντιμετώπισης της παθήσεώς του εκ μέρους των υπευθύνων και των γιατρών των μονάδων όπου νοσηλεύτηκε

ΕΚΑΒ, που ενεργούσε επιχείρηση αεροδιακομιδής ασθενούς. Στην εν λόγω απόφαση, ομοίως κρίθηκε ότι ο προσδιορισμός του ύψους της χρηματικής ικανοποίησης που καθορίζεται από το δικαστήριο της ουσίας υπόκειται σε ανααιρετικό έλεγχο για παράβαση της διάταξης του άρθρου 932 του Α.Κ., μόνο αν κριθεί ότι το δικαστήριο υπερέβη τα άκρα όρια της διαγραφόμενης από την εν λόγω διάταξη εξουσίας του (Σ.τ.Ε. 4133/2011 7μελούς, 424, 1219, 3844, 4100/2012). Για την επιδίκαση, δε, της αποζημίωσης λήφθηκαν υπόψη οι τραγικές συνθήκες του θανάτου, ο βαθμός υπαιτιότητας των οργάνων του Ελληνικού Δημοσίου, η ηλικία της θανούσας κατά το χρόνο του δυστυχήματος (35 ετών), ο διαρκής και έντονος ψυχικός πόνος που προκλήθηκε στους αναιρεσειόντες από το θάνατο της κόρης, αδελφής και συζύγου, την ηλικία των αναιρεσειόντων (61, 59, 31 και 36 ετών, αντίστοιχα). Με τα δεδομένα αυτά, έκρινε ότι οι γονείς της θανούσας edικαιοούνται χρηματική ικανοποίηση λόγω ψυχικής οδύνης ύψους 200.000 ευρώ και ότι η αδελφή και σύζυγος της θανούσας edικαιοούνται για την ίδια αιτία 100.000 ευρώ ο καθένας.

Περαιτέρω, με την υπ' αριθμόν **1405/2013 απόφαση του ΣτΕ** επιδικάστηκε χρηματική ικανοποίηση ένεκα ψυχικής οδύνης, καθώς η ασθενής κατέληξε κατόπιν χειρουργικής επέμβασης για την αφαίρεση κύστεων εχινοκόκκου, αφού ο χειρουργός δεν εφάρμοσε την ενδεδειγμένη ιατρικά μέθοδο και δεν ενημέρωσε την ασθενή για τους κινδύνους. Στο πλαίσιο αυτό κρίθηκε ότι η οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου και η κοινωνική του αποστολή δεν αποτελούν στοιχεία κρίσιμα κατά τον καθορισμό του ύψους της χρηματικής ικανοποίησης.

Επιπλέον, με την υπ' αριθμόν **2796/2006 του ΣτΕ** έκρινε ότι δεν αποζημιώνεται η μητέρα αυτοτελώς για την απώλεια εσόδων από την διακοπή λειτουργίας του καταστήματος για να παρευρίσκεται στο πλευρό της κόρης της, καθώς το εν λόγω κονδύλι συμπεριλήφθηκε στη χρηματική αποζημίωση της ηθικής βλάβης.

Τέλος, με την υπ' αριθμόν **579/2020 απόφαση του ΣτΕ**, θεωρήθηκε ως μη νόμιμη η επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης μικρότερης κατά το ύψος στο τέκνο του αποβίωσαντος κληρονόμου, καθώς είχε υποβάλλει αγωγή ασκώντας νομίμως και αυτοτελώς το δικαίωμά του.

#### **4.6. Αιτιώδης σύνδεσμος**

Για την στοιχειοθέτηση της αστικής ευθύνης του δημοσίου νοσοκομείου απαιτείται αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης της πράξης, παράλειψης ή υλικής ενέργειας και των οργάνων του και του ζημιογόνου αποτελέσματος.

Στην ελληνική νομολογία γίνεται δεκτή η θεωρία της πρόσφορης αιτιότητας, σύμφωνα με την οποία από τις πολλές αιτίες που συνέβαλαν στην επέλευση της ζημίας ξεχωρίζει εκείνη, η οποία θεωρείται ως κρίσιμη ή πρόσφορη (*causa adaequata*). Πρόσφορη δε θεωρείται η αιτία όταν είχε γενικά τη τάση και ήταν ικανή, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων και τα διδάγματα της κοινής πείρας, να προκαλέσει τη ζημία. Το ζήτημα τούτο κρίνεται εκ των



**προτέρων και ποτέ εκ των υστέρων και δεν εξετάζονται οι ατομικές δυνατότητες και γνώσεις του συγκεκριμένου ζημιώσαντος, αλλά η δυνατότητα πρόγνωσης του μέσου συνετού ανθρώπου.**

Ωστόσο, η ως άνω παράνομη συμπεριφορά πρέπει να είναι πρόσφορη να οδηγήσει στο ζημιολόγο αποτέλεσμα κατά τη συνήθη πορεία εξέλιξης της κατάστασης του ασθενούς, σύμφωνα με τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης. Συνεπώς, ο αιτιώδης σύνδεσμος διακόπτεται με περιστατικά εξαιρετικής φύσεως ή για τυχηρά γεγονότα ή ανωτέρα βία<sup>73</sup>. Η νομική τους αντιμετώπιση προκαλεί προβληματισμό, καθώς δεν υφίσταται εμφανώς παράνομη πράξη ή παράλειψη, αλλά διαπιστώνεται περίπτωση **«διακινδύνευσης»**. Τούτο, διότι η ευθύνη του δημοσίου θεμελιώνεται απευθείας στα άρθρα 4 παρ. 1 και 5 του Συντάγματος, καθώς η ανάληψη μίας δραστηριότητας που ενέχει κίνδυνο και διενεργείται προς το δημόσιο όφελος, πρέπει να αντιμετωπίζεται ως δημόσιο βάρος.

Προς επισκόπηση της νομολογίας, δέον να επισημανθεί, η με αριθμό **710/2016 απόφαση του ΣτΕ**, σύμφωνα με την οποία αιτιολογημένα κρίθηκε ότι υφίστατο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ του θανάτου της συγγενούς των αναιρεσιβλήτων και της παράνομης απουσίας του ιατρού από το χώρο του νοσοκομείου σε ημέρα και ώρα που είχε ενεργό εφημερία (και όχι σε **«εφημερία ετοιμότητας»**), με αποτέλεσμα να μην παρασχεθεί έγκαιρη ιατρική βοήθεια στη βαριά τραυματισμένη και να επέλθει ο θάνατός της. Μάλιστα, κατά την ομολογία του ιατρού, είχε μεταβεί για φαγητό στην οικία του και ένεκα της καθυστέρησης του η χειρουργική επέμβαση που έλαβε χώρα ήταν ανεπιτυχής λόγω της ακατάσχετης αιμορραγίας.

Περαιτέρω, με την υπ' αριθμόν **1154/2000 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών** κρίθηκε η αστική ευθύνη παιδιατρικού νοσοκομείου, καθώς ο ιατρός παρέλειψε να διενεργήσει τις απαραίτητες μικροβιολογικές εξετάσεις, με αποτέλεσμα να μην αποτρέψει κρίση σκωληκοειδίτιδας με συνέπεια τη μεταφορά του ασθενούς παιδιού σε ιδιωτικό θεραπευτήριο. Επιδικάστηκε ποσό που αντιστοιχούσε στην κάλυψη των νοσηλίων και όχι στην χειρουργική επέμβαση, καθώς κρίθηκε ότι δε θα μπορούσε να αποτραπεί.

Επιπλέον, με την υπ' αριθμόν **1975/2005 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών** κρίθηκε ότι η καθυστερημένη άφιξη ασθενοφόρου ΕΚΑΒ δεν ήταν πιθανόν και βέβαιο ότι προκάλεσε το θάνατος θύματος από τροχαίο ατύχημα.

---

<sup>73</sup> Τριμελές Διοικητικό Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης 2707/1999

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Καϊάφα- Γκμπάντι**, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις Ιατροχειρουργικές Επεμβάσεις, ΝοΒ 1989, 877.
2. *«Η αστική ευθύνη των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η ευθύνη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού – Γενική θεωρητική και νομολογιακή προσέγγιση»* Δημήτριος Α. Εμμανουηλίδης, Σύμβουλος της Επικρατείας, Εισήγηση στο συνέδριο περί ιατρικής ευθύνης του Πανεπιστημίου Πατρών και του Δικηγορικού Συλλόγου Πατρών (Πάτρα 26 και 27.5.2017).
3. **Μαθιουδάκη Ιακ.**, Η αστική ευθύνη του κράτους, εκδ. ANION, Θεσσαλονίκη, 2006
4. Άρθρο του **Ιωάννη Λαμπρόπουλου** δημοσιευμένο στο περιοδικό της Ένωσης Διοικητικών Δικαστών, ΔιΔΙΚ 1/2019 (31)
5. **Επαμεινώνδας Π. Σπηλιωτόπουλος**, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Τόμος Ι, 15η έκδοση, Ιούνιος 2017.
6. **Επ. Σπηλιωτόπουλου**, Εγχειρίδιο Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Νομική βιβλιοθήκη, 15η έκδοση, Ιούνιος 2017.
7. **Κατερίνα Φουντεδάκη**, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, Διάλογος με την νομολογία

## ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

1. Η υπ' αριθμ. 4013/1996 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
2. Η υπ' αριθμ. 1219/2012 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
3. Η υπ' αριθμ. 5/1995 απόφαση του Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου.
4. Η υπ' αριθμ. 864/2004 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Πειραιά.
5. Η υπ' αριθμ. 2112/2019 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
6. Η υπ' αριθμ. 15/2018 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
7. Η υπ' αριθμ. 1531/2018 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
8. Η υπ' αριθμ. 2818/2005 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
9. Η υπ' αριθμ. 2727/2003 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
10. Η υπ' αριθμ. 1227/2007 απόφαση του Άρειος Πάγος.
11. Η υπ' αριθμ. 1594/2020 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
12. Η υπ' αριθμ. 159/2021 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Πύργου.
13. Η υπ' αριθμ. 1239/2015 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
14. Η υπ' αριθμ. 434/2005 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Ηρακλείου.
15. Η υπ' αριθμ. 667/2000 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Πατρών.
16. Η υπ' αριθμ. 926/2009 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
17. Η υπ' αριθμ. 45/2013 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Πειραιά.

