

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΚΑΙΟ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ “MASTER IN LAW AND ECONOMICS”**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «Η ΑΥΘΑΙΡΕΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΟΙ
ΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΥΤΗΣ»**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΧΑΡ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ (ΑΜ ΜΔΟ 1846)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΟΡΝΗΛΙΑ ΔΕΛΟΥΚΑ- ΠΓΓΛΕΣΗ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2021

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

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, «Δίκαιο και Οικονομία» με τίτλο **«Η αυθαίρετη ιατρική πράξη και οι νομικές συνέπειες αυτής»** 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 Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας

Αικατερίνη Παπαθεοδώρου

Πειραιάς, 25-01-2021

Στην οικογένειά μου και σε όλους τους ιατρούς, νοσηλευτές, επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας, ως ελάχιστο φόρο τιμής για τη μάχη που δίνουν στην πρώτη γραμμή κατά της πανδημίας covid-19...

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΚΑΙΟ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ “MASTER IN LAW AND ECONOMICS”**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «Η ΑΥΘΑΙΡΕΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΟΙ
ΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΥΤΗΣ»**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΧΑΡ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΟΡΝΗΛΙΑ ΔΕΛΟΥΚΑ- ΠΓΓΛΕΣΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ενυπογράφως ότι είμαι αποκλειστική συγγραφέας της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας, για την ολοκλήρωση της οποίας κάθε βοήθεια είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται λεπτομερώς στην εργασία αυτή. Έχω αναφέρει πλήρως και με σαφείς

αναφορές, όλες τις πηγές χρήσης δεδομένων, απόψεων, θέσεων και προτάσεων, ιδεών και λεκτικών αναφορών, είτε κατά κυριολεξία είτε βάση επιστημονικής παράφρασης. Δηλώνω, συνεπώς, ότι η παρούσα Διπλωματική Εργασία προετοιμάστηκε και ολοκληρώθηκε από εμένα προσωπικά και αποκλειστικά και ότι, αναλαμβάνω πλήρως όλες τις συνέπειες του νόμου στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δε μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής άλλης πνευματικής ιδιοκτησίας.

(Υπογραφή)

.....

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΧΑΡ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ

Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων,

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δίκαιο και Οικονομία

“Master in Law and Economics”

Copyright © Αικατερίνη Παπαθεοδώρου, 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Δελούκα- Ιγγλέση Κορνηλία, η οποία, παρά τις πρωτόγνωρες συνθήκες που βιώνουμε το τελευταίο διάστημα, με τις πολύτιμες συμβουλές της με κατεύθυνε και συνέβαλε στη βελτίωση του περιεχομένου και την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής μου εργασίας. Ακόμη, θέλω να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου για την αμέριστη ψυχολογική και οικονομική στήριξή της για την απόκτηση του μεταπτυχιακού αυτού διπλώματος και ειδικότερα την αδερφή μου, Αγγελική, για τις πολύτιμες γνώσεις της ως τελειόφοιτη της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και τους προβληματισμούς της που μου έδωσαν τροφή για σκέψη κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας εργασίας μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό τη μελέτη της αυθαίρετης ιατρικής πράξης και τις έννομες συνέπειές της. Με την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας το «πατερναλιστικό πρότυπο» του ιατρού ως του μόνου υπεύθυνου να αποφασίσει για την υγεία του ασθενούς εγκαταλείφθηκε και πλέον, το άτομο- ασθενής καθίσταται συνεργάτης του ιατρού και έχει κάθε δικαίωμα να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, ώστε να «δώσει το πράσινο φως» στον ιατρό να προχωρήσει στην κατάλληλη θεραπεία. Ως εκ τούτου, οποιαδήποτε ιατρική πράξη λάβει χώρα, δίχως την απαιτούμενη έγκυρη και ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, είναι παντελώς παράνομη και αυθαίρετη. Το δικαίωμα της πληροφόρησης του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, προέκυψε από την αρχή της αυτοδιάθεσης του ατόμου ως δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού και ελεύθερης διάθεσης των στοιχείων της προσωπικότητάς του, όπως είναι και το σώμα του, ειδικά όταν πρόκειται να υποστεί κάποιου είδους επέμβαση, ακόμα και αν αυτή αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας του ή της σωματικής του αποκατάστασης.

Στην παρούσα εργασία γίνεται αρχικά μια ιστορική αναδρομή σχετικά με τη μετάβαση από το πλήρως ανεύθυνο των ιατρών κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, μέχρι την πλήρη στοιχειοθέτηση της ευθύνης τους. Αναπτύσσονται με λεπτομέρεια τα είδη της ιατρικής πράξης και οι θεωρίες που έχουν υποστηριχθεί σχετικά με τη νομιμοποίησή της. Εξετάζεται επίσης η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης και αναλύονται οι εξαιρέσεις στις οποίες ο ιατρός, δεν χρειάζεται να λάβει τη συναίνεση του ασθενούς. Απαριθμούνται, ακόμη, οι νόμιμες βάσεις από τις οποίες απορρέει η ιατρική ευθύνη για αυθαίρετη ιατρική πράξη, ευθύνη που μπορεί να είναι αστική, ποινική, ή πειθαρχική (συρροή νόμιμων βάσεων αξίωσης). Τέλος, άξια αναφοράς είναι η προβληματική πάνω σε καίρια ζητήματα, που έχουν διχάσει την επιστημονική κοινότητα, δεδομένου ότι η εφαρμογή τους χωρίς ένα πλαίσιο συναίνεσης του ατόμου, οδηγεί σε βάνανυση προσβολή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου, όπως είναι η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η τεχνητή διακοπή της κύησης (άμβλωση), η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων, η ιατρική έρευνα κ.α., καθώς επίσης και η ανάλυση τραγικών ηθικών διλημμάτων για τους επιστήμονες υγείας, όπως το πολύ επίκαιρο, δυστυχώς, δίλημμα της «διαλογής ασθενών» (Triage).

Σε μια περίοδο που οι αλλαγές στην επιστήμη και την τεχνολογία καλπάζουν, είναι πιο επίκαιρο από ποτέ το ιπποκρατικό πρότυπο του ανθρωπιστή ιατρού, ο οποίος επιτελεί το λειτούργημά του με απόλυτο σεβασμό προς το συνάνθρωπό του, βασιζόμενος στην ιπποκράτεια επιταγή «...ωφελείν ή μη βλάπτειν».

ABSTRACT

The purpose of this paper is to study the arbitrary medical practice and its legal consequences. With the development of science and technology the “paternalistic model” of the doctor as the sole person responsible for deciding on the patient’s health has been abandoned and now the patient becomes an associate of the doctor and has every right to be informed about his state of health in order to “give the green light” to the doctor to proceed to the appropriate treatment. Therefore, any medical procedure that takes place without the required valid and informed consent of the patient is completely illegal and arbitrary. The right of the patient to be informed about his state of health, arose from the principle of the individual's self-disposition as a right of self-determination and free disposal of his personality elements, such as his body, especially when he is going to undergo some kind of operation, even and whether it is intended to improve his health or his physical rehabilitation.

In the present paper, a historical review is made regarding the transition from the complete irresponsibility of the doctors during their duties, until the full substantiation of their responsibility. The types of medical practice are being elaborated in detail as well as the theories that have been supported regarding its legitimacy. The informed patient's consent is also being examined as a necessary condition for performing any medical procedure and the exceptions in which the doctor does not need to obtain the patient's consent are being analyzed as well. The legal bases, in which the doctor's responsibility for an arbitrary medical act arises, a responsibility that can be civil, criminal, or disciplinary (confluence of legal claim bases), are also listed. Finally, it is worth mentioning the problematic issues that have divided the scientific community, as their implementation without a framework of individual consent, leads to a brutal violation of human rights and dignity of the individual, such as medically assisted reproduction, abortion , tissue and organ transplantation, medical research, etc., as well as the analysis of tragic ethical dilemmas for health scientists, such as the very current, unfortunately, dilemma of "patient screening" (Triage).

At a time when changes in science and technology are galloping, the Hippocratic model of the humanist physician who performs his function with absolute respect for his fellow man, based on the Hippocratic check "Benefit or not harm", is more relevant than ever.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΚ – Αστικός Κώδικας

Α.Ν. – Αναγκαστικός Νόμος

ΑΠ – Άρειος Πάγος

Α.Π.Σ.Ι. – Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών

αρ.- αριθμός

άρθρ.- άρθρο

Αρμ- Αρμενόπουλος (περιοδικό)

αυστρΠΚ- αυστριακός Ποινικός Κώδικας

βλ.- βλέπε

γερμΚΙΔ- γερμανικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

ΔΕφΑθ- Διοικητικό Εφετείο Αθηνών

ΔΕφΘεσ – Διοικητικό Εφετείο Θεσσαλονίκης

ΔΕφΠειρ - Διοικητικό Εφετείο Πειραιά

ΔιατΕισΕφΛάρισας- Διάταξη Εισαγγελέα Εφετών Λάρισας

ΔιατΕισΠρΘεσ- Διάταξη Εισαγγελέα Πρωτοδικών Θεσσαλονίκης

ΔΠρΑθ- Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών

ΕΕ- Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΔΔΑ- Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

επιμ.- επιμέλεια

επ.- επόμενα

ΕΣΔΑ- Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Ε.Σ.Υ. – Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΕφΑΔ- Εφαρμογές Αστικού Δικαίου (περιοδικό)

ΕφΑθ- Εφετείο Αθηνών

ΕφΘεσ- Εφετείο Θεσσαλονίκης

Ι.Υ.Α. – Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή

κ.α.- και άλλα

ΚΙΔ – Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

κλπ- και λοιπά

ΚΝοΒ- Κώδικας Νομικού Βήματος (περιοδικό)

ΚΠολΔ- Κώδικας Πολιτικής Δικονομίας

Μ.Ε.Θ. – Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΜΠρΘεσ- Μονομελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης

ΜΠρΡόδου- Μονομελές Πρωτοδικείο Ρόδου

Ν. ή ν.- νόμος

ΝοΒ- Νομικό Βήμα (περιοδικό)

ΝΠΔΔ- Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

ο.π.- όπου παραπάνω

παρ.- παράγραφος

περ.- περίπτωση

ΠΚ – Ποινικός Κώδικας

ΠλημΚαλαμ- Πλημμελειοδικείο Καλαμάτας

ΠοινΔικ- Ποινική Δικαιοσύνη (περιοδικό)

ΠΟΥ- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΠρΑθ- Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών

ΠΠρΘεσ- Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης

π.χ.- παραδείγματος χάρη

ΠΧρ.- Ποινικά Χρονικά (περιοδικό)

Σ – Σύνταγμα

σελ.- σελίδα

σημ.- σημείωση

ΣτΕ- Συμβούλιο της Επικρατείας

ΣυμβΠλημΘεσ- Συμβούλιο Πλημμελειοδικών Θεσσαλονίκης

Τ.- Τόμος

τ.- τεύχος

Τ.Ε.Π. – Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΦΕΚ- Φύλλο Εφημερίδος της Κυβερνήσεως

BGHZ- Bundesgerichtshofes in Zivilsachen

RGSt – Reichsgericht in Strafsachen

StGB – Strafgesetzbuch

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	9
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	15
Κεφάλαιο 1: Ιστορική αναδρομή της ιατρικής ευθύνης	18
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 1ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	23
Κεφάλαιο 2: Η έννοια της Ιατρικής Πράξης	24
§1: Ορισμός της Ιατρικής πράξης κατά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας	25
§ 2: Διάκριση των ιατρικών πράξεων	28
§ 2.1: Η ιατρική απόφαση ως ιατρική πράξη: Το άρθρο 29 ΚΙΔ	29
§ 3: Νομική αξιολόγηση της ιατρικής πράξης	30
§3.1: Θεωρίες που αντιμετωπίζουν την ιατρική πράξη ως σωματική βλάβη και στηρίζονται στους λόγους άρσης του άδικου χαρακτήρα της πράξης	31
§3.2: Θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες αποκλείεται η ειδική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης	34
§3.2.1: Θεωρίες που ενδιαφέρονται για το αποτέλεσμα	34
§3.2.2: Θεωρίες lege artis	35
§3.3: Ενδιάμεσες Θεωρίες. Η τροποποιημένη θεωρία του αποτελέσματος. Η διδύναμη λύση	37
§4: Συγκριτική μελέτη. Η κρατούσα θεωρία στην Ελλάδα	37
§5: Γενικά συμπεράσματα σχετικά με την ιατρική πράξη και την αξιολόγησή της	38
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 2ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	42

Κεφάλαιο 3: Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς	43
§1: Η διαχρονική εξέλιξη της σχέσης ιατρού- ασθενούς	43
§2: Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς	46
§2.1: Η φύση της συναίνεσης του ασθενούς	47
§2.2: Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς	49
§2.2.1: Η πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση	50
§2.2.2: Η ικανότητα για συναίνεση	58
§2.2.3: Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη	65
§2.2.4: Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της	66
§3: Τρόπος, χρόνος, είδος και ανάκληση της συναίνεσης	67
§4: Πότε δεν απαιτείται συναίνεση; Οι εξαιρέσεις του άρθρου 12 §3 ΚΙΔ	69
§4.1: Επείγουσες περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας	69
§4.2: Απόπειρα αυτοκτονίας του ασθενούς	71
§4.3: Άρνηση τρίτου προσώπου προς παροχή συναίνεσης	72
§5: Το ειδικό ζήτημα των «διαθηκών ζωής» (“living wills”)	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 3ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	76
Κεφάλαιο 4: Η αυθαίρετη ιατρική πράξη και οι νομικές συνέπειες από αυτήν	78
§1: Αστική Ιατρική Ευθύνη	79
§1.1: Νόμιμοι λόγοι αστικής ευθύνης του ιατρού. Η αδικοπρακτική ευθύνη	79
§1.2: Νόμιμοι λόγοι αστικής ευθύνης του ιατρού. Η ενδοσυμβατική ευθύνη	83
§1.3: Νόμιμοι λόγοι αστικής ευθύνης του ιατρού. Η ευθύνη λόγω προσβολής της προσωπικότητας του ασθενούς	85

§1.4: Η ευθύνη κατά το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 περί προστασίας του καταναλωτή	86
§2: Ποινική Ιατρική Ευθύνη	89
§3: Πειθαρχική ευθύνη του ιατρού	93
§4: Συμπεράσματα ως προς την εξέλιξη της ιατρικής ευθύνης	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 4ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	97
Κεφάλαιο 5: Ειδικά ζητήματα	98
§1: Η ενημερωμένη συναίνεση στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή	98
§2: Τεχνητή διακοπή της κύησης (άμβλωση) και συναίνεση της εγκύου	100
§3: Οι εμβολιασμοί και η υποχρεωτικότητα αυτών	102
§4: Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων	103
§5: Νέες προκλήσεις για την ιατρική επιστήμη. Η ιατρική των καταστροφών	104
§5.1: Triage: Η «διαλογή» - «διαχωρισμός» των ασθενών	105
§5.2: Η ιατρική ευθύνη σε περιπτώσεις Triage	109
§6: Ιατρική έρευνα και ενημέρωση των ατόμων- εθελοντών	111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 5ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	113
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΕΠΙΛΟΓΟΣ	114
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	120
ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	120
ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ	143

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ρόλος της ιατρικής επιστήμης είναι καθοριστικός. Η ιατρική είναι η επιστήμη που συμβάλλει στην προστασία της ανθρώπινης ζωής και υγείας. Οι νέες κοινωνικές συνθήκες, ο σπουδαίος ρόλος που διαδραματίζει η ιατρική στην καθημερινότητά μας και η τεράστια εξέλιξη της τεχνολογίας, συνέβαλαν, ώστε ο ιατρός να βρίσκεται ολοένα και πιο συχνά αντιμέτωπος με νομικούς κινδύνους και να πρέπει να λογοδοτήσει ενώπιον των δικαστηρίων για ενέργειες ή παραλείψεις του. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο K.H.Bauer, Διευθυντής Κλινικής Γερμανικού Δημοσίου Νοσοκομείου: «Κάθε χειρουργός γνωρίζει ότι ακόμη και αν εφαρμόσει με τη μέγιστη δυνατή επιμέλεια αυτά που οι γνώσεις και η εμπειρία του στο μεταξύ τον έχουν διδάξει, βρίσκεται πάντοτε στο έλεος του Θεού. Μετά την επέμβαση βρίσκεται στο έλεος των δικηγόρων. Γνωρίζει ακόμη ότι πριν την επέμβαση οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή και ότι έκτοτε στηρίζεται στη συναίνεση του ασθενούς.»¹ Με την παρούσα εργασία γίνεται μία προσπάθεια να μελετηθεί η αυθαίρετη πράξη του ιατρού και οι συνέπειες που αυτή επιφέρει. Ειδικότερα, καίριο ζήτημα αποτελεί η υποχρέωση του ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, ώστε ο τελευταίος να δώσει τη συναίνεσή του, η οποία και θα νομιμοποιεί την ιατρική πράξη, άλλως αυτή θα καθίσταται αυθαίρετη.

Αιτία που με οδήγησε στη μελέτη αυτού του θέματος είναι αφενός η απομάκρυνση από το πατερναλιστικό πρότυπο και το ανεύθυνο των ιατρών ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης της θεωρίας για τα δικαιώματα των ασθενών και, αφετέρου η μη ύπαρξη ενός ειδικού νομοθετικού πλαισίου σχετικά με την ευθύνη των ιατρών από αυθαίρετες ιατρικές πράξεις, νομοθετικό πλαίσιο που έχει εισάγει, για παράδειγμα, η Γερμανία στην έννομη τάξη της.

Στο δικό μας δικαιοσύστημα εφαρμόζονται αφενός οι γενικές διατάξεις του κοινού δικαίου οπότε ο ιατρός αντιμετωπίζεται όπως και κάθε άλλος κοινωνός του δικαίου, αφετέρου δε οι ρυθμίσεις του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005, ιδίως των άρθρων 11 και 12). Επιπροσθέτως, μελετώντας τη νομολογία των δικαστηρίων μας, συμπεραίνουμε ότι η ευθύνη από

¹ K.H.Bauer, Zur arztlichen Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen, 1963, σελ. 63, βλ. Απ. Χελιδόνης, Το βάρος απόδειξης στην υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας, Τ. 3-4/2016, σελ. 206.

αυθαίρετη ιατρική πράξη συμπαρασυρόταν από την ευθύνη για τα ιατρικά σφάλματα, σε αντίθεση με χώρες του εξωτερικού όπου το «σφάλμα ενημέρωσης» έχει εξελιχθεί σε ειδική μορφή αστικής ευθύνης.² Τα τελευταία χρόνια, βέβαια, έχει γίνει στροφή στη νομολογία και πλέον η αυθαίρετη ιατρική πράξη ως αποτέλεσμα μη ενημέρωσης ή πλημμελούς ενημέρωσης του ασθενούς, έχει καταστεί αυτοτελής λόγος από όπου πηγάζει ευθύνη του ιατρού.

Μέσα από αυτή την εργασία, αρχικά, θα γίνει μια ιστορική αναδρομή της ιατρικής ευθύνης, το πως διαμορφώθηκε αυτή με την πάροδο του χρόνου, τι συνέπειες επέφερε ανά χρονική περίοδο στην ιστορία της ανθρωπότητας και το πώς οδηγηθήκαμε τελικά από ένα πατερναλιστικό πρότυπο του θεράποντα ιατρού, σε μια σχέση συνεργασίας με τον ασθενή του. Στη συνέχεια θα γίνει ανάλυση του ορισμού της αυθαίρετης ιατρικής πράξης, ώστε να καταλάβουμε ποιο είναι το αγαθό που δέχεται προσβολή από αυτήν και πως προκύπτει η ιατρική ευθύνη σε μια τέτοια περίπτωση. Θα γίνει μία σύντομη αναφορά στις απόψεις που έχουν διαμορφωθεί σχετικά με το είδος της ιατρικής πράξης και τη νομική αξιολόγησή της, ήτοι αν αυτή είναι εκ προοιμίου παράνομη ή όχι.

Περαιτέρω, στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, θα αναλυθεί η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς και οι προϋποθέσεις εγκυρότητάς της, δεδομένου ότι η συναίνεση νομιμοποιεί κάθε ιατρική πράξη. Ακόμη, θα εξεταστούν οι περιπτώσεις στις οποίες παρά την έλλειψη συναίνεσης, η διενεργούμενη ιατρική πράξη είναι νόμιμη.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας θα μελετήσουμε τις έννομες συνέπειες της αυθαίρετης ιατρικής πράξης και τις πιθανές νόμιμες βάσεις της ευθύνης του ιατρού καθώς και τις αξιώσεις που προέρχονται από καθεμία από αυτές. Τέλος, θεωρώ ότι από μια τέτοια εργασία δεν θα έπρεπε να λείπει ο προβληματισμός πάνω σε ορισμένα ιδιαίτερα ζητήματα της σύγχρονης ιατρικής, όπως είναι η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η τεχνητή διακοπή της κύησης, οι μεταμοσχεύσεις, οι εμβολιασμοί, η «διαλογή ασθενών» και η ιατρική έρευνα. Όλες οι παραπάνω διαδικασίες αποτελούν εκφάνσεις της ανάπτυξης της τεχνολογίας και της επιστήμης και είναι αυτονόητο ότι θα πρέπει να διενεργούνται βάσει ενός συγκεκριμένου ρυθμιστικού πλαισίου, με απόλυτο σεβασμό στην αξιοπρέπεια, την ελευθερία και την αυτονομία του ατόμου.

² Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σε Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου: Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική- Ποινική), επιμ. Καϊάφα – Γκμπάντι/ Παπαγεωργίου/ Συμεωνίδου-Καστανίδου / Ταρλατζής/ Τάσκος/ Φουντεδάκη, 2013, σελ. 22 επ.

Για το λόγο αυτό, θεωρώ σημαντική τη μελέτη της συναίνεσης των ατόμων- ασθενών ως προς αυτές τις νέες διαδικασίες και επεμβάσεις.

Ας μην ξεχνούμε ότι η σύνδεση του ιατρού με τον ασθενή αποτελεί μια ιδιότυπη σχέση, της οποίας το αντικείμενο δεν είναι όμοιο με άλλων συμβάσεων, καθώς ο ασθενής εμπιστεύεται στον ιατρό την υγεία και τη ζωή του και ο ιατρός υποχρεούται να παρέχει τις υπηρεσίες του με την δέουσα προσοχή και επιμέλεια. Για το λόγο αυτό, όσον αφορά στην άσκηση της ιατρικής επιστήμης, η ηθική και δεοντολογία που δίδαξε ο Ιπποκράτης, είναι πιο επίκαιρη από ποτέ, δεδομένου ότι οι σύγχρονες εξελίξεις της πανδημίας του covid-19, θα οδηγήσουν την ιατρική επιστήμη σε τεράστια ηθικά διλήμματα, τα οποία μόνο με σεβασμό στην έννοια του ανθρώπου μπορούν να λυθούν.

Κεφάλαιο 1: Ιστορική αναδρομή της ιατρικής ευθύνης.

Αν και η μελέτη της παρούσας εργασίας θα επικεντρωθεί στην ιατρική πράξη, το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς και τη συναίνεσή του, σκόπιμο είναι να γίνει μια σύντομη αναφορά στην ιστορική διαδρομή της ιατρικής ευθύνης, καθώς με το πέρασμα των αιώνων, έχει αλλάξει κατά πολύ τόσο το πρότυπο του ιατρού- δεν είναι το αυστηρό- πρότυπο του Ιπποκράτειου Όρκου- όσο και η σχέση του ιατρού με τον ασθενή. Ακόμη, από το βαθμό της ευθύνης του ιατρού καθορίζονται και οι νόμιμες βάσεις για τη διεκδίκηση τυχόν αξιώσεων του ασθενούς.

Κατά την αρχαιότητα, λοιπόν, ο ιατρός εθεωρείτο ότι κατέχει μια θεϊκή δύναμη και την απόλυτη εξουσία επί της ανθρώπινης ζωής, για το λόγο αυτό ο ασθενής αντιμετωπιζόταν ως το αδύναμο μέρος που έχει την ανάγκη βοήθειας, φροντίδας και θεραπείας και όχι ως το φυσικό πρόσωπο που είναι φορέας δικαιωμάτων. Χαρακτηριστικά, στην αρχαία Αίγυπτο, η ιατρική ασκούνταν από τους ιερείς, καθώς σύμφωνα με τις πεποιθήσεις των Αιγυπτίων, αυτοί που είναι υπεύθυνοι για την τέλεση ιατρικών πράξεων είναι οι θεοί. Στην «Ιερά Βίβλο» των Αιγυπτίων καθιερώνεται το ανεύθυνο των ιατρών κατά την ανάληψη της θεραπείας του ασθενούς για τις τρεις πρώτες ημέρες,³ ενώ εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι σε γραπτές πηγές,⁴ δίνονται σαφή στοιχεία για την παρατήρηση κατά την εξέταση του ασθενούς και την **πιθανή διάγνωση την οποία ο γιατρός οφείλει να γνωστοποιεί στον ασθενή**. Περαιτέρω, προβλεπόταν ότι εάν ο ιατρός ενεργούσε σύμφωνα με ορισμένους ιατρικούς κανόνες, *lege artis* δηλαδή όπως λέμε σήμερα, δεν είχε καμία ευθύνη, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα.⁵

³ Λιούρδη Σπ. Αγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 8.

⁴ Πάπυρος Ebers, Πάπυρος του Edwin Smith, βλ. Λασκαράτος Γ. Ιωάννης. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2012, σελ.36-37.

⁵ Ο Διόδωρος Σικελιώτης αναφέρει ότι οι γιατροί θέραπευαν τους ασθενείς σύμφωνα με το γραπτό νόμο που είχε καταρτισθεί από πολλούς και ένδοξους γιατρούς της αρχαιότητας και εάν δεν κατόρθωναν να σώσουν τον πάσχοντα, αφού όμως ακολούθησαν πιστά τους νόμους της Ιεράς Βίβλου, τότε αθωώνονταν. Εάν όμως εφάρμοσαν θεραπείες αντίθετες προς τα γραπτά

Το αρχαιότερο νομικό κείμενο που έχει ανακαλυφθεί ως σήμερα, είναι ο **κώδικας του Hammurabi**, το οποίο ανάγεται περίπου στο 2.250 π.Χ., βρέθηκε στα Σούσα το 1902 από τον J. D. Morgan και σήμερα βρίσκεται στο Μουσείο του Λούβρου. Κάποια από τα 250 άρθρα του αναφέρονται στην ευθύνη των γιατρών, οι ποινές δε που προβλέπονταν σε περιπτώσεις αποτυχημένων επεμβάσεων, ήταν αυστηρότατες.⁶ Ο κώδικας του βασιλέα της Βαβυλώνας, Hammurabi, αποτελεί τον πρόδρομο της σύγχρονης αμυντικής ιατρικής, η οποία σήμερα ακμάζει στις περισσότερες χώρες και κυρίως στις Η.Π.Α., όπου οι γιατροί προβαίνουν στην αναγραφή πολυδάπανων και μερικές φορές περιττών εξετάσεων για να αποφύγουν τις συνέπειες δικαστικών αποφάσεων σε περίπτωση αμελούς ιατρικής συμπεριφοράς (malpractice).

Στην Αρχαία Ελλάδα, οι πρώτοι γιατροί ήταν οι «Ασκληπιάδες», μαθητές του Ασκληπιού, ο οποίος σύμφωνα με το μύθο, είχε διδαχθεί την ιατρική τέχνη από τον Κένταυρο Χείρωνα. Οι «Ασκληπιάδες» ασκούσαν την ιατρική στα «Ασκληπεία», ναούς αφιερωμένους κατά κύριο λόγο στο θεό Ασκληπιό. Μέχρι και την ομηρική εποχή, επικρατούσε και στον ελλαδικό χώρο μια θεοκρατική αντίληψη για την ιατρική, με συνέπεια να μην υπάρχει κάποιο πλέγμα συγκεκριμένων κανόνων σχετικά με την ιατρική ευθύνη, συνεπώς κυριαρχούσε το ανεύθυνο των ιατρών. Η ιατρική, κατά την επικρατούσα αντίληψη των ομηρικών επών, αντιπροσώπευε μια τέχνη η οποία ασκούσαν από εμπειροτέχνες γιατρούς που είχαν μαθητεύσει κοντά σε παλαιότερους ομότεχνούς τους. Τον 7^ο π.Χ. αιώνα ο Αθηναίος νομοθέτης Δράκων, θέσπισε αυστηρούς νόμους σχετικά με την ιατρική ευθύνη, οι οποίοι προέβλεπαν όχι μόνο βαρύτατες σωματικές ποινές αλλά και την ποινή του θανάτου. Στη συνέχεια, την εποχή του Σόλωνα, με την κατάργηση της αυστηρής «δρακόντειας νομοθεσίας», η ιατρική αρχίζει πλέον να διαμορφώνεται

κείμενα τότε τιμωρούνταν με θάνατο. βλ. Λασκαράτος Γ. Ιωάννης. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2012, σελ.45.

⁶ Σύμφωνα με το νόμο του Hammurabi, βασιλέα της Βαβυλώνας, αν ο γιατρός επιφέρει με τη χειρουργική του επέμβαση το θάνατο του ασθενούς, τότε αποκόπτονται τα χέρια του. Αν ο θάνατος επέλθει σε δούλο ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να τον αντικαταστήσει. βλ. σχετικά και Κότσιανος Στέφανος, Η ιατρική ευθύνη- ΑΣΤΙΚΗ- ΠΟΙΝΙΚΗ, Β' έκδοσις, 1977, σελ 9 επ., Λασκαράτος Γ. Ιωάννης. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2012, σελ.50.

ως αυτοτελής επιστήμη και να απομακρύνεται από την μέχρι τότε μαγική θεραπευτική προσέγγιση.

Η σημερινή πολυσυζητημένη συναίνεση των ασθενών, εμφανίζεται για πρώτη φορά από έναν αγύρτη ιατρό, τον Συρακούσιο Μενεκράτη (4^{ος} αιώνας π.Χ.), ο οποίος ζητούσε υποχρεωτικά να συγκατατεθούν εγγράφως ότι «υπακούσονται αυτώ δούλοι περισωθέντες».⁷

Ορόσημο στην ιστορία της ιατρικής αποτελεί ο 5^{ος} αιώνας π.Χ., καθώς τότε τίθενται σοβαρά οι επιστημονικές της βάσεις. Αυτός, που πρώτος απέρριψε την πεποίθηση ότι οι ασθένειες οφείλονται στη βούληση των θεών, περιθωριοποιώντας τις δεισιδαιμονικές και θαυματουργικές θεραπείες των ασθενών, ήταν ο Ιπποκράτης ο Κώος. Στο έργο του διατρανώνει ότι: «*Ιητρική τεχνών μεν πασέων εστίν επιφανεστάτη*»,⁸ δηλαδή ότι η ιατρική δεν είναι μια απλή επιστήμη ή τέχνη, αλλά λειτούργημα με κοινωνικό- ανθρωπιστικό σκοπό και χαρακτήρα και ότι αυτό που πρέπει να κάνει ένας γιατρός είναι να θεραπεύσει και σε κάθε περίπτωση να μην βλάψει: «*Ασκείν περί τα νοσήματα, δύο, ωφελείν ή μη βλάπτειν*».⁹ Δικαίως ο Ιπποκράτης θεωρείται ο «πατέρας της Ιατρικής» ως επιστήμης και ο θεμελιωτής της ιατρικής δεοντολογίας.¹⁰ Ο Ιπποκράτης, θεωρεί ότι για τη θεραπεία μιας νόσου είναι απαραίτητη η συμβολή του ασθενούς, καθώς στην ιατρική έχει σημασία το τρίγωνο: νόσημα, ασθενής και γιατρός.¹¹ Ως εκ τούτου, όλες οι παγκόσμιες διακηρύξεις για τα δικαιώματα των ανθρώπων, γιατρών και ασθενών, όπως η Παγκόσμια Διακήρυξη για τα δικαιώματα του ανθρώπου (Γενεύη, 1948) και η Διακήρυξη για τα δικαιώματα των ασθενών (Λισσαβόνα, 1981) στηρίζονται στις αρχές της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας που απορρέουν από τον ιπποκρατικό όρκο.

Κατά τα ρωμαϊκά χρόνια η ιατρική ρυθμίζεται από ειδικούς νόμους, όπως η Lex Aquilia (Ακουίλιος νόμος), που προέβλεπε την ευθύνη των ιατρών σε περίπτωση αμέλειας και η Lex

⁷ Βλ. Λασκαράτος Γ. Ιωάννης, Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2012, σελ.142.

⁸ Ιπποκράτους, Νόμος, 1.

⁹ Ιπποκράτους, Επιδημιών το Πρώτον, II, 634,11.

¹⁰ Χαρακτηριστικά στους «Αφορισμούς» του αναφέρει: «Ουκ ένι ιατρικήν ειδέναι, όστις μη οίδεν ό τι εστίν άνθρωπος», δηλαδή είναι αδύνατο να ξέρει την ιατρική αυτός που δεν ξέρει ακριβώς τι είναι άνθρωπος.

¹¹ Ιπποκράτους, Επιδημιών το Πρώτον, II, 634- 636, 11, Αφορισμοί, Τμήμα πρώτον, 1

Cornelia (Κορνήλιος νόμος) που προέβλεπε τιμωρία με εξορία, δήμευση της περιουσίας ή αποκεφαλισμό για όποιον ευθυνόταν για το θάνατο ατόμου, κυρίως με χορήγηση φαρμάκων, αφροδισιακών ποτών ή έκτρωση.

Στα βυζαντινά χρόνια, συνήθεις ποινές για τους ιατρούς ήταν η μερική ή ολική δήμευση της περιουσίας τους, η διαπόμπευση, η εξορία, ο «μεταλλισμός», δηλαδή η καταναγκαστική, συνήθως ισόβια, εργασία στα μεταλλεία και στις βαρύτερες περιπτώσεις, θάνατος. Επιβάλλονταν, εάν αποδεικνύετο το σφάλμα του ιατρού μετά από σχετική πραγματογνωμοσύνη, και ήταν ανάλογες με την σοβαρότητα και την επίπτωση που είχε στον ασθενή το ιατρικό σφάλμα.¹² Σημαντικός εκπρόσωπος της βυζαντινής ιατρικής δεοντολογίας ήταν ο Αρεταίος, ο οποίος θεωρεί ότι ο ιατρός οφείλει να βρίσκεται στο πλευρό του ασθενούς ακόμη και στις φαινομενικά αθεράπευτες περιπτώσεις, όπου δεν είναι δυνατόν να προσφέρει κάτι περισσότερο από την έκφραση της συμπάθειάς του.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το πρώτο από τα λεγόμενα «Νομοθετήματα της Ιερουσαλήμ», στο οποίο προβλέπεται ότι ευθύνη του ιατρού στοιχειοθετείται και σε περίπτωση που αυτός **δεν ενημέρωσε με λεπτομέρειες τον ασθενή** σχετικά με το περιεχόμενο της προτεινόμενης από αυτόν ιατρικής πράξης. Η τιμωρία του σε αυτήν την περίπτωση ήταν η αποκοπή και των δύο του χεριών.

Κατά την περίοδο της Αναγέννησης οι αντιλήψεις για την εκτίμηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και του ανθρώπινου σώματος αναπτύχθηκαν βαθμιαία, με κύριο εκπρόσωπο των ιατρικών δεοντολογικών αρχών, το Θεόφραστο Παράκελσο, ο οποίος υποστήριζε ότι ο γιατρός οφείλει να αφιερώνεται στους ασθενείς του, να μην είναι υποκριτής, ανέντιμος, επιπόλαιος, αλλά καλός και αληθινός άνθρωπος, «πιστός υπηρέτης των θελήσεων του Θεού», ενώ όλες οι πράξεις του πρέπει να ακολουθούνται από το πνεύμα της αρετής (virtus).

Κατά τη διάρκεια του Διαφωτισμού, ο Αδαμάντιος Κοραής, υποστηρίζει ότι η ιατρική απαιτεί οξύνοια και ειλικρινή αρετή. Ο επιστήμονας ιατρός πρέπει να αφιερώσει τη ζωή του για την εκμάθηση της επιστήμης του, ώστε να αποβεί ωφέλιμος στους ασθενείς ή τουλάχιστον να μην γίνει επιβλαβής, σύμφωνα με το ιπποκρατικό αξίωμα «...ωφελείν ή μη βλάπτειν». Η ιατρική, σύμφωνα με το μεγάλο Διδάσκαλο του Γένους, πρέπει να ασκείται αφιλοκερδώς και να παρέχεται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως οικονομικής καταστάσεως.

¹² Λασκαράτος Γ. Ιωάννης. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2012

Ωστόσο, η ουσιαστική μεταστροφή προς την αντίληψη ότι ο ασθενής είναι ο μόνος αρμόδιος να κρίνει ποιο είναι το πραγματικό του συμφέρον άρχισε να συντελείται μετά το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα και ως απόρροια της ζοφερότατης εμπειρίας των πειραματισμών σε ανθρώπους κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Έκτοτε, εισήλθε στην ιατρική ευθύνη το στοιχείο της “informed consent”, ήτοι της «συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση».

Περαιτέρω, οι νεότερες εξελίξεις στην τεχνολογία, οι οποίες επηρέασαν την ιατρική επιστήμη, καθώς και το άνοιγμα της νομικής σκέψης προς την κατεύθυνση της αυτονομίας της ανθρώπινης βούλησης, οδήγησαν στην αναζήτηση της ευθύνης του ιατρού και στη διαμόρφωση ενός πλαισίου προστασίας του ασθενούς. Η αλματώδης εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, αναγκάζει την κοινωνία να αναδιαμορφώσει τη σχέση ιατρού- ασθενούς, να θεσπίσει συγκεκριμένους κανόνες που να οριοθετούν τα δικαιώματα του ασθενούς απέναντι στον ιατρό και αντίστοιχα τις υποχρεώσεις του ιατρού απέναντι στο ασθενή του, τόσο σε ηθικό όσο και σε νομικό επίπεδο. Σαφώς, εκείνος που προστατεύει τον ασθενή δεν είναι ο νόμος, αλλά ο ιατρός, η επέμβαση του νόμου δε, είναι καθοριστική μόνο στις περιπτώσεις στις οποίες ο ιατρός ενώ όφειλε και μπορούσε να προστατεύσει τον ασθενή, δεν το έπραξε. Η ανάγκη ενός νομοθετικού πλαισίου σχετικά με την άσκηση της ιατρικής καθίστατο επιβεβλημένη προς αποφυγή απρόβλεπτων και επικίνδυνων συνεπειών, καθώς δεν πρέπει να ξεχνούμε τα «πειράματα» σε ανθρώπους στα γερμανικά στρατόπεδα κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα.

Οι βασικές αρχές του Ιπποκράτειου Όρκου παραμένουν εσαεί γνώμονας για τη σύννομη συμπεριφορά των ιατρών. Το πολύτιμο αγαθό της υγείας είναι πλέον ένα αδιαμφισβήτητο και αυτονόητο δικαίωμα για όλους τους ανθρώπους. Ως εκ τούτου, ο ιατρός δεν είναι πλέον υπεύθυνος μόνο για τη ζωή, τη σωματική ακεραιότητα και την υγεία του ασθενούς, αλλά και για την προσωπική του ελευθερία, την ανθρώπινη αξία και αξιοπρέπειά του, το ειδικότερο δικαίωμα αυτοδιάθεσής του καθώς και για τη διαφύλαξη της ιδιωτικής του σφαίρας.

Από την άλλη, η οριοθέτηση της ιατρικής ευθύνης αποτελεί ένα από τα δυσχερέστερα προβλήματα στο χώρο του δικαίου.

Σχετικά, έχουν διατυπωθεί τρεις θεωρίες: η πρώτη καθιερώνει το απολύτως ανεύθυνο των ιατρών και υποστηρίζει ότι ο ιατρός ευθύνεται μόνο στις περιπτώσεις που ενήργησε με δόλο. Η δεύτερη θεωρία καθιερώνει την ελαττωμένη ευθύνη, ότι δηλαδή ο ιατρός ευθύνεται μόνο για βαριά αμέλεια, ενώ με την τρίτη θεωρία που είναι και η κρατούσα, ο ιατρός ευθύνεται κατά τους κανόνες του κοινού δικαίου, χωρίς καμία προνομιακή μεταχείριση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 1ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Απ. Χελιδόνης, Το βάρος απόδειξης στην υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας, Τ. 3-4/2016.
- 2) Κότσιανος Στέφανος, Η ιατρική ευθύνη- ΑΣΤΙΚΗ- ΠΟΙΝΙΚΗ, Β' έκδοσις, 1977.
- 3) Λασκαράτος Γ. Ιωάννης, Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012
- 4) Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014.
- 5) Πολίτης Χάρης. Η αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης, Συνήγορος, 2006.
- 6) Κ.Η.Βauer, Zur arztlichen Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen, 1963.

Κεφάλαιο 2: Η έννοια της Ιατρικής Πράξης

Προτού μελετήσουμε και ορίσουμε τον αυθαίρετο χαρακτήρα μιας ιατρικής πράξης και την ευθύνη που επισύρει η διενέργειά της, κρίνεται απαραίτητο να καθορίσουμε την έννοια της ιατρικής πράξης, τη νομική της αξιολόγηση και το χαρακτηρισμό της ως καταρχήν νόμιμης ή παράνομης.

Καταρχάς, στο βασικό νομοθέτημα που ρυθμίζονται οι κανόνες άσκησης της ιατρικής, ήτοι στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (εφεξής ΚΙΔ, Ν. 3418/2005) όπως ισχύει μέχρι σήμερα, ορίζονται οι βασικοί στόχοι της ιατρικής που είναι η πρόληψη, η θεραπεία, η αποκατάσταση και η ανακούφιση των ασθενών. Στο άρθρο 2 του ΚΙΔ η άσκηση της ιατρικής ορίζεται ως λειτούργημα, ενώ στο άρθρο 3 ΚΙΔ προβλέπεται το θεμελιώδες δικαίωμα του ιατρού σε ηθική και ειδικότερα σε επιστημονική ανεξαρτησία, η οποία όμως οριοθετείται στις χαρακτηριζόμενες ως πειραματικές μεθόδους, δηλαδή σε μεθόδους που δεν τυγχάνουν ευρύτερης αναγνωρισμένης εφαρμογής από την επιστημονική κοινότητα. Στο άρθρο 4 ΚΙΔ τονίζεται ότι ο ιατρός οφείλει να ασκεί την ιατρική σεβόμενος πλήρως τα ανθρώπινα δικαιώματα και αποφεύγοντας τη διακριτή μεταχείριση των ανθρώπων, να σέβεται την ανθρώπινη ζωή και να μην παρέχει καθ' οιονδήποτε τρόπο συνδρομή σε βασανισμό ή άλλες μορφές απάνθρωπης και εξευτελιστικής μεταχείρισης.¹³ Ακόμη, ο ιατρός έχει το δικαίωμα να μη συμμετάσχει στη διενέργεια ή μη κάποιας επέμβασης, εάν βρίσκεται σε συνειδησιακή σύγκρουση, εκτός αν συντρέχει επείγουσα ανάγκη.

Διεθνώς έχουν καθιερωθεί ορισμένες ειδικότερες αρχές σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να ασκεί το λειτούργημά του ο ιατρός, ο οποίος θα πρέπει πάντοτε να επιμορφώνεται δια βίου, να μην παραμένει στις βασικές πανεπιστημιακές του σπουδές και δεν θα πρέπει να εφαρμόζει τυφλή, πρόχειρη και τυχαία θεραπεία, εκτός ίσως σε κατεπείγουσες περιπτώσεις όταν δεν υπάρχουν τα αναγκαία μέσα. Καθιερώνεται, ακόμη, ευθύνη του ιατρού για βλαπτικές ενέργειές του, όπως εγκατάλειψη εργαλείων ή λοιπών ξένων σωμάτων στο σώμα του ασθενούς, καθώς και για χρήση απαρχαιωμένων θεραπευτικών μεθόδων ή ακατάλληλων μέσων ή φαρμάκων, ενώ

¹³ Σε παρόμοιο πνεύμα κινείται και το άρθρ. 7 παρ. 1 του γερμΚΙΔ, όπου ορίζεται ότι κάθε ιατρική πράξη ενεργείται με σεβασμό προς την ανθρώπινη αξία και την προσωπικότητα, τη βούληση και τα δικαιώματα του ασθενούς ιδιαιτέρως δε του δικαιώματος αυτοδιάθεσης.

επίσης καταλογίζεται ευθύνη του ιατρού για λανθασμένη συνταγογράφηση ή έκδοση ψευδών πιστοποιητικών, βεβαιώσεων, γνωματεύσεων.

§1: Ορισμός της ιατρικής πράξης κατά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

Η οριοθέτηση της ιατρικής πράξης δεν ήταν εύκολη υπόθεση, καθώς λόγω της ευρύτητας του όρου δεν ήταν εύκολο να δοθεί ένας σαφής ορισμός της έννοιας της ιατρικής πράξης. Διάφορες προσπάθειες οριοθέτησης παρατηρούμε ότι γίνονταν είτε με βάση το υποκείμενό της, δηλαδή τον ιατρό και τις ιδιαίτερες γνώσεις που κατέχει, είτε με βάση το σκοπό της, δηλαδή αν είναι θεραπευτικός ή όχι.¹⁴ Αρχικά, νομοθετικό έρεισμα για τον ορισμό της ιατρικής πράξης στην ελληνική έννομη τάξη, στάθηκε ο Α.Ν. 1565/1939 «Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος», ο οποίος εφαρμοζόταν σταθερά από τη νομολογία τόσο των πολιτικών¹⁵, όσο και των ποινικών και διοικητικών δικαστηρίων¹⁶ ως το νομικό θεμέλιο της υποχρέωσης επιμέλειας του ιατρού. Η διάταξη αυτή, η οποία εξακολούθησε να ισχύει και μετά τη θέση σε ισχύ του ΚΙΔ, καταργήθηκε με το άρθρο 341 του Ν. 4512/2018 ο οποίος κατήργησε τον Α.Ν. 1565/1939 στο σύνολό του. Παρόλα αυτά αξίζει να αναφέρουμε ότι στην παρ. 2 του άρθρου 112 του παραπάνω αναγκαστικού νόμου, οριζόταν ότι: «θεωρείται ως θεραπευτική επέμβασις... πάσα πράξις τελουμένη επί σκοπώ καλαισθητικώ οσάκις κατ' αυτήν χρησιμοποιούνται μέσα χειρουργικά ή μηχανήματα τα οποία δια φυσικών ή χημικών παραγόντων δύνανται να συντελέσωσι προς καθορισμόν διαγνώσεως ή να ασκήσωσιν επίδρασιν φυσιολογικήν».

Στη συνέχεια ο ΚΙΔ, στο άρθρο 1 παρ. 1, διατύπωσε έναν γενικό ορισμό της ιατρικής πράξης. Ως ιατρική πράξη, σύμφωνα με το ως άνω άρθρο ορίζεται «εκείνη που έχει ως σκοπό την με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου». Με βάση τον παραπάνω ορισμό, συνάγεται ότι στις ιατρικές πράξεις δεν περιλαμβάνονται όσες δεν έχουν διαγνωστικό ή θεραπευτικό σκοπό, όπως για παράδειγμα οι αισθητικές επεμβάσεις, όταν δεν στοχεύουν στην αποκατάσταση ή τη βελτίωση της υγείας, αλλά γίνονται μόνο για λόγους αισθητικούς.¹⁷ Ωστόσο, η απουσία θεραπευτικού σκοπού δεν μπορεί να

¹⁴ Βλ. Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σελ. 162- 164.

¹⁵ Βλ. ενδεικτικά: ΑΠ 853/2017, ΑΠ 1067/2015, ΑΠ 427/2015, ΑΠ 424/2012.

¹⁶ Βλ. ενδεικτικά: ΑΠ 986/2017, ΣτΕ 521/2006, ΣτΕ 272/2003.

¹⁷ Βλ. Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 23.

