

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΔΙΚΑΙΟ &  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ**

MASTER IN LAW & ECONOMICS

**«Η αστική ιατρική ευθύνη της ιδιωτικής κλινικής στο  
πλαίσιο της ελληνικής νομοθεσίας μέσα από τη νομολογία  
των ελληνικών Δικαστηρίων»**

Διάλλας Κωνσταντίνος

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: κ. Δελούκα – Ιγγλέση Κορνηλία

Πειραιάς, 2 Φεβρουαρίου 2022

Στον αγαπημένο μου θείο Γιώργο,  
πρότυπο ιατρού και ανθρώπου

*«Ἀσκέειν, περὶ τὰ νοσήματα, δύο, ὠφελέειν, ἢ μὴ βλάπτειν.»*

**Ἱπποκράτης, 460 – 377 π.Χ.**

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτέρως την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Κορνηλία Δελούκα – Ιγγλέση για την υποστήριξή της κατά την συγγραφή της παρούσας και για τα ακαδημαϊκά οφέλη που αποκόμισα καθ' όλη διαδρομή μου στο Δ.Π.Μ.Σ. «Δίκαιο και Οικονομία» του Πανεπιστημίου Πειραιώς μέσα από τα μαθήματα που διδάχθηκα από εκείνη και μέσα από την προσωπική επαφή μαζί της. Διανύσαμε μία ακαδημαϊκή περίοδο, υπό πρωτόγνωρες και αντίξοες ακαδημαϊκές συνθήκες, δεδομένης της πανδημίας COVID – 19, γεγονός που δεν την απέτρεψε από το να μεταδώσει πλούσια γνώση και να με θωρακίσει επιστημονικά για το επαγγελματικό και ακαδημαϊκό μου μέλλον.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύνολο του ακαδημαϊκού προσωπικού που στελεχώνει το Δ.Π.Μ.Σ. «Δίκαιο και Οικονομία» του Πανεπιστημίου Πειραιώς για διδακτικό τους έργο και το διοικητικό προσωπικό τους Πανεπιστημίου για την υποστήριξη που μας παρείχε.

# Βεβαίωση γνησίου εργασίας/περί μη λογοκλοπής

## 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 ιατρική ευθύνη της ιδιωτικής κλινικής στο πλαίσιο της ελληνικής νομοθεσίας μέσα από τη νομολογία »

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/ τριας:

Όνοματεπώνυμο: Κωνσταντίνος Διάλλας

Ημερομηνία: 2/2/2022

## Περίληψη

Πολλά δυσμενή συμβάντα που εντοπίζονται στο χώρο της υγείας σχετίζονται με ανθρώπινο σφάλμα, είτε του ιατρού είτε του εν γένει προσωπικού που εργάζεται στον τομέα της Υγείας, κάτι που θα μπορούσαμε ίσως να το εντάξουμε σε ένα πλαίσιο αστοχίας του υγειονομικού συστήματος. Οι ανεπαρκείς οικονομικοί πόροι, η ελλιπής έρευνα και η υπερκόπωση των ιατρών είναι μερικά από τα αίτια πρόκλησής τους. Η ευθύνη του ιατρού κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει πολύ τόσο την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια, με το «ιατρικό σφάλμα» να παραμένει διεθνώς η συχνότερη εμφανιζόμενη βάση των αγωγών αποζημίωσης που ασκούνται έναντι των ιατρών.

Ο ιατρός δεν μπορεί ασφαλώς να εγγυηθεί τη θεραπεία του ασθενούς. Υποχρεούται όμως να επιδείξει ορισμένη συμπεριφορά που δεν είναι άλλη από τη συμπεριφορά που είναι σύμφωνη με τους «γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης». Η ασφάλεια και η θεραπεία των ασθενών βελτιώνεται μόνον όταν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης διευκολύνουν την αναφορά των σφαλμάτων αυτών χωρίς να φοβούνται πιθανές κυρώσεις ή ευθύνες που μπορεί να προκύψουν από την αναφορά αυτών. Δεν είναι όμως δυνατόν να καθιερωθεί το ανεύθυνο των εργαζομένων στον χώρο της υγείας, καθότι αυτό θα ερχόταν σε αντίθεση με το Αστικό Δίκαιο και συγκεκριμένα με τις διατάξεις περί αστικής ευθύνης που βασίζονται σε σφάλματα που διαπράττονται λόγω της αμελούς συμπεριφοράς των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Ο κίνδυνος, όμως πιθανών κυρώσεων, είναι και ο λόγος που αποθαρρύνεται μια πιο ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς σχετικά με βλάβες που προκαλούνται κατά τη διενέργεια «ιατρικών πράξεων». Η απουσία σαφούς ορισμού του «ιατρικού σφάλματος» σε νομοθετικό κείμενο περιπλέκει ιδιαίτερα την κατάσταση και η προσφυγή στα Δικαστήρια κρίνεται απαραίτητη για τη δημιουργία σχετικής νομολογίας για τον τρόπο αντιμετώπισης των ιατρικών σφαλμάτων.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της αστικής ιατρικής ευθύνης και ακόμα πιο συγκεκριμένα της αστικής ιατρικής ευθύνης της ιδιωτικής κλινικής στο πλαίσιο της ελληνικής νομοθεσίας και μέσα από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων. Ειδικότερα θα διερευνηθεί ο βαθμός της ευθύνης των ιατρικών κλινικών όπως έχει καταγραφεί ως αποτέλεσμα της νομολογίας του ελληνικού συστήματος δικαιοσύνης.

Για τη συγγραφή του παρόντος, ακολουθήθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσα από τη χρήση πολυάριθμων νομοθεσιών, ενώ αξιοποιήθηκαν κατά κύριο λόγο τα ανάλογα νομοθετικά

κείμενα καθώς και τα γραπτά έργα θεωρητικών του δικαίου με το ανάλογο περιεχόμενο και η νομολογία των ελληνικών Δικαστηρίων.

## Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	4
Βεβαίωση γνησίου εργασίας/περί μη λογοκλοπής.....	5
Περίληψη.....	6
Πίνακας ακρωνυμίων.....	12
<b>1ο Κεφάλαιο.....</b>	<b>13</b>
<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>13</b>
1.1 Θεωρητικό υπόβαθρο.....	15
1.2 Οι λόγοι ανάληψης του παρόντος θέματος.....	17
1.3 Σκοπός της εργασίας.....	19
1.4 Ερευνητικό πρόβλημα.....	19
1.5 Πηγές του Δικαίου της αστικής ιατρικής ευθύνης – Μια πρώτη προσέγγιση.....	20
1.6.1 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.....	21
1.6.2 Ο Αστικός Κώδικας.....	22
1.6.3 Το άρθρο 8 του Ν 2251/1994 «Προστασία των καταναλωτών».....	22
1.6.4 Τα άρθρα 105 & 106 Εισαγωγικού Νόμου Αστικού Κώδικα.....	23
1.6.5 Ποινικές διατάξεις.....	24
1.7 Συμπεράσματα.....	24
1.8 Βιβλιογραφία πρώτου κεφαλαίου.....	25
<b>2ο Κεφάλαιο: Η έννοια της αστικής ιατρικής ευθύνης.....</b>	<b>26</b>
2.1 Εισαγωγή.....	26
2.2 Το Ιατρικό Δίκαιο.....	26
2.3 Η νομική φύση της αστικής ιατρικής ευθύνης.....	27
2.4 Ιστορική εξέλιξη της ιατρικής ευθύνης.....	28
2.5 Απόψεις περί της ιατρικής ευθύνης.....	31
2.6 Κατηγορίες ιατρικής ευθύνης.....	32
2.6.1. Ποινική ευθύνη.....	32



2.6.2 Πειθαρχική ευθύνη.....	33
2.6.3 Αστική ευθύνη .....	33
2.7 Ιατρική ευθύνη χωρίς πταίσμα (no – fault system) .....	34
2.8 Συμπεράσματα δευτέρου κεφαλαίου .....	34
2.9 Βιβλιογραφία δευτέρου κεφαλαίου .....	35
<b>3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Βασικές έννοιες.....</b>	<b>36</b>
3.1 Εισαγωγή.....	36
3.2 Η ιατρική πράξη .....	36
3.2.1 Κατηγορίες ιατρικών πράξεων.....	37
3.2.2 Νόμιμη και παράνομη Ιατρική Πράξη .....	38
3.3 «Αποτυχημένη ιατρική πράξη» και «Θεραπευτικός Κίνδυνος».....	38
3.4 Το ιατρικό σφάλμα (medical malpractice) .....	39
3.4.1 Ενδοσυμβατική ευθύνη.....	40
3.4.2 Αδικοπρακτική ευθύνη .....	40
3.4.3 Ιατρική ευθύνη ως ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες σύμφωνα με το άρθρο 8 του νόμου 2251/1994 (Προστασία καταναλωτών).....	41
3.4.4 Προσβολή προσωπικότητας του ασθενούς .....	42
3.4.5 Αδικοπρακτική ευθύνη ιδιωτικών κλινικών .....	42
3.4.6 Ιατρικά σφάλματα κατά τη χρήση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού .....	44
3.5 Η σύμβαση ιατρικής αγωγής.....	45
3.6 Υποχρεώσεις του ιατρού .....	47
3.6.1 Υποχρέωση σεβασμού στην ανθρώπινη ζωή και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και παροχής ιατρικής φροντίδας.....	47
3.6.2 Υποχρέωση αυτοπρόσωπης εκτέλεσης της σύμβασης.....	48
3.6.3 Υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου .....	48
3.6.4 Υποχρέωση ενημέρωσης και λήψης συναίνεσης του ασθενούς. ....	49
3.7 Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης .....	51
3.8 Συμπεράσματα.....	51
3.9 Βιβλιογραφία τρίτου κεφαλαίου.....	51
<b>4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αστική ευθύνη νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου.....</b>	<b>53</b>
4.1 Εισαγωγή.....	53
4.2 Ευθύνη σύμφωνα με το άρθρο 71 ΑΚ.....	53

4.3 Συγκριτική ανάλυση των άρθρων 71, 334 & 922 ΑΚ .....	54
4.4 Συμπεράσματα.....	55
4.5 Βιβλιογραφία τετάρτου κεφαλαίου.....	55
<b>5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αστική ευθύνη των ιδιωτικών κλινικών.....</b>	<b>56</b>
5.1 Εισαγωγή.....	56
5.3 Ο ιατρός ως υπάλληλος σε ιδιωτική κλινική.....	57
5.4 Συμπεράσματα.....	58
5.5 Βιβλιογραφία πέμπτου κεφαλαίου.....	58
<b>6<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Η αστική ευθύνη των ιδιωτικών κλινικών μέσα από την ελληνική νομολογία .....</b>	<b>60</b>
6.1 Εισαγωγή.....	60
6.2 Νομολογιακά Παραδείγματα .....	60
6.2.1 Απόφαση 10933/1997 ΤρΔΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ .....	60
6.2.2 Απόφαση 1226/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ .....	61
6.2.3 Απόφαση 1227/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ .....	62
6.2.4 Απόφαση 1362/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ .....	64
6.2.5 Απόφαση 75/2009 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ DIGESTA.....	65
6.2.6 Απόφαση 66/2010 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.....	66
6.2.7 Απόφαση 73/2010 ΕφΛαρ ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ .....	67
6.2.8 Απόφαση 181/2011 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ .....	69
6.2.9 Απόφαση 424/2012 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ .....	70
6.2.10 Απόφαση 687/2013 ΑΠ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.....	71
6.2.11 Απόφαση 1009/2013 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ .....	73
6.2.12 Αποφάσεις 12941/2014 ΠολΠρΘεσσ & 1954/2017 ΕφΘεσσ ΤΝΠ ΔΣΑ ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ.....	74
6.2.13 Απόφαση 318/2015 ΕφΘεσσ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ .....	75
6.2.14 Απόφαση 427/2015 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ .....	76
6.2.15 Απόφαση 453/2015 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ.....	77
6.2.16 Απόφαση 169/2016 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.....	78
6.2.17 Απόφαση 8947/2017 ΠολΠρΘεσσ ΤΝΠ ΔΣΑ ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ .....	78
6.2.18 Απόφαση 296/2018 ΕφΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.....	80
6.2.19 Απόφαση 1227/2018 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ .....	81
6.2.20 Απόφαση 655/2019 ΑΠ ΤΝΠ ΤΕΤΡΑΒΙΒΛΟΣ ΝΟΜΟΠΑΙΔΕΙΑ.....	82
6.2.21 Απόφαση 1075/2019 ΑΠ ΤΝΠ ΤΕΤΡΑΒΙΒΛΟΣ ΝΟΜΟΠΑΙΔΕΙΑ.....	83
6.2.22 Απόφαση 864/2020 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ .....	85

6.3 Συμπεράσματα του Κεφαλαίου .....	87
6.4 Συγκεντρωτική κατάσταση νομολογίας του κεφαλαίου .....	88
<b>7<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Συμπεράσματα .....</b>	<b>89</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>91</b>
Α) Ελληνική βιβλιογραφία .....	91
Β) Ξενόγλωσση βιβλιογραφία .....	94
Γ) Νομολογία.....	95
Δ) Πρωτογενείς πηγές.....	96

## Πίνακας ακρωνυμίων

ΑΚ	= Αστικός Κώδικας
ΑΝ	= Αναγκαστικός Νόμος
ΑΠ	= Άρειος Πάγος
Αρ	= άρθρο
ΔΤρΠρΑθ	= Διοικητικό Τριμελές Πρωτοδικείο Αθηνών
Επ	= επόμενα
Εδ	= εδάφιο
ΕφΑθ	= Εφετείο Αθηνών
ΕφΘες	= Εφετείο Θεσσαλονίκης
ΕφΛαρ	= Εφετείο Λάρισας
ΚΙΔ	= Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
ΜονΕφΠατρ	= Μονομελές Εφετείο Πατρών
Ν.	= νόμος
ΝΠΔΔ	= Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Παρ	= παράγραφος
Περ.	= περίπτωση
ΠΚ	= Ποινικός Κώδικας
ΠολΠρΑθ	= Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών
ΠολΠρΘες	= Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης
Σελ.	= σελίδα
ΣτΕ	= Συμβούλιο της Επικρατείας
ΦΕΚ	= Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβέρνησης

# 1ο Κεφάλαιο

## Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Fielding, ο μεγάλος Έλληνας ιατρός Ιπποκράτης, ο οποίος είναι γνωστός και ως Πατέρας της Ιατρικής, μιλώντας για τις έξυπνες διαγνώσεις και για τις αποτελεσματικές και αξιοσημείωτες θεραπείες στις οποίες προέβαινε, υποστήριξε ότι: «Είναι πολύτιμο να μαθαίνεις από ανεπιτυχείς πειραματισμούς και να γνωρίζεις την αιτία της αποτυχίας αυτών»<sup>1</sup>.

Οι ιατροί προορίζονται μόνο για να κάνουν καλό και να ενεργούν σαν προστάτες, γι 'αυτό αντιμετωπίζονται σαν σωτήρες. Είναι καθήκον του ιατρού να παράσχει την ύψιστη ιατρική βοήθεια για να σώσει τη ζωή του ασθενούς που περιθάλλει. Αρχικά, κάθε ιατρός έχει επαγγελματικό, νομικό και ηθικό καθήκον έναντι των ασθενών του. Ένας ιατρός πρέπει πάντα να διατηρεί τα υψηλότερα πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς και οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν του την υποχρέωσή του να διατηρεί την ανθρώπινη ζωή, από τη σύλληψη κιόλας αυτής, ακόμα και όταν λειτουργεί υπό οποιαδήποτε απειλή. Ωστόσο, η θετική εξέλιξη της υγείας ενός ασθενούς δεν εξαρτάται μόνο από την παροχή της ορθής ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας, αλλά και από πολλούς και συχνά αστάθμητους παράγοντες. Στο πεδίο της ιατρικής κανένας δεν δύναται να εγγυηθεί την ίαση του ασθενούς. Μια τέτοια εγγύηση θα προσέκρουε στο πεπερασμένο της ανθρώπινης φύσης και στο απρόβλεπτο στοιχείο των αντιδράσεων του ανθρώπινου οργανισμού. Ο ιατρός μπορεί να υποσχεθεί στον ασθενή μόνον την παροχή των υπηρεσιών του «*Lege artis*», ήτοι την παροχή των υπηρεσιών του σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας – προδιαγραφές (standards) του ιατρικού επαγγέλματος. Εφόσον λοιπόν ο ιατρός έχει ενεργήσει *de lege artis* κατά την παροχή των υπηρεσιών του, ακόμα και αν τελικά δεν επιτευχθεί η θεραπεία του ασθενούς, δε θα μπορεί να γίνει δεκτή η ύπαρξη ιατρικού σφάλματος<sup>2</sup>.

Στα μάτια ενός ασθενή ο ιατρός είναι κάτι σαν τον Θεό, καθώς σε αυτόν εναποθέτει τις ελπίδες του για να ιαθεί από κάτι το οποίο δεν μπορεί να το αντιληφθεί πλήρως. Όμως, στην

---

\* Η παραπομπή σε συγγράμματα του ίδιου συγγραφέα πραγματοποιείται, μετά την πρώτη ολοκληρωμένη παραπομπή, με μία σύντομη αναγραφή του ονόματος και επωνύμου αυτού, της χρονολογίας έκδοσης του εν λόγω συγγράμματος και την υπόδειξη «ο.π.»

<sup>1</sup> Fielding H. Garrison, (1966) "*History of Medicine*", σελ.92-93

<sup>2</sup> Πελλένη - Παπαγεωργίου Α. (2016) Ιατρική αστική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς, σελ. 207.

πραγματικότητα, οι ιατροί είναι ανθρώπινα όντα και είναι δυνατόν να διαπράξουν λάθη. Άλλωστε, όπως σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, έτσι και στο χώρο της παροχής ιατρικών υπηρεσιών - τόσο σε επίπεδο ιδιωτικής όσο και σε επίπεδο δημόσιας περίθαλψης - τα λάθη είναι, δυστυχώς, αναπόφευκτα. Οι ιατροί και το προσωπικό υποστήριξης αυτών μπορεί να είναι απρόσεκτοι, με αποτέλεσμα να προκληθούν πολύ δυσάρεστες συνέπειες στον θεραπευόμενο, στον οποίο μπορεί να προκληθεί τραυματισμός, αναπηρία ή ακόμα και να επέλθει ο θάνατος. Επομένως, καθίσταται κρίσιμο να καθοριστεί εάν ήταν κάποιος αμελής, ποιος ήταν αυτός και υπό ποιες συνθήκες προκλήθηκε η εκάστοτε αμέλεια, ώστε να αναδειχθεί τυχόν υπαιτιότητα. Αν ένας ασθενής υποστεί κάποια βλάβη λόγω αμέλειας του ιατρού, πέραν των Ποινικών Δικαστηρίων όπου αντικείμενο είναι η τιμωρία του φερόμενου ως δράστη, είναι δυνατόν να προσφύγει και στα Αστικά Δικαστήρια για την αποζημίωση αυτού. Μάλιστα, στο σημείο αυτό, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ενώ η ιατρική ευθύνη ξεκίνησε ιστορικά ως ποινική ευθύνη, πλέον, στις περισσότερες έννομες τάξεις το κέντρο βάρους έχει μετατοπισθεί στην αστική ευθύνη, καθώς οι ασθενείς δεν ενδιαφέρονται τόσο για την ποινική τιμωρία του ιατρού αλλά για την αποκατάσταση των ζημιών που υπέστησαν λόγω της πλημμελούς εκτέλεσης μίας ιατρικής πράξεως.

Η αστική ευθύνη για «ιατρική κακή πρακτική» (medical malpractice) μπορεί να αποδοθεί είτε σε ιατρό είτε σε ίδρυμα παροχής υπηρεσιών υγείας όπως η κλινική ή το θεραπευτήριο είτε και στους δύο, όταν κάποια από αυτές τις πράξεις ή παραλείψεις αυτών προκαλέσει βλάβη σε έναν ασθενή. Η ευθύνη ενός ιδρύματος παροχής υπηρεσιών υγείας για τη ζημία που προκλήθηκε σε ασθενή μπορεί να θεμελιώνεται στην αμελή συμπεριφορά του προσωπικού του (ιατροί και λοιπό βοηθητικό προσωπικό) ή στην ακαταλληλότητα των μέσων θεραπείας. Οι κανόνες που διέπουν την ιατρική ευθύνη και ο τρόπος αποζημίωσης της ζημίας που προκλήθηκε συνεπεία αυτής είναι διαφορετικοί λόγω των αιτιών για τις οποίες ο ιατρός εκτελεί τις εκάστοτε ιατρικές υπηρεσίες.

Θα πρέπει να υπογραμμισθεί εξ αρχής ότι ένας ιατρός που ασκεί ιδιωτικά την ιατρική επιστήμη φέρει ατομική αστική ευθύνη και είναι υποχρεωμένος να καταβάλει αποζημίωση εάν κάποιος ασθενής του υποστεί βλάβη που σχετίζεται με την ακολουθούμενη θεραπεία. Ωστόσο, όταν οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται στο πλαίσιο Δημόσιου Νοσηλευτικού Ιδρύματος, ή, άλλου φορέα που έχει τη νομική μορφή του ΝΠΔΔ, μεταξύ αυτών και του ασθενούς δημιουργείται έννομη σχέση δημοσίου δικαίου. Από τη στιγμή που ο ιατρός εντάσσεται στο ΕΣΥ, καταλαμβάνοντας μια θέση στο δημόσιο, υπάγεται σε αυτό, αποκτά την ιδιότητα του οργάνου του δημοσίου και υπάρχει καταλογισμός της ευθύνης στο δημόσιο νοσοκομείο σύμφωνα με το άρθρο 105 του ΕισΝΑΚ. Στο πλαίσιο αυτό, ένας ιατρός που ενεργεί ως όργανο κρατικού νοσοκομείου απαλλάσσεται, καταρχήν, ατομικά από την αστική ευθύνη έναντι του ασθενούς

του. Ο ζημιωθείς από παράνομη πράξη ή παράλειψη δημοσίου υπαλλήλου, όπως είναι ο ιατρός που ανήκει στο ΕΣΥ δεν δύναται να στραφεί κατά του ιατρού και να απαιτήσει χρηματική αποζημίωση, κατά τις διατάξεις περί αδικοπραξιών, λόγω ελλείψεως παθητικής νομιμοποίησης αυτού. Την αξίωση αυτή μπορεί να την ασκήσει αποκλειστικά και μόνον κατά του νοσηλευτικού ιδρύματος, στο οποίο εργαζόταν ο γιατρός, κατά το χρόνο προκλήσεως της ζημίας.

Στη σύγχρονη κοινωνία, οι ασθενείς επιθυμούν και διεκδικούν καλύτερη ιατρική φροντίδα και συγχρόνως οι ιατροί επιθυμούν να αντιμετωπίζονται τα λάθη τους ως ανθρώπινα σφάλματα. Είναι, όμως, απαραίτητο να προστατευθούν τα δικαιώματα των ασθενών και ιδίως το δικαίωμα στην ζωή και την υγεία. Έτσι, με τις αναδυόμενες έννοιες της ασφάλειας των ασθενών και της αστικής ευθύνης, η ιατρική αμέλεια έχει γίνει ζήτημα ιδιαίτερης διερεύνησης στην εποχή που διανύουμε.

Δεδομένου ότι αυτά τα ζητήματα βρίσκονται στον πυρήνα του ιατρικού επαγγέλματος – λειτουργήματος και οι ιδιωτικές κλινικές επηρεάζονται άμεσα από μια νέα ερμηνεία ενός υφιστάμενου νόμου σχετικά με τους επαγγελματίες του ιατρικού τομέα, είναι σκόπιμο να τα αντιμετωπίσουμε σε ατομικό ιατρικό επίπεδο.

## 1.1 Θεωρητικό υπόβαθρο

Μια βαθύτερη κατανόηση της έννοιας της ιατρικής ευθύνης μπορεί να επιτευχθεί με μια σύντομη εννοιολογική προσέγγιση του όρου. Η προέλευση, η έννοια και η χρήση του όρου «ευθύνη» δεν αποτελεί πρόσφατη κατάκτηση του γλωσσικού μας πολιτισμού, αλλά έχει τις ρίζες του στην αρχαία ελληνική γραμματεία. Ο κατάλληλος όρος στην αρχαία ελληνική γλώσσα είναι η λέξη "εὔθυνα" και χρησιμοποιούταν με την έννοια ότι πράττει κάποιος κάτι ευθύ, την διόρθωση, την τιμωρία. Από τη γενική πτώση της εν λόγω λέξης (εὐθύνης) προέκυψε η νεότερη ελληνική λέξη «ευθύνη». Στην πραγματικότητα, στην αρχαία Αθήνα, ο εν λόγω όρος, υποδηλώνει τον αξιωματούχο που είναι υπόλογος και οφείλει να λογοδοτήσει στο τέλος της θητείας του για τα πεπραγμένα κατά την άσκηση των καθηκόντων αυτού<sup>3</sup>. Αναλυτικότερα, η έννοια της ευθύνης σχετίζεται με την ευθύνη του ατόμου και της περιουσίας αυτού του υπεύθυνου ατόμου (οφειλέτη) έναντι του δανειστή.

---

<sup>3</sup> Τόλης Κ. (2013), Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (ΑΣΤΙΚΗ – ΠΟΙΝΙΚΗ), Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου, Επιμορφωτικό σεμινάριο Εθνικής Σχολής Δικαστικών Λειτουργών, 28-29 Μαρτίου 2013, Θεσσαλονίκη, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ. 92

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι πρόκειται για έναν όρο που έχει αναπτυχθεί από την αρχαία ελληνική στη σύγχρονη γραμματεία μέσα από αλλαγές και διακυμάνσεις. Ειδικότερα, ο όρος χρησιμοποιείται για τη σύνδεση ενός ή περισσοτέρων προσώπων ή φορέων με τις αρνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς, ή πιο συγκεκριμένα για να τονίσει την υποχρέωση των φυσικών και νομικών προσώπων να αποκαταστήσουν τις επιζήμιες συνέπειες της συμπεριφοράς τους. Είτε πρόκειται για πολιτική, ηθική, κοινωνική, επαγγελματική ή νομική ευθύνη, ο κοινός παρονομαστής είναι η υποχρέωση λογοδοσίας και, εννοείται στο μέτρο που είναι δυνατόν, η αποκατάσταση των επιζήμιων συνεπειών μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Όσον αφορά τον όρο της νομικής ευθύνης, αξίζει να σημειωθεί ότι το ιδιαίτερο συστατικό χαρακτηριστικό του όρου αυτού είναι η θεσμική κανονικότητα, δηλαδή η νομική ευθύνη ρυθμίζεται και κατοχυρώνεται υπό απολύτως δεσμευτικές νομικές διατάξεις. Αυτό το χαρακτηριστικό διακρίνει την νομική ευθύνη από άλλες μορφές ευθύνης που δεν τελούν πάντα υπό νομική κατοχύρωση, όπως η πολιτική και κυρίως η ηθική ευθύνη. Συνεπώς, μπορεί να εξαχθεί ασφαλώς το συμπέρασμα ότι οι προϋποθέσεις, το περιεχόμενο και οι συνέπειες της νομικής ευθύνης ορίζονται σαφώς από σχετικές νομικές διατάξεις.

Πιο συγκεκριμένα, ως αστική ευθύνη ορίζεται η νομική υποχρέωση προς αποκατάσταση των πραγμάτων και ιδίως της ζημίας του ατόμου που υπέστη βλάβη συνδεδεμένη με την παράνομη πράξη ή παράλειψη του ζημιώσαντος. Αυτή η αποκαταστατική πρόβλεψη του Αστικού Δικαίου λαμβάνει συνήθως και όχι αποκλειστικά τη μορφή της οικονομικής αποζημίωσης. Ως αστική ιατρική ευθύνη νοείται η υποχρέωση του ιατρού ή του νοσηλευτικού ιδρύματος όπου παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες, για την αποκατάσταση της ζημίας που προκλήθηκε στον ασθενή κατά την εκτέλεση ιατρικών πράξεων, ως αποτέλεσμα ιατρικού σφάλματος. Οι αγωγές αποζημίωσης που ασκούνται συνεπεία ιατρικού σφάλματος αποσκοπούν στην αποκατάσταση του ζημιωθέντος, αλλά μέσα από την επιδίκαση αποζημιώσεων, οι οποίες δύναται να βοηθούν και ως κυρώσεις, μέσω των οποίων προωθείται εμμέσως και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από παρόχους υγείας που προσφέρουν κατώτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν βλάβη σε ασθενή, καθώς οι πάροχοι υγείας προσπαθούν να ενάγονται στο ελάχιστο δυνατό ώστε να διασφαλίζουν μία καλή επαγγελματική φήμη στην σχετική αγορά. Ως εκ τούτου, οι σχετικές δικαστικές διαδικασίες θα μπορούσαν να συνδεθούν με την διασφάλιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC & Hiatt HH "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I" (1991) 324 The New England Journal of Medicine 370, σελ. 147



Ένας ιατρός, ο οποίος παρέχει ιατρικές υπηρεσίες μεμονωμένα και θεραπεύει ασθενείς εντός της δικής του ιδιωτικής πρακτικής (συμπεριλαμβανομένης της εξειδικευμένης πρακτικής) μπορεί να φέρει ευθύνη για οποιαδήποτε χρηματική και μη χρηματική απώλεια που προκύπτει από αμέλεια αυτού (παράβαση επαγγελματικών καθηκόντων).

Μετά από μια αναγκαία γενική παρουσίαση της ευθύνης του ιατρού και του νομοθετικού πλαισίου πάνω στο οποίο θεμελιώνεται, έμφαση θα δοθεί στους νόμιμους λόγους ευθύνης του ιατρού καθώς και στις επιμέρους προϋποθέσεις αυτών, όπου αυτό χρήζει αναλύσεως. Ειδικότερα η αστική ευθύνη του ιατρού υπάγεται συστηματικά στη γενικότερη προβληματική της ευθύνης (αστικής, ποινικής, πειθαρχικής) αποτελώντας ιδιαίτερη μορφή της, ταυτιζόμενη με την υποχρέωση προς αποζημίωση που υπέχει ο ιατρός, σε περίπτωση κατά την οποία, ενώ ασκεί την επαγγελματική του δραστηριότητα προκαλεί ζημία στον ασθενή.

Επομένως, η αστική ιατρική ευθύνη αντιμετωπίζεται υπό το πρίσμα της ενοχής προς αποζημίωση, η οποία υφίσταται όταν η ζημία του ασθενούς από την ιατρική πράξη συνδέεται αιτιωδώς με υπαίτια από τον ιατρό παράβαση συμβατικών υποχρεώσεων ή υποχρεώσεων που απορρέουν από τη γενική υποχρέωση πρόνοιας και ασφάλειας που διέπει τις συναλλαγές, οπότε και θα οφείλεται αποζημίωση<sup>5</sup>. Το χαρακτηριζόμενο «ιατρικό σφάλμα», ήτοι η συμπεριφορά του ιατρού η οποία αποκλίνει από τους γενικώς παραδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, συνιστά παράβαση των υποχρεώσεων επιμέλειας που αναλαμβάνει ο ιατρός και εφόσον είναι και υπαίτια και προκαλεί ζημία στον ασθενή, στοιχειοθετεί την υποχρέωση αποζημίωσης<sup>6</sup>.

## 1.2 Οι λόγοι ανάληψης του παρόντος θέματος

Η ιατρική επιστήμη κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο μεταξύ των επιστημών όχι μόνον εξαιτίας του επιστημονικού ενδιαφέροντος που παρουσιάζει, αλλά κυρίως λόγω της κοινωνικής της διάστασης. Το δικαίωμα στην υγεία είναι θεμελιώδες και για τον λόγο αυτό προστατεύεται και από Σύνταγμα της Ελλάδας, όπως ορίζεται στην παράγραφο 5 του άρθρου 5 αυτού κατά την οποία: *«Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας.*

---

<sup>5</sup> Πελλένη - Παπαγεωργίου Α. (2016), ο.π., σελ. 243

<sup>6</sup> Φουντεδάκη Κ. (2003), *Αστική Ιατρική Ευθύνη. Γενική εισαγωγή, δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση, θεμελιώδεις έννοιες*, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, σελ. 326επ

*Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.»*. Ακριβώς αυτή η επιτακτική ανάγκη για πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας αλλά και η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών στην υγεία και τη ζωή, καθώς και η πρόοδος στον τομέα της ιατρικής επιστήμης συνετέλεσαν ώστε να μπορεί να γίνεται σήμερα λόγος για την απόδοση ιατρικής ευθύνης. Οι σημερινοί ιατροί αντιμετωπίζουν συχνά θέματα σχετικά με την ευθύνη τους ως επαγγελματίες και λειτουργοί και αποτελεί συχνό φαινόμενο η παραπομπή τους ενώπιον των δικαστικών αρχών.

Η αστική ιατρική ευθύνη ανήκει σε έναν αρκετά ιδιαίτερο τομέα Δικαίου, αυτόν του Ιατρικού Δικαίου, ο οποίος παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον για τον τρόπο που δομείται και εξελίσσεται και για την επιρροή που του ασκείται από την εξέλιξη των υπολοίπων κλάδων του Δικαίου καθώς άπτεται του Ποινικού Δικαίου, του Αστικού Δικαίου και του Συντάγματος και εν γένει του Δημοσίου Δικαίου.

Ως αποτέλεσμα, η επιλογή του θέματος σχετικά με την αστική ιατρική ευθύνη ήταν αποτέλεσμα της ζωνρού ενδιαφέροντος για εξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων από ένα ζήτημα τόσο ενδιαφέρον ακαδημαϊκά, επαγγελματικά και κοινωνικά.

Η Ελλάδα είναι μια δημοκρατική χώρα και τα θεμελιώδη δικαιώματα των πολιτών της πηγάζουν και κατοχυρώνονται στο Σύνταγμα της Ελλάδος. Μεταξύ των θεμελιωδών δικαιωμάτων, το «δικαίωμα στη ζωή» είναι θεμελιώδες και υψίστης σημασίας και το κράτος είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία κατάλληλων υποδομών για τη διενέργεια των απαραίτητων εν γένει ενεργειών για να εξασφαλιστούν οι βασικές ανάγκες των Ελλήνων πολιτών, αλλά και των ανθρώπων που διαμένουν στην ελληνική επικράτεια, όπως η σίτιση, η στέγαση, η ένδυση και η παροχή ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης με τον πλέον πρόσφορο τρόπο.

Υπάρχουν πολλά περιστατικά ιατρικής ευθύνης που λαμβάνουν χώρα καθημερινά γύρω μας και αυτό οφείλεται σε πολλά μακροχρόνια και διαρκή προβλήματα που υφίστανται στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας σε συνδυασμό, βέβαια, με τις αμελείς πράξεις του ιατρών και του υγειονομικού προσωπικού γενικότερα, καθιστώντας την μελέτη του εν λόγω ζητήματος αδήριτη.