18. Η υπ' αριθμ. 1818/2009 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
19. Η υπ' αριθμ. 2539/2008 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
20. Η υπ' αριθμ. 3043/2005 απόφαση του Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών.
21. Η υπ' αριθμ. 2179/2007 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
22. Η υπ' αριθμ. 1221/2002 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
23. Η υπ' αριθμ. 740/2001 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
24. Η υπ' αριθμ. 300/2020 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
25. Η υπ' αριθμ. 1018/2008 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
26. Η υπ' αριθμ. 2727/2003 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
27. Η υπ' αριθμ. 2739/2007 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
28. Η υπ' αριθμ. 1224/2002 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
29. Η υπ' αριθμ. 727/2009 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
30. Η υπ' αριθμ. 2818/2005 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
31. Η υπ' αριθμ. 2707/1999 απόφαση του Διοικητικό Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης.
32. Η υπ' αριθμ. 2739/2007 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
33. Η υπ' αριθμ. 3081/2003 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
34. Η υπ' αριθμ. 2463/1998 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
35. Η υπ' αριθμ. 2539/2008 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
36. Η υπ' αριθμ. 1471/2008 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
37. Η υπ' αριθμ. 1222/2022 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
38. Η υπ' αριθμ. 391/2008 απόφαση του Διοικητικό Πρωτοδικείο Πειραιά.
39. Η υπ' αριθμ. 220/2003 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
40. Η υπ' αριθμ. 1638/2017 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
41. Η υπ' αριθμ. 1184/2013 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
42. Η υπ' αριθμ. 1405/2013 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
43. Η υπ' αριθμ. 2796/2006 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
44. Η υπ' αριθμ. 710/2016 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
45. Η υπ' αριθμ. 1154/2000 απόφαση του Διοικητικό Εφετείο Αθηνών.
46. Η υπ' αριθμ. 1975/2005 απόφαση του Διοικητικό Εφετείο Αθηνών.
47. Η υπ' αριθμ. 2664/2015 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
48. Η υπ' αριθμ. 579/2020 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
49. Η υπ' αριθμ. 88/2007 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών.
50. Η υπ' αριθμ. 213/2015 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών.
51. Η υπ' αριθμ. 3751/2005 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

### Δικονομική μεταχείριση της ιατρικής αστικής ευθύνης

#### 5.1. Εισαγωγή

Στο παρόν 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δικονομικά ζητήματα αναφορικά με την μεταχείριση της αστικής ευθύνης των δημοσίων νοσοκομείων, για το λόγο ότι οι εκδικαζόμενες διαφορές εισάγονται αποκλειστικά ενώπιον των διοικητικών δικαστηρίων ένεκα της έννομης σχέσης δημοσίου δικαίου που δημιουργείται μεταξύ του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων και των ασθενών. Εξ αυτού του λόγου, παρουσιάζεται η καθ' ύλην και κατά τόπον αρμοδιότητα των διοικητικών δικαστηρίων δυνάμει των άρθρων 105- 106 ΕισΑΚ, σύμφωνα με τον Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας. Στην δεύτερη υποενότητα αναλύεται το βάρος απόδειξης των διαδίκων για τις ουσιαστικές προϋποθέσεις της αστικής ευθύνης και τα αποδεικτικά μέσα που χρησιμοποιούνται κατά την ακροαματική και την εν γένει αποδεικτική διαδικασία.

Στην επόμενη υποενότητα, αναλύεται ο βασικός δικονομικός λόγος που αποκλείει την αξίωση του παθόντος για αποζημίωση ένεκα της διάπραξης αστικού αδικήματος εκ μέρους των δημοσίων ιατρών, και ειδικότερα αναφέρεται η περίπτωση της παραγραφής των αξιώσεων του Δημοσίου, αλλά και οι δικονομικοί λόγοι που περιορίζουν την σχετική αξίωση για χρηματική ικανοποίηση στην περίπτωση της συνδρομής συντρέχοντος πταίσματος στο πρόσωπο του παθόντος και συμψηφισμού συναφών χρηματικών αξιώσεων. Το παρόν Κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της εφαρμογής του κριτηρίου της αθωότητας, καθώς η διάπραξη του αστικού αδικήματος του ιατρικού σφάλματος από τα όργανα των δημοσίων νοσοκομείων, μπορεί παράλληλα να οδηγήσει στην πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης ενός ποινικού αδικήματος με φερόμενο ως δράστη τον ιατρό.

#### 5.2. Καθ' ύλην και κατά τόπον αρμοδιότητα διοικητικών δικαστηρίων για την επιδίκαση αποζημίωσης

Κατά την διάγνωση της έννομης διαφοράς ως διοικητικής με τα κριτήρια που εκτέθηκαν αναλυτικά ως άνω, απαιτείται η αναζήτηση του αρμοδίου προς τούτο διοικητικού δικαστηρίου. Δυνάμει της παραγράφου 1 του άρθρου 6 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας προβλέπεται ότι *«Η, σε πρώτο βαθμό, εκδίκαση των διοικητικών διαφορών ουσίας ανήκει στο τριμελές πρωτοδικείο.»*

Να τονισθεί, δε, ότι κατά την τρίτη (γ') περίπτωση του ως άνω άρθρου, προβλέπεται διαφοροποίηση ως προς την αρμοδιότητα, εφόσον πρόκειται για χρηματικές διαφορές των οποίων το αντικείμενο δεν υπερβαίνει το ποσό των εξήντα χιλιάδων (60.000) ευρώ, οπότε και η αρμοδιότητα ανήκει στο μονομελές πρωτοδικείο.

Αναφορικά, δε, με την αρμοδιότητα των διοικητικών δικαστηρίων ουσίας σε δεύτερο βαθμό ανήκει κατά την παράγραφο 6 του άρθρου 1 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας στο τριμελές εφετείο. Κατ' εξαίρεση, στις περιπτώσεις που η πρωτόδικη απόφαση εκδίδεται από το μονομελές πρωτοδικείο, η εκδίκαση της διαφοράς σε δεύτερο βαθμό ανήκει στο μονομελές εφετείο.

Συνεπώς, δυνάμει του άρθρου 6 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας, για την αναζήτηση της καθ' ύλην αρμοδιότητας των διοικητικών δικαστηρίων, απαιτείται η αναζήτηση του αντικειμένου της χρηματικής διαφοράς, και ειδικότερα εάν η έγερση χρηματικής αξίωσης κατά του δημοσίου νοσοκομείου υπερβαίνει ή όχι το ποσό των εξήντα χιλιάδων ευρώ (60.000,00 €).

Κατά το άρθρο 7 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας προβλέπεται η κατά τόπον αρμοδιότητα το διοικητικών δικαστηρίων, οπότε και κρίνεται αναγκαία η αναζήτηση της έδρας της αρχής η οποία προκάλεσε την δημιουργία της εκδικαζόμενης διαφοράς.<sup>74</sup>

Ως ένδικο βοήθημα για την επιδίκαση της χρηματικής αποζημίωσης αποτελεί η αγωγή του άρθρου 71 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας, το οποίο στην παράγραφο 1 ορίζει ότι για την ενεργητική νομιμοποίηση **«1. Αγωγή μπορεί να ασκήσει εκείνος ο οποίος έχει, κατά του Δημοσίου ή άλλου νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, χρηματική αξίωση από έννομη σχέση δημοσίου δικαίου»**. Να τονισθεί, δε, ότι το εν λόγω ένδικο βοήθημα στρέφεται κατά την ρητή διατύπωση του άρθρου 71 του Κ.Δ.Δ. **«κατά του Δημοσίου ή του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, που είναι υπόχρεο προς ικανοποίηση της κατά την παρ. 1 του προηγούμενου άρθρου αξίωσης»**. Επομένως, η αγωγή στρέφεται υποχρεωτικά κατά του δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο υπάγεται ο ιατρός που προέβη σε διάπραξη ιατρικού σφάλματος κατά τους όρους και τις διευκρινήσεις του άρθρου 105 και 106 ΕισΑΚ. **Άλλως, και σε περίπτωση που η αγωγή στραφεί αποκλειστικά κατά του ενεργούντος ιατρού, πρόκειται να απορριφθεί ως απαράδεκτη ελλείψει ουσιώδους διαδικαστικής προϋπόθεσης της δίκης, ήτοι ελλείψει παθητικής νομιμοποίησης.**

Σύμφωνα, με την υπ' αριθμόν **2011/2014 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας**, το κέντρο προσοχής της δικαστικής απόφασης στράφηκε στην παθητική νομιμοποίηση, και ειδικότερα κρίθηκε ότι τα Δικαστήρια της ουσίας πρέπει να αναζητήσουν αυτεπαγγέλτως, αλλά

---

<sup>74</sup> «Αρμόδιο στον πρώτο, ή πρώτο και τελευταίο, βαθμό είναι το δικαστήριο στην περιφέρεια του οποίου εδρεύει η αρχή από πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια οργάνου της οποίας δημιουργήθηκε η διαφορά. Επί μεταβίβασης από όργανο οποιασδήποτε αρχής του δικαιώματος υπογραφής, η αρμοδιότητα του προηγούμενου εδαφίου κρίνεται με βάση την περιφέρεια του οργάνου το οποίο υπογράφει με εντολή του. Η αρμοδιότητα αυτή διατηρείται και στις περιπτώσεις που, κατά των πράξεων ή παραλείψεων τούτων, ασκείται οποιαδήποτε διοικητική προσφυγή».