κριθεί αφηρημένα, διότι μια πράξη που δεν επιβάλλεται για ιατρικούς λόγους, είναι δυνατό σε συγκεκριμένη περίπτωση να έχει θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή να είναι απαραίτητη για τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας του προσώπου. Εξάλλου, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η έννοια της υγείας περιλαμβάνει και την ψυχική και συναισθηματική ισορροπία και την επάρκεια του προσώπου να ανταποκριθεί στις στοιχειώδεις λειτουργίες της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής του.¹⁸ Άρα, υπάρχει θεραπευτικός σκοπός όταν μια αισθητική επέμβαση αποσκοπεί στη διόρθωση σοβαρής δυσμορφίας ή όταν η «δυσμορφία φύλου» του προσώπου που επιθυμεί αλλαγή φύλου διακινδυνεύει σοβαρά την ψυχική υγεία του.¹⁹

Στον ορισμό της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και οι μη επεμβατικές πράξεις, όπως η διάγνωση, η συνταγογράφηση και η ιατρική συμβουλή. Συγκεκριμένα, στις παρ. 2 και 3 του άρθρου 1 ΚΙΔ, ως ιατρικές πράξεις «θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης», ενώ «στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενούς»²⁰. Αναφορικά με τις πράξεις με ερευνητικό χαρακτήρα, μάλιστα, ο ΚΙΔ περιλαμβάνει ειδικό άρθρο σχετικά με την ιατρική έρευνα, το άρθρο 24, στο οποίο ορίζονται οι προϋποθέσεις για τη διενέργεια μιας ερευνητικής ιατρικής πράξης.²¹

Ειδικότερα, η ιατρική συμβουλή συνδέεται με τη διάγνωση και είναι τμήμα της ενημέρωσης σε σχέση με τη θεραπεία του ασθενούς, με την αντιμετώπιση της παθήσεώς του και τα όσα μέτρα λάβει σχετικά με τη βελτίωση και την αποκατάσταση της υγείας του. Τέλος, κατά την κρατούσα άποψη, η συνταγογράφηση είναι μία υλική πράξη που συνδέεται άμεσα με την τυπική ιδιότητα του ιατρού και έχει την έννοια της σύστασης ή της παροχής έγκρισης προς τον ασθενή να λάβει

¹⁸ Βλ. τον ορισμό της υγείας στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1948): “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.

¹⁹ Βλ. Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018, σελ. 40- 41.

²⁰ ΣτΕ 474/ 2010

²¹ Βλ. Πελλένη- Παπαγεωργίου Α., Ιατρική αστική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς, 2016, σελ. 18- 20.

ορισμένο φαρμακευτικό σκεύασμα ή να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένο τεχνικό μέσο.²² Στο πλαίσιο αυτό, η ΑΠ 1050/2016 έχει κρίνει ότι ιατρική πράξη συνιστά η μετεγχειρητική παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς και η χορήγηση σε αυτόν της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.

Όπως παρατηρούμε, ο νομοθέτης επέλεξε να δώσει στην παρ. 1 του άρθρου 1 ΚΙΔ, έναν αρκετά ευρύ ορισμό της ιατρικής πράξης, τονίζοντας ως βασικά στοιχεία της, **τον σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της**. Ειδικότερα, προκειμένου να χαρακτηριστεί μια πράξη ως ιατρική θα πρέπει να στοχεύει στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου. Ιατρικές πράξεις που αποσκοπούν στην πρόληψη είναι, για παράδειγμα, ο εμβολιασμός, ενώ διαγνωστικές ιατρικές πράξεις είναι οι αιματολογικές εξετάσεις, το καρδιογράφημα²³ και διαφόρων ειδών κλινικές εξετάσεις με τις οποίες αναγνωρίζεται η ασθένεια του πάσχοντος.²⁴ Η βασικότερη κατηγορία ιατρικών πράξεων είναι όσες στοχεύουν στη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, όπως είναι η χειρουργική επέμβαση, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κ.α.

Όπως παραπάνω αναφέρθηκε, στο βασικό νομοθέτημα που ρυθμίζονται οι κανόνες άσκησης της ιατρικής, στον ΚΙΔ, όπως ισχύει μέχρι σήμερα, ορίζονται οι βασικοί στόχοι της ιατρικής και ο τρόπος με τον οποίο αυτή πρέπει να ασκείται. Δηλαδή, η ιατρική πράξη, ως κατεξοχήν μέσο άσκησης της ιατρικής, θα πρέπει να διενεργείται κατά ορισμένη μέθοδο με την οποία θα ακολουθούνται οι γενικά αποδεκτοί και ισχύοντες κανόνες της επιστήμης και θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις νέες εξελίξεις της επιστήμης και τεχνολογίας. Επομένως, **πράξεις που δεν διενεργούνται από ιατρό και δεν διενεργούνται σύμφωνα με ορισμένη αναγνωρισμένη επιστημονική μέθοδο, δεν θεωρούνται ιατρικές πράξεις από τον ΚΙΔ.**

²² Βλ. Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 24., Obermayer, Cornelia, Das ärztliche Rezept, Diss. Giessen, 1991, σελ. 15επ., 89 επ.

²³ Βλ. ΑΠ 1800/2016

²⁴ Βλ. Πελλένη- Παπαγεωργίου Α., Ιατρική αστική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς, 2016, σελ. 13- 18.

§ 2: Διάκριση των ιατρικών πράξεων.

Χρήσιμο θα ήταν να διακρίνουμε τις ιατρικές πράξεις σε επιμέρους κατηγορίες. Η πρώτη βασική διάκριση είναι σε **θεραπευτικές ιατρικές πράξεις και μη θεραπευτικές**.²⁵

Θεραπευτικές ιατρικές πράξεις είναι εκείνες που σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη και την εμπειρία ενός επαγγελματία ιατρού, στόχο έχουν την αντιμετώπιση της εκάστοτε ασθένειας μέσω επεμβάσεων ή μέτρων, συνήθως με επενέργεια στο ανθρώπινο σώμα. Μη θεραπευτικές ονομάζονται οι ιατρικές πράξεις που γίνονται για λόγους προσωπικούς- αισθητικούς και όχι για ιατρικούς, όπως είναι οι αισθητικές επεμβάσεις που σκοπό έχουν τη βελτίωση της εμφάνισης του ατόμου (διόρθωση της μύτης ή ανόρθωση στήθους, κλπ). Οι επεμβάσεις αυτές σκοπό έχουν συνήθως την άρση ψυχολογικών προβλημάτων του ατόμου που δημιουργούνται λόγω της εξωτερικής εμφάνισής του και παρεμποδίζουν την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.²⁶ Σε κάθε περίπτωση, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η απουσία θεραπευτικού σκοπού είναι ένα στοιχείο που δεν πρέπει να κρίνεται αφηρημένα.

Μια δεύτερη διάκριση των ιατρικών πράξεων είναι σε **επεμβατικές (ιατρικές πράξεις *stricto sensu*) και σε μη επεμβατικές (*lato sensu*)**.²⁷ Οι επεμβατικές ιατρικές πράξεις, ενώ ενεργούνται για διαγνωστικούς, θεραπευτικούς ή προληπτικούς λόγους, προσβάλλουν άμεσα τη σωματική ακεραιότητα ή την υγεία του ασθενούς, είτε με τραυματισμό ιστών (τομή, ένεση), είτε με επενέργεια στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού (παροχή αναισθησίας), είτε έχουν μια έμμεση ή μακροπρόθεσμη επίδραση στην υγεία του ατόμου (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία). Μη επεμβατικές ιατρικές πράξεις είναι εκείνες οι οποίες δεν «προσβάλλουν» την προσωπικότητα του ασθενούς, καθώς δεν επέρχεται καμία επενέργεια στο σώμα του. Τέτοιες μη επεμβατικές πράξεις είναι η διάγνωση, η ιατρική συμβουλή, η συνταγογράφηση και η έκδοση ιατρικών

²⁵ Βλ. Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 23., Πελλένη- Παπαγεωργίου Α., Ιατρική αστική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς, 2016, σελ. 20-21.

²⁶ Πελλένη- Παπαγεωργίου Α., Ιατρική αστική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς, 2016, σελ. 21.

²⁷ Βλ. Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 25- 26., Φουντεδάκη Αικατερίνη, Η ιατρική αστική ευθύνη, Αθήνα, 2003, σελ. 172-173.

πιστοποιητικών και βεβαιώσεων. Στις μη επεμβατικές ιατρικές πράξεις lato sensu περιλαμβάνονται και οι ιατρικές παραλείψεις.²⁸

§ 2.1: Η ιατρική απόφαση ως ιατρική πράξη: Το άρθρο 29 ΚΙΔ.

Το άρθρο 29 ΚΙΔ αναφέρεται στις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής, οι οποίες αποτελούν ιατρικές πράξεις με ιδιαίτερο χαρακτήρα, καθώς περιλαμβάνονται στο πεδίο της «παρηγορητικής» ή «ανακουφιστικής» ιατρικής. Για να εφαρμοστεί η σχετική διάταξη του άρθρου 29 θα πρέπει να ισχύουν σωρευτικά οι εξής προϋποθέσεις: α) η ασθένεια του πάσχοντος πρέπει να είναι ανίατη, β) η ασθένεια να βρίσκεται στο τελικό στάδιο και γ) τα περιθώρια θεραπευτικής αγωγής να είναι ανύπαρκτα. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός θα πρέπει να συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενούς και παράλληλα να φροντίζει να τηρούνται οι επιθυμίες του ασθενούς πριν μετέλθει σε κατάσταση που να μην μπορεί να τις επαναδιατυπώσει. Ρητά απαγορεύονται, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 29 ΚΙΔ, οι ιατρικές πράξεις που οδηγούν σε επίσπευση του θανάτου έστω και αν αυτή είναι η βούληση του ασθενούς. Όταν, δηλαδή, δεν υπάρχει θεραπευτικό περιθώριο, ο ιατρός οφείλει να αρκείται σε παροχή ανακουφιστικής αγωγής και σε όλες τις ιατρικές πράξεις που είναι αναγκαίες για την παράταση της ζωής του ασθενούς. Σε αντίθετη περίπτωση, ο ιατρός ενδέχεται να υπέχει την ευθύνη του άρθρου 300 ΠΚ (ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση)²⁹, αν ειδικότερα ο ασθενής απαιτεί «σπουδαίως» και «επιμόνως» τη λύτρωσή του και ο ιατρός παραλείπει τη θεραπεία από οίκτο προς αυτόν. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το ΕΔΔΑ στην υπόθεση Pretty vs United Kingdom (2012), έκρινε ότι δεν προβλέπεται στο άρ. 2 της ΕΣΔΑ το δικαίωμα σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε ασθενή τελευταίου σταδίου.

§ 3: Νομική αξιολόγηση της ιατρικής πράξης.

²⁸ Βλ. Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 26., Φουντεδάκη Αικατερίνη, Η ιατρική αστική ευθύνη, Αθήνα, 2003, σελ. 173.

²⁹ Το προηγούμενο άρθρο 300 ΠΚ (ανθρωποκτονία με συναίνεση). Από 01/07/2019 ισχύει ο νέος Ποινικός Κώδικας (Ν. 4637/2019).

Ένα ζήτημα που απασχολεί την επιστήμη είναι το πώς εκτιμάται νομικά η ιατρική πράξη, καθώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων αυτή, εκ πρώτης όψεως, στοιχειοθετεί την αξιόποινη πράξη της σωματικής βλάβης, είτε της επικίνδυνης, είτε της βαριάς. Σημειωτέον ότι ο Ποινικός Κώδικας δεν προβλέπει τη συναίνεση του παθόντος ως λόγο άρσης του αδίκου για τη βαριά ή την επικίνδυνη σωματική βλάβη, αλλά μόνο για την απλή σωματική βλάβη (άρθρο 308 παρ. 3 ΠΚ). Η νομική αξιολόγηση της ιατρικής πράξης, δηλαδή ο χαρακτηρισμός της ως νόμιμης ή παράνομης, πρόκειται για ένα ζήτημα το οποίο έχει αποτελέσει διεθνώς αντικείμενο εξαντλητικής θεωρητικής επεξεργασίας, σε σημείο ώστε να έχει πιθανώς ξεπεράσει και αυτήν ακόμα του ιατρικού σφάλματος.³⁰

Η διενέργεια μιας ιατρικής πράξης αποτελεί επέμβαση στην προσωπικότητα του ασθενούς, μια προσβολή έννομων αγαθών του και η ιδιομορφία της έγκειται στο γεγονός ότι η ιατρική πράξη είναι ωφέλιμη και κοινωνικώς πρόσφορη, ενώ αποτελεί και την εκπλήρωση της κύριας συμβατικής υποχρέωσης του ιατρού έναντι του ασθενούς.³¹ Δεδομένου ότι η προσβολή της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας αποτελεί ποινικό αδίκημα κατά τα άρθρα 308 επ. ΠΚ, το ζήτημα της νομιμοποίησης της ιατρικής πράξης απασχόλησε αρχικά τον κλάδο του ποινικού δικαίου. Μετέπειτα, προβληματίσε και τον κλάδο του αστικού δικαίου σχετικά με το ζήτημα της αστικής ιατρικής ευθύνης, κυρίως στο πότε συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρανομίας και κατ' επέκταση της αδικοπραξίας (ΑΚ 914). Επομένως όλες οι θεωρίες που αναπτύχθηκαν σχετικά με το νόμιμο ή μη της ιατρικής πράξης προήλθαν από το χώρο του ποινικού δικαίου και μάλιστα, πρώτοι που ανέπτυξαν αυτές τις θεωρίες ήταν Γερμανοί νομικοί.³² Εν συνεχεία, υιοθετήθηκαν και από Έλληνες νομικούς, οι οποίοι έκαναν μια προσπάθεια να τις προσαρμόσουν στο ελληνικό νομικό γίγνεσθαι.

Σχετικά με την ευθύνη των ιατρών κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, έχουν προταθεί θεωρίες που μπορούμε να τις διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες: α) σε αυτές που αντιμετωπίζουν την ιατρική πράξη καταρχήν ως σωματική βλάβη και αναζητούν λόγους άρσης του αδίκου χαρακτήρα για να καταλήξουν στο ανεύθυνο του ιατρού³³ και β) σε αυτές που αναζητούν

³⁰ Φουντεδάκη Αικατερίνη, Η ιατρική αστική ευθύνη, Αθήνα, 2003, σελ. 174.

³¹ Φουντεδάκη Αικατερίνη, Η ιατρική αστική ευθύνη, Αθήνα, 2003, σελ. 169.

³² Βλ. αναλυτικά: Laufs A. / Kern B., Handbuch des Arztrechts, 2010, σελ. 1574, αρ. 8- 11.

³³ Βλ. ενδεικτικά: Χωραφάς Νικόλαος, Ποινικόν Δίκαιον, Τεύχος Πρώτον, 9^η έκδοση, επιμ. Κ. Σταμάτη, 1978, σελ. 219 επ., Κατσαντώνης Αλέξανδρος, Ποινικόν Δίκαιον, Τόμος Α', 1972, σελ.

κριτήρια βάσει των οποίων η ιατρική πράξη δεν πληροί καν την ειδική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης, με την αιτιολογία ότι η επιτυχημένη θεραπευτική επέμβαση δεν προσβάλλει καν το έννομο αγαθό της υγείας.³⁴ Περαιτέρω, οι θεωρίες της δεύτερης κατηγορίας χωρίζονται σε εκείνες που επικεντρώνονται στο αποτέλεσμα που επήλθε (θεωρίες του αποτελέσματος) και σε εκείνες που εστιάζουν στη συμπεριφορά του ιατρού, ασχέτως αποτελέσματος, δηλαδή στο αν ενήργησε και σε ποιο βαθμό σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης (θεωρίες *lex artis*).

§ 3.1: Θεωρίες που αντιμετωπίζουν την ιατρική πράξη ως σωματική βλάβη και στηρίζονται στους λόγους άρσης του άδικου χαρακτήρα της πράξης.

Κοινή παραδοχή των θεωριών αυτών είναι ότι κάθε ιατρική πράξη αποτελεί σωματική βλάβη, ασχέτως αν ο ιατρός ενήργησε *lege artis* ή η πράξη είχε επιτυχές αποτέλεσμα. Η ίδια η ιατρική πράξη είναι, δηλαδή, μια καταρχήν παράνομη πράξη, όμως το άδικο αυτής αίρεται όταν υφίσταται κάποιος λόγος άρσης του αδικού, κάποιο στοιχείο, δηλαδή, που να νομιμοποιεί την επέμβαση του ιατρού στα έννομα αγαθά του ασθενούς, σε αυτήν την περίπτωση ως λόγος άρσης μπορούμε να πούμε ότι λειτουργεί η συναίνεση του ασθενούς.

Δηλαδή ο ασθενής ασκώντας το δικαίωμα της αυτονομίας του, επιτρέπει ή απαγορεύει τη διενέργεια κάποιας ιατρικής πράξης και συνεπώς οποιαδήποτε επέμβαση διενεργήθηκε χωρίς τη συναίνεσή του, συνιστά πάντοτε σωματική βλάβη. Η συναίνεση του ασθενούς ως λόγος άρσης του άδικου χαρακτήρα της πράξης, δεν είναι απαραίτητο να είναι ρητή, δηλαδή αρκεί και η λεγόμενη εικαζόμενη συναίνεση η οποία λειτουργεί όταν η λήψη ρητής συναίνεσης δεν είναι εφικτή, π.χ. κατά τη διάρκεια εφημερίας σε ένα νοσοκομείο, όταν εισάγεται ασθενής με απώλεια

201 επ., Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ.33.

³⁴ Βλ. Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικόν Δίκαιον- Ειδικό Μέρος, Αθήναι, 1974, σελ. 122., Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ.47.

αισθήσεων και πρέπει επειγόντως να γίνει κάποια χειρουργική επέμβαση σε αυτόν, ενώ δεν είναι δυνατόν να βρεθούν ούτε οι οικείοι του.³⁵

Βασικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης θεωρίας είναι πως αντιμετωπίζει την ίδια την ιατρική πράξη ως επέμβαση στη σωματική ακεραιότητα ή την υγεία του ασθενούς, χωρίς να την ενδιαφέρει το αποτέλεσμα ή η συμπεριφορά του ιατρού, στιγματίζει δηλαδή κάθε ιατρική πράξη ως καταρχήν παράνομη.

Η παραπάνω θεωρία είναι η απόλυτα κρατούσα στη γερμανική νομολογία με καθοριστική την απόφαση του Γερμανικού Ακυρωτικού της 31/05/1894, σύμφωνα με την οποία καταδικάστηκε ιατρός για σωματική βλάβη, κατά την §223 του Γερμανικού Ποινικού Κώδικα (StGB), επειδή προέβη σε αναγκαίο ακρωτηριασμό του κάτω άκρου ενός επτάχρονου κοριτσιού, το οποίο είχε προσβληθεί από φυματίωση των οστών, προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο θανάτου του, χωρίς όμως τη συναίνεση του πατέρα της, καθώς αυτός είχε εκφράσει την άρνησή του για τη διενέργεια της συγκεκριμένης επέμβασης. Παρόλο που η επέμβαση κρίθηκε ως ιατρικά ενδεδειγμένη και απαραίτητη για τη ζωή της ασθενούς, τηρήθηκαν οι ιατρικοί κανόνες της επιστήμης και τέχνης και το αποτέλεσμα ήταν επιτυχές, το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε τον ιατρό ένοχο σωματικής βλάβης με το αιτιολογικό ότι δεν μπορούσε να αρθεί το άδικο της πράξης του, αφού συνέτρεχε έλλειψη συναίνεσης, η οποία στη συγκεκριμένη περίπτωση έπρεπε να δοθεί από τον πατέρα της ασθενούς.³⁶ Η άποψη αυτή επαναλαμβάνεται σταθερά από τη γερμανική νομολογία, τόσο από τα ποινικά, όσο και από τα πολιτικά δικαστήρια.

Αν δεχθούμε αυτή τη θεωρία, ωστόσο, παίρνουμε ως δεδομένο ότι κάθε ιατρική πράξη συνεπάγεται έστω και μια ανεπαίσθητη σωματική κάκωση και δεν παρατηρούμε αν με την συγκεκριμένη ιατρική πράξη προκαλείται όντως βλάβη της υγείας ή σωματική κάκωση. Επικεντρωνόμαστε, δηλαδή, στην πράξη καθεαυτή και όχι στο αποτέλεσμα ή στο στόχο που είναι η ίαση του ασθενούς. Δεν μπορούμε όμως να μελετούμε μεμονωμένα την ιατρική πράξη, καθώς αποτελεί σύνολο με συνεκτίμηση όλων των στοιχείων, σε άλλη περίπτωση, θα υποτιμάτο

³⁵ Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ.34- 35.

³⁶ RGSt 25, σελ. 375, Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 35.

ο αληθής στόχος του ιατρού που είναι η θεραπεία του ασθενούς του. Ακόμη, ελλοχεύει ο κίνδυνος, με την αποδοχή αυτής της θεωρίας, να αντιμετωπίσουμε τον ιατρό ως «εγκληματία» και άρα ιατρικές πράξεις με επιτυχή αποτελέσματα και ενεργούμενες *lege artis*, να αξιολογούνται ως ποινικά κολάσιμες.

Συμπερασματικά, οι υποστηρικτές της εξεταζόμενης θεωρίας, έχουν την άποψη πως οποιασδήποτε μορφής ιατρική πράξη, πληροί την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης, εκτός εάν υπάρχει κάποιος λόγος άρσης του αδίκου, όπως είναι η συναίνεση του ασθενούς, η εξυπηρέτηση του αληθούς συμφέροντος του ασθενούς,³⁷ το «κοινωνικώς πρόσφορο» της ιατρικής πράξης,³⁸ η κατάσταση ανάγκης, η εκτέλεση του ιατρικού καθήκοντος, κ.α. Στηρίζονται στην ανάγκη της ισχυρότερης προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς και υποστηρίζουν ότι ο ασθενής είναι ο μόνος αρμόδιος να αποφασίσει αν θα επιτρέψει ή θα απαγορέψει οποιαδήποτε επέμβαση στη σωματική του ακεραιότητα και υγεία, με βάση το δικαίωμα της αυτοδιαθέσεώς του (άρθρο 5 Σ για την προστασία της προσωπικότητας). Δίνοντας λοιπόν τη συναίνεσή του ως προς τη διενέργεια μια ιατρικής πράξης, την καθιστά μη τελειωτικά άδικη πράξη και ως εκ τούτου, νόμιμη.

Στο δικό μας ισχύον δικαιοσύστημα η εφαρμογή αυτής της θεωρίας, θα οδηγούσε σε αδιέξοδα, εφόσον η συναίνεση του παθόντα προβλέπεται μόνον στις περιπτώσεις της απλής σωματικής βλάβης (άρθρο 308 παρ. 3 ΠΚ), με συνέπεια να νομιμοποιεί μόνο τις πολύ απλές επεμβάσεις στο ανθρώπινο σώμα. Η σύγχρονη επιστήμη κρίνει την παραπάνω θεωρία ως αρκετά απαρχαιωμένη, αν και στο γερμανικό δικαιοσύστημα η συναίνεση αίρει κάθε μορφής σωματική βλάβη με την προϋπόθεση η πράξη να μην προσκρούει στα χρηστά ήθη και με αυτόν τον τρόπο νομιμοποιείται μέχρι και η βαρύτερη ιατροχειρουργική επέμβαση.

³⁷ Χωραφάς Νικόλαος, Ποινικόν Δίκαιον, Τεύχος Πρώτον, 9^η έκδοση, επιμ. Κ. Σταμάτη, 1978, σελ. 188, 220.

³⁸ Κατσαντώνης Α., Αι ιατρικαί θεραπευτικαί επεμβάσεις και η σημασία της συναινέσεως του ασθενούς, ΠΧρ. Κ', 1970, σελ. 67- 68.

§ 3.2: Θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες αποκλείεται η ειδική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης.

Σε αυτές τις θεωρίες η λύση βρίσκεται στην ειδική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης. Περαιτέρω μπορούν να διακριθούν σε δύο υποκατηγορίες: α) σε όσες εξετάζουν το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης ως κριτήριο νομιμότητας, θεωρώντας ότι εάν η ιατρική πράξη ήταν επιτυχής, τότε δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις που καθορίζουν την αντικειμενική υπόσταση της σωματικής βλάβης (θεωρία του αποτελέσματος) και β) σε όσες μελετούν το άδικο ή μη της συμπεριφοράς και συνεπώς εξετάζουν αν ο ιατρός ενήργησε σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης (θεωρία *lege artis*). Με άλλα λόγια, κατά τις παρακάτω θεωρίες, η ιατρική πράξη δεν είναι σωματική βλάβη, εφόσον υπάρχουν στοιχεία που εμποδίζουν την πλήρωση της αντικειμενικής της υπόστασης, με συνέπεια είτε να συνιστά κάποιο άλλο αδίκημα, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις του, είτε να παραμένει ποινικά αδιάφορη.

Σε αυτές τις θεωρίες, η συναίνεση του ασθενούς λειτουργεί ως όρος που εμποδίζει την πλήρωση της ειδικής υπόστασης του εγκλήματος της σωματικής βλάβης και όχι ως λόγος άρσης του αδικού. Για αυτό το λόγο, υποστηρίζεται από μέρος της θεωρίας³⁹, πως πρόκειται για «συγκατάθεση» και όχι για «συναίνεση» με βάση τις έννοιες του ποινικού δικαίου.

§ 3.2.1: Θεωρίες που ενδιαφέρονται για το αποτέλεσμα.

Οι εν λόγω θεωρίες είναι ξεπερασμένες, εφόσον τα άρθρα 11 και 12 ΚΙΔ έχουν ρυθμίσει ξεκάθαρα το ζήτημα της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενούς για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, ωστόσο θα ήταν καλό να γίνει μια αναφορά στον τρόπο προσέγγισης του ζητήματος μέσω των θεωριών του αποτελέσματος. Σύμφωνα με τις εν λόγω θεωρίες, η ιατρική πράξη που είχε επιτυχές αποτέλεσμα, δεν συνιστά σωματική βλάβη,⁴⁰ δεν

³⁹ Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικό Δίκαιο- Γενικό Μέρος Ι, Θεωρία για το Έγκλημα, Β΄ Έκδοση, Αθήνα 2006, σελ. 355-356, Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 36- 67.

⁴⁰ Βλ. ενδεικτικά Τζαννετής Αριστομένης, Παρατηρήσεις επί της υπ' αρ. 2692/1991 Διάταξης Εισαγγελέα Εφετών Θεσσαλονίκης, ΠΧρ ΜΑ'(1991), σελ. 602, Γιαννίδης Ιωάννης/ Μπιταξής Πάνος, Ιδιωτική Γνωμοδότηση, ΠΧρ ΜΑ'(1991), σελ. 608, Συμεωνίδου- Καστανίδου, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική Βιβλιοθήκη, 2006, σελ. 120, Λιούρδη Σπ. Άγκυ.

πλήττονται έννομα αγαθά εφόσον η επιτυχημένη ιατρική πράξη έχει μόνο θετικά αποτελέσματα στην υγεία του ασθενούς και άρα «όποιος σώζει έχει δίκιο»⁴¹. Όπως φαίνεται, μέσα από αυτές τις θεωρίες εκφράζεται το πνεύμα του πατερναλισμού που διέκρινε την ιατρική επιστήμη παλιότερα και εξετάζεται η ιατρική πράξη ως ενιαίο σύνολο, από το οποίο ενδιαφέρει η επιτυχία ή αποτυχία της.

Στην περίπτωση που η ιατρική πράξη διενεργείτο χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς ή παρά τη θέλησή του, δηλαδή αυθαίρετα, παρά το γεγονός ότι το αποτέλεσμα της ήταν επιτυχές, οι υποστηρικτές της θεωρίας του αποτελέσματος προσπαθούσαν να καλύψουν το κενό με αναγωγή της αυθαίρετης ιατρικής πράξης είτε σε προσβολή του δικαιώματος αυτοδιάθεσης ή σε προσβολή της τιμής του ασθενούς.

Τέλος, οι υποστηρικτές των θεωριών που κρίνουν από το αποτέλεσμα, κατέφευγαν και στην κατάσταση ανάγκης που αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης (άρθρο 25 ΠΚ) ή στο γεγονός ότι η ιατρική πράξη κινείται στο πλαίσιο του επιτρεπόμενου κινδύνου ή του κοινωνικώς πρόσφορου και επομένως δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να στοιχειοθετείται σωματική βλάβη από αμέλεια ή ανθρωποκτονία από αμέλεια.⁴²

§ 3.2.2: Θεωρίες *lege artis*.

Lege artis άσκηση της ιατρικής έχουμε όταν εφαρμόζεται η διδασκαλία των πανεπιστημιακών ιατρικών σχολών και ακολουθούνται εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι, υπό τον όρο ότι αυτές αποτελούν «ιατρικό κεκτημένο». Όσοι υποστηρίζουν αυτή τη θεωρία,⁴³ ενδιαφέρονται για τη συμπεριφορά του ιατρού και όχι για το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης. Σημασία έχει ο τρόπος, το πώς έλαβε χώρα η συγκεκριμένη ενέργεια, αν έγινε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, ακόμα και αν ο ιατρός απέτυχε, και όχι η επιτυχία ή μη του

Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 37.

⁴¹ Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 37.

⁴² Συμεωνίδου – Καστανίδου, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική Βιβλιοθήκη, 2006, σελ. 121.

⁴³ Στην Ελλάδα, βασικός εκπρόσωπος της θεωρίας *lege artis* είναι ο Ν. Ανδρουλάκης.

αποτελέσματος καθώς αυτή αποτελεί αστάθμητο παράγοντα, η επέλευση του οποίου μπορεί να στηρίζεται και σε τυχαία περιστατικά.

Ενώ λοιπόν στην lege artis θεωρία υπάρχει ομοφωνία ότι ποινικά ενδιαφέρον παρουσιάζει μόνο η συμπεριφορά του ιατρού, παρατηρείται διχογνωμία ως προς τη συναίνεση του ασθενούς. Ένα μέρος της θεωρίας (σωματικά- βιολογικά διαμορφωμένη πτυχή) δεν ενδιαφέρεται για το ρόλο της συναίνεσης, ενώ ένα άλλο δέχεται ότι το έγκλημα της σωματικής βλάβης δεν πληρούται, όταν η επέμβαση είναι ιατρικώς ενδεδειγμένη, διεξήχθη lege artis και με τη συναίνεση του ασθενούς (δια της αυτονομίας διαμορφωμένη πτυχή).

Κατά την σωματικά- βιολογικά διαμορφωμένη θεωρία, η συναίνεση του ασθενούς δεν παίζει κανένα ρόλο, διότι η αυτονομία του ατόμου δεν υπάγεται στο πλαίσιο προστασίας των διατάξεων για τη σωματική βλάβη. Επομένως, η αυθαίρετη ιατρική πράξη που διεξήχθη lege artis δεν μπορεί να συνιστά σωματική βλάβη. Μόνο μέσω των διατάξεων για τα εγκλήματα κατά της προσωπικής ελευθερίας μπορεί να στοιχειοθετηθεί αξιόποινη συμπεριφορά, εφόσον το έννομο αγαθό που προσβάλλεται, είναι το δικαίωμα αυτοδιαθέσεως του ατόμου, ως έκφανση του δικαιώματος της προσωπικότητας.

Αντιθέτως, η δια της αυτονομίας διαμορφωμένη πτυχή δέχεται ότι δεν πληρούται το έγκλημα της σωματικής βλάβης, όταν η ιατρικώς ενδεδειγμένη επέμβαση διενεργήθηκε lege artis και με τη συναίνεση του ασθενούς. Το προστατευόμενο από τις διατάξεις περί σωματικής βλάβης έννομο αγαθό, δεν είναι μόνο η υγεία ή η σωματική ακεραιότητα, αλλά και η ελευθερία του ατόμου να διαθέτει τα εν λόγω έννομα αγαθά κατά βούληση. Η αυθαίρετη, επομένως, ιατρική πράξη, ακόμα και αν έχει διεξαχθεί lege artis, αποτελεί σωματική βλάβη κατά τα άρθρα 308 επ. του ΠΚ, ως προσβολή του δικαιώματος αυτοδιαθέσεως του ατόμου ως προς τη σωματική ακεραιότητα και υγεία του. Δηλαδή, η δια της αυτονομίας διαμορφωμένη εκδοχή, προϋποθέτει τη lege artis διεξαγωγή της ιατρικής πράξης, και τη συναίνεση του ασθενούς, προκειμένου να μη πληροί η ιατρική πράξη την αντικειμενική υπόσταση της σωματικής βλάβης:

§ 3.3: Ενδιάμεσες Θεωρίες. Η τροποποιημένη θεωρία του αποτελέσματος. Η διδύναμη λύση.⁴⁴

Τέλος, ως προς την αξιολόγηση της ιατρικής πράξης, υποστηρίχθηκαν περαιτέρω και θεωρίες που έχοντας ως βασικό κορμό την αρχική θεωρία του αποτελέσματος, διαφοροποιήθηκαν ως προς την επίδραση που προκαλεί μια ιατρική πράξη στο ανθρώπινο σώμα. Δηλαδή, όταν η ιατρική πράξη δεν προκαλεί μετατροπή στο σώμα του ασθενούς, ανεξάρτητα από το αν διενεργήθηκε με τη συναίνεση ή μη του ασθενούς, δεν υφίσταται σωματική βλάβη. Αντίθετα, όταν υπάρχει έντονη επέμβαση στο ανθρώπινο σώμα, όπως σε περιπτώσεις σοβαρών ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, τότε είναι απαραίτητη η συναίνεση του ασθενούς για να μην στοιχειοθετείται άδικο αποτέλεσμα.

Κατά τη θεωρία της διδύναμης λύσης⁴⁵, δε, οι σχετικές με τις σωματικές βλάβες διατάξεις, προστατεύουν τόσο τη σωματική ακεραιότητα και υγεία όσο και το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενούς. Υπάρχει δηλαδή ένα διττό προστατευόμενο έννομο αγαθό, που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οποιαδήποτε ενέργεια στο σώμα συνιστά σωματική βλάβη λόγω προσβολής και του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενούς. Η ύπαρξη της συναίνεσης του ασθενούς αποκλείει την ευθύνη του ιατρού για σωματική βλάβη ακόμα και αν συντρέχει ιατρικό σφάλμα, αρκεί αυτό να μην συνδέεται αιτιωδώς με τη σωματική βλάβη του ασθενούς.

§ 4: Συγκριτική μελέτη. Η κρατούσα θεωρία στην Ελλάδα.

Στην γερμανική νομολογία κάθε ιατρική πράξη αντιμετωπίζεται ως σωματική βλάβη και η συναίνεση του ασθενούς, αποτελεί λόγο άρσης του άδικου χαρακτήρα αυτής. Στην Αυστρία ιδιαίτερη σημασία δίνεται στο δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενούς, ενώ ο αυστριακός ποινικός κώδικας είναι ο μόνος κώδικας στον οποίο έχει προβλεφθεί σε συγκεκριμένη διάταξη (άρθρο 110 αυστρ.ΠΚ) η τιμωρία του ιατρού σε ιατρική πράξη που διενεργήθηκε χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς, ακόμα και αν αυτή διενεργήθηκε *lege artis*.

⁴⁴ Βλ. εκτενέστερα Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 41

⁴⁵ Βλ. Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 41.

Στην Ελλάδα, η κρατούσα θεωρία είναι εκείνη της *lege artis*, σε συνδυασμό με τη συναίνεση του ασθενούς. Κατά τη θεωρία αυτή, μια θεραπευτική επέμβαση που κρίθηκε επιτυχής, είτε ιατροχειρουργική επέμβαση, είτε μαγνητική ή αξονική τομογραφία, είτε φαρμακευτική αγωγή, χημειοθεραπείες, κτλ. και έχει στόχο τη βελτίωση ή την πλήρη θεραπεία του ασθενούς, δεν επιφέρει βλάβη της υγείας του. Αυτό που αναζητείται είναι κατά πόσον ο ιατρός ενήργησε *lege artis*, σύμφωνα δηλαδή με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, ώστε να αποδοθούν οι αντίστοιχες ευθύνες. Ακόμη, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως **απαραίτητη και αναγκαία προϋπόθεση για την εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, η ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς**, όπως ρητά απαιτείται στα άρθρα 11 και 12 ΚΙΔ. Προτού δώσει τη συναίνεσή του ο ασθενής, θα πρέπει απαραίτητα να έχει προηγηθεί σχετική ενημέρωσή του από τον υπεύθυνο ιατρό.

Παρόμοια θέση ακολουθεί και η νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων. Η νομολογία του ΑΠ, δέχεται παγίως ότι *«στοιχειοθετείται ευθύνη του ιατρού για σωματική βλάβη από αμέλεια ή για ανθρωποκτονία από αμέλεια στις περιπτώσεις εκείνες που το συγκεκριμένο αποτέλεσμα οφείλεται σε παράβαση από τον ιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της επιστήμης για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και η σχετική του ενέργεια δεν έγινε σύμφωνα με το αντικειμενικώς επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας»*.⁴⁶ Βέβαια, σχετικά με την «ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς», η νομολογία επισημαίνει ότι αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για το ανεύθυνο των ιατρών.

§ 5: Γενικά συμπεράσματα σχετικά με την ιατρική πράξη και την αξιολόγησή της.

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε, οι βασικές θεωρίες για τη νομική αξιολόγηση της ιατρικής πράξης, συνδέονται είτε με τη συναίνεση του ασθενούς και το «ενδεδειγμένο» της ιατρικής πράξης, είτε με το αποτέλεσμά της, είτε με τη συμπεριφορά του ιατρού. Τα στοιχεία, λοιπόν, που προσδιορίζουν μια ιατρική πράξη, καθιστώντας τη νόμιμη ή παράνομη, είναι: α) το «ενδεδειγμένο» της ιατρικής πράξης, β) η συναίνεση του ασθενούς, γ) η «ορθότητα» της ιατρικής πράξης και δ) η επιτυχία ή η αποτυχία της.

Ειδικότερα, «ενδεδειγμένη» ιατρική πράξη είναι εκείνη που επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους και είναι πρόσφορη για την αποκατάσταση ή τη διατήρηση της καλής υγείας και σωματικής

⁴⁶ Βλ. ενδεικτικά: ΑΠ 543/2008, ΑΠ 611/2007, ΑΠ 822/2006.

κατάστασης του ασθενούς.⁴⁷ «Αυθαίρετη», δε, ονομάζεται η ιατρική πράξη που διενεργήθηκε χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς, ενώ ως «αποτυχημένη» χαρακτηρίζεται η ιατρική πράξη που είχε ως αποτέλεσμα περαιτέρω αρνητικές συνέπειες για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Τέλος, «εσφαλμένη» είναι η ιατρική πράξη που τελέστηκε κατά παράβαση των παραδεδεγμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης ή η ιατρική πράξη κατά την οποία ο γιατρός υπέπεσε σε ιατρικό σφάλμα.

Η αυθαίρετη ιατρική πράξη, ως παραβίαση του δικαιώματος αυτοδιαθέσεως του ασθενούς, είναι πάντοτε παράνομη πράξη, όπως ακριβώς και η εσφαλμένη ιατρική πράξη, ως συμπεριφορά του ιατρού αντίθετη με τις υποχρεώσεις επιμέλειας. Η αποτυχημένη ιατρική πράξη, από την άλλη, δεν είναι κατ' ανάγκην παράνομη, αφού ο γιατρός δεν εγγυάται στον ασθενή τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του, αλλά ότι θα διεξάγει την ιατρική πράξη σύμφωνα με τους γενικά παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Σύμφωνα με την άποψη της Φουντεδάκη⁴⁸, τα σημεία προβληματισμού ως προς την «νομιμοποίηση» της ιατρικής πράξης είναι μόνο το ενδεδειγμένο της ιατρικής πράξης και η συναίνεση του ασθενούς, ενώ η αποτυχία της ιατρικής πράξης ή το ιατρικό σφάλμα αξιολογείται σε επόμενο στάδιο, κατόπιν αξιολογήσεως της ιατρικής πράξης ως καταρχήν νόμιμης ή παράνομης πράξης. Αντίθετα, ένα άλλο μέρος της θεωρίας⁴⁹, προσθέτει στα ως άνω δύο στοιχεία και τη διενέργεια της ιατρικής πράξης *lege artis*, ως νομιμοποιητικό στοιχείο της ιατρικής πράξης.

Συμπερασματικά, το πρόβλημα νομιμοποίησης της ιατρικής πράξης μπορεί να επιλυθεί συστηματικά μόνο αν διαχωριστεί από τις έννοιες τόσο της αποτυχημένης ιατρικής πράξης όσο και της εσφαλμένης. Το ζήτημα της αυθαίρετης ιατρικής πράξης, αφορά ένα προγενέστερο

⁴⁷ Ανδρουλάκης Ν., Ποινικό Δίκαιο, Ειδικόν Μέρος, 1974, σελ. 120, Φουντεδάκη Αικατερίνη, Η ιατρική αστική ευθύνη, Αθήνα, 2003, σελ 170.

⁴⁸ Φουντεδάκη Αικατερίνη, Η ιατρική αστική ευθύνη, Αθήνα, 2003, σελ. 171- 172, Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018, σελ. 35.

⁴⁹ Ανδρουλάκης Ν., Ποινικό Δίκαιο, Ειδικόν Μέρος, 1974, σελ. 120, Χωραφάς Ν., Ποινικόν Δίκαιον, τ. Α, 9η έκδοση (επιμέλεια Σταμάτης Κ.), 1978, σελ.188.

στάδιο από εκείνο του ιατρικού σφάλματος, για αυτό και δημιουργεί αυτοτελώς ευθύνη, εφόσον πληρούνται και οι υπόλοιπες προϋποθέσεις της ευθύνης.

Η ιατρική ευθύνη, λοιπόν, μπορεί να είναι είτε ευθύνη από αυθαίρετη ιατρική πράξη είτε ευθύνη από ιατρικό σφάλμα. Όταν, δε, υπάρχει έλλειψη συναίνεσης και ιατρικό σφάλμα, τότε πρόκειται για «διπλή παρανομία» της ιατρικής πράξης. Περιπτώσεις «διπλής παρανομίας» έχει εξετάσει η νομολογία των δικαστηρίων μας, ωστόσο αξίζει να παρατηρηθεί ότι η ευθύνη του ιατρού θεμελιώνεται αποκλειστικά στο ιατρικό σφάλμα, ενώ η έλλειψη συναίνεσης δεν φαίνεται να διαδραματίζει κανένα ρόλο. Ενδεικτικά αναφέρουμε την ΔΕφΘεσ 1786/2005 η οποία έκρινε υπόθεση ασθενούς που υπεβλήθη σε καισαρική επέμβαση και υπέστη ατροφία της κνήμης του αριστερού της ποδιού, λόγω ιατρικού σφάλματος του αναισθησιολόγου κατά την εφαρμογή της ραχιαίας αναισθησίας, για την οποία μέθοδο αναισθησίας η ασθενής δεν είχε προηγουμένως ενημερωθεί. Στην εν λόγω απόφαση πράγματι κρίνεται ότι: *«...τα κινητικά συμπτώματα προσβολής των ριζών, που παρουσίασε η ασθενής μετά την καισαρική τομή στο Νοσοκομείο με εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας, περιλαμβάνονται στις πιθανές νευρολογικές επιπλοκές μιας αποτυχημένης εφαρμογής της ραχιαίας αναισθησίας, για τις οποίες όμως η εκκαλούσα -εφεσίβλητη δεν ενημερώθηκε από τον ιατρό αναισθησιολόγο...ή από άλλον ιατρό, ενώ ελλείπει παντελώς η συναίνεση της για την εφαρμοσθείσα τελικώς τεχνική μέθοδο αναισθησίας (ραχιαία)»*, όμως στη συνέχεια η ευθύνη του ιατρού θεμελιώνεται στην κακή εφαρμογή της ραχιαίας αναισθησίας που προήλθε από ιατρικές πράξεις του ιατρού- αναισθησιολόγου, ο οποίος δεν επέδειξε την απαιτούμενη, σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, ιδιαίτερη προσοχή και τη δέουσα επιμέλεια και όχι στην προσβολή του δικαιώματος αυτοδιάθεσης της ασθενούς λόγω παραβίασης από το γιατρό της υποχρέωσής του να την ενημερώσει.

Επίσης, η ΔΕφΠειρ 391/2008 για την υπόθεση 16χρονου ασθενούς που υποβλήθηκε σε ακρωτηριασμό του δεξιού του κάτω άκρου, χωρίς να ενημερωθεί για άλλες ηπιότερες θεραπευτικές μεθόδους που ήταν ενδεδειγμένες για την περίπτωσή του, η οποία έκρινε ότι η αμέλεια του ιατρού έγκειται τόσο στη λανθασμένη επιλογή της θεραπείας, όσο και στην έλλειψη ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας. Μάλιστα στη συγκεκριμένη απόφαση αναφέρεται ότι η παραβίαση της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς

λήφθηκε υπόψη κατά την επιδίκαση του εύλογου ποσού για την ικανοποίηση της ηθικής βλάβης του ασθενούς.

Από την άλλη, η αποτυχία ή μη της ιατρικής πράξης μπορεί να έχει σημασία για την ύπαρξη της προϋποθέσεως της ζημίας, προκειμένου να δοθεί δηλαδή αποζημίωση, αλλά δεν σχετίζεται με την προϋπόθεση της παρανομίας όπως η έλλειψη συναίνεσης ή το ιατρικό σφάλμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 2^{ου} ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικό Δίκαιο- Γενικό Μέρος Ι, Θεωρία για το Έγκλημα, Β΄ Έκδοση, Αθήνα 2006.
- 2) Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικών Δίκαιον- Ειδικό Μέρος, Αθήναι, 1974.
- 3) Γιαννίδης Ιωάννης/ Μπιταξής Πάνος, Ιδιωτική Γνωμοδότηση, ΠΧρ ΜΑ΄(1991), σελ. 608.
- 4) Κατσαντώνης Α., Αι ιατρικάί θεραπευτικάί επεμβάσεις και η σημασία της συναινέσεως του ασθενούς, ΠοινΧρ. Κ΄, 1970, σελ. 67- 68.
- 5) Κατσαντώνης Αλέξανδρος, Ποινικών Δίκαιον, Τόμος Α΄, 1972.
- 6) Κουκούλης Ανδρέας- Νικόλαος, Εγχειρίδιο Ιατρικής Ευθύνης και Δεοντολογίας, Νομική Βιβλιοθήκη, 2020.
- 7) Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014.
- 8) Πελλένη- Παπαγεωργίου Α., Ιατρική αστική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς, 2016.
- 9) Συμεωνίδου- Καστανίδου, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική Βιβλιοθήκη, 2006.
- 10) Τζαννετής Αριστομένης, Παρατηρήσεις επί της υπ' αρ. 2692/1991 Διάταξης Εισαγγελέα Εφετών Θεσσαλονίκης, ΠΧρ ΜΑ΄(1991), σελ. 602.
- 11) Φουντεδάκη Αικατερίνη, Η ιατρική αστική ευθύνη, Αθήνα, 2003.
- 12) Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018.
- 13) Χωραφάς Νικόλαος, Ποινικών Δίκαιον, Τεύχος Πρώτον, 9^η έκδοση, επιμ. Κ. Σταμάτη, 1978, σελ. 219 επ.
- 14) Laufs A. / Kern B., Handbuch des Arztrechts, 2010, σελ. 1574, αρ. 8- 11.
- 15) Obermayer, Cornelia, Das ärztliche Rezept, Diss. Giessen, 1991, σελ. 15επ., 89 επ.

Κεφάλαιο 3: Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς

§1: Η διαχρονική εξέλιξη της σχέσης ιατρού- ασθενούς.

Είναι αλήθεια ότι παλαιότερα και μέχρι περίπου τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, τη σχέση ιατρού-ασθενούς καθόριζε το λεγόμενο πατερναλιστικό πρότυπο, το οποίο είχε ως βάση του τα Ιπποκρατικά κείμενα. Σύμφωνα με αυτά, αυτός που είναι υπεύθυνος να λάβει τις αποφάσεις για την υγεία του ασθενούς είναι μόνο ο ιατρός, χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς ή σε κάθε περίπτωση με περιορισμένη συμμετοχή του. Παρατηρούμε ότι η σχέση ιατρού- ασθενούς αντικατόπτριζε την έλλειψη ισότητας ανάμεσα στα δύο μέρη, όχι μόνο ως προς την ψυχολογική τους κατάσταση, αλλά και ως προς το γνωστικό τους πεδίο. Ο ασθενής ήταν ευάλωτος μπροστά στην ασθένεια, ενώ ο ιατρός λόγω των γνώσεων θεωρούταν αυθεντία, με αποτέλεσμα να θεωρείται ο μόνος αρμόδιος να κρίνει την κατάσταση του ασθενούς και να αποφασίζει την εξέλιξη της θεραπείας του. Καταλαβαίνουμε ότι υπό αυτές τις συνθήκες ο ιατρός ούτε ήταν υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, ούτε και δεσμευόταν από προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Σταδιακά, άρχισε να καθιερώνεται η σχέση ισοτιμίας και συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς και να παύει ο ρόλος του ασθενούς να είναι καθαρά παθητικός.