### 1.3 Σκοπός της εργασίας

Ο σκοπός της ανά χείρας διπλωματικής εργασίας είναι η παρουσίαση της νομοθεσίας και της θέσης της νομολογίας σχετικά με την αστική ιατρική ευθύνη του ιδιώτη – ιατρού και των ιδιωτικών κλινικών σύμφωνα με την ελληνική έννομη τάξη και την ερμηνεία αυτής, όπως αποδίδεται από τα ελληνικά Δικαστήρια. Η προσέγγιση σε αυτό το ζήτημα επιχειρείται μέσα από την εξέταση σχετικών νόμων και διαφόρων ειδικών περιπτώσεων από την ελληνική νομολογία.

Προκειμένου να παρουσιαστεί και να τεκμηριωθεί αυτό το έργο πληρέστερα, αναλύονται συγκεκριμένα ζητήματα προκειμένου να καταλήξουν σε τελικά συμπεράσματα. Μερικά από αυτά είναι γενικές υποχρεώσεις του ιατρού έναντι του ασθενούς, πηγές νόμου περί αστικής ευθύνης, ζητήματα ενοχής, διαδικαστικά ζητήματα που σχετίζονται με την αστική ευθύνη.

Θα διαγνωσθεί ότι η ευθύνη ενός ιατρού, σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο, μπορεί να βασίζεται απευθείας στις διατάξεις του νόμου περί νομικών συναλλαγών, αλλά μπορεί να προκύψει και από την παραβίαση συμβατικής υποχρέωσης του ιατρού που πηγάζει από τη σύμβαση μεταξύ του ιδίου και του ασθενούς του για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Επιπροσθέτως και σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να βασίζεται στις διατάξεις για βασανιστικές πράξεις, οι οποίες μπορεί να είναι αποτέλεσμα παράνομης πράξης που διαπράχθηκε κατά του ασθενούς<sup>7</sup>.

### 1.4 Ερευνητικό πρόβλημα

Όπως ήδη κατέστη σαφές, η υγεία είναι το ύψιστο αγαθό. Στην κοινωνία μας, κάθε ασθενής είναι σημαντικό άτομο είτε είναι πλούσιος είτε φτωχός, είτε εξυπηρετείται σε δημόσιο νοσοκομείο ή σε ιδιωτική κλινική. Μέσα από την παρούσα έρευνα γίνεται μια προσπάθεια να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα.

- Τι στοιχειοθετεί την αστική ιατρική ευθύνη.
- Ποια είναι τα είδη ιατρικών σφαλμάτων / αμέλειας που κατά το ελληνικό νομικό πλαίσιο.

---

<sup>7</sup> Dada MA & McQuoid-Mason DJ (eds) (2001), Introduction to Medico-Legal Practice Durban: Butterworths, σελ. 100-102

- Πώς αντιμετωπίζει η νομολογία των ελληνικών Δικαστηρίων το ζήτημα στις αστικής ιατρική ευθύνης.

### 1.5 Πηγές του Δικαίου της αστικής ιατρικής ευθύνης – Μια πρώτη προσέγγιση

Υπάρχουν δύο κατηγορίες κανόνων δικαίου που λαμβάνονται ως πηγές σχετικά με την αστική ιατρική ευθύνη, οι οποίες αποτελούνται από τους κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν ευθέως το ζήτημα της αστικής ιατρικής ευθύνης (ή ορθότερα την ευθύνη προς αποζημίωσης γενικά, άρα και της αστικής ιατρικής ευθύνης) και από τους κανόνες που συνδέονται με την αστική ιατρική ευθύνη εμμέσως ρυθμίζοντας καίρια σχετικά ζητήματα, όπως αυτό των υποχρεώσεων του ιατρού έναντι του ασθενούς που περιθάλπει (ιατρική δεοντολογία, προσδιορισμός πράξεων ως ιατρικές κλπ).

Η αντιμετώπιση της αστικής ευθύνης στην Ελλάδα, αλλά και πανευρωπαϊκά, ήταν μέχρι και τον 20ο αιώνα κυρίως περιπτωσιολογική, δηλαδή η νομολογία των ελληνικών Δικαστηρίων βασιζόταν σε γενικού πλαισίου διατάξεις που διέπουν εν γένει την ευθύνη προς αποζημίωση σύμφωνα με τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα.

Στην ελληνική έννομη τάξη δεν υπάρχει ούτε σήμερα ειδική νομοθετική ρύθμιση της αστικής ιατρικής ευθύνης. Έτσι, όπως αναλυτικά θα δούμε στα επόμενα κεφάλαια, στην ευθύνη του ιατρού εφαρμόζονται οι γενικοί κανόνες του αστικού δικαίου σχετικά με την ενδοσυμβατική και αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού (330, 374 επ., 914 επ., 281, 288 Α.Κ) καθώς και το άρθρο 8 του ν. 2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή. Επίσης, κεντρικό ρόλο στην ευθύνη του ιατρού έχει και ο ν. 3418/2005 ο οποίος εισήγαγε τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και ο οποίος θέτει ένα εκσυγχρονισμένο δεοντολογικό πλαίσιο στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος εξειδικεύοντας τις γενικές ρυθμίσεις του Αστικού Κώδικα. Μοναδική διάταξη που αναφέρεται ευθέως στο ζήτημα της αποζημίωσης για βλάβες προκληθείσες από ιατρικές πράξεις είναι το άρθρο 24 της ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική ή αλλιώς ευρέως γνωστής ως σύμβασης του Oviedo (υπεγράφη στην πόλη Οβιέδο της Ισπανίας το έτος 1997), σύμβαση η οποία κυρώθηκε στην Ελλάδα με το ν. 2619/1998, ο οποίος ρητά προβλέπει ότι «*Το πρόσωπο που έχει υποστεί απρόκλητο βλάβη εξαιτίας επέμβασης έχει δικαίωμα σε δίκαιη αποζημίωση σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και διαδικασίες που ο νόμος ορίζει*». Οπωσδήποτε, η ως άνω διάταξη δεν αποτελεί μία σαφώς ορισμένη ρύθμιση, αλλά αποτελεί την πρώτη αποτύπωση του δικαιώματος σε δίκαιη αποζημίωση του ζημιωθέντος

συνεπεία ιατρικού σφάλματος. Καινοτομία του ν. 2619/1998 αποτελεί και η πρόβλεψη του άρθρου 4 περί επαγγελματικών προτύπων και η αναφέρει συγκεκριμένα ότι *«Κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, πρέπει να επιτελείται σύμφωνα με τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα»*.

Έως πολύ πρόσφατα και συγκεκριμένα μέχρι την ψήφιση του ν. 4512/2018, τα πολιτικά, διοικητικά και ποινικά δικαστήρια εφαρμόζαν τον AN 1565/1939 «Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος» και ιδιαιτέρως το άρθρο 24 του AN 1565/1939 σχετικά με την άσκηση των ιατρικών καθηκόντων. Η αλήθεια είναι ότι παρά την κατάργηση του συνόλου του AN 1565/1939 από τον ν. 4512/2018 αρκετά Δικαστήρια συνεχίζουν, λανθασμένα, έως και σήμερα να παραπέμπουν στο σκεπτικό τους στον κατηρημένο AN 1565/1939.

Το ιατρικό αστικό δίκαιο, παρά την άμεση καταγωγή του από το ενοχικό δίκαιο και το δίκαιο της προσωπικότητας, είναι, πρωτίστως, νομολογιακό δίκαιο (case law)<sup>8</sup>.

### 1.6.1 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Όπως προαναφέρθηκε, ο εκσυγχρονισμός του Ιατρικού Δικαίου στην Ελλάδα ωθήθηκε ουσιαστικά και από την ψήφιση του ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΚΙΔ), όπου περιλαμβάνονται διατάξεις περί των νομικών υποχρεώσεων του ιατρού, της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, της υποχρέωσης τήρησης των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, της συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς, την υποχρέωση παροχής ιατρικής φροντίδας, του ιατρικού απορρήτου, της τήρησης ιατρικού αρχείου κλπ. Πρόκειται για έναν πλήρη κώδικα, ο οποίος έχει συνταχθεί από ιατρούς, αλλά έχει κυρωθεί με νόμο. Τυπικά μεν αποτελεί νόμο, πολλές όμως από τις διατάξεις του διατηρούν το ύφος και το περιεχόμενο κανόνων ηθικού περιεχομένου, κοινό χαρακτηριστικό άλλωστε των κανόνων δεοντολογίας<sup>9</sup>. Ο ΚΙΔ θέτει το μέτρο επιμέλειας του παρέχοντος τις υπηρεσίες ιατρού και είναι σαφές ότι η παράβαση υποχρεώσεων των ιατρών που πηγάζουν από τον ΚΙΔ συνιστά παρανομία κατά την έννοια του 914 ΑΚ (Αδικοπραξία).

<sup>8</sup> Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). Υποχρέωση Ενημέρωσης του Ασθενούς: Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης, σελ. 62

<sup>9</sup> Τζίβα Ε. (2014), Ασφάλιση ιατρικής ευθύνης: έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης – ρήτρες occurrence (= ζημιόγνοο περιστατικό) και claims made (=προβολή αξιώσεων), Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 10-11.

Η κωδικοποίηση της ιατρικής δεοντολογίας αποτυπώθηκε στον ν. 3418/2005 σε δώδεκα κεφάλαια τα οποία, συνοπτικά, έχουν ως εξής: Α) Έννοιες και ορισμοί (άρθρο 1), Β) Γενικοί Κανόνες Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος (άρθρα 2 – 7), Γ) Σχέσεις ιατρού και ασθενή (άρθρα 8 – 15), Δ) Σχέσεις ιατρού και κοινωνίας (άρθρα 16 – 20), Ε) Σχέσεις με συναδέλφους (άρθρα 21 – 22), ΣΤ Εκπαίδευση (άρθρο 23), Ζ) Επιστημονική έρευνα (άρθρα 24 – 27), Η) Ιατρός και φροντίδα ψυχικής υγείας (άρθρο 28), Θ) Ειδικά θέματα (άρθρα 29 – 34), Ι) Καθήκοντα προς τον Ιατρικό Σύλλογο (άρθρο 35), ΙΑ) Τελικές διατάξεις (άρθρα 36 – 37) και ΙΒ) Λοιπές διατάξεις (άρθρα 45 – 46).

### 1.6.2 Ο Αστικός Κώδικας

Η διάπραξη ιατρικού σφάλματος, δηλαδή η μη τήρηση κανόνων που διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος - λειτουργήματος και η μη επίδειξη της οφειλόμενης ιατρικής επιμέλειας, το οποίο προκαλεί αιτιωδώς βλάβη σε ένα πρόσωπο προσβάλλοντας την υγεία ή ακόμα περισσότερο τη ζωή του ασθενούς, ενεργοποιεί τις διατάξεις περί αδικοπραξίας του άρθρου 914επ ΑΚ. Στις περιπτώσεις όπου ενεργοποιούνται οι διατάξεις του κεφαλαίου του Αστικού Κώδικα περί αδικοπραξιών τυγχάνουν εφαρμογής οι διατάξεις των άρθρων 914, 926 – 933 & 937 ΑΚ.

### 1.6.3 Το άρθρο 8 του Ν 2251/1994 «Προστασία των καταναλωτών»

Ο νομοθέτης, θεσπίζοντας το άρθρο 8 του νόμου 2251/1994 περί προστασίας των καταναλωτών, συμπεριέλαβε, πιθανότατα άθελά του και ελλείπει ειδικότερης νομοθετικής ρύθμισης, την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο εν λόγω νομοθέτημα, καθώς και ο ιατρός παρέχει κατά τρόπο ανεξάρτητο τις ιατρικές υπηρεσίες του, χωρίς να υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του αποδέκτη των υπηρεσιών, στο πλαίσιο άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας, άσκηση δραστηριότητας η οποία εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής του δευτέρου εδαφίου της πρώτης παραγράφου του ογδόου άρθρου του Ν. 2251/1994.

Θα πρέπει ωστόσο να σημειώσουμε ότι, σύμφωνα με άλλη άποψη, δεδομένου ότι ο Ν. 2251/1994 διέπει συμβατικές έννομες σχέσεις μεταξύ προμηθευτών και καταναλωτών, στην έννοια των οποίων δεν περιλαμβάνεται η δημοσίου δικαίου έννομη σχέση μεταξύ δημόσιου

νοσοκομείου και ασθενούς. Τούτο διότι, το δημόσιο νοσοκομείο δεν μπορεί να νοηθεί ως «προμηθευτής» και ο ασθενής που δέχεται υπηρεσίες υγείας από δημόσιο νοσοκομείο δεν μπορεί να νοηθεί ως «καταναλωτής», κατά την έννοια του νόμου, δεδομένου ότι η συγκεκριμένη «παροχή υπηρεσιών» λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο έννομης σχέσης δημοσίου δικαίου, η οποία δεν ανάγεται στην άσκηση επιχειρηματικής ή επαγγελματικής δραστηριότητας, αλλά ερείδεται στην προβλεπόμενη στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, υποχρέωση του Κράτους να μεριμνά για την υγεία των ασθενών. Επομένως, στις διατάξεις του νόμου αυτού, μπορεί μεν να θεμελιωθεί προσωπική ευθύνη ιατρού, ο οποίος παρέχει κατά τρόπο ανεξάρτητο ιατρικές υπηρεσίες, όχι όμως και ευθύνη προς αποζημίωση δημοσίου νοσοκομείου λόγω παρανομίας του ιατρικού του προσωπικού.

#### 1.6.4 Τα άρθρα 105 & 106 Εισαγωγικού Νόμου Αστικού Κώδικα

Όπως προβλέπεται και σε αντίστοιχες περιπτώσεις παράνομης διοικητικής συμπεριφοράς οργάνων – υπαλλήλων του Δημοσίου, έτσι και στις περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων που διαπράττονται από το υγειονομικό προσωπικό που εργάζεται σε Δημόσιες Υγειονομικές Δομές τυγχάνουν εφαρμογής οι διατάξεις των άρθρων 105 & 106 ΕισΝΑΚ για την αποκατάσταση της ζημίας του διοικούμενου από τη μη σύννομη και ζημιογόνα πράξη ή παράλειψη του υγειονομικού προσωπικού. Σύμφωνα με την κρατούσα στην ελληνική θεωρία και νομολογία άποψη, η έννομη σχέση που συνδέει τον ασθενή με το δημόσιο νοσηλευτήριο, είναι σχέση δημοσίου δικαίου και ερείδεται στο δημοσίου δικαίου δικαίωμα κάθε ατόμου να ζητήσει να του παρασχεθούν οι αρμόζουσες στην κατάστασή του υπηρεσίες υγείας. Θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ευθύνης των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ είναι ο αντικειμενικός της χαρακτήρας. Έτσι λοιπόν, η αστική ευθύνη των δημοσίων νοσοκομείων, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει με τους ιδιώτες ιατρούς και τις ιδιωτικές κλινικές, είναι αντικειμενική ευθύνη. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι ο ζημιωθείς ασθενής προσφεύγοντας στα αρμόδια διοικητικά δικαστήρια κατά του Νοσοκομείου όχι μόνο δεν χρειάζεται να αποδείξει αλλά ούτε και να επικαλεσθεί καν ότι ο ιατρός ενήργησε με δόλο ή αμέλεια. Αρκεί ότι ζημιώθηκε από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των ιατρών κατά την άσκηση των καθηκόντων τους σε δημόσιο νοσοκομείο και ότι υφίσταται αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της ζημίας και της πράξεως ή παραλείψεως.

Όσον αφορά τώρα τον αμελή ιατρό, σύμφωνα με το άρθρο 38 του Υπαλληλικού Κώδικα (Ν. 2638/1999), που εφαρμόζεται και στους ιατρούς των δημοσίων νοσοκομείων, προβλέπεται ότι ο δημόσιος υπάλληλος ευθύνεται για την αποζημίωση που κατέβαλε το δημόσιο σε τρίτους,

εφόσον οι παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του έγιναν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του και οφείλονται σε δόλο ή βαρεία αμέλεια. Ωστόσο, η παραπομπή του υπαλλήλου, συνεπώς και του αμελούς ιατρού, είναι υποχρεωτική μόνο στην περίπτωση του δόλου ή βαριάς αμέλειας., ενόσω, ο καταλογισμός της ζημίας που επήλθε στο Δημόσιο γίνεται από το Ελεγκτικό Συνέδριο.

### 1.6.5 Ποινικές διατάξεις

Ποινική είναι η ευθύνη που υπέχει ένας ιατρός, όταν μέσω πράξης ή παράλειψης αυτού παραβιάζονται διατάξεις του Ποινικού Κώδικα ή ειδικών ποινικών νόμων. Όπως μπορούμε να συμπεράνουμε από τη σχετική νομολογία των ποινικών δικαστηρίων η ποινική ευθύνη, εντοπίζεται κυρίως, στα αδικήματα της ανθρωποκτονίας και της σωματικής βλάβης από αμέλεια, εγκλήματα, που τυποποιούνται στα άρθρα 302, 314 και 33 του ΠΚ, ενώ ζητήματα ποινικής ευθύνης μπορούν να ανακύψουν και σε άλλες ιατρικές πράξεις, όπως είναι η τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης (304 ΠΚ) ή σε πράξεις, που ενεργούνται στο πλαίσιο μεταμοσχεύσεων<sup>10</sup>. Η ποινική ευθύνη ενός ιατρού είναι ανεξάρτητη από την αστική του ευθύνη, με αποτέλεσμα ένα ιατρικό σφάλμα να είναι δυνατόν να μην επιφέρει απαραίτητα ποινική ευθύνη αλλά μόνο αστική, εφόσον είτε οι αθωωτικές είτε οι καταδικαστικές αποφάσεις ενός ποινικού Δικαστηρίου δεν μπορεί να αποτελέσουν δεδικασμένο για μία συναφή πολιτική δίκη (με ίδιο παθόντα και ζημιώσαντα), εφόσον όπως ορίζεται από την διάταξη του άρθρου 321 ΚΠολΔ «Όσες οριστικές αποφάσεις των πολιτικών δικαστηρίων δεν μπορούν να προσβληθούν με ανακοπή ερημοδικίας και έφεση είναι τελεσίδικες και αποτελούν δεδικασμένο», άρα σαφώς δεν περιλαμβάνονται αποφάσεις των ποινικών δικαστηρίων στην έννοια του δεδικασμένου σε μία πολιτική δίκη.

### 1.7 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, αναδείχθηκε η σπουδαιότητα και ίσως η επιτακτικότητα συγγραφής της παρούσας και αναφέρθηκαν σχετικές νομικές έννοιες αλλά και η νομοθεσία που θα αναλυθεί στα επόμενα κεφάλαια, με σκοπό να τεθούν οι βάσεις για την κατανόηση της παρούσας εργασίας που ακολουθεί. Η νομική υποχρέωση αποζημίωσης του ατόμου που επηρεάζεται από

---

<sup>10</sup> Τζίβα Έ. (2014) ο.π., σελ. 13.



την παράνομη συμπεριφορά ενός ιατρού (πράξη ή παράλειψη) στο πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης, δηλαδή της υποχρέωσης του ιατρού που παρέχει τις υπηρεσίες του για την αποκατάσταση της ζημίας που προκλήθηκε στον ασθενή κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, ως αποτέλεσμα ιατρικού σφάλματος, κρίνεται ιδιαίτερος σημαντική ως νομικό ζήτημα και εξαιρετικά επίκαιρη σύμφωνα με τα πρόσφατα ιατρικά χρονικά.

## 1.8 Βιβλιογραφία πρώτου κεφαλαίου

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC & Hiatt HH “Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I” (1991) 324 *The New England Journal of Medicine* 370  
Fielding H. Garrison, "*History of Medicine*", [Φιλαδέλφεια \(ΗΠΑ\)](#): W.B. Saunders Company (1966)

Dada MA & McQuoid-Mason DJ (eds) (2001) *Introduction to Medico-Legal Practice* Durban: Butterworths

Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). *Υποχρέωση Ενημέρωσης του Ασθενούς: Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης*, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα Αθήνα – Κομοτηνή 1993  
Πελλένη – Παπαγεωργίου Α. (2016), *Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς*, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε.

Τζίβα Ε. (2014), *Ασφάλιση ιατρικής ευθύνης: έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης – ρήτρες occurrence (= ζημιογόνο περιστατικό) και claims made (=προβολή αξιώσεων)*, Νομική Βιβλιοθήκη

Τόλης Κ. (2013), *Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (ΑΣΤΙΚΗ – ΠΟΙΝΙΚΗ)*, Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου, Επιμορφωτικό σεμινάριο Εθνικής Σχολής Δικαστικών Λειτουργών, 28-29 Μαρτίου 2013, Θεσσαλονίκη, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα

## 2ο Κεφάλαιο: Η έννοια της αστικής ιατρικής ευθύνης

### 2.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται μία περαιτέρω ανάλυση στις έννοιες της αστικής ευθύνης και της ιατρικής ευθύνης και της σύνδεσης αυτών με την σύγχρονη έννοια της αστικής ιατρικής ευθύνης. Σημαντική προϋπόθεση για να την ορθή αντίληψη κάποιου όρου ή κάποιας έννοιας αποτελεί η ετυμολογική ανάλυση και η γνώση της ιστορικής εξέλιξης αυτού. Επιπροσθέτως, αναλύονται τα είδη της ιατρικής ευθύνης, όπως προβλέπονται στο ελληνικό Δίκαιο, αλλά και η νέα προσέγγιση της ιατρικής ευθύνης σε διεθνές επίπεδο χωρίς την διάπραξη σφάλματος (no – fault system).

### 2.2 Το Ιατρικό Δίκαιο

Πριν από τη γέννηση του Ιατρικού Δικαίου και πριν την ύπαρξη επιστημονικής ανάγκης συμμετοχής στον τομέα της ιατρικής, όλες οι συζητήσεις περιορίζονταν στη θέσπιση και την ερμηνεία συγκεκριμένων νόμων για τις σχέσεις ιατρού - ασθενούς, τη φροντίδα των άπορων, την κοινωνική ασφάλιση και άλλα παρόμοια θέματα. Σταδιακά δημιουργήθηκε η ανάγκη συστηματικής μελέτης των χαρακτηριστικών αυτών, αναζήτησης κοινών στοιχείων και ενσωμάτωσής τους σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα κανόνων δικαίου, το οποίο οδήγησε σήμερα στη δημιουργία του νομικού τομέα του Ιατρικού Δικαίου<sup>11</sup>.

Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης συμπεριλήφθηκε με την πάροδο των αιώνων βαθμιαία στην έννοια της εν γένει ευθύνης και έπειτα από την γέννηση της ανάγκης για εξειδίκευση της ευθύνης αυτής ήρθε η δημιουργία ενός ξεχωριστού κλάδου δικαίου, αυτόν του Ιατρικού Δικαίου. Η εξελικτική πορεία της έννοιας της ιατρικής ευθύνης είναι και η αιτία της δημιουργίας των όρων που χρησιμοποιούμε σήμερα για να αναφερθούμε σε αυτήν, όπως «Ιατρικό Δίκαιο», «Δίκαιο της Υγείας» και «Δίκαιο της Ιατρικής». Ο όρος «Ιατρικό Δίκαιο» εκφράζει πλέον όλους τους κανόνες δικαίου που διέπουν τη νομική σχέση ενός ιατρού ως επαγγελματία – λειτουργού με τον ασθενή του, ενώ οι ακόμη ευρύτερες έννοιες του «δικαίου

---

<sup>11</sup> Κρεμαλής Κωνσταντίνος, *Δίκαιο της Υγείας* (1), Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2011, σελ 1επ

της υγείας» ή του «δικαίου της ιατρικής» καλύπτουν και άλλα ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν και ειδικότερα τα δικαιώματα των ασθενών, το δίκαιο περί κοινωνικής ή ιδιωτικής ασφάλισης, το δίκαιο που διέπει τη χορήγηση και τη χρήση φαρμάκων και λοιπά ζητήματα. Στο «Ιατρικό Δίκαιο» εντάσσονται και οι κανόνες δικαίου που αφορούν πρόσωπα εκτός των ιατρών, όπως το νοσηλευτικό προσωπικό, τους κτηνιάτρους και τα γνωστά με τον όρο «παραϊατρικά» επαγγέλματα (μαίες, φυσικοθεραπευτές, οδοντοτεχνίτες). Η δυσκολία που διαγιγνώσκεται σχετικά με την αυτονόμηση του «Ιατρικού Δικαίου» ως κλάδου Δικαίου σχετίζεται με την ως άνω εκτεθείσα ανομοιογένεια των επιμέρους αντικειμένων ενασχόλησης και τις δυσχέρειες οριοθέτησης αυτού<sup>12</sup>.

### 2.3 Η νομική φύση της αστικής ιατρικής ευθύνης

Η αστική ιατρική ευθύνη εντάσσεται στον γενικότερο προβληματισμό περί «επαγγελματικής ευθύνης» και διακρίνεται σε α) υποκειμενική, β) αντικειμενική και γ) νόθο αντικειμενική. Η αιτία πρόκλησης της βλάβης στον ασθενή που συνδέεται αιτιωδώς με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών είναι και ο πυρήνας την γενικότερης προβληματικής.

Στην ελληνική νομοθεσία, η ιατρική ευθύνη ελέγχεται και με βάση το άρθρο 8 του νόμου 2251/1994 σχετικά με την ευθύνη των παρόχων υπηρεσιών και ως εκ τούτου η εν λόγω ευθύνη θεμελιώνεται ως «νόθος αντικειμενική ευθύνη», δηλαδή το βάρος απόδειξης της υπαιτιότητας αντιστρέφεται. Πιο συγκεκριμένα ο ιατρός που φέρεται να σφάλει οφείλει να αποδείξει την έλλειψη της παρανομίας του και όχι μόνο την έλλειψη της υπαιτιότητάς του<sup>13</sup>.

Εξαιρέση από τη γενική αρχή που ορίζει την ευθύνη ενός ιατρού ως νόθου αντικειμενικής, αποτελεί η υπαγωγή της ιατρικής ευθύνης που προκύπτει από σφάλματα των ιατρών κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων που απασχολούνται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στα άρθρα 105 – 106 ΕισΝΑΚ, εφόσον δεν απαιτείται δόλος ή αμέλεια και η ευθύνη αυτών χαρακτηρίζεται ως αντικειμενική. Οι προαναφερθείσες διατάξεις καθορίζουν ως αντικειμενική την ευθύνη του κράτους και των ΝΠΔΔ για τις ενέργειες του ιατρικού προσωπικού που απασχολούν, ανεξάρτητα από το αν το ιατρικό σφάλμα που έχει προκληθεί οφείλεται σε ιατρικές πράξεις

---

<sup>12</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018). Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης. Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, σελ 2-4

<sup>13</sup> Δελούκα – Ιγγλέση Κ. (2014, Δίκαιο του Καταναλωτή. Ενωσιακό και Ελληνικό, Εκδόσεις Σάκκουλα, σελ. 230επ

του προσωπικού αυτού. Σύμφωνα με τη θεωρία και τη νομολογία του διοικητικού δικαίου, προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 105 ΕισΝΑΚ συνιστούν η παράνομη πράξη ή παράλειψη, η ζημία και ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ τους, χωρίς να προϋποτίθεται το στοιχείο του δόλου ή η βαριά αμέλεια του ιατρού ή του ιατρικού προσωπικού. Χάριν αυτού, ο ασθενής που υπέστη οιαδήποτε βλάβη δεν χρειάζεται να βασιστεί κάπου και να αποδείξει την υπαιτιότητα του ιατρού.

Εφαρμόζοντας ορθότερα τη διάταξη του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 και στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών από το κράτος και τα ΝΠΔΔ, ο ασθενής που υπέστη βλάβη δύναται να ζητήσει αποζημίωση και μόνο εάν αποδείξει την παροχή ιατρικής υπηρεσίας από δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, τη ζημία που υπέστη και σαφώς την αιτιώδη σχέση μεταξύ παροχής υπηρεσιών υγείας και προκληθείσας σε αυτόν βλάβης, ούτως ώστε πάλι να επιβαρύνεται με εξαιρετικά δυσχερείς αποδεικτικά ενδείξεις ιατρικού σφάλματος ή άλλης παρανομίας του προσωπικού του νοσοκομείου.

Για να απαλλαγεί από την ευθύνη το κράτος ή το ΝΠΔΔ πρέπει να αποδείξει ότι δεν υπήρξαν παράνομες πράξεις από το ιατρικό και λοιπό προσωπικό του ή ότι ο τραυματισμός του ασθενούς δεν σχετίζεται αιτιωδώς με την παράνομη πράξη.

## 2.4 Ιστορική εξέλιξη της ιατρικής ευθύνης

Ο προβληματισμός σχετικά με την ευθύνη των ιατρών κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων δεν γεννήθηκε κατά τη σύγχρονη ιστορία της ανθρωπότητας, αλλά έχει απασχολήσει την ανθρώπινη κοινωνία από τα σπάργανα του ανθρώπινου πολιτισμού. Μία ιστορική αναδρομή στην έννοια της ιατρικής ευθύνης ανά ιστορικές περιόδους κρίνεται απαραίτητη για την εις βάθος κατανόηση του όρου όπως εξελίχθηκε και διαμορφώθηκε σήμερα.

Οι πρώτοι, τουλάχιστον γνωστοί, κανόνες δεοντολογίας ιατρικού επαγγέλματος συναντώνται στην Βαβυλώνα και συγκεκριμένα στον γνωστό «Κώδικα του Χαμμουραμί» προϊόν της βασιλείας του πιο αξιόλογου βασιλιά της Βαβυλώνας Χαμμουραμί (Hammourabi), ο οποίος Κώδικας χρονολογείται περί το 1754 π.Χ. Ανάμεσα στα θέματα που ρυθμίζει (διαζύγιο, κλοπή, δικαιώματα παιδιών και γυναικών) υπάρχει πρόβλεψη σχετικά με την ιατρική ευθύνη και κατά κάποιον τρόπο εμπεριέχεται μία μορφή ιατρικής δεοντολογίας. Από τα 282 άρθρα του Κώδικα του Χαμμουραμί, αρκετά αναφέρονται σε ιατρικές πράξεις και ποινές που επιβάλλονται σε ιατρούς που σφάλουν κατά την εκτέλεση ιατρικών πράξεων, αλλά ακόμα και στην αμοιβή του

ιατρού για την παροχή των υπηρεσιών του. Σύμφωνα με το πνεύμα του κώδικα, ένας ιατρός που θα θεραπεύσει τον ασθενή του πρέπει να ανταμειφθεί, ενώ εάν προξενήσει βλάβη σε αυτόν ή θάνατο θα πρέπει να τιμωρηθεί. Χαρακτηριστικά, το άρθρο 218 του κώδικα προβλέπει ότι ο ιατρός που θα διενεργήσει τομή με χάλκινο χειρουργικό μαχαίρι και θα θεραπεύσει τον ασθενή και ο ιατρός που θα κάνει μία τομή σε μάτι και το μάτι διατηρηθεί (λειτουργικό), ο ιατρός θα πρέπει να αμειφθεί με δέκα αργυρά νομίσματα, ενώ ο ιατρός που θα κάνει βαριά τομή με το χάλκινο χειρουργικό μαχαίρι και θα σκοτώσει τον ασθενή ή πραγματοποιήσει τομή σε μάτι ασθενούς κι εκείνος χάσει την όρασή του (εξ αυτού του λόγου), τότε κόβονται τα χέρια του ιατρού.

Στον πολιτισμό της αρχαίας Αιγύπτου υπήρχε η Ιερά Βίβλος, σύμφωνα με την οποία ένας ιατρός που αναλάμβανε τη θεραπεία ενός ασθενούς ήταν ανεύθυνος για το αποτέλεσμα της θεραπείας κατά τις τρεις πρώτες ημέρες. Όμως από την τέταρτη ημέρα και ύστερα ο ιατρός ευθυνόταν για κάθε βλάβη του ασθενούς ή για την απώλεια της ζωής του. Η Ιερά Βίβλος περιείχε κανόνες ιατρικής επιστήμης που έπρεπε να τηρούν οι ιατροί, τους οποίους εάν τους τηρούσε ο ιατρός δεν ευθυνόταν για οτιδήποτε κι αν προκαλούταν στον ασθενή, εάν όμως ο ιατρός παρέβαινε τους κανόνες αυτούς, τότε έπρεπε να τιμωρηθεί με την ποινή του θανάτου, και μάλιστα ανεξαρτήτως του αποτελέσματος της θεραπείας. Πιθανότατα πρόκειται για μια πρώτη μορφή «ιατρικού πρωτοκόλλου» στην ιστορία της ιατρικής επιστήμης.

Στην αρχαία Ελλάδα η ιατρική θεωρούταν μια ιδιαίτερος προοδευμένη επιστήμη και αυτό αποτυπώνεται και στο γεγονός ότι πατέρας της ιατρικής παγκοσμίως θεωρείται ο Ιπποκράτης, στον όρκο του οποίου βασίστηκε και ο Κώδικας της Νυρεμβέργης (1947) που θα δούμε στην συνέχεια. Από τα κείμενα των συγχρόνων της εποχής φαίνεται να μην καθιερώνεται ιατρική ευθύνη και σίγουρα δεν υπάρχει κάποιου είδους κώδικας περί ιατρικής ευθύνης. Οι απόψεις περί ιατρικής ευθύνης ποικίλουν. Για παράδειγμα, ο Πλάτωνας δεν αποδέχεται με τίποτα την ύπαρξη ιατρικής ευθύνης όταν ο ιατρός εκτελεί τα καθήκοντά του καλοπίστως, ενώ το ανεύθυνο των ιατρών της εποχής είναι κάτι που λυπεί ιδιαίτερα τον Ιπποκράτη, όπως αναφέρει ο ίδιος σε κείμενά του. Παρόλα αυτά, βλέπουμε και περιπτώσεις, όπως αυτή που κατέγραψε ο Πλούταρχος κατά την οποία ο Μ. Αλέξανδρος τιμώρησε τον ιατρό Γλαύκωνα με την ποινή του θανάτου μέσω σταύρωσης, διότι εγκατέλειψε για λίγη ώρα τον φίλο του Μ. Αλεξάνδρου Ηφαιστίωνα, τον οποίο είχε αναλάβει να περιθάλψει, για να παρακολουθήσει μία θεατρική παράσταση, κατά την οποία ο Ηφαιστίωνας απεβίωσε από επιπλοκή που προκλήθηκε κατά το χρονικό διάστημα εκείνο.

Στην αρχαία Ρώμη, η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος πραγματοποιούνταν στην αρχή, παραδόξως θα μπορούσε να ειπωθεί, από δούλους και στη συνέχεια από Έλληνες ιατρούς.

Όταν ο Καίσαρας παραχώρησε το δικαίωμα του Ρωμαίου πολίτη στους ιατρούς ξεκίνησε η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, όπου ιδρύθηκε η πρώτη υγειονομική υπηρεσία και η Scuola Medicorum (Ιατρική Σχολή). Οι αρχαίοι Ρωμαίοι δεν πίστευαν ότι από μόνης της μία αποτυχημένη ιατρική πράξη ήταν αρκετή για να τιμωρηθεί ο θεράπων ιατρός. Από την σύνταξη της Δωδεκάδελτου ξεκίνησε να εφαρμόζεται η τιμωρία ιατρών για λόγους αμέλειας και απειρίας.

