



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**Παρασκευή Διάπη**

**Η νομική προστασία των ασθενών  
στο πλαίσιο των ιατρικών σφαλμάτων  
Η περίπτωση της Ελληνικής Νομοθεσίας**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

**ΑΘΗΝΑ 2013**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**Παρασκευή Λιάπη**

**Η νομική προστασία των ασθενών  
στο πλαίσιο των ιατρικών σφαλμάτων  
Η περίπτωση της Ελληνικής Νομοθεσίας**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

*Καθηγητής: Δρ. Αναστάσιος Ντάνος*

**ΑΘΗΝΑ 2013**



**UNIVERSITY  
OF PIRAEUS**

**MASTER OF SCIENCE  
IN**

**HEALTH MANAGEMENT**



**TEI  
OF PIRAEUS**

**Paraskevi Liapi**

**The Legal Protection of the patients  
related with medical errors  
The case of the Greek Legislation**

**Graduate Thesis Submitted for the Degree  
“Master in Health Management”**

**ATHENS 2013**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην επιτυχή εκπόνηση αυτής της Διπλωματικής Εργασίας και κυρίως τον επιβλέποντα Καθηγητή Δρ. Αναστάσιο Ντάνο για την πολύτιμη συμβολή του και τη σταθερή υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιατρική επιστήμη διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον άνθρωπο επειδή συμβάλλει στην προστασία της υγείας του που είναι το πολυτιμότερο αγαθό. Ο ιατρός συνδέεται με τον ασθενή με μια ιδιότυπη σχέση της οποίας το αντικείμενο δεν ομοιάζει με άλλες συμβατικές σχέσεις, δεδομένου ότι ο ασθενής του εμπιστεύεται τη ζωή του και την υγεία του και ο ιατρός υποχρεούται να παρέχει τις υπηρεσίες του καταβάλλοντας την προσήκουσα επιμέλεια και προσοχή ακολουθώντας τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων μπορεί να συμβεί ιατρικό σφάλμα που επιφέρει συνέπειες στον ασθενή και στον ιατρό. Τα ιατρικά σφάλματα είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στα συστήματα υγείας και αποτελεί νόμιμο λόγο ευθύνης του ιατρού. Η ιατρική αμέλεια είναι σημαντική στο δίκαιο της αστικής ιατρικής ευθύνης. Αποτελεί μορφή υπαιτιότητας και παράνομη συμπεριφορά του ιατρού και θεμελιώνει αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού για καταβολή αποζημίωσης, σύμφωνα με τις διατάξεις περί αδικοπραξιών. Η παράβαση των συμβατικών υποχρεώσεων του ιατρού κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών θεμελιώνει επίσης συμβατική (δικαιοπρακτική) ευθύνη του. Επομένως, η αστική ιατρική ευθύνη είναι συρροή δικαιοπρακτικής και αδικοπρακτικής ευθύνης. Στο πλαίσιο του ποινικού δικαίου, ο ιατρός ενεργεί πλημμελώς όταν δεν επιδεικνύει την επιμέλεια που όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλλει, με αποτέλεσμα να μην πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα της πράξης του ή να το πρόβλεψε ως δυνατό, αλλά πίστεψε ότι θα το αποφύγει, οπότε στοιχειοθετείται η αντικειμενική υπόσταση των αδικημάτων αμέλειας (ανθρωποκτονία, σωματική βλάβη από αμέλεια). Τα δημόσια Νοσοκομεία νομιμοποιούνται παθητικώς επί ασκήσεως αγωγής αποζημίωσης, επειδή υπέχουν αστική ευθύνη έναντι των ασθενών για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των ιατρών που εργάζονται σε αυτά, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, ο δε ιατρός δεν υπέχει προσωπική ευθύνη έναντι των ασθενών.

Μέσα από την παρουσίαση, στην παρούσα εργασία, νομολογίας επί ιατρικών σφαλμάτων προκύπτει μία εκτενής κατηγοριοποίησή τους, γεγονός που καταδεικνύει ότι τα τελευταία χρόνια αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των αγωγών αποζημίωσης, εξαιτίας ιατρικού σφάλματος, κατά ιδιωτών ιατρών στα πολιτικά δικαστήρια και κατά δημοσίων Νοσοκομείων για τους ιατρούς τους στα διοικητικά δικαστήρια, ώστε να γίνεται λόγος για «χιονοστιβάδα, χείμαρρο» αγωγών αποζημίωσης. Επίσης, η αναφορά επιδικασθέντων

από τα δικαστήρια ποσών αποζημίωσης σηματοδοτεί ότι οι δικαστικές αποφάσεις στην πλειοψηφία τους είναι θετικές και τα ποσά που επιδικάζονται είναι μεγάλα, τα οποία καλούνται να πληρώσουν τα δημόσια Νοσοκομεία, επομένως η οικονομική επιβάρυνση των υγειονομικών κονδυλίων είναι δεδομένη και συνεχώς αυξανόμενη, οπότε πρόκειται για οικονομική «βόμβα» στα θεμέλια του δημόσιου συστήματος υγείας.

Η νομική πίεση που υφίσταται ο ιατρός αποτελεί παράγοντα που δυσχεραίνει την άσκηση της ιατρικής και οδηγεί τον ιατρό στην «αμυντική ιατρική» επιβαρύνοντας το δημόσιο σύστημα υγείας με περαιτέρω δαπάνες για επιπλέον ιατρικές εξετάσεις από τις επιβαλλόμενες και ενδεικνυόμενες, προκειμένου να αποφύγει την ευθύνη. Επομένως, απαιτείται έγκαιρη, συνεχιζόμενη και αποτελεσματική ενημέρωση των ιατρών, καθώς και ενσωμάτωση στην καθημερινή ιατρική πράξη του διαρκούς αυτοελέγχου με το σύστημα της επαναξιολόγησης, προκειμένου να υπάρχει βελτίωση της ποιότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, η μεθοδολογία της παρούσας εργασίας αφορά βιβλιογραφική ανασκόπηση και διερεύνηση της υπάρχουσας νομολογίας και νομοθεσίας, η οποία τεκμηριώνει τις επιμέρους ενότητες της εν λόγω επιστημονικής μελέτης.

### **Λέξεις-κλειδιά**

ιατρικό σφάλμα, ιατρική αμέλεια, ιατρική ευθύνη, αστική ευθύνη ιατρού, αστική ευθύνη δημόσιου Νοσοκομείου, αποζημίωση αστικής ιατρικής ευθύνης, ποινική ευθύνη ιατρού, πειθαρχική ευθύνη ιατρού, ενημέρωση ασθενούς, συναίνεση ασθενούς, αμυντική ιατρική, αγωγή αποζημίωσης

## ABSTRACT

*Title of Thesis: “The Legal Protection of the patients  
related with medical errors  
The case of the Greek Legislation”,*

*Student: Liapi Paraskevi*

*Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”*

*University of Piraeus - TEI of Piraeus, Greece.*

*Supervisor: Dr. Danos Anastasios*

Medical science plays a key role in human’s life because it contributes to the protection of health which is one of the most precious goods. The doctor has a peculiar relationship with the patient, which is not similar to any other contractual relation, because the patient trusts his life and health in doctor’s hands and the doctor is obliged to provide his services by paying due care and attention according to the rules of medical science. Performing medical actions, medical errors may occur which have implications for the patient and the physician too. Medical errors are a very common phenomenon in health systems and they are a legitimate reason for liability of the physicians. Medical malpractice is a very important issue in the law of civil medical liability. It is a kind of fault that rises to liability of the physician to pay compensation in accordance with the provisions of the law about tort. The breach of the contractual obligations of the physician in the provision of medical services also builds conventional (legal) liability. Therefore, urban medical liability is a concurrence of transactional and tort liability. Under the criminal law, the physician acts improperly when he does not show the attention owed under the circumstances and the proper attention that he could show and as a result he did not foresee the consequences of his action or he predicted them as a possibility, but he believed that he would avoid it and consequently, when the harm realized, the constituent elements of negligence (homicide, bodily harm by negligence) is evidenced. Public Hospitals are standing passively on an action for damages, because they are subject to civil liability against patients for unlawful acts or omissions of doctors who work in them, in the exercise of their duties and the physicians are not personally liable towards third persons (patients). In this paper, through the presentation of jurisprudence on medical

errors, a comprehensive categorization of them arises, which shows that in recent years the number of sue for damages due to medical error against private practitioners is rapidly increasing in the civil courts and in the administrative courts against public hospitals for their doctors too, so that the phenomenon is referred as “avalanche - torrent actions”. Also, the amount of compensations adjudged by the courts shows that judicial decisions are mostly positive and the amount of compensations that public hospitals are obliged to pay is huge and as a result the financial burden of health funding is constantly growing, so that it would be an economic bomb on the foundation of the public health system. The legal pressure on the doctor is a factor that makes difficult the practice of medicine and leads the physician to "defensive medicine", burdening the public health system with additional costs for extra than the imposed medical actions, in order to avoid liability. Therefore, it is necessary for the physicians to be familiar with the issue and they also have to embody into daily medical practice the system of continuous self-test and re-evaluation in order to improve the quality, effectiveness and efficiency of health services. Finally, the methodology of the present essay refers to the bibliographic review of the current legislation and Greek jurisdiction which documents the subsections of the present essay.

## **Keywords**

medical malpractice, medical liability, doctor’s liability, public hospital liability, compensation for urban medical liability, patient’s awareness, patient’s consent, defensive medicine, action for damages



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|   | σελ. |
|---|------|
| 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....   | 1    |
| 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....  | 2    |
| 3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ .....  | 7    |
| 3.1 Η ιατρική επιστήμη .....  | 7    |
| 4. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ .....   | 10   |
| 4.1 Ιατρική δεοντολογία .....   | 10   |
| 4.2 Υποχρέωση ιατρού για παροχή ιατρικών υπηρεσιών .....                                | 11   |
| 4.3 Καθήκον επιμέλειας ιατρού .....   | 14   |
| 5. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ & ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ .....   | 17   |
| 5.1 Δικαιώματα νοσοκομειακού ασθενούς .....   | 17   |
| 5.2 Υποχρεώσεις ασθενούς .....  | 18   |
| 6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....   | 19   |
| 6.1 Υποχρέωση Ενημέρωσης .....  | 19   |
| 6.2 Ενδεχόμενοι κίνδυνοι από την ενημέρωση .....  | 28   |
| 7 ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....  | 32   |
| 7.1 Χαρακτηριστικά συναίνεσης .....   | 32   |
| 7.2 Προϋποθέσεις έγκαιρης συναίνεσης .....  | 33   |
| 7.3 Ιατρικές πράξεις σε ειδικές κατηγορίες ασθενών .....                                | 34   |
| 8. ΣΥΜΒΑΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ .....  | 37   |
| 8.1 Σχέση ιατρού και ασθενή .....   | 37   |
| 8.2 Χαρακτηριστικά σύμβασης ιατρικής αγωγής .....                                       | 37   |
| 8.3 Κατάρτιση σύμβασης ιατρικής αγωγής .....  | 40   |
| 8.4 Περιπτώσεις μη έγκαιρης κατάρτισης σύμβασης ιατρικής αγωγής ...                     | 40   |
| 9. ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ .....   | 42   |
| 9.1 Ορισμός ιατρικού σφάλματος .....  | 42   |
| 9.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση ιατρικού σφάλματος .                        | 43   |
| 9.3 Κριτήρια εξειδίκευσης της έννοιας του ιατρικού σφάλματος .....                      | 45   |
| 9.4 Αιτίες ιατρικών σφαλμάτων κατά τη διάγνωση, θεραπεία και χειρουργική επέμβαση ..... | 46   |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 9.5    | Κατηγορίες ιατρικών σφαλμάτων .....  | 48 |
| 9.6    | Σφάλμα σχετικό με τη διάγνωση .....  | 49 |
| 9.7    | Σφάλμα σχετικό με τη θεραπεία .....  | 54 |
| 9.7.1  | Θεραπεία και θεραπευτικές αστοχίες .....   | 54 |
| 9.8    | Περαιτέρω ενδεικτική περιπτώσιολογία δικαστικών αποφάσεων για ιατρικά σφάλματα κατά το διαγνωστικό και θεραπευτικό στάδιο .... | 57 |
| 9.9    | Ιατρικά σφάλματα κατά το προεγχειρητικό, εγχειρητικό και μετεγχειρητικό στάδιο .....   | 62 |
| 9.10   | Η διαπίστωση του ιατρικού σφάλματος .....  | 68 |
| 9.11   | Σοβαρό ιατρικό σφάλμα – Ανθρώπινο λάθος .....  | 69 |
| 10.    | ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ .....  | 71 |
| 10.1   | Μέτρο επιμέλειας των ιατρών .....  | 71 |
| 10.2   | Ιατρική αμέλεια στο πλαίσιο του δικαίου της ιατρικής αστικής ευθύνης .....   | 75 |
| 10.3   | Ιατρική αμέλεια με την έννοια του ποινικού δικαίου .....   | 76 |
| 10.4   | Ιατρική παράλειψη .....  | 77 |
| 11.    | ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ .....   | 78 |
| 11.1   | Γενικά .....   | 78 |
| 11.2   | Θεωρίες περί του νομικού χαρακτηρισμού της ιατρικής ευθύνης .....  | 81 |
| 11.3   | Νομική φύση της ιατρικής ευθύνης .....   | 81 |
| 11.4   | Βάση της ιατρικής ευθύνης .....  | 82 |
| 11.5   | Νομικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης .....  | 84 |
| 11.6   | Συγκλίνουσα ιατρική δραστηριότητα .....  | 85 |
| 11.6.1 | Ορισμός .....  | 85 |
| 11.6.2 | Κατανομή συγκλίνουσας ιατρικής ευθύνης .....   | 85 |
| 12.    | ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ .....  | 89 |
| 12.1   | Ορισμός .....  | 89 |
| 12.2   | Περιεχόμενο αστικής ιατρικής ευθύνης .....   | 89 |
| 12.3   | Προϋποθέσεις θεμελίωσης ιατρικής ευθύνης .....   | 91 |
| 12.4   | Συμβατική ευθύνη ιατρού .....  | 92 |
| 12.4.1 | Περιεχόμενο συμβατικής ευθύνης .....   | 92 |
| 12.4.2 | Ευθύνη ιατρού λόγω παραβίασης υποχρέωσης ενημέρωσης .....  | 93 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 12.5   | Αδικοπρακτική ευθύνη ιατρού .....                                 | 94  |
| 12.5.1 | Περιεχόμενο αδικοπρακτικής ευθύνης .....                          | 94  |
| 12.5.2 | Προϋποθέσεις αδικοπρακτικής ευθύνης .....                         | 94  |
| 13.    | ΕΥΘΥΝΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ .....   | 98  |
| 13.1   | Ορισμός αστικής ευθύνης Δημοσίου .....                            | 98  |
| 13.2   | Προϋποθέσεις αστικής ευθύνης Δημοσίου .....                       | 98  |
| 13.3   | Ανάλυση προϋποθέσεων αστικής ευθύνης δημόσιου Νοσοκομείου ..      | 100 |
| 13.4   | Προσωπική ευθύνη οργάνου Δημοσίου .....                           | 107 |
| 13.5   | Αποδεικτικά μέσα θεμελίωσης ευθύνης Δημοσίου .....                | 109 |
| 13.6   | Κατανομή βάρους απόδειξης .....                                   | 111 |
| 13.7   | Η ανωτέρα βία ως όριο της ιατρικής ευθύνης του Δημοσίου .....     | 112 |
| 14.    | ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ .....                                  | 113 |
| 14.1   | Καταβολή αποζημίωσης .....  | 113 |
| 14.1.1 | Αποζημίωση λόγω ηθικής βλάβης .....                               | 118 |
| 14.2   | Η επανόρθωση του ιατρικού σφάλματος .....                         | 122 |
| 15.    | ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΠΡΟΣΤΗΣΗΣ .....                         | 126 |
| 15.1   | Έννοια ευθύνης από τη σχέση πρόσκτησης .....                      | 126 |
| 15.2   | Ευθύνη Ν.Π.Ι.Δ. και ιατρού από τη σχέση πρόσκτησης .....          | 126 |
| 16.    | ΕΥΘΥΝΗ ΠΕΡΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΛΛΟΤΡΙΩΝ .....                             | 129 |
| 16.1   | Έννοια ευθύνης περί διοίκησης αλλοτρίων .....                     | 129 |
| 17.    | ΕΥΘΥΝΗ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ .....                                 | 131 |
| 17.1   | Νομικό πλαίσιο ευθύνης .....                                      | 131 |
| 17.2   | Έννοια – χαρακτηριστικά παρεχόμενης υπηρεσίας .....               | 132 |
| 17.3   | Περιεχόμενο ευθύνης .....   | 133 |
| 17.4   | Κριτήρια στοιχειοθέτησης ευθύνης .....                            | 135 |
| 17.5   | Αστική ευθύνη Δημόσιου Νοσοκομείου κατά άρθρο 8 Ν. 2251/94 ...    | 138 |
| 18.    | ΠΟΙΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ .....  | 140 |
| 18.1   | Ορισμός .....   | 140 |
| 18.2   | Περιεχόμενο ποινικής ευθύνης .....                                | 140 |
| 18.3   | Περιπτώσεις ποινικής ευθύνης .....                                | 143 |
| 18.4   | Στοιχειοθέτηση ιατρικής αμέλειας στο πλαίσιο του ποινικού δικαίου | 144 |
| 18.5   | Προϋποθέσεις στοιχειοθέτησης αδικημάτων αμέλειας .....            | 146 |
| 18.6   | Ιδιαίτερη νομική υποχρέωση ιατρού .....                           | 150 |

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 18.7 | Ενδεικτική παρουσίαση νομολογίας .....           | 152 |
| 19.  | ΕΥΘΥΝΗ ΣΕ ΑΥΤΟΓΝΩΜΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ .....   | 156 |
| 20.  | ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ .....                          | 158 |
| 20.1 | Περιεχόμενο πειθαρχικής ευθύνης ιατρού .....     | 158 |
| 21.  | ΕΥΘΥΝΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ .....              | 161 |
| 21.1 | Νομικό πλαίσιο .....                             | 161 |
| 21.2 | Περιεχόμενο ευθύνης πανεπιστημιακού ιατρού ..... | 162 |
| 22.  | ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ .....     | 166 |
| 22.1 | Οικονομικές επιπτώσεις .....                     | 166 |
| 23.  | ΑΜΥΝΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ .....                           | 169 |
| 24.  | ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....                         | 171 |
| 25.  | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....                               | 175 |
| 26.  | ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....                                  | 181 |
| 27.  | ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ & ΠΗΓΕΣ .....                       | 184 |

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

|  |  |
|--|--|
| ΑΝ= Αναγκαστικός Νόμος                               | ΕφΠειρ= Εφετείο Πειραιά                                      |
| ΑΕΔ= Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο                       | Ε.Σ.Υ.= Εθνικό Σύστημα Υγείας                                |
| ΑΠ= Άρειος Πάγος                                     | ΚΔΔ= Κώδικας Διοικητικής Δικονομίας                          |
| ΑΚ= Αστικός Κώδικας                                  | Κ.Ι.Δ.= Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας                        |
| ΔΕφΑθ= Διοικητικό Εφετείο Αθηνών                     | ν.π.δ.δ.= νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου                    |
| ΔΕφΘεσσαλονίκης= Διοικητικό Εφετείο Θεσσαλονίκης     | ν.π.ι.δ.= νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου                   |
| ΔΕφΙωανν= Διοικητικό Εφετείο Ιωαννίνων               | Ν= νόμος   |
| ΔΕφΠειρ= Διοικητικό Εφετείο Πειραιά                  | ΠΔ= Προεδρικό Διάταγμα                                       |
| ΔΠρΑθ= Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών                 | ΠΚ = Ποινικός Κώδικας  |
| ΔΠρΗρακλείου= Διοικητικό Πρωτοδικείο Ηρακλείου       | ΠολΠρΑθηνών= Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών                    |
| ΔΠρΚαλαμάτας= Διοικητικό Πρωτοδικείο Καλαμάτας       | ΠολΠρΘεσσαλονίκης= Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης        |
| ΔΠρΘεσσαλονίκης= Διοικητικό Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης | ΣυλλΝομολ= Συλλογή Νομολογίας                                |
| ΔΠρΠατρών= Διοικητικό Πρωτοδικείο Πατρών             | ΣτΕ= Συμβούλιο της Επικρατείας                               |
| ΔΠρΠειρ= Διοικητικό Πρωτοδικείο Πειραιά              | ΣυμβΠλημΘεσσαλονίκης= Συμβούλιο Πλημμελειοδικών Θεσσαλονίκης |
| ΕισΝΑΚ= Εισαγωγικός Νόμος Αστικού Κώδικα             | Σ= Σύνταγμα της Ελλάδος                                      |
| ΕφΑθ= Εφετείο Αθηνών                                 | ΤριμΔΠρΑθ= Τριμελές Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών            |
| ΕφΘεσσαλονίκης= Εφετείο Θεσσαλονίκης                 | ΤριμΕφΛάρισας= Τριμελές Εφετείο Λάρισας                      |
| ΕφΛάρισας= Εφετείο Λάρισας                           | ΥΚ= Υπαλληλικός Κώδικας                                      |
|  | ΦΕΚ= φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως                        |

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*«Υπέρτατος νόμος είναι η ωφέλεια, το καλό του ασθενή – salus aegroti suprema lex est».*

Ο αρχαίος Λατίνος φιλόσοφος Αυγουστίνος Ιππώνος ανέφερε ότι *«σφάλλιν είναι ανθρώπινο» (errare humanum est).*

*«Το σφάλλιν ανθρώπινον (Πλούταρχος). Το συγχωρείν θείον. Αλλά αυτό δεν συμβάλλει στη μείωση των λαθών ούτε βοηθά τον άρρωστο»*

*«Ο βίος βραχύς, η δε τέχνη μακρά, ο δε καιρός οξύς, η δε πείρα σφαλερή, η δε κρίσις χαλεπή», Ιπποκράτης*

Η Ιατρική Επιστήμη διαδραματίζει αναμφίβολα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για τον άνθρωπο αφού είναι επιφορτισμένη με την προστασία του σημαντικότερου αγαθού του, της υγείας του. Στο πλαίσιο αυτής της λειτουργίας της Ιατρικής, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν συχνά τους θεράποντες ιατρούς ως «σωτήρες» αποδίδοντάς τους ιδιαίτερο σεβασμό και εκτίμηση.

Ο Ιπποκράτης στον όρκο του αναφέρει μεταξύ άλλων *«...θα χρησιμοποιήσω τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά την δύναμη και την κρίση μου αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω...»*. Ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί τον κορυφαίο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ανά τους αιώνες και οι βασικές του αρχές (το ωφελείν, το μη βλάπτειν) παραμένουν ακατάλυτες μέχρι σήμερα. Στον όρκο του Ιπποκράτη αναφέρεται ότι πάνω από τους νόμους και τους κανόνες είναι το ήθος, η συνείδηση, το χρέος και το καθήκον του ιατρού που πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες του σε όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτως της οικονομικής και κοινωνικής κατάστασής τους και αυτή είναι η τεράστια διαχρονική σημασία και αξία του όρκου του.

Κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων είναι πιθανόν να συμβεί ιατρικό σφάλμα εκ μέρους του ιατρού, γεγονός που επιφέρει συνέπειες τόσο στον ασθενή όσο και στον ιατρό. Τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν ένα πολύ συχνό φαινόμενο στα συστήματα υγείας και μια από τις σημαντικές αιτίες θανάτου και πρόκλησης ζημίας παγκοσμίως.

## 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το πρόβλημα της ιατρικής ευθύνης είχε απασχολήσει ως προς τα νομικά της ζητήματα και την αρχαιότητα αν και τα τελευταία χρόνια έχει αποκτήσει τη σημερινή της διάσταση, σπουδαιότητα και σοβαρότητα.

Υποστηρίζεται ότι η φράση «ο ήλιος φωτίζει τις επιτυχίες των γιατρών, η δε γη καλύπτει τα σφάλματά τους» ειπώθηκε υπό του Νικοκλέους, Βασιλιά της Κύπρου κατά τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.χ διότι υπήρχε μεγάλη δυσκολία πολλές φορές για να αποδειχθεί το λάθος του ιατρού.

Ο πρώτος ποινικός κώδικας εμφανίστηκε περίπου το 2259 π.χ από το Χαμουραμί που ήταν βασιλιάς της Βαβυλωνίας, περιείχε 250 νόμους μεταξύ των οποίων και νομικούς κανόνες για την ιατρική αμέλεια και καθόριζε ακόμη και τις αμοιβές των ιατρών. Οι ποινές που προβλέπονταν κατά των ιατρών που μετά από επέμβαση πλήγωσαν ή θανάτωσαν άνθρωπο, ελεύθερο ή δούλο, ήταν βαρύτατες. Ορίζονταν ότι «*δια τον αποτυγχάνοντα στην εγχείριση χειρουργό προβλέπονταν ως ποινή η αποκοπή της χειρός του*». Αν δηλαδή ο ιατρός κατά την εγχείριση με το χειρουργικό εργαλείο προκαλούσε σοβαρή πληγή που επέφερε τον θάνατο του ασθενούς ή αν εγχείριζε τον οφθαλμό του ασθενούς με συνέπεια να τον απολέσει, αποκόπτονταν τα χέρια του ιατρού. Σύμφωνα λοιπόν με τη συλλογή του Χαμουραμί προβλεπόταν η ποινή της αποκοπής των χεριών, σε περίπτωση αποτυχίας της εγχείρισης που επιχειρούσε ο ιατρός.

Σχετικές αναφορές για την ευθύνη των ιατρών για τα σφάλματα κατά την άσκηση του λειτουργήματός του συναντούμε στο Διόδωρο, στο Σικελιώτη και στον Πλούταρχο. Ο όρος «*ευθύνη*» συναντάται στην αρχαία ελληνική γραμματεία (*Πλάτωνος*, Πρωταγόρα, 326 d-e, *Αριστοφάνους*, Σφήκες, 571, *Αριστοτέλους*, Ρητορική, 1411 β 18-20 και *Αθηναίων Πολιτεία*, XLVIII, 4). Ο αντίστοιχος όρος της αρχαίας ελληνικής γλώσσας είναι «*εύθυμα*» και σήμαινε «*το ποιείν τι ευθύ, διόρθωσις, τιμωρία, κόλασις*». Στην Αρχαία Αθήνα ο όρος ευθύνη είχε την έννοια της λογοδοσίας στην οποία υποχρεούνταν ο δημόσιος υπάλληλος κατά το τέλος της θητείας του σε ένα δημόσιο αξίωμα. Η έννοια της ευθύνης συνδέονταν με την υπεγγυότητα του προσώπου και της περιουσίας του υπευθύνου (οφειλέτη) έναντι του δανειστή.

Ο Αριστοτέλης ανέπτυξε θεωρία περί του αδίκου και της συναίνεσης του παθόντος, ως λόγο αποκλεισμού του αδίκου, η οποία περιλαμβάνεται στα «*Ηθικά Νικομάχεια*»

*«...βλάπτεται μεν ουν τις εκών και τάδικα πάσχει, αδικείται δ' ουδείς εκών... εκών γαρ πάσχει, αδικείται δ' ουδείς εκών».*

Ο Πλάτωνας δεν δέχεται ευθύνη ιατρών και μάλιστα πρόσβευε ότι *«ιατρών δε περί πάντων αν ο θεραπευόμενος υπ' αυτών ακόντων τελευτά, καθαρός εστί κατά νόμον».*

Τον 7<sup>ο</sup> αιώνα π.χ. ο Δράκων, ο πρώτος νομοθέτης της Αρχαίας Αθήνας, καθόρισε πολύ αυστηρές ποινές και η πιο ήπια ήταν ο θάνατος. Η άσκηση της ιατρικής πραγματοποιούνταν υπό τη «δαμόκλειο σπάθη» του νόμου και πιθανολογείται ότι οι ιατρικές πράξεις γίνονταν κρυφά σε σπίτια για τον κίνδυνο επιπλοκών οι οποίες θα είχαν θλιβερές συνέπειες για τον ιατρό. Αυτό καθυστέρησε την εξέλιξη και την πρόοδο της ιατρικής. Τα «δρακόντεια μέτρα» αντικαταστάθηκαν το 594 π.χ. από τη νομοθεσία του Σόλωνα.

Στην Αρχαία Ελλάδα δεν υπήρχε ειδική νομοθεσία για την ιατρική αμέλεια και ευθύνη, όμως γίνονταν λόγος για την αναγκαιότητα «ερής άσκησης» της ιατρικής. Στην Αρχαιότητα, ο ιατρός αποφάσιζε αν θα αναλάβει τη θεραπεία του αρρώστου και σε περίπτωση που η ασθένεια ήταν μη ιάσιμη, παρέπεμπε τον ασθενή στα Ασκληπιεία όπου βρίσκονταν ιερείς ιατροί εφαρμόζοντας μαγική-θεουργική θεραπευτική προσέγγιση. Μέχρι τον 6<sup>ο</sup> αιώνα π.χ. επικρατούσε η θεοκρατική αντίληψη της ιατρικής, όπου ο ιατρός είναι μάγος-θεουργός και όχι ιατρός-θεραπευτής, οπότε δεν γίνεται λόγος για ιατρικά σφάλματα. Στην Αρχαία Ελλάδα, στον τομέα της Ιατρικής, οι Έλληνες υπερέβησαν τα όρια της πρωτόγονης Ιατρικής, με αποτέλεσμα να αναγνωρίζεται η Ελλάδα ως κοιτίδα της επιστημονικής ιατρικής και ο Ιπποκράτης πατέρας αυτής. Ο Ιπποκράτης ταξινομήσε συστηματικά την Ιατρική και πρώτος επιχείρησε την αντιμετώπιση των νόσων με μέθοδο. Συνέδεσε τη νόσο με τα αίτια που την προκαλούσαν, απορρίπτοντας τις δεισιδαιμονίες και τα μάγια και μεταφέροντας έτσι την ιατρική από την μαγεία στην επιστήμη. Όπως φαίνεται στα κείμενα του «Corpus Hyppocraticum», ο Ιπποκράτης εφαρμόζει τη σημερινή κλινική μεθοδολογία, δηλαδή την επισκόπηση, ψηλάφηση, ακρόαση, προκειμένου να καταλήξει σε σωστή διάγνωση. Επίσης, συνιστούσε και εφάρμοζε χειρουργικές επεμβάσεις εκεί όπου χρειαζόνταν (πχ διάνοιξη αποστήματος). Δεν υπάρχουν όμως διατάξεις για την ευθύνη των ιατρών, αλλά προκύπτει το ανεύθυνο των ιατρών μέσα από έργα ιστορικών. Τον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.χ. στην Ιπποκρατική εποχή και μετά το διαχωρισμό της ιατρικής από τους ιερείς και μάγους, την καθιέρωση της παρατήρησης, της καταγραφής και διάδοσης της ιατρικής επιστήμης, ο Ιπποκράτης σχολιάζει ότι



*«όποιος μάθει να εφαρμόζει σωστά όσα έχουν γραφεί, δεν κάνει μεγάλα σφάλματα στην ιατρική»* ρίχνοντας με αυτό τον τρόπο τα πρώτα σπέρματα της ιατρικής εκπαίδευσης. Ο μεγάλος λοιμός του Πελοποννησιακού πολέμου θεωρήθηκε μεγάλο ιατρικό λάθος και υπονόμωσε την επιστημονική και επαγγελματική αξιοπιστία των ιατρών. Ο Ιπποκράτης ανέφερε επίσης ότι *«η σημερινή αδυναμία μας να δώσουμε απαντήσεις σε κρίσιμα προβλήματα δεν σημαίνει ότι η επιστήμη δεν θα μπορέσει να τα λύσει στο μέλλον»*. Αναφορά για την έλλειψη ειδικής νομοθετικής ρύθμισης της ιατρικής ευθύνης κάνει ο Ιπποκράτης στο «Νόμο» του.

Στην Αίγυπτο η ιατρική ευθύνη είχε καθιερωθεί από Ιερά Βίβλο. Έτσι, ο ιατρός όφειλε να τηρεί τους κανόνες της Ιατρικής που περιλαμβάνονταν σε αυτήν. Το πρώτο ιατρικό λάθος από κακή διάγνωση και θεραπεία αναφέρεται ότι πραγματοποιήθηκε από Αιγυπτίους ιατρούς, όταν κλήθηκαν να εξετάσουν στην Περσία το Βασιλιά Δαρείο, ο οποίος είχε υποστεί κάταγμα ή και διάστρεμμα στο κυνήγι και υπέφερε από φρικτούς πόνους, σύμφωνα με τις περιγραφές του Ηροδότου. Κλήθηκε και τον θεράπευσε ο Δημοκίδης ο Κροτωνιάτης, μεγάλος ιατρός της Αρχαιότητας που ήταν αιχμάλωτός του. Ο Ηρόδοτος περιγράφει τον ανθρωπισμό του Δημοκίδη που κατάφερε να γλιτώσει από βέβαιο θάνατο τους Αιγυπτίους ιατρούς, οι οποίοι είχαν κληθεί για να θεραπεύσουν τον βασιλιά Δαρείο. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι στον Κρότωνα υπήρχε Σχολή Αθλητών όπου ο Δημοκίδης είχε αποκτήσει εμπειρία σε ατυχήματα. Στη νομοθεσία της Αιγύπτου υπήρχαν σχετικοί νομικοί κανόνες για την ιατρική αμέλεια, σύμφωνα με τον Ηρόδοτο.

Ο Γαληνός αναφέρεται στον αντίκτυπο του ιατρικού λάθους στη φήμη του ιατρού λέγοντας ότι ένας νεαρός και φιλόδοξος ιατρός με καλή εκπαίδευση στην Ιατρική Σχολή της Αλεξάνδρειας προσπάθησε μάταια να θεραπεύσει τη γυναίκα πλούσιου Πέρση από στείρωση, αλλά αναγκάστηκε να εγκαταλείψει την πόλη όπου εργαζόταν και έγινε περιοδεύων ιατρός και η φήμη για την αποτυχία του τον ακολουθούσε παρά τις υπόλοιπες καλές επιδόσεις του.

Στο Ρωμαϊκό Δίκαιο, η ιατρική ευθύνη αποτέλεσε αντικείμενο ειδικών ρυθμίσεων και πέραν της αστικής αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά και η ποινική ευθύνη με τις ανάλογες κυρώσεις. Στην Ελληνορωμαϊκή εποχή, το 219 π.χ. ο πρώτος χειρουργός που ονομαζόταν Αρκάγαθος αναγκάστηκε να εγκαταλείψει τη Ρώμη λόγω πολλών προβλημάτων, πιθανότατα από επώδυνες χειρουργικές πράξεις και να επιστρέψει στη Σπάρτη. Στην Ελληνορωμαϊκή εποχή είναι δύσκολο να καθορισθεί το τεχνικό λάθος κατά τη νοσηλεία

του αρρώστου, γιατί δεν υπήρχαν κατευθυντήριες γραμμές για τη σωστή θεραπεία. Κατά τη ρωμαϊκή νομοθεσία, αποτελούσε ποινικό αδίκημα ο θάνατος που συνέβαινε κατά τη νοσηλεία αρρώστου στην οποία εμπλέκονταν ιατροί. Στη Ρώμη οι ιατροί απαλλάσσονταν πάντοτε λόγω της δυσκολίας της απόδειξης του σφάλματός τους. Εφαρμόστηκε ο «*Ακουίλιος Νόμος*» που πρόβλεπε την αστική ευθύνη του ιατρού και συγκεκριμένα έθετε μεταξύ των προϋποθέσεων για τη θεμελίωση της υποχρέωσης για αποζημίωση την ύπαρξη έστω και ελαφρότατης αμέλειας από την πλευρά του ιατρού.

Κατά την περίοδο του 11<sup>ου</sup>-15<sup>ου</sup> αιώνα, η ιατρική ασκούνταν ανεξέλεγκτα, ενώ μετά τη Γαλλική Επανάσταση (1789), η ιατρική ευθύνη αντιμετωπιζόταν πάνω σε καθαρά νομική βάση. Ο ιδρυτής της Ιατροδικαστικής Εταιρείας στο Παρίσι Legrand de Saucy, το 1874 διακήρυξε ότι *«Κανείς δεν δικαιούται να τοποθετείται υπεράνω του νόμου. Και ο γιατρός είναι αρκετά βέβαιος για τον εαυτό του, ώστε να μην επιδιώκει εξαίρεση σ' αυτό»*. Πριν τη Γαλλική Επανάσταση, πολλές δικαστικές αποφάσεις απάλλαξαν από την κατηγορία ιατρούς, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις τιμωρούσαν τους καταγγέλλοντες. Το 1872 εκδόθηκε στη Γαλλία ο πρώτος νόμος που αφορούσε την άσκηση της ιατρικής, χωρίς να ρυθμίζει το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης. Έκτοτε εξεδόθησαν πολλές δικαστικές αποφάσεις που καθιέρωσαν οριστικά την ιατρική ευθύνη.

Στο Αγγλοσαξονικό δίκαιο, από το έτος 1898 τα δικαστήρια αναγνώριζαν ότι κάθε ιατρός έχει ένα *«υπονοούμενο καθήκον»* να λειτουργεί σύμφωνα με τις γνώσεις και τις πρακτικές που επικρατούν στο ιατρικό επάγγελμα.

Το *«ανεξέλεγκτο ιατρικό προνόμιο»* ανήκει σε εποχές πριν τον Γαλλικό Διαφωτισμό και τα έργα του Μολιέρου (πχ *«ο κατά φαντασίαν ασθενής»*) αναφέρονται στο *«απεριόριστο ιατρικό προνόμιο»* της εποχής, στην *«ιατρική εξουσία»* που συχνά κάλυπτε την επιστημονική άγνοια. Μέχρι τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα ο ιατρός απολάμβανε *«απολύτου προνομίου»* ευθυνόμενος μόνο για τη σπάνια περίπτωση που υπήρχε δόλος, διαφορετικά ήταν παντελώς ανεύθυνος. Κατά τη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα υπήρξαν εποχές σχετικού ιατρικού προνομίου.

Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης αντιμετωπίστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα το έτος 1902, όπου κρίθηκε η υπόθεση κατά την οποία κατηγορήθηκε ιατρός για ανθρωποκτονία και συγκεκριμένα διότι διέκοψε, επειδή δεν του προσφέρθηκε η νόμιμη αμοιβή, τη θεραπεία παιδιού που έπασχε από διφθερίτιδα, με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος του ασθενούς *«από την παράλειψη της εφαρμογής των υπό της επιστήμης*

*επιβαλλομένων μέτρων*». Επί της υποθέσεως εξεδόθη η αριθ. 56/1903 απόφαση η οποία παρέπεμψε τον ιατρό για να δικασθεί.

Στη χώρα μας θερμός υποστηρικτής του ανεύθυνου των ιατρών στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα υπήρξε ο καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Μέρμηγκας ο οποίος πρέσβευε ότι *«ο ιατρός δεν πρέπει να απειλείται υπό ποινικής τιμωρίας δι' οιαδήποτε πράξιν ήν επεχείρησεν προς θεραπευτικόν σκοπόν από αγαθού συνειδότος»* και δέχονταν ότι ποινική δίωξη κατά ιατρού δικαιολογείται μόνον για πράξεις *«αυτές καθ' εαυτές εγκληματικές»*.

Στη συνέχεια διατυπώθηκε η *θεωρία της ελαττωμένης ευθύνης του ιατρού*, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός ευθυνόταν μόνο για δόλο και βαριά αμέλεια. Η διατύπωση έστω και περιορισμένης ευθύνης συνηγορούσε υπέρ της ύπαρξης ευθύνης, η οποία στη συνέχεια μετατράπηκε σε πλήρη ευθύνη του ιατρού με βάση το κοινό δίκαιο (*σύγχρονη θεωρία της πλήρους ευθύνης του ιατρού*). Στις σύγχρονες κοινωνίες του πλουραλισμού, του τεχνοκρατισμού, της διάχυτης ενημέρωσης το *«ιατρικό προνόμιο»* έχει ελαχιστοποιηθεί και έχει ενισχυθεί ο ρόλος του αυτοκαθορισμού του ασθενή με το δικαίωμα της προηγούμενης ενημερωμένης συναίνεσής του. [6, 31, 39]

### 3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

#### 3.1. Η ιατρική επιστήμη

Ιατρική πράξη είναι οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδος, ακόμα και ερευνητική, που έχει σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και γενικότερα η συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση και αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ανθρώπου. Η ιατρική πράξη αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή κοινωνικής και επαγγελματικής σχέσης, η οποία λόγω των ιδιοτεροτήτων της δεν καθορίζεται άμεσα από το Δίκαιο. Κάθε ιατρική πράξη προσβάλλει εκ των πραγμάτων τη σωματική ακεραιότητα και σε δεύτερο βαθμό την προσωπικότητα και την ιδιωτική ζωή του ασθενούς. Κάθε ενέργεια του ιατρού εμπεριέχει κινδύνους οι οποίοι σύμφωνα με το νόμο των πιθανοτήτων κάποτε πραγματοποιούνται. Η ιατρική είναι μία πράξη εμπειρική και το τυχαίο περιβάλλει κάθε διαγνωστική, θεραπευτική, προληπτική και ερευνητική πράξη.

Κάθε ιατρική πράξη πρέπει να ενεργείται στις ακόλουθες περιπτώσεις: α) όταν στη συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται η ενδεδειγμένη ή έστω μία από τις πλέον ενδεδειγμένες επεμβάσεις και ιατρικές πράξεις β) όταν εκτελείται η ιατρική πράξη σύμφωνα με τους κοινώς παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης, χωρίς δηλαδή να παρατηρηθεί οποιαδήποτε ιατρική αμέλεια γ) όταν προηγείται σχετική ενημέρωση του ασθενούς και εξασφαλίζεται η συναίνεσή του ή, σε περίπτωση αδυναμίας, των οικείων του.

Η «*αποτυχημένη ιατρική πράξη*» περιλαμβάνει τις ενέργειες εκείνες που συνεπάγονται ζημία του ασθενούς που κατά κανόνα προκύπτει από την προσβολή αγαθών που απορρέουν από την ανθρώπινη προσωπικότητα (π.χ. θάνατος, βλάβη υγείας, σωματική ακεραιότητα) ή και περιουσιακή ζημία όταν για παράδειγμα ο ασθενής υποβάλλεται σε περιττές δαπάνες. Η αποτυχημένη ιατρική πράξη έχει τις ακόλουθες μορφές: α) μη επίτευξη της θεραπείας, δηλαδή μη αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, με συνέπεια η κατάστασή του να παραμείνει ή ίδια ή συνηθέστερα να χειροτερεύσει επιπρόσθετα, λόγω της εξέλιξης της ασθένειας που δεν αποκαταστάθηκε β) χειροτέρευση της υγείας, λόγω παρενεργειών και επιπλοκών από την ιατρική πράξη, ανεξάρτητα από την αποκατάσταση του συγκεκριμένου προβλήματος στο οποίο απέβλεψε η ιατρική πράξη

και γ) αδιάφορη συμπεριφορά του ιατρού που είχε βλαπτικές συνέπειες στην υγεία του ασθενούς.

«*Ιατρικός ή θεραπευτικός κίνδυνος*» καλείται η πιθανολόγηση της δυσμενούς για την υγεία του ασθενούς έκβασης μιας ιατρικής πράξης. Ο ιατρικός κίνδυνος συναρτάται με τον παράγοντα του τυχαίου και πέραν τούτου είναι συνυφασμένος με την εξελικτική πορεία της υγείας του ασθενούς. Μία ιατρική πράξη, ακόμη και αν ολοκληρωθεί *lege artis*, δηλαδή σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, δεν μπορεί να είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε βελτίωση της υγείας του ασθενή. Ο ιατρικός ή θεραπευτικός κίνδυνος είναι συνεπώς διαρκώς παρών σε κάθε ιατρική πράξη, ακόμα και στην πλέον συνήθη. Το στατιστικά υπολογισμένο ποσοστό αποτυχίας αναδεικνύεται ως κρίσιμο στοιχείο που θα διευκολύνει τη διάκριση μεταξύ αποτυχημένης ιατρικής πράξης και ιατρικού σφάλματος.

Ο όρος «*ιατρικό σφάλμα*» θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο εφόσον αποδεικνύεται ότι η αποτυχημένη ιατρική πράξη οφείλεται σε χειρισμούς, ενέργειες ή παραλείψεις των εμπλεκομένων ιατρών ή του υγειονομικού προσωπικού που έλαβαν χώρα κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και των υποχρεώσεων επιμέλειας ή κατά μία άλλη διατύπωση κατά παρέκκλιση από τα ιατρικά standards, δηλαδή από το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται στη δεδομένη περίπτωση η παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Αντί του όρου *ιατρικό σφάλμα* μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο όρος «*ζημιογόνος ιατρική πράξη ή παράλειψη*».

Λόγοι που αίρουν τον παράνομο χαρακτήρα της ιατρικής πράξης: 1) *η συναίνεση του ασθενούς* (αναλύεται παρακάτω) 2) *η αποδοχή των κινδύνων*. Η αποδοχή των κινδύνων ορισμένης συμπεριφοράς τρίτου προσώπου, χωρίς να υπάρχει ρητή συναίνεση του παθόντος (επικίνδυνες χειρουργικές επεμβάσεις), αίρει τον παράνομο χαρακτήρα της συμπεριφοράς. Επομένως, κάθε φορά που επέρχεται βλάβη, λόγω συμπεριφοράς τρίτου προσώπου, σε ένα έννομο αγαθό αυτού που αποδέχθηκε τους κινδύνους, η συμπεριφορά του τρίτου δεν θα είναι παράνομη εφόσον α) η σχέση τρίτου και παθόντος είναι νόμιμη (σύμβαση ιατρού – ασθενούς) και β) ο κίνδυνος δεν είναι δυσανάλογος με τον επιδιωκόμενο σκοπό (χειρουργική επέμβαση επικίνδυνη αλλά απολύτως αναγκαία). Αντιθέτως, δεν αίρεται ο παράνομος χαρακτήρας της επικίνδυνης επέμβασης που γίνεται για καθαρά αισθητικούς λόγους, από την οποία επέρχεται ακρωτηριασμός ή θάνατος 3) *η σύγκρουση περισσότερων έννομων αγαθών του ίδιου προσώπου*. Είναι η περίπτωση κατά

την οποία ένα ή περισσότερα έννομα αγαθά ενός προσώπου διατρέχουν άμεσο κίνδυνο και για να σωθούν πρέπει να θυσιασθεί άλλο ή άλλα αγαθά του ίδιου προσώπου και την απόφαση για το ποιο ή ποια θα θυσιασθούν λαμβάνεται από τρίτο πρόσωπο που θεωρείται «διοικητής αλλοτρίων». Επομένως, η ευθύνη του τρίτου για τη ζημία που αναγκαστικά προκάλεσε στον παθόντα με την επέμβασή του περιορίζεται μόνο στις περιπτώσεις δόλου ή βαριάς αμέλειας (δεν είναι παράνομη συμπεριφορά η αναγκαία επέμβαση του χειρουργού στο σώμα του ασθενούς τη στιγμή που αυτός έχει χάσει τις αισθήσεις του και δεν μπορεί για το λόγο αυτό να συναινέσει). **[18, 26, 30]**

## 4. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ

### 4.1. Ιατρική δεοντολογία

Η ιατρική ευθύνη είναι ευθύνη δεοντολογική, δηλαδή έχει τη βάση της στις αρχές και στους κανόνες δεοντολογίας. Οι κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας αποτελούν βασικό οδηγό επαγγελματικής συμπεριφοράς για τους ιατρούς, κανόνες επαγγελματικής ηθικής, καθορίζουν το πλαίσιο δράσης τους οριοθετώντας το εύρος αυτής. Η ιατρική ως επιστήμη που ασχολείται με την πρόληψη και θεραπεία των ασθενειών και ως εκ τούτου με την προστασία του υπέρτατου αγαθού της ανθρώπινης ζωής και υγείας είναι συνυφασμένη με την τήρηση ενός δεοντολογικού πλαισίου που θα αποτελεί τη βάση για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Οι κανόνες δεοντολογίας οριοθετούν το εύρος της θεμιτής δράσης και καθορίζουν τα κριτήρια για την ευθύνη του ιατρού, το παράνομο και την υπαιτιότητα. Θεωρώντας τους κανόνες δεοντολογίας ως βάση της ευθύνης του ιατρού, παράνομη θεωρείται η συμπεριφορά του ιατρού όχι μόνο όταν προσκρούει σε συγκεκριμένο ειδικό κανόνα δικαίου αλλά και όταν εξέρχεται με τις πράξεις του από τα όρια που ορίζονται κάθε φορά από τα συναλλακτικά ήθη και την καλή πίστη, η υπέρβαση των οποίων θεμελιώνει αστική ευθύνη. Οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας από κανόνες επαγγελματικής ηθικής έχουν εξελιχθεί σε κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά ιατρών-ασθενών και ως εκ τούτου αποκτούν υποχρεωτική ισχύ και γίνονται αποδεκτοί από το σύστημα δικαίου. Περίπτωση διασύνδεσης της ιατρικής δεοντολογίας με το δίκαιο αποτελεί η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς. Το δικαίωμα στην αυτονομία συνίσταται στην υποχρεωτική ενημέρωση του ασθενούς πριν από κάθε ιατρική πράξη και στη χορήγηση μετέπειτα συναίνεσης για την εκτέλεσή της.

Με το ν. 3418/2005 τέθηκε σε ισχύ ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ.). Ο Κ.Ι.Δ. κινείται γύρω από τον βασικό άξονα ότι ο ιατρός κατά την άσκηση της ιατρικής πρέπει να ενεργεί με προσοχή και ικανότητα, συμπάσχοντας παράλληλα και φροντίζοντας για τις ανάγκες του ασθενούς, ακολουθώντας το ισχύον νομικό και ηθικό πλαίσιο. Θέτει τους γενικούς κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Αποτελεί ειδική νομοθεσία που αφορά την άσκηση της ιατρικής και ισχύει επικουρικά και παράλληλα με το λοιπό δικαιοϋ πλαίσιο του Συντάγματος και των νόμων. Ο Κ.Ι.Δ. κατάργησε το Β.Δ. 25.5/6.7.1955, όχι όμως και όλα τα άρθρα του Α.Ν. 1565/1939, παρά μόνον εκείνα που κατάργησε το προαναφερόμενο Β.Δ. το οποίο δημιουργήθηκε κατά

επιταγή του Α.Ν. 1565/1939. Οι υποχρεώσεις που θεσπίζονται στον Κ.Ι.Δ. συγκεκριμενοποιούν την σύμφωνα με την καλή πίστη και τα συναλλακτικά ήθη συμπεριφορά που πρέπει να τηρεί ο ιατρός. Ο Κ.Ι.Δ. εξειδικεύει άρθρα του Αστικού Κώδικα (πχ άρθρα ΑΚ 57, 281, 288, 330, 914) και επομένως η παράβασή τους, εκτός των κυρώσεων του άρθρου 36 Κ.Ι.Δ. επισύρει την ενδοσυμβατική και αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού. [14, 41]

#### **4.2. Υποχρέωση ιατρού για παροχή ιατρικών υπηρεσιών**

Στην ισχύουσα ελληνική νομοθεσία δεν αναγνωρίζεται στους ιατρούς το δικαίωμα να επέμβουν αυτεπάγγελτα για τη διάσωση του ασθενούς και εναντίον της θελήσεώς του, διότι ο έλληνας νομοθέτης επιτρέπει στον καθένα να καταστρέψει μέχρι θανάτου τη ζωή του.

Ο ιατρός έχει μόνο τη γενική υποχρέωση λυτρώσεως ετέρου από κίνδυνο (άρθρο 307 ΠΚ) και όχι ιδιαίτερη νομική υποχρέωση με την έννοια του άρθρου 15 ΠΚ. Ο ιατρός πριν να αναλάβει την θεραπεία του ασθενή είτε με σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενή (όπως στον ιδιωτικό τομέα άσκησης της ιατρικής) είτε από το νόμο (διακομιδή ασθενούς στο εφημερεύον νοσοκομείο) έχει απέναντί του το καθήκον αλληλεγγύης που έχει κάθε άνθρωπος προς τον συνάνθρωπό του. Αυτό περιγράφεται με το άρθρο 307 ΠΚ όπου γίνεται λόγος για παράλειψη λυτρώσεως από κινδύνου ζωής στην περίπτωση που η ζωή του ασθενούς κινδυνεύει άμεσα και ο ιατρός (όπως κάθε άνθρωπος) δεν επεμβαίνει με πρόθεση παρ' όλο που δεν κινδυνεύει άμεσα η δική του ζωή αν επέμβει. Ο δράστης του εγκλήματος της παράλειψης λυτρώσεως από κινδύνου ζωής του άρθρου 307 ΠΚ μπορεί να προβάλει την ένσταση ότι θα διακινδύνευε η δική του ζωή, αν παρείχε τη δέουσα βοήθεια που του επέβαλε το άρθρο 307 ΠΚ σαν μέλος της κοινωνίας με βάση το καθήκον της αλληλεγγύης.

Αν όμως ο ιατρός αναλάβει τη θεραπεία του ασθενούς, γίνεται ο ασθενής του και ο ιατρός έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση (εγγυητικό καθήκον) να ενεργήσει, όπως όφειλε και μπορούσε ο μέσος συνετός ιατρός, για να αποτρέψει βλάβη της υγείας του ή να την αποκαταστήσει. Ο ιατρός που έχει «ιδιαίτερη νομική υποχρέωση» ή «καθήκον έκθεσης» δεν μπορεί να προβάλει την ένσταση διακινδύνευσης της δικής του ζωής. Δεν αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της παράλειψης του ιατρού να επέμβει, ούτε ο καταλογισμός του. Αυτό σημαίνει ότι αν παραλείψει να παρέχει όλα τα μέσα που έχει στη διάθεσή του για να απομακρύνει το ενδεχόμενο θανάτου του ασθενή του, ευθύνεται νομικά σε τέτοιο



βαθμό βαρύτητας σαν να προκάλεσε με πράξη του τον θάνατο του ασθενή (εφόσον βέβαια υπάρχει και η αμέλεια ή ο δόλος στην περίπτωση που γνωρίζει το γεγονός της συντόμευσης της ζωής του ασθενή, έστω και σαν ενδεχόμενο και το αποδέχεται, οπότε ευθύνεται με βάση το συνδυασμό των άρθρων 15 ΠΚ και 299 ΠΚ). Ενδέχεται να γίνει λόγος και για την παράβαση καθήκοντος του άρθρου 259 ΠΚ οπότε ενδέχεται να υπάρξουν σοβαρές πειθαρχικές συνέπειες αν πρόκειται για ιατρούς του ΕΣΥ που φθάνουν μέχρι την απώλεια της θέσεώς των.

Η απλή επίσκεψη του ασθενή στο ιατρείο δεν συνεπάγεται και την ανάληψη εγγυητικού ρόλου από τον ιατρό ως θεράπων ιατρός, ώστε να θεμελιώνεται ιδιαίτερη νομική υποχρέωση προς τον ασθενή. Το ίδιο ισχύει και για την απλή τηλεφωνική επικοινωνία.

Σχετικές διατάξεις του Κ.Ι.Δ.:

Άρθρο 2 Κ.Ι.Δ.: αναφέρεται στην άσκηση της ιατρικής ως λειτουργήματα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, στην ανακούφισή του από τον πόνο και ορίζει ότι το ιατρικό λειτουργήματα διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας. Πρόκειται για γενική ρύθμιση.

Άρθρο 4 Κ.Ι.Δ.: αναφέρει ότι 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 πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας, οφείλει δε να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις. Η ρύθμιση αυτή αφορά εξειδικευμένες περιπτώσεις (πχ κρατούμενους, άτομα υπό δικαστική συμπαράσταση). Επίσης, 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 που είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.

Άρθρο 9 Κ.Ι.Δ.: ο ιατρός 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 τους. Η διάταξη αυτή θέτει γενικό κανόνα περί υποχρέωσης του ιατρού προσφοράς των υπηρεσιών του σε κάθε περίπτωση.

Άρθρο 10 Κ.Ι.Δ.: η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης και ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του.

Άρθρο 24 του ΑΝ 1565/1939 «Περί Κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος» αναφέρει ότι «ο ιατρός οφείλει να παρέχει μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρικήν αυτού συνδρομήν, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας, τηρών τας ισχύουσας διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγιών». Το συγκεκριμένο άρθρο διατηρήθηκε σε ισχύ βάσει του άρθρου 47 του ΕισΝΑΚ.

Άρθρο 25 του ΑΝ 1565/1939 «Περί Κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος» αναφέρει ότι: «πας ιατρός οφείλει να παρέχει κατά πάσαν ώραν της ημέρας ή της νυκτός την πρώτην ιατρικήν βοήθειαν επί αιφνιδίων κλπ επικινδύνων ή σοβαρών ασθενειών και ατυχημάτων, χωρίς να εξαρτά την παροχήν της συνδρομής ταύτης εκ της αμέσου πληρωμής. Της υποχρέωσης ταύτης απαλλάσσεται ο ιατρός, όταν υπάρχουν λόγοι δικαιολογούντες αυτόν ή όταν η βοήθεια δύναται να παρασχεθεί υπό άλλου προχειρότερου ιατρού». Η διάταξη ρυθμίζει ορισμένο θέμα της ιατρικής πρακτικής, δηλαδή την παροχή της πρώτης ιατρικής βοήθειας σε περιπτώσεις ανάγκης.

Άρθρο 441 ΠΚ: «Γιατροί και μαίες που χωρίς δικαιολογημένο κώλυμα αρνούνται την εκτέλεση των έργων τους ή που αναφορικά με αυτήν γίνονται υπαίτιοι οποιασδήποτε αμέλειας από την οποία μπορεί να προκύψει κίνδυνος για άλλον τιμωρούνται με πρόστιμο ή με κράτηση μέχρι τριών μηνών, αν η πράξη δεν τιμωρείται βαρύτερα από άλλη διάταξη». Είναι μία γενική διάταξη που προβλέπει ποινική κύρωση για τους ιατρούς και τις μαίες που χωρίς δικαιολογημένο κώλυμα αρνούνται την εκτέλεση του έργου τους.

Ο ιατρός έχει υποχρέωση να παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες (άρθρο 441 ΠΚ, άρθρο 9 Κ.Ι.Δ.), σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος. Δεν υποχρεούται σε

παροχή ιατρικών υπηρεσιών όταν βρίσκεται σε δικαιολογημένο κώλυμα (πχ ασθένειά του). Ο ιατρός μόνο για λόγους επιστημονικής ανεπάρκειας μπορεί να αρνείται τις υπηρεσίες του, πλην αν συντρέχει ειδικός λόγος που καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του. Επειδή ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή, οφείλει εφόσον του ζητηθεί να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για αναπλήρωσή του.

Οι ανωτέρω ρυθμίσεις αποτελούν εκφάνσεις της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης των ιατρών για παροχή ιατρικής βοήθειας στον ασθενή μετά τη σχετική ενημέρωση, οπότε, σε περίπτωση άρνησης παροχής της ιατρικής βοήθειας, ευθύνεται ο ιατρός πχ για ανθρωποκτονία από αμέλεια με παράλειψη (άρθρα 15, 28, 302 ΠΚ), αν επήλθε θάνατος του ασθενούς και εφόσον υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παράλειψης και του αποτελέσματος του θανάτου. Η πάθηση πρέπει να εμπίπτει στο χώρο της ειδικότητας του ιατρού. Αν αυτό δεν συμβαίνει, ο ιατρός δεν απαλλάσσεται από τις υποχρεώσεις του άνευ ετέρου, αλλά πρέπει αφενός να παρέχει τις πρώτες βοήθειες και όταν ακόμη δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής και αφετέρου να παραπέμψει τον ασθενή στην κατάλληλη ειδικότητα, *ΑΠ 1446/2008: καταδίκη για σωματική βλάβη από αμέλεια ιατρού στρατιωτικής μονάδος, ο οποίος αφού δεν είχε ειδικότητα οφθαλμιάτρου, δεν παρέπεμψε τον ασθενή στρατιώτη σε οφθαλμίατρο προς αντιμετώπιση της πάθησης που εκδηλώθηκε στον αριστερό του οφθαλμό, με αποτέλεσμα να μειωθεί στο ελάχιστο η όρασή του ή στην κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. [31, 41]*

#### **4.3. Καθήκον επιμέλειας ιατρού**

Ο ιατρός κατά την άσκηση των καθηκόντων του οφείλει να ακολουθεί και να εφαρμόζει κάποιους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, επιδεικνύοντας τη δέουσα επιμέλεια, όπως αυτή επιβάλλεται από τους κανόνες αυτούς και τους νόμους του κράτους. Η ιατρική ασκείται «*lege artis*» όταν ασκείται με βάση τους γενικά παραδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης, με κανόνες και μεθόδους, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας και με τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.

Ο ιατρός πρέπει επίσης να συμμορφώνεται, με βάση την πείρα και τις δεξιότητες που απέκτησε, με ορισμένο «*πρότυπο επιμέλειας*» (standard) το οποίο ανταποκρίνεται στον

μέσο επιμελή συνετό ιατρό της ειδικότητάς του. *Πρότυπο επιμέλειας* (προδιαγραφές ποιότητας, standard) αποτελεί το σύνολο των ενεργειών και πρακτικών (πρότυπα συμπεριφοράς) που καθορίζονται από την επιστήμη και την εμπειρία στη συγκεκριμένη περίπτωση. Το πρότυπο επιμέλειας συνδυάζεται κατά περίπτωση με τις συγκεκριμένες συνθήκες, κρίνεται δηλαδή από τις συγκεκριμένες περιστάσεις κάθε φορά, σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενή, περιοριζόμενο από εξωτερικές-αντικειμενικές συνθήκες που μπορεί να επιβάλλουν την παροχή ιατρικής φροντίδας ενάντια στο standard. Η επικινδυνότητα μιας επέμβασης και η ευπάθεια του ασθενή δικαιολογούν αυξημένο πρότυπο επιμέλειας, όπως και στην περίπτωση που ο ιατρός διαθέτει αυξημένα προσόντα. Το πρότυπο επιμέλειας διαμορφώνεται με βάση τους γενικά αποδεκτούς και αναγνωρισμένους κανόνες της τεκμηριωμένης ιατρικής, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας, την κλινική εμπειρία και τις επί μακρό χρόνο εφαρμοζόμενες αρχές της ιατρικής ηθικής, όπως είναι η αρχή της εμπιστοσύνης, της τήρησης του καθήκοντος.

Ως *ιατρικό standard* μπορεί να χαρακτηριστεί το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται σε ορισμένη περίπτωση η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών. Ειδικότερα, αυτές οι προδιαγραφές προσδιορίζονται από μια σειρά αναγνωρισμένων προτύπων ενέργειας και συμπεριφοράς.

*Κατευθυντήριες αρχές* αποτελούν κανόνες «καλής ιατρικής πρακτικής» που ανταποκρίνονται στα πρότυπα επιμέλειας με τα οποία πρέπει να ασκείται η ιατρική επιστήμη, τα οποία διαμορφώνονται με βάση την επιστημονική γνώση, την πρακτική εμπειρία και την επαγγελματική αποδοχή. Συχνά η διατύπωση κατευθυντήριων αρχών στοχεύει στον περιορισμό της «αμυντικής ιατρικής» καθώς διαμορφώνεται συγκεκριμένο πρότυπο ιατρικής δραστηριότητας. Οι κατευθυντήριες αρχές έχουν επιστημονική, πρακτική, ενημερωτική και ρυθμιστική λειτουργία, δεν έχουν καταρχήν δεσμευτικό χαρακτήρα αλλά κατά την εφαρμογή τους αποκτούν πρακτικά δεσμευτικότητα.

Γίνεται δεκτό από την θεωρία και νομολογία ότι ο ιατρός οφείλει αυξημένη επιμέλεια, διότι η ιατρική πράξη ενέχει εγγενή επικινδυνότητα και επενεργεί διακινδυνεύοντας σημαντικά αγαθά της προσωπικότητας όπως η ζωή και η υγεία και ο ασθενής βρίσκεται σε ευπαθή θέση. Ορθό φαίνεται όμως για τον ιατρικό κόσμο να μην απαιτείται από τον ιατρό αυξημένη επιμέλεια αφού βιολογικά είναι άνθρωπος και δεν προκάλεσε αυτός την νόσο ή την ευπαθή θέση του ασθενή. Ο ιατρός υποχρεούται να διενεργεί ιατρικές

πράξεις, με σκοπό τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, επιδεικνύοντας συμπεριφορά που είναι σύμφωνη με ορισμένα πρότυπα και όχι να επιτύχει ένα αποτέλεσμα. Δηλαδή, αν ο ιατρός ενήργησε όπως προαναφέρθηκε (με τη δέουσα προσοχή και επιμέλεια-lege artis), δεν μπορεί να του ζητηθεί ευθύνη και γιατί δεν επιτεύχθηκε το αποτέλεσμα αυτό, διότι ο ιατρός έχει υποχρέωση επιμέλειας και όχι υποχρέωση αποτελέσματος. Ο ιατρός δεν υποχρεούται να θεραπεύσει (με την έννοια του θετικού αποτελέσματος) τον ασθενή, αλλά κύρια συμβατική του υποχρέωση είναι η εφαρμογή των κανόνων που διέπουν την ιατρική επιστήμη και πράξη, με τήρηση της επιβαλλόμενης επιμέλειας. Ο ιατρός υποχρεούται στην παροχή μέσων, αλλά δεν υποχρεούται στην επίτευξη ορισμένου αποτελέσματος. Επίσης, υποχρεούται να ενημερώνει τον ασθενή αναφορικά με τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους μιας ιατρικής πράξης, να λαμβάνει τη συναίνεσή του (κατά την κρατούσα άποψη, η ενημέρωση αποτελεί υποχρέωση του ιατρού αλλά και προϋπόθεση του κύρους της απαιτούμενης συναίνεσης), να μην ανακαλύπτει πληροφορίες σχετικά με την υγεία και άλλα προσωπικά δεδομένα του ασθενούς και να τηρεί ιατρικό φάκελο με πλήρη στοιχεία. [9, 28, 41]

## 5. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ & ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

### 5.1. Δικαιώματα νοσοκομειακού ασθενούς

Στη Διακήρυξη της Λισαβόνας (1981) διαμορφώθηκαν τα ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενούς σε κανόνες αποδεκτούς από τα σύγχρονα κράτη. Η Διακήρυξη δεν δημιουργεί δικαιώματα για τον ασθενή με τη νομική έννοια του όρου, αλλά αποτελεί οδηγό επαγγελματικής συμπεριφοράς.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Οβιέδο 1997), που κυρώθηκε με το Ν. 2619/1998 στο άρθρο 24 ορίζει ότι: *«το πρόσωπο που έχει υποστεί απρόκλητο βλάβη εξαιτίας επέμβασης έχει δικαίωμα σε δίκαιη αποζημίωση, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και διαδικασίες που ο νόμος ορίζει»*

Με το Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 123/τ. Α/1992) κατοχυρώθηκαν τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενούς. Συγκεκριμένα, το άρθρο 47 προβλέπει:

*«1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του 2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση 3) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά το νόμο ενεργεί για λογαριασμό του 4) Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς είναι καθοριστική και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεως του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του 5) Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3 έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ*

αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ιδίου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή 6) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος 7) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων 8) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επί αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων». [14]

## **5.2. Υποχρεώσεις ασθενούς**

Ο ασθενής έχει υποχρεώσεις μεταξύ των οποίων και τις ακόλουθες:

« Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του πρέπει απαραίτητα να δίνει όλα τα στοιχεία και τις πληροφορίες που του ζητούνται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο ασθενής να ενημερώσει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τυχόν άλλα νοσήματα και φάρμακα που λαμβάνει πριν την εισαγωγή του και να συνεργάζεται με ειλικρίνεια».

## 6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### 6.1. Υποχρέωση ενημέρωσης

Η ζωή και η υγεία του ανθρώπου προστατεύονται από το Σύνταγμα (άρθρο 5 παρ. 2 και 5, άρθρο 7 παρ. 2, άρθρο 21 παρ.3) και τον Ποινικό Κώδικα (ΠΚ άρθρα 299, 300, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 308<sup>Α</sup>, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 317 κα). Το άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος (Σ) ορίζει: *«όλοι όσοι βρίσκονται στην ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής τους...»*, το δε άρθρο 21 παρ.3 Σ ορίζει: *«Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»*, ενώ το άρθρο 85 της Οικουμενικής Διακήρυξης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ΟΗΕ (1948) ορίζει ότι: *«έκαστος έχει το δικαίωμα εις εν επίπεδον ζωής ικανόν να του εξασφαλίσει υγείας... συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής περιθάλψεως»*.

Δικαιούχος του δικαιώματος στη ζωή είναι κάθε άνθρωπος και το έμβρυο που προστατεύεται όχι κατά τρόπο απόλυτο, αλλά μόνο και όσο οι σχετικές διατάξεις ορίζουν (άρθρο 304 ΠΚ). Στο «δικαίωμα στη ζωή» συμπεριλαμβάνεται και το «δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής» που μπορεί να εκδηλωθεί α) ως δικαίωμα αυτοκτονίας και β) ως δικαίωμα-απαίτηση παράτασης της ζωής. Τα αγαθά της ζωής και της υγείας εμπίπτουν στη σφαίρα της προσωπικότητας του ασθενούς και ως εκ τούτου στη διάθεσή του για να αποφασίσει αν θέλει να υποβληθεί σε αγωγή ή όχι. Το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει αν θα δεχθεί μια ιατρική πράξη βρίσκει συνταγματική κατοχύρωση στο πλαίσιο της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και της προστασίας της ανθρώπινης αξίας (άρθρο 5 παρ. 1, άρθρο 2 παρ. 1 Σ). Ο ιατρός δεν έχει το δικαίωμα χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς να τον θεραπεύσει. Είναι απαραίτητο ο ασθενής να του ζητήσει ρητά ή σιωπηρά και ακόμη να συγκατατίθεται για τις ενέργειες του ιατρού, ιδίως για αυτές που μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα τη διάσωση της ζωής του, αλλά συγχρόνως και μόνιμη αναπηρία, περισσότερο ή λιγότερο σοβαρή.

Προκειμένου να δώσει τη σύμφωνη γνώμη του, πρέπει να γνωρίζει σχετικά με το τι συμβαίνει και τι πρόκειται να του συμβεί εξαιτίας των ιατρικών πράξεων. Η απόφασή του εξαρτάται από το είδος και την έκταση της ενημέρωσης που γίνεται από τον ιατρό. Το καθήκον διαφωτίσεως του ασθενούς πηγάζει από την αρχή της ανθρώπινης αυτονομίας που κατοχυρώνεται στο άρθρο 2 παρ.1 και άρθρο 5 παρ.1 του Σ. Ο σεβασμός στην ανθρώπινη αυτονομία στηρίζεται στη διάταξη του άρθρου 5 παρ. 5 Σ *«καθένας έχει*



δικαίωμα στην προστασία της υγείας» που κατοχυρώνει την αμυντική πλευρά του δικαιώματος στην υγείας (άρθρο 21 παρ.3 Σ) και εξειδικεύει τα δικαιώματα στην αξία του ανθρώπου και την προστασία της προσωπικότητας (άρθρο 2 παρ.1 και 5 παρ.1). Το άρθρο 5 παρ. 5 Σ κατοχυρώνει αγωγή και υποχρέωση του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων, σε αντίθεση με τη μη αγωγιμότητα του δικαιώματος που πηγάζει από τη διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 Σ.

Η υποχρέωση του ιατρού για ενημέρωση προκύπτει ευθέως από τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής (Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική) που υπεγράφη στο Oviedo της Ισπανίας και κυρώθηκε με το Ν. 2619/1998. Η Σύμβαση υπερισχύει κάθε αντίθετης διάταξης νόμου, έχουσα υπερνομοθετική ισχύ, λόγω του άρθρου 28 Σ.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 της Σύμβασης: *«Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνο αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεσή του».*

Σύμφωνα με το άρθρο 10 της Σύμβασης *«1. Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους 2. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές ωστόσο οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά...».*

Η υποχρέωση του ιατρού για ενημέρωση πηγάζει και από τον Κ.Ι.Δ, όπου το άρθρο 11 καθιερώνει την υποχρέωση ενημέρωσης. Ειδικότερα: *«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 εκτέλεσή 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 κατάστασής 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 εκτέλεσή 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 αποκατάστασης 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».

Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς προκύπτει και από το άρθρο 47 παρ. 4 του Ν.2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» στο πλαίσιο καταγραφής των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων του νοσοκομειακού ασθενούς. Συγκεκριμένα: «...Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του...».

Η υποχρέωση ενημέρωσης πηγάζει από την αρχή της καλής πίστης και αποτελεί το προαπαιτούμενο για την ενδεδειγμένη ιατρική πράξη. Η ενημέρωση αποτελεί βασικό όρο προκειμένου ο ασθενής να γνωρίζει πλήρως, στο βαθμό του δυνατού, τι συμβαίνει με την υγεία του και να διαθέτει τον εαυτό του όπως ο ίδιος επιθυμεί, προϋποθέτει δε την εξειδικευμένη γνώση εκ μέρους του ιατρού. Ισχύει η αρχή της αυτοτέλειας, με την έννοια ότι σε επίπεδο νοσοκομειακής ιατρικής αγωγής, ο ιατρός που είναι υπεύθυνος στο τμήμα που νοσηλεύεται ο ασθενής βαρύνεται με αυτή την υποχρέωση και δεν απαλλάσσεται με την ανάθεση της ενημέρωσης σε συνεργάτη του ιατρού. Η υποχρέωση ενημέρωσης συμβάλλει και στην αποτροπή δυσμενών ψυχολογικών επιπτώσεων στον ασθενή. Η ενημέρωση πρέπει να γίνει από τον ιατρό που έχει χρεωθεί το συγκεκριμένο ασθενή και

όχι από αυτόν που τον εξέτασε, διότι ο πρώτος έχει την πλήρη εικόνα της κατάστασης της υγείας του.

Η ενημέρωση του ασθενούς συνιστά μία από τις βασικές υποχρεώσεις του ιατρού που είναι απαραίτητη προκειμένου να υπάρχει ισχυρή συναίνεση του ασθενούς (*Εφαθ 5512/03*). Η ενημέρωση διακρίνεται σε βασική που περιλαμβάνει την ενημέρωση για το είδος της ασθένειας και την απαιτούμενη θεραπεία και σε ενημέρωση για τους κινδύνους που συνεπάγεται η ασθένεια. Περιλαμβάνει α) τη θεραπευτική ενημέρωση, ήτοι την ενημέρωση ως προς την θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθηθεί, πιθανόν και την επέμβαση που πρέπει να γίνει η οποία δεν σχετίζεται με την ελευθερία απόφασης του ασθενούς αλλά περιλαμβάνεται το καθήκον επιμέλειας που έχει ο ιατρός απέναντι στον ασθενή β) την ενημέρωση του ασθενούς για την ιατρική πράξη που πρέπει να γίνει.