Σταθμό στην ιστορία της ιατρικής συνιστά η περίοδος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, όπου και έλαβε χώρα ανυπολόγιστος αριθμός πειραμάτων σε ανθρώπους. Έτσι, το πρότυπο του «ιατρικού πατερναλισμού» αμφισβητήθηκε σοβαρά και έδωσε έναυσμα να θεσμοθετηθούν Κώδικες Δεοντολογίας, αρχικά, για τη ρύθμιση της διεξαγωγής των κλινικών δοκιμών, όπου η διακινδύνευση των προσώπων- εθελοντών είναι εντονότερη. Πιο συγκεκριμένα, με τη **Διακήρυξη της Γενεύης (1948)** ορίζεται «η υποχρέωση του ιατρού να παρέχει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς ισότιμα, ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, κοινωνικής ή πολιτικής θέσης, φυλής, ασθένειας, να σέβεται τα μυστικά του ασθενούς και να διαφυλάσσει όσα αυτός του έχει εκμυστηρευτεί, ακόμα και μετά τον θάνατό του», ενώ με την ψήφιση του **Κώδικα της Νυρεμβέργης το 1949**, τέθηκε το νομοθετικό πλαίσιο για τη χρησιμοποίηση ανθρώπων στην επιστημονική έρευνα. Εντύπωση μας κάνει το πρώτο άρθρο του σχετικού κώδικα στο οποίο αναφέρονται οι προϋποθέσεις της παροχής της «ελεύθερης» συναίνεσης του ατόμου-υποκειμένου του πειράματος και τονίζεται ιδιαίτερα η ευθύνη για την προηγούμενη ενημέρωσή του από τον διεξάγοντα το πείραμα. Στον **Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Ηθικής**

(1949) διατυπώνεται ρητά το δικαίωμα του ασθενούς για ενημέρωση και η υποχρέωση του ιατρού για σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια του ασθενούς.

Παρατηρούμε ότι αρχίζει να δίνεται έμφαση στην αυτονομία του ασθενούς. Αντίθετα από το παλαιότερο πρότυπο, σήμερα ιατρός και ασθενής έχουν μια σχέση ισοτιμίας στη λήψη των αποφάσεων και οπωσδήποτε μια σχέση συνεργασίας. Το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού του ατόμου διέπει πλέον κάθε στάδιο στη λήψη και εφαρμογή των ιατρικών πράξεων και φυσικά, ο τρόπος ζωής του ατόμου ή οι θρησκευτικές του αντιλήψεις αποτελούν αντικείμενο σεβασμού και λαμβάνονται υπόψη στον καθορισμό της θεραπείας του. Όλα τα παραπάνω αποτέλεσαν τη βάση, ώστε το 1973 να ψηφιστεί από την Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση των ΗΠΑ ο **Κώδικας Δικαιωμάτων του Ασθενούς** και το 1974 να ψηφιστεί ο **Ευρωπαϊκός Χάρτης για τα δικαιώματα των ασθενών** από τη Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, σύμφωνα με τον οποίο ο νοσηλευόμενος δεν είναι απλά ένας ασθενής, αλλά ένα άτομο με δικαιώματα που φιλοξενείται σε ένα υγειονομικό ίδρυμα.

Η **Διακήρυξη της Λισσαβόνας του 1981** για τα δικαιώματα του «νοσοκομειακού ασθενούς» κυρώθηκε στη χώρα μας με το Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του ΕΣΥ. Στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992, για πρώτη φορά διατυπώνεται ρητά το δικαίωμα του νοσοκομειακού ασθενούς να πληροφορηθεί από τους νοσοκομειακούς γιατρούς για την κατάσταση της υγείας του και τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν. Στο ίδιο άρθρο προβλέπεται η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς από το γιατρό και το δικαίωμα του ασθενούς για τη συγκατάθεση ή την άρνησή του σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν.

Στην **Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο 1997)**, που κυρώθηκε στην Ελλάδα με τον Ν. 2619/1998 και υπερισχύει του κοινού δικαίου, διατυπώνεται ρητά το θεμελιώδες δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς (άρθρο 5 παρ. 1 Σύμβασης του Οβιέδο) και παράλληλα αναγνωρίζεται η επιθυμία των ασθενών που επιλέγουν να μην ενημερωθούν για την κατάσταση της υγείας τους. Σύμφωνα με την ως άνω Σύμβαση, ο ιατρός υποχρεούται να πραγματοποιεί ιατρικές πράξεις μόνο με τη συναίνεση του ασθενούς, καθώς επίσης και να πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με την υγεία του και το κόστος της εκάστοτε επεμβάσεως. Ακόμα, το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει ύστερα από επαρκή ενημέρωσή του αν θα δεχτεί ή όχι οποιαδήποτε μορφής επέμβαση στο σώμα και την υγεία του, προστατεύεται από το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ και το άρθρο 7 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ και επιπλέον, το δικαίωμα του ασθενούς να ενημερώνεται για τη γενική κατάσταση της υγείας του, συνιστά ειδικότερη

έκφανση των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και του ιδιωτικού βίου (άρθρα 5 παρ. 1 και 9 παρ. 1 εδ. β' Σ).

Ο **Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας**, επαναδιατυπώνοντας τις ρυθμίσεις της Σύμβασης του Οβιέδο, ρύθμισε ειδικότερα τα θέματα της συναίνεσης και ενημέρωσης του ασθενούς στα άρθρα 11 και 12. Ακόμη, στον ΚΙΔ διατυπώνονται οι υποχρεώσεις του ιατρού, καθιστώντας το εν λόγω νομοθέτημα έμμεση πηγή της ιατρικής ευθύνης, ενώ στην ουσία, ο ΚΙΔ εξειδικεύει τα άρθρα 57, 281, 288, 330 και 914 του Αστικού Κώδικα. Ο ΚΙΔ έχει αποκτήσει την ισχύ τυπικού νόμου, δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ως soft law, δηλαδή ως περιέχων κανόνες δεοντολογίας, με αποτέλεσμα η παραβίαση των κανόνων του να μην επιφέρει απλώς κοινωνική αποδοκιμασία, αλλά και νομικές κυρώσεις με συνήθως πειθαρχικό χαρακτήρα, αλλά και με θεμελίωση αστικής ή ποινικής ευθύνης του ιατρού, όταν προκύπτει το παράνομο της συμπεριφοράς του. Ήδη η νομολογία δεν διστάζει να εφαρμόζει τις διατάξεις του ΚΙΔ για τη θεμελίωση της παρανομίας από την παράβαση των αρχών του, όπως είναι και η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς.⁵⁰ Στον ΚΙΔ μπορούμε να πούμε ότι αποτυπώνονται οι θεμελιώδεις αρχές του Δικαίου της Υγείας ως νομοθετικές- δεσμευτικές επιταγές και πιο συγκεκριμένα: η αρχή του αυξημένου σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας με ειδικότερες εκφάνσεις της τη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς και την προστασία του ιατρικού απορρήτου, η αρχή της ελευθερίας της ιατρικής επιλογής και η αρχή της ισότητας στο χώρο της υγείας.

Ακόμη, ειδικές ρυθμίσεις σχετικά με το ρόλο του ασθενούς, δηλαδή το δικαίωμα ενημέρωσής του ώστε να δώσει τη συναίνεσή του, προβλέπονται σε διάφορα νομοθετήματα, όπως στο άρθρο 7 του Ν. 3984/2011 για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, στο άρθρο 5 Ν. 3305/2005 για την εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, όπου αναφέρεται ρητά η υποχρέωση παροχής ενημερωμένης συναίνεσης από το επιστημονικό προσωπικό προς τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα, κ.α. Τα παραπάνω κείμενα, βέβαια, δεν ρυθμίζουν πρωτογενώς την ιατρική ευθύνη, απλά εξειδικεύουν τις υποχρεώσεις του ιατρού απέναντι στον ασθενή του και τα δικαιώματα των ασθενών.

Συνεπώς, παρατηρούμε ότι ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται πλέον σαν αντικείμενο της ιατρικής λογικής, αλλά σαν ένας συνεργάτης που όμως χρειάζεται βοήθεια και ανακούφιση. Γιατρός και ασθενής συνεργάζονται προκειμένου να βρεθεί η καλύτερη δυνατή λύση για τη βελτίωση της υγείας του τελευταίου. Χωρίς τη συμβολή του ασθενούς, η οποία εκφράζεται

⁵⁰ Βλ. ΠΠρΘεσ 27115/2010, ΠΠρΘεσ 12941/2014, ΠΠρΑθ 1449/2007, ΜΠρΘεσ 11595/2017.

μέσω της συναίνεσής του κατόπιν ενημέρωσης από τον θεράποντα ιατρό του, δεν είναι επιτρεπτή καμία απολύτως επέμβαση του ιατρού στη σωματική ακεραιότητα και υγεία του ασθενούς.

§2: Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς.

Η αρχή της συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς, (διεθνώς γνωστή ως “informed consent”) βρίσκει τη θεμέλια λίθο της στη θεωρία της αυτονομίας. Η αναγνώριση του δικαιώματος αυτοδιάθεσης και αυτοπροσδιορισμού του ατόμου (Selbstbestimmungsrecht)⁵¹ ως ειδικότερης έκφανσης του δικαιώματος επί της προσωπικότητας ήταν η βάση για την θεμελίωση της αρχής της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς. Πρέπει να σημειώσουμε ότι εξαιτίας του αγγλικού όρου “informed consent”, πολλοί στην Ελλάδα χρησιμοποιούν τον όρο «ενημερωμένη συναίνεση», που όμως μάλλον είναι γλωσσικά ατυχής και ορθώς δεν υιοθετήθηκε από τον ΚΙΔ.⁵² Το δικαίωμα προσωπικότητας του ατόμου κατοχυρώνεται συνταγματικά στα άρθρα 5 παρ. 1 και 2 παρ. 1 Σ, ενώ ο σεβασμός στην ανθρώπινη αυτονομία καθιερώνεται με τη διάταξη του άρθ. 5 παρ. 5 Σ στην οποία ορίζεται ότι: «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων». Κάθε άτομο, επομένως, έχει το δικαίωμα να αυτοκαθορίζεται, να αποφασίζει δηλαδή για τον τρόπο με τον οποίο θα διαθέσει τα έννομα αγαθά του και είναι το μόνο πρόσωπο που δικαιούται να αποφασίσει αν θα υποβληθεί ή όχι σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη, αφού πρώτα ενημερωθεί για αυτή.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η υποχρέωση του ιατρού να λάβει τη συναίνεση του ασθενούς, αφού ενημερώσει αυτόν, προέρχεται από το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίσει αν θα υποβληθεί ή όχι σε ορισμένη ιατρική επέμβαση.⁵³ Σύμφωνα με την ΑΠ 424/2012, *«επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον εφόσον το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν σχετικής εκ των προτέρων ενημέρωσής του ως προς το σκοπό*

51 Deutsch E., Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 2008, Εισαγωγή, αρ. 17.

52 Βλ. Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018, σελ. 76.

53 Βλ. Αιτιολογική Έκθεση του Ν. 3418/2005, στα άρθρα 11, 12 σε ΚΝοΒ 2005, σελ. 2053.

και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται, μπορεί δε το ενδιαφερόμενο πρόσωπο να ανακαλέσει ελεύθερα και οποτεδήποτε τη συναίνεσή του. Η ύπαρξη έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς προϋποθέτει την προηγούμενη πλήρη ενημέρωσή του κατά την παραπάνω έννοια από τον ιατρό που πρόκειται να ενεργήσει την ιατρική πράξη, αλλά και από αυτόν που διέγνωσε προηγουμένως την ανάγκη διενέργειας της ιατρικής πράξης και συνέστησε στον ασθενή, αφού και στις δύο περιπτώσεις είναι όμοιοι οι κίνδυνοι που δημιουργούνται για τον ασθενή και οι οποίοι πρέπει να καλυφθούν με τη συναίνεσή του».

Η υποχρέωση του ιατρού για ενημέρωση στον ασθενή, είτε θα προκύπτει από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής, ρητά ή σιωπηρά, σύμφωνα με το άρθρο ΑΚ 288, είτε ευθέως από το νόμο (βλ. ΚΙΔ).

Με τη συναίνεση που δίνει ο ασθενής ως προς τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, αφού προηγουμένως έχει ενημερωθεί ως προς το είδος, τους κινδύνους και τις συνέπειές της, εκφράζεται η βούλησή του να υποβληθεί σε αυτήν. Ωστόσο, η συμφωνία του ασθενούς να υποβληθεί σε ορισμένη ιατρική επέμβαση, δεν δηλώνει την θέλησή του να δεσμευτεί νομικά, αλλά την επιθυμία του να ανεχθεί μια επέμβαση, για το λόγο αυτό η έλλειψη της συναίνεσης δεν επηρεάζει τη σύναψη της σύμβασης ιατρικής αγωγής. Έννομο αποτέλεσμα της συναίνεσης του ασθενούς είναι, η νομιμοποίηση της ιατρικής πράξης, όχι η δέσμευση του ασθενούς να υποβληθεί σε αυτήν. Για το λόγο αυτό, η συναίνεσή του μπορεί να ανακληθεί οποτεδήποτε ελεύθερα.

§2.1: Η φύση της συναίνεσης του ασθενούς.

Καταρχάς, η συναίνεση του ασθενούς έχει αξία με την έννοια ότι αίρει ή αποκλείει τυχόν ευθύνη του ιατρού. Με τη συναίνεση του παθόντα, ουσιαστικά παύει η προσβολή του έννομου αγαθού και κατ' επέκταση εκλείπει η ανάγκη προστασίας του.⁵⁴ Η συναίνεση, λοιπόν, θεωρείται ο κύριος νομιμοποιητικός λόγος κάθε ιατρικής πράξης.

Από νομική άποψη, όμως, πώς θα χαρακτηρίζαμε τη συναίνεση; Ως έκφραση ενός δικαιώματος ή ως δικαιοπραξία; Ο χαρακτηρισμός έχει σημασία, ώστε να εφαρμοστεί κατάλληλα το πλέγμα των κανόνων που σχετίζονται με την ευθύνη του ιατρού. Κατά την

⁵⁴ Βλ. Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικό Δίκαιο- Γενικό Μέρος Ι, Θεωρία για το Έγκλημα, Β' Έκδοση, Αθήνα 2006, σελ. 355.

ελληνική νομική επιστήμη, επικρατεί η άποψη⁵⁵ ότι η συναίνεση του ασθενούς δεν είναι δικαιοπραξία και δεν εμπίπτει στην έννοια της συγκατάθεσης των άρθρων ΑΚ 236- 238. Η διαφορά της συναίνεσης του Αστικού Κώδικα και της συναίνεσης του ΚΙΔ έγκειται στο εξής: η συναίνεση του ΚΙΔ δεν αποτελεί δικαιοπρακτική δήλωση βουλήσεως, αλλά έκφραση της σύμφωνης γνώμης του ασθενούς ως προς την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, που αποτελεί υλική πράξη και όχι δικαιοπραξία, ενώ αντίθετα, η συναίνεση του ΑΚ είναι μονομερής απευθυντέα δήλωση βουλήσεως⁵⁶ που αποτελεί όρο του ενεργού της εγκυρότητας μια δικαιοπραξίας.⁵⁷ Συνεπώς, η έλλειψη συναίνεσης δεν επιδρά στο κύρος της σύμβασης ιατρικής αγωγής και δεν αποτελεί προϋπόθεση για την εγκυρότητα της κατάρτισής της. σε κάθε περίπτωση, η παροχή υπηρεσιών υγείας μπορεί να βασίζεται στο νόμο ή σε μια de facto έννομη σχέση, ενώ δεν προϋποθέτει αναγκαστικά σύμβαση.

Κοινή αποδοχή υπάρχει στο μη δικαιοπρακτικό χαρακτήρα της συναίνεσης του ασθενούς, ωστόσο διχογνωμία υπάρχει ως προς το αν η συναίνεση είναι οιονεί δικαιοπραξία ή απλή νομιμοποιητική πράξη που αίρει ή αποκλείει τον παράνομο χαρακτήρα της ιατρικής πράξης. Κρατούσα άποψη φαίνεται να είναι αυτή που υποστηρίζει ότι η συναίνεση συνιστά οιονεί δικαιοπραξία με τη μορφή ανακοίνωσης βουλήσεως η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την επέλευση μιας έννομης συνέπειας.⁵⁸ Ως αποτέλεσμα αυτής της απόψεως, εφαρμόζονται

⁵⁵ Βλ. ενδεικτικά: Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε: δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, επιμ. Καϊάφα – Γκμπάντι/ Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη/ Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2006, σελ. 17-18, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, σελ 2316, Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σε Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου: Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική- Ποινική), επιμ. Καϊάφα – Γκμπάντι/ Παπαγεωργίου/ Συμεωνίδου-Καστανίδου / Ταρλατζής/ Τάσκος/ Φουντεδάκη, 2013, σελ 23, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 32-35, Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο- Ειδικό Μέρος ΙΙ, σελ. 193, Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σελ. 994 επ.

⁵⁶ Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 30-32.

⁵⁷ Βλ. ενδεικτικά: ΑΚ 136,1352,1475.

⁵⁸ Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, τ. ΙΙ, 2007, §8 αρ.44, Σταθόπουλος, Μ., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, 2004, ανατύπωση 2010, σελ 309, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, σελ

αναλογικά οι διατάξεις για τις δικαιοπραξίες και αυτό είναι σημαντικό, καθώς ας μην μας διαφεύγει το γεγονός ότι η ικανότητα για δικαιοπραξία και η ικανότητα για συναίνεση διαφέρουν.

Έχει υποστηριχθεί και η άποψη ότι η συναίνεση αποτελεί μια απλή νομιμοποιητική πράξη που αίρει ή αποκλείει τον παράνομο χαρακτήρα της ιατρικής επέμβασης σε αγαθά της προσωπικότητας και προϋποθέτει σε κάθε περίπτωση τη δυνατότητα κατανόησης της κατάστασης από την πλευρά του ασθενούς, τόσο κατά το χρόνο παροχής της συναίνεσης όσο και κατά τον χρόνο πραγματοποίησης της ιατρικής πράξης.⁵⁹ Πρακτικά αυτό σημαίνει πως απαιτείται για την παροχή συναίνεσης ικανότητα για συναίνεση και δεν απαιτείται ικανότητα για δικαιοπραξία, όμως και πάλι υπό αυτήν την εκδοχή θα εφαρμοστούν αναλογικά οι διατάξεις για τις δικαιοπραξίες.

Τέλος, υπάρχει και η άποψη ότι η συναίνεση του ασθενούς αποτελεί μια «μη αυτοτελή μονομερή δήλωση βουλήσεως που συνιστά άσκηση διαπλαστικού δικαιώματος», καθώς οι συνέπειες που προέρχονται από την ύπαρξη και το κύρος της αντλούνται από το νόμο.

§2.2: Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς.

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση των προϋποθέσεων της εγκυρότητας της συναίνεσης του ασθενούς, καλό θα ήταν να μελετήσουμε ποιο είναι το υποκείμενο που δίνει τη συναίνεση, ποιος είναι ο ασθενής σύμφωνα με τον ΚΙΔ.

Ετυμολογικά, η λέξη **ασθενής** προέρχεται από το **στερητικό άλφα και τη λέξη σθένος** και σημαίνει ο μη έχων σθένος, ο πάσχων από κάποια διαταραχή της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού. Σύμφωνα με το άρθρο 1 παρ. 4 περ. (α) ΚΙΔ στην έννοια «ασθενής» περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας. Κατά τη γνώμη μου ο ως άνω ορισμός είναι ευρύς και ίσως ανακριβής, καθώς κάποιες υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιούν και άτομα που δεν νοσούν, όπως π.χ. υπηρεσίες υγείας για λόγους πρόληψης, για ενημερωτικούς λόγους (π.χ. ενημέρωση για τα συμπτώματα του covid-19, ενημέρωση για λοιμώδεις ασθένειες,

2316, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 34-35.

⁵⁹ Βλ. Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 36-37 και τις εκεί παραπομπές.

εμβολιασμοί, ετήσιο check- up, κ.α.). Παρόλα αυτά, όποιον ορισμό και να δεχτούμε- στην ιατρική επιστήμη χρησιμοποιείται και ο όρος «νοσών», «άρρωστος» και «ασθενής»- το μόνο σίγουρο είναι ότι το υποκείμενο αυτό πρέπει υποχρεωτικά να δώσει τη συναίνεσή του, η οποία πρέπει να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις για να είναι έγκυρη. Κατά το άρθρο 12 παρ. 2 ΚΙΔ, οι προϋποθέσεις αυτές, **που πρέπει να πληρούνται σωρευτικά**, είναι οι εξής: α) η πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό του, β) η ικανότητα για συναίνεση, γ) η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη και δ) η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της. Έλλειψη έστω και ενός εκ των παραπάνω προϋποθέσεων, καθιστά τη συναίνεση του ασθενούς άκυρη και κατά συνέπεια την ιατρική πράξη αυθαίρετη.

§2.2.1: Η πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση.

Για να είναι έγκυρη η συναίνεση του ασθενούς, θα πρέπει αυτός προηγουμένως να έχει ενημερωθεί πλήρως, κατανοητά και με σαφήνεια.⁶⁰ Η ενημέρωση του ασθενούς θα πρέπει υποχρεωτικά να προηγείται της συναίνεσής του και να παρέχεται σε τέτοιο χρόνο, ώστε ο ασθενής να έχει την ευχέρεια να αποφασίσει για το αν επιθυμεί ή όχι να υποβληθεί σε συγκεκριμένη επέμβαση. Αυτό γίνεται δεκτό και από τη νομολογία μας, καθώς όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στην ΑΠ 687/2013: *«...Ενισχυτικό, δε, της έλλειψης έγκυρης συναίνεσης είναι το γεγονός της τόσο επισπευσμένης εισαγωγής της ασθενούς στην κλινική και της υποβολής της σε μία τόσο σοβαρή εγχείρηση με τόσο δραματικά αποτελέσματα για την περαιτέρω ζωή της, χωρίς η τελευταία να έχει τον απαραίτητο χρόνο να εκτιμήσει την κατάσταση της και να λάβει νηφάλια την ορθότερη για αυτήν απόφαση σχετικά με την υγεία της...»*. Η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί ιατρική πράξη, επομένως το πρόσωπο που ενημερώνει τον ασθενή πρέπει να έχει την ιατρική ιδιότητα. Η ανάθεση της ενημέρωσης από γιατρό σε παραϊατρικό προσωπικό ή σε μη γιατρούς τρίτους, στοιχειοθετεί ιατρικό σφάλμα και πλημμελή εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης. Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται από τον ειδικό κάθε φορά ιατρό. Έτσι, αν ο παθολόγος που επιλήφθηκε της περίπτωσης, παρέπεμψε τον ασθενή σε εγχείρηση, θα πρέπει ο μεν παθολόγος να ενημερώσει τον ασθενή

⁶⁰ ΜΠρΘεσ11595/2017, ΜΠρΘεσ5413/2018, βλ. και ΠΠρΑ0893/2016, όπου ο ιατρός είχε τη συναίνεση της ασθενούς για αφαίρεση της δεξιάς ωοθήκης, αλλά εκείνος αφαίρεσε την αριστερή, η οποία ήταν απολύτως υγιής.

για το λόγο για τον οποίο πρέπει να υποβληθεί σε εγχείρηση, ο δε χειρουργός για τον τρόπο διεξαγωγής και τις επιπλοκές της εγχείρησης.

Χαρακτηριστικά, η ΑΠ 424/2014 αναφέρει ότι: *«η διενέργεια ιατρικών πράξεων, ανεξάρτητα αν αυτές είναι απλές διαγνωστικές ή θεραπευτικές, προϋποθέτει την ελεύθερη συναίνεση του ασθενούς, που πρέπει να δίνεται εκ των προτέρων και αφού ο ασθενής έχει κατάλληλα ενημερωθεί ως προς το σκοπό και τη φύση της ιατρικής πράξης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και τους κινδύνους που αυτή ενδεχομένως συνεπάγεται. Η ύπαρξη δηλαδή έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς προϋποθέτει την προηγούμενη πλήρη ενημέρωσή του κατά την παραπάνω έννοια από τον ιατρό που πρόκειται να ενεργήσει την ιατρική πράξη, αλλά και από αυτόν που διέγνωσε προηγουμένως την ανάγκη διενέργειας της ιατρικής πράξης και τη συνέστησε στον ασθενή, αφού και στις δύο περιπτώσεις είναι όμοιοι οι κίνδυνοι που δημιουργούνται για τον ασθενή και οι οποίοι πρέπει να καλυφθούν με τη συναίνεσή του».*

Σχετικά με την υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, ο ΚΙΔ, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, έχει ξεχωριστό άρθρο, το άρθρο 11. Σε αυτό ορίζονται σαφώς το περιεχόμενο, το είδος και τα όρια της ενημέρωσης, τα πρόσωπα που οφείλουν να παρέχουν και να δέχονται ενημέρωση και προβλέπονται ειδικές ρυθμίσεις για κάποιες κατηγορίες ιατρικών επεμβάσεων. Η ενημέρωση που παρέχει ο ιατρός στον ασθενή πριν από τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, έτσι ώστε ο ασθενής να αποφασίσει αν θέλει να υποβληθεί ή όχι σε αυτήν, νομιμοποιεί αυτήν ακριβώς την ιατρική πράξη. Χωρίς την προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς για το είδος, τους κινδύνους και τις πιθανές επιπλοκές μια επέμβασης, τυχόν συναίνεσή του καθίσταται άκυρη. Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς απορρέει από το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του που αποτελεί έκφανση της προσωπικότητάς του και κατοχυρώνεται συνταγματικά στα άρθρα 5 παρ. 1 και 2 παρ. 1 Σ, όπως έχουμε προαναφέρει. Ακριβώς αυτή η σύνδεση της ενημέρωσης με τη συναίνεση του ασθενούς είναι τόσο σημαντική, για το λόγο αυτό μιλούμε για «ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς» ή ορθότερα για «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς».⁶¹

⁶¹ Υπάρχει και ο όρος “informed consent”, ο οποίος πρωτοεμφανίστηκε το 1957, σε υπόθεση κατά την οποία ο ασθενής παρέλυσε μετά από μία αορτογραφία, ενώ ποτέ δεν είχε ενημερωθεί ότι υπήρχε τέτοια πιθανότητα. (Υπόθεση Salgo v. Leland Stanford University Borad of Trustees. Βλ. Κανελλοπούλου- Μπότη Μ., Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο, 1999, σελ. 32)

Το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς προσανατολίζεται προς τρεις κατευθύνσεις: αρχικά ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, για το αν πάσχει από κάποια ασθένεια, ποια είναι η ασθένεια αυτή και ποια τα επακόλουθά της. Στη συνέχεια, θα πρέπει να ενημερωθεί από το γιατρό σχετικά με τη θεραπεία που θα ακολουθήσει και ποια θα είναι η προτεινόμενη ιατρική πράξη, καθώς και οι πιθανοί κίνδυνοι και οι επιπλοκές της ιατρικής επέμβασης, αλλά και οι συνέπειες σε περίπτωση μη διενέργειας της ιατρικής πράξης. Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί για την αποκατάσταση, για το «μετά» της ιατρικής πράξης, ώστε να μπορεί ελεύθερα να αποφασίσει αν επιθυμεί να υποστεί όλη τη διαδικασία.

Ο ΚΙΔ προβλέπει ότι η ενημέρωση θα πρέπει να είναι **πλήρης, σαφής και κατανοητή**. Πλήρης είναι η ενημέρωση όταν περιέχει όλες τις χρήσιμες πληροφορίες για τον ασθενή, προκειμένου αυτός, σταθμίζοντας τους κινδύνους και τις ωφέλειες της ιατρικής πράξης, να αποφασίσει αν θέλει να υποβληθεί σε αυτήν.⁶² Επιπροσθέτως, σαφής και κατανοητή καθίσταται η ενημέρωση, όταν ο ιατρός χρησιμοποιεί κατανοητές έννοιες και όχι πολύπλοκους και δυσνόητους ιατρικούς όρους, στον δέκτη της ενημέρωσης. Για να το πετύχει αυτό, θα πρέπει να προσαρμόσει κατάλληλα το λόγο του ανάλογα με τον κάθε ασθενή και πιο συγκεκριμένα ανάλογα με το μορφωτικό του επίπεδο, τη διανοητική του κατάσταση κ.α. και μάλιστα θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής κατανόησε και επεξεργάστηκε σωστά την πληροφορία.

Ένα σημαντικό ζήτημα που προβληματίζει την επιστήμη, είναι η έκταση, τα όρια της ενημέρωσης του ασθενούς. Δηλαδή μέχρι ποιο σημείο θα πρέπει να εκτείνεται η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, αν θα πρέπει να αναφέρονται όλοι οι πιθανοί κίνδυνοι μιας ιατρικής πράξης, ακόμα και οι στατιστικά απίθανοι. Η μάλλον κρατούσα γνώμη στη θεωρία, υποστηρίζει το συνδυασμό του υποκειμενικού κριτηρίου και του κριτηρίου του «μέσου λογικού ασθενούς» (das Kriterium des «verständigen Menschen»). Δηλαδή, ο ασθενής πρέπει να δέχεται τόση ενημέρωση όση είναι αναγκαία και κρίσιμη για μια ελεύθερη συναίνεση ενός μέσου λογικού ασθενούς, και ταυτόχρονα τόση όση επιθυμεί.

Ωστόσο η διεθνής νομολογία διαφοροποιείται και δεν ακολουθεί ένα συγκεκριμένο κριτήριο. Παρατηρείται, για παράδειγμα, σε κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ να ακολουθείται το κριτήριο του «μέσου λογικού ασθενούς», ενώ σε κάποιες άλλες, όπως και στην Αγγλία να ακολουθείται το ιατρικό κριτήριο, δηλαδή κρίνεται ότι το καθήκον ενημέρωσης του ιατρού

⁶² Βλ. Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., *Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς*, 2016, σελ. 155.

προέρχεται από την άσκηση επιμελούς επαγγελματικής συμπεριφοράς. Η γερμανική νομολογία ακολουθεί το κριτήριο του μέσου λογικού ασθενούς, ενώ η γερμανική θεωρία υποστηρίζει το συνδυασμό αυτού του κριτηρίου με το υποκειμενικό. Οι περισσότερες αποφάσεις αλλοδαπών δικαστηρίων κρίνουν κατά περίπτωση την υποχρέωση ενημέρωσης, όπως ακριβώς και το ιατρικό σφάλμα, ενώ η ελληνική νομολογία σχεδόν απουσιάζει για υποθέσεις σχετικά με την υποχρέωση ενημέρωσης και στις ελάχιστες αποφάσεις σχετικά με την ελλιπή ενημέρωση του ασθενούς, παραλείπεται οποιαδήποτε αναφορά στο υποκειμενικό ή αντικειμενικό κριτήριο.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται η **ΑΠ 687/2013**, κατά την οποία «...αποδείχθηκε ότι οι εναγόμενοι εν γνώσει τους, αθέμιτα απέκρυσαν και παρασιώπησαν τις ενδεχόμενες επιπλοκές που τυχόν θα συνεπαγόταν η διαθλαστική επέμβαση της φωτοδιαθλαστικής κερατεκτομής με ακτίνες Laser», ενώ στην ίδια ως άνω απόφαση αναφέρεται ότι «...προέβη, δε, στην ανωτέρω εγχείρηση χωρίς να λάβει την έγκυρη συναίνεση του ενάγοντος, αφού δεν του είχε εξηγήσει το είδος και την έκταση της εγχείρησης στην οποία επρόκειτο να τον υποβάλει».

Στην απόφαση του **ΠΠρΘεσ16591/2015**, ακόμη, αναφέρεται ότι: «...Στη συνέχεια, αποδείχθηκε ότι ο πρώτος εναγόμενος δεν ενημέρωσε την ασθενή του ούτε για το είδος της χειρουργικής επέμβασης στην οποία θα την υπέβαλε, ούτε για τους κινδύνους που αυτή θα είχε για την υγεία της, ούτε για τα αποτελέσματά της, ούτε βέβαια για την ύπαρξη ή μη άλλης λύσης μη επεμβατικής, ή για τη διενέργεια άλλου είδους χειρουργικής επέμβασης [π.χ. συντηρητική αντιμετώπιση του προβλήματος με τοπική εκτομή (μέθοδος longo), χημειοθεραπείες, κλπ.]», ενώ στην προσφάτως εκδοθησόμενη απόφαση **ΣτΕ 252/2020**, αναφέρεται ότι «...όχι μόνον δεν προέβη σε περαιτέρω διερευνητικό έλεγχο, αλλά χειρούργησε τον ασθενή, χωρίς να έχει σαφή διάγνωση που να καθιστά αναγκαία τη χειρουργική επέμβαση... το ιατρικό προσωπικό παρέλειψε να ενημερώσει τον ασθενή τόσο ως προς τη διαγνωστική δυσχέρεια, όσο και ως προς την ενδεδειγμένη θεραπεία για καθεμιά από τις διαφορετικές διαγνώσεις, τον βαθμό επικινδυνότητας, το ποσοστό αποτυχίας και τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασης, σε περίπτωση που αυτή ήταν ενδεδειγμένη, με αποτέλεσμα να διενεργήσει την πιο πάνω ιατρική πράξη, χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς κατά παράβαση του άρθρου 5 της Διεθνούς Σύμβασης του Οβιέδο και του άρθρου 47 του ν. 2071/1992» και ακόμη: «...το δικάσαν δικαστήριο έκρινε ότι, πέραν της υποχρέωσης του ιατρού να μην διαπράττει αμιγώς ιατρογενή σφάλματα, υφίσταται και υποχρέωσή του να ενημερώνει εξατομικευμένα τον ασθενή ως προς το είδος, τους κινδύνους και τις πιθανότητες αποτυχίας της θεραπείας του, ούτως ώστε ο ασθενής, αφού ενημερωθεί πλήρως, να συναινέσει εγκύρως ως προς τη διενέργεια κάθε σχετικής ιατρικής πράξης. Στην

ανωτέρω δε υποχρέωση του ιατρού αντιστοιχεί και το δικαίωμα του ασθενούς να ενημερώνεται σχετικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των θεραπευτικών μεθόδων και πρακτικών και τους πιθανούς κινδύνους επιπλοκών, ώστε να δύναται να λαμβάνει ελεύθερα τις αποφάσεις του για την υποβολή στις μεθόδους και πρακτικές που προτείνονται ή όχι».

Άξιο σχετικής μνείας είναι το περιβόητο «έντυπο γραπτής συγκατάθεσης», το οποίο συνηθίζεται να υπογράφουν οι ασθενείς στα νοσοκομεία, ώστε να αποδεικνύεται με κάποιο τρόπο η προηγούμενη ενημέρωσή τους από τον θεράποντα ιατρό. Σύμφωνα με τη νομολογία η υπογραφή του ασθενούς σε αυτό δεν απαλλάσσει τον ιατρό από την προσωπική και προφορική ενημέρωση προς τον ασθενή τον οποίο έχει αναλάβει. Για το ζήτημα του κατά πόσο ικανοποιείται η υποχρέωση ενημέρωσης με κάποιο τυποποιημένο έντυπο ενημέρωσης που υπογράφεται από τους ασθενείς, έχει ασχοληθεί ο Συνήγορος του Πολίτη στο υπ. αριθμ. 13218/26-11-2001 Πόρισμα σύμφωνα με το οποίο ασθενής εισήχθη σε χειρουργείο λόγω φλεγμονής του κάτω άκρου. Αφού έκανε την εισαγωγή του ζητήθηκε να υπογράψει ένα έντυπο με τίτλο: «Υπεύθυνη Δήλωση Ασθενούς» με το εξής περιεχόμενο: «...αφού ενημερώθηκα από τους θεράποντες ιατρούς για την πάθησή μου, δηλώνω υπεύθυνα με πλήρη ψυχική και πνευματική διαύγεια ότι εμπιστεύομαι τον εαυτό μου στο επιστημονικό προσωπικό του τμήματος που με νοσηλεύει και δίνω τη συγκατάθεσή μου να καθορίσουν και να εφαρμόσουν οποιαδήποτε διαγνωστική μέθοδο και θεραπευτική αγωγή ενδείκνυται με χειρουργικά, φαρμακευτικά και ακτινολογικά μέσα. Επίσης, συγκατατίθεμαι και εμπιστεύομαι απόλυτα τους ιατρούς μου για κάθε άλλη ιατρική πράξη, την οποία αυτοί θα κρίνουν αναγκαία (αναισθησία, μετάγγιση αίματος, παρακεντήσεις κλπ.) για να αποκατασταθεί η υγεία μου, πάντοτε με πλήρη γνώση όλων των ενδεχόμενων για τη ζωή μου κινδύνων κατά την εφαρμογή αυτών». Τελικά ο ασθενής αρνήθηκε να υπογράψει το ως άνω έγγραφο και για το λόγο αυτό του χορηγήθηκε «πειθαρχικό εξιτήριο», καθώς αρνήθηκε « την υπογραφή της έντυπης υπεύθυνης δήλωσης που χορηγείται σε όλους τους ασθενείς της κλινικής».⁶³ Ο Συνήγορος του Πολίτη, έκρινε ότι η ενημέρωση μέσω τυποποιημένων

⁶³ Βλ. Πόρισμα Συνηγόρου του Πολίτη με αριθμ. 13218/26-11-2001, Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 89- 90, Βλ. επίσης, ΔΠρΑθ 4764/2004: «...Από μόνη την σύνταξη του προσκομιζόμενου από την ενάγουσα και υπογραφόμενου από την ιατρό χειρόγραφου εγγράφου που τιτλοφορείται "πρακτικό επέμβασης", δεν αποδεικνύεται η ταυτόχρονη ενημέρωση της ενάγουσας ως προς το περιεχόμενό του, ώστε να θεωρηθεί ότι καλύφθηκε το δικαίωμα ενημέρωσής της».

εντύπων όπου δεν παρέχεται η βασική ενημέρωση για το είδος της ασθένειας, τη θεραπεία που απαιτείται, την αγωγή που θα ακολουθηθεί και τους πιθανούς κινδύνους, κρίνεται απολύτως ανεπαρκής και ανίσχυρη νομικά. Η συγκεκριμένη συναίνεση θεωρείται, σύμφωνα με την παραπάνω ανεξάρτητη αρχή, «καρικατούρα» συναίνεσης, «λευκή συναίνεση» και δεν παράγει έννομα αποτελέσματα, καθώς υπάρχει κατάφωρη παραβίαση των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς. Τέλος, όσον αφορά στο «πειθαρχικό εξιτήριο», αυτό δεν μπορεί να χορηγηθεί λόγω μη υπογραφής «λευκής συναίνεσης» και περαιτέρω η χορήγησή του είναι πειθαρχικό παράπτωμα, αλλά και παράνομη πράξη (παράβαση καθήκοντος, 259 ΠΚ).

Συνεπώς, για να είναι έγκυρο το έντυπο ενημέρωσης θα πρέπει σε αυτό να αναγράφονται οι συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις, οι παρενέργειες και οι επιπλοκές τους, ενώ επίσης, δεν πρέπει να απαιτείται η «λευκή συναίνεση» του ασθενούς καθώς έτσι δεν καθίσταται σαφές σε τι ακριβώς συναινεί ο ασθενής.

Η έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς εξαρτάται σε κάθε περίπτωση από τις ατομικές ανάγκες του ασθενούς, ωστόσο δεν υπάρχει γενικός κανόνας που να ισχύει και για αυτό εξετάζεται η κάθε περίπτωση ξεχωριστά και συγκεκριμένα. Σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονεί μια ιατρική πράξη, η κρατούσα άποψη υποστηρίζει ότι ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει τους ασθενείς του για τους τυπικούς κινδύνους που εμφανίζονται σε ποσοστό άνω του 3%, κατά άλλους σε ποσοστό άνω του 1%. Τα ποσοστά αυτά, βέβαια, είναι ενδεικτικά, για το λόγο αυτό, η ελληνική νομολογία συχνά διαφοροποιείται. Στην ΑΠ 424/2012, για παράδειγμα, κρίθηκε ότι κίνδυνος θανάτου από τεστ υπερκόπωσης με πιθανότητα 0,05 % πρέπει να αναφέρεται.

Παραπάνω, αναφέρθηκε το «υποκειμενικό κριτήριο», η δυνατότητα του ασθενούς δηλαδή να λάβει τόση ενημέρωση, όση επιθυμεί. Για το λόγο αυτό, έχει απασχολήσει την επιστήμη ποια θα πρέπει να είναι η θέση του ιατρού σε περίπτωση που κρίνει ότι η έκταση της ενημέρωσης ενδέχεται να επιδεινώσει την υγεία του ασθενούς, αντί να την βελτιώσει. Το δικαίωμα άρνησης του ασθενούς στην ενημέρωση, αναγνωρίζεται στο άρθρο 11 παρ. 2 ΚΙΔ και απορρέει από το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του ως ιδιαίτερη έκφανση του δικαιώματός του επί της προσωπικότητάς του. Οι λόγοι για τους οποίους ο ασθενής δεν επιθυμεί να ενημερωθεί είναι είτε η απόλυτη εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του ιατρού, είτε ο φόβος του για την εξέλιξη της υγείας του. Στην ίδια παράγραφο, ακόμη, προβλέπεται το δικαίωμα του ασθενούς να υποδείξει άλλα πρόσωπα που θα ενημερωθούν, αντί για εκείνον, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.

Ως προς τις περιπτώσεις ασθενών με ανίατες ασθένειες, στις οποίες η ενημέρωση του ιατρού θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, έχουν διαμορφωθεί μέθοδοι ενημέρωσης, οι κυριότερες εκ των οποίων είναι η μέθοδος “**ABCDE**” και η μέθοδος “**SPIKES**”.

Η μέθοδος “**ABCDE**” αποτελεί μέθοδο σύμφωνα με την οποία το κάθε γράμμα αντιστοιχεί σε κάθε βήμα. Δηλαδή, το “**A**” αντιστοιχεί στην αρχική προετοιμασία (**advanced preparation**). Ο ιατρός θα πρέπει αρχικά να ρωτήσει τον ασθενή τι γνωρίζει ήδη, να προετοιμαστεί ψυχολογικά και να αποφασίσει ποιες φράσεις θα χρησιμοποιήσει για την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων. Καλό θα είναι κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας, να συνοδεύει τον ασθενή ένα άτομο από το στενό του οικογενειακό περιβάλλον για υποστήριξη. Το γράμμα “**B**” αντιστοιχεί στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος /σχέσης (**build a therapeutic environment/ relationship**), όπου ο θεράπων ιατρός εξασφαλίζει ένα ήσυχο μέρος και καθισχύαζει σχετικά με αισθήματα πόνου ή εγκατάλειψης.

Το “**C**” αντιστοιχεί στο δυσκολότερο βήμα, που είναι η σωστή επικοινωνία (**communicate well**). Εδώ θα πρέπει ο ιατρός να είναι ευθύς, να μην χρησιμοποιεί άγνωστες λέξεις ή ακρωνύμια, να ζητάει από τον ασθενή να επαναλαμβάνει τι έχει αντιληφθεί και να χρησιμοποιεί και ο ίδιος την επανάληψη ή γραπτές επεξηγήσεις.

Το “**D**” δηλώνει την αντιμετώπιση των αντιδράσεων του ασθενούς και των οικείων του (**deal with the patient and family reactions**) και τέλος το “**E**” αντιστοιχεί στην ενθάρρυνση και επικύρωση των συναισθημάτων (**encourage and validate emotions**).

Η μέθοδος “**SPIKES**” δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά στο περιοδικό “*The Oncologist*” το Μάρτιο του 2000 και αποτελεί ένα πρωτόκολλο έξι σταδίων. Τα αρχικά αποτελούν ακρωνύμια των λέξεων: “**Setting up, Perception, obtaining patients’ Invitation, giving Knowledge to the patient, addressing the patient’s Emotions, Strategy and Summary**”. Αποτελεί ένα μνημονικό κανόνα που έχει ως στόχο τη μετατροπή της διαδικασίας ενημέρωσης του ασθενούς σε μια επικοινωνιακή συζήτηση για τον τρόπο αντιμετώπισης και το θεραπευτικό πλάνο που θα ακολουθηθεί. Το πρωτόκολλο αυτό έχει τη μορφή διαδοχικών βημάτων που σημαίνει ότι για να προχωρήσει ο ιατρός στο επόμενο βήμα, θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί το προηγούμενο. Οι βασικοί στόχοι του επαγγελματία υγείας είναι η εκτίμηση του κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να ακούσει τα δυσάρεστα γεγονότα, η

ενημέρωση ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, η υποστήριξη του ασθενούς και η εκτέλεση των θεραπευτικών στόχων από κοινού.⁶⁴

Ωστόσο, δεν πρέπει να συγχέουμε την παραίτηση του ασθενούς από το δικαίωμα ενημέρωσης με το λεγόμενο «θεραπευτικό προνόμιο». Το θεραπευτικό προνόμιο είναι η ιατρικά ενδεδειγμένη δυνατότητα απόκρυψης της ασθένειας, του είδους, της θεραπευτικής αγωγής, των κινδύνων της ιατρικής πράξης, σε περίπτωση που η αποκάλυψη της διάγνωσης μιας σοβαρής, ανίατης και πολλές φορές μη ιάσιμης ασθένειας (π.χ. μεταστατικός καρκίνος), ενδέχεται να επιδεινώσει την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς και κατ' επέκταση να οδηγήσει σε επιδείνωση της υγείας του.

Παρόλο που η σύμβαση του Οβιέδο προβλέπει ότι «σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών στην άσκηση των από το νόμο δικαιωμάτων που αναφέρονται στην παρ. 2 προς το συμφέρον του ασθενούς», το άρθρο 11 παρ. 1 εδ. α' του ΚΙΔ φαίνεται να δέχεται ανεπιφύλακτα ότι «ο γιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή». Ωστόσο, η ελληνική θεωρία δέχεται το θεραπευτικό προνόμιο ως λύση στη σύγκρουση του καθήκοντος αλήθειας του ιατρού και της διαφύλαξης της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς, με την έννοια ότι αν αποκαλύψει την αλήθεια εκπληρώνει το σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενούς, προσβάλλει όμως ταυτόχρονα το καθήκον διαφύλαξης της υγείας του ασθενούς. Βέβαια, ως προς τη σύγκρουση καθηκόντων του ιατρού, εφαρμόζεται το άρθρο 15 ΚΙΔ σύμφωνα με το οποίο: «ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2 ΚΙΔ».

Ιδιαίτερη ενημέρωση χρειάζεται κατά την ενημέρωση που αφορά ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκατάστασης φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις, ενώ προβληματική θεωρείται η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς σε επεμβάσεις

⁶⁴ Βλ. αναλυτικά D. ALAMANOU, N. FOTOS, H. BROKALAKI- PANANOUDAKI, Methods of providing information to patients with cancer and securing their informed consent, Archives of Hellenic Medicine, 2017

«ανακουφιστικής ιατρικής», οι οποίες δεν έχουν θεραπευτικό χαρακτήρα, καθώς διενεργούνται είτε όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας, είτε όταν δεν μπορεί να προσδιορισθεί με βεβαιότητα η επέλευση του θανάτου του. Η εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, αναφέρει ότι «σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή, συνεκτιμώντας οπωσδήποτε και την ψυχολογική αντοχή του, τόσο για τα αντικειμενικά δεδομένα του μη αναστρέψιμου της κατάστασής του, όσο και για τη διαπίστωση ότι αυτός βρίσκεται στο τελικό στάδιο ή υπάρχει αβεβαιότητα ως προς την επέλευση του θανάτου». Και σε αυτήν την περίπτωση η ενημέρωση του ασθενούς κρίνεται απαραίτητη, ώστε ο ασθενής να έχει τη δυνατότητα να συναινέσει, είτε σε μια τεχνητή παράταση των βιολογικών του λειτουργιών, είτε σε μια εναλλακτική επιλογή ανακουφιστικής θεραπείας.

§2.2.2: Η ικανότητα για συναίνεση.