Έως το ιστορικό σημείο αυτό, τα σφάλματα των ιατρών είτε δεν αξιολογούνταν είτε θεωρούνταν ως τόσο σοβαρές πράξεις που ο ιατρός έπρεπε να τιμωρηθεί με ακρωτηριασμό ή θάνατο. Δεν είχε συλληφθεί ακόμα η ιδέα της αποζημίωσης του ασθενούς από τον ιατρό που προβαίνει σε ιατρικό σφάλμα. Η ιδέα αυτή άρχισε να γεννάται με τον Lex Aquilia (Ακουΐλιος Νόμος), ο οποίος προέβλεπε την αποζημίωση για άδικες πράξεις, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρικών σφαλμάτων.<sup>14</sup>

Πολύ πρόσφατα, και μόλις μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, μία καινοτομία εισήχθη στο Παγκόσμιο Ιατρικό Δίκαιο. Η καινοτομία αυτή σχετίζεται με το ότι οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται από τους ιατρούς και να συναινούν, καταρχήν, πριν από τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης.

Η «Δίκη των ιατρών» στο Δικαστήριο της Νυρεμβέργης, η οποία τελείωσε στις 20 Αυγούστου 1947 με καταδίκη αυτών, ένωσε την ιπποκρατική ιατρική με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Ο Nürnberger Kodex (Κώδικας της Νυρεμβέργης), δεν είναι νόμος, αλλά αποτελεί θεμελιώδες έγγραφο για την ηθική δεοντολογία της κλινικής έρευνας. Περαιτέρω, σημαντικό είναι το ότι και η Σύμβαση του Οβιέδο θεσπίζει ρητά την υποχρέωση λήψης ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς προκειμένου ο γιατρός να προβεί στη διενέργεια ιατρικής πράξης. Μάλιστα, προς την κατεύθυνση αυτή, υπάρχει στη Σύμβαση ένα αυτοτελές κεφάλαιο που αφορά στη συναίνεση (βλ. άρθρο 5, όπου ορίζεται ο γενικός κανόνας για τη συναίνεση), ενώ, παράλληλα, κατοχυρώνεται το δικαίωμα στην ενημέρωση (άρθρο 10), προκειμένου να προστατευθεί ευρύτερα το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενούς.

---

<sup>14</sup> Κότσιανος Σ (1976). *Η Ιατρική Ευθύνη Αστική Ποινική*, 2<sup>η</sup> έκδοση, Θεσσαλονίκη, σελ 8-13

## 2.5 Απόψεις περί της ιατρικής ευθύνης

Καταρχάς, θα πρέπει να οριοθετήσουμε την έννοια-κλειδί της αστικής ευθύνης που δεν είναι άλλη από το ιατρικό σφάλμα. Ως ιατρικό σφάλμα (ιατρικό λάθος, *Behandlungsfehler*, *faute médicale*, *medical malpractice*) ορίζεται η συμπεριφορά του ιατρού, που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιμέλειας που απαιτείται στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, γενικά, και στην εκάστοτε ιατρική πράξη, ειδικά, δηλαδή η ιατρική αμέλεια, στην αντικειμενικοποιημένη της μορφή. Βεβαίως η διαπίστωση του ιατρικού σφάλματος δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση στην πράξη. Η δυσκολία έγκειται πρωτίστως στο ότι οι κανόνες και τα standards άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος δεν αποτελούν αντικείμενο της νομικής επιστήμης αλλά της ιατρικής. Απαιτούνται δηλαδή ιδιαίτερα εξειδικευμένες γνώσεις προκειμένου να αξιολογηθεί ένα ιατρικό σφάλμα. Πέραν τούτων ωστόσο, η ιατρική ευθύνη θεμελιώνεται και ως ευθύνη για αυθαίρετη ιατρική πράξη, όταν δηλαδή ο ιατρός προβαίνει σε ιατρικές ενέργειες χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς (βλ. άρθρο 12 του ΚΙΔ), η οποία συναίνεση θα πρέπει να χορηγείται ύστερα από σαφή και εκτενή ενημέρωσή του (βλ. άρθρο 11 του ΚΙΔ).<sup>15</sup> Πρόκειται για μία από τις σημαντικότερες θεμελιώδεις αρχές, που διέπουν τη σχέση ιατρού και ασθενούς, και αποτελεί έκφραση του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ατόμου, με την έννοια ότι, κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίζει ανεξάρτητα για τις υποθέσεις του, μεταξύ των οποίων, σαφώς περιλαμβάνεται η ενέργεια ιατρικών επεμβάσεων στο σώμα του<sup>16</sup>.

Όσον αφορά την αυθαίρετη ιατρική πράξη ειδικότερα, μια πρώτη θεώρηση της ιατρικής πράξης υποστηρίζει ότι σε κάθε ιατρική επέμβαση, ανεξάρτητα από το αν ήταν από ιατρική άποψη αναγκαία και αν εκτελέστηκε χωρίς σφάλμα, κατά το βαθμό που επενεργεί στη σωματική ακεραιότητα και την υγεία του ασθενούς, πρέπει σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 929 ΑΚ να θεωρηθεί «βλάβη του σώματος ή της υγείας προσώπου». Η άρση του παράνομου χαρακτήρα της επέμβασης μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο με την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς που εμπίπτει στην γενική έννοια του παθόντος<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Τζίβα Έ. (2014) ο.π., σελ. 27.

<sup>16</sup> Τζίβα Έ. (2014) ο.π., σελ. 30.

<sup>17</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018). Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης. Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 35

Κατά άλλη άποψη, από μόνη της η ιατρική επέμβαση δεν συνιστά παράνομη βλάβη του σώματος ή της υγείας όταν επιβάλλεται για λόγους θεραπευτικής αναγκαιότητας. Παρόλα αυτά και επειδή στο πλαίσιο της προστασίας της προσωπικότητας του ασθενούς περιλαμβάνεται και η ελευθερία του ανθρώπου να αποφασίζει ο ίδιος και να αυτοκαθορίζεται σε σχέση με το σώμα και την υγεία του, η διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς είναι παράνομες, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 57 ΑΚ σχετικά με το δικαίωμα στην προσωπικότητα και την προστασία αυτής από προσβλητικές πράξεις<sup>18</sup>.

## 2.6 Κατηγορίες ιατρικής ευθύνης

Όπως προαναφέρθηκε και παρά το γεγονός ότι η ιατρική ευθύνη εμφανίστηκε αρχικά ως ποινική ευθύνη με τους παθόντες ασθενείς ή τους συγγενείς των θυμάτων που απεβίωσαν από ιατρικό σφάλμα να αποζητούν τον ποινικό κολασμό των ιατρών που έσφαλαν, τα τελευταία χρόνια ο πυρήνας της προβληματικής σχετικά με την ιατρική ευθύνη έχει μετατοπιστεί στην αστική ιατρική ευθύνη. Ως εκ τούτου, αναζητείται η αποζημίωση του παθόντος ή των συγγενών αυτού. Στη σημερινή έννομη τάξη η ιατρική ευθύνη μπορεί να αντιμετωπιστεί ως ποινική, πειθαρχική και αστική, όπως αναλύεται ακολούθως.

### 2.6.1. Ποινική ευθύνη

Η έννοια ενός ποινικά υπεύθυνου ατόμου, συνεπάγεται την ενοχή του ατόμου αυτού για κάθε άδικη και καταλογιστή πράξη που προσβάλλει τα έννομα αγαθά του ασθενή και παραβιάζει διατάξεις του κοινού ποινικού κώδικα ή άλλων ειδικών διατάξεων. Θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι η επιβολή ποινών όπως προβλέπονται από τον Ποινικό Κώδικα αφορά μόνο φυσικά πρόσωπα και σε καμία περίπτωση δεν είναι δυνατόν να επιβληθούν τέτοιου είδους ποινές σε νομικά πρόσωπα.

Σε περιπτώσεις ποινικής ευθύνης ιατρού, εφόσον αποδειχθεί ότι έχει διαπραχθεί κάποια άδικη και καταλογιστή πράξη κατά της ζωής ή της υγείας του ασθενούς που περιθάλπεται, επιβάλλονται σήμερα ποινές όπως προβλέπουν άρθρα του κοινού Ποινικού Κώδικα, όπως τα

---

<sup>18</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018), ο.π., σελ. 35



άρθρα 308επ ΠΚ σχετικά με εγκλήματα κατά της σωματικής ακεραιότητας και τα άρθρα 299επ ΠΚ σχετικά με τα εγκλήματα κατά της ζωής και προσβολές του εμβρύου.

### 2.6.2 Πειθαρχική ευθύνη

Η πειθαρχική ευθύνη απορρέει από την παράβαση των διατάξεων του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/28-11-2005) και επιβάλλονται κυρώσεις κατά το άρθρο 36 ΚΙΔ στους ιατρούς από τα πειθαρχικά συμβούλια των Ιατρικών Συλλόγων στους οποίους ανήκουν, οι οποίοι δύνανται να παρέμβουν αυτεπαγγέλτως ή κατόπιν αιτήματος του ασθενούς που ζημιώθηκε. Η Πειθαρχική Επιτροπή, ο Πρόεδρος της Ιατρικής Ένωσης και η Ανώτατη Ιατρική Πειθαρχική Επιτροπή είναι τα όργανα που επιβάλλουν κυρώσεις.

### 2.6.3 Αστική ευθύνη

Η αστική ευθύνη είναι ένας διορθωτικός δικαστικός μηχανισμός που αποσκοπεί στην αποκατάσταση της ζημιάς που προκαλείται. Ως αστική ιατρική ευθύνη, συνήθως, νοείται η αποζημίωση που υποχρεούται να καταβάλει ο ιατρός ή/και η ιδιωτική κλινική στον ασθενή που έχει υποστεί βλάβη αλλά και κάθε αστικού δικαίου συνέπεια η οποία συνδέεται με την επαγγελματική δραστηριότητα που ασκεί ο ιατρός. Ως ζημία που προκαλείται από τον ασκούντα τα επαγγελματικά του καθήκοντα ιατρό νοείται ο όρος όπως αναλύεται στο 2<sup>ο</sup> Βιβλίο του Αστικού Κώδικα (Ενοχικό Δίκαιο), δηλαδή η θετική και η αποθετική ζημία (ή αλλιώς διαφυγόν κέρδος).

Η αστική ευθύνη του ιατρού για σφάλματα που διαπράττει κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας προξενώντας βλάβη στην υγεία του ασθενούς κατηγοριοποιείται ως εξής: α) Συμβατική ιατρική ευθύνη, β) αδικοπρακτική αστική ευθύνη του ιατρού και γ) Ιατρική ευθύνη ως ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες σύμφωνα με το άρθρο 8 του νόμου 2251/1994<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Πελλένη – Παπαγεωργίου Α. (2016), ο.π., σελ. 239επ

## 2.7 Ιατρική ευθύνη χωρίς πταίσμα (no – fault system)

Η ιδέα της αποσύνδεσης της αποκατάστασης ζημιών που προκαλούνται από ιατρικές πράξεις εφαρμόζεται ήδη, με διαφορετικό τρόπο, σε χώρες γνωστές για την καινοτομία και την κοινωνική τους πρόνοια, όπως η Νέα Ζηλανδία, η Σουηδία, η Φινλανδία, η Δανία και η Νορβηγία. Η αποζημίωση για ιατρικά σφάλματα δεν καταβάλλεται ούτε από τον πάροχο ιατρικών υπηρεσιών ούτε από ασφαλιστή αλλά από κοινωνικούς πόρους, και ο ασθενής δύναται είτε να αρκестεί στην αποζημίωση που χορηγεί το αντίστοιχο ταμείο κοινωνικής αλληλεγγύης παραιτούμενος από τη διεκδίκηση μεγαλύτερου ποσού είτε να διεκδικήσει μεγαλύτερο από το προβλεπόμενο ποσό φέροντας, όμως, το βάρος επίκλησης και απόδειξης όλων των προϋποθέσεων που θεμελιώνουν την αξίωσή του<sup>20</sup>.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο τρόπος που αντιμετωπίζει η Γαλλία το ζήτημα των περιπτώσεων κατά τις οποίες ασθενείς νοσούν από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις που κόλλησαν κατά την νοσηλεία τους ή την παραμονή τους σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Στις περιπτώσεις αυτές ιδρύεται αντικειμενική ευθύνη του νοσοκομείου και ο ασθενής αποζημιώνεται από το αρμόδιο ασφαλιστικό ταμείο.

## 2.8 Συμπεράσματα δευτέρου κεφαλαίου

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρήθηκε η εμβάθυνση στην κύρια έννοια του παρόντος πονήματος, της αστικής ιατρικής ευθύνης, μέσα από την παρουσίαση της ιστορικής διαδρομής της έννοιας της ιατρικής ευθύνης και από την ανάλυση του περιεχομένου της έννοιας της ιατρικής ευθύνης και των τρόπων που αντιμετωπίζεται από το δικαίκο μας σύστημα ως ποινική, αστική και πειθαρχική. Στην τελευταία υποενότητα εκτέθηκε και η καινοτόμα ιδέα του «no – fault system», η οποία απομένει να δούμε πώς και εάν θα αποδώσει, ώστε σε περίπτωση που τελεσφορήσει να συζητηθεί και στην Ελλάδα η ανάλογη εφαρμογή της. Από το νήμα των σκέψεων που εκτέθηκαν ανωτέρω θα καταστεί ακόμα πιο εύληπτη η παρουσίαση του υπολοίπου της παρούσας.

---

<sup>20</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018), ο.π., σελ. 6-7

## 2.9 Βιβλιογραφία δευτέρου κεφαλαίου

- Δελούκα – Ιγγλέση Κ. (2014), Δίκαιο του Καταναλωτή. Ενωσιακό και Ελληνικό, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Καρακάστας Ι. (2008). *Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή*, Νομική Βιβλιοθήκη
- Κιάντος Β. ( 2003) *Ασφαλιστικό Δίκαιο*, 8<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη.
- Κλαμαρής Νικόλαος- Κουσουλής Στέλιος (2008). *Αστικό Δικονομικό Δίκαιο (Παραδόσεις), Γενική Εισαγωγή και διαδικασία στα Πρωτοβάθμια Δικαστήρια Ι*, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
- Κότσιανος Σ (1976). *Η Ιατρική Ευθύνη Αστική Ποινική*, 2<sup>η</sup> έκδοση, Θεσσαλονίκη
- Κρεμαλής Κωνσταντίνος, *Δίκαιο της Υγείας* (1), Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2011.
- Κυράνου-Τσίπτσιου Σοφία, *Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης*, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Θεσσαλονίκη, 2014.
- Πελένη-Παπαγεωργίου Α. (2012), *Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς*
- Ρόκας Ι. (2007), *Η πορεία προς το σύγχρονο ασφαλιστικό δίκαιο*, 1984 – 2006, Αντ. Ν. Σάκκουλας
- Τζίβα Ε. (2014), *Ασφάλιση ιατρικής ευθύνης: έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης – ρήτρες occurrence (= ζημιογόνο περιστατικό) και claims made (=προβολή αξιώσεων)*, Νομική Βιβλιοθήκη
- Φουντεδάκη Κ. (1992). *Η αστική ιατρική ευθύνη μετά το ν. 251/1994*. Κριτική Επιθεώρηση νομικής θεωρίας και πράξης.
- Φουντεδάκη Κ. (2003). *Η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες στο Ελληνικό Δίκαιο (Άρθρο 8 ν. 2251/1994)*, [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.enas.gr/foutedaki1.pdf>
- Φουντεδάκη Κ. (2018). *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης. Διάλογος με τη Νομολογία*, Νομική Βιβλιοθήκη
- Studdert DM & Brennan TA “No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention” (2001) 286 *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 217

## 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Βασικές έννοιες

### 3.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο θα ακολουθήσει μια προσπάθεια ανάλυσης και αποσαφήνισης των βασικών εννοιών που σχετίζονται με την αστική ιατρική ευθύνη και πιο συγκεκριμένα της έννοιας της ιατρικής πράξης και της αποτυχημένης ιατρικής πράξης, του ιατρικού σφάλματος, του θεραπευτικού κινδύνου, της συναίνεσης του ασθενούς, της σύμβασης ιατρικής αγωγής και θα αναλυθούν βασικές υποχρεώσεις του ιατρού κατά την εκτέλεση του επαγγέλματος – λειτουργήματος του.

### 3.2 Η ιατρική πράξη

Ως ιατρική πράξη ορίζεται κάθε θετική πράξη ή παράλειψη ενός ιατρού που συνδέεται με την ιδιότητά του ως επαγγελματία και ως λειτουργού. Στην πρώτη παράγραφο του άρθρου 1 του ΚΙΔ η ιατρική πράξη ορίζεται ως εξής: *«Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου»*. Η δεύτερη και η τρίτη παράγραφος του ίδιου άρθρου εντάσσουν στην έννοια των ιατρικών πράξεων και τις πράξεις εκείνες που έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης, όπως επίσης και την συνταγογράφηση, την εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, την έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και τη γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή. Οι ιατρικές πράξεις που επιτρέπονται σε κάθε ιατρικής ειδικότητας καθορίζονται με νόμο<sup>21</sup>.

Ενδεικτικά, η νομολογία των ελληνικών Δικαστηρίων έχει κρίνει ως ιατρικές πράξεις: α) την σύνταξη ιστορικού ασθενούς, β) τον εργαστηριακό έλεγχο, γ) την κλινική εξέταση, δ) τη συνταγογράφηση, ε) τις επεμβάσεις και τα χειρουργεία, στ) την εντολή για διενέργεια αιματολογικών, διαγνωστικών και παρακλινικών εξετάσεων (παραπεμπτικό), ζ) τη

---

<sup>21</sup> Π. Δ. 415/1994 ΦΕΚ 236Α/29-12-94, ΥΑ Γ2δ/Γ.Π.οικ.3686/23.01.2018 ΦΕΚ 114Β

μετεγχειρητική παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς. Όσον αφορά τον εμβολιασμό, για τον οποίο δημιουργήθηκε έντονη συζήτηση δεδομένης της εμφάνισης του ιού COVID – 19, πρόκειται για μία όχι αμιγώς ιατρική πράξη, για αυτό και δύναται να εμβολιάσει πολίτη και ο νοσηλευτής αλλά και φαρμακοποιός.

### 3.2.1 Κατηγορίες ιατρικών πράξεων

Οι ιατρικές πράξεις διακρίνονται σε «επεμβατικές», δηλαδή πράξεις που επιδρούν άμεσα στον ανθρώπινο οργανισμό, ως βιολογική και ψυχοσυναισθηματική οντότητα και σε «μη επεμβατικές» όπως είναι η διάγνωση και η έκδοση ιατρικής βεβαιώσεως. Σημαντικότερη διάκριση είναι η διάκριση σε «θεραπευτικές» πράξεις, δηλαδή πράξεις που κατά τη φύση και το σκοπό τους κατευθύνονται στην αποκατάσταση ή στη διατήρηση της «καλής υγείας», όπως αυτή ορίζεται από το καταστατικό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1948), και σε «μη θεραπευτικές», αυτές δηλαδή που δεν επιβάλλονται για ιατρικούς λόγους και δεν αποσκοπούν στη θεραπεία όπως οι αισθητικές επεμβάσεις<sup>22</sup>.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατηγορία των μη θεραπευτικών πράξεων, για τις οποίες θα πρέπει να τονιστεί ότι η απουσία του θεραπευτικού σκοπού θα έπρεπε, εύλογα, να καθιστά τις πράξεις αυτές παράνομες ως παρεμβαίνουσες στην σωματική ακεραιότητα και την υγεία του ανθρώπου, καθώς μία τέτοια παρέμβαση μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην σωματική ακεραιότητα αυτού ή ακόμα και να επιφέρει τον θάνατό του. Παρόλα αυτά ο νόμος προβλέπει ειδικές περιπτώσεις κατά τις οποίες μία μη θεραπευτική πράξη μπορεί να επιτραπεί, όπως: α) η διακοπή της κύησης για προσωπικούς λόγους (άρθρο 31 ΚΙΔ) χωρίς να συντρέχει ιατρικός λόγος και μόνο στην περίπτωση που πληρούνται συγχρόνως οι προϋποθέσεις της παρ. 4 του άρθρου 304 ΠΚ (Διακοπή της κύησης), β) η δωρεά ωαρίου σύμφωνα με τις προϋποθέσεις του άρθρου 8 του ν. 3305/2005, γ) η δωρεά οργάνου από ζωντανό δότη σύμφωνα με το άρθρο 8 του ν. 3984/2011, δ) η ευθανασία (29 παρ. 3 ΚΙΔ). Ακόμα και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν υφίσταται ειδική πρόβλεψη στον νόμο για την άρση του παράνομου χαρακτήρα της διενέργειας μη θεραπευτικής πράξης, η άρση αυτή δύναται να επιτευχθεί, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, και πάντα με τη συναίνεση του προσώπου (ή σε εξαιρετικές περιπτώσεις των οικείων του) που υποβάλλεται σε αυτές, ο οποίος έχει προηγουμένως ενημερωθεί πλήρως για την ιατρική πράξη στην οποία πρόκειται να υποβληθεί (διαδικασία, επιθυμητό αποτέλεσμα, πιθανές επιπλοκές).

---

<sup>22</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018) ο.π., σελ. 33-34.

### 3.2.2 Νόμιμη και παράνομη Ιατρική Πράξη

Η ιατρική πράξη συνιστά, επί της ουσίας, μία άμεση ή έμμεση παρέμβαση στη σωματική ακεραιότητα και την υγεία του ασθενούς, δημιουργώντας το ερώτημα πότε μία πράξη είναι νόμιμη και πότε δύναται να θεωρηθεί παράνομη ενεργοποιώντας την διάταξη του άρθρου 914 ΑΚ.

Για να κριθεί η νομιμότητα μίας ιατρικής πράξης θα πρέπει να γίνει αναφορά στα κριτήρια νομιμότητας της επενέργειας μίας ιατρικής πράξης. Κύρια κριτήρια για την εν λόγω κρίση είναι τα παρακάτω: α) η ύπαρξη συναίνεσης του ασθενούς, β) η “de lege artis” εκτέλεση μίας ιατρικής πράξης, γ) η προϋπόθεση η ιατρική πράξη να είναι ενδεδειγμένη από ιατρική άποψη και δ) η αποτυχία ή η επιτυχία της ιατρικής πράξης, με την έννοια της θεραπείας ή όχι τους ασθενούς και της ύπαρξης περαιτέρω αρνητικών συνεπειών για την κατάσταση του ασθενούς<sup>23</sup>.

### 3.3 «Αποτυχημένη ιατρική πράξη» και «Θεραπευτικός Κίνδυνος»

Ο όρος «αποτυχημένη ιατρική πράξη» αποτελεί τη βάση του προβληματισμού σχετικά με την θεωρία της αστικής ιατρικής ευθύνης. Αναλυτικότερα, η αποτυχημένη ιατρική πράξη κρίνεται, όπως είναι λογικό, μόνο εκ του αποτελέσματος και πρόκειται για την ιατρική πράξη που προκάλεσε ζημιά στον ασθενή είτε αποτυγχάνοντας να τον θεραπεύσει είτε προκαλώντας νέα βλάβη ανεξάρτητη από τη θεραπεία ένεκα επιπλοκών ή παρενεργειών που ήταν αδύνατο να αποφευχθούν.

Η αποτυχημένη ιατρική πράξη συνδέεται άμεσα με την έννοια του «θεραπευτικού κινδύνου», η οποία νοείται υπό στενή και υπό ευρεία έννοια. Υπό ευρεία έννοια νοείται ο θεραπευτικός κίνδυνος που περιλαμβάνει κάθε ζημιά του ασθενούς που συνδέεται αιτιωδώς με μία ιατρική πράξη, ενώ η στενή έννοια του θεραπευτικού κινδύνου αναφέρεται μόνο σε τυχαίες ζημιές, δηλαδή ζημιές που δεν προκαλούνται από την παράνομη και υπαίτια πράξη κανενός προσώπου. Σε όλες τις περιπτώσεις αστικής ευθύνης το ζήτημα είναι η κατανομή ζημιών. Επομένως, στην περίπτωση της αστικής ιατρικής ευθύνης το ζήτημα είναι η κατανομή του

---

<sup>23</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018) ο.π., σελ. 34-40

θεραπευτικού κινδύνου μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Αφ' ενός πρέπει να προσδιοριστεί το μέρος του θεραπευτικού κινδύνου που επιρρίπτεται στον ιατρό και να προσδιοριστεί το σχετικό κριτήριο καταλογισμού και αφ' ετέρου πρέπει να επιλυθεί το θέμα του εν στενή έννοια θεραπευτικού κινδύνου και πιο συγκεκριμένα να προσδιοριστεί αν αυτός ανήκει εξ ολοκλήρου στη σφαίρα κινδύνου του ασθενούς<sup>24</sup>.

Ο ιατρός ευθύνεται σε αποκατάσταση της ζημίας του ασθενούς από ορισμένη ιατρική πράξη ή θεραπεία, εφόσον παραβιάζει υπαίτια κάποια υποχρέωσή του, συνήθως με τη μορφή ιατρικού σφάλματος ή σπανιότερα με την μορφή παράβασης της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενή και εξασφάλισης της συναίνεσης αυτού πριν από τη διενέργεια και μόνο της ιατρικής πράξης για την οποία ενημερώθηκε ο ασθενής.

### 3.4 Το ιατρικό σφάλμα (medical malpractice)

Το ιατρικό σφάλμα (medical malpractice) αποτελεί τον συνηθέστερο νόμιμο λόγο αστικής ευθύνης των προσώπων που διενεργούν ιατρικές πράξεις. Ως ιατρικό σφάλμα ορίζεται η απόκλιση από τα κοινώς επιστημονικά αποδεκτά ιατρικά πρότυπα, δηλαδή των εθνικών και διεθνών πρωτοκόλλων που προκρίνονται για την διενέργεια της εκάστοτε ιατρικής πράξης<sup>25</sup>. Ιατρικό σφάλμα μπορεί να προκύψει όταν ο παρέχων ιατρικές υπηρεσίες παραβεί οποιονδήποτε κανόνα δικαίου που εντάσσεται στο γενικότερο πνεύμα της έννομης τάξης, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε ευλόγως, δεχόμενοι ότι βασικό νομοθέτημα για την εξακρίβωση του σφάλματος είναι ένα σύνολο κανόνων ιατρικής δεοντολογίας.

Όπως έχει αναφερθεί και ανωτέρω, η αστική ιατρική ευθύνη επικεντρώνεται στο δίκαιο της αποζημίωσης, θεμελιώνοντας την υποχρέωση του ιατρού προς αποζημίωση ασθενούς στα άρθρα 330 και 652 ΑΚ περί ενδοσυμβατικής ευθύνης και στα άρθρα 914επ ΑΚ περί αδικοπρακτικής ευθύνης είτε διαζευκτικά είτε σωρευτικά. Επιπροσθέτως, ο ιατρός υπάγεται και στη ρύθμιση του άρθρου 8 του ν. 2251/1994 για την προστασία των καταναλωτών και σε κάθε περίπτωση, το ιατρικό σφάλμα αποτελεί παράνομη προσβολή της προσωπικότητας σύμφωνα με το άρθρο 57 ΑΚ. Αρμόδιο για την εκδίκαση αγωγών κατά ιδιωτών ιατρών είναι τα κατά τόπον αρμόδια Πρωτοδικεία της χώρας δικάζοντας είτε σε Μονομελή είτε σε Πολυμελή σύνθεση.

---

<sup>24</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018) ο.π., σελ. 4-5

<sup>25</sup> ΑΠ 974/2014

### 3.4.1 Ενδοσυμβατική ευθύνη

Ανεξάρτητα από τον χαρακτηρισμό της ιατρικής σύμβασης ως σύμβασης παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών, η διάπραξη ιατρικού σφάλματος συνιστά πλημμελή εκπλήρωση της ιατρικής σύμβασης. Αν η σύμβαση με τον παρέχοντα τις ιατρικές υπηρεσίες χαρακτηριστεί ως σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών, τότε η υποχρέωση προς αποζημίωση του ιατρού πηγάζει από τις διατάξεις των άρθρων 648, 652 & 676 ΑΚ.

### 3.4.2 Αδικοπρακτική ευθύνη

Είναι αποδεκτό ότι ένα ιατρικό σφάλμα δύναται να αποτελεί αδικοπραξία και παράλληλα παράβαση συμβατικής υποχρέωσης, με αποτέλεσμα τη συρροή και της αδικοπρακτικής και της ενδοσυμβατικής ευθύνης. Η αδικοπρακτική ευθύνη από ιατρικό σφάλμα θεμελιώνεται στις διατάξεις 914επ ΑΚ και αποτελεί την συχνότερη νομική βάση των αγωγών αποζημίωσης αιτία ιατρικού σφάλματος. Στην περίπτωση της εφαρμογής των διατάξεων περί αδικοπρακτικής ευθύνης το Δικαστήριο δύναται να επιδικάσει κατά την κρίση του εύλογη χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης κατά τις διατάξεις του άρθρου 932 ΑΚ.

Η πράξη ή παράλειψη ενός ιατρού θεωρείται παράνομη όχι μόνο στην περίπτωση που αντίκειται σε απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου, αλλά και στην περίπτωση παράβασης της γενικής «υποχρέωσης ασφάλειας και προστασίας των άλλων»<sup>26</sup>. Επομένως, παράνομη είναι η συμπεριφορά του ιατρού όταν αντιβαίνει σε διατάξεις του νόμου όπως: α) ο κώδικας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος (α.ν. 1565/1939), β) ο ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας», γ) η Σύμβαση του Ονιέδο, όπως κυρώθηκε από τον ν. 2619/1998, δ) ο ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» και ε) ο ν. 3984/2011 για τη «Δωρεάν μεταμόσχευση οργάνων κλπ»<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Σταθόπουλος Χ. (2004), Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Θεσσαλονίκη, σελ

<sup>27</sup> Πελλένη – Παπαγεωργίου Α. (2016), ο.π., σελ. 244



### 3.4.3 Ιατρική ευθύνη ως ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες σύμφωνα με το άρθρο 8 του νόμου 2251/1994 (Προστασία καταναλωτών)

Πρόκειται για μια καινοφανή ρύθμιση και συγκεκριμένα το ελληνικό δικαιοσύστημα είναι το μοναδικό ανάμεσα στα αντίστοιχα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που προβλέπει μία τέτοια γενική διάταξη, η οποία μεταφέρει τις διατάξεις περί ελαττωματικότητας των προϊόντων σε όλες τις υπηρεσίες, όπως και στις ιατρικές υπηρεσίες.

Ο ιατρός δεν θα μπορούσε να εξαιρεθεί από τη ρύθμιση του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994, η οποία είναι ευρεία και σαφής για τους παρέχοντες υπηρεσίες και έχει ως εξής: *«Ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε 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.»*. Ιατροί που προφέρουν τις υπηρεσίες τους είτε ως ελεύθεροι επαγγελματίες, είτε με σχέση εξαρτημένης εργασίας σε ιδιωτικό θεραπευτήριο, εμπίπτουν ασφαλώς στο πεδίο εφαρμογής του άρθρου 8 του Ν.2251/1994. Ευθύνονται έναντι του ασθενούς τόσο οι ίδιοι ατομικά, όσο όμως και το νομικό πρόσωπο στο οποίο συμμετέχουν ως εταίροι αλλά και ως μέτοχοι. Καθιερώνεται λοιπόν εις ολόκληρον ευθύνη των πλειόνων υπευθύνων, που δημιουργεί παθητική εις ολόκληρον ενοχή, κατά 481-483 ΑΚ. Δικαιούται, λοιπόν, ο ασθενής να επιλέξει τον οικονομικά ισχυρότερο οφειλέτη και να ικανοποιηθεί από αυτόν εις ολόκληρον.

Η διάταξη του άρθρου 8 δεν εισάγει ειδικό αυτοτελή νόμιμο λόγο ευθύνης, καθώς ρυθμίζει ειδικά ορισμένα ζητήματα αδικοπρακτικής ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες. Η ευρεία διατύπωση του νόμου *«ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη»* επιτρέπει την αποκατάσταση κάθε μορφής ζημίας που συνδέεται αιτιωδώς με την παροχή της υπηρεσίας, δίνοντας τη δυνατότητα για αποκατάσταση κάθε ζημίας τόσο της θετικής όσο και της αποθετικής περιουσιακής ζημίας (διαφυγόντα κέρδη), παρούσας ή μέλλουσας, άμεσης ή έμμεσης αλλά και μη περιουσιασκής, ήτοι της ηθικής βλάβης ή της ψυχικής οδύνης<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Δελοούκα – Ιγγλέση Κ. (2014), ο.π., σελ. 243

#### 3.4.4 Προσβολή προσωπικότητας του ασθενούς

Η προσβολή βασικών εκφάνσεων της προσωπικότητας του ασθενούς, όπως η ζωή, η υγεία και η σωματική ακεραιότητα, αποτελούν χαρακτηριστικές περιπτώσεις παράνομης προσβολής των εκφάνσεων αυτών της προσωπικότητας του ασθενούς. Επομένως, ο ασθενής έχει το δικαίωμα, σε περίπτωση τέτοιας προσβολής της προσωπικότητας αυτού, να αξιώσει αποζημίωση και σύμφωνα με τις διατάξεις των 914επ ΑΚ περί αδικοπραξίας σε συνδυασμό με το άρθρο 57 ΑΚ (Δικαίωμα στην προσωπικότητα), ώστε να επιδιώξει την ικανοποίηση ηθικής βλάβης κατά το άρθρο 59 ΑΚ.

Εν όψει των προστατευόμενων αυτών αγαθών του ασθενούς, η δραστηριότητα του ιατρού διέπεται από τον υπέρτατο κανόνα «salus aegroti suprema lex», το οποίο σημαίνει ότι «η σωτηρία του ασθενούς είναι ο υπέρτατος νόμος» και «voluntas aegroti suprema lex», το οποίο μεταφράζεται ως «η βούληση του ασθενούς είναι ο υπέρτατος νόμος». Οι δύο αυτές αρχές οδηγούν στο ασφαλές συμπέρασμα ότι θεμέλιος λίθος του Ιατρικού Δικαίου είναι η προστασία και ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς καθώς και των εκφάνσεων αυτής<sup>29</sup>.

#### 3.4.5 Αδικοπρακτική ευθύνη ιδιωτικών κλινικών

Οι ιδιωτικές κλινικές ευθύνονται για ιατρικά σφάλματα που οφείλονται σε πράξη ή παράλειψη των συνεργαζόμενων με αυτές ιατρών. Η παρούσα ευθύνη δεν θεμελιώνεται στο άρθρο 334 ΑΚ σχετικά με πράξεις του βοηθού εκπλήρωσης, αλλά στην διάταξη του άρθρου 922 ΑΚ σχετικά με την ευθύνη του προστήσαντος για πράξεις του προστηθέντος. Η ευθύνη μίας ιδιωτικής κλινικής κατά τη διάταξη του άρθρου 922 ΑΚ ισχύει ανεξάρτητα από την εφαρμογή του άρθρου 8 του ν. 2251/1994.