Προκειμένου να συναινέσει ή να αρνηθεί ο ασθενής, πρέπει να ενημερώνεται με σαφήνεια και ακρίβεια, πλήρως και σε γλώσσα που κατανοεί, για το ιατρικό εύρημα (είδος ασθένειας), το είδος της θεραπείας, την πρόγνωση και πρόοδο της θεραπείας, τους κινδύνους ή τις επιπλοκές αυτής, τον κίνδυνο της αποτυχίας, τις παρενέργειες της θεραπείας, την πιθανή αλλαγή της αγωγής κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τις εναλλακτικές προτάσεις, έτσι ώστε να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί ανάλογα στη λήψη αποφάσεων. Δηλαδή, η ενημέρωση πρέπει να είναι ακριβής και να περιλαμβάνει επαρκή στοιχεία για να μπορεί ο ασθενής να γνωρίζει τα θετικά και τα αρνητικά της προτεινόμενης ιατρικής πράξης και τις εναλλακτικές λύσεις που αρμόζουν στη δική του περίπτωση, να είναι σαφής και κατανοητή από αυτόν, να είναι προσαρμοσμένη στον συγκεκριμένο ασθενή και να παρέχεται με τρόπο που ανταποκρίνεται στην ικανότητα του ασθενή να αντιλαμβάνεται, αποφεύγοντας εξειδικευμένους όρους, ώστε να μπορεί να λάβει τη σωστή απόφαση για την υγεία και τη ζωή του. Επίσης, μπορεί να γίνει γραπτά ή προφορικά, χωρίς να είναι απαραίτητο να τηρηθεί κανένας απολύτως τύπος. Όταν γίνεται προφορική ενημέρωση, αυτή θα πρέπει να είναι συγκεκριμένη και να περιέχει όλα όσα προαναφέρθηκαν. Όταν η ενημέρωση έχει τον χαρακτήρα παροχής γενικής πληροφόρησης που δεν αφορά τον συγκεκριμένο ασθενή, δεν αποτελεί την αναγκαία ενημέρωση προκειμένου να δοθεί έγκυρη συναίνεση για διενέργεια ιατρικών πράξεων. Έντυπα που υπάρχουν σε μονάδες υγείας και αναφέρουν «*με πλήρη γνώση όλων των ενδεχομένων για τη ζωή μου κινδύνων*» δεν

παρέχουν την αναγκαία ενημέρωση, με αποτέλεσμα η τυχόν δοθείσα συναίνεση να είναι ανίσχυρη. Άλλωστε ο όρος «συνεδρία» που χρησιμοποιείται στην ιατρική επιστήμη δηλώνει την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς σε όλη τη σχετική διαδικασία. Δεδομένου ότι ο ιατρός ξεκινά με τη λήψη του ιστορικού και καταλήγει με την εφαρμογή τεχνολογικά εξελιγμένων μεθόδων διάγνωσης, πολλές εκ των οποίων είναι και επεμβατικές, οφείλει να διατηρεί τις επιφυλάξεις του όταν ενημερώνει τον ασθενή, μέχρις ότου τεθεί η οριστική διάγνωση.

Όσον αφορά τη χειρουργική ομάδα, σε περίπτωση ανάληψης από κοινού ενός εξειδικευμένου ιατρικού εγχειρήματος δημιουργείται η υποχρέωση των χειρουργών ιατρών να παρευρίσκονται όλοι κατά την ενημέρωση του ασθενούς, σχετικά με εξειδικευμένα ζητήματα που αφορούν την παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία και την πορεία της υγείας του ασθενούς ο οποίος δεν μπορεί να αποκτήσει από τη θέση που βρίσκεται τις αναγκαίες επιστημονικές γνώσεις. Ειδικότερα, όσον αφορά την ευθύνη του αναισθησιολόγου στις χειρουργικές επεμβάσεις, γίνεται δεκτό ότι, παρόλο που ο ασθενής δίνοντας τη συναίνεσή του για την εγχείρηση καλύπτει με αυτήν και την αναισθησία, πρέπει ο ασθενής να έχει ενημερωθεί προεγχειρητικά ειδικά για το είδος της αναισθησίας που θα χορηγηθεί και για τις συνέπειες και τους κινδύνους που πιθανόν ενυπάρχουν.

Όσον αφορά τον τύπο της ενημέρωσης, προτιμάται η προφορική-προσωπική ενημέρωση, έναντι της έγγραφης και τυποποιημένης, προκειμένου ο ασθενής να την κατανοήσει καλύτερα. Το αριθ. 13218/26-11-2001 πόρισμα Συνηγόρου του Πολίτη ασχολείται με το θέμα της ενημέρωσης του ασθενούς με τυποποιημένα έντυπα που χορηγούνται από μονάδες υγείας. Η υπόθεση αφορά ασθενή που εισήχθη στο χειρουργικό τμήμα δημόσιου Νοσοκομείου λόγω του ότι παρουσίαζε φλεγμονή στο δεξί κάτω άκρο. Ο ασθενής αρνήθηκε να υπογράψει την έντυπη υπεύθυνη δήλωση που θα παρείχε τη συναίνεσή του για οποιαδήποτε διαγνωστική μέθοδο και θεραπευτική αγωγή, καθώς και ιατρική πράξη που κρίνουν οι ιατροί ότι είναι αναγκαία, εκφράζοντας αντιρρήσεις για το περιεχόμενό της. Το πόρισμα στηρίζεται στη θέση ότι προαπαιτούμενο για τις ιατρικές πράξεις είναι η συναίνεση του ασθενούς που πρέπει να στηρίζεται σε προηγούμενη ενημέρωση σχετικά με το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και τις συνέπειες αυτής. Επειδή ο ασθενής αρνήθηκε, εξήλθε του Νοσοκομείου. Ο Συνηγόρος του Πολίτη έκρινε ότι η ενημέρωση που παρέχεται μέσω εντύπων σε μονάδες υγείας δεν είναι επαρκής, δεδομένου ότι δεν παρέχει βασική ενημέρωση για το είδος της ασθένειας, την απαιτούμενη θεραπεία και τους κινδύνους που μπορεί να υπάρξουν,

επομένως μία τέτοια έντυπη δήλωση είναι νομικά ανίσχυρη. Επίσης, η Ανεξάρτητη Αρχή έκρινε ότι η εξάρτηση της νοσηλείας του ασθενούς από την υπογραφή μιας αυτοσχέδιας υπεύθυνης δήλωσης που δεν παρέχει τα εχέγγυα πλήρους ενημέρωσης παραβιάζει τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς. Περαιτέρω, έκρινε ότι η μη πρόβλεψη από το νόμο της παραπάνω αυτοσχέδιας υπεύθυνης δήλωσης σε συνδυασμό με το καθήκον προστασίας της ανθρώπινης υγείας καθιστά το γεγονός της «εξόδου» του ασθενούς από το Νοσοκομείο παράνομη πράξη (259, 441 ΠΚ). Επίσης, τίθενται θέματα πειθαρχικής ευθύνης λόγω παραβίασης της ιατρικής δεοντολογίας (άρθρο 77 παρ. 1 εδαφ. δ Ν. 2071/1992). Συμπερασματικά, δεν πρέπει να ζητείται η συναίνεση του ασθενούς εν λευκώ, γιατί με τον τρόπο αυτό δεν μπορεί να είναι σαφές σε τι ακριβώς συναινεί ο ασθενής και η ενημέρωσή του δεν πρέπει να περιορίζεται στην ανάγνωση ενός εντύπου που δεν παρέχει πληροφορίες για ιατρικές πράξεις που απαιτούνται και για τους κινδύνους που ελλοχεύουν. Επιπλέον, η υποχρέωση ενημέρωσης δεν πρέπει να καταστρατηγείται σε περίπτωση επείγουσας επέμβασης, αλλά αντίθετα θα πρέπει να περιλαμβάνει και γραπτή και προφορική ενημέρωση μεταξύ θεράποντος και ασθενούς. Η εξάρτηση της νοσηλείας στο Νοσοκομείο από την υπογραφή μιας αυτοσχέδιας υπεύθυνης δήλωσης με την οποία χορηγείται «λευκή» συναίνεση, χωρίς προηγούμενη πλήρη ενημέρωση, προσκρούει άμεσα στην υποχρέωση σεβασμού της προσωπικότητας του ανθρώπου και του ασθενούς. Ο Συνήγορος του Πολίτη έκρινε ότι πρόκειται για απαίτηση χορήγησης «εν λευκώ συναίνεσης» διότι ο ασθενής καλείται να συναινέσει για ακαθόριστες ιατρικές πράξεις, επαφιόμενος στην κρίση των ιατρών, προτείνοντας τη διερεύνηση ευθυνών των προσώπων των εμπλεκομένων στην καθιέρωση του παραπάνω εντύπου και τη λήψη μέτρων, ώστε να εξασφαλισθεί στο μέλλον η πληρότητα και η εγκυρότητα της ενημέρωσης των ασθενών, καθώς και η γνησιότητα στην παροχή συναίνεσης για ιατρικές πράξεις. Η άρνηση του ασθενούς να υπογράψει το ανωτέρω έντυπο δήλωσης που θα έδιδε αορίστως τη συναίνεσή του για οποιαδήποτε ιατρική πράξη είχε ως αποτέλεσμα την διακοπή νοσηλείας του. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, αν ο ασθενής, εξαιτίας της απομάκρυνσής του από το Νοσοκομείο και της καθυστέρησης στην αντιμετώπιση της νόσου του μέχρι τη μετάβασή του σε άλλο νοσοκομείο ή ιατρό, υφίσταντο χειροτέρευση της κατάστασής του, θα υπήρχε ευθύνη των ιατρών του ανωτέρω δημόσιου Νοσοκομείου για αυτό το αποτέλεσμα.

Ο Κ.Ι.Δ αναφέρει την ενημέρωση που αφορά ειδικές επεμβάσεις, ήτοι μεταμοσχεύσεις, ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις. Ειδικότερα:

Το αριθ. 11330.2/00/30-10-2002 πόρισμα Συνηγόρου του Πολίτη αναφέρεται στην ενημέρωση σε περίπτωση μεταμόσχευσης. Συγκεκριμένα, ο ασθενής υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση μυελού των οστών έχοντας υπογράψει έντυπο γραπτής συγκατάθεσης. Το πόρισμα ανέφερε ότι στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων, η ύπαρξη έγκυρης συναίνεσης καθορίζεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ν. 2737/1999 (νόμος περί μεταμοσχεύσεων), ο οποίος ίσχυε κατά τον κρίσιμο χρόνο και προέβλεπε το είδος, τη διαδικασία, τον τύπο και την ανάκληση αυτής, επομένως η έγκυρη συναίνεση είναι συνδεδεμένη με την προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς που πρέπει να περιλαμβάνει ενδελεχή πληροφόρησή του. Στην περίπτωση της μεταμόσχευσης, ο λήπτης πρέπει να ενημερωθεί για τη διαδικασία, τις πιθανότητες απόρριψης του μοσχεύματος, ίασης και επιβιώσής του. 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.

Επίσης, στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Ν.3305/2005) καθιερώνεται η προηγούμενη ενημέρωση ως προϋπόθεση για την εγκυρότητα των έγγραφων συναινέσεων που προβλέπονται από τα άρθρα 1455επ. ΑΚ και αποτελούν απαραίτητοι όροι για το σύννομο κάθε ιατρικής πράξης που αποβλέπει στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Ομοίως, η προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεση απαιτείται και για τη διεξαγωγή ιατρικής έρευνας σε άνθρωπο (άρθρο 24 Κ.Ι.Δ.).

Ο ασθενής μπορεί να παραιτηθεί του δικαιώματος ενημέρωσης ( άρθρο 10 παρ. 2 εδ. β Ν.2619/1998 και άρθρο 11 παρ. 2 Ν. 3418/2005) και να υποδείξει άλλο πρόσωπο στο οποίο θα γίνεται η ενημέρωση. Η άρνηση του ασθενούς να ενημερωθεί ερμηνεύεται με γνώμονα το σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς που προτιμά την άγνοια, διότι η γνώση θα τον άγχωνε και θα του δημιουργούσε περισσότερα προβλήματα από την ενδεχόμενη απόκρυψή της. Η παραίτηση μπορεί να είναι ρητή ή σιωπηρή. Ειδικότερα, το άρθρο 11 παρ.2 Ν.3418/2005 ορίζει ότι «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, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους». Το δικαίωμα στη μη γνώση μπορεί να περιορίζεται από το νόμο, όταν αυτός ο περιορισμός επιβάλλεται για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας, του δημόσιου συμφέροντος ή της προστασίας των δικαιωμάτων τρίτων προσώπων (πχ για αποτροπή εγκλήματος, για προστασία της υγείας τρίτων από την ενημέρωση προσώπου για την οροθετικότητά του). Όταν ο ασθενής, μετά από την ενημέρωσή του από τον ιατρό, αρνείται να συναινέσει στη διενέργεια ιατρικών πράξεων, λύεται η σύμβαση παροχής ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ ιατρού και ασθενούς, οπότε ο ιατρός ούτε παραλείπει ούτε βαρύνεται πλέον με ιδιαίτερη νομική υποχρέωση ως προς την περίθαλψη του ασθενή.

Η υποχρέωση ενημέρωσης βαρύνει τον ιατρό και για πρόσωπα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (άρθρο 28 Ν.3418/2005 Κ.Ι.Δ.). Η σύγχρονη ψυχιατρική αντιμετωπίζει ακόμη και τους ψυχασθενείς που θεωρούνται ανίατοι ως πρόσωπα με συναίσθηση πολλών πραγμάτων που είναι δυνατόν, παρά τις ιδιαιτερότητες της ασθένειάς τους, να μπορούν να αντιληφθούν τα σχετικά με τη θεραπευτική αγωγή τους. Έτσι, ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει τους ασθενείς για τη φύση της κατάστασής τους, τις θεραπευτικές διαδικασίες και τυχόν εναλλακτικές, καθώς και τη πιθανή έκβαση αυτών, ώστε οι ασθενείς να είναι σε θέση να εκφράσουν τη βούλησή τους, σύμφωνα με τις προσωπικές τους αξίες και προτιμήσεις. Αν τα πρόσωπα αυτά, λόγω των διαταραχών που παρουσιάζουν, δεν διαθέτουν ικανότητα λήψης αποφάσεων, ο ψυχίατρος οφείλει να συνεννοείται με τα πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 28 παρ. 7 Ν.3418/2005, ήτοι δικαστικός συμπαραστάτης, οικείοι ασθενούς.

Σύμφωνα με το άρθρο 10 ΠΔ 216/2001 «Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας» ο νοσηλευτής σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενούς πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενούς αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης. Από τη διάταξη αυτή προκύπτει ότι δεν ανατίθεται στον νοσηλευτή η πρωτοβουλία της ενημέρωσης, αλλά επιτάσσεται η συνδρομή του κατά την ενημέρωση που γίνεται από τον ιατρό, ώστε να επιτευχθεί η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς.

Έχει κριθεί ότι απαγορεύεται η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς διενέργεια τεστ για AIDS, εάν δεν προϋπήρχε καμία ιατρική ένδειξη ότι αυτός νοσεί, διότι η ιατρική αυτή

ενέργεια, χωρίς προηγούμενη ενημέρωση, δεν δικαιολογείται από λόγους επείγοντος της επεμβάσεως. Σχετική είναι η αριθ. 121/1989 απόφαση του Πρωτοδικείου Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Συλλ. Νομολ. 1992) όπου αναφέρεται ότι η λήψη αίματος για την ενδεχόμενη επισημάνση αντισωμάτων HIV (AIDS) συνιστά προσβολή της σωματικής ακεραιότητας του ατόμου και δεν μπορεί να διενεργηθεί σε υποψήφιο υπάλληλο, προκειμένου να διερευνηθεί η ικανότητά του προς εργασία, παρά μόνο με τη συναίνεσή του και αφού έχει προηγουμένως ενημερωθεί για το θέμα.

Τίθεται το ερώτημα αν ο ιατρός ευθύνεται στην περίπτωση που η ιατρική πράξη ή επέμβαση έγινε όπως ορίζουν οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας, χωρίς όμως να τηρηθεί η υποχρέωση προηγούμενης ενημέρωσης και συναίνεσης, κυρίως όμως στις χειρουργικές επεμβάσεις, όπου ο ιατρός καλείται να αναλάβει οποιαδήποτε πρωτοβουλία κρίνεται ιατρικώς ενδεδειγμένη, για θέμα που μπορεί να ανακύψει κατά τη διάρκεια της επέμβασης, προκειμένου να στεφθεί αυτή με επιτυχία. Αν το προκύπτον θέμα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα για να μην κινδυνεύσει η υγεία του ασθενούς, ο ιατρός οφείλει να επέμβει, ενώ αν κρίνει ότι είναι ζήτημα που μπορεί να αντιμετωπιστεί σε δεύτερο χρόνο, χωρίς κίνδυνο της υγείας του ασθενούς, μπορεί να συζητήσει τα ευρήματα με τον ενδιαφερόμενο και να ζητήσει εκ νέου τη συγκατάθεσή του έπειτα από πλήρη ενημέρωσή του. Στις περιπτώσεις αυτές ο ιατρός οφείλει να έχει ενημερώσει προηγουμένως τον ασθενή για την πιθανότητα αναπροσαρμογής της προσυμφωνημένης χειρουργικής θεραπείας, αν κατά τη διάρκεια του χειρουργείου δημιουργηθούν νέα δεδομένα. Για παράδειγμα, ο ιατρός πρέπει να ενημερώσει την ασθενή που χειρουργείται με καρκίνο του μαστού ότι υπάρχει πιθανότητα, ακόμη και ελάχιστη, να υποβληθεί σε μαστεκτομή.

Σύμφωνα με το άρθρο 8 Ν. 2619/1998 (Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική) «όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου». Σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ.3 Κ.Ι.Δ. «κατ' εξαίρεση 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». Η υποχρέωση του ιατρού να επέμβει προκύπτει και από τη διάταξη του άρθρου 307 ΠΚ, καθώς σε άλλη περίπτωση υπάρχει κίνδυνος ποινικής του ευθύνης, λόγω παράλειψης λύτρωσης από κίνδυνο ζωής. Στο θέμα της διενέργειας της ιατρικής επέμβασης χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς, σε κατεπείγοντα περιστατικά αναφέρονται πολλές κατά το παρελθόν εκδοθείσες γνωμοδοτήσεις



Εισαγγελέων και συγκεκριμένα η αριθ. 24/1969 Γνωμοδότηση Εισαγγελέως ΑΠ, η αριθ. 17/1976 Γνωμοδότηση Εισαγγελέως Πλημμελειοδικών Αθηνών, η αριθ. 1938/1978 Γνωμοδότηση Εισαγγελέως Εφετών Πειραιά, η αριθ. 2692/1991 Γνωμοδότηση Εισαγγελέως Εφετών Θεσσαλονίκης, η αριθ. 6/1992 Γνωμοδότηση Εισαγγελέως ΑΠ.

Υποστηρίζεται ότι η κατάλληλη ενημέρωση συγκαταλέγεται, μέσω της αρχής της καλής πίστης (ΑΚ 288), στους κανόνες της δεοντολογίας με τους οποίους πρέπει να διενεργείται η ιατρική πράξη και επισύρει την ευθύνη του ιατρού, ανεξάρτητα από το ζημιογόνο αποτέλεσμα. Η έλλειψη ενημέρωσης ή η κακή ενημέρωση από τον ιατρό αντιμετωπίζεται ως ζήτημα που εμπίπτει στις περιπτώσεις προσβολής της προσωπικότητας και δευτερευόντως ως ζήτημα αδικοπρακτικής ευθύνης.

Η υποχρέωση ενημέρωσης και συναίνεσης σε κατ' ιδίαν ιατρικές πράξεις (χειρουργικές επεμβάσεις, μεταμόσχευση, εξετάσεις για τη διαπίστωση του συνδρόμου της επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS), μαιευτική επιστήμη, ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αιμοδοσία, ψυχικές διαταραχές, οδοντιατρική πράξη, ιατρική έρευνα, ιδιότητες φαρμάκων) διέπεται από τους ισχύοντες κανόνες ιατρικής δεοντολογίας και το ισχύον για κάθε είδους επέμβασης νομικό πλαίσιο. [14, 16, 17]

## **6.2. Ενδεχόμενοι κίνδυνοι από την ενημέρωση**

Η ενημέρωση στον ασθενή μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχολογία του, διότι συνειδητοποιεί τα προβλήματα της υγείας του που υπάρχουν ή πιθανόν να προκύψουν. Η αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή μπορεί να επιφέρει οδυνηρές συνέπειες, είτε ο ασθενής θα χάσει την ψυχραιμία ή την ηρεμία του και τη δυνατότητα λήψης συνετούς απόφασης, είτε θα υποστεί σοβαρό σωματικό και ψυχικό κλονισμό που θα επιδεινώσει την κατάσταση της υγείας του και θα χάσει την αναγκαία ελπίδα για βελτίωση της υγείας του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός μπορεί να ενεργήσει ως ακολούθως: α) Να αποκαλύψει την αλήθεια και να «εξοντώσει» με τον τρόπο αυτό τον ασθενή, χάριν της νομιμοποίησης της ιατρικής του πράξης, αλλά αδιαφορώντας για τις τραγικές ψυχολογικές συνέπειες του ασθενούς, β) Να εγκαταλείψει πλήρως τον ασθενή και να προβεί σε ημίμετρα, αποφεύγοντας και τον ασθενή να θορυβήσει και τον εαυτό του να μην τον εκθέσει σε κινδύνους από μία τολμηρή και θαρραλέα απόφαση για την τέλεση μιας ιδιαίτερα σοβαρής ιατρικής πράξης, γ) Να πάρει πάνω του την όλη υπόθεση και να προχωρήσει στην επιβαλλόμενη ιατρική πράξη, αποκρύπτοντας από τον ασθενή την αλήθεια.

Τίθεται το ερώτημα από ποιον, πότε και πως θα γίνει η ενημέρωση σε σοβαρές περιπτώσεις. Η ενημέρωση του ασθενούς λοιπόν πρέπει να γίνει από αυτόν που τον έχει ασθενή και όχι από οποιονδήποτε που τον εξέτασε, διότι αυτός που τον έχει «χρεωθεί» έχει πλήρη εικόνα της κατάστασής του, κάποια γνώση της προσωπικότητας και της ψυχολογίας του και μπορεί να τον προετοιμάσει κάπως ψυχολογικά πριν τον ενημερώσει για κάτι πολύ δυσάρεστο. Επομένως, ο ιατρός θα σταθμίσει τα δεδομένα στη συγκεκριμένη περίπτωση, με γνώμονα τη συνείδησή του, το συμφέρον του ασθενούς, τις ιατρικές του γνώσεις, τα αντικειμενικά ευρήματα στον ασθενή, τη λογική και την υπευθυνότητα και θα επιλέξει την, κατά την κρίση του επικρατέστερη λύση.

Σε περιπτώσεις που ο ιατρός βρίσκεται μπροστά στο δίλημμα να αποκαλύψει στον ασθενή όλη την αλήθεια για την ασθένειά του ή όχι, δεδομένου ότι προβλέπει με βεβαιότητα ότι η αλήθεια θα έχει τόσο αρνητικές συνέπειες στη ζωή ή στην εξέλιξη της ασθένειας, ώστε θα επηρέαζε τη θεραπευτική αγωγή, πρόκειται για σύγκρουση δύο καθηκόντων, αφενός του καθήκοντος ενημέρωσης του ασθενούς και αφετέρου του καθήκοντος διαφύλαξης της υγείας του. Στην περίπτωση αυτή, η εκπλήρωση του ενός καθήκοντος παραβιάζει την εκπλήρωση του άλλου. Τη σύγκρουση αυτή θα την επιλύσει ο ίδιος ο ιατρός έχοντας οδηγό τη συνείδηση και την αξία των προσβαλλόμενων καθηκόντων. Σύμφωνα με το άρθρο 15 του Κ.Ι.Δ.: «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». Σύγκρουση καθηκόντων υπάρχει όταν συρρέουν χρονικά στο ίδιο πρόσωπο περισσότερα νομικά καθήκοντα με αποτέλεσμα να είναι αδύνατη η εκπλήρωση του ενός καθήκοντος χωρίς να παραβιαστεί το άλλο. Σημειωτέον ότι σήμερα ο τρόπος αντιμετώπισης ορισμένων σοβαρών ασθενειών είναι ευρύτερα γνωστός (πχ χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία για κακοήθεις νεοπλασματικές νόσους), επομένως η ενημέρωση του ασθενούς για την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή αποκαλύπτει ταυτόχρονα στον ίδιο και τη φύση της νόσου.

Τίθεται το ερώτημα ποιο είναι το ανώτερο αγαθό, η ζωή ή η ελευθερία του ασθενούς να αποφασίζει για τον εαυτό του. Η πολιτεία προστατεύει και το αγαθό της ζωής και το αγαθό της αυτοδιαθέσεως της ζωής. Η συναίνεση του ασθενούς έχει σχέση με το δικαίωμα της αυτοδιαθέσεως της ζωής, του σεβασμού της προσωπικής ελευθερίας. Αν ο ιατρός προστατεύσει το ανώτερο αγαθό και παραβιάσει το άλλο (κατώτερο αγαθό), για τη συμπεριφορά του αυτή δεν θα ελεγχθεί ποινικώς, γιατί δεν είναι άδικη η

συμπεριφορά του αυτή, σύμφωνα με τη διάταξη περί κατάστασης ανάγκης (άρθρο 25 παρ. 1 ΠΚ), δηλαδή, επιτρέπεται η διάσωση του μεγαλύτερης αξίας αγαθού, έστω και αν για τη διάσωσή του καταστραφεί αγαθό άλλο που πρέπει να είναι σημαντικά κατώτερης αξίας και σπουδαιότητας. *Κατάσταση ανάγκης* (που αποκλείει το άδικο) υφίσταται όταν υπάρχει παρόν και αναπότρεπτος κίνδυνος και η βλάβη που προκλήθηκε είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από τη βλάβη που απειλήθηκε. Αν πάλι ο ιατρός επιλέξει το κατώτερο αξίας αγαθό, λόγω της ψυχικής πίεσης που του άσκησε το περιστατικό αυτό, η πράξη του αυτή δεν μπορεί να του καταλογιστεί, σύμφωνα με τη διάταξη περί κατάστασης ανάγκης που αίρει τον καταλογισμό και στην περίπτωση αυτή εφαρμόζεται κατά αναλογία. Σύμφωνα με το άρθρο 32 παρ. 1 ΠΚ (κατάσταση ανάγκης που αποκλείει τον καταλογισμό) επιτρέπεται η διάσωση αγαθού, έστω και αν για να το πετύχει, πρέπει να βλάψει αγαθά ανάλογης σπουδαιότητας άλλου προσώπου. Δεν έχει δοθεί απάντηση στο ερώτημα ποιο αγαθό είναι μεγαλύτερης σπουδαιότητας, η ζωή ή η ελευθερία αυτοδιαθέσεως της ζωής αυτού που έχει ικανότητα πνευματική και να αποφασίζει ελεύθερα, διότι είναι καθαρά υποκειμενικό ζήτημα.

Ο ιατρός έχει καθήκον να σώσει τη ζωή του ασθενούς του αλλά και καθήκον να τον ενημερώσει, προκειμένου να δώσει τη συγκατάθεσή του ο ασθενής, για την ενέργεια της αναγκαίας ιατρικής πράξης που μπορεί όμως να έχει σαν αποτέλεσμα τη διάσωση της ζωής του, αλλά μια αναπηρία βαριάς μορφής. Ο ιατρός είναι πιθανό να κληθεί να λογοδοτήσει για τα ενδεχόμενα δυσμενή επακόλουθα κάθε ιατρικής πράξης. Μπορεί να κατάφερε να σώσει τον ασθενή αλλά η ενέργειά του μπορεί να του προκάλεσε μόνιμη σοβαρή αναπηρία ή ακόμη να μετέτρεψε τον ασθενή του σε «φυτό». Αν ο ασθενής γνώριζε ότι η αναπηρία αυτή ήταν το βέβαιο ή απλώς ενδεχόμενο αποτέλεσμα των προτεινομένων ιατρικών πράξεων, δεν θα δεχόταν ή ίσως να μη δεχόταν να διενεργηθεί η πράξη αυτή αλλά θα προτιμούσε το θάνατο ή άλλη ιατρική πράξη που θα ήταν λιγότερο όμως αποτελεσματική. Κάτι τέτοιο είναι πολύ ενδεχόμενο να υποστηρίξει ο ασθενής ή οι οικείοι του, όταν θα ζητήσει ευθύνες από τον ιατρό γιατί δεν τον ενημέρωσε για αυτό το ενδεχόμενο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, αν ενήργησε χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς και ιδίως παρά την άρνησή του, όταν ήταν πολύ ενδεχόμενο να συμβεί κάτι τέτοιο, η θέση του ιατρού είναι δυσχερής, δεδομένου ότι κάθε ιατρική πράξη που έγινε χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί ως παράνομη βία (άρθρο 330 ΠΚ). Για το λόγο αυτό πρέπει να εξασφαλίζει τη συγκατάθεση του ασθενούς και την απόδειξη ότι τον ενημέρωσε.

Όταν ο ασθενής είναι ανίκανος να συναινέσει και η ιατρική πράξη πρέπει να διενεργηθεί αμέσως, επειδή συντρέχει όλως εξαιρετική και επείγουσα περίπτωση, ο ιατρός που κρίνει ότι πρέπει να ενεργήσει επειγόντως επειδή υπάρχει κίνδυνος ζωής, μπορεί να επέμβει ενεργώντας την ενδεδειγμένη ιατρική πράξη και εναντίον της θέλησης του προσώπου που δικαιούται να συναινέσει, θα βρεθεί δε ο ιατρός σε κατάσταση σύγκρουσης καθηκόντων. Η ιατρική επέμβαση είναι δικαιολογημένη, εφόσον γίνεται όπως αρμόζει η επιστημονική άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος. Ο ιατρός έχει καθήκον να σώσει τον ασθενή, αλλά αν προκύψει μόνιμη αναπηρία, θα εξεταστεί αν έχει γίνει ή όχι ενημέρωση του ασθενούς για το ενδεχόμενο αυτό. Η αρχή της εξυπηρέτησης του αληθινού συμφέροντος του ασθενούς μπορεί να οδηγήσει στον αποκλεισμό του άδικου χαρακτήρα της πράξης αυτής, άλλως του καταλογισμού. [14, 16]

## 7. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### 7.1. Χαρακτηριστικά συναίνεσης

Η συναίνεση του ασθενούς είναι απαραίτητη για το επιτρεπτό κάθε ιατρικής πράξης. Η προϋπόθεση της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς για τη διενέργεια της ιατρικής πράξης προκύπτει από την προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς (ΑΚ 57) στην οποία περιλαμβάνεται, ως ειδικότερη έκφανση αυτής, το δικαίωμα κάθε προσώπου να αυτοκαθορίζεται σε σχέση με τη σωματική του ακεραιότητα και την υγεία του.

Η συναίνεση στη θεραπεία υφίσταται μόνον όταν είναι ελεύθερη, αβίαστη, προέρχεται μετά από σωστή, σαφή, πλήρη και υπεύθυνη ενημέρωση του ασθενούς ή των οικείων του και δεν εξαντλείται στην τυπική υπογραφή τυποποιημένου εντύπου. Η συναίνεση είναι ελεύθερα ανακλητή μέχρι τη διενέργεια της ιατρικής πράξης στην οποία αναφέρεται. Ο Κ.Ι.Δ. δεν προβλέπει το ανακλητό της συναίνεσης, αλλά η δυνατότητα ελεύθερης ανάκλησης προβλέπεται από τις αυξημένης τυπικής ισχύος διατάξεις της Σύμβασης του Οβιέδο, ενώ η απαγόρευση της ανάκλησης της συναίνεσης θα αντιστρατεύονταν την ίδια την έννοια και τη λειτουργία της συναίνεσης, ως εκδήλωσης του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενούς.

Η συναίνεση μπορεί να εκφρασθεί και προφορικά ή και να προκύπτει από την όλη στάση του ασθενούς, αρκεί να μπορεί να αποδειχθεί αν προκύψει ανάγκη. Η συναίνεση για πράξη που αντίκειται στα χρηστά ήθη δεν έχει έννομα αποτελέσματα, όπως η συναίνεση για ενέργεια ιατρικής πράξης που αποβλέπει στο να απαλλαγεί από τη στράτευση ή για να εισπράξει ασφάλιστρα. Η συναίνεση μπορεί α) να άρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης, δηλαδή στην περίπτωση αυτή η συμπεριφορά του δράστη δεν είναι άδικη, όπως η πρόκληση ασήμαντης ή εντελώς ελαφριάς ή και απλής σωματικής κάκωσης ή βλάβης της υγείας, μετά από συναίνεση, υπό τον όρο ότι η πράξη αυτή δεν είναι αντίθετη στα χρηστά ήθη (άρθρο 308 παρ. 2 ΠΚ), β) να αποτελεί λόγο ηπιότερης ποινικής μεταχείρισης του δράστη, όπως στην ανθρωποκτονία με συναίνεση (ευθανασία). Στην περίπτωση αυτή, λόγω της συναίνεσης του παθόντος, εφόσον συντρέχουν και οι λοιπές προϋποθέσεις του νόμου (άρθρο 300 ΠΚ), η θανάτωση ανθρώπου με πρόθεση τιμωρείται πάρα πολύ ηπιότερα, σε σχέση με το να μην υπήρχε η συναίνεση. Ομοίως, επί τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης με τη συναίνεση της εγκύου (άρθρο 304 ΠΚ όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 1609/1986).

Σύμφωνα με το άρθρο 5 του Ν. 2619/1998 που κύρωσε τη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική «*Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεσή του*»

Σύμφωνα με το άρθρο 12 του Κ.Ι.Δ. «*Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή...*» [7]

## **7.2. Προϋποθέσεις έγκυρης συναίνεσης**

Σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ.2 Ν.3418/2005, οι προϋποθέσεις για έγκυρη συναίνεση είναι οι ακόλουθες:

α) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση η οποία εξαρτάται από την ωριμότητά του να εκτιμήσει την αξία του διατιθέμενου αγαθού. Άρα η ικανότητα για συναίνεση συνίσταται στην ουσιαστική ικανότητα του φορέα του αγαθού να μπορεί να εκτιμήσει στη συγκεκριμένη περίπτωση τη σημασία και τις συνέπειες της συναίνεσής του.

β) Η συναίνεση να είναι γνήσια και σοβαρή, ήτοι να μην δίνεται χάριν αστεϊσμού, να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης, απειλής ή επιρροής άλλου εξαναγκαστικού μέσου και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. Τέτοια σύγκρουση υπάρχει όταν το προσδοκώμενο από την ιατρική πράξη όφελος υπολείπεται της βλάβης και των κινδύνων που συνδέονται με αυτήν.

γ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της. Η συναίνεση θα πρέπει να δοθεί πριν από την έναρξη της ιατρικής πράξης και μάλιστα σε χρόνο που ο ασθενής έχει τη νηφαλιότητα να αποφασίσει αν θα συναινέσει ή όχι.

Κατά την ισχύουσα ελληνική νομοθεσία δεν αναγνωρίζεται στους ιατρούς το δικαίωμα της αυτεπάγγελτης επέμβασης, έστω και για τη διάσωση του ασθενούς, όταν αυτή γίνεται αντίθετα προς τη θέλησή του. Για να είναι έγκυρη η συναίνεση του ασθενούς, πρέπει αυτός να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται, κατά τον κρίσιμο χρόνο, να κρίνει και να μπορεί να αποφασίζει ελεύθερα. Εάν ο ασθενής αρνείται, δεν πρέπει να

λάβει χώρα η ιατρική πράξη, παρά τα όποια δυσμενή αποτελέσματα μπορεί να έχει για τον ίδιο η άρνησή του. Υπάρχουν βεβαίως τρόποι για να ξεπερασθεί η αδικαιολόγητη άρνηση, όπως η έκδοση δικαστικής απόφασης ή απόφαση των οικείων του, αλλά ο ιατρός ποτέ δεν αποφασίζει μόνος του και χωρίς σχετική συναίνεση. [14, 16]

### 7.3. Ιατρικές πράξεις σε ειδικές κατηγορίες ασθενών

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίνεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του (άρθρο 1510επ. ΑΚ). 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. Χρονικό όριο για τη λήψη υπόψη της γνώμης του ανηλίκου φαίνεται να αποτελεί η συμπλήρωση του 12<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας. Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης δίνεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίνεται από τους οικείους του ασθενούς.

Με το άρθρο 12 παρ. 3 του Κ.Ι.Δ. εισάγεται εξαίρεση, σύμφωνα με την οποία «δεν απαιτείται συναίνεση του ασθενούς για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, 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». Αν υπάρχει λοιπόν κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής επέμβασης σε ανήλικο που δεν έχει συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας (άρθρο 127 ΑΚ), για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του, ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών μπορεί, αν αρνούνται οι γονείς, να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια, μετά από αίτηση του αρμόδιου για τη θεραπεία ιατρού ή του διευθυντή της κλινικής όπου νοσηλεύεται ο ανήλικος ή οποιουδήποτε άλλου αρμοδίου υγειονομικού οργάνου (άρθρο 1534 ΑΚ). Η συγκεκριμένη άρνηση των γονέων μπορεί να θεωρηθεί καταχρηστική άσκηση δικαιώματος και να μην ληφθεί υπόψη, επομένως ο ιατρός έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να επέμβει θεραπευτικά όπως προβλέπουν οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, ζητώντας την άδεια του Εισαγγελέως Πρωτοδικών η

οποία αναπληρώνει την έλλειψη συναίνεσης των γονέων. Ο Εισαγγελέας κρίνει το κατεπείγον της επέμβασης για την αποτροπή του κινδύνου και δίνει τη σχετική άδεια ανεξάρτητα από την αντίθετη ή ελλείπουσα συναίνεση (*Γνωμοδότηση Εισαγγελέα Αρείου Πάγου με αριθμό 6/1992*). Άρα, αν οι γονείς συμφωνούν, μπορούν να δώσουν τη συναίνεση για τη διενέργεια της ιατρικής πράξης, αν διαφωνούν, αποφασίζει το δικαστήριο, αν συγκρούονται τα συμφέροντά τους με αυτά του τέκνου τους διορίζεται ειδικός επίτροπος.

Σε άτομο που έχει τεθεί υπό δικαστική συμπαράσταση (άρθρα 1666επ. ΑΚ) λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας και αδυνατεί εν όλω ή εν μέρει να φροντίζει μόνος για τις υποθέσεις του και όταν λόγω ασωτίας, τοξικομανίας ή αλκοολισμού εκθέτει στον κίνδυνο την στέρηση του εαυτού του, το σύζυγό του, τους κατιόντες του ή τους ανιόντες του, με δικαστική απόφαση, τη συναίνεση θα τη δώσει ο δικαστικός συμπαραστάτης του ή ο προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης του.

Σύμφωνα με την απόφαση 5512/2003 *ΕφΠειρ.* η προσβολή της σωματικής ακεραιότητας, η βλάβη της υγείας, του σώματος ή ο ψυχικός πόνος που υφίσταται ο ασθενής, λόγω ιατρικής πράξης, για την οποία δεν έχει ενημερωθεί και δεν έχει συναίνεσει, συνιστά παράνομη προσβολή της προσωπικότητάς του και εμπίπτει στις διατάξεις των άρθρων 57-59 ΑΚ. Αυτό κατά μείζονα λόγο ισχύει στην περίπτωση κατά την οποία η ιατρική επέμβαση που γίνεται χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς δεν είναι ενδεδειγμένη ή εμφανίζεται ως άσκοπη και περιττή.

Σύμφωνα με την απόφαση 1449/2007 *ΠολΠρΑθηνών*, η μη ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό για το βαθμό επικινδυνότητας μια εξέτασης, και μάλιστα για το ποσοστό πρόκλησης θανάτου ως επιπλοκής, συνιστά παράβαση από βαριά αμέλεια της υποχρέωσης του ιατρού να διαφωτίζει και να ενημερώνει πλήρως τον ασθενή. Κατά το σκεπτικό της απόφασης, η υποχρέωση πλήρους διαφώτισης, ενημέρωσης του ασθενούς και λήψης της έγκυρης συναίνεσής του αφορά στη διενέργεια κάθε ιατρικής πράξης, ανεξαρτήτως του χαρακτήρα της ως διαγνωστικής ή θεραπευτικής. Η υποχρέωση λήψης έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς για τη διενέργεια ιατρικής πράξης βαρύνει εξίσου τον θεράποντα και τον ενεργούντα τη διαγνωστική πράξη ιατρό.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο καταρχήν παράνομος χαρακτήρας μιας πράξης αίρεται, οπότε δεν συντρέχουν οι αναγκαίες προϋποθέσεις για τη γέννηση της αστικής ευθύνης και δεν καθίσταται υπεύθυνος για την αποκατάσταση της ζημίας που έχει επέλθει αυτός



που την προκάλεσε. Όταν το πρόσωπο, στο οποίο ανήκει κάποιο έννομο αγαθό, συναινεί ώστε το αγαθό του αυτό να υποστεί κάποια βλάβη, με ενέργεια τρίτου προσώπου, για χάρη ενός άλλου αγαθού, τότε καταρχήν αίρεται ο παράνομος χαρακτήρας της βλαπτικής για το έννομο αγαθό του συμπεριφοράς. Όταν όμως η συμπεριφορά αυτή προσκρούει στα χρηστά ήθη ή στις γενικώς κρατούσες αντιλήψεις περί δικαίου, τότε εξακολουθεί να θεωρείται παράνομη παρά τη συνδρομή της συναίνεσης του παθόντος. Όσον αφορά την υγεία, γίνεται δεκτό ότι η συναίνεση για προσβολή της από ένα τρίτο πρόσωπο αίρει τον παράνομο χαρακτήρα αυτής της πράξης, μόνο όταν με τη θυσία του συγκεκριμένου έννομου αγαθού πρόκειται να σωθεί ένα άλλο αγαθό του ίδιου προσώπου που έχει μεγαλύτερη αξία, κατά την αντίληψη της έννομης τάξης. Για παράδειγμα, η συναίνεση του ασθενούς που δίνεται στον ιατρό για τη διενέργεια μεταμόσχευσης, αποτελεί την αναγκαία προϋπόθεση για να επέμβει ο ιατρός στο ανθρώπινο σώμα, διαφορετικά η επέμβαση είναι αυθαίρετη ιατρική πράξη, που θίγει την ελευθερία της βούλησης και την ελευθερία αυτοδιάθεσης του ανθρώπου. Η συναίνεση αυτή έχει την έννοια της παραίτησης από την προστασία που παρέχει το δίκαιο για τη σωματική ακεραιότητα του ανθρώπου, επί του οποίου γίνεται η ιατρική επέμβαση, με την έννοια ότι, εφόσον αυτός έχει ενημερωθεί πλήρως για τη συγκεκριμένη επέμβαση, αναλαμβάνει ο ίδιος τον κίνδυνο και παραιτείται με τη θέλησή του από το δικαίωμα να στραφεί κατά του ιατρού για σωματικές βλάβες και παρενέργειες, που πιθανόν να υποστεί η υγεία του.

Δεν αίρεται ο παράνομος χαρακτήρας της ιατρικής πράξης, στην περίπτωση που δίνεται η συναίνεση για την αφαίρεση ενός τμήματος ή ενός οργάνου του σώματος με αισθητική εγχείριση, με μοναδικό σκοπό τη βελτίωση της γραμμής του σώματος (ουσιώδης περιορισμός του στήθους ή του πάχους των μηρών μιας γυναίκας αποκλειστικά για λόγους αισθητικής). Επίσης, η με τη συναίνεση της γυναίκας αφαίρεση των ωοθηκών της, ώστε αυτή στο μέλλον να μην μπορεί να συλλάβει, αποτελεί παράνομη πράξη, επειδή αντίκειται στην κρατούσα αντίληψη περί ηθικής (η πράξη αυτή είναι και ποινικώς κολάσιμη). Ακόμη και αν δεν τιμωρούνταν ποινικά, η αφαίρεση των ωοθηκών υγιούς γυναίκας δεν θα απέβαλλε τον αστικώς παράνομο χαρακτήρα της, παρά το γεγονός ότι υπήρχε συναίνεση της ασθενούς. Επομένως, η ασθενής, παρά το ότι έδωσε τη συναίνεσή της, δικαιούται να ασκήσει κατά του χειρουργού αγωγή αποζημίωσης. Σημειώνεται ότι το δικαστήριο ενδέχεται στη συγκεκριμένη περίπτωση να μην επιδικάσει αποζημίωση ή να μειώσει το ποσό της, συνεκτιμώντας και το φταίξιμο σε ένα βαθμό της παθούσας, σύμφωνα με το άρθρο 300 ΑΚ (συντρέχον πταίσμα του παθόντος). [14, 16]

## 8. ΣΥΜΒΑΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

### 8.1. Σχέση ιατρού και ασθενή

Η σχέση ιατρού-ασθενή είναι μια ιδιότυπη κοινωνικά μορφή επαγγελματικής δραστηριότητας, κάτι περισσότερο από μια συνηθισμένη συμβατική σχέση που διέπεται από το κοινό Δίκαιο στο πλαίσιο του υπέρτατου νόμου, του Συντάγματος. Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 8 παρ. 2 Ν. 3418/2005) *«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 αξιοπρέπειά τους»*. Από ανθρωπιστικής πλευράς, η σχέση ιατρού ασθενή παρουσιάζει ιδιαιτερότητα, με την έννοια ότι ο ασθενής αναθέτει στον ιατρό την υγεία του, τη ζωή, τις ελπίδες του για επιβίωση, σωματική και ψυχική αποκατάσταση και καταφεύγει σε αυτόν τη στιγμή που αισθάνεται αδύναμος. Από νομικής πλευράς (πλευράς Αστικού Δικαίου), η σχέση ιατρού ασθενή έχει τη μορφή της σύμβασης μεταξύ ιατρού-ασθενή (σύμβαση ιατρικής αγωγής).

### 8.2. Χαρακτηριστικά σύμβασης ιατρικής αγωγής

Σχετικά με τη φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής, υπάρχει διχογνωμία σχετικά με το αν είναι σύμβαση έργου ή σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. Η άποψη που γίνεται δεκτή στο ιατρικό δίκαιο είναι ότι ο ιατρός κατά την άσκηση των καθηκόντων του οφείλει να επιδείξει μία συμπεριφορά και όχι να επιτύχει ένα αποτέλεσμα, δηλαδή έχει υποχρέωση επιμέλειας και όχι αποτελέσματος. Επομένως, η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών και μάλιστα *«εμπιστευτικών ελευθέρων εργασιών»*.

Για τη φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής έχουν υποστηριχθεί πολλές απόψεις. Μία άποψη υποστηρίζει ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι κατά βάση μίσθωση εργασίας, με εξαίρεση την περίπτωση που ο ιατρός αναλαμβάνει την εκτέλεση ενός μόνο έργου (πχ εγχείρηση), οπότε πρόκειται για μίσθωση έργου. Σχετική η αριθ. 5512/2003 απόφαση Εφετείου Αθηνών η οποία δέχεται ότι η σύμβαση μεταξύ ιατρού και του πελάτη του για τη διενέργεια εγχείρησης είναι μίσθωση έργου. Άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ούτε ως αμιγής μορφή σύμβασης εργασίας ούτε κατά περίπτωση ως μίσθωση έργου, αλλά πρόκειται για μία *sui generis* σύμβαση, μια λειτουργική σχέση, καθόσον συνδέει τον ιατρό και τον ασθενή με προσωπικό δεσμό

πέρα από τα όρια κάθε άλλης συναλλακτικής σχέσης. Μια τρίτη άποψη δέχεται ότι πρόκειται για άτυπη μικτή σύμβαση με εξέχοντα το χαρακτήρα παροχής υπηρεσιών.

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής έχει ως αντικείμενο τη διαπίστωση της ασθένειας, την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και την αμοιβή του ιατρού, μέσω εμπιστοσύνης, αγάπης, αλληλοκατανόησης, περίθαλψης και ενδιαφέροντος για τη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς. Δεν είναι μία συνήθης αμοτεροβαρής σύμβαση, διότι καμία άλλη σύμβαση δεν έχει αντικείμενο την υγεία και τη ζωή του ανθρώπου. Είναι ιδιότυπη αμοτεροβαρή σύμβαση, έχει έντονα κοινωνικό-ανθρωπιστικό χαρακτήρα, είναι σχέση εμπιστοσύνης της οποίας παρεπόμενες υποχρεώσεις αποτελούν το καθήκον εχεμύθειας και η προηγούμενη ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς. Η αμοτεροβαρής ιατρική σύμβαση σημαίνει ότι ο ιατρός υποχρεούται να παρέχει τις δέουσες ιατρικές υπηρεσίες και ο ασθενής υποχρεούται να καταβάλλει την ανάλογη αμοιβή τηρώντας και τις λοιπές εκ μέρους του υποχρεώσεις. Χαρακτηρίζεται ως σύμβαση «*sui generis*» παροχής ιατρικής βοήθειας, δεν συνδέεται με την επίτευξη ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος, αποτελεί σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών (εργασίας) στην οποία εφαρμόζονται και διατάξεις του δικαίου της προσωπικότητας, διότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής περιέχει και υποχρέωση προστασίας της προσωπικότητας του ασθενούς που εκδηλώνεται μέσω της υποχρέωσης του ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή. Χαρακτηριστικά της εν λόγω σύμβασης αποτελούν η κατανόηση, ο σεβασμός, η συμπάθεια και το ενδιαφέρον του ιατρού προς τον ασθενή. Η σύμβαση ιατρικής αγωγής μπορεί να περιλαμβάνει μία μόνο ιατρική πράξη ή σειρά ιατρικών πράξεων. Είναι ιδιαίτερα περιοριστική και αφορά κατ' αρχήν τις συμφωνηθείσες και μόνο ιατρικές ενέργειες που ενέκρινε ο ασθενής και για όποιες έχει δώσει τη συγκατάθεσή του στον θεράποντα ιατρό. Γίνεται δεκτό από τη νομολογία ότι ο χειρουργός μπορεί να προχωρήσει και πέρα των συμφωνηθέντων ενεργειών, χωρίς τη συναίνεση του ασθενή και να προχωρήσει σε κάθε ενδεδειγμένη ενέργεια, λόγω των περιστάσεων, με αποκλειστικό γνώμονα και σκοπό το συμφέρον του ασθενή.

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι σύμβαση ιδιωτικού δικαίου όπου ισχύει η αρχή της ιδιωτικής οικονομίας, ανεξάρτητα από το αν καταρτίστηκε με ιατρό ή νοσοκομείο δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Αν ο ιατρός παραβεί τις συμβατικές του υποχρεώσεις, πρέπει να αποκαταστήσει την προκληθείσα περιουσιακή ζημία του ασθενούς. Στις περιπτώσεις πλημμελούς παροχής στο πλαίσιο αμοτεροβαρούς σύμβασης, ισχύουν οι κανόνες του κοινού δικαίου περί αξιώσεων και κατανομής του βάρους απόδειξης.

Στην Ελλάδα η σύμβαση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή αφορά μόνο τον ιδιωτικό τομέα άσκησης της ιατρικής. Όταν ο ασθενής συμβάλλεται με ιδιώτη ιατρό, η σύμβαση καλείται σύμβαση ιατρικής αγωγής ή αρωγής. Αν ο ασθενής συμβάλλεται με Νοσοκομείο (νπδδ), δέχεται δηλαδή υπηρεσία της «*παροχικής διοίκησης*», υπάρχει εξομοίωση με τη συμβατική σχέση, όσον αφορά τη συμπεριφορά που καλείται να επιδείξει ο ιατρός, δεδομένου ότι πρόκειται για παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Η έννομη σχέση του ασθενή με το νοσοκομείο είναι «*συμφωνία προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών*», διότι απαιτείται η συναίνεση του ασθενή, παρά το γεγονός ότι οι υπηρεσίες παρέχονται από το Δημόσιο. Η σύμβαση που καταρτίζεται μεταξύ του ιατρού ή του νοσηλευτηρίου και του ασθενούς δεν πρέπει να καταρτισθεί υποχρεωτικά γραπτώς, καθόσον η εν λόγω σύμβαση έχει αποδεικτικό και όχι ουσιαστικό χαρακτήρα. Κρίνεται όμως σκόπιμο, για λόγους διασφάλισης, η κατάρτιση αναλυτικής σύμβασης.

Ο ιατρός μπορεί να ανέλαβε την περίθαλψη ασθενούς α) με σύμβαση που έγινε άτυπα μεταξύ ιατρού και ασθενούς ή των αντιπροσώπων του όταν ο ίδιος αδυνατεί. Όταν ο ιατρός αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενεργήσει κάποια ιατρική πράξη, η σύμβαση έχει τη μορφή σύμβασης έργου, ευθύνεται δε ο ιατρός αν δεν την ενεργήσει με τη δέουσα προσοχή και επιμέλεια (*lege artis*), όχι για το αποτέλεσμα, δηλαδή, ο ιατρός έχει υποχρέωση επιμέλειας και όχι υποχρέωση αποτελέσματος β) με σύμβαση που γίνεται μεταξύ του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του και του ασθενούς που συμβάλλεται με αυτό (μίσθωση εργασίας ιατρού, άρθρο 652 ΑΚ) γ) χωρίς να υπάρχει σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, οπότε η σχέση που δημιουργείται μεταξύ τους είναι, κατά την κρατούσα άποψη, «*διοίκηση αλλοτρίων*» (κατάσταση που προβλέπεται από το νόμο, όταν κάποιος αναλαμβάνει χωρίς εντολή την επιμέλεια και διεξαγωγή μιας ξένης υπόθεσης: η σχέση μεταξύ «*διοικούντος*» (ιατρού) και «*κυρίου των υποθέσεων*» (ασθενούς) δεν στηρίζεται σε δικαιοπραξία (δεν υπάρχει δήλωση βουλήσεως του ασθενούς), έχουσα ως αφετηρία της τη βούληση του ιατρού, αλλά απορρέει από το νόμο που τη ρυθμίζει με συγκεκριμένες διατάξεις (730επ. ΑΚ). Παράδειγμα αποτελεί όταν ο ιατρός ανέλαβε την περίθαλψη ασθενούς χωρίς να του ζητηθεί από τον ασθενή, όταν δηλαδή ο ιατρός διαπιστώνει ότι ο ασθενής τον οποίο κανείς δεν συνοδεύει, ξαφνικά έπεσε σε κώμα. Στην περίπτωση αυτή, κατά το άρθρο 307 ΠΚ, πρέπει να του παράσχει όποια περίθαλψη μπορεί. Κατά άλλη άποψη, δεν πρόκειται για διοίκηση αλλοτρίων αλλά για μια *de facto* συμβατική σχέση.

Όποια και αν είναι η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, είτε είναι σύμβαση, είτε de facto συμβατική σχέση, είτε διοίκηση αλλότριων, είτε σχέση δημοσίου δικαίου (περίπτωση ασθενούς και ιατρού που εργάζεται στο ΕΣΥ), ο ιατρός που αναλαμβάνει έναν ασθενή στο πλαίσιο της άσκησης της επαγγελματικής του δραστηριότητας υπέχει τις ίδιες υποχρεώσεις επιμέλειας. [16, 29, 31]

### **8.3. Κατάρτιση σύμβασης ιατρικής αγωγής**

Για να συναφθεί ιατρική σύμβαση απαιτείται να διαθέτει ο ασθενής δικαιοπρακτική ικανότητα (ΑΚ 127επ.) κατά τον Αστικό Κώδικα, διαφορετικά ενεργοποιούνται αναλογικά οι διατάξεις για τη «διοίκηση αλλοτρίων». Άλλο είναι βέβαια η ικανότητα του ασθενή για παροχή συναίνεσης σε ιατρική πράξη στην οποία πρόκειται να υποβληθεί.

Όσον αφορά τον ανήλικο ασθενή, αυτός δεν μπορεί έγκυρα να συνάψει σύμβαση με τον ιατρό αν δεν είναι τουλάχιστον 10 ετών, ενώ αν είναι τουλάχιστον 10 ετών μπορεί να συνάψει έγκυρα σύμβαση με την προϋπόθεση της κάλυψής του από τον ασφαλιστικό φορέα του. Μετά το 14<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας, ο νεαρός ασθενής μπορεί έγκυρα να συνάπτει ιατρική σύμβαση, όμως με προϋποθέσεις. Αν ο ανήλικος στερείται της δικαιοπρακτικής ικανότητας, τότε η σύμβαση πραγματοποιείται με το νόμιμο εκπρόσωπό του, οπότε όταν συμβάλλεται με τον ιατρό ή το νοσηλευτήριο ο νόμιμος εκπρόσωπος του ανηλίκου, για λογαριασμό του, τότε αυτός είναι και ο υπόχρεος της καταβολής της ιατρικής αμοιβής και των εξόδων.

Αν η σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι άκυρη (ΑΚ 174επ.), δεν οφείλεται η αμοιβή στον ιατρό που είχε συμφωνηθεί, αλλά η συνήθης αμοιβή αν ο ιατρός προχώρησε στην εκτέλεση πράξεων παρόλο που ήταν άκυρη η σύμβαση, οπότε η παρέμβασή του δικαιολογείται, είτε σαν de facto σύμβαση είτε με αναλογική εφαρμογή των διατάξεων για τη διοίκηση αλλότριων. [29]

### **8.4. Περιπτώσεις μη έγκαιρης κατάρτισης σύμβασης ιατρικής αγωγής**

Οι περιπτώσεις μη έγκαιρης κατάρτισης σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι οι ακόλουθες: α) αν ο ασθενής βρίσκεται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή ή δεν έχει συνείδηση των πράξεών του που περιορίζουν αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησής του, β) αν ο ασθενής βρίσκεται σε καθεστώς πλήρους στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, γ) αν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του. Στην περίπτωση αυτή είναι αδύνατη η σύναψη σύμβασης, μπορεί όμως κατ' εξαίρεση να συναφθεί, όταν ο ασθενής

αποκτήσει τις αισθήσεις του και εγκρίνει τις ενέργειες στις οποίες προχώρησε ο ιατρός κατά τη χρονική περίοδο που ήταν αναισθητός. Με τον τρόπο αυτό η σύμβαση αποκτά αναδρομική ισχύ. Στην περίπτωση που ο ασθενής ανακτήσει τις αισθήσεις του και δεν εγκρίνει τις ενέργειες του ιατρού, τότε δεν υπάρχει σύμβαση. [29]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## 9. ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ

### 9.1. Ορισμός ιατρικού σφάλματος

*«Λάθος είναι η αποτυχία ολοκλήρωσης μιας προγραμματισμένης δράσης ή η χρήση λάθος σχεδίου για την επίτευξη συγκεκριμένου στόχου».* Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy of Sciences 2000.

*Ιατρικό σφάλμα (medical malpractice)* είναι η συμπεριφορά ιατρού που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης στο επάγγελμά του και στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας, κατά κανόνα επειδή ο ιατρός δεν τηρεί το επαγγελματικό του standard ή επειδή παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης (lege artis).

Τα λάθη στο χώρο της υγείας, λόγω του ειδικού βάρους και του έντονου κοινωνικού ενδιαφέροντος απασχολούν ολοένα και περισσότερο τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας. Το ιατρικό σφάλμα είναι διεθνώς η συχνότερα εμφανιζόμενη βάση των αγωγών αποζημίωσης που ασκούνται εναντίον ιατρών. Το ιατρικό σφάλμα συνδέεται με την αμελή ιατρική συμπεριφορά και έχει σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις για τον ασθενή, τον ιατρό, τους ασφαλιστικούς φορείς και τις υπηρεσίες υγείας.

Στην ιδιωτική παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά κανόνα υπάρχει σύμβαση ιατρικής αγωγής μεταξύ ιατρού και ασθενούς, η παραβίαση δε των υποχρεώσεων που απορρέουν από τη σύμβαση αυτή συνιστά ιατρικό σφάλμα. Από την άλλη μεριά, το ιατρικό σφάλμα θεωρείται και παράνομη συμπεριφορά του ιατρού, όχι με την έννοια του ποινικού δικαίου, αλλά ως προϋπόθεση για την αξίωση αποζημίωσης του ζημιωθέντος, ανεξάρτητα από την ύπαρξη σύμβασης ιατρικής αγωγής. Ο ιατρός δεν υπόσχεται και δεν υποχρεούται να θεραπεύσει τον ασθενή ούτε να αποκλείσει κάθε βλάβη του από την ιατρική πράξη. Οφείλει να επιδείξει μία συμπεριφορά σύμφωνη προς ορισμένα πρότυπα και όχι να επιτύχει ένα αποτέλεσμα. Ο δικαστής δεν καλείται να πάρει θέση σε ορισμένο ιατρικό θέμα, αλλά να αξιολογήσει, ενόψει των απόψεων που εκφράζουν οι ειδικοί στο ζήτημα ιατροί, σε συνδυασμό και με άλλα στοιχεία, τη συμπεριφορά ή ορισμένη επιλογή του ιατρού ως αμελή ή όχι.

Ο Κ.Ι.Δ. καθιερώνει την υποχρέωση του ιατρού «*συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης*» σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του (άρθρο 10). 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 συνεχής ενημέρωση του ιατρού στις ταχύτατες εξελίξεις στο χώρο της ιατρικής αποτελεί βασικό όπλο και εγγύηση της ποιοτικής παροχής ιατρικής φροντίδας. [9, 18, 36]

## 9.2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση ιατρικού σφάλματος

Στην πρόκληση ιατρικού σφάλματος μπορεί να συμβάλλουν τα ακόλουθα προβλήματα-παράγοντες:

1) πολύπλοκα συστήματα υγείας όπου υπάρχει ανεπαρκής εκπαίδευση ιατρών, υπερωριακή εργασία ιατρών, απουσία ελέγχων 2) οι υπηρεσίες υγείας δεν έχουν ακόμη κατορθώσει να διαμορφώσουν ένα ασφαλές περιβάλλον άσκησης της ιατρικής 3) το μεγαλύτερο τμήμα της ιατρικής επιστήμης είναι πολυσχιδές και αβέβαιο 4) πίεση χρόνου 5) ατελείς πληροφορίες ασθενών για αλλεργικές αντιδράσεις, για ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων, για προηγούμενες διαγνώσεις και αποτελέσματα εξετάσεων 6) έλλειψη πληροφόρησης για πρόσφατες παρενέργειες συγκεκριμένων φαρμάκων 7) κακή συνεννόηση για τη χορήγηση φαρμάκων λόγω δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα και ακατάλληλων συντομογραφιών, σύγχυση με φάρμακα παρόμοιας ονοματολογίας, σύγχυση στο μετρικό σύστημα με άλλες μονάδες και λανθασμένη χρήση μηδενικών και δεκαδικών ψηφίων στη δοσολογία 8) έλλειψη κατάλληλων ετικετών στα σκευάσματα, καθώς επανασυσκευάζονται σε μικρότερες ποσότητες με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση για τη σωστή ονομασία και ημερομηνία λήξης 9) περιβαλλοντικοί παράγοντες (φωτισμός, ζέστη, θόρυβος, διακοπές) που αποσπούν την προσοχή του ιατρού 10) το «λάθος» ενυπάρχει στην ανθρώπινη φύση, διότι η «ικανότητα να κάνουν λάθη» επιτρέπει στους ανθρώπους να λειτουργούν 11) υπερβολική εμπιστοσύνη που έχουν οι ιατροί στη μνήμη τους, 12) μη συνειδητοποίηση ότι η κόπωση συνδέεται άρρηκτα με μειωμένη απόδοση στην εργασία, 13) οι διαφωνίες και οι προστριβές μεταξύ του προσωπικού. Επίσης, τα ιατρικά σφάλματα συμβαίνουν συχνότερα όταν οι ιατροί είναι άπειροι και όταν διδάσκονται καινούργιες μεθόδους και τεχνικές.

Ειδικότερα, το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας με τις σημερινές δομές του και τον τρόπο λειτουργίας του επωάζει και επάγει το ιατρικό λάθος. Οδηγεί στη δημιουργία λαθών που περιμένουν να συμβούν. Διότι τα συστήματα παράγουν τα αποτελέσματα τα οποία έχουν σχεδιασθεί να παράγουν. Η φροντίδα υγείας εξακολουθεί να παρέχεται σε



ένα απομονωμένο περιβάλλον, στο οποίο απουσιάζει η προτυποποίηση και στο οποίο υπάρχουν ελάχιστες ασφαλιστικές δικλίδες. Σε ένα περιβάλλον όπου ιατροί, νοσηλευτές, άρρωστοι και συγγενείς συνθέτουν έναν ανθρώπινο «πολτό» και όπου ο ιατρός πρέπει να λάβει ορθές αποφάσεις σε ελάχιστο χρόνο στον οποίο παίζεται η ζωή και η υγεία του αρρώστου.

Η πλημμελής εκπαίδευση των ιατρών τόσο σε προπτυχιακό (ιατρικές σχολές) όσο και μεταπτυχιακό επίπεδο (λήψη ειδικότητας) καθιστά στην πράξη προβληματική την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας.

Η μακαριότητα του συστήματος να βασίζεται αποκλειστικά στην ενδογενή ατέλεια της ανθρώπινης μνήμης, στη σφαλερή-συνήθως-λήψη αποφάσεων, οι οποίες δεν βασίζονται σε δομημένο πρότυπο και στη θεωρία λήψης κλινικών αποφάσεων και στην ενδογενή ανθρώπινη αδυναμία επεξεργασίας μεγάλου αριθμού πληροφοριών, δημιουργεί ευνοϊκές τις συνθήκες για την εμφάνιση λάθους. Σε ένα τέτοιο σύστημα, το ανθρώπινο λάθος είναι δεδομένο και η ασφάλεια του αρρώστου σε κίνδυνο.

Ο καθηγητής κ. Ι. Τούντας σε δημοσίευμα στο περιοδικό «ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ» τ. 59 αναφέρει ότι *«Οι συνθήκες που ευνοούν την πρόκληση σφαλμάτων μπορούν να διακριθούν σε επτά κατηγορίες: υψηλός φόρτος εργασίας, ανεπαρκής γνώση, βαθμός ικανότητας ή εμπειρίας, ανεπαρκής σχεδιασμός, αλληλεπίδρασης, ανεπαρκής επιτήρηση ή καθοδήγηση, αγχώδες περιβάλλον, ψυχολογική κατάσταση (κόπωση ή πλήξη) και αλλαγή»*

Προκειμένου να εκτιμηθεί η συνδρομή ιατρικού σφάλματος, πρέπει να εκτιμηθούν και να αξιολογηθούν και οι εξωγενείς παράγοντες και συνθήκες, όπως οι αντικειμενικές συνθήκες νοσηλείας, η επικινδυνότητα της ιατρικής πράξης, σε συνδυασμό με την ευπάθεια του ασθενούς και οι αυξημένες δυνατότητες του νοσηλευτικού ιδρύματος ή οι ικανότητες του ιατρού. Ειδικότερα, οι αντικειμενικές συνθήκες νοσηλείας αφορούν σε α) έκτακτες καταστάσεις που επιβαρύνουν υπέρμετρα τις ιατρικές υπηρεσίες και συνακόλουθα την απόδοση του ιατρού και την παροχή υπηρεσιών από το νοσοκομείο που υπολείπεται του κανονικού προτύπου επιμέλειας, β) γενική εφημερία του νοσοκομείου, γ) περιορισμένες δυνατότητες του ιατρού (έλλειψεις σε βοηθητικό προσωπικό, εξοπλισμό, έλλειψη μηχανήματος σε απομακρυσμένο κέντρο υγείας, μη δυνατότητα μεταφοράς ασθενούς λόγω έλλειψης ασθενοφόρου κα).

Στις προαναφερόμενες περιπτώσεις, το πρότυπο της επιμέλειας επηρεάζεται από τις συνθήκες, εφόσον αυτές είναι αντικειμενικές και απρόβλεπτες, δηλαδή δεν προκαλούνται με οποιοδήποτε τρόπο από άλλα σφάλματα του ιατρού. Οι συνθήκες εφημερίας (τακτικής) είναι μεν ιδιαίτερες και επιβαρυντικές αλλά όχι έκτακτες, επομένως η αδυναμία του Νοσοκομείου ή του ιατρού να τηρήσει το πρότυπο της επιβαλλόμενης επιμέλειας οφείλεται, είτε σε οργανωτικό σφάλμα του νοσοκομείου που δεν προέβλεψε ή δεν εξασφάλισε το αναγκαίο προσωπικό ή δεν έκανε ορθή κατανομή του, είτε σε σφάλμα του μεμονωμένου ιατρού που δεν φρόντισε να έχει τις αναγκαίες ψυχικές και σωματικές δυνάμεις για να ανταπεξέλθει στα συνήθη καθήκοντά του. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να εξετάζεται αν ο ιατρός ή το νοσοκομείο όφειλαν και μπορούσαν να έχουν προβλέψει και αντιμετωπίσει την έλλειψη. Αν η απάντηση είναι θετική, τότε υπάρχει ευθύνη, ενώ σε επείγουσες συνθήκες η παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία που υπολείπεται του προτύπου είναι απολύτως αναγκαία και δεν υπάρχει καμιά εναλλακτική λύση, οπότε είναι δικαιολογημένη λόγω του κατεπείγοντος χαρακτήρα. Αν, για παράδειγμα, λόγω του κατεπείγοντος χαρακτήρα μιας εγχείρισης, παραλείπονται ορισμένες προεγχειρητικές εξετάσεις που δεν είναι δυνατές από χρονική άποψη, ενδεχομένως να μην υπάρχει ιατρικό σφάλμα. Δεν ισχύει το ίδιο αν υπάρχουν λάθη ή παραλείψεις που δεν συνδέονται με το κατεπείγον της επέμβασης (έλλειψη αναγκαίου προσωπικού). Ανάλογα, η παροχή περίθαλψης σε τραυματίες μετά από μια ανθρωπιστική καταστροφή δεν δικαιολογεί σφάλματα που διαπράττει ένας μεθυσμένος ιατρός. [1, 4, 13, 20, 21, 22, 26, 32, 33, 34]

### 9.3. Κριτήρια εξειδίκευσης της έννοιας του ιατρικού σφάλματος

Τα κριτήρια εξειδίκευσης της έννοιας του ιατρικού σφάλματος είναι τα ακόλουθα:

α) του μέσου συνετού ιατρού που τηρεί τους κανόνες της επιστήμης του (*lege artis*). Ακολουθείται από τη νομολογία και σύμφωνα με αυτό, αμελής είναι η συμπεριφορά του ιατρού που παραβιάζει τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης (Κ.Ι.Δ. άρθρο 3 παρ. 3)

β) τα *standards* του ιατρικού επαγγέλματος. Το συγκεκριμένο τείνει να επικρατήσει στη σύγχρονη θεωρία της ιατρικής ευθύνης. Ως *ιατρικό standard* (πρότυπο ποιότητας, πρότυπο) μπορεί να χαρακτηριστεί το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται σε ορισμένη περίπτωση η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών. Ο ιατρός πρέπει να παρέχει υπηρεσίες που αντιστοιχούν σε ένα ορισμένο επίπεδο ποιότητας, σύμφωνα με τα πρότυπα ενέργειας και συμπεριφοράς που γίνονται δεκτά στο

επάγγελμά του. Αμέλεια ως παράνομη συμπεριφορά είναι η απόκλιση προς τα κάτω από το επιβαλλόμενο πρότυπο ποιότητας.

γ) η συγκεκριμένη περίπτωση, ο συγκεκριμένος ασθενής. Αμελής πρέπει να κριθεί ο ιατρός που σε ορισμένη περίπτωση δεν έπραξε αυτό που επέβαλε το συμφέρον της υγείας του ασθενούς. Επιμελής είναι ο ιατρός που προβαίνει στις ενέργειες που είναι απαραίτητες και ωφέλιμες για το συγκεκριμένο ασθενή παραβιάζοντας, αν αυτό είναι αναγκαίο, όχι μόνο τη συνήθη επαγγελματική πρακτική αλλά και κάποιο κανόνα της ιατρικής ή κάποιο standard. Σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 3 Κ.Ι.Δ. ο ιατρός πρέπει να επιλέγει εκείνη τη μέθοδο θεραπείας που κατά την κρίση του υπερτερεί έναντι όλων για το συγκεκριμένο ασθενή. [36]

#### **9.4. Αιτίες ιατρικών σφαλμάτων κατά τη διάγνωση, θεραπεία και χειρουργική επέμβαση**

Η διάγνωση, θεραπεία, χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι λανθασμένη ή ανεπιτυχής και να οφείλεται στο ότι:

1) δεν υπήρχαν (ή αυτά που υπήρχαν δεν ήταν κατάλληλα) τα ιατρικά μηχανήματα που ήταν αναγκαία ή δεν λειτουργούσαν τα απαραίτητα εργαστήρια. Εσφαλμένη διάγνωση μπορεί να προκαλέσουν και οι κακές συνθήκες εργασίας των ιατρών, νοσηλευτών και όσων εργάζονται στα εργαστήρια ή χειρίζονται ιατρικά μηχανήματα διάγνωσης ή θεραπείας, δηλαδή η υπεραπασχόλησή τους και η κόπωση που προκαλείται, η οποία εν συνεχεία προκαλεί μειωμένη ικανότητα απόδοσης. Σχετικό είναι το δημοσίευμα της εφημερίδας «ΤΑ ΝΕΑ» στο φύλλο της 21/5/2008 όπου αναφέρεται: «*Άυπνος 30 ώρες και χειρουργεί*», «*Σε απόγνωση οι νοσοκομειακοί ιατροί που εφημερεύουν ολόκληρα 24ωρα χωρίς διακοπή*». Επίσης, για κάποια νοσήματα δεν μπορεί να γίνει επιτυχής διάγνωση και θεραπεία διότι υπάρχει άγνοια της αιτίας που τα προκαλεί. Στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν υπάρχει υπαιτιότητα του ιατρικού και λοιπού προσωπικού, εφόσον ενημέρωσαν έγκαιρα του αρμοδίων για την προμήθεια ή επισκευή των αναγκαίων για την καλή λειτουργία των οργάνων και μηχανημάτων. Ευθύνη προκύπτει για αυτούς που έπρεπε να εφοδιάσουν το νοσοκομείο με τα αναγκαία υλικά και το παρέλειψαν ή δεν ζήτησαν εγκαίρως τις σχετικές πιστώσεις. 2) σε αμέλεια, δηλαδή, στη μη καταβολή της προσοχής που απαιτείται, αν και θα μπορούσε να καταβληθεί από τον ιατρό, δηλαδή, σε στιγμιαία απροσεξία ή σε άγνοια ή σε παραλείψεις αυτού. Στην περίπτωση αυτή, αν το αποτέλεσμα είναι ο θάνατος ή η σωματική αναπηρία ή η βλάβη της υγείας, οι συνέπειες θα είναι

ποινικές, αστικές, πειθαρχικές για τον ιατρό. Αντιθέτως, η θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική μόνον αν η διάγνωση είναι σωστή. Για την αποφυγή λαθών, πρέπει να ελέγχεται και να διασταυρώνεται η διάγνωση με εξετάσεις. 3) υπήρξε σφάλμα ή καθυστέρηση στη διάγνωση 4) στη μη κατοχή ενδεικνυόμενων εξετάσεων 5) στη χρήση απαρχαιωμένης θεραπείας 6) στη μη έγκαιρη παρέμβαση 7) υπήρξε σφάλμα στην εκτέλεση χειρουργικής ή άλλης παρέμβασης 8) υπήρξε σφάλμα στην παροχή της θεραπευτικής αγωγής 9) υπήρξε σφάλμα στη δοσολογία ή στη μέθοδο λήψης του φαρμάκου 10) στη μη αποδεκτή καθυστέρηση στη θεραπεία 11) στην ακατάλληλη, μη ενδεικνυόμενη θεραπεία 12) στη μη παροχή προληπτικής θεραπείας 13) στην απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας.