Προϋπόθεση για παροχή έγκυρης συναίνεσης από τον ασθενή, είναι η ικανότητά του για συναίνεση. Η κρατούσα άποψη υποστηρίζει ότι σχετικά με την ικανότητα για συναίνεση εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις για την ικανότητα για δικαιοπραξία, παρά το γεγονός ότι η δικαιοπρακτική ικανότητα και η ικανότητα για συναίνεση δεν ταυτίζονται. Και αυτό φαίνεται από την παρ. 2 του άρθρου 12 ΚΙΔ, όπου στην υποπερίπτωση (ββ) ορίζεται ότι «ο γιατρός πρέπει σε κάθε περίπτωση να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής». Συνεπώς, καταλαβαίνουμε ότι ως ικανότητα συναίνεσης κατά τον ΚΙΔ θεωρείται η ύπαρξη της ελάχιστης πνευματικής και ψυχολογικής ωριμότητας που απαιτείται, ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση αφενός να κατανοήσει τα δεδομένα της συγκεκριμένης κατάστασης της υγείας του και της σκοπούμενης θεραπείας και αφετέρου να αξιολογήσει τις συνέπειες της παροχής ή μη της συναίνεσης.⁶⁵ Το γεγονός ότι αναλογικά εφαρμόζονται οι διατάξεις για τη δικαιοπρακτική ικανότητα οφείλεται

⁶⁵ Βλ. Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε: δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, 2006, σελ 18, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, σελ 2317, Λιούρδη Α., Ποινική Ιατρική Ευθύνη : Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ 66, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 103-104.

στο ότι κατά κανόνα ικανότητα για συναίνεση θα έχει ο ενήλικας και ο ψυχικά υγιής, πρόσωπα δηλαδή ικανά για δικαιοπραξία.

Δεδομένου ότι η συναίνεση δίνεται καταρχήν όταν ο ασθενής έχει ικανότητα προς συναίνεση, διότι μόνο τότε είναι αρμόδιος να αποφασίσει πώς θα διαθέσει τα έννομα αγαθά της σωματικής του ακεραιότητας και υγείας, έχει προβλεφθεί φυσικά και η περίπτωση που το άτομο δεν έχει ικανότητα για συναίνεση, εξαιτίας μειωμένης ωριμότητας λόγω ανηλικότητας ή μειωμένης δυνατότητας αντίληψης λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, ή σωματικής αναπηρίας. Ειδικότερα:

A) Οι ανήλικοι ασθενείς:

Στο άρθρο 12 παρ. 2 περίπτωση (αα) ΚΙΔ προβλέπεται ότι αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίνεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Η γνώμη του ανηλίκου μπορεί να ληφθεί υπόψη, εφόσον ο ανήλικος, **κατά την κρίση του ιατρού** έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τους κινδύνους της πράξης αυτής, όπως προβλέπεται στο ως άνω άρθρο κατ' αντιστοιχία της διάταξης του άρθρου 1511 παρ. 3 ΑΚ.

Συνεπώς, για τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης σε ανήλικο ασθενή, κατά κανόνα, η συναίνεση δίνεται από αυτούς που ασκούν τη γονική του μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του, και όχι από τον ίδιο. Η άποψη του ίδιου του ανηλίκου θα ληφθεί υπόψη μόνο όταν ο ιατρός καταλάβει ότι ο ανήλικος διέπεται από σχετική ωριμότητα και μπορεί να κρίνει την κατάστασή του. Ως «ωριμότητα του τέκνου» νοείται η ικανότητα του ανηλίκου να αντιληφθεί το συμφέρον του, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση της κρίσης και της γνώμης του ανηλίκου είναι ότι αυτή «έχει αναπτυχθεί φυσιολογικά και αβίαστα ως προϊόν της ελεύθερης και ανεπηρέαστης επιλογής του»⁶⁶.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο μόνος αρμόδιος να κρίνει την ωριμότητα του ανηλίκου είναι ο ιατρός. Η κρίση του διαμορφώνεται σύμφωνα με την προβλεπόμενη στον ΚΙΔ «ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική» κατάσταση του ανηλίκου. Συνεπώς, μόνη η ηλικία δεν αποδεικνύει την ωριμότητα του ανηλίκου, διότι το κάθε παιδί αναπτύσσεται σύμφωνα με τους δικούς του ρυθμούς βιολογικής και ψυχοπνευματικής ωρίμανσης. Γενικότερα για το ζήτημα της ικανότητας συναίνεσης του ανηλίκου έχουν υποστηριχτεί οι εξής απόψεις:

⁶⁶ Βλ. ΑΠ 104/2012, ΕφΑΔ 2012.

Κατά μία πρώτη άποψη, ο ανήλικος, που έχει συμπληρώσει το 14^ο έτος της ηλικίας του έχει την ικανότητα να αντιληφθεί τη σημασία της ιατρικής πράξης και συνεπώς έχει ο ίδιος ικανότητα προς συναίνεση για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, εκτός από εκείνες για τις οποίες ο νόμος απαιτεί τη συναίνεση των γονέων, δηλαδή εκείνες που αναφέρονται στο άρθρ. 11 παρ. 3 ΚΙΔ όπως οι μεταμοσχεύσεις, οι επεμβάσεις αλλαγής ή αποκατάστασης φύλου κλπ. Η άποψη αυτή είναι πειστική, διότι διακρίνει την ικανότητα προς συναίνεση ιατρικών πράξεων από την ικανότητα προς δικαιοπραξία του ΑΚ, ενώ αντιμετωπίζει θετικά τη νομιμότητα ιατρικών πράξεων (πλην αυτών που αναφέρονται στο άρθρο 11 § 3 ΚΙΔ) για τη διενέργεια των οποίων αρκεί η συναίνεση του ώριμου ανηλίκου.

Σύμφωνα με άλλη άποψη, το γεγονός ότι το άρθρο 135 ΑΚ επιτρέπει στον ανήλικο που έχει συμπληρώσει το 14ο έτος της ηλικίας του να διαθέτει ελεύθερα καθετί που κερδίζει από την προσωπική του εργασία ή που του δόθηκε για να το χρησιμοποιεί ή για να το διαθέτει ελεύθερα, δεν σημαίνει ότι κάθε ανήλικος μετά το 14ο έτος της ηλικίας του είναι σε θέση να αντιληφθεί τη σημασία της ιατρικής πράξης και έχει ικανότητα προς συναίνεση, διότι η υγεία είναι αγαθό πολύ σοβαρότερο από το δικαίωμα εργασίας και της χρησιμοποίησης των πόρων αυτής. Επομένως, σύμφωνα με την άποψη αυτή, η ωριμότητα του ανηλίκου δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη με τη συμπλήρωση του 14^{ου} έτους της ηλικίας του.

Η ηλικία του ανηλίκου, θα πρέπει να συνδυάζεται φυσικά με την πνευματική και συναισθηματική ωριμότητά του για την τελική κρίση του ιατρού. Ασφαλώς, ο ώριμος ανήλικος, όπως και κάθε ασθενής, θα πρέπει να ενημερώνεται πλήρως για την κατάσταση της υγείας του, προκειμένου να γίνει αντιληπτό αν αυτός έχει την πνευματική ωριμότητα να κατανοήσει την προτεινόμενη ιατρική πράξη, ενώ θεωρείται ότι κρίσιμο για τη συναισθηματική ωριμότητα του ανηλίκου είναι το κατά πόσον αντιλαμβάνεται τον αντίκτυπο που θα έχει η γνώμη του στην οικογένεια. Όσο πιο βαριά πάντως είναι η κατάσταση της υγείας του ανηλίκου, τόσο πιο αυστηρές πρέπει να είναι οι προϋποθέσεις διαπίστωσης της ωριμότητάς του. Σε κάθε περίπτωση, όταν ο ιατρός δεν είναι βέβαιος ως προς την ωριμότητα του ανηλίκου ασθενούς, τότε η αμφιβολία αυτή πρέπει να λειτουργεί υπέρ της ανωριμότητάς του.

Σε περίπτωση που η γνώμη του ανηλίκου έρχεται σε αντίθεση με την άποψη των ασκούντων τη γονική του μέριμνα ή την επιμέλειά του, φαίνεται κατά το γράμμα της διάταξης, να υπερτερεί η γνώμη των γονέων του, πράγμα που έχει δεχθεί έντονες κριτικές, λόγω του περιορισμού του αυτοκαθορισμού του ανηλίκου. Για το λόγο αυτό, κατά την κρατούσα στη

θεωρία άποψη⁶⁷, δεν πρέπει να εμμένουμε στη γραμματική διατύπωση της διάταξης με συνέπεια, όταν ο ανήλικος διαθέτει κατά τον ιατρό την ωριμότητα να κατανοήσει το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης θα πρέπει η γνώμη του να ασκεί καθοριστικό ρόλο για την απόφαση της διενέργειας ή μη της ιατρικής πράξης και να υπερέχει της γνώμης των γονέων του⁶⁸.

Ωστόσο, για τις σοβαρές ιατρικές πράξεις του άρθρου **11 §3 του ΚΙΔ** (μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκατάστασης φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις) απαιτείται **πάντοτε η συναίνεση των ασκούντων τη γονική μέριμνα του ανηλίκου**. Αντιθέτως, όπως θα μελετήσουμε και παρακάτω, κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση «αν οι γονείς του ανηλίκου 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» (άρθρο 12 παρ. 3 περ. γ' ΚΙΔ) Από τη διατύπωση των ως άνω διατάξεων, που έχουν άμεση συνάφεια με ρυθμίσεις του Οικογενειακού Δικαίου στον Αστικό Κώδικα, ανακύπτουν ορισμένα ζητήματα που καλό είναι να τα μελετήσουμε.

Ένα ζήτημα που προβληματίζει σχετικά με τη συναίνεση του ασθενούς είναι το ποιος είναι αρμόδιος να συναινέσει όταν η επιμέλεια του τέκνου έχει ανατεθεί στον ένα γονέα, ενώ και οι δύο γονείς ασκούν τη γονική μέριμνα. Η γονική μέριμνα ανήκει στα λεγόμενα λειτουργικά δικαιώματα, διότι η άσκησή της σκοπεύει πρωτίστως στην ικανοποίηση του συμφέροντος του τέκνου (άρθ. 1511 § 1 ΑΚ) και είναι το καθήκον και το δικαίωμα των γονέων να μεριμνούν για το ανήλικο τέκνο τους από κοινού (άρθ. 1510 § 1 εδ. α' ΑΚ). Περιλαμβάνει ειδικότερα την επιμέλεια του προσώπου, τη διοίκηση της περιουσίας και την εκπροσώπηση του τέκνου σε κάθε υπόθεση ή δικαιοπραξία ή δίκη που αφορά το πρόσωπο ή την περιουσία του (άρθ. 1510 § 1 εδ. β' ΑΚ). Η επιμέλεια του προσώπου του τέκνου δε, περιλαμβάνει ιδίως την ανατροφή, την επίβλεψη, τη μόρφωση και την εκπαίδευση του τέκνου, καθώς και τον προσδιορισμό του τόπου της διαμονής του (άρθρο 1518 § 1 ΑΚ) και αποτελεί το

⁶⁷ Βλ. *Φουντεδάκη Κ.*, Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), 2006, σελ 18-20, *Πελένη – Παπαγεωργίου Α.*, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 115.

⁶⁸ Το πνεύμα αυτό απορρέει από την παιδοκεντρική αντίληψη του νομοθέτη που εκφράζεται και στην ΑΚ 1511 παρ. 3 (συνεκτίμηση γνώμης ανηλίκου για αποφάσεις γονικής μέριμνας) καθώς και στις διατάξεις της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού (κύρωση με Ν. 2101/1992), που εγγυώνται το δικαίωμα ελεύθερης έκφρασης της γνώμης του παιδιού .

σπουδαιότερο καθήκον και δικαίωμα της γονικής μέριμνας. Η φροντίδα της υγείας του ανηλίκου τέκνου αποτελεί μέρος του περιεχομένου της επιμέλειας και είναι η βασική υποχρέωση των γονέων να μεριμνούν για την ιατρική παρακολούθηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ανηλίκου τέκνου και να συναινούν στις απαραίτητες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί. Στις περιπτώσεις των παρ. 2 και 3 του άρθρου 1510 ΑΚ, η γονική μέριμνα ασκείται από τον ένα γονέα, ενώ ο καθένας από τους γονείς επιχειρεί και μόνος του πράξεις αναφερόμενες στην άσκηση της γονικής μέριμνας στις περιπτώσεις του άρθρου 1516 ΑΚ, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται ιατρικές πράξεις που αφορούν τον ανήλικο, είτε συνήθεις (π.χ. τακτική εξέταση από τον παιδίατρο), είτε με επείγοντα χαρακτήρα (π.χ. η μεταφορά του τέκνου στο νοσοκομείο λόγω αιφνίδιας ασθένειας), συνεπώς θεωρείται ότι ο γονέας που εμφανίστηκε στον ιατρό εκπροσωπεί και τον άλλο γονέα.

Συμπερασματικά, με βάση τις διατάξεις του ΑΚ, όταν η γονική μέριμνα (και επιμέλεια) ασκείται από τους δύο γονείς από κοινού, η απαιτούμενη συναίνεση για τη διενέργεια ιατρικής πράξης πρέπει να δοθεί από τους δύο γονείς και κατ' εξαίρεση από τον ένα γονέα σύμφωνα με το άρθρο 1516 ΑΚ.

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η επιμέλεια ασκείται από τον ένα γονέα, διότι π.χ. ο γάμος έχει λυθεί με διαζύγιο (1513 ΑΚ) ή έχει διακοπεί η συμβίωση των γονέων (1514 ΑΚ) δημιουργείται εύλογα το ερώτημα ποιος είναι υπεύθυνος να δώσει τη συναίνεσή του, δεδομένου ότι η διατύπωση του άρθρου 12 § 2 περ. β ΚΙΔ χρησιμοποιεί πληθυντικό αριθμό. (*«Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια»*).

Κατά την κρατούσα στη θεωρία άποψη⁶⁹, ο ΚΙΔ παρά την ανακριβή διατύπωση της ως άνω διάταξης, θέλησε να αναθέσει τη λήψη της συναίνεσης για τις ιατρικές πράξεις στον γονέα που ασκεί την επιμέλειά του, ακόμη και αν πρόκειται για τη διενέργεια σοβαρών ιατρικών επεμβάσεων.⁷⁰ Αυτή η προσέγγιση ενισχύεται κυρίως από τη ρύθμιση του άρθρου 12 § 2 ΚΙΔ το οποίο για τις αναφερόμενες στο άρθρο 11 § 3 ΚΙΔ συγκεκριμένες περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων, μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεων αλλαγής ή αποκατάστασης φύλου, αισθητικών ή κοσμητικών επεμβάσεων, προβλέπει **ρητά** ότι

⁶⁹ Βλ. Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), 2006, σελ 18-20, Πελένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 111-114.

⁷⁰ Βλ. Διάταξη ΕισΕφΛάρισας 92/2011 ΠοινΔικ 2011, 1303, Φουντεδάκη Κ., Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, 2018, σελ.81-82.

«απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου».

Αντιθέτως, η κρατούσα γνώμη στη νομολογία, αλλά και μέρος της θεωρίας, υποστηρίζει πως για τις σοβαρές ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, η συναίνεση πρέπει να δίνεται και από τους δύο γονείς, ως ζήτημα που εξακολουθεί να ανήκει στον «πυρήνα» της γονικής μέριμνας.

Χαρακτηριστική είναι η ΑΠ 1321/1992 σύμφωνα με την οποία *«Αν η άσκηση της γονικής μέριμνας έχει μοιρασθεί ανάμεσα στους γονείς λόγω διάστασής τους κατά το άρθρο 1514ΑΚ και η επιμέλεια του ανηλίκου έχει ανατεθεί με δικαστική απόφαση στον έναν από τους γονείς, π.χ. στη μητέρα, τότε αυτή έχει αρμοδιότητα να αποφασίζει μόνη της για τα τρέχοντα και καθημερινά μόνο θέματα τα σχετιζόμενα με την επιμέλεια του τέκνου, όχι δε και για εκείνα που από τη φύση τους είναι προορισμένα να επηρεάσουν κρίσιμα για τη ζωή του θέματα (όπως σοβαρή χειρουργική επέμβαση) για τα οποία δεν είναι αρκετή...η απόφαση του ενός από τους γονείς. Και τούτο γιατί και αν ακόμα η επιμέλεια του προσώπου του ανήλικου τέκνου έχει ανατεθεί με δικαστική απόφαση στον ένα γονέα, λ.χ. στη μητέρα, εξακολουθεί να παραμένει στον πυρήνα της γονικής μέριμνας η λήψη της απόφασης επί των πιο πάνω σοβαρών ζητημάτων, για αυτό και είναι απαραίτητο, εφόσον η γονική μέριμνα ανήκει και στους δύο γονείς, να αποφασίσουν αυτοί από κοινού για τέτοια ζητήματα και αν διαφωνούν, τη διαφορά τους θα την λύσει το δικαστήριο».*

B) Οι ενήλικοι ασθενείς με έλλειψη ικανότητας συναίνεσης:

Οι ασθενείς που δεν έχουν ικανότητα για συναίνεση διακρίνονται σε αυτούς που έχουν τεθεί υπό δικαστική συμπαράσταση και σε αυτούς που δεν έχουν τεθεί σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης, κατηγορία στην οποία υπάγονται και ασθενείς που βρίσκονται σε προσωρινή αδυναμία για ικανότητα συναίνεσης, είτε εξαιτίας απώλειας των αισθήσεων, είτε λόγω μέθης.

Σχετικά με τους ενήλικες ασθενείς που έχουν τεθεί σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης υποστηρίζεται από τη θεωρία ότι δεν έχουν ικανότητα παροχής συναίνεσης για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων που σχετίζονται με την υγεία τους και αυτό γιατί ο ορισμός δικαστικού συμπαραστάτη αποτελεί σημαντική ένδειξη αδυναμίας παροχής έγκυρης συναίνεσης.

Το γεγονός της θέσης σε δικαστική συμπαράσταση, όμως δεν αποτελεί αμάχητο τεκμήριο για αδυναμία παροχής έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς και αυτό γιατί η θέση ενός ατόμου σε δικαστική συμπαράσταση και το γεγονός ότι έχει στερηθεί τη διαχείριση της περιουσίας του, δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να συναινεί αυτοπροσώπως σε ιατρικές πράξεις που το

αφορούν.⁷¹ Το ζήτημα έχει να κάνει περισσότερο με το είδος της δικαστικής συμπαράστασης στην οποία έχει υποβάλλει το δικαστήριο ένα άτομο, πλήρη ή μερική στερητική δικαστική συμπαράσταση.⁷² Αν το δικαστήριο έχει κρίνει ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις να τεθεί το άτομο σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση και έχει στερηθεί της επιμέλειας του προσώπου του, η συναίνεση για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων σε αυτό, παρέχεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη του. Αντίθετα, εάν ο συμπαραστατούμενος διατηρεί ο ίδιος την επιμέλεια του προσώπου του, τότε μπορεί να συναίνεσει ο ίδιος, εάν ο ιατρός του διαπιστώνει πως ο ασθενής διαθέτει την απαιτούμενη ψυχική και πνευματική ωριμότητα.

Ακόμη, ασθενείς χωρίς ικανότητα συναίνεσης θεωρούνται και όσοι βρίσκονται είτε σε παροδική, είτε σε μόνιμη αδυναμία, χωρίς ωστόσο να έχουν τεθεί σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης. Σε αυτή την περίπτωση, ο ΚΙΔ προβλέπει ότι η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή⁷³. Σε περιπτώσεις παροδικής ανικανότητας προς συναίνεση, όπως π.χ.

⁷¹ Βλ. Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε: δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, 2006, σελ 20-21., Λιούρδη Α., Ποινική Ιατρική Ευθύνη : Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ 68 και σχετ. υποσημείωση.

⁷² Βλ. ΑΚ 1676.

⁷³ Ο ορισμός των οικείων προβλέπεται στο άρθρο 1§4β ΚΙΔ. Σύμφωνα με αυτόν, «στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται οι «συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση». Σίγουρα με αυτή την πρόβλεψη ο ΚΙΔ έδωσε λύση στο δίλημμα του ιατρού σχετικά με το ποιος πρέπει να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς όταν ο τελευταίος αδυνατεί να συναίνεσει, ή έχει ρητά δηλώσει ότι δεν επιθυμεί να ενημερωθεί, ή ο ίδιος ο θεράπων ιατρός έχει κρίνει ότι είναι προτιμότερο ο ασθενής να μην γνωρίζει επαρκώς την κατάστασή του για ψυχολογικούς λόγους. Παρόλα αυτά, έχει υποστηριχθεί ότι ο ορισμός αυτός είναι ιδιαίτερα ευρύς, για αυτό και ατυχής, βλ. Λιούρδη Α., Ποινική Ιατρική Ευθύνη : Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ. 31, όπου η ίδια διατυπώνει τον εξής προβληματισμό: «κατά πόσο οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών του ασθενούς είναι σε θέση να αποφασίσουν για την τύχη του και δεν είναι κάποιο αποδεδειγμένα στενά φιλικό πρόσωπο του ασθενούς;». Ακόμα, δεν προβλέπεται λύση επί διαφωνίας των οικείων μεταξύ τους ως προς την παροχή συναίνεσης ή επί σύγκρουσης της άποψης των οικείων με τις προγενέστερες εκφρασθείσες επιθυμίες του ίδιου του ασθενούς, βλ. Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη

υψηλός πυρετός, μέθη, ο γιατρός δεν θα πρέπει να προβεί σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη, εάν αυτή δεν επείγει, μέχρι ο ασθενής να ανακτήσει την ικανότητα να ενημερωθεί και να συναινέσει αυτοπροσώπως. Στην καθημερινή πρακτική ιατρική, βέβαια, οι ιατροί λαμβάνουν τη συναίνεση των οικείων του ασθενούς, αν αυτοί βρίσκονται στο χώρο του νοσοκομείου. Εάν όμως η κατάσταση του ασθενούς κρίνεται ως επείγουσα, ο ιατρός δικαιούται να διενεργήσει κάποια θεραπευτική αγωγή, χωρίς να ενημερώσει τους οικείους του ασθενούς. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.

Συμπερασματικά, η συναίνεση που δίνεται από ασθενή με έλλειψη ικανότητας συναίνεσης είναι άκυρη, και άρα **καθιστά την ιατρική πράξη αυθαίρετη**. Αντίστοιχα, άκυρη είναι και η συναίνεση που δίνεται από τρίτα, μη δικαιούχα κατά το άρθρο 12§2β υποπερ. ββ ΚΙΔ πρόσωπα, σε περίπτωση ανικανότητας του ασθενούς για συναίνεση.

§2.2.3: Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

Για να είναι έγκυρη η συναίνεση του ασθενούς, θα πρέπει να είναι απαλλαγμένη από ελαττώματα βούλησης και να μην αντίκειται στα χρηστά ήθη. Ακόμη, θα πρέπει να είναι γνήσια και σοβαρή, δηλαδή να μην δίδεται χάριν αστεϊσμού. Εάν η συναίνεση αποτελεί προϊόν πλάνης, απάτης ή απειλής, καθίσταται αυτοδικαίως άκυρη και δεν χρειάζεται η δικαστική της ακύρωση. Πλάνη έχουμε στην περίπτωση ελλιπούς ενημέρωσης του ασθενούς από τον ιατρό, ενώ αν υπάρχει και δόλος του ιατρού, θα στοιχειοθετείται πλέον και απάτη. Τέλος, ως απειλή θεωρείται η εξαγγελία ανύπαρκτου κινδύνου από την ασθένεια, προκειμένου ο ασθενής να φοβηθεί και να συναινέσει στην προτεινόμενη ιατρική επέμβαση.

Η συναίνεση του ασθενούς συγκρούεται με τα χρηστά ήθη, όταν ο ασθενής συναινεί σε μια ιατρική πράξη παράνομη ή ανήθικη, π.χ. τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, όταν δεν

και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 132. Σε αυτήν την περίπτωση, η Φουντεδάκη προτείνει το διορισμό προσωρινού δικαστικού συμπαραστάτη εάν υπάρχει χρόνος για αυτό το διορισμό και η κατάσταση δεν είναι επείγουσα, βλ. Βλ. Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018, σελ. 84- 85.

πληρούνται οι προϋποθέσεις του άρθρου 304 §4 Π.Κ , ή όταν η ιατρική πράξη για την οποία παρέχεται η συναίνεση είναι μεν νόμιμη, αλλά η ίδια η συναίνεση του ασθενούς χαρακτηρίζεται ως «ανήθικη», όπως π.χ. η συναίνεση που δίνεται από τον ασθενή για ακρωτηριασμό προκειμένου να αποφύγει τη στράτευση, ή η συναίνεση της παρένθετης μητέρας έναντι χρηματικού ανταλλάγματος.

Στη συνάφεια αυτή, καλό είναι να εξεταστεί το φαινόμενο των αυξανόμενων τοκετών με καισαρική τομή, όταν ειδικότερα ο ιατρός προβαίνει σε αυτή χωρίς να συντρέχει σοβαρός λόγος για την υγεία της εγκύου ή του εμβρύου, αλλά για τον «προγραμματισμό» των τοκετών που σκοπεύει να ενεργήσει ή για την είσπραξη υψηλότερης αμοιβής. Όταν, λοιπόν, η καισαρική τομή διενεργείται χωρίς λόγο, πληροί την αντικειμενική υπόσταση της σωματικής βλάβης, καθώς δεν διενεργείται με στόχο τη βελτίωση της υγείας της εγκύου. Εάν, μάλιστα, η πραγματοποιούμενη καισαρική τομή έγινε με παραπλάνηση της εγκύου, έχουμε και προσβολή του δικαιώματος αυτοδιάθεσης της εγκύου και άρα στοιχειοθετείται η άδικη πράξη της παράνομης βίας, ακόμα και αν η καισαρική τομή κρίθηκε επιτυχής.

Στις παραπάνω περιπτώσεις, η συναίνεση του ασθενούς είναι αυτοδικαίως ανίσχυρη, άρα δεν παράγει έννομα αποτελέσματα και συνεπώς **δεν νομιμοποιεί την ιατρική πράξη, η οποία έτσι καθίσταται αυθαίρετη.**

§2.2.4: Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

Η τελευταία προϋπόθεση εγκυρότητας της συναίνεσης του ασθενούς έχει το εξής νόημα: η συναίνεση του ασθενούς δίνεται εν όψει **συγκεκριμένης κάθε φορά ιατρικής πράξης** και καλύπτει μόνο αυτή κατά περιεχόμενο και χρόνο. Η «λευκή συναίνεση», δηλαδή η συναίνεση που δίνεται από τον ασθενή γενικά και αφηρημένα «για κάθε διαγνωστική μέθοδο ή θεραπευτική αγωγή που κρίνεται αναγκαία από το ιατρικό προσωπικό», είναι νομικά ανίσχυρη και άρα **όποια ιατρική πράξη επιχειρείται κατόπιν μιας «λευκής συναίνεσης» θεωρείται αυθαίρετη.**⁷⁴ Η συναίνεση του ασθενούς, πάντοτε πρέπει να προηγείται χρονικά, να είναι ειδική και συγκεκριμένη ώστε να είναι έγκυρη. Ζητήματα εγείρονται όταν ο ιατρός αναγκάζεται να επεκτείνει τους χειρισμούς του πέρα των όσων συμφωνήθηκαν, όπως π.χ. σε γυναικολογική επέμβαση όπου δόθηκε η συναίνεση για την

⁷⁴ Βλ. 13218/2001 Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη, ΠοινΔικ 2002, σελ 154, με παρατηρήσεις Καϊάφα- Γκμπάντι.

αφαίρεση διαγνωσθέντος ινομυώματος, αλλά μετά τη λαπαροτομία ο χειρουργός διαλαμβάνεται ινομυοσάρκωμα το οποίο κατά την κρίση του χρειάζεται ολική υστερεκτομή. Το ερώτημα που γεννάται σε αυτήν την περίπτωση, είναι αν επιτρέπεται στο γυναικολόγο να προχωρήσει στην ενδεδειγμένη επέμβαση για την οποία δεν έχει δοθεί η συναίνεση της ασθενούς, ούτε είναι εφικτό να δοθεί εντός του χειρουργείου με την ασθενή υπό την επίρεια νάρκωσης, ή αν οφείλει να διακόψει την επέμβαση και να επανασυρράψει την ασθενή, προκειμένου, αφότου αυτή ανακτήσει τις αισθήσεις της, να συναινέσει έγκυρα. Σαφώς και η απάντηση δεν μπορεί να είναι μονοσήμαντη, διότι ο ιατρός οφείλει να σταθμίσει το επείγον της αφαίρεσης λόγω του κακοήθους όγκου, σε συνδυασμό με την επιβάρυνση της υγείας που προκαλεί ένα δεύτερο χειρουργείο. Μόνο αν καταλήξει ότι η επέμβαση ιατρικώς δεν μπορεί να αναβληθεί ή ότι η αναβολή της θα βλάψει υπέρμετρα την υγεία της ασθενούς, θα προχωρήσει στην επέκταση της επέμβασης, χωρίς συναίνεση.⁷⁵ Πάντως, στο ερώτημα αυτό, η νομολογία του Γερμανικού Ακυρωτικού Δικαστηρίου (24-7-1936), έκρινε πως ο χειρουργός μπορεί και χωρίς τη ρητή συναίνεση του αρρώστου να επεκτείνει την εγχείρηση και να πράξει ότι οι περιστάσεις απαιτούν, έχοντας ως μοναδικό στόχο το συμφέρον του ασθενούς.

§3: Τρόπος, χρόνος, είδος και ανάκληση της συναίνεσης.

Στον ΚΙΔ δεν προβλέπεται έγγραφος τύπος, συστατικός της συναίνεσης, άρα η συναίνεση είναι καταρχήν άτυπη και δίνεται είτε προφορικά, είτε συνάγεται από την όλη στάση του ασθενούς, π.χ. όταν ο ασθενής σηκώνει το μανίκι της μπλούζας του για να του κάνει ο ιατρός μια ένεση (σιωπηρή συναίνεση).

Η συναίνεση δίνεται γραπτώς για αποδεικτικούς λόγους, ιδίως στα νοσοκομεία, όπου στην πράξη έχει καθιερωθεί το «έντυπο συναίνεσης και ενημέρωσης» που υπογράφεται από τον ασθενή, προκειμένου να κατοχυρωθεί νομικά ο ιατρός.⁷⁶ Στην αιτιολογική έκθεση του ΚΙΔ, αναφέρεται ότι «η συναίνεση δεν εξαντλείται στην τυπική υπογραφή ενός εντύπου», συνεπώς κάποιο έντυπο συναίνεσης αποτελεί ένδειξη, αλλά όχι πάντοτε απόδειξη της ύπαρξης συναίνεσης.

⁷⁵ Βλ. και ΕφΘεσ 2579/2013, ΠΠρΘεσ 12941/2014, ΠΠρΑθ 1174/2010.

⁷⁶ Βλ. Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε: δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, επιμ. Καϊάφα – Γκμπάντι/ Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη/ Συμεωνίδου- Καστανίδου, 2006, σελ 22, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 37-38.

Κατ' εξαίρεση έγγραφος τύπος συναίνεσης απαιτείται σε ειδικές περιπτώσεις, όπως στην **ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή** (ΑΚ 1456 και άρθρα 5, 7§6, 8§2 του Ν. 3305/2005), στις **μεταμοσχεύσεις** (άρθρο 8§4 του Ν. 3984/2011) και στην **ιατρική έρευνα** (άρθρο 17§1 της Σύμβασης του Οβιέδο και άρθρο 3§1 της ΔΥΓ3/89292/31.12.2003115).

Χρονικά, η συναίνεση πρέπει να ληφθεί πριν την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, όπως έχουμε αναφέρει παραπάνω, πράγμα αυτονόητο λόγω του νομιμοποιητικού χαρακτήρα της συναίνεσης, είτε ως λόγου που αίρει το παράνομο της σωματικής βλάβης, είτε ως λόγου που αποκλείει ή αίρει τον παράνομο χαρακτήρα της προσβολής της προσωπικότητας και περιλαμβάνει μόνο ενέργειες για τις οποίες συγκατατέθηκε ο ασθενής. **Για το λόγο αυτό, η συναίνεση που δίδεται μετά τη διενέργεια της ιατρικής πράξης (ως έγκριση), δεν αίρει τον άδικο χαρακτήρα της ιατρικής επέμβασης και η ιατρική πράξη παραμένει παράνομη ως αυθαίρετη.** Ενδιαφέρον παρουσιάζει η υπ. αρ. 11330/2002 απόφαση του Συνηγόρου του Πολίτη σύμφωνα με την οποία, ασθενής που έπρεπε να υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών είχε συναινέσει στη μεταμόσχευση σε χρόνο μεταγενέστερο της ιατρικής πράξης και συγκεκριμένα μετά την υποβολή του σε χημειοθεραπεία, πράγμα που προέκυπτε από σχετικό έντυπο του νοσοκομείου με ημερομηνία υπογραφής μεταγενέστερη της ιατρικής πράξης. Ο Συνήγορος του Πολίτη έκρινε ότι ακόμα και αν υποθεθεί πως είχε προηγηθεί προφορική ενημέρωση του ασθενούς, το έντυπο αποδείκνυε ότι η απόφαση του ασθενούς διαμορφώθηκε μετά την υποβολή του στη θεραπεία, άρα η συναίνεσή του δεν ήταν έγκαιρη.

Η δυνατότητα ανάκλησης της συναίνεσης, ως έκφανση του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ατόμου (άρθρο 5§1 Σ και ΑΚ 57), δεν ρυθμίζεται ρητά στον ΚΙΔ, ωστόσο σύμφωνα με το άρθρο 5§3 της Σύμβασης του Οβιέδο: «Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεση του».⁷⁷ Επομένως, ο ασθενής μπορεί ελεύθερα να ανακαλέσει τη συναίνεσή του και μάλιστα οποτεδήποτε, εννοείται πριν τη διενέργεια της ιατρικής πράξης στην οποία αναφέρεται, ώστε να μην καταστεί επικίνδυνη η διακοπή της ιατρικής πράξης. Η ανάκληση της συναίνεσης του ασθενούς είναι καταρχήν άτυπη, ενώ μπορεί να είναι ρητή ή και σιωπηρή⁷⁸.

§4: Πότε δεν απαιτείται συναίνεση; Οι εξαιρέσεις του άρθρου 12§3 ΚΙΔ.

⁷⁷ Βλ. και άρθρο 47§5 Ν. 2071/1992.

⁷⁸ Βλ. Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., *Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς*, 2016, σελ 35,41.

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες η διενέργεια μιας ιατρικής πράξης είναι επιτρεπτή, ακόμα και χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς ή των οικείων του ή των νόμιμων αντιπροσώπων του. Κατά κανόνα οι πράξεις αυτές είναι οι αυτόγνωμες ιατρικές πράξεις, οι οποίες αποτελούν όλες τις επεμβάσεις του ιατρού προς τον ασθενή, για τις οποίες η λήψη της απόφασης για την εκτέλεσή τους εναπόκειται αποκλειστικά και μόνο στον ιατρό. Οι εξαιρετικές αυτές ιατρικές πράξεις συνιστούν σαφή περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας του αρρώστου, για το λόγο αυτό απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Ενεργούνται μόνο κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις και συγκεκριμένα μόνο αν είναι οι απόλυτα ενδεδειγμένες και αποσκοπούν στην αποτροπή βλάβης της υγείας ή θανάτου του ασθενούς, αν υφίσταται αδυναμία αναβολής της συγκεκριμένης πράξης και αν η συναίνεση του ασθενούς είναι αδύνατον να ληφθεί.

Ειδικότερα, στην παρ. 3 του άρθρου 12 ΚΙΔ, προβλέπονται ρητά τρεις περιπτώσεις κατά τις οποίες φαίνεται η πράξη να είναι τυπικά αυθαίρετη, όχι όμως παράνομη, εφόσον ο νόμος έχει προβλέψει ειδικότερα για αυτές. Σε αυτές τις περιπτώσεις που θα αναλυθούν διεξοδικότερα παρακάτω, «συγχωρείται» η έλλειψη συναίνεσης του ασθενούς και το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενούς υποχωρεί έναντι του άμεσου κίνδυνου της ζωής ή της υγείας του ατόμου.

§4.1: Επείγουσες περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας.

Σε αυτήν την περίπτωση ο νόμος απαιτεί να πληρούνται σωρευτικά δύο προϋποθέσεις, ήτοι να υπάρχει αδυναμία λήψης κατάλληλης συναίνεσης και να παρίσταται άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας. Η κατάλληλη συναίνεση, για παράδειγμα, είναι αδύνατον να ληφθεί όταν ο ασθενής μεταφέρεται αναισθητός στο νοσοκομείο και άρα δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη συναίνεσή του ενώ η κατάσταση είναι τόσο επείγουσα που δεν μπορεί ο ιατρός να έρθει σε επαφή με τους οικείους του. Ο ΚΙΔ δεν ορίζει την έννοια της άμεσης, απόλυτης και κατεπείγουσας ανάγκης παροχής ιατρικής βοήθειας, ούτε το αρμόδιο πρόσωπο να κρίνει το πότε συντρέχει αυτή η περίπτωση. Εφόσον, όμως, η έννοια της επείγουσας ανάγκης παροχής ιατρικής βοήθειας προσδιορίζεται με ιατρικά κριτήρια, μπορούμε να πούμε ότι ο μόνος αρμόδιος να κρίνει πότε συντρέχει αυτή είναι ο γιατρός.⁷⁹

⁷⁹ Βλ. Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, ο.π., σελ 24.

Αναμφίβολα, τέτοια κατεπείγουσα ανάγκη θα υπάρχει όταν από την παραμικρή καθυστέρηση επέμβασης απειλείται η ίδια η ζωή του ασθενούς ή υπάρχει κίνδυνος σοβαρής βλάβης της υγείας του ή της σωματικής του ακεραιότητας, π.χ. όταν αναισθητός ασθενής διακομίζεται σε κρίσιμη κατάσταση στο νοσοκομείο, κατόπιν λ.χ. τροχαίου ατυχήματος, και λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής του δεν υπάρχει χρόνος να αναζητηθούν οι συγγενείς του προκειμένου να δώσουν τη συναίνεσή τους για την απαραίτητη ιατρική πράξη. Στις περιπτώσεις αυτές ο ιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος με δύο συγκρουόμενα καθήκοντα, ήτοι της υποχρέωσης για περίθαλψη και διάσωση της ανθρώπινης ζωής και της υποχρέωσης σεβασμού της προσωπικής ελευθερίας του ατόμου. Οποιαδήποτε πράξη του ιατρού, εν προκειμένω, δεν έχει παράνομο χαρακτήρα, με αποτέλεσμα να μην τίθεται ζήτημα ευθύνης του ιατρού λόγω αυθαίρετης ιατρικής πράξης.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, λοιπόν, ο ιατρός ενεργεί με γνώμονα την **εικαζόμενη συναίνεση** του ασθενούς, η οποία αποτελεί και αυτή έκφανση του δικαιώματος της ελεύθερης διάθεσης των εννόμων αγαθών του ατόμου και κατ' επέκταση του αυτοκαθορισμού του. Η διαφορά της από την συναίνεση, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, έγκειται στο γεγονός ότι όταν δίνει τη συναίνεσή του ο ασθενής, γνωρίζει την αληθινή κατάσταση των πραγμάτων, ενώ στην περίπτωση της εικαζόμενης συναίνεσης, αγνοεί ή ορθότερα υφίσταται αντικειμενική αδυναμία λήψης απόφασης.⁸⁰ Η εικασία σχετικά με τη θέληση του ασθενούς, μπορούμε να πούμε ότι δεν αποτελεί αυθαίρετη επιλογή, αλλά μία διαπίστωση ότι το συγκεκριμένο άτομο κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις, θα παρείχε τη συναίνεσή του, δηλαδή αν ο ασθενής ήταν σε θέση να μάθει για την πραγματική κατάσταση της υγείας του και είχε τη δυνατότητα να αποφασίσει, θα συναινούσε.

Ακόμη, θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι αν η επέμβαση είναι εξαιρετικά επείγουσα, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ενεργήσει με βάση το συμφέρον του ασθενούς και να λάβει κάθε δυνατό μέτρο για τη σωτηρία του. Αν, όμως, μια συγκεκριμένη ιατρική πράξη δεν είναι κατεπείγουσα, ο ιατρός υποχρεούται να αναζητήσει τους οικείους του ασθενούς, ώστε να τους ενημερώσει και αυτοί να δώσουν τη συναίνεσή τους. Εννοείται ότι οι οικείοι δεν επιτρέπεται να επιβάλλουν μία απόφαση η οποία αποτελεί προσωπική αντίληψη ή κάποιου είδους δεισδαιμονία και απέχει κατά πολύ από την πραγματική θέληση του ασθενούς.

⁸⁰ Βλ. Λιούρδη Α., Ποινική Ιατρική Ευθύνη : Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ. 72.

Στο σημείο αυτό, να διευκρινίσουμε ότι από την **εικαζόμενη συναίνεση** διαφέρει η **υποθετική συναίνεση**, η οποία διαμορφώθηκε κυρίως από τη νομολογία των αστικών δικαστηρίων. Καταρχάς και στις δύο περιπτώσεις απουσιάζει η συναίνεση του ασθενούς, όμως στην περίπτωση της εικαζόμενης συναίνεσης ο ασθενής δεν είναι σε θέση να παράσχει τη συναίνεσή του. Στην περίπτωση της υποθετικής συναίνεσης, ο ασθενής είναι σε θέση να συναινέσει αλλά δεν μπορεί να ληφθεί έγκαιρα η συναίνεσή του, λόγω έλλειψης της προσήκουσας ενημέρωσης. Η υποθετική συναίνεση δημιουργήθηκε ως άμυνα των ιατρών σε περιπτώσεις αγωγών αποζημίωσης από ασθενείς που είχαν ενημερωθεί πλημμελώς. Ο ιατρός, δηλαδή, μπορούσε να αποδείξει ότι ο ασθενής θα είχε δώσει τη συναίνεσή του, αν είχε ενημερωθεί προσηκόντως και με αυτόν τον τρόπο απέφυγε να καταβάλει αποζημίωση λόγω αδικοπραξίας.

Κατά τη γνώμη μου, η υποθετική συναίνεση έρχεται σε αντίθεση με την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς, ιδίως δε, σε περίπτωση εσκεμμένης παραπλάνησης από το γιατρό με σκοπό να υφαρπάξει τη συναίνεση του ασθενούς. Περιπτώσεις τέτοιες συναντούμε στη γερμανική νομολογία, όπως για παράδειγμα η απόφαση της 20-01-2004⁸¹ του γερμανικού Ακυρωτικού, στην οποία κρίθηκε ότι δεν είναι άδικη η υφαρπαγή της συναίνεσης του ασθενούς με ψευδείς ισχυρισμούς για τη διενέργεια δεύτερης επέμβασης, προκειμένου ο ιατρός να αφαιρέσει στην πραγματικότητα χειρουργικό εργαλείο που είχε ξεχάσει εντός του ασθενούς, αφού αυτός θα είχε παράσχει τη συναίνεσή του ακόμα και αν γνώριζε τον πραγματικό λόγο που καθιστούσε την επέμβαση αναγκαία.

§4.2: Απόπειρα αυτοκτονίας του ασθενούς.

Καταρχάς, όταν ο ασθενής διαθέτει την ικανότητα για να συναινέσει αυτοπροσώπως στην ιατρική πράξη και έχει τις αισθήσεις του, για την περίπτωση της άρνησής του, τόσο ο ΚΙΔ, όσο και η Σύμβαση του Οβιέδο περιέχουν σαφή ρύθμιση. Όταν, λοιπόν, ο ασθενής αρνείται να συναινέσει, ακόμη και αν η παράλειψη της σχετικής ιατρικής πράξης συνεπάγεται άμεσο και σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή και την υγεία του, ο κανόνας ότι για κάθε ιατρική πράξη απαιτείται η συναίνεσή του, δεν κάμπτεται. Παρά τη διαδεδομένη στο ποινικό δίκαιο αντίθετη άποψη, ο ασθενής δεν μπορεί να υποχρεωθεί να υποβληθεί ακόμη και σε μία σωτήρια για τη ζωή του ιατρική πράξη αντίθετα με τη βούλησή του.

⁸¹ BGH, 1StR 319/03 σε: NStZ2994, σελ.442, βλ. Λιούρδη Α., Ποινική Ιατρική Ευθύνη : Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ. 76-78.

Εξαιρέση προβλέπεται μόνο στην περίπτωση του άρθρου 12 παρ. 3β ΚΙΔ, όταν δηλαδή υπάρχει απόπειρα αυτοκτονίας. Ο γιατρός σε αυτήν την περίπτωση, οφείλει να επέμβει για να διασώσει τη ζωή του ασθενούς, παρά την αντίθετη βούλησή του. Ο λόγος που δικαιολογεί την πρόβλεψη αυτή είναι η απόλυτη προστασία της ζωής κατά το άρθρο 2 παρ. 1 Σ, καθώς και το γεγονός ότι συνήθως όσοι αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν βρίσκονται σε κάποια ψυχική διαταραχή και άρα αδυνατούν να συναινέσουν.⁸²

§4.3: Άρνηση τρίτου προσώπου προς παροχή συναίνεσης.

Με τη διάταξη αυτή, προβλέπεται η περίπτωση κατά την οποία τα αρμόδια προς συναίνεση πρόσωπα (γονείς, οικείοι, δικαστικός συμπαραστάτης) αρνούνται να δώσουν τη συναίνεσή τους σε μια ιατρική επέμβαση που κρίνεται απολύτως αναγκαία για τη σωτηρία της ζωής του ασθενούς.

Αρχικά, η άρνηση των γονέων να δώσουν τη συναίνεσή τους για τη διενέργεια ιατρικής πράξης, όταν ειδικά αυτή επιβάλλεται από το αντικειμενικό συμφέρον του ανηλίκου, συνιστά καταχρηστική άσκηση του δικαιώματος της γονικής μέριμνας, η οποία είναι δικαίωμα και καθήκον των γονέων, άρα εντάσσεται στα λεγόμενα λειτουργικά δικαιώματα, τα οποία ασκούνται σύμφωνα με το αντικειμενικό συμφέρον του προστατευομένου, όπως έχουμε ήδη τονίσει ανωτέρω. Συνήθως οι λόγοι της άρνησης των γονέων να υποβληθεί το τέκνο τους σε κάποια ιατρική πράξη, προέρχονται από θρησκευτικές πεποιθήσεις αυτών. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση ενός πατέρα που άφησε το νεογέννητο παιδί του να πεθάνει, απαγορεύοντας στους ιατρούς να προβούν στην αναγκαία μετάγγιση αίματος καθώς ο ίδιος ήταν χιλιαστής και το δόγμα του απαγόρευε αυστηρά τέτοιες ενέργειες.⁸³ Πριν τη θέσπιση του ΚΙΔ, η νομοθεσία αντιμετώπιζε το παραπάνω ζήτημα με το άρθρο 1534 ΑΚ σύμφωνα με το οποίο: «σε περίπτωση όπου υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής επέμβασης, για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου, ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών μπορεί, αν αρνούνται οι γονείς, να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια, ύστερα από αίτηση του αρμόδιου για τη θεραπεία γιατρού ή του διευθυντή της κλινικής όπου νοσηλεύεται το τέκνο ή οποιουδήποτε άλλου αρμόδιου υγειονομικού οργάνου». Μετά την ισχύ του ΚΙΔ και τη

⁸² Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, ο.π., σελ 28 υποσημ. 24.

⁸³ Βλ. Ανδρουλάκης Ν., "Ο χιλιαστής πατήρ" σε ΠΧρ Κ', 1970, σελ. 241 επ. και σε Ποινικά Μελέται 1972, σελ 93 επ. καθώς και την εισαγγελική πρόταση του Σταμάτη Κ., την οποία ακολούθησε το βούλευμα του ΣυμβΠλημΘεσ με αριθμ. 161/1970, σε ΠΧρ Κ' (1970), σελ. 299 επ.

θέσπιση του άρθρου 12 παρ. 3 περιπτ. γ ΚΙΔ, υπήρξε ένας προβληματισμός ως προς το ποια είναι η εφαρμοστέα διάταξη σε περιπτώσεις άρνησης των γονέων να δώσουν τη συναίνεσή τους για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων στο τέκνο τους. Καταρχάς, και οι δύο διατάξεις προϋποθέτουν την «κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής βοήθειας», που σημαίνει ότι μπορούν να εφαρμοστούν μόνο όταν η άρνηση των γονέων εγκυμονεί κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς και όχι όταν απλά μπορεί να δημιουργηθεί κίνδυνος στο μέλλον, όπως π.χ. άρνηση εμβολιασμού. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζεται το άρθρο 1532ΑΚ σχετικά με τις συνέπειες από την κακή άσκηση της γονικής μέριμνας.