και να ερμηνεύσουν ορθώς το δικόγραφο της αγωγής για την διασφάλιση του παθητικώς νομιμοποιούμενου νομικού προσώπου. Το ως άνω κρινόμενο προκύπτει από την πολυπλοκότητα των ρυθμίσεων και την δημιουργία εύλογων αμφιβολιών κατά την αναζήτηση εκ μέρους του διοικουμένου του παθητικώς νομιμοποιούμενου νομικού προσώπου. Η κρίση του Δικαστηρίου ακολούθησε την από 26.7.2011 απόφαση του Στρασβούργου (Georgel και Georgeta Stoicescu κατά Ρουμανίας), σύμφωνα με την οποία κρίθηκε ότι ο ενάγων στερείται επαρκούς και αποτελεσματικής έννομης προστασίας κατά παράβαση του άρθρου 6 του ΕΣΔΑ, όταν ο ενάγων αδυνατεί να προσδιορίσει το εναγόμενο νομικό πρόσωπο εξαιτίας, αφενός της ανακατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ των τοπικών αρχών και της μη προφανούς ερμηνείας της εθνικής νομοθεσίας περί παθητικής νομιμοποίησης σε ζητήματα ευθύνης των αρχών από ζημία τους.

Λόγω, δε, της μείζονος σπουδαιότητας του ζητήματος, η ως άνω υπόθεση παραπέμφθηκε στην επταμελή σύνθεση του ΣτΕ. Σύμφωνα, με την υπ' αριθμόν **1816/2015 του Συμβουλίου της Επικρατείας**, κρίθηκε ότι οι νομοθετικές μεταβολές για τον προσδιορισμό της διοικητικής οργάνωσης των δημοσίων υπηρεσιών που δυσχεραίνουν τον προσδιορισμό των καθ' ων της αγωγής του άρθρου 72 Κ.Δ.Δ., **δεν επιτρέπουν τον δικαστή την μεταβολή του δικογράφου της αγωγής**, ενώ είναι αδιάφορη η αποτυχία για παροχή δικαστικής προστασίας ένεκα των ως άνω μεταβολών. Μάλιστα, δε, η συνεχής ζημιόγνος νομοθετική μεταβολή αρμοδιοτήτων ενδέχεται να προκαλέσει την ευθύνη του Δημοσίου δυνάμει του άρθρου 105 του ΕισΝΑΚ.

Πάραυτα, υπάρχει δυνατότητα αναγωγής του δημοσίου νοσοκομείου κατά του ιατρού για το ποσό της αποζημίωσης που καταβλήθηκε εκ μέρους του δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος. Εν προκειμένω, το αρμόδιο δικαστήριο για την εκδίκαση της εν λόγω αναγωγής, είναι το Ελεγκτικό Συνέδριο δυνάμει του άρθρου 98 παρ. 1,εδ. ζ' του Συντάγματος.<sup>75</sup> Για την δυνατότητα της αναγωγής σε βάρος του ιατρού, η παραπομπή σε δίκη ενώπιον του Ελεγκτικού Συνεδρίου είναι υποχρεωτική στην αποκλειστική περίπτωση δόλου του ιατρού. Σε περίπτωση, δε, που έχει διαπραχθεί ιατρικό σφάλμα ένεκα βαριάς αμέλειας, το Ελεγκτικό Συνέδριο δύναται αν επιδικάσει μέρος της αποζημίωσης δυνάμει της παραγράφου 5 του άρθρου 68 του Ν. 4129/2013. Άλλωστε, κατά το άρθρο 38 του Υπαλληλικού Κώδικα (Ν. 2638/1999) προβλέπεται ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι ευθύνονται για την αποζημίωση που κατέβαλε το Δημόσιο σε τρίτους, εφόσον οι πράξεις ή παραλείψεις του έγιναν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους και οφείλονται σε δόλο ή βαριά αμέλεια.<sup>76</sup>

Δυνάμει της με αριθμό **3993/2004 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών**, κρίθηκε ότι ο κάθε διάδικος οφείλει να αποδείξει το σύνολο των πραγματικών ισχυρισμών, με αποτέλεσμα να φέρει στο αντίστοιχο βάρος απόδειξης, άλλως οι ισχυρισμοί απορρίπτονται ως αναπόδεικτοι. Εφόσον, βεβαίως, για την προκληθείσα ζημία ευθύνονται περισσότερα πρόσωπα, τότε

<sup>75</sup> Σημειώσεις της καθηγήτριας Κορνηλίας Δελοούκα- Ιγγλέση στο μάθημα «ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

<sup>76</sup> Άρθρο 38 του Ν. 3528/ 2007 (Υπαλληλικός Κώδικας)

ευθύνονται «εις ολόκληρον». Ο προσδιορισμός, όμως, του μέτρου και δη ο επιμερισμός της ευθύνης μεταξύ των περισσοτέρων, είναι αδύνατον να λάβει χώρα στη δίκη περί την αγωγή της αποζημίωσης του θιγέντος ασθενούς, αλλά στο πλαίσιο της δίκης περί της αναγωγής.

### **5.3. Βάρος απόδειξης και αποδεικτικά μέσα**

Το δικάζον Δικαστήριο της ουσίας είναι υποχρεωμένο για την εισαχθείσα ενώπιον του υπόθεση να οδηγηθεί σε πλήρη δικανική πεποίθηση, προκειμένου να αποφανθεί για την επιδίκαση της χρηματικής αξίωσης δυνάμει των άρθρων 105 και 106 ΕισΝΑΚ. Ειδικότερα, το δικαστήριο της ουσίας έχει την ευχέρεια να αναζητήσει την αντικειμενική αλήθεια και να διατάξει κάθε πρόσφορο μέτρο προς αυτήν την κατεύθυνση. Ειδικότερα, δε στο άρθρο 33 του Κ.Δ.Δ. ορίζεται ότι **«Το δικαστήριο μεριμνά για την πρόοδο της δίκης. Προς το σκοπό αυτόν διατάζει τη διενέργεια οποιασδήποτε απαραίτητης διαδικαστικής πράξης και λαμβάνει όλα τα κατά την κρίση του πρόσφορα μέτρα για τη διακρίβωση της αλήθειας και την ταχύτερη έκδοση της απόφασης.»**

Αντιστοίχως, στο άρθρο 151 Κ.Δ.Δ. ορίζεται ότι **«το δικαστήριο, με απόφασή του, δύναται, αν το κρίνει αναγκαίο, να διατάξει, ύστερα από αίτηση διαδίκου ή και αυτεπαγγέλτως, τη συμπλήρωση των αποδείξεων με κάθε πρόσφορο κατά την κρίση του αποδεικτικό μέσο.»**

Στο πλαίσιο, δε, της διοικητικής δίκης είναι εφικτός ο διορισμός του πραγματογνώμονα, ο οποίος σύμφωνα με τα εδάφια α' της παραγράφου ένα του άρθρου 159 έχει τις ειδικές γνώσεις της επιστήμης ή τέχνης, και υποχρεούται να αναλάβει να καθήκοντα του συντάσσοντας και προσκομίζοντας εντός των νόμιμων προθεσμιών την έκθεση πραγματογνωμοσύνης.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με την παράγραφο 6 του άρθρου 13 του Κ.Ι.Δ. οι ιατροί, που ασκούν υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης, απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της, προκειμένου να είναι δυνατή η ορθή άσκηση του καθήκοντός τους.

Η πλημμελής ανάληψη των καθηκόντων του πραγματογνώμονα επιφέρει τις συνέπειες του άρθρου 166 Κ.Δ.Δ. το οποίο ορίζει ρητώς ότι **«πραγματογνώμονας, που δεν εκτελεί τα κατά τις προηγούμενες διατάξεις καθήκοντά του, υπόκειται στις κυρώσεις του άρθρου 42 και δεν έχει δικαίωμα για αμοιβή ή αποζημίωση, ενώ δεν αποκλείεται και κάθε άλλη ευθύνη του, κατά την κείμενη νομοθεσία.»** Στην πράξη, είναι εφικτό η πραγματογνωμοσύνη να μη επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα για την ανεύρεση της αντικειμενικής αλήθειας, καθώς ο πραγματογνώμονας λειτουργεί στο πλαίσιο της συναδελφικής αλληλεγγύης ή πολλές φορές ενδέχεται να αποποιηθεί του διορισμού με αποτέλεσμα την αναβολή εσαεί της υπό κρίση διαφοράς.