Η νομική θεμελίωση του ιατρικού σφάλματος γίνεται είτε στην ενδοσυμβατική ευθύνη είτε στην αδικοπρακτική ευθύνη είτε και στις δύο βάσεις. Στο πλαίσιο της ενδοσυμβατικής ευθύνης, το ιατρικό σφάλμα είναι η πλημμελής εκπλήρωση της κύριας υποχρέωσης του ιατρού που απορρέει από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής.

*Εφ'Θεσσαλονίκης 1905/2006: δέχεται ως βάση θεμελίωσης της ιατρικής ευθύνης τη δικαιοπρακτική και την αδικοπρακτική ευθύνη. Κρίθηκε η ευθύνη ιδιωτών οφθαλμιάτρων που συνήψαν σύμβαση με ασθενή για τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης laser για την εξάλειψη μυωπίας, ενώ από αμέλειά τους προκάλεσαν βλάβη στον ασθενή.*

*Εφ'Αρίσας 544/2007: η ιατρική ευθύνη θεμελιώθηκε στην προσβολή της προσωπικότητας του ζημιωθέντος (άρθρο 57 ΑΚ και άρθρο 5 του Σ), όπου κρίθηκε ότι η μη διάγνωση μίας ασθένειας σε έμβryo και συνακόλουθα η γέννηση νεογνού με ανατομικές ανωμαλίες μπορούν να θεωρηθούν ότι προσβάλλουν το δικαίωμα στην προσωπικότητα της γυναίκας και του συζύγου της, εφόσον τους στερούν τη νόμιμη επιλογή διακοπής της κύησης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, το ιατρικό σφάλμα δεν συνίσταται στην πρόκληση κάποιας βλάβης αλλά στην παράλειψη διάγνωσης της ασθένειας και στην παράλειψη έγκαιρης ενημέρωσης των γονέων για αυτήν. Πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη αγωγή των γονέων εναντίον των ιατρών απορρίφθηκε ως μη νόμιμη, με το σκεπτικό ότι, παρά το ιατρικό σφάλμα, δεν υπήρξε τελικά προσβολή της προσωπικότητά τους. Το δικαστήριο θεώρησε ότι, ακόμα και αν η διάγνωση ήταν επιτυχής, οι ενάγοντες δεν θα είχαν νόμιμο δικαίωμα διακοπής της εγκυμοσύνης, καθόσον η συγκεκριμένη ανατομική ανωμαλία του νεογνού δεν αποτελεί κατά την κρίση του «σοβαρή ανωμαλία» κατά την έννοια του άρθρου 304 παρ. 4 περ. β ΠΚ. [4, 16]*

## 9.5. Κατηγορίες ιατρικών σφαλμάτων

*Σφάλμα ανάληψης* είναι η διενέργεια από τον ιατρό ιατρικής πράξης χωρίς αυτός να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες και τις αντικειμενικές προϋποθέσεις για την τήρηση του οφειλόμενου αντικειμενικού προτύπου επιμέλειας. Σύμφωνα με αριθ. 1878/2006 απόφαση του Αρείου Πάγου (ΑΠ) συνιστά παράνομη συμπεριφορά η παροχή λανθασμένων ιατρικών οδηγιών σε ασθενή από πρόσωπο που δεν κατείχε πτυχίο ιατρικής, με αποτέλεσμα να επέλθει ανίατη βλάβη της υγείας του προσώπου, ΑΠ 1436/2007 δέχθηκε σφάλμα ανάληψης του αναισθησιολόγου που γνώριζε ότι πιθανότατα θα απαιτείτο η ταυτόχρονη παρουσία του σε δύο χειρουργικές αίθουσες, έκρινε ότι ο αναισθησιολόγος δεν έπρεπε να την εγκαταλείψει την ασθενή αβοήθητη για να επιληφθεί του έκτακτου περιστατικού, γιατί είχε καταστεί εγγυητής της ζωής και της υγείας της.

*Σφάλμα διάγνωσης* υπάρχει όταν ο ιατρός παραλείπει διαγνωστική μέθοδο, επειδή, κατά παράβαση των κανόνων της επιστήμης, είτε την αγνοεί είτε δεν σταθμίζει σωστά την αναγκαιότητά της.

*Παράλειψη θεραπευτικής ενημέρωσης ή ενημέρωσης ασφαλείας.* Συνιστά εκδήλωση της γενικής υποχρέωσης επιμέλειας του ιατρού και αποσκοπεί στην αποφυγή διακινδύνευσης της ζωής ή της υγείας του ασθενή. Στην κατηγορία αυτή του ιατρικού σφάλματος έχει κριθεί νομολογιακά ότι εμπίπτουν ενδεικτικά: α) η μη καθοδήγηση ασθενή για τη συμμετοχή και συνεργασία του σε ορισμένη ιατρική πράξη β) η μη παροχή οδηγιών για τη λήψη φαρμάκων γ) η μη πληροφόρηση για τον κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας, επιπλοκής ή χειροτέρευσης της υγείας του ασθενή (πχ ανάγκη περαιτέρω εξετάσεων, εισαγωγής σε Νοσοκομείο κ.α.) δ) η μη παροχή οδηγιών και συστάσεων για τον τρόπο ζωής του ασθενή (πχ διατροφή, κάπνισμα, άσκηση) ε) η μη ενημέρωση για τις στατιστικές πιθανότητες αποτυχίας μίας ιατρικής πράξης ή διάγνωσης στ) η μη γνωστοποίηση ιατρικού σφάλματος που έχει διαπράξει ο ίδιος ή άλλος ιατρός ζ) η μη προσπάθεια ιατρού να μεταπείσει ασθενή που αρνείται μία αναγκαία ιατρική πράξη ή θεραπεία.

Στην κατηγορία της μη γνωστοποίησης ιατρικού σφάλματος εντάσσεται η αριθ. απόφαση 1905/2006 Εφ'Αθ-Εσσελονίκης, όπου κρίθηκε η παράλειψη ενημέρωσης από οφθαλμίατρο και συγκεκριμένα ότι κατά τη διενέργεια επέμβασης για διόρθωση μυωπίας με χρήση μηχανήματος laser επήλθε βλάβη στον κερατοειδή του οφθαλμού του ασθενή. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, θεωρήθηκε ιατρικό σφάλμα η εσφαλμένη διαβεβαίωση ότι η

βλάβη θα υποχωρήσει με την πάροδο του χρόνου και η όραση της ασθενούς θα αποκατασταθεί, ενώ αυτό δεν ήταν δυνατό να συμβεί με τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης.

Σφάλμα οργάνωσης είναι το σφάλμα που σχετίζεται με την οργάνωση της παρεχόμενης ιατρικής υπηρεσίας, αφορά δηλαδή Νοσοκομεία, κλινικές και εντάσσεται στην κατηγορία της «κοινής αμέλειας» μη σχετιζόμενη με την παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης. Η αριθ. απόφαση 8413/2005 Πολυμελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης έκρινε ως σφάλμα οργάνωσης τη συμπεριφορά ιδιωτικής κλινικής να επιτρέπει να διενεργούνται επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής στις εγκαταστάσεις της, ενώ δεν προβλέπονταν η λειτουργία αντίστοιχου τμήματος, καθώς και να επιτρέπει να διενεργούνται τέτοιες επεμβάσεις από άτομο που δεν διαθέτει ανάλογη ειδικότητα. [16]

#### **9.6. Σφάλμα σχετικό με τη διάγνωση**

Ο ιατρός οφείλει να διαγνώσει την νόσο ή την παθολογική κατάσταση που υπάρχει στον ασθενή. Πρόκειται για την σπουδαιότερη ίσως ενέργεια του ιατρού αλλά και την πλέον δυσχερή με υψηλές πιθανότητες πλάνης, συχνά αναπόφευκτης. Η διάγνωση στην καθημερινή πρακτική βασίζεται στην κλινική εικόνα, τα εργαστηριακά ευρήματα και κύρια στην ακτινογραφία θώρακα. Η διαδικασία της διάγνωσης είναι δύσκολη αφού απαιτεί, αφενός μεν την προσωπική συλλογή κλινικών και εργαστηριακών στοιχείων, αφετέρου δε τη σωστή αξιολόγηση των στοιχείων αυτών. Κατά τη διαδικασία της διάγνωσης σημαντικό ρόλο παίζουν η νοημοσύνη και η παρατηρητικότητα του ασθενούς, καθώς και όσο πιο προσεκτικός και παρατηρητικός είναι ο ασθενής, τόσο πιο σαφείς πληροφορίες θα παράσχει στον ιατρό. Ο ιατρός πρέπει να συγκεντρώσει τα διαγνωστικά στοιχεία τα σχετικά με τον ασθενή και να τα συνεκτιμήσει ορθά. Απαιτεί προσέγγιση με σύνεση και προσοχή, χωρίς επιπολαιότητα. Ο ιατρός μπορεί να μην ευθύνεται για λανθασμένη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση αν το νόσημα από την αρχή δεν έδινε σαφείς ενδείξεις. Συχνά παρατηρείται να ασκείται απαράδεκτη κριτική κατά του ιατρού που βασίζεται σε διαπιστώσεις που έγιναν μεταγενέστερα σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς ή σε ενδείξεις που εμφανίσθηκαν κατά την μετέπειτα εξέλιξη της νόσου. Προκειμένου να γίνει έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου του ασθενούς, θα πρέπει ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο να υποβληθεί σε όλες τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις, να σχηματιστεί ορθή επιστημονική εκτίμηση της

κατάστασης της υγείας του, μετά από αξιοποίηση των πορισμάτων των ιατρικών εξετάσεων και να υποβληθεί στην ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή.

Τα κύρια μέρη της πορείας της διάγνωσης μίας ασθένειας είναι α) η συλλογή-περιγραφή και β) η αξιολόγηση. Η πρώτη συνίσταται στη συγκέντρωση όλων των πληροφοριών που σχετίζονται με την παθολογική κατάσταση του ασθενούς και τον προσδιορισμό όλων των παθολογικών, κλινικών και εργαστηριακών στοιχείων. Η δεύτερη συνίσταται στη συνεκτίμηση όλων των ανωτέρω στοιχείων, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η αναγνώριση της νόσου. Στην καθημερινή ιατρική πρακτική, ο ιατρός λαμβάνει το ιστορικό του ασθενούς, προχωρεί στην κλινική εξέταση των διαφόρων συστημάτων του για την ανεύρεση των αντικειμενικών ευρημάτων και καταλήγει στις αναγκαίες εργαστηριακές εξετάσεις. Μετά γίνεται η αξιολόγηση, δηλαδή, η συνεκτίμηση των ευρημάτων, η συγκριτική αντιπαράθεση όλων των πιθανών νοσολογικών οντοτήτων που μπορεί να ανταποκρίνονται στα συγκεντρωθέντα στοιχεία και η κατάληξη σε αυτήν που συγκεντρώνει τις περισσότερες πιθανότητες.

Γίνεται διάκριση μεταξύ διαγνωστικού σφάλματος και διαγνωστικής πλάνης. *Διαγνωστική πλάνη* έχουμε όταν, παρόλο που ο ιατρός επέδειξε την επιμέλεια που απαιτούσε η περίπτωση, κατέληξε ερμηνεύοντας τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα σε μία διάγνωση που αργότερα αποδείχθηκε πλανημένη. Τέτοια περίπτωση έχουμε όταν η διαφορική διάγνωση, ανάμεσα σε νοσήματα που εκδηλώνονται με την ίδια περίπου κλινική συμπτωματολογία και έχουν παρόμοια εργαστηριακά ευρήματα, είναι ιδιαίτερα δυσχερής. Δεν ευθύνεται ο ιατρός όταν παρήγγειλε τη διενέργεια όλων των επιστημονικά παραδεκτών παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων που θεωρούνται απαραίτητες, για τη διαφορική διάγνωση ανάμεσα σε νοσήματα που εμφανίζουν την ίδια εικόνα, αλλά παρόλα αυτά το νόσημα που διαγνώσθηκε είναι διαφορετικό από αυτό που πραγματικά υπήρξε.

Η ιατρική αμέλεια δύναται να αφορά το περιγραφικό μέρος της διαδικασίας διάγνωσης, όταν δηλαδή παραλείπεται η πλήρης και ακριβής συλλογή των στοιχείων που απαιτούνται για τη διάγνωση και την αξιολόγηση. Η ευθύνη του ιατρού θα κριθεί με βάση τα δεδομένα κατά τη στιγμή που ο ιατρός ενήργησε ή παρέλειψε να ενεργήσει, ενώ ενδείξεις μεταγενέστερες που οφείλονται στην εξέλιξη της ασθένειας δεν λαμβάνονται υπόψη. Για να υπάρξει ιατρική ευθύνη κατά τη διάγνωση πρέπει να υπάρχει αιτιώδης

σύνδεσμος μεταξύ της λανθασμένης ιατρικής διάγνωσης και της βλάβης που υπέστη ο ασθενής.

Η ευθύνη του ιατρού κατά τη διάγνωση μπορεί να οφείλεται σε:

α) Λανθασμένη διάγνωση λόγω πλημμελούς λήψης του ιστορικού. *ΑΠ 46/1990: καταδίκη στρατιωτικού ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια, επειδή δεν έλαβε το ιστορικό του ασθενούς ούτε έδωσε εντολή να γίνουν οι αναγκαίες εξετάσεις, παρόλο που διαπίστωσε σε στρατιώτη έντονη ωχρότητα και συμπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να πεθάνει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.*

β) Λανθασμένη διάγνωση λόγω μη διενέργειας κλινικής εξέτασης ή πλημμελούς κλινικής εξέτασης του ασθενούς *ΑΠ 1063/2000: καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια εφημερεύοντος ιατρού παθολόγου-διευθυντή παθολογικής κλινικής περιφερειακού νοσοκομείου, ο οποίος κατά παράβαση της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσής του δεν μετέβη στο νοσοκομείο για να εξετάσει κλινικώς ασθενή, αλλά αρκέσθηκε στην εσφαλμένη εισήγηση ειδικευόμενης παθολόγου, η οποία βάσει της διαγνωσθείσας από την ίδια ασθένειας χορήγησε αντιβιοτικό που δεν μπορούσε να επιφέρει θετικά αποτελέσματα, διότι έπρεπε να της χορηγηθεί αντιβιοτικό ευρύτερου φάσματος, για το λόγο ότι έπασχε από άλλη ασθένεια από αυτή που διαγνώσθηκε, με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατός της, που τελεί σε αιτιώδη συνάφεια με την ανωτέρω παράλειψη του ιατρού. Αν ο ειδικευμένος ιατρός ο οποίος είχε τις γνώσεις, την ικανότητα και την απαιτούμενη εμπειρία είχε προβεί σε άμεση κλινική εξέταση του ασθενούς και σε παραγγελία των ενδεδειγμένων εξετάσεων θα είχε αποφευχθεί το επελθόν αποτέλεσμα, ΑΠ 58/2007: ευθύνη για ανθρωποκτονία από αμέλεια όταν περιστατικό ασφυξίας από εισρόφιση ξένου σώματος χαρακτηρίστηκε σαν αλλεργική αντίδραση, ενώ ο αρμόδιος ιατρός δεν εξέτασε τον ασθενή αυτοπροσώπως ώστε να καλέσει ΩΡΛ για εκτέλεση τραχειοτομής, ΣυμβΠλημΘεσσαλονίκης 69/1991: οι ιατροί εσφαλμένα θεώρησαν ότι τα συμπτώματα του ασθενή οφειλόταν σε σύνδρομο στέρησης δεδομένου ότι ήταν ηρωινομανής*

γ) Λανθασμένη διάγνωση λόγω παράλειψης παραγγελίας των αναγκαίων εργαστηριακών εξετάσεων, είτε από λόγους άγνοιας, είτε διότι κρίθηκαν περιττές. *ΑΠ 338/2009: καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια ιατρού επιμελητή χειρουργικής κλινικής νοσοκομείου ο οποίος, αν και εξέτασε ασθενή που είχε τραυματισθεί σε τροχαίο ατύχημα και η κλινική του εικόνα ενέπνεε ανησυχία, επειδή παρουσίαζε εμέτους, υπνηλία και διεγερτικότητα, δεν παρήγγειλε αζονική τομογραφία που θα έδειχνε το αιμάτωμα που*



υπήρχε, για την αφαίρεση του οποίου χρειαζόνταν άμεση χειρουργική επέμβαση, με αποτέλεσμα να μην εντοπισθεί η βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση και ο παθών να πεθάνει εξαιτίας αυτής, ΑΠ 76/2004: καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια ιατρού μαιευτήρα-γυναικολόγου, θεράποντα ιατρού της ασθενούς που βρίσκονταν στον όγδοο μήνα της κύησης, ο οποίος αν και διαπίστωσε ότι τα συμπτώματα που παρουσίαζε οφείλονταν σε παθολογικά αίτια και όχι λόγω της εγκυμοσύνης, παρέλειψε να δώσει εντολή να γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ούρων για τη διαπίστωση της πάθησης (οξεία νεφρίτιδα), ώστε να της χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία, με αποτέλεσμα η παθούσα να αποβιώσει από τοξιναιμικό σοκ, το οποίο δεν θα επέρχονταν αν ο ιατρός προέβαινε στις ενέργειες που απαιτούνταν, ΑΠ 601/2000: καταδίκη ιατρού παθολόγου για ανθρωποκτονία από αμέλεια νεαρού ασθενούς που διακομίσθηκε στο νοσοκομείο με συμπτώματα κοιλιακού άλγους και πυρετού. Ο ιατρός υπέθεσε ότι πρόκειται για αμυγδαλίτιδα, δεδομένου ότι από την κλινική εξέταση διαπίστωσε και υπερτροφικές αμυγδαλές, οπότε παρέπεμψε τον ασθενή σε ιατρό ωτορινολαρυγγολόγο, με αποτέλεσμα ο ασθενής να καταλήξει την επόμενη ημέρα από καθολική πυώδη περιτονίτιδα, εξαιτίας διάτρησης της σκωληκοειδούς απόφυσης. Το δικαστήριο αποφάνθηκε ότι ο ιατρός, βάσει των κοινών παραδεδεγμένων και αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, έπρεπε να χρησιμοποιήσει και άλλες διαγνωστικές μεθόδους και ειδικότερα τη βασική εργαστηριακή μέθοδο της εξέτασης του αίματος του ασθενούς, τα αποτελέσματα της οποίας θα έφεραν την ιατρική διάγνωση πιο κοντά στην πραγματική κατάσταση.

δ) Λανθασμένη διάγνωση λόγω εσφαλμένης ερμηνείας των διαφόρων κλινικών ή εργαστηριακών ευρημάτων. ΑΠ 1644/2002: καταδίκη δύο χειρουργών γενικής χειρουργικής που υπηρετούσαν σε περιφερειακό νοσοκομείο στο οποίο είχε μεταφερθεί άρρεν αβάπτιστο ηλικίας 3,5 μηνών, προκειμένου να διαπιστωθεί η αιτία του συνεχούς κλάματος, οι οποίοι δεν ανέγνωσαν με προσοχή, πριν και κατά τη διάρκεια της επέμβασης, τις ακτινογραφίες θώρακος στις οποίες είχε αναγραφεί από ακτινολόγο του νοσοκομείου το όνομα του βρέφους στην ανάποδη και όχι στη σωστή θέση, ώστε διαβαζόμενη η ακτινογραφία από την πλευρά που ήταν γραμμένο το όνομα να φαίνεται πνευμοθώρακας δεξιά, ενώ στην πραγματικότητα επρόκειτο για πνευμοθώρακα αριστερά, γεγονός που θα το διαπίστωναν οι ιατροί με επιμελή ανάγνωση των ακτινογραφιών, με βάση τις σταθερές θέσεις των άλλων οργάνων (πχ καρδιάς), με αποτέλεσμα να προβούν στην τοποθέτηση της συσκευής Billaw σε λάθος θέση (δεξιό ημιθώρακιο), να μη βγει αέρας αμέσως μετά την τοποθέτηση της συσκευής όπως θα έπρεπε και παρά το ότι η κατάσταση της υγείας του

βρέφους επιδεινώθηκε, δεν έδωσαν εντολή για τη διενέργεια διαπιστωτικής ακτινογραφίας, οπότε θα διαπίστωναν την εσφαλμένη τοποθέτηση της συσκευής στο δεξιό ημιθωράκιο και έτσι επήλθε ο θάνατος του βρέφους, ενώ αν η τοποθέτηση γίνονταν στο αριστερό ημιθωράκιο, η υγεία του βρέφους θα αποκαθίστατο, ΑΠ 290/2004: ιατρός χειρουργός επελήφθη περιστατικό νεαρού ασθενούς (13 ετών) που παρουσίαζε οστική αλλοίωση στο δεξιό του γόνατο (χονδροβλάστωμα) και του είχε συσταθεί η εξέταση από τον κατηγορούμενο ιατρό ο οποίος, αν και διενήργησε τη σχετική θεραπευτική και διερευνητική επέμβαση, δεν διέγινε ότι πράγματι υπήρχε χονδροβλάστωμα στο γόνατο του ανηλίκου ασθενούς, αλλά απεφάνθη ότι έπασχε από λανθάνουσα οστεομυελίτιδα και του συνέστησε ως θεραπεία την πλήρη ακινησία για ένα διάστημα μετά την εγχείρηση, κατά το μετεγχειρητικό δε στάδιο παρέλειψε να προβεί σε διενέργεια περαιτέρω εξετάσεων και χειρουργικής επέμβασης, παρά την ύπαρξη ανησυχητικών συμπτωμάτων στον ασθενή (συνέχιση των πόνων), με αποτέλεσμα να επιδεινωθεί η υγεία του ασθενούς και να εμφανίσει ραιβοποδία, δυσκαμψία και βράχυνση του ποδός κατά 2,5 εκατοστά, το οποία θα αποτρέπονταν αν ο κατηγορούμενος διενεργούσε εγκαίρως τις προαναφερόμενες εξετάσεις και χειρουργική επέμβαση, όπως όφειλε και μπορούσε εκ της ιδιότητάς του, της εμπειρίας του και των επιστημονικών γνώσεων, ΑΠ 534/1998: αστική ευθύνη από αμέλεια σχετικά με την ελλιπή διάγνωση κατάγματος του μηριαίου οστού, με συνέπεια να μην ακινητοποιηθεί ο ασθενής, ώστε απεκόπη τελικά η κεφαλή του μηριαίου οστού η οποία χρειάστηκε αντικατάσταση.

ε) Λανθασμένη διάγνωση λόγω υπερβολικής σημασίας σε κάποια παθολογικά στοιχεία, όχι όμως παθολογικά ευρήματα, ώστε η διάγνωση να αποπροσανατολιστεί. Σχετική είναι η προαναφερθείσα απόφαση ΑΠ 601/2000 όπου αναφέρθηκε ότι έγινε παραπομπή του ασθενούς από τον παθολόγο στον ωτορινολαρυγγολόγο και λόγω υπερβολικής εκτίμησης ενός συμπτώματος (υπερτροφία αμυγδαλών), πιθανόν παθολογικού, όχι όμως παθολογικού.

Ιατρικό σφάλμα σχετικά με τη διάγνωση υπάρχει όταν ο ιατρός παραβαίνοντας τους «κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης» δεν διέγινε κατά την εγκυμοσύνη-εκτελώντας προγεννητικό έλεγχο-κάποια νόσο, ούτε ενημέρωσε σχετικά, με αποτέλεσμα να γεννηθεί παιδί με σοβαρό πρόβλημα υγείας ή να γεννηθεί παιδί που στη συνέχεια απεβίωσε ΑΠ 1671/2003: αφορά ιατρό μαιευτήρα που δεν εκτέλεσε υπερηχογραφικό έλεγχο στο πλαίσιο του προγεννητικού ελέγχου, με αποτέλεσμα να διαφύγουν διαμαρτίες περί την διάπλαση και να γεννηθεί νεογνό με σοβαρές σωματικές

*βλάβες και βλάβες της υγείας του, ΑΠ 490/2000: αφορούσε παραλείψεις του ιατρού κατά τον προγεννητικό έλεγχο πχ. Αμνιοκέντηση, έλεγχος χρωματοσωμάτων, καρυότυπος κ.α.*  
**[31, 34, 41]**

## **9.7. Σφάλμα σχετικό με τη θεραπεία**

### *9.7.1. Θεραπεία και θεραπευτικές αστοχίες*

*Θεραπεία* νοείται η διαδικασία που ακολουθείται και αποσκοπεί στην ίαση του ασθενούς και το θεραπευτικό αποτέλεσμα που είναι και ο στόχος της προσπάθειας του ιατρού. Ως θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν νοείται μόνο η παντελής εξάλειψη της συγκεκριμένης νόσου και των παρεπομένων της (πχ επιπλοκές) αλλά και οποιαδήποτε βελτίωση της υγείας του ασθενούς, βελτίωση που μπορεί να είναι οριστική, πρόσκαιρη, μικρή ή ασήμαντη. Επίσης, μια θεραπευτική αγωγή μπορεί να μην έχει αποτέλεσμα, επειδή η επιστήμη δεν διαθέτει για τη συγκεκριμένη ασθένεια τα απαραίτητα μέσα. Ο ιατρός θέτει στη διάθεση του ασθενούς τις επιστημονικές του γνώσεις και ικανότητες και καταβάλλει κάθε προσπάθεια για την επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος, με βάση τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης. Η πραγματοποίηση του αποτελέσματος δεν εξαρτάται μόνο από τη βούληση του ιατρού αλλά και από άλλους παράγοντες (πχ τύχη, ιδιαιτερότητες ανθρώπινου σώματος). Ο ιατρός δεν εγγυάται το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης, αλλά ότι θα προσπαθήσει, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, να επιδιώξει το αποτέλεσμα που είναι το επιθυμητό και για τα δύο μέρη, ιατρού και ασθενούς. Άλλωστε, έχει προαναφερθεί ότι ο ιατρός βαρύνεται με «ενοχή μέσων» καλούμενη και «ενοχή επιμέλειας» και όχι με «ενοχή αποτελέσματος».

*Θεραπευτική αστοχία* είναι η εσφαλμένη επιλογή ή εσφαλμένη εφαρμογή θεραπευτικής μεθόδου για τη νόσο, κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και ιατρικής δεοντολογίας, όπως αυτοί ισχύουν σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή η παράλειψη του ιατρού να ενεργήσει έγκαιρα, για τη παρεμπόδιση της επέλευσης του αποτελέσματος της σωματικής βλάβης ή του θανάτου. Εσφαλμένη εφαρμογή θεραπευτικής μεθόδου υπάρχει και στην περίπτωση που δεν λαμβάνεται υπόψη κίνδυνος επιπλοκής που ήταν μεγάλος και στην περίπτωση μη παρακολούθησης των ανεπιθύμητων παρενεργειών μίας θεραπείας που υποχρεωτικά εφαρμόστηκε (οι παρενέργειες αφορούν τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις των φαρμάκων, οι οποίες δεν αποτελούν ιατρικά λάθη και παρουσιάζονται ακόμα και όταν δίδεται η κατά την ιατρική επιστήμη ενδεδειγμένη δόση και έχουν ακολουθηθεί όλες οι οδηγίες που συνοδεύουν το

φάρμακο). Στην εσφαλμένη εφαρμογή θεραπευτικής μεθόδου εμπίπτει α) η μετάγγιση αίματος όχι ομόλογης ομάδας λόγω μη ελέγχου της συμβατότητας, β) η μετάγγιση αίματος μολυσμένου με τον ιό του HIV, γ) η εγκατάλειψη ξένων αντικειμένων στο σώμα του ασθενούς μετά την εγχείρηση.

Η εγκατάλειψη εργαλείων στο σώμα του ασθενή έχει θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη κατηγορία ιατρικού σφάλματος. Σχετικές αποφάσεις: ΑΠ 1492/1999: μη αφαίρεση χειρουργικού εργαλείου από την κοιλιά κυφορούσης, ΑΠ 1074/1988: μη αφαίρεση γάζας, ΑΠ 2368/2005: εγκατάλειψη χειρουργικής γάζας στο αριστερό ημιθώρακιο ασθενούς υποβληθέντος σε επέμβαση ανοικτής καρδιάς. Η κατηγορία για σωματική βλάβη από αμέλεια από υπόχρεο αφορούσε τους διενεργήσαντες την επέμβαση καρδιοχειρουργούς, ΑΠ 1659/2003: εγκατάλειψη στην περικαρδιακή κοιλότητα χειρουργικής βελόνας που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης. Η κατηγορία αφορούσε τόσο τον διενεργήσαντα την επέμβαση χειρουργό θώρακος-καρδιάς όσο και την προϊσταμένη του χειρουργείου, που διαβεβαίωσε σχετικά τον χειρουργό χωρίς να προβεί στην καταμέτρηση εργαλείων πριν την σύγκλιση του χειρουργικού τραύματος.

Η εσφαλμένη επιλογή θεραπείας κρίνεται από το δικαστήριο σε σχέση με άλλες εναλλακτικές θεραπείες που θα μπορούσαν να ακολουθήσουν οι θεράποντες ιατροί, με βάση κριτήρια που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ή τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται και οι περιπτώσεις σφαλμάτων που προκαλούνται εξαιτίας της έλλειψης συντονισμού μεταξύ των θεράποντων ιατρών περισσότερων ειδικοτήτων όσον αφορά την ακολουθητέα διαδικασία. Σημαντικό ρόλο στην εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής αγωγής διαδραματίζει και η προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς ή και η λήψη της συναίνεσής του, στην περίπτωση που οι θεραπευτικές επιλογές των ιατρών ενδέχεται να προκαλέσουν σημαντικές επιπλοκές στην υγεία του ασθενούς.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 3 εδαφ. β. του Κ.Ι.Δ. ο ιατρός «έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση του σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση». Άρα, ο ιατρός πριν αποφασίσει την εφαρμογή μίας ορισμένης θεραπευτικής αγωγής είναι απαραίτητο να βεβαιωθεί ότι υπάρχουν ορισμένες βασικές προϋποθέσεις, όπως ορθή διάγνωση που είναι επιστημονικά, κλινικά και εργαστηριακά απόλυτα τεκμηριωμένη και

σοβαρή προσδοκία ενός ουσιαστικού οφέλους για τον ασθενή, σύμφωνα με τις περιστάσεις. Σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή ή μη έκβαση μίας αγωγής είναι ο οργανισμός του ασθενούς, διότι υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά ασθενείς, επομένως πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι ενδείξεις της καλής ή κακής γενικής φυσικής κατάστασης του ασθενούς.

Αποφάσεις σχετικές με θεραπευτική αστοχία (εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής μεθόδου): ΑΠ 1250/2003:αφορά παράβαση των γενικά παραδεδεγμένων κανόνων της ιατρικής όταν νευρολόγος του οποίου η σύζυγος διατηρούσε ινσιτούτο αισθητικής εκτελούσε ενέσεις παραφίνης σε κατευθυνόμενες αισθητικές επεμβάσεις στους μαστούς, ΑΠ 1941/2007:αφορά σωματική βλάβη από αμέλεια όταν ο ιατρός δεν προέβη στις απαραίτητες ενέργειες για να αποφευχθεί ακρωτηριασμός της αριστεράς κνήμης, ΑΠ 97/2007:αφορά αναποτελεσματική αντιμετώπιση λεχωϊδος, ΑΠ 1230/2001:αφορά περίπτωση όπου ο αναισθησιολόγος διενήργησε σε καισαρική τομή αναισθησία με μάσκα ενώ αυτό αντενδείκνυται και επιπλέον δεν έλαβε υπόψη του την παρατήρηση του μαιευτήρα ότι το χρώμα του αίματος γίνεται πιο σκούρο (ανοξία) με συνέπεια ανοξία του εγκεφάλου και βαριές νευρολογικές βλάβες της επιτόκου.

Αποφάσεις σχετικές με εσφαλμένη εφαρμογή θεραπευτικής μεθόδου: ΑΠ 1135/1993: καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια ιατρού χειρουργού, επιμελητή ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής νοσοκομείου, ο οποίος προκειμένου να σταματήσει ενδορρινική αιμορραγία της ασθενούς που προκλήθηκε κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης, εισήγαγε στη ρινική κοιλότητα αυτής λαβίδα με τεμάχιο γάζας την οποία, κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, συμπίεσε περισσότερο του κανονικού, με αποτέλεσμα να σπάσει το μεταξύ της ρινικής και κρανιακής κοιλότητας πέταλο, να δημιουργηθεί οπή, να εισέλθει αέρας και να εγκατασταθούν σε αυτή μικρόβια (σταφυλόκοκκος ανθεκτικός σε αντιβιοτικά και μύκητες candida), με αποτέλεσμα την προοδευτική εξασθένηση του οργανισμού της ασθενούς και τον θάνατο αυτής, ΑΠ 880/89: καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια ιατρού χειρουργού, ο οποίος κατά την επέμβαση για αφαίρεση αποστήματος δεν έκανε βαθειά τομή και καθαρισμό του αποστήματος, με αποτέλεσμα να μείνει ένα μέρος του ακαθάριστο, να δημιουργηθεί μόλυνση η οποία επεκτάθηκε, να συσσωρευτεί πύον στο θώρακα και στον αριστερό νεφρό της ασθενούς και αυτή να αποβιώσει, ΑΠ 1270/2009, ΑΠ 1571/2008, ΑΠ 333/2008, ΑΠ 611/2007.

Η εσφαλμένη συμπεριφορά του ιατρού μπορεί να είναι μικτή, αποτελούμενη από πράξεις και παραλείψεις ΑΠ 1211/2007: αφορά περίπτωση όπου δεν έγινε έγκαιρα μεταφορά αιμορραγούσας εγκύου στο νοσοκομείο, αλλά διενεργήθηκαν λανθασμένες προσπάθειες αντιμετώπισης, με αποτέλεσμα το θάνατό της, οπότε υπήρξε ευθύνη για ανθρωποκτονία από αμέλεια.

Σχετική απόφαση με το θέμα της παράλειψης του ιατρού να ενεργήσει έγκαιρα για την παρεμπόδιση της επέλευσης του αποτελέσματος του θανάτου είναι η ΑΠ 21/2001: καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια ιατρού διευθυντή χειρουργικής κλινικής περιφερειακού νοσοκομείου ο οποίος δεν χορήγησε αντιοφικό ορό σε ασθενή, η οποία είχε υποστεί δήγμα φιδιού και στην οποία την προηγούμενη ημέρα είχε χορηγηθεί από συναδέλφους του αντιτετανικός ορός και όχι αντιοφικός και δεν φρόντισε για την έγκαιρη διακομιδή της σε άλλο νοσηλευτήριο στο οποίο θα ήταν δυνατή η αντιμετώπιση του περιστατικού με τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης, με αποτέλεσμα η ασθενής να μεταφερθεί καθυστερημένα και να καταλήξει από ανεπανόρθωτη βλάβη των ζωτικών της λειτουργιών, ΑΠ 1211/2007. [34, 41]

#### **9.8. Περαιτέρω ενδεικτική περιπτώσιολογία δικαστικών αποφάσεων για ιατρικά σφάλματα κατά το διαγνωστικό και θεραπευτικό στάδιο (παρουσίαση νομολογίας)**

Αποφάσεις σχετικά με αδυναμία έγκαιρης και ορθής διάγνωσης νόσου:

ΣτΕ 3102/1999 (ΔΕφΑθ 4321/1997): κρίθηκε ότι η εμφάνιση, κατά τη διάρκεια στρατιωτικής θητείας, νεφροπάθειας που εξελίχθηκε σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, οφειλόταν σε ολιγωρία των στρατιωτικών ιατρών της μονάδας, που δεν φρόντισαν την άμεση διακομιδή του στρατιώτη στο στρατιωτικό νοσοκομείο και μετέπειτα την ολιγωρία των ιατρών του στρατιωτικού νοσοκομείου να διαγνώσουν έγκαιρα την νεφρική ανεπάρκεια. Διαρκούσης της θητείας του στρατιώτη, οι ιατροί προέβαιναν σε συνεχείς λανθασμένες ιατρικές διαγνώσεις, με συνέπεια η υγεία του ασθενούς-στρατιώτη να χειροτερεύει και να καταστεί μη αναστρέψιμη (νεφρική ανεπάρκεια).

ΣτΕ 2728/2003 (ΔΕφΑθ 5644/2000, ΔΠρΑθ 2059/1999), ΣτΕ 3202/2006 (ΔΕφΑθ 2574/2004): κρίθηκε ότι η μη έγκαιρη διάγνωση καρκινώματος σε στρατιώτη από τους στρατιωτικούς ιατρούς του νοσοκομείου είχε ως αποτέλεσμα να υποβληθεί ο ασθενής εκ των υστέρων σε πρόσθετη ακτινοβολία, να υποστεί παρεπόμενες επιπλοκές στην υγεία του και να καταβάλλει πρόσθετα έξοδα, λόγω της μετέπειτα νοσηλείας του σε εξειδικευμένο

νοσηλευτικό ίδρυμα του εξωτερικού. Όλα τα παραπάνω θα είχαν αποφευχθεί, αν είχε έγκαιρα εντοπισθεί και αντιμετωπισθεί το πρόβλημα.

ΣτΕ 2739/2007 (ΔΕφΑθ 4371/2003, ΔΠρΑθ 2821/2001, 8418/1999): κρίθηκε ότι η πλήρης τύφλωση στον αριστερό οφθαλμό ασθενούς που επέφερε σοβαρά προβλήματα σε ασθενή οφειλόταν σε εσφαλμένη διάγνωση και σε μη έγκαιρη διάγνωση της πραγματικής πάθησης. Εξαιτίας της τελευταίας, η ασθενής δεν υπεβλήθη εγκαίρως σε θεραπεία με το κατάλληλο αντιβιοτικό, παρά χορηγήθηκε υψηλή δόση κορτιζόνης που προκάλεσε την τύφλωση. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την oligωρία των ιατρών του νοσοκομείου που παρέπεμψαν καθυστερημένα την ασθενή σε εξειδικευμένο νοσοκομείο, είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια της οράσεως από τον ένα οφθαλμό.

ΔΠρΘεσσαλονίκης 2707/1999: κρίθηκε ότι οφθαλμίατροι διέγνωσαν εσφαλμένα βαρύτερη πάθηση έναντι της πραγματικά υφιστάμενης, με συνέπεια τον σοβαρό κλονισμό της ψυχικής υγείας του ασθενούς, ο οποίος μετά την ανωτέρω διάγνωση παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης και τάσεις αυτοκτονίας.

ΔΠρΑθ 12979/2004: κρίθηκε ότι η πλημμελής αξιολόγηση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων από τους ιατρούς καρδιολόγους οδήγησε σε εσφαλμένη διάγνωση νόσου που δεν υπήρχε και σε χειρουργική επέμβαση εμφυτεύσεως βηματοδότη που δεν χρειαζόταν. Το αποτέλεσμα της εσφαλμένης διάγνωσης και της εσφαλμένης τοποθέτησης βηματοδότη ήταν η πρόκληση σοβαρών επιπλοκών στην υγεία του ασθενούς, λόγω και του πρόσθετου γεγονότος ότι το καλώδιο του εμφυτευθέντος βηματοδότη ήταν μολυσμένο με μύκητα.

ΔΠρΠατρών 667/2000: κρίθηκε ότι ο θάνατος ασθενούς από σηπτικό σοκ οφειλόταν στη μη έγκαιρη διάγνωση της διάτρησης στομάχου που υπέστη ο ασθενής, σφάλμα που αποδόθηκε σε προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές παραλείψεις των ιατρών.

ΔΕφΑθ 648/2004: κρίθηκε ότι η πρόκληση μόνιμης αναπηρίας σε ασθενή (παραπληγία) κατά τη διάρκεια επιχειρούμενης αναισθησίας που δεν ολοκληρώθηκε εξαιτίας αιμορραγίας του ασθενούς, οφειλόταν στην έλλειψη προεγχειρητικών εξετάσεων. Παρά το γεγονός ότι οι ιατροί γνώριζαν το βεβαρημένο ιστορικό της ασθενούς, παρέλειψαν να την υποβάλλουν στις απαραίτητες εξετάσεις.

ΣτΕ 2727/2003 (ΔΕφΠειρ 1851/2000, ΔΠρΠειρ 532/1999): κρίθηκε ότι η πλημμελής αξιοποίηση όλων των στοιχείων που είχε στη διάθεσή της η ιατρός παθολόγος αναφορικά

με τον ασθενή που εισήχθη σε εφημερεύον νοσοκομείο, οδήγησαν στο θάνατο ενός 18χρονου από ανακοπή (σοκ από έντονη μυϊκή άσκηση). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο νεαρός συμμετείχε στις εξετάσεις για την εισαγωγή στη Σχολή Ευελπίδων και κατά τη διάρκεια των αγωνισμάτων είχε υποστεί έντονη σωματική κόπωση και πτώση στο έδαφος που προκάλεσε ρήξη νεφρού. Αν και οι εξετάσεις που υπεβλήθη ο ασθενής δεν έδειξαν κάτι ανησυχητικό, το δικαστήριο έκρινε ότι οι θεράποντες ιατροί δεν αξιοποίησαν όλα τα στοιχεία που είχαν στη διάθεσή τους, δηλαδή το γεγονός ότι ο ασθενής είχε ενημερώσει του ιατρούς ότι συμμετείχε σε αγωνίσματα και ότι είχε υποστεί πτώση στο έδαφος, στοιχεία τα οποία αν είχαν ληφθεί υπόψη και είχαν αξιολογηθεί σωστά, θα είχαν οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς.

ΔΠρΗρακλείου 434/2005: κρίθηκε ότι ο θάνατος βρέφους που προκλήθηκε από ολική νέκρωση του εγκεφάλου του, οφειλόταν σε έλλειψη ορθής διάγνωσης της κατάστασης στην οποία είχε περιέλθει η έγκυος (ακαμψία μήτρας). Αν ο ιατρός είχε εντοπίσει έγκαιρα το πρόβλημα, θα προέβαινε σε καισαρική τομή προκειμένου να διασωθεί το βρέφος.

Αποφάσεις σχετικές με εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής αγωγής:

ΔΠρΚαλαμάτας 156/2003: κρίθηκε ότι ο θάνατος ασθενούς εξαιτίας δήγματος φιδιού οφειλόταν σε έλλειψη ενδεδειγμένης ιατρικής αντιμετώπισης του περιστατικού, αφού, παρά το γεγονός ότι ο ασθενής εισήχθη έγκαιρα σε νοσοκομείο της επαρχίας, δεν του χορηγήθηκε η ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή, ήτοι ο απαραίτητος αντιοφικός ορός ούτε διατάχθηκε η έγκαιρη διακομιδή του σε μεγαλύτερο και καλύτερα εξοπλισμένο νοσοκομείο για τη διενέργεια αιμοκάθαρσης.

ΔΠρΑθ 4281/2006: κρίθηκε ότι υπήρξε εσφαλμένη μετεγχειρητική θεραπευτική αντιμετώπιση της παθήσεως ασθενούς από ιατρό ορθοπαιδικό που πρότεινε συντηρητική αγωγή αντί της απαραίτητης νέας χειρουργικής επέμβασης, θεραπεία η οποία σε συνδυασμό και με την έλλειψη διενέργειας πρόσθετων κατάλληλων εξετάσεων είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση μόνιμης αναπηρίας στον ασθενή από φλεγμονή που προκλήθηκε λόγω μόλυνσης από το μικρόβιο του σταφυλόκοκκου στη περιοχή γύρω από την αρθροπλαστική.

ΔΠρΑθ 10933/1997: κρίθηκε ότι ο θάνατος ασθενούς-θύματος τρομοκρατικής ενέργειας από πολυοργανική ανεπάρκεια και σήψη οφειλόταν σε διαδοχικές παραλείψεις των ιατρών. Συγκεκριμένα, το δικαστήριο έκρινε ότι οι ιατροί δεν φρόντισαν για τον περιορισμό στο ελάχιστο του προεγχειρητικού και εγχειρητικού χρόνου, σχετικά με την αποκατάσταση του



ορθοπεδικού προβλήματος του τραυματία. Η επιλογή των ιατρών χειρουργών να εστιάσουν κυρίως στο ορθοπεδικό πρόβλημα του τραυματία είχε ως αποτέλεσμα την πολύωρη καθυστέρηση της αντιμετώπισης του προβλήματος της αιμορραγίας και την καθυστέρηση στην προσπάθεια ανάταξης του τραυματία από την κατάσταση του σοκ. Ο συνδυασμός της αιμορραγίας και του σοκ επέφεραν πολυοργανική ανεπάρκεια και τον θάνατο του τραυματία τελικώς.

ΔΠρΑθ 1960/2006: κρίθηκε ότι, στο πλαίσιο βλαβών που προκαλούνται σε εγκύους εξαιτίας λανθασμένης επιλογής από τους ιατρούς γυναικολόγους της μεθόδου με την οποία πρόκειται να γεννήσει η γυναίκα, η γέννηση διδύμων βρεφών με μόνιμες βαριές διανοητικές αναπηρίες οφειλόταν στην καθυστερημένη καισαρική τομή που υποβλήθηκε η έγκυος, παρά το γεγονός ότι οι ιατροί γνώριζαν όλο το ιστορικό της εγκύου και τις επιπλοκές που παρουσίαζε η εγκυμοσύνη της από τη στιγμή της εισαγωγής στο νοσοκομείο.

ΔΕφΠειρ 2039/2008: κρίθηκε ότι ο ακρωτηριασμός του ενός κάτω άκρου 18χρονου μαθητή, έναντι άλλων ηπιότερων εναλλακτικών θεραπειών που θα μπορούσαν να ακολουθηθούν στη συγκεκριμένη περίπτωση, χωρίς προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς για τις εναλλακτικές θεραπείες, συνιστούσε εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής οδού με τραγικά αποτελέσματα, επιλογή που δεν δικαιολογούνταν από την κατάσταση υγείας του νεαρού, εφόσον υπήρχαν άλλες γνωστές ηπιότερες θεραπείες.

Υπάρχουν ιατρικές ειδικότητες που από τη φύση τους ενέχουν υψηλή πιθανότητα διάπραξης ιατρικού σφάλματος. Πρόκειται για τις λεγόμενες παρεμβατικές ειδικότητες, όπως είναι η Χειρουργική, Αναισθησιολογία, Μαιευτική-Γυναικολογία, Ορθοπεδική κ.α. Συγκεκριμένα: η ειδικότητα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας ενέχει ιδιαίτερο κίνδυνο ιατρικού σφάλματος και ως εκ τούτου είναι από τις πλέον «επικίνδυνες» ειδικότητες για τον ιατρό όσον αφορά την ιατρική ευθύνη. Η προγεννητική διάγνωση, ο τοκετός, η παρακολούθηση της εγκύου και του εμβρύου με τις κατάλληλες εξετάσεις, η παρακολούθηση της λεχωϊδας μετά τον τοκετό και η παροχή συμβουλών είναι πεδία που μπορεί να συμβεί ιατρικό σφάλμα.

ΕφΘεσσαλονίκης 2384/2005:μαιευτήρας παρέλειψε να συστήσει στο πλαίσιο του προγεννητικού ελέγχου υπερηχογραφικό έλεγχο του εμβρύου (β' επιπέδου) με αποτέλεσμα να διαφύγουν συγγενείς ανωμαλίες (διαμαρτίες περί την διάπλαση) ώστε γεννήθηκε νεογνό με σοβαρές σωματικές βλάβες.

ΤριμΕφΛάρισας 540/2008:ιατρός καταδικάστηκε για ανθρωποκτονία από αμέλεια με το σκεπτικό ότι δεν διέγνωσε, επιδεικνύοντας τη δέουσα επιμέλεια, αποκόλληση του πλακούντα σε επίτοκο, με αποτέλεσμα τον θάνατό της από ολιγαϊμικό shock. Αφορούσε παράλειψη και λανθασμένη εκτίμηση του περιστατικού ώστε δεν επακολούθησε ανάλογη αντιμετώπισή του. Το δικαστήριο δέχθηκε την ευθύνη του ιατρού εκτιμώντας την ιατροδικαστική έκθεση και επιδίκασε υπέρογκη αποζημίωση και ικανοποίηση ηθικής βλάβης προς τους συγγενείς της θανούσας.

ΑΠ 1709/2007:ιατρός μαιευτήρας-γυναικολόγος, κατόπιν ανεπιτυχούς εγχειρήσεως της ασθενούς προκειμένου να διακοπεί η σοβαρή αιμορραγία που εκείνη παρουσίασε μετά τον τοκετό, δεν μετέφερε την ασθενή σε οργανωμένο νοσοκομείο, αλλά την εγχείρησε εκ νέου στην ίδια ιδιωτική κλινική, όπου δεν υπήρχε κατάλληλη υποδομή, με αποτέλεσμα τον θάνατο της ασθενούς.

ΑΠ 555/1997:ιατρός μαιευτήρας-γυναικολόγος εξέτασε ασθενή στο ιατρείο και διαπίστωσε εγκυμοσύνη της διάρκειας δύο μηνών και θάνατο του εμβρύου (παλίνδρομη κύηση). Έκρινε επιβεβλημένη την άμεση διενέργεια αποξέσεως και συμφώνησε με την έγκυο να έρθει στο μαιευτήριο με το οποίο συνεργαζόταν για να γίνει η επέμβαση. Η επέμβαση έγινε αφού προηγουμένως ο κατηγορούμενος ιατρός που δεν ήταν αναισθησιολόγος χορήγησε ανεπίτρεπτα νάρκωση χωρίς προηγούμενη εξέταση της εγκύου από καρδιολόγο και σχετική γνωμάτευσή του και χωρίς συμμετοχή ιατρού αναισθησιολόγου κατά παράβαση της ιατρικής δεοντολογίας και του νόμου (άρθρο 304 παρ.4 ΠΚ). Ο αναισθησιολόγος έπρεπε να προβεί στη νάρκωση, να παρευρίσκεται κατά τη διάρκεια της επέμβασης και να αναμένει μέχρι την ανάνηψη της ασθενούς η οποία έπασχε από συγγενή καρδιοπάθεια, στένωση του ισθμού της αορτής εξαιτίας της οποίας είχε προκληθεί μεγαλοκαρδία (η καρδιά της είχε βάρος 440 γρ. αντί του κανονικού βάρους των 250 γρ.), υπερτροφία του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας και του μεσοκοιλιακού διαγράμματος. Η πάθηση αυτή την οποία αγνοούσε η ασθενής και ο κατηγορούμενος ιατρός θα είχε διαγνωσθεί με την εξέτασή της από καρδιολόγο. Κατά την επέμβαση απεβίωσε η ασθενής και ο θάνατος οφείλεται σε πνευμονορραγία λόγω της καρδιοπάθειάς της. Το αποτέλεσμα αυτό που δεν προέβλεψε ο κατηγορούμενος οφείλεται σε αμέλειά του αφού δεν κατέβαλε την προσοχή που όφειλε από τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλλει. Η αμέλεια συνίσταται στη μη διενέργεια προεγχειρητικού ελέγχου, στη μη προηγούμενη εξέταση της ασθενούς από καρδιολόγο, στη μη διάγνωση της καρδιακής παθήσεως, στη μη παράσταση κατά την επέμβαση ιατρού αναισθησιολόγου. [7, 16, 41]

### **9.9. Ιατρικά σφάλματα κατά το προεγχειρητικό, εγχειρητικό και μετεγχειρητικό στάδιο (παρουσίαση νομολογίας)**

Όσον αφορά την ειδικότητα της Χειρουργικής, υπάρχουν τρία στάδια: α) το προεγχειρητικό β) η εγχείρηση γ) το μετεγχειρητικό στάδιο. Ο χειρουργός πρέπει να συντάσσει το πρακτικό χειρουργείου με κάθε λεπτομέρεια για λόγους ενημέρωσης και αποδεικτικούς. Επίσης, οφείλει να παρακολουθεί στενά τον ασθενή στη μετεγχειρητική πορεία του. Ο χειρουργός με τη χορήγηση εξιτηρίου στον ασθενή έχει υποχρέωση να του παρέχει τις οφειλόμενες οδηγίες σχετικά με την εξέλιξη της πορείας του, το χρονοδιάγραμμα ελέγχου και πορείας πχ των αλλαγών του χειρουργικού τραύματος κ.α.

Περιπτώσεις ευθύνης κατά τα προαναφερθέντα στάδια αποτελούν κυρίως:

α) μη αφαίρεση γάζας ή άλλου χειρουργικού εργαλείου από το σώμα του ασθενή (συντρέχουσα αμέλεια με το νοσηλευτικό προσωπικό), β) λανθασμένος χειρισμός ιατρικών εργαλείων, γ) σφάλματα κατά τη διαδικασία αναισθησίας ή ανάνηψης του ασθενούς

Αποφάσεις σχετικά με την ευθύνη ιατρού χειρουργού:

*Συμπληρωματική 546/2005: τρώση εντέρου κατά την εγχείρηση βουβωνοκήλης με συνέπεια σηψαιμία, ΑΠ 250/1992: τρώση φλεβών, ΑΠ 1221/1988: τρώση κλάδου του παραπληρωματικού νεύρου κατά τη βιοψία τραχηλικών λεμφαδένων, ΑΠ 391/2005: τραυματισμός ουρητήρα γυναίκας και βλάβη νεφρού*

*ΣτΕ 3081/2003 (ΔΕφαΘ 1026/2000, ΔΠραΘ 1405/1999): κρίθηκε ότι η νέκρωση αριστερού νεφρού ασθενούς οφειλόταν σε τραυματισμό του ουρητήρα που προκλήθηκε από τη λανθασμένη συρραφή του ουρητήρα από τον χειρουργό, κατά τη διάρκεια προηγηθείσας επέμβασης στο παχύ έντερο του ασθενούς.*

*ΣτΕ 2579/2006 (ΔΕφΘεσσαλονίκης 2308/2004, ΔΠρΘεσσαλονίκης 1803/2002): κρίθηκε ότι ο θάνατος ασθενούς που είχε υποβληθεί προηγουμένως σε λαπαροσκοπική χολεκυστεκτομή οφειλόταν σε εσωτερική αιμορραγία που προκλήθηκε λόγω κακού χειρισμού του εργαλείου από τον ιατρό χειρουργό, με αποτέλεσμα να προκαλέσει διάτρηση της αορτής και εν συνεχεία ο ιατρός καθυστέρησε να αντιληφθεί την αιμορραγία καθώς δεν ήλεγχε επισταμένως την οθόνη λαπαροσκόπησης.*

*ΔΠρΑθ 15547/2004: κρίθηκε ότι η διάτρηση αρτηρίας αριστερού νεφρού οφειλόταν σε λανθασμένο χειρισμό της βελόνας, παρά το γεγονός ότι η παρακέντηση γινόταν υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και ήταν εφικτή η παρακολούθηση της πορείας του εργαλείου από τον ιατρό που διενεργούσε την επέμβαση. Αποτέλεσμα τη βλάβης ήταν η ολική αφαίρεση του αριστερού νεφρού και η υποχρέωση μελλοντικής χειρουργικής αποκατάστασης των συνεπειών που προκλήθηκαν στον ασθενή από την επέμβαση.*

*ΔΠρΑθ 3751/2005: κρίθηκε ότι ασθενής υπέστη ρήξη οισοφάγου εξαιτίας εσφαλμένου χειρισμού από τον γαστρεντερολόγο του γαστροσκοπίου κατά την ενδοσκόπηση, στη διάρκεια επέμβασης απομάκρυνσης ξένου σώματος από τον οισοφάγο του ασθενούς, με συνέπεια ο ασθενής να αναγκαστεί να υποβληθεί σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση από την οποία προκλήθηκε μόνιμη αντισταθμιστική ουλή στο σώμα της.*

*ΔΠρΑθ 388/2004: κρίθηκε ότι σε λανθασμένο χειρισμό ιατρικού εργαλείου οφειλόταν ο θάνατος από καρδιοαναπνευστική ανακοπή ασθενούς που είχε υποβληθεί σε επιτυχή επέμβαση, στην προσπάθεια να τοποθετηθεί ειδική συσκευή αναρροφήσεως εκκρίσεων, όπου ο ιατρός ωτορινολαρυγγολόγος προκάλεσε σοβαρές κακώσεις στον λάρυγγα, με συνέπεια την ακατάσχετη αιμορραγία του ασθενούς και τελικά το θάνατό του.*

*ΣτΕ 2736/2007: κρίθηκε ότι η εγκατάλειψη εντός του θώρακα του ασθενούς χειρουργικής βελόνας, με αποτέλεσμα μετεγχειρητικά ο ασθενής να εμφανίζει συμπτώματα που έμοιαζαν με αυτά του εμφράγματος και ψυχολογικά προβλήματα, οφειλόταν σε αμέλεια του καρδιοχειρουργού ο οποίος κατά την πραγματοποίηση by pass δεν επέδειξε την ανάλογη προσοχή και επιμέλεια, εγκαταλείποντας τη χειρουργική βελόνα σε σημείο που βρισκόταν κοντά στην καρδιά του ασθενούς.*

*ΔΕφΑθ 1655/2001: κρίθηκε ότι η εμφάνιση σε ασθενή μετεγχειρητικών επιπλοκών (σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα) εξαιτίας της παρουσίας εντός του θώρακα ενός θραύσματος χειρουργικής βελόνας που έσπασε κατά τη διάρκεια συρραφής του θωρακικού τοιχώματος, οφειλόταν σε αποκλειστική ευθύνη του ιατρού χειρουργού που δεν επέδειξε την ανάλογη επιμέλεια κατά τη συρραφή, ούτε αντιλήφθηκε το γεγονός, παρά ολοκλήρωσε κανονικά την επέμβαση. Επιπλέον, οι ιατροί των εξωτερικών ιατρείων του ιδίου νοσοκομείου παρέλειψαν να εντοπίσουν το θραύσμα της βελόνας, παρά τις συνεχείς εξετάσεις που υποβαλλόταν ο ασθενής και το γεγονός ότι το ξένο σώμα ήταν ορατό στις μετέπειτα ακτινογραφίες.*

ΣτΕ 330/2009: κρίθηκε ότι υπήρξε ευθύνη των ορθοπεδικών χειρουργών οι οποίοι κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης που πραγματοποίησαν σε ασθενή που είχε τραυματιστεί σε τροχαίο ατύχημα, δεν απομάκρυναν γάζα που είχε χρησιμοποιηθεί κατά την επέμβαση. Συνέπεια αυτού ήταν να προκληθούν στην υγεία του ασθενούς σοβαρές επιπλοκές από την εγκατάλειψη του ξένου υλικού μέσα στο σώμα του, γεγονός που οδήγησε στην καθυστερημένη αποκατάσταση του ορθοπεδικού προβλήματος, στην απώλεια βάρους και στην εμφάνιση έντονων ψυχολογικών προβλημάτων.

ΔΕφΑθ 4764/2004: κρίθηκε ότι η ανεπιτυχής άμβλωση, δηλαδή η κύηση και η γέννηση υγιούς βρέφους χωρίς τη θέληση της μητέρας του, η οποία επισκέφθηκε δημόσιο νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθεί σε επέμβαση τεχνητής διακοπής της κύησης, οφειλόταν σε σφάλμα του ιατρού γυναικολόγου, που δεν συνεκτίμησε τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης περίπτωσης και δεν έλαβε εγκαίρως τα πρόσφορα ιατρικά μέσα, με αποτέλεσμα, όταν το σφάλμα έγινε αντιληπτό, να έχει παρέλθει το κρίσιμο χρονικό διάστημα και να μην είναι δυνατή η τεχνητή διακοπή της κύησης.

ΑΠ 1404/2008: ευθύνη ιατρού (πλαστικού χειρουργού) γιατί μετά τη χειρουργική επέμβαση δεν επέδειξε τη δέουσα μετεγχειρητική παρακολούθηση της ασθενούς όπως θα έπρεπε να κάνει κάθε συνετός και επιμελής ιατρός, δηλαδή, παρέλειψε να κάνει συχνή παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας της 20χρονης τότε ασθενούς του με συνέπεια να υποστεί σημαντική σωματική βλάβη με φλεγμονή, ισχυρούς πόνους στο μάτι αλλά και απώλεια της όρασης σε ποσοστό 24%.

ΑΠ 2129/2007: ιατρός χειρουργός του ΙΚΑ, αφού εκτέλεσε χειρουργική επέμβαση τοποθέτησης σιλικόνης στους μαστούς της εγκαλούσας, χωρίς βέβαια να έχει αποκτήσει νομίμως ειδικότητα πλαστικού χειρουργού, στη συνέχεια δεν διέγνωσε ότι η μη επούλωση σε εύλογο χρόνο των συμπτωμάτων των τραυμάτων της παθούσας σήμαινε την αποβολή του προσθετικού υλικού της σιλικόνης από το σώμα της παθούσας και ότι έπρεπε να γίνει άμεσα η αφαίρεσή τους, εντούτοις επανέλαβε τη χειρουργική επέμβαση με τα ίδια υλικά σιλικόνης, χωρίς να υπολογίσει τον αναπόφευκτο κίνδυνο εισχώρησης μικροβίων από τον ατμοσφαιρικό αέρα μετά το άνοιγμα του τραύματος και μόλυνσής του και τη μη δυνατότητα επανόρθωσης με την επανάληψη της χειρουργικής επέμβασης.

ΑΠ 880/1989: ιατρός χειρουργός κατά την επέμβαση για αφαίρεση αποστήματος στον αριστερό γλουτό, δεν έκανε βαθιά τομή και καθαρισμό του αποστήματος, με αποτέλεσμα να μείνει ένα μέρος του ακαθάριστο και να δημιουργηθεί μόλυνση η οποία μεγάλωσε και

απλώθηκε στον οργανισμό της παθούσας, ούτε ανησύχησε από το πρήξιμο και τον επίμονο πυρετό που εμφάνισε η ασθενής μετά την επέμβαση η οποία τελικά πέθανε συνεπεία πυοθώρακος και αποστήματος αριστερού νεφρού.

ΑΠ 1058/1995:ιατρός χειρουργός από αμέλειά του επέφερε τον θάνατο της ασθενούς. Ο ιατρός νοσήλευσε στην ιδιωτική του κλινική την ασθενή ως πάσχουσα από χολολιθίαση, ενήργησε εγχείρηση χολοκυστεκτομής και η ασθενής μετά από λίγες ημέρες παρουσίασε αποφρακτικό ίκτερο. Παρά την εμφάνιση αυτού του συμπτώματος, ο ιατρός κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης δεν φρόντισε άμεσα και έγκαιρα για τη διερεύνηση της αιτίας του αποφρακτικού ίκτερου και της δραστηκής καταπολέμησής του αλλά αρχικά αρκέστηκε στην χορήγηση αντιβιοτικών και σπασμολυτικών φαρμάκων τα οποία αντικατέστησε με άλλα όταν διαπίστωσε την καθημερινή χειροτέρευση της υγείας της. Μετά την πάροδο κάποιων ημερών αποφάσισε να χειρουργήσει και πάλι την ασθενή. Κατά την επέμβαση αυτή ο ιατρός δεν κατόρθωσε να προσπελάσει το χοληδόχο πόρο λόγω της αιμορραγίας και των συμφύσεων, οπότε αρκέστηκε σε κλείσιμο της τομής της ασθενούς με συρραφή, αντί να συστήσει την άμεση μεταγωγή της σε κεντρικό Νοσοκομείο, όπως έπρεπε, για να την αναλάβουν χειρουργοί με περισσότερα τεχνικά μέσα από εκείνα της κλινικής του και μεγαλύτερη εμπειρία και ικανότητα σε τέτοιες επεμβάσεις αλλά και περαιτέρω δεν προέβη σε καμία ενέργεια, ώστε να παροχετεύσει την διαπιστωθείσα από αυτόν πυώδη φλεγμονή του παγκρέατος και τον χοληδόχο πόρο, που ήταν απαραίτητη λόγω της παραγωγής πυώδους υγρού. Επιπλέον, ο ιατρός ως κορυφαία εκδήλωση της αμέλειάς του ανέφερε στους συγγενείς της ασθενούς ότι έπασχε από κακοήγη όγκο του παγκρέατος που προχώρησε μέχρι τον σπόνδυλο και ότι δεν πρόκειται να ζήσει πολύ και τους συνέστησε να την μεταφέρουν στο σπίτι της για να υποκύψει με ηρεμία. Χορήγησε εξιτήριο με την ένδειξη «Ca παγκρέατος» και την περαιτέρω βεβαίωση «κατάσταση υγείας καλή» ενώ δεν επρόκειτο για τέτοια ασθένεια, αλλά για φλεγμονή του παγκρέατος και από αυτή την αιτία σώρευση πυώδους υγρού το οποίο θα είχε απομακρυνθεί αν είχε τοποθετήσει την παροχέτευση κατά τη δεύτερη εγχείρηση. Οι συγγενείς της ασθενούς μη γνωρίζοντας την πραγματική κατάσταση της υγείας της, πλανηθέντες από τον ιατρό ότι πάσχει από καρκίνο, την εγκατέλειψαν στην οικία της χωρίς ουσιαστική περίθαλψη, με αποτέλεσμα την άμεση επιδείνωση της υγείας της. Εισήχθη έκτακτα σε μεγάλο Νοσοκομείο όπου υποβλήθηκε σε τρίτη εγχείρηση κατά την οποία διαπιστώθηκε η πραγματική ασθένειά της, δηλαδή όχι ο κακοήθης όγκος αλλά η φλεγμονή στην περιοχή του παγκρέατος η οποία είχε ως αποτέλεσμα τη σώρευση 2 κιλών περίπου πυώδους υγρού στην κοιλιά της ασθενούς που

επέφερε το θάνατό της από σηπτική καταπληξία (σηψαιμία) που επήλθε από τις προαναφερθείσες αμελείς ενέργειες και παραλείψεις του κατηγορουμένου και τελεί σε αιτιώδη με αυτές συνάφεια.

ΑΠ 2432/2003: ιατρός πλαστικός χειρουργός, κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης λιποαναρρόφησης που ενήργησε στο ιατρείο του βοηθούμενος από ιατρό αναισθησιολόγο (συντρέχουσα αμέλεια), σε νεαρά ασθενή ηλικίας 23 ετών, από αμέλεια επέφεραν το θάνατό της και ειδικότερα κατά την παραπάνω χειρουργική επέμβαση χορήγησαν στην ασθενή το αναισθητικό φάρμακο *diprivan* 1% το οποίο, κατά την διεθνή βιβλιογραφία, έχει ενοχοποιηθεί και για θανατηφόρα αποτελέσματα, οι δε ιατροί, αν και γνώριζαν ή έπρεπε να γνωρίζουν, λόγω της ιδιότητάς τους, τις ανεπιθύμητες ενέργειες του παραπάνω φαρμάκου και όφειλαν να παρακολουθούν συνεχώς την ανωτέρω ασθενή για την εκδήλωση πρόωρων σημείων υπότασης, απόφραξης των αεραγωγών και έλλειψης επάρκειας οξυγόνου, ώστε να είναι σε θέση σε περίπτωση εμφάνισης των ως άνω παρενεργειών, να χορηγήσουν τα κατάλληλα αντίδοτα φάρμακα και με ειδικά επιστημονικά όργανα (πχ ηλεκτροκαρδιογράφους) να βοηθήσουν στην ανάνηψη της ασθενούς για να μην καταλήξει, οι ιατροί ουδέν από τα ανωτέρω έπραξαν, αφού την χειρουργική επέμβαση την ενήργησαν σε ιατρείο που δεν διέθετε κανένα επιστημονικό όργανο και δεν παρακολουθούσαν συνεχώς την ασθενή για την εκδήλωση των ανωτέρω παρενεργειών του παραπάνω χορηγηθέντος φαρμάκου, ούτε χορήγησαν αντίδοτο φάρμακο μετά την εκδήλωση των παρενεργειών τούτων, που άλλωστε η ιατρός αναισθησιολόγος δεν διέθετε και το οποίο τελικά αντίδοτο το έλαβε η ασθενής από το πλήρωμα του ΕΚΑΒ που κάλεσε καθυστερημένα όταν ήδη είχε επέλθει ο θάνατός της, δεδομένου ότι η θανούσα ήταν απόλυτα υγιές άτομο και ουδέν παθολογικό αίτιο παρουσίαζε.

Η κατηγορία των ιατρικών σφαλμάτων κατά τη διαδικασία αναισθησίας ή ανάνηψης του ασθενούς περιλαμβάνει βλάβες της υγείας που παρουσιάζονται κατά τη διαδικασία της αναισθησίας ασθενούς ή αμέσως μετά, κατά τη διαδικασία της ανάνηψής του. Συνήθως πρόκειται για αλλεργικές αντιδράσεις που εμφανίζονται σε ασθενείς εξαιτίας της λανθασμένης επιλογής μεθόδου αναισθησίας ή της λανθασμένης επιλογής και χορήγησης συγκεκριμένου αναισθητικού φαρμάκου. Τα σφάλματα αυτά είναι σοβαρά, δεδομένου ότι προκαλούν μη αναστρέψιμες βλάβες στην υγεία του ασθενούς, βαριές σωματικές αναπηρίες, ακόμη και θάνατο.

Όσον αφορά τη δραστηριότητα του αναισθησιολόγου, στο προεγχειρητικό\_στάδιο διεξάγεται η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς. Ο αναισθησιολόγος εξετάζει το αναμνηστικό του ασθενούς, τυχόν αντιδράσεις αλλεργικού τύπου, επιδιώκει κλινική εξέταση με ιδιαίτερο έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας, καλή καρδιολογική εκτίμηση, επιλέγει το είδος της αναισθησίας που θα χρησιμοποιήσει για τη συγκεκριμένη περίπτωση, ελέγχει αν έλαβε ο ασθενής τροφή από πριν, τι φάρμακα ελάμβανε, προετοιμάζεται για τυχόν ανεπιθύμητα συμβάντα τόσο κατά τη νάρκωση όσο και στη φάση της ανάνηψης. Στο στάδιο της χειρουργικής επέμβασης, όπου ο ασθενής βρίσκεται σε νάρκωση, ο αναισθησιολόγος οφείλει να παρακολουθεί συνεχώς τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενή και τα μηχανήματα ελέγχου των λειτουργιών αυτών (monitoring). Απαιτείται συνεχής παρακολούθηση της καταγραφής και της λειτουργίας των βασικών οργάνων του ασθενή, ενώ σε περίπτωση βλάβης οφείλει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα έγκαιρα. Δεν επιτρέπεται να υποχωρεί ο αναισθησιολόγος στις απαιτήσεις του χειρουργού σχετικά με τη θέση του ασθενή στο χειρουργικό τραπέζι όταν με τον τρόπο αυτό τίθενται σε κίνδυνο οι ζωτικές λειτουργίες του ασθενή. Η διασωλήνωση του ασθενή και η παρακολούθηση των monitors είναι ζητήματα ιδιαίτερης ευθύνης για τον αναισθησιολόγο, ο οποίος οφείλει να καταχωρεί στο πρωτόκολλο αναισθησίας το είδος της νάρκωσης που χορηγήθηκε και τα φάρμακα που χρησιμοποίησε. Η ευθύνη του αναισθησιολόγου για την παρακολούθηση του ασθενή συνεχίζεται και κατά το στάδιο της ανάνηψης που αρχίζει με την αφύπνιση του ασθενή και τελειώνει όταν ο ασθενής δεν διατρέχει κίνδυνο από την νάρκωση.

Αποφάσεις σχετικά με την ευθύνη αναισθησιολόγου:

*ΑΠ 822/2006: ευθύνη αναισθησιολόγου που έκανε επανειλημμένες αποτυχημένες απόπειρες διασωλήνωσης του ασθενή, δεν κάλεσε χειρουργό για να εκτελέσει τραχειοστομία, ώστε τελικά ο ασθενής κατέληξε από ισχαιμία του εγκεφάλου και καρδιακή ανακοπή, ΑΠ 1230/2001: αναισθησιολόγος επέλεξε απολύτως μη ενδεικνυόμενη μέθοδο νάρκωσης της επιτόκου για διεξαγωγή καισαρικής τομής με μάσκα, αντί της ασφαλούς μεθόδου της διασωλήνωσης και επέδειξε αμέλεια στην παρακολούθηση της κακής οξυγόνωσης της γυναίκας, με αποτέλεσμα να προκληθούν σοβαρές νευρολογικές βλάβες, ΑΠ 490/1996: αναισθησιολόγος αποδιασωλήνωσε πρόωρα τον ασθενή, με αποτέλεσμα να γίνει αναγωγή γαστρικών υγρών και εισρόφηση ικανής ποσότητας αυτών στους πνεύμονες του ασθενούς η οποία προκάλεσε πνευμονικό οίδημα και πνευμονική πύκνωση που δεν επέτρεψε την οξυγόνωσή του, με συνέπεια την κνάνωσή του και την καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια που*



ελάττωσε δραματικά την καρδιακή λειτουργία, η οποία επιδείνωσε την αναπνευστική λειτουργία, για να υποστεί ο ασθενής καρδιακή ανακοπή, ΑΠ 1492/1998: κατά τη διαγνωστική μαγνητική τομογραφία σε νήπιο υπό ελαφρά νάρκωση ο ιατρός δεν ακολούθησε τους κανόνες της ιατρικής που επιβάλλουν συχνή παρακολούθηση μέσω μόνιτορ που συνδέεται με τον αξονικό τομογράφο των ζωτικών λειτουργιών, αλλά απλώς παρακολούθησε μέσω της οθόνης του τομογράφου, με αποτέλεσμα ασφυξία και θάνατο του νεογνού από διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας.

ΔεφΘεσσαλονίκης 1786/2005: Σε αποτυχημένη εφαρμογή ραχιαίας αναισθησίας αποδίδονται τα μόνιμα κινητικά προβλήματα που προκλήθηκαν σε έγκυο από ιατρό αναισθησιολόγο ο οποίος επέλεξε το συγκεκριμένο είδος αναισθησίας, χωρίς να υφίσταται συγκεκριμένος λόγος για αυτό, χωρίς να έχει ενημερωθεί η ασθενής για τις πιθανές επιπλοκές και χωρίς να έχει ληφθεί προηγουμένως η συναίνεσή της.