Κατά την κρατούσα άποψη, η διάταξη του ΚΙΔ, ως νεότερη⁸⁴, επιφέρει σιωπηρή κατάργηση του άρθρου 1534 ΑΚ, συνεπώς ο ιατρός δύναται να παρακάμψει την άρνηση των γονέων και να διενεργήσει άμεσα την απαραίτητη πράξη, ωστόσο θα πρέπει ο ιατρός να ενεργεί με βάση αυτή τη διάταξη πολύ προσεκτικά και με φειδώ, με την έννοια ότι πρέπει να εξετάζει πολύ καλά εάν συντρέχουν οι προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 12 παρ. 3 περιπτ. γ ΚΙΔ, ώστε να μην παρακάμπτεται η βούληση των γονέων.⁸⁵

Υποστηρίζεται και η άποψη ότι οι δύο διατάξεις ισχύουν παράλληλα και είναι στη διακριτική ευχέρεια του ιατρού η επιλογή της λήψης άδειας από τον αρμόδιο Εισαγγελέα Πρωτοδικών ή της αυτογνώμονης ενέργειάς του δίχως την άδεια του εισαγγελικού λειτουργού, εκμεταλλευόμενος τη δυνατότητα που του δίνει ο ΚΙΔ. Σε κάθε περίπτωση ο ιατρός θα κρίνει με γνώμονα την κρισιμότητα της κατάστασης και το συμφέρον του ασθενούς. Σύμφωνα με την δεύτερη άποψη, η διάταξη του ΚΙΔ ενεργοποιείται μόνο για τις πολύ επείγουσες περιπτώσεις, όπου ο χρόνος πιέζει και η οποιαδήποτε καθυστέρηση ενδεχομένως να αποβεί μοιραία για την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς, ενώ στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει τόσο μεγάλη πίεση χρόνου εξακολουθεί να ισχύει η ρύθμιση του ΑΚ 1534, προσέγγιση

⁸⁴ Βλ. ΔιατΕισΠρΘεσ 3/2008, ΝοΒ 2009, κατά την οποία «ο γιατρός, εκτιμώντας την κατάσταση του ασθενούς, μπορεί να προβεί στην άμεση ιατρική επέμβαση, χωρίς την προβλεπόμενη από το άρθρο 1534 ΑΚ άδεια του Εισαγγελέα, κατ' εφαρμογή της γενικής αρχής "lex posterior derogat priori"», Γεωργιάδης Απ., Οικογενειακό Δίκαιο, 2014,σελ. 553, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σελ 186.

⁸⁵ Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, ο.π., σελ 26, Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Η συναίνεση του ανηλίκου στη διενέργεια ιατρικών επεμβάσεων, Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας, Τεύχος 12/2017, Δεκέμβριος 2017.

μάλλον σχολαστική και δυνητικά επικίνδυνα, δίνοντας στον ιατρό τη δυνατότητα να αποφασίσει αν πρόκειται για «επείγουσα» ή «κατεπείγουσα» κατάσταση.

Κατά τη γνώμη μου, είναι σημαντικό οι ιατροί να γνωρίζουν ότι, εφόσον πληρούνται αυστηρά οι δύο προϋποθέσεις που επιτάσσει ο νόμος, ήτοι η άρνηση συναίνεσης των γονέων και ο άμεσος κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ανηλίκου, δύνανται να προβούν στην αναγκαία ιατρική πράξη χωρίς καθυστέρηση και δίχως να προβούν σε άλλες ενέργειες, για το λόγο ότι συνήθως σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει μεγάλη πίεση χρόνου. Επομένως, εκτιμώ ότι ορθώς δίνεται ένα αίσθημα ασφάλειας στους ιατρούς, σε περίπτωση που πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις του άρθρου 12 παρ. 3 περ. γ ΚΙΔ, ότι δεν θα υπέχουν ευθύνη εάν ενεργήσουν χωρίς την άδεια του αρμόδιου Εισαγγελέα, γιατί έτσι μπορούν να επιτελέσουν συνειδητά το καθήκον τους που είναι η σωτηρία της ανθρώπινης ζωής. Αξίζει να τονιστεί, για ακόμη μία φορά, ότι **θα πρέπει να συντρέχουν αυστηρά οι προϋποθέσεις του ως άνω άρθρου**, διότι άλλως η διενέργεια της ιατρικής πράξης σε περίπτωση άρνησης των γονέων και όταν ο κίνδυνος δεν είναι άμεσος για τη ζωή του ασθενούς, **θα είναι παράνομη και η ιατρική πράξη αυθαίρετη λόγω έλλειψης συναίνεσης**.

Αντίστοιχη δυνατότητα δίνεται στους ιατρούς και στην περίπτωση που ο δικαστικός συμπαραστάτης ή οι οικείοι του ανάκανου προς συναίνεση ασθενούς ή τρίτοι αρμόδιοι να συναινέσουν, αρνούνται να δώσουν τη συναίνεσή τους.

Γενικότερα, πάντως, έχουν διατυπωθεί έντονες επιφυλάξεις σχετικά με το δικαίωμα τρίτων να αρνούνται τη θεραπεία του ασθενούς, με ισχυρότερο επιχείρημα ότι έχουμε να κάνουμε με διάθεση προσωποπαγών εννόμων αγαθών, όπως η ανθρώπινη ζωή, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η προσωπικότητα, για το λόγο αυτό έχει προταθεί η σύσταση κάποιας Επιτροπής Δεοντολογίας που ίσως έδινε λύση σε όλα αυτά τα δυσχερή ζητήματα.

§5: Το ειδικό ζήτημα των «διαθηκών ζωής» (“living wills”).

Οι λεγόμενες «διαθήκες ζωής» (“living wills”) ή «προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής», αποτελούν ειδικότερο ζήτημα που σχετίζεται με την ικανότητα συναίνεσης και κατά μία εκδοχή θεωρούνται μορφή «άρνησης θεραπείας».⁸⁶ Αυτές οι «διαθήκες» είναι δηλώσεις βουλήσεως του προσώπου, το οποίο παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα υγείας, να εκφράσει την επιθυμία του να υποβληθεί ή όχι σε μία συγκεκριμένη επέμβαση, για την περίπτωση που

⁸⁶ Βλ. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση, Η δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», 2013, σελ 1.

μελλοντικά δεν καταστεί δυνατό να εκφράσει τη συναίνεσή του. Είναι αυτονόητο ότι τη στιγμή που θα δηλώσει τη βούλησή του το άτομο, θα πρέπει να βρίσκεται σε ικανότητα συναίνεσης.

Ειδικότερα, στη Σύσταση της Επιτροπής Βιοηθικής με τίτλο: Η δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», οι προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής ορίζονται ως οι *«επιθυμίες ενός προσώπου για την ενδεδειγμένη ιατρική μεταχείρισή του, σε περίπτωση που το ίδιο χάσει στο μέλλον την ικανότητα αυτόνομων σχετικών επιλογών είτε συνεπεία ατυχήματος είτε συνεπεία σοβαρής ασθένειας»*. Αυτές παρέχονται είτε σε ανύποπτο χρόνο, είτε σε περιπτώσεις που ο ασθενής έχει ήδη διαγνωστεί με ασθένεια, η οποία στο μέλλον ενδέχεται να τον καταστήσει ανίκανο για τη λήψη των σχετικών αποφάσεων (πχ. νευροεκφυλιστική πάθηση) με τους εξής τρόπους: είτε ορίζεται από τον ασθενή αντιπρόσωπος που έχει εξουσιοδότηση να λάβει τις αποφάσεις στον κρίσιμο χρόνο που θα διενεργηθούν οι εκάστοτε ιατρικές πράξεις («πληρεξούσιος υγείας»), είτε προσδιορίζονται από τον ασθενή συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις στις οποίες επιθυμεί ή όχι να υποβληθεί.⁸⁷ Εφόσον τηρηθούν ορισμένες προϋποθέσεις, οι εν λόγω οδηγίες, δεσμεύουν το γιατρό.

Ο πληρεξούσιος για θέματα υγείας στο ισχύον ελληνικό δίκαιο δεν προβλέπεται. Αναφορά στο θεσμό γίνεται στη Διεθνή Σύμβαση της Χάγης του 2000 για τη διεθνή προστασία των ενηλίκων, την οποία η Ελλάδα δεν έχει ακόμη κυρώσει.

Επίσης, στην ελληνική έννομη τάξη, οι προγενέστερες οδηγίες δεν έχουν νομοθετική ρύθμιση, όπως σε άλλες έννομες τάξεις, π.χ. Γερμανία, Η.Π.Α., κλπ. Σχετικό είναι το άρθρο 29 παρ. 2 ΚΙΔ, για το οποίο έχουμε ήδη κάνει λόγο παραπάνω και το οποίο προβλέπει πως «ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει». Κατά τη Σύσταση της Επιτροπής Βιοηθικής με τίτλο: Η δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», η διατύπωση της παρ. 2 του άρθρου 29 ΚΙΔ *«δημιουργεί ασάφεια και καθιερώνει μια ατελή αναγνώριση των οδηγιών»*. Στη χώρα μας που δεν υπάρχει νομοθετική πρόβλεψη σχετικά με τις εν λόγω οδηγίες, αυτές δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν παρά σαν **άτυπες επιθυμίες του ασθενούς**. Για το λόγο αυτό, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής προτείνει τη νομοθετική αναγνώριση των προγενέστερων οδηγιών, ωστόσο έως ότου αυτές αναγνωριστούν νομοθετικά, δεν δεσμεύουν το γιατρό, ο οποίος ναι μεν θα τις λάβει σοβαρά υπόψη, αλλά μπορεί να πράξει και διαφορετικά.

⁸⁷ Βλ. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση, Η δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», 2013, σελ 2.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 3ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Αιτιολογική Έκθεση του Ν. 3418/2005, στα άρθρα 11, 12 σε ΚΝοΒ 2005.
- 2) Ανδρουλάκης Ν., "Ο χλιαστής πατήρ" σε ΠοινΧρ Κ', 1970, σελ. 241 επ. και σε Ποινικά Μελέται 1972
- 3) Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικό Δίκαιο- Γενικό Μέρος Ι, Θεωρία για το Έγκλημα, Β' Έκδοση, Αθήνα 2006.
- 4) Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, τ. ΙΙ, 2007.
- 5) Γεωργιάδης Απ., Οικογενειακό Δίκαιο, 2014.
- 6) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση, Η δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», 2013.
- 7) Κανελλοπούλου - Μπότη Μ., Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο, 1999
- 8) Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014
- 9) Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Η συναίνεση του ανηλίκου στη διενέργεια ιατρικών επεμβάσεων, Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας, Τεύχος 12/2017, Δεκέμβριος 2017.
- 10) Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016.
- 11) Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007.
- 12) Σταθόπουλος Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, Σάκουλας, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2004.
- 13) Σταθόπουλος Μ., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, 2004, ανατύπωση 2010.
- 14) Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σε Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου: Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική- Ποινική), επιμ. Καϊάφα – Γκμπάντι/ Παπαγεωργίου/ Συμεωνίδου-Καστανίδου / Ταρλατζής/ Τάσκος/ Φουντεδάκη, 2013.
- 15) Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε: δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, επιμ. Καϊάφα – Γκμπάντι/ Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη/ Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2006.
- 16) Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018.

- 17) D. ALAMANOU, N. FOTOS, H. BROKALAKI- PANANOUDAKI, Methods of providing information to patients with cancer and securing their informed consent, Archives of Hellenic Medicine, 2017
- 18) Deutsch E., Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukte recht und Transfusionsrecht, 2008.

Κεφάλαιο 4: Η αυθαίρετη ιατρική πράξη και οι νομικές συνέπειες από αυτήν.

Κάθε φορά που ο ιατρός προβαίνει στη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης με βάση τους κοινώς παραδεκτούς από την επιστήμη κανόνες και τις ενδεδειγμένες μεθόδους (**lege artis**), είναι αυτονόητο ότι δεν συντρέχει καμία πλημμεληματική ενέργεια ακόμα και αν έλαβαν χώρα απρόβλεπτοι παράγοντες. Φυσικά είναι επίσης αυτονόητο ότι ο γιατρός κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υπέχει ευθύνη για οποιαδήποτε πράξη του, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του αποτελέσματος που προκάλεσε. Η ευθύνη αυτή του ιατρού για πράξεις ή παραλείψεις κατά την άσκηση του έργου του διακρίνεται σε αστική, ποινική και πειθαρχική. Προφανώς, μια πράξη του ιατρού για την οποία θα μπορούσε να στοιχειοθετηθεί ποινική ευθύνη είναι δυνατό να συνεπάγεται και αστική κατά κανόνα και πειθαρχική ευθύνη (συρροή νόμιμων βάσεων αξιόσεως) και μπορεί να πηγάζει είτε από ιατρικό σφάλμα, είτε από αυθαίρετη ιατρική πράξη, δηλαδή πράξη του γιατρού χωρίς γνώση και συναίνεση του ασθενούς. Για το γιατρό, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αστική ευθύνη είναι εξίσου σημαντική με την ποινική, ίσως και σημαντικότερη, αφού είναι δυνατόν να αφορά εκτός από τις αποζημιώσεις και οικονομικές αναπροσαρμογές μερικών ή ολικών αναπηριών, πρόσκαιρων ή μόνιμων βλαβών κλπ.

Η διενέργεια μιας ιατρικής πράξης χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς μπορεί να συνιστά ταυτόχρονα αδικοπραξία (ΑΚ 914), αθέτηση της σύμβασης ιατρικής αγωγής που έχει συναφθεί μεταξύ ιατρού και ασθενούς, προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς (ΑΚ 57), καθώς και παραβίαση του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή.

Παρατηρείται ότι στην πλειονότητα των υποθέσεων ιατρικής ευθύνης, η νόμιμη βάση στην οποία στηρίζουν οι ασθενείς την αγωγή τους είναι η αδικοπραξία, επειδή με αυτόν τον τρόπο μπορούν να ζητήσουν την επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης που προήλθε από τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης. Ακόμη, η υποχρέωση αποζημίωσης στην περίπτωση της αδικοπραξίας είναι άμεση και πηγάζει απευθείας από το νόμο σε αντίθεση με την ευθύνη από σύμβαση όπου θα πρέπει να αποδειχθεί πρώτα ότι η άδικη πράξη του ιατρού αποτελεί κακή εκπλήρωση της συμφωνίας του και άρα, αν αποδειχθεί αυτό, τότε οφείλεται αποζημίωση.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ειδικά σε περιπτώσεις στις οποίες η ιατρική πράξη εκτός από αυθαίρετη τυχαίνει να είναι και εσφαλμένη, εντύπωση προκαλεί το ύψος των ποσών που επιδικάζονται ως ικανοποίηση της ηθικής βλάβης των ασθενών (κάποιες φορές ακόμα και

πάνω από 1.500.000 ευρώ). Φυσικά για τον καθορισμό του ύψους του ποσού λαμβάνονται υπόψη και οι συγκεκριμένες συνθήκες της κάθε περίπτωσης, ωστόσο είναι ήδη εμφανές πως η παράλληλη ύπαρξη ενός ιατρικού σφάλματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο κατά την εκτίμηση της ηθικής βλάβης του ασθενούς και λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους δικαστές. Παρόλα αυτά, ο ασθενής δύναται να στηρίξει την αγωγή του και σε άλλη νόμιμη βάση. Η επιλογή εξαρτάται από τις αξιώσεις του ενάγοντος και τις διευκολύνσεις που ενδεχομένως παρέχει κάθε μία από τις νόμιμες βάσεις, όπως αναλυτικά θα δούμε παρακάτω.

Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι μετά το 2013, η νομολογία άρχισε να δείχνει μεγαλύτερη σημασία στην έλλειψη ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς και άρχισε να την θεωρεί ως αυτοτελή νόμιμο λόγο ευθύνης προς αποζημίωση. Πολλές αποφάσεις παλαιότερα παρέλειπαν οποιαδήποτε αναφορά στη συναίνεση του ασθενούς, ενώ άλλες απείχαν μια ελλιπή κατανόηση των αρχών του informed consent και της θεμελίωσής του στον αυτοκαθορισμό του ατόμου, π.χ. με παραδοχές ότι *«δεν συμβαδίζει με τα διδάγματα της κοινής πείρας και λογικής ένας νοήμων ασθενής, όσο κι αν είναι αρνητικός με τα νοσοκομεία, να γνωρίζει ότι κινδυνεύει η ζωή του και παράλληλα να δηλώνει κατηγορηματικά ότι δεν επιθυμεί να παραμείνει και να υποβληθεί σε εξετάσεις...»*⁸⁸ Θα πρέπει να γίνει κατανοητό, βέβαια, ότι τα θέματα της συναίνεσης κρίνονται με βάση τον συγκεκριμένο ασθενή και όχι την κοινή λογική! Σταδιακά παρατηρείται μεγαλύτερη ενασχόληση της νομολογίας με το ζήτημα της αυθαίρετης ιατρικής πράξης, ενώ στην αρχή υπήρξε πλήρης απορρόφησή της από το ιατρικό σφάλμα, στη συνέχεια όμως η αυθαίρετη ιατρική πράξη άρχισε να συνυπολογίζεται κατά την εκτίμηση της ηθικής βλάβης και, τελικά, να αντιμετωπίζεται ως αυτοτελής νόμιμος λόγος ευθύνης προς αποζημίωση. Και αυτό, για το λόγο ότι η παρανομία της αυθαίρετης ιατρικής πράξης εντοπίζεται στην έλλειψη συναίνεσης του ασθενούς και όχι στην ύπαρξη ιατρικού σφάλματος.

§1. Αστική Ιατρική Ευθύνη

§1.1: Νόμιμοι λόγοι αστικής ευθύνης του ιατρού. Η αδικοπρακτική ευθύνη.

Αστική χαρακτηρίζεται η ευθύνη του γιατρού όταν με τις πράξεις ή παραλείψεις του παραβιάζονται διατάξεις του Αστικού Κώδικα. Στην αστική ευθύνη, σε αντίθεση με την ποινική προέχει ο ιδιωτικός χαρακτήρας, δηλαδή, στον ιατρό δημιουργείται η επιταγή από το νόμο να ικανοποιήσει χρηματικά ή να αποζημιώσει εν γένει τον πάσχοντα από τις ενέργειές του. Ενώ η ιατρική ευθύνη ιστορικά ξεκίνησε ως ποινική ευθύνη, τα τελευταία χρόνια το

⁸⁸ Βλ. ΠΠρΘεσ 27115/2010

ενδιαφέρον έχει μετατεθεί στην αστική ευθύνη, καθώς ζητούμενο αποτελεί η δίκαιη κατανομή των ζημιών που αναπόφευκτα προκαλούνται από τις ιατρικές πράξεις, παρά η τιμωρία του ιατρού.⁸⁹

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει και σε άλλο σημείο της παρούσας εργασίας, οι απόψεις σχετικά με την αυθαίρετη ιατρική πράξη που έχουν υποστηριχθεί στην ελληνική θεωρία, έχουν δεχτεί επιρροή από τη γερμανική θεωρία και νομολογία. Ειδικότερα, το γερμανικό δίκαιο έχει κοινές βάσεις αστικής ευθύνης με το ελληνικό και έχει ασχοληθεί συστηματικά με το θέμα της αυθαίρετης ιατρικής πράξης, ενώ αντίθετα η ελληνική νομολογία δεν παρουσιάζει πληθώρα αποφάσεων που να έχουν ασχοληθεί με αυτό το θέμα, καθώς οι περισσότερες υποθέσεις που απασχολούν κατά διαστήματα τα ελληνικά δικαστήρια σχετίζονται με το ιατρικό σφάλμα.

Καταρχάς, στη γερμανική έννομη τάξη, η ιατρική πράξη θεωρείται ως προσβολή της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας του ατόμου και δικαιολογείται με την ύπαρξη λόγων άρσεως του αδίκου, όπως είναι η συναίνεση του ασθενούς. Επομένως, κάθε ιατρική πράξη που διενεργήθηκε χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς ή είναι αποτέλεσμα πλημμελούς ενημέρωσης του ασθενούς, επισύρει αδικοπρακτική ευθύνη και ως εκ τούτου ο ασθενής μπορεί να εναγάγει τον ιατρό για την αποκατάσταση των ζημιών που επήλθαν σε αυτόν από τη διενέργεια της αυθαίρετης ιατρικής πράξης, οφείλοντας να αποδείξει την ιατρική πράξη, τη ζημία του και τον αντικειμενικό αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ παράνομης πράξης και ζημίας.

Χαρακτηριστική είναι η απόφαση “Strahlenurteil”⁹⁰, (απόφαση ακτινοβολίας), σύμφωνα με την οποία 48χρονη ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινοβολία ραδίου προκειμένου να υποχωρήσει ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, χωρίς όμως να ενημερωθεί για τους κινδύνους της επέμβασης ή τις εναλλακτικές θεραπείες, με αποτέλεσμα να υποστεί βλάβη του ουροποιητικού της συστήματος και να υποβληθεί σε δεύτερη επέμβαση. Το δικαστήριο έκρινε ότι η ασθενής υπέστη βλάβη του σώματος και της υγείας της και επομένως η 48χρονη edικαιούτο αποζημίωση καθώς δεν ενημερώθηκε για τον κίνδυνο, αν και αυτός αποτελούσε κίνδυνο της τάξεως του 5%-6%, ενώ ακριβώς η μη ενημέρωσή της για την εναλλακτική θεραπεία μέσω χειρουργικής επέμβασης, ήταν αιτιώδης για τη βλάβη της υγείας της. Αξίζει να σημειωθεί ότι ως προς τα μέσα δικονομικής άμυνας, η γερμανική νομολογία προσφέρει στον ενάγοντα- ασθενή «δικονομικές διευκολύνσεις» περί αντιστροφής του βάρους

⁸⁹ Βλ. Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018, σελ. 5 επ.

⁹⁰ BGHZ 29, 176.

απόδειξης, για το λόγο ότι υπάρχει αποδεικτική δυσχέρεια από μέρος του ασθενούς στις δίκες για την ιατρική ευθύνη, καθώς η ενημέρωση του ασθενούς βρίσκεται στην περιοχή επιρροής του ιατρού, επομένως αυτός επωμίζεται και το βάρος αποδείξεως.

Στην ελληνική νομική επιστήμη, κρατούσα άποψη είναι η θεωρία της *lege artis*, σε συνδυασμό με τη συναίνεση του ασθενούς, σύμφωνα με την οποία, μια θεραπευτική επέμβαση που κρίθηκε επιτυχής, και στόχος της ήταν η βελτίωση ή η πλήρης θεραπεία του ασθενούς, δεν επιφέρει βλάβη της υγείας του, εκτός και αν ο ιατρός ενήργησε αντίθετα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας και δεν έλαβε τη συναίνεση του ασθενούς, όπως ρητά απαιτείται στα άρθρα 11 και 12 ΚΙΔ.

Αρα, εάν δεν συντρέχουν οι δύο προϋποθέσεις, της λήψης έγκυρης συναίνεσης και της μη διενέργειας της ιατρικής πράξης *lege artis*, μπορεί να θεμελιωθεί αδικοπρακτική ευθύνη κατά τα άρθρα 914 επ. ΑΚ, καθώς και αίτημα ικανοποίησης της ηθικής βλάβης κατά άρθρο 932 ΑΚ.

Οι προϋποθέσεις θεμελίωσης της αδικοπρακτικής ευθύνης κατά το άρθρο 914 ΑΚ είναι: η **ύπαρξη παράνομης και υπαίτιας πράξης** (νόμιμος λόγος ευθύνης), **η ζημία** και ο **αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος** μεταξύ της παράνομης πράξης και της ζημίας.

Στην αυθαίρετη ιατρική πράξη λείπει η συναίνεση του ασθενούς, διότι ενδεχομένως λείπει η βασική προϋπόθεση εγκυρότητας της συναίνεσης που είναι η πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση του άρθρου 11 ΚΙΔ. Επομένως, όταν έχουμε έλλειψη της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς, η ιατρική πράξη είναι παράνομη. Είναι δε και υπαίτια διότι ο γιατρός συνήθως δρα με πρόθεση, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται και η περίπτωση αμελούς συμπεριφοράς του, ενώ το πταίσμα του έγκειται στην ίδια την επιχείρηση της ιατρικής πράξης και όχι στην ύπαρξη ή μη της συναίνεσης, η οποία δεν είναι στοιχείο της πράξης αλλά της νομιμοποίησής της.⁹¹

Ακόμη, βασική προϋπόθεση για την ύπαρξη της αδικοπρακτικής ευθύνης είναι η ζημία, τόσο η περιουσιακή, όσο και η ηθική βλάβη. Αν ο ασθενής υποβληθεί σε μία επέμβαση χωρίς τη συναίνεσή του, αλλά δεν επήλθε βλάβη στην υγεία του, όπως τραυματισμός ή αναπηρία, δεν μπορεί να ζητήσει αποζημίωση σύμφωνα με τα άρθρα 914 επ. ΑΚ, καθώς δεν υπάρχει ζημία. Μπορεί, όμως, να ζητήσει ικανοποίηση της ηθικής του βλάβης σύμφωνα με το άρθρο 932 ΑΚ. Στην απόφαση ΑΠ 687/2013, κατά την οποία ο ασθενής έπαθε βλάβη στην όραση του από διενέργεια ιατρικής επέμβασης, η οποία διεξήχθη μεν επιμελώς, αλλά ήταν αυθαίρετη

⁹¹ Βλ. Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σελ. 191.

λόγω ελλιπούς ενημέρωσης του ασθενούς, το δικαστήριο επιδίκασε ποσό 50.000 ευρώ που κρίθηκε ως εύλογο για την ικανοποίηση της ηθικής βλάβης του ασθενούς.

Τέλος, πρέπει να υπάρχει αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας πράξης του γιατρού και της ζημίας του ασθενούς, καθώς αποκαθίσταται μόνο εκείνη η ζημία που επήλθε **αιτιωδώς** από το νόμιμο λόγο ευθύνης. Ο αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος υπάρχει, όταν σύμφωνα με τα διδάγματα της κοινής πείρας, η φερόμενη ως ζημιολόγος πράξη ή παράλειψη ή υλική ενέργεια, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, ήταν ικανή και πρόσφορη να επιφέρει το ζημιολόγο γεγονός, για παράδειγμα ο ιατρός παραλείπει να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των θεραπευτικών μεθόδων και πρακτικών και τους πιθανούς κινδύνους επιλοκών της ιατρικής πράξης που πρόκειται να επιχειρήσει στον ασθενή, με αποτέλεσμα ο ασθενής να υποβληθεί στην ιατρική πράξη, να υποστεί βλάβη του σώματος και της υγείας του, με αντίστοιχη περιουσιακή και ηθική ζημία συνεπεία τούτου.⁹² Η ελληνική νομολογία για τη θεμελίωση της αιτιώδους διαδρομής μιας συμπεριφοράς που οδηγεί σε ένα αποτέλεσμα, χρησιμοποιεί εκτός από τη θεωρία της *conditio sine qua non* και τη θεωρία της πρόσφορης αιτιότητας, η οποία βρίσκει νομοθετικό έρεισμα το άρθρο 298 ΑΚ.

Όσον αφορά στο βάρος απόδειξης του ισχυρισμού ότι ο ασθενής είχε ενημερωθεί καταλλήλως ώστε να συναινέσει στην ιατρική πράξη, το άρθρο 338 παρ. 1 ΚΠολΔ ορίζει ότι κάθε διάδικος οφείλει να αποδείξει τα πραγματικά γεγονότα που είναι αναγκαία για να στηρίξει την αυτοτελή αίτησή του. Εφόσον, ο ασθενής είναι εκείνος που ζητά την αποκατάσταση της ζημίας του λόγω αυθαίρετης ιατρικής πράξης κατά τα άρθρα 914 επ. ΑΚ, τότε είναι υποχρεωμένος να επικαλεστεί και να αποδείξει τα στοιχεία με τα οποία θεμελιώνει το αίτημά του. Ωστόσο, τα πράγματα αλλάζουν όσον αφορά στην απόδειξη της ύπαρξης ενημέρωσης του ασθενούς και κατ' επέκταση της συναίνεσής του. Ουσιαστικά, η απόδειξη της συναίνεσης του ασθενούς είναι λόγος απαλλαγής της ευθύνης του ιατρού και με δεδομένο ότι κάθε διάδικος οφείλει να αποδεικνύει τις προϋποθέσεις του ευνοϊκού για αυτόν κανόνα δικαίου (υποκειμενικό βάρος αποδείξεως), για το λόγο αυτό επιβαρύνεται ο ιατρός με το βάρος απόδειξής του. Παρατηρείται, λοιπόν, μετάθεση του βάρους απόδειξης του ισχυρισμού περί ύπαρξης συναίνεσης από τον ασθενή στο γιατρό, δίνοντας έτσι μια δικονομική διευκόλυνση στον ασθενή να θεμελιώσει το αίτημα της αγωγής του. Μην ξεχνάμε, επίσης, ότι ο ασθενής, λόγω έλλειψης εξειδικευμένων γνώσεων βρίσκεται σε μειονεκτικότερη θέση έναντι του αντιδίκου ιατρού και επιπλέον, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι ο ιατρός συνήθως έχει και την υποστήριξη των συναδέλφων του σε περίπτωση

⁹² Βλ. ενδεικτικά: ΑΠ 673/2013, ΠΠρΘεσ16591/2015, ΕφΑθ 296/2018

πραγματογνωμοσύνης ή μαρτυρικών καταθέσεων. Φυσικά, αυτή η δικονομική διευκόλυνση του ασθενούς δεν πρέπει να εφαρμόζεται καταχρηστικά (κατάχρηση δικαιώματος, ΑΚ 281).

Όταν η ενέργεια του ιατρού δεν οφείλεται σε υπαίτια άγνοιά του ή αμέλεια, δεν στοιχειοθετείται ιατρική ευθύνη, ούτε και όταν ο ιατρός ενήργησε ευσυνείδητα ακολουθώντας την πρέπουσα θεραπευτική αγωγή, σύμφωνα με τους καθιερωμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης ή τέχνης.

Τέλος, κυρίως η νομολογία των αγγλοσαξονικών δικαστηρίων, έχει διαμορφώσει την άποψη ότι δεν υπάρχει ευθύνη του ιατρού για διαγνωστικά ή θεραπευτικά σφάλματα όταν αυτά δεν οφείλονται σε άγνοια ή παράλειψη των απαραίτητων ιατρικών γνώσεων, καθώς η προσφυγή του ασθενούς στις υπηρεσίες του γιατρού, σημαίνει και την ανάληψη ορισμένων κινδύνων από την πλευρά του αρρώστου.

§1.2: Νόμιμοι λόγοι αστικής ευθύνης του ιατρού. Η ενδοσυμβατική ευθύνη.

Η υποχρέωση του ιατρού να ενημερώσει τον ασθενή προκειμένου να λάβει τη συναίνεσή του προτού προβεί σε διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, προκύπτει, εκτός από νομοθετικές διατάξεις, και από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής μεταξύ ιατρού και ασθενούς, η οποία έχει σαν αντικείμενο την παροχή ιατρικής φροντίδας. Στην ελληνική έννομη τάξη η σύμβαση ιατρικής αγωγής δεν προβλέπεται ως επώνυμος συμβατικός τύπος, σε αντίθεση με το γερμανικό δίκαιο όπου υπάρχει ειδική ρύθμιση (§§ 630a- 630h BGB, “Behandlungsvertrag”, Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, “Patientenrechtegesetz”, 2013). Επομένως, η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι μια άτυπη σύμβαση που μπορεί να συνάπτεται και σιωπηρά με την απλή προσέλευση του ασθενούς στο ιατρείο. Η υποχρέωση ενημέρωσης και λήψη της συναίνεσης του ασθενούς αποτελεί κύρια υποχρέωση της σύμβασης ιατρικής αγωγής και είτε θα αναφέρεται ρητά στη σύμβαση, είτε θα προκύπτει από την αρχή της καλής πίστης σύμφωνα με το άρθρο ΑΚ 288. Επομένως, η διενέργεια μιας αυθαίρετης πράξης ως παραβίασης της συμβατικής υποχρέωσης του ιατρού, υπάγεται στην έννοια της πλημμελούς εκπλήρωσης της σύμβασης και άρα δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης του ασθενούς κατά άρθ. 330 ΑΚ και 652 § 1 ΑΚ.

Ο ασθενής θα πρέπει να επικαλεστεί και να αποδείξει **την παραβίαση της συμβατικής υποχρέωσης του ιατρού** να τον ενημερώσει ώστε να δώσει τη συναίνεσή του, **τη ζημία** του και **τον αιτιώδη σύνδεσμο** μεταξύ της παραβίασης και της ζημίας. Η απόδειξη της υπαιτιότητας του ιατρού δεν βαρύνει τον ασθενή, καθώς αυτή τεκμαίρεται.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναζήτηση της νομικής φύσης της σύμβασης ιατρικής αγωγής και ειδικότερα το πρόβλημα του νομικού χαρακτηρισμού της ως σύμβασης έργου ή ως σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. Κατά μία άποψη, οι συμβάσεις ιατρικής αγωγής εμπίπτουν στην έννοια των συμβάσεων έργου στις οποίες συμφωνείται η συνδρομή για τη διάγνωση και τη θεραπεία κάποιας συγκεκριμένης κατάστασης και όχι η ιατρική συνδρομή κατά τρόπο γενικό και αόριστο. Συνάπτεται δηλαδή μια συμφωνία που καλύπτει τις απαραίτητες ενέργειες του ιατρού για την επιτέλεση ενός συγκεκριμένου έργου, λ.χ. αφαίρεση ενός οργάνου ή μέλους του ασθενούς.

Κύριο περιεχόμενο της σύμβασης μεταξύ γιατρού και ασθενούς αποτελεί η υποχρέωση του ιατρού να παράσχει την επιστημονική συνδρομή του, να δώσει φροντίδες ευσυνείδητα, συνετά και σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης, χωρίς όμως η υποχρέωση αυτή να εκτείνεται και στο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Με άλλα λόγια ο ιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να φέρει ένα θετικό αποτέλεσμα, αλλά απλώς να παράσχει με κάθε επιμέλεια τις φροντίδες του για να το επιτύχει, δεν αναλαμβάνεται δηλαδή υποχρέωση αποτελέσματος, αλλά απλώς υποχρέωση συνεπούς ιατρικής συνδρομής. Βέβαια, η διχογνωμία που υπάρχει σχετικά με τη φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής, καταλήγει στο να γίνεται δεκτό στο ιατρικό δίκαιο ότι ο ιατρός κατά την άσκηση των καθηκόντων του οφείλει να επιδείξει μια συμπεριφορά και όχι ένα αποτέλεσμα, δηλαδή έχει υποχρέωση επιμέλειας, **άρα η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών και μάλιστα «εμπιστευτικών ελευθέρων εργασιών» (ΑΚ 676).**

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο «Σχέδιο Κοινού Πλαισίου Αναφοράς» για το ευρωπαϊκό ενοχικό δίκαιο (DCFR- Draft Common Frame of Reference), ρυθμίζεται και το πλαίσιο της σύμβασης παροχής υπηρεσιών, ενώ υπάρχουν ειδικότερες προτάσεις ρυθμίσεων σχετικά με τη σύμβαση με αντικείμενο την παροχή ιατρικών υπηρεσιών.⁹³

Ωστόσο, η νομική βάση της ενδοσυμβατικής ευθύνης δεν επιλέγεται συχνά, καθώς δεν δίνει τη δυνατότητα ικανοποίησης της ηθικής βλάβης (ΑΚ 299), η οποία διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο και αποτελεί βασική αξίωση του ασθενούς ιδίως σε περιπτώσεις που μπορεί να μην υφίσταται περιουσιακή ζημία, αλλά μόνο ηθική βλάβη.

⁹³ Βλ. https://www.law.kuleuven.be/personal/mstorme/2009_02_DCFR_OutlineEdition.pdf και Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018, σελ. 4.

Ακόμη, καθιστά δύσκολη τη θέση του ενάγοντος ως προς το βάρος απόδειξης, καθώς τον υποχρεώνει να αποδείξει ότι δεν ενημερώθηκε πλήρως, καταλλήλως και προσηκόντως από τον ιατρό, πράγμα που αποδεικνύεται εξαιρετικά δύσκολα, δεδομένου του ελλιπούς γνωστικού πεδίου του ασθενούς και, ενίοτε, της έλλειψης μαρτύρων.

Δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι μερικές φορές προκύπτουν ιδιαίτερα ζητήματα σε περιπτώσεις όπου ουδεμία συμφωνία υπάρχει, π.χ. σε περιπτώσεις όπου ο γιατρός παρέχει αυτόγνομα τη συνδρομή του σε άτομα που η κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει επικοινωνία, όπως π.χ. σε άτομα που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση και δεν συνοδεύονται από άλλα πρόσωπα οικεία ή τους νόμιμους αντιπροσώπους τους. Γίνεται δεκτή η άποψη ότι σε αυτή την περίπτωση η σχέση ιατρού- ασθενούς διέπεται από τις διατάξεις περί διοικήσεως αλλοτρίων (ΑΚ 730 επ).⁹⁴ Η διοίκηση αλλοτρίων ωστόσο, λειτουργεί επικουρικά, δηλαδή πρέπει να εφαρμόζεται όταν δεν υπάρχει άλλη ειδική ρύθμιση ενός θέματος. Συνεπώς, η εφαρμογή των ΑΚ 730επ. εξαρτάται από την απάντηση στο ερώτημα αν εφαρμόζονται οι διατάξεις του ΚΙΔ σχετικά με την αδυναμία συναίνεσης, δηλαδή αν ενδεχομένως συντρέχουν οι όροι του άρθρ. 12 παρ 3^α ΚΙΔ, κάτι που μόνος αρμόδιος να κρίνει είναι ο ιατρός.

§1.3: Νόμιμοι λόγοι αστικής ευθύνης του ιατρού. Η ευθύνη λόγω προσβολής της προσωπικότητας του ασθενούς.

Από την αυθαίρετη ιατρική πράξη, δημιουργείται υποχρέωση αποζημίωσης κατά άρθρ. 57 ΑΚ συνδυαστικά με τα άρθρα 914 επ. ΑΚ, καθώς και ικανοποίηση της ηθικής βλάβης κατ' άρθρ. 59 ΑΚ. **Η έλλειψη ή η πλημμελής ενημέρωση του ασθενούς είναι κυρίως πρόβλημα που αναφέρεται σε προσβολή της προσωπικότητας** και δευτερευόντως σε προσβολή του έννομου αγαθού της σωματικής ακεραιότητας. Η ΕφΑθ 5512/2003 έκρινε σχετικά ότι: *«...Κατά την ορθότερη άποψη η προσβολή της σωματικής ακεραιότητας, η βλάβη της υγείας, του σώματος ή ο ψυχικός πόνος που υφίσταται ο ασθενής, συνεπεία ιατρικής πράξης για την οποία δεν έχει ενημερωθεί και δεν έχει συναίνεσει, συνιστά οπωσδήποτε παράνομη προσβολή της προσωπικότητάς του, εμπίπτουσα στις διατάξεις των άρθρων 57, 59 ΑΚ. Αυτό φυσικά ισχύει κατά μείζονα λόγο στην περίπτωση κατά την οποία η ιατρική επέμβαση που γίνεται χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς δεν είναι ενδεδειγμένη, ή εμφανίζεται ως άσκοπη και περιττή».*

⁹⁴ Βλ. Αντ. Σ. Κουτσελίνη, Ιατροδικαστική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, Ε΄ Έκδοση, σελ. 425.

Κρατούσα άποψη στην Ελλάδα είναι ότι ο ασθενής έχει αξίωση αποκατάστασης της ζημίας από κάθε βλάβη στο σώμα και την υγεία του που συνδέεται αιτιωδώς με την αυθαίρετη ιατρική πράξη, με βάση τα άρθρα 57, 59, 914 επ. ΑΚ, χωρίς να έχει νομική σημασία το γεγονός ότι η πράξη αυτή εκτελέστηκε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (lege artis). Ενδιαφέρον, ωστόσο, παρουσιάζει περίπτωση ασθενούς η οποία διακομίστηκε στο νοσοκομείο με έντονη αιμορραγία εξαιτίας γαστρορραγίας και παρά τις επίμονες συστάσεις των ιατρών για άμεση μετάγγιση και χειρουργική επέμβαση- χωρίς τη διενέργεια των οποίων ο θάνατός της ήταν βέβαιος- εκείνη δεν είχε δώσει τη συναίνεσή της να υποβληθεί σε μετάγγιση λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων. Ωστόσο, οι ιατροί προχώρησαν στη μετάγγιση παρά τη ρητή άρνηση της ασθενούς και ως αποτέλεσμα η υγεία της αποκαταστάθηκε. Η ίδια άσκησε μήνυση κατά των ιατρών για παράνομη βία και επικίνδυνη σωματική βλάβη αλλά το ΣυμβΠλημΘεσ απήλλαξε τους κατηγορουμένους.⁹⁵

Ως προς το βάρος απόδειξης της συναίνεσης και ενημέρωσης του ασθενούς ισχύει ότι ο ασθενής είναι αυτός που βαρύνεται με την απόδειξη της έλλειψης έγκυρης συναίνεσης ή επαρκούς ενημέρωσης, η οποία αντιστοιχεί στην προϋπόθεση του παρανόμου της προσβολής στην ΑΚ 57.⁹⁶ Επίσης, ο ασθενής βαρύνεται με την απόδειξη όλης της διαδρομής της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της παράβασης της υποχρέωσης ενημέρωσης και της τελικής του ζημίας από την αυθαίρετη ιατρική πράξη. Επομένως, οφείλει να επικαλεστεί και αποδείξει ότι ακόμα και αν είχε ενημερωθεί επαρκώς, δεν θα είχε υποβληθεί στην ιατρική πράξη που επέφερε τη ζημία.

§1.4: Η ευθύνη κατά το άρθρο 8 Ν. 2251/ 1994 περί προστασίας του καταναλωτή.

Η αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού για ζημία που προκάλεσε σε ασθενή εμπίπτει και στη ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρ. 8 του ν. 2251/1994 "για την προστασία των καταναλωτών", που καθιερώνει **νόθο αντικειμενική ευθύνη** για τον υπαίτιο ιατρό αφού και αυτός παρέχει τις ιατρικές υπηρεσίες του κατά τρόπο ανεξάρτητο, δηλαδή δεν υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του ασθενούς, αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να

⁹⁵ Βλ. Υπ. αριθμ. 2692/1991 Γνωμοδότηση του ΕισαγΕφετΘεσ Τσίγλα Α., με παρατηρήσεις Τζαννετή Α., σε ΠοινΧρ ΜΑ', σελ. 601 επ.

⁹⁶ ΠΠρΘεσ 12941/2014, ΜΠρΘεσ 11595/2017. Υπάρχουν και αποφάσεις, βέβαια, όπου δέχονται ότι το βάρος απόδειξης φέρει ο ιατρός, όπως η ΔΕφΑθ 2244/2009.

προσδιορίζει ο ίδιος τον τρόπο της παροχής των υπηρεσιών του (βλ. μεταξύ πολλών τις ΑΠ 1227/2007, ΑΠ 424/2012).

Ο Νόμος για την προστασία του καταναλωτή (Ν. 2251/1994) προβλέπει στο άρθρο 8 §1 ότι: *«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»*. Από τη διατύπωση του εν λόγω άρθρου δεν συνάγεται κάτι πιο εξειδικευμένο που να αποκλείει την εφαρμογή του στις περιπτώσεις της ευθύνης των ιατρών και η νομολογία φαίνεται να δέχεται την άποψη ότι η διάταξη αυτή μπορεί να εφαρμοστεί και σε περιπτώσεις ιατρικής ευθύνης.⁹⁷

Σύμφωνα με την ΑΠ 1227/2007 *«Από τις διατάξεις του άρθρου 8 του ν. 2251/1994 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»*. Το ίδιο άρθρο ακόμη, προβλέπει στις παρ. 3 και 4 ότι ο ζημιωθείς υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής υπηρεσιών και της ζημίας, ενώ ο παρέχων υπηρεσίες φέρει το βάρος της απόδειξης για την έλλειψη παρανομίας και υπαιτιότητάς του. Ο ασθενής, δηλαδή ο οποίος υποβλήθηκε σε μια ιατρική πράξη, χωρίς την έγκυρη συναίνεσή του, μπορεί να ζητήσει αποζημίωση για αποκατάσταση της περιουσιακής ζημίας του, αλλά και ικανοποίηση της ηθικής του βλάβης με βάση το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994.

Αυτή η δυνατότητα του ενάγοντος ασθενούς έχει μεγάλη σημασία, καθώς ο Ν. 2251/1994 περί προστασίας του καταναλωτή παρέχει δικονομικές διευκολύνσεις σε σύγκριση με τη νόμιμη βάση της αδικοπραξίας, καθώς στην αδικοπρακτική ευθύνη, εφόσον αποδειχθεί η παρανομία, πληρούται και η προϋπόθεση της υπαιτιότητας του γιατρού, με αποτέλεσμα η αντιστροφή του βάρους αποδείξεως της υπαιτιότητας να μη διαδραματίζει κάποιο ιδιαίτερο ρόλο. Αντίθετα, ο ασθενής οφείλει να αποδείξει μόνο την ιατρική πράξη, τη ζημία του και τον αναγκαίο αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ των ιατρικών πράξεων και της ζημίας, με αποτέλεσμα να διευκολύνεται σημαντικά η αποδοχή του αγωγικού του αιτήματος. Συνεπώς, με βάση το άρθρο 8 του ν.2251/1994, το βάρος απόδειξης της ύπαρξης της έγκυρης

⁹⁷ Βλ. αναλυτικά Κ. Δελούκα- Ιγγλέση, Δίκαιο του καταναλωτή (Ενωσιακό και Ελληνικό), σελ. 225 επ.

συναίνεσης του ασθενούς, καθώς και της έλλειψης αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της παρανομίας και της ζημίας φέρει ο γιατρός, προκειμένου να απαλλαγεί από την ευθύνη.

Με τη διάταξη του άρθρ. 8 Ν. 2251/1994, δηλαδή, καθιερώνεται νόθος αντικειμενική ευθύνη εφόσον αντιστρέφεται το βάρος απόδειξης τόσο ως προς την υπαιτιότητα όσο και ως προς την παρανομία. Σύμφωνα με την ΑΠ 1227/2007: «Ο ζημιωθείς φέρει το βάρος να αποδείξει την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, τη ζημία του και τον αιτιώδη σύνδεσμο της ζημίας με την εν γένει παροχή των υπηρεσιών, όχι όμως και τη συγκεκριμένη πράξη ή παράλειψη που επέφερε το ζημιογόνο αποτέλεσμα, ενώ ο παρέχων τις υπηρεσίες ιατρός, προκειμένου να απαλλαγεί από την ευθύνη, πρέπει να αποδείξει είτε την ανυπαρξία παράνομης και υπαίτιας πράξεώς του, είτε την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου της ζημίας με την παράνομη και υπαίτια πράξη του, είτε τη συνδρομή κάποιου λόγου επαγόμενου την άρση ή τη μείωση της ευθύνης του». ⁹⁸

Για να είμαστε ακριβείς, ο Ν.2251/1994, αποδίδει το Σχέδιο Κοινοτικής Οδηγίας, καθώς η αντίδραση των περισσότερων ευρωπαϊκών έννομων τάξεων, όπως ήταν αναμενόμενο, ήταν μεγάλη. Άρα τελικά δεν κατέστη ευρωπαϊκό δίκαιο ποτέ, όμως συνιστά ισχύον ελληνικό δίκαιο.⁹⁹

Ακόμη, το άρθρο 8 δεν εισάγει ειδικό- αυτοτελή νόμιμο λόγο ευθύνης, αλλά απλώς ρυθμίζει ειδικά ορισμένα θέματα της αδικοπρακτικής ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες. Όπως και η Πρόταση Οδηγίας του 1990, πρότυπο του Ν. 2251/1994, δεν αποσκοπεί στην ίδρυση της ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες, καθώς αυτή μπορεί χωρίς πρόβλημα να θεμελιωθεί στη σύμβαση ή στην αδικοπραξία ή στη συρροή της ενδοσυμβατικής και της αδικοπρακτικής ευθύνης. Η ρύθμιση αποσκοπεί στην ειδική και προστατευτική για τον καταναλωτή ρύθμιση συγκεκριμένων ζητημάτων.