Για την θεμελίωση της ευθύνης των ιδιωτικών κλινικών βάσει του άρθρου 922 ΑΚ προϋποτίθεται η ύπαρξη ενοχικής σχέσης μεταξύ προστηθέντος – οφειλέτη και του ζημιωθέντος – δανειστή. Η διάταξη του άρθρου 922 ΑΚ θεσπίζει γνήσια αντικειμενική ευθύνη του προστήσαντος, ο οποίος υπέχει ευθύνη, ακόμα και αν αποδείξει ότι δεν βαρύνεται με πταίσμα ως προς την επιλογή του προστηθέντος. Η δικαιολογητική βάση για την θεμελίωση της ευθύνης του προστήσαντος για πράξεις του προστηθέντος είναι η ωφέλεια που αποκομίζει

---

<sup>29</sup> Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993), ο.π., σελ. 16

ο προστήσας από τις πράξεις του προστηθέντος, καθώς μέσω των πράξεων του προστηθέντος, ο προστήσας διευρύνει το πεδίο της επιχειρηματικής του δραστηριότητας<sup>30</sup> και έτσι είναι εύλογο να φέρει την ευθύνη για τυχόν κινδύνους που προκύπτουν από τη δραστηριότητα του προστηθέντος. Ο συλλογισμός αποτελεί αποδοχή της «*θεωρίας του επαγγελματικού κινδύνου*» του ελληνικού Αστικού Κώδικα, σύμφωνα με την οποία όποιος αντλεί οφέλη από μία επικίνδυνη δραστηριότητα, είναι δίκαιο να επιβαρύνεται και με την ανόρθωση των ζημιών που προκαλούνται σε τρίτους, οι οποίες συνδέονται αιτιωδώς με την δραστηριότητα αυτή<sup>31</sup>.

Προκειμένου να θεμελιωθεί πρόστηση δεν ενδιαφέρει το είδος της σχέσης μεταξύ ιατρού και κλινικής, αφού, δεν αποκλείεται η ύπαρξη εξάρτησης μεταξύ τους, με την μορφή εξαρτημένης εργασιακής σχέσης, που μπορεί στην συγκεκριμένη περίπτωση είτε να υπάρχει είτε να μην υπάρχει. Έτσι, η σχέση του ιατρού με την κλινική μπορεί να έχει τη μορφή ακόμα και μιας ελεύθερης συνεργασίας μεταξύ τους, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός επιμελείται τη νοσηλεία και την διενέργεια π.χ. μιας χειρουργικής επέμβασης, σε κλινική που διαθέτει την απαραίτητη υποδομή (εγκαταστάσεις, φάρμακα, μηχανήματα, εργαλεία κ.λπ.) και το υπόλοιπο βοηθητικό ιατρικό προσωπικό, με αμοιβή που η κλινική εισπράττει κατευθείαν από τον ασθενή, άσχετα με την αμοιβή του ιατρού, που επίσης καταβάλλεται από τον ασθενή απ' ευθείας στον ιατρό. Η σχέση αυτή είναι, μάλιστα, εξαιρετικά συνηθισμένη στην πράξη, και αποσκοπεί τόσο στην εξυπηρέτηση του ιατρού, που με τον τρόπο αυτό χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες και τις εγκαταστάσεις της κλινικής, αποκομίζοντας αμοιβή, όσο και του ιδιοκτήτη της κλινικής, που χάρη στη δράση των ιατρών εξασφαλίζει πελατεία και αποκομίζει ανάλογα κέρδη. Στις περιπτώσεις αυτές, γίνεται δεκτό, παρά την ανεξαρτησία του συνεργαζόμενου ιατρού σχετικά με την άσκηση των κύριων ιατρικών του καθηκόντων, ότι υπάρχει «εξάρτηση» και επομένως και ευθύνη εκείνου που διατηρεί την κλινική, ως προστήσαντος.

Αδικοπρακτική ευθύνη μίας ιδιωτικής κλινικής είναι δυνατό να θεμελιωθεί και σε «οργανωτικό» σφάλμα αυτής, δηλαδή σε σφάλμα που σχετίζεται με την οργάνωση της παρεχόμενης ιατρικής υπηρεσίας, ήτοι με την εξασφάλιση των αντικειμενικών προϋποθέσεων για την τήρηση της οφειλόμενης επιμέλειας (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, προσωπικό), με την κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ περισσότερων προσώπων που εμπλέκονται στην ιατρική αγωγή, καθώς και του ελέγχου και της επίβλεψης αυτής της ιατρικής αγωγής. Η μη διάθεση από την ιδιωτική κλινική εξειδικευμένου προσωπικού ή απαραίτητου εξοπλισμού και υποδομής για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου περιστατικού, αποτελεί συνδυασμό «οργανωτικού σφάλματος» και «σφάλματος ανάληψης», εφόσον η ιδιωτική κλινική

---

<sup>30</sup> ΠολΠρΑθ 453/2015

<sup>31</sup> Πελλένη - Παπαγεωργίου Α. (2016), ο.π., σελ. 248-250

αναλαμβάνει την παροχή ιατρικής αγωγής δίχως να διαθέτει τις αντικειμενικές προϋποθέσεις για την τήρηση του οφειλόμενου προτύπου επιμέλειας, η παράβαση του οποίου συνιστά επίσης ιατρικό σφάλμα. Οι ελλείψεις της ιδιωτικής κλινικής είναι δυνατόν να συνδυάζονται με το σφάλμα του θεράποντος ιατρού που διενήργησε τη ζημιόγono πράξη, αποτέλεσμα των οποίων είναι αφ' ενός η ευθύνη αυτής ως προστήσασα τον ιατρό που διενήργησε τη ζημιόγono ιατρική πράξη κατά την διάταξη του άρθρου 922 ΑΚ και αφ' ετέρου για τις πράξεις ή παραλείψεις λοιπών οργάνων ή προστηθέντων αυτής<sup>32</sup>.

#### 3.4.6 Ιατρικά σφάλματα κατά τη χρήση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Σύμφωνα με την οδηγία 93/42/ΕΟΚ, με τον όρο «ιατροτεχνολογικό προϊόν» νοείται κάθε όργανο, συσκευή, εξοπλισμός, υλικό ή άλλο είδος, χρησιμοποιούμενο μόνο ή σε συνδυασμό, συμπεριλαμβανομένου και του λογισμικού που απαιτείται για την ορθή του λειτουργία, το οποίο προορίζεται από τον κατασκευαστή για να χρησιμοποιείται κατά την υγειονομική περίθαλψη, διάγνωση, πρόληψη και παρακολούθηση θεραπείας ή ανακούφιση ασθενούς.

Οποιοδήποτε ιατροτεχνολογικό προϊόν μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή εάν οι παρέχοντες ιατρικές υπηρεσίες δεν είναι εξοικειωμένοι ή επιμελείς κατά τη χρήση του. Η περίπτωση χρήσης ελαττωματικού προϊόντος δεν σχετίζεται με την παρούσα προβληματική της αστικής ιατρικής ευθύνης. Η χρήση ιατροτεχνολογικού προϊόντος κατά παρέκκλιση των υποδείξεων και οδηγιών του κατασκευαστή, η πλημμελής συντήρηση αυτού και η ανεπαρκής εκπαίδευση των χρηστών αυτού μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία του ασθενούς. Η βλάβη αυτή μπορεί να θεωρηθεί ότι συνδέεται αιτιωδώς με ιατρικό σφάλμα και να θεμελιώσει δικαίωμα αποζημίωσης υπέρ του ζημιωθέντος ασθενούς.

---

<sup>32</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018) ο.π., σελ. 153

### 3.5 Η σύμβαση ιατρικής αγωγής

Ως «σύμβαση ιατρικής αγωγής» ορίζεται η ενοχική σύμβαση, με την οποία ο ιατρός υπόσχεται τη διενέργεια ιατρικών πράξεων οποιασδήποτε μορφής σε ορισμένο πρόσωπο ή σε σχέση με αυτό, και το πρόσωπο αυτό υπόσχεται να καταβάλει στον ιατρό τη συμφωνηθείσα αμοιβή<sup>33</sup>.

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής, δυνάμει της ιδιαίτερης φύσης της, οφείλει να διαπνέεται από μία σχέση συνεργασίας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης, όπου ο κοινός σκοπός των συμβαλλόμενων μερών συνίσταται στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς. Είναι δυνατόν να συνάπτεται και προφορικά και πρέπει να διακρίνεται από τη δήλωση συναίνεσης του ασθενούς. Αντικείμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι η παροχή ιατρικής συνδρομής, η οποία περιλαμβάνει μία σειρά ιατρικών πράξεων, όπως η εξέταση του ασθενούς, η διάγνωση της κατάστασής του, η διενέργεια θεραπευτικής αγωγής και η παρακολούθηση της πορείας κατά την ανάρρωση του ασθενούς<sup>34</sup>.

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής δεν προβλέπεται από ειδικές διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αλλά βασίζεται στις γενικές διατάξεις περί συμβάσεων. Κατ' αρχήν, πρόκειται για άτυπη σύμβαση, εφόσον κατά τη διάταξη του άρθρου 158 ΑΚ και τα όσα εκτέθηκαν ανωτέρω, δεν υπάρχει ειδική νομοθετική πρόβλεψη. Συνήθως καταρτίζεται προφορικά μεταξύ ασθενούς και του παρέχοντος τις υπηρεσίες ιατρού, ενώ συνηθίζεται να καταρτίζεται και γραπτώς ιδιαίτερα στις περιπτώσεις κατά τις οποίες συμβαλλόμενοι είναι ο ασθενής και κάποια ιδιωτική κλινική ή σπανίως δημόσιο νοσοκομείο. Στην τελευταία περίπτωση η σύμβαση είναι προδιατυπωμένη και υπογράφεται δίχως την προηγούμενη διαπραγματεύση των όρων αυτής, πρακτική που συνηθίζεται σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα<sup>35</sup>. Χρήσιμο είναι να μην συγχέονται περιπτώσεις, όπως η υπογραφή εγγράφου συναίνεσης της άγαμης γυναίκας και του συντρόφου αυτής κατά τις διατάξεις των άρθρων 1456επ ΑΚ για την απόκτηση τέκνου με τη μέθοδο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς το έντυπο που υπογράφεται δεν αποτελεί σύμβαση ιατρικής αγωγής, αλλά υπογράφεται ως προϋπόθεση για τη λήψη συναίνεσης για την διενέργεια της ιατρικής πράξης.

<sup>33</sup> Γεωργιάδης Α. (2007). *Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, Τόμος II*, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, σελ 179επ

<sup>34</sup> Φουντεδάκη Κ. (2018) ο.π., σελ. 23-24

<sup>35</sup> Τσιρόγλου Ε. (2020), Η σύμβαση ιατρικής αγωγής, Νομικά Μελετήματα, Επιμέλεια: Ι.Σ. Σπυριδάκης, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., Αθήνα, 2020, σελ. 27

Συμβαλλόμενα μέρη σε μία σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι συνήθως ο ασθενής και ο παρέχων τις ιατρικές υπηρεσίες ιατρός, ο οποίος είναι πάντα το φυσικό πρόσωπο που είναι επιφορτισμένο με την προστασία του εννόμου αγαθού της υγείας του ασθενούς, καθώς ο ιατρός ασκεί πρωτίστως λειτούργημα.

Θεμελιώδης για την εγκυρότητα μίας σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι η ύπαρξη δικαιοπρακτικής ικανότητας των συμβαλλόμενων μερών (127, 128, 134 – 136 ΑΚ). Δεχόμενοι ότι κανένας ασθενής δεν θα συμπράξει με δικαιοπρακτικά ανίκανο ιατρό για τη διασφάλιση της κατάστασης της υγείας του, θα μας απασχολήσουν οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής είναι είτε πλήρως είτε μερικώς ανίκανος δικαιοπρακτικά.

Στην περίπτωση του ανηλίκου ασθενούς που κρίνεται ως ανίκανος δικαιοπρακτικά για να συμβληθεί σε μία σύμβαση ιατρικής αγωγής, η σύμβαση καταρτίζεται και από τους δύο γονείς, εκτός από την περίπτωση εφαρμογής της διάταξης του άρθρου 1516 ΑΚ, όπου πρόκειται για ιατρική πράξη επείγοντος χαρακτήρα ή μία συνήθης πράξη επιμέλειας του τέκνου, όπως ο εμβολιασμός αυτού με εμβόλια που επιβάλλεται να πραγματοποιηθούν, σύμφωνα με την ιατρική κοινότητα και επιστήμη, στην βρεφική, νηπιακή και σχολική ηλικία. Ο ανήλικος ασθενής κάτω των δέκα ετών, ως πλήρως ανίκανος δικαιοπρακτικά, δεν επιτρέπεται να συμβληθεί και η σύμβαση ιατρικής αγωγής καταρτίζεται από τον νόμιμο αντιπρόσωπο αυτού, δηλαδή είτε τον ασκούντα την γονική μέριμνα και την εξουσία εκπροσώπησής του σε κάθε δικαιοπραξία σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1510 ΑΚ, ο οποίος μπορεί να είναι ένας εκ των γονέων ή και οι δύο γονείς ή ο επίτροπος του ανηλίκου (1589 ΑΚ). Αν πρόκειται για ανήλικο που έχει συμπληρώσει το δέκατο έτος της ηλικίας του, τότε δύναται να συμβληθεί σε σύμβαση ιατρικής αγωγής μόνο εάν αποκτά αποκλειστικά έννομο όφελος (134 ΑΚ) και όχι υποχρέωση, όπως η υποχρέωση καταβολής αμοιβής για την παροχή υπηρεσιών υγείας ως αντιπαροχή. Σύμφωνα με την διάταξη της 135 ΑΚ, ο ανήλικος που συμπλήρωσε το δέκατο τέταρτο έτος της ηλικίας του δύναται να συμβληθεί αυτοπροσώπως<sup>36</sup>.

Άλλη περίπτωση ασθενούς με δικαιοπρακτική ανικανότητα είναι αυτή του τελούντος υπό δικαστική συμπαράσταση σύμφωνα με τις διατάξεις 1676επ ΑΚ. Ο ασθενής που έχει υποβληθεί σε καθεστώς πλήρους στερητικής δικαστικής συμπαράστασης είναι πλήρως ανίκανος προς δικαιοπραξία και επομένως η σύμβαση συνάπτεται εγκύρως από τον δικαστικό συμπαραστάτη του. Από την άλλη πλευρά, ο τελών υπό μερική δικαστική συμπαράσταση δύναται να συμβληθεί, αν, όπως είναι λογικό, η υποβολή του σε καθεστώς μερικής δικαστικής

---

<sup>36</sup> Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). ο.π., σελ. 205-209

συμπαράστασης δεν περιλαμβάνει την ικανότητα αυτού να συνάπτει τέτοιου είδους συμβάσεις παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Μία ιδιαίτερη μορφή σύμβασης είναι αυτή που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου 9 ΚΙΔ, την οποία θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε ως σύμβαση εκ του νόμου. Η διάταξη αυτή προβλέπει την υποχρέωση του ιατρού να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών με οτιδήποτε μέσα έχει στη διάθεσή του και υπό τις οποιεσδήποτε προϋποθέσεις έως την παραπομπή του ασθενούς σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά αυτού σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης.

### 3.6 Υποχρεώσεις του ιατρού

Ο παρέχων τις υπηρεσίες ιατρός δεν υποχρεούται να θεραπεύσει πλήρως τον ασθενή, δεδομένου ότι το αποτέλεσμα δεν εξαρτάται πάντα από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται, αλλά υπόσχεται να του παράσχει θεραπευτική αγωγή *de lege artis*. Παρά ταύτα, από τη νομοθεσία και από τις συμβάσεις ιατρικής αγωγής μπορεί να ιδρυθούν υποχρεώσεις, κύριες ή παρεπόμενες που πρέπει να εκπληρωθούν, όπως για παράδειγμα η περίπτωση ενός ιατρού που υπόσχεται την πλήρη θεραπεία ή αποκατάσταση ενός ασθενούς, θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως συμβατική υποχρέωση και η αθέτηση αυτής να επιφέρει τις ανάλογες έννομες συνέπειες.

#### 3.6.1 Υποχρέωση σεβασμού στην ανθρώπινη ζωή και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και παροχής ιατρικής φροντίδας

Η κυριότερη υποχρέωση ενός ιατρού είναι ο απόλυτος σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια χωρίς διακρίσεις, όπως προβλέπεται στο άρθρο 2 ΚΙΔ, η οποία έρχεται σε πλήρη αρμονία με τον συνταγματικό νομοθέτη, όπως ορίζεται στο άρθρο 2 του Συντάγματος. Με την υποχρέωση αυτή σχετίζεται άμεσα και η υποχρέωση παροχής ιατρικής φροντίδας που προβλέπεται στα άρθρα 8 – 10 ΚΙΔ, σύμφωνα με τις οποίες ο ιατρός υποχρεούται να παρέχει ιατρική φροντίδα σεβόμενος την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια

αυτού, χωρίς να επεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή του ζωή, παρά μόνο εντός ορίων της de lege artis προσφοράς των υπηρεσιών του<sup>37</sup>.

### 3.6.2 Υποχρέωση αυτοπρόσωπης εκτέλεσης της σύμβασης

Η υποχρέωση αυτοπρόσωπης εκτέλεσης της σύμβασης ιατρικής αγωγής πηγάζει από την ιδιαίτερη σχέση συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, εφόσον ο ασθενής, συνήθως, επιλέγει τον θεράποντα ιατρό βάσει των ιδιαίτερων δεξιοτήτων του και της φήμης αυτού. Σε κάθε περίπτωση, όμως, ο θεράπων ιατρός δύναται να χρησιμοποιεί βοηθούς εκπλήρωσης για την εκτέλεση μη ιατρικών πράξεων ή δευτερευουσών ιατρικών πράξεων, με σκοπό την εκπλήρωση της κύριας υποχρέωσης για παροχή ιατρικής φροντίδας και πάντα υπό την επίβλεψη του ιδίου.

### 3.6.3 Υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου

Το ιατρικό απόρρητο θεωρείται θεμελιώδης ιατρική υποχρέωση ήδη από την περίοδο της αρχαιότητας και συγκεκριμένα τουλάχιστον από τα αρχαία ελληνικά χρόνια, δεδομένου ότι προβλέπεται ήδη από τον Όρκο του Ιπποκράτη, και δεν θα μπορούσε να μην συμπεριλαμβάνεται ως υποχρέωση και στα σημερινά σχετικά με τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας νομοθετήματα (άρθρο 13 ΚΙΔ, άρθρο 84 ν. 4624/2019 & άρθρο 371 ΠΚ). Πρέπει να καταστεί σαφές ότι το ιατρικό απόρρητο περιλαμβάνει κάθε πληροφορία που περιήλθε σε γνώση του ιατρού κατά την άσκηση του λειτουργηγήματός του, ακόμα κι αν δεν σχετίζεται με την θεραπεία, και ότι η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου ισχύει και μετά τον θάνατο του ασθενούς όπως προκύπτει από την παράγραφο 6 του άρθρου 13 ΚΙΔ.

---

<sup>37</sup> Φραγκουδάκη Ε. (2012), Ερμηνεία Κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας, 2012, Επιμέλεια: Λασκαρίδη Ε., Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 101



### 3.6.4 Υποχρέωση ενημέρωσης και λήψης συναίνεσης του ασθενούς.

Η συναίνεση του ασθενούς συνίσταται στη δήλωση με την οποία διατυπώνεται η βούλησή του να διενεργηθεί η πράξη<sup>38</sup>. Κάθε ιατρική πράξη που διενεργείται χωρίς ενημέρωση και σύμφωνη γνώμη του ασθενούς είναι αυθαίρετη και κατά συνέπεια παράνομη, ακόμη και αν η συμπεριφορά του ιατρού δεν υπήρξε αντικειμενικά αμελής και η ιατρική πράξη διενεργήθηκε *lege artis*. Ειδικότερα, σύμφωνα και με την πρόβλεψη της πρώτης παραγράφου του άρθρου 11 ΚΙΔ, ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή πλήρως και κατανοητά για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, για τα διαγνωστικά ή θεραπευτικά αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεση της, τις εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους, αλλά και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασής της. Οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί στη λήψη αποφάσεων.

Βασική προϋπόθεση προάσπισης του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενούς συνιστά η υποχρέωση αποχής του ιατρού από την τέλεση ιατρικών πράξεων χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς. Η συναίνεση αυτή πρέπει να παρέχεται ύστερα από την προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό για την κατάσταση της υγείας του. Η υποχρέωση ενημέρωσης προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 11 ΚΙΔ στην αιτιολογική έκθεση του οποίου αναφέρεται ότι «...η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί το αντίβαρο μεταξύ ιατρού που ξέρει και του ασθενούς που αγνοεί, για να έχουμε ίσα μέρη στη σύμβαση». Το δικαίωμα ενημέρωσης ενός ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό του, δεν έχει αμυντικό αλλά θετικό περιεχόμενο, καθώς δεν στοχεύει στην ικανοποίηση του δικαιώματος αυτού για προστασία από ιατρικές πράξεις στις οποίες δεν έχει συναινέσει, αλλά στην θετική διασφάλιση της ελευθερίας επιλογών αυτού<sup>39</sup>.

Όπως ήδη τονίστηκε, θεμελιώδης για την προστασία του ασθενούς είναι η διάταξη του άρθρου 12 ΚΙΔ, η οποία κατοχυρώνει το πρότυπο της «συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς», όρο γνωστό στο Ιατρικό Δίκαιο διεθνώς ως «informed consent». Σύμφωνα με την πρώτη παράγραφο του ίδιου άρθρου «ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε

<sup>38</sup> Παπαχρίστου Θ., (2013) Ιατρική Δεοντολογία κατ' άρθρο ανάλυση του Νόμου 3418/2005, Επιμέλεια-Πρόλογος: Τ. Κ. Βιδάλης, Θ. Κ. Παπαχρίστου εκδόσεις Σάκκουλα, σελ. 110

<sup>39</sup> Κανελλοπούλου Μπότη Μ., (2012), Ερμηνεία Κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας, 2012, Επιμέλεια: Λασκαρίδη Ε., Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 124-125

ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.». Στις υπόλοιπες δύο παραγράφους του ίδιου άρθρου προβλέπονται οι προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς, οι οποίες συνοπτικά είναι η παροχή συναίνεσης μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, η ικανότητα για συναίνεση, η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής, η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενο της και κατά το χρόνο της εκτέλεσης της, και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. Η συναίνεση αντιβαίνει οπωσδήποτε στα χρηστά ήθη στις περιπτώσεις κατά τις οποίες μπορεί να θεωρηθεί ότι η ίδια η ιατρική πράξη στην οποία συναινεί ο ασθενής αντιβαίνει στα χρηστά ήθη.

Επειδή, όμως, ακριβώς δεν είναι δυνατόν πάντοτε να δοθεί συναίνεση σε μία ιατρική πράξη πριν από την τέλεση αυτής, η παράγραφος 3 του άρθρου 8 του ΚΙΔ προβλέπει περιοριστικά τις περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν απαιτείται συναίνεση, οι οποίες έχουν ως εξής: *«α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.»*

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η υποχρέωση ενημέρωσης ασθενούς δύναται να εκπληρώνεται ακόμα και προφορικά, διότι ο ΚΙΔ δεν απαιτεί την τήρηση τύπου. Συνεπώς, η σύμβαση ιατρικής αγωγής, είτε με ιατρό-ιδιώτη (ή ιδιωτική κλινική) είτε με κρατικά κέντρα ιατρικής περίθαλψης, συνάπτεται εγκύρως και άτυπα.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι, τα προδιατυπωμένα «έντυπα ενημέρωσης» που προσφέρουν συνήθως προς υπογραφή τα δημόσια νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές στους ασθενείς, τα οποία περιέχουν προδιατυπωμένους όρους (ΓΟΣ), σύμφωνα με τους οποίους οι ασθενείς δηλώνουν ότι ενημερώθηκαν δεόντως για τις ιατρικές πράξεις που θα υποστούν και ότι συναινούν εκ των προτέρων σε αυτές, δεν αποτελούν πλήρη απόδειξη ότι πράγματι ενημερώθηκε ο ασθενής, αλλά απόδειξη προσπάθειας ενημέρωσης, η οποία πρέπει να είναι και προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς. Ως εκ τούτου, τα εν λόγω έντυπα οδηγούν απλά σε πιθανολόγηση της λήψης της συναίνεσης, η οποία μπορεί να ενδυναμωθεί ενδεχομένως σε πλήρη απόδειξη μέσω μαρτύρων.

### 3.7 Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης

Η ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης απασχολεί σε ολοένα και πιο έντονο βαθμό τον ιατρικό κόσμο. Μέσω της ασφάλισης αστικής ιατρικής ευθύνης ο ασφαλιστής αναλαμβάνει έναντι ασφαλιστρού την υποχρέωση να καλύπτει τις οικονομικές συνέπειες που προκαλούνται ως αποτέλεσμα πράξεως ή παραλείψεως που συνιστά ιατρικό σφάλμα, δηλαδή την αποζημίωση που θα κληθεί να καταβάλει ο ιατρός για ζημιά που έχει προκαλέσει στον ασθενή.

Η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος φέρνει τακτικά τους ιατρούς αντιμέτωπους με πολλές δύσκολες καταστάσεις που απαιτούν τη λήψη άμεσων αποφάσεων. Επομένως, η ανάγκη ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης κρίνεται επιτακτική, καθώς η τέλεση ιατρικού σφάλματος είναι πιθανή και η αποζημίωση την οποία θα υποχρεωθεί τυχόν να καταβάλει ένας ιατρός στον ζημιωθέντα ασθενή είναι συνήθως αρκετά υψηλή.

### 3.8 Συμπεράσματα

Όπως αναπτύχθηκε, ο ιατρός ευθύνεται για κάθε υπαίτια παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης ή και μη τήρηση του οφειλόμενου προτύπου ιατρικής επιμέλειας ή των συμβατικών υποχρεώσεων αυτού. Αν ο ιατρός έχει τηρήσει τα ιατρικά πρότυπα, τότε δεν φέρει ευθύνη για οποιαδήποτε προκληθείσα βλάβη στον θεραπευόμενο. Αυτό που πρέπει να βρίσκεται πάντοτε στο μυαλό ενός ιατρού είναι το γεγονός ότι οφείλει να δρα πάντα ενθυμούμενος ότι ασκεί λειτούργημα, εξ ου και οι υποχρεώσεις του πηγάζουν κυρίως από την ιδιαιτερότητα της φύσεως της πρακτικής άσκησης της ιατρικής επιστήμης.

### 3.9 Βιβλιογραφία τρίτου κεφαλαίου

Βαθρακοκόιλης Μ. (2006). ΕΡΝΟΜΑΚ, Ερμηνεία Νομολογία Αστικού Κώδικα (κατ' άρθρο), Τόμος Γ', Ημιτόμος Γ' Ειδικό Ενοχικό άρθρα 741-946, Αθήνα.

Γεωργιάδης Α. (2002). Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου, 3η έκδοση,

Γεωργιάδης Α (2003)., Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, Τόμος Ι, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Γεωργιάδης Α. (2007). Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, Τόμος ΙΙ, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα

- Δέλλιος, Γ. (2013) Γενικοί Όροι Συναλλαγών, 2η έκδ .
- Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 1, (2006). Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ν.3418/2005: Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση), Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.
- Κανελλοπούλου Μπότη Μ., (2012), Ερμηνεία Κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας, 2012, Επιμέλεια: Λασκαρίδη Ε., Νομική Βιβλιοθήκη.
- Καράκωστας Ι., Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, Αρμ 1994, 15 -22.
- Καράσης Μ. (1990). Οφειλή εις ολοκληρον, Ι, Η έννοια, Β΄ έκδοση, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη
- Κορνηλάκης Π. (2002). Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, Τόμος Ι, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη
- Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, Τόμος ΙΙ, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη
- Λασκαρίδης Ε., (2012), Ερμηνεία Κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας, Επιμέλεια: Λασκαρίδη Ε., Νομική Βιβλιοθήκη
- Παπαχρίστου Θ., (2013) Ιατρική Δεοντολογία κατ' άρθρο ανάλυση του Νόμου 3418/2005, Επιμέλεια-Πρόλογος: Τ. Κ. Βιδάλης, Θ. Κ. Παπαχρίστου, εκδόσεις Σάκκουλα
- Πελλένη – Παπαγεωργίου Α. (2016), Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε.
- Σπηλιωτόπουλος, Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, εκδ. 11η, 2001, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Σπηλιωτόπουλος Χ. (2007), Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου εκδ. 12Η Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Σταθόπουλος Χ., 2004. Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Θεσσαλονίκη.
- Τσιρόγλου Ε. (2020), Η σύμβαση ιατρικής αγωγής, Νομικά Μελετήματα, Επιμέλεια: Ι.Σ. Σπυριδάκης, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., Αθήνα, 2020
- Φουντεδάκη Κ., (2003). Αστική Ιατρική Ευθύνη. Γενική εισαγωγή, δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση, θεμελιώδεις έννοιες, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη
- Φουντεδάκη Κ. (2018). Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης. Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη
- Φραγκουδάκη Ε. (2012), Ερμηνεία Κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας, 2012, Επιμέλεια: Λασκαρίδη Ε., Νομική Βιβλιοθήκη

## 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αστική ευθύνη νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου

### 4.1 Εισαγωγή

Ο σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η κατανόηση της έννοιας της αστικής ευθύνης των ιδιωτικών κλινικών. Είναι απαραίτητο να γίνει πρώτα αντιληπτός ο τρόπος με τον οποίον ευθύνονται τα νομικά πρόσωπα, καθώς ως τέτοιο νοείται και μία ιδιωτική κλινική.

### 4.2 Ευθύνη σύμφωνα με το άρθρο 71 ΑΚ

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 71 ΑΚ, η οποία έχει ως εξής «*Το νομικό πρόσωπο ευθύνεται για τις πράξεις ή τις παραλείψεις των οργάνων που το αντιπροσωπεύουν, εφ' όσον η πράξη ή η παράλειψη έγινε κατά την εκτέλεση των καθηκόντων που τους είχαν ανατεθεί και δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης. Το υπαίτιο πρόσωπο ευθύνεται επιπλέον εις ολόκληρον.*», τα όργανα, είτε μονομελή είτε πολυμελή, που αντιπροσωπεύουν ένα νομικό πρόσωπο το δεσμεύουν για πράξεις ή παραλείψεις στις οποίες προβαίνουν κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων και των καθηκόντων τους. Ως εκ τούτου ιδρύεται ευθύνη προς αποζημίωση σε βάρος του νομικού προσώπου, χωρίς να προσδιορίζονται από το νόμο οι προϋποθέσεις των οποίων η συνδρομή παρέχει αξίωση προς αποζημίωση στον εκάστοτε τρίτο.

Το άρθρο 71 ΑΚ δεν ιδρύει νέο, αλλά προϋποθέτει έναν από τους γνωστούς λόγους αστικής ευθύνης, όπως αυτοί προβλέπονται από το Αστικό Δίκαιο. Επομένως, αν τα όργανα που αντιπροσωπεύουν το νομικό πρόσωπο αθετήσουν προϋφιστάμενη ενοχική υποχρέωση, ο νόμιμος λόγος ευθύνης θα είναι δικαιοπρακτικός, ενώ αν παραβιάσουν τις διατάξεις των άρθρων 914 ή 919 ΑΚ ο νόμιμος λόγος ευθύνης θα είναι αδικοπρακτικός, και αν δεν τηρήσουν την επιβαλλόμενη προσυμβατική συμπεριφορά, ο νόμιμος λόγος ευθύνης θα απορρέει από τις διατάξεις των άρθρων 197 -198 ΑΚ<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Γεωργιάδης Α. – Σταθόπουλος Μ., (2016) Αστικός Κώδικας, Γενικές Αρχές, Τόμος Ια άρθρα 1 – 126, έκδοση 2<sup>η</sup>, Π.Ν. Σάκκουλας, σελ. 958-962

### 4.3 Συγκριτική ανάλυση των άρθρων 71, 334 & 922 ΑΚ

Οι διατάξεις των άρθρων 71, 334 και 922 ΑΚ δεν ιδρύουν νέο νόμιμο λόγο ευθύνης, αλλά προϋποθέτουν έναν από τους ήδη προβλεπόμενους, καθιστώντας αυτές τις διατάξεις μη αυτοτελείς κανόνες δικαίου. Παρόλα αυτά και οι τρεις διαφέρουν λειτουργικά ως προς τον καταλογισμό.

Σύμφωνα με την 334 ΑΚ ο οφειλέτης υποχρεούται ήδη σε παροχή, επομένως ο βοηθός εκπλήρωσης παραβιάζει αλλότρια ενοχική υποχρέωση, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι προκαλεί ο ίδιος την αθέτηση αυτής. Επειδή δεν υφίσταται νομικός δεσμός ανάμεσα στον βοηθό εκπλήρωσης και τον δανειστή, δεν είναι δυνατόν να γεννηθεί ευθύνη προς αποζημίωση σε βάρος του. Εφόσον δεν υφίσταται ευθύνη ούτε πρωτογενώς ούτε δευτερογενώς, δεν γίνεται λόγος για μετάθεση ευθύνης από τον βοηθό εκπλήρωσης στον οφειλέτη, αλλά η ευθύνη προς αποζημίωση γεννάται απευθείας στο πρόσωπο του οφειλέτη.

Κατά το άρθρο 922 ΑΚ το πρόσωπο που παρανομεί υπαίτια είναι ο προστηθείς και όχι ο προστήσας, που δεν βρίσκεται σε νομικό δεσμό με τον τρίτο. Ο προστηθείς ευθύνεται αυτοτελώς σε αποζημίωση έναντι του ζημιωθέντα τρίτου σύμφωνα με τις προϋποθέσεις του άρθρου 914 ΑΚ. Η υποχρέωση προς αποζημίωση προκύπτει από τη σχέση προστηθέντος και τρίτου. Την έννομη συνέπεια που καταλογίστηκε και επήλθε ήδη στο πρόσωπο του προστηθέντος, ο νομοθέτης την επιρρίπτει και στον προστήσαντα ως αλλότρια ευθύνη, καθιστώντας τον επίσης υπεύθυνο απέναντι στο ζημιωθέντα.

Ένα νομικό πρόσωπο, παρά το γεγονός ότι του απονέμεται αυτοτελής ικανότητα δικαίου, βούληση και αναγορεύεται σε υποκείμενο δικαιοπρακτικής και αδικοπρακτικής ευθύνης, δεν δύναται να συμμετέχει στην συναλλακτική ζωή χωρίς τη μεσολάβηση φυσικών προσώπων, εφόσον ως πράξη μπορεί να νοηθεί μόνο η ηθελημένη (συνειδητή) ανθρώπινη ενέργεια που επιφέρει μεταβολή στον εξωτερικό κόσμο. Ως ανθρώπινη ενέργεια νοείται και η πράξη και η παράλειψη, ενέργειες οι οποίες προϋποθέτουν συνείδηση, χαρακτηριστικό που ελλείπει από το ίδιο το νομικό πρόσωπο. Ως εκ τούτου ως «φυσικός δράστης» νοείται πάντοτε το μονομελές ή πολυμελές όργανο του νομικού προσώπου, γεγονός που δικαιολογεί την ατομική και εις ολόκληρον ευθύνη του, αλλά ως «νομικός δράστης» είναι κατά νομοθετική επιταγή το νομικό πρόσωπο. Συνεπώς, αν πρόκειται για αδικοπραξία σύμφωνα με την 914 ΑΚ ο νόμιμος λόγος ευθύνης υφίσταται και στο πρόσωπο του οργάνου και στο πρόσωπο του νομικού προσώπου,

ενώ στην περίπτωση της δικαιοπρακτικής ευθύνης, ο νόμιμος λόγος ευθύνης συντρέχει απευθείας και μόνο στο πρόσωπο του νομικού προσώπου<sup>41</sup>.