Στην υπ' αριθμόν **1786/2005 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Θεσσαλονίκης**, κρίθηκε η ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου για το λόγο ότι ο θεράπων ιατρός δεν επέδειξε την δέουσα επιμέλεια και επήλθε επιπλοκή ραχιαίας αναισθησίας. Πέραν τούτου, ο ασθενής δεν γνώριζε την διενέργεια ραχιαίας αναισθησίας και δεν είχε δώσει σχετική συναίνεση. Επ' αφορμής εκδίκασης της ως άνω υπόθεσης, κρίθηκε ότι η διενέργεια πραγματογνωμοσύνης εναπόκειται αποκλειστικά στην διακριτική ευχέρεια του δικαστηρίου της ουσίας και σε καμία περίπτωση δεν είναι υποχρεωτική.

Σύμφωνα με την υπ' αριθμόν **6718/1988 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών** διατάχθη για την πρόοδο της δίκης, η συμπλήρωση των αποδείξεων με τη διενέργεια της συμβουλευτικής πραγματογνωμοσύνης από πρόσωπο με ειδικές ιατρικές γνώσεις.

Επιπλέον, σύμφωνα με την υπ' αριθμόν **9602/2005 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών** διατάχθηκε η διενέργεια της πραγματογνωμοσύνης, ενώ δεν λήφθηκαν υπόψη ως αποδεικτικά μέσα ένορκες καταθέσεις ενώπιον Ειρηνοδίκη ή Συμβολαιογράφου.

#### **5.4. Λόγοι αποκλεισμού ή περιορισμού της οφειλόμενης αποζημίωσης**

Η αξίωση του παθόντος για αποζημίωση ένεκα της παράνομης και υπαίτιας πράξης, παράλειψης ή υλικής ενέργειας εκ μέρους των ιατρών των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων αποκλείεται στην περίπτωση της παραγραφής των αξιώσεων του Δημοσίου, ενώ περιορίζεται στην περίπτωση της συνδρομής συντρέχοντος πταίσματος και συμψηφισμού.<sup>77</sup>

##### **5.4.1. Παραγραφή των αγωγικών αξιώσεων του ενάγοντος πολίτη κατά του δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος**

Δυνάμει της παραγράφου 1 του άρθρου 48 και του άρθρου 49 του Ν.Δ. 496/19.7.1974 προβλέπεται ως βασικός κανόνας για την παραγραφή των αξιώσεων κατά των Ν.Π.Δ.Δ. το χρονικό διάστημα των πέντε ετών αρχή γενομένης από το τέλος του οικονομικού έτους κατά την οποία γεννήθηκε η χρηματική αξίωση. Ως κρίσιμο δε χρονικό σημείο κατά το οποίο διαγνώστηκαν οι ζημιογόνες συνέπειες αποτελεί ο χρόνος που κατέστη αντιληπτή η ζημία, ως επιβεβαιώνεται από την νομολογία, και δη από την υπ' αριθμόν **735/2010 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας**. Περαιτέρω, δυνάμει της υπ' αριθμόν **12979/2004 απόφασης του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών** αναφέρει την χαρακτηριστική έκφραση *«πότε ανεφάνη*

---

<sup>77</sup> **Απ. Γέροντα, Σ. Λύτρα, Πρ. Παυλόπουλου, Γλ. Σιούτη, Σπ. Φλογαΐτη**, Διοικητικό Δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, Β' έκδοση, 2010, σελ. 331



τον πρώτον», οπότε και δεν επιδρά η επέλευση της ζημίας in abstracto. Στην εν λόγω δικαστική απόφαση, επιδικάστηκε συνολική αποζημίωση 331.148,00 ευρώ εξαιτίας σοβαρών επιπλοκών στον ασθενή, καθώς οι καρδιολόγοι αξιολόγησαν πλημμελώς τα εργαστηριακά ευρήματα, με αποτέλεσμα να οδηγηθούν στην εσφαλμένη διάγνωση της νόσου «**σύνδρομο υπερευαίσθητου καρωτιδικού κόλπου**» με αποτέλεσμα να εμφυτεύσουν βηματοδότη, τον οποίον όχι μόνο ήταν ακατάλληλος αλλά και μολυσμένος με τον παθογόνο οργανισμό candida.

Περαιτέρω, με την υπ' αριθμόν **672/2006 Τριμελούς Πρωτοδικείου Αθηνών** και την υπ' αριθμόν **160/2001 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών**, κρίθηκε ότι για την εκκίνηση της παραγραφής της αξίωσης σε περίπτωση χρηματικής ικανοποίησης ένεκα ψυχικής οδύνης αποτελεί ο θάνατος και όχι η ασθένεια ή το ατύχημα.

Ζητούμενο αποτελεί βεβαίως, εάν γεννάται νεότερη αξίωση σε περίπτωση κατά την οποία από το ζημιόγνο περιστατικό επήλθαν εξακολουθητικά συνέπειες σε μεταγενέστερο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με την υπ' αριθμόν **2728/2003 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας**, κρίθηκε ότι εφόσον οι μεταγενέστερες συνέπειες δε μπορούσαν να προβλεφθούν κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, τότε γεννάται νέα αξίωση και αναστρόφως. Η εκκίνηση του χρόνου παραγραφής των ως άνω αξιώσεων χρηματικής ικανοποίησης των άρθρων 105 και 106 του ΕισΑΚ εξαρτάται επίσης από τις ενδεχομένως νεότερες πράξεις ή παραλείψεις των Ν.Π.Δ.Δ.

#### **5.4.2. Συντρέχον πταίσμα**

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που το ύψος της αποζημίωσης μειώνεται ως προς το ύψος της ή αποκλείεται πλήρως σε περίπτωση που αποδεικνύεται η ύπαρξη συντρέχοντος πταίσματος του ζημιωθέντος ασθενούς, δυνάμει του άρθρου 300 του Αστικού Κώδικα.

Ειδικότερα, καταγιγνώσκεται η συνδρομή αυτής της περίπτωσης, όταν η ζημία και η έκταση αυτής δεν οφείλεται μόνο στην παράνομη πράξη/παραλείψη/ενέργεια των οργάνων του δημοσίου, αλλά και στην υπαίτια και αμελή συμπεριφορά του παθόντος ασθενή. Ωστόσο, η ως άνω συνυπαιτιότητα δε συντρέχει σε πρόσωπα με βαριά νοητική στέρηση, τα οποία στερούνται καταλογισμού και δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τη σημασία των πράξεων τους. Παράδειγμα ύπαρξης συντρέχοντος πταίσματος αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής αποκλίνει από τις οδηγίες του ιατρού στο στάδιο της μετεγχειρητικής διαδικασίας.

Δυνάμει της με αριθμό **2320/2003 απόφασης του ΣτΕ**, κρίθηκε ότι το ίδρυμα φέρει αστική ευθύνη για τον πνιγμό ασθενούς, πάσχοντος από εγκεφαλοπάθεια και διανοητικός καθυστερούμενου που επήλθε στην διάρκεια εκδρομής σε παραθαλάσσια περιοχή από απροσεξία του επιβλέποντος νοσηλευτικού προσωπικού. Συνεπεία της κατάστασης υγείας του θανόντος ασθενούς κρίθηκε ότι δεν νοείται συντρέχον πταίσμα εξαιτίας της μειωμένης νοητικής

ικανότητας του ασθενούς και επιδικάστηκε στη μητέρα το χρηματικό ποσό των 25.000.000,00 δραχμών, ενώ στον πατέρα και την αδελφή το ποσό των 1.000.000,00 δραχμών.

Ειδικότερα, δυνάμει της υπ' αριθμόν **2539/2008 απόφασης του Συμβουλίου της Επικρατείας**, κρίθηκε ότι δεν ελέγχεται αναιρετικά η κρίση του δικαστηρίου της ουσίας για τον αν θα επιδικάσει ολόκληρη την αποζημίωση ή να μην επιδικάσει καθόλου αποζημίωση ή να μειώσει το ποσό της, καθώς η κατ' ενάσκηση της διακριτικής αυτής εξουσίας κρίση του δικαστηρίου της ουσίας δεν υπόκειται στον έλεγχο του Συμβουλίου της Επικρατείας όταν δικάζει κατ' αναίρεση.<sup>78</sup>

### **5.4.3. Συμψηφισμός**

Ομοίως, συντρέχει περίπτωση μείωση του ύψους της αποζημίωσης που επιδικάζεται στον ασθενή ένεκα της αστικής ευθύνης του Δημοσίου, στην περίπτωση που ο παθών ωφελήθηκε από την παράνομη συμπεριφορά των οργάνων του νοσοκομείου, όπως επί παραδείγματι ο ασθενής έλαβε από την παράνομη δραστηριότητα αναρρωτική άδεια, κατά την διάρκεια της οποίας ασκώντας το επάγγελμά του αποκόμισε αυξημένα έσοδα.