Υποστηρίζεται και η άποψη ότι το άρθρο 8 δεν εφαρμόζεται επί παραβάσεων που αφορούν τη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, καθώς είναι μια διάταξη προσανατολισμένη στην

⁹⁸ Για την εφαρμογή του άρθρου 8 Ν. 2251/1994, έχει εκφραστεί έντονη κριτική με το σκεπτικό ότι είναι υπερβολικό να θεωρηθεί ότι μια ρύθμιση που δεν αναφέρεται ειδικά στην ιατρική ευθύνη και για το λόγο αυτό δεν λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητές της, μπορεί να αντιμετωπίσει το δυσχερές και περίπλοκο ζήτημα της συναίνεσης και ενημέρωσης του ασθενούς. Βλ. Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σελ. 240-242.

⁹⁹ Βλ. Απ. Χελιδόνης, Το βάρος απόδειξης στην υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας, Τ. 3-4/2006.

αντικειμενική πλημμέλεια της υπηρεσίας, δηλαδή σε παράβαση των κανόνων επιμελείας που την διέπουν.¹⁰⁰

Κατά τη γνώμη μου, ο συγκεκριμένος κανόνας δικαίου θα πρέπει να εφαρμόζεται με φειδώ και ανά περίπτωση, αφού αναθέτει στους ιατρούς το καθήκον να αποδείξουν τον κρίσιμο και καθοριστικό μη παράνομο χαρακτήρα των ενεργειών τους, χωρίς να τοποθετείται καν στο θέμα της ενημέρωσης. Θεωρώ ότι μια τόσο διευρυμένη ενοχοποίηση του ιατρού δεν μπορεί να είναι δικαιολογικά εύστοχη, αφού ο ανθρώπινος οργανισμός είναι ένα πολύπλοκο κατασκευάσμα, του οποίου οι συνολικοί μηχανισμοί λειτουργίας εκφεύγουν συχνά της ανθρώπινης εποπτείας. Αυτός είναι άλλωστε και ο λόγος για τον οποίο δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή η εγγυητική ευθύνη του ιατρού. Ο ιατρός, όπως έχει λεχθεί ανωτέρω, οφείλει να επιδείξει μια συμπεριφορά σύμφωνη προς ορισμένα πρότυπα και όχι να επιτύχει ένα αποτέλεσμα. Μόνο σε οριακές περιπτώσεις βαρέως ιατρικού σφάλματος, π.χ. εάν ο χειρουργός ξέχασε χειρουργικό εργαλείο στην κοιλιά του ασθενούς, έχει εμφανές δικαιοπολιτικό έρεισμα η συλλογιστική περί αντιστροφής του βάρους απόδειξης.

§2. Ποινική Ιατρική Ευθύνη

Ποινική χαρακτηρίζεται η ιατρική ευθύνη όταν με τις πράξεις ή τις παραλείψεις του ιατρού παραβιάζονται διατάξεις του Ποινικού Κώδικα. Η ευθύνη αυτή του ιατρού είναι δημοσίου χαρακτήρα και αφορά τη σχέση ιατρού και πολιτείας. Τα ποινικά αδικήματα στα οποία μπορεί να υποπέσει ο ιατρός μπορεί να είναι είτε εγκλήματα από πρόθεση, είτε εγκλήματα από αμέλεια. Όπως αναφέραμε και παραπάνω, θα πρέπει να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος ανάμεσα στην πράξη του ιατρού και στο δυσμενές αποτέλεσμα, αλλιώς δεν μπορεί να καταλογιστεί ευθύνη στον ιατρό. Σε περίπτωση που ο ιατρός ενήργησε με δόλο βλάβης της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας ή με ανθρωποκτόνο δόλο, τότε ευθύνεται για τα εγκλήματα της σωματικής βλάβης από πρόθεση και της ανθρωποκτονίας από πρόθεση όπως αυτά προβλέπονται στον ΠΚ. Δεν αποκλείεται η ποινική ευθύνη του ιατρού να απορρέει και από άλλες ποινικά αξιολογες πράξεις, όπως η ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση (300 ΠΚ)¹⁰¹, η

¹⁰⁰ Βλ. Κ. Δελούκα- Ιγγλέση, ο.π., σελ. 225- 227, Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018, σελ.115.

¹⁰¹ Το άρθρο 300ΠΚ τροποποιήθηκε με το Ν. 4619/2019 και αντικατέστησε την «ανθρωποκτονία με συναίνεση» σε «ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση».

παράνομη βία (330 ΠΚ), διακοπή της κύησης (304 ΠΚ)¹⁰² κ.α. Σύμφωνα με τις συνταγματικές επιταγές, ο γιατρός, όπως και κάθε μέλος της κοινωνίας υπόκειται σε ίση μεταχείριση για όλες τις κοινωνικές σχέσεις και πράξεις που σχετίζονται με την άσκηση του επαγγέλματός του. Ο ιατρός αντιμετωπίζεται από τον ποινικό νομοθέτη ως άτομο που μπορεί να δράσει από πρόθεση ή αμελώς, χωρίς να υπάρχει κάποιο νομοθετικό πλαίσιο ιδιαίτερης μεταχείρισής του.

Η διενέργεια ιατρικών επεμβάσεων εκ προοιμίου ενέχει κάποιου είδους κίνδυνο. Ειδικά οι κινδυνώδεις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις διενεργούνται με βάση ποσοστά πιθανοτήτων επιτυχίας και αποτυχίας. Για να μην ενέχεται με κάποιου είδους ευθύνη ο ιατρός που θα διενεργήσει μια τέτοια επέμβαση θα πρέπει να γνωρίζει ότι δεν υπάρχει άλλος τρόπος σωτηρίας του ασθενούς και να έχει λάβει την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς ή των προσώπων που είναι αρμόδια για να την δώσουν, αν ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συναινέσει. Ιδιαίτερα στις κινδυνώδεις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις η συναίνεση του ασθενούς έχει ακόμα μεγαλύτερη σημασία από αυτήν που ήδη έχει γενικότερα στις ιατρικές πράξεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις, υποστηρίζεται ότι η συναίνεση θα πρέπει να αγγίζει τα όρια της σπουδαίας και επίμονης απαίτησης με την έννοια ότι αυτή πρέπει να ανταποκρίνεται στην αληθινή βούληση του ασθενούς, να εκδηλώνεται με πλήρη συνείδηση των συνεπειών της, να είναι ρητή και σταθερά επαναλαμβανόμενη.¹⁰³ Αυτή η απαιτούμενη μορφή συναίνεσης συνδέεται με το ιδιαίτερο καθήκον ενημέρωσης του ιατρού προς τον ασθενή, έτσι ώστε ο τελευταίος να εκτιμήσει την κατάσταση της υγείας του και να συναινέσει στη διενέργεια ή όχι της επέμβασης. Η παράβαση αυτού του ιδιαίτερου καθήκοντος επισύρει έννομες συνέπειες και ενδεχομένως στοιχειοθετεί το έγκλημα της σωματικής βλάβης ή της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας.

Επιπλέον, υπάρχουν και επεμβάσεις που διενεργούνται όταν δεν υπάρχει άλλος τρόπος για τη σωτηρία του ασθενούς, για καθαρά θεραπευτικούς σκοπούς και με δεδομένη την πρόκληση βαριάς σωματικής βλάβης, όπως είναι η μαστεκτομή σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Σε αυτές τις περιπτώσεις πληρούται η ειδική υπόσταση της βαριάς σωματικής βλάβης, όπου η συναίνεση του παθόντα δεν έχει καμία απολύτως σημασία, καθώς η συναίνεση δικαιολογείται ως λόγος άρσης του αδίκου μόνο στις απλές σωματικές βλάβες. Ο ιατρός, όμως δεν θεωρείται ότι τέλεσε άδικη πράξη διότι εφαρμόζεται το άρθρο 25 ΠΚ για την κατάσταση ανάγκης που αίρει το άδικο.

¹⁰² Όπως το εν λόγω άρθρο τροποποιήθηκε από το Ν. 4619/2019.

¹⁰³ Λιούρδη Α., Ποινική Ιατρική Ευθύνη : Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ 48.

Ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει το χώρο του ποινικού δικαίου ως προς την ευθύνη των ιατρών είναι το τι συμβαίνει με τις αυτογνώμονες ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες διενεργούνται κατά παρέκκλιση των προϋποθέσεων της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενούς και μόνο σε περιπτώσεις όπου η συγκεκριμένη επέμβαση είναι απολύτως ενδεδειγμένη και έχει σκοπό την αποτροπή πειραιτέρω βαριάς βλάβης της υγείας ή της ζωής του ασθενούς, ενώ υφίσταται άμεσος κίνδυνος για την υγεία, τη σωματική ακεραιότητα ή την υγεία του ασθενούς που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με άλλον τρόπο. Ακόμη, για τη διενέργεια αυτογνώμονης ιατρικής πράξης, θα πρέπει να υφίσταται αδυναμία ενημέρωσης του ασθενούς ή των οικείων του και κατ' επέκταση αδυναμία λήψης της συναίνεσης ή αδικαιολόγητη άρνηση του ασθενούς ή των οικείων του να συναινέσουν. Τέτοιες περιπτώσεις παρατηρούνται συχνά στις εφημερίες των νοσοκομείων, όπου προσκομίζονται ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε κώμα και επομένως αδυνατούν να ενημερωθούν και να αποφασίσουν να δώσουν τη συναίνεσή τους ή όχι, οι δε οικείοι τους είναι αδύνατον να βρεθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα, το οποίο είναι ιδιαιτέρως κρίσιμο για τις ενέργειες του ιατρού. Το ζήτημα των αυτογνώμονων ιατροχειρουργικών επεμβάσεων έχει απασχολήσει θεωρία και νομολογία κυρίως ως προς τις περιπτώσεις μετάγγισης αίματος σε ασθενείς που λόγω θρησκευτικών αντιλήψεων την αρνούνται (μάρτυρες του Ιεχωβά). Η κρατούσα άποψη θεωρεί ότι γιατρός που διενήργησε μετάγγιση αίματος σε ασθενή- μάρτυρα του Ιεχωβά, τελεί καταρχήν το έγκλημα της παράνομης βίας (άρθρο 330 ΠΚ), διότι η συγκεκριμένη ιατρική πράξη συνιστά προσβολή της προσωπικής ελευθερίας. Ο άδικος χαρακτήρας της ιατρικής πράξης μπορεί να αρθεί είτε με την εφαρμογή του άρθρου 25 ΠΚ για την κατάσταση ανάγκης που αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης, εφόσον κριθεί ότι το έννομο αγαθό της ζωής καθίσταται σπουδαιότερο από το έννομο αγαθό της προσωπικής ελευθερίας (in dubio pro vita), είτε λόγω σύγκρουσης καθηκόντων (άρθρο 15 ΚΙΔ). Ακόμη, μπορεί να μην καταλογιστεί η πράξη στον ιατρό, λόγω συγγνωστής νομικής πλάνης (άρθρο 31 παρ. 2 ΠΚ). Τέλος, όταν ο γιατρός διενήργησε lege artis την ιατρική πράξη, χωρίς όμως επιτυχία, δεν υπέχει ευθύνη, διότι δεν πληρούνται καν οι αντικειμενικές υποστάσεις των εγκλημάτων είτε της σωματικής βλάβης είτε της ανθρωποκτονίας από αμέλεια. Χαρακτηριστικά, στη Διάταξη ΕισΕφΑθ 854/2006, κρίθηκε ότι δεν πρέπει να ασκηθεί ποινική δίωξη κατά χειρουργού για ανθρωποκτονία από αμέλεια, καθώς όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά: *«η χειρουργική επέμβαση, στην οποία υποβλήθηκε ο ασθενής, για τον οποίο οι σχετικές διαγνωστικές εξετάσεις έδειξαν ρήξη*

*ανευρύσματος της ανιούσης αορτής και ο οποίος την επόμενη μέρα απεβίωσε, ήταν η μόνη ενδεδειγμένη ιατρική ενέργεια».*¹⁰⁴

Παραπάνω, κάναμε λόγο για τον αντικειμενικό αιτιώδη σύνδεσμο που θα πρέπει να υφίσταται ανάμεσα στην πράξη και το δυσμενές αποτέλεσμα. Έτσι, ακόμα και να υπάρχει ιατρικό σφάλμα, το οποίο δεν οδήγησε αυτό στη βλάβη ή στο θάνατο του ασθενούς, ο ιατρός δεν ευθύνεται, για το λόγο ότι το αποτέλεσμα που επήλθε δεν συνδέεται αιτιωδώς με την εκδηλωθείσα συμπεριφορά. Αντίθετα, όταν το ιατρικό σφάλμα ήταν αυτό που οδήγησε στην σωματική βλάβη ή το θάνατο του ασθενούς, τότε φυσικά υπάρχει ευθύνη του ιατρού. Η ΑΠ 1571/ 2008, αναφέρει ότι: «...το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται σε παράβαση από τον ιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της επιμέλειας για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και η ενέργειά του δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικό καθήκον επιμέλειας...». Σίγουρα, ο ιατρός, κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης, αντιμετωπίζει απρόβλεπτες καταστάσεις για τις οποίες πρέπει εκείνη τη στιγμή να αποφασίσει, π.χ. να πρέπει να επέμβει χειρουργικά και σε άλλα μέρη του σώματος του ασθενούς όπως π.χ. σε εγχείριση αφαίρεσης καρκίνου του παχέος εντέρου όταν παρατηρούνται ηπατικές μεταστάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές, δεν στοιχειοθετείται ευθύνη όταν ο ιατρός ενεργεί με ακρίβεια και βάσει των κοινών αναγνωρισμένων κανόνων της επιστήμης και της ειδικότητάς του.¹⁰⁵ Μόνο στις περιπτώσεις που μπορεί να αποδειχθεί εσφαλμένη επιλογή της εφαρμοσθείσας θεραπευτικής μεθόδου (θεραπευτική αστοχία) ή τεχνικά σφάλματα, όπως εσφαλμένη εφαρμογή της ορθής μεθόδου, ευθύνεται ο ιατρός.¹⁰⁶

Όμως, οι παραπάνω περιπτώσεις δεν πρέπει να συγχέονται με περιπτώσεις όπου ο ιατρός δεν περιορίζεται στο προγραμματισμένο χειρουργείο, αλλά από αμέλειά του προβαίνει σε περαιτέρω ιατρικές πράξεις, όπως για παράδειγμα στην **ΠΠρΘεσ 1294/2014** όπου ο εναγόμενος γιατρός δεν περιορίστηκε στο προγραμματισμένο χειρουργείο, αλλά, από αμέλειά του, αφαίρεσε το μοναδικό έκτοπο νεφρό του ανήλικου ασθενούς, υπολαμβάνοντας εσφαλμένα ότι επρόκειτο για κακοήθη όγκο, χωρίς μάλιστα να ζητηθεί η συναίνεση του

¹⁰⁴ Βλ. Σακελλαροπούλου Βιργινία, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β' Έκδοση, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2011, σελ. 86 επ.

¹⁰⁵ Βλ. Λιούρδη Α., Ποινική Ιατρική Ευθύνη : Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ. 55.

¹⁰⁶ Βλ. ΑΠ 1135/1993, ΑΠ 1659/2003, Λιούρδη Α., Ποινική Ιατρική Ευθύνη : Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ. 55- 56.

γονέα του. Σε αυτήν την περίπτωση έχουμε «**διπλή παρανομία**» της **ιατρικής πράξης**, καθώς παρατηρείται έλλειψη συναίνεσης και παράλληλα ύπαρξη ιατρικού σφάλματος. Στην εν λόγω απόφαση, έγινε δεκτό ότι η παραβίαση της υποχρέωσης ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς αποτελεί νόμιμο λόγο ευθύνης προς αποζημίωση του ασθενούς, σε περίπτωση επέλευσης βλάβης στη σωματική και ψυχική υγεία του. Συγκεκριμένα, το δικαστήριο απεφάνθη πως: *«η υποκειμενική ευθύνη του εναγόμενου θεμελιώνεται αφενός σε ιατρική του αμέλεια και αφετέρου στη διενέργεια της αφαίρεσης του κρίσιμου μορφώματος χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του δεύτερου ενάγοντος ως γονέα - νομίμου εκπροσώπου του ανήλικου πρώτου ενάγοντος, ενώ δεν συνέτρεχε άμεσος κίνδυνος που να καθιστούσε αυτήν (αφαίρεση) άμεσα επιβεβλημένη»*. Αξίζει να τονίσουμε ότι η έλλειψη συναίνεσης του ασθενούς συνυπολογίστηκε επίσης και κατά την επιδίκαση του εύλογου ποσού για την ικανοποίηση της ηθικής βλάβης του ασθενούς και συγκεκριμένα κατά την εκτίμηση του βαθμού της υπαιτιότητας του ιατρού και τελικά το ποσό της χρηματικής ικανοποίησης που επιδίκασε το δικαστήριο στον ενάγοντα λόγω ηθικής βλάβης, ανήλθε στο ποσό των 150.000,00 ευρώ, το οποίο κρίθηκε εύλογο και δίκαιο.

§3. Πειθαρχική ευθύνη του ιατρού

Η πειθαρχική ευθύνη του ιατρού, προέρχεται από την παράβαση γενικών διατάξεων που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και σημαίνει επιβολή κυρώσεων πειθαρχικής φύσης από τα αρμόδια όργανα του ιατρικού σώματος, με σκοπό την αποκατάσταση της αξιοπρέπειας και το κύρος της ιατρικής κοινότητας που μειώθηκε από την υπαίτια συμπεριφορά κάποιου μέλους της.

Η πειθαρχική ευθύνη των ιατρών δεν μπορεί να θεωρηθεί μια κλειστή, τυπική υπόθεση που αφορά μόνο τη σχέση του ιατρού ως μέλους Ιατρικού Συλλόγου. Αντίθετα, η όλη διαδικασία της πειθαρχικής δίωξης διέπεται από θεσμοθετημένες διατάξεις και έχει το χαρακτήρα μιας καθαρά νομικής διαδικασίας.

Ο ιατρός μπορεί να διωχθεί πειθαρχικά όταν η διαγωγή του είναι αναξιοπρεπής και ασυμβίβαστη με το λειτούργημά του, όταν υπάρχει παράβαση των καθηκόντων του όπως αυτά προσδιορίζονται από τον ΚΙΔ και τα άλλα νομοθετήματα του κοινού δικαίου, από τον εσωτερικό κανονισμό του Ιατρικού Συλλόγου και τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού και του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Όταν δεν πρόκειται για ιδιώτη γιατρό, αλλά για γιατρό δημόσιου θεραπευτηρίου, ο οποίος λειτουργεί ως όργανο του Δημοσίου, για τις παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του ευθύνεται

τόσο ο ίδιος, όσο και το Δημόσιο. Με άλλα λόγια, ο ζημιωθείς μπορεί να στραφεί για να αποζημιωθεί τόσο κατά του ίδιου του υπαιτίου ιατρού, όσο και κατά του Δημοσίου ή του νομικού προσώπου του εν λόγω θεραπευτηρίου (αστική ευθύνη του δημοσίου).

Η πειθαρχική ευθύνη του ιατρού κρίνεται με βάση τις διατάξεις του ΚΙΔ και με βάση τις γενικές διατάξεις του Ν. 2251/1994 όπου προβλέπεται γενικώς η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες επαγγελματία. Οι πειθαρχικές ποινές επιβάλλονται στον ιατρό είτε από πειθαρχικά όργανα του επιστημονικού συλλόγου στον οποίο ανήκει, είτε από όργανα του Δημοσίου ή ΝΠΔΔ προς τα οποία παρέχει τις υπηρεσίες του. Η άσκηση ποινικής δίωξης δεν εμποδίζει, ούτε αναστέλλει την πειθαρχική δίωξη και αντίστροφα. Αρμόδιο για την εκδίκαση των πειθαρχικών παραβάσεων είναι σε πρώτο βαθμό το Πειθαρχικό Συμβούλιο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου και κατά δεύτερο βαθμό το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο των Ιατρών (ΑΠΣΙ), που σε περιπτώσεις αυξημένης βαρύτητας επιλαμβάνεται και ως πρωτοβάθμιο όργανο. Σε περιπτώσεις μικροπαραβάσεων, αρμόδιο όργανο καθίσταται ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου. Οι κυρώσεις που δύνανται να επιβληθούν στον ιατρό είναι η επίπληξη, το χρηματικό πρόστιμο, η προσωρινή παύση ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος κλπ. Οι αποφάσεις των πειθαρχικών οργάνων, μπορούν να προσβληθούν σε δεύτερο βαθμό με έφεση που ασκείται εντός 10 ημερών στο ΑΠΣΙ και παράλληλα μπορεί ο ιατρός να προσφύγει στο Συμβούλιο της Επικρατείας και να ζητήσει την ακύρωση της απόφασης του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

§4. Συμπεράσματα ως προς την εξέλιξη της ιατρικής ευθύνης.

Για πολλά χρόνια στις περισσότερες έννομες τάξεις δεν υπήρχε ειδική ρύθμιση για την ευθύνη του ιατρού και η αντιμετώπιση των σχετικών θεμάτων ήταν νομολογιακή-περιπτωσιολογική. Στο ελληνικό δίκαιο δεν υπάρχει ειδική νομοθετική ρύθμιση της ιατρικής ευθύνης και η μόνη διάταξη που αναφέρεται ευθέως στο ζήτημα της αποζημίωσης για ζημίες από ιατρικές πράξεις είναι το άρθρο 24 της Σύμβασης του Οβιέδο, σύμφωνα με το οποίο: *«Το πρόσωπο που έχει υποστεί απρόκλητο βλάβη εξαιτίας επέμβασης έχει δικαίωμα σε δίκαιη αποζημίωση σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και διαδικασίες που ο νόμος ορίζει»*. Η ρύθμιση αυτή δεν αποτελεί εξειδικευμένη ρύθμιση, αλλά παρατηρούμε ότι παραπέμπει στους κανόνες της αστικής ιατρικής ευθύνης κάθε έννομης τάξης και έχει απλώς την έννοια ότι η νομοθεσία οφείλει να προβλέπει κάποιον τρόπο αποκατάστασης των ζημιών που προκαλούνται από ιατρικές πράξεις.

Η εξέλιξη της ιατρικής ευθύνης έχει σχέση τόσο με κοινωνικές παραμέτρους, όσο και με ψυχολογικές. Παρατηρείται ότι από την παραδοσιακή θεώρηση του γιατρού- μάγου ή θεού,

οι ασθενείς έχουν περάσει σε ένα στάδιο καθολικής αμφισβήτησης του ιατρικού επαγγέλματος και σε αυτό έχει βοηθήσει η πρόσβαση σε ένα τεράστιο όγκο πληροφοριών που εξασφαλίζει το Διαδίκτυο. Παρόλα αυτά, δεν εξαφανίζεται ως δια μαγείας η εκ των πραγμάτων «μειονεκτική» θέση του ασθενούς που είναι το πρόσωπο που υφίσταται ποικίλες επεμβάσεις ή βλάβες στα προσωπικά του αγαθά μέσω των ιατρικών πράξεων. Και από την άλλη και ο ιατρικός κόσμος προβάλλει ένα αίτημα αυξημένης προστασίας που απορρέει από τον ανθρωπιστικό και κοινωνικό χαρακτήρα του επαγγέλματός του και την ανάγκη διαφύλαξης της επιστημονικής ελευθερίας του ιατρού.

Η ιατρική ευθύνη είναι άμεσα συνυφασμένη με την άσκηση της ιατρικής. Δεν είναι τυχαίο ότι στον ΚΙΔ δεν υπάρχει καμία διάταξη που να αναφέρεται στην ιατρική ευθύνη, παρά μόνο μία διάταξη που επιχειρεί να ρυθμίσει την ευθύνη των ασθενών και των οικείων τους έναντι των ιατρών. Σύμφωνα με το άρθρο 36 παρ. 3 ΚΙΔ: *«Ο ιατρός έχει δικαίωμα σε αποκατάσταση, αποζημίωση και επανόρθωση κάθε οικονομικής ή ηθικής βλάβης ή ζημίας που υπέστη από την εναντίον του άσκηση κάθε είδους αβάσιμης αναφοράς από φυσικά ή νομικά πρόσωπα. Κάθε ιατρός ο οποίος κατηγορείται στο πλαίσιο αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής διαδικασίας έχει δικαίωμα απόλυτου σεβασμού της προσωπικότητάς του»*. Η διάταξη δεν προσθέτει κάτι στο ισχύον νομικό πλαίσιο για το απόλυτο δικαίωμα της προσωπικότητας (ΑΚ 57) και την προστασία κάθε προσώπου από αβάσιμες καταγγελίες κάθε είδους (ΑΚ 57, 914, 920, 932, ΠΚ 362, 363).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές έννομες τάξεις υπάρχει κάποια μορφή διαμεσολάβησης σε υποθέσεις ιατρικής ευθύνης με την έννοια της διερεύνησης της υπόθεσης πριν την προσφυγή της στα δικαστήρια. Η διαμεσολάβηση λαμβάνει χώρα από ειδική επιτροπή που περιλαμβάνει γιατρούς και νομικούς και καταλήγει σε μη δεσμευτικό πόρισμα, το οποίο διευκολύνει την εξωδικαστική επίλυση της διαφοράς.

Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο για τη διαμεσολάβηση (Ν. 4640/2019) υπάγει τις διαφορές ιατρικής ευθύνης στη γενική διαμεσολάβηση, στη διαδικασία της οποίας μπορούν να υπαχθούν αστικές και εμπορικές διαφορές, εθνικού ή διασυνοριακού χαρακτήρα, υφιστάμενες ή μέλλουσες, εφόσον τα μέρη έχουν την εξουσία να διαθέτουν το αντικείμενο της διαφοράς, σύμφωνα με τις διατάξεις του ουσιαστικού δικαίου. Στην Υποχρεωτική Αρχική Συνεδρία Διαμεσολάβησης υπάγονται οι διαφορές που εκδικάζονται κατά την τακτική διαδικασία και υπάγονται στην καθ' ύλην αρμοδιότητα του Μονομελούς Πρωτοδικείου, αν η αξία του αντικειμένου της διαφοράς υπερβαίνει το ποσό των 30.000€ και Πολυμελούς Πρωτοδικείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του ΚΠολΔ, καθώς και οι διαφορές για τις οποίες σε έγγραφη συμφωνία των μερών προβλέπεται και είναι σε ισχύ ρήτρα διαμεσολάβησης (άρθρο 6 Ν. 4640/2019). Εννοείται ότι και για την υπαγωγή της διαφοράς στην Υποχρεωτική

Αρχική Συνεδρία Διαμεσολάβησης, τα μέρη θα πρέπει να έχουν εξουσία διάθεσης του αντικειμένου της μεταξύ τους διαφοράς.

Κατά τη γνώμη μου, η υπαγωγή των υποθέσεων ιατρικής ευθύνης στο γενικό πλαίσιο διαμεσολάβησης, χωρίς καμία μελέτη ή προετοιμασία θα δημιουργήσει καθυστέρηση και πρόσθετα έξοδα, αντί να συνδράμει στη διευκόλυνση της εξωδικαστικής επίλυσης της διαφοράς, όπως συμβαίνει σε άλλες έννομες τάξεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 4ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Αντ. Σ. Κουτσελίνη, Ιατροδικαστική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, Ε΄ Έκδοση
- 2) Κ. Δελούκα- Ιγγλέση, Δίκαιο του Καταναλωτή (Ενωσιακό- Ελληνικό), Σάκκουλας, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2014
- 3) Κουκούλης Ανδρέας- Νικόλαος, Εγχειρίδιο Ιατρικής Ευθύνης και Δεοντολογίας, Νομική Βιβλιοθήκη, 2020
- 4) Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014
- 5) Σακελλαροπούλου Βιργινία, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β΄ Έκδοση, Σάκκουλας, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2011
- 6) Φουντεδάκη Αικατερίνη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, Σάκκουλας, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2003
- 7) Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018

Κεφάλαιο 5: Ειδικά ζητήματα

Με την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, οι ανάγκες περίθαλψης, φροντίδας και αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας που συχνά δημιουργούνται, προκαλούν διλήμματα. Απάντηση στα διλήμματα αυτά δίνουν οι κανόνες δικαίου, οι γενικές αρχές των επιστημών υγείας, δεοντολογίας, βιοηθικής κ.α. Ορισμένα από τα μείζονα ζητήματα που προβλημάτισαν την επιστημονική κοινότητα είναι η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η τεχνητή διακοπή της κύησης (άμβλωση), οι εμβολιασμοί, οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων και το επίκαιρο γεγονός του Triage (διαλογή ασθενών), όπως και της ιατρικής έρευνας.

§1. Η ενημερωμένη συναίνεση στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.

Η Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, όσο παράξενο και αν φανεί, ρυθμίζεται νομοθετικά στον Κώδικα του Χαμουραμί, το 1800 π.Χ.! Για την ακρίβεια, απαντάται ως διαδικασία με τη χρήση τρίτου προσώπου για τεκνοποίηση και όχι με τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται σήμερα. Στον Κώδικα του Χαμουραμί, συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι: *«Αν μία γυναίκα δεν μπορούσε να προσφέρει στον άντρα της παιδιά, τότε αυτός διατηρούσε το δικαίωμα να τα αποκτήσει με μία σκλάβο, την οποία και δεν μπορούσε στη συνέχεια να πουλήσει»*. Επίσης, στην Αρχαία Αίγυπτο οι Φαραώ συνήθιζαν να αποκτούν παιδιά με τις παλλακίδες τους, με σκοπό κυρίως να αποφευχθούν αιμομικτικές σχέσεις με τις συζύγους τους, με τις οποίες τις περισσότερες φορές ήταν στενοί συγγενείς, ενώ το φαινόμενο του «δανεισμού μήτρας» ήταν γνωστό και στην αρχαία Ρώμη.¹⁰⁷

Είδαμε παραπάνω, ότι το άρθ. 11 παρ. 3 ΚΙΔ καθιερώνει ιδιαίτερη προσοχή στην ενημέρωση σχετικά με ειδικές επεμβάσεις όπως είναι οι μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ειδικότερα, ως διαδικασία κυοφορίας και τεκνοποίησης που επιτυγχάνεται με μεθόδους άλλες πλην της φυσιολογικής ένωσης άνδρα και γυναίκας, θα πρέπει να πραγματοποιείται με απόλυτο σεβασμό στην ελευθερία του ατόμου και του δικαιώματός της προσωπικότητάς του προς ικανοποίηση της

¹⁰⁷ Η “locatio uteri” έδινε τη δυνατότητα στις πατρίκιες να αποκτήσουν παιδί μέσω άλλης γυναίκας, χωρίς να υποβληθούν στην ταλαιπωρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

επιθυμίας του για απόκτηση απογόνων. Η διαδικασία θα πρέπει να σέβεται απόλυτα τα δεδομένα της ιατρικής, της βιολογίας και της βιοηθικής καθώς και τα συμφέροντα του τέκνου που θα γεννηθεί (άρ. 1 Ν. 3305/2005).

Εξαιτίας της σοβαρότητας μιας τέτοιας διαδικασίας, απαιτείται να πληρούνται συγκεκριμένες ηλικιακές προϋποθέσεις και ορισμένες προϋποθέσεις σωματικής και ψυχικής υγείας.¹⁰⁸ Ιδιαίτερη αυστηρότητα περιβάλλει τους κανόνες που αφορούν στην αναγκαία ενημέρωση και τις συναινέσεις που προηγούνται.

Ειδικότερα, η προηγούμενη ενημέρωση των ενδιαφερόμενων ορίζεται στο άρθ. 5 Ν. 3305/2005 για την «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», ως απαραίτητη προϋπόθεση για την εγκυρότητα **των εγγράφων συναινέσεων** που προβλέπονται ως προϋπόθεση για τη νομιμότητα κάθε ιατρικής πράξης που αποσκοπεί στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής, σύμφωνα με τα άρθρα 1455 επ. ΑΚ. Τα απαραίτητα στοιχεία που περιλαμβάνονται στα έντυπα ενημέρωσης καθορίζονται από την Ανεξάρτητη Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, κατατίθενται στις Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο των προσώπων που επιθυμούν να προσφύγουν ή να συμμετάσχουν στις μεθόδους Ι.Υ.Α.

Πιο συγκεκριμένα, ο τύπος των εγγράφων συναινέσεων μπορεί να είναι είτε **ιδιωτικό έγγραφο** στην περίπτωση που οι ενδιαφερόμενοι είναι έγγαμο ζευγάρι ή έχουν καταρτίσει σύμφωνο συμβίωσης, είτε **συμβολαιογραφικό έγγραφο** εάν πρόκειται για ελεύθερη συμβίωση των συντρόφων ή για άγαμη γυναίκα.

Η υποχρέωση ενημέρωσης είναι νομική και δεν έχει μόνο δεοντολογικό χαρακτήρα. Προκύπτει από το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ατόμου και από την απαγόρευση της επέμβασης στη σωματική του ακεραιότητα. Κατά συνέπεια, εάν τυχόν δεν έχει προηγηθεί πλήρης ενημέρωση έστω και για μία πράξη που οδηγεί στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής, τότε είναι ανίσχυρες και οι μετέπειτα συναινέσεις.

Η ενημέρωση για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή πραγματοποιείται από το επιστημονικό προσωπικό των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και θα πρέπει να είναι πλήρης και κατανοητή, να επεξηγεί τη διαδικασία, τις εναλλακτικές λύσεις αν υπάρχουν, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τους πιθανούς κινδύνους, καθώς και τις κοινωνικές, ηθικές, νομικές και οικονομικές συνέπειες της εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α.

¹⁰⁸ Βλ. ΜΠρΡόδου 400/2007, Αρμ 2008, 1046, σύμφωνα με την οποία «η γυναίκα που πρόκειται να κυοφορήσει υποβάλλεται σε ενδελεχή ψυχολογική αξιολόγηση».

Ανακαλείται, δε, με τον ίδιο τύπο, δηλαδή με συμβολαιογραφικό έγγραφο, μέχρι τη μεταφορά των γαμετών ή των γονιμοποιημένων ωαρίων στο σώμα της γυναίκας (ΑΚ 1456).

§2. Τεχνητή διακοπή της κύησης (άμβλωση) και συναίνεση της εγκύου.

Η τεχνητή διακοπή της κύησης (άμβλωση), είναι η διακοπή μιας αδιατάρακτης ενδομητρίου κύησης ενός ή περισσότερων εμβρύων, που διενεργείται σε πρόωμη ηλικία κύησης και οδηγεί σε αφαίρεση του εμβρύου από τη μήτρα, με συνέπεια τον θάνατο του κυήματος. Η άμβλωση προκαλείται τεχνητά με χημικές, χειρουργικές ή άλλες μεθόδους. Η σχετική νομολογία ασχολείται περισσότερο με την ποινική ευθύνη όσων διενεργούν άμβλωση ή διαφημίζουν τα μέσα προς το σκοπό αυτό.¹⁰⁹

Διχογνωμία υπάρχει ακόμα ως προς το επιτρεπτό ή μη της άμβλωσης, για το λόγο αυτό ο νομοθέτης έχει ορίσει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο διενεργείται αυτή και δεν την έχει αφήσει αρρυθμιστη και επαφιόμενη στην κρίση του ιατρού.

Συγκεκριμένα, η τεχνητή διακοπή της κύησης επιτρέπεται **με τη συναίνεση της εγκύου**, να διεξαχθεί από μαιευτήρα- γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης ή αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν συμπληρωθεί 19 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

Σύμφωνα με το άρθρο 304 ΠΚ (όπως ισχύει μετά το Ν. 4519/2019) αν με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης έχουν διαπιστωθεί ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού ή υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της εγκύου, η διακοπή της κύησης, είναι επιτρεπτή έως το τέλος αυτής. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού. Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση, πέρα των όσων αναλύθηκαν ως άνω, η τεχνητή διακοπή της κύησης είναι παντελώς άδικη πράξη και ρυθμίζεται ως έγκλημα στο άρθρο 304 ΠΚ.

Παρατηρείται, επίσης, ότι δεν απαιτείται και συναίνεση του πατέρα, παρά μόνο της εγκύου και αυτό διότι το ζήτημα διακοπής της κύησης συνδέεται άμεσα με την προσωπικότητα και τη σφαίρα αυτονομίας της εγκύου (άρθρο 5 παρ. 1 Σ) και συνεπώς αποκλείεται οποιαδήποτε παρέμβαση από το σύζυγο όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων για την πορεία της κύησης,

¹⁰⁹ Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 1845/2006.

εφαρμοζομένου του άρθρου ΑΚ 1387 παρ. 2 όπου ορίζεται ότι η ρύθμιση από τους συζύγους του κοινού τους βίου πρέπει να μην παραβιάζει τη σφαίρα προσωπικότητάς τους.

Ενδιαφέρον έχουν οι περιπτώσεις στις οποίες ο ιατρός για λόγους συνείδησης, αρνείται να διενεργήσει κάποια ιατρική πράξη. Σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 5 του ΚΙΔ ο ιατρός έχει δικαίωμα να μην μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις. Συνεπώς, η αντίρρηση του ιατρού σε συμμετοχή σε ιατρική πράξη για λόγους συνείδησης, αποτελεί θεμιτή εκδήλωση της θεμελιώδους ελευθερίας της συνείδησης, ενδεχομένως και της θρησκευτικής ελευθερίας, αρκεί να μην διακυβεύονται σημαντικές αξίες όπως η ζωή και η υγεία του ασθενούς. Αυτό κυρίως θα συμβαίνει σε περιπτώσεις όπου η διακοπή της κύησης συνιστά θεραπευτική πράξη για την έγκυο.

Ένα ακόμη ζήτημα που θα πρέπει να μας απασχολήσει είναι η συναίνεση της ανήλικης εγκύου για διακοπή της κύησης. Το προηγούμενο νομοθετικό πλαίσιο, προέβλεπε ότι για την τεχνητή διακοπή της κύησης ανήλικης εγκύου, ήταν απαραίτητη η συναίνεση της εγκύου και τουλάχιστον του ενός εκ των δύο προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα ή την επιμέλειά της (άρθρο 304, παρ. 5 ΠΚ). Με το Ν. 4619/2019 (Νέος Ποινικός Κώδικας), το άρθρο 304 αναφέρει ότι σε περίπτωση αδυναμίας συναίνεσης της εγκύου, αρμόδια να δώσουν συναίνεση είναι τα πρόσωπα που έχουν τη γονική μέριμνα ή επιμέλειά της. Το θέμα, σίγουρα δεν μπορεί να κριθεί μονοσήμαντα, καθότι υπάρχουν περιπτώσεις όπου η ανήλικη έγκυος επιθυμεί την τεχνητή διακοπή της κύησης, αλλά οι γονείς της όχι, λόγω θρησκευτικών κυρίως πεποιθήσεων, καθώς και περιπτώσεις όπου η ανήλικη έγκυος δεν επιθυμεί την διακοπή της εγκυμοσύνης της σε αντίθεση με τους γονείς της οι οποίοι με το φόβο του κοινωνικού στίγματος επιθυμούν διακαώς την τεχνητή διακοπή της κύησης.

Γενικότερα, όπως έχουμε ήδη αναφέρει παραπάνω, ο ανήλικος ασθενής σαφώς και μπορεί να εκφέρει την άποψή του, η οποία λαμβάνεται υπ' όψιν, σχετικά με ζητήματα της υγείας του, εάν αντιλαμβάνεται και κατανοεί την κατάστασή του, μετά από την κατάλληλη ενημέρωση (άρθρ. 12, παρ. 2, εδ. αα'ΚΙΔ). Επιπροσθέτως, καμία γυναίκα δεν μπορεί να υποχρεωθεί να ολοκληρώσει ή να διακόψει νόμιμα την κύησή της χωρίς τη θέλησή της. Κατά τη γνώμη μου, εάν ερμηνεύσουμε αυστηρά τη διάταξη του ΠΚ και άρα θεωρήσουμε ότι η συναίνεση της εγκύου εξαρτάται αποκλειστικά και από τη σύμφωνη γνώμη των γονέων της, παραβιάζεται το απόλυτο δικαίωμα της εγκύου στην προσωπικότητά της. Συμπερασματικά, εκτιμώ ότι η γνώμη του ανήλικου μπορεί να ληφθεί υπόψη, εφόσον ο ανήλικος, **κατά την κρίση του ιατρού** έχει την ηλικιακή,

πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τους κινδύνους της πράξης αυτής, επομένως θα πρέπει να θεωρήσουμε πως προς αυτό το πνεύμα κινήθηκε ο νομοθέτης του ΠΚ με τη θέσπιση της διάταξης αυτής ως προς το θέμα της συναίνεσης της ανήλικης εγκύου για τεχνητή διακοπή της κύησης.

§ 3. Οι εμβολιασμοί και η υποχρεωτικότητα αυτών.

Η προστασία της δημόσιας υγείας θεμελιώνεται συνταγματικά στη γενική υποχρέωση του κράτους «να μεριμνά για την υγεία των πολιτών» (άρθρ. 21, παρ. 3Σ). Ο εμβολιασμός είναι μια διαδικασία που αποσκοπεί στην πρόληψη μεταδοτικών νόσων μέσω της συλλογικής ανοσίας που επιτυγχάνεται εφόσον υπάρχει υψηλή εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει σχετικά με τα αναγκαία μέτρα δημόσιας υγείας και βελτίωσης της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών, αρκεί βέβαια να μην κάνει διαφήμιση. Όπως κάθε ιατρική πράξη, έτσι και ο εμβολιασμός **δεν μπορεί να διενεργηθεί αν το πρόσωπο δεν δώσει την απαιτούμενη συναίνεσή του, ύστερα από κατάλληλη πληροφόρηση και ενημέρωσή του.**

Ο εμβολιασμός καταρχήν δεν μπορεί να είναι υποχρεωτικός, πράγμα που σημαίνει ότι δεν μπορεί να διενεργηθεί με επέμβαση στο σώμα του ατόμου παρά τη θέλησή του, διότι αυτό θα αντέβαινε στην αρχή της ανθρώπινης αξίας. Επίσης, δεν μπορεί να επιβληθεί ούτε ως αναγκαίος όρος για την εκπλήρωση υποχρέωσης, πχ. στρατολογικής υποχρέωσης ή υποχρέωσης για εκπαίδευση των παιδιών, πράγμα που έχει προκαλέσει ιδιαίτερο προβληματισμό, ιδίως σε σχέση με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό των παιδιών προκειμένου να τους επιτραπεί η εγγραφή στο σχολείο. Σε αυτή την περίπτωση, οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν ελεύθερα για τον εμβολιασμό των παιδιών τους, στο πλαίσιο της άσκησης της γονικής μέριμνας, αλλά από την άλλη και το σχολείο πρέπει να γνωρίζει ποια εμβόλια έχει κάνει ένα παιδί, ώστε σε περίπτωση κινδύνου μετάδοσης ασθενειών να το προστατεύσει. Επομένως, αναγκαίος όρος για την εγγραφή στο σχολείο μπορεί να είναι η απλή επίδειξη του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού, όχι όμως και η διαπίστωση του ότι όντως έχουν γίνει τα προβλεπόμενα εμβόλια.

Ωστόσο, το ΣτΕ με την απόφαση 2387/2020 έκρινε ως συνταγματική την απόφαση διαγραφής ανεμβολίαστου νηπίου από παιδικό σταθμό με το σκεπτικό ότι η μέριμνα για τη δημόσια υγεία αποτελεί συνταγματική υποχρέωση του κράτους, το οποίο οφείλει να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη της διάδοσης και την καταπολέμηση μεταδοτικών ασθενειών, όπως είναι και ο εμβολιασμός νηπίων και παιδιών, ο οποίος

διενεργείται με σκοπό την προστασία της υγείας από τις ασθένειες και τη βαθμιαία εξάλειψή τους. Ο εμβολιασμός, ως μέτρο πρόληψης, συνιστά σοβαρή μεν παρέμβαση στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και στην ιδιωτική ζωή του ατόμου, πλην όμως συνταγματικώς ανεκτή, υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις: α) από την πρόβλεψη ειδικής νομοθεσίας που υιοθετεί πλήρως τα έγκυρα και τεκμηριωμένα επιστημονικά, ιατρικά και επιδημιολογικά πορίσματα στον αντίστοιχο τομέα και β) από τη δυνατότητα εξαίρεσης από τον εμβολιασμό σε ειδικές ατομικές περιπτώσεις για τις οποίες αυτός αντενδείκνυται.

Εξάλλου, σύμφωνα με το σκεπτικό της ως άνω απόφασης, η θέσπιση του επίμαχου μέτρου δεν παραβιάζει την αρχή της ισότητας, δεδομένου ότι σε εμβολιασμό υπόκεινται όλα ανεξαιρέτως τα νήπια και παιδιά, πλην εκείνων που τελούν ατομικώς σε ειδικές διαφορετικές συνθήκες, δεν επιτρέπεται δηλαδή για λόγους υγείας να εμβολιαστούν. Αντιθέτως, θα αντέκειτο στην αρχή της ισότητας η αξίωση προσώπου να μην εμβολιαστεί, επικαλούμενο ότι δεν διατρέχει ατομικό κίνδυνο, εφόσον διαβιώνει σε ασφαλές περιβάλλον οφειλόμενο στο γεγονός ότι τα άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντός του έχουν εμβολιαστεί.¹¹⁰

Σε περιπτώσεις επιδημίας ή πανδημίας, δικαιολογούνται μέτρα που περιορίζουν **μόνο την ελεύθερη κίνηση και εγκατάσταση** πράγμα που απορρέει από το ίδιο το Σύνταγμα (άρθ. 5) και την ΕΣΔΑ, αρκεί τα μέτρα αυτά να είναι σύμφωνα με το άρθρο 25 Σ, δηλαδή να είναι αναγκαία και ανάλογα με τον επιδιωκόμενο σκοπό. Έτσι, μπορεί να απαγορευθεί ή και να επιβληθεί ακόμη η μετακίνηση ή η εγκατάσταση σε ορισμένη περιοχή με σκοπό να αποκλεισθεί η μετάδοση σοβαρών ασθενειών, ενώ η πρόβλεψη υποχρεωτικού εμβολιασμού δεν αποκλείεται όταν αφορά την άσκηση δικαιώματος σε ορισμένο περιβάλλον, πχ για την πρόσληψη υγειονομικού προσωπικού, ιδίως σε μονάδες εντατικής θεραπείας, λόγω του αυξημένου κινδύνου μετάδοσης ασθενειών.

§ 4. Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων.

Η μεταμόσχευση είναι η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό ή ζώντα άνθρωπο και η τοποθέτησή τους σε άλλο άνθρωπο για θεραπευτικούς σκοπούς, συνήθως για ίαση ανίατης ασθένειας.

Σε περίπτωση μεταμόσχευσης, ο λήπτης πρέπει να ενημερωθεί ενδελεχώς για τη διαδικασία, τις πιθανότητες απόρριψης του μοσχεύματος, τις πιθανότητες ίασης και επιβιώσής του. Η υποχρέωση ενημέρωσης στις μεταμοσχεύσεις είναι ειδικότερη σε σχέση με τη γενικότερη ενημέρωση του ασθενούς που προβλέπει ο ΚΙΔ. Η ύπαρξη έγκυρης συναίνεσης στις

¹¹⁰ Βλ. ΣτΕ 2387/2020

περιπτώσεις των μεταμοσχεύσεων καθορίζεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Ν. 3984/2011 (Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις), όπου στο άρθρο 7 παρ. 1 προβλέπεται η διαδικασία ενημέρωσης, η οποία παρέχεται σε ζώντα πρόσωπα, που επιθυμούν να γίνουν δωρητές οργάνων από ιατρό σχετικής ειδικότητας ή τον ιατρό ή την ιατρική ομάδα των Οργανισμών Αφαίρεσης ή τους ιατρούς των Μονάδων Μεταμόσχευσης ή τους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων ή ορισμένους για το σκοπό αυτόν και ειδικά καταρτισμένους υπαλλήλους του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, το περιεχόμενο αυτής το οποίο αφορά ιδίως, τη φύση της επέμβασης αφαίρεσης των οργάνων, την αναγκαία προετοιμασία του δότη, τη διαδικασία και το χρόνο αποκατάστασης της υγείας του, τους κινδύνους που εγκυμονεί για τη ζωή και την υγεία του, αλλά και τα οφέλη για τον λήπτη. Επιπλέον πρέπει να αφορά το είδος και το ύψος της δαπάνης που καλύπτεται καθώς και τις σχετικές διαδικασίες και τον τύπο της ενημέρωσης, ο οποίος πρέπει να είναι έγγραφος, σε αντίθεση με τον ΚΙΔ που, όπως αναλύσαμε παραπάνω, δεν προβλέπει τον έγγραφο τύπο για την ενημέρωση του ασθενούς.