#### 4.4 Συμπεράσματα

Έχοντας αναπτύξει την έννοια της αστικής ιατρικής ευθύνης των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου σύμφωνα με τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, έχει γίνει αντιληπτό ότι ένα νομικό πρόσωπο δεν μπορεί να ευθύνεται αυτοτελώς για ιατρικά σφάλματα, καθώς δεν δύναται να προβεί σε ένα το ίδιο παρά μόνο το ιατρικό και λοιπό προσωπικό το οποίο εργάζεται σε ένα από αυτά.

#### 4.5 Βιβλιογραφία τετάρτου κεφαλαίου

Αρχανιωτάκης Η., (1989) Η αστική ευθύνη του νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου, Ερμηνευτική ένταξη της ΑΚ71 στο γενικό σύστημα ευθύνης του Κώδικα, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη.

Γεωργιάδης Α. – Σταθόπουλος Μ., (2016) Αστικός Κώδικας, Γενικές Αρχές, Τόμος Ια άρθρα 1 – 126, έκδοση 2<sup>η</sup>, Π.Ν. Σάκκουλας

Κότσιανος Σ (1976). *Η Ιατρική Ευθύνη Αστική Ποινική*, 2<sup>η</sup> έκδοση, Θεσσαλονίκη

Κουτσελίνης Αντώνης/Μιχαλοδημητράκης Μανώλης, Ιατρική ευθύνη : Γενικά και ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης, GUTENBERG, Αθήνα, 1984.

Κρεμαλής Κωνσταντίνος (2011). *Δίκαιο της Υγείας* (1), Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

---

<sup>41</sup> Αρχανιωτάκης Η., (1989) Η αστική ευθύνη του νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου, Ερμηνευτική ένταξη της ΑΚ71 στο γενικό σύστημα ευθύνης του Κώδικα, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, σελ. 15επ

## 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αστική ευθύνη των ιδιωτικών κλινικών

### 5.1 Εισαγωγή

Η ιδιωτική υγεία παρέχεται από τις κλινικές, τα κέντρα αποκατάστασης και λοιπές πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας. Η ολοένα και αυξανόμενη τάση των Ελλήνων πολιτών να προσφεύγουν στα ιδιωτικά ιατρεία και στις ιδιωτικές κλινικές για την περίθαλψή τους, καθιστά μείζονος σημασίας την ανάλυση της ευθύνης της οποίας υπέχουν οι ιδιωτικές κλινικές, κυρίως και όχι αποκλειστικά, κατά την τέλεση ιατρικών σφαλμάτων που σχετίζονται με σφάλματα στα οποία προβαίνουν συνεργαζόμενοι με αυτά ιατροί.

### 5.2 Ιδιωτικές κλινικές

Σύμφωνα με το ΠΔ 247/1991 με τον όρο «ιδιωτική κλινική» νοούνται όλες οι υγειονομικές μονάδες όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας ασθενών και δεν ανήκουν στο κράτος, αλλά τελούν υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και των οικείων Περιφερειών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 17 του ν. 4600/2019. Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής μπορεί να χορηγηθεί είτε σε φυσικό είτε σε νομικό πρόσωπο, χωρίς να υφίσταται περιορισμός στον αριθμό αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών που δύναται να χορηγηθούν ανά πρόσωπο. Σημειωτέον ότι όλες οι μετοχές ή τα μερίδια των κεφαλαιουχικών εταιρειών οποιασδήποτε μορφής αιτούνται την χορήγηση άδειας ίδρυσης Ιδιωτικής Κλινικής είναι υποχρεωτικά ονομαστικές στο σύνολό τους κατά τη ρητή διάταξη της δεύτερης παραγράφου του άρθρου 2 του ν. 4600/2019. Όπως είναι λογικό, προϋποτίθεται ότι για την χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής, το φυσικό πρόσωπο ή οι νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές που αιτούνται την εν λόγω άδεια πρέπει να μην έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων της ποινικής νομοθεσίας που συνεπάγεται ανικανότητα κτήσης της δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας (όπως κλοπή, ληστεία, υπεξαίρεση, εκβίαση, δωροδοκία, πλαστογραφία) ή για παράβαση που αφορά τη νομοθεσία περί ναρκωτικών) και να μην είναι ιατροί απασχολούμενοι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και ιατροί μέλη ΔΕΠ.



### 5.3 Ο ιατρός ως υπάλληλος σε ιδιωτική κλινική

Ο ιατρός, ως ελεύθερος επαγγελματίας, παρέχει ανεξάρτητες υπηρεσίες προς τους ασθενείς του σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 648 ΑΚ, δεσμευόμενος να προβεί σε *lege artis* διάγνωση και θεραπεία του αντισυμβαλλόμενου ασθενούς. Η άσκηση ιατρικού επαγγέλματος προσκρούει στην διάταξη του άρθρου 681 ΑΚ (σύμβαση έργου), καθώς ένας ιατρός δεν μπορεί να εγγυηθεί απόλυτα το αποτέλεσμα της υγειονομικής φροντίδας, καθώς το αποτέλεσμα δεν εξαρτάται μόνο από τις ενέργειες ενός ιατρού, αλλά και από γεγονότα που δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν. Παρά ταύτα έργο του Δικαστηρίου αποτελεί η ερμηνεία και κρίση μίας ιατρικής σύμβασης ως σύμβαση ανεξαρτήτων υπηρεσιών ή σύμβαση έργου, σύμφωνα με το περιεχόμενο αυτής, την καλή πίστη, τα συναλλακτικά ήθη και τις εκάστοτε περιστάσεις. Ο χαρακτηρισμός της εν λόγω σύμβασης επηρεάζει και την έκταση της ιατρικής ευθύνης<sup>42</sup>.

Η επαγγελματική εξάρτηση του ιατρού από άλλον ιατρό ή από ιδιωτικές κλινικές δεν μειώνει το κύρος και την ιδιότητά του ως λειτουργού και σε καμία περίπτωση δεν εφαρμόζονται οι διατάξεις του Εργατικού Δικαίου σχετικά με την απασχόληση αυτού ως υπαλλήλου. Ένας ιατρός, όταν συνδέεται με υπαλληλική σχέση, είναι υπέρ πάντων υποχρεωμένος να ενεργεί σύμφωνα με τα γενικότερα επαγγελματικά του καθήκοντα, όπως αυτά εκπορεύονται από την ιατρική δεοντολογία, την εκπαίδευση και την εμπειρία του, διατηρώντας ένα πολύ υψηλό ποσοστό ανεξαρτησίας κατά την λήψη των αποφάσεών του, καθώς, όπως έχει ήδη διατυπωθεί, ο ιατρός ασκεί πρωτίστως λειτούργημα.

Ασθενής που επιλέγει ως θεράποντα ιατρό, ιατρό που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ιδιωτική κλινική ως ελεύθερος επαγγελματίας, καταρτίζει δύο συμβάσεις, δηλαδή καταρτίζει μία σύμβαση με την ιδιωτική κλινική και μία με τον θεράποντα ιατρό, αμφότεροι οι οποίοι είναι συνυπεύθυνοι για την καλή εκτέλεση της υπηρεσίας υγείας που θα παρασχεθεί, ενώ όταν επιλέγει μόνο την ιδιωτική κλινική και το συνεργαζόμενο με έμμισθη εντολή ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, τότε αυτό ενεργεί ως βοηθός εκπλήρωσης και συνάπτεται μία ενιαία σύμβαση. Στην πρώτη περίπτωση, από την σύμβαση της ιατρικής αγωγής υπεύθυνος είναι ο ιατρός και η ιδιωτική κλινική αναλαμβάνει την υποχρέωση παροχής του αναγκαίου για την ιατρική υποστήριξη προσωπικού, εξοπλισμού και υλικών.

---

<sup>42</sup> Κρεμαλής Κωνσταντίνος (2011), ο.π., σελ. 30επ

Όπως αναφέρθηκε και στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας και σύμφωνα με την ελληνική νομολογία, σχέση πρόστησης κατά τις διατάξεις του άρθρου 922 ΑΚ θεμελιώνεται και στην περίπτωση που ο ιατρός είναι εργαζόμενος σε ιδιωτική κλινική και σε εκείνη κατά την οποία είναι απλώς «εξωτερικός» συνεργάτης, διότι σε κάθε περίπτωση η ιδιωτική κλινική δύναται να παρέχει στον συνεργαζόμενο ιατρό «γενικές οδηγίες» σχετικά με τον τόπο και χρόνο διενέργειας μίας ιατρικής πράξης εντός του θεραπευτηρίου. Επιπροσθέτως, η θεμελίωση της ευθύνης σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 922 ΑΚ θεμελιώνεται και με το σκεπτικό ότι η ωφέλεια της ιδιωτικής κλινικής που αντικατοπτρίζεται στην αύξηση της πελατείας και των κερδών της, επομένως είναι δίκαιο να επιβαρύνεται και με τα επίσημα αποτελέσματα της ίδιας κερδοφόρας δραστηριότητας.

#### 5.4 Συμπεράσματα

Οι ιδιωτικές κλινικές έχουν ιδρυθεί εξαιτίας της αυξημένης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη και του δικαιώματος των πολιτών να επιλέγουν ελεύθερα τον ιατρό και τον τόπο παροχής της υγειονομικής τους περίθαλψης. Ένας ασθενής επιλέγει μία ιδιωτική κλινική με γνώμονα τη φήμη αυτής, φήμη η οποία έχει δημιουργηθεί από τον συγκροτημένο τρόπο λειτουργίας της και κυρίως από της επιτυχημένες ιατρικές πράξεις που διενεργούνται εκεί από το συνεργαζόμενο ιατρικό προσωπικό. Έχοντας δημιουργήσει ένα αίσθημα ασφάλειας στους υποψηφίους ασθενείς, δεν θα μπορούσε να μη φέρει κατά κανόνα ευθύνη για κάθε σφάλμα το οποίο λαμβάνει χώρα εντός αυτής, ανεξαρτήτως του προσώπου το οποίο σφάλλει.

#### 5.5 Βιβλιογραφία πέμπτου κεφαλαίου

- Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). *Υποχρέωση Ενημέρωσης του Ασθενούς: Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης*, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα Αθήνα – Κομοτηνή 1993
- Κότσιανος Σ (1976). *Η Ιατρική Ευθύνη Αστική Ποινική, 2<sup>η</sup> έκδοση, Θεσσαλονίκη*
- Κουτσελίνης Αντώνης/Μιχαλοδημητράκης Μανώλης, *Ιατρική ευθύνη : Γενικά και ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης*, GUTENBERG, Αθήνα, 1984.
- Κρεμαλής Κωνσταντίνος (2011). *Δίκαιο της Υγείας* (1), Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα..
- Κυράνου-Τσίπτσιου Σοφία, *Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης*, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Θεσσαλονίκη, 2014.

Σπηλιωτόπουλος, Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, εκδ. 11η, 2001, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.

Φουντεδάκη Κ., (2003). *Αστική Ιατρική Ευθύνη. Γενική εισαγωγή, δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση, θεμελιώδεις έννοιες*, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη

Φουντεδάκη Κ., (2004). *Αστική ιατρική ευθύνη*, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Φουντεδάκη Κ. (2018). *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης. Διάλογος με τη Νομολογία*, Νομική Βιβλιοθήκη

## 6° Κεφάλαιο: Η αστική ευθύνη των ιδιωτικών κλινικών μέσα από την ελληνική νομολογία

### 6.1 Εισαγωγή

Ο ιδανικός τρόπος κατανόησης των κανόνων δικαίου και των εννοιών του Ιατρικού Δικαίου είναι η εφαρμογή της σχετικής θεωρίας και των νόμων στην καθημερινότητα του πολίτη. Στην νομική επιστήμη αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη νομολογία των ελληνικών Δικαστηρίων. Ως φυσικό επακόλουθο, στο παρόν κεφάλαιο θα παρατεθούν και θα σχολιαστούν αποφάσεις των ελληνικών Δικαστηρίων οι οποίες έχουν καθορίσει τη διαμόρφωση του Ιατρικού Δικαίου στην Ελλάδα με τη σημερινή μορφή και δομή. Η παράθεση και ανάλυση των αποφάσεων θα γίνει κατά χρονολογική σειρά (από την παλαιότερη στη νεότερη), ώστε να καταστεί σαφής η εξέλιξη της νομολογίας ανάλογα και με τα πρότυπα της εκάστοτε σύγχρονης εποχής.

### 6.2 Νομολογιακά Παραδείγματα

#### 6.2.1 Απόφαση 10933/1997 ΤρΔΠρΑΘ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ

Η υπ' αριθ. 10933 απόφαση του ΤρΔΠρΑΘ είναι μία εξαιρετική απόφαση για τον ορισμό του ιατρικού σφάλματος, καθώς αναφέρεται στη θεωρία στάθμισης κινδύνων – οφέλους της κατάλληλης θεραπείας για τον συγκεκριμένο ασθενή. Πρόκειται για απόφαση που δημοσιεύτηκε προς του τέλος της δεκαετίας του 90' και κατά τις αρχές της διαμόρφωσης του Ιατρικού Δικαίου στην χώρα μας και παραμένει διαχρονική για το σκεπτικό της. Πρόκειται για ιατρικό σφάλμα ιατρών απασχολούμενων σε δημόσιο νοσοκομείο που προκάλεσε τον θάνατο του ασθενούς τραυματία από επίθεση τρομοκρατικής οργάνωσης, η έννοια του οποίου παραμένει η ίδια είτε αυτό τελείται σε ιδιωτική κλινική είτε σε δημόσιο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, στο σκεπτικό της απόφασης αναφέρεται το εξής σχετικό με την θεωρία στάθμισης κινδύνων – οφέλους: *«Προκειμένου δε να αναλάβει επικίνδυνη θεραπεία ή να προβεί σε σοβαρή χειρουργική επέμβαση ο ιατρός, οφείλει να συμμορφωθεί προς ορισμένους επιτακτικούς κανόνες, η παραβίαση των οποίων συνεπάγεται ευθύνες γι' αυτόν, ανεξάρτητα από τη διάπραξη ή όχι οποιουδήποτε σφάλματος κατά την εφαρμογή της θεραπείας ή κατά την*

*εκτέλεση της εγχειρήσεως. Μεταξύ των κανόνων αυτών περιλαμβάνεται και το ότι το επιδιωκόμενο όφελος πρέπει να δικαιολογεί τους κινδύνους στους οποίους υποβάλλεται ο ασθενής».*

Εν προκειμένω, το Δικαστήριο δέχθηκε την αγωγή κατά του δημοσίου νοσοκομείου, καθώς από τα πορίσματα των δύο ΕΔΕ που είχαν διενεργηθεί βεβαιώθηκε ότι ο τραυματισμός του ασθενούς ήταν σοβαρός αλλά όχι θανατηφόρος και ο θάνατος ήταν αποτέλεσμα των πολλαπλών παραλείψεων και λανθασμένων εκτιμήσεων των ιατρών, οι οποίες δεν ήταν δυνατό αυτοτελώς να επιφέρουν τον θάνατο, αλλά προστιθέμενη η μία στην άλλη είχε ως αποτέλεσμα την κατάληξη του ασθενούς. Η αθώωση των κατηγορηθέντων από το ποινικό Δικαστήριο δεν άσκησε καμία επιρροή στο υπό κρίση θέμα, καθώς η ευθύνη που καθιερώνεται από τις διατάξεις των άρθρων 105 & 106 ΕισΝΑΚ είναι «αντικειμενική», και με την έννοια αυτή δεν αποτελεί προϋπόθεσή για την εφαρμογή των ως άνω διατάξεων η υπαιτιότητα των οργάνων του ν.π.δ.δ.

#### 6.2.2 Απόφαση 1226/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ

Σχετικά με την αδικοπρακτική ευθύνη της ιδιωτικής κλινικής, οι κλινικές συνηθίζουν προβάλλουν στα Δικαστήρια τον ισχυρισμό ότι δεν υπάρχει σχέση πρόστησης με τους ιατρούς και συνεπώς οι ιατροί ευθύνονται αυτοτελώς σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 914 επ. ΑΚ. Η υπ' αριθ. 1226/2007 απόφαση του Αρείου Πάγου αποτελεί χαρακτηριστική απάντηση σε αυτόν τον ισχυρισμό των ιδιωτικών κλινικών, κρίνοντας ότι κατά το άρθρο 922 ΑΚ σχέση πρόστησης υφίσταται ακόμα και αν ο ιατρός είναι εξωτερικός συνεργάτης και δεν συμπεριλαμβάνεται στη μισθοδοσία της ιδιωτικής κλινικής. Η βάση της νομολογίας δομήθηκε από το γεγονός ότι στην περίπτωση νοσηλείας ασθενούς σε ιδιωτική κλινική, και μόνο η παροχή γενικών οδηγιών στον ιατρό για τον τόπο, χρόνο και τρόπο διενέργειας των ιατρικών πράξεων στις εγκαταστάσεις της ιδιωτικής κλινικής αρκεί για τον χαρακτηρισμό του ιδιοκτήτη της κλινικής ως προστήσαντος. Η ύπαρξη ακόμα κι αυτού του, κατά πολλούς, χαλαρού δεσμού παροχής γενικών οδηγιών αρκεί για την θεμελίωση έννοιας της πρόστησης κατά τον Αστικό Κώδικα και δεν απαιτείται η ύπαρξη εξαρτημένης εργασίας.

Σύμφωνα με το ιστορικό της απόφασης, κατόπιν σχετικών οδηγιών του εβδόμου των αναιρεσιβλήτων ιατρού γυναικολόγου, η συγγενής των υπολοίπων αναιρεσιβλήτων εισήχθη στην ιδιωτική κλινική προκειμένου να υποβληθεί σε αφαίρεση κύστεως της ωοθήκης. Τρεις ώρες μετά την εισαγωγή ο ίδιος ιατρός δήλωσε ότι η ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε

τραχειοτομή. Μετά την παρέλευση τουλάχιστον μίας ώρας, κάποια γραμματέας της ιδιωτικής κλινικής κάλεσε τους αναμένοντες έξω από το χειρουργείο και συγκεκριμένα τον πρώτο και την τρίτη των αναιρεσιβλήτων και τους οδήγησε σε μία αίθουσα συνεδριάσεων, όπου ένα από τα ευρισκόμενα εκεί περίπου 25 άτομα δήλωσε ότι η ασθενής "κατέληξε". Ακολούθως, έφθασαν στην κλινική η τέταρτη και η πέμπτη των αναιρεσιβλήτων, τις οποίες ο πρόεδρος της ιδιωτικής κλινικής, μετά την έκφραση των συλλυπητηρίων του, παρουσίασε, για σχετική ενημέρωσή τους, στον προαναφερθέντα ιατρό και στους ιατρούς - αναισθησιολόγους, οι οποίοι σε έγγραφο με λογότυπο της κλινικής συντάξαν ενημερωτικό σημείωμα για τις συνθήκες θανάτου της ασθενούς, απευθυνόμενο προς την ιατροδικαστική υπηρεσία. Ο θάνατος της ασθενούς επήλθε κατά την επιχειρηθείσα νάρκωσή της στο χειρουργείο της ιδιωτικής κλινικής και οφείλεται στην προσδιοριζόμενη στην αγωγή αμελή συμπεριφορά των ανωτέρω τριών ιατρών της εναγόμενης ιδιωτικής κλινικής οι οποίοι ήταν εντεταλμένοι από την τελευταία για την διενέργεια της νάρκωσης και της χειρουργικής επεμβάσεως στην ασθενή και τους οποίους η αναιρεσείουσα είχε προστήσει για την παροχή των αντίστοιχων απαιτούμενων ιατρικών τους υπηρεσιών εντός της κλινικής. Η επίκληση των ισχυρισμών και των στοιχείων αυτών καθιστά αρκούντως ορισμένη κατά το Δικαστήριο την ιστορική βάση της αγωγής, ως προς την προβαλλόμενη σχέση πρόστασης και ειδικότερα ως προς την ιδιότητα της αναιρεσείουσας ως προστήσασας και των ιατρών ως προστηθέντων εκείνης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αναφορά στα ανωτέρω στοιχεία και ισχυρισμούς δεν εμπόδιζε την αποτελεσματική άμυνα της εκ των εναγομένων ιδιοκτήτριας της κλινικής (αναιρεσείουσας) ούτε τον δικαστικό έλεγχο περί του αν πληρούται η κρίσιμη νομική έννοια της πρόστασης, ενόψει μάλιστα του ότι αρκούσε εν προκειμένω, για την κατάφαση της εν λόγω νομικής έννοιας, η ύπαρξη χαλαρής εξαρτήσεως των ως άνω ιατρών από την αναιρεσείουσα εταιρία.

### 6.2.3 Απόφαση 1227/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ

Η αμέσως επόμενη απόφαση που εξέδωσε ο Άρειος Πάγος το έτος 2007 αφορά τα ίδια πραγματικά περιστατικά με την ΑΠ 1226/2007, αναιρεσειόντες, όμως, αυτήν την φορά είναι οι θεράποντες ιατροί, των οποίων η αίτηση αναίρεσης απερρίφθη επίσης.

Πρόκειται για την πρώτη απόφαση του Αρείου Πάγου με την οποία ξεκαθάρισε το νομικό τοπίο σχετικά με το άρθρο 8 του ν. 2251/1994 και θεμελιώνεται αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού για ζημία που προκαλείται από αυτόν κατά την παροχή των (ιατρικών) υπηρεσιών του. Συγχρόνως, αποτελεί μαζί με την προαναφερθείσα ΔΤρΠρΑθ 10933/1997 μία εξαιρετική απόφαση για τον ορισμό και τα κριτήρια τέλεσης ιατρικού σφάλματος. Επιπροσθέτως,

δημιουργήθηκε πάγια νομολογία και καθιερώθηκε η έννοια της αντιστροφής του βάρους απόδειξης, εφόσον ο ζημιωθείς αρκεί να αποδείξει μόνο την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ ζημίας και παροχής υπηρεσιών, ενώ ο παρέχων τις υπηρεσίες ιατρός πρέπει να αποδείξει ότι κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών του δεν διέπραξε κανένα σφάλμα ή και αν το διέπραξε δεν ζημίωσε τον ασθενή, προκειμένου να απαλλαγεί από την ιατρική ευθύνη του. Στους ενεργητικά νομιμοποιούμενους οικείους αυτού αποκαθίσταται κάθε θετική ζημία, διαφυγόν κέρδος, άμεση ή έμμεση, περιουσιακή ή μη, παρούσα ή μέλλουσα ζημία.

Σύμφωνα με όσα εκτίθενται στο σκεπτικό της παρούσας: **α)** «Την ευθύνη αυτή, ως προς ορισμένα (ειδικά) θέματα, καλύπτει η ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρου 8 του ν. 2251/1994 για την "προστασία των καταναλωτών", το οποίο ορίζει, μεταξύ άλλων, ότι "ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε ζημία που προκάλεσε υπαιτίως κατά την παροχή των υπηρεσιών" (παρ. 1), ότι "ως παρέχων υπηρεσίες θεωρείται όποιος παρέχει κατά τρόπο ανεξάρτητο υπηρεσία στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας" (παρ. 2 εδ. β'), ότι "ο ζημιωθείς υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας" (παρ. 3), ότι "ο παρέχων τις υπηρεσίες φέρει το βάρος της απόδειξης της έλλειψης υπαιτιότητας" (παρ. 4 εδ. α'), ότι "για την εκτίμηση της έλλειψης υπαιτιότητας λαμβάνονται υπόψη η ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και το σύνολο των ειδικών συνθηκών και ιδιαίτερα: α) η φύση και το αντικείμενο της υπηρεσίας, ιδίως σε σχέση με τον βαθμό επικινδυνότητάς της, β) η εξωτερική μορφή της υπηρεσίας, γ) ο χρόνος παροχής της υπηρεσίας, δ) η ελευθερία δράσης που αφήνεται στον ζημιωθέντα στο πλαίσιο της υπηρεσίας, ε) το αν ο ζημιωθείς ανήκει σε κατηγορία μειονεκτούντων ή ευπρόσβλητων προσώπων και στ) το αν η παρεχόμενη υπηρεσία αποτελεί εθελοντική προσφορά του παρέχοντος" (παρ. 4 εδ. β') και ότι "μόνη η ύπαρξη ή δυνατότητα τελειότερης υπηρεσίας κατά τον χρόνο παροχής της υπηρεσίας ή μεταγενέστερα δεν συνιστά υπαιτιότητα" (παρ. 5). Από τις διατάξεις αυτού του άρθρου προκύπτει ότι στο πεδίο εφαρμογής του εμπίπτουν και οι ιατρικές υπηρεσίες, διότι ο παρέχων αυτές ιατρός ενεργεί κατά τρόπο ανεξάρτητο, δεν υπόκειται δηλαδή σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του αποδέκτη των υπηρεσιών (ασθενούς), αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών του. Για τη θεμελίωση της (αδικοπρακτικής) ιατρικής ευθύνης απαιτείται παράνομη και υπαίτια πρόκληση ζημίας. Αμφότερες οι προϋποθέσεις αυτές (παράνομη και υπαιτιότητα) συντρέχουν ταυτοχρόνως, με βάση τη θεώρηση της αμέλειας ως μορφής πταίσματος και ως μορφής παρανομίας ("διπλή λειτουργία της αμέλειας"). Έτσι, αν, στο πλαίσιο μιας ιατρικής πράξεως, 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.» και **β)** «δεν ήταν απαραίτητο κατά νόμον, για την κατάφαση της εις ολόκληρον αδικοπρακτικής ευθύνης των

αναιρεσειόντων ιατρών, να αναφέρεται στην προσβαλλόμενη απόφαση με συγκεκριμένη εξειδίκευση ποιες επιμέρους πράξεις ή παραλείψεις του καθενός από τους αναιρεσειόντες επέφεραν τον θάνατο της Ζ1, αφού, λόγω της καθιερούμενης εν προκειμένω νόθου αντικειμενικής ευθύνης και της συνακόλουθης αντιστροφής του βάρους αποδείξεως, ο καθένας από τους αναιρεσειόντες έπρεπε, για απαλλαγή από την ευθύνη του, να αποδείξει την έλλειψη παράνομης και υπαίτιας πράξεώς του ή την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της δικής του (ατομικής) πράξεως και της επελεύσεως του θανάτου.»

#### 6.2.4 Απόφαση 1362/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

Σύμφωνα με την υπ' αριθ. 1362/2007 απόφαση του Δικαστηρίου του Αρείου Πάγου ο ιατρός κατά την άσκηση της ιατρικής επιστήμης οφείλει να ενεργεί σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κεκτημένης πείρας (de lege artis) επιδεικνύοντας τη δέουσα επιμέλεια, δηλαδή την επιμέλεια που αναμένεται από τον μέσο εκπρόσωπο του κύκλου του. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το σκεπτικό της απόφασης σχετικά με τα δικαιούμενα αποζημίωσης πρόσωπα, σύμφωνα με το οποίο στην έννοια του όρου «οικογένεια» περιλαμβάνονται και οι εγγύτεροι και στενώς συνδεόμενοι συγγενείς του θανατωθέντος, που δοκιμάσθηκαν ψυχικά από την απώλειά του.

Σύμφωνα με το ιστορικό της παρούσας, ο ασθενής ο οποίος απεβίωσε είχε εμφανίσει υπαραχνοειδή αιμοραγία, συνεπεία ρήξεως ανευρίσματος εγκεφαλικής αρτηρίας και εισήχθη αρχικά σε δημόσιο νοσοκομείο και στη συνέχεια στην αναιρεσειούσα ιδιωτική κλινική, όπου και υπεβλήθη σε επέμβαση αποκλεισμού του ανευρίσματος με την μέθοδο του εμβολισμού από τον ιατρό της ιδιωτικής κλινικής, ο οποίος χρησιμοποίησε τα χειρουργεία, τα μηχανήματα και εν γένει τις υποδομές και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της αναιρεσειούσας. Η εγχείρηση δεν πέτυχε και η αποτυχημένη αυτή ιατρική πράξη είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια της ζωής του ασθενούς, ιδρύοντας την εις ολόκληρον ευθύνη ιδιωτικής κλινικής και ιατρού, όχι εκ του αποτελέσματος, επειδή δηλαδή δεν πέτυχε η εγχείρηση, αλλά επειδή η αποτυχία αυτή οφειλόταν στην μη διεξαγωγή της ιατρικής πράξης lege artis. Ως αποτέλεσμα, ο ιατρός και η ιδιωτική κλινική οφείλουν ως αποζημίωση στους οικείους του ασθενούς, έννοια των οποίων αναλύει ενδελεχώς στο σκεπτικό της παρούσας μέσω του 932 ΑΚ ως εξής: *«Κατά το άρθρο 932 εδ. γ' του Α.Κ., σε περίπτωση θανάτωσης προσώπου η χρηματική ικανοποίηση μπορεί να επιδικασθεί στην οικογένεια του θύματος λόγω ψυχικής οδύνης. Στη διάταξη αυτή δεν γίνεται προσδιορισμός της έννοιας του όρου "οικογένεια του θύματος", προφανώς γιατί ο νομοθέτης δεν*



θέλησε να διαγράψει δεσμευτικώς τα όρια ενός θεσμού, ο οποίος, ως εκ της φύσεώς του, υφίσταται αναγκαιώς τις επιδράσεις εκ των κοινωνικών διαφοροποιήσεων κατά τη διαδρομή του χρόνου. Κατά την αληθή όμως έννοια της εν λόγω διατάξεως, που απορρέει από το σκοπό της θεσπίσεώς της, στην οικογένεια του θύματος περιλαμβάνονται οι εγγύτεροι και στενώς συνδεδεμένοι συγγενείς του θανατωθέντος, που δοκιμάσθηκαν ψυχικά από την απώλειά του, στην ανακούφιση του ηθικού πόνου των οποίων στοχεύει η διάταξη αυτή, αδιαφόρως αν συζούσαν μαζί του ή διέμεναν χωριστά (Ολομ.Α.Π.21/2000). Με την έννοια αυτή, στην οικογένεια του θύματος περιλαμβάνονται τα τέκνα αυτού, η σύζυγος, οι γονείς, οι εγγονοί, ως και ο γαμβρός και η νύφη του. Στην προκειμένη περίπτωση, το Εφετείο, όπως από την προσβαλλόμενη απόφαση προκύπτει, δέχθηκε ότι οι ενάγοντες (τέκνο, γονείς, εγγονοί, νύφη και γαμβρός του θανατωθέντος) εμπίπτουν στην κατ' άρθρο 932 εδ.γ' του Α.Κ. οικογένεια του θύματος και δικαιούνται χρηματικής ικανοποιήσεως λόγω της ψυχικής τους (συνεπεία της θανατώσεως του συγγενούς τους XI) οδύνης, από δε τον, υπό τις αναφερόμενες στην προσβαλλόμενη απόφαση συνθήκες, εξ αιτίας ιατρικού σφάλματος (βαρείας αμέλειας) του άνω ιατρού, επελθόντα θάνατο του συγγενούς τους αυτού δοκίμασαν λύπη, ψυχικό πόνο και στενοχώρια και για την ψυχική τους αυτή οδύνη η εύλογη χρηματική ικανοποίηση που οφείλεται στον καθένα ανέρχεται, ενόψει του βαθμού της αμέλειας του ιατρού, των αναφερόμενων στην προσβαλλομένη συνθηκών θανατώσεως του συγγενούς των εναγόντων XI, του είδους της προσβολής αυτής και της κοινωνικής και οικονομικής καταστάσεως των διαδίκων μερών, στα αναφερόμενα στην προσβαλλομένη ποσά, ήτοι σε 80.000 ευρώ για το τέκνο και κάθε γονέα, σε 20.000 ευρώ για κάθε εγγονό, σε 15.000 ευρώ για το γαμβρό και σε 15.000 ευρώ για τη νύφη.»

#### 6.2.5 Απόφαση 75/2009 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ DIGESTA

Στην υπ' αριθ. 75/2009 απόφαση του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Αθηνών διερευνάται μία περίπτωση μη θεμελίωσης ευθύνης από πρόστηση ιδιωτικής κλινικής με την οποία ο θεράπων ιατρός συνεργάζεται ως ελεύθερος επαγγελματίας. Ο λόγος απόρριψης του ισχυρισμού ότι ο θεράπων ιατρός ενεργεί ως προστηθείς, εδράζεται στο γεγονός ότι ασκούσε τα καθήκοντά του αυτοτελώς κάνοντας χρήση μόνο της υλικοτεχνικής υποδομής της κλινικής. Επιπροσθέτως, ο θεράπων ιατρός δεν φέρει ούτε ευθύνη ατομικά, διότι δεν βαρύνεται με οποιαδήποτε αμέλεια, εφόσον ενήργησε κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων καρδιοχειρουργική επέμβαση σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές και τους αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Αναλυτικότερα, η ασθενής εισήχθη στην ιδιωτική κλινική προκειμένου να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αντικαταστάσεως μητροειδούς βαλβίδας. Ο καρδιοχειρουργός, όπως απεδείχθη, ολοκλήρωσε ορθά όλον τον προεγχειρητικό έλεγχο, ενημέρωσε για την επικινδυνότητα της επιβεβλημένης επεμβάσεως, διενήργησε την επέμβαση και αντιμετώπισε την επιπλοκή που προκλήθηκε, ως πιθανή και όχι ως αποτέλεσμα ιατρικού σφάλματος. Παρά την επιτυχημένη εγχείρηση και αντιμετώπιση της επιπλοκής, η ασθενής κατέληξε λόγω της ήδη επιβεβαρυμένης κατάστασης της καρδιάς.