ΣτΕ 1018/2008: κρίθηκε ότι σε σφάλμα κατά την αναισθησία οφειλόταν η μόνιμη εγκεφαλική βλάβη που υπέστη νεαρή κοπέλα που είχε μόλις υποβληθεί σε πλαστική επέμβαση μαστών. Συγκεκριμένα, η ασθενής υπέστη αλλεργικό σοκ από τα φάρμακα αναισθησίας που της χορηγήθηκαν και αντί να της γίνει αμέσως προσπάθεια ανάνηψης, υπήρξε καθυστέρηση εξαιτίας της απουσίας του ιατρού αναισθησιολόγου, ο οποίος παρίστατο παράλληλα και σε δεύτερη χειρουργική αίθουσα, όπου ελάμβανε χώρα άλλη χειρουργική επέμβαση. Σύμφωνα με το δικαστήριο, αν η διαδικασία της ανάνηψης είχε γίνει σωστά και έγκαιρα, κατά πάσα πιθανότητα θα είχε αποφευχθεί η μόνιμη εγκεφαλική βλάβη της ασθενούς. [7, 16]

#### **9.10. Η διαπίστωση του ιατρικού σφάλματος**

Στη νομολογία των ανωτάτων δικαστηρίων γίνεται λόγος για ιατρικό σφάλμα όταν παραβιάζονται οι γενικά αδιαμφισβήτητοι κανόνες της επιστήμης και παραβιάζεται το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας του ιατρού ΑΠ 797/2002, ΑΠ 1953/2001, ΑΠ 21/2001.

Το δικαστήριο που θα επιληφθεί της υπόθεσης έχει τον τελικό λόγο αν έλαβε χώρα ιατρικό λάθος από αμέλεια, από ποιο πρόσωπο, σε τι συνίσταται και ποιο το αποτέλεσμα αυτού (θάνατος, αναπηρία, βλάβη της υγείας του ασθενή). Η ιατροδικαστική έκθεση που δεν είναι βέβαια δεσμευτική για το δικαστήριο θα δώσει απάντηση αν το επελθόν αποτέλεσμα οφείλεται σε αμέλεια ή όχι του ιατρού. Σε περίπτωση θανάτου, η

ιατροδικαστική έκθεση πρέπει να απαντήσει αν ο θάνατος οφείλεται σε ατύχημα, αυτοκτονία, φυσικό συμβάν ή ανθρώπινη ενέργεια (θετική πράξη ή παράλειψη) από λάθος (έλλειψη προσοχής ή γνώσεων) ή από εσκεμμένη ενέργεια. Αν οφείλεται σε ανθρώπινη ενέργεια, πρέπει να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα όπως *τι ακριβώς έγινε, από ποιόν, πότε και πως και γιατί και πιο το αποτέλεσμα*. Η διενεργούμενη από τον ιατροδικαστή αυτοψία, δειγματοληψία, νεκροψία, νεκροτομή, ιστολογικές και τοξικολογικές εξετάσεις μπορεί να δώσουν απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα. [16]

### **9.11. Σοβαρό ιατρικό σφάλμα – Ανθρώπινο λάθος**

*Σοβαρό ιατρικό σφάλμα* είναι εκείνο που με βάση το μέσο όρο γνώσης και εμπειρίας των ιατρών δεν είναι κατανοητό και ικανό να δικαιολογηθεί, επειδή είναι ανεπίτρεπτο να διαπραχθεί από θεράποντα ιατρό. Διακρίνεται από τη βαριά αμέλεια ως μορφή υπαιτιότητας, διότι μπορεί να υπάρχει σοβαρό ιατρικό σφάλμα (αμέλεια ως μορφή συμπεριφοράς), χωρίς να συντρέχει και βαριά αμέλεια ως ενδιάθετη ψυχική στάση του ιατρού απέναντι στη συμπεριφορά του. Η σημασία της ύπαρξης σοβαρού ιατρικού σφάλματος έγκειται στην απόδειξη της σχέσης αιτίας προς αποτέλεσμα μεταξύ της συμπεριφοράς του ιατρού και της ζημίας του ασθενούς. Δηλαδή, όσο σοβαρότερο είναι το σφάλμα, τόσο πιο εύκολο είναι για τον ασθενή να αποδείξει ότι εξαιτίας του σφάλματος στερήθηκε τη δυνατότητα να βελτιωθεί σημαντικά ή να αποκατασταθεί πλήρως η υγεία του ή ακόμη και να σωθεί η υγεία του.

*Ανθρώπινο λάθος* είναι μια συνήθως στιγμιαία απροσεξία ή αδεξιότητα που σύμφωνα με την κοινή πείρα δεν μπορεί να αποφύγει ούτε ο επιμελέστερος των επαγγελματιών (οδοντίατρος παραπατάει και η βελόνα της αναισθητικής ένεσης εισέρχεται στο φάρυγγα του ασθενούς, γυναικολόγος αφαιρείται στιγμιαία και διαβάζει λάθος μια μέτρηση της υπερηχογραφίας κύησης, με συνέπεια να μην επισημάνει ότι το βάρος του εμβρύου υπολείπεται του φυσιολογικού, χειρουργός κατά την αφαίρεση όγκου στην εξωτερική επιφάνεια της καρωτίδας ασθενούς προκάλεσε εξωτερικό τραυματισμό της καρωτίδας με συνέπεια το θάνατο του ασθενούς από θρόμβωση, ιατρός που έκανε λάθος κατά τη διόρθωσή συγγράμματός του το οποίο στη συνέχεια εκδόθηκε με την αναγραφή δόσης φαρμάκου δεκαπλάσιας της σωστής, με συνέπεια τη δηλητηρίαση του ασθενούς, ιατρός μπερδεύει την ονομασία φαρμάκου ή αλλάζει κατά λάθος απλώς ένα γράμμα, με συνέπεια να χορηγηθεί στην ασθενή διαφορετικό φάρμακο από αυτό που ενδεικνυόταν στην περίπτωση του). Για τις ανωτέρω περιπτώσεις, μπορεί να υποστηριχθεί και η άποψη

ότι κάθε άλλο παρά ανθρώπινο λάθος συνιστούν, με την έννοια ότι αν επιδεικνύονταν η απαιτούμενη επιμέλεια, θα είχαν αποφευχθεί τα επιβλαβή αποτελέσματα για τον ασθενή.

Αν και μπορεί να υποστηριχθεί ότι τα ανθρώπινα λάθη οφείλονται στις ατέλειες της ανθρώπινης φύσης, ο ιατρός ευθύνεται και για αυτά, επομένως πρέπει να αποκατασταθεί η ζημία που προκλήθηκε στον ασθενή. Συνιστούν κλασικές περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας, με την έννοια της παράβασης της αντικειμενικά οφειλόμενης σε συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας. [26]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## 10. ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ

### 10.1. Μέτρο επιμέλειας των ιατρών

Η μη θετική έκβαση μιας θεραπείας ή μιας ιατρικής πράξης γεννά ερωτήματα για το αν ο ιατρός ενήργησε κατά τρόπο ορθό, τηρώντας τα διδάγματα της επιστήμης και επιδεικνύοντας την προσήκουσα επιμέλεια ή αν δεν ανταποκρίθηκε στα παραπάνω, υποπίπτοντας σε ιατρικό σφάλμα, οπότε υπέχει ευθύνη έναντι του ασθενούς ή των συγγενών του. Όταν παραβιάζονται οι κοινώς αναγνωρισμένοι και αδιαμφισβήτητοι κανόνες της επιστήμης και η ενέργεια αυτή δεν είναι σύμφωνη με το καθήκον επιμέλειας που επιβάλλεται αντικειμενικά, μιλάμε για αμέλεια. Ο νομοθέτης επεδίωξε να διασαφηνίσει το τοπίο σε σχέση με το κρίσιμο ζήτημα του μέτρου της απαιτούμενης επιμέλειας εκ μέρους του ιατρού με τις σχετικές διατάξεις του Κ.Ι.Δ. Συγκεκριμένα:

Άρθρο 2 παρ. 3: *«Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης...»*

Άρθρο 3 παρ. 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 σύγχρονης επιστημονικής έρευνας..»*

Άρθρο 10 παρ. 1: *«...Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του».*

Οι παραπάνω διατάξεις του Κ.Ι.Δ. που θέτουν ως μέτρο επιμέλειας του ιατρού το πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων της ιατρικής επιστήμης είναι σύμφωνες με το άρθρο 330 ΑΚ που ορίζει ότι *«αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές»*. Ο νόμος ουσιαστικά καθορίζει ως το μέτρο της επιμέλειας που θα πρέπει να επιδεικνύει ο ιατρός, κατά την επιχείρηση ιατρικών πράξεων και γενικά κατά την αντιμετώπιση των ασθενών του, *τη συμπεριφορά που θα επιδείκνυε ο μέσος συνετός και επιμελής ιατρός της ειδικότητάς του. Μέτρο επιμέλειας και προσοχής θεωρείται εκείνο που ανταποκρίνεται στο μέσο επίπεδο του επαγγελματία του κλάδου, όταν αυτός βρεθεί στις ίδιες περιστάσεις ΑΠ 1337/2005, ΑΠ 1250/2003, ΑΠ 797/2002, ΑΠ 419/2000, ΑΠ 1492/1998, ΑΠ 555/1997. Δηλαδή, ο νόμος δεν υποχρεώνει τον ιατρό να γνωρίζει τα πάντα και να μπορεί να κάνει τα πάντα, αλλά μόνο όσα οφείλει να γνωρίζει και να μπορεί να πράττει ο μέσος ιατρός της ίδιας ειδικότητας. Βέβαια προϋπόθεση που θα πρέπει να*

έχει τηρήσει ο ιατρός, ώστε να μη μπορεί να του καταλογιστεί αμέλεια ως προς την αντιμετώπιση του ασθενούς είναι να έχει ενεργήσει *lege artis*, δηλαδή, να έχει ακολουθήσει πρακτική αντιμετώπισης του περιστατικού αναγνωρισμένη από τους κανόνες και τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης, διότι αν έχει πράξει διαφορετικά, η αμέλειά του είναι δεδομένη.

Τίθεται το ζήτημα αν, σε περίπτωση που ο ιατρός ο οποίος ελέγχεται για αμελή συμπεριφορά διαθέτει ικανότητες και γνώσεις άνω του μέσου όρου, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με μέτρο επιμέλειας τις ικανότητες και γνώσεις του μέσου ιατρού της ειδικότητάς του ή αν θα πρέπει να ελέγχεται όταν δεν πράττει σύμφωνα με τις δικές του αυξημένες ικανότητες και προσόντα.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 Κ.Ι.Δ. «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»

Από τη διάταξη αυτή προκύπτει ότι ο νόμος αποδίδει μεγάλη σημασία και στις τυχόν ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες του ιατρού, αξιώνοντας από αυτόν να ενεργεί βάσει των αυξημένων αυτών ικανοτήτων του και να μην αρκείται στην επιμέλεια που θα έδειχνε ο μέσος ιατρός της ειδικότητάς του. Υπάρχει δηλαδή μια επίταση της ιατρικής ευθύνης στην περίπτωση του ιατρού που διαθέτει ιδιαίτερα προσόντα και ο οποίος ευθύνεται έναντι του ασθενούς για κάθε του ενέργεια η οποία δεν θα ανταποκρίνεται στην ιδιαίτερη ικανότητά του και στην οποία αποβλέπει ο ασθενής εμπιστευόμενος τον συγκεκριμένο ιατρό. Συνεπώς, όταν ο ιατρός διαθέτει ικανότητες μεγαλύτερες από τον μέσο συνετό ιατρό της ειδικότητάς του, όπως συμβαίνει ενδεικτικά όταν ο ιατρός είναι και πανεπιστημιακός καθηγητής ή έχει πολύ σημαντικό επιστημονικό έργο ή όταν οι αμοιβές του είναι σημαντικά ανώτερες του μέσου όρου των αντίστοιχων αμοιβών των ιατρών της ειδικότητάς του, η επίδειξη αμέλειας από την πλευρά του κατά την αντιμετώπιση του ασθενούς και το ενδεχόμενο ιατρικό σφάλμα του θα κριθεί βάσει των αυξημένων του προσόντων, γνώσεων και ικανοτήτων. Δηλαδή, η πανεπιστημιακή ιδιότητα του ιατρού συνεπάγεται αυξημένες γνώσεις και εμπειρία μέσα από πανεπιστημιακές κλινικές, όπου αντιμετωπίζονται κατά τεκμήριο τα πιο δύσκολα περιστατικά και η ανάληψη ενός περιστατικού από ιατρό-πανεπιστημιακό καθηγητή αποτελεί εγγύηση παροχής ποιοτικά

ανώτερης ιατρικής φροντίδας. Επομένως, κατά τον έλεγχο της ευθύνης\_ιατρών με υψηλή στάθμη γνώσεων και λοιπών ικανοτήτων, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αυτές οι ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες.

Σχετική η απόφαση ΕφΑθ 197/1988 (επικυρώθηκε με την αριθ. απόφαση ΑΠ 1270/1989): *ευθύνη του ιατρού με ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες. Έγγαμο ζευγάρι κατέφυγε στις υπηρεσίες καθηγητή της Μαιευτικής και Γυναικολογίας, για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα στειρότητας της γυναίκας. Μετά την επίτευξη της εγκυμοσύνης, συμφωνήθηκε ο τοκετός να γίνει στο Γυναικολογικό Τμήμα ιδιωτικής κλινικής, στην οποία ο ίδιος ήταν Διευθυντής και να πραγματοποιηθεί με καισαρική τομή, δεδομένης της ηλικίας της γυναίκας και του αρχικού προβλήματος στειρότητας. Ο εναγόμενος ιατρός εισέπραξε μία υψηλή για την εποχή αμοιβή προκειμένου να παράσχει τις παραπάνω υπηρεσίες. Τελικά, η καισαρική τομή δεν έγινε, αλλά η εξαγωγή του εμβρύου υποβοηθήθηκε με ελαστικό εμβρυουλκό (βεντούζα), κατά την άποψη του ιατρού, ως ταχύτερο μέσο ολοκλήρωσης του τοκετού και αποφυγής θανάτου του εμβρύου διότι οι παλμοί του είχαν πέσει κάτω από το φυσιολογικό λόγω ατελούς οξυγόνωσης του εγκεφάλου. Μετά δύο ημέρες από τον τοκετό το έμβryo εμφάνισε εγκεφαλική παράλυση και στη συνέχεια μεγάλη διανοητική καθυστέρηση. Το Δικαστήριο έκρινε ότι η βλάβη του σώματος και της υγείας του παιδιού οφείλεται σε βαριά αμέλεια του ιατρού, καθώς η υπαναχώρησή του από την αρχική του επιλογή για καισαρική τομή «ήταν λανθασμένη και ιατρικά ανεπίτρεπτη από αυτόν που ήταν ειδικός και μάλιστα Καθηγητής του Πανεπιστημίου Γυναικολογίας και Μαιευτικής (SPECIALISTE) και εν όψει της τέλειας γνώσης του των προβλημάτων της συγκεκριμένης εγκύου». Η εν λόγω απόφαση δέχθηκε την ευθύνη του ιατρού, δεδομένου ότι ο ιατρός ήταν καθηγητής Πανεπιστημίου και η σύμβαση ιατρικής αγωγής είχε συγκεκριμένο περιεχόμενο και συμφωνία ιδιαίτερα υψηλής αμοιβής, οπότε στοιχειοθετήθηκε η βαριά αμέλεια του γυναικολόγου σύμφωνα με τους δικαστές, 8413/2005 ΠολΠρΘεσσαλονίκης, 4964/2008 ΕφΑθ: ιδιαίτερα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η συνδρομή ειδικότητας στο πρόσωπο του ιατρού, η οποία αποτελεί και το λόγο βαρύτερης ευθύνης του ειδικού (SPECIALISTE), αφού η προσφυγή στις υπηρεσίες του με βαρύτερη οικονομική επιβάρυνση συνήθως του ασθενούς γίνεται ακριβώς λόγω της ειδικότητάς του αυτής».*

Αρμόδιος να αναλάβει την νοσηλεία ενός αρρώστου είναι κατά κανόνα ο ειδικός ιατρός, ο αρμόδιος εξ αντικειμένου για την πάθηση του ασθενούς. Θα ήταν αντιεπιστημονικό να κρίνεται για παιδιατρικά ή μαιευτικά περιστατικά, ως εξίσου

αρμόδιος προς τον παιδίατρο ή τον μαιευτήρα αντίστοιχα, ιατρός άλλης ειδικότητας. Συχνά παρατηρείται η εκδήλωση ορισμένων παθολογικών καταστάσεων για τις οποίες η προσφυγή στον ειδικό ιατρό είναι μεν επιβεβλημένη, αλλά δύσκολη ή και ανέφικτη. Άλλες φορές πάλι η αντιμετώπιση μιας πάθησης απαιτεί ιατρικές γνώσεις δυο ή περισσότερων ιατρικών ειδικοτήτων, όπως π.χ. σε περιστατικό έλκους του στομάχου, όπου μπορεί να υπάρξει αρμοδιότητα ως ένα σημείο τουλάχιστον γαστρεντερολόγου και γενικού χειρουργού. Σε άλλες ακόμα περιπτώσεις η πάθηση ή το νόσημα μπορεί μεν να είναι από την αρχή σαφές και να υποδηλώνει τον αρμόδιο ιατρό (π.χ. κάταγμα), αλλά ο ιατρός αυτός να μην υπάρχει στο χώρο του συμβάντος. Εκτός από τις περιπτώσεις όπου υπάρχει εξ αντικειμένου αδυναμία προσφυγής στον ειδικό ιατρό, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου ο άρρωστος καταφεύγει για νοσηλεία σε ιατρό μη ειδικό για την πάθηση του. Είναι ευνόητο ότι είναι δύσκολο για τον ιατρό να τον αποπέμψει, χρειάζεται όμως να τον πείσει, να του εξηγήσει τους λόγους της παραπομπής του σε άλλο γιατρό και να τον καθοδηγήσει.

Το μέτρο επιμέλειας είναι διαφορετικό για τον ειδικευόμενο σε σχέση με τον ειδικό ιατρό ο οποίος καλείται να επιδείξει μεγαλύτερη περίσκεψη και φροντίδα για τα περιστατικά της ειδικότητάς του από τον ειδικευόμενο ή τον ιατρό άλλης ειδικότητας. Το μέτρο για τον ειδικευμένο ιατρό είναι διαφορετικό από του μη ειδικευμένου, υπό την έννοια ότι από τον ειδικευμένο ιατρό απαιτείται να επιδείξει και να παράσχει μεγαλύτερη περίσκεψη και φροντίδα για περιστατικά της ειδικότητάς του από τον μη ειδικευμένο ιατρό ή από ιατρό άλλης ειδικότητας, δεδομένου ότι ο ειδικός σε κάποιον κλάδο της ιατρικής κατέχει τις ιδιαίτερες, συναφείς με την ειδικότητά του γνώσεις που τον καθιστούν ικανό να αντιμετωπίζει καταστάσεις που ανάγονται στην ειδικότητά του.

Αν ο ιατρός επιδείξει το μέγιστο των δυνατοτήτων του που όμως είναι κατώτερο του μέσου ειδικού ιατρού, απαλλάσσεται από την ευθύνη, μόνο αν ήταν υποχρεωμένος να παρέχει τις υπηρεσίες του, δηλαδή ήταν αναγκασμένος να προβεί στο εγχείρημα. Διαφορετικά, υποχρεούται να μην αναλάβει το περιστατικό, αλλά να το παραπέμψει στον κατάλληλο ιατρό ή στο κατάλληλο νοσηλευτικό τμήμα. Αν το αναλάβει, η ευθύνη που θα του καταλογιστεί θα είναι όχι για την ανεπιτυχή διεξαγωγή του εγχειρήματος αλλά για την ανάληψη του εγχειρήματος, δηλαδή διαπράττει σφάλμα ανάληψης. Υπάρχει σφάλμα ανάληψης στην περίπτωση που ο ιατρός έχει μεν τις απαραίτητες γνώσεις, αλλά δεν είναι σε θέση να παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες στον ασθενή στην συγκεκριμένη περίπτωση

και παρ' όλα αυτά δεν παραπέμπει σε άλλον ιατρό τον ασθενή, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι υπάρχει άλλος διαθέσιμος ιατρός να αναλάβει το περιστατικό. Ο ασθενής οφείλει να αποδείξει την ύπαρξη αμέλειας του ιατρού με τη μορφή του σφάλματος ανάληψης. [25, 28, 29]

## 10.2. Ιατρική αμέλεια στο πλαίσιο του δικαίου της ιατρικής αστικής ευθύνης

Κατά την κρατούσα άποψη, η καταβλητέα επιμέλεια προσδιορίζεται με στοιχεία αντικειμενικά και υποκειμενικά. Η επιμέλεια που απαιτείται (η μη επίδειξη αυτής συνιστά υπαιτιότητα) καθορίζεται με βάση το μέσο τυπικό εκπρόσωπο του επαγγελματικού, μορφωτικού κλπ κύκλου στον οποίο ανήκει ο ζημιώσας ιατρός και με βάση αυτό το πρότυπο θα καθορίζεται η επιμέλεια που πρέπει να καταβάλλεται κάθε φορά, σύμφωνα με τις υγιείς αντιλήψεις των συναλλαγών. Δηλαδή, οι υποχρεώσεις επιμέλειας του ιατρού θα κριθούν με βάση το προαναφερόμενο πρότυπο το οποίο διαμορφώνεται σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ιατρικού επαγγέλματος τα οποία είναι, αφενός, η εγγενής επικινδυνότητα για τη ζωή και την υγεία του ασθενούς και, αφετέρου, η υπαγωγή της σε κανόνες και πρότυπα συμπεριφοράς που καθορίζονται από την επιστήμη και την πρακτική.

Η επιστήμη δέχεται ότι ο ορισμός που ο νόμος δίνει για την αμέλεια «δεν καταβάλλεται η απαιτούμενη στις συναλλαγές επιμέλεια, άρθρο 330 ΑΚ» ανταποκρίνεται στην έννοια της ελαφριάς αφηρημένης αμέλειας. Αν η επιμέλεια του πράξαντος υπολείπεται λίγο της επιμέλειας του μέσου κοινωνικού ανθρώπου υπάρχει *ελαφρά αμέλεια*, εάν υπολείπεται κατά πολύ, υπάρχει *βαριά αμέλεια*. Έτσι, *ελαφρά αφηρημένη αμέλεια* είναι η συμπεριφορά που υστερεί της συμπεριφοράς του μέσου, «κανονικά» επιμελούς και έντιμου κοινωνικού ανθρώπου.

Η έννοια της αμέλειας είναι σημαντική στο δίκαιο της ιατρικής ευθύνης. Το ιατρικό σφάλμα είναι γενεσιουργός αιτία υποχρέωσης αποζημίωσης του ασθενούς που υπέστη βλάβη από συμπεριφορά του ιατρού που υπολείπεται σε σχέση με την επιβαλλόμενη, στο επάγγελμά του και στη συγκεκριμένη περίπτωση, επιμέλεια, οπότε η συμπεριφορά του συνιστά παρανομία.

Η αμέλεια στην περίπτωση του ιατρικού σφάλματος έχει διφυή υπόσταση, δηλαδή, η ίδια αμελής συμπεριφορά συνιστά και παρανομία και υπαιτιότητα. Η μεν παρανομία αναφέρεται στην εξωτερική συμπεριφορά, η δε υπαιτιότητα στην ψυχική στάση του



ζημιώσαντος απέναντι στο παράνομο αποτέλεσμα, δηλαδή η παράνομη εξωτερική συμπεριφορά καλύπτεται και από την επιλήψιμη ψυχική στάση του δράστη. [25, 26]

### 10.3. Ιατρική αμέλεια με την έννοια του ποινικού δικαίου

Σύμφωνα με το άρθρο 28 του Π.Κ. «εξ αμελείας πράττει όστις ένεκεν ελλείψεως της προσοχής ην όφειλε εκ των περιστάσεων και ηδύνατο να καταβάλη, είτε δεν προείδε το εκ της πράξεως του πραχθέν αξιόποινον αποτέλεσμα, είτε προείδε μεν τούτο ως πιθανόν, επίστευεν όμως ότι δεν θα επήρχετο».

Η αμέλεια είναι συνειδητή (ενσυνείδητη) ή ασυνείδητη. *Συνειδητή* είναι όταν ο ιατρός πρόβλεψε το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα σαν πιθανό, αλλά πίστεψε ότι δεν θα επέλθει, ενώ *ασυνείδητη* αμέλεια όταν ο ιατρός δεν πρόβλεψε καθόλου σαν ενδεχόμενο ένα ανεπιθύμητο ζημιογόνο αποτέλεσμα. Η ελληνική νομολογία συχνά χαρακτηρίζει την ιατρική αμέλεια ασυνείδητη.

Στον όρο «πλημμελής συμπεριφορά του ιατρού» περιέχονται δύο αλληλένδετα στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τα πιθανά ατοπήματα κατά την άσκηση της ιατρικής: α) εξωτερικό και β) εσωτερικό στοιχείο. Ειδικότερα;

α. Το *εξωτερικό στοιχείο* το οποίο σημαίνει την εξωτερικά κακότεχνη και ελαττωματική διεξαγωγή της ιατρικής πράξης.

β. Το *εσωτερικό στοιχείο* το οποίο σημαίνει ότι η συμπεριφορά του ιατρού είναι υπαίτια, αφού αυτή ως ψυχική και νοητική λειτουργία δεν είναι όπως θα έπρεπε σωστή. Υποδηλώνει την σφαλερή εσωτερική-νοητική παράσταση-αξιολόγηση και κατεύθυνση του προβλήματος του αρρώστου στο νου του ιατρού. Το εσωτερικό στοιχείο της αμέλειας, μεταφερόμενο στο πεδίο του νομικού λογισμού, εκφράζει ότι η υπαιτιότητα του ιατρού έγκειται στην έλλειψη της προσοχής και της σύνεσης που «όφειλε» και «μπορούσε» να δείξει. Η έλλειψη μάλιστα της προσοχής και της σύνεσης έγινε αιτία, είτε να μην προβλέψει το απαράδεκτο αποτέλεσμα που ακολούθησε, είτε το πρόβλεψε μεν ως πιθανό, αλλά είχε την ελπίδα πως δεν θα κατέληγε στο αποτέλεσμα που κατέληξε (άρθρο 28 Π.Κ.). [12, 29]

Εκτενέστερη ανάλυση του θέματος γίνεται στο κεφάλαιο ΠΟΙΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ.

#### 10.4. Ιατρική παράλειψη

Οι παραλείψεις ενός (ιδιώτη) ιατρού σε σχέση με συγκεκριμένο ασθενή μπορούν να καταταγούν σε τρεις κατηγορίες:

α) σε αυτές που σχετίζονται με την άρνηση παροχής υπηρεσιών και τη μη ανάληψη συγκεκριμένου ασθενή από ιατρό. Επομένως, αν ο ασθενής αποκρούει τη θεραπευτική αγωγή ή μεμονωμένη ιατρική πράξη, δεν υπάρχει υποχρέωση ανάληψης του ασθενούς από τον ιατρό και δεν στοιχειοθετείται ιατρική παράλειψη, β) σε αυτές που συνέχονται προς τις υπηρεσίες που ήδη ένας ιατρός παρέχει στον ασθενή του. Ένας ιατρός μπορεί να παραλείψει μία θεραπεία επειδή, σύμφωνα με τη διάγνωση, ο ασθενής είναι υγιής ή την αποκρούει. Στην περίπτωση του υγιούς ασθενή, δεν πρόκειται για παράλειψη αλλά για εσφαλμένη διάγνωση, η οποία έγινε από άλλο ιατρό, ο ιατρός που παραλείπει τη θεραπεία δεν διαπράττει ιατρικό σφάλμα, παρά μόνο αν είχε την υποχρέωση και ο ίδιος να ελέγξει την ορθότητα της διάγνωσης και δεν το έκανε. Στην περίπτωση του ασθενούς που αποκρούει τη θεραπεία, ο ιατρός που παραλείπει την ιατρική αγωγή δεν παρανομεί, γ) στις παραλείψεις που προκύπτουν μετά τη διακοπή παροχής των υπηρεσιών του ιατρού προς ορισμένο ασθενή. Η διακοπή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ο ιατρός διακόπτει τη σύμβασή του με τον ασθενή, οπότε η παράλειψη είναι παράνομη, ή στο ότι ο ιατρός επιλέγει να μη συνεχίσει τη θεραπευτική αγωγή, οπότε πρόκειται για επιλογή του ιατρού, εφόσον διαπιστώνει ότι αποκαταστάθηκε η υγεία του ασθενούς. Αν όμως η διαπίστωση είναι εσφαλμένη, πρόκειται για διαγνωστικό σφάλμα.

Παράλειψη θεωρείται ότι υπάρχει όταν καθυστερήσει η αγωγή σε επείγουσα περίπτωση και η μετέπειτα αγωγή δεν είναι επαρκής και όταν παραλειφθεί προεγχειρητική διαγνωστική εξέταση ή ενημέρωση σχετικά με τη χρήση ή χορήγηση φαρμάκου. [26]

## 11. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

### 11.1. Γενικά

«*Ιατρικό δίκαιο*» νοείται το σύνολο των κανόνων δικαίου που διέπουν κάθε έννομη σχέση του ιατρού ως επαγγελματία, καθώς και κανόνες δικαίου που αφορούν άλλα, πλην των ιατρών, πρόσωπα (νοσηλευτικό προσωπικό, παραϊατρικά επαγγέλματα), ενώ οι ευρύτερες έννοιες του «δικαίου της υγείας» και του «δικαίου της ιατρικής» περιλαμβάνουν και άλλα ζητήματα με άλλους προσδιοριστικούς άξονες, όπως τα δικαιώματα των ασθενών και το δίκαιο των κάθε είδους προϊόντων ιατρικής χρησιμότητας, αλλά κατά ορισμένους και ολόκληρο το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης ή και της ιδιωτικής ασφάλισης ασθένειας, των εργατικών ατυχημάτων και της εργασιακής ασφάλειας γενικότερα.

«*Ευθύνη*» είναι η υποχρέωση λογοδοσίας και, εφόσον τούτο είναι εφικτό, αποκατάστασης των ζημιολόγων συνεπειών που επέφερε ορισμένη συμπεριφορά.

Η ιατρική ευθύνη περιστρέφεται γύρω από τα ζητήματα της αποτυχημένης ιατρικής πράξης, του θεραπευτικού κινδύνου, του ιατρικού σφάλματος ή γενικότερα της παράβασης των υποχρεώσεων επιμέλειας του ιατρού, δεδομένου ότι η αποτυχημένη ιατρική ενέργεια, συνδεδεμένη συχνά με υποψία ή βεβαιότητα περί ύπαρξης ιατρικού σφάλματος, διαταράσσει την αρχική σχέση εμπιστοσύνης ή σχέση «εξουσίας» και «υποταγής» που συνδέει τον ιατρό με τον ασθενή και ενεργοποιεί το μηχανισμό της ευθύνης του ιατρού.

Η ιατρική ευθύνη η οποία συνδέεται κατά τρόπο απόλυτο και άρρηκτο με την άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας του ιατρού νοείται ως επαγγελματική ευθύνη και ταυτίζεται με την ευθύνη από την παροχή υπηρεσιών οποιασδήποτε φύσης στο πλαίσιο άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας.

Η ιατρική ευθύνη έχει σήμερα στη διάθεσή της πλήθος παρακλινικών εξετάσεων που μπορεί να βοηθήσουν τον κλινικό ιατρό να οδηγηθεί στη σωστή διάγνωση για το πρόβλημα του ασθενούς. Μπορεί ο ιατρός να επιλέξει από τις υπάρχουσες εξετάσεις εκείνες που σχετίζονται περισσότερο με τα συμπτώματα του ασθενούς και την πιθανή διάγνωση. Στον πρωτογενή έλεγχο δεν μπορούν να διερευνηθούν σπάνια νοσήματα ή απίθανες επιπλοκές, αλλά ερευνώνται τα συνηθέστερα και πιο πιθανά αίτια. Ο φόβος όμως δικαστικής εμπλοκής οδηγεί τους νέους κυρίως ιατρούς και τους ειδικευόμενους να

ζητούν με μεγάλη ευκολία πληθώρα εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένων και πολύ δαπανηρών (αξονική-μαγνητική), προκειμένου να αισθάνονται ασφαλείς, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων. Η μεγάλη αύξηση του δικαστικού ελέγχου των ιατρών έχει επηρεάσει τον τρόπο άσκησης της ιατρικής και έχει οδηγήσει στη λεγόμενη «αμυντική» ιατρική, υιοθετώντας πολλοί ιατροί πρακτικές που θα τους προστατεύσουν από δικαστικές περιπλοκές, στο πλαίσιο της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών.

Η ιατρική ευθύνη διακρίνεται σε αστική, ποινική, πειθαρχική.

Το θέμα της νομικής προστασίας των ασθενών στο πλαίσιο του ιατρικού σφάλματος και της συνακόλουθης αστικής ιατρικής ευθύνης είναι επίκαιρο, δεδομένου ότι τελευταίως παρουσιάζεται και στη χώρα μας το φαινόμενο που ανθίζει από ετών στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες κυρίως με κεντροευρωπαϊκή δικαιοσύνη παράδοση (Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία) δηλαδή της «ποινικοποίησης» και «αστικοποίησης» του ιατρικού λειτουργήματος. Αφορά σε όλους τους ιατρούς είτε ασκούν το ιατρικό τους λειτουργήμα στο δημόσιο τομέα (ΕΣΥ κλπ) είτε στον ιδιωτικό τομέα (ως ελεύθεροι επαγγελματίες και ως έμμισθοι εξηρημένης εργασίας). Τα τελευταία χρόνια, τα επιδικαζόμενα χρηματικά ποσά για χρηματικές αποζημιώσεις, λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης, ακολουθώντας την πρακτική των Ευρωπαϊκών κρατών και ΗΠΑ, είναι ιδιαίτερα μεγάλα.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων με αποτέλεσμα να υπάρχουν μόνο κάποιες εκτιμήσεις με μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ τους. Αυτό που είναι μετρήσιμο και μπορεί να καταγραφεί και στη χώρα μας είναι τα περιστατικά αναζήτησης ιατρικής ευθύνης που φτάνουν στα δικαστήρια, δηλαδή να καταγραφούν οι μηνύσεις και οι αγωγές που κατατίθενται εναντίον των ιατρών. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχουμε αύξηση αυτών των υποθέσεων και μπορεί να αναφερθούν δύο σημαντικοί παράγοντες που επηρέασαν καθοριστικά στη δημιουργία αυτού του φαινομένου.

α) η σαφής μεταβολή του δεοντολογικού-νομοθετικού πλαισίου. Αρχικά το πλαίσιο διέγραφε μία πατερναλιστική αντίληψη της ιατρικής, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός αποφάσιζε για το σύνολο της ιατρικής πράξης, έχοντας το πλεονέκτημα της γνώσης και όντας ο πλέον κατάλληλος να το πράξει χωρίς καμία άλλη υποχρέωση. Με το Ν. 2071/1992 μεταβλήθηκε το νομικό πλαίσιο και γίνεται πρώτη φορά αναφορά στα «δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς». Με το Ν. 2619/1998 κυρώνεται η

«Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική». Ο Ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» αποτέλεσε το επιστέγασμα της οριστικής κατάρρευσης της πατερναλιστικής αντίληψης της ιατρικής. Είναι λοιπόν ξεκάθαρο ότι με τη νέα νομοθετική-δεοντολογική πραγματικότητα ο ιατρός και ο ασθενής έχει συγκεκριμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις.

β) η ενημέρωση του κόσμου για τα ιατρικά θέματα, μέσω της ανάπτυξης των Μ.Μ.Ε. και της διαδικτυακής ενημέρωσης, τα οποία έχουν δώσει τη δυνατότητα στους πολίτες να λαμβάνουν γνώση για τις ιατρικές ασθένειες και τις ιατρικές πράξεις. Τίθεται βέβαια το θέμα της επιστημονικής εγκυρότητας. Πάντως, ο Έλληνας ασθενής μπορεί πλέον να ενημερώνεται, να κρίνει και να συγκρίνει. Επομένως, πολλές φορές κρίνει από μόνος του ότι ο ιατρός υπέπεσε σε ιατρικό σφάλμα και ως εκ τούτου αποφασίζει να ακολουθήσει τη νομική διαδικασία. Κεντρικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία έχει ο ιατροδικαστής, ο οποίος με την επιστημονική του γνώση καλείται να αποφανθεί αν μπορεί να τεκμηριωθεί ιατρικό σφάλμα.

Η ιατρική ευθύνη λόγω ιατρικής πράξης που έχει διενεργηθεί, σε μια οργανωμένη, ευνομούμενη και δημοκρατική κοινωνία είναι δεδομένη και θεσμοθετημένη προς το συμφέρον τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων των ιατρών αλλά και της ιατρικής επιστήμης γενικότερα.

Αρχικά, το ζήτημα της ευθύνης του ιατρού αντιμετωπίστηκε κατά τρόπο αυτόνομο ως προς το σύνολο του δικαίου, αλλά αργότερα εντάχθηκε στο σύνολο της ευθύνης και των αποζημιώσεων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στο θέμα της ιατρικής ευθύνης δεν υπάρχουν ιδιαιτερότητες και σοβαρές ιδιομορφίες. Σήμερα γίνεται λόγος για «δίκαιο της ιατρικής», «ιατρικό δίκαιο» ή «δίκαιο της Υγείας».

Σε κάθε περίπτωση, για την ιατρική ευθύνη ισχύει το αντικειμενικό κριτήριο, δηλαδή για κάθε ιατρό απαιτείται η συμπεριφορά του συνετού και επιμελούς ιατρού της αυτής ειδικότητας και υπό τις αυτές εκάστοτε συνθήκες.

Κάθε ιατρική πράξη προσβάλλει εκ των πραγμάτων, αφενός τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς, αφετέρου την προσωπικότητα και τη σφαίρα της ιδιωτικής ζωής του. Κάθε ενέργεια του ιατρού εμπεριέχει κινδύνους που πολλές φορές πραγματοποιούνται. Ο ιατρός, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, υπέχει ευθύνη για οποιαδήποτε πράξη του, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του αποτελέσματος που προκάλεσε. [36, 37, 38]

## 11.2. Θεωρίες περί του νομικού χαρακτηρισμού της ιατρικής ευθύνης

*Θεωρία της απόλυτης ανευθυνότητας του ιατρού:* Στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα στην Γαλλία είχε διαμορφωθεί η άποψη ότι οι ιατροί δεν υπέχουν καμία ευθύνη κατά την εκτέλεση του έργου τους, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που ενήργησαν με πρόθεση. Το απολύτως ανεύθυνο των ιατρών βασίστηκε στο επιχείρημα ότι το δίπλωμα για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος παράγει αμάχητο τεκμήριο ικανότητας, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό της ευθύνης των ιατρών από ιατρικά σφάλματα. Επιπλέον, η απόλυτη ανευθυνότητα του ιατρού στηρίχθηκε και στην έλλειψη ειδικών ποινικών νομοθετημάτων σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα, επομένως στη μη καθιέρωση ιατρικής ευθύνης.

*Θεωρία της ελαττωμένης ευθύνης του ιατρού:* Εκτός των περιπτώσεων που τον ιατρό βαρύνει πρόθεση, οπότε ευθύνεται, περιορίζεται η ευθύνη του μόνο στις περιπτώσεις που ενήργησε με βαριά αμέλεια, ενώ δεν είναι υπεύθυνος για πράξεις που ενήργησε με ελαφρά αμέλεια.

*Θεωρία της πλήρους υπευθυνότητας του ιατρού (κρατούσα άποψη):* Ο ιατρός κατά την άσκηση των καθηκόντων του ευθύνεται για βαριά και ελαφρά αμέλεια. Δηλαδή, ευθύνεται σύμφωνα με τους κανόνες του κοινού δικαίου, χωρίς προνομιακή μεταχείριση. Υπάρχει πλήρης ευθύνη του ιατρού για οποιασδήποτε μορφής αμέλεια, ενώ η αυτονομία ευθύνη του ιατρού όταν ενεργεί από πρόθεση εξετάζεται χωριστά. Ο ιατρός υπέχει ευθύνη για οποιαδήποτε πράξη του, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του αποτελέσματος που προκάλεσε. [12]

## 11.3. Νομική φύση της ιατρικής ευθύνης

Κατά την κρατούσα άποψη, στο ελληνικό δίκαιο η ιατρική ευθύνη υπάγεται στις διατάξεις του άρθρου 8 Ν. 2251/94 για την ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες και επομένως διαρθρώνεται ως «νόθος» αντικειμενική ευθύνη. Η διάταξη θέτει ρητά τον κανόνα ότι η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες και συνακόλουθα του ιατρού είναι υποκειμενική και στη συνέχεια επιρρίπτει στον παρέχοντα το βάρος απόδειξης τόσο της έλλειψης υπαιτιότητάς του όσο και της έλλειψης αντικειμενικής πλημμέλειας της συμπεριφοράς του (παρανομίας), δηλαδή, το βάρος απόδειξης της έλλειψης υπαιτιότητας και του παρανόμου φέρει ο εναγόμενος φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ οι διατάξεις του Αστικού Κώδικα καθιερώνουν την υποκειμενική ευθύνη, με την έννοια ότι

το βάρος απόδειξης των προϋποθέσεων της αδικοπραξίας φέρει ο ενάγων-ζημιωθείς. Η ευθύνη του ιατρού για μια αποτυχημένη ιατρική πράξη διαμορφώνεται σε ευθύνη από σφάλμα ή γενικότερα από υπαίτια παράβαση των υποχρεώσεών του.

Αν θεωρηθεί η ιατρική ευθύνη ως *ευθύνη από διακινδύνευση*, σημαίνει ότι στον ιατρό πρέπει να καταλογίζεται κάθε ζημία που συνδέεται αιτιωδώς με την ιατρική πράξη, ανεξάρτητα όχι μόνο από το (υποκειμενικό) πταίσμα του, αλλά και από την ύπαρξη παράνομης συμπεριφοράς του, ιδίως ιατρικού σφάλματος. Στον ιατρό επιρρίπτεται το σύνολο του θεραπευτικού κινδύνου με ευρεία έννοια, με ενδεχόμενη πρόβλεψη, όπως σε πολλές περιπτώσεις ευθύνης από διακινδύνευση, λόγω απαλλαγής από την ευθύνη (πχ ανώτερη βία, συνάρτηση με το επίπεδο της επιστημονικής γνώσης κατά το χρόνο της ιατρικής πράξης κα) που όμως δεν φτάνουν στην απόδειξη της έλλειψης υπαιτιότητας ή παρανομίας. Η άποψη περί της νομικής φύσης της ιατρικής ευθύνης ως ευθύνης από διακινδύνευση πρέπει να απορριφθεί επειδή η ιατρική δραστηριότητα δεν μπορεί να θεωρηθεί επικίνδυνη ούτε ο ιατρός κάτοχος μιας πηγής ιδιαίτερων κινδύνων, με την έννοια που έχουν αυτοί οι όροι στο πεδίο της ευθύνης από διακινδύνευση. Η υποχρέωση του ιατρού έναντι του ασθενούς δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι εκτείνεται μέχρι και την εγγύηση του θετικού αποτελέσματος της ιατρικής πράξης, δηλαδή τη θεραπεία του ασθενούς και τον αποκλεισμό άλλων ζημιών από την ιατρική πράξη. [36]

#### **11.4 Βάση της ιατρικής ευθύνης**

Βάση της ιατρικής ευθύνης αποτελούν α) οι κανόνες δεοντολογίας και β) η εξειδικευμένη γνώση. Οι κανόνες δεοντολογίας εξειδικεύουν την έννοια των συναλλακτικών ηθών και τη καλής πίστης.

Η διαχείριση της εξειδικευμένης γνώσης οδηγεί αναλόγως στη θεμιτή ή την αθέμιτη συμπεριφορά και κατά ακολουθία στις έννομες συνέπειες. Η εξειδικευμένη γνώση προσδιορίζεται *ad hoc* με βάση τα διδάγματα της επιστήμης και της τεχνικής τα οποία υποστηρίζουν τη γνώση στη συγκεκριμένη περίπτωση, στο συγκεκριμένο χρόνο και τόπο, σε συνδυασμό με τις ικανότητες και το επίπεδο γνώσης του ιατρού. Το επίπεδο γνώσης του ιατρού δεν πρέπει να είναι κατώτερο του μέσου ιατρού της αντίστοιχης ειδικότητας. Αν είναι ανώτερο, ο ασθενής έχει μεγαλύτερες προσδοκίες από τον ιατρό, λόγω των αυξημένων γνώσεων και δεξιοτήτων του και τον περιβάλλει με αυξημένη εμπιστοσύνη. Η διάψευση αυτής της εμπιστοσύνης θεμελιώνει αξίωση για τη ζημία που συνδέεται αιτιωδώς με αυτήν (διαψευσθείσα εμπιστοσύνη). Η εξειδικευμένη γνώση

(ειδικοί επιστημονικοί κανόνες) πρέπει να αποτυπώνεται από επιστημονικούς φορείς ή τους ίδιους τους ιατρούς που δραστηριοποιούνται στο γνωστικό αντικείμενο και κλάδο, κατά τρόπο κατανοητό. Επίσης, η εξειδικευμένη γνώση πρέπει να αναπροσαρμόζεται σύμφωνα με τις επιστημονικές εξελίξεις και τα διδάγματα της κοινής πείρας. Η εξειδικευμένη γνώση πρέπει να κινείται εντός του σαφώς καθορισμένου πλαισίου των δεοντολογικών και ειδικών επιστημονικών κανόνων της συμπεριφοράς του ιατρού, γεγονός που προϋποθέτει την επίδειξη επιμέλειας από τον ιατρό η οποία αποκλείει την ευθύνη του. Όταν ο ιατρός ενεργεί σύμφωνα με τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας δεν στοιχειοθετείται αμελής συμπεριφορά του.

Οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας καθορίζουν πως πρέπει να γίνεται η διαχείριση της εξειδικευμένης γνώσης και πως πρέπει να διενεργείται μία *lege artis* ιατρική πράξη. Υπό το πρίσμα των κανόνων του Κ.Ι.Δ. το ιατρικό σφάλμα περιλαμβάνει όχι μόνο το βλαπτικό για την υγεία αποτέλεσμα αλλά και τη μη σύμφωνη με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας συμπεριφορά του ιατρού. Επίσης, περιλαμβάνει τη συμπεριφορά που αντίκειται και στους γενικούς άγραφους κανόνες επιμέλειας που καθορίζουν τον τρόπο που πρέπει να ενεργούν οι ιατροί σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη ότι μία πράξη είναι παράνομη όταν αντίκειται όχι μόνο σε ειδική διάταξη νόμου, αλλά και όταν με αυτή παραβιάζονται *ad hoc* υποχρεώσεις επιμέλειας που κάθε κοινωνός υποχρεούται να τις τηρεί, προκειμένου να μην προκαλείται βλάβη σε αγαθά άλλων προσώπων.

Η αμέλεια συνίσταται σε παράβαση του επιβαλλόμενου καθήκοντος επιμέλειας με το οποίο είναι επιφορτισμένος ο μέσος συνετός κοινωνός του δικαίου και αποτελεί στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης του εξ αμελείας εγκλήματος (μέτρο απαιτούμενης επιμέλειας, άρθρο 330 ΑΚ). Επομένως, για να στοιχειοθετηθεί η αντικειμενική υπόσταση του εξ αμελείας εγκλήματος απαιτείται όχι μία οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη, αλλά μία εξωτερικά πλημμελής συμπεριφορά που παραβιάζει τους κανόνες που διέπουν τον οικείο τομέα κοινωνικής δραστηριότητας. Όταν ο ιατρός ενεργεί σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, δεν πληρούται η αντικειμενική υπόσταση της σωματικής βλάβης από αμέλεια, ούτε συνιστά αδικοπραξία. Η ιατρική ευθύνη συνίσταται σε μια αντικειμενικά εσφαλμένη ενέργεια, που δημιουργεί μια απόκλιση από τη συνήθη πορεία των πραγμάτων και πιο συγκεκριμένα μια παράβαση των ιατρικών κανόνων. Η αντικειμενικά αυτή εσφαλμένη ενέργεια συνδέεται με παράβαση από τον ιατρό των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δεν



μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση, με παράλληλη προσβολή του καθήκοντος επιμέλειας ΑΠ 97/07, 21/01, 419/00, 1211/07, 1337/05, 2463/05, 355/04, 1953/01, 601/00, 1282/95. Σε περιπτώσεις που είναι εύκολη η απόδειξη της ευθύνης (πχ αφαίρεση όχι του πάσχοντος άκρου ή η επέμβαση σε λάθος πρόσωπο ή η ανεύρεση χειρουργικού εργαλείου εντός του σώματος του ασθενούς που είχε λησμονηθεί κατά την επέμβαση λχ. λαβίδα) αποδίδεται ευθύνη στον ιατρό. [14]

### **11.5. Νομικό πλαίσιο ιατρικής ευθύνης**

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ειδική νομοθετική ρύθμιση της ιατρικής ευθύνης. Οι κανόνες μπορεί να είναι γραπτοί (ΠΚ, Κ.Ι.Δ.), άγραφοι (αφορούν το πρότυπο επιμέλειας του μέσου συνετού επιμελούς ιατρού της ειδικότητας στην συγκεκριμένη περίπτωση), γενικού χαρακτήρα (άρθρο 24 ΑΝ 1565/1939, άρθρο 3 παρ. 3 Κ.Ι.Δ.) και η επιταγή να συμπεριφέρεται κανείς και να συναλλάσσεται με τους άλλους και με τα αγαθά τους, στο πλαίσιο της κάθε συγκεκριμένης ανθρώπινης δραστηριότητας, με βάση την καλή πίστη και τα ήθη που επικρατούν στο πλαίσιο του γενικού καθήκοντος πρόνοιας, λαμβανομένου υπόψη ότι ο ασθενής βρίσκεται πάντοτε σε ευπαθή θέση και η ιατρική πράξη ενέχει επικινδυνότητα. Επομένως, η ιατρική ευθύνη ρυθμίζεται από πλέγμα διατάξεων ατελές και αποσπασματικό.

Το νομικό πλαίσιο που θα στηριχθεί η αναζήτηση της ευθύνης του ιατρού θα αποτελέσουν τα άρθρα 15, 28, 302, 314, 315, 441 ΠΚ, τα άρθρα 24, 25 ΑΝ 1565/1939, τα άρθρα 2 παρ. 3 και 9 Ν. 3418/2005 (Κ.Ι.Δ.), οι διατάξεις του ΑΚ και του Εισαγωγικού Νόμου, το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 που ενισχύει αποφασιστικά το οπλοστάσιο και τα δικαιώματα του ασθενούς και των οικείων του και ισχυροποιεί τη θέση του έναντι του ιατρού, το άρθρο 24 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική που κυρώθηκε με το Ν. 2619/1998. Στο ελληνικό δίκαιο η ευθύνη του ιατρού παραμένει μέχρι σήμερα κυρίως ζήτημα του ποινικού δικαίου, με την έννοια ότι η συντριπτική πλειοψηφία των δικών αφορά την ποινική ευθύνη. Οι δημοσιευμένες αποφάσεις αστικής ιατρικής ευθύνης είναι ευάριθμες. [31]

## 11.6. Συγκλίνουσα-Συντρέχουσα ιατρική δραστηριότητα

### 11.6.1. Ορισμός

*Συγκλίνουσα δράση* υπάρχει όταν για την εκτέλεση μιας πράξης που χαρακτηρίζεται σαν ιατρικό σφάλμα συνεργάστηκαν περισσότερα από δύο πρόσωπα. Στην συγκλίνουσα ιατρική ευθύνη εφαρμόζονται η «*αρχή της εμπιστοσύνης*» και η «*αρχή της κινδυνώδους δράσης*», ώστε ο καθένας δεν οφείλει να λάβει υπόψη του το ενδεχόμενο σφάλματος του άλλου, εκτός αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για τέτοια πιθανότητα. Καθοριστικής σημασίας για την οριοθέτηση της συντρέχουσας ιατρικής ευθύνης είναι το «*ποιος είχε την ευθύνη του ασθενή*». Η αρχή της εμπιστοσύνης ισχύει κυρίως για ιατρούς της ίδιας ειδικότητας που συνεργάζονται στο πλαίσιο οριζόντιας κατανομής εργασίας, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υφίστανται σοβαρές αμφιβολίες για το σύννομο των προεργασιών του συναδέλφου ιατρού.

### 11.6.2. Κατανομή συγκλίνουσας ιατρικής ευθύνης

Υπάρχουν δύο τύποι κατανομής της συγκλίνουσας ευθύνης: α) η οριζόντια και β) η κάθετη.

*Οριζόντια κατανομή* έχουμε όταν πρόκειται για συνεργασία ειδικών ιατρών, όπως χειρουργών ή χειρουργού με αναισθησιολόγο ή χειρουργού με μαιευτήρα-γυναικολόγο. *Κάθετη κατανομή* έχουμε όταν υπάρχει ιεραρχική σχέση μεταξύ περισσότερων προσώπων που συνεργάζονται για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού, δηλαδή, συνεργασία μεταξύ ιεραρχικά σχετιζόμενων λειτουργών της υγείας, όπως συνεργασία ειδικού ιατρού με ειδικευόμενο ιατρό, ιατρού με το νοσηλευτικό προσωπικό (περίπτωση κατά την οποία δεν αφαιρέθηκε τεμάχιο γάζας από το χειρουργικό τραύμα), ιατρού με το τεχνικό προσωπικό (περίπτωση της μη καλής συντήρησης των σωλήνων χορήγησης εισπνεόμενων αναισθητικών φαρμάκων και οξυγόνου κατά την νάρκωση). Είναι συχνές οι περιπτώσεις συντρέχουσας αμέλειας ιατρών-νοσηλευτών, δεδομένου ότι η καταμέτρηση γαζών και λαβίδων, ώστε να μη παραμείνει ξένο σώμα μέσα στον ασθενή μετά τη σύγκλειση του χειρουργικού τραύματος, είναι έργο της προϊσταμένης του χειρουργείου, *ΑΠ 1659/2003:μη αφαίρεση βελόνης σε καρδιοχειρουργική επέμβαση.*

Χαρακτηριστική περίπτωση συντρέχουσας αμέλειας με κάθετη κατανομή καθηκόντων είναι η *σχέση ειδικευομένου-ειδικού ιατρού*. Όσον αφορά τους ειδικευομένους ιατρούς,

εξατομικεύεται η ευθύνη, ενώ για τους διευθυντές ειδικούς ιατρούς αναγνωρίζεται ως προς τους ειδικευόμενους *«ιδιαιτέρη νομική υποχρέωση»*. Ο ειδικευόμενος που δεν δηλώνει την ανεπάρκειά του υπέχει ευθύνη. Οφείλει να την δηλώσει με σαφήνεια και να αναζητήσει τον ειδικό τον οποίο θα ενημερώσει σχετικά, διαφορετικά διαπράττει σφάλμα ανάληψης. Αποτελεί ελαφρυντική περίπτωση που φτάνει μέχρι την απαλλαγή από την ευθύνη για τον ειδικευόμενο ιατρό η περίπτωση κατά την οποία η οργάνωση του νοσοκομείου δεν επιτρέπει την παρουσία ειδικού ιατρού, καθώς και η περίπτωση όπου ο ειδικευόμενος περιέπεσε σε πλάνη στην οποία εύκολα θα περιέπιπτε και ο ειδικός ιατρός. Στα εφημερεύοντα νοσοκομεία οι ασθενείς παραλαμβάνονται και εξετάζονται από ειδικευόμενους ιατρούς, είτε γιατί δεν υπάρχει ειδικός, είτε απουσιάζει (νομότυπα ή όχι). Οι ειδικευόμενοι ιατροί βρίσκονται πάντα σε ενεργό εφημερία, ενώ οι ειδικοί ιατροί μπορεί να βρίσκονται σε εφημερία ορισμένου έργου ή σε εφημερία ετοιμότητας. Αρμόδιος ιατρός για την περίθαλψη και νοσηλεία του ασθενή είναι ο ειδικός ιατρός στην ειδικότητα του οποίου υπάγεται η πάθηση του ασθενούς, αλλά συχνά οι ειδικευόμενοι καλούνται να αναλάβουν πρωτοβουλίες καθοριστικής φύσης. Στην περίπτωση αυτή ο ειδικευόμενος ιατρός βρίσκεται στη δεινή θέση του θεραπευτή ιατρού και του εκπαιδευμένου. Η εξυπηρέτηση της εκπαίδευσης υποχωρεί ενώπιον του συμφέροντος του ασθενή. Ο ειδικός ιατρός έχει *«ιδιαιτέρη νομική υποχρέωση»* ως προς τον ειδικευόμενο που πρέπει να εποπτεύεται ιδιαίτερα αν είναι αρχάριος, *ΑΠ 1384/2001*. Ο ειδικός ιατρός πρέπει να του αναθέτει ορισμένα καθήκοντα, ανάλογα με τις γνώσεις και ικανότητες του ειδικευομένου για τις οποίες οφείλει ο ειδικός ιατρός να έχει μία σφαιρική αντίληψη, πριν γίνει ανάθεση καθηκόντων. Αν ο ειδικός ιατρός επιλέξει ως προς αυτό εσφαλμένα, ευθύνεται για οργανωτικό σφάλμα (ανάθεσης). Στην περίπτωση που επέλθει ζημιογόνο αποτέλεσμα στον ασθενή, ευθύνονται και οι δύο ιατροί (ειδικός και ειδικευόμενος). Ο ειδικευόμενος έχει την υποχρέωση να ειδοποιεί έγκαιρα τον ειδικό ιατρό, δίνοντας αμέσως τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή, αφού πρώτα εξετάσει τον ασθενή και αξιολογήσει τα συμπτώματα και πριν προχωρήσει σε οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή. Ο ειδικευόμενος οφείλει να παρέχει τις πρώτες βοήθειες και να εκτελεί άλλες στοιχειώδεις ιατρικές πράξεις, καθώς και να δώσει εντολή για διενέργεια των παρακλινικών εξετάσεων. Ο ειδικευόμενος ιατρός ευθύνεται και όταν εκτιμά λανθασμένα τις κλινικές ή εργαστηριακές εξετάσεις, στην περίπτωση που η εκτίμησή τους είναι ευχερής και για τον μη ειδικό ιατρό. Αν ο ειδικευόμενος επέδειξε πλημμελή εκτέλεση των καθηκόντων του με βάση τις προσωπικές του ικανότητες, αλλά ειδοποίησε εγκαίρως τον ειδικό ιατρό ο οποίος δεν προσήλθε, δεν ευθύνεται. Αν ο

ειδικευόμενος ιατρός αναζητεί τον ειδικό ιατρό και δεν τον βρίσκει, οφείλει να διατάξει τη διενέργεια των αναγκαίων για τη διάγνωση του ασθενή παρακλινικών εξετάσεων. Αν ο ειδικευόμενος ακολουθεί σαφείς οδηγίες του ειδικού που αξιολόγησε το περιστατικό, γίνεται δεκτό ότι δεν υπάρχει ευθύνη αυτού, εφόσον δεν προκύπτουν στην συνέχεια ενδείξεις που επιβάλλουν αποστασιοποίηση από τις οδηγίες του ειδικού. Επιτρέπεται απόκλιση του ειδικευομένου από τις υποδείξεις του ειδικού, όταν κάτι τέτοιο είναι δικαιολογημένο ή επιβεβλημένο (πχ ο ειδικός ιατρός παραβιάζει εμφανώς τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης). Διαφορετικά, αν ο ειδικευόμενος ακολούθησε τις οδηγίες του ειδικού ιατρού, απαλλάσσεται της ευθύνης.

Όταν συνεργάζεται μία ιατρική ομάδα, οι συνεργαζόμενοι ιατροί οφείλουν να επιδεικνύουν υψηλό αίσθημα ευθύνης, συναδελφικότητα και εμπιστοσύνη. Σύμφωνα με το άρθρο 10 παρ. 2 Ν. 3418/2005 (Κ.Ι.Δ.) «*Η υποχρέωση αυτή (συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης) περιλαμβάνει όχι μόνο 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 επιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωση σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή*». Η αρχή της οριοθέτησης-καταμερισμού των ευθυνών στην ιατρική ομάδα και η αρχή της εμπιστοσύνης δεν μπορούν να απαλλάξουν τον ιατρό από την ευθύνη του όταν το σφάλμα του άλλου ή ο κίνδυνος να διαπράξει ο άλλος σφάλμα είναι κάτι το εμφανές. Σχετικές αποφάσεις:

*ΑΠ 1438/2001: κατά τη διενέργεια αμυγδαλεκτομής από ΩΡΛ ανήλικη ασθενής κατέληξε στο χειρουργείο από ασφυξία την οποία προκάλεσε υπερβολική δόση αναισθητικού για την ηλικία της, ενώ ο ΩΡΛ χειρουργός δεν διαπίστωσε σαν μέσος συνετός χειρουργός καταβάλλοντας την προσοχή που όφειλε και μπορούσε στις συγκεκριμένες περιστάσεις τη δύσπνοια της ασθενούς ώστε να διακόψει την επέμβαση (συντρέχουσα αμέλεια ιατρού ΩΡΛ-αναισθησιολόγου).*

*ΑΠ 1337/2005: θάνατος γυναίκας από υπερβολική απορρόφηση υγρών κατά την διεξαγωγή λαπαροσκοπικής επέμβασης, εξαιτίας συντρέχουσας αμέλειας χειρουργού γυναικολόγου-αναισθησιολόγου, ΑΠ 2432/2003: πλαστικός χειρουργός διενήργησε λιποαναρρόφηση στο ιατρείο του χωρίς αυτό να διαθέτει υποδομή ανάνηψης και η ασθενής παρουσίασε*

*επιπλοκές από «ενοχοποιημένο» από τη διεθνή βιβλιογραφία αναισθητικό φάρμακο με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος της γυναίκας από ασφυξία, λόγω συντρέχουσας αμέλειας αναισθησιολόγου και πλαστικού χειρουργού.*

Ο Διευθυντής μίας νοσηλευτικής μονάδας όταν διαπιστώσει ότι κάποιο μηχάνημα δεν λειτουργεί ικανοποιητικά ή πέρασε αρκετός χρόνος από τον τελευταίο έλεγχο καλής λειτουργίας του, οφείλει να απευθύνεται στους τεχνικούς για έλεγχο και αποκατάσταση της λειτουργίας του, γιατί διαφορετικά έχουμε οργανωτικό σφάλμα για τον διευθυντή. Αν ο Διευθυντής γνωρίζει ότι κάποιος ιατρός είναι ανεπαρκής σε κάποιον τομέα, οφείλει να μη του αναθέτει σχετικές ευθύνες, γιατί διαφορετικά έχουμε σφάλμα ανάληψης για τον ιατρό που, ενώ γνώριζε τη σχετική ανεπάρκεια, αναλαμβάνει την εκτέλεση κάποιας ιατρικής πράξης, *ΑΠ 490/2000, 453/1990. [7, 41]*

## 12. ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

### 12.1. Ορισμός

*Αστική ευθύνη* είναι η νομική υποχρέωση που υπέχει ο ιατρός για αποκατάσταση (αποζημίωση) του προσώπου που υπέστη βλάβη από μία μη νόμιμη συμπεριφορά (πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια), κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Είναι μία διαδικασία προς αποζημίωση ενώπιον των αστικών και διοικητικών δικαστηρίων όπου η ιατρική ευθύνη αντιμετωπίζεται υπό το πρίσμα της ενοχής προς αποζημίωση. Οι αγωγές και μηνύσεις κατά των ιατρών γίνονται από ασθενείς ή από συγγενείς των που ισχυρίζονται ότι οι ιατροί έκαναν λάθος κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Η ευθύνη αυτή ρυθμίζεται δεσμευτικά με κανόνες δικαίου, γεγονός που την αντιδιαστέλλει από άλλες μορφές ευθύνης (πολιτική, ηθική, κοινοβουλευτική). Η αστική ευθύνη συνιστά μορφή θεσμικά κατοχυρωμένης-δεσμευτικής υποχρέωσης, που έχει αμιγώς νομικό περιεχόμενο, δηλαδή το περιεχόμενο, τις προϋποθέσεις και τις συνέπειες που προβλέπει κάθε φορά η έννομη τάξη με τους οικείους κανόνες της. Η αστική ευθύνη συνιστά μηχανισμό διορθωτικής δικαιοσύνης που σκοπεύει στην αποκατάσταση της νομιμότητας και της ισότητας μεταξύ των υποκειμένων της έννομης τάξης και κατ' επέκταση του κράτους δικαίου.

### 12.2. Περιεχόμενο αστικής ιατρικής ευθύνης

Οι γενεσιουργοί λόγοι της αστικής ιατρικής ευθύνης μπορούν να τυποποιηθούν σε δύο κατηγορίες: α) περιπτώσεις όπου επιχειρείται ιατρική πράξη χωρίς την απαιτούμενη κατά νόμο προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς και β) περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων, δηλαδή ενέργειες ή παραλείψεις του ιατρού κατ' απόκλιση των γενικά παραδεκτών κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης προκαλώντας ζημία στον ασθενή.

Σε κάθε περίπτωση οι ιατροί οφείλουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση στο λειτούργημά τους, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ασθενείς τους εμπιστεύονται την προστασία της υγείας τους. Οι ιατροί ως επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε δυσχερέστερη θέση, σε σχέση με τους λοιπούς επαγγελματίες, επειδή οι αποφάσεις που καλούνται να λαμβάνουν κάθε φορά είναι πολύ σοβαρές και αφορούν την

ανθρώπινη υγεία, έχουν δε ελάχιστο χρόνο για να αποφασίσουν τι πρέπει να πράξουν. Οι ιδιαιτερότητες του ιατρικού λειτουργήματος και η αυξημένη επικινδυνότητα απαιτούν την επίδειξη από τον ιατρό υψηλού αισθήματος ευθύνης και διαρκώς τεταμένης προσοχής, προκειμένου η ιατρική ενέργεια να γίνεται *lege artis*. Ο ιατρός υποχρεούται, όταν παρέχει ιατρικές υπηρεσίες, να συμμορφώνεται προς τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και τα διδάγματα της πείρας του και να επιδεικνύει την απαιτούμενη επιμέλεια, ευθυνόμενος για τη ζημία που υπέστη ο ασθενής, αν ενήργησε κατά παράβαση σχετικών διατάξεων (άρθρα 330, 652, 914 ΑΚ, άρθρο 441 ΠΚ, Κ.Ι.Δ. κα). Ισχύει ο κανόνας ότι ο ιατρός υποχρεούται σε κάθε επιμέλεια και αντιστοίχως ευθύνεται για κάθε βαθμό πταίσματος. Για τις έννομες σχέσεις του ιδιωτικού δικαίου, προκειμένου να στοιχειοθετηθεί αστική ευθύνη απαιτείται *υπαιτιότητα* (δόλος ή αμέλεια). Αντιθέτως, δεν φέρει ευθύνη ο ιατρός αν ενήργησε σύμφωνα με τους *lege artis* κανόνες (κανόνες ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας), κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις, έχοντας τα ίδια μέσα, τις ίδιες γνώσεις και την ίδια εμπειρία με κάθε συνετό και επιμελή ιατρό, *ΕφΑθ 197/1988, ΠολΠρΘεσσαλονίκης 8413/2005, ΠολΠρΘεσσαλονίκης 12598/2003*.

Κεντρικό στοιχείο και αφετηρία της αστικής ιατρικής ευθύνης είναι η *αποτυχημένη ιατρική πράξη* η οποία ορίζεται με βάση το αποτέλεσμα και όχι με βάση την τυχόν ασυμφωνία της με κάποιο πρότυπο συμπεριφοράς. Στις περιπτώσεις όπου η ζημία του ασθενούς από την εσφαλμένη ιατρική πράξη συνδέεται αιτιωδώς με υπαίτια εκ μέρους του ιατρού συμπεριφορά (ιατρικό σφάλμα), ο ιατρός ευθύνεται. Ο ασθενής φέρει τον κίνδυνο των ανυπαίτιων σφαλμάτων, δεδομένου ότι η ιατρική επιστήμη ακόμη δεν έχει εξασφαλίσει ως βεβαία πρόγνωση και την ακρίβεια των αποτελεσμάτων μιας θεραπείας, αλλά μόνο την ορθή θεραπευτική αγωγή της ασθένειας. Ο ιατρός δεν έχει ευθύνη για βλάβη του ασθενούς που δεν οφείλεται σε υπαιτιότητά του, άγνοια ή αμέλεια, δεν ευθύνεται όταν έκανε ευσυνειδήτως τη διάγνωσή του και άσκησε τη δέουσα θεραπεία κατά τους κανόνες της επιστήμης. Σφάλματα που έγιναν κατά τη διάγνωση και κατά τη θεραπεία του ασθενούς δεν καθιστούν υπεύθυνο τον ιατρό, όταν τα σφάλματα δεν οφείλονται σε αμέλεια ή έλλειψη ιατρικών γνώσεων.

Το ιατρικό σφάλμα είναι σημαντικό θέμα για την ιατρική αμέλεια και την ιατρική ευθύνη. Ως νόμιμος λόγος ευθύνης προσδιορίζεται με κριτήρια ενιαία και ανεξάρτητα από τη δικαιοπρακτική ή αδικοπρακτική φύση της ευθύνης. Ο ιατρός ευθύνεται όταν υπαίτια παραβιάζει την υποχρέωση που απορρέει είτε από το νόμο είτε από τη σύμβαση

μεταξύ αυτού και του ασθενή. Η ενοχή του ιατρού είναι «ενοχή μέσου ή ενοχή αμέλειας» και όχι «ενοχή αποτελέσματος». «Ενοχή μέσου» σημαίνει ότι ο ιατρός υποχρεούται να τηρήσει ή να επιτύχει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, η πραγματοποίηση του οποίου δεν εξαρτάται μόνο από την βούληση και την ικανότητά του αλλά και από άλλους παράγοντες. Η ευθύνη του ιατρού είναι υποκειμενική και όχι αντικειμενική, γιατί αλλιώς οι ιατροί θα κρίνονταν υπεύθυνοι για την αποτυχία μιας θεραπείας ή για τον θάνατο του πελάτη τους, ακόμη και αν η ιατρική πράξη διεξαχθεί με τους κανόνες της επιστήμης και ο ιατρός επιδείξει την επιμέλεια που επιβάλλεται. Η υποχρέωση των ιατρών για αποζημίωση των ασθενών απορρέει είτε από *παράβαση συμβατικής υποχρέωσης* είτε από κάποια *αδικοπρακτική συμπεριφορά ιατρού*. Η αστική ιατρική ευθύνη είναι συρροή συμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης. Συχνά ο ζημιωθείς ασθενής ή οι άλλοι δικαιούχοι στρέφονται εναντίον του ιατρού εγείροντας αξίωση αποζημίωσης από συμβατική και αδικοπρακτική ευθύνη ταυτόχρονα.

Ο σεβασμός και η προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς που «απειλείται» στο πλαίσιο της ιατρικής δραστηριότητας αποτελεί θεμελιώδη προσανατολισμό στα ζητήματα της ιατρικής ευθύνης. Σε πολλές περιπτώσεις, η αστική ευθύνη του ιατρού στηρίζεται στις διατάξεις περί προστασίας του δικαιώματος της προσωπικότητας που είναι κατά το αστικό δίκαιο απόλυτο δικαίωμα και δικαιολογεί αξιώσεις του ασθενούς έναντι του ιατρού.

Σε περίπτωση θεμελίωσης αστικής ευθύνης του ιατρού, αυτή μπορεί να αρθεί ή να μειωθεί σύμφωνα με το άρθρο 300 ΑΚ «*περί συντρέχοντος παύσματος*» του δικαιούχου της αποζημίωσης. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να αποδειχθεί συνυπαιτιότητα του ενάγοντος ζημιωθέντος ασθενούς, γεγονός που βαρύνει τον ζημιώσαντα εναγόμενο ιατρό. [8, 14, 16, 39, 41]

### **12.3. Προϋποθέσεις θεμελίωσης ιατρικής ευθύνης**

Σε όλες τις περιπτώσεις η ύπαρξη ευθύνης του ιατρού απέναντι στον ασθενή αναζητείται με βάση συγκεκριμένες προϋποθέσεις τις οποίες ένα δικαστήριο θα εξετάσει, προκειμένου να διαπιστώσει εάν ένας ιατρός ευθύνεται ή όχι για κάποια βλάβη που προκλήθηκε σε κάποιον ασθενή.

Τα θέματα που θα εξεταστούν από το δικαστήριο είναι: α) το αν ο ιατρός προέβη σε όλες τις αναγκαίες πράξεις κατά τη διάγνωση και τη θεραπεία ή την εγχείρηση ενός



ασθενούς, δηλαδή, εάν ο ιατρός ενήργησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (lege artis), β) αν ο ιατρός επέδειξε σύνεση και επιμέλεια στο καθήκον του γ) αν ως θεράπων ιατρός προέβη σε όλες τις ενδεικνυόμενες ενέργειες που μπορούν να συμβάλλουν στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς ή στη διατήρηση της ζωής του, δ) το αν ο ιατρός τήρησε το καθήκον αληθείας προς τον ασθενή, όσον αφορά την πραγματική κατάσταση της υγείας του, ε) το αν ο ιατρός έλαβε τη συναίνεση του ασθενούς η οποία σχετίζεται άμεσα με την υποχρέωση ενημέρωσής του, στ) αν οι ενέργειες ή παραλείψεις του ιατρού συνδέονται αιτιωδώς με την βλάβη ή το θάνατο του ασθενούς, δηλαδή, αν αυτές οδήγησαν στο αποτέλεσμα και όχι κάποιος τρίτος παράγοντας (πχ. μια λοίμωξη), ζ) αν ο ιατρός λειτούργησε κατά παράβαση των υποχρεώσεών του και το γεγονός αυτό οδήγησε στη σωματική βλάβη ή τον θάνατο ασθενούς. [29]

## 12.4. Συμβατική ευθύνη ιατρού

### 12.4.1. Περιεχόμενο συμβατικής ευθύνης

Η ευθύνη του ιατρού θεμελιώνεται στην παραβίαση κανόνων του ισχύοντος συστήματος δικαίου και των κανόνων ιατρικής δεοντολογίας.