Το υπ' αριθμ. 11330.2/00/30-10-2002 Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη αναφέρεται σε περίπτωση ασθενούς που υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, έχοντας υπογράψει έντυπο γραπτής συγκατάθεσης. Παρόλα αυτά, στη συγκεκριμένη περίπτωση κρίθηκε ότι ο ασθενής υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, χωρίς να αποδεικνύεται με σαφή τρόπο το εύρος και η ποιότητα της ενημέρωσης που έλαβε, ώστε να αποφασίσει αν θα δεχθεί τη μεταμόσχευση.

Ειδική περίπτωση αποζημίωσης προβλέπεται στο άρθρο 6 Ν. 3984/2011, όπου εκτός από την αποζημίωση για την οικονομική επιβάρυνση του δότη λόγω της συμμετοχής του στη διαδικασία της μεταμόσχευσης προβλέπεται ότι σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υπονήφιου δότη εξαιτίας επιλοκών από την αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων ή από την προετοιμασία και τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις, καταβάλλεται από το Δημόσιο αποζημίωση πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών. Φυσικά ο δότης δεν εμποδίζεται να διεκδικήσει μεγαλύτερη αποζημίωση με βάση τις γενικές διατάξεις, ιδίως τις ΑΚ 931, 932.

§ 5. Νέες προκλήσεις για την ιατρική επιστήμη. Η ιατρική των καταστροφών.

Το τελευταίο διάστημα η ιατρική επιστήμη βρέθηκε αντιμέτωπη με μια πρωτόγνωρη υγειονομική πραγματικότητα που την οδήγησε να επιλέξει μεθόδους οι οποίες ήταν αναγκαίες για να αντιμετωπίσει τις πρωτοφανείς προτεραιότητες υγείας που τέθηκαν. Οι

μαζικές καταστροφές προερχόμενες είτε από φυσικά αίτια (π.χ. πλημμύρες, σεισμοί, κλπ.), είτε από ανθρωπογενή δραστηριότητα (π.χ. πολύνεκρα τροχαία δυστυχήματα, τρομοκρατικές ενέργειες, κλπ.) θέτουν την ιατρική επιστήμη αντιμέτωπη με σπουδαίες προκλήσεις.

Ειδικότερα, το πρόσφατο συμβάν της πανδημίας covid- 19, την οποία ακόμα βιώνουμε, έχει φέρει την ιατρική επιστήμη αντιμέτωπη με νέους κανόνες, νέες προτεραιότητες υγείας και νέα διλήμματα. Είδαμε ότι η πανδημία covid- 19 είχε ως αποτέλεσμα τις αυξημένες ανάγκες αντιμετώπισης των ασθενών που χρειάζονται άμεση εξέταση και κατάλληλη θεραπεία. Καθώς αρκετοί ασθενείς – θύματα τέτοιων καταστάσεων χρειάζονται παρακολούθηση σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), για το λόγο αυτό αυτές οι μονάδες απαιτούν όσο το δυνατόν περισσότερο ιατρικό προσωπικό για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συγκεκριμένων περιστατικών. Δυστυχώς η πραγματικότητα διαψεύδει και έτσι παρατηρείται υποστελέχωση και ανεπαρκής αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα η αντιμετώπιση των συγκεκριμένων περιστατικών να κρίνεται ιδιαίτερος δυσχερής, αν όχι πλημμελής και ως αποτέλεσμα να έχουμε, αρκετές φορές, λανθασμένη διαχείριση των κρίσεων υγείας.

Τα παραπάνω περιστατικά, γενικότερα, εντάσσονται στη λεγόμενη ιατρική των καταστροφών (Disaster medicine, Katastrophenmedizin), η οποία είναι κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται με την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων με πολλά θύματα. Κύριο στόχο έχει την ταυτόχρονη αντιμετώπιση μεγάλου αριθμού ασθενών. Η ιατρική των καταστροφών ορίζει ως καταστροφή μια κατάσταση η οποία σε μικρό χρονικό διάστημα επιφέρει μεγάλο αριθμό θυμάτων- ασθενών σε σχέση με τις παρούσες δυνατότητες του συστήματος υγείας για περίθαλψη και φροντίδα τους. Η ιατρική των καταστροφών διαφέρει από την επείγουσα ιατρική ως προς το ότι η ιατρική των καταστροφών χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της «μαζικότητας», δηλαδή έχει να αντιμετωπίσει ιατρικώς ομάδες ατόμων που έχουν ανάγκη φροντίδας και περίθαλψης, ενώ στην επείγουσα ιατρική εντάσσονται περιστατικά επείγοντα μεν, για μια ξεχωριστή περίπτωση δε, έναν ξεχωριστό ασθενή κάθε φορά.

Η ιατρική των καταστροφών μας ενδιαφέρει καθώς σε αυτήν τίθενται ιδιαίτερα νομικά και ηθικά ζητήματα από τη στιγμή που ο ιατρός δεν έχει να ασχοληθεί με τον ασθενή του, αλλά επιφορτίζεται με το καθήκον να επιλέξει σε ποιον θα παράσχει βοήθεια. Και αυτό γιατί σε περιπτώσεις μαζικών περιστατικών, υφίσταται δυσαναλογία μεταξύ του αριθμού των ασθενών και των διαθέσιμων μέσων και δυνάμεων.

§5.1: Triage: Η «διαλογή»- «διαχωρισμός» των ασθενών.

Διεθνώς, αποτυπώνεται έντονος προβληματισμός για το γνωστό σε όλους μας Triage, το διαχωρισμό δηλαδή των ασθενών που χρήζουν άμεσης βοήθειας και περίθαλψης. Η προβληματική έγκειται κυρίως στα κριτήρια που θα πρέπει να ακολουθήσει ο ιατρός όταν θα χρειαστεί να έρθει αντιμέτωπος με τέτοιου είδους περιστατικά.

Καταρχάς, οι βασικές υποχρεώσεις των ιατρών που θα έρθουν αντιμέτωποι με μια καταστροφή είναι οι εξής: αρχικά, ο ιατρός θα πρέπει να εκτιμήσει την γενικότερη κατάσταση, το είδος του συμβάντος, τον αριθμό των θυμάτων, τη βαρύτητα των τραυμάτων ή των κακώσεών τους. Στη συνέχεια θα πρέπει να εκτιμήσει τα ιατρικά προβλήματα των θυμάτων με βάση το σύστημα **ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure- Αεραγωγός, Αναπνοή, Κυκλοφορία, Νευρολογική κατάσταση, Αφαίρεση ενδυμάτων/Επισκόπηση)**¹¹¹ και να προβεί σε διαχωρισμό των θυμάτων ανάλογα με τη βαρύτητα των κακώσεών τους, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή προσπάθεια για μεγαλύτερο αριθμό θυμάτων. Τέλος, ο ιατρός οφείλει να παράσχει τις πρώτες βοήθειες στα θύματα και να φροντίσει για τη διακομιδή τους στο κοντινότερο κέντρο υγείας.

Ο διαχωρισμός των ασθενών, τεχνική που εφαρμόζεται κατά παράδοση στην ιατρική και είναι γνωστός με την ονομασία Triage, όρος που προέρχεται από το γαλλικό ρήμα “trier” που σημαίνει διαλέγω, ξεχωρίζω, προήλθε από τη λεγόμενη πολεμική ιατρική και το εισήγαγε ο Dominique Larrey (1766- 1842), χειρουργός των στρατιών του Ναπολέοντα και πρόδρομος της σύγχρονης πολεμικής ιατρικής και της επείγουσας ιατρικής, ο οποίος κατά τους Ναπολεόντιους Πολέμους υποστήριξε ότι έπρεπε να παρέχεται βοήθεια μόνο στους βαριά τραυματισμένους στρατιωτικούς, ενώ αντίθετα, οι ελαφρά τραυματισμένοι θα έπρεπε να αποστέλλονται πίσω στο πεδίο της μάχης. Σύμφωνα με την τεχνική Triage, τα θύματα χωρίζονταν σε τρεις κατηγορίες: **α)** σε όσους ήταν πιθανόν να ζήσουν ανεξάρτητα από την περίθαλψη που θα λάμβαναν, **β)** σε όσους ήταν πιθανόν να πεθάνουν ανεξάρτητα από την περίθαλψη που θα λάμβαναν και **γ)** σε όσους η άμεση περίθαλψη μπορούσε να έχει θετικό αντίκτυπο στην επιβίωσή τους¹¹². Η συγκεκριμένη μέθοδος εφαρμόστηκε στον Α΄ και Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, ενώ σταδιακά αποδεσμεύθηκε ως τεχνική της «πολεμικής ιατρικής» και εφαρμόζεται πλέον στην ιατρική των καταστροφών. Ωστόσο, δεν εφαρμόζεται μόνο σε

¹¹¹ Βλ. Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 152.

¹¹² Βλ. Λασκαράτος Γ. Ιωάννης. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2012.

περιπτώσεις μαζικών καταστροφών, αλλά και σε περιπτώσεις που δεν πρόκειται περί φυσικών καταστροφών, αλλά απλώς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και οι υποδομές του συστήματος υγείας δεν επαρκούν για τη διάσωση και περίθαλψη των ασθενών.

Το Triage είναι μία τεχνική που στόχο έχει την επιβίωση όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών, δηλαδή την έγκαιρη παροχή της καλύτερης δυνατής βοήθειας στον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων.¹¹³

Η προβληματική που έχει γεννηθεί στην επιστήμη σχετικά με τον διαχωρισμό- διαλογή ασθενών, έγκειται αρχικά στο ότι το να παρέχεται βοήθεια σε ορισμένους μόνο ασθενείς, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το άρθρο 5 παρ. 2 Σ, καθώς το έννομο αγαθό της ζωής απολαύει απόλυτης προστασίας. Για το λόγο αυτό εύλογα ερωτάται κατά πόσο θα πρέπει ο ιατρός να ενεργεί ελεύθερα κάθε φορά που θα αντιμετωπίζει περιπτώσεις διαλογής ασθενών ή αν θα πρέπει να ακολουθεί κάποια κριτήρια και ποια θα είναι αυτά. Πρέπει να τονίσουμε ότι η διαλογή ασθενών είναι ένα θέμα που προβληματίζει ιδιαίτερα την επιστήμη και

¹¹³ Βλ. Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 154. Όπως αναφέρει η ίδια συγγραφέας, το σύγχρονο σύστημα «διαχωρισμού» που ακολουθείται διεθνώς, αφορά τέσσερις ομάδες θυμάτων, στον διαχωρισμό των οποίων προβαίνει κανείς αφού λάβει μια πρώτη εικόνα της καταστάσεως στην οποία ευρίσκονται τα θύματα μετά την καταστροφή («απλό Triage»). Στη συνέχεια λαμβάνει χώρα ο λεγόμενος «προχωρημένος διαχωρισμός» («προχωρημένο Triage») κατά τον οποίο οι ιατροί καλούνται να αποφασίσουν κατά πόσον είναι αναγκαία η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στις περιπτώσεις σοβαρών τραυματιών με ελάχιστες πιθανότητες επιβίωσης. Ακόμη, ο διαχωρισμός γίνεται με τη χρήση συγκεκριμένων χρωμάτων, τα λεγόμενα «**χρώματα του πεπρωμένου**», τα οποία είναι το κόκκινο, το κίτρινο, το πράσινο και το γκρι ή μπλε ή μαύρο χρώμα. Το κόκκινο χρώμα συμβολίζει ασθενείς που χρήζουν άμεσης περίθαλψης λόγω κινδύνου ζωής. Το κίτρινο χρώμα συμβολίζει βαριά περιστατικά για τα οποία είναι αδύνατη η αντιμετώπισή τους από τον παρόντα στον τόπο συμβάντος ιατρό και επιβάλλεται η μεταφορά τους κατά προτεραιότητα στο νοσοκομείο. Στο πράσινο χρώμα εντάσσονται περιπτώσεις ασθενών με μεσαία ως ελαφρά τραύματα και στο τελευταίο επίπεδο που συμβολίζεται είτε με γκρι, είτε με μπλε, είτε με μαύρο χρώμα εντάσσονται οι περιπτώσεις των ασθενών για τους οποίους δεν υπάρχει καμία ελπίδα και η οποιαδήποτε ιατρική πράξη στερείται προοπτική επιτυχίας. Βλ. αναλυτικά Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 156 - 157.

αποτελεί ζήτημα από το οποίο αναφύονται βιοηθικά ζητήματα, ενώ από την άλλη πλευρά, ο ιατρικός κόσμος υποστηρίζει ότι κάτω από ορισμένες συνθήκες η διαλογή ασθενών είναι αναπόφευκτη και αναγκαία καθώς αν δεν υπήρχε η δυνατότητα της διαλογής θα επιδειωνόταν η υγεία περισσότερων θυμάτων -ασθενών.

Η πραγματικότητα έχει καταδείξει ότι η διαλογή ασθενών, το Triage, είναι αναγκαία και αναπόφευκτη, για το λόγο αυτό είναι αναγκαίο να προσδιορισθούν τα κριτήρια με βάση τα οποία ο ιατρός υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις θα πρέπει να δράσει. Ο ιατρός, φυσικά και γνωρίζει και μπορεί να εκτιμήσει την προοπτική επιτυχίας των ενεργειών του αλλά για να αποφεύγονται οι αυθαιρεσίες θα πρέπει να επεμβαίνει το δίκαιο και με έναν αφηρημένο και γενικό τρόπο να προσδιορίζει τα συγκεκριμένα κριτήρια. Η ευθύνη φυσικά για τη συγκεκριμένη in concreto εφαρμογή τους βαρύνει τον ίδιο τον ιατρό.

Αρχικά, ένα από τα κριτήρια που προτείνει η θεωρία, είναι **το ηλικιακό κριτήριο**. Σύμφωνα με αυτό, όταν δύο ή περισσότερα θύματα βρίσκονται σε ίδιο κίνδυνο ζωής ή υγείας, ο ιατρός θα πρέπει να επιλέξει να σώσει το νεότερο σε ηλικία άτομο. Αυτό το κριτήριο δεν θεωρείται σωστό καθώς η αξία της ζωής ως απόλυτο αγαθό δεν φθίνει όσο περνάει ο χρόνος και επομένως από συνταγματικής άποψης είναι ανεπίτρεπτη τέτοια στάθμιση. Οδηγεί σε βάνανυση προσβολή της απόλυτης προστασίας της αξίας του ανθρώπου αφού με βάση αυτό το κριτήριο παρέχεται περίθαλψη κατά προτεραιότητα στους νεότερους ασθενείς ακόμα και αν οι γηραιότεροι βρίσκονται στην ίδια κατηγορία κινδύνου και προοπτικής επιτυχίας. Ακόμη, υπάρχει και το ενδεχόμενο πολλές φορές να μην ταυτίζονται οι μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης με την ηλικία, με αποτέλεσμα να καταδικάζεται ένας γηραιότερος ασθενής και να χορηγείται βοήθεια και περίθαλψη σε κάποιον νεότερο, χωρίς όμως αποτέλεσμα.

Ένα κριτήριο που επίσης προτείνεται είναι **το κοινωνικό κριτήριο** με την έννοια ότι είναι προτιμητέο να διασωθεί μία μητέρα από μια γυναίκα χωρίς παιδιά ή ένας καθηγητής Πανεπιστημίου από έναν άνεργο.¹¹⁴ Η εφαρμογή αυτού του κριτηρίου, όμως, όχι μόνο έρχεται σε αντίθεση με την απόλυτη προστασία της ανθρώπινης αξίας, αλλά και με την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρο 5 παρ. 1, 2 Σ).

Τέλος, προτείνεται ως νομικά ορθή επίλυση του διλήμματος **το κριτήριο της χρονικής προτεραιότητας**, το οποίο είναι σύμφωνο με την αρχή *prior tempore potior jure* δηλαδή «πρότερος κατά χρόνο, ισχυρότερος κατά δικαίωμα», κριτήριο που υιοθετήθηκε στο Ν.

¹¹⁴ Βλ. αναλυτικά Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 162.

3984/2011 για τη Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις στο άρθρο 11 του οποίου αναφέρεται ότι: «η δωρεά οργάνων μετά το θάνατο δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Υπόδειξη του λήπτη από τον δωρητή σώματος ή οργάνων δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας».

Μεγάλη μερίδα επιστημόνων του ιατρικού κλάδου, υποστηρίζει ότι η εκλογή όσων χρειάζονται περίθαλψη θα πρέπει να γίνεται με βάση αποκλειστικά και μόνο **τη βαρύτητα και την κρισιμότητα** των παθήσεων, των τραυμάτων, των δηλητηριάσεων, των κακώσεων κλπ.¹¹⁵ Προσωπικά αυτό το κριτήριο θεωρώ πιο ικανοποιητικό σε σχέση με όσα σταθμίζουν την κατάσταση ανάλογα με την ηλικία ή το κοινωνικό status του ατόμου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κρίθηκε πως δεν αποδίδονται κατηγορίες στους ιατρούς σε περίπτωση αφαίρεσης συσκευής από ασθενή που υποστήριζε την αναπνοή του και τοποθέτησής της σε άλλη ασθενή που βρισκόταν σε καλύτερη κατάσταση υγείας από τον θανόντα και είχε πολύ περισσότερες πιθανότητες να διατηρηθεί στη ζωή, ενώ η συσκευή ήταν η μοναδική σε λειτουργία στο Νοσοκομείο. Το σκεπτικό της απόφασης **ΠλημΚαλαμ 50/2015** ήταν ότι η κατάσταση της υγείας του ασθενούς ήταν μη αναστρέψιμη και ο θάνατός του επικείμενος.

Όπως είναι αυτονόητο, ο ιατρός σε κάθε περίπτωση οφείλει να δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενούς (άρθρο 9 ΚΙΔ) και δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός αν συντρέχει ειδικός λόγος που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του (άρθρο 9 παρ. 2 ΚΙΔ). Δηλαδή, σε κάθε περίπτωση ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει όλες τις δυνατότητες που έχει κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.

§5.2: Η ιατρική ευθύνη σε περιπτώσεις Triage.

Ενδιαφέρον αποκτά το πλαίσιο ευθύνης του ιατρού που βρίσκεται ήδη στο πλευρό του ασθενούς, αλλά παρόλα αυτά τον αφήνει αβοήθητο επειδή σε τέτοιου είδους καταστάσεις μαζικών καταστροφών αυτός σπεύδει ταυτόχρονα να βοηθήσει περισσότερους ασθενείς που βρίσκονται κάτω από την ίδια κατάσταση. Γνωρίζουμε ότι με βάση τον ΚΙΔ, πρωταρχική

¹¹⁵ Βλ. Αντ. Σ. Κουτσελίνη, Ιατροδικαστική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, Ε΄ Έκδοση, σελ. 420.

υποχρέωση του ιατρού είναι η υποχρέωση- το καθήκον περίθαλψης των ασθενών. Όταν όμως ζητείται η συνδρομή του για περιστατικά που είναι ανθρωπίνως αδύνατο να αντιμετωπισθούν, όπως περιστατικά ομαδικού ατυχήματος, ο ιατρός που ασχολήθηκε μόνο με μερικούς τραυματίες δεν μπορεί να κατηγορηθεί ότι δεν περιέθαλψε τους υπόλοιπους, αφού κάτι τέτοιο ήταν ανθρωπίνως αδύνατο και έτσι και αλλιώς το δίκαιο δεν υποχρεώνει κάποιον για τα αδύνατα (*impossibilium nulla est obligatio*). Σε καταστάσεις δηλαδή που ο γιατρός είναι επιφορτισμένος με την αντιμετώπιση ορισμένου ή ορισμένων αρρώστων, νόμιμα μπορεί να παρακάμψει τους υπόλοιπους, αν η περίθαλψή τους είναι αδύνατη.

Πρόβλημα παραμένει για τον ίδιο, η επιλογή αυτών που θα περιθάλλει, ενώ το ζήτημα γίνεται ακόμη πιο περίπλοκο καθώς δεν υπάρχει κάποιο ειδικό νομοθέτημα, το οποίο να προβλέπει τις αρχές του triage. Οι κανόνες του αποτυπώνονται σε διακηρύξεις του Παγκόσμιου Ιατρικού Συνδέσμου ή σε δεοντολογικά κείμενα των Ιατρικών Συλλόγων των κρατών, τα οποία όμως δεν έχουν δεσμευτική ισχύ. Το σίγουρο είναι ότι οι παράγοντες που πρέπει να εκτιμήσει ο ιατρός είναι η ιατρική επιστημονική του γνώση, η σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, ο απόλυτος σεβασμός της ανθρώπινης ζωής και η συνείδησή του. Στις περιπτώσεις του Triage, φαίνεται ότι ο θάνατος ενός ατόμου συνδέεται αιτιωδώς με την παράλειψη του ιατρού να το φροντίσει και ουσιαστικά τη μη εκπλήρωση εκ μέρους του ιατρού, συγκεκριμένου νομικού καθήκοντος το οποίο ορίζεται συγκεκριμένα στον ΚΙΔ. Έτσι μπορεί να θεωρηθεί ότι η παράλειψη του ιατρού να σώσει τον ασθενή αξιολογείται σύμφωνα με το άρθρο 15 ΠΚ ως δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα, καθώς ο ιατρός φέρει την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να ενεργήσει την πράξη σωτηρίας του ασθενούς την οποία παραλείπει. Το γεγονός, βέβαια, ότι ο ιατρός πράττει ανιδιοτελώς και ότι ο θάνατος οποιουδήποτε ασθενούς δεν του είναι επιθυμητός, μας κάνει να αντιλαμβανόμαστε ότι λείπει εκείνη η ιδιάζουσα κοινωνικοηθική απαξία που εξισώνει τα μη γνήσια εγκλήματα παραλείψεως με τα εγκλήματα ενέργειας.

Αναμφιβόλως, ο ιατρός που θα έρθει αντιμέτωπος με περίπτωση Triage, μπορούμε να πούμε ότι αντιμετωπίζει ένα τραγικό ηθικό δίλημμα, καθώς βρίσκεται σε μια κατάσταση κοινού κινδύνου που απειλεί όλους όσους έχουν ανάγκη βοήθειας και περίθαλψης. Ακόμη, η εκπλήρωση του καθήκοντος βοήθειας ως προς ορισμένους ασθενείς, συνιστά παράλειψη σωστικής ενέργειας για τους υπόλοιπους και το κυριότερο, όπως έχουμε ήδη αναφέρει παραπάνω, εναπόκειται στον ιατρό να αποφασίσει ποιους ασθενείς θα βοηθήσει και ποιους όχι. Η λύση πάνω στο τραγικό ηθικό δίλημμα δεν μπορεί να βασίζεται σε «ποιοτική» ή «ποσοτική» στάθμιση της ζωής. Ακόμη, η άρνηση παροχής οποιασδήποτε βοήθειας, χάριν της αποφυγής του διαχωρισμού ασθενών, θα οδηγούσε σε αδράνεια τον ιατρό με αποτέλεσμα τον αφανισμό της ανθρώπινης ζωής. Αυτό που θα πρέπει να θυμάται ο ιατρός θα είναι η

παροχή όσο μεγαλύτερης δυνατής βοήθειας για τη διάσωση περισσότερων ασθενών. Αμέλεια δεν στοιχειοθετείται αν ο γιατρός περιέθαλψε μέρος μόνο του ολικού αριθμού των ασθενών. Η περίπτωση για κάποιους ρυθμίζεται από τα άρθρα 25 ΠΚ και 32 ΠΚ για τη σύγκρουση καθηκόντων, όμως επειδή μιλάμε για ισάξια έννομα αγαθά, η λύση θεωρώ ότι δίνεται στις επιταγές των κανόνων δικαίου τις οποίες απευθύνει η έννομη τάξη στους αποδέκτες τους, λύση την οποία έχει αναλύσει ο καθηγητής ποινικού δικαίου της Νομικής Σχολής Αθηνών, κ. Μυλωνόπουλος. Σύμφωνα με αυτή, μπορούμε να δεχθούμε ότι επί συγκρούσεως ισοδύναμων καθηκόντων σωτηρίας η επιταγή την οποία απευθύνει η πολιτεία προς τον αποδέκτη της συγκρούσεως, δεν είναι ο παραλογισμός «σώσε όλα τα αγαθά» αλλά «σώσε όσα περισσότερα μπορείς». Ας μην ξεχνάμε ότι οι κανόνες δικαίου εφόσον προστατεύουν τα έννομα αγαθά μέσω της ανθρώπινης συμπεριφοράς, μπορούν να ισχύσουν μόνο κατά το μέτρο που μπορούν να εφαρμοσθούν, παρόλο που το ηθικό δίλημμα της επιλογής περίθαλψης σε ορισμένο αριθμό ασθενών θα μπορούσε κανείς να δεχθεί ότι παραμένει ισχυρό.¹¹⁶ Πάντως, σε κάθε περίπτωση, ο γιατρός δεν μπορεί να θεωρηθεί επίμεμπτος όταν τοποθετείται ανάμεσα σε μεγάλης αξίας έννομα αγαθά που συγκρούονται, διότι το ποινικό δίκαιο και η κοινωνία τιμωρεί και αποδοκιμάζει εγκληματίες και όχι ευσυνείδητους επιστήμονες που το καθήκον τους επιφύλαξε ένα τραγικό ηθικό δίλημμα.

Είναι σαφές, ότι στις περιπτώσεις Triage, το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς, όσο και η υποχρέωση λήψης συναίνεσης εξασθενούν, σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ. 3 περ. α' ΚΙΔ όπου προβλέπεται ότι *«δεν απαιτείται συναίνεση στις επείγουσες περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας»*. Σε αυτές τις περιπτώσεις ισχύει, φυσικά, η αρχή *in dubio pro vita*, αρχή που ισχύει γενικότερα στην επείγουσα ιατρική και την ιατρική των καταστροφών.

§6. Ιατρική έρευνα και ενημέρωση των ατόμων- εθελοντών.

Η ιατρική έρευνα είναι πολύπλοκη και διακρίνεται σε εργαστηριακή, σε έρευνα σε ανθρώπους- εθελοντές, σε έρευνα συγκέντρωσης και επεξεργασίας υγειονομικών στοιχείων, κ.α. Όπως γίνεται αντιληπτό, η ρύθμιση κανόνων δικαίου για τη διενέργεια έρευνας

¹¹⁶ Βλ. Μυλωνόπουλος Χρ., Ποινικό Δίκαιο- Γενικό Μέρος Ι, 2007, σελ. 506 επ., Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σελ. 170 επ.

επιβάλλεται, διότι πολλές φορές η έρευνα θα διεξάγεται τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και σε ανθρώπινο υλικό, πχ, σπερματοζωάρια, ωάρια, βλαστοκύτταρα, κλπ. όπου θα διεγείρονται ζητήματα βιοηθικής και δεοντολογίας. Ακόμη, και η επεξεργασία υγειονομικών στοιχείων διεγείρει ζητήματα που έχουν να κάνουν με το σεβασμό στην προσωπικότητα του ατόμου, στην προστασία των προσωπικών του δεδομένων κ.α. Στόχος του νομοθετικού πλαισίου της έρευνας θα πρέπει να είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα και ειδικότερα της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της αξιοπρέπειάς τους, αλλά και η προστασία της ίδιας της έρευνας ως απαραίτητου εργαλείου ανάπτυξης, κοινωνικής ευημερίας και καινοτομίας στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι προϋποθέσεις διεξαγωγής των ιατρικών ερευνών ρυθμίζονται από διάφορα νομοθετήματα, όπως στον ΚΙΔ στα άρθρα 24- 27 σε ιδιαίτερο κεφάλαιο που έχει να κάνει αποκλειστικά με την επιστημονική έρευνα και στο Ν. 2619/ 1998 που κύρωσε τη Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοηθική (Σύμβαση του Οβιέδο, 1997), στον Ευρωπαϊκό Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, όπου ορίζεται ότι η επιστημονική έρευνα θα είναι ελεύθερη υπό περιορισμούς και φυσικά στο Σύνταγμα στο άρθρο 16 παρ. 1, κ.α. Μολονότι δεν αποτελούν νομικά δεσμευτικά κείμενα, σημαντικές είναι και οι Εκθέσεις και Γνωμοδοτήσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο του European Group on Ethics και σε εθνικό επίπεδο της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής.

Κάθε ιατρική έρευνα, αυτονόητο είναι ότι πρέπει να διεξάγεται ελεύθερα αλλά με σεβασμό στον άνθρωπο και την αξιοπρέπειά του, όπως αναφέρει και η παρ. 1 του άρθρ. 24 ΚΙΔ. Για τη διεξαγωγή της, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η έγκρισή της και η εκτίμηση του ερευνητικού προγράμματος από τους αρμόδιους φορείς καθώς και **η ρητή και ειδική συναίνεση των εθελοντών**, μετά από ενδελεχή και τεκμηριωμένη ενημέρωση ως προς τους πιθανούς κινδύνους της έρευνας, τα δικαιώματα προστασίας τους, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής και τη μη ύπαρξη οικονομικών ανταλλαγμάτων, καθώς και τη δυνατότητα ανάκλησης της παρεχόμενης συναίνεσής τους. Εξυπακούεται ότι για τα άτομα που δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης απαιτούνται ειδικές προϋποθέσεις και διαδικασίες για την ιατρική έρευνα (άρθρο 24, παρ. 3 ΚΙΔ).

Όσον αφορά τα πορίσματα των ερευνών, αυτά κατά προτεραιότητα πρέπει να δημοσιεύονται στην ιατρική κοινότητα για την άσκηση κριτικής από την επιστημονική κοινότητα πρώτα και μετέπειτα να υποβάλλονται στο ευρύ κοινό (άρθρο 27 ΚΙΔ).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 5ου ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

- 1) Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, Τεύχος 23, Ιούλιος- Αύγουστος- Σεπτέμβριος 2013, Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.
- 2) Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, Τεύχος 24, Ιούλιος- Αύγουστος- Σεπτέμβριος 2013, Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.
- 3) Κουκούλης Ανδρέας- Νικόλαος, Εγχειρίδιο Ιατρικής Ευθύνης και Δεοντολογίας, Νομική Βιβλιοθήκη, 2020.
- 4) Λασκαράτος Γ. Ιωάννης. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2012.
- 5) Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014
- 6) Μυλωνόπουλος Χ. Χρίστος, Ποινικό Δίκαιο- Γενικό Μέρος Ι, Δίκαιο και Οικονομία Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα 2007.
- 7) Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003
- 8) Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η Ιατρική είναι μία επιστήμη εμπειρική και πολλοί τυχαίοι παράγοντες περιβάλλουν κάθε διαγνωστική, θεραπευτική, προληπτική και ερευνητική ιατρική πράξη.

Το δικαίωμα του ασθενούς να ενημερώνεται σχετικά με τη φύση της ιατρικής επέμβασης, τους κινδύνους και τις εναλλακτικές θεραπείες, προκειμένου να αποφασίσει στη συνέχεια αν επιθυμεί να συναινέσει ή όχι σε αυτήν, συνιστά έκφραση του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενούς, της ελευθερίας δηλαδή του ατόμου να επιλέγει αυτόνομα το πώς θα διαθέσει τα έννομα αγαθά του. Η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί θέμα παγκόσμιου ενδιαφέροντος, απασχολεί όλες τις κοινωνίες ανεξάρτητα των πολιτισμικών τους ιδιαιτεροτήτων και συνδέεται με τη συναίνεση του ασθενούς. Επιπλέον, είναι ένα καίριο και αναπόσπαστο τμήμα της θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή κατά την παροχή φροντίδας, ενώ απαιτεί ιδιαίτερες διαπροσωπικές δεξιότητες και τεχνικές επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας. Ας μην ξεχνάμε ότι ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών συνιστά καθήκον όλων των εμπλεκόμενων στο σύστημα υγείας και αποτελεί δείκτη του κοινωνικού επιπέδου της εκάστοτε χώρας. Η υποχρέωση του ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή προκύπτει είτε από τη σύμβαση της ιατρικής αγωγής, εάν αυτή υπάρχει, είτε το από το δικαίωμα της προσωπικότητας του ασθενούς (άρθρα 2 §1, 5 §1 Σ, ΑΚ 57), είτε από τις γενικές υποχρεώσεις πρόνοιας και ασφάλειας του γιατρού κατά ΑΚ 288, ενώ πλέον κατοχυρώνεται ρητά και στον ΚΙΔ (άρθρα 11, 12).

Για να καταλογιστεί ευθύνη στον ιατρό, εξετάζεται εάν ο ιατρός ενήργησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (*lege artis*), δηλαδή εάν προέβη σε όλες τις αναγκαίες πράξεις κατά τη διάγνωση και τη θεραπεία ενός ασθενούς και ταυτόχρονα επέδειξε επιμέλεια και σύνεση κατά τη διάρκεια των καθηκόντων του και εάν ενημέρωσε πλήρως, σαφώς και κατανοητώς τον ασθενή σχετικά με την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους πιθανούς κινδύνους, καθώς και τις εναλλακτικές μεθόδους και το χρόνο αποκατάστασης ώστε να λάβει τη συναίνεση του ασθενούς για να προβεί σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη.

Ιατρική πράξη που έλαβε χώρα χωρίς την απαιτούμενη ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, είναι αυθαίρετη και επισύρει έννομες συνέπειες. Στη θεωρία έχουν διαμορφωθεί διάφορες απόψεις σχετικά με τη νομική φύση της αυθαίρετης ιατρικής πράξης, η αποδοχή καθεμίας από τις οποίες οδηγεί σε διαφορετικά πρακτικά αποτελέσματα. Η αυθαίρετη ιατρική πράξη μπορεί να προκαλέσει βλάβη του σώματος ή της υγείας του ασθενούς και έτσι ο

ασθενής μπορεί να ζητήσει την αποκατάσταση οποιασδήποτε βλάβης προέκυψε από αυτή. Ακόμη, ως παραβίαση του δικαιώματος του ασθενούς να αυτοκαθορίζεται, αποτελεί προσβολή της προσωπικότητάς του και επισύρει ευθύνη κατά τις διατάξεις για την προστασία της προσωπικότητας (ΑΚ 57, 59).

Η ελληνική νομολογία τις περισσότερες φορές μένει προσηλωμένη στο ιατρικό σφάλμα, θεμελιώνοντας αποκλειστικά σε αυτό ευθύνη του ιατρού, ακόμα και στις περιπτώσεις που μπορεί παράλληλα με το ιατρικό σφάλμα να υπήρξε ελλιπής ενημέρωση του ασθενούς. Το ιατρικό σφάλμα «απορροφά» την αυθαίρετη ιατρική πράξη, αποτελώντας τον νόμιμο λόγο ευθύνης. Η πρώτη απόφαση Ανωτάτου Δικαστηρίου, η οποία ασχολήθηκε αποκλειστικά και ουσιαστικά με το ζήτημα της έλλειψης της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς ήταν η **ΑΠ 687/2013**, η οποία θεμελίωσε την αστική ευθύνη του γιατρού αποκλειστικά στην παραβίαση της υποχρέωσής του να ενημερώσει επαρκώς τον ασθενή για τη φύση της επέμβασης, τους κινδύνους, τις πιθανές επιπλοκές και τα οφέλη της ιατρικής πράξης, καθώς και για τις εναλλακτικές θεραπείες, υποστηρίζοντας πως η αυθαίρετη ιατρική πράξη αποτελεί νόμιμο λόγο αποζημίωσης του ασθενούς για τη βλάβη (σωματική ή ψυχική) που υπέστη από αυτήν κατά τις διατάξεις των άρθρων 330, 652, 914 ΑΚ (δηλαδή ενδοσυμβατική και αδικοπρακτική ευθύνη). Το σκεπτικό της συγκεκριμένης απόφασης επαναλαμβάνεται σχεδόν σε όλες τις μετέπειτα αποφάσεις που έχουν να κάνουν με αυθαίρετη ιατρική πράξη, δημιουργώντας θετικό πεδίο για τη συστηματική ενασχόληση της νομολογίας απέναντι στο ακανθώδες ζήτημα της ιατρικής πράξης και για τη διαμόρφωση μιας ενιαίας στάσης απέναντι σε αυτό. Αξιοσημείωτη είναι η πρόσφατη απόφαση του **ΣτΕ 252/2020**, η οποία τόνισε τον αιτιώδη σύνδεσμο που υπάρχει ανάμεσα στην παράλειψη ενημέρωσης του ασθενούς και στο αποτέλεσμα του θανάτου του, που επήλθε μετά από επιπλοκές της μεθόδου που εφαρμόστηκε.

Το ζήτημα της αυθαίρετης ιατρικής πράξης είναι ιδιαίτερος σημαντικό, διότι αποκρυσταλλώνει την ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, περιορίζει τον ιατρικό πατερναλισμό και προωθεί τη σχέση συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Εάν οι γιατροί δημιουργούν ένα κλίμα ειλικρινούς επικοινωνίας με τους ασθενείς, ενημερώνοντας τους καταλλήλως για την ιατρική επέμβαση που πρόκειται να διεξαχθεί και λαμβάνοντας τη συναίνεσή τους, τότε αποφεύγονται μακρόχρονοι δικαστικοί αγώνες. Όμως το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς δεν θα πρέπει να λειτουργεί και ως «δυνάστης» για τον ιατρό οδηγώντας τον στην αμυντική ιατρική, ώστε ο ίδιος να μην κινδυνεύει να βρεθεί στο εδώλιο του κατηγορουμένου. Η αμυντική ιατρική συνεπάγεται τη χρέωση πρόσθετων και περιττών υπηρεσιών για τη μείωση των δυσμενών αποτελεσμάτων, την αποθάρρυνση των ασθενών

από την κατάθεση αγωγών ιατρικής αμέλειας ή την αποφυγή τυχόν μελλοντικών νομικών συνεπειών με την τεκμηρίωση ότι ο ιατρός προέβη στη συγκεκριμένη ιατρική πράξη σύμφωνα με το πρότυπο περίθαλψης. Η αμυντική ιατρική, κατά τον Κουκούλη¹¹⁷, θεωρείται πλημμελής ιατρική πρακτική και για αυτό το λόγο θα πρέπει να βρεθεί η χρυσή τομή ανάμεσα στο δικαίωμα ενημέρωσης των ασθενών και στην επιστημονική ελευθερία και ανεξαρτησία των ιατρών.

Η βιοϊατρική τεχνολογία και γενικότερα η εξέλιξη της επιστήμης έχουν οδηγήσει την ιατρική σε νέες προκλήσεις. Ο προβληματισμός που τίθεται εδώ έχει να κάνει κυρίως με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τις αρχές της δεοντολογίας και της βιοηθικής. Τα ερωτήματα που τίθενται είναι σημαντικά και έχουν να κάνουν με το αν θα μπορούσαμε να παραβλέψουμε την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων προς το σκοπό ελπίδας θεραπείας για τις μελλοντικές γενιές ή με το αν με τις διεξαγόμενες έρευνες ο άνθρωπος καθίσταται «πειραματόζωο», σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, χωρίς αποτέλεσμα.

¹¹⁷ Βλ. Κουκούλης Ανδρέας- Νικόλαος, *Εγχειρίδιο Ιατρικής Ευθύνης και Δεοντολογίας*, Νομική Βιβλιοθήκη, 2020,σελ. 20-21.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

- 1) Αιτιολογική Έκθεση του Ν. 3418/2005, στα άρθρα 11, 12 σε ΚΝοΒ 2005.
- 2) Ανδρουλάκης Νικόλαος, "Ο χιλιαστής πατήρ" σε ΠοινΧρ Κ', 1970 και σε Ποινικά Μελέται 1972.
- 3) Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικό Δίκαιο- Γενικό Μέρος Ι, Θεωρία για το Έγκλημα, Β' Έκδοση, Αθήνα 2006.
- 4) Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικών Δίκαιον- Ειδικό Μέρος, Αθήναι, 1974.
- 5) Αντ. Σ. Κουτσελίνης, Ιατροδικαστική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, Ε' Έκδοση
- 6) Απ. Χελιδόνης, Το βάρος απόδειξης στην υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας, Τ. 3-4/2016.
- 7) Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, τ. ΙΙ, 2007.
- 8) Γεωργιάδης Απ., Οικογενειακό Δίκαιο, 2014.
- 9) Γιαννίδης Ιωάννης/ Μπιταξής Πάνος, Ιδιωτική Γνωμοδότηση, ΠΧρ ΜΑ'(1991).
- 10) Δελούκα- Ιγγλέση Κ., Δίκαιο του Καταναλωτή (Ενωσιακό- Ελληνικό), Σάκκουλας, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2014.
- 11) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση, Η δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης», 2013.
- 12) Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, Τεύχος 23, Ιούλιος- Αύγουστος- Σεπτέμβριος 2013, Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.
- 13) Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, Τεύχος 24, Ιούλιος- Αύγουστος- Σεπτέμβριος 2013, Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.
- 14) Κανελλοπούλου - Μπότη Μ., Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο, 1999
- 15) Κατσαντώνης Α., Αι ιατρικά θεραπευτικά επεμβάσεις και η σημασία της συναινέσεως του ασθενούς, ΠοινΧρ. Κ', 1970.
- 16) Κατσαντώνης Αλέξανδρος, Ποινικών Δίκαιον, Τόμος Α', 1972.
- 17) Κότσιανος Στέφανος, Η ιατρική ευθύνη- ΑΣΤΙΚΗ- ΠΟΙΝΙΚΗ, Β' έκδοσις, 1977.
- 18) Κουκούλης Ανδρέας- Νικόλαος, Εγχειρίδιο Ιατρικής Ευθύνης και Δεοντολογίας, Νομική Βιβλιοθήκη, 2020.
- 19) Λασκαράτος Γ. Ιωάννης, Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012
- 20) Λιούρδη Σπ. Άγκυ. Ιατρική Ποινική Ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική Βιβλιοθήκη, 2014.

- 21) Μυλωνόπουλος Χ. Χρίστος, Ποινικό Δίκαιο- Γενικό Μέρος Ι, Δίκαιο και Οικονομία Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα 2007.
- 22) Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Η συναίνεση του ανηλίκου στη διενέργεια ιατρικών επεμβάσεων, Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας, Τεύχος 12/2017, Δεκέμβριος 2017.
- 23) Πελλένη- Παπαγεωργίου Α., Ιατρική αστική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς, 2016.
- 24) Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007.
- 25) Πολίτης Χάρης. Η αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης, Σνήγορος, 2006.
- 26) Σακελλαροπούλου Βιργινία, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β΄ Έκδοση, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2011
- 27) Σταθόπουλος Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, Σάκκουλας, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2004
- 28) Σταθόπουλος Μ., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, 2004, ανατύπωση 2010.
- 29) Συμεωνίδου- Καστανίδου, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική Βιβλιοθήκη, 2006.
- 30) Τζαννετής Αριστομένης, Παρατηρήσεις επί της υπ’ αρ. 2692/1991 Διάταξης Εισαγγελέα Εφετών Θεσσαλονίκης, ΠΧρ ΜΑ΄(1991).
- 31) Φουντεδάκη Αικατερίνη, Η ιατρική αστική ευθύνη, Αθήνα, 2003.
- 32) Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σε Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου: Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική- Ποινική), επιμ. Καϊάφα – Γκμπάντι/ Παπαγεωργίου/ Συμεωνίδου-Καστανίδου / Ταρλατζής/ Τάσκος/ Φουντεδάκη, 2013.
- 33) Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε: δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, επιμ. Καϊάφα – Γκμπάντι/ Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη/ Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2006.
- 34) Φουντεδάκη Κατερίνα, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης- Διάλογος με τη Νομολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, 2018.
- 35) Χωραφάς Νικόλαος, Ποινικόν Δίκαιον, Τεύχος Πρώτον, 9^η έκδοση, επιμ. Κ. Σταμάτη, 1978.

Αλλοδαπή:

- 1) D. ALAMANOU, N. FOTOS, H. BROKALAKI- PANANOUDAKI, Methods of providing information to patients with cancer and securing their informed consent, Archives of Hellenic Medicine, 2017
- 2) Deutsch E., Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht, 2008.
- 3) K.H.Bauer, Zur arztlichen Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen, 1963.
- 4) Laufs A. / Kern B., Handbuch des Arztrechts, 2010.
- 5) Obermayer, Cornelia, Das ärztliche Rezept, Diss. Giessen, 1991.

Διαδικτυακοί τόποι:

- 1) <http://www.dsnet.gr/1024x768Auth.htm>
- 2) <https://www.iatrikodikaio.com/>
- 3) <http://www.isth.gr/?page=2630>
- 4) <https://www.isathens.gr/nomika-themata/arxes-iatrikou-dikaiou.html>
- 5) <http://users.uoa.gr/~pvassil/5.pdf>
- 6) <https://www.mednet.gr/archives/2017-2/pdf/151.pdf>
- 7) <http://digestaonline.gr/index.php/2-digestalawreview/42-2009-vlaxou>
- 8) https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/hiv-testing_6-2014.pdf
- 9) http://fst.aua.gr/sites/fst.aua.gr/files/oviedo_convention_gr.pdf
- 10) http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/12/tomos6_teyxos2_low.pdf
- 11) <https://www.lawspot.gr/nomika-nea/adikopraktiki-eythyni-iatroy-oi-morfes-tis-iatrikis-ameleias-pprath-1227-2018>
- 12) <http://www.dsnet.gr/Epikairothta/Nomologia/mprath3692.htm>
- 13) <https://www.lawspot.gr/nomikes-plerofories/voithitika-kemena/iatriki-eythyni>
- 14) <https://www.moh.gov.gr/articles/news/320-prosxedio-nomoy-laquo-dwrea-kai-metamosxeyshe-organwn-kai-alles-diatakseis-raquo>
- 15) https://www.law.kuleuven.be/personal/mstorme/2009_02_DCFR_OutlineEdition.pdf
- 16) <https://www.syntagmawatch.gr/my-constitution/ine-opochreotikos-o-emvoliasmos-oste-na-min-kindinevi-i-dimosia-ygeia/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ Α΄287/ 28.11.2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Άρθρο: 1

Έννοιες, ορισμοί και πεδίο εφαρμογής του παρόντος

1. Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου.

2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης.

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

4. Κατά τον παρόντα Κώδικα:

α) στην έννοια «ασθενής» περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας,

β) στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση.

5. Οι διατάξεις του παρόντος εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά, ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας, ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Άρθρο: 2

Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα

1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφιση του από τον πόνο.

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

3. Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.

4. Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.

5. Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.

6. Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

Άρθρο: 3

Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού

1. Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησης του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

2. Ο ιατρός ενεργεί με βάση:

α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκηση του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση,

β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και

γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.

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

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

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

Άρθρο: 4

Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας

1. Ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις.

2. Ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλισθεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.

3. Ο ιατρός οφείλει, χωρίς να περιορίζεται η ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του, και χωρίς να παραβλέπει το όφελος του συγκεκριμένου ασθενή, να συνταγογραφεί και να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.

4. Ο ιατρός πρέπει, τόσο ατομικά όσο και μέσω των ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στην ενθάρρυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Άρθρο: 5

Ιατρικά πιστοποιητικά και ιατρικές γνωματεύσεις

1. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις, καθώς και οι ιατρικές συνταγές που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς. Σε κάθε περίπτωση, τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά και οι εκδιδόμενες γνωματεύσεις αφορούν αποκλειστικά στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας κάθε ιατρού. "Παραλείπεται ως μη ισχύον".

2. Ο ιατρός οφείλει, όταν συντάσσει πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, να αναφέρει το σκοπό για τον οποίο προορίζονται, καθώς και το όνομα του λήπτη του πιστοποιητικού.

3. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις εκδίδονται μετά από προηγούμενη γραπτή ή προφορική αίτηση του προσώπου στο οποίο αφορούν ή, κατ' εξαίρεση, τρίτου προσώπου που έχει έννομο συμφέρον και το αποδεικνύει, καθώς και όταν αυτό ρητά προβλέπεται στο νόμο. Ειδικά τα ιατρικά πιστοποιητικά που αφορούν στην παρούσα

κατάσταση του ασθενούς προϋποθέτουν την προηγούμενη εξέταση του ασθενούς. Η έκδοση αναληθών ιατρικών πιστοποιητικών συνιστά πειθαρχικό και ποινικό αδίκημα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Ιδιώτες ιατροί που εκδίδουν ιατρικά πιστοποιητικά ή μετέχουν σε επιτροπές που τα εκδίδουν, θεωρούνται υπάλληλοι κατά την έννοια που έχει ο όρος στον Ποινικό Κώδικα.

4. Τα πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή ιατρικές γνωματεύσεις παραδίδονται σε αυτόν που παραδεκτά το ζήτησε ή σε τρίτο πρόσωπο, που έχει εξουσιοδοτηθεί ειδικά από τον αιτούντα.