Ως αιτιολογική βάση δε της εφαρμογής του συμψηφισμού, αποτελεί το γεγονός ότι σκοπός της αστικής ευθύνης του δημοσίου είναι η αποκατάσταση της προκληθείσης ζημίας και όχι ο πλουτισμός του παθόντος ασθενούς ένεκα της αδικοπραξίας των οργάνων του δημοσίου νοσοκομείου. Αποκλείεται, όμως, ο συνυπολογισμός όταν η απόκτηση της ωφέλειας δε σχετίζεται με το ζημιογόνο γεγονός. Για παράδειγμα, στην περίπτωση θανάτου ασθενούς από ιατρικό σφάλμα δεν είναι δυνατό να αφαιρεθούν τα ενοίκια ακινήτων που κληροδότησε ο αποθανών στα παιδιά του, αφού τα πρόσωπα αυτά θα καθίσταντο κατά πάσα πιθανότητα, κληρονόμοι και χωρίς να μεσολαβήσει η παράνομη πράξη ή παράλειψη του οργάνου του Δημοσίου.

### **5.5. Η εφαρμογή του άρθρου 5 παρ. 2 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας και του τεκμηρίου αθωότητας στις αγωγές αποζημιώσεως ενώπιον των Τακτικών Διοικητικών Δικαστηρίων**

Η διάπραξη του αστικού αδικήματος του ιατρικού σφάλματος από παράνομες πράξεις/παραλείψεις/ ενέργειες των οργάνων του Δημοσίου μπορεί παράλληλα να οδηγήσει στην πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης ενός ποινικού αδικήματος. Επομένως, τίθεται το ζήτημα της δέσμευσης των τακτικών διοικητικών δικαστηρίων από το δεδικασμένο που παράγουν οι αποφάσεις των ποινικών δικαστηρίων που έλαβαν υπόψη τα ίδια πραγματικά περιστατικά.

---

<sup>78</sup> ΑΠ 1483/1990, Σ.Ε. 1408/2006.

Πριν την έναρξη ισχύος του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας (Κ.Δ.Δ.), η μοναδική ρύθμιση αναφορικά με την για την επίδραση της αμετάκλητης (καταδικαστικής) απόφασης των ποινικών δικαστηρίων εμπεριεχόταν στο άρθρο 120 παρ. 3 του προϊσχύοντος Κώδικα Φορολογικής Δικονομίας (Κ.Φ.Δ.). Σύμφωνα με το άρθρο αυτό, **«δεδικασμένο αποτελούν και οι αμετάκλητες καταδικαστικές αποφάσεις των ποινικών δικαστηρίων, ως προς την ενοχή και τις ποινές που επιβλήθηκαν».**

Εξ αντιδιαστολής, ως προκύπτει οι αμετάκλητες αθωωτικές ποινικές αποφάσεις δεν αποτελούν δεδικασμένο για τον διοικητικό δικαστή, ωστόσο, υποχρεούται να τις λάβει υπόψη του και να τις συνεκτιμήσει προς διαμόρφωση της κρίσης του. Η ως άνω θέση έλαβε νομολογιακά πολλαπλές ερμηνείες, ενώ εν τέλει το άρθρο 5 παρ. 2 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας ενέταξε την ρύθμιση του άρθρου 120 του Κώδικα Φορολογικής Δικονομίας (Κ.Φ.Δ.), και εν συνεχεία συμπεριλήφθηκε στο κεφάλαιο για τη δικαιοδοσία, αφού αναφέρεται στις δεσμεύσεις του δικαστηρίου κατά την άσκηση της αρμοδιότητάς του.

Να τονιστεί, ότι ένεκα της συστηματικής του ένταξης είχε τεθεί το ζήτημα εάν η έκδοση αμετάκλητων καταδικαστικών αποφάσεων αποτελεί δεδικασμένο ή παράγει απλώς δεσμευτική ενέργεια, το ΣτΕ κατά πάγια του νομολογία κρίνει ότι το διοικητικό δικαστήριο λαμβάνει υπόψη του το δεδικασμένο αυτό, ήτοι τον αμετάκλητο χαρακτήρα της ποινικής (καταδικαστικής) αποφάσεως, αν προκύπτει από τα στοιχεία του φακέλου της δικογραφίας.<sup>79</sup>

Σύμφωνα με το εδάφιο β' του άρθρου 5 παρ. 2 του ΚΔΔ προβλέπεται ότι **«Δεσμεύονται, επίσης, από τις αμετάκλητες καταδικαστικές αποφάσεις των ποινικών δικαστηρίων ως προς την ενοχή του δράστη, από τις αμετάκλητες αθωωτικές αποφάσεις, καθώς και από τα αμετάκλητα αποφαινόμενα να μην γίνει η κατηγορία βουλεύματα, εκτός εάν η απαλλαγή στηρίχθηκε στην έλλειψη αντικειμενικών ή υποκειμενικών στοιχείων που δεν αποτελούν προϋπόθεση της διοικητικής παράβασης».**<sup>80</sup>

Κατά την ορθότερη έννοια, ο δικαστής των τακτικών διοικητικών δικαστηρίων αποκλείεται να κρίνει περί της ενοχής του διοικούμενου, ενώ επιπλέον δεν επιτρέπεται να κρίνει όσα πραγματικά ή νομικά ζητήματα επιλύθηκαν συναφώς στο πλαίσιο αυτό δεσμευτικά από το ποινικό δικαστήριο. Επομένως, το δεδικασμένο των αμετάκλητων καταδικαστικών αποφάσεων επεκτείνεται όχι μόνο ως προς το ζήτημα της ενοχής του δράστη, αλλά από τα πραγματικά ή νομικά ζητήματα που επιλύθηκαν δεσμευτικά με τη συγκεκριμένη ποινική απόφαση, εφόσον αυτά ασκούν πραγματική ή νομική επιρροή στο πλαίσιο της δικής του δικαιοδοσίας.<sup>81</sup>

<sup>79</sup> ΣτΕ 2403/2015, 1067, 2951/2013, 1522/2010 7μ.

<sup>80</sup> Σύμφωνα με τη νομολογία του ΣτΕ η διάταξη καταλαμβάνει τις υποθέσεις που συζητήθηκαν ενώπιον των τακτικών διοικητικών δικαστηρίων από την 22.6.2016 και έπειτα, καθώς κατά γενική δικονομική αρχή κάθε νεότερη ρύθμιση δεν καταλαμβάνει τις υποθέσεις που είχαν συζητηθεί πριν από τον χρόνο έναρξης ισχύος της.

<sup>81</sup> Η μελέτη αυτή αποτελεί τη γραπτή μορφή της προφορικής εισηγήσεώς της Β. Μπουκουβάλα, Πρωτοδική Διοικητικών Δικαστηρίων στο επιμορφωτικό σεμινάριο Δικαστικών Λειτουργών με θέμα «Σχέση πολιτικής, ποινικής, διοικητικής δίκης» που διεξήχθη στην Κομοτηνή στις 9 και 10 Μαΐου 2019.

Δέον να τονισθεί ότι η πρέπει να διακριθεί η έκδοση αμετάκλητων αθωωτικών ποινικών αποφάσεων και των αποφάσεων που δεν έχουν καταστεί αμετάκλητες, καθώς στην πρώτη περίπτωση ο δικαστής των τακτικών διοικητικών δικαστηρίων πρέπει να λάβει υπόψη την απόφαση αυτή και αυτό να αποδεικνύεται από ειδική αιτιολόγηση στο σκεπτικό της απόφασής του. Αν μάλιστα αποκλίνει από αυτή, θα πρέπει να συντάξει τον δικανικό του συλλογισμό με τέτοιο τρόπο, ώστε να μη θέτει σε αμφισβήτηση την απαλλακτική κρίση του ποινικού δικαστή. Αντιθέτως, οι ποινικές αθωωτικές αποφάσεις που δεν έχουν καταστεί ή έστω δεν προκύπτει ότι έχουν καταστεί αμετάκλητες, απλώς συνεκτιμώνται από το διοικητικό δικαστήριο, με τρόπο γενικό και χωρίς ειδική μνεία<sup>82</sup>. Επομένως, δημιουργείται μία πρόσθετη υποχρέωση στον διοικητικό δικαστή να αιτιολογήσει επαρκώς και ειδικότερα την απόκλισή του από την (αμετάκλητη αθωωτική) κρίση του ποινικού δικαστή είτε μέσω της στήριξής της σε νέα αποδεικτικά μέσα ή σε κοινά αποδεικτικά μέσα που εκτιμήθηκαν, όμως, διαφορετικά είτε στον διαφορετικό βαθμό απόδειξης που ισχύει στη διοικητική δίκη σε σχέση με τον βαθμό απόδειξης τέλεσης της παράβασης που ισχύει στην ποινική δίκη.