Νόμιμος λόγος της αστικής ευθύνης του ιατρού μπορεί να είναι η *αθέτηση προϋφιστάμενης ενοχής*, δεδομένου ότι η σχέση ιατρού-ασθενούς στηρίζεται στη σύμβαση ιατρικής αγωγής. Ο ιατρός και ο ασθενής σχετίζονται με μια ιδιότυπη σύμβαση, γραπτή ή προφορική, ρητή ή σιωπηρή, από την οποία δημιουργούνται δικαιώματα και υποχρεώσεις και για τα δύο μέρη. Ο ιατρός υποχρεούται να προσφέρει τις υπηρεσίες του σύμφωνα με τη συναφθείσα σύμβαση (κύρια συμβατική υποχρέωση). Εάν ο ασθενής αναρρώσει, τότε ο ιατρός εκπλήρωσε το έργο του απέναντι στον ασθενή κι ο ασθενής είναι πλέον υποχρεωμένος να του καταβάλλει την αμοιβή του. Εάν όμως ο ιατρός δεν παράσχει αποτελεσματικά τις υπηρεσίες του, τότε είναι πολύ πιθανό ο ασθενής να υποστεί κάποια σωματική βλάβη ή ακόμα και να αποβιώσει, οπότε προκύπτει ευθύνη του ιατρού. Αν ο ιατρός παραβεί τις συμβατικές του υποχρεώσεις, δηλαδή, η μη εκτέλεση ή η ατελής εκπλήρωση των όρων της σύμβασης δημιουργεί *συμβατική ευθύνη* στον ιατρό και αξίωση αποζημίωσης στον ασθενή. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η υποχρέωση των ιατρών για αποζημίωση των ασθενών απορρέει από *παράβαση συμβατικής υποχρέωσης* μεταξύ ασθενούς και ιατρού (όπως αυτή προσδιορίζεται από τη διάταξη του άρθρου 288

ΑΚ). Το ιατρικό σφάλμα συνιστά παραβίαση των υποχρεώσεων του ιατρού από αυτή τη σύμβαση, με αποτέλεσμα να θεμελιώνεται αξίωση αποζημίωσης του ασθενούς, αλλά ενδεχομένως και άλλες αξιώσεις (μείωση αμοιβής ή επανόρθωση του σφάλματος). Στις περιπτώσεις πλημμελούς παροχής στο πλαίσιο αμφοτεροβαρούς σύμβασης, ισχύουν οι κανόνες του κοινού δικαίου περί αξιώσεων και κατανομής του βάρους απόδειξης. Πρέπει να διασαφηνιστεί ότι η συμβατική ευθύνη του ιατρού δεν είναι ευθύνη εκ του αποτελέσματος, καθώς περιεχόμενο των υποχρεώσεών του είναι η προσπάθεια επίτευξης ενός θετικού αποτελέσματος και όχι τελικά η επίτευξή του. [36]

#### *12.4.2. Ευθύνη ιατρού λόγω παραβίασης υποχρέωσης ενημέρωσης*

Η υποχρέωση ενημέρωσης απορρέει από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Η υποχρέωση ενημέρωσης είτε θεωρηθεί κύρια είτε παρεπόμενη συμβατική υποχρέωση, παρουσιάζει αυτονομία απέναντι στην κύρια συμβατική υποχρέωση για παροχή ιατρικής φροντίδας.

Έχει υποστηριχθεί ότι η προσβολή της σωματικής ακεραιότητας και ο ψυχικός πόνος που υφίσταται λόγω ιατρικής πράξης για την οποία δεν έχει ενημερωθεί και δεν έχει συναινέσει συνιστά προσβολή της προσωπικότητας (άρθρα 57 και 59 ΑΚ), διότι η υποχρέωση ενημέρωσης προστατεύει αφενός τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς και αφετέρου την προσωπική του ελευθερία, μέσω της προστασίας του δικαιώματος αυτοπροσδιορισμού. Δηλαδή, προστατεύεται το δικαίωμα του ανθρώπου επί του σώματός του το οποίο είναι δικαίωμα της προσωπικότητας, δικαίωμα αυτοδιάθεσης και προσωπικής ελευθερίας.

Επίσης, ο ασθενής υφίσταται παράνομη προσβολή της προσωπικότητάς του όταν η ιατρική πράξη που γίνεται χωρίς την προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεσή του δεν είναι η ενδεδειγμένη ή εμφανίζεται ως άσκοπη και περιττή, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας, επομένως μαζί με την προσβολή της προσωπικότητας μπορεί να συντρέχει και σωματική βλάβη, δηλαδή, αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού. Όταν επιχειρείται ιατρική πράξη χωρίς να έχει προηγηθεί ενημέρωση του ασθενούς και να έχει δοθεί η συναίνεσή του, πρόκειται για αυθαίρετη ιατρική πράξη, όπου ο ασθενής έχει κατά του ιατρού αξίωση προς αποκατάσταση της ζημίας για τη βλάβη που υφίσταται στο σώμα και την υγεία του η οποία συνδέεται αιτιωδώς με την αυθαίρετη ιατρική πράξη, χωρίς να έχει νομική σημασία το γεγονός ότι η πράξη εκτελέστηκε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής.

Αν η ιατρική πράξη είναι ενδεδειγμένη και πραγματοποιείται κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τότε δεν είναι παράνομη, εφόσον ανταποκρίνεται στην «εικαζόμενη συναίνεση» του ασθενούς, ανεξάρτητα από το τυχόν ζημιογόνο αποτέλεσμα, (διατάξεις περί «διοίκησης αλλοτρίων» 730επ. ΑΚ), *ΕφΑθ 5512/2003*. Στην περίπτωση των αποτυχημένων ιατρικών επεμβάσεων που έχουν όμως πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τους κανόνες ιατρικής δεοντολογίας (*lege artis*), δεν στοιχειοθετείται η αντικειμενική υπόσταση της σωματικής βλάβης από αμέλεια, επειδή αποκλείει τη συνδρομή εξωτερικής αμέλειας το γεγονός ότι η ιατρική πράξη έγινε όπως ορίζουν οι κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας. Η «εικαζόμενη συναίνεση» διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα επείγοντα περιστατικά, δηλαδή έχει ισχύ μόνο όταν είναι αδύνατον να ληφθεί η εκπεφρασμένη συναίνεση του ασθενούς και αποτελεί λόγο άρσης του αδικού. Επίσης, ο ιατρός προσφεύγει στην εικαζόμενη συναίνεση στις ημέρες γενικής εφημερίας των νοσοκομείων, όταν προσέρχονται άτομα σε πολύ βαριά κατάσταση και οι συγγενείς δεν είναι δυνατόν να βρεθούν εκείνη τη δεδομένη χρονική στιγμή. [16]

## **12.5. Αδικοπρακτική ευθύνη ιατρού**

### *12.5.1. Περιεχόμενο αδικοπρακτικής ευθύνης*

Η αστική ευθύνη του ιατρού ταυτίζεται συνήθως με την υποχρέωση αποζημίωσης που υπέχει ο ιατρός όταν, κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας, προξενεί ζημία στον ασθενή ή και σε άλλα πρόσωπα (αδικοπρακτική συμπεριφορά ιατρού), οπότε δημιουργείται υποχρέωση αποζημίωσης του παθόντος κατά τις διατάξεις σχετικά με την τέλεση αδικοπραξίας (914επ ΑΚ), οπότε γίνεται λόγος για *αδικοπρακτική ευθύνη* του ιατρού. Σύμφωνα με το άρθρο 914 ΑΚ «*όποιος παράνομα και υπαίτια ζημίωσε άλλον υποχρεούται σε καταβολή αποζημίωσης*. Η αδικοπραξία, όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις της, αποτελεί νόμιμο λόγο ιατρικής ευθύνης. Κατά το ελληνικό δίκαιο, η βάση που επιλέγεται για τη θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης είναι η *αδικοπραξία*, δεδομένου ότι χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης προβλέπεται μόνο για τις περιπτώσεις ευθύνης από αδικοπραξία.

### *12.5.2. Προϋποθέσεις αδικοπρακτικής ευθύνης*

Οι προϋποθέσεις για τη γέννηση της αστικής ευθύνης από αδικοπραξία (914 ΑΚ) είναι: α) η παράνομη (άδικη) συμπεριφορά που έχει τη μορφή της πράξης ή παράλειψης

β) η υπαιτιότητα γ) η επέλευση ζημίας δ) η αιτιώδης συνάφεια (αιτιώδης σύνδεσμος) μεταξύ παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς και ζημίας. Αναλυτικότερα:

*Παράνομη συμπεριφορά:* Σύμφωνα με την αντικειμενική θεωρία, το άρθρο 914 ΑΚ είναι ένας «λευκός» κανόνας δικαίου, με την έννοια ότι δεν θέτει έναν ουσιαστικό κανόνα συμπεριφοράς αλλά απαιτεί κάθε φορά παραπομπή σε κάποιον άλλο κανόνα του θετού δικαίου. Παράνομη συμπεριφορά αποτελεί η παράβαση των άγραφων κανόνων επιμέλειας, της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας και ασφάλειας, δηλαδή, η μη τήρηση των κανόνων που επιβάλλει σε όλους η συναλλακτική και η εν γένει κοινωνική δραστηριότητα. Η μη τήρηση των αρχών που επιβάλλουν την υποχρέωση προστασίας της ζωής και της υγείας των προσώπων συνιστά παράλειψη οφειλόμενης ενέργειας και θεμελιώνει το παράνομο του άρθρου 914 ΑΚ.

*Υπαιτιότητα:* είναι η επιλήψιμη ψυχική στάση ενός προσώπου απέναντι σε μία παράνομη συμπεριφορά και εκδηλώνεται είτε ως δόλος είτε ως αμέλεια (υποκειμενική αστική ευθύνη: το υποκείμενο της ζημιογόνου πράξης που γεννά τη σχετική ευθύνη πρέπει να είναι αυτό το ίδιο υπαίτιο). Όπως έχει προαναφερθεί, σύμφωνα με το άρθρο 330 ΑΚ «αμέλεια υπάρχει όποτε δεν καταβάλλεται η απαιτούμενη στις συναλλαγές επιμέλεια». Σύμφωνα με το άρθρο 28 ΠΚ, η αμέλεια μπορεί να είναι ενσυνείδητη (ο ζημιώσας προβλέπει ως ενδεχόμενο το παράνομο αποτέλεσμα, αλλά ελπίζει ότι θα το αποφύγει) ή ασυνείδητη (ο ζημιώσας δεν προβλέπει το παράνομο αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του, ενώ όφειλε και μπορούσε). Προκειμένου να κριθεί αν ο ζημιώσας υπήρξε αμελής ή επιμελής, λαμβάνεται υπόψη ως μέτρο συμπεριφοράς το αντικειμενικό πρότυπο του μέσου τυπικού συνेतού και επιμελούς εκπροσώπου του «κύκλου» που ανήκει ο ζημιώσας (ιατρός).

*Σχέση ιατρικού σφάλματος και παράνομης συμπεριφοράς:* ο παράνομος χαρακτήρας μιας ιατρικής πράξης προκύπτει όταν διαπιστώνεται ιατρικό σφάλμα κατά τη διενέργεια αυτής και όταν η ιατρική πράξη διενεργείται χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς (αυθαίρετη ιατρική πράξη), ανεξάρτητα από την επιτυχή έκβασή της. Το ιατρικό σφάλμα θεωρείται και παράνομη συμπεριφορά του ιατρού, όχι με την έννοια του ποινικού δικαίου, αλλά ως προϋπόθεση για την αξίωση αποζημίωσης του ζημιωθέντος ανεξάρτητα από την ύπαρξη σύμβασης ιατρικής αγωγής.

*Φύση της ιατρικής αμέλειας:* Αν γίνει δεκτή η άποψη ότι το ιατρικό σφάλμα ή η ιατρική αμέλεια είναι στοιχείο της υπαιτιότητας, ως ιατρικό σφάλμα θεωρείται η

απόκλιση από το μέτρο επιμέλειας που απαιτείται στις συναλλαγές (άρθρο 330 ΑΚ). Το γενικό πλαίσιο επιμέλειας εξειδικεύεται από το άρθρο 24 του ΑΝ 1565/1939 «ο ιατρός οφείλει να παρέχει μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρική του συνδρομήν, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας, τηρών τας ισχύουσας διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγιών». Το μέτρο της ευθύνης του ιατρού εξειδικεύεται με αναφορά στο άρθρο 652 παρ. 2 ΑΚ «ο βαθμός επιμέλειας, για την οποία ευθύνεται ο εργαζόμενος, κρίνεται με βάση τη σύμβαση, ενόψει της μόρφωσης ή των ειδικών γνώσεων που απαιτούνται για την εργασία, καθώς και των ικανοτήτων και των ιδιοτήτων του εργαζομένου που ο εργοδότης γνώριζε ή όφειλε να γνωρίζει». Αν γίνει δεκτή η άποψη ότι το ιατρικό σφάλμα ή η ιατρική αμέλεια είναι στοιχείο του παρανόμου δεδομένου ότι η συμπεριφορά του ιατρού αντίκειται σε κανόνα δικαίου, οι διατάξεις του Κ.Ι.Δ. και η επίκληση του άρθρου 24 του ΑΝ 1565/1939 σε συνδυασμό με την αντίθεση στους άγραφους γενικούς κανόνες επιμέλειας παρέχουν τη βάση για τη θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης.

*Επέλευση ζημίας:* η βλάβη που υφίσταται ο ασθενής από μια ιατρική πράξη αφορά αφενός το προστατευόμενο στο άρθρο 57 ΑΚ δικαίωμα στην προσωπικότητα του οποίου εκφάνσεις είναι η ζωή, η σωματική ακεραιότητα, η υγεία, η ελευθερία του προσώπου να αποφασίζει σχετικά με το σώμα και την υγεία του και αφετέρου την περιουσιακή του κατάσταση. Η περιουσιακή ζημία αποζημιώνεται ευρύτατα, ενώ η μη περιουσιακή μόνο όταν ρητά προβλέπει τη σχετική αποζημίωση ο νόμος (πχ. άρθρα 59 και 932 ΑΚ). Σε περίπτωση *δικαιοπρακτικής (συμβατικής) ευθύνης* αποκαθίσταται μόνο η περιουσιακή ζημία και δεν προβλέπεται δυνατότητα ανόρθωσης της ηθικής βλάβης (άρθρο 299 ΑΚ). Σε περίπτωση *αδικοπρακτικής ευθύνης* αποκαθίσταται και η ηθική βλάβη. Για την αποκατάσταση της ηθικής βλάβης δεν είναι απαραίτητο να έχει προκληθεί και περιουσιακή ζημία. Είναι «εύλογη» αφού δεν είναι δυνατή η ακριβής αποτίμησή της σε χρήμα, όπως συμβαίνει με την περιουσιακή ζημία. Αν από την παράνομη πράξη του ζημιώσαντος προκληθεί ο θάνατος φυσικού προσώπου, το ίδιο δεν μπορεί να ζητήσει αποκατάσταση της ηθικής του βλάβης, αλλά οι οικείοι του νομιμοποιούνται να ζητήσουν αποκατάσταση της ψυχικής οδύνης που τους προκάλεσε ο θάνατος του προσφιλούς τους προσώπου. Εκτενής αναφορά στο θέμα γίνεται στο κεφάλαιο ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ.

*Αιτιώδης συνάφεια:* για να είναι κάποιος αστικώς υπεύθυνος προς αποζημίωση τρίτου προσώπου πρέπει να υπάρχει αιτιώδη συνάφεια (αιτιώδης σύνδεσμος) μεταξύ ζημίας και

παράνομης-υπαίτιας συμπεριφοράς, δηλαδή, η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του να είναι η αιτία για την επέλευση της ζημίας. [26, 41]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## 13. ΕΥΘΥΝΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

### 13.1.Ορισμός αστικής ευθύνης Δημοσίου

Κατά παρέκκλιση του κανόνα σύμφωνα με τον οποίο ευθύνη ενός προσώπου υπάρχει μόνο για τις πράξεις που το ίδιο ενεργεί (υποκειμενική), ο νομοθέτης θεσπίζει σε ορισμένες περιπτώσεις την ευθύνη κάποιου για πταίσμα «αλλότριων προσώπων» για τη ζημία, δηλαδή, που προκλήθηκε από υπαίτιες πράξεις τρίτων προσώπων. Η συνεχώς επεκτεινόμενη δραστηριότητα του Δημοσίου και των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου αυξάνει τις δυνατότητες παρανομίας των οργάνων τους και συνακόλουθα τον αριθμό αλλά και το μέγεθος των ζημιών που μπορούν αυτά να προκαλέσουν.

*Αστική ευθύνη Δημοσίου* εννοείται αστική ευθύνη του Κράτους και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου (ν.π.δ.δ.). Με τον όρο «εξωσυμβατική ή αστική ευθύνη του Κράτους και των ν.π.δ.δ.» νοείται η ευθύνη των προαναφερόμενων φορέων δημόσιας εξουσίας να αποζημιώνουν τρίτα πρόσωπα που υπέστησαν υλική ή ηθική βλάβη από παράνομη συμπεριφορά των οργάνων τους, κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων τους. Η αστική ευθύνη του δημοσίου για πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του θεμελιώνεται στα άρθρα 104-106 ΕισΝΑΚ (ΑΝ 2783/1941 που έτυχε εφαρμογής στις 23-2-1946). Η ευθύνη από την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη διενέργεια ιατρικών πράξεων στο πλαίσιο άσκησης δημόσιας εξουσίας διέπεται αποκλειστικά από τα άρθρα 105-106 ΕισΝΑΚ και η ευθύνη δεν βαρύνει το κράτος γενικά αλλά τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα (νοσοκομεία), ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ν.π.δ.δ.) τα οποία νομιμοποιούνται παθητικώς στα ασκούμενα ένδικα βοηθήματα και όχι το κράτος (106 ΕισΝΑΚ).

### 13.2. Προϋποθέσεις αστικής ευθύνης Δημοσίου

Η αστική ευθύνη του Δημοσίου διέπεται από τις ακόλουθες διατάξεις:

*Άρθρο 105 ΕισΝΑΚ: Για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του Δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, το Δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή η παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης που υπάρχει για χάρη του γενικού συμφέροντος. Μαζί με το Δημόσιο ευθύνεται εις ολόκληρον και το υπαίτιο πρόσωπο, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων για την ευθύνη των υπουργών.*

Άρθρο 106 ΕισΝΑΚ: Οι διατάξεις των δύο προηγούμενων άρθρων (104 και 105) εφαρμόζονται και για την ευθύνη των δήμων, των κοινοτήτων ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου από πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων που βρίσκονται στην υπηρεσία τους.

Το άρθρο 104 ΕισΝΑΚ εφαρμόζεται σε περίπτωση που η αδικοπραξία τελείται στο πλαίσιο ιδιωτικών έννομων σχέσεων (διαχειριστικές πράξεις του Δημοσίου).

Οι προϋποθέσεις για τη γέννηση της ευθύνης του Δημοσίου προς αποζημίωση των υποκειμένων που υπέστησαν βλάβη (που μπορεί να είναι φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού ή και δημοσίου δικαίου) είναι οι ακόλουθες:

- α) η πράξη ή παράλειψη να προήλθε από όργανα του Κράτους ή άλλου ν.π.δ.δ.
- β) η πράξη ή παράλειψη να αφορά στην άσκηση της *κυριαρχικής διοίκησης*. Επί συναλλακτικής διοίκησης, δηλαδή, για τις έννομες σχέσεις που αφορούν σε συναλλαγές του Κράτους στις οποίες το τελευταίο συμπεριφέρεται ως ιδιώτης, εφαρμόζεται το ιδιωτικό δίκαιο. Για τις πράξεις και παραλείψεις των οργάνων του Δημοσίου κατά την ενάσκηση της συναλλακτικής διοίκησης και τις προκαλούμενες από αυτές ζημίες, το άρθρο 104 ΕισΝΑΚ προβλέπει συνέπειες αντίστοιχες προς αυτές της διάταξης του άρθρου 105.
- γ) η πράξη ή παράλειψη να διενεργήθηκε κατά την ενάσκηση της ανατεθειμένης από το Κράτος ή το ν.π.δ.δ. δημόσιας εξουσίας στο όργανο
- δ) η πράξη ή παράλειψη αυτή να είναι παράνομη, δηλαδή να συγκρούεται με τις επιταγές ή απαγορεύσεις της έννομης τάξης. Δεν απαιτείται υπαιτιότητα του οργάνου.
- ε) το όργανο να έχει παραβεί διάταξη που δεν έχει τεθεί για χάρη του δημοσίου συμφέροντος. Δηλαδή, η ευθύνη του Κράτους και των ν.π.δ.δ. περιορίζεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο κανόνας δικαίου που παραβιάζεται έχει τεθεί για την προστασία των ιδιωτικών, ατομικών συμφερόντων των ζημιωθέντων και όχι του ευρύτερου δημοσίου συμφέροντος
- στ) η πράξη ή παράλειψη να προξένησε ζημία, να υπάρχει αιτιώδης συνάφεια ανάμεσα στην παράνομη πράξη και στη ζημία του ζημιωθέντος. **[5, 7, 26]**



### 13.3. Ανάλυση προϋποθέσεων αστικής ευθύνης δημόσιου Νοσοκομείου

Το δημόσιο Νοσοκομείο αποτελεί ν.π.δ.δ. και προκειμένου να στοιχειοθετηθεί αστική ευθύνη δημόσιου Νοσοκομείου πρέπει να συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις, δηλαδή, να διενεργηθεί παράνομη πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια οργάνου του Νοσοκομείου στο πλαίσιο των καθηκόντων του, η οποία δεν στηρίζεται σε κανόνα που έχει τεθεί για χάρη του δημοσίου συμφέροντος και έχει επέλθει ζημία που τελεί σε πρόσφορο αιτιώδη σύνδεσμο με τη συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς. Ειδικότερα απαιτούνται:

α) Οποιαδήποτε πράξη, παράλειψη, υλική ενέργεια ή παράλειψη υλικής ενέργειας μπορεί να στοιχειοθετήσει ευθύνη, συντρεχόντων και των λοιπών προϋποθέσεων. Η ιατρική ευθύνη πηγάζει από παράνομες υλικές πράξεις ή παραλείψεις υλικών πράξεων και όχι από διοικητικές πράξεις. Συνηθέστερες υλικές ενέργειες ή παραλείψεις είναι π.χ. η μη πραγματοποίηση ελέγχου σε μεταγγιζόμενο αίμα για τον ιό του AIDS, η παράλειψη εξέτασης ασθενούς ή η πλημμελή εξέτασή του κ.α.

β) Η εν λόγω συμπεριφορά θα πρέπει να προέρχεται από οποιοδήποτε όργανο του Νοσοκομείου. Ως όργανα από τα οποία προέρχονται οι υλικές ενέργειες ή οι παραλείψεις υλικών ενεργειών νοούνται τα όργανα των Νοσοκομείων με την ευρεία έννοια του όρου, δηλαδή όχι μόνο οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό με σχέση εργασίας δημοσίου δικαίου, αλλά το σύνολο των φυσικών προσώπων που προσφέρουν την εργασία τους στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας με οποιαδήποτε νομική σχέση. Για τη στοιχειοθέτηση της ευθύνης του δημόσιου Νοσοκομείου δεν απαιτείται περαιτέρω σύναψη σύμβασης του ασθενούς με το νοσηλευτικό ίδρυμα. Σχετικές αποφάσεις: *ΣτΕ 1221/2002: υπέχουν ευθύνη οι ηλεκτρολόγοι που δεν έλαβαν τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα για να αποτραπεί βραχυκύκλωμα σε νεογνολογικό τμήμα, με αποτέλεσμα να καεί βρέφος που βρίσκονταν σε θερμοκοιτίδα, ΔΠρΑθ 3043/2005: υπάρχει ευθύνη για πτώση ασθενούς από την εξεταστική κλίνη με συνέπεια να υποστεί κάκωση της κεφαλής του.*

γ) Απαιτείται το συγκεκριμένο πρόσωπο να ενήργησε στο πλαίσιο των καθηκόντων του, έστω και κατά παράβαση των υπηρεσιακών οδηγιών που είχε λάβει (πχ οδηγίες του ειδικευμένου ιατρού προς τον ειδικευόμενο). Σύμφωνα με νομολογία (*ΣτΕ 1471/2008, 3045/1992, ΑΕΔ 5/1995*), η συμπεριφορά του προσώπου θα πρέπει να συνδέεται με τα καθήκοντα του οργάνου και εν γένει με την οργάνωση και λειτουργία της δημόσιας

υπηρεσίας και όχι με την ιδιωτική διαχείριση του Δημοσίου ή να οφείλεται σε προσωπικό πταίσμα του οργάνου που ενήργησε εκτός του πλαισίου των υπηρεσιακών καθηκόντων του. Πρέπει το όργανο να ενήργησε στο πλαίσιο άσκησης δημόσιας εξουσίας, δηλαδή, στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, αν ιατρός του ΕΣΥ χειρουργήσει σε ιδιωτική κλινική, χωρίς να έχει σχετικό δικαίωμα, δεν τίθεται ευθύνη του Δημοσίου στο οποίο ανήκει ο ιατρός, ή στην περίπτωση στρατιωτικού ιατρού που χειρουργεί νομίμως σε ιδιωτική κλινική.

δ) Η ενέργεια στην οποία προβαίνει το ως άνω πρόσωπο θα πρέπει να είναι παράνομη, δηλαδή να θίγει συγκεκριμένα ιδιωτικά δικαιώματα (πχ την υγεία, την εμφάνιση) και όχι αποκλειστικώς το δημόσιο συμφέρον. Εκφάνσεις του «παράνομου» χαρακτήρα της πράξης:

- ο Η μη τήρηση συγκεκριμένης νομικής υποχρέωσης, όπως η υποχρεωτική παρουσία του ιατρού κατά την εφημερία και η παράλειψη μετάβασης στο νοσοκομείο για την εξέταση περιστατικού που κατέληξε σε θάνατο, ΣτΕ 2539/2008. Επίσης, νομική υποχρέωση είναι η προηγούμενη ενημέρωση και εξασφάλιση της συναίνεσης του ασθενή, όταν αυτή είναι δυνατή ΔΕφΘεσσ 1786/2005.
- ο Η έλλειψη της προσήκουσας προσοχής κατά την άσκηση των ιατρικών-νοσηλευτικών καθηκόντων συνιστά παράνομη πράξη. Αντίθετα, δεν υφίσταται ευθύνη αν ο ιατρός ενήργησε όπως θα ενεργούσε συνετός και επιμελής ιατρός υπό τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και με τα μέσα που είχε στη διάθεσή του (ιστορικό ασθένειας, κλινική συμπτωματολογία, υλικοτεχνική υποδομή σε επίπεδο μέσων εργαστηριακής διάγνωσης, φαρμακευτικής και εν γένει θεραπευτικής επέμβασης και αγωγής) ΔΕφΑΘ 3826/1999, ΔΕφΠειρ 864/2004, ΔΠρΑΘ 3751/2005. Ο ιατρός ευθύνεται αν δεν επέδειξε την προσήκουσα προσοχή κατά την πραγματοποίηση επέμβασης σιγμοειδούς παχέος εντέρου με συνέπεια να ραφεί ο αριστερός ουρητήρας με δύο ράμματα και να νεκρωθεί τελείως ο αριστερός νεφρός της ασθενούς, ΣτΕ 3081/2003. Επίσης, υπάρχει ευθύνη του ιατρού στην περίπτωση παράλειψης ελέγχου μεταγγισθέντος αίματος με αποτέλεσμα να μολυνθεί ο ασθενής με τον ιό του AIDS και να αποβιώσει, ΔΕφΑΘ 523/2005, ΣτΕ 1471/2008, ΣτΕ 2463/1998. Η ευθύνη επαυξάνεται όταν ο ασθενής ανήκε σε ομάδα υψηλού κινδύνου λόγω της ασθένειάς του, ΔΕφΑΘ 160/200, ΣτΕ 3457/2003.
- ο Η παράλειψη ενεργειών που προσιδιάζουν στα ιδιαίτερα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις της συγκεκριμένης δημόσιας υπηρεσίας, σύμφωνα με τις αρχές της

καλής πίστης και τα διδάγματα της κοινής πείρας, ΣτΕ 2818/2005, 2727/2003. Στην περίπτωση αυτή εντάσσεται η παράλειψη διενέργειας των επιβαλλόμενων εξετάσεων ΔΕφΠειρ 1851/2000-ΣτΕ 2727/2003, η πλημμελής μεταχείριση νεφροπαθούς από τις στρατιωτικές-νοσηλευτικές αρχές που παρέλειψαν να του συστήσουν την εισαγωγή σε ειδικό νοσηλευτικό ίδρυμα για την ασφαλή διάγνωση της νόσου ΔΕφΑθ 4321/1997-ΣτΕ 3102/1999, η υποβολή σε σκληρές εργασιακές συνθήκες ιατρού του ΕΚΑΒ με πρόσφατο σοβαρό ιατρικό-καρδιολογικό ιστορικό με αποτέλεσμα να υποστεί θανατηφόρο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ΣτΕ 2818/2005.

ε) Η πρόκληση ζημίας στον ενδιαφερόμενο ως αποτέλεσμα της παράνομης συμπεριφοράς. Η βλάβη που προκαλείται στην υγεία του ασθενούς μπορεί να είναι εμφανής (θάνατος, αναπηρία) ή όχι (ψυχολογικά προβλήματα), μπορεί να είναι υλική ή ηθική ή και τα δύο. Η ζημία συνίσταται στην ηθική βλάβη που υφίσταται ο ασθενής από την προσβολή των εννόμων αγαθών που συνδέονται με την προσωπικότητά του (ζωή, υγεία, σωματική ακεραιότητα, αξιοπρέπεια) και στην περιουσιακή ζημία που διακρίνεται σε θετική (πραγματική μείωση της περιουσίας) και σε αποθετική ή διαφυγόν κέρδος (ματαίωση της αύξησης της περιουσίας με την απώλεια εισοδημάτων από την εργασία του). Αυτό σημαίνει ότι σε συνήθεις συνθήκες μια πράξη, παράλειψη ή ενέργεια όπως προαναφέρθηκε, μπορεί να επιφέρει την προκληθείσα βλάβη η οποία δεν οφείλεται σε εξαιρετικές περιστάσεις (τυχαίο συμβάν, ανώτερη βία, ιδιότητες ασθενών) και ο θεράπων ιατρός οφείλει να αντιμετωπίσει έγκαιρα και *de lege artis* τις εξαιρετικές αυτές περιστάσεις που τυχόν θα συμβούν.

στ) Η ύπαρξη πρόσφορης αιτιώδους συνάφειας μεταξύ ζημίας και παράνομης πράξης-συμπεριφοράς. Η αιτιώδης συνάφεια διακρίνεται σε εξωτερική και εσωτερική. Ως *εξωτερική συνάφεια* νοείται ο σύνδεσμος που πρέπει να υφίσταται μεταξύ της ζημιογόνου και παράνομης πράξης και της πρόκλησης ζημίας, με την έννοια ότι η ζημιογόνος και παράνομη υλική ενέργεια, κατά το χρόνο και υπό τους όρους που έλαβε χώρα, πρέπει να ήταν ικανή να επιφέρει, κατά αντικειμενική πρόγνωση και κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, την επελθούσα ζημία (θεωρία της πρόσφορης αιτίας). Ως *εσωτερική συνάφεια* νοείται ο εσωτερικός σύνδεσμος που πρέπει να υφίσταται μεταξύ της παράνομης και ζημιογόνου υλικής ενέργειας και των καθηκόντων δημόσιας εξουσίας που έχουν ανατεθεί στο όργανο, με την έννοια ότι η δράση του οργάνου να μπορεί να καταλογιστεί στο δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα ως πράξη του τελευταίου, δηλαδή η παρανομία να διαπράχθηκε κατά την άσκηση των καθηκόντων του οργάνου, αλλά και επ'

ευκαιρία και κατά κατάχρηση αυτής (κατά παράβαση των οδηγιών που έχουν δοθεί στο όργανο). Σε περίπτωση που δεν υπάρχει η εσωτερική συνάφεια, δηλαδή η ενέργεια ή παράλειψη του οργάνου έλαβε χώρα εκτός του κύκλου των υπηρεσιακών καθηκόντων του, δεν καταλογίζεται στο δημόσιο Νοσοκομείο και υφίσταται μόνο προσωπική ευθύνη του οργάνου.

Οι πιο πάνω προϋποθέσεις αυτές πρέπει να συντρέχουν *σωρευτικά* και το δικαστήριο πρέπει να μορφώσει πλήρη δικανική πεποίθηση περί της συνδρομής τους. Ιδιαίτερη σημασία διαδραματίζει η τυχόν ύπαρξη προηγούμενης ποινικής καταδίκης, έστω και αν οι σχετικές δικαστικές αποφάσεις δεν είναι δεσμευτικές, αλλά κατά μία εκδοχή απλώς συνεκτιμώνται *ΣτΕ 2539/2008, 2727/2003, 2320/2003* ή κατ' άλλη εκδοχή είναι δεσμευτικές *ΣτΕ 2736/2007*, αφού οι αμετάκλητες καταδικαστικές αποφάσεις είναι δεσμευτικές για την ενοχή του δράστη, αρκεί βεβαίως να πρόκειται για τα ίδια πραγματικά περιστατικά. Σύμφωνα με νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, η ποινική αθώωση έστω και λόγω αμφιβολιών, είναι απολύτως δεσμευτική για τα διοικητικά όργανα και δικαστήρια που επιλαμβάνονται των ίδιων περιστατικών, λόγω του ισχύοντος τεκμηρίου αθωότητας του κατηγορουμένου. Συντρεχουσών λοιπών των ανωτέρω προϋποθέσεων, το Δημόσιο ευθύνεται σε αποκατάσταση της προκληθείσης ζημίας.

Στις σχέσεις δημοσίου δικαίου, προκειμένου να στοιχειοθετηθεί ευθύνη *δεν απαιτείται η ύπαρξη υπαιτιότητας*, αλλά η ευθύνη του Δημοσίου είναι *αντικειμενική*, δηλαδή γεννιέται το δικαίωμα του ενδιαφερομένου και αντίστοιχα η υποχρέωση του Δημοσίου για αποζημίωση από τη στιγμή που συμβεί η βλάβη. Οι διατάξεις του ΕισΝΑΚ καθιερώνουν την *αντικειμενική αστική ευθύνη* του δημόσιου Νοσοκομείου, δηλαδή δεν απαιτείται επιπρόσθετα και υπαιτιότητα του οργάνου (δόλος ή αμέλεια). Αντικειμενική είναι η ευθύνη κάποιου χωρίς υπαιτιότητά του (παιίσμα), δηλαδή, υπέχει αστική ευθύνη χωρίς την ύπαρξη υπαιτιότητας. Η αποκατάσταση της ζημίας θεωρείται ως ένα κοινωνικό βάρος που όλοι οφείλουν να συνεισφέρουν μέσω του κρατικού κορβανά, δηλαδή του μηχανισμού της συνεισφοράς στα κοινά βάρη (άρθρο 4 παρ.5 Συντάγματος). Έχει κατοχυρωθεί σε συνταγματικό και νομοθετικό επίπεδο η αναγκαστική εκτέλεση κατά της ιδιωτικής περιουσίας του Δημοσίου. Σε περίπτωση που συντρέχει στο πρόσωπο του οργάνου υπαιτιότητα, το δημόσιο Νοσοκομείο μπορεί να στραφεί με αναγωγή έναντι του οργάνου του που έχει προβεί στην παράνομη και ζημιογόνο υλική ενέργεια.

Αναφορικά με την ευθύνη του Νοσοκομείου ως ν.π.δ.δ. για το ιατρικό σφάλμα του ιατρού που υπηρετεί σε αυτό, λεκτέα τα ακόλουθα: από το πλέγμα των προαναφερόμενων διατάξεων ( άρθρο 105, 106 ΕισΝΑΚ, άρθρο 24 ΑΝ 1565/1939) και από τις διατάξεις 922, 330, 652, 914 ΑΚ προκύπτει ότι ο ιατρός ευθύνεται αν ενεργήσει από δόλο ή αμέλεια. Ο ιατρός ενεργεί με αμέλεια αν προβεί σε ενέργεια ή παράλειψη κατά παράβαση των διδαγμάτων της ιατρικής επιστήμης, ακόμη και αν είναι ελαφρά αμέλεια, ενώ αν ενεργεί σύμφωνα με τους θεμελιώδεις κανόνες, αρχές της ιατρικής επιστήμης και της επαγγελματικής εμπειρίας, καθώς και αν επιδεικνύει την επιμέλεια που θα επιδείκνυε κάτω από τις ίδιες περιστάσεις και συνθήκες και εφόσον διέθετε τα ίδια μέσα ο μέσος συνετός και επιμελής ιατρός (*lege artis*), δεν έχει ευθύνη. Η αμέλεια του ιατρού μπορεί να θεμελιωθεί σε σφάλμα σχετικά με την επιλογή της θεραπείας είτε αυτό οφείλεται σε άγνοια της προσήκουσας για την περίπτωση θεραπείας είτε γιατί επέλεξε μέθοδο και θεραπεία που κατά τις γενικά κρατούσες αρχές της ιατρικής επιστήμης δεν ήταν η ενδεδειγμένη για την περίπτωση *ΑΠ 1270/1989*. Ο ιατρός υπέχει μια αυξημένη υποχρέωση επιμέλειας, εξαιτίας της επικινδυνότητας της ιατρικής πράξης για την ανθρώπινη ζωή και υγεία, δεν υποχρεούται ωστόσο ούτε να υπερβεί το μέτρο αυτό της επιμέλειας, ούτε να θεραπεύσει ολοκληρωτικά τον ασθενή. Ακόμη και αν δεν υπάρχει παραβίαση συγκεκριμένης διάταξης του κώδικα ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και της ιατρικής δεοντολογίας, δεν απαλλάσσεται το Νοσοκομείο από την ευθύνη, δεδομένου ότι η παράλειψη του ιδιαίτερου καθήκοντος ή της υποχρέωσης που έχει ο ιατρός μπορεί, εκτός από τις νομοθετικές διατάξεις, να πηγάζει και από τα διδάγματα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστης. Η κρατούσα αντίληψη δέχεται την άντληση κριτηρίων και από γενικής φύσεως διατάξεις, κανονισμούς, εγκυκλίους, δεοντολογικούς κανόνες που διαπλάθει κάθε φορά το δικαστήριο, προκειμένου να κρίνει αν υφίσταται ή όχι παραβίαση των ιδιαίτερων καθηκόντων των ιατρών, *ΣτΕ 2463/1987, ΑΠ 1270/1989, ΕφΑθ. 197/1988*.

Για να θεμελιωθεί σχέση προστήσεως μεταξύ του ιατρού και του Νοσοκομείου ως ν.π.δ.δ. στο οποίο ο προστηθείς ιατρός νοσήλευσε τον ασθενή, αρκεί η παροχή γενικών μόνων οδηγιών ως προς το χρόνο και τις συνθήκες εργασίας, δηλαδή μια οποιαδήποτε εξάρτηση του ιατρού από το Νοσοκομείο. Αντιθέτως, η παροχή ειδικών οδηγιών προς τον ιατρό για την άσκηση των καθηκόντων του δεν είναι δυνατή, δεδομένου ότι ο ιατρός κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων υποχρεούται να ενεργεί σύμφωνα με

τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης, τα διδάγματα και την πείρα που αποκτήθηκε από αυτά, *ΑΠ 1270/1989*.

Η αστική ευθύνη των δημόσιων Νοσοκομείων (νοσοκομεία του ΕΣΥ, στρατιωτικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία) προκύπτει από τις βλάβες που υφίστανται οι ασθενείς κατά την παραμονή τους σε αυτά, από τη διενέργεια υλικών πράξεων ή παραλείψεων υλικών πράξεων των ιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού, συμπεριλαμβανομένου του τεχνικού, το οποίο είναι επιφορτισμένο με τη συντήρηση του νοσοκομειακού εξοπλισμού και του λοιπού βοηθητικού προσωπικού (προσωπικό καθαριότητας, προσωπικό εστίασης). Το Νοσοκομείο ανεξαρτήτως υπαιτιότητας του οργάνου του ευθύνεται για όλα τα ιατρικά σφάλματα που προκαλούνται σε ασθενείς κατά τη διάρκεια νοσηλείας των τελευταίων, με μοναδική προϋπόθεση το ιατρικό σφάλμα να τελέστηκε στο πλαίσιο της άσκησης δημόσιας εξουσίας, δηλαδή κατά την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ο διορισμένος ιατρός εκτελώντας ιατρικές πράξεις δεσμεύει το δημόσιο Νοσοκομείο από τις πράξεις του. Δεν απαιτείται υπαιτιότητα του οργάνου, παρά μόνο ενέργεια ή παράλειψη που αντίκειται στο δίκαιο. Τα Νοσοκομεία νομιμοποιούνται παθητικά σε διαφορές αποζημίωσης από ιατρικά σφάλματα. Η ευθύνη του δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος είναι αντικειμενική και η εσωτερική συνάφεια μεταξύ της υλικής ενέργειας ή παράλειψης του οργάνου και της άσκησης δημόσιας εξουσίας θεωρείται σχεδόν πάντοτε δεδομένη.

Σε περίπτωση βλάβης της υγείας του ατόμου που οφείλεται σε πράξεις ή παραλείψεις ιατρού Νοσοκομείου θεμελιώνεται ευθύνη του Νοσοκομείου, αν ο ιατρός ενήργησε κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας ή δεν άσκησε τα καθήκοντά του με ζήλο και αφοσίωση, όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες κάθε συνετός και επιμελής ιατρός *ΣτΕ 2463/1998*. Θεμελιώνεται αξίωση αποζημίωσης του ζημιωθέντος ασθενούς από την ευθύνη που φέρει το δημόσιο Νοσοκομείο για τις παράνομες πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες των οργάνων του με τις οποίες παραβιάστηκε διάταξη νόμου που προστατεύει δικαίωμα ή συμφέρον του ζημιωθέντος, κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί. Επίσης, πρέπει να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης πράξης ή παράλειψης του οργάνου και της επελθούσας ζημίας, δηλαδή, κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας, η παράνομη πράξη του οργάνου ήταν ικανή και μπορούσε αντικειμενικά να επιφέρει, κατά τη συνηθισμένη και κανονική πορεία των πραγμάτων και με βεβαιότητα, το επιζήμιο αποτέλεσμα. Ο εφαρμοστής του δικαίου πρέπει να εντοπίσει τη διάταξη νόμου για να

ελεγχθεί αν η πράξη ή παράλειψη που επικαλείται ο ενάγων έχει την αντικειμενική απαξία η οποία μαζί με τις λοιπές προϋποθέσεις εφαρμογής των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ οδηγεί στη θεμελίωση της αστικής ευθύνης. Η ευθύνη αυτή συντρέχει όχι μόνο όταν παραβιάζεται συγκεκριμένη διάταξη νόμου, αλλά και κάθε φορά που παραλείπονται από τα εν λόγω όργανα ιδιαίτερα καθήκοντα και υποχρεώσεις που απορρέουν από κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τα δεδομένα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστης και προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη δημόσια υπηρεσία, ΣτΕ 2463/1998, 347/1997. Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους: α) η υγεία των πολιτών είναι κοινωνικό δικαίωμα που στρέφεται κατά του κράτους και θεμελιώνει από τη μεριά των ζημιωθέντων αξίωση αποκατάστασης της υγείας τους, β) το κράτος αναλαμβάνει ρητώς (Ν. 1397/83 άρθρο 1 παρ.1) την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, ΣτΕ 1818/2009, ΣτΕ 2736/2007, ΣτΕ 521/2006 ΣτΕ 3045/1992, 4331/2000, 2739/2000, 740/2001, 289/1995, 4776/1997, 2763/1999, ΑΠ 1258/1985, ΑΠ 1063/2000, ΣτΕ 1019/2008, 3696/2006, 1024/2005, ΔΕφΠειρ 1048/1994, ΣτΕ 2463/1998.

Το γεγονός ότι για τη θεμελίωση αξίωσης αποζημίωσης έναντι του Νοσοκομείου ως ν.π.δ.δ. δεν απαιτείται υπαιτιότητα του οργάνου του ν.π.δ.δ για την παράνομη πράξη ή παράλειψη, σημαίνει ότι ο ζημιωθείς ασθενής δεν οφείλει να επικαλεστεί και να αποδείξει δόλο ή αμέλεια του νοσοκομειακού ιατρού, αφού δεν απαιτείται από το νόμο. Για το θέμα της ευθύνης Νοσοκομείου λόγω ιατρικών πράξεων, η νομολογία θεμελιώνει την ύπαρξη της ευθύνης στην παράνομη συμπεριφορά των ιατρών, δηλαδή στην παράβαση των υποχρεώσεων επιμέλειας που υπέχουν. Ως εκ τούτου, ο ασθενής οφείλει να αποδείξει την ύπαρξη ιατρικού σφάλματος ή άλλης ιατρικής παράβασης που συνιστά παρανομία. Το άρθρο 105 ΕισΝΑΚ θεμελιώνει την αντικειμενική ευθύνη των Νοσοκομείων στην αδικοπραξία των οργάνων τους. Η συγκεκριμένη διάταξη εφαρμόζεται αναλογικά και στα υπόλοιπα όργανα των Νοσοκομείων, δηλαδή, νοσηλευτές, λοιπούς επαγγελματίες υγείας, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό, ΔΕφΑθ 160/2001, ΔΠρΠατρών 667/2000, ΔΠρΘεσσαλονίκης 2707/1999, ΣτΕ 2463/1998.

Το Νοσοκομείο υποχρεούται σε αποζημίωση και στην περίπτωση που η πράξη ή η παράλειψη των οργάνων του δεν επέφερε μεν κατά τη συνηθισμένη πορεία των πραγμάτων και με μεγάλη πιθανότητα τη βλάβη της υγείας του ασθενούς, αλλά εκμηδένισε τις πιθανότητες ευνοϊκής εξέλιξης της κατάστασης της υγείας του που υπήρχαν σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Στην περίπτωση αυτή, η ζημία συνίσταται στην απώλεια της ευκαιρίας για ευνοϊκή εξέλιξη της υγείας του

ασθενούς και η οποία είναι αυτοτελής σε σχέση με την επελθούσα βλάβη. Υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ του ιατρικού σφάλματος και της συγκεκριμένης ζημίας (απώλεια ευκαιρίας για ευνοϊκή εξέλιξη της υγείας), αφού το ιατρικό σφάλμα είχε ως αποτέλεσμα την αποστέρηση των όποιων πιθανοτήτων να εξελιχθεί ευνοϊκά η κατάσταση της υγείας του ασθενούς σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Δεν υπάρχει ευθύνη του Νοσοκομείου σε περίπτωση που η μόλυνση του ασθενούς από μετάγγιση συγκεκριμένης φιάλης αίματος δεν ήταν δυνατόν να διαγνωσθεί, κατά το χρόνο της αιμοδοσίας, διότι παρά τον έλεγχο που είχε γίνει, ήταν τεχνικώς αδύνατος ο εντοπισμός του ιού, δεδομένου ότι ο δότης διήγαγε τη σιωπηλή φάση της λοίμωξης, κατά τη διάρκεια της οποίας δεν εμφάνιζε αντισώματα. Επομένως, δεν υπάρχει ευθύνη του Νοσοκομείου, διότι η βλάβη δεν οφείλεται σε παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του είτε σχετικά με τη διενέργεια ελέγχου του αίματος είτε με τη χρήση ασφαλούς μεθόδου και σύγχρονων αντιδραστηρίων μεγάλης ευαισθησίας και ειδικότητας για τον έλεγχο. [5, 7, 26, 40].

#### **13.4. Προσωπική ευθύνη οργάνου Δημοσίου**

Εκτός της αστικής ευθύνης του Δημοσίου, ζήτημα προκύπτει σχετικά με την προσωπική ευθύνη του ιατρού απέναντι στον ασθενή, διότι σύμφωνα με το άρθρο 105 ΕισΝΑΚ παράλληλα με το Δημόσιο ευθύνεται και το υπαίτιο όργανο.

Το άρθρο 38 Ν. 3528/07 (Υπαλληλικός Κώδικας) προβλέπει ότι «ο δημόσιος υπάλληλος ευθύνεται έναντι του δημοσίου για κάθε θετική ζημία που προξένησε σε αυτό από δόλο ή βαριά αμέλεια κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καθώς και για τις αποζημιώσεις στις οποίες υποβλήθηκε το δημόσιο έναντι τρίτων ένεκα παρανόμων πράξεων ή παραλείψεων του υπαλλήλου που έγιναν από δόλο ή βαριά αμέλεια. Δεν ευθύνεται ο υπάλληλος για αυτές τις πράξεις ή παραλείψεις έναντι των τρίτων». Σύμφωνα με την ειδική αυτή ρύθμιση, απέναντι στο πρόσωπο που υπέστη βλάβη ευθύνεται μόνο το Δημόσιο ή το ν.π.δ.δ. και όχι ο υπάλληλος. Η παραπάνω ειδική διάταξη ισχύει και για το ιατρικό προσωπικό των δημόσιων Νοσοκομείων, δεδομένου ότι ο υπαλληλικός κώδικας εφαρμόζεται συμπληρωματικώς επί του προσωπικού αυτού και ως ειδική ρύθμιση υπερισχύει, *ΕφΘεσσαλονίκης 2690/2004, ΕφΛαρισας 47/2002*. Το ιατρικό προσωπικό δεν ευθύνεται αυτοτελώς έναντι του ζημιωθέντος, αλλά μόνον το Νοσοκομείο στο οποίο υπηρετεί. Το άρθρο 38, κατ' απόκλιση από τη διάταξη του άρθρου 105 ΕισΝΑΚ, αναφέρεται στην αστική ευθύνη των υπαλλήλων και ορίζει ότι ο υπάλληλος ευθύνεται



έναντι του Δημοσίου, για την αποζημίωση που το Δημόσιο κατέβαλε σε τρίτους, για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, εφόσον οφείλονται σε δόλο ή βαριά αμέλειά του και ότι ο υπάλληλος δεν ευθύνεται έναντι τρίτων, για τις ανωτέρω πράξεις ή παραλείψεις του. Αν και δεν επιτρέπεται να εναχθεί ο υπάλληλος, μπορεί όμως να του αναζητηθεί το ποσό που υποχρεώθηκε το Νοσοκομείο να καταβάλλει στον ζημιωθέντα, κατόπιν αίτησης καταλογισμού στο Ελεγκτικό Συνέδριο εκ μέρους του Γενικού Επιτρόπου της Επικρατείας στο Ελεγκτικό Συνέδριο. Το δικαστήριο εξετάζει την υπόθεση, επανεκτιμώντας τα πραγματικά περιστατικά και τον βαθμό υπαιτιότητας, μπορεί να επιδικάσει υπέρ του Νοσοκομείου το σύνολο ή μέρος των καταβληθέντων ή να απαλλάξει τον καθ' ου η αίτηση από την καταβολή, αν κρίνει ότι αυτός επέδειξε την προσήκουσα επιμέλεια. Η αξίωση του Νοσοκομείου υπόκειται σε πενταετή παραγραφή από το τέλος του έτους κατά το οποίο γεννήθηκε η σχετική αξίωση.

Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη στο ελληνικό δίκαιο, οι ιατροί που εργάζονται σε δημόσιο Νοσοκομείο, παρόλο που δεν έχουν λόγω της επιστημονικής τους ανεξαρτησίας σχέση υπαλληλικής εξάρτησης από το Νοσοκομείο ή άλλη υπηρεσία στην οποία είναι ενταγμένοι, θεωρούνται ωστόσο «όργανα» κατά την έννοια των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ, εφόσον πρόκειται για δημοσίους υπαλλήλους που ενεργούν υλικές πράξεις (ιατρικές και διαγνωστικές) για την πραγματοποίηση των σκοπών του δημόσιου Νοσοκομείου που είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Το γεγονός ότι οι ιατρικές πράξεις διενεργούνται κατά την εκτέλεση των καθηκόντων που έχουν ανατεθεί στους ιατρούς στοιχειοθετεί την προϋπόθεση της άσκησης δημόσιας εξουσίας ανατεθειμένης από το ν.π.δ.δ. σε αυτούς (άρθρο 105 ΕισΝΑΚ). Κατά συνέπεια, το Νοσοκομείο όπου προκλήθηκε ζημία σε ασθενή από πράξη ή παράλειψη ιατρού του, ευθύνεται για την αποζημίωση του ζημιωθέντος με βάση το άρθρο 105 ΕισΝΑΚ, δηλαδή, αστικώς υπεύθυνο για την καταβολή της αποζημίωσης του ασθενούς ή των δικαιούχων κληρονόμων του είναι το δημόσιο Νοσοκομείο, χωρίς να ενάγεται ο ιατρός που τον βαρύνει πταίσμα, λόγω της εφαρμογής της ειδικής διάταξης του άρθρου 38 Ν. 3528/07 (αστικώς ανεύθυνο δημοσίων υπαλλήλων). Ο ιατρός που ενεργεί κατ' ενάσκηση ανατεθείσας σε αυτόν δημόσιας υπηρεσίας δεν ευθύνεται έναντι τρίτων για πράξεις ή παραλείψεις του, παρά μόνο απέναντι στο Νοσοκομείο που καλείται να καταβάλλει αποζημίωση στον παθόντα. Η διεκδίκηση της αποζημίωσης γίνεται απευθείας από το δημόσιο Νοσοκομείο μέσω των Διοικητικών Δικαστηρίων, ενώ κατά των ιδιωτών ιατρών και των ν.π.ι.δ. μέσω των Αστικών Δικαστηρίων. Επομένως, αγωγές ιδιωτών κατά

ιατρών του Ε.Σ.Υ. που είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί (δημόσιοι υπάλληλοι) σύμφωνα με το άρθρο 24 του Ν. 1397/1983 και καταλαμβάνονται από το αστικό ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων, απορρίπτονται λόγω έλλειψης παθητικής νομιμοποίησης.

Σημειώνεται ότι έχει ασκηθεί έντονη κριτική κατά του ανεύθυνου των ιατρών του ΕΣΥ, δεδομένου ότι η ιδιαιτερότητα της σχέσης ιατρού και ασθενούς, καθώς και η ιδιομορφία άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος που απαιτεί τη λήψη πρωτοβουλιών εκ μέρους του ιατρού και τη διενέργεια των ιατρικών πράξεων σε καθεστώς απόλυτης επιστημονικής ελευθερίας, δεν δικαιολογούν τη θεώρηση του ιατρού ως «δημοσίου υπαλλήλου» συλλήβδην με τους υπολοίπους υπαλλήλους που μπορούν να φέρουν τα χαρακτηριστικά της υπαλληλίας. Άρα, κρίνεται σκόπιμο να εξαιρεθούν οι ιατροί του δημόσιου Νοσοκομείου από την εφαρμογή του άρθρου 38, αλλά μέχρι να προχωρήσει μία τέτοια ρύθμιση, ο εφαρμοστής της αστικής ευθύνης των νοσοκομείων και των νοσοκομειακών ιατρών είναι υποχρεωμένοι να αποδεχτούν την υπαγωγή των ιατρών του δημόσιου Νοσοκομείου στο άρθρο 38 από τη στιγμή που υπάγονται στη διάταξη του άρθρου 105 ΕισΝΑΚ. Το λειτούργημα του ιατρού είναι λειτούργημα «ψηλής διακινδύνευσης» [7, 26, 40]

### **13.5. Αποδεικτικά μέσα θεμελίωσης ευθύνης Δημοσίου**

Για τη θεμελίωση της αστικής ευθύνης του δημόσιου νοσοκομείου απαιτείται η πλήρης απόδειξη του συνόλου των πραγματικών συμβάντων, δηλαδή των παραβάσεων υποχρεώσεων και κανόνων επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού που οδήγησαν αναπόδραστα στην αποτυχημένη ιατρική πράξη ή εν γένει πλημμελή νοσηλεία, επιφέροντας βλάβη στην υγεία του ασθενούς ή ακόμη και το θάνατό του. Κρίσιμα είναι τα ουσιώδη συμβάντα που οδήγησαν στην αποτυχημένη ιατρική πράξη που επέφερε τη βλάβη στην υγεία του ασθενούς.

Το πρώτο και κυρίαρχο ζήτημα που πρέπει να διευκρινίσει ο δικαστής είναι το *ιατρικό σφάλμα*, δηλαδή να αποδειχθούν οι παράνομες υλικές ενέργειες και παραλείψεις του ιατρού ή οι ελλείψεις του Νοσοκομείου, χωρίς να είναι αναγκαία η αναγωγή σε κανόνες της ιατρικής επιστήμης και στην κείμενη νομοθεσία, αλλά αρκεί και η παράλειψη εκπλήρωσης των ιδιαίτερων καθηκόντων και υποχρεώσεων που προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη εκτελούμενη υπηρεσία και προσδιορίζονται ή απορρέουν από τα διδάγματα της κοινής πείρας, της επιστημονικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης ή

εμπειρίας και τις αρχές της καλής πίστης. Εν συνεχεία, πρέπει να αποδειχθεί η *ζημία* που προκλήθηκε εξαιτίας της αποδεδειγμένης πλημμελούς ιατρικής συμπεριφοράς και ο πρόσφορος αιτιώδης σύνδεσμος της ζημίας με το ιατρικό σφάλμα, δηλαδή ότι η ζημία προκλήθηκε εξ αιτίας των αποδεδειγμένων συνθηκών της συγκεκριμένης ιατρογενούς αιτίας και της παράβασης συγκεκριμένων υποχρεώσεων οι οποίες αν δεν είχαν παραβιασθεί, κατά τη συνηθισμένη πορεία των πραγμάτων, η ζημία δεν θα επέρχονταν. Σημειωτέον, η απόδειξη του ιατρικού πταίσματος καθίσταται ιδιαίτερος δυσχερής, αν ληφθεί υπόψη ότι τα όρια μεταξύ της παραβίασης κανόνων και της ελευθερίας επιλογής θεραπευτικής μεθόδου είναι εξαιρετικά ρευστά και υποκειμενικά.

Προκειμένου να σχηματίσει άποψη και πεποίθηση ο δικαστής, επιτρέπεται να εξετάσει όλα τα αναφερόμενα στον Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας (άρθρο 147 ΚΔΔ) αποδεικτικά μέσα, δηλαδή την αυτοψία, πραγματογνωμοσύνη, τα έγγραφα, την ομολογία, τις εξηγήσεις των διαδίκων, τους μάρτυρες και τα δικαστικά τεκμήρια. Η απόδειξη του ιατρικού σφάλματος πραγματοποιείται συνήθως, λόγω της αποτελεσματικότητάς της, με πραγματογνωμοσύνη η οποία γίνεται από επιστήμονες με εξειδικευμένες γνώσεις που εκφέρουν κρίση για πρόσωπα και καταστάσεις, βάσει των εκάστοτε εφαρμοστέων κανόνων επιστήμης ή τέχνης. Εξειδικευμένες γνώσεις στο δικαστήριο μπορούν να αποτελέσουν και οι απλές γνωμοδοτήσεις από πρόσωπα που έχουν ειδικές γνώσεις επιστήμης, όπως γνώμες ιατρών εγνωσμένου επιστημονικού κύρους ή επιστημονικών φορέων ή αλλοδαπών αρμοδίων υπηρεσιών.

Σημαντικό ρόλο στην απόδειξη της παράβασης ιατρικών υποχρεώσεων διαδραματίζουν και τα ιδιωτικά ή δημόσια έγγραφα. Τα μεν δημόσια αποτελούν πλήρη απόδειξη ως προς τα βεβαιούμενα σε αυτά γενόμενα, ενώ τα ιδιωτικά έγγραφα που προσκομίζει συνηθέστερα ο ιδιώτης, ο οποίος δεν μπορεί να έχει ευχερή πρόσβαση στο αρχείο του Νοσοκομείου, εκτιμώνται ελεύθερα από το δικαστήριο. Τέτοια ιδιωτικά έγγραφα αποτελούν οι ιατρικές εξετάσεις ή γνωματεύσεις που έχουν διενεργηθεί σε ιδιώτες ιατρούς και αποδεικνύουν τη βλάβη της υγείας του ασθενούς σε σχέση με την κατάσταση που υπήρχε προ του ιατρικού σφάλματος. Επίσης, σημαντικές είναι και οι μαρτυρίες προσώπων που μπορεί να έχουν τη μορφή αυτοπρόσωπης εξέτασης του μάρτυρα ενώπιον του Διοικητικού Δικαστηρίου και συνηθέστερα τη μορφή της ένορκης βεβαίωσης που λαμβάνεται με την προβλεπόμενη από τον Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας, άλλως δεν λαμβάνονται υπόψη. Όλα τα παραπάνω αποδεικτικά μέσα πρέπει να διέπονται από πλήρη σαφήνεια και ακρίβεια σε σχέση με τα αναφερόμενα,

διαφορετικά η δυνατότητα αξιοποίησής τους από το δικαστήριο είναι περιορισμένη, με συνέπεια να μην σχηματίζεται πλήρη δικανική πεποίθηση, συνήθως σε βάρος του ζημιωθέντος.

Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις που η ζημία που έχει προκληθεί από ενέργειες ή παραλείψεις ιατρών διαφορετικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αποτελεί ιδιαίτερος δυσχερές ζήτημα να βρεθεί ποιο συγκεκριμένο σφάλμα οδήγησε αιτιωδώς στη ζημία, με αποτέλεσμα να μην είναι ξεκάθαρο σε αυτή την περίπτωση σε ποιο βαθμό συνευθύνονται τα εμπλεκόμενα νοσηλευτικά ιδρύματα ή από ποιο από τα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να αναζητηθεί η αποκατάσταση της ζημίας. Στην περίπτωση αυτή θα μπορούσε να εφαρμοστεί το άρθρο 926 ΑΚ σύμφωνα με το οποίο το νοσηλευτικά ιδρύματα ευθύνονται εις ολόκληρον για την καταβολή αποζημίωσης. [7]

### **13.6. Κατανομή βάρους απόδειξης**

Στην διοικητική δίκη εφαρμόζεται το ανακριτικό σύστημα, όπου ο δικαστής έχει καταρχήν την πρωτοβουλία συλλογής του αποδεικτικού υλικού. Ο δικαστής πρέπει να σχηματίσει πλήρη δικανική πεποίθηση σχετικά με τη συνδρομή των πραγματικών γεγονότων που αποτελούν τις προϋποθέσεις εφαρμογής των σχετικών κανόνων δικαίου. Αν από τα αποδεικτικά μέσα που έχουν χρησιμοποιηθεί, παραμένουν αμφιβολίες σχετικά με τις συνθήκες των συμβάντων, πρέπει να αναζητηθεί ο διάδικος που φέρει το βάρος απόδειξης. Σύμφωνα με το άρθρο 145 Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας (ΚΔΔ), κάθε διάδικος οφείλει να αποδεικνύει τα ουσιώδη γεγονότα που στηρίζουν το αίτημά του.

Όσον αφορά την ιατρική ευθύνη, το βάρος απόδειξης των πραγματικών περιστατικών που συνιστούν το ιατρικό σφάλμα φέρει καταρχήν ο ζημιωθείς. Όμως, η φύση των αμφισβητούμενων ιατρικών πράξεων, λόγω του τεχνικού τους χαρακτήρα, δεν αφήνει πολλά περιθώρια απόδειξης στον ζημιωθέντα ιδιώτη. Το βάρος απόδειξης του αν παραμελήθηκε ιατρική υποχρέωση, ως ζήτημα ιδιαίτερης τεχνικής φύσεως και δεδομένου ότι όλα τα στοιχεία βρίσκονται στα χέρια του εναγόμενου Νοσοκομείου, δεν μπορεί να το φέρει αποκλειστικά ο ιδιώτης. Επομένως, το βάρος απόδειξης πρέπει να το φέρει εκείνος που βρίσκεται πλησιέστερα στα αποδεικτέα γεγονότα. Όταν η ζημία προέρχεται από τη σφαίρα ευθύνης του Νοσοκομείου ή του ιατρού, το βάρος απόδειξης πρέπει να μεταφέρεται στο εναγόμενο Νοσοκομείο μέσα στο οποίο έλαβε χώρα η ζημιογόνος ιατρική ενέργεια ή παράλειψη. Επίσης, μπορεί να ζητηθεί από τον καθέναν από τους διαδίκους, η προσκόμιση συμπληρωματικών αποδεικτικών στοιχείων. Τέλος, αναφορικά

με την απόδειξη του αιτιώδους συνδέσμου και της επελθούσας ζημίας, με την έννοια ότι η ζημία αποτελεί άμεση συνέπεια της ιατρογενούς αιτίας, το βάρος απόδειξης φέρει ο ενάγων-ζημιωθείς, ενώ το εναγόμενο δημόσιο Νοσοκομείο μπορεί να ανταποδείξει τη διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου ή άρνηση του μεγέθους της ζημίας. [7]

### **13.7. Η ανωτέρα βία ως όριο της ιατρικής ευθύνης του Δημοσίου**

Η αντίδραση του κάθε οργανισμού αποτελεί αστάθμητο παράγοντα, επομένως και αν ακόμη επιδειχθεί αποδεδειγμένα και αναμφίβολα η μέγιστη δυνατή επιμέλεια και τήρηση όλων των ιατρικών υποχρεώσεων, το αποτέλεσμα μπορεί να μην είναι επιθυμητό, λόγω απρόσμενης εξέλιξης που δεν μπορούσε να αποφευχθεί, ακόμη και αν επιδεικνύονταν από το θεράποντα ιατρό ή το υπόλοιπο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό η μέγιστη δυνατή επιμέλεια.

Η συνδρομή λόγου ανωτέρας βίας διακόπτει τον αιτιώδη σύνδεσμο των ιατρικών ενεργειών ή παραλείψεων με την επελθούσα ζημία. Το βάρος απόδειξης της συνδρομής της ανωτέρας βίας φέρει αυτός που την επικαλείται. Οι περιπτώσεις επίκλησης λόγου ανωτέρας βίας στη νομολογία των διοικητικών δικαστηρίων είναι ελάχιστες, αφού πάντοτε διαπιστώνεται κάποιας μορφής αμέλεια οργάνων του Δημοσίου. Χαρακτηριστική η αριθ. απόφαση 1125/2002 ΔΕφΘεσσαλονίκης: «... η θεραπευτική αγωγή που ακολουθήθηκε ήταν πλήρης και ενδεδειγμένη, τα χορηγηθέντα φάρμακα ήταν επίσης τα ενδεδειγμένα, ενώ η εξέλιξη-επιδείνωση της νόσου ήταν τόσο ταχεία που δεν επέτρεψε περιθώρια παραλείψεων και καθυστερήσεων και ότι οι ιατροί φρόντισαν το παιδί και παρακολούθησαν την πορεία της νόσου πράττοντας ό,τι απαιτούνταν, τις σχετικές οδηγίες και εντολές τους εκτέλεσαν οι νοσηλευτές... και κάτω από τις περιστάσεις που εκείνη τη νύκτα ασκούσαν το λειτούργημά τους, κατέβαλαν μέσα στο βραχύ διάστημα νοσηλείας του παιδιού κάθε προσοχή και παρακολούθησαν από κοντά την εξέλιξη της νόσου που ήταν ταχύτατα...». Στην περίπτωση αυτή αστάθμητος παράγοντας που δεν μπορούσε να προβλεφθεί ήταν η ταχύτητα εξέλιξης της νόσου, γεγονός που δεν θα μπορούσε να προβλεφθεί ακόμη και από τον επιμελώς ενεργούντα θεράποντα. Επομένως, εφόσον δεν διαπιστώθηκε σφάλμα, ουδεμία ευθύνη βάρυνε και το ελληνικό δημόσιο. Όμως σε αυτές τις οριακές περιπτώσεις, έγινε δεκτή η ευθύνη του δημοσίου για ιατρική αμέλεια που δεν μπορούσε να αποδοθεί σε συγκεκριμένα πρόσωπα και σε παραμέληση κάποιου υπηρεσιακού καθήκοντος, αλλά σε τυχαία περιστατικά (πχ βραχυκύκλωμα σε θερμοκοιτίδα νεογνού, πτώση της τάσης της ΔΕΗ). [7]

## 14. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

### 14.1. Καταβολή αποζημίωσης (παρουσίαση νομολογίας)

Εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις για τη γέννηση της αστικής ευθύνης, αυτός που την υπέχει υποχρεούται να αποζημιώσει το ζημιωθέντα, να τον επαναφέρει δηλαδή στην οικονομική κατάσταση στην οποία βρισκόταν πριν από την επέλευση του ζημιογόνου γεγονότος.

Σχετικές διατάξεις:

Άρθρο 297 ΑΚ: «Ο υπόχρεος σε αποζημίωση οφείλει να την παράσχει σε χρήμα. Αντί για χρηματική αποζημίωση το δικαστήριο μπορεί, εκτιμώντας τις ειδικές περιστάσεις, να διατάξει την αποκατάσταση της προηγούμενης κατάστασης, εφόσον η αποζημίωση με τον τρόπο αυτό δεν προσκρούει στο συμφέρον του δανειστή»

Άρθρο 298 ΑΚ: «Η αποζημίωση περιλαμβάνει τη μείωση της υπάρχουσας περιουσίας του δανειστή (θετική ζημία), καθώς και το διαφυγόν κέρδος. Τέτοιο κέρδος λογίζεται εκείνο που προσδοκά κανείς με πιθανότητα σύμφωνα με τη συνηθισμένη πορεία των πραγμάτων ή τις ειδικές περιστάσεις και ιδίως τα προπαρασκευαστικά μέτρα που έχουν ληφθεί».

Άρθρο 929 ΑΚ: «Σε περίπτωση βλάβης του σώματος ή της υγείας προσώπου η αποζημίωση περιλαμβάνει εκτός από τα νοσήλια και τη ζημία που έχει ήδη επέλθει, οτιδήποτε ο παθών θα στερείται στο μέλλον ή θα ξοδεύει επιπλέον εξαιτίας της αύξησης των δαπανών του. Υποχρέωση αποζημίωσης υπάρχει και προς τον τρίτο, ο οποίος είχε κατά το νόμο δικαίωμα να απαιτήσει την παροχή υπηρεσιών από τον παθόντα τις οποίες στερείται».

Άρθρο 931 ΑΚ: «Η αναπηρία ή παραμόρφωση που προξενήθηκε στον παθόντα λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη κατά την επιδίκαση της αποζημίωσης, αν επιδρά στο μέλλον του»

Άρθρο 932 ΑΚ: «Σε περίπτωση αδικοπραξίας, ανεξάρτητα από την αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, το δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει εύλογη κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης. Αυτό ισχύει ιδίως για εκείνον που έπαθε προσβολή της υγείας, της τιμής ή στερήθηκε την ελευθερία του. Σε περίπτωση θανάτωσης προσώπου η χρηματική αυτή ικανοποίηση μπορεί να επιδικαστεί στην οικογένεια του θύματος λόγω ψυχικής οδύνης».

Άρθρο 24 Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Οβιέδο 1997) που κυρώθηκε με το Ν. 2619/1998: «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 αποζημίωση διακρίνεται σε αποζημίωση α) λόγω θανάτου φυσικού προσώπου, β) λόγω βλάβης του σώματος ή της υγείας και γ) χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης.

Όσον αφορά την αποζημίωση λόγω θανάτου φυσικού προσώπου, όταν ο άμεσα ζημιωθείς δεν μπορεί να διεκδικήσει ο ίδιος αποζημίωση, επειδή δεν βρίσκεται στη ζωή, ο νομοθέτης δίνει το δικαίωμα σε κάποια πρόσωπα που έμμεσα βλάπτονται από το θάνατο του φυσικού προσώπου να διεκδικήσουν αποζημίωση για τις ζημιές που τα ίδια υφίστανται λόγω της απώλειας αυτής (άρθρο 928 ΑΚ). Δικαιούνται να ζητήσουν αποζημίωση α) για τα νοσήλια και τα έξοδα κηδείας αυτοί που ήταν υποχρεωμένοι από το νόμο να τα καταβάλλουν και β) όσοι είχαν από το νόμο δικαίωμα διατροφής ή παροχής υπηρεσιών από το θανόντα και τώρα πια στερούνται τη διατροφή και τις σχετικές υπηρεσίες.

α) Ως *νοσήλια* θεωρούνται οι δαπάνες που έγιναν ή ήταν αναγκαίες για την αποκατάσταση της υγείας του θανόντος, αμοιβές ιατρών, έξοδα νοσοκομείου, έξοδα μεταφοράς στο νοσοκομείο κ.α. Δεν απαιτείται οι δαπάνες αυτές να έγιναν στην πραγματικότητα, αρκεί να ήταν αναγκαίες. Αν ο θάνατος επήλθε μετά την παρέλευση κάποιου χρόνου από το ζημιογόνο γεγονός, τότε το θύμα έχει δικαίωμα αποζημίωσης για τις μέχρι το θάνατό του ζημιές λόγω του τραυματισμού του. Αυτοί που δικαιούνται να αξιώσουν δικαστικά τα νοσήλια είναι οι κληρονόμοι του αποθανόντος, αν αυτός όσο ζούσε συντηρούσε τον εαυτό του με δικά του μέσα και άλλα πρόσωπα (σύζυγος, γονείς, αδέρφια), αν, όσο ζούσε ο αποθανών, συντηρούνταν από αυτούς. Ως *έξοδα κηδείας* θεωρούνται οι δαπάνες για τη μεταφορά από τον τόπο θανάτου στον τόπο της ταφής για την ταφή, τη σχετική τελετή (όχι για το μνημόσυνο), την κατασκευή του τάφου (όχι τη συντήρηση) και εφόσον οι δαπάνες αυτές είναι ανάλογες προς την κοινωνική θέση του θανόντος. Σε περίπτωση που τρίτος κατέβαλε τα νοσήλια (φίλος ή συγγενής), δικαιούται να τα ζητήσει από τον κληρονόμο ή τον υπόχρεο για τη διατροφή του θανόντος, ο οποίος με τη σειρά του δικαιούται να τα απαιτήσει από τον αστικώς υπεύθυνο.

β) Σχετικά με την αποζημίωση για τη *στέρηση διατροφής*, τη σχετική αξίωση έχουν όλοι όσοι από το νόμο είχαν αξίωση διατροφής απέναντι στο θύμα, ήτοι οι σύζυγοι, οι

ανιόντες (γονείς, παππούδες), οι κατιόντες (τέκνα, εγγόνια, δισέγγονα), ενδεχομένως οι αδελφοί, τα παιδιά που γεννήθηκαν χωρίς γάμο των γονέων τους, τόσο απέναντι στη μητέρα τους όσο και απέναντι στον πατέρα τους, εφόσον έχουν αναγνωρισθεί, τα θετά τέκνα και τα κυοφορούμενα. Η αποζημίωση περιλαμβάνει αυτό που όφειλε να καταβάλει ο θανών στο δικαιούχο ως διατροφή και για τον προσδιορισμό της λαμβάνονται υπόψη η πιθανή διάρκεια ζωής του θανόντος και του δικαιούχου καθώς και η πιθανή εξέλιξη της οικονομικής τους κατάστασης. Ο επιζών σύζυγος έχει αξίωση αποζημίωσης με αντικείμενο την απώλεια «συνεισφοράς στην αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας» από τον θανόντα σύζυγο, η οποία περιλαμβάνει και τη διατροφή και την παροχή υπηρεσιών. Σχετικά με την αποζημίωση για *στέρηση υπηρεσιών*, σχετική αξίωση παρέχεται από το νόμο (928 ΑΚ εδ. 6) και σε όποιον είχε από το νόμο δικαίωμα να ζητήσει από το θανόντα να του παρέχει τις υπηρεσίες του τις οποίες πλέον στερείται λόγω της επέλευσης του θανάτου αυτού που τις παρείχε. Τέτοια υποχρέωση από το νόμο έχουν απέναντι στους γονείς τους τα τέκνα, εφόσον αποτελούν μέλη του οίκου των γονέων τους και διατρέφονται από αυτούς. Την αξίωση αυτή έχουν και οι δύο γονείς ή και μόνο ο ένας (σε περίπτωση διαζυγίου, διακοπής του έγγαμου βίου, τέκνου γεννημένου χωρίς γάμο των γονέων του), υπάρχει ανεξάρτητα από το αν έχει προσληφθεί άλλο πρόσωπο για αναπλήρωση αυτών των υπηρεσιών.