#### 6.2.6 Απόφαση 66/2010 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

Για τη θεμελίωση αδικοπρακτικής ευθύνης σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 914επ ΑΚ, προϋποτίθεται η ύπαρξη ζημιάς που προκλήθηκε μέσω πράξης ή παράλειψης του υπαιτίου και αιτιώδης συνάφεια μεταξύ πράξης ή παράλειψης και της ζημιάς που επήλθε. Ο ζημιώσας πρέπει να βρίσκεται σε υπαιτιότητα, η οποία υφίσταται και στην περίπτωση της αμέλειας, η οποία κατά το άρθρο 330 ΑΚ υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η απαιτούμενη κατά τη συναλλακτική πίστη από τον υπαίτιο στον κύκλο της αρμοδιότητάς του επιμέλεια. *«Κατά την επικρατούσα στην Ελλάδα θεωρία της πρόσφορης αιτίας, αποκαθίσταται η ζημία η οποία οφείλεται όχι σε κάθε αιτία, αλλά μόνο σε εκείνη που είχε γενικά την τάση και την ικανότητα να οδηγήσει σε αυτήν σύμφωνα με την πορεία των πραγμάτων και όχι η ζημία που προκλήθηκε από τυχαίο ή έκτακτο περιστατικό ή που οφείλεται στην ιδιομορφία της συγκεκριμένης περίπτωσης»*

Σύμφωνα με την αγωγή των γονέων για αποζημίωση κατά της ιδιωτικής κλινικής και του ιατρού – μαιευτήρα – γυναικολόγου, οι εναγόμενοι δεν διέγνωσαν κατά τον προγεννητικό έλεγχο τη σοβαρή ανωμαλία στην καρδιά του τέκνου τους (δυσπλασία) που γεννήθηκε με αυτή και συγχρόνως δεν τους ενημέρωσαν για την κατάσταση στην οποία θα γεννιόταν το τέκνο τους, προκειμένου να αποφασίσουν αν θα προβούν σε τεχνητή διακοπή της κύησης. Το Δικαστήριο δεν δέχτηκε τους ισχυρισμούς των εναγόντων και απέρριψε την αγωγή ως ουσία αβάσιμη, καθώς, όπως απεδείχθη, ο εναγόμενος ιατρός δεν είχε καμία ανάμιξη κατά τη διενέργεια των προγεννητικών ελέγχων, αφού αυτοί διενεργούνταν από τους προστηθέντες ειδικούς ιατρούς της ιδιωτικής κλινικής, κι εκείνος απλώς παρέπεμπε την ενάγουσα σε αυτούς για τη διενέργεια των εξετάσεων. Επιπροσθέτως, δεν απεδείχθη αμελής συμπεριφορά των προστηθέντων ιατρών, διότι από τους διενεργηθέντες ελέγχους δεν μπορούσε να διαγνωσθεί η καρδιακή πάθηση του εμβρύου. Επομένως, δεν απεδείχθη ότι οι προστηθέντες ιατροί της εναγόμενης κλινικής προέβησαν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους σε ενέργεια ή παράλειψη κατά παράβαση των αναγνωρισμένων κανόνων στον συγκεκριμένο τομέα της

ιατρικής επιστήμης, αντίθετα με όσα ορίζουν το αρθρ. 330 ΑΚ και το αρθρ. 24 του Ν. 1565/1939. Μείζονος σημασίας για την ανάλυση του αιτιώδους συνδέσμου είναι το σκεπτικό του Δικαστηρίου, το οποίο έχει ως εξής: «Περαιτέρω, ακόμη και αν η επικαλούμενη ζημία εντοπισθεί στην παράλειψη των εναγομένων να ενημερώσουν τους ενάγοντες για την κατάσταση του εμβρύου, που είχε ως αποτέλεσμα να στερηθεί από αυτούς (ενάγοντες) το δικαίωμα επιλογής τους για διακοπή της κύησης, και πάλι δεν υφίσταται αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ζημίας, η οποία, πλέον, προσδιορίζεται στην προσβολή του δικαιώματος επιλογής διακοπής της κύησης, και της ανωτέρω παράλειψης των εναγομένων. Αυτό επειδή θα έπρεπε να μεσολαβήσει η διενέργεια νέου υπερηχογραφήματος για τη διαπίστωση της καρδιοπάθειας του εμβρύου, με δεδομένο το γεγονός ότι η διαγνωστική ευαισθησία στην ανίχνευση των σοβαρών εγγενών ανωμαλιών του νεογνού ανέρχεται σε ποσοστό 70 - 75%, ενώ των ελαφρών συγγενών ανωμαλιών σε ποσοστό 40 - 45% .... Εν συνεχεία, θα έπρεπε η έγκυος δεύτερη ενάγουσα, αφού ενημερωθεί για το αποτέλεσμα του νέου υπερηχογραφήματος, να ακολουθήσει εκ νέου προγεννητική διάγνωση (λήψη αίματος, αμνιογραφία, εμβρυογραφία κλπ) σε μονάδες προγεννητικού ελέγχου που λειτουργούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. ή σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, προκειμένου να αποδειχθεί ότι το έμβρυο είναι παθολογικό. Εξάλλου, η διακοπή της κύησης είναι επιτρεπτή και νόμιμη μετά την 21η εμβρυϊκή εβδομάδα, σύμφωνα με τους ορισμούς του αρθρ. 304 παρ. 4 ΠΚ, σε συνδυασμό με τις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις. Η δε έγκυος θα πρέπει να συναινέσει στην τεχνητή διακοπή της κύησης, εφόσον αυτή είναι επιτρεπτή, κατόπιν ψυχολογικής υποστήριξης, και, τέλος, θα πρέπει να βρεθεί γιατρός ο οποίος θα δεχτεί να εκτελέσει τη συγκεκριμένη διακοπή της κύησης, δεδομένου ότι, βάσει του αρθρ. 31 Ν. 3418/2005, ο ιατρός δικαιούται για ηθικούς λόγους να αρνηθεί να συμπράξει στη διακοπή της κύησης. Όλα τα παραπάνω γεγονότα, όμως, ανάγονται σε πράξεις τρίτων προσώπων, τα οποία οι εναγόμενοι δεν μπορούσαν αντικειμενικά να προβλέψουν .... Εκτός, όμως, από τα παραπάνω, η στοιχειοθέτηση της ζημίας ως προς το ανήλικο βρέφος, με τον τρόπο που τίθεται στην αγωγή, δηλαδή ως ζημία λόγω της στέρησης του δικαιώματος επιλογής των γονέων του ως προς την απόφαση της γέννησής του, δεν ανταποκρίνεται στην έννοια της ζημίας κατά την έννοια του άρθρου 914 ΑΚ, καθόσον η επίκληση του εν λόγω δικαιώματος γίνεται εις βάρος του δικαιώματος στη ζωή (αρθρ. 2 παρ. 1 Σ), του οποίου η προστασία αποτελεί συνταγματικά υπέρτερη αξία»

#### 6.2.7 Απόφαση 73/2010 ΕφΛαρ ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

Η απόφαση αυτή παρέχει ιδιαίτερη συμβολή στη νομολογία μέσω της ανάλυσης του όρου «οικογένεια» της διάταξης του εδ. β' 932 ΑΚ: «Στη διάταξη αυτή δεν γίνεται προσδιορισμός

του όρου "οικογένεια" του θύματος, προφανώς γιατί ο νομοθέτης δεν θέλησε να διαγράψει κατά τρόπο δεσμευτικό τα όρια του θεσμού, ο οποίος από τη φύση του κρίνεται, κατ' ανάγκη από τις επιδράσεις των κοινωνικών διαφοροποιήσεων κατά τη διαδρομή του χρόνου. Κατά την αληθή όμως έννοια της εν λόγω διατάξεως, που απορρέει από το σκοπό της θεσπίσεώς της, στην οικογένεια του θύματος περιλαμβάνονται και οι εγγύτεροι και στενώς συνδεδεμένοι συγγενείς του θανόντος, που δοκιμάστηκαν ψυχικά από την απώλειά του και προς ανακούφιση του ηθικού πόνου των οποίων στοχεύει η διάταξη αυτή, αδιαφόρως του αν συζούσαν μαζί του ή διέμεναν χωριστά, γεγονός που λαμβάνεται υπόψη μόνο κατά τον προσδιορισμό του ύψους της χρηματικής ικανοποίησεως ... Με την έννοια αυτή στην οικογένεια του θύματος περιλαμβάνονται ο σύζυγος, οι γονείς, οι ανιόντες - κατιόντες, οι αδελφοί, οι συγγενείς εξ αίματος μέχρι του δευτέρου σε πλάγιο βαθμό, οι εξ αγχιστείας συγγενείς μέχρι του πρώτου βαθμού (πεθερός, πεθερά, γαμπρός, νύφη), ενώ οι εξ αγχιστείας πέραν του πρώτου βαθμού, όπως είναι οι αδελφοί της συζύγου του θανατωθέντος δεν περιλαμβάνονται στην οικογένεια αυτή»

Σύμφωνα με τα πραγματικά περιστατικά, ασθενής πάσχων από ήπια μορφή κατάθλιψης εισήχθη για νοσηλεία στην εναγόμενη ιδιωτική κλινική. Οι ενάγοντες ισχυρίστηκαν ότι εξ αιτίας της λανθασμένης διάγνωσης και της λανθασμένης θεραπευτικής αγωγής και από τη μη λήψη των απαραίτητων και ενδεικνυόμενων μέτρων ασφαλείας, καθώς και από την έλλειψη του αναγκαίου νοσηλευτικού προσωπικού, ο ασθενής και οικείος των εναγόντων αυτοκτόνησε, αφού κρεμάστηκε από τη ζώνη του παντελονιού του εντός του δωματίου νοσηλείας. Κρίσιμο κατά το Δικαστήριο ήταν το γεγονός ότι το προσωπικό της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής δεν έλαβε όλα τα απαραίτητα μέτρα για την ασφαλή παραμονή του ασθενούς σε αυτήν, με αποτέλεσμα οι εναγόμενοι να ευθύνονται εις ολόκληρον, λόγω αμέλειας των αρμοδίων οργάνων της εναγόμενης ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής (ιατρικό & νοσηλευτικό προσωπικό), οι οποίοι από έλλειψη της προσοχής που όφειλαν κατά τις περιστάσεις και μπορούσαν να επιδείξουν, σύμφωνα με τις προσωπικές ικανότητες και γνώσεις τους, δεν έλαβαν τα κατάλληλα μέτρα, ώστε να αποφευχθεί κάθε πιθανός κίνδυνος αυτοκτονίας, εφόσον σύμφωνα με την ψυχιατρική πάθηση του ασθενούς, η αυτοκτονία συνιστά επιπλοκή της διαγνωσθείσας διπολικής συναισθηματικής διαταραχής. Για τους λόγους αυτούς, το Δικαστήριο εξαφάνισε την εκκαλούμενη απόφαση του Πολυμελούς Πρωτοδικείου, κράτησε αυτήν, την έκανε δεκτή και επιδίκασε εφ' άπαξ αποζημίωση στους ενάγοντες (πλην των αδελφών της συζύγου) και μηνιαία αποζημίωση υπέρ της συζύγου και των δύο ανηλίκων τέκνων της με τον θανόντα, για την πρώτη μέχρι τη συμπλήρωση του 65<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας του θανόντος και για τα τέκνα έως την ενηλικίωση αυτών.

## 6.2.8 Απόφαση 181/2011 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ

Πρόκειται για άλλη μία απόφαση που ασχολείται με την de lege artis άσκηση της ιατρικής επιστήμης, δηλαδή την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κεκτημένης πείρας επιδεικνύοντας τη δέουσα επιμέλεια που αναμένεται από τον μέσο εκπρόσωπο του κύκλου του.

Το Δικαστήριο δέχθηκε ότι η θανούσα εισήχθη στην ιδιωτική κλινική για προγραμματισμένη επέμβαση και αφού πραγματοποιήθηκε ο απαραίτητος προεγχειρητικός έλεγχος και ολοκληρώθηκε και η επέμβαση, η θανούσα εξήλθε μετά από μία ημέρα από την ιδιωτική κλινική με συντηρητική αγωγή την οποία και έπρεπε να ακολουθήσει. Η ιατρική ομάδα της εναγόμενης κλινικής και ο εναγόμενος ιατρός παρέλειψαν, υπαιτίως, να ενημερωθούν κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο ότι η θανούσα έκανε χρήση αντισυλληπτικής αγωγής, γεγονός που αποτελούσε αντένδειξη για την άμεση διενέργεια της επέμβασης, ως ενέχουσα υψηλό κίνδυνο εμφάνισης φλεβοθρομβώσεως και στη συνέχεια πνευμονικής εμβολής, και θα έπρεπε η επέμβαση να αναβληθεί και να διακοπεί η χρήση αντισυλληπτικών για κατάλληλο χρονικό διάστημα πριν την εκ νέου εισαγωγή της ασθενούς για την πραγματοποίηση της εν λόγω εγχείρησης. Συν αυτοίς, οι ιατρός δεν έδωσε την οδηγία να διακοπεί η χρήση αντισυλληπτικών ούτε μετά από την πραγματοποίηση της επέμβασης. Αναλυτικότερα, ο θεράπων ιατρός γνώριζε και σε κάθε περίπτωση είχε τη δυνατότητα και όφειλε να γνωρίζει ότι η ασθενής ελάμβανε καθημερινά κατά το προηγούμενο της εγχείρησης χρονικό διάστημα αντισυλληπτικό σκεύασμα, το οποίο αύξανε σημαντικά τον εγγενή με το είδος της ορθοπεδικής εγχείρησης, στην οποία υποβλήθηκε η θανούσα, κίνδυνο πνευμονικής εμβολής λόγω φλεβοθρόμβωσης. Παρά ταύτα δεν ανέβαλε, όπως έπρεπε, την εγχείρηση ούτε κάλυψε την θανούσα με την ενδεδειγμένη αντιπηκτική αγωγή, αλλά χορήγησε σ' αυτήν ακατάλληλο για την περίπτωση ενέσιμο αντιπηκτικό για έξι μόνο ημέρες μετά την εγχείρηση, ενώ κατάλληλο ήταν άλλο φαρμακευτικό σκεύασμα και για χρονικό διάστημα δεκατεσσάρων τουλάχιστον ημερών. Επιπλέον, η θανούσα συνέχισε τη λήψη του αντισυλληπτικού σκευάσματος, χωρίς την οποιαδήποτε ενημέρωση για τους κινδύνους από τη χρήση του, στην οποία ενημέρωση έπρεπε να προβεί ο εναγόμενος ιατρός, ο οποίος γνώριζε ή τουλάχιστον όφειλε να γνωρίζει τη χρήση του αντισυλληπτικού σκευάσματος από την ασθενή και θα έπρεπε να την έχει απαγορεύσει, με αποτέλεσμα, το οποίο δεν πρόβλεψε και το οποίο οπωσδήποτε θα είχε αποφύγει με άλλη μετεγχειρητική συντηρητική αντιμετώπιση εφόσον βρίσκεται σε πρόσφορη αιτιώδη συνάφεια με τις πράξεις ή παραλείψεις του, τον θάνατό της ασθενούς λόγω μαζικής πνευμονικής εμβολής

εξαιτίας φλεβοθρόμβωσης. Το Εφετείο δέχθηκε ότι η εγχείρηση, στην οποία υποβλήθηκε η θανούσα ήταν από μόνη της υψηλής επικινδυνότητας και απαιτούσε οπωσδήποτε την κάλυψη της θανούσας με αντιπηκτική αγωγή, πόσο μάλλον αφ ης στιγμής η θανούσα λάμβανε αντισυλληπτικά χάπια, τα οποία θα έπρεπε να έχει διακόψει πριν από τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες. Ο συνδυασμός των ως άνω εκτεθέντων παραγόντων, δηλαδή η εγχείρηση υψηλού κινδύνου με ταυτόχρονη λήψη αντισυλληπτικού σκευάσματος ήταν από μόνος του αρκετός για την πρόκληση του θανάτου αυτής από μαζική πνευμονική εμβολή και θα συνέβαινε πιθανότατα ακόμη και αν αυτή δεν συνέχιζε και μετά την εγχείρηση τη χρήση του αντισυλληπτικού σκευάσματος. Οπωσδήποτε, όμως, η συνέχιση της χρήσης του αντισυλληπτικού σκευάσματος απέκλεισε κάθε άλλη εξέλιξη και κατέστησε βέβαιο πλέον και αναπόφευκτο το θάνατο της ασθενούς, για τον οποίο, εκτός από την ατομική ευθύνη του εναγόμενου ιατρού, υπάρχει και η συνευθύνη της αναιρεσείουσας από τη μεταξύ τους σχέση πρόσθησης, που καλύπτει, κατά τα προεκτεθέντα, το σύνολο της συμπεριφοράς του, δηλαδή και αυτή κατά το μετεγχειρητικό στάδιο της θανούσας. Η συγκλίνουσα για το θάνατο αμέλεια της ιατρικής ομάδας της αναιρεσείουσας, η οποία σε συνεργασία με τον εναγόμενο ιατρό διενήργησε στην ασθενή τον προεγχειρητικό έλεγχο, υποβάλλοντας την σε αιματολογικές, ακτινολογικές και καρδιολογικές εξετάσεις, συνίσταται στο γεγονός ότι τα άτομα της ομάδας της ιδιωτικής κλινικής, για τις πράξεις ή παραλείψεις των οποίων επίσης ευθύνεται ως προστήσασα η αναιρεσείουσα, μολονότι ενημερώθηκαν από την θανούσα τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, και αν δεν ενημερώθηκαν όφειλαν λόγω της ιδιότητάς τους και μπορούσαν να γνωρίζουν ότι αυτή κατά το κρίσιμο πριν από την εγχείρησή της χρονικό διάστημα λάμβανε καθημερινά το ως άνω αντισυλληπτικό σκεύασμα που δημιουργούσε αυξημένο κίνδυνο φλεβοθρόμβωσης, δεν εκτίμησαν τη λήψη αντισυλληπτικής αγωγής ως αντένδειξη για το είδος της εγχείρησης στην οποία υποβλήθηκε η θανούσα και δεν συνέστησαν έτσι την επιβαλλόμενη αναβολή ή τη λήψη κάποιου άλλου πρόσφορου ιατρικού μέτρου. Το Δικαστήριο του Αρείου Πάγου απέρριψε την αίτηση των αναιρεσειόντων και εναγομένων επιδικάζοντας αποζημίωση κατά τις διατάξεις 914, 922 & 932 ΑΚ.

#### 6.2.9 Απόφαση 424/2012 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ

Η παρούσα απόφαση αποτελεί νομολογιακό παράδειγμα ιατρικού σφάλματος από εσφαλμένη ερμηνεία αποτελέσματος εξέτασης κατά την οποία ο θεράπων ιατρός υποχρεούταν συνεκτιμώντας τα ευρήματα να προβεί σε ορθή διάγνωση, ώστε να μη θεωρηθεί αμελής ως προς τις ιατρικές του υποχρεώσεις. Όπως δέχθηκε στο Δικαστήριο, η αδικοπρακτική ευθύνη

του ιατρού θεμελιώνεται στις διατάξεις του άρθρου 8 του ν. 2251/1994 περί προστασίας καταναλωτών.

Ο Άρειος Πάγος δέχθηκε ότι ο ασθενής πραγματοποίησε εξέταση triplex καρδιάς στον ιδιώτη ιατρό αναιρεσείοντα – εναγόμενο, όπου και διαγνώστηκε με υπερλιπιδαιμία. Το επόμενο διάστημα ο ασθενής επισκέφθηκε τρεις φορές τον ιατρό αναιρεσείοντα – εναγόμενο στο ιδιωτικό του ιατρείο, ο οποίος του συνέστησε την συνέχιση της ίδιας φαρμακευτικής αγωγής. Ο ασθενής, ενώ βρισκόταν σε καλοκαιρινές διακοπές αισθάνθηκε έναν πόνο στο στήθος και έντονο λαχάνιασμα, γεγονός που τον θορύβησε και τον ώθησε να επισκεφθεί αμέσως εκ νέου τον αναιρεσείοντα, ο οποίος πραγματοποίησε στον ασθενή μια σειρά από εξετάσεις διαφόρων τύπων. Μετά από μία σειρά επανεξετάσεων ο ασθενής απεβίωσε, αφού υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου, το οποίο ήταν αποτέλεσμα της αμελούς εκτίμησης του ιδιώτη ιατρού της κατάστασης της υγείας του ασθενούς

#### 6.2.10 Απόφαση 687/2013 ΑΠ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

Η παρούσα απόφαση αποτελεί ένα ακόμα νομολογιακό παράδειγμα ευθύνης ιδιωτικής κλινικής και ιατρού λόγω αδικοπρακτικής συμπεριφοράς, αλλά, κυρίως, η απόφαση αυτή καινοτομεί νομολογιακά διατυπώνοντας πλήρως τη θεωρία της «συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς» (informed consent).

Σύμφωνα με τα πραγματικά περιστατικά, τα οποία έλαβαν χώρα προ δεκαοκτώ ετών από την έκδοση της εν λόγω απόφασης, που έκανε δεκτά το Εφετείο, ο ασθενής ενάγων – αναιρεσίβλητος, επισκέφθηκε το οφθαλμολογικό κέντρο του αναιρεσείοντος, διότι αν και με τη χρήση γυαλιών οράσεως είχε οπτική οξύτητα 10/10, επιθυμούσε να απαλλαγεί από την εξάρτηση των γυαλιών αυτών και να αποκτήσει να τη δυνατότητα να βλέπει με γυμνούς οφθαλμούς. Η μία εκ των εναγομένων συνεργάζεται με το αναιρεσείον οφθαλμολογικό κέντρο και είναι προσθηθείσα αυτού με τη μορφή ελεύθερης συνεργασίας, έχοντας ως κύρια αρμοδιότητα την εξυπηρέτηση του ιατρού μέσω της επιμέλειας και οργάνωσης των συνθηκών νοσηλείας και των χειρουργικών επεμβάσεων. Η ιατρός διαβεβαίωνε τον ασθενή ότι η οφθαλμολογική κλινική διέθετε το κατάλληλο προσωπικό και τα κατάλληλα μηχανήματα και ότι η χρησιμοποιούμενη μέθοδος Laser θα είχε απολύτως επιτυχή αποτελέσματα, ενώ τα ποσοστά αποτυχίας εξαλείψεως μυωπίας ανήρχοντο σε μόλις 3-5%, τονίζοντας, όμως, ότι στην

περίπτωσή του η επιτυχία ήταν εξασφαλισμένη. Συγχρόνως, η οφθαλμολογική κλινική είχε εκδώσει διαφημιστικό φυλλάδιο στο οποίο αναφερόταν ότι η συγκεκριμένη μέθοδος Laser ήταν ανώδυνη, γινόταν με τοπική αναισθησία, δεν απαιτείται παραμονή στο νοσοκομείο, ένας μικρός αριθμός ασθενών παραπονείται για μετεγχειρητικό πόνο την πρώτη ημέρα και ότι το θάμπος της οράσεως παραμένει την πρώτη εβδομάδα και στη συνέχεια η όραση βελτιώνεται σταδιακά μέχρι την πλήρη αποκατάσταση της όρασης. Αναλυτικότερα, το φυλλάδιο ανέφερε επακριβώς σχετικά με τα ποσοστά επιτυχίας των διαθλαστικών επεμβάσεων ότι: *«Από τα αποτελέσματα των επεμβάσεων σε 37 χώρες σ' όλο τον κόσμο προκύπτει ότι το 90% των ασθενών απαλλάσσονται εντελώς από την εξάρτηση των γυαλιών ή των φακών επαφής. Ένα μικρό ποσοστό των χειρουργημένων ασθενών ίσως χρειαστεί να χρησιμοποιούν διορθωτικά γυαλιά για ορισμένες μόνο δραστηριότητες (οδήγηση, παρακολούθηση τηλεόρασης). Στις μέρες μας, πάνω από ένα εκατομμύριο άνθρωποι απολαμβάνουν ήδη τα πλεονεκτήματα της όρασης χωρίς διορθωτικούς φακούς, χάρη στη Διαθλαστική Χειρουργική και ο αριθμός αυτός αυξάνεται ραγδαία»*, δημιουργώντας την αίσθηση της απολύτως επιτυχούς έκβασης μίας τέτοιας επέμβασης. Κατόπιν τούτων, ο ασθενής αποφάσισε να υποβληθεί σε επέμβαση στον δεξιό οφθαλμό του, παρά τις προτροπές της εναγόμενης ιατρού για ταυτόχρονη επέμβαση και στους δύο οφθαλμούς του. Την επόμενη της χειρουργικής επέμβασης ημέρα, ο ασθενής αισθανόταν έντονο άλγος και για τον λόγο αυτόν του χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή με κορτιζόνη. Ύστερα από δύο μήνες από την παύση της φαρμακευτικής αγωγής και μετά από αλληπάλληλες επισκέψεις στην οφθαλμολογική κλινική, διαπιστώθηκαν συμπτώματα σταδιακά επιδεινούμενης όρασης, οπότε και διαγνώσθηκε σταδιακά αυξανόμενη θόλωση κερατοειδούς. Συνεπεία τούτων, η εναγόμενη ιατρός πρότεινε στον ασθενή μία σειρά επεμβάσεων για την αποκατάσταση της οράσεώς του, στις οποίες ο ασθενής συναίνεσε, αλλά ένα χρόνο μετά από τις επεμβάσεις αυτές ο ενάγων δεν παρουσίασε βελτίωση και επανήλθε μάλιστα το πρόβλημα της θόλωσης του κερατοειδούς, οπότε και του συνεστήθη εκ νέου χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος οράσεώς του. Ο ασθενής, φανερά ενοχλημένος, διαμαρτυρήθηκε εξωδίκως για την αντιμετώπισή του ως «πειραματόζωο» μετά από τόσες επεμβάσεις και για την πρόκληση σωματικού και ψυχικού πόνου. Στη συνέχεια, αποδείχθηκε η μόνιμη βλάβη στον οφθαλμό του ασθενούς. Από όλα τα παραπάνω και από την αποδεικτική διαδικασία, απεδείχθη ότι οι εναγόμενοι αθέμιτα και εν γνώσει τους απέκρυψαν και παρασιώπησαν ενδεχόμενες επιπλοκές που τυχόν θα συνεπάγοντας οι επεμβάσεις στις οποίες υπεβλήθη ο ενάγων ασθενής, παράλειψη η οποία οδήγησε στην συναίνεση του ασθενή, χωρίς, όμως να έχει προηγουμένως εκείνος ενημερωθεί πλήρως, ώστε να μπορέσει να συνεκτιμήσει όλες τις παραμέτρους και όλους του ενδεχόμενους κινδύνους.



## 6.2.11 Απόφαση 1009/2013 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ

Άλλο ένα νομολογιακό παράδειγμα αμελούς εκτέλεσης ιατρικών καθηκόντων, η οποία αυτή τη φορά σχετίζεται με τη χρήση ακατάλληλου προς την ιατρική πράξη η οποία διεξάγεται ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Παράλληλα εφαρμόζεται η διάταξη του άρθρου 931 ΑΚ σύμφωνα με την οποία *«Η αναπηρία ή η παραμόρφωση που προξενήθηκε στον παθόντα λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη κατά την επιδίκαση της αποζημίωσης, αν επιδρά στο μέλλον του»*, καθώς από τον συνδυασμό της με τις διατάξεις των άρθρων 298, 299, 914, 929 και 932 ΑΚ, προκύπτει ότι η αναπηρία ή η παραμόρφωση που προξενείται στον παθόντα από αδικοπρακτική συμπεριφορά, είναι δυνατόν να θεμελιώσει και αυτοτελή αξίωση αποζημίωσης, αν επιδρά δυσμενώς στο οικονομικό μέλλον αυτού και του προκαλεί ζημία, η οποία δεν εμπίπτει στις διατάξεις των άρθρων 929 και 932 ΑΚ.

Από τα πραγματικά περιστατικά της παρούσας προκύπτει ότι η ενάγουσα επισκέφθηκε τον εναγόμενο στο ιατρείο του για να υποβληθεί σε ενδοδοντική θεραπεία (απονεύρωση), μετά την ολοκλήρωση της οποίας, ο εναγόμενος έπρεπε να προβεί σε αποστείρωση του δοντιού κάνοντας χρήση υδροξειδίου του ασβεστίου. Το εν λόγω ιατροτεχνολογικό υλικό είναι υδατοδιαλυτό και εξαιρετικά καυστικό για τους ιστούς. Ο εναγόμενος έκανε χρήση μεταλλικής σύριγγας και όχι της ενδεδειγμένης πλαστικής για τέτοιου είδους ιατρικές πράξεις, επιλογή που τον οδήγησε σε ανεπιτυχή προσπάθεια απονεύρωσης, και επανάληψη αυτής μετά από αδυναμία ανεύρεσης εντός του οδοντιατρείου του μίας πλαστικής. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, στο μεσοδιάστημα να πήξει το υλικό εντός της σύριγγας και από την άσκηση πίεσης, λόγω της αντίστασης στο στόμιο της σύριγγας, το υλικό να εκτοξευτεί με δύναμη και να εισέλθει στον αριστερό οφθαλμό της ενάγουσας και να της προκαλέσει έγκαυμα του κερατοειδούς και του επιπεφυκότος. Η ενάγουσα υπέστη μόνιμη μερική αναπηρία λόγω της απώλειας της οράσεώς της από τον αριστερό οφθαλμό. Η αναπηρία αυτή μπορεί να μην την εμπόδιζε στην κοινωνική της εξέλιξη, εφόσον τέλεσε γάμο και δημιούργησε οικογένεια, αλλά ούτε και στην επαγγελματική της αποκατάσταση εφόσον ήταν ήδη αποκαταστημένη επαγγελματικά. Παρά ταύτα ο τραυματισμός της επιδρά οικονομικά στο επαγγελματικό και κοινωνικό της μέλλον, δεδομένου ότι *«δεν δύναται να εκτελεί όπως προηγουμένως τις επαγγελματικές υποχρεώσεις της που της επιβάλλουν να εργάζεται και εκτός γραφείου ερχόμενη σε επαφή με πρόσωπα που χρειάζονται τη συνδρομή κοινωνικού λειτουργού στο δικό τους περιβάλλον, διεξάγοντας κοινωνικές έρευνες, ελέγχους και επισκέψεις σε παιδικούς σταθμούς και ΚΑΠΗ και προβαίνοντας σε σύνταξη εκθέσεων, δραστηριότητες που δυσχεραίνονται από την έλλειψη οράσεως και από τους δύο οφθαλμούς και δεν διεκπεραιώνονται σε χρόνο και με απόδοση όμοια με των άλλων συναδέλφων της, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται έναντι αυτών η υπηρεσιακή και*

*εντεύθεν οικονομική της εξέλιξη (προαγωγή). Επίσης οι κοινωνικές δραστηριότητές της είναι μειωμένες εφόσον δεν μπορεί να οδηγήσει αυτοκίνητο λόγω των κινδύνων που εγκυμονεί η όραση από ένα οφθαλμό. Λαβαίνοντας υπόψη το είδος, την έκταση και τις συνέπειες της αναπηρίας σε συνδυασμό με την νεαρή ηλικία της εναγούσης και τις λοιπές περιστάσεις της κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής της που εκτέθηκαν, προκειμένου να αποκατασταθεί η ζημία που με πιθανότητα και κατά τη συνηθισμένη πορεία των πραγμάτων θα επέλθει, πρέπει να της επιδικαστεί ως αποζημίωση, κατά το άρθρο 931 ΑΚ» Επομένως, Εφετείο έκρινε ότι αποκλειστικά υπαίτιος για την ζημία που προκλήθηκε ήταν ο εναγόμενος, και στη συνέχεια ο Άρειος Πάγος απέρριψε την αίτηση του αναιρεσειόντα – εναγομένου.*

#### 6.2.12 Αποφάσεις 12941/2014 ΠολΠρΘεσσ & 1954/2017 ΕφΘεσσ ΤΝΠ ΔΣΑ ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ

Η περίπτωση αυτή της ελληνικής νομολογίας αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση και σημαντικό παράδειγμα έλλειψης συναίνεσης και παράλειψης ενημέρωσης του ασθενούς, και συγκεκριμένα των γονέων αυτού, διότι επρόκειτο για ανήλικο ασθενή κατά το χρόνο διενέργειας της ιατρικής πράξης, σύμφωνα με τα οποία θεμελιώνεται αδικοπρακτική ευθύνη προς αποζημίωση και προς ικανοποίηση ηθικής βλάβης, επειδή ο θεράπων ιατρός δεν κατέβαλε την επιμέλεια που αν κατέβαλε, με μέτρο τη συμπεριφορά του μέσου συνετού και επιμελούς εκπροσώπου του κύκλου δραστηριότητας του, θα ήταν δυνατή η αποτροπή του ζημιογόνου αποτελέσματος, και είτε δεν προέβλεψε την επέλευση του εν ζημιογόνου αποτελέσματος, είτε προέβλεψε μεν το ενδεχόμενο επέλευσης του, ήλπισε όμως ότι θα το αποφύγει. Κύριο ζήτημα το οποίο τίγεται στο σκεπτικό της απόφασης είναι αυτό της υποθετικής αιτιότητας, δηλαδή την περίπτωση κατά την οποία η ζημία θα επερχόταν από άλλη μεταγενέστερη αιτία, έστω και αν δεν είχε συμβεί το ζημιογόνο γεγονός. Η υποθετική επέλευση από άλλη μεταγενέστερη αιτία (υποθετική αιτιότητα) της ζημίας που προκάλεσε ο ζημιώσας με τη ζημιογόνο πράξη του δεν αναιρεί εκ των υστέρων την ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ ζημιογόνου πράξης και ζημίας και δεν αίρει την ευθύνη του τελευταίου για αποζημίωση του παθόντος, η οποία οφείλεται ήδη από τον χρόνο πραγμάτωσης της ζημίας με τη συνδρομή και των λοιπών όρων της αδικοπραξίας.

Σύμφωνα με την απόφαση του Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης, ο ανήλικος ασθενής υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική ανάταξη της αριστερής βουβωνοκήλης από τον εναγόμενο ιατρό σε υποκατάστημα της εναγόμενης ιδιωτικής κλινικής, όμως κατά τη διάρκεια της εγχείρησης ο

ιατρός δεν περιορίστηκε στο προγραμματισμένο χειρουργείο, αλλά αφαίρεσε το μοναδικό έκτοπο (που δεν βρίσκεται σε φυσιολογική θέση) νεφρό, κρίνοντας εσφαλμένα ότι επρόκειτο για κακοήγη όγκο. Σημειωτέον ότι για να προβεί στην τελευταία ιατρική πράξη δεν είχε ενημερωθεί ούτε ο ανήλικος ασθενής ούτε οι γονείς του, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την μη λήψη συναίνεσης για την αφαίρεση του έκτοπου νεφρού. Το εν λόγω ιατρικό σφάλμα είχε ως αποτέλεσμα την εφ' εξής τακτική υποβολή του ανηλίκου σε αιμοκάθαρση για τρεισήμισι περίπου έτη και μέχρι την μεταμόσχευση νεφρού σε αυτόν με δότη τον πατέρα του και την χειροτέρευση του βιοτικού του επιπέδου. Ο εναγόμενος ιατρός ισχυρίστηκε ότι ο μοναδικός νεφρός του ασθενούς βρισκόταν ήδη κατά το χρόνο της εγχείρησης σε προχωρημένο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας που θα καθιστούσε επιβεβλημένη, σε σύντομο χρονικό διάστημα τη μεταμόσχευση νεφρού. Το Δικαστήριο απέρριψε τον ισχυρισμό αυτόν, ο οποίος προβλήθηκε παραδεκτά, εφόσον, σύμφωνα με την αποδεκτή κατά αυτό άποψη περί υποθετικής αιτιότητας, όπως εκτίθεται στην προηγούμενη παράγραφο.

Την πρωτόδικη απόφαση επικύρωσε και σε δεύτερο βαθμό το Εφετείο Θεσσαλονίκης με την υπ' αριθ. 1954/2017 απόφασή του.

### 6.2.13 Απόφαση 318/2015 ΕφΘΕσσ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

Στην παρούσα απόφαση εμπεριέχεται μία τυπολογία των ιατρικών σφαλμάτων, δηλαδή μία προσπάθεια ταξινόμησης αυτών, την οποία εφαρμόζει κατά πάγιο τρόπο η ελληνική νομολογία ταξινομώντας σε τέσσερις κατηγορίες ιατρικών σφαλμάτων «*Ειδικά στην περιοχή της ιατρικής αμέλειας, αυτή μπορεί να εμφανίζεται υπό τις εξής μορφές: α) είτε ως εσφαλμένη διάγνωση ή μη διάγνωση μιας νόσου που οφείλεται στη μη συμμόρφωση προς τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και έχει ως συνέπεια τη μη αντίληψη και τη μη κοινοποίηση του κινδύνου που απειλεί το έννομο αγαθό της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας και υγείας (ως επί το πλείστον η ορθή διάγνωση προϋποθέτει τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς, εξέταση του ασθενούς, εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες και συμβουλή άλλων ιατρών), β) είτε ως εσφαλμένη-πλημμελής θεραπευτική αγωγή (φαρμακευτική, διαιτητική, χειρουργική κ.λπ.), διαδικασία δηλαδή που αποσκοπεί στην ίαση του ασθενούς κατά τρόπο παρακάμπτοντα τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (π.χ. μετάγγιση αίματος χωρίς έλεγχο της συμβατότητας των ομάδων αίματος, εγκατάλειψη εργαλείων ή άλλων αντικειμένων στο σώμα του ασθενούς μετά την εγχείρηση, μη έγκαιρη επέμβαση, χορήγηση υπερβολικής δόσης φαρμάκου), δηλαδή συγκεκριμένα η αμέλεια του ιατρού μπορεί να θεμελιωθεί σε σφάλμα περί την εκλογή της θεραπείας, λόγω της οποίας και επέρχεται βλάβη στον ασθενή, είτε αυτό οφείλεται*

*σε άγνοια της προσήκουσας για την περίπτωση θεραπείας ή γενικά ενέργειας, είτε γιατί επέλεξε μέθοδο και θεραπεία η οποία, κατά τις γενικά κρατούσες αρχές της ιατρικής επιστήμης, δεν ήταν η ενδεδειγμένη για την περίπτωση, γ) είτε ως μη παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό θάλαμο και την ανάληψη της διεξαγωγής ενός διαγνωστικού ή θεραπευτικού εγχειρήματος, χωρίς να υπάρχουν οι απαραίτητες ειδικές γνώσεις και ικανότητες ή τα κατάλληλα διαγνωστικά μέσα, δ) είτε ως μη εκπλήρωση καθήκοντος ιατρικής μέριμνας και επιμέλειας»*

#### 6.2.14 Απόφαση 427/2015 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

Πρόκειται για άλλο ένα νομολογιακό παράδειγμα αδικοπρακτικής ευθύνης από σχέση πρόστησης, η οποία θεμελιώνεται και μόνο από την χαλαρή εξάρτηση του ιατρού από την κλινική και δεν απαιτείται η παροχή ειδικών οδηγιών προς αυτόν κάθε φορά για την άσκηση του έργου του, αφού ο ιατρός είναι υποχρεωμένος κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων να ενεργεί όχι σύμφωνα με ενδεχόμενες οδηγίες του εκάστοτε ιδιοκτήτη μίας κλινικής, αλλά σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Η ευθύνη του επιχειρηματία της κλινικής από τη σχέση της πρόστησης με συνεργαζόμενο με την κλινική ιατρό δημιουργείται από την αμελή συμπεριφορά του ιατρού τόσο κατά την παροχή του ιατρικού του έργου εντός της κλινικής όσο και εκτός αυτής, εφόσον πρόκειται για ιατρικές οδηγίες συναφείς και αμέσως συνεχόμενες με επέμβαση ή θεραπεία που προηγήθηκαν στο χώρο της κλινικής, δηλαδή η ευθύνη από την πρόστηση καλύπτει και το απόλυτα αναγκαίο στάδιο της αποθεραπείας, όπως είναι και το μετεγχειρητικό στάδιο χειρουργικής επέμβασης.

Σύμφωνα με τα όσα έκανε δεκτά το Εφετείο, η ασθενής γέννησε με καισαρική τομή ένα υγιές άρρεν τέκνο και μία ημέρα μετά τον τοκετό παρουσίασε πυρετό συνοδευόμενο από δυσκολία και πόνο κατά την ούρηση. Παρά το γεγονός ότι ο θεράπων ιατρός την καθησύχαζε ότι επρόκειτο για φυσιολογικά συμπτώματα, αυτά παρέμεναν για τρεις ημέρες έως ότου ο διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας της ιδιωτικής Κλινικής διέγνωσε την ύπαρξη λοίμωξης και παρήγγειλε τη διενέργεια μίας σειράς εξετάσεων από τις οποίες προέκυψε ότι εντός της ασθενούς είχαν αναπτυχθεί αποικίες επικίνδυνου και δραστικού εντεροβακτηρίου, υπεύθυνου για πνευμονίες και άλλες ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, από το οποίο η ασθενής υπέστη σηπτική συνδρομή και εμφάνισε υψηλό πυρετό και αιμοδυναμική αστάθεια. Για την αντιμετώπιση της σηπτικής συνδρομής διακομίσθηκε στην Μ.Ε.Θ. της ιδιωτικής κλινική και υπεβλήθη σε επέμβαση υφολικής υστερεκτομής (αφαίρεση μήτρας), η οποία ήταν επιτυχής, όπως και η μετεγχειρητική πορεία της. Παρά ταύτα, η φλεγμονή που δημιουργήθηκε σε τμήματα της μήτρας και το σηπτικό σύνδρομο που υπέστη η ασθενής, ετών 33, από

υπαιτιότητα του εναγόμενου ιατρού, είχαν ως αποτέλεσμα την αφαίρεση της μήτρας της ασθενούς και τη στέρηση της δυνατότητας για εκ νέου τεκνοποίηση. Η λανθασμένη εκτίμηση του εναγόμενου ιατρού είχε ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της αντιμετώπισης της φλεγμονής, καθυστέρηση η οποία αν είχε αποφευχθεί, δεν θα χρειαζόταν να υποβληθεί η ασθενής σε υφολική υστερεκτομή. Εξαιτίας της ως άνω παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς του δεύτερου εναγομένου (παράβαση από αμέλεια των θεμελιωδών αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης κατά την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων του), που είχε ως αποτέλεσμα την προαναφερθείσα βλάβη του σώματος και της υγείας της ασθενούς, η οποία υπέστη ηθική βλάβη, για την αποκατάσταση της οποίας της επιδικάστηκε το ποσό των 50.000 ευρώ.

#### 6.2.15 Απόφαση 453/2015 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

Πρόκειται για ένα ακόμα παράδειγμα ευθύνης από πρόσταση, όπου ως δικαιολογητικός λόγος για την θεμελίωση ευθύνης κατά το άρθρο 922 ΑΚ λαμβάνεται το γεγονός ότι η ιδιωτική κλινική διευρύνει το πεδίο επιχειρηματικής της δραστηριότητας μέσω της χρησιμοποίησης ιδιωτών ιατρών, και με τον τρόπο αυτόν αποκομίζει σημαντικά οικονομικά οφέλη. Επιπροσθέτως, η αξίωση της εναγομένης που ερείδεται στη διάταξη του άρθρου 929 ΑΚ στηρίζεται στα νοσήλια που κατέβαλε ο ασθενής, στη θετική και αποθετική ζημία που έχει ήδη επέλθει σε αυτόν και στη μέλλουσα αποθετική και θετική ζημία αυτού.

Η αγωγή ασκήθηκε από τους γονείς του παθόντος, του οποίου δικαστική συμπαραστάτρια τυγχάνει η πρώτη των εναγόντων και μητέρα αυτού. Η κατάσταση της υγείας του παθόντος συμπαραστατούμενου κατά το χρόνο συζήτησης της αγωγής οφείλεται σε ιατρικό σφάλμα το οποίο έπραξε ο εναγόμενος ιατρός, και πιο συγκεκριμένα σε πλημμελή τρόπο πραγματοποίησης επέμβασης και αντιμετώπισης παρενεργειών που εκ του σφάλματος αυτού προκλήθηκαν. Ο συμπαραστατούμενος υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική επέμβαση αφαίρεσης τμήματος του στομάχου (επιμήκης γαστρεκτομή) με σκοπό την απώλεια βάρους, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε *lege artis* με αποτέλεσμα ο παθών να υποστεί εγκεφαλική (υποξαιμική) βλάβη με συνέπεια να πάσχει από σπαστική τετραπληγία. Επιπροσθέτως, ευθύνη φέρει και η εναγόμενη ιδιωτική κλινική μέσω του ιατρικού προσωπικού της εναγομένης καθώς δεν αντελήφθη έγκαιρα, εξαιτίας της πλημμελούς παρακολούθησης της μετεγχειρητικής πορείας του παθόντος κατά τη νοσηλεία του στην κλινική.

#### 6.2.16 Απόφαση 169/2016 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

Πρόκειται για μία νομολογιακή περίπτωση οργανωτικού σφάλματος. Αναλυτικότερα, ο ιατρός ή το νοσοκομείο οφείλει να εξασφαλίζει τα μέσα, τα υλικά και τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του ασθενούς. Δεν πρόκειται για οριστική απόφαση, καθώς το Δικαστήριο διέταξε τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, αλλά το σκεπτικό της απόφασης παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Η ενάγουσα, υπήκοος Γαλλίας, ισχυρίζεται ότι κατά τη διαμονή της στην Ελλάδα, ορθοπεδικός ιατρός προστηθείς της εναγόμενης δεν κατέβαλε την επιβαλλόμενη προσοχή και επιμέλεια, την οποία ο μέσος συνετός και επιμελής ιατρός θα μπορούσε και όφειλε να επιβάλει. Ο εναγόμενος ιατρός δεν ήταν εφοδιασμένος με το στοιχειώδες ιατροφαρμακευτικό υλικό οινόπνευμα κατά την εκτελούμενη ιατρική πράξη, αλλά ούτε και το αναζήτησε, και παρά το γεγονός αυτό διενήργησε δύο ενέσεις μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων απολυμαίνοντας τα χέρια του και της αντίστοιχες περιοχές του δέρματος της ασθενούς με κολόνια. Ως εκ τούτου, η ενάγουσα μολύνθηκε με σταφυλόκοκκο και εμφάνισε σταφυλοκοκκική σηψαιμία, επισκληρίδιο εμπύημα συνδεόμενο από έμφραξη του αυχενικού μυελού, θρομβοφλεδίτιδα και τετραπληγία καταλήγοντας τετραπληγική συνεπεία του ιατρικού σφάλματος του εναγόμενου ιατρού.

#### 6.2.17 Απόφαση 8947/2017 ΠολΠρΘεσσ ΤΝΠ ΔΣΑ ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ

Η υπ' αριθ. 8947/2017 απόφαση του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης εξετάζει την αστική ιατρική ευθύνη υπό το πρίσμα των αισθητικών επεμβάσεων. Λαμβάνεται ιδιαίτερα υπ' όψιν η ειδικότητα του θεράποντος ιατρού, η οποία αποτελεί και λόγο βαρύτερης ευθύνης του ειδικού (specialiste), αφού η προσφυγή στις υπηρεσίες του, με μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση συνήθως του ασθενούς, γίνεται ακριβώς λόγω της ειδικότητάς του αυτής. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρεται στην απόφαση *«στην αισθητική χειρουργική, ως βλάβη δεν θεωρείται η μη επίτευξη του επιθυμητού αισθητικού αποτελέσματος, αλλά η βλάβη που προκύπτει από την αναγκαστική στα χειρουργεία πρόκληση τομών και ουλών, ανακατασκευή εσωτερικών δομών, εκτομή μέρους του σώματος (π.χ. τμημάτων λίπους, δέρματος) και την παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης.»* Όσον αφορά την ενημέρωση και τη συναίνεση σε αισθητική χειρουργική πράξη, σχετική ρύθμιση προβλέπεται κυρίως από τον Κώδικα Ιατρικής

Δεοντολογίας και συγκεκριμένα το άρθρο 11 του Ν 3418/2005 προβλέπει ότι κατά την ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς σε αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις γενικά επιβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή και επιμέλεια, περιλαμβάνοντας τις αισθητικές ή κοσμητικές πράξεις σε μια ομάδα μαζί με τις μεταμοσχεύσεις, τις επεμβάσεις ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και αλλαγής ή υποκατάστασης φύλου. Στις εν λόγω περιπτώσεις ο θεραπευτικός στόχος είναι μεν ορατός, αλλά δεν αποτελεί το κύριο μέλημα μίας ιατρικής επέμβασης, καθώς το κίνητρο για μία τέτοια επέμβαση μπορεί να είναι «*η ευγονική, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η βοήθεια σε άλλον συνάνθρωπο - στις μεταμοσχεύσεις ή η καλαισθησία*». Ως εκ τούτου, η ενδεδειγμένη ενημέρωση του ασθενούς για την επιλογή των ιατρικών πράξεων και των κινδύνων κατά και από την εκτέλεση τέτοιων ιατρικών πράξεων διαδραματίζει κυρίαρχο και καθοριστικό ρόλο, ακριβώς διότι η υποχρέωση ενημέρωσης υποκαθιστά τον ενδεδειγμένο χαρακτήρα σε σύγκριση με μια κατ' ακρίβεια θεραπευτική επέμβαση. Σε τέτοιου είδους ιατρικές επεμβάσεις, η αυτονομία του ασθενούς εμφανίζεται πολύ πιο έντονα, διότι επιτρέπεται ένα είδος θέσης του εαυτού του σε κατάσταση αυτοδιακινδύνευσης, η οποία από ιατρικής σκοπιάς, δεν κρίνεται ούτε επιβεβλημένη ούτε πολλές φορές δικαιολογημένη, διότι θέτει ως στόχο αποτελέσματα που δεν εμπίπτουν κανονικά στα επιδιωκόμενα «καθαρά» ιατρικά αποτελέσματα. Ειδικότερα, η ενημέρωση των ασθενών στην πλαστική αισθητική χειρουργική αφορά «*α) την έλλειψη εγγύησης αισθητικού αποτελέσματος, γιατί αφενός από ιατρικής πλευράς, δεν μπορεί να γίνει λόγος για ένα καθαρά επιστημονικά μετρήσιμο αποτέλεσμα, αφετέρου οι «ασθενείς» πολύ συχνά έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες από το χειρουργείο και έχουν επενδύσει συναισθηματικά στο ιδεατό επιθυμητό αποτέλεσμα, β) τους κινδύνους της επέμβασης, που είναι δυνατό να εκδηλωθούν πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το χειρουργείο, όπως ειδικότερα αυτοί εμφανίζονται για κάθε είδος επέμβασης (π.χ. αιμορραγία, η λοίμωξη, το τραύμα εσωτερικών δομών του προσώπου, όπως οι μύες, τα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία, η ασυμμετρία ως αποτέλεσμα και με ειδικότερη μνεία στις ουλές από την εγχείρηση, που δεν εξαφανίζονται ποτέ τελείως, ενώ μπορεί να επιπλακούν σε χηλοειδείς), γ) τους κινδύνους ενός χειρουργείου με αναισθησία, δ) την πορεία της ίασης μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Και τις πιθανές επιπλοκές, ε) την πιθανότητα να αντιμετωπίσει ο χειρουργός απρόβλεπτες συνθήκες μόλις κάνει τις πρώτες τομές, οπότε του παρέχεται μια ευρύτερη από την αρχική συναίνεση να αντιμετωπίσει τις απρόβλεπτες αυτές καταστάσεις, στ) ότι τα αποτελέσματα της εγχείρησης μπορεί να εμφανιστούν μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα, να διαφοροποιηθούν ανάλογα με την ηλικία, την κατάσταση υγείας και τον τρόπο ζωής του ασθενούς (π.χ. λήψη ή απώλεια σωματικού βάρους, έκθεση σε ήλιο, κάπνισμα)*».

Σύμφωνα με όσα δέχτηκε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης, ο εναγόμενος ιατρός αθέμιτα και εν γνώσει του απέκρυψε και παρασιώπησε τις ενδεχόμενες επιπλοκές που τυχόν θα συνεπαγόταν η πραγματοποίηση βλεφαροπλαστικής ιδιαίτερα σε συνδυασμό με τη



διενέργεια και άλλων αισθητικών επεμβάσεων στο ίδιο χειρουργείο (ρυτιδοπλαστική με μικρές τομές και κρανιακή ανάρτηση ιστών, λιποαναρρόφηση κοιλιάς με δερμολιπεκτομή, λιποαναρρόφηση στους απαγωγούς, προσαγωγούς και γλουτούς). Η ασθενής παρουσίασε μετεγχειρητικά ασυμμετρία οφθαλμών, μειωμένη όραση, λαγόφθαλμο, εκτρόπιο και έλκος κερατοειδούς στον αριστερό οφθαλμό της και έκζεμα ακουστικών πόρων, συνεπεία των οποίων υπεβλήθη σε αποκαταστατική χειρουργική επέμβαση στην ίδια εναγόμενη κλινική και στον ίδιο εναγόμενο ιατρό, χωρίς, όμως, αποτέλεσμα. Εν συνεχεία, και έχοντας απωλέσει την εμπιστοσύνη της στους εναγόμενους, υπεβλήθη σε σειρά αποκαταστατικών χειρουργικών επεμβάσεων σε άλλη ιδιωτική κλινική. Το Δικαστήριο επιδίκασε υπέρ της ενάγουσας το ποσό των 20.000 ευρώ ως εύλογη χρηματική ικανοποίηση.

#### 6.2.18 Απόφαση 296/2018 ΕφΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

Ένα ακόμα νομολογιακό παράδειγμα ανεπιτυχούς αισθητικής ιατρικής επέμβασης, όπου κρίθηκε ότι η ευθύνη του θεράποντος ιατρού για τη ζημία που προκλήθηκε σε ασθενή κατά τις ιατρικές υπηρεσίες του που παρείχε σε αυτόν, εμπίπτει στο ρυθμιστικό πλαίσιο του άρθρου 8 ν. 2251/1994 σχετικά με την «προστασία των καταναλωτών» και ιδρύει νόθο αντικειμενική ευθύνη για τον ιατρό που επέδειξε υπαίτια συμπεριφορά, καθώς η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών του γίνεται κατά τρόπο ανεξάρτητο, έχει ο ίδιος την ελευθερία να καθορίζει τον τρόπο που θα παρέχει τις υπηρεσίες του, χωρίς να υπόκειται σε συστάσεις ή υποδείξεις του ασθενούς. Ο ιατρός υποχρεούται όχι μόνο να αποφεύγει ιατρικά σφάλματα κατά την εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, αλλά και να ενημερώνει τον ασθενή για τη μορφή της θεραπείας που θα ακολουθηθεί και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή τις πιθανότητες επιτυχίας αυτής, έτσι ώστε ο ασθενής να παρέχει τη συναίνεση του για την πραγματοποίηση της ιατρικής πράξης. Η παραβίαση της υποχρέωσης αυτής του ιατρού ιδρύει νόμιμο λόγο ευθύνης για αποζημίωση του ασθενούς, στην περίπτωση που επέλθει ζημία στην υγεία του ασθενούς εξαιτίας επιπλοκών που συνδέονται με την εφαρμογή των ανωτέρω μεθόδων θεραπείας, στο πλαίσιο των άρθρων 330, 652 και 914 ΑΚ.

Σύμφωνα με τα όσα έκανε δεκτά το Δικαστήριο η ενάγουσα ασθενής υπεβλήθη σε αισθητική χειρουργική επέμβαση ανόρθωσης και προσθετικής στήθους με τη χρήση κατάλληλων ως προς την ποιότητα και το μέγεθος (ώστε να μην αλλάξει ο σωματότυπος) ενθεμάτων, κατά τη διενέργεια της οποίας ο πλαστικός – κοσμητικός χειρουργός ιατρός τοποθέτησε αυθαίρετα ενθέματα κατά 50 cc (=μονάδα όγκου) μεγαλύτερα από τα συμφωνηθέντα, και μάλιστα τα τοποθέτησε με λάθος τρόπο, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί κήλη κάτω από το περίγραμμα



των μαστών της ασθενούς και πτυχές αντιληπτές δια της αφής και της όρασης. Ως αποτέλεσμα, η ασθενής αισθανόταν επί τρεις μήνες πόνους στο στήθος και οι ουλές δεν εξαλείφθηκαν παρά τις αρχικές διαβεβαιώσεις του χειρουργού ιατρού. Ακολούθησαν τέσσερις διορθωτικές επεμβάσεις στην ίδια ιδιωτική κλινική και με τον ίδιο χειρουργό ιατρό, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα την οριστική παραμόρφωση των μαστών τη ενάγουσας, όπως επιβεβαίωσαν οι ιατροί γαλλικής κλινικής, διότι, δεδομένου του πολυχειρουργικού ιστορικού της ενάγουσας, το δέρμα της είχε καταστεί εξαιρετικά λεπτό και δεν δύνατο να διενεργηθούν νέες επεμβάσεις. Ως εκ τούτου, το Δικαστήριο αναγνώρισε ότι οι εναγόμενοι έχουν υποχρέωση να καταβάλουν, σε ολόκληρο ο καθένας, στην ενάγουσα το ποσό των τριάντα χιλιάδων ευρώ με το νόμιμο τόκο από την επίδοση της αγωγής μέχρι την εξόφληση.

#### 6.2.19 Απόφαση 1227/2018 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ

Η εν λόγω απόφαση των ελληνικών Δικαστηρίων διαφοροποιείται από αποφάσεις όπως οι ΑΠ 1226/2007 & 687/2013 που αναλύονται ανωτέρω, καθώς αποτελεί εξαίρεση από τη νομολογία σχετικά με την αδικοπρακτική ευθύνη της ιδιωτικής κλινικής από σχέση πρόσκτησης, χωρίς να έρχεται σε πλήρη αντίθεση με αυτές, καθώς καταλήγει στην απόφαση αυτή για διαφορετικούς λόγους και πραγματικά περιστατικά που εκτίθενται λεπτομερώς στο σκεπτικό αυτής.

Η ενάγουσα διεγνώσθη από τον αρχικώς εναγόμενο ιατρό (η αγωγή επαναφέρθηκε με κλήση κατά των κληρονόμων του ιατρού λόγω θανάτου αυτού) με ινομύωμα μήτρας και υπεβλήθη από τον ίδιο σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης μήτρας στις εγκαταστάσεις της καθ' ης η κλήση – εναγόμενης ιδιωτικής κλινικής. Κατά τη μετεγχειρητική επίσκεψη της ενάγουσας στο ιδιωτικό ιατρείο του αρχικώς εναγόμενου ιατρού, εκείνος τη διαβεβαίωσε για την καλή έκβαση της επέμβασης και για την μη ύπαρξη περεταίρω προβλημάτων σύμφωνα με τις ιστολογικές εξετάσεις της ασθενούς. Ύστερα από την επανεμφάνιση παρόμοιων συμπτωμάτων που είχε πριν από την εγχείρηση η ενάγουσα επισκέφθηκε έναν άλλο ιατρό μαιευτήρα χειρουργό-γυναικολόγο, ο οποίος ζήτησε να λάβει γνώση του πορίσματος της ιστολογικής εξέτασης της μήτρας που είχε διενεργηθεί μετά την προηγούμενη επέμβαση και προέβη στη διενέργεια νέων εξετάσεων, μετά των οποίων η ενάγουσα πληροφορήθηκε περί του πορίσματος της ιστολογικής εξέτασης, σύμφωνα με το οποίο έπασχε από ενδομητρικό στρωματικό σάρκωμα χαμηλής κακοήθειας. Λόγω της επιπλοκής που παρουσίασε μετεγχειρητικά, νοσηλεύτηκε σε άλλη ιδιωτική κλινική, όπου διενεργήθηκαν νέες εξετάσεις και εν συνεχεία άρχισε να υποβάλλεται σε εντατικό σχήμα χημειοθεραπείας. Η επιδείνωση της υγείας της ενάγουσας οφείλεται σε

αμέλεια του αρχικώς εναγόμενου ιατρού, διότι δεν υπέβαλε την ασθενή σε ειδικότερες διαγνωστικές εξετάσεις ώστε να διαπιστώσει την ασθένεια από την οποία έπασχε και δεν της συνέστησε να υποβληθεί σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Εξαιτίας της διαβεβαίωσης ότι η ιστολογική εξέταση ήταν ελεύθερη παθολογικών ευρημάτων, η ενάγουσα ασθενής δεν έλαβε μετεγχειρητικά καμία θεραπεία, ενώ σε καμία περίπτωση δεν της συνέστήθη να υποβάλλεται σε τακτικές εξετάσεις για παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου της. Η παραβίαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης στέρησε στην ενάγουσα ασθενή τη δυνατότητα αντιμετώπισης της νόσου *lege artis*, η οποία θα οδηγούσε ουσιαστικά σε ίαση. Όπως αποδείχθηκε, οι παράνομες και υπαίτιες ενέργειες και παραλείψεις του αρχικώς εναγόμενου ιατρού που επέφεραν τις δυσμενείς συνέπειες στην υγεία της ενάγουσας δεν έγιναν κατά την εκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης, η οποία του είχε ανατεθεί από την εναγομένη ιδιωτική κλινική, αλλά σε χρόνο μεταγενέστερο αυτής, και συγκεκριμένα κατά την επίσκεψη της ενάγουσας στο ιδιωτικό ιατρείο που ο αρχικώς εναγόμενος ιατρός διατηρούσε. Όπως καταλήγει στο σκεπτικό της η απόφαση του Δικαστηρίου: *«Επομένως, μεταξύ των ζημιογόνων ενεργειών και παραλείψεων του αρχικώς εναγομένου ιατρού και της υπηρεσίας που ανατέθηκε σε αυτόν από την εναγομένη ιδιωτική κλινική, δεν υπάρχει εσωτερική συνάφεια, υπό την έννοια ότι η εν λόγω αδικοπραξία θα ήταν δυνατό να υπάρξει και χωρίς την πρόσθησή καθώς και ότι η τελευταία δεν αποτέλεσε το αναγκαίο μέσο για την τέλεση της αδικοπραξίας. Κατόπιν αυτών, η υπό στοιχείο 4 εναγομένη δεν ευθύνεται αντικειμενικά, σύμφωνα με το άρθρο 922 ΑΚ, λόγος για τον οποίο η αγωγή πρέπει να απορριφθεί ως προς αυτή.»*

#### 6.2.20 Απόφαση 655/2019 ΑΠ ΤΝΠ ΤΕΤΡΑΒΙΒΛΟΣ ΝΟΜΟΠΑΙΔΕΙΑ

Πρόκειται για νομολογιακό παράδειγμα σχετικά με την αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού προς αποζημίωση ή (και) προς ικανοποίηση ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 298, 299, 330 εδ. β, 914 και 932 ΑΚ, στο οποίο, όμως, παρά τη δυσμενή μετεγχειρητική εξέλιξη της υγείας του ενάγοντος, δεν μπορεί αυτή να αποδοθεί σε ιατρικό σφάλμα, αλλά οφείλεται σε γνωστή επιπλοκή σε ανάλογες επεμβάσεις, η οποία δεν μπορεί ούτε να προληφθεί ούτε να αποκλειστεί με οποιονδήποτε τρόπο.

Σύμφωνα με τα όσα δέχθηκε το Εφετείο ο αναιρεσείων – ενάγων, αφού διενεργήθηκαν οι απαραίτητες προεγχειρητικές εξετάσεις, υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση βουβωνοκήλης άμφω, η οποία διήρκησε περισσότερο από το αναμενόμενο, διότι ο εναγόμενος χειρουργός ιατρός αντιμετώπισε και προϋπάρχουσα ίνωση οφειλόμενη σε προγενέστερη επέμβαση και ένα αιμορραγούν αγγείο. Στη συνέχεια ο ασθενής εξήλθε σε καλή κατάσταση από την ιδιωτική

κλινική όπου νοσηλευόταν και του χορηγήθηκε αντιβίωση και παυσίπονα. Παρά ταύτα, μετά από έναν μήνα εμφανίστηκε οίδημα στο πόδι και ο αναιρεσειών υπεβλήθη αυθημερόν σε μαγνητική τομογραφία και μετά από μία εβδομάδα σε άμεση διενέργεια αποκαταστατικής επεμβάσεως από αγγειοχειρουργό ιατρό. Παρ' όλα αυτά, ο αναιρεσειών δεν επανήλθε, διότι ανέπτυξε μόνιμο μεταθρομβωτικό σύνδρομο, σωματική βλάβη, η οποία, όμως, δεν οφείλετο σε ιατρικό σφάλμα συνεπεία πλημμελούς ιατρικής συμπεριφοράς, καθώς η ιατρική σύσταση και η χειρουργική επέμβαση ήταν η ενδεδειγμένη σύμφωνα με του κανόνες της ιατρικής επιστήμης και ο θεράπων ιατρός έλαβε υπ' όψιν του τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς και εφήρμοσε τις κατευθυντήριες οδηγίες (guide lines), σύμφωνα με τις οποίες «*προκειμένου περί ασθενούς νέου που δεν είναι παχύσαρκος, δεν έχει ιστορικό φλεβικής θρομβώσεως ή θρομβοφιλίας (όπως πράγματι συνέβαινε στην περίπτωση του κυρίως ενάγοντος, ο οποίος όταν χειρουργήθηκε ήταν 37 ετών), δεν χορηγείται προληπτική αντιπηκτική αγωγή, η οποία χορηγείται μεν προς αποφυγή εγκαταστάσεως θρομβώσεως εφόσον υπάρχουν τέτοιες ενδείξεις, άλλως δεν χορηγείται, διότι από μόνη της δεν είναι άμοιρη προβλημάτων, δεδομένου ότι μπορεί να προκαλέσει ένα, σπάνιο μεν, πλην θανατηφόρο σύνδρομο*»

Ενδιαφέρον στοιχείο στην παρούσα απόφαση αποτελεί ότι ο ασθενής ενημερώθηκε γενικά για πιθανές επιπλοκές – άμεσες και αψότερες – που μπορεί να προκύψουν, όχι όμως ειδικώς για την πιθανή επιπλοκή της φλεβικής θρομβώσεως στην δεξιά κοιλία του ασθενούς, γεγονός, όμως που δεν αρκούσε για την μη πλήρωση των προϋποθέσεων περί ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς, εφόσον δεν προκύπτει ότι εάν ο ασθενής είχε ενημερωθεί ειδικά για την πιθανή επιπλοκή της φλεβικής θρομβώσεως δεν θα συναινούσε να υποβληθεί στην εν λόγω χειρουργική επέμβαση.

#### 6.2.21 Απόφαση 1075/2019 ΑΠ ΤΝΠ ΤΕΤΡΑΒΙΒΛΟΣ ΝΟΜΟΠΑΙΔΕΙΑ

Η υπ' αριθ. 1075/2019 απόφαση του Αρείου Πάγου αντιμετώπισε ένα ζήτημα αδικοπρακτικής ευθύνης ιατρού, ο οποίος έδωσε λανθασμένη εντύπωση στην ασθενή του, κατά τη διενέργεια επαναληπτικών εξετάσεων, ότι η ασθένειά της είχε επανέλθει, με αποτέλεσμα η ενάγουσα – ασθενής να καταπέσει ψυχολογικά.

Αναλυτικότερα, το Εφετείο δέχθηκε ότι η ενάγουσα – ασθενής διαγνώσθηκε με καρκίνο στον αριστερό της μαστό, και ως εκ τούτου υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση μερικής μαστεκτομής και στη συνέχεια έλαβε θεραπευτική αγωγή με ακτινοβολίες και φαρμακευτική αγωγή. Ένα έτος μετά από τη χειρουργική επέμβαση, η ασθενής παρεπέμφθη για εξέταση

μαστογραφίας και στους τους δύο μαστούς σε διαγνωστικό κέντρο, της οποίας η γνωμάτευση είχε ως εξής: «Μαστοί χωρίς επιπρόσθετες σκιάσεις υπό την έννοια της ογκόμορφου εξεργασίας. Δεν παρατηρούνται παθολογικά συρρέουσες μικροαποτιτανώσεις. Φυσιολογική η απεικόνιση των θηλών και το πάχος του δέρματος. Δεν παρατηρούνται παθολογικά διογκωμένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Σημειολογία ενδεικτική κακοήθους βλάβης δεν παρατηρείται. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εξέταση χωρίς ευρήματα κακοηθείας. Σε σύγκριση με προηγούμενο μαστογραφικό έλεγχο δεν παρατηρείται αξιόλογη μεταβολή της μαστογραφικής εικόνας». Παρά το γεγονός ότι από το περιεχόμενο της γνωμάτευσης μπορεί εύκολα κάποιος να συμπεράνει την έλλειψη κακοηθείας, η τελευταία περίοδος του συμπεράσματος ήταν ικανή, σύμφωνα με την αναιρεσείουσα – ενάγουσα, για να της προκαλέσει την ακλόνητη πεποίθηση ότι ο καρκίνος εξακολουθούσε να υφίσταται και πιθανώς να είχε εξαπλωθεί και στα υπόλοιπα ζωτικά όργανά της, παρά την επέμβαση και την ψυχοφθόρα φαρμακευτική αγωγή που ελάμβανε. Επιπροσθέτως, η αναιρεσείουσα δεν καθησυχάστηκε ούτε όταν επικοινωνήσε τηλεφωνικά με τον θεράποντα ιατρό της και εναγόμενο, ο οποίος τη διαβεβαίωσε ότι δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας και ότι εκ παραδρομής προσετέθη η τελευταία περίοδος από σφάλμα του υπαλλήλου της γραμματείας του διαγνωστικού κέντρου ούτε όταν ο θεράπων ιατρός της διέγραψε χειρόγραφα την τελευταία αυτή φράση κατά την επίσκεψη του μνηστήρα της αναιρεσείουσας στο διαγνωστικό κέντρο για να ζητήσει διευκρινίσεις σχετικά με τις εξετάσεις. Το Δικαστήριο του Αρείου Πάγου απέρριψε την αίτηση αναιρέσεως της παθούσας, καθώς η περί ης ο λόγος αμελής και παράνομη συμπεριφορά του πρώτου αναιρεσιβλήτου θεράποντος ιατρού δεν προκάλεσε ηθική βλάβη στην αναιρεσείουσα, διότι πρώτη πρόταση του συμπεράσματος της γνωμάτευσης είναι σαφέστατη και εύκολα κατανοητή από οποιονδήποτε μέσο άνθρωπο που δεν φέρει την ιδιότητα του ιατρού και η επίμαχη φράση στην γνωμάτευση δεν αποτέλεσε περιεχόμενο της διάγνωσης του πρώτου αναιρεσιβλήτου, με την έννοια της εσφαλμένης εκτίμησης των ευρημάτων της ψηφιακής μαστογραφίας της ενάγουσας, αλλά τέθηκε από παραδρομή από υπάλληλο της γραμματείας. Επομένως, η δημιουργούμενη αντίφαση μεταξύ του αρχικού συμπεράσματος της γνωμάτευσης και της ως άνω επίμαχης φράσης ήταν ευχερές να διαπιστωθεί από οποιονδήποτε ιατρό και κυρίως από το θεράποντα ιατρό της αναιρεσείουσας, τελικό αποδέκτη της γνωμάτευσης, ο οποίος πράγματι κατανόησε ότι η μαστογραφία δεν έδειξε μη φυσιολογικές αλλοιώσεις στους μαστούς. Συνεπώς, το Δικαστήριο καταλήγει ότι δεν υφίσταται αδικοπρακτική συμπεριφορά του εναγομένου ιατρού.