Ωστόσο, ο δικαστής των διοικητικών δικαστηρίων πρέπει στις κρινόμενες ενώπιον του υποθέσεις να λάβει υπόψη το τεκμήριο αθωότητας που αποτελεί διαδικαστική εγγύηση της δίκαιης δίκης και προβλέπεται στο άρθρο 6 παρ.2 της Ε.Σ.Δ.Α. όσο και στο άρθρο 48 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο προβλέπει ότι **«κάθε κατηγορούμενος τεκμαίρεται ότι είναι αθώος μέχρι αποδείξεως της ενοχής του σύμφωνα με το νόμο»**. Επομένως, ο ποινικός δικαστής πρέπει να μην αντιμετωπίζει τον κατηγορούμενο ως ένοχο μέχρι την έκδοση της καταδικαστικής αμετακλήτου απόφασεως. Υπό αυτή την έννοια, απαιτεί από το ποινικό δικαστήριο να μην προβαίνει σε διατυπώσεις, αιτιολογικές κρίσεις ή απλώς σχόλια κατά την εκδίκαση της υπόθεσης σχετικά με την ενοχή του κατηγορουμένου, πριν ακόμη περατωθεί επίσημα η διαδικασία και παύει να ισχύει όταν εκδίδεται αμετάκλητη καταδικαστική απόφαση.

Δυνάμει επομένως του τεκμηρίου της αθωότητας, το δικαστήριο που επιλαμβάνεται μεταγενέστερα μίας αμετάκλητης αθωωτικής απόφασης πρέπει να απέχει από τη διατύπωση κρίσεως ή αιτιολογίας ή τη χρησιμοποίηση λέξεων στον συλλογισμό του που να θέτουν εν αμφιβόλω το αθωωτικό αποτέλεσμα της οικείας ποινικής διαδικασίας.

Ωστόσο, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου έκρινε ότι στις αποφάσεις «B. Σταυρόπουλος κατά Ελλάδος» (35522/04) και «Καπετανίας κατά Ελλάδος» (3453/2012) ότι ενόψει του τεκμηρίου της αθωότητας, η ποινική αθώωση έστω και ένεκα αμφιβολιών είναι δεσμευτική για τα διοικητικά δικαστήρια.

Κατά πάγια νομολογία του Συμβουλίου της Επικρατείας, η επίκληση του ισχυρισμού του τεκμηρίου της αθωότητας στη διοικητική δίκη πρέπει να πληροί σειρά προϋποθέσεων

---

<sup>82</sup> ΣτΕ 2503/2016.

προκειμένου να είναι παραδεκτή. Πιο συγκεκριμένα, ο διάδικος πρέπει να αποδείξει ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ της ποινικής απόφασης με την διοικητική δίκη.<sup>83</sup>

Επιπλέον, σε αντίθεση με την κρίση του Ε.Δ.Δ.Α. στην υπόθεση «Καπετάνιας κατά Ελλάδας», το Συμβούλιο της Επικρατείας έκρινε παγίως, ότι ο διάδικος οφείλει να προσκομίσει στο φάκελο της δικογραφίας τα στοιχεία ότι κατέστη αμετάκλητη, καθώς το διοικητικό δικαστήριο καμία υποχρέωση δεν έχει να εκδώσει προδικαστική απόφαση για να διαπιστωθεί το αμετάκλητο αυτής. Η υποχρέωση αυτή τονίζει ότι προέρχεται από την θεμελιώδη αρχή της δικονομικής αυτονομίας των κρατών μελών.

Επομένως, το διοικητικό δικαστήριο- κατά τη νομολογία του ΣτΕ- λαμβάνει υπόψη αυτεπάγγελα το δεδικασμένο της ποινικής απόφασης, αν αυτό προκύπτει από τα στοιχεία της δικογραφίας, ενώ πρέπει ο διάδικος να αποδεικνύει ότι η απόφαση του ποινικού δικαστηρίου έχει καταστεί αμετάκλητη. Επιπλέον, η ποινική απόφαση πρέπει να προσκομίζεται προαποδεικτικώς, έως την προτεραία της συζητήσεως της υπόθεσης, διαφορετικά δεν λαμβάνεται υπόψη από το δικαστήριο. Με την τήρηση της ως άνω δικονομικής προθεσμίας ο αντίδικος λαμβάνει τον απαιτούμενο χρόνο προκειμένου να αμυνθεί αποτελεσματικά.

Βεβαίως, η προσκόμιση στο φάκελο μίας αμετάκλητης αθωωτικής απόφασης δε θα έπρεπε να οδηγεί άνευ άλλου τινός στην απόρριψη της αγωγής εκ μέρους του διοικητικού δικαστή. Αντιθέτως, ο τελευταίος οφείλει να συνεκτιμά το περιεχόμενο της αμετάκλητης αθωωτικής απόφασης εστιάζοντας στα όσα έχει κρίνει ο ποινικός δικαστής και έπειτα να εκτιμά την βασιμότητα της ως άνω απόφασης και ουδέποτε να προβαίνει σε δηλώσεις καταλογισμού ποινικής ευθύνης του προσώπου που αθώωθηκε. Βέβαια, βάσει της νομολογίας των διοικητικών δικαστηρίων προκύπτει ότι ο διοικητικός δικαστής δε δεσμεύεται από την κρίση των ποινικών δικαστών περί της αθωότητας του κατηγορημένου, εφόσον δεν προκύπτει αιτιολογία της αθωωτικής απόφασης.

**Θα πρέπει δηλαδή η ποινική απόφαση να έκρινε επί ζητημάτων που ασκούν ουσιώδη επιρροή στην εκδίκαση της υπόθεσης της αστικής ευθύνης, είτε για την ίδια την παράνομη πράξη ή παράλειψη και τη στοιχειοθέτησή της είτε για την αιτιώδη συνάφεια και τη θεμελίωσή της.**<sup>84</sup>

Δυνάμει της υπ' αριθμόν 156/2022 απόφασης του ΣτΕ (α' τμήμα- 7μελής) δέχθηκε αίτηση αναίρεσης που ασκήθηκε εκ των συγγενών της θανούσης, κρίνοντας ότι το διοικητικό εφετείο εσφαλμένα θεώρησε ότι δεσμεύεται από το αμετάκλητο απαλλακτικό βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών όσον αφορά την αποδιδόμενη στους ιατρούς του νοσοκομείου παράλειψη να εξασφαλίσουν εκ των προτέρων κλίνη στη ΜΕΘ για να μεταφερθεί σ' αυτήν η συγγενής των αναιρεσειόντων αμέσως μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης και απέρριψε ως

---

<sup>83</sup> ΣτΕ 951/2018

<sup>84</sup> ΔΠρωτΑθηνών 9046/2019, 5489/2019, 34/2019. 59 ΔΠρωτΛαμίας 290/2019, ΔΠρωτΑθ 34/2019

αβάσιμη την αγωγή κατά το μέρος αυτό. Μεταξύ άλλων, στο σκεπτικό αυτής δέχθηκε ότι το η τροποποίηση που επήλθε στην παρ. 2 του άρθρου 5 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας επήλθε δυνάμει του άρθρου 17 του ν. 4446/2016, με σκοπό τα διοικητικά δικαστήρια να δεσμεύονται από τις αμετάκλητες αθωωτικές αποφάσεις των ποινικών δικαστηρίων και τα αμετάκλητα απαλλακτικά βουλεύματα (περί μη απαγγελίας κατηγορίας) εναρμονίζοντας έτσι το εθνικό δικονομικό δίκαιο με τη νομολογία του ΕΔΔΑ για την αρχή *ne bis in idem* και το τεκμήριο της αθωότητας.

Ωστόσο, το ΣτΕ έκρινε ότι στις δίκες που αφορούν την άσκηση αγωγών αποζημίωσης δυνάμει των άρθρων 105 και 106 του ΕισΑΚ δεν εφαρμόζεται η αρχή *ne bis in idem*, η οποία άλλωστε απαγορεύει την εκκίνηση και εξακολούθηση της διοικητικής δίκης για την επιβολή διοικητικής κύρωσης, όταν για την ίδια παράβαση έχει περατωθεί η ποινική διαδικασία δια της εκδόσεως αμετάκλητης δικαστικής αποφάσεως, για το λόγο ότι στις άνω διοικητικές δίκες έχουν αποζημιωτικό χαρακτήρα και δεν πληρούν τα ποινικά κριτήρια Engel, όπως τέθηκαν από το ΕΔΔΑ. Το ως άνω προκύπτει από την γραμματική διατύπωση της παρ. 2 του άρθρου 5, η οποία αναφέρεται σε «διοικητική παράβαση» και επομένως η ως άνω διάταξη περί της δέσμευσης των διοικητικών δικαστηρίων από τις αμετάκλητες αθωωτικές αποφάσεις και τα σχετικά αμετάκλητα αθωωτικά βουλεύματα δεν εφαρμόζεται στις δίκες για την αξίωση αποζημίωσης με νομική βάση τα άρθρα 105 και 106 του ΕισΑΚ.

Επιπλέον, δυνάμει της υπ' αριθμόν **156/2022 απόφασης του Συμβουλίου της Επικρατείας**, λήφθηκε υπόψη στο σκεπτικό της ότι το εναγόμενο δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα δύναται να επικαλεστεί το τεκμήριο της αθωότητάς του που προκύπτει από την αθώωσή του από την διάπραξη ποινικών αδικημάτων που αφορούν τις αποδιδόμενες πράξεις ή παραλείψεις, καθώς η υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών υγείας συνδέεται άμεσα με την επιστημονική επάρκεια και επαγγελματική αξιοπιστία των φυσικών προσώπων- ιατρών στα οποία έχει ανατεθεί η εκπλήρωση του δημοσίου σκοπού, ενώ το νοσοκομείο υποχρεούται να αποζημιώσει τον ζημιωθέντα από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των φυσικών αυτών προσώπων – οργάνων του.