Η αποζημίωση λόγω βλάβης του σώματος ή της υγείας περιλαμβάνει την αξίωση κατά του ζημιώσαντος για τη ζημία που ήδη επήλθε στο πρόσωπο του ζημιωθέντος και τα νοσήλια, καθώς και τη μελλοντική ζημία του λόγω της βλάβης του σώματος ή της υγείας του που περιλαμβάνει ό,τι θα στερείται στο μέλλον, λόγω της ζημιολογού πράξης ή θα δαπανά επιπλέον, εξαιτίας της επιβάρυνσης της κατάστασής του (297, 298, 929 εδαφ. α' ΑΚ). Βλάβη του σώματος είναι κάθε προσβολή της σωματικής ακεραιότητας, ενώ βλάβη της υγείας είναι η διατάραξη των εσωτερικών ζωτικών λειτουργιών (σωματικών, ψυχικών και πνευματικών) του ατόμου, ακόμη και αν αυτή επήλθε αντανακλαστικά (π.χ. το σοκ που κάποιος υφίσταται όταν πληροφορείται ένα ατύχημα με θύμα στενό συγγενή του). Στις επιπλέον δαπάνες περιλαμβάνονται οι ιατρικοί έλεγχοι, η συνεχής μεταφορά με το αυτοκίνητο, η χρησιμοποίηση συνοδού ή νοσηλεύτη, η λουτροθεραπεία, η συνέχιση μιας δαπανηρής θεραπείας, οι δαπάνες για ορθοπεδικά μέσα κ.α.

Η αποζημίωση περιλαμβάνει *θετική ζημία*, δηλαδή, την κάλυψη δαπανών για την αποκατάσταση του ιατρικού σφάλματος ή *αποθετική ζημία (διαφυγόν κέρδος)* δηλαδή, την απώλεια μελλοντικών εισοδημάτων, λόγω της επελθούσας μερικής ή ολικής



ανικανότητας για εργασία, εξαιτίας του ιατρικού σφάλματος. Για να επιδικασθεί ποσό μελλοντικής ζημίας θα πρέπει να είναι εκ των προτέρων εφικτός ο προσδιορισμός της συγκεκριμένης απώλειας. Τα αναφερόμενα στη διάταξη του άρθρου 931 ΑΚ «η αναπηρία ή η παραμόρφωση που υπέστη ο παθών λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη κατά την επιδίκαση της αποζημίωσης, αν επιδρά στο μέλλον του» αναφέρονται στο ζήτημα της μελλοντικής ζημίας που ούτως ή άλλως η αποκατάστασή της προβλέπεται, εξετάζεται όμως αν η αναπηρία ή η παραμόρφωση και τα δυσμενή αποτελέσματά της στην προσωπικότητα του θύματος επιδρούν δυσμενώς στο μέλλον, δηλαδή στην επαγγελματική, οικονομική και κοινωνική εξέλιξη του θύματος, *ΑΠ 1559 1225/2002*.

Η θετική και αποθετική ζημία είναι κατά κανόνα χρηματική και αποσκοπεί στην αποκατάσταση εκείνης της ζημίας που δεν θα επέρχονταν αν δεν μεσολαβούσε το ζημιογόνο γεγονός. Η δικαστική απόφαση που εκδίδεται επί αγωγής αποζημίωσης αποκαθιστά οποιαδήποτε περιουσιακή βλάβη προκληθεί, θετική ή αποθετική (διαφυγόντα κέρδη) από την αδυναμία εργασίας, λόγω του προβλήματος υγείας που προκλήθηκε ή την αδυναμία παροχής υπηρεσιών στους γονείς. Προκειμένου να καταβληθεί αποζημίωση πρέπει να αποδειχθεί το μέγεθος της βλάβης που προκλήθηκε. Η θετική ζημία θα πρέπει να αποδειχθεί με πλήρη τρόπο, ενώ τα διαφυγόντα κέρδη αρκεί να πιθανολογηθούν (κατά μέσο όρο προσδιορισμός των εσόδων κατά την αντίστοιχη περίοδο ενός ελεύθερου επαγγελματία). Σημειώνεται ότι με βάση τις αρχές της καλής πίστης θα κριθεί αν το θύμα οφείλει να περιορίσει την έκταση της ζημίας του με την αλλαγή επαγγέλματος. Αν ο ζημιωθείς έχει αυτή την δυνατότητα και δεν την αξιοποιήσει, ο αστικώς υπεύθυνος δικαιούται να την επικαλεστεί, αναφέροντας το επάγγελμα που θα μπορούσε να ασκήσει ο ζημιωθείς, καθώς και τις σχετικές αποδοχές που αυτός θα ελάμβανε, οπότε και μπορεί να ζητήσει αντίστοιχη μείωση της υποχρέωσής του για αποζημίωση.

Τα πρόσωπα που δικαιούνται αποζημίωση είναι ο παθών για τη ζημία που υπέστη, ενώ σε περίπτωση θανάτου είναι η οικογένεια αυτού, υπό την έννοια των προσώπων που συμβιούν κάτω από την ίδια στέγη με τον θανόντα, δηλαδή οι γονείς, τα αδέρφια, σύζυγος και τα τέκνα του αποβιώσαντος. Επίσης, έχει θεωρηθεί ότι ανήκουν στην οικογένεια οι παππούδες και οι γιαγιάδες, λόγω των στενών δεσμών που αναπτύσσουν στην ελληνική κοινωνία οι παππούδες με τα εγγόνια, ανεξάρτητα αν συγκατοικούσαν ή όχι με το θύμα. Δεν θεωρούνται οικογένεια οι θείοι του ζημιωθέντος και τα ξαδέλφια αυτού. Ζημιωθείς μπορεί να είναι και ο κυοφορούμενος, καθώς και πρόσωπο που δεν έχει

ακόμη «συλληφθεί» (π.χ. τραυματισμός εγκύου, με αποτέλεσμα τη γέννηση παιδιού που παρουσιάζει βλάβη στην υγεία του, μετάγγιση μολυσμένου αίματος σε γυναίκα που συνέλαβε, με αποτέλεσμα να μολυνθεί και το παιδί που γεννήθηκε αργότερα).

Το δικαστήριο μπορεί να μην επιδικάσει αποζημίωση ή να επιδικάσει μειωμένη αποζημίωση στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ζημιωθείς συνετέλεσε με πταίσμα του (συντρέχον πταίσμα) στην πρόκληση της ζημίας ή στην επίτασή της, σύμφωνα με το άρθρο 300 ΑΚ: «*Αν εκείνος που ζημιώθηκε συντέλεσε από δικό του πταίσμα στη ζημία ή την έκτασή της, το δικαστήριο μπορεί να μην επιδικάσει αποζημίωση ή να μειώσει το ποσό της*» ΣτΕ 2539/2008.

Τα τελευταία χρόνια η νομολογία σχετικά με την επιμέτρηση της αποζημίωσης ορίζει ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το είδος, η έκταση και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες προήλθε το δυσμενές αποτέλεσμα, οι δυσμενείς επιπτώσεις, η έλλειψη συντρέχοντος πταίσματος, η περιουσιακή κατάσταση των μερών ΣτΕ 2768/2003, ΣτΕ 2539/2008, ΔΕφΠειρ 1048/1994, ΤριμΔΠρΑθ 205/1996, ΔΕφΑθ 1154/2000, ΔΕφΠειρ 1851/2000, ΔΕφΑθ 2118/2001, ΔΕφΙωανν 86/2001, ΔΠρΑθ 12979/2004, ΔΕφΑθ 648/2004, ΔΕφΑθ 523/2005, ΔΕφΑθ 523/2005.

Τα πολιτικά δικαστήρια έχουν δικαιοδοσία για διαφορές όπου εναγόμενοι είναι ιατροί που ασκούν την ιατρική ως ιδιωτικό έργο ή ιδιωτικές κλινικές και ιδιωτικά κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας. Όταν οι αξιώσεις στρέφονται κατά ν.π.δ.δ. (δημόσια Νοσοκομεία) δικαιοδοσία έχουν τα τακτικά διοικητικά δικαστήρια. Η αποζημίωση επιδικάζεται από το αρμόδιο προς τούτο διοικητικό δικαστήριο (Διοικητικό Πρωτοδικείο, Διοικητικό Εφετείο και Συμβούλιο της Επικρατείας) μετά την άσκηση αγωγής. Συγκεκριμένα, η αγωγή ασκείται ενώπιον του Διοικητικού Πρωτοδικείου, η απόφαση του οποίου υπόκειται σε έφεση ενώπιον του Διοικητικού Εφετείου και σε αίτηση αναιρέσεως ενώπιον του Συμβουλίου της Επικρατείας, σύμφωνα με τον Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας και το ΠΔ 18/1989. Ο νομοθέτης μπορεί να καθιερώσει διοικητική διαδικασία και αρμόδιο όργανο για την καταβολή αποζημίωσης, η απόφαση του οποίου προσβάλλεται με τα ένδικα βοηθήματα της προσφυγής ή της αγωγής σύμφωνα με τα άρθρα 71 παρ. 5 και 78 Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας (ΚΔΔ).

Στο πλαίσιο των διατάξεων του ΕισΝΑΚ, το ισχυρό κράτος αναλαμβάνει το ρόλο της αποκατάστασης της ζημίας που θα προκληθεί από ενέργειες ή παραλείψεις των οργάνων του. Το Δημόσιο και τα ν.π.δ.δ. (δημόσια Νοσοκομεία) υποχρεούνται σε αποκατάσταση

κάθε θετικής ή αποθετικής ζημίας, τα δικαστήρια δε της ουσίας δύνανται επιπλέον να επιδικάσουν εις βάρος τους χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης, κατ' ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 932 ΑΚ. Η διαφορά μεταξύ του ιδιώτη και του δημοσίου Νοσοκομείου είναι διοικητική διαφορά και στο πλαίσιο της δικαστικής δίκης αποπροσωποποιείται η δικαστική διαμάχη, αφού το ένδικο βοήθημα της αγωγής αποζημίωσης στρέφεται πάντα κατά του Νοσοκομείου που καλείται να καταβάλλει αποζημίωση για τις βλάβες που προκάλεσαν τα όργανά του. Τα διοικητικά δικαστήρια δεν επιδικάζουν αφειδώς αποζημιώσεις για κάθε περίπτωση πρόκλησης ιατρικής βλάβης, αλλά εξετάζεται με πολύ προσεκτικό συλλογισμό και αυστηρώς τυπική διαδικασία κατά πόσο συντρέχουν οι νόμιμες προϋποθέσεις για τον καταλογισμό του ιατρικού σφάλματος στο δημόσιο Νοσοκομείο. Τα πραγματικά περιστατικά που αποδεικνύονται υπάγονται εν συνεχεία στους εφαρμοστέους κανόνες δικαίου ή κανόνες δεοντολογίας που σχετίζονται με την εκπλήρωση των ιατρικών καθηκόντων και την εν γένει λειτουργία του Νοσοκομείου και στοιχειοθετείται με αυτόν τον τρόπο η ύπαρξη ή όχι αστικής ευθύνης. Σε περίπτωση συνδρομής όλων των προϋποθέσεων της αστικής ευθύνης, ενεργοποιείται ο θεσμός της αποζημίωσης.

#### *14.1.1. Αποζημίωση λόγω ηθικής βλάβης*

Η χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης επιδικάζεται σε περίπτωση αδικοπρακτικής ευθύνης, όχι συμβατικής ευθύνης και αφορά σε αποκατάσταση της μη περιουσιακής ζημίας, είτε λόγω βλάβης περιουσιακού αγαθού, είτε λόγω βλάβης μιας από τις εκφάνσεις της προσωπικότητας. Στην περίπτωση που ένας ασθενής, από σφάλμα του ιατρού που τον χειρούργησε, αναγκάζεται να υποβληθεί και σε δεύτερη εγχείρηση που τον ταλαιπωρεί σωματικά, ψυχικά και υλικά, τότε θα πρέπει να επιλέξει είτε να ζητήσει αποζημίωση μόνο για την περιουσιακή ζημία που υπέστη και που βρίσκεται σε αιτιώδη συνάφεια με την αντισυμβατική συμπεριφορά του ιατρού στηριζόμενος στη σύμβαση ιατρικής αγωγής που έχει συνάψει με τον ιατρό, είτε να στηριχθεί στην αδικοπραξία που η συγκεκριμένη ιατρική πράξη συνιστά ταυτόχρονα και να ζητήσει και χρηματική ικανοποίηση για την ηθική βλάβη που του προκλήθηκε.

Η αποκατάσταση της ηθικής βλάβης δεν προϋποθέτει οπωσδήποτε την ύπαρξη περιουσιακής ζημίας και οφείλεται όχι μόνο σε περίπτωση υποκειμενικής αλλά και αντικειμενικής ευθύνης. Σκοπός του νομοθέτη είναι η ανακούφιση του ζημιωθέντος από το ψυχικό άλγος που του προκάλεσε μια ιδιαίτερα σημαντική προσβολή ή απώλεια, όπως ενός περιουσιακού αγαθού που έχει ιδιαίτερη ψυχολογική αξία ή ενός αγαθού που δεν

αποτιμάται συνήθως σε χρήμα (αγαθά της προσωπικότητας). Η επιδίκαση της χρηματικής ικανοποίησης είναι *δυνητική* για το δικαστήριο και επιδικάζεται εφόσον κριθεί ότι ο ζημιωθείς υπέστη ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη. Παρέχεται ευχέρεια στο δικαστή να επιδικάσει ή όχι χρηματική ικανοποίηση, αν κρίνει ότι επήλθε στον ζημιωθέντα ηθική βλάβη και να καθορίσει το ποσό αυτής, που θεωρεί *εύλογο*, με βάση τους κανόνες της κοινής πείρας και της λογικής, κατά εκτίμηση των πραγματικών περιστατικών που λαμβάνει υπόψη. Η χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης μπορεί να ζητηθεί από οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο και σε περίπτωση θανάτου φυσικού προσώπου, η χρηματική ικανοποίηση μπορεί να επιδικαστεί στην οικογένεια του θανόντος λόγω ψυχικής οδύνης και θα κριθεί από το δικαστή το αν και ποια από τα μέλη της οικογένειας δικαιούνται τη χρηματική ικανοποίηση.

Η ηθική ή ψυχική βλάβη είναι μη αποτιμητές σε χρήμα και επομένως ο προσδιορισμός του ύψους της χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης γίνεται κατόπιν εύλογης κρίσης του δικαστηρίου, αφού ληφθούν υπόψη κριτήρια όπως το είδος της προσβολής, η βαρύτητα της βλάβης, οι συνθήκες της αδικοπραξίας, η οικονομική κατάσταση του ζημιώσαντος και ζημιωθέντος, η ηλικία του ζημιωθέντος, το συντρέχον πταίσμα αυτού, η στέρηση την οποία θα υποστούν οι συγγενείς από την απουσία του θανόντος και άλλα πραγματικά δεδομένα (επάγγελμα ή κοινωνική θέση παθόντος) που κατά την κοινή πείρα επικαλούνται οι παθόντες ή οι συγγενείς του, προκειμένου να θεμελιώσουν το απαιτούμενο ύψος της χρηματικής αποζημίωσης.

Σύμφωνα με την νομολογία, κριτήρια για την επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης αποτελούν ενδεικτικά α) ο πόνος, η μελαγχολία, η θλίψη β) η σοβαρότητα και το ανεπανόρθωτο της βλάβης που προκλήθηκε στον ασθενή γ) η απομόνωση που υπέστη ανήλικος μετά την προσβολή του από τον ιό του AIDS λόγω μετάγγισης αίματος και η οικογένειά του από τον κοινωνικό περίγυρο, καθώς και ο θάνατος του ανηλίκου μετά την ψυχική και σωματική ταλαιπωρία δ) το νεαρό της ηλικίας, ο βαθμός συγγένειας, η υπαιτιότητα του ιατρού, οι συνθήκες επέλευσης του θανάτου, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση του ζημιωθέντος, το μειωμένο ενδιαφέρον των συγγενών κατά τη διάρκεια νοσηλείας του διανοητικώς καθυστερημένου παιδιού. [7, 11, 26, 40]

Αποφάσεις σχετικές με καταβολή αποζημίωσης:

*ΠολΠρΘεσσαλονίκης 12598/2003, ΑΠ 2208/2007, ΑΠ 294/2008: κρίθηκε η υπόθεση εγκατάλειψης βελόνας σύριγγας στο σώμα ασθενούς κατά τη διενέργεια εγχείρησης by-pass,*

γεγονός που προκάλεσε πόνους στο στήθος του ασθενούς, εξάντληση, δύσπνοια, ταχυκαρδίες, στέρηση της δυνατότητας υποβολής σε διαγνωστικές εξετάσεις (αξονική και μαγνητική τομογραφία) και επιδικάσθηκε από το Εφετείο το ποσό των 44.000 ευρώ ως χρηματική ικανοποίηση για ηθική βλάβη, ενώ το ποσό που ζητήθηκε με την αγωγή ήταν 300.000 ευρώ.

ΠολΠρΘεσσαλονίκης 33096/2007: κρίθηκε η υπόθεση εγκατάλειψης τμήματος βελόνας στον μαστό ασθενούς, η οποία προκάλεσε έντονους πόνους στην ασθενή και επιδικάσθηκε το ποσό των 40.000 ευρώ ως εύλογη χρηματική ικανοποίηση.

ΔΕφΑθ 3131/2004: για την πρόκληση μόνιμης εγκεφαλικής αναπηρίας επιδικάσθηκε αποζημίωση το ποσό των 600.000 ευρώ.

ΑΠ 1227/2007: για το θάνατο νεαρής γυναίκας από σφάλμα αναισθησιολόγων που προκάλεσαν ρήξη της τραχείας της κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης αφαίρεσης κύστης ωοθηκών επιδικάσθηκε ως χρηματική ικανοποίηση για ψυχική οδύνη 330.000 ευρώ σε καθέναν από τους τρεις συγγενείς της θανούσης, ήτοι στο σύζυγο και στους γονείς της και το ποσό των 230.000 ευρώ σε καθέναν από τους άλλους τρεις συγγενείς της θανούσης, ήτοι στη γιαγιά και στις δύο αδελφές της.

ΣτΕ 2463/1998: κρίθηκε προσβολή από τον ιό του AIDS, από παράνομες παραλείψεις των οργάνων του Νοσοκομείου που ήταν επιφορτισμένο με τον έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος όταν είχε ήδη γίνει υποχρεωτικός ο έλεγχος αυτός και επιδικάσθηκε αποζημίωση 307.556 ευρώ στους γονείς για απώλεια εισοδημάτων λόγω μη συνεισφοράς της κόρης και 293.470 ευρώ στην παθούσα για ηθική βλάβη.

ΣτΕ 3102/1999: κρίθηκε παράλειψη ορθής διάγνωσης της νεφροπάθειας σε στρατιώτη κατά τη διάρκεια της θητείας του, με συνέπεια να προκληθεί νεφρική ανεπάρκεια που είναι μη αναστρέψιμη βλάβη. Επιδικάσθηκε αποζημίωση στον παθόντα 176 ευρώ για 17 μήνες, ήτοι 2.993 ευρώ.

ΣτΕ 1221/2002: κρίθηκε ο θάνατος νεογνού ευρισκόμενου σε θερμοκοιτίδα από πυρκαγιά που προκλήθηκε λόγω βραχυκυκλώματος, όπου επιδικάσθηκε αποζημίωση 44.020 ευρώ σε έκαστο από τους γονείς.

ΣτΕ 3457/2003: κρίθηκε προσβολή από τον ιό του AIDS, από παράνομες παραλείψεις των οργάνων του Νοσοκομείου που ήταν επιφορτισμένο με τον έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος όταν είχε ήδη γίνει υποχρεωτικός ο έλεγχος αυτός και επιδικάσθηκε αποζημίωση 58.694 ευρώ σε έκαστο από τους γονείς και 29.347 ευρώ στον αδελφό

ΣτΕ 3081/2003: κρίθηκε η ολοκληρωτική καταστροφή του αριστερού νεφρού ασθενούς, λόγω βαρύτατης αμέλειας του χειρουργού κατά τη διάρκεια επέμβασης σιγμοειδεκτομής. Η αποζημίωση που επιδικάσθηκε στην παθούσα είναι 117.388 ευρώ.

ΣτΕ 2727/2003: κρίθηκε παράλειψη ορθής διάγνωσης της παθολογικής κατάστασης του ασθενούς (ανακοπή από έντονη μυϊκή άσκηση) από παθολόγο ιατρό σε εφημερία Νοσοκομείου, με συνέπεια τον θάνατο 18χρονου. Επιδικάσθηκε αποζημίωση 47.483 ευρώ στον πατέρα, 44.020 ευρώ στη μητέρα και 29.347 ευρώ στον αδελφό.

ΣτΕ 2320/2003: πνιγμός ανηλίκου τέκνου με περιορισμένες διανοητικές ικανότητες κατά τη διάρκεια εξόρμησης, λόγω ανεπαρκούς επίβλεψης των συνοδών νοσηλευτών, όπου επιδικάσθηκε αποζημίωση 73.367 ευρώ στη μητέρα, 2.934 ευρώ στον πατέρα και 2.934 ευρώ στην αδερφή.

ΣτΕ 2818/2005: κρίθηκε ότι σε ιατρό του ΕΚΑΒ δεν χορηγήθηκε άδεια με αποτέλεσμα να υποστεί ανακοπή καρδιάς, λόγω εξάντλησης από τις συνεχείς εφημερίες, όπου επιδικάσθηκε αποζημίωση 88.000 ευρώ στη σύζυγο και 88.000 ευρώ στο τέκνο.

ΣτΕ 3202/2006: κρίθηκε μη έγκαιρη διάγνωση καρκινώματος σε στρατιώτη κατά τη διάρκεια της θητείας του και επιδικάσθηκε στον παθόντα αποζημίωση 52.000 ευρώ.

ΣτΕ 2579/2006: θάνατος ασθενούς κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης λόγω αθρόας εκροής αίματος, εξαιτίας κάκωσης που προκλήθηκε από τη λανθασμένη χρήση χειρουργικού εργαλείου. Επιδικάσθηκε αποζημίωση 88.041 ευρώ στον σύζυγο, 176.082 ευρώ σε καθένα τέκνο, 21.347 ευρώ σε καθένα από τους γονείς και 14.673 ευρώ στον αδελφό.

ΣτΕ 521/2006: θάνατος ασθενούς κατά τη διάρκεια επέμβασης ριζικής εκτομής κακοήθους όγκου, όπου δεν επιδικάσθηκε αποζημίωση στους δικαιούχους (οικογένεια θύματος-γονείς και αδέρφια).

ΣτΕ 2739/2007: κρίθηκε μη έγκαιρη διάγνωση από οφθαλμίατρο της νόσου της ασθενούς, με αποτέλεσμα την απώλεια οράσεως από τον έναν οφθαλμό, όπου επιδικάσθηκε στην παθούσα το ποσό των 150.946 ευρώ.

ΣτΕ 2736/2007: εναπόθεση βελόνας στο σώμα ασθενούς από καρδιοχειρουργό με αποτέλεσμα να προκληθούν σοβαρές επιπλοκές στην υγεία του. Στον παθόντα επιδικάσθηκε αποζημίωση 44.020 ευρώ.

ΣτΕ 2179/2007: κρίθηκε παραμέληση από το νοσηλευτικό προσωπικό ασθενούς με τάσεις αυτοκτονίας, με συνέπεια την πτώση στο κενό και το θάνατο αυτού. Επιδικάσθηκε αποζημίωση 100.000 ευρώ στη μητέρα και 30.000 ευρώ στον αδελφό.

ΣτΕ 1018/ 2008: κρίθηκε σφάλμα κατά τη διάρκεια αναισθησίας της ασθενούς, με αποτέλεσμα τη μόνιμη εγκεφαλική της βλάβη. Στην παθούσα επιδικάστηκε αποζημίωση 525.000 ευρώ, ενώ απορρίφθηκε το αίτημα για έξοδα νοσηλείας στο εξωτερικό, διότι αυτά εξοφλήθηκαν απευθείας στο αλλοδαπό Νοσοκομείο από τον οικείο ασφαλιστικό ταμείο της παθούσας.

ΣτΕ 1471/2008: κρίθηκε προσβολή από τον ιό του AIDS από παράνομες παραλείψεις των οργάνων του Νοσοκομείου που ήταν επιφορτισμένο με τον έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος όταν είχε ήδη γίνει υποχρεωτικός ο έλεγχος αυτός. Επιδικάστηκε αποζημίωση 73.000 ευρώ σε έκαστο από τους γονείς και 58.964 ευρώ σε έκαστο από τα αδέρφια.

ΣτΕ 926/2009: εσφαλμένη διάγνωση και αντιμετώπιση περιστατικού από ειδικευμένο ιατρό στη Χειρουργική κλινική εφημερεύοντος δημόσιου Νοσοκομείου με συνέπεια τον θάνατο βρέφους, όπου επιδικάστηκε αποζημίωση 29.347 ευρώ σε έκαστο από τους γονείς και 14.673 ευρώ σε έκαστο από τα αδέρφια.

ΣτΕ 727/2009: εσφαλμένη χρήση χειρουργικού εργαλείου με αποτέλεσμα τη ρήξη οισοφάγου της ασθενούς και τη μετέπειτα επίπονη χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση της βλάβης της υγείας της, όπου επιδικάστηκε 125.000 ευρώ για αποζημίωση.

ΣτΕ 330/2009: εναπόθεση γάζας εντός του σώματος της ασθενούς από χειρουργούς κατά τη διάρκεια επέμβασης με αποτέλεσμα την πρόκληση σοβαρών μετεγχειρητικών επιπλοκών, όπου επιδικάστηκε στην παθούσα 14.764 ευρώ.

## **14.2. Η επανόρθωση του ιατρικού σφάλματος**

Το άρθρο 297 ΑΚ καθιερώνει τη χρηματική αποζημίωση ως γενικό κανόνα. Κατ' εξαίρεση προβλέπεται η αυτούσια (in natura) αποκατάσταση μιας ζημίας, με την έννοια της επαναφοράς του αγαθού που προσβλήθηκε στην κατάσταση προ της προσβολής του, με την προϋπόθεση να υποβληθεί σχετικό αίτημα του οφειλέτη και να μην βλάπτονται με αυτόν τον τρόπο τα συμφέροντα του δανειστή.

Η υποχρέωση του ιατρού να αποκαταστήσει το σφάλμα του συνίσταται στην υποχρέωσή του να λάβει όλα τα αναγκαία μέτρα για την αποτροπή, μείωση ή άρση της ζημίας του ασθενούς και πρέπει να γίνει σύμφωνα με το ιατρικό standard, τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και το συμφέρον του ασθενούς. Επομένως, ο ιατρός που με μια πρόσθετη ενέργεια προσπαθεί να αποτρέψει, να περιορίσει ή να άρει τη βλάβη του ασθενούς που απειλείται ή προκλήθηκε από το σφάλμα του δεν κάνει τίποτε άλλο από το να τηρεί το αντικειμενικά επιβαλλόμενο πρότυπο επιμέλειας.

Η παρέμβαση του ιατρού για αποκατάσταση του ιατρικού σφάλματος μπορεί να θεμελιωθεί στην υποχρέωση αποτροπής της απειλούμενης βλάβης που απορρέει από το γενικό καθήκον πρόνοιας και επιμέλειας το οποίο υποχρεώνει κάθε πρόσωπο που δημιουργεί με τη συμπεριφορά του μια επικίνδυνη κατάσταση (πχ ιατρικό σφάλμα) να λαμβάνει τα αναγκαία μέτρα για την αποτροπή πρόκλησης ζημιών. Επίσης, μπορεί να θεμελιωθεί στη γενική αξίωση για άρση της προσβολής που αναγνωρίζεται στην αδικοπρακτική ευθύνη. Βάση θεμελίωσης αποτελεί και η σύμβαση ιατρικής αγωγής, όπου ο ιατρός υποχρεούται να εκτελεί τις συμβατικές του υποχρεώσεις (παροχή ιατρικών υπηρεσιών) με κάθε επιμέλεια αποβλέποντας στο συμφέρον του ασθενούς, αν και η σύμβαση ιατρικής αγωγής δεν ανήκει στο συμβατικό τύπο της σύμβασης έργου, όπου θα υπήρχε υποχρέωση του ιατρού να προβεί στη διόρθωση των επουσιωδών ελαττωμάτων του έργου, σύμφωνα με τη διάταξη 688 ΑΚ. Αν δεν υπάρχει συμβατική σχέση αλλά ο ιατρός έχει αναλάβει τον ασθενή με κάποιον άλλο τρόπο (άκυρη σύμβαση, δημόσια περίθαλψη, «διοίκηση αλλότριων») ο ιατρός ομοίως υποχρεούται να παράσχει τις υπηρεσίες του τηρώντας την οφειλόμενη επιμέλεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η υποχρέωση του ιατρού να διορθώσει ή να επαναλάβει ορθά την εσφαλμένη αμελή ιατρική πράξη μπορεί να θεμελιωθεί στις γενικές αρχές που ισχύουν για την πλημμελή εκπλήρωση. Πρόκειται για αξίωση που έχει ο δανειστής για προσήκουσα εκπλήρωση, που έχει το χαρακτήρα της άρσης της πλημμέλειας όταν η ζημιά δεν έχει ακόμη προκληθεί ((πχ εσφαλμένη διάγνωση) ή της αποκατάσταση in natura στην περίπτωση που η ζημιά έχει ήδη επέλθει και στοχεύεται η άρση ή ο περιορισμός της. Στην πρώτη περίπτωση ως επανόρθωση νοείται η ορθή συμπεριφορά, ενώ στη δεύτερη η άρση των συνεπειών της εσφαλμένης συμπεριφοράς.

Τίθεται το ερώτημα αν ο ιατρός δικαιούται να προβεί στην επανόρθωση του ιατρικού σφάλματος, χωρίς νέα πρόσθετη συναίνεση του ασθενούς. Η αρχική συναίνεση του ασθενούς πρέπει να θεωρηθεί ότι καταρχήν καλύπτει και κάθε ενέργεια του ιατρού που συντελεί στη μείωση των κινδύνων για την υγεία του, ανεξάρτητα από το ειδικότερο αίτιο της διακινδύνευσης. Όταν το ιατρικό σφάλμα έχει προκαλέσει την οποιαδήποτε διακινδύνευση του ασθενούς, η επανόρθωσή του που αποσκοπεί στην άρση αυτής της διακινδύνευσης, όχι μόνο επιβάλλεται με βάση την ιατρική επιμέλεια, αλλά πρέπει να θεωρηθεί και ότι καλύπτεται από τη συναίνεση του ασθενούς. Οι υποχρεώσεις επιμέλειας του ιατρού επιβάλλουν την από μέρους του λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων για την αποτροπή της βλάβης που απειλείται ή για την αποκατάσταση της βλάβης (άρση ή



περιορισμός) που επήλθε ως συνέπεια του ιατρικού σφάλματος, όταν η παράλειψη ή η καθυστέρηση των μέτρων αυτών συνιστά διακινδύνευση της ζωής ή της υγείας του ασθενούς. Επομένως, όταν η επανόρθωση του λάθους αποσκοπεί στην αποτροπή κινδύνων για την υγεία του ασθενούς, η συναίνεση του τελευταίου καλύπτει και αυτά τα μέτρα, εκτός αν υπάρχει ρητή άρνησή του ή πρόκειται για πράξη διαφορετικής φύσης, βαρύτητας και συνεπειών από εκείνη για την οποία είχε συναινέσει. Στην προκείμενη περίπτωση, πρέπει να θεωρηθεί αρκετή η «εικαζόμενη βούληση» του ασθενούς (άρθρο 730 ΑΚ), διότι οι ενέργειες αποκατάστασης του ιατρού γίνονται άμεσα και προς το συμφέρον του ασθενούς.

Όσον αφορά την επίδραση της επανόρθωσης του ιατρικού σφάλματος στην ευθύνη του ιατρού, όταν οι επανορθωτικές ενέργειες του ιατρού επιτυγχάνουν την αποτροπή κάθε βλάβης του ασθενούς, δεν υπάρχει καν ιατρικό σφάλμα, δηλαδή, η συμπεριφορά του ιατρού συνολικά δεν υπήρξε αμελής. Πρόκειται για την άποψη ότι η ύπαρξη ιατρικού σφάλματος δεν κρίνεται μεμονωμένα, αλλά συνολικά εκτιμωμένων όλων των ενεργειών και παραλείψεων του ιατρού σε σχέση με το συγκεκριμένο ασθενή. Η ευθύνη του ιατρού θα αποκλείεται, επειδή ο ασθενής σε αυτές τις περιπτώσεις δεν θα έχει υποστεί καμία ζημία. Αντιθέτως, ακόμη και η πλήρης αποκατάσταση της βλάβης της υγείας του ασθενούς δεν πρέπει να αποκλείει την ευθύνη του ιατρού, αν ο ασθενής έχει υποστεί περιουσιακή ζημία ή και μόνο ηθική βλάβη λόγω του σφάλματος (π.χ. ο ασθενής υποβάλλεται σε νέα χειρουργική επέμβαση και απουσιάζει από την εργασία του ή υφίσταται ψυχική και σωματική ταλαιπωρία από την επανάληψη διαγνωστικής εξέτασης). Σε αυτή την περίπτωση, ο αποχαρακτηρισμός της συμπεριφοράς του ιατρού ως ιατρικού σφάλματος, λόγω της μεταγενέστερης επανόρθωσής του, εμφανίζεται ως ανεπιεικής.

Επίσης, τίθεται το ερώτημα αν η αποκατάσταση συνιστά υποχρέωση ή δικαίωμα του ιατρού. Ο ιατρός μπορεί να είναι σε θέση με δικές του ενέργειες να αποκαταστήσει την επιβαρυντική για τον ασθενή κατάσταση που δημιούργησε το ιατρικό σφάλμα. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου αυτό δεν είναι καθόλου δυνατό, όπως στην περίπτωση που εξαιτίας λάθους διενεργείται περιττή εγχείρηση στον ασθενή ή του αφαιρείται λάθος όργανο.

Στην περίπτωση που το ιατρικό σφάλμα δεν έχει προκαλέσει ακόμη κάποια βλάβη στον ασθενή ή η βλάβη αυτή δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί, η παρέμβαση του ιατρού αποσκοπεί στην αποτροπή της βλάβης που απειλείται λόγω του προηγουμένου

σφάλματός του. Πρόκειται για διαγνωστικό σφάλμα του ιατρού που αποκαλύπτεται μόνο μετά την έναρξη της εγχείρησης η οποία ήταν απαραίτητη για την αντιμετώπιση τόσο του προβλήματος που εσφαλμένα διαγνώστηκε όσο και του πραγματικού προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής (π.χ. γυναικολόγος διαπιστώνει, κατά τη διάρκεια της επέμβασης για την αφαίρεση κύστης, ότι υπάρχει όγκος στην ωοθήκη που επιβάλλει την αφαίρεσή της). Τίθεται το ερώτημα αν ο ιατρός οφείλει ή δικαιούται να διορθώσει τη διάγνωσή του και να προχωρήσει σε εγχείρηση διαφορετικής φύσης από αυτή που είχε προβλεφθεί, ώστε να αποτρέψει τη βλάβη ή την επιδείνωση της υγείας του ασθενούς. Επίσης, στην αποκαταστατική παρέμβαση του ιατρού αποτελεί και η έγκαιρη πρόσκληση ειδικού ιατρού για την αντιμετώπιση των επικείμενων δυσμενών συνεπειών του ιατρικού λάθους, όταν αυτά δεν έχουν ακόμη επέλθει. Στην περίπτωση που το ιατρικό σφάλμα έχει ήδη προκαλέσει ζημία στον ασθενή, η περαιτέρω παρέμβαση του ιατρού αποσκοπεί στην άρση ή στον περιορισμό των βλαβών που έχουν επέλθει (π.χ. χειρουργός που κατά λάθος τραυματίζει τον ασθενή σε σημείο που δεν έπρεπε προβαίνει σε συρραφή της τομής).

Η αποκαταστατική ενέργεια του ιατρού μπορεί να συνίσταται στην ίδια πράξη την οποία έχει ήδη εσφαλμένα ενεργήσει, οπότε ο ιατρός θα προβεί στην επανάληψή της (π.χ. επανάληψη διαγνωστικής εξέτασης) ή τη διόρθωσή της (π.χ. διόρθωση του μη ικανοποιητικού αποτελέσματος αισθητικής επέμβασης) ή μπορεί να πρόκειται για την αντίστροφη ή για μια εντελώς διαφορετική ιατρική πράξη ή σύνολο ενεργειών (π.χ. ο ιατρός που χορήγησε λάθος φάρμακο ή δόση φαρμάκου προβαίνει σε πλύση στομάχου, ο οδοντίατρος που καταστρέφει ένα υγιές δόντι στη συνέχεια αποκαθιστά τη λειτουργικότητα και την αισθητική της στοματικής κοιλότητας, ο ιατρός υποβάλλει τον ασθενή σε εγχείρηση για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που προκάλεσε εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή).

Η αποκαταστατική ενέργεια του ιατρού μπορεί να έχει επείγοντα ή μη χαρακτήρα, με την έννοια ότι οποιαδήποτε καθυστέρηση στην ενέργεια του ιατρού συνεπάγεται μεγαλύτερη βλάβη ή διακινδύνευση για τον ασθενή (π.χ. ο ασθενής που έχασε το υγιές δόντι του λόγω σφάλματος του οδοντίατρου δεν διατρέχει κίνδυνο χειροτέρευσης της κατάστασής του, ενώ η επανόρθωση του σφάλματος πρέπει να γίνει άμεσα στην περίπτωση που στον ασθενή έγινε μετάγγιση από λάθος ομάδα αίματος). [36]

## 15. ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΧΕΣΗΣ ΠΡΟΣΤΗΣΗΣ

### 15.1. Έννοια ευθύνης από τη σχέση πρόσθησης

Οι διατάξεις που αφορούν τη σχέση πρόσθησης είναι οι ακόλουθες:

Άρθρο 334 ΑΚ: «ο οφειλέτης ευθύνεται για το πταίσμα των προσώπων που χρησιμοποιεί για να εκπληρώσει την παροχή, όπως για δικό του πταίσμα»

Άρθρο 922 ΑΚ: «ο κύριος ή ο προστήσας κάποιον άλλο σε μία υπόθεση ευθύνεται για τη ζημία που ο προστηθείς προξένησε σε τρίτον παράνομα κατά την υπηρεσία του».

Η θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης για αλλότριες πράξεις (σχέση πρόσθησης) εδράζεται στα άρθρα 334 ΑΚ που αναφέρεται στην ευθύνη του οφειλέτη για τις πράξεις προσώπων που αυτός χρησιμοποιεί για την εκπλήρωση παροχής (βοηθούς εκπλήρωσης) και 922 ΑΚ που αναφέρεται στην ευθύνη του προστήσαντος για τις παράνομες πράξεις του προστηθέντος που επιφέρουν ζημία σε τρίτο. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι πρόσωπα που επεκτείνουν τη δράση τους και χρησιμοποιούν τρίτα πρόσωπα, αποκομίζοντας έτσι οφέλη, πρέπει να υφίστανται τις επιζήμιες για τους τρίτους συνέπειες από τις πράξεις αυτών των προσώπων. Επιπλέον, οι ζημιωθέντες αποκτούν έναν ακόμη οφειλέτη, δηλαδή τον προστήσαντα, εκτός από τον προστηθέντα.

### 15.2. Ευθύνη ν.π.ι.δ. και ιατρού από τη σχέση πρόσθησης

Η ιατρική ευθύνη για αλλότριες πράξεις αφορά κυρίως τις αγωγές αποζημίωσης κατά ιδιωτικών κλινικών για τα πταίσματα των ιατρών που εργάζονται εκεί. Η ευθύνη μιας ιδιωτικής κλινικής για τις πράξεις ή παραλείψεις των συνεργαζόμενων με αυτήν ιατρών θεμελιώνεται στη διάταξη του άρθρου 922 ΑΚ και όχι στο άρθρο 334 ΑΚ, επομένως η ιατρική ευθύνη είναι κατά κανόνα αδικοπρακτική.

Η εις ολόκληρον ευθύνη του προστήσαντος προϋποθέτει α) σχέση πρόσθησης β) ενέργεια του προστηθέντος παράνομη και υπαίτια, δηλαδή αδικοπραξία που πληροί τις προϋποθέσεις του άρθρου 914 ΑΚ γ) η ενέργεια του προστηθέντος να έγινε κατά την εκτέλεση της υπηρεσίας που του είχε ανατεθεί ή επ' ευκαιρία ή εξ αφορμής αυτής ή κατά κατάχρηση της υπηρεσίας αυτής. Υπάρχει κατάχρηση της ανατεθείσης εξουσίας όταν η ζημιολογία πράξη τελέστηκε καθ' υπέρβαση των ορίων των καθηκόντων του προστηθέντος και κατά παράβαση των εντολών και οδηγιών του προστήσαντος. Μεταξύ της ζημιολογίας ενέργειας και της υπηρεσίας που ανατέθηκε στον προστηθέντα πρέπει να

υπάρχει εσωτερική συνάφεια, δηλαδή η ενέργεια αυτή δεν θα μπορούσε να υπάρξει χωρίς την πρόστηση ή ότι η πρόστηση υπήρξε το αναγκαίο μέσο για την τέλεση της αδικοπραξίας *ΑΠ 1507/2005, ΑΠ 959/2004, ΑΠ 926/2004, ΑΠ 651/2001, ΑΠ 555/2000, ΑΠ 1226/2007.*

Για την εφαρμογή του άρθρου 922 ΑΚ απαιτείται η ύπαρξη σχέσης εξάρτησης ανάμεσα στον προστήσαντα και τον προστηθέντα. Η σχέση πρόστησης καλύπτει κάθε εκούσια χρησιμοποίηση άλλων προσώπων και μπορεί να στηρίζεται σε σύμβαση εργασίας, έργου, εντολής, αλλά μπορεί να είναι και οποιαδήποτε άλλη βιοτική σχέση μεταξύ προστήσαντος και προστηθέντος, χωρίς να ενδιαφέρει αν η ανωτέρω σχέση στην οποία βασίζεται η πρόστηση είναι νόμιμη ή παράνομη, αν ο προστηθείς αμείβεται ή όχι, αν η σχέση πρόστησης είναι διαρκής ή ευκαιριακή. Για την ύπαρξη της έννοιας της πρόστησης απαιτείται σχέση εξάρτησης μεταξύ του προστήσαντος και του προστηθέντος η οποία εκδηλώνεται με την εξουσία του πρώτου να δίνει διαταγές και οδηγίες στο δεύτερο ως προς τον τρόπο διεξαγωγής της υπηρεσίας ή την εκπλήρωση των καθηκόντων του ή γενικά να υπόκειται στον έλεγχό του. Για τη θεμελίωση της ευθύνης από τη σχέση πρόστησης αρκεί και χαλαρή έστω εξάρτηση του ιατρού από την κλινική ή σχέση εργασίας του ιατρού με το Νοσοκομείο όπου οι ιατροί νοσηλεύουν ασθενείς. Υπάρχει σχέση εξάρτησης κατά την έννοια του άρθρου 922 ΑΚ και επομένως ευθύνη και του φυσικού και νομικού προσώπου, αφού η δραστηριότητα του ιατρού εμπίπτει στον επιχειρηματικό ή επαγγελματικό κύκλο δράσης και αποφέρει κέρδος στο νομικό πρόσωπο, ανεξάρτητα από την ύπαρξη σχετικής ανεξαρτησίας του ιατρού (πχ ελεύθερος επαγγελματίας ιατρός χειρουργεί ή διενεργεί τοκετούς σε ιδιωτική κλινική ή διενεργεί μόνο ιατρικές εξετάσεις διαγνωστικού χαρακτήρα, χωρίς να προβαίνει σε χειρουργεία και άλλες επεμβατικές ιατρικές πράξεις, συνδεδεμένος με το ιδιωτικό κέντρο ή την κλινική με σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών *ΑΠ 1270/89*). Όπως αναφέρθηκε, αρκεί και «χαλαρή» εξάρτηση, δεδομένου ότι, ακόμη και αν δοθούν από την κλινική «ειδικές οδηγίες», οι ιατροί υπόκεινται μόνο στις θεμελιώδεις αρχές και τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης (άρθρο 24 ΑΝ 1565/1939, άρθρα 2, 3, 10 Κ.Ι.Δ.). Η σχέση εξάρτησης θεμελιώνεται και στο ότι η κλινική παρέχει στον ιατρό «γενικές οδηγίες» για τον τόπο, χρόνο και όρους εργασίας, αρκεί ακόμη και το γεγονός ότι ο ιατρός εντάσσεται στο πρόγραμμα της κλινικής, η οποία ανάλογα με το φόρτο εργασίας καθορίζει τον τόπο και το χρόνο παροχής των ιατρικών υπηρεσιών από τον ιατρό. Επίσης, ούτε η πρωτοβουλία που μπορεί να επιδεικνύει ο ιατρός κατά την άσκηση των καθηκόντων του μπορεί να

αποκλείσει τη σχέση εξάρτησης. Σύμφωνα με την αρχή της καλής πίστης, η ιδιωτική κλινική πρέπει να επιλέγει προσεκτικά τους ιατρούς που συνεργάζονται μαζί της, διότι η προσθήσασα ιδιωτική κλινική ωφελείται ποικιλοτρόπως από τον προστηθέντα ιατρό, αφενός εξασφαλίζοντας πελατεία και επαυξάνοντας τις δυνατότητες οικονομικών κερδών της και αφετέρου ενισχύοντας την αίγλη της με τη συνεργασία με διαπρεπείς ιατρούς. Η ιδιωτική κλινική ευθύνεται και δεν μπορεί να απαλλαγεί ακόμη και αν αποδείξει ότι δεν βαρύνεται με πταίσμα ως προς την επιλογή του προστηθέντος ιατρού ή τις οδηγίες που παρείχε. Στην περίπτωση που η σχέση του ιατρού με την κλινική είναι ελεύθερη, με τη μορφή ελεύθερης συνεργασίας μεταξύ τους, όπου ο ιατρός διενεργεί χειρουργικές επεμβάσεις ή τοκετούς στην κλινική ή το νοσηλευτικό ίδρυμα το οποίο διαθέτει στον ιατρό την απαραίτητη επιστημονική και άλλη υποδομή (εγκαταστάσεις, φάρμακα, μηχανήματα, εργαλεία, παραϊατρικό προσωπικό), ο ιατρός εντάσσεται στο πρόγραμμα της κλινικής ή του νοσηλευτικού ιδρύματος το οποίο καθορίζει μεν τον τόπο και το χρόνο παροχής της ιατρικής υπηρεσίας, αλλά ως προς την τρόπο παροχής αυτής ο ιατρός ενεργεί με δική του πρωτοβουλία. Στην περίπτωση αυτή, παρά την ανεξαρτησία του συνεργαζόμενου ιατρού σχετικά με την άσκηση των κύριων ιατρικών του καθηκόντων, υπάρχει εξάρτηση κατά την έννοια του άρθρου 922 ΑΚ, επομένως ευθύνη του προστήσαντος, αφού η δραστηριότητα του ιατρού εμπίπτει γενικά στον επιχειρηματικό και επαγγελματικό κύκλο δράσης του ν.π.ι.δ. *ΑΠ 1362/2007*.

Ο δικαιολογητικός λόγος της ευθύνης του προστήσαντος για πράξη του προστηθέντος είναι ότι ο προστήσας ωφελείται από τη δραστηριότητα του προστηθέντος, διότι με τη συνδρομή του επεκτείνει τον κύκλο των δραστηριοτήτων του, τα κέρδη του και συνακόλουθα πρέπει να αυξάνεται το πεδίο των κινδύνων που πρέπει να φέρει ο προστήσας *ΑΠ 1362/2007, ΑΠ 1270/1989*. Με την καθιέρωση της ευθύνης του προστήσαντος, οι ασθενείς αποκτούν έναν ακόμα οφειλέτη, εκτός από τον προστηθέντα, δηλαδή το ν.π.ι.δ. που είναι συνήθως οικονομικά ισχυρότερο από τον ιατρό.

Όσον αφορά την παραγραφή της αξίωσης του ασθενή εναντίον του ιατρού από αδικοπραξία (διάπραξη ιατρικού σφάλματος), κρίθηκε (*ΑΠ 160/2001*) ότι σε περίπτωση πρόσθησης ιατρού από ιδιωτική κλινική η γνώση από τον ασθενή, σύμφωνα με το άρθρο 937 ΑΚ, του υπόχρεου σε αποζημίωση ή χρηματική ικανοποίηση υπάρχει ως προς το πρόσωπο του προστήσαντος, ακόμη και όταν δεν γνωρίζει ποιος συγκεκριμένος ιατρός από την ιατρική ομάδα προκάλεσε το ιατρικό σφάλμα, αρκεί ότι η ζημία προκλήθηκε από ένα από τα πρόσωπα που ο προστήσας χρησιμοποιούσε ως προστηθέντες. **[11, 26]**

## 16. ΕΥΘΥΝΗ ΠΕΡΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΛΛΟΤΡΙΩΝ

### 16.1. Έννοια ευθύνης περί διοίκησης αλλοτρίων

Σε ορισμένες περιπτώσεις η σχέση του ιατρού με τον ασθενή μπορεί να υπαχθεί στη νομική μορφή της «διοίκησης αλλοτρίων» ή άλλης παρόμοιας εκ του νόμου σχέσης. Ο ιατρός μπορεί να θεωρηθεί ως «διοικητής αλλοτρίων», όταν δεν έχει συναφθεί σύμβαση ιατρικής αγωγής με τον ασθενή ή με άλλο πρόσωπο υπέρ του ασθενούς ή όταν η σύμβαση ιατρικής αγωγής που καταρτίστηκε είναι άκυρη για οποιοδήποτε λόγο. Η «διοίκηση αλλοτρίων» πρέπει να γίνει δεκτή ιδίως στην περίπτωση αυτόβουλης παρέμβασης του ιατρού με ανθρωπιστικό χαρακτήρα, εκτός του πλαισίου άσκησης του επαγγέλματός του ή εκπλήρωσης νομικής υποχρέωσης. Στην τελευταία περίπτωση (εκπλήρωση νομικής υποχρέωσης), ο ιατρός δεν μπορεί να θεωρηθεί «διοικητής αλλοτρίων», σύμφωνα με το άρθρο 25 Ν. 1565/1939.

Τίθεται το ζήτημα αν ο ιατρός που οι ενέργειές του αποσκοπούσαν στην αποτροπή κινδύνου για τον ασθενή, μπορεί να επικαλεστεί την ελαφρύτερη ευθύνη του (μόνο για δόλο και βαριά αμέλεια) σύμφωνα με τη διάταξη 732 ΑΚ *«όποιος διοίκησε ξένες υποθέσεις για να αποτρέψει κίνδυνο που απειλούσε τον κύριο, ευθύνεται μόνο για δόλο και βαριά αμέλεια»*. Η εφαρμογή της διάταξης αυτής θα οδηγούσε στην αποδοχή της ευθύνης του ιατρού που δεν τήρησε την οφειλόμενη επιμέλεια, μόνο αν το έκανε από πρόθεση (σπάνιο στην ιατρική ευθύνη) ή από βαριά αμέλεια.

Ακόμη και όταν δεν υπάρχει έγκυρη σύμβαση με τον ασθενή και ανεξάρτητα από τη νομική φύση της σχέσης που δημιουργείται μεταξύ ιατρού και ασθενούς, πρέπει να εξετάζεται αν η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών γίνεται στο πλαίσιο της κανονικής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, δηλαδή, από τον ιατρό ως επαγγελματία. Η νομική υποχρέωση του ιατρού να παράσχει βοήθεια, σύμφωνα με το άρθρο 25 ΑΝ 1565/1939, αποτελεί επαγγελματική του υποχρέωση, δηλαδή, συνιστά και αυτή περιεχόμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν ο ιατρός ενεργεί ως επαγγελματίας, ο περιορισμός της ευθύνης μόνο σε περίπτωση δόλου ή βαριάς αμέλειας εμφανίζεται ως αδικαιολόγητος. Σε περιπτώσεις επείγοντος, το αντικειμενικό πρότυπο της ιατρικής επιμέλειας εξαρτάται από τις συνθήκες παροχής της υπηρεσίας και μπορεί να υπολείπεται του γενικού standard.

Ο μετριασμός της ευθύνης του ιατρού πρέπει να γίνει δεκτός, όταν η παροχή της υπηρεσίας γίνεται εκτός της κανονικής επαγγελματικής δραστηριότητας του ιατρού και εκείνος αυτοβούλως και για λόγους ιατρικού ανθρωπισμού προσφέρει τη βοήθειά του, χωρίς να του έχει ζητηθεί και χωρίς να τον βαρύνει σχετική νομική υποχρέωση. Συμπερασματικά, μόνο σε αυτή την περίπτωση που είναι και η μόνη μη αμφισβητούμενη περίπτωση προσφυγής στις διατάξεις της «διοίκησης αλλότριων», σύμφωνα με τη διάταξη 732 ΑΚ, υπάρχει απόκλιση από το αντικειμενικό πρότυπο της επιμέλειας, η τήρηση του οποίου επιβάλλεται σε κάθε άλλη περίπτωση. [36]

## 17. ΕΥΘΥΝΗ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

### 17.1. Νομικό πλαίσιο ευθύνης

Ο ασθενής στη σύγχρονη εποχή χαρακτηρίζεται όλο και περισσότερο σαν «χρήστης» «καταναλωτής», όροι που εμπεριέχουν την ενεργό συμμετοχή, τη διεκδίκηση αποτελεσματικότερης και ποιοτικότερης παροχής υπηρεσιών υγείας, τη διεκδίκηση πληροφορίας, επιλογών, παραπόνων κ.α. Ο σύγχρονος ασθενής επιλέγει ιατρό και θεραπευτήριο, ενώ οι παλαιότερα ονομαζόμενες «εντολές» του ιατρού έχουν μετονομασθεί σε «συστάσεις». Η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες ιατρού ρυθμίζεται σύμφωνα με το νόμο περί προστασίας καταναλωτή. Το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 (όπως ισχύει μετά την τροποποίηση με το Ν. 3587/07) αναφέρεται στην ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες. Συγκεκριμένα:

- 1) 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 επαγγελματικής δραστηριότητας παρέχει υπηρεσία, κατά τρόπο ανεξάρτητο.
- 2) Δεν είναι υπηρεσία, με την έννοια αυτού του άρθρου, παροχή η οποία έχει ως άμεσο και αποκλειστικό αντικείμενο την κατασκευή προϊόντων ή τη μεταβίβαση εμπραγμάτων δικαιωμάτων ή δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας.
- 3) Ο ζημιωθείς υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας
- 4) Ο παρέχων υπηρεσίες φέρει το βάρος της απόδειξης για την έλλειψη παρανομίας και υπαιτιότητάς του. Για την έλλειψη υπαιτιότητας λαμβάνονται υπόψη η ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και το σύνολο των ειδικών συνθηκών και ιδίως: α) η φύση και το αντικείμενο της υπηρεσίας, ιδίως σε σχέση με το βαθμό επικινδυνότητάς της, β) η παρουσίαση και ο τρόπος παροχής της, γ) ο χρόνος παροχής της, δ) η αξία της παρεχόμενης υπηρεσίας, ε) η ελευθερία δράσης που καταλείπεται στο ζημιωθέντα στο πλαίσιο της υπηρεσίας, στ) αν ο ζημιωθείς ανήκει σε κατηγορία μειονεκτούντων ή ευπρόσβλητων προσώπων, ζ) αν η παρεχόμενη υπηρεσία αποτελεί εθελοντική προσφορά του παρέχοντος αυτής.
- 5) Οι διατάξεις για συνυπευθυνότητα, τη μείωση ή άρση της ευθύνης και την απαγόρευση απαλλακτικών ρητρών των παραγράφων 10, 11 και 12 του άρθρου 6 εφαρμόζονται αναλογικά και στην ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες.



## 17.2. Έννοια - χαρακτηριστικά παρεχόμενης υπηρεσίας

Στο άρθρο 8 Ν. 2251/1994 εντάσσονται οι ιατρικές υπηρεσίες όπου ο ιατρός, ενεργώντας ελεύθερα, στο πλαίσιο ανεξάρτητης επαγγελματικής παροχής υπηρεσιών σε τρίτους (καταναλωτές ιατρικών υπηρεσιών) επιλέγει τα μέσα και τις μεθόδους προκειμένου να παρέχει τις υπηρεσίες του. Ευθύνη του ιατρού υπάρχει όταν η υπηρεσία δεν έχει την ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και εκθέτει σε κίνδυνο τη ζωή, την υγεία, την περιουσία του ασθενούς-καταναλωτή. Δεν υφίσταται ευθύνη όταν η υπηρεσία είναι ελαττωματική με την έννοια της πλημμέλειας, αλλά δεν επέρχεται βλάβη στην υγεία του ασθενούς.

Η ιατρική υπηρεσία πρέπει να παρέχεται «κατά τρόπο ανεξάρτητο» δηλαδή ο παρέχων υπηρεσία να δρα αυτόνομα και ανεξάρτητα, με την έννοια της επιλογής των μέσων που θα οδηγήσουν στο αποτέλεσμα, χωρίς να δεσμεύεται από συγκεκριμένες υποδείξεις, εντολές ή κατευθύνσεις του αποδέκτη των υπηρεσιών. Η έλλειψη αυτής της ελευθερίας αποτελεί έλλειψη ανεξαρτησίας που οδηγεί σε απαλλαγή από την ευθύνη. Η κατά ανεξάρτητο τρόπο παρεχόμενη υπηρεσία δεν αφορά τη σχέση εργασίας με την οποία ο ιατρός εργάζεται και παρέχει ιατρικές υπηρεσίες (πχ με σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών σε ν.π.ι.δ. ή ως ανεξάρτητοι ελεύθεροι επαγγελματίες στο ιατρείο τους), αλλά αφορά τη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς που πρέπει να διαθέτει ανεξαρτησία. Κατά την κρατούσα στη θεωρία άποψη, ο ιατρός κατά την παροχή των υπηρεσιών του ενεργεί κατά τρόπο ανεξάρτητο, επειδή δεν υπόκειται σε συγκεκριμένες οδηγίες ή υποδείξεις του αποδέκτη των υπηρεσιών, αλλά λόγω της επιστημονικής τους ελευθερίας, έχει τη δυνατότητα να προσδιορίζει τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών του. Δεν παίζει ρόλο για την κρίση περί ανεξάρτητης παροχής ιατρικών υπηρεσιών, αν ο παρέχων τις υπηρεσίες φέρει ο ίδιος τον επιχειρηματικό κίνδυνο της άσκησης του επαγγέλματος. Έχουν διατυπωθεί επιφυλάξεις για την επάρκεια του κριτηρίου της επιστημονικής ελευθερίας για την οριοθέτηση της ανεξάρτητης παροχής υπηρεσιών, υπό την έννοια της διάταξης του άρθρου 8, ιδίως στην περίπτωση των ειδικευομένων ιατρών που ενεργούν ιατρικές πράξεις υπό την επίβλεψη και τις οδηγίες άλλου, έμπειρου ιατρού, αλλά και των ιατρών που είναι ενταγμένοι σε νοσηλευτικούς οργανισμούς που, λόγω ακριβώς της οργανωτικής δομής αυτών των οργανισμών, υπόκεινται σε οδηγίες και κατευθύνσεις ως προς τα ιατρικά τους καθήκοντα.

Η υπηρεσία πρέπει να παρέχεται στο πλαίσιο της άσκησης της επαγγελματικής δραστηριότητας. Ο φοιτητής ιατρικής και ο ειδικευόμενος δεν εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του άρθρου 8 διότι, για τον μεν πρώτο, δεν υφίσταται άσκηση επαγγελματικής δραστηριότητας, για δε τον δεύτερο, στερείται του ειδικού στοιχείου της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας κατά τρόπο ανεξάρτητο, αφού τελώντας σε εκπαίδευση δεν θα πρέπει να έχει αυτοτελώς το δικαίωμα της παροχής ιατρικής υπηρεσίας. Στην περίπτωση που οι ειδικευόμενοι ιατροί παρέχουν ιατρικές συμβουλές εκτός Νοσοκομείου ΕΣΥ, στο πλαίσιο φιλικής εξυπηρέτησης, δεν ασκείται επαγγελματική δραστηριότητα, οπότε δεν τίθεται θέμα ευθύνης του ιατρού κατά το άρθρο 8 του προαναφερόμενου νόμου. Αυτό δεν αποκλείει την εφαρμογή των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ για την ευθύνη των Νοσοκομείων από πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων τους, δεδομένου ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί συνδέονται με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας με το Νοσοκομείο στο οποίο υπηρετούν. [11, 15, 36]

### **17.3. Περιεχόμενο ευθύνης**

Η παράβαση κανόνων δικαίου που ρυθμίζουν τις υποχρεώσεις των ιατρών συνιστά παρανομία με την έννοια του άρθρου 914 ΑΚ, οπότε γεννιέται υποχρέωση για αποκατάσταση της ζημίας που επήλθε στον ασθενή από την αιτιωδώς συνδεόμενη ιατρική πράξη ή παράλειψη (αδικοπρακτική ευθύνη).

Το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 είναι ειδική ρύθμιση, εντάσσεται στο σύστημα θεμελίωσης αστικής ευθύνης και καλύπτει κάθε περιουσιακή ζημία και ηθική βλάβη (932 ΑΚ) που θα υποστεί ο ασθενής από την παράνομη και υπαίτια πράξη ή παράλειψη του ιατρού, με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής κρίνεται ως καταναλωτής, δηλαδή τελικός αποδέκτης των ιατρικών υπηρεσιών. Η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες ιατρού στοιχειοθετείται όταν αποδειχθεί πρόκληση ζημίας με παράνομη και υπαίτια πράξη του ή παράλειψή του, δηλαδή κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών και εξαιτίας της, γεγονός που σημαίνει ότι η παροχή των υπηρεσιών θα πρέπει να έχει ήδη αρχίσει όταν μεσολαβεί το σφάλμα που προξενεί τη ζημία. Το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 εφαρμόζεται και στις περιπτώσεις ιατρικής ευθύνης λόγω αδικοπραξίας, δεδομένου ότι οι προϋποθέσεις της ιατρικής αδικοπρακτικής ευθύνης δεν διαφέρουν από τις προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 8, με την έννοια ότι το εν λόγω άρθρο εισάγει τα στοιχεία της παράνομης πρόκλησης ζημίας με πράξη ή παράλειψη του ιατρού κατά την παροχή των υπηρεσιών.

Σε περίπτωση ιατρικής ευθύνης λόγω αδικοπραξίας (914 ΑΚ), ο ασθενής-ενάγων επιβάλλεται να αποδείξει τη ζημία, την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ παροχής ιατρικών υπηρεσιών και επελθούσας ζημίας, καθώς και την υπαιτιότητα (πταίσμα) του ζημιώσαντος ιατρού-εναγομένου. Το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 δρα συμπληρωματικά στη διάταξη 914 ΑΚ προς όφελος του καταναλωτή-ασθενή, με κύριο χαρακτηριστικό της ενοχής την απομάκρυνση από την αρχή της υποκειμενικής ευθύνης, με την αντιστροφή του σχετικού βάρους απόδειξης, δηλαδή, ο παρέχων υπηρεσίες φέρει το βάρος απόδειξης για την έλλειψη υπαιτιότητας και παρανομίας εκ μέρους του (αντεστραμμένο βάρος απόδειξης). Συνεπώς, στο πλαίσιο του άρθρου 8 Ν. 2251/1994, ο ζημιωθείς-ενάγων φέρει το βάρος απόδειξης της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, της ζημίας του και του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της ζημίας και της παροχής των υπηρεσιών. Από την άλλη μεριά, επειδή εισάγεται τεκμήριο παρανομίας και υπαιτιότητας του παρέχοντος υπηρεσίες, ο παρέχων τις υπηρεσίες ιατρός, για να απαλλαγεί από την ευθύνη, πρέπει να αποδείξει την ανυπαρξία παράνομης και υπαίτιας πράξης του ή την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της επελθούσας ζημίας και της παράνομης και υπαίτιας πράξης του ή τη συνδρομή λόγου άρσης ή μείωσης της ευθύνης του, *ΑΠ 1227/2007: δέχεται ότι η ευθύνη του ιατρού για ζημία που προκαλείται από αυτόν κατά την παροχή των ιατρικών του υπηρεσιών καλύπτεται από το άρθρο 8 Ν. 2251/1994.*

Σε περίπτωση σύμπραξης περισσότερων ιατρών, υφίσταται εις ολόκληρον και αλληλεγγύως ευθύνη των ιατρών που μετέχουν στην ιατρική ομάδα να αποκαταστήσουν τη ζημία που επήλθε στον ασθενή. Κατ' επίκληση του άρθρου 8 Ν. 2251/1994, ο ασθενής μπορεί να δεχθεί ιατρικές υπηρεσίες από βοηθό ή συνεργαζόμενο του θεράποντος ιατρού του, χωρίς να το γνωρίζει και χωρίς να έχει συναινέσει σε αυτό στην περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης όπου συμμετέχει και άλλος ιατρός. Η αντιμετώπιση της παροχής υπηρεσιών που παρέχεται από περισσότερους ιατρούς ως μίας και ενιαίας υπηρεσίας ενισχύει την προστασία του ζημιωθέντος-αποδέκτη των υπηρεσιών στο πλαίσιο του άρθρου 8. Το άρθρο 926 ΑΚ προβλέπει ότι «αν από κοινή πράξη προήλθε ζημία περισσότερων ή αν για την ίδια ζημία ευθύνονται παράλληλα περισσότεροι, ενέχονται όλοι εις ολόκληρο. Το ίδιο ισχύει και αν έχουν ενεργήσει περισσότεροι συγχρόνως ή διαδοχικά και δεν μπορεί να εξακριβωθεί τίνος η πράξη επέφερε τη ζημία». Επομένως, για την περίπτωση της εις ολόκληρον ευθύνης, ο ζημιωθείς πρέπει να αποδείξει ότι υφίσταται παροχή ιατρικών υπηρεσιών προς το πρόσωπό του με σύμπραξη των περισσότερων ιατρών, ως ενιαία συλλογική πράξη, ότι υφίσταται ζημία και ότι υπάρχει αιτιώδης

συνάφεια της επελθούσας ζημίας με την από κοινού παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, χωρίς να χρειάζεται να τεκμηριωθεί ποια επιμέρους πράξη ή παράλειψη του κάθε συμπράξαντος επέφερε το ζημιογόνο αποτέλεσμα. Καθένας από τους ιατρούς που συνεργάστηκαν στην παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, για να απαλλαγεί από την ευθύνη πρέπει να αποδείξει το σύννομο της δικής του ιατρικής πράξης ή την έλλειψη υπαιτιότητάς του ή την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της πράξης του και της ζημίας. Συνηθέστερα αποδεικτικά μέσα είναι οι μάρτυρες και τα έγγραφα.

Οι ιατροί που συστήνουν μία εταιρεία παροχής ιατρικών υπηρεσιών και εργάζονται εκεί είτε ως ανεξάρτητοι ελεύθεροι επαγγελματίες είτε με σχέση εξαρτημένης εργασίας ευθύνονται έναντι του ασθενούς-καταναλωτή και οι ίδιοι ατομικά και το νομικό πρόσωπο στο οποίο συμμετέχουν ως εταίροι ή μέτοχοι, δηλαδή υπάρχει εις ολόκληρον υποχρέωση αποζημίωσης του ασθενούς, συντρεχουσών των προϋποθέσεων του Ν. 2251/1994, όπως αυτός τροποποιήθηκε μεταγενέστερα. [11, 15, 36]

#### **17.4. Κριτήρια στοιχειοθέτησης ευθύνης**

Όπως προαναφέρθηκε, ο παρέχων τις υπηρεσίες ιατρός πρέπει να αποδείξει την έλλειψη υπαιτιότητάς του κατά την παροχή των υπηρεσιών στον ασθενή-καταναλωτή. Για την έλλειψη υπαιτιότητας λαμβάνονται υπόψη η ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και το σύνολο των ειδικών συνθηκών κατά το χρόνο παροχής της υπηρεσίας. Λαμβανομένων υπόψη των παραπάνω, ο ιατρός μπορεί να απαλλαγεί από την ευθύνη του ή να περιοριστεί ο βαθμός υπαιτιότητάς του (π.χ. ο ιατρός αντιμετωπίζει περιστατικό χωρίς να έχει τα απαραίτητα μέσα για την αντιμετώπισή του και η έλλειψη δεν οφείλεται σε υπαιτιότητα του ιατρού). Η ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και οι ειδικές συνθήκες προσδιορίζονται από τα ακόλουθα:

*α) τη φύση και το αντικείμενο της υπηρεσίας, ιδίως σε σχέση με το βαθμό της επικινδυνότητας:* ο βαθμός επικινδυνότητας της κάθε ασθένειας ή της κάθε ιατρικής περίπτωσης αποτελεί παράγοντα που περιορίζει την ευθύνη του ιατρού. Αν ο ιατρός δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα πολύ σοβαρό και «επικίνδυνο» περιστατικό, πρέπει έγκαιρα να διατάξει τη μεταφορά του ασθενούς σε ένα ειδικό ιατρό ή νοσηλευτικό κέντρο που διαθέτει τα κατάλληλα μέσα και τις κατάλληλες υποδομές για την αντιμετώπισή του, άλλως υπέχει ευθύνη. Στις περιπτώσεις που απαιτείται άμεση παρέμβαση του ιατρού, για να αποτραπεί η πρόκληση ζημίας στον ασθενή, ο ιατρός απαλλάσσεται της υποχρέωσης να λάβει τη συναίνεσή του. Η ενέργεια αυτή του ιατρού επιτάσσεται από την

επιβαλλόμενη επιμέλεια που πρέπει να επιδεικνύει και θα πρέπει να είναι κοινώς παραδεκτή κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Αν ο ασθενής συναινεί στη διενέργεια ιατρικών πράξεων που διαθέτουν μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας, αναλαμβάνει και τους κινδύνους που σχετίζονται με αυτές, οπότε ο ιατρός απαλλάσσεται από την ευθύνη, εφόσον κατέβαλε τη δέουσα προσοχή και επιμέλεια, ανεξάρτητα αν από τις ιατρικές πράξεις προκλήθηκε ζημία στον ασθενή, δεδομένου ότι ο ιατρός υποχρεούται στην τήρηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς που συνάδει με τους κανόνες που διέπουν το επάγγελμά του, ενώ δεν υποχρεούται να προσπορίσει ορισμένο αποτέλεσμα στον ασθενή-αποδέκτη των υπηρεσιών.

β) *την παρουσίαση και τον τρόπο παροχής της υπηρεσίας*: ο ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή για το βαθμό επικινδυνότητας της κάθε ιατρικής πράξης, για τα ποσοστά-πιθανότητες επιτυχίας της ακολουθούμενης μεθόδου θεραπείας, προκειμένου ο ασθενής να λάβει τη σωστή απόφαση. Αν πρόκειται για νέα μέθοδο θεραπείας, ο ιατρός υποχρεούται να παρουσιάσει την παρεχόμενη υπηρεσία με τέτοιο τρόπο ώστε να ενημερώνει τον ασθενή για όλες τις παραμέτρους (επικινδυνότητα, ασφάλεια, προσδοκία επιτυχίας). Για την επιτυχή έκβαση της προτεινόμενης θεραπείας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι η συγκεκριμένη ιατρική πράξη ή παράλειψη πράξης επιλέγεται για τον συγκεκριμένο ασθενή, τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, με βάση όσα ισχύουν στην ιατρική επιστήμη και τα διεθνή ιατρικά δεδομένα. Η μη επιτυχής έκβαση μιας ιατρικής πράξης πρέπει να εξετάζεται υπό το πρίσμα όχι της αποκλειστικής ευθύνης του ιατρού, αλλά συνεκτιμώντας και άλλους παράγοντες, δηλαδή, αν ενημέρωσε σωστά και πλήρως τον ασθενή και αν επέδειξε την επιμέλεια που όφειλε κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ο ιατρός καλείται να υπερασπισθεί το υπέρτατο αγαθό που τίθεται σε διακινδύνευση, επιστρατεύοντας τις γνώσεις, την κρίση και την αποφασιστικότητά του, χωρίς να διαθέτει συχνά χρονικά περιθώρια ενημέρωσης και σκέψης για την κατάλληλη επιλογή του μέσου που θα ακολουθήσει και θα εφαρμόσει, προκειμένου να σώσει τη ζωή του ασθενούς.

γ) *το χρόνο παροχής της υπηρεσίας*: όταν ο ιατρός καλείται να παράσχει τις υπηρεσίες του, θέτει ως προτεραιότητα να σωθεί η ανθρώπινη ζωή και δεν διαθέτει την πολυτέλεια της επιλογής ή παραπομπής του ασθενούς στον «ειδικό» ιατρό ή στο κατάλληλα οργανωμένο Νοσοκομείο. Πολλές φορές όμως ο ιατρός επιλέγει να παραπέμψει τον ασθενή, οπότε μπορεί να ευθύνεται για παράλειψη επέμβασης, εκτός αν αποδείξει τους λόγους για τους οποίους αρνήθηκε να παράσχει τις ιατρικές του υπηρεσίες.

δ) *την αξία της υπηρεσίας*: όσον αφορά την ιατρική υπηρεσία, ακόμη και αν η αξία της είναι μικρή, δεν σημαίνει ότι και η ευθύνη του ιατρού θα μειωθεί αναλόγως, διότι στις περιπτώσεις αυτές το αγαθό που τίθεται σε διακινδύνευση ή η ζημία που μπορεί να προκληθεί στον ασθενή δεν έχει αναλογική σχέση με την αξία της παρεχόμενης υπηρεσίας.

ε) *η ελευθερία δράσης που καταλείπεται στο ζημιωθέντα στο πλαίσιο της υπηρεσίας*: ο ιατρός κατά την παροχή των υπηρεσιών διαθέτει ελευθερία δράσης ως προς την αντιμετώπιση του περιστατικού, γεγονός που θα προσδιορίσει την ανεξαρτησία του, προκειμένου να εκτιμηθεί αν η πράξη ή παράλειψη εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής του άρθρου 8.

στ) *αν ο ζημιωθείς ανήκει σε κατηγορία μειονεκτούντων ή ευπρόσβλητων προσώπων*: η κατηγορία αυτή των ζημιωθέντων επαυξάνει την ευθύνη του ιατρού, με την έννοια ότι αυτός υπέχει υποχρέωση ενημέρωσης των συγκεκριμένων καταναλωτών-ασθενών που πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι πλήρως κατανοητή.

ζ) *αν η παρεχόμενη υπηρεσία αποτελεί εθελοντική προσφορά του παρέχοντος*: ο ιατρός ευθύνεται ακόμη και αν η παροχή υπηρεσιών αποτελεί εθελοντική προσφορά, διότι και στην περίπτωση αυτή δεν απεκδύεται την ιδιότητα του επαγγελματία-παρόχου υπηρεσιών υγείας.