## 6.2.22 Απόφαση 864/2020 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

Με την πολύ πρόσφατη απόφαση του Αρείου Πάγου υπ' αριθ. 864/2020 κρίθηκε ότι αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού προκύπτει και σε περίπτωση ζημίας που υπέστη ο ασθενής εξαιτίας αμέλειας, έστω και ελαφράς, του ιατρού, εφόσον κατά την παροχή των ιατρικών του υπηρεσιών παραβίασε την υποχρέωσή του να εκτελεί τα καθήκοντά του τηρώντας τους θεμελιώδεις κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ειδικότερα, το σκεπτικό της απόφασης αναφέρει ότι αμέλεια, ως μορφή υπαιτιότητας, υφίσταται όταν *«εξαιτίας της παράλειψης του δράστη να καταβάλει την επιμέλεια του μέσου συνετού και επιμελούς εκπροσώπου του κύκλου δραστηριότητας του, θα ήταν δυνατόν να αποτραπεί η επέλευση του γεγονότος που προκάλεσε τη ζημία, αυτός «(δράστης)» είτε δεν προέβλεψε ότι θα επέλθει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, είτε προέβλεψε την πιθανότητα να επέλθει αυτό, είχε όμως την ελπίδα ότι θα το αποφύγει.»* Επιπροσθέτως, αιτιώδης συνάφεια υπάρχει όταν η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά που επέδειξε ο δράστης μπορούσε, με βάση τις παραδοχές της κοινής πείρας, σύμφωνα με τη συνήθη πορεία των πραγμάτων να προκαλέσει τη ζημία που πράγματι προκάλεσε στην εν λόγω υπόθεση. Περαιτέρω, όπως κρίθηκε από το δικαστήριο, εφόσον συντρέχουν οι ανωτέρω προϋποθέσεις, θεμελιώνεται η αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού για τη ζημία που προκάλεσε αυτός κατά τις παρεχόμενες ιατρικές του υπηρεσίες. Μάλιστα, το δικαστήριο έκρινε ότι ο υπαίτιος ιατρός υπέχει νόθο αντικειμενική ευθύνη, καθώς η αδικοπρακτική του ευθύνη για τη ζημία που υπέστη ο ασθενής κατά την παροχή σε αυτόν των ιατρικών υπηρεσιών του ιατρού εντάσσεται στο ρυθμιστικό πλαίσιο του άρθρου 8 ν. 2251/1994 “ για την προστασία των καταναλωτών”, εφόσον και ο ιατρός προσφέρει τις ιατρικές του υπηρεσίες με τρόπο ανεξάρτητο, δηλαδή «δεν υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του ασθενούς, αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει ο ίδιος τον τρόπο της παροχής των υπηρεσιών του».

Η ενάγουσα, η οποία ήταν χρόνια χρήστης φακών επαφής, ενόψει του ότι ο αριστερός της οφθαλμός εμφάνισε ερυθρότητα, αίσθηση ξένου σώματος και δακρύρροια, επισκέφθηκε το ιδιωτικό ιατρείο του πρώτου εναγομένου χειρουργού – οφθαλμιάτρου, ο οποίος διέγνωσε ότι πάσχει από επιπεφυκίτιδα και της χορήγησε κολλύριο αντιβίωσης – κορτικοειδούς. Επειδή τα συμπτώματα επέμεναν, η ενάγουσα μετέβη εκ νέου στο ιατρείο του, και εκείνος της συνέστησε να συνεχίσει τη χρήση του κολλυρίου και συγχρόνως να κρατά τον οφθαλμό της κλειστό με επιθέματα οφθαλμικής γάζας, την οποία θα άλλαζε ο ίδιος κατά την επίσκεψή της στο ιατρείο του. Πράγματι, η ενάγουσα τον επισκέφτηκε έξι φορές σε διάστημα περίπου δύο εβδομάδων, χωρίς όμως να διαπιστώσει βελτίωση της κατάστασής της, αλλά αντιθέτως επιδείνωση. Η ενάγουσα αποφάσισε να αλλάξει ιατρό και μετέβη στο ιδιωτικό ιατρείο του δεύτερου

εναγομένου – οφθαλμίατρου, ο οποίος της χορήγησε επίσης θεραπευτικό σχήμα αντιβίωσης και κορτικοειδές, το οποίο ενδείκνυται για επιπεφυκίτιδα, θεραπεία που η ενάγουσα ακολούθησε για περίπου μία εβδομάδα χωρίς αποτέλεσμα, και για τον λόγο αυτό επισκέφθηκε οφθαλμιατρική κλινική ενός δημοσίου νοσοκομείου, όπου διεγνώσθη ότι πάσχει από κερατίτιδα, η οποία προκλήθηκε από το μικρόβιο της ακανθαμοιβάδας. Η ενάγουσα νοσηλεύτηκε στο εν λόγω νοσοκομείο όπου ακολούθησε θεραπευτική αγωγή και εξήλθε μετά από δέκα ημέρες οπότε και της συνεστήθη τακτική παρακολούθηση από τους ιατρούς του νοσοκομείου. Παρά ταύτα, ήταν αδύνατο να αποτραπεί η καταστροφή του κερατοειδούς του αριστερού οφθαλμού της ασθενούς και υπεβλήθη σε σειρά ανεπιτυχών επεμβάσεων προς διάσωση της οράσεώς της. Ύστερα από τρία χρόνια η ενάγουσα υπεβλήθη σε δεύτερη μεταμόσχευση κερατοειδούς, αλλά η οπτική οξύτητα του βλαβέντος οφθαλμού παρέμεινε σε υπερβολικά χαμηλά επίπεδα, και συγκεκριμένα η αντίληψη φωτός ήταν χαμηλότερη του 1/20.

Ενδιαφέρον για την υπαιτιότητα των εναγόμενων παρουσιάζει η έκθεση του πραγματογνώμονα σχετικά με την lege artis εξετάσεις εξετάσεις σε ιδιωτικό οφθαλμολογικό γραφείο για λοιμώξεις της οφθαλμικής επιφάνειας και συγκεκριμένα: «Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής εξετάζεται σε ιδιωτικό ιατρείο και για λοιμώξεις της οφθαλμικής επιφάνειας, δικαιολογείται η χορήγηση εμπειρικής θεραπείας (ήτοι, χωρίς ταυτοποίηση του υποκείμενου αιτίου), όπως των ευρέως φάσματος αντιβιοτικών κολλυρίων (πχ επί οξείας επιπεφυκίτιδας με πυώδεις εκκρίσεις ή μονήρους, μικρής έκτασης έλκους κερατοειδούς μικροβιακής μορφολογίας) ή των μεικτών κολλυρίων αντιβιοτικού - κορτικοειδούς (πχ επί οξείας επιπεφυκίτιδας με θυλακίωδη αντίδραση, ενδεικτική ενδεχόμενης ιογενούς προσβολής). Η εμπειρική αγωγή οφείλει να ανταποκρίνεται στο λεγόμενο θεραπευτικό κριτήριο, δηλαδή να συνεχίζεται για βραχύ χρονικό διάστημα και με την προϋπόθεση ότι διαπιστώνεται σαφής ανταπόκριση της νόσου, κλινική βελτίωση και πορεία προς ίαση. Σε διαφορετική περίπτωση, η εμπειρική θεραπεία διακόπτεται και η οφειλόμενη ενέργεια είναι ο ειδικός διαγνωστικός-εργαστηριακός έλεγχος για την ταυτοποίηση του υπαίτιου μικροοργανισμού» Επομένως, οι εναγόμενοι υπέπεσαν σε ιατρικό σφάλμα, διότι από τα αρχικά συμπτώματα που εμφάνιζε η ενάγουσα, δεν μπορούσε να διαπιστωθεί από τους εναγόμενους, κατά την κλινική εξέτασή της στο ιδιωτικό τους ιατρείο, ότι επρόκειτο για κερατίτιδα, καθώς τα συμπτώματα τόσο της επιπεφυκίτιδας και της κερατίτιδας μοιάζουν στο αρχικό στάδιο εκδήλωσής τους. Όμως, όσον αφορά στον πρώτο εναγόμενο, αφού χορήγησε φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της επιπεφυκίτιδας και μετά από διάστημα περίπου δέκα ημερών δεν διαπιστώθηκε βελτίωση, αλλά αντίθετα η κατάσταση του οφθαλμού της ενάγουσας χειροτέρευσε, όφειλε να υποπτευθεί ότι σίγουρα εκείνη δεν πάσχει από επιπεφυκίτιδα, αλλά πιθανότατα από κερατίτιδα και να την παραπέμψει για περαιτέρω πιο εξειδικευμένες εξετάσεις. Η θέση αυτή ενισχύεται και από το γεγονός, ότι η ενάγουσα, φορούσε επί σειρά ετών φακούς επαφής, οπότε είχε αυξημένο κίνδυνο

να προσβληθεί από ακανθαμοιβάδα (80% των περιπτώσεων κερατίτιδας από ακανθαμοιβάδα εμφανίζεται στους χρήστες φακών επαφής). Επίσης, ο ορισθείς πραγματογνώμονας αναφέρει ότι τα επιθέματα με γάζες τα οποία εφήρμοσε ο πρώτος εναγόμενος ιατρός δεν ενδείκνυται για τη συγκεκριμένη μόλυνση. Εν όψει των ανωτέρω εκτεθέντων το Δικαστήριο κατέληξε στην κρίση ότι το Εφετείο δεν παραβίασε ευθέως ούτε εκ πλαγίου, αλλά ορθώς ερμήνευσε και εφήρμοσε τις προαναφερθείσες διατάξεις των άρθρων 914, 330, 932, 937 ΑΚ, 24 ν.1565/1939 και 8 ν.2251/1994 επιδικάζοντας αποζημίωση υπέρ της ενάγουσας, διότι αν οι εναγόμενοι είχαν μεριμνήσει για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, η ενάγουσα θα είχε πιθανότατα θεραπευτεί πλήρως. Το Δικαστήριο θεωρεί, μάλιστα, ότι *«οι lege artis ενέργειες ενός ιδιώτη οφθαλμίατρου και εν προκειμένω των εναγομένων, θα ήταν η επαγρύπνηση για το ενδεχόμενο ανάπτυξης αυτού του είδους κερατίτιδας σε ασθενείς που κάνουν χρήση φακών επαφής και δη της ενάγουσας και η άμεση παραπομπή της σε ειδικό τμήμα κερατοειδούς- προσθίου ημιμορίου τριτοβάθμιου νοσοκομείου, μόλις η όποια εμπειρική θεραπεία δείχνει να μην αποδίδει, και παρουσιάζει επιδείνωση μετά από ένα εύλογο διάστημα 1 έως 2 εβδομάδων, ανεξαρτήτως εάν η κλινική εικόνα προσομοιάζει με επιπεφυκίτιδα, κερατίτιδα ή κερατοπάθεια.»*.

### 6.3 Συμπεράσματα βου Κεφαλαίου

Μέσα από την παρουσίαση ποικίλων δικαστικών αποφάσεων των ελληνικών Δικαστηρίων επετεύχθη η σύνδεση της νομοθεσίας με τη νομολογία κατά τα τελευταία είκοσι πέντε περίπου έτη. Η συνεχής ενασχόληση των Δικαστηρίων με υποθέσεις Ιατρικού Δικαίου δημιουργεί όλο και πιο παγιωμένες αντιλήψεις σχετικά με το τι μπορεί να θεωρηθεί ιατρικό σφάλμα, αλλά και πώς μπορεί να στοιχειοθετηθεί η ευθύνη των ιατρών και των ιδιωτικών κλινικών, ξεκαθαρίζοντας και ερμηνεύοντας έννοιες του Ιατρικού Δικαίου, που μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν ασαφείς και έχρηζαν περεταίρω ανάλυσης. Η προσφυγή στα ελληνικά Δικαστήρια για την κρίση περί ιατρικής ευθύνης κρίνεται απαραίτητη, όχι με σκοπό την τιμωρία των ιατρών και των ιδιωτικών κλινικών ή την επιδίκαση υψηλών αποζημιώσεων, αλλά γιατί με τον τρόπο αυτόν διαπιστώνονται οι παθογένειες του συστήματος υγείας και τοιουτοτρόπως αναδεικνύονται οι τρόποι βελτίωσης της λειτουργίας του.

Ένας προβληματισμός που γεννάται, συνήθως από τους ίδιους τους ιατρούς, σχετικά με την ορθότητα της δικαστική κρίσης είναι το γεγονός ότι ναι μεν οι υποθέσεις πρέπει να κρίνονται από τους δικαστές, όμως οι δικαστές δεν είναι ειδικοί και δεν γνωρίζουν τις λεπτομέρειες της ιατρικής επιστήμης, αλλά αποκτούν εμπειρικά ελάχιστη γνώση, συγκριτικά με τους ιατρούς, κατά την ενασχόλησή τους με ιατρικές υποθέσεις. Οι δικαστές έχουν στα χέρια τους εργαλεία

για τον σχηματισμό δίκαιης κρίσης νομικά και ιατρικά, καθώς δύνανται να διατάξουν δικαστική πραγματογνωμοσύνη για την αποσαφήνιση κάθε ασάφειας και μπορούν να αξιοποιούν και τα ιατρικά πρωτόκολλα που εκδίδονται από τις ιατρικές οργανώσεις και τους ιατρικού συλλόγους σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.

#### 6.4 Συγκεντρωτική κατάσταση νομολογίας του κεφαλαίου

- 1) 10933/1997 ΔΤρΠρΑθ
- 2) 1226/2007 ΑΠ
- 3) 1227/2007 ΑΠ
- 4) 1362/2007 ΑΠ
- 5) 75/2009 ΠολΠρΑθ
- 6) 66/2010 ΠΠρΑθ
- 7) 73/2010 ΕφΛαρ
- 8) 181/2011 ΑΠ
- 9) 424/2012 ΑΠ
- 10) 687/2013 ΑΠ
- 11) 1009/2013 ΑΠ
- 12) 12941/2014 ΠολΠρΘεσσ & 1954/2017 ΕφΘεσσ
- 13) 318/2015 ΕφΘεσσ
- 14) 427/2015 ΑΠ
- 15) 453/2015 ΠΠρΑθ
- 16) 169/2016 ΠολΠρΑθ
- 17) 8947/2017 ΠολΠρΘεσσ
- 18) 296/2018 ΕφΑθ
- 19) 1227/2018 ΠΠρΑθ
- 20) 655/2019 ΑΠ
- 21) 1075/2019 ΑΠ
- 22) 864/2020 ΑΠ



## 7<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Συμπεράσματα

Το ζήτημα της αστικής ιατρικής ευθύνης των ιδιωτικών κλινικών αποτέλεσε αντικείμενο επεξεργασίας, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε νομολογιακό επίπεδο. Στην ελληνική νομολογία συναντάται σωρεία δικαστικών αποφάσεων που αφορούν υποθέσεις αστικής ιατρικής ευθύνης. Σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό αυτών των αποφάσεων, εναγόμενοι είναι ο θεράπων ιατρός και η προστήσασα ιδιωτική κλινική.

Οι νόμοι περί αστικής ιατρικής ευθύνης αποτελούν τη βάση για την προστασία των ασθενών από την παραβίαση του δικαιώματός τους στην υγεία. Επιπλέον, διασφαλίζουν την τιμωρία των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας που παραβαίνουν είτε από βαριά είτε από ελαφριά αμέλεια τα επαγγελματικά τους καθήκοντα, αλλά και την ανάδειξη των προβληματικών καταστάσεων που επικρατούν στον χώρο της υγείας, ώστε να βελτιωθούν.

Είναι αλήθεια ότι, τουλάχιστον στον ελλαδικό χώρο, ο ασθενής θα προτιμήσει την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μια ιδιωτική κλινική παρά σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, καθώς οι συνθήκες παραμονής και νοσηλείας σε μία ιδιωτική κλινική απέχουν κατά πολύ από τις συνθήκες που επικρατούν στα δημόσια νοσοκομεία, χωρίς να συμβαίνει το ίδιο με την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών.

Το ερώτημα που τίθεται αφορά στο αν οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, που είναι άλλωστε και το ζητούμενο εν προκειμένω, ανταποκρίνονται στις υψηλές προσδοκίες των ασθενών που καταφεύγουν σε ιδιωτικές κλινικές προσδοκώντας την ταχύτερη και ευκολότερη ίασή τους. Ιατρικά σφάλματα λαμβάνουν χώρα σε μεγάλο βαθμό και για τον λόγο αυτόν υπάρχει και η τάση να αυξάνονται οι μηνύσεις και οι αγωγές κατά των ιατρών πανελληνίως. Καλλιεργείται μία αίσθηση ότι έχει γίνει επικίνδυνη η άσκηση της ιατρικής επιστήμης και πολλές φορές να αμφισβητείται η επαγγελματική επάρκεια των ιατρών, μία λογική αρκετά επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία. Παρατηρούμε φαινόμενα, κατά τα οποία ένας ιατρός σύρεται στα Δικαστήρια για περιπτώσεις όπου ένας ασθενής καταλήγει ή υπόκειται βλάβη λόγω πιθανών επιπλοκών ή παρενεργειών από φαρμακευτικά σκευάσματα, περιπτώσεις για τις οποίες ο ιατρός δεν θα μπορούσε να φέρει ευθύνη. Το γεγονός αυτό από μόνο του δεν αποτελεί πρόβλημα, όμως, αυτό που προβληματίζει είναι η ραγδαία αύξηση μηνύσεων και αγωγών που, όπως είναι πλέον κοινό μυστικό, συνήθως δεν στοχεύουν στην τιμωρία των ιατρών αλλά στην αποζημίωση των παθόντων ή (και) των συγγενών αυτών.

Η αύξηση των μηνύσεων και των αγωγών για ιατρικά σφάλματα έχει διάφορες επιπτώσεις στον χώρο της υγείας με προεκτάσεις στην κοινωνία. Σχεδόν όλοι οι ιατροί που εργάζονται σε ιδιωτικές κλινικές ή ως αυτοαπασχολούμενοι σε ιδιωτικό ιατρείο είναι ασφαλισμένοι για ποσά άνω των 400.000 ευρώ, ποσό που βαίνει ολοένα και αυξανόμενο. Πολύ σημαντική επίπτωση σε όλους τους τομείς αποτελεί η γέννηση και εδραίωση της λεγόμενης «αμυντικής ιατρικής». Οι ιατροί, προς αποφυγή μηνύσεων και αγωγών εξαντλούν κάθε ενδεχόμενο, το οποίο με μία πρώτη ματιά φαίνεται καλό, αλλά η μη ύπαρξη μέτρου οδηγεί στην υπερσυνταγογράφηση η οποία εκτός από την υπέρμετρη επιβάρυνση των δημοσίων ταμείων μέσω της συμμετοχής του Δημοσίου στη διενέργεια εξετάσεων και την αγορά φαρμάκων από τους ασθενείς, προκαλεί νέα προβλήματα στη δημόσια υγεία, όπως η αύξηση των ανθεκτικών βακτηρίων από την υπερβολική χρήση αντιβιοτικών.

Όλες οι ειδικότητες του ιατρικού κλάδου οφείλουν και πρέπει να σέβονται και να τηρούν τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, και σε συνεργασία με τις ιδιωτικές κλινικές στις οποίες εργάζονται να δημιουργούν σταδιακά ολοένα και πιο ιδανικές συνθήκες περίθαλψης και νοσηλείας.

## Βιβλιογραφία

### Α) Ελληνική βιβλιογραφία

- Αναπλιώτη –Βαζαίου Ειρ., (1993) Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου.
- Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Αρχανιωτάκης Η., (1989) Η αστική ευθύνη του νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου, Ερμηνευτική ένταξη της ΑΚ71 στο γενικό σύστημα ευθύνης του Κώδικα, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη.
- Βαθρακοκόιλης Β. (1989), Αναλυτική Ερμηνεία, Νομολογία Αστικού Κώδικα, τομ.Α΄.
- Βαθρακοκόιλης Μ. (2006).ΕΡΝΟΜΑΚ, Ερμηνεία Νομολογία Αστικού Κώδικα (κατ' άρθρο), Τόμος Γ΄, Ημιτόμος Γ΄ Ειδικό Ενοχικό άρθρα 741-946, Αθήνα.
- Βαρελά Μάνθα, (2008) Η ασφάλιση της αστικής ευθύνης των μελών της διοίκησης Α.Ε., Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Βοζίκης Αθανάσιος/Ρήγα Μαρίνα, Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα : Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων. Κοινωνία Οικονομία και Υγεία 2/2008, σελ. 22-44 (Online). Διαθέσιμο από τοSociety-EconomyHealth: [http://www.society-economy-health.gr/extra/archive/issue\\_2/02.pdf](http://www.society-economy-health.gr/extra/archive/issue_2/02.pdf)
- Γεωργιάδης Α. (1999). Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος. Σάκκουλας, Αθήνα
- Γεωργιάδης Α. (2002). Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου, 3η έκδοση,
- Γεωργιάδης Α (2003)., Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, Τόμος Ι, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη.
- Γεωργιάδης Α. (2007). Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, Τόμος ΙΙ, εκδόσεις Σάκκουλα ,Αθήνα
- Γεωργιάδης Α. – Σταθόπουλος Μ., (2016) Αστικός Κώδικας, Γενικές Αρχές, Τόμος Ια άρθρα 1 – 126, έκδοση 2η, Π.Ν. Σάκκουλας
- Δέλλιος, Γ. (2013) Γενικοί Όροι Συναλλαγών, 2η έκδ .
- Δελούκα – Ιγγλέση Κ. (2014, Δίκαιο του Καταναλωτή. Ενωσιακό και Ελληνικό, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 1, (2006). Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ν.3418/2005: Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση), Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής (2007) Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Ζωγοπούλου Λ. (2014). Προσβολή προσωπικότητας: Προϋποθέσεις και απορρέουσες αξιώσεις.

Καλαμπούκα-Γιαννοπούλου Π. (2011). Η προστασία του ασθενούς ως καταναλωτή. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα

Κανελλοπούλου- Μπότη Μ., (1999). Εισήγηση στο Σεμινάριο Ευρωπαϊκής Ομάδας για την Ποινική Δικαιοσύνη, υπό την αιγίδα της γενικής γραμματείας έρευνας και τεχνολογίας, 3.6.1999, Κέρκυρα, ‘Structuring the Issues in Euthanasia’.

Καράκωστας Ι., Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, Αρμ 1994, 15 - Καράκωστας Ι., Προστασία του Καταναλωτή ν. 2251/1994, 2002

Καρακώστας Ι. (2008). Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή, Νομική Βιβλιοθήκη

Καρακώστας Ι. (2016). Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή, ν. 2251/1994, Ερμηνεία – Νομολογία – Πρακτική Εφαρμογή, 3η έκδοση, Νομική Βιβλιοθήκη

Καράσης Μ. (1990). Οφειλή εις ολοκληρον, Ι, Η έννοια, Β' έκδοση, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη

Καράσης Α. (1996) Εγχειρίδιο Γενικών Αρχών του Αστικού Δικαίου, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.

Κιάντος Β. ( 2003) Ασφαλιστικό Δίκαιο, 8η έκδοση, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Κλαμαρής Νικόλαος- Κουσούλης Στέλιος (2008). Αστικό Δικονομικό Δίκαιο (Παραδόσεις), Γενική Εισαγωγή και διαδικασία στα Πρωτοβάθμια Δικαστήρια Ι, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή

Κορνηλάκης Π. (2002). Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, Τόμος Ι, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη

Κορνηλάκης (2005) Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, Τόμος ΙΙ, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα Θεσσαλονίκη.

Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο Ι, 2002, ΙΙ, 2005

Κότσιανος Σ (1976). Η Ιατρική Ευθύνη Αστική Ποινική, 2<sup>η</sup> έκδοση, Θεσσαλονίκη

Κρεμαλής Κωνσταντίνος (2011). Δίκαιο της Υγείας (1), Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα..

Κυράνου-Τσίπτσιου Σοφία, Ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Θεσσαλονίκη, 2014.

Μανωλεδάκης-Παρασκευόπουλος (2006), Εγχειρίδιο Ποινικού Δικαίου, Γενικό Μέρος, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Θεσσαλονίκη.

Μανωλιδάκη Ε. (2016). Προϋποθέσεις ευθύνης προστήσαντος από πταίσμα του προστηθέντος κατ' άρθρον 334 παρ. 1 ΑΚ

- Ματσακάς Α. (2017). Σχέση πρόσθησης, κατ' άρθρο 922 ΑΚ, μεταξύ κλινικής και ιατρού-εξωτερικού συνεργάτη αυτής.
- Μεράκου Κ., Δάλλα Α., Θεοδωρίδης Δ. (1999). Ιατρικό απόρρητο Οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (1948). [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=grk>
- Παπαχρίστου Θ., (2013) Ιατρική Δεοντολογία κατ' άρθρο ανάλυση του Νόμου 3418/2005, Επιμέλεια-Πρόλογος: Τ. Κ. Βιδάλης, Θ. Κ. Παπαχρίστου εκδόσεις Σάκκουλα
- Πελένη-Παπαγεωργίου Α. (2012), Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς
- Ρόκας Ι. (2007), Η πορεία προς το σύγχρονο ασφαλιστικό δίκαιο, 1984 – 2006, Αντ. Ν. Σάκκουλας
- Σπηλιωτόπουλος Επ., (1996), Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου Ι.
- Σπηλιωτόπουλος Επ., (1999) Βασικοί θεσμοί Δημοσιούπαλληλικού Δικαίου
- Σπηλιωτόπουλος, (2001) Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, εκδ. 11η, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Σπηλιωτόπουλος Χ. (2007), Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου εκδ. 12Η Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Σπυριδάκης, (2004) Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος
- Σταθόπουλος Μ, (2004) Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 4η έκδοση
- Σταθόπουλος Μ., (2004). Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Θεσσαλονίκη.
- Σπηλιωτόπουλος, Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, εκδ. 11η, 2001, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Τροκανάς Θ., (2010), Ιατρικό σφάλμα και ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από την δημοσιευμένη ελληνική νομολογία των πολιτικών δικαστηρίων της τελευταίας δεκαετίας σε: Η Ιατρική ευθύνη στην πράξη – Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, Νομική Βιβλιοθήκη
- Τσιρόγλου Ε. (2020), Η σύμβαση ιατρικής αγωγής, Νομικά Μελετήματα, Επιμέλεια: Ι.Σ. Σπυριδάκης, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., Αθήνα, 2020
- Τζίβα Ε. (2014), Ασφάλιση ιατρικής ευθύνης: έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης – ρήτρες occurrence (= ζημιογόνο περιστατικό) και claims made (=προβολή αξιώσεων), Νομική Βιβλιοθήκη
- Τόλης Κ. (2013), Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (ΑΣΤΙΚΗ – ΠΟΙΝΙΚΗ), Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου, Επιμορφωτικό σεμινάριο Εθνικής Σχολής Δικαστικών Λειτουργών, 28-29 Μαρτίου 2013, Θεσσαλονίκη, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα
- Φουντεδάκη Κ., (2004). Αστική ιατρική ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.
- Φουντεδάκη Κ., (2003). Αστική Ιατρική Ευθύνη. Γενική εισαγωγή, δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση, θεμελιώδεις έννοιες, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη

Φουντεδάκη Κ. (2003). Η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες στο Ελληνικό Δίκαιο (Άρθρο 8 ν. 2251/1994), [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.enas.gr/fountedaki1.pdf>

Φουντεδάκη Κ. (1992). Η αστική ιατρική ευθύνη μετά το ν. 251/1994. Κριτική Επιθεώρηση νομικής θεωρίας και πράξης

Φουντεδάκη Κ. (2018). Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης. Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη

Φράγκος Κων. (2019), Ιατρική Ευθύνη, Αστική-Ποινική-Πειθαρχική, σελ.95-96.

Φραγκουδάκη Ε. (2012), Ερμηνεία Κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας, 2012, Επιμέλεια: Λασκαρίδη Ε., Νομική Βιβλιοθήκη

Χατζηνικολάου- Αγγελίδου Ρ. (2004) Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Δίκαιο, σελ. 299-302

## B) Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler Calabresi G (1970) *The Cost of Accidents: A Legal and Economic Analysis* New Haven CT: Yale University Press

Carstens PA & Pearmain DL (2007) *Foundational Principles of South African Medical Law*, Durban: LexisNexis

Carstens PA, (1990) “The locality rule in medical practice” *De Rebus* 421

Carstens PA, (2008) “Judicial recognition of substandard medical treatment in South African public hospitals: the slippery slope of policy considerations and implications for liability in the context of criminal medical negligence”, *23 SA Public Law* 168

Carstens PA (2013) “Judicial recognition of the application of the maxim *res ipsa loquitur* to a case of medical negligence *Lungile Ntsele v MEC for Health, Gauteng Provincial Government* (unreported as yet, Case Number: 2009/52394 (GSJ) dated 24 October 2012)” *34 Obiter* 548

Carstens PA & Kok A, (2003) “An assessment of the use of disclaimers by South African hospitals in view of constitutional demands, foreign law and medico-legal considerations” *18 SA Public Law* 430

Dada MA & McQuoid-Mason DJ (eds) (2001) *Introduction to Medico-Legal Practice* Durban: Butterworths

Erasmus HJ & Gauntlett JJ (2004) ‘Damages’ in Joubert WA (ed) *The Law of South Africa* Durban: LexisNexis

Fielding H. (1966) Garrison, "History of Medicine" σελ.92-93, [Φιλαδέλφεια \(ΗΠΑ\)](#): W.B. Saunders Company.

Giesen D (1988) International Malpractice Law: A Comparative Study of Civil Liability Arising from Medical Care Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers

Gordon I, Turner R & Price TW (1953) Medical Jurisprudence Edinburgh: Livingston

International Labour Organisation (1999) Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing Geneva: International Labour Office

Kohn LT, Corrigan JM & Donaldson MS (eds) (2000) To Err Is Human: Building a Safer Health System Washington DC: National Academy Press

Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talskie AM, Sobocinski KA & Schiedermayer DL “A survey of sued and nonsued physicians and suing patients” (1989) 10 Archives of Internal Medicine 2190

Studdert DM & Brennan TA “No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention” (2001) 286 JAMA: The Journal of the American Medical Association 217

Studdert DM, Mello MM & Brennan TA “Medical Malpractice” (2004) 350 The New England Journal of Medicine 283

Vincent C (2010) Patient Safety West Sussex: Wiley-Blackwell

Visser PJ & Potgieter JM (2003) Law of Damages Landsdowne: Juta

Weiler PC, Hiatt HH, Newhouse JP, Johnson WG, Brennan TA & Leape LL (1993) A Measure of Malpractice: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation Cambridge MA: Harvard University Press

### Γ) Νομολογία

1. Απόφαση 10933/1997 ΤρΔΠρΑΘ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ
2. Απόφαση 1226/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ
3. Απόφαση 1227/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ
4. Απόφαση 1362/2007 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ
5. Απόφαση 75/2009 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ DIGESTA
6. Απόφαση 66/2010 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ
7. Απόφαση 73/2010 ΕφΛαρ ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ
8. Απόφαση 181/2011 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ
9. Απόφαση 424/2012 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ
10. Απόφαση 687/2013 ΑΠ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ
11. Απόφαση 1009/2013 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ

12. Αποφάσεις 12941/2014 ΠολΠρΘεσσ & 1954/2017 ΕφΘεσσ ΤΝΠ ΔΣΑ ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ
13. Απόφαση 318/2015 ΕφΘΕσσ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ
14. Απόφαση 427/2015 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ
15. Απόφαση 453/2015 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ
16. Απόφαση 169/2016 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ
17. Απόφαση 8947/2017 ΠολΠρΘεσσ ΤΝΠ ΔΣΑ ΑΡΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ
18. Απόφαση 296/2018 ΕφΑθ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ
19. Απόφαση 1227/2018 ΠολΠρΑθ ΤΝΠ ΔΣΑ ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ
20. Απόφαση 655/2019 ΑΠ ΤΝΠ ΤΕΤΡΑΒΙΒΛΟΣ ΝΟΜΟΠΑΙΔΕΙΑ
21. Απόφαση 1075/2019 ΑΠ ΤΝΠ ΤΕΤΡΑΒΙΒΛΟΣ ΝΟΜΟΠΑΙΔΕΙΑ
22. Απόφαση 864/2020 ΑΠ ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

#### Δ) Πρωτογενείς πηγές

**Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010/C 83/02)** [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο:

<https://ddp.gr/wp-content/uploads/2013/04/xartis- themeliodon dikaiomaton -1.pdf>

Αναγκαστικός Νόμος 1565 **ΦΕΚ** Α 16/14.01.1939. *Περί Κώδικος του Ιατρικού Επαγγέλματος.*

[Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/563662>

Αστικός Κώδικας [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <http://5dim-n-irakl.att.sch.gr/documents/AstikosKodikas.pdf>

Σύνταγμα της Ελλάδας [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/8c3e9046-78fb-48f4-bd82-bbba28ca1ef5/SYNTAGMA.pdf>

Νόμος 4600/2019-ΦΕΚ43/Α/9-3-2019. *Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις.* [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4600-2019-phek-43a-9-3-2019.html>

Νόμος 3587/2007-ΦΕΚ/Α/10-7-2007. *Τροποποίηση και συμπλήρωση του ν. 2251/1994 "Προστασία των καταναλωτών", όπως ισχύει – Ενσωμάτωση της οδηγίας 2005/29 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου (ΕΕ L 149)» (ΦΕΚ Α' 152/10.07.2007.* [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/sunegoros-tou-katanalote/n-3587-2007.html>

Νόμος 3418/2005 - ΦΕΚ 287/Α/28-11-2005. *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.* [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3418-2005.html>



Νόμος 3089/2002-ΦΕΚ 327/A/23-12-2002. *Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή*. [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/tekhnete-gonimopoiese/n-3089-2002.htm> 1

Νόμος 2737/1999. *Μεταμοσχεύσεις Ανθρώπινων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις* [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2737-1999.html>

Νόμος 2619/1998 - ΦΕΚ 132/A/19-6-1998. *Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική*. [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: [http://fst.aua.gr/sites/fst.aua.gr/files/oviedo\\_convention\\_gr.pdf](http://fst.aua.gr/sites/fst.aua.gr/files/oviedo_convention_gr.pdf)

Νόμος 2251/1994-ΦΕΚ 191/A/16-11-1994. *Προστασία των καταναλωτών*. [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/sunegoros-tou-katanalote/n-2251-1994.html>

Νόμος 2071/1992-ΦΕΚ 123/A/15-7-1992. *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*. [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2071-1992.html>

Ποινικός Κώδικας [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.legal-tools.org/doc/60f2e6/pdf/>

Σύνταγμα [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/8c3e9046-78fb-48f4-bd82-bbba28ca1ef5/SYNTAGMA.pdf>