Στην υπ' αριθμόν **2179/2007 απόφασης του ΣτΕ**,<sup>85</sup> η απόφαση του δικάζοντος δικαστηρίου σε δεύτερο βαθμό αναιρέθηκε για το λόγο ότι δεν λήφθηκε υπ' αυτού υπόψη το αμετάκλητο απαλλακτικό βούλευμα από το αναιρεσεϊόν νοσοκομείο, το οποίο είχε απαλλάξει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό από κάθε ευθύνη.

Καταληκτικά, δυνάμει της υπ' αριθμόν **2736/2007 απόφασης του ΣτΕ** αναιρέθηκε η απόφαση του εφετείου, για το λόγο ότι ναι μεν προσκομίστηκε στο φάκελο καταδικαστική απόφαση του ποινικού δικαστηρίου, πλην όμως δεν πληρούνταν η προϋπόθεση του αμετάκλητου χαρακτήρα αυτής, ώστε να δεσμευθεί το δικάσαν διοικητικό εφετείο.

---

<sup>85</sup> Βλ. ανωτέρω

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Απ. Γέροντα, Σ. Λύτρα, Πρ. Παυλόπουλου, Γλ. Σιούτη, Σπ. Φλογαϊτή**, Διοικητικό Δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, Β' έκδοση, 2010, σελ. 331
2. **Κορνηλία Δελούκα- Ιγγλέση**, Σημειώσεις της καθηγήτριας στο μάθημα «**ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**» στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
3. **Β. Μπουκουβάλα**, Η γραπτή μορφή της προφορικής εισηγήσεως, Πρωτοδίκης Διοικητικών Δικαστηρίων στο επιμορφωτικό σεμινάριο Δικαστικών Λειτουργών με θέμα «Σχέση πολιτικής, ποινικής, διοικητικής δίκης» που διεξήχθη στην Κομοτηνή στις 9 και 10 Μαΐου 2019.
4. Ν. 3528/ 2007 (Υπαλληλικός Κώδικας)

## **ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ**

1. Η από 26.7.2011 απόφαση του Στραυβούργου (Georgel και Georgeta Stoicescu κατά Ρουμανίας).
2. Η υπ' αριθμ. 2011/2014 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
3. Η υπ' αριθμ. 1816/2015 απόφαση της επταμελούς σύνθεσης του Συμβουλίου της Επικρατείας.
4. Η υπ' αριθμ. 6718/1988 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
5. Η υπ' αριθμ. 9602/2005 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
6. Η υπ' αριθμ. 735/2010 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
7. Η υπ' αριθμ. 12979/2004 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
8. Η υπ' αριθμ. 672/2006 απόφαση του Τριμελούς Πρωτοδικείου Αθηνών.
9. Η υπ' αριθμ. 160/2001 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών.
10. Η υπ' αριθμ. 2728/2003 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
11. Η υπ' αριθμ. 2539/2008 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
12. Η υπ' αριθμ. 35522/04 απόφαση του ΕΔΔΑ «Β. Σταυρόπουλος κατά Ελλάδος».
13. Η υπ' αριθμ. 3453/2012 απόφαση του ΕΔΔΑ «Καπετάνιας κατά Ελλάδος».
14. Η υπ' αριθμ. 156/2022 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
15. Η υπ' αριθμ. 2320/2003 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
16. Η υπ' αριθμ. 3993/2004 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών.
17. Η υπ' αριθμ. 1786/2005 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Θεσσαλονίκης

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, το δικαίωμα στην υγεία, και ειδικότερα η αξίωση των πολιτών απέναντι στην Πολιτεία να παρέχει υψηλών προδιαγραφών ιατρικές υπηρεσίες ουδόλως ευνόητο είναι. Αντιθέτως, η ερμηνεία του δικαιώματος της υγείας και η κανονιστική του ισχύς, διαμορφώνεται από τα σύγχρονα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα, τα οποία κατατείνουν και απαιτούν την πληρέστερη προστασία της υγείας, ως αυτή νοείται όχι μόνο ως μορφή παθολογίας ή είδος αναπηρίας, αλλά ως επίτευξη της συνολικής ευεξίας και υγείας του πολίτη.

Η επίτευξη της δημόσιας υγείας, αποτελεί μία μεγάλη πρόκληση στην χώρα μας, κυρίως λόγω του ότι η υγεία των πολιτών εξ ορισμού κλονίζεται από πολλαπλούς και νέους κινδύνους, αλλά και λόγω της ανάγκης ενίσχυσης του Ε.Σ.Υ. **Συνεπώς, το ζήτημα των ιατρικών σφαλμάτων αποτελεί μία πραγματική έριδα στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.**

Ένεκα του αναντίρρητου ενδιαφέροντος του ιατρικού σφάλματος, η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στην ευθύνη που φέρει το δημόσιο νοσοκομείο, σε περίπτωση που το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, στο πλαίσιο άσκησης των καθηκόντων του, διαπράξει ένα ιατρικό σφάλμα. Με τον ως άνω όρο, νοείται εκείνη η συμπεριφορά του ιατρού που εκπίπτει του καθήκοντος επιμέλειας βάσει των επαγγελματικών σταθερών και προτύπων αλλά και των παραδεδεγμένων κανόνων της επιστήμης και της τέχνης (*lege artis*).

Παρόλα αυτά, το ιατρικό σφάλματα, εν τέλει, δεν οφείλεται αποκλειστικά στην παροχή κακής ποιότητας υπηρεσιών, καθώς σύμφωνα με τη νομολογία, οι ζημιώσαντες ιατροί σε πλείστες περιπτώσεις ήταν πλήρως καταρτισμένοι και συμπεριφέρθηκαν *lege artis*, αλλά τα λάθη προήλθαν εξαιτίας οργανωτικών ζητημάτων του δημοσίου νοσοκομείου που παρείχαν τις υπηρεσίες τους, ενώ και οι ίδιοι ασθενείς συνέβαλαν ουσιαστικά στην επίταση της ζημίας με την αποσιώπηση της πραγματικής κατάστασης της υγείας τους.

Προς εξισορρόπηση της ζημίας που προκαλείται από το ιατρικό σφάλμα, ο θεσμός της αστικής ευθύνης συμβάλλει καταλυτικά, καθώς δια της άσκησης αγωγής κατ' άρθρο 105 ΕισΑΚ, ο παθών - ασθενής επιδιώκει τη χρηματική του αποζημίωση στο μέτρο, που είναι αδύνατο να επαναφερθούν τα πράγματα στην προτέρα κατάσταση.

Αν και ο θεσμός της αστικής ευθύνης, είναι ιδιαίτερα παλαιός, μόλις πρόσφατα έχει απασχολήσει την δικαστηριακή πραγματικότητα, και έχει ανά καιρούς κλονίσει την κοινή γνώμη, με συνέπεια η ελληνική νομολογία να είναι πιο ευέλικτη στην επιδίκαση της χρηματικής αποζημίωσης, ενώ περισσότεροι πολίτες να επιδιώκουν την πραγματική δικαίωση τους.

Επομένως, η έκδοση δικαστικών αποφάσεων προς δικαίωση των ζημιωθέντων, όλο και αυξάνεται, ενώ αρκετές αποφάσεις επιδεικνύουν αυστηρή στάση έναντι στους γιατρούς επιδικάζοντας υψηλές αποζημιώσεις. Βέβαια, δεν μπορεί να εξαχθεί μία ασφαλής κατευθυντήρια γραμμή αναφορικά με το ύψος της χρηματικής αποζημίωσης ένεκα ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης.



Αναφορικά, δε, με την επισκόπηση της νομολογίας των διοικητικών δικαστηρίων προκύπτει ότι το ιατρικό σφάλμα έχει διττό ρόλο, καθώς η δήλωση επέλευσής του πληροί την προϋπόθεση της παρανομίας και της υπαιτιότητας της αστικής ευθύνης. Ωστόσο, τα ελληνικά δικαστήρια επιδεικνύουν μεγάλη αυστηρότητα στην παραβίαση των νομικών καθηκόντων των ιατρών, όπως παρουσία στην εφημερία, διενέργεια των κατάλληλων εξετάσεων παρά τα έκδηλα συμπτώματα, ενώ τηρούν πιο ελαστική στάση στην επιλογή της ενδεδειγμένης μεθόδου, εφόσον ο ιατρός επέδειξε την δέουσα επιμέλεια και συμπεριφέρθηκε *lege artis*. Άλλωστε, η θεραπεία μίας ασθένειας διέπεται από στατιστικά δεδομένα, τα οποία ποσοτικοποιούν το κίνδυνο και παρουσιάζουν την ασφαλέστερη μέθοδο, χωρίς να είναι δυνατόν να εγγυηθεί ένας γιατρός την ευκαταία έκβαση της θεραπείας. Εξ αυτού του λόγου, ο δικαστής αδυνατεί να οδηγηθεί σε ασφαλή κρίση και να κρίνει την καταλληλότητα της μεθόδου, καθώς η ιατρική επιστήμη συνδέεται και ακολουθείται από το ιατρικό σφάλμα.