Άρθρο: 6

Κωλύματα – ασυμβίβαστα

1. Ο ιατρός μπορεί να ασκεί άλλο επάγγελμα ή επαγγελματική δραστηριότητα εφόσον δεν παρεμποδίζεται η ευσυνείδητη άσκηση της ιατρικής και δεν θίγεται η αξιοπρέπεια του ως ιατρού.

2. Με την άσκηση της ιατρικής εξομοιώνεται και η κατοχή οποιασδήποτε έμμισθης ή τιμητικής θέσης, για την οποία απαιτείται ως τυπικό προσόν το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής.

3. Δεν επιτρέπεται σε ιατρούς οι οποίοι έχουν δίπλωμα φαρμακοποιού ή οδοντιάτρου ή άλλου υγειονομικού επαγγέλματος να διατηρούν φαρμακεία, οδοντιατρεία ή άλλα παρεμφερή καταστήματα σε λειτουργία, εκτός εάν παύσουν την άσκηση της ιατρικής και τη χρησιμοποίηση του τίτλου του ιατρού.

4. Απαγορεύεται στον ιατρό να εξυπηρετεί, να εξαρτάται ή να συμμετέχει σε επιχειρήσεις που παρασκευάζουν ή εμπορεύονται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό ή να διαφημίζει και να προβάλλει αυτά, με οποιονδήποτε τρόπο. Οι περιορισμοί αυτοί δεν αποκλείουν τη δυνατότητα σύναψης διαφανών και συγκεκριμένων σχέσεων εργασίας με επιχειρήσεις που παρασκευάζουν φάρμακα ή υγειονομικό υλικό στους ιατρούς που εκ του νόμου έχουν τη δυνατότητα αυτή.

Άρθρο: 7

Τόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος

1. Ο ιατρός ασκεί τα καθήκοντα του στην περιφέρεια του ιατρικού συλλόγου στον οποίο έχει εγγραφεί και στη διεύθυνση που έχει δηλώσει. Απαγορεύεται στον ιατρό να διατηρεί περισσότερα του ενός ιατρεία ή εργαστήρια είτε ατομικά είτε σε συνεργασία με άλλον συνάδελφο του ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας.

2. Επιτρέπεται η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στην περιφέρεια άλλου ιατρικού συλλόγου, όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος της ζωής ή της υγείας ασθενή ή όταν ο ιατρός καλείται να συμμετάσχει σε ιατρικό συμβούλιο, μετά από πρόσκληση του θεράποντος ιατρού ή του ίδιου του ασθενή ή, σε περίπτωση αδυναμίας αυτού, των οικείων του, σύμφωνα με τη διαδικασία που αναφέρεται στο άρθρο 22.

3. Απαγορεύεται η πλανοδιακή άσκηση της ιατρικής. Επιτρέπονται οι τακτικές επισκέψεις για την παροχή ιατρικής συνδρομής μετά από άδεια του διοικητικού συμβουλίου του κατά τόπο αρμόδιου ιατρικού συλλόγου.

4. Επιτρέπεται η παροχή ιατρικής φροντίδας ή η συγκέντρωση επιστημονικών στοιχείων, καθώς και η υλοποίηση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής ή άλλων προγραμμάτων

κοινωνικού ή φιλανθρωπικού χαρακτήρα από ιατρικούς ή άλλους φορείς του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, μετά από έγγραφη έγκριση του οικείου τοπικού ιατρικού συλλόγου, στην οποία ορίζεται ο χώρος, ο χρόνος και ο τρόπος παροχής αυτών των υπηρεσιών.

«5. Επιτρέπεται η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών από ιατρούς με την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας, στην περιφέρεια άλλων ιατρικών συλλόγων χωρίς άδεια των συλλόγων αυτών.»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ

Άρθρο: 8

Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού

1. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματος του.
2. Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη - ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια τους.
3. Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί.
4. Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.
5. Ο ιατρός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.
6. Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφο του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.
7. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του.

Άρθρο: 9

Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή

1. Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή.

2. Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.

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

4. Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφο του για την αναπλήρωση του.

5. Ο ιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξης του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.

Άρθρο: 10

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία

1. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητας του.

2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιόπρεπους και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωσης σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.

3. Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευεται τους συναδέλφους του.

Άρθρο: 11

Υποχρέωση ενημέρωσης

1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεση της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.

2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει

αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεση της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.

3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.

4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

Άρθρο: 12

Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή

1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.

2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες:

α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο.

β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση.

αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.

ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.

γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενο της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:

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.

Άρθρο: 13

Ιατρικό απορρήτο

1. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψη του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.

2. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει:

α) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιοδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και

β) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη- με οποιοδήποτε τρόπο - παύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματός του.

3. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν:

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

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

γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.

4. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωση του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας.

5. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησης της.

6. Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή.

Άρθρο: 14

Τήρηση ιατρικού αρχείου

1. Ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την επεξεργασία των δεδομένων του εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α').

2. Τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως, ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

3. Οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.

4. Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει:

α) στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και

β) σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.

5. Ο ιατρός λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων να μην γνωστοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενή στον οποίο αφορούν τα δεδομένα. Εάν, λόγω της φύσης της δημοσίευσης, είναι αναγκαία η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενή ή στοιχείων που υποδεικνύουν ή μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητας του, απαιτείται η ειδική έγγραφη συναίνεση του.

6. Ο ιατρός τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.

7. Στα ιατρικά αρχεία δεν πρέπει να αναγράφονται κρίσεις ή σχολιασμοί για τους ασθενείς, παρά μόνον εάν αφορούν στην ασθένεια τους.

8. Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό, μετά το θάνατο του, ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τετάρτου βαθμού.

9. Δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενή. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η πρόσβαση:

α) στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αυτεπάγγελα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες,

β) σε άλλα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα.

10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν.

Άρθρο: 15

Σύγκρουση καθηκόντων

Ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδηση του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Άρθρο: 16

Ο ιατρός και η κοινωνία

1. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει τον κοινωνικό χαρακτήρα του λειτουργήματος του και έχει την υποχρέωση, με βάση τις γνώσεις του, τις δεξιότητες και την πείρα που έχει αποκτήσει, να επιστά την προσοχή της κοινότητας, στην οποία ανήκει, σε θέματα που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία και τη βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.

2. Ο ιατρός συμμετέχει σε επαγγελματικές ή και επιστημονικές οργανώσεις που έχουν ως σκοπό την προστασία των συλλογικών συμφερόντων της ιατρικής κοινότητας, καθώς και τη μελέτη, επεξεργασία, πρόταση και εφαρμογή συλλογικών μέτρων, που συμβάλλουν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητας του και της ιδιωτικής του ζωής από τον Τύπο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος.

4. Ο ιατρός απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια η οποία μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό ή στη διακριτική μεταχείριση ασθενών ή ατόμων που είναι φορείς νόσων, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν κοινωνικό στίγμα. Αντίθετα, μεριμνά για το σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, παρέχοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή επιστημονική αντιμετώπιση τους.

5. Ο ιατρός δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην παροχή φροντίδας σε άτομα τα οποία ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως γυναίκες που ζουν σε ελλειμματικές συνθήκες ασφάλειας, παιδιά προβληματικών οικογενειών, νεαρά άτομα που διαβιώνουν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, άτομα με χρόνια νοσήματα ή άτομα της τρίτης ηλικίας.

6. Ο ιατρός παρέχει σε άτομα που ζουν σε φυλακές και στα παιδιά τους, που ζουν σε ιδρύματα, εξίσου καλή φροντίδα με εκείνη που παρέχεται στους υπόλοιπους πολίτες.

7. Στην περίπτωση παροχής φροντίδας σε λιγότερο προνομιούχες ομάδες ατόμων, όπως οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, ο ιατρός λαμβάνει υπόψη ιδιαίτερος την πολιτισμική διάσταση της υγείας.

Άρθρο: 17

Διαφήμιση - Παρουσία ιατρών στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

1. Απαγορεύεται οποιαδήποτε προσωπική διαφήμιση ή συστηματική δημόσια παρουσία ή αναφορά του ονόματος του ιατρού, άμεσα ή έμμεσα, η οποία είτε προέρχεται από αυτόν είτε διενεργείται με δική του υποκίνηση.

2. Απαγορεύεται η ανάρτηση σε δημόσιο χώρο διαφημιστικών πινακίδων ή επιγραφών, η διανομή φυλλαδίων, αγγελιών, δημοσιευμάτων ή οποιασδήποτε φύσης διαφημιστικών εντύπων ή άλλων ανακοινώσεων στον έντυπο ή ηλεκτρονικό τύπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η χρήση των ανωτέρω μέσων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 8.

3. Απαγορεύεται η εντοίχιση επιγραφών ή πινακίδων με εμπορικό ή κερδοσκοπικό περιεχόμενο, καθώς και η ανάρτηση πινακίδων σε εξώστες, παράθυρα ή άλλα σημεία εκτός από την κύρια είσοδο του τόπου της κατοικίας και της επαγγελματικής εγκατάστασης του ιατρού και την πρόσοψη του κτιρίου. Οι διαστάσεις των πινακίδων οι οποίες επιτρέπεται να αναρτηθούν στην κύρια είσοδο της επαγγελματικής έδρας του ιατρού δεν είναι δυνατόν να είναι μεγαλύτερες των 0,25 X 0,30 εκατοστών και περιέχουν υποχρεωτικά και μόνον το όνομα, το επώνυμο, τον αριθμό μητρώου του οικείου Ιατρικού Σύλλογου, τους μόνιμους τίτλους που έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, την ειδικότητα και τις ημέρες και ώρες των επισκέψεων. Απαγορεύεται η επιδεικτική διακόσμηση και ο φωτισμός των πινακίδων.

4. Οι πινακίδες είναι ομοιόμορφες. Ο ιατρός οφείλει, πριν από την ανάρτηση, να υποβάλει την πινακίδα, που προτίθεται να αναρτήσει, προς έγκριση στον οικείο Σύλλογο, ο οποίος αποφαινεται εντός δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών, άλλως θεωρείται ότι την εγκρίνει.

5. Οποιαδήποτε χρησιμοποίηση των ανωτέρω ή παρεμφερών στοιχείων από τρίτους, οι οποίοι έχουν σχέσεις συγγένειας, συνεργασίας ή εξάρτησης από τον ιατρό, με έμμεσο ή άμεσο σκοπό τη διαφήμιση του, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις σε βάρος του ιατρού, τις οποίες προβλέπει ο νόμος, εφόσον αποδεικνύεται ότι ο ιατρός γνώριζε τις ενέργειες των προσώπων αυτών.

6. Η δημοσίευση - εν γνώσει του ιατρού - αγγελιών, επιστολών ή δηλώσεων με μορφή ευχαριστηρίων ή συγχαρητηρίων και πραγματικών ή υποθετικών διαγνωστικών ή θεραπευτικών επιτυχιών και ικανοτήτων του, η οποία στοχεύει στην επαγγελματική διαφήμιση, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις.

7. Οποιαδήποτε επιτρεπόμενη παροχή πληροφοριών δεν πρέπει, σε καμία περίπτωση, να οδηγεί σε κατάχρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών και σε εκμετάλλευση της έλλειψης ειδικών ιατρικών γνώσεων από πλευράς του κοινού.

8. Δεν συνιστούν ανεπίτρεπτη διαφήμιση:

α) οι δημόσιες ανακοινώσεις για ιατρικά θέματα, εφόσον γίνονται από ειδικούς σε θέματα της ειδικότητας τους και με γνώμονα την ενημέρωση των συναδέλφων ιατρών ή της κοινής γνώμης,

β) η συμμετοχή σε δημόσιες συζητήσεις, στο γραπτό ή ηλεκτρονικό Τύπο, με σκοπό την ενημέρωση της κοινής γνώμης γύρω από θέματα αρμοδιότητας ή ειδικότητας του ιατρού ή του πεδίου ευθύνης του, επίκαιρα ή μη, που την απασχολούν, εφόσον βεβαίως τηρούνται οι αρχές της αβρότητας, της έντιμης εκφοράς κρίσεων και επιχειρημάτων και του σεβασμού της άλλης άποψης, που διατυπώνεται με τους ίδιους κανόνες.

«γ. Η ενημερωτική καταχώριση στα έντυπα μέσα μαζικής ενημέρωσης του ονοματεπώνυμου του ιατρού, της ειδικότητας του, της διεύθυνσής και των ωρών λειτουργίας του ιατρείου του.»

9. Η ενημέρωση του κοινού από τους ιατρούς σε θέματα της ειδικότητας ή του γνωστικού τους αντικείμενου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις αρχές και τις κείμενες διατάξεις που διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την Ιατρική Δεοντολογία. Η ενημέρωση πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε στοιχεία απόλυτα τεκμηριωμένα και διεθνώς παραδεδεγμένα. Η παρουσία του ιατρού πρέπει να περιορίζεται στα αναγκαία για την ενημέρωση πλαίσια και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υποκρύπτεται σκοπός διαφήμισης.

10. Δεν επιτρέπεται η δια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης έκφραση απόψεων που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση ή παραπλάνηση του κοινού για θέματα υγείας. Ο περιορισμός αυτός ισχύει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις υποθέσεων οι οποίες εκκρεμούν ενώπιον δικαστικών ή διοικητικών αρχών.

Άρθρο: 18

Παρουσία των ιατρών στο διαδίκτυο

1. Οι ιατροί μπορούν να διατηρούν ιστοσελίδα στο διαδίκτυο στην οποία αναφέρονται ιδίως τα οριζόμενα στην παράγραφο 3 του άρθρου 17.

2. Το όνομα, η επωνυμία ή ο τίτλος που επιλέγει ο ιατρός για την ιστοσελίδα του ή την ηλεκτρονική του διεύθυνση πρέπει να συνάδουν με την επαγγελματική του ευπρέπεια και αξιοπρέπεια και να ανταποκρίνονται στις πραγματικά παρεχόμενες υπηρεσίες. Η ιστοσελίδα πρέπει να αναφέρει το χρόνο της τελευταίας της ενημέρωσης. Πρέπει, επίσης, να αναφέρει οποιαδήποτε πιθανή σύγκρουση συμφερόντων.

3. Η ιστοσελίδα μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις συμβάσεις ή τη - με οποιονδήποτε τρόπο- συνεργασία του ιατρού με το Δημόσιο, τα ταμεία ασθενείας και τους ασφαλιστικούς φορείς.

4. Οι πληροφορίες που παρέχονται στην ιστοσελίδα πρέπει να είναι ακριβείς, αντικειμενικές, κατανοητές και σύμφωνες με τον παρόντα Κώδικα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να οδηγούν σε παραπλάνηση του κοινού ή σε έμμεση συγκριτική εκτίμηση προσόντων ή πτυχίων.

Άρθρο: 19

Αμοιβή ιατρού

1. Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του με αμοιβή και χειρίζεται το θέμα αυτό με λεπτότητα, διακριτικότητα και χωρίς πρόθεση εκμετάλλευσης του ασθενή. Η διεκδίκηση της νόμιμης αμοιβής ή κάθε άλλο θέμα σχετικό με αυτήν πρέπει να διενεργείται με τρόπο ο οποίος να μην απάδει προς την αξιοπρέπεια και τον κατεξοχήν ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.

2. Ο ιατρός μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή ή με μειωμένη αμοιβή σε ειδικές κατηγορίες ασθενών, με βάση κριτήρια, που είναι κοινωνικώς πρόσφορα, παραδεκτά και σύμφωνα με το βαθύτερο ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.

3. Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή στους συναδέλφους του και στους συγγενείς προς τους οποίους αυτοί έχουν νόμιμη υποχρέωση, καθώς και στους φοιτητές της ιατρικής.

4. Ο ιατρός έχει δικαίωμα να απαιτήσει την αμοιβή του είτε από τον εργοδότη, ως εργαζόμενος, είτε από τον ασθενή, ως ελεύθερος επαγγελματίας, με την απαιτούμενη όμως ευπρέπεια. Παρέχει τα νόμιμα παραστατικά τα οποία αφορούν στην κατάσταση υγείας του ασθενή και στις οικονομικές συναλλαγές σχετικά με τις παρασχεθείσες ιατρικές υπηρεσίες, ανεξάρτητα από το αν αυτό του ζητηθεί ή όχι από τον ασθενή. Κάθε ιατρός ως εξωνοσοκομειακός - ελεύθερος επαγγελματίας έχει δικαίωμα να καθορίσει, εκτός εάν υπόκειται σε ειδικό καθεστώς, το επίπεδο αμοιβής του, ανάλογα με τις ικανότητες του. Σε επείγουσες περιπτώσεις, η αμοιβή από τους ασθενείς αναζητείται αφού παρασχεθεί η ενδεικνυόμενη ιατρική συνδρομή.

5. Ο ιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του στο δημόσιο τομέα ή σε οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης απαγορεύεται να αξιώνει, να συμφωνεί ή να εισπράττει από τον ασθενή οποιοδήποτε οικονομικό αντάλλαγμα ή άλλο ωφέλημα οποιασδήποτε φύσης ή να δέχεται υπόσχεση τούτου πέρα από τη μηνιαία ή άλλη αποζημίωση ή αμοιβή του, όπως ορίζονται στο νόμο ή στη σύμβαση του.

6. Οποιαδήποτε συναλλαγή που αφορά στη λήψη αμοιβής από ασθενή μεταξύ ιατρών και οποιουδήποτε άλλου λειτουργού υγείας απαγορεύεται.

7. Απαγορεύεται στον ιατρό να χρησιμοποιεί εικονικούς μεσάζοντες πελάτες ή άλλους με σκοπό την προμήθεια πελατών με ποσοστά, καθώς και να λαμβάνει ποσοστά επί της ιατρικής αμοιβής.

Άρθρο: 20

Άσκηση ιατρικής στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης

1. Ο ιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα έχει όλα τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις, όπως αυτές περιγράφονται στο προηγούμενο άρθρο. Ιδίως, δίνει προτεραιότητα στην αποτελεσματική θεραπεία του ασθενή και στη διατήρηση ή και βελτίωση της υγείας του.

2. Ο ιατρός οφείλει να ενεργεί με κύριο γνώμονα το συμφέρον των ασθενών ασφαλισμένων, πάντα όμως στο πλαίσιο του κανονισμού υγειονομικής περίθαλψης του οικείου φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

3. Οι σχέσεις ιατρών και ασφαλιστικών οργανισμών διέπονται από το γενικό πλαίσιο δεοντολογίας και τις συμβάσεις που ισχύουν μεταξύ τους.

«4. Ιατρός των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 16 του ν. 3850/2010 (Α'84), ο οποίος έχει σύμβαση ή άλλη σχέση εργασίας με οποιονδήποτε ασφαλιστικό φορέα, υποχρεούται να προσκομίζει στην αρμόδια Περιφερειακή Διεύθυνση Επιθεώρησης Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία έγγραφη άδεια της διοίκησης του ασφαλιστικού φορέα, με την οποία θα επιτρέπεται σε αυτόν η άσκηση καθηκόντων ιατρού εργασίας στη συγκεκριμένη επιχείρηση. Ο ιατρός του πρώτου εδαφίου εξαιρείται κατά την άσκηση των καθηκόντων του στον ασφαλιστικό φορέα από την οποιαδήποτε παροχή ιατρικών υπηρεσιών προς ασφαλισμένο σε

αυτόν, εφόσον ο ασφαλισμένος εργάζεται σε επιχείρηση στην οποία ο εργαζόμενος ασκεί καθήκοντα ιατρού εργασίας.»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ

Άρθρο: 21

Σχέσεις με συναδέλφους και λοιπό προσωπικό

1. Ο ιατρός πρέπει να έχει επαγγελματική συνείδηση, να διατηρεί καλές επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους του, να βοηθά αυτούς πρόθυμα και να σέβεται τη διαφορετική τους άποψη σε επαγγελματικά και επιστημονικά θέματα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επικρίνει δημοσίως τους συναδέλφους του ούτε να υπαινίσσεται οποιαδήποτε υπεροχή έναντι αυτών. Η συμπεριφορά αυτή δεν θα πρέπει να εξαρτάται από την τυχόν διαφορά των χρόνων άσκησης επαγγέλματος, το οικονομικό επίπεδο των συναδέλφων, τη διαφορά ιεραρχίας ή τίτλων σπουδών που έχουν μεταξύ τους.

2. Ο ιατρός αποφεύγει οποιαδήποτε πράξη αθέμιτου ανταγωνισμού με τους συναδέλφους του. Ως τέτοια πράξη θεωρείται ιδίως:

α) η χρήση επιστημονικών, επαγγελματικών ή ακαδημαϊκών τίτλων που δεν κατέχει ή δεν έχουν αποκτηθεί νόμιμα ή δεν έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα,

β) η επαγγελία θεραπείας με μεθόδους, φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα που δεν έχουν αναγνωρισθεί και καθιερωθεί επιστημονικά ή και νομότυπα, καθώς και η χρήση οργάνων, μηχανημάτων ή πειραμάτων, όταν εφαρμόζονται με σκοπό την προσέλκυση πελατείας ή τη διαφήμιση,

γ) η εκχώρηση μέρους της ιατρικής αμοιβής ή η παροχή ποσοστών αυτής σε πρόσωπα που μεσολαβούν για την προσέλκυση πελατείας.

3. Ο ιατρός που καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ασθενή που παρακολουθείται από άλλον συνάδελφο του πρέπει, προς το συμφέρον του ασθενή, να επιδιώξει να έλθει σε επαφή με τον τελευταίο θεράποντα ιατρό, εκτός αν ο ασθενής δηλώσει ανεπιφύλακτα στον ιατρό την αντίθεση του σε μία τέτοια ενέργεια.

4. Ο ιατρός οφείλει να σέβεται, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας οποιαδήποτε τυχόν διαφορά, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

5. Ο ιατρός μπορεί να αναθέτει φροντίδα στο νοσηλευτικό προσωπικό εάν κρίνει ότι αυτό είναι προς όφελος του ασθενή. Πρέπει όμως να είναι βέβαιος ότι το πρόσωπο στο οποίο ανατίθεται ένα συγκεκριμένο καθήκον είναι ικανό να το αναλάβει. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να δώσει όλες τις απαραίτητες για τη διεκπεραίωση του καθήκοντος πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή και τη συγκεκριμένη διαδικασία. Ο ιατρός παραμένει υπεύθυνος για τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενή.

6. Η προσφυγή του ιατρού στα αρμόδια επαγγελματικά και ελεγκτικά όργανα σχετικά με θέματα αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς, παράνομης ή πλημμελούς άσκησης της ιατρικής από συναδέλφους του δεν αποτελεί παράβαση του καθήκοντος συναδελφικότητας.

Άρθρο: 22

Ιατρικά συμβούλια

1. Αν ο ιατρός, ο ασθενής ή οι οικείοι του κρίνουν σκόπιμη τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει σύμβουλο της επιλογής του. Είναι όμως υποχρεωμένος να αφήσει στην οικογένεια ελευθερία επιλογής με βάση το συμφέρον του αρρώστου και τις μεταξύ τους σχέσεις εμπιστοσύνης.

2. Εάν ο ασθενής ή οι οικείοι του επιλέξουν ως σύμβουλο ιατρό με τον οποίο ο θεράπων ιατρός δεν διατηρεί αγαθές επαγγελματικές σχέσεις, ο τελευταίος μπορεί να αποσύρεται χωρίς δικαιολογία. Το ίδιο ισχύει προκειμένου για την εκλογή ειδικού ιατρού, εργαστηριακού ή κλινικού.

3. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να πληροφορεί τον ασθενή ή τους οικείους του για κάθε λεπτομέρεια που αφορά στο ιατρικό συμβούλιο, καθώς και για την οφειλόμενη αμοιβή.

4. Ο θεράπων ιατρός καλεί το σύμβουλο ιατρό, ορίζει την ημέρα, την ώρα και το χώρο που θα συνέλθει το συμβούλιο και συντονίζει τη διαδικασία. Η διεξαγωγή του ιατρικού συμβουλίου περιλαμβάνει:

α) σύντομη προεισηγητική διάσκεψη κατά την οποία την εισήγηση διατυπώνει ο θεράπων ιατρός,

β) εξέταση του ασθενή από καθέναν από τους συμβούλους,

γ) ιδιαίτερη διάσκεψη των ιατρών η οποία ακολουθεί την εξέταση και

δ) ανακοίνωση προς την οικογένεια του πορίσματος του συμβουλίου από εκείνον που το διηύθυνε.

Εάν προκύψει διαφορά γνώμών, ο θεράπων ιατρός μπορεί είτε να αποδεχθεί τη γνώμη του συμβούλου ιατρού είτε, εφόσον την κρίνει άστοχη ή επιζήμια, να αποποιηθεί την ευθύνη. Στην περίπτωση αυτή γνωστοποιεί τη διαφωνία του στον ασθενή ή στην οικογένεια του και ζητεί τη συγκρότηση άλλου συμβουλίου, εάν το κρίνει σκόπιμο και προς το συμφέρον του ασθενή. Εφόσον η οικογένεια προτιμήσει τη γνώμη του συμβούλου ή αποκρούσει τη σύσταση νέου συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός δικαιούται να αποσυρθεί.

5. Ο σύμβουλος ιατρός δεν μπορεί να γίνει θεράπων ιατρός του ασθενή, παρά μόνον στην περίπτωση που ο θεράπων ιατρός, ο οποίος τον κάλεσε, τον εξουσιοδοτεί ρητά ως προς αυτό ή εάν διαφωνήσει και αποχωρήσει, εφόσον ληφθεί πάντοτε υπόψη η προτίμηση του ασθενή.

6. Όταν παρουσιάζεται ανάγκη πρόσκλησης ειδικού ιατρού ή χειρουργού, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει τους καταλληλότερους κατά την κρίση του, δεν επιτρέπεται όμως να παραβλέψει τις προτιμήσεις του ασθενή, παρά μόνον σε περίπτωση προσωπικής διάστασης ή αδυναμίας να συνεργασθεί με τον ειδικό ιατρό ή τον χειρουργό που προτιμά ο ασθενής. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου για την εκλογή θεραπευτηρίου, εργαστηρίου και νοσηλευτικού ιδρύματος.

7. Οι χειρουργοί, οι ειδικοί ιατροί και οι εργαστηριακοί ιατροί, προς τους οποίους παραπέμπεται ο ασθενής από τον θεράποντα ιατρό του, είναι υποχρεωμένοι να γνωστοποιούν στον τελευταίο το πόρισμα της εξέτασης. Αφού εκπληρώσουν αυτήν την εντολή, δεν επιτρέπεται να διατηρούν περαιτέρω σχέσεις ιατρικής φύσεως με τον ασθενή και ιδιαίτερα για θέματα εκτός της ειδικότητάς τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Άρθρο: 23

Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία

1. Ο ιατρός πρέπει να συμβάλλει στην εκπαίδευση άλλων ιατρών, φοιτητών της ιατρικής και λοιπών συναδέλφων του.
2. Κάθε ιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να επιβλέπει λιγότερο έμπειρους συναδέλφους του.
3. Ο ιατρός ο οποίος έχει ιδιαίτερες εκπαιδευτικές υποχρεώσεις πρέπει να αναπτύσσει τις διδακτικές του ικανότητες. Εάν είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση νεότερων συναδέλφων του, πρέπει να είναι βέβαιος ότι αυτοί εποπτεύονται κατάλληλα.
4. Ο ιατρός αναγνωρίζει τη σημασία και συμβάλλει στην εκπαίδευση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καθώς και των μελών της οικογένειάς τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Άρθρο: 24

Ιατρική έρευνα

1. Η ιατρική έρευνα διεξάγεται ελεύθερα στο πλαίσιο των θεμελιωδών πνευματικών και ηθικών αξιών, που χαρακτηρίζονται από σεβασμό στον άνθρωπο και την αξιοπρέπεια του.
2. Η ιατρική έρευνα στον άνθρωπο επιτρέπεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:
 - α) Ενημέρωση του ανθρώπου που υπόκειται σε έρευνα, σύμφωνα με το άρθρο 11, και ιδίως ως προς:
 - αα) την ύπαρξη και το μέγεθος πιθανών κινδύνων,
 - ββ) τα δικαιώματα προστασίας του ατόμου,
 - γγ) τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής στην έρευνα και χωρίς οικονομικά ανταλλάγματα και
 - δδ) τη δυνατότητα ελεύθερης ανάκλησης της παρεχόμενης συναίνεσης.

β) Ελεύθερη, ανεπιφύλακτη, ειδική και τεκμηριωμένη συναίνεση του ανθρώπου που υπόκειται σε ιατρική έρευνα, ο οποίος έχει τη σχετική ικανότητα, όπως ειδικότερα ορίζεται στο άρθρο 12.

γ) Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται ο άνθρωπος είναι δυσανάλογα μικροί σε σχέση με τα πιθανά οφέλη από την έρευνα.

δ) Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει εγκριθεί από το αρμόδιο όργανο, μετά από σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Επιστημονικού Συμβουλίου και της αρμόδιας Επιτροπής Δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο ή η Επιτροπή Δεοντολογίας μπορεί, κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, να προβεί σε επανεκτίμηση των όρων και συνθηκών διεξαγωγής αυτής.

3. Η έρευνα σε άτομα τα οποία δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης, σύμφωνα με το άρθρο 12, επιτρέπεται μόνον εφόσον:

α) πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις των προηγούμενων παραγράφων,

β) τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να οδηγήσουν σε άμεσο όφελος της υγείας του ατόμου,

γ) δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί έρευνα αντίστοιχης αποτελεσματικότητας σε άτομα τα οποία διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης,

δ) έχει δοθεί η απαραίτητη συναίνεση, σύμφωνα με τους όρους της παραγράφου 2 του άρθρου 12 και

(ε) το άτομο δεν αντιτίθεται με οποιονδήποτε τρόπο.

4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος δεν εφαρμόζεται διεθνώς, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και επιτρέπεται η εφαρμογή της μόνο ύστερα από έγκριση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Ιατροί, που εφαρμόζουν πειραματικές, διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις, χωρίς τις προϋποθέσεις των άρθρων του παρόντος ή την ανωτέρω έγκριση, τιμωρούνται με την ποινή της οριστικής αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στη διάταξη του άρθρου 36.

Άρθρο: 25

Κλινική έρευνα με νέα φάρμακα η νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους

1. Οι κλινικές μελέτες με νέα φάρμακα ή εφαρμογή νεότερων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων επιτρέπονται εφόσον:

α) ανταποκρίνονται στις γενικές προδιαγραφές και διαδικασίες, όπως αυτές καθορίζονται από τα αρμόδια όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης,

β) υπάρχουν ισχυρές επιστημονικές ενδείξεις ότι η χρήση τους ή η εφαρμογή τους θα αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης ή αποκατάστασης της υγείας ή ανακούφισης των ασθενών που πάσχουν από αντίστοιχες νόσους και η ωφελιμότητα θα είναι σοβαρά σημαντικότερη του ενδεχόμενου εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών,

γ) συντρέχουν όλες οι προϋποθέσεις του προηγούμενου άρθρου.

2. Αν ο ασθενής αρνηθεί τη συμμετοχή του σε μια τέτοια μελέτη, ο ιατρός οφείλει να λάβει κάθε μέτρο, προκειμένου η άρνηση του ασθενή να μην επηρεάζει αρνητικά τη σχέση ιατρού προς ασθενή.

3. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιεί νέα φάρμακα άγνωστης αποτελεσματικότητας ή να εφαρμόζει νέες θεραπευτικές ή διαγνωστικές μεθόδους αγνώστων συνεπειών, χωρίς την αυστηρή εφαρμογή των κανόνων που διέπουν το σχεδιασμό και την εφαρμογή κλινικών μελετών. Αναγνωρίζει ως θεμελιώδη κανόνα ότι η πιθανή διαγνωστική ή θεραπευτική αξία, προς όφελος του ασθενή, έχει προτεραιότητα έναντι της επιστημονικής γνώσης, που ενδεχομένως αποκτάται από τα νέα φάρμακα ή τις νέες θεραπευτικές ή διαγνωστικές μεθόδους.

Άρθρο: 26

Μη θεραπευτική βιοϊατρική έρευνα

1. Επιτρέπεται η ιατρική έρευνα σε ανθρώπους, για καθαρώς επιστημονικούς λόγους, με τις προϋποθέσεις του άρθρου 24 και επιπλέον τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) ο ιατρός ερευνητής θεωρεί ύψιστο καθήκον του την προστασία της ζωής, της υγείας και της αξιοπρέπειας του προσώπου στο οποίο διεξάγεται η έρευνα, η οποία προστασία προηγείται του συμφέροντος της επιστήμης ή της κοινωνίας,

β) ο ιατρός ερευνητής λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο, έτσι ώστε η συμμετοχή του ατόμου στην έρευνα να γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.

2. Ο ιατρός ερευνητής διακόπτει την έρευνα, αν, κατά την κρίση του, η συνέχιση της μπορεί να επιφέρει σοβαρή, επικίνδυνη ή απλή βλάβη στο άτομο.

Άρθρο: 27

Δημοσιότητα των ανακαλύψεων

1. Ο ιατρός υποχρεούται να καθιστά γνωστές, κατά προτεραιότητα, στην ιατρική κοινότητα, με τον πιο πρόσφορο τρόπο, τις ανακαλύψεις που επέτυχε και τα συμπεράσματα στα οποία έχει καταλήξει από τις επαγγελματικές του μελέτες σε διαγνωστικά ή θεραπευτικά θέματα. Αποφεύγει την ευρύτερη δημοσιοποίηση των ανακαλύψεων και των συμπερασμάτων του στο μη ιατρικό κοινό, προτού τα υποβάλει στην κριτική των συναδέλφων του.

2. Ο ιατρός σε κάθε επιστημονική ανακοίνωση του αναφέρει όλους τους συνεργάτες του, που συνέβαλαν στο περιεχόμενο της επιστημονικής ανακοίνωσης. Επιπλέον, δηλώνει οπωσδήποτε την επιχείρηση ή εταιρεία, που χρηματοδότησε ολικά ή μερικά την ερευνά του.

3. Ιατροί, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι σύνταξης βιοϊατρικών περιοδικών ή μετέχουν στη συντακτική τους επιτροπή, πριν προχωρήσουν στη δημοσίευση των εργασιών που προκύπτουν από την ερευνητική διαδικασία, ελέγχουν την τήρηση των κανόνων των άρθρων 24 έως και 26 ή απαιτούν υπεύθυνη δήλωση για την τήρηση τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η

ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο: 28

Φροντίδα ψυχικής υγείας

1. Ο ψυχίατρος πρέπει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία σύμφωνα με τις γνώσεις του και να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Ενθαρρύνει επίσης τη γενικότερη προαγωγή της ψυχικής υγείας.
2. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνεται, να εκπαιδεύεται και να επιμορφώνεται τακτικά σε θέματα που αφορούν τόσο τις εξελίξεις της επιστήμης του, όσο και την προστασία της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, καθώς και στην αποφυγή και τον έλεγχο της βίας.
3. Ο ψυχίατρος οφείλει να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να ζητεί τη γνώμη συναδέλφων του, όπου αυτό θεωρείται αναγκαίο. Όταν ο ψυχίατρος είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία ή τις υποστηρικτικές ενέργειες που παρέχονται στο χώρο των ψυχικών διαταραχών από άλλους επαγγελματίες, οφείλει να τους εκπαιδεύει και να τους επιβλέπει κατάλληλα.
4. Ο ψυχίατρος οφείλει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει ότι ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές είναι δικαιωματικά εταίρος στη θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται τόσο στην εχεμύθεια του ιατρού, όσο και σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό, ώστε να επιτρέπει σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές να συμμετέχει στην αποφασιστική διαδικασία, σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες και προτιμήσεις.
5. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές για τη φύση της κατάστασης του, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών.
6. Ο ψυχίατρος σέβεται την πνευματική, συναισθηματική και ηθική αυτονομία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Για αυτόν το λόγο, κατά τη θεραπεία, λαμβάνει τα ανάλογα μέτρα, που διασφαλίζουν την άσκηση των θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, καθώς και τη συμμετοχή του σε πρόσφορες κοινωνικές δραστηριότητες, εφόσον αυτές δεν επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική του κατάσταση ή δεν εμπλέκονται στην ψυχοπαθολογία του.
7. Ο ψυχίατρος οφείλει να συνεννοείται με τα πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 12, όταν ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν διαθέτει ικανότητα λήψης αποφάσεων, λόγω των διαταραχών αυτών.
8. Ο ψυχίατρος δεν χορηγεί καμία θεραπεία χωρίς τη θέληση του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, εκτός εάν η άρνηση θεραπείας θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου και εκείνων που τον περιβάλλουν ή συνεπάγεται σοβαρή επιβάρυνση της πορείας της ψυχικής του διαταραχής. Αν καθίσταται επιτακτική η αναγκαστική νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία.
9. Δεν επιτρέπεται στον ψυχίατρο να επωφεληθεί από τη θεραπευτική του σχέση με τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να επιτρέψει να υπεισέλθουν στη θεραπεία ανάρμοστες προσωπικές επιθυμίες, συναισθήματα, προκαταλήψεις και πεποιθήσεις, ούτε να χρησιμοποιήσει πληροφορίες που έχουν αποκτηθεί, κατά τη σχέση αυτή, για προσωπικούς

λόγους, οικονομικά ή ακαδημαϊκά οφέλη. Επιτρέπεται η παραβίαση του απορρήτου, μόνον όταν η τήρηση του θα μπορούσε να επιφέρει σοβαρή σωματική ή ψυχική βλάβη σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές ή σε τρίτο πρόσωπο.

10. Ο ψυχίατρος που καλείται να διατυπώσει μια εκτίμηση για ένα πρόσωπο με σκοπούς άλλους από τους θεραπευτικούς, όπως κατά τη διενέργεια ψυχιατροδικαστικής εκτίμησης, οφείλει πρώτα να το ενημερώσει και να το συμβουλευτεί για το σκοπό της εκτίμησης αυτής, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της εκτίμησης.

11. Ο ψυχίατρος οφείλει, στις έρευνες που διεξάγονται σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διαφυλάσσεται η αυτονομία τους, καθώς και η ψυχική και σωματική τους ακεραιότητα. Επίσης, οφείλει να ενημερώνει τους ανθρώπους αυτούς για τους σκοπούς της έρευνας και τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες επιδράσεις της και να εξασφαλίζει, μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, τη συγκατάθεση των ασθενών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους σε ερευνητικό πρόγραμμα. Η προσπάθεια του ψυχιάτρου για την καλύτερη δυνατή θεραπεία ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν θα πρέπει επ' ουδενί να επηρεάζεται από την άρνηση συμμετοχής του συγκεκριμένου ανθρώπου σε έρευνα του ψυχιάτρου.

12. Ο ψυχίατρος με κανέναν τρόπο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί μέσα και μεθόδους του επαγγέλματος του, που πειθαναγκάζουν σε τροποποίηση ή αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με πολιτικές ή και κοινωνικές πεποιθήσεις ή, γενικότερα, εξυπηρετούν άλλους σκοπούς πλην των θεραπευτικών και της προαγωγής της υγείας του ατόμου και της κοινωνίας.

13. Ο ψυχίατρος πρέπει να φροντίζει ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να παρουσιάζονται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) με τρόπο που, αφ' ενός μεν προστατεύει την τιμή και την αξιοπρέπεια τους, αφ' ετέρου δε μειώνει το στίγμα και τη διάκριση εναντίον τους. Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να κάνει ανακοινώσεις στα Μ.Μ.Ε. για την υποτιθέμενη ψυχοπαθολογία οποιουδήποτε ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Άρθρο: 29

Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του μέχρι το σημείο αυτό.

2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.

3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Άρθρο: 30

Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή

1. Ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον ενδιαφερόμενο κάθε χρήσιμη πληροφορία σχετικά με το θέμα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και της αντισύλληψης.
2. Ο ιατρός συζητά, ενημερώνει για τις θετικές και αρνητικές συνέπειες και ενθαρρύνει την προσφυγή στις μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο ή προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί. Η εφαρμογή των μεθόδων αυτών διέπεται από το σεβασμό στην προσωπικότητα του ανθρώπου και την ελεύθερη και σοβαρή βούληση του, όπως αυτή σχηματίζεται μετά από πλήρη και τεκμηριωμένη ενημέρωση. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός απέχει από κάθε επιχείρηση ή προσπάθεια βιομηχανοποίησης της διαδικασίας της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
3. Οποιαδήποτε παρέμβαση στο έμβρυο, η οποία γίνεται στο πλαίσιο εφαρμογής των μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πρέπει να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις για την προστασία της γενετικής ταυτότητας και την απαγόρευση τροποποιήσεων του ανθρώπινου γονιδιώματος, που είναι δυνατόν να μεταβιβασθούν στην επόμενη γενεά.
4. Η κλωνοποίηση ως μέθοδος αναπαραγωγής ανθρώπου απαγορεύεται.
5. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησης του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Άρθρο: 31

Τεχνητή διακοπή κύησης

1. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησης του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σύμφωνη και αιτιολογημένη γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού.
2. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στη γυναίκα που ζητεί την παροχή των υπηρεσιών του, πριν προχωρήσει στη διακοπή της κύησης.

Άρθρο: 32

Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων

1. Ο ιατρός οφείλει να ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων που γίνονται για θεραπευτικούς λόγους, παρέχοντας σωστή ενημέρωση και συνεργαζόμενος με τους αντίστοιχους φορείς και υπηρεσίες.
2. Ο ιατρός δεν παρέχει τις υπηρεσίες του εάν η μεταμόσχευση γίνεται ή επιχειρείται να γίνει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή υποκρύπτει τέτοιο. Η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη μεταμόσχευση δεν συνιστά αντάλλαγμα.
3. Ο ιατρός προστατεύει, με κάθε τρόπο, το απόρρητο της ταυτότητας του δότη και του λήπτη.

Άρθρο: 33
Αιμοδοσία

1. Ο ιατρός ενθαρρύνει πάντοτε την εθελοντική και μη αμειβόμενη αιμοδοσία. Το οικονομικό όφελος δεν πρέπει ποτέ να αποτελεί κίνητρο ούτε για τους αιμοδότες ούτε για τους υπεύθυνους συλλογής αίματος.
2. Ο ιατρός, εκτός από τη μέριμνα του αιμολήπτη, έχει και τη μέριμνα του αιμοδότη. Η μέριμνα για την υγεία και την ασφάλεια του αιμοδότη είναι διαρκής.
3. Ο ιατρός γνωρίζει στον αιμοδότη όλους τους κινδύνους που εμπεριέχει η διαδικασία της αιμοδοσίας.
4. Ο ιατρός λαμβάνει κάθε μέτρο για την τήρηση της ανωνυμίας μεταξύ αιμοδοτών και αιμοληπτών, εκτός εάν συντρέχουν ειδικοί εξαιρετικοί λόγοι, όπως η διασφάλιση της υγείας του αιμολήπτη ή λόγοι ηθικής ευπρέπειας ή συγγενικής ή κοινωνικά πρόσφορης αλληλεγγύης.

Άρθρο: 34
Προστασία γενετικής ταυτότητας

1. Παρεμβάσεις του ιατρού οι οποίες οδηγούν στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος μπορούν να γίνουν μόνο για προληπτικούς, διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς. Σε καμία περίπτωση η τροποποίηση αυτή δεν μπορεί να μεταφέρεται στο γονιδίωμα της επόμενης γενεάς.
2. Δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση της γενετικής τεχνολογίας για πολιτικούς ή στρατιωτικούς σκοπούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ

Άρθρο: 35
Σχέσεις ιατρού προς τον Ιατρικό Σύλλογο

1. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να εκπληρώνει πρόθυμα και απροφάσιστα όλα τα επιβεβλημένα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις προς τον Ιατρικό Σύλλογο του οποίου είναι μέλος.
2. Ο ιατρός οφείλει να εγγραφεί ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου έχει την επαγγελματική του εγκατάσταση.
3. Ο ιατρός οφείλει να προσέρχεται ανελλιπώς στις γενικές συνελεύσεις και να συμβάλλει με τις γνώσεις και το ζήλο του στην προαγωγή και ολοκλήρωση των σκοπών του Συλλόγου, να αναλαμβάνει και να εκτελεί ενόρκως και ευσυνείδητα κάθε υπηρεσία που του ανατίθεται, να εκπληρώνει τις οικονομικές του υποχρεώσεις τακτικά και έγκαιρα, να μετέχει στις ψηφοφορίες για την εκλογή των καταλληλότερων, κατά την κρίση του, οργάνων διοίκησης, να βοηθά το Σύλλογο όταν καλείται και να προσέρχεται σε κάθε περίπτωση, καθώς και να

υπακούει στις αποφάσεις του Συλλόγου που λαμβάνονται νόμιμα και είναι δεσμευτικές για το σύνολο.

4. Κάθε παράλειψη ή παράβαση των υποχρεώσεων του ιατρού προς τον Ιατρικό Σύλλογο, καθώς και κάθε απείθεια προς τις αποφάσεις του, επισύρει πειθαρχικές κυρώσεις σε βάρος του υπεύθυνου ιατρού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΑ

ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο: 36

Κυρώσεις

1. Κάθε παράβαση των διατάξεων του παρόντος τιμωρείται πειθαρχικά από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα.

2. Επιπλέον ο ιατρός που παραβιάζει τις διατάξεις των άρθρων 6 παράγραφοι 4 και 5, 19 παράγραφοι 5, 6 και 7, 24 παράγραφος 4, 28 παράγραφος 9 και 30 παράγραφος 4, τιμωρείται με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και προσωρινή παύση από θέση που τυχόν κατέχει στο Δημόσιο για τουλάχιστον δύο (2) έτη και πρόστιμο ποσού πενήντα χιλιάδων (50.000,00) έως και διακοσίων χιλιάδων (200.000,00) ευρώ. Η ποινή επιβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία εκδίδεται μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την αποστολή σχετικού ερωτήματος. Σε περίπτωση τελέσεως εκ νέου μίας από τις ανωτέρω παραβάσεις, επιβάλλεται υποχρεωτικά, με όμοια απόφαση, οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και οριστική παύση.

3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα σε αποκατάσταση, αποζημίωση και επανόρθωση κάθε οικονομικής ή ηθικής βλάβης ή ζημίας που υπέστη από την εναντίον του άσκηση κάθε είδους αβάσιμης αναφοράς από φυσικά ή νομικά πρόσωπα. Κάθε ιατρός ο οποίος κατηγορείται στο πλαίσιο αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής διαδικασίας έχει δικαίωμα απόλυτου σεβασμού της προσωπικότητάς του.

Άρθρο: 37

Καταργητική διάταξη

Από την έναρξη ισχύος του παρόντος καταργείται το β.δ. της 25.5./6.7.1955 (ΦΕΚ 171 Α').
(Τα άρθρα 38- 45 είναι άσχετα με θέματα ιατρικής δεοντολογίας)

Άρθρο: 46

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ὅμινυμι Ἀπόλλωνα ἡτρών καί Ἀσκληπιόν καί Ὑγείαν καί Πανάκειαν καί θεούς πάντας τε καί πάσας, Ἱστορας ποιούμενος, Ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καί κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καί ζυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσεσθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἔμοῖσι, καί βίου κοινώσεσθαι, καί χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσεσθαι, καί γένος τὸ ἐξ αὐτοῦ ἄδελφοῦ ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καί διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καί ζυγγραφῆς, παραγγελίης τε καί ἀκροήσιος καί τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσι καί τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος καί μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καί ἄρκισμένοις νόμῳ ἡτρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτημασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καί κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καί ἀδικίῃ εἰρξέειν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενί αιτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ υφηγῆσομαι ζυμβουλίην τοιήνδε· ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω.

Ἄγνωσ δὲ καί οσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καί τέχνην τὴν ἐμὴν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲν μὴν λιθιωντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσιν πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ οκόσας ἀν εσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτός ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καί φθορίας τῆς τε ἀλλῆς καί ἀφροδισίων ἐργῶν ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καί ἀνδρείων, ἐλευθέρων τε καί δούλων.

Ἄ δ' ἀν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω ἢ ἀκούσω, ἢ καί ἀνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἀ μὴ χρεὶν ποτε ἐκλαλέεσθαι ἐξω, σιγήσομαι, ἀρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαυτά.

Ὀρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι καί μὴ ζυγγέοντι εἴη ἐπαύρασθαι καί βίου καί τέχνης, δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον· παραβαίνοντι δὲ καί ἐπιορκέοντι, ταναυτία τουτέων.