Η παράγραφος 5 του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 αναφέρει ότι «*η ύπαρξη ή η δυνατότητα παροχής τελειότερης υπηρεσίας, κατά το χρόνο της παροχής της συγκεκριμένης υπηρεσίας ή μεταγενέστερα, δεν θεμελιώνει χωρίς άλλο λόγο υπαιτιότητα*». Ο ιατρός οφείλει να ενημερώνεται διαρκώς, προκειμένου οι προσφερόμενες υπηρεσίες του να είναι ασφαλείς, επαρκείς και σύμφωνες με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Η συγκεκριμένη ρύθμιση είναι υπέρ των ιατρών, με την έννοια ότι τους απαλλάσσει από την ευθύνη ή την αγωνία ύπαρξης άλλου πληρέστερα ενημερωμένου ιατρού στο πλαίσιο της ταχύτατης εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης. Ακόμη και αν υπάρχει άλλος τέτοιος ιατρός, αυτό δεν σημαίνει ότι ευθύνεται ο ιατρός που παρακολούθησε τον ασθενή, εφόσον επέδειξε την επιμέλεια που επιβάλλεται και ενήργησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Επίσης, η ανωτέρω ρύθμιση σκοπεύει να αποτρέπει τους ιατρούς, λόγω της ευθύνης που θα έχουν σε αντίθετη περίπτωση, να αναλαμβάνουν όλες τις περιπτώσεις ασθενών σαν να είναι «ειδικοί» σε όλα τα ιατρικά θέματα έστω της

ειδικότητάς τους, δημιουργώντας στους ασθενείς την εντύπωση ή την προσδοκία της ασφαλούς και επιτυχούς έκβασης της ασθένειας. [11, 15, 36]

### **17.5. Αστική ευθύνη δημόσιου Νοσοκομείου κατά το άρθρο 8 ν. 2251/1994**

Ο Ν. 2251/94 αναφέρεται στην ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες και την προστασία των καταναλωτών. Οι διατάξεις του ισχύουν στον ιδιωτικό τομέα και στις επιχειρήσεις του δημοσίου τομέα ορίζοντας ότι καταναλωτής είναι κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο για το οποίο προορίζονται οι υπηρεσίες που προσφέρονται στην αγορά ή κάνει χρήση τέτοιων υπηρεσιών ως τελικός αποδέκτης αυτών, επομένως η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες περιλαμβάνει τα δημόσια Νοσοκομεία που αποτελούν τον εργοδότη του παρέχοντος τις υπηρεσίες ιατρού. Η ευθύνη είναι ενδοσυμβατική ή αδικοπρακτική ανεξαρτήτως προϋφιστάμενης ενοχικής σχέσης, μεταξύ του παρέχοντος τις υπηρεσίες και του ζημιωθέντος καταναλωτή.

Έχει υποστηριχθεί ότι στην ευθύνη των ν.π.δ.δ. που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να εφαρμόζεται το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 το οποίο αποτελεί ειδική ρύθμιση για την ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες ιατρού, εφαρμοζόμενη στον ιδιωτικό τομέα. Η ρύθμιση αυτή καθιερώνει *νόθο αντικειμενική ευθύνη*, δηλαδή, αυτός που την υπέχει υποχρεούται καταρχήν να αποζημιώσει τον ζημιωθέντα, απαλλάσσεται όμως από αυτή την υποχρέωση αν αποδείξει ότι η ζημία επήλθε χωρίς καμία υπαιτιότητά του. Στην περίπτωση του άρθρου 8, ο ζημιωθείς ασθενής οφείλει να αποδείξει την παροχή της υπηρεσίας, τη ζημία και τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας, ενώ ο ιατρός για να απαλλαγεί από την ευθύνη πρέπει να αποδείξει είτε ότι δεν υπήρξε παράνομη και υπαίτια πράξη του είτε ότι η ζημία του ασθενούς δεν συνδέεται αιτιωδώς με την παράνομη και υπαίτια πράξη του.

Αναλογική εφαρμογή του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 παράλληλα με αυτή των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ (ευθύνη Δημοσίου) θα σήμαινε ότι ο ασθενής-ζημιωθείς μπορεί να ζητήσει αποζημίωση, εφόσον αποδείξει την παροχή της ιατρικής υπηρεσίας από δημόσιο φορέα, τη ζημία του και τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας. Αντιστοίχως, το κράτος ή το ν.π.δ.δ. για να απαλλαγεί από την ευθύνη πρέπει να αποδείξει είτε ότι δεν υπήρξε παράνομη πράξη του ιατρικού και λοιπού προσωπικού του, είτε ότι η ζημία του ασθενούς δεν συνδέεται αιτιωδώς με την παράνομη πράξη. Ως προς τις λοιπές προϋποθέσεις, ισχύει η ρύθμιση του άρθρου 105 ΕισΝΑΚ. Το επιχείρημα της εφαρμογής του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 και στους νοσοκομειακούς ιατρούς εδράζεται

στο ότι ο αποκλεισμός της εφαρμογής του συγκεκριμένου άρθρου στις υπηρεσίες που παρέχονται από δημόσια Νοσοκομεία θα σήμαινε έναν αδικαιολόγητο διαχωρισμό των ζημιωθέντων από ιατρικές πράξεις σε αυτούς που ζημιώθηκαν στο πλαίσιο της ιδιωτικής άσκησης της ιατρικής και σε αυτούς που ζημιώθηκαν από την παροχή δημόσιας περίθαλψης, σε βάρος των δεύτερων. Αυτό θα συνέβαινε διότι η δεύτερη κατηγορία ζημιωθέντων θα εξακολουθούσε, εφόσον η αξίωσή τους διέπεται αποκλειστικά από τα άρθρα 105-106 ΕισΝΑΚ, να επιβαρύνεται με την απόδειξη του ιατρικού σφάλματος ή άλλης παρανομίας του προσωπικού του Νοσοκομείου, ενώ η πρώτη κατηγορία ζημιωθέντων απαλλάσσεται από την υποχρέωση αυτή, λόγω της αντιστροφής του βάρους απόδειξης που θεσπίζει το άρθρο 8 Ν. 2251/1994. Ένας τέτοιος διαχωρισμός των ασθενών θα ήταν προφανώς ανεπίτρεπτος και δεν μπορεί να θεμελιωθεί αποκλειστικά στην ανάγκη να μην επιβαρυνθεί υπέρμετρα το Δημόσιο με αποζημιώσεις ασθενών. Η ρύθμιση του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 θα έπρεπε να εφαρμοστεί ή να μην εφαρμοστεί συνολικά και όχι να επιτείνει ακόμη περισσότερο το φαινόμενο των ασθενών δύο ταχυτήτων.

Εν κατακλείδι, όσον αφορά το θέμα της απόδειξης της υπαιτιότητας (πταίσμα), η διαφορά έγκειται ότι οι διατάξεις του ΑΚ καθιερώνουν την υποκειμενική ευθύνη με την έννοια ότι το βάρος απόδειξης των προϋποθέσεων της αδικοπραξίας, μεταξύ των οποίων και η ύπαρξη πταίσματος του ιατρού, φέρει ο ενάγων-ζημιωθείς, ενώ το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 καθιερώνει αντιστροφή του βάρους απόδειξης, με την έννοια ότι το βάρος απόδειξης της έλλειψης υπαιτιότητας και του παρανόμου φέρει ο εναγόμενος φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας (ο παρέχων τις ιατρικές υπηρεσίες). [11, 15, 26]



## **18. ΠΟΙΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ**

### **18.1. Ορισμός**

Ποινική ευθύνη είναι η ευθύνη που έχει ο ιατρός όταν με πράξεις ή παραλείψεις του προκαλεί κάποιο ποινικό αδίκημα, δηλαδή παραβιάζει διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), με συνέπεια την επιβολή ποινής. Συνίσταται στην αξιολόγηση κάθε φορά των ενεργειών ή παραλείψεων του ιατρού, με βάση τους ισχύοντες κανόνες του ποινικού δικαίου και των ειδικών ποινικών νόμων. Ο ιατρός υποχρεούται σε κάθε επιμέλεια και αντιστοίχως ευθύνεται για κάθε βαθμό πταίσματος, ακόμη και για την όλως ελαφριά αμέλειά του. Τα ποινικά δικαστήρια επιλαμβάνονται των σχετικών υποθέσεων και κάθε φορά διαπιστώνουν κατά τρόπο εξειδικευμένο την ύπαρξη ή μη ποινικής ευθύνης, υπό την έννοια της αμελούς συμπεριφοράς και σε θετική περίπτωση επιβάλλουν ποινικές κυρώσεις, σύμφωνα με το ισχύον ποινικό σύστημα.

### **18.2. Περιεχόμενο ποινικής ευθύνης**

Τα ποινικά αδικήματα που μπορεί να διαπράξει ο ιατρός είναι εγκλήματα από πρόθεση και εγκλήματα από αμέλεια. Αδικήματα που ο ιατρός μπορεί να διαπράξει από πρόθεση είναι: το έγκλημα της αμβλώσεως (304 ΠΚ), η ανθρωποκτονία με συναίνεση (300 ΠΚ), η σωματική βλάβη από πρόθεση (308 ΠΚ), παράλειψη λυτρώσεως από κίνδυνο ζωής (307 ΠΚ), ανθρωποκτονία από πρόθεση (299 ΠΚ).

Τα ποινικά αδικήματα που μπορεί να διαπράξει ένας ιατρός από αμέλεια οποιασδήποτε μορφής είναι αριθμητικά πολύ περισσότερα από τα αδικήματα με πρόθεση που είναι περιορισμένου αριθμού. Η ανθρωποκτονία από αμέλεια (άρθρο 302 ΠΚ) και η σωματική βλάβη από αμέλεια (άρθρο 314 ΠΚ) αποτυπώνουν κατεξοχήν το λεγόμενο ιατρικό σφάλμα. Για τη δίωξη δεν απαιτείται έγκληση, επειδή ο ιατρός υποχρεούται να επιδείξει ιδιαίτερη επιμέλεια ή προσοχή λόγω του επαγγέλματός του. Άρα, τα αδικήματα αμέλειας τιμωρούνται μόνο εφόσον ο πράτων είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του εγκληματικού αποτελέσματος, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 15 ΠΚ.

Δεν υπάρχουν ειδικές διατάξεις για την ποινική ευθύνη των ιατρών. Οι διατάξεις των άρθρων 14, 15, 28, 302, 314, 315 ΠΚ που αναφέρονται στην αμελή συμπεριφορά γενικά ισχύουν και για τους ιατρούς. Συγκεκριμένα:

Άρθρο 14: Έννοια της αξιόποινης πράξης: «Έγκλημα είναι πράξη άδικη και καταλογιστή στο δράστη της, η οποία τιμωρείται από το νόμο. Στις διατάξεις των ποινικών νόμων ο όρος «πράξη» περιλαμβάνει και τις παραλείψεις».

Άρθρο 15: Έγκλημα που τελείται με παράλειψη: «Όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος».

Άρθρο 28: Αμέλεια: «Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν».

Άρθρο 302: Ανθρωποκτονία από αμέλεια: «Όποιος επιφέρει από αμέλεια το θάνατο άλλου, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Αν το θύμα της πράξης η οποία αναφέρεται στην προηγούμενη παράγραφο είναι οικείος του υπαιτίου, το δικαστήριο μπορεί να απαλλάξει τον υπαίτιο από κάθε ποινή, αν πεισθεί ότι λόγω της ψυχικής οδύνης που υπέστη από τις συνέπειες της πράξης του δε χρειάζεται να υποβληθεί σε ποινή».

Άρθρο 314: Σωματική βλάβη από αμέλεια: «Όποιος από αμέλεια προκαλεί σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας άλλου τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι τριών ετών. Αν η σωματική βλάβη που προκλήθηκε είναι εντελώς ελαφρά, επιβάλλεται φυλάκιση μέχρι τριών μηνών ή χρηματική ποινή. Η διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 302 εφαρμόζεται αναλόγως και στην πράξη της προηγούμενης παραγράφου. Στην περίπτωση αυτή για την ποινική δίωξη απαιτείται πάντοτε έγκληση και δεν εφαρμόζεται το δεύτερο εδάφιο της πρώτης παραγράφου του επόμενου άρθρου».

Άρθρο 315: Έγκληση: «Στις περιπτώσεις των άρθρων 308 και 314 η ποινική δίωξη ασκείται μόνο ύστερα από έγκληση. Δεν απαιτείται έγκληση αν ο υπαίτιος της πράξης του άρθρου 314 ήταν υπόχρεος λόγω της υπηρεσίας ή του επαγγέλματός του να καταβάλει ιδιαίτερη επιμέλεια ή προσοχή. Αν στην περίπτωση του άρθρου 308, ο παθών είναι δημόσιος υπάλληλος και η πράξη τελέστηκε κατά την εκτέλεση της υπηρεσίας του ή για λόγους σχετικούς με την εκτέλεσή της, η δίωξη ασκείται αυτεπαγγέλτως».

Άρθρο 441: Άρνηση ιατρών: «Γιατροί και μαίες που χωρίς δικαιολογημένο κώλυμα αρνούνται την εκτέλεση των έργων τους ή που αναφορικά με αυτήν γίνονται υπαίτιοι

οποιασδήποτε αμέλειας από την οποία μπορεί να προκύψει κίνδυνος για άλλον τιμωρούνται με πρόστιμο ή κράτηση μέχρι τριών μηνών, αν η πράξη δεν τιμωρείται βαρύτερα από άλλη διάταξη».

Άρθρο 307: Παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής: «Όποιος με πρόθεση παραλείπει να σώσει άλλον από κίνδυνο ζωής αν και μπορεί να το πράξει χωρίς κίνδυνο της δικής του ζωής ή υγείας, τιμωρείται με φυλάκιση ενός έτους»

Άρθρο 288 παρ. 1: Παρεμπόδιση αποτροπής κοινού κινδύνου και παράλειψη οφειλόμενης ενέργειας: «Όποιος με πρόθεση ματαιώνει ή δυσχεραίνει την ενέργεια που είναι αναγκαία για να αποτραπεί ή να κατασταλεί ένας κοινός κίνδυνος που υπάρχει ή που επίκειται, τιμωρείται με φυλάκιση, αν δεν συντρέχει περίπτωση αυστηρότερης τιμωρίας με άλλη διάταξη. Όποιος σε περίπτωση δυστυχήματος ή κοινού κινδύνου ή κοινής ανάγκης δεν προσφέρει τη βοήθεια που του ζητήθηκε και μπορούσε να προσφέρει, χωρίς ο ίδιος να διατρέξει ουσιώδη κίνδυνο, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι έξι μηνών».

Ο ιατρός σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 28 ΠΚ (αμέλεια), 302 ΠΚ (ανθρωποκτονία από αμέλεια), 314 ΠΚ (σωματική βλάβη από αμέλεια) ευθύνεται ποινικά για ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη από αμέλεια του ασθενούς από την ιατρική πράξη που ενήργησε ή παρέλειψε να ενεργήσει, μόνο αν:

α) δεν κατέβαλε την απαιτούμενη προσοχή που κατά αντικειμενική κρίση οφείλει να καταβάλει κάθε μετρίως συνετός, επιμελής και ευσυνείδητος άνθρωπος, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνήθειες που επικρατούν, την πείρα και τη λογική, δηλαδή δεν ενήργησε στη συγκεκριμένη περίπτωση *lege artis*.

β) είχε τη δυνατότητα ο ιατρός, με βάση τις προσωπικές του περιστάσεις, ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες και κυρίως εξαιτίας της υπηρεσίας του ή του επαγγέλματός του να προβλέψει και να αποφύγει το αποτέλεσμα το οποίο, από έλλειψη της προαναφερθείσας προσοχής, είτε δεν προέβλεψε (μη συνειδητή αμέλεια), είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστευε όμως ή ήλπιζε ότι αυτό δεν θα επερχόταν, δηλαδή ότι θα το απέφευγε (ενσυνείδητη αμέλεια).

γ) προκλήθηκε θάνατος ή σωματική βλάβη από την ως άνω αμελή συμπεριφορά.

δ) υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ενέργειας ή παράλειψης του ιατρού και του αποτελέσματος που επήλθε.

Σχετικές αποφάσεις: ΑΠ 335/2010, ΑΠ 2313/2009, ΑΠ 830/2009, ΑΠ 338/2009, ΑΠ 120/2009, ΑΠ 1220/2008, ΑΠ 1709/2007, ΑΠ 58/2007, ΑΠ 1337/2005, ΑΠ 1251/2005, ΑΠ 1266/2004, ΑΠ 76/2004, ΑΠ 1659/2003, ΑΠ 1671/2003, ΑΠ 1354/2000, ΑΠ 1492/1998, ΑΠ 683/1997, ΑΠ 555/1997, ΑΠ 490/1996, ΑΠ 615/1995, ΑΠ 107/1994, ΑΠ 126/1994, ΑΠ 1172/1988, ΑΠ 1384/2001, ΑΠ 1230/2001, ΑΠ 797/2002, ΑΠ 1644/2002, ΑΠ 1866/2001. [7, 23, 29, 31]

### 18.3. Περιπτώσεις ποινικής ευθύνης:

Περιπτώσεις ιατρικής πλημμέλειας που στοιχειοθετούν ποινική ευθύνη:

1) η μετάγγιση αίματος χωρίς προηγούμενη εξέταση της συμβατότητας ή η μετάγγιση μολυσμένου αίματος 2) η πλημμελής προετοιμασία του ασθενούς για την εγχείρηση (πχ παράλειψη διενέργειας των απαραίτητων εξετάσεων που οδηγούν συνήθως στη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων) 3) η τρώση σπλάχνων κατά τη διάρκεια της επέμβασης 4) η ρήξη ράμματος σε συρραφή ιστών 5) η εγκατάλειψη ξένων αντικειμένων στο σώμα του ανθρώπου μετά την εγχείρηση (πχ γάζα, λαβίδα) 6) η λανθασμένη παροχή οδηγιών στον άρρωστο σχετικά με τη θεραπεία 7) η εγκατάλειψη του ασθενούς πριν από την ολοκλήρωση της θεραπείας 8) η μη αντιμετώπιση ή η ατελής αντιμετώπιση μιας επιπλοκής που εμφανίστηκε 9) η μη λήψη μέτρων για την αποφυγή μιας μεγάλης επιπλοκής 10) μη ξεχωριστή αντιμετώπιση οξέων συμβάντων όπου απαιτείται 11) η μη παραπομπή του ασθενούς και σε άλλο ιατρό άλλης ειδικότητας για τη σύγχρονη εφαρμογή και κάποιας άλλης θεραπευτικής αγωγής 12) η μη αναγκαία επέμβαση 13) η παράλειψη της αναγκαίας προεγχειρητικής εξέτασης ροής και πηκτικότητας του αίματος 14) η παράλειψη σύστασης για να απευθυνθεί ο ασθενής σε ιατρό της ειδικότητας που πρέπει να επιληφθεί 15) η εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής μεθόδου (π.χ. εφαρμογή μη αναγνωρισμένης μεθόδου ή μη εφαρμοζόμενης πλέον) 16) σφάλματα κατά την εκτέλεση της ενδεδειγμένης θεραπείας ή επέμβασης 17) η παράλειψη προεγχειρητικού ελέγχου που ήταν αναγκαίος στη συγκεκριμένη περίπτωση 18) η παράλειψη ιατρικής παρακολούθησης μετά την ενέργεια της ιατρικής πράξης προς αποτροπή επιπλοκών 19) εσφαλμένη χρήση ιατρικών μηχανημάτων 20) η ενέργεια σε ιατρείο επέμβασης λιποαναρρόφησης όπου δεν υπήρχε κανένα επιστημονικό όργανο 21) η μη συνεχής παρακολούθηση των μηχανημάτων ελέγχου των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς και της κλινικής εικόνας αυτού 22) η παράλειψη έρευνας εγκαίρως προς ανεύρεση της αιτίας επιδείνωσης της καταστάσεως του ασθενούς, στο μετεγχειρητικό στάδιο 23) λάθη στη

δοσολογία του φαρμάκου (υπερβολική δόση) ή στο είδος του φαρμάκου που συνταγογραφήθηκε 24) η διενέργεια ιατρικών πράξεων για λόγους πειραματισμού, ευγονίας, πολιτικής ή κοινωνικής σκοπιμότητας 25) η παράλειψη του ιατρού να ενημερώνεται συνεχώς σχετικά με τις εξελίξεις στην επιστήμη του και την ειδικότητά του, διότι αποτελεί ένδειξη αμέλειας και η έλλειψη γνώσεων που πρέπει να έχει ο μέσης κατάρτισης ιατρός της ειδικότητάς του έχει δυσμενές αποτέλεσμα για τον ασθενή 26) η αποφυγή επειγουσών ιατρικών ενεργειών για λόγους ιατρικής άμυνας επειδή δεν μπορούν να γίνουν όλες οι αναγκαίες εξετάσεις προηγουμένως 27) η ενέργεια του ιατρού στην τύχη και χωρίς σχεδιασμό, εκτός να συντρέχουν επείγουσες περιπτώσεις και δεν διαθέτει τα απαραίτητα μέσα και τον αναγκαίο χρόνο που απαιτείται για τις απαραίτητες εξετάσεις πριν εφαρμόσει κάποια θεραπευτική αγωγή 28) η μη ενημέρωση του ασθενούς και η μη λήψη της συναίνεσής του για τις ιατρικές πράξεις που ενέχουν κάποιους κινδύνους, εφ' όσον ο ασθενής έχει ικανότητα να τον αντιλαμβάνεται, δεδομένου ότι ο ιατρός πρέπει να έχει τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς ή των οικείων του προκειμένου να ενεργήσει ιατρική πράξη και να μην ενεργεί εναντίον της θέλησής του.

Επίσης, σοβαρή παράλειψη αποτελεί η παράλειψη εντατικού πλυσίματος των χεριών του ιατρού και των χρησιμοποιούμενων συσκευών. Σχετικό είναι το δημοσίευμα στην εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ» φύλλο της 14-1-2008 σελ. 18: «Παγίδες θανάτου οι εντατικές». Σε πολλές περιπτώσεις, από αμέλεια του ιατρού και του λοιπού προσωπικού μεταφέρονται στους ασθενείς από τα χέρια τους, λόγω μη εντατικού πλυσίματος αλλά και των χρησιμοποιούμενων συσκευών (ενδοσκόπια, καθετήρες, υγραντήρες) λόγω μη αποστείρωσης των εργαλείων αυτών, μικρόβια που γίνονται ανθεκτικά από την κατάχρηση αντιβιοτικών, με αποτέλεσμα οι ασθενείς μερικές φορές να μην πεθαίνουν από τη βασική νόσο (πχ αναπνευστική ή καρδιακή ανεπάρκεια) αλλά από λοιμώξεις. Αυτό μπορεί να συμβεί κυρίως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) όπου η ανοσία των ασθενών είναι κακή και η απολύμανση αναποτελεσματική. [16, 29]

#### **18.4. Στοιχειοθέτηση ιατρικής αμέλειας στο πλαίσιο του ποινικού δικαίου**

Η ιατρική αμέλεια είναι η πραγματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται α) από την ύπαρξη υποχρέωσης και δυνατότητας του ιατρού να περιθάλψει τον άρρωστο-καθήκον περίθαλψης β) από έλλειψη της απαιτούμενης προσοχής εκ μέρους του ιατρού-πλημμελής ιατρική συμπεριφορά γ) από την επέλευση κάποιου επιβλαβούς αποτελέσματος στα έννομα αγαθά του ασθενούς δ) από την αιτιώδη συνάφεια του

αποτελέσματος που επέρχεται στον ασθενή με την προηγούμενη πλημμελή συμπεριφορά του ιατρού.

Από υποκειμενικής πλευράς, για τον εγκαλούμενο ιατρό βασικό στοιχείο που ερευνάται κάθε φορά είναι η ύπαρξη ή μη της ιατρικής αμέλειας. Ο ιατρός ενεργεί από αμέλεια όταν από έλλειψη προσοχής, την οποία όφειλε και μπορούσε κατά τις περιστάσεις να καταβάλει, είτε δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν (άρθρο 28 ΠΚ). Η στοιχειοθέτηση της ιατρικής αμέλειας πραγματοποιείται όταν το ζημιογόνο αποτέλεσμα από τις ενέργειες του ιατρού στα έννομα αγαθά του ασθενή οφείλεται σε πλημμελή δράση του ιατρού. Αν δεν υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της πράξης και του αποτελέσματος, ζήτημα ιατρικής αμέλειας δεν τίθεται. Στοιχειοθετείται ιατρική αμέλεια όταν ο ιατρός σε κάποιο στάδιο της αντιμετώπισης του ασθενούς έγινε υπαίτιος προσβολής ή βλάβης σε ένα ή περισσότερα έννομα αγαθά του. Οι ιατρικές πράξεις πρέπει να γίνονται αφού τηρηθούν οι αναγκαίοι όροι και εξασφαλισθούν οι προϋποθέσεις που επιβάλλονται κάθε φορά από τη φύση του εγχειρήματος. Το μέτρο της οφειλόμενης προσοχής και επιμέλειας είναι εκείνη που καταβάλει συνήθως ο μέσος ιατρός, όταν αντιμετωπίζει τις ίδιες ή παρόμοιες περιστάσεις που αντιμετώπισε ο κρινόμενος ιατρός. Το μέτρο της επιβαλλόμενης προσοχής και επιμέλειας πρέπει να προσδιορίζεται από τη συγκεκριμένη πάθηση του συγκεκριμένου ασθενούς, υπό τις κατ'ιδίαν συνθήκες και περιστάσεις διενέργειας της ιατρικής πράξης. Το μέτρο της δυνάμενης να καταβληθεί προσοχής υποδηλώνει την επιμέλεια και την ικανότητα που ο ιατρός ήταν σε θέση να δείξει, σύμφωνα με τις αντικειμενικές του ικανότητες, τις συνθήκες του περιβάλλοντος και τον υπάρχοντα τεχνικό εξοπλισμό. Ο ιατρός πρέπει να ενεργεί εκτιμώντας, τόσο τις προσωπικές του δυνατότητες ανάλογα με την ειδική γνώση και εμπειρία που διαθέτει, όσο και την βοήθεια που του προσφέρεται, είτε αυτή παρέχεται από το απαραίτητο προσωπικό είτε είναι καθαρά τεχνικής φύσης. Αν ο ιατρός προχωρήσει μετά από υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων του στην εκτέλεση κάποιας ιατρικής πράξης, χωρίς να έχει εξασφαλίσει ή να του προσφερθεί η απαραίτητη συνδρομή και συμβεί κάποιο ανεπιθύμητο αποτέλεσμα, η ευθύνη του είναι ακέραιη.

*Έχει υποστηριχθεί ότι «στις περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας δεν μπορεί να υπάρξει καμία ασφάλεια, καθώς συχνά η αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού έχει διαψεύσει ακόμη και τις πιο βέβαιες ιατρικές προβλέψεις». [7, 12]*

## 18.5. Προϋποθέσεις στοιχειοθέτησης αδικημάτων αμέλειας

Για να στοιχειοθετηθεί η αντικειμενική υπόσταση των αδικημάτων που τελούνται με αμέλεια απαιτείται:

α) πράξη ή παράλειψη που συνιστά την *εξωτερική αμέλεια*, δηλαδή, την εξωτερικά ελαττωματική διεξαγωγή της ιατρικής πράξης ή την παράλειψη κατά τη διεξαγωγή αυτής (ιατρικό σφάλμα) β) αξιόποιο αποτέλεσμα γ) αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της εξωτερικά αμελούς πράξεως και του αποτελέσματος, δηλαδή η αντικειμενικά επικίνδυνη πράξη ή παράλειψη του ιατρού πρέπει να οδηγεί αναπόδραστα στο ζημιογόνο αποτέλεσμα. Ειδικότερα:

Η κρίση για το αν υπάρχει ιατρικό σφάλμα σε μία συμπεριφορά βασίζεται στη παραβίαση κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων ή αντικειμενικών αξιώσεων επιμέλειας που τίθενται για την συγκεκριμένη εκάστοτε συμπεριφορά. Για τη διαπίστωση εξωτερικά αμελούς πράξης, εκτός της παραβίασης κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, πρέπει να διαγνωσθεί και κάποια μορφή κινδύνου για το έννομο αγαθό η οποία να συνδέεται αιτιακά με την επικίνδυνη συμπεριφορά που οδήγησε στη βλάβη του. Επομένως, εξωτερικά αμελής συμπεριφορά είναι και εκείνη η ιατρική συμπεριφορά που είναι αντικειμενικά επικίνδυνη, ακόμη και αν δεν έρχεται σε αντίθεση με τους κοινώς αποδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης κατά το χρόνο τελέσεως της πράξης, δηλαδή *«η προσφορότητα της πράξης να προκαλέσει το αποτέλεσμα είναι προϋπόθεση της αντίθεσης της συμπεριφοράς προς τον κανόνα και επομένως στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης του εξ αμελείας εγκλήματος»*

Η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά μπορεί να εκδηλώνεται με πράξη, παράλειψη ή με συνδυασμό πράξης και παράλειψης. Στα εγκλήματα αμέλειας κριτήριο για να προσδιορίσουμε μία συμπεριφορά ως ενέργεια ή παράλειψη αποτελεί η ίδια η πλημμελής συμπεριφορά και συγκεκριμένα: ενέργεια υπάρχει όταν η μυϊκή κίνηση παράγει τον κίνδυνο που οδηγεί στη βλάβη του εννόμου αγαθού και παράλειψη υπάρχει όταν ο κίνδυνος προκαλείται από αδράνεια. Επιπλέον, κριτήριο αποτελεί ο κανόνας επιμέλειας που παραβιάζεται, με την έννοια ότι αν ο κανόνας είναι απαγορευτικός, τότε η παραβίασή του τελείται με ενέργεια, ενώ αν είναι επιτακτικός, η παραβίαση αυτού γίνεται με παράλειψη. Υπάρχουν περιπτώσεις σύνθετης συμπεριφοράς όπου μια εξωτερικά αμελή ενέργεια του ιατρού οδηγεί στο αποτέλεσμα και στη συνέχεια, πριν την επέλευση αυτού, παραλείπει να το αποτρέψει ή με την παράλειψη που επιδεικνύει

επιτείνει τον κίνδυνο. Άρα, επί σύνθετης συμπεριφοράς, το αποτέλεσμα οφείλεται στη συνδυασμένη δράση τόσο της ενέργειας όσο και της παράλειψης του ιατρού.

Για την μη ύπαρξη εξωτερικά αμελούς συμπεριφοράς αρκεί η επιλεγείσα μέθοδος να μη δημιουργεί αντικειμενικά κάποια μορφή κινδύνου στα έννομα αγαθά του ασθενούς. Η άποψη αυτή στηρίζεται και στο άρθρο 3 παρ. 3 του Κ.Ι.Δ. *«ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και 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»*

Η διαπίστωση της έλλειψης της οφειλόμενης προσοχής στις συγκεκριμένες περιστάσεις και της προσοχής που μπορούσε να δείξει ο ιατρός με βάση τις ατομικές του ικανότητες αποτελούν την υποκειμενική υπόσταση που αφορά την *εσωτερική αμέλεια*, δηλαδή, το πταίσμα του ιατρού έγκειται αφενός στην έλλειψη της προσοχής και σύνεσης που *«όφειλε»* να επιδείξει κάτω από τις εκάστοτε συγκεκριμένες συνθήκες και περιστάσεις και αφετέρου *«μπορούσε»* να δείξει με βάση τις ατομικές του ικανότητες (άρθρο 28 ΠΚ). Το παραπάνω έγινε αιτία είτε να μην προβλέψει το απαράδεκτο αποτέλεσμα που ακολούθησε (ασυνείδητη αμέλεια) είτε το πρόβλεψε μεν ως πιθανό αλλά είχε την ελπίδα πως δεν θα κατέληγε στο αποτέλεσμα που κατέληξε (ενσυνείδητη αμέλεια). Η εσωτερική αμέλεια υποδηλώνει τη σφαλερή εσωτερική-νοητική παράσταση-αξιολόγηση και κατεύθυνση του προβλήματος του αρρώστου στο νου του ιατρού. Είναι μορφή υπαιτιότητας και συνίσταται στην έλλειψη προσοχής από την οποία προήλθε η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά που θεμελιώνει ιατρική ευθύνη. Αυτό που καταλογίζεται στον ιατρό σε περίπτωση αμέλειας είναι όχι η απροσεξία αλλά η απερισκεψία, δηλαδή, το ότι προχώρησε σε ορισμένες ενέργειες με την επιπόλαιη ελπίδα ότι το αποτέλεσμα δεν θα επακολουθούσε. Το μέτρο της προσήκουσας προσοχής καθορίζεται από ένα αντικειμενικό (επιμέρους συνθήκες της εκάστοτε συγκεκριμένης περίπτωσης) και ένα υποκειμενικό κριτήριο (ατομικές ιδιότητες και ικανότητες του δράστη κατά το χρονικό σημείο τελέσεως της πράξης). Ένα επιπλέον υποκειμενικό στοιχείο είναι αυτό της προσωπικής κατάστασης του ιατρού, φυσικής ή ψυχολογικής. Αν ο ιατρός, παρά τις αντίξοες συνθήκες τέλεσης των ιατρικών καθηκόντων του, αναλάβει το εγχείρημα, είναι πιθανό να παραμένει ακέραια η ευθύνη του.



Στην εσωτερική όψη της πλημμελούς συμπεριφοράς του ιατρού περιλαμβάνεται η *πλάνη*, δηλαδή, η μη συνειδητοποίηση του κινδύνου που διατρέχει ο άρρωστος είτε από την πάθησή του είτε από την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής. Το ειδικό περιεχόμενο της ιατρικής πλάνης συνοψίζεται στο ότι ή δεν προβλέφθηκε η επέλευση κάποιου συγκεκριμένου αποτελέσματος εξαιτίας της πράξης ή της παράλειψης του ιατρού ή προβλέφθηκε μεν αυτό σαν δυνατό, αλλά υπήρξε βεβαιότητα ότι δεν θα επερχόταν. Η πλάνη για να στοιχειοθετήσει ιατρική αμέλεια πρέπει να είναι αδικαιολόγητη, γιατί υπάρχουν περιπτώσεις στην καθημερινή ιατρική πρακτική όπου ο ιατρός οδηγείται σε σφαλμένο συμπέρασμα χωρίς να έχει καμία υπαιτιότητα. Συγκεκριμένα, εσφαλμένες πληροφορίες για το συγκεκριμένο νόσημα ενός ασθενούς, απόκρυψη κάποιου σημαντικού στοιχείου του ιστορικού της ασθένειας, σκόπιμα μεγεθυμένα συμπτώματα μπορούν να οδηγήσουν στο σχηματισμό πλανημένης διάγνωσης και λανθασμένης θεραπείας. Υπό αυτές τις συνθήκες είναι σχεδόν αναπόφευκτος ο σχηματισμός πλανημένου συμπεράσματος, ακόμη και τη μεγαλύτερη επιμέλεια να επιδείξει ο ιατρός, αλλά δεν στοιχειοθετείται ευθύνη για επιστημονική πλάνη, αφού κανένα πταίσμα δεν σημειώθηκε. Η πλάνη είναι αδικαιολόγητη όταν υπάρχει πλημμελής αντιμετώπιση ενός περιστατικού, όταν δηλαδή η πλάνη δημιουργήθηκε από υπαιτιότητα του ιατρού, παρά το ότι υπήρχαν όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις ορθής ιατρικής αντιμετώπισης. Ευθύνη του ιατρού για την πλάνη του υφίσταται αν οδηγήθηκε σε αυτή από κατάφωρη παραβίαση στοιχειωδών κανόνων της ιατρικής επιστήμης ή από άγνοια ουσιωδών αρχών της ιατρικής επιστήμης, η γνώση των οποίων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την άσκηση της ιατρικής. Για να υπάρξει ποινική ευθύνη του ιατρού απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η υπαίτια παράβαση των κανόνων της «μέσης τυπικής» ιατρικής στην οποία αποδίδεται και το απαράδεκτο αποτέλεσμα που επακολούθησε. Το ελάχιστο των γνώσεων ενός ιατρού θεωρείται η πιο αναγκαία και στοιχειώδης υποχρέωση για την άσκηση μιας ιατρικής πράξης, είτε αυτή ανάγεται σε συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα, είτε στο πλαίσιο της γενικής ιατρικής, ακόμα ίσως και της ιατρικής των πρώτων βοηθειών.

Από νομολογία του Αρείου Πάγου προκύπτει ότι η φράση στη δικαστική απόφαση «ο κατηγορούμενος, ενώ είχε τη δυνατότητα, δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα της πράξης του» αποτελεί σαφή προσδιορισμό της ασυνείδητης αμέλειας και οι σχετικές αποφάσεις δεν «κινδυνεύουν» από αναίρεση λόγω έλλειψης αιτιολογίας, *ΑΠ 76/2004, ΑΠ 392/2005, ΑΠ 2368/2005, ΑΠ 1337/2005, ΑΠ 611/2007, ΑΠ 732/2007, ΑΠ 97/2007, ΑΠ*

58/2007. Αντιθέτως, η περίπτωση κατά την οποία «ο εφημερεύων ιατρός δεν έδωσε εντολή για τη διενέργεια των κατάλληλων εξετάσεων για τη διάγνωση μηνιγγίτιδας, παρά το γεγονός ότι είχε υπόνοιες για την προσβολή του ασθενούς από τον συγκεκριμένο ιό» συνιστά ενσυνείδητη αμέλεια, ΑΠ 1206/2006, ΑΠ 1436/2007.

Όσον αφορά τις προϋποθέσεις της εσωτερικής αμέλειας, οι περισσότερες αποφάσεις ιατρικής αμέλειας (Αρείου Πάγου και υπολοίπων Δικαστηρίων) υιοθετούν ένα τυποποιημένο κείμενο που συνήθως έχει ως ακολούθως: «Από το συνδυασμό των διατάξεων των άρθρων 28 και 302 ΠΚ προκύπτει ότι για τη θεμελίωση του προβλεπόμενου από αυτές πλημμελήματος της ανθρωποκτονίας από αμέλεια απαιτείται α) να μην καταβλήθηκε από τον δράστη η επιβαλλόμενη κατ' αντικειμενική κρίση προσοχή, την οποία κάθε μετρίως συνετός και ενσυνείδητος άνθρωπος οφείλει υπό τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις να καταβάλει, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνήθειες που επικρατούν στις συναλλαγές και την κοινή, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, πείρα και λογική β) να μπορούσε αυτός, με βάση τις προσωπικές του περιστάσεις, ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες και κυρίως εξαιτίας της υπηρεσίας του ή του επαγγέλματός του, να προβλέψει και αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα το οποίο από έλλειψη της προαναφερόμενης προσοχής είτε δεν προέβλεψε, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστευε όμως ότι δεν θα επερχόταν.

Όσον αφορά τις περιπτώσεις εξωτερικής αμέλειας, ο Άρειος Πάγος στις αποφάσεις του αναφέρει το ακόλουθο κείμενο: «α) να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ενέργειας ή παράλειψης του δράστη και του αποτελέσματος που επήλθε και β) ενόψει αυτών, υπάρχει ποινική ευθύνη του ιατρού για ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη από αμέλεια, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, στις περιπτώσεις εκείνες που το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται σε παράβαση από τον ιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και η ενέργειά του δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας». Σε κάποιες περιπτώσεις προστίθεται η φράση «Αν όμως, καίτοι ο ιατρός κατέβαλε κάθε προσοχή, το παραπάνω αποτέλεσμα επήλθε τυχαία και ανεξάρτητα από τη θεραπευτική αγωγή που εφαρμόστηκε, δεν προκύπτει πλημμελής συμπεριφορά που να συνδέεται αιτιακά με το ζημιολόγο αποτέλεσμα».

Η αμελής συμπεριφορά (εσωτερική αμέλεια) του ιατρού περιέχεται στη διάταξη του άρθρου 15 ΠΚ «Όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει

*ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος (έγκλημα τελούμενο με παράλειψη)». [7, 12, 29]*

#### **18.6. Ιδιαίτερη νομική υποχρέωση ιατρού**

Για την εφαρμογή του άρθρου 15 ΠΚ απαιτείται η παραβίαση από τον ιατρό μίας ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης, η οποία οδηγεί σε ενέργεια για την αποτροπή του αποτελέσματος. Πρόκειται για νομική υποχρέωση, βαρύνει τα πρόσωπα που φέρουν ιδιαίτερες ιδιότητες ή τελούν σε σχέση εγγύτητας με τον παθόντα. Η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση μπορεί να πηγάζει από ρητή διάταξη νόμου ή από σύμπλεγμα νομικών καθηκόντων που συνδέονται με ορισμένη έννομη σχέση του υπόχρεου ή από σύμβαση ή από ορισμένη συμπεριφορά του υπαιτίου από την οποία δημιουργήθηκε ο κίνδυνος επέλευσης του εγκληματικού αποτελέσματος. Η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση είναι κατοχυρωμένη νομικά (άρθρα 24 παρ. 1 και 25 παρ. 1 του ΑΝ 1565/1939, 441 ΠΚ, διατάξεις Κ.Ι.Δ.) και από τις εν λόγω διατάξεις προκύπτει ότι ο ιατρός έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρέχει βοήθεια στον ασθενή, συνοδευόμενη με ιδιαίτερη επιμέλεια και προσοχή.

Η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση συναρτάται και με άλλα κριτήρια όπως: α) η ειδικότητα του ιατρού, δηλαδή αν είναι ακατάλληλη, ο ιατρός θα έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση μόνο για παραπομπή του ασθενούς στον αρμόδιο ιατρό ή για παροχή πρώτων βοηθειών, β) η προσφυγή του ασθενούς σε συγκεκριμένο ιατρό, δηλαδή, αν απευθυνθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα γενικά και όχι σε συγκεκριμένο ιατρό, θα υφίσταται ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρού μόνο αν αυτός είναι αρμόδιος να αναλάβει τη θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενούς σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας του νοσηλευτικού ιδρύματος. Ο ειδικός ιατρός που δεν βρίσκεται σε ενεργή εφημερία, μετά την τηλεφωνική ενημέρωσή του από την ειδικευόμενη ιατρό, καθίσταται εγγυητής των εννόμων αγαθών του ασθενούς (ΑΠ 1063/2000). Διαφορετικό θα ήταν το ζήτημα, αν υπήρχε ενημέρωση ενός ιδιώτη ιατρού, καθώς θα έπρεπε να ερευνηθεί κατά πόσον θα συνέτρεχε η προϋπόθεση της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης.

Το καθήκον επιμέλειας ως προς ένα έννομο αγαθό, είτε βρίσκεται τυποποιημένο σε κανόνα, είτε συνάγεται από τη φύση της δραστηριότητας ενόψει του έννομου αγαθού, δεν περιέχει μόνο επιταγές προς ενέργεια, αλλά αντίθετα επιτάσσει και την παράλειψη επικίνδυνων πράξεων. Το άρθρο 2 παρ. 3 εδαφ. α του Κ.Ι.Δ. (Ν. 3418/2005), κατά το

οποίο το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης, δύναται να αποτελέσει τη νομική βάση για την εφαρμογή του άρθρου 15 ΠΚ στις περιπτώσεις ιατρικής ευθύνης, δηλαδή, το νομικό υπόβαθρο στο οποίο θεμελιώνεται το με παράλειψη τελούμενο έγκλημα από τον ιατρό, σε συνδυασμό με τους ειδικούς κανόνες που διέπουν την άσκηση της ιατρικής. Στο πλαίσιο εξέτασης των αμελών συμπεριφορών θα πρέπει να ερευνώνται οι προϋποθέσεις του άρθρου 15 ΠΚ, η ύπαρξη ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης στο πρόσωπο του ιατρού και οι προϋποθέσεις της εσωτερικής αμέλειας του άρθρου 28 ΠΚ.

Αποφάσεις σχετικά με ιατρικά σφάλματα τελούμενα με παράλειψη: *ΑΠ 419/2000, ΑΠ 529/2000, ΑΠ 601/2000, ΑΠ 21/2001, ΑΠ 1384/2001, ΑΠ 1953/2001, ΑΠ 797/2002, ΑΠ1644/2002, ΑΠ 1337/2005, ΑΠ 183/2006, ΑΠ 264/2006, ΑΠ 969/2006, ΑΠ 801/2007, ΑΠ 1003/2007, ΑΠ 1648/2007, ΑΠ 1091/2008, ΑΠ 338/2009.*

Σε αρκετές αποφάσεις του Αρείου Πάγου δεν γίνεται εκτενής αναφορά στο άρθρο 15 ΠΚ αλλά εκφράζεται η άποψη ότι *«παράλειψη υπάρχει σε κάθε μορφή αμέλειας, εφόσον το ένα σκέλος της ευθύνης συνίσταται στη μη καταβολή της προσοχής, δηλαδή σε μία παράλειψη»* και ότι *«οι παραλείψεις του κατηγορουμένου εμπίπτουν στη γενική διάταξη του άρθρου 28 ΠΚ»* (*ΑΠ 1492/1998, ΑΠ 2368/2005, ΑΠ 1206/2006*). Επίσης, εκφράζεται η άποψη από τον Άρειο Πάγο ότι *«για να θεμελιωθεί το αδίκημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια (302 ΠΚ), εφαρμόζεται το άρθρο 15 ΠΚ μόνο όταν η αμέλεια του ιατρού συνίσταται σε σύνολο συμπεριφοράς που κατέτεινε σε ένα αποτέλεσμα και όχι όταν συνίσταται σε μία παράλειψη»* (στην απόφαση *ΑΠ 1659/2003* εξετάζονται οι προϋποθέσεις του άρθρου 15 ΠΚ, επειδή πρόκειται για σύνολο συμπεριφοράς). Αντίθετα, στην *ΑΠ 1785/2008* γίνεται επίκληση του άρθρου 15 ΠΚ και της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης της ιατρού για μεταφορά στο Νοσοκομείο προς εξέταση και παροχή ιατρικής φροντίδας δύο κρατουμένων γυναικών, δηλαδή, πρόκειται για αδίκημα τελούμενο με παράλειψη η οποία στη εν λόγω περίπτωση είναι αμιγής και συγκεκριμένη (όχι σύνολο συμπεριφοράς). Σε άλλες περιπτώσεις ο Άρειος Πάγος δέχεται ότι η αμελής συμπεριφορά τελείται με ενέργεια και όχι με παράλειψη, αν και τα πραγματικά περιστατικά συνηγορούν για παράλειψη (*ΑΠ 58/2007*: *«...δεν αναζήτησε... άλλες πιθανές αιτίες για την αιτία της δύσπνοιας... ούτε προέβη ο ίδιος σε μακροσκοπική εξέταση του λάρυγγα ούτε έδωσε την εντολή να την εξετάσει ΩΡΛ ιατρός»*, *ΑΠ 1010/2007* *«δεν διέγνωσαν την πιθανότητα θρομβώσεως... ούτε μερίμνησαν για την εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ»*). Υποστηρίζεται η άποψη ότι *«για τη θεμελίωση της ανθρωποκτονίας εξ*

αμελείας ή της σωματικής βλάβης εξ αμελείας ως εγκλήματος που τελείται με παράλειψη απαιτείται και η συνδρομή των όρων του άρθρου 15 ΠΚ και στην περίπτωση αυτή πρέπει να αναφέρεται και να αιτιολογείται στη δικαστική απόφαση η συνδρομή της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης και να προσδιορίζεται ο επιτακτικός κανόνας δικαίου από τον οποίο πηγάζει».

Πρέπει να σημειώσουμε ότι η έλλειψη προσοχής αναφέρεται στην ενδιάθετη στάση του δράστη απέναντι στο έννομο αγαθό (αμέλεια ως μορφή υπαιτιότητας), δηλαδή στην ενοχή του ιατρού, ενώ η δια παραλείψεως τέλεση αδικήματος αφορά στο άδικο της πράξης, οι δε όροι του άρθρου 15 ΠΚ αποτελούν πρόσθετο στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης των αδικημάτων παράλειψης και ο έλεγχος συνδρομής των όρων του άρθρου 15 ΠΚ πρέπει να γίνεται και όταν η αξιόποινη συμπεριφορά του δράστη συνίσταται σε μία και μόνο παράλειψη και όχι σε σύνολο συμπεριφοράς.

Ο ιατρός που έχει «ιδιαίτερη νομική υποχρέωση» ή «καθήκον έκθεσης» δεν μπορεί να προβάλλει την ένσταση διακινδύνευσης της δικής του ζωής. Δεν αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της παράλειψης του ιατρού να επέμβει, ούτε ο καταλογισμός του. Αυτό σημαίνει ότι αν παραλείπει να παρέχει όλα τα μέσα που έχει στη διάθεσή του για να απομακρύνει το ενδεχόμενο θανάτου του ασθενή του, ευθύνεται νομικά σε τέτοιο βαθμό βαρύτητας σαν να προκάλεσε με πράξη του τον θάνατο του ασθενή (εφόσον βέβαια υπάρχει και η αμέλεια ή ο δόλος στην περίπτωση που γνωρίζει το γεγονός της συντόμευσης της ζωής του ασθενή, έστω και σαν ενδεχόμενο και το αποδέχεται, οπότε ευθύνεται με βάση το συνδυασμό των άρθρων 15 και 299 ΠΚ). Ενδέχεται να γίνει λόγος και για την παράβαση καθήκοντος του άρθρου 259 ΠΚ, οπότε ενδέχεται να υπάρξουν σοβαρές πειθαρχικές συνέπειες αν πρόκειται για ιατρούς του ΕΣΥ που φθάνουν μέχρι την απώλεια της θέσης τους. [7, 41]

### **18.7. Ενδεικτική παρουσίαση νομολογίας**

Έχει υποστηριχθεί σε εισαγγελική πρόταση ότι «εις την Ιατρική, καταρχήν και κατά βάση, γίνεται αποδεκτό το αξίωμα ότι δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά ασθενείς και ότι οι κανόνες της ιατρικής, ακόμη και οι θεμελιώδεις, δεν είναι απόλυτοι, αλλά σχετικοί, διατυπωμένοι με μόνο σκοπό τη συστηματοποίηση της γνώσεως...»

Τα πραγματικά περιστατικά που αποδεικνύονται στην ποινική δίκη και θεμελιώνουν την ενοχή του δράστη δεσμεύουν πλήρως την κρίση του διοικητικού δικαστή ο οποίος

δεν μπορεί να αποκλίνει από αυτά. Τα ίδια γενεσιουργά περιστατικά που θεμελιώνουν την αστική ευθύνη του Δημοσίου εξαιτίας παραβίασης υποχρεώσεων του ιατρού που εργάζεται στο δημόσιο Νοσοκομείο, γεννούν ποινική ευθύνη για τον υπαίτιο παραβάτη, επειδή προσβάλλεται το έννομο αγαθό της υγείας.

Σύμφωνα με τη νομολογία του Αρείου Πάγου υπάρχει ποινική ευθύνη του ιατρού για ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη από αμέλεια στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται σε παράβαση από τον ιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της επιστήμης για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και η ενέργειά του αυτή δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικώς επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας, *ΑΠ 202/2010, ΑΠ 830/2009, ΑΠ 1571/2008, ΑΠ 1564/2008, ΑΠ 1446/2008, ΑΠ 1220/2008, ΑΠ 1941/2007, ΑΠ 58/2007, ΑΠ 822/2006, ΑΠ 183/2006, ΑΠ 2368/2005, ΑΠ 1337/2005, ΑΠ 392/2005, ΑΠ 1671/2003, ΑΠ 1250/2003, ΑΠ 797/2002, ΑΠ 1438/2001, ΑΠ 21/2001, ΑΠ 419/2000, ΑΠ 1492/1998, ΑΠ 555/1997, ΑΠ 1058/1995, ΑΠ 1282/1994*)

Αποφάσεις σχετικά με το αδίκημα της σωματικής βλάβης από αμέλεια: *ΑΠ 529/2000, ΑΠ 1250/2003, ΑΠ 1671/2003, ΑΠ 290/2004, ΑΠ 2581/2008, ΑΠ 1230/2001, ΑΠ 1659/2003, ΑΠ 1266/2004, ΑΠ 392/2005, ΑΠ 2368/2005, ΑΠ 822/2006, ΑΠ 969/2006, ΑΠ 732/2007, ΑΠ 1003/2007*

Αποφάσεις σχετικά με το αδίκημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια: *ΑΠ 419/2000, ΑΠ 601/2000, ΑΠ 1063/2000, ΑΠ 1354/2000, ΑΠ 21/2001, ΑΠ 1384/2001, ΑΠ 1438/2001, ΑΠ 1953/2001, ΑΠ 797/2002, ΑΠ 1644/2002, ΑΠ 2432/2003, ΑΠ 76/2004, ΑΠ 290/2004, ΑΠ 1337/2005, ΑΠ 1415/2005, ΑΠ 1206/2006, ΑΠ 58/2007, ΑΠ 97/2007, ΑΠ 611/2007, ΑΠ 801/2007, ΑΠ 1010/2007, ΑΠ 1211/2007, ΑΠ 1436/2007, ΑΠ 333/2008, ΑΠ 1220/2008, ΑΠ 1484/2008*

Αποφάσεις σχετικά με εξωτερικά αμελείς ιατρικές ενέργειες: α) σφάλματα (λανθασμένος χειρισμός) κατά τη διενέργεια μίας χειρουργικής επέμβασης (*ΑΠ 543/2008, ΑΠ 611/2007*), β) σφάλματα σε περιπτώσεις ανεπιτυχούς ιατρικής ενέργειας (*ΑΠ 822/2006*) γ) λανθασμένα (υπερδοσολογία ή ακατάλληλο φάρμακο) χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (*ΑΠ 1354/2000, ΑΠ 402/2001, ΑΠ 2432/2003, ΑΠ 1395/2004, ΑΠ 732/2007, ΑΠ 1211/2007, ΑΠ 333/2008*) δ) επεμβάσεις αισθητικής χειρουργικής σε ιατρείο πλαστικού χειρουργού που δεν ήταν κατάλληλα εξοπλισμένο για την

αντιμετώπιση αλλεργικής αντίδρασης της ασθενούς σε αναισθητικό φάρμακο, με αποτέλεσμα την κατάληξη αυτής (ΑΠ 2432/2003).

Αποφάσεις όπου η εξωτερική αμέλεια του ιατρού εκφράστηκε με συνδυασμό ενέργειας και παράλειψης (ΑΠ 1230/2001, ΑΠ 2432/2003, ΑΠ 290/2004, ΑΠ 1266/2004, ΑΠ 97/2007, ΑΠ 1211/2007, ΑΠ 1436/2007, ΑΠ 449/2009), ήτοι: α) σφάλμα κατά τη χειρουργική επέμβαση και μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της επιπλοκής (ΑΠ 1230/2001, ΑΠ 2432/2003) β) εσφαλμένη διάγνωση με αποτέλεσμα τη διενέργεια ακατάλληλης για το περιστατικό χειρουργικής επέμβασης, παράλειψη διενέργειας περαιτέρω διαγνωστικών εξετάσεων που θα οδηγούσαν στη διενέργεια νέας, κατάλληλης χειρουργικής επέμβασης (ΑΠ 290/2004) γ) χορήγηση από γυναικολόγο υπερβολικά μεγάλης δόσης ωκυτοκίνης που μπορεί να προκαλέσει ρήξη της μήτρας και παράλειψη διενέργειας καισαρικής τομής αν και υπήρχαν οι ενδείξεις (ΑΠ 1266/2004, ΑΠ 97/2007), υπερβολική και παρατεταμένη χορήγηση ωκυτόκων φαρμάκων που προκάλεσαν ρήξη της μήτρας και παράλειψη διάγνωσης της ρήξης και έγκαιρης διακομιδής της ασθενούς στο νοσοκομείο (ΑΠ 1211/2007) δ) παράλειψη των ιατρών να προβούν σε ορθό υπολογισμό της δόσης του αντιότου, με αποτέλεσμα την χορήγηση υπερβολικής δόσης που οδήγησε στο θάνατο του ασθενούς (ΑΠ 333/2008).

Αποφάσεις σχετικά με ιατρικές παραλείψεις (ΑΠ 419/2000, ΑΠ 1384/2001, ΑΠ 797/2002, ΑΠ 1659/2003, ΑΠ 76/2004, ΑΠ 1415/2005, ΑΠ 1206/2006, ΑΠ 58/2007, ΑΠ 1220/2008, ΑΠ 338/2009), ήτοι: α) Εσφαλμένη διάγνωση (ΑΠ 529/2000, ΑΠ 1063/2000, ΑΠ 1384/2001, ΑΠ 797/2002, ΑΠ 290/2004, ΑΠ 183/2006, ΑΠ 1206/2006, ΑΠ 58/2007, ΑΠ 801/2007, ΑΠ 1010/2007, ΑΠ 1648/2007) και εσφαλμένη αντιμετώπιση του περιστατικού η οποία περιλαμβάνει: μη έγκαιρη διακομιδή στο νοσοκομείο (ΑΠ 2432/2003, ΑΠ 76/2004, ΑΠ 264/2006, ΑΠ 801/2007), σύσταση από τον εφημερεύοντα ιατρό στον ασθενή για επιστροφή στην οικεία του ενώ έπρεπε να παραμείνει στο νοσοκομείο (ΑΠ 797/2002, ΑΠ 183/2006), μη έγκαιρη διενέργεια των κατάλληλων εργαστηριακών εξετάσεων ή απεικονιστικών ή προγεννητικών (ΑΠ 601/2000, ΑΠ 1384/2001, ΑΠ 1644/2002, ΑΠ 1671/2003, ΑΠ 76/2004, ΑΠ 183/2006, ΑΠ 801/2007, ΑΠ 1010/2007), πλημμελής κλινική εξέταση του ασθενούς στο νοσοκομείο (ΑΠ 969/2006, ΑΠ 58/2007, ΑΠ 1220/2008), παράλειψη χορήγησης του κατάλληλου φαρμάκου ή ηλεκτρολυτών ή μετάγγιση αίματος στον ασθενή (ΑΠ 264/2006, ΑΠ 1010/2007), παράλειψη εισαγωγής του ασθενούς στο χειρουργείο ή ΜΕΘ (ΑΠ 1671/2003, ΑΠ 264/2006, ΑΠ 97/2007, ΑΠ 1010/2007, ΑΠ 1211/2007, ΑΠ 1220/2008), παράλειψη

αφαίρεσης χειρουργικού εργαλείου από τον ασθενή με αποτέλεσμα τον κίνδυνο σηψαιμίας (ΑΠ 1659/2003, ΑΠ 2368/2005), παράλειψη ορθής συντήρησης μέλους του σώματος που έχει αποκοπεί (δάκτυλο) με αποτέλεσμα τη μη δυνατότητα επανασυγκόλλησης, παράλειψη παρεμπόδισης αυτοκτονίας κ.α. β) Ανεπαρκής παρακολούθηση του ασθενούς τόσο κατά τη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης ή διαγνωστικής εξέτασης ( μη επαρκής έλεγχος στα μηχανήματα που ήλεγχαν τη λειτουργία των ζωτικών του οργάνων) ή κατά την παραμονή του ασθενούς στο θάλαμο του νοσοκομείου (ΑΠ 2432/2003, ΑΠ 1337/2005, ΑΠ 97/2007), όσο και μετεγχειρητικά παραλείποντας ή καθυστερώντας τη διενέργεια επανορθωτικής επέμβασης (ΑΠ 419/2000, ΑΠ 290/2004, ΑΠ 183/2006) γ) Απουσία εφημερεύοντος ιατρού από το νοσοκομείο (ΑΠ 1063/2000, ΑΠ 1415/2005, ΑΠ 1648/2007) δ) Παράλειψη του ιατρού να ζητήσει τη συνδρομή ειδικού ιατρού (ΑΠ 1384/2001, ΑΠ 822/2006, ΑΠ 969/2006, ΑΠ 58/2007, ΑΠ 801/2007) ε) παράλειψη αποτροπής βλάβης ιατρικού μηχανήματος κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης, που συνήθως είναι αιφνίδια. Αν η βλάβη είναι αιφνίδια και μη προβλέψιμη, δεν υπάρχει ποινική ευθύνη του ιατρού, ενώ υπάρχει πιθανόν ευθύνη του κατασκευαστή ή του υπευθύνου συντήρησης του μηχανήματος. Η ευθύνη για τη δυσλειτουργία ή τη βλάβη των ιατρικών μηχανημάτων παραμένει αμιγώς αστική. [7, 31]



## 19. ΕΥΘΥΝΗ ΣΕ ΑΥΤΟΓΝΩΜΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Αυτόγνωμη ιατρική πράξη είναι οποιαδήποτε επέμβαση που γίνεται από τον ιατρό στον ασθενή χωρίς παροχή της συναίνεσης αυτού ή των δικαιουμένων να συναινέσουν προσώπων ή ακόμη και εναντίον της θέλησης των ανωτέρω.

Σχετικά με την ποινική αξιολόγηση της αυτόγνωμης ιατροχειρουργικής επέμβασης, αν ο ιατρός επεμβαίνει στον ασθενή χωρίς τη συναίνεση αυτού πραγματώνει τη νομοτυπική μορφή του εγκλήματος της σωματικής βλάβης (άρθρο 308 ΠΚ), ενδεχομένως και της παράνομης βίας αν συντρέχουν οι όροι του άρθρου 330 ΠΚ. Η συρροή των δύο αδικημάτων είναι πραγματική, δεδομένης της διαφορετικότητας των δύο προσβαλλόμενων εννόμων αγαθών.

Τίθεται το ερώτημα αν συντρέχει λόγος άρσης του αδίκου χαρακτήρα της σωματικής βλάβης και της παράνομης βίας, όταν ο ιατρός προβαίνει σε επέμβαση που είναι αναγκαία για τη διατήρηση της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, καίτοι ο ασθενής δεν συναινεί. Όσον αφορά τη σωματική βλάβη, αίρεται ο άδικος χαρακτήρας, λόγω κατάστασης ανάγκης, σύμφωνα με το άρθρο 25 ΠΚ διότι τα έννομα αγαθά της ζωής και της υγείας υπερέχουν σημαντικά σε σχέση με όλα τα άλλα έννομα αγαθά του ατόμου, τα οποία υπάρχουν ως έννομα αγαθά μόνο όσο το άτομο βρίσκεται στη ζωή, διότι αν το άτομο εκλείψει, εκλείπουν και αυτά. Όσον αφορά το αδίκημα της παράνομης βίας, επειδή προσβάλλεται το δικαίωμα της προσωπικής ελευθερίας και όχι η υγεία, υποστηρίζεται ότι δεν τυγχάνει εφαρμογής το άρθρο 25 ΠΚ στην περίπτωση της αυτόγνωμης ιατρικής πράξης, διότι η βλάβη που προκαλείται (προσβολή του εννόμου αγαθού της προσωπικής ελευθερίας, του δικαιώματος αυτοδιάθεσης, που αποτελεί πτυχή του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας) δεν είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από αυτή που απειλήθηκε (προσβολή του εννόμου αγαθού της ζωής), οπότε σε μία τέτοια περίπτωση μπορεί να αποκλείεται ο καταλογισμός λόγω «συγγνωστής» («συγχωρητής») νομικής πλάνης (άρθρο 31 παρ. 2 ΠΚ), δηλαδή αν ο ιατρός προέβη στην ιατρική πράξη θεωρώντας ότι είχε το δικαίωμα αυτό, προκειμένου να σώσει το έννομο αγαθό της ζωής του ασθενούς. Η άρση λοιπόν του καταλογισμού εξαρτάται από τον χαρακτηρισμό της νομικής πλάνης ως «συγγνωστής» ή όχι.

Σύμφωνα με την αριθ. 2692/1991 Γνωμοδότηση Εισαγγελέως Εφετών Θεσσαλονίκης, επί αυτόγνωνων ιατρικών επεμβάσεων, η άρση του άδικου χαρακτήρα της παράνομης βίας θεμελιώνεται στη σύγκρουση καθηκόντων. Συγκεκριμένα υποστηρίζει ότι η επίλυση της σύγκρουσης των δύο καθηκόντων (ανάμεσα στο καθήκον της σωτηρίας του ασθενούς και του σεβασμού του δικαιώματος αυτοδιάθεσης) προς την κατεύθυνση της προσβολής του δικαιώματος αυτοδιάθεσης, αρκεί για την άρση του άδικου χαρακτήρα της αυτόγνωμης ιατρικής επέμβασης. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι όταν τα αλληλοσυγκρουόμενα καθήκοντα είναι ίσα ή ανάλογα, εναπόκειται στον ιατρό να κρίνει και να επιλέξει το καθήκον που θα εκπληρωθεί. Υποστηρίζεται και η αντίθετη άποψη ότι δεν αίρεται ο άδικος χαρακτήρας, διότι, όταν ο ασθενής αρνείται να υποβληθεί σε ιατρική επέμβαση, το καθήκον του ιατρού να επέμβει θεραπευτικά υποχωρεί λόγω του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, αν ο ιατρός επιχειρήσει αυτόγνωμη ιατροχειρουργική επέμβαση, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, στοιχειοθετείται το αδίκημα της παράνομης βίας και η ύπαρξη ή μη ποινικής ευθύνης του ιατρού εξαρτάται από το αν η νομική πλάνη του ιατρού ότι είχε δικαίωμα να επέμβει θεραπευτικά, παρακάμπτοντας τη βούληση του ασθενούς, είναι συγγνωστή ή μη συγγνωστή. [12]

## 20. ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

### 20.1. Περιεχόμενο πειθαρχικής ευθύνης ιατρού

Η πειθαρχική ευθύνη των ιατρών απορρέει από την παράβαση συγκεκριμένων διατάξεων της ελληνικής νομοθεσίας οι οποίες αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος-λειτουργήματος και έχει ως συνέπεια την επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων σε αυτούς ούτως ώστε να διαφυλαχθεί και να αποκατασταθεί το κύρος και η αξιοπρέπεια του ιατρικού σώματος. Στις περιπτώσεις πειθαρχικής ευθύνης ιατρών, αρμοδιότητα επιβολής πειθαρχικών ποινών έχουν τα πειθαρχικά όργανα του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου που ανήκει ο ιατρός (Πρόεδρος, Πειθαρχικό Συμβούλιο) και το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στο άρθρο 36 αναφέρει τις κυρώσεις που επιβάλλονται στους ιατρούς και συγκεκριμένα:

Άρθρο 36 παρ. 1: Κάθε παράβαση των διατάξεων του παρόντος τιμωρείται πειθαρχικά από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα.

Άρθρο 36 παρ. 2: Ο ιατρός που παραβιάζει τις διατάξεις του άρθρου 6 παρ. 4 και 5 (...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), του άρθρου 19 παρ. 5,6,7 (...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 σύμβασή του. Οποιαδήποτε συναλλαγή που αφορά στη λήψη αμοιβής από ασθενή μεταξύ ιατρών και οποιουδήποτε άλλου λειτουργού υγείας απαγορεύεται. 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), του άρθρου 24 παρ. 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. 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), του άρθρου 28 παρ. 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, οικονομική ή ακαδημαϊκά οφέλη. Επιτρέπεται η παραβίαση του απορρήτου, μόνον όταν η τήρησή του θα μπορούσε να επιφέρει σοβαρή σωματική ή ψυχική βλάβη σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές ή σε τρίτο πρόσωπο...), του άρθρου 30 παρ. 4 (...η κλωνοποίηση ως μέθοδος αναπαραγωγής ανθρώπου απαγορεύεται...) 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) έως και διακοσίων χιλιάδων (200.000) ευρώ. Η ποινή επιβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, 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.

Άρθρο 36 παρ.3: ο ιατρός έχει υποχρέωση 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 που κατηγορείται στο πλαίσιο αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής διαδικασίας έχει δικαίωμα απόλυτου σεβασμού της προσωπικότητάς του.

Οι παραπάνω διατάξεις αποσαφηνίζουν τα πειθαρχικά παραπτώματα των ιατρών, ώστε να είναι σαφές ποιες συμπεριφορές αποτελούν πειθαρχικά αδικήματα και ο ιατρός να μην μπορεί να επικαλεσθεί ασάφεια για να αποφύγει την πειθαρχική ευθύνη. Δεν αποκλείεται βέβαια οι συγκεκριμένες διατάξεις να αποτελέσουν βάση για τη στήριξη της παράβασης του καθήκοντος επιμέλειας του ιατρού και έτσι να στοιχειοθετηθεί και ποινική ευθύνη σε συνδυασμό με διατάξεις του ΠΚ.

Η πειθαρχική ευθύνη δεν αποκλείει την ύπαρξη παράλληλης ποινικής ή αστικής ευθύνης η οποία προέρχεται από την ίδια παράβαση διατάξεων πειθαρχικού χαρακτήρα. Συνεπώς η άσκηση ποινικής δίωξης δεν αναστέλλει ούτε εμποδίζει την πειθαρχική δίωξη και αντίστροφα.

Κατά τις διατάξεις του δημοσιοϋπαλληλικού δικαίου, το υπαίτιο όργανο υπέχει και πειθαρχική ευθύνη απέναντι στους προϊσταμένους του για παραβίαση υπηρεσιακών υποχρεώσεων οι οποίες συνεπάγονται την επιβολή των προβλεπόμενων από τον υπαλληλικό κώδικα πειθαρχικών ποινών. Οι διατάξεις του εφαρμοζόμενου πειθαρχικού δικαίου είναι αναγκαστικού δικαίου, αυστηρού χαρακτήρα και προβλέπουν τα πειθαρχικά παραπτώματα, τις πειθαρχικές ποινές, τα πειθαρχικά όργανα και την ακολουθούμενη πειθαρχική διαδικασία, καθώς και τα ένδικα μέσα που μπορεί να ασκήσει ο πειθαρχικά διωκόμενος.

Όσον αφορά την πειθαρχική ευθύνη των ιατρών που εργάζονται στα δημόσια Νοσοκομεία, η πειθαρχική ευθύνη περιλαμβάνει όλες τις δημοσίου δικαίου δυσμενείς συνέπειες από μία πλημμελή ιατρική πράξη του ιατρού είτε αφορά σε ασθενή του είτε σε υπηρεσιακά καθήκοντα και οι οποίες συνδέονται με τα προβλεπόμενα στο νόμο πειθαρχικά παραπτώματα για τα οποία επιβάλλονται πειθαρχικές ποινές από τα πειθαρχικά όργανα του Δημοσίου ή του ν.π.δ.δ. προς το οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του ο ιατρός. Τα πειθαρχικά παραπτώματα και οι πειθαρχικές ποινές που επιβάλλονται στους ιατρούς που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), καθορίζονται πρώτιστα στην ειδική νομοθεσία που διέπει το Ε.Σ.Υ. εφαρμοζομένου συμπληρωματικά των διατάξεων του υπαλληλικού κώδικα για όσα θέματα πειθαρχικού χαρακτήρα δεν ρυθμίζονται από τις ειδικές διατάξεις του ΕΣΥ. Τα πειθαρχικά παραπτώματα είναι όσα προβλέπονται στον υπαλληλικό κώδικα και τα αναφερόμενα στο άρθρο 77 Ν.2071/92, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται η δωροληψία. Οι πειθαρχικές ποινές που προβλέπονται είναι μεταξύ άλλων η οριστική παύση ή προσωρινή παύση μέχρι 2 ετών, η αφαίρεση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος κ.α. [14, 29]

## **21. ΕΥΘΥΝΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ**

### **21.1. Νομικό πλαίσιο**

Σύμφωνα με το άρθρο 13 του Ν. 1397/83, στα νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που στελεχώνονται αποκλειστικά με πανεπιστημιακό ιατρικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου και αποτελούν τμήματά του. Το πανεπιστημιακό προσωπικό, σε ό,τι αφορά την υπηρεσία του στο νοσοκομείο, θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με αυτό και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του νοσοκομείου, όπως και το λοιπό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας. Οι πανεπιστημιακές κλινικές των νοσοκομείων του ΕΣΥ έχουν την ίδια λειτουργική αποστολή με τις λοιπές μονάδες των ιδίων νοσοκομείων, παράλληλα με τη διδακτική και ερευνητική αποστολή τους.

Σύμφωνα με το άρθρο 53 παρ. 3 του Ν. 2071/92, η εποπτεία του επιστημονικού ή εκπαιδευτικού έργου των πανεπιστημιακών κλινικών γίνεται από τα οικεία πανεπιστημιακά όργανα. Το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου λαμβάνει αποφάσεις για την οργάνωση και λειτουργία των ανηγμένων στο νοσοκομείο κλινικών του ΕΣΥ και μόνο των ιατρών ΕΣΥ που υπηρετούν και ανήκουν οργανικά σε αυτό, χωρίς να μπορεί να αφαιρέσει ή να περιορίσει το κλινικό-διδακτικό-ερευνητικό έργο του πανεπιστημιακού ιατρού που του έχει ανατεθεί από πανεπιστημιακά όργανα στο πλαίσιο λειτουργίας της πανεπιστημιακής κλινικής (ΣτΕ 944/2004)

Σύμφωνα με το άρθρο 11 του Ν. 2889/2001, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 5 του Ν. 3204/2003, το άρθρο 42 παρ.1 του Ν. 3329/2005, προβλέπεται (είναι δυνατή) μονομερής απομάκρυνση του πανεπιστημιακού ιατρού (στην περίπτωση άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος), με απόφαση των οργάνων του νοσοκομείου που κοινοποιείται στον Πρόεδρο του ιατρικού τμήματος και τον Πρύτανη του οικείου ΑΕΙ για την άσκηση της πειθαρχικής δίωξης (άρθρο 4 Ν. 2530/1997). Ακολουθώντας, με τις ίδιες ως άνω διατάξεις και για τους ίδιους λόγους, μπορεί να απομακρυνθεί από το νοσοκομείο με απόφαση της Συγκλήτου του οικείου Πανεπιστημίου, με την οποία ανακαλείται η πράξη τοποθέτησής του, χωρίς να θίγεται η σχέση του πανεπιστημιακού ιατρού με το Πανεπιστήμιο. Επομένως, ο πανεπιστημιακός ιατρός μπορεί στην περίπτωση αυτή να συνεχίσει να ασκεί τα

καθήκοντά του απέναντι στο Πανεπιστήμιο, περιλαμβανομένου του διδακτικού, ερευνητικού και κλινικού του έργου.

Σύμφωνα με τον Ν. 3754/2009 και Ν. 3868/2010, ο πανεπιστημιακός ιατρός υποχρεούται να εκτελεί εφημερίες, γεγονός που είναι διάφορο της υποχρέωσης άσκησης κλινικού έργου. Επίσης, η άσκηση διδακτικού και ερευνητικού έργου από πανεπιστημιακούς ιατρούς εντός των νοσοκομείων του ΕΣΥ συμβάλλει στην περαιτέρω ανάπτυξη και προαγωγή της επιστήμης, καθώς και στην προάσπιση της υγείας των πολιτών σύμφωνα με το άρθρο 16 Σ, στο πλαίσιο της εφαρμογής της συνταγματικής αρχής του κοινωνικού κράτους δικαίου (άρθρο 25 Σ).

Σύμφωνα με το άρθρο 30 του Ν. 4052/2012, οι πανεπιστημιακοί ιατροί πλήρους απασχόλησης που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες που είναι εγκαταστημένες σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, επιτρέπεται να διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο, εφόσον συμμετέχουν στην ολόήμερη, πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του νοσοκομείου τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα εκτός των ημερών εφημερίας.

## **21.2. Περιεχόμενο ευθύνης πανεπιστημιακού ιατρού**

Τίθεται το ερώτημα αν καλύπτονται από το αστικώς ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων και οι ιατροί-μέλη ΔΕΠ Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (πανεπιστημιακοί ιατροί).

Η πάγια μέχρι σήμερα νομολογία δέχονταν την άποψη ότι οι πανεπιστημιακοί ιατροί ως προς το ιατρικό τους έργο στις εγκατεστημένες κατά το άρθρο 13 του Ν. 1397/1983 σε δημόσια νοσοκομεία πανεπιστημιακές κλινικές, δεν καλύπτονται από το αστικώς ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων, υπέχουν προσωπική ευθύνη με την προσωπική τους παρουσία για σφάλματα που έχουν προκαλέσει κατά την ιατρική τους υπηρεσία σε πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και συνεπώς οι αγωγές ιδιωτών ασκούνται παραδεκτά εναντίον τους, ΠολΠρΘεσσαλονίκης 12598/2003, ΑΠ 1659/2003, 1613/2001, 928/1981, ΕφΘεσσαλονίκης 2689/2004, ΕφΘεσσαλονίκης 2690/2004.

Η αντίθετη άποψη δέχονταν ότι το πανεπιστημιακό προσωπικό σε ό,τι αφορά την υπηρεσία του στο Νοσοκομείο θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με αυτό και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμοδίων οργάνων του Νοσοκομείου, όπως και το λοιπό ιατρικό προσωπικό. Η ευθύνη του

πανεπιστημιακού ιατρού συνδέεται άμεσα με το καθεστώς υπό το οποίο ο ιατρός παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες. Εάν ο ιατρός ασκεί κλινικό έργο, στο πλαίσιο του οποίου προκάλεσε βλάβη σε ασθενή, θεωρείται όργανο του νοσοκομείου ως ν.π.δ.δ. το οποίο φέρει αυτό την ευθύνη έναντι του τρίτου, δηλαδή του ασθενούς. Συνεπώς, κατά την άσκηση του ιατρικού του έργου, το πανεπιστημιακό ιατρικό προσωπικό τελεί σε όμοιες συνθήκες προς το λοιπό ιατρικό προσωπικό και πρέπει το αστικώς ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων να ισχύει και επί αυτού, σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ. 1 Σ. Κρίθηκε από το Συμβούλιο της Επικρατείας (ΣτΕ 2736/2007, 2579/2006) ότι οι πανεπιστημιακοί ιατροί που στελεχώνουν την ιατρική υπηρεσία νοσοκομείων αποτελούν όργανα του νομικού προσώπου του δημοσίου, στο οποίο παρέχουν τις υπηρεσίες τους αφού τελούν υπό τις ιεραρχικές οδηγίες του Διοικητή του νοσοκομείου και επομένως στοιχειοθετείται αστική ευθύνη του εναγόμενου ν.π.δ.δ. για τα ιατρικά σφάλματά τους.

Το ζήτημα παραπέμφθηκε στην κρίση της Ολομέλειας του ΑΠ με τις αριθ. ΑΠ 2208/07 και 294/08 αποφάσεις. Επί του θέματος η αριθ. 294/2008 *παραπεμπτική απόφαση στην Ολομέλεια του ΑΠ* έκρινε τα ακόλουθα: «... τίθεται ζήτημα γενικότερου κατά την κρίση του Δικαστηρίου ενδιαφέροντος και ειδικότερα αν οι καθηγητές και το λοιπό βοηθητικό προσωπικό των Ιατρικών Σχολών των Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ευθύνονται έναντι των τρίτων και για τις πράξεις ή παραλείψεις του, ως ιατρών, σε εγκατεστημένες κατά το άρθρο 13 του Ν. 1397/1983 στα νοσοκομεία Πανεπιστημιακές Κλινικές, για τους οποίους ορίζεται με το άρθρο 13 παρ. 2 εδ. 2 του αυτού Ν. 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας ότι το πανεπιστημιακό προσωπικό σε ό,τι αφορά την υπηρεσία του στο νοσοκομείο θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με αυτό και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμοδίων οργάνων του νοσοκομείου, όπως και το λοιπό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας...»

Η Ολομέλεια του ΑΠ με την αριθ. 3/2009 απόφασή της διαχώρισε τους πανεπιστημιακούς ιατρούς από τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. και αποφάνθηκε ότι οι πανεπιστημιακοί ιατροί δεν υπάγονται στο αστικώς ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων λόγω ουσιωδών διαφορών μεταξύ των δύο κατηγοριών ιατρών. Σύμφωνα με το σκεπτικό των αποφάσεων «...η μη υπαγωγή, κατά ανάλογη εφαρμογή, των πανεπιστημιακών καθηγητών στην ευνοϊκή νομοθετική ρύθμιση για το ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων και υπαλλήλων ν.π.δ.δ... συνάδει προς την ιδιότητα αυτών ως ανωτάτων δημοσίων λειτουργών με αυξημένο κύρος και με την από αυτήν απορρέουσα πρόσθετη ευθύνη από εκείνη του απλού δημοσίου υπαλλήλου, κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους, καίτοι



παράλληλα και ταυτόχρονα ασκούν και το λειτούργημα του ιατρού Ε.Σ.Υ. με την επισήμανση ότι με δική τους επιλογή και ευθύνη και για δικό τους όφελος κατείχαν τη θέση του καθηγητή σε ΑΕΙ παράλληλα με τη θέση του ιατρού υπαγόμενου στο ΕΣΥ... κατά το χρόνο της διενέργειας κάποιας χειρουργικής επέμβασης σε τρίτο ή ιατρικής παρακολούθησης αυτού, η πανεπιστημιακή ιδιότητα που έχει ο θεράπων ιατρός δεν παύει να υφίσταται, δεν κάμπτεται ούτε υποβαθμίζεται από αυτήν του ιατρού, αλλά τότε πρέπει πρόδηλα να αποδεικνύεται ως υπερέχουσα οιασδήποτε άλλης... Αν ... επεκτεινόταν η υφιστάμενη ευνοϊκή μόνον υπέρ των ιατρών του ΕΣΥ ρύθμιση και στους έχοντες πρόσθετα προσόντα ιατρούς, χωρίς να συντρέχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος, προς το συμφέρον μόνο των τελευταίων και σε βάρος των δικαιωμάτων εκείνων που ζημιώθηκαν από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις τους, η τιοιαύτη επέκταση της ευνοϊκής ρύθμισης και στην ανώτατη τάξη των δημοσίων λειτουργών-καθηγητών Πανεπιστημίου, ήτοι σε διαφορετική κατ' ουσίαν κατηγορία προσώπων, θα οδηγούσε στην πραγματικότητα σε ανισότητα του νόμου έναντι των πολιτών, που είναι ανεπίτρεπτη από την ίδια ως άνω συνταγματική διάταξη».

Η ως άνω δηλαδή απόφαση έκρινε ότι το γεγονός ότι οι πανεπιστημιακοί ιατροί τελούν υπό τις ιεραρχικές και διευθυντικές οδηγίες του Διοικητή του Νοσοκομείου στο οποίο υπηρετούν, δεν συνεπάγεται ότι δεν πρέπει να υπέχουν και προσωπική ευθύνη έναντι του ζημιωθέντος τρίτου, διότι η πρόσθετη ευθύνη έχει έρεισμα και δικαιολογείται από το αυξημένο κύρος του πανεπιστημιακού λειτουργήματος που κατέχουν με δική τους επιλογή. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί, κατά την κρίση της Ολομέλειας του ΑΠ, ως ανώτατοι δημόσιοι λειτουργοί, πρέπει να ευθύνονται έναντι τρίτων για πράξεις ή παραλείψεις τους κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Η απόφαση αυτή σηματοδότησε την διαφοροποίηση της ευθύνης των πανεπιστημιακών ιατρών και των λοιπών ιατρών του ΕΣΥ έστω και αν υπηρετούν στα ίδια νοσοκομεία, δημιουργώντας νομολογιακή κρίση περί αυστηρότερου καθεστώτος ευθύνης σε σχέση με τον απλό δημόσιο υπάλληλο αλλά και με τον ιατρό του ΕΣΥ.

Το ζήτημα επιλύθηκε νομοθετικά με το άρθρο 1 του Ν. 3754/2009 που εξομοίωσε τους πανεπιστημιακούς ιατρούς με τους νοσοκομειακούς ιατρούς όσον αφορά στην αστική τους ευθύνη θεσπίζοντας την έλλειψη αστικής ευθύνης των πανεπιστημιακών ιατρών έναντι τρίτων, στο πλαίσιο άσκησης των ιατρικών τους καθηκόντων στα Νοσοκομεία και τις πανεπιστημιακές κλινικές όπου υπηρετούν.

Όσον αφορά την πειθαρχική ευθύνη των πανεπιστημιακών ιατρών, λεκτέα τα ακόλουθα: τα Πανεπιστημιακά Ιδρύματα βάσει της συνταγματικά κατοχυρωμένης αυτοτέλειας αποτελούν πλήρως αυτοδιοικούμενα ν.π.δ.δ. επομένως αρμοδιότητα για την άσκηση πειθαρχικής εξουσίας σε πανεπιστημιακούς ιατρούς που εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές του Ε.Σ.Υ. έχουν τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα του Πανεπιστημιακού Ιδρύματος όπως προβλέπονται στο άρθρο 4 Ν. 2530/97 που ορίζει ότι «...2. Η πειθαρχική δίωξη ασκείται είτε αυτεπάγγελα είτε κατόπιν αναφοράς και χωρίς υπαίτια καθυστέρηση από τον Πρόεδρο του Τμήματος ή από τον Πρύτανη του οικείου ΑΕΙ. Ο Υπουργός Παιδείας μπορεί να ασκήσει πειθαρχική δίωξη, μετά από γνώμη της Συγκλήτου του οικείου ΑΕΙ. Η πειθαρχική ποινή επιβάλλεται από το Πειθαρχικό Συμβούλιο του άρθρου 2 του Ν. 249/76, όπως ισχύει...».) [2, 7, 11]

## 22. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ

### 22.1. Οικονομικές επιπτώσεις

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται ραγδαία τα ιατρικά σφάλματα τα οποία δημιουργούν οικονομικές συνέπειες στον ασθενή, στους συγγενείς του, στον ιατρό, στην κλινική, στα νοσοκομεία, στους νοσηλευτές, στα ασφαλιστικά ταμεία και εν γένει επιβάρυνση ολόκληρου του τομέα υγείας και της οικονομίας γενικότερα.

Όσον αφορά τον ασθενή και τους συγγενείς του, η βλάβη που προκαλείται εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος έχει ως αποτέλεσμα την παρατεταμένη παραμονή του ασθενούς στο Νοσοκομείο, γεγονός που συνεπάγεται την καταβολή περισσότερων χρημάτων για την κάλυψη των επιπλέον εξόδων που απαιτούνται για την περαιτέρω νοσηλεία, προκειμένου να γίνει αποκατάσταση της βλάβης που προκλήθηκε λόγω του ιατρικού σφάλματος και απώλεια εσόδων λόγω της απουσίας τους από την εργασία μαζί με απώλεια χρόνου. Με την περαιτέρω παραμονή του ασθενούς στο Νοσοκομείο αυξάνεται ο χρόνος και το κόστος νοσηλείας, με ταυτόχρονη αύξηση του αριθμού των φαρμάκων, του υγειονομικού υλικού, των εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων. Επιπλέον, η περαιτέρω παραμονή των ασθενών στο Νοσοκομείο αυξάνει την πιθανότητα μόλυνσής τους από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη, για τη θεραπεία της οποίας απαιτείται ακόμα μεγαλύτερος χρόνος νοσηλείας. Το Νοσοκομείο με τις παρατεταμένες νοσηλείες ασθενών, λόγω ιατρικών σφαλμάτων, βαρύνεται με επιπλέον κόστος που οφείλεται στις αυξημένες δαπάνες για τη λειτουργία των τμημάτων του. Οι συγγενείς του ασθενούς, λόγω της περαιτέρω νοσηλείας του, είναι αναγκασμένοι να απουσιάζουν περισσότερο χρόνο από την εργασία τους, γεγονός που συνεπάγεται κόστος σε χρήμα και χρόνο ή προσλαμβάνουν «αποκλειστικές νοσοκόμες» και υφίστανται μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση τόσο οι ίδιοι όσο και τα ασφαλιστικά ταμεία. Η οικονομική αυτή αφαίμαξη συνεπάγεται και έντονη συναισθηματική φόρτιση, με συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία τους. Επίσης, το ιατρικό σφάλμα ωθεί τους ασθενείς και τους συγγενείς τους να προσφεύγουν στα δικαστήρια κατά των θεραπόντων ιατρών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, διεκδικώντας αποζημίωση και ξοδεύοντας ταυτόχρονα μεγάλα ποσά στους δικηγόρους.

Όσον αφορά τον ιατρό, όταν ο ασθενής στρέφεται δικαστικά εναντίον του, βρίσκεται σε δύσκολη θέση διότι διακυβεύεται η τιμή και η υπόληψή του ως ανθρώπου, η επιστημονική του υπόσταση και η επαγγελματική του εξέλιξη. Η κατάσταση που δημιουργείται τον κάνει να χάνει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να περιορίζει την

άσκηση της ιατρικής ή να παραπέμψει του ασθενείς του σε άλλους ιατρούς, με συνέπεια την οικονομική επιβάρυνση και την ηθική σπίλωση. Η τυχόν ποινική καταδίκη του ιατρού αμαυρώνει το ποινικό του μητρώο και η ευδοκίμηση της αστικής αγωγής συνεπάγεται καταλογισμό εις βάρος του της υποχρέωσης να αποζημιώσει τον ασθενή, γεγονός που οδηγεί στην οικονομική του αφαίμαξη.

Σε περίπτωση που ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του σε ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα, είτε με σχέση εργασίας, είτε απλώς χρησιμοποιεί τα μέσα και τις εγκαταστάσεις του, υπέχει ευθύνη τόσο ο ίδιος όσο και το νοσοκομείο ή η κλινική όπου έλαβε χώρα το ιατρικό σφάλμα. Τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα υπόκεινται δυσφήμιση από τα ιατρικά σφάλματα, μειώνεται η πελατεία τους και έχουν αυξημένες δαπάνες λόγω και των αποζημιώσεων για αστική ευθύνη, ηθική βλάβη και ψυχική οδύνη. Επομένως, το όποιο προσωρινό όφελος του νοσηλευτικού ιδρύματος από νοσήλια, λόγω της μεγαλύτερης παραμονής του ασθενούς εξαιτίας του ιατρικού σφάλματος, σε βάθος χρόνου μετατρέπεται σε ζημία.

Αν το Νοσοκομείο είναι δημόσιο, η κατάσταση διαφοροποιείται, αφού ο ιατρός που παρέχει τις υπηρεσίες του υπό την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου απαλλάσσεται από την υποχρέωση για αποζημίωση του ασθενούς, καλυπτόμενος από το ανεύθυνο (έλλειψη προσωπικής ευθύνης) των δημοσίων υπαλλήλων έναντι τρίτων (άρθρο 38 ΥΚ), δεδομένου ότι το δημόσιο Νοσοκομείο νομιμοποιείται παθητικώς για την καταβολή της αποζημίωσης. Για τα δημόσια Νοσοκομεία που ήδη αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα, οι επιπλέον (έκτακτες) δαπάνες από την καταβολή αποζημιώσεων, λόγω ιατρικών σφαλμάτων, θα επιδεινώσουν ακόμη περισσότερο τους ελλειμματικούς προϋπολογισμούς τους και θα δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων.

Όσον αφορά τους εργοδότες, υφίστανται οικονομικές συνέπειες από ιατρικό σφάλμα, με την έννοια ότι αν πρόκειται για εξειδικευμένο υπάλληλο της εταιρείας που αποτελεί σημαντικό κεφάλαιό της επειδή για την εκπαίδευσή του δαπανήθηκε χρόνος και χρήμα, η μακροχρόνια απουσία ή η μόνιμη αναπηρία ή ακόμα και ο θάνατος ενός τέτοιου υπαλλήλου εξαιτίας ιατρικού σφάλματος, θα στερήσει την εταιρεία από την παροχή των υπηρεσιών του, γεγονός που θα επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην διοικητική και οικονομική λειτουργία της εταιρείας.

Όσον αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία, η παράταση του χρόνου νοσηλείας του ασθενούς συνεπάγεται επιπλέον οικονομική επιβάρυνση τους, δεδομένου ότι η περαιτέρω παραμονή στο Νοσοκομείο έχει ως αποτέλεσμα περισσότερες ημέρες νοσηλείας και

περισσότερα έξοδα για να αποκατασταθεί η ζημία. Αν η ζημία που προκλήθηκε είναι ανεπανόρθωτη, τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνονται με αποζημίωση, πρόωρη σύνταξη, παροχή βοηθημάτων (πχ τεχνητά μέλη). Επίσης, πέραν των επιπλέον εξόδων που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία για τον αυξημένο χρόνο νοσηλείας ή τις αποζημιώσεις, χάνονται και τα έσοδα από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών για όλο αυτό το διάστημα. Το κόστος αυτό αναγκαστικά επιβαρύνει, μέσω της αύξησης των ασφαλίσεων (για ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης) ή μέσω της αύξησης των εισφορών (για κρατικούς ασφαλιστικούς και λοιπούς φορείς κοινωνικής ασφάλισης) τους ασφαλισμένους, τους εργοδότες και εν γένει το κοινωνικό σύνολο. [9, 35]

## 23. ΑΜΥΝΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι η αστική ιατρική ευθύνη έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης νομολογιακής και θεωρητικής επεξεργασίας και αντιμετώπισης, καθώς και ότι υπάρχει ραγδαία αύξηση των αστικών δικών με αντικείμενο την ιατρική ευθύνη και τη διεκδίκηση μεγάλων χρηματικών ποσών. Αν έχει προηγηθεί τελεσίδικη ποινική καταδίκη συνήθως ακολουθεί και άσκηση αγωγής για αναγνώριση αστικής ευθύνης και καταβολή αποζημίωσης. Ενδέχεται να εκδικάζεται η αστική αξίωση εναντίον του ιατρού μαζί με την κατηγορία του για ποινικές ευθύνες για κάποια συγκεκριμένη πλημμελή συμπεριφορά του. Αυτό έχει αρνητικά αποτελέσματα για τους ιατρούς, τους ασθενείς και την επιστήμη εν γένει.

Η υπερβολική νομική απειλή προς τον ιατρό δυσχεραίνει την άσκηση της ιατρικής και πολλοί ιατροί εξωθούνται στην αποκαλούμενη *αμυντική ιατρική*. Γίνεται λόγος για αμυντική ιατρική όταν η συμπεριφορά του ιατρού αποκλίνει από τη λεγόμενη «καλή ιατρική πρακτική» ενάντια στο όφελος του ασθενή, κυρίως επειδή ο ιατρός επιδιώκει να αποφύγει τις εναντίον του νομικές συνέπειες εξαιτίας ιατρικού σφάλματος (αγωγές αποζημίωσης, ποινικές διώξεις). Η αμυντική ιατρική διακρίνεται στη *θετική* (όταν ο ιατρός κάνει περισσότερα από όσα επιβάλλονται πχ εκτέλεση υπερβολικού αριθμού και μη απολύτως αναγκαίων ιατρικών εξετάσεων, υπερβολική χορήγηση φαρμάκων, υπερβολικός αριθμός εισαγωγών στο Νοσοκομείο ή παραπομπών σε άλλον ιατρό) και την *αρνητική* (όταν ο ιατρός πράττει λιγότερα από όσα επιβάλλονται πχ αποφυγή ανάληψης ασθενών ή θεραπευτικών επεμβάσεων υψηλού κινδύνου).

Από τη φύση της ιατρικής είναι αναγκαία η αναγνώριση στον ιατρό μιας κατά συνείδηση διακριτικής ευχέρειας μέσα στο πλαίσιο των κατευθυντήριων αρχών του δικαίου. Όμως, το εύρος και οι συνέπειες της ιατρικής ευθύνης, καθώς και η θέση της νομολογίας στο θέμα της ιατρικής ευθύνης οδηγεί τους ιατρούς στη λήψη υπέρμετρων μέσων για την αντιμετώπιση των ιατρικών περιστατικών, προκειμένου να είναι καλυμμένοι νομικά, ότι δηλαδή έπραξαν το επιστημονικώς καθήκον τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, στο συγκεκριμένο ασθενή. Αυτό βέβαια μπορεί να οδηγήσει στη διενέργεια μεγάλου αριθμού ιατρικών πράξεων που μπορεί να είναι άχρηστες ή εν τέλει να μην έχουν να προσφέρουν τίποτε περισσότερο από αυτό που ο ιατρός με τη γνώση του, την κλινική εικόνα του ασθενούς και τα λοιπά δεδομένα είχε αποφασίσει να εφαρμόσει για την αντιμετώπιση του ασθενούς. Η αμυντική ιατρική αυξάνει υπέρογκα το

κόστος της υγείας και βλάπτει άμεσα τον ασθενή. Ο ιατρός φοβούμενος τις συνέπειες της ιατρικής ευθύνης, θέτει ο ίδιος σε αμφισβήτηση την επιστημονική του κρίση και προσπαθεί μέσω διενέργειας επιπλέον εργαστηριακών εξετάσεων να επιβεβαιώσει και να υποστηρίξει την ιατρική του άποψη, όπως αυτή αποτυπώθηκε στη συγκεκριμένη ιατρική πράξη ή παράλειψη πράξης για τον συγκεκριμένο ασθενή, την οποία είχε ήδη διαμορφώσει και πριν από τις επιπλέον εξετάσεις-ιατρικές πράξεις. Η διενέργεια των επιπλέον ιατρικών εξετάσεων εφόσον δεν προκαλούν βλάβη στην υγεία του ασθενούς δεν θεμελιώνει ιατρική ευθύνη, θεμελιώνει όμως ευθύνη για την επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων, του προϋπολογισμού των Νοσοκομείων και της σπατάλης δημοσίου χρήματος. Από την άλλη μεριά, ο ασθενής είναι το ασθενέστερο μέρος στην ιατρική συμβατική σχέση και όταν ο ιατρός του προτείνει μια διαγνωστική ή θεραπευτική ενέργεια, δύσκολα θα αρνηθεί να συναινέσει, επειδή γνωρίζει ότι τυχόν άρνησή του θα αποβεί σε βάρος της υγείας του ή της ζωής του.

Η αυξανόμενη επιδίωξη των ασθενών ή των οικείων του για χρηματική ικανοποίηση ή αποζημίωση για κάποιο ιατρικό σφάλμα οδηγεί τους ιατρούς να καταφεύγουν σε ασφαλιστική κάλυψη (συχνά πληρώνοντας υπέρογκα ποσά) για το ενδεχόμενο αστικής ιατρικής ευθύνης τους. Οι ασφαλίσεις αστικής ευθύνης καλύπτουν τους ασφαλισμένους ιατρούς για τις οικονομικές (αστικές) ευθύνες τους προς τρίτα πρόσωπα που προκύπτουν από λάθη ή παραλείψεις τους που συνιστούν αδικοπραξία. Αποζημιώνονται οι παθόντες τρίτοι για σωματικές βλάβες ή υλικές ζημιές συμπεριλαμβανομένης της ηθικής βλάβης που τους προξένησε ο ασφαλισμένος ιατρός, με άδικες πράξεις ή παραλείψεις του που οφείλονται σε αμέλεια, ενώ πράξεις που οφείλονται σε δόλο ή βαριά αμέλεια του ασφαλισμένου ιατρού δεν καλύπτονται. Τα ασφαλιστήρια επεκτείνονται και καλύπτουν την ευθύνη του ιατρού για σωματικές βλάβες και υλικές ζημιές από ατυχήματα στο χώρο του ιατρείου από τη στιγμή της εισόδου στο ιατρείο και μέχρι την έξοδο (πελάτες ασφαλιζόμενου ιατρού και οι συνοδοί), την ευθύνη του βοηθητικού προσωπικού που τυχόν απασχολεί ο ιατρός, καθώς και τις αμοιβές δικηγόρων και τα δικαστικά έξοδα σε περίπτωση που η υπόθεση φτάσει στη δικαιοσύνη. Η κάλυψη παρέχεται με τη μορφή ενός ανωτάτου ορίου ανά άτομο και περιστατικό, καθώς και ενός ετήσιου ανωτάτου ορίου κάλυψης. Το κόστος της κάλυψης διαμορφώνεται ανάλογα με το ύψος των ορίων αυτών και με την ειδικότητα των ιατρών. Η σύναψη ασφαλιστηρίων συμβολαίων κάλυψης επαγγελματικής ευθύνης προσφέρει στον ιατρό εχέγγυα ασφάλειας και την ηρεμία που χρειάζεται για να συγκεντρωθεί στο λειτούργημα. [11, 19, 29, 34, 41]

## 24. ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Τα θέματα των ιατρικών σφαλμάτων και της ιατρικής ευθύνης έχουν απασχολήσει πολλές φορές τα τελευταία χρόνια τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Παραθέτουμε ενδεικτικά ορισμένα δημοσιεύματα:

*«Εστίες λοιμώξεων οι γιατροί», «Γιατροί που σκοτώνουν και δεν πληρώνουν», «Τα λάθη που σκοτώνουν και δεν πληρώνουν», «Νεκρή Αγγλίδα από ξεχασμένα ιατρικά εργαλεία», «Φονική ακτινοθεραπεία σε καρκινοπαθείς»*

*«ΤΟ ΒΗΜΑ» φύλλο της 16-6-1995 σελ Α52 και τον υπέρτιτλο: «Πως (δεν) προστατεύονται στην Ελλάδα οι ασθενείς αλλά και οι ίδιοι οι γιατροί από τις λανθασμένες διαγνώσεις τους».*

*«ΕΞΟΥΣΙΑ» φύλλο της 18-5-1998 σελ. 57: «Ξεχασμένα χειρουργικά εργαλεία και γάζες ανακάλυψε έκπληκτος στο παχύ έντερο 19χρονης Αγγλίδας η οποία διακομίσθηκε στο Νοσοκομείο Κέρκυρας με δυνατούς πόνους στο στομάχι και λίγο αργότερα εξέπνευσε. Η Κ. είχε πριν από τέσσερις μήνες υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο Λίβερπουλ ύστερα από τροχαίο ατύχημα που είχε».*

*«ΕΘΝΟΣ» φύλλο της 3/2/1999 σελ. 19: «Μικρόβια από ασθενή σε ασθενή μεταφέρουν γιατροί και εργαζόμενοι στα νοσοκομεία. Οι περισσότεροι δεν πλένουν τακτικά τα χέρια τους, τα οποία μετατρέπονται σε «δεξαμενές μικροβίων». Τα μικρόβια αυτά εύκολα περνούν στους ασθενείς με μειωμένου αμυντικό σύστημα (ανοσοποιητικό) ή ανοικτές «πύλες» εισόδου (καθετήρες, τομές κα)».*

*«ΤΟ ΒΗΜΑ» φύλλο της 16-10-2005: «Η Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας-Πειραιά παραδέχεται ότι είναι ραγδαία η αύξηση των υποθέσεων ιατρικών σφαλμάτων».*

*«Ελεύθερος Τύπος» φύλλο της 3/9/2007 σελ. 20 & 21: «Ο μόλυβδος σκότωσε τον Μπετόβεν» και «Φονικές ιατρικές αγωγές», «Διάσημα θύματα της επιστήμης του 18<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> αιώνα», όπου αναφέρεται ότι «η θεραπευτική αγωγή που χορηγήθηκε στο συνθέτη (Μπετόβεν) για την ηπατική ανεπάρκεια τον δηλητηρίασε, όπως απέδειξε πρόσφατη έρευνα»*

*«ΤΑ ΝΕΑ» φύλλο της 14-1-2008 σελ. 18: «Παγίδες θανάτου οι εντατικές, μεταφέρονται τα μικρόβια από τα χέρια του προσωπικού και συσκευών».*



«ΤΑ ΝΕΑ» φύλλο της 10-9-2008 σελ. 16: «Μου έραψαν το χέρι και άφησαν μέσα πέτρες και χόματα».

«Ελεύθερος Τύπος» φύλλο της 3-9-2008 σελ. 21: «Φονικές ιατρικές αγωγές».

«ΤΑ ΝΕΑ» φύλλο της 23-2-2009 με τίτλο: «Απόφαση σταθμός για τον αμίαντα». Σύμφωνα με την απόφαση, υποχρεώθηκε ο εργοδότης (εταιρεία) να καταβάλει σε οικογένεια θανόντος 600.000 ευρώ, που εργαζόταν στην εταιρεία επειδή δεν είχαν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας και έτσι εισέπνεε αμίαντο την ώρα της δουλειάς του και από αυτό προσβλήθηκε από καρκίνο και εξ αυτού προκλήθηκε ο θάνατός του. [7]

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων και ως εκ τούτου δεν υπάρχουν επαρκή στατιστικά στοιχεία επί του θέματος. Από την επισκόπηση του δημοσιευμάτων, έντυπων και ηλεκτρονικών, φαίνεται ότι αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των ασθενών που προσφεύγουν στα δικαστήρια καταθέτοντας αγωγές αποζημίωσης εξαιτίας ιατρικών σφαλμάτων, ώστε να γίνεται λόγος για «χειμαρρο» αγωγών στα Διοικητικά Πρωτοδικεία. Επειδή τα ελληνικά δικαστήρια επιδικάζουν μεγάλα έως υπέρογκα ποσά στους παθόντες ως αποζημίωση για την αποκατάσταση και δικαίωσή τους, τα δημόσια Νοσοκομεία υποχρεούνται να καταβάλλουν στους δικαιούχους τα επιδικασθέντα ποσά, με συνέπεια την ακόμα μεγαλύτερη επιβάρυνση των ήδη ελλειμματικών προϋπολογισμών και των υγειονομικών κονδυλίων εν γένει, τα οποία είναι ήδη μειωμένα λόγω των περικοπών που γίνονται στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης. Πρόκειται, δηλαδή, για μία νέα οικονομική βόμβα στα θεμέλια των Νοσοκομείων, δεδομένου ότι οι αγωγές αποζημίωσης λαμβάνουν μορφή χιονοστιβάδας και οι δικαστικές αποφάσεις είναι θετικές.

Οι διοικήσεις των δημόσιων Νοσοκομείων καλούνται να καταβάλλουν πολλά εκατομμύρια ευρώ για ιατρικά λάθη που έγιναν πολλά χρόνια πίσω, αλλά τελεσιδικούν σήμερα. Χαρακτηριστική περίπτωση αποτελεί η ακόλουθη: για ιατρικό σφάλμα που συνέβη το 1993, μεγάλο Νοσοκομείο της Αθήνας καλείται να πληρώσει 530.000 ευρώ, εκ των οποίων 202.000 τόκοι. Συγκεκριμένα, στις 12-11-1993, άτομο 32 ετών έγγαμο και επαγγελματικά δραστήριο πήγε για εξετάσεις στην Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική του εν λόγω Νοσοκομείου. Οι ιατροί του τοποθέτησαν αυθημερόν μόνιμο βηματοδότη που όπως αποδείχθηκε δεν χρειαζόταν. Το ηλεκτρόδιο του βηματοδότη ήταν μολυσμένο από παθογόνο μικρόβιο, με συνέπεια να πάθει ενδοκαρδίτιδα. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, εισήχθη πολλές φορές σε Νοσοκομεία και Μονάδες εντατικής θεραπείας

και υποβλήθηκε σε μια σειρά σοβαρών επεμβάσεων, όπως εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς. Ο ασθενής άσκησε αγωγή κατά των ιατρών που τοποθέτησαν το βηματοδότη και δικαιώθηκε από το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών, ακολούθησε όμως έφεση του Νοσοκομείου που υποστήριξε ότι έπρεπε να πληρώσει το Πανεπιστήμιο και η υπόθεση έφθασε στο ΣτΕ το οποίο στις 18-4-2011 τον δικαίωσε, 18 χρόνια μετά!

Ενδεικτικά αναφέρουμε επιδικασθέντα ποσά επί αγωγών αποζημίωσης:

1) Αποζημίωση ύψους 1.593.739 ευρώ επιδικάστηκε σε ασθενή και συγγενείς του ο οποίος κυριολεκτικά αχρηστεύτηκε από τραγικά ιατρικά σφάλματα σε νοσοκομείο του ΙΚΑ Μελισσίων, από λανθασμένους χειρισμούς της αναισθησιολόγου που απέτυχε να πραγματοποιήσει την επαρκή οξυγόνωση του, με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος του ασθενούς να παραμείνει χωρίς οξυγόνωση και να υποστεί ισχαιμική βλάβη και ανακοπή καρδιάς. Συνέπεια των ανωτέρω ήταν η σπαστική τετραπάρεση, δυσκολία βάδισης, ανύπαρκτη ομιλία και ολική απώλεια όρασης. Το Διοικητικό Πρωτοδικείο επιβάλλει στο ΙΚΑ να πληρώσει αμέσως το  $\frac{1}{4}$  της αποζημίωσης δηλαδή το ποσό των 322.642,29 ευρώ.

2) Αποζημίωση ύψους 600.000 ευρώ και 4.500 ευρώ μηνιαίως για 2 χρόνια δηλ. 108.000 ευρώ, για χειρουργική επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης ανισομαστίας, όπου η επέμβαση ολοκληρώθηκε επιτυχώς στη νεαρή ασθενή από χειρουργό και αναισθησιολόγο, οι οποίοι όμως έλειπαν από κοντά της στην κρίσιμη φάση της αφύπνισης από την αναισθησία, με αποτέλεσμα η ασθενής να υποστεί βαριές εγκεφαλικές βλάβες και να χρειάζεται για πάντα νοσηλεία που θα την κρατάει ζωντανή, αλλά χωρίς να υπάρχει καμία ποιότητα ζωής (ζητηθέν με την αγωγή ποσό 4.392.504 ευρώ).

3) Αποζημίωση ύψους 3,5 εκατομμυρίων ευρώ καλείται να καταβάλλει Νοσοκομείο στην οικογένεια θανούσης από σηψαιμικό σοκ που προκάλεσε τμήμα του πλακούντα που παρέμεινε στη μήτρα και το οποίο δεν διεγνώσθη από τους ιατρούς.

4) ποσό 704.325 ευρώ επιδικάστηκε από Τριμελές Διοικητικό Πρωτοδικείο σε συγγενείς γυναίκας που απεβίωσε λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας. Η γυναίκα είχε υποβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης δύο εξωηπατικών κύστεων με λαπαροσκοπική προσπέλαση, όπου χρησιμοποιήθηκαν μεγαλύτερες από τις ενδεδειγμένες ποσότητες υπερτόνου διαλύματος χλωριούχου νατρίου για να καθαρίσει τις κύστες από το περιεχόμενό τους και παροχέτευσε διάλυμα στο περιτόναιο το οποίο παρουσιάζει μεγάλη απορροφητικότητα. Ο οργανισμός της ασθενούς υπέστη σοβαρή βλάβη λόγω υπερνατριάμιας.

5) ποσό ύψους 317.309 ευρώ επιδικάστηκε στην οικογένεια τέκνου που γεννήθηκε με αναπηρία στο δεξί χέρι και άλλες βλάβες, λόγω ιατρικού λάθους και κακών χειρισμών στη

διάρκεια του τοκετού, όπου ο ιατρός έπρεπε να προχωρήσει σε καισαρική τομή αφού το κεφάλι του παιδιού είχε σφηνωθεί στον κόλπο της μητέρας και δεν έβγαινε με αποτέλεσμα να πάθει ανοξία εγκεφάλου και να πεθάνει λίγο αργότερα.

6) αποζημίωση ύψους 513.000 ευρώ επιδικάστηκε στους συγγενείς γυναίκας που στη διάρκεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής για αφαίρεση λίθων υπέστη από ιατρικό σφάλμα διπλή τρώση της αορτής με αποτέλεσμα κατακλυσμαία αιμορραγία και ανακοπή.

7) αποζημίωση ύψους 509.000 ευρώ λόγω ψυχικής οδύνης επιδικάστηκε στην οικογένεια στρατιώτη που έχασε τη ζωή του λόγω λανθασμένης διάγνωσης.

8) αποζημίωση ύψους 1.455.000 ευρώ εις βάρος δημόσιου νοσοκομείου για ιατρική αμέλεια που είχε ως αποτέλεσμα να γεννηθεί ένα κοριτσάκι τετραπληγικό.

9) ποσό 400.000 ευρώ επιδικάστηκε σε συγγενείς νεαρής κοπέλας που απεβίωσε κατά τη διαδικασία έκτρωσης που επιχειρήθηκε στο ιδιωτικό ιατρείο μαιευτήρα-γυναικολόγο, εξαιτίας αλλεπάλληλων ιατρικών λαθών και επιπλοκών όπου δεν στάθηκε δυνατό να παρασχεθεί η κατάλληλη ιατρική φροντίδα.

10) υποχρέωση πανεπιστημιακού καθηγητή να αποζημιώσει δύο ασθενείς του με το ποσό των 88.000 ευρώ, επειδή σε δύο καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς (by pass) ξέχασε μέσα στο σώμα των χειρουργηθέντων μία βελόνα. Οι αποζημιώσεις δίνονται για την ηθική βλάβη και ψυχική ταλαιπωρία που υπέστησαν οι ασθενείς με την εγκατάλειψη της βελόνας στο σώμα τους. **[2, 3, 10, 24, 27, 37, 38]**

## 25. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά μπορούν να σημειωθούν τα ακόλουθα:

Το κράτος αναλαμβάνει να παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο των πολιτών έχοντας και την ευθύνη για ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες απολαμβάνουν το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στη λήψη των παροχών υγείας που θεμελιώνεται στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, σε συνδυασμό με το άρθρο 4 παρ.1 περί ισότητας όλων των πολιτών κατά την απόλαυση του δικαιώματος αυτού.

Η επεμβατική ιατρική πράξη (ιατρική επέμβαση) που από τη φύση της και σύμφωνα με το σκοπό της επιβάλλεται για ιατρικούς λόγους και συνιστά ενδεδειγμένη επιλογή με βάση το συμφέρον της υγείας του ασθενούς δεν είναι παράνομη σωματική βλάβη, ούτε προσβολή του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενούς ως προς το σώμα και την υγεία του. Η παρανομία της ιατρικής πράξης προκύπτει από τη συνδρομή πρόσθετων στοιχείων, δηλαδή, είτε του ιατρικού λάθους είτε της διενέργειά της χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς (αυθαίρετη ιατρική πράξη). Στην περίπτωση της αυθαίρετης ιατρικής πράξης, αυτή συνιστά παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς, επειδή παραβιάζει το δικαίωμά του να αποφασίζει αναφορικά με το σώμα και την υγεία του (δικαίωμα αυτοδιάθεσης).

Η έγκυρη συναίνεση του ασθενούς προϋποθέτει ότι αυτός έχει λάβει την αναγκαία ενημέρωση αναφορικά με τη φύση και το σκοπό της πράξης καθώς και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το βάρος απόδειξης της έλλειψης έγκυρης συναίνεσης ή επαρκούς ενημέρωσης φέρει ο ασθενής, όπως και όλης της διαδρομής της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της παράβασης της υποχρέωσης ενημέρωσης και της τελικής του ζημίας, δηλαδή, οφείλει να επικαλεστεί και να αποδείξει ότι αν είχε ενημερωθεί επαρκώς δεν θα είχε υποβληθεί στην ιατρική πράξη που επέφερε τη ζημία του.

Το ιατρικό σφάλμα μπορεί να συμβεί κυρίως: 1) από τις κακές συνθήκες εργασίας των ιατρών, ιδίως στα Νοσοκομεία, λόγω ανεπαρκούς προσωπικού. Σε αυτές τις περιπτώσεις προκαλείται στους ιατρούς μεγάλη κόπωση και επέρχεται μείωση της ικανότητάς τους για την ορθή άσκηση των ιατρικών πράξεων, στα στάδια της διάγνωσης, θεραπείας, συνταγογράφησης και επέμβασης 2) από την έλλειψη της προσοχής που προκαλείται στιγμιαίως από διάφορες αιτίες και ιδίως από την μεγάλη εμπιστοσύνη που έχουν οι ίδιοι για τους εαυτούς τους και τις ικανότητές τους, με αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιπτώσεις

η επέμβαση να γίνεται σε λάθος σημείο ή σε λάθος ασθενή 3) από τη μη τήρηση ορισμένων κανόνων, όπως παράλειψη πλυσίματος χεριών πριν από την ενέργεια κάποιας ιατρικής πράξης στο σώμα ασθενούς που οδηγεί στην μετάδοση μικροβίων και ιών 4) από την έλλειψη εμπειρίας ή των αναγκαίων γνώσεων, δηλαδή, κάποιιο ενεργούν χωρίς τη συμμετοχή άλλων εμπειρών ιατρών ή ασκούν ιατρικές πράξεις που ανήκουν στην αρμοδιότητα ιατρών άλλης ειδικότητας ή συνταγογραφούν φάρμακα με τα οποία δεν είναι επαρκώς εξοικειωμένοι, με αποτέλεσμα λάθη στη δοσολογία που δημιουργούν κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς 5) από τη μη λήψη ή την πλημμελή λήψη του ιστορικού του ασθενούς 6) από τη μη διενέργεια απαραίτητης κλινικής ή εργαστηριακής εξέτασης και γενικά του αναγκαίου προεγχειρητικού ελέγχου 7) από την εσφαλμένη ερμηνεία των κλινικών ή των εργαστηριακών ευρημάτων λόγω έλλειψης προσοχής 8) από την υπερβολική απασχόληση σε κάποιες περιπτώσεις που δεν επιβάλλεται αλλά την επιδιώκει για να αποκτήσει πρόσθετα εισοδήματα ο ιατρός

Η ευθύνη του ιατρού για βλάβες που συνδέονται αιτιωδώς με την ιατρική πράξη είναι κατά γενική αρχή ευθύνη από την υπαίτια παράβαση των υποχρεώσεων επιμέλειας του ιατρού, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, στο πλαίσιο της σύμβασης ιατρικής αγωγής. Η παράβαση των συμβατικών υποχρεώσεων θεμελιώνει δικαιοπρακτική (συμβατική) ευθύνη του ιατρού.

Η ιατρική αμέλεια είναι σημαντική στο πλαίσιο του δικαίου της αστικής ιατρικής ευθύνης, με την έννοια ότι αποτελεί μορφή υπαιτιότητας και παράνομη πράξη, οπότε θεμελιώνει ευθύνη του ιατρού, σύμφωνα με τις διατάξεις περί αδικοπραξιών (αδικοπρακτική ευθύνη) και υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης στον ασθενή. Η αστική ιατρική ευθύνη είναι συρροή συμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης.

Η θεμελίωση της αστικής ιατρικής ευθύνης και στις διατάξεις περί ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες (άρθρο 8 Ν. 2251/94 περί προστασίας καταναλωτών) σημαίνει ότι ο ιατρός ως παρέχων υπηρεσίες φέρει το βάρος απόδειξης της έλλειψης αυτού του νόμιμου λόγου ευθύνης, δηλαδή, να αποδείξει ότι δεν τον βαρύνει πταίσμα, εισάγοντας ρύθμιση σημαντικά διαφορετική από τις γενικές διατάξεις του ΑΚ για την ενδοσυμβατική και αδικοπρακτική ευθύνη. Επί αδικοπραξίας (914 ΑΚ), ο ασθενής-ενάγων πρέπει να αποδείξει το πταίσμα, δηλαδή την υπαιτιότητα του ιατρού-εναγομένου. Η διάταξη του άρθρου 8 Ν. 2251/94 είναι ευνοϊκή για τον ασθενή, διότι θεμελιώνει αντιστροφή του βάρους απόδειξης καθιερώνοντας «νόθο» αντικειμενική ευθύνη, δηλαδή,

αυτός που την υπέχει υποχρεούται καταρχήν να αποζημιώσει το ζημιωθέντα, απαλλάσσεται όμως από αυτήν την υποχρέωση αν αποδείξει ότι η ζημία επήλθε χωρίς καμία υπαιτιότητά του, ότι δεν τον βαραίνει πταίσμα.

Ο ασθενής έχει αξίωση αποκατάστασης της ζημίας από κάθε βλάβη στο σώμα και στην υγεία του που συνδέεται αιτιωδώς με την αυθαίρετη ιατρική πράξη. Τα άτομα που υφίστανται ιατρικό σφάλμα πρέπει να αποζημιώνονται, όχι μόνο για μία πιθανή αποκατάσταση της ιατρογενούς βλάβης αλλά και για τις συνέπειες που αυτή έχει στην επαγγελματική και προσωπική ζωή τόσο του θύματος όσο και της οικογένειάς του. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να γίνει για δεύτερη φορά θύμα πιθανών συγκαλύψεων σηκώνοντας μόνο του το βάρος της όποιας αποκατάστασης. Οι σχετικές ζημίες καλύπτονται καταρχήν τόσο από την προϋπόθεση της ύπαρξης πρόσφορης αιτίας όσο και από τον προστατευτικό σκοπό των κανόνων δικαίου που ιδρύουν την ευθύνη. Αποκλεισμός της αξίωσης αποζημίωσης είναι σε εξαιρετικές περιπτώσεις δυνατός, με αναγωγή στη γενική θεωρία του αιτιώδους συνδέσμου, στο σκοπό του κανόνα δικαίου και στην διάταξη του άρθρου 281 ΑΚ περί κατάχρησης δικαιώματος. Στην χώρα μας ισχύει το σύστημα αποζημίωσης με την αδικοπρακτική αστική ευθύνη που έχει βάση την υπαιτιότητα, δηλαδή την αμέλεια. Ο αριθμός των ασθενών-ζημιωθέντων που προσφεύγουν στα δικαστήρια διεκδικώντας αποζημίωση, λόγω ιατρικού σφάλματος, αυξάνεται ραγδαία και με γεωμετρική πρόοδο. Κάποιοι ιατροί ενεργούν ή παραλείπουν να συμμορφωθούν με τις υποχρεώσεις που τους επιβάλλει ο νόμος και η επιστήμη από αμέλεια, με αποτέλεσμα να επέρχεται βλάβη στην υγεία του ασθενούς, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει φόβο και ανασφάλεια ως προς την πιθανότητα να συμβεί ιατρικό σφάλμα. Όμως, δεν πρέπει να διασύρεται όλος ο ιατρικός κόσμος, διότι η ιατρική κοινότητα διαθέτει αξιόλογο ανθρώπινο δυναμικό. Τα ελληνικά διοικητικά δικαστήρια επιδικάζουν γενναίες αποζημιώσεις και κατανέμουν στο κοινωνικό σύνολο (μέσω του δημοσίου ταμείου) τη ζημία που κάποιος συμπολίτης μας έτυχε να υποστεί εξαιτίας της ανεπάρκειας του συστήματος υγείας. Η επιδικαζόμενη κάθε φορά αποζημίωση εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες που συναρτώνται με τις εν γένει περιστάσεις του ιατρικού σφάλματος, όπως η σπουδαιότητα αυτού, η κοινωνική θέση του ζημιωθέντος, η οδύνη των συγγενών κλπ με βάση τα οποία διαμορφώνεται και το ύψος της αποζημίωσης. Η οικονομική επιβάρυνση που συντελείται στα υγειονομικά κονδύλια λόγω ιατρικού σφάλματος είναι δεδομένη, γεγονός που συνηγορεί υπέρ μίας οικονομικής «βόμβας»

στους προϋπολογισμούς των δημόσιων Νοσοκομείων που είναι ήδη ελλειμματικοί λόγω των οικονομικής κρίσης και των έντονων οικονομικών προβλημάτων.

Στο πλαίσιο του ποινικού δικαίου, για τη στοιχειοθέτηση των αδικημάτων αμέλειας (ανθρωποκτονία, σωματική βλάβη) και την ύπαρξη ευθύνης από ιατρικό σφάλμα πρέπει να πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις: α) αν ο ιατρός δεν επέδειξε στο συγκεκριμένο περιστατικό το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας που «όφειλε» με βάση αυτό που θα όφειλε να πράξει ο μέσος ευσυνείδητος ιατρός της αντίστοιχης ειδικότητας κάτω από τις ίδιες περιστάσεις και αν παραβίασε τους γενικά αδιαμφισβήτητους κανόνες της ιατρικής επιστήμης β) αν ο συγκεκριμένος ιατρός στο συγκεκριμένο περιστατικό «μπορούσε» υποκειμενικά να πράξει αυτό που όφειλε, κάτω από τις συγκεκριμένες περιστάσεις και με βάση τις προσωπικές του ικανότητες γ) αν υπάρχει πράξη η παράλειψη του ιατρού που συνιστά εξωτερικά πλημμελή συμπεριφορά του δ) αν επήλθε αξιόποιο αποτέλεσμα και ε) αν θεμελιώνεται αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος ανάμεσα στην εξωτερικά αμελή συμπεριφορά του ιατρού και του αποτελέσματος που επήλθε στον ασθενή, με την έννοια ότι η πλημμελής συμπεριφορά αποτέλεσε την αιτία του επελθόντος αποτελέσματος.

Η σχέση ιατρού-ασθενή λειτουργεί σε ένα σύστημα όπου παρουσιάζει πολλά προβλήματα. Συγκεκριμένα, ο ιατρός υπερβαίνει τις δυνατότητές του, εξουθενώνεται, αναλώνεται σε γραφειοκρατικές-διεκπεραιωτικές διαδικασίες, απασχολείται πολλές ώρες σε εφημερία, αντιμετωπίζει ανεπάρκεια μέσων και μηχανισμών, αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα που δεν θα έπρεπε να υπάρχουν και καλείται να τα επιλύσει μόνος του, με γνώμονα το συμφέρον και την εξυπηρέτηση του ασθενή. Στη σημερινή εποχή της ιατροτεχνολογικής προόδου, ο ιατρός χρησιμοποιεί πολύπλοκες μεθόδους και μηχανήματα, η καχυποψία απέναντι στον ιατρό και η απόδοση ευθύνης σε αυτόν έχουν ενισχυθεί ραγδαία. Σήμερα, η πατροπαράδοτη εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον ιατρό έχει αντικατασταθεί από την υποψία του ιατρικού λάθους, καθώς οι απαιτήσεις των ασθενών από τους ιατρούς συνεχώς αυξάνονται, όπως και οι δικαστικές διαμάχες εναντίον των ιατρών για ιατρικά σφάλματα. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός αγωγών οδηγεί τους ιατρούς στην «αμυντική ιατρική». Επίσης, η πληθώρα των ιατρών έχει συμβάλλει στην «απαξίωση» του ιατρού. Ο ασθενής αναζητά βοήθεια σε ένα σύστημα ανεπαρκές. Συχνά οι συνοδοί των ασθενών πιέζουν του ιατρούς και έχουν και δίκιο, διότι ο ασθενής βρίσκεται σε ευάλωτη, αδύνατη και συχνά εκμεταλλεύσιμη θέση, αν και

υπάρχουν βέβαια πολλοί φορείς που στηρίζουν τα συμφέροντα και τα δικαιώματα των ασθενών (οργανώσεις καταναλωτών, Σύνήγορος του Πολίτη κτ).

Το ισχύον νομικό σύστημα ως προς την αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) υπερβολική πίεση στον ιατρικό κόσμο που οδηγείται στην «αμυντική ιατρική» η οποία οδηγεί σε βάρος τελικά του ασθενή είτε άμεσα (πχ υποβολή του ασθενή σε υπερβολικές εξετάσεις όχι πάντοτε ακίνδυνες) είτε έμμεσα αυξάνοντας δια της αμυντικής ιατρικής τις δαπάνες της παροχής υπηρεσιών υγείας, β) δημιουργία αρνητικού κλίματος για τον ιατρικό κόσμο, γ) επιδίκαση μεγάλων ποσών αποζημιώσεων, δ) μακρόχρονη δικαστική ταλαιπωρία για τον ασθενή και τον ιατρό, ε) τα δικαστήρια βασίζονται για την εκτίμηση των πραγματικών περιστατικών του ιατρικού σφάλματος στις ιατροδικαστικές εκθέσεις, για το λόγο ότι τηρούν μία στάση καχυποψίας προς την ιατρική συναδελφική αλληλεγγύη, στ) ανατίθεται στον ιατρό το βάρος απόδειξης ότι δεν τον βαρύνει πταίσμα, ζ) προσδίδεται στην έννοια της παρανομίας και της αμέλειας που αποτελούν τη βάση ευθύνης από ιατρικό σφάλμα μεγάλη ευρύτητα, με αποτέλεσμα την αυξημένη νομική πίεση προς τον ιατρό, η) καθιερώνεται και υιοθετείται *σύστημα αντικειμενικής ιατρικής ευθύνης*, δηλαδή σύστημα «ευθύνης εργολάβου», όπου ο ιατρός αντιμετωπίζεται ουσιαστικά όπως ο μηχανικός ο οποίος ενδεχομένως δεν χρησιμοποίησε τα κατάλληλα υλικά για το έργο που επρόκειτο να κατασκευάσει, με συνέπεια αυτό να καταρρεύσει. Υπάρχει σαφής βέβαια διαφορά του ιατρού από τον μηχανικό, δεδομένου ότι ο ιατρός προσπαθεί να αντιμετωπίσει μία κατάσταση για τη δημιουργία της οποίας δεν ευθύνεται και όπου το αποτέλεσμα εξαρτάται και από την ιδιοσυγκρασία του ασθενή η οποία μπορεί να καθιστά τη διαφοροδιάγνωση του ιατρού ιδιαίτερα δυσχερή, όπως και τη θεραπεία. Η συρρίκνωση της υποκειμενικής ευθύνης συντελείται και με την καθιέρωση «νόθου» αντικειμενικής ευθύνης, σύμφωνα με τις διατάξεις περί της ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες (άρθρο 8 Ν.2251/94 περί προστασίας καταναλωτών). Στην τάση «αντικειμενικοποίησης» της ιατρικής ευθύνης σχετικά με το ιατρικό σφάλμα συμβάλλουν αφενός το γεγονός ότι η δημόσια υγεία υποχωρεί προς όφελος της ιδιωτικής και αφετέρου ο ασθενής έχει πλέον πάρει το ρόλο του «καταναλωτή υπηρεσιών υγείας» και υπάρχουν πολλοί φορείς και οργανώσεις για την προστασία των καταναλωτών.

Η σχέση ασθενούς-δημοσίου Νοσοκομείου είναι σχέση δημοσίου δικαίου καθώς αποτελεί έκφραση του κοινωνικού κράτους στον τομέα της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η ευθύνη των δημοσίων Νοσοκομείων από υλικές ενέργειες ή παραλείψεις των ιατρών και του λοιπού προσωπικού, νοσηλευτικού και μη, δεν σχετίζεται με την υπαιτιότητα των



φυσικών προσώπων, αλλά βαρύνει αποκλειστικά το Νοσοκομείο και μάλιστα κατά τρόπο αντικειμενικό. Επομένως, ο ιδιώτης που υφίσταται βλάβη στην υγεία του ή σε περίπτωση θανάτου, οι συγγενείς αυτού δύνανται να στραφούν, με βάση τις διατάξεις των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ κατά του Νοσοκομείου που ανήκει ο ιατρός που προκάλεσε τη βλάβη. Σύμφωνα με το άρθρο 38 ΥΚ, ο ιατρός και το λοιπό προσωπικό που συνδέονται με δημοσιοϋπαλληλική σχέση με το Νοσοκομείο, δεν μπορούν να εναχθούν προσωπικά από τον ασθενή-ζημιωθέντα, διότι καλύπτονται από το αστικώς ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων.

Η ανάληψη από το κράτος της ευθύνης από ιατρικά σφάλματα στα δημόσια Νοσοκομεία αποτελεί ένα σημαντικό βήμα του κοινωνικού κράτους δικαίου που αντιλαμβάνεται την παροχή υπηρεσιών υγείας ως θεμελιώδη υποχρέωσή του και ταυτόχρονα ως θεμελιώδες αχώριστο δικαίωμα του πολίτη. Ο μηχανισμός της αστικής ευθύνης του κράτους είναι κατασταλτικός, ενεργοποιείται δηλαδή εκ των υστέρων και αφού έχει προκληθεί η βλάβη. Μπορεί όμως να λειτουργήσει και προληπτικά, με την έννοια να συμβάλλει στην πρόληψη των ιατρικών σφαλμάτων, μέσω της έμμεσης αφύπνισης των ιθυνόντων (δια των μεγάλων ποσών αποζημίωσης), ώστε οι τελευταίοι να υιοθετήσουν τις κατάλληλες πολιτικές στο χώρο της υγείας που θα προστατεύουν την υγεία των πολιτών και θα τους εκθέτουν σε όσο το δυνατόν λιγότερα ιατρικά σφάλματα.

Η παρούσα εργασία μέσα από την εκτενή βιβλιογραφική παρουσίαση και νομολογία παρουσιάζει την περίπτωση της ελληνικής νομοθεσίας και δικαστικής πρακτικής στο θέμα της ιατρικής ευθύνης. Δεδομένου του ισχύοντος ελληνικού νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης, μπορεί η μελέτη και η έρευνα να επεκταθεί και σε άλλα δικαιοκίνητα συστήματα, ευρωπαϊκά και μη, προκειμένου να καταγραφεί η δική τους νομική πραγματικότητα σχετικά με την ιατρική ευθύνη, ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση των διαφόρων νομικών συστημάτων, για να μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα περί των ομοιοτήτων και διαφορών, των δυνατοτήτων σύγκλισης και συνεργασίας, με σκοπό την περαιτέρω βελτίωση και ανάπτυξη των θεσμών προστασίας των ασθενών και διασφάλισης του δημόσιας υγείας.

## 26. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κατόπιν όλων των ανωτέρω, προτείνονται τα ακόλουθα:

Ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα των ιατρικών λαθών είναι να προσεγγισθούν όχι μόνο ως λάθη ανθρώπων-επαγγελματιών αλλά και ως αδυναμία του συστήματος υγείας, εκπαίδευσης κα. Τα ιατρικά λάθη αποτελούν τη συνέπεια ενός φαύλου κύκλου παραγόντων, ο οποίος έχει ως αφετηρία την έλλειψη οικονομικών πόρων που δρα περιοριστικά στην επένδυση σε έρευνα και εκπαίδευση και σε συνδυασμό με την ανασφάλεια των ιατρών, οδηγεί σε αυξημένη συνταγογράφηση, σπατάλη και νέα λάθη. Η οικονομική επιβάρυνση των υγειονομικών κονδυλίων λόγω ιατρικού σφάλματος είναι δεδομένη. Η αντιμετώπιση του φαύλου αυτού κύκλου λαθών πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα της κεντρικής Διοίκησης. Για το λόγο αυτό απαιτείται έγκαιρη συνεχιζόμενη και αποτελεσματική ενημέρωση των λειτουργών της υγείας, αυτοέλεγχος, εφαρμογή προγραμμάτων αξιολόγησης και ποιοτικός έλεγχος των υποστηρικτικών υπηρεσιών υγείας. Ο θεσμός του διαρκούς αυτοελέγχου (auditing) των ιατρών στους χώρους όπου ασκούν την ιατρική με το σύστημα επαναξιολόγησης πρέπει να ενσωματωθεί στην καθημερινή ιατρική πράξη, για να υπάρξει περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, γεγονός που θα συμβάλλει σημαντικά στον περιορισμό των ιατρικών σφαλμάτων. Επίσης, η καθιέρωση του θεσμού της διαμεσολάβησης ανάμεσα στον ιατρό (Νοσοκομείο) και τον ζημιωθέντα ασθενή (ή τους οικείους του) μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του αριθμού των ασθενών που προσφεύγουν στα δικαστήρια διεκδικώντας αποζημίωση για τη βλάβη που υφίστανται λόγω ιατρικού σφάλματος.

Καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη ιατρικών σφαλμάτων διαδραματίζει επίσης η σωστή τεκμηρίωση με την αναλυτική τήρηση ιατρικού αρχείου, συμπλήρωση εντύπων ενημερωμένης συναίνεσης και ορθολογική χορήγηση ιατρικών πιστοποιητικών. Κατά αυτό τον τρόπο, ο ιατρός μπορεί να διατηρεί την εποπτεία και να δικαιολογεί την επιλογή συγκεκριμένης διαγνωστικής ή θεραπευτικής αγωγής και τη lege artis παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Η σωστή και υπεύθυνη ενημέρωση των ιατρών είναι η πιο επιθυμητή προσπάθεια που πρέπει να καταβάλλεται συνεχώς από τους ειδικούς επιστημονικούς φορείς οι οποίοι με τις σαφείς και λεπτομερείς οδηγίες τους θα ενημερώνουν για την εξειδικευμένη σύγχρονη

γνώση. Πρέπει να γίνεται συστηματική, συνεχής και επίμονη προσπάθεια από όλους τους επιστημονικούς φορείς για τη σωστή ενημέρωση και να τονίζεται ότι πρέπει να καταβάλλεται η προσήκουσα προσοχή και επιμέλεια κατά τη διενέργεια κάθε ιατρικής πράξης, ώστε να αποφεύγονται λάθη κατά τη διάγνωση-θεραπεία-επέμβαση. Έτσι, θα προλαμβάνονται θάνατοι, αναπηρίες και γενικά βλάβες στην υγεία των ασθενών από λάθη των ιατρών που οφείλονται στην ανεπαρκή γνώση, ιδίως των τελευταίων δυνατοτήτων που υπάρχουν σήμερα σε φάρμακα και τεχνικά μέσα. Επίσης, η ενημέρωση του κοινού περί του ότι οι δυνατότητες των ιατρών δεν είναι απεριόριστες, θα μείωναν τις καταγγελίες κατά των ιατρών, αφού πολλές από αυτές είναι αβάσιμες.

Ακόμη, πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια ώστε: α) να γίνουν καλύτερες οι συνθήκες εργασίας των ιατρών για να αποφεύγεται η υπεραπασχόλησή τους και η εξ αυτής κόπωση που μπορεί να έχει ολέθριες συνέπειες στην διενέργεια της ιατρικής πράξης β) να αμείβονται επαρκώς, αφενός για να μην αναγκάζονται, λόγω των χαμηλών αμοιβών τους, να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και τις ώρες που θα έπρεπε να αναπαυθούν για να είναι στη συνέχεια αποδοτικοί και αφετέρου λόγω του ότι οι σπουδές τους είναι πολυετείς και η άσκηση των καθηκόντων τους συνεπάγεται άγχος και αυξημένη ευθύνη γ) να ληφθούν από την πολιτεία τα προσήκοντα μέτρα, ώστε να είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών προς το κοινωνικό σύνολο, μέσω του Ε.Σ.Υ., ταχεία και επαρκής, για να αποφεύγονται θάνατοι και βλάβες στην υγεία των πολιτών που θα προκαλούνταν διότι οι ιατροί δεν θα διέθεταν τα απαραίτητα μέσα ή τη δυνατότητα να ενεργήσουν γρηγορότερα.

Πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερος ότι όσοι ιατροί έχουν ορισμένες ειδικότητες, όπως του χειρουργού, γυναικολόγου-μαιευτήρα, παθολόγου, αναισθησιολόγου πρέπει να προσέχουν περισσότερο και να επιδεικνύουν τη δέουσα επιμέλεια γιατί αυτοί συνήθως βαρύνονται με τα περισσότερα ιατρικά λάθη.

Στο ζήτημα των ιατρικών λαθών, η ελληνική κοινωνία προσαρμόζεται στα δυτικά πρότυπα, για το λόγο ότι ο αριθμός των αγωγών και των μηνύσεων εναντίον των ιατρών συνεχώς αυξάνεται με ραγδαίο ρυθμό. Απαιτείται να ακολουθείται μία εκλογικευμένη διαδικασία αναζήτησης της αλήθειας, έτσι ώστε ο θύτης να χρεώνεται τη συγκεκριμένη πράξη και το θύμα να αποζημιώνεται την πραγματική του ζημία.

Σχετικά με τη νομική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος, πρέπει να υπάρξει ένα σύστημα όπου ούτε ο ιατρός να πιέζεται και να απειλείται σε υπερβολικό βαθμό, ούτε ο

ασθενής να αδικείται, δεδομένου ότι ο ασθενής βρίσκεται σε ευάλωτη θέση, σε θέση «εξουσιαζόμενου» και θέση άγνοιας. Προτείνεται η καθιέρωση ενός συστήματος «μη ευθύνης» (no fault) που είναι μη πιεστικό για τον ιατρό. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, για κάθε απρόβλεπτο γεγονός, στην περίπτωση που υπάρξει βλαπτική έκβαση για τον ασθενή, όταν πρόκειται για βλάβη η οποία θα μπορούσε να προβλεφθεί και να αποφευχθεί, ο ασθενής αποζημιώνεται γρήγορα με τη λογική της αντικειμενικής ευθύνης από κεφάλαιο που δημιουργείται από ασφαλιστικές εισφορές των ιατρών, ενδεχομένως με τη συμμετοχή του κράτους ή και των ασθενών. Με τον τρόπο αυτό, ο ασθενής ικανοποιείται και πιο δύσκολα επιδιώκει την ποινική δίωξη του ιατρού αποφεύγοντας έτσι και τα έξοδα της προσφυγής στο δικαστήριο. Ένα τέτοιο σύστημα κρίνεται ορθό, δεδομένου ότι ο ιατρός λειτουργεί με πιθανότητες και στατιστικές και ο θεραπευτικός κίνδυνος έχει πάντα ουσιαστικό ρόλο. Επίσης, μπορεί να λειτουργήσει και προληπτικά αφού ο ιατρός διδάσκεται από το ιατρικό σφάλμα και μπορεί να το συζητά με τον ασθενή και τους συναδέλφους του. Αντίθετα, υποστηρίζεται η άποψη ότι ένα τέτοιο σύστημα θα λειτουργούσε αποτελεσματικά μόνο σε περιπτώσεις ελαφράς ζημίας. Εν κατακλείδι, η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος είναι ζήτημα πολιτικής βούλησης και πριν την υιοθέτηση απαιτείται η διεξαγωγή μελετών και η λήψη γενναίων αποφάσεων από την Πολιτεία σχετικά με το θέμα της ευθύνης από ιατρικό σφάλμα, δεδομένου ότι είναι ζήτημα σημαντικό για την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στο κοινωνικό σύνολο.

Κλείνω την παρούσα εργασία κάνοντας μόνο μια ευχή: *«Λιγότερα ιατρικά λάθη»*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ & ΠΗΓΕΣ

- 1) ANEYΛABHΣ EΛ. «Ιατρικά λάθη. Φταίνει μόνο οι γιατροί;»,  
[www.freepeoplenow.wordpress.com](http://www.freepeoplenow.wordpress.com)
- 2) AYΛΩNITHΣ AΛ. «Απευθείας αποζημίωση για ιατρικά λάθη πανεπιστημιακών γιατρών»  
[http://aecon.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=182&Itemid=129](http://aecon.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=182&Itemid=129)
- 3) AYΛΩNITHΣ AΛ. «Υποχρέωση καταβολής μεγάλων αποζημιώσεων έχουν οι γιατροί»  
[http://aecon.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=181&Itemid=129](http://aecon.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=181&Itemid=129)
- 4) BOZIKHΣ AΘ., PHTA M. «Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων», *Πανεπιστήμιο Πειραιώς*, [www.society-economy-health.gr](http://www.society-economy-health.gr)
- 5) ΓEPONTAΣ A., ΛYTPPAΣ Σ., ΠAYΔOΠOYΛOΣ ΠP., CIOYTH ΓA., ΦΛOΓAΪTHΣ Σ., *Διοικητικό Δίκαιο*, Β' έκδοση, Αθήνα, 2010
- 6) ΓOΛEMATHΣ B. «Ιατρικά λάθη στην Αρχαία Ελληνική ιατρική», [www.medtime.gr](http://www.medtime.gr)
- 7) ΓΩΓOΣ K., KAΪAΦA-ΓKMPHANTH M., ΠAΠAΔOΠOYΛOY Λ., ΦOYHTEΔAKH K., *Η ιατρική ευθύνη στην πράξη Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2010
- 8) ZEΠΠOΣ Π. «Η ευθύνη του ιατρού», *Νομικό Βήμα*, 1973
- 9) ΘHPAIOΣ E., KEPAMAPHΣ N., KAHΠTANHΣ Σ. «Ιατρικά Λάθη Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις», *Ιατρική Εταιρεία Αθηνών*, 2007
- 10) KAΪTANIDH M. «Κλείνουν τα μάτια στα ιατρικά λάθη» *Τα νέα της υγείας*, [www.tanea.gr](http://www.tanea.gr)

- 11) ΚΑΛΑΜΠΟΥΚΑ-ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Π., *Η προστασία του ασθενούς ως καταναλωτή*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2011
- 12) ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΣ Κ., *Η ποινική εκτίμηση ιατροχειρουργικών επεμβάσεων*, Πάτρα, Εκδόσεις Σάκκουλα, 1996
- 13) ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΟΣ Δ. «Αθεράπευτα τα ιατρικά σφάλματα»,  
[www.ethnos.gr](http://www.ethnos.gr), [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)
- 14) ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ Ι., *Η ιατρική ευθύνη Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2008
- 15) ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ Ι., *Δίκαιο προστασίας καταναλωτή*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2008
- 16) ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ Λ., *Ιατρικές πράξεις και ποινική ευθύνη*, Αθήνα, Π.Ν. Σάκκουλας, 2009
- 17) ΚΑΣΚΑΝΑΚΟΥ Β. «Η ενημέρωση του ασθενούς ως αυτοτελής ιατρική πράξη»  
[www.anaplasia-rehab.gr](http://www.anaplasia-rehab.gr)
- 18) ΚΡΕΜΑΛΗΣ Δ. «Ιατρική Ευθύνη: Στο δρόμο προς την απενοχοποίηση»,  
[www.iatrikostypos.com](http://www.iatrikostypos.com)
- 19) ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Β. «Κατακόρυφα αυξάνονται και στην Ελλάδα οι αγωγές ασθενών ή συγγενών τους για αποζημιώσεις. Οι γιατροί ασφαλίζουν τα... λάθη τους», [www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=126463](http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=126463)
- 20) ΛΕΩΝ ΓΡ. «Για ποιο λόγο αυξάνονται τα ιατρικά λάθη στην Ελλάδα;»,  
[www.pentapostagma.gr/2012/02/blog-post\\_338.html](http://www.pentapostagma.gr/2012/02/blog-post_338.html)
- 21) ΛΕΩΝ ΓΡ. «6.000 θάνατοι το χρόνο από ιατρικά λάθη», [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr)
- 22) ΛΕΩΝ ΓΡ. «Αύξηση ιατρικών λαθών και στην Ελλάδα», [www.webdaily.gr](http://www.webdaily.gr)

- 23) ΛΙΟΥΡΔΗ ΑΓ. «Νομική ευθύνη στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις», [www.exe1928.gr](http://www.exe1928.gr)
- 24) ΜΟΛΩΣΗ Γ. «Αποζημίωση 4,3 εκατομμύρια ευρώ για ιατρικά λάθη/σφάλματα και παραλείψεις»,  
[http://aecon.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=187&Itemid=129](http://aecon.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=187&Itemid=129)
- 25) ΝΤΑΛΑΜΠΙΡΑΣ Μ. & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ «Ιατρική αμέλεια»,  
<http://ntalalaw.weebly.com>
- 26) ΟΜΠΕΣΗ Φ., *Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης*, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2005
- 27) ΠΑΠΑΔΟΚΩΣΤΑΚΗ Α. «Αποζημιώσεις μετά τις καταδίκες 704.325 Ε»,  
[http://aecon.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=180&Itemid=129](http://aecon.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=129)
- 28) ΠΑΤΣΗΣ Α. & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ «Ιατρικό σφάλμα και μέτρο επιμέλειας των ιατρών»,  
[www.capital.gr/law/articles.asp?id=484796](http://www.capital.gr/law/articles.asp?id=484796)
- 29) ΠΡΟΒΑΤΑΣ Σ. «Η ιατρική ευθύνη όπως την βλέπει η νομική επιστήμη»,  
[www.provataslaw.gr](http://www.provataslaw.gr)
- 30) ΠΡΟΒΑΤΑΣ Σ. «Εισαγωγή στην ιατρική ευθύνη», [www.provataslaw.gr](http://www.provataslaw.gr)
- 31) ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β., *Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη*, Β' έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2011
- 32) ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. «Ιατρικά λάθη: σύγχρονη εμπειρία στα συστήματα υγείας»,  
[www.medtime.gr](http://www.medtime.gr)
- 33) ΣΠΑΝΤΙΔΕΑΣ Α. «Ιατρικά σφάλματα: Όλο και περισσότεροι γιατροί στο εδώλιο»,  
[www.healthview.gr](http://www.healthview.gr)

- 34) ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Α. «Επιτέλους, ας μη φοβόμαστε να μιλήσουμε για ιατρικά λάθη», [http://filoftero.blogspot.com/2011/07blog-post\\_9634.html](http://filoftero.blogspot.com/2011/07blog-post_9634.html)
- 35) ΤΑΡΑΜΠΕ Μ., ΣΤΑΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Β., ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ Μ. «Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος», *Ιατρικό Βήμα*, 2006
- 36) ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Αστική ιατρική ευθύνη*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2003
- 37) ΦΟΥΡΑ Γ. «Εκατομμύρια ευρώ για ...ιατρικά λάθη», [www.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_1\\_08/10/2006\\_200490](http://www.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_08/10/2006_200490), [http://aecon.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=185&Itemid=129](http://aecon.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=185&Itemid=129)
- 38) ΦΟΥΡΑ Γ. «Από την περιουσία τους θα πληρώνουν οι γιατροί του ΕΣΥ για τα ιατρικά λάθη (πηγή: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ)», [www.isargolidos.gr](http://www.isargolidos.gr), [www.isarkadias.gr](http://www.isarkadias.gr)
- 39) ΦΟΥΣΑΣ Α. «Νομικά προβλήματα κατά την άσκηση της ιατρικής-αστική ιατρική ευθύνη», *Συμπόσιο της «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ Ε.Ε.Ο.Ε., Λουτράκι 2-9-2005»* [www.antonisfousas.gr](http://www.antonisfousas.gr)
- 40) ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗΣ Χ. «Η αστική ευθύνη του δημόσιου Νοσοκομείου λόγω ιατρικού σφάλματος ως πεδίο όσμωσης της ιατρικής και της νομικής επιστήμης», [www.stasinopoulos-foundation.gr](http://www.stasinopoulos-foundation.gr)
- 41) ΨΑΡΟΥΛΗΣ Δ., ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π., *Ιατρικό Δίκαιο Στοιχεία Βιοηθικής*, Α΄ έκδοση, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2010

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ**

NOMOTEΛΕΙΑ, <http://www.nomotelia.gr>