Συμπερασματικά, η απουσία ιατρικού σφάλματος είναι αδύνατη, αλλά για την αποτροπή σοβαρών σφαλμάτων απαιτείται μία καθολική αναδιάρθρωση και ενίσχυση του Ε.Σ.Υ. με την καθοριστική ενίσχυση των ιατρών και νοσηλευτών με κάθε μέσο (εξοπλισμό, υποδομή, αμοιβές, σεμινάρια). Επίσης, οι γιατροί οφείλουν να καταβάλλουν τη μέγιστη δυνατή προσπάθεια στην πληρέστερη κατάρτισή τους, την επαγρύπνησή τους, και την ουσιαστική συνεργασία με άλλους ιατρούς. Εν κατακλείδι, το να διαπράττει ένας σφάλμα είναι ανθρώπινο «*To err is human*» και μόνο η αδράνεια από την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος διασφαλίζει την μη επέλευση ιατρικού σφάλματος.

## ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

1. **Χ. Ανθόπουλος**, Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα.
2. **Απόστολος Γέροντας, Σωτήρης Λύτρας, Προκόπης Παυλόπουλος, Γλυκερίας Σιούτη, Σπυρίδων Φλογαΐτης**, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα 2010, 2η έκδοση.
3. **Π.Α. Δαγτόγλου**: Συνταγματικό δίκαιο, Ατομικά δικαιώματα, εκδόσεις Αντ Ν. Σάκκουλα, 2005
4. **Δημήτριος Α. Εμμανουηλίδης**, «*Η αστική ευθύνη των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η ευθύνη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού – Γενική θεωρητική και νομολογιακή προσέγγιση*», Σύμβουλος της Επικρατείας, Εισήγηση στο συνέδριο περί ιατρικής ευθύνης του Πανεπιστημίου Πατρών και του Δικηγορικού Συλλόγου Πατρών (Πάτρα 26 και 27.5.2017).
5. **Π.Μ. Ευστρατίου**, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 2004
6. **Κορνηλίας Δελούκα- Ιγγλέση** Σημειώσεις της καθηγήτριας στο μάθημα «**ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**» στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
7. **Καϊάφα- Γκμπάντι**, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις Ιατροχειρουργικές Επεμβάσεις, ΝοΒ 1989, 877.
8. **Κ.Α. Κρεμαλής**: Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Αντ Ν. Σάκκουλα
9. **Κωνσταντίνος Δ. Κρεμαλής**, Δίκαιο της Υγείας, Τόμος 1, Νομική Βιβλιοθήκη, Φεβρουάριος 2011
10. Άρθρο του **Ιωάννη Λαμπρόπουλου** δημοσιευμένο στο περιοδικό της Ένωσης Διοικητικών Δικαστών, ΔιΔΙΚ 1/2019 (31)
11. **Μαθιουδάκη Ιακ.**, Η αστική ευθύνη του κράτους, εκδ. ANION, Θεσσαλονίκη, 2006
12. Η γραπτή μορφή της προφορικής εισηγήσεώς της **Β. Μπουκουβάλα**, Πρωτοδίκη Διοικητικών Δικαστηρίων στο επιμορφωτικό σεμινάριο Δικαστικών Λειτουργών με θέμα «Σχέση πολιτικής, ποινικής, διοικητικής δίκης» που διεξήχθη στην Κομοτηνή στις 9 και 10 Μαΐου 2019.
13. **Απόστολος Νεστ. Παπακωνσταντίνου**: Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία (Συνταγματική θεμελίωση), εκδόσεις Αντ Ν. Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή 2005.
14. **Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη**, Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2<sup>η</sup> έκδοση
15. **Πρ. Παυλόπουλου**, η αστική ευθύνη.
16. **Επαμεινώνδας Σπηλιωτόπουλος**, Εγχειρίδιο Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδ. Νομική βιβλιοθήκη, 15η έκδοση, Ιούνιος 2017.

17. **Κατερίνα Φουντεδάκη**, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης (Διάλογος με τη νομολογία), εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη
18. **Χ. Χρυσανθάκη- Π. Πανταζόπουλου**, Εισηγήσεις Διοικητικού Δικαίου, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006, 2η έκδοση.
19. <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-bismarck-versus-beveridge>
20. **διαΝΕΟσις** Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Φεβρουάριος 2020
21. **Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας**
22. Ν. 3528/ 2007 (Υπαλληλικός Κώδικας)

## **ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ**

1. Η υπ' αριθμ. 4013/1996 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
2. Η υπ' αριθμ. 1219/2012 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
3. Η υπ' αριθμ. 5/1995 απόφαση του Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου.
4. Η υπ' αριθμ. 864/2004 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Πειραιά.
5. Η υπ' αριθμ. 2112/2019 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
6. Η υπ' αριθμ. 15/2018 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
7. Η υπ' αριθμ. 1531/2018 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
8. Η υπ' αριθμ. 2818/2005 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
9. Η υπ' αριθμ. 2727/2003 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
10. Η υπ' αριθμ. 1227/2007 απόφαση του Άρειος Πάγος.
11. Η υπ' αριθμ. 1594/2020 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
12. Η υπ' αριθμ. 159/2021 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Πύργου.
13. Η υπ' αριθμ. 1239/2015 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
14. Η υπ' αριθμ. 434/2005 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Ηρακλείου.
15. Η υπ' αριθμ. 667/2000 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Πατρών.
16. Η υπ' αριθμ. 926/2009 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
17. Η υπ' αριθμ. 45/2013 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Πειραιά.
18. Η υπ' αριθμ. 1818/2009 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
19. Η υπ' αριθμ. 2539/2008 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
20. Η υπ' αριθμ. 3043/2005 απόφαση του Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών.
21. Η υπ' αριθμ. 2179/2007 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
22. Η υπ' αριθμ. 1221/2002 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
23. Η υπ' αριθμ. 740/2001 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
24. Η υπ' αριθμ. 300/2020 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
25. Η υπ' αριθμ. 1018/2008 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
26. Η υπ' αριθμ. 2727/2003 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.

27. Η υπ' αριθμ. 2739/2007 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
28. Η υπ' αριθμ. 1224/2002 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
29. Η υπ' αριθμ. 727/2009 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
30. Η υπ' αριθμ. 2818/2005 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
31. Η υπ' αριθμ. 2707/1999 απόφαση του Διοικητικό Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης.
32. Η υπ' αριθμ. 2739/2007 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
33. Η υπ' αριθμ. 3081/2003 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
34. Η υπ' αριθμ. 2463/1998 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
35. Η υπ' αριθμ. 2539/2008 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
36. Η υπ' αριθμ. 1471/2008 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
37. Η υπ' αριθμ. 1222/2022 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
38. Η υπ' αριθμ. 391/2008 απόφαση του Διοικητικό Πρωτοδικείο Πειραιά.
39. Η υπ' αριθμ. 220/2003 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
40. Η υπ' αριθμ. 1638/2017 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
41. Η υπ' αριθμ. 1184/2013 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
42. Η υπ' αριθμ. 1405/2013 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
43. Η υπ' αριθμ. 2796/2006 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
44. Η υπ' αριθμ. 710/2016 απόφαση του Συμβούλιο της Επικρατείας.
45. Η υπ' αριθμ. 1154/2000 απόφαση του Διοικητικό Εφετείο Αθηνών.
46. Η υπ' αριθμ. 1975/2005 απόφαση του Διοικητικό Εφετείο Αθηνών.
47. Η υπ' αριθμ. 2664/2015 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
48. Η υπ' αριθμ. 579/2020 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
49. Η υπ' αριθμ. 88/2007 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών.
50. Η υπ' αριθμ. 213/2015 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών.
51. Η υπ' αριθμ. 3751/2005 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
52. Η από 26.7.2011 απόφαση του Στρασβούργου (Georgel και Georgeta Stoicescu κατά Ρουμανίας).
53. Η υπ' αριθμ. 2011/2014 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
54. Η υπ' αριθμ. 1816/2015 απόφαση της επταμελούς σύνθεσης του Συμβουλίου της Επικρατείας.
55. Η υπ' αριθμ. 6718/1988 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
56. Η υπ' αριθμ. 9602/2005 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
57. Η υπ' αριθμ. 735/2010 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
58. Η υπ' αριθμ. 12979/2004 απόφαση του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.
59. Η υπ' αριθμ. 672/2006 απόφαση του Τριμελούς Πρωτοδικείου Αθηνών.
60. Η υπ' αριθμ. 160/2001 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών.
61. Η υπ' αριθμ. 2728/2003 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.

62. Η υπ' αριθμ. 2539/2008 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
63. Η υπ' αριθμ. 35522/04 απόφαση του ΕΔΔΑ «Β. Σταυρόπουλος κατά Ελλάδος».
64. Η υπ' αριθμ. 3453/2012 απόφαση του ΕΔΔΑ «Καπετανίας κατά Ελλάδος».
65. Η υπ' αριθμ. 156/2022 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
66. Η υπ' αριθμ. 2320/2003 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας.
67. Η υπ' αριθμ. 3993/2004 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών.
68. Η υπ' αριθμ. 1786/2005 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Θεσσαλονίκης

## ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἱητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἱητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασι τε χρῆσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξῃν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνωσ δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωματῶν καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἦ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἕς